Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



9/2002



Zarator® (atorvastatin)

Kröftugt og vel rannsakað.



ZARATOR – Atorvastatinum. **Ábendingar:** Of hátt heildarkólesteról, LDL-kólesteról, apólípóprótein B og þríglýseríð hjá sjúklingum með kólesterólhækkun af ókunnri orsök, arfgenga (fjölskyldutengda) kólesterólhækkun, blandaða blóðfituhækkun (t.d. IIa-og IIb-gerð skv.flokkun Fredericksons), þegar viðunandi árangur næst ekki með mataræði eða öðrum ráðstöfunum en lyfjagjöf. **Skammtar handa fullorðnum:** Byrja á stöðluðu kólesteróllækkandi fæði og halda því, meðan meðferð með atorvastatíni stendur. Venjulegur upphafsskammtur er 10 mg x 1 á dag. Skammta á að ákveða með tilliti til upphaflegs LDL-kólesterólgildis, markmiðs meðferðar og svörunar. Skammta skal aðlaga 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 innihaldsefna lyfsins, virkur lifrarsjúkdómur, óskýrð viðvarandi þreföld hækkun transamínasa 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 reglulega meðan meðferð stendur. Gera skal prófanir á lifrarstarfsemi sjúklinga komi merki eða einkenni um lifrarskemmdir fram. Hækki transamínasagildi skal fylgjast með sjúklingnum þar til gildi verða eðlileg. Hækki transamínasar meira en þrefalt miðað við efri mörk meðalgilda er mælt með að minnka skammta eða hætta atorvastatín gjöf. Nota skal atorvastatín með varúð hjá þeim sem neyta mikils áfengis og/eða hafa fengið lifrarsjúkdóm. **Áhrif á beinagrindarvöðva:** Skýrt hefur verið frá vöðvaþrautum hjá sjúklingum, sem eru á atorvastatín meðferð. Við hækkun á CPK eða ef vöðvakvilli eða grunur um hann vaknar skal inntöku hætt. Mæla skal CPK-gildi hjá þeim sem sýna einkenni vöðvakvilla. Sé stöðug, greinileg hækkun á CPK er mælt með að minnka skammta eða stöðva atorvastatín gjöf (sjá Milliverkanir). **Milliverkanir:** Hætta á vöðvakvilla eykst við meðferð með öðrum lyfjum í þessum flokki ef cýklóspórín, fíbröt, erýtrómýsín, azól-sveppalyf eða níasín eru tekin samtímis og hefur í örfáum tilvikum leitt til rákvöðvasundrunar (rhabdomyolysis) auk skertrar nýrnastarfsemi af völdum vöðvarauðamigu (myoglobinuria). Atorvastatín umbrotnar fyrir áhrif cýtókróm P450 3A4. Vegna reynslu af notkun annarra HMG-CoA hemla skal gæta varúðar sé Zarator gefið samtímis cýtókróm P450 3A4 hemli (t.d. cýklóspóríni, makrólíðsýklalyfjum og azól-sveppalyfjum). Áhrif efna sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rífampicín eða fenýtóín), á atorvastatín eru ekki þekkt. Í klínískum rannsóknum sáust engar marktækar milliverkanir þegar atorvastatín var gefið samtímis blóðþrýstingslækkandi lyfjum eða blóðsykurlækkandi lyfjum. Við notkun atorvastatíns og dígoxíns samtímis eykst stöðug blóðþéttni dígoxíns um c.a.20%. Fylgjast skal vel með sjúklingum á dígoxínmeðferð. Við samtímis notkun atorvastatíns og getnaðarvarnataflna jókst þéttni noretíndróns og etinýlestradíóls. Hafa skal þessa auknu þéttni í huga þegar skammtar getnaðarvarnalyfja til inntöku eru ákveðnir. Blóðþéttni atorvastatíns lækkaði (u.þ.b.25%) er kólestípól var gefið með Zarator. Verkun á lípíð varð hins vegar meiri þegar atorvastatín og kólestípól voru gefin saman en ef efnin voru gefin hvort um sig. Við samtímis gjöf atorvastatíns og sýrubindandi mixtúra, sem innihalda magnesíum og álhýdroxíð, lækkaði blóðþéttni atorvastatíns u.þ.b. 35%; lækkun á LDL-kólesteróli breyttist ekki. Við samtímis notkun atorvastatíns og warfaríns styttist prótrombíntími lítillega fyrstu dagana en varð aftur eðlilegur innan 15 daga. Engu að síður skal fylgjast vel með sjúklingum á warfarín meðferð er atorvastatíni er bætt við. **Meðganga og brjóstagjöf: Notist ekki**-sjá „frábendingar". **Aukaverkanir: Algengar (>1%)**: Hægðatregða, vindgangur, kviðverkir og meltingartruflanir. 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 transamínösum í blóði sem hafði klíníska þýðingu (hærri en þreföld efri mörk meðalgilda) kom fram hjá 0,8% sjúklinga sem fengu atorvastatín. Þessar hækkanir voru skammtaháðar og gengu til baka hjá öllum sjúklingunum. Í klínískri samanburðarrannsókn kom fram hækkun á serumkreatín fosfókínasa (CPK)-gildum (hærri en þreföld efri mörk meðalgilda) hjá 2,5% sjúklinga sem fengu Zarator, en hjá 3,1% sjúklinga sem fengu aðra HMG-CoA redúktasa hemla. Tíföld gildi umfram efri meðalgildi komu fram hjá 0,4% sjúklinga sem fengu atorvastatín; 0,1% þessara sjúklinga fengu einnig vöðvaverki, þróttleysi og þreytu. Enn fremur voru eftirtaldar aukaverkanir skráðar í klínískum rannsóknum með atorvastatín, en óvíst hvort allar hafa verið af þess völdum: Vöðvakrampar, vöðvaþroti, vöðvakvilli, tilfinningaglöp, kvilli í útlægum taugum, brisbólga, lifrarbólga, gallteppugula, lystarleysi, uppköst, hárlos, kláði, útbrot, getuleysi, blóðsykurshækkun og blóðsykurslækkun. Verkir fyrir brjósti, svimi og ofnæmi hafa einnig verið skráð í einstaka tilvikum.

Pakkningar og verð 1. nóvember 2001:

Töflur 10 mg: (þynnupk.)	30 stk. - verð 5.053 kr.	100 stk. - verð 14.499 kr.
Töflur 20 mg: (þynnupk.)	30 stk. - verð 7.233 kr.	100 stk. - verð 21.041 kr.
Töflur 40 mg: (þynnupk.)	30 stk. - verð 10.740 kr.	100 stk. - verð 32.397 kr.

Sjá nánari upplýsingar um lyfið í Sérlyfjaskrá.

Lyfið er lyfseðilsskylt og greiðist samkv. greiðslufyrirkomulagi 0 í lyfjaverðskrá.

Pfizer, einkaumboð á Íslandi: Pharmaco hf., Hörgatúni 2 210 Garðabær

Pfizer

619 Ritstjórnargreinar:
Vinnuumhverfi á Íslandi – þörf fyrir meiri umræðu
Kristinn Tómasson

621 **Misnotkun lækna og lyfja**
Einar Rúnar Axelsson

625 **Vöktun vöðvaslökunar við svæfingar**
Erla G. Sveinsdóttir, Kristinn Sigvaldason
Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvort hægt væri að minnka eftirstöðvar vöðvaslökunar að svæfingu lokinni með nákvæmri vöktun með taugaörva meðan á svæfingu stendur og auka þannig öryggi sjúklinga eftir skurðaðgerðir.

635 **Samanburður á viðdvöl fólks á biðlistum eftir aldri og kyni**
Steinunn Þórðardóttir, Matthías Halldórsson, Sigurður Guðmundsson
Engar íslenskar tölfræðirannsóknir liggja fyrir um biðtíma mismunandi hópa á biðlistum og hugsanlegan mun þar á. Þessi rannsókn leiddi í ljós að á íslenskum sjúkrahúsum er í mörgum tilfellum verulegur og marktækur munur á lengd biðtíma á biðlistum eftir aldri og kyni sjúklinga.

641 **Viðhorf skjólstæðinga til starfsendurhæfingar á vegum Tryggingastofnunar ríkisins**
Sigurður Thorlacius, Gunnar Kr. Guðmundsson, Friðrik H. Jónsson
Langflestir þeirra sem vísað er í starfsendurhæfingu á vegum Tryggingastofnunar ríkisins eru ánægðir með hana, sjálfstraust þeirra hafði aukist og sjálfsbjargarviðleitni eflst. Þetta var niðurstaða úr könnun á viðhorfi matsþega TR í október árið 2000.

646 **Hringja – hnoða. Tillaga að einfölduðum viðbrögðum almennings við hjartastoppi utan sjúkrahúss**
Davíð O. Arnar, Svanhildur Þengilsdóttir, Bjarni Torfason, Felix Valsson, Gestur Þorgeirsson, Hildigunnur Svavarsdóttir, Jón Baldursson, Jón Þór Sverrisson, Þórður Þorkelsson
Höfundar greinarinnar leggja til að fyrstu viðbrögð fólks sem horfir uppá hjartastopp sé að hringja í 112 og fá sjúkrabíl með rafstuðsgjafa á vettvang með hraði. Meðan beðið er eigi að hefja hjartahnoð umsvifalaust.

650 **Klínískar leiðbeiningar. Brjóstverkir og bráð kransæðaeinkenni**
Starfshópur Landlæknisembættisins

Heimasíða Læknablaðsins
http://lb.icemed.is

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

9. tbl. 88. árg. September 2002

Aðsetur
Hlíðasmári 8, 201 Kópavogi

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

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

Læknablaðið á netinu
http://lb.icemed.is

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

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@icemed.is

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

Blaðamennska/umbrot
Þröstur Haraldsson
umbrot@icemed.is

Upplag
1.600

Áskrift
6.840 kr. m.vsk.
Lausasala
700 kr. m.vsk.

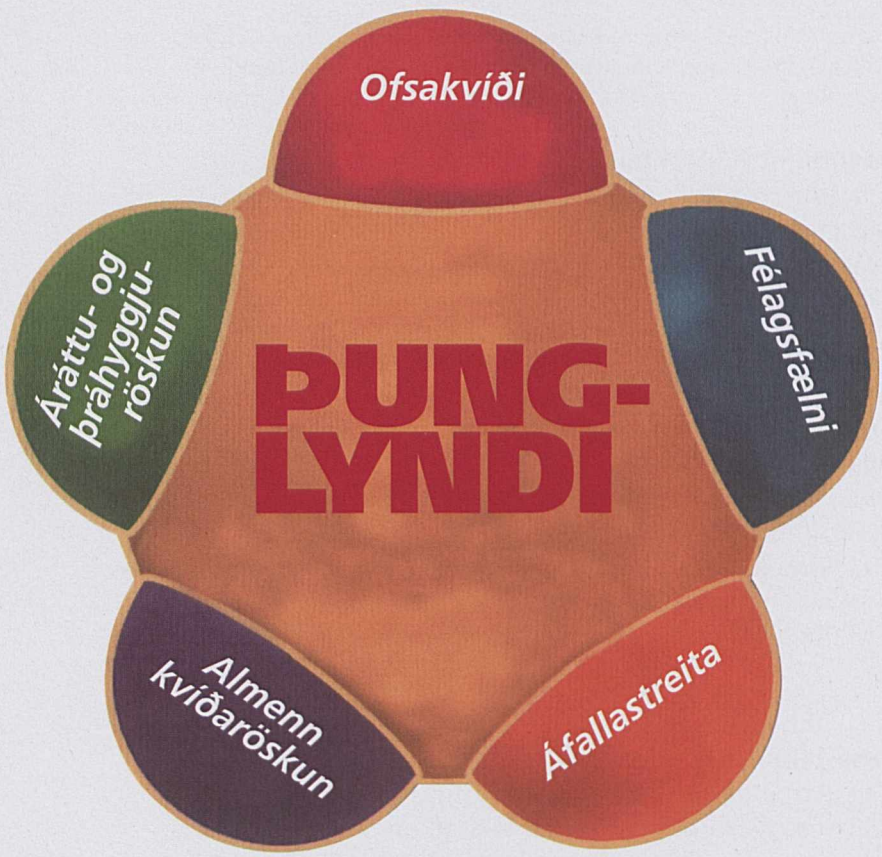
© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild án leyfis.

Prentun og bókband
Prentsmiðjan Gutenberg hf.,
Síðumúla 16-18,
108 Reykjavík

Pökkun
Plastpökkun,
Skemmuvegi 8,
200 Kópavogi

ISSN: 0023-7213

ÞUNGLYNDI ER SJALDNAST EITT Á FERÐ



Seroxat® paroxetin

SEX SJÚKDÓMAR - EIN MEÐFERÐ

Hver tafla inniheldur: Paroxetinum INN, klóríð, 22,88 mg, samsvarandi Paroxetinum INN 20 mg. **Ábendingar:** Þunglyndi, áráttu- og þráhyggjuröskun, felmturköst (ofsakvíði, panic disorders) og félagslegur ótti/félagsleg fælni, almenn kvíðaröskun og áfallastreituröskun. **Frábendingar:** Skert nýrna- og lifrarstarfsemi. **Varúð:** Óstöðug flogaveiki. Lækkaður krampaþröskuldur. **Milliverkanir:** Forðast skal samtímis notkun MAO-hemjara og skulu líða a.m.k. 14 dagar milli þess sem þessi lyf eru gefin. Aukin blæðingarhætta getur sést samtímis gjöf warfaríns og annarra kúmarínlyfja. Lyfið getur hindrað niðurbrot annarra lyfja svo sem neuroleptica af fentíazínflokki og lyfja við hjartsláttartruflun af flokki IC (flekaíníð) vegna áhrifa á cytochrom P450-kerfið í lifur. Kínidín getur hindrað niðurbrot paroxetíns. Paroxetín hefur áhrif á verkun cimetidíns, fenytóíns, móklóbemíðs, selegilíns auk þríhringlaga geðdeyfðarlyfja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum. Dýratilraunir hafa sýnt hærri dánartíðni hjá afkvæmum og ber því að forðast gjöf lyfsins á meðgöngutíma. Lyfið útskilst í brjóstamjólk í magni, sem gæti valdið lyfjaáhrifum hjá barninu. **Aukaverkanir:** Algengar (> 1%): Ógleði með eða án uppkasta (12%) og þreyta eru algengustu aukaverkanirnar. Truflun á sáðláti hefur sést hjá 9% karla. **Almennar:** Vanlíðan, svitaútsláttur, breytingar á þyngd, yfirlið og svimi. **Frá hjarta- og æðakerfi:** Hjartsláttur, lækkaður blóðþrýstingur í uppréttri stöðu. **Frá miðtaugakerfi:** Svefnleysi, æsingur, vöðvatitringur, órói, taugaveiklun. Skortur á einbeitingu og náladofi. Truflun á sáðláti og minnkuð kynhvöt hjá körlum. **Frá meltingarvegi:** Ógleði, uppköst, niðurgangur, munnþurrkur, lystarleysi og breytingar á bragðskyni. **Frá öndunarfærum:** Geispar. **Þvagfæri:** þvaglátatruflanir. Sjaldgæfar (0,1-1%): **Almennar:** Bjúgur og þorsti. **Miðtaugakerfi:** Tilfinningalegar truflanir. Mania. Minnkuð kynhvöt hjá konum. **Frá meltingarfærum:** Kyngingarörðugleikar. Sjúklingar gnísta tönnum, einkum í svefni. **Frá húð:** Kláði og útbrot. **Frá eyrum:** Suða fyrir eyrum. **Annað:** Vöðvaslappleiki. **Skammtastærðir handa fullorðnum: Við þunglyndi:** Venjulegur skammtur er 20 mg/dag. Þennan skammt má auka í 50 mg/dag eftir klínískri svörun sjúklings. Hjá öldruðum má hugsanlega byrja með lægri skammta en ekki skal gefa öldruðum hærri skammt en 40 mg/dag. Meðferðarlengd a.m.k. 3 mánuðir. **Við árátту og þráhyggjusýki:** Byrjunarskammtur er 20 mg/dag venjulegur viðhaldsskammtur er 40 mg/dag og hámarkskammtur er 60 mg/dag. **Við felmturköstum:** Byrjunarskammtur er 10 mg/dag (hálf tafla), skammtinn má auka um 10 mg/dag á viku fresti. Venjulegur viðhaldsskammtur er 40 mg/dag og hámarksskammtur er 60 mg/dag. Mælt er með lágum upphafsskammti í felmtursröskunarmeðferð til að minnka hættu á versnun sjúkdómsins í byrjun meðferðar. **Við félagslegum ótta/félagslegri fælni:** Mælt er með 20 mg skammti á dag sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. **Almenn kvíðaröskun:** Mælt er með 20 mg skammti á dag. Auka má skammtinn um 10 mg hverju sinni, hjá þeim sjúklingum sem svara ekki 20 mg skammti, að hámarki 50 mg/dag háð svörun sjúklings. **Áfallastreituröskun:** Mælt er með 20 mg skammti á dag. Auka má skammtinn um 10 mg hverju sinni, hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 20 mg að hámarki 50 mg/dag háð svörun sjúklings. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum **Pakkningar og verð 1. jan 2002:** 20 stk. 3516,- 60 stk. 9.143,- 100 stk. 14.169,- kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðslufyrirkomulag: B **10.01. 2002 (a)**

GlaxoSmithKline
Þverholti 14 • 105 Reykjavík
Sími: 530 3700 • www.gsk.is

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

656 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Stöndum við sameinaðir eða föllum við sundraðir?**
Sigurður björnsson

657 **Aðalfundur LÍ 11.-12. október**

Framkvæmdastjóraskipti hjá LÍ

658 **Tillaga að lagabreytingum fyrir aðalfund LÍ**

668 **Bréf til Lyfjastofnunar frá formanni LÍ**

669 **Unglæknar vilja vera í félagi með kollegum sínum**
Rætt við Odd Steinarsson formann Félags ungra lækna
Þröstur Haraldsson

672 **Dánartíðni á gróðareknum sjúkrahúsum**
Útgjöld til ungbarnagjörgæsludeilda í Bandaríkjunum leiða ekki til betri árangurs
Ólafur Ólafsson

673 **Reglur um lyfseðla vegna tilkynningaskyldra sjúkdóma**
Bergþór Haraldsson

674 **Tæpitungulaust: Medical Nemesis heimsótt á ný**
Árni Björnsson

679 **Útgáfa Sérlyfjaskrár**

680 **Snemmskimun í 11.-13. viku meðgöngu flýtir greiningu alvarlegra litningagalla**
Rætt við dr. Kevin Spencer
Þröstur Haraldsson

683 **Íðorðasafn lækna 147. Gömul verkefni**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

685 **Faraldsfræði 19. Klínísk faraldsfræði III**
María Heimisdóttir

687 **Lyfjamál 107. Lyfjasala flokkuð eftir skráningarári lyfja**
Eggert Sigfússon

689 **Broshornið 29. Draugagangur og umhyggja**
Bjarni Jónasson

691 **Endurmenntun HÍ: Nám með starfi og skemmri námskeið**

693 **Orlofsmál**

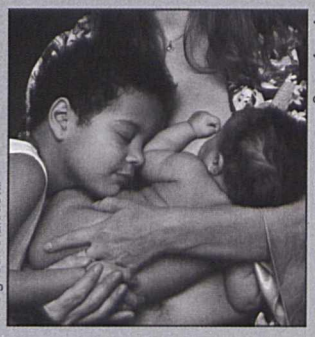
694 **Lausar stöður**

697 **Þing**

701 **Okkar á milli**

702 **Minnisblaðið**

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Sigríður Ólafsdóttir

Ljósmynd Sigríður Ólafsdóttir

Sigríður Ólafsdóttir nam ljósmyndun í Bandaríkjunum og hefur á undanförnum árum getið sér orð sem einn helsti portrettljósmyndari Íslendinga en mannamyndir hennar eru um margt sérstæðar. Hún nær að sameina töku tækifærismynda – stúdíóportrettanna sem fólk lætur taka við hátíðleg tilefni, fermingar, brúðkaup – og frjálsa túlkun hins listræna portretts þar sem ljósmyndarinn brýtur hefðir til að fanga í augnablikinu dýpri sýn á persónuna. Myndir hennar hafa létt yfirbragð og sýna fólk eins og við leik eða í miðri hreyfingu.

Það er þó einkum næmt auga Sigríðar fyrir myndbyggingu sem einkennir myndir hennar, og dirfskan sem fær hana til að leita sífellt nýrra og oft óhefðbundinna myndforma til að fanga persónuleika þeirra sem hún myndar. Myndirnar koma iðulega á óvart, en eru aldrei óviðeigandi eða tilgerðarlegar. Þvert á móti tekst henni alltaf að finna uppsetningu og sjónarhorn þar sem fólkið sem hún er að mynda sýnist í senn fullkomlega eðlilegt og á einhvern hátt upphafið, eins og henni hafi tekist að lýsa á filmunni þeim innri manni sem svo oft týnist í erli hversdagsins og sem næstum aldrei birtist í stífum uppstillingum stúdíómynda. Þannig greinum við jafnvel í tækifærismyndum Sigríðar innsæi hins sanna listamanns sem aldrei sættir sig við að sýna bara yfirborð hlutanna.

Jón Proppé

Twinrix®

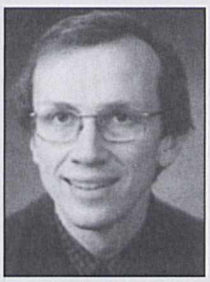
Samsett bóluefni gegn lifrarbólgu A og B.



BÓLUEFNI (stungulyf); SmithKline Beecham Biologicals. Ábendingar: Twinrix Adult er ætlað einstaklingum, 16 ára og eldri, sem eiga á hættu að smitast af lifrarbólgu A og lifrarbólgu B og hafa ekki myndað ónæmi.Twinrix Paediatric er ætlað börnum og unglingum, frá 1 til 15 ára, sem eiga á hættu að smitast af lifrarbólgu A og lifrarbólgu B og hafa ekki myndað ónæmi. Skammtar og lyfjagjöf: Áður en Twinrix er notað skal það hrist til að fá fram hálfgegnsæja, hvíta dreifu. Sé útlit innihaldsins ekki eins og vera ber, skal farga því. TWINRIX Á EKKI UNDIR NOKKRUM KRINGUMSTÆÐUM AÐ GEFA Í ÆÐ.Twinrix Adult: Mælt er með 1.0 ml (720 ELISA einingar HA/20 míkróg HBsAg) skammti fyrir 16 ára og eldri.Twinrix Paediatric: Mælt er með 0.5 ml (360 ELISA einingar HA/10 míkróg HBsAg) skammti fyrir börn og unglinga frá 1 til 15 ára. Stöðluð aðferð til ónæmisaðgerðar með Twinrix er að gefa þrjá skammta, þann fyrsta á einhverjum tilteknum degi, þann næsta einum mánuði síðar og þann þriðja sex mánuðum eftir fyrsta skammtinn.Frábendingar: Twinrix skal ekki gefa einstaklingum með þekkt ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum bóluefnisins. Líkt og á við um önnur bóluefni skal fresta ónæmisaðgerð með Twinrix hjá einstaklingum sem eru bráðveikir og með hita.Milliverkanir: Engar upplýsingar eru fyrir hendi um notkun Meðganga og brjóstagjöf: Meðganga: Áhrif Twinrix á fósturþroska hafa ekki verið metin.Brjóstagjöf: Twinrix skal því nota með varúð hjá konum með börn á brjósti.Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanirnar eru staðbundnar á stungustaðnum, en þær voru helstar; tímabundinn verkur, roði og þroti. Geymsluskilyrði: Twinrix skal geyma við 2 - 8°C..Má ekki frjósa; fargið bóluefni sem hefur frosið. Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins: Áður en Twinrix er notað skal það hrist til að fá fram hálfgegnsæja, hvíta dreifu. Sé útlit innihaldsins ekki eins og vera ber, skal farga því. Pakkningar: Twinrix Adults: einnota dæla 1 ml. Twinrix Paediatric: - einnota dæla 0,5 ml. Lyfseðilsskylt.Greiðsluþátttaka 0.(220101)

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

Vinnuumhverfi á Íslandi – þörf fyrir meiri umræðu



Kristinn Tómasson

Mikið er rætt um vinnumarkað og umhverfismál í fjölmiðlum hérlendis og tengist sú umræða ekki síst áformum um ný eða aukin tækifæri á vinnumarkaði og/eða hagræðingu sem leiðir yfirleitt af sér samruna fyrirtækja í stærri einingar og fækkun starfsfólks.

Í fréttum sem Morgunblaðið er með á vef sínum (26.8.2002) er fjallað ítarlega um ýmsa þætti sem lúta að álveri á Austurlandi. Í þessum pistlum er ekki aðaláhersla á heilsu starfsmanna sem hugsanlega muni vinna í verksmiðjunni eða í tengslum við smíði hennar, heldur er áherslan fyrst og fremst á áhrif verksmiðjunnar og byggingu hennar á efnahagslíf þjóðarinnar og á umhverfismál í víðtækri merkingu þess orðs, það er hver verða áhrif á hálendið og lítt snortna náttúru þess, hver verða áhrif á loft, lands- og sjávargæði í nágrenni við verksmiðjuna? Lítið hefur hins vegar borið á umfjöllun um heilsufar væntanlegs starfsfólks og fjölskyldna þeirra. Ekki er ljóst hvað veldur því. Hugsanlega getur það verið vegna þess að stóriðjufyrirtæki hérlendis hafa haft nokkra forgöngu um eftirlit með heilsufari hjá starfsfólki sínu og má þar benda á álverin, járnblendið og steinullarverksmiðjuna og þar af leiðandi finnist stjórnmálamönnum og öðrum ekki þörf á að þessi mál séu í brennidepli umræðunnar. Þetta er mögulega rétt. Lýsir það sér ekki hvað síst í því að eitt af álfyrirtækjunum setur sér þau markmið á heimasíðu sinni að fyrir árið 2004 verði búið að ljúka áhættumati með tilliti til hættu fyrir heilsu starfsmanna og fylgst verði með að minnsta kosti 95% af áhættuvöldunum jafnframt því sem dregið verði úr efnamengun og mestu hávaðavöldum um 40%. Jafnframt þessu verði vinnuvistfræðilegra sjónarmiða betur gætt á hverri vinnustöð og slysagildrum fækkað og að starfsmannaheilsuvernd með viðeigandi sérfræði þekkingu verði til staðar í hverri verksmiðju (1).

Þetta eru virðingarverð markmið en til þess að við sem læknar og málsvarar íslensku þjóðarinnar í heilbrigðismálum getum tekið við þeim þurfum við að skoða hvaða kröfur við viljum gera um vinnuumhverfi og hættu af því fyrir einstaklinga á íslenskum vinnumarkaði og fjölskyldur þeirra. Til þess að við getum komið fram með slíkar kröfur þurfum við að afla meiri upplýsinga um þær hættur, jafnt líffræðilegar, sálfræðilegar og félagslegar, sem tengjast vinnu hérlendis og svara því hvaða áhrif þær hafa á heilsu starfsmanna og fjölskyldna þeirra. Nauðsynlegt er að athuga að umræða sem þessi er grundvölluð á áhætttumati sem er lykilþáttur í öflugri starfsmannaheilsuvernd. Það þarf einnig að spyrja hvernig á að bregðast við hættunni? Er hægt að fjarlægja hana eða fjarlægja starfsmann frá hættunni? Ef það er ekki unnt hvernig er þá hægt að veita starfsmanninum nægilega vernd á annan hátt? Og ef það er ekki hægt þá þarf að spyrja hvort áhættan sé ásættanleg? Ef svo er þarf að spyrja hvaða og hvers konar heilbrigðiseftirlit þarf og er hægt að veita það? Þetta síðastnefnda atriði er sérstaklega mikilvægt þegar litið er til framkvæmda í strjálbýli þar sem langt er í þjónustu ef skyndileg eða mikil óhöpp verða.

Nú þegar einhverjar mestu framkvæmdir Íslandssögunnar eru að hefjast er mikilvægt að læknar taki virkan þátt í öllu sem lýtur að starfsmannaheilsuvernd, þar með töldu áhættumati, og tryggi að slíkt mat og nauðsynleg þjónusta verði raunverulega veitt hér á landi. Nauðsynlegt er að undirstrika að slík þjónusta verði ekki einvörðungu bundin stóriðnaðarfyrirtækjum sem sögulega séð fylgir veruleg áhætta vegna efnamengunar eða slysahættu heldur verði hún tengd við öll fyrirtæki.

Þetta verður ekki gert nema með því að verulega aukið fjármagn verði lagt af hálfu opinberra aðila, fyrirtækja og rannsóknasjóða til rannsókna á vinnuslysum, áhættuþáttum, (líffræði-, sálfræði-, vinnuvistfræði- og félagslegra), sem og til rannsókna á heilsufari fólks í hinum ýmsu starfsgreinum. Það er ábyrgð okkar lækna að kalla eftir þessu!

1. Sjá heimasíðu Alcoa: www.alcoa.com/global/en/environment/goals.asp

Höfundur er yfirlæknir Vinnueftirlits ríkisins.

Frágangur fræðilegra greina

Höfundar sendi tvær gerðir handrita til ritstjórnar Læknablaðsins, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi. Annað án nafna höfunda, stofnana og án þakka sé um þær að ræða. Greininni fylgi yfirlýsing þess efnis að allir höfundar séu samþykkir lokaformi greinar 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 á ensku og íslensku
- 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, ekki er hægt að nýta myndir úr PowerPoint eða af netinu.

Eftir lokafrágang berist allar greinar á tölvutæku formi með útprenti.

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

Umræðuhluti

Skilafrestur efnis í næsta blað er 20. undanfarandi mánaðar nema annað sé tekið fram.

ZYPREXA VeloTab

Munndreifitöflur, Olanzapin

Öruggt tak á bráðaeinkennum sjúklinga



Sjá upplýsingar um lyfið á næstu síðu.

Lilly

Eli Lilly · Útibú á Íslandi · Brautarholti 28 · pósthólf 5285
125 Reykjavík · Sími 520 3400, fax 520 3401 · www.lilly.com

202221 / AUGLÝSINGASTOFA SKAPARANS EHF.

Misnotkun lækna og lyfja



Einar Rúnar Axelsson

Síðastliðið vor komu upp umræður um morfínmisnotkun, dauðsföll af hennar völdum, lækna sem ávísa þessum lyfjum til fíkla, lyfjafalsanir fíkla, sölu þessara lyfja á götunni, viðhaldsmeðferð ópíumfíkla og fleira sem snýr að þessum málaflokki. Mörgum þótti umræðan löngu tímabær og þörf þó svo að allir hafi ekki verið sammála. Óþarfi hafi verið að ræða þetta í fjölmiðlum og á jafn opinskáan hátt og gert var. Sumum læknum hefur ef til vill þótt vegið að heiðri stéttarinnar en langtum fleirum tel ég þó að hafi þótt þetta þörf umræða og orðið til að vekja menn til umhugsunar um allar lyfjaútskriftir.

Sjúklingahópurinn sem við á Vogi önnumst er um margt ólíkur sjúklingum annarra lækna en er þó það fjölmennur og fyrirferðarmikill innan heilbrigðiskerfisins að allir læknar verða að taka tillit til hans og hafa auk þess vakandi auga með hættum sem stafar af lyfjum sem geta valdið ávana og fíkn. Sum lyf sem gagnast sjúklingum vel í upphafi geta stundum snúist upp í andhverfu sína með því að valda umtalsverðu heilsutjóni, andlegri og félagslegri vanlíðan og fjölskylduharmleik sem endar með skipbroti einstaklingsins. Lyfin sem eiga að hjálpa skaða ekki eingöngu sjúklinginn heldur líka þá sem næst honum standa. Mikil aukning hefur orðið á útskriftum allra þessara lyfja undanfarin ár og skýrist sú aukning ekki af auknum fjölda sjúklinga heldur er verið að misnota þessi lyf í æ ríkari mæli en áður tíðkaðist, en þær upplýsingar má lesa meðal annars út úr tíðnitölum hér á Vogi undanfarin ár.

Fíkniefnasjúklingurinn sækir í vímu og það sem einkennir hann er að finni hann til vímu eru miklar líkur á stjórnleysi í neyslu hvað varðar magn, tímasetningar og gjörðir. Annað sem einkennir fíkilinn er afneitunin, hann talar sjálfan sig til og finnst allt vera undir eftirliti og í góðum málum þó hann sé í stöðugri neyslu. Hér er ábyrgð læknanna mikil, því það er ekki eins að taka lyf sem fengin eru hjá lækni og að taka þau sem maður fær á svörtum markaði. Það skiptir engu þó lyfin geti oft verið mun verri en hin svokölluðu ólöglegu eiturlyf, stundum eru ólöglegu vímuefnin einnig til sem lyf eins og amfetamín.

Óvirkur alkóhólisti sem var vanur að nota áfengi getur hæglega fallið við að taka vímuframkallandi lyf, alveg óháð því hvort það er fengið gegn lyfseðli eða ekki.

Upphaflega átti þessi grein að fjalla um misnotkun lyfja eða „læknadóp“ en ég kýs að kalla hana einnig misnotkun lækna því sjúklingarnir misnota oft okkur læknana með því að spinna upp ótrúlegustu lygavefi eða hafa marga lækna í takinu, segjast taka lyfin í lækningalegum skömmtum, en raunin er oft allt önnur, ein tafla þrisvar á dag verður 30 eða 60 á dag. Fáir sem ég tala við taka eina mogadon í einu, flestir tala um að taka allt spjaldið í einu, eða 10 töflur, og það nokkrum sinnum á dag. Sjaldan eru lyfin notuð ein og sér heldur vill fíkillinn krossa þau með áfengi, kaffi eða öðrum lyfjum löglegum eða ólöglegum. Á Vog koma líka þeir sem misnota lausasölulyf eins og parkódín í óhóflegu magni, ekki er óalgengt að þessir sjúklingar séu að taka 50-80 töflur á dag og maður undrast hvernig það megi vera með allt þetta parasetamól og leiðir hugann að því hvort ekki ætti hreinlega að banna lausasölu þessara lyfja. Fíkn sjúklinga í þessi lyf er slík að þeir svífast einskis til að verða sér úti um þau. Hér eru læknar plataðir hægri vinstri og það er vafalaust alveg eðlilegt að við séum gabbaðir því við eigum að bera visst traust til sjúklingsins. Það sem þarf er virkara eftirlit með sjúklingum sem misnota lækna.

Þá fáum við stundum sögur af læknum sem selja lyfseðla, einn fjölskyldumeðlimur var sendur til læknisins til að sækja lyfseðla á hvern meðlim fjölskyldunnar og greiðir ákveðið gjald fyrir hvern seðil án þess að sjá lækninn, ég hef spurt um gjaldið og það er mun hærra en viðtal kostar. Sumir skrifa uppá örorku fyrir sína sjúklinga sem koma svo á læknamóttökuna til að sækja sér lyfseðla og skrifa undir í leiðinni fyrir komu á stofu, þeir greiða ekkert en fá lyfseðil án þess að hitta lækninn eða þá að þeir hitta hann í mýflugumynd. Þá eru sumir sem fá svo ótakmarkað af lyfjum hjá læknum sínum að þeir halda sér og öðrum uppi á dópi. Sjúklingar selja oft lyf sem þeir fá ávísað af læknum á svörtum markaði, sem dæmi má nefna að 100 töflur af 60 mg contalgyni kosta fyrir öryrkja 641 kr. úr apóteki en þeir geta selt hverja töflu á 2000 kr. stykkið eða pakkann á 200.000 kr. Þennan leik leika sumir til að fjármagna eigin neyslu ólöglegra vímuefna sem þeir fá hjá fíkniefnasölum, þannig rennur þetta fé í neðanjarðarhagkerfi fíkniefnaheimsins á Íslandi en sá heimur er skipulagðari en almennt er talið að okkar mati hjá SÁÁ. Læknar geta þannig verið að leggja vel skipulagðri glæpastarfsemi þessa lands lið með lyfjaútskriftum án þess að gera sér nokkra grein fyrir því. Spurningin er hvort það sé þetta sem við læknar viljum eða hvort við viljum virkara eftirlit með okkur læknum og sjúklingum okkar? Slíkt eftirlit ætti ekki að miða að því að svipta menn leyfi heldur fyrst og fremst þarf það að vera það virkt að það geti séð hverjir eru farnir að spora úr í lyfjaútskriftum sínum og koma með vingjarnlegar ábendingar til þeirra, kynna fyrir læknum þá sjúklinga sem hafa orðið uppvísir að því að misnota kerfið og til að kenna og leiðbeina læknum varðandi vímuefni og vímuefnafíkn.

Höfundur er læknir á Vogi.

ZYPREXA og ZYPREXA VELOTAB Eli Lilly Nederland. Zyprexa (olanzapin) töflur: 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 15 mg. Zyprexa Velotab (olanzapin) munndreifitöflur: 5 mg, 10 mg, 15 mg: N05AH03. **Ábendingar:** Olanzapin er ætlað til meðferðar við geðklofa. Olanzapin er einnig virkt til framhaldsmeðferðar fyrir sjúklinga sem hafa sýnt bata við byrjun meðferðar. Olanzapin er ætlað til meðferðar við meðal til alvarlegu oflæti. Ekki hefur verið sýnt fram á að olanzapin komi í veg fyrir að oflæti eða þunglyndi taki sig upp á ný. **Skammtar og lyfjagjöf:** Geðklofi: Mælt er með að gefa 10 mg af olanzapin einu sinni á dag í byrjun meðferðar. Oflæti: Upphafsskammtur er 15 mg einu sinni á dag í eins lyfs meðferð eða 10 mg á dag í samhliða meðferð. Á meðferðartíma við bæði geðklofa og oflæti má breyta þessum skammti með hliðsjón af einkennum einstaklingsins, innan skammtabilsins 5-20 mg/dag. Mælt er með, að einkenni sjúklings verði endurmetin, áður en skammtastærð er aukin umfram ráðlagðan upphafsskammt og skulu einkenni endurmetin eigi sjaldnar en á 24 tíma fresti. Gefa má olanzapin án tillits til máltíða því frásog er óháð fæðu. Íhuga ætti að minnka skammta smám saman þegar meðferð með olanzapini er hætt. Olanzapin munndreifitöflu er komið fyrir í munni, þar sem hún sundrast hratt upp í munnvatni, þannig að auðvelt er að kyngja henni. Erfitt er að ná munndreifitöflunni heilli úr munni. Vegna þess hve munndreifitaflan er viðkvæm, skal hún tekin strax eftir að þynnan hefur verið opnuð. Auk þess sundra töflunni í fullu glasi af vatni eða öðrum hentugum drykk (appelsínusafa, eplasafa, mjólk eða kaffi), og drekka strax. Olanzapin munndreifitafla er jafngild olanzapin húðuðum töflum, m.t.t. frásogshraða og frásogs. Skömmtun og skammtastærðir eru eins og með olanzapin húðuðum töflum. **Börn:** Olanzapin hefur ekki verið gefið einstaklingum undir 18 ára aldri í rannsóknum. **Aldraðir:** Venjulega er ekki mælt með lægri byrjunarskammti (5 mg/dag), en kemur til álita, ef einstaklingurinn er 65 ára eða eldri þegar klínísk einkenni gefa tilefni til þess. **Sjúklingar með skerta lifrar- og/eða nýrnastarfsemi:** Til greina kemur að gefa þessum einstaklingum lægri byrjunarskammt (5 mg). Ef um er að ræða meðal skerta lifrarstarfsemi (cirrhosis, Child-Pugh Class A eða B), ætti byrjunarskammtur að vera 5 mg og einungis aukinn með varúð. **Frábendingar:** Olanzapin má ekki gefa sjúklingum með ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Olanzapin má ekki gefa sjúklingum með þekkta áhættu fyrir þrönghornsgláku. **Varúð:** Blóðsykurshækkun eða versnun sykursýki, stundum með ketónblóðsýringu eða meðvitundarleysi, hefur einstaka sinnum verið lýst og einnig nokkrum dauðsföllum. Pyngdaraukningu hafði þá stundum verið lýst áður, sem gæti verið vísbending. Mælt er með að fylgst sé vel með sykursjúkum og sjúklingum í áhættuhóp fyrir sykursýki. **Aðrir sjúkdómar samtímis:** Þrátt fyrir að olanzapin hafi sýnt andkólínvirk áhrif *in vitro*, hafa klínískar rannsóknir sýnt lágt nýgengi slíkra einkenna. Þar sem klínísk reynsla olanzapins hjá sjúklingum sem hafa jafnframt aðra sjúkdóma er takmörkuð skal gæta varúðar við gjöf lyfsins hjá sjúklingum með stækkun á blóðruhálskirtli eða þarmalömun og önnur svipuð einkenni. Nokkrir dagar eða vikur geta liðið uns merki sjást um bata af sefandi meðferð. Fylgjast skal náið með sjúklingum á þessu tímabili. **Laktósi:** Olanzapin tafla inniheldur laktósa. **Fenýlalanín:** Olanzapin munndreifitafla inniheldur aspartam, fenýlalanín er umbrotsefni aspartams. **Mannitol:** Olanzapin munndreifitafla inniheldur mannitol. **Natríum methýl parahýdroxýbenzóat og natríum própýl parahýdroxýbenzóat:** Olanzapin munndreifitafla inniheldur natríum methýl parahýdroxýbenzóat og natríum própýl parahýdroxýbenzóat. Þessi rotvarnarefni geta valdið ofsakláða. Dæmi eru um síðbúin einkenni eins og snertiofnæmi (contact dermatitis), en bráð einkenni með berkjukrampa eru sjaldgæf. Tímabundin og einkennalaus hækkun á lifrartransamínósum ALT og AST hefur stundum verið lýst, sérstaklega í upphafi meðferðar. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með hækkað ALT og/eða AST, hjá sjúklingum sem hafa einkenni um skerta lifrarstarfsemi, hjá sjúklingum með sögu um skerta lifrarstarfsemi og hjá sjúklingum sem fá einnig meðferð með lifrartoxískum lyfjum. Í þeim tilfellum þar sem ALT og/eða AST hækka meðan á meðferð stendur ætti að fylgjast sérstaklega með sjúklingnum og meta þörf á að lækka lyfjaskammtinn. Ef greining lifrarbólgu er staðfest, skal meðferð með olanzapini hætt. Eins og með önnur sefandi lyf skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa fækkun á hvítfrumum og/eða hlutleysiskyrningum hver sem orsökin er, hjá sjúklingum sem hafa minnkaða virkni beinmergs vegna lyfjanotkunar, hjá sjúklingum sem hafa minnkaða virkni beinmergs vegna annars sjúkdóms, geislameðferðar eða krabbameinslyfjameðferðar, og hjá sjúklingum sem hafa eósínófilafjölda eða myeloproliferativa sjúkdóma. 32 sjúklingar sem höfðu áður fengið hlutleysiskyrningafæð eða kyrningahrap tengt clozapinmeðferð fengu olanzapinmeðferð án þess að fjöldi hlutleysiskyrninga fæðist. Tilkynningar um hlutleysiskyrningafæð hafa verið algengar þegar olanzapin og valpróat eru gefin samhliða. Takmarkaðar upplýsingar eru um samhliða meðferð með litíum og valpróati. Ekki eru fyrirliggjandi neinar upplýsingar um samhliða meðferð með olanzapini og carbamazepini, hins vegar hafa verið gerðar rannsóknir á lyfjahvörfum.Neuroleptiskt Malignant Syndrom (NMS): NMS er alvarlegt lífshættulegt ástand tengt meðferð með sefandi lyfjum. Mjög fá tilfelli, lýst sem NMS, hafa líka verið tengd olanzapini. Klínísk einkenni NMS eru ofurhiti, vöðvastífni, breytt hugarástand og einkenni um truflanir í ósjálfráða taugakerfinu (óreglulegur púls eða óreglulegur blóðþrýstingur, hraður hjartsláttur, aukin svitamyndun og hjartsláttartruflanir). Frekari einkenni geta verið hækkaður kreatín fosfókínasi, myoglóbúlín í þvagi (rákvöðvasundrun) og bráð nýrnabilun. Ef sjúklingur fær merki og einkenni um NMS, eða hefur hækkaðan líkamshita án þekktrar skýringar og án annarra klínískra einkenna um NMS skal hætta notkun allra sefandi lyfja, þar með talið olanzapin. Olanzapin skal notað með varúð hjá sjúklingum sem hafa sögu um krampa eða fá meðferð sem gæti lækkað krampaþröskuld. Krampar sjást einstaka sinnum hjá sjúklingum sem fá meðferð með olanzapini. Í flestum tilvikum er jafnframt um að ræða sögu um krampa eða áhættuþætti sem auka líkur á krömpum. Síðkomnar hreyfitruflanir: Í samanburðarrannsóknum sem stóðu í allt að eitt ár voru hreyfitruflanir af völdum lyfja tilkynntar sjaldnar tengdar olanzapini. Hins vegar aukast líkur á síðkomnum hreyfitruflunum við langtíma notkun og því skal meta hvort lækka skuli lyfjaskammtinn eða hætta notkun lyfsins ef hreyfitruflanir koma fram hjá sjúklingi sem fær olanzapin. Slík einkenni geta versnað tímabundið eða jafnvel komið fram eftir að notkun lyfsins hefur verið hætt. Vegna megináhrifa olanzapins á miðtaugakerfið, skal gæta varúðar í samtímis notkun annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið og áfengis. Þar sem olanzapin sýnir anddópamínvirkni in vitro, getur það minnkað áhrif efna sem hafa beina eða óbeina dópamínvirkni. Réttstöðu blóðþrýstingslækkun kom stundum fyrir hjá eldra fólki í klínískum rannsóknum á olanzapini. Eins og með önnur sefandi lyf, er mælt með því að mæla reglulega blóðþrýsting hjá sjúklingum eldri en 65 ára. Olanzapin var ekki tengt viðvarandi lengingu á QT-bili í klínískum rannsóknum. Einungis 8 af 1685 einstaklingum fengu endurtekið lengingu á QTc bili. Eins og með öll önnur sefandi lyf skal fara varlega þegar olanzapin er gefið samtímis öðrum lyfjum sem vitað er að geti lengt QTc bilið, sérstaklega hjá öldruðum, hjá sjúklingum með meðfætt lengt QT heilkenni, blóðrikishjartabilun, ofstækkun hjarta, oflækkun kalíums eða oflækkun magnesíums. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar hjá sjúklingum sem fá meðferð með lyfjum sem geta valdið bælingu á miðtaugakerfi. Mögulegar milliverkanir við olanzapin: Þar sem olanzapin er umbrotið um CYP1A2, geta efni sem örva eða letja þetta ísóenzým haft áhrif á lyfjahvörf olanzapins. Örvun CYP1A2: Umbrot olanzapins geta örvast af reykingum og karbamazepíni, sem getur leitt til lægri þéttni olanzapins. Einungis hefur orðið vart við væga eða meðal auknингu á úthreinsun olanzapins. Líklega eru klínísk áhrif takmörkuð, en klínískt eftirlit er ráðlegt og gefa má hærri skammta ef með þarf (sjá kafla 4.2 Skammtar og lyfjagjöf). Hömlun CYP1A2: Fluvoxamín er sértækur CYP1A2 hemill, sem hefur sýnt marktæk hemjandi áhrif á umbrot olanzapins. Meðalhækkun C_{max} olanzapins eftir gjöf fluvoxamins var 54% hjá konum sem reyktu ekki og 77% hjá körlum sem reyktu. Meðalhækkun olanzapin AUC var 52% annars vegar og 108% hins vegar hjá sömu hópum. Íhuga skal lægri byrjunarskammt olanzapins hjá sjúklingum sem fá fluvoxamín eða aðra CYP1A2 hemla, svo sem ciprofloxacin eða ketoconazol. Íhuga skal lækkun skammta olanzapins ef lyfjameðferð er hafin með CYP1A2 hemli. Lækkað aðgengi: Lyfjakol draga úr aðgengi olanzapins eftir inntöku um 50 til 60% og skulu gefin að minnsta kosti 2 tímum fyrir eða eftir inntöku olanzapins. Ekki hafa fundist merki um að flúoxetín (CYP2D6 hemill), einstakir skammtar af sýrubindandi lyfjum (ál-, magnesíumsambönd) eða cimetidini hafi marktæk áhrif á lyfjahvörf olanzapins. Hugsanleg áhrif olanzapins á önnur lyf: Olanzapin getur dregið úr áhrifum lyfja sem hafa bein eða óbein dópamínörvandi áhrif. Olanzapin hemur ekki aðal CYP450 ísóenzýmin in vitro (t.d. 1A2, 2D6, 2C9, 2C19, 3A4). Því er ekki búist við milliverkunum, sem hefur verið staðfest í *in vivo* rannsóknum þar sem ekki hefur fundist hömlun á umbrotum eftirtalinna lyfja: þríhringlaga geðlyfjalyf (svarar að mestu leyti til CYP2D6 kerfisins), warfarín (CYP2C9), teófýllín (CYP1A2) eða diazepam (CYP3A4 og 2C19). Olanzapin olli engum milliverkunum þegar það var gefið samhliða lítium eða biperideni. Mælingar á plasmaþéttni valpróats benda ekki til að breyta þurfi skammtastærðum valpróats, eftir að samhliða gjöf olanzapins er hafin. **Meðganga:** Þar sem þekking um áhrif lyfsins á fóstur er takmörkuð skal lyfið einungis notað hjá þunguðum konum ef ávinningur af meðferðinni er talinn réttlæta áhættuna fyrir fóstrið. **Brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk. Konum skal ráðlagt að hafa ekki barn á brjósti meðan á töku lyfsins stendur. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Þar sem olanzapin getur valdið syfju er sjúklingum ráðlagt að gæta varúðar við stjórnun hættulega véla, þar með talið akstur bifreiðar. **Aukaverkanir:** Syfja og þyngdarauknинg voru einu mjög algengu (>10%) aukaverkanirnar hjá sjúklingum sem fengu olanzapin í klínískum rannsóknum. Þyngdarauknингin var tengd lægri body mass index (BMI) fyrir meðferð og byrjunarskammti 15 mg eða meira. Tilkynningar um óeðlilegt göngulag hafa verið mjög algengar í klínískum rannsóknum á sjúklingum með Alzheimers sjúkdóm. Í einni klínískri rannsókn á sjúklingum með geðhvarfsýki var tíðni hlutleysiskyrningafæðar 4,1%; sem hugsanlega stafaði af því hve plasmaþéttni valpróats var há. Þegar olanzapin var gefið samhliða með lítium eða valpróati varð vart við aukningu (>10%) á eftirtöldum einkennum: Skjálfta, munnþurrki, aukinni matarlyst og þyngdarauknингu. Tilkynningar um talgalla voru einnig algengar (1-10%). Við meðferð með olanzapini samhliða lítium eða divalproex varð vart við þyngdarauknингu ≥7% frá grunnlínu hjá 17,4% sjúklinga á meðan á bráðameðferð stóð (allt að 6 vikur). **Mjög algengar (>10%):** Þyngdarauknинg, svefnhöfgi, í klínískum rannsóknum á sjúklingum með Alzheimers sjúkdóm hefur verið lýst óeðlilegu göngulagi, hækkað plasma prólaktín. **Algengar (1-10%):** Ósínfíklafjöld, aukin matarlyst, hækkaður blóðsykur, hækkaðir þríglýseríðar, svimi, akathisia, réttstöðu blóðþrýstingslækkun, væg skammvinn andkólínvirk áhrif þ.m.t. hægðatregða og munnþurrkur, skammvinn, einkennalaus hækkun lifrar transamínasa (ALT, AST), sérstaklega í þyrjun meðferðar, þróttleysi, bjúgur. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Hægsláttur með eða án blóðþrýstingslækkunar eða yfirliðs, ljósnæmisviðbrögð, hækkaður kreatínín fosfókínasi. **Mjög sjaldgæfar (0,01-0,1%):** Hvítfrumnafæð, krömpum hefur mjög sjaldan verið lýst hjá sjúklingum sem eru meðhöndlaðir með olanzapini, útbrot. **Örsjaldan koma fyrir (<0,01%):** Blóðflagnafæð, blóðsykurshækkun eða versnun sykursýki, stundum með ketónblóðsýringu eða meðvitundarleysi hefur örsjaldan verið lýst, þar með talin fáein dauðsföll, ofhækkun þríglýseríða, tilfellum af NMS (Neuroleptic Malignant Syndrome), tengd olazapini hefur verið lýst, brisbólga, lifrarbólga, langvarandi stinnинg reðu. **Pakkningar og verð (ágúst 2002):** Zyprexa töflur. 28 stk. x 2,5 mg: kr. 8.021. 28 stk. x 5 mg: 11.106. 56 stk. x 7,5 mg: 28.713. 28 stk. x 10 mg: 19.485. 56 stk. x 10 mg: 36.534. 28 stk. x 15 mg: 36.534. Zyprexa Velotab (munndreifitöflur). 28 stk. x 5 mg: 12.880. 28 stk. x 10 mg: 23.398. 28 stk. x 15 mg: 33.936. Afgreiðslutilhögun og greiðslupátttaka almannatrygginga: R, 100. **Samantekt um eiginleika lyfs er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar. Hægt er að nálgast samantekt um eiginleika lyfs í fullri lengd hjá Eli Lilly Danmark A/S Útibú á Íslandi, Brautarholti 28, 105 Reykjavík.**

Lómex-T

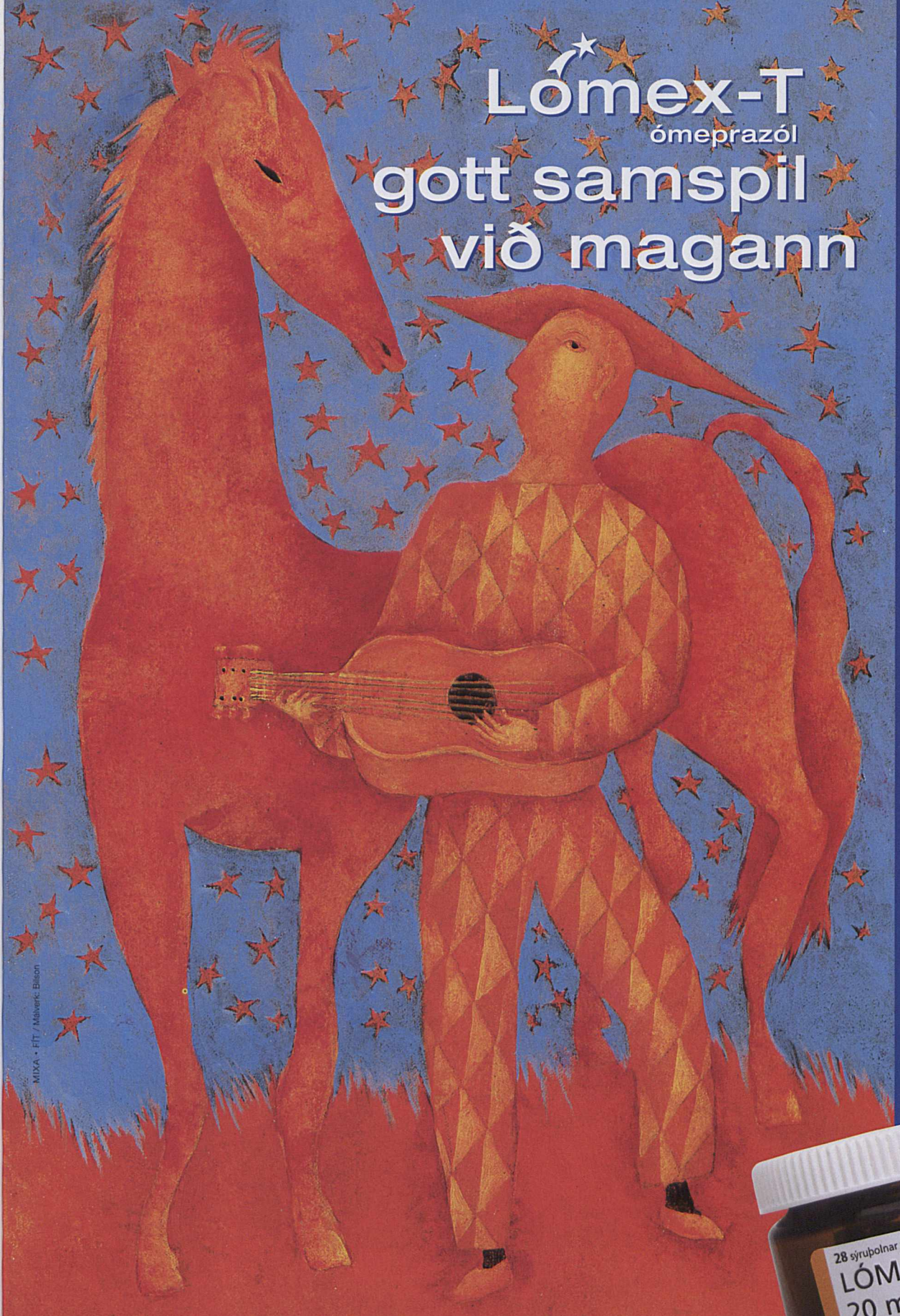
Hver sýrupolin tafla inniheldur: Omeprazolum INN 20 mg. **Ábendingar:** Sársjúkdómur í skeifugörn og maga. Bólga í vélinda vegna bakflæðis (reflux oesophagitis). Uppræting Helicobacter pylori í sársjúkdómi (ásamt sýklalyfjum). Sársjúkdómur eða fleiður í skeifugörn og maga vegna meðferðar með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID). Fyrirbyggjandi við meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum, vegna aukinnar hættu á ópægindum, eins og sársjúkdómi í maga, vélinda eða skeifugörn, fleiðri í maga og/eða skeifugörn eða meltingartruflunum. Meðferð á einkennum brjóstsviða og nábíts vegna bakflæðissjúkdóms (gastro-oesophageal reflux disease). Zollinger-Ellison heilkenni. Lyfið er einnig ætlað til langtímameðferðar á bólgu í vélinda vegna bakflæðis og síendurteknum sárum í maga og skeifugörn að því tilskyldu að viðhlítandi árangur hafi ekki náðst með 10 mg dagsskammti af jafngildu lyfi en þá má hækka skammta í 20-40 mg af ómeprazóli (1-2 Lómex-T 20 mg sýruþolnar töflur) einu sinni á dag. **Skammtar og lyfjagjöf:** Mælt er með að töflurnar séu teknar að morgni. Þær á að gleypa heilar með 1/2 glasi af vökva. Töflurnar má hvorki tyggja né mylja. ***Skeifugarnarsár:*** Ráðlagður skammtur handa sjúklingum með virkt skeifugarnarsár er 20 mg einu sinni á dag. Einkenni hverfa fljótt og hjá flestum sjúklingum grær sár innan tveggja vikna. Hjá sjúklingum með sár sem ekki er að fullu gróið eftir þann tíma, grær sár yfirleitt við tveggja vikna meðferð til viðbótar. Hjá sjúklingum með skeifugarnarsár sem hefur svarað illa meðferð er ráðlagt að gefa 40 mg einu sinni dag og er sár yfirleitt gróið innan fjögurra vikna. Fyrirbyggjandi gegn síendurteknu skeifugarnarsári er ráðlagður skammtur 10 mg ómeprazóls einu sinni á dag. Þar sem Lómex-T sýruþolnar töflur innihalda 20 mg ómeprazóls er ráðlagt að hefja meðferð með jafngildu lyfi af lægri styrkleika. Ef þörf krefur má auka skammtinn í 20-40 mg ómeprazóls (1-2 Lómex-T 20 mg sýruþolnar töflur) einu sinni á dag. **Magasár:** Ráðlagður skammtur er 20 mg einu sinni á dag. Einkenni hverfa fljótt og hjá flestum sjúklingum grær sár innan fjögurra vikna. Hjá sjúklingum með sár sem ekki er að fullu gróið eftir þann tíma, grær sár yfirleitt við fjögurra vikna meðferð til viðbótar. Hjá sjúklingum með magasár sem hefur svarað illa er ráðlagt að gefa 40 mg einu sinni á dag og er sár yfirleitt gróið innan 8 vikna. Fyrirbyggjandi gegn síendurteknu magasári sem hefur svarað meðferð illa er ráðlagður skammtur 20 mg einu sinni á dag. Ef þörf krefur má auka skammtinn í 40 mg einu sinni á dag. ***Sársjúkdómar eða fleiður vegna meðferðar með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID):*** Ráðlagður skammtur hjá sjúklingum með magasár, skeifugarnarsár eða fleiður í maga og/eða skeifugörn vegna meðferðar með bólgueyðandi gigtarlyfjum, hvort sem meðferðin er langvarandi eða ekki, er 20 mg einu sinni á dag. Einkennin hverfa fljótt og hjá flestum sjúklingum gróa sár innan fjögurra vikna. Hjá sjúklingum með sár sem ekki hefur að fullu gróið eftir þann tíma, grær sár yfirleitt við fjögurra vikna meðferð til viðbótar. Ráðlagður skammtur til að fyrirbyggja magasár, skeifugarnarsár eða fleiður í maga og/eða skeifugörn og meltingartruflanir er 20 mg einu sinni á dag. ***Uppræting Helicobacter pylori í sársjúkdómi:*** *Þriggja lyfja meðferð:* Ómeprazól 20 mg, amoxicillín 1 g og klaritrómýcín 500 mg, öll gefin tvisvar á dag í eina viku *eða* ómeprazól 20 mg, klaritrómýcín 250 mg og metrónídazól 400 mg (eða tínídazol 500 mg) öll gefin tvisvar á dag í eina viku *eða* ómeprazól 40 mg einu sinni dag ásamt amoxicillíni 500 mg og metrónídazóli 400 mg, bæði gefin þrisvar á dag í eina viku. *Tveggja lyfja meðferð:* Ómeprazól 40-80 mg daglega ásamt amoxicillíni 1,5 g daglega, sem gefið er í skiptum skömmtum í tvær vikur. Í klínískum rannsóknum hafa 1,5-3 g dagskammtar af amoxicillíni verið notaðir *eða* ómeprazól 40 mg einu sinni á dag ásamt klaritrómýcíni 500 mg þrisvar á dag í 2 vikur. Til þess að tryggja að sár grói hjá sjúklingum með virkan sársjúkdóm, sjá frekar um skömmtun lyfsins við maga- og skeifugarnarsári. Hverja meðferð má endurtaka ef sjúklingur greinist enn jákvæður fyrir Helicobacter pylori. ***Bólga í vélinda vegna bakflæðis:*** Ráðlagður skammtur er 20 mg einu sinni á dag. Einkenni hverfa fljótt og hjá flestum sjúklingum næst bati innan fjögurra vikna. Hjá sjúklingum sem ekki hafa fengið fullan bata eftir þann tíma, fæst yfirleitt bati við fjögurra vikna meðferð til viðbótar. Hjá sjúklingum með alvarlega bólgu í vélinda vegna bakflæðis er ráðlagður skammtur 40 mg einu sinni á dag og næst bati yfirleitt innan 8 vikna. Við langtímameðferð hjá sjúklingum með bólgu í vélinda vegna bakflæðis er ráðlagður skammtur 10 mg einu sinni á dag. Þar sem Lómex-T sýruþolnar töflur innihalda 20 mg ómeprazóls er því ráðlagt að hefja meðferð með jafngildu lyfi af lægri styrkleika. Ef þörf krefur má auka skammtinn í 20-40 mg ómeprazóls (1-2 Lómex-T 20 mg sýruþolnar töflur) einu sinni á dag. ***Alvarleg bólga í vélinda vegna bakflæðis hjá börnum 1 árs og eldri:*** Fyrir börn þyngri en 20 kg er ráðlagður skammtur 20 mg ómeprazóls (ein Lómex-T 20 mg sýruþolin tafla) einu sinni á dag, ef þörf krefur má tvöfalda skammtinn. Ekki er ráðlagt að hefja meðferð barna, léttari en 20 kg, með Lómex-T 20 mg sýruþolnum töflum, þar sem ráðlagður skammtur fyrir þessi börn (10-20 kg) er 10 mg ómeprazóls einu sinni á dag ef þörf krefur má hins vegar auka skammtinn í 20 mg ómeprazóls einu sinni á dag. ***Meðferð á einkennum vegna bakflæðissjúkdóms:*** Ráðlagður skammtur er 20 mg daglega. Einkenni hverfa fljótt. Ef meðferð á einkennum hefur ekki borið árangur eftir fjögurra vikna meðferð með 20 mg daglega, eru frekari rannsóknir ráðlagðar. ***Zollinger-Ellison heilkenni:*** Hjá sjúklingum með Zollinger-Ellison heilkenni eru skammtar einstaklingsbundnir og meðferð skal halda áfram eins lengi og þörf krefur miðað við klínískt ástand. Ráðlagður upphafsskammtur er 60 mg daglega. Allir sjúklingar með alvarlegan sjúkdóm og sem ekki hafa svarað annarri meðferð, hafa fengið viðunandi verkun af lyfinu og fengu yfir 90% sjúklinganna viðhaldsskammta á bilinu 20-120 mg daglega. Fari dagsskammtur yfir 80 mg, þarf að skipta honum í tvær lyfjagjafir. ***Skert nýrnastarfsemi:*** Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. ***Skert lifrarstarfsemi:*** Þar sem aðgengi og helmingunartími ómeprazóls í plasma eykst við skerta lifrarstarfsemi getur verið nægjanlegt að gefa lægri skammta (10-20 mg dagskammta). ***Aldraðir:*** Hjá öldruðum þarf ekki að breyta skömmtum. **Frábendingar:** Lyfið á ekki að gefa sjúklingum með þekkt ofnæmi fyrir ómeprazóli eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Þegar talið er að um magasár sé að ræða skal útiloka illkynja sjúkdóm, en meðferð með ómeprazóli getur dregið úr einkennum og seinkað sjúkdómsgreiningu. **Milliverkanir:** Frásog sumra lyfja getur breyst vegna hækkunar á sýrustigi magans. Þannig má ætla að frásog ketakónazóls minnki samtímis ómeprazólmeðferð, eins og gerist ef samtímis eru gefin önnur lyf sem hemja sýruseytingu eða eru sýrubindandi. Hvorki hefur orðið vart við milliverkun lyfsins við fæðu né samtímis tóku sýrubindandi lyfja. Þar sem ómeprazól er umbrotið í lifur um cýtókróm P450 2C19 getur það seinkað brotthvarfi á díazepami, R-warfarín og fenýtóíni. Ráðlagt er að fylgjast með sjúklingum, sem fá warfarín eða fenýtóín og nauðsynlegt getur verið að minnka skammta. Engu að síður hefur samtímis meðferð með 20 mg daglega ekki breytt blóðþéttni fenýtóíns hjá sjúklingum á samfelldri meðferð með lyfinu. Á sama hátt hefur samtímis meðferð með 20 mg daglega ekki breytt blóðstorknunartíma hjá sjúklingum á langtíma meðferð með warfaríni. Blóðþéttni ómeprazóls og klaritrómýcíns aukast við samtímis meðferð með þessum lyfjum, en engar milliverkanir eru við metrónídazól eða amoxicillín. Þessi sýklalyf eru notuð samtímis ómeprazóli til að uppræta Helicobacter pylori. Niðurstöður fjölda rannsókna á milliverkun ómeprazóls við önnur lyf benda til þess að endurtekin gjöf á ómeprazóli 20-40 mg til inntöku, hafi engin áhrif á önnur mikilvæg ísóform CYP, eins og sést hefur á því að milliverkun er ekki fyrir hendi á hvarfefnum fyrir CYP1A2 (koffein, fenasetín, teófýllín), CYP2C9 (S-warfarín, píroxikam, díklófenak og naproxen), CYP2D6 (metóprólól, própanólól), CYP2E1 (etanól) og CYP3A (cíklósporín, lídókaín, kínidín, estradíól, erýtrómýcín og búdesóníð). **Meðganga og brjóstagjöf:** Eins og við á um flest lyf ætti hvorki að gefa þunguðum konum né konum með barn á brjósti ómeprazól nema brýn ástæða sé til. Ómeprazól gefið konum í fæðingu, í skömmtum allt að 80 mg á 24 klst., hefur ekki valdið aukaverkunum hjá barninu. Dýrarannsóknir hafa ekki bent til hættu vegna meðferðar með lyfinu á meðgöngutíma og við þrjóstagjöf og engar vísbendingar liggja fyrir um eituráhrif eða fósturskemmandi verkun. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Óhlekt er að lyfið hafi áhrif á hæfni til aksturs eða stjórnunar annarra véla. **Aukaverkanir:** Lyfið þolist vel og aukaverkanir hafa yfirleitt verið vægar og gengið til baka. Eftirfarandi einkenni hafa komið fram í klínískum rannsóknum eða tilkynnt hefur verið um þau við venjulega notkun. Í mörgum tilvikum hafa ekki verið sönnuð tengsl þeirra við meðferð með ómeprazóli. Í klínískum rannsóknum sem staðið hafa yfir í skamman tíma hafa aukaverkanir við notkun á ómeprazól sýruþolnum töflum verið svipaðar aukaverkunum sem sést hafa við notkun ómeprazól sýruþolinna hylkja. ***Algengar (>1%):*** *Mið- og úttaugakerfi:* Höfuðverkur. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, hægðatregða, kviðverkir, ógleði/uppköst og aukinn vindgangur. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** *Mið- og úttaugakerfi:* Sundl, breytt húðskyn, svefnhöfgi, svefnleysi og svimi. *Lifur:* Aukning lifrarensíma. *Húð:* Útbrot og/eða kláði. Ofsakláði. *Annað:* Vanlíðan (malaise). ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** *Mið- og úttaugakerfi:* Tímabundið rugl, æsingur, árásarhneigð, þunglyndi og ofskynjanir, sérstaklega hjá mikið veikum sjúklingum. *Innkirtlar:* Brjóstastækkun hjá körlum. *Meltingarfæri:* Munnþurrkur, bólga í munni og candidasýking í meltingarvegi. *Blóð:* Fækkun á hvítum blóðkornum, fækkun á æsingur, árásarhneigð, þunglyndi og ofskynjanir, sérstaklega hjá mikið veikum sjúklingum. *Innkirtlar:* Brjóstastækkun hjá körlum. *Meltingarfæri:* Munnþurrkur, bólga í munni og candidasýking í meltingarvegi. *Blóð:* Fækkun á hvítum blóðkornum, fækkun á blóðflögum, kyrningahrap og blóðfrumnafæð. *Lifur:* Heilakvilli (encephalopathy) hjá sjúklingum með sögu um alvarlegan lifrarsjúkdóm, lifrarbólga með eða án gulu, lifrarbilun. *Stoðkerfi:* Liðverkir, máttleysi í vöðvum og vöðvaverkir. *Húð:* Aukið ljósnæmi, regnbogaroðasótt (erythema multiforme), Stevens-Johnson heilkenni, drep í húðþekju (toxic epidermal necrolysins(TEN)), hárlos. *Annað:* Ofnæmi, t.d. ofsabjúgur, hiti, berkjusamdráttur, millivefsbólga í nýrum og ofnæmislost. Aukin svitamyndun, bjúgur í útlimum, sjóntruflanir, breytingar á bragðskyni og blóðnatríumlækkun. **Ofskömmtun:** Einstakur skammtur, allt að 400 mg af ómeprazól sýruhjúphylkjum, hefur ekki valdið alvarlegum einkennum. Brotthvarfshraði var óbreyttur (línuleg lyfjahvörf) við aukna skammta og ekki hefur verið þörf á neinni sérstakri meðferð. **Lyfhrif:** Ómeprazól er blanda (racemic) af tveimur virkum handhverfum (enantiomers). Ómeprazól dregur úr sýruseytingu og er verkunarháttur mjög sértækur. Það hemlar sértækt prótónupumpuna í parietal frumum. Lyfið verkar hratt og hefur afturkræfa stjórnun á sýruseytingu þegar það er gefið einu sinni á dag. Ómeprazól er veikur basi og eykst þéttni þess og umbrot í virkt efni í mjög súru umhverfi innanfrumurýmis (canaliculi) parietal frumna, þar sem það er hemill á H+, K+-ATPasa-sýrupumpuna. Þessi verkan á lokastigi magasýrumyndunarinnar er skammtaháð og dregur kröftuglega úr bæði hvíldarframleiðslu og framleiðslu við hvers kyns örvun, óháð því hvað hvetur. Lyfið, gefið til inntöku einu sinni á dag, veldur hraðri og virkri hemlun á sýruseytingu í maga allan sólarhringinn og hámarksverkun næst eftir fjögurra daga meðferð. Ekki hefur dregið úr virkni ómeprazóls við hvers kyns örvun, óháð því hvað hvetur. Lyfið, gefið til inntöku einu sinni á dag, veldur hraðri og virkri hemlun á sýruseytingu í maga allan sólarhringinn og hámarksverkun næst eftir fjögurra daga meðferð. Ekki hefur dregið úr virkni ómeprazóls við langtímanotkun (tachyphylaxis). Uppræting á Helicobacter pylori með ómeprazóli og sýklalyfjum hefur í för með sér að einkenni hverfa fljótt, sár í slímhúð gróa hratt og hlé á sársjúkdómi er langt. Við langtímameðferð hafa greinst blöðrur á magakirtlum. Þessar breytingar eru afleiðingar af minnkaðri sýruseytingu, þær eru góðkynja og ganga til baka þegar meðferð er hætt. **Sérstakar varúðarreglur við geymslu:** Lyfið á að geyma við stofuhita (15-25°C) í lokuðum umbúðum. Töfluglösin innihalda þurrkhylki sem ekki má fjarlægja. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu 1. júlí 2002: Sýruþolnar töflur 20 mg:** 14 stk. 3.772 kr.; 28 stk. 6.593 kr.; 56 stk. 11.900 kr.; 100 stk. 19.667 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðslupátttaka:** E. **Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.** Markaðsleyfishafi: Omega Farma. Nánari upplýsingar eru í sérlyfjaskrártexta. Júlí 2002.

Lómex-T ómeprazól

Omega Farma

Lómex-T
ómeprazól

gott samspil við magann



MIXA • FÍT / Málverk: Bilson



- Lómex-T er áhrifaríkt magalyf
- Lómex-T eru töflur
- Lómex-T verkar hratt

Omega Farma
www.omega.is

Lausn úr einangrun geðtruflana

TRADEMARK

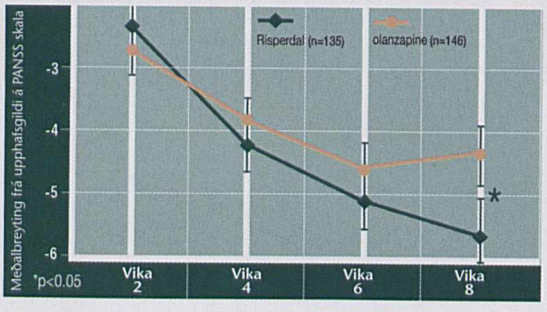
Risperdal

RISPERIDONE

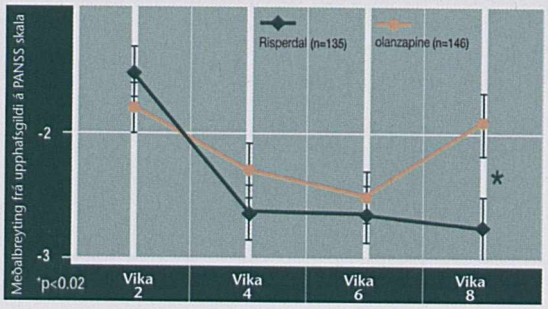
Frelsi til að taka þátt í samfélaginu

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 benzíoxazólafleiða. Það er sértækur mónóamínvirkur blokki, sem hefur mikla sækni í serótónínvirka 5-HT_2- og dópamínvirka D_2-viðtaka **Ábendingar:** Bráðar og langvinnar geðtruflanir (psykósur) 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 áfengi. **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 skömmtum 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. 8. 2002. Mixtúra 1 mg/ml:** 100 ml — 15.079 kr. **Töflur 0,5 mg:** 20 stk. — 1.908 kr. **Töflur 1 mg:** 6 stk. — 1.068 kr. / 60 stk. — 7.359 kr. **Töflur 2 mg:** 60 stk. — 13.478kr. **Töflur 3 mg:** 60 stk.— 19.347 kr. **Töflur 4 mg:** 60 stk. — 24.866 kr. **Töflur 6 mg:** 28 stk. — 18.130 kr.

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

JANSSEN-CILAG

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 - 110 Reykjavík - Sími 530 7100

Vöktun vöðvaslökunar við svæfingar

Erla G. Sveinsdóttir

Kristinn Sigvaldason

Ágrip

Tilgangur: Vöðvaslakandi lyf eru notuð við mikinn hluta svæfinga í dag. Æskilegt er að verkun þeirra sé horfin strax að svæfingu lokinni en kannanir hafa hins vegar sýnt að í 17-40% tilvika gæti áhrifa þeirra lengur. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvort hægt væri að minnka eftirstöðvar vöðvaslökunar að svæfingu lokinni með nákvæmri vöktun með taugaörva meðan á svæfingu stendur og auka þannig öryggi sjúklinga eftir skurðaðgerðir.

Efniviður og aðferðir: Valdir voru af handahófi 80 sjúklingar sem gengust undir skurðaðgerð á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (nú Landspítali Fossvogi) þar sem vöðvaslökun var fyrirfram ákveðin. Helmingur sjúklinga (40 talsins) var vaktaður með taugaörva í svæfingu þar sem gefin eru fjögur væg rafstuð í röð (train-of-four, TOF) og fylgst með TOF-hlutfalli. Markmiðið var að TOF-hlutfall yrði að minnsta kosti 70% áður en sjúklingar væru vaktir og barkarenna fjarlægð. Hjá hinum 40 sjúklingunum var stuðst við klínísk einkenni, svo sem eigin öndun, hósta og vöðvahreyfingar til mats á vöðvaslökun. Tuttugu sjúklingar í hvorum hópi fengu vöðvaslakandi lyfið vecúróníum sem hefur miðlungslanga verkun og 20 sjúklingar fengu langverkandi lyfið pancúróníum. Eftirstöðvar vöðvaslökunar voru metnar á vöknunardeild með svokallaðri „fimm sekúndna höfuðlyftu" en hún er talin vera það klíníska próf sem best gefur til kynna hvort sjúklingur hafi endurheimt nægjanlegan vöðvastyrk til að halda öndunarvegi opnum og hreinum. Handstyrkur sjúklings var einnig mældur fyrir og eftir svæfingu. Þeir sjúklingar sem voru lægri en 12 samkvæmt Glasgow meðvitundarkvarða (Glasgow Coma Score, GCS) og því hugsanlega of sljóir eftir svæfinguna til að taka þátt í prófununum voru ekki teknir með fyrr en GCS var komið yfir 12 stig.

Niðurstöður: Í ljós kom að 15% sjúklinga voru undir áhrifum vöðvaslakandi lyfja við komu á vöknunardeild. Sjúklingahóparnir voru sambærilegir varðandi almenn atriði, svo sem aldur, kyn, þyngd og blóðgildi. Notkun taugaörva með TOF-hlutfalli 70% reyndist ekki marktækt fækka sjúklingum með einkenni um vöðvaslökun eftir svæfingu. Munur á lyfjum með langa eða miðlungslanga verkun með tilliti til eftirstöðva vöðvaslökunar reyndist heldur ekki marktækur.

Ályktun: Eftirstöðvar af áhrifum vöðvaslakandi lyfja eru nokkuð algengar (15%) hjá sjúklingum við komu á vöknunardeild. Hvorki notkun stuttverkandi lyfja

Svæfinga- og gjörgæsludeild, Landspítala Fossvogi. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Kristinn Sigvaldason, svæfinga- og gjörgæsludeild, Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 525 1000, krisig@landspitali.is

Lykilorð: *vöðvaslökun, eftirstöðvar vöðvaslökunar, taugaörvi, vöknunardeild, höfuðlyfta.*

ENGLISH SUMMARY

Sveinsdóttir EG, Sigvaldason K

Neuromuscular monitoring during anesthesia

Læknablaðið 2002; 88: 625-30

Objective: Muscle relaxants are very important in anesthetic practice but must be used with great care. Studies have shown that 17-40% of patients in postanesthesia care units (PACU) have residual muscle weakness. The purpose of this study was to evaluate whether the use of neuromuscular monitors during anesthesia could reduce the incidence of muscle weakness in the postoperative period.

Materials and method: Eighty patients operated for laparoscopic cholecystectomy or lumbal disc prolapse given muscle relaxants during anesthesia were studied, randomly allocated to four groups. Fourty of these patients were monitored with neuromuscular monitor (TOF-guard") during anesthesia and the set point was a TOF-ratio of at least 70% before extubating the patients. Fourty patients were monitored by usual clinical signs (spontaneus breathing, cough and muscle movement). Twenty patients in each group were given vecuronium as muscle relaxant and 20 patients recieved pancuronium, again patients were randomly selected. In the PACU all patients were evaluated and the "5-sec headlift test" was used to find patients with muscle weakness. Hand grip strength was also measured before anesthesia and in the PACU. Glascow Coma Score (GCS) was used to evaluate if patients were too drowsy to co-operate and patients with GCS < 12 were excluded. Measurements were made after arrival to the PACU and every 30 minutes thereafter until headlift was at least 5 sec.

Results: The incidence of restcurarization was 15% on arrival to the PACU. No statistically significant difference was found between those monitored with neuromuscular monitors and those that were not. Similarily no statistical difference was found between short acting neuromuscular blocking agents and longer acting agents.

Conclusion: Although we didn't find any benefit from neuromuscular monitoring or using shorter acting drugs, the use of nervestimulators and short acting drugs is still recommended, especially for high risk patients. The generally accepted train-of-four (TOF-) ratio of 70% has been questioned by some authors, recommending a higher ratio (85%). Further studies using a higher TOF-ratio are therefore recommended.

Key words: *muscle relaxants, residual curarization, TOF, TOF-guard, recovery, head-lift.*

Correspondence: Kristinn Sigvaldason, krisig@landspitali.is

né notkun fullkomins taugaörva fækkaði marktækt sjúklingum með minnkaðan vöðvastyrk eftir svæfingu en þó teljum við ástæðu til að mæla áfram með vöktun vöðvaslökunar, ekki síst við svæfingar áhættusjúklinga og í löngum aðgerðum. Til þessa hefur verið talið að 70% TOF-hlutfall nægði til þess að sjúklingurinn hefði nægilegan vöðastyrk í lok svæfingar. Nýleg rannsókn bendir hins vegar til þess að TOF-hlutfall þurfi að vera að minnsta kosti 85% til að fyrirbyggja eftirstöðvar vöðvaslökunar. Frekari rannsókna er þörf þar sem markmiðið væri hærra TOF-hlutfall.

Inngangur

Vöðvaslakandi lyf eru nauðsynleg við nútímasvæfingar en þau eru vandmeðfarin. Fylgjast verður vel með áhrifum þeirra meðan á skurðaðgerð stendur og einnig fyrstu klukkustundir eftir að aðgerð lýkur. Þau eru gefin í byrjun svæfingar og verkun þeirra viðhaldið eftir því sem þörf krefur en vöðvaslökun á að vera yfirstaðin þegar sjúklingur er vakinn og barkarenna fjarlægð. Til að hemja verkun vöðvaslakandi lyfja er gefið lyfið neostigmín í lok svæfingar en áhrif þess eru háð magni vöðvaslakandi lyfs í líkamanum. Ef áhrif vöðvaslakandi lyfja eru enn til staðar að svæfingu lokinni er hætta á að mikilvægir vöðvar í efri loftvegum geti verið veiklaðir og erfiðleikar skapist við að halda loftvegum opnum og hreinum (1). Ásamt svæfingaráhrifum getur þetta því leitt til öndunarerfiðleika auk þess sem magainnihald getur komist í loftvegi ef sjúklingur kastar upp þar sem varnarviðbrögð í koki eru veikluð. Sýnt hefur verið fram á aukna tíðni samfalls og sýkinga í lungum fyrstu vikuna eftir svæfingu hjá sjúklingum sem eru undir áhrifum langvirkra vöðvaslakandi lyfja eftir svæfingu (2). Máttleysistilfinningin sem þessu fylgir er einnig mjög óþægileg fyrir vakandi sjúklinga.

Rannsókn, sem gerð var á tíðni eftirstöðva vöðvaslökunar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur árið 1997 af sömu rannsóknaraðilum og nú, sýndi að tíðnin var 17% (3) sem er svipað eða jafnvel minna en sýnt hefur verið fram á við erlendar rannsóknir (20-40 % tilfella) (4-7).

Aukin notkun stuttverkandi lyfja hefur lækkað tíðnina en ekki komið í veg fyrir að vöðvaslökun dragist á langinn (7, 8). Mælt hefur verið með vöktun vöðvaslökunar með taugaörva meðan á svæfingu stendur en það felst í að gefa væg rafstuð yfir úlnartaug við úlnlið eftir ákveðnu mynstri sem kallað hefur verið „fjögur í röð“ eða train-of-four (TOF) og meta hreyfingar þumalfingurs í kjölfarið. Ekki hefur tekist að sýna fram á minni tíðni eftirstöðva vöðvaslökunar þegar notuð er einföld taugaörvun og viðbragðið metið sjónrænt (9). Á seinni árum hafa komið á markað fullkomnari taugaörvar þar sem viðbragðið við taugaörvuninni er metið með meiri nákvæmni en áður. Með þessari tækni er hægt að mæla svokallað TOF-hlutfall sem gefur betri upplýsingar um vöðvaslökunina (10). Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvort hægt væri að koma í veg fyrir vöðvaslappleika eftir svæfingu með hjálp fullkominna taugaörva þar sem markmiðið væri TOF-hlutfall >70% en ekki hafði verið sýnt fram á það þegar farið var af stað með rannsókn þessa árið 1997. Ný rannsókn sem gerð var í Danmörku og birt var í febrúar 2002 (11) sýndi að með notkun taugaörva með TOF-hlutfalli 80% lækkaði marktækt vöðvaslökun eftir svæfingu.

Efniviður og aðferðir

Valdir voru af handahófi 80 sjúklingar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (nú Landspítali Fossvogi) sem áttu að gangast undir brottnám gallblöðru með kviðsjá eða brjósklosaðgerð á baki en við þær aðgerðir eru notuð vöðvaslakandi lyf. Vísindasiðanefnd sjúkrahússins samþykkti rannsóknina. Fyrir aðgerð var fengið samþykki sjúklinganna fyrir þátttöku í rannsókninni og mældur handstyrkur þeirra með mæli af gerðinni Martin vigorimeter® (Chattanooga, England). Allir tilheyrðu sjúklingarnir ASA-áhættuflokki I eða II (sjúklingaflokkun American Society of Anesthesiologists) (12). Enginn sjúklinganna var alvarlega veikur og enginn neytti lyfja sem gætu haft áhrif á niðurstöður rannsóknarinnar. Ekki var heldur saga um vöðva- eða taugasjúkdóma. Sjúklingunum var skipt á tilviljanakenndan hátt þannig að 40 þeirra voru vaktaðir með taugaörva en hjá hinum 40 var stuðst við klínísk einkenni (eigin öndun, hósta, aukinn öndunarþrýsting og vöðvahreyfingar) til mats á vöðvaslökun. Aftur var hópunum skipt upp á tilviljanakenndan hátt þannig að í hvorum hópnum fengu 20 sjúklingar vöðvaslakandi lyfið vecúróníum sem hefur miðlungslanga verkun (20-40 mín), hinir 20 fengu lyfið pancúróníum sem hefur langa verkun (40-60 mínútur). Lyfjaforgjöf var samkvæmt venju á svæfingadeild og svæfing var framkvæmd á venjubundinn hátt. Leyfð var notkun súxametoníums við ísetningu barkarennu ef þess var óskað. Svæfingu var síðan viðhaldið með innöndunarlyfjunum ísofluran eða sevófluran auk glaðlofts og fentanýls. Í lok aðgerðar fengu allir sjúklingar atropín 1 mg og neostigmín 2,5 mg til að vinna gegn áhrifum vöðvaslökunar.

Taugaörvi af gerðinni TOF-GUARD® (Organon Teknika) var notaður til vöktunar á vöðvaslökun. Tækið byggir á mælingu hröðunar á þumalfingri við taugaertingu. Hröðunarnemi er límdur innanvert á þumalfingurinn og rafskaut límd á húð yfir úlnartaug við úlnlið. Nemi sem mælir hita húðar er einnig límdur í lófa sjúklings. Á tveimur sekúndum eru gefin fjögur væg rafstuð í röð (TOF) sem leiða til samsvarandi kippa í þumalfingri. Hlutfall fyrsta og fjórða viðbragðs er síðan metið og það kallast TOF-hlutfall en það gefur mikilvægustu upplýsingarnar um vöðvaslökunina. Taugaörvun er síðan endurtekin með 10-12 sekúndna millibili. Við gjöf afskautandi lyfs (de-

Table I. *Demographic data. Patients given pancuronium as muscle relaxant were older than those given vecuronium. No other statistical difference was found between the groups whether monitored with or without neuromuscular monitor, given pancuronium or vecuroinium as muscle relaxant or belived to be restcurarized or not.*

			TOF / non TOF			Vecuronium / Pancuronium			PACU with GCS > 12 Headlift		
	Unit	Mean	TOF	non TOF	P-value	Vec	Pan	P-value	> 5 sec	< 5 sec	P-value
Number of patients	number	80	40	40	ns	40	40	ns	64	12	ns
Age	years	47,5	47,2	47,8	ns	42,7	52,3	0,038	46,8	49,4	ns
Males / females	number	34/46	21/19	13/27	ns	17/23	17/23	ns	28/36	5/7	ns
Bodyweight	kg	78,9	79,6	77,9	ns	79,8	78	ns	80	78,3	ns
Hemoglobin	g/L	140	141	139,1	ns	136,5	142,5	ns	138,4	148	ns

TOF: Patients monitored during anesthesia with TOF-guard.
non TOF: Patients monitored during anesthesia without TOF-guard.
PACU : Postanesthesia Care Unit
GCS : Glasgow coma score.
ns: non signifigant.

polarizing muscle relaxants) minnka og hverfa allir kippirnir jafnt og koma allir jafnt til baka. Við gjöf lyfja án afskautunar (non-depolarizing muscle relaxants) verður myndin önnur. Síðasti kippurinn minnkar fyrst og síðan koll af kolli. Þetta fyrirbæri er kallað „að fjara út" (fade) og út frá því er TOF-hlutfallið reiknað. Við aukna vöðvaslökun hverfa fleiri kippir (eða TOF-svör) og ef allir hverfa er um mikla vöðvaslökun að ræða. Viðbrögðin koma síðan í sömu röð til baka. Þegar viðbrögðin eru orðin tvö þarf að gefa meira af vöðvaslakandi lyfi ef slökunin á að haldast. Nauðsynlegt er að tvö viðbrögð séu komin til baka þegar neostigmín er gefið við lok svæfingar því ef slökunin er dýpri nægir neostigmín ekki til að snúa henni við. Í þessari rannsókn var þess gætt að svo væri. Barkarenna var fjarlægð þegar TOF-hlutfallið var komið yfir 70%. Hjá þeim sem ekki voru vaktaðir með taugaörva var stuðst við venjubundin klínísk einkenni til mats á hvenær þörf var á viðhaldsskammti vöðvaslakandi lyfs, hvenær neostigmín skyldi gefið og hvenær óhætt væri að fjarlægja barkarennu.

Þegar sjúklingur kom á vöknunardeild var hann skoðaður af öðrum aðila en þeim sem svæfði. Þar var vöðvastyrkleiki kannaður með tvennum hætti, annars vegar með höfuðlyftu, þar sem sjúklingur var látinn lyfta höfði frá kodda eins lengi og hann gat eða að minnsta kosti í fimm sekúndur og hins vegar var hann látinn kreista sama þrýstingsmæli og hann gerði fyrir svæfingu til mælingar á vöðvastyrk í hendi. Súrefnismettun var mæld með púlsoxímæli strax við komu á vöknunardeild og síðan eftir gjöf súrefnis í nös. Meðvitundarstig var ákvarðað samkvæmt Glasgow meðvitundarkvarða (Glasgow Coma Score, GCS) (13) og líkamshiti mældur. Fyrsta prófun var gerð strax við komu á vöknunardeild og síðan endurtekin á 30 mínútna fresti eða þar til sjúklingur gat haldið höfði í að minnsta kosti fimm sekúndur. Þeir sjúklingar sem voru lægri en 12 samkvæmt GCS og því hugsanlega of sljóir eftir svæfinguna til að taka þátt í prófununum voru ekki teknir með fyrr en GCS var komið yfir 12 stig. Niðurstöður mælinga á vöknunardeild voru skráðar á þar til gert eyðublað sem síðan var yfirfarið ásamt svæfingarblaði viðkomandi sjúklings.

Við tölfræðiútreikninga var notuð svokölluð tveggja hliða tilgátuprófun (Two-sided hypothesis testing). Sett var fram núll-tilgáta um að enginn munur væri á samanburðarhópunum, með 95% öryggismörkum.

Niðurstöður

Áttatíu sjúklingar tóku þátt í rannsókninni, 46 konur (57,5%) og 34 karlar (42,5%) (tafla I). Hjá 49 sjúklingum var liðþófi milli hryggjarliða fjarlægður með aðstoð smásjár en hjá 31 sjúklingi var gallblaðra fjarlægð gegnum kviðsjá. Sjúklingarnir voru á aldrinum 15-88 ára. Sjúklingahóparnir voru sambærilegir hvað varðar aldur, kyn, þyngd og blóðrauða nema að þeir sjúklingar sem fengu pancúróníum reyndust nokkuð eldri en þeir sem fengu vecúróníum (tafla I).

Í töflu II má sjá niðurstöður varðandi svæfingartíma og lyfjagjafir. Svæfingartími var frá 30 til 155 mínútur. Fyrir heildarhópinn reyndist tími frá síðasta skammti vöðvaslakandi lyfs þar til mælingar á vöðvastyrk hófust á vöknunardeild vera frá 20 mínútum til 140 mínútna og tími frá gjöf neostigmíns var á bilinu 5 til 25 mínútur. Ekki reyndist vera marktækur munur á svæfingatíma, tíma frá gjöf vöðvaslakandi lyfs, tíma frá gjöf neostigmíns eða á lyfjaskömmtum vöðvaslakandi lyfs hjá þeim sem vaktaðir voru með og án taugaörva. Hjá þeim sem fengu pancúróníum til vöðvaslökunar reyndist bæði svæfingartími og tími frá síðasta skammti vöðvaslakandi lyfs marktækt lengri í samanburði við þá sem fengu vecúróníum.

Við komu á vöknunardeild reyndust 15 sjúklingar ófærir um að halda höfði í fimm sekúndur, þrír þeirra voru undir 12 stigum á GCS og því ekki teknir með í útreikninga í fyrstu mælingu. Af þessum þremur sem voru of sljóir höfðu tveir fengið pancúróníum og einn vecúróníum. Eftir voru því 12 sjúklingar með greinilega vöðvaslökun, eða 15%. Ekki kom fram marktækur munur varðandi svæfingartíma, tíma frá síðustu gjöf vöðvaslakandi lyfs að mælingu vöðvastyrks, tíma frá gjöf neostigmíns eða á lyfjaskömmtum hjá þeim sem voru vöðvaslakir (tafla II). Átta þessara 12

Table II. *Muscle relaxation and reversal. The table shows values for time and dose of muscle relaxants. Duration of anaesthesia and time from last dose of muscle relaxant was longer with patients given pancuronium and mean dose of muscle relaxant was higher than for patients given vecuronium. No statistical difference was found between the groups whether monitored with or without neuromuscular monitor or belived to be restcurarized or not.*

			TOF/non TOF			Vecuronium/Pancuronium			PACU with GCS > 12 Headlift		
	Unit	Mean	TOF	non TOF	P-value	Vec	Pan	P-value	> 5 sec	< 5 sec	P-value
Duration of anesthesia	min	87,56	88	87,1	ns	76,63	98,5	0,0002	86,72	87,27	ns
Time from last dose	min	66,81	66	67,6	ns	54	79,63	0,0002	65,78	65,45	ns
Time from neostigmin	min	13,77	13,1	12	ns	14,14	13,42	ns	13,9	13	ns
Mean dose/weight	mg/kg	0,0939	0,091	0,099	ns	0,1137	0,0757	0,0002	0,0947	0,0908	ns
Mean dose/weight/ time	mg/kg/min	0,0012	0,0011	0,0013	ns	0,0016	0,0008	0,0002	0,0013	0,0012	ns

TOF: Patients monitored during anesthesia with TOF-guard.
non TOF: Patients monitored during anesthesia without TOF-guard.
PACU : Postanesthesia Care Unit
GCS : Glasgow coma score.
ns: non signifigant.

Table III. *No statistical difference was found between those belived to be restcurarized (headlift under 5 sec) and those who where not whether they were monitored with or without neuromuscular monitors or between those given vecuronium or pancuronium as muscle relaxants. No statistical difference was found in oxygen saturation, hand grip strength or body temperature.*

		PACU with GCS > 12 Headlift		
		> 5 sec	< 5 sec	
Number of patients	Unit	64	12	P-value
TOF	number	30	8	
non TOF	number	34	4	
Pancuronium	number	31	7	
Mean dose / weight / time	mg/kg/min	0,0008	0,0008	ns
Vecuronium	number	33	5	
Mean dose / weight / time	mg/kg/min	0,0016	0,0016	ns
SaO2 without O2 *	%	93,55	91,45	ns
SaO2 with O2 *	%	97,7	96,8	ns
Hg. strength before operation **	kPa	174,3	147,5	ns
Hg. strength after operation **	kPa	112,8	75,1	ns
Body temprature	°c	35,9	35,9	ns

* SaO2 = oxygen saturation
** Hg. = Handgrip strength
TOF: Patients monitored during anesthesia with TOF-guard.
non TOF: Patients monitored during anesthesia without TOF-guard.
PACU : Postanesthesia Care Unit
GCS : Glasgow coma score.
ns: non signifigant.

vöðvaslökuðu sjúklinga höfðu verið vaktaðir með taugaörva en hinir fjórir vaktaðir með klínískum einkennum en þarna reyndist ekki vera marktækur munur.

Fimm þeirra 12 sjúklinga sem voru vöðvaslakaðir á vöknunardeild höfðu fengið vecúróníum og sjö pancúróníum. Ekki reyndist munur á lyfjaskömmtum að teknu tilliti til þyngdar sjúklings og svæfingartíma (tafla III). Hjá fjórum þeirra 40 sjúklinga sem fengu pancúróníum við upphaf vöðvaslökunar var vecúróníum notað til viðhalds vöðvaslökunarinnar. Í útreikningum er miðað við samanlagt magn vöðvaslakandi lyfja. Af þessum fjórum voru þrír vöðvaslakaðir eftir svæfingu.

Allir sjúklingarnir fengu atropín 1 mg og neostigmín 2,5 mg í lok svæfingar. Þrír sjúklingar sem fengið höfðu pancúróníum fengu aukaskammt af neostigmíni strax eftir aðgerð og var einn þeirra enn undir áhrifum vöðvaslakandi lyfs við komu á vöknunardeild. Enginn sjúklinganna fékk aukalega neostigmín á vöknunardeild.

Á vöknunardeild var súrefnismettun mæld í fyrstu án súrefnisgjafar og síðan eftir að gjöf þess hófst. Reyndist þar ekki vera marktækur munur milli sjúklinga sem voru undir áhrifum vöðvaslakandi lyfja og þeirra sem það voru ekki. Ekki reyndist marktækur munur milli hópanna varðandi handstyrk eða líkamshita (tafla III).

Við aðra mælingu, 30 mínútum síðar, eftir komu á vöknunardeild, reyndust tveir sjúklingar (5%) með GCS yfir 12 stig ófærir um að halda höfði í fimm sekúndur. Báðir voru þeir undir 12 stigum á GCS skala í fyrstu mælingu og því ekki með þá. Annar þeirra hafði fengið pancúróníum og var vaktaður með taugaörva hinn vecúróníum og var metinn með klínískum aðferðum.

Við þriðju mælingu, eða klukkustund eftir komu á vöknunardeild, voru allir sjúklingarnir færir um að halda höfði í fimm sekúndur og svo var einnig við fjórðu mælingu, 90 mínútum eftir komu á vöknunardeild.

Umræða

Niðurstöður þessar leiða í ljós að 12 sjúklingar af 80 eða 15% voru undir áhrifum vöðvaslakandi lyfja við komu á vöknunardeild. Þrír sjúklingar til viðbótar voru ófærir um að framkvæma þau klínísku próf sem fyrir þá voru lögð en voru ekki teknir með þar sem hér gæti hafa verið um að ræða áhrif svæfingarlyfja en ekki vöðvaslakandi lyfja. Tveir af þessum þremur sjúklingum voru vöðvaslakaðir við aðra mælingu, 30 mínútum eftir komu á vöknunardeild, og má gera ráð fyrir að svo hafi einnig verið við fyrstu mælingu og hlutfallið væri því heldur hærra, eða að minnsta kosti 17%. Tíðni vöðvaslökunar virðist nokkuð lægri en erlendar kannanir hafa sýnt (4-7) og einungis tveir sjúklingar voru undir áhrifum vöðvaslakandi lyfja 30 mínútum eftir komu á vöknunardeild og enginn 60 mínútum eftir komu. Vöðvaslakandi áhrif virðast því vera með öllu horfin um klukkustund eftir komu á vöknunardeild.

Sjúklingahóparnir reyndust að mestu sambærilegir hvað varðar aldur, kyn og líkamsþyngd. Gengið var úr skugga um að blóðrauði sjúklinganna væri sambærilegur en það máttleysi sem fylgir blóðleysi gæti hugsanlega haft áhrif á niðurstöður.

Þeir sjúklingar sem fengu pancúróníum til vöðvaslökunar reyndust þó vera eldri en þeir sem fengu vecúróníum. Svæfingartími þeirra var lengri en þó var tími frá síðasta skammti vöðvaslakandi lyfs lengri og meðalskammtur var minni.

Í fyrri könnun okkar reyndist súrefnismettun þeirra sjúklinga sem voru vöðvaslakaðir við komu á vöknunardeild lægri en hinna. Í þessari könnun var súrefnismettun þeirra einnig lægri en þó ekki svo að munurinn mældist tölfræðilega marktækur. Nýleg erlend rannsókn hefur sýnt fram á að sjúklingar sem eru undir áhrifum langverkandi vöðvaslakandi lyfja eftir svæfingu þurfa súrefni aukalega til að halda uppi súrefnismettun í blóði (2). Líkamshiti sjúklinga við komu á vöknun var mældur og reyndist ekki hafa áhrif en þekkt er að kæling veldur vöðvastirðleika og gæti því truflað niðurstöður (14).

Ýmsar rannsóknir hafa verið gerðar á því hvaða mæliaðferð hentar best til að meta áhrif vöðvaslakandi lyfja og er skemmst frá því að segja að enn hefur ekki fundist nein aðferð sem það metur svo óyggjandi sé. Mælt hefur verið með notkun taugaörva í svæfingu en ekki hafði tekist að sýna fram á minni eftirstöðvar vöðvaslakandi lyfja með þeim taugaörvum sem á markaði voru er farið var af stað með rannsókn þessa. (9). Ekki tókst að sýna fram á að notkun taugaörva í svæfingu lækkaði tíðni eftirstöðva vöðvaslökunar í þessari könnun. Til að tryggja nægilegan vöðvastyrk að svæfingu lokinni var markmiðið að ná TOF-hlutfalli í að minnsta kosti 70%. Fram hafa komið þær kenningar að hlutfallið þurfi að vera að minnsta kosti 85% til að vöðvastyrkur sjúklings sé nægilega endurheimtur (15). Ef svo er gæti það hugsanlega skýrt lítinn árangur af notkun taugaörva í þessari rannsókn en frekari rannsókna er þörf því til staðfestingar. Nýleg rannsókn þar sem TOF-hlutfallið var 80% sýndi fram á marktæka lækkun vöðvaslökunar eftir svæfingu (11).

Hvað varðar mat á vöðvaslökun á vöknunardeild völdum við þann kostinn að nota klíníska próf. Notkun taugaörva er auðveld á sofandi sjúklingum en notkun tækisins á vöknunardeild fylgja ýmis vandkvæði. Hreyfingar geta truflað mælingarnar og notkun tækisins krefst því góðrar samvinnu við sjúkling. Auk þess fylgja viss óþægindi þeim vægu rafstuðum sem tækið gefur. Pavlin et al (1) sýndu fram á að þrátt fyrir nægan innöndunarkraft og innöndunarþrýsting hafa vöðvar í öndunarvegi ekki endurheimt nægan styrk til að efri öndunarvegir haldist opnir og hreinir fyrr en sjúklingur getur haldið höfði í fimm sekúndur eða lengur. Notuðum við því fimm sekúndna höfuðlyftuna til marks um hvort sjúklingar væru enn undir áhrifum vöðvaslakandi lyfja við komu á vöknunardeild. Auk höfuðlyftunnar var handstyrkur mældur til að sjá hvort hægt væri að finna samsvörun með höfuðlyftunni. Hann reyndist ekki marktækt lægri hjá þeim sjúklingum sem voru vöðvaslakaðir en tilhneiging í þá átt var hins vegar greinileg.

Nokkuð dregur úr nákvæmni rannsóknarinnar að ekki reyndist mögulegt að sami aðili framkvæmdi allar mælingarnar en slíkt hefði verið æskilegt. Smávægileg vandkvæði fylgdu notkun taugaörvanna vegna ónógrar reynslu þeirra sem mælingarnar framkvæmdu. Taugaörvar höfðu hlutfallslega lítið verið notaðir á svæfingadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur er við fórum af stað með rannsóknina. Þá höfðu nýlega verið tekin í notkun tæki sem gera kleift að mæla nákvæmt TOF-hlutfall á auðveldan máta. Notkun þeirra hefur færst mjög í vöxt á deildinni síðan rannsóknin var gerð.

Notkun vöðvaslakandi lyfja hefur á undanförnum árum breyst í þá átt að lyf með styttri verkunartíma hafa leyst hin eldri og langvirkari af hólmi og hefur þróunin verið hröð. Fyrir nokkrum árum var mælst er til þess að pancúróníum væri ekki notað við skurðaðgerðir (2). Í dag heyrir notkun pancúróníum við skurðaðgerðir til undantekninga en stuttverkandi lyfið rókúróníum er mest notað, það var hins vegar ekki komið á markað á Íslandi er rannsókn þessari var hleypt af stokkunum. Þrátt fyrir að rannsóknin nú hafi ekki sýnt fram á að notkun taugaörva dragi úr vöðvaslökun eftir svæfingu er ástæða til að mæla áfram með notkun þeirra ekki síst við svæfingu áhættusjúklinga og í löngum aðgerðum (6-9, 11, 16). Frekari rannsókna er þörf þar sem markmiðið væri hærra TOF-hlutfall.

Lokaorð

Eftirstöðvar vöðvaslakandi lyfja eru algengar (15%) hjá sjúklingum við komu á vökunardeild. Þó ekki hafi tekist að sýna fram á aukinn vöðvastyrk sjúklinga eftir svæfingu með notkun taugaörva í svæfingu í þessari könnun er ástæða til að mæla áfram með notkun þeirra, ekki síst við svæfingar áhættusjúklinga og í löngum aðgerðum. Vöðvaslakandi lyf eru þess eðlis að notkun þeirra krefst stöðugs eftirlits. Þrátt fyrir að þekking á verkun þeirra hafi aukist og þróun hafi orðið í mæliaðferðum til að mæla virkni þeirra er ljóst að enn má bæta um betur.

Þakkir

Sérstakar þakkir eru til samstarfsfólks á svæfingardeild Sjúkrahúss Reykjavíkur og hjúkrunarfræðinga á vöknunardeild. Einnig til Vísindasjóðs Sjúkrahúss Reykjavíkur sem veitti styrk til rannsóknarinnar og til Sigurðar Sveinssonar vegna aðstoðar við tölfræðiútreikninga.

Heimildaskrá

1. Pavlin E, Holle R, Schoene R. Recovery of airway protection compared with ventilation in humans after paralysis with curare. Anesthesiology 1989; 70: 381-5.
2. Berg H, Viby-Mogensen J, Roed J, Mortensen CR, Engbæk J, Skovgaard LT, et al. Residual neuromuscular block is a risk factor for postoperative pulmonary complications. Acta Anaesthesiol Scand 1997, 41: 1095-103.
3. Sveinsdóttir E, Kárason S, Scheving S, Sigvaldason K. Áhrif vöðvaslakandi lyfja á vöðvastyrk eftir svæfingar. Læknablaðið 1998; 84: 16-23.
4. Viby-Mogensen J, Jørgensen B, Ørding H. Residual curarization in the recovery room. Anesthesiology 1979; 50: 539-41.
5. Beemer G, Rozental P. Postoperative neuromuscular function. Anaesth Intens Care 1986; 14: 41-5.
6. Lennmarken C, Löfström J. Partial curarization in the postoperative period. Acta Anaesthesiol Scand 1984; 28: 260-2.
7. Bevan D, Smith C, Donati F. Postoperative neuromuscular blokkade: A comparison between atracurium, vecuronium and pancuronium. Anesthesiology 1988; 69: 272-6.
8. Andersen B, Madsen J, Schurizek B, Juhi B. Residual curarization: a comparative study of atracurium and pancuronium. Acta Anaesthesiol Scand 1988; 32: 79-81.
9. Pedersen T, Viby-Mogensen J, Bang U, Olsen N, Jensen E, Engbæk J. Does perioperative tactile evaluation of the train-of-four response influence the frequency of postoperative residual neuromuscular blockade? Anesthesiology 1990; 73: 835-9.
10. Viby-Mogensen J. Clinical assessment of neuromuscular transmission. Br J Anaesth 1982; 54: 209-23.
11. Gätke M.R, Viby-Mogensen J, Rosenstock C, Jensen F.S, Skovgaard L.T. Postoperative muscle paralysis after rocuronium: Less residual block when acceleromyography is used. Acta Anaesthesiol Scand 2002; 46: 207-13.
12. American society of anesthesiologists: New classification of physical status. Anesthesiology 1963; 24: 111.
13. Teasdale G, Bennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet 1974; 2: 81.
14. Erikson L, Lennmarken C, Jensen E, Viby-Mogensen J. Twitch tension and train-of-four ratio during prolonged neuromuscular monitoring at different peripheral temperatures. Acta Anaesthesiol Scand 1991; 35: 247-52.
15. Engbæk J, Östergaard D, Viby-Mogensen J, Skovgaard L. Clinical recovery and Train-of-Four ratio measured mechanically and electromyographically following atracurium. Anesthesiology 1989; 71: 391-5.
16. Kopman A, Ng J, Zank L, Neuman G, Yee P. Residual postoperative paralysis. Anesthesiology 1996; 85: 1253-9.

Seretide Diskus
Glaxo Wellcome, R 03 AK 06 **R,B**

Innúðaduft (duft í afmældum skömmtum til innúðunar með Diskus-tæki). Hver afmældur skammtur inniheldur: Salmeterolum INN, xínafóat 72,5 míkróg samsvarandi Salmeterolum INN 50 míkróg og Fluticasonum INN, própíónat 100 míkróg, 250 míkróg eða 500 míkróg. **Ábendingar:** Seretide er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, þ.m.t. astma hjá börnum og fullorðnum, þar sem samsett meðferð (berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við s.s.: Hjá sjúklingum sem svara viðhaldsmeðferð með langvirkandi berkjuvíkkandi lyfjum og barksterum til innöndunar. Hjá sjúklingum sem hafa einkenni þrátt fyrir að nota barkstera til innöndunar. Hjá sjúklingum á berkjuvíkkandi meðferð, sem þurfa barkstera til innöndunar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar um munn. *Ráðlagðir skammtar fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára:* Einn skammtur (50 míkróg+100 míkróg, 50 míkróg+250 míkróg eða 50 míkróg+500 míkróg) tvisvar á dag. *Sérstakir sjúklingahópar:* Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. *Skammtastærðir handa börnum 4 ára og eldri:* Einn skammtur (50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat) tvisvar á dag. Ekki eru til upplýsingar um notkun lyfsins hjá börnum yngri en 4 ára. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð á teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Lyfið er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum einkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávallt að hafa við höndina. **Milliverkanir:** Jafnvel þótt lítið finnist af lyfinu í blóði er ekki hægt að útiloka milliverkanir við önnur efni sem bindast CYP 3A4. Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka hjá sjúklingum með teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, nema að þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun lyfja hjá þunguðum konum og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur hagur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kalíumskortur í blóði. *Stoðkerfi:* Liðverkjir, vöðvaþrautir. *Flútíkasónpróþíónat:* Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. **Sjaldgæfar(<0,1%):** *Húð:* Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvæntur berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfi til innöndunar. Hætta verður notkun strax, ástand sjúklings skal metið og hefja aðra meðferð, ef þörf krefur. **Pakkningar og verð:** Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Seretide 50/100: 6.008 krónur, Seretide 50/250: 7.532 krónur, Seretide 50/500: 10.045 krónur. 25.09.00

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

GlaxoWellcome

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

Cipralex® escitalopram – rökrétt framþróun frá Cipramil® citalopram



- Cipralex® skjót linun þunglyndiseinkenna[1, 2, 3]
- Cipralex® 10-20 mg hefur marktækt betri verkun en Cipramil® 20-40 mg - einnig í alvarlegu þunglyndi
  (Greining á sameiginlegum niðurstöðum (pooled data) 3 lyfleysustýrðra rannsókna*)[1]
- Cipralex® þolist vel með aukaverkanir svipaðar og af Cipramil®[4]
- Cipralex® er sértækasta SSRI lyfið[5]

* = Betri verkun samkvæmt MADRS skala í viku 1 og 8, við alvarlegu þunglyndi í viku 1, 6 og 8 (OC-greining).

Lundbeck Cipralex® escitalopram

Lundbeck Pharma A/S
Umboð á Íslandi: Austurbakki hf.
Köllunarklettsvegi 2 • 104 Reykjavík
Sími 563 4000 • Fax 563 4090
www.austurbakki.is

Cipralex®
Cipralex, filmuhúðar töflur N 06 AB
Hver filmuhúðuð tafla inniheldur escítalópram 5 mg, 10 mg, 15 mg eða 20 mg (sem oxalat). **Ábendingar:** Meðferð gegn alvarlegum þunglyndisköstum. Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia). **Skammtar og lyfjagjöf:** *Alvarleg þunglyndisköst:* Venjulegur skammtur er 10 mg einu sinni á dag. Tekið skal mið af svörun sjúklings, en skammtinn má auka í allt að 20 mg á dag. Venjulega tekur 2-4 vikur að fá fram verkun gegn þunglyndi. Eftir að einkennin hverfa, þarf meðferðin að halda áfram í a.m.k. 6 mánuði, til að tryggja að árangur haldist. *Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia):* Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg á dag. Eftir einnar viku meðferð er skammturinn aukinn í 10 mg á dag. Auka má skammtinn enn frekar eða í allt að 20 mg á dag, eftir því hver svörun sjúklingsins er. Hámarksárangur næst eftir u.þ.b. þrjá mánuði. Meðferðin stendur yfir í nokkra mánuði. *Aldraðir sjúklingar (> 65 ára):* Íhuga skal að hefja meðferð með hálfum ráðlögðum upphafsskammti og nota lægri hámarksskammt (sjá lið 5.2 Lyfjahvörf). *Börn og unglingar (< 18 ára):* Öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum, hafa ekki verið rannsökuð og því er ekki ráðlagt að nota lyfið fyrir sjúklinga í þessum aldurshópum.Skert nýrnastarfsemi: Aðlögun skammta er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með væga eða miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (CLCR minni en 30 ml/mín.) Skert lifrarstarfsemi: Ráðlagður upphafs-skammtur er 5 mg á dag, í 2 vikur. Eftir það má auka skammtinn í 10 mg, háð svörun sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir escítalóprami eða einhverju hjálparefnanna. Samhliða meðferð með ósérhæfðum, óafturkræfum mónóamín oxidasa hemlum (MAO-hemlum). **Varúð:** Hjá sumum sjúklingum með felmtursröskun geta kviðaeinkenni aukist í upphafi meðferðar með geðdeyfðarlyfjum. Ef sjúklingur fær krampa skal undantekningarlaust hætta gjöf lyfsins. Forðast skal notkun serótónín endurupptökuhemla hjá sjúklingum með óstöðuga flogaveiki. Nákvæmt eftirlit skal hafa með sjúklingum með flogaveiki, sem tekist hefur að meðhöndla og stöðva skal meðferð með serótónín endurupptökuhemlum ef tíðni floga eykst. Gæta skal varúðar við notkun SSRI lyfja hjá sjúklingum sem hafa átt við oflæti að stríða (mania/hypomania). Stöðva skal meðferð með SSRI lyfjum ef sjúklingur stefnir í oflætisfasa. Hjá sjúklingum með sykursýki getur meðferð með SSRI lyfjum haft áhrif á sykurstjórnun. Nauðsynlegt getur verið að aðlaga skammta af insúlíni og/eða sykursýkislyfjum til inntöku. Almenn klínísk reynsla af notkun SSRI lyfja sýnir, að sjálfsvígshætta getur aukist á fyrstu vikum meðferðar. Mikilvægt er að fylgjast náið með sjúklingi á þessu tímabili. Lækkun natríums í blóði hefur sjaldan verið skráð við notkun SSRI lyfja og hverfur venjulega þegar meðferðinni er hætt. Óeðlilegar húðblæðingar s.s. flekkblæðingar (ecchymoses) og purpuri hafa verið skráðar í tengslum við notkun sértækra serótónín endurupptökuhemla. Sérstakrar varúðar ber að gæta hjá sjúklingum sem fá SSRI lyf samhliða lyfjum sem hafa áhrif á starfsemi blóðflagna svo og hjá sjúklingum með sögu um blæðingartilhneigingu. Almennt er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemla vegna hættunnar á að valda serótónín heilkenni. Í sjaldgæfum tilfellum hefur serótónín heilkenni verið skráð hjá sjúklingum, sem nota SSRI lyf samhliða serótónvirkum lyfjum. Ef þetta gerist skal strax hætta meðferð. Þegar meðferð með Cipralex er hætt, skal dregið úr skömmtum smám saman, á einni til tveimur vikum, til að koma í veg fyrir hugsanleg fráhvarfseinkenni. **Milliverkanir:** Notkun escítalóprams er frábending samhliða ósérhæfðum MAO-hemlum. Vegna hættunnar á serótónín heilkenni, er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemils og gæta skal varúðar við samtímis notkun selegilíns (óaftur-kræfur MAO-B-hemill). Gæta skal varúðar þegar samtímis eru notuð önnur lyf, sem geta lækkað krampaþröskuld. Gæta skal varúðar við samtímis notkun litíums og tryptófans. Forðast skal samtímis notkun náttúrulyfsins jónsmessurunna (St. John´s Wort). Ekki er vænst neinna milliverkana í tengslum við lyfhrif eða lyfjahvörf, á milli escítalóprams og alkóhóls. Samt sem áður, eins og við á um önnur geðlyf, er samhliða notkun alkóhóls ekki æskileg. Nauðsynlegt getur verið að minnka skammta af escítalóprami við samtímis notkun ensímhemlanna ómeprazóls og címetidíns. Gæta skal varúðar þegar escítalópram er gefið samhliða lyfjum, sem umbrotna fyrir tilstilli ensímanna CYP2D6 (flecaínið, própafenón, metóprólól, desipramín, klómipramín, nortryptilín, risperidón, thíoridazín og halóperidól) og CYP2C19. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun escítalóprams á meðgöngu. Því ætti ekki að nota Cipralex á meðgöngu, nema brýna nauðsyn beri til. Gert er ráð fyrir að escítalópram skiljist út í brjóstamjólk. Ekki ætti að gefa konum með börn á brjósti escítalópram. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir eru algengastar á fyrstu og annarri viku meðferðar og yfirleitt dregur úr tíðni og styrk þeirra við áframhaldandi meðferð. Sé meðferð með sértækum serótónín endurupptökuhemlum hætt skyndilega eftir langvarandi meðferð, geta fráhvarfseinkenni komið fram hjá sumum sjúklingum. Þrátt fyrir að fráhvarfseinkenni geti komið fram þegar meðferð er hætt, benda fyrirliggjandi forklínískar og klínískar upplýsingar ekki til þess að um ávanahættu sé að ræða. Fráhvarfseinkenni af völdum escítalóprams hafa ekki verið metin á kerfisbundinn hátt. Þau fráhvarfseinkenni sem komið hafa fram í tengslum við racemískt citalópram eru svimi, höfuðverkur og ógleði. Meirihluti þeirra eru væg og afmörkuð (self-limiting). Í tvíblindum samanburðarrannsóknum með lyfleysu var tíðni eftirfarandi aukaverkana hærri vegna escítalóprams en lyfleysu: ógleði, sviti, svefnhöfgi, svimi, svefnleysi, hægðatregða, niðurgangur, minnkuð matarlyst, kynlífstruflanir, þreyta, hiti, bólgur í ennis- og kinnholum og geispar.**Pakkningar og verð (júlí 2002):** Cipralex 5 mg 28 stk kr.2685, Cipralex 5 mg 100 stk kr. 7706, Cipralex 10 mg 28 stk kr. 4419, Cipralex 10 mg 56 stk kr. 7906 Cipralex 10 mg 100 stk kr. 13010, Cipralex 15 mg 28 stk kr. 6053, Cipralex 15 mg 100 stk kr. 18590, Cipralex 20 mg 28 stk kr. 7616, Cipralex 20 mg 56 stk kr. 13970, Cipralex 20 mg 100 stk kr. 23573. **Handhafi markaðsleyfis:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Kaupmannahöfn – Valby, Danmörk. **Umboðsmaður á Íslandi:** Austurbakki hf., Köllunarklettsvegi 2,104 Reykjavík; sími 563 4000.
Markaðsleyfi var veitt 31. maí 2002



GOTT FÓLK McCANN-ERICKSON SÍA

Kallar þú þetta að lifa eðlilegu lífi?

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



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

Seretide - frelsi til eðlilegra lífs.



Vóstar-R

75 mg - *Nýr styrkur*

Vóstar-R
DELTA
FORÐATÖFLUR; M 01 A B 05 R E
Hver forðatafla inniheldur: Diclofenacum INN, natríumsalt, 75 mg eða 100 mg. Forðatöflurnar innihalda laktósu og 75 mg forðatöflur innihalda litarefnið rautt járnoxíð (E172).

DELTA
LYFJAÞRÓUN • HUGVIT • GÆÐI
www.delta.is

Ábendingar: Gigtarsjúkdómar, þar með taldir iktsýki (arthritis rheumatoides), hrygggigt (spondylitis ankylopoetica), slitgigt og vöðvagigt. Verkir. Þvagsýrugigt. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Skammtastærðir handa fullorðnum:* Venjulegur skammtur er ein forðatafla 75 mg eða 100 mg á dag, með mat. *Skammtastærðir handa börnum:* Þetta lyfjaform er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Sár í maga eða skeifugörn. Lyfið má ekki gefa sjúklingum sem fá astma, nefrennsli eða ofsakláða af acetýlsalicýlsýru eða öðrum skyldum lyfjum. Skorpulifur. Alvarleg hjartabilun og nýrnasjúkdómur. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Varúðar skal gæta hjá sjúklingum með colitis ulcerosa, Crohns-sjúkdóm, truflaða blóðmyndun, blæðingartilhneigingu eða hjartabilun. Enn fremur skal gæta varúðar við gjöf lyfsins ef sjúklingar eru með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi (t.d. aldraðir), taka segavarnarlyf, þvagræsilyf (blóðkalíum) eða lyf við sykursýki. Við langtímameðferð þarf að fylgjast með lifrarstarfsemi og blóðhag. Porfýria. **Milliverkanir:** Lyfið virðist hvorki hafa áhrif á lyfjahvörf segavarnarlyfja né lyfja við sykursýki, en rétt er að sýna aðgát ef slík lyf og díklófenak eru gefin samtímis, vegna mikillar próteinbindingar í blóði. Blóðþéttni litíums og dígoxíns hækkar ef díklófenak er gefið samtímis. Háskammta metótrexatgjöf samtímis gjöf díklófenaks getur valdið alvarlegum eiturverkunum vegna minnkaðs útskilnaðar á metótrexati. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyf, sem hindra prostaglandínframleiðslu geta haft ýmis áhrif á fóstur, svo sem leitt til háþrýstings í lungnablóðrás og öndunarerfiðleika eftir fæðingu. Þau geta einnig aukið blæðingarhættu vegna áhrifa á blóðflögur og valdið nýrnaskemmdum sem leiða til skertrar þvagframleiðslu eftir fæðingu og minnkun á legvatni. Lyf af þessum flokki ber því að forðast á meðgöngu, en einkum er mikilvægt að nota lyfið ekki á síðasta þriðjungi meðgöngu og **alls ekki** síðustu daga fyrir fæðingu. Lyfið skilst út í brjóstamjólk, en ólíklegt er að lyfjaáhrifa gæti hjá barni á brjósti við venjulega skömmtun lyfsins. *Athugið:* Eftir inntöku 100 mg lyfsins hjá konum með barn á brjósti fannst lyfið ekki í mjólk (greiningarmörk: 10 ng/ml). **Akstur:** Ef höfuðverkur, þreyta eða svimi gera vart við sig eftir inntöku lyfsins er ekki ráðlegt að aka vélknúnu ökutæki. **Aukaverkanir:** Í upphafi meðferðar fá um 10% sjúklinganna óþægindi frá meltingarfærum, sem venjulega hverfa á fáeinum dögum þrátt fyrir áframhaldandi töku lyfsins. *Algengar (>1%):* Höfuðverkur, svimi. Magaverkir, ógleði, uppköst, niðurgangur. Útbrot. *Sjaldgæfar (0,1-1%):* Bjúgur. Ofnæmi. Þreyta. Meltingarsár, blæðing frá meltingarfærum. Ofsakláði. Truflað lifrarstarfsemi. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%):* Fækkun blóðflagna, hvítra blóðkorna og/eða rauðra blóðkorna. Sjóntruflanir, eyrnasuð, svefntruflanir, óróleiki, krampar. Rugl. Blöðrumyndun á húð, regnbogaroðasótt (erythema multiforme), Steven-Johnsons heilkenni, Lyells heilkenni, hárlos, ljósóþol. Truflað húðskyn. Bráð nýrnabilun, bjúgur í þvagi, nýrna- og skjóðubólga, nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome). **Lyfhrif:** Lyfið minnkar myndun prostaglandína í líkamanum. Það hefur bólgueyðandi og verkjastillandi verkun. **Lyfjahvörf:** Aðgengi (nýting) díklófenaks er u.þ.b. 50%. Þetta lyfjaform hefur forðaverkun og nær blóðþéttni lyfsins hámarki 6-8 klst. eftir inntöku, sé lyfið gefið með mat, en verkun helst í 12-24 klst. Próteinbinding í blóði er 99,7%. Lyfið skilst út sem umbrotsefni, um 60% í þvagi og um 30% í saur. **Útlit:** *Forðatafla 75 mg:* Ljósbleik, kúpt, Ø 9mm. *Forðatafla 100 mg:* Hvít, kúpt, merkt með þríhyrningi á annarri hlið, Ø 12 mm. **Pakkningar og verð (01.04.02):** *Forðatöflur 75 mg:* 30 stk. 2.147 kr., 100 stk. 5.589 kr. *Forðatöflur 100 mg:* 30 stk. 2.723 kr., 100 stk. 7.356 kr.

Síðast uppfært: 1. apríl 2001

Samanburður á viðdvöl fólks á biðlistum eftir aldri og kyni

Steinunn Þórðardóttir[1, 2]

Matthías Halldórsson[1]

Sigurður Guðmundsson[1]

Ágrip

Tilgangur: Lengd biðlista hefur löngum þótt allgóður mælikvarði á gæði heilbrigðisþjónustu. Engar íslenskar tölfræðirannsóknir liggja þó fyrir um biðtíma mismunandi hópa á biðlistum og hugsanlegan mun þar á. Hentugt þótti að framkvæma slíka rannsókn hjá Landlæknisembættinu enda berast þangað biðlistaupplýsingar þrisvar á ári. Kannað var hvort marktækur munur fyndist við samanburð á biðtíma kynja annars vegar og mismunandi aldurshópa hins vegar.

Efniviður og aðferðir: Valdir voru lengstu biðlistarnir sem bárust Landlæknisembættinu í maí árið 2001 og voru þeir með 400 sjúklingum eða fleirum. Á hverjum þessara lista var síðan fundin sú aðgerð sem flestir biðu eftir og sá sjúklingahópur athugaður nánar. Deildir og aðgerðir sem þannig lentu í rannsókninni voru: Almenn skurðdeild Landspítala háskólasjúkrahúss (LSH) Hringbraut (aðgerð til að stöðva bakflæði úr maga í vélindi í kviðarholsspeglun), augndeild LSH Hringbraut (augasteinsþeyting með ísetningu gerivaugasteins í framhólf auga), bæklunardeild LSH (frumendurnýjun mjaðmarliðar að fullu, með liðgervi, með sementi), Reykjalundur (endurhæfing), háls-, nef og eyrnadeild LSH Fossvogi (hálskirtlataka) og lýtalækningadeild LSH Hringbraut (brjóstlögun með minnkun brjósts og tilfærslu geirvörtureits). Á öllum listunum var sjúklingunum skipt niður í karla og konur annars vegar og eldri og yngri hóp hins vegar (reynt var að hafa aldurshópana jafnstóra innan hvers biðlista). Kannað var hvort marktækur munur fyndist við samanburð á biðtíma hópanna (samkvæmt Mann-Whitney prófi), auk þess að miðgildi biðtíma hvers hóps var fundið.

Niðurstöður: Á almennri skurðdeild var miðgildi biðar karla 73 vikur en kvenna 60 vikur. Þetta var eina deildin þar sem karlar biðu marktækt lengur en konur ($p<0,05$). Eldri hópurinn beið lengur en yngri hópurinn á þremur deildanna, augndeild (18 vikur á móti 14 vikum, $p<0,001$), Reykjalundi (26 vikur á móti 17 vikum, $p<0,025$) og háls-, nef- og eyrnadeild (33 vikur á móti 21, $p<0,01$). Konur biðu aftur á móti marktækt lengur en karlar á tveimur stöðum, Reykjalundi (21 vika á móti 17 vikum, $p<0,05$) og

ENGLISH SUMMARY

Þórðardóttir S, Halldórsson M, Guðmundsson S

Gender and age differences in waiting time on hospital waiting lists

Læknablaðið 2002; 88: 635-9

Objective: The size of waiting lists has traditionally been viewed as a fairly good measure of the quality of health care services. No statistical analysis exists in Iceland of the length of waiting times and the potential variation between groups of patients.

This study was conducted within the office of the Directorate of Health in Iceland. This location was convenient since standardized information on waiting lists is collected by the office three times a year. Variations in waiting times were studied based on gender on the one hand and on age on the other.

Material and method: Data from the largest waiting lists, those amounting to 400 or more patients, were included in the study. The most frequently awaited operations were identified and the groups of people waiting for them analyzed. The departments and prospective operations included in the study were: Dept. of General Surgery at the University Hospital (UH) (laparoscopic gastro-oesophageal antireflux operation), Opthalmology at UH (phakoemulsification with implantation of artificial lens in posterior chamber), Orthopedic Surgery at UH (primary total prosthetic replacement of hip joint using sement), The Rehabilitation Center at Reykjalundur (rehabilitation, not specified), Ear Nose & Throat (ENT) at UH (tonsillectomy), and Reconstructive Surgery at UH (reduction mammoplasty with transposition of areola).

The lists were sorted by gender and age, with the latter consisting of two categories, older and younger patients. Every attempt was made as to ensure similar sample sizes for both age groups within each department. Finally, the median waiting time was determined and a Mann-Whitney test conducted in order to test for significance.

Results: The median waiting time for males at the General Surgery Dept. was 73 weeks as compared to 60 weeks for females. This was the only department where the median waiting time was significantly longer for males than for females ($p<0.05$). At three of the departments the older group had a longer median waiting time than the younger group, 18 weeks compared to 14 at Opthalmology ($p<0.001$), 26 versus 17 weeks at Reykjalundur ($p<0.025$) and 33 versus 21 weeks at ENT ($p<0.01$). Waiting times for females was significantly longer than for males at two departments, Reykjalundur (21 vs. 17 weeks, $p<0.05$) and ENT (33 vs. 29 weeks, $p<0.05$).

Conclusion: This study revealed age and gender differences in median waiting times at Icelandic hospitals. These differences were in many cases marked and statistically significant. Various explanations have been put forward, however, further research is needed in order to determine if it these differences are due to actual clinical needs assessments or to age or gender discrimination.

Keywords: *waiting lists, waiting time, gender, age.*

Correspondance: Steinunn Þórðardóttir, steitho@hi.is

[1]Landlæknisembættið, [2]læknadeild Háskóla Íslands.
Fyrirspurnir og bréfaskipti: Steinunn Þórðardóttir, Landlæknisembættinu, Laugavegi 116, 150 Reykjavík. Sími: 510-1927, steitho@hi.is

Lykilorð: *biðlistar, biðtími, kyn, aldur.*

háls-, nef- og eyrnadeild (33 vikur á móti 29 vikum, $p<0,05$).

Ályktun: Rannsóknin leiddi í ljós að á íslenskum sjúkrahúsum er í mörgum tilfellum verulegur og marktækur munur á lengd biðtíma á biðlistum eftir aldri og kyni sjúklinga. Ýmsar tilgátur komu fram til að skýra þennan mun en frekari rannsókna er þörf til að kanna hvort hann er afleiðing þarfamiðaðrar niðurröðunar á biðlista eða raunverulegrar mismununar.

Tafla I. *Biðlistar með 400 sjúklingum eða fleirum í maí 2001.*

Deild	Fjöldi á biðlista
Almenn skurðdeild LSH* Hringbraut	457
Augndeild LSH Hringbraut	679
Sameinuð bæklunarlækningadeild LSH	651
Reykjalundur (endurhæfing)	945
Háls-, nef- og eyrnadeild LSH Fossvogi	582
Lýtalækningadeild LSH Hringbraut	458

* LSH: Landspítali háskólasjúkrahús.

Inngangur

Lengd biðlista hefur á síðari árum verið meðal þeirra mælikvarða sem notaðir eru til að meta gæði heilbrigðisþjónustu (1-4). Til dæmis þykir stjórnvöldum í mörgum nágrannalanda okkar hæfilega langir biðlistar svo mikilvægt markmið að þar hafa verið sett lög um hámarksbiðtíma eftir rannsóknum og aðgerðum. Hér á landi hefur engin slík löggjöf verið sett en engu að síður er fylgst grannt með þróun mála á þessu sviði, ekki síst hjá Landlæknisembættinu. Þrisvar á ári berast embættinu upplýsingar um stöðu biðlista í landinu. Þetta er gert til að fylgjast með heildarfjölda sjúklinga á hverjum lista, auk breytinga á meðalbiðtíma sjúklingahópsins. Skýringa er leitað á þeim breytingum sem vart verður við og heilbrigðiskerfinu þannig veitt aðhald á þessu sviði. Slíkt aðhald hlýtur að teljast mikilvægt þar sem óhóflega langir biðlistar geta valdið sjúklingum og aðstandendum þeirra verulegum óþægindum, skertum lífsgæðum og jafnvel heilsutjóni.

Mikilvægt er að jafnræðis sé gætt við innköllun sjúklinga af biðlistum. Í flestum tilfellum þætti óeðlilegt að ákveðinn hópur fengi skjótari afgreiðslu en annar, til dæmis annað kynið umfram hitt eða yngra fólk umfram það eldra. Umræða um slíka mismunun hefur þó verið nokkur í þjóðfélaginu. Dæmi um þetta var orðrómur sem upp kom innan Félags eldri borgara þess efnis að aldraðir væru látnir sæta lengri bið en þeir sem yngri voru. Félagið fór þess vegna fram á, í desember árið 2000, að þetta yrði kannað formlega.

Markmið þeirrar rannsóknar sem hér birtist var að kanna hvort kynbundið eða aldursbundið misræmi væri í raun til staðar. Það var því ákveðið að gera samanburð á biðtíma fólks á biðlistum eftir kyni og aldri. Biðlistum hefur hingað til ekki verið skipt niður á þennan hátt heldur ávallt litið á sjúklingahópinn sem heild.

Eina rannsóknin á biðlistum hérlendis sem fyrir liggur er könnun Aðalheiðar Sigursveinsdóttur heimspekinema á starfsaðferðum sérfræðinga við niðurröðun á biðlista, auk viðhorfa sérfræðinganna og sjúklinganna sjálfra til listanna.

Niðurstöður Aðalheiðar benda til að vinnureglur sérfræðinga séu ekki í föstum skorðum og nægi ef til vill ekki til að koma í veg fyrir mismunun. Þær undirstrika einnig þau óþægindi og óvissu sem margir sjúklinganna verða fyrir á biðtímanum og þar með mikilvægi þess að fyllsta jafnræðis sé gætt við innköllun af biðlistum (5).

Efniviður og aðferðir

Valdir voru þeir biðlistar sem komu inn til Landlæknisembættisins í maí 2001 og voru með 400 sjúklinga eða fleiri. Á töflu I má sjá deildirnar sem höfðu nægilega langa biðlista, ásamt sjúklingafjölda á hverjum lista.

Sú aðgerð/meðferð sem flestir biðu eftir var síðan valin úr til að hafa sjúklingahópinn sem líkastan innbyrðis. Fyrir hvern biðlista (nema biðlista lýtalækningadeildarinnar þar sem eingöngu voru konur) var sjúklingunum skipt niður á tvennan hátt:

1) Í karla og konur.
2) Í eldri hóp og yngri hóp (sem reynt var að hafa jafnstóra).

Tafla II sýnir yfirlit yfir deildir, aðgerðir og fjölda sjúklinga í hverjum hópi, það er fjölda karla og kvenna, yngra fólks og eldra fólks.

Þessir hópar voru svo bornir saman með tilliti til biðtíma, það er biðtími karla borinn saman við biðtíma kvenna og biðtími eldra fólks borinn saman við biðtíma yngra fólks.

Mann-Whitney próf (U-próf) var notað til að kanna hvort marktækur munur kæmi fram á biðtíma þeirra hópa sem bornir voru saman. Miðgildi biðtíma hvers hóps fyrir sig var einnig fundið.

Niðurstöður

Rannsóknin leiddi í ljós að á íslenskum sjúkrahúsum hefur aldur og kyn í mörgum tilfellum veruleg og marktæk áhrif á biðtíma á biðlistum. Ekki er þó fullkomið samræmi í því hvort kynið eða hvaða aldursflokkur þarf að sæta lengri bið.

Á almennri skurðdeild bíða karlar lengur en konur á meðan konur bíða lengur en karlar á háls-, nef- og eyrnadeild og á Reykjalundi.

Þegar munur á biðtíma aldurshópa er skoðaður sést að á þremur deildanna, það er augndeild, háls-, nef- og eyrnadeild og á Reykjalundi, bíður eldri hópurinn lengur en sá yngri.

Niðurstöðurnar eru teknar saman í töflu III.

Tafla II. *Aðgerðir með lengsta biðlista í maí 2001 og fjöldi sjúklinga sem eftir þeim bíða, skipt niður í hópa. Nafni aðgerðar fylgir aðgerðarnúmer samkvæmt NOMESCO-flokkunarkerfinu.*

Deild	Aðgerð	Fjöldi á biðlista	Fjöldi karla	Fjöldi kvenna	Eldri hópur	Yngri hópur
Almenn skurðdeild LSH Hringbraut	Aðgerð til að stöðva bakflæði úr maga í vélindi í kviðarholsspeglun (JBC01)	287	118	169	Fædd 1953 eða fyrr: 145	Fædd 1954 eða síðar: 141
Augndeild LSH Hringbraut	Augasteinsþeyting með ísetningu gerviaugasteins í afturhólf (CJE20)	625	204	421	Fædd 1922 eða fyrr: 322	Fædd 1923 eða síðar: 303
Sameinuð bæklunar-lækningadeild LSH	Frumendurnýjun mjaðmarliðar að fullu, með liðgervi, með sementi (NFB40)	124	58	66	Fædd 1930 eða fyrr: 61	Fædd 1931 eða síðar: 63
Reykjalundur (endurhæfing)	Endurhæfing *	945	328	617	Fædd 1944 eða fyrr: 473	Fædd 1945 eða síðar: 471
Háls-, nef- og eyrnadeild LSH Fossvogi	Hálskirtlataka	218	111	107	Fædd 1981 eða fyrr: 106	Fædd 1982 eða síðar: 112
Lýtalækningadeild LSH Hringbraut	Brjóstlögun með minnkun brjósts og tilfærslu geirvörtureits (HAD30) **	288			Fæddar 1967 eða fyrr: 147	Fæddar 1968 eða síðar: 141

* Þar sem fjölbreytilegar ástæður liggja að baki beiðni um endurhæfingu var erfitt að skilgreina stóran hóp við nákvæmlega sömu aðstæður.
** Hér var að sjálfsögðu ekki hægt að bera saman biðtíma kynja þar sem eingöngu konur gangast undir brjóstaminnkun. Þetta var þó sú aðgerð sem langflestir biðu eftir á lýtalækningadeildinni og lá því beinast við að líta nánar á hana.

Umræða

Rannsókn okkar hefur sýnt fram á marktækan mun á biðtíma mismunandi sjúklingahópa eftir aðgerðum á ýmsum sjúkradeildum á Reykjavíkursvæðinu. Í sumum tilvikum kom þessi munur fram við samanburð eftir aldri og í öðrum tilvikum eftir kyni.

Biðtímamunurinn sem fannst getur skipt verulegu máli, enda getur biðin haft umtalsverð áhrif á heilsu og líðan fólks. Dönsk rannsókn leiddi til dæmis í ljós að flestir sjúklingar á biðlista eftir bæklunaraðgerðum höfðu stöðuga verki, áttu erfitt með að bjarga sér sjálfir, juku mjög lyfjanotkun sína, lögðust gjarnan inn á sjúkrahús og einangruðust félagslega. Einnig olli langur biðtími verri bata eftir brjósklosaðgerðir (6). Spænsk rannsókn leiddi í ljós að lífsgæði sjúklinga sem biðu eftir aðgerð vegna góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli voru mun verri en samanburðarhóps í sama aldursflokki (7). Í svipaðri rannsókn gerðri í Hollandi kom fram skerðing á lífsgæðum hjá sjúklingum á biðlista eftir kransæðavíkkun (8). Það sama var uppi á teningnum í Kanada en þar var rannsóknarhópurinn sjúklingar sem biðu eftir kransæðahjáveituaðgerð. Sjúklingar sem biðu lengur en þrjá mánuði eftir aðgerðinni voru sérlega illa settir, töpuðu miklu af líkamlegri og félagslegri færni á biðtímanum og fengu mun frekar aukaverkanir í kjölfar aðgerðar (9).

Það vekur þó athygli að samkvæmt hollenskri rannsókn, sambærilegri þeim er lýst var hér að ofan, voru einungis 15% sjúklinga sem biðu eftir bæklunar- og augnaðgerðum óánægð á biðtímanum, jafnvel þótt hann væri allt að sjö mánuðir (10). Áþekkar niðurstöður fengust í Bretlandi þar sem þeir sem lengst biðu báru sig síst verr en hinir og geðheilsa þeirra reyndist betri (11).

Tafla III. *Samanburður á miðgildi biðtíma kynja og tveggja aldurshópa á biðlistum sex heilbrigðisstofnana. Biðtíminn er gefinn í vikum.*

Deild	Bið karla	Bið kvenna	P-gildi	Bið eldri hóps	Bið yngri hóps	P-gildi
Almenn skurðdeild LHS Hringbraut	73	60	< 0,05	67	66	em*
Augndeild LHS Hringbraut	15	17	em	18	14	< 0,001
Bæklunardeild LHS Hringbraut	33	28	em	33	30	em
Reykjalundur	17	21	< 0,05	26	17	< 0,025
Háls-, nef- og eyrnadeild	29	33	< 0,05	33	21	< 0,01
Lýtalækningadeild LHS Hringbraut				82	75	em

* em = ekki marktækt.

Rannsóknir benda þó í langflestum tilvikum til að langur biðtími sé til ills, enda verða sjúklingar á biðlistum í meiri eða minni mæli fyrir andlegum og líkamlegum óþægindum á biðtímanum. Stjórnvöld virðast enda telja langa biðlista vera til óþurftar og leggja áherslu á styttingu þeirra, jafnvel með löggjöf.

Misræmi á biðtíma eftir kyni og aldri eins og kom fram í þessarri rannsókn hefur fundist á sjúkrahúsum víðs vegar um heiminn. Í Bandaríkjunum þurfa konur nær undantekningarlaust að bíða lengur eftir líffæraígræðslum en karlar og eru einnig síður settar á slíka biðlista (12-14). Auk þess hefur komið fram að eldra fólk bíður lengur en yngra fólk eftir nýrnaígræðslu (13) og börn lengur en fullorðnir eftir lifrar-

ígræðslu (14). Sams konar rannsóknir hafa verið gerðar í Bretlandi, þótt þar fyndist ekki jafnafgerandi munur (15). Kom fram að konur biðu lengur en karlar eftir hjarta- og lungnaígræðslu (16). Þessi mismunun á biðlistum eftir líffæraígræðslum getur snert Íslendinga einnig þar sem ígræðslur eru ekki gerðar hér á landi.

Þess má og geta að mismunun milli kynja finnst ekki eingöngu á biðlistum. Rannsókn sem gerð var á Spáni árið 1995 leiddi í ljós að konur voru bæði látnar bíða lengur eftir afgreiðslu á bráðamóttöku og eftir endanlegri sjúkdómsgreiningu (17). Misræmið teygir sig því víðar en virðist við fyrstu sýn.

Nokkrar erlendar rannsóknir hafa reynt að skýra þann biðtímamun sem fundist hefur milli kynja og aldurshópa og hafa ýmsar athyglisverðar niðurstöður komið fram, sérstaklega hvað varðar mismun sjúkdómseinkenna eftir kynjum. Samkvæmt rannsóknum gerðum í Svíþjóð og Finnlandi kvarta konur meira en karlar undan einkennum kransæðasjúkdóms (18) og eru kvíðnari á biðtímanum (19). Ensk rannsókn sýnir enn fremur að konur kvarta meira undan verkjum í mjöðm meðan á bið eftir mjaðmaraðgerð stendur (20). Þessar niðurstöður gætu átt þátt í að skýra lengri biðtíma karla eftir kransæða- og mjaðmaraðgerðum, fyndist slíkur munur, auk þess að hugsanlega gæti þessi munur átt við um fleiri sjúkdóma og þannig komið inn í skýringartilgátur um biðtímamun. Ýmsar skýringar á mismunandi biðtíma aldurshópa hafa einnig komið fram, til dæmis sýndi finnsk rannsókn að sjúkdómar í hálskirtlum eru ekki þeir sömu milli aldurshópa og því ekki víst að raunhæft sé að bera hópana saman í því tilfelli (21).

Rannsókn Aðalheiðar Sigursveinsdóttur sem minnst var á í inngangi veitir einnig nokkrar hugmyndir að skýringum á mismunandi biðtíma hópanna. Kom þar fram að 62% sérfræðinga taka mið af aldri sjúklings við röðun á biðlista. Rúmur helmingur (66%) sérfræðinganna sögðust taka tillit til þess ef sjúklingurinn væri fyrirvinna sem ekki gæti stundað vinnu vegna veikinda. Hvort tveggja getur þetta átt þátt í að valda því misræmi í biðtíma kynja og aldurshópa sem hér kom fram. Einnig sögðu 44% sérfræðinganna það hafa áhrif ef sjúklingurinn væri hátt settur í þjóðfélaginu og 32% þeirra sögðu lífnaðarhætti sjúklings geta skipt máli þegar ákvörðun um stöðu hans á biðlista væri tekin.

Full ástæða er til að athuga einnig biðtíma fólks eftir búsetu, efnahag, menntun og fleiru. Samkvæmt íslenskri rannsókn kom fram að menntun hefur sterk, verndandi áhrif gegn kransæðasjúkdómum (22) og spurning hvort það skýrist af betri þjónustu heilbrigðiskerfisins við vel menntað fólk. Slík virðist að minnsta kosti vera raunin í Skotlandi þar sem kransæðasjúklingar sem tilheyrðu lægstu stéttum þjóðfélagsins biðu lengur en aðrir eftir rannsóknum og meðferð (23).

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa tilefni til að fara nánar ofan í saumana á ástæðum þess biðtímamunar sem fram kom. Mikilvægast er að fá úr því skorið hvort um raunverulega mismunun er að ræða eða hvort munurinn sé eðlileg afleiðing þarfamiðaðrar niðurröðunar á biðlista. Komi í ljós að misræmið sé afleiðing slíkrar röðunar væri vissulega mikilvægt að vinnureglur væru skýrar og sjúklingar og heilbrigðisyfirvöld hefðu aðgang að þeim.

Þakkir

Bestu þakkir fær starfsfólk Landlæknisembættisins, og þá sérstaklega þær Guðrún Kr. Guðfinnsdóttir, Sigríður Haraldsdóttir og Hildur Björk Sigbjörnsdóttir starfsmenn heilbrigðistölfræðisviðs, fyrir gagnasöfnun, yfirlestur og góðar ráðleggingar.

Þakkir fá einnig yfirlæknar þeirra deilda þar sem rannsóknin fór fram, það er Hannes Petersen, Margrét Oddsdóttir, Hjördís Jónsdóttir og Halldór Jónsson.

Síðast en ekki síst fær Þórður Harðarson kærar þakkir fyrir margvíslega aðstoð.

Heimildir

1. Mooney G. The Danish health care system: it ain't broke ... so don't fix it. Health Policy 2002; 59: 161-71.
2. Hurst J. The Danish health care system from a British perspective. Health Policy 2002; 59(2): 133-43.
3. van der Grinten TE, Kasdorp JP. Choices in Dutch health care: mixing strategies and responsibilities. Health Policy 1999; 50: 105-22.
4. Yates J. Waiting for ENT opinion and treatment: will things ever improve? Clin Otolaryngol 2001; 26: 197-213.
5. Sigursveinsdóttir A. Fyrstur kemur, fyrstur fær? Biðlistar í heilbrigðisþjónustu. Óútgefin BA-ritgerð, Háskóli Íslands, Heimspekideild, 1999.
6. Christensen U, Rasmussen S. Konsekvenser af ventetid til operation. København: DIKE, 1998: 7-11.
7. Salinas Sanchez AS, Hernandez Millan I, Lorenzo Romero JG, Segura Martin M, Fernandez Olano C, Virseda Rodriguez JA. Quality of life of patients on the waiting list for benign prostatic hyperplasia surgery. Qual Life Res 2001; 10: 543-53.
8. Echteld MA, van Elderen TM, van der Kamp LJ. How goal disturbance, coping and chest pain relate to quality of life: A study among patients waiting for PTCA. Qual Life Res 2001; 10: 487-501.
9. Sampalis J, Boukas S, Liberman M, Reid T, Dupuis G. Impact of waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery bypass grafting. CMAJ 2001; 165: 429-33.
10. Groothoff JW, Kruijer SW, Post D. What determines waiting time for cataract surgery, knee arthroscopy and total hip arthroplasty and how satisfied are the patients?Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139: 1489-93.
11. Brownlow HC, Benjamin S, Andrew JG, Kay P. Disability and mental health of patients waiting for total hip replacement. Ann R Coll Surg Engl 2001; 83: 128-33.
12. Garg PP, Furth SL, Fivush BA, Powe NR. Impact of gender on access to the renal transplant waiting list for pediatric and adult patients. J Am Soc Nephrol 2000; 11: 958-64.
13. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, Bloembergen WE, Agodoa LY, Port FK. Differences in access to cadaveric renal transplantation in the United States. Am J Kidney Dis 2000; 36: 1025-33.
14. Klassen AC, Klassen DK, Brookmeyer R, Frank RG, Marconi K. Factors influencing waiting time and successful receipt of cadaveric liver transplant in the United States. Med Care 1998; 36: 252-3.
15. Sharples LD, Roberts M, Parameshwar J, Schofield PM, Wallwork J, Large SR. Heart transplantation in the United Kingdom: who waits longest and why. J Heart Lung Transpl 1995; 14: 236-43.

16. Sharples L, Belcher C, Dennis C, Higenbottam T, Wallwork J. Who waits longest for heart and lung transplantation? J Heart Lung Transpl 1994; 13: 282-91.
17. Ruiz T, Ronda E, Alvarez-Dardet C, Gil V, Belda J. Care according to patient gender in emergency services: different or unequal? Gac Sanit 1995; 9: 76-83.
18. Bengtson A, Karlsson T, Herlitz J. Differences between men and women on the waiting list for coronary revascularization. J Adv Nurs 2000; 31: 1361-7.
19. Koivula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka MT, Tarkka M, Laippala P. Gender differences and fears in patients awaiting coronary artery bypass grafting. J Clin Nurs 2001; 10: 538-49.
20. Frankel S, Eachus J, Pearson N, Greenwood R, Chan P, Peters TJ, et al. Population requirement for primary hip-replacement surgery: a cross-sectional study. Lancet 1999; 353: 1304-9.
21. Mattila PS, Tahkokallio O, Tarkkanen J, Pitkaniemi J, Karvonen M, Tuomilehto J. Causes of tonsillar disease and frequency of tonsillectomy operations. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001 Jan; 127: 37-44.
22. Hardarson T, Gardarsdottir M, Gudmundsson KT, Thorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfusson N. The relationship between educational level and mortality. The Reykjavik Study. J Intern Med 2001; 249: 495-502.
23. Pell JP, Pell AC, Norrie J, Ford I, Cobbe SM. Effects of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. BMJ 2000; 320: 15-8.

Zytram

Norpharma Forðatöflur; N 02 A X 02 **R E** **Hver forðatafla inniheldur:** Tramadolum, INN, hýdróklóríð, 75 mg, 100 mg, 150 mg eða 200 mg. Forðatöflurnar innihalda laktósu og litarefnin títantvíoxíð (E171), indígó karmín (E132) (75 mg forðatöflur), járnoxíð (E172) (75 mg, 150 mg, 200 mg forðatöflur). **Ábendingar:** Til meðferðar á bæði vægum og slæmum verkjum. **Skammtar:** Skammta skal ákvarða eftir eðli verkja og næmi hvers sjúklings. Ef ekki eru gefin önnur fyrirmæli skal gefa Zytram forðatöflur á eftirfarandi hátt: Forðatöflurnar á að gleypa heilar, óháð máltíðum, með nægjanlegum vökva og ekki má skipta þeim eða tyggja þær. Almennt skal nota lægsta skammt sem gefur nægjanlega verkun. Ekki má gefa stærri dagsskammt af virka efninu en 400 mg nema við sérstakar klínískar aðstæður. Ráðlagt er að auka skammta smám saman hjá sjúklingunum til þess að draga úr tímabundnum aukaverkunum. Zytram forðatöflur skal nota í eins skamman tíma og unnt er. *Fullorðnir og börn eldri en 12 ára:* Skammtar gefnir á 12 klukkustunda fresti. Venjulegur upphafsskammtur er 75 mg forðatafla tvisvar sinnum á dag. *Börn:* Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 12 ára. *Aldraðir sjúklingar:* Yfirleitt þarf ekki að breyta skömmtun hjá öldruðum sjúklingum (allt að 75 ára aldri) ef ekki er um að ræða skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Hjá eldri sjúklingum (eldri en 75 ára) getur útskilnaðartíminn verið lengri. Því skal auka bil á milli skammta, ef þörf er á, í samræmi við þarfir sjúklingsins. *Sjúklingar með skerta nýrna- og lifrarstarfsemi eða sem eru í blóðskilun:* Notkun Zytram forðataflna er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með lítillega skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi má meta hvort auka þarf bil á milli skammta. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir tramadóli eða öðrum innihaldsefnum taflnanna, í tengslum við bráða áfengiseitrun, svefnlyf, verkjalyf, ópíóíða eða taugalyf og hjá sjúklingum sem taka mónóamínóoxídasa hemla (MAO) eða hafa tekið slík lyf á síðustu 14 dögum. Zytram forðatöflur má ekki nota við afvötnun vegna eiturlyfja. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Gæta skal sérstakrar varúðar við meðferð sjúklinga sem eru háðir ópíóíðum, einnig hjá sjúklingum með höfuðáverka, í losti, með litla meðvitund án þekktrar orsakar, með áverka á öndunarstöð eða öndunarstarfsemi svo og með hækkaðan þrýsting innan höfuðkúpu (intrakranial). Gæta skal varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum sem eru viðkvæmir fyrir ópíótum. Uppköst hafa komið fyrir hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir eru með ráðlögðum skömmtum af tramadóli. Áhættan getur aukist ef tramadól skammtarnir fara yfir ráðlögð efri mörk daglegs skammts (400 mg). Auk þess getur tramadól aukið hættuna á krömpum hjá sjúklingum sem taka önnur lyf sem lækka krampaþröskuldinn (sjá „Milliverkanir"). Flogaveikisjúklinga og sjúklinga með tilhneigingu til krampa skal aðeins meðhöndla í undantekningartilvikum með Zytram forðatöflum. Tramadól hefur væg ávanabindandi áhrif. Við langvarandi notkun getur þol, sálræn og líkamleg fíkn myndast. Hjá sjúklingum með tilhneigingu til lyfjamisnotkunar eða lyfjafíklar skal einungis gefa Zytram forðatöflur í skamman tíma í senn og undir nákvæmu eftirliti læknis. Tramadól er ekki hentugt sem uppbótarlyf við ópíóíðfíkn. Þrátt fyrir að tramadól sé ópíóíðagónisti dregur það ekki úr fráhvarfseinkennum morfíns. **Milliverkanir:** Zytram forðatöflur skal ekki gefa samtímis MAO-hemlum. Samtímis gjöf annarra lyfja sem hafa slævandi áhrif á miðtaugakerfið, þar með talið áfengi, getur aukið áhrifin á miðtaugakerfið. Niðurstöður rannsókna á verkunarhætti lyfsins hafa hingað til sýnt að samtímis eða fyrri gjöf címetidíns (ensímhemill) leiðir líklega ekki til milliverkana sem hafa klínískа þýðingu. Samtímis eða fyrri gjöf karbamazepíns (ensímörvandi) getur minnkað verkjastillandi áhrif og stytt verkunartímann. Tramadól á ekki að nota með lyfjum sem hafa blandaða agónista/antagónista verkun (t.d. búprenorfín, nalbúfín, pentazócín) þar sem verkjastillandi áhrif tramadóls geta fræðilega minnkað í slíkum tilvikum. Tramadól getur örvað og aukið hættuna á krömpum við samtímis gjöf sérhæfðra blokkara á serótónín endurupptöku, þríhringlaga þunglyndislyfja, taugalyfja og annara lyfja sem lækka krampaþröskuld. Önnur lyf sem hemja CYP3A4 t.d. ketókónazól og erýthrómýcín geta hindrað umbrot tramadóls (N-demetýlering), eins og sennilega einnig umbrot virka O-demetýleraða umbrotsefnisins. Klínísk þýðing þessarar milliverkunar er ekki þekkt. **Meðganga:** Dýratilraunir með tramadóli hafa sýnt fram á að gjöf mjög stórra skammta hafði áhrif á líffæraþroska, beinmyndun og lífslíkur nýbura. Engin vansköpunarmyndandi áhrif hafa sést. Tramadól fer yfir fylgju. Reynsla af notkun lyfsins hjá þunguðum konum er takmörkuð. Þess vegna eiga þungaðar konur ekki að nota Zytram forðatöflur. Tramadól, gefið fyrir eða í fæðingu, hefur ekki áhrif á samdráttargetu legsins. Tramadól getur valdið breytingum á öndunartíðni nýbura. Þetta hefur yfirleitt ekki klínískа þýðingu. Um 0,1 % af gefnum skammti skilst út í móðurmjólk. Ekki er mælt með notkun lyfsins við brjóstagjöf. Eftir einn einstakan skammt þarf yfirleitt ekki að hætta brjóstagjöf. **Akstur:** Jafnvel við venjulega skammta geta Zytram forðatöflurnar skert viðbragðsflýti. Þetta skal hafa í huga t.d. við akstur og stjórnun véla. Þetta á einkum við ef tekin eru önnur lyf samhliða sem hafa áhrif á miðtaugakerfi. **Aukaverkanir:** Algengar aukaverkanir (> 10 %) eru ógleði og svimi. Óðru hverju (1-10%) koma fram uppköst, hægðatregða, svitnun, munnþurrkur, höfuðverkur og sljóleiki. Í sjaldgæfum tilvikum (<1%) geta komið fram áhrif á hjarta- og æðakerfi (hjartsláttarónot, hraðtaktur, réttstöðuþrýstingsfall eða blóðþrýstingsfall). Þessi áhrif koma einkum fram í tengslum við gjöf lyfsins í æð og hjá sjúklingum sem eru undir líkamlegu álagi. Ógleði, erting í meltingarvegi (þrýstingstilfinning í maga, uppþemba) og áhrif á húð (t.d. kláði og útbrot) geta komið fram. Í mjög sjaldgæfum tilvikum (<0,1%) hefur skert hreyfigeta, breytingar á matarlyst og truflanir í blóðstreymi sést. Ýmsar sálrænar aukaverkanir geta í mjög sjaldgæfum tilvikum komið fram eftir gjöf Zytram. Hversu alvarlegar þær eru og hvernig þær koma fram er mismunandi á milli einstaklinga (háð persónuleika og meðferðarlengd). Hér má nefna breytingar í skapgerð (venjulega gleði; stundum vanlíðan), breytingar í atorku (venjulega minnkun, stundum aukning) og breytingar á skilvitlegri starfsemi og skynjunar hæfileika (t.d. geta tekið ákvarðanir, skilningur). Ofnæmi (t.d. andnauð, berkjukrampar, blásturshljóð, ofsabjúgur) og ofnæmislosti getur myndast í örfáum tilvikum. Krampar sem líkjast flogaveiki hafa örsjaldan sést. Þetta kom yfirleitt fram eftir stóra skammta af tramadóli og samtímis meðhöndlun með lyfjum sem lækka krampaþröskuld eða framkalla krampa í heila (t.d. þunglyndislyf og taugalyf). Hækkaður blóðþrýstingur og hægataktur hafa örsjaldan komið fram. Öndunarslæving getur orðið, ef farið er verulega yfir ráðlagða skammta og önnur lyf sem hafa áhrif á miðtaugakerfi gefin samtímis. Lyfið getur verið ávanabindandi. Fráhvarfseinkenni, svipuð þeim sem koma fram við ópíata afvötnun, geta komið fram á eftirfarandi hátt: æsingur, kvíði, taugaveiklun, svefnleysi, sjúkleg hreyfingarþörf, skjálfti og truflanir í meltingarvegi. **Ofskömmtun og eitranir:** *Einkenni:* Í aðalatriðum má við tramadóleitrun búast við svipuðum einkennum og eftir önnur verkjastillandi lyf (ópíóíðar) sem hafa áhrif á miðtaugakerfi. Þar á meðal eru einkum ljósopsþrenging, uppköst, blóðþrýstingsfall, truflanir á meðvitund/dá, krampar og öndunarerfiðleikar/-öndunarstopp. *Meðferð:* Veita skal skyndihjálp, háð einkennum, til þess að halda öndunarveginum opnum (ásvelging (aspiration)), viðhalda öndun og blóðstreymi. Tæma skal magann með því að kalla fram uppköst (ef sjúklingur er með meðvitund) eða magaskolun. Mótefni gegn öndunarslævingu er naloxón. Naloxón hafði engin áhrif á krampa í dýratilraunum. Í slíkum tilvikum skal gefa díazepam í æð. Brotthvarf tramadóls úr blóði við blóðskilun eða blóðsían er óverulegt. Þess vegna nægir blóðskilun eða blóðsían ekki eingöngu við meðhöndlun á bráðri eitrun vegna Zytram forðataflna. **Lyfhrif:** Tramadól er ópíóíðverkjalyf með áhrif á miðtaugakerfi. Það er ósérhæfður hreinn μ-, ∂- og κ-ópíóíðviðtakaörvi með meiri sækni í μ-viðtaka. Aðrir verkunarhættir sem stuðla að verkjastillandi áhrifum lyfsins er hindrun á endurupptöku noradrenalíns í taugaenda og aukning á losun serótóníns. Tramadól hefur hóstastillandi áhrif. Andstætt morfíni hafa verkjastillandi skammtar af tramadóli engin öndunarslævandi áhrif á breiðu læknigalegu bili. Áhrif á magahreyfingar koma heldur ekki fram. Áhrifin á hjarta- og æðakerfið eru óveruleg. Virkni tramadóls er 1/10 til 1/6 af virkni morfíns. **Lyfjahvörf:** Yfir 90% af Zytram forðatöflum frásogast eftir inntöku. Algert (absolute) aðgengi er um 70% og er óháð samtímis fæðuneyslu. Tramadól hefur mikla sækni í vefi (V_{d-} = 203 ± 40 l) og próteinbinding í blóði er um 20%. Eftir gjöf 75 mg forðataflna næst 80 ng/ml hámarksþéttni (Cmax) að meðaltali með meðalgildi tmax um 5 klukkustundir (3-7 klst.). Tramadól fer yfir blóð-heila-þröskuldinn og yfir fylgju. Mjög lítið magn af efninu og O-desmetýlafleiðu þess finnst í brjóstamjólk (0,1 % efnis og 0,02 % afleiðu af gefnum skammti). Helmingunartími fyrir tramadól er um það bil 6 klukkustundir og fyrir Zytram forðatöflur er hann um 16 klukkustundir vegna lengra frásogs. Hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára getur helmingunartíminn lengst um um það bil 40%. Í mönnum umbrotnar tramadól að mestu leyti með N- og O-demetýleringu ásamt samtengingu O-demetýleringsefnanna við glúkúrónsýru. Aðeins O-desmetýltramadól hefur lyfjafræðilega virkni. Það er mikill munur á milli einstaklinga á magni ýmissa umbrotsefna sem myndast. Hingað til hafa 11 umbrotsefni greinst í þvagi. Dýratilraunir hafa sýnt að O-desmetýltramadól er 2-4 sinnum meira virkt en upphafsefnið. Helmingunartími þess (sex heilbrigðir sjálfboðaliðar) er um 7,9 klukkustundir (innan bilsins 5,4-9,6 klst.) og er um það bil sá sami og fyrir tramadól. Tramadól og umbrotsefni þess útskiljast næstum algerlega um nýrun. Uppsafnaður útskilnaður með þvagi er um 90% af heildar geislavirkni af gefnum skammti. Við skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi getur helmingunartíminn lengst nokkuð. Hjá sjúklingum með skorpulifur hafa sést helmingunartímar um 13,3 ± 4,9 klst.(tramadól) og 18,5 ± 9,4 klst. (O-desmetýltramadól), í sérstökum tilvikum 22,3 og 36 klst. Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi (kreatínín klerans < 5 ml/mín) voru gildin 11 ± 3,2 klst. og 16,9 ± 3 klst., í sérstöku tilfelli 19,5 og 43,2 klst. Lyfjahvörf eru línuleg innan lækningalegra skammta. Sambandið á milli blóðþéttninnar og verkjastillandi áhrifa er skammtaháð en breytist talsvert í einstaka tilvikum. Áhrif nást yfirleitt við 100 - 300 ng/ml blóðþéttni. **Útlit:** Forðatöflur 150 mg: Ljósappelsínugular, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 9,5 mm. Forðatöflur 200 mg: Ferskjulitar, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 9,5 mm **Pakkningar og verð (desember 2001):** Forðatöflur 75 mg: 56 stk. Kr. 3606.- Forðatöflur 100 mg: 56 stk. Kr. 4602.-, Forðatöflur 150 mg: 56 stk. Kr. 6206.- Forðatöflur 200 mg: 56 stk. Kr. 7992.- **Greiðslufyrirkomulag:** Elli- og örorkulífeyrisþegar greiða að hámarki 1250 krónur fyrir lyfið og aðrir að hámarki 4500 krónur.

NÝTT VERKJALYF!

ZYTRAM®

Tramadól forðatöflur

Langvirkt verkjalyf

Einföld skömmtun

1 tafla 2svar á dag

Fáanlegt í 4 styrkleikum



PARTNERS AGAINST PAIN®

norpharma a/s

Umboð á Íslandi: Thorarensen Lyf • Sími 530 7100 • Fax 530 7101

®: ZYTRAM er skrásett vörumerki

norpharma

Offset ehf

Viðhorf skjólstæðinga til starfsendurhæfingar á vegum Tryggingastofnunar ríkisins

Sigurður Thorlacius[1,2]

Gunnar Kr. Guðmundsson[3]

Friðrik H. Jónsson[4]

Ágrip

Tilgangur: Að kanna viðhorf matsþega til endurhæfingarmats og starfsendurhæfingarúrræða á vegum Tryggingastofnunar ríkisins (TR) og áhrif þessa ferlis á sjálfstraust og sjálfsbjargarviðleitni þeirra.

Efniviður og aðferðir: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands kannaði viðhorf matsþega fyrir TR í október 2001. Reynt var að finna þá 109 einstaklinga sem metnir höfðu verið af matsteymi á árinu 2000 og tekið viðtal við þá í síma. Við úrvinnslu var notuð lýsandi tölfræði.

Niðurstöður: Svör fengust frá 83 (76,1%) af matsþegum. Fjörutíu (48,2%) hafði að tillögu matsteymis verið vísað í atvinnulega endurhæfingu á Reykjalundi, 19 (22,9%) á tölvunámskeið í Hringsjá og 15 (18,1%) í fullt starfsnám í Hringsjá. Um fjórir af hverjum fimm reyndust ánægðir með þá starfsendurhæfingu sem TR hafði boðið þeim uppá á Reykjalundi eða í Hringsjá. Rúmlega helmingur þeirra sem metnir voru af matsteyminu töldu það hafa verið gagnlegt fyrir sig að hitta teymið og 59% matsþega töldu teymið hafa vísað á úrræði sem þeir vissu ekki um fyrir. Um helmingur þátttakenda sagði sjálfstraust sitt og sjálfsbjargarviðleitni hafa aukist frá því mat teymis fór fram.

Ályktun: Um 80% þeirra sem vísað var í starfsendurhæfingu á vegum TR voru ánægðir með hana og um helmingur hafði öðlast aukið sjálfstraust og aukna sjálfsbjargarviðleitni við endurhæfinguna.

Inngangur

Kostnaður vegna örorku er mikill (1). Starfsendurhæfing er áhrifarík leið til að fyrirbyggja ótímabæra örorku (2-5). Því kom Tryggingastofnun ríkisins (TR) á fót teymi til að meta endurhæfingarmöguleika óvinnufærs fólks og gerði þjónustusamninga við Hringsjá (Starfsþjálfun fatlaðra) og Reykjalund um starfsendurhæfingarúrræði (6). Þetta endurhæfingarstarf hófst haustið 1999 og hefur reynst auka starfshæfni og draga úr örorku (7).

Endurhæfingarlæknir veitir matsteyminu forystu. Í því eru, auk læknisins, félagsráðgjafi, sálfræðingur og sjúkraþjálfari. Læknirinn ákvarðar hversu marga í teyminu hver og einn sem þangað er vísað þarf að hitta. Teymið metur hvort endurhæfing sé líkleg til að auka starfshæfni matsþega og ef svo er, hvernig henni verði best háttað. Teyminu er einnig ætlað að leiðbeina matsþegum um „frumskóg" velferðarkerfisins. Tillaga um tilvísun til teymisins getur komið frá tryggingalækni eða lækni utan TR. Tillögur um tilvísun til teymisins hafa verið afgreiddar á vikulegum samráðsfundi lækna TR.

Í atvinnulega endurhæfingu á Reykjalund koma einstaklingar sem hafa það að markmiði að snúa aftur til vinnu á almennum vinnumarkaði. Mikilvægt er að áður sé búið að takast á við þætti sem geta torveldað þessa endurhæfingu, svo sem ofneyslu lyfja eða ómeðhöndlaða sjúkdóma. Einstaklingarnir verða

[1]Tryggingastofnun ríkisins, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]Reykjalundur, [4]Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
Fyrirspurnir og bréfaskipti: Sigurður Thorlacius, Tryggingastofnun ríkisins, Laugavegi 114, 150 Reykjavík. Sími 5604400, bréfasími 5604461, sigurdur.thorlacius@tr.is

Lykilorð: *starfsendurhæfing, endurhæfingarmat, matsteymi.*

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Guðmundsson GK, Jónsson FH

Opinions of clients on vocational rehabilitation organized by the State Social Security Institute of Iceland

Læknablaðið 2002; 88: 641-4

Objectives: Evaluation of opinions of those evaluated by a multidisciplinary team on the evaluation, vocational rehabilitation they participated in and on the effect of the process on their self-confidence and self-reliance.

Material and method: The Institute of Social Sciences carried out a telephone survey in October 2001, where it was attempted to contact the 109 individuals evaluated for rehabilitation potential by a multidisciplinary team in the year 2000. The data was analysed using descriptive statistics.

Results: 83 (76.1%) replied. After the evaluation 40 individuals were referred to vocational rehabilitation for approximately 2 months in a rehabilitation clinic; 19 were referred to a 6 week personal computer training at a vocational rehabilitation centre and 15 to a longer (usually 18 months) rehabilitation program in the same centre. Approximately 80% were content with the vocational rehabilitation offered. 54% of those evaluated by the multidisciplinary team said that it had been useful for them to meet the members of the team and 59% said that the team had informed them on resources they had not been aware of. Approximately half of the participants said that their self-confidence and self-reliance had increased.

Conclusion: Approximately 80% of the participants were content with the vocational rehabilitation offered and approximately 50% had gained more self-confidence and self-reliance.

Key words: *vocational rehabilitation, evaluation of rehabilitation potential, multidisciplinary team.*

Correspondance: Sigurður Thorlacius, sigurdur.thorlacius@tr.is

Tafla I. *Afstaða til starfsendurhæfingar á Reykjalundi.*

	Ánægðir	Hlutlausir	Óánægðir	Fjöldi
Ánægja með fræðslu[1]	80,0%	12,5%	7,5%	40
Ánægja með æfingar og verkefni[1]	75,0%	15,0%	10,0%	40
Heildaránægja með starfsendurhæfingu[2]	62,5%	30,0%	7,5%	40

[1] Afstaða til fræðslu og til æfinga og verkefna var mæld með fimm eininga mælistiku. Þeir sem voru mjög eða talsvert ánægðir eru flokkaðir sem ánægðir, þeir sem sögðust hvorki né eru flokkaðir sem hlutlausir og þeir sem voru talsvert eða mjög óánægðir eru flokkaðir sem óánægðir.
[2] Heildaránægja var mæld með mælistiku sem náði frá 0 (mikil óánægja) til 10 (mikil ánægja). Gildi 0 til 3 eru flokkuð sem óánægja, gildi 4 til 6 sem hlutleysi og gildi 7 til 10 sem ánægja.

Tafla II. *Afstaða til fulls starfsnáms í Hringsjá.*

	Ánægðir	Hlutlausir	Óánægðir	Fjöldi
Ánægja með námsefni[1]	80,0%	6,7%	13,3%	15
Ánægja með undirbúning fyrir starf[1]	100,0%	0,0%	0,0%	15

[1] Afstaða til fræðslu og til æfinga og verkefna var mæld með fimm eininga mælistiku. Þeir sem voru mjög eða talsvert ánægðir eru flokkaðir sem ánægðir, þeir sem sögðust hvorki né eru flokkaðir sem hlutlausir og þeir sem voru talsvert eða mjög óánægðir eru flokkaðir sem óánægðir.

Tafla III. *Afstaða til tölvunámskeiðs í Hringsjá.*

	Ánægðir	Hlutlausir	Óánægðir	Fjöldi
Ánægja með námsefni[1]	84,2%	10,5%	5,3%	19
Ánægja með undirbúning fyrir starf[1]	84,2%	10,5%	5,3%	19
Heildaránægja með tölvunámskeið[2]	63,1%	31,6%	5,3%	19

[1] Afstaða til fræðslu og til æfinga og verkefna var mæld með fimm eininga mælistiku. Þeir sem voru mjög eða talsvert ánægðir eru flokkaðir sem ánægðir, þeir sem sögðust hvorki né eru flokkaðir sem hlutlausir og þeir sem voru talsvert eða mjög óánægðir eru flokkaðir sem óánægðir.
[2] Heildaránægja var mæld með mælistiku sem náði frá 0 (mikil óánægja) til 10 (mikil ánægja). Gildi 0 til 3 eru flokkuð sem óánægja, gildi 4 til 6 sem hlutleysi og gildi 7 til 10 sem ánægja.

að vera tilbúnir til að fara í þessa endurhæfingu af heilindum og ytri aðstæður þurfa að vera heppilegar. Við komu á Reykjalund fer fram vinnuprófun og kortlagning á færniskerðingu og hæfni og styrkleikum hvers og eins. Að því loknu er gerður samningur um markmið og leiðir að settu marki. Unnið er einstaklingsbundið og í hópum. Mikil áhersla er á fræðslu og kennslu. Lögð er áhersla á að bæta líkamsvitund og vinnustellingar, auka vinnuþol og styrktar- og úthaldsþjálfun. Skjólstæðingurinn er aðstoðaður við að setja sér raunhæf markmið miðað við færni og getu. Megináhersla í endurhæfingunni er á vinnueflingu með því að auka vinnuþol með fræðslu, æfingum og vinnuprófun við ýmis verk, bæði innan staðar og utan. Einnig er lögð áhersla á vinnuaðlögun þar sem athugað er hvort hægt sé að breyta vinnuumhverfi, vinnutíma og vinnuferli. Veittur er stuðningur við atvinnuumsóknir og athugun á vinnumarkaði. Meðaldvalartími á Reykjalundi er um tveir mánuðir.

Í Hringsjá fer fram starfsendurhæfing fyrir einstaklinga sem vegna afleiðinga sjúkdóma eða slysa þurfa að endurmeta og styrkja stöðu sína á vinnumarkaði. Fólk fær kennslu, þjálfun og ráðgjöf sem miðar að því að það verði fært um að vinna störf á almennum vinnumarkaði eða takast á við frekara nám. Almenn þekking og færni er endurnýjuð og aukin eftir þörfum, en einnig er veitt sérhæfing sem tekur mið af skrifstofu- og þjónustustörfum, meðal annars með kennslu í tölvunotkun og bókhaldi. Raunhæft sjálfsmat, aukið sjálfstæði, sjálfstraust og þor og aukin lífsgæði eru einnig höfð að leiðarljósi. Staða einstaklingsins er metin og hann lærir að þekkja sjálfan sig betur, óskir sínar, hæfileika, getu og takmarkanir. Stundaskrá er fjórar til sex kennslustundir daglega. Einnig eru einstaklingsviðtöl hjá náms- og starfsráðgjafa og einstaklingviðtöl og umræðutímar hjá sálfræðingi. Hver einstaklingur er að jafnaði í starfsþjálfun í eitt og hálft ár. Auk þess er boðið uppá skemmri (30 til 60 kennslustunda) tölvu- og bókhaldsnámskeið. Kennt er í litlum hópum og getur hver unnið á sínum hraða. Nemendum námskeiða er boðið upp á náms- og starfsráðgjöf.

Til að meta viðhorf matsþega til endurhæfingarmatsins, til þeirra starfsendurhæfingarúrræða sem vísað var til í kjölfar þess og áhrif þessa ferlis á sjálfstraust og sjálfsbjargarviðleitni þeirra, var gerð viðhorfskönnun hjá þeim sem metnir voru af matsteyminu árið 2000. Það ár var fyrsta heila almanaksárið sem starfsemin fór fram.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin er byggð á viðhorfskönnun sem Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands gerði fyrir TR í október 2001. Reynt var að finna þá 109 einstaklinga sem metnir höfðu verið af matsteymi á árinu 2000. Viðtölin voru tekin í síma. Þátttakendum var heitið nafnleynd og fullum trúnaði. Við úrvinnslu var notuð lýsandi tölfræði. Engar persónutengdar upplýsingar voru notaðar í úrvinnslu. Könnunin var gerð með vitund Persónuverndar.

Niðurstöður

Svör fengust frá 83 af 109 matsþegum, eða 76,1%. Brottfall (23,9%) mátti einkum rekja til þess að ekki náðist til viðkomandi, meðal annars vegna búsetu erlendis þegar könnunin fór fram eða að fólk vildi ekki taka þátt í könnuninni.

Allir 83 þátttakendurnir höfðu hitt endurhæfingarlækni, 80 (96%) félagsráðgjafa, 79 (95%) sjúkraþjálfara og 55 (66%) sálfræðing matsteymis. Fjörutíu einstaklingum (48%) hafði að tillögu matsteymis verið vísað í atvinnulega endurhæfingu á Reykjalundi, 19 (23%) á tölvunámskeið í Hringsjá og 15 (18%) í fullt starfsnám í Hringsjá.

Tafla I sýnir afstöðu til starfsendurhæfingar á Reykjalundi. Reyndist drjúgur meirihluti þátttakenda ánægður með fræðsluna þar og þær æfingar og verkefni sem þeir tóku þátt í og talsverður meirihluti var í heildina ánægður með endurhæfinguna.

Töflur II og III sýna afstöðu til starfsendurhæfingar í Hringsjá. Í töflu II sést að fjórir af hverjum fimm voru ánægðir með námsefni og allir með þann undirbúning sem fullt starfsnám veitti fyrir vinnu. Tafla III sýnir að 84,2% þátttakenda voru ánægðir með náms-

efni og þann undirbúning sem tölvunámskeið veitti fyrir vinnu og 63,1% voru í heildina ánægð með tölvunámskeiðið.

Einnig var könnuð þekking þátttakenda á þeirri endurhæfingu sem þeim stóð til boða. Eins og sést í töflu IV þá vissu fæstir (16,9%) hvaða möguleikar um endurhæfingu stóðu þeim til boða áður en þeir fóru í endurhæfingarmat. Taflan sýnir einnig að meirihluta (59,0%) var vísað á úrræði sem þeir vissu ekki um.

Þá var spurt um gagnsemi endurhæfingarinnar. Almennt séð voru viðmælendur jákvæðir til endurhæfingarmatsins áður en þeir fóru í það (63,9% voru jákvæðir en aðeins 15,7% neikvæðir). Eins og kemur fram í töflu V þá taldi tæplega helmingur (47%) að endurhæfingarmatið hefði verið gagnlegt og rúmlega helmingur (54,2%) taldi að gagnlegt hefði verið að hitta meðlimi matshópsins. Matið var í samræmi við væntingar hjá stórum hópi (38,9%), stóðst ekki væntingar nokkuð margra (34,9%) og fór fram úr væntingum sumra (20,5%).

Þátttakendur voru spurðir hvort sjálfstraust þeirra og sjálfsbjargarviðleitni hefði vaxið eða minnkað við að fara í gegnum þetta endurhæfingarferli (tafla VI). Eins og sjá má þá taldi tæpur helmingur (47,0%) að sjálfstraust hefði aukist og aðeins lítill hluti taldi að það hefði minnkað (10,8%). Þegar á heildina er litið hafði sjálfstraustið aukist hjá hópnum (M=5,7). Meiri áhrif voru á sjálfsbjargarviðleitni og taldi rúmlega helmingur að hún hefði aukist (53,8%) og mjög fáir töldu að hún hefði minnkað (6,2%). Þegar á heildina er litið var sjálfsbjargarviðleitni hópsins mun meiri eftir endurhæfinguna en áður (M=6,3).

Tafla IV. *Vitneskja um framboð á endurhæfingarþjónustu.*

	Já	Nei	Fjöldi
Vissir þú hvaða endurhæfing stóð þér til boða?	16,9%	83,1%	83
Var þér vísað á úrræði sem þú vissir ekki um?	59,0%	41,0%	83

Tafla V. *Gagnsemi þess að hitta endurhæfingarteymið.*

	Mjög/frekar gagnlegt	Hvorki né	Mjög/frekar gagnslítið	Fjöldi
Var endurhæfingarmatið gagnlegt?	47,0%	22,9%	30,1%	83
Var gagnlegt að hitta matsteymið?	54,2%	24,1%	21,7%	83

Tafla VI. *Áhrif endurhæfingar á sjálfstraust og sjálfsbjargarviðleitni.*

	Hefur aukist	Haldist óbreytt	Hefur minnkað	Meðal-skor	Staðal-frávik
Sjálfstraust[1]	47,0%	42,2%	10,8%	5,7	2,4
Sjálfsbjargarviðleitni[1]	53,8%	40,0%	6,2%	6,3	2,2

[1] Mælistikan náði frá 0 til 10 og merkti 0 að mikil breyting hefði orðið til hins verra, 5 að engin breyting hefði orðið og 10 að mikil breyting hefði orðið til batnaðar.

Umræða

Fylgt var eftir þeim 109 einstaklingum sem metnir voru af endurhæfingarmatsteymi á árinu 2000 sem var fyrsta heila almanaksárið sem starfsendurhæfing á vegum TR fór fram. Konur voru í meirihluta matsþega (helmingi fleiri en karlar), stór hluti hafði ekki menntun umfram grunnskóla og stoðkerfisraskanir og geðraskanir voru helstu læknisfræðilegar forsendur tilvísunar til endurhæfingarmatsteymis (7). Þessi samsetning er sambærileg og hjá þeim sem orðið hafa öryrkjar á Íslandi á undanförnum árum (8-11). Starfsendurhæfingarúrræði TR taka mið af því að þetta fólk hefur almennt þörf fyrir frekari menntun til að bæta stöðu sína á vinnumarkaði.

Áttatíu af hundraði þeirra sem voru í starfsendurhæfingu á Reykjalundi reyndust ánægðir með fræðsluna sem þeir fengu þar, 75% voru ánægðir með æfingar og verkefni þar og 62,5% þátttakenda voru í heildina ánægðir með atvinnulegu endurhæfinguna á Reykjalundi. Af þátttakendum á tölvunámskeiði í Hringsjá reyndust 84,2% ánægðir með námsefnið og þann undirbúning sem námskeiðið veitti þeim fyrir áframhaldandi nám eða starf. Áttatíu af hundraði voru ánægðir með það námsefni sem var á dagskrá í fullu starfsnámi í Hringsjá og allir voru ánægðir með þann undirbúning sem starfsnámið veitti þeim fyrir áframhaldandi nám eða starf. Þannig eru um fjórir af hverjum fimm ánægðir með þá starfsendurhæfingu sem TR hefur boðið þeim uppá, sem hlýtur að teljast góð niðurstaða. Til samanburðar er rannsókn þar sem könnuð voru viðhorf fólks á þremur svæðum í Suður-Svíþjóð til endurhæfingar á vegum tryggingastofnunar sem þeir höfðu verið sendir í eftir mat hjá teymi sem í voru læknir, iðjuþjálfi, sjúkraþjálfari og félagsráðgjafi. Aðeins þrír af 31 voru ánægðir með endurhæfinguna, þrír voru í vafa, en 24 töldu endurhæfinguna ekki hafa komið sér að neinu gagni. Sumir litu á ferlið sem eins konar próf af hálfu tryggingastofnunarinnar og margir kvörtuðu um að innbyrðis samskipti þeirra sem hefðu verið í teyminu hefðu verið ófullnægjandi og einnig samskipti teymis og tryggingastofnunar (12).

Drjúgur meirihluti þeirra sem metnir voru af matsteyminu í þessari rannsókn töldu það hafa verið gagnlegt fyrir sig að hitta teymið. Þetta er jákvæðari niðurstaða en búast mátti við, þar sem teyminu er fyrst og fremst ætlað að meta endurhæfingarmöguleika, en ekki veita meðferð. Búast má við að í mörgum tilvikum séu þeir sem þangað er vísað að missa trúna á að þeir geti gert eitthvað í sínum málum og séu því farnir að huga að örorkubótum og komi því með fremur neikvæðu hugarfari. Væntanlega hefur fólk hins vegar fengið uppörvun, upplýsingar og ráðgjöf við að koma til meðlima teymisins. Sú niðurstaða að 59% matsþega töldu teymið hafa vísað á úrræði sem þeir vissu ekki um fyrir staðfestir þetta raunar. Jafnframt taldi um helmingur þeirra sem metnir voru af matsteyminu sjálfstraust sitt og sjálfsbjargarviðleitni hafa aukist frá því matið fór fram.

Starfsendurhæfing á vegum TR hefur þannig orðið til að bæta stöðu margra sem farið hafa í gegnum mats- og endurhæfingarferlið og um 80% þeirra sem farið hafa í starfsendurhæfingu hafa verið ánægð með hana.

Heimildir

1. Bjarni Þórðarson, Sólveig A. Svavarsdóttir. Tryggingastærðfræðilegur útreikningur á kostnaði vegna örorkulífeyrisgreiðslna lífeyrissjóða og Tryggingastofnunar ríkisins. Tryggingastofnun ríkisins, 2001.
2. Marnetoft S-U, Selander J, Bergroth A, Ekholm J. Vocational rehabilitation - early versus delayed. The effect of early vocational rehabilitation compared to delayed vocational rehabilitation among employed and unemployed, long-term sick-listed people. Int J Rehab Research 1999; 22: 161-70.
3. Timpka T, Leijon M, Karlsson G, Svensson L, Bjurulf P. Long-term economic effects of team-based clinical case management of patients with chronic minor disease and long-term absence from working life. Scand J Soc Med 1997; 25: 229-37.
4. Larsson G. Rehabilitering til arbete. En reform med individen i centrum. Slutbetänkande av utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Stokkhólmur 2000, Statens offentliga utredningar 2000; 78: 127-39.
5. Selander J, Marnetoft S-U, Bergroth A, Ekholm J. Arbetslivsinriktad rehabilitering och senare sjukfrånvaro. Socialmedicinsk tidsskrift 1997; 74: 390-5.
6. Sigurður Thorlacius. Breytt fyrirkomulag örorkumats á Íslandi og starfræn endurhæfing á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. Læknablaðið 1999; 85: 481-3.
7. Sigurður Thorlacius, Gunnar Kr. Guðmundsson, Friðrik H. Jónsson. Starfshæfni eftir starfsendurhæfingu á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. Læknablaðið 2002; 88: 407-11.
8. Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Læknablaðið 1998; 84: 629-35.
9. Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson, Vilhjálmur Rafnsson. Breytingar á algengi örorku á Íslandi 1976-1996. Læknablaðið 2001; 87: 205-9.
10. Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Haraldur Jóhannsson. Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals. Læknablaðið 2001; 87: 721-3.
11. Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson. Menntun, störf og tekjur þeirra sem urðu öryrkjar á Íslandi árið 1997. Læknablaðið 2001; 87: 981-5.
12. Andersson SI. Appraisal, coping, motivational factors and gender in vocational rehabilitation. Scand J Soc Med 1996; 24: 161-8.

1) Sjá lyfjaupplýsingar, samþykktar af Lyfjastofnun.

Vioxxakut

TAFLA; M O1 AH 02. *Hver tafla inniheldur:* Rofecoxib 25 mg eða 50 mg. **Ábendingar:** Meðferð við bráðum verkjum. Meðferð við verkjum sem stafa af tíðablæðingum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ætlað til inntöku og má taka inn með eða án fæðu. Vioxxakut ætti ekki að nota samhliða öðrum lyfjum sem innihalda sama virka efnið, þ.e. rófecoxíb. Lyfið skal aðeins nota á meðan á bráðum einkennum stendur. *Skammtastærðir handa fullorðnum: Bráðir verkir:* Ráðlagður upphafsskammtur er 50 mg einu sinni á dag. Eftir það skal gefa 25 mg eða 50 mg einu sinni á dag. Ráðlagður hámarksskammtur á dag er 50 mg. *Verkir vegna tíðablæðinga:* Ráðlagður skammtur er 25 mg eða 50 mg einu sinni á dag. Ráðlagður hámarksskammtur á dag er 50 mg. Lyfið gæti verið áhrifaríkast hjá sjúklingum með bráða verki á vægu til miðlungsalvarlegu stigi. Hjá sjúklingum með bráða verki á alvarlegu stigi hefur verið sýnt fram á að rófecoxíb dregur úr notkun kvalastillandi lyfja (narcotics), þó svo að það komi ekki í stað þeirra (sjá Lyfhrif). *Aldraðir:* Eins og á við um önnur lyf sem gefin eru öldruðum er skynsamlegt að nota minnsta ráðlagðan skammt. Gæta skal varúðar við meðferð aldraðra sjúklinga. (Sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Lyfjahvörf). *Skert nýrnastarfsemi:* Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatíníunúthreinsun 30 – 80 ml/mín (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Lyfjahvörf). Lyfið er ekki ætlað sjúklingum með kreatíníunúthreinsun <30 ml/mín (sjá Frábendingar). *Skert lifrarstarfsemi:* Sjá Frábendingar. *skammtastærðir handa börnum:* Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frabendingar:** Sjúklingar sem hafa þekkt ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingar með truflun á lifrarstarfsemi. Sjúklingar með áætlaða kreatíníunúthreinsun < 30 ml/mín. Sjúklingar sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg (angioneurotic oedema) eða ofsakláða (urticaria) eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja (NSAID). Notkun á síðasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur (sjá Meðganga og brjóstagjöf). Sjúklingar með bólgusjúkdóm í þörmum (inflammatory bowel disease). Sjúklingar með langt gengna hjartabilun. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Prostaglandín í nýrum geta gegnt mikilvægu hlutverki í að viðhalda blóðflæði um nýru, þegar blóðflæðið er af einhverjum ástæðum minnkað. Rófecoxíb dregur úr myndun prostaglandína og getur með því minnkað blóðflæði um nýru enn meira og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi. Þeir sem eru í mestri hættu m.t.t. þessa eru sjúklingar sem hafa verulega skerta nýrnastarfsemi fyrir, sjúklingar sem hafa hjartabilun sem líkaminn hefur ekki náð að bæta upp, og sjúklingar með skorpulifur. Hafa skal eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort. Ráðlegt er að bæta slíkan vökvaskort upp áður en meðferð með rófecoxíbi er hafin. Vökvasöfnun, bjúgur og hár blóðþrýstingur hafa komið fram hjá sjúklingum á rófecoxíb meðferð. Þessi einkenni virðast vera skammtatengd og sjást frekar við langvarandi notkun rófecoxíbs og við stærri meðferðarskammta. Þar sem meðferð með rófecoxíbi getur leitt til vökvasöfnunar skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa fengið hjartabilun, truflanir á starfsemi vinstri slegils eða háan blóðþrýsting og einnig hjá sjúklingum sem af einhverjum öðrum orsökum hafa bjúg fyrir. Minnstu ráðlögðu skammta rófecoxíbs ætti að nota hjá þessum sjúklingum (sjá Milliverkanir). Sértækir COX-2 hemlar koma ekki í stað acetýlsalicýlsýru við fyrirbyggjandi meðferð hjá hjarta- og æðasjúklingum þar sem það hefur engin áhrif á blóðflögur. Þar sem rófecoxíb telst til COX-2 hemla, kemur það ekki í veg fyrir kekkjun blóðflagna og skal ekki hætta blóðþynningarmeðferð. Íhuga skal slíka meðferð hjá sjúklingum sem hafa fengið, eða eiga á hættu að fá, blóðsega í hjarta eða annarsstaðar (sjá Lyfhrif). Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með þorsögu um blóðþurrð í hjarta vegna þeirra lyfhrifa COX-2 hemla sem bent er á hér að framan. Gera skal viðeigandi ráðstafanir og íhuga að hætta rófecoxíb meðferð ef klínísk einkenni benda til að sjúkdómsástands þessara sjúklinga versni. Eftirlit skal haft með öldruðum og sjúklingum með truflanir á nýrna-, lifrar-, eða hjartastarfsemi, þegar þeir eru á rófecoxíbmeðferð (sjá Skammtar og lyfjagjöf og Frábendingar). Rófecoxíb getur dulið hækkaðan líkamshita. Notkun rófecoxíbs, sem og allra annarra lyfja sem hamla COX-2, er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar (sjá Meðganga og brjóstagjöf og Lyfhrif).*Sérstakrar varúðar skal gæta við langvarandi notkun rófecoxíbs við slitgigt:* Í klínískum rannsóknum fengu sumir sjúklinganna sem voru á rófecoxíbmeðferð rof, sár eða blæðingar í meltingarvegi. Sjúklingar sem áður höfðu fengið rof, sár eða blæðingar og sjúklingar sem voru eldri en 65 ára virtust vera í meiri hættu á að fá fyrrnefndar aukaverkanir. Við langvarandi meðferð með skömmtum yfir 25 mg á dag, eykst hættan á einkennum frá meltingarvegi óháð rofi, sáramyndun eða blæðingum (sjá Aukaverkanir). Hækkanir á ALAT og/eða ASAT (u.þ.b. þreföld eðlileg efri mörk, eða meira) hafa verið skráðar í klínískum rannsóknum á rófecoxíbi hjá u.þ.b. 1 % sjúklinga með slitgigt. Ef sjúklingur fær einkenni sem benda til truflana á lifrarstarfsemi, eða ef niðurstöður úr lifrarprófum eru óeðlilegar, skal athuga hvort endurtekin lifrarpróf séu óeðlileg. *Börn:* Rófecoxíb hefur ekki verið rannsakað hjá börnum og skal aðeins gefið fullorðnum. Magn laktósu í hverri töflu (79,34 mg í 25 mg töflunni og 158,68 mg í 50 mg töflunni) er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla sértæk einkenni laktósaþols. **Milliverkanir:** Milliverkanir í tengslum við lyfhrif: *Hjá sjúklingum sem náð höfðu jafnvægi á langvarandi warfarín meðferð varð 8 % lenging á prótrombintíma (International Normalized Ratio) við daglega gjöf 25 mg af rófecoxíbi. Lenging á prótrombintíma hefur sést hjá sjúklingum sem tóku rófecoxíb í klínískum skömmtum samhliða warfarini, sem leiddi til þess að hlé var gert á warfarínmeðferðinni og í sumum tilvikum þurfti að hefja meðhöndlun til að minnka áhrif blóðþynningarinnar. Því skal hafa nákvæmt eftirlit með prótrombintíma hjá sjúklingum sem taka warfarín eða svipuð lyf sérstaklega á fyrstu dögunum eftir að rófecoxíb meðferð er hafin eða breyting er gerð á skammtastærð rófecoxíbs.*Hjá sjúklingum með vægan eða miðlungsmikinn háþrýsting varð örlítil minnkun á blóðþrýstings-lækkandi áhrifum (meðalaukning á meðalþrýstingi í slagæðum (MAP) 2,8 mmHg) samhliða gjöf 25 mg af rófecoxíbi á dag og ACE-hemils (benazepríl, 10-40 mg á dag) í 4 vikur, miðað við áhrifin af ACE-hemlinum eingöngu. Hvað varðar önnur lyf sem hamla cýklóoxýgenasa, þá getur gjöf ACE-hemils samhliða rófecoxíbi, hjá sumum sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, leitt til enn meiri skerðingar á nýrnastarfsemi, sem þó gengur venjulega til baka. Þessar milliverkanir ber að hafa í huga þegar sjúklingar fá rófecoxíb samhliða ACE-hemlum. Notkun bólgueyðandi verkjalyfja samhliða rófecoxíbi gæti einnig dregið úr blóðþrýstingslækkandi verkun beta-blokka og þvagræsilyfja sem og annarra verkana þvagræsilyfja. Engar upplýsingar liggja fyrir um mögulegar milliverkanir rófecoxíbs og beta-blokka eða þvagræsilyfja. Við jafnvægi höfðu 50 mg af rófecoxíbi, einu sinni á dag, engin áhrif á verkun lítilla skammta af acetýlsalicýlsýru á blóðflögur. Forðast skal samhliða gjöf rófecoxíbs og stærri skammta af acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Samhliða gjöf ciklósporíns eða takrólímus og bólgueyðandi verkjalyfja getur aukið eiturverkanir ciklósporíns eða takrólímus á nýru. Eftirlit skal haft með nýrnastarfsemi þegar rófecoxíb er gefið samhliða öðru hvoru þessara lyfja. *Áhrif rófecoxíbs á lyfjahvörf annarra lyfja:* Plasmaþéttni litíums getur aukist af völdum bólgueyðandi verkjalyfja. Aukning í plasmaþéttni litíums hefur verið skráð eftir markaðssetningu rófecoxíbs. Engin marktæk áhrif komu fram á plasmaþéttni metótrexats, mældu með AUC0-24 klst, hjá sjúklingum sem fengu 7,5 mg til 20 mg metótrexat einu sinni í viku vegna liðagigtar þegar 12,5 mg, 25 mg eða 50 mg af rófecoxíbi voru gefin. Þegar 75 mg af rófecoxíbi (þrefaldur til sexfaldur ráðlagður skammtur fyrir slitgigt) voru gefin einu sinni á dag í 10 daga jókst plasmaþéttni metótrexats (AUC (0-24klst.)) um 23 % hjá sjúklingum með liðagigt sem fengu 7,5 mg til 15 mg af metótrexati á viku. Hafa ber í huga þörf fyrir viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati þegar rófecoxíb er gefið samhliða metótrexati. Engar milliverkanir við dígoxín hafa komið fram. Niðurstöður in vivo rannsókna á milliverkunum rófecoxíbs/warfarins og rófecoxíbs/teófýllíns benda til þess að rófecoxíb valdi vægri hömlun á CYP1A2. Gæta skal varúðar þegar rófecoxíb er gefið samhliða öðrum lyfjum sem umbrotna fyrst og fremst fyrir tilstilli CYP1A2 (t.d. amitriptýlíni, tacríni og zileútoni). Þegar 12,5 mg, 25 mg og 50 mg af rófecoxíbi voru gefin einu sinni á dag í 7 daga jókst plasmaþéttni teófýllíns (AUC(0-•)) um 38 til 60 % hjá heilbrigðum einstaklingum sem fengu einn 300 mg skammt af teófýllíni. Íhuga skal að fylgjast með plasmaþéttni teófýllíns þegar meðferð er hafin með rófecoxíbi eða þegar henni er breytt hjá sjúklingum sem fá teófýllín. Tilhneiging rófecoxíbs til að hamla eða örva CYP3A4 virkni var rannsökuð hjá mönnum með midazólam prófi og i.v erýtrómýcín öndunarprófi. Rófecoxíb (25 mg á dag í 12 daga) örvaði CYP3A4 hvött umbrot midazólams, sem leiddi til 30 % minnkunar á AUC midazólams. Þessi minnkun er að öllum líkindum vegna aukins umbrots í fyrstu umferð vegna virkjunar rófecoxíbs á CYP3A4 í meltingarvegi. Í samanburði við lyfleysu hafði rófecoxíb (75 mg á dag í 14 daga) engin marktæk áhrif á erýtrómýcín afmetýleringu, sem sýnir að það virkjar ekki CYP3A4 virkni í lifur. Þrátt fyrir að rófecoxíb örvi CYP3A4 virkni í meltingarvegi, er ekki talið að áhrifin á lyfjahvörf lyfja sem eru fyrst og fremst umbrotin fyrir tilstilli CYP3A4 séu það mikil að það hafi klínískra þýðingu. Engu að síður skal gæta varúðar þegar lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4 er ávísað samhliða rófecoxíbi. Í rannsóknum á milliverkunum lyfja, hafði rófecoxíb ekki klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf prednisóns/prednisólons eða getnaðarvarnartaflna (etínýlöstradíóls/noretíndróns 35/1).Samkvæmt niðurstöðum in vitro rannsókna er ekki gert ráð fyrir að rófecoxíb hamli cýtókróm P450 2C9, 2C19, 2D6 eða 2E1, þó að in vivo niðurstöður séu ekki fyrir hendi. Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf rófecoxíbs: *Meginumbrotsleið rófecoxíbs er afoxun yfir í cis- og trans-díhýdrórófecoxíb (hýdroxýsýrur). Þegar óflugir cýtókróm P450 örvar eru ekki til staðar, eru CYP-hvött umbrot ekki meginumbrotsleið rófecoxíbs.* Engu að síður olli samhliða gjöf rófecoxíbs og rífampicíns, sem er öflugur CYP enzýmörvi, u.þ.b. 50 % lækkun á plasmaþéttni rófecoxíbs. Því skal íhuga að gefa stærsta skammt af rófecoxíbi sem ráðlagður er í hverju tilviki fyrir sig, þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir enzýmörvar umbrota í lifur. Gjöf ketókónazóls (öflugur CYP3A4 hemill) hafði ekki áhrif á lyfjahvörf rófecoxíbs í plasma. Címetidín og sýruhamlandi lyf hafa ekki klínískt marktæk áhrif á lyfjahvörf rófecoxíbs. **Aukaverkanir:** Eftirtaldar lyfjatengdar aukaverkanir voru skráðar í > 1 % tilvika, og af hærri tíðni en þegar um lyfleysu var að ræða, í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum sem fengu 25 mg eða 50 mg af rófekoxíbi í 1 til 5 daga: Svimi, niðurgangur, aukin svitamyndun og meltingartruflanir. *Algengar (>1%):* Almennar: Bjúgur/vökvasöfnun, kviðverkir, svimi. *Blóð og eitlar:* Lækkun á blóðskilun (haematocrit). *Hjarta- og æðakerfi:* Hár blóðþrýstingur. *Meltingarfæri:* Brjóstsviði, óþægindi í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir. *Lifur og gall:* Hækkun á ALAT, hækkun á ASAT. *Taugakerfi:* Höfuðverkur. *Húð og undirhúð:* Kláði. Sjaldgæfar (0,1-1%): *Almennar/óskilgreind staðsetning:* Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkir. *Blóð og eitlar:* Lækkun á hemóglóbíni, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. *Meltingarfæri:* Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, súrt bakflæði í vélinda. *Lifur og gall:* Aukning á alkalískum fosfatasa. Eyru og völundarhús: *Eyrnasuð. Efnaskipti og næring:* Þyngdaraukning. Stoðkerfi: Sinadráttur. Útbrot, atópískt exem. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): *Meltingarfæri:* Sár í meltingarvegi, rof og blæðingar í meltingarvegi (aðallega hjá öldruðum sjúklingum), magabólgur.Koma örsjaldan fyrir: Almennar: Ofnæmisviðbrögð, þar á meðal ofsabjúgur (angioedema), ofsakláði (urticaria), bráðaofnæmi. Blóð og eitlar: Blóðflagnafæð. *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartabilun. Augu: Óskýr sjón. *Taugakerfi:* Náladofi. *Geðræn vandamál:* Rugl, ofskynjanir. *Öndunarfæri:* Berkjukrampi.. *Þvag- og kynfæri:* Skert nýrnastarfsemi, þar á meðal nýrnabilun sem oftast gengur til baka þegar meðferð er stöðvuð (sjá Varnarorð og varúðarreglur). *Húð undirhúð:* Skallamyndun. **Einstök tilvik:***Hjarta- og æðakerfi:* Hjartadrep (ekki hefur verið sýnt fram á bein tengsl þar á milli). *Lifur og gall:* Eituráhrif á lifur þ.á m. lifrarbólga og gula. *Taugakerfi:* Heilahimnubólga (án sýkingar.) *Húð og undirhúð:* Aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð þ.á m. Steven-Johnsons heilkenni. Í klínískum rannsóknum var um sambærilegar aukaverkanir að ræða hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir voru í eitt ár eða lengur með rófecoxíbi. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja (NSAID) og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við tóku rófecoxíbs: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefsnýrnabólga og nýrungaheilkenni og eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun. **Pakkningar og verð (apríl, 2002):** Töflur 25 mg: 5 stk.1277 10 stk. 2411 Töflur 50 mg: 5 stk.1277 10 stk.2411 **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

NÝTT
VIOXX*AKUT*®
sem meðferð við
bráðum verkjum.
Ráðlagður
upphafsskammtur
50mg 1x á dag.



Öflugt. Fljótvirkt[1]. 24 klst. verkjastilling.

EIN Á DAG
VIOXX® AKUT
(RÓFECOXÍB, MSD)

MERCK SHARP & DOHME
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík

Hringja – hnoða

Tillaga að einfölduðum viðbrögðum almennings við hjartastoppi utan sjúkrahúss

Davíð O. Arnar

Svanhildur Þengilsdóttir

Bjarni Torfason

Felix Valsson

Gestur Þorgeirsson

Hildigunnur Svavarsdóttir

Jón Baldursson

Jón Þór Sverrisson

Þórður Þorkelsson

Hjartastopp hjá fullorðnum er í miklum meirihluta tilfella orsakað af sleglahraðtakti (ventricular tachycardia) eða sleglatifi (ventricular fibrillation). Ef sleglatif er orsökin er rafstuð á brjóstholið það eina sem dugar til að koma aftur á reglulegum sínustakti. Þegar hjartastopp verða utan sjúkrahúss líður hins vegar oft einhver tími þar til rafstuðsgjafi kemur á vettvang, yfirleitt með sjúkrabifreið. Ef vitni eru að hjartastoppi utan sjúkrahúss skiptir gríðarlega miklu máli að hefja grunnendurlífgun sem allra fyrst eftir að kallað hefur verið á aðstoð. Slík viðbrögð geta lengt þann tíma sem sjúklingur er í sleglatifi eða sleglahraðtakti og auka þannig líkur á að mögulegt sé að koma aftur á sínustakti með rafstuði (1). Jafnframt getur þetta dregið úr hættu á heilaskaða ef einstaklingurinn lifir hjartastoppið af (2). Mikilvægi þess er augljóst þar sem hæfni þeirra sem lifa af hjartastopp fer að miklu leyti eftir því hvort heilastarfsemi hefur orðið fyrir varanlegum skaða eða ekki.

Grunnendurlífgun felur í sér öndunaraðstoð, gjarnan með munn-við-munn-öndun, og hjartahnoð. Mörgum leikmönnum reynist erfitt að muna nákvæmlega hvernig framkvæma á þessa öndun (3). Jafnframt hefur á undanförnum árum komið í ljós að talsverð tregða er meðal þeirra sem verða vitni að hjartastoppi að nota munn-við-munn-öndun, sérstaklega hjá ókunnugum. Ástæðurnar fyrir því eru margvíslegar, hræðsla við smitsjúkdóma vegur þar sjálfsagt þungt en aðrar ástæður eins og að gera illt verra eða jafnvel ótti við skaðbótaskyldu skipta sjálfsagt einnig máli (4, 5) og draga þessar staðreyndir líklega talsvert úr því að endurlífgun sé reynd af þeim sem eru nærstaddir þegar hjartastopp verður hjá ókunnugum utan sjúkrahúss.

Í nýlegri viðhorfskönnun meðal almennings á Íslandi kom í ljós að ekki skipti máli fyrir yfirgnæfandi meirihluta hvort grunnendurlífgun utan sjúkrahúss væri einfölduð á þann hátt að einungis væri framkvæmt hjartahnoð (6). Þessar niðurstöður eru athyglisverðar, en hins vegar kann að vera að raunveruleikinn sé annar. Í samantekt á starfsemi neyðarbíls á Reykjavíkursvæðinu fyrir árin 1991-1996 kom í ljós að endurlífgun var reynd af nærstöddum í 43% tilfella þegar vitni voru að (7). Rétt er að taka fram að ekki var lagt mat á gæði endurlífgunartilraunanna hjá þeim sem voru nærstaddir.

Á allra síðustu árum hefur verið skoðað bæði í dýralíkönum og hjá mönnum hversu mikilvægur öndunarþátturinn er í raun við endurlífgun. Í ljós hefur komið að í hundamódeli þar sem framkallað var sleglatif dugði hjartahnoð eitt og sér til að viðhalda súrefnismettun yfir 90% í meira en 4 mínútur (8). Þessar niðurstöður og fleiri hafa hvatt til endurskoðunar á mikilvægi öndunaraðstoðar á fyrstu mínútunum eftir hjartastopp. Í dýralíkönunum hefur verið reynt að líkja eftir aðstæðum þar sem vitni eru að hjartastoppi. Hefur verið borinn saman árangur af fullri endurlífgun með hjartahnoði og öndunaraðstoð, hjartahnoði eingöngu og engri grunnendurlífgun í stuttan tíma en síðan hefur verið gefið rafstuð, lyf og full endurlífgun (9, 10). Niðurstöður þessara rannsókna sýna að grunnendurlífgun með hjartahnoði og öndunaraðstoð skilar sams konar árangri og hjartahnoð eingöngu, á fyrstu mínútunum eftir hjartastopp, en hvort tveggja er betra en engin grunnendurlífgun.

Í stórri en óslembaðri evrópskri könnun á endurlífgunartækni leikmanna sem höfðu komið að eða orðið vitni að hjartastoppi utan sjúkrahúss kom í ljós að þeim sjúklingum sem eingöngu höfðu fengið hjartahnoð vegnaði ekki síður en þeim sem bæði fengu hnoð og blástur (11). Þeim sem enga meðferð fengu vegnaði hins vegar verst allra. Niðurstöður rannsókna á endurlífgun utan sjúkrahúss í Reykjavík hafa einnig gefið til kynna mikilvægi grunnendurlífgunar, en í þeirri rannsókn var þó ekki gerður greinarmunur á hnoði einu sér annars vegar og hnoði ásamt blæstri hins vegar (7).

Merkilegasta rannsóknin á þessu sviði hingað til birtist fyrir tæplega tveimur árum (12). Þar var borinn var saman árangur af endurlífgun með hjartahnoði og blæstri annars vegar og hjartahnoði einu og sér hins vegar hjá fólki sem fór í hjartastopp utan sjúkrahúss. Sérþjálfað fólk svaraði í síma hjá neyðarlínu borgarinnar, slembaði sjúklinga í hjartastoppi í ofangreinda hópa og gaf síðan skýrar leiðbeiningar um hvernig framkvæma ætti endurlífgun. Aðeins liðu um fjórar mínútur þar til sjúkrabifreið með rafstuðsgjafa kom á vettvang. Endapunktur rannsóknarinnar var útskrift af sjúkrahúsi og náði hún til rúmlega 500 einstaklinga. Í hópnum sem hlaut eingöngu hnoð náðu 14,6% sjúklinga að útskrifast á móti 10,4% í hinum hópnum. Þó svo að tilhneiging væri í þá átt að lifun væri betri meðal þeirra sem hlutu eingöngu hjartahnoð var mismunurinn milli hópa hins vegar ekki tölfræðilega marktækur. Þessar niðurstöður sýna hins vegar að árangur af endurlífgun með hjartahnoði einu virðist vera sams konar og ef beitt er bæði hjartahnoði og öndunaraðstoð með munn-við-munn.

Frá Endurlífgunarráði.
Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Davíð O. Arnar,
Endurlífgunarráði,
Landlæknisembættinu,
Laugavegi 116, 105 Reykjavík.
davidar@landspitali.is

Það má vera að munn-við-munn öndun á fyrstu mínútunum eftir hjartastopp geri beinlínis ógagn. Þannig getur hún stuðlað að aukinni þenslu í maga og uppköstum. Enn mikilvægara er kannski að hún getur truflað hjartahnoð og valdið umtalsverðum töfum á framkvæmd þess (13). Það hefur sýnt sig að slík töf veldur verulegu falli á blóðþrýstingi og þar með blóðflæði til kransæða og heila sem skilar sér í lakari útkomu (14).

Á höfuðborgarsvæðinu ná 17% þeirra sem fara í hjartastopp utan sjúkrahúss að útskrifast (7). Þrátt fyrir að þessi tíðni sé með því besta sem gerist er nauðsynlegt að leita leiða til að bæta þennan árangur enn frekar. Lykilatriði í því að bæta lifun þeirra sem fara í hjartastopp utan sjúkrahúss er að fá fleiri til að taka þátt í grunnendurlífgun í þeim tilfellum sem vitni eru að. Þetta er gríðarlega mikilvægt til að lengja þann tíma sem sjúklingur er í sleglatakttruflun áður en rafleysa tekur við. Mögulegt er að koma aftur á sínustakti með rafstuði ef takttruflun eins og sleglatif er enn til staðar, en þegar slíkt hefur þróast yfir í rafleysu er oft litlu hægt að bjarga. Líkur á árangursríku rafstuði við sleglatifi minnka um allt að 10% með hverri mínútu sem líður frá upphafi takttruflunarinnar (2). Viðbragðstími sjúkrabifreiða á höfuðborgarsvæðinu við hjartastoppi er að meðaltali 4,6 mínútur (7). Það getur því skipt sköpum að beita einfaldri meðferð eins og grunnendurlífgun til að lengja þann tíma sem sjúklingur er með takttruflun sem svarar rafstuði. Með hliðsjón af ofangreindum niðurstöðum um þátt öndunaraðstoðar í grunnendurlífgun kemur til greina að draga úr mikilvægi beitingu munn-við-munn-öndunar við hjartastoppi utan sjúkrahúss ef það yrði til að auka þátttöku almennings í grunnendurlífgun.

Annað mikilvægt atriði í þá átt að auka hlutfall þeirra sem lifa af hjartastopp utan sjúkrahúss er að fá rafstuðsgjafa á staðinn fyrr en nú er. Sem stendur er einungis hægt að fá rafstuðsgjafa á vettvang með því að kalla til sjúkrabifreið. Þetta undirstrikar mikilvægi þessa að kalla til sjúkrabifreið með því að hringja í 112 sem allra fyrst eftir að sjúklingur fer í hjartastopp. Einnig þarf að hugleiða hvort ekki sé tímabært að fjölga rafstuðsgjöfum, til dæmis í formi sjálfvirkra eða hálfsjálfvirkra rafstuðsgjafa (automated/semi-automated external defibrillators) sem komið yrði fyrir á völdum stöðum utan sjúkrahúsa.

Endurlífgunarráð hefur fjallað ítarlega um það hvort ástæða sé til að einfalda framkvæmd grunnendurlífgunar utan sjúkrahúss hjá fólki með hjartastopp og vitni eru að. Nýlegar alþjóðlegar leiðbeiningar um endurlífgun (Guidelines 2000) mæla með fullri endurlífgun ef vitni hafa þjálfun í slíku en hjartahnoði eingöngu ef vitni að hjartastoppi hafa enga þjálfun hlotið (15). Með hliðsjón af þeim rannsóknarniðurstöðum sem eru fyrirliggjandi og nýlegum alþjóðlegum leiðbeiningum um endurlífgun leggjum við til eftirfarandi nálgun: Ef vitni eru að hjartastoppi sem hafa þjálfun í endurlífgun, og treysta sér vel til að framkvæma slíkt, skal hefja hjartahnoð og munn við munn öndun tafarlaust eftir að kallað hefur verið á hjálp með því að hringja í neyðarlínu (sími 112). Ef vitni hafa ekki hlotið þjálfun í grunnendurlífgun eða treysta sér ekki til að framkvæma fulla endurlífgun, hver svo sem ástæðan er, skulu þeir hefja hjartahnoð strax og hjálp hefur verið tilkvödd. Skulu þeir ýta á mitt brjósthol um það bil 80-100 sinnum á mínútu. **Með hjartastoppi er átt við einstakling sem hnígur niður, er meðvitundarlaus og svarar ekki áreiti.** Ekki þarf lengur að staðfesta púlsleysi enda hefur komið í ljós að slíkt er ekki áreiðanlegt og jafnframt getur það tafið fyrir því að hjartahnoð sé hafið (15).

Við teljum að þetta ætti að geta orðið til þess að fleiri taki þátt í grunnendurlífgun utan sjúkrahúss ef þeir verða vitni að hjartastoppi. Hjá jafn vel upplýstri þjóð og Íslendingum ætti að stefna að því að grunnendurlífgun sé reynd hjá sem allra flestum sem fara í hjartastopp sem vitni eru að.

Hjartastopp er ekki eina ástæða skyndidauða hjá fullorðnum. Í nýlega birtri rannsókn kom í ljós að 19% af skyndidauða á Reykjavíkursvæðinu (allir aldurshópar) reyndist vera af annarri orsök en hjartastoppi (16). Svokallaðar ytri aðstæður, slys (þar með talið bílslys), sjálfsvíg, köfnun vegna ásvelgingar eða aðskotahluts, reyndust orsök í ⅓ tilfella. Innri ástæður eins og blæðingar (til dæmis rof á æðagúl eða heilablóðfall) og vöggudauði voru orsök í þriðjungi tilfella. Í mörgum af ofangreindum aðstæðum er hins vegar nokkuð ljóst hvenær áverki eða sjálfsvígstilraun hefur átt sér stað. Í slíkum tilfellum kann að vera að hjartahnoð eingöngu sé ekki nægilegt við endurlífgun.

Ef fyrirkomulag eins og lýst er að ofan yrði tekið upp hérlendis þarf að kynna það vel fyrir almenningi. Jafnframt er rétt að leita eftir samstarfi við neyðarlínu um að koma þessum boðum til þeirra sem hringja og tilkynna hjartastopp eða skyndilegt meðvitundarleysi. Það hefur sýnt sig að ítarlegar símaleiðbeiningar frá starfsmönnum neyðarlínu geta aukið hlutfall þeirra sem fá grunnendurlífgun á vettvangi um allt að 50% (17).

Rétt er að ítreka enn og aftur að hér er fyrst og fremst átt við viðbrögð við hjartastoppi hjá fullorðnum sem á sér stað utan sjúkrahúss og í þéttbýli þar sem von er á sjúkrabifreið innan fárra mínútna, en í dreifbýli þar sjúkrabifreið er yfirleitt mun lengur á vettvang er ekki rétt að mæla með að sleppa munn við munn öndunaraðstoð. Hjá börnum og þeim sem fara í öndunarstopp til dæmis eftir drukknun, lyfjaeitrun og hengingartilraun þarf áfram að framkvæma fulla endurlífgun með munn-við-munn-öndunaraðstoð og hjartahnoði. Ef einstaklingur fellur niður, missir meðvitund en vafi er á hvort hann sé í hjartastoppi eða ekki skal kalla til sjúkrabíl og hefja hjarta-

hnoð. Mun líklegra er að gera gagn með slíkum viðbrögðum en ógagn.

Hjartastoppi getur fylgt krampi, en slíkt er stundum í formi tilviljunarkennds skjálfta eða vöðvasamdráttar sem getur verið ólíkt því sem sést hjá fólki með krampa vegna flogaveiki. Þó getur á stundum verið erfitt að greina þar á milli.

Okkur þykir ekki ástæða til að mæla með neinum breytingum á kennslu grunnendurlífgunar sem stendur þó áherslur þar kunni ef til vill að breytast á næstu árum. Grunnendurlífgun verður áfram kennd á þann hátt að áhersla er lögð á bæði hjartahnoð og öndunaraðstoð. Þær nýju áherslur sem kynntar eru hér eru fyrst og fremst settar fram með það í huga að auka þátttöku þeirra í grunnendurlífgun sem annars hefðu ekki tekið þátt í slíku af einhverjum ástæðum.

Með hliðsjón af ofansögðu leggjum við til að viðbrögð við hjartastoppi utan sjúkrahúss hjá fullorðnum verði einfölduð. Fyrstu viðbrögðin yrðu að hringja í 112 og fá sjúkrabifreið með rafstuðsgjafa á vettvang sem fyrst. Meðan beðið er skal síðan hefja hjartahnoð nema vitni hafi þjálfun í fullri endurlífgun og treysti sér til að framkvæma slíkt (15). Auðvelt er fyrir leikmenn að muna þessi viðbrögð með tveimur einföldum orðum – **hringja og hnoða**.

Heimildir

1. Cummins RO, Eisenberg MS, Hallstrom AP, Litwin PE. Survival of out of hospital cardiac arrest with early initiation of CPR. Am J Emerg Med 1985; 3: 114-8.
2. Eisenberg MS, Berger L, Hallstrom AL. Cardiac resuscitation in the community. JAMA 1979; 241: 1905-7.
3. Ewy GA. Cardiopulmonary resuscitation-strengthening the links in the chain of survival. N Eng J Med 2000; 342: 1599-1601.
4. Locke CJ, Berg BA, Sanders AS, Davis MF, Milander MH, Kern KB, Ewy GA. Bystander cardiopulmonary resuscitation: concerns about mouth to mouth contact. Arch Int Med 1995; 155: 938-43.
5. Brenner BE. Reluctance of internists and medical nurses to perform mouth to mouth resuscitation. Arch Int Med 1993; 153: 1763-9.
6. Arnar DO, Gizurarson S, Baldursson J. Viðhorf Íslendinga til framkvæmdar endurlífgunar utan sjúkrahúss. Læknablaðið 2001; 87: 777-80
7. Sigurðsson G, Þorgeirsson G. Sérhæfð endurlífgun utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu setting in the1991-1996. Læknablaðið 2000; 86: 669-73.
8. Chandra NC, Gruben KG, Tsitlik JE, Brower R, Guerci AD, Halperin HH, et al. Observations of ventilation during resuscitation in a canine model. Circulation 1994; 90: 3070-5.
9. Berg BA, Kern KB, Sanders AB, Otto CW, Hilwig RW, Ewy GA. Bystander cardiopulmonary resuscitation. Is ventilation necessary? Circulation 1993; 88: 1907-15.
10. Berg BA, Kern KB, Hilwig RW, Berg MD, Sanders AB, Otto CW, Ewy GA. Assisted ventilation does not improve outcome in a porcine model of single-rescuer bystander cardiopulmonary resuscitation. Circulation 1997; 95: 1635-41.
11. Bossaert L, Van Hoeyweghen R, for the Cerebral resuscitation study group. Evaluation of cardiopulmonary resuscitation techniques. Resuscitation 1989; 17:Suppl: S99-S109.
12. Hallstrom A, Cobb L, Johnson E, Copass M. Cardiopulmonary resuscitation by chest compression alone or with mouth-to-mouth ventilation. N Eng J Med 2000; 342: 1546-53.
13. Assar D, Chamberlain D, Colquhoun M. Randomized controlled trials of staged teaching for basic life support: 1. Skill acquisition at bronce stage. Resuscitation 2000; 45: 7-15.
14. Berg RA, Sanders AB, Kern KB, Hilwig RW, Heidenreich JW, Porter ME, et al. Adverse hemodynamic effects of interrupting chest compression for rescue breathing during cardiopulmonary resuscitation for ventricular fibrillation cardiac arrest. Circulation 2001; 104: 2465-70.
15. Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation 2000; 102: I-1-I-384.
16. Marelson S, Þorgeirsson G. Skyndidauði utan spítala á Reykjavíkursvæðinu árin 1987 til 1999 af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum. Læknablaðið 2001; 87: 973-8.
17. Rea TD, Eisenberg MS, Culley LL, Becker L. Dispatcher assisted cardiopulmonary resuscitation and survival in cardiac arrest. Circulation 2001; 104: 2513-6.

Fosamax 70 mg
MSD
TÖFLUR; M 05 B A 04
Hver tafla inniheldur: Acidum alendronatum 70 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf. Fosamax dregur úr hættu á samfalli hryggjarliða og mjaðmarbrotum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur er ein 70 mg tafla einu sinni í viku. Eftirfarandi atriði eru mikilvæg til þess að frásog alendrónats verði fullnægjandi: Fosamax verður að taka á fastandi maga að morgni, a.m.k. hálfri klukkustund áður en önnur lyf eru tekin og fæðu eða drykkjar er neytt. Lyfið skal tekið inn með vatni. Aðrir drykkir (þ.á m. sódavatn), fæða og önnur lyf geta dregið úr frásogi alendrónats (sjá Milliverkanir). Sjúklingar ættu að fá kalk og D-vítamín ef ekki er nægjanlegt magn af því í fæðunni (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Notkun hjá öldruðum: Í klínískum rannsóknum hafði aldur hvorki áhrif á verkun alendrónats né öryggi notkunar þess. Því er ekki þörf á aðlögun skammta hjá öldruðum. Skert nýrnastarfsemi: Aðlögun skammta er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með gauklasíunarhraða (GFR: Glomerular filtration rate) meiri en 35 ml/mín. Alendrónat er ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með meiri skerðingu á nýrnastarfsemi (GFR < 35 ml/mín) þar sem nægileg reynsla er ekki fyrir hendi. Notkun hjá börnum: Alendrónat hefur ekki verið rannsakað m.t.t. notkunar fyrir börn og á því ekki að gefa börnum lyfið. Notkun Fosamax 70 mg taflna hefur ekki verið rannsökuð m.t.t. meðferðar við beinþynningu af völdum sykurhrífandi barkstera.
Frábendingar : Óeðlilegt vélinda, eða annað sem seinkar tæmingu vélindans, s.s. þrengsli (strictura) eða vélindakrampi (achalasia), sjúklingar sem ekki geta setið eða staðið uppréttir í a.m.k. 30 mínútur, ofnæmi fyrir alendrónati eða einhverjum hjálparefnanna, of lágt kalkgildi í blóði, Sjá einnig Varnaðarorð og varúðarreglur. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Alendrónat getur valdið staðbundinni ertingu í slímhúð í efri hluta vélindans. Þar sem sá möguleiki er fyrir hendi að undirliggjandi sjúkdómur versni, skal gæta varúðar þegar alendrónat er gefið sjúklingum með virka sjúkdóma í efri hluta meltingarvegar, svo sem kyngingarörðugleika, sjúkdóma í vélinda, eða bólgusjúkdóm eða sár í maga eða skeifugörn. Ennfremur þeim sem hafa nýlega(á síðastliðnu ári) haft sjúkdóma í meltingarvegi svo sem sár eða blæðingu og þeim sem gengist hafa undir skurðaðgerð á efri hluta meltingarvegar, að undanskilinni magaportslögun (pyloroplasty) (sjá Frábendingar). Aukaverkanir á vélinda (sem geta verið svo alvarlegar að sjúkrahúsinnlögn er nauðsynleg) s.s. vélindabólga, vélindasár og fleiður í vélinda sem í sjaldgæfum tilvikum hafa leitt til þrengingar í vélinda, hafa verið skráðar hjá sjúklingum í meðferð með alendrónati. Læknar ættu því að vera á verði gagnvart einkennum sem benda til áhrifa á vélinda og benda skal sjúklingunum á að hætta að taka inn alendrónat og leita til læknis ef þeir verða varir við kyngingarörðugleika, verki við kyngingu, verk undir bringubeini eða brjóstsviða sem fer versnandi eða hefur ekki verið til staðar áður. Hættan á alvarlegum aukaverkunum í vélinda virðist vera meiri hjá sjúklingum sem ekki taka alendrónat inn á réttan hátt og/eða halda áfram að taka inn alendrónat eftir að einkenni koma fram sem benda til ertingar í vélinda. Það er mjög mikilvægt að sjúklingar fái fullnægjandi leiðbeiningar um það hvernig beri að taka lyfið inn og að þeir skilji þær til hlítar (sjá Skammtar og lyfjagjöf). Upplýsa skal sjúklinga um að sé leiðbeiningunum ekki fylgt geti það aukið hættu á vandamálum í vélinda. Þrátt fyrir að ekki hafi komið fram aukin áhætta í víðtækum klínískum rannsóknum, hafa maga- og skeifugarnarsár í sjaldgæfum tilvikum verið skráð, við almenna notkun lyfsins, sum alvarleg og með fylgikvillum. Orsakasamband hefur samt ekki verið útilokað. Sjúklingar skulu fá leiðbeiningar um hvað þeim beri að gera gleymi þeir að taka skammt af Fosamax, en þeir skulu taka töflu strax morguninn eftir að þeir muna eftir því. Ekki skal taka tvær töflur sama daginn, en halda skal áfram að taka eina töflu einu sinni í viku á þeim degi sem upphaflega var valinn. Alendrónat er ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi þegar GFR er minna en 35 ml/mín (sjá Skammtar og lyfjagjöf). Íhuga skal aðrar orsakir beinþynningar en óstrógenskort og aldur. Leiðrétta þarf lágt kalkgildi í blóði áður en meðferð með alendrónati er hafin (sjá Frábendingar). Aðrar truflanir á efnaskiptum (svo sem D-vítamínskort) þarf einnig að meðhöndla á árangursríkan hátt. Þar sem alendrónat tekur þátt í að auka steinefni í beinum, getur minniháttar lækkun í styrk kalks og fosfats í sermi komið fram, sérstaklega hjá sjúklingum sem fá sykurhrífandi barkstera (glucocorticoids), en þeir eiga á hættu að kalkfrásog minnki. Mikilvægt er því að tryggja að sjúklingar sem taka sykurstera fái nægjanlegt kalk og D-vítamín.**Milliverkanir:** Mjög líklegt er að matur og drykkur (þ.á m. sódavatn), kalk, sýrubindandi lyf og önnur lyf dragi úr frásogi alendrónats séu þau tekin inn samtímis því. Því eiga sjúklingar að láta a.m.k. hálfa klukkustund líða frá því að þeir taka inn alendrónat, þar til þeir taka inn önnur lyf (sjá Skammtar og lyfjagjöf og Lyfjahvörf). Ekki er búist við neinum öðrum milliverkunum sem hafa klínískа þýðingu. Sumir sjúklinganna í klínískum rannsóknum fengu óstrógenmeðferð (í leggöng, um húð eða til inntöku) á meðan þeir voru á alendrónat meðferð. Engar aukaverkanir komu fram í tengslum við þessa samhliða meðferð. Þó að ekki hafi verið gerðar sérstakar rannsóknir á milliverkunum var alendrónat notað samhliða fjölda annarra algengra lyfja í klínískum rannsóknum, án nokkurra klínískra einkenna um aukaverkanir. **Meðganga og brjóstagjöf:** Fullnægjandi upplýsingar um notkun alendrónats á meðgöngu liggja ekki fyrir. Rannsóknir á dýrum benda ekki til beinna skaðlegra áhrifa m.t.t. meðgöngu, fósturþroska eða þroska eftir fæðingu. Þegar alendrónat var gefið rottum á meðgöngu olli það erfiðleikum við got í tengslum við lágt kalkgildi í blóði. Af þessum orsökum ætti ekki að nota alendrónat á meðgöngu. Ekki er vitað hvort alendrónat skilst út í brjóstamjólk. Því ættu konur með börn á brjósti ekki að nota alendrónat. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Engin áhrif á akturshæfni eða hæfni til að stjórna vélbúnaði hafa komið fram. **Aukaverkanir: Algengar (>1%):** Meltingarfæri: Kviðverkir, meltingartruflanir, hægðatregða, niðurgangur, vindgangur, vélindasár*, blöð í hægðum (melaena), kyngingarörðugleikar*, uppþemba, súrt bakflæði, ógleði. Stoðkerfi: Verkir í stoðkerfi (beinum, vöðvum, liðum). Taugakerfi:Höfuðverkur.Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar:Útbrot, roði. Meltingarfæri: Ógleði, uppköst, bólga í magaslímhúð, bólga í vélindaslímhúð*, fleiður í vélinda*. **Mjög sjaldgæfar (<1%):** Almennar: Ofnæmisviðbrögð þ.á m. ofsakláði og ofsabjúgur. Útbrot ásamt ljósnæmi. Meltingarfæri: Þrengslamyndun í vélinda*, sár í munnkoki*, rof, sár eða blæðingar í efri hlutameltingarvegar, en ekki er hægt að útiloka að um orsakasamband sé að ræða. Sérhæfð skilningarvit: Æðahjúpsbólga (uveitis). * Sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Skammtar og lyfjagjöf. Niðurstöður blóðrannsókna: Í klínískum rannsóknum kom fram tímabundin, væg, einkennalaus lækkun á kalsíum- og fosfatgildum í blóði hjá u.þ.b. 18% og 10% sjúklinga í meðferð með 10 mg/dag af alendrónati, en hjá u.þ.b. 12% og 3% þeirra sem fengu lyfleysu. Þrátt fyrir það var tíðni kalsíumlækkunar í < 8,0 mg/dl (2,0 mmól/l) og fosfatlækkunar í £ 2,0 mg/dl (0,65 mmól/l) svipuð hjá báðum hópunum. **Ofskömmtun:** Of lágt kalsíumgildi í blóði, of lágt fosfatgildi í blóði og aukaverkanir í efri hluta meltingarvegar, s.s. magaóþægindi, brjóstsviði, bólga í slímhúð í vélinda, bólga í magaslímhúð eða sár geta hlotist af inntöku of stórra skammta. Engar sértækar upplýsingar eru fyrir hendi um meðferð vegna ofskömmtunar alendrónats. Gefa skal mjólk eða sýrubindandi lyf til þess að binda alendrónat. Vegna hættu á ertingu í vélinda skal ekki framkalla uppköst og sjúklingurinn ætti að sitja eða standa uppréttur. **Pakkningar og verð (apríl, 2002):** 4 stk. 5297 kr; 12 stk. 13632 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme, B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

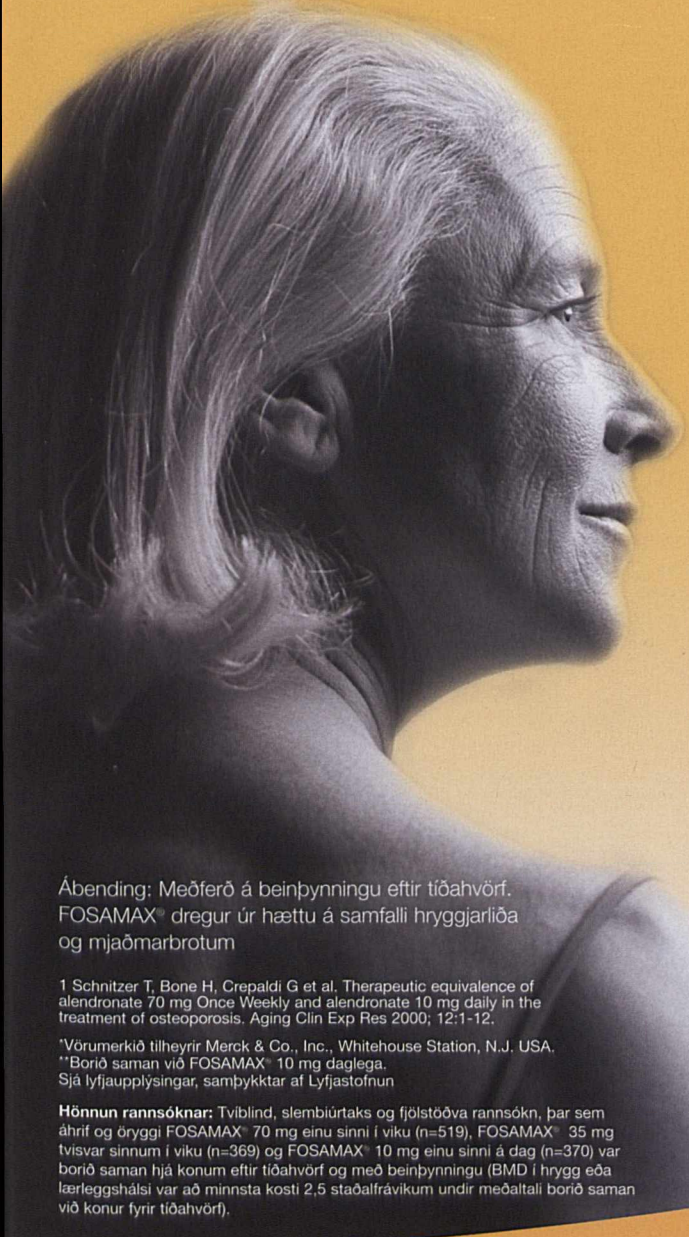
LINDEGAARD

Hún er komin!

Fyrsta og eina

Vikutaflan

til meðferðar á beinþynningu eftir tíðahvörf



FOSAMAX®* 70 mg (ALENDRÓNAT, MSD)

- Jafngilt FOSAMAX® 10 mg einu sinni á dag[1]
- Þægilegt – ein tafla vikulega
- Ekki aukin tíðni alvarlegra aukaverkana frá efri hluta meltingarvegar[1**]

Ábending: Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf. FOSAMAX® dregur úr hættu á samfalli hryggjarliða og mjaðmarbrotum

1 Schnitzer T, Bone H, Crepaldi G et al. Therapeutic equivalence of alendronate 70 mg Once Weekly and alendronate 10 mg daily in the treatment of osteoporosis. Aging Clin Exp Res 2000; 12:1-12.

*Vörumerkið tilheyrir Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J. USA.
**Borið saman við FOSAMAX® 10 mg daglega.
Sjá lyfjaupplýsingar, samþykktar af Lyfjastofnun

Hönnun rannsóknar: Tvíblind, slembiúrtaks og fjölstöðva rannsókn, þar sem áhrif og öryggi FOSAMAX® 70 mg einu sinni í viku (n=519), FOSAMAX® 35 mg tvisvar sinnum í viku (n=369) og FOSAMAX® 10 mg einu sinni á dag (n=370) var borið saman hjá konum eftir tíðahvörf og með beinþynningu (BMD í hrygg eða lærleggshálsi var að minnsta kosti 2,5 staðalfrávikum undir meðaltali borið saman við konur fyrir tíðahvörf).

VIKUTAFLA
FOSAMAX®
70mg alendrónat

Margsannaður árangur - Einstaklega þægilegt[1]

MERCK SHARP & DOHME
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík

Frá Landlæknisembættinu

Brjóstverkir og bráð kransæðaeinkenni

Starfshópur á vegum *Hjartasjúkdómafélags íslenskra lækna* hefur í samráði við hjartalækna Landspítala unnið að gerð klínískra leiðbeininga um meðferð sjúklinga með bráð kransæðaeinkenni. Stuðst hefur verið við svipaða vinnu á vegum Evrópusamtaka hjartalækna. Ábyrgðarmenn eru Ragnar Danielsen og Davíð O. Arnar, hjartasérfræðingar á Hjartadeild Landspítala. Leiðbeiningarnar má einnig nálgast á vef Landlæknisembættisins *www.landlaeknir.is*

Ný skilmerki fyrir greiningu bráðrar kransæðastíflu

Byggir á dæmigerðri hækkun og hægfara lækkun á trópóníni (TnT) eða hraðri hækkun og lækkun á CK-MB (creatine kinasi), ásamt að minnsta kosti einu eftirfarandi skilmerkja:

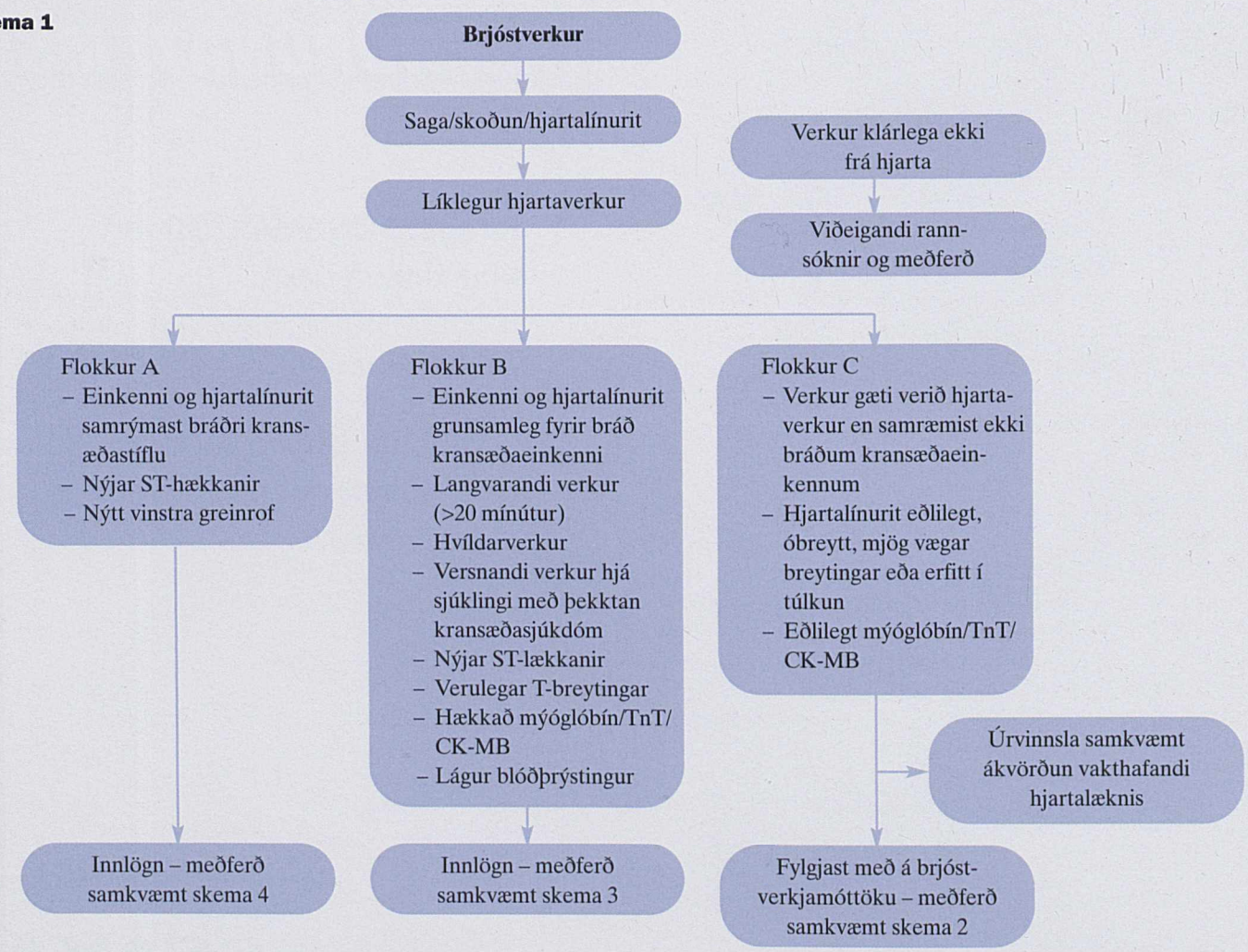
Blóðþurrðareinkenni:

- Brjóstverkir (eða verkir um ofanverðan kvið, handleggi, kjálka) eða önnur einkenni, til dæmis ógleði, uppköst, mæði, almennur slappleiki, svimi, yfirlið.
- Þróun óeðlilegra Q-takka í hjartalínuriti.
- Blóðþurrðarbreytingar í hjartalínuriti:
- ST-hækkun, ST-lækkun, umsnúnir T-takkar.
- Eftir kransæðavíkkunaraðgerð.

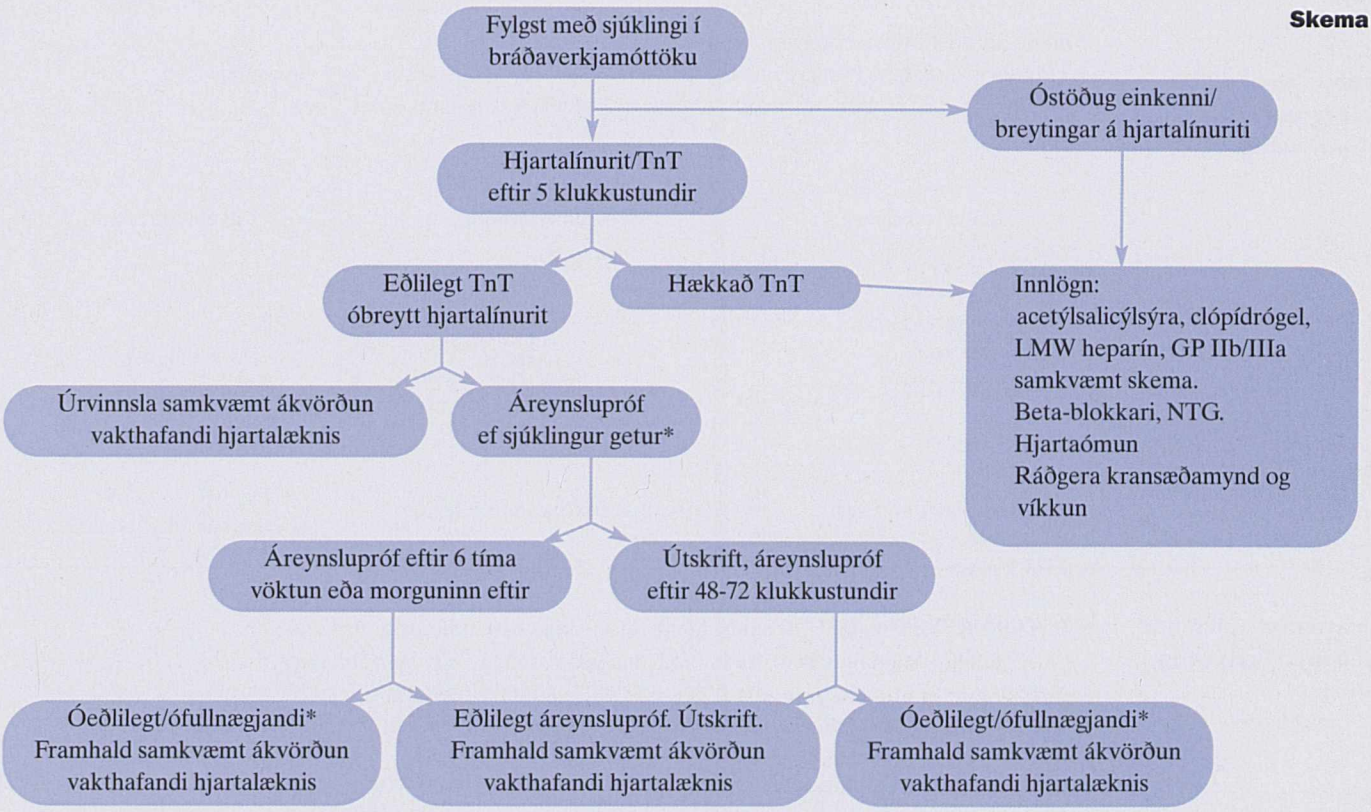
Brjóstverkir og bráð kransæðaeinkenni

- 1. Hjá sjúklingi með brjóstverki er fyrst gerð almenn rannsókn og meðferðaráætlun samkvæmt skema 1 og 2.
- 2. Ef grunur er um bráð kransæðaeinkenni án ST-hækkunar er nánar fylgt skema 3 og 4.
- 3. Ef bráð kransæðaeinkenni með ST- hækkun greinast fær sjúklingur segaleysandi lyf eða fer í bráða víkkunaraðgerð samkvæmt skema 4.

Skema 1



Skema 2



* Ef sjúklingur getur ekki gengið á bretti eða próf ófullnægjandi skal hugleiða álagsómun eða ísótópaskann utan spítala.

Rannsókn og meðferð sjúklinga með bráð kransæðaeinkenni án ST-hækkunar

Sjúklingar með bráð kransæðaeinkenni eru nú flokkaðir í

- Sjúklinga án ST-hækkunar sem eiga ekki að fá segaleysandi meðferð.
- Sjúklinga með ST-hækkun sem á að meta fyrir segaleysandi meðferð eða bráða kransæðavíkkun.

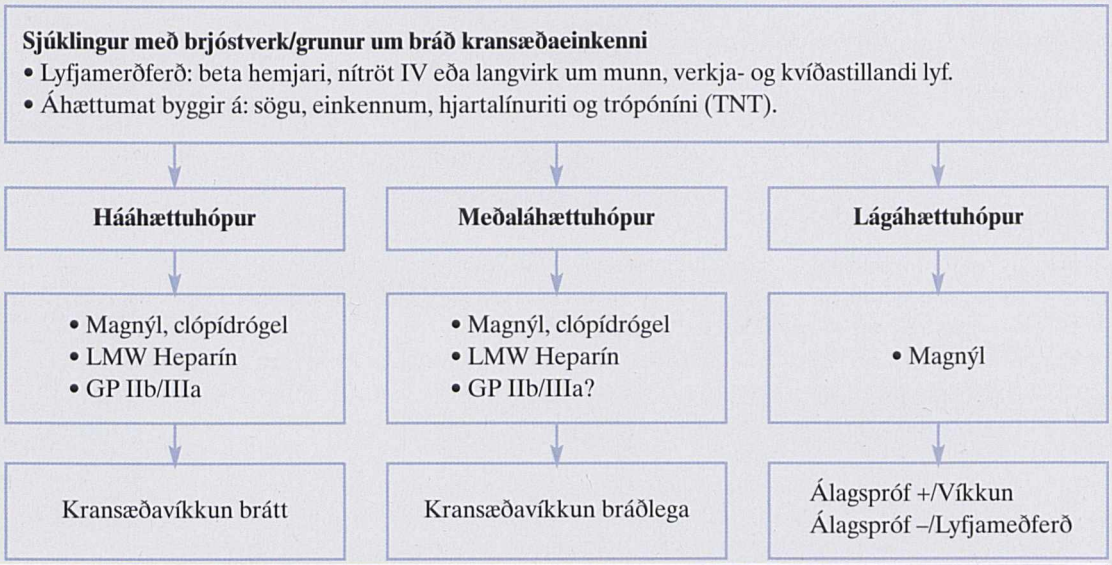
- **Skilgreining:** Áður fyrr var talað um óstöðuga hjartaöng eða hjartadrep án ST-hækkunar eða Q-takka þróunar. Sjá ný skilmerki fyrir kransæðastíflu í þessum leiðbeiningum.

Þessa sjúklinga á fyrst að meðhöndla með lyfjum:

- LMW heparín, acetýlsalicýlsýra (Magnyl®), clópídógrel (Plavix®), ef til vill GP IIb/IIIa hemjara.
- Meðferð við hjartaöng: beta-blokker, langvirk nítröt/NG- dreypi.
  Varast skal að nota kalsíumblokkara en þeir skerða vinstri slegil og hraða á hjartslætti.
- Meta vinstri slegil með hjartaómun, sérstaklega fyrir kransæðamynd.
- Áhættumat: Kransæðavíkkun beint eða mat með álagsprófi.
- Álagspróf: Hjartalínurit/ómun/ísótópaskann: meta einkenni og blóðþurrð.
- Kransæðamynd/víkkunaraðgerð: fer eftir einkennum, áhættumati og niðurstöðu álagsprófs.

Skema 3

Bráður kransæða-sjúkdómur án ST-hækkunar



Áhættumat sjúklinga með bráð kransæða-einkenni án ST-hækkunar

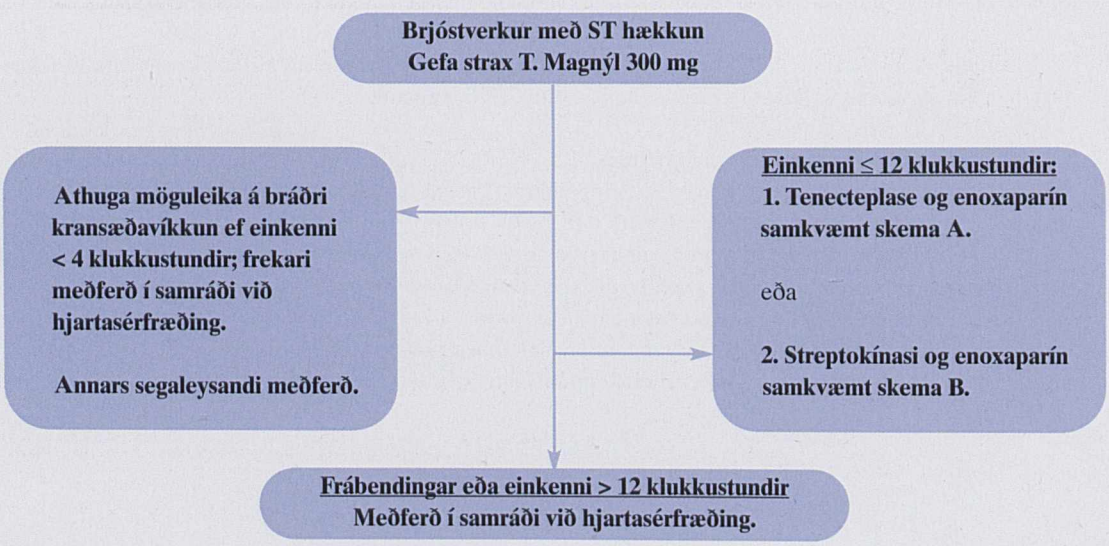
- **I. Hááhættu-sjúklingar:** Einkenni í hvíld, ST-lækkun á hjartalínuriti, hækkað CK-MB/TNT. Sjúklingar sem eru hemódýnamískt óstöðugir eða hjartabilaðir, með útstreymisbrot (EF: ejection fraction) < 40%, áður opin kransæaðaðgerð eða -víkkun. Þessir sjúklingar fara sem fyrst í kransæðamynd/víkkun.

- **II. Meðaláhættu-sjúklingar:** Hjartaöng III-IV síðustu tvær vikur, sykursjúkir, T-takka umsnúningur í fimm eða fleiri leiðslum og brjóstverkur. Þessir sjúklingar fara jafnan fljótlega í kransæðamynd/víkkun.

- **III. Lágáhættu-sjúklingar:** Hjartaöng I-II, ekki ST-lækkun eða ósérhæfðar ST-T breytingar í hjartalínuriti, T-takka umsnúningur í einstakri leiðslu, ekki CKMB/TNT hækkun. Þessir sjúklingar eiga að fara í álags-hjartalínurit; ef hjartaöng eða blóðþurrð í hjartalínuriti þá kransæðamynd, annars lyfjameðferð.

Skema 4

Bráður kransæða-sjúkdómur með ST-hækkun



Meðferð sjúklinga með ST-hækkun

Nr. 1

Ábendingar fyrir segalausn:

- Brjóstverkur/byrjun einkenna innan 12 klukkustunda.
- Aldur 18 ára og eldri (hár aldur afstæð frábending).
- ST-hækkun ≥ 0,1 mV í ≥ 2 útlimaleiðslum, eða ≥ 0,2 mV í ≥ 2 aðlægum brjóstleiðslum, eða vinstra greinrof.

Frábendingar fyrir segalausn:

- Slagbilsþrýstingur > 180 mmHg, lagbilsþrýstingur > 110 mmHg, eða hvort tveggja.
- Stærri skurðaðgerð, augnaðgerð, líffærasýnataka, stór áverki, höfuðáverki, eða annar áverki innan 3 vikna.
- Meltingarfærablæðing < 1 mánaðar.
- Saga um heilaáfall, TIA (transient ischemic attack) < 6 mán, elliglöp, miðtaugakerfisgalla.
- Ósæðargúll og rof.
- Endurlífgun > 10 mínútur < 2 vikna ef áverki /brot; Matsatriði!
- Þungun, brjóstagjöf, fæðing < 30 daga.
- Blóðþynning með warfaríni ef INR (international normalized ratio) >3.0.
- Áður gefið heparín/LMW (low molecular weight) heparín eða GIIb/IIIa lyf; meðferð í samráði við hjartasérfræðing.
- Blæðingarsjúkdómur, blóðflögufæð (< 100.000).
- Nýrnabilun (karlar > 221 µmól/L, konur > 177 µmól/L í s-kreatínín). Meðferð í samráði við hjartasérfræðing og nýrnasérfræðing.

Meðferð sjúklinga með ST-hækkun

Nr. 2

Skema A: TNK + enoxaparín:

- T. Acetylsalicylsýra 300 mg strax.
- Inj. Enoxaparín 30 mg i.v., auk 1 mg/kg s.c., svo á 12 tíma fresti 1mg/kg s.c. í 3-7 daga. Tveir fyrstu s.c. skammtar hámark 100 mg.
- Inj. Tenecteplase (TNK) (Metalyse® gusugjöf í æð á 5 sekúndum, skammtur eftir þyngd (sjá töflu).

Skammtar fyrir Tenecteplase (TNK):

Þyngd (kg)	TNK (mg)
< 60	30
60-69	35
70-79	40
80-89	45
≥ 90	50

Skema B: Streptókínasi + enoxaprín:

- T. Acetýlsalicýlsýra 300 mg strax.
- Inf. Streptókínasi 1,5 milljón á einni klukkustund (venjulegt skema).
- Inj. Enoxaparín 30 mg i.v., auk 1 mg/kg s.c., svo á 12 tíma fresti 1mg/kg s.c. í þrjá til sjö daga. Tveir fyrstu s.c. skammtar hámark 100 mg.

Seroquel

AstraZeneca, 960203 TÖFLUR; N 05 A H 04 (Styttur sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)

Hver tafla inniheldur: Quetiapinum INN, fúmarat, samsvarandi Quetiapinum INN 25 mg, 100 mg eða 200 mg. Töflurnar innihalda mjólkursykur (laktósu). **Ábendingar:** Seroquel er notað til meðhöndlunar á geðklofa. **Skammtar og lyfjagjöf:** Seroquel á að gefa tvisvar á dag, með eða án matar. Fullorðnir: Heildardagskammtur fyrstu fjóra daga meðferðarinnar er 50 mg (dagur 1), 100 mg (dagur 2), 200 mg (dagur 3) og 300 mg (dagur 4). Eftir þessa fjóra daga er mælt með 300 mg dagskammti. Dagskammtinn má aðlaga að klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings, á bilinu 150-750 mg/dag. Aldraðir: Eins og með önnur geðlyf, skal lyfið notað með varúð hjá öldruðum, sérstaklega í upphafi meðferðar. Skammtaaukning getur þurft að vera hægari og dagsskammtur lægri en hjá yngri sjúklingum, og fer það allt eftir klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings. Klerans quetiapíns var að meðaltali um 30-50% minni hjá öldruðum samanborið við yngri sjúklinga. Börn og unglingar: Mat á öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum er ekki fyrirliggjandi. Sjúklingar með nýrnabilun: Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammtinn. Sjúklingar með lifrarbilun: Quetiapin umbrotnar að miklu leyti í lifur, og skal því notað með varúð hjá sjúklingum með lifrarbilun, sérstaklega í upphafi meðferðar. Upphafsskammtur lyfsins skal vera 25 mg/dag hjá sjúklingum með lifrarbilun. Skammtinn skal auka daglega um 25-50 mg þar til viðunandi skammti er náð, og fer það allt eftir klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Samtímis sjúkdómar: Lyfið skal nota með varúð fyrir sjúklinga með þekkta hjarta- og æðasjúkdóma, sjúkdóma í heilaæðum og fyrir sjúklinga sem hættir til að fá of lágan blóðþrýsting. Seroquel getur orsakað stöðubundið blóðþrýstingsfall, sérstaklega í upphafi þegar verið er að auka skammta smám saman. **Flog:** Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni floga hjá sjúklingum sem fengu lyfið eða lyfleysu. Eins og með önnur geðlyf, skal gæta varúðar við meðhöndlun sjúklinga sem fengið hafa flog. Síðkomin hreyfitruflun (tardive dyskinesia): Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni extrapýramídal einkenna hjá sjúklingum sem fengu ráðlagða meðferðarskammta af lyfinu eða lyfleysu. Þetta bendir til að lyfið valdi síður síðkominni hreyfitruflun en venjuleg sefandi lyf. Hafa skal í huga að minnka skammta lyfsins eða hætta notkun þess ef vísbending og einkenni um síðkomna hreyfitruflun koma fram. Illkynja sefunarheilkenni: Illkynja sefunarheilkenni hefur verið tengt við sefandi lyfjameðferð. Klínísk einkenni eru t.d. ofurhiti, breytt andlegt ástand, vöðvastífni, óstöðugleiki í ósjálfráða taugakerfinu og hækkun á kreatínín fosfókínasa. Í slíkum tilvikum skal hætta notkun á lyfinu og gefa viðeigandi lyfjameðferð **Milliverkanir:** Aðalverkun lyfsins er á miðtaugakerfið, og því skal gæta varúðar við samtímis notkun annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið og alkóhóls. Lyfjahvörf lithíums breytast ekki ef það er notað samtímis lyfinu. Samtímis notkun á sefandi lyfjunum risperidon eða halóperidól hefur ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samtímis notkun á thíoridazín eykur klerans quetiapins. Lyfið örvar ekki lifrarensímin sem taka þátt í umbrotum fenazóns. Samtímis notkun á fenýtóíni (örvar microsomal ensím) veldur aukningu í klerans quetiapins. Sjúklingar sem taka samtímis lyfinu og fenýtóín, eða önnur lyf sem örva lifrarensím s.s. karbamazepín, barbítúröt og rífampicín, geta þurft að auka skammtinn af lyfinu til að hafa stjórn á einkennum sjúkdómsins. Ef sjúklingur hættir að taka fenýtóín og tekur í staðinn lyf sem örva ekki lifrarensím, s.s. natríum valpróat, getur þurft að minnka skammtinn af lyfinu. Ensímið CYP3A4 er helst ábyrgt fyrir sýtókróm P450 tengdum umbrotum quetiapins. Samtímis notkun á címetidíni, sem letur P450 ensímið, hefur ekki áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samtímis notkun á geðdeyfðarlyfjunum imipramín (letur CYP2D6) eða flúoxetín (letur CYP3A4 og CYP2D6) hefur ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samt sem áður er mælt með að gæta varúðar þegar lyfið er notað samtímis lyfjum sem letja CYP3A4 (t.d. ketókónazól eða erýthrómýcín). **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið færð sönnun á öryggi og verkun lyfsins á meðgöngu. Því skal aðeins nota lyfið á meðgöngu ef kostir þess réttlæta hugsanlega áhættu af notkun þess. Ekki er vitað að hve miklu leyti lyfið útskilst í móðurmjólk. Því skal ráðleggja konum sem nota lyfið að forðast að hafa börn á brjósti. **Akstur og stjórnun annarra véla:** Sjúklingum skal ráðlagt að aka ekki bifreið eða stjórna öðrum tækjum fyrr en þeir vita hvaða áhrif lyfið hefur. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnhöfgi, sem kemur helst fram í upphafi meðferðar, en hættir yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Lyfið veldur ekki hækkun á prólaktíni líkt og mörg önnur geðlyf. **Algengar (>1%):** Taugakerfi: *Svefnhöfgi.* Almennt: *Þróttleysi, svimi.* Hjarta- og æðakerfi: *Réttstöðuþrýstingsfall, of lágur blóðþrýstingur, hraðtaktur.* Meltingarfæri: *Hægðatregða, munnþurrkur, meltingartruflun.* Blóð: *Fækkun hvítra blóðkorna, hlutleysiskyrningafæð.* Efnaskipti: *SGPT (ALT) hækkun, SGOT (AST) hækkun, þyngdaraukning.* Öndunarfæri: *Nefslímubólga.* **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Almennt: *Illkynja sefunarheilkenni.* Hjarta- og æðar: *Yfirlið.* Efnaskipti: *Kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, hækkun á gamma-GT.* Blóð: *Fjölgun eósínfíkla.* Taugakerfi: *Rykkjakrampi, grand mal rykkjakrampi.* Meðferð með lyfinu hefur tengst örlítilli skammtaháðri lækkun á skjaldkirtilshormónum, sérstaklega í heildar T4 og fríu T4. Lækkunin náði hámarki á fyrstu 2-4 vikum meðferðarinnar, en við áframhaldandi notkun varð ekki frekari lækkun. **Ofskömmtun og eiturverkanir:** Takmörkuð reynsla er af ofskömmtun á lyfinu í klínískum rannsóknum. **Útlit:** Töflur 25 mg: *Kringlóttar, Ø 6 mm, ferskjulitaðar, kúptar og filmuhúðaðar.* Töflur 100 mg: *Kringlóttar, Ø 8,5 mm, gular að lit, kúptar og filmuhúðaðar.* Töflur 200 mg: *Kringlóttar, Ø 11 mm, hvítar að lit, kúptar og filmuhúðaðar.* **Pakkningar:** Pakkningar: Töflur 25 mg: *100 stk (þynnupakkað); 11.607 kr.*, Töflur 100 mg: *30 stk (þynnupakkað); 7.876 kr., 100 stk (þynnupakkað); 21.100 kr.*, Töflur 200 mg: *30 stk (þynnupakkað); 11.412 kr., 100 stk (þynnupakkað); 32.500 kr.* Töflur, *samsett pakkning: 10 stk (þynnupakkað; 6 x 25 mg, 3 x 100 mg, 1 x 200 mg); 1.082 kr.* **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Tryggingastofnun ríkisins greiðir lyfið að fullu.** Júlí 2002.

Heimildaskrá *1.* ARVANITIS LA, MILLER BG: Multiple fixed doses of Seroquel (quetiapine) in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a comparison with haloperidol and placebo. The Seroquel Trial 13 Study Group. Biological Psychiatry (1997) 42:233-46. *2.* SMALL JG, HIRSCH SR, ARVANITIS LA, MILLER BG, LINK CG: Quetiapine in patients with schizophrenia. A high- and low-dose double-blind comparison with placebo. Seroquel Study Group. Arch. Gen. Psychiatry (1997) 54:549-57. *3.* BRECHERM, RAK TW, MELVIN K, JONES AM: The long-term effect of quetiapine (Seroquel monotherapy on weight in patients with schitzophrenia). International Journal of Psychiatry in Clinical Practice (2000) 4:287-91.

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


AstraZeneca
Umboðsaðili: Pharmaco hf. • Sími 535 7000 • Fax 565 6485 • pharmaco@pharmaco.is • www.pharmaco.is



Framfarir án fylgikvilla!

Framfarir í nútíma-læknavísindum setja líðan og lífsgæði sjúklinga í ***heildstæðari*** brennipunkt en áður. Í meðhöndlun er kappkostað að losa sjúklinginn ***undan áþján óæskilegra fylgikvilla*** bæði ***sjúkdóms og lyfja***! Fylgikvillar geðklofa tengjast ***skerðingu á lífsgæðum*** sem stafa ýmist af ***einkennum geðklofa*** eða ***aukaverkunum lyfja***.

Vísindastarf AstraZeneca hefur nú ***markað þáttaskil*** í ***meðferð geðklofa*** með tilkomu Seroquel. Lyfið stendur jafnfætis öðrum lyfjum í sama flokki hvað varðar virkni þess á einkenni geðklofa. Það er ***sérstaða lyfsins varðandi aukaverkanir*** sem er svo mikilvæg!

Nú getur þú dregið mjög úr líkum á EPS-aukaverkunum!
Hverfandi líkur á að sjúklingur þinn finni fyrir ***EPS aukaverkunum***, jafnvel með hækkandi skömmtum af ***Seroquel*** ! [1]

Nú getur þú dregið mjög úr líkum á prólaktín-tengdum aukaverkunum!
Hverfandi líkur á prólaktínhækkun og meðfylgjandi aukaverkunum með Seroquel. [2,1]

Nú getur þú dregið mjög úr líkum á þyngdaraukningu!
Langtímanotkun á Seroquel veldur ***lítilli sem engri*** þyngdaraukningu hjá sjúklingum þínum. [3]

Sameiginlegt markmið
Í ljósi framþróunar er ***ekki ásættanlegt*** að horfa framhjá fylgikvillum lyfja. Þess vegna er það okkur hjá AstraZeneca fagnaðarefni að kynna ***markmið*** okkar: „***framfarir án fylgikvilla***". Við æskjum þess að starfa náið með ***íslenskum heilbrigðisstéttum*** að því markmiði.

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)

Seroquel®

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 421-01

Stöndum við sameinaðir eða föllum við sundraðir?



Sigurður Björnsson

Höfundur á sæti í stjórn 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.

Í NÚGILDANDI LÖGUM Læknafélags Íslands segir í 2. grein að tilgangur félagsins sé að efla hag og sóma hinnar íslenzku læknastéttar og auka kynni og stéttarþroska félagsmanna, stuðla að aukinni menntun lækna og glæða áhuga þeirra á því er að starfi þeirra lýtur, efla samvinnu lækna um allt sem horfir til framfara í heilbrigðismálum og beita sér fyrir bættu heilsufari landsmanna. Um þessi markmið ætti ekki vera ágreiningur meðal lækna á Íslandi.

Í VII kafla laganna segir svo í 16. grein um kjarasamninga: „LÍ sér um gerð kjarasamninga lækna í samráði við svæðafélög og önnur félög lækna, eftir því sem við á hverju sinni. Þeir einir greiða atkvæði um kjarasamning, sem taka laun eftir honum."

Í samræmi við þetta verkefni LÍ og langa hefð gerði samninganefnd félagsins samning um kjör sjúkrahúslækna við fjármálaráðherra sem undirritaður var 2. maí síðastliðinn. Þá þegar var ljóst að djúpstæður ágreiningur var meðal lækna um þennan samning og það svo að fulltrúi Félags ungra lækna undirritaði ekki samninginn og sagði sig úr samninganefnd LÍ í mótmælaskyni. Stjórn FUL hvatti síðan félagsmenn þess til að taka ekki þátt í atkvæðagreiðslu um samninginn. Þá hvatti stjórn Skurðlæknafélags Íslands sína menn til að greiða atkvæði gegn samningnum. Greidd voru atkvæði um kjarasamninginn hinn 16. maí og tóku einungis 57,8% atkvæðisbærra félaga þátt í henni. Fylgjandi voru 61,1%, andvígir 37,6%.

Eftirmálar samnings þessa eru læknum kunnir. Félag ungra lækna hefur sagt skilið við Læknafélag Íslands. Ungir læknar hafa verið tregir til að ráða sig til starfa samkvæmt hinum nýja kjarasamningi, sem þeir telja sig raunar óbundna af, og hafa óskað eftir því að semja sjálfir um eigin kjör. Stjórnvöld halda fast við að bindandi samningur sé í gildi enda sé LÍ hinn rétti samningsaðili.

Þá hafa sjúkrahúsyfirvöld treyst á það að læknar með sérfræðimenntun gangi í störf unglækna þar sem þeim sé ekki stætt á öðru vegna skyldu lækna við sjúklinga og vinnuveitendur. Þannig hefur Landspítali búið við óviðunandi ástand nú yfir sumar(fris)-mánuðina. Sjúkrahúslæknar, sem hafa verið við störf hafa lagt á sig mikla aukavinnu, sumir við að ganga í störf yngri kollega sem eru í réttindabaráttu. Lítið hefur frétzt af því að unnið sé að lausn mála nú þegar haustar og læknanemar, sem sinnt hafa unglæknastöðum á sjúkrahúsum, setjast aftur á skólabekk. Ekki má dragast lengur að stjórnvöld og stjórnendur spítala leysi málin. Því miður getur Læknafélag Íslands lítið komið þar að þar sem FUL hefur sagt sig úr lögum við LÍ.

Að mínu áliti er það mikið óheillaspor að yngstu læknarnir skuli ekki lengur eiga aðild að Læknafélagi Íslands. Ef til vill er unnt að skilja sárindi þeirra yfir fyrrgreindum kjarasamningi sem margir eldri læknar eru einnig óhressir með. Ég tel að ungir læknar geti mun betur beitt sér fyrir umbótum á starfsaðstöðu og kjörum innan LÍ en utan þess. Ósennilegt er að FUL geti, hreinlega vegna eðlis félagsins og hins hraða gegnumflæðis félagsmanna, orðið nægilega sterkur bakhjarl fyrir unga lækna í baráttu þeirra við að ná fram markmiðum sínum. Reyndar hef ég saknað virkari þátttöku ungra lækna í félagsstarfi LÍ á undanförnum árum, stundum hefur mér virzt að unglæknar væru feimnir við að láta til sín taka á vettvangi LÍ.

Enginn vafi er á því að brotthvarf FUL úr LÍ veikir heildarsamtök lækna á Íslandi og gerir þeim erfiðara um vik að standa við þau fyrirheit sem greint var frá í upphafi þessa pistils. Þannig eru bæði LÍ og FUL veikari eftir en áður.

Títtnefndur kjarasamningur sjúkrahúslækna er að mínu mati einnig meingallaður frá sjónarhóli sjúkrahúsanna. Nú er sjúkrahúslæknum sem jafnframt sinna sjúklingum á læknastofum gert að minnka starfshlutfall sitt á sjúkrahúsum um 20% þannig að læknir sem til þessa hefur verið í fullu starfi við sjúkrahús og haft samningsbundinn rétt til stofuvinnu er framvegis skráður í 80% starfshlutfall. Við það styttist vinnuvika hans á sjúkrahúsinu úr fimm virkum dögum í fjóra, sem mun kalla á aukna yfirvinnu eða fjölgun lækna við sjúkrahúsin ef halda á uppi óskertri þjónustu. Fjölgun starfa er kostnaðarsöm, og er í litlu samræmi við stefnu um aukið aðhald og bann við nýráðningum sem verið hefur í gildi.

Gerð kjarasamninga fyrir sjúkrahúslækna er flókið verk, vanþakklátt og umdeilt eins og tvennir síðustu kjarasamningar bera með sér. Nú er í gildi samningur, sem einungis 35,3% atkvæðisbærra lækna samþykkti. Ekki verður hjá því komizt að leita nýrra leiða við að semja um kjör lækna. Störfin eru það ólík orðin, tækifærum til vinnu annars staðar fer fjölgandi svo sem við sjálfstæðan stofurekstur, störf hjá líftæknifyrirtækjum, tryggingafélögum, kennslu og ýmiskonar ráðgjöf auk starfa erlendis um lengri eða skemmri tíma.

Sjúkrahúslæknum er mismunað í launum eftir því hvers konar störfum þeir sinna auk læknisstarfa á

sjúkrahúsunum. Launakerfi eins og það sem nú er unnið eftir er að mínu mati óhagkvæmt fyrir sjúkrahúsin á sama hátt og ég tel það vera óhagkvæmt fyrir heilsugæzluna, það felur í sér misrétti milli sérgreina og einstakra lækna og það sundrar læknastéttinni eins og dæmin sanna.

Sem kunnugt er hefur Skurðlæknafélag Íslands unnið að því undanfarna mánuði að ná til sín samningsrétti fyrir skurðlækna á sjúkrahúsum, þar sem þeir telja að samninganefnd LÍ geti ekki barizt fyrir hagsmunum skurðlækna en þurfi stöðugt að leita málamiðlana milli hagsmuna hinna ýmsu sérgreina. Vitna þeir til betri árangurs í samningum við Tryggingastofnun ríkisins fyrir læknisverk utan spítala, þar sem meira tillit er tekið til mismunandi sjónarmiða sérgreinafélaganna enda koma þau sjálf að þeim samningum.

Af framansögðu má vera ljóst að ræða þarf endurskipulagningu læknasamtakanna á aðalfundi LÍ í næsta mánuði, ekki sízt gerð kjarasamninga. Þá er nauðsynlegt að breyta lögum félagsins vegna brotthvarfs Félags ungra lækna ef ekki tekst að finna unglæknum leið inn í LÍ fyrir aðalfund.

Sjálfstæður stofurekstur lækna er þjóðhagslega hagkvæmur. Þar eru leyst af hendi læknisverk sem ekki krefjast innlagna á sjúkrahús, iðulega verk sem ekki er aðstaða fyrir á sjúkrahúsum þar sem tekist er á við viðameiri læknisverk og stærri aðgerðir. Á stofunum nýtist sérþekking margra lækna sem einnig starfa á sjúkrahúsum. Þar með styttast biðlistar eftir skurðaðgerðum og aukið svigrúm skapast á sjúkrahúsunum til þeirra verkefna, sem einungis verður sinnt þar.

Samvinna og eðlileg verkaskipting milli sjúkrahúsanna og læknastofa er nauðsynleg og þarf að ná til allra þátta starfseminnar, þjónustu við sjúklinga, kennslu heilbrigðisstétta og vísindastarfa. Ekkert er rangt við að hvetjandi áhrif fræðilegrar og rekstrarlegrar samkeppni fái að njóta sín, þiggjendum, veitendum og greiðendum þjónustunnar til hagsbóta.

Nauðsynlegt er að hið stóra nýstofnaða háskólasjúkrahús, með heilbrigðisyfirvöld að bakhjarli, fari gætilega með yfirburðaaðstöðu sína í heilbrigðiskerfinu og leiti leiða í samvinnu við aðra þætti þess til að tryggja landsmönnum áfram góða og hagkvæma heilbrigðisþjónustu. Þar munu þau geta treyst á stuðning og samvinnu við samtök lækna.

Aðalfundur Læknafélags Íslands 11.-12. október

AÐALFUNDUR Læknafélags Íslands verður haldinn dagana 11. og 12. október næstkomandi í húsakynnum LÍ að Hlíðasmára 8. Fundurinn hefst með setningu Jóns Kristjánssonar heilbrigðisráðherra en síðan tekur við hefðbundin dagskrá aðalfundar.

Samkvæmt 7. gr. laga LÍ er öllum læknum frjálst að sitja aðalfundinn með málfrelsi og tillögurétti en atkvæðisrétt hafa eingöngu kjörnir fulltrúar aðildarfélaga.

Að morgni laugardagsins 12. október verður haldið **Læknaþing**. Efni Læknaþings verður: **Reglur General Medical Council í Bretlandi um skyldur skráðra lækna, kynning lækna á starfsemi sinni með tilliti til nýrrar tækni og símenntun lækna**, umræður verða í lokin.

Að Læknaþingi loknu heldur dagskrá aðalfundar áfram.

Nánar verður sagt frá dagskrá fundarins í októberblaði Læknablaðsins.

Framkvæmdastjóraskipti hjá LÍ

Í BYRJUN ÁGÚST lét Ásdís J. Rafnar, hrl., af starfi framkvæmdastjóra hjá Læknafélagi Íslands. Ásdís hóf störf hjá félaginu í febrúar 1999. Þá voru umbrotatímar hjá LÍ, mannahald félagsins og rekstur skrifstofu hafði verið endurskipulagður og tók LÍ af fullum þunga þátt í ákafri þjóðfélagsumræðu um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði. Þetta hvort tveggja hafði gengið nærri innviðum félagsins og átt þátt í þeirri atburðarás sem leiddi til framkvæmdastjóraskipta á þeim tíma. Þess vegna var aðkoma nýs framkvæmdastjóra allt annað en auðveld.

Ásdís tók við starfi sínu af fullum styrk frá upphafi og lauk því verki sem hafið var við endurskipulagningu rekstursins af miklum myndugleik. Það var öllum ljóst sem með Ásdísi unnu frá upphafi að krafan um gegnsæi og málefnalega og réttláta stjórnsýslu lá til grundvallar öllum verkum hennar fyrir Læknafélagið. Hún vakti yfir öllu, smáu og stóru, hvort sem það varðaði fjárhag félagsins eða lögfræðilega úrvinnslu mála sem til meðferðar voru. Þó tókst henni að vinna störf sín þannig að hvorki skyggði nokkurn tíma á kjörna fulltrúa lækna né tók hún frumkvæði við stefnumótun í málefnum þeirra.

Ásdís er nú horfin til framhaldsnáms í London og óskum við henni allra heilla á þeim vettvangi. Stjórn Læknafélags Íslands þakkar henni ágætt samstarf á liðnum árum og störf sem sér stað.

Sigurbjörn Sveinsson

Tillaga að lagabreytingum fyrir aðalfund LÍ

– Samþykkt í stjórn LÍ 20. ágúst 2002

Hér birtist tillaga til lagabreytinga sem stjórn LÍ mun leggja fram á aðalfundi félagsins sem haldinn verður 11.-12. október næstkomandi. Lagt er til að gerðar verði umtalsverðar breytingar á lögum félagsins og varð því úr að birta lögin í heild eins og stjórnin leggur til að þau verði að loknum aðalfundi. Ný ákvæði sem gerð er tillaga um að bætist við eru feitletruð en í sviga eru skáletraðar skýringar og þau orð sem lagt er til að fella á brott úr gildandi lögum.

Lög Læknafélags Íslands

samþykkt á aukaaðalfundi 25. nóv. 1994 breytingar 1999, 2000, 2001 og 2002.

I. KAFLI:
Heiti félagsins, heimili og tilgangur

1. gr.
Heiti félagsins, heimili og varnarþing

Félagið heitir Læknafélag Íslands, skammstafað LÍ. Lögheimili þess og varnarþing er í Kópavogi.

2. gr.
Tilgangur

Tilgangur félagsins er:
1. Að efla hag og sóma hinnar íslensku læknastéttar og auka kynni og stéttarþroska félagsmanna.
2. **Að standa vörð um sjálfstæði læknastéttarinnar og gæta hagsmuna félagsmanna.**
3. Að stuðla að aukinni menntun lækna og glæða áhuga þeirra á því, er að starfi þeirra lýtur.
4. Að efla samvinnu lækna um allt, sem horfir til framfara í heilbrigðismálum.
5. **Að taka þátt í alþjóðlegu samstarfi lækna að sameiginlegum hagsmunamálum.**
6. Að beita sér fyrir bættu heilsufari landsmanna **og vinna að stefnumótun í heilbrigðismálum.**

II. KAFLI:
Aðild að félaginu

3. gr.
Aðildarfélög/einstaklingar

LÍ er heildarsamtök (*hér út* íslenskra) **þeirra** lækna, **sem eru félagar í aðildarfélögum LÍ eða eiga einstaklingsaðild að félaginu með samþykki stjórnar félagsins.**

Aðild að LÍ geta átt félög lækna og einstakir læknar samkvæmt eftirfarandi reglum:

1. Svæðafélög:
Svæðisbundin félög lækna innanlands, (*Taka út* en þau) **sem aðild eiga að Læknafélagi Íslands** eru:
1. Læknafélag Reykjavíkur, 2. Læknafélag Vesturlands, 3. Læknafélag Vestfjarða, 4. Læknafélag Norðvesturlands, 5. Læknafélag Akureyrar, 6. Læknafélag Norðausturlands, 7. Læknafélag Austurlands, 8. Læknafélag Suðurlands, 9. Læknafélag Vestmannaeyja.

Ný svæðafélög geta gerst aðilar að LÍ enda sé hið nýja félag bundið við sýslu(r), kaupstað(i) eða afmarkað landsvæði og öllum læknum sem starfa á svæðinu sé heimil aðild að félaginu.

(*Falli brott:* 2. Félag ungra lækna:
Félag ungra lækna er aðili að Læknafélagi Íslands og hefur réttarstöðu svæðafélags.)

2. Sérgreinafélög lækna
Sérgreinafélög lækna innanlands, sem kosið hafa að fara með samningsumboð félaga sinna, sbr. 1. mgr. 17. gr. og sækja um aðild að Læknafélagi Íslands.

3. Félög íslenskra lækna erlendis:
Félög íslenskra lækna erlendis geta gerst aðilar að LÍ óháð fjölda félagsmanna en þó aðeins eitt félag frá hverju landi.

Aðild nýrra **aðildar**félaga **að Læknafélagi Íslands** (*hér út* og einstaklinga) er háð samþykki aðalfundar LÍ. (*Þessi setning er færð upp og henni breytt.*)

4. Einstaklingsaðild:
Einstakir læknar sem kjósa að eiga ekki aðild að framantöldum félögum lækna geta átt beina aðild að LÍ. Hið sama gildir um íslenska lækna, sem vegna vinnu og búsetu erlendis geta hvorki verið meðlimir svæðafélaga, **sérgreinafélaga** né félaga íslenskra lækna erlendis. Slíkri aðild að LÍ fylgir ekki kosningaréttur eða kjörgengi sem fulltrúi á aðalfundi LÍ en hins vegar önnur réttindi til jafns við aðra lækna, **þar með málfrelsi og tillöguréttur á aðalfundi og réttur** (*taka út* möguleikar) til að sitja í nefndum og ráðum LÍ.

Einstakir læknar sem kjósa að eiga beina aðild að LÍ undirrita inntökubeiðni til stjórnar félagsins. Hafni stjórn LÍ inntökubeiðni skal aðalfundur skera úr málinu uni umsækjandi ekki úrskurði stjórnar. Úrsögn úr félaginu vegna einstaklingsaðildar skal vera skrifleg.

Læknafélag Íslands heldur skrá um félagsmenn í LÍ

frá framangreindum félögum lækna og vegna einstaklingsaðildar.

4. gr.
Heiðursfélagar

Aðalfundur getur kosið sem heiðursfélaga LÍ lækna eða aðra, sem þess teljast maklegir. Skal það gert á lögmætum aðalfundi og þarf samþykki a.m.k. 3/4 fulltrúa.

III. KAFLI:
Um aðalfund og formannafund

5. gr.
Aðalfundur – aukaaðalfundur

Aðalfundur fer með æðsta vald í málefnum félagsins.

Aðalfund skal halda ár hvert á tímabilinu apríl-nóvember. Aðalfund skal halda utan höfuðborgarsvæðisins eigi sjaldnar en þriðja hvert ár.

Stjórnin getur kvatt til aukaaðalfundar, ef hún telur þess þörf. Óski a.m.k. 100 félagsmenn eftir að aðalfundarfulltrúar verði kallaðir saman til aukaaðalfundar ber stjórn LÍ að verða við því.

Stjórnin boðar til aðalfundar með minnst tveggja mánaða fyrirvara og til aukaaðalfundar með minnst fjögurra vikna fyrirvara.

Í gerðabók félagsins skal rita stutta skýrslu um það, sem gerist á aðalfundi og aukaaðalfundi, einkum allar fundarsamþykktir. Fundargerðir skulu lesnar upp í fundarlok og bornar undir atkvæði. Fundarstjóra er þó heimilt, með samþykki fundarins, að fela fundarritara að ganga síðar frá fundargerðinni. Fundarstjóri og fundarritari undirskrifa síðan fundargerðirnar. Þessi fundarskýrsla skal vera full sönnun þess, er farið hefur fram á fundinum.

6. gr.
Kjör fulltrúa á aðalfund **félagsins**

(*taka út* Aðildarfélögin skulu senda fulltrúa á aðalfund LÍ.)
Á aðalfundi eiga sæti fulltrúar aðildarfélaga LÍ og hver fulltrúi með kjörbréf hefur eitt atkvæði.

Kjör fulltrúa og (*taka út* varafulltrúa) **varamanna þeirra** (*taka út* skal vera í samræmi við lög) **fer fram samkvæmt lögum** aðildarfélaga, og skulu þau tilkynna (*taka út* nöfn fulltrúa) **kjör þeirra** til stjórnar LÍ eigi síðar en fjórum vikum fyrir aðalfund. (*taka út* Hamli forföll, sem stjórnin tekur gild, er aðildarfélagi heimilt að fela umboð sitt lækni eða læknum, búsettum utan félagssvæðisins; þó fer sami maður einungis með eitt atkvæði.)

(*taka út* Svæðafélög) **Aðildarfélög** með færri en 20 félagsmenn og læknar með einstaklingsaðild kjósa ekki fulltrúa á aðalfund en þó skulu þau svæðafélög sem voru í LÍ árið 1994 kjósa a.m.k. einn fulltrúa á aðalfund.

(*taka út* 11 félagar umfram margfeldi af 20 veita rétt til full-trúa.) **Aðildarfélög kjósa einn fulltrúa á aðalfund fyrir hverja 20 félagsmenn og 11 félagar umfram margfeldi af 20 veita rétt til fulltrúa.** Jafnmargir fulltrúar skulu kosnir til vara.

Félög íslenskra lækna erlendis með a.m.k. 10 félagsmenn skulu eiga rétt á einum fulltrúa hvert.

Sérhver læknir í (*taka út* svæðafélagi) **aðildarfélagi** hefur rétt til að kjósa fulltrúa á aðalfund LÍ **eftir lögum þess félags**. (*Taka út* Óski læknir eftir að kjósa fulltrúa á aðalfund LÍ hjá öðru félagi lækna (t.d. sérgreinafélagi, starfsgreinafélagi, félagi eldri lækna eða unglæknafélagi), sem starfar á landsvísu – enda hafi aðalfundur LÍ samþykkt lög viðkomandi félags –) **Læknir** skal (*taka út* hann) tilkynna stjórn LÍ (*taka út* það) bréflega fyrir 15. desember (*taka út* næsta ár á undan) **vilji hann flytja atkvæði sitt frá einu aðildarfélagi til annars á aðalfundi næsta árs**. Afrit bréfsins skal senda viðkomandi (*taka út* svæðafélagi) **aðildarfélagi** og því **aðildar**félagi þar sem læknirinn ætlar að nýta atkvæðisrétt sinn. Afturköllun tekur gildi næstu áramót eftir skriflega tilkynningu læknis til viðkomandi **aðildar**félags. **Aðeins eitt aðildarfélag fer með atkvæði læknis hverju sinni.**
(*Taka út* Fjöldi þeirra lækna sem nýta sér framangreindan rétt skal dreginn frá skráðum meðlimafjölda viðkomandi svæðafélags við útreikning á fulltrúafjölda svæðafélaganna. Um kjör samkvæmt þessari málsgrein og fjölda fulltrúa fer samkvæmt ákvæðum í 2. mgr. þessarar greinar.)

Stjórn LÍ skal fyrir 1. janúar ár hvert tilkynna viðkomandi félögum, hvaða læknar hafa flutt atkvæðisrétt sinn milli félaga.

Einstaklingsaðild að LÍ (*taka út* gefur) **veitir** ekki rétt til að kjósa fulltrúa á aðalfund.

(*Taka út* Stjórn LÍ samþykkir lög félaga skv. 4. mgr. þessarar greinar.)

7. gr.
Þátttaka í aðalfundi, útsending gagna o.fl.

Á aðalfundi eiga sæti með málfrelsi, tillögurétti og atkvæðisrétti kjörnir fulltrúar samkvæmt 6. grein.

Öllum læknum í LÍ er frjálst að sitja aðalfund **félagsins** með málfrelsi og tillögurétti en atkvæðisrétt hafa eingöngu kjörnir fulltrúar aðildarfélaga.

Á fundinum eiga sæti stjórnarmenn LÍ, ábyrgðarmaður Lækna-blaðsins og framkvæmdastjóri félagsins. Hafa þeir málfrelsi og tillögurétt.

Stjórninni er heimilt (*taka út* leyfa eða) að bjóða öðrum starfsmönnum félagsins **og gestum** fundarsetu og þátttöku í umræðum. (*Taka út* Hið sama á við um aðra utanfélagsmenn, þegar sérstakar ástæður gera slíkt æskilegt.)

Tillögur til lagabreytinga og ályktana skulu (*taka út* sendar) **berast** stjórn LÍ a.m.k. (*taka út* 4) **fjórum** vikum fyrir fundinn (*Taka út* Tillögurnar) **Tillögur til lagabreytinga og ályktana** skal birta í Læknablaðinu fyrir aðalfund verði því við komið.

Stjórn LÍ skal senda aðildarfélögum eftirtalin gögn minnst (*taka út* 2) **tveimur** vikum fyrir aðalfund, **talið frá og með útsendingardegi þeirra**:

1. Skýrsla stjórnar
2. Ársreikningar liðins árs
3. Tillögur til lagabreytinga
4. Tillögur til ályktana
5. Önnur mál, sem borist hafa
6. Tillögur stjórnar um stjórnarkjör

Tillögur um kjör stjórnarmanna skal senda stjórn LÍ eigi síðar en sjö dögum fyrir fundinn.

(*Hér fluttur texti í næstu grein.*)

8. gr.
Verkefni aðalfundar

Þessi mál skulu tekin fyrir á aðalfundi LÍ:

1. (*Taka út* Skýrsla stjórnar) **Ársskýrsla stjórnar félagsins fyrir liðið starfsár.**
2. (*Taka út* Reikningar félagsins) **Endurskoðaðir reikningar félagsins fyrir hið liðna reikningsár, með athugasemdum endurskoðanda, eru lagðir fram til úrskurðar ásamt endurskoðuðum reikningum Fræðslustofnunar lækna og Orlofssjóðs LÍ.**
3. Áætlun um framkvæmdir og fjárhag félagsins.
4. Ákvörðun árgjalds félagsmanna fyrir næsta ár.
5. (*Taka út* Kosning stjórnarmanna, eftir því sem lög mæla fyrir um) **Stjórnarkosning**.
6. (*Taka út* Kosning) **Kjör** annars tveggja lækna í Siðanefnd **LÍ** og varamanns hans til (*taka út* 2ja) **tveggja** ára í senn.
7. (*Taka út* Kosinn einn endurskoðandi og annar til vara) **Kjör skoðunarmanna reikninga.**
8. Kynning á (*taka út* stöðu) **málefnum**:
   a. Lífeyrissjóðs lækna
   b. Læknablaðsins
   c. Orlofssjóðs LÍ
   d. Fræðslustofnunar lækna
9. Ákveðinn fundarstaður fyrir næsta aðalfund
10. Önnur mál, **er upp kunna að verða borin.**

Aðalfundur er lögmætur, ef hann er löglega boðaður. Formaður tilnefnir fundarstjóra og fundarritara. **Fundarstjóri rannsakar í fundarbyrjun hvort löglega hafi verið boðað til fundarins og lýsir því síðan, hvort svo sé.**

Ályktunartillögur um þau málefni, sem eru á dagskrá fundarins, mega koma fram á fundinum sjálfum. Aðrar tillögur til ályktana, sem ekki hafa verið kynntar skv. 4. tl., (*taka út* skal bera fram, þegar áður innsendar tillögur eru lagðar fram á fundinum. Verða (*taka út* þær) því aðeins teknar á dagskrá, að a.m.k. helmingur **aðalfundar**fulltrúa samþykki **það í atkvæðagreiðslu**.

Atkvæðagreiðsla fer eftir því sem fundarstjóri kveður nákvæmar á um. Skrifleg atkvæðagreiðsla skal fara fram, ef einhver fundarmanna krefst þess. Einfaldur meirihluti atkvæða ræður úrslitum á fundinum, nema annað sé tekið fram í lögum þessum.

Samþykktir aðalfundar eru bindandi fyrir aðildarfélögin og félagsmenn.

(*Tilflutningur þ.e. ákvæði um stjórnarkjör flutt fram fyrir formannafundinn.*)

IV. KAFLI
Um stjórn félagsins

9. gr.
Skipan og kjör stjórnar

(*Formaður Félags ungra lækna er skv. núgildandi samþykktum LÍ sjálfkjörinn í stjórnina. M.v. úrsögn FUL úr LÍ er að svo stöddu gerð tillaga um að í stað formanns FUL, verði þrír meðstjórnendur kjörnir í stað nú tveggja*)

Stjórn félagsins skipa níu menn, formaður, ritari, varaformaður, féhirðir og fimm meðstjórnendur. Formenn **Félags íslenskra heimilislækna**, (*taka út* Félags ungra lækna) og **Sérfræðingafélags íslenskra lækna** (*í stað skammstafana*) eru (*taka út* sjálfkrafa) **sjálfkjörnir** meðstjórnendur. (*Taka út* Aðrir stjórnarmenn) **Þrír meðstjórnendur** eru kosnir á aðalfundi úr hópi félagsmanna. Stjórnarmenn skulu vera frá a.m.k. (*taka út* 2) **tveimur** (*taka út* svæðafélögum) **aðildarfélögum**. (*Taka út* Stjórnarkosning skal vera skrifleg, óski einhver aðalfundarfulltrúi þess. sbr. hér að framan)

Formaður, ritari, varaformaður og féhirðir skulu kosnir hver fyrir sig til (*taka út* 2ja) **tveggja** ára í senn. Annað árið skal kjósa formann og féhirði, en hitt árið ritara og varaformann. Séu fleiri en (*taka út* 2) **tveir** í framboði og falli atkvæði (*taka út* jafnt) **að jöfnu**, skal kjósa aftur milli þeirra, sem flest atkvæði hlutu. (*Taka út* Verði) **Falli** atkvæði aftur (*taka út* jöfn) **að jöfnu**, eða hafi (*taka út* 2) **tveir** verið í kjöri og atkvæði fallið (*taka út* jafnt) **að jöfnu**, skal hlutkesti ráða. Tveir meðstjórnendur skulu kosnir til eins árs í senn. Verði atkvæði jöfn við kjör þeirra, skal hlutkesti ráða.

Kjósa skal (*taka út* einn endurskoðanda) **tvo skoðunarmenn** og (*taka út* annan) **einn** til vara úr hópi félagsmanna til eins árs í senn.

10. gr.
Verksvið stjórnar, allsherjaratkvæðagreiðslur, vantraust á stjórn

Stjórn félagsins fer með málefni þess milli aðalfunda.

Stjórnin er ábyrg gagnvart aðalfundi.

Verksvið stjórnar er að sjá um daglegar framkvæmdir, vera á verði um hag íslensku læknastéttarinnar, félaga hennar og einstaklinga og sjá um framkvæmdir á samþykktum aðalfundar. Hún kemur fram út á við sem fulltrúi félagsins, **veitir umsagnir og tilnefnir í ráð og nefndir eftir því sem kveðið er á um í lögum og reglum**. Hún semur árlega skýrslu um starf félagsins og leggur fyrir aðalfund ásamt reikningum félagsins endurskoðuðum af (*taka út* tveim mönnum, en annar þeirra skal vera löggiltur endurskoðandi) **löggiltum endurskoðanda**, er stjórnin fær til þess starfs með kjörnum (*taka út* endurskoðanda) **skoðunarmönnum** úr hópi félagsmanna. **Stjórnin gætir eigna félagsins og ber ábyrgð á vörslu þeirra.** Hún skal gera áætlun um fjárhag og starf félagsins fyrir næsta ár **á aðalfundi**.

Fundir stjórnar eru lögmætir þegar meirihluti er mættur á fundi.

Fundargerðir stjórnar skulu samþykktar á stjórnarfundi og undirritaðar af ritara.

Stjórn félagsins ræður framkvæmdastjóra, sem veitir skrifstofu félagsins forstöðu. Framkvæmdastjóri ræður aðra starfsmenn í samráði við stjórnina.

Óski a.m.k. 100 félagsmenn eftir allsherjaratkvæðagreiðslu allra lækna í (*taka út* svæðafélögum) **aðildarfélögum** milli aðalfunda **um málefni er varða félagsmenn** ber stjórn LÍ að láta slíka atkvæðagreiðslu *fara fram* (flutt til)innan fjögurra vikna. Meirihlutasamþykkt í slíkri atkvæðagreiðslu (*taka út* verði) **er** bindandi fyrir stjórn LÍ svo fremi a.m.k. helmingur skráðra félagsmanna (*taka út* svæðafélaganna) **aðildarfélaganna** hafi tekið þátt í atkvæðagreiðslunni. Meirihluti aðalfundar getur á sama hátt skotið málum til slíkrar allsherjaratkvæðagreiðslu.

Vantraust á stjórnina skal borið fram skriflega og undirritað af minnst helmingi kjörinna fulltrúa á næsta aðalfundi á undan. Stjórninni er skylt að boða til aukaaðalfundar um vantraustið innan tveggja vikna, og skal fundurinn boðaður með fjögurra vikna fyrirvara. Samþykki a.m.k. ⅔ kjörinna fulltrúa vantraustið, skal fundurinn kjósa bráðabirgðastjórn til næsta reglulegs aðalfundar.

11. gr.
Formannafundur

Stjórn LÍ skal halda fund með formönnum aðildarfélaganna eða fulltrúum þeirra, a.m.k. einu sinni milli aðalfunda.

Á fundi þessum skal stjórnin gera grein fyrir afgreiðslu sinni á ályktunum síðasta aðalfundar, stöðu helstu mála og annarri starfsemi félagsins.

Óski meirihluti formanna **aðildar**félaga eftir slíkum fundi, skal hann haldinn innan fjögurra vikna **þaðan í frá**.

Formannafund skal boða skriflega með a.m.k. (*taka út* 2ja) **tveggja** vikna fyrirvara.

Á formannafund skal bjóða formönnum samninganefnda og annarra helstu starfsnefnda félagsins svo og formönnum **annarra félaga lækna og gestum skv. nánari ákvörðun stjórnar hverju sinni**.
(*Taka út* Félags eldri lækna, Félags íslenskra heimilislækna, Félags ungra lækna, Félags yfirlækna og Sérfræðingafélags íslenskra lækna.)

V. KAFLI.
Um fjármál félagsins

12. gr.
Árgjöld

Félagsmenn í LÍ og aðildarfélögum greiða árgjald eftir ákvörðun aðalfundar félagsins, sem rennur í félagssjóð LÍ og er ætlað að standa straum af rekstri félagsins. Aðalfundur **LÍ** ákveður árgjald til LÍ fyrir hvern gjaldskyldan félaga **og annast LÍ innheimtu þess** og **skilar** hluta (*taka út* svæðafélagsins) **aðildarfélagsins** í árgjaldinu **til aðildarfélagsins**. Árgjöld þeirra lækna sem eiga beina einstaklingsaðild að LÍ renna óskipt til félagsins.



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 417-01

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

Er einhver ástæða til að lækna vélindabólgu á átta vikum, ef þú getur gert það á fjórum? Skiptu upp í Nexium®!

Nexium er nútímalegur sýruhemill sem hagnýtir kosti hreins ísómers. *1,2,3*
Í víðtækum rannsóknum á yfir **15.000 sjúklingum** í meira en 20 löndum er upplýst að **öflugasti sýruhemill** sem völ er á er Nexium. *4,5,6,7,8*
Hraðvirkni Nexium gerir þér kleift að **flýta fyrir bata sjúklinga þinna**, þannig að þeir upplifa **einkennalausa** daga og nætur miklu fyrr en ella. *6,7*
Nú er **tímabært að skipta upp í Nexium**.

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)



Nexium®
yfirburða sýruhemill

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

Stjórn LÍ getur ákveðið, að læknar, sem verið hafa virkir félagar í 40 ár eða hætt störfum fyrir aldurs sakir eða heilsubrests, svo og illa stæðir læknar, megi vera undanþegnir félagsgjöldum. Stjórn LÍ getur veitt öðrum félagsmönnum sams konar undanþágur. Læknar, sem eru sjötugir eða eldri, skulu vera gjaldfríir.

Félagar LÍ erlendis eru undanþegnir (*taka út* fullum) félagsgjöldum. (*Taka út* en greiða þess í stað árgjald til LÍ sem svari áskriftargjaldi Læknablaðsins, og séu þeir þar með áskrifendur blaðsins.)

Nú greiðir gjaldskyldur félagi ekki árgjald sitt til LÍ og er stjórn félagsins þá heimilt að svipta hann félagsréttindum, uns hann hefur greitt gjaldið, hafi hann verið aðvaraður með minnst (*taka út* mánaðar) **þriggja mánaða** fyrirvara.

(*Hér bætt inn ákvæði.*)

13. gr.
Reikningsár – endurskoðun

Reikningsár félagsins er almanaksárið.
Tveir skoðunarmenn skulu rannsaka reikninga félagsins fyrir liðið reikningsár og gera athugasemdir sínar við þá.
Fyrir 1. apríl ár hvert skal löggiltur endurskoðandi hafa lokið við samning reiknings fyrir liðið reikningsár í samvinnu við gjaldkera félagsins og skal fjárhagsleg útkoma þess árs kynnt á formannafundi.

VI. KAFLI.
Um aðildarfélög

14. gr.
Aðild að **aðildar**félögum

Rétt til inngöngu í **aðildar**félag hafa allir þeir, er lokið hafa kandídatsprófi í læknisfræði og eru búsettir og/eða starfandi á félagssvæðinu **eigi svæðafélög hlut að máli en uppfylli ella skilyrði sérgreinafélaga fyrir aðild að viðkomandi félagi**.

15. gr.
Aðild að félögum íslenskra lækna erlendis

Rétt til aðildar að félögum íslenskra lækna erlendis eiga íslenskir læknar, svo og erlendir læknar með embættispróf frá Háskóla Íslands.

16. gr.
Lög aðildarfélaga, ársskýrslur o.fl.

Hvert aðildarfélag að LÍ setur sér lög og kýs stjórn. Lög aðildafélaga skulu kveða á um aðild viðkomandi félags að LÍ. Lög aðildarfélaga eru því aðeins gild, að þau hafi verið samþykkt af stjórn LÍ.

Árgjald einstakra félagsmanna aðildarfélaganna til LÍ er ákveðið aðalfundi LÍ og greiðist til LÍ. Félagið skilar aðildarfélögunum hlutdeild þeirra í árgjöldum félagsmanna skv. ákvörðun aðalfundar LÍ. Staðfesta aðildarfélögin ákvörðun aðalfundar LÍ á árgjaldi félagsmanna á aðalfundum sínum.

Nexium SÝRUHJÚPTÖFLUR, A 02 BC 05 (Styttur sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)

Innihaldslýsing: *Hver sýruhjúptafla inniheldur:* Esomeprazolum INN, magnesium 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 eukinni 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-tíma ferli (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, kínídíns 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. **Pakkningar og hámarksverð:** Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti: *20 mg: 7 töflur í veski:* 1.679 kr., *28 töflur í veski:* 5.294 kr., *50 töflur, þynnupakkaðar:* 8.605 kr., *56 töflur í veski:* 9.630 kr., *100 töflur, glas:* 16.046 kr. 40 mg: *7 töflur í veski:* 2.191 kr., *28 töflur í veski:* 6.676 kr., *50 töflur þynnupakkaðar:* 11.119 kr., *100 töflur í glasi:* 20.937 kr. **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Greiðsluþátttaka: E.** Maí 2001.

Heimildaskrá ***1.*** 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. ***2.*** Åbelö A, Andersson T, Antonsson M, Naudot AK, Skånberg I, Weidolf L. Stereoselective metabolism of omeprazole by human CYT P450 enzymes. Drug Metab Dispos 2000; 28:966-972. ***3.*** 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-esophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther 2000;14:861-67. ***4.*** Wilder-Smith C, Röhss K, Lundin C, Rydholm H. Esomeprazole 40 mg provides more effective acid control than pantoprazole 40 mg. Gastroenterology 2000; 118:A22. ***5.*** Röhss K, Claar-Nilsson, Rydholm H, Nyman L. Esomeprazole 40 mg provides more effective acid control than lanzoprazole 30 mg. Gastroenterology 2000; 118:A20. ***6.*** Richter JE, kahrilas PJ, Hwang C, Marino V, Hamelin B. Esomeprazole is superior to omeprazole for helaing of erosive esophagitis in GERD patients. Gastroenterology 2000; 118:A20. **7.** Kahrilas PJ, Falk G, Johnson DA, Schmitt C, Collins DW, Whipple J et al. Esomeprazole improves healing and symptom resoloution as compared with omeprazole in reflux esophagitis patients: a randomized controlled trial. Aliment Pharmacol Ther 2000;14:1249-58. ***8.*** 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. Gastroenterology 2000; 118:A17.

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

LÍ heldur skrá yfir félagsmenn LÍ vegna aðildarfélaganna. Stjórn hvers aðildarfélags skal senda stjórn LÍ ársskýrslu sína ásamt skrá yfir félaga minnst mánuði fyrir aðalfund LÍ.

Nú óskar aðildarfélag þess, að aðalfundur LÍ taki eitthvert mál til meðferðar, og skal þá tilkynning um það ásamt greinargerð send stjórn LÍ minnst fjórum vikum fyrir þann fund.

VII. KAFLI.
Um kjaramál, stöður og vinnudeilur

17. gr.
Kjarasamningar

LÍ sér um gerð kjarasamninga lækna í samráði við (*taka út* svæðafélög og önnur félög lækna) **aðildarfélög að LÍ** eftir því sem við á hverju sinni. **Einstök aðildarfélög að LÍ geta farið með kjarasamninga félaga sinna í samræmi við lög viðkomandi félags og umboð félagsmanna í því félagi.**
Aðeins eitt félag fer með umboð til samninga fyrir félagsmann í aðildarfélagi að LÍ.
LÍ fer með samningsumboð félaga með einstaklingsbundinni aðild að LÍ þegar það á við.
Tilkynna þarf stjórn LÍ og samningsaðila breytingar á samningsaðild og samningsumboði a.m.k. þremur mánuðum fyrir lok samningstímabils þess kjarasamnings, sem gildir fyrir félagsmenn viðkomandi félags.

Þeir einir greiða atkvæði um kjarasamning sem taka laun eftir honum.

Til að samræma kaup og kjör lækna skal stjórn Læknafélags Íslands halda kjaramálafundi. Til slíkra funda skal boða formenn (*taka út* svæðafélaga) **aðildarfélaga**, samninganefnda, (*taka út* Sérfræðingafélags ísl. lækna, Félags yfirlækna, Félags ísl. heimilislækna, Félags ungra lækna, félags eldri lækna, svo) og aðra þá, sem stjórnin telur ástæðu til.

Kjaramálafund skal að jafnaði boða með (*taka út* 2ja) **tveggja** vikna fyrirvara.

18. gr.
Um stöður

(*Laganefnd er að skoða þetta ákvæði. Athuga þarf annars vegar að ekki er skylt að auglýsa stöður hjá hinu opinbera nema með hálfsmánaðar fyrirvara og að einkareknum fyrirtækjum er ekki skylt að auglýsa stöður lækna.*)
Stjórn LÍ skal vara lækna og viðkomandi atvinnurekendur við stöðum eða embættum, sem hún telur varhugaverð eða óaðgengileg fyr-ir lækna.

19. gr.
Félagsskyldur í vinnudeilum

Ef LÍ eða aðildarfélag á í deilu við sjúkrasamlag, Tryggingastofnun ríkisins, bæjarfélag, ríki eða aðra hliðstæða aðila, getur enginn félagi leyst sig undan þeim skyldum, sem deilan leggur honum á herðar, með því að segja sig úr félögunum.

VIII. KAFLI.
Um siðamál

20. gr.
Siðareglur

Læknafélag Íslands setur félagsmönnum siðareglur, Codex Ethicus. Stjórnir LÍ og **aðildar**félaganna skulu hafa eftirlit með og stuðla að því, að siðareglurnar, svo og lög og samþykktir félaganna, séu höfð í heiðri. Stjórnirnar skulu vera læknum til ráðuneytis um siðareglur lækna og um samskipti lækna innbyrðis og þær skulu fjalla um meint brot á Codex Ethicus og á lögum og samþykktum LÍ og **aðildar**félaganna. Um meðferð mála gilda reglur, sem eru í viðauka við lög þessi.

21. gr.
Siðanefnd LÍ

Á vegum félagsins starfar Siðanefnd og er hlutverk hennar að fjalla um siðamál, sem til hennar er vísað.

Um skipan nefndarinnar og starfshætti gilda reglur, sem eru í viðauka við lög þessi.

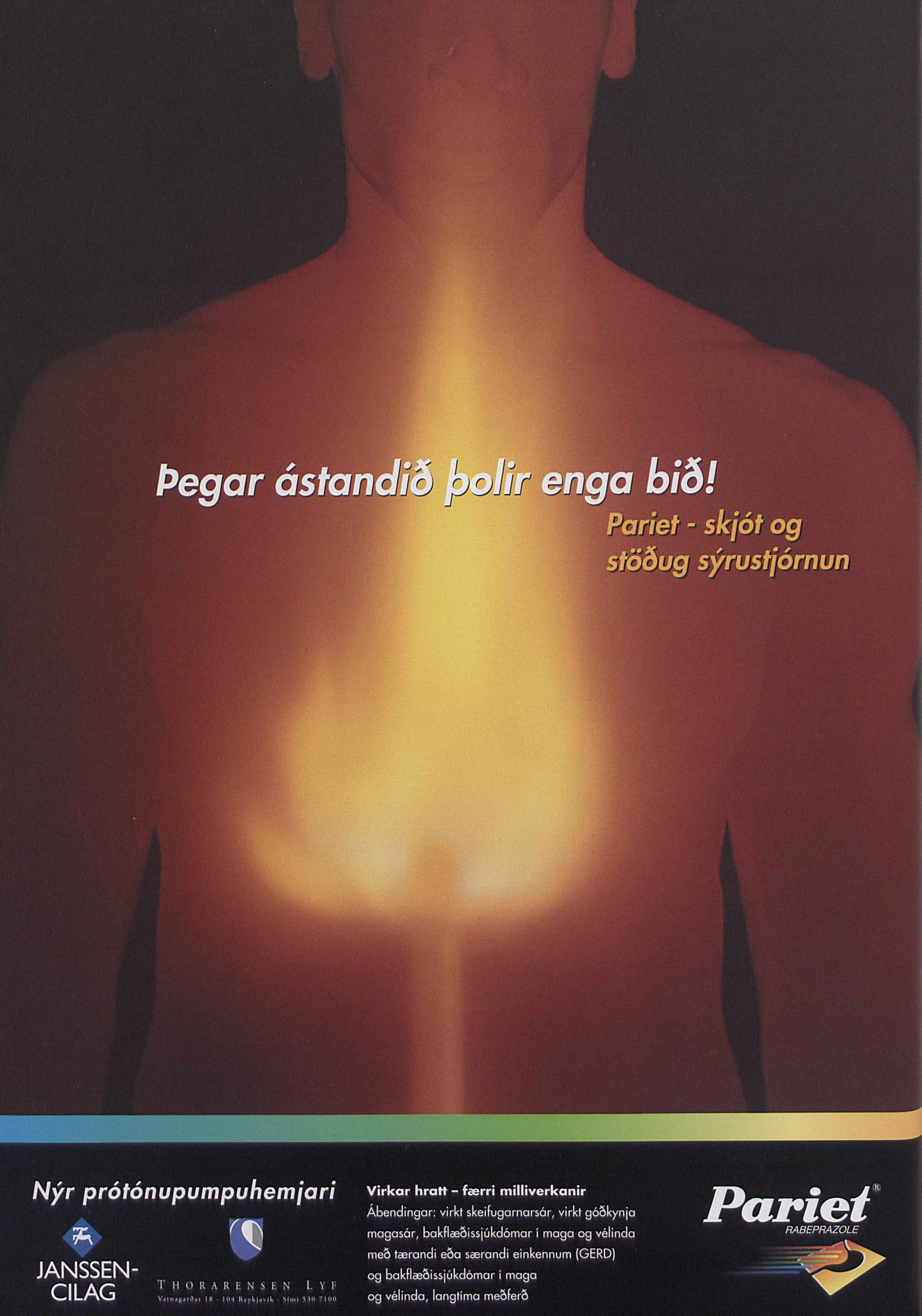
22. gr.
Brottvísun úr félaginu

Stjórn LÍ getur, að höfðu samráði við stjórn viðkomandi aðildarfélags, sé um það að ræða, vísað félagsmanni úr félaginu fyrir alvarlega vanrækslu skyldustarfa, velsæmisbrot eða fyrir ítrekuð brot. (*Taka út* þótt hvert þeirra um sig varði aðeins sektum. Ennfremur ef hann neitar að greiða sektir. Sama gildir, ef félagsmaður sækir um eða tekur við embætti, stöðu eða starfi þrátt fyrir aðvörun stjórnarinnar.)
Úrskurð stjórnanna um brottvísun skal taka fyrir á næsta aðalfundi LÍ til staðfestingar eða synjunar.

IX. KAFLI
Ýmis ákvæði

23. gr.
Upplýsingar til kandídata

Stjórn LÍ skal sjá um, að kandídatar í læknisfræði frá Háskóla Íslands, svo og íslenskir eða erlendir ríkisborgarar, sem tekið hafa kandídatspróf erlendis, en



Nýr prótónupumpuhemjari

JANSSEN-CILAG

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

Virkar hratt – færri milliverkanir

Ábendingar: virkt skeifugarnarsár, virkt góðkynja magasár, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda með tærandi eða særandi einkennum (GERD) og bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda, langtíma meðferð

Pariet®
RABEPRAZOLE

fá læknaréttindi á Íslandi, fái lög og siðareglur LÍ, svo að þeim sé ljós tilvera félagsins, tilgangur þess og reglur, og réttindi þeirra og skyldur í því sambandi.

24. gr.
Útgáfustarfsemi

Læknafélag Íslands og Læknafélag Reykjavíkur eiga og gefa sameiginlega út Læknablaðið. Aðalstjórnir félaganna ráða ritstjóra að blaðinu, einn eða fleiri, til tveggja ára í senn. Stjórnirnar skipa ábyrgðarmann blaðsins úr hópi ritstjóra. Stjórnirnar setja að öðru leyti reglur um rekstur blaðsins og ákveða þóknun til ritstjóra og annarra starfsmanna blaðsins.

Útgáfustjórn skipa formenn félaganna og ábyrgðarmaður blaðsins.

25. gr.
Siðfræðiráð LÍ

Siðfræðiráð Læknafélags Íslands er ráðgefandi fyrir stjórn LÍ og svæðafélög þess og sérgreinafélög.

Um skipun, verkefni og starfshætti ráðsins gilda reglur, sem eru í viðauka við lög þessi.

26. gr.
Breytingar á lögum, reglum og á Codex Ethicus

Lögum þessum og Codex Ethicus verður aðeins breytt á aðalfundi LÍ og greiði að minnsta kosti tveir þriðju hlutar fulltrúa atkvæði með breytingum.

Tillögur til breytinga á þeim skulu sendar fulltrúum að minnsta kosti tveim vikum fyrir aðalfund.

Ofangreint gildir einnig um breytingar á þeim reglum um meðferð á ágreiningi lækna og læknafélaga, meintum brotum á Codex Ethicus, lögum og samþykktum LÍ, svo og um reglur um skipun, verkefni og starfshætti Siðanefndar og Siðfræðiráðs, sem eru í viðauka með lögum þessum.

Innan félagsins skal starfa (*taka út* 3ja) **þriggja** manna laganefnd, skipuð af stjórn, til stöðugrar endurskoðunar á lögum félagsins.

PARIET Janssen-Cilag **SÝRUHJÚPSTÖFLUR** **R E**
Virkt innihaldsefni: Rabeprazolum INN. **Ábendingar:** Virkt skeifugarnarsár, virkt góðkynja magasár, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda með tærandi og særandi einkennum, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda, lantímameðferð. Í samsetningu með sýklalyfjameðferð til að uppræta H. pylori hjá sjúklingum með sársjúkdóma í maga, vélinda eða skeifugörn. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir/aldraðir: Virkt skeifugarnarsár og virkt góðkynja magasár:* 20 mg einu sinni á dag að morgni. Flestir sjúklingar með virkt skeifugarnarsár ná bata innan fjögurra vikna. Sumir sjúklingar geta þó þurft aðra fjögurra vikna meðferð til þess að ná bata. Flestir sjúklingar með virkt góðkynja magasár ná bata innan sex vikna. En eins og áður geta sumir sjúklingar þurft aðra sex vikna meðferð til þess að ná bata. *Tærandi eða særandi bakflæðissjúkdómar í maga/vélinda:* 20 mg einu sinni á dag í 4-8 vikur. *Langtímameðferð við bakflæðissjúkdómum í maga/vélinda:* 10 eða 20 mg viðhaldsskammtur einu sinni á dag, háð svörun sjúklings. *Upprætingá á H. pylori*: Sjúklinga með *H. pylori* sýkingu skal meðhöndla með upprætingarmeðferð. Mælt er með eftirfarandi samsetningu sem gefin er í 7 daga: Pariet 20 mg tvisvar sinnum á dag + klaritrómýcín 500 mg tvisvar sinnum á dag og amoxicillín 1 g tvisvar sinnum á dag. Fyrir ábendingar þar sem meðhöndlun er einu sinni á dag á að taka Pariet töflur á morgnana, fyrir mat til þess að auka meðferðarfylgni. *Skert starfsemi nýrna eða lifrar:* Ekki þarf að breyta skömmtum handa sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Sjá "*Varnaðarorð og varúðarreglur*". *Börn:* Lyfið ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir rabeprazóli, afleiðum benzímídazóls eða einhverju hjálparefni lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Minnkun sjúkdómseinkenna við meðferð með rabeprazóli útilokar ekki að illkynja breytingar í maga eða vélinda séu fyrir hendi. Þess vegna á að útiloka illkynja breytingar áður en meðferð er hafin. Fylgjast skal reglulega með sjúklingum í langtímameðferð (sérstaklega þeim sem eru meðhöndlaðir lengur en í eitt ár). Aðvara skal sjúklinga um að tyggja ekki né mylja. Lyfið er ekki ráðlagt börnum, þar sem engin reynsla er af notkun hjá þessum hópi. Engin gögn varðandi minnkað öryggi lyfsins komu fram í rannsókn hjá sjúklingum með vægan eða miðlungs mikla skerðingu á lifrarstarfsemi samanborið við viðmiðunarhóp af sama aldri og kyni en þar sem ekki er að finna gögn um notkun lyfsins við meðferð sjúklinga með alvarlegar truflanir á lifrarstarfsemi, er þeim sem ávísa lyfinu ráðlagt að gæta varúðar þegar meðferð með lyfið er fyrst hafin hjá slíkum sjúklingum. **Milliverkanir:** Rabeprazól er umbrotið af cýtókróm P450 (CYP450) kerfinu í lifur eins og önnur lyf af flokki prótónupumpuhemla (PPI). Rannsóknir á heilbrigðum einstaklingum hafa sýnt að rabeprazól hefur ekki klínískt marktækar milliverkanir við lyf sem voru rannsökuð og umbrotna fyrir tilstilli CYP450 kerfisins, warfarín, fenýtóín, teófýllín og díazepam. Rabeprazól veldur mikilli og langvarandi hömlun á seytingu magasýru. Milliverkanir við lyf þar sem frásog er háð sýrustigi geta komið fram. Því getur þurft að fylgjast með hverjum sjúklingi þegar slík lyf eru tekin samhliða rabeprazóli til þess að ganga úr skugga um hvort stilla þurfi skammta. Rabeprazól hefur ekki neikvæð áhrif á plasmaþéttni amoxicillíns eða klaritrómýcíns þegar það er gefið samtímis í þeim tilgangi að uppræta H. pylori sýkingu í efri hluta maga og garna. Engar milliverkanir við sýrubindandi lyf á fljótandi formi hafa sést. Það voru engar klínískt marktækar milliverkanir við fæðu. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið á ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota lyfið. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Á grundvelli lyfhrifa og samantektar um aukaverkanir er ólíklegt að lyfið valdi truflunum við akstur eða minnki hæfni til að nota vélar. Ef árverkni verður minni vegna syfju er þó ráðlegt að forðast akstur og stjórnun flókins vélbúnaðar. **Aukaverkanir:** Lyfið þoldist yfirleitt vel í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir sem komu fram hafa yfirleitt verið vægar eða fremur vægar og skammvinnar í eðli sínu. Algengustu aukaverkanirnar (tíðni > 5%) í klínískum rannsóknum voru höfuðverkur, niðurgangur og ógleði. **Algengar (>1%)**: *Almennar*: Höfuðverkur, þróttleysi ótilgreindir verkir/bakverkir, svimi, inflúensulík einkenni, sýking , svefnleysi. *Meltingarvegur*: Niðurgangur, ógleði, kviðverkir, uppþemba, kokbólga, uppköst, hægðatregða. *Öndunarfæri*: Nefslímubólga, hósti. **Sjaldgjæfar (0,1-1%):** *Almennar*: Vöðvaþrautir, brjóstverkir, svefnhöfgi, kuldahrollur, ropi, sinadráttur í fótum, liðverkir, hiti. *Meltingarvegur*: Munnþurrkur, meltingartruflanir. *Húð*: Útbrot. *Öndunarfæri*: Berkjubólga, skútabólga. *Geð*: Taugaóstyrkur. *Þvagfæri*: Þvagfærasýkingar. **Ofskömmtun:** Allt að 80 mg skammtar á dag hafa þolast vel. Ekkert sérstakt mótefni er þekkt. Rabeprazól er mjög mikið próteinbundið og er þess vegna ekki auðvelt að himnuskilja. Eins og við aðra ofskömmtun á að veita meðferð við einkennum og almenna stuðningsmeðferð. **Lyfhrif:** Rabeprazól tilheyrir flokki andseytandi efna, benzímídazólafleiða, sem sýna hvorki andkólínvirka né H2 histamínblokkandi eiginleika, en bæla losun magasýru með sérstakri hömlun á H^+/K^+-ATPasa ensíminu. Áhrif eru skammtaháð og leiða til hömlunar á bæði grunn- og örvaðri sýrulosun, óháð áreiti. *Andseytandi virkni:* Eftir inntöku 20 mg skammts af rabeprazól natríum hefst andseytandi verkun innan einnar klst., hámarksáhrif koma fram innan 2-4 klst. *Áhrif á gastrín í sermi:* Í klínískum rannsóknum voru sjúklingar meðhöndlaðir einu sinni á dag með 10 mg eða 20 mg af rabeprazól natríum í allt að 43 mánuði. Gastrínþéttni í sermi jókst á fyrstu 2 til 8 vikunum sem endurspeglar hamlandi áhrif á sýrulosun og hélst stöðug meðan á meðferð stóð. *Önnur áhrif:* Ekki hafa sést almenn áhrif rabeprazól natríum á miðtaugakerfi, hjarta- og æðakerfi og öndunarfæri hingað til. Rabeprazól natríum, gefið í inntöku í 20 mg skömmtum í 2 vikur, hafði engin áhrif á starfsemi skjaldkirtils, kolvetnisefnaskipti eða blóðþéttni skjaldkirtilshormóns, kortisóls, estrógens, testósteróns, prólaktíns, kólesýstókíníns, sekretíns, glúkagons, FSH, LH, renins, aldósteróns og vaxtarhormóns. **Lyfjahvörf:** *Frásog:* Lyfið er á formi sýruhjúptaflna. Þetta lyfjaform er nauðsynlegt þar sem rabeprazól er óstöðugt í sýru. Frásog rabeprazóls hefst þess vegna ekki fyrr en taflan fer úr maga. Frásog er hratt, hámarksþéttni rabeprazóls kemur fram um 3,5 klst. eftir 20 mg skammt. *Dreifing:* Rabeprazól er um 97% bundið plasmapróteinum í mönnum. *Umbrot og útskilnaður:* Hjá mönnum eru tíóeter (M1) og karboxýlsýra (M6) aðalumbrotsefni í plasma auk súlfóns (M2), desmetýltíóeters (M4) og merkaptúrsýruafleiðu (M5) sem eru lítilvæg umbrotsefni sem greinast í minna mæli. **Pakkningar/verð:. 01.08.02** 10 mg: 28 stk. – 3117 kr, 56 stk. – 5578 kr. 20 mg: 14 stk. – 2831 kr., 28 stk – 5036 kr., 56 stk. – 8902 kr., 120 stk – 17160 kr. **Hámarksmagns sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.**

Bréf til Lyfjastofnunar frá formanni LÍ

Lyfjastofnun
b.t. Daníels Viðarssonar
Eiðistorgi 13-15
172 Seltjarnarnes

Kópavogi 20. 08. 2002

Efni: Dreifibréf nr. 7/2002/LS

Ofangreint dreifibréf var sent til lækna og tannlækna sem fengu gíróseðil til greiðslu lyfjeftirlitsgjalds 2002. Í dreifibréfinu er óskað eftir skriflegum athugasemdum, ef einhverjar eru.

Undirritaður fékk sendan gíróseðil til greiðslu lyfjaeftirlitsgjalds 2002 og vill af því tilefni mótmæla gjaldtökunni sem ólögmætri og gera eftirfarandi athugasemdir.

Tilurð gjaldsins í núverandi mynd er að finna í 3. gr. laga nr. 108/2000 sem er breyting á 3. gr. Lyfjalaga nr. 93/1994, en þar er m.a. kveðið á um að Lyfjastofnun leggi árlegt eftirlitsgjald á eftirlitsskylda aðila er stofnunin hefur reglubundið eftirlit með. Samkvæmt greininni eru eftirtaldir aðilar eftirlitsskyldir:

1. *lyfsöluleyfishafar,*
2. *lyfjasölur lækna,*
3. *lyfjasölur sveitarfélaga,*
4. *lyfjagerðir,*
5. *lyfjaheildsalar,*
6. *lyfjaumboðsfyrirtæki,*
7. *dýralæknar,*
8. *heilbrigðisstofnanir, sjúkrahús og heilsugæslustöðvar,*
9. *læknastöðvar.*

Í sömu grein segir einnig:

Eftirlitsgjald skal ákvarðað á eftirfarandi hátt:

…

…

3. Vegna starfsemi dýralækna (undirstrikun SS), heilbrigðisstofnana, sjúkrahúsa, heilsugæslustöðva og læknastöðva (undirstrikun SS) 0,3% af heildarfjárhæð lyfjainnkaupa (heildsöluverð án virðisaukaskatts) árið á undan álagningarári. Fjárhæð eftirlitsgjaldsins skal þó aldrei vera lægri en 7.500 kr. á ári.

Í ofangreindu ákvæði er að finna tæmandi talningu á því hverjir eru eftirlitsskyldir. Var ákvæðinu breytt í þessa mynd með lögum nr. 108/2000 en í frumvarpi með þeim lögum segir:

Eðlilegt verður að telja að lyfjaiðnaðurinn greiði gjald vegna eftirlitsskyldrar starfsemi sinnar, en eftirlit með lyfjadreifingu er ein mikilvægasta forsenda þess að mega starfa. Þeir þættir er lúta að öryggi og gæðum í lyfjadreifingu eru þar mikilvægastir. Í núgildandi lögum kemur fram að leggja skuli árlegt eftirlitsgjald á þau fyrirtæki og stofnanir (undirstrikun SS) sem Lyfjaeftirlit ríkisins hefur eftirlit með. Hér er lagt til að eftirlitsskyldir aðilar verði taldir upp í lögunum.

Í frumvarpinu er því skýrt að verið er að breyta eftirlitsskyldum aðilum úr því að vera fyrirtæki og stofnanir í þá aðila sem upp eru taldir í níu töluliðum. Í þeirri upptalningu er ekki að finna einstaka lækna sem kaupa lyf í eigin nafni. Ef ætlun löggjafans hefði verið sú að láta ákvæðið einnig ná til lækna hefði verið hægur vandi að taka það fram eins og gert er gagnvart dýralæknum. En eins og kunngt er starfa dýralæknar bæði á dýralæknastöðvum og á vettvangi í sjúkravitjunum.

Í tilvitnuðu dreifibréfi er að finna vangaveltur stofnunarinnar um að læknar og tannlæknar sem uppfylli ekki skilyrði Lyfjalaga um kaup lyfja í lyfjaheildsölu greiði ekki eftirlitsgjald. Er það sjálfgefið. Í lögunum er hins vegar gert ráð fyrir að læknar og tannlæknar geti keypt lyf í heildsölu sbr. eftirfarandi tilvitnun úr 30. gr. laganna:

Lyfjaheildsölum er heimilt að selja lyf lyfsöluleyfishöfum, stofnunum sem hafa lyfjafræðing í þjónustu sinni og reknar eru samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu eða öðrum sérlögum, læknum og tannlæknum til notkunar á eigin stofum eða í sjúkravitjunum (undirstrikun SS) og þeim tilraunastofum sem vinna að rannsóknum lyfja. Kostnaður lækna og tannlækna vegna slíkra lyfjakaupa fellur undir reksturskostnað.

Tilvitnuð heimild í 30. gr. kom inn í lög með gildistöku Lyfjalaga nr. 93/1994. Segir í frumvarpi sem varð að þeim lögum eftirfarandi:

Lyfjaheildsölum verður heimilt að selja lyf til fleiri aðila en verið hefur. Með heimild til að selja lyf til heilbrigðisstofnana, sem reknar eru samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu eða öðrum sérlögum, er ýmsum stofnunum, svo sem hjúkrunarheimilum og dvalarheimilum gert mögulegt, sbr. 35. gr., að kaupa lyf í heildsölu. Skýr ákvæði og heimildir hefur skort til að sinna þessu sjálfsagða hagræði sem skyldi en þetta getur að öllum líkindum lækkað verulega hlut ríkisins í lyfjakostnaði þessara stofnana. Einnig fá læknar, tannlæknar og dýralæknar heimild til að kaupa lyf í heildsölu til notkunar á eigin stofum eða í sjúkravitjunum en slíka heimild hefur skort í lög (undirstrikun SS).

Af tilvitnun þessari og orðalagi 30. gr. má sjá að ekki eru gerðar neinar takmarkanir á heimild lækna til kaupa lyfja í heildsölu til notkunar á eigin stofum eða í sjúkravitjunum.

Á það er bent að í skattarétti er meginreglan sú að skattalög skuli túlka þröngt þegar vafi leikur á um

skattlagningarheimildir. Í því tilfelli sem hér er til skoðunar nægir einföld orðskýring til að útiloka að heimilt sé að leggja gjaldið á einstaka lækna sem kaupa lyf í heildsölu í eigin nafni. Í frumvarpi með lögum nr. 108/2000 kemur fram skýr vilji löggjafans til að taka af öll tvímæli um hverjir skuli vera eftirlitsskyldir aðilar samkvæmt lögunum. Einstakir læknar eru þar ekki taldir upp.

Í ljósi alls ofangreinds gerir undirritaður þá kröfu að stofnunin láti af hinni ólögmætu innheimtu og endurgreiði þau gjöld sem þannig hafa verið innheimt.

Virðingarfyllst,
fyrir mína hönd persónulega og Læknafélags Íslands

Sigurbjörn Sveinsson, læknir
formaður

Unglæknar vilja vera í félagi með kollegum sínum

Þröstur Haraldsson

MÁLEFNI UNGLÆKNA hafa verið í sviðsljósinu í sumar. Þeir voru óánægðir með niðurstöðu kjarasamninga sem gerðir voru í vor og boðuðu verkfall en Félagsdómur úrskurðaði það ólöglegt. Þeir hafa sagt sig úr lögum við Læknafélag Íslands en vilja þó helst ekki segja skilið við kollega sína. Og þeir vilja losna undan vinnuálagi sem þeir telja ómanneskjulegt og lítt fjölskylduvænt. Enn er þó allt í uppnámi hjá þeim og engin lausn í sjónmáli.

Læknablaðið tók hús á Oddi Steinarssyni formanni Félags ungra lækna þar sem hann var í feðraorlofi í Kópavoginum og bað hann að lýsa þeirri stöðu sem kjaramál unglækna eru í.

„Staðan er mjög óljós eins og er. Samráð okkar, LÍ og landlæknis, að úrskurði Félagsdóms uppkveðnum, skilaði litlum sem engum árangri og nú er ráðherra búinn að skipa starfshóp sem er að taka til starfa. Raunar láðist honum að skipa fulltrúa frá okkur og LÍ í hópinn en því var kippt í liðinn þegar bent hafði verið á það. Ráðherra hefur ekkert viljað kveða upp úr um okkar mál að öðru leyti en því að ræða um hugsanlega endurskoðun á vaktakerfi sjúkrahúsanna. Það mun þó ekki breyta miklu fyrir okkur.

Við sendum spítölunum bréf þar sem við boðuðum málssókn vegna brota á vinnuréttindum okkar ef ekki yrðu gerðar breytingar á túlkun spítalanna á réttindum okkar. Þeir svöruðu með því að vísa á samráðsnefndina sem engu skilaði svo nú erum við að velta því fyrir okkur hvort ekki sé rétt að ítreka bréfið. Við viljum hins vegar ná sáttum við þá.

En ef ég má fara aðeins aftur í tímann þá er ástæðan fyrir óánægju okkar þær athugasemdir sem við gerum við kjarasamninginn frá því í vor. Þar er í fyrsta lagi búið að selja frá okkur frítökuréttinn án þess að bæta okkur það, í öðru lagi ná engin vinnuverndarákvæði yfir unglækna og í þriðja lagi fengum við minni kjarabætur en aðrir læknar út úr samningunum. Þess eru nokkur dæmi að menn hafa þurft að endurgreiða 50.000-75.000 krónur sem þeir höfðu fengið greitt í krafti ákvæða í eldra samningi um álagsgreiðslur vegna ónógs hvíldartíma en þessi ákvæði féllu brott í nýja samningnum," segir Oddur.



Oddur Steinarsson formaður Félags ungra lækna.

Vinnuverndin nái til allra

Vinnuálagið á unglæknum er mikið og helsta baráttumál þeirra er að draga úr því. „Í kjarasamningum lækna er ákvæði um að þeir fái frítökurétt sem nemur hálfri annarri klukkustund fyrir hverja klukkustund sem hvíldartíminn fer undir 11 stundir á sólarhring. Þetta gildir ekki um hóp sem heitir „læknar í starfsnámi" sem hefur aldrei verið skilgreint en er látið ná yfir kandídata og aðra lækna sem ekki eru með sér-

fræðingsleyfi. Í okkar hópi ríkir mikil samstaða um að fá þessu hnekkt. Okkur finnst að þessi frítökuregla eigi að gilda um alla sem koma nálægt sjúklingum eins og alla aðra á íslenskum vinnumarkaði."

Undir þetta sjónarmið hafa landlæknir og yfirlæknir Vinnueftirlitsins tekið í bréfi til ráðherra þar sem þeir skora á stjórnvöld að finna lausn á deilunni þar sem jafnt verði „hugað að almennum vinnuverndarsjónarmiðum sem og öryggishagsmunum almennings". Vandamálið er meðal annars það að í lögum um vinnuvernd er hugtakið „læknir í starfsnámi" ekki til og tilraunir til að skilgreina það af hálfu stjórnvalda hafa ekki náð fram að ganga.

Úr þessu þarf þó að skera fyrr en síðar því ákvæði vinnutímatilskipunar Evrópusambandsins taka brátt gildi en þar er meðal annars kveðið á um að vikulegur vinnutími skuli ekki vera lengri en 58 stundir. Það ákvæði tekur gildi árið 2004 og því fer víðs fjarri að núverandi vinnutími unglækna rúmist innan þess. Meðal þeirra samningsákvæða sem felld voru niður í síðustu kjarasamningum var að unglæknar skyldu fá álagsgreiðslur fyrir vaktir sem færu fram úr tilteknum vaktafjölda á mánuði en árið 1997 var felldur úr gildi réttur þeirra til að neita vöktum sem færu fram úr 80 yfirvinnustundum á mánuði.

„Barátta okkar snýst fyrst og fremst um það að við njótum sömu mannréttinda og aðrir þegnar þjóðfélagsins. Við höfum engan áhuga á að standa í stríði eða kærumálum þótt við höfum neyðst til þess," segir Oddur. Hann bætir því við að staða unglækna á Íslandi sé mjög ólík því sem gerist í öðrum löndum. Þar hefst framhaldsnámið oftast daginn sem kandídatsárinu lýkur og menn fá sjaldnast afslátt af því þótt þeir vinni sem unglæknar á sjúkrahúsum.

Samningsrétturinn er aðalatriðið

Sjálfstæði í samningamálum er annað meginatriði í baráttu unglækna. Málflutningur þeirra fyrir Félagsdómi í vor miðaðist við það að FUL hefði sjálfstæðan samningsrétt og í því skyni hafði félagið sagt sig úr lögum við Læknafélag Íslands. En sér Oddur það fyrir sér sem framtíðarlausn að FUL standi utan heildarsamtaka lækna?

„Nei, að sjálfsögðu viljum við vera í félagi með kollegum okkar. Við viljum hins vegar hafa sjálfstæði í samningamálum. Staðan er sú að LÍ tekur enn til sín félagsgjöldin okkar og heldur eftir lögboðnum hluta þeirra. Sigurbjörn formaður hefur stutt við bakið á okkur í deilunni um vinnutímamálin og mér hefur verið boðið að sitja aðalfund LÍ sem ég mun gera.

Við finnum hins vegar fyrir því að eldri læknum finnst við eiga að vinna mikið eins og þeir þurftu að gera á sínum unglæknisárum. Hagsmunirnir fara sem sé ekki saman og þess vegna er það okkur svo nauðsynlegt að fá sjálfstæðan samningsrétt. Raunar teljum við Félagsdóm hafa staðfest það með úrskurði sínum að við séum sjálfstætt félag með samningsrétt sem ekki verður hægt að ganga framhjá í næstu samningum. Þessi barátta okkar hefur einnig borið þann árangur að nú er verið að semja frumvarp til breytinga á lögum LÍ sem mun veita okkur samningsrétt ef samþykkt verður," segir Oddur Steinarsson formaður Félags ungra lækna.



Mæðir mikið á þínum sjúklingum?

Symbicort er einföld, skjótvirk og sveigjanleg lausn

- Nú geta þínir astmasjúklingar ***kastað mæðinni***
  - og þeim svellur móður sem aldrei fyrr!

Fullvirkur ß2 - örvi. Áhrifaríkt bólgueyðandi lyf.
Góð tök á breytilegum sjúkdómi. Fljótvirkt. Langvarandi.
Allt í einu úðatæki

(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu opnu)

SYMBICORT®

Allt í einu - sniðið að þínum þörfum

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 433-01 D

AstraZeneca

Umboðsaðili: Pharmaco hf. • Sími 535 7000 • Fax 565 6485 • pharmaco@pharmaco.is • www.pharmaco.is

Dánartíðni á gróðareknum sjúkrahúsum



Ólafur Ólafsson

Hærri dánartíðni er meðal sjúklinga er vistast á sjúkrahúsum sem rekin eru með gróðamarkmiði (for profit) en meðal sjúklinga er vistast á sjúkrahúsum sem ekki eru rekin með gróðamarkmiði (non profit).

Þetta er niðurstaða rannsóknar McMaster háskólans í Ontario í Kanada og háskólans í Buffalo í Bandaríkjunum sem greint er frá í Canadian Medical Asscociation Journal 2002 (66: 1399-406).

Rannsóknin var gerð af „Framtíðarnefnd" Kanada um heilbrigðisþjónustu vegna umræðna er urðu þar í landi um að hleypa einkareknum „gróðasjúkrahúsum" inn á heilbrigðismarkaðinn. Í Kanada eru 95% af sjúkrahúsum rekin af góðgerðar- og trúarfélögum (non profit) og meðal annars ríkisfjármögnuð með tryggingum síðan 1960. Rannsóknin náði til fleiri þúsunda sjúkrahúsa og 38 milljón sjúklinga er vistuðust á einkasjúkrahúsum reknum með gróðahagsmunum og einkasjúkrahúsum þar sem gróðahagsmunir voru ekki hafðir að leiðarljósi. Margir sjúklingar nutu Medicaretryggingar fyrir eldri sjúklinga í Bandaríkjum en þær duga ekki til. Í ljós kom að dánartíðni var 2% lægri á einkasjúkrahúsum sem rekin voru án gróðamarkmiða (non profit) en hinum.

Ef skipulag bandarískra gróðasjúkrahúsa tækju yfir sjúkrahússkerfi Kanada mætti áætla að dauðsföllum fjölgaði um 2000 eða um svipaðan fjölda og deyr.

Í Bandaríkjum mætti áætla að 14 000 fleiri sjúklingar mundu deyja á gróðasjúkrahúsum en 13% af sjúkrahúsum falla í þann flokk. Skýring rannsakanda á þessu mun vera eftirfarandi: Hluthafar gróðasjúkrahúsanna vænta 10-15% arðs og sjúkrahúsin greiða skatta. Menn vilja hafa eitthvað fyrir snúð sinn, þess vegna er dregið úr gæðarekstri ef harðnar í ári. Niðurstaða formanns nefndavinnu var: „Vill einhver Kanadamaður semja af sér stærsta hlut sjúkrahússgeirans sem er fjármagnaður af hinu opinbera til keðju gróðasjúkrahúsa eftir að hafa kynnt sér niðurstöðurnar." Eins og áður er komið fram er hlutfall greiðslna af vergri landsframleiðslu til heilbrigðismála 30-40% hærra í Bandaríkjum en í Kanada (sjá fyrri greinar.)

Útgjöld til ungbarnagjörgæsludeilda í Bandaríkjunum leiða ekki til betri árangurs

Í Bandaríkjunum starfa tvisvar sinnum fleiri sérfræðingar að ungbarnalækningum (neonatologists) og þar eru mun fleiri vistrými á ungbarnagjörgæsludeildum en í Bretlandi, Kanada og Ástralíu. Eigi að síður er þar hærri tíðni léttburafæðinga (< 2500 gr) og ungbarnadauða (dánir innan mánaðar eftir fæðingu) en í síðastnefndu löndum.

Þessar upplýsingar koma fram í breska læknablaðinu (BMJ) 8. júní 2002 og er vitnað í niðurstöður rannsókna sem birtust í Pediatric (2002: 109; 1036-43). Rannsóknin var gerð af Dartmouth læknaskólanum í Bandaríkjunum. Ungbarnadauði (neonatal mortality) var 23-56% hærri í Bandaríkjunum en í hinum löndum. Léttburafæðingar voru einnig algengastar í Bandaríkjunum. Fjöldi ungbarna með fæðingarþyngd undir 1500 gr var 1,45% í Bandaríkjum en um 1% í hinum löndunum. Leitað var skýringa á þessu. Fram kemur að í Bandaríkjunum búa aðeins um 86% af börnum og 78% af konum við tryggingar, en í hinum löndum búa börn undir 18 ára aldri og konur 18-44 ára við almannatryggingar.

Í Ástralíu, Kanada og Bretlandi er ungbarna- og mæðravernd kostuð af almannatryggingum. Í Bandaríkjum eru táningafæðingar algengastar og táningar eru oft ótryggðir og félitlir og leita því síður til mæðraverndar vegna fjárskorts. Fram kemur að há tíðni léttburafæðinga er ein aðalskýringin á fjölgun ungbarnadánartilfella.

Fyrir um tíu árum, í tíð Sighvatar Björgvinssonar þáverandi heilbrigðisráðherra, kom fram tillaga um eigin greiðslur fyrir ungbarna- og mæðravernd. Tillagan var jarðsett af ráðherra er landlæknir og fleiri aðilar lögðu fram svipaðar skýringar og hér hafa komið fram. Við Íslendingar erum ennþá með einna sjaldgæfustu tilfellin af burðarmálsdauða í heimi.

Höfundur er fyrrverandi landlæknir

Til Læknablaðsins

Reglur um lyfseðla vegna tilkynningaskyldra sjúkdóma

Eg ætla að vekja athygli á undarlegum reglum varðandi lyfseðla sem skrifaðir eru út vegna tilkynningaskyldra sjúkdóma (til dæmis klamydíu) en þær eru þrjá vegu. Í fyrsta lagi: ef lyfseðill er skrifaður út af göngudeild húð- og kynsjúkdóma þá fær sjúklingur lyfið frítt og reikningur er skrifaður út á Heilsuverndarstöðina til rukkunar. Í öðru lagi: ef lyfseðill er gefinn út af heimilislæknum borgar Tryggingastofnun ríkisins lyfið að fullu. Í þriðja lagi: ef lyfseðill er skrifaður út af sérfræðingum þá verður sjúklingur að borga lyfið að fullu. Þannig að til dæmis sérfræðingar í húð- og kynsjúkdómum þurfa að vísa sjúklingum sínum á heilsugæslustöðvar til þess að þeir fái lyfin sín frí. Mér finnst að læknar (sérfræðingar) þurfi að beita áhrifum sínum og fá þessum lögum breytt.

Með kveðju,

Bergþór Haraldsson, lyfjafræðingur

Tilkynningaskyldir sjúkdómar

barnaveiki
berklar
blóðkreppusótt
bótúlismi
Creutzfeldt Jacob-veiki
og afbrigði hennar
enterohemorrhagisk E. coli sýking
gulusótt
HIV-sýking
holdsveiki
hundaæði
kampýlóbaktersýking
klamydíusýking
kólera
legíónellusýking
lekandi
lifrarbólga A
lifrarbólga B
lifrarbólga C
lifrarbólga E
lifrarbólga vegna
annarra veira
linsæri
listeríusýking
lömunarveiki
meningókokkasjúkdómur
miltisbrandur
salmonellusýking
sárasótt
svarti dauði

Symbicort Turbuhaler INNÖNDUNARDUFT, R 03 A K (Sérlyfjaskrártexti)

Innihaldslýsing: *Hver skammtur inniheldur:* Budesonidum INN 160 míkróg og Formoterolum INN, fúmarat tvíhýdrat, samsvarandi Formoterolum INN 4,5 míkróg og Lactosum. **Ábendingar:** Til reglulegrar meðferðar á astma þegar samsett lyfjameðferð (barksteri til innöndunar og langvirkur betaörvi) á við þegar ekki næst full stjórn á sjúkdómnum með barkstera til innöndunar og stuttverkandi beta2-örva til innöndunar eftir þörfum, eða þegar full stjórn hefur náðst á sjúkdómnum með bæði barkstera til innöndunar og langverkandi beta2-örva. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ekki ætlað til upphafsmeðferðar á astma. Skömmtun virku efnanna í lyfinu er einstaklingsbundin og henni á að breyta til samræmis við alvarleika sjúkdómsins. Skammti skal breyta að lægsta skammti sem heldur einkennum sjúkdómsins niðri. ***Skammtastærðir handa fullorðnum:*** 1-2 innandanir tvisvar sinnum á sólarhring. Venjulega þegar stjórn á einkennum hefur náðst með gjöf lyfsins tvisvar sinnum á sólarhring, getur skammtaminnkun að lægsta virka skammti leitt til þess að unnt verði að gefa lyfið einu sinni á sólarhring. ***Skammtastærðir handa börnum (yngri en 12 ára):*** Lyfið er ekki ráðlagt börnum yngri en 12 ára. ***Sérstakir sjúklingahópar:*** Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir búdesóníði, formóteróli eða innönduðum mjólkursykri. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ráðlagt er að minnka skammta smám saman þegar meðferð er hætt. Ef sjúklingur telur að meðferð skili ekki viðunandi árangri eða að hann þurfi meira en núverandi skömmtun samsetts lyfs, verður hann að leita læknis. Aukin notkun berkjuvíkkandi lyfs í bráðatilvikum (rescue bronichodilatores) bendir til elnunar á undirliggjandi ástandi og krefst endurmats á astmameðferðinni. Skyndileg og áframhaldandi elnun á stjórn astma getur verið lífshættuleg og brýnt er að endurmeta meðferðina. Í slíkum tilvikum skal hafa í huga þörf á aukinni meðferð með barksterum eða hvort gefa þurfi að auki bólgueyðandi lyf til inntöku, eins og kúr með barksterum eða sýklalyfjameðferð ef sýking er til staðar. Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi um notkun lyfsins við meðferð á bráðu astmakasti. Sjúklingum skal leiðbeina um að hafa lyf við bráðaástandi ávallt meðferðis. Meðferð skal ekki hefja á meðan astmi fer versnandi. Eins og við á um önnur lyf til innöndunar getur komið fram berkjusamdráttur með auknum öndunarerfiðleikum strax eftir lyfjagjöf, sem er í þversögn við verkunarhátt lyfsins. Ef alvarleg einkenni koma fram, ætti að endurmeta meðferð og veita annars konar meðferð ef nauðsyn krefur. Almenn einkenni geta komið fram við notkun hvaða barkstera til innöndunar sem er, sérstaklega við stóra skammta sem eru gefnir til langs tíma. Þessar verkanir koma miklu síður fram við meðferð til innöndunar heldur en þegar barksterar eru teknir inn. Hugsanlegar almennar verkanir eru m.a. bæling nýrnahettna, seinkun á vexti hjá börnum og unglingum, minnkun á beinþéttni, vagl á auga og gláka. Það er þess vegna mikilvægt að skammtur af innönduðum barksterum sé sá minnsti sem heldur einkennum niðri. Læknar ættu að fylgjast náið með vexti barna og unglinga sem fá barkstera óháð ikomuleið og meta ávinning barksteraneðferðar á móti hugsanlegri vaxtarbælingu. Ef minnsta ástæða er til að ætla að starfsemi nýrnahettna sé skert eftir fyrri meðferðir með stera til inntöku, skal gæta varúðar þegar meðferð er breytt og notkun lyfsins er hafin. Ávinningur meðferðar með búdesóníði til innöndunar er venjulega að lágmarka þörf á sterum til inntöku, en hjá sjúklingum sem eru að hætta að nota stera til inntöku getur hættan á skertri starfsemi nýrnahettna varað í töluverðan tíma. Sjúklingar sem áður hafa þurft á stórum skömmtum af barksterum í bráðatilvikum að halda geta einnig verið í hættu. Þessa hugsanlegu vanstarfsemi nýrnahettna til lengri tíma ætti ávallt að hafa í huga við bráðaaðstæður og aðstæður sem líklegar eru til að geta valdið streitu og hafa verður í huga viðeigandi meðferð með barksterum. Ef umfang skertrar nýrnahettnastarfsemi er mikið getur verið nauðsynlegt að fá ráðleggingar hjá sérfræðingi við aðstæður sem líklegar eru til að valda streitu. Til þess að lágmarka hættu á sveppasýkingu í koki og hálsi ætti að leiðbeina sjúklingum um að skola munn með vatni eftir hverja lyfjagjöf. Samtímis meðferð með ketókónazóli og öðrum öflugum CP3A4 hemlum á að varast (sjá Milliverkanir). Ef það er ekki mögulegt ætti tími á milli lyfjagjafa þessara lyfja að vera eins langur og unnt er. Lyfið á að gefa með varúð sjúklingum með ofstarfsemi skjaldkirtils, krómfíklaæxli (phaeochromocytoma), sykursýki, ómeðhöndlaðan kalíumskort, hjartavöðvakvilla með þrengingum og hjartavöðvastækkun (hypertrophic obstructive cardiomyopathy), sjálfvakin neðanósæðarþrengsli (idiopathic subvalvular aortic stenosis), alvarlegan háþrýsting, slagæðagúlp eða aðra alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma, eins og blóðþurrðarhjartasjúkdóm, hraðsláttartruflanir eða alvarlega hjartabilun. Varúðar skal gæta við meðferð sjúklinga með lengingu á QTc-bili. Formóteról getur valdið lengingu á QTc-bili. Hætta á alvarlegum kalíumskorti er hugsanleg eftir stóra skammta af $beta_2$-örvum. Samtímis meðferð með lyfjum sem geta valdið kalíumskorti getur aukið möguleikann á blóðkalíumlækkandi verkun við gjöf stórra skammta af $beta_2$-örvum. Sérstök varúð er ráðlögð við bráðan alvarlegan astma þar sem vefildisskortur getur aukið hættuna. Blóðkalíumlækkandi áhrif geta aukist við samtímis gjöf xantín-afleiða, stera og þvagræsilyfja. Ráðlagt er að fylgjast með þéttni kalíums í sermi við meðferð á bráðum alvarlegum astma. Eins og við á um alla $beta_2$-örva, ætti að hafa í huga að auka tíðni blóðsykursmælinga hjá sykursjúkum. Lyfið inniheldur mjólkursykur (<1 mg/innöndun). Þetta magn hefur venjulega ekki vandamál í för með sér hjá einstaklingum með mjólkursykuróþol. **Milliverkanir við lyf og annað:** *Milliverkanir vegna lyfjahvarfa:* Ketókónazól 200 mg einu sinni á dag sexfaldaði að meðaltali plasmagildi búdesóníðs (einn 3 mg skammtur) sem gefið var samtímis. *Milliverkanir vegna lyfhrifa:* Betablokkar geta dregið úr eða hamlað verkun formóteróls. Lyfið skal því ekki gefa samtímis betablokka (þ.m.t. augndropum) nema brýna nauðsyn beri til. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun lyfsins eða samtímis meðferðar með formóteróli og búdesóníði á meðgöngu. Fullnægjandi upplýsingar um notkun formóteróls hjá þunguðum konum liggja ekki fyrir. Upplýsingar benda ekki til aukinnar hættu á vansköpun vegna notkunar búdesóníðs til innöndunar. Á meðgöngu ætti einungis að nota lyfið þegar væntanlegur ávinningur vegur þyngra en hugsanleg hætta. Nota ætti lægsta skammt af búdesóníði sem gefur viðunandi stjórn á astma. Ekki er vitað hvort formóteról og búdesóníð berast í brjóstamjólk. Eingöngu ætti að gefa konum með barn á brjósti lyfið ef væntanlegur ávinningur móður er talinn meiri en hugsanleg hætta fyrir barnið. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur bæði búdesóníð og formóteról, getur sama mynstur aukaverkana komið fram og greint hefur verið frá við notkun þessara efna. Ekki hefur sést aukin tíðni aukaverkanativilvika eftir að þessi tvö efni hafa verið gefin samtímis. Algengustu aukaverkanir lyfsins eru þekktar aukaverkanir vegna lyfhrifa $beta_2$-örva, eins og skjálfti og hjartsláttarköst. Þær eru yfirleitt vægar og hverfa venjulega innan nokkurra daga. Aukaverkanir sem hafa verið tengdar búdesóníði eða formóteróli eru taldar upp hér á eftir. ***Algengar (>1%):*** *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarköst. Stoðkerfi: Skjálfti. Öndunarvegur: Sveppasýkingar í munni og koki, væg erting í hálsi, hósti, hæsi. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Hjarta- og æðakerfi: Hraður hjartsláttur. Stoðkerfi: Vöðvakrampar. Miðtaugakerfi: Æsingur, eirðarleysi, taugaveiklun, ógleði, sundl, svefntruflanir. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Húð: Útbrot, ofsakláði, kláði. Öndunarvegur: Berkjukrampi. Afar sjaldgæfar aukaverkanir, þar af geta sumar verið alvarlegar eru m.a.: Búdesóníð: Geðræn einkenni eins og depurð, hegðunartruflanir (aðallega hjá börnum), merki og einkenni um almenna barkstera verkun (þ.m.t. vanstarfsemi nýrnahettna), snemm- eða síðkomið ofnæmi (þ.m.t. húðbólga, ofsabjúgur og berkjukrampi), marblettir. Formóteról: Hjartaöng, blóðsykurshækkun, truflanir á bragðskyni, breytingar á blóðþrýstingi. Eins og við á um önnur innöndunarlyf, getur í einstaka tilvikum komið fram berkjusamdráttur, sem er í þversögn við verkunarhátt lyfsins (sjá Varnaðarorð). Greint hefur verið frá hjartsláttartruflunum eins og gáttatitringi, ofansleglahraðtakti og aukaslögum við notkun annarra $beta_2$-örva. **Ofskömmtun:** Ofskömmtun formóteróls myndi líklega valda verkunum sem eru einkennandi fyrir beta2-adrenvirka örva: skjálfti, höfuðverkur, hjartsláttarköst og hraður hjartsláttur. Lágþrýstingur, efnaskiptablóðsýring, kalíumskortur og blóðsykurshækkun geta einnig komið fram. Bráð ofskömmtun með búdesóníði, jafnvel í stórum skömmtum, er ekki talið klínískt vandamál. **Lyfhrif:** Lyfið inniheldur formóteról og búdesóníð. Verkunarmáti þessara efna er mismunandi, en þau hafa samleggjandi verkun við að draga úr versnun astma. Upplýsingar um verkunarhátt hvors lyfjaefnis um sig eru hér á eftir. *Búdesóníð:* Búdesóníð gefið til innöndunar í ráðlögðum skömmtum hefur barkstera bólgueyðandi verkun í lungum sem dregur úr einkennum og versnun astma og hefur minni aukaverkanir í för með sér en þegar barksterar eru gefnir óstaðbundið. Nákvæmur verkunarháttur þessara bólgueyðandi áhrifa er óþekktur. *Formóteról:* Formóteról er sértækur beta2-adrenvirkur örvi sem veldur slökun á sléttum vöðvum í berkjum hjá sjúklingum með tímabundna teppu í öndunarvegum. Berkjuvíkkun hefst fljótt, innan 1-3 mín. eftir innöndun og verkunarlengd er 12 klst. eftir einn skammt. **Pakkningar:** ***Symbicort Turbuhaler:*** *Innöndunarduft 160/4,5 míkróg/innöndun: 120 skammtar: 9.612 kr. 360 skammtar (3 x 120): 25.624 kr.* **Afgreiðslumáti: R. Greiðsluþátttaka: B.** Maí 2002.

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

Af heilsufasisma

Medical Nemesis heimsótt á ný



Árni Björnsson skrifar

Ég fór í Borgarleikhúsið snemma á liðnu vori. Ekki til að njóta leiklistar, heldur til að hlusta á unga konu sem er heimspekingur flytja fyrirlestur um siðfræði klónunar.

Þetta var góður fyrirlestur og ungi heimspekingurinn flutti hann vel og skilmerkilega. Efnið er mjög áhugavert, bæði frá vísindalegu og siðfræðilegu sjónarmiði, en það var ekki það sem varð til þess að ég hef aftur og aftur hugsað til þessa kvölds. Heldur var það orð sem annar heimspekingur og siðfræðingur lét falla, á fundinum, en það var orðið „heilsufasismi". Ég hrökk dálítið við, þegar ég heyrði orðið, ekki síst vegna þess að sá sem sleppti því útúr sér hefur verið settur í forsvar fyrir Íslandshluta margþjóðlegrar nefndar sem fjalla á um siðfræði gagnagrunna á heilbrigðissviði.

Prófessorinn skilgreindi hvað hann ætti við með orðinu, en það væri tilhneiging í þjóðfélaginu til að leggja allt undir til að viðhalda heilsu, en heilsa væri almennt illa skilgreint hugtak.

Í Íslensku alfræðibókinni stendur. „Orðið fasismi er oft notað sem skammaryrði um öfgakenndar skoðanir sem réttlæta beitingu ofbeldis í stjórnmálum og alræði" (1). Samkvæmt þessu ætti heilsufasismi að vera eins konar heilsufarsofbeldi, en hvernig getur heilsufar tengst ofbeldi? Er hægt að neyða menn til að vera heilbrigðir og þá komum við að skilgreiningu á heilsu og eða heilbrigði. Samkvæmt orðabókinni, en þar er vitnað í skilgreiningu Alþjóða heilbrigðisstofnunarinnar, WHO, er heilbrigði „ástand sem einkennist af fullkominni vellíðan í líkamlegum, andlegum og félagslegum skilningi en ekki aðeins það að vera laus við vanlíðan og sjúkdóma" (1). Rök má færa fyrir því, að þessi skilgreining WHO sé ærið metnaðarfull en heilbrigðisáætlun íslensku ríkisstjórnarinnar fyrir ársins 2000 tók mið af henni en þar stendur að stefnt skuli að því að Íslendingar verði heilbrigðir á því herrans ári (2). Þessi áætlun var, sem betur fer fyrir ríkissjóð landsins, ekki bundin í lög, því sennilega ættu margir hönk uppí bakið á ríkissjóði nú árið 2002. Nú hefur önnur heilbrigðisáætlun litið dagsins ljós, til ársins 2010 (3). Skyldi hún tengjast áætlun um flutning Reykjavíkurflugvallar sama ár? Standist hún jafn vel og sú fyrri er betra að menn geri sér ekki of háar vonir. Gæti svona áætlanagerð flokkast undir heilsufasisma (einskonar heilsufræðilegt alræði)? Hvað sem öðru líður hlýtur hún að teljast útópía og þá má enn spyrja, hvort hægt sé að gera stjórnmálamenn ábyrga fyrir útópíum? Líklega ekki því þá væru bekkirnir í hinu háa Alþingi jafnvel þunnskipaðri en þeir eru stundum. Þegar svona áætlanir eru gerðar er viturlegt að setja fyrirvara enda byrja flestar málsgreinar áætlunarinnar á orðunum „stefnt skal að". Líklega hafa höfundarnir lært af eiturlyfjafyrirheitinu sællar minningar.

Það var heimspekingurinn Ivan Illich sem í bók sinni *Medical Nemesis* frá 1975 (Nemesis var hefndargyðja í gríska goðafræði sem refsaði Ólympsgoðum fyrir ofdramb) bar fram kenninguna um læknisfræðivæðingu (medicalization) vestrænna þjóðfélaga, og benti á að læknavísindin hefðu með iðnvæðingunni snúist í andhverfu sína og stuðluðu jafn mikið að vanheilsu sem heilsu, auk þess sem hún hefði stuðlað að enn meiri misskiptingu milli ríkra og fátækra. Kenningar hans þóttu þá öfgafullar og voru harðlega gagnrýndar af læknastéttinni og fleirum tengdum heilsu, af atvinnu- eða hugsjónaástæðum.

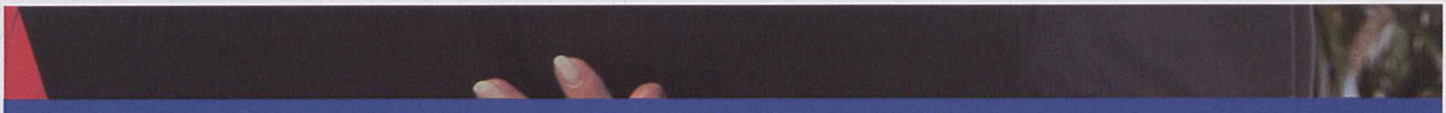
Hér á landi var læknastéttin tómlát um bókina því það er íslensk læknastétt oftar en ekki um prinsípmál. Hörður Bergmann kennari og þjóðfélagsgagnrýnandi vakti athygli á bókinni en mætti tómlæti bæði læknastéttarinnar og stjórnmálamanna, svo umræðan kafnaði fljótt í dæmigerðri íslenskri meðalmennsku. Þó er full ástæða til að skoða kenningar Illich aftur í ljósi þróunar síðustu áratuga síðustu aldar og fyrstu ára aldarinnar sem er að byrja. Hafði Illich rétt fyrir sér í grundvallaratriðum þó hann gæti ekki spáð fyrir um tæknilega þróun í læknavísindum á síðustu árum sem er örari en nokkru sinni í sögu mannkynsins og hverju sú þróun í vísindum ásamt hnattvæðingunni hefur breytt?

Ég ákvað að lesa rit Illichs *Medical Nemesis* að nýju og reyna að skoða niðurstöður hans í ljósi þess sem gerst hefur í vísindum á síðustu árum og áratugum og skoða hvort kenningar hans og fullyrðingar hafa staðist, með tilliti til vísindaþróunarinnar og þeirra þjóðfélagsbreytinga sem markast mjög af frjálshyggju og alþjóðahyggju og lita viðhorf manna í mun meira mæli en þegar bókin var skrifuð. Hefur sú meginfullyrðing höfundar að læknisfræðivæðingin gerði meiri skaða en gagn staðist eða hafa vísinda- og tækniframfarir síðan bókin kom út ómerkt kenningar hans?

En snúum okkur að kenningum Illich. Hann hélt því fram að framfarir í læknavísindum, tæknilegar og fræðilegar síðustu 15-20 ár, það er að segja fram að útkomu bókarinnar um miðjan áttunda áratuginn, hafi engu skilað í bættri almennri heilsu og að í stað ýmissa sjúkdóma sem tekist hafi að lækna eða jafnvel



Eru þínir sjúklingar að syngja sitt síðasta?



Symbicort er einföld, skjótvirk og sveigjanleg lausn

- Nú geta þínir astmasjúklingar kveðið við nýjan tón - og komið sér í ***gott lag!***

Fullvirkur ß2 - örvi. Áhrifaríkt bólgueyðandi lyf.
Góð tök á breytilegum sjúkdómi. Fljótvirkt. Langvarandi.
Allt í einu úðatæki

(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu opnu)

SYMBICORT®

Allt í einu - sniðið að þínum þörfum

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 433-01 B

AstraZeneca

Umboðsaðili: Pharmaco hf. • Sími 535 7000 • Fax 565 6485 • pharmaco@pharmaco.is • www.pharmaco.is



Aprovel (Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb). **Töflur. C 09 C A 04 R,B.** Hver tafla inniheldur irbesartanum INN 150 mg eða 300 mg. **Ábendingar:** Háþrýstingur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur sem mælt er með er 150 mg einu sinni á dag, óháð máltíðum. Auka má skammtinn í 300 mg. Þó skal gefa 75 mg byrjunarskammt sjúklingum sem eru í blóðskilun og þeim sem eru eldri en 75 ára. Með þvagræsilyfi t.d. hýdróklórtíazíði auk Aprovels fæst samanlögð verkun beggja lyfja. Skert nýrnastarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Skert blóðrúmmál: Leiðrétta skal blóðrúmmál og/eða natríumskort fyrir gjöf Aprovel. Skert lifrarstarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægа eða skerðingu á meðallagi á lifrarstarfsemi. Engin klínísk reynsla er af notkun lyfsins hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi á alvarlegu stigi. Aldraðir sjúklingar: Ekki er að jafnaði nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá öldruðum þótt mælt sé með 75 mg upphafsskammti. Börn: Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Annar og þriðji þriðjungur meðgöngu. Brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Skert blóðrúmmál: Lágþrýstingur, sérstaklega eftir fyrsta skammt, getur komið fram hjá sjúklingum sem hafa skert blóðrúmmál og/eða natríumskort eftir öfluga þvagræsandi meðferð, saltsnautt fæði, niðurgang eða uppköst. Slíkt skal lagfæra áður en Aprovel er gefið. Nýrnaháþrýstingur: Lyfið á ekki að nota hjá sjúklingum með þrengsli í nýrnaslagæðum. Skert nýrnastarfsemi og nýrnaígræðsla: Mælt er með reglulegri mælingu kalíums og kreatíníngilda í sermi þegar Aprovel er notað hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Há kalíumgildi í blóði: Meðferð lyfsins ásamt öðrum lyfjum sem hafa áhrif á renín-angíótensín-aldósterón kerfið geta valdið hækkun kalíums í blóði sérstaklega hjá þeim sem eru með skerta nýrnastarfsemi og/eða hjartabilun. Ráðlagt er að mæla kalíum í sermi hjá áhættuhópum. Gæta skal varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum með: Ósæðar- og míturlokuþrengsli og hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun (obstructive hypertrophic cardiomyopathy). Ekki á að nota lyfið hjá sjúklingum með Aldósterónheilkenni. **Milliverkanir:** Þvagræsilyf og önnur háþrýstilyf geta aukið blóðþrýstingslækkandi áhrif irbesartans. Samtímis notkun Aprovels og kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar, saltuppbótar sem inniheldur kalíum eða önnur blóðkalíum aukandi lyf (t.d. heparín) getur valdið aukningu á kalíum í blóði. Litíum: Við samtímis gjöf litíums og ACE-hemla hefur orðið vart hækkunar á litíumgildum í sermi, því er mælt með að mæla litíum í sermi reglulega við samtímis notkun þess og Aprovel. **Meðganga og brjóstagjöf:** sjá Frábendingar. Í varúðarskyni skal ekki nota irbesartan á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Skipta skal yfir á aðra hentuga meðferð ef þungun er ráðgerð. Á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngu geta efni sem verka beint á renín-angíótensín kerfið valdið nýrnabilun hjá fóstri eða nýbura, minnkuðum vexti höfuðkúpu hjá fóstri og jafnvel fósturláti. Því skal ekki nota irbesartan á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngu.Verði kona þunguð á meðan á meðferðinni stendur á að hætta gjöf lyfsins svo fljótt sem auðið er og kanna nýrnastarfsemi og þroska höfuðkúpu fóstursins með ómskoðun ef meðhöndlað var í ógáti í langan tíma. Konur með barn á brjósti mega ekki nota lyfið. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir eru sjaldgæfar. Vegna áhrifa lyfsins má búast við svima og stöðubundnum lágþrýstingi. Algengar (> 1 %):Stoðkerfi: Sköddun á stoðkerfi. Sjaldgæfar (0,1-1%): Húð: Andlitsroði. Eins og við notkun annarra angíótensín II viðtakablokka hafa örfá tilvik ofnæmis verið skráð (kláði, ofsakláði, ofsabjúgur), eftir markaðssetningu irbesartans. Örfá tilvik eftirtalinna einkenna hafa verið skráð eftir markaðssetningu irbesartans: Þróttleysi, niðurgangur, sundl, meltingartruflanir, höfuðverkur, hækkun kalíums í blóði, vöðvaverkir, ógleði, hraður hjartsláttur, röskun lifrarstarfsemi, þar með talin lifrarbólga og skert nýrnastarfsemi, þar með talin einstök tilvik nýrnabilunar hjá sjúklingum í áhættu . **Ofskömmtun:** Engar sérstakar upplýsingar eru fyrirliggjandi um meðferð Aprovel ofskömmtunar. Fylgjast skal náið með sjúklingi og veita stuðnings- og einkennameðferð. Mælt er með því að gefa uppsölulyf og/eða framkvæma magaskolun. Við meðferð gegn ofskömmtun getur verið gagnlegt að nota lyfjakol. Irbesartan skilst ekki út með blóðskilun. **Pakkningar/verð: 01.05.02.** Töflur 150 mg: 28 stk. (þynnupakkað) – 3.267 kr.; 98 stk. (þynnupakkað) – 9.406 kr. Töflur 300 mg: 28 stk. (þynnupakkað) – 4.193 kr.; 98 stk. (þynnupakkað) – 12.308 kr. **Umboðsaðili á Íslandi:** Thorarensen Lyf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Sími: 530-7100.

Heimildir: 1. Kessler-Taub K. et al. Am J Hypertens. 1998;11:445-453. 2. Mancia G. et al. Am J Hypertens. 2000;13 (part 2):1151A. 3. Oparil S. et al. Clin Ther.1998;20:398-409. 4. Larochelle P. et al. Am J Cardiol. 1997;80:1613-15. 5. Parving H. et al. N Engl J Med. 2001; 345:870-78. 6. Lewis E.J. et al. N Engl J Med. 2001;345:851-60. *(losartan, valsartan)

Marktækt

Með Aprovel hefur náðst marktækt meiri lækkun á blóðþrýstingi samanborið við aðra angiotensin II blokka.*[1–3]
Með stærri skammti aukast áhrifin, án aukningar á aukaverkunum.[4]

Að auki hafa tvær stórar rannsóknir (IDNT/IRMA 2) sýnt marktækt fram á verndandi áhrif Aprovel á nýrun hjá sjúklingum með háþrýsting, sykursýki af gerð II og hækkaðan albumínútskilnað í þvagi.[5,6]

Hafirðu enn ekki heyrt um Aprovel, er kominn tími til.

APROVEL®
(irbesartan)

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 • 110 Reykjavík • Sími: 530 7100

sanofi~synthelabo

útrýma hafi komið aðrir sjúkdómar, sérstaklega aldurstengdir, svo og tengdir beitingu læknavísindanna, (iatrógenir sjúkdómar). Þá hafi heilbrigðisstéttir og stéttir tengdar þeim stuðlað að sívaxandi læknisfræðivæðingu í takti við og í framhaldi af iðnvæðingunni. Læknisfræðivæðingin felur í sér að almenningur verður háður lækningum frá vöggu til grafar. Þegar á heildina er litið hafi þessi þróun ekki leitt til betri lýðheilsu, en hún hefur lengt ævina að minnsta kosti í þróuðum löndum og með enn frekari þróun í þá átt muni „bætt" tækni og meiri þekking snúast upp í andhverfu sína. Illich heldur því fram að það sé ekki hlutverk heilbrigðisstétta að stýra lífi fólks heldur sé hlutverkið að gefa ráð byggð á þekkingu og reynslu en einstaklingurinn sjálfur skal ráða því hvort hann hlítir þeim ráðum. Það beri að leggja áherslu á ábyrgð manns á eigin lífi. Þá vildi Illich meina að hin mikla lækningatækni hefði í för með sér lækningatengda (iatrógen) sjúkdóma sem í mörgum tilvikum væru verri en þeir sjúkdómar sem verið væri að lækna. Þá leiddu dýrar tæknilækningar auðugu þjóðanna til þess að þjóðir fátækra landa fengju minni og verri bráðnauðsynlega læknishjálp og þetta gilti um allar lækningar. Hlutur lyfjafyrirtækjanna í leiknum væri að þau framleiddu sífellt dýrari lyf fyrir ríku þjóðirnar en lyfjasveltu hinar fátækari auk þess sem lyfin sem þær fengju væru lakari.

Það sem hér er talið er aðeins hluti af því sem Illich taldi læknisfræðivæðingunni til foráttu, en áhugasamir geta án efa nálgast bókina.

Þegar *Medical Nemesis* kom út voru erfðavísindin í núverandi mynd að slíta barnsskónum. Með tilkomu þeirra jókst trúin á mátt læknavísindanna enn frekar. Með þróun þeirra og notkun í lækningaskyni gátu menn hugsanlega komið í veg fyrir ýmsa sjúkdóma sem hrjá menn einkum í lengdri elli, jafnvel lengt mannsævina. Sú mikla bjartsýni sem ríkti um þessar lækningar á síðasta tug síðustu aldar og fram á þessa öld leiddi til grófustu heilsufasísku aðgerða sem gerðar hafa verið, sem var lögleiðing gagnagrunns á heilbrigðissviði á Íslandi. Þegar við sjálftekið ríkiseignarhald á heilbrigðisupplýsingum einstaklinga bættist það að ríkið ákvað með lagasetningu að framselja ákveðnu erlendu fyrirtæki þessar upplýsingar svo þær mættu nýtast því í ágóðaskyni voru hinar heilsufasísku aðferðir fullkomnaðar.

En geta aðrar aðgerðir undir merki lýðheilsu leitt til enn frekari heilsufasisma? Það hefur lengi verið eitt af siðfræðilegum álitamálum í læknastétt hversu langt læknar eigi að ganga í því að reyna að stjórna lífi einstaklingsins. Í siðareglum lækna stendur að læknar eigi ekki að gefa sjúklingum sínum önnur ráð en þau sem þeir vita að eru virk. Það er svo sjúklingsins að ákveða hvort hann fer eftir ráðunum. Í framkvæmd leiðir þessi regla oft til tvíhyggju. Sú hefð hefur skapast að sjúklingar skuli hlíta ráðum læknis. Og flestir beygja sig undir þessa hefð. Sjúklingur sem efast um ráð læknis síns verður sjaldnast vinsæll hjá lækni eða læknum sínum. Í raun er hann ekkert að gera annað en að nýta sér skýlaus réttindi og læknirinn ætti að fagna því að hann er að fást við hugsandi mann.

Í nútímaþjóðfélagi er sú hætta fyrir hendi að forsjárhyggja lækna smiti allt heilbrigðiskerfið og um leið þá stjórnmálamenn sem stjórna kerfinu. Í sumu minnir til að mynda heilsugæslukerfið okkar á einokunarverslunina, sællar minningar. Fólki er ekki frjálst að leita til þess læknis sem það treystir best eða óskar eftir. Heilsugæslustöð er nánast eins og hverfisverslun sem býður ákveðið úrval af vörum en kaupandinn sem kemur með innkaupalista ræður því ekki hvaða vöru hann kaupir, því ræður afgreiðslumaðurinn. Í samskiptum sjúklinga og lækna er þetta að vissu leyti eðlilegt því sjúklingurinn veit í raun ekki hvað hann er að kaupa. Þetta hefur þó breyst því að nú geta menn farið inn í tölvuna sína og fengið upplýsingar um sjúkdómseinkenni og sjúkdóma en sá er galli á gjöf Njarðar að ekki er alltaf hægt að treysta áreiðanleika upplýsinganna sem oft stangast á. Upplýsingar um heilsu og heilbrigði og kenningar um hollustu og óhollustu þessa og hins dynja á hinum almenna borgara svo hann veit ekki sitt rjúkandi ráð. Af þessu leiðir enn fremur að alls kyns skottulækningar og sala skottulyfja blómstra sem aldrei fyrr Þannig ástand er gróðrarstía fyrir allar tegundir af heilsufasisma. Heilsufarslegu valdi er beitt, fyrst af hálfu lækna, svo annarra heilbrigðisstétta og loks ríkisvaldsins og fjármagnsins. Það er auðvelt að drottna yfir fólki sem ekki veit sitt rjúkandi ráð.

Þróunin er sú að stjórnmálamenn ráðskast meira og meira með heilbrigðisþjónustuna og heilbrigðisstarfsmenn og starfsmennirnir láta stjórnmálamennina ráðskast með sig ef þeir fá „hæfileg" laun. Prinsíp falla stöðugt í verði.

Í ræðu sem ritari þessa pistils hélt á 75 ára afmæli Læknafélags Íslands benti hann á þá þróun að ábyrgð og umönnun um sjúkt fólk færðist í vaxandi mæli í hendur fólks sem aldrei hefði séð sjúklinga, hvað þá annast þá. Með því að gera umönnun sjúklinga meira og meira háð fjármálavaldi stjórnmálamanna skekkjast þær þjóðfélagslegu viðmiðanir um forgangsröðun sem gilt hafa í heilbrigðiskerfinu. Misvandaðir áhrifamenn innan heilbrigðiskerfisins geta með misviturlegum ráðum sem þjóna þeirra eiginhagsmunum haft áhrif á ákvarðanatöku stjórnmálamanna í krafti sérþekkingar sem getur nýst á þröngu sviði en nær ekki yfir það allt.

Læknavísindin stefna ekki lengur að því að lækna og lina þjáningar einstaklingsins heldur því að leita að nýjum lyfjum til að lækna sjúkdóma eða heilsufræðileg afbrigði frá meira eða minna eðlilegu ástandi sem breytist eftir umhverfi okkar. Læknavís-

Ef þú vilt vera viss um að sjúklingurinn fái það lyf sem þú ávísar merktu það þá með ...



ÞANNIG FERÐ ÞÚ AÐ ...

Lyfseðill

Nafn sjúklings

Kennitala

Lyfseðill gildir til

Lyfseðill gildir í lengst 12 mánuði frá útgáfudegi.

Kvittun lyfjafr.

Heiti lyfs **LANZO®**

Styrkleiki

Ávísað magn

Lyfjaform

Wyeth Lederle Nordiska, 920025

Sýruhjúphylki; A 02 B C 03 R E

Hvert sýruhjúphylki inniheldur: Lansoprazolum INN 15 mg eða 30 mg.

Ábendingar: Sárasjúkdómur í skeifugörn og maga. Bólga í vélinda vegna bakflæðis. Zollinger- Ellisonheilkenni. Æskilegt er að þessar greiningar séu staðfestar með röntgen eða speglun. Fyrirbyggjandi vegna aukinnar hættu á ópægindum, eins og sársjúkdóm í maga, vélinda eða skeifugörn, fleiðri í maga og/eða skeifugörn eða meltingartruflunum, við meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum. Langtímanotkun við bólgu í vélinda vegna bakflæðis eða við endurteknum sárum í skeifugörn. Uppræting á Helicobacter pylori úr efri hluta meltingarfæra hjá sjúklingum með sársjúkdóma, ásamt viðeigandi sýklalyfjum. **Einkennameðferð:** Meðferð brjóstsviðaeinkenna og einkenna vegna sýrubakflæðis við bakflæðissjúkdóm í vélinda og maga. **Frábendingar:** Engar þekktar. **Varúð:** Við skerta lifrarstarfsemi er helmingunartími lengdur og skammta getur burft að minnka. **Meðganga og brjóstagjöf:** Klínísk reynsla af gjöf lyfsins á meðgöngutíma er lítil. Fósturskemmdir hafa ekki komið fram við dýratilraunir. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): **Milliverkanir:** Lyfið umbrotnar fyrir tilstilli cýtókróm P450 enzýma og gæti haft milliverkanir við önnur lyf sem þetta enzýmkerfi umbrýtur. Lyfið virðist ekki hafa milliverkanir við uppköst, vindgangur. **Húð:** Útbrot. Sjaldgæfar (0,1-1%): Þreyta. **Milliverkanir:** Lyfið umbrotnar fyrir tilstilli cýtókróm P450 enzýma og gæti haft milliverkanir við önnur lyf sem þetta enzýmkerfi umbrýtur. Lyfið virðist ekki hafa milliverkanir við diazepam, fenýtóín, teófýllín, warfarín, sýrubindandi lyf eða bólgueyðandi gigtarlyf. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sýruhjúphylkin á að gleypa heil og má hvorki tyggja þau né mylja. Hins vegar má tæma innihaldið úr hylkjunum og blanda því saman við kaldan vökva skömmu fyrir inntöku. Sjúklingum sem ekki er unnt að gefa Lanzo í inntöku er hægt að gefa Lanzo með magasöngu. Innihaldi eins sýruhjúphylkis skal blandað í 5 ml af eplasafa og gefa í gegnum slönguna. **Skeifugarnarsár:** Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. **Bólga í vélinda vegna bakflæðis:** Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Fyrir þá sem ekki hafa náð fullum bata, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Fyrir sjúklinga í sérstökum **Magasár:** Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Við bakslag skal meðferð endurtekin. Við langtímameðferð er ráðlagður skammtur 15 mg á dag. halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Við bakslag skal meðferð endurtekin. Við langtímameðferð er ráðlagður skammtur 15 mg á dag. skeifugarnarsárum vegna bólgueyðandi gigtarlyfja og linun einkenna: Lanzo 15 mg eða 30 mg einu sinni á dag í 4 vikur. Fyrir þá sem ekki hafa náð fullum bata, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Fyrir sjúklinga í sérstökum áhættuhópi eða með magasár sem gæti reynst erfitt að græða, ætti að nota hærri skammta og/eða lengri meðferðartíma. **Uppræting á Helicobacter pylori:** Ráðlagður skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Hafi bólgan ekki læknast, má sýklalyfjum: Amoxicillin 1 g tvisvar á dag, metrónídazól 400 mg tvisvar á dag, klaritrómýcín 250 mg tvisvar á dag, í 7 daga. **Zollinger Ellison heilkenni:** Ráðlagður skammtur í upphafi meðferðar er 60 mg einu sinni á dag. Meðhöndlun á góðkynja maga- og hæfilegan skammt hverju sinni og skal meðferðinni haldið áfram svo lengi sem nauðsyn krefur. Skammtur getur verið allt að 180 mg daglega. Fari dagskammtur yfir 120 mg ætti að skipta honum í tvær lyfjagjafir. **Einkennameðferð:** Venjulegur skammtur er 30 mg einu sinni á dag. Fyrir suma sjúklinga er 15 mg daglega nægjanlegur skammtur. Ef einkenni eru enn til staðar eftir 2–4 vikna meðferð ætti sjúklingur að gangast undir frekari rannsóknir. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og verð:** Sýruhjúphylki 15 mg: 28 stk. (þynnupakkað); kr. 5.784. 56 stk. (þynnupakkað); kr. 10.588. 98 stk. (þynnupakkað); kr.17.317. Sýruhjúphylki 30 mg: 28 stk. (þynnupakkað); kr. 5396. 56 stk. (þynnupakkað); kr. 9958.

Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.

1.apríl 2001

Austurbakki
Köllunarklettsvegi 2 104 Reykjavík

WYETH LEDERLE

Prentsmiðjan Grafík

indin munu aldrei, að minnsta kosti ekki með núverandi aðferðum, stuðla að því sem við gætum kallað almenna heilsu og sem byggist á því að lifa í sátt og samlyndi við sjálfan sig og umhverfi sitt.

Sjúkdómum verður ekki útrýmt. Til þess þyrfti að breyta einstaklingunum þannig að lækningaaðferðir gætu orðið altækar, það er að segja gera alla menn eins andlega og líffræðilega. Sú stefna sem nú er í tísku meðal lífeðlisfræðinga og lyfjaframleiðenda að skraddarasauma lyf handa hverjum einstaklingi er heimskuleg og getur orðið hættuleg fyrir framtíð mannkynsins, enda mundu slík einstaklingstengd lyf vera svo dýr að aðeins hinir ríkustu mundu geta veitt sé slíkan munað. Enn ein aðferðin til að breikka bilið milli ríkra og fátækra.

EN SNÚUM OKKUR aftur að Illich og kenningum hans. Í upphafi sagði ég frá því hvað orðið nemesis þýddi. en ég ætla að gera nánari grein fyrir því annarri þýðingu Illich úr gríska goðafræði en hún fjallar um Tantalus konung sem guðirnir buðu í mat á Ólympstindi. Hann stal „Ambrósíu", ódáinsfæðu guðanna. Þeir refsuðu honum með eilífri vist í Hadesar-heimum og dæmdu hann til að þola eilíft hungur og þorsta. Þegar hann beygir sig niður til að drekka úr ánni sem hann stendur í lækkar varnsborðið og þegar hann teygir hendurnar upp eftir ávöxtum á greinunum fyrir ofan hann hækka greinarnar upp fyrir seilingarhæð hans. Atferlisfræðingar gætu litið svo á að refsinornir læknifræðivæðingar hafi dæmt hann í ævilanga sjálfsáskapaða refsivist.

Það sem Illich á við er að læknisfræðivæðingin hafi skapað þörf fyrir „Ambrósíu". Okkur dreymir um ódáinsfæðu sem heldur okkur ungum og frískum til æviloka og við erum jafnvel reiðubúin til að fresta þeim lokum.

Á áttunda og níunda áratugnum reið alda öreindaerfðafræðinnar yfir lækningaheiminn. Í henni hefur læknisfræðivæðingin (medical nemesis) náð hámarki. Í samfloti með lyfjaiðnaðinum hefur öreindalíffræðin orðið hluti af iðnaði, sem ekki hlítir akademískum vísindasiðareglum og telst því frekar til iðnaðar en vísinda.

Hvað þetta snertir hafa kenningar Illich ekki aðeins orðið að veruleika heldur hefur medikalisasjónin gengið feti lengra og læknar misst stjórn á henni. Þeir sem ráða ferðinni í þessum þætti læknisfræðinnar eru eigendur hlutabréfa í lyfja- og líftæknifyrirtækjum og fyrirtækin fylgja sömu lögmálum og önnur fyrirtæki þar sem ágóðasjónarmiðið ríkir ofar hverri kröfu. Hér skapast grundvöllur bæði fyrir lækningafasisma og lækningakapítalisma.

Illich var mjög gagnrýninn á forvarnir og taldi þær leiða til aukinnar læknisfræðivæðingar og að þær gerðu takmarkað gagn. Um læknisfræðivæðingu forvarna segir hann.

„Eftir því sem lækningar hafa í vaxandi mæli beinst að meðferð sem er gagnslítil, dýr og sársaukafull hafa forvarnir gegn sjúkdómum orðið að tísku fyrir tilstilli líkamsviðhaldsmanna."

Forvarnir stuðla að því að gera heilbrigða einstaklinga að sjúklingum með því að uppgötva sjúkdóma eða forstig sjúkdóma, helst þegar á fósturskeiði, sem annaðhvort hefðu ekki valdið einstaklingnum neinum skaða eða læknast af sjálfu sér. Það að taka slíkt ástand til meðferðar leiðir svo í meira eða minna mæli til vandamála tengdum meðferðinni, sem geta gert þann sem var áður frískur verður að ævilöngum sjúklingi.

Voru kenningar Illich réttar eða rangar? Bæði og. Réttar hvað það snertir að læknisfræðivæðing tröllríður nútíma menningarþjóðfélögum. Rangar hvað það snertir hverjir ráða ferðinni. Læknar og aðrar heilbrigðisstéttir hafa misst tökin á þróuninni. Hún er komin í hendurnar á hinu yfirþjóðlega fjármálavaldi. Auðmagnið og þeir sem stjórna því ráða ferðinni. Heilbrigðisstéttirnar eru nú í hlutverki bakradda sem þjóna því hlutverki að styrkja kór heilsukapítalistanna. Þróunin leiðir ef svo heldur sem horfir til lækningafasisma sem ekki verður stjórnað af heilbrigðisstéttum heldur yfirþjóðlegu fjármagnsflæði, sem ákveður hverjir skuli njóta ávaxta læknavísindanna.

Heimildir

1. Íslenska alfræðibókin. Örn og Örlygur, 1990.
2. Íslensk heilbrigðisáætlun til ársins 2000.
3. Íslensk heilbrigðisáætlun til ársins 2010.
4. Illich Ivan. Medical Nemesis, Open Forum/Ideas in Progress. Marion Boyars publisher. 1975.

Útgáfa Sérlyfjaskrár

SÉRLYFJASKRÁ HEFUR verið gefin út einu sinni á ári og útgáfan miðuð við 1. apríl undanfarin ár. Vegna seinkunar á útgáfu Sérlyfjaskrár í ár hefur Lyfjastofnun sent eftirfarandi upplýsingar til þeirra sem málið varðar.

Hjá Lyfjastofnun stendur yfir endurskoðun á allri textavinnslu, útgáfu Sérlyfjaskrár og heimasíðu. Stefnt er að því að birta samantekt á eiginleikum lyfs (**SPC**/Summary of Product Characteristics) á heimasíðu Lyfjastofnunar.

SPC mun koma í stað sérlyfjaskrártexta nema fyrir þau sérlyf þar sem ekki er til SPC á tölvutæku formi, þar mun sérlyfjaskrártexti vera látinn standa óbreyttur.

Sérlyfjaskrá verður gefin út í bókarformi en textar verða styttir frá því sem verið hefur og verða valdir kaflar úr SPC til birtingar. Reiknað er með því að Sérlyfjaskrá komi út seinna á þessu ári.

Stefnt er að því að uppfæra heimasíðuna mánaðarlega og gefa Sérlyfjaskrá út einu sinni á ári eins og verið hefur. Með þessum breytingum er Lyfjastofnun að laga sig að breyttum áherslum í allri upplýsingagjöf..

Snemmskimun í 11.-13. viku meðgöngu flýtir greiningu alvarlegra litningagalla

– Rætt við dr. Kevin Spencer á Harold Wood Hospital á Englandi



Dr. Kevin Spencer við Kryptor-tæki sem hann átti þátt í að þróa en það er notað við skimun lífsýna.

Þröstur Haraldsson

Allmörg þing um læknisfræðileg efni hafa verið haldin hér á landi á þessu sumri og þar hafa þúsundir lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna komið við sögu. Fyrirlesararnir hafa einnig verið fjölmargir og meðal þeirra heimsþekktir menn í sínum sérgreinum. Einn þeirra er Englendingurinn dr. Kevin Spencer, klínískur lífefnafræðingur sem hefur lagt fram drjúgan skerf til þróunar á lífefnaskimun og snemmskimun vegna alvarlegra litningagalla í fóstri á meðgöngu. Hann var hér á landi á þingi um meinefna- og storkufræði (Molecular Medicine 2002) sem haldið var í Borgarleikhúsinu í ágúst og þá hitti blaðamaður Læknablaðsins hann að máli.

Dr. Kevin Spencer kynnti í fyrirlestri nýtt fyrirkomulag á skimun snemma á meðgöngu sem nefnist á ensku „A one stop clinic for assessment of risk for fetal anomalies", skammstafað OSCAR. Það felur í sér að konan kemur til skimunar helst fyrir lok 12. viku meðgöngu (í 11.-13. viku) og eftir eina klukkustund liggur fyrir niðurstaða um það hvort hún sé í hópi yfir settum líkindamörkum vegna litningagalla. Áður hefur hún fengið upplýsingar en fer nú fyrst í stutt viðtal um rannsóknina, að upplýstu vali er svo tekið lífsýni (blóðsýni) og það sett í skimun. Á meðan hún stendur yfir fer konan í ómskoðun og hnakkaþykktarmælingu á fóstrinu. Að henni lokinni liggja niðurstöður skimunar á lífsýni og samþættu líkindamati fyrir. Þær eru kynntar fyrir konunni og henni boðið upp á frekari ráðgjöf ef þurfa þykir.

Að baki þessu kerfi liggja margra ára rannsóknir og undirbúningur sem dr. Spencer hefur farið fyrir. Hann hefur einnig verið ráðgjafi vísinda- og tæknimanna sem þróað hafa tækjabúnað til rannsóknanna, þar á meðal svonefnt Kryptor-tæki sem hefur auðveldað mjög skimun á lífsýnum og stytt verulega tímann sem hún tekur.

Því fyrr því betra

Spencer hefur verið meinefnafræðideild og kvennadeild Landspítalans til ráðgjafar um lífefnaskimun og samþætta snemmskimun og hefur verið komið á samstarfi milli meinefnafræðideildarinnar og sjúkrahússins sem hann starfar við á Englandi, Harold Wood Hospital í Romford í Essex. Það felst í því að lífsýni sem tekin eru úr konum hér á landi eru send út samdægurs mánudaga-miðvikudaga til skimunar en niðurstöður koma til baka í símbréfi daginn eftir eða þarnæsta dag.

En hvað vinnst við að koma þessu kerfi á?

„Kosturinn við þetta kerfi er fyrst og fremst sá að rannsóknin fer fram snemma á meðgöngu og líkindamatið liggur því fyrir áður en fóstrið er orðið mjög þroskað. Við leitum ekki eingöngu að litningagöllum heldur einnig vandamálum sem tengjast meðal annars hjarta og heila. Rannsóknin gerir okkur kleift að fylgja meðgöngunni betur eftir en áður var hægt, veita meiri stuðning og betri ráðgjöf. Verði niðurstaðan sú að ljúka meðgöngunni er það mikill kostur að hægt sé að gera það fyrir lok fyrsta þriðjungs meðgöngu, bæði sálrænt fyrir konuna og frá læknisfræðilegu sjónarmiði. Það fylgja því líka ýmsir kostir að geta afgreitt skimunina í einni heimsókn. Það dregur úr álagi á konuna og fjölskyldu hennar, hún þarf ekki að fá sig lausa úr vinnu til að nálgast niðurstöðurnar og fá nýjan tíma fyrir ráðgjöf um framhaldið. Þetta sparar líka heilbrigðiskerfinu og atvinnulífinu útgjöld. Í þriðja lagi má nefna að með því að beita samþættri snemmskimun, lífefnaskimun og hnakkaþykktarmælingu samtímis, næst betri skimhæfni í leitinni að litningagöllum. Á flestum sjúkrahúsum þar sem konur eru skoðaðar á öðrum þriðjungi meðgöngu eru lífsýni tekin á 16.-18. viku. Með þeirri aðferð finnast að jafnaði um 65% litningagalla. Við lífefnaskimun í 14.-16. viku hefur næmið hjá okkur reynst 75-80% fyrir þrístæðu 21. Með samþættri snemmskimun, lífefnaskimun og hnakkaþykktarmælingu, eykst næmið í 90% eða þar yfir. Við höfum kannað næmið eftir þriggja ára reynslu af OSCAR-kerfinu hjá okkur en á þeim tíma komu um 13.000 konur til skimunar. Niðurstaðan varð sú að við fundum 92% tilvika þrístæðu 21 (Down heilkenni) og öll

tilvik þristæðu af litningum 13 og 18. Næmið reyndist um 96% fyrir öllum helstu alvarlegum litningagöllum. Ég tel hins vegar afar ólíklegt að við munum nokkurn tímann ná 100% næmi."

Dregið úr inngripum

Spencer bætti því við að með því að beita samþættri snemmskimun, það er lífefnaskimun og hnakkaþykktarmælingu með samþættu líkindamati á fyrsta þriðjungi meðgöngu, væri hægt að fækka verulega þeim konum sem þyrftu að fara í inngrípandi greiningarpróf með legvatnsástungu eða fylgjuvefssýnatöku. Þeim hefur farið ört fjölgandi á síðustu árum en ástæður þess eru meðal annars þær að konur eignast börn eldri en fyrr og að glasafrjóvgunum hefur fjölgað.

„Nú þurfa um það bil 5% þungaðra kvenna að fara í legvatnsástungu eða fylgjuvefssýnatöku sem getur verið hættulegt inngrip. Ég held að það sé raunhæft markmið að lækka þetta hlutfall niður í hálft prósent, við um 90% næmi eftir sem áður."

OSCAR-kerfið hefur mælst vel fyrir meðal kvenna á upptökusvæði Harold Wood sjúkrahússins. „Meðan konum var boðið uppá skoðun á öðrum þriðjungi meðgöngu þáðu um það bil 80% kvenna boðið en nú fara um 95% allra þungaðra kvenna í skimun á fyrsta þriðjungi," segir Spencer. Þess má geta að bresk heilbrigðisyfirvöld hafa tekið ákvörðun um að frá og með árinu 2004 standi öllum þunguðum konum til boða að fara í samþætta snemmskimun, það er lífefnavísa- og hnakkaþykktarmælingu með samþættu líkindamati.

Spencer segir að til þess að hægt sé að bjóða upp á OSCAR verði að vera næg þekking og þjálfaður mannafli á deildinni, svo ekki sé minnst á nauðsynlegan tækjabúnað. „Það þarf líka að halda uppi reglulegu og öflugu gæðaeftirliti með starfseminni. Það þarf að ná til allra þátta starfseminnar – rannsókna, ráðgjafar og þjónustu – og allra starfshópa sem nálægt henni koma, tæknimanna og ráðgjafa ekki síður en lækna og meinefnafræðinga. Við verðum að vita að kerfið virki rétt," segir Spencer sem hefur tekið þátt í að semja leiðbeiningar um gæðaeftirlit í meðgöngurannsóknum.

Allt til reiðu hér á landi

Hér á landi hitti dr. Kevin Spencer að máli ýmsa þá sem hann hefur átt samstarf við á undanförnum árum, auk þess sem hann ræddi við landlækni. Hvernig líst honum á aðstæður hér á landi?

„Mér sýnist allt vera til reiðu hér til þess að bjóða upp á samþætta snemmskimun. Fólkið er til staðar, tækin, þekkingin og viljinn hjá stjórn spítalans. Hins vegar á eftir að taka um það ákvörðun hvort þessi þjónusta skuli standa öllum konum til boða og hvort þær þurfi að greiða fyrir hana. Þegar sú ákvörðun liggur fyrir gæti þessi þjónusta hafist strax. Landafræðin setur þó strik í reikninginn hvað það varðar að bjóða upp á klukkustundarskimun eins og við gerum. Úti á landi væri hægt að taka sýni og gera ómskoðun sem síðan yrði unnið úr í höfuðborginni. Konur á landsbyggðinni gætu fengið svarið daginn eftir og sennilega myndi það einnig gilda um konur í Reykjavík þar sem þær eru ekki að jafnaði það margar að það myndi tæplega svara kostnaði að manna rannsóknarstofuna allan daginn," sagði dr. Kevin Spencer.

Cozaar
MSD
TÖFLUR; C 09 C A 01
Virkt innihaldsefni: Losartanum INN, kalíumsalt, 12,5 mg, 50 mg eða 100 mg.
Ábendingar: Háþrýstingur. Hjartabilun þegar meðferð með ACE hemlum er ekki lengur talin henta. Ekki er mælt með að skipta yfir í meðferð með Cozaar ef hjartasjúklingar eru í jafnvægi á ACE hemlum.
Skammtar og lyfjagjöf:
Skammtastærðir handa fullorðnum:
Háþrýstingur: Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Hámarksblóðþrýstingslækkandi áhrif lyfsins nást 3-6 vikum eftir að meðferð er hafin. Hjá sumum sjúklingum næst aukinn árangur með því að auka skammtinn í 100 mg einu sinni á dag. Hjá sjúklingum með minnkað blóðrúmmál (t.d. þeim sem fá stóra skammta af þvagræsilyfjum) skal íhuga að hafa upphafsskammtinn 25 mg einu sinni á dag (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun, en gefa sjúklingum með sögu um skerta lifrarstarfsemi lægri upphafsskammt (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Lyfið má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum.
Hjartabilun: Upphafsskammtur lyfsins hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Skammtinn ætti að auka vikulega (t.d. 12,5 mg á dag, 25 mg á dag, 50 mg á dag) upp í hinn venjulega viðhaldsskammt sem er 50 mg einu sinni á dag, háð þoli sjúklingsins. Lósartan er venjulega gefið samhliða þvagræsilyfjum og dígitalis. ***Skammtastærðir handa börnum:*** Lyfið er ekki ætlað börnum. Lyfið má gefa með eða án matar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ofnæmi. Ofsabjúgur (sjá Aukaverkanir). *Lágþrýstingur og truflun á jóna- og vökvajafnvægi:* Hjá sjúklingum með minnkað blóðrúmmál (þ.e. þeir sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum) geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf lyfsins eða nota lægri upphafsskammt af því (sjá Skammtastærðir handa fullorðnum). *Skert lifrarstarfsemi:* Þar sem marktækt hærri blóðþéttni lósartans hefur komið fram í hjá sjúklingum með skorpulifur, skal íhuga að gefa sjúklingum sem hafa haft skerta lifrarstarfsemi minni skammta af lósartani (sjá Skammtar og Lyfjahvörf). Skert nýrnastarfsemi: Sem afleiðing af hömlun renín-angíótensín kerfisins, hafa breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, sést hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Önnur lyf sem hafa áhrif á renín-angíótensín kerfið geta aukið þvagefni og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í báðum nýrnaslagæðum eða hafa eitt nýra og þrengsli í nýrnaslagæðinni til þess. Svipuð áhrif hafa sést hjá losartani; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. **Meðganga og brjóstagjöf:** Cozaar á ekki að nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti á ekki að nota Cozaar. **Aukaverkanir:** Lyfið þolist almennt vel. Almennt hafa aukaverkanir verið vægar og tímabundnar og hafa ekki orðið til þess að hætta hafi þurft meðferð. Heildartíðni aukaverkana sem sést hafa eftir notkun lyfsins hafa verið sambærilegar við lyfleysu. Í klínískum samanburðarrannsóknum á háþrýstingi var svimi eina aukaverkunin sem skráð var sem lyfjatengd aukaverkun, sem hafði hærri tíðni en þegar lyfleysa var notuð, hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu lósartan. Auk þess hafa skammtaháð áhrif á stöðutengdan blóðþrýsting komið fram hjá < 1% sjúklinga. Útbrot áttu sér stað í sjaldgæfum tilvikum, en tíðni þeirra í klínískum samanburðarrannsóknum var lægri en þegar lyfleysa var gefin. Í þessum tvíblindu klínísku samanburðarrannsóknum á háþrýstingi, komu eftirfarandi aukaverkanir fram í tengslum við gjöf lyfsins hjá ≥ 1% sjúklinga, án tillits til annarra lyfja. Tíðni þessara aukaverkana var yfirleitt svipuð og þegar lyfleysa var notuð. *Almennar:* Kviðverkir, máttleysi/þreyta, brjóstverkur, bjúgur/þroti. *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, meltingartruflanir, ógleði. *Stoðkerfi:* Bakverkir, vöðvakrampar. *Taugakerfi/geðræn einkenni:* Svimi, höfuðverkur, svefnleysi. *Öndunarfæri:* Hósti, nefstífla, hálsbólga, kvillar í ennis- og kinnholum (sinus disorder), sýking í efri loftvegum. Lyfið hefur almennt verið vel þolað í klínískum rannsóknum á hjartabilun. Aukaverkanir voru þær sem við var að búast hjá þessum sjúklingahópi. Algengustu aukaverkanirnar tengdar töku lyfsins voru svimi og lágþrýstingur. Eftirfarandi aukaverkanir hafa einnig sést eftir almenna notkun lyfsins: *Ofnæmi:* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur þ.á m. þroti í barkakýli og raddböndum sem lokar öndunarveginum og/eða þroti í andliti, vörum, koki og/eða tungu, hafa í sjaldgæfum tilvikum sést hjá sjúklingum á lósartan meðferð. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofsabjúg af völdum annarra lyfja, þ.á m. ACE hemla. Æðabólga hefur sjaldan sést, þar með talið purpuralíki sem svipar bæði til purpuralíkis Henochs og Schönleins, með kviðverkjum, maga- og garnablæðingum, liðverkjum og nýrnabólgu. *Meltingarfæri:* Lifrarbólga (sjaldgæf), truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi/geðræn einkenni:* Mígreni. *Öndunarfæri:* Hósti. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Breytingar á blóðgildum:* Í klínískum samanburðarrannsóknum á háþrýstingi komu klínískt mikilvægar breytingar í sjaldgæfum tilvikum fram á stöðluðum rannsóknagildum í tengslum gjöf lósartans. Hækkað kalíum í blóði (>5,5 mmól/l (ca 1,5%)); væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir, og gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** B. **Pakkningar og verð (apríl, 2002): Töflur 12,5 mg:** 28 stk 2459 kr. **Töflur 50 mg:** 28 stk. 3825 kr; 98 stk. 11160 kr. **Upphafspakkning 12,5 mg og 50 mg:** 35 stk. 3825 kr. **Töflur 100 mg:** 28 stk. 5790 kr; 98 stk. 17176 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Uppbygging LIFE rannsóknarinnar:
Framsækin, fjölstöðva, tvíblind, samanburðarannsókn, þar sem sjúklingar með háþrýsting (höfðu verið í meðferð eða ekki) og stækkaðan vinstri slegil metið út frá EKG voru slembivalin í tvo hópa og fengu lósartan eða atenólól í minnst 4 ár. Meginmarkmið: Að bera saman langtíma verkun af lasartani og atanólóli m.t.t. áfalla og dauða (dauða af völdum hjarta- eða æðasjúkdóma, hjarta- eða heilaáföll). Þátttakendur voru 9193 menn og konur á aldrinum 55 - 80 ára.

LIFE RANNSÓKNIN

COZAAR® SÝNDI MEÐ LIFE RANNSÓKNINNI,
AÐ ÞAÐ SKIPTIR MÁLI HVERNIG ÞÚ MEÐHÖNDLAR
SJÚKLINGA MEÐ HÁÞRÝSTING.

Cozaar® minnkar hættuna á heilablóðfalli
um 25% m.v. atenólól (p = 0,001)[1]



takk !

COZAAR®
(LOSARTAN, MSD)
ÖRYGGI. ÁRANGUR. ÁNÆGJA.

MERCK SHARP & DOHME
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík

Gamalt verkefni



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

FLESTAR BEIÐNIR og úrlausnarefni sem berast pistlahöfundi varða ensk eða latnesk heiti. Heiti úr Norðurlandamálum birtast þó öðru hvoru. Fyrir nokkuð löngu sendi María Ásgeirsdóttir, lyfjafræðingur, tölvupóst og bað um aðstoð við að finna íslenskt heiti á nafnorðið **prækonditionering**. Þetta reyndist erfitt verkefni og eftir bráðabirgðasvar var það lagt til hliðar með von um að einhver ósjálfráð hugmyndagerjun myndi eiga sér stað í hugarfylgsnum.

María var að fást við þýðingu á texta sem lýsti áhrifum tiltekinna lyfja á hjartað og æðakerfi þess. Fram kom að orðið væri heiti á *ferli*, **process**, sem fer af stað við vissar aðstæður og að lyf gætu hamlað ferlinu eða stöðvað það.

Kondition

Í Dansk-íslenskri orðabók Freysteins Gunnarssonar má finna nafnorðið **kondition**, *skilyrði, skildagi, kostur; ásigkomulag, þjálfun, ástand; vistarráð*. Þá var einnig leitað fanga í orðabókum fyrir enska tungu. Ensk-íslensk tölvuorðabók Máls og menningar geymir nafnorðið **condition**, sem sagt er merkja *ástand; ásigkomulag; skilyrði; sjúkdómur*. Sagnorðið **condition** er þar einnig, og er sagt merkja að *þjálfa; styrkja; venja; móta*. Hin mikla ensk-enska alfræðiorðabók Websters birtir 22 mismunandi skýringar á nafnorði og sagnorði. Af þeim virðast tvær eiga best við um nafnorðið: *3. viðeigandi eða nauðsynlegt ástand;* og *6. ástand sem er nauðsynlegt fyrir einhverja niðurstöðu*. Um sagnorðið má einnig grípa til tveggja skýringa: *13. að setja í viðeigandi eða rétt ástand; undirbúa;* og *16. að láta verða fyrir tilteknum skilyrðum eða aðstæðum*. Íðorðasafn lækna birtir aðeins skýringarnar *hagur* fyrir nafnorðið og að *skilyrða* fyrir sagnorðið. Vísað er þar einnig í nafnorðið **state**, *hagur, ástand, kostur*, sem samheiti. **Conditioning** er þýtt sem *skilyrðing* í sálfræði. Benda má á samsetningarnar **conditioned reflex** og **conditioned response**, *skilyrt viðbragð* og *skilyrt svar*.

Prækondition

Þetta orð finnst ekki í Dansk-íslenskri orðabók Freysteins Gunnarssonar. Enska orðið **precondition** finnst ekki í Íðorðasafni lækna, en fyrrnefnd tölvuorðabók birtir íslensku þýðingarnar *skilyrði; forsenda*. Læknisfræðiorðabók Dorlands, útgefin árið 2000, skýrir fyrirbærið **preconditioning** þannig: *myndun ástands sem mun leiða til tiltekins svars við síðar komnu áreiti*, en í læknisfræðiorðabók Stedmans frá árinu 1995 er orðið ekki að finna. Alfræðiorðabók Websters, sem er frá 1989, birtir þó sögnina **to precondition** og útskýrir merkingu hennar þannig: *að veita (persónu eða hlut) sérstaka meðferð til undirbúnings fyrir síðari reynslu, ferli, prófun o.s.frv*. Forskeytið **pre-** (latína prae-) merkir, samkvæmt Íðorðasafni lækna: *áður, fyrr, for-*. Þar sem það kemur fyrir í samsettum læknisfræðiheitum er oftast notað íslenska forskeytið *for-*, en stundum *framan-* eða *fyrir-*.

Af þessu má ráða að danska orðið **prækonditionering** vísar í það að undirbúa eitthvað (lífræn ferli, frumur, vefi, líffæri, líkama) og koma því í ákveðið ástand til að ná fram tilteknum viðbrögðum við því áreiti eða álagi sem vænst er síðar. Segja má að slíkur undirbúningsferill leiði til forástands (prækondition) miðað við það ástand (kondition) sem síðar myndast.

Endurteknar uppflettingar í Samheitaorðabókinni gáfu ekki endanlega úrlausn. Fram komu bráðabirgðatillögur sem byggja á því að þýða **pre-** með *for-* og að þýða síðan sögnina **to condition** sérstaklega. Úr því urðu til samsetningar eins og til dæmis: **forformun, formótun, forstyrking**. Sé fyrrgreind þýðing úr sálarfræðinni notuð sem grundvöllur verður til heitið **forskilyrðing**, en það er stirðlegt og alls ekki gegnsætt. Nú er óskað eftir viðbrögðum og tillögum lesenda.

Integrative medicine

María Hrönn Gunnarsdóttir, blaðamaður, sendi tölvupóst og bað um tillögu að íslenskri þýðingu á **integrated medicine** (UK) eða **integrative medicine** (USA). Um er að ræða lækningar sem eru iðkaðar á þann hátt að valdir þættir úr óhefðbundnum lækningum (alternative medicine) eru nýttir í meðferðaráætlunum, sem að öðru leyti byggja á viðurkenndum aðferðum hefðbundinnar læknisfræði (orthodox medicine) hvað varðar greiningu og meðferð.

Formlegt heiti liggur ekki fyrir í Íðorðasafni lækna og því var fátt annað til ráða en að gera tillögu að nýrri samsetningu. Enska sögnin **to integrate** merkir að samlaga, fella saman, samþætta, fella í heild, afnema aðskilnað. Samkvæmt Íðorðasafninu er heitið **medicine** notað til að tákna: *1. lyf, meðal; 2. læknisfræði; 3. lyflæknisfræði*. Undirritaður valdi þann kostinn að setja fram heitið **samþættar lækningar**. Verði um traustan fræðilegan grundvöll að ræða má auðvitað nefna þetta samþætta læknisfræði.

Nokkrar tillögur

Að lokum verða birtar án umræðu nokkrar tillögur sem borist hafa frá læknum á förnum vegi og verið hripaðar niður á lausa miða. Pétur Lúðvígsson vill nota heitið **broddbylgjur** um tilteknar bylgjur í heilalínuriti, **spike waves**. Valgarður Egilsson vill þýða þýska orðið **besserwisser** sem **sjálfviti**, en tekur vara við því að tengja það merkingarlega við annað íslenskt orð sem hljómar líkt. Jón R. Kristinsson stakk upp á því að **diabetes insipidus** fengi heitið **óðamiga**. Björn Árdal vill að öndunarhjálpin sem skammstöfuð er **CPAP** (sí-papp) á ensku (Continous Positive Airway Pressure) fái heitið **síblástur** á íslensku.



Einu sinni á dag við exemi [4,5,8]

Cutivat
Fluticasone Propionate

- Áhrifarík meðferð fyrir börn og fullorðna[4, 6, 9]
- Góður kostur í langtímameðhöndlun exems[5]
- Lítil hætta á aukaverkunum[1, 3, 5, 6, 7, 8]
- Einföld skömmtun[3, 4, 5]

CUTIVAT GlaxoSmithKline; RB

KREM; 1 g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5 mg (=500 míkróg), Paraffinum liquidum, Alcoholum cetosteraylicus, Isopropylis myristas, Cetomacrogolum 1000, Propylenglycolum, Imidurea, Natrii phosphas, Acidum citricum monohydricum, Aqua purificata q.s. ad 1 g. **SMYRSLI;** 1 g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat 50 míkróg, Propylenglycolum, Sorbitanum sesquioleas, örkristallað vax, Paraffinum liquidum q.s. ad 1 g. **Eiginleikar:** Flútíkasónpróþíónat er sýkursteri með kröftuga bólgueyðandi verkun (flokkur III) en bælandi áhrif á nýrnahettustarfsemi eru lítil þegar lyfið er borið á húð (sjá kaflann um varúð). **Ábendingar:** Húðsjúkdómar sem þurfa staðbundna sterameðferð, svo sem exem, ofnæmi, kláði prurigo nodularis, psoriasis (þó ekki útbreiddur psoriasisskellur), staðbundinn helluroði (discoid lupus erythematosus), skordýrbit, hitabólur og taugahúðkvillar (neurodermatoses). Stuðningsmeðferð við sterainntöku við erythroderma generalisata. **Frábendingar:** Húðsýkingar af völdum baktería, sveppa eða veira. Rosacea, þrymlabólur (acne vulgaris), kláði kringum endaþarm og á kynfærum (perianal og genital pruritus). Húðútbrot hjá börnum innan 1 árs, þ.m.t. bleiuútbrot. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið ætti ekki að nota á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til. Ekki er líklegt að lyfið finnist í brjóstamjólk við venjulega notkun. **Aukaverkanir:** Sjaldgæfar (0,1 - 1%): *Húð:* Staðbundinn sviði eða kláði, húðþynning, útvíkkun á æðum í húð, húðslit, sýkingar. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): *Innkirtlar:* Bæling á starfsemi nýrnahetttna. *Húð:* Litabreytingar, óeðlilegur hárvöxtur og ofnæmi. Dæmi eru þess að einkenni húðsjúkdóma versni við notkun sykurstera. Beri á ofnæmi skal notkun lyfsins strax hætt. **Milliverkanir:** Engar þekktar. **Varúð:** Langvarandi notkun lyfsins í miklu magni, sem borið er á stór húðsvæði, getur valdið bælingu á nýrnahettustarfsemi. Ólíklegt er að slíkt gerist nema ef lyfið er borið á yfir 50% af líkamsyfirborði fullorðinna eða meira en 20 g eru notuð daglega. Hjá börnum getur frásog sykurstera verið hlutfallslega meira og því aukin hætta á almennum aukaverkunum. Forðast ber að nota lyfið um langan tíma í andlit og gæta skal þess að lyfið komi ekki í augu. Ef sýking berst í húðsvæði sem verið er að meðhöndla er þörf á viðeigandi sýklalyfjameðferð. Ef sýkingin breiðist út þarf að hætta notkun lyfsins. Auknar líkur eru á sýkingu ef ógegndræpar umbúðir eru notaðar. **Notkun: Krem 0,5 mg/g:** *Við exemi:* Berist á í þunnu lagi, einu sinni á dag. *Við öðrum ábendingum:* Berist á í þunnu lagi tvisvar á dag. **Smyrsli 0,5 míkróg/g:** Berist á í þunnu lagi tvisvar á dag. **Pakkningar: Krem 0,5 mg/g:** 30 g; 100 g. **Smyrsli 50 míkróg/g:** 30 g; 100 g. **Verð:** Cutivat krem og smyrsli: 30 gr. kr. 1.233, 100 gr. kr. 3.296. **TILV.** 1.Lebwohl M. Cutis 1996;57(2s):62-68. 2.Olsen EA.Cutis1996;57(2S):57-61. 3.Spencer CM et al. BioDrugs 1997:7(4):318-334. 4.Bleehen SS et al. Br.J Dermatol 1995; 592-597. 5.Van der Meer JB et al Br J Dermatol 1999;140: 1117-1121. 6.Young MMR et al. (Abstract) Br J Dermatol 1994;131:135. 7.Oranje AP et al. J Dermatol Treat 1999; 10(1):73-74. 8. Wolkerstorfer A et al. J am acad Dermatol 1998;39(2pt1):226-232. 9. Westerhof W et al. Arch Dermatol 1999; Sept 135: 1061-1066. 19.03.01.

gsk GlaxoSmithKline

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 530 3700 • www.gsk.is

Faraldsfræði í dag

Klínísk faraldsfræði III



María Heimisdóttir

mariah@decode.is

Mörg helstu hugtök klínískrar faraldsfræði hafa nú þegar verið kynnt til sögunnar, svo sem næmi, sértæki, aðgreiningarhæfni, og forspárgildi. Öll hafa þessi hugtök hlutverk við val og túlkun klínískra prófa en gagnsemi hvers þeirra fer eftir aðstæðum. Næmi og sértæki prófs segja til um líkur á að prófið reynist jákvætt meðal þeirra sem hafa sjúkdóminn og neikvætt meðal þeirra sem hafa hann ekki. Saman segja næmi og sértæki til um aðgreiningarhæfni prófsins eða getu þess til að greina á milli sjúkra og heilbrigðra einstaklinga. Því eru upplýsingar um næmi og sértæki gagnlegastar áður en við gerum prófið (þessar upplýsingar ber að nota til að ákveða hvort á að framkvæma tiltekna rannsókn eða próf). Þegar niðurstaða prófsins liggur fyrir er mest um vert að átta sig á líkunum á að sjúklingur með tiltekna niðurstöðu hafi raunverulega sjúkdóminn. Þá eru upplýsingar um forspárgildi (positive, negative predictive value) prófsins mjög gagnlegar en næmi og sértæki hafa mun minna vægi. Forspárgildi er þannig notað til að túlka niðurstöður rannsóknar sem þegar hefur verið framkvæmd. Forspárgildi prófs er háð bæði næmi og sértæki þess en einnig algengi sjúkdómsins í viðkomandi þýði. Í þessu sambandi vega þó áhrif algengis mun meira en áhrif næmis og sértækis þar sem þær stærðir liggja á mun þrengra bili en algengi. Næmi og sértæki almennra prófa og rannsókna liggja á bilinu 50-99% (ef gildin eru undir 50% eru próf yfirleitt ekki talin nógu góð til að vera notuð). Því er breytileiki þessara gilda yfirleitt ekki meiri en svo að nemi tvöföldun. Miklu meiri breytileika gætir í algengi, en gildi þess getur margfaldast frá einu þýði til annars.

Þær upplýsingar sem felast í næmi annars vegar en sértæki hins vegar má einnig sameina og setja fram sem líkindahlutfall (likelihood ratio). Þetta hugtak endurspeglar hlutfall tveggja stærða, annars vegar líkanna á því að ákveðin prófniðurstaða komi fyrir meðal einstaklinga sem hafa sjúkdóminn og hins vegar líkanna á að slík niðurstaða komi fyrir meðal einstaklinga án sjúkdómsins. Líkindahlutfall segir til um getu prófs til að umbreyta líkum á sjúkdómi áður en prófið er framkvæmt (pre-test probability), en þær líkur eru einfaldlega það sama og algengi sjúkdómsins, yfir í líkur á sjúkdómi í ljósi tiltekinnar niðurstöðu (posterior eða post-test probability).

Líkindahlutfall fyrir jákvæða prófniðurstöðu (Likelihood ratio – positive test result, LRP) segir til um gagnsemi slíkrar niðurstöðu með því að bera saman líkurnar á jákvæðri niðurstöðu meðal þeirra sem hafa sjúkdóminn (það er næmi) og líkurnar á jákvæðri niðurstöðu meðal þeirra sem ekki hafa sjúkdóminn (það er fölsk jákvæðni sem er (1-sértæki)). LRP er því reiknað sem næmi/(1-sértæki). Besta prófið til að staðfesta sjúkdóm (rule in) er það sem hefur hæst LRP (eða þar sem líkurnar á jákvæðri niðurstöðu eru miklu hærri meðal þeirra sem hafa sjúkdóminn en meðal þeirra sem hafa hann ekki).

Líkindahlutfall fyrir neikvæða prófniðurstöðu (Likelihood ratio – negative test result, LRN) lýsir hins vegar styrk slíkrar niðurstöðu með því að bera saman líkurnar á neikvæðri niðurstöðu meðal þeirra sem hafa sjúkdóminn (það er fölsk neikvæðni eða (1-næmi)) og líkurnar á neikvæðri niðurstöðu meðal þeirra sem ekki hafa sjúkdóminn (sértæki). LRN er því reiknað sem (1-næmi)/(sértæki). Æskilegasta prófið til að útiloka sjúkdóm (rule out) er það sem hefur lægst LRN (eða þar sem líkurnar á neikvæðri niðurstöðu eru miklu lægri meðal þeirra sem hafa sjúkdóminn en meðal þeirra sem ekki hafa hann).

Líkindahlutfall sameinar þannig næmi og sértæki (eða andstæður þeirra, falska jákvæðni og falska neikvæðni) í eina stærð. Þar sem næmi og sértæki eru óháð algengi sjúkdóms er líkindahlutfall það einnig og er það því að mörgu leyti þjálla í notkun en forspárgildi (predictive value) sem er háð algengi.

Líkindahlutfall hefur ýmsa kosti umfram það að vera óháð algengi. Það sameinar tvennar upplýsingar (næmi og sértæki) í eina tölu, það endurspeglar líkindadreifingu rannsóknarniðurstaðna (almennt eru minni líkur á að fá mjög afbrigðilega niðurstöðu en niðurstöðu sem er nálægt meðaltali eða eðlilegu gildi) og þar með endurspeglar það hið almenna klíníska viðhorf að láta mjög afbrigðilegar niðurstöður vega þyngra til sjúkdómsgreiningar eða annarrar ákvarðanatöku en smávægileg frávik frá meðaltali eða eðlilegum gildum.



Nasonex - og þú missir ekki af vorfiðringnum

MA 003-05

Nasonex Schering-Plough A/S, 960233 NEFÚÐI; R01 AD 09 RE **Hver úðaskammtur inniheldur:** Mometasonum INN, furoate, monohydrat, samsvarandi Mometasonum INN, furoate 50 míkróg. **Ábendingar:** Nasonex nefúði er notaður fyrir fullorðna og börn 6 ára og eldri til meðhöndlunar á árstíðabundnu eða heilsárs ofnæmisnefkvefi. Nasonex nefúði er einnig notaður með sýklalyfjum fyrir fullorðna og börn 12 ára og eldri til meðhöndlunar á bráðum einkennum skútabólgu (sinusitis). **Skammtar og lyfjagjöf:** ***Skammtastærðir handa fullorðnum (þ.m.t. aldraðir) og börnum 12 ára og eldri:*** Venjulegur ráðlagður skammtur er 2 úðanir (50 míkróg/úðun) í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 200 míkróg). Þegar sjúkdómseinkennin hafa lagast má minnka skammtinn í eina úðun í hvora nös (heildarskammtur 100 míkróg). Ef einkenni lagast ekki má auka skammtinn í 4 úðanir í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 400 míkróg). Mælt er með að minnka skammta þegar einkenni lagast. Viðbótarmeðhöndlun við bráðum einkennum skútabógu (sinusitis): Ráðlagður skammtur er 2 úðanir (50 míkróg/úðun) í hvora nös tvisvar á dag (heildarskammtur 400 míkróg). Ef einkenni lagast ekki nægjanlega má auka skammtinn í 4 úðanir í hvora nös tvisvar á dag (heildarskammtur 800 míkróg). ***Börn 6-11 ára:*** Venjulegur ráðlagður skammtur er 1 úðun (50 míkróg/úðun) í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 100 míkróg/úðun). Frábendingar: Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Eftir langtímameðferð með Nasonex þarf að skoða reglubundið þá sjúklinga sem nota lyfið m.t.t. hugsanlegra breytinga í nefslímhúð. Fylgjast skal vel með börnum sem eru í langtímameðhöndlun með barkstera í nef. Forðast skal notkun lyfsins hjá sjúklingum sem hafa virka eða óvirka berklasýkingu í öndunarfærum. **Milliverkanir við lyf og annað:** Mómetasón fúróat hefur verið gefið samtímis lóratadíni án þess hafa áhrif á styrk þess eða aðalhvarfefnis þess í blóðvökva. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanirnar sem fram hafa komið í klínískum prófunum eru eftirfarandi: Höfuðverkur (8%), blóðnasir (8%), kokbólga (4%), sviði og erting í nefi (2%) og sáramyndun (1%). Bráð einkenni skútabólgu (sinusitis): Fullorðnir og börn 12 ára og eldri sem fengu mómetasón fúróat sem viðbótarmeðhöndlun við bráðum einkennum skútabólgu fengu aukaverkanir sem tengdust meðhöndluninni, og komu fyrir með sömu tíðni og með lyfleysu, höfuðverkur (2%), hálsbólga (1%), sviði og erting í nefi (1%). Blóðnasir voru yfirleitt minniháttar en komu fyrir með sömu tíðni og hjá þeim sem fengu lyfleysu (5% á móti 4%). **Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins:** Áður en fyrsti skammtur er gefinn skal hrista úðaflöskuna vel og þrýsta á dæluna 6-7 sinnum þangað til jafn úði fæst. Hafi dælan ekki verið notuð í 14 daga eða lengur skal endurtaka þetta fyrir notkun. **Hristið flöskuna vel fyrir hverja notkun. Pakkningar:** 1 úðastaukur, 18 g (140 úðaskammtar). Hámarkssmásöluverð 1. apríl 2002: 2.708.- kr.

ISFARM ehf.
ICEPHARM Ltd.

Schering-Plough A/S

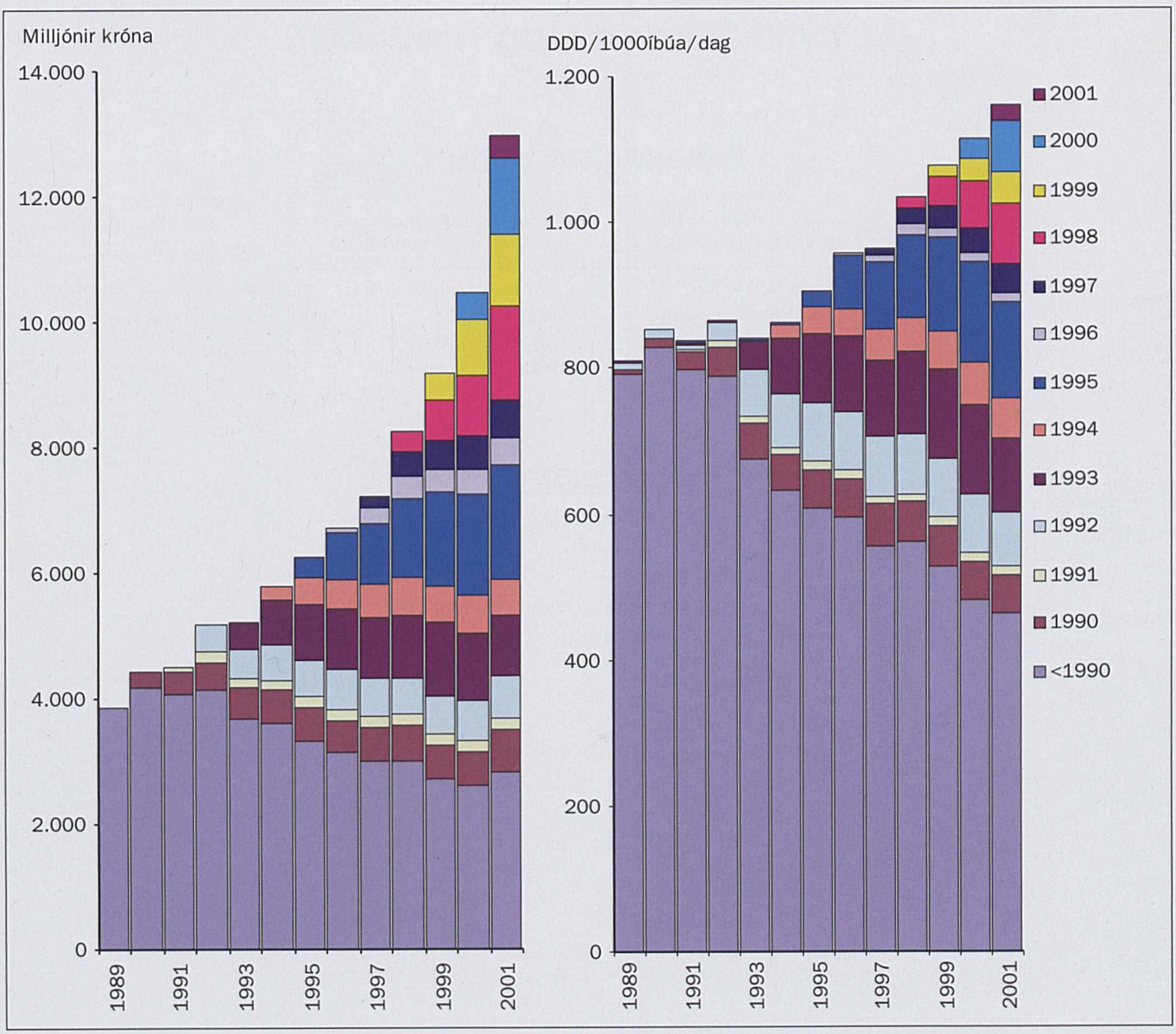
Nasonex® - mometason furoat

Lyfjamál 107

Lyfjasala flokkuð eftir skráningarári lyfja

Eggert Sigfússon

Í LJÓSI NÝLEGRAR umræðu um ört vaxandi kostnað sjúkrahúsa vegna sjúkrahúslyfja (S-merktu lyfin) er vert að athuga hvernig dreifing lyfjasölunnar er eftir aldri lyfja á markaði. Í ljós kemur að lyf sem fengið hafa markaðsleyfi frá og með 1990 eru nú með helmingshlutdeild að magni til og um það bil ¾ verðmætisins. Þessi þróun er sérstaklega áberandi í krabbameinslyfjum, en í þeim flokki eru flest lyfin S-merkt. Þar tvöfaldaðist kostnaður milli áranna 2000 og 2001 (451 milljónir króna árið 2000 en 820 milljónir 2001). Hér eru súlurit sem sýna heildarsöluna frá 1989 til 2001 flokkaða eftir skráningarári lyfja.



Höfundur er deildarstjóri í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti.

XENICAL®

orlístat

Tapið þyngd. Bætið heilsu.

LYF VIÐ OFFITU

hylki 120 mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat.

Roche

F. Hoffmann-La Roche Ltd
www.roche.com

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · Sími 530 7100

Fylgikvillar offitu[1]:

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 án verkunar á miðtaugakerfið (ATC-flokkun A08AB01).

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

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

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

Ábendingar: Xenical er ætlað ásamt hitaeininga-skertu fæði til meðferðar hjá offitusjúklingum með þyngdarstuðul (BMI= þyngd(kg)/hæð(m)·hæð(m)) hærri eða jafn og 30 kg/m² (BMI) eða yfirþyngdarsjúklingum (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 aðalmáltíð, þ.e. 3 hylki á dag. 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 hita-einingar en hans daglega þörf segir til um og ætti um 30% hitaeininganna að vera úr fitu.
Mælt er með ríkulegri neyslu ávaxta og grænmetis.
Daglegri neyslu fitu, kolvetna og próteins skal dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins.
Ekki hefur verið sýnt fram á að orlístat skammtar stærri en 120 mg þrisvar á dag bæti árangur.
Áhrif orlístats leiða til aukningar á fitu í saur, strax 24-48 klukkustundum eftir inntöku. Þegar meðferð er hætt verður fituinnihald hægða yfirleitt aftur eins og það var fyrir meðferð, innan 48-72 klukku-stunda.
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.

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

Milliverkanir: Samtímis gjöf orlístats og fibrata, akarbósa eða lyfja sem valda lystarleysi er ekki ráðlögð ef rannsóknir á milliverkunum eru ekki fyrirliggjandi.
Þegar warfaríns eða önnur segavarnarlyf eru gefin ásamt orlístati (stórir skammtar og langtíma meðferð) á að fylgjast með blóðstorkugildum.
Engar milliverkanir við biguaníð, digoxín, fenýtóín, getnaðarvarnartöflur, nifedipín, nifedipín forðalyf, eða alkóhól hafa komið fram.
Vítamín og betakarótín: Taka þarf tillit til minnkunar á frásogi D- og E-vítamíns og betakarótíns (sjá kafla um Varnaðarorð og varúðarreglur).
Ciclospórín: Vart hefur orðið við minnkun í þéttni ciclospóríns í plasma ef það er gefið með orlístati. Þess vegna er mælt með því að fylgst sé oftar en venja er með plasmagildum ciclospóríns við samhliða gjöf og eftir að töku orlístats er hætt þar til ciclospórínþéttni er stöðug (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur).

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.

Akstur og stjórnun vinnuvéla: 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 hægðalosun (22% sjúklinga), fitugar/seigfljótandi hægðir (20% sjúklinga), þunnfljótandi hægðir (12% sjúklinga), aukin hægðalosun (11% sjúklinga) og vangeta við stjórn á hægðum (8% sjúklinga).
Tíðni aukaverkana minnkaði með langtímanotkun orlístats.
Algengar > 1%: Meltingarfæri: Kviðverkir/-óþægindi, vindgangur, þunnfljótandi hægðir, linar hægðir, verkir/óþægindi í endaþarmi, tannkvillar og tannholdskvillar. *Öndunarfæri:* Sýkingar í efri öndunarfærum, sýkingar í neðri öndunarfærum. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Kynfæri:* Tíðatruflanir. *Geð:* Kvíði. *Almennar:* Þreyta. *Þvagfæri:* Sýkingar í þvagrás.
Fá tilfelli ofnæmis hafa verið tilkynnt. Aðaleinkenni eru kláði, útbrot, ofsakláði, ofsabjúgur og bráðaofnæmi.
Eftir markaðssetningu hefur verið tilkynnt um mjög sjaldgæf tilfelli á aukningu á transaminasa og alkalínfosfatasa í lifur.

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 hömlunar á lípasa gangi hratt til baka.

Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1.2. 2002:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 6.521 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 11.964 kr.

Greiðslufyrirkomulag: Tryggingastofnun ríkisins tekur ekki þátt í greiðsu lyfsins nema sjúklingur hafi lyfjaskírteini. Elli- og örorkulífeyrisþegar með lyfjaskírteini greiða að hámarki 1.375 krónur fyrir lyfið, en aðrir að hámarki 4.950 krónur.

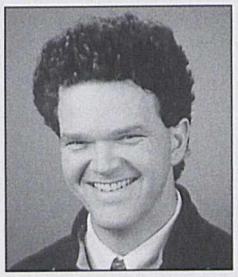
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Heimilt er að ávísa lyfinu til 100 daga notkunar í senn.

Texti Sérlyfjaskrár: Júlí 2001.

Heimild:

1) WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Condultation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). Geneva: WHO.

Draugagangur og umhyggja



Bjarni Jónasson

Bjarni.Jonasson@hg.is

Að fjallgöngu lokinni

Skólafélagarnir og kollegarnir fjórir höfðu lokið göngu um Síldarmannagötur frá Botnsdal yfir í Skorradal. Gangan þótti fremur létt og móttökurnar í Skorradal voru höfðinglegar. Þegar sest var að veisluborði barst talið að brennslu hitaeininga á göngu sem þessari og hvort maður bætti á sig grömmum eður ei þegar upp væri staðið. Þá heyrðist í Sveini: „Mér finnast kaloríur vondar og spýti þeim alltaf út úr mér."

Draugagangur

Á hverju kvöldi kom Friðrik heim með kippu af bjór og tæmdi allar dósirnar sex á meðan hann horfði á sjónvarpið. Kvöld eitt þegar hann var að tæma síðustu dósina sá hann tveggja metra draug koma askvaðandi í gegnum útidyrnar sem kýldi hann fyrirvaralaust í magann. Síðan hvarf draugurinn á brott út um eldhúsgluggann. Næsta kvöld var Friðrik að ljúka við annan bjórinn þegar honum birtist draugurinn á ný og áður en maðurinn vissi af fékk hann bylmingshögg í hausinn. Eftir þessa reynslu hætti Friðrik að drekka. Engu að síður kom draugurinn þriðja kvöldið og nefbraut Friðrik.

Daginn eftir kom Friðrik á stofu til heimilislæknisins og sagði farir sínar ekki sléttar.

„Hvað get ég gert?" spurði Friðrik.

„Það er víst ekki neitt við þessu að gera," sagði læknirinn. „Þessi draugur er víst alveg einstaklega leiðinlegur."

Umhyggja eftir aðgerð

Ungur maður lagðist inn á skurðdeild til minni háttar aðgerðar. Daginn eftir leit kunningi hans við á deildinni til að athuga hvernig sjúklingnum farnaðist. Vinurinn var aldeilis forviða að sjá hverja konuna eftir aðra, bæði lækna og hjúkkur, koma að rúmi sjúklingsins og spyrja hvernig hann hefði það og hvort hann þarfnaðist einhvers.

„Þetta er nú meiri umhyggjan sem þú færð," sagði vinurinn. „Það er ekki að sjá að það ami neitt að þér."

„Ég veit," sagði sjúklingurinn, „en þetta er búið að vera svona frá því ég sagði einni hjúkkunni að það hefði þurft að sauma tuttuguogsjö spor eftir að ég var umskorinn."

Illa brugðið

Kona nokkur sem var einstaklega mikil um sig og þykk undir húð hringdi á leigubíl og bað hann að koma fljótt. Veðrið var sérdeilis napurt þennan dag og konan því vel dúðuð. Þegar bíllinn birtist gekk hún hröðum skrefum í áttina að honum og sagði: „Góðan daginn. Fæðingardeild Landspítalans alveg í hvelli." Leigubílstjóranum var illa brugðið og konan komst ekki hjá því að sjá hvernig hann fölnaði upp og ók sér í sætinu. „Hafðu engar áhyggjur, vinur, ég er bara orðin of sein í vinnuna."

Á bakið

Sjúklingurinn var orðinn langþreyttur á þjónustu spítalans og kvartaði við lækninn. „Ég hata þennan stað," sagði maðurinn. „Það er alltaf farið með mann eins og hund." „Það er nú ekki rétt hjá þér," sagði læknirinn. „Svona, veltu þér nú á bakið."

Pláss fyrir plástur

Tveimur vikum eftir að sjúklingurinn útskrifaðist af hjartadeildinni mætti hann í endurkomu til hjartalæknisins. „Þetta er orðið hálfgert bras hjá mér með plásturinn sem hjúkkan ráðlagði mér að líma á mig á sex klukkustunda fresti þegar hún útskrifaði mig um daginn." „Og hvert er þá vandamálið?" spurði læknirinn. „Ég er kominn með svo marga plástra að það er orðið lítið pláss fyrir fleiri."

Gamall karl

Kona gekk að smávöxnum ellilegum manni sem sat á bekk í almenningsgarði. „Ég kemst ekki hjá því að taka eftir því hversu glaður þú ert á svipinn," sagði konan. „Hvert er eiginlega leyndarmálið á bak við svona langt og gefandi líf?"

„Ég reyki þrjá pakka af sígarettum á dag, drekk sex flöskur af vodka á viku, borða ruslfæði og hreyfi mig aldrei nema ég megi til," sagði maðurinn.

„Þetta er með ólíkindum," sagði konan alveg forviða. „Og hvað ertu svo gamall?"

„Tuttuguogsex ára."

Þrjóskur eiginmaður

„Maðurinn minn er svo þrjóskur," sagði eiginkonan við nágrannakonu sína, „að hann fór ekki til tannlæknis fyrr en hann var orðinn fimmtíu og þriggja ára gamall."

„Hvað varð eiginlega þess valdandi að hann fór þá til tannlæknisins?" spurði nágrannakonan.

„Hann var kominn með svo margar holur að það heyrðist bergmál þegar hann talaði."

Reductil® sibutramin
– verkar þar sem hungrið hefst



ABBOTT LABORATORIES A/S

Pharmaco

Hörgatúni 2, 210 Garðabær
Sími 535 7000

Haustnámskrá Endurmenntunar HÍ

Nám með starfi og skemmri námskeið

HAUSTNÁMSKRÁ Endurmenntunar HÍ er komin út. Hátt í þrjú hundruð námskeið eru í boði á meira en þrjátíu fræðasviðum, enda er námskráin afrakstur af samstarfi við fagfélög, fyrirtæki, menningarstofnanir, frjáls félagasamtök, kennara og viðskiptavini. Sex fagfélög háskólafólks eiga nú fulltrúa í stjórn Endurmenntunar HÍ.

Í námskránni er greint frá nýjum námsbrautum sem stunda má samhliða starfi, svo sem nám í sálgæslu, sem boðið er upp á í samstarfi við guðfræðideild HÍ, og heildstætt nám í verkefnastjórnun. Þá stendur hjúkrunarfræðingum nú til boða að ljúka endurmenntunarnámskeiðum sem meta má til eininga í meistaranámi og MBA-nám er að fara af stað í annað sinn í samstarfi við viðskipta- og hagfræðideild HÍ.

Kvöldnámskeið Endurmenntunar fyrir almenning njóta vinsælda og eru óvenjumörg námskeið í boði að þessu sinni eða á þriðja tuginn. Meðal þeirra má nefna námskeið í Njálu, Þingeyingasögum og Sturlungu, óperunámskeið um Rakarann í Sevilla, námskeiðs um sögu og náttúru Þingvalla, sögu og menningu palestínsku þjóðarinnar og um tónlist og menningu á Kúbu.

Þá er mikið úrval af sérhæfðari fræðslu fyrir fagfólk, svo sem fólk í heilbrigðis- og félagsþjónustu og í uppeldisstörfum. Framboð á fræðslu fyrir stjórnendur hefur verið aukið og eru hátt á fjórða tug slíkra stjórnunarnámskeiða í boði.

Meðal námskeiða sem ætluð eru heilbrigðisstéttum má nefna Samningastjórnun í heilbrigðisþjónustu sem haldið er í samvinnu við Norræna heilbrigðisháskólann en það fer frá 13. september. Hugræn atferlismeðferð við kvíða heitir annað námskeið sem verður 21.-22. október og 23. október hefst hið fyrsta af fjórum hálfs dags námskeiðum um stjórnun í heilbrigðisþjónustu sem verða vikulega fram til 13. nóvember.

Skólaárið hjá Endurmenntun HÍ hefst nú fyrr en áður og er vakin athygli á því að fjölmörg starfstengd námskeið eru haldin strax í september. Námskrá Endurmenntunar er komin á heimasíðuna *www.endurmenntun.is* og þar er jafnframt hægt að skrá sig.

Reductil (r) sibutramin
- verkar þar sem hungrið hefst
Reductil
Abbott Scandinavia
HYLKI,(hörð);A 08 A A 10 R0
Hvert hylki inniheldur:10 mg Sibutraminum INN,hýdróklóríðmónóhýdrat (samsvarar 8,37 mg af sibutramini),eða 15 mg Sibutraminum INN, hýdróklóríðmónóhýdrat (samsvarar 12,55 mg af sibutramini. **Ábendingar:** Reductil er ætlað sem viðbótar meðferð í megrunaráætlun hjá: Offitusjúklingum, sem eru of feitir vegna fæðuneyslu og hafa líkamsþyngdarstuðul (BMI) 30 kg/m2 eða stærri. Ofþyngdarsjúklingum, sem eru of þungir vegna fæðuneyslu og hafa líkamsþyngdarstuðul 27 kg/m2 eða hærri, ef offitutengdir áhættuþættir, svo sem insúlínóháð sykursýki eða blóðfituvandamál (dyslipidaemia), eru fyrir hendi. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir: Upphafsskammtur er eitt hylki af Reductil 10 mg daglega.Hylkið má taka með eða án fæðu. Börn: Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir sibutramini eða einhverju hjálparefnanna, líffræðilegar ástæður offitu, saga um alvarleg átröskun, geðsjúkdómar.Sýnt hefur verið fram á í dýrarannsóknum að sibutramin hefur hugsanlega virkni gegn geðlægð og því má ekki útiloka að notkun sibutramins kunni að leiða til oflætisatsvika hjá sjúklingum með tvíhverfa geðlægð.Touretteheilkenni, samtímis notkun, eða notkun undanfarandi tvær vikur, á MAO hemlum eða öðrum miðlægt verkandi lyfjum til meðhöndlunar á geðsjúkdómum (s.s. geðlægðarlyf,lyf við geðrofi (psychosis) eða til megrunar, eða tryptófani vegna svefntruflana. Saga um kransæðasjúkdóm, hjartabilun, hraðtakt, teppusjúkdóm í útlægum slagæðum, sláttarglöp eða heilaæðasjúkdóm (heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast, TIA -transient ischemic attack,). Háþrýstingur, sem ekki hefur náðst nægileg stjórn á (>145/90 mmHg sjá kafla 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Skjaldvakaofseyting, alvarlega skert lifrar-eða nýrnastarfsemi,góðkynja ofvöxtur hvekks ásamt þvagtregðu, krómfiklaæxli (phaeochromocytoma), þrönghornsgláka, saga um fíkniefna-, lyfja-eða áfengismisnotkun, meðganga og brjóstagjöf. Börn og unglingar allt að 18 ára, vegna ónógra upplýsinga, sjúklingar eldri en 65 ára, vegna ónógra upplýsinga. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Fylgjast skal með blóðþrýstingi og púlsi hjá öllum sjúklingum sem nota Reductil 15 mg, vegna þess að sibutramin hefur valdið marktækri klínískri hækkun á blóðþrýstingi hjá sumum sjúklingum. Fylgjast skal með þessum þáttum á 2 vikna fresti fyrstu þrjá mánuðina, mánaðarlega frá 4. til 6. mánaðar og reglulega þaðan í frá, þó ekki sjaldnar en á þriggja mánaða fresti. Hætta skal meðferð hjá sjúklingum sem við tvær skoðanir í röð eru með hraðari hjartslátt í hvíldastöðu sem nemur (10 slögum/mín. eða aukinn slagbils-/þanbilsþrýsting sem nemur (10 mmHg. Meðferð skal hætt hjá háþrýstingssjúklingum sem áður höfðu blóðþrýsting undir góðri stjórn, ef blóðþrýstingur fer yfir 145/90 mmHg í tveimur mælingum í röð (sjá kafla 4.8 Aukaverkanir „Hjarta- og æðabreytingar"). Fylgjast skal vel með blóðþrýstingi hjá sjúklingum sem eru með kæfisvefn. Þótt tengsl hafi ekki fundist á milli sibutramins og frumkomins lungnaháþrýstings, mikilvægt, með tilliti til almennrar varkárni varðandi megrunarlyf, að vera á varðbergi gagnvart einkennum á borð við vaxandi mæði, brjóstverk og ökklabjúg í venjubundnum eftirlitsskoðunum. Ráðleggja ber sjúklingi að hafa samband við lækni án tafar verði hann var við slík einkenni.Gæta skal fyllstu varúðar þegar Reductil 15 mg er ávísað sjúklingum með flogaveiki. Vart hefur orðið við aukna plasmaþéttni sibutramins hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við notkun Reductil 15 mg hjá slíkum sjúklingum, enda þótt ekki hafi verið greint frá neinum aukaverkunum. Þótt einungis óvirk umbrotsefni skiljist út um nýrun, skal nota Reductil 15 mg með varúð hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi. Nota skal Reductil 15 mg með varúð handa sjúklingum með fjölskyldusögu um hreyfingakippi eða talkæki (verbal tics). Konur á barneignaraldri eiga að nota viðeigandi getnaðarvarnir þann tíma sem Reductil 15 mg er notað. Hætta er á misnotkun lyfja sem hafa áhrif á miðtaugarkerfi. Hins vegar hafa engar vísbendingar komið fram, í tiltækum klínískum upplýsingum, um misnotkun sibutramins. Almennrar varkárni er gætt vegna þess að ákveðin megrunarlyf tengjast aukinni hættu á hjartalokumeinum. Hins vegar hafa ekki komið fram í klínískum upplýsingum vísbendingar um aukna tíðni við notkun sibutramins. Sjúklingar með sögu um alvarlega átröskun, eins og lystarstol og lotugræðgi mega ekki nota þetta lyf. Engar upplýsingar eru til um meðferð með sibutramini hjá sjúklingum með áráttukennda átröskun. Nota skal sibutramin með varúð handa sjúklingum með frumgláku (open-angle glaucoma) og hjá þeim sem eru í hættu hvað varðar hækkaðan augnþrýsting, t.d. vegna fjölskyldusögu. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Brotthvarf sibutramins og virkra umbrotsefna verður með umbrotum í lifur. Það ensím sem á stærstan þátt í umbrotunum er CYP3A4 en CYP2C9 og CYP1A2 geta einnig tekið þátt í umbrotunum. Gæta skal varúðar við samtímis notkun Reductil 10 mg og lyfja sem hafa áhrif á virkni CYP3A4 ensímsins (sjá kafla 5.2 Lyfjahvörf). CYP3A4 hemlar eru m.a. ketoconazol, itraconazol, erythromycin, clarithromycin, troleandomycin og ciclosporin. Samtímis notkun ketoconazols eða erythromycins og sibutramins jók plasmaþéttni (AUC) virkra umbrotsefna sibutramins (23% annars vegar og 10% hins vegar) í milliverkanarannsókn. Meðaltals hjartslátttartíðni jókst um allt að 2,5 slög á mínútu umfram það þegar aðeins var notað sibutramin. Rifampicin, phenytoin, carbamazepin, phenobarbital og dexamethason eru CYP3A4 ensímhvatar og kunna að hraða umbroti sibutramins þó að slíkt hafi ekki verið rannsakað. Samtímis notkun nokkurra lyfja, sem hvert um sig eykur magn serotonins í heila, getur valdið alvarlegum milliverkunum. Þetta fyrirbrigði kallast serotoninheilkenni og getur í einstaka tilfellum komið fyrir við samtímis notkun sértækra serotonin endurupptökuhemla [SSRI] og ákveðinna mígrenilyfja (t.d. sumatriptan, dihydroergotamin), eða samtímis vissum ópíóíðum (t.d. pentazocin, petidin, fentanyl, dextromethorphan) eða í þeim tilfellum þar sem notuð eru tvö SSRI lyf samtímis. Þar sem sibutramin hamlar endurupptöku serotonins (auk annarra áhrifa) skal ekki nota Reductil 10 mg samtímis öðrum lyfjum sem einnig auka magn serotonins í heila. Ekki hefur verið gerð ítarleg úttekt á samtímis notkun Reductil 10 mg og annarra lyfja sem auka blóðþrýsting eða hjartslátttartíðni. Meðal lyfja af þessari gerð eru ákveðin hósta-, kvef- og ofnæmislyf (t.d. ephedrin og pseudoephedrin), auk ákveðinna lyfja við nefstíflu (t.d. xylometazolin). Gæta skal varúðar við ávísun Reductil handa sjúklingum sem nota þessi lyf. Reductil dregur ekki úr áhrifum getnaðarvarnarlyfja til inntöku. Stakir skammtar af sibutramini, sem gefnir voru samtímis áfengi, höfðu engin áhrif á skilvitlega eða skynhreyfilega hæfni. Hins vegar samrýmist neysla áfengis að öllu jöfnu ekki því matarræði sem mælt er með. Engar upplýsingar liggja fyrir um samtímis notkun Reductil og orlistats. Tvær vikur ættu að líða frá því hætt er að nota sibutarmin og þar til byrjað er að nota MAO-hemla. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þungaðar konur mega ekki nota sibutramin. Almennt er ekki talið rétt að nota megrunarlyf á meðgöngu og konur á barneignaraldri eiga því að nota viðeigandi getnaðarvörn þann tíma sem sibutramin er notað og láta lækninn vita verði þær þungaðar eða hyggjast verða þungaðar meðan á meðferð stendur.Ekki er vitað hvort sibutramin skilst út í brjóstamjólk og skal því ekki gefa Reductil 10 mg konum með barn á brjósti. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Þótt sibutramin hafi engin áhrif haft á skynhreyfilega eða skilvitlega hæfni hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum geta lyf sem verka á miðtaugakerfi skert dómgreind, hugsun eða hreyfigetu. Því ætti að vara sjúklinga við því að hæfni þeirra til aksturs, notkunar véla eða ástundunar áhættusamra starfa kunni að skerðast þegar Reductil er notað. Aukaverkanir: Flestar aukaverkanir komu fram við upphaf meðferðar (á fyrstu 4 vikunum). Alvarleiki þeirra og tíðni minnkaði eftir því sem á leið. Þær voru yfirleitt ekki alvarlegar, leiddu ekki til stöðvunar á meðferð og voru aftukræfar.Aukaverkanir, sem komu fram í klínískum rannsóknum, eru tíundaðar hér að neðan eftir líffærakerfum (mjög algengar > 10%, algengar 1-10%): **Mjög algengar** (>10%):Meltingarfæri:Lystarleysi, hægðatregða. Miðtaugakerfi: Munnþurrkur, svefnleysi. **Algengar** (1-10%): Hjarta og æðakerfi: Hraðtaktur, hjartsláttarónot, hækkaður blóðþrýstingur/háþrýstingur, hitasteypur. Meltingarfæri: Ógleði, versnun gylliniæðar. Miðtaugakerfi: Svimi, náladofi, höfuðverkur, kvíði. Húð: sviti. Skynfæri: Brenglun á bragðskyni. Eftirfarandi klínískt marktækar aukaverkanir komu fram í einstökum tilfellum við meðferð með sibutramini: Bráð millivefsnýrnabólga. Hnoðrahengishráæðaþels-nýrahnoðrabólga (mesangiocapillary glomerulonephritis). Ofnæmishúðblæðingar (Henoch-Schönlein purpura).Flog. Blóðflagnafæð. Afturkræf aukning lifrarensíma. Bráð sturlun kom fyrir eftir meðhöndlun eins sjúklings með geðklofa, sem að öllum líkindum var til staðar áður en meðferð hófst. Fráhvarfseinkenni t.d. höfuðverkur og aukin matarlyst hafa stöku sinnum sést. Engin merki eru um fráhvarfsheilkenni eða geðsveiflur þegar meðferð er hætt. Greint hefur verið frá sjaldgæfum tilvikum um óskýra sjón eftir að lyfið kom á markað.**Hjarta- og æðabreytingar: Vart hefur orðið við meðaltalsaukningu á slagbils- og þanbilsþrýstingi um 2-3 mmHg í hvíld og meðaltalsaukningu á hjartsláttartíðni um 3-7 slög á mínútu.**Ekki er hægt að útiloka enn meiri hækkun blóðþrýstings og aukningu á hjartsláttartíðni í einstökum tilfellum. Hvers konar marktæk klínísk hækkun blóðþrýstings og aukin hjartsláttartíðni verður yfirleitt snemma í meðferðinni (fyrstu 4-12 vikurnar). Meðferð skal hætt í slíkum tilfellum (sjá kafla 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Að því er varðar meðferð með Reductil 10 mg fyrir sjúklinga með háþrýsting, sjá kafla 4.3 Frábendingar og 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu 1. ágúst 2002: Reductil 10 mg:** 28 stk. (dagatalspakkning,þp.): kr.10.191.-;98 stk.(dagatalspakkning, þp.): kr. 30.498.- .**Reductil 15 mg:** 28 stk.(dagatalspakkning,þp.): kr. 10.859-;98 stk. (dagatalspakkning,þp.): kr. 32.635.-**Greiðslufyrirkomulag:** Tryggingarstofnun ríkisins tekur ekki þátt í greiðslu lyfsins nema að uppfylltum ákvekeðnum skilyrðum og er þá gefið út lyfjaskýrteini. Hámarksverð fyrir þá sem eru með lyfjaskýrteini er kr. 4.950,-Örorkulífeyrisþegar greiða kr. 1.350,- **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. Heimilt er að ávísa lyfinu til 100 daga notkunar í senn. **Texti síðast endurskoðaður 15. júlí 2002.** Handhafi markaðsleyfis: Abbott Laboratories. Umboðsmaður á Íslandi: Pharmaco Island ehf. Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.



Norrænt samstarf birtist í ýmsum myndum og nær til norrænna læknablaða eins og annarra sviða mannlífsins. Á dögunum fékk Læknablaðið heimsókn frá markaðsdeildum norrænu læknablaðanna, fimm auglýsingastjórar sem ræddu stöðu blaða sinna í síbreytilegum heimi og hvernig best er að bregðast við nýjum ögrunum og harðnandi samkeppni. Hér er hluti hópsins að skoða heimasíður Tidsskrift for den norske legeforening, talið frá vinstri: Ragnheiður Thorarensen, Maud Kaino frá Noregi, Védís Skarphéðinsdóttir, Jørgen Uhlig frá Danmörku og Pia Gelhaar frá Svíþjóð. Finnarnir Pentti Alhola og Lars-Einar Floman voru farnir í sund þegar myndin var tekin. Hópurinn var sammála um að það væri hollt og gott að hitta kollega sína og er stefnt að því að svona fundir verði árvissir héðan í frá.

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*

Gjafabréf Fosshótelanna

Hvert gjafabréf kostar kr. 5.000. Læknafélagið kaupir gjafabréfin af Fosshótelunum og geta læknar keypt þau á skrifstofu félagsins í Hlíðasmára. Í lok ársins 2002 er hægt að selja ónotuð gjafabréf til Fosshótelanna á sama verði og þau voru keypt.

Aukagjald greiðist í gestamóttöku
- Ekkert aukagjald er á Fosshótel Áningu og Fosshótel Bifröst.
- Kr. 3.000 í júlí og ágúst 2002 fyrir herbergi á Fosshótel Lind og Höfða, Reykavík, Fosshótel Laugum, Fosshótel Hallormsstað, Fosshótel Valaskjálf, Egilsstöðum, Fosshótel Reyðarfirði, Fosshótel Vatnajökli, Höfn, Fosshótel Ingólfi, Selfossi og Fosshótel Húsavík.
- Kr. 1.000 í janúar-júní 2002 og september-desember 2002 fyrir herbergi á Fosshótel Lind, Reykjavík.
- Kr. 2.200 fyrir aukarúm.

Fosshótel á Íslandi	Opið	Sími
Fosshótel Lind, Rauðarárstíg 18, 101 Reykjavík	allt árið	562 3350
Fosshótel Ingólfur, Ingólfshvoli, 801 Selfossi	allt árið	483 5222
Fosshótel Reyðarfjörður, 730 Reyðarfirði	allt árið	474 1600
Fosshótel Húsavík, Ketilsbraut 22, 640 Húsavík	allt árið	464 1220
Fosshótel Höfði, Skipholti 27, 105 Reykjavík	01.06. - 31.08.	552 6477
Fosshótel Vatnajökull, Lindarbakka, 781 Hornafirði	15.05. - 25.09.	478 2555
Fosshótel Valaskjálf, Skógarlöndum 3, 700 Egilsstöðum	20.05. - 25.08.	471 1000
Fosshótel Bifröst, 311 Borgarfirði	01.06. - 25.08.	433 3090
Fosshótel Áning, Skagfirðingsbraut 21, 550 Sauðárkróki	01.06. - 25.08.	453 6717
Fosshótel Hallormsstaður, 701 Hallormsstað	01.06. - 25.08.	471 1705
Fosshótel Laugar, 650 Laugum	01.06. - 23.08.	464 6300

Ráðlegt er að bóka með fyrirvara, sérstaklega í júlí og ágúst. Við pöntun verður að koma fram að greitt verði með gjafabréfi.

Fosshótel

Aðalskrifstofa – Skipholt 50C, 105 Reykjavík
Sími: 562 4000. Bréfasími: 562 4001. Netfang: *bokun@fosshotel.is*
Heimasíða: *www.fosshotel.is*

SCAN+ KORTIÐ

Scan+ kortið er víðtækasta afsláttarkort á Norðurlöndum og gildir á tæplega 300 hótelum í Noregi, Svíþjóð, Danmörku og Íslandi. Scan+ kortið veitir allt að 50% afslátt á norrænum hótelum og er gildistími þar frá maí til september og allar helgar allt árið um kring. Kortið kostar kr. 1000 fyrir árið og gildir fyrir 2 fullorðna og 2 börn. Þar við bætist að fimmta hver nótt er frí.
Scan+ kortið á Íslandi gildir allt árið og er veittur eftirfarandi afsláttur:
Reykjavík: september – maí: 25%; júní – ágúst: 10%
Landsbyggðin: sept – maí: 40%; júní: 25%; júlí og ágúst 10%
Gistingu skal staðgreiða á viðkomandi hóteli.

Þegar kortið er keypt fær fólk bækling þar sem öll hótel á Íslandi og Norðurlöndum sem taka þátt í Scan+ tilboðinu eru tilgreind ásamt stuttri lýsingu, mynd og upplýsingum um verð.

FÆRØERNE

Overlæger til Medicinsk center

Tre stillinger som **sideordnede overlæger** med **ansættelse den 1. januar 2003** eller efter aftale på Medicinsk center og med arbejdsområderne:

- **Dermatologi**
- **Pædiatri**
- **Rheumatologi**

Landssygehusets optageområde er hele Færøerne (ca. 47.000 indbyggere) og det udføres landsdelsfunktion i samarbejde med Rigshospitalet i Danmark.

Landssygehuset har 228 senge, som er fordelt på

- **Kirurgisk center**, hvori indgår gynækologisk afsnit, øre-næse-hals afdeling, øjenafdeling samt tandklinik.

- **Medicinsk center**, som er opdelt i 5 afsnit, som udover bred intern medicin, behandler specialerne: kardiologi, endokrinologi, gastroenterologi, lunge-/karsygdomme, rheumatologi og pædiatri. Derudover er et dialyseafsnit med 8 dialysepladser tilknyttet Medicinsk center. Et stort onkologisk efterbehandlingsambulatorium, hvortil der er knyttet konsulenter fra Onkologisk afdeling, Rigshospitalet. Dermatologisk afdeling er veludbygget og placeret i tæt kontakt med nuværende medicinske/kirurgiske ambulatorium.

- **Psykiatrisk center** tager sig af almen psykiatri og er i forberedelsesfasen til implementering af Psykiatriplan 2002, hvori der indgår helhedspsykiatri.

Medicinsk center har 83 senge, hvoraf de 10 er plejesenge, ligesom man har behovsrelaterede senge på intensiv afdeling i anæstesiologisk regi.

Landssygehuset er i en omstruktuerings- og ombygningsfase, hvor nybyggeri forventes at blive taget i brug ultimo 2003. Nybyggeriet indeholder laboratorium, hvor der er implementeret patologi med etableret telepatologisk samarbejde med Rigshospitalet samt ny operationsafdeling, kirurgisk sengeafdeling og medicinsk ambulatorium med for- og efterbehandling. Efter afslutning af nybyggeriet er der seriøse planer om yderligere ombygning af Landssygehuset.

Radiologisk afdeling er fuldt udstyret med spiral CT-skanner, MR-skanner m.m.

Lægestaben: Der er normeret 11 overlæger til Medicinsk center, deraf 1 dermatolog, 3 pædiaterer og 7 til intern medicinere med grenspecialisering eller interesseområder. Dermatologstillingen bliver ledig den 1. oktober 2002, og der er konsulentbetjening af rheumatologien. Pædiatristillingen er nynormeret.

Ansættelsesvilkår: Ansættelsen sker i henhold til aftale om klassificering af særlige ansættels-esvilkår for tjenestemandsansatte overlæger ved amtskommunale sygehuse m.v. samt protokollat mellem Færøernes Landsstyre og Foreningen af Speciallæger. Stillingen aflønnes efter §4, stk. 1 og §5 stk. 1 i aftalen. Ansættelsen sker i henhold til tjenestemandsregulativet for amtskommuner med prøvetid på 2 år.

Stillingen i dermatologi og rheumatologi rummer mulighed for timereduktion efter nærmere aftale. Stillings- og funktionsbeskrivelse kan rekvireres hos ledende overlæge Jón á Steig, Medicinsk center, Landssygehuset, Fo 100 Tórshavn.

Yderligere oplysninger kan indhentes ved de til de enkelte specialer tilknyttede overlæger samt ledende overlæge Jón á Steig, tlf. 00298313540.

Skriftlig ansøgning med vedlagt curriculum vitae og kopi af speciallæge autorisation fremsendes i 5 eksemplarer til:

Landssygehuset
Personaleafdelingen
Fo 100 Tórsavn.

før 1. oktober 2002.

Dermato-venerologi

En stilling som overlæge ved Landssygehusets medicinske afdeling, dermato-venerologi, er ledig til besættelse 1. januar 2003.

Dermatologi er integreret i Medicins center med ambulatoriefunktionen og mulighed for stationær behandling. Ambulatoriet varetager den dermatologiske tjeneste for Færøerne og betjenes af det specialekyndigt sygepleje- og sekretær-personale. Ambulatoriet er veludstyret med moderne konsultations- og

behandlings-faciliteter, som bl. a. andet omfatter et fuldt udstyret lysbehandlingsrum med såvel UVA som UVB (smalspektret.)

Kirurgisk funktion kan ske i tæt samarbejde med plastikkirurgisk speciallæge.

Stillingen ønskes besat med en speciallæge, som er §14 kvalificeret i dermato-venerologi.

Der vil blive lagt vægt på en bred klinisk uddannelse omfattende såvel dermatoligske som venerologiske aspekter af faget. Der vil desuden blive lagt vægt på samarbejdsevner og dokumenteret forsknings- og undervisningserfaring. Det forventes, at ansøgeren udviser aktiv interesse for udvikling og undervisning af medicinstuderende, yngre læger og andre personalegrupper.

Overlæge i pædiatri

Pædiatrisk afdeling er en almen pædiatrisk afdeling for hele Færøerne. Afdelingen har i alt 16 sengepladser fordelt på 3 sengepladser til præmature beliggende på fødegange, samt 13 sengepladser fordelt på 3 sengepladser til præmature beliggende på fødegangen, samt 13 sengepladser på selvstændigt afsnit til børn fra 0-14 år. Årligt er der ca. 1000 indlæggelser og ca. 500 ambulante konsultationer. Herudover varetager pædiaterne neonatalfunktionen ved Landssygehuset inkl. rutineundersøgelser af alle nyfødte, dette beløber til ca. 600 årligt, samt deltager ved behov i transport af børn til videre behandling og undersøgelse på Rigshospitalet. Ambulant virksomhed er efter henvisning fra kommunelæger, samt efterbehandlingsambulatorium.

Overlægerne på pædiatrisk afsnit er tilknyttet Medicinsk center og deltager i daglige konferencer der.

Vagtbelastning: overlægerne går i 2-3 skiftet bagvagt. Forvagterne passes af medicinsk for- og mellemvagt.

Overlæge i rheumatologi

Rheumatologi er integreret i Medicinsk center med sengepladser efter behov og egen ambulatoriumfunktion. Der er ca. 500-600 ambulante konsultationer om året, ligesom der er tæt samarbejde med Færøernes ulykkesforsikringsråd med henblik på speciallægeerklæringer i invaliditetsbedømmelser. Ambulant virksomhed efter henvisning fra kommunelæger, samt efterbehandlingsambulatorium.

Vagtbelastningen: overlægen deltager i bagvagten på medicinsk afdeling, 4-5 skiftet. Der forefindes både forvagt og mellemvagt.

Ved Landssygehuset er der ansat 11 fysioterapeuter og 4 ergoterapeuter, ligesom der er rehabiliteringsafsnit for apopleksepatienter, men der arbejdes på i fremtiden at kunne få et fuldt udbygget rehabiliteringsafsnit for bl. a. ortopædkirurgiske patienter.

Staða sérfræðings í fæðingarfræði og kvensjúkdómum við Miðstöð mæðraverndar

Laus er til umsóknar staða sérfræðings í fæðingarfræði og kvensjúkdómum við Miðstöð mæðraverndar. Miðstöð mæðraverndar er miðstöð fyrir áhættumeðgöngur sem og ráðgjafamiðstöð fyrir Heilsugæsluna um málefni er varða mæðravernd. Þar á að fara fram kennsla fagstétta í mæðravernd, bæði lækna- og ljósmæðranema, auk rannsóknar- og þróunarvinnu um málefni mæðraverndar.

Upplýsingar veitir Arnar Hauksson, yfirlæknir Miðstöðvar mæðraverndar, í síma 585-1400, tölvupóstfang *Arnar.Hauksson@hr.is*

Umsóknareyðublöð fást hjá Starfsmannasviði Heilsugæslunnar.

Með auglýsingu þessari er framlengdur áður auglýstur umsóknarfrestur um stöðu sérfræðings í fæðingarfræði og kvensjúkdómum við Miðstöð mæðraverndar sem birtist í Morgunblaðinu þann 3. ágúst 2002.

Umsóknir um stöðuna sendist ásamt náms- og starfsferilsskrá (curriculum vitae) og ritskrá umsækjanda til Starfsmannasviðs Heilsugæslunnar, Barónsstíg 46, 101 Reykjavík, fyrir 30. september n.k.

Miðstöð mæðraverndar hjá Heilsugæslunni

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



StilNoct® (zolpidem)

Sofið rótt – vaknið endurnærð[2]

12. apríl 2000

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

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

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

sanofi~synthelabo

THORARENSEN LYF

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

Odda sjukehus
Helse Fonna

Odda sjukehus

Fra 1.1.2002 er sykehuset statlig og innlemmet i det regionale helse-foretaket Helse Vest RHF. Syke-huset er videre en del av helse-foretaket Helse Fonna HF, som består av sykehusene i Haugesund, Odda, Stord og Valen. Helse Fonna HF har et pasient-grunnlag på ca 160.000.

Odda sjukehus er godt opprustet.
Det har en 5-døgnspost og en 7-døgnspost - begge med medisinske og kirurgiske pasienter, Fødetilbud, Intensiv avd. og AMK-sentral. I til-legg kommer øvrige service-/spesial- avdelinger, så som: Operasjon, Anestesi, Røntgen, Laboratorie, Fysioterapi, Med./ Kir. poliklinikk, og Psykiatrisk senter.

Fra 1.1.2002 har sykehuset også etablert ambulansetjeneste i egen regi. Denne tjenesten omfattar hele dekkingsområdet til sykehuset.

Avstand til Oslo er ca 36 mil, med daglige bussforbindelser.
Avstand til Bergen er ca 16 mil, med daglige buss-/båtforbindelser

Odda kommune har godt utbygde service- og skoletilbud, og full barnehagedekning. Hardanger er et naturskjønt område, med både fjord, fjell og vidde i nærmiljøet. Fine muligheter for aktiviteter både sommer og vinter – til fots, på ski, innen idrett og kultur mm.

Odda sjukehus har ledig stilling som

Overlege (stilling 3, ULS-ID nr 5244)
ved **Medisinsk avdeling**

- **Fast, 100% stilling**
- **Ledig fra dags dato**
- **Avdelingen er normert for 4 overlegestillinger og 1 assistentlegestilling, i tillegg kommer medisinske turnuskandidater.**
- **Alle overleger deltar i vaktordning med vakt-beredskap fra bolig.**
- **Avdelingen har et godt arbeidsmiljø, fine forhold å arbeide under, varierte oppgaver og aktive dager.**
- **Utstyrsmessig er sykehuset godt opprustet.**

Lønns- og arbeidsvilkår etter gjeldende regler, lover og tariffavtaler i Helse Vest RHF.
Sykehuset har boliger til disposisjon.

Ta kontakt og hør hva vi kan tilby deg!

- Overlege Ragnar Skjølingstad kan gi deg nærmere opplysninger om stillingen, ☎ 0047 53 65 11 63, evt. personalsjef Ivar Jordal, ☎ 0047 53 65 12 19.
- Sykehuset har ☎ 0047 53 65 10 00.
- Søknad, m/kopi av attester/vitnemål, kan sendes: Direktøren, Odda sjukehus, 5750 ODDA.
- **SØKNADSFRIST: 3 uker fra kunngjøring**

SÁÁ auglýsir lausar stöður lækna

Staða sérfræðings við Sjúkrahúsið Vog er laus til umsóknar.

Æskileg menntun sérfræðings er heimilislækningar, lyflækningar eða geðlækningar.

Enn fremur er laus staða deildarlæknis við Sjúkrahúsið Vog.

Nánari upplýsingar gefur Þórarinn Tyrfingsson í síma 896 2808, netfang *thorarinn@saa.is*

Sjötta vísindaþing Félags íslenskra heimilislækna

25.-26. október í Borgarnesi

Á þinginu verða bæði frjálsir fyrirlestrar og spjalda-þing. Kynntar verða rannsóknir og rannsóknaráætl-anir sem tengjast heilsugæslu. Auk þess verða bæði innlendir og erlendir gestafyrirlesarar.

Sérstöku blaði þingsins verður dreift til allra lækna á Íslandi.

Vísindaþingsnefndin

Evorel® Sequi

Estradiol og Norethisteron

Kaflaskipt meðferð



Fyrsti „matrix" plásturinn á Íslandi sem inniheldur bæði östrógen og gestagen til að meðhöndla einkenni breytingaskeiðsins.

Evorel® Conti

Estradiol og Norethisteron

Samfelld meðferð



Evorel Sequi og Conti plástuinn er lítill og gegnsær 4x4 cm, þunnur 0,1 mm, tollir vel, lág tíðni húðóþæginda og þægilegur í notkun.

Sérhver kona er einstök!

Með Evorel, Evorel Sequi og Evorel Conti er hægt að veita einstaklingsbundna meðferð við einkennum breytingaskeiðsins.

THORARENSEN LYF
Vatnagörðum 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

JANSSEN-CILAG

Evorel Sequi / Conti G 03 C A 03 RE

Evorel Sequi. Forðaplástur 50 míkróg/24 klst. (Evorel) sem inniheldur Estradiol INN, hemyhydr.,3,2 mg (gefur frá sér 50 míkróg/24 klst. í minnst 4 sólarhringa). og forðaplástur 50 míkróg + 170 míkróg / 24 klst. (Sjá Evorel Conti);

Evorel Conti. Hver forðaplástur. inniheldur: Estradiol INN, hemyhydr.,3,2 mg (gefur frá sér 50 míkróg/24 klst. í minnst 4 sólarhringa) og Norethisteronum INN, acetat, 11,2 mg (sem gefur frá sér samsvarandi 170 míkróg/24 klst).

Ábendingar: Óþægindi við ófullnægjandi estrógen- og prógesterónmyndun.

Skammtar: Evorel Sequi er notaður samkvæmt eftirfarandi leiðbeiningum. Fjórum Evorel 50 mikróg/24 klst. er fylgt af fjórum Evorel Conti forðaplástrum. Þessum skammtaleiðbeiningum er fylgt án þess að gera hlé. Skipt er um plástur tvisvar í viku (t.d. mánudag og fimmtudag).Plásturinn er settur á líkamann, fyrir neðan brjóst. Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar til að ráðleggja aðlögun skammta hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi.

Evorel Conti er gefið sem samfelld meðferð. Plásturinn er settur á tvisvar í viku (t.d. mánudag og fimmtudag).

Börn: Má ekki nota handa börnum.

Aldraðir: Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar til að ráðleggja notkun Evorel Sequi/Conti handa sjúklingum eldri en 65 ára.

Frábendingar: Þekkt ofnæmi fyrir virku innihaldsefnunum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. Brjóstakrabbamein, æxlismyndun í kynfærum eða önnur estrógenháð æxli, blæðing frá leggöngum af óþekktri orsök, þungun og brjóstagjöf, alvarlegir lifrar- eða nýrnasjúkdómar, segarekssjúkdómar eða legslímuvilla.

Varnaðarorð og varúðarreglur: Sjúklingur skal gangast undir læknisskoðun og kvenskoðun áður en uppbótarmeðferð hefst og með jöfnu millibili á meðan á meðferð stendur. Fara skal vandlega yfir fjölskyldusögu sjúklings áður en meðferð hefst. Endurteknar milliblæðingar, óvæntar blæðingar frá leggöngum sem og breytingar sem koma fram við brjóstaskoðun krefjast ítarlegri rannsókna. Niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna benda til aukningar á hlutfallslegri áhættu á brjóstakrabbameini hjá konum eftir tíðahvörf, sem eru í langtíma uppbótameðferð með hormónum. Samtímis meðferð með gestagenum er ekki talin koma í veg fyrir þessa áhættu. Því skal meta vandlega hlutfall á milli ávinnings meðferðarinnar og hugsanlegrar áhættu áður en langtímameðferð hefst. Enn fremur skulu allar kynningar um lyfið innihalda eftirfarandi upplýsingar: "Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til þess að uppbótarmeðferð með hormónum auki hættu á blóðsegareki en hætta á hjartasjúkdómum með blóðþurrð er minni. Hormónauppbót eftir tíðahvörf á ekki að gefa konum með sögu um blóðsegarek. Þuga skal að stöðva meðferð 4 vikum fyrir fyrirhugaða skurðaðgerð. Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar um það hvort, munur sé á áhættuþáttum eftir því hvort gjöf lyfsins er í inntöku eða um húð". Fylgjast skal reglulega með sjúklingum með hjartasjúkdóma, flogaveiki, sykursýki, háþrýsting, skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi, brjóstakvilla, fjölskyldusögu um krabbamein sem og sjúklingum sem fengið hafa gulu. Við gjöf estrógena án gestagengjafar hjá konum sem hafa leg hefur verið skýrt frá aukinni hættu á þykknun legslímhúðar og legkrabbameini. Því er ráðlagt að gefa gestagen ásamt estrógeni - eins og í Evorel Sequi/Conti - við estrógenmeðferð kvenna sem hafa leg. Meira en 5 ára notkun estrógena við óþægindum vegna tíðahvarfa getur leitt til örlítið aukinnar hættu á brjóstakrabbameini. Hættan eykst með lengd meðferðar og minnkar eftir að meðferð er hætt þannig að fimm árum síðar er áhættan sú sama og hjá konum sem ekki hafa notað lyfið. Þau tilvik brjóstakrabbameins sem uppgötvast í tengslum við estrógen meðferð hafa verið einangraðri og því auðveldari að meðhöndla en þau tilvik sem koma fram hjá konum sem ekki hafa notað estrógen. Á milli 50 og 70 ára aldurs greinast um 45 tilfelli af brjóstakrabbameini hjá hverjum 1000 konum.Við estrógenmeðferð í 5 ár greindist krabbamein hjá 2 konum til viðbótar af hverjum 1000 konum í þessum aldurshópi. Við meðferð í 10 ár greindist krabbamein hjá 6 konum til viðbótar og við meðferð í 15 ár hjá 12 konum til viðbótar af hverjum 1000 konum í þessum aldurshópi. Til þess að fylgjast með og geta greint æxli í brjósti í tæka tíð er ráðlagt að konur á estrógenmeðferð, eins og allar aðrar konur, fylgist vel með breytingum sem kunna að koma fram í bjóstum og láti lækninn sinn vita um þær. Einnig er mikilvægt að gangast undir heilsufarsrannsóknir með brjóstamyndatöku. Evorel Sequi/Conti er ekki hægt að nota sem getnaðarvörn. Ekki hefur verið staðfest hvort Evorel Sequi/Conti geti fyrirbyggt beinþynningu af völdum tíðahvarfa.

Milliverkanir: Lyf sem örva virkni lifrarensíma geta haft áhrif á umbrot estrógens og gestagens. Dæmi um slík lyf eru barbitúröt, hýdantóín, karbamazepín, mepróbamat, fenýlbútazón og rifampicín. Frá fræðilegu sjónarmiði ætti að verða lágmarksörvun lifrarensíma á umbrot við gjöf estrógens og noretísteróns um húð, þar sem komið er í veg fyrir umbrot við fyrstu umferð í gegnum lifur með gjöf lyfsins um húð.

Meðganga og brjóstagjöf: Má ekki nota.

Akstur: Hefur engin áhrif.

Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanirnar sem koma fram við klínískar rannsóknir á Evorel Sequi/Conti eru blæðingar frá leggöngum, blettablæðingar, brjóstaspenna, höfuðverkur og krampar í kvið eða uppþembutilfinning. Við meðferð með Evorel Sequi í 1 ár komu fram blæðingar frá leggöngum eða blettablæðingar hjá um 75%. Eftir 9 mánaða meðferð er um 50% án blæðinga næstu 3 mánuði. Þessar aukaverkanir endurspegla þekkt aukaverkanamynstur við meðferð með estrógenum eða estrógenum í samsetningu með gestageni. Áhrif á húð sem greint hefur verið frá eru skammvinnur roði og erting með eða án kláða undan plástrinum. Í rannsóknum með Evorel Sequi kom fram í mjög sjaldgæfum tilvikum snertiofnæmi, afturkræf litabreyting eftir bólgu, almennur kláði og útbrot. Í sjaldgæfum tilvikum hefur verið greint frá eftirfarandi aukaverkunum eftir uppbótarmeðferð með estrógeni eða gestageni til inntöku: Blóðsegasjúkdómar, versnun flogaveiki, góðkynja eða illkynja brjóstamein, legkrabbamein, kirtilæxli í lifur og mjólkurflæði. Komi slíkar aukaverkanir fram við meðferðina, skal strax stöðva meðferð með Evorel Sequi.

Ofskömmtun: Einkenni ofskömmtunar við meðferð með estrógeni og gestageni geta verið ógleði, milliblæðingar, brjóstaspenna, krampar í kviði og/eða uppþembutilfinning. Þessi einkenni hverfa eftir að plásturinn er fjarlægður.

Pakkningar og verð 1. maí 2002: Evorel Sequi forðaplástrar 8 stk 2.854 kr. Evorel Conti forðaplástrar 8 stk. 3.239 kr. Sjá nánari upplýsingar í Sérlyfjaskrá.

Haustþing

Læknafélags Akureyrar og Norðausturlandsdeildar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

verður haldið laugardaginn 5. október kl 8:30-16:00

Hjarta- og æðasjúkdómar

Áhættuþættir og forvarnir – Emil Sigurðsson heilsugæslulæknir

Nútímameðferð háþrýstings – Þorkell Guðbrandsson hjarta- og lyflæknir

Meðhöndlun við hárri blóðfitu. Hvað nú og hvers er að vænta? – Jón Þór Sverrisson hjarta- og lyflæknir

Kaffihlé

Myocardial infarctions with and without ST elevations. How and where to treat
– Mikael Dellborg hjarta og lyflæknir. Prófessor læknadeild Gautaborgarháskóla

Enduræðavæðing: Hvenær blaðra og hvenær hnífur? – Axel Sigurðsson hjarta- og lyflæknir

Lyfjameðferð og eftirlit eftir PTCA- og hjáveituaðgerð – Gunnar Þór Gunnarsson hjarta- og lyflæknir

Matarhlé

Útæðasjúkdómur og kransæðasjúkdomur: Sama pípulögn, sömu sjúkdómar?
– Haraldur Hauksson æðaskurðlæknir

Er leiðin til hjartans gegnum magann? – Elín Sigurborg Harðardóttir næringarráðgjafi

Áhrif langvinnra sjúkdóma á einstakling og fjölskyldu – Elín Díana Gunnarsdóttir sálfræðingur

MIDA – Þóra Ester Bragadóttir hjúkrunarfræðingur

Kaffihlé

The Heart Manual (heimaendurhæfing kransæðasjúkra)
– Margrét Hrönn Svavarsdóttir hjúkrunarfræðingur

Hjúkrun fyrir og eftir hjartaþræðingu

Endurhæfing kransæðasjúkra

Dagskrá birt með fyrirvara um breytingar.

Haldið í Hólum, húsnæði Menntaskólans á Akureyri.

Þátttökugjald kr. 3000. Matur og kaffi innifalið.

Tilkynnið þátttöku til:

Eyglóar Aradóttur: *eyglo@fsa.is*
Braga Sigurðssonar: *bragi@hak.ak.is*
Ritara FSA, sími 463 0272.



Sérkjör

Víðtæk fjármálaþjónusta á Sérkjörum fyrir trausta viðskiptavini. Njóttu frístundanna áhyggjulaus – við sjáum um fjármálin.

Gulldebetkort með hærri innlánsvöxtum og lægri vöxtum á yfirdráttarláni • 150 fríar debetkortafærslur á ári • Yfirdráttarheimild án ábyrgðarmanna og einungis er greitt fyrir nýtta heimild • Gullkreditkort með aukakorti fyrir maka • Sveigjanlegt reikningslán á hagstæðum kjörum • Skuldabréfalán án ábyrgðarmanna • Greiðsluþjónusta með útgjaldadreifingu • Sjálfvirk spariáskrift • Bílasamningur plús hjá Lýsingu • Húsnæðislán til allt að 25 ára • Öflugur Heimilisbanki á Netinu • Netklúbbur

BÚNAÐARBANKINN

www.bi.is

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **www.icemed.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is/ form@icemed.is**
Formaður LR: **oskare@landspitali.is**
Formaður FÍH: **thorbk@vortex.is**
Formaður FUL: **thorira@hotmail.com**
Félag íslenskra barnalækna: **www.barnalaeknar.is**
Félag íslenskra landsbyggðarlækna: **www.icemed.is/felog_laekna/fill.htm**
Félag sérfræðinga í meltingarsjúkdómum: **www.gastro.is**
FÍLÍB: **p.matthiasson@iop.kcl.ac.uk**
FÍLÍN: **www.vefur.is/filin • pjul@haukeland.no**
FÍLÍS: **www.filis.nu**
Thorarinn.Gudnason@hjl.gu.se
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið: **www.stjr.is/htr**
Landlæknisembættið: **www.landlaeknir.is**
Tryggingastofnun ríkisins: **www.tr.is**
Lyfjaeftirlit ríkisins: **www.ler.is**
Lyfjastofnun: **www.lyfjastofnun.is**
Nordiska hälsovårdshögskolan: **www.nhv.se**
Klínísk eðlisfræði, æðarannsóknir: **www.hi.is/~lpa**
Krabbameinsfélag Íslands: **www.krabb.is**
Landspítali: **www.landspitali.is**
Barnaspítali Hringsins: **www.landspitali.is/hringur**
Orðabanki Íslenskrar málstöðvar: **www.ismal.hi.is/ob**
Ráðstefnur á netinu: **www.docguide.com**
Golfklúbbur lækna: **www.come.to/doctorgolf**
Medscape – vefrit um læknisfræði: **www.medscape.com**
Norsk upplýsingasíða fyrir lækna: **www.legeforeningen.no**
Ugeskrift for læger: **www.dadl.dk**
Tidskrift for Den norske lægeforening: **www.tidsskriftet.no**
tidsskriftet@legeforeningen.no
Läkartidningen: **www.ronden.se/lt**
redaktionen@lakartidningen.se
World Organization of Family Doctors: **www.GlobarFamilyDoctor.com**

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. ágúst 2000**	42
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 2002**	194

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2001	221.743
A liður 2	frá 1. janúar 2001	194.021
B liður	frá 1. júlí 2002	334.685
E liður 1-6	frá 1. júlí 2002	255
E liður 7	frá 1. júlí 2001	510

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222

Kílómetragjald frá 1. júní 2002

Almennt gjald	53,00
Sérstakt gjald (utan malbiks +15%)	60,95

Dagpeningar frá 1. júní 2002
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	14.500
Gisting eina nótt	9.300
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	5.200
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.600

Dagpeningar frá 1. júní 2002
Erlendis **SDR**

	Gisting	Annað	Alls
Bretland og Rússland	133	94	227
New York og Washington DC	139	82	221
Asía, Afríka, S-Ameríka	136	110	246
Annars staðar	100	94	194

60 ára afmæli Læknafélags Norðurlands vestra

Læknafélag Norðurlands vestra fagnar 60 ára afmæli laugardaginn 7. september næstkomandi á Sauðárkróki. Gamlir félagar sérstaklega boðnir velkomnir.

Nánari upplýsingar fást hjá Gísla Ólafssyni og Ómari Ragnarssyni á Heilbrigðisstofnun Blönduóss og Jóni Brynjólfssyni á Heilbrigðisstofnun Skagfirðinga Sauðárkróki.

Aðalfundur Félags íslenskra heimilislækna

verður haldinn föstudaginn 4. október í húsakynnum LÍ að Hlíðasmára 8 Kópavogi. Fundurinn hefst kl. 18:00. Dagskrá er samkvæmt lögum félagsins um aðalfund.

Fyrir hönd stjórnar FÍH,
Þórir B Kolbeinsson, formaður

Ráðstefnur og fundir

9.-13. september
Í London. The 2nd Maudsley Forum: Course for European Psychiatrists. Institute of Psychiatry. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og heimasíðu: *www.iop.kcl.ac.uk/maudsleyforum*

11.-13. september
Í Barcelóna. 16. EPICOH ráðstefnan um faraldsfræði vinnuheilbrigðis (Epidemiology in Occupational Health) og 2nd Jack Pepys symposium um vinnutengdan asma og 3. alþjóðlega ráðstefnan um heilsu kvenna: Vinnu, krabbamein og frjósemisheilbrigði verða haldnar í Barcelóna á Spáni. Upplýsingar fást hjá: EPICOH 2002 Technical Secretariat. Netfang: *suport@suportserveis.com* Heimasíða: *www.suportserveis.com*

22.-25. september
Í Regensburg í Þýskalandi. 7th International Conference on the Medical Aspects of Telemedicine. Þema: Integration of Health Telematics into Medical Practice. Nánari upplýsingar á heimasíðu þingsins: *www.ict2002.org* Netfang: *congress.office@ict2002.org*

25.-28. september
í Bad Hofgastein, Salzburg, Austurríki. 5th European Health Forum Gastein, að þessu sinni undir titlinum: Common challenges for health and care. Nánari upplýsingar, dagskrá og skráning er á heimasíðu ráðstefnunnar: *www.egfg.org*

30. september-2. október
Í Tromsö í Noregi. 4th Nordic Congress on Telemedicine/Norsk Telemed 2002. Þó titillinn bendi til annars er um stóra alþjóðlega ráðstefnu að ræða ætlaða öllum sem hafa áhuga á fjarlækningum. Heimasíða: *www.nortelemed.com*

30. september- 4. október
Gijón á Spáni, II World Conference on Biothics. Helstu umræðuefni verða: 1. AIDS, Drugs and Research in Pharmacology, 2. Bioethics in Latin America, 3. Food in the World, 4. Cloning of Human Cells. Heimasíða: *www.sibi.org*

3. október
Eldborg, fundarsal Hitaveitu Suðurnesja í Svartsengi. 6. landsþing um slysavarnir verður haldið á vegum slysavarnaráðs og hefst dagskrá þingsins kl. 9:00. Dagskrá þingsins verður hægt að nálgast fljótlega á heimasíðu Landlæknisembættisins: *www.landlaeknir.is*

11.-12. október
Quality Airport Hotel Gardemoen, Noregi. Árleg ráðstefna hjá Nordisk Komité for Veterinærvidenskapeligt Samarbejde þar sem umræðuefnið verður líffæraflutningar úr svínum í menn. Nánari upplýsingar hjá *wenche.farstad@veths.no*

30. október-1. nóvember
Í Gautaborg. Tuberculosis course for nurses, physicians and other staff within Public Health. Nordic School of Public Health. Nánari upplýsingar hjá Annah Rutqvist í síma +46 31-342 34 96, netfangi: *tb-meeting@medfak.gu.se* og heimasíðu: *www.nhv.se*

26.-29. nóvember
Í Höfðaborg í Suður-Afríku. 4th International Workshop on Kangaroo Mother Care. Heimasíða: *www.uct.ac.za/depts/pgc*. Upplýsingar hjá: Ms Deborah McTeer, Conference Management Centre, Barnard Fuller Building, UCT Medical School, Anzio Road, Observatory 7925, Cape Town, South Africa. Sími: 27-21-406 6348; bréfasími: 27-21-448-6263. Netfang: *deborah@curie.uct.ac.za*

27.-29. nóvember
Í Gautaborg. Riksstämman 2002. Nánari upplýsingar hjá Eva Kenne í síma 08-440 88 87.

28.-30. nóvember
Í Dresden, Þýskalandi. Bridging the Gap between Research and Policy in Public Health: Information, Promotion and Training, skipulagt af Evrópusamtökum lýðheilsufélaga (EUPHA). Heimasíða: *www.nivel.nl/eupha*

15.-19. mars 2003
Í Kaupmannahöfn. Á vegum World Federation for Medical Education. Global Standards in Medical Education For Better Health Care. Netfang: *wfme2002@ics.dk*
Heimasíða: *www.sund.ku.dk/wfme*

25.-28. júní 2003
Í Kuopio, Finnlandi. The International XVII Puijo Symposium: „Physical Activity and Health: Gender Differences Across the Lifespan". Skráning á netfanginu *puijo.symposium@uku.fi* og nánari upplýsingar á heimasíðu þingsins *www.uku.fi/conf/puijo*

3.-8. ágúst 2003
í Helsinki í Finnlandi, 12th World Conference on Tobacco or Health. Frekari upplýsingar fást á netinu: *www.wctoh2003.org* Einnig liggja gögn frammi á skrifstofu Læknafélagsins.

13.-16. ágúst 2003
Reykjavík. Norræna geðlæknaþingið haldið í Háskólabíói. Þema þingsins er „Promoting psychiatric care". Nánari upplýsingar á heimasíðu þingsins: *www.icemed.is/npc2003*

1.-26. september 2003
Í Santiago, Chile. XVII þing FIGO, Federation International Gynecology & Obstetrics. Nánari upplýsingar: FIGO 2003 Congress Secretariat, c/o Events International Meeting Planners Inc. Attn.: Rita De Marco, 759 Victoria Square, Suite 300, Montrèal, Quèbec, Canada H2Y 2J7. Sími: (514) 286-0855; bréfasími: (514) 286-6066; netfang: *demarcor@eventsintl.com*

8.-10. september 2003
Í Stokkhólmi. REUMA 2003, Reumatikerförbundet, þverfagleg ráðstefna ætluð heilbrigðisstarfsfólki sem starfar við meðferð gigtsjúkra. Nánari upplýsingar á heimasíðunni: *www.reumatikerforbundet.org*

Læknar gegn tóbaki

FÉLAGIÐ **LÆKNAR GEGN TÓBAKI,** kynnir ráðstefnuhald og félagsfund sem verður síðar í haust.

Ráðstefnan Loft 2002

Dagana 27.-28. september nk. verður haldin í Mývatnssveit ráðstefna um stöðu reykinga og tóbaksvarna á Íslandi. Ráðstefnan ber yfirskriftina *Loft 2002* og þar verður sérstaklega fjallað um samtalstækni um lífsstílsbreytingar. Dagskráin er í formi fyrirlestra, veggspjalda og vinnuhópa. Fyrirlesarar eru innlendir og erlendir, m.a. læknar, lögfræðingur, sálfræðingur, hjúkrunarfræðingar og tannlæknir. Úr hópi þeirra má nefna Hans Gilljam sænskan lækni, sérfræðing í lungnasjúkdómum og klínískum tóbaksvörnum sem fjallar um þær og lýðheilsu næstu áratugi, Torgny Svensson prófessor við Karolinska Institutet en hann hefur um árabil unnið að rannsóknum á nikótínfíkn og fjallar um hugsanlega bólusetningu gegn henni, Ásgeir R. Helgason sálfræðing og doktor í heilbrigðisvísindum sem fjallar um reynsluna af „reyksímum" (quit-lines) í klínískum tóbaksvörnum. Ástæða er til að hvetja lækna úr öllum sérgreinum að sækja þessa ráðstefnu.

Skráning og nánari upplýsingar eru hjá Ferðaskrifstofu Íslands, sími: 585 4374, fax: 585 4390, netfang: *bjorkb@icelandtravel.is* og rafræn skráning er á: *www.heilhus.is*

Félagsfundur

Stefnt er að fundi í félaginu síðar í haust, sennilega í tengslum við aðalfund LÍ og verður það auglýst nánar síðar. Vilji er fyrir hendi til að efla félagið og starf þess. Þeir sem áhuga hafa á að kynna sér þetta nánar hafi samband við Pétur Heimisson *petur@hsa.is* eða í síma 471 1400 og 860 6830.

Stjórnin

Læknar í rekstri

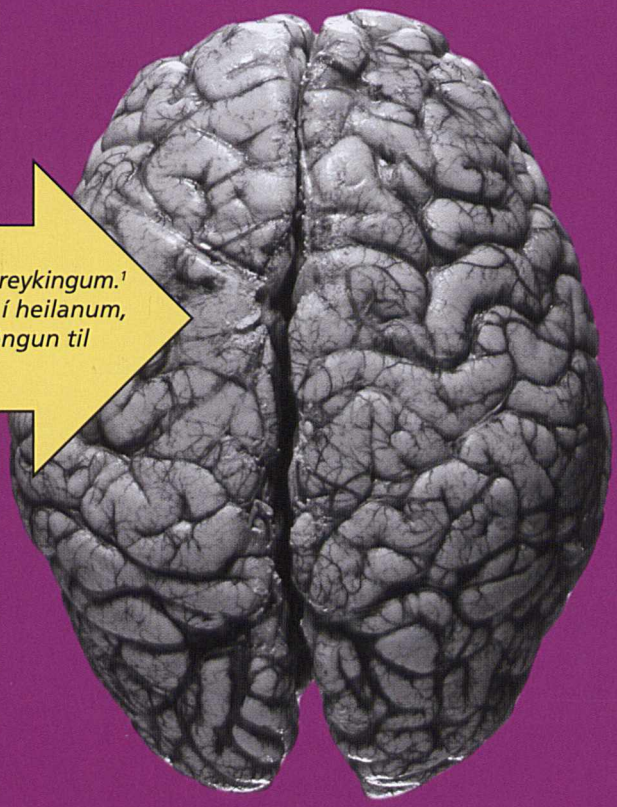
Aðstoðum lækna við
- val á rekstrarformi
- stofnun félags
- bókhald
- ársreikningagerð
- skattframtalsgerð
- aðra ráðgjöf

Deloitte & Touche hf.

Stórhöfða 23
110 Reykjavík,
sími 580 3000
www.deloitte.is

ZYBAN FORÐATÖFLUR; N06 A X 12 R0
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:** Meðferð ætti að vara í 7-9 vikur. Þó ekki sé búist við fráhvarfseinkennum þegar hætt er að taka Zyban, mætti íhuga að hætta í áföngum. Ef engin áhrif sjást eftir sjö vikur ber að stöðva meðferð. Mælt er með að meðferð hefjist á meðan sjúklingur reykir ennþá og að viðkomandi velji sér dag til að hætta innan tveggja vikna frá upphafi Zyban-meðferðar, helst í seinni vikunni. Upphafsskammtur er 150 mg einu sinni á dag, í sex daga. Hann er síðan aukinn á sjöunda degi í 150 mg tvisvar á dag. Að minnsta kosti 8 klst. þurfa að líða á milli skammta. Það má ekki 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 þar sem öryggi og virkni lyfsins hefur ekki verið metin hjá þessum aldurshópi. 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 lifrar- eða nýrnastarfsemi. Vegna aukins breytileika í lyfjahvörfum hjá sjúklingum með væga eða nokkra skerðingu á lifrar- eða nýrnastarfsemi er ráðlagður skammtur handa þessum sjúklingum 150 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Eftirtaldir sjúklingar mega ekki nota Zyban: Sjúklingar sem hafa ofnæmi fyrir búprópíóni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins, sjúklingar með krampa eða einhverja fyrri sögu um krampa, sjúklingar með æxli í miðtaugakerfi, sjúklingar sem greindir hafa verið með lotugræðgi eða lystarstol, sjúklingar með alvarlega skorpulifur, sjúklingar með sögu um geðhvarfasýki (bipolar disorder). Þegar hætta er á áfengisfráhvarfseinkennum eða þegar langtímanotkun benzódíazepína er hætt snögglega má ekki nota Zyban. Ekki má nota Zyban og MAO-hemla samtímis. A.m.k. 14 dagar ættu að liða frá því að meðferð með MAO-blokkum með óafturkræfa verkun lýkur og þar til meðferð með búprópíóni hefst. **Varúð:** Það má ekki nota stærri skammta af búprópíóni en ráðlagðir eru þar sem aukin hætta virðist vera á krömpum með hækkandi skömmtum af búprópíóni. Við skammtastærðir allt að ráðlögðum hámarksskammti (300 mg á dag), er tíðni krampa um það bil 0,1% (1/1000). Það er aukin hætta á krömpum samfara notkun á Zyban þegar áhættuþættir sem leitt geta til lægri krampaþröskuldar eru til staðar. Það má ekki nota búprópíón hjá sjúklingum með fyrirliggjandi áhættuþætti nema að hugsanlegur heilsufarslegur ávinningur af því að hætta reykingum vegi þyngra en hugsanlega aukin áhætta á krömpum. Hjá slíkum sjúklingum ætti að íhuga 150 mg hámarksskammt allan meðferðartímann. Skoða ætti alla sjúklinga með tilliti til fyrirliggjandi áhættuþátta, svo sem: 1: samtímis notkun annarra lyfja sem vitað er að geta lækkað krampaþröskuldinn (t.d. geðlyf, þunglyndislyf, lyf gegn malaríu, tramadól, teófýllín, sterar til inntöku, klínólónar og slævandi andhistamín). 2: Misnotkun áfengis. 3: Saga um höfuðáverka. sykursýki meðhöndlaða með blóðsykurslækkandi lyfjum eða insúlíni. 4: Notkun örvandi lyfja eða megrunarlyfja. Hætta þarf notkun á Zyban og ekki hefja hana aftur hjá sjúklingum sem fá krampa meðan á meðferð stendur. 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. Búprópíón hindrar umbrot sem á sér stað fyrir tilstilli cýtókróm P450 2D6. Ráðlegt er að gæta varúðar þegar lyf sem umbrotið er af þessu enzými er gefið samtímis Zyban. Takmarkaðar upplýsingar úr klínískum rannsóknum benda til þess að betri árangur náist við að hætta að reykja með samtímis notkun Zyban og nikótínlyfja. Hins vegar þarf að gæta varúðar þegar lyfin eru notuð samtímis og fylgjast þarf með því vikulega hvort meðferðin valdi hækkuðum blóðþrýstingi. Læknar ættu að kynna sér lyfjaskrártexta fyrir nikótínforðaplástra áður en þeim er ávísað samtímis Zyban. 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, vöðaverkir 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. Þau hafa svo horfið með tímanum. Sérstakir sjúklingahópar: Búprópíón er umbrotið að stórum hluta í virk umbrotsefni í lifur, sem eru umbrotin frekar. Ekki sást tölfræðilega marktækur munur á lyfjahvörfum búprópíóns hjá sjúklingum með væga til talsverða skerðingu á lifrarstarfsemi, í samanburði við heilbrigða sjálfboðaliða, en þéttni búprópíóns í blóði var breytilegri hjá sjúklingunum. Því ber að gæta varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum með væga eða talsverða skerðingu á lifrarstarfsemi. Ráðlagður skammtur fyrir þessa sjúklinga er 150 mg einu sinni á dag. Fylgjast ætti með sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi með tilliti til hugsanlegra aukaverkana (t.d. svefnleysis, munnþurrks, floga) sem gætu bent til hækkaðrar þéttni lyfsins eða umbrotsefna þess. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi voru ekki rannsakaðir. Búprópíón er skilið út í þvagi, aðallega í formi umbrotsefna þess. Þess vegna er ráðlagður skammtur handa sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi 150 mg, einu sinni á dag, þar sem búprópíón og umbrotsefni þess geta safnast upp hjá slíkum sjúklingum í meiri mæli en venjulegt er. Fylgjast ætti með sjúklingum með tilliti til hugsanlegra aukaverkana vegna hækkaðrar þéttni lyfsins og umbrotsefna þess. Klínísk reynsla hefur ekki leitt í ljós að aldraðir þoli búprópíón á annan hátt en aðrir fullorðnir sjúklingar. Hins vegar er ekki hægt að útiloka aukið næmi aldraðra einstaklinga fyrir lyfinu. Aldraðir sjúklingar eru líklegri til að hafa skerta nýrnastarfsemi og þess vegna er ráðlagður skammtur handa þeim 150 mg, einu sinni á dag. Þar sem lyfjafræði búprópíóns og sumra geðdeyfðarlyfja er svipuð, er hætta á að Zyban geti leitt til geðvandamála hjá viðkvæmum sjúklingum. Niðurstöður dýratilrauna gefa til kynna hættu á misnotkun lyfsins. Hinsvegar benda rannsóknir á tilheigingu manna til að misnota lyfið og víðtæk klínísk reynsla til lítillar hættu á misnotkun á búprópíóns. **Milliverkanir:** Sjúklingar sem nota lyf sem vitað er að lækka krampaþröskuldinn, ættu ekki að fá Zyban nema að hugsanlegur heilsufarslegur ávinningur af því að hætta reykingum vegi þyngra en hugsanlega aukin áhætta á krömpum. Reykingum fylgir aukin CYP1A2-virkni. Eftir að reykingum er hætt getur dregið úr úthreinsun þeirra lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms. 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. imipramín, olanzapín, klómipramín og flúvoxamín) eru ekki þekktar. Þrátt fyrir að búprópíón sé ekki umbrotið af ísóenzými CYP2D6, hafa rannsóknir in vitro á P450 úr mönnum sýnt fram á að búprópíón og hýdroxýbúprópíón hemja CYP2D6 ferlið. Við rannsókn á lyfjahvörfum hjá mönnum olli samtímis notkun heilbrigðra sjálfboðaliða á búprópíónklóríði og desipramíni, sem vitað var að höfðu umfangsmikið umbrot á ísóenzými CYP2D6, fimmfaldri aukningu á AUC og tvöfaldri aukningu á Cmax fyrir desipramín. Hindrun CYP2D6 var til staðar í a.m.k 7 daga eftir síðasta skammt búprópíónklóríðs. Notkun á Zyban samtímis öðrum lyfjum sem CYP2D6 umbrýtur, hefur ekki verið rannsökuð sérstaklega. Þess vegna ætti að hefja meðferð með lyfjum sem að mestum hluta eru umbrotin fyrir tilstilli þessa ísóenzýms og hafa lækningargildi á þröngu þéttnisviði, þ.m.t. ákveðnum þunglyndislyfjum (t.d. desipramín, imipramín, paroxetín), geðlyfjum (t.d. risperídón, tíoríðazín) betablokkum (t.d. metóprólól) og lyfjum við hjartsláttaróreglu af flokki 1 C (t.d. própafón, flecaíníð) í tiltölulega lágum skömmtum. Niðurstöður in vitro rannsókna benda til þess að búprópíón sé umbrotið í hýdroxýbúprópíón, helsta virka umbrotsefni búprópíóns, að mestu fyrir tilstuðlan cýtókróm P450 CYP2B6. Þess vegna er þörf á sérstakri aðgæslu þegar Zyban er gefið samtímis lyfjum sem vitað er að hafa áhrif á CYP2B6 ísóenzým (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 klíniska virkni og öryggi þess. Rannsókn leiddi í ljós að Cmax og AUC fyrir búprópíón, treóhýdróbúprópíón og erýtróhýdróbúprópíón minnkaði um 85% og jókst um 50% fyrir hýdroxýbúprópíón þegar búprópíón töflur (venjulegar töflur) voru gefnar samtímis karbamazepíni. Rannsókn leiddi í ljós að AUC fyrir hýdroxýbúprópíón tvöfaldaðist næstum þegar búprópíón (venjulegar töflur) var gefið um leið og valpróat. Engin áhrif sáust á lyfjahvörf búprópíóns og umbrotsefnanna treóhýdróbúprópíón og erýtróhýdróbúprópíón. Eðli þessarar milliverkunar er ekki þekkt. 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 skjálfti). **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið sýnt fram á að óhætt sé að nota Zyban á meðgöngu. Það ætti að hvetja þungðar 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. óróleiki, svefnleysi, skjálfti, 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: Krampi, tíðni er um það bil 0,1 %. Algengastur er þankippakrampi 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. **Pakkningar:** 60 stk. þynnupakkað og 100 stk. þynnupakkað. Hámarksverð 1. júlí 2002: 60 stk. 9.121, 100 stk. 12.883. **Heimildir:** 1: Sérlyfjaskrá. 2: Ascher JA, Cole JO, Colin JN et al. Bupropion: A review of its mechanism of antidepressant activity. J Clin Psychiatry 1995; 56:395-401. 3: Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cesation. N Engl J Med 1997; 337:1195-1202. 4: Leshner AI. Understanding drug addiction: Implications for treatment. Hospital Practice. October 15, 1996:47-59. 5: Pontieri FE, Gianluigi T, OrziF et al. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity of those of addictive drugs. Nature 1996;382:255-257. 01.07.02. Styttur sérlyfjaskrártexti. Sjá nánar í Sérlyfjaskrá eða á heimasíðu Lyfjastofnunar.

ÞETTA ER ALLT Í HÖFÐINU Á ÞÉR



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

ZYBAN®
bupropion HCl forðatöflur 150 mg

www.nice.org.uk
NICE
MÆLIR MEÐ ZYBAN

gsk GlaxoSmithKline