Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



4/2003

LOKSINS

MEIRA LOFT

FYRIR SJÚKLINGA MEÐ LANGVINNA LUNGNATEPPU - LLT

SPIRIVA® (TIOTROPIUM)

Meira loft í lungun



Bætt og viðvarandi áhrif á einkenni LLT með Spiriva®

- Bætir lungnastarfsemi [1,2)]
- Minnkar mæði [1,2)]
- Fækkar versnunum [1,2)]
- Bætir lífsgæði [1,2)]
- Einu sinni á dag [1,2)]

Heimildir:
Casaburi et al. A longterm evaluation of once daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmanory disease. Eur Resp J 2002;19:217-224.
Vinken et al. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 years treatment with tiotropium. Eur Resp J 2002;19:209-216.

Pfizer

Umboðsaðili á Íslandi:
PharmaNor hf.,
Hörgatúni 2, 210 Garðabær

Boehringer Ingelheim

Lyfjatexti á bls. 367

291 Ritstjórnargreinar:
Langtímaáhrif kannabisneyslu
Vilhjálmur Rafnsson

295 **Forvarnir og heilsuvernd – Uppbygging á geðheilbrigðisþjónustu barna og unglinga**
Helga Hannesdóttir

299 **Litlir fyrirburar á Íslandi. Lífslíkur og fötlun**
Ingibjörg Georgsdóttir, Atli Dagbjartsson

Lífslíkur lítilla fyrirbura hafa aukist verulega þrátt fyrir að hlutfallslega séu nú fleiri litlir fyrirburar í hverjum fæðingarárgangi. Aukin þekking, reynsla, betra eftirlit, meðferð á meðgöngu og tækniframfarir seinni ára hafa bætt lífsmöguleika veikra nýbura og það endurspeglast í lágum burðarmálsdauða hérlendis.

305 **Tíðni þvagleka meðal stúlkna í framhaldsskólum**
Guðmundur Geirsson, Bente Hansen, Kristrún Hermannsdóttir

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna tíðni þvagleka meðal ungra kvenna á framhaldsskólastigi og hve mikla fræðslu þær hafa fengið í þjálfun grindarbotnsvöðva. Alls svöruðu 294 stúlkur og um þriðjungur þeirra hafði fundið fyrir þvagleka, þar af voru 11% sem misstu þvag tvisvar eða oftar í viku.

313 **Heilsufar, hjúkrunarþörf og lífsgæði aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997**
Pálmi V. Jónsson, Hlíf Guðmundsdóttir, Fanney Friðbjörnsdóttir, Maríanna Haraldsdóttir, Þórunn Ólafsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir, Ómar Harðarson, Hrafn Pálsson

Vaxandi áhersla er lögð á að aldraðir geti búið heima sem lengst, en rannsóknir á högum aldraðra Íslendinga sem njóta þjónustu í heimahúsum eru takmarkaðar. Markmið þessarar rannsóknar var að lýsa heilsufari, líðan og aðstæðum slíks fólks með tilteknu mælitæki sem skoðar líkamlegt og andlegt heilsufar, færni og félagslegt umhverfi. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að með enn frekari notkun tækisins og auknum vitjunum lækna megi búa öldruðum enn ánægjulegra ævikvöld heima hjá sér.

321 **Notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga. Siðfræðileg álitamál**
Flóki Guðmundsson, Trausti Óskarsson

Rannsóknir á stofnfrumum hafa veitt mönnum nýja von í baráttunni við fjölmarga illvíga og þungbæra sjúkdóma. Stofnfrumur geta fjölgað sér endalaust og sérhæft sig, einkum þykja stofnfrumur úr fósturvísum öflugar á þessu sviði. Þar sem fóstrið hættir að þroskast þegar frumurnar eru fjarlægðar vekur aðgerðin knýjandi siðferðisspurningar. Hér er fjallað um þau sjónarmið sem hæst ber í umræðunni um réttmæti þess að nota stofnfrumur úr fósturvísum til lækninga.

Heimasíða Læknablaðsins
http://lb.icemed.is

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

4. tbl. 89. árg. Apríl 2003

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
Jóhannes Björnsson
Karl Andersen
Ragnheiður Inga Bjarnadóttir
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,- m.vsk.
Lausasala
700,- m.vsk.

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

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

Pökkun
Póstdreifing ehf.,
Dugguvogi 10,
104 Reykjavík

ISSN: 0023-7213



AUGMENTIN GlaxoSmithKline. (Amoxicillín og klavúlansýra). **Ábendingar:** Sýkingar af völdum sýkla, sem eru næmir fyrir lyfjablöndunni. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir beta-laktam lyfjum, t.d. penisillíni og cefalósporínsamböndum. Mononucleosis. Saga um gulu eða skerta lifrarstarfsemi, sem tengist gjöf á **Augmentin** eða skyldum lyfjum. **Aukaverkanir:** Við venjulega skömmtun lyfsins má búast við aukaverkunum hjá 5% sjúklinga. Aukaverkanir frá meltingarvegi, s.s. linar hægðir, ógleði, uppköst og meltingartruflanir eru þó algengari ef hærri skammtar eru gefnir. Virðast þessar aukaverkanir algengari við gjöf þessa lyfs en við gjöf amoxicillíns eins sér. **Algengar (>1%)**: Meltingarvegur: Linar hægðir. Húð: Útbrot, kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Blóð: Afturkræf hvítfrumnafæð, afturkræf blóðflagnafæð. Meltingarvegur: Ógleði, uppköst. Húð: Ofsakláði. **Milliverkanir:** Próbenecíð seinkar útskilnaði amoxicillíns, en ekki útskilnaði klavúlansýru. Því er ekki mælt með samtímis gjöf próbenecíðs og **Augmentin**. Samtímis gjöf amoxicillíns og allópúrínóls getur aukið líkur á ofnæmisútbrotum í húð. Engar upplýsingar eru um samtímis gjöf **Augmentin** og allópúrínóls. Eins og önnur breiðvirk sýklalyf getur **Augmentin** dregið úr virkni getnaðarvarnataflna. **Varúð:** Við skerta nýrnastarfsemi (kreatínínklerans < 30 ml/mín.) þarf að minnka skammta fyrir 250 mg + 125 mg töflur og 500 mg + 125 mg töflur og ekki á að nota 875 mg + 125 mg töflur. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Vegna aspartaminnihalds mixtúrunnar skal gæta varúðar hjá sjúklingum með fenýlketonúreu. Lenging á prótrombín tíma hefur verið lýst í einstaka tilvikum hjá sjúklingum sem fá **Augmentin**. Þegar blóðþynningarlyf eru gefin samtímis skal viðeigandi eftirliti vera framfylgt. **Augmentin** skal ekki nota ef grunur leikur á einkyrningasótt (mononucleosis) þar sem útbrot sem líkjast mislingaútbrotum hafa verið tengd notkun amoxicillíns við þennan sjúkdóm. Langvarandi notkun getur einnig valdið fjölgun ónæmra sýkla. **Notkun á meðgöngu:** Rannsóknir á æxlun hjá dýrum (músum og rottum með skömmtum allt að tíföldum þeim skömmtum sem notaðir eru hjá mönnum), þar sem **Augmentin** var gefið í inntöku og í æð, hafa ekki leitt í ljós fósturskaða. Takmarkaðar upplýsingar eru fyrir hendi um notkun **Augmentin** á meðgöngu hjá konum. Eins og á við um öll lyf skal forðast notkun á meðgöngu nema læknir telji notkun nauðsynlega. **Brjóstagjöf: Augmentin** má gefa konum með barn á brjósti. Að því undanskildu að hætta getur verið á að Augmentin hvetji til ofnæmis, vegna útskilnaðar örlítils af lyfinu í móðurmjólk, eru ekki þekkt nein skaðleg áhrif á börn á brjósti. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Skammtar fara eftir aldri, líkamsþunga og nýrnastarfsemi sjúklingsins, og einnig því hve alvarleg sýkingin er. Eftirfarandi skammtar eru gefnir upp eftir innihaldi amoxicillíns/klavúlansýru, nema þegar skammtar eru tilgreindir sem einstakt innihaldsefni. **Vægar og miðlungs slæmar sýkingar:** 250/125mg þrisvar á dag; EÐA 500/125mg tvisvar eða þrisvar á dag; EÐA 875/125mg tvisvar á dag. **Alvarlegar sýkingar (þ.á.m. langvinnar eða endurteknar þvagfærasýkingar og sýkingar í neðri loftvegi):** 2 x 250/125mg þrisvar á dag; EÐA 1-2 x 500/125mg þrisvar á dag; EÐA 875/125mg þrisvar á dag. Ekki má skipta tveimur **Augmentin** 250/125mg út fyrir eina **Augmentin** 500/125mg þar sem það er ekki jafngilt. Æskilegt er að gefa lyfið við upphaf máltíðar. **Skammtastærðir handa börnum: Mixtúra 80/11,4 mg/ml (1 ml mixtúra = 80 mg amoxicillín):** Dagskammtur 25/3,6 mg/kg - 45/6,4 mg/kg. **Athugið:** Fullbúin mixtúra hefur 7 daga geymsluþol í ísskáp (2-8°C). **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðslutilhögun:** 0. **Pakkningar og hámarksverð 1. jan. 2003: Mixtúruduft:** 80 mg + 11,4 mg/ml: 70 ml kr. 2.465; 25 + 6,25 mg/ml: 80 ml kr. 991; 50 +12,5 mg/ml: 80 ml kr. 1.751. **Töflur:** 250 + 125 mg: 20 stk. kr. 1.823; 500 + 125 mg: 20 stk. kr. 2.829; 875 + 125 mg: 12 stk. kr. 2.546. 01.03.03.

gsk GlaxoSmithKline

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

328 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Heilafok um stöðu læknisins**
Umræður á stjórnarfundi LÍ
Þröstur Haraldsson

331 **Formannaráðstefna LÍ**

333 **Ekki sjálfstæð stofnun heldur lítil eining á stóru sviði**
Rætt við Ólaf Ó. Guðmundsson um starfsemi BUGL
Þröstur Haraldsson

335 **Úrskurður Siðanefndar LÍ**

337 **Heilsugæslan á Suðurnesjum. Sjálfseignarstofnun eða útibú frá Reykjavík?**
Þröstur Haraldsson

339 **Læknar í tímabundin störf í Noregi og Svíþjóð**

Námskeið Endurmenntunar HÍ. Breytt viðhorf til lýðheilsu

Frá skrifstofu LÍ: Hver er hver og hver er hvar?

343 **Heilbrigðismál á kosningavetri: Verðum að ræða um byggingu nýs spítala**
Rætt við Margréti Oddsdóttur
Þröstur Haraldsson

346 **Læknar og lög. Hvernig er bótaábyrgð háttað?**
Gunnar Ármannsson

348 **Íslendingar greiða í heild 40-60% hærra verð fyrir lyf en nágrannaþjóðir**
Ólafur Ólafsson

349 **Heilbrigðiskerfið og Læknafélagið**
Ólafur Örn Arnarson

351 **Íðorðasafn lækna 154. Miltisbrandur**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

355 **Faraldsfræði 27. Réttmæti aðferða(fræði)**
María Heimisdóttir

357 **Lyfjamál 114. Átak í lyfjamálum heilbrigðisstofnana**
Einar Magnússon

359 **Broshornið 36. Af spaghettíi og gangráðum**
Bjarni Jónasson

360 **Þing/námskeið/styrkir**

365 **Lausar stöður**

366 **Okkar á milli**

367 Sérlyfjatextar með auglýsingum

371 **Minnisblaðið**

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



Ljósm.: Inga Sólveig Friðjónsdóttir

Heilsuverndarstöðin í Reykjavík þótti á sínum tíma stórhuga framkvæmd en hafist var handa við hana árið 1949 þótt verkinu lyki ekki fyrr en 1955. Arkitektar voru Einar Sveinsson sem var Húsameistari Reykjavíkur og Gunnar H. Ólafsson sem starfaði hjá embættinu en varð seinna skipulagsstjóri í Reykjavík. Samstarf þeirra hófst nokkrum árum fyrr þegar Gunnar kom heim frá námi árið 1945 og stóð til 1955. Saman teiknuðu þeir ekki bara Heilsuverndarstöðina heldur líka Langholtsskóla og þeir lögðu grunn að hönnun Borgarspítalans – meðal annars er hugmyndin um turninn og hönnun á aðkomu og anddyri frá þeim komin. Aðrar byggingar ættaðar úr penna Einars eru til dæmis Melaskóli, Laugarnesskóli, Laugardalssundlaugin og svo skipulagning Hlíðahverfis og Norðurmýrar.

Gjarnan er sagt að Heilsuverndarstöðin sé sú bygging sem best sýni höfundareinkenni Einars Sveinssonar enda fer það ekki framhjá neinum að þar er hver lína vandlega ígrunduð. Byggingin var þó á sínum tíma gagnrýnd af mörgum og þá ekki bara þeim sem höfðu íhaldssamari smekk í byggingarlist. Þvert á móti voru það módernistar sem andmæltu henni helst og þá þeir sem aðhylltust hreinflatar- eða naumhyggjustefnu í listsköpun. Hörður Ágústsson ritaði grein gegn húsinu og taldi það vera dæmi um úrkynjun í módernískum arkitektúr. Síðari tíma menn hafa þó kunnað betur að meta það og jafnvel má leiða að því getum að Heilsuverndarstöðin hafi haft meiri áhrif á arkitekta samtímans en flest verk þeirra sem strangari voru í hreinflatartrúnni.

Einar leitaði gjarnan til Ásmundar Sveinssonar myndhöggvara um listskreytingar í byggingar sínar og svo var einnig hér. Þeir sem hafa gaman af smáatriðum í þessu samhengi ættu að gá að vindhananum sem prýðir turn hússins og að mynstruðum gólfdúknum sem enn má sjá sums staðar í húsinu – hvort tveggja er hönnun Ásmundar.

Jón Proppé



Flixonase

Fluticasone propionate 50 µg/sk

Flixonase er áhrifaríkt og hraðvirkt nefúðasteralyf gegn ofnæmisbólgum í nefi.

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



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

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

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

Langtímaáhrif kannabisneyslu



Vilhjálmur Rafnsson

Fjöldi rannsókna hafa verið gerðar á fíkniefninu kannabis og hafa flestar beinst að fíkninni sjálfri og taugaeitrunareinkennum hjá þeim sem nota kannabis. Að undanförnu hafa birst niðurstöður rannsókna sem sýna annars vegar að kannabisreykingar valdi eiturverkun á erfðaefnið og framkalli þannig krabbamein og hins vegar að kannabisneysla tengist geðröskunum.

Neysla kannabis jókst mjög á síðustu tugum seinustu aldar meðal ungs fólks í iðnþróuðum löndum. Það sem ýtti undir þessa auknu neyslu var ekki síst það hversu auðvelt var að verða sér úti um þennan vímugjafa en einnig auknar hömlur gegn áfengisneyslu og akstri bifreiða. Samfara þessu var það ef til vill hald manna að neysla kannabis væri hættulaus og gerði ekkert til eða að hún væri í það minnsta ekki eins skaðleg og reykingar og áfengisneysla. Fljótlega fór neysla kannabis að valda áhyggjum því talið var að hún gæti leitt til neyslu annarra og hættulegri vímuefna, einsog síðar var staðfest (1, 2).

Fíkn í kannabis hefur ekki verið eins áberandi og fíkn í önnur vímuefni og kann skýringin að vera sú að neyslan er oftast óregluleg og er mest meðal unglinga sem flestir hætta neyslu fyrir þrítugsaldur (3). Nokkur hluti kannabisneytenda leiðist þó út í reglulega neyslu sem getur varað árum saman. Fíknieinkenni og heilsufarsvandamál sem hrjá þá er misnota ópíum og örvandi efni eru miklu algengari og alvarlegri en þau sem sjást hjá þeim er neyta kannabis (4). Kannabisneysla veldur ekki eins oft árásarhneigð samanborið við ýmsa aðra vímugjafa og vekur því neyslan oft ekki sömu athygli. Kannabisneysla skerðir þó hæfni manna til að stjórna hvers konar farartækjum og vara slík áhrif, eftir venjulegan skammt, lengur en 24 tíma vegna hægs útskilnaðar kannabisefna. Þetta gerir að erfitt er að sanna þátt kannabisneyslu í umferðarslysum (5). Sýnt hefur verið fram á í mörgum rannsóknum að slakur námsárangur unglinga tengist kannabisneyslu og framsýnar rannsóknir sýna að unglingum sem byrja snemma að nota kannabis gengur illa í skóla og þeir hætta fyrr skólagöngu en aðrir nemendur og að þetta er óháð öðrum áhættuþáttum (2, 6). Í læknisfræðinni hefur fyrirbærinu „kannabisgeðveiki“ verið lýst, fyrst í byrjun sjöunda áratugar síðustu aldar, sem skyndilegu rugli með ímyndunum, ofskynjunum, tilfinningalegu ójafnvægi, gleymsku, áttavillu, óraunveruleikatilfinningu og ofsóknarkennd er kemur eftir inntöku kannabis í stórum skömmtum (7). Kannabis-geðveiki og einkenni geðveiki sem greinilega tengjast kannabisneyslu eru yfirleitt talin ganga til baka við afeitrun þegar neyslu er hætt, en geta komið fram að nýju við endurtekna neyslu.

Á síðustu árum hafa komið fram æ fleiri vísbendingar um að kannabisneysla geti leitt til varanlegs heilsutjóns. Faraldsfræðilegar rannsóknir á sambandi kannabis og sjúkdóma hafa verið fáar hingað til en þar sem kannabis er reykt hafa athuganir beinst að öndunarfærum og sérstaklega krabbameinshættu. Tíu greinar hafa birst sem fjalla um krabbamein í höfði og hálsi sjúklinga sem reykt hafa kannabis og í nýlegri tilfellaviðmiðarannsókn kom í ljós að kannabisneysla jók hættuna á flöguþekjukrabbameini á höfuð- og hálssvæði (8). Í þessari rannsókn sást tölfræðilega marktækt skammtur/svörun-samband milli krabbameinshættunnar og magni kannabisreykinga á dag og fjölda ára sem reykt hafði verið (8). Við mat á hættunni á krabbameini var tekið tillit til og leiðrétt fyrir öðrum sennilegum áhættuþáttum, svo sem sígarettureykingum, áfengisneyslu og fleiri atriðum.

Spurningin um hvort neysla kannabis leiði til hrakandi geðheilsu hefur lengi verið áleitin. Nýleg rannsókn staðfesti fyrri rannsóknir um að langvarandi kannabisnotkun leiði til vitsmunaskerðingar en hún virðist mælast æ meiri því fleiri ár sem menn hafa verið í neyslu kannabis og er hér um að ræða einn til tvo áratugi (9). Þessi vitsmunaskerðing er mæld með níu taugasálfræðilegum prófum og er ekki vegna bráðra eiturverkana. Breytingar á heilastarfsemi og vægar skerðingar sem lýst hefur verið í fyrri rannsóknum eru jafnvel taldar koma fram eftir styttri neyslu (9), en ekki að koma þurfi til langvarandi og mikil notkun einsog um var að ræða í nefndri rannsókn. Þessi skerðing og breytingar á heilastarfsemi eru það alvarlegar að þær geta hindrað menn í að ljúka háskólaprófum, hindrað eða komið í veg fyrir starfsstöðuhækkanir eða valdið samskiptaörðugleikum í einkalífi og starfi og truflað daglegt líf.

Tengsl kannabisnotkunar og geðveiki, einkum geðklofa, er löngu staðfest en það eru ekki til margar rannsóknir sem benda til þess að um orsakatengsl sé að ræða. Sýnt þykir að til þess að skýra sambandið þurfi framsýnar rannsóknir því að neysla kannabis er svo hegðunar- og félagslega bundin að erfitt er að henda sannar reiður á henni í aftursýnum rannsóknum og spurningar hafa vaknað um hugsanleg áhrif neyslu annarra vímuefna. Fyrsta rannsóknin sem þótti benda til skýrra orsakatengsla skoðaði meira en fimmtíu þúsund karla sem kvaddir höfðu verið til herþjónustu í Svíþjóð og sem fylgt var eftir í 15 ár (10). Rannsóknin sýndi að neysla kannabis á unglingsárum jók hættuna á geðklofa í skammtur/svörun-sambandi. Ný rannsókn með lengri fylgitíma á sama hópi staðfesti fyrri niðurstöður og tók af skarið um að neyslu annarra vímuefna var ekki um að kenna og ekki var heldur um að ræða að þeir sem síðar fengu geðklofa hafi þegar í upphafi haft einhver forstig sjúkdómsins (11). Í vönduðum framsýnum rannsóknum frá Hollandi og Nýja Sjálandi er tekið í sama streng (12, 13).

Höfundur er prófessor í heilbrigðisfræði við Háskóla Íslands.

Vísbendingar um að neysla kannabis leiði síðar til þunglyndis hafa einnig komið fram í framsýnum rannsóknum sem gerðar hafa verið í Bandaríkjunum og Ástralíu (14, 15), svo dæmi séu nefnd, og kannabisneyslan tengist einnig sjálfsmorðshugleiðingum, almennri vansæld og kvíða.

Nokkur umræða hefur átt sér stað um að kannabis verði hugsanlega notað sem lyf, til dæmis verkjalyf. Slíkar hugmyndir fá ekki stuðning í nýlegri yfirlitsgrein þar sem reynt var með mati á mörgum hendings samanburðarrannsóknum að svara spurningunni um hvort kannabisefni geti verið áhrifarík og örugg verkjameðferð (16). Kannabisefnin voru ekki áhrifameiri en kódein gegn verkjum og þau höfðu slævandi áhrif á miðtaugakerfið sem takmarkaði notagildi þeirra. Í greininni var mælt gegn almennri notkun kannabisefna í lækningaskyni.

Það er mikilvægt að læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk tileinki sér þessa nýju þekkingu um skaðsemi kannabisneyslu og komi henni áfram til sjúklinga, almennings og þó einkum til unglinga og ungs fólks.

Heimildir

1. Fergusson DM, Horwood LJ. Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? Addiction 2000; 95: 505-20.
2. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. Addiction 2002; 97: 1123-35.
3. Chen K, Kandel DB. The natural history of drug use from adolescence to mid-thirt in a general population sample. Am J Public Health 1995; 85: 41-7.
4. Hall W, Babor TF. Cannabis use and public health: assessing the burden. Addiction 2000; 95: 485-90.
5. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. Br J Psychiatry 2001; 178: 101-6.
6. Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. Addiction 2000; 95: 1621-30.
7. Hall W, Degenhardt L. Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiolgical evidence. Aust N Z J Psychiatry 2000; 34: 26-34.
8. Zhang ZF, Morgenstern H, Spitz MR, Tashkin DP, Yu GP Marshall JR, et al. Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1999; 8: 1071-8.
9. Solowji N, Stephens RS, Roffman RA, Babor T, Kadden R, Miller M, et al. Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. JAMA 2002; 287: 1123-31.
10. Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet 1987; 2: 1483-6.
11. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. BMJ 2002; 325: 1199-201.
12. Van Os J, Bak M, Hanssen M, Biijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis. A longitudinal population-based study. Am J Epidemiol 2002; 156: 319-27.
13. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffit TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. BMJ 2002; 325: 1212-3.
14. Bovasso GB. Cannabis use as a risk factor for depressive symptoms. Am J Psychiatry 2001; 158: 2033-7.
15. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. BMJ 2002; 325: 1195-8.
16. Campbell FA, Tramér MR, Carroll D, Reynolds DJM, Moore RA, MvQuay HJ. Are cannobinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review. BMJ 2001; 323: 1-6.

Detrusitol® Retard (tolterodin) RE

Hvert hylki inniheldur: Tolterodintartrat 2 mg og 4 mg, samsvarandi tolterodini 1,4 mg eða 2,8 mg. Litarefni í 1,4 mg forðahylkinu: Indígókarmín (E132), gult járnoxíð (E172) og títantvíoxíð (E 171). *Litarefni í 2,8 mg forðahylkinu:* Indígókarmín (E132) og títantvíoxíð (E 171). **Ábendingar:** Detrusitol Retard er ætlað til meðferðar á bráða þvagleka (urge incontinence) og/eða tíðum og bráðum þvaglátum, svo sem getur komið fyrir hjá sjúklingum með óstöðuga þvagblöðru (unstable bladder). **Skammtar og lyfjagjöf:** Forðahylkin má taka með mat eða án og þau verður að gleypa í heilu lagi. Eftir 6 mánaða meðferð skal endurskoða þörf fyrir áframhaldandi meðferð. *Skammtastærðir handa fullorðnum (þar með talið aldraðir):* Ráðlagður skammtur er 2,8 mg einu sinni á sólarhring. Hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi er ráðlagður skammtur 1,4 mg einu sinni á sólarhring. Komi óþægilegar aukaverkanir fram má minnka skammtinn úr 2,8 mg í 1,4 mg einu sinni á sólarhring. *Skammtastærðir handa börnum:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun hjá börnum. Notkun Detrusitol Retard forðahylkja er því ekki ráðlögð handa börnum fyrr en frekari upplýsingar liggja fyrir. **Frábendingar:** Frábendingar fyrir gjöf tolterodins eru: Þvagteppa (urinary retention). Ómeðhöndluð (uncontrolled) þrönghornsgláka. Vöðvaslensfár. Þekkt ofnæmi fyrir tolterodini eða einhverju hjálparefnanna. Alvarleg sáraristilbólga. Risaristill vegna bólgu (toxic megacolon). **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Gæta skal varúðar við notkun tolterodins hjá sjúklingum með: Marktæka tæmingarhindrun þvagblöðru (bladder outlet obstruction) og hættu á þvagtregðu. Þrengsli í meltingarvegi t.d. portþrengsli í maga. Nýrnasjúkdóm. Taugakvilla í ósjálfráða taugakerfinu. Vélindisgapshaul (hiatus hernia). Hættu á skertum hreyfanleika í meltingarvegi. Svo sem ætlið á við þegar óstöðug blaðra er meðhöndluð skal athuga skal líffræðilegar ástæður fyrir bráða þvagleka og tíðum þvaglátum áður en meðferð er hafin. Samtímis notkun kröftugra CYP3A4-hemla er ekki ráðlögð (sjá Milliverkanir). Sjúklingar með sjaldgæfa, erfðabundna sjúkdóma er varða frúktósaóþol, skert frásog glúkósu-galaktósu eða skerta virkni súkrasa-ísómaltasa eiga ekki að nota þetta lyf. **Milliverkanir:** Ekki er mælt með samtímis gjöf öflugra CYP3A4-hemla til almennrar (systemic) notkunar eins og sýklalyfja í flokki makrólíða (erýtrómýcín og klaritrómýcín), sveppalyfja (ketócónazól og ítracónazól) og próteasa-hemla, vegna aukinnar þéttni tolterodins í sermi hjá þeim sem eru með lítil CYP2D6 umbrot og eru í hættu hvað varðar ofskömmtun. Verkun og aukaverkanir tolterodins geta aukist við samtímis notkun lyfja sem hafa andmúskarínvirk áhrif. Hins vegar getur verkun tolterodins minnkað við samtímis notkun lyfja með múskarínkólínvirk áhrif (muscarinic cholinergic receptor agonists). Tolterodin getur dregið úr verkun hreyfingahvetjandi lyfja eins og metóklópramíðs og cisapríðs. Samtímis notkun með flúoxetíni (öflugur CYP2D6-hemill) veldur ekki klínískt marktækri milliverkun því tolterodin og CYP2D6 umbrotsefni þess, 5-hýdroxýmetýltolterodin, eru jafnvirk. Rannsóknir á milliverkunum við lyf hafa hvorki leitt í ljós milliverkanir við warfarin né samsett getnaðarvarnarlyf (etinýlestradíól/levonorgestrel). Klínísk rannsókn hefur gefið vísbendingar um að tolterodin hamli ekki umbrot sem verður fyrir tilstilli CYP2D6, 2C19, 3A4 eða 1A2. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki mælt með notkun Detrusitol Retard á meðgöngu. Forðast skal notkun tolterodins þann tíma sem barn er haft á brjósti. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Þar sem lyfið getur valdið sjónstillingartruflunum og haft áhrif á viðbragðsflýti getur það dregið úr hæfni til aksturs og notkunar véla. **Aukaverkanir:** Tolterodin getur valdið vægum til í meðallagi miklum andmúskarínvirkum áhrifum t.d. munnþurrki, meltingartruflun og augnþurrki. Algengar (>1%): Augu: Augnþurrkur, óeðlileg sjón (þar á meðal sjónstillingartruflanir). Almennar: Þreyta, höfuðverkur, brjóstverkur. Meltingarfæri: Meltingartruflanir, hægðatregða, kviðverkur, vindgangur, uppköst. Taugakerfi: Sundl, svefnhöfgi, náladofi (paraesthesia). Geðrænar: Taugaóstyrkur. Húð og undirliggjandi vefur: Húðþurrkur. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar: Bjúgur, bjúgur á útlimum. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Ónæmiskerfi: Ofnæmi, ekki nánar tilgreint. Geðrænar: Rugl (confusion), ofskynjanir. Nýru og þvagfæri: Þvagteppa (urinary retention). Hjarta: Hraðsláttur (tachycardia). Önnur aukaverkun sem greint hefur verið frá við notkun tolterodin er bráðaofnæmi (kemur örsjaldan fyrir). **Útlitslýsing:** 1,4 mg forðahylkið er blágrænt með hvítri áletrun (tákn og 2). 2,8 mg forðahylkið er blátt með hvítri áletrun (tákn og 4). **Markaðsleyfishafi:** Pharmacia AS, Danmörku. **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatún 2, Garðabær. **Pakkningar og verð 1. mars 2003:** Forðahylki, hart 1,4 mg: 30 stk. kr. 6.973 ,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 30 stk. kr. 7.217,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 100 stk. kr. 21.059 ,- Stytting á texta Sérlyfjaskrár janúar 2002. Hægt er að nálgast sérlyfjaskrártexta og samantekt á eiginleikum lyfs SPC í fullri lengd hjá lyfjaumboðsdeild Pharmacia, PharmaNor hf.

Heimildir:

1. Paul Siami, MD, Larry S. Siedman, MD and Daniel Lama, MD. "The Speed of Onset of Therapeutic Assessment Trial (STAT)", vol 24, nno.4, April 2002.

PHARMACIA

Detrusitol Retard tolterodin



Hann nær ekki í tæka tíð

Merkjanleg áhrif eftir eina viku

Meira en 80% af sjúklingum merkja áhrif af meðhöndlun með Detrusitol® Retard (tolterodine) á innan við viku, en full áhrif nást eftir lengri tíma[1].

PHARMACIA

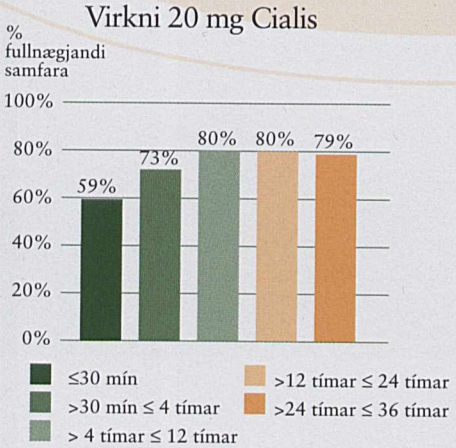
PharmaNor hf, Hörgatún 2, 210 Garðabæ
Sími: 535 7000, fax: 565 9085, www.inkontinens.dk

Detrusitol Retard
tolterodin

2,8 mg X 1



Nýr valkostur í meðferð við ristruflunum



Í klínískum rannsóknum á lyfinu kom fram:

81% fengu betri stinningu

75% af samförum voru fullnægjandi

Einstaklingar sem tóku 20 mg af Cialis sýndu tölfræðilega marktæka bót á stinningu og getu til að stunda kynlíf allt frá 16 mínútum upp í 36 tíma eftir inntöku. Taka má Cialis án tillits til máltíða og neyslu áfengis.

Heimildir: 1)Samantekt um eiginleika Cialis
2)Journal of Urology, vol 168, No 4 October 2002 Brock et al.

200303

Cialis™ (tadalafil)

Lilly

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

Lyfjatexti á bls. 325

með fullri reisn

Forvarnir og heilsuvernd – Uppbygging á geðheilbrigðisþjónustu barna og unglinga



Helga Hannesdóttir

Í heilbrigðisáætlun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins er talið að árlega nái geðheilbrigðisþjónusta til um 0,4-0,5% barna á aldrinum 0-18 ára, þar af sinnir Barna- og unglingageðdeild Landspítala 0,1-0,2%. Geðraskanir barna og unglinga eru því eitt stærsta heilbrigðisvandamálið á Íslandi í dag samanborið við nokkur nágrannalönd okkar. Á Norðurlöndunum er talið að geðheilbrigðisþjónustan nái til allt að 2% barna árlega. Ljóst er því að aðeins mjög takmarkaður hópur barna og ungmenna með geðraskanir fær greiningu og meðferð hér á sama meðferðarstigi og á hinum Norðurlöndunum. Nýleg faraldsfræðileg rannsókn á algengi geðraskana í Hollandi sýndi fram á að 7% barna og unglinga voru með alvarlegar geðraskanir en 19% með talsverðar geðraskanir og það miklar að meðferð þótti æskileg. Í áætlun frá Evrópunefnd sérfræðinga í barna- og unglingageðlækningum er gert ráð fyrir að 11 meðferðarpláss á barna- og unglingageðdeildum standi til reiðu fyrir hverja 100.000 íbúa.

Barna- og unglingageðlækningar hafa verið stundaðar á Landspítala frá árinu 1970, í fyrstu á sjálfstæðri deild í tengslum við Barnaspítala Hringsins, en eftir 1983 undir yfirstjórn prófessors í geðlækningum fullorðinna á Landspítala. Yfirstjórn hefur því lotið sviðstjórn fullorðinsgeðlækninga síðastliðin 20 ár.

Barna- og unglingageðlæknisfræðin varð sjálfstæð sérgrein í Evrópu árið 1993. Evrópunefnd sérfræðinga í barna- og unglingageðlækningum hefur starfað frá árinu 1992 og aðalmarkmið hennar hefur verið að samræma kennslu læknaskóla og sérnáms en að auki að stuðla að efldri þjónustu í greininni. Á síðustu tíu árum hafa orðið framfarir í sérgreininni nema ef til vill á Íslandi.

Víða er sérnám í barna- og unglingageðlækningum fimm ár og í öllum Evrópulöndum nema á Íslandi eru prófessorar í sérgreininni auk fjölda dósenta og lektora. Einnig hefur orðið allveruleg aukning á fjölda barna- og unglingageðlækna. Greint verður hér á eftir í fáum orðum frá þróuninni í nokkrum löndum.

Í Danmörk hefur sérfræðinámið verið endurskoðað en þar eru barna- og unglingageðlækningar sjálfstæð sérgrein. Fram að 1993 var sérgreinin undir fullorðinsgeðlækningum.

Í Finnlandi voru veittar sérstakar fjárveitingar til uppbyggingar á barna- og unglingageðlækningum fyrir þremur árum, eða 11 milljónir evra fyrir árið 2000, sex milljónir evra fyrir 2001 og þrjár milljónir evra fyrir 2002. Peningunum hefur aðallega verið varið í að auka fyrirbyggjandi aðgerðir fyrir börn fyrstu fimm æviárin innan ung- og smábarnaverndar. Barna- og unglingageðlæknar í Finnlandi hafa einnig fengið auknar fjárveitingar til að takast á við áfengis- og fíkniefnavanda unglinga. Í nýjum finnskum lögum er kveðið á um að geðlæknisfræðilegri athugun og greiningu á börnum beri að ljúka innan þriggja vikna frá því barni er vísað til greiningar. Tvær sérgreinar eru í Finnlandi, barnageðlækningar frá 0-12 ára og unglingageðlækningar frá 12-20 ára.

Á Ítalíu hefur á síðustu árum verið stefnt að því að fá 150 nýja sérfræðinga í barna- og unglingageðlækningum hverju ári. Þar eru 18 læknaskólar eða háskólar sem mennta barna- og unglingageðlækna og 24 prófessorar í barna- og unglingageðlækningum.

Í Hollandi hefur megináhersla síðastliðin tíu ár verið lögð á samstarf innan heilsugæslu í barna- og unglingageðlækningum og samkvæmt lögum er ný reglugerð um þessa þjónustu. Barna- og unglingageðlækningar eru enn stjórnunarlega undir fullorðinsgeðlækningum þannig að vandamál hefur verið að eyrnamerkja fé til sérgreinarinnar.

Í Noregi eru nú 170 barna- og unglingageðlæknar og þar er talinn vera mikill skortur á þeim læknum. Í greininni eru sjö prófessorsstöður við læknadeildir. Sérnámið er fjögur ár en margir ljúka því á fimm og hálfu ári. Norðmenn líta á Ítalíu sem fyrirmynd að uppbyggingu og skipulagningu í barna- og unglingageðlækningum. Lögð er áhersla á að sjá sem flesta sjúklinga og stefnt er að því að þjónustan nái til 5% barna og unglinga, en nú þegar fá 3% þeirra þjónustu.

Ísland er eina landið í Evrópu sem ekki á prófessor í barna- og unglingageðlækningum eins og áður segir. Læknadeild Háskóla Íslands þarf að beita sér í þessu máli. Íslensk stjórnvöld þurfa að setja sér það markmið að vinna að þeirri samræmingu sem átt hefur sér stað meðal Evrópulanda í barna- og unglingageðlækningum á síðustu tíu árum. Ísland er nú þegar stjórnunarlega séð mörgum árum á eftir þróuninni í Evrópu. Barna- og unglingageðlækningar eru í eðli sínu forvarnarlækningar og litlar efasemdir eru um að þær borgi sig í framtíðinni fyrir hlutaðeigandi sjúklinga og samfélagið í heild.

Heimildir

Heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Heilbrigðis-og Tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 2001.

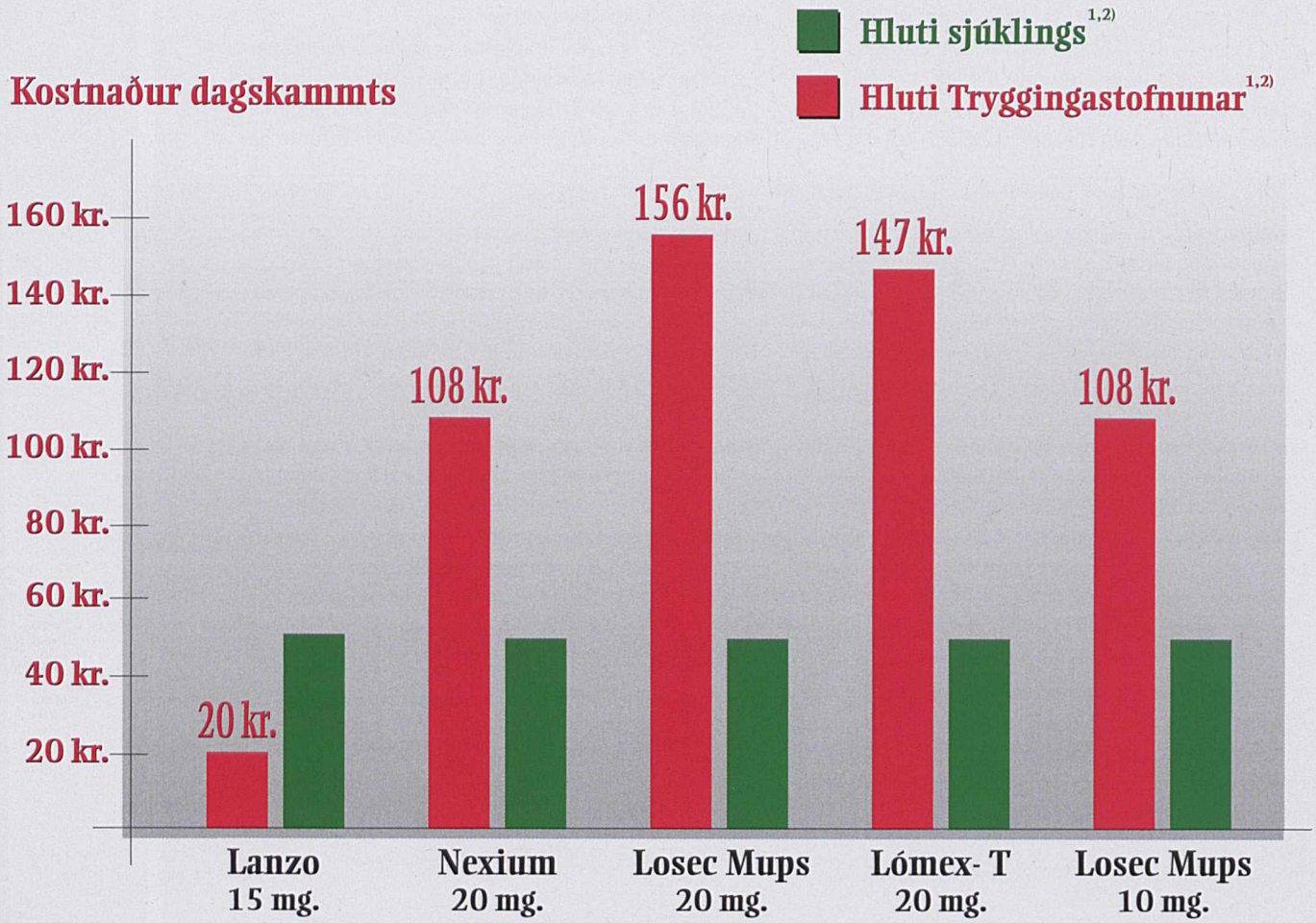
Hannesdóttir H. Studies on child and adolescent mental health in Iceland. Turun Yliopisto, Turku 2002.

Höfundur er barna- og unglingageðlæknir.

Hvað segir skynsemin þér?

Bakflæði

Samanburður á skiptingu kostnaðar vegna viðhaldsmeðferðar. Miðað er við dagskammt og hagstæðustu pakkningastærð.



Láttu skynsemina ráða!

Viðhaldsmeðferð	Verð dagskammts[1]
✓ Lanzo 15 mg.	71 kr.
Nexium 20 mg.	158 kr.
Losec Mups 20 mg.	206 kr.
Lómex- T 20 mg.	197 kr.
Losec Mups 10 mg.	158 kr.

SÝRUHJÚPHYLKI; A 02 BC 03 Hvert sýruhjúphylki inniheldur: Lansoprazolum INN 15 mg eða 30 mg. R E
Ábendingar: Sársjúkdómur 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 óþægindum, eins og sársjúkdómi í maga, vélinda eða skeifugörn, fleiðri í maga og/eða skeifugörn eða meltingartruflunum, við meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum. Langtimanotkun 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.Skammtar: 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 magaslöngu. Innihaldi eins sýruhjúphylkis skal blandað í 5 ml af eplasafa og gefa í gegnum slönguna. Skeifugarnarsár: Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 2 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 2 vikur í viðbót. Við bakslag skal meðferð endurtekin. Við langtímameðferð er ráðlagður skammtur 15 mg á dag.
Magasár: 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. Hafi bólgan ekki læknast, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Við bakslag skal meðferð endurtekin. Við langtímameðferð er ráðlagður skammtur 15 mg á dag. Ef einkenni versna má auka skammtinn í 30 mg einu sinni á dag. Meðhöndlun á góðkynja maga- og 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: Lanzoprazól 30 mg gefið tvisvar sinnum á dag auk tveggja af eftirfarandi sýklalyfjum: Amoxicillin 1 g tvisvar á dag, metrónídazól 400 mg tvisvar á dag, klaritrómýcin 250 mg tvisvar á dag, í 7 daga. Zollinger Ellison heilkenni: Ráðlagður skammtur í upphafi meðferðar er 60 mg einu sinni á dag. Finna þarf 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. Frábendingar: Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Varúð: Við skerta lifrarstarfsemi er helmingunartími lengdur og skammta getur þurft að minnka. 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 díazepam, fenýtóín, teófýllín, warfarín, sýrubindandi lyf eða bólgueyðandi gigtarlyf. 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%): Miðtaugakerfi: Höfuðverkur, svimi. Meltingarfæri: Niðurgangur, ógleði, magaverkir, hægðatregða, uppköst, vindgangur, þurrkur eða særindi í munni eða hálsi. Húð: Útbrot kláði, ofsakláði Sjaldgæfar (0,1-1%): Þreyta. Greint hefur verið frá breyttum gildum úr lifrarprófum og einstaka tilvikum af gulu eða lifrarbólgu. Ofnæmisviðbrögð eru m.a. ofsabjúgur (angioedema), önghljóð (wheezing) og mjög sjaldan bráðaofnæmi. Millivefjabólga í nýrum sést einstaka sinnum hjá prótóndæluhemlum. Áhrif á blóð (blóðflagnafæð, eosinophilia og hvítfrumnafæð) hafa einstaka sinnum komið upp. Einnig flekkblæðingar og deplablæðingar. Aðrar aukaverkanir eru m.a. liðverkir, vöðvaverkir, geðdeyfð, bjúgur, náladofi og óskýr sjón. Lyfhrif: Lyfið blokkar prótónupumpuna (H+, K+-ATPasa) í parietalfrumum magans. Lyfið dregur þannig úr framleiðslu magasýru, bæði grunnframleiðslu og við hvers kyns örvun. Lyfið frásogast frá smáþörmum, en breytist í virkt form í súru frymi parietalfrumnanna. Fylgni er milli áhrifa á sýrufframleiðslu og flatarmáls undir blóðþéttniferlum (AUC), en ekki blóðþéttni hverju sinni. Blóðþéttni nær hámarki 1,5 klst. eftir töku lyfsins. Lyfjahvörf: Aðgengi er yfirleitt mikið (80-90%), en er mjög breytilegt milli einstaklinga. Binding við plasmaprótein er um 97%. Helmingunartími í blóði er 1-2 klst.: hann lengist með hækkandi aldri og við skerta lifrarstarfsemi. Lyfið umbrotnar að fullu í lifur og skilst út sem óvirk umbrotsefni, 65% í saur og afgangurinn í þvagi. Útlit: Sýruhjúphylki 15 mg: Gul hylki,16 x 6 mm, merkt Lederle 15 mg. Sýruhjúphylki 30 mg: Bleikfjólublá og fjólublá hylki, 19 x 7 mm, merkt Lederle 30 mg. Pakkningar: Sýruhjúphylki 15 mg: 28 stk. (þynnupakkað); 56 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað). Sýruhjúphylki 30 mg: 28 stk. (þynnupakkað); 56 stk. (þynnupakkað). Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti. Hámarkssútsöluverð apóteka með vsk. samkvæmt Lyfjaverðskrá mars 2003: Lanzo 30 mg: 56stk. 9896 kr, 28 stk. 5396 kr. Lanzo 15 mg: 28 stk. 3531 kr, 56 stk. 4854 kr, 98 stk. 6915 kr.

Heimildir:

1. Lyfjaverðskrá mars 2003 hámarksútsöluverð apóteka með vsk., Lanzo 15 mg. 98 stk. Nexium 20 mg. 100 stk., Losec Mups 20 mg. 100 stk., Losec Mups 10 mg. 100 stk., Lomex-T 20 mg. 100stk.

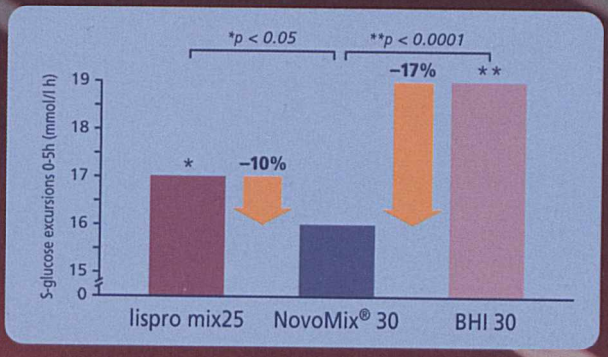
2. Reglugerð nr. 948/2000 (með síðari breytingum) um greiðslur almannatrygginga í lyfjakostnaði.

Wyeth Austurbakki

Er kominn tími til að nota tvívirkt insúlín?

Bætt blóðsykurstjórn eftir máltíðir (PPG

NovoMix® 30 er tvívirkur insúlín analog sem bætir blóðsykurstjórnun eftir máltíðir (PPG) borið saman við tvívirkt mannainsúlín[1-4] og lispro mix25[4]



- Mun færri blóðsykursföll [3,5]
- Verkar betur en töflumeðferð eingöngu [6]
- Einfalt og hentugt [5,7]

Tvívirkt insúlín

NovoMix® 30

Hröð og varanleg blóðsykurstjórn

NovoMix 30 FlexPen og Penfill 100 einingar/ml, stungulyf A10AD05

Er hvít dreifa af 30% leysanlegu aspartinsúlíni og 70% af prótamínkristölluðu aspartinsúlíni. **Ábendingar:** Til meðferðar á sykursýki. **Skammtar:** Skömmtun NovoMix 30 er einstaklingsbundin og er gefið undir húð. Verkun NovoMix 30 hefst fyrr en þegar tvífasa mannainsúlín er notað og á að gefa það rétt fyrir mat. Ef nauðsyn krefur má gefa NovoMix 30 skömmu eftir máltíð. Engar rannsóknir hafa verið gerðar á notkun NovoMix 30 hjá börnum og unglingum yngri en 18 ára. NovoMix 30 má aldrei gefa í æð. **Frábendingar:** Blóðsykursfall. Ofnæmi fyrir aspartinsúlíni eða einhverju öðru innihaldsefni. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglu:** Ef of lítill skammtur er gefinn eða ef meðferð er hætt getur það leitt til of hás blóðsykurs eða ketónblóðsýringar af völdum sykursýki. Þetta á sérstaklega við um sykursýki af tegund 1. Fyrstu einkenni um of háan blóðsykur koma venjulega smám saman í ljós á nokkrum klukkustundum eða nokkrum dögum. Þau lýsa sér með ógleði, uppköstum, syfju, rauðri og þurri húð, munnþurrki, auknum þvaglátum, þorsta, minni matarlyst og asetonlyktandi andardrætti. Of hár blóðsykur sem ekki er meðhöndlaður getur leitt til dauða. Hjá sjúklingum sem hafa náð umtalsvert betri stjórn á blóðsykri, geta venjuleg aðvörunareinkenni um blóðsykursfall breyst frá því sem áður var og þarf að upplýsa sjúklingana um það. NovoMix 30 á að gefa strax fyrir eða eftir mat. Hjá sjúklingum, sem einnig eru haldnir öðrum sjúkdómum eða nota lyf, þar sem gera má ráð fyrir hægara frásogi fæðu, verður að hafa í huga hin skjótvirku áhrif lyfsins. Aðrir sjúkdómar, einkum sýkingar, auka venjulega insúlínþörf sjúklingsins. Sé máltíð sleppt úr eða við óvænta, mikla líkamlega áreynslu getur orðið blóðsykursfall. NovoMix 30 getur haft öflugri blóðsykurslækkandi verkun í allt að 6 klst. en tvífasa mannainsúlín. Þegar breytt er yfir í notkun nýrrar insúlíntegundar eða í insúlín frá öðrum framleiðanda verður sjúklingur að vera undir ströngu eftirliti læknis. Breytingar á styrkleika, framleiðanda, tegund og uppruna og/eða á framleiðsluaðferð geta leitt til þess að breyta þurfi skömmtum. Sjúklingar, sem nota NovoMix 30 þurfa hugsanlega að nota aðra skammta en þá sem þeir notuðu af insúlíninu sem þeir notuðu áður. Ef breyta þarf skömmtum má gera það við fyrsta skammt eða á fyrstu vikum eða mánuðum meðferðar. **Milliverkanir:** Vitað er að fjöldi lyfja hefur áhrif á efnaskipti glúkósu. Eftirtalin lyf geta dregið úr insúlínþörf sjúklings: Sykursýkilyf til inntöku, oktreótíð, mónóamínoxidasahemlar, ósértækir beta-blokkar, hemlar sem hindra ensím í að umbreyta angíótensíni, salisýlöt, alkóhól, vefaukandi sterar og súlfónamíð. Eftirtalin lyf geta aukið insúlínþörf sjúklings: Getnaðarvarnatöflur, tíazíð, barksterar, skjaldkirtilshormón, adrenvirk lyf og danazól. Beta-blokkar geta dulið einkenni of lágs blóðsykurs. Alkóhól getur magnað og lengt blóðsykurslækkandi áhrif insúlíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Klínísk reynsla af aspartinsúlíni á meðgöngu er takmörkuð. Engar takmarkanir eru á við notkun NovoMix 30 hjá konum með barn á brjósti, þar sem insúlínnotkun móður hefur enga hættu í för með sér fyrir barnið. Þó getur þurft að breyta NovoMix 30 skammtinum. **Áhrif á hæfni til aksturs:** Of lágur blóðsykur getur dregið úr einbeitingarhæfni og viðbragðsflýti sjúklings. **Aukaverkanir:** Of lágur blóðsykur er algengasta aukaverkunin þegar insúlín er notað. Þau geta lýst sér með köldum svita, kaldri og hvítri húð, þreytu, taugaóstyrk eða skjálfta, hraðaslu, óvenjulegri þreytu eða máttleysi, rugli, einbeitingarerfiðleikum, syfju, svengdartilfinningu, tímabundnum sjóntruflunum, höfuðverk, ógleði og hjartsláttaróreglu. Mjög mikil blóðsykurslækkun getur leitt til meðvitundarleysis og/eða krampa ásamt tímabundinni eða varanlegri skerðingu á heilastarfsemi og jafnvel dauða. Bjúgur og óeðlilegt ljósbrot í auga geta komið fram í upphafi meðferðar með insúlíni. Venjulega hverfa þessi einkenni. **Ofskömmtun:** Ekki er hægt að skilgreina of mikinn skammt af insúlíni. Hins vegar getur blóðsykursfall verið í tveimur þrepum: 1) Við vægu blóðsykursfalli er hægt að gefa þrúgusykur til inntöku eða eitthvað annað, sem inniheldur sykur. 2) Alvarlegt blóðsykursfall, þegar sjúklingur missir meðvitund, er hægt að meðhöndla með glúkagoni (0,5 – 1 mg). **Ósamrýmanleiki:** Efni, sem blandað er saman við insúlín geta brotið insúlínið niður, t.d. ef þau innihalda tíól eða súlfít. NovoMix 30 má ekki blanda saman við innrennslisvökva. **Geymsluþol:** 2 ár. Eftir að lyfið er tekið í notkun hefur það 4 vikna geymsluþol (við hitastig undir 30°C). Geymið við 2°C – 8°C. Má ekki frjósa. NovoMix 30 sem er í notkun eða sem haft er meðferðis sem varabirgðir á að geyma við stofuhita (ekki hærra en 30°C)og geymist í allt að 4 vikur; að þeim liðnum skal farga þeim. NovoMix 30 FlexPen er einnota penni sem er hent þegur lokið er úr honum. NovoMix 30 Penfill rörlykjur á að nota með Novo Nordisk insúlínpenna og NovoFine nálum. **Texti aðeins styttur, frekari upplýsingar í Sérlyfjaskrá (31.01.2002). Pakkningar:** NovoMix 30 FlexPen stungulyf, dreifa, 100 einingar/ml:5x3 ml. NovoMix 30 PenFill stungulyf, dreifa, 100 einingar/ml: 5x3 ml. Lyfið er lyfseðilskylt. Greiðslufyrirkomulag: R*. **Umboð og dreifing:** PharmaNor hf. **Heimildir: 1.** McSorley P, et al. Twice daily biphasic insulin aspart 30 versus biphasic human insulin 30. Diabetes 2000; 49(suppl 1): A454. **2.** Hermansen K, et al. Biphasic insulin aspart 30 improves postprandial glycemic control. Diabetes 2001; 50(suppl 2): A95. **3.** Böhm B, et al. Premixed insulin aspart 30 vs. premixed human insulin 30/70 twice daily. Diabetic Medicine 2002; In press (article). **4.** Hermansen K, et al. Stronger meal-related effect of biphasic insulin aspart 30 compared to insulin lispro mix25 in type 2 diabetes. Diabetes Care 2002; In press (article). **5.** Böhm B, et al. Biphasic insulin aspart and biphasic human insulin compared in type 2 diabetic subjects. Diabetologia 2001; 44(suppl 1): A210. **6.** Kvapil M, et al. Biphasic insulin aspart 30 combined with metformin provides better glycemic control in poorly controlled type 2 diabetic patients. Submitted to ADA 2002. **7.** Kapitza C, et al. Biphasic insulin aspart provides good metabolic control even when injected postprandially. Diabetes 2001; 50(suppl 2): A119.

novo nordisk®

Litlir fyrirburar á Íslandi
Lífslíkur og fötlun

Ingibjörg Georgsdóttir[1]
LÆKNIR, SÉRFRÆÐINGUR Í BARNALÆKNINGUM OG NÝBURALÆKNINGUM

Atli Dagbjartsson[2, 3]
LÆKNIR, SÉRFRÆÐINGUR Í BARNALÆKNINGUM OG NÝBURALÆKNINGUM

Ágrip

Inngangur: Aukin þekking, reynsla og tækniframfarir seinni ára hafa bætt lífsmöguleika veikra nýbura, sem endurspeglast í lágum burðarmálsdauða á Íslandi. Lífslíkur lítilla fyrirbura með fæðingarþyngd <1000 g hafa aukist verulega, einkum eftir að notkun lungnablöðruseytis (surfactants) við glærhimnusjúkdómi (HMD/Hyaline Membrane Disease) varð almenn. Hluti þessara barna glímir við langvinn og alvarleg heilsuvandamál. Tilgangur þessarar rannsóknar var að varpa ljósi á lífslíkur og fötlun lítilla fyrirbura á Íslandi.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingar um fæðingar á Íslandi á árabilinu 1982-95 fengust úr tölvuvæddri Fæðingarskráningu Ríkisspítala, nú Landspítala. Einnig var aflað upplýsinga hjá Hagstofu Íslands um litla fyrirbura sem vógu 500-999 g og fæddust á tveimur tímabilum 1982-90 og 1991-95, fyrir og eftir að notkun lungnablöðruseytis varð almenn. Upplýsingar um fötlunargreiningar fengust í gagnagrunni Tryggingastofnunar ríkisins. Við úrvinnslu var gerður samanburður á fyrirburahópunum.

Niðurstöður: Á árunum 1982-90 var hlutfall lítilla fyrirbura 0,3% af öllum fæðingum (116 af 38.378) og lifðu 19 af 87 lifandi fæddum börnum við fimm ára aldur, eða 22%. Á seinna tímabilinu 1991-95 var hlutfall lítilla fyrirbura 0,5% af öllum fæðingum (102 af 22.261) og lifðu 35 af 67 lifandi fæddum börnum við fimm ára aldur, eða 52%. Af fyrirburum áranna 1982-90 eru þrjú (16%) af 19 börnum talin fötluð og 6 (17%) af 35 fyrirburum áranna 1991-95.

Ályktanir: Rannsóknin sýnir að á sama tíma og hlutfallslega fleiri litlir fyrirburar fæðast í hverjum árgangi hafa lífslíkur þeirra aukist úr 22% á árunum 1982-90 í 52% 1991-95. Hlutfall lítilla fyrirbura með fötlunargreiningar hefur ekki aukist marktækt milli tímabila þrátt fyrir aukna lifun.

ENGLISH SUMMARY

Georgsdóttir I, Dagbjartsson A

Extremely Low Birthweight Infants in Iceland. Survival and Disability.

Læknablaðið 2003; 89: 299-302

Objective: In recent years advances in medical care and technology have increased newborn survival rate, both fullterm and preterm. This is reflected in a low Perinatal Mortality Rate in Iceland. Survival of extremely low birthweight infants (ELBW with BW<1000g) has also increased, especially since the availability of surfactant therapy for Respiratory Distress Syndrome of Prematurity. The purpose of this geographically defined national study was to evaluate survival and longterm outcome of ELBW children in Iceland.

Material and methods: Information on all births in Iceland 1982-95 was collected from the National Birth Registry and Statistics Iceland with information on ELBW infants weighing 500-999g born in two periods 1982-90 and 1991-95, before and after the use of surfactant became routine therapy. Information on disability was obtained from records at the State Social Security Institute. Comparison was made between the two groups of ELBW infants.

Results: In 1982-90 the proportion of ELBW infants was 0.3% of all births (116 of 38.378) and longterm survival at five years of age was 19 of 87 liveborn children or 22%. In 1991-95 ELBW infants were 0.5% of all births (102 of 22.261) and longterm survival was 35 of 67 liveborn children or 52%. Of the 19 ELBW children born in 1982-90 three are considered handicapped (16%) and 6 of 35 ELBW children born in 1991-95 (17%).

Conclusions: The study shows that at the same time that proportionally more children are of extreme low birthweight, the survival of ELBW infants has increased from 22% in 1982-90 to 52% in 1991-95. The proportion of ELBW children with disability is not increased significantly between the two periods.

Key words: *extremely low birthweight infants, survival, disability.*

Correspondence: Ingibjörg Georgsdóttir, *ingibjge@tr.is*

Inngangur

Frá ómunatíð hefur maðurinn leitast við að finna leiðir til þess að draga úr áhættu við barnsfæðingar. Fyrr á öldum var líf og heilsa móður fremur en hins ófædda barns sett í öndvegi þegar vandamál komu upp í fæðingu. Með aukinni þekkingu og tækniþróun seinni ára hafa lífsmöguleikar nýfæddra veikra barna aukist mjög. Burðarmálsdauði, sem hefur verið notaður sem mælikvarði á árangur fæðingarhjálpar og nýburalækninga við samanburð milli landa, hefur lækkað verulega á Íslandi á síðustu þremur áratugum (1-3). Burðarmálsdauði var 19,7 af 1000 fæddum börnum árið 1972 þegar Fæðingarskráning hófst (3) miðað við eldri skilgreiningu, það er lifandi og andvana fædd börn, meðgöngulengd ≥28 vikur eða fæðingarþyngd ≥1000g miðað við 1000 fædd börn. Árið 1976, fyrsta starfsár Vökudeildar Barnaspítala Hringsins, var burðarmálsdauði 10,1 (3). Á árinu 1982 var burðarmálsdauði 6,2 (4) og 5,8 árið 1995 (1). Samkvæmt nýrri skilgreiningu miðast burðarmálsdauði við lifandi og andvana fædd börn, meðgöngulengd ≥22 vikur eða

[1]Tryggingastofnun ríkisins, [2]Barnaspítala Hringsins, Landspítala Hringbraut, [3]Læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Ingibjörg Georgsdóttir, Tryggingastofnun ríkisins, Laugavegi 114, 150 R. *ingibjge@tr.is.*

Lykilorð: *litlir fyrirburar, lifun, fötlun.*

Table I. *Birth Statistics and Survival to 5 years of Age of Icelandic Children with Birthweight 500-999g born in 1982-90 and 1991-95.*

	1982-90		1991-95	
	n	(%)	n	(%)
Registered Births in Iceland	38.378	(100)	22.261	(100)
Registered Births 500-999g	116	(0.3)	102	(0.5)
Liveborn	87	(100)	67	(100)
Stillborn	29	(25)	35	(34)
Total Liveborn 500-999g	87	(100)	67	(100)
Died on Day 1	47	(54)	19	(28)
Died on Day 2-7	10	(11)	6	(9)
Late Deaths	11	(13)	7	(11)
Alive at 5 years	19	(22)	35	(52)*

*p = <0.001

Table II. *Birth Statistics and Survival by Weight Groups of Icelandic ELBW* Children born in 1982-90 and 1991-95.*

	1982-1990				1991-1995			
	Total	SB	LB	Alive at 5 yrs.	Total	SB	LB	Alive at 5 yrs.
500-599g	25	9	16	0 (0%)	14	8	6	1 (17%)
600-699g	27	7	20	3 (15%)	22	13	9	3 (33%)
700-799g	24	3	21	7 (33%)	13	4	9	6 (67%)
800-899g	27	6	21	5 (24%)	32	6	26	17 (65%)
900-999g	13	4	9	4 (44%)	21	4	17	8 (47%)
Total	116	29	87	19 (22%)	102	35	67	35 (52%)

*ELBW = Extremely Low Birthweight <1000g; SB = Stillborn; LB = Liveborn

fæðingarþyngd ≥500 g miðað við 1000 fædd börn (1,5). Fyrir árið 1995 var burðarmálsdauði 8,3 samkvæmt hinni nýju skilgreiningu sem þá var birt í fyrsta sinn (1). Þróun síðustu ára má að verulegu leyti rekja til framfara í nýburalækningum. Hefur notkun lungnablöðruseytis (surfactants) ein og sér leitt til þess að lífslíkur nýbura með glærhimnusjúkdóm (HMD/Hyaline Membrane Disease) hafa aukist um 40% (6). Á Íslandi hófst notkun lungnablöðruseytis haustið 1990 í tengslum við fjölþjóðarannsóknina OSIRIS (7). Auknar lífslíkur nýbura má einnig að einhverju leyti rekja til betra eftirlits og meðferðar á meðgöngu (8).

Samhliða lækkun á burðarmálsdauða hafa lífslíkur lítilla fyrirbura með fæðingarþyngd minna en 1000 g einnig aukist verulega. Þessi litlu börn eru nú fleiri í hverjum árgangi hvort sem miðað er við fæðingarþyngd undir 1500 g eða 1000 g (1, 9-12). Í ljósi vaxandi fjölda lítilla fyrirbura þótti áhugavert að kanna hvernig þessum litlu börnum vegnaði eftir fæðingu og hvort börnum með fötlun hafi fjölgað.

Rannsóknaraðferðir og efniviður

Upplýsingar um heildarfjölda fæðinga, fjölda fæðinga og lifun lítilla fyrirbura frá 1982-1995 fengust frá Fæðingarskráningu Ríkisspítala (nú Landspítala). Eldri upplýsingar voru ekki til á tölvutæku formi þegar fyrsta gagnasöfnun fór fram árið 1996. Þannig fékkst heildarfjöldi skráðra fæðinga lítilla fyrirbura á tveimur tímabilum, hinu fyrra 1982-1990 fyrir reglulega notkun lungnablöðruseytis og hinu síðara 1991-95, en frá árinu 1991 hefur meðferð með lungnablöðruseyti verið almenn og náð til allra fyrirbura sem þess þurfa. Skoðaðar voru fæðingartilkynningar barnanna á Kvennadeild Landspítalans og á Hagstofu Íslands og þær bornar saman við Fæðingarskráningu til að útiloka innsláttarvillur. Leitað var upplýsinga um afdrif barnanna hjá Hagstofu Íslands. Upplýsingar fengust úr gagnagrunni Tryggingastofnunar ríkisins varðandi börn með fötlunargreiningar á árunum 1996 til 2002.

Miðað var við skilgreiningar WHO frá 1981 varðandi lifandi fæðingu, meðgöngulengd, lítinn fyrirbura og lága fæðingarþyngd (13). Einnig var stuðst við skilgreiningar WHO frá 1980 á skerðingu (impairment), hömlun (disability) og fötlun (handicap) (14). Sjúkdómsgreiningar voru samkvæmt ICD-10 (15) og heiti fötlunargreininga voru samkvæmt íslenskri útgáfu af ICD-10 (16).

Við tölfræðilega úrvinnslu var kí-kvaðrats greiningu beitt við samanburð á hlutföllum og t-prófi við samanburð hópa.

Fengið var skriflegt samþykki fyrir þátttöku í rannsókninni frá foreldrum lifandi barna. Siðanefnd Landspítala og Tölvunefnd veittu leyfi fyrir rannsókninni 27. og 28. febrúar 1996.

Niðurstöður

Á árunum 1982-1990 voru skráðar fæðingar á Íslandi alls 38.378, eða 4264 fæðingar á ári að meðaltali. Á þessu níu ára tímabili voru skráðar 116 fæðingar barna sem vógu 500-999 g (0,3%), 87 lifandi fædd og 29 andvana. Á lífi við fimm ára aldur voru 19 af 87 lifandi fæddum börnum, eða 22%. Flest börn dóu á fyrsta sólarhring, alls 47 (54%), á 2.-7. sólarhring dóu tíu börn (11%) og síðkomin andlát voru 11 (13%) (tafla I). Upplýsingar fundust um 14 tvíbura, eða 12% af hópnum. Flokkun miðað við fæðingarþyngd leiðir í ljós að við fimm ára aldur lifðu þrjú af 20 börnum (15%) sem vógu 600-699 g, sjö af 21 (33%) sem vógu 700-799 g, fimm af 21 (24%) sem vógu 800-899 g og fjögur af níu (44%) sem vógu 900-999 g.

Á árunum 1991-1995 voru skráðar fæðingar á Íslandi alls 22.261, eða 4452 fæðingar á ári að meðaltali. Á þessu fimm ára tímabili voru skráðar 102 fæðingar barna sem vógu 500-999 g (0,5%), 67 lifandi fædd og 35 andvana. Á lífi við 5 ára aldur voru 35 börn af 67 lifandi fæddum börnum, eða 52%. Flest börn dóu á fyrsta sólarhring, alls 19 (28%), á 2.-7. sólarhring dóu sex börn (9%) og síðkomin andlát voru sjö (11%). Upplýsingar fundust um 24 tvíbura, eða 24% af hópnum. Flokkun miðað við fæðingarþyngd leiðir í ljós að við fimm ára aldur lifðu eitt af sex börnum (17%) sem vógu 500-599 g, þrjú af níu (33%) sem vógu 600-699 g, sex af níu (67%) sem vógu 700-799 g, 17 af 26 (65%) sem vógu 800-899 g og átta af 17

(47%) sem vógu 900-999 g. Sjá töflur I og II.

Á tímabilinu 1982-90 voru 12 fyrirburanna stúlkur og sjö voru drengir, en 27 stúlkur og átta drengir á árunum 1991-1995. Á árunum 1982-90 var meðalfæðingarþyngd fyrirbura 804 g, miðgildi 798 g og dreifing 608-990 g. Á árunum 1991-95 var meðalþyngd 832 g, miðgildi 835 g og dreifing 590-990 g. Á fyrra tímabilinu voru tíu börn af 19 (53%) léttburar (SGA, Small for gestational age) og 16 börn af 35 (46%) á því síðara (tafla III).

Í töflu IV eru upplýsingar um fjölda barna með fötlunargreiningar. Af 19 fyrirburum áranna 1982-90 eru þrjú börn fötluð (16%). Tvö þeirra eru þroskahömluð og þriðja barnið er lögblint. Af 35 fyrirburum áranna 1991-1995 eru sex börn talin fötluð (17%). Af þeim eru fimm þroskahömluð og eru þrjú þeirra með viðbótarfötlunargreiningar, eitt barn er blint og tvö eru hreyfihömluð. Einn fyrirburi var með hreyfihömlun og eðlilegan vitsmunaþroska. Af fyrirburum áranna 1991-95 voru því alls þrjú börn hreyfihömluð (9%), tvö með stjarfa tvílömun og eitt með slingurheilalömun.

Table III. *Clinical Data and Comparison of ELBW Children 1982-90 to ELBW Children 1991-95.*

	ELBW* 1982-90		ELBW 1991-95		p
	n	(%)	n	(%)	
Male	7	(37)	8	(23)	NS
Female	12	(63)	27	(77)	NS
SGA*	10	(53)	16	(46)	NS
	mean	(range)	mean	(range)	
Birthweight in g	804	(608-990)	832	(590-990)	NS

*ELBW = Extremely Low Birthweight <1000g; *SGA = Small for Gestational Age; NS = Non Significant

Table IV. *Classification of Disabilities and Comparison Between ELBW Children born in 1982-90 and 1991-95.*

Disability	ICD-10	1982-90 n	1991-95 n
Mental Retardation	F70-79	2	2
MR and Cerebral Palsy	F70-79 and G80	0	2
MR and Blindness	F70-79 and H54	0	1
Retinopathy/Legally Blind	H35	1	0
Cerebral Palsy	G80	0	1
Children with Disability		3 (16%)	6 (17%)

ELBW = Extremely Low Birthweight <1000g; MR = Mental Retardation

Umræða

Á tímabilinu 1982-90 var hlutfall lítilla fyrirbura á Íslandi 0,3% af heildarfjölda fæðinga. Hlutfall þeirra jókst og var 0,5% á árunum 1991-95. Tvær meginskýringar má nefna á þessum mun, annars vegar nákvæmari og breytta fæðingarskráningu og hins vegar vaxandi fjölda glasabarna og aukið hlutfall fjölbura á síðara tímabilinu.

Nýjar reglur um skráningu fæðinga (1, 5) frá nóvember 1992 sem miða við 500 g og 22 meðgönguvikur tóku við af eldri reglum sem miðuðu við 1000 g og 28 vikur. Þessi breyting hefði fyrst og fremst átt að hafa áhrif á talningu andvana fæddra barna. Ekki er hægt að útiloka að breytingar hafi einnig orðið varðandi skráningu lifandi fæddra barna á seinna tímabilinu, einkum þeirra sem voru mjög óþroskuð og dóu skömmu eftir fæðingu, börn sem á fyrra tímabilinu hefðu verið skráð sem fósturlát. Þessi atriði skýra þó ekki að fullu hlutfallslega aukningu lítilla fyrirbura.

Síðari tilgátan varðar þátt glasafrjóvgunarmeðferðar og aukið hlutfall fjölbura þar sem mikil aukning hefur orðið á fjölda barna sem fædd eru eftir glasafrjóvgun. Þannig var hlutfall þessara barna 0,8% árið 1992, 2,1% 1993 og 1994 og 2,3% árið 1995 og var þetta hlutfall þá orðið nokkru hærra á Íslandi en á hinum Norðurlöndunum (1). Í hópi barna fæddra eftir glasafrjóvgun er aukið hlutfall fjölbura. Þekkt er að fjölburameðgöngur eru taldar áhættumeiri en þegar um einbura er að ræða (1, 3). Af 21 barni sem dó á burðarmálstíma og vóg 500-999 g árið 1995 voru tíu börn tvíburar (1). Fjölgun lítilla fyrirbura á árunum 1991-95 má því að einhverju leyti rekja til glasafrjóvgunar og fjölburafæðinga.

Langtímalifun lítilla fyrirbura jókst markvert á Íslandi, var 22% á fyrra tímabilinu og 52% á því síðara. Á fyrra tímabilinu eru íslensku tölurnar nokkru lægri en aðrar landfræðilega afmarkaðar rannsóknir sýna. Langtímalifun barna sem vógu minna en 1000 g var 29,4% fyrir börn í Skotlandi árið 1984 (17), 30-37% á árunum 1983 og 1987 í Englandi og Wales (10) og 25,4% fyrir börn í Victoriafylki í Ástralíu árin 1979-80 (18). Mun fleiri börn lifðu í rannsókn Saigal og fleiri sem sýndi að langtímalifun lítilla fyrirbura með fasta búsetu í Ontario í Kanada var 46% á árunum 1977-80 og 48% á árunum 1981-84 (19).

Á tíunda áratugnum lifðu fleiri litlir fyrirbura á Íslandi og var þá langtímalifun svipuð hér á landi og víða annars staðar. Í Svíþjóð lifðu 58% lítilla fyrirbura 1990-92 við þriggja ára aldur (20), 47% við eins árs aldur 1992-93 í Nýja-Suður-Wales í Ástralíu (21) og 56% við fimm ára aldur í Victoriafylki í Ástralíu 1991-92 (22). Í Finnlandi á árunum 1996-97 voru börn sem vógu 500-999 g 0,4% af heildarfjölda nýfæddra barna (23). Af finnsku börnunum voru 60% útskrifuð heim eða voru á lífi við 40 vikna meðgöngualdur. Er það nokkru lægra hlutfall en kom fram í annarri finnskri rannsókn sem var landfræðilega afmörkuð en náði einungis til barna innlagðra á sjúkrahús á árunum 1991-94 þar sem langtímalifun til fjögurra ára aldurs var 68% (24). Af þessu má sjá að miklu varðar að við samanburð milli landa sé gengið út frá sömu upplýsingum og að lifun og dánartíðni sé skoðuð út frá heildarfjölda barna en ekki einungis þeirra sem innlögð eru á gjörgæsludeildir nýbura eftir fæðingu.

Með aukinni lifun í kjölfar lungnablöðruseytismeðferðar var það mörgum nokkurt áhyggjuefni

hvernig litlum fyrirburum myndi reiða af og hvort börnum með fötlun myndi fjölga. Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að svo virðist ekki vera á Íslandi.

Af 19 fyrirburum áranna 1982-90 eru þrjú börn (16%) fötluð, eitt barn er lögblint og tvö börn eru með þroskahömlun. Svipaðar niðurstöður varðandi líkamlega og andlega hömlun má sjá í rannsóknum víða um heim frá þessum tíma. Þannig var hlutfall lítilla fyrirbura í Ontario með alvarlega hömlun við þriggja ára aldur 24% árin 1977-80 og 17% árin 1981-84 (19), samanborið við 23% fyrirbura við fjögurra ára aldur í Cleveland í Ohio 1984-86 (25) og 18% fyrirbura við átta ára aldur í Victoriafylki í Ástralíu 1979-80 (18). Í Skotlandi 1984 voru 22% fyrirburanna talin með miðlungs eða alvarlega hömlun við fjögurra ára aldur (17).

Á árunum 1991-95 voru litlir fyrirburar með fötlunargreiningar sex af 35 (17%) og var ekki um marktæka aukningu að ræða frá fyrra tímabilinu. Á þessu tímabili voru fötlunargreiningar svipaðar og aðrar landfræðilega afmarkaðar rannsóknir hafa sýnt. Af íslensku fyrirburunum voru fimm (14%) með þroskahömlun samanborið við 14% finnskra fyrirbura við fjögurra ára aldur 1991-94 (24). Þrjú íslensku barnanna (9%) voru með hreyfihömlun vegna heilalömunar samanborið við hreyfihömlun hjá 7% sænskra fyrirbura við þriggja ára aldur 1990-92 (25), 15% fyrirbura í Cleveland í Ohio við 20 mánaða aldur 1992-95 (26), 17% fyrirbura við eins árs aldur í Nýja-Suður-Wales í Ástralíu 1992-93 (21) og 19% finnskra fyrirbura við fjögurra ára aldur 1991-94 (24). Einn íslensku fyrirburanna (3%) var blindur og fengust svipaðar niðurstöður í hinum rannsóknunum (21, 24, 26). Enginn íslensku fyrirburanna var alvarlega heyrnarskertur eða þurfti að nota heyrnartæki samanborið við 5% áströlsku barnanna (21) og 9% fyrirburanna í Cleveland í Ohio (26).

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að á sama tíma og hlutfallslega mun fleiri litlir fyrirburar eru í hverjum fæðingarárgangi hafa lífslíkur þeirra aukist marktækt. Lífslíkur lítilla fyrirbura eru nú svipaðar og í öðrum landfræðilega afmörkuðum rannsóknum. Hlutfall barna með fötlunargreiningar hefur ekki aukist marktækt sem bendir til þess að árangur nýburalækninga á Íslandi sé góður og sambærilegur við árangur annarra þjóða hvað varðar andlega og líkamlega fötlun lítilla fyrirbura.

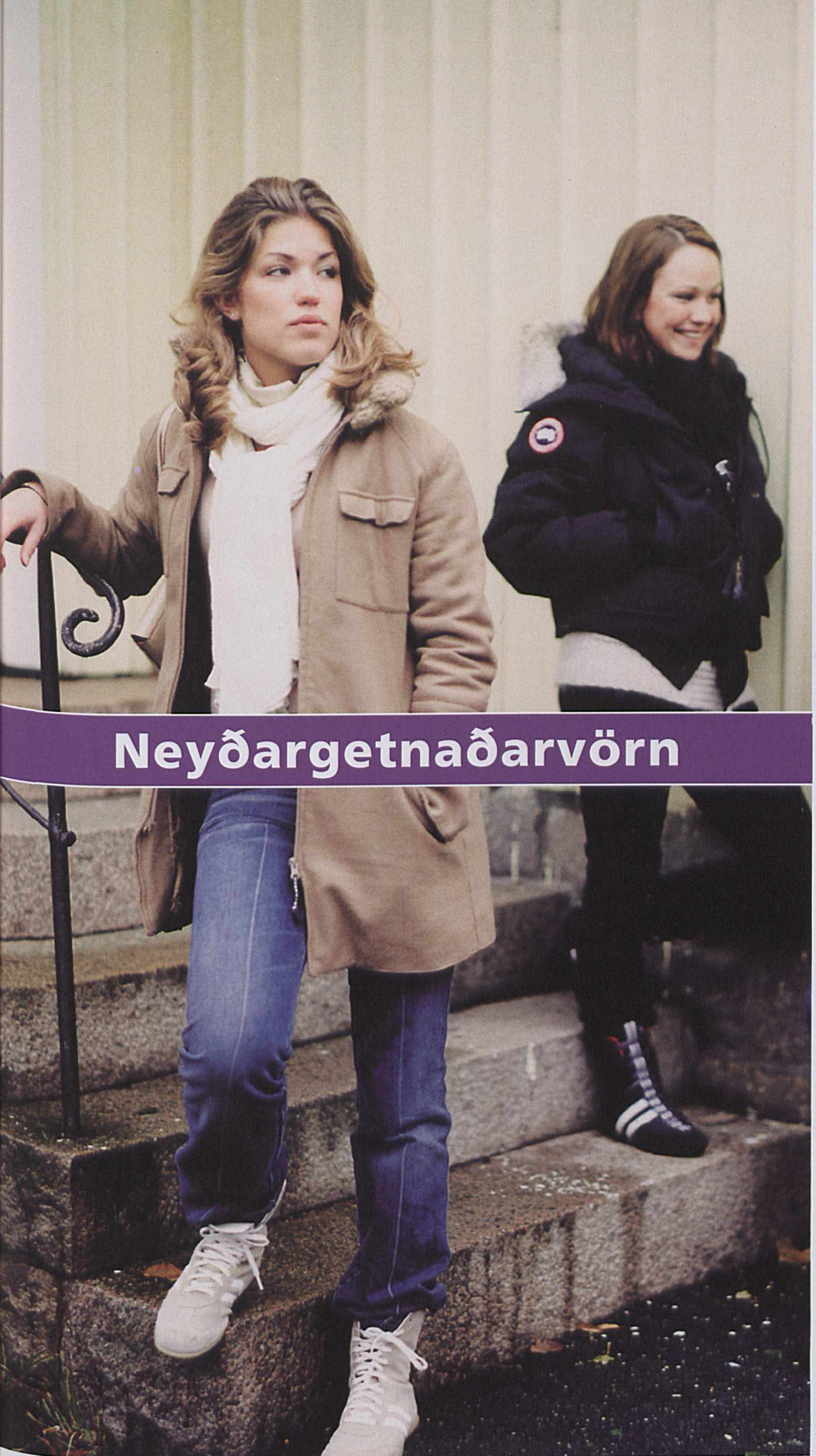
Þakkir

Þakkir fyrir aðstoð við rannsóknina fá Skúli Guðmundsson skrifstofustjóri Hagstofu Íslands, Örn Ólafsson tölfræðingur, Landspítala, Ásgeir Haraldsson prófessor, Barnaspítala Hringsins, Reynir Tómas Geirsson prófessor, Kvennadeild Landspítala og Karl Steinar Guðnason forstjóri Tryggingastofnunar ríkisins.

Vísindasjóður Rannsóknaráðs Íslands og Verðlaunasjóður Óskars Þórðarsonar styrktu rannsóknina.

Heimildir

1. Skýrslur frá Fæðingarskráningu fyrir árin 1995 og 1996. Kvennadeild og Vökudeild Barnaspítala Hringsins, Landspítalanum 101 Reykjavík. 1996, 1997.
2. Biering G, Snædal G, Sigvaldason H. Fæðingar á Íslandi 1972-1981: Burðarmálsdauði. Læknablaðið 1982; 68: 303-4.
3. Biering G, Snædal G, Sigvaldason H, Ragnarsson J. Fæðingar á Íslandi 1972-1981: Meðganga og burðarmálsdauði. Læknablaðið 1983; 69: 359-62.
4. Födsler i Norden. Medicinsk Födselsregistrering 1979-1983. Nomesko, Reykjavik 1987.
5. Reglur um skilgreiningar og skráningu fæðinga á Íslandi. Landlæknisembættið 1992.
6. Milner AD. Surfactant and Respiratory Distress Syndrome. Turk J Pediatr 1996; 38: 37-43.
7. Early versus delayed neonatal administration of a synthetic surfactant – the judgment of OSIRIS. OSIRIS Collaboration Group. Lancet 1992; 340: 1363-9.
8. Georgsdóttir I, Geirsson RT, Johannsson JH, Biering G, Snaedal G. Can we expect to lower perinatal and neonatal mortality? Acta obstet Gynecol Scand 1989; 68: 109-12.
9. Stewart AL, Reynolds EO, Lipscomb AP. Outcome for infants of very low birthweight: survey of world literature. Lancet 1981; 1: 1038-40.
10. Alberman E, Botting B. Trends in prevalence and survival of very low birthweight infants, England and Wales 1983-7. Arch Dis Child 1991; 66: 1304-8.
11. Ens-Dokkum MH, Schreuder AM, Veen S, Verloove-Vanhorick SP, Brand R, Ruys JH. Evaluation of care for the preterm infant evaluated: Review of literature on follow-up of preterm and low birthweight infants. Paediatr Perinat Epidemiol 1992; 6: 434-59.
12. Schreuder AM, Veen S, Ens-Dokkum MH, Verloove-Vanhorick SP, Brand R, Ruys JH. Standardised method of follow-up assessment of preterm infants at the age of 5 years: Use of the WHO classification of impairments, disabilities and handicaps. Paediatr Perinat Epidemiol 1992; 6: 363-80.
13. WHO. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Acta Obstet Gynecol Scand 1977; 56: 247-53.
14. WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classifiction relating to the consequences of disease. Geneva, 1980. ISBN 92 4 154126 1.
15. International Classifiction of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. WHO, Geneva 1992.
16. ICD 10. Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála. 10. endurskoðun. Ritstjóri Magnús Snædal. Orðabókasjóður læknafélaganna. Reykjavík 1996.
17. Mutch L, Leyland A, McGee A. Patterns of Neuropsychological function in a low-birthweight population. Dev Med Child Neurol 1993; 35: 943-56.
18. Victorian Infant Collaborative study Group. Eight-year outcome in infants with birth weight of 500 to 999 grams: Continuing regional Study of 1979 and 1980 births. J Pediatr 1991; 118: 761-7.
19. Saigal S, Rosenbaum P, Hattersley B, Milner R. Decreased disability rate among 3-yeear old survivors weighing 501-1000 grams at birth and born to residents of a geographically defined reegion from 1982-84 compared with 1977 to 1980. J Pediatr 1989; 114: 839-46.
20. Finnstrom O, Olaugsson PO, Sedin G, Serenius F, Svenningsen N, Thiringer K, et al. The Swedish national prospective study on extremely low birthweight (ELBW) infants. Incidence, mortality, morbidity and survival in relation to level of care. Acta Paediatr1997; 86: 503-11.
21. Sutton L, Bajuk B. Population based study of infants born at less than 28 weeks´gestation in new South Wales, Australia in 1992-93. New South Wales Neonatal Intensive Care Unit Study Group. Paediatr Perinat Epidemiol 1999; 13: 288-301.
22. Doyle LW fyrir Victorian Infant Collaborative study Group. Outcome at 5 years of Age of Children 23 to 27 weeks´ Gestation: Refining the prognosis. Pediatrics 2001; 108: 134-41.
23. Tommiska V, Heinonen K, Ikonen S, Kero P, Pokela ML, Renlund M, et al. A national chort-term follow-up of extremely low birth weight infants born in Finland in 1996-1997. Pediatrics 2001; 107: E2.
24. Salokorpi T, Rautio T, Sajniemi N, Seerenius-Sirve S, Tuomi H, von Wendt L. Neurological development up to the age of four years of extremely low bithweight infnts born in Southern Finland in 1991-94. Acta Paediatr 200; 90: 218-21.
25. Finnstrom O, Olaugsson PO, Sedin G, Serenius F, Svenningsen N, Thiringer K, et al. Neurosensory outcome and growth at three years in extremely low birthweight infants: follow-up results from the Swedish national prospective study. Acta Paediatr 1998; 87: 1055-60.
26. Taylor GH, Hack M, Klein N, Schatschneider C.Achievement in children with birth weights less than 750g with normal cognitive abilitiies: Evidence for specific learning disabilities. J Pediatr Psychol 1995; 20: 703-19.
27. Hack M, Wilson-Costello D, Friedman H, Taylor GH, Schluchter M, Fanaroff AA. Neurodevelopment and predictors of outcomes of children with birth weights of less than 1000g: 1992-1995. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154: 725-31.



Neyðargetnaðarvörn

SCHERING
making medicine work

Með Postinor® er mögulegt að koma í veg fyrir ótímabæra þungun eftir óvarðar samfarir. Postinor® hindrar egglos og frjóvgun - er því ekki fóstureyðingapilla.
Töflurnar eru tvær og innihalda levonorgestrel 750 mg, hvor tafla. Fyrri töfluna á að taka í síðasta lagi 72 klst eftir óvarðar samfarir. Því fyrr sem lyfið er tekið, því meiri líkur á árangri. Seinni töfluna á síðan að taka 12-16 klst eftir þá fyrri.
Neyðargetnaðarvörn á ekki að koma í staðinn fyrir reglubundna getnaðarvarnarmeðferð.
Neyðargetnaðarvörn kemur ekki alltaf í veg fyrir þungun. Ef óvissa er um hvenær samfarir án getnaðarvarna áttu sér stað eða ef konan hefur haft samfarir án getnaðarvarna fyrir meira en þremur sólarhringum á sama tíðahringnum, getur getnaður þegar hafa átt sér stað. Því getur verið of seint að meðhöndla með Postinor. Ef blæðingum seinkar um meira en 5 daga skal útiloka þungun með þungunarprófi.
Postinor® er ekki ráðlagt konum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi

Upplýsingar um Postinor® má nálgast í næsta apóteki, á heilsugæslustöðvum, hjá læknum, ljósmæðrum og hjúkrunarfræðingum.

Postinor fæst lyfseðilslaust í apótekum. Með pakkningunni fylgja ítarlegar leiðbeiningar um notkun lyfsins.

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · Sími 530 7100

Postinor®
levonorgestrel 750mg

Heimildir: 1. Task Force on Postovalutory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraception. Lancet 1998;352:428-433
2. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PFA. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe. Lancet 1999; 353:721 3 Levonelle - 2 Summary of Product Characteristics 1999 . 4. Bracken MB. Obsterics and Gynocology 1990; 76: 552-557

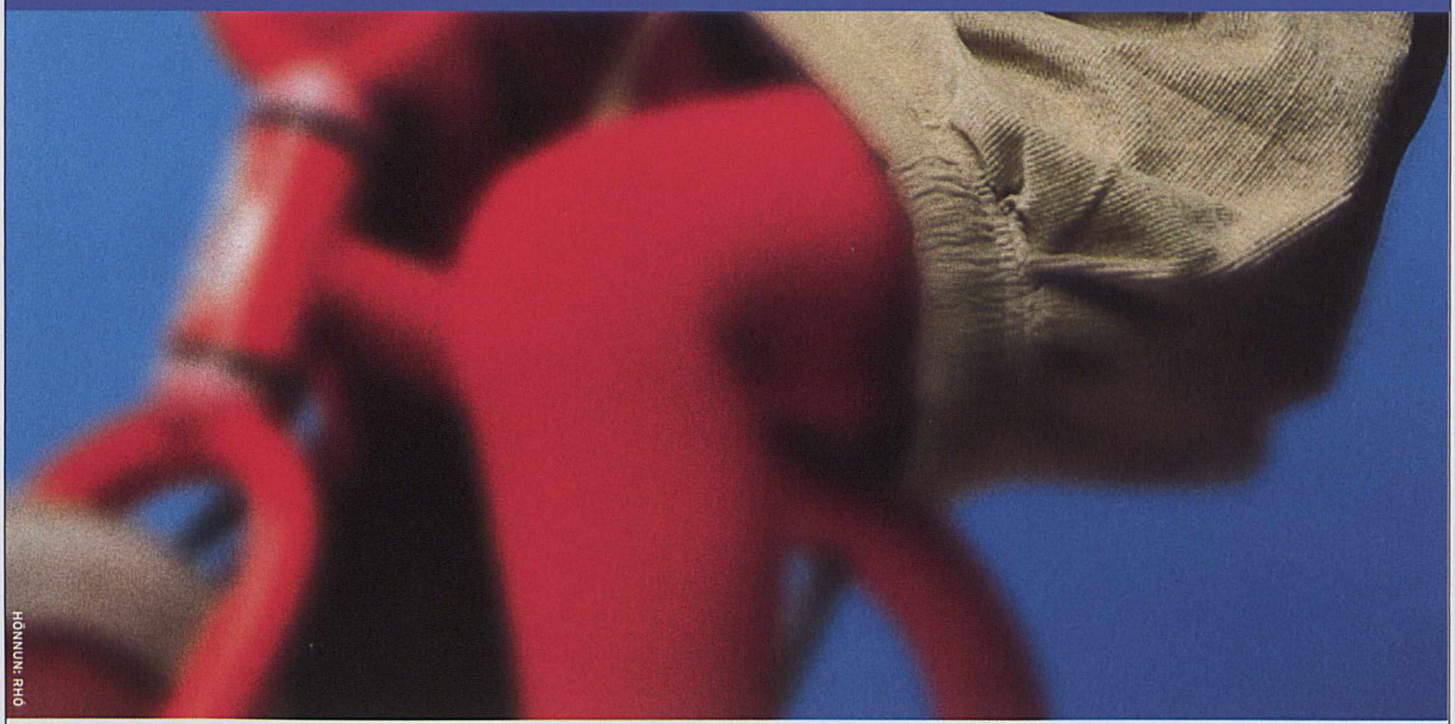
UIS-03 65

SINGULAIR® (MONTELÚKAST, MSD)



NÚ ER HÆGT AÐ GEFA BÖRNUM

SINGULAIR® FRÁ 2JA ÁRA ALDRI



HÖNNUN: RHÓ

MERCK SHARP & DOHME

UMBOÐSAÐILI: FARMASÍA EHF

Lyfjatexti á bls. 345

TAFLA Á DAG

SINGULAIR®

(MONTELÚKAST, MSD)

Tíðni þvagleka meðal stúlkna í framhaldsskólum

Guðmundur Geirsson[1]
LÆKNIR, SÉRFRÆÐINGUR Í ÞVAGFÆRASKURÐLÆKNINGUM

Bente Hansen[2]
ÍÞRÓTTAFRÆÐINGUR

Kristrún Hermannsdóttir[2]
ÍÞRÓTTAFRÆÐINGUR

Ágrip

Tilgangur: Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna tíðni þvagleka meðal ungra kvenna í framhaldsskólum landsins sem og að kanna hve mikla kennslu þær hafa fengið í þjálfun grindarbotnsvöðva.
Aðferðir: Úrtakið náði til 311 stúlkna á aldrinum 16-19 ára úr sex framhaldsskólum á höfuðborgarsvæðinu og tveggja af Suðurlandi. Þetta samsvarar 3,7% af fjölda stúlkna á þessum aldri í landinu. Alþjóðlegur staðfærður spurningalisti var notaður. Hann samanstendur af spurningum um tíðni, gerð, ástæður og áhrif þvagleka á daglegt líf. Auk þess voru tvær spurningar um fræðslu og kennslu í grindarbotnsæfingum.
Niðurstöður: Alls svöruðu 294 stúlkur af 311 (94,5%). Um þriðjungur þeirra hafði fundið fyrir þvagleka, þar af voru 11% sem misstu þvag tvisvar eða oftar í viku. Um fjórðungur töldu einkennin hafa einhver áhrif á daglegt líf (að meðaltali 2,8 á kvarðanum 0-10). Rúmlega helmingur þeirra (55%) höfðu einkenni um hreinan áreynsluleka, 24% með bráðaleka og 21% höfðu blönduð einkenni. Yfirgnæfandi meirihluti stúlknanna hafði enga fræðslu fengið um grindarbotnsvöðva eða æfingar.
Ályktanir: Þvagleki er algengur meðal ungra íslenskra kvenna og hafa einkennin áhrif á daglegt líf hjá fjórðungi þeirra. Með aukinni fræðslu um grindarbotnsvöðva og þjálfun mætti eflaust koma í veg fyrir þessi vandamál hjá mörgum þessara stúlkna.

Inngangur

Þvagleki er sjúkdómseinkenni sem lítill gaumur er gefinn í okkar samfélagi. Þvagleki er ekki lífshættulegt ástand en getur haft mikil áhrif á daglegt líf. Nægir að nefna almenna vellíðan, þátttöku í félagslífi og sjálfsálit einstaklingsins. Konur eru í miklum meirihluta þeirra sem eiga við þetta vandamál að stríða.

Fjöldi erlendra faraldsfræðilegra rannsókna hafa verið gerðar á þvagleka og eru tíðnitölur afar mismunandi, aðallega vegna mismunandi skilgreininga og aðferða. Flestar leiða þær í ljós að nokkuð hátt hlutfall kvenna á við þetta vandamál að stríða. Í þeim fáu erlendu rannsóknum sem hafa verið gerðar hjá mjög ungum konum eru tíðnitölur mjög breytilegar, eða frá 5-50% (1, 2).

Hér á landi hafa engar rannsóknir verið gerðar hingað til á tíðni þvagleka meðal mjög ungra kvenna. Í rannsókn, gerðri í Öxarfjarðarhéraði í október 1993 á algengi þvagleka meðal 131 kvenna 21 árs og eldri, reyndist meira en helmingur kvennanna hafa þvagleka (3). Í nýlegri stórri faraldsfræðilegri rannsókn á tíðni þvagleka hjá íslenskum konum á aldrinum 30-76 ára reyndist tíðnin vera 38,4% (4).

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna tíðni þvagleka á meðal ungra kvenna í framhaldsskólum landsins. Einnig hvort og hve mikla kennslu þær hafa fengið um grindarbotnsþjálfun.

[1]Þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]Grunnskólanum í Reykholti og Menntaskólanum á Laugarvatni.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Guðmundur Geirsson, þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Sími: 543 1000. *gug@landspitali.is*

Lykilorð: *þvagleki, tíðni, lífsgæði, konur.*

ENGLISH SUMMARY

Geirsson G, Hansen B, Hermannsdóttir K

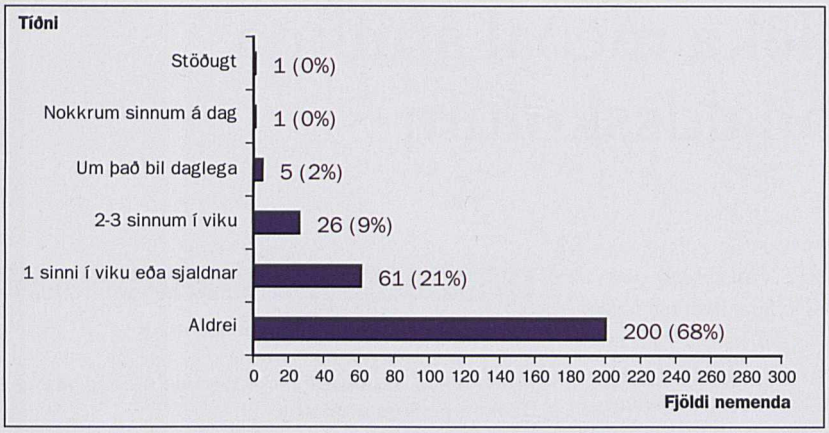
Prevalence of urinary incontinence among young female college students

Læknablaðið 2003; 89: 305-9

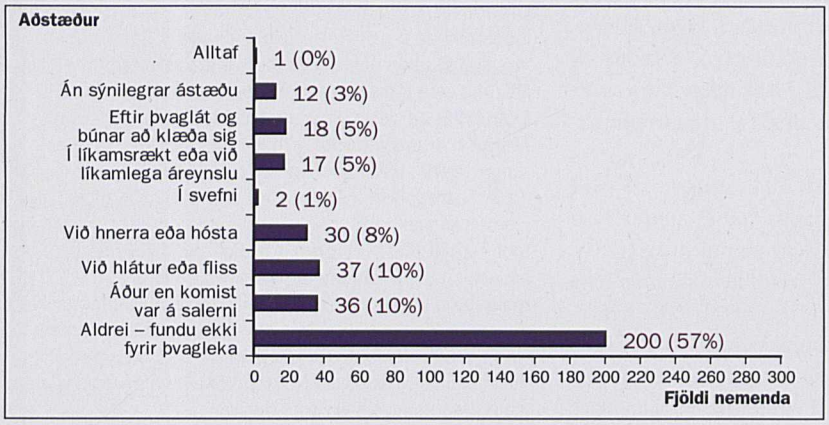
Objective: The aim was to study the prevalence of urinary incontinence in young Icelandic female college students. We also studied how the incontinence effected their daily life, and also if they ever received any education and/or instruction on pelvic floor exercises.
Material and methods: A total of 311 women in age range 16-19 years old were randomly selected from eight college schools in Iceland. This is about 3.7% of all women at this age's range living in the country. A validated four item (ICIQ short form) questionnaire was used assessing the prevalence, perceived causes and magnitude of urinary incontinence as well as effects on quality of life during the last 4 week. The questionnaire was translated into Icelandic according to an agreed international methodology. Additional two questions were asked regarding pelvis floor exercises.
Results: Out of 311 students 294 responded (94.5%). About one third (32%) reported some urinary incontinence during the past four weeks, 11% had at least two episodes a week. Incontinence affected their quality of live in 26% of responders (mean value 2.8 on the scale 1-10). Over all 55% had symptoms of stress urinary incontinence, 24% pure urge incontinence and 21% had mixed symptoms. The majority or 78% of the women had not received any instructions about pelvic floor exercises.
Conclusions: Urinary incontinence is a prevalent condition affecting the quality of life in 26% of young Icelandic female college students, stress incontinence being the most common symptom. Preventive measures such as pelvic floor exercises should be recommended in this age group.

Key words: *urinary incontinence, female, incidence, quality and life.*

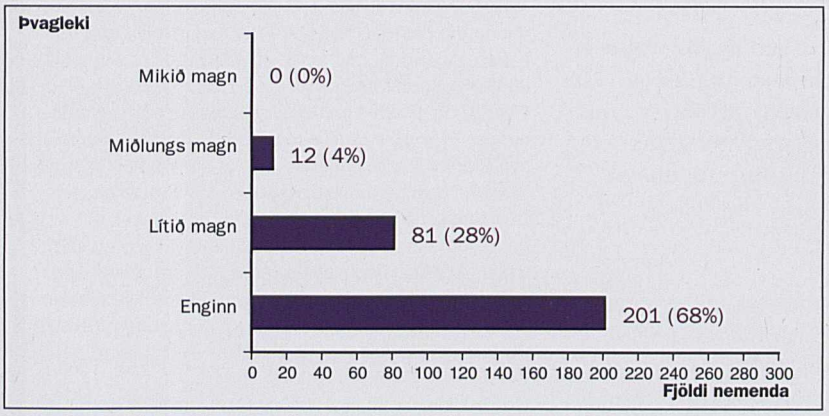
Correspondence: Guðmundur Geirsson, *gug@landspitali.is*



Mynd 1. *Tíðni þvagleka á meðal stúlkna í framhaldsskólum við spurningunni: „Hve oft fannst þú fyrir þvagleka síðasta mánuð?“*



Mynd 2. *Svör við spurningunni: „Við hvaða aðstæður fannst þú fyrir þvagleka?“*



Mynd 3. *Huglægt mat nemenda á magni þvagleka við spurningunni: „Hversu mikill er þvaglekinn venjulega?“*

Aðferð

Úrtakið sem var valið af handahófi náði til 311 stúlkna á aldrinum 16-19 ára úr sex framhaldsskólum á höfuðborgarsvæðinu og Suðurlandi (Borgarholtsskóla, Fjölbrautarskólanum Ármúla, Flensborgarskóla, Iðnskólanum í Reykjavík, Kvennaskólanum í Reykjavík, Menntaskólanum í Kópavogi, Menntaskólanum á Laugarvatni og Fjölbrautarskóla Suðurlands). Þetta samsvarar 3,7% af fjölda stúlkna í þessum aldurshópi á landinu, samkvæmt upplýsingum frá Hagstofu Íslands.

Notast var við alþjóðlegan staðfærðan spurningalista sem samanstendur af fjórum spurningum um þvagleka. Þar var spurt um hversu oft og við hvaða aðstæður þvagmissir á sér stað og þau áhrif sem þetta hefur á daglegt líf viðkomandi. Miðað var við reynslu stúlknanna á undanförnum fjórum vikum. Auk þess voru tvær spurningar þar sem spurt var um hvort þær hefðu fengið einhverja fræðslu um grindarbotnsvöðva og eða kennslu í grindarbotnsæfingum í framhaldsskóla (sjá meðfylgjandi spurningalista á bls. 307).

Fengið var leyfi hjá viðkomandi skólayfirvöldum áður en spurningalistinn var lagður fyrir nemendur. Listarnir voru lagðir fyrir einn bekk úr hverjum árgangi, það er fjóra bekki í hverjum skóla. Miðað var við að að minnsta kosti helmingur nemenda í hverjum bekk væri kvenkyns.

Spurningalistarnir voru eingöngu lagðir fyrir stúlkur en strákarnir voru fjarri á meðan þær svöruðu listunum. Þeim var gert ljóst að þátttakan væri algjörlega frjáls og ekki væri hægt að rekja svörin til einstaklinga. Rannsakendur (BH og KH) voru viðstaddir þegar stúlkurnar fylltu út spurningalistana og svöruðu þeir þeim spurningum sem upp komu við útfyllingu þeirra. Svarblöðum var komið fyrir í ómerktum umslögum. Rannsóknin stóð yfir í tíu daga.

Úrvinnsla: Gögnin voru slegin inn í Excel forrit. Notast var við lýsandi tölfræði til að koma skipulagi á niðurstöður og taka þær saman. Ályktunartölfræði var notuð til að meta heildareinkenni hóps frá upplýsingum um þýði. Meðaltöl og staðalfrávik voru notuð við þær niðurstöður sem voru á þrepaskala. T-próf var notað til að ákvarða tölfræðilega marktækni áhrifa bráða- og áreynsluþvagleka á daglegt líf nemenda. Kí-kvaðrat var notað til að ákvarða tölfræðilega marktækni á tíðni þvagleka hjá þeim nemendum sem fengu fræðslu og þeim sem fengu enga fræðslu.

Niðurstöður

Í úrtakinu voru 311 nemendur. Alls svöruðu 294 sem er 94,5% svarhlutfall. Ófullnægjandi svör voru 17 og voru þau ekki tekin með.

Á mynd 1 má sjá fjölda og hlutfall nemenda sem fundu fyrir þvagleka síðustu fjórar vikur fyrir rannsókn. 94 stúlkur fundu fyrir þvagleka, eða um þriðjungur (32%) þátttakenda. Þessi 32% tíðni er afdráttarlaus (absolute) tíðni þvagleka, það er óháð því hvort einkennin höfðu áhrif á daglegt líf nemenda. Meirihluti þeirra (rúmur fimmtungur heildarfjölda svarenda, eða 21%), fann fyrir þvagleka einu sinni í viku eða sjaldnar.

Á mynd 2 má sjá við hvaða aðstæður nemendur fundu fyrir þvagleka. Þeir máttu krossa við fleiri en einn svarmöguleika sem skýrir að fleiri hafa leka en fram kemur á mynd 1.

Við skilgreiningu á tegundum er áreynsluþvagleki

algengastur, eða 55%. Áreynsluþvagleki er skilgreindur við hnerra eða hósta, hlátur eða fliss, í líkamsrækt eða við líkamlega áreynslu. Athyglisvert er að samtals níu stúlkur, eða um 3%, misstu einvörðungu þvag við hlátur eða fliss en ekki við aðrar aðstæður. Bráðaþvagleki var til staðar hjá alls 24%, en þar er átt við þvagleka sem verður án áreynslu á leið til salernis. Aðrar aðstæður eru 21%, en þar má nefna skömmu eftir þvaglát, í svefni eða án sýnilegrar ástæðu.

Mynd 3 sýnir hvernig nemendur skilgreindu magn þvaglekans. Flestir þeirra sem höfðu þvagleka töldu það vera lítið (28%). Engar staðlaðar skilgreiningar eru á magni þvaglekans. Niðurstöðurnar eru því eingöngu huglægt mat nemenda.

Sjötíu og sjö nemendur af 294 (26%) töldu þvagleka hafa einhver áhrif á þeirra daglega líf (mynd 4), mælt á kvarðanum 0-10 þar sem 0 er skilgreint sem engin áhrif og 10 sem mjög mikil áhrif. Þegar skoðað er meðaltal áhrifa á daglegt líf allra nemenda á skalanum 0-10 er það ≈2,2± 2,2, en ≈2,8±2,1 ef einungis er reiknað hjá þeim sem telja að þvaglekinn hafi áhrif á daglegt líf.

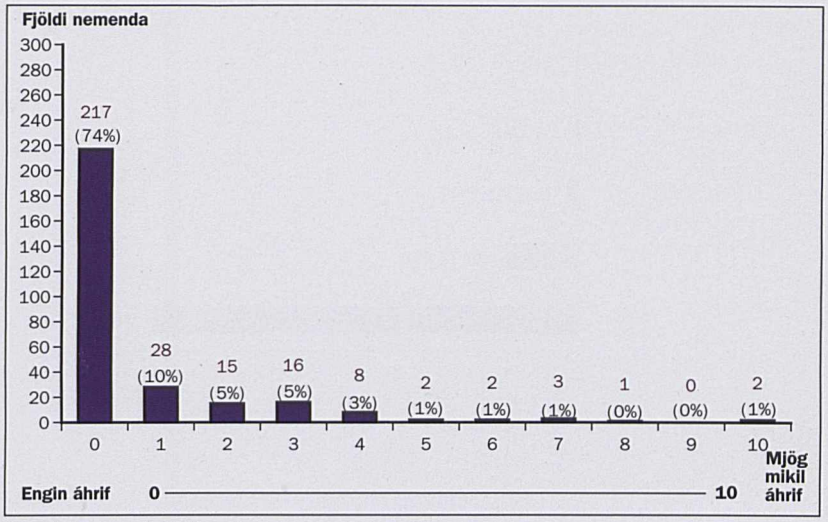
Af öllum þeim sem fundu fyrir þvagleka segja 63% að þvaglekinn hafi áhrif á daglegt líf en 27% segja að hann hafi það ekki.

Á mynd 5 er sýndur samanburður á áhrifum bráða- og áreynsluþvagleka á daglegt líf nemenda. Ef reiknað er meðaltal afdráttarlausrar tíðni á áhrifum bráðaþvagleka er hún ≈2,7±2,7 en áhrif áreynsluþvagleka er ≈2,5±2,4. Ef hins vegar meðaltal áhrifa bráðaþvagleka, sem hefur áhrif á daglegt líf, er skoðað er það ≈3,3±2,6 og áhrif áreynsluþvagleka er ≈3,2±2,4. Þessi munur er ekki tölfræðilega marktækur (p=0,7).

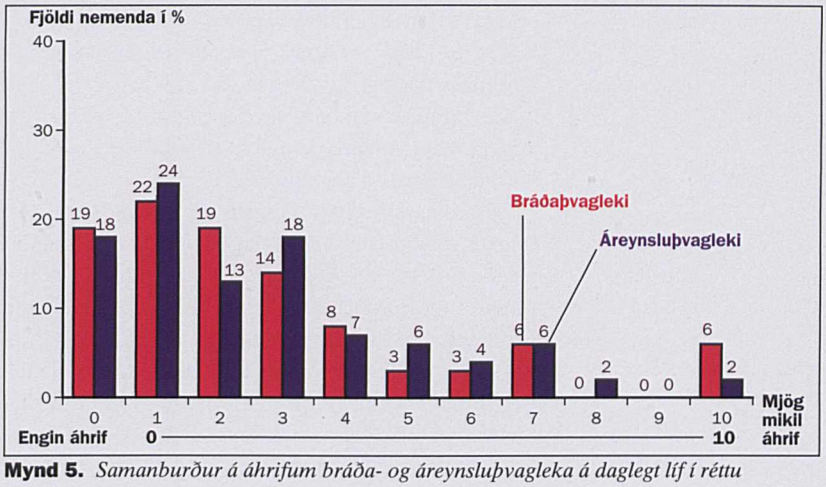
Fræðsla um grindarbotnsvöðva í framhaldsskólum er lítil. Langflestir nemenda höfðu enga fræðslu fengið (78%). Aðeins 22% nemenda höfðu einhverja fræðslu fengið og einungis 5% höfðu fengið meira en litla fræðslu (mynd 6).

Af þeim nemendum sem höfðu haft þvagleka höfðu 28% fengið fræðslu, en 33% enga fræðslu. Þessi fimm prósentustigamunur er ekki tölfræðilega marktækur.

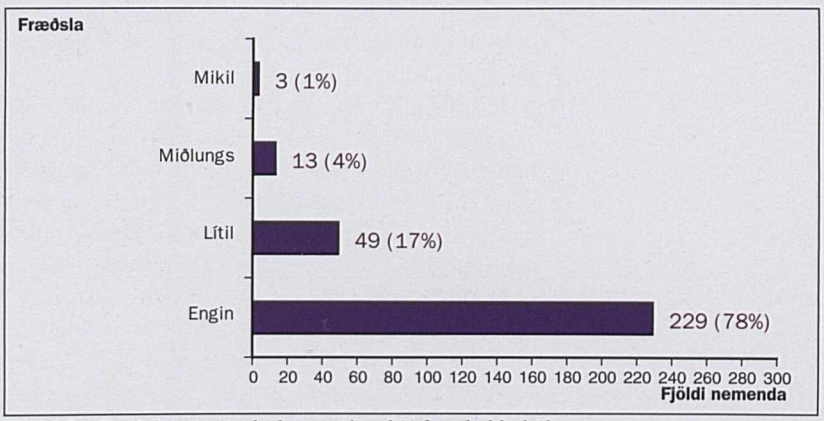
Eins og mynd 7 sýnir er verkleg kennsla í grindarbotnsæfingum ekki mikil. Tæpur fjórðungur nemenda (18%) hafði fengið einhverja kennslu, en einungis 4% meira en 1-2 kennslustundir á önn.



Mynd 4. *Mat á áhrifum þvagleka á daglegt líf.*



Mynd 5. *Samanburður á áhrifum bráða- og áreynsluþvagleka á daglegt líf í réttu prósentuhlutfalli.*

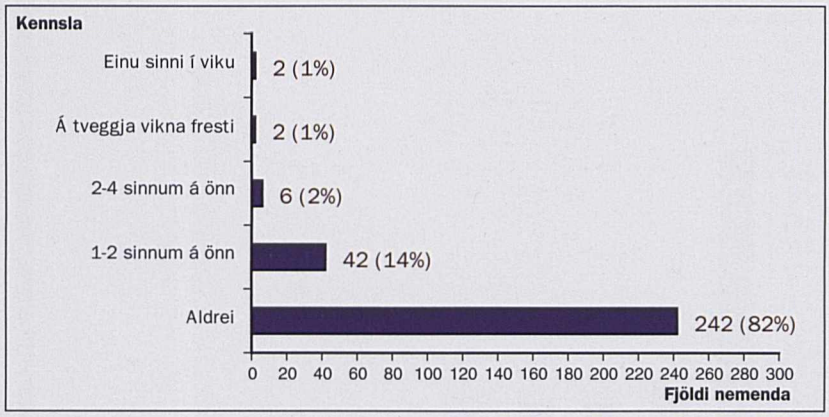


Mynd 6. *Fræðsla um grindarbotnsvöðva hjá framhaldsskólanemum.*

Umræður

Í þessari fyrstu rannsókn, sem gerð er hér á landi á tíðni þvagleka meðal kvenna á aldrinum 16-19 ára, kemur í ljós að um 32% þeirra höfðu fundið fyrir þvagmissi þær fjórar vikur sem spurt var um. Rúmlega 11% sögðust hafa misst þvag 2-3svar eða oftar í viku. Um fjórðungur stúlknanna telja að einkennin hafi áhrif á þeirra daglega líf.

Alþjóðasamtök um rannsóknir á þvagleka (International Continence Society, ICS) hafa skilgreint þvagleka sem ástand þar sem ósjálfráður og sannanlegur þvagmissir orsakar bæði félagsleg og hreinlætisvandamál fyrir viðkomandi einstakling (5). Eina leiðin til að meta sannanlega þvagmissi er vigtun á bleyju eða bindi á ákveðnu tímabili. Slíkar mælingar yrði erfitt að framkvæma í svo stórum hópi ungra stúlkna



Mynd 7. *Verkleg kennsla í þjálfun grindarbotnsvöðva hjá framhaldsskólanemum.*

og því einungis notast við huglægt mat þátttakenda. Telja verður ólíklegt að nemendur sem ekki missa þvag svari spurningu þar að lútandi játandi. Í stað þess að spyrja um áhrif þvagleka á félagslíf og hreinlæti sérstaklega var spurt almennt um áhrif vandamálsins á daglegt líf viðkomandi. Líklegt er að hjá mjög ungum konur, eins og hér er um að ræða, hafi jafnvel hinn minnsti þvagmissir hlutfallslega meiri áhrif á lífsgæði en hjá þeim eldri.

Mismunandi skilgreiningar og mæliaðferðir er stærsta vandamálið við samanburð á þvaglekarannsóknum. Þetta skýrir sennilega mikinn mun í tíðnitölum á milli rannsókna (6). Í fyrsta sinn hefur nú verið útbúinn einfaldur alþjóðlegur spurningalisti á vegum alþjóðlegra þvaglekasamtaka (International Consultation of Incontinence). Það ætti því að verða auðveldara að bera saman rannsóknir í framtíðinni. Spurningalistinn í rannsókninni hefur einnig verið notaður í nýlegum erlendum rannsóknum, en niðurstöðurnar hafa ekki ennþá verið birtar (munnlegar heimildir frá fulltrúum International Consultation of Incontinence).

Fáar faraldsfræðilegar rannsóknir hafa verið gerðar á tíðni þvagleka meðal kvenna yngri en 20 ára og hefur nákvæmlega sami aldurshópur og í okkar rannsókn ekki verið rannsakaður fyrr, og þær fáu sem gerðar hafa verið hafa haft lítil úrtök. Í fæstum rannsóknanna hefur verið lagt mat á áhrif þvagleka á lífsgæði.

Í tveimur eldri rannsóknum frá Bandaríkjunum (2, 7), sem gerðar voru á konum yngri en 25 ára og höfðu ekki eignast börn, var heildartíðnin mjög há, eða um 50%, og í þeim tilvikum þar sem þvaglekinn reyndist klínískt vandamál var tíðnin 5 og 6%. Um fjórðungur kvenna 17-44 ára höfðu þvagleka í könnun Yarnells og fleiri árið 1981. Einkennin truflaði félags- og samlíf („Domestic live") 3% þessara kvenna (8). Síðari tíma rannsóknir hafa sýnt mun lægri tíðni hjá þessum aldurshópi, eða 3-6% (1, 9, 10).

Í ofangreindum rannsóknum og eins okkar er áreynsluþvagleki langalgengasta tegundin og sumar rannsóknir hafa beinst að því sérstaklega. Rannsókn á ungum íþróttakennaranemum í Noregi leiddi í ljós að fjórðungur átti við þetta vandamál að stríða við ástundun mismunandi líkamsþjálfunar (11). Sami höfundur gerði samanburðarrannsókn á afreksíþróttakonum og samanburðarhópi árið 2001. Þar kom í ljós að tíðni þvagleka var mikil hjá báðum hópunum en ekki reyndist vera tölfræðilega marktækur munur þar á (12).

Höfundar telja að úrtakið, þrátt fyrir að vera einungis af SV-horni landsins, lýsi þýðinu á nokkuð sannfærandi hátt því að ekki er vitað til þess að umhverfisaðstæður hafi áhrif á algengi þvagleka. Í ljósi þessara niðurstaðna er nauðsynlegt að skoða nánar ástæður þvagmissis. Hingað til hefur verið talið að þvagleki hrjái helst konur eftir barnsburð og sé fylgifiskur öldrunar. Ekki er vitað hve margar stúlkur í úrtakinu hafa fætt börn þar sem ekki var spurt um barnseignir. Reiknað er þó með að vegna ungs aldurs séu þær frekar fáar. Kannski hefur þessi háa tíðni alltaf verið til staðar, en með breyttum viðhorfum hefur þetta mál komið meira fram í daglegri umræðu og konur eiga auðveldara með að tala um það. Það getur líka verið að um sé að kenna breyttu þjóðfélagi með meiri kyrrsetu, aukinni líkamsþyngd eða meiri vökvaneyslu. Áður fyrr unnu konur meiri líkamlega vinnu og vera má að það hafi haft áhrif á ómeðvitaða þjálfun grindarbotnsvöðva. Vanþekking nemenda á grindarbotninum og starfsemi hans gæti einnig hafa haft áhrif á niðurstöðurnar. Ekki er hægt að útiloka að einhverjir nemendur hafi ekki þorað að spyrja og hafi því svarað af ónákvæmni.

Aðstæður við framkvæmd rannsóknarinnar voru þannig að nemendur sátu hlið við hlið við útfyllingu spurningalistans. Þetta gæti hafa haft þau áhrif að þeir nemendur sem þjáðust af þvagleka þorðu ekki að svara samviskusamlega.

Í nýlegri umfangsmikilli íslenskri rannsókn, sem var gerð haustið 2001 á tíðni þvagleka hjá konum á aldrinum 30-75 ára, kom í ljós að tíðnin var um 38% (4). Þar var notaður sami alþjóðlegi staðfærði spurningalistinn. Áreynsluþvagleki var langalgengastur, sérstaklega á meðal yngri kvenna. Þvagleki hafði áhrif á daglegt líf 28% þeirra. Það má velta fyrir sér hvort þessi 32% stúlkna í framhaldsskólum verði að þeim 38% sem þjást af þvagleka á seinni árum. Sé svo væri mögulegt að minnka tíðnina með markvissum forvörnum, svo sem fræðslu og kennslu um grindarbotnsþjálfun í framhaldsskólum. Sé svo hins vegar ekki mætti búast við að niðurstöður úr sambærilegri rannsókn á 30-75 ára gömlum konum sem gerð yrði eftir 10-15 ár sýndi enn hærri tíðni.

Við flokkun á tegundum þvagleka kom í ljós að flestir nemendur (55%) þjáðust af áreynsluþvagleka. Grindarbotnsþjálfun er áhrifaríkasta meðferðarúrræðið við slökum grindarbotnsvöðvum, sem eru aðalorsök áreynsluþvagleka. Nokkur munur var á áhrifum tegunda þvagleka á daglegt líf nemenda, bráðaþvagleki

hafði aðeins meiri áhrif en áreynsluþvagleki en munurinn var ekki marktækur. Þvagleki sem kemur um leið eða í kjölfar hláturs eða fliss („giggle incontinence") er vel þekktur meðal stúlkna og yngri kvenna. Ástæður þessara einkenna, sem oftast minnka eftir 20 ára aldur, eru óljósar og eru þrýstimælingar í blöðru og klínísk skoðun oftast eðlileg. Í rannsókninni kemur fram að um 3% kvennanna höfðu þessi einkenni.

Mjög stór hluti nemenda hafði ekki fengið neina fræðslu (78%) eða kennslu (82%) um þjálfun grindarbotnsvöðva í framhaldsskóla. Þetta sýnir að slíkri fræðslu er verulega ábótavant enda ekki að finna í námskrá um íþróttir. Á sama hátt verður ekki séð að þeir sem hafa tekið slíka fræðslu upp á sína arma séu endilega íþróttakennarar. Munurinn á nemendum með þvagleka sem höfðu fengið fræðslu og þeim sem ekki höfðu fengið fræðslu reyndist ekki vera marktækur. Þetta bendir ekki til að fræðsla hafi fyrirbyggjandi áhrif á tíðni þvagleka. Hins vegar er ekki hægt að segja til um hvort þeir nemendur sem fengu fræðslu hafi þegar verið með þvagleka eða fengið hann seinna.

Hvers vegna fá svona ungar stúlkur þvagleka? Nauðsynlegt er að heilbrigðiskerfið rannsaki þessar ástæður til að fá hugmyndir um hvernig best sé að fyrirbyggja og um leið ef til vill að spara fjármuni.

Þakkir

Þakkir fær dr. Sigurbjörn Árni Arngrímsson fyrir leiðsögn við framkvæmd og gerð þessa lokaverkefnis til BS-prófs við Íþróttafræðasetur, Kennaraháskóla Íslands og Eiríkur Jónson, yfirlæknir, fyrir yfirlestur greinar.

Heimildir

1. Makinen J, Gronroos M, Kiilholma P, Tenho T, Pirhonen J, Erkkola R. Incidence of urinary incontinence in adult Finnish women. Duodecim 1992; 108: 481-5.
2. Nemir A, Middleton RP. Stress incontinence in young nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 1954; 68: 1166.
3. Halldórsson S, Eggertsdóttir GG, Kjartansdóttir S. Könnun á algengi þvagleka meðal kvenna og árangri einfaldrar meðferðar í héraði. Læknablaðið 1995; 81: 309-17.
4. Geirsson G, Einarsson GV, Guðmundsson EO, Gíslason Þ. Þvagleki meðal íslenskra kvenna-faraldursfræðileg rannsókn. Læknablaðið 2002; 88: 313.
5. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Br J Obstet Gyneacol 1990; 97: 1-16.
6. Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjälmås K, Lapitan MC. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence. In Abrams P, Cardozo L, Khouri S and Wein L. editors. Incontinence. Health Publication Ltd 2002: 165-201.
7. Wolin L. Stress incontinence in young, healthy nulliparous female subjects. J Urol 1969; 101: 545.
8. Yarnell JW, Voyle GJ, Richards CJ, Stehenson TP. The prevalence and severity of urinary incontinence in women. J Epidemiol Community Health 1981; 35: 71.
9. Holst K, Wilson PD. The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. N Z Med J 1988; 101: 756.
10. Peyrat L, Haillot O, Bruyere P, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. BJU Int 2001; 89: 61-6.
11. Bo K, Mæhlum S, Oseid S, Larsen S. Prevalence of stress urinary incontinence among physically active and sedentary female students. Scand J Sports Sci 1989; 11: 113-6.
12. Bo K, Boren JS. Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. Med Sci Sports Exerc 2001; 11: 1797-802.

Viðauki

Spurningalisti vegna þvagleka

Margar konur finna stundum fyrir þvagleka. Við erum að kanna hversu margar konur finna fyrir þvagleka og hversu mikil áhrif hann hefur á líf þeirra.

1. Hefur þú fengið einhverja fræðslu um grindarbotnsvöðva í framhaldsskóla? (Fræðsla er skilgreind sem bókleg kennsla um orsök, forvörn og afleiðingar lélegra grindarbotnsvöðva og verkleg þjálfun grindarbotnsvöðva). Merktu við einn reit.

- ❑ enga
- ❑ litla
- ❑ miðlungs
- ❑ mikla

2. Hve mikla kennslu hefur þú fengið í þjálfun grindarbotnsvöðva í íþróttatímum í framhaldsskóla? Merktu við einn reit.

- ❑ aldrei
- ❑ 1-2 sinnum yfir önn
- ❑ 2-4 sinnum yfir önn
- ❑ tveggja vikna fresti
- ❑ einu sinni í viku

Vinsamlegast svaraðu næstu fjórum spurningum með tilliti til þess hvernig þér leið síðustu fjórar vikur.

3. Hversu oft fannst þú fyrir þvagleka? (merktu í einn reit)

- ❑ aldrei
- ❑ 1 sinni í viku eða sjaldnar
- ❑ 2-3 sinnum í viku
- ❑ u.þ.b. daglega
- ❑ nokkrum sinnum á dag
- ❑ stöðugt

4. Við hvaða aðstæður fannst þú fyrir þvagleka? (vinsamlega merktu við allt sem við á)

- ❑ aldrei – finnur ekki fyrir þvagleka
- ❑ áður en þú kemst á salernið
- ❑ þegar þú hlærð eða flissar
- ❑ þegar þú hnerrar eða hóstar
- ❑ þegar þú sefur
- ❑ þegar þú stundar líkamsrækt/við líkamlega áreynslu
- ❑ þegar þú hefur haft þvaglát og ert búin að klæða þig
- ❑ án sýnilegrar ástæðu
- ❑ alltaf

5. Við viljum fá mat þitt á magni þvaglekans. Hversu mikill eða lítill er þvaglekinn venjulega (hvort sem þú notar vörn eða ekki)? Merktu í einn reit.

- ❑ enginn
- ❑ lítið magn
- ❑ miðlungs magn
- ❑ mikið magn

6. Á heildina litið, hversu mikil eða lítil áhrif hefur þvaglekinn á daglegt líf þitt? Vinsamlega merktu í reit á bilinu 0 (engin áhrif) og 10 (mjög mikil áhrif).

Engin áhrif — mjög mikil áhrif

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sigur í sjónmáli...

...Aldrei hafa verið gerðar jafnmiklar kröfur um frelsi frá sjúkdómum og nú. Okkur hjá AstraZeneca rennur blóðið til skyldunnar. Með öflugu þróunarstarfi leitum við nýrra lausna til að bæta líf og líðan fólks.
Nú er stór sigur í sjónmáli.



AstraZeneca

annt um líf og líðan



Decutan

ÁHRIFARÍKT GEGN ÞRYMLABÓLUM

Decutan
DELTA
HYLKI MJÚK; D 10 B A 01
Innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur: Isotretininum INN 10 mg eða 20 mg.

Ábendingar: Til meðferðar við slæmum þrymlabólum (acne vulgaris) svo sem hnútörtum (acne conglobata) og blöðruörtum (cystic acne) sem ekki svara hefðbundinni meðferð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Svörun við ísótretínóínmeðferð er skammtaháð og einstaklingsbundin. Því þarf að aðlaga skammta fyrir hvern einstakling. **Fullorðnir:** Í upphafi 0,5 mg/kg líkamsþyngdar á dag, tekið í 1 eða 2 skömmtum. Eftir 4 vikna meðferð er skammtur stilltur á 0,5 til 1 mg/kg á dag. Sjúklingar sem fljótt sýna bata ættu að halda áfram að fá upphafsskammtinn, 0,5 mg/kg á dag, allt meðferðartímabilið. Hjá sjúklingum sem sýna lítinn eða engan bata í upphafi og þola lyfið vel, ætti að hækka skammtinn í 1 mg/kg á dag, út meðferðartímabilið. Venjuleg meðferðarlengd er 4–6 mánuðir. Þegar lengri meðferð er nauðsynleg á að gera öðru hvoru 2 mánaða hlé á meðferðinni. Sýnt hefur verið fram á að 120 mg/kg uppsafnaður skammtur eftir meðferðarlotu lengir sjúkdómshlé og vinnur gegn því að sjúkdómurinn taki sig upp að nýju. Ráðlagt er að taka hylkin með mat. **Frábendingar:** Meðganga. Konur með barn á brjósti. Skert lifrar- eða nýrnastarfsemi. Hækkun á blóðfitum. A-vítamíneitrun. Samtímis notkun tetracýklínlyfja. Þekkt ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Varúð:** Decutan er skráð með ábendinguna: „Slæmar þrymlabólur (acne vulgaris) svo sem hnútörtur (acne conglobata) og blöðruörtur (cystic acne) sem ekki svara annarri lyfjameðferð". Í öllum upplýsingum um lyfið skal koma fram, að eingöngu sjúklingar með umrædd einkenni megi nota lyfið og að meðferðin skuli vera í umsjá læknis með sérþekkingu á þessum sjúkdómi og meðferð við honum. Allar upplýsingar um lyfið skulu innihalda upplýsingar um að það hafi fósturskaðandi áhrif hjá mönnum og því eigi að nota örugga getnaðarvörn meðan á meðferð stendur og í minnst 1 mánuð eftir að meðferð lýkur. Þar sem þrymlabólur (acne) eru andrógenháður sjúkdómur á að forðast getnaðarvarnartöflur sem innihalda andrógen prógestagenefni, t.d. töflur sem innihalda 19-nortestósterón (norsteróíð), sérstaklega ef fram koma kvensjúkdóma-innkirtlavandamál. Verði þungun á meðferðartíma er ráðlagt að framkvæma fóstureyðingu. Mæla skal lifrar- og nýrnastarfsemi með lífefnafræðilegum rannsóknum 1 sinni í mánuði meðan á meðferð stendur. Grunngildi lípíða í blóði á einnig að mæla fyrir meðferð, einum mánuði eftir að meðferð hefst og við lok meðferðar. Forðast skal að hrufla húð meðan á meðferð stendur og í 5–6 mánuði eftir að henni lýkur vegna hættu á myndun ofvaxtar á óvenjulegum svæðum. Forðast skal að fjarlægja hár með vaxi meðan á meðferð stendur og í 5–6 mánuði eftir að henni lýkur vegna hættu á húðbólgu. Gæta skal sérstakrar varúðar hjá sjúklingum með sykursýki, offitu- og áfengisvandamál, sjúkdóma sem hafa áhrif á efnaskipti fitu, skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi, hjarta- og blóðrásarsjúkdóma og of háa blóðfitu. Hjá þessum sjúklingum getur verið nauðsynlegt að fylgjast oftar með viðeigandi rannsóknargildum. Sjúklingar mega ekki gefa blóð meðan á meðferð stendur og ekki í 1 mánuð eftir að meðferð með Decutan lýkur. **Á umbúðunum er eftirfarandi varúðarsetning:** „Decutan má ekki taka á meðgöngu. Lyfið veldur alvarlegum fósturskaða og því mega konur á barneignaraldri ekki taka lyfið nema að þær noti öruggar getnaðarvarnir á meðan á meðferð stendur og í minnst 1 mánuð eftir að meðferð lýkur. Ef þungun verður á þessum tíma er fóstureyðing ráðlögð". Greint hefur verið frá þunglyndi, geðrænum einkennum og í sjaldgæfum tilvikum sjálfsvígstilraunum og sjálfsvígum hjá sjúklingum á ísótretínóínmeðferð. Því skal gæta sérstakrar varúðar hjá sjúklingum sem hafa sýnt einkenni þunglyndis og upplýsa skal alla sjúklinga um að leita til læknis ef fram koma einkenni þunglyndis svo meðhöndla megi, ef þörf krefur. **Milliverkanir:** Samhliða meðferð með tetracýklínlyfjum getur leitt til góðkynja háþrýstings innan höfuðkúpu (intrakraniel hypertension) og því á að forðast slíka samhliða meðferð. Gæta skal varúðar við samhliða notkun staðbundinna acne-lyfja, þar sem staðbundin erting getur aukist. Forðast skal samhliða meðferð með A-vítamíni þar sem einkenni A-vítamíneitrunar geta aukist. Lágskammta prógesterón getnaðarvarnartöflur á að forðast þar sem áhrifin geta minnkað vegna milliverkana við ísótretínóín. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ísótretínóín hefur mjög mikil fósturskemmandi áhrif. Griðarleg hætta er á að barn fæðist vanskapað ef þungun verður meðan á töku ísótretínóíns stendur, hvert svo sem magnið er og jafnvel eftir skamman tíma. Því mega þungaðar konur og konur sem ráðgera að verða þungaðar ekki nota Decutan (sjá kaflann um varúð). Þar sem ísótretínóín er mjög fitusækið, er líklegt að það berist í brjóstamjólk. Vegna hugsanlegra aukaverkana eiga konur með barn á brjósti ekki að nota Decutan. Fyrirbyggjandi áætlun sem inniheldur ítarlega aðvörun og upplýsingar fyrir sjúklinga og lækni er hægt að fá hjá markaðsleyfishafa. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Vegna mögulegra sjóntruflana (t.d. minni næturssjónar/minni aðlögunarhæfni augans í myrkri) ætti að ráðleggja sjúklingum að gæta varúðar við akstur eða stjórnun véla. **Aukaverkanir:** Flestar aukaverkanir af völdum Decutan eru skammtaháðar. Einkenni sem líkjast A-vítamíneitrun: Þurr húð, þurrar slímhúðir (munnur, nef, kok og augu þar með talin tárubólga, afturkræft ógegnsæi glæru (corneal opacity) og óþol gegn snertilinsum). **Húð:** Hreistraðar, sprungnar varir. Húðbólga í andliti. Útbrot. Graftarbólguhnúðar. Naglgerðisbólga. Visnun nagla. Aukin myndun á grófvef (granulation tissue). Viðvarandi tilhneiging til hárloss. Afturkræft hárlos. Svæsnar þrymlabólur. Of mikill hárvöxtur (hirsutism). Ofiitun húðar. Ljósnæmi. Ljósofnæmis-viðbrögð. Kláði. Aukin svitamyndun. Þunn húð. Stoðkerfi: Vöðva- og liðverkir. Beinagildnun. Liðagigt. Kölkun í liðböndum og sinum og aðrar beinabreytingar. Sinabólga. **Geðræn vandamál og taugakerfi:** Hegðunarbreytingar. Greint hefur verið frá tilvikum þunglyndis, einkennum geðsjúkdóma og mjög sjaldgæfum sjálfsvígstilraunum og sjálfsvígum. Höfuðverkur. Háþrýstingur innan höfuðkúpu. Krampar. **Skynfæri:** Einstök tilvik sjóntruflana, truflana á heyrn við ákveðna tíðni, ljósfælni, skertrar náttsýnar, augasteinsdrers, glærubólgu. **Meltingarfæri:** Ógleði, bólgusjúkdómar í þörmum, til dæmis hefur verið greint frá ristilbólgu, dausgarnarbólgu og blæðingu. **Lifur og gall:** Áhrif á lifrarstarfsemi geta komið fram. Skammvinn og afturkræf hækkun á transamínósum. Í mörgum tilvikanna hafa breytingarnar verið innan viðmiðunarmarka og náð eðlilegu gildi meðan á meðferð stendur. Í öðrum tilvikum hefur hins vegar verið nauðsynlegt að minnka skammta eða hætta smám saman meðferð með Decutan. Einstaka tilvik lifrarbólgu hafa komið fram. **Öndunarvegur:** Berkjukrampar. **Blóð:** Blóðþéttni þríglýseríða, kólesteróls og blóðsykurs getur aukist. Lækkun HDL-kólesteróls. Fækkun hvítra og rauðra blóðkorna, lækkuð blóðkornaskil, aukinn eða minnkaður fjöldi blóðflagna, hækkað sökk. Þvagsýrudreyri. **Aðrar:** Fósturskemmandi áhrif. Staðbundnar eða almennar sýkingar af völdum gram-jákvæðra baktería (Staphylococcus aureus). Eitlastækkun, blóðmiga, próteinmiga, brisbólga, æðabólga (t.d. Wegeners hnúðabólgur), ofnæmiskennd æðabólga, ofnæmisviðbrögð, almennt ofnæmi, nýrnahnoðrabólga (glomerulonephritis). **Ofskömmtun:** Ofskömmtun kemur fram sem einkenni A-vítamíneitrunar. Einkennin eru afturkræf. **Útlit:** Hylki 10 mg: Ljósfjólublá, aflöng, mjúk gelatínhylki sem innihalda gulan/appelsínugulan, ógegnsæjan, seigfljótandi vökva. **Hylki 20 mg:** Dumbrauð, aflöng, mjúk gelatínhylki sem innihalda gulan/appelsínugulan, ógegnsæjan, seigfljótandi vökva.
Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 01.04.2003:
Hylki 10 mg: 50 stk. (þynnupakkað): 7.652 kr.
Hylki 20 mg: 50 stk. (þynnupakkað): 12.780 kr.
Ávisun lyfsins er bundin við sérfræðinga í húðsjúkdómafræðum. Hver pakkning lyfsins skal merkt með aðvörunartexta á íslensku.
Afgreiðslutilhögun: Z. Greiðsluþátttaka: E.

Mars 2003

DELTA
www.delta.is

Heilsufar, hjúkrunarþörf og lífsgæði aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997

Pálmi V. Jónsson[1,2]
ÖLDRUNARLÆKNIR
Hlíf Guðmundsdóttir[1]
HJÚKRUNARFRÆÐINGUR
Fanney Friðbjörnsdóttir[3]
HJÚKRUNARFRÆÐINGUR
Maríanna Haraldsdóttir[4]
HJÚKRUNARFRÆÐINGUR
Þórunn Ólafsdóttir[3]
HJÚKRUNARFRÆÐINGUR
Anna Birna Jensdóttir[1]
HJÚKRUNARFRÆÐINGUR
Ingibjörg Hjaltadóttir[1]
HJÚKRUNARFRÆÐINGUR
Ómar Harðarson[5]
STJÓRNMÁLAFRÆÐINGUR
Hrafn Pálsson[6]
FÉLAGSFRÆÐINGUR

Grein þessi er tileinkuð minningu Maríönnu Haraldsdóttur, f. 3. febrúar 1950, sem lést langt um aldur fram þann 12. mars 2002. Hún vann ötullega að þessari rannsókn og hafði hafið störf við sambærilega Evrópurannsókn þegar hún varð frá að hverfa vegna veikinda.

[1]Öldrunarsviði Landspítala Landakoti, [2]Læknadeild Háskóla Íslands, [3]Heilsugæslunni í Reykjavík, [4]Heilsugæslunni á Seltjarnarnesi, [5]Hagstofu Íslands, [6]Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Pálmi V. Jónsson, *palmivj@landspitali.is*

Lykilorð: *aldraðir, heimaþjónusta, heimahjúkrun, færni, lyf, lífsgæði.*

Ágrip

Tilgangur: Vaxandi áhersla er lögð á að aldraðir geti búið heima sem lengst, en rannsóknir á högum aldraðra Íslendinga sem njóta þjónustu í heimahúsum eru takmarkaðar. Markmið rannsóknarinnar var að lýsa heilsufari, líðan og aðstæðum fólks í heimaþjónustu.

Aðferð: Einstaklingarnir sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar á Reykjavíkursvæðinu haustið 1997 voru metnir með MDS-RAI HC (Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument for Home Care) mælitækinu.

Niðurstöður: Metnir voru 257 einstaklingar á fjórum heilsugæslustöðvum. Meðalaldur var 82,7 ár, 62,5% bjuggu einir, og höfðu þeir notið heimaþjónustu að meðaltali í 2,4 ár. Konur voru 78,6%. Nær allir voru sjálfbjarga með persónulegar athafnir daglegs lífs (ADL), en 53% þurftu aðstoð við böðun. Um helmingur þurftu mikla aðstoð við almennar athafnir daglegs lífs (IADL). Skert minni var hjá tæplega 40% einstaklinganna en dapurt yfirbragð hjá 18%. Átján prósent höfðu aldrei farið út úr húsi á 30 daga tímabili, 27% voru alltaf einir yfir daginn, en 21% tjáði sig um einmanaleika. Daglegir verkir greindust hjá 47% einstaklinganna og 47% töldu heilsufar sitt vera lélegt. Á 14 dögum var meðalfjöldi klukkustunda á skjólstæðing í heimahjúkrun 3,5 klukkustundir og heimilishjálp 9,5 klukkustundir. Lyfjanotkun var mikil og voru 34% á níu lyfjum eða fleiri.

Ályktun: Einstaklingar í heimahjúkrun eru sjálfbjarga með ADL en þeir þurfa aðstoð við almenn dagleg verk og böðun. Ýmis atriði sem snerta lífsgæði þyrfti að skoða nánar með hliðsjón af því hvort bæta megi líðan þeirra sem njóta þjónustunnar.

Inngangur

Með vaxandi fjölda aldraðra aukast stöðugt kröfurnar til heilbrigðis- og félagsþjónustu um að finna leiðir til umönnunar þeirra sem sjúkir eru og lasburða, sem er í senn gæðaþjónusta og hagkvæm. Markmið laga um málefni aldraðra er að hinn aldraði geti búið heima sem lengst og notið þess stuðnings sem þarf (1). Í þessum aðstæðum er nauðsynlegt að hafa mælitæki sem getur greint hinar fjölþættu þarfir sjúkra aldraðra og metið hvernig þeim þörfum er mætt og skilvirkni þjónustunnar. MDS-RAI HC er mælitæki sem uppfyllir þær væntingar sem gera þarf til slíks tækis og hefur í senn gildi og er áreiðanlegt (2, 3). Mælitækið lýsir líkamlegu og andlegu heilsufari, færni og félagslegu umhverfi. Niðurstöður matsins má síðan tengja við áætlunargerð og skipulagningu heimaþjónustunnar (4). Þróun mælitækis fyrir heimaþjónustu byggir á reynslu sem fékkst við þróun tækis fyrir aldraða á stofnunum sem nýtt hefur verið á Íslandi frá 1994 og meðal annarra rita lýst í Læknablaðinu (5-7).

Árið 1997 var gerð könnun á notagildi MDS-RAI

ENGLISH SUMMARY

Jónsson PV, Guðmundsdóttir H, Friðbjörnsdóttir F, Haraldsdóttir M, Ólafsdóttir Þ, Jensdóttir AB, Hjaltadóttir I, Harðarson Ó, Pálsson H

Health care needs and quality of life of elderly in home care in Reykjavik, 1997

Læknablaðið 2003; 89: 313-18

Objective: It is increasingly emphasized that the elderly should be supported to live at home as long as possible. The purpose of this study was to describe the health and conditions of people in home care.

Material and methods: Individuals who received home care in the Reykjavik area in autumn of 1997 were assessed with the Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument for Home Care, MDS-RAI HC.

Results: The study evaluated 257 individuals at four primary care health centers. The mean age was 82.7 years, women were 78.6%, living alone were 62.5%, and they had received home care on average of 2.4 years. Almost all were independent in primary activities of daily living, ADL, but about half needed help with instrumental activities of daily living (IADL). Impaired cognition was observed in 40% of individuals, depressive symptoms in 18%, daily pain was noted in 47% and 47% assessed their health as poor. Loneliness was expressed by 21%, 18% had not gone out doors in over 30 days and 27% were always alone during the day. The mean number of hours during two weeks was 3.5 hours in nursing care and 9.5 hours in home help. Thirty-four percent took 9 or more medications.

Conclusion: Individuals in home care were independent in ADL but needed assistance with IADL. There are important quality of life issues that are of concern. Further research is needed in home care with particular emphasis on improvement of well being.

Key words: *home care, aged, function, medications, quality of life.*

Correspondence: Pálmi V. Jónsson, *palmivj@landspitali.is*

HC mælitækisins á Íslandi. Jafn ítarlegar upplýsingar og þá var safnað hafa ekki legið fyrir á Íslandi áður. Heildarniðurstöður voru birtar í skýrsluformi og á heimasíðu Heilbrigðisráðuneytisins og þar er áreiðanleikaprófun lýst (8, 9). Í þessari grein verður lýst helstu niðurstöðum rannsóknarinnar er snerta lífsgæði einstaklinganna sem reyndust skert á margvíslegan hátt. Sjúkir aldraðir í heimahúsum eru ekki í sterkri stöðu til þess að kalla eftir þjónustu vegna veikinda sinna. Vegna heilsubrests, sem hvort heldur getur verið andlegur eða líkamlegur, hlýtur sú ábyrgð að hvíla á starfsmönnum heilbrigðis- og félagsþjónustunnar að skoða með hvaða hætti lífsgæði þessara einstaklinga verði best tryggð. Fyrsta skrefið í þá átt er að greina vandann. Þessi grein er innlegg í þá greiningarvinnu.

Efniviður og aðferðir

Markmið verkefnisins var að skrá heilsufar og meta hjúkrunarþörf íbúa 65 ára og eldri er nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar haustið 1997 á heilsugæslustöðvum Fossvogs, Hlíðasvæðis, Miðbæjar og Seltjarnarness. Með heimaþjónustu heilsugæslunnar er átt við þjónustu heilsugæslunnar í heimahúsum en hana veita hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og læknar. Úrtak rannsóknarinnar voru allir sem skráðir voru í heimaþjónustu á heilsugæslustöðvunum þegar rannsóknin hófst 1. september 1997, alls 347 einstaklingar, en rannsóknin tók fjóra mánuði. Brottfall var 25%, eða 90 einstaklingar, 52 neituðu þátttöku, 24 voru á sjúkrahúsi, tveir voru komnir á hjúkrunarheimili, þrír hættu við eða voru fjarverandi þegar til átti að taka og níu létust áður en kom að þeim að vera metnir. Samtals tóku því 257 einstaklingar þátt í rannsókninni, 31 frá heilsugæslustöð A, 68 frá heilsugæslustöð B, 64 frá heilsugæslustöð C og 94 frá heilsugæslustöð D.

Leitað var eftir upplýstu samþykki, en ef hinn aldraði einstaklingur gat ekki veitt samþykki sitt var leitað samþykkis aðstandenda. Í þeim tilvikum var heimildar til rannsóknarinnar leitað hjá þeim aðstandendum sem voru honum nátengdastir. Upplýsinga var aflað með samtali við einstaklinginn sjálfan, úr sjúkraskrám, hjá umönnunaraðilum og/eða nánum aðstandendum.

Rannsóknin var samþykkt af Tölvunefnd og Vísindasiðanefnd. Unnið var með upplýsingarnar á rannsóknarnúmerum og kennitölur afmáðar. Heimahjúkrunarfræðingar af viðkomandi heilsugæslustöðvum þar sem verkefnið fór fram söfnuðu upplýsingunum. Áður en gagnasöfnun hófst var haldið eins dags námskeið í notkun gagnasafnsins, en hver einasta breyta hefur ákveðna skilgreiningu og kennsluefni hefur verið þróað sem leiðbeinir um matið. Með þessu móti verður gagnaöflunin áreiðanleg. Matið tók á bilinu eina til eina og hálfa klukkustund.

Niðurstöður

Konur voru 197 (78,6%) en karlar 60 (21,4%). Aldur dreifðist þannig að 81 árs og eldri voru 163 (63,5%) en 80 ára og yngri voru 94 (36,5%). Meðalaldur var 82,7 ár. Að meðaltali höfðu þátttakendur notið heimaþjónustu heilsugæslunnar í 2,4 ár. Hjúskaparstaðan var þannig að 52,5% voru ekkjufólk, 26,8% í hjónabandi, 15,6% höfðu aldrei gengið í hjónaband og 5,1% voru fráskildir. Flestir bjuggu einir, eða 62,5%, með maka bjuggu 24,0%, með barni 7,0% og með öðrum en fjölskyldu 7,5%. Í 2,4% tilvika hafði skjólstæðingur lögráðamann.

Skráning ábendinga þess að skjólstæðingurinn naut heimaþjónustu heilsugæslunnar er sýnd í töflu I. Hjarta- og blóðrásarsjúkdómar voru algengasta ábendingin. Í 40% tilvika var um að ræða þjónustu í framhaldi af sjúkrahúsvist.

Tafla I. *Skráðar ábendingar fyrir heimaþjónustu.*

Ábending	%
Hjarta- og æðasjúkdómar	34,2
Geðsjúkdómar	22,6
Gigtarsjúkdómar	19,5
Brot	10,5
Innkirtlasjúkdómar	10,1
Lungnasjúkdómar	7,8
Blóðsjúkdómar	5,8
Húðsjúkdómar	5,8
Taugasjúkdómar	5,8
Skyntruflanir	5,4
Krabbamein	4,3
Meltingarsjúkdómar	4,3
Þvagfærasjúkdómar	1,9
Önnur greining	3,7
Engin skráð sjúkdómsgreining	0,4

Andleg færni og líðan

Skammtímaminni var metið óskert hjá 163 (63,5%) en skert hjá 94 (36,7%). Vitræn geta var einnig metin með tilliti til þess hversu vel skjólstæðingurinn réði við ákvarðanir daglegs lífs og þá töldust 72,4% sjálfstæðir, með væga takmörkun 15,2%, talsverða takmörkun 10,5% og mikla skerðingu 1,9%.

Vísbendingar og einkenni um andlega líðan voru skráð, hvort sem þau voru tjáð með orðum eða atferli á síðustu 30 dögum. Þau einkenni sem komu fram eru sýnd í töflu II. Flestum leið vel innan um annað fólk, eða 80,6%, en ákveðnum fjölda leið betur út af fyrir sig og flestir voru í góðu sambandi við ættingja. Þó lýstu 22,2% ósætti eða reiði gagnvart ættingjum og vinum. Hegðunarvandamál voru skráð ef þau komu fram á síðastliðnum sjö dögum fyrir matið og ollu vanlíðan, voru truflandi eða gátu skapað hættu fyrir hinn aldraða; ráfuðu um án sýnilegs tilgangs, voru árásargjarnir í orði eða verki, eða sýndu ósæmilega félagslega hegðun. Aðeins 0,8-2,7% aldraðra sýndu slíka hegðun.

Tafla II. *Andleg líðan, einvera og útivist.*

Einkenni	%
Dapurt yfirbragð	18,8
Eimanakennd	21,3
Leiðist	18,3
Draga sig í hlé	16,3
Gráta	8,6
Viðvarandi reiði	6,6
Endurteknar kvartanir	6,2
Einvera allan daginn	27,4
Einvera meira en hálfan daginn	39,3
Engin einvera	33,3

Tafla III. *Útivist á einni venjulegri viku síðastliðna 30 daga og notkun hjálpartækja.*

Útivera	%
Aldrei	18,4
Einn dag vikunnar	24,2
Tvo til sex daga vikunnar	39,1
Daglega	18,4
Hjálpartæki	
Inni	54,5
Úti	33,2
Stafur inni	19,1
Stafur úti	34,0
Hækja eða göngugrind inni	23,0
Hækja eða göngugrind úti	15,2
Hjólastóll inni	3,5
Hjólastjóll úti	5,5

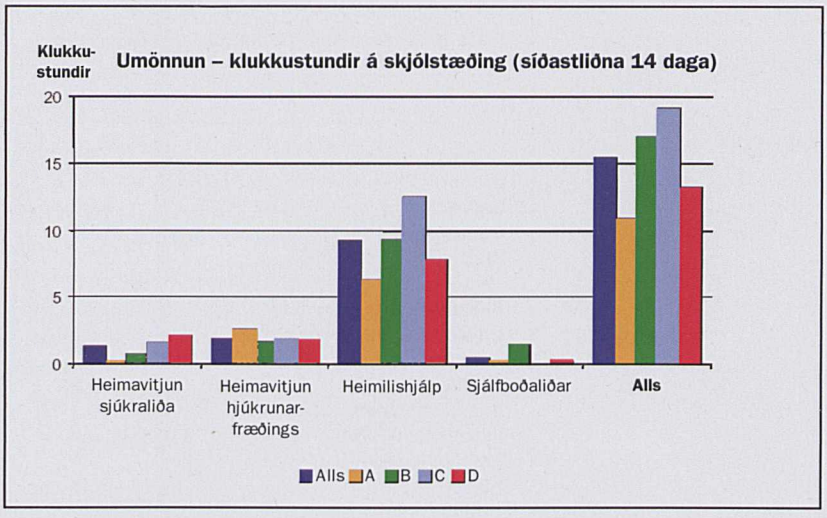
Metið var hvort dregið hafði úr félagslegri, trúarlegri eða starfslegri þátttöku á síðasta 90 daga tímabili. Ekki hafði dregið úr félagslegri þátttöku hjá meirihluta hópsins, eða 66,1%. Hjá þeim hópi sem dregið hafði úr félagslegri þátttöku höfðu 26,8% engar áhyggjur af slíku en um 7% höfðu áhyggjur af breytingunni. Fjórðungur taldi sig þurfa aukinn tilfinningalegan stuðning.

Útivist var metin þannig að skráð var hversu marga daga farið var út úr húsi (í skemmri eða lengri tíma) miðað við venjubundna viku síðastliðna 30 daga, sjá töflu III.

Almennar og persónulegar athafnir daglegs lífs

Með persónulegum athöfnum daglegs lífs síðastliðna sjö daga er átt við hreyfifærni í rúmi, flutning í og úr rúmi, færni til að ganga milli staða á heimilinu, færni til að klæðast, matast, færni við salernisferðir og færni við persónulegt hreinlæti. Flestir voru sjálfbjarga með alla þætti athafna daglegs lífs, eða frá 85-95% eftir því hvaða athöfn átti hlut að máli. Sjálfsbjargargeta við böðun var hins vegar veruleg skert og aðeins 29,6% voru sjálfbjarga. Flestir þurftu aðstoð við hluta af böðun, eða 53,7%, og fáir voru alveg ósjálfbjarga, eða 4,3%.

Hjálpartækjanotkun er sýnd í töflu III.



Mynd 1 *sýnir hve miklum tíma starfsmenn heimaþjónustu heilsugæslunnar og heimilishjálpar Félagsþjónustunnar verja í umönnun skjólstæðinga á tveimur vikum. Í ljós kom að algengasta þjónustan sem skjólstæðingar fá eru heimsóknir hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða heimahjúkrunar og aðstoð frá heimilishjálp. Algengasta aðstoðin er fólgin í böðun og lyfjatiltekt. A, B, C, D táknar einstakar heilsugæslustöðvar.*

Mikill breytileiki var í færni til almennra athafna daglegs lífs (IADL). Þriðjungur var sjálfbjarga með undirbúning máltíða og sama er að segja um fjármálaumsýslu. Færri voru sjálfbjarga við heimilisstörf, lyfjanotkun, innkaup og ferðir (16%-22%). Áberandi flestir voru einfærir um að nota síma, eða 86%.

Flestir töldu sig fá næga aðstoð í almennum athöfnum daglegs lífs, en þó töldu 10% sig þurfa aukna aðstoð. Tímafjöldi í klukkustundum sem skjólstæðingarnir fengu í aðstoð frá fjölskyldu og vinum á einni viku var samtals þrjár klukkustundir virku dagana en þrjár og hálf klukkustund um helgar. Í ljós kom að um það bil 8% stuðningsaðila taldi sig ekki lengur geta annast ættingja sína vegna eigin heilsuleysis, en 10% stuðningsaðila til viðbótar lýstu eigin kvíða, áhyggjum og reiði vegna umönnunar ættingja sinna.

Formleg heimaþjónusta

Mynd 1 sýnir þá formlegu þjónustu sem heimahjúkrun, heimilishjálp, sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun, félagsráðgjafar, talþjálfar og sjálfboðaliðar veita. Á einni viku var veitt að meðaltali sjö klukkustunda þjónusta frá þessum aðilum að sjálfboðaliðum undanskildum.

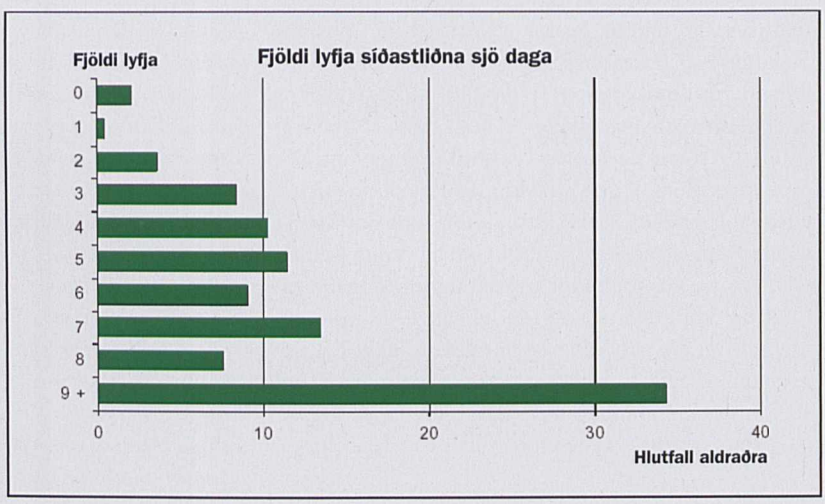
Heilsa og einkenni

Langflestir halda þyngd sinni, eða 88,7% en 11,3% léttast, það er léttast án ásetnings um 5% eða meira á síðastliðnum 30 dögum, eða 10% eða meira á síðastliðnum 180 dögum. Daglega verki höfðu 45%, 20% höfðu verki sjaldnar en daglega en verkjalausir voru 35%. Þriðjungur þeirra sem hafði verki var fjölverkja. Í helmingi tilfella var verkjum haldið niðri með lyfjum.

Tæplega helmingur allra í heimahjúkrun eða 47,1%, telur heilsufar sitt lélegt. Í ljós kemur að fimmti hver skjólstæðingur telur sig betur kominn annars staðar, eða 19,7%. Heildarfjöldi lyfja þeirra sem njóta heimaþjónustu heilsugæslunnar er sýndur á mynd 2 en eftir flokkum í töflu IV.

Tafla IV. *Lyfjanotkun í heimaþjónustu heilsugæslunnar eftir flokkum.*

Lyfjaflokkur	%
Kvíðastillandi lyf	23,3
Svefnlyf	44,4
Geðdeyfðarlyf	31,1
Sterk geðlyf	7,0
Hjarta- og blóðrásarlyf	28,0
Meltingarlyf	26,5
Blóðsjúkdómalyf	13,2
Lyf við öndunarfærum	7,4
Hormón	6,2
Stoðkerfislyf	5,1
Augn- og eyrnasjúkdómalyf	4,7
Þvagvega- og kynhormónalyf	3,5
Krabbameinslyf	1,6
Húðlyf	0,8
Sýklalyf	1,6
Ýmis lyf	3,9



Mynd 2 *sýnir hversu mörg lyf voru tekin síðastliðna sjö daga. Þriðjungur aldraðra tekur níu lyf eða fleiri.*

Umræða

Gerð hefur verið grein fyrir þeim sem voru 65 ára og eldri og nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar á árinu 1997 á fjórum heilsugæslustöðvum í Reykjavík og á Seltjarnarnesi. Þjónustu fá fjórar konur á móti hverjum einum karli og eru tæplega 70% áttatíu ára og eldri. Helmingur hópsins þarf hjálp við böðun en er annars sjálfbjarga í frumathöfnum daglegs lífs. Um það bil þriðjungur var með vitræna skerðingu og skerta hæfni til ákvarðanatöku.

Þriðjungur var sjálfbjarga við undirbúning máltíða og umsýslu fjármála en fimmtungur við heimilisstörf, lyfjainntöku, innkaup og ferðir. Meirihlutinn þurfti því aðstoð í almennum athöfnum daglegs lífs. Um fimmtungur hafði farið daglega út úr húsi síðastliðna 30 daga en sami fjöldi fór aldrei út. Um tíundi hver skjólstæðingur telur sig geta bætt sjálfsbjörg sína varðandi ADL, IADL eða hreyfifærni. Umönnunaraðilar voru sama sinnis. Einungis 3,1% skjólstæðinga telur sig hafa góðar batahorfur. Tæpur helmingur allra var með daglega verki og þriðjungur með fleiri en níu lyf. Þeir sem njóta heimaþjónustu heilsugæslunnar virðast oft þurfa á henni að halda í langan tíma þar sem meðaltími í þjónustu var 2,4 ár.

Skjólstæðingar heimaþjónustu heilsugæslunnar fá tæpar sjö klukkustundir á viku aðstoð við ADL og IADL frá sínum nánustu. Algengast er að börn og tengdabörn veiti þennan stuðning en síðan makar og aðrir ættingjar. Til viðbótar fá þeir annað eins af þjónustu frá formlegum umönnunaraðilum en algengast er að hún sé veitt af heimahjúkrun og heimilishjálp. Mikill meirihluti skjólstæðinga telur ekki þörf á aukinni ADL eða IADL aðstoð frá ættingjum og vinum. Hins vegar var algengast að skjólstæðingar teldu sig þurfa aukinn tilfinningalegan stuðning, eða í fjórðungi tilvika. Það er svipaður fjöldi og lýsir einmanaleika.

Niðurstöður þessarar rannsóknar vekja ýmsar spurningar. Í fyrsta lagi virðist vera ákveðinn hópur einstaklinga sem nýtur heimaþjónustu heilsugæslunnar sem er það sjálfbjarga og fær að spyrja má hvort hann þurfi í raun á þjónustunni að halda. Í öðru lagi má spyrja hvort tíminn sem viðkomandi nýtur heimaþjónustu sé óeðlilega langur. Meðaltímalengd þjónustu er 2,4 ár og tæpur helmingur fær þjónustu í kjölfar sjúkrahússinnlagnar. Það er því umhugsunarvert hvort nægilega oft sé endurmetið hvort áframhaldandi þjónustu sé þörf. Í þriðja lagi er ákveðinn hópur einstaklinga sem er dapur, finnur fyrir einmanaleika og fer ekki út fyrir hússins dyr. Þessir einstaklingar eru ef til vill ekki að njóta bestu hugsanlegrar þjónustu. Sumir kynnu að vera betur settir á vist- eða hjúkrunarheimili. Sumum mætti ef til vill hjálpa með dagvistunarúrræði. Í fjórða lagi vaknar spurning um hvort læknar komi nægilega að meðferð skjólstæðinga heimaþjónustu heilsugæslunnar þar sem verkir eru algengir, depurð áberandi og lyfjanotkun mikil.

Heimaþjónusta heilsugæslunnar mun aukast á komandi árum bæði hvað varðar magn og fjölbreytileika og má þar nefna nokkra líklega orsakaþætti (10). Aldraðir verða með auknar byrðar langvinnra sjúkdóma, sjúklingar munu kjósa að búa lengur í heimahúsum, reynt verður að draga úr sjúkrahússinnlögnum og tæknin mun leyfa fleirum að búa heima.

Þá er nauðsynlegt að takmarka kostnað. Ein rannsókn sýndi að 72,3% aldraðra kysi að fá fremur þjónustu heima en á sjúkrahúsi ef þess væri kostur. Önnur rannsókn sýndi ekki fram á aukið álag af slíkri sérhæfðri sjúkrahústengdri heimaþjónustu. Mörgum spurningum um heimaþjónustu er ósvarað (11, 12). Sparar heimaþjónusta fjármagn? Bætir heimaþjónusta lífslíkur? Er hægt að forðast sjúkrahússinnlagnir? Bætir heimaþjónusta færni eða dregur úr líkum á færnitapi? Á hvern hátt ættu læknar að koma að heimaþjónustu? Breytileiki í algengi heimaþjónustu eftir landssvæðum bendir til þess að ekki sé almenn samstaða um það hvernig heimaþjónustu sé best fyrir komið (13).

MDS-RAI HC mælitækið hefur mikla þýðingu og staðfest gildi í heimaþjónustunni (14). Mælitækið lýs-

ir ekki aðeins einstaklingnum, heldur gefur einnig vísbendingar um vandamál og gæði þjónustunnar. Þá má tengja niðurstöður matsins við fjármögnun þar sem mælitækið varpar ljósi á umönnunarþyngd. Besta meðferð þeirra sem eru aldraðir og lasburða byggir á heildstæðu mati. Þetta á ekki síst við í heimaþjónustu þar sem flókið net heilbrigðisstarfsmanna kemur að þjónustunni. Þetta skilar sérstaklega góðum árangri, þegar einn sérstakur heilbrigðisstarfsmaður hefur umsjón með meðferðinni (15).

Sýnt hefur verið fram á meðferðargildi þess að nýta MDS-RAI HC mælitækið í ítalskri rannsókn (16). Áhrifin voru metin á færni og sjúkrahússinnlagnir. Matshópurinn var lagður sjaldnar á sjúkrahús en samanburðarhópurinn (RR = 0,49, 0,56 - 0,97) og ADL færni var betri í matshópnum (51,7±36,1 vs 46,3±33,7; P = ,05) en heildarkostnaður var 21% lægri en í samanburðarhópi. Sambærilegar niðurstöður fengust úr tveimur viðbótarrannsóknum með mælitækinu (17, 18).

Verkir reyndust algengir hjá þeim sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar í þessari rannsókn. Þetta hefur einnig sést erlendis (19). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur flokkað verkjalyf eftir styrkleika. Skoðun á 3046 einstaklingum, 65 ára og eldri á Ítalíu, sýndi að 44% voru með verki daglega. Af þeim sem voru með daglega verki fengu 25% fyrsta stigs WHO lyf; 6% annars stigs WHO lyf og 3% þriðja stigs WHO lyf (til dæmis morfín). Sjúklingar 85 ára og eldri, svo og þeir sem voru með vitræna skerðingu, voru ólíklegri til þess að fá verkjalyf. Hér sem á Ítalíu er full þörf á að skoða verki aldraðra í heimahúsum nánar. Auk lyfja til inntöku má leiða hugann að meðferð sem beinist að staðbundnum verkjum þegar þeir eru til staðar, svo sem sterainnspýtingum, rafstraumsmeðferð, hita, bylgjum og í sumum tilvikum liðskiptiaðgerðum.

Vitræn skerðing var hjá þriðjungi skjólstæðinga í okkar rannsókn. Þeir sem hafa vitræna skerðingu hafa gjarnan annan prófíl en þeir sem eru án slíkrar skerðingar (20). Sýnt var fram á að um helmingur þeirra sem hafði vitræna skerðingu hafði einnig færniskerðingu og dánartíðni þeirra var hærri. Þeir sem höfðu vitræna skerðingu voru hins vegar með færri meðvirka sjúkdóma og tóku færri lyf en þeir sem voru skýrir.

Lyfjanotkun var mikil meðal skjólstæðinga heimaþjónustu heilsugæslunnar. Hún stendur vissulega í sambandi við það að um lasburða og fjölveika skjólstæðinga er að ræða. Fjöldi lyfja segir þó ekki alla söguna, þó að fjöldinn sem slíkur veki spurningar. Skammtastærðir, nákvæmar tegundir lyfja sem notaðar eru og tímalengd meðferðar og eftirlit ráða úrslitum um það hvort mikil lyfjanotkunin telst af hinu góða eða hvort hana megi endurbæta með eftirliti.

Vitjanir heilsugæslulækna til aldraðra skjólstæðinga í heimaþjónustu heilsugæslunnar eru fátíðar nú til dags (21). Vitjunum á Englandi og Wales hefur fækkað þó að enn séu þær reglulegur liður í starfi lækna þar (22). Bandarísk rannsókn dró fram viðhorf lækna til vitjana og sýndi að vilji til vitjana tengdist fyrri þjálfun og því hvort vitjanirnar voru gefandi fyrir lækninn (23). Það er ýmislegt sem mælir með því að læknar fari í vitjanir (24); það er þægilegt fyrir lasburða sjúklinga að fá lækninn til sín og það getur bætt samband læknis og sjúklings. Mikilvægt er fyrir lækninn að sjá sjúklinginn í sínu eigin umhverfi og setja heilsufarið í víðtækara félagslegt samhengi. Með vitjunum tekur læknirinn víðtækari þátt í þeirri teymisvinnu margra heilbrigðisstétta sem heimaþjónustan er. Þessi rannsókn sem sýnir að stór hluti skjólstæðinga hefur verki, depurðareinkenni og ýmis önnur einkenni ætti að verða heilsugæslulæknum hvatning til að fjölga vitjunum til aldraðra sjúklinga í heimaþjónustu heilsugæslunnar.

Bent hefur verið á að móðurtæki MDS-RAI HC fyrir hjúkrunarheimili hafi orðið til þess að bæta gæði þjónustunnar með notkun gæðavísa (25). Vænta má þess sama af heimaþjónustutækinu og víst er að ekki nægir að þjónustan sé aðeins örugg og skaði ekki. Hún verður að bæta lífsgæði sjúklingsins. Það er keppikefli höfunda MDS-RAI mælitækjanna að skapa heildstætt kerfi þar sem upplýsinga er aflað á samræmdan hátt og þær upplýsingar geti síðan ferðast með einstaklingum milli þjónustustiga (26).

MDS-RAI HC mælitækið er gagnagrunnur fyrir reglubundið eftirlit í heimahúsum sem greinir fjölda viðfangsefna (27). Nokkur fjöldi vel gerðra rannsókna hefur sýnt fram á gildi forvarnaheimsókna til aldraðra (28-30). Enn einn ávinningur mælitækisins er að greina sérstaklega þá sem nytu helst góðs af slíkum forvarnarheimsóknum.

Höfundar telja að ofangreindar rannsóknarniðurstöður styðji nokkrar ábendingar til þeirra sem vinna að gæðaþróun heimaþjónustu heilsugæslunnar. Í fyrsta lagi getur stöðluð upplýsingaöflun með mælitæki eins og MDS-RAI HC bætt þjónustu við aldraða skjólstæðinga heilsugæslunnar. Með mælitækinu má skilgreina gæðavísa sem hægt er að fylgja eftir reglulega. Því væri vert að skoða gaumgæfilega innleiðslu slíks mælitækis í daglegt klínískt starf. Í öðru lagi þurfa ýmis einkenni, til dæmis andleg, svo sem depurð, og líkamleg, svo sem verkir, nánari athygli lækna í heimaþjónustuteyminu. Reglulegar vitjanir lækna til aldraðra í heimaþjónustu heilsugæslunnar, svo sem á þriggja mánaða fresti eða oftar ef þörf krefur, gæti bætt líðan þessa fólks. Í þriðja lagi er mikilvægt að skoða með hvaða hætti megi rjúfa einangrun, draga úr einmanakennd og auka útiveru þeirra sem lítið eða ekkert fara út fyrir hússins dyr. Þetta er nauðsynlegt til þess að hugmyndin um það að styðja beri eldra fólk til þess að búa á eigin heimili sem lengst vinni ekki gegn lífsgæðum þessara einstaklinga.

Orðskýringar

MDS-RAI HC: Minimum Data Set–Resident Assessment Instrument for Home Care. Raunverulegar aðstæður íbúa í heimaþjónustu, mælitæki til að meta aldraða er njóta heimaþjónustu.

ADL: Activities of Daily Living. Athafnir daglegs lífs. Hugtak sem lýsir færni í frumathöfnum daglegs lífs, svo sem að klæðast, matast og ganga.

IADL: Instrumental Activities of Daily Living. Almennar athafnir daglegs lífs, svo sem að þrífa, annast matargerð, sjá um fjármál og ferðast utanhúss.

Þakkir

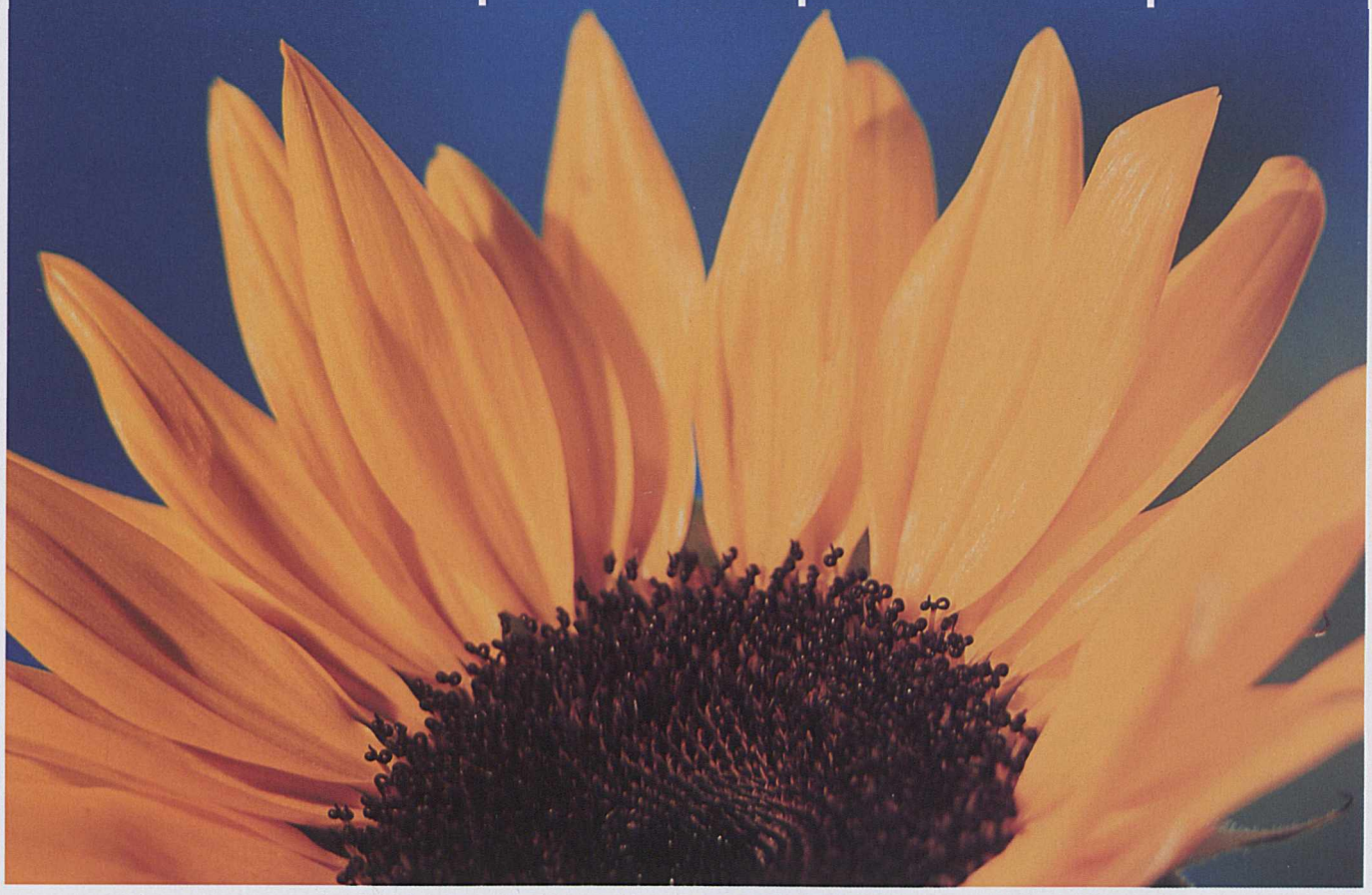
Eftirtaldar stofnanir og aðilar sem komu að rannsókn þessari og taldir eru upp hér að neðan fá sérstakar þakkir: Heilsugæslustöðin Fossvogi, heilsugæslustöð Hlíðasvæðis, heilsugæslustöð Miðbæjar og heilsugæslustöðin á Seltjarnarnesi. Þeir einstaklingar sem þátt tóku í rannsókn þessari og aðstandendur þeirra fá einnig sérstakar þakkir.

Hjúkrunarfræðingar sem tóku þátt í rannsókninni: Heilsugæslustöðin á Seltjarnarnesi: Anna Dagný Smith, Elsa Mogensen, Erla Kristbjörg Sigurgeirsdóttir, Guðbjörg Pálsdóttir, Guðrún Einarsdóttir, Kristín Gunnarsdóttir, Ragnheiður Gunnarsdóttir Bachman, Sólveig Þórhallsdóttir. Heilsugæslustöð Hlíðasvæðis: Guðríður Anna Eyjólfsdóttir, Margrét Pétursdóttir, Rakel Þórisdóttir, Sólveig Ólafsdóttir. Heilsugæslustöð Miðbæjar: Brynja Guðjónsdóttir, Elín Birna Hjörleifsdóttir, Guðbjörg Ögmundsdóttir, Kristbjörg Þórðardóttir, Magdalena Búadóttir, Ragna Ragnars, Sigríður Gottskálksdóttir, Sigurveig Alfreðsdóttir. Heilsugæslustöðin Fossvogi: Auður Þorvarðardóttir, Guðbjörg Guðbergsdóttir, Ingrid Svenson, Ólöf Guðmundsdóttir.

Heimildir

1. Lög um málefni aldraðra, 125/1999, 31. desember.
2. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, et al. Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 1017-24.
3. Carpenter GI, Morris J, Ikegami N, Hirdes JP, Topinkova E. Standardised assessment for community care – field testing of the RAI-HC. Age Ageing 1997; 26: 23.
4. Morris JN, Fries BE, Barnebei R, Steel K, Kikegami N, Carpenter I, et al. RAI Home Care (RAI HC) Assessment Manual; Primer on Use of the Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC) and the Client Assessment Protocols (CAPs). Hebrew Rehabilitation Center for Aged, Boston, MA, 1996.
5. Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, et al. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. Gerontologist 1990; 30: 293-307.
6. Jónsson PV, Jensdóttir AB, Guðmundsdóttir H, Pálsson H, Hjaltadóttir I, Harðarson Ó, et al. Mat á heilsufari og hjúkrunarþörf á elli- og hjúkrunarheimilum: RAI mælitækið, þróun þess og sýnishorn af íslenskum niðurstöðum. Læknablaðið 1997; 83: 640-7.
7. Jensdóttir AB, Guðmundsdóttir H, Pálsson H, Hjaltadóttir I, Jónsson PV, Sigurgeirsdóttir S. Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþarfir aldraðra á elli- og hjúkrunarheimilum. Aðferðafræði mælinga á raunverulegum aðbúnaði íbúa, RAI. Tímarit hjúkrunarfræðinga 1998; 74: 209-12.
8. Jensdóttir AB, Friðbjörnsdóttir F, Guðmundsdóttir H, Pálsson H, Hjaltadóttir I, Haraldsdóttir M, et al (höf. í stafrófsröð). Heilsufar og hjúkrunarþörf aldraðra sem njóta þjónustu heimahjúkrunar. Rannsókn framkvæmd af RAI-stýrihópi 1997-1998 með þátttöku fjögurra heilsugæslustöðva á Stór-Reykjavíkursvæðinu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1999.
9. Heimasíða heilbrigðisráðuneytisins *www.stjr.is/heilbrigdisraduneyti/utgefidefni/malefnialdradra*
10. Steel K, Leff B, Vaitovas B. A home care annotated bibliography. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 898-909.
11. Burton LC, Leff B, Harper M, Ghoshtagore I, Steinwachs DA, Greenough WB 3rd, et al. Acceptability to patients of a home hospital. J Am Geriatr Soc 1998: 46: 605-9.
12. Gunnell D, Coast J, Richards SH, Peters TJ, Pounsford JC, Darlow MA. How great a burden does early discharge to a hospital-at-home cause on carers? A randomized controlled trial. Age Ageing 2000; 29: 137-42.
13. Campion EW. New Hope for Home Care? N Engl J Med 1995; 333: 1213-4.
14. Blazer D. Home health care: House calls revised. Am J Public Health 1988; 78: 238-9.
15. Welch HG, Wennberg DE, Welch WP. The use of Medicare home health care services. N Engl J Med 1996; 335: 324-9.
16. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, Gambassi G, et al. SILVERNET-HC Study Group of Bergamo. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. Med Care 2000; 38: 1184-90.
17. Landi F, Lattanzio F, Gambassi G, Zuccala G, Sgadari A, Panfilo M, et al. A model for integrated home care of frail older patients: the Silver Network project. SILVERNET-HC Study Group. Aging (Milano) 1999; 11: 262-72.
18. Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccala G, Gambassi G, et al. Silvernet-HC Study Group of Bergamo. Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. J Am Geriatr Soc 2001; 49: 1288-93.
19. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Cavinato T, Carbonin PU, et al. Impact of integrated home care services on hospital use. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 1430-4.
20. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ 1998; 316: 1348-51.
21. Landi F, Onder G, Cesari M, Gambassi G, Steel K, Russo A, et al. Pain management in frail, community-living elderly patients. Arch Intern Med 2001; 161: 2721-4.
22. Landi F, Onder G, Cattel C, Gambassi G, Lattanzio F, Cesari M, et al. Silvernet-HC Study Group. Functional status and clinical correlates in cognitively impaired community-living older people. J Geriatr Psychiatry Neurol 2001; 14: 21-7.
23. Campion EW. Can house calls survive? N Engl J Med 1997; 337: 1840-1.
24. Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. BMJ 1996; 313: 207-10.
25. Boling PA. Physicians in home care: past, present, & future. Caring 1998; 17: 10-2.
26. Burton JR. The house call: An important service for the frail elderly. J Am Geriatr Soc 1985; 33: 291-3.
27. Kane RL. Improving the quality of long-term care. JAMA 1995; 273: 1376-80.
28. Hirdes JP, Fries BE, Morris J, Steel K, Mor V, Frijters DH, et al. Integrated health information system based on the RAI/MDS series of instruments. Healthc Manage Forum 1999; 12: 30-40.
29. Alessi CA, Stuck AE, Aronow HU, Yuhas KE, Bula CJ, Madison R, et al. The process of care in preventive in-home comprehensive geriatric assessment. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 1044-50.
30. Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ. An in-home preventive assessment program for independent older adults: A randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc 1994; 42: 630-8.
31. Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: A three year randomised controlled trial. BMJ 1984; 289: 1522-4.
32. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Bula CJ, Gold M, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. N Engl J Med 1995; 333: 1184-9.

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

Austurbakki

Lyfjatexti á bls. 370

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]



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

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

Lyfjatexti á bls. 370

Notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga. Siðfræðileg álitamál

Flóki Guðmundsson[1,2]
HEIMSPEKINEMI Á LOKAÁRI

Trausti Óskarsson[1]
LÆKNANEMI Á 4. ÁRI

Ágrip

Þar sem stofnfrumur geta fjölgað sér endalaust og sérhæfst í aðrar frumutegundir þykja þær sérlega athyglisverðar frá sjónarhóli læknavísindanna. Hefur athygli vísindamanna sérstaklega beinst að stofnfrumum fósturvísa þar sem sérhæfingargeta þeirra er öðrum stofnfrumum meiri. Við að nálgast þessar stofnfrumur stöðvast þroski fósturvísisins og því hafa slíkar framkvæmdir vakið upp margar áleitnar siðferðisspurningar. Umræðan um siðferðilegt réttmæti þess að nota stofnfrumur fósturvísa til lækninga snýst því í reynd um siðferðisstöðu fósturvísisins, upphaf lífsins og helgi þess. Í þessari yfirlitsgrein er varpað ljósi á þau sjónarmið sem hæst ber í umræðunni um réttmæti þess að nota stofnfrumur úr fósturvísum til lækninga.

ENGLISH SUMMARY

Guðmundsson F, Óskarsson T

The use of embryonic stem cells for medical-therapeutical purposes: ethical issues

Læknablaðið 2003; 89: 321-25

The capacity of self-renewal and differentiation renders stem cells an appealing option for cell replacement therapy. Although stem cells are known to exist in fully differentiated tissues, those derived from embryos have generated greater scientific interest due to their capacity for differentiation. The use of embryos as a source of stem cells raises, however, difficult ethical questions, since removing stem cells from an embryo terminates further development of the embryo. The ethics debate on the use of embryonic stem cells focuses on the biological and ethical status of the embryo and the sanctity of life. This paper reviews various ethical issues pertinent to the use of embryonic stem cells for medical purposes.

Key words: *stem cells, embryos, ethics.*

Correspondence: Flóki Guðmundsson og Trausti Óskarsson, *stofnfrumur@yahoo.com*

Inngangur

Rannsóknir á stofnfrumum hafa veitt mönnum nýja von í baráttunni við fjölmarga illvíga og þungbæra sjúkdóma (1). Stofnfrumur hafa þann eiginleika að geta fjölgað sér endalaust og sérhæfst í aðrar frumutegundir sem gerir þær að einkar aðlaðandi meðferðarúrræði, eins og nánar hefur verið lýst í Læknablaðinu (2). Stofnfrumur úr fósturvísum taka öðrum stofnfrumum fram í sérhæfingargetu og hafa rannsóknir því lengi beinst að þeim. Þar sem þroski fósturvísis stöðvast við að stofnfrumur hans eru fjarlægðar vekur framkvæmdin áleitnar siðferðisspurningar. Því fer fjarri að menn séu á einu máli um hvernig þeim spurningum skuli svarað enda snýst umræðan að miklu leyti um upphaf lífsins og helgi þess. Þegar slíkar grundvallarspurningar eru lagðar á borð er ekki að undra þótt umræðan verði gustmikil og deilur hatrammar. En hver eru þau sjónarmið sem svo takast á?

Ólík viðhorf

Viðhorfi manna til notkunar stofnfrumna úr fósturvísum má gróflega skipta í þrennt. Andstæða póla skipa annars vegar þeir sem aðhyllast persónuvið-

Tafla I

	Persónuviðhorf	Sérstöðuviðhorf	Lífverndunarviðhorf
Afstaða:	Fósturvísir er ekki persóna heldur frumuklasi og hefur því engin réttindi.	Fósturvísir er ekki persóna en sem verðandi persóna hefur hann viss réttindi sem þó eru ekki á við réttindi persónu.	Við getnað kviknar einstakt og helgt líf sem nýtur sömu réttinda og persónan sem það getur orðið að.
Niðurstaða:	Það má alltaf nota fósturvísa til að bæta lífsskilyrði þeirra sem eru persónur.	Stundum vegur siðferðisstaða fósturvísis þyngra en persónu og stundum ekki. Vega þarf og meta hvert tilvik fyrir sig.	Það má aldrei nota fósturvísa í neinum þeim tilgangi sem ekki er honum sjálfum til góðs.

[1]Heimilislæknisfræði, [2]Heimspekideild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Flóki Guðmundsson og Trausti Óskarsson, *stofnfrumur@yahoo.com*

Lykilorð: *stofnfrumur, fósturvísar, siðfræði.*

horfið og sjá engan meinbug á fósturvísarannsóknum, og hins vegar þeir sem eru talsmenn lífverndunar og eru í sinni ströngustu mynd með öllu mótfallnir slíkum rannsóknum (tafla I). Þriðja hópinn skipa svo þeir sem taka hófsamari afstöðu til siðferðisstöðu fósturvísa og fóstra en geta verið ýmist með eða á móti því að fósturvísar séu notaðir sem uppspretta stofnfrumna, þó af öðrum ástæðum en fyrrnefndu hóparnir. Þann hóp er við hæfi að kalla sérstöðusinna. Ýmis rök geta verið á lofti innan þessa þriðja hóps sem bæði persónu- og lífverndunarsinnar grípa til í röksemdum sínum, en til þess að flækja ekki málin er æskilegt að halda nokkuð skýrri flokkaskipan.

Persónuviðhorf

Samkvæmt persónuviðhorfinu þarf meira en þá staðreynd eina að lífvera tilheyri tegundinni homo sapiens, til þess að hún njóti þeirra siðferðilegu réttinda sem við eignum venjulega manneskjum (3). Til að hljóta slík réttindi þarf lífveran að vera persóna. Skilgreiningar persónusinna á persónuhugtakinu geta verið með ýmsu móti, en þeim er sammerkt að leggja til grundvallar einhvers konar sjálfsvitund. Fósturvísar uppfylla ekki það skilyrði. Gjarnan er bent á að mennskur fósturvísir sé ekki meira en mögulega allar frumur mannslíkamans sem ekki sé eytt þegar stofnfrumur hans eru fjarlægðar heldur einfaldlega stýrt til ákveðinnar frumu frekar en annarrar (4). Fram að fjórtánda degi getur fósturvísirinn ennþá skipt sér og þannig orðið að fleiri en einum (eineggja fjölburar) og því skýtur skökku við að líta á hann sem einstaka og helga veru. Persónusinnar líta því svo á að fósturvísirinn njóti ekki siðferðisréttar umfram aðra frumuklasa og því megi nota hann sem tæki í þágu þeirra sem eru persónur: hugsanlegur læknisfræðilegur ávinningur helgi fullkomlega meðalið. Í raun er það krafa þeirra er aðhyllast þetta viðhorf að rannsóknir verði settar í fullan gang svo þróa megi lækningar til höfuðs sjúkdómum sem takmarka farsæld eiginlegra persóna.

Lífverndunarviðhorf

Lífverndunarsinnar líta á fósturvísi sem smæsta form manneskju sem nýtur þar með fullra réttinda sem slík, þar með talinn óskoraðan rétt til lífs (5). Lífverndunarsinnar horfa þó ekki framhjá þeirri staðreynd að fósturvísirinn hefur lítil auðkenni manns á fyrstu stigum þroska síns en vekja athygli á að þroskaferill þeirrar mannveru sem fóstrið verður síðar sé samfelldur allt frá getnaði og því í vissum skilningi um sama einstakling að ræða. Þar af leiðir að fósturvísirinn á skýlausan rétt á fullri vernd án tillits til þess hverjum tilgangi hann getur þjónað fyrir aðra (sbr. yfirlýsingu frá Páfagarði 25. ágúst 2000). Þeirri ályktun að einfaldlega sé verið að stýra fósturvísinum en ekki eyða, vísa lífverndunarsinnar á bug með þeirri röksemd að inngrip af slíku tagi meini fósturvísinum að verða að náttúrulegri heild allra þeirra frumna sem hann hefur möguleika til og því sé ekki „bara verið að stýra“ honum í aðra og sérhæfðari átt heldur gjörbreyta hlutverki hans (4). Síst minnkar svo óréttmætið ef sýnt er að fósturvísirinn getur orðið að tveimur eða fleiri einstaklingum í stað eins. Öll afskipti sem ekki eru í þágu fósturvísisins sjálfs eru með öllu óréttlætanleg. Tilgangurinn helgar aldrei meðalið.

Lífverndunarsinnar eru algjörlega mótfallnir því að framleiddir verði fósturvísar í þeim eina tilgangi að ná úr þeim stofnfrumum. Eðli sínu samkvæmt hafnar þetta sjónarmið allri tækni sem miðar að því að skapa fósturvísa sem síðar verður eytt á einn eða annan hátt. Þeir sem aðhyllast lífverndun eru því í reynd á móti glasafrjóvgunum þar sem afgangs fósturvísar verða til en gætu litið á slíkar framkvæmdir sem óhaggandi veruleika og því samþykkt að nýta megi fósturvísana sem verða afgangs, öðrum til góðs í stað þess að þeim sé hent (6). Dæmigerðara fyrir lífverndun er þó að hafna slíkum rökum (7).

Sérstöðuviðhorf

Viðhorf þeirra sem hvorki taka undir persónu- né lífverndunarsjónarmið heldur einhvers staðar miðsvæðis má setja undir einn hatt og kalla sérstöðuviðhorfið. Þessi hópur er ekki eins afgerandi í afstöðu sinni til notkunar stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga og andstæðu viðhorfin tvö heldur einkennist af sundurleitni og ágreiningi um hversu langt megi ganga. Miðjuhópurinn er þó skipaður einstaklingum sem eiga sameiginlega þá afstöðu til fósturvísisins að þrátt fyrir að vera ekki meira en frumumassi þá hafi hann í krafti möguleikans til að verða að mannveru siðferðilegt vægi umfram önnur slík form, ekki þó til jafns við fullþroskaðan einstakling. Okkur ber því að sýna fósturvísum vissa virðingu vegna þessarar sérstöðu án þess að þeir eigi þar með alltaf rétt á fullri vernd. Oftar en ekki öðlast fóstrið aukið siðferðislegt vægi eftir því sem líður á þroskann (gradualism) (5). Sérstöðusinnar vilja gjarnan meta hvert tilvik fyrir sig í stað þess að setja blákalt bann eða gefa algjört frelsi til stofnfrumutöku úr fósturvísum. Þó er að finna innan hópsins þá sem taka afgerandi afstöðu á móti því að fósturvísar séu notaðir sem uppspretta stofnfrumna.

Margir hræðast það að með auknu frjálsræði verði helgi mannlífsins skoðuð með meiri léttúð en áður. Verið sé að meðhöndla grunnefnivið mannsins á þann hátt að það sé ógnun við mannlega reisn og þannig sé virðingu fyrir mannlífi stefnt í voða. Þessum áhyggjum vex fiskur um hrygg þegar ljóst er að nokkur þrýstingur er frá hinum frjálsa markaði til leyfisskyldu rannsókna af þessu tagi, það er að efnahagslegur ávinningur sé látinn vega þyngra en önnur og „háleitari“ viðmið. Hér er ekki um að ræða ótta við að réttindi fósturvísisins séu fótumtroðin heldur ótta

við að frjálsræðið leiði til þankagangs sem sé varasamur fyrir mannkynið. Þótt tilgangurinn sé ef til vill göfugur þá eru hugsanlegar aukaverkanir meðalsins of miklar.

Mat sérstöðumanna virðist fyrst og fremst vera byggt á grunni tveggja þátta: annars vegar því vægi sem siðferðilegri sérstöðu fósturvísisins er gefin og hins vegar þeirri skyldu sem við höfum gagnvart þeim sem eru veikir, það er verndun heilbrigðis. Spurningin er svo hvenær hagur fullveðja mannveru vegur þyngra en hagur fósturvísis. Eðli sjúkdómsins sem glímt er við vegur hér augljóslega þungt og ólíkt persónusinnum er umræðan oftast einskorðuð við lífshættulega og/eða erfiða sjúkdóma sem engin önnur lækning hefur fundist við.

Uppruni fósturvísa

Þótt þeir sem aðhyllast sérstöðuviðhorfið samþykki sem grundvallarsjónarmið að heilbrigðisávinningurinn vegi stundum þyngra en réttur fósturvísis, sérstaklega í tilviki alvarlegra sjúkdóma, þá er ágreiningur um hvort uppruni fósturvísis, sem taka á stofnfrumurnar úr, skipti máli. Fósturvísar geta orðið til með þrennum hætti: við kynfrjóvgun, glasafrjóvgun og við kjarnaflutning úr líkamsfrumu yfir í eggfrumu. Í daglegu tali er slíkur kjarnaflutningur nefndur einræktun eða klónun.

Fósturvísar sem verða afgangs við glasafrjóvgun

Það er skoðun margra að fósturvísa megi eingöngu búa til í ætlunartilgangi. Þó að fjöldi fósturvísa verði afgangs við glasafrjóvgun þá er eðli slíkra aðgerða annað en stofnfrumutaka. Sköpun þeirra er liður í ákveðnu ætlunarferli og því að áliti margra fullkomlega réttlætanleg. Þar sem glasafrjóvganir eru leyfðar, til dæmis á Íslandi, má færa fyrir því rök að fátt hindri notkun afgangsfósturvísa úr glasafrjóvgun. Ekki er verið að skapa fósturvísa í þeim eina tilgangi að ná úr þeim stofnfrumum heldur eru þeir fósturvísar notaðir sem annars yrði eytt að ákveðnum tíma liðnum. Þeir fá þannig nýtt og „göfugt“ hlutverk til viðbótar við ætlunarhlutverkið: að bæta líf og heilsu manna. Það er ekki gengið í berhögg við hagsmuni afgangsvísanna því fyrir þeim liggur ekki að þroskast frekar og því er ekki gripið inn í neitt vaxtarferli. Siðferðisstaða þeirra er öll önnur en fósturvísanna sem veljast til ígræðslu í móður.

Þetta virðist af mörgum ástæðum álitlegasta leiðin og sú sem minnstu fjaðrafoki veldur. Þó eru margir sem óttast að áhugi vísindamanna muni leggja óeðlilegan þrýsting á foreldra til að gefa fósturvísa sína (6). Frumforsenda fyrir notkun fósturvísa er því upplýst og óþvingað samþykki foreldra eða egggjafa. Einnig er persónuvernd eggja/fósturvísagjafa nauðsynleg sem og fyrirbygging gróðavonar viðkomandi aðila.

Framleiðsla fósturvísa í þeim eina tilgangi að ná úr þeim stofnfrumum

Þótt sýnt sé að mörgum fósturvísum sem til verða í glasafrjóvgunarferlinu bíði þau örlög að verða eytt er slíkt réttlætt, eins og rakið var hér á undan, á þeim forsendum að frumhlutverk þeirra sé að skapa líf. Hvað þá með það háleita markmið að bæta og varðveita líf? Þetta er spurning þeirra sem vilja ganga skrefinu lengra og leyfa framleiðslu fósturvísa í þeim eina tilgangi að nota stofnfrumur þeirra til lækninga. Ef glasafrjóvganir réttlætast af tilganginum hlýtur svo einnig að vera í tilviki lækninga á sjúkdómum á borð við Parkinson og mænuskaða. Að dómi margra er undarlegt að leyfðar séu rannsóknir og tilraunir á fósturvísum í því skyni að betrumbæta glasafrjóvgunaraðferðir en slíkar rannsóknir séu bannaðar þegar tilgangurinn er að bæta meðferð ýmissa alvarlegra sjúkdóma eins og raunin er á Íslandi (Lög um tæknifrjóvgun nr. 55/1996. Reglugerð um tæknifrjóvgun nr. 568/1997). Þykir sem forgangsröðun í lækningu sjúkdóma sé hér um margt undarleg, það er að ófrjósemi sé skipað ofar alvarlegum sjúkdómum sem hafa veruleg áhrif á getu fólks til eðlilegs lífs. Talsmaður þess að skapaðir séu fósturvísar vegna stofnfrumna þeirra eingöngu neitar því að helgi lífs sé stefnt í voða með slíkum aðgerðum. Með því að leyfa slíkt skipi mannlífið einmitt þann sess sem því ber, þar sem fullþroskað líf hljóti ávallt að vega þyngra en líf á frumstigi.

Ef grannt er skoðað má þó sjá að myndun fósturvísa í þeim eina tilgangi að ná úr þeim stofnfrumum vekur upp áleitnari spurningar en notkun afgangsvísa. Þessar spurningar snúa þó ekki allar beint að fósturvísinum sjálfum og helgi hans. Annar þáttur snýr að hlut „foreldra“ fósturvísisins. Að baki hverjum fósturvísi eru bæði sæðis- og egggjafi. Talsvert tilfinningalegt umrót getur fylgt gjöf af þessu tagi og þá sérstaklega ef gjöfin er þvinguð fram eins og margir óttast að verði raunin. Þvingunin getur verið margvísleg: frá sjúklingi og aðstandendum hans sem eygja í fósturvísunum von um bata, frá vísindasamfélaginu og ekki síst þvingun af efnahagslegum toga. Allflestir hafna því að fósturvísar gangi kaupum og sölum af virðingu við mannlífið og helgi þess. En í egggjöfinni er falin talsverð áhætta fyrir konuna sem óvíst er að hún taki án þess að hljóta einhverja umbun fyrir (8), enda eru fordæmi um greiðslur af þessu tagi í tilvikum glasafrjóvgunar. Það er hins vegar skiljanlegra að móðirin láti eftir egg sem verða afgangs í aðgerð sem miða að þeim persónulegu hagsmunum hennar að ala barn.

Þar sem heldur ólíklegt er að skortur verði á afgangsfósturvísum í bráð þykir því mörgum sem æskilegt sé að fresta umræðunni um framleiðslu fósturvísa með annað yfirmarkmið en ætlun þar til stofnfrumulækningar eru farnar að skila einhverjum árangri og sýnt er að þær séu raunverulegur kostur. Erfitt er að segja til um hve mörgum afgangsvísum er

hent á ári hverju en áætla má að um sé að ræða tugi ef ekki hundruð þúsunda í heiminum öllum*.

Einræktaðir fósturvísar

Í röðum vísindamanna er það hinn einræktaði fósturvísir, eða sá sem fenginn er með kjarnaflutningi, sem bundnar eru mestar vonir við. Slík einræktun er þó þyrnir í augum ýmissa sem þykir að nú fyrst hafi helgi mannlífs eignast hættulegan óvin. Með einræktun sé maðurinn farinn að beygja reglur náttúrunnar um of þar sem einræktaðir fósturvísar eru ekki búnir til úr sæði og eggfrumu eins og við kyn- og glasafrjóvgun. Maðurinn tekur sér með einræktun óheimilað vald. Aðrir sjá hins vegar í þessu „ónáttúrulega" ferli aðra og ólíka hlið til réttlætingar aðferðinni (9).

Þar sem einræktaður fósturvísir getur aðeins orðið til á tilraunastofu er það ekki náttúrulegur gangur hans að verða að fóstri. Slíkur fósturvísir hefur einfaldlega engan náttúrulegan tilgang. Þar eð almennt er talið óverjandi að einræktaður fósturvísir verði að manni (10) eða komist lengra en upp á fósturvísastig finnst mörgum sem það liggi fyrir að ljá honum annað hlutverk. Liggur í því samhengi beinast við að hann þjóni hlutverki stofnfrumuuppsprettu. Í annan stað hefur einræktaður fósturvísir ekki einstakt erfðamengi og er því ekki einstakur í sama skilningi og aðrir fósturvísar sem verða til við hefðbundna æxlun eða glasafrjóvgun.

Hér er hins vegar því til að svara að hæpið er að réttlæta einræktun í æxlunarskyni með þeim rökum að fósturvísinum verði eytt á síðari stigum. Þótt samstaða náist um að rangt sé að leyfa einræktuðum fósturvísi að þroskast frekar er því ósvarað hvort einræktunin sé í upphafi verjanleg. Sömuleiðis er hæpið að ætla að skilgreina einstaklingshugtakið út frá einstöku erfðamengi því að í reynd eru fjölmörg dæmi um tvo eða fleiri einstaklinga með sömu genauppskrift, nefnilega eineggja fjölbura. Að auki er lítið vitað um hvaða hlutverki ytra byrði eggfrumunnar gegnir í þroska fóstursins, sem gerir DNA-uppskrift að enn hæpnari mælistiku á einstakling.

Umræðan um kjarnaflutning hefur endurtekið hnotið um óttann við hina hálu braut (slippery slope). Samkvæmt þeirri hugmynd er hætt við að eitt skref sem ef til vill þykir sjálfsagt í dag leiði til annars sem þykir sjálfsagt í ljósi þess fyrra og svo koll af kolli. Þegar litið er til baka kemur hins vegar í ljós að skrefið frá upphafsreitnum er orðið of stórt. Þegar um kjarnaflutning er að ræða beinast áhyggjurnar að því að leyfi til einræktunar í lækningarskyni leiði til einræktunar í æxlunarskyni, en slík klónun er almennt ekki samþykkt af alþjóðasamfélaginu og liggja til þess margvísleg rök. Svar þeirra sem ekki vilja útiloka einræktun í lækningaskyni á þessum forsendum er að í stað þess að hindra mögulegan læknisfræðilegan ávinning kjarnaflutnings ætti að vera einfaldlega nóg að banna einræktun í æxlunarskyni. Menn hræðast hins vegar að með bættum skilyrðum til einræktunar verði tækninni beitt utan sjónmáls laga og reglna og þá sé voðinn vís.

Til þess að sneiða hjá þeim fjölmörgu siðfræðilegu vandamálum sem notkun fósturvísa sem stofnfrumuuppspretta hefur í för með sér vilja margir leggja áherslu á endurhæfingu stofnfrumna fullorðinna en þeim fylgja engin vandkvæði önnur en þau sem lúta að lífsýnum almennt. Til þess að öðlast nægilegan skilning á því hvernig slík endurhæfing fer fram gæti þó fyrst þurft að fara fram mikið rannsóknarferli þar sem stofnfrumur fósturvísa koma við sögu. Málið er því ekki alveg leyst. Önnur meðrök endurhæfingar fullorðinsfrumna eru að ekki verði nægt framboð eggja til að anna eftirspurn framtíðarinnar og því gætu stofnfrumulækningar byggðar á stofnfrumum fósturvísa aðeins orðið á færi hinna ríku (4).

Að vissu leyti má segja að umræðan um stofnfrumur fósturvísa sé háð framförum í læknavísindum. Enn sem komið er hefur ekki verið sýnt fram á með óyggjandi hætti að stofnfrumulækningar beri árangur en burðarsterk rök ásamt árangursríkum tilraunum á dýrum gefa ástæðu til bjartsýni. Ef skýlaust mætti sýna fram á lækningamátt stofnfrumna yrði þáttur heilbrigðis meðal þeirra sem aðhyllast sérstöðuviðhorfið að líkindum veigameiri en sá sem byggir á siðferðilegri sérstöðu fósturvísisins.

Eins og greint hefur verið frá hér að ofan snýst umræðan um siðferðilegt réttmæti þess að nota stofnfrumur fósturvísa til lækninga í grundvallaratriðum um siðferðisstöðu fósturvísisins, upphaf lífsins og helgi þess. Í tilviki sérstöðusinna vegur meintur heilbrigðisávinningur einnig þungt. Afstaða manna til málsins litast mjög af menningar- og trúarlegum bakgrunni og ólíkum reynsluheimi. Þetta sést best á því hversu mismunandi tökum mismunandi þjóðir hafa tekið umræðuna, en um það verður fjallað síðar. Á Íslandi fjalla engin lög beint um stofnfrumur fósturvísa heldur falla rannsóknir á þeim undir tæknifrjóvgunarlög nr. 55/1996, greinar 11 og 12. Fram til þessa hefur hin læknisfræðilega og siðfræðilega umræða um stofnfrumur takmarkast við fámennan hóp sérfræðinga á þessu sviði. Þótt eðlilegt sé að sérfræðingar séu í fylkingarbrjósti umræðunnar eiga þessar mikilvægu siðferðisspurningar erindi til okkar. Þess vegna er nauðsynlegt að allur almenningur leggi sitt til málanna. En hvaða stefnu mun Ísland taka í framtíðinni og á hvaða forsendum?

* Í (5) leiðir Dorothy C. Wertz líkur að því að á sumum hinna 400 glasafrjóvgunarstofa í Bandaríkjunum sé að finna allt að 1000 frosna afgangsvísa. Það er þó líklega nokkuð mikið yfir meðaltali. Börn sem fæðast eftir glasafrjóvgun í Bandaríkjunum eru hins vegar tiltölulega fá miðað við mörg önnur lönd, eða um 1% (í Sádi-Arabíu eru 4% nýbura „glasabörn" (11)).

Þakkir

Við þökkum Jóhanni Ágúst Sigurðssyni, Linn Getz og Vilhjálmi Árnasyni fyrir yfirlestur handrits og góðar athugasemdir.

Nýsköpunarsjóður námsmanna og Vísinda- og þróunarsjóður Félags íslenskra heimilislækna styrkti rannsóknina.

Heimildir

1. Lovell-Badge R. The future for stem cell research. Nature 2001; 414: 88-91.
2. Guðjónsson Þ, Steingrímsson E. Eiginleikar stofnfrumna: frumusérhæfing og ný meðferðarúrræði. Læknablaðið 2003; 1: 43-8.
3. Singer P. Practical Ethics (önnur útg.). Cambridge University Press 1993. Kafli 6.
4. European Group of Ethics in Science and New Technologies to the European Commission. Opinion No.15: Ethical Aspects of Human Stem Cell Research and Use, 14. nóvember 2000. *www.europa.eu.int/comm/european_group_ethics/docs/avis15_en.pdf*
5. Árnason V. Siðfræði lífs og dauða. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í siðfræði 1997. Kafli 5.
6. Wertz CD. Embryo and stem cell research in the USA: Political history. Trends in molecular medicine 2002; 3: 143-6.
7. Klusendorf S. Fetal tissues and embryonic stem cell research: the march of dimes, NIH, and alleged moral neutrality. *www.str.org/free/bioethics/stemcell.pdf*
8. Annas GJ. The politics of human-embryo research – Avoiding ethical gridlock. NEM 1996; 20: 1329-32.
9. Hansen J-E. Embryonic stem cell production through therapeutic cloning has fewer ethical problems than stem cell harvest from surplus IVF embryos. J Med Ethics 2002; 2: 86-8.
10. UNESCO. Declaration on the Human Genome and Human Rights, 11. nóvember 1997. *unesco.org/ibn/en/genome/ project*
11. Friend T. Saudis to join top stem-cell programs. USA Today, 8 júní 2002.

CIALIS. Lilly ICOS Limited, England. Cialis (tadalafil) töflur 10 mg, 20 mg. Ábendingar: Til meðferðar við ristruflunum. Til þess að CIALIS verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. CIALIS er ekki ætlað konum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. **Fullorðnir karlar:** Ráðlagður skammtur er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Þeir sjúklingar sem ekki fá viðunandi verkun af tadalafil 10 mg, geta reynt að taka 20 mg. Unnt er að taka lyfið frá 30 mínútum til 12 tímum fyrir samfarir. Verkun tadalafils getur varað í allt að 24 tíma eftir töku lyfsins. Hámarksskammtatíðni sem mælt er með er ð er einu sinni á sólarhring. Dagleg notkun lyfsins er alls ekki ráðlögð, þar sem langtíma rannsóknir á öryggi daglegra skammta hafa ekki verið framkvæmdar. **Aldraðir karlar:** Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir aldraða sjúklinga. **Karlar með skerta nýrnastarfsemi/lifrarstarfsemi:** Ráðlagður skammtur af CIALIS er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar um notkun stærri skammta af tadalafil en 10 mg hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi/lifrarstarfsemi. **Karlar með sykursýki:** Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir sjúklinga með sykursýki. **Börn og unglingar:** CIALIS skal ekki gefið einstaklingum yngri en 18 ára. **Frábendingar:** Tadalafil jók blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata í klínískum rannsóknum. Talið er að það stafi af samanlögðum áhrifum nítrata og tadalafils á nítur oxíð/cGMP ferilinn. Þess vegna má ekki nota CIALIS samhliða neinni tegund lífrænna nítrata. Lyf til meðferðar á óviðunandi stinningu getnaðarlims, þar með talið CIALIS, á ekki að gefa körlum með hjartasjúkdóm sem ráðið er frá því að stunda kynlíf. Læknar skulu íhuga þá áhættu sem er af kynlífi fyrir sjúklinga með undirliggjandi hjartasjúkdóm. Eftirtaldir sjúklingahópar me ð hjarta- og æðasjúkdóma tóku ekki þátt í klínískum rannsóknum og eru þessir sjúkdómar því frábending fyrir notkun tadalafils: - sjúklingar sem höfðu fengið hjartadrep á síðustu 90 dögum, - sjúklingar með hvikula hjartaöng eða hjartaöng við iðkun kynlífs, - sjúklingar með hjartabilun af gráðu 2 eða hærri samkvæmt flokkun NYHA (New York Heart Association) á síðustu 6 mánuðum, - sjúklingar með takttruflanir sem hafa ekki svarað meðferð, lágþrýsting (< 90/50 mm Hg), eða lágþrýsting sem hefur ekki svarað meðferð, - sjúklingar sem fengið hafa heilablóðfall á síðustu 6 mánuðum. CIALIS skal ekki gefið sjúklingum með ofnæmi fyrir tadalafil eða einhverju hjálparefnanna. **Aukaverkanir:** Algengustu tilkynningar um aukaverkanir eru höfuðverkur, meltingartruflun. ***Mjög algengar (>10%):*** Höfuðverkur, meltingartruflanir. ***Algengar (1-10%):*** Svimi, andlitsroði, nefstífla, bakverkur, vöðvaverkur. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Þroti í augnlokum, tilfinning sem lýst er sem augnóþægindi og blóðhlaupin augu. Aukaverkanatilkynningar vegna tadalafils voru tímabundnar, yfirleitt vægar eða miðlungs. Takmarkaðar upplýsingar eru um aukaverkanir hjá sjúklingum eldri en 75 ára. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Kanna skal sjúkdómssögu og rannsókn gerð til greiningar á hvort um ristruflanir sé að ræða og ganga úr skugga um hugsanlega undirliggjandi orsök áður en ákvörðun er tekin um notkun lyfsins. Áður en einhver meðferð við ristruflunum hefst skal læknirinn rannsaka ástand hjarta- og æðakerfis sjúklingsins þar sem nokkur áhætta er fyrir hendi hvað varðar hjartað í tengslum við samfarir. Tadalafil hefur æðavíkkandi eiginleika, sem valda vægri og tímabundinni lækkun blóðþrýstings og auka því blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata. Alvarlegir hjarta- og æðasjúkdómar, þar með talið hjartadrep, hvikul hjartaöng, sleglatakttruflanir, heilablóðfall, skammvinn blóðþurrðarkröst, hafa komið fram í klínískum rannsóknum með CIALIS. Auk þess voru tíðar tilkynningar um háþrýsting og lágþrýsting (þar með talin réttstöðu blóðþrýstingslækkun) í klínískum rannsóknum. Flestir sjúklingar sem fengu slík einkenni höfðu sögu um áhættuþætti fyrir hjarta- og æðasjúkdóma. Hins vegar er ekki unnt að ákveða með vissu hvort þessi tilvik tengjast beint þessum áhættuþáttum. Takmarkaðar klínískar upplýsingar eru fyrirliggjandi um öryggi CIALIS hjá eftirfarandi hópum og ef lyfinu er ávísað skal læknirinn meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu áður en lyfinu er ávísað: - sjúklingar með mikið skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30 ml/mín), - sjúklingar með mikið skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh Class C). Hæsti skammtur sem gefinn hefur verið í rannsóknum á sjúklingum með væga (kreatínín úthreinsun = 51 til 80 ml/mín) og meðal (kreatínín úthreinsun = 31 til 50 ml/mín) skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum á lokastigi nýrnabilunar í blóðskilun er 10 mg tadalafil. Langvarandi stinningu reðurs var ekki lýst í klínískum rannsóknum með CIALIS. Hins vegar hefur langvarandi stinningu verið lýst með öðrum PDE5 hemli. Sjúklingar sem fá stinningu sem varir í 4 tíma eða meira skal ráðlagt að leita samstundis eftir aðstoð læknis. Sé langvinn stinning ekki meðhöndluð strax, geta vefir í getnaðarlim skemmst, sem getur valdið varanlegu getuleysi. CIALIS skal notað með varúð hjá sjúklingum með sjúkdóma sem gætu leitt til langvarandi stinningar (svo sem sigðkorna blóðleysi, mergæxli, eða hvítblæði), eða hjá sjúklingum með vansköpunar í getnaðarlim (svo sem vinkilbeygðan lim, bandvefshersli í lim eða Peyronies sjúkdóm). Við mat á ristruflunum skal einnig kannað hvort undirliggjandi sjúkdómar gætu verið orsakavaldur og veita síðan viðeigandi meðferð eftir sjúkdómsgreiningu. Ekki er vitað hvort CIALIS er virkt hjá sjúklingum með mænuskaða og hjá sjúklingum sem hafa gengist undir grindarholsskurðaðgerð eða algert brottnám blöðruhálskirtils án þess að reynt væri að hlífa taugum. CIALIS skal ekki gefið sjúklingum með arfgengt galaktósaóþol, skort á Lapp laktasa eða skert frásog á glúkósa-galaktósa. Ekki hafa verið rannsökuð áhrif og öryggi þess að nota CIALIS samhliða öðrum meðferðum við ristruflunum. Því er ekki mælt með slíkri samhliða meðferð. Hjá hundum sem fengu 25 mg/kg/dag eða meira, af tadalafil daglega í 6 til 12 mánuði (samsvarandi að minnsta kosti þrefaldri mestu blóðþéttni [spannar 3,7 – 18,6] sem sést hjá mönnum eftir einn 20 mg skammt) fundust breytingar á þekjuvef í sáðpíplum sem leiddi til minni sæðisframleiðslu hjá fáeinum hundum. Niðurstöður úr tveim 6 mánaða rannsóknum hjá sjálfboðaliðum benda til þess að þessi áhrif séu ólíkleg hjá mönnum. Áhrif af daglegri notkun í lengri tíma hafa ekki verið rannsökuð. Því er dagleg notkun alls ekki ráðlögð. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Talið er að CIALIS hafi hverfandi áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla. Engar rannsóknir hafa verið gerðar til að meta hugsanleg áhrif. Þrátt fyrir að tíðni tilkynninga um svima í lyfleysu og tadalafil örmum klínískra rannsókna hafi verið svipuð, skulu sjúklingar vera meðvitandi um hvernig CIALIS verkar á þá, áður en þeir aka eða stjórna vélum. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Margar rannsóknir á milliverkunum voru framkvæmdar með 10 mg af tadalafil eins og fram kemur hér fyrir neðan. Þar sem rannsóknir á milliverkunum fóru eingöngu fram með 10 mg af tadalafil, er ekki unnt að útiloka milliverkanir með hærri skömmtum. ***Áhrif annarra lyfja á tadalafil:*** rítrómýcín og ítrakónazól, greipaldinsafi séu gefnir samhliða með varúð því líklegt er að þeir auki þéttni tadalafils í plasma. Þar af leiðandi gæti tíðni aukaverkana aukist. Hlutverk flutningspróteina (til dæmis p-glýkóprótein) við útskilnað tadalafils er óþekkt. Milliverkanir við lyf sem hafa áhrif á flutningsprótein er því möguleg. Rifampicín sem örvar CYP3A4 lækkar AUC tadalafils um 88%, samanborið við AUC þegar tadalafil er gefið eitt sér (10 mg skammtur). Búast má við að samhliða gjöf annarra lyfja sem örva CYP3A4 eins og fenóbarbital, fenýtóín eða karbamazepín muni einnig draga úr aðgengi tadalafils. ***Áhrif tadalafils á önnur lyf:*** Tadalafil (10 mg) jók blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata í klínískum rannsóknum. Því má ekki gefa CIALIS samhliða neinum lífrænum nítrötum.Ekki er talið að tadalafil hafi klínísk áhrif til hömlunar eða aukningar á útskilnaði lyfja sem eru umbrotin af CYP450 samsætuformum. Rannsóknir hafa staðfest að tadalafil hvorki hemur né örvar CYP450 samsætuform, þar með talin CYP3A4, CYP1A2, CYP2D6, CYP2E1 og CYP2C9. Tadalafil (10 mg) hafði engin klínísk marktæk áhrif á AUC S-warfarins, eða R-warfarins (CYP2C9 hvarfefni) og tadalafil hafði engin áhrif á lengingu prótrombintíma sem warfarin veldur. Tadalafil (10 mg) hafði engin áhrif á lengingu blæðingartíma sem acetýlsalicýlsýra veldur. Í lyfjafræðirannsóknum á lyfþrifum var kannað hvort tadalafil yki blóðþrýstingslækkandi áhrif blóðþrýstingslækkandi lyfja. Helstu flokkar blóðþrýstingslækkandi lyfja voru rannsakaðir þar með taldir kalsíumgangalokar (amlódipín), ACE (angiotensin converting enzyme) hemlar (enalapríl), beta-aðrenvirkir viðtakablokkar (metóprólól), tíazíð þvagræsilyf (bendroflúazíð), og angiotensin II viðtakablokkar (ýmsar tegundir og skammtar, einir sér eða samhliða með tíazíðum kalsíumgangalokum, betablokkum og/eða alfablokkum). Tadalafil (10 mg ef frá eru taldar rannsóknir með angiotensin II viðtakablokkum og amlódipín, en þá var 20 mg skammtur notaður) hafði engar klínískar marktækar milliverkanir við neinn þessara lyfjaflokka. Tadalafil (10 og 20 mg) hafði engin klínísk marktæk áhrif á blóðþrýstingsbreytingar vegna tamsulósíns, sem er alfa-aðrenvirkur viðtakablokki. Tadalafil 20 mg og samhliða meðferð með blóðþrýstingslækkandi lyfjum getur valdið blóðþrýstingslækkun, sem er venjulega væg og hefur líklega engin klínískt áhrif. Greining á gögnum úr 3 stigs rannsóknum sýndi engan mun á aukaverkunum hjá sjúklingum sem tóku tadalafil með eða án blóðþrýstingslækkandi lyfja. Hins vegar skal veita þessum sjúklingum viðeigandi upplýsingar um mögulega blóðþrýstingslækkun ef þeir eru meðhöndlaðir með blóðþrýstingslækkandi lyfjum. Tadalafil (10 mg) hafði engin áhrif á þéttni áfengis í blóði (meðalþéttni í blóði 0,08%). Tadalafil (10 mg) jók ekki áhrif áfengis á vitræna starfsemi og tadalafil (20 mg) jók ekki áhrif áfengis á blóðþrýsting. Auk þess fundust engar breytingar á þéttni tadalafils 3 tímum eftir samhliða notkun áfengis. Sýnt hefur verið fram á að tadalafil auki aðgengi etínýlestradíóls til inntöku ; gera má ráð fyrir svipaðri aukningu á aðgengi terbútalíns til inntöku, þó klínísk áhrif séu óþekkt. Þegar tadalafil (10 mg) var gefið samhliða teófýllíni (ósértækur fosfódíesterasa hemill) í rannsókn á lyfþrifum, fannst engin milliverkun við lyfjahvörf. Einungis varð vart við væga aukningu á hjartslætti (3,5 slög/mín). Þrátt fyrir að þetta séu væg áhrif og hafi ekki haft klínískra þýðingu í þessari rannsókn skulu þau höfð í huga ef þessi lyf eru gefin samhliða. Rannsóknir á milliverkunum við sykursýkislyf hafa ekki verið framkvæmdar. **Pakkningar og verð (febrúar 2003):** Cialis töflur 10 mg x 4 stk.: 4.778 kr., Cialis töflur 20 mg x 4 stk.: 4.778 kr., Cialis tölfur 20 mg x 8 stk.: 8.240 kr. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** R, 0. **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.**

Lilly

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

Cialis (tadalafil)



Minni astmi. Betra líf.

Með **Seretide Diskus** fær sjúklingurinn í einu tæki áhrifaríka meðferð við astma- og bólgueinkennum. Hann getur því tekið fullan þátt eins og aðrir.

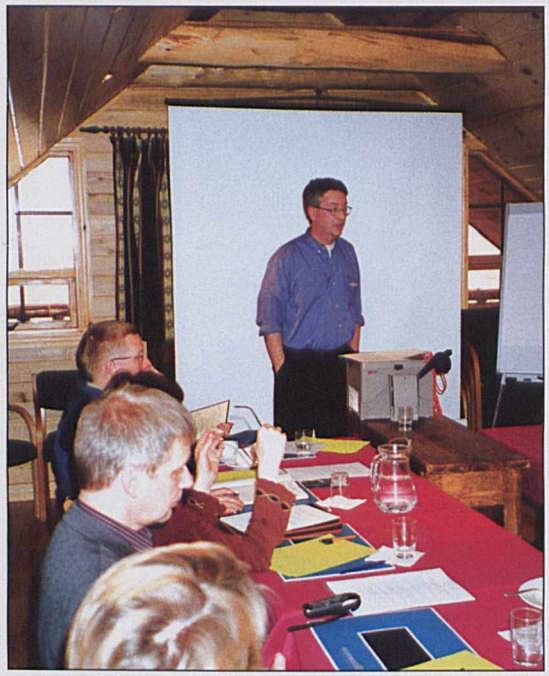
Lyfjatexti á bls. 368



Stjórn Læknafélags Íslands

Heilafok um stöðu læknisins

– Hafa völd og áhrif lækna í íslenska heilbrigðiskerfinu minnkað? Ef svo er, þurfa læknar að hafa áhyggjur af því? Um þetta var rætt á stjórnarfundi á Hótel Rangá fyrir skömmu



Þorvaldur Ingvarsson lækningaforstjóri FSA flytur erindi sitt um lækninn sem stjórnanda.

Stjórn Læknafélags Íslands hélt stjórnarfund á Hótel Rangá föstudaginn 21. mars. Í fimm klukkustundir ræddu stjórnarmenn stöðu lækna í heilbrigðiskerfinu, leiddir áfram af Elínu Hirst fréttastjóra Sjónvarpsins sem fengin var sérstaklega til að halda mönnum við efnið. Útkoman varð hin fróðlegasta og verður hér á eftir reynt að gefa nokkra mynd af því sem þarna fór fram.

Þrír stjórnarmanna, þeir Ófeigur Þorgeirsson, Páll H. Möller og Sigurður E. Sigurðsson, höfðu haft veg og vanda af undirbúningi fundarins og Ófeigur setti fundinn og útskýrði tilgang hans og fyrirkomulag. Hópurinn lagði fimm spurningar fyrir fundarmenn og má segja að fyrsta spurningin hafi verið kjarni þeirra allra en hún var svohljóðandi: Hafa læknar sífellt minni áhrif í sínu nánasta starfsumhverfi og að sama skapi minni áhrif á stefnumörkun og útfærslu heilbrigðiskerfisins? Hinar spurningarnar fjórar voru svo tilbrigði við þetta stef og verða tíundaðar þegar að þeim kemur í frásögninni.

Styrkur og veikleiki

Fyrsti dagskrárliður var erindi Þorvalds Ingvarssonar lækningaforstjóra Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA) sem var gestur fundarins. Erindi hans nefndist Læknirinn sem stjórnandi í heilbrigðiskerfinu. Þorvaldur sló því föstu í upphafi að læknar hefðu mikil áhrif á heilbrigðisstofnunum og þannig ætti það líka að vera. Hitt væri svo annað mál hvort læknum fyndist þeir hafa nægilega mikil áhrif.

Þorvaldur rifjaði upp að hann hefði setið marga aðalfundi LÍ þar sem rætt var um nauðsyn þess að koma á stjórnunarfræðslu fyrir lækna. Loks hefði það orðið að veruleika og þá mættu fimm læknar, þar af tveir unglæknar í fæðingarorlofi. Það var allur áhuginn. Aðrar stéttir, og þá einkum hjúkrunarfræðingar, hafa sýnt mun meiri áhuga á stjórnun. Þannig bauð FSA í samvinnu við Háskólann á Akureyri upp á stjórnunarnám fyrir hálfu öðru ári. Þátttakendur í því eru átta hjúkrunarfræðingar og einn læknir.

Eftir að Þorvaldur hafði lýst helstu kostum góðs stjórnanda lagði hann mat á styrk og veikleika lækna að þessu leyti. Styrkur læknisins felst einkum í faglegri hæfni, góðri menntun og fjölhæfni. Veikleikar eru hins vegar þeir helstir að fáir læknar hafa menntun í stjórnun og rekstrarfræði. Læknar eru oft önnum hlaðnir og sinna stjórnuninni sem aukastarfi og hafa yfirleitt litla innsýn í störf annarra heilbrigðisstétta.

Þorvaldur sagði það reynslu sína að læknar sýndu lítinn áhuga á starfsmannamálum og gæðaþróun. Þeir mættu yfirleitt ekki í starfsmannaviðtöl og hefðu ekki áhuga á gæðamálum. Þetta væri mjög slæmt vegna þess að eins og stjórnkerfinu er háttað um þessar mundir þýddi lítið fyrir stjórnendur ríkisstofnana að setja fram kröfur um auknar fjárveitingar án þess að rökstyðja þær vel og sýna fram á fagleg gæði þjónustunnar. Þorvaldur sagði að læknar bæru því oft við að þeir væru svo önnum kafnir við að sinna sjúklingum sínum að þeir mættu ekki vera að því að stjórna. En er það svo? spurði hann. Hverjir eyða mestum tíma með sjúklingum?

Hann sagði það sjaldgæft að læknar kæmu til hans til að ræða faglegar nýjungar. Mest af hans tíma færi í launamál. Það bæri hins vegar mikið á gagnrýni á stjórnendur. Því væri til dæmis oft haldið fram að yfirstjórnin á Landspítala hefði ekkert vit á því sem hún væri að gera. Þar eru samt tveir læknar af fimm. Eru það ekki réttu læknarnir?

Þorvaldur lauk máli sínu á því að segja að það vantaði lækna sem væru tilbúnir að leggja fyrir sig stjórnun í fullu starfi. Stjórnvöld og embættismenn í heilbrigðiskerfinu litu mjög til lækna eftir ráðgjöf og ljóst væri að það fari vaxandi í framtíðinni eftir því sem þörfin fyrir forgangsröðun eykst. Hann sæi líka teikn um að yngri læknar hugsuðu öðruvísi en þeir eldri og benti á að þess væru mörg dæmi meðal nýútskrifaðra lækna að þeir legðu fyrir sig framhaldsnám á sviði stjórnunar, rekstrarfræði, heilsuhagfræði eða lögfræði.

Þröstur Haraldsson

1. **Hafa læknar sífellt minni áhrif í sínu nánasta starfsumhverfi og að sama skapi minni áhrif á stefnumörkun og útfærslu heilbrigðiskerfisins?**

Elín Hirst beindi þessari spurningu fyrst til Sigurbjörns Sveinssonar formanns. Hann ræddi um þær breytingar sem orðið hafa á heilbrigðiskerfinu frá því það komst fyrir í einni skúffu í dómsmálaráðuneytinu. Nú hefur yfirstjórnin þanist út og nýir stjórnendur að mestu leyti komið úr röðum annarra stétta en lækna. – En læknar hafa ekkert breyst, sagði hann. Þeir snúast fyrst og fremst í kringum þessa þröngu þjálfun sem þeir fá í sjúkdómsgreiningu og meðferð og vilja sinna því.

Gunnar Ármannsson framkvæmdastjóri skaut því inn að ef læknar breyttust ekki á meðan allt annað breyttist þýddi það að læknar væru að dragast aftur úr öðrum. Þá var bent á að læknar héldu fast í gömlu ímyndina af hinum allsráðandi yfirlækni, hún væri ekki lengur í gildi en læknar fylgdust ekki með.

Jón Snædal sagði að í raun væru tvö stjórnkerfi í gangi á sjúkrahúsum. Annars vegar hefðbundinn pýramídi þar sem læknirinn er á toppnum og gefur út tilskipanir. Hins vegar teymi þar sem læknirinn væri einn af mörgum og alls ekki sjálfgefið að hann væri leiðtogi því teymið velur hann sjálft. Undir þetta tóku fleiri og bent var á að ef læknar einblíndu um of á starfið væri hætta á að völdin lentu hjá öðrum, sá duglegasti tæki forystuna. Ófeigur Þorgeirsson sagði að teymisskipulagið endurspeglaði þá breytingu sem orðið hefði á læknisstarfinu, það væri ekki lengur einstaklingsbundið heldur væru flestir sjúklingar með margþættan vanda sem kallaði á afskipti margra starfsstétta.

Sigurður Björnsson rifjaði það upp að fyrir 40 árum þegar hann var að hefja störf sem læknir hefðu læknar verið eina háskólamenntaða starfsstéttin á sjúkrahúsum. Þeir voru sjálfkjörnir leiðtogar og réðu því sem þeir vildu ráða. Nú eru um 30 háskólamenntaðar stéttir innan heilbrigðiskerfisins og læknarnir ekki lengur sjálfkjörnir forystumenn. Sigurður E. Sigurðsson benti á að læknar legðu ólíkan skilning í hugtakið stjórnun. Sumir létu sér nægja að ráða sjúkdómsgreiningu og meðferð sjúklingsins meðan aðrir vildu hafa áhrif á fjárstreymið inn á deildina og þar með á allt kerfið upp í ráðuneyti.

Eru læknar aga- og ábyrgðarlausir?

Talið beindist að viðhorfum lækna til stjórnunar sem fæstir voru sáttir við. Þorvaldur og Sigríður Dóra Magnúsdóttir (sem sat fundinn í fjarveru Þóris B. Kolbeinssonar) sögðu að í huga margra lækna væri stjórnun nánast skammaryrði og þeir sem henni sinntu yrðu sjálfkrafa að skotspæni kolleganna. Sigríður sagði að þessu væri þveröfugt farið hjá hjúkrunarfræðingum því þar væri hjúkrunarforstjórinn greinilega forystumaður í sínum hópi og nyti stuðnings kollega sinna.

Sigurbjörn formaður sagði að LÍ hefði barist fyrir því að búnar yrðu til stöður lækningaforstjóra en það hafi ekki gerst fyrr en eftir að hjúkrunarforstjórar voru komnir til skjalanna. Spurningin væri hins vegar hvers vegna læknar rækjust svona illa í flokki. Ef til vill væri það vegna þess að þeir væru í eðli sínu einyrkjar. Nokkuð var rætt um val á stjórnendum og gagnrýnt að oft væri farið eftir reynslu manna og þekkingu á allt öðrum sviðum en stjórnun. Aðrir bentu á að þetta væri að breytast, nú væri fyrst spurt um stjórnunarhæfileika og -reynslu.

Óskar Einarsson varpaði fram skýringu sem oft var vitnað í en hún var á þá leið að landlægt agaleysi veikti stöðu lækna. Vitnaði hann til þess að flestir þekktu þess dæmi að læknar mættu ekki á fundi án þess að boða forföll. Þetta gripu margir á lofti og Þorvaldur nefndi það dæmi að hann gæti ekki treyst læknum til að skipuleggja sumarfríið sitt sjálfir, þá færu þeir aldrei í frí. Birna Jónsdóttir var sú eina í hópnum sem starfar eingöngu í eigin fyrirtæki og hún hafði aðra sögu að segja. Að vísu hefði verið erfitt að fá lækna til að laga sig að þeirri kröfu að ekki gætu allir farið í frí á sama tíma en nú væri sá björn unninn. Það var líka hennar reynsla að læknar tækju allt það frí sem þeir mögulega gætu.

Hins vegar staðfesti Birna það sem aðrir höfðu minnst á að læknar ættu erfitt með að laga sig að almennum reglum á vinnustað. Til dæmis hefði hún tekið upp þann sið að bjóða starfsmönnum sínum starfsmannaviðtöl en þeir eru um 40 talsins og hefðu allir mætt – nema læknarnir sjö. Þetta vildi Birna kalla ábyrgðarleysi.

2. **Fara hagsmunir lækna ekki saman við hagsmuni sjúklinga lengur og veldur það minni tiltrú almennings á læknastéttinni? Er læknastéttin talin sinna eigin hagsmunum fyrst og fremst og er hún tilbúin að fórna hagsmunum sjúklinga fyrir bætt laun og réttindi?**

Jón Snædal hóf umræðuna með því að halda því fram að ánægja lækna í starfi væri skilyrði fyrir því að þeir gætu gætt hagsmuna sjúklinga. Því fylgdi að þeir hefðu áhrif á umhverfi sitt og ættu góð samskipti við stjórnendur. Á því væri oft misbrestur og spurning hver væri lausnin á því. Þar væri hægt að benda á læknadeild Háskóla Íslands sem væri á margan hátt gamaldags. Læknafélagið hefði líka stóru hlutverki að gegna og það væri langtímaverkefni að breyta hugarfari lækna.

Í framhaldi af þessum orðum Jóns varð nokkur umræða um læknadeild og þeirri spurningu varpað fram hvort ef til vill þyrfti að stofna nýja læknadeild



Njóttu lífsins

Pfizer á Íslandi, Hörgatúni 2, 210 Garðabær
Sími: 535-7000

Lyfjatexti á bls. 367

til þess að koma á samkeppni og aðhaldi. Það sem helst vantaði upp á námið hvað varðar efni fundarins væri að kenna læknanemum að vinna í teymi og starfa með öðrum stéttum. Námið mætti ekki snúast eingöngu um vinnu, afköst og framleiðni heldur þyrfti að brýna fyrir læknanemum hverjir væru hagsmunir sjúklinga.

Talið barst að tiltrú almennings til lækna sem menn voru sammála um að hefði að sumu leyti beðið hnekki. Menn voru sammála um að ekkert skorti á trúnaðartraust og gott samband í daglegum samskiptum lækna og sjúklinga. Hins vegar væri ímynd stéttarinnar út á við ekki nógu góð. Fyrir því væru ýmsar ástæður og sú ekki síst að læknasamtökin væru fyrst og fremst sýnileg á opinberum vettvangi þegar þau eru að verja réttindi og kjör stéttarinnar.

Fleira kemur til sem grefur undan áliti almennings á læknastéttinni. Umræðan um mistök lækna og annarra heilbrigðisstétta yrði sífellt háværari og læknar ættu greinilega erfitt með að svara slíkri gagnrýni. Þorvaldur Ingvarsson sagðist fá mikið af bréfum þar sem sjúklingar kvörtuðu undan mistökum lækna en þegar betur væri að gáð væri oftast nær um samskiptabrest að ræða, læknum hefði mistekist að koma til skila því sem þeir vildu sagt hafa. Ein ástæðan fyrir þessu væri að læknar ættu erfitt með að horfast í augu við þá staðreynd að þeir vita ekki svör við öllum spurningum sjúklinga.

Stigið niður af stallinum

Elín Hirst varpaði því fram að þótt enn leiki nokkur ljómi göfuglyndis og góðmennsku af læknum þá væru þeir stignir niður af stallinum og fólk sæi þá sem hverja aðra dauðlega menn með kosti og galla. Undir þetta var almennt tekið og því bætt við að nú þyrftu læknar að búa sér til nýtt andlit út á við.

En hvernig á þetta andlit að vera og úr hverju á að búa það til? Þar nefndu menn til gæðamálin. Læknar þyrftu að sinna gæðum þjónustunnar betur. Ekki þannig að þau væru léleg heldur að um þau þyrftu að gilda skýrar reglur sem gerðu þau sýnileg. Ófeigur nefndi að hann hefði leitað að rannsóknum á gæðum íslenskrar heilbrigðisþjónustu en einungis fundið tvær og þær voru mjög afmarkaðar. Slíkar rannsóknir þyrfti að efla því þær væru tæki sem læknar gætu notað til að sýna fram á hvað þeir væru að gera.

Birna sagði að gera þyrfti umræðuna um kjör lækna og kostnað við heilbrigðisþjónustu gegnsærri. Með því að sýna fram á hvað hlutirnir kosta væri hægt að sýna hvað væri hagkvæmt og hvað ekki. Á þetta skorti töluvert í dag og undir það tóku sjúkrahúslæknarnir af heilum hug. Nefndu margir til sögu þá staðreynd að íslenskir spítalar eru reknir á föstum fjárlögum sem reyndar er verið að byrja á að breyta.

Það þarf líka að skoða meðferðina á læknamistökum. Hingað til hafa læknar látið það í vald Landlæknisembættisins að taka á þeim málum en það væri ekki endilega besta aðferðin. Óskar og Jón Snædal bentu á gott fordæmi sem finna mætti í meðferð flugslysa en þar er mikið lagt upp úr því að skoða atvik þar sem slysum var afstýrt og læra af þeim.

Síðast en ekki síst þyrftu læknar að vera sýnilegri en þeir eru í því að verja og berjast fyrir hagsmunum sjúklinga. Bent var á að þótt læknar og sjúklingar væru vissulega tengdir órjúfanlegum böndum færu hagsmunir þeirra ekki alltaf saman. Stundum nota læknar sjúklinga til að rökstyðja kröfur sínar á hendur ríkinu um bættan aðbúnað og hærri fjárveitingar. En þegar læknar sjá ekki aðra leið í sinni réttindabaráttu en að leggja niður störf, hver tapar á því? Sjúklingarnir, ekki ríkið.

Þegar hér var komið sögu var fundurinn nokkurn veginn hálfnaður og enn var þremur spurningum ósvarað. Þær lutu að samskiptum lækna við heilbrigðisstjórnina og aðrar stéttir innan heilbrigðiskerfisins og loks ræddu fundarmenn hvert ætti að vera hlutverk LÍ í öllum þessum darraðardansi. En meira um það í næsta blaði.

Formannafundur Læknafélags Íslands

Boðað er til formannafundar skv. 9. grein laga Læknafélags Íslands föstudaginn 11. apríl í húsnæði læknasamtakanna að Hlíðasmára 8, Kópavogi.

Dagskrá:

10:00-12:30	1. Skýrsla formanns LÍ um afgreiðslu ályktana aðalfundar 2002, störf stjórnar og stöðu helstu mála. 2. Kynnt drög að reksturs- og efnahagsreikningi fyrir árið 2002. 3. Umræður. 4. Skýrslur formanna aðildarfélaga.
12:30-13:30	Matarhlé.
13:30-15:00	5. Skýrslur formanna helstu starfsnefnda og samninganefnda.
15:00-15:30	Kaffihlé.
15:30-17:00	6. Framhald skýrslna aðildarfélaga. 7. Önnur mál.

Fundarlok verða á heimili formanns að Hæðarseli 28, Reykjavík.

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 einglýseríð.

Ábendingar: Xenical er ætlað ásamt hitaeiningaskertu fæði til meðferðar hjá offitusjúklingum með þyngdarstuðul (BMI= þyngd(kg)/hæð(m)·hæð(m)) hærri eða jafn og 30 kg/m² (BMI) eða 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 hitaeiningar en hans daglega þörf segir til um og ætti um 30% hitaeininganna að vera úr fitu.
Mælt er með ríkulegri neyslu ávaxta og grænmetis.
Daglegri neyslu fitu, kolvetna og próteins skal dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins.
Ekki hefur verið sýnt fram á að orlístat skammtar stærri en 120 mg þrisvar á dag bæti árangur.
Áhrif orlístats leiða til aukningar á fitu í saur, strax 24-48 klukkustundum eftir inntöku. Þegar meðferð er hætt verður fituinnihald hægða yfirleitt aftur eins og það var fyrir meðferð, innan 48-72 klukkustunda.
Upplýsingar um öryggi og verkun eftir 2 ára notkun eru ekki fyrirliggjandi, því ætti meðferð með orlístati ekki að vara lengur en í 2 ár.
Sérstakir sjúklingahópar: Áhrif orlístats hjá sjúklingum með lifrar- og/eða nýrnabilun, börnum og öldruðum sjúklingum hafa ekki verið rannsökuð.
Börn: Orlístat er ekki ætlað til notkunar handa börnum.

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

Greiðsluflyrirkomulag: 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 Conduitation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). Geneva: WHO.

Ekki sjálfstæð stofnun heldur lítil eining á stóru sviði

Rætt við Ólaf Ó. Guðmundsson yfirlækni Barna- og unglingageðdeildar Landspítalans um málefni deildarinnar

ALLMIKLAR UMRÆÐUR urðu í fjölmiðlum á dögunum um málefni Barna- og unglingageðdeildar Landspítalans (BUGL). Málið hófst með því að stjórn Barnageðlæknafélags Íslands skrifaði bréf til heilbrigðisráðuneytisins um stöðu deildarinnar og óskaði eftir því að gripið yrði til aðgerða. Afrit af því bréfi fór víða og umræðan hófst upp úr því.

Viðbrögð ráðuneytisins við bréfinu voru þau að fela forstjóra Landspítala að skipa nefnd til að fara ofan í stöðu deildarinnar en þá fyrst tók steininn úr. Ósætti kom upp vegna samsetningar nefndar þriggja hjúkrunarfræðinga og tveggja lækna undir forystu sviðstjóra hjúkrunar á geðsviði.

Þessi hópur vann þó hratt og vel þannig að deilurnar um samsetningu hans voru rétt hljóðnaðar þegar hann var búinn að setja fram fyrstu tillögur sínar um neyðaraðgerðir. Ráðherra heilbrigðismála lagði svo tillögur fyrir ríkisstjórnina sem samþykkti þær 11. mars (sjá rammagrein á næstu síðu).

Veruleg fjölgun

Læknablaðið leitaði til *Ólafs Ó. Guðmundssonar* yfirlæknis á BUGL og spurði hann hvernig þessar umræður og atburðir birtust honum.

„Það er langur aðdragandi að þeirri stöðu sem deildin er í þótt sumir láti líta svo út sem þetta sé ný staða. Haustið 1998 skilaði fjölmennur starfshópur á vegum heilbrigðisráðuneytisins tillögum að stefnu í geðheilbrigðismálum þar sem lagt var til að úrbætur á sviði barnageðlækninga nytu algers forgangs þótt mörg brýn mál væri við að glíma. Þá var brugðist við með tímabundnum aukafjárveitingum sem tengdust ráðningu einstakra starfsmanna.

Vorið 2000 var gerður þjónustusamningur þar sem kveðið var á um samstarf BUGL við SÁÁ og Barnaverndarstofu en stofan sagði þeim samningi upp í fyrravor. Samningurinn rann út en okkur var sagt að starfa áfram með óbreyttum hætti enda yrði fjármagn tryggt til þess að framfylgja honum."

– Hvað varð um tillögurnar frá 1998?

„Það hefur sáralítið verið farið eftir þeim. Tillögurnar voru mjög skýrar og í þeim var bent á hvað þyrfti að gera en þeim var ekki fylgt eftir. Þar var fjallað um verulega uppbyggingu göngudeildar, framhaldsmeðferðardeild fyrir unglinga og breytta rekstr-



Ólafur Ó. Guðmundsson yfirlæknir Barna- og unglingageðdeildar Landspítalans.

ar- og stjórnunarstöðu deildarinnar. Ekkert af þessu hefur gengið eftir. Það eina sem hefur gerst er að stöðugildum á göngudeild hefur fjölgað úr 12 í um 14. Í tengslum við þjónustusamninginn voru tvö herbergi á unglingadeild útbúin sérstaklega til að geta betur mætt þörfum bráðveikra en jafnframt fækkað um eitt meðferðarpláss.

Á síðustu árum hefur málum sem vísað er til okkar fjölgað verulega auk þess sem alvarlegum tilfellum virðist fjölga í sama hlutfalli. Vissulega eru flest málin þannig að þau krefjast ekki innlagnar en ef grunnþjónustan virkar ekki sem skyldi getur það valdið því að hlutfall alvarlegra tilvika hækkar."

Viðvarandi toppur

„Það eru alltaf sveiflur í fjölda slíkra tilvika en svo ég vitni í orð deildarstjóra unglingadeildarinnar þá hefur verið viðvarandi sveiflutoppur um alllangt skeið. Við þær aðstæður eykst álag á starfsfólk og það heltist úr lestinni. Starfsemi deildarinnar miðast við þau níu rúm sem hér eru og þegar erfiðum tilvikum fjölg-

Þröstur Haraldsson

Samþykkt ríkisstjórnarinnar

Í frétt frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu segir að tillögurnar sem samþykktar voru til að auka þjónustuna við börn og ungmenni séu þríþættar:

- Komið verði á fót sérstöku tímabundnu teymi sem einbeiti sér að bráðatilvikum. Auk þess að sinna bráðatilvikum verði meginviðfangsefni hópsins að vinna á bráðabiðlistum unglingageðdeildar, heimsækja unglinga í vanda og veita sérhæfða geðheilbrigðisþjónustu utan spítalans. Þá mun átakshópurinn greiða fyrir innlögn unglinga á unglingageðdeild í samráði við inntökustjóra og vakt barnageðlækna. Gert er ráð fyrir að áætlaður kostnaður vegna þessa þáttar verði um 20 milljónir króna á árinu 2003.
- Í árslok 2002 var veitt sérstök fyrirgreiðsla til að mæta þörfinni fyrir barnageðlæknisþjónustu utan stofnana. Tryggt verður að sú fjölgun greiðslueininga haldi sér á árinu 2003. Áætlaður kostnaður vegna þessa er um fimm milljónir króna.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra mun í framhaldi af samþykkt ríkisstjórnarinnar hefja undirbúning að stækkun barna- og unglingageðdeildar og flutningi göngudeildar barna- og unglingageðdeildar. Með þessu verður fjölgað rúmum fyrir ungmenni í brýnni þörf og barna- og unglingageðdeildin stækkuð.

Í ljósi þess vanda sem að barna- og unglingageðdeildinni steðjar og til þess að tryggja skilvirkni þjónustunnar til framtíðar hefur heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra ákveðið að láta fara fram stjórnsýsluskoðun á starfseminni.

ar er eina úrræðið að sinna þeim eins og hægt er á göngudeild. Einstaka sinnum eru unglingar lagðir inn á fullorðinsgeðdeild en foreldrar eru yfirleitt mjög mótfallnir því og það skiljum við vel. Það er ekki góður kostur að leggja 14 ára ungling inn á slíka deild, bæði vegna samsetningar hópsins sem þar er og einnig og ekki síður vegna þess að á fullorðinsgeðdeild nálgast menn vandamálin á allt annan hátt en á unglingageðdeild."

– Hvaða möguleika hefur deildin á að veita börnum og unglingum langtímameðferð?

„Fyrir unglinga er bara ein legudeild og hún er allt í senn: bráðamóttaka, legudeild og langtímameðferð. Hér blandast því saman unglingar sem eru bráðveikir, aðrir sem eru í tímabundinni meðferð og einn og einn sem er í langtímameðferð. Sumir þeirra síðastnefndu eru hér í eitt til tvö ár. Það er óneitanlega erfitt að vera með svona blandaðan hóp á lítilli deild. Ástandið hjá börnunum er heldur skárra því við erum með sex rúma meðferðardeild og framhaldsmeðferð á Kleifarvegi."

Nýja nefndin

– Hverju breytir ákvörðun ríkisstjórnarinnar fyrir ykkur?

„Ákvörðunin felur í sér að 20 milljónir króna eru ætlaðar í tímabundið átak. Það gerir okkur kleift að fjölga starfsfólki, svo sem ráðgjöfum eins og starfsmenn á deildum eru nefndir. Einnig getum við fengið aðkeypta hjúkrunarþjónustu og ráðið sálfræðing og lækni í tímabundin störf. Með þessu móti getum við myndað þverfaglegt átaksteymi sem er nýjung í þjónustunni. Það nýja er að þeir sem skipa teymið geta farið út fyrir deildina, heimsótt unglingana og fjölskyldur þeirra og ráðfært sig við þá sem annast meðferð þeirra. Ef nauðsynlegt er talið að leggja unglinga inn þá er það gert, ýmist á BUGL ef pláss er eða á fullorðinsgeðdeild en í þeim tilvikum mun teymið stjórna meðferðinni. Með þessu móti er ætlunin að stytta biðlistann eftir bráðainnlögnum. Þetta er hins vegar bara eingreiðsla sem varir í stuttan tíma. Við vitum ekki hvað tekur svo við."

– Hvað þyrfti að gera?

„Það er búið að kortleggja ástandið ágætlega, bæði í nefndinni sem skilaði af sér haustið 1998 og einnig í skýrslu sem Landlæknisembættið lét vinna árið 2000 en hún fjallaði um þjónustu við börn og unglinga utan stofnana, hjá sveitarfélögum og víðar. Í þessum skýrslum kemur fram að það þurfi að skoða þjónustu skólasálfræðinga og hvernig hún tengist skólaheilsugæslunni á grunni þverfaglegrar vinnu. Slíkt er að gerast á nokkrum stöðum, til dæmis á Selfossi. Einnig þarf að skoða sérfræðiþjónustuna og niðurgreiða þjónustu fleiri starfsstétta en lækna, til dæmis sálfræðinga.

Það þarf einnig að skoða stöðu einu sérfræðistofnunarinnar á þessu sviði (ef frá er talin afmörkuð sérfræðiþjónusta á FSA). Ég vildi breyta því að deildin sé hluti af geðsviði Landspítalans. Geðsvið er mjög stórt og deildin er einungis um 15% af heildarumsvifum þess. Starfsemi BUGL er í flestu mjög ólík annarri starfsemi sviðsins og í sjálfu sér ekkert skrítið að stjórnendur þess sem eru staðsettir á fullorðinsþættinum, séu uppteknari af því sem þar gerist en á BUGL.

Það er nauðsynlegt að gera BUGL að sérstöku sviði innan Landspítalans. Því er stundum haldið fram að deildin sé of lítil til þess að standa undir því að vera sjálfstætt svið en það eru til lítil svið innan Landspítalans. Kennsluþátturinn hefur einnig háð sjálfstæði deildarinnar. Það þarf að stofna prófessorsstöðu í barna- og unglingageðlækningum til þess að styrkja sjálfstæði fræðigreinarinnar sem slíkrar."

Virkjum fjölskylduna!

– Veldur það ekki auknu álagi á aðstandendur og skólakerfi þegar þrengt er að þjónustu deildarinnar?

„Jú, vissulega. Í því sambandi má benda á að stjórnvöld í nágrannalöndum okkar hafa komist að raun um hversu nauðsynlegt það er að hlúa vel að fjölskyldunni. Virki hún ekki nógu vel bitnar það á atvinnulífinu og heilsufari þegnanna. Uppbygging þjónustu á þessu sviði er mjög góður fjárfestingarkostur og á þessum virkjanatímum er rétt að benda á

hagkvæmni þess að virkja geðheilsu barna, unglinga og heilu fjölskyldnanna. Það skilar sér fljótt í betur starfandi samfélagi.

En það verður ekki gert nema þjónustan virki og til þess er ekki nóg að henda peningum í hana af og til. Það þarf að sjá til þess að rétt sé að málum staðið, faglega og stjórnunarlega. Þá skilar fjármagnið sér vel. Það þyrfti að hugsa betur um það hvað menn ætla sér með BUGL. Oft er talað um okkur sem stofnun og við borin saman við stofnanir á borð við Greiningarstöðina, Barnaverndarstofu og fleiri. En við erum ekki stofnun, ekki einu sinni svið, heldur ein lítil deild á sviði innan stórrar stofnunar."

Blaðamaður spyr hvort nýr barnaspítali muni ekki gagnast BUGL á einhvern hátt en Ólafur segir að tilkoma hans hafi engin bein áhrif á starfsemi deildarinnar.

„Við höfum ákveðið samráð sem við viljum auka og koma í fastara form en vegna þess að við tilheyrum tveimur ólíkum sviðum hefur aldrei komið til að við tengjumst barnaspítalanum með formlegum hætti."

Komið að úrslitastund

– Hvaða áhrif hefur sameining sjúkrahúsanna haft á starfsemi deildarinnar?

„Spítalinn skiptist í megindráttum í tvö stjórnunarlög: yfirstjórnina og klíníska lagið þar sem samskipti milli þessara laga fara í gegnum viðkomandi sviðstjóra. Allt annað er talið óeðlilegt. Þessi skipan hefur skapað vandamál, ekki síst þegar sett er út á klínísk a yfirmenn fyrir að tala um starfsemina út á við. Þetta er stjórnunarstíll sem hvetur ekki til framfara og gengur því ekki upp.

Nefndarskipunin er eitt dæmi þessa stíls. Umræðan um skipanina og stöðu BUGL fór fram í fjölmiðlum í stað þess að ræða við okkur á deildinni. Óánægja okkar beindist ekki gegn hjúkrunarfræðingum eða nefndarformanni sem persónu. Grundvallaratriðið að mati okkar barnageðlækna var og er að stjórnunarleg staða deildarinnar sé meginskýringin á stöðu hennar en um þetta er deilt og því óheppilegt að annar aðili þeirrar deilu sé settur sem oddamaður til að leysa hana. Þess vegna gerðum við athugasemdir við að forstjórinn skipaði sviðstjóra hjúkrunar sem nefndarformann. Það er hins vegar greinilegt að nefndin vinnur hratt og vel til að leysa úr þeim erindum sem hún fékk og ætlar að skila af sér um mánaðamótin mars-apríl. Ráðuneytið hefur svo boðað skipun annarrar nefndar, væntanlega til að skoða geðheilbrigðisþjónustuna við börn og unglinga í víðara samhengi. Í mínum augum er úrslitastund að renna upp um það hvort hægt verði að framkvæma þær grundvallarbreytingar sem svo lengi hefur verið þörf á að gera hvað varðar faglegt sjálfsforræði og breytt rekstrarfyrirkomulag BUGL. Ef það gerist ekki óttast ég að barnageðlæknar finni sér annan starfsvettvang því mikil eftirspurn er eftir þjónustu þeirra," sagði Ólafur Ó. Guðmundsson yfirlæknir.

Siðanefnd LÍ

Kári sýknaður af kröfum Jóhanns

SIÐANEFND Læknafélags Íslands kvað upp úrskurð þann 31. desember síðastliðinn í máli Jóhanns Tómassonar læknis á hendur Kára Stefánssonar læknis.

Jóhann hélt því fram að Kári hefði látið falla um sig ummæli í upphafi fundar í húsakynnum LÍ þann 23. febrúar árið 2000 sem væru andstæð ákvæðum 29. greinar siðareglna LÍ um að lækni sé „skylt að auðsýna öðrum læknum drengskap og háttvísi jafnt í viðtali sem umtali, ráðum sem gerðum ...". Krafðist hann þess að Kára yrðu gerð „viðeigandi og hæfileg viðurlög".

Siðanefnd vísaði málinu frá í maí 2001 en Jóhann kærði þá niðurstöðu til Gerðardóms LÍ sem ómerkti hana og vísaði málinu aftur til Siðanefndar til efnislegrar úrlausnar.

Í niðurstöðu Siðanefndar segir að samkvæmt gögnum málsins liggi ekki ljóst fyrir hvernig orð féllu og því ósannað að þau hafi verið með þeim hætti sem tilgreint er í ákæru Jóhanns. Úrskurður Siðnefndar er því á þessa leið:

„Varnaraðili, Kári Stefánsson, skal vera sýkn af kröfum sóknaraðila, Jóhanns Tómassonar, í máli þessu."

Þennan úrskurð kváðu upp Eggert Óskarsson héraðsdómari sem er formaður Siðanefndar og læknarnir Gizur Gottskálksson og Stefán B. Matthíasson.

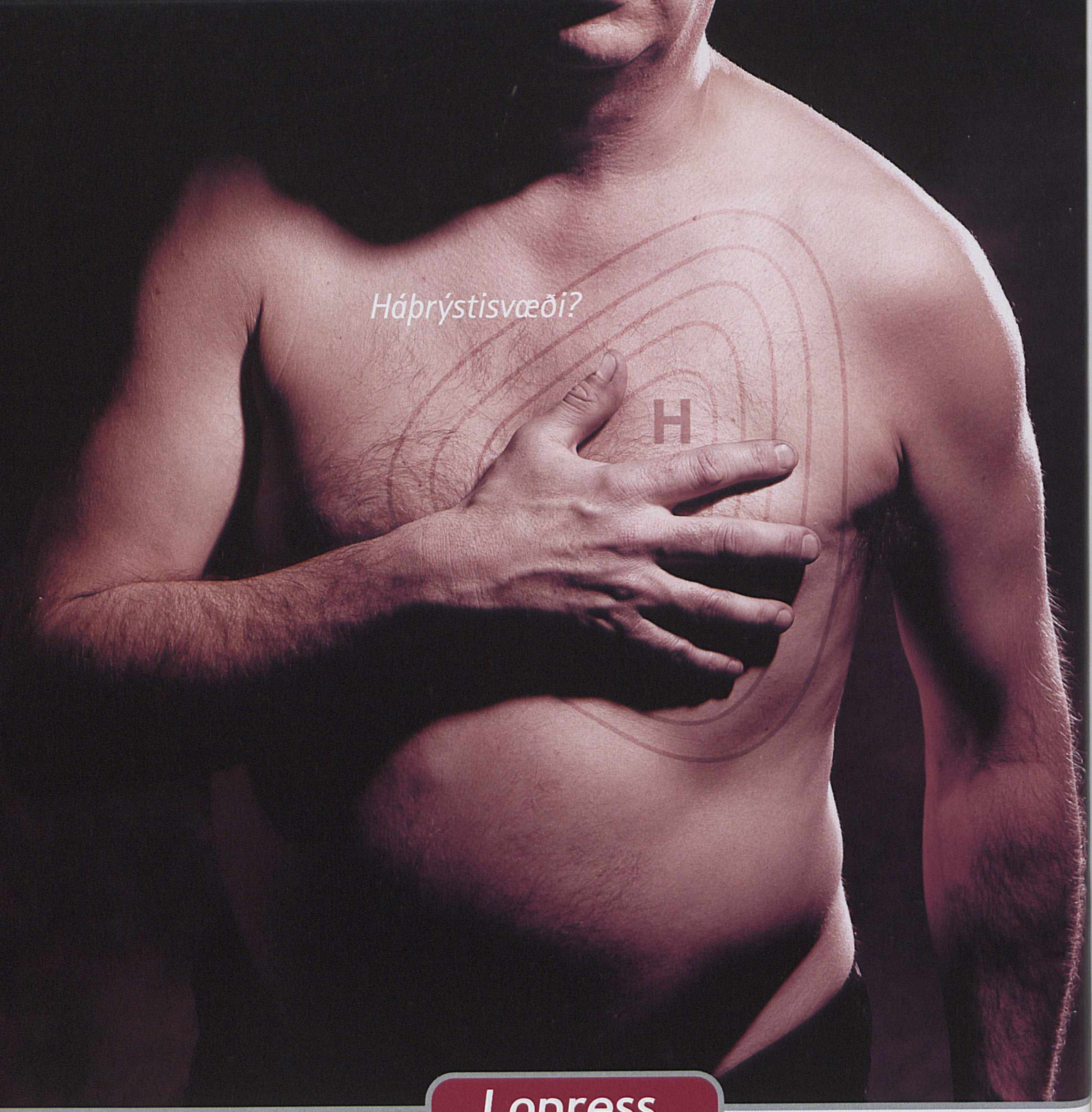
Leiðrétting

Þau leiðu mistök urðu við prentun Læknablaðsins í mars að heiti dálka í töflu III í grein Ólafs Skúla Indriðasonar, Runólfs Pálssonar og Viðars Arnar Eðvarðssonar, *Ómega-3 fjölómettaðar fitusýrur. Hlutverk í læknisfræði* (Læknablaðið 2003; 89: 199-211) runnu til. Meðfylgjandi er rétt tafla og beðist er innilega velvirðingar á þessum mistökum. Tekið skal fram að á netinu og í PDF-útgáfu greinarinnar er réttur texti við dálka töflunnar.

Table III. *Products rich in omega-3 polyunsaturated fatty acids.*

	Cod liver oil#	Omacor™*	Omega 3 capsules#	Omega forte capsules#	Heilsutvenna#
Capsule size (mg)	5 ml	1000	500	1000	1000
Nutritional content					
EPA (mg)	400	450	75	275	170
DHA (mg)	500	390	75	180	114
Vitamin-A (µg)	230	0	0	0	525
Vitamin-D (µg)	5.6	0	0	0	5
Vitamin-E					
Alpha-tocopherol (mg)	5.6	4	10	0	7
Mixed tocopherols (mg)	0		0	3.6	0

Lysi Ltd., Reykjavik, Iceland
* Solvay Pharmaceuticals, Brussels, Belgium
Abbreviations: EPA, eicosapentaenoic acid; DHA, docosahexaenoic acid.



Lopress

ÖFLUGT LYF VIÐ HÁÞRÝSTINGI

Lopress
Hver tafla inniheldur:
Losartanum INN, kalíumsalt,
12,5 mg eða 50 mg.

Ábendingar: Háþrýstingur. Hjartabilun þegar meðferð með ACE–hemlum er ekki lengur talin henta. Ekki er mælt með að skipta yfir í meðferð með lósartan ef hjartasjúklingar eru í jafnvægi á ACE–hemlum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar eru einstaklingsbundnir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** *Háþrýstingur:* Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Lósartan má gefa einu sinni á dag eða tvisvar á dag og heildarskammtur er á bilinu 25–100 mg á dag. Ef ekki fæst nægjanlega góð stjórnun á blóðþrýstingnum með því að gefa lósartan einu sinni á dag, getur verið betra að skipta skammtinum í tvennt eða auka hann í 100 mg einu sinni á dag. Hámarksblóðþrýstingslækkandi áhrif lyfsins nást 3–6 vikum eftir að meðferð er hafin. Nota skal 25 mg upphafsskammt, einu sinni á dag, handa sjúklingum með minnkað blóðrúmmál t.d. þeim sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum og þeim sem hafa sögu um skerta lifrarstarfsemi (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 (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Lósartan má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum. *Hjartabilun:* Upphafsskammtur hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Auka má skammtinn um 12,5 mg á viku fresti (þ.e. í skammtana 25 mg daglega eða 50 mg daglega), í venjulegan viðhaldsskammt, 50 mg einu sinni á dag eða eins og sjúklingurinn þolir. Lósartan er venjulega gefið samhliða þvagræsilyfjum og digitalis. Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum. Lósartan má gefa með eða án matar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir lósartani eða einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Sjá einnig kaflann um meðgöngu og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ofnæmi. Ofnæmisbjúgur (sjá Aukaverkanir). *Lágþrýstingur og blóðsalta/vökva ójafnvægi:* Hjá sjúklingum með vökvaskort (t.d. þeim sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum) geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf lósartans eða nota lægri upphafsskammt af lósartani. *Skert lifrarstarfsemi:* Íhuga ætti lægri upphafsskammt fyrir sjúklinga með sögu um skerta lifrarstarfsemi, en samkvæmt gögnum úr lyfjahvarfafræði hefur verið sýnt fram á marktækt aukna plasmaþéttni hjá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi:* Sem afleiðing af hömlun renín-angíótensín-kerfisins, hafa breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, verið skráðar 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 annarri eða báðum nýrnaslagæðum. Svipuð áhrif hafa verið skráð um lósartan; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. Ekki ætti að nota kalíumuppbót eða kalíumsparandi þvagræsilyf samtímis lósartan án samráðs við lækni. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. Sambönd sem hafa verið rannsökuð eru m.a.: hýdróklórtíazíð, digoxín, warfarín, címetidín, fenemal, ketókónazól og erýthrómýcín. Rifampicín og flúkónazól hafa lækkað blóðþéttni virka umbrotsefnisins. Klínísk þýðing þessara milliverkana hefur ekki verið metin. Eins og við á um önnur lyf sem hamla angíótensíni II eða verkunum þess, getur samhliða notkun kalíumsparandi þvagræsilyfja (t.d. spírónólaktóns, tríamterens og amilóríðs), kalíumuppbótar og salta sem innihalda kalíum, leitt til kalíumhækkunar í blóði. Eins og við á um önnur blóðþrýstingslækkandi lyf, geta blóðþrýstingslækkandi áhrif lósartans deyfst við samhliða tóku bólgueyðandi lyfsins indometasíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þrátt fyrir að engin reynsla sé af notkun lyfsins hjá þunguðum konum hafa rannsóknir á dýrum sýnt að lósartan veldur fósturskaða, fósturlátum og nýburadauða og er það talið vera vegna lyfjafræðilegra áhrifa á renín-angíótensín-kerfið. Hjá mannsfóstri hefst blóðrás um nýru sem er háð myndun renín-angíótensín-kerfisins á öðrum þriðjungi meðgöngu, og er því hættan fyrir fóstrið aukin ef lyfið er gefið á öðrum eða þriðja þriðjungi meðgöngu. Lyf sem hafa beina verkun á renín-angíótensín-kerfið geta valdið fósturskaða og jafnvel fósturláti, séu þau notuð á öðrum eða þriðja þriðjungi meðgöngu. Eigi þungun sér stað, skal stöðva lósartan meðferð svo fljótt sem auðið er. *Brjóstagjöf:* Ekki er vitað hvort lósartan skilst út í brjóstamjólk kvenna. Á það skal þó bent að umtalsvert magn af lósartani og virku umbrotsefni þess hefur komið fram í rottumjólk. Vegna mögulegra aukaverkana á barn á brjósti, skal taka ákvörðun um hvort hætta eigi brjóstagjöfinni eða notkun lyfsins, m.t.t. mikilvægis lyfsins fyrir móðurina. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir: Algengar (>1%):** Svimi, lágþrýstingur. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Stöðubundinn lágþrýstingur. **Mjög sjaldgæfar (<0,1%):** *Ofnæmi:* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur þ.á. m. þroti í barkakýli og raddböndum sem lokar öndunarveginum og/eða þroti í andliti, vörum, koki og/eða tungu. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofsabjúg af völdum annarra lyfja, þ.á m. ACE–hemla. Æðabólga hefur sjaldan sést, þar með talið purpuraliki sem svipar bæði til purpuralíkis Henochs og Schönleins, með kviðverkjum, maga- og garnablæðingum, liðverkjum og nýrnabólgu. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, lifrarbólga, truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi:* Mígreni. *Öndunarfæri:* Hósti. *Breytingar á blóðgildum:* 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. **Ofskömmtun:** Takmarkaðar upplýsingar eru til varðandi ofskömmtun í mönnum. Líklegasta merki ofskömmtunar er lágþrýstingur og hraðtaktur, hægsláttur gæti komið fyrir. Ef lágur blóðþrýstingur veldur einkennum skal hefja stuðningsmeðferð. Hvorki er hægt að fjarlægja lósartan né virka umbrotsefnið með blóðskilun. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu – 1. nóv. 2002:** Töflur 12,5 mg: 28 stk. 2.350 kr.; töflur 50 mg: 28 stk. 3.632 kr.; 98 stk. 10.559 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. Markaðsleyfishafi: Omega Farma. Nóv. 2002.

Omega Farma

Heilsugæslan á Suðurnesjum

Sjálfseignarstofnun eða útibú frá Reykjavík?

HEILSUGÆSLAN Á Suðurnesjum hefur verið töluvert til umræðu eftir að heimilislæknar sem þar störfuðu sögðu upp störfum sínum og gengu út þann 1. nóvember síðastliðinn. Eins og kunnugt er var boði þeirra um að endurráða sig eftir að viljayfirlýsing heilbrigðisráðherra lá fyrir í lok nóvember ekki tekið og því hefur heilsugæslan á Suðurnesjum verið fámenn og ekki getað haldið uppi viðunandi þjónustu.

Heilsugæslan hefur síðan verið starfrækt með einum eða tveimur læknum en sérfræðingar af sjúkrahúshluta Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja hafa létt undir með þeim. Þetta gat kannski gengið í einhvern tíma vegna þess að læknarnir höfðu unnið fram fyrir sig. Íbúar Suðurnesja hafa líka leitað annarra leiða til að fá úrlausn sinna mála. Þeir hafa meðal annars í vaxandi mæli leitað ásjár á Læknavaktinni í Reykjavík og heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu.

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja hefur auglýst stöður heilsugæslulækna lausar til umsóknar án árangurs. Það hefur enginn sótt um þessar stöður og það er ekki fyrir tilstuðlan eða áeggjan samtaka lækna. María Ólafsdóttir sem var í hópi læknanna sem sögðu upp í haust segir að áhugaleysi lækna stafi fyrst og fremst af þeirri stefnubreytingu sem varð í rekstri stofnunarinnar í haust og leiddi til þess að starfskröftum sjö sérfræðinga var hafnað.

Ólík rekstrarform undir einu þaki

Eftir að þessi staða kom upp hefur umræðan snúist um að finna nýjar aðferðir við að leysa þann hnút sem reksturinn er kominn í. Meðal þess sem rætt hefur verið er stofnun sjálfseignarstofnunar sem gæti tekið að sér rekstur heilsugæslu. Kristján Gunnarsson formaður Verkalýðs- og sjómannafélags Keflavíkur varpaði fram þeirri hugmynd að stéttarfélög, sveitarfélög, samtök sjúklinga og eldri borgara, félög atvinnurekenda, fyrirtæki og einstaklingar legðu í púkk til að koma slíkri stofnun á laggirnar.

Hugsunin að baki slíkum rekstri er að stofnunin geri þjónustusamning við ríkið um að annast heilsugæslu á svæðinu. Hún réði síðan til sín það starfsfólk sem þarf og væri óbundin af opinberum kjarasamningum í þeim ráðningum. Þannig væri svigrúm til að ráða lækna sem venjulega launamenn en einnig sem verktaka að hluta eða að þeir leigðu húsnæði af stofnuninni og rækju þar sína eigin stofu sem væri hluti af starfsemi heilsugæslunnar. Með því móti gætu ýmis rekstrarform þrifist undir sama þaki.

Ef um hagnað væri að ræða af starfseminni yrði hann ekki greiddur út til eigendanna heldur yrði honum varið til að byggja stofnunina upp, styrkja eigið fé hennar eða til að gera betur við starfsfólkið.

Hugmyndasmiður þessarar lausnar er Skúli Thoroddsen lögmaður í Keflavík en hann hefur reynslu af rekstri sjálfseignarstofnunar í Svíþjóð og hefur skrifað um málið í staðarblaðið *Víkurfréttir*. Hann segir að þetta rekstrarform nýti hagkvæmni einkarekstrar í þágu almennings.

Reykvísk yfirtaka?

Þegar þessi hugmynd var til umræðu manna á meðal á Suðurnesjum bárust fréttir af því að heilbrigðisráðuneytið hefði farið þess á leit við Heilsugæsluna í Reykjavík að hún hlypi undir bagga með heilsugæslunni í Keflavík. Það var kominn upp inflúensufaraldur og mikið álag á heimilislæknum um allt land.

Þessi ósk hlaut takmarkaðan hljómgrunn meðal heilsugæslulækna sem ekki vildu ganga inn í störf við stofnunina meðan ríkjandi stefna stjórnenda hennar er við lýði. Þá kom fram sú hugmynd hvort ekki væri rétt að Heilsugæslan í Reykjavík tæki einfaldlega yfir rekstur heilsugæslunnar á Suðurnesjum. Ef af verður mun heilsugæsluþátturinn verða skilinn frá öðrum rekstri Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja og honum stjórnað frá Reykjavík. Um þetta var rætt þegar Læknablaðið fór í prentun og óljóst hvort sú yrði niðurstaðan.

Maríu Ólafsdóttur leist vel á þessa hugmynd ef hún þýddi að staðlar Heilsugæslunnar í Reykjavík myndu taka gildi í Keflavík og heilsugæslan þar yrði rekin á sömu forsendum og stuðst er við annars staðar. „Það yrði sigur fyrir heimilislækningar í landinu því með því væri ráðuneytið að viðurkenna þá staðla sem eru í gildi og að heilsugæslan væri grunnþáttur heilbrigðisþjónustunnar," sagði María.

Þröstur Haraldsson

FOSAMAX VIKUTAFLA (ALENDRONAT, MSD)



SEX MORGNA VIKUNNAR GETUR SJÚKLINGURINN GLEYMT ÖLLU SEM TENGIST BEINÞYNNINGAR-MEÐFERÐINNI.

MERCK SHARP & DOHME

UMBOÐSAÐILI: FARMASÍA EHF

Lyfjatexti á bls. 368

VIKUTAFLA
FOSAMAX™
70mg alendronat

Læknar í tímabundin störf í Noregi og Svíþjóð

MIKIL EFTIRSPURN er nú sem áður eftir íslenskum læknum til starfa hjá sjúkrahúsum og heilsugæslustöðvum í Noregi og Svíþjóð. Um er að ræða stöður hvort sem er til langframa eða tímabundið, þó að lágmarki fjórar vikur í senn. Í boði eru afar góð kjör og áhugavert starfsumhverfi. Sérstök áhersla er lögð á ráðningar sérfræðimenntaðra lækna, en mikill skortur er til dæmis á geðlæknum og röntgenlæknum.

Einnig er skortur á hjúkrunarfræðingum og sérfræðingum af heilbrigðissviði fyrir stórt sjúkrahús sem staðsett er í Kaliforníu í Bandaríkjunum. Viðkomandi munu fá starfsleyfi/græna kortið með aðstoð vinnuveitenda. Laun og hlunnindi eru mjög góð. Stjórn sjúkrahússins leggur áherslu á fagmennsku, metnað til árangurs, hópvinnu og fjölskylduvæna starfsmannastefnu.

Leiðandi lyfjaverslunarkeðja í Noregi óskar eftir að ráða íslenska lyfjafræðinga til starfa sem fyrst. Í boði eru áhugaverð störf hjá traustu og öflugu fyrirtæki sem leggur áherslu á starfsmetnað, símenntun og góð laun fyrir verðugt framtak starfsmanna. Um er að ræða störf í Bergen, Stavanger og víðar í Noregi. Fyrirtækið mun greiða ferðakostnað vegna viðtala og aðstoða við að útvega húsnæði.

STRÁ MRI ehf. í samstarfi við MRI SCANDINAVIA annast milligöngu með þessar ráðningar.

MRI WORLDWIDE, sem er stærsta ráðningastofa heims, varð til í apríl 1999 við sameiningu MRI (Management Recruiters International) og bresku ráðningastofunnar Humania International. MRI var stofnað í Ohio í Bandaríkjunum árið 1957 og er því jafnframt elsta ráðningarþjónusta í heimi.

MRI WORLDWIDE sinnir einkum ráðningum stjórnenda og sérhæfðs starfsfólks með áherslu á að leita uppi rétta starfsmanninn hvar sem er í heiminum, án tillits til landamæra.

MRI SCANDINVAIA, „Norræna netið" var stofnað í maí 1999. Það hefur þegar náð umtalsverðum árangri við að útvega norrænum sjúkrahúsum lykilstarfsmenn frá Bandaríkjunum og Evrópu og bandarískum sjúkrahúsum lykilstarfsmenn frá Norðurlöndunum.

Sigurður Örn Hallgrímsson ráðgjafi gefur nánari upplýsingar, sími 588 3031, *sigurdur@stra.is*

Frá skrifstofu Læknafélags Íslands

Hver er hver og hver er hvar?

Læknafélagi Íslands hefur borist bréf frá framkvæmdastjóra samninganefndar HTR þar sem fram kemur að nefndinni berist ýmis erindi frá læknum varðandi samningamál. Oft og tíðum sé aðeins nafn viðkomandi læknis ritað undir erindið og þess ekki getið hvar eða hvernig hægt sé að ná í viðkomandi lækni til baka.

Er þess óskað við Læknafélag Íslands að það komi því á framfæri við lækna að þeir gefi upp póstfang, símanúmer og helst netfang þegar þeir senda erindi til nefndarinnar til að tryggja skilvirka afgreiðslu mála.

Hér með er ósk samninganefndar HTR komið á framfæri.

Þá er rétt að geta þess að ítrekað berast skrifstofunni fyrirspurnir vegna undirskrifta á læknabréf og rannsóknarbeiðnir þar sem eingöngu er að finna nafn viðkomandi en engar frekari upplýsingar, svo sem um vinnustað og fleira.

Gunnar Ármannsson hdl.
framkvæmdastjóri LÍ

Námskeið Endurmenntunar HÍ

Breytt viðhorf til lýðheilsu

Lýðheilsa snýr að félagslegum og heilsufarslegum þáttum. Hún miðar að því að bæta heilbrigði, lengja líf og auka lífsgæði þjóða og hópa með almennri heilsuvernd, heilsueflingu, sjúkdómavörnum og annarri heilbrigðisþjónustu. Lýðheilsa byggir á samstarfi margra fræðigreina, svo sem heilbrigðisfræði, félagsfræði, líffræði, faraldursfræði, sálfræði, kynjafræði og stjórnmálafræði.

Ýmsar breytingar eru á döfinni hér á landi og á alþjóðavettvangi hvað varðar framtíðarsýn og skipulag lýðheilsumála. Lýðheilsa þarf að vera hluti af almennri umræðu um þjóðfélagsmál og sem flestar hliðar hennar ræddar á þeim vettvangi. Sem dæmi má nefna félagslegar, stjórnmálalegar, efnahagslegar og menningarlegar hliðar lýðheilsu.

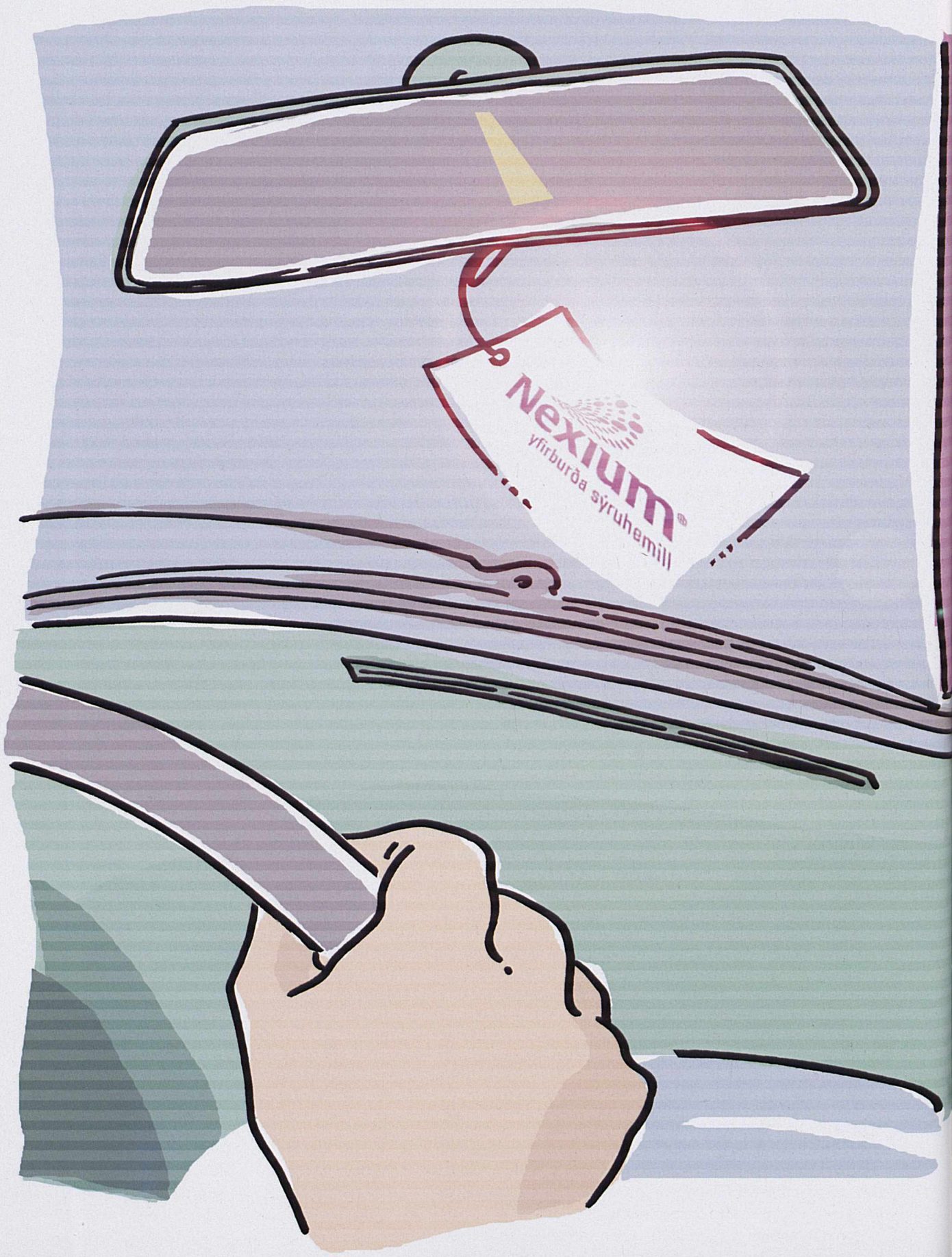
Á námskeiðinu verður leitast við að varpa ljósi á mikilvægi þessarar nálgunar til að ná árangri á sviði lýðheilsu. Hluti af námskeiðinu er opinn morgunverðarfundur þar sem stefnumótun á sviði lýðheilsu verður rædd út frá innlendu og erlendu sjónarhorni.

Aðalfyrirlesarinn, Dr. Finn Kamper-Jörgensen, er læknir og hefur auk þess menntun á sviði heilsuhagfræði og lýðheilsu. Hann hefur verið forstjóri dönsku Lýðheilsustofnunarinnar í meira en 20 ár.

Aðrir fyrirlesarar eru Margrét S. Björnsdóttir forstöðumaður Stofnunar stjórnmála- og stjórnsýslufræða HÍ og Þorvaldur Gylfason doktor í hagfræði, rannsóknaprófessor við HÍ.

Námskeiðið fer að mestu leyti fram á ensku. Tími: Mánudagur 28. apríl kl. 9.00-16.00 og þriðjudagur 29. apríl kl. 8.30-10.00.

Skráning og upplýsingar: S: 525-4444, *endurmenntun@hi.is*
www.endurmenntun.is

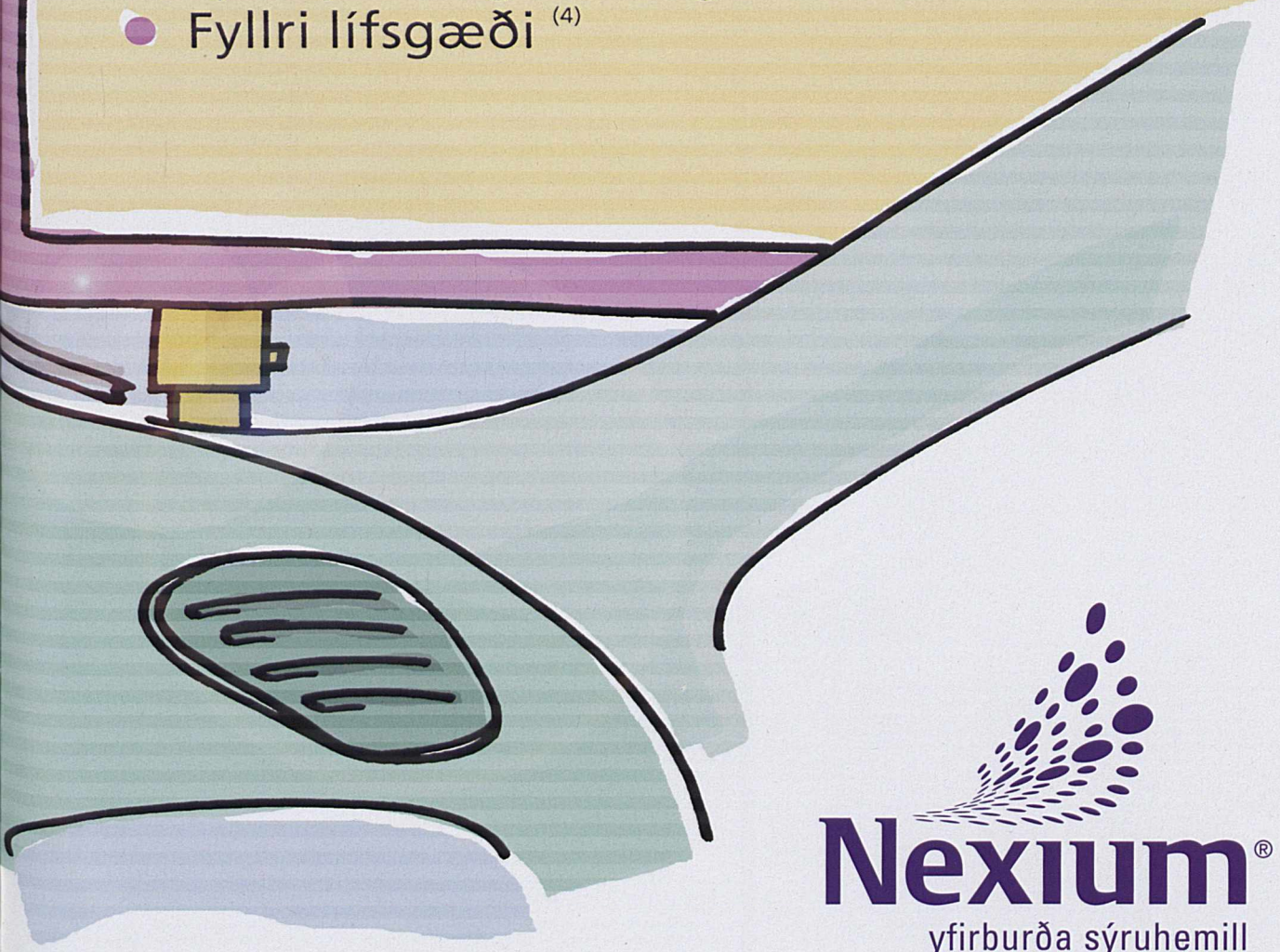


EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 600-03

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

E40

- Læknar vélindabólgu á 4 vikum í stað 8 [1]
- Skjótari hjöðnun einkenna [2]
- Fyrirsjáanlegri árangur [3]
- Fyllri lífsgæði [4]

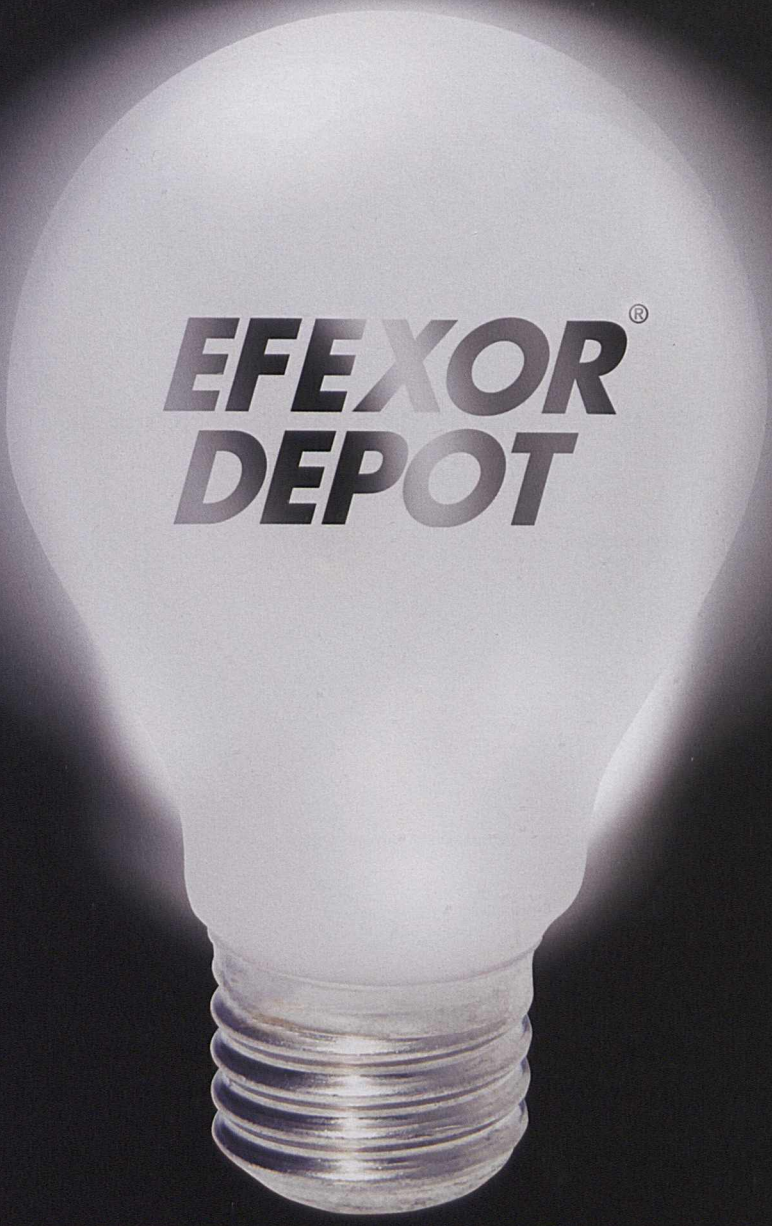


Nexium®
yfirburða sýruhemill

Lyfjatexti á bls. 369

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

Þunglyndi og kvíði



STYTT SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS, desember 2002.
Efexor Depot, Venlafaxín-hýdróklóríð, samsvarandi venlafaxín 75 mg eða 150 mg. Forðahylki. Handhafi markaðsleyfis; Wyeth Lederle Nordiska AB, Råsundavägen 1-3, Solna, Svíþjóð. Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttöku flokkur sjúkratrygginga; R B Ábendingar; Þunglyndi (major depression), þar með talið bæði djúpt og alvarlegt innlægt þunglyndi (melancholia) og kvíðatengt þunglyndi. Almenn kvíðaröskun (GAD). Til að koma í veg fyrir bakslag þunglyndis eða til að koma í veg fyrir endurtekið þunglyndi. Skammtar og lyfjagjöf Efexor Depot ætti að taka með mat. Hylkin skal gleypa heil. Efexor Depot ætti að gefa einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. Þunglyndi: Ef þörf krefur, er hægt að auka skammtinn um 75 mg á dag á a.m.k. 4 daga fresti. Við miðlungs alvarlegu þunglyndi má títra skammta upp í 225 mg á dag og við alvarlegu þunglyndi er hámarksskammtur 375 mg á dag.
Almenn kvíðaröskun (GAD): Hjá sjúklingum sem ekki sýna neina svörun við 75 mg upphafsskammti á dag, getur verið gagnlegt að auka skammta upp að hámarki 225 mg á dag. Skammta má auka með u.þ.b. 2 vikna millibili eða meira, en aldrei skemur en 4 daga fresti. Þegar æskilegur árangur hefur náðst ætti að minnka skammtinn smám saman niður í minnsta viðhaldsskammt miðað við svörun og þol sjúklings (yfirleitt 75-150 mg/dag). Hjá öldruðum og sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma/háþrýsting ætti að auka skammtinn með varúð. Við meðferð sjúklinga með skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi er mælt með minni skömmtum. Ef kreatínínúthreinsun er minni en 30 ml/mín. eða við meðal alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi ætti að minnka skammtinn um 50%. Ef um alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða kann að reynast nauðsynlegt að minnka skammtinn enn meir. Í slíkum tilvikum kann að vera nauðsynlegt að gefa Efexor töflur. Skammtar til að koma í veg fyrir bakslag eða endurtekið þunglyndi eru venjulega þeir sömu og notaðir eru við upphaflegu meðferðina. Hafa skal reglulegt eftirlit með sjúklingum til að hægt sé að meta árangur af langtímameðferð. Eftirlit með lyfjagjöf og skömmtum. Meðferð ætti að halda áfram í a.m.k. þrjá mánuði (yfirleitt í sex mánuði) eftir að bata er náð. Þegar ætlunin er að hætta meðferð með Efexor Depot ætti að minnka skammt sjúklings smám saman í eina viku að viðhafðri aðgát vegna hættu á bakslagi. Haft skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. Frábendingar; Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóamínoxíðasahemlum. Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun Aldraðir (>65 ára). Sjúklingar með þekktan sjúkdóm í hjarta-æðakerfi eða heilaæðum, þ.m.t. meðhöndlaður háþrýstingur. Skert nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Vanmeðhöndluð flogaveiki, lækkaður krampaþröskuldur. Þegar er skipt frá mónóamínoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóamínoxíðasahemils er mælt með 7 daga meðferðarhléi. Gera verður ráð fyrir hættu á sjálfsvígi hjá öllum sjúklingum sem haldnir eru geðlægð. Hætta á sjálfsvígi fylgir geðlægð og kann að vera fyrir hendi þar til verulegur bati hefur náðst. Venlafaxín kann hjá sumum sjúklingum að valda hækkuðum blóðþrýstingi (hlébilsþrýstingur hækkar um 10-30 mmHg). Mælt er með því að viðkomandi læknir fylgist með blóðþrýstingi við hverja heimsókn sjúklings. Hjá öldruðum og sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm ætti að fylgjast með blóðþrýstingi á hálfsmánaðar fresti í 4-6 vikur og eftir það við hverja heimsókn til viðkomandi læknis. Sjúklinga í langtímameðferð ætti að fræða um mikilvægi góðrar tannhirðu vegna þess að þurrkur í munni kann að valda aukinni hættu á tannskemmdum. Ekki hefur fengist reynsla af meðferð sjúklinga með geðklofa. Áhrif venlafaxíns á tvískauta þunglyndi (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið bróun til oflætisfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfja á meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðlægðarlyfjum, m.a. serótónínupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun natríum í blóði af völdum Efexors, yfirleitt hjá öldruðum, sem hefur leitt til þess að hætt var við að gefa lyfið. Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir. Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af litíum, díazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP2D6 og í N-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP3A3/4. Vænta má eftirtalinna milliverkana þótt þær hafi ekki verið rannsakaðar sérstaklega in vivo. Samtímis meðferð með lyfjum, sem hamla CYP2D6, gæti valdið aukinni uppsöfnun venlafaxíns svipað því og búast má við í einstaklingi með hæg umbrot debrisokíns. Aðgát skal höfð þegar Efexor er gefið ásamt lyfjum svo sem kínidíni, paroxetíni (sjá fleiri dæmi í þessum kafla). Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrýtur ætti að gæta varúðar við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð blóðþéttni þeirra gæti aukist. Búast má við mikilli uppsöfnun venlafaxíns ef einstaklingi með hæg umbrot CYP2D6 er gefinn CYP3A3/4 hemill á sama tíma. Því skyldi gæta varúðar við notkun Efexors samfara lyfjum sem hamla gegn CYP3A3/4 t.d. ketókónasóli.Meðganga og brjóstagjöf Meðganga: Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa vanfærum konum lyfið. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós minnkaða byngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklega vegna eiturvirkni á móður. Þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk.Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla. Meðferð með Efexor Depot kann að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti að hafa í huga við aðstæður sem krefjast sérstakrar árvekni, t.d. við akstur. Aukaverkanir; Algengar (>1/100):Almennar: Þróttleysi, lystarleysi, höfuðverkur, kviðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdarauknin, svitakóst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartslátturónot. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað hugskyn, kvíði, taugaóstyrkur. Meltingafæri: Ógleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing. Þvag- og kynfæri: Áhrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi. Augu: Sjónstillingartruflun. Sjaldgæfar:Almennar: Bjúgur. Blóð: Blóðflagnafæð. Miðtaugakerfi: Sløn, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð. Meltingarfæri: Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, bragðbreytingar. Húð: Hárlos, ofsakláði, aukið ljósnæmi. Lifur: Hækkuð lifrarensím í blóði. Öndunarfæri: Astmi. Augu: Táruþólga. Mjög sjaldgæfar Almennar: Hálfdvali (stupor) (<1/1000) Blóðrás: Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof af gráðu I). Miðtaugakerfi: Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun. Í geðlægð er ávallt erfitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um geðlægð. Aukaverkanirnar ógleði og uppköst tengjast skammtastærð; stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Ofskömmtun Eiturvirkni; Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. Einkenni: Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur, hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, ST/T-breytingar, lenging QT-bils, lenging QRS-bils. Meðferð: Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti; lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1 desember 2002 hámarks útsöluverð úr apótekum; Efexor Depot forðahylki 75 mg: 28stk 4.588 kr., 98stk 13.680 kr., 100stk 13.926 kr., Efexor Depot forðahylki 150 mg: 28stk 7.564 kr., 98stk 22.863 kr., 100stk 23.280 kr..

Wyeth

Austurbakki
Köllunarklettsvegi 2, 104 Reykjavík

Heilbrigðismál á kosningavetri

Verðum að ræða um byggingu nýs spítala

Rætt við Margréti Oddsdóttur yfirlækni skurðdeildar Landspítala

KOSNINGARNAR NÁLGAST en ekki bólar á því að stjórnmálamenn hafi áhuga á heilbrigðismálum. Umræður um þennan málaflokk sem þó gleypir fjórðung ríkisútgjaldanna – og raunar gott betur ef tryggingamálin eru talin með – eru í algeru lágmarki og varla hægt að merkja að menn hafi skoðun á honum. Hér í blaðinu höldum við þó ótrauð áfram að fjalla um heilbrigðismál á kosningavetri og berum nú niður á Landspítalanum.

Margrét Oddsdóttir er yfirlæknir á almennri skurðdeild sem er önnur tveggja stærstu skurðdeilda Landspítalans. Undir hana heyra tvær legudeildir og þar starfa 13 skurðlæknar. Margrét starfar einnig sem kennari í Læknadeild Háskóla Íslands.

Bind vonir við sameininguna

Mál málanna hjá stærstum hluta íslenskrar læknastéttar þessi misserin er að sjálfsögðu sameining stóru sjúkrahúsanna í Reykjavík. Um hana sýnist sitt hverjum og blaðamaður byrjaði á að inna Margréti eftir því hvernig sameiningin horfði við henni.

„Á minni deild höfum við talsverðar væntingar til sameinaðrar skurðdeildar. Við teljum okkur verða faglega sterkari, frekari sérhæfing verður möguleg og uppbygging fagteyma sem vinna að ákveðnum sjúkdómaflokkum verður auðveldari. Árangur aðgerða eða inngripa er bestur ef þau eru gerð af teymi sem sérhæfir sig í þeim. Ekki bara skurðlæknirinn, heldur allir sem koma að ferlinu frá innskrift til útskriftar hjá viðkomandi sjúklingi, allt starfslið. Skurðdeildin er vissulega ein af hátæknideildum sjúkrahússins hvað snertir aðgerðaþáttinn en stór hluti af vinnu okkar felst í samskiptum við sjúklinga og annað starfsfólk, það má ekki gleymast.

Við fluttum saman í nóvember og flutningarnir gengu vel. En það er afar flókið að flytja og samhæfa svona mikla starfsemi og alltof snemmt að tala um hvernig til hefur tekist. Við erum aðþrengd á meðan nýi barnaspítalinn er ekki kominn í gagnið og lýtalækningadeildin ekki flutt suður í Fossvog. Fram að því höfum við ónógan aðgang að skurðstofum og það vantar skrifstofuaðstöðu fyrir hluta af starfsliðinu. Einnig skortir okkur legurými. En ég vænti þess að sameiningin bæti starfsemi skurðdeildarinnar. Á hinn bóginn tel ég að sameiningin muni ekki skila þeim árangri sem hún gæti gert fyrr en við sameinum starfsemina í Fossvogi og Hringbraut á einum stað."

– Gagnrýni á yfirstjórn sjúkrahússins hefur verið allmikil og óvægin á köflum. Sumir ganga svo langt að segja að þegar rekstrarlegir hagsmunir rekist á þá læknisfræðilegu verði þeir fyrrnefndu alltaf ofan á. Hvað segir Margrét um þessa gagnrýni?



Margrét Oddsdóttir yfirlæknir á almennri skurðdeild Landspítala.

„Ég get ekki sagt að það hafi slegið mig. Við stjórnum læknisfræðilegu þáttunum. Vissulega hefur deildum verið lokað yfir sumarið og biðlistar hafa lengst en í daglegri vinnu hefur læknisfræðin forgang. Hins vegar er það vandamál að við skulum búa við föst fjárlög þar sem við eigum að láta peningana nægja og gera hlut sem kostar 100 krónur fyrir 60. Þetta gerir alla starfsemi erfiða en hefur lítið með yfirstjórnina að gera."

Hálfgildings kennarar?

Eins og áður er nefnt sinnir Margrét kennslu í læknadeild Háskóla Íslands. Hvernig metur hún kennsluhlutverk sjúkrahússins – er spítalinn betri kennslustofnun nú en fyrir sameiningu?

„Eitt af því sem sameiningin ætti að skila er öflugri staða til kennslu og þjálfunar unglækna, í það minnsta hvað varðar skurðdeildina. Það er eitt af stóru verkefnunum okkar, að sinna unglæknum og nemum. Samningur spítalans og Háskóla Íslands er tiltölulega nýr og hann á eftir að útfæra betur. Ef okkur tekst að styrkja samstarf Landspítalans og Háskólans verður það báðum stofnunum til góðs.

Þröstur Haraldsson

Mér finnst vanta töluvert upp á skilning margra háskólamanna á því hversu mikil kennsla og fræðastarf fer fram hér á spítalanum. Þegar við erum til dæmis með læknanema hér hjá okkur fer kennslan fram allan tímann, á stofugangi, á móttökum, á fundum og í aðgerðum. Við erum ekki bara að kenna þeim verklega hluti, heldur fer stór hluti fræðilegrar kennslu fram á deildunum. Þetta eru ekki venjulegar kennslustundir sem hægt er að mæla í einingum og það eiga sumir svolítið erfitt með að skilja í Háskólanum. Við þetta bætist að í augum margra háskólamanna erum við sem vinnum á sjúkrahúsinu jafnframt því að kenna aldrei meira en hálfgildings kennarar. En við sem kennum svokallaðar klínískar greinar getum ekki verið kennarar í þeim greinum nema með því að vera starfandi í greininni. Þannig er það um allan heim og við eigum að miða okkur við sterka erlenda háskólaspítala. Auk kennslu læknanema erum við að sinna ýmiss konar stjórnun og uppbyggingu sem meðal annars miðar að því að bæta kennslu og þjálfun unglækna, símenntun starfsfólks, samskipti og samvinnu við erlend háskólasjúkrahús. Skurðdeildin er til dæmis orðin hluti af námsprógrammi skurðlækna í sérnámi í University of Massachussetts. En það er ekki litið á þetta sem akademíska vinnu innan Háskóla Íslands. Spítalinn þarf vissulega að móta og þróa starfsemi sína sem háskólaspítali en háskólinn þarf ekki síður að líta á spítalann sem akademíska stofnun. Þarna er mikið verk að vinna."

– Um allnokkurt skeið hafa ríkt deilur um fyrirkomulag ferliverka á spítalanum, hvernig hafa þær birst ykkur?

„Þær hafa lítið snert mína deild. Flestum fannst breytingar á því kerfi mjög tímabærar."

Vinnutíminn er að styttast, en ...

– Vinnutími lækna er oft langur en fáir vinna þó eins mikið og skurðlæknar. Er þetta ekkert að breytast?

„Hann er langur en hefur þó styst. Þetta er eins í öðrum löndum. Þegar læknir er að afla sér reynslu, færni og þekkingar er óhjákvæmilegt að vinna mikið og leggja mikið á sig, en vinnutíminn þarf ekki að vera eins brjálæðislegur og hann hefur verið. Umræðan um vinnutímann er góð en það getur verið erfitt fyrir mörg okkar að kyngja henni vegna þess að við erum alin upp við langan vinnutíma. Maður á að vinna mikið og skila miklu. Það er einfaldlega hluti af því uppeldi sem við fengum í náminu.

En að sjálfsögðu vitum við líka að þegar vinnutíminn er langur þá verða afköstin ekki eins góð og þau gætu verið. Auk þess er nauðsynlegt að hugsa um eigið líf og heilsu. Þetta er að breytast og það má mikið til þakka unglæknum. Þetta er alþjóðleg þróun. Bæði í Evrópu og í Bandaríkjunum vilja unglæknar nú síður fara í þessar greinar sem útheimta langan og strangan vinnudag. Það er mikið rætt um það hvernig hægt sé að breyta vinnutímanum en koma samt öllu fyrir sem gera þarf.

Það er hins vegar ljóst að við sem erum alin upp við þennan langa vinnudag þurfum að taka okkur tak því á meðan við drögum ekki úr vinnu okkar þá fælum við unglækna frá faginu. Þeir horfa á okkur og spyrja sig: Er það svona sem ég vil lifa lífinu? Við endum eins og risaeðlur ef við breytum þessu ekki."

– Því er stundum haldið fram að þetta sé vegna þess að konum fer fjölgandi í læknastétt. Eru það þær sem neita að vinna langan vinnudag?

„Konum fer vissulega fjölgandi í stéttinni en þessi þróun var byrjuð áður. Það eru ekkert síður strákarnir sem vilja sinna fjölskyldunni og hafa tíma í eitthvað annað en vinnuna. Tímarnir eru breyttir og kröfur fólks um lífsgæði eru aðrar en þær voru. Hins vegar er ekki einfalt mál að breyta þessu því kerfið hefur verið byggt upp með það í huga að við skilum svona mikilli vinnu.

Leiðin til þess að breyta þessu er að skoða hvað við gerum. Eins og staðan er núna þá erum við auk þess að vera læknar – sendlar, ritarar, reddarar, símsvarar og ýmislegt fleira. Mér finnst stundum að helmingurinn af því sem ég geri krefjist ekki einu sinni stúdentsprófs. Þetta má áreiðanlega skipuleggja þannig að við sem erum með þessa dýru menntun nýtumst betur."

Dýr tæki þarf að nýta vel

– Það hafa orðið miklar framfarir í skurðlækningum. Þið getið meira en það kostar líka sitt.

„Já, á mörgum sviðum hafa orðið miklar framfarir sem hafa meðal annars leitt til styttri legutíma og að fólk fer fyrr út í lífið aftur að lokinni aðgerð. Það verða áfram miklar framfarir í greiningu og meðferðarmöguleikum og það krefst mikillar símenntunar ef við eigum að geta fylgst með þróuninni. Við þurfum því að vera í mjög góðu sambandi við þau sjúkrahús erlendis sem eru í fararbroddi.

Vissulega er þessi nýja aðgerðartækni dýr og við verðum að hugsa um þjóðarhag. Víða erlendis eru þessi nýju og dýru tæki einungis á stöðum sem anna miklu stærra upptökusvæði en Ísland er. Við þurfum því að huga að því hvernig við nýtum þau. Það þarf að miða allt skipulag við að nýta þessar dýru einingar, bæði tækin og þjálfað og sérhæft starfsfólk. Til dæmis með því að láta ekki aðgerðarstofur standa auðar vegna skorts á leguplássi og með því að skipuleggja lokanir deilda þannig að sem minnst dragi úr starfseminni. Það þýðir ekkert að bjóða Íslendingum upp á annað en það besta sem til er í heilbrigðisþjónustu hverju sinni, því verðum við að nýta og skipuleggja notkun þessa dýru pósta vel.

Eftir því sem þjóðin eldist eykst þörf fyrir ákveðnar aðgerðir og inngrip. Í ljósi þess er hægt að áætla þörfina fyrir aðgerðir og mannafla til að sinna þeim.

Ef við skoðum aldursdreifinguna á Íslandi sést að aldurshópar sem komast yfir miðjan aldur á næstu áratugum eru mjög fjölmennir. Að þessu þarf að hyggja þegar við tökum ákvarðanir um uppbyggingu í heilbrigðiskerfinu, ekki síst þegar við förum að byggja nýjan spítala."

Heilsugæslunni hefur hrakað

– Hvernig finnst þér umræður um heilbrigðismál í samfélaginu vera?

„Mér finnst að það þurfi að ræða meira um nýjan spítala. Landspítalinn er spítali allra Íslendinga, háskólasjúkrahús okkar og það þarf að huga að því að byggja hann upp á einum stað. Margar þessara gömlu bygginga eru óhagkvæmar og gera starfsemina erfiðari en ella. Það er brýnt að fara byrja á því stóra verkefni. Mér finnst einnig mikilvægt að huga betur að heilsugæslunni. Henni hefur hrakað og margir án aðgangs að heilsugæslulækni. Það er mikið um að fólk sem hefur verið í aðgerðum hjá okkur og er farið heim leitar til okkar eftir lyfjaávísunum og með allskyns vandamál sem hafa ekkert með aðgerðina eða þann sjúkdóm sem leiddi til aðgerðar að gera, vegna þess að það hefur ekki aðgang að heimilislækni. Ég sakna þess mjög að hafa ekki öflugri heilsugæslu sem getur tekið við sjúklingum eftir að þeir hafa verið í aðgerð hjá okkur."

Nauðsynlegt að skoða rekstrarformið

– Rekstrarform heilbrigðisþjónustunnar hefur verið til umræðu. Hvað getur þú lagt til mála þar?

„Við verðum að skoða mismunandi rekstrarform og sjá hvað hentar best. Væri til dæmis heppilegt að fá einkaaðila til að reisa hús hér við hliðina á okkur þar sem við gætum komið fyrir göngudeild og skurðstofu fyrir smærri aðgerðir? Eða mætti hugsa sér að starfsfólkið tæki að sér að reka skurðdeildina eða sérhæfðar göngudeildir? Þurfum við að eiga öll þessu dýru tæki, er ekki hægt að hafa þau í rekstrarleigu? Ég er ekkert viss um að neitt af þessi verði til bóta en við þurfum að skoða það og leggja á það mat hvort þessar leiðir gætu verið hagkvæmari og skilvirkari.

– Hefurðu heyrt einhvern stjórnmálamann tala um heilbrigðismál í þessari kosningabaráttu?

„Nei. Við höfum stundum boðið stjórnmálamönnum að koma og kynna sér málin og þeir sýna því allir áhuga. En við verðum ekki vör við að það breyti miklu um það hvernig málin eru rædd. Vissulega eru heilbrigðismál flókin og kannski gerum við okkur ekki grein fyrir því hversu flókin þau geta verið í augum fólks sem ekki lifir og hrærist í þeim. En við þurfum kannski að vera duglegri við að fræða almenning og stjórnmálamenn," sagði Margrét Oddsdóttir skurðlæknir.

SINGULAIR®
Tuggutöflur: R 03 DC 03
Virkt innihaldsefni: Montelúkast 4 mg. Ábendingar: SINGULAIR er ætlað til meðferðar við astma sem viðbótarmeðferð hjá sjúklingum sem hafa vægan eða miðlungsmikinn viðvarandi astma, þegar meðferð með innúðasterum er ekki fullnægjandi og þegar notkun stuttverkandi -agónista „eftir þörfum" veitir ekki fullnægjandi klíníska meðferð við astma. SINGULAIR er einnig ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar á áreynsluastma. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtastærð handa börnum 2-5 ára er ein 4 mg tuggutafla daglega, tekin inn að kvöldi. Ef SINGULAIR er tekið í tengslum við máltíð verður að taka SINGULAIR inn 1 klukkustund fyrir eða 2 klukkustundum eftir máltíð. Ekki er þörf á aðlögun skammta innan þessa aldurshóps. Reynsla er ekki fyrir hendi varðandi notkun hjá börnum undir 2 ára aldri, og því er ekki mælt með notkun montelúkasts fyrr en frekari gögn liggja fyrir. Öryggi og verkun lyfsins hefur ekki verið staðfest hjá þessum aldurshópi. *Almennar ráðleggingar*: Lækningaleg verkun SINGULAIR á einkenni astma kemur fram innan sólarhrings. Ráðleggja skal sjúklingum að halda áfram að taka inn SINGULAIR jafnvel þótt astmaeinkennin hverfi, og einnig þegar astmaeinkennin versna. Ekki er þörf á aðlögun skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi eða væga eða miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi. Engar upplýsingar finnast um sjúklinga með alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. Skammtar eru þeir sömu fyrir bæði kynin. *Meðferð með SINGULAIR í tengslum við aðra meðferð gegn astma.* SINGULAIR má bæta við þá meðferð sem sjúklingurinn er þegar að fá. *Meðferð með -agónistum:* SINGULAIR má bæta við meðferð þegar meðferð með stuttverkandi -agónistum "eftir þörfum" dugir ekki ein sér. Þegar klínísk svörun hefur átt sér stað (venjulega eftir fyrsta skammtinn), getur sjúklingurinn e.t.v. dregið úr meðferð með stuttverkandi -agónistum "eftir þörfum". *Innúðabarksterar:* Meðferð með SINGULAIR má nota sem viðbótarmeðferð þegar önnur lyf s.s. innúðabarksterar veita ekki fullnægjandi klíníska meðferð. SINGULAIR á ekki að gefa í stað innúðabarkstera (sjá 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). 10-mg töflur, eru fáanlegar handa fullorðnum sjúklingum, 15 ára og eldri. 5-mg tuggutöflur eru fáanlegar fyrir 6 til 14 ára börn. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju af hjálparefnunum. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ráðleggja skal sjúklingum að nota aldrei montelúkast töflur til inntöku við bráðum astmaköstum, heldur hafa sín venjulegu viðeigandi lyf tiltæk til notkunar við slíkar aðstæður. Ef brátt astmakast á sér stað skal nota stuttverkandi -agónista til innúðunar. Sjúklingar skulu ráðfæra sig við sinn lækni svo fljótt sem auðið er, ef þeir þurfa meira af -agónistum til innúðunar, en áður. Montelúkast á ekki að gefa í stað innúðabarkstera eða barkstera til inntöku. Ekki hefur verið sýnt fram á að hægt sé að draga úr notkun barkstera til inntöku þegar montelúkast er gefið samhliða þeim. Í sjaldgæfum tilvikum getur fjölgun eósínófíla átt sér stað hjá sjúklingum í meðferð með astmalyfjum, þ.á m. montelúkasti, sem stundum kemur fram með klínískum einkennum æðabólgu sem samræmist Churg-Strauss heilkenni, sjúkdómi sem oft er meðhöndlaður með barksterum (systemic). Í flestum þessara tilvika, en ekki öllum, hafa skammtar af barksterum til inntöku verið minnkaðir eða notkun þeirra hætt. Hvorki er hægt að útiloka né staðfesta að Churg-Strauss heilkenni komi upp í tengslum við leukotríen viðtaka antagónista. Læknar skulu vera á verði m.t.t. fjölgunar eósínófíla, útbrota í tengslum við æðabólgu, versnandi lungnaeinkenna, aukaverkana á hjarta, og/eða taugabólgu hjá sjúklingunum. Endurmeta skal ástand sjúklinga sem fá þessi einkenni og endurskoða meðferð þeirra. Öryggi og virkni hefur ekki enn verið staðfest hjá börnum undir 2 ára að aldri. SINGULAIR inniheldur aspartam, sem inniheldur fenýlalanín. Sjúklingar með fenýlketónmigu ættu að athuga að sérhver 4 mg tuggutafla inniheldur sem samsvarar 0,674 mg af fenýlalaníni. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Montelúkast má gefa samhliða annarri hefðbundinni fyrirbyggjandi meðferð og hefðbundinni meðferð við langvinnum astma. Í rannsóknum á milliverkunum hafði ráðlagður klínískur skammtur af montelúkasti engin klínískt marktæk áhrif á lyfjahvörf eftirfarandi lyfja: Theófyllíns, prednisóns, prednisólóns, getnaðarvarnartaflna (ethinyl-estradíol/norethindrone 35/1), terfenadíns, dígoxíns og warfaríns. AUC fyrir montelúkast var u.þ.b. 40% minna hjá einstaklingum sem fengu fenóbarbital samhliða montelúkasti. Þar sem montelúkast umbrotnar fyrir tilstilli CYP 3A4 skal gæta varúðar sérstaklega hjá börnum þegar montelúkast er gefið samhliða lyfjum sem innleiða CYP 3A4, svo sem fenýtóíni, fenóbarbitali og rifampisíni. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þar sem engar samanburðarrannsóknir hafa verið gerðar hjá þunguðum konum eða konum með barn á brjósti á ekki að nota montelúkast á meðgöngu eða hjá konum með barn á brjósti nema brýna nauðsyn beri til. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir voru almennt vægar og hafa yfirleitt ekki orðið til þess að hætta þurfi meðferð. Húðaðar 10 mg montelúkast töflur hafa verið prófaðar hjá u.þ.b. 2600 fullorðnum sjúklingum, 15 ára og eldri, í klínískum rannsóknum. Montelúkast 4 mg tuggutöflur hafa verið prófaðar hjá 573 börnum á aldrinum 2–5 ára. Í klínískri samanburðarrannsókn með lyfleysu, sem stóð í 12 vikur, var þorsti eina aukaverkunin sem almennt var skráð í tengslum við lyfið hjá sjúklingum sem fengu montelúkast. Eftirfarandi aukaverkanir, voru skráðar hjá 2-5 ára börnum í klínískum rannsóknum. Ekki var tekið tillit til orsakasambands: Mjög algengar (>1/10): Öndunarfæri: Hósti. 502 börn, 2 til 5 ára voru meðhöndluð með montelúkasti í a.m.k. 3 mánuði, 338 í 6 mánuði eða lengur og 256 börn í 12 mánuði eða lengur. Eðli aukaverkananna breyttist ekki með lengd meðferðar. Montelúkast 5 mg tuggutöflur hafa verið prófaðar hjá u.þ.b. 320 sjúklingum á aldrinum 6–14 ára. Reynsla af langtímameðferð (meira en ár) hjá þessum aldurshóp nær aðeins til 121 sjúklinga. Í klínískri samanburðarrannsókn með lyfleysu, sem stóð í 8 vikur, var höfuðverkur eina aukaverkunin sem almennt var skráð í tengslum við lyfið. Eftirfarandi aukaverkanir, voru skráðar hjá 6 til 14 ára börnum í klínískum rannsóknum. Ekki var tekið tillit til orsakasambands: Mjög algengar (>1/10): Öndunarfæri: Hálsbólga. Algengar (>1/100, <1/10): Almennar: Hiti. Meltingarfæri: Niðurgangur, ógleði. Öndunarfæri: Inflúensa, skútabólga. Aukaverkanamynstrið hélst óbreytt við langtímameðferð, í klínískum rannsóknum á takmörkuðum fjölda sjúklinga, í allt að 2 ár. Eftirfarandi aukaverkanir hafa mjög sjaldan verið skráðar við almenna notkun lyfsins: Máttleysi/þreyta, svimi, óeðlilegir draumar þar á meðal martraðir, syfja, svefnleysi, ónuglyndi, eirðarleysi, liðverkir, niðurgangur, munnþurrkur, meltingartruflanir, ofnæmisviðbrögð (þ.á m. bráðaofnæmi, ofsabjúgur, ofsakláði, kláði, útbrot og eitt tilfelli af íferð eósínófíla í lifur), lasleiki, vöðaverkir, ógleði og uppköst. Pakkningar og verð (desember, 2002): 28 stk. 5726 kr. 98 stk. 16975 kr. Afgreiðsla: Lyfseðilsskylda. Greiðsluþátttaka: B. **HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi**: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Hvernig er bótaábyrgð háttað samkvæmt lögum nr. 111/2000 um sjúklingatryggingar?



Gunnar Ármannsson

Í GREIN ÞESSARI er fjallað um nokkur álitaefni sem varða bótaábyrgð samkvæmt lögum um sjúklingatryggingar. Ekki er um tæmandi umfjöllun að ræða heldur er sjónum fyrst og fremst beint að völdum greinum laganna. Að mestu er stuðst við greinargerð með lögunum til skýringar ásamt grein Arnljóts Björnssonar í 4. hefti Tímarits lögfræðinga frá 1994, um bótaábyrgð heilbrigðisstétta og sjúkrastofnana.

Fram til ársins 1989 áttu sjúklingar sem urðu fyrir heilsutjóni við læknismeðferð eingöngu bótarétt ef þeir gátu sannað sök eða önnur atvik sem eru skilyrði bótaskyldu eftir skaðabótareglum. Á árinu 1989 var bætt inn í lög um almannatryggingar, nr. 67/1971 (nú lög nr. 117/1993), ákvæði um bætur vegna tjóns sem sjúklingar urðu fyrir vegna læknisaðgerða eða mistaka starfsfólks sem starfar á sjúkrastofnunum. Bótaréttur var þó takmarkaður við bætur eftir almannatryggingalögum sem oftast eru mun lægri en þær sem menn geta átt eftir almennum skaðabótareglum.

Tjónsatvik sem lög nr. 111/2000 taka til

Með lögum nr. 111/2000 um sjúklingatryggingar var réttur sjúklinga til bóta rýmkaður verulega frá því sem áður var. Skilyrði fyrir rétti til bóta eru mjög frábrugðin bótaskilyrðum almannatrygginga, hefðbundinni slysatryggingu og reglum skaðabótaréttar. Tryggingarnar greiða bætur fyrir tjón sem koma hefði mátt í veg fyrir með því að haga rannsókn eða meðferð sjúklings öðruvísi en gert var. Í vissum tilvikum stofnast bótaréttur þótt ekki hefði verið unnt að afstýra tjóni. Nánar segir í lögunum:

Tjónsatvik sem lögin taka til

2. gr. Bætur skal greiða án tillits til þess hvort einhver ber skaðabótaábyrgð samkvæmt reglum skaðabótaréttarins, enda megi að öllum líkindum rekja tjónið til einhvers eftirtalinna atvika:

1. Ætla má að komast hefði mátt hjá tjóni ef rannsókn eða meðferð við þær aðstæður sem um ræðir hefði verið hagað eins vel og unnt hefði verið og í samræmi við þekkingu og reynslu á viðkomandi sviði.
2. Tjón hlýst af bilun eða galla í tæki, áhöldum eða öðrum búnaði sem notaður er við rannsókn eða sjúkdómsmeðferð.
3. Mat sem síðar er gert leiðir í ljós að komast hefði mátt hjá tjóni með því að beita annarri meðferðaraðferð eða -tækni sem völ var á og hefði frá læknisfræðilegu sjónarmiði gert sama gagn við meðferð sjúklings.
4. Tjón hlýst af meðferð eða rannsókn, þ.m.t. aðgerð sem ætlað er að greina sjúkdóm og tjónið er af sýkingu eða öðrum fylgikvilla sem er meiri en svo að sanngjarnt sé að sjúklingur þoli það bótalaust. Annars vegar skal líta til þess hve tjón er mikið og hins vegar til sjúkdóms og heilsufars sjúklings að öðru leyti. Þá skal taka mið af því hvort algengt er að tjón verði af meðferð eins og þeirri sem sjúklingur gekkst undir og hvort eða að hve miklu leyti gera mátti ráð fyrir að hætta væri á slíku tjóni.

Fram kemur í þessari grein að skilyrði greiðsluskyldu er að tjón tengist rannsókn eða sjúkdómsmeðferð. Nánari skilyrði eru talin upp í fjórum liðum og nægir að einn liðurinn eigi við.

Skilyrði um að tjón tengist rannsókn eða sjúkdómsmeðferð leiðir til þess að ákvæðið tekur ekki til skaðlegra afleiðinga eða annars tjóns sem hlýst af sjúkdómi sem sjúklingur þjáðist af fyrir. Bætur skal því ekki greiða fyrir tjón sem eingöngu verður rakið til þess að aðgerð eða önnur sjúkdómsmeðferð tókst ekki.

Tjón skal hafa hlotist af meðferð eins og sagt er frá í 1. gr. laganna. Því skal ekki greiða bætur fyrir tjón af eðlilegum afleiðingum sjúkdómsins eða fylgikvillum sem rekja má til sjúkdómsins. Hafi hins vegar sjúkdómur dregist á langinn vegna þess að sjúklingur fékk ekki viðeigandi meðferð, t.d. af því að sjúkdómsgreining var röng, getur sjúklingur átt rétt á bótum, skv. 1. eða 2. tölul. 2. gr.

Við mat á því hvort nauðsynlegt orsakasamband sé milli tjóns og rannsóknar eða meðferðar sjúklings er nægilegt að sýnt sé fram á að tjón hafi að öllum líkindum hlotist af þessari rannsókn eða meðferð, sbr. upphafsákvæði 2. gr.

Samkvæmt þessu tekur greinin til tjóns sjúklings ef könnun á málsatvikum leiðir í ljós að líklegra sé að tjónið stafi af rannsókn eða meðferð en öðrum orsökum, t.d. fylgikvilla sem upp getur komið án þess að meðferð sjúklingsins hafi á það áhrif. Ef engu verður slegið föstu um orsök tjóns verður að vega og meta allar hugsanlegar orsakir. Ef niðurstaðan verður sú að eins líklegt sé að tjónið sé óháð meðferðinni er bótaréttur ekki fyrir hendi. Sama gildir ef ekkert verður sagt um hver sé líklegasta orsök tjóns.

Bótaskilyrði 2. gr. eru byggð á því að bætur skuli

Höfundur er héraðsdómslögmaður og framkvæmdastjóri Læknafélags Íslands.

aðeins greiða fyrir tjón sem komast hefði mátt hjá með því að haga rannsókn eða meðferð á annan hátt en gert var. Frá þessu er ekki vikið í 1.-3. tölul. Skv. 4. tölul. má hins vegar í vissum tilvikum greiða bætur fyrir tjón sem ekki var komist hjá.

Samkvæmt 1. tölul. þarf að kanna hvort komast hefði mátt hjá tjóni ef rannsókn eða meðferð við þær aðstæður sem um ræðir hefði verið hagað eins vel og kostur var og í samræmi við þekkingu og reynslu á viðkomandi sviði.

Séu skilyrði 1. tölul. ekki fyrir hendi kemur til athugunar, sbr. 2. tölul., hvort tjón megi rekja til bilunar eða galla í búnaði sem notaður var við rannsókn eða meðferð þannig að komist hefði verið hjá tjóni ef ekkert hefði farið úrskeiðis. Ef tjónið verður rakið til þessa skal greiða bætur skv. 2. tölul. þrátt fyrir að öllu hefði verið hagað eins vel og unnt var. Ef ekki eru skilyrði til bóta skv. 1. eða 2. tölul. kemur 3. tölul. til álita. Samkvæmt honum ber að greiða bætur ef komast hefði mátt hjá tjóni með því að nota aðra aðferð eða tækni sem völ var á. Fáist bætur ekki skv. 1., 2. eða 3. tölul. verður að athuga hvort 4. tölul. getur átt við. Samkvæmt honum á sjúklingur rétt á bótum ef hann skaðast af sýkingu eða öðrum fylgikvilla sem er meiri en talið verður eðlilegt samkvæmt sjónarmiðum sem nánar eru tilgreind í 4. tölul. Réttur til bóta helst þótt ekki hefði verið unnt að afstýra tjóni með annarri aðferð eða tækni.

Hverjir eru bótaskyldir?

Samkvæmt 9. gr. laganna eru allir bótaskyldir sem veita heilbrigðisþjónustu, innan stofnana sem utan. Í greininni eru taldar upp heilsugæslustöðvar, sjúkrahús, aðrar heilbrigðisstofnanir, allt án tillits til rekstrarforma. Að auki fær Tryggingastofnun ríkisins sinn sess og einnig þeir sem annast sjúkraflutninga. Til viðbótar við þessa upptalningu bera heilbrigðisstarfsmenn sem starfa sjálfstætt og hafa hlotið löggildingu heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra til starfans, án tillits til þess hvort þeir veita heilbrigðisþjónustu sem sjúklingur greiðir að fullu sjálfur eða sem greidd er af sjúkratryggingum samkvæmt samningi við Tryggingastofnun ríkisins. Þessir aðilar eru allir skyldaðir til að vera með gilda vátryggingu hjá vátryggingarfélagi en þó með þeirri undantekningu að ríkisfyrirtækin eru undanþegin.

Skylda sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna til að vera með sjúklingatryggingar nær til þess sem þeir gera í atvinnustarfsemi sinni. Það þýðir að þær tryggingar ná ekki til athafna lækna utan atvinnustarfsemi þeirra. Má sem dæmi nefna að ef læknir er kallaður til í leikhúsi vegna aðsvifs leikhússgests eða ef læknir kemur sem almennur borgari fyrstur á slysstað og veitir læknishjálp þá myndu afleiðingar hugsanlegra mistaka hans vera vegnar eftir almennu sakarreglunni sem minnst var á í inngangskafla, en ekki þeirri mælistiku sem lögin um sjúklingatryggingar setja. Sömu sjónarmið myndu væntanlega eiga við ef læknir veitir skyldmenni sínu læknisþjónustu án þess að um lið í atvinnustarfsemi hans sé að ræða.

Læknar og lög

Læknar hafa í vaxandi mæli orðið þess varir að um starfsemi þeirra gilda ýmis lög, sum ný en önnur eldri. Því varð það úr að Læknablaðið leitaði til framkvæmdastjóra Læknafélags Íslands eftir aðstoð við að fjalla um lagalegan ramma læknisstarfsins. Verða birtir um það pistlar hér og í næstu blöðum eftir því sem tilefni gefst til.

Í fyrstu pistlunum sem birtast verður einkum fjallað um tvö svið sem snerta lækna í daglegum störfum. Annars vegar tryggingavernd þeirra í starfi, svo sem gagnvart mistökum eða óánægju sjúklinga með störf þeirra. Hins vegar er það vottorðagjöf eða fagleg umsögn fyrir dómi þegar dómstólar eða þeir sem aðild eiga að dómsmálum leita eftir sérfræðiaðstoð lækna. Meginspurning þessara pistla verður: Hver er réttarstaða læknа?

Læknablaðið biður lækna og aðra sem hafa hugmyndir um umfjöllunarefni af þessum toga að koma þeim á framfæri við blaðið.

Endurkröfuréttur tryggingafélaga á hendur læknum

Í 8. gr. laganna er kveðið á um endurkröfurétt tryggingafélaga. Þar kemur fram að ekki verður komið fram endurkröfu á hendur bótaskyldum aðila nema hann hafi valdið tjóni af ásetningi. Með þessu er vikið frá almennum réttarreglum. Meginástæða þess er tilgreind sú að hugsanlega gæti ótti heilbrigðisstarfsmanna við skaðabótakröfur í einhverjum tilvikum spillt eða tafið fyrir rannsókn á orsökum tjóns.

Skynsamlegar reglur?

Með þessum nýju lögum var tilgangurinn m.a. sá að auðvelda tjónþolum að fá bætur. Rök fyrir reglunum hafa verið þau að vegna sönnunarvandkvæða sé um sanngirnismál að tefla, öflun vitneskju um það sem betur megi fara muni verða auðveldari, draga muni úr fjölda bótamála fyrir dómstólum o.fl. Rökin gegn reglunum hafa m.a. verið nefnd þau að á öðrum sviðum mannlegs lífs þar sem tjónþolar eiga ekki kost á sérstökum bótaúrræðum á borð við sjúklingatryggingu eða slysatryggingu ættu sambærilegar reglur að gilda. T.d. hefur verið bent á að ekki séu rök til þess að menn sem hljóta örorku vegna áfalla í kjölfar læknismeðferðar öðlist mun víðtækari bótarétt en þeir sem orðið hafa fyrir sambærilegum örkumlum af völdum slyss eða sjúkdóms. Þá hefur einnig verið bent á kostnaðarauka sem fylgja sjúklingatryggingum.

Í umsögn Læknafélags Íslands um frumvarpið á sínum tíma var bent á ýmsa vankanta þess. M.a. var bent á mikla mismunun milli lækna sem vinna sem

launþegar og þeirra sem vinna sjálfstætt. Sjálfstætt starfandi læknar bera allan kostnað af tryggingunni meðan hinir vinna í skjóli ábyrgðar vinnuveitandans. Þótt áhrif þessarar mismununar séu sem stendur ekki endilega mikil kunna þau síðar að hafa mikil áhrif.

Í þættinum 60 mínútur sem sýndur var á Stöð 2 sunnudagskvöldið 16. mars sl. kom fram að bandarískir læknar eru í æ meira mæli farnir að velja sér sérgreinar þar sem hættan á læknamistökum er lítil. Ástæðan er sú að iðgjöld þeirra lækna sem stunda sérgreinar þar sem áhættan er meiri hefur á fáum árum margfaldast og er nú svo komið að rekstur margra þeirra stendur ekki undir kostnaði. Þessi þróun hefur leitt til þess að farið er að bera á alvarlegum skorti lækna í þeim sérgreinum þar sem áhættan er talin meiri. Hefur þetta vandamál leitt til þess að í sumum ríkjum Bandaríkjanna hefur hámarksfjárhæð bóta verið lögfest og Bandaríkjaforseti hefur beitt sér fyrir að svo verði gert víðar í því skyni að snúa þeirri þróun við sem byrjuð er.

Til að sporna strax við tilhneigingu til óæskilegrar þróunar hér á landi er nauðsynlegt að gera lækna jafnsetta hvað varðar iðgjaldagreiðslur og gera þeim sem sjálfir þurfa að kaupa sér tryggingar kleift að innheimta gjöldin af þeim sem eiga að njóta ávaxtanna af tryggingunum – þ.e. viðskiptavinunum.

Íslendingar greiða í heild 40-60% hærra verð fyrir lyf en nágrannaþjóðir



Ólafur Ólafsson

Höfundur er fyrrverandi landlæknir.

MIKLAR UMRÆÐUR hafa verið um dýrleika lyfja á Íslandi í samanburði við nágrannaþjóðirnar. Lítið gagn er að því að tala um einstök lyf til samanburðar eins og gert hefur verið. Menn leita langt yfir skammt. Nákvæmar upplýsingar hafa lengi verið til um heildarsölu lyfja og smásöluverð þeirra í tölfræðihandbókum Norðurlanda sem koma út árlega. Hér á eftir fylgja slíkar upplýsingar frá 1999.

Lyfjasala á Norðurlöndunum 1999

	Lyfjasala mæld í evrum á íbúa	Lyfjasala í dagsskömmtun á 1000 íbúa
Ísland	429	880
Danmörk	269	900
Finnland	288	1050
Noregur	290	950
Svíþjóð	299	1150

Health statistics in the Nordic countries 1999.

Rétt er að geta þess að lyfjaverslanir á Íslandi kaupa lyf á rúmlega 10% hærra verði á pakkninguna en lyfjaverslanir á hinum Norðurlöndunum. Lyfjafyrirtækin flagga oft þessum tölum sem segja þó aðeins hálfan sannleikann.

Á Íslandi er selt minnsta af lyfjum en smásöluverð er 40-60% hærra en meðal hinna Norðurlandaþjóðanna þegar á heildina er litið. Svipaðar tölur komu fram á árunum 1983-1998 sbr. sömu heimildir og í Fylgiriti landlæknis 1988 nr. 4. Við nánari athugun kemur í ljós að neysla geð-, róandi-, svefn- og sýklalyfja er einna hæst á Íslandi, en neysla annarra tegunda lyfja er einna minnst svo að heildarneysla er minnst hér á landi. Aðalorsökin er að heildsölu- og smásöluálagning er langhæst hér á Íslandi. Menn geta kynnt sér þessar tölur betur í norrænum tölfræðibókum sem koma út árlega, en að þessum samanburði hefur verið unnið í áratugi.

Helstu leiðir til þess að lækka verð er að lækka heild- og smásöluálagninguna. Hæg eru heimatökin því nú eru það aðallega tveir aðilar sem sjá um smásöluna. Freista þarf þess að taka þátt í útboðum með nágrannaþjóðum eins og Landsspítalamenn hafa bent á. Ennfremur mætti heilbrigðisráðherra huga betur að óskráðum lyfjum sem falla ekki undir verðlagseftirlit. En ljóst er af þessari samantekt að lyf eru úr hófi dýrari hér á landi í samanburði við nágrannalönd og kemur verst niður á veiku fólki, öryrkjum og öldruðum. Lyfjafyrirtæki hafa hingað til ekki getað hnekkt þessum útreikningum en falið sig á bak við alls óskyldar upplýsingar.

Heilbrigðiskerfið og Læknafélagið



Ólafur Örn Arnarson

Formaður LÍ sendi mér kveðjur í síðasta Læknablaði. Tilefnið var að ég hafði haft samband við Jóhann Heiðar varðandi túlkun ýmissa stjórnmálamanna, til dæmis núverandi og fyrrverandi heilbrigðisráðherra, á hugtakinu einkavæðing. Jóhann skýrði málið að sjálfsögðu mjög vel hér í blaðinu og samkvæmt okkar hernaðaráætlun fylgdi ég því eftir með pistli í Morgunblaðinu. Eitt er víst að Einar Oddur Kristjánsson kom fram í sjónvarpi nokkru síðar og var okkur Jóhanni algerlega sammála um hvað orðið einkavæðing þýðir.

Formaður vor hvetur til umræðu á þessum vettvangi um heilbrigðismál og setur fram sínar eigin hugmyndir um heilbrigðiskerfið og uppbyggingu þess. En þá kárnar gamanið því að þetta skipulag hef ég aldrei heyrt um áður! Formaður telur um að ræða þrjú „kerfi" sem hann nefnir X, Y og Z og kallar þetta einföldun!

Í öllum menningarlöndum sem ég þekki til er heilbrigðiskerfi skipt í tvo meginþætti, tryggingaþátt og rekstrarþátt. Við breytingar á þessum kerfum hafa skilin milli þeirra verið skerpt og menn talið nauðsynlegt að skilja á milli þeirra sem kaupa þjónustu og selja hana. Í Evrópu er um tvær meginaðferðir að ræða, annars vegar þá sem við ásamt Bretum og Skandinövum notum en hina sem þjóðir í Mið-Evrópu nota.

Í okkar kerfi eru „iðgjöld" innheimt af sköttum og eru því tekjutengd. Ríkið sér algerlega um þennan þátt og um réttindi sjúklinga er til dæmis fjallað í stjórnarskrá okkar, lögum um heilbrigðisþjónustu og lögum um réttindi sjúklinga. Gallinn er sá að réttindi þeirra sem eru tryggðir eru ekki skilgreind á nokkurn hátt nema í áðurgreindum lögum. Eina skilgreiningin sem ég þekki er reglugerð nr. 471/2001 sem fjallar um að fegrunaraðgerðir séu ekki greiddar úr þessu kerfi. Annar galli er sá að ríkisvaldið hefur takmarkað þau með ófullnægjandi fjárlögum sem sögð eru öllum lögum æðri. Mér vitanlega hefur enginn stjórnmálaflokkur á Íslandi rætt um breytingar á þessu fyrirkomulagi.

Í Mið-Evrópu eru tryggingakerfin víða einkarekin en á grundvelli strangra laga sem tryggja almenningi aðgang að þjónustunni. Skilin á milli þáttanna eru mjög skörp og tryggingafélögin reka ekki þær stofnanir sem veita þjónustuna. Kostirnir við þetta kerfi hafa verið taldir þeir að almenningur er frekar tilbúinn að leggja meira fjármagn í þjónustuna þegar hann veit til hvers fjármagnið verður notað. Annað er að biðlistar eru stuttir því að einkarekin tryggingafélög vita að sjálfsögðu upp á hár hvað biðlistar kosta.

Mjög athyglisvert er að Evrópudómstóllinn hefur kveðið upp úrskurð um þjónustu við sjúklinga. Niðurstaðan var sú að Rómarsáttmálinn gildir um heilbrigðisþjónustu. Íbúar Evrópulanda eiga fullan rétt á þjónustu án óeðlilegrar tafar og fái þeir hana ekki innan heimalandsins geta þeir leitað hvert sem er innan sambandsins og fengið þjónustu á kostnað heimalandsins. Þessi niðurstaða mun einnig gilda hér á landi og nauðsynlegt er að látið verði reyna á það fljótlega.

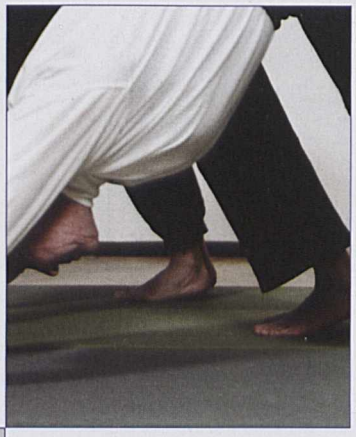
Þegar kemur að rekstrarþættinum er hægt að fela hann ýmsum aðilum á grundvelli samninga við tryggingakerfið, í okkar tilviki ríkið. Eðlilegast væri að einhver stofnun utan ráðuneytisins, til dæmis Tryggingastofnun ríkisins, fengi það hlutverk að semja við alla rekstraraðila. Í rekstrarþættinum er auðvitað beitt ýmsum rekstrarformum, spítalar og mest af heilsugæslu er rekið af ríkinu, sérfræðiþjónusta að miklu leyti rekin af læknum og hjúkrunarheimili rekin af sjálfseignarstofnunum og jafnvel viðskiptafyrirtækjum sem sérhæfa sig á þessu sviði. Heilbrigðisráðherra áformar nú að einkavæða rekstur heilsugæslu í Kópavogi.

Það sem fer illa með okkar heilbrigðiskerfi í dag er að kostnaður við hina ýmsu starfsemi er ekki nógu vel þekktur. Það hlýtur að vera mjög mikilvægt atriði ef við erum sammála skilgreiningu prófessors John Övretveit á gæðum í heilbrigðisþjónustu sem er: Að veita sjúklingi þá þjónustu sem hann þarfnast fyrir sem minnstan kostnað.

Að mínu viti skiptir litlu máli hver rekur heilbrigðisstofnanir á meðan ríkið heldur í föst fjárlög. Fyrst verður að breyta því, síðan getum við farið að ræða um hvaða leiðir eru bestar til að við nýtum það fjármagn sem fyrir hendi er þannig að sem flestir geti fengið þá þjónustu sem þeir eiga fullan rétt á.

Höfundur er læknir á eftirlaunum.

VIOXX® (RÓFECOXÍB, MSD)



Vioxx áhrifin







Að taka þátt

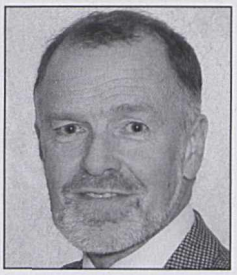
Að lifa með verkjum er líf með takmörkunum. Í rannsókn á yfir 80.000 sjúklingum með slitgigt kom fram að 88% sjúklinganna litu á Vioxx einu sinni á dag sem einfaldari meðferð en fyrri verkjameðferðir. 86% sjúklinganna upplifðu betri lífsgæði, þar sem þeir upplifðu jákvæðan mun verkjastillingarinnar.[1]

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

VIOXX®

Lyfjatexti á bls. 370

Miltisbrandur



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

Martha Hjálmarsdóttir, meinatæknir, vakti athygli á íslenska heitinu **miltisbrandur** og bað um að uppruni þess yrði skoðaður.

Erlenda heitið, **anthrax**, er komið úr grísku og merkti upphaflega *kol* eða *viðarkol*. Benda má á heitið **anthracosis**, sem notað er um *kolalitun lungna* eftir langvarandi reykmengun og hefur sama uppruna. Heitið anthrax er einnig notað um vissa tegund af *drepkýli*, sem á latínu nefnist **carbunculus**, en latneska orðið merkir *lítill kolamoli*. Skýringin er vafalaust sú að það form sjúkdómsins sem fram kemur í húð manna, **cutaneous anthrax**, einkennist af drepkýli sem síðar verður að sári með kolsvörtu hrúðri. Önnur helstu form sjúkdómsins stafa af sýkingu í meltingarvegi, **gastrointestinal anthrax**, öndunarvegi, **inhalational anthrax**, eða heilahimnum, **meningeal antrax**. Það eru eiturefni sýkilsins, *Bacillus anthracis*, sem valda bjúg, blæðingum og vefjadrepi.

Sjúkdómurinn berst til manna frá sýktum dýrum (hrossum, nautgripum og sauðfé), einkum til þeirra sem meðhöndla afurðir þeirra eða úrgang. Hnitmiðaða sjúkrasögu má finna í bókinni Hjúkrun sjúkra frá 1923 eftir Steingrím Matthíasson, héraðslækni á Akureyri: *Karl skar kú sína, sem drepist hafði úr miltisbrandi. Læknir bannaði honum að hirða kjötið. Hann óhlýðnaðist, sauð sér til matar, sýktist og dó.*

Sagt er að bólga og drep komi fram í **milti** dýranna og af því er fyrri orðhlutinn vafalítið dreginn. Síðari hlutinn, **brandur**, merkir samkvæmt Íslenskri orðabók Eddu: *1 eldur, logi 2 (logandi) skíði, eldiviður 3 skáld 4 svæðið framan við hlóðir 5 sverð, sverðsblað*. Líklegt má telja að hálfbrunninn og kolsvartur lurkur geti gefið hina sjónrænu ímynd drepsins.

Önnur heiti

Leitað var í Orðabók Háskólans og þar kemur fram að sjúkdómurinn var einnig nefndur *miltisbruni, miltisdrep, miltisbráðdauði, pest, bráðapest eða skinnapest*. Benda má á að orðið **bruni** var á fyrri öldum oft notað um sótthita og að **drep** var einnig nefnt *kolbrandur*.

Við leitina komu í ljós heitin **miltisveiki** og **miltissýki**, sem stundum voru notuð um ímyndunarveiki, **hypochondria**, hjá karlmönnum á svipaðan hátt og heitið **móðursýki**, **hysteria**, hjá konum. Forvitnilegt væri að fá upplýst hvernig miltið tengist þeirri veiki.

Af erlendum samheitum má nefna **cacantrax, charbon** (Fr), **carbuncular fever, milzbrand** (Þ), **splenic apoplexy** og **splenic fever**. Íslensku heitin draga sýnilega nokkurn dám af þeim. Skemmtilegt sögulegt yfirlit um 100 ára feril sjúkdómsins á Íslandi má finna í grein eftir Pál Agnar Pálsson, dýralækni, á bls. 545 í Bók Davíðs frá Háskólaútgáfunni 1996.

Pólitísk einkavæðing

Þó ekki hafi verið ætlunin að leggja íðorðapistlana undir pólitíska umræðu verður ekki hjá því komist að hnýta lítils háttar við það sem áður var sagt. Umræðan í tilefni af bréfi Ólafs Arnar (Lbl 2003; 89: 157) átti að gefa til kynna að orðið **einkavæðing** merkti einfaldlega það að ríkið hætti rekstri tiltekinnar starfsemi og að einkaaðilar taki við honum. Ríkið getur eftir sem áður kostað reksturinn og séð til þess, með lögum, reglugerðum eða samningum, að einstaklingar fái viðeigandi þjónustu gegn sömu greiðsluhlutdeild og áður eða jafnvel án greiðslu. Dæmi Sigurbjörns Sveinssonar í síðasta blaði (Lbl 2003; 89: 263) sýna að auðvelt er að flækja þetta einfalda mál og það gerir hann með því að gefa í skyn að réttur einstaklinga til að fá heilbrigðisþjónustu verði fyrir borð borinn í einkavæddu kerfi. Skyldi einkavæðing bankakerfisins tákna að einstaklingar eigi ekki lengur rétt á bankaþjónustu? Jafnframt virðist hann hafa það innifalið að einstaklingarnir greiði ekki neitt fyrir þjónustuna nema í því kerfi sem einkavætt er „til beggja enda".

Vandamálið við hina pólitísku umræðu um einkavæðingu í heilbrigðiskerfinu er einmitt oft það að menn nota orð með víðfeðma merkingu og ákveða hver fyrir sig hvað er innifalið í hugtakinu. Orðið sjálft segir ekki til um slíkt. Um hugtökin að baki orðunum þarf því að vera samkomulag ef fagleg umræða á að skila árangri. Vísvitandi hugtakaskekking er að auki eitt af einkennum hinnar pólitísku umræðu.

Hvað merkir til dæmis „einkavæðing heilsugæslunnar"? Merkir það eingöngu að rekstur heilsugæslustöðva verði falinn einkaaðilum, að ríkið greiði kostnaðinn og að laun starfsmanna og greiðslur sjúklinga verði óbreyttar? Merkir það hugsanlega að ríkið hætti öllum afskiptum af heilsugæslu, selji stöðvarnar einkaaðilum, leggi niður sjúkratryggingar og hætti að hlutast til um hvað einstaklingar greiða fyrir þjónustuna? Það er ekki ljóst af orðunum einum, en getur skipt meginmáli í heitri umræðu.

Brúðkaupsafmæli sem



Ebixa 10 mg filmuhúðaðar töflur. ATC-flokkur: N06DX01. Upplýsingar um lyfið (útdráttur úr SPC) Hver filmuhúðuð tafla inniheldur 10 mg af memantínhýdróklóríði (samsvarandi 8,31 mg memantín). **Ábendingar:** Meðferð sjúklinga sem haldnir eru Alzheimers-sjúkdómi á nokkuð háu eða háu stigi. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar má taka með eða án matar. *Fullorðnir:* Hámarksdagskammtur er 20 mg. Hefja skal meðferð með 5 mg á dag fyrstu vikuna. Aðra vikuna skal taka 5 mg tvisvar á dag og þriðju vikuna er mælt með 10 mg að morgni og 5 mg að kvöldi. Frá fjórðu viku má halda áfram meðferð með ráðlögðum viðhaldsskammti, 10 mg tvisvar á dag. Hjá sjúklingum með nokkuð skerta nýrnastarfsemi er rétt að minnka dagskammtinn niður í 5 mg tvisvar á dag. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Þar sem engar upplýsingar liggja fyrir varðandi sjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun innan við 9 ml/mín/1,73 m2) er ekki mælt með meðferð. Af lyfjafræðilegum forsendum og einstökum tilvikum er mælt með því að varúð sé viðhöfð þegar flogaveikisjúklingar eiga í hlut. Rétt er að forðast samhliða notkun N-methýl-D-aspartats (NMDA, taugaboðefni) blokka á borð við amantadín, ketamín eða dextrómetorfan. Þessi efni verka á sömu viðtakaog memantín og því geta óæskileg lyfjaviðbrögð (einkum tengd miðtauga-kerfi) verið tíðari eða sterkari. Sumir þættir sem geta hækkað sýrustig í þvagi geta krafist strangs eftirlits með sjúklingi. Meðal slíkra þátta eru gagngerar breytingar á mataræði, til dæmis úr kjötfæði í jurtafæði, eða mikil inntaka sýru-bindandi lyfja. Einnig getur sýrustig í þvagi hækkað vegna nýrnapíplablóðsýringar eða alvarlegra þvagfærasýkinga í þvagrás af völdum Proteus baktería. Við flestar klínískar rannsóknir voru sjúklingar sem nýlega höfðu fengið hjartaáfall, ómeðhöndlaða blóðþrýstingstilokaðir. Þar af leiðandi liggja litlar upplýsingar fyrir og þarf að fylgjast vel með sjúklingum sem hafa orðið fyrir ofangreindu. **Milliverkanir:** Vegna lyfjafræðilegra áhrifa memantíns og verkunarmáta kann að verða vart við eftirfarandi milliverkanir: Virkunarmáti bendir til þess að áhrif L-dópa, dópamínvirkra efna og andkólínvirkra efna geti aukist við samtímis meðferð með NMDA-blokkum, svo sem memantíni. Draga kann úr áhrifum barbitúrsýrusambanda og sefandi lyfja. Samtímis gjöf memantíns og krampalosandi efnanna, dantrólens eða baklófens, getur breytt áhrifum þeirra og leiðréttingá skammti kann að vera nauðsynleg. Samtímis notkun memantíns og amantadíns ber að forðast, þar sem henni fylgir hætta á sturlun vegna lyfjaeitrunar. Bæði efnasamböndin eru efnafræðilega skyld NMDA-blokkar. Sama kann að eiga við um ketamín og dextrómetorfan. Skýrsla hefur verið birt um eitt tilvik um hugsanlega hættu af samspili memantíns og fenýtóíns. Önnur lyf á borð við címetidín, ranitidín, prókaínamíð, kínidín, kínín og nikótín nýta sama katjónískra

vert er að muna



Ebixa® er fyrsta og eina lyfið í nýjum flokki – virkar á Alzheimers sjúkdóm einnig á háu stigi[1,2]

- Ebixa® eykur daglega virkni og skilvit[1,2]
- Ebixa® þolist vel og aukverkanir eru svipaðar og hjá lyfleysuhópi[3]

Lundbeck

Ebixa® memantine

Austurbakki

Umboð á Íslandi: Austurbakki hf • Köllunarklettsvegi 2
Sími 563 4000 • Fax 563 4090 • www.austurbakki.is

flutningskerfið um nýrun og amantadín og samvirkni þeirra við memantín gæti leitt til hættu á auknum sermisstyrk. Möguleiki kann að vera á minnkuðum útskilnaði hýdróklórtíaziðs (HCT) ef memantín er gefið samhliða HCT eða lyfjablöndum sem innihalda HCT. Memantín hamlaði ekki CYP 1A2, 2A6, 2C9, 2D6, 2E1, 3A, flavín-mónó-oxýgenasa , epoxíð-hýdrólasa og súlfateringu in vitro. **Meðganga:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun á meðgöngu. Memantín ætti ekki að taka á meðgöngu nema augljósa nauðsyn beri til. **Brjóstagjöf:** Ekki liggur fyrir hvort memantín berst í brjóstamjólk. Konur sem taka memantín ættu ekki að hafa barn á brjósti. **Aukaverkanir:** Í klínískum tilraunum á vitglöpum á nokkuð háu eða háu stigi var tíðni óæskilegra áhrifa ekki frábrugðin því sem hún var samfara notkun lyfleysu og voru óæskilegu áhrifin yfirleitt væg eða hófleg. Eftirfarandi sýnir algengustu (> 4% að því er varðar memantín) aukaverkanir (án tillits til orsakatengsla) sem vart varð hjá þeim sjúklingum sem haldnir voru vitglöpum á nokkuð háu eða háu stigi, sem tóku þátt í tilrauninni. Memantín n=299 [Lyfleysa n=288]: Óróa 27 (9,0%) [50 (17,4%)]; Slys 20 (6,7%),[20 (6,9%)]; Þvagleki17 (5,7%), [21 (7,3%)] Niðurgangur 16 (5,4%), [14 (4,9%)]; Svefnleysi 16 (5,4%); [14 (4,9%)]; Svimi 15 (5,0%), [8 (2,8%)]; Höfuðverkur 15 (5,0%), [9 (3,1%)]; Ofskynjanir 15 (5,0%), [6 (2,1%)]; Dettni 14 (4,7%), [14 (4,9%)]; Hægðatregða 12 (4,0%), [13 (4,5%)]; Hósti 12 (4,0%), [17 (5,9%)]. Algengar aukaverkanir (1-10% og tíðari en með lyfleysu) hjá sjúklingum sem tóku memantín eða lyfleysu voru: ofskynjanir (2,0 á móti 0,7%), rugl (1,3 á móti 0,3%), svimi (1,7 á móti 1,0%), höfuð-verkur (1,7 á móti 1,4%) og þreyta (1,0 á móti 0,3%). Sjaldgæfar aukaverkanir (0,1-1% og tíðari en með lyfleysu) voru kvíði, aukin vöðvaspenna, uppköst, blöðrubólga og aukin kynhvöt. **Ofskömmtun:** Hafi ofskammtur verið tekinn skal miða meðferð við einkennin. **Lyfhrif:** Memantín er spennuháður, með hóflega sækni , ekki samkeppnis NMDA-viðtakablokki. Það hindrar áhrif ofþrýstni glútamats sem gætti leitt til starfstruflunar taugafrumna. **Pakkningar og verð (september 2002):** 10 mg 30 stk; 5526 kr., 10 mg 50 stk; 8981 kr., 10 mg 100 stk; 17.502 kr. **HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, 2500 Valby, Danmörk. **Heimildir:** 1. Winblad B, Poritis N. Memantine In Severe Dementia: Results Of The M-Best Study (Benefit And Efficacy In Severely Demented Patients During Treatment With Memantine). Int J Geriat Psychiatry 1999;14:135-146 2. Reisberg B, Windscheif U, Ferris SH, Stoeffler A, Moebius H-J, and the Memantine Study Group. Memantine in moderately severe to severe Alzheimer's disease: results of a 6-month multicenter randomized controlled trial. Neurobiology of Aging 2000; 21 (1S): S1275. 3. Samantekt á eiginleikum lyfs, 15. maí 2002



Stöðugt fleiri ofnæmissjúklingar skipta yfir í Aerius®

AERIUS® (DESLORATADIN)

virkar á öll ofnæmiseinkenni, líka nefstíflu[1,2,3]
verkun kemur fljótt fram og helst
engin slæving - engar milliverkanir
ein tafla einu sinni á dag
saft fyrir börn frá 2ja ára aldri

Clarityn (lóratadín) R/LE. Ábendingar: Ofnæmissjúkdómar, einkum ofsakláði, ofnæmiskvef og ofnæmisbólgur í nefi. Skammtar og lyfjagjöf: 10 mg einu sinni á dag. Skammtastærðir handa börnum: Börn 15 ára og eldri: 10 mg einu sinni á dag. Börn 2-14 ára: þyngd >30 kg: 10 mg einu sinni á dag.þyngd <30 kg: 5 mg einu sinni á dag. Börn 1-2 ára: þyngd 10-15 kg: 2,5 mg einu sinni á dag. Frábendingar: Ofnæmi eða óþol fyrir innihaldsefnum lyfsins. Varnaðarorð og varúðarreglur: þrátt fyrir að lyfið sé ekki merkt með varúðarþrihyrningi, sem þýðir að lyfið geti skert hæfni manna til aksturs bifreiða og/eða stjórnunar annarra véla, er ekki útilokað að það geti haft þannig áhrif á einstaka sjúklinga. Gæta þarf sérstakrar varúðar hjá börnum með alvarlega nýrna-og lifrarsjúkdóma. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi þurfa minni skammta. Mælt er með að gefa helming af ráðlögðum dagsskammti (5 mg) á dag, eða 10 mg annan hvern dag. Milliverkanir: Alkóhól eykur ekki verkun lyfsins. Sýnt hefur verið fram á í klínískum rannsóknum að styrkur lyfsins í blóðvökva hækkar ef ketakónasól, erýtrómýcín eða címetidín er gefið samtímis, en án þess að valda aukaverkunum eða breytingum á hjartarafriti. Gæta skal varúðar við gjöf lyfsins samtímis öðrum lyfjum, sem vitað er að draga úr umbroti í lifur. Hætta skal gjöf lyfsins 48 klst. áður en sjúklingur gengst undir húðofnæmispróf til að útiloka að lyfið hafi áhrif á niðurstöður prófsins. Meðganga og brjóstagjöf: Notkun lyfsins á meðgöngutíma hefur verið metin hjá dýrum og ekki hefur komið ljós að það valdi vansköpun. Ekki er vitað hvort lyfið er öruggt barnshafandi konum. Lyfið ætti einungis að nota ef gagnsemi þess fyrir móður er talin vega meira en hugsanleg hætta fyrir fóstrið. Lyfið skilst út í brjóstamjólk í óverulegu magni og er talið ólíklegt að lyfjaáhrifa gæti hjá barni við venjulega skömmtun lyfsins. Aukaverkanir: Munnþurrkur, öfuðverkur. Sjaldgæfari aukaverkanir eru svimi, hraður hjartsláttur, ógleði, útbrot, depurð og truflun á tíðum. Skráð hafa verið nokkur tilvik af hárlosi, bráðaofnæmi og afbrigðilegri lifrarstarfsemi. Pakkningar og hámarks smásöluverð jan 03: Freyðitöflur 10 mg: 10 stk. (þynnupakkað) (L): 996 kr Mixtúra 1 mg/ml: 100 ml (L): 996 kr. Töflur 10 mg: 10 stk. (þynnupakkað) (L): 843 kr, 30 stk (þynnupakkað): 2274 kr, 100 stk. (þynnupakkað): 5639 kr. Handhafi markaðsleyfis: Schering-Plough Europe, Rue de Stalle 73, B1180 Brussel, Belgíu. Umboðsaðili á Íslandi: Ísfarm ehf. Lyngháls 13, 110 Reykjavík.

Aerius (desloratadín) töflur 5 mg (filmuhúðaðar); R E

Ábendingar: Aerius er ætlað að draga úr einkennum árstíðabundins ofnæmisnefkvefs og langvinns ofsakláða af óþekktum toga. Skammtar og lyfjagjöf: Fullorðnir og unglingar (12 ára og eldri): 1 tafla einu sinni á dag með eða án máltíðar. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna, eða fyrir lóratadíni. Varnaðarorð og varúðarreglur: Upplýsingar um verkun og öryggi Aerius tafla hjá börnum undir 12 ára aldri eru ekki fyrir hendi. Aerius ætti að nota með varúð við alvarlega nýrnabilun. Milliverkanir: Engar klínískar milliverkanir sem hafa þýðingu hafa komið í ljós í klínískum rannsóknum á Aerius töflum þar sem azithromycin, erythromycin eða ketoconazol var gefið samtímis. Í klínískri rannsókn þar sem Aerius töflur voru teknar samtímis alkóhóli jókst ekki slævandi verkun alkóhóls. Meðganga og brjóstagjöf: Í dýrarannsóknum sáust engin merki þess að desloratadin valdi vansköpun eða stökkbreytingum. þar sem engar klínískar upplýsingar eru til um notkun deslóratadíns á meðgöngu, hefur ekki verið sýnt fram á að óhætt sé að nota Aerius á meðgöngutíma. Aerius skal ekki nota á meðgöngu nema ef gagnsemi þess er talin vega meira en áhættan. Deslóratadín skilst út í brjóstamjólk, þess vegna er notkun Aerius ekki ráðlögð konum með barn á brjósti. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Aerius hefur engin eða óveruleg áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. Aukaverkanir: Eftir ráðlagðan skammt af Aerius voru aukaverkanir skráðar hjá 3% fleiri sjúklingum en hjá þeim sem voru meðhöndlaðir með lyfleysu. Algengustu aukaverkanir sem skýrt var frá umfram lyfleysu voru: þreyta, munnþurrkur og höfuðverkur. Pakkningar og hámarks smásöluverð mars 03: 10 stk. (þynnupakkað) 898 kr.; 30 stk. (þynnupakkað) 2.400 kr; 100 stk. (þynnupakkað) 5.962 kr. Handhafi markaðsleyfis: Schering-Plough Europe, Rue de Stalle 73, B1180 Brussel, Belgíu. Umboðsaðili á Íslandi: Ísfarm ehf. Lyngháls 13, 110 Reykjavík. Sjá nánari upplýsingar í lyfjatextum á heimasíðu Lyfjastofnunar www.lyfjastofnun.is

Heimildir: 1. E.O. Meltzer et al: Clin Drug Invest 2001; 21(1): 25-32. 2. A.S.Nayak et al: Allergy 2001; 56: 1077-1080. 3. J.Ring et al: Int J Dermatol 2001; 40:1-5.

ISFARM ehf.
ICEPHARM Ltd.

Schering-Plough A/S

MA 009-01

Faraldsfræði í dag

Réttmæti aðferða(fræði)



María Heimisdóttir

mariahei@landspitali.is

Í ÞESSUM ÞRIÐJA pistli um hugtakið réttmæti (validity) verður spjallað almennt um réttmæti aðferða eða aðferðafræði. Áður hefur verið rætt um réttmæti gagna og rannsóknarniðurstaðna. Réttmæti aðferða og mælitækja í faraldsfræðilegum eða tölfræðilegum skilningi tekur til þess hvort ákveðin aðferð eða mælitæki sem notuð er til að safna gögnum eða vinna úr þeim geri í raun það sem til er ætlast, hvort hún mæli það sem á að mæla eða vinni úr gögnunum þær upplýsingar sem vænst var.

Réttmæti mælitækja og úrvinnsluaðferða byggist að mörgu leyti á sömu grundvallarhugtökum og rædd voru varðandi réttmæti rannsóknarniðurstaðna. Þannig þarf að huga að tveimur aðalatriðum: er mælitækið (eða úrvinnsluaðferðin) réttmætt í því þýði sem það var þróað í (innra réttmæti, internal valdity) og er það réttmætt í öðrum þýðum (ytra réttmæti, external validity, generalizability). Eins og áður gildir að innra réttmæti er grundvöllur ytra réttmætis. Ytra réttmæti getur ekki verið til staðar án innra réttmætis, sem þó er ekki nægilegt eitt sér til að tryggja ytra réttmæti.

Þegar rætt er um mælitæki í þessu samhengi er ekki átt við hlutlægar mælingar, svo sem ljósgleypni eða beinþéttni, heldur aðferðir sem beitt er til að mæla viðföng sem ekki lúta sömu hlutlægu lögmálum og eru í sumum tilvikum að einhverju eða verulegu leyti huglæg. Sem dæmi um slík viðföng má nefna viðhorf sjúklinga til tiltekinnar þjónustu eða skilning þeirra á eigin sjúkdómi, þekkingu lækna á ákveðnum sjúkdómi eða upplifun almennings á eigin matarvenjum. Slíkar stærðir eru gjarnan mældar með einhvers konar spurningalistum eða viðtölum. Réttmæti þeirra aðferða snýst þá um það hvort til dæmis spurningalistinn sem lagður er fyrir sjúklinga til að mæla þekkingu þeirra á eigin sjúkdómi geri í raun það sem til er ætlast þannig að niðurstöður hans endurspegli persónulega þekkingu sjúklings á sjúkdómsástandi sínu. Þar sem um mælingu huglægra þátta er að ræða geta fjölmörg atriði orðið til þess að spilla réttmæti slíks mælitækis. Innan þýðisins þar sem mælitækið var þróað getur innra réttmæti takmarkast til dæmis af ónógum fjölda spurninga, óljósu orðalagi eða óviðeigandi spurningum sem ekki duga til að varpa ljósi á mikilvæga þætti. Ef mælitækinu er beitt í öðrum þýðum geta komið fram annmarkar á ytra réttmæti mælitækisins af ýmsum sökum, svo sem vegna breytileika í málfari og málskilningi eða mismunandi viðhorfa til sjúkdóma.

Réttmæti úrvinnsluaðferða veltur að mestu leyti á svipuðum þáttum og réttmæti mælitækja. Á svipaðan hátt og í umræðunni um réttmæti mælitækja er hér átt við úrvinnsluaðferðir sem byggjast á ákveðnum forsendum sem ekki er alltaf unnt að mæla með hlutlægum hætti og ekki eru algildar. Því eru úrvinnsluaðferðirnar heldur ekki algildar, ólíkt viðurkenndum stærðfræðilögmálum, og réttmæti þeirra má draga í efa ef þær eru ekki studdar viðeigandi gögnum og prófunum. Gott dæmi um slíkar úrvinnsluaðferðir eru til dæmis reiknilíkön sem notuð eru til að lýsa eiginleikum þýðis, innra sambandi eiginleika þess eða til að spá fyrir um atburði innan þess. Fjölmörg slík líkön eru í daglegri notkun innan heilbrigðisþjónustunnar, ýmist í klínískum tilgangi eða til stjórnunar og ákvarðanatöku. Má til dæmis nefna APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) líkanið sem notað er til að spá fyrir um skammtímaafdrif gjörgæslusjúklinga og DRG (Diagnosis-Related Groups) flokkunarkerfið sem nýtt er til að flokka sjúklinga eftir klínískum upplýsingum í þokkalega einsleita hópa hvað rekstrarlegar útkomur varðar. Innra réttmæti slíkra líkana getur takmarkast af ónógri þekkingu á þróunarþýðinu og eiginleikum þess, ófullnægjandi framsetningu forspárþátta, takmarkaðri stærð úrtaks sem leiðir til óstöðugra ályktana og öðrum þáttum sem valda því að aðferðin endurspeglar ekki raunverulega eiginleika þýðisins eða samband áhættuþátta og útkomu innan þess. Ytra sannleiksgildi líkana, eða notagildi þeirra í öðrum þýðum en þar sem þau voru upphaflega þróuð, getur sömuleiðis takmarkast af fjölmörgum þáttum, svo sem breytileika í lýðfræðilegri samsetningu, dreifingu og framgangi sjúkdóma, aðgengi að þjónustu, venjum við rannsóknir og meðferð, og, ef um er að ræða rekstrarfræðileg gögn, breytileika í formi og rekstri heilbrigðisþjónustunnar.

Hér hefur verið stiklað á stóru um þá fjölmörgu þætti er áhrif geta haft á réttmæti faraldsfræðilegra og tölfræðilegra aðferða. Í næsta pistli verður farið nánar út í þá sálma, rætt um aðferðafræðilegar orsakir og tekin fyrir dæmi til að skýra málið frekar.

Líður gigtarsjúklingunum þínum svona vel?



PHARMACIA

CELEBRA™ (CELECOXIB)

Frá bágri líðan til betri daga

Lyfjatexti á bls. 369

PharmaNor hf.
Hörgatún 2, 210 Garðabæ
Sími: 535 7000
Fax: 565 9085

Lyfjamál 114

Átak í lyfjamálum heilbrigðisstofnana

Á UNDANFÖRNUM vikum og mánuðum hefur mikil umræða verið um lyfjanotkun og lyfjakostnað hér á landi. Einkum hefur verið rætt og deilt um hækkun á lyfjakostnaði Landspítala og þá sérstaklega hækkun vegna sérhæfðra sjúkrahúslyfja (S-merkt-lyf) sem hefur verið veruleg að undanförnu. Eins og oft áður greinir menn á um orsakir og afleiðingar. Þegar leitað er leiða til að sporna við hækkun lyfjakostnaðar er gjarnan horft til lyfjaverðs og bent á að lyfjaverð hér á landi sé hærra en í nágrannalöndunum. Hátt lyfjaverð skiptir vissulega máli en þó ekki jafn miklu máli og val lyfja. Kostnaðarlega er höfuðvandinn sá að læknar velja fremur nýrri og dýrari lyf en eldri og ódýrari, jafnvel þó að vitað sé að oft komi þau eldri og ódýrari að jafn góðum notum. Þetta sést einkar vel þegar litið er til þróunar síðasta árs en þá varð veruleg kostnaðaraukning þrátt fyrir um 6% lyfjaverðslækkun sem varð á árinu vegna styrkingar íslensku krónunnar. Í þessu sambandi er vert að minna á grunnlyfjahugtakið (the essential drug concept) sem Alþjóða heilbrigðisstofnunin (WHO) hefur mjög haldið á lofti. Full ástæða er til að minna á grunnlyf þar sem mikilvægi þeirra virðist gleymast hraðar hér á landi en í öðrum löndum og hér hefur jafnvel verið gengið svo langt á undanförnum mánuðum að sum þessara lyfja hafa verið afskráð og markaðurinn skilinn eftir með mun dýrari og óhagkvæmari lausnir.

Vegna þessarar þróunar hefur ráðherra ákveðið að efna til átaks í lyfjamálum heilbrigðisstofnana meðal annars með það að markmiði að tryggja aðgang og forgang að grunnlyfjalista í heilbrigðisþjónustunni. Skipaður hefur verið stýrihópur til að vinna að þessum málum. Stýrihópnum er ætlað að vinna að sparnaði og hagræðingu í innkaupum lyfja, lyfjavali og réttri notkun þeirra, meðal annars með því að:

- Stuðla að stefnumörkun heilbrigðisstofnana í lyfjamálum (drug policy).
- Samræma val lyfja á lyfjalista byggða á grunnlyfjalista Alþjóða heilbrigðisstofnunarinnar, klínískum leiðbeiningum landlæknis og öðrum viðurkenndum leiðbeiningum (evidence based medicine).
- Sjá um útgáfu og kynningu hins sameiginlega lyfjalista.
- Stuðla að sameiginlegum innkaupum og útboðum á vegum Ríkiskaupa á þeim lyfjum sem valin eru á sameiginlega lyfjalista.
- Semja reglur um lyfjakynna og aðra sölumenn, um takmarkaðan aðgang þeirra að starfsfólki heilbrigðisstofnana, hvað þeir mega og hvað þeir mega ekki gera.
- Semja leiðbeiningar (stefnu) um með hvaða hætti ný og dýr lyfjameðferð er tekin í notkun á heilbrigðisstofnunum.



Einar Magnússon

Höfundur er yfirlyfjafræðingur í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti.

Læknablaðið sækir fram á netinu

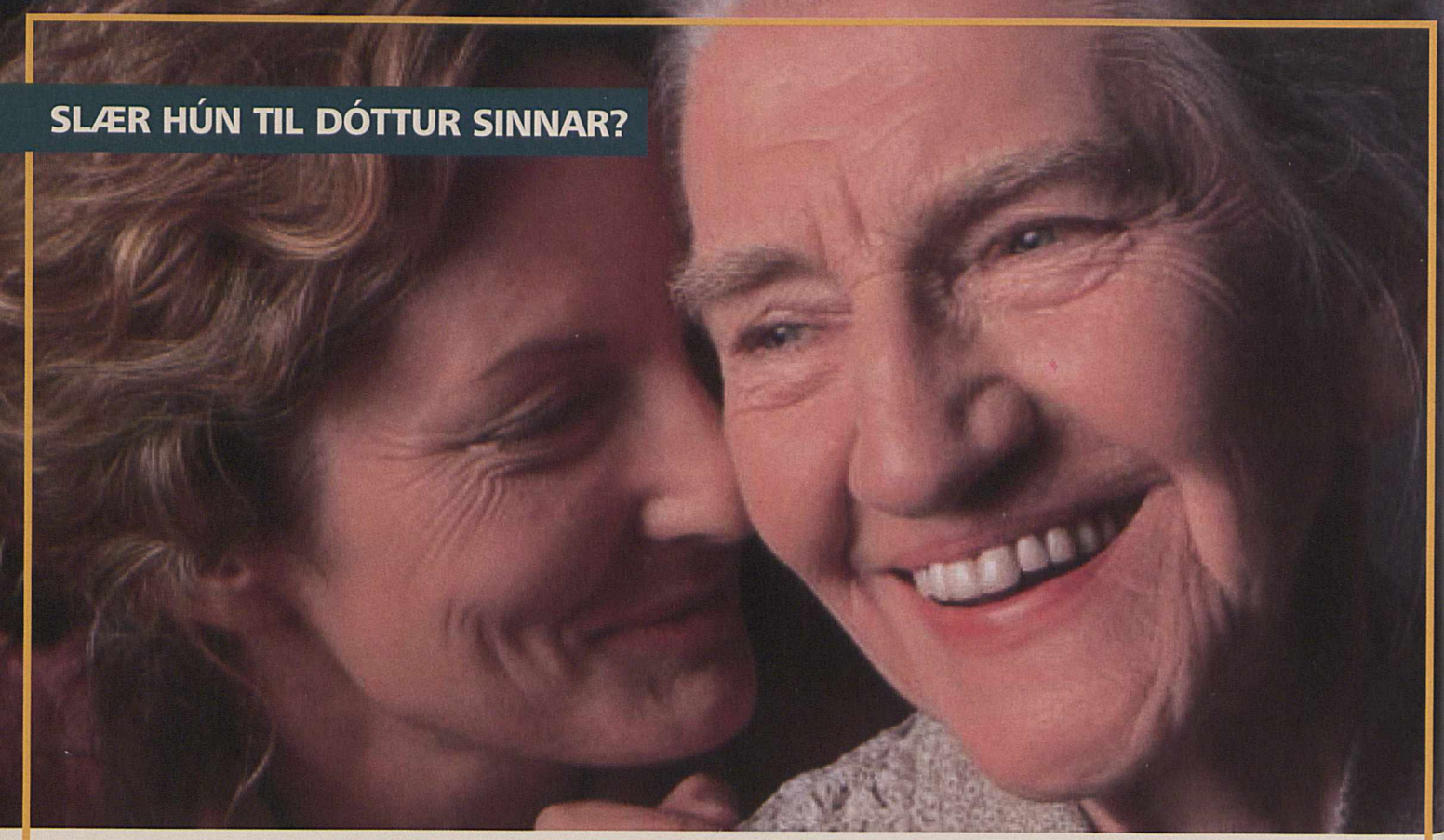
NÚ ER RÉTT ár frá því Læknablaðið leysti landfestar og fór að reyna fyrir sér á netinu jafnhliða prentútgáfunni. Eins- og að var stefnt eru öll tölublöð árganganna 2000, 2001 og 2002 komin á sinn stað þar sem og Fylgirit þessara árganga. Því miður eru fyrri árgangar blaðsins ekki tiltækir á rafrænan hátt. Öflug leitarvél er á vefnum og svarar á augabragði þegar leitað er eftir einstökum efnisorðum eða höfundum.

Það tekur allajafna skemmri tíma að leggja efni blaðsins út á netið en að renna því í gegnum prentvélarnar og því er netútgáfan yfirleitt klár 2-3 dögum fyrr á netinu en áskrifendur fá blaðið inn um póstlúguna.

Eðli netmiðla er slíkt að ýmsum mælitækjum má bregða upp til að leggja kvarða á miðilinn. Meginniðurstaðan er sú að oftast er komið inn á vefinn frá Íslandi, flestir af neti Landspítalans, og heldur meira er um heimsóknir á virkum degi í fyrri hluta mánaðar. Mest er skoðað af nýjasta efni vefsins, hvort heldur er Fylgirit eða hefðbundið tölublað. Meginumferðarþunginn er á vinnutíma; milli níu og fimm, en heimsóknir eru þó drjúgar á kvöldin.

Heimsóknir á vef blaðsins

2002	
Maí	333
Júní	291
Júlí	426
Ágúst	488
September	673
Október	767
Nóvember	954
Desember	847
2003	
Janúar	2069
Febrúar	1715
Mars	1755



Risperdal® – gefur ÞEIM BETRI stundir saman

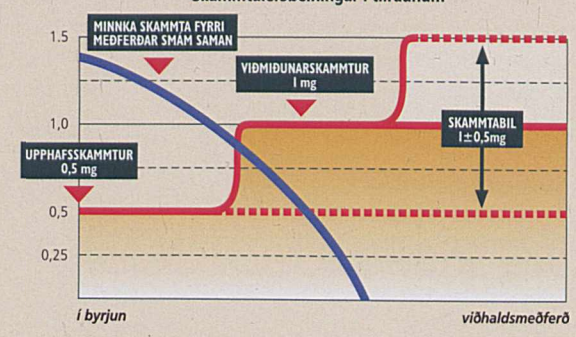
RISPERIDONE

Marktækur bati miðað við fyrri meðferð[1,2]

EINKENNI	% sjúklinga með marktækan bata
Ofskynjanir	72
Ranghugmyndir	71
Árásargirni	71
Æsingur	70
Munnsöfnuður	68
Kvíði	62

Hlutfall sjúklinga í 6 mánaða rannsókn á risperidone meðferð hjá öldruðum sjúklingum. Sjúklingarnir voru frá 57 og upp í 98 ára að aldri og flest allir höfðu fleiri en eitt þessara einkenna.
Helmingur sjúklinganna höfðu ekki verið áður á neuroleptika, helmingur svaraði ekki meðferð með hefðbundnum sterkum geðlyfjum (haloperidol, thioridazine, perphenazine, thiothixene, loxapine, chlorpromazine, molindone). Fjöldi sjúklinga með bata var sá sami í báðum hópum.

Skammtaleiðbeiningar í tilraunum[1,2]



- **Byrjað á 0.25 - 0.5 mg/dag**
- **Hækkað í 1 mg í fyrsta lagi eftir 2 daga**
- **Viðmiðunarskammtur 1±0.5mg/dag**
- **Skammtar fyrri meðferðar minnkaðir smám saman**
- **EPS af völdum eldri geðlyfja gat verið viðvarandi í marga mánuði**

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. **Frábendingar:** Ofnæmi af 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 skömmtun risperidóns. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið má gefa einu sinni eða tvisvar á dag. Skammtar eru hækkaðir smám saman vegna hættu á stöðubundnum lágþrýstingi. Upphafsmeðferð er 2 mg á dag. Á öðrum degi má auka skammtinn í 4 mg á dag. Síðan er skammtur einstaklingsbundinn eftir einkennum. Hægt er að auka skammtinn á lengri tíma ef það er læknisfræðilega æskilegt. Algengur viðhaldsskammtur er 4-6 mg á dag. Sumir sjúklingar hafa gagn af lægri skömmtum. Hámarksskammtur er 16 mg á dag. **Aldraðir:** Ráðlagður upphafsskammtur er 0,5 mg 2 sinnum á dag. Skammtinn má leiðrétta einstaklingsbundið með 0,5 mg 2 sinnum á dag að 1 til 2 mg 2 sinnum á dag. Aldraðir þola lyfið vel. Skipti af annarri geðlyfjameðferð: Þegar meðferð með risperidóni er hafin í stað annarra geðlyfja, skal minnka skammta fyrri meðferðar smám saman til að forðast fráhverfseinkenni. 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. 12. 2002.**

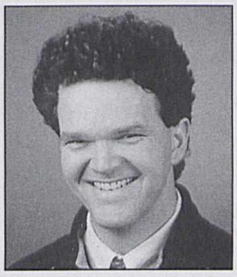
Mixtúra 1 mg/ml: 100 ml — 15.366 kr. **Töflur 0,5 mg:** 20 stk. — 1.948 kr. **Töflur 1 mg:** 6 stk. — 1089 kr. / 60 stk. — 7.498 kr. **Töflur 2 mg:** 60 stk. — 13.730 kr. **Töflur 3 mg:** 60 stk.— 19.706 kr. **Töflur 4 mg:** 60 stk. — 25.343 kr. **Töflur 6 mg:** 28 stk. — 18.464 kr.

1. Goldberg RJ, Goldberg J. Antipsychotics for dementia-related behavioral disturbances in elderly institutionalized patients. Clinical Geriatrics. 1996;4(2): 58-68.
2. Goldberg RJ. Risperidone for dementia-related disturbed behavior in nursing home residents: A clinical experience. International Psychogeriatrics, Vol. 9, No. 1, 1997 pp 65-68, Richard J. Goldberg and Jenna Goldberg.

JANSSEN-CILAG

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · Sími 530 7100

Af spaghettíi og gangráðum



Bjarni Jónasson

bjarni.jonasson@gb.hgst.is

Einn að norðan

Móðir kom með son sinn þriggja ára til læknis. Eftir skoðunina sátu mæðginin handan borðsins og drengurinn í kjöltu móður sinnar. Læknirinn settist í stól sinn, grúfði sig yfir blað á borðinu og tók að skrifa án afláts. Drengnum varð starsýnt á lækninn. Það eina sem heyrðist var skriftarhljóð frá pennanum. Loks var drengnum öllum lokið og spurði móður sína: „Mamma, af hverju vex bara hár í andlitinu á manninum en ekkert á hausnum á honum?“

Annar að norðan

Sex ára strákur kom með móður sinni til heimilislæknisins sem var með þéttari mönnum þótt víðar væri leitað. Sá var með öðrum orðum feitur og gerði lítið til að leyna því. Læknirinn þurfti að mæla hæðina á drengnum og stillti honum upp undir hæðarmæli á vegg. Drengurinn mældi hins vegar lækninn út upp og niður nokkrum sinnum og á þverveginn líka. Þegar honum fannst ístra læknisins ganga fullnálægt sér gat hann ekki orða bundist: „Ég held að þú þurfir að fá þér bumbubana.“

Spaghettí

Fyrir mörgum árum hélt læknir fram hjá konu sinni með hjúkrunarfræðingi. Ekki leið á löngu þar til hjúkkan varð ófrísk. Læknirinn gat ekki hugsað sér að upp kæmist um ótrúnað hans. Hann lét því viðhaldið hafa fjárfúlgu og bað hana að fara til meginlands Evrópu og eiga barnið þar. „Hvernig get ég látið þig vita þegar barnið fæðist?“ spurði hjúkkan. „Sendu mér bara póstkort og skrifaðu „spaghettí“ á það. Ég skal svo borga allan brúsann.“

Konan flaug til Ítalíu og segir ekki frekar af ferðum hennar.

Sex mánuðum seinna hringir eiginkona læknisins á stofuna til maka síns og segir: „Elskan, þú fékkst svo undarlegt póstkort í dag. Það kemur frá Ítalíu, en ég fæ enga meiningu í það sem á því stendur.“ „Hafðu engar áhyggjur af því, ástin mín. Ég skoða kortið þegar ég kem heim.“

Læknirinn kom heim um kvöldmatarleytið, las kortið og féll að því búnu í gólfið með hjartaslag. Sjúkrabíll kom á staðinn og flutti lækninn með forgangi á sjúkrahús. Eiginkonunni var að sjálfsögðu mjög brugðið og einn úr áhöfn bílsins varð eftir til að hugga hana. Hann spurði hana hvað gæti hafa orðið maka hennar um megn. Konan tók upp póstkortið og las: „Spaghettí, spaghettí, spaghettí. Tvö með pylsu og kjötbollum og eitt án.“

Ófrískar konur

Eiginkona kvensjúkdómalæknisins er eina konan í heiminum sem verður himinlifandi þegar bóndi hennar kemur heim að loknum vinnudegi og segir: „Jæja, elskan, heldurðu að mér hafi ekki tekist að gera aðra konu ófríska í dag!“

Óþolandi húmoristi

Sjúkraliði kom með matarbakka til sjúklings sem lá á spítala og hafði lofað aðstandendum sínum að „hlæja sig aftur til bata“. Sjúkraliðinn lét sjúklinginn einnig hafa þvagprufuglas og bað hann að fylla það næst þegar honum yrði mál.

Sjúklingurinn var með endemum hugmyndaríkur að eðlisfari og hellti því eplasafa sem var á matarbakkanum í þvagprufuglasið.

Þegar læknirinn, ung kona, kom nokkru síðar að vitja sjúklingsins bar hún glasið upp að ljósinu og sagði: „Það er eitthvað undarlegur litur á þessu þvagi. Er allt í lagi með þig?“

„Lofðu mér að sjá,“ sagði sjúklingurinn og tók glasið. „Þetta er hálf skrítið. Það er best að ég renni þessu í gegn aftur“ og drakk úr glasinu í einum teyg.

Í gjörgæslu

Það var fremur rólegt yfir öllu á hjartadeildinni þegar starfsfólkinu varð litið á einn sjónvarpsskerminn sem sýndi hjartsláttinn hjá sjúklingi sem var með bráðabirgðagangráð, en slík tæki eru utan við líkama sjúklings. Allt í einu fór að sjást hin undarlegasta hjartsláttaróregla og stundum hvarf hjartslátturinn alveg af skerminum. Starfsfólkið þursti inn til sjúklingsins sem hafði tekist að taka lokið af gangráðnum og var í óða önn að snúa hinum og þessum tökkum. „Það er mikið að þið látið sjá ykkur,“ hrópaði sjúklingurinn upp yfir sig. „Hjálpið mér fyrir alla muni að kveikja á sjónvarpinu.“

Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Sæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

haldið á Nordica Hotel (Hótel Esju) 8. og 9. maí 2003

Dagskrá

Fimmtudagur 8. maí

16:00-16:10	**Setning** Helgi H. Sigurðsson, formaður Skurðlæknafélags Íslands **Ávarp** Sigurður Guðmundsson, landlæknir
16:10-19:50	**Flutningur frjálsra erinda** Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
20:10	**Kynningarfundur**, Xigris **Kvöldverður** að fundi loknum Á vegum Eli Lilly

Föstudagur 9. maí

08:00-09:20	**Flutningur frjálsra erinda**
09:30-10:10	**„A good 100 years of Nobel Prizes – A Story of Medical Science". Acta Lecture** Sten Lindahl prófessor við Karolinska sjúkrahúsið í Stokkhólmi og formaður Nóbelsverðlaunanefndar fyrir læknisfræði
10:10-10:30	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
10:30-11:10	**Hvað ber að hafa í huga og hvað að varast við hönnun og byggingu nýs háskólasjúkrahúss?** Sven-Erik Gisvold prófessor í Þrándheimi og ritstjóri ACTA Anaesthesiologica Scandinavica
11:10-11:35	**Nútímameðferð á meiriháttar bláæðasega** Haraldur Bjarnason, læknir við Mayo Clinic í Rochester Minnesota
11:35-12:00	**Skurðaðgerðir við bláæðasega** Helgi H. Sigurðsson, æðaskurðlæknir
12:00-13:30	Hádegishlé **Hádegisverðarfundur: Reynsla af notkun Naropins á Landspítala háskólasjúkrahúsi við Hringbraut og Sjúkrahúsinu á Akranesi** Björn Gunnarsson, Ástríður Jóhannesdóttir, sæfinga- og gjörgæslulæknar Á vegum AstraZeneca
13:30-14:10	**Liggur okkur lífið á?** Jón Sigurðsson, sæfinga- og gjörgæslulæknir
14:10-14:50	**Notkun Erythropoietin við skurðaðgerðir** Dr. Erik Weber, sæfingalæknir við háskólasjúkrahúsið í Maastricht í Hollandi Styrkt af ThorarensenLyf
14:50-15:20	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
15:20-16:00	**Skráningarkerfi fyrir sæfingu og vöknun (notað á FSA)** Girish Hirlekar sæfinga- og gjörgæslulæknir, Shree Datye skurðlæknir
16:30	**Aðalfundur** Skurðlæknafélags Íslands (sjá auglýsingu) **Aðalfundur** Sæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands (sjá auglýsingu)
19:30	**Kokdillir** **Kvöldverður og skemmtun** á Nordica Hotel

Fræðslunet Suðurlands

Sjúkdómsvæðing samfélagsins

Málþing laugardaginn 26. apríl, kl. 10.00 – 16.00

Innritun í síma 480 5020 eða á netfang: *fraedslunet@sudurland.is* fyrir 20. apríl 2003

Fyrirlestrar – umræðuhópar – fyrirspurnir – skoðanaskipti
Fagleg umsjón: Stefán Hjörleifsson, heimspekingur og læknir
Ráðstefnustjóri: Ólafur Páll Jónsson, heimspekingur
Staður: Fjölbrautaskóli Suðurlands
Ráðstefnugjald kr. 9.000. Innifalið: ráðstefnugögn og léttur hádegisverður
Markhópur: Heilbrigðisstéttir, lögfræðingar, vísindamenn, prestar, allur almenningur

09:45-10:00 **Skráning, móttaka gagna**
10.00-10.10 **Ólafur Páll Jónsson setur ráðstefnuna**
10.10-10.35 **Inngangur að sjúkdómsvæðingu**
Stefán Hjörleifsson
10.35-11.05 **„Allt fyrir fóstrið" – Um afleiðingar ómskoðunar**
Hildur Kristjánsdóttir ljósmóðir
11.05-11.20 Kaffihlé
11.20-11.50 **Er sjúkdómsvæðing óumflýjanleg afleiðing af forvarnarstarfi?**
Sigurður Guðmundsson landlæknir
11.55-12.25 **Hópstarf**

12.25-12.55 Hádegisverður

12.55-13.15 **Umræður í sal**
13.15-13.45 **Viðbrögð við óhamingju – Um notkun geðdeyfðarlyfja**
Jóhann Ágúst Sigurðsson prófessor í heimilislækningum við Háskóla Íslands
13.45-14.05 **Hver er maðurinn? Um kennivald læknavísindanna**
Stefán Hjörleifsson
14.05-14.25 Kaffihlé
14.25-14.55 **Heilsubrask**
Margrét Jóna Höskuldsdóttir lyfjafræðingur
15.00-15.30 **Hópstarf**
15.30-15.55 **Umræður í sal**
15.55-16.00 **Lokaorð, Ólafur Páll Jónsson**

Aðalfundur Skurðlæknafélags Íslands 2003

verður haldinn föstudaginn 9. maí nk. kl. 16:30 á Nordica Hótel (Hótel Esju).

Dagskrá
1) Aðalfundarstörf skv. 9. gr. laga Skurðlæknafélags Íslands.
2) Tillaga um breytingar á reglum um félagsaðild SÍ.
3) Önnur mál.
4) Kynning á vefsíðu Skurðlæknafélagsins.

Stjórnin

Aðalfundur Sæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands 2003

verður haldinn föstudaginn 9. maí nk. kl. 16:30 á Nordica Hótel (Hótel Esju).

Dagskrá
1) Aðalfundarstörf skv. lögum félagsins.
2) Önnur mál.
3) Kynning á vefsíðu Sæfinga- og gjörgæslulæknafélagsins.

Stjórnin

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna

Umsóknir um vísindastyrki fyrir vorúthlutun 2003 þurfa að berast formanni stjórnar sjóðsins fyrir 5. maí 2003. Umsóknum ber að skila á þartilgerðum eyðublöðum ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum. Hægt er að sækja eyðublöðin og sjá lög Vísindasjóðsins á heimasíðu FÍH:
www.heimilislaeknar.is

Fyrir hönd stjórnar Vísindasjóðs FÍH
Þórir B. Kolbeinsson formaður
Þrúðvangi 22, 850 Hellu, *thorbk@vortex.is*

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



StilNoct® (zolpidem)

Sofið rótt – vaknið endurnærð[2]

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

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. desember 2002:** 20 stk.(þynnupakkað) – 890 kr.; 100 stk.(þynnupakkað, sjúkrahússpakkning) – 2610 kr. **Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli eru 20 stk. af 10 mg töflum. Umboðsaðili á Íslandi:** Thorarensen Lyf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Sími: 530-7100.

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

12. apríl

sanofi~synthelabo

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 - 110 Reykjavík - Sími 530 7100 - Fax 530 7101

Námskeið um stefnumiðaða árangurs-stjórnun (Balanced Scorecard – BSC) í heilbrigðiskerfinu

laugardaginn 5. apríl nk. kl. 9:00-12:00 í sal Læknafélaganna, Hlíðasmára 8, 4. hæð, Kópavogi

Á síðustu árum hafa kröfur um sparnað í heilbrigðiskerfinu og kröfur um sífellt meiri og betri þjónustu samfara aukinni tæknigetu og kunnáttu leitt til tíðari hagsmunaárekstra milli stjórnenda og lækna. Stjórnendur í heilbrigðiskerfinu einblína á niðurskurð kostnaðar og framleiðni á sama tíma og læknar gera hvað þeir geta til að fylgja eftir Hippókratesareiðnum með þeim ráðum sem tiltæk eru hverju sinni. Stjórnendur verða að leysa úr þessum mismunandi sjónarmiðum á sama tíma og þeir þurfa að takast á við það að þjóðin er að eldast, sívaxandi eftirspurn eftir þjónustunni, auknar kröfur sem gerðar eru til þjónustunnar og stjórnvöld krefjast auðveldara aðgengis og lægri kostnaðar.

Til að takast á við þessi margvíslegu og að því er virðist oft og tíðum ósamrýmanlegu verkefni hefur hugmyndafræðin um stefnumiðaða árangursstjórnun rutt sér rúms á síðustu árum. Samkvæmt tímaritinu Harvard Business Review er hugmyndin um BSC ein af 75 áhrifamestu hugmyndum á 20. öld. Á síðustu misserum hefur aðferðafræðin verið tekin í notkun hjá opinberum stofnunum með góðum árangri og má nú segja að vaxtarbroddinn sé þar að finna.

En hvað er stefnumiðuð árangursstjórnun – Balanced Scorecard? Í stuttu máli má segja að BSC sé *hugmyndafræði* og *tæki* til að útfæra stefnu, miðla henni og fylgjast með hvernig gengur að framfylgja stefnunni. Nánar má segja að BSC sé *stefnumiðað stjórntæki* fyrir alla skipulagsheildina; *samskiptatæki* til að miðla stefnu til allra starfsmanna; aðferð til að finna *jafnvægi* milli fjárhagslegra og ófjárhagslegra mælikvarða; leið til að *samhæfa* bjargir skipulagsheildar í daglegum verkefnum, fjárhagslegar sem líkamlegar, við framtíðarsýnina.

Námskeiðið er ætlað þeim sem vilja kynna sér aðferðafræðina og vera þannig betur færir um að tileinka sér ný vinnubrögð þegar BSC verður innleitt á vinnustaðinn.

Námskeiðið er á vegum Læknafélags Íslands og Læknafélags Reykjavíkur. Leiðbeinandi er Gunnar Ármannsson framkvæmdastjóri læknafélaganna og MBA í stjórnun.

Novo Nordisk sjóðurinn

auglýsir eftir umsóknum um rannsóknarstyrki sem Rannsóknaráð Norðurlanda veitir til

grunnrannsókna og klínískra rannsókna á sviði innkirtlafræði

Árleg úthlutun úr sjóðnum fer fram í byrjun september 2003. Gert er ráð fyrir að um 12 milljónir danskra króna séu til úthlutunar.

Umsóknareyðublöð og leiðbeiningar verða á heimasíðu sjóðsins *www.novonordiskfonden.dk* frá 10. mars 2003. Umsóknir fara fram á netinu og eiga að berast rafrænt til sjóðsins í síðasta lagi **30. apríl 2003, kl. 16.00.**

Ef sótt er um styrk hjá Nordisk Forsknings Komité í kringum umsóknarfrestinn 30. apríl 2003, er ekki hægt að sækja um styrk fyrir það sama hjá Læge- og Naturvidenskabelig Komité á almanaksárinu.

Novo Nordisk Fonden
Brogårdsvej 70
Postboks 71
2820 Gentofte
Danmark

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

Þessi auglýsing er endurbirt þar sem villur voru í útgáfunni sem birtist í marsblaðinu. Hér hafa þær verið leiðréttar og er beðist velvirðingar á mistökunum.

Heilbrigðisþjónusta í dreifbýli

Háskólinn á Akureyri og Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri bjóða eftirfarandi sérhæfð námskeið fyrir heilsugæslulækna.

Hagnýt efni í lyflæknisfræði í umsjón Jóns Þórs Sverrissonar, sérfræðings í lyflæknis- og hjartasjúkdómum verður haldið 11. apríl kl. 13:10-16:20 og 12. apríl kl. 9:15-11:40. Á námskeiðinu fjalla sérfræðingar um hjartsláttarónot, lyfjameðferð kransæðasjúkdóma og efri loftvegssýkinga, langvinna lungnateppu, nýjungar í greiningu og meðferð beinþynningar, höfuðverk, byrjunareinkenni dementiu og skimun fyrir ristilkrabbameini. Námskeiðsgjald er 15.000 kr.

Meðhöndlun og flutningur slasaðra í umsjón Helgu Magnúsdóttur, svæfingalæknis og Hildigunnar Svavarsdóttur, skólastjóra sjúkraflutningaskólans verður haldið 9. og 10. maí frá kl. 9:00-17:00. Markmið námskeiðsins er að auka hæfni þátttakenda í bráðameðferð á vettvangi og gæði meðferðar slasaðra og bráðveikra. Fjallað verður um mat og meðhöndlun áverka og bráðveikra. Kennd undirstöðuatriði í hvernig búa á sjúkling til flutnings. Fyrirlestrar og verklegar æfingar. Lesefni: Basic Trauma Life Support (2000) 4. útg. Námskeiðsgjald er 37.500 kr.

Námskeiðin verða haldin á Akureyri og er í boði milliganga um gistingu og afþreyingu fyrir þá sem þess óska. Upplýsingar og skráning er í síma 463 0566, netfang *emh@unak.is* og á heimasíðu HA *www.unak.is (símenntun).*

NCU

Styrkir Norrænu krabbameinssamtakanna

Norrænu Krabbameinssamtökin, (NCU) samtök norrænu krabbameinsfélaganna auglýsa styrki fyrir árið 2004. Þeim er ætlað að styðja og örva samstarf í krabbameinsrannsóknum á Norðurlöndunum (samstarf tveggja landa að lágmarki). Rannsóknaverkefnin verða að vera á krabbameinssviði, vera sérstaklega vel fallin til þess að framkvæma þau einmitt á Norðurlöndum og áhrif samstarfsins þurfa að vera gagnvirk.

Fjármögnun slíkra samstarfsverkefna takmarkast við 1) faraldsfræðilegar rannsóknir þar sem notaðar eru krabbameinsskrár viðkomandi lands, 2) klíníska rannsóknir, 3) skipulagningu slíkra rannsókna og forrannsóknaverkefni (t.d. innan undirbúningshópa á Norðurlöndum).

Að hámarki munu þrjú verkefni fá stærstu styrkina, um það bil 180.000 evrur árlega hvert. Auk þess verður minna fjármagni veitt til undirbúnings- og tilraunaverkefna. Styrkir eru veittir til eins árs. Senda þarf nýja umsókn um framhaldsstyrk til verkefnisins. Mat umsókna er í höndum Norrænu vísindanefndarinnar.

Umsókn, rituð á ensku, skal innihalda

- umsóknareyðublað
- kostnaðaráætlun verkefnis
- verkefnalýsingu (hámark 10 A4 blaðsíður)
- stutta starfsferilslýsingu (1-2 A4 blaðsíður)
- meðmæli
- lista yfir birtar fræðigreinar
- undirritaða yfirlýsingu um samstarf
- samþykki vísindasiðanefndar á verkefninu (þar sem það á við)

Umsókn skal senda í einu frumeintaki og sjö afritum til:

NCU-Secretariat
C/o Cancer Society of FinlandLiisankatu 21 B,
00170 Helsinki, Finland.
Tel +358 9 1353 3238,
Fax +358 9 135 1093
ncu@cancer.fi

Umsóknarfrestur er til 15. maí, 2003.

Umsóknareyðublöð eru á heimasíðu Krabbameinsfélags Íslands, *www.krabb.is* og frekari upplýsingar hjá Valgerði Jóhannesdóttur, fjármálastjóra KÍ í s. 540-1900.

Voss sjukehus
Medisinsk avdeling

OVERLEGE (still.nr. 5258)

indremedisinar med subspesialitet/kompetanse i kardiologi

Søkjar må ha norsk autorisasjon og kunne bruke norsk, svensk eller dansk både skriftleg og munnleg.

Vi kan tilby eit triveleg arbeidsmiljø og gode moglegheiter for kurs og fagleg utvikling.
Tenesteplan og løn etter avtale.
Reise- og flytteutgifter etter gjeldande reglar.
Sjukehuset kan hjelpe til med å skaffe ein sentral bustad og barnehageplass.

Voss sjukehus er lokalsjukehus for omlag 30.000 innbyggjarar i indre Hordaland og det har full akuttberedskap innan medisin, kirurgi, føde, gynekologi og anestesi. Sjukehuset har hatt stor ekspansjon dei siste åra og har høg score på ulike kvalitets- og effektivitetsindikatorar. Sjukehuset er nyleg påbygd, rehabilitert og har fine lokalitetar. Det har moderne og godt utstyr, innan kardiologi kan nemnast ny Acuson Sequoia og nytt MIDA-overvakingsutstyr.

Voss er kjent som staden for vinteridrett, ekstremsport og kulturopplevingar. Voss har eit godt utbygd skuletilbod og mange ulike aktivitetar på fritida for born, ungdom og vaksne. Det tek berre om lag ein time å reise til Bergen/ Flesland og elles har vi god kommunikasjon til Oslo, både Bergensbanen og stamvegen Oslo–Bergen går gjennom Voss.

Meir informasjon
Avd.overlege Frode Bergo, tlf. 56 53 35 00, e-post adresse: *Frode.Bergo@fsvoss.no*

Søknad
på søknadsblankett for legestillingar, vedlagt kopiar av attestar og autorisasjonar, sendast til:
Voss sjukehus, med.avd.overlege
Sjukehusv.16
5700 Voss

Søknadsfrist
3 veker etter utlysingsdato

Tilkynnið aðsetursskipti!

Áskrifendur Læknablaðsins eru vinsamlega beðnir að tilkynna 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*

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **www.icemed.is/www.lis.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is/ form@icemed.is**
Formaður LR: **oskare@mac.com**
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**
Krabbameinsfélag Íslands: **www.krabb.is**
Landspítali: **www.landspitali.is**
Barnaspítali Hringsins: **www.landspítali.is/hringur**
HNE-deildin: **www.hi.is/~hne**
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.GlobalFamilyDoctor.com**

Ný stjórn Augnlæknafélagsins

Á aðalfundi Augnlæknafélags Íslands sem haldinn var 15. mars 2003 að Hlíðasmára 8, Kópavogi var kosin ný stjórn í Augnlæknafélaginu. Stjórnina skipa nú: **Kristján Þórðarson** formaður, **Eydís Ólafsdóttir** ritari og **Þorkell Sigurðsson** gjaldkeri.

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. janúar 2003**	57
Sérfræðieining fyrir klínískar greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 2003**	200

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2003	255.000
A liður 2	frá 1. janúar 2003	223.000
B liður	frá 1. janúar 2003	337.899
E liður 1-6	frá 1. janúar 2003	257
E liður 7	frá 1. janúar 2003	514

Skólaskoðun í framhaldsskólum

Miðað við fyrri forsendur	222

Kílómetragjald frá 1. júní 2002

Almennt gjald	53,00
Sérstakt gjald (utan malbiks +15%)	61,52

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

Lyklar

Hefur þú í fórum þínum lykla að fundarsal LÍ sem gleymst hefur að skila?

Skrifstofan er opin alla virka daga frá 9-16.

Munið að láta Læknafélag Íslands vita um breytingar á netföngum ykkar og sendið upplýsingar um þau til Guðrúnar Arnardóttur á skrifstofu læknafélaganna:

gunna@icemed.is

Spiriva, Innöndunarduft í hylkjum, R03B B04

Innihaldslýsing: Hvert hylki inniheldur 22,5 míkrógrömm af tíótrópínbrómíð einhýdrati samsvarandi 18 míkrógrömmum af tíótrópíni ásamt hjálparefninu Mjólkursykur einhýdrat. **Ábendingar:** Tíótrópín er berkjuvíkkandi lyf sem er ætlað sem viðhaldsmeðferð við langvinnri lungnateppu (LLT). **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur af tíótrópínbrómíði er innöndun á innihaldi úr einu hylki með HandiHaler innöndunartæki einu sinni á dag, alltaf á sama tíma dagsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Tíótrópínbrómíð hylki má ekki gleypa. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ráðlagt börnum yngri en 18 ára. **Sérstakir sjúklingahópar:** Aldraðir sjúklingar mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir tíótrópínbrómíði, atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ípratrópíni eða oxítrópíni eða hjálparefninu mjólkursykur einhýdrati. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Tíótrópínbrómíð, sem er berkjuvíkkandi lyf gefið sem viðhaldsmeðferð einu sinni á dag, á ekki að nota sem upphafsmeðferð við bráðum berkjukrampa, þ.e. bráðameðferð. Skyndilegt ofnæmi getur komið fram eftir gjöf tíótrópínbrómíðs innöndunardufts. Eins og á við um önnur andkólínvirk lyf á að nota tíótrópínbrómíð með varúð hjá sjúklingum með þrönghornsgláku, blöðruhálskirtilsstækkun eða þrengsli í blöðruhálsi. Innöndunarlyf geta valdið innöndunartengdum berkjukrampa. Þar sem plasmaþéttni hækkar við skerta nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með miðlungs til alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun 50 ml/mín.) á aðeins að nota tíótrópínbrómíð ef ávinningur er umfram hugsanlega áhættu. Engin reynsla er af langtímanotkun hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. Sjúklingar skulu áminntir um að varast að duftið berist í augu. Þeim skal sagt að það geti valdið útfellingum eða versnun þrönghornsgláku, verk í auga eða óþægindum, tímabundinni þokusýn, áru í auga (visual halos) eða lituðum blettum (coloured images) í tengslum við roða í augum vegna vökvasöfnunar í táru eða glæru. Sjúklingar eiga að hætta notkun tíótrópínbrómíðs og hafa strax samband við lækni ef einkenni eða merki um þrönghornsgláku koma fram. Munnþurrkur, sem hefur komið fram við notkun andkólvirkra lyfja, getur tengst tannskemmdum sé hann langvarandi. Tíótrópínbrómíð á ekki að nota oftar en einu sinni á dag. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar formlegar milliverkanarannsóknir hafa verið gerðar en tíótrópínbrómíð innöndunarduft hefur verið notað samtímis öðrum lyfjum án þess að aukaverkanir hafi komið fram. Meðal þessara lyfja eru berkjuvíkkandi lyf með adrenhermandi verkun, metýlxantín, sterar til inntöku og innöndunar, sem almennt eru notuð í meðferð við langvinnri lungnateppu. Samtímis notkun tíótrópínbrómíðs og annarra andkólínvirkra lyfja hefur ekki verið könnuð og er því ekki ráðlögð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar eru fyrirliggjandi um útsetningu fyrir tíóprópínbrómíði á meðgöngu. Rannsóknir á dýrum hafa sýnt fram á skaðleg áhrif á æxlun sem tengjast eituráhrifum á móðurina. Engar klínískar upplýsingar eru fyrirliggjandi um útsetningu kvenna með barn á brjósti fyrir tíótrópínbrómíði. Byggt á niðurstöðum úr rannsóknum á mjólkandi nagdýrum berst tíótrópínbrómíð í litlu magni í brjóstamjólk. Því skal hvorki nota tíótrópínbrómíð handa þunguðum konum né konum með barn á brjósti nema væntanlegur ávinningur sé meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstrið eða barnið. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin sem kom fram í klínískum rannsóknum hjá 906 sjúklingum sem fengu tíótrópínbrómíð í eitt ár var munnþurrkur. Munnþurrkur kom fram hjá um 14% sjúklinga. Munnþurrkur var venjulega vægur og hvarf oft við áframhaldandi meðferð. Aðrar aukaverkanir sem fram komu hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir voru með tíótrópínbrómíði í klínískum rannsóknum í eitt ár (samkvæmt líffæraflokkunarkerfi WHO) voru: Algengar (>1/100,<1/10): **Meltingarfæri**: Hægðatregða. **Varnarkerfi**: Sveppasýking (moniliasis). **Öndunarfæri**: Skútabólga, kokbólga. Sjaldgæfar (>1/1000,<1/100): **Almennar**: Ofnæmi. **Hjartsláttur og taktur**: Hraðtaktur. **Þvagfæri**: Erfiðleikar við þvaglát, þvagteppa. **Ofskömmtun:** Stórir skammtar af tíótrópínbrómíði geta valdið einkennum andkólínvirkra áhrifa. Þó komu engar almennar aukaverkanir fram vegna andkólínvirkra áhrifa hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir innöndun á einum skammti allt að 340 míkrógrömmum af tíótrópínbrómíði. Auk þess komu engar aukaverkanir fram sem skipta máli, fyrir utan munnþurrk, hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum sem fengu allt að 170 míkrógrömm af tíótrópínbrómíði á dag í 7 daga. Í rannsókn á endurteknum skömmtum hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu sem fengu mest 43 míkrógramma dagsskammt af tíótrópínbrómíði í 4 vikur hafa engar marktækar aukaverkanir komið fram. Bráð eituráhrif vegna inntöku tíótrópínbrómíðs hylkja af vangá er ólíkleg þar sem aðgengi er lítið eftir inntöku. **Lyfhrif:** Tíótrópínbrómíð er langvirkur, sértækur múskarínviðtaka-blokki (andkólínvirkt lyf). Með bindingu við múskarínviðtaka í sléttum vöðvum í berkjum hindrar tíótrópínbrómíð kólínvirk áhrif (berkjuþrengingu). Í öndunarvegi hamlar tíótrópínbrómíð M_3-viðtaka í sléttum vöðvum, en hömlunin einkennist af samkeppni og er afturkræf og leiðir til slökunar. Áhrifin voru skammtaháð og stóðu yfir í meira en 24 klst. **Greiðslufyrirkomulag:** B. **Pakkningar og verð:** 1. janúar 2003, 30 hylki,18 μg með HandiHaler®: 7169 kr, 30 hylki,18μg án HandiHaler®: 6905 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** Boehringer Ingelheim Danmörku A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø. Markaðssett í samstarfi við: Pfizer ApS, Danmörku, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. **Umboð á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá.**

Viagra, Pfizer TÖFLUR; G 04 B E 03, R 0

Hver tafla inniheldur Sildenafilum INN, citrat, samsvarandi Sildenafilum INN 25 mg, 50 mg eða 100 mg. **Ábendingar:** Til meðferðar við ristruflunum (erectile dysfunction), en það er þegar stinning getnaðarlims næst ekki eða helst ekki nægilega lengi til að viðkomandi geti haft samfarir á viðunandi hátt. Til þess að lyfið verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ætlað til inntöku. ***Fullorðnir:*** Ráðlagður skammtur er 50 mg sem tekinn er eftir þörfum um það bil 1 klst. fyrir samfarir. Með hliðsjón af verkun og þoli má auka skammtinn í 100 mg eða minnka hann í 25 mg. Hámarksskammtur sem mælt er með er 100 mg. Hámarksskammtatíðni sem mælt er með er einu sinni á sólarhring. Sé lyfið tekið inn með mat getur það seinkað verkun lyfsins miðað við töku þess á fastandi maga. ***Sjúklingar með vægt skerta nýrnastarfsemi:*** Leiðbeiningar um skammta undir yfirskriftinni "***Fullorðnir***" eiga einnig við sjúklinga með væga til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun = 30-80 ml/mín.). ***Aldraðir, sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi eða skerta lifrarstarfsemi:*** Þar sem úthreinsun sildenafils er hægari hjá framangreindum sjúklingahópum, skal gefa öldruðum 25 mg byrjunarskammt og mælt er með sama skammti fyrir sjúklinga með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Með hliðsjón af verkun og þoli má auka skammt í 50 mg eða 100 mg. ***Notkun handa börnum:*** Lyfið er ekki ætlað einstaklingum yngri en 18 ára. ***Sjúklingar, sem nota önnur lyf:*** Mælt er með að gefa sjúklingum, sem eru samtímis meðhöndlaðir með CYP3A4 hemlum öðrum en ritónaviri, 25 mg upphafsskammt. Sjá einnig kaflana „Varnaðarorð og varúðarreglur" og „Milliverkanir". **Frábendingar:** Í samræmi við þekkt áhrif sildenafils á köfnunarefnisoxíð/hringlaga gvanósíneinfosfat (cGMP))-efnaferilinn hefur verið sýnt fram á að það eykur lágþrýstingsvaldandi áhrif nítrata og má því ekki nota það samtímis efnum sem gefa frá sér köfnunarefnisoxíð (svo sem amýlnítrít) og hvers konar nítrötum. Lyf til meðferðar á óviðunandi stinningu getnaðarlims, þar með talið sildenafil, á ekki að gefa körlum sem ráðið er frá því að stunda kynlíf (t.d. sjúklingar með alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma eins og hvikula hjartaöng eða alvarlega hjartabilun). Ofnæmi fyrir hinu virka innihaldsefni lyfsins eða einhverju hjálparefnanna. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Kanna skal sjúkdómssögu og rannsókn gerð til greiningar á hvort um ristruflanir sé að ræða og ganga úr skugga um hugsanlega undirliggjandi orsök áður en ákvörðun er tekin um notkun lyfsins. Áður en einhver meðferð við ristruflunum hefst skal læknirinn rannsaka ástand hjarta- og æðakerfis sjúklingsins þar sem nokkur áhætta er fyrir hendi hvað varðar hjartað í tengslum við samfarir. Sildenafil hefur æðaútvíkkandi eiginleika, sem valda vægri og tímabundinni lækkun blóðþrýstings (sjá „Lyfhrif"). Læknirinn skal íhuga vandlega áður en sildenafili er ávísað, hvort sjúklingur með ákveðna undirliggjandi sjúkdóma gæti fengið aukaverkanir vegna slíkra æðaútvíkkandi áhrifa, einkum í tengslum við samfarir. Sjúklingar, sem eru í aukinni hættu vegna æðaútvíkkandi áhrifa eru m.a. þeir sem eru með útflæðisteppu í vinstra slegli (t.d. ósæðarþrengsli, hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun) eða þeir sem eru með mjög sjaldgæf heilkenni fjölþættra visnunar æðakerfis sem einkennist af alvarlega skertri sjálfstjórn á blóðþrýstingi. Viagra eykur blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata (sjá „Frábendingar"). Eftir markaðssetningu hefur, í tengslum við notkun lyfsins, verið greint frá alvarlegum hjarta- og æðaáföllum, þar á meðal kransæðastíflu, hvikulli hjartaöng (angina pectoris intermediate syndrome), skyndilegum hjartadauða, sleglataktztruflunum, heilablæðingu, skammvinnum heilaeinkennum vegna blóðþurrðar (transient ischemic attack), háþrýstingi og lágþrýstingi. Flestir þessara sjúklinga, en þó ekki allir, voru fyrir í hættu með að fá hjarta- eða æðaáfall. Mörg þeirra tilvika sem greint var frá áttu sér stað meðan á samförum stóð eða fljótlega að þeim loknum og nokkur tilvikanna áttu sér stað skömmu eftir inntöku lyfsins án þess að samfarir ættu sér stað. Ekki er unnt að kveða upp úr með það hvort þessi atvik tengjast þessum þáttum beint, eða öðrum þáttum. Gæta skal varúðar við notkun lyfja við ristruflunum, þar með talið sildenafil, hjá sjúklingum með vanskapaðan getnaðarlim (t.d. vinkilbeygðan lim, bandvefshersli í getnaðarlim (cavernous fibrosis) eða Peyronies-sjúkdóm) eða hjá sjúklingum sem haldnir eru sjúkdómum sem geta valdið standpínu (t.d. sigðfrumublóðleysi, mergæxli (multiple myeloma) eða hvítblæði). Öryggi og verkun af notkun sildenafils samtímis meðhöndlun með öðrum lyfjum við ristruflunum hefur ekki verið rannsökuð. Samtímis meðferð er því ekki ráðlögð. Ekki er mælt með samtímis notkun sildenafils og ritónavírs (sjá „Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir"). Rannsóknir *in vitro* benda til þess, að sildenafil auki verkun nítróprússíðs gegn samloðun blóðflagna í mönnum. Engar upplýsingar liggja fyrir um öryggi við notkun sildenafils hjá sjúklingum með blæðingasjúkdóma eða virkt ætissár. Sildenafil skal því aðeins gefið þessum sjúklingum eftir ítarlegt mat á kostum þess gegn áhættu. **Milliverkanir við lyf eða annað:** ***In vitro rannsóknir:*** Umbrot sildenafils verða fyrst og fremst fyrir áhrif cýtókróm P450 (CYP) ísóenzýma 3A4 (að mestu leyti) og 2C9 (í minna mæli). Því geta hemlar þessara ísóenzýma dregið úr úthreinsun sildenafils. ***In vivo* rannsóknir:** Mat á lyfjahvörfum hjá mönnum, sem byggt er á gögnum úr klínískum rannsóknum, bendir til þess að úthreinsun sildenafils minnki séu CYP3A4 hemlar gefnir samtímis (eins og t.d. ketókónazól, erýtrómýsín og cimetidín). Enda þótt tíðni aukaverkana hjá þessum sjúklingum hafi ekki aukist þegar sildenafil var gefið samtímis er ráðlegt að nota 25 mg skammt í upphafi. Við samtímis gjöf HIV próteasahemilsins ritónavírs, sem er mjög öflugur P450 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (500 mg tvisvar sinnum á dag) og eins skammts af sildenafili (100 mg) varð 300% (ferföld) hækkun á C_{max} sildenafils og 1000% (ellefuföld) hækkun á AUC sildenafils í blóði. Eftir 24 klst. voru blóðgildi sildenafils enn u.þ.b. 200 ng/ml, en þegar sildenafil var gefið eitt sér voru blóðgildi þess u.þ.b. 5 ng/ml. Þetta er í samræmi við þá umtalsverðu verkun, sem ritónavír hefur á fjöldann allan af P450 ensímhvarfefnum (substrates). Sildenafil hafði engin áhrif á lyfjahvörf ritónavírs. Með hliðsjón af niðurstöðum úr þessum lyfjahvarfarannsóknum á heildarskammtur sildenafils ekki að fara yfir 25 mg á 48 klst. tímabili. Við samtímis gjöf HIV próteasahemilsins sakvínavírs, sem er CYP3A4 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (1200 mg þrisvar sinnum á dag) og eins skammts af sildenafili (100 mg) varð 140% hækkun á C_{max} sildenafils og 210% hækkun á AUC sildenafils í blóði. Sildenafil hafði engin áhrif á lyfjahvörf sakvínavírs . Öflugri CYP3A4 hemlar eins og ketókónazól og ítrakónazól eru taldir hafa meiri áhrif. Eftir inntöku eins 100 mg skammts af sildenafili með erýtrómýcíni, sem er sértækur CYP3A4 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (500 mg tvisvar sinnum á dag í 5 daga) varð 182% hækkun á aðgengi sildenafils (AUC). Hjá venjulegum heilbrigðum körlum, sem voru sjálfboðaliðar, komu engar vísbendingar í ljós um að azitrómýcín (500 mg daglega í þrjá daga) hefði áhrif AUC, C_{max}, t_{max}, stuðul útskilnaðarhraða né heldur í kjölfar þess á helmingunartíma sildenafils eða þess umbrotsefnis, sem mest er af í blóði. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli cimetidín (800 mg), sem er cýtókróm P450 hemill og ósértækur hvað varðar CYP3A4, 56% aukningu á blóðþéttni sildenafils þegar það var gefið samtímis sildenafili (50 mg). Greipaldinsafi, sem er vægur hemill á CYP3A4 umbrot í þarmavegg, getur valdið lítils háttar aukningu á blóðþéttni sildenafils. Taka eins skammts af sýrubindandi lyfi (magnesíumhýdroxíð / álhýdroxíð) hafði ekki áhrif á aðgengi sildenafils. Enda þótt sérstakar rannsóknir hafi ekki verið gerðar á milliverkunum við öll lyf, kom í ljós við mat á lyfjahvörfum, að samtímis notkun eftirtalinna lyfja hafði ekki áhrif á lyfjahvörf sildenafils: CYP2C9 hemlar (eins og tólbútamíð, warfarín og fenýtóín), CYP2D6 hemlar (eins og sértækir serótónín endurupptöku hemlar og þríhringlaga geðdeyfðarlyf), tíazíð og skyld þvagræsilyf, mikilvirk (loop-) og kalíumsparandi þvagræsilyf, ACE-hemlar, kalsíumgangalokar, beta-hemlar eða lyf sem örva CYP450 umbrot (eins og rífampicín, barbítúröt). **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið er ekki ætlað konum. **Akstur og stjórnun annarra véla:** Þar sem skýrt hefur verið frá svima og breytingu á sjón í klínískum rannsóknum á sildenafili eiga sjúklingar að ganga úr skugga um hvaða áhrif lyfið hefur á þá áður en þeir aka bifreið eða stjórna vinnuvélum. **Aukaverkanir:** Skýrt hefur verið frá eftirtöldum aukaverkunum (tíðni >1%) hjá sjúklingum sem hafa verið meðhöndlaðir með ráðlögðum skömmtum í klínískum rannsóknum: *Hjarta og æðakerfi:* Höfuðverkur (12,8%), roði/hitasteypur (10,4%), svimi (1,2%). *Meltingarfæri:* Meltingartruflanir (4,6%). *Öndunarfæri:* Nefstífla (1,1%). *Skynfæri:* Sjóntruflanir (1,9%; vægar og tímabundnar, einkum truflun á litaskyni, en einnig aukið ljósnæmi eða þokusýn). Í rannsóknum þar sem notaðir voru fastir (fixed) skammtar voru meltingartruflanir (12%) og sjóntruflanir (11%) algengari þegar notaðir voru 100 mg skammtar en þegar minni skammtar voru notaðir. Einnig hefur verið skýrt frá vöðvaverkjum þegar sildenafil hefur verið notað örar en ráðlagt er. Aukaverkanirnar voru vægar eða í meðallagi, en urðu tíðari og alvarlegri með auknum skammti. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá eftirtöldum aukaverkunum: *Almennar:* Ofnæmi (þ.m.t húðútbrot). *Hjarta og æðakerfi:* Í tengslum við notkun Viagra hefur verið greint frá alvarlegum hjarta- og æðaáföllum, þar á meðal kransæðastíflu, hvikulli hjartaöng (angina pectoris intermediate syndrome), skyndilegum hjartadauða, sleglataktztruflunum, heilablæðingu, skammvinnum heilaeinkennum vegna blóðþurrðar (transient ischemic attack), háþrýstingi, lágþrýstingi við samtímis notkun sildenafils og alfa-hemla. *Þvag- og kynfæri:* Langvarandi stinning getnaðarlims og/eða standpína. *Skynfæri:* Augnóþægindi: Greint hefur verið frá augnverkjum og rauðum augum/blóðhlaupnum augum. **Pakkningar og verð 1. september 2002: Töflur 25 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 4.074 kr.;**Töflur 50 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 4.663 kr; 12 stk. (þynnupakkað), 12.033 kr.; **Töflur 100 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 5.578 kr.; 12 stk. (þynnupakkað), 14.382 kr.

Nánari upplýsingar um lyfið er að finna í Sérlyfjaskrá og á lyfjastofnun.is. Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0.

Einkaumboð á Íslandi: PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.

Heimild: 1) Sadowsky et al, International Journal of Clinical Practice, mars 2001. Vol. 55 nr. 2.

FOSAMAX 70 mg
MSD
IS/1/01/007/01
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 alendróneti 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 mögueiki 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 alendróneti 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 óðrum milliverkunum sem hafa klíníska 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 aksturshæfni eða hæfni til að stjórna vélbúnaði hafa komið fram. **Aukaverkanir: Algengar (>1%)** : *Meltingarfæri :* Kviðverkir, meltingartruflanir, hægðatregða, niðurgangur, vindgangur, vélindasár*, bló̧ð 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 hluta meltingarvegar, 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 alendróneti, 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 upprétturr. **Pakkningar og verð (nóvember, 2002):** 4 stk. 5179 kr; 12 stk. 13328 kr. Afgreiðslutilhögun: Lyfseðilsskylda. Greiðslupátttaka: E. Handhafi markaðsleyfis: Merck Sharp & Dohme, B.V., Haarlem, Holland. Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Seroxat
GlaxoSmithKline
TÖFLUR; N 06 A B 05 **R B**

Hver tafla inniheldur: Paroxetinum INN, klóríð, hemihydric. 22,8 mg, samsvarandi Paroxetinum INN 20 mg. Töflurnar innihalda litarefnið títantvíoxíð (E171).
Ábendingar: Þunglyndi (ICD-10: Meðalalvarleg til alvarleg þunglyndisköst). Þráhyggju- og/eða árátẗusýki. Felmtursköst (panic disorder). Félagslegur ótti/félagsleg fælni. Almenn kvíðaröskun. Áfallastreituröskun.
Skammtar og lyfjagjöf:
Fullorðnir:
Þunglyndi: Mælt er með 20 mg á dag sem upphafsskammti, sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Öldruðum skal ekki gefinn stærri skammtur en 40 mg á dag.
Þráhyggju-árátẗusýki: Mælt er með 40 mg skammti á dag, en hefja skal meðferð með 20 mg á dag. Auka má skammt í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings.
Felmtursköst: Mælt er með 40 mg skammti á dag, en hefja skal meðferð með 10 mg á dag. Auka má skammt í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings.
Félagslegur ótti/félagsleg fælni: Mælt er með 20 mg skammti á dag, sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Skammtur er aukinn um 10 mg hverju sinni eftir þörfum.
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 á 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 skammti, að hámarki 50 mg á dag háð svörun sjúklings.
Börn: Lyfið er ekki ætlað börnum.
Frábendingar: Þekkt ofnæmi fyrir paroxetíni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Paroxetín á ekki að gefa sjúklingum samtímis MAO-hemlum og ekki fyrr en 2 vikum eftir að gjöf MAO-hemla hefur verið hætt. Eftir það skal hefja meðferð varlega og auka skammta smám saman þar til æskilegu svörun næst. Ekki skal hefja meðferð með MAO-hemlum innan tveggja vikna eftir að meðferð með paroxetíni hefur verið hætt. Hjá sjúklingum sem þegar eru á meðferð með róandi lyfjum skal gæta varúðar við gjöf paroxetíns, eins og annarra sérhæfðra serótónín endurupptökuhemla (SSRI lyfja), þar sem við samtímis notkun þessara lyfja hefur verið greint frá einkennum sem gætu verið vísbending um illkynja sefunarheilkenni. Eins og við á um önnur geðlyfjabyrlyf skal gæta varúðar við notkun paroxetíns hjá sjúklingum sem þjást af oflæti. Sjálfsmorðshætta er mikil þegar um þunglyndi er að ræða og getur hún haldist þótt batamerki sjáist. Því þarf að fylgjast vel með sjúklingum í byrjun meðferðar. Við meðferð á þunglyndistímabilum sjúklinga með geðklofa geta geðveikieinkenni versnað. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki (manic-depressive sjúkdóm), getur sjúkdómurinn sveiflast yfir í oflætisfasann (maníu). Gæta skal almennrar varúðar við meðhöndlun þunglyndis hjá sjúklingum með hjartasjúkdóma. Nota skal paroxetín með varúð hjá sjúklingum með flogaveiki. Við alvarlega skerta lifrarstarfsemi skal nota lægstu skammta sem mælt er með. Einstaka sinnum hefur verið greint frá lækkun natríums í blóði, aðallega hjá öldruðum. Lækkunin gengur yfirleitt til baka þegar notkun paroxetíns er hætt. Mælt er með því að dregið sé úr notkun smám saman þegar hætta á notkun lyfsins.
Gláka: Eins og aðrir sérhæfir serótónín viðtakahemlar (SSRI) veldur paroxetín einstaka sinnum útvíkkun sjáaldra og skal því nota það með varúð hjá sjúklingum með þrönghornsgláku.
Einungis takmörkuð klínísk reynsla er af samtímis meðferð með paroxetíni og raflosti.
Milliverkanir: Vegna hamlandi áhrifa paroxetíns á cýtókróm P450 kerfið í lifrinni (P450 II D6) getur það hægt á umbroti lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms, t.d. sumra þríhringlaga geðlyfjaflokka (imipramíns, desipramíns, amitriptýlíns, nortriptýlíns), sterka geðlyfja af flokki fenótíazína (t.d. perfenazíns og tíorídazíns) auk lyfja við hjartslættartruflunum í flokki 1C (t.d. flekaníðs og própafenóns).
Í rannsóknum á milliverkunum *in-vivo* þar sem gefin voru samtímis (við stöðuga þéttni) paroxetín og terfenadín (enzýmhvarfefni fyrir cýtókróm CYP3A4) komu engin áhrif af paroxetíni fram á lyfjahvörf terfenadíns. Ekki er talið að samtímis notkun paroxetíns og annarra efna, sem eru enzýmhvarfefni fyrir CYP3A4, hafi neina hættu í för með sér.
Ekki er talið nauðsynlegt að breyta upphafsskömmtun þegar gefa á lyfið samhliða lyfjum sem eru þekkt fyrir að örva ensímumbrot (t.d. karbamazepín, natríumvalpróat). Allar síðari skammtabreytingar skal miða við klínísk áhrif (þol og virkni).
Samtímis notkun címetidíns og paroxetíns getur aukið aðgengi paroxetíns.
Dagleg gjöf paroxetíns eykur blóðvökvaþéttni prócýklidíns marktækt; önnur andkólínvirk lyf gætu orðið fyrir svipuðum áhrifum. Lækka skal skammta prócýklidíns ef vart verður andkólínvirkra áhrifa. Eins og við á um aðra sérhæfða serótónín endurupptökuhemla getur samtímis notkun paroxetíns og serótónínvirkra efna (t.d. MAO-hemla, L-tryptófans) leitt til 5HTtengdra verkana (serótónínvirk heilkenni; sjá kafla 4.8). Áhætta við notkun paroxetíns með öðrum efnum sem verka á miðtaugakerfið hefur ekki verið metin kerfisbundið. Ber því að gæta varúðar ef naudsynlega þarf að gefa þessi lyf samtímis. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum á samhliða meðferð með paroxetíni og litium vegna takmarkaðrar reynslu hjá sjúklingum. Gæta skal varúðar við samtímis notkun paroxetíns og alkóhóls.
Meðganga og brjóstagjöf: Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins á meðgöngu og lyfið skilst út í brjóstamjólk og á því ekki að nota það samhliða brjóstagjöf.
Akstur: Sjá kafla um aukaverkanir.
Aukaverkanir:
Algengar (>1%):
Meltingarfæri: Ógleði, niðurgangur, munnþurrkur, minnkuð matarlyst, meltingartruflanir, hægðatregða, uppköst, truflanir á bragðskyni, vindgangur.
Miðtaugakerfi: Svefnhöfgi, þróttleysi, seinkun á sáðláti, brenglun á kynlífsstarfsemi, skjálfti, svimi, æsingur, vöðvatitringur, taugaveiklun.
Þvag- og kynfæri: Þvaglátstruflanir.
Augu: Þokusýn.
Húð: Aukin svitamyndun.
Sjaldgæfar (<1%):
Almennar: Bjúgur (á útlimum og í andliti), þorsti.
Miðtaugakerfi: Vægt oflæti/oflæti, tilfinningasveiflur.
Hjarta- og æðakerfi: Gúlshraðsláttur (sinus trachycardia).
Mjög sjaldgæfar(<0,1%)
Almennar: Serótóninvirkt heilkenni.
Blóð: Óeðlilegar blæðingar (aðallega blóðhlaup í húð (ecchymosis) og purpuri) hafa einstaka sinnum verið skráðar, blóðflagnafæð.
Miðtaugakerfi: Rugl, krampar.
Innkirtlar: Einkenni lík ofmyndun prólaktíns, mjólkurflæði.
Húð: Ljósnæmi.
Lifur: Tímabundin hækkun á lifrarenzýmum.
Taugakerfi: Extrapýramídal einkenni.
Augu: Bráð gláka.
Tímabundið of lágt gildi natríums í blóði (gæti verið í tengslum við óeðlilega seytrun ADH), einkum hjá eldri sjúklingum. Tímabundin hækkun eða lækkun á blóðþrýstingi hefur verið skráð við paroxetínmeðferð, oftast hjá sjúklingum sem eru fyrir með of háan blóðþrýsting eða kvíða. Alvarleg áhrif á lifur koma stöku sinnum fyrir og skal þá meðferð hætt. Sé sjúklingur tekinn snögglega af meðferð geta komið fram aukaverkanir eins og svimi, geðsveiflur, svefntruflanir, kvíði, æsingur, ógleði og svitakóst. Fái sjúklingur krampa skal strax hætta meðferð.
Ofskömmtun: Þær upplýsingar sem til eru um ofskömmun paroxetíns hafa sýnt að öryggismörk þess eru við. Greint hefur verið frá uppköstum, útvíkkun sjáaldra, sótthita, breytingum á blóðþrýstingi, höfuðverki, ósjálfráðum vöðvasamdrætti, órósemi, kvíða og hraðtakti við ofskömmtun paroxetíns auk þeirra einkenna sem greint er frá í kaflanum „Aukaverkanir". Sjúklingar hafa almennt náð sér án alvarlegra afleiðinga, jafnvel þegar skammtar allt að 2000 mg hafa verið teknir í einu. Óðru hvoru hefur verið greint frá dái eða breytingum á hjartallnuriti og ósjaldan frá dauðsföllum, yfirleitt þegar paroxetín hefur verið tekið í tengslum við önnur geðlyf með eða án alkóhóls. Ekkert sértækt mótefni er þekkt.
Meðferðin skal vera samkvæmt almennum reglum um meðferð við ofskömmtun á þunglyndislyfjum. Þar sem við á skal tæma magann annað hvort með því að framkalla uppköst eða magaskolun eða hvort tveggja. Í kjölfar magatæmingar má gefa 20 til 30 g af virkum lyfjakolum á 4 til 6 klst. fresti fyrsta sólarhringinn eftir inntöku. Veita skal stuðningsmeðferð með tíðu eftirliti lífsmarka og ítarlegum athugunum.
Lyfhrif: Lækningaleg verkun paroxetíns næst við sértæka hömlun á endurupptöku serótóníns. Paroxetín hemur ekki endurupptöku annarra taugaboðefna. Séreinkenni þess eru að það hefur nánast enga andkólínvirka, andhistamínvirka og andadrenvirka eiginleika. Paroxetín hemur ekki mónóamínoxídasa. Áhrif á hjarta- og æðakerfi og blóðrás eru minni og færri samanborið við þríhringlaga geðlyfjaflokkinn klómipramín og imipramín.
Lyfjahvörf: Frásogast að fullu frá meltingarvegi óháð því hvort fæðu er neytt samtímis. Umbrotnar töluvert við fyrstu umferð um lifur. Hámarksþéttni í blóði næst eftir um 6 klst. Við endurtekna inntöku næst stöðug þéttni innan 1-2 vikna. Dreifingarrúmmál er um 10 l/kg. Próteinbinding er um 95%. Umbrotnar í óvirk umbrotsefni, sem skiljast út með þvagi og hægðum. Ekki hefur með vissu verið sýnt fram á samband milli blóðþéttni og klínískrar verkunar lyfsins. Helmingunartími í plasma er um 24 klst.
Útlit: Hvítar, sporöskjulaga, kúptar töflur, með deiliskoru á annarri hliðinni og merktar Seroxat 20 á hinni.
Pakkningar og verð 1. janúar 2003: 20 stk. (þynnupakkað) verð 3.516 kr.; 60 stk. (þynnupakkað) verð 9.107 kr.; 100 stk. (þynnupakkað) verð 14.040 kr.; mixtúra 150 ml, 2mg/ml verð 3.719 kr.
Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.

Seretide Diskus
GlaxoSmithKline, 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 þjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið innihaldar 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 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. 10.09.02

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.

SERETIDE

gsk GlaxoSmithKline

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

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

Innihaldslýsing: *Hver sýruhjúptafla inniheldur:* Esomeprazolum INN, magnesíum þríhýdrat samsvarandi Esomeprazolum INN 20 eða 40 mg. **Ábendingar:** *Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease):* Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis, langtímameðferð til þess að koma í veg fyrir að lækнuð 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 lækнuð 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 esómeprazól er gefið samtímis lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19, eins og díazepam, citalópram, imipramín, klómipramín, fenýtóín o.s.frv., getur það valdið aukinni plasmaþéttni þessara lyfja þannig að minnka þurfi skammta. Þetta skal hafa í huga, sérstaklega þegar esómeprazóli er ávísað til notkunar eftir þörfum. Samtímis gjöf á 30 mg af esómeprazóli olli 45% lækkun á klerans díazepams, sem er CYP2C19 hvarfefni. Við samtímis gjöf á 40 mg af esómeprazóli jókst lægsta plasmaþéttni fenýtóíns um 13% hjá flogaveikum sjúklingum. Ráðlagt er að fylgjast með plasmaþéttni fenýtóíns þegar meðferð með esómeprazóli hefst eða henni er hætt. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli gjöf á 40 mg af esómeprazóli samtímis gjöf á cisapríði því að flatarmál undir plasmaþéttni-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:* 8.591 kr., *56 töflur í veski:* 9.574 kr., *100 töflur, glas:* 15.835 kr. 40 mg: *7 töflur í veski:* 2.191 kr., *28 töflur í veski:* 6.676 kr., *50 töflur þynnupakkaðar:* 11.057 kr., *100 töflur í glasi:* 20.509 kr. **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Greiðsluþátttaka: E.** Janúar 2003.

Heimildaskrá *1.* Am J Gastroenerol 2001; 96:656-65. *2.* Gastroenterology 2000; 118:A20. *3.* Alimentary Pharm Ther 2000; 14:1249-1258. *4.* J of Gastroenterol and Hepatol 2002; 17, Suppl. A1007.

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

Celebra (celecoxib) (styttur sérlyfjaskrártexti)

Ábendingar: Til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar og iktsýki. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Skammtastærðir handa fullorðnum: Slitgigt:* Ráðlagður dagsskammtur er yfirleitt 200 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Auka má skammtinn eftir þörfum í 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring. *Iktsýki:* Ráðlagður dagsskammtur er 200-400 mg skipt í tvo skammta. Ráðlagður hámarksskammtur á sólarhring er 400 mg. Nota má Celebra með mat eða án. *Mismunur milli kynstofna:* Sjúklingum af svarta kynstofninum á í upphafi meðferðar að gefa minni skömmtinn (200 mg á sólarhring). Síðar meir má eftir þörfum auka skammtinn í 400 mg á sólarhring (sjá Lyfjahvörf). *Aldraðir:* Öldruðum(>65 ára) á í upphafi meðferðar að gefa minni skammtinn (200 mg á sólarhring).Síðar meir má eftir þörfum auka skammtinn í 400 mg á sólarhring (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Lyfjahvörf). *Skert lifrarstarfsemi:* Hefja skal meðferð með helmingi ráðlagðs skammts hjá sjúklingum með staðfesta í meðallagi skerta lifrarstarfsemi sem hafa 25-35 g/l af albúmíni í sermi. Hvað þennan sjúklingahóp varðar liggur einungis fyrir reynsla frá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi:* Reynsla af notkun celecoxibs handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er takmörkuð og skal því meðhöndla slíka sjúklinga með varúð. *Skammtastærðir handa börnum:* Celebra er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Meðganga og konur sem geta orðið þungaðar, nema notuð sé örugg getnaðarvörn. Hjá þeim tveimur dýrategundum sem hafa verið rannsakaðar hefur komið í ljós að celecoxib getur valdið fósturskemmdum. Hugsanleg áhætta fyrir þungaðar konur er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Brjóstagjöf. Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.Þekkt ofnæmi fyrir sulphonamíðum.Sjúklingar sem hafa fengið einkenni astma, bráða nefslímubólgu, nefsepa (nasal polyps), ofsabjúg, ofsakláða eða annars konar ofnæmi eftir notkun acetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID).Virkt ætisár eða blæðingar í meltingarvegi. Bólgusjúkdómur í þörmum. Alvarleg hjartabilun. Alvarlegur lifrarsjúkdómur (albúmín í sermi <25 g/l eða Child-Pugh=10). Sjúklingar með áætlaða kreatíníníúthreinsun <30 ml/mín. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Hjá sjúklingum sem hafa fengið meðferð með celecoxibi hefur komið fyrir gatmyndun, sár og blæðingar í efri hluta meltingarvegar. Því skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sögu um sjúkdóm í meltingarvegi, t.d. sármyndun eða bólgur og hjá sjúklingum sem eru í sérstakri hættu hvað þetta varðar. Svo sem við á um önnur lyf sem hemja nýmyndun prostaglandina hefur sést vökvasöfnun og bjúgur hjá sjúklingum sem nota celecoxib. Því skal nota celecoxib með varúð handa sjúklingum með sögu um hjartabilun, vanstarfsemi vinstri slegils eða háþrýsting og hjá sjúklingum sem eru með bjúg af einhverri annarri ástæðu, vegna þess að hömlun prostaglandina getur haft í för með sér versnun nýrnastarfsemi og vökvasöfnun. Einnig skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem nota þvagræsilyf eða geta af öðrum orsökum verið í hættu á að verða fyrir blóðþurrð. Hjá öldruðum eru meiri líkur á skertri nýrna- eða lifrarstarfsemi og sér í lagi skertri hjartastarfsemi og skal nota minnsta virkan skammt handa þeim, auk þess sem læknar skulu hafa viðeigandi eftirlit með sjúklingunum.Í klínískum rannsóknum var sýnt fram á að celecoxib hefur svipuð áhrif á nýru og það NSAID sem miðað var við. Alvarlegar blæðingar hafa komið fyrir hjá sjúklingum sem jafnframt nota warfarin. Gæta skal varúðar þegar celecoxib er notað samtímis warfarini. Celecoxib hamlar CYP2D6. Enda þótt það sé ekki öflugur hemill þessa ensýms kann að vera nauðsynlegt að minnka skammta þeirra lyfja sem skömmtuð eru einstaklingsbundið og umbrotna fyrir tilstilli CYP2D6 (sjá Milliverkanir). Celecoxib getur dulið hita. Líklega er ekki það mikill mjólkursykur í hverju hylki (149,7 mg í 100 mg hylkjum og 49,8 mg í 200 mg hylkjum) að hann kalli fram sértæk einkenni mjólkursykursóþols. **Milliverkanir:** *Lyfhrifamilliverkanir:* Fylgjast á með blóðstorkuvirkni hjá sjúklingum sem nota warfarin eða svipuð lyf, einkum á nokkrum fyrstu dögunum eftir að meðferð með celecoxibi hefst og þegar skömmtum celecoxibs er breytt. Greint hefur verið frá blæðingum í tengslum við lengingu protrombintíma, einkum og sér í lagi hjá öldruðum sjúklingum, sem nota samtímis warfarin og celecoxib.NSAID geta dregið úr virkni þvagræsilyfja og háþrýstingslyfja.Eins og við á um NSAID getur hætta á bráðri nýrnabilun aukist við samtímis notkun ACE-hemla og celecoxibs. Á það hefur verið bent að samtímis notkun NSAID og ciclosporins eða tacrolimus geti aukið eiturverkanir ciclosporins og tacrolimus á nýru. Því skal fylgjast náið með nýrnastarfsemi þegar celecoxib er notað samtímis öðru hvoru þessara lyfja. Nota má celecoxib samtímis litlum skömmtum af acetýlsalicýlsýru en það kemur þó ekki í stað acetýlsalicýlsýru sem notuð er til fyrirbyggjandi meðferðar við hjarta- og æðasjúkdómum. *Lyfjahvarfamilliverkanir: Áhrif celecoxibs á önnur lyf* Celecoxib hemur CYP2D6. Við meðferð með celecoxibi jókst plasmaþéttni CYP2D6 hvarfefnisins dextrómetorfans um 136%.Við samtímis meðferð með celecoxibi getur plasmaþéttni þeirra lyfja aukist, sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms.Meðal lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2D6 eru geðlægðarlyf (þríhringlaga og SSRI), sefandi lyf (neuroleptics), lyf við hjartsláttartruflunum og fleiri. Þegar byrjað er á samtímis meðferð með celecoxibi þarf hugsanlega að minnka skammt CYP2D6 hvarfefna, sem skömmtuð eru einstaklingsbundið, eða auka skammtinn þegar meðferð með celecoxibi er hætt. *In vitro* rannsóknir gefa til kynna að celecoxib geti hamlað CYP2C19 hvöttum umbrotum. Klínískt mikilvægi þessara in vitro vísbendinga er ekki þekkt. Dæmi um lyf sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19 eru diazepam, citalopram og imipramin. Í milliverkanarannsókn hafði celecoxib engin marktæk klínísk áhrif á lyfjahvörf getnaðarvarnalyfja til inntöku (1 mg noretísteron/35 míkróg etinylestradíol). Celecoxib hefur ekki áhrif á lyfjahvörf tolbutamíðs (CYP2C9 hvarfefni) eða glibenclamids í þeim mæli að það skipti klínísku máli. Hjá sjúklingum með iktsýki hafði celecoxib engin tölfræðilega marktæk áhrif á lyfjahvörf (plasma- og nýrnaúthreinsun) metótrexats (í þeim skömmtum sem notaðir eru við gigt). Engu að síður skal íhuga viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati, þegar þessi tvö lyf eru notuð samtímis. Hjá heilbrigðum einstaklingum sem fengu celecoxib 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring og litíum 450 mg tvisvar sinnum á sólarhring jókst C_{max} litíums að meðaltali um 16% og AUC litíums jókst að meðaltali um 18%. Í upphafi og við lok meðferðar með celecoxibi skal því fylgjast náið með sjúklingum sem nota litíum. *Áhrif annarra lyfja á celecoxib:* Vegna þess að celecoxib umbrotnar að langmestu leyti fyrir tilstilli CYP2C9, skal nota helming ráðlagðs skammts hjá sjúklingum sem nota fluconazol. Samtímis notkun staks 200 mg skammts celecoxibs og fluconazols 200 mg, sem er öflugur CYP2C9 hemill, einu sinni á sólarhring leiddi til þess að C_{max} celecoxibs jókst að meðaltali um 60% og AUC jókst að meðaltali um 130%. Plasmaþéttni celecoxibs getur minnkað við samtímis notkun CYP2C9 hvata, svo sem rifampicins, carbamazepins og barbiturlyfja. Þess hefur ekki orðið vart að ketoconazol eða sýrubindandi lyf hafi áhrif á lyfjahvörf celecoxibs. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun celecoxibs á meðgöngu. Í dýrarannsóknum (rottur og kanínur) hafa sést eiturverkanir á æxlun, þ.á m. Fósturskemmdir. Hugsanleg hætta fyrir menn er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Eins og önnur lyf sem hemja nýmyndun prostaglandina getur celecoxib valdið legtregðu (uterine inertia) og ótímabærri lokun á brjóstgangi (ductus arteriosus) á síðasta þriðjungi meðgöngu. Þungun og hugsanleg þungun er frábending fyrir gjöf celecoxibs. Verði kona þunguð í meðferð með celecoxibi skal hætta meðferðinni. Engar rannsóknir hafa verið gerðar á útskilnaði celecoxibs í brjóstamjólk. Hjá rottum útskilst celecoxib í mjólk í þéttni sem svarar til plasmaþéttni. Konur sem nota celecoxib eiga ekki að hafa barn á brjósti. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Sjúklingar sem finna fyrir sundli, svima eða syfju þegar þeir nota celecoxib eiga ekki að aka bifreið eða nota vélar. **Aukaverkanir:** ***Algengar (= 1%):*** Bjúgur á útlimum/vökvasöfnun. Kviðverkur, niðurgangur, meltingartruflun, vindgangur. Sundl. Svefnleysi. Kokbólga, nefslímubólga, skútabólga, sýkingar í efri hluta öndunarvegar. Útbrot. Sjaldgæfar (0,1%-1%): Blóðleysi. Hjarta og æðar: Háþrýstingur, hjartsláttarónot. Hægðatregða, ropi, magabólga, munnbólga, uppköst. Óeðlileg lifrarstarfsemi, hækkuð gildi transamínasa. Óeðlileg nýrnapróf (aukning kreatíníns og þvagefnis, blóðkalíumhækkun). Þokusýn, ofspenna vöðva, náladofi (paraesthaesia). Kvíði, geðlægð. Hósti, mæði.Ofsakláði. Sinadráttur, eyrnasuð, þreyta, þvagfæraásýkingar. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Hvítfrumnafæð, blóðflagnafæð. Sármyndun í maga, skeifugörn og vélinda, kyngingartregða, gatmyndun í meltingarvegi, vélindisbólga, sortusaur. Ósamhæfing vöðvahreyfinga. Hárlos, aukið ljósnæmi. Breytt bragðskyn. Frá því lyfið var markaðssett hefur verið tilkynnt um höfuðverk, ógleði og liðverki auk eftirtalinna aukaverkana sem koma örsjaldan fyrir <1/10.000 eða sem einstök tilvik eru um: Alvarlegt ofnæmi, bráðaofnæmislost, ofsabjúgur. Blóðfrumnafæð.Hjartabilun, hjartadrep. Blæðingar í meltingarvegi, bráð brisbólga. Æðabólga, veðvabólga. Lifrarbólga, gula. Rugl. Bráð nýrnabilun. Berkjukrampar. Einstök tilvik um skinnflagning, þ.á m. Stevens-Johnson heilkenni, dreplos húðþekju (epidermal necrolysis), regnbogaroðasótt. **Pakkningar og verð 1. mars 2003:** *Hylki, hart 100 mg:* 100 stk. (þynnupakkað) 7.546 kr. *Hylki, hart 200 mg:* 10 stk. (þynnupakkað) 1.988 kr., 20 stk (þynnupakkað) 3.256 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 13.052 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðslufyrirkomulag:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Pharmacia AS. Overgaden neden Vandet 7, 1414 København K, Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. Sérlyfjaskrártexta í fullri lengd (síðast uppfært 1.júlí 2002),má nálgast hjá Lyfjaumboðsdeild Parmacia, PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

PHARMACIA

CELEBRA (CELECOXIB)

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 viðáttufælni (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 viðáttufælni (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 kvíðaeinkenni 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, metóprólol, desipramín, klómipramín, nortryptilín, risperidón, thíorídazín 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 einstaka fráhvarfseinkenna 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 (febrúar 2003):** Cipralex 5 mg 28 stk kr.2591, Cipralex 5 mg 100 stk kr. 7432, Cipralex 10 mg 28 stk kr. 4259, Cipralex 10 mg 56 stk kr. 7626 Cipralex 10 mg 100 stk kr. 12.549, Cipralex 15 mg 28 stk kr. 5840, Cipralex 15 mg 100 stk kr. 17.918, Cipralex 20 mg 28 stk kr. 7347, Cipralex 20 mg 56 stk kr. 13.476, Cipralex 20 mg 100 stk kr. 22.735. **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

Tilvitnun:
1. Dahlöf B, devereux RB, Kjedlsen et al. cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study(LIFE): A randomised trial against atanolol. Lancet 2002;359:995-1003

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 näst 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:* Vöðaverkir. *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.

VIOXX
TÖFLUR M 01 A H
Virkt innihaldsefni: 12,5 mg eða 25 mg rófecoxib. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð við einkennum af völdum slitgigtar eða liðagigtar hjá fullorðnum einstaklingum. **Skammtar:** *Slitgigt:* Ráðlagður upphafsskammtur er 12,5 mg einu sinni á dag. Hámarksskammtur á dag er 25 mg. *Liðagigt:* Ráðlagður skammtur er 25 mg einu sinni á dag. Hjá liðagigtarsjúklingum náðist ekki aukinn árangur með gjöf 50 mg dagskammts miðað við 25 mg dagskammts. Ráðlagður hámarksskammtur á dag er 25 mg. *Aldraðir:* Gæta skal varúðar þegar dagskammturinn er aukinn úr 12,5 mg í 25 mg hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfsemi:* Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatínín klerans 30-80 ml/mín. *Skert lifrarstarfsemi:* Sjúklingum með væga skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 5-6) skal ekki gefa meira en minnsta ráðlagðan skammt, 12,5 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Rófecoxib er ekki ætlað: Sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Sjúklingum með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingum með miðlungsalvarlega eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 7). Sjúklingum með áætlaðan kreatínín klerans < 30 ml/mín. Sjúklingum sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg eða ofsakláða eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Til notkunar á síðasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur. Sjúklingum með bólgusjúkdóm í þörmum. Sjúklingum með langt gengna hjartabilun. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Þegar blóðflæði um nýru er minnkað getur rófecoxib dregið úr myndun prostaglandína og með því minnkað blóðflæði um nýru enn meira og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi. Þeir sem eru í mestri hættu m.t.t. þessa eru sjúklingar sem hafa verulega skerta nýrnastarfsemi fyrir, hjartabilun sem líkaminn hefur ekki náð að bæta upp, og sjúklingar með skorpulifur. Hafa skal eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort. Ráðlegt er að bæta slíkan vökvaskort upp áður en meðferð með rófecoxíbi er hafin. Eins og á við um önnur lyf sem koma í veg fyrir myndun prostaglandína, hafa vökvasöfnun og bjúgur átt sér stað hjá sjúklingum á rófecoxíb meðferð. 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 hafa þúg fyrir, af einhverjum öðrum orsökum. Eftirlit skal haft með öldruðum og sjúklingum með truflanir á nýrna-, lifrar-, eða hjartastarfsemi, þegar þeir eru á rófecoxíb meðferð. Í klínískum rannsóknum fengu sumir slitgigtarsjúklinganna sem voru á rófecoxíbi meðferð rof, sár eða blæðingar í meltingarveg. Sjúklingar sem áður höfðu fengið rof, sár eða blæðingar og sjúklingar sem voru eldri en 65 ára virtust vera í meiri hættu á að fá fyrrnefndar aukaverkanir. Þegar skammturinn fer yfir 25 mg á dag, eykst hættan á einkennum frá meltingarvegi, sem og hættan á þúgi og háum blóðþrýstingi. Hækkanir á ALAT og/eða ASAT (u.þ.b. þreföld eðlileg efri mörk, eða meira) hafa verið skráðar hjá u.þ.b. 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum á rófecoxíbi. Ef sjúklingur fær einkenni sem benda til truflana á lifrarstarfsemi, eða niðurstöður úr lifrarprófum eru óeðlilegar, skal hætta rófecoxíb meðferð ef óeðlileg lifrarpróf eru viðvarandi (þreföld eðlileg efri mörk). 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. *Börn:* Rófecoxíb hefur ekki verið rannsakað hjá börnum og skal aðeins gefið fullorðnum. Magn laktósu í hverri töflu er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla einkenni laktósuóþols. **Milliverkanir:** Hjá sjúklingum sem náð höfðu jafnvægi á langvarandi warfarin meðferð varð 8% lenging á þrótrombintíma í tengslum við daglega gjöf 25 mg af rófecoxíbi. Því skal hafa nákvæmt eftirlit með prótrombíntíma hjá sjúklingum sem eru á warfarin meðferð þegar rófecoxíb meðferð er hafin. Hjá sjúklingum með vægan eða miðlungsmikinn háþrýsting, varð örlítil minnkun á blóðþrýstingslækkandi áhrifum í tengslum við samhliða gjöf 25 mg af rófecoxíbi á dag og ACE-hemils í 4 vikur, miðað við áhrifin af ACE-hemlinum eingöngu. Hvað varðar önnur lyf sem hamla cýclóoxýgenasa, þá getur gjöf ACE-hemils samhliða 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. Forðast skal samhliða gjöf sterri skammta af acetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi verkjalyfja og rófecoxíbs. Samhliða gjöf cýklósporíns eða takrólímus og bólgueyðandi verkjalyfja getur aukið eiturverkanir cýklósporíns eða takrólímus á nýru. Eftirlit skal hafa með nýrnastarfsemi þegar rófecoxíb er gefið samhliða öðru hvoru þessara lyfja. *Áhrif rófecoxíbs á lyfjahvörf annarra lyfja:* Blóðþéttni litíums getur aukist af völdum bólgueyðandi verkjalyfja. Hafa ber í huga þörf fyrir viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati þegar rófecoxíb er gefið samhliða metótrexati. Engar milliverkanir við dígoxín hafa komið fram. Gæta skal varúðar þegar rófecoxíb er gefið samhliða lyfjum sem umbrotna fyrst og fremst fyrir tilstilli CYP1A2 (t.d. teófyllíni, amitryptilíni, tacríni og zileútoni). Gæta skal varúðar þegar lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4 er ávísað samhliða rófecoxíbi.Í rannsóknum á milliverkunum lyfja, hafði rófecoxíb ekki klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf prednisóns/prednisólons eða getnaðarvarnartaflna (etinýlöstradíóls/norethindróns 35/1). Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf rófecoxíbs: Þegar öflugir cýtókróm P450 innleiðarar eru ekki til staðar, er CYP-hvatt umbrot ekki meginumbrotsleið rófecoxíbs. Engu að síður olli samhliða gjöf rófecoxíbs og rífampíns, sem er öflugur innleiðari CYP ensíma, u.þ.b. 50% lækkun á blóðþéttni rófecoxíbs. Því skal íhuga að gefa 25 mg skammt af rófecoxíbi þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir innleiðarar umbrots í lifur. Gjöf ketókónazóls (öflugur CYP3A4 hemill) hafði ekki áhrif á lyfjahvörf rófecoxíbs í blóði. Címetidín og sýruhamlandi lyf hafa ekki klínískt þýðingarmikil áhrif á lyfjahvörf rófecoxíbs. **Aukaverkanir:** eftirfarandi lyfjatengdar aukaverkanir voru skráðar, af harri tíðni en þegar um lyfleysu var að ræða, í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum sem fengu 12,5 mg eða 25 mg af rófecoxíbi í allt að sex mánuði. **Algengar (>1 %):** *Almennar:* Bjúgur,vökvasöfnun, kviðverkir, svimi. *Hjarta- og æðakerfi:* Hár blóðþrýstingur. *Meltingarfæri:* Brjóstsviði, ópægindi í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir. *Taugakerfi:* Höfuðverkur. *Húð:* Kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** *Almennar:* þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur. *Meltingarfæri:* Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur. *Augu, eyru, nef og kok:* Eyrnasuð. *Efnaskipti og næring:* Þyngdarauknning. *Stoðkerfi:* Sinadráttur. *Taugakerfi:* Svefnleysi, svefnhöfgi, svimi. *Geðræn einkenni:* Geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa. *Öndunarfæri:* Andþyngsli. *Húð:* Útbrot, atópískt eksem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófecoxíb í eitt ár eða lengur. **Breytingar á niðurstöðum blóð- og þvagrannsókna: Algengar (>1 %):** Hækkun á ALAT, lækkun á hematókrít, hækkun á ASAT. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** hækkun á þvagefni, lækkun á hemóglóbíni, hækkun á kreatínini, Hækkun á alkalískum fosfatasa, prótein í þvagi, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við rófecoxíb: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefs nýrnabólga nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome) og nýrnabilun; eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun og lifrarbólga; eiturverkanir á meltingarfæri, þ.á m. rof, sár og blæðingar; eiturverkanir vegna of mikils blóðrúmmáls, þ.á m. hjartabilun og bilun í vinstri slegli; aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð. Eins og á við um bólgueyðandi verkjalyf geta alvarlegri ofnæmisviðbrögð átt sér stað þ.á m. bráðaofnæmi án þess að viðkomandi hafi áður fengið rófecoxíb. **Pakkningar og verð(nóvember, 2002):** Töflur 12,5 mg og 25 mg: 14 stk. 3131 kr. 28 stk. 5626 kr. 30 stk. 5834 kr. 98 stk. 16662 kr. 100 stk. 16969 kr. **Afgreiðsla**: Lyfseðilsskylda, **Greiðsluþátttaka**: E. **Handhafi markaðsleyfis**: Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi**: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Ráðstefnur og fundir

2.-5. apríl
Í Veróna, Ítalíu. 37. ársþing European society for clinical investigation (ESCI 2003), þar sem umræðuefnið verður The pathophysiology of diseases: from bench to bedside. Netfang: *cogest @tin.it* Nánari upplýsingar: *www.esci.eu.com*

8.-9. apríl
Í Örebro í Svíþjóð. Læknadagar í Örebro 2003, í samvinnu við Sænska læknafélagið: Den utmätta tiden - Palliativ medicin i modern sjukvård. Nánari upplýsingar: Ewa Nyström, Läkardagarna i Örebro, Universitetssjukhuset, 701 85 Örebro, sími: 019-602 37 05, *lakardagarna@orebroll.se*

27.-29. apríl
Í Reykjavík. 8. norræna öldrunarlæknaþingið. Þema þingsins er „Prevention of Brain Aging". Nánari upplýsingar hjá Halldóri Kolbeinssyni *halldork@landspitali.is* og hjá NorAge *norage.sec@nordemens.no.*

18.-20. maí
Flórens á Ítalíu. Ellefta alþjóðlega ráðstefnan um Health Promoting Hospitals (HPH), í þetta sinn er málefni þingsins: Re-orienting hospitals for better health in Europe: New governance, patient orientation and cultural diversity in hospitals. Skráning og frekari upplýsingar er að finna á slóðinni: *www.univie.ac.at/hph/florence2003*

22.-24. maí
Í Espoo Hanasaari, Finnlandi. XXXVI Nordic Coagulation Meeting. Frekari upplýsingar má nálgast á netinu: *www.ncmxxxvi.com*

18-21. júní
Í Ljubljana í Slóveníu. Wonca Europe 2003. Nánari upplýsingar: *www.woncaeurope2003*

25.-28. júní
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
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.

10.-13. ágúst
Í Reykjavík. 35. ráðstefna Norrænu vistfræðisamtakanna: Mind & Body in a Technological World (Hugur og hönd í heimi tækninnar). Nánari upplýsingar á heimasíðu þingsins *www.vinnis.is/nes.2003*

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

24.-27. ágúst
Í Reykjavík. Ónæmisfræðifélag Íslands skipuleggur norrænt þing í ónæmisfræði: Scandinavian Society for Immunology, 34th Annual Meeting and 19th Summer School. Nordica Hótel (Hótel Esja), Reykjavík. Netfang: *congress @congress.is* Nánari upplýsingar á heimasíðu: *www.congress.is/ssi03*

1.-5. september
Í London. The 3rd Maudsley Forum: Course for European Psychiatrists. Institute of Psychiatry and the Maudsley Hospital. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og á vefsíðu: *iop.kcl.ac.uk/MaudsleyForum*

1.-26. september
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; *demarcor@eventsintl.com*

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

24-27. september
Í Santiago á Spáni. 6. WONCA dreifbýlislæknaráðstefnan. Nánari upplýsingar: congresos@semfyc.es og á slóðinni *www.ruralwonca2003.net/*

20.-22. nóvember
Í Róm. 11th Annual Eupha Conference 2003. Europe Congress Centre of the Catholic University of the Sacred Heart. Upplýsingar hjá Eupha 2003 Local Organising Office, *wricciardi@rm.unicatt.it* og hjá Læknablaðinu.

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.



Þingvellir

Ljósmyndari: Haukur Snorrason, www.snorrason.is

Seroxat® paroxetin

gsk GlaxoSmithKline

Lyfjatexti á bls. 368