Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



6/2003

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

Lyfjatexti á bls. 551

Boehringer Ingelheim

FRÆÐIGREINAR

479 Ritstjórnargreinar:
Læknamistök nei takk – Sjúklingaöryggi já takk
Hannes Petersen

483 **Náttúrulegur gangur krabbameina og sjúkdómsvæðingin**
Vilhjálmur Rafnsson

489 **Breytingar á reykingavenjum miðaldra og eldri Íslendinga síðastliðin þrjátíu ár og ástæður þeirra. Niðurstöður úr hóprannsóknum Hjartaverndar**
Nikulás Sigfússon, Gunnar Sigurðsson, Helgi Sigvaldason, Vilmundur Guðnason

Rannsóknarstöð Hjartaverndar hefur um þriggja áratuga skeið staðið fyrir umfangsmiklum hóprannsóknum á fullorðnu fólki með tilliti til hjarta- og æðasjúkdóma og áhættuþátta þeirra. Í þessum rannsóknum hafa reykingavenjur verið kannaðar með spurningalista. Hér er gerð grein fyrir þeim breytingum sem orðið hafa á reykingavenjum, hverjar eru orsakir þeirra og hversu áreiðanlegar þessar upplýsingar eru.

499 **Notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga: viðhorfskönnun meðal íslenskra lækna, lögfræðinga og presta**
Trausti Óskarsson, Flóki Guðmundsson, Jóhann Ágúst Sigurðsson, Linn Getz, Vilhjálmur Árnason

Rannsóknir á stofnfrumum hafa alið af sér miklar vonir varðandi baráttuna við fjölda erfiðra og ólæknandi sjúkdóma og því gjarnan talað um byltingu í læknavísindum í þessu sambandi. Margar óleystar siðferðisspurningar tengjast notkun stofnfrumna til vísindalegra rannsókna og í lækningaskyni þareð þroski fósturvísis stöðvast þegar stofnfrumur eru fjarlægðar úr honum. Markmið þessarar rannsóknar var að fá vísbendingu um afstöðu þriggja stétta til málsins og almennt voru þátttakendur frjálslyndir gagnvart þessari notkun stofnfrumna.

507 **Ungmenni sem leituðu athvarfs í Rauðakrosshúsinu 1996-2000**
Haukur Hauksson, Eiríkur Örn Arnarson

Unnið var úr upplýsingum um skjólstæðinga Rauðakrosshússins árin 1996-2000 og niðurstöður bornar saman við rannsókn á starfsemi athvarfsins fyrir tímabilið 1985-1995. Könnuð voru tengsl brotthlaups unglinga að heiman við slakan árangur í skóla, neyslu áfengis og annarra vímuefna, fjölskyldugerð og fleira.

512 **Breska læknafélagið verðlaunar fræðirit um geðheilbrigðisfræði í ritstjórn íslensks læknis**

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

6. tbl. 89. árg. Júní 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

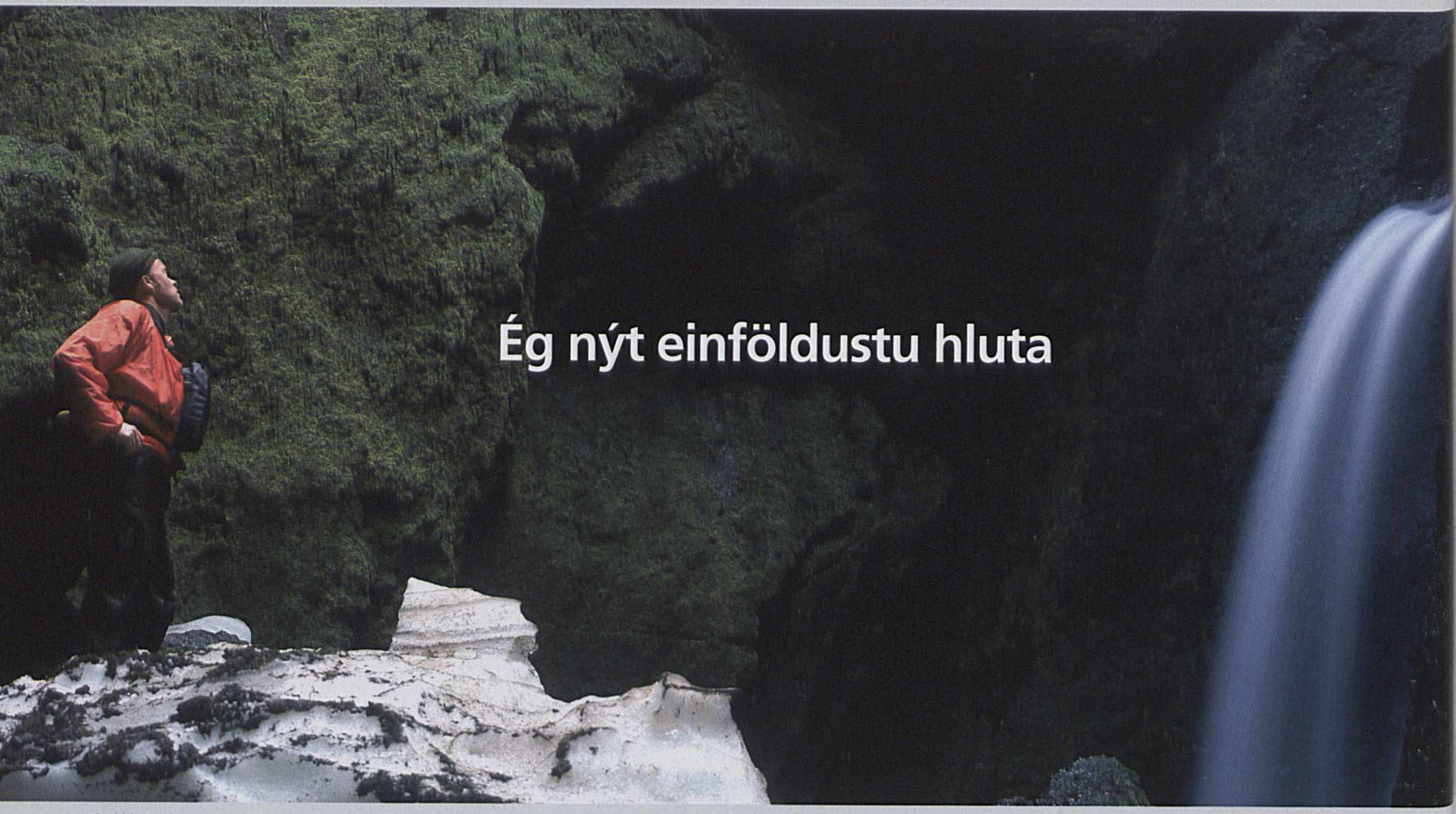
Áskrift
6.840,- m.vsk.
Lausasala
700,- m.vsk.

© 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



Stakkholtsgjá

Ljósmyndari: Haukur Snorrason, www.snorrason.is

Seroxat® paroxetin

gsk GlaxoSmithKline

Lyfjatexti á bls. 550

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

516 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Af menningararfinum og öðru brýnu**
Sigurbjörn Sveinsson

517 **Frá Félagi áhugamanna um sögu læknisfræðinngar: Styrkur Jóns Steffensen**

518 **Jón Snædal kjörinn formaður siðanefndar WMA**
Þröstur Haraldsson

519 **Viðbúnaður við HABL**
Guðrún Sigmundsdóttir

523 **Uppbygging Landspítala**
Ólafur Örn Arnarson

525 **Ein læknadeild í landinu**
Reynir Tómas Geirsson

529 **Krafa um lækkun skattlagningar ávöxtunarhluta lífeyrisgreiðslna fyrir dómi**
Ólafur Ólafsson

Íðorðasafn lækna á netinu

530 **Vaxandi starfsemi og ný verkefni**
Landlæknisembættið sótt heim á Seltjarnarnes
Þröstur Haraldsson

534 **Smásjáin: Duglegur ráðherra**

535 **Sérlyfjaskráin gefin út á bók og á netinu**
Þröstur Haraldsson

538 **Læknar og lög. Hvert skal beina kvörtunum?**
Gunnar Ármannsson

541 **Íðorðasafn lækna 156. Krabbamein**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

543 **Faraldsfræði 29. Réttmæti aðferða**
María Heimisdóttir

545 **Lyfjamál 115. Læknar COX?**
Eggert Sigfússon

547 **Broshornið 38. Af hnerra og hetjuskap**
Bjarni Jónasson

548 **Lausar stöður**

549 **Okkar á milli**

550 Sérlyfjatextar með auglýsingum

555 **Minnisblaðið**

Frágangur fræðilegra greina

Heimasíða Læknablaðsins
http://lb.icemed.is

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



Ljósm.: Inga Sólveig Friðjónsdóttir

Hinn nýja Barnaspítala Hringsins hönnuðu arkitektarnir **Sigríður Magnúsdóttir** og **Hans Olav Andersen** hjá Teiknistofunni Tröð. Þau hafa þegar hannað allmargar byggingar, bæði hér á Íslandi og í Noregi og fengið verðlaun fyrir. Til að mynda þykir útfærsla þeirra á safnaðarheimili og tónlistarskóla í miðbæ Hafnarfjarðar sérstaklega vel heppnuð og sameina óvenjuvel fagurfræðileg sjónarmið og notagildi. Við hönnun spítala hlýtur alltaf að vera lögð megináhersla á notagildið en þó hefur arkitektunum tekist að láta ytra byrði hússins njóta sín í samspili við umhverfið og myndskreytingar Sigurðar Guðmundssonar – kopartréð sem sést á forsíðu blaðsins – kallast á við steinklæðninguna utan á húsinu. Í glerklæðningu speglast síðan eldri húsin í kring.

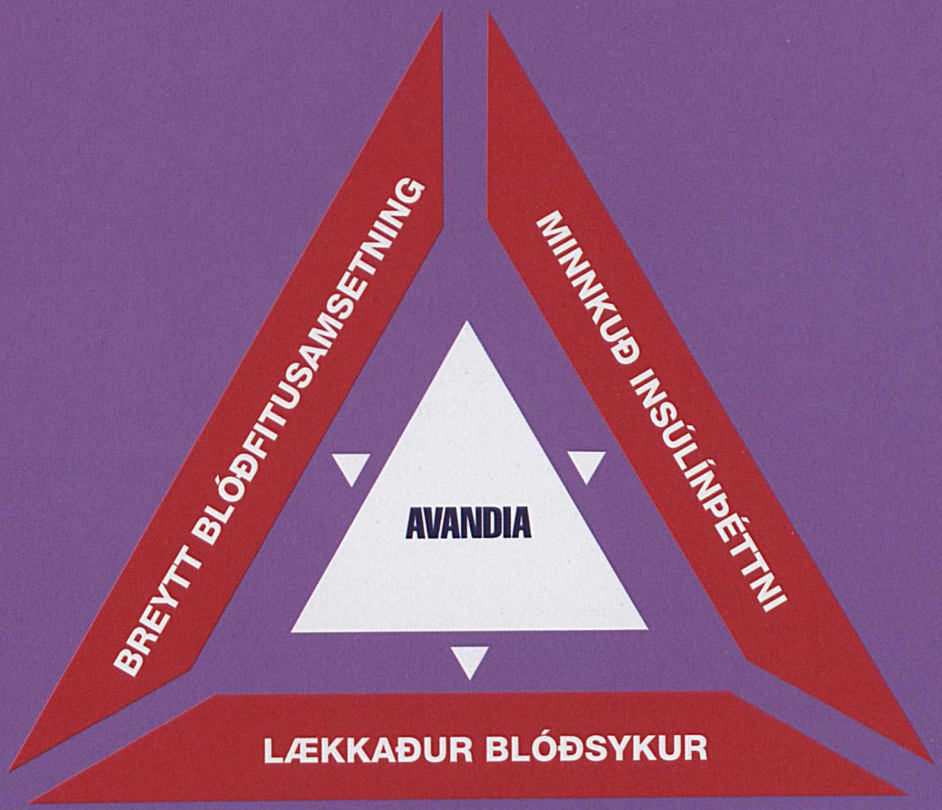
Tæknilega þykir húsið vel útfært og fullkomið og standast samanburð við bestu aðstöðu sem býðst á sambærilegum stofnunum annars staðar í heiminum. Auk deildanna þar sem annast er um veik börn eru í húsinu bæði kennslustofa og fyrirlestrasalur og er með þeim stefnt að því að styrkja kennsluhlutverk spítalans. Þá hefur sérstaklega verið hugað að því að aðstaða fyrir foreldra sé góð svo þeim sé kleift að dvelja á spítalanum meðan börn þeirra liggja þar.

Jón Proppé

NÚ ER HÆGT AÐ MEÐHÖNDLA INSÚLÍNÞOL

AVANDIA® ROSIGLITAZON

– Ný aðferð við meðhöndlun sykursýki af tegund 2



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

Avandia® Rósiglitazón. Lyf við blóðsykurhækkun, ATC flokkur : A10 BG 02 Rósiglitazón er sérhæfður viðtakablokki sem binst PPARg (peroxisomal proliferator activated receptor gamma) kjarnaviðtaka og tilheyrir sykursýkislyfjum af tiazólidindíonflokki. Það dregur úr blóðsykurshækkun með því að draga úr viðnámi insúlíns í fituvef, beinagrindarvöðvum og lifur. **Lyfjaform:** Filmuhúðaðar töflur (4 mg og 8 mg). **Ábendingar:** Rósiglitazón er einungis ætlað í samsettri meðferð til inntöku við sykursýki af tegund 2 hjá sjúklingum með ófullnægjandi blóðsykurstýringu þrátt fyrir hámarksskammt sem sjúklingurinn þolir af annað hvort metformíni eða súlfónýlúrealyfi einu sér til inntöku:-með metformíni einu sér hjá offitusjúklingum. með súlfónýlúrealyfi einu sér hjá sjúklingum sem sýna óþol við metformíni eða þar sem metformín er frábending. **Skammtar og lyfjagjöf**: Venjulega hefst rósiglitazónmeðferð á 4 mg/dag. **Frábendingar:** Ekki má nota rósiglitazón hjá sjúklingum með: þekkt ofnæmi fyrir rósiglitazóni eða einhverju hjálparefnanna í töflunum eða hjartabilun eða sögu um hjartabilun (I.-IV. stig NYHA) eða skerta lifrarstarfsemi. Rósiglitazón á heldur ekki að nota samhliða insúlíni.**Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ekki er fyrirliggjandi klínísk reynsla af notkun rósiglitazóns með tveimur öðrum sykursýkilyfjum til inntöku.Ekki ætti að nota rósiglitazón sem eins lyfs meðferð.**Vökvauppsöfnun og hjartabilun:** Rósiglitazón getur valdið vökvauppsöfnun sem getur aukið eða komið af stað hjartabilun. Fylgjast þarf með vísbendingum og einkennum um hjartabilun hjá sjúklingum, einkum þeim sem eru með skerta hjartastarfsemi. Hætta á meðferð með rósiglitazóni ef hjartastarfsemi versnar á einhvern hátt. Aukin tíðni hjartabilunar hefur sést í klínískum rannsóknum þegar rósiglitazón er notað með insúlíni. Því skal ekki nota rósiglitazón með insúlíni. Einnig var oftar greint frá hjartabilun hjá sjúklingum með sögu um hjartabilun, hjá öldruðum og hjá sjúklingum með væga eða miðlungi mikla nýrnabilun. Þar sem bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) og rósiglitazón tengjast vökvauppsöfnun, getur samhliða gjöf þeirra aukið líkur á bjúg. **Eftirlit með lifrarstarfsemi:** Stöku sinnum hefur verið greint frá vanstarfsemi lifrar eftir að lyfið kom á markað. Því er ráðlegt að fylgst sé reglulega með lifrarensímum hjá sjúklingum í rósiglitazónmeðferð. Rannsaka ætti lifrarensím hjá öllum sjúklingum áður en meðferð með rósiglitazóni hefst. Ekki ætti að hefja meðferð með rósiglitazóni hjá sjúklingum með hækkuð grunngildi lifrarensíma (ALT > 2.5x efri mörk eðlilegra gilda) eða aðrar vísbendingar um lifrarsjúkdóm. Eftir að meðferð með rósiglitazóni er hafin er ráðlegt að fylgst sé með lifrarensímum á tveggja mánaða fresti fyrstu 12 mánuðina og reglulega eftir það. Ef ALT gildi hafa hækkað upp í >3x efri mörk eðlilegra gilda meðan á meðferð með rósiglitazóni stendur, skal meta að nýju gildi lifrarensíma eins fljótt og auðið er. Ef ALT gildi halda áfram að vera >3x efri mörk eðlilegra gilda, skal hætta meðferð. Ef sjúklingur þróar einkenni sem benda til vanstarfsemi lifrar, sem m.a. getur lýst sér með ógleði af óþekktum orsökum, uppköstum, kviðverkjum, þreytu, lystarleysi og/eða dökkleitu þvagi, ætti að rannsaka lifrarensím. Ákvörðun um hvort halda eigi áfram að meðhöndla sjúklinginn með rósiglitazóni á að taka út frá klínísku mati byggðu á rannsóknarniðurstöðum. Verði vart gulu á að hætta lyfjameðferð. **Þyngdaraukning:** Í klínískum rannsóknum á rósiglitazóni komu fram merki um þyngdaraukningu. Því ætti að fylgjast náið með þyngd. **Blóðleysi:** Meðferð með rósiglitazóni tengist lækkuðum blóðrauðagildum. Hjá sjúklingum með lág blóðrauðagildi fyrir meðferð er aukin hætta á blóðleysi meðan á meðferð með rósiglitazóni stendur. **Aðrir:** Konur fyrir tíðahvörf hafa fengið rósiglitazón í klínískum rannsóknum. Þótt borið hafi á hormónaójafnvægi í forklínískum rannsóknum, hefur ekki orðið vart neinna marktækra aukaverkana sem tengjast truflunum á tíðablæðingum. Afleiðing betra insúlínnæmis getur lýst sér í því að egglos hefjist aftur hjá sjúklingum sem ekki hafa haft egglos vegna insúlínviðnáms. Sjúklingar ættu að vera meðvitaðir um hættuna á þungun og ef sjúklingur óskar eftir að verða barnshafandi eða ef þungun verður, á að hætta meðferð. Rósiglitazón hefur ekki verið rannsakað hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi og því er ekki mælt með því fyrir þessa sjúklinga.Gæta skal varúðar þegar paklítaxel og rósiglitazón er gefið samhliða. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Í in vitro rannsóknum sést að rósiglitazón umbrotnar aðallega fyrir tilstilli CYP2C8 og er CYP2C9 þar aðeins minni háttar ferli. Ekki fundust neinar milliverkanir sem máli skiptu þegar digoxín, CYP2C9 ensímhvarfefnið warfarín, CYP3A4 ensímhvarfefnin nífedipín, etinýlestradíól eða noretindrón voru gefin samhliða rósiglitazóni. **Meðganga og brjóstagjöf:** Rósiglitazón ætti ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota rósiglitazón. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir, sem grunur leikur á eða líklegt þykir að tengist meðferð og greint hefur verið frá oftar en einu sinni hjá sjúklingum sem fá rósiglitazón ásamt súlfónýlúrealyfjum eða metformíni í tvíblindum rannsóknum, eru taldar upp hér að neðan eftir líffæraflokki og tíðni þeirra. Tíðni er skilgreind sem: Algengar >1/100, <1/10; sjaldgæfar >1/1000, < 1/100. Rósiglitazón ásamt metformíni: Rauðkorn Algengar: Blóðleysi Umbrot og næringarferli Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun Sjaldgæfar: Fitudreyri, blóðsýring af völdum mjólkursýru, versnun sykursýki, kólesterólhækkun. Mið- og úttaugakerfi Algengar: Höfuðverkur Sjaldgæfar: Svimi Meltingarfæri Algengar: Niðurgangur, uppþemba, ógleði, kviðverkir, meltingartruflanir Sjaldgæfar: Uppköst, lystarleysi, hægðatregða Almennt Algengar: Þreyta. Rósiglitazón ásamt súlfónýlúrealyfjum: Rauðkorn Algengar: Blóðleysi Blóðfrögublæðing og storknun Sjaldgæfar: Blóðflagnafæð Umbrot og næringarferli Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun, þyngdaraukning Sjaldgæfar: kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, of mikið þríglýseríð í blóði Geðfræðilegt Sjaldgæfar: Svefnhöfgi Mið- og úttaugakerfi Sjaldgæfar: Svimi, höfuðverkur, breytt húðskyn Öndunarfæri Sjaldgæfar: Andnauð Meltingarfæri Sjaldgæfar: Kviðverkir, uppþemba, ógleði, aukin matarlyst Húð og útlimir Sjaldgæfar: Hárlos, útbrot Almennt Sjaldgæfar: Þreyta, þróttleysi Nánari upplýsingar í Sérlyfjaskrá. **Pakkningar og verð, 1. júlí 2002:** 4 mgx28 stk./5.445 kr.-4 mgx56 stk./9.598 kr.- 8 mgx28 stk./8.004 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** TR greiðir lyfið að fullu. **Handhafi markaðsleyfis: GlaxoSmithKline. Þverholt 14, 105 Reykjavík, www.gsk.is. Heimildir: 1)** Focensa V et al. Effects of Metformin and Rosiglitazone Combination Therapy in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. JAMA 2000: 283:1695-1702. **2)** Wolffenbuttel BHR et al. Addition of low-dose rosiglitazone to sulphonylurea theraphy improves glycemic control in Type 2 diabetic patients. Diabetic Medicine 2000: 17:40-47. 01.10.02.(a)

gsk GlaxoSmithKline

AVANDIA rósiglítasón

Læknamistök nei takk – Sjúklingaöryggi já takk



Hannes Petersen

Merk tímamót eru í uppsiglingu í flugsögunni en í desember næstkomandi eru 100 ár liðin frá flugi Wright bræðra. *www.firstflightcentennial.org* Tólf sekúndna flug þeirra bræðra breytti heiminum og markar upphaf flugreksturs samtímans, reksturs sem fyrst og fremst gengur út á að þjóna almenningi þannig að fólk komist fljótt og örugglega milli staða hvar sem er á jörðinni. Ef vel er að gáð má greinilega sjá hliðstæður í þróun flugs og læknisfræði á þessum 100 árum. Í upphafi voru skrefin stigin af fáum og framgangurinn oftast markaður sigrum er féllu í skaut ákveðnum einstaklingum, á þeim tíma flugmannanna og læknanna. Það var ekki undarlegt því undirbúningurinn, áræðnin og niðurstaðan var algerlega þeirra. Flug á þessum upphafsárum taldist til merkisatburða og á hverjum nýjum brottfarar- og lendingarstað þyrptist að fólk og veislur voru haldnar. Sama gilti um læknisaðgerðir og má til gamans má rifja upp að á Héraðshælinu á Blönduósi var hefð fyrir því að flagga í hvert sinn sem botnlangi var tekin og að kveldi aðgerðardags gæddu skurðlæknirinn og aðstoðarmaður hans, sem sá um svæfinguna og gjarnan var laghentur maður úr plássinu, sér á tertu og tendruðu andann með tári af brenndu víni. Því miður er ekki flaggað fyrir aðgerðum í dag, nema ef vera skyldi í hálfa stöng.

Þegar aðgerðir eða aðgerðaleysi í heilbrigðisþjónustu aftra heilbrigði tímabundið eða varanlega er það oftast kallað læknamistök. Þegar óhöpp verða í flugi er það kallað skert flugöryggi. Þá eru kallaðir til sérstakir rannsóknaraðilar sem kanna alla þætti óhappaflugsins og mistök flugmanns ekki staðfest nema efnisleg rök liggi fyrir. Svo ýtarlega er óhappið kannað að meira að segja viðhaldsþjálfun flugmanna sem lenda í óhappi er könnuð, eins og eftirfarandi saga ber með sér. Þann 8. janúar 1989 lagði flug 092 á vegum British Midland Airways af stað frá London á leið til Belfast. Þrettán mínútum eftir flugtak fundu farþegar og áhöfn mikinn titring og skömmu síðar fannst brunalykt í farangursrými vélarinnar. Það sem orsakaði þetta var að hreyfilblað úr þrýstihverfli hægri hreyfils hafði losnað af og skemmt hreyfilinn og ytra byrði vélarhlífarinnar. Flugstjórinn taldi að bilunin hefði orðið í vinstri hreyfli enda hvarf titringurinn er hann slökkti á honum. Óskað var eftir að lenda á einum hreyfli á Mið-Englandi, en þegar auka þurfti orku við lendingu brást bilaði hreyfillinn endanlega og vélin steyptist vélarvana til jarðar með þeim afleiðingum að 47 létust af 128 um borð. Öll áhöfn vélarinnar komst lífs af, flugstjórinn var dæmdur fyrir þau mistök að slökkva á vitlausum hreyfli og var refsingin fangelsi og missir flugstjórnarréttinda. Eftir nánari eftirgrennslan og frekari málafærslur fyrir rétti var flugstjórinn sýknaður tíu árum síðar á þeim forsendum að flugrekstraraðilinn og flugvélaframleiðandinn hafi ekki kynnt og þjálfað fluglíða sem skyldi þegar ný árgerð flugvélar var tekin til notkunar. *www.aviation-safety.net* Sannarlega eru dæmi um flugslys sem kostað hafa fjölda manns lífið þar sem um mistök flugmanna var að ræða en einnig eru til staðfest dæmi um slys þar sem mistök í starfi flugumferðarstjóra, flugvirkja eða annars starfsfólks á jörðu niðri leiddu til óhappsins. Í tímaritsgrein frá árinu 1984 (1) er talið að í 50% flugslysa sé um mistök flugmanna að ræða, 35% tilfella mistök flugumferðarstjóra en í 15% tilvika sé skýringa flugslysa að leita annars staðar. Það merkilega við þennan síðasta þátt er að til eru staðfest dæmi um að virðingarstig, litarháttur, trú eða kynferði hafi leitt til flugslysa að því leyti að þessir þættir hafi haft áhrif á samvinnu og samskipti áhafnar og flugleiðsögumanna á jörðu niðri. *www.aaib.dft.gov.uk*

Heilbrigðisþjónusta og flugrekstur eru atvinnugreinar þar sem margir vinna saman að þeim markmiðum er einkenna hvorn rekstur um sig. Ólíkt frásögninni hér að ofan eru mistök innan heilbrigðisþjónustunnar kölluð læknamistök en í flugrekstri eru óhöppin talin verða vegna skerts flugöryggis og ekki sök flugmannsins nema að vel rannsökuðu máli. Í flugrekstrinum er flugöryggi haft að leiðarljósi og horft er fram á við með markvissri skráningu á þeim atvikum er draga úr öryggi rekstursins, atvikum er snúa að öllum þáttum, svo sem viðhaldi véla, þjónustu á jörðu niðri, fjarskiptum, veðri og raunar öllum þeim mannlegu þáttum er snerta flugrekstrinn. Þar er hugað að viðhaldsmenntun fluglíða og mikilvægi eftirlits með þeim þætti og ekki síður samskiptum og samvinnu áhafnarmeðlima og allra þeirra er að hverju einstöku flugi koma. Veruleikinn er annar í heilbrigðisþjónustunni. Þar er meira litið í baksýnisspegilinn og leitað að sökudólgi sem er þá oftast læknirinn, en minna er gert af því að skrá og læra af óhöppunum á kerfisbundinn hátt. Hér má læra af fluginu og setja sjúklingaöryggi í fyrirrúm en láta af því að hugsa sífellt um læknamistök vegna þess að í flestum tilfellum er starfsemin svo flókin og samfléttuð vinnu svo margra stétta að ómaklegt er að kenna lækninum einum um. Þetta má ekki skilja sem svo að læknar séu að koma sér undan ábyrgð, síður en svo, heldur má meðal annars benda á eftirfarandi: Í fyrsta lagi er uppbygging stjórnunar á heilbrigðisstofnunum á vegum hins opinbera, eins og til dæmis LSH, algerlega tvískipt milli lækningaþáttar og hjúkrunarþáttar. Sjá lesendur Læknablaðsins fyrir sér algera skiptingu

Höfundur er sérfræðingur í háls-, nef- og eyrnalækningum á Landspítala Fossvogi.

stjórnunar milli þeirra tveggja flugmanna sem flytja þá milli landa? Nei það gengur ekki, annar gæti lagt megináherslu á lendingar og flugtök á meðan hinn vildi ná sem mestri hagræðingu á langflugi. Best væri samvinna, samræða heilbrigðisáhafna um stjórnun verkþátta þjónustunnar, það er í hvaða átt skal stefna, enda vel þekkt að átök eða misskilningur um stefnu geti leitt til óhappa og slysa, svo ekki sé talað um stefnuleysi. Í öðru lagi má segja að með auknum sparnaðar- og hagræðingarkröfum í heilbrigðismálum sé hraðinn farinn að skipta máli. Sem dæmi má nefna skurðstofurekstur, þar sem reynt er að koma sem flestum aðgerðum að á hverjum tíma en það reynir á samstarf margra stétta. Þáttur aðgerðarlæknisins er oft þess eðlis að hann þarf að treysta samstarfsfólki sínu svo vinnudagurinn gangi upp, rétt eins og flugstjórinn þarf að treysta á að viðhalds- og tæknideildin hafi gert rétt, að hleðsluskýrslur séu réttar, að aðstoðarflugmaðurinn hafi kannað ástand vélarinnar fyrir brottför og að flugþjónarnir sjái um farþegaklefann þegar flogið er í ókyrrð. Í þriðja lagi má taka til að þörf aðgangs að heilbrigðisstofnunum er oft metinn af öðrum en læknum.

Sjúklingaöryggi verður ekki til af sjálfu sér. Sjúklingaöryggi þýðir hugarfarsbreytingu og það kostar! Sjúklingaöryggi verður ekki komið á nema allir sem að verkinu koma vinni saman, ráðuneyti heilbrigðismála, heilbrigðisstofnanir, landlæknir, stéttarfélög heilbrigðisstarfsfólks og samtök sjúklinga, bæði þeirra er þjást af ákveðnum sjúkdómum og þeirra er þjást af skertu sjúklingaöryggi. Samvinna þessara aðila þarf fyrst og fremst að beinast að því að óhöpp verði könnuð markvisst, hættusvæðin í þjónustunni kortlögð svo þau megi varast og draga af þeim lærdóm svo fljúga megi inn í heilbrigða framtíð með öryggi að leiðarljósi.

Heimild

1. Billings CE, Reynard WD. Human factors in aircraft incidents: results of a 7-year study. Aviat Space Environ Med 1984; 55: 960-5.

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 á 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, vöðaverkur. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Þroti í augnlokum, tilfinning sem lýst er sem augnóþægindi og blóðhlaupin augu. Áukaverkanatilkynningar 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 blóðþurrðarköst, 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 vanskapanir 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 fyfleysu 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:*** ritrómýcin 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-warfaríns, eða R-warfarins (CYP2C9 hvarfefni) og tadalafil hafði engin áhrif á lengingu prótrombintíma sem warfarín 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 (angiotensín converting enzyme) hemlar (enalapril), beta-adrenvirkir viðtakablokkar (metóprólól), tíazíð þvagræsilyf (bendroflúazíð), og angiotensín 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 angiotensín 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-adrenvirkur viðtakablokki. Tadalafil 20 mg og samhliða meðferð með blóðþýstingslækkandi 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 vægа aukningu á hjartslætti (3,5 slög/mín). Þrátt fyrir að þetta séu væg áhrif og hafi ekki haft klínískа 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 töflur 20 mg x 8 stk.: 8.240 kr. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** R, O. **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)

Tilkynning

Philips Medical Systems velja PharmaNor til framtíðarsamstarfs á Íslandi



Að undanförnu hefur verið mikið um kaup á fyrirtækjum, sameiningu og samruna meðal alþjóðlegra framleiðanda hátæknibúnaðar á heilbrigðissviði. Við hjá Philips Medical Systems (PMS) höfum látið að okkur kveða í slíkum uppkaupum og erum nú stærsti framleiðandi á lækningatækjum í Evrópu.

Í framhaldi af örum vexti vinnum við að því að auka samvirkni og gæði þjónustu okkar á alþjóðlegum mörkuðum, ásamt einföldun á sölu- og dreifikerfi. Stefnan er sú að starfa með aðeins einum sölu- og þjónustuaðila í hverju landi.

Það er okkur ánægja að tilkynna að PMS hefur náð samkomulagi við PharmaNor um víðtækt samstarf á Íslandi. Við teljum hagsmunum okkar vel borgið í samstarfi við PharmaNor sem hefur þjónað kaupendum lækningatækja um árabil og hefur á að skipa hæfu starfsfólki með yfirgripsmikla þekkingu.

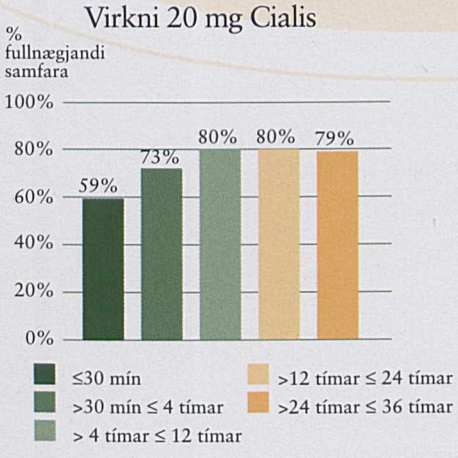
PharmaNor hf. er forystufyrirtæki á Íslandi í innflutningi, markaðssetningu og dreifingu á lyfjum, lækningatækjum og rannsóknar- og hjúkrunarvörum frá mörgum af virtustu framleiðendum heims. Hjá félaginu starfa um 130 manns og hefur stór hluti þeirra víðtæka reynslu og sérmenntun á heilbrigðissviði. PharmaNor er eini dreifandi lyfja og lækningatækja hér á landi sem hlotið hefur vottun samkvæmt ISO 9000 gæðastaðlinum.

Let's make things better.

PHILIPS



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. 480

með fullri reisn
þegar það hentar

Náttúrulegur gangur krabbameina og sjúkdómsvæðingin



Vilhjálmur Rafnsson

Aukinni þekkingu er vandstýrt og eru mörg dæmi þess. Þau nærtækustu eru ef til vill úr eðlisfræðinni og verður ofarlega í huga notkun kjarnorkunnar, einkum þegar Bandaríkjamenn vörpuðu kjarnorkusprengjunum á Hírósíma og Nagasaki í Japan í lok síðustu heimstyrjaldar. Meðal eðlisfræðinga sem og annarra er enn deilt um hvort að í því ferli þegar kjarnorkan var beisluð og notuð í hernaði hafi siðvitið beðið lægri hlut fyrir bók- og verkviti. Stefán Hjörleifsson skrifaði leiðara í síðasta Læknablað og gerir að umræðuefni skyldu lækna og nauðsyn þess að læknisfræðilegri þekkingu sé ætíð beitt til góðs og bendir á að tal um sjúkdómsvæðingu sé þörf áminning um að varast beri oflækningar (1) og hér með er þakkað fyrir þá brýningu.

Stefán gefur sér að þensla í heilbrigðisþjónustunni hafi skaðleg áhrif og vitnar í stefnugrein eftir Fisher og Welch um efnið sem birtist fyrir nokkrum árum í blaði bandarísku læknasamtakanna (2). Þar segir meðal annars að aukin áhersla á snemmgreiningu sjúkdóma geti leitt til greininga á sýndarsjúkdómum sem ekki hafi klíníska þýðingu en geti verið kostnaðarsamar, valdið áhyggjum og leitt til oflækninga. Það er einkum eitt dæmið sem Stefán nefnir til stuðnings þessu sem tekið er úr grein Fishers og Welch þar sem segir að forstig krabbameins finnist í sýnum úr brjóstum allt að 40% kvenna á fimmtugsaldri (1). Ég hef heyrt þessu eða svipuðum sjónarmiðum haldið fram á fræðslufundi nýverið og vil því ræða þetta frekar hér. Ég átti erfitt með að fallast á að sjúkdómsgreiningin forstig krabbameins í brjósti konu gæti leitt til oflækninga. Mér var hugsað sem svo: Vei þeim lækni þegar hann kemur fyrir dóm landlæknis og hefur látið undir höfuð leggjast að bregðast við forstigum brjóstakrabbameins, jafnvel þó hann hafi fundið það fyrir einskæra tilviljun.

Árlegt nýgengi brjóstakrabbameins hjá konum á aldrinum 40 til 49 ára var hér á landi um 70 á hver 100 þúsund á árunum 1996 til 2000 þannig að algengitalan um forstig brjóstakrabbameins sem nefnt er hér að ofan virðist mjög há. Þegar leitað er í grein Fishers og Welchs (2) hvaðan þeir hafa fengið algengitöluna finnst ein ívitnuð rannsókn gerð af Nielsen og samstarfsmönnum (3). Þeir fundu að 39% kvenna á aldrinum 40 til 49 ára höfðu mein sem ekki var ífarandi, eða með öðrum orðum setkrabbamein (carcinoma *in situ*) í brjósti þegar þeir leituðu að krabbameinum hjá 110 konum sem komu til réttarkrufninga á Stór-Kaupmannahafnarsvæðinu á 10 mánaða tímabili 1983-1984 (3). Þeir sem til réttarkrufninga koma eru ekki hendingsúrtak íbúanna og því er varhugavert að draga ályktanir um algengi sjúkdóma af slíkum athugunum þó að vandað sé til meinafræðilegrar greiningar krabbameinanna (3). Við lestur greinarinnar kemur enda fleira í ljós: 68% kvennanna með brjóstakrabbamein höfðu sögu um ofdrykkju áfengis og 55% höfðu merki um fitulifur eða skorpulifur (3), en áfengisneysla er áhættuþáttur brjóstakrabbameina (4). Það orkar því tvímælis að vitna í þessa dönsku rannsókn og láta að því liggja að 40% kvenna á ákveðnum aldri hafi forstig krabbameins í brjósti (2) og hlýtur að vekja spurningar um hvort umgengnin um þá þekkingu sem fram kemur í krufningarannsókninni sé nógu heiðarleg til að geta talist skaðlaus og til góðs.

En þessari sögu af forstigum brjóstakrabbameina er ekki hér með lokið. Með forstigum er oftast átt við setkrabbamein en í brjósti er þau af tveim megin vefjafræðilegum gerðum, setkrabbamein í bleðli (lobular carcinoma *in situ*, LCIS) og setkrabbamein í pípu (ductal carcinoma *in situ*, DCIS), en meinafræðingar flokka þessi setkrabbamein í fleiri undirflokka sem hafa mismunandi forspárgildi um horfur. Setkrabbamein í brjósti eru nú miklu oftar greind en áður, einkum DCIS, vegna kembileitanna að krabbameini í brjósti með myndatökum og meiri árvekni meinafræðinga. Í nokkrum kembileitum eru DCIS allt að 30% af þeim krabbameinum sem greinast og þau eru um þrisvar til sex sinnum tíðari en LCIS. Flest DCIS eru talin forstig eða byrjandi ífarandi krabbamein sem ekki hefur enn náð tímans vegna að þróast og vaxa inn í skilgreininguna ífarandi krabbamein. Meðferðin við DCIS var áður fyrr brottnám brjósts. Ástæður fyrir því að þessi róttæka meðferðarleið, brottnám brjósts, var talin kjörleið voru meðal annars að í meðferðarrannsóknum hafði komið fram að í 30% nýgengi tilvika vaknaði sjúkdómurinn á mörgum stöðum í brjóstinu. Ef gerður var stór fleygskurður til að taka æxlið var í 40% tilvika eftir æxlisvöxtur í brjóstinu og það var 25-50% nýgengi á endurkomu æxlis hjá þeim sem fóru í takmarkaða aðgerð og voru með æxli sem fannst við þreifingu. Aðrar meðferðarleiðir í dag eru fleygskurður og geislameðferð á brjóstið og meðferð með tamoxifen er einnig oft gefin burtséð frá hvaða skurðaðgerð er beitt og hvort geislað er eða ekki (5). Náttúrulegur gangur DCIS er því talinn sá sem viðtekinn er í meinafræðinni að krabbamein verða til í ákveðinni frumugerð

Höfundur er prófessor í heilbrigðisfræði við Læknadeild Háskóla Íslands.

og á ákveðnum stað og sé ekkert að gert vaxa krabbameinsfrumurnar með tímanum útúr upprunaumhverfi sínu og inn í nærliggjandi vefi, það er að segja með ífarandi vexti. Það styður frekar þessa skoðun að við meinafræðilega greiningu ífarandi krabbameins í brjósti finnast oft jafnframt staðir með setkrabbameini. Öðru gegnir um LCIS, sem menn vita strangt tiltekið ekki hvort er forstig krabbameina, en hitt er vitað að LCIS er ákveðið merki sem gerir okkur kleift að þekkja konur sem eru í aukinni áhættu að fá ífarandi brjóstakrabbamein síðar meir. Þessi aukna brjóstakrabbameinsáhætta getur verið allt að sex sinnum meiri en hjá öðrum konum og áhættutíminn getur varað lengur en 20 ár. LCIS vaknar venjulega á mörgum stöðum í brjóstinu og er oft í báðum brjóstum. Það hefur því verið erfitt að komast að almennu samkomulagi um meðferðarleið og valkostirnir verið frá því að skoða konuna oft og gera þéttar brjóstamyndatökur eftir að vefjagreining er fengin og bíða þannig átekta, gefa tamoxifen meðferð, nema bæði brjóstin brott í forvarnarskyni, einkum þegar aðrir áhættuþættir brjóstakrabbameina eru til staðar og enn er verið að gera meðferðartilraunir (5).

En aftur að grein þeirra Fishers og Welchs (2), gera þeir, þar sem talað er um sýndarsjúkdóma, þennan greinarmun á setkrabbameinum í brjósti? Nei, þeir tala um að 40% kvenna geti haft setkrabbamein í pípu (ductal carcinoma *in situ*) sem er ekki rétt haft eftir dönsku rannsóknninni sem þeir vitna til (3), þar eru tekin saman öll setkrabbamein bæði í pípu og bleðli. Þegar Fisher og Welch birta umræddu grein sína árið 1999 hefur verið vitað í meira en áratug að setkrabbamein í pípum (DCIS) í brjósti er byrjun á algengasta krabbameini kvenna og gegn því hefur verið rekin harðfylgin meðferð.

Í rökræðunum um setkrabbamein í brjósti hefur því verið haldið fram að einhver hluti þeirra sé yfirmeðhöndlaður en jafnframt er ljóst að þekkingu skortir til að greina milli þeirra setkrabbameina sem hafa slæmar eða bestu horfur. Það er ólíklegt að fram komi frekari rannsóknir á náttúrulegum gangi setkrabbameina í brjósti því krabbameinsáhættan sem fylgir þeim er svo mikil að læknar verða að bregðast við þeim. Vegna siðfræðilegra sjónarmiða er óhugsandi að fylgjast með gangi og þróun setkrabbameina í brjósti og hafast ekki að. Þetta er nátengt siðfræðilegum álitamálum varðandi kembileit að brjóstakrabbameinum sem fjallað hefur verið um áður hér í blaðinu (6), það hættir að vera siðvit í því að endurtaka og endurbæta sumar rannsóknir. Í framtíðinni munu sjálfsagt birtast fleiri rannsóknir á meðferð við þessum krabbameinum þar sem gagnsemi og árangur af eldri meðferð verða borin saman við nýjungar og þar sem hindranirnar og helstu aðferðafræðilegu erfiðleikarnir munu tengjast því hvort hægt verður að blinda rannsakendur og sjúklinga því ákjósanlegasta meðferðin í framtíðinni gæti reynst margþætt og samhæfð skurðaðgerð, geisla- og lyfjameðferð.

Heimildir

1. Hjörleifsson S. Ýmsar afleiðingar þekkingar. Læknablaðið 2003; 89: 379-80.
2. Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? JAMA 1999; 281: 446-53.
3. Nielsen M, Thomsen JL, Primdahl S, Dyreborg U, Andersen JA. Breast cancer and atypia among young and middle-aged women: A study of 110 medicolegal autopsies. Br J Cancer 1987; 56: 814-9.
4. Willet WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Rosner BA, Hennekens CH, Speizer FE. Moderate alcohol consumtion and risk of breast cancer. N Eng J Med 1987; 316: 1174-80.
5. *www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/treatment/breast/health professional/*
6. Rafnsson V. Kembileit að krabbameini í brjósti með myndatöku. Læknablaðið 2003; 89: 99-100.

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

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

LIFE RANNSÓKNIN

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

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



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

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

Sigur sem vert er að fagna...

...Við hjá AstraZeneca erum stolt af að kynna CRESTOR (rosuvastatín), nýja lyfið sem markar tímamót í lækkun á kólesteróli. Í krafti einstakra eiginleika er tilkoma Crestor fagnaðarefni.

AstraZeneca

Lyfjatexti á bls. 553

CRESTOR

lífið á leik!



Eftir 1 sekúndu pissar hún

Heldur lengur í sér

Eftir 12 vikna meðhöndlun á Detrusitol® Retard (tolterodin) gátu 5 sinnum fleiri sjúklingar lokið erindum sínum áður en þeir fóru á salernið.[1]

Pfizer

PharmaNor hf, Hörgatún 2, 210 Garðabæ
Sími: 535 7000, fax: 565 9292, www.inkontinens.dk

Detrusitol Retard
tolterodin

2,8 mg X 1

Lyfjatexti á bls. 554

Breytingar á reykingavenjum miðaldra og eldri Íslendinga síðastliðin þrjátíu ár og ástæður þeirra

Niðurstöður úr hóprannsóknum Hjartaverndar

Nikulás Sigfússon[1]
LÆKNIR, SÉRFRÆÐINGUR Í LYFLÆKNINGUM OG FARSÓTTUM

Gunnar Sigurðsson[1,2]
LÆKNIR, SÉRFRÆÐINGUR Í INNKIRTLA- OG EFNASKIPTASJÚKDÓMUM

Helgi Sigvaldason[1]
VERKFRÆÐINGUR

Vilmundur Guðnason[1]
LÆKNIR, ERFÐAFRÆÐINGUR

Ágrip

Tilgangur: Rannsóknarstöð Hjartaverndar hefur um þriggja áratuga skeið staðið fyrir umfangsmiklum hóprannsóknum á fullorðnu fólki með tilliti til hjarta- og æðasjúkdóma og áhættuþátta þeirra. Í þessum rannsóknum hafa reykingavenjur verið kannaðar með spurningalista. Hér verður gerð grein fyrir þeim breytingum sem orðið hafa á reykingavenjum, hverjar eru orsakir þeirra og hversu áreiðanlegar þessar upplýsingar eru.

Efniviður og aðferðir: Þátttakendur komu úr fjórum hóprannsóknum Hjartaverndar: Hóprannsókn Hjartaverndar á Reykjavíkursvæðinu 1967-1996, Rannsókn á „Ungu fólki" 1973-1974 og 1983-1985, MONICA rannsókninni á Íslandi 1983, 1988-1989 og 1993-1994 og Afkomendarannsókn Hjartaverndar 1997-2001. Þátttakendur voru á aldrinum 30-88 ára. Alls fóru fram 26.311 skoðanir á körlum og 26.222 á konum. Staðlaður spurningalisti var notaður til að kanna reykingavenjur og áreiðanleiki hans metinn.

Niðurstöður: Heildartíðni reykinga minnkaði verulega bæði meðal karla og kvenna á tímabilinu. Í yngsta karlahópi minnkaði tíðni reykinga úr 65% í 42% en í þeim elsta úr 45% í 19%, en meðal kvenna úr 50% í 35% í þeim yngsta en úr 30% í 20% í þeim elsta. Þessi minnkun reykinga er að langmestu leyti bundin við þá sem reykja lítið, það er 1-14 sígarettur á dag eða pípu/vindla. Algengustu ástæður er ótti við heilsuspillandi áhrif þeirra, líkamleg einkenni tengd reykingum og kostnaður. Kostnaður vó þyngra fyrr á árum en nú, en áhyggjur af heilsunni hafa fengið aukið vægi. Tíðni sígarettureykinga er nú meiri meðal kvenna en karla á Íslandi. Í samanburði við aðrar þjóðir er tíðni reykinga meðal íslenskra karla með því lægsta sem gerist en kvenna með því hæsta.

Ályktun: Á undanförnum þrem áratugum hefur reykingatíðni meðal Íslendinga 30 ára og eldri minnkað verulega. Umtalsverður munur hefur þó orðið á reykingavenjum karla og kvenna. Helstu ástæður þess að fólk hættir að reykja er ótti við heilsuspillandi áhrif reykinga, en kostnaður er einnig mikilvæg ástæða. Ætla má að með áframhaldandi fræðslu um skaðsemi reykinga og verðhækkun á tóbaki megi draga enn frekar úr reykingum meðal þjóðarinnar.

[1]Rannsóknarstöð Hjartaverndar, Holtasmára 1, 201 Kópavogi, [2]Innkirtla- og efnaskiptasjúkdómadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Nikulás Sigfússon, Rannsóknarstöð Hjartaverndar, Holtasmára 1, 201 Kópavogi. Sími: 535 1800, *n.sigfusson@hjarta.is*

Lykilorð: *reykingavenjur, breytingar, ástæður.*

ENGLISH SUMMARY

Sigfússon N, Sigurðsson G, Sigvaldason H, Guðnason V

Changes in smoking habits in the last thirty years in middle-aged Icelanders and their causes – Results from population surveys of the Icelandic Heart Association

Læknablaðið 2003; 89: 489-98

Objective: During the last thirty years the Research Clinic of the Icelandic Heart Association has been engaged in several extensive cardiovascular population surveys. Smoking habits have been assessed by a questionnaire and the purpose of the present study is to describe the changes in smoking habits during the period 1967-2001, their causes and the reliability of the information gathered.

Material and methods: The subjects were participants in four population surveys: The Reykjavik Study 1967-1996, Survey of „Young People" 1973-1974 and 1983-1985, MONICA Risk Factor Surveys 1983, 1988-1989 and 1993-1994 and the „Reykjavik Offspring Study" 1997-2001. The age of participants was 30-88 years and 26,311 examinations of males and 26,222 of females were performed, a number of individuals attending more often than once. A standardized smoking questionnaire was used and the reliability was assessed.

Results: Smoking prevalence decreased substantially in both sexes during the study period. In the youngest male group the prevalence decreased from 65% to 42%, but in the oldest from 45% to 19%, while in the youngest female group the decrease was from 50% to 35% but in the oldest age group from 30% to 20%. The decrease in smoking was almost exclusively in the category of „light smokers" (i.e. 1-14 cigarettes a day or pipe/cigar smoker). The main reasons for quitting smoking were concerns about health and symptoms associated with smoking and the cost. The cost had greater weight at the beginning of the period than during the latter part but health concerns seem to be increasingly important. Compared to other countries smoking prevalence in Icelandic males is low but high in females.

Conclusion: During the last three decades smoking prevalence in Icelanders 30 years and older has decreased substantially. The main reasons for quitting smoking are health concerns and cost. Continued information about the deleterious effects of smoking as well as increase in the price of tobacco is likely to reduce further the smoking prevalence.

Key words: *smoking habits, changes, causes.*

Correspondence: Nikulás Sigfússon, *n.sigfusson@hjarta.is*

Inngangur

Rannsóknarstöð Hjartaverndar hefur um rúmlega þriggja áratuga skeið staðið fyrir umfangsmiklum hóprannsóknum á fullorðnu fólki hér á landi með tilliti til hjarta- og æðasjúkdóma og áhættuþátta þeirra. Mikilvægur þáttur í þessum rannsóknum hefur verið könnun á reykingavenjum fólks en eins og kunnugt er hefur fyrir löngu verið sýnt fram á að reykingar, einkum sígarettureykingar, eru einn mikilvægasti áhættuþáttur hjarta- og æðasjúkdóma, og reyndar fjölda annarra sjúkdóma (1).

Í hóprannsóknum Hjartaverndar hafa reykingavenjur verið kannaðar með stöðluðum spurningalista hjá stórum hópum fólks og hafa þannig fengist ítarlegar upplýsingar um reykingavenjur Íslendinga undanfarna áratugi.

Í þessari grein verður í fyrsta lagi gerð grein fyrir þeim breytingum sem orðið hafa á reykingavenjum, í öðru lagi hverjar eru helstu orsakir þessara breytinga og í þriðja lagi hversu áreiðanlegar þær upplýsingar eru sem fengnar eru með þeim aðferðum sem hér er beitt.

Upplýsingar af þessu tagi eru augljóslega nauðsynlegar til þess að hægt sé að beita árangursríkum forvörnum á sviði reykinga og draga þannig úr tíðni reykingatengdra sjúkdóma.

Áður hafa verið birtar niðurstöður kannana á reykingavenjum í einstökum hópum í rannsóknum Hjartaverndar á ákveðnum tímabilum (2-9) en hér verður gefið heildaryfirlit yfir reykingar frá því um 1970 til um 2000 sem byggist á öllum helstu hóprannsóknum Hjartaverndar og ætti að gefa góða mynd af reykingavenjum allrar þjóðarinnar á aldrinum 30-90 ára.

Í síðari grein verður reynt að leggja mat á hvaða þýðingu breytingar á reykingavenjum hafa haft á tíðni hjarta- og æðasjúkdóma meðal þjóðarinnar.

Efniviður og aðferðir

Þýði

Hóprannsóknir Hjartaverndar hófust síðla árs 1967 og hafa staðið yfir síðan. Í þessari grein voru notaðar niðurstöður úr nokkrum stærstu hóprannsóknum Hjartaverndar sem hér verður gerð stuttlega grein fyrir.

1. Hóprannsókn Hjartaverndar á Reykjavíkursvæðinu. Þessi rannsókn hófst í nóvember 1967 og lauk í apríl 1996. Úrtakið voru allir karlar sem fæddir voru árin 1907-1934 og allar konur fæddar 1908-1935 með lögheimili á Stór-Reykjavíkursvæðinu 1. desember 1966. Alls voru þetta 14.923 karlar og 15.872 konur og varð mæting í karlahópi 70,9% en 70,1% í kvennahópi. Þessi rannsókn fór fram í sex áföngum og hefur henni verið lýst ítarlega áður (9-11).
2. Rannsókn á „Ungu fólki" í Reykjavík. Þessi rannsókn fór fram í tveimur áföngum. Fyrsti áfanginn hófst í september 1973 og lauk í júní 1974. Í rannsóknina var boðið öllum körlum og konum sem fædd voru árin 1940, 1944, 1945, 1949, 1950 og 1954 og áttu lögheimili í Reykjavík 1. desember 1972. Alls voru þetta 2781 manns en af þeim mættu 1570 (742 karlar og 828 konur), eða 56%. Annar áfangi hófst í nóvember 1983 og lauk í mars 1985. Sömu einstaklingum og í fyrsta áfanganum var boðið en þeir voru 2691 er þessi áfangi hófst. Alls mættu 1797 (864 karlar og 933 konur), eða 67%.
3. MONICA rannsóknin á Íslandi. Þetta var fjölþjóða rannsókn undir yfirumsjón Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar sem hafði það meginmarkmið að kanna tíðni kransæðastíflu og slags og samband við ýmsa áhættuþætti (12, 13). Í tengslum við rannsóknina fóru fram þrjár kannanir áhættuþátta, sú fyrsta 1983, önnur 1988-1989 og sú þriðja 1993-1994. Í þessar kannanir var boðið tilviljunarúrtaki einstaklinga á aldrinum 25-74 ára frá Reykjavík, 750 körlum og 750 konum. Í fyrstu áhættuþáttakönnunina var mæting 70% meðal karla og 74% meðal kvenna. Í aðra könnunina mættu 69% karla og 73% kvenna og í þá þriðju 74% karla og 78% kvenna.
4. Afkomendarannsókn Hjartaverndar hófst í júní 1997 og lauk í ágúst 2001. Í þessa rannsókn voru valin börn þeirra þátttakenda í Hóprannsókn Hjartaverndar á Reykjavíkursvæðinu sem fengið höfðu kransæðastíflu frá því sú rannsókn hófst árið 1967. Í viðmiðunarhóp voru valin börn þátttakenda sem ekki höfðu fengið kransæðastíflu. Fjöldi boðaðra var alls 7872, karlar 3969 en konur 3903 (8). Í karlahópi varð mæting 2938, eða 74%, en í kvennahópi 3087, eða 79%.
5. Í úrvinnslu var þeim sem voru yngri en 30 ára sleppt vegna takmarkaðs fjölda.

Spurningalisti

Öllum þátttakendum rannsóknarinnar sem þekktust boð um rannsókn var sendur spurningalisti. Spurningarnar sem fjallað er um í þessari grein eru birtar í viðauka (bls. 498).

Flestar eru spurningarnar orðrétt þýðing á spurningum í spurningalista G. Rose (14) nema hvað sleppt var spurningu um það hvort þátttakandi reykti handvafðar sígarettur því samkvæmt upplýsingum frá Áfengis- og tóbaksverslun ríkisins hefur sala á sígarettupappír verið mjög lítil hérlendis.

Auk þess voru þeir sem höfðu hætt að reykja spurðir um ástæðu þess að þeir hættu reykingum.

Þátttakendum var sendur spurningalistinn ásamt boðunarbréfi heim og skyldu þeir koma með listann útfylltan á Rannsóknarstöðina en þar fór ritari yfir listann með viðkomandi, leiðrétti misskilning og gætti þess að listinn væri rétt útfylltur. Yfirleitt var spurning orðuð á þann veg að þátttakandi svaraði með því að setja x í viðeigandi reit merktan jái eða neii.

Ekki voru tiltæk svör við öllum spurningum í öllum hóprannsóknum. Þannig var ekki spurt um ástæður þess að menn hættu að reykja sígarettur í MONICA rannsóknunum og ekki voru tiltæk enn þá svör við spurningum um skólagöngu úr afkomendarannsókn.

Sami spurningalisti hefur verið notaður allt frá 1967.

Gæðamat

1. Fjörutíu og einn þátttakandi sem valinn var af handahófi var beðinn um að svara aftur hluta spurningalistans í síðari heimsókn en þátttakendur komu tvisvar til Rannsóknarstöðvarinnar með um 10 daga millibili. Í þessari seinni heimsókn höfðu þeir ekki aðgang að fyrri listanum.
2. Hluti þátttakenda í hóprannsóknum Hjartaverndar hefur komið í rannsókn oftar en einu sinni með nokkurra ára millibili (hópar B og C í Hóprannsókn Hjartaverndar á Reykjavíkursvæðinu og þátttakendur í Rannsókn á „Ungu fólki"). Athugað var samræmi í svörum milli áfanga.
3. Í öðrum áfanga áhættuþáttakönnunar MONICA rannsóknarinnar 1988-1989 var mælt thiocyanate í blóði en styrkur þess gefur til kynna hvort viðkomandi reykir eða ekki (15).

Tölfræðiaðferðir

Reykingaflokkarnir sex voru unnir þannig að sígarettureykingar voru ráðandi ef viðkomandi sagðist reykja þær og þá ekki litið á svör um pípu og vindla. Töflur voru flestar unnar úr efniviðnum með því að flokka bæði tíma og aldur í fimm ára flokka. Á myndum 2 og 3 er tíminn þó flokkaður í þrjú 11-12 ára tímabil. Í töflu II og á myndum 1 og 4 er leiðrétt fyrir aldri með fjölgilda veldisvísagreiningu (polytomous logistic regression) þar sem háða breytan (reykinga-

Table I. *Number of individuals according to age, sex and time-period studied with respect to smoking habits. M: Males, F: Females.*

Period	Sex	Age					Total
		30-39	40-49	50-59	60-69	70-88	
1967-1972	F	761	2664	2723	519		6667
	M	716	2597	2530	419		6262
1973-1977	F	261	694	1344	661		2960
	M	244	2006	3173	1160		6583
1978-1982	F		737	1741	1083	298	3859
	M		524	1599	894	229	3246
1983-1987	F	890	638	1330	976	386	4220
	M	824	444	1269	1299	578	4414
1988-1992	F	223	230	889	1256	683	3281
	M	182	207	223	233	729	1574
1993-1997	F	288	397	312	291	1313	2601
	M	292	349	318	259	332	1550
1998-2001	F	390	1111	952	270		2723
	M	383	1069	923	217		2592
Total	**F**	**2813**	**6471**	**9291**	**5056**	**2679**	**26311**
	M	**2641**	**7196**	**10035**	**4481**	**1868**	**26222**

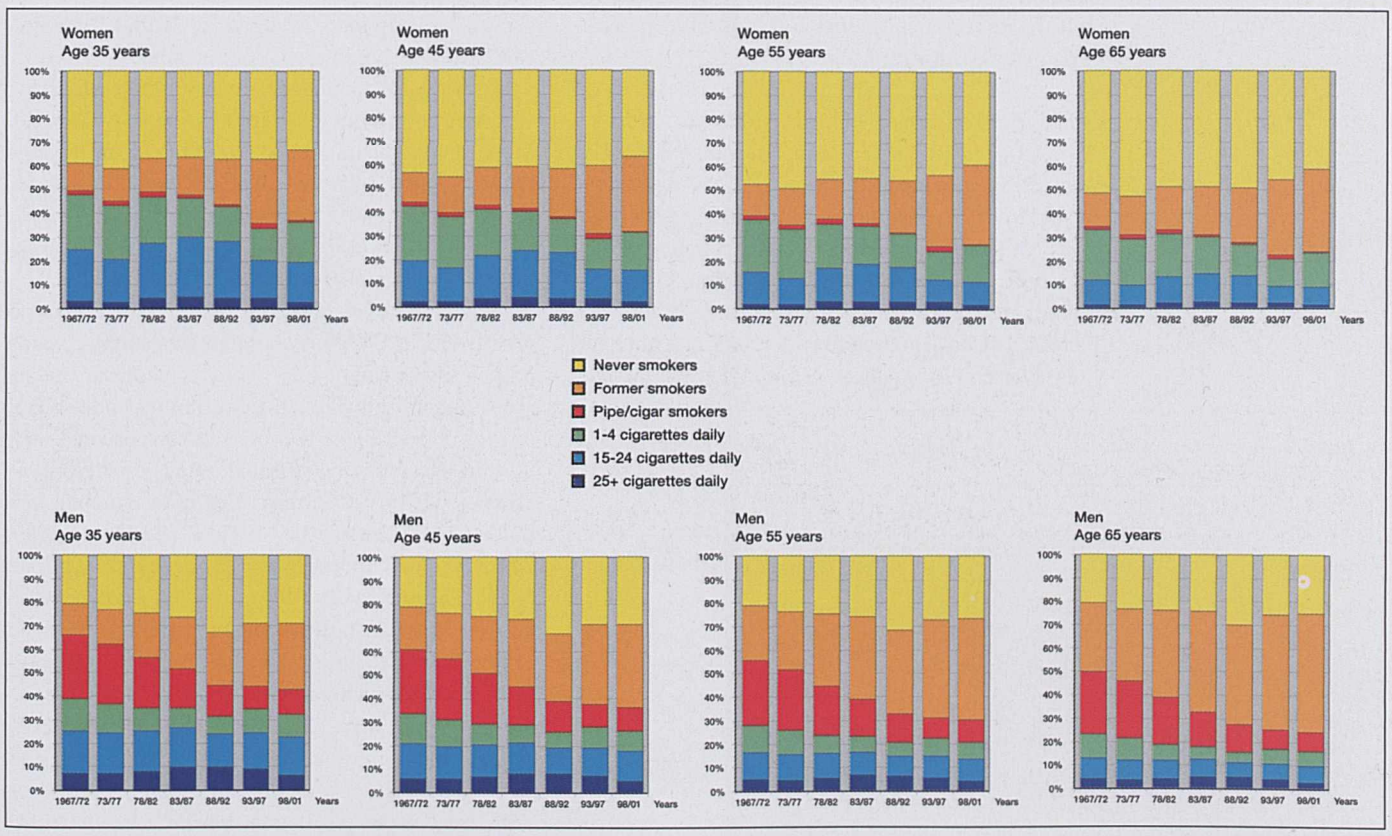


Figure 1. *Smoking habits amongst Icelandic men and women in four age groups and in four-year periods, from 1967 to 2001.*

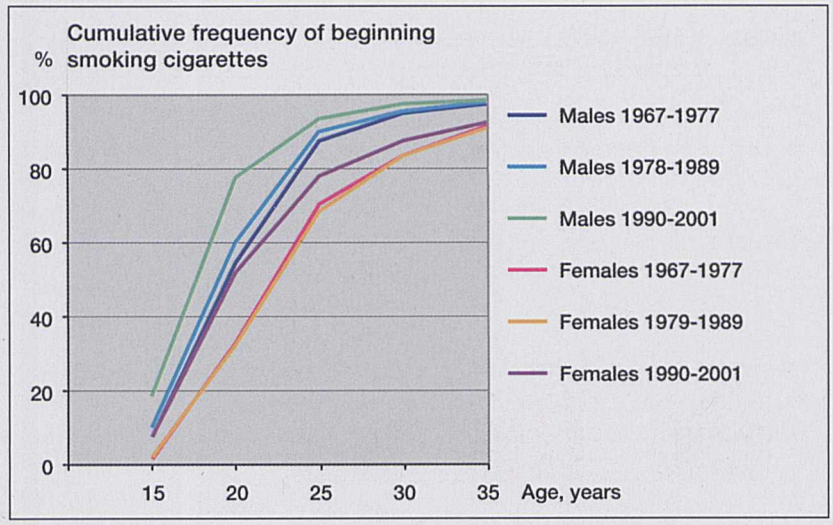


Figure 2. *Cumulative frequency of beginning smoking cigarettes according to date of answers in three different time periods, 1967-1977, 1978-1989 and 1990-2001.*

flokkur) getur tekið nokkur stakstæð gildi. Línuleg aðhvarfsgreining var notuð til þess að finna breytingar áhættuþátta við það að hætta reykingum.

Rannsóknir Hjartaverndar hafa verið gerðar með leyfum Tölvunefndar frá því hún tók til starfa og síðar Persónuverndar og Vísindasiðanefndar.

Niðurstöður

Fjöldi rannsakaðra

Í þessari rannsókn koma við sögu fjórir hópar sem komið hafa í Rannsóknarstöð Hjartaverndar á meira en 30 ára tímabili. Í töflu I er sýndur fjöldi þátttakenda á hverju fjögurra ára tímabili en rétt er að benda á að sumir þeirra hafa komið oftar en einu sinni til rannsóknar („Ungt fólk“ og hluti þátttakenda í Reykjavíkurrannsókn).

Breytingar á reykingavenjum

Á mynd 1 eru sýndar reykingavenjur meðal karla og kvenna í fjórum aldursflokkum á sjö tímabilum, því fyrsta 1967-1972 og síðan á fimm ára tímabilum allt til 2001. Í kvennahópi hefur heildartíðni reykinga minnkað í öllum aldursflokkum, í yngsta aldursflokknum úr 50% í um 35%, í þeim elsta úr um 30% í um 20%. Í karlahópi hefur tíðni reykinga minnkað mun meir en í kvennahópi. Þannig minnkar heildartíðni reykinga í yngsta hópnum úr um 65% í um 42% en úr um 45% í um 19% í þeim elsta. Í karlahópi verður mest minnkun á reykingum þeirra sem reykja 1-14 sígarettur á dag eða reykja pípu/vindla. Þessi þróun er svipuð í öllum aldursflokkum. Reykingavenjur þeirra sem reykja að meðaltali einn pakka af sígarettum á dag eða meir breytast hins vegar lítið. Þróunin er svipuð í kvennahópi, þeim konum sem reykja 1-14 sígarettur á dag fækkar hlutfallslega en breytingar eru ekki miklar meðal þeirra sem reykja pakka eða meira á dag. Pípu- eða vindlareykingar eru mjög litlar í öllum aldursflokkum kvenna.

Í töflu II eru sýndar með tölum þær breytingar sem orðið hafa á reykingavenjum í einum aldursflokki (45 ára) frá 1967-2001. Heildartíðni reykinga meðal karla hefur minnkað um 40% en meðal kvenna um því sem næst fjórðung. Stórreykingafólk (≥1 pk/dag) er nú verulega stærri hluti af reykingahópnum, meðal karla 48% en voru 34%, meðal kvenna er munurinn minni, 47% í stað 44% 1970. Kannað var á hvaða aldri fólk byrjaði að reykja sígarettur og hvort breytingar hefðu orðið á því undanfarin 30 ár. Niðurstöður eru sýndar á mynd 2. Ljóst er að bæði karlar og konur byrja að reykja yngri að aldri eftir því sem nær dregur í tíma, einkanlega samkvæmt svörum eftir 1990. Að meðaltali lækkar byrjunaraldur reykinga um 2,0 ár meðal karla frá fyrsta tímabilinu til þess síðasta, en um 1,7 ár meðal kvenna. Einnig var kannað á hvaða aldri fólk hættir að reykja og hvort breytingar hafi orðið á því síðastliðin 30 ár. Hjá báðum kynjum hefur orðið marktæk lækkun sem nemur 2,8 árum hjá körlum en 3,3 árum hjá konum, það er fólk hættir að reykja fyrr en áður.

Reykingar á sígarettum með síu fór hlutfallslega vaxandi fram til um 1980 en breyttist lítið eftir það. Meðal karla fór hundraðshluti síusígarettureykinga vaxandi úr um 20% í um 70% en meðal kvenna úr um 40% í um 85%.

Ástæður breyttra reykingavenja

Á mynd 3 eru sýndar ástæður þess að menn hætta að reykja. Hér ber að geta þess að ástæðurnar „vegna hósta“ og „vegna mæði“ voru sameinaðar í eina ástæðu undir fyrirsögninni „einkenni frá öndunarfærum“ og ef fleiri en ein heilsufarsástæða voru tilgreindar voru þær sameinaðar í flokkinn „aðrar heilsufarsástæður“. Eins og á mynd 2 er rannsóknin skipt niður í þrjú tímabil, 1967-1977, 1978-1989 og 1990-2001. Á öllum tímabilunum er algengasta ástæðan fyrir því að karlar hætta að reykja „ótti við heilsuspillandi áhrif“ (other health concern), því næst eru ýmsar ótilgreindar ástæður en þriðja algengasta ástæðan er „einkenni frá öndunarfærum“ og síðan kostnaður. Tiltölulega fáir tilgreina beinlínis ráðleggingar læknis. Á tveimur seinni tímabilunum verður sú breyting að fleiri hætta vegna „ótta við heilsuspillandi áhrif“ og samkvæmt ráðleggingum læknis en færri hættu af

Table II. *Prevalence of smoking (%). Age adjusted to age 45 years. Results from polytomous regression*[*].

	Smoking category							
	Males				Females			
Time period	Never smoked	Quit smoking	Total smokers	Heavy smokers	Never smoked	Quit smoking	Total smokers	Heavy smokers
1967-1972	21.1	17.9	61.0	20.7	43.6	12.4	44.1	19.5
1973-1977	23.8	19.3	56.9	19.6	45.5	14.8	39.7	16.3
1978-1982	25.2	24.2	50.6	20.3	41.3	15.8	42.9	21.7
1983-1987	26.6	28.3	45.1	21.2	40.9	17.5	41.5	23.9
1988-1992	32.8	28.6	38.7	19.0	41.8	20.4	37.8	22.7
1993-1997	28.8	33.9	37.3	18.9	40.5	28.8	30.9	16.0
1998-2001	28.5	35.2	36.3	17.6	36.4	31.8	31.8	15.2

[*]Heavy smokers: 15-25 cigarettes or more a day.

fjárhagsástæðum. Meðal kvenna eru niðurstöður og þróun svipaðar og hjá körlum.

Kannað var hvort hlutfallslega fleiri hefðu hætt að reykja í þeim hópum sem komið höfðu oftar en einu sinni á Rannsóknarstöðina samanborið við þá sem voru að koma í fyrsta sinn. Ekki var marktækur munur á þessum hópum nema í karlahópi B, milli áfanga I og II, en í þeim hópi höfðu 18% fleiri hætt að reykja en í samanburðarhópi er var að koma í fyrsta sinn í rannsókn.

Tengslum reykingavenja við menntun hefur áður verið lýst (16) en þar kom fram að tíðni reykinga fer minnkandi eftir því sem menntun eykst.

Á mynd 4 er sýnt hvernig reykingavenjur hafa þróast í fjórum menntunarflokkum:

I. Barnaskólapróf eða minni menntun.
II. Gagnfræðapróf eða sambærileg menntun.
III. Stúdentspróf eða sambærileg menntun.
IV. Háskólapróf eða sambærileg menntun.

Ljóst er að eftir því sem nær dregur í tíma hætta hlutfallslega fleiri að reykja. Þetta er sérstaklega áberandi meðal þeirra sem minnstu menntun hafa en háskólamenntað fólk virðist tregara til að hætta að reykja.

Breytingar á öðrum áhættuþáttum þegar reykingum er hætt

Athugað var hvort breytingar yrðu á líkamsþyngd, blóðþrýstingi, blóðsykri og blóðfitu þegar reykingum er hætt. Bornir voru saman þeir sem hættu að reykja milli áfanga við þá sem höfðu hætt fyrir fyrstu komu.

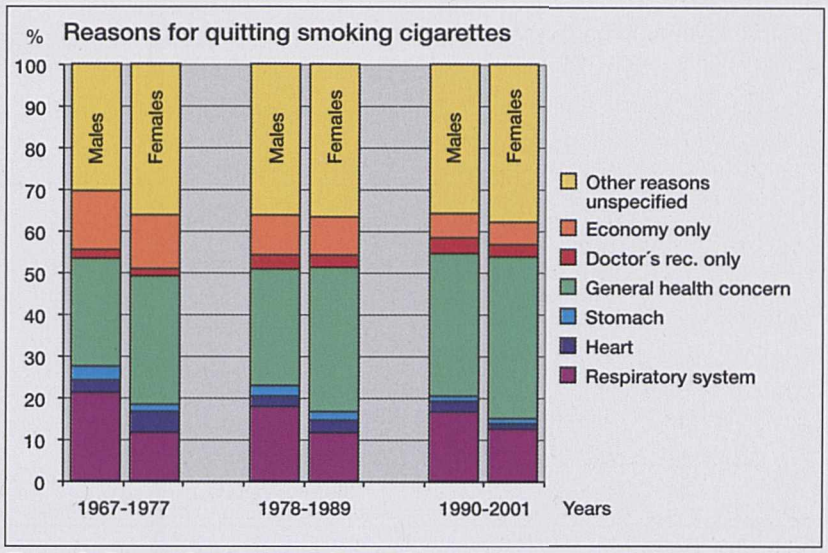


Figure 3. *Reasons for quitting smoking in three different time periods, 1967-1977, 1978-1989 and 1990-2001.*

Tafla III sýnir að bæði meðal karla og kvenna varð þyngdaraukning sem næst þremur kílógrömmum hjá hvoru kyni. Þessi þyngdaraukning kom fram þegar á fyrsta ári eftir að reykingum var hætt. Lítils háttar en marktæk aukning varð á kólesteróli hjá körlum og fastandi blóðsykri hjá körlum og konum. Ekki varð marktæk breyting á þríglyseríðum hjá konum eða körlum. Bæði slagbils- og lagbilsblóðþrýstingur hækkaði marktækt hjá báðum kynjum en sú hækkun sem verður við það að hætta að reykja er þó mjög lítil eins og sést

Figure 4. *Prevalence of smoking categories according to gender, educational level and calendar year adjusted to age 45 years. Results of polytomic logistic regression.*

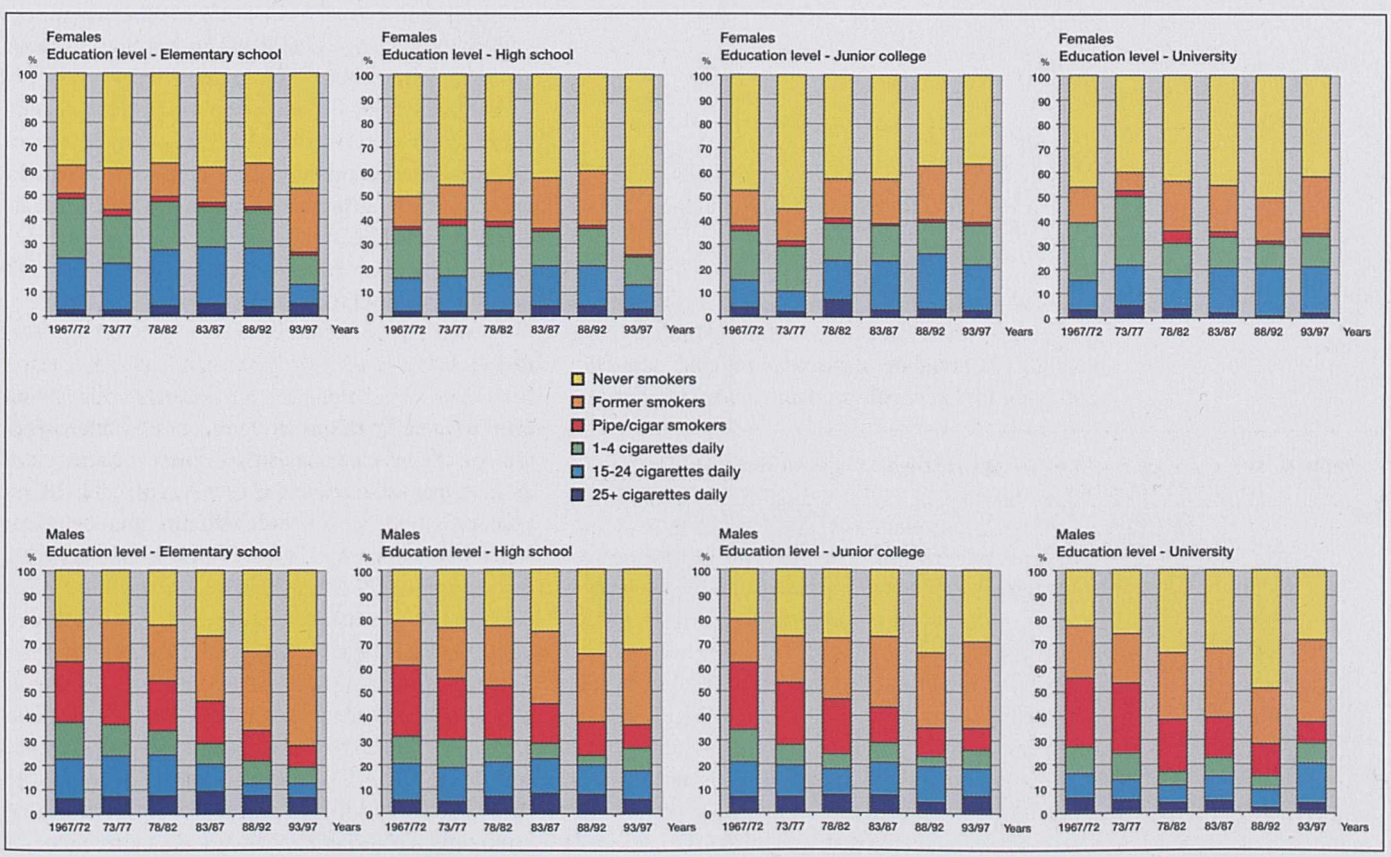


Table III. *Changes in risk factor levels between examinations adjusted for age, calendar year and level of the risk factor at former examination. Differences from those who continued smoking. C.I.: confidence interval.*

	Males				Females			
Risk factor	Stopped smoking between examination	95% C.I.	Stopped smoking before first ex.	95% C.I.	Stopped smoking between ex.	95% C.I.	Stopped smoking before first ex.	95% C.I.
Weight, kg	+2.8	2.5;3.1	0.3	0.1;0.6	+3.4	2.9;3.9	1.0	0.7;1.4
Cholesterol, mmol/L	+0.06	0.01;0.12	0.03	-0.01;0.08	-0.07	-0.15;0.02	0.05	-0.01;0.12
Triglycerides, mmol/L	+0.05	-0.01;0.10	0.00	-0.04;0.04	-0.01	-0.04;0.04	0.00	-0.03;0.04
Glucose, fasting, mmol/L	+0.06	0.01;0.11	0.04	0.00;0.07	+0.10	0.03;0.17	0.06	0.00;0.11
Systolic blood pressure, mmHg	+3.2	2.2;4.2	2.2	1.4;3.1	+3.1	1.6;4.6	2.2	1.0;3.3
Diastolic blood pressure, mmHg	+1.6	1.1;2.2	1.3	0.9;1.8	+1.8	1.0;2.6	0.8	0.2;1.4

Table IV. *Agreement/disagreement in answers when stating, "never smoked" in a latter stage versus the answer in a previous stage 3-5 years earlier. M: males, F: females.*

Stages	Sex	"Never smoked" in latter stage	"Never smoked" in previous stage	% Agreement
Stage II vs. I	M	640	561	88
	F	860	812	94
Stage III vs. II	M	1192	1091	92
	F	829	781	94
Stage IV vs. III	M	574	538	94
	F	424	407	96
Stage V vs. IV	M	508	465	92
	F	821	767	90
Stage VI vs. V	M	187	173	93
	F	438	409	93
Total	**M**	**3101**	**2828**	**91**
	F	**3372**	**3174**	**94**

á því að þeir sem voru hættir áður en þeir komu til skoðunar hækka einnig. Þannig virðast þeir sem hætta að reykja hækka um 1 mmHg í slagbilsþrýstingi en um 0,3 (karlar) og 1,0 (konur) mmHg í lagbilsþrýstingi.

Áreiðanleiki svara

Þegar spurt var um reykingavenjur með um 10 daga millibili í könnun Hjartaverndar reyndist samræmi gott í svörum við aðalspurningum, það er þegar spurt var um hvort menn reyktu eða hefðu reykt, hvaða tegund af tóbaki og hvort þeir drægju reykinn niður í lungu. Samræmi í svörum við þessum spurningum var 90-100%. Samræmi var lakara þegar spurt var um magn, hvenær byrjað að reykja, hvenær hætt og svo framvegis. Þess ber þó að geta að þegar misræmi kom fram í svörum munaði hvergi meira en einum flokki (sjá spurningalista í viðauka bls. 498).

Þegar spurt var um reykingavenjur með nokkurra ára millibili (milli áfanga I og II, III og IV og svo framvegis í Hóprannsókn á Reykjavíkursvæðinu) voru borin saman svör við eftirfarandi spurningum:

1) Ef menn sögðust aldrei hafa reykt reglulega í seinni áfanga hvernig var svarið í fyrri áfanga?
2) Ef menn sögðust hafa byrjað að reykja á tilteknum aldri í seinni áfanga hvernig var svarið í fyrri áfanga?

Í töflu IV er sýnt hvernig svarið var í fyrri áfanga ef viðkomandi sagðist aldrei hafa reykt í seinni áfanga. Samræmi er ágætt hvað þessa spurningu varðar, á bilinu 88-96%, og að meðaltali 91% meðal karla en 94% meðal kvenna.

Þegar spurt er á hvaða aldri menn byrji að reykja verður samræmi í svörum milli áfanga mun lakara. Í töflu V er sýnd samsvörun svara í II. og III. áfanga Hóprannsóknar karla á Reykjavíkursvæðinu.

Með mælingu á thiocyanate-gildi í sermi var reynt að prófa sannleiksgildi svara um reykingavenjur en talið er að thiocyanate-gildi ≥85 µmol/L gefi til kynna að viðkomandi reyki.

Í töflu VI má sjá að meðal þeirra sem segjast aldrei hafa reykt eru aðeins 2-3% sem mælast ofan við viðmiðunargildið og einnig er samsvörunin góð meðal þeirra sem segjast reykja pakka af sígarettum eða meira á dag en í þeim hópi eru 2-7% undir viðmiðunargildinu. Þegar um litlar reykingar er að ræða eru niðurstöður óljósari.

Skil

Þessi rannsókn hefur sýnt að reykingar fullorðinna Íslendinga hafa minnkað verulega síðastliðna þrjá áratugi, meðal karla um 40% en meðal kvenna um 28%. Athyglisvert er að tíðni reykinga meðal karla fer að lækka strax upp úr 1980. Á sama tíma er tíðnin vaxandi meðal kvenna og fer ekki að lækka markvert fyrr en eftir 1990. Breytingarnar eru mestar í þeim reykingaflokkum sem reykja pípu eða vindla eða 1-14 sígarettur á dag og gildir þetta um bæði kynin. Athyglisvert er að reykingar eru algengastar meðal yngstu aldursflokkanna og að hlutfallslega hafa þær minnkað mest meðal þeirra elstu. Þess ber þó að geta að rannsóknin nær einungis yfir 30 ára og eldri. Enn fremur er áberandi að lítil breyting verður á reykingatíðni kvenna og karla sem reykja einn pakka eða meira á

dag og gildir þetta um alla aldursflokka. Þess vegna er talsvert stærra hlutfall af reykingahópnum stórreykingafólk nú en var. Þetta endurspeglar væntanlega hversu sterk tóbaksfíkn er hjá þeim sem reykja mikið daglega og fæstir þeirra ná að hætta. Önnur hugsanleg skýring er sú að minnkað nikótíninnihald í sígarettum leiði til þess að reykingamenn reyki fleiri sígarettur daglega. Einnig er hugsanlegt að aukin notkun síusígarettna hafi þýðingu í þessu sambandi.

Einnig sýna niðurstöðurnar að fólk byrjar að reykja fyrr en áður var. Algengustu ástæður þess að karlar hætta að reykja er ótti við heilsuspillandi áhrif reykinga, ýmsar ótilgreindar ástæður, einkenni frá öndunarfærum, en fjórða algengasta ástæðan er kostnaður. Meðal kvenna er myndin svipuð. Athyglisvert er að fáir virðast telja sig hætta beint vegna ráðlegginga lækna (um 5% í báðum kynjum) og er þetta í samræmi við þá staðreynd að óverulegur munur var í þessu tilliti á þeim sem komið höfðu oftar en einu sinni í rannsókn samanborið við þá er komu aðeins einu sinni. Þessi hundraðshluti hefur þó farið vaxandi hjá báðum kynjum með tímanum. Áhrif heilbrigðisstétta eru þó örugglega vanmetin þar sem stór hluti hættir vegna heilsuspillandi áhrifa sem væntanlega eru óbein áhrif fræðslu heilbrigðisstétta. Þó mega læknar og aðrar heilbrigðisstéttir örugglega gera betur. Að meðaltali hættu 15-17% vegna kostnaðar yfir tímabilið. Þessi hundraðshluti fór þó lækkandi á síðari árum þó verð á sígarettum hafi nær tvöfaldast miðað við vísitölu almenns verðlags frá 1970 til 2001 enda hefur kaupmáttur ráðstöfunartekna aukist um 142% á sama tímabili (upplýsingar frá Hagstofu Íslands). Umreiknað bendir þetta til að fólk sé nú nálægt 20% fljótara að vinna fyrir einum sígarettupakka en um 1970.

Nokkur munur var á breytingum á reykingavenjum eftir menntun. Þeir sem höfðu minnsta menntun höfðu frekar hætt að reykja en meira menntaðir og þessi breyting varð meira áberandi hin síðari ár. Þess ber þó að geta að heildartíðni reykinga var meiri meðal minna menntaðra yfir allt tímabilið.

Nauðsynlegt er að átta sig á því hversu áreiðanlegar þær upplýsingar eru sem hér er byggt á.

Í spurningalista um heilsufar var sérstakur kafli sem notaður var við könnun á reykingavenjum í þessari rannsókn. Þessi kafli er nánast orðrétt þýðing á spurningalista sem kenndur er við London School of Hygiene og notaður hefur verið í mörgum hóprannsóknum. Ætlast var til að þátttakandi fyllti út listann heima áður en hann kom til rannsóknar á stöðina.

Algengast er að kanna reykingavenjur á þennan hátt enda erfitt að koma við öðrum aðferðum í fjölmennum hóprannsóknum. Helstu kostir þessarar aðferðar eru hversu ódýr og fljótleg hún er en galli er að óvissa verður alltaf nokkur um áreiðanleika svara. Þær aðferðir sem hér var beitt til að meta þetta gefa þó til kynna að svör við öllum aðalspurningum, svo sem hvort menn reykja eða reykja ekki, séu nokkuð áreiðanleg. Erlendar rannsóknir á áreiðanleika svara við spurningum um reykingavenjur benda til þess að svarendur vanmeti tóbaksnotkun um 10% (17). Í yfirliti á rannsóknum á sannleiksgildi svara við reykingaspurningum sem prófað var með mælingum á cotinine, CO og thiocyanate í blóði reyndist næmi (sensitivity) að meðaltali 87,5% en sérhæfni (specificity) 89,2% (18). Í MONICA rannsókn Hjartaverndar voru samsvarandi tölur 92% og 91%.

Hér á Íslandi hefur Tóbaksvarnanefnd látið gera árlegar kannanir á reykingum landsmanna frá og með árinu 1985 (19-24). Kannanir Tóbaksvarnanefndar eru ekki fyllilega sambærilegar við kannanir Hjartaverndar, meðal annars vegna þess að spurningalistar eru ekki eins, og úrtak Tóbaksvarnanefndar nær yfir allt landið og aldursbilið 18-69 ára. Með þetta í huga má þó geta þess að samkvæmt könnun Tóbaksvarnanefndar hefur körlum á aldrinum 30-69 ára sem reykja daglega fækkað hlutfallslega úr um 43% árið 1985 í um 20% árið 2002 en konum á sama aldri úr um 36% í um 23%. Ef bornir eru saman hundraðshlutar þeirra sem reykja daglega samkvæmt könnun Tóbaksvarnanefndar árið 2001 og könnun Hjartaverndar 1998-2001 eftir kyni og fyrir sömu aldurshópa eru niðurstöður mjög svipaðar.

Table V. *Agreement/disagreement in answers when participant was asked in two consecutive stages at which age smoking started. Males, stage II vs. stage III. 1) never smoked, 2) ≤19 years old, 3) 20-29 years old, 4) 30+ years old.*

	Stage III				
Stage II	1	2	3	4	Total
1	1774	60	60	14	1908
2	367	364	62	4	797
3	228	38	292	8	566
4	21	5	12	23	61
Total	**2390**	**467**	**426**	**49**	**3332**

Table VI. *Answers in smoking questionnaire vs. serum thiocyanate concentration ≥85 µmol/L or lower than 85 µmol/L. M: males, F: females.*

Answers in smoking questionnaire	Sex	Serum thiocyanate <85 µmol/L	Serum thiocyanate ≥85 µmol/L	Total	Agreement %
Never smoked	M	344	7	351	98
	F	497	15	512	97
Quit smoking	M	301	16	317	95
	F	198	12	210	94
Pipe/cigar smoker	M	44	86	130	66
	F	3	6	9	67
Cigarette smoker 1-14/day	M	23	29	52	56
	F	34	92	126	73
Cigarette smoker 14-24/day	M	5	106	111	95
	F	14	192	206	93
Cigarette smoker 25+/day	M	1	58	59	98
	F	1	24	25	96
Total	**M**	**718**	**302**	**1020**	
	F	**747**	**341**	**1088**	

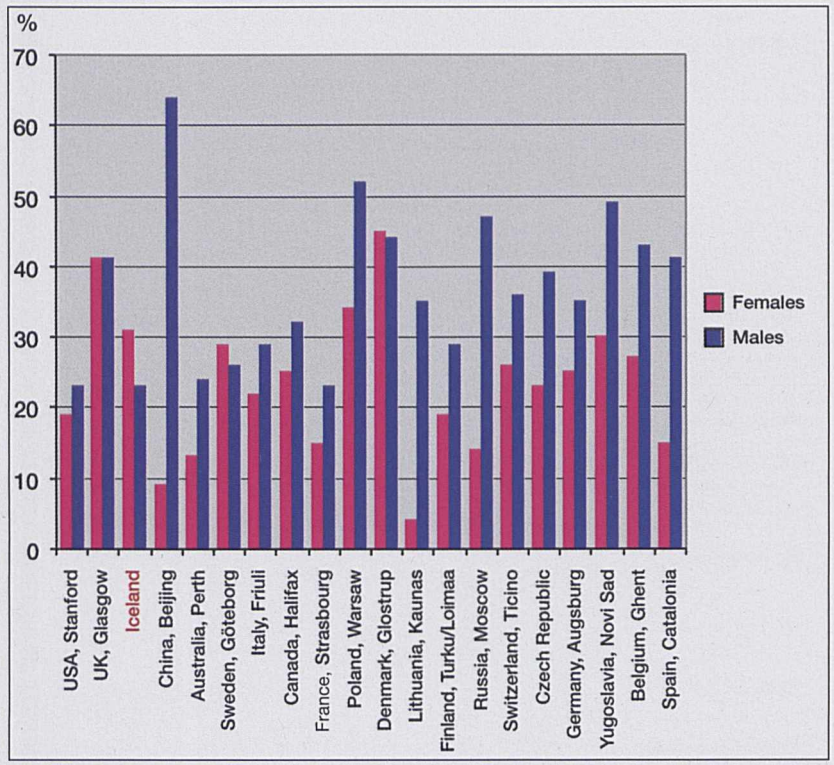


Figure 5. *Age-standardized prevalence of daily smokers aged 35-64 years in various countries according to the final risk factor survey of the MONICA Project (1993-1995)*.*
**Adapted from (25).*

Kannanir Tóbaksvarnanefndar sýna enn fremur eins og rannsóknir Hjartaverndar að reykingatíðni er háð menntun, hlutfallslega færri meðal háskólamenntaðra reykja en meðal þeirra sem hafa eingöngu almenna menntun að baki. Hins vegar virðist reykingatíðni meðal háskólamenntaðra hafa minnkað meira samkvæmt könnun Tóbaksvarnanefndar en samkvæmt könnun Hjartaverndar. Þannig minnkaði tíðni daglegra reykinga meðal háskólamenntaðs fólks á aldrinum 18-69 ára í könnun Tóbaksvarnanefndar úr um 32% árið 1985 í um 17% árið 2001 en samkvæmt könnun Hjartaverndar varð lítil breyting á þessu tímabili.

Í MONICA rannsókn Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar voru reykingavenjur kannaðar þrívegis meðal þátttökuþjóða. Fyrstu kannanirnar voru gerðar upp úr 1980 en þeim síðustu lauk um 1995. Á mynd 5 er sýndur hundraðshluti þeirra 35-64 ára sem reykja sígarettur daglega samkvæmt síðustu könnuninni 1993-1995 (25). Þessi samanburður sýnir að tíðni reykinga meðal íslenskra karla er með því lægsta sem gerist hjá þessum þjóðum en tíðni reykinga meðal kvenna aftur á móti mjög há, var hærri aðeins í Danmörku, Skotlandi og Póllandi. Daglegar sígarettureykingar eru nú algengari meðal kvenna en karla í öllum aldursflokkum gagnstætt því sem var er rannsóknir Hjartaverndar hófust um 1970. Í flestum löndum sem tóku þátt í MONICA rannsókninni fóru reykingar meðal karla minnkandi á því 10 ára tímabili sem rannsóknin stóð yfir en meðal kvenna fóru reykingar vaxandi í mörgum löndum.

Eins og að framan getur verða nokkrar óhagstæðar breytingar á öðrum áhættuþáttum þegar reykingum er hætt. Á það einkum við um líkamsþyngd sem eykst um nálægt þrjú kíló hjá báðum kynjum. Lítils háttar hækkun verður einnig á blóðþrýstingi hjá báðum kynjum og kólesteróli hjá körlum og blóðsykri bæði hjá körlum og konum. Í MONICA rannsókninni var kannaður þyngdarstuðull (body mass index) í 42 rannsóknarhópum í 26 löndum með tilliti til reykingavenja (26). Þeir sem reyktu reglulega höfðu marktækt lægri þyngdarstuðul í 20 (karlar) og 30 (konur) rannsóknarhópum samanborið við þá sem aldrei höfðu reykt. Í engum rannsóknarhópi var þyngdarstuðull hærri meðal þeirra sem reyktu en þeirra sem aldrei höfðu reykt. Fyrrverandi reykingamenn höfðu marktækt hærri þyngdarstuðul en þeir sem höfðu aldrei reykt í 10 rannsóknarhópum karla en ekki sást slík tilhneiging meðal kvenna.

Tíðni óbeinna reykinga hefur ekki verið könnuð í hóprannsóknum Hjartaverndar né heldur í MONICA rannsókninni. Hins vegar fór umfangsmikil rannsókn fram 1990-1994 á þessu í 16 Evrópulöndum og var ein rannsóknastöðin Reykjavík (27). Meðal karla og kvenna á aldrinum 20-44 ára í Reykjavík reyndust 53% vera útsett fyrir óbeinum reykingum, þar af 23% í heimahúsum, en af þeim sem voru útivinnandi voru 18% útsett fyrir reykingum á vinnustað. Óbeinar reykingar á Íslandi voru á þessum tíma meðal þess mesta í Norður-Evrópu.

Vert er að gefa gaum að ástæðum þess að fólk hættir að reykja. Verðlagning á tóbaki virðist hafa veruleg áhrif á neysluna en þessi áhrif hafa farið minnkandi. Tiltölulega fáir segjast hafa hætt beinlínis að ráði lækna en ekki er ólíklegt að áhyggjur af heilsuspillandi áhrifum reykinga eigi rætur að rekja til upplýsinga sem komnar eru frá heilbrigðisstarfsmönnum.

Ástæða er til að rannsaka nánar hverjar eru hinar ýmsu ótilgreindu ástæður þess að menn hætta reykingum því slíkar upplýsingar gætu komið að gagni í forvörnum. Reynslan á Íslandi síðastliðin 30 ár bendir vissulega til þess að fræðsla um skaðsemi reykinga og verðlagning tóbaks skili sér í tóbaksvörnum. Umhugsunarefni er að þessi boðskapur virðist síður ná til kvenna.

Enn þá reykir um þriðjungur miðaldra fólks á Íslandi og því full ástæða til að herða róðurinn í tóbaksvörnum á Íslandi.

Þakkir

Höfundar vilja færa þátttakendum í hóprannsóknum Hjartaverndar, starfsfólki Rannsóknarstöðvar Hjartaverndar og fjölmörgum samstarfsaðilum bestu þakkir fyrir öflun gagna fyrir þessar rannsóknir. Maríu Henley er þökkuð aðstoð við ritvinnslu og frágang greinarinnar til birtingar og Kristínu Rögnu Gunnarsdóttur fyrir gerð mynda.

Heimildir

1. Colditz GA. Illnesses caused by smoking cigarettes. Cancer Causes Control 2000; 11: 93-7.
2. Davíðsson D, Ólafsson H, Sigfússon N, Björnsson OJ, Ólafsson Ó, Karlsson S. Reykingavenjur íslenzkra karla á aldrinum 34-61 árs. Skýrsla A V, Hóprannsókn Hjartaverndar 1967-'68. Reykjavík: Hjartavernd, 1981.
3. Kristjánsson BÞ, Davíðsson D, Björnsson G, Sigfússon N, Björnsson OJ, Ólafsson Ó. Reykingavenjur íslenzkra kvenna á aldrinum 34-61 árs. Rit a XXV, Hóprannsókn Hjartaverndar 1968-'69. Reykjavík 1982.
4. Kristjánsson BÞ, Davíðsson D, Björnsson G, Sigfússon N, Björnsson OJ. Reykingavenjur íslenzkra karla á aldrinum 41-68 ára. Rit C XXIII, Hóprannsókn Hjartaverndar 1974-'76. Reykjavík 1983.
5. Kristjánsson BÞ, Davíðsson D, Björnsson G, Sigfússon N, Björnsson OJ. Reykingavenjur íslenzkra kvenna á aldrinum 42-69 ára. Rit C XXVIII, Hóprannsókn Hjartaverndar 1976-'78. Reykjavík 1984.
6. Davíðsson D, Sigfússon N, Björnsson OJ. Samanburður á reykingum karla og kvenna á aldrinum 40-70 ára. Hjartavernd 1984; 21: 15-7.
7. Dobson AJ, Kuulasmaa K, Moltchanov V, Evans A, Fortmann SP, Jamrozik K, et al. Changes in cigarette smoking among adults in 35 populations in the mid-1980s. WHO MONICA Project. Tobacco Control 1998; 7: 14-21.
8. Andrésdóttir MB, Sigurðsson G, Sigvaldason H, Sigfússon N, Agnarsson U, Guðnason V. Kransæðastífla hjá foreldrum er ákvarðandi fyrir áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma í afkomendum. Afkomendarannsókn Hjartaverndar. Hjartavernd 2000; 37: 11-7.
9. Sigfússon N, Sigvaldason H, Steingrímsdóttir L, Guðmundsdóttir II, Stefánsdóttir I, Þorsteinsson T, et al. Decline in ischaemic heart disease in Iceland and change in risk factor levels. BMJ 1991; 302: 1371-5.
10. Sigurðsson E, Þorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfússon N. Prevalence of coronary heart disease in Icelandic men 1968-1986. The Reykjavik Study. Eur Heart J 1993; 14: 584-91.
11. Jónsdóttir LS, Sigfússon N, Sigvaldason H, Þorgeirsson G. Incidence and prevalence of recognised and unrecognised myocardial infarction in women. The Reykjavik Study. Eur Heart J 1998; 19: 1011-8.
12. WHO MONICA Project, prepared by Tunstall-Pedoe H. The World Health Organization MONICA Project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): a major international collaboration. WHO MONICA Project Principal Investigators. J Clin Epidemiol 1988; 41: 105-14.
13. Sigfússon N, Guðmundsdóttir II, Stefánsdóttir I, Sigvaldason H. MONICA rannsóknin á Íslandi 1981-1992. The MONICA Iceland Study 1981-1992. Heilbrigðisskýrslur, Fylgirit 1997, nr. 2.
14. Rose GA. Blackburn H. Cardiovascular survey methods. Monogr Ser World Health Organ 1968; 56: 160-2.
15. Butts WC, Kuehneman M, Widdowson GM. Automated method for determining serum thiocyanate, to distinguish smokers from nonsmokers. Clin Chem 1974; 20: 1344-8.
16. Guðmundsson K, Harðarson Þ, Sigvaldason H, Sigfússon N. Sambandet mellan utbildning och riskfaktorer för kranskärlssjukdomar. Nord Med 1997; 112: 169-75.
17. Swedish Control Bureau of Statistics. Smoking habits in Sweden. Stockholm 1965.
18. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. Am J Public Health 1994; 84: 1086-93.
19. Ragnarsson J, Blöndal Þ. Reykingavenjur 1985-1988. Smoking habits in Iceland 1985-1988. Heilbrigðisskýrslur, Fylgirit 1989, nr. 2. Tóbaksvarnanefnd og Landlæknisembættið 1989.
20. Ragnarsson J, Blöndal Þ. Reykingavenjur 1989-1990. Smoking habits in Iceland 1989-1990. Heilbrigðisskýrslur, Fylgirit 1990, nr. 5. Tóbaksvarnanefnd og Landlæknisembættið 1950.
21. Tóbaksvarnanefnd. Spurningavagn í janúar 2001. Könnun Price Waterhouse Coopers í janúar 2001.
22. Tóbaksvarnanefnd. Spurningavagn í janúar 2002. Könnun Price Waterhouse Coopers í janúar 2002.
23. Reykingar á Íslandi. Ársskýrsla 2001. Reykjavík: Tóbaksvarnanefnd, 2002.
24. Tóbakssala á Íslandi og fjöldi reykingamanna. Samantekt gerð af Þorvarði Örnólfssyni fyrir Tóbaksvarnanefnd 4. apríl 2002. Reykjavík: Tóbaksvarnanefnd, 2002.
25. Molarius A, Parsons RW, Dobson AJ, Evans A, Fortmann SP, Jamrozik K, et al. WHO MONICA Project. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the mid-1990s: findings from the WHO MONICA Project. Am J Public Health 2001; 91: 206-12.
26. Molarius A, Seidell JC, Kuulasmaa K, Dobson AJ, Sans S. Smoking and relative body weight: an international perspective from the WHO MONICA Project. J Epidemiol Community Health 1997; 51: 252-60.
27. Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Toren K, Burney P. European Community Respiratory Health Survey. Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function, and total serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. Lancet 2001; 358: 2103-9.

Viðauki við greinina

Breytingar á reykingavenjum miðaldra og eldri Íslendinga síðastliðin þrjátíu ár og ástæður þeirra

Læknablaðið 2003; 89: 489-98

SPURNINGALISTI UM REYKINGAR

1. Reykir þú sígarettur nú? Nei ❑ Já ❑
Ef svarið er nei snúðu þér þá að spurningu nr. 2

Dregur þú reykinn niður í lungu? Nei ❑ Já ❑

Reykir þú venjulega sígarettur með síu (filter)? Nei ❑ Já ❑

Hve margar sígarettur reykir þú venjulega á dag?
- 1–4 ❑
- 5–14 ❑
- 15–24 ❑
- 25– ❑

Hver er mesti fjöldi sígaretta sem þú hefur reykt reglulega í minnst eitt ár?
Fjöldi á dag:
- 1–4 ❑
- 5–14 ❑
- 15–24 ❑
- 25– ❑

Á hvaða aldri byrjaðir þú að reykja sígarettur?
- Innan 15 ára ❑
- 15–19 ára ❑
- 20–24 ára ❑
- 25–29 ára ❑
- 30–34 ára ❑
- 35– ára ❑

2. Ef þú reykir ekki sígarettur nú hefur þú þá nokkurn tíma reykt þær að staðaldri? Nei ❑ Já ❑
Ef svarið er nei snúðu þér þá að spurningu nr. 3

Ef þú hefur reykt áður hver var hámarksfjöldi á dag sem þú reyktir reglulega í minnst eitt ár?
Fjöldi á dag:
- 1–4 ❑
- 5–14 ❑
- 15–24 ❑
- 25– ❑

Dróst þú reykinn niður í lungu? Nei ❑ Já ❑

Hvenær hættir þú að reykja sígarettur?
- Innan 20 ára ❑
- 21–24 ára ❑
- 25–29 ára ❑
- 30–34 ára ❑
- 35–39 ára ❑
- 40–44 ára ❑
- 45–49 ára ❑
- 50 og þar yfir ❑

Hvers vegna hættir þú?
1. Vegna hósta ❑
2. Vegna mæði ❑
3. Vegna einkenna frá hjarta ❑
4. Vegna einkenna frá maga ❑
5. Vegna ótta um heilsuspillandi áhrif ❑
6. Að læknisráði ❑
7. Af sparnaðarástæðum ❑
8. Önnur ástæða ❑

3. Hefur þú nokkurn tíma reykt pípu? Nei ❑ Já ❑
Ef svarið er nei snúðu þér þá að spurningu nr. 4

Reykir þú pípu nú? Nei ❑ Já ❑

Ef þú reykir pípu nú hve mörg grömm af píputóbaki reykir þú að jafnaði vikulega?
Grömm á viku _____

Dróst þú reykinn niður í lungu? Nei ❑ Já ❑

4. Hefur þú nokkurn tíma reykt vindla? Nei ❑ Já ❑

Reykir þú vindla nú? Nei ❑ Já ❑

Ef þú reykir vindla nú hversu marga reykir þú þá vikulega að jafnaði vikulega?
Fjöldi á viku _____

Ef þú reykir vindla nú dregur þú reykinn niður í lungu? Nei ❑ Já ❑

Notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga: viðhorfskönnun meðal íslenskra lækna, lögfræðinga og presta

Trausti Óskarsson[1]
LÆKNANEMI Á 4. ÁRI

Flóki Guðmundsson[1,2]
HEIMSPEKINEMI Á LOKAÁRI

Jóhann Ágúst Sigurðsson[1]
LÆKNIR, SÉRFRÆÐINGUR Í HEIMILISLÆKNINGUM

Linn Getz[3]
LÆKNIR

Vilhjálmur Árnason[2,4]
HEIMSPEKINGUR

Ágrip

Tilgangur: Markmið rannsóknarinnar var að fá vísbendingu um afstöðu lækna, lögfræðinga og presta til notkunar á stofnfrumum úr fósturvísum til lækninga.
Efniviður og aðferðir: Úr markhópunum voru valdir með slembiaðferð 284 læknar og 293 lögfræðingar og allir starfandi prestar á Íslandi, samtals 168. Sendur var út spurningalisti til að kanna siðferðilega afstöðu þessara aðila til notkunar stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga. Alls bárust 290 svör (39% svörun).
Niðurstöður: Rúmlega 60% þátttakenda taldi að fósturvísir hefði ákveðna siðferðilega sérstöðu umfram aðrar lífverur á sambærilegu þroskaskeiði. Þeir sem töldu fósturvísi hafa siðferðilegt gildi á við manneskju voru um 20% og tæplega 18% að fósturvísar nytu ekki siðferðisréttar umfram aðra frumuklasa. Munur var á milli stétta ($p<0,05$). Mikill meirihluti áleit notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga réttlætanlega, en í huga margra skipti það máli með hvaða hætti fósturvísirinn hefði orðið til. Tæplega 8% þátttakenda setti sig alfarið á móti lækningum með stofnfrumur. Af þeim sem álitu notkun stofnfrumna í læknisfræðilegum tilgangi réttlætanlega töldu 71% að eðli sjúkdómsins skipti máli og að aðeins eigi að beita slíkum aðferðum þegar fengist er við alvarlega sjúkdóma. 64% lækna og 68% lögfræðinga taldi einræktun í því skyni að meðhöndla Parkinsons-sjúkling réttlætanlega samanborið við 40% presta ($p<0,01$) og heldur fleiri karlar en konur ($p<0,01$), 64% karla borið saman við 52% kvenna ($p<0,01$). Mikill meirihluti (87%) taldi þörf á þjóðfélagslegri umræðu um þessi mál.
Ályktanir: Almennt eru þátttakendur frjálslyndir gagnvart notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga. Frjálslyndi gagnvart einræktun í lækningaskyni er athyglisvert, en mikill styr hefur staðið um slíkar aðgerðir í flestum ríkjum. Þörf er á upplýsingu og umræðu.

[1]Heimilislæknisfræði HÍ, [2]Heimspekideild HÍ, [3]Landspítali, [4]Siðfræðistofnun Heimilislæknisfræði HÍ, Sóltúni 1, 105 Reykjavík. Sími: 863-5475 og 822-4567. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Trausti Óskarsson og Flóki Guðmundsson, *stofnfrumur@yahoo.com*

Lykilorð: *stofnfrumur, fósturvísar, siðfræði.*

ENGLISH SUMMARY

Óskarsson T, Guðmundsson F, Sigurðsson JÁ, Getz L, Árnason V

The use of embryonic stem cells for medical-therapeutical purposes: a study of attitudes among Icelandic physicians, lawyers and clergymen

Læknablaðið 2003; 89: 499-504

Objective: To study the bioethical standpoints among three groups of Icelandic professionals in relation to the use of embryonic stem cells for medical-therapeutical purposes.
Material and methods: In June 2002, a questionnaire was sent by mail to a random sample of 284 doctors and 293 lawyers, as well as all 168 practicing clergymen in Iceland. The participants' position in relation to the use of embryonic stem cells for therapeutical purposes was elicited through general questions as well as case examples. 290 questionnaires (39%) were returned.
Results: 62% of participants believed the embryo to have an ethical status superior to that of biologically comparable life forms. 20% of respondents considered its status as equal to that of a grown human being, whilst 18% considered it equal to biologically comparable primitive life forms. There was a difference between the respondent groups ($p<0,05$). A vast majority believed the use of embryonic stem cells for therapeutical purposes to be justifiable, although the origin of the stem cells appeared to make a difference to many respondents. 8% of participants took an unconditional position against the use of embryonic stem cells. Among those who considered the use of embryonic stem cells with a therapeutic aim to be justifiable, 71% believed that embryonic stem cells should only be utilized to treat diseases of a severe nature. 64% of participants defended the idea of therapeutic cloning with the intention to treat a patient with Parkinson's disease, but the case history elicited considerable difference between professional groups. Clergymen and lawyers tended to hold firmer attitudes, clergymen against and lawyers for the use of stem cells, whilst medical doctors as a group positioned themselves more towards the middle. Female respondents generally took a more modest stand whilst males were more likely to take a firmer stand in both directions. A vast majority (87%) of the participants believed there to be a need for public debate in relation to the use of embryonic stem cells for therapeutical purposes.
Conclusion: Overall, participants´ views in relation to the use of embryonic stem cells for medical purposes were rather liberal. There were however significant differences between professional groups. The relatively high tolerance in regard to therapeutic cloning is interesting in view of the considerable controversy over this topic in many countries. There appears to be fertile ground for a public debate about the use of embryonic stem cells for medical purposes in Iceland.

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

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

Inngangur

Rannsóknir á stofnfrumum hafa fætt af sér miklar vonir varðandi baráttuna við fjölda erfiðra og ólæknandi sjúkdóma og því gjarnan talað um byltingu í læknavísindum (1, 2). Þótt síðar ætti eftir að koma í ljós að stofnfrumur stæðu ekki nema að hluta til undir þeim væntingum sem til þeirra eru gerðar í dag væri engu að síður um verulegan læknisfræðilegan ávinning að ræða. Stofnfrumur úr fósturvísum er sú tegund stofnfrumna sem vísindamenn telja vænlegasta til árangurs en hún er jafnframt sú umdeildasta, enda stöðvast þroski fósturvísisins við það að stofnfrumurnar eru fjarlægðar úr honum. Fjöldi erfiðra siðferðisspurninga tengjast því notkun þeirra til vísindalegra rannsókna og í lækningaskyni (3).

Á Íslandi fjalla engin lög sérstaklega um stofnfrumur fósturvísa heldur falla rannsóknir á þeim undir tæknifrjóvgunarlög nr. 55/1996, greinar 11 og 12 (3). UNESCO hefur sent frá sér ályktun þar sem þjóðir heims eru hvattar til að setja reglur varðandi stofnfrumurannsóknir (4) og í nóvember árið 2000 gaf Ráðgjafanefnd Evrópusambandsins um siðfræði í vísindum og tækni út ráðleggingar um notkun stofnfrumna og mögulegar uppsprettur þeirra (5, 6). Þar segir um rannsóknir á stofnfrumum fósturvísa að hvert Evrópuland ætti að setja sér reglur hvað þær varðar. Síðustu tvö til þrjú ár hafa átt sér stað í nágrannalöndum okkar líflegar umræður um stofnfrumur fósturvísa og réttmæti þess að þær séu fjarlægðar og notaðar til lækninga. Í kjölfarið hafa ýmsar þjóðir sett sér lög. Það sýnir glöggt hve umdeild tækni af þessum meiði er að menningarlega skyldar þjóðir hafa tekið gjörólíka afstöðu (3, 7, 8).

Okkur er ekki kunnugt um að gerðar hafi verið rannsóknir á viðhorfum hópa í mismunandi starfsstéttum til siðferðilegra álitamála tengdum stofnfrumurannsóknum. Til að fá vísbendingu um þann farveg sem umræðan kemur til með að falla í á Íslandi var ákveðið að kanna þessi álitamál meðal presta, lækna og lögfræðinga. Nefndar starfsstéttir koma á einn eða annan hátt að umræðunni um siðfræði líf- og læknavísinda. Prestar, læknar og lögfræðingar eiga allir fulltrúa í Vísindasiðanefnd auk þess sem það einkennir þessar stéttir að láta sig varða spurningar er snúa að upphafi lífsins, helgi þess og gildi. Leitast var við að kanna afstöðu þátttakenda til réttmætis notkunar stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga og varpa um leið ljósi á hvaða viðhorf liggja afstöðunni til grundvallar.

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur

Markhóparnir voru læknar, lögfræðingar og prestar. Þátttökuskilyrði miðuðust við að viðkomandi væri með lögheimili á Íslandi, væri kominn með embættistitil í sinni grein og væri, í tilviki lækna og lögfræðinga, 67 ára eða yngri. Þar sem aðrar reglur gilda meðal presta um starfslok voru þeir engum aldursmörkum bundnir.

Samkvæmt félagaskrá Læknafélags Íslands féllu 952 læknar undir þessa skilgreiningu (727 karlar og 225 konur). Heildarfjöldi lögfræðimenntaðra hér á landi var áætlaður um 2000 (um það bil 1300 karlar og 700 konur), en félagaskrá var rannsakendum ekki aðgengileg og því er hlutfall úrtaks af þýði ekki fullvíst. Með slembun (random sampling) var valið 300 manna úrtak úr hópi lækna og 300 úr hópi lögfræðinga, 150 karlar og 150 konur úr hvorum hópi fyrir sig. Úrtak lögfræðinga var tekið úr nýjasta Lögfræðingatali, útgefið árið 1997, sem útilokar þátttöku hinna yngstu í lögfræðingastétt. Í þriðja hópnum voru allir starfandi prestar á Íslandi, 129 karlar og 40 konur, samkvæmt nafnalista Prestafélags Íslands.

Send var tilkynning til Persónuverndar og staðfesting fengin frá Vísindasiðanefnd að rannsóknin tilheyrði ekki starfssviði hennar.

Mælitæki

Spurningalisti var notaður við öflun gagna. Hann var hannaður af rannsakendum sjálfum þar sem ekki fannst sambærilegt mælitæki, hvorki hérlendis né erlendis.

Spurningalistinn hét „Notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga – viðhorfskönnun meðal íslenskra lækna, lögfræðinga og presta“. Á kynningarsíðu var stutt kynning á rannsókninni, formsatriðum og rannsakendum. Inngangi var ætlað að gefa þátttakendum fullnægjandi bakgrunnsþekkingu áður en spurningalistanum væri svarað. Spurningalistinn samanstóð af fjórum bakgrunnsspurningum, níu fjölvalsspurningum og þremur dæmum um tilfelli, alls 16 spurningum. Áætlað var að það tæki um 30 mínútur að svara listanum. Í flestum tilfellum voru spurningar lokaðar, það er velja þurfti á milli fyrirfram gefinna möguleika. Til að meta vægi viðhorfs var í sumum tilvikum stuðst við Likerts-skala með gildi 1 til 5. Spurningalistar voru ekki persónuauðkenndir samkvæmt umsögn Persónuverndar.

Gagnasöfnun

Spurningalistinn var sendur bréfleiðis í júní 2002 ásamt frímerktu svarumslagi. Honum var fylgt eftir tíu dögum síðar með ítrekun. Um miðjan júlí var send út ítrekun með tölvupósti til 163 lækna, 88 karla og 75 kvenna, sem voru með netföng sín á heimasíðum Landspítalans, Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri, Háskóla Íslands og Félags íslenskra heimilislækna. Hætt var að taka á móti listum í september 2002.

Alls bárust 290 svör, 114 frá læknum, 94 frá lögfræðingum og 82 frá prestum. Endursendir óopnaðir listar voru 24 talsins. Svarhlutfall er því 39%. Tafla I sýnir svarhlutfall eftir stéttum og kyni innan stétta. Rétt rúmlega 56% þátttakenda voru á aldursbilinu

37-56 ára, 18% voru eldri og 19% yngri. Aldurs var ekki getið í tæplega 7% tilvika.

Gagnaúrvinnsla

Við skráningu og úrvinnslu gagna var hugbúnaðurinn Excel notaður. Svör voru fyrst og fremst flokkuð út frá starfi þátttakenda en einnig voru kyn og aldur notuð sem frumbreytur. Þá voru svör skoðuð eftir viðhorfi þátttakenda til siðferðisstöðu fósturvísa. Notuð var lýsandi tölfræði. Við samanburð á flokkunarbreytum var stuðst við kí-kvaðrat próf. Við samanburð milli kynja var beitt reikniregluu Mantel-Haenzel (M-H) þar sem tekið er tillit til starfsstétta. Ekki þótti ástæða til gera fjölþáttagreiningu á efniviðnum. Miðað var við $p<0,05$ sem marktækan mun milli hópa.

Niðurstöður

Hver er siðferðisstaða fósturvísis?

Leitað var eftir afstöðu þátttakenda til þriggja fullyrðinga um siðferðisstöðu fósturvísis. Út frá svörum voru þátttakendur flokkaðir í þrjá hópa (samanber mynd 1), en þeirri flokkun hefur áður verið lýst í Læknablaðinu (3). Svarliður (a) samrýmist persónuviðhorfi, liður (b) lífverndunarviðhorfi og liður (c) sérstöðuviðhorfi. Meirihluti svarenda (62%) hallaðist að sérstöðuviðhorfi, sem leggur áherslu á að fósturvísir hafi sérstöðu umfram aðra frumuklasa án þess þó að siðferðisstöðu hans sé skipað jafnhátt og siðferðisstöðu manneskju.

Meirihluti þeirra sem aðhylltust lífverndunarviðhorf voru prestar, eða 41% svarenda úr þeirri stétt ($p<0,001$ borið saman við lækna og $p<0,001$ borið saman við lögfræðinga) (mynd 2). Samanborið við aðrar stéttir var persónuviðhorf mest áberandi meðal lögfræðinga ($p<0,05$ borið saman við lækna og $p<0,01$ borið saman við presta) og sérstöðuviðhorf meðal lækna ($p<0,05$ borið saman við lögfræðinga og $p<0,01$ borið saman við presta).

Munur milli kynja var ekki marktækur (M-H: $p<0,1$). Tilhneigingin reyndist þó vera að karlar aðhylltust frekar persónu- og lífverndunarviðhorf en konur sérstöðuviðhorf. Af þeim körlum sem tóku undir með lífverndunarsjónarmiðinu voru hins vegar 70% prestar. Þegar svör voru greind eftir aldri kom í ljós að því yngri sem þátttakendur eru því líklegra er að þeir aðhyllist sérstöðuviðhorf.

Er notkun á stofnfrumum úr fósturvísum/fóstrum til lækninga réttlætanleg?

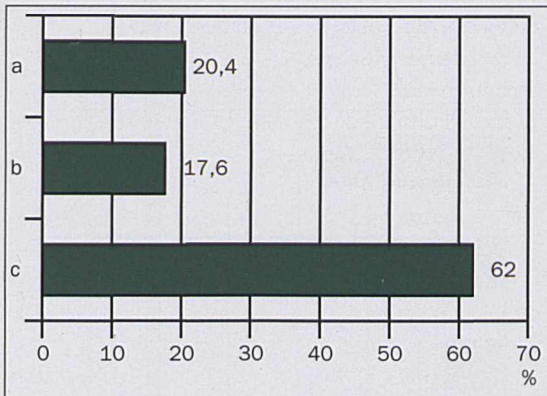
Tæp 8% þátttakenda töldu ekki réttlætanlegt undir neinum kringumstæðum að notaðar séu stofnfrumur úr fósturvísum/fóstrum til lækninga (mynd 3). Rúm 59% álitu hins vegar að réttlætanlegt væri að nota stofnfrumur úr fósturvísum sem verða afgangs við glasafrjóvganir og/eða úr fóstrum í tengslum við fóstureyðingar/fósturlát (samanlagðir liðir b, c og d).

Flestir þeirra sem töldu notkun á stofnfrumum úr fósturvísum/fóstrum aldrei réttlætanlega voru prestar (13% presta) en munur er ekki marktækur.

Viðhorf til framleiðslu fósturvísa í þeim eina tilgangi að nota stofnfrumur þeirra til lækninga (liður e, mynd 3) voru mismunandi eftir stéttum. Um 44% lögfræðinga álitu slíka framleiðslu réttlætanlega á meðan 19% presta voru sama sinnis ($p<0,001$). Læknar skipuðu sér þar á milli (35%). Munur var einnig kynbundinn þar sem 38% karla tóku þessa afstöðu en 27% kvenna (M-H: $p<0,01$).

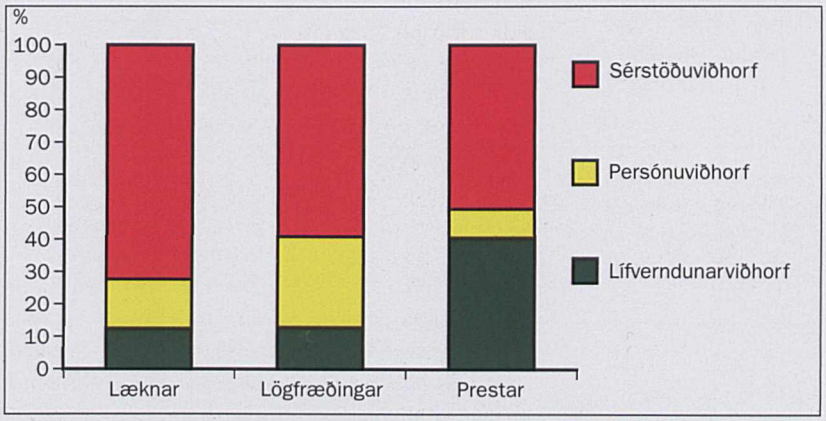
Tafla 1. *Þátttaka og svarhlutföll samkvæmt starfsstéttum (kynjaskipting í sviga, karlkyn/kvenkyn).*

Spurningalistar	Læknar	Lögfræðingar	Prestar	Samtals
Sent	300 (150/150)	300 (150/150)	169 (129/40)	769 (429/340)
Póstur endursendur	16 (11/5)	7 (3/4)	1 (0/1)	24 (14/10)
Svörun	114 (59/55)	94 (41/53)	82 (59/23)	290 (159/131)
Svarhlutfall %	40,1 (42,2/37,9)	32,1 (27,9/36,3)	48,8 (45,7/59,0)	38,9 (38,3/39,7)



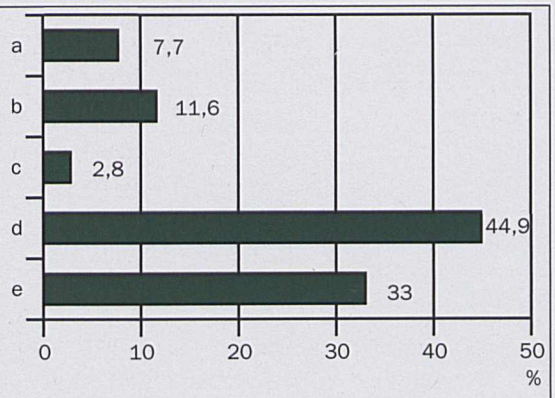
Mynd 1. *Siðferðisstöðu fósturvísis skipt í þrjú meginsvið a) persónuviðhorf, b) lífverndunarviðhorf og c) sérstöðuviðhorf og afstaða þátttakenda til þeirra.*

a. Fósturvísir er ekki einungis lífvera eða frumuklasi heldur smæsta form manneskju og hefur því siðferðilegt gildi sem manneskja.
b. Fósturvísir hefur ekki nein auðkenni manneskju heldur er hann lítið annað en frumuklasi og nýtur þar af leiðandi ekki siðferðisréttar umfram önnur slík lífform.
c. Fósturvísir er sannarlega ekki meira en frumuklasi, en hefur táknrænt gildi sökum möguleikans til að verða að manneskju og þar af leiðandi siðferðislega stöðu umfram aðra frumuklasa.



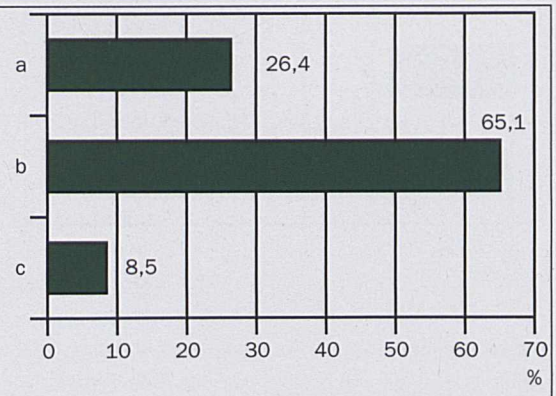
Mynd 2. *Afstaða þátttakenda eftir starfsstéttum til siðferðisstöðu fósturvísis.*

a. Það er ekki réttlætanlegt að nota stofnfrumur fósturvísa til lækninga undir neinum kringumstæðum.
b. Það er réttlætanlegt að nota stofnfrumur til lækninga úr þeim fósturvísum sem verða afgangs við glasafrjóvganir og er annars eytt eftir tiltekinn tíma.
c. Það er réttlætanlegt að nota stofnfrumur til lækninga úr fóstrum í tengslum við fóstureyðingar/fósturlát.
d. Bæði (b) og (c).
e. Það er réttlætanlegt að framleiða fósturvísa í þeim tilgangi einum að nota stofnfrumur þeirra til lækninga.



Mynd 3. *Afstaða þátttakenda í heild til þess hvort notkun á stofnfrumum úr fósturvísum/fóstrum til lækninga sé réttlætanleg.*

a. Það er alltaf réttlætanlegt að nota stofnfrumur fósturvísa til lækninga óháð því hvað reynt er að lækna hverju sinni.
b. Það er réttlætanlegt að nota stofnfrumur fósturvísa aðeins ef reynt er að lækna lífshættulega eða erfiða sjúkdóma sem engin önnur lækning hefur fundist við.
c. Það er rangt að nota stofnfrumur fósturvísa hver svo sem tilgangurinn er.



Mynd 4. *Afstaða þátttakenda í heild til þess hvort eðli sjúkdómsins skipti máli.*

Tafla II. *Forgangsröðun stétta á vægi mismunandi þátta í ákvörðuninni um leyfi á notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga (hundraðstölur innan sviga).*

Vægi þátta	Læknar	Lögfræðingar	Prestar
Siðferðisréttur fósturvísis	4 (34,5%)	5 (29,0%)	2 (67,1%)
Mögulegur læknisfræðilegur ávinningur	1 (88,6%)	1 (93,5%)	3 (63,4%)
Möguleg þekking á sjúkdómum	2 (68,4%)	2 (84,9%)	4 (51,9%)
Efnahagslegir þættir	5 (19,3%)	3 (40,9%)	5 (15,9%)
Hætta á að virðing fyrir mannslífinu minnki	3 (41,4%)	4 (31,9%)	1 (67,9%)

Þegar niðurstöður voru skoðaðar út frá viðhorfi til siðferðisstöðu fósturvísis kom í ljós að 23% lífverndunarsinna töldu aldrei réttlætanlegt að nota stofnfrumur fósturvísa/fóstra til lækninga meðan aðeins 2% persónusinna og 4% sérstöðusinna tóku þá afstöðu. Persónusinnar voru skiljanlega frjálslyndastir í garð framleiðslu á fósturvísum, 46% þeirra álitu slíkt réttlætanlegt til samanburðar við 40% sérstöðusinna og 11% lífverndunarsinna. Lífverndunarsinnar töldu í 67% tilvika réttlætanlegt að nota stofnfrumur úr afgangs fósturvísum og/eða fóstrum til lækninga sem gefur til kynna nokkurt frjálslyndi í garð glasafrjóvgana og jafnvel fóstureyðinga í þessum hópi. Þó er vert að minna á að viðkomandi þurfa hvorugu að vera fylgjandi þó svo þau samþykki jákvæðar hliðarverkanir (3). Fimmtíu og tveir af hundraði persónusinna töldu notkun á stofnfrumum afgangsvísa og/eða fóstra réttlætanlega og 59% sérstöðusinna.

Skiptir eðli sjúkdómsins máli?
Spurt var hvort eðli sjúkdómsins sem verið væri að reyna að lækna með stofnfrumum fósturvísa skipti máli (mynd 4). Af þeim sem töldu notkun stofnfrumna úr fósturvísum réttlætanlega (a og b liður) fannst meirihluta (71%) að aðeins mætti grípa til þess úrræðis þegar verið væri að fást við lífshættulega eða erfiða sjúkdóma sem engin önnur lækning hefur fundist við. Ekki var marktækur munur á milli stétta. Almennt fannst konum eðli sjúkdómsins skipta máli (b liður, mynd 3), 74% til samanburðar við 58% karla (M-H: $p<0,01$). Sem fyrr voru persónusinnar frjálslyndastir í garð notkunar á fósturvísastofnfrumum til lækninga því 54% fannst eðli sjúkdómsins ekki skipta máli. Þessa afstöðu tóku 19% lífverndunarsinna. Af sérstöðusinnum fannst 73% eðli sjúkdómsins sem verið er að lækna hverju sinni skipta máli. Aðeins tæp 9% settu sig alfarið á móti notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga, hver svo sem sjúkdómurinn er sem verið er að reyna að lækna. Það er til samræmis við þann fjölda (8%) sem tók sömu afstöðu í spurningunni að ofan.

Er munur á afstöðu stétta til mismunandi þátta í ákvörðuninni um leyfi á notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga?
Þátttakendur voru beðnir um að tiltaka hversu mikið vægi mismunandi þættir ættu að hafa í ákvörðuninni um hvort leyfa ætti notkun á stofnfrumum fósturvísa til lækninga. Gefinn var upp kvarði frá 1–5 þar sem 1 táknaði mjög lítið vægi og 5 mjög mikið. Við úrvinnslu gagna var þáttunum forgangsraðað eftir því hversu mikið vægi viðkomandi stétt gaf þeim (tafla II). Innan sviga eru samanlögð prósentustig fyrir valmöguleika 4 og 5 á kvarðanum sem jafngilda því að eftirfarandi þáttur eigi að hafa mikið eða mjög mikið vægi.

Á að leyfa einræktun í lækningaskyni?
Sögð var saga sjúklings með Parkinsonssjúkdóm. Sjúklingurinn vill kanna möguleikann á því að nota einræktun til að búa til fósturvísi með sama erfðaefni og hann sjálfur. Þannig má forðast að ónæmiskerfi mannsins hafni ígræðslunni. Fósturvísinum yrði síðan eytt en fyrst teknar úr honum stofnfrumur og þær ræktaðar. Stofnfrumurnar yrðu svo græddar í heila sjúklingsins þar sem þær myndu þroskast í starfhæfar taugafrumur. Spurt var hvort einræktun af þessu tagi væri réttlætanleg.

Um 64% þátttakenda fannst einræktun í lækningaskyni réttlætanleg, en 36% voru því andvígir. Af þeim sem voru mótfallnir báru 64% við hættu „hinnar hálu brautar" til einræktunar í æxlunarskyni (3).

Meirihluti lækna (64%) og lögfræðinga (68%) fannst einræktun í lækningaskyni réttlætanleg en talsvert færri prestar (40%) voru á þeirri skoðun ($p<0,01$ borið saman við lækna og $p<0,01$ borið saman við lögfræðinga), 64% karla fannst einræktun í lækningaskyni réttlætanleg á móti 52% kvenna (M-H: $p<0,01$).

Afstaða persónusinnans er skýr því 90% fannst einræktun í lækningaskyni réttlætanleg á móti 31% lífverndunarsinna og 59% sérstöðusinna.

Er þörf á þjóðfélagslegri umræðu?

Þátttakendur voru beðnir um að taka afstöðu til þess hvort nægilegt sé að umræðan um notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga sé að mestu í hópi þeirra sem koma að rannsóknum og lækningum á þessu sviði, eða hvort þörf sé á þjóðfélagslegri umræðu. Yfirgnæfandi meirihluti þátttakenda (87%) taldi nauðsynlegt að þjóðfélagsleg umræða færi fram. Hlutfallið er áþekkt milli stétta og kynja. Einnig var spurt að því hversu vel þátttakendur teldu sig í stakk búna til að taka afstöðu til siðferðislegra spurninga eins og fram komu í spurningalistanum. Rétt rúmur helmingur kvað sig vera vel til þess búinn (51%) meðan aðeins 8% taldi svo ekki vera. 41% staðsettu sig mitt á milli.

Umræða

Rannsóknir og notkun á stofnfrumum endurspeglar hraðann í þróun líftækninnar. Rannsóknasviðin eru komin inn á mjög viðkvæmar brautir og því hefur aldrei verið jafnmikil þörf og nú á að leita eftir viðhorfum fagstétta og almennings um siðferðilegt hlutverk vísindanna. Þessi rannsókn er sú fyrsta sinnar tegundar enda einkennist umræðan í fjölmiðlum og tímaritum erlendis af læknisfræðilegri og siðfræðilegri hlið málsins, en afstaða fagstétta hefur lítt verið könnuð.

Tæplega 40% svarhlutfall er lágt og skýrist ef til vill af þeim tíma og fyrirhöfn sem það tekur fólk að kynna sér faglegu hliðarnar og síðan að taka siðferðilega afstöðu til málanna. Svörunin er það lág að ekki er hægt að draga almenna ályktun um viðhorf stétta til þessara mála, að prestum undanskildum.

Niðurstöður könnunarinnar sýna að meðal svarenda er töluverður munur á viðhorfi milli stétta til lækninga þar sem notaðar eru stofnfrumur úr fósturvísum. Sérstaklega er munurinn mikill milli presta og lögfræðinga en læknar skipa sér oftast miðs vegar. Prestar hafa almennt mestu efasemdirnar um ágæti lækninga af þessum meiði en lögfræðingar eru að miklum mun frjálslyndari. Prestar og lögfræðingar leggja enda mjög ólíkt mat á hve mikið vægi mismunandi þættir eiga að hafa í umræðunni og horfa ólíkum augum á siðferðisstöðu fósturvísa.

Frjálslyndi gagnvart notkun stofnfrumna úr fósturvísum/fóstrum til lækninga í einhverri mynd er afgerandi (92%) og talsvert meira en rannsakendur bjuggust við í upphafi. Menn eru þó ekki að öllu leyti sammála um hvernig þær stofnfrumur mega koma til. Athyglisvert er hversu stór hluti (33%) telur framleiðslu fósturvísa réttlætanlega í þeim tilgangi einum að ná stofnfrumum þeirra, þvert á ályktanir siðanefnda. Bretland, ein þjóða, hefur veitt svigrúm til slíkrar framleiðslu en þá undir ströngu eftirliti (9). Almennt hafa siðanefndir ályktað að ekki eigi að heimila slíkt (10, 11). Þó má taka fram að rúmur helmingur þátttakenda lítur svo á að lækningar sem notast við fósturvísastofnfrumur eigi aðeins að nota í baráttunni við alvarlega eða ólæknandi sjúkdóma.

Athyglisvert er að nokkurs frjálslyndis virðist gæta meðal þátttakenda gagnvart einræktun í lækningaskyni sem mikill styr hefur staðið um í umræðunni erlendis. Sextíu og fjórir af hundraði þátttakenda taldi þetta réttlætanlega framkvæmd en af þeim sem telja svo ekki vera ber tæplega helmingur fyrir sig hina hálu braut. Mögulega hefur uppsetning spurningarinnar hér áhrif þar sem beðið var um afstöðu til fullyrðinga eftir að tilfelli hafði verið lýst. Þátttakendur virðast gera greinarmun á uppruna fósturvísisins þegar leggja skal mat á siðferðisstöðu hans. Einræktaður fósturvísir hefur samkvæmt niðurstöðum okkar ekki eins sterka siðferðisstöðu og fósturvísir sem til verður eftir samruna sæðis- og eggfrumu. Almennt hafa siðanefndir erlendis ályktað að ekki sé tímabært að hefja einræktun í lækningaskyni (3). Má vera að niðurstöðurnar skýrist að einhverju leyti á skorti á umræðu um siðfræðilega þætti hérlendis en hún hefur verið mikil víða erlendis.

Þar sem sambærileg könnun hefur ekki verið gerð erlendis er erfitt að segja til um hvernig hinar íslensku stéttir standa gagnvart sömu starfsstéttum erlendis. Sé hins vegar miðað við tiltækan samanburð, sem eru ályktanir siðanefnda og ákvarðanir erlendra stjórnvalda (sem þó vafalaust byggja á mun meiri ígrundun og þekkingu en svör þátttakenda), ganga niðurstöðurnar nokkuð á móti því sem búast hefði mátt við. Mjög fáir þátttakendur setja sig alfarið á móti læknismeðferð sem notast við fósturvísastofnfrumur. Glasafrjóvganir hafa lengi verið stundaðar á Íslandi og því gæti þátttakendum fundist sem fátt mælti gegn notkun afgangsvísa sem annars verður hvort eð er hent. Þetta gæti jafnvel átt við um þá sem eru í grunninn á móti glasafrjóvgunum (3). Að líkindum litast frjálslyndi þátttakenda einnig af afstöðu Íslendinga gagnvart fóstureyðingum. Það hefur sýnt sig að lútherstrúarríki taka frjálslyndari afstöðu í málum er viðkoma fósturvísum og fóstrum en þau sem eru kaþólsk (5).

Viðhorf fólks eru engan vegin klippt og skorin. Þegar togstreita myndast á milli tveggja eða fleiri gilda sem jafnan skipa háan sess í hugum fólks eru ýmsir þættir tíndir til og skoðaðir. Þegar um er að ræða spurningar eins og um upphaf lífs eru viðhorf

innan sömu þjóðar einatt sundurleit þar sem þau eiga rætur sínar gjarnan að rekja til flókinna bakgrunnsþátta. Kyn skiptir þar minna máli en starfsgrein. Karlar taka þó frekar afgerandi afstöðu í hvora átt sem er en konur fara milliveginn. Gera má ráð fyrir að niðurstöðurnar skýrist að einhverju leyti af skilningi þátttakenda á efninu. Ekki er fullvíst að hann hafi í öllum tilvikum verið fullnægjandi.

Nauðsynlegt er að Ísland taki afstöðu til notkunar stofnfrumna úr fósturvísum í læknisfræðilegum tilgangi líkt og nágrannalöndin og aðrar þjóðir hafa gert á síðustu árum. Viðfangsefnið er flókið og krefst nokkurrar grunnþekkingar líkt og önnur siðferðileg álitaefni líftæknivísindanna. Þörf er bæði á almennri og þverfaglegri umræðu um mál af þessu tagi áður en samfélagið velur hvernig á að nýta þau tækifæri sem ný þekking og tækni skapa.

Þakkir

Rannsóknin var styrkt af Nýsköpunarsjóði námsmanna og Vísinda- og þróunarsjóði Félags íslenskra heimilislækna. Þakkir fær Reynir Arngrímsson fyrir yfirlestur á spurningalista og einnig þökkum við Ástu Guðjónsdóttur hennar vinnuframlag.

Heimildir

1. Badge RL. The future for stem cell research. Nature, 2001; 414: 88-91.
2. Guðjónsson Þ, Steingrímsson E. Eiginleikar stofnfrumna: frumusérhæfing og ný meðferðarúrræði. Læknablaðið 2003; 89: 43-8.
3. Guðmundsson F, Óskarsson T. Notkun stofnfrumna úr fósturvísum til lækninga: siðfræðileg álitamál. Læknablaðið 2003; 89: 321-5.
4. UNESCO. Declaration on the Human Genome and Human Rights, 11. nóvember 1997. *http://unesco.org/ibn/en/genome/project*
5. 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*
6. Benvenisty N. Europe and the stem cell debate. Trends Biotechnol 2002; 20: 183.
7. Nippert I. The pros and cons of human therapeutic cloning in the public debate. J Biotechnol 2002; 98: 53-60.
8. Wertz DC. Embryo and stem cell research in the USA: Political history. Trends Mol Med 2002; 8: 143-6.
9. Nuffield Council on Bioethics. Stem Cell Therapy, the Ethical Issues, a Ethical Discussion Paper, 2000. *www.nuffield foundation.org/bioethics/publication/download.html*
10. The Ethical Issues in Human Stem Cell Research. Kaupmannahöfn: Norræna ráðherranefndin 2001.
11. European Group of Ethics in Science and New Technologies to the European Commission. Opinion No. 16: Ethical Aspects of Patenting Inventions Involving Human Stem Cells, 7. maí 2002. *www.europa.eu.int/comm/european_grpoup_ethics/docs/avis16_en.pdf*

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 skammtinn (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 sulphonamiðum.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 sætisár eða blæðingar í meltingarvegi. Bólgusjúkdómur í þörmum. Alvarleg hjartabilun. Alvarlegur lifrarsjúkdómur (albúmín í sermi <25 g/l eða Child-Pugh=10). Sjúklingar með áætlaða kreatínínúthreinsun <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 enzýms 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 hjartslátttartruflunum 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 glíbenclamíðs 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 þrístgangi (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 kreatínins og þvagefnis, blóðkalíumhækkun). Þokusýn, ofspenna vöðva, náladofi (paraesthaesia). Kvíði, geðlægð. Hósti, mæði.Ofsakláði. Sinadráttur, eyrnasuð, þreyta, þvagfærasýkingar. ***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, vöðvabólga. 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. maí 2003:** *Hylki, hart 100 mg:* 100 stk. (þynnupakkað) 7.543 kr. *Hylki, hart 200 mg:* 10 stk. (þynnupakkað) 1.986 kr., 20 stk (þynnupakkað) 3.256 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 13.050 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 Pfizer, PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

Pfizer

CELEBRA (CELECOXIB)

Líður gigtarsjúklingunum þínum svona vel?



Pfizer

CELEBRA™
(CELECOXIB)

Frá bágri líðan til betri daga

PharmaNor hf.
Hörgatún 2, 210 Garðabæ
Sími: 535 7000
Fax: 565 9292

NÝTT í kólesteról meðferð

ÖFLUG KÓLESTERÓLLÆKKUN MEÐ TVÍHLIÐA HÖMLUN



NÝTT
EZETROL™
og statín

BETRI SAMAN!

Lyfjatexti á bls. 552

MSD Schering-Plough

Umboðsaðili MSD á Íslandi:
Farmasía ehf.

Ungmenni sem leituðu athvarfs í Rauðakrosshúsinu 1996-2000

Haukur Hauksson[1]

Eiríkur Örn Arnarson[2]

Ágrip

Tilgangur: Að kanna tengsl brotthlaups unglinga að heiman við slakan árangur í skóla, neyslu áfengis og annarra vímuefna, fjölskyldugerð og fleira.
Efniviður og aðferðir: Unnið var úr upplýsingum um skjólstæðinga Rauðakrosshússins árin 1996-2000 og niðurstöður bornar saman við rannsókn á starfsemi athvarfsins fyrir tímabilið 1985-1995. Skráningarblað athvarfs hússins var notað við gagnaöflun og ungmennum raðað í heimanfarna, heimanrekna og heimilislausa. Ungmenni sem fóru að heiman af eigin hvötum og þau sem komu af götunni en nefndu aðra ástæðu en húsnæðisleysi fyrir komu sinni, röðuðust í hóp heimanfarinna. Ungmenni sem hafði verið vísað að heiman eða af stofnun töldust heimanrekin. Heimilislaus flokkuðust ungmenni sem komu af götunni og nefndu húsnæðisleysi sem ástæðu komu og ungmenni sem bjuggu ekki hjá forráðamönnum en komu úr leiguhúsnæði, í fylgd lögreglu eða eftir áfengis/vímuefnameðferð.
Niðurstöður: Komur voru um 32% fleiri en árin 1985-1995. Mest var aukning heimanfarinna pilta og heimanrekinna af báðum kynjum. Færri ungmenni töldust heimilislaus en árin 1985-1995. Þriðjungur heimanfarinna/rekinna var iðjulaus, en yfir 70% heimilislausra. Tóbaks-, áfengis- og fíkniefnaneysla var útbreidd. Húsnæðisleysi og vímuefnavandi voru algengustu ástæður komu heimilislausra, en samskiptaörðugleikar á heimili í hinum hópunum. Heimanfarnir/reknir piltar höfðu frekar flosnað frá námi, voru í neysluvanda og oftar iðjulausir en stúlkur. Endurkvæmir stóðu verr að vígi en frumkvæmir.
Ályktanir: Vandi heimilislausra virðist meiri en heimanfarinna/rekinna. Tilvist neyðarathvarfs Rauðakrosshússins virðist sporna við því að heimanfarnir/reknir gangi svo langt að falla í hóp heimilislausra ungmenna sem virðast frekar vera iðjulaus, stunda afbrot og í neysluvanda. Sú aukning sem virðist hafa orðið í hópi heimanfarinna og heimanrekinna unglinga sýnir að samskiptavandamál leiða nú frekar en áður til brotthlaups unglings eða brottvísunar af heimili.

[1]Unglingafulltrúi, Rauðakrosshúsinu, Tjarnargötu 35, 101 Reykjavík, [2]forstöðusálfræðingur, Sálfræðiþjónustu vefrænna deilda Landspítala, Endurhæfingarsviði og Læknadeild HÍ.
Fyrirspurnir og bréfaskipti: Eiríkur Örn Arnarson, sími: 543 1000, *eirikur@landspitali.is*

Lykilorð: *neyðarathvarf, unglingur, heimanfarinn, heimanrekinn, heimilislaus.*

Inngangur

Rauðakrosshúsið átti 15 ára starfsafmæli í desember árið 2000. Af því tilefni var unnið úr gögnum um hjálparþurfi unglinga sem leituðu í athvarfið árin 1996 til 2000, meðal annars til samanburðar við niðurstöður úr rannsókn Helga Hjartarsonar og Eiríks

ENGLISH SUMMARY

Hauksson H, Arnarson EÖ

Operation of an emergency shelter in the Red Cross House (RCH) for runaway, throwaway and homeless adolescents in Iceland during the period 1996–2000

Læknablaðið 2003; 89: 507-12

Objective: To explore the relationship between running away from home with doing poorly at school, the use of alcohol and drugs, family structure, etc.
Material and methods: Analysis of data collected among adolescents who sought help at the RCH, the period 1996-2000 was compared to a prior report on RCH guests for the period 1985-1995. Admission records of the RCH were used for collecting data for subsequent analysis and the guests were grouped into runaways, throwaways and homeless adolescents. Runaways came off the street or left home on their own accord. Throwaways had been asked to leave home. The homeless had nowhere to stay, did not live with parents/ guardians, presented following alcohol/drug treatment or were escorted by the police.
Results: Compared with the operation of RCH during 1985-1995, there was about 32% increase of registered visits, mostly runaway boys and throwaways of both sexes. Fewer adolescents were homeless than in 1985-1995. About one third of runaways/throwaways and more than 70% of homeless were neither working nor at school when presenting at the RCH. Use of tobacco, alcohol/drugs was common among guests. The most frequent reasons for the homeless seeking assistance was alcohol/drug abuse but for runaways/throwaways having nowhere to stay and conflicts within their family. Runaway/throwaway boys were more likely than girls to be school drop-outs, abuse alcohol/drugs and be out of work. Frequent visitors were worse off than first time visitors.
Conclusions: The plight of homeless adolescents seemed more serious than that of runaways and throwaways. The RCH aims to keep adolescents off the streets and to prevent runaways or throwaways to become homeless who are more likely to be out of work, commit crimes and abuse alcohol/drugs. The increase of visits by adolescents registered as runaways or throwaways to the RCH, and the decrease of visits by those registered as homeless might suggest that frequency of severe relational problems between parents and their child is on the increase in Icelandic homes.

Keyword: *emergency shelter, adolescent, runaway, throwaway, homeless.*

Correspondence: Eiríkur Örn Arnarson, *eirikur@landspitali.is*

Arnar Arnarsonar (1) á þeim unglingum sem dvöldu í athvarfinu fyrstu tíu starfsár þess.

Hlutverk neyðarathvarfs Rauðakrosshússins er að veita unglingum í neyð eins konar fyrstu hjálp með grundvallarmarkmið Rauðakrossins um mannúð og hlutleysi að leiðarljósi (2). Athvarfið er opið allan sólarhringinn árið um kring og ungmenni þurfa ekki að gera boð á undan sér. Forvarnarmarkmið Rauðakrosshússins er að veita ungmennunum húsaskjól, fæði, stuðning og ráðgjöf áður en í óefni er komið. Þær upplýsingar sem skráðar eru um ungmenni sem gista í Rauðakrosshúsinu skipta miklu máli þegar fjallað er um málefni unglinga og fjölskyldna á Íslandi, ekki síst til samanburðar við skýrslur og rannsóknir á opinberum gögnum um þennan málaflokk.

Í flestum rannsóknum er heimanfarinn unglingur skilgreindur sem 10-17 ára unglingur sem hefur verið að heiman eina nótt eða lengur án samþykkis forráðamanna (3, 4). Þessi skilgreining nær ekki til þeirra ungmenna sem er vísað að heiman, eru heimanrekin, en margir vilja gera þar greinarmun. Samkvæmt þeim fara unglingar að heiman vegna djúpstæðra deilna við foreldra og slakra félagslegra tengsla en heimanreknir fara ekki að eigin frumkvæði heldur vegna hvatningar eða þrýstings forráðamanna (3). Talið er að 30 til 60% unglinga sem fara að heiman geri það fyrir orð forráðamanna en ekki að eigin frumkvæði (5).

Samkvæmt skýrslu Mannfjöldastofnunar Sameinuðu þjóðanna frá 1991 (5) hlaupast milli 4 og 10 af hundraði bandarískra ungmenna einhvern tíma að heiman. Af þeim gerir innan við helmingur fleiri en eina tilraun og um 75% snýr heim innan viku. Í fjórðu útgáfu greiningarkerfis amerísku geðlæknasamtakanna (DSM IV) (6) er endurtekið brotthlaup eða endanlegt í fyrstu tilraun talið uppfylla skilmerki fyrir truflun á félagslegu atferli.

Rannsóknir benda ekki til að um afmarkaðan orsakaþátt sé að ræða hjá brotthlaupnum í samanburði við þá sem ekki fara að heiman, heldur virðist vera víxlverkun ýmissa þátta, svo sem slakra tilfinningatengsla í fjölskyldu, vandamála í skóla, afbrigðilegrar hegðunar og neikvæðra tilfinninga.

Ýmsir hafa bent á hversu hátt hlutfall heimanfarinna kemur frá einstæðu foreldri eða úr stjúpfjölskyldu (1, 2, 7). Heimanreknir koma frekar en heimanfarnir úr slíku fjölskylduumhverfi (7) og togstreita og rifrildi virðast algengari á heimilum þeirra sem reknir eru að heiman en hinna sem fara að eigin frumkvæði (3).

Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að líklegra er að heimanfarinn unglingur hafi verið beittur líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi á heimili sínu en unglingur sem dvelur í föðurhúsum (8, 9). Flótti er yfirleitt eðlilegt viðbragð við ógn í umhverfi og ætti að auka afkomulíkur viðkomandi. Svo er ekki hér samkvæmt rannsókn (10) sem bendir til að unglingur sem flýr ofbeldi á heimili og heldur að mestu til á götunni er líklegri en aðrir heimanfarnir til að verða fórnarlamb líkamlegs og kynferðislegs ofbeldis þar.

Vandamál í skóla virðast algengari meðal heimanfarinna en þeirra sem heima búa (11, 12). Í rannsókn á 123 skjólstæðingum athvarfs í Kanada (11) kom fram að um 52% áttu við lestrarörðugleika að etja og 28,5% voru undir mörkum í skrift og stærðfræði miðað við aldur.

Neysla vímugjafa og fíkniefna virðist samkvæmt rannsóknum (13, 14) algengari meðal heimanfarinna unglinga en unglinga almennt. Hegðunar- og geðbrigðaraskanir virðast einnig algengari meðal þeirra sem fara að heiman en hinna og þeir þjást frekar af þunglyndi og sjálfsvígshugmyndum sem tengjast slakri sjálfsmynd (12, 14).

Eins og í fyrri rannsókn (1) var unglingum sem gistu athvarfið raðað eftir ástæðum komu í heimanfarna, heimanrekna og heimilislausa. Markmið rannsóknarinnar var að bera saman þessa þrjá hópa með tilliti til ástæðna komu í Rauðakrosshúsið, bakgrunns, fjölskyldu, neyslu vímuefna og fleiri breytna. Innan hópanna voru sömu breytur notaðar til að kanna mun milli kynja, þeirra sem komu einu sinni í athvarfið (frumkvæmir) og hinna sem komu oftar (endurkvæmir). Þá voru bornar saman niðurstöður þessarar rannsóknar og rannsóknar á fyrstu 10 árum starfseminnar (1).

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur: Unnið var úr gögnum um 686 ungmenni, 12-21 árs, sem gistu neyðarathvarf Rauðakrosshússins árin 1996-2000 og þeim skipað í þrjá flokka eftir ástæðum komu. Í flokk heimanfarinna röðuðust þau ungmenni sem fóru úr foreldrahúsum að eigin frumkvæði. Einnig voru þeir sem hvorki nefndu húsnæðisleysi né brottvísun að heiman, en komu af götunni, flokkaðir sem heimanfarnir. Þeir sem komu í athvarfið vegna þess að þeim var vísað að heiman flokkuðust sem heimanreknir. Þeir sem komu af götunni, úr vímuefnameðferð, úr leiguhúsnæði eða í fylgd lögreglu og nefndu húsnæðisleysi sem ástæðu komu töldust heimilislausir. Einnig voru þeir sem ekki tilgreindu húsnæðisleysi, en flýðu sambýli með vinum eða kunningjum vegna neysluvandamála eða samskiptaörðugleika settir í hóp heimilislausra.

Mælitæki: Upplýsingar um ungmennin fengust í tölvuskráningarkerfi Rauðakrosshússins með leyfi stjórnar Rauðakross Íslands. Skráð er samkvæmt númeri og nafn viðkomandi kemur ekki fram. Almennar upplýsingar eru aldur, kyn, lögheimili og búseta, fyrri reynsla af athvarfinu, iðja, skólaganga og tengsl við félagslegar stofnanir. Þá er skráð sambúðarform foreldra, systkinafjöldi, systkinaröð og síðasta

aðsetur. Upplýsingar um neyslu tóbaks, áfengis og vímuefna síðustu þrjá til sex mánuði eru skráðar, ástæður komu og loks almennar upplýsingar við brottför, það er fjöldi gistinátta, dagsetning brottfarar, næsti dvalarstaður og með hvaða hætti unglingur yfirgefur athvarfið.

Starfsmenn öfluðu ofangreindra upplýsinga og skráðu þær að unglingi ásjáandi. Þeim upplýsingum sem komu fram síðar var þá bætt við skráningu. Munur milli hópa var metinn með kí-kvaðrat prófi. Tölfræðilega marktækur munur var talinn við $p<0,05$.

Tafla I. *Frumkvæmir og endurkvæmir unglingar innan hópanna og skipting frumkvæmra eftir kyni og uppruna.*

	Heimanfarnir		Heimanreknir		Heimilislausir	
	N	%	N	%	N	%
Frumkvæmir	206	(57)	84	(65)	28	(26)
Endurkvæmir	156	(43)	45	(35)	80	(74)
Piltar	103	(50)	39	(46)	16	(57)
Stúlkur	103	(50)	45	(54)	12	(43)
Höfuðborgarsvæðið	140	(69)	73	(88)	19	(76)
Landsbyggðin	64	(31)	10	(12)	6	(24)

Tafla II. *Hlutfall unglinga með tilliti til sambúðarmynsturs foreldra, iðju og skólagöngu.*

	Heimanfarnir %	Heimanreknir %	Heimilislausir %
Samband foreldra			
Í sambúð	30	36	11*
Ekki í sambúð	64	57	71
Annað eða bæði látin	6	7	18*
Iðja			
Ekkert	37	39	72**
Í skóla	43	34	7**
Í vinnu	20	27	21
Skólaganga			
Í skyldunámi	37	30	8**
Skyldunámi lokið	43	52	88**
Skyldunámi hætt	8	11	4
Í framhaldsnámi	12	6	–

*p<0,05 **p<0,001

Niðurstöður

Á bak við 686 færslur voru 318 ungmenni (206 heimanfarnir, 84 heimanreknir og 28 heimilislausir) sem komu einu sinni á tímabilinu. Í 368 færslum var um endurkomu að ræða. Á bak við þær færslur voru 281 ungmenni (156 heimanfarnir, 45 heimanreknir og 80 heimilislausir) sem komu tvisvar eða oftar á tímabilinu, eða höfðu komið til dvalar í athvarfinu fyrir árið 1996. Þegar allar færslur eru taldar og fjöldi endurkvæmra borinn saman við fjölda frumkvæmra eftir hópum, sést að hlutfall endurkvæmra er langhæst, eða 74% af skráðum komum, í hópi heimililausra (tafla I).

Í hópi heimanfarinna sem komu einu sinni í athvarfið var kynskipting jöfn, en meðal endurkvæmra voru 103 piltar og 53 stúlkur. Meðal frumkvæmra í hópi heimanrekinna voru 45 piltar og 39 stúlkur og endurkvæmir töldust 29 piltar á móti 16 stúlkum. Í hópi frumkvæmra heimilislausra voru 16 piltar og 12 stúlkur. Endurkvæmir í þessum hópi skiptust í 50 pilta og 30 stúlkur (tafla I).

Meðalaldur heimanfarinna sem komu einu sinni á tímabilinu var 16,2 ár en þeirra sem komu oftar 16,7 ár. Hjá heimanreknum var meðalaldur frumkvæmra 16,4 ár en endurkvæmra 16,8 ár. Meðalaldur heimilislausra unglinga sem komu einu sinni var 17,9 ár en hinna sem komu oftar 17,1 ár.

Flestir gesta neyðarathvarfsins komu af höfuðborgarsvæðinu, en hæst var hlutfall þeirra í hópi heimanrekinna (tafla I).

Foreldrar unglinganna sem gistu Rauðakrosshúsið voru í fæstum tilfellum í sambúð (tafla II). Heimilislausir skera sig úr þar sem einungis 11% þeirra áttu foreldra í sambúð.

Rúmur þriðjungur heimanfarinna og heimanrekinna ungmenna, en yfir 70% heimilislausra, var iðjulaus við komu í athvarfið (tafla II). Meðal heimilislausra var ekki marktækur munur milli kynja, en í hópi heimanfarinna voru um 54% pilta iðjulausir og um 30% stúlkna ($\chi2$ (2,206) = 22,5; $p<0,0001$). Meðal heimanrekinna var munur milli kynja í sömu átt, rúm 60% pilta voru iðjulausir en sama hlutfall stúlkna var um 27% ($\chi2$ (2,84) = 10,4; $p<0,001$).

Iðjuleysi var algengara meðal endurkvæmra en frumkvæmra í hópum heimanfarinna ($\chi2$ (1,362) = 23,6; $p<0,001$) og heimanrekinna ($\chi2$ (1,129) = 8,5; $p<0,005$). Munur frum- og endurkvæmra í hópi heimilislausra var ekki metinn þar sem væntigildi var undir mörkum í yfir 20% tilvika.

Munur á skólagöngu milli heimilislausra annars vegar og heimanfarinna og -rekinna hins vegar (tafla II) skýrist líklega helst með aldursmuni milli hópanna ($F(1,315) = 32,2$; $p<0,0001$) þar sem meðalaldur heimilislausra er 17,2 ár en hinna hópanna 16,3 ár.

Þegar borin var saman námsstaða milli kynja innan hópanna kom fram munur í hópi heimanfarinna. Um helmingi fleiri stúlkur en piltar voru í skyldunámi eða framhaldsskóla en tæp 12% pilta á móti tæpum 4% stúlkna höfðu hætt skyldunámi ($\chi2$ (4,206) = 23,4; $p<0,0001$).

Munur var á frum og endurkvæmum í öllum hópunum þegar skoðað var hve margir hættu skyldunámi. Í hópi heimanfarinna höfðu tæp 20% endurkvæmra hætt skyldunámi en meðal frumkvæmra var hlutfallið 7,8% ($\chi2$ (4,206) = 23,3;$p<0,001$). Hjá heimanreknum var þetta hlutfall um 11% frumkvæmra og rúm 16% endurkvæmra ($\chi2$ (1,129) = 4,3; $p<0,005$). Meðal heimilislausra höfðu tæp 4% frumkvæmra, en rúmur fjórðungur endurkvæmra hætt skyldunámi ($\chi2$ (1,108) = 6,4; $p<0,005$).

Tafla III. *Tengsl unglinganna við félagslegar stofnanir og lögreglu og hlutfall þeirra sem notuðu tóbak, áfengi og fíkniefni.*

	Heimanfarnir %	Heimanreknir %	Heimilislausir %
Afskipti			
Félagslegar stofnanir	69	84	75
Lögregla	28	36	57*
Neysla tóbaks	77	88	82
Neysla áfengis	74	84	82
Neysla fíkniefna	22	33	68**

*p<0,05 **p<0,001

Tafla IV. *Ástæður komu í Rauðakrosshúsið.*

	Heimanfarnir %	Heimanreknir %	Heimilislausir %
Erfiðar heimilisaðstæður	31	13	11*
Samskiptaörðugleikar	57	63	18**
Stundarósætti	4	5	–
Húsnæðisleysi	38	40	79**
Neysla foreldra	9	2	4
Eigin neysla	12	27	50**
Ofbeldi	22	6	4*

*p<0,05 **p<0,001

Meirihluti unglinga af báðum kynjum hafði verið í tengslum við félagslegar stofnanir áður en leitað var í neyðarathvarfið, en saga um afskipti lögreglu var algengust í hópi heimilislausra (tafla III). Heimilislausir skáru sig líka úr þegar litið var á tegund tengsla við félagslegar stofnanir. Helmingur heimilislausra hafði farið í áfengis- eða vímuefnameðferð, en meðal heimanfarinna var þetta hlutfall 18% og heimanrekinna 12,6% ($\chi 2$ (2,235) = 14,4; p<0,005).

Hærra hlutfall endurkvæmra en frumkvæmra hafði verið í tengslum við félagslegar stofnanir fyrir komu í athvarfið. Marktækur munur kom þó aðeins fram meðal heimanfarinna ($\chi 2$ (1,362) = 12,3; p<0,0001) þar sem rúm 60% frumkvæmra, en tæp 96% endurkvæmra höfðu reynslu af félagslegum stofnunum.

Afar hátt hlutfall ungmennanna í athvarfinu notaði tóbak og áfengi en munur milli hópa var lítill og ómarktækur (tafla III). Hærra hlutfall heimilislausra en heimanfarinna og -rekinna hafði neytt fíkniefna fyrir komu í athvarfið ($\chi 2$ (2,318) = 19,0; p<0,0001). Í hópi heimanrekinna var neysla slíkra efna algengari meðal pilta (44%) en stúlkna (24%) ($\chi 2$ (1,84) = 5,4; p<0,05), en munur milli kynja kom ekki fram í hinum hópunum.

Ekki kom fram munur á reykingum eða neyslu áfengis eða fíkniefna milli frum- og endurkvæmra í hópum heimanrekinna og heimilislausra. Í hópi heimanfarinna var munur á reykingum á þann veg að tæp 89% endurkvæmra reykti, á móti rúmum 77% frumkvæmra ($\chi 2$ (1,362) = 12,3; p<0,0001). Annar munur frum- og endurkvæmra í hópi heimanfarinna var sá að 33% endurkvæmra höfðu notað ólögleg fíkniefni, en sama hlutfall frumkvæmra var 22% ($\chi 2$ (1,362) = 6,11; p<0,05).

Í töflu IV eru bornar saman eftir hópum þær ástæður sem ungmennin gáfu upp fyrir komu sinni í Rauðakrosshúsið. Athuga skal að við komu í athvarfið eru oftar en ekki nefndar fleiri en ein ástæða.

Samskiptaörðugleikar voru oftast nefndir sem ástæða komu stúlkna (66%) í hópi heimanfarinna og greinir þær frá piltum (48%) í þeim hópi ($\chi 2$ (1,206) = 6,4; p<0,05). Piltarnir tilgreina oftast húsnæðisleysi sem ástæðu komu (53,4%), mun oftar en stúlkur (22,3%), og sú ástæða komu greinir líka milli kynja í hópi heimanfarinna ($\chi 2$ (1, 206) = 21,1; p<0,001). Ofbeldi er töluvert oftar nefnt sem ástæða komu í hópi heimanfarinna en hinum tveimur og er algengari hjá stúlkum (31%) en piltum (13%) ($\chi 2$ (1, 206) = 4,5; p<0,05). Þar er fyrst og fremst um líkamlegt ofbeldi að ræða, en næstum þrisvar sinnum fleiri heimanfarnar stúlkur tilgreina þessa ástæðu fyrir komu í athvarfið en heimanfarnir piltar ($\chi 2$ (1, 206) = 10,3; p<0,001). Eigin neysla sem ástæða komu í athvarfið greinir milli pilta og stúlkna í hópi heimanrekinna ($\chi 2$ (1,84) = 7,6; p<0,05), á þann veg að piltar tilgreina ástæðuna oftar (38%) en stúlkur (18%).

Enginn munur á ástæðum komu greindist milli kynja í hópi heimilislausra.

Í hópi heimanfarinna tilgreinir hærra hlutfall frumkvæmra (32%) en endurkvæmra (22%) ástæðuna erfiðar heimilisaðstæður ($\chi 2$ (1,362) = 4,2; p<0,05). Endurkvæmir tilgreina hins vegar marktækt oftar húsnæðisleysi (65%) en frumkvæmir (38%) í hópi heimanfarinna ($\chi 2$ (1,362) = 33,9; p<0,0001).

Endurkvæmir í hópi heimanfarinna tilgreina líka oftar en frumkvæmir eigin neyslu sem ástæðu komu í athvarfið ($\chi 2$ (1, 362) = 5,2; p<0,05).

Umræða

Niðurstöður sýna talsverðan mun milli heimilislausra unglinga annars vegar og heimanrekinna og heimanfarinna hins vegar með tilliti til skráninga við komu. Munur milli heimanfarinna og heimanrekinna unglinga er minni. Í hópi heimanfarinna var kynskipting jöfn, fleiri stúlkur en piltar voru í hópi heimanrekinna en piltar aftur fleiri í hópi heimilislausra. Þetta kemur heim og saman við niðurstöður eldri rannsókna (1, 2, 6), þó með einni undantekningu (1) þar sem voru stúlkur 64% heimanfarinna en hér voru hlutföll kynja jöfn. Ofangreindar rannsóknir benda til þess að fleiri stúlkur en piltar fari að heiman. Á tímabilinu 1996 til 2000 leituðu fleiri stúlkur en piltar athvarfs í Rauðakrosshúsinu, en miðað við eldri rannsókn (1) hefur þó dregið töluvert saman með kynjum.

Þegar bornar eru saman tölur úr þessari rannsókn og rannsókn á starfsemi athvarfsins 1985-1995 (1) má

sjá að skráðum komum í neyðarathvarf Rauðakrosshússins hefur fjölgað. Á fyrstu tíu árum starfseminnar voru skráðar 927 komur í athvarfið, eða að meðaltali um 102 á ári. Í þessari rannsókn voru skráðar að meðaltali rúmar 136 komur (skráðar færslur, ekki einstaklingar) á ári. Hér er um 30% aukningu í gestakomum að ræða.

Í fyrri rannsókn (1) voru foreldrar um þrjátíu af hundraði heimanfarinna og heimanrekinna í sambúð. Engin breyting virðist hafa orðið þar á. Í hópi heimilislausra er hlutfall foreldra í sambúð hins vegar lægra hér (10,7%) en í eldri rannsókninni (16%). Þessar niðurstöður benda til þess að í stjúpfjölskyldum og fjölskyldum þar sem aðeins annað foreldrið (yfirleitt móðir) er til staðar séu árekstrar tíðari eða tengsl við ungling lausari en í fjölskyldum þar sem foreldrar eru í sambúð (2, 14).

Iðjuleysi var algengt í öllum þremur hópunum. Miðað við niðurstöður eldri rannsóknar (1) er hins vegar jákvæð þróun í skólamálum unglinga sem leita í athvarfið. Í þeirri rannsókn hafði fjórðungur heimanfarinna og heimanrekinna, en um 41% heimilislausra hætt skyldunámi. Samkvæmt skráningum árin 1996-2000 hafa þessi hlutföll breyst töluvert til hins betra. Hins vegar er ekki hægt að sjá tilsvarandi hækkun milli tímabila á hlutfalli þeirra sem stunda framhaldsnám. Auknar líkur virðast á brotthlaupi og áfengis- og/eða fíkniefnaánetjun hjá unglingum sem flosna úr námi vegna félagslegra erfiðleika og einnig eru þeir líklegri til að fara endanlega, eða oftar en einu sinni, að heiman (11). Heimilislausir skera sig úr hvað varðar iðjuleysi, (71,4%), en hlutfall þeirra er einmitt hærra hvað varðar neyslu vímugjafa og endurkomur í neyðarathvarfið sem bendir vafalítið til meiri félagslegra örðugleika en unglingar í hinum hópunum búa við.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að Rauðakrosshúsið sé ekki fyrsti staðurinn sem meirihluti unglinganna leitar hjálpar. Flestir höfðu verið í sambandi við félagslegar stofnanir eða sérfræðinga í einkageiranum fyrir komu í athvarfið. Virðist því sem stór hluti unglinga í þessum hópum eigi við atferlis-, náms- eða geðraskanir að stríða og er það í samræmi við niðurstöður rannsókna (1, 13).

Neysla áfengis er algeng meðal unglinganna sem leituðu í athvarfið, en virðist þó hafa minnkað frá því sem fram kom í eldri rannsókn (1). Neysla fíkniefna hefur hins vegar ekki minnkað og virðist raunar hafa aukist meðal heimilislausra (68%). Í helmingi skráninga heimilislausra og í 27% skráninga heimanrekinna er eigin neysla tilgreind sem ein af ástæðum komu. Þetta er í samræmi við rannsóknir sem hafa sýnt fram á tengsl fíkniefnaneyslu og brotthlaups að heiman (13, 14).

Algengasta ástæða komu heimanfarinna og heimanrekinna er „samskiptaörðugleikar“ á heimili og er það í samræmi við niðurstöður rannsókna (1-3). Heimanfarnir skera sig úr hvað varðar ástæðuna „ofbeldi“ og eru það frekar stúlkur en piltar sem verða fyrir því. Sú niðurstaða er í samræmi við eldri rannsóknir (10).

Heimilislausir skera sig úr hvað varðar ýmis einkenni og staða þeirra virðist öllu slakari en heimanfarinna og heimanrekinna. Sú mynd af heimilislausum sem birtist í þessum niðurstöðum er nánast hin sama og dregin er upp í rannsókn Helga Hjartarsonar og Eiríks Arnar Arnarsonar (1). Þar sem skilgreiningin á heimilislausum unglingi felur í sér lítil eða engin tengsl við foreldra og fjölskyldu má ætla að vandamál hans snúist að miklu leyti um aðra hluti en vandamál heimanfarins eða -rekins unglings. Foreldrar og fjölskylda virðast oftast í myndinni hjá þessum hópum, meðan vandi heimilislausra snýst meira um að komast af frá degi til dags.

Miðað við hlutfall heimanfarinna sem sóttu skóla, 18,4% pilta og 48,3% stúlkna, og þeirra sem hætt höfðu skyldunámi, 11,7% pilta og 3,9% stúlkna, eiga heimanfarnir piltar frekar undir högg að sækja í skólamálum en stúlkurnar. Iðjuleysi er líka algengara meðal piltanna en stúlknanna. Þetta kemur heim og saman við niðurstöður eldri rannsókna (11).

Samkvæmt ofangreindu virðist mega segja að karlkyns ungmenni sem leita í neyðarathvarf Rauðakrosshússins séu oft verr á vegi staddir en stúlkur með tilliti til skólamála og neyslu vímu og/eða fíkniefna, að minnsta kosti í hópum heimanfarinna og -rekinna. Stúlkur virðast hins vegar oftar sjá samskiptaörðugleika í fjölskyldu sem rót vanda síns, þó kynjamunur sé einungis marktækur tölfræðilega í hópi heimanfarinna.

Ekki kemur á óvart að unglingar sem hlaupast endurtekið að heiman virðast eiga í alvarlegri persónulegum og félagslegum vanda en þeir sem ekki endurtaka brotthlaup (11, 12). Þeim gengur verr í skóla, bæði námslega og félagslega og stjórnleysi einkennir hegðun þeirra (12, 13). Reykingar virðast tíðari meðal endurkvæmra en frumkvæmra í öllum hópum, en aðeins í hópi heimanfarinna er um tölfræðilega marktækan mun að ræða. Endurkvæmir eru einnig líklegri til að nota ólögleg fíkniefni en munur milli frum- og endurkvæmra var þó aðeins marktækur í hópi heimanfarinna. Endurkvæmir tilgreindu líka oftar en frumkvæmir vímuefnaneyslu sem ástæðu komu, en munur var þó ekki mikill (19,9% á móti 12,1%).

Aðstæður þeirra unglinga sem fóru endurtekið að heiman og í neyðarathvarfið virðist öllu verri en þeirra sem aðeins komu einu sinni í athvarfið. Sú mynd sem draga má upp hér af unglingum sem endurtaka brotthlaup samræmist nokkuð vel skilyrðum DSM IV (6) um skilmerki fyrir truflun á félagslegu atferli með tilliti til tengsla við annað félagslega óæskilegt atferli, svo sem áfengis- og dópneyslu. Lýsing Ingersolls (7) á rótlausum unglingum, sem eiga í

erfiðleikum við að uppfylla kröfur samfélagsins um ástundun skóla eða vinnu og lenda snemma í erfiðleikum með áfengi og dóp, virðist líka eiga hér samsvörun.

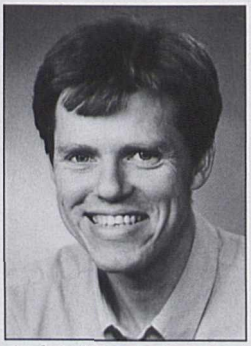
Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar eru samskiptaörðugleikar áberandi ástæða brotthlaups meðal þeirra unglinga sem teljast heimanfarnir og heimanreknir. Skráningar gefa ekki færi á að greina hvernig samskiptaörðugleika er um að ræða; hvort samskiptin hafi verið slæm um langa hríð, hvort þau tengjast beint hegðun unglings, hvort þau einkennast af rifrildum eða afskiptaleysi, útskúfun og svo framvegis. Ef unnt væri að greina betur í hverju samskiptaörðugleikar eru fólgnir má ætla að auðveldara væri að skipuleggja viðbrögð.

Iðjuleysi og neysla ólöglegra fíkniefna er töluvert áberandi meðal unglinganna, sérstaklega í hópi heimilislausra. Fáir unglingar raðast í hóp heimilislausra en þeir koma hins vegar frekar oftar en einu sinni í athvarfið en unglingar í hinum hópunum. Líklegt er að heimilislaus unglingur hafi hafið „feril" sinn sem heimanfarinn eða heimanrekinn. Þegar litið er á hversu algengt iðjuleysi er meðal unglinganna, hversu fáir þeirra halda áfram námi eftir grunnskóla, hversu margir hafa þurft meðferð vegna hegðunar- eða geðraskana og þess að fíkniefnaneysla er algengari þeirra á meðal en annarra unglinga á Íslandi er ljóst að samhengi er milli þessarar hegðunar og samskiptaörðugleika á heimili. Áhugavert væri að skoða hversu vel meðferðarform stofnanna á Íslandi sinnir þörfum fjölskyldu þess unglings sem meðferð þiggur, ekki síst með tilliti til eftirfylgni.

Rauðakrosshúsið hefur sinnt hlutverki sínu sem neyðarathvarf fyrir ungmenni sem ekki hafa í önnur hús að venda í rúm 17 ár. Um þau ungmenni sem hafa nýtt sér þjónustuna liggja fyrir upplýsingar sem vert er að rannsaka og svo hefur verið gert hér frá tilteknu sjónarhorni. Komum í athvarfið hefur fjölgað töluvert umfram það sem eðlilegt mætti teljast með tilliti til fólksfjöldaaukningu og vert er að huga að ástæðum þess í náinni framtíð með tilliti til samfélagslegra þátta ýmissa. Þær upplýsingar í gögnum athvarfsins um þann hóp unglinga sem fer að heiman, er rekinn að heiman og í versta falli nánast slítur öll tengsl við foreldra og fjölskyldu eru nýtanlegar til glöggvunar á stöðu unglinga í samfélaginu og ekki síður sem leiðbeiningar um hvað hugsanlega megi betur fara í viðbrögðum samfélagsins, þar á meðal Rauðakrosshússins, við vaxandi vanda.

Heimildir

1. Hjartarson H, Arnarson EÖ. Heimanfarnir, heimanreknir og heimilislausir unglingar á Íslandi. Úttekt á fyrstu 10 starfsárum Rauðakrosshússins. Læknablaðið 2000; 86: 33-8.
2. Þór ÓH, Sigurðsson E. Rauðakrosshúsið í 10 ár. 10 ára skýrsla um Rauðakrosshúsið frá opnun þess 14. desember 1985 til ársloka 1995. 1996; Reykjavík: Rauðikross Íslands.
3. Adams GR, Gullotta T, Clancy MA. Homeless adolescents: a descriptive study of similarities and differences between runaways and throwaways. Adolescence 1985; 21: 715-23.
4. Regoli RM, Hewitt JD. Delinquency in society: A childcentered approach. New York: McGraw-Hill, 1991.
5. Steinberg L. Adolescence. 4th ed. New York: McGraw Hill, 1996.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
7. Ingersoll GM. Adolescents. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall, 1989.
8. Whitbeck LB, Hoyt DR, Ackley KA. Abusive family backgrounds and later victimization among runaway and homeless adolescents. J Res Adolescence 1997; 7: 375-92.
9. Kurtz PD, Kurtz GL, Jarvis SV. Problems of maltreated runaway youth. Adolescence 1991; 26: 543-55.
10. Terrel NE. Street life: Aggrevated and Sexual Assaults among Homeless and Runaway Adolescents. Youth Soc 1997; 28: 267-90.
11. Barwick MA, Siegel LS. Learning difficulties in adolescent clients of a shelter for runaway and homeless street youths. J Res Adolescents 1996; 6: 649-70.
12. DeMan AF. Predictors of adolescent running away behavior. Soc Behav Personal 2000; 28: 261-8.
13. Kipke MD, Unger JB, Palmer RF, Edington R. Drug use, needle sharing and HIV risk among injection drug-using street youth. Subst Use Misuse 1996; 31: 1167-87.
14. Sleegers J, Spijker J, van Limbeek J, van Engeland H. Mental health problems among homeless adolescents. Acta Psychiatr Scand 1998; 97: 253-9.



Andrés Magnússon.

Breska læknafélagið verðlaunar fræðirit um geðheilbrigðisfræði í ritstjórn íslensks læknis

Árið 2001 gaf breska bókaforlagið Oxford University Press út yfirlitsritið *Seasonal Affective Disorder – Practice and Research*. Bókinni er ritstýrt af tveimur geðlæknum, Tino Partonen og **Andrési Magnússyni**. Skrifa þeir einnig valda kafla í bókinni.

Bók þeirra Andrésar og Partonens hlaut síðan fyrstu verðlaun í árlegri samkeppni Breska læknafélagsins sem besta bók ársins 2002 á sviði geðheilbrigðisfræði. Bókin hefur hlotið ágætar viðtökur fjölmiðla en fjallað hefur verið um hana á jákvæðan hátt í British Journal of Psychiatry, BMJ, Lancet og fleiri tímaritum.


BRÁÐNAR
Í MUNNI
Remeron® Smelt (mirtazapin)
NÝTT LYFJAFORM Á LÆGRA VERÐI
Remeron Smelt þunglyndislyf býðst nú sem munndreifitöflur með appelsínubragði. Það þarf ekki að kyngja þeim með vatni heldur bráðnar Remeron Smelt nú á tungunni.
REMERON
MIRTAZAPIN
Máttugt & Milt
Organon
Umboðsaðili: PharmaNor
Lyfjatexti á bls. 554



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. 552

Af menningararfinum og öðru brýnu



Sigurbjörn Sveinsson

Höfundur er formaður LÍ.

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

Það var ánægjulegt að lesa grein Auðólfs Gunnarssonar í 5. tbl. Læknablaðsins 2003 þar sem hann fullyrðir að ekki verði sagt „að Læknafélag Íslands hafi sinnt mikið sögu lækninga á Íslandi eða haft í heiðri minningu þeirra félaga sem rutt hafa brautina eða skarað fram úr á vissum sviðum." Auðólfur fór víða og áhuginn fagnaðarefni að sínu leyti, þó LÍ fengi nánast falleinkunn fyrir afskiptaleysi sitt af menningarmálum og sögu lækna og læknisfræðinnar. „Sá er vinur er til vamms segir." Betur væri, að fleiri félagar létu stjórn og aðalfundi félagsins heyra skoðanir sínar í þessum efnum og öðrum á síðum Læknablaðsins. Tímabært er að gera grein fyrir málum í fáum orðum, er varða sumt af því, sem Auðólfur tæpir á.

LÍ er ekki aðgerðalaust

Læknafélag Íslands hefur lagt mikið til sögu læknisfræðinnar á liðnum árum, þó þess sjái ekki enn stað í útgefnu prentverki. Heilbrigðissaga Íslands hefur verið skrifuð á vegum félagsins frá árinu 1994 og félagið lagt til þess um 30 milljónir króna á föstu verðlagi. Ekki er enn ljóst, hvenær af útgáfunni getur orðið enda á verulegur kostnaður eftir að falla til. Stjórnin reynir um þessar mundir að ráða fram úr málum þann veg, að lítið þurfi að greiða frekar úr eigin vasa til þessarar útgáfu. Það er alveg ljóst, að LÍ hefur á þessum árum ekki haft mikið svigrúm til að sinna öðrum og brýnum verkum til varðveislu menningarverðmæta þó vilji hafi verið ríkur til.

Þrátt fyrir þetta hefur all nokkru fé, eða tæpum sex milljónum á föstu verðlagi, verið varið til viðgerða á gamla spítalanum á Akureyri, „J. Gudmanns Minde". Vonandi verður hægt að styðja Læknafélag Akureyrar frekar við þá framkvæmd sérstaklega þegar um hægist. Framlög LÍ verða þó að haldast í hendur við framlög annarra, meðal annars ríkisins og Akureyrarbæjar svo og hjúkrunarfræðinga, sem eiga sinn hlut í endurbótunum. Það hlýtur meðal annars að vera hlutverk sveitarfélagsins að leysa til sín tvær íbúðir, sem í húsinu eru. Hindra þær endurgerð hússins í upprunalegri mynd.

Jón Steffensen

Læknafélagið ráðstafaði gjöf Jóns Steffensen til styrktar Lækningaminjasafni við Nesstofu á árinu 2000 svo sem kemur fram í ávarpi formanns LÍ við þá athöfn (Læknablaðið 2000; 86: 607).

> Eftir ítarlegt samráð við áhugamenn um sögu læknisfræðinnar sérstaklega formann þeirra, Halldór Baldursson lækni, og að höfðu samráði við forráðamenn Þjóðminjasafns og Menntamálaráðuneytið og með samþykki ríkisstjórnarinnar festi stjórn Læknafélags Íslands kaup á húsi hér í grennd Nesstofu við Bygggarða 7 og nam kaupverð hennar 33.000.000,- króna. Ljóst var að húsnæði þetta gæti fullnægt bráðri þörf lækningaminjasafnsins fyrir viðunandi geymsluhúsnæði og starfsaðstöðu minjavarðar og ef til vill sýningaraðstöðu, þegar fram í sækti.
>
> Til viðbótar verða ríkissjóði afhentar í dag 10.600.000,- krónur af reiðufé úr dánargjöfinni til nauðsynlegra endurbóta á umræddri húseign. Auk þess leggur Læknafélag Íslands sjálft til tvær milljónir króna úr félagssjóði sínum til að liðka fyrir þessu verkefni. Aðalfundir Læknafélags Íslands hafa sýnt þessu málefni mikinn áhuga um árabil og hefur vilji félagsmanna komið fram í samþykktum aðalfunda um fjárframlög til byggingar lækningaminjasafns.
>
> Í dag afhendir Læknafélag Íslands safnverði Nesstofusafns jafnframt fimm myndverk úr búi Jóns Steffensen.
>
> Sérhver vegferð hefst með fyrsta skrefinu. Allir gera sér grein fyrir að ekki er verið að leysa húsnæðismál lækningaminjasafnsins til frambúðar að þessu sinni. Við ríkjandi aðstæður er þetta skref hins vegar óhjákvæmilegt. Það er trú mín og von að draumurinn um veglegt og sæmandi lækningaminjasafn í Nesi við Seltjörn verði að veruleika í fyllingu tímans og verði ævintýri komandi kynslóðum til andlegrar næringar.

Persónulegum munum Jóns Steffensen var trauðla hægt að halda til haga án þess að ganga í berhögg við erfðaskrá hans; þeir voru seldir eins og vilji hans stóð til og Lækningaminjasafninu lagðir þeir fjármunir til í lausum aurum. Þau myndverk, sem afhent voru safnverði Nesstofu og um er getið hér að ofan, seldust ekki.

Húsnæðismál okkar daga

Húsnæðismál læknafélaganna eru reglulega á borðum stjórnar LÍ og jafnframt rædd við trúnaðarmenn LR. Þegar ráðstöfun gjafar Jóns Steffensen var til umræðu kom upp sú hugmynd að leysa húsnæðismál Lækningaminjasafnsins og LÍ í sömu andránni, þ.e. á lóð Nesstofu eins og Auðólfur bendir á að geti orðið menningarlegur vegsauki læknum og málefnum þeirra. Þrátt fyrir ýmsar sjarmerandi hliðar þeirrar lausnar þótti það ekki fýsilegt á þeirri tíð. Var þá fyrst og fremst litið til staðsetningar fjarri hringiðu vinnustaða lækna og í öðru lagi nýlegra fjárfestinga í Hlíðasmáranum og fyrirsjáanlegra erfiðleika við sölu þess húsnæðis á viðunandi verði. Aðkoma Landlæknisembættisins hefði hugsanlega breytt þessu mati, en óformlegar viðræður við Landlækni beindu ekki sjónum fjárveitingarvaldsins að þessari lausn fyrir hann.

Ýmsir aðrir kostir hafa verið athugaðir, sérstaklega ef húsnæði hefur verið á lausu, sem þykir sæmandi læknafélögunum. Lengst komust vangaveltur um kaup á Esjubergi, húsi Borgarbókasafnsins við Þingholtsstræti. Þar hefðu endurbætur kostað um 50 milljónir og húsið tilbúið til nota fyrir LÍ um 120 milljónir, ef boðin hefði verið sú upphæð sem borgin vildi fá og fékk. Því var fallið frá þeim áformum. Nýtt húsnæði á góðum stað í Reykjavík, fullbúið, er yfirleitt talið tvisvar sinnum dýrara en það, sem markaðurinn er tilbúinn til að gefa fyrir hvern fermetra í húsnæði læknafélaganna í Hlíðasmáranum.

Annað sjónarmið en hið fjárhagslega, sem er ofarlega í huga stjórnar LÍ, þegar fjallað er um húsnæðismál félagsins, er aðgengi fatlaðra. Þau mál eru komin í nokkuð gott horf í Hlíðasmáranum og erfitt og kostnaðarsamt að mæta þeim staðli í mörgu eldra húsnæði í miðborg Reykjavíkur.

Guðmundur Hannesson

Hið merkilega hús Guðmundar Hannessonar á horni Ingólfsstrætis og Hverfisgötu hefði alls ekki hentað félaginu. Það hefur verið athugað. Hins vegar er brýnt að ræða stórmerka sögu Guðmundar Hannessonar og hvort ástæða sé til að rannsaka lífshlaup hans og færa í letur. Það er mín skoðun, að Læknafélag Íslands gæti stutt ættingja og áhugamenn um það framtak til góðra verka.

Allar þessar hugmyndir, meðal annars ábendingar Auðólfs um aðsetur Læknafélags Íslands í Nesi við Seltjörn, eiga að vera stöðugt til umræðu og stjórn félagsins skylt að gæta hagsmuna þess og virðingar eins og best verður á kosið á hverjum tíma.

Sigvaldi Kaldalóns

Verk Sigvalda Kaldalóns halda auðvitað best minningu hans á loft. Þar bætir LÍ ekki um. Hitt er annað, að LÍ getur að sjálfsögðu stutt það sem vel er gert í virðingarskyni við minningu Sigvalda og bætt fyrir óhappaverk gagnvart honum.

Tillaga kom fram á sínum tíma um kaup Orlofssjóðs LÍ á Ármúla, læknissetrinu í Nauteyrarhéraði við Ísafjarðardjúp. Tillagan var skemmtileg og bar vott um stórhug, en því miður ekki raunhæf út frá markmiðum orlofssjóðs. Af því varð því ekki.

Auðólfur rifjar upp í grein sinni, að aðrir hafi reist Sigvalda minnisvarða við Kaldalón. Er það öldungis rétt. Var hann vígður sumarið 2000. Það var eftirminnileg stund, fjölmenni, hátíðarstemning, óvæntir sólstafir á Seleyri í sunnanverðu Kaldalóni, þegar steinharpa Páls frá Húsafelli var afhjúpuð Sigvalda til heiðurs. Rausnarlegt kaffiboð í tjaldbúð á túninu við Ármúla að athöfn lokinni. Þá var notalegt að vera fulltrúi lækna á staðnum vitandi það, að fjárhagslegur stuðningur félags þeirra hafði skipt máli til þess að gera þennan draum að veruleika.

Frá Félagi áhugamanna um sögu læknisfræðinnar og Þjóðminjasafni

Styrkur Jóns Steffensen

Á AÐALFUNDI Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar 2001 var stjórn félagsins falið að leita samstarfs við Þjóðminjasafn Íslands um að félagið og safnið byðu í sameiningu fram styrk til háskólanema sem vildu skrifa námsritgerð um efni tengt sögu heilbrigðismála á Íslandi. Styrkurinn skyldi kenndur við prófessor Jón Steffensen og veittur til að minnast framlags hans til safnsins og til rannsókna í sögu læknisfræðinnar. Tilgangur með styrkveitingunni skyldi vera að vekja athygli ungra og upprennandi íslenskra sagnfræðinga og annarra háskólastúdenta á þeim mörgu og spennandi verkefnum sem enn eru óunnin á sviði sögu heilbrigðismála.

Forsvarsmenn Þjóðminjasafnsins tóku málaleitan stjórnarmanna afar vel. Í október 2001 var skrifað undir samning þar sem Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar og Þjóðminjasafn Íslands skuldbundu sig til að veita námsstyrk í þrjú ár, 2001, 2002 og 2003. Styrkupphæðin var ákveðin 200 þús. kr. í hvert skipti. Þar af greiðir félagið 50.000 kr. en safnið 150.000 kr. Þriggja manna nefnd úthlutar styrknum. Í nefndinni sitja tveir fulltrúar frá Þjóðminjasafni/Nesstofusafni, Margrét Hallgrímsdóttir þjóðminjavörður og Kristinn Magnússon og einn frá Félagi áhugamanna um sögu læknisfræðinnar, Ólafur Þ. Jónsson læknir.

Styrknum fyrir árið 2001var úthlutað 12. febrúar 2002. Tvær umsóknir bárust og ákvað úthlutunarnefndin að skipta styrknum á milli umsækjenda. Umsækjendur voru Kolbrún S. Ingólfsdóttir til ritgerðarinnar: *Nesstofa. 70 ár í heilbrigðissögu Íslands 1763-1833* og Þórunn Guðmundsdóttir til ritgerðar *um störf yfirsetufólks á 18. öld.*

Fjórar umsóknir bárust um styrkinn árið 2002. Úthlutunarnefndin ákvað að veita hann Unni Birnu Karlsdóttur til að skrifa *um sögu ófrjósemisaðgerða á Íslandi 1938-1975.*

Í lok þessa árs verður Jóns Steffensen-styrkurinn veittur í síðasta skipti samkvæmt áðurnefndu samkomulagi. Það er trú þeirra sem að styrknum standa að hann hafi stuðlað að því að beina sjónum háskólanema að efni tengdu sögu heilbrigðismála á Íslandi. Til að halda þessu góða verki áfram væri æskilegt að finna leið til að viðhalda styrknum enn um sinn.

Kristinn Magnússon

Höfundur er fyrrverandi safnvörður Nesstofusafns.

Vorfundur Alþjóðafélags lækna

Jón Snædal kjörinn formaður siðanefndar



Jón Snædal varaformaður LÍ og formaður siðanefndar Alþjóðafélags lækna.

Á VORFUNDI stjórnar Alþjóðafélags lækna (WMA) sem haldinn var í Divonne-les-Bains í Frakklandi dagana 15.-18. maí gerðust þau tíðindi að fulltrúi Læknafélag Íslands sigraði í kosningum um formennsku í einni af þremur fastanefndum samtakanna. Næstu tvö árin verður Jón Snædal því formaður í siðanefnd WMA sem er mikilvægasta nefnd samtakanna.

Skipulag WMA er með þeim hætti að stjórnarmenn skiptast í þrjár fastanefndir sem halda fundi tvisvar á ári. Í þessum nefndum eru öll mál samtakanna til umfjöllunar og þar fer mestöll vinna við þau fram. Mál eru síðan afgreidd á haustfundum sem eru aðalfundir WMA en þar er þó yfirleitt um einfalda handaupprettingu að ræða nema upp komi ágreiningur sem ekki tekst að leiða til lykta í nefndunum.

Jón Snædal hefur setið í stjórn WMA undanfarin tvö ár sem annar tveggja fulltrúa norrænu læknasamtakanna. Þegar kom að kjöri formanns siðanefndar bárust tvö framboð og í fyrstu umferð voru Jón og læknir frá Suður-Afríku með jafnmörg atkvæði. Því varð að kjósa aftur og þá hafði Jón betur.

Jón segir að þetta sé tvímælalaust heiður fyrir LÍ og íslenska lækna. „Við höfum verið virkir í samtökunum undanfarin ár eða frá því gagnagrunnsmálið var til umræðu. Við höfum svo fylgt því máli eftir og verið sýnilegir í starfi samtakanna."

Verkefni formanns siðanefndar eru þau að undirbúa og stjórna tveimur fundum hennar sem haldnir eru að vori og hausti. Síðan þarf að gera skýrslu um starfið og leggja hana fyrir stjórnina. Formaðurinn er einnig í forsvari fyrir WMA um þau mál sem undir nefndina heyra og tekur við fyrirspurnum sem samtökunum berast, einkum í gegnum blaðafulltrúa WMA í Lundúnum. Loks þarf formaður nefndarinnar að mæta á fundi og ráðstefnur fyrir hönd WMA þegar svo ber undir.

„Svo gæti farið að ég þyrfti að koma oftar fram fyrir hönd WMA en forverar mínir. Það stafar af því að samtökin kusu sér formann frá Ísrael, Yoram Blachar, en margir höfðu efasemdir um að það væri heppilegt eins og málum er komið í veröldinni. Þessi niðurstaða gæti orðið til þess að fleiri málum verði vísað til nefndanna og annir okkar nefndaformannanna þar með aukist," sagði Jón.

Taívan haldið utan WHO

Starfsemi fundarins í Divonne var með hefðbundnum hætti en þó bar þar á góma málefni Taívans svo bergmálaði í fjölmiðlum. Þannig er að stjórnvöld á Taívan hafa lagt á það mikla áherslu á undanförnum árum að fá áheyrnarfulltrúa í stjórn Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO). Þær tilraunir hafa ekki borið árangur og er þar um að kenna andstöðu Kínverja sem viðurkenna ekki sjálfstæði Taívans heldur líta á landið sem hluta Kínaveldis. Hefur meirihluti aðildarþjóða WHO og þar með taldir Íslendingar stutt þessa afstöðu Kínverja og ávallt hafnað umsókn Taívans.

Alþjóðafélag lækna áréttaði á fundinum í Divonne þá stefnu samtakanna að Taívan beri að fá stöðu áheyrnarfulltrúa hjá WHO. Human Delon framkvæmdastjóri WMA sagði eftir fundinn að útbreiðsla HABL sýndi glöggt nauðsyn þess að Taívanar geti sótt stuðning og sérfræðiaðstoð til WHO. „HABL breiðist út á Taívan og við höfum áhyggjur af því að læknastétt landsins skuli vera útilokuð frá samstarfi við heilbrigðisstéttir heimsins ... Við ættum að forðast að leggja stein í götu samskipta vísindamanna WHO við lækna á Taívan," sagði Delon.

Á allsherjarþingi WHO sem haldið var í Genf í vikunni á eftir fundi WMA var umsókn Taívans ekki á dagskrá en afstaða Íslands er óbreytt hvað hana varðar. Við styðjum ekki aðild Taívans að Sameinuðu þjóðunum né neinum undirstofnunum þeirra.

Þröstur Haraldsson

Viðbúnaður við HABL

Í FEBRÚARMÁNUÐI 2003 fóru að berast fréttir um áður óþekktan smitsjúkdóm í Guangdonghéraði í Kína (1) sem veldur óvenjulegri lungnabólgu. Sjúkdómur þessi gengur undir nafninu Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) en á íslensku hefur hann verið nefndur heilkenni alvarlegrar bráðrar lungnabólgu (HABL). Barst hann síðan til Hong Kong í lok febrúar og þaðan til Víetnam, Singapore og Kanada. Þekking á sjúkdómnum var takmörkuð og sýkingavarnir við umönnun sjúklinga því ófullnægjandi sem olli því að aðstandendur HABL-sjúklinga og heilbrigðisstarfsmenn sem önnuðust sjúklingana urðu fyrir smiti. Skapaði þetta gífurlegt álag á heilbrigðisþjónustuna. Í mest útsettu héruðunum í Kína, Hong Kong og Tævan greinast um þessar mundir einstaklingar án þekktra tengsla við HABL-tilfelli sem staðfestir að smit á sér stað úti í samfélaginu. Ófullnægjandi sýkingavarnir á sjúkrahúsum, hugsanleg röng greining tilfella og ófullnægjandi rakning smitleiða í fátækum héruðum landsins kemur í veg fyrir að unnt sé að hefta faraldurinn.

Einstaka tilfelli hafa borist til margra vesturlanda en með ströngum sýkingavörnum hefur verið komið í veg fyrir frekari útbreiðslu sjúkdómsins.

Smitleiðir, einkenni og horfur

Smitleiðin er dropa- og snertismit. Náin samskipti þarf til að smit geti átt sér stað. Tilfellaviðmiðarannsókn (case control study) sem gerð var meðal 254 heilbrigðisstarfsmanna á fimm sjúkrahúsum í Hong Kong sýndi að smitgát gegn dropa- og snertismiti hindraði smitun (2). Enginn sem notaði maska, hanska, hlífðarsloppa og stundaði handþvott smitaðist. Reyndist notkun maska vera öflugasta varnaraðgerðin. Er það talið styðja að smitun eigi sér stað með dropasmiti en ekki loftúðasmiti. Talið er að einungis einstaklingar með einkenni sjúkdómsins séu smitandi. Klínískur gangur sjúkdómsins er þrískiptur samkvæmt nýlegri rannsókn í Lancet. Fyrsta vikan einkennist af hita, beinverkjum ásamt öðrum einkennum sem batna eftir fáa daga. Í annarri viku smitar viðkomandi mest, fær hita að nýju, niðurgang og lækkaða súrefnismettun. Á þriðja stigi sjúkdómsins versnar um 20% sjúklinganna, þeir fá ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) og þörf verður á meðferð í öndunarvél (3). Talið er að dánarhlutfall (case fatality rate) sé hærra en áður var talið og hækki með aldrinum. Rannsókn frá Hong Kong sýnir að dánarhlutfallið var 13,2% (95% CI 9,8-16,8) hjá þeim sem voru yngri en 60 ára, en 43,3% (95% CI 35,2-52,4) hjá þeim sem voru 60 ára eða eldri (4).

Alþjóðleg samvinna

Alþjóðleg samvinna er afar mikilvæg ef árangur á að nást í baráttunni við sjúkdóminn. Þann 15. mars sendi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) frá sér alheimsviðvörun (global alert) um sjúkdóminn (5). Með viðvöruninni var send skilgreining á HABL sem skyldi liggja til grundvallar tilkynningu grunsamlegra og líklegra HABL-tilfella til WHO.

Þann 17. mars var myndað rafrænt upplýsingasamstarf á vegum WHO með 11 leiðandi rannsóknarstofum í heiminum sem deildu þekkingu sinni á veirunni. Flýtti það mjög fyrir þróun aðferða til greiningar á henni. Mikil þörf er á áframhaldandi rannsóknum, ekki síst til að bæta greininguna, finna virka lyfjameðferð gegn sjúkdómnum og þróun bóluefnis. Sambærilegt samstarf með faraldsfræðingum og læknum sem annast HABL-sjúklinga fylgdi í kjölfarið. Þannig hefur safnast mikil þekking á skömmum tíma um smitleiðir sjúkdómsins, árangur ýmissa aðgerða til að rjúfa smitleiðir, einkenni sjúklinga og árangur af hugsanlegri meðferð.

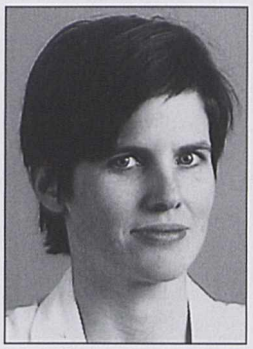
WHO hefur sett saman fjölda leiðbeininga sem þróast eftir því sem þekking á sjúkdómnum eykst, meðal annars um sýkingavarnir á sjúkrahúsum, meðhöndlun sýna, viðbrögð þegar HABL greinist og ráðstafanir hjá þeim sem hugsanlega hafa orðið fyrir smiti. Þessar leiðbeiningar geta heilbrigðisyfirvöld í hverju landi notað við gerð eigin viðbragðaáætlunar.

Ferðamenn

Þann 15. mars sendi WHO einnig tilmæli til áhafna flugvéla og flugfarþega að þeir kynntu sér einkenni sjúkdómsins og tilkynntu um hugsanleg tilfelli á áfangastað fyrir lendingu véla. Þeim sem fá einkenni HABL og hafa verið á svæðum þar sem smit á sér stað innan tíu daga frá upphafi einkenna er ráðlagt að hafa samband við lækni án tafar.

Fyrstu tilmæli WHO um frestun ferða til útsettra svæða birtust 2. apríl og eru þau uppfærð eftir þörfum. Ákvörðun um hvaða landsvæði beri að varast byggjast á umfangi faraldursins á viðkomandi svæðum og er fjöldi veikra ásamt fjölda nýrra tilfella á degi hverjum hafður til hliðsjónar. Önnur mikilvæg rök fyrir tilmælunum er hversu víðtækar smitkeðjurnar eru á svæðinu og möguleikar á því sýkingin berist þaðan til annnarra svæða. Þann 20. maí náðu tilmælin til eftirfarandi landsvæða í Kína: Bejing, Guangdong, Hebei, Hong Kong SAR, Innri-Mongólíu, Shanxi, Tianjin og Tapei í Tævan.

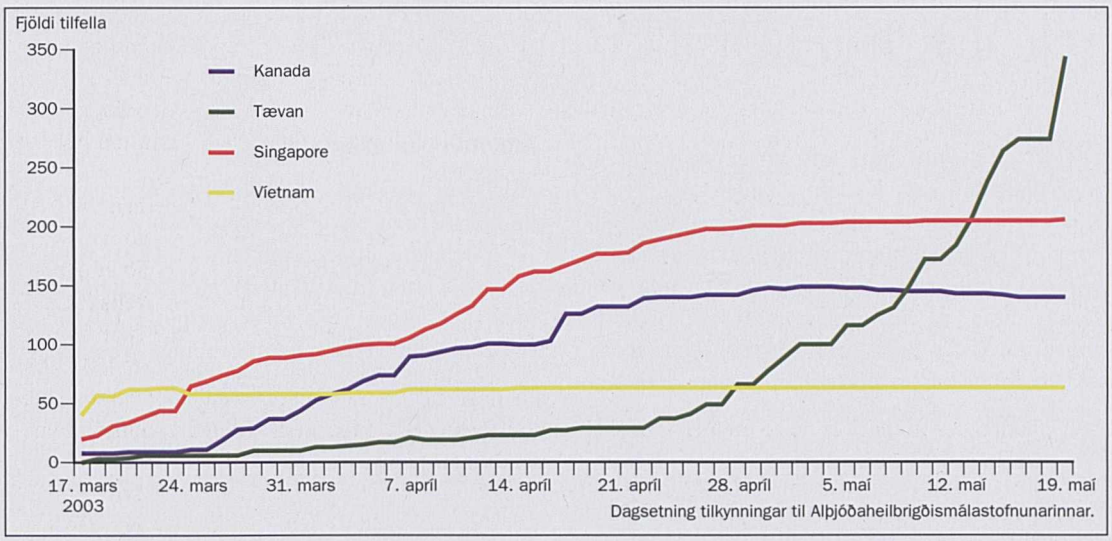
Samkvæmt tilmælum WHO er gerð heilsuskoðun á ferðamönnum við brottför frá þeim landsvæðum þar sem HABL er útbreitt. Ferðamenn útfylla yfir-



Guðrún Sigmundsdóttir

Höfundur er smitsjúkdómalæknir og starfar hjá Landlæknisembættinu.

Mynd 1. *Fjöldi tilfella í fjórum löndum.*



lýsingu um heilsufar sitt við brottför og víða eru notaðar hitamyndavélar sem greina hækkaðan líkamshita. Ef ferðamaður er með einkenni HABL við brottför frá útsettum svæðum ber honum að fresta för sinni. Víða er einnig fylgst með heilsu þeirra sem eru að koma frá svæðum þar sem HABL hefur greinst.

Þann 15. maí birti WHO tilmæli um fjöldasamkomur með einstaklingum frá landsvæðum með nýlegt HABL-smit (6). Mælst er til að að þeir sem hafa átt samskipti við HABL-sjúkling yfirgefi ekki landið fyrr en 10 dagar eru liðnir frá hugsanlegu smiti. Ef viðkomandi fer þrátt fyrir þessi tilmæli skal hann vera undir nákvæmu eftirliti í 10 daga eftir að hugsanlegt smit átti sér stað (7) .

Aðgerðir á landsvæðum með HABL-tilfelli

Með ofantöldum aðgerðum sem eru ein tegund sóttkvíar er reynt að koma í veg fyrir að smit berist til annarra landsvæða. Ef sá grunur vaknar að HABL hafi borist til annarra landsvæða þrátt fyrir ofannefndar aðgerðir eru tafarlausar ráðstafanir með sóttkví, einangrun sjúkdómstilfella og rakningu smitleiða grundvallaratriði í baráttunni við sjúkdóminn.

Þegar rakning smitleiða er framkvæmd er haft uppi á öllum sem hugsanlega hafa smitast og dvelja þeir í sóttkví í 10 daga á heimilum sínum eftir hugsanlegt smit. Samtals hafa tugir þúsunda einstaklinga dvalið í sóttkví á heimilum.

Einangrun HABL-sjúklinga á sjúkrahúsum hefur borið árangur eins og sjá má af því að sjúkdómurinn hefur ekki náð útbreiðslu í vestrænum löndum þegar einstaka tilfelli hafa borist frá svæðum þar sem smit á sér stað. Einnig hefur samfélagslegum aðgerðum eins og tímabundinni lokun skóla verið beitt.

Með ofangreindum aðgerðum hefur tekist að stöðva faraldurinn á tveimur landsvæðum (sjá mynd 1); fyrst í Hanoi, Víetnam, en þangað barst aðstoð frá sérfræðingum WHO sem komu á vettvang í upphafi faraldursins, því næst í Toronto í Kanada (8). Einnig fer nýjum tilfellum í Hong Kong og Singapore fækkandi.

Hins vegar er sjúkdómurinn mikið vandamál í Kína og óvíst hvort unnt verður að ráða niðurlögum hans. Ekki er séð fyrir hvað gerist ef hann nær útbreiðslu í Afríku og Indlandi.

Viðbúnaður á Íslandi – heilbrigðisþjónusta

Sóttvarnalæknir hóf skipulagningu viðbúnaðar á Íslandi 16. mars, daginn eftir að WHO gaf út alheimsviðvörun um sjúkdóminn (9). Fyrstu viðbrögð voru í megindráttum að tilkynna stjórnvöldum um sjúkdóminn og að hafa samband við yfirlækni smitsjúkdóma- og sýkingavarnadeildar og vakthafandi smitsjúkdómalækni á Landspítala. Flugfélög sem annast millilandaflug til og frá Íslandi voru upplýst um sjúkdóminn. Ennfremur var birt frétt um sjúkdóminn á heimasíðu Landlæknisembættisins. Gefin var út skilgreining á HABL sem byggðist á skilgreiningu WHO. Í kjölfar þessara viðbragða hefur verið unnið að undirbúningi þess að sinna HABL-sjúklingum ef þeir greinast hér á landi.

Þann 4. apríl 2003 undirritaði heibrigðis- og tryggingamálaráðherra að höfðu samráði við sóttvarnaráð breytningu á reglugerð nr. 129 /1999 um skýrslugerð vegna smitsjúkdóma.

Snemma í ferlinu var ákveðið að allir hugsanlegir HABL-sjúklingar skyldu einangraðir á Landspítala. Sýkingavarnadeild og yfirlæknir smitsjúkdómadeildar hafa skrifað einangrunarleiðbeiningar og einangrunaraðstaða á Landspítala hefur verið yfirfarin og endurbætt. Þverfagleg samstarfsnefnd var skipuð af lækningaforstjóra. Er henni ætlað að leggja til nauðsynlegar umbætur á einangrunaraðstöðu. Unnt á að vera að taka á móti allt að 80 sjúklingum í einangrun á Landspítala án þess að öryggi starfsfólks og sjúk-

linga sé ábótavant. Það er hins vegar ljóst að ef annast á marga sjúklinga samtímis mun það koma niður á annarri starfsemi sjúkrahússins.

Einnig er nauðsynlegt að samræma aðgerðir utan Landspítala. Hugsanlegt er að tilfelli komi upp úti á landi og þá er mikilvægt að til séu leiðbeiningar og viðbúnaður svo heilbrigðisstarfsmenn viti hvernig skuli bregðast við. Því voru skrifaðar leiðbeiningar um fyrstu viðbrögð ef sjúklingur sem talið er að sé smitaður af HABL leitar læknishjálpar á sjúkrastofnun. Meginatriði leiðbeininganna eru eftirfarandi:

- Sjúklingur sem talið er að sé með HABL skal ekki bíða á biðstofu.
- Sjúklingur skal einangraður á sérherbergi með opnanlegum glugga.
- Takmarka skal fjölda starfsmanna sem annast sjúklinginn.
- Starfsmönnum sem annast sjúklinginn ber að fylgja sýkingavarnaleiðbeiningum í allri umgengni við sjúklinginn (setja upp veiruhelda grímu, einnota hanska og hlífðargleraugu, klæðast hlífðarslopp við inngöngu í herbergið, þegar herbergi er yfirgefið taka af hlífðarslopp, grímu, gleraugu og hanska og að því loknu þvo hendur og spritta).
- Beðið skal með allar rannsóknir (til dæmis lungnamyndatöku og blóðprufur) nema sjúklingnum stafi hætta af biðinni. Í flestum tilfellum er hægt að bíða með allar rannsóknir þar til komið er til Reykjavíkur.
- Hafi sjúklingur samband símleiðis við sjúkrastofnun skal honum ekki bent á að koma á stofnunina, nema ástand sjúklings sé það slæmt að ekki verði hjá því komist, heldur skal honum sagt að halda kyrru fyrir þar sem hann dvelst og læknir fer í vitjun til hans.
- Læknir sem vitjar sjúklingsins skal hafa með sér tilskilinn hlífðarfatnað og fylgja sýkingavarnaleiðbeiningum (sjá ofan) í allri umgengni sinni við sjúklinginn.
- Að læknisskoðun lokinni ber að hafa samband við vakthafandi smitsjúkdómalækni á Landspítala og tilkynna sóttvarnalækni án tafar ef læknirinn telur líkur á að sjúklingurinn geti verið með HABL.
- Flutningur skal undirbúinn án tafar til Reykjavíkur í einangrun á Landspítala í samráði við ofannefnda sérfræðinga ef enn er grunur um HABL.
- Rekja skal smitleiðir þegar í stað í samvinnu við sóttvarnalækni.
- Þeir sem hugsanlega hafa orðið fyrir smiti dvelja í heimaeinangrun í 10 daga eftir að smit átti sér stað.

Upplýsingar um grímutegundir og notkun gríma hafa verið sendar heilsugæslunni í landinu og stefnt er að því að veiruheldar grímur verði til á öllum heilsugæslustöðvum. Grímurnar gefa einnig góða vörn gegn loftbornu smiti og sem dæmi um það má nefna berkla.

Einnig hafa verið skrifaðar leiðbeiningar um ráðstafanir þeirra sem hugsanlega hafa orðið fyrir smiti, það er átt samskipti við sjúkling sem talið er eða líklegt er að sé með HABL. Þeim ber að dvelja í heimaeinangrun í 10 daga eftir að þeir urðu fyrir hugsanlegu smiti og á þeim tíma skulu þeir mæla líkamshitann daglega og vera í daglegu sambandi við smitsjúkdómalækna eða hjúkrunarfræðinga á smitsjúkdómadeild Landspítala.

Útbúnar hafa verið leiðbeiningar fyrir sjúkraflutningamenn sem annast flutning á HABL-sjúklingi í einangrun.

Á rannsóknarstofu Landspítala í veirufræði er nú unnt að greina HABL-veiruna með PCR. Á rannsóknarstofu spítalans í sýklafræði hefur greining á öðrum orsökum atýpískrar lungnabólgu verið bætt, hægt er núna að greina *Mycoplasma pneumoniae* og *Chlamydia pneumoniae* með PCR fyrr en áður og er þá fyrr hægt að útiloka HABL-veiruna sem orsök lungnabólgu.

Viðbúnaður á Íslandi – flugsamgöngur

Upplýsingum til flugfarþega um sjúkdóminn er komið til flugfarþega með spjöldum sem sett eru í alla sætisvasa vélanna. Í öllum áætlunarvélum á leið til landsins ber að lesa upp tilkynningu þar sem farþegum er bent á upplýsingar í sætisvasa. Stór rauðlituð veggspjöld (1,5x1 m) með sama texta og á áðurnefndum spjöldum hafa verið hengd upp í komusali farþega á áætlunarstöðum með beint flug frá útlöndum sem eru Keflavík, Reykjavík, Akureyri og Egilsstaðir. Einnig er reynt að ná til farþega um borð í skipinu Norrænu (Smyril line) sem kemur til Seyðisfjarðar með fjölda farþega yfir sumartímann.

Leiðbeiningar voru skrifaðar um viðbrögð um borð í flugvélum þar sem grunur leikur á að einhver sé með HABL-smit og sá Flugmálastjórn um að koma leiðbeiningunum til flugfélaga sem annast farþegaflug til Íslands. Upplýsingum um veiruheldar grímur hefur einnig verið dreift til allra flugfélaga með íslenskar áhafnir sem annast farþegaflug.

Fyrir liggur samræmd áætlun fyrir landið allt um hvernig skuli bregðast við ef tilkynning um hugsanlegt HABL-tilfelli berst frá flugvél á leið til landsins. Áhöfn vélarinnar skal tilkynna þetta til flugumferðarstjórnar í Reykjavík sem fyllir í gátlista með helstu atriðum um sjúklinginn og heilsufar hans. Að því loknu hefur flugumferðarstjórn samband við vakthafandi lækni á áfangastað sem skal annast fyrsta mat. Ef líkur eru á HABL-smiti ber að hafa samband

við vakthafandi smitsjúkdómalækni á Landspítala og sóttvarnalækni og undirbúa flutning viðkomandi í einangrun á spítalanum.

Allir farþegar vélarinnar skulu fylla út miða þar sem þeir tiltaka dvalarstað næstu 14 daga. Þeir sem sitja næst farþeganum, tveimur sætaröðum fyrir framan og aftan sjúklinginn eru taldir í aukinni hættu á smiti. Viðkomandi er leyft að halda för sinni áfram til annarra landa en þeir sem eru í aukinni smithættu munu þurfa að dvelja í heimaeinagrun næstu 10 daga eftir flugferðina.

Leiðbeiningar um þrif um borð í flugvélum þar sem HABL-sjúklingur hefur verið hafa einnig verið gefnar út.

Allar ofantaldar leiðbeiningar eru aðgengilegar á HABL-svæði heimasíðu Landlæknisembættisins, *www.landlaeknir.is* Þær eru breytilegar og eru uppfærðar eftir þörfum í samræmi við aukna þekkingu á sjúkdómnum. Nýjustu útgáfuna er ávallt að finna á heimasíðunni. Slóð sem geymir viðbragðaáætlun Landspítala er á svæði sýkingavarnadeildar á heimasíðu spítalans *www.landspitali.is*

Af hverju þurfum við að bregðast við – hvað getum við gert betur?

Þetta er ekki í fyrsta sinn á síðustu áratugum sem fram koma nýir smitandi sjúkdómar. Má þar helsta nefna HIV sýkingu, fuglainflúensu, Hantaveirusjúkdóm, mannariðu (Creutzfeldt-Jakob afbrigði), Vestur-Nílarveiru sýkingar og blæðandi veiruhitasóttir. Sumir þessara sjúkdóma smita ekki manna á milli en aðrir þurfa mjög náin samskipti til að smit geti orðið, svo sem við kynmök, eða með blóðgjöfum Aðrar smitleiðir eru smitferjur eins og mýflugur eða neysla sýklamengaðra matvæla. HABL er sjúkdómur sem smitar manna milli aðallega með dropasmiti frá öndunarvegum, með hátt dánarhlutfall og getur borist hratt um heiminn með flugsamgöngum og getur því valdið heimsfaraldri. Afleiðingarnar, ef ekkert er að gert, eru ógnvænlegar, fjöldi látinna er nú þegar orðinn meiri en 600. Fjárhagslegt tjón af völdum sjúkdómsins er þegar orðið gífurlegt og mikilvægt að stöðva þessa þróun sem getur leitt til heimskreppu ef látið er óáreitt.

Ekki má búast við að fram komi í bráð sértæk meðferð eða bóluefni gegn öllum nýjum smitsjúkdómum. Það geta komið fram sjúkdómar af náttúrulegum orsökum eða af manna völdum í kjölfar sýklahernaðar þar sem slíkar varnir eru ekki fyrir hendi og stuðningsmeðferð er eina úrræðið. Öðrum aðferðum má þó beita til að koma í veg fyrir þann skaða sem þessir faraldrar geta orsakað. Sýkingavarnir eru öflugt vopn sem hægt er að beita en það er undir því komið að yfirvöld sýni því skilning því að sjúkrahúsin verði þannig byggð að unnt sé að beita sýkingavörnum. Heilbrigðisstarfsmenn verða að vera meðvitaðir um grundvallarreglur sýkingavarna sem eru einfaldar en áhrifaríkar. Með því að rjúfa smitleiðir með einangrun tilfella og rakningu smitleiða standa vonir til að unnt verði útrýma HABL-sjúkdómnum. Takist það ekki geta aðgerðirnar þó leitt til þess að útbreiðslu hans seinkar og þar með vinnst tími til þróunar bóluefnis og lyfja með virkni gegn veirunni.

Sóttvarnalæknir svarar fyrirspurnum almennings um lungnabólguna eftir bestu getu. Ljóst er að þegar alvarlegar sýkingar skjóta upp kollinum skapast mikið álag vegna ótta almennings við faraldur. Mikið hefur verið spurt um HABL, bæði símleiðis og með tölvupósti. Það er því mikilvægt að bregðast við óttanum sem skapast í þjóðfélaginu með því að svara fyrirspurnum almennings og fréttamana. Skilaboðin þurfa að vera skýr og mega ekki vera misvísandi. Sambærilegt ástand skapaðist svo dæmi séu nefnd haustið 2001 í kjölfar miltisbrandsbréfanna í Bandaríkjunum. Hugsanlegt er að efla þurfi þessa starfsemi tímabundið eftir þörfum.

Alþjóðasóttvarnir byggjast á öflugum vöktunar- og viðvörunarkerfum um heim allan. Ef fyrr hefði verið brugðist við HABL-faraldrinum í Guangdonghéraði í Kína sem hófst í nóvember 2002 hefði hugsanlega mátt koma í veg fyrir fjölda dauðsfalla og jafnvel útbreiðslu sjúkdómsins. Þörf er á aðstoð við fátækar þjóðir við að beita sóttvörnum til að hindra útbreiðslu farsótta. Ljóst er að framundan er mikið og langvarandi starf við að hindra útbreiðslu HABL-sjúkdómsins og ekki má sofna á verðinum.

Heimildir

1. ProMED-mail. Pneumonia – China (Guangdong) (02). ProMED-mail 2003 11 Feb; 20030211.0369. *www.promedmail.org*
2. Seto WH, Tsang D, Yung RW, Ching TY, Ng TK, Ho M, et al. Effectiveness of precautions against droplets and contact in prevention of nosocomial transmission of severe acute respiratory syndrome (SARS). Lancet 2003; 361: 1519-20.
3. Preiris JSM, Chu CM, Cheng VCC, Chan KS, Hung IFN, Poon LLM, et al. Clinical progression and viral load in a community outbreak of coronavirus-associated SARS pneumonia: a prospective study. Lancet 2003; 361: 1767-72.
4. Donelly CA, Ghani AC, Leung GM. Epidemiological determinants of spread of causal agent of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *image.thelancet.com/extras/03art4453web.pdf* 7 May 2003
5. World Health Organization issues emergency travel advisory. *www.who.int/csr/sarsarchve/2003_03_15/en/*
6. Guidance for mass gatherings: hosting persons arriving from an area with recent local transmission of SARS. *www.who.int/csr/sars/guidelines/gatherings/en/print.htlm*
7. Update 54 – Outbreaks in the initial „hot zones" indicate that SARS can be contained. *www.who.int/crs/archive/2003_05_13/en/print.htlm*
8. *www.who.int/csr/sars/archive/en*
9. Leiðbeiningar sóttvarnalæknis til heilbrigðisstarfsmanna, flugfarþega og áhafna flugfélaga. *www.landlaeknir.is*

Uppbygging Landspítala

Í Læknablaðinu í maí 2003 er úttekt Þrastar Haraldssonar á stöðu heilbrigðismála fyrir kosningar. Þröstur furðar sig á lítilli umræðu um þennan fjárfreka málaflokk. Hann skoðar stefnuyfirlýsingar stjórnmálaflokka og greinir frá ummælum þeirra frambjóðenda sem tóku þátt í umræðum á fundi læknaráðs Landspítala. Ennfremur vitnar hann í viðtöl við fjóra lækna sem birst hafa í blaðinu. Eitt sem rætt hefur verið af þessum aðilum er framtíðar uppbygging Landspítala við Hringbraut. Undirritaður telur sig þekkja töluvert til aðdraganda þeirra mála frá starfi í þróunarnefnd spítalans. Nú er er ráðherraskipuð nefnd að vinna að því máli og semja við Reykjavíkurborg um skipulag og færslu Hringbrautar til undirbúnings framkvæmda þar.

Þær hugmyndir sem nú eru á borðinu munu kosta gríðarlegt fjármagn. Lauslega áætlað er sennilega verið að tala um 50-60 milljarða króna. Í raun er verið að byggja nýjan spítala frá grunni. Benda má á reynslu Norðmanna í þessu efni. Ákvörðun var tekin þar um að byggja nýjan spítala í Osló frá grunni. Reiknað var með byggingum að flatarmáli 120-130 þúsund fermetra. Kostnaður áætlaður 27 milljarðar íslenskra króna. Byggingarnar hafa stækkað og kostnaður hefur meira en tvöfaldast. Ekki var hægt að taka neitt af húsunum í notkun fyrr en allt var tilbúið. Fjármagn tafði ekki en tíminn sem þetta tók var 12 ár.

Í þróunarnefnd spítalans kom fram önnur hugmynd frá danska ráðgjafafyrirtækinu Ementor. Grundvöllur þeirrar hugmyndar var að nýta eins mikið af núverandi byggingum spítalans og mögulegt er. Til þess að ná fram hagræðingu í rekstri töldu ráðgjafarnir nauðsynlegt að sameina líkamlega bráðaþjónustu á einum stað. Að vel athuguðu máli var talið að húsið í Fossvogi væri mun hentugra til að byggja við. Líta ætti á lóðir við Hringbraut og í Fossvogi sem eina lóð og geðdeild yrði áfram við Hringbraut ásamt endurhæfingu, langlegudeildum og ýmissi rannsóknastarfsemi. Byggingamagn í Fossvogi þyrfti yrði mun minna og kostnaður því aðeins brot af því sem núverandi hugmyndir munu kosta. Viðbyggingar í Fossvogi myndu ekki trufla starfsemina þar nema óverulega á meðan á framkvæmdum stæði og taka mætti þær í notkun eftir því sem þær kláruðust. Auk þess væri staðsetning lóðar í Fossvogi mun betri með tilliti íbúa höfuðborgarsvæðisins. Þessi tillaga hefur aldrei verið skoðuð nánar!

Þegar menn velta fyrir sér framtíð spítalans verða þeir að sjálfsögðu að taka tillit til þess sem er að gerast í þjóðfélaginu. Miðað við þær framkvæmdir sem nú hafa verið ákveðnar er ljóst að stórframkvæmd á við 100 þúsund fermetra byggingar við Hringbraut getur ekki orðið á dagskrá næsta áratuginn.

Undirritaður hefur áður látið þá skoðun í ljósi að færsla Hringbrautar sé söun á fjármunum. Ákvörðun um byggingu barnadeildar við Hringbraut var líka röng.

Þar er því eindregið hvatt til að tillaga Ementor verði tekin til skoðunar að nýju svo að menn geti áttað sig á þeim möguleikum sem í henni felast.



Ólafur Örn Arnarson

Höfundur er læknir á eftirlaunum.

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 fríar 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 bíguaníð, 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 atburðaröðum 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 Conultation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). Geneva: WHO.

Ein læknadeild í landinu



Reynir Tómas Geirsson

STUNDUM ER tekið mark á læknum. Því er mikilvægt að vönduð hugsun, byggð á grunni staðreynda sé viðhöfð áður en ummæli eru birt opinberlega sem auðvelt er fyrir aðra að mistúlka eða hagræða í eiginhagsmunaskyni, til dæmis á vettvangi stjórnmálanna. Í aprílhefti Læknablaðsins var sagt frá umræðu í stjórn Læknafélags Íslands á Hótel Rangá þann 21. mars og enn bætt við þá umræðu í maíheftinu. Einhvern veginn fór það svo að sama dag og undirritaður var samstarfssamningur milli Háskóla Íslands (HÍ) og Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA) fór fram önnur umræða á Akureyri þar sem tveir menn af sitt hvorum væng stjórnmálanna mæltu fyrir annarri læknadeild í landinu, meðal annars í nafni Norðausturlands, heimilislækninga og svonefndra dreifbýlislækninga. Í samningi HÍ og FSA frá 29. 4. er stefnt að auknu samstarfi um kennslu læknanema og annarra háskólanema, og kennarastöður fengust góðu heilli til að styrkja starfsemi læknadeildar HÍ norðan heiða. Morgunblaðið hafði samband við undirritaðan vegna ummæla frambjóðendanna á Akureyri. Ég taldi þau sett fram í hita kosningabaráttunnar og ekki af nægri þekkingu á því hvað þyrfti til að reka nútímalæknadeild við háskóla.

Í Læknablaðinu í apríl var talað um samkeppni og aðhald og látið að því liggja að læknadeild HÍ væri „á margan hátt gamaldags". Sagt var að það vantaði í læknanámið að kenna læknanemum að vinna í teymi og starfa með öðrum stéttum. Í maíheftinu kom fram að hægt væri að byggja upp læknanámið „með allt öðrum hætti" og að „eftir stofnun háskólasjúkrahússins væri sú tilhneiging áberandi að reyna að halda öllu þar innan veggja". Bent var á þá þróun sem orðið hefur á undanförnum árum að fleiri ferliverk séu gerð á læknastofum og í fyrirtækjum sem rekin væru af læknum og að „læknanemar fengju ekki að spreyta sig á ferliverkum". Ummælin sem birt voru af Rangárþinginu áttu sér ekki stoð í staðreyndum. „Samkeppni" er ágætt tískuorð, en í þessu sambandi hlýtur að vera átt við erlenda skóla, en ekki annan íslenskan skóla.

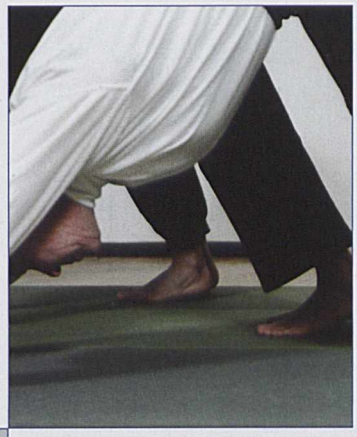
Kannski er það tákn um grunnhyggju í íslensku þjóðfélagi að svona hugmynd kemur upp á yfirborðið. Í landinu búa 287 þúsund manns og þar eru nú 10 skólar sem bera titilinn „háskóli". Það er ýmislegt jákvætt við hraða framþróun æðri menntunar í landinu sem felst í að reyna að lyfta fagskólum á hærra stig, en það þýðir ekki að allir þessir skólar verði svo auðveldlega háskólar í þeim skilningi sem lagður er í orðið „university" í nágrannalöndum okkar (samanber nýleg skjöl frá European University Association). Hér er einn háskóli á tæplega 30 þúsund manns meðan í nágrannalöndunum er talið að minnst þurfi 350 þúsund manns á bak við hvern slíkan skóla og sums staðar meira en eina milljón. Annars staðar reyna menn nú að hafa færri og stærri einingar með minni stjórnunarkostnaði. Læknadeild HÍ er ein minnsta læknadeildin í Evrópu og er þá ekki seilst svo langt að fara til Norður-Ameríku. Grunnkostnaður við læknisfræðiskor deildarinnar er tæplega 300 milljónir króna. Þá er ótalinn kostnaður sem til fellur vegna klínískrar kennslu á Landspítala, í heilsugæslu og á öðrum heilbrigðisstofnunum í landinu. Raunverulegur kostnaður er sennilega þrisvar sinnum hærri. Til samanburðar má geta þess að við Kaupmannahafnarháskóla er fjöldi læknanema um 10 sinnum meiri en við Læknadeildina, en grunnkostnaður er um 8000 milljónir (úr árbók Kaupmannahafnarháskóla 2001) og deila má í þá tölu með 10 til að fá samanburð við læknadeild HÍ. Í slíku ljósi verður meðal annars að skoða hugmynd um læknaskóla fyrir fjörutíu þúsund manna svæði norðan miðhálendisins þar sem 5-6 nemendur eða svo væru í hverjum árgangi. Auk þess þarf að huga að mörgu öðru en fólksfjölda. Aðstaða sem þarf að vera fyrir hendi til að reka læknadeild nú er allt önnur en þegar stofnaður var læknaskóli á Íslandi fyrir 128 árum.

Til að nútímalæknadeild geti þrifist þarf grunn í miðlungsstóru og verulega fjölbreyttu háskólasjúkrahúsi eins og Landspítali er nú. Þá þarf að búa vel að grunngreinum læknisfræðinnar og það þarf aðstöðu, vilja og getu til nútímalegrar rannsóknavinnu sem er drifkraftur góðrar kennslu. Með „kennslu" er ekki aðeins átt við grunnnámið, heldur einnig rannsóknatengt nám samhliða grunnnámi og sérstakt meistara- og doktorsstig. Það síðarnefnda hefur byggst hratt upp á síðustu árum í læknadeild, en þrífst ekki nema í tengslum við öflugar rannsóknaeiningar innan og utan Landspítala og HÍ. Þar hefur læknadeildin leitað í vaxandi mæli út í þjóðfélagið, í stofnanir sem eru reknar bæði af ríki og einkaaðilum. Dæmi eru líftæknifyrirtækin. Forsendur fyrir hjúkrunar- og ljósmæðranámi er ekki hægt að uppfylla að öllu leyti fyrir norðan, hvað þá annars staðar á landinu. Hvaða bolmagn er þá til reksturs annarrar læknadeildar?

Í læknadeildinni hefur undanfarin ár farið fram talsverð umræða um nauðsyn þess að víkka starfsvettvang deildarinnar, en eðlilega hefur mikill tími og orka farið í samninga um nýtt háskólasjúkrahús, enda eru þeir samningar stefnumarkandi fyrir margt af því sem á eftir kemur. Samið hefur verið við Tryggingastofnun og FSA, samningur við heilsugæsluna er að klárast og viðræður eru í gangi eða að hefjast um nýja samninga við Krabbameinsfélagið og einkaaðila. Draga þarf aukna fjármuni og aðstöðu að deildinni frá einkafyrirtækjum en það kostar veru-

Höfundur er prófessor og deildarforseti Læknadeildar HÍ.

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

Lyfjatexti á bls. 550

VIOXX®

lega kynningar- og skipulagsvinnu, innan deildar og út á við. Við höfum að sjálfsögðu haft áhuga á því að víkka læknanámið út þannig að læknanemar og ungir læknar geti kynnst því starfi sem fer fram á læknastofum og í öðrum fyrirtækjum sem rekin eru í tengslum við læknisfræði og nýtt sér með virkum hætti margvísleg þjálfunartækifæri þar. Vera kann að fyrir margt löngu hafi ekki verið þegið boð úr Læknasetrinu eða frá sjálfstætt starfandi skurðlæknum um kennsluaðstöðu fyrir læknanema eins og sagt var Rangá, en það á ekki við um þann tíma sem núverandi stjórn læknadeildar hefur setið. Á síðastliðnu sumri barst bréf frá Læknasetrinu í Mjódd með slíku tilboði og því var svarað með jákvæðum hætti. Viðræður um það mál hafa frestast af ýmsum ástæðum, meðal annars yfirstandandi endurskoðun á náminu, en fullur áhugi er fyrir þessu í deildinni. Tilmæli hafa ekki borist frá sjálfstætt starfandi skurðlæknum, en engu að síður hefur slíkt samstarf verið rætt innan deildarinnar, svo og möguleikar á samstarfi við húðlækna og bæklunarskurðlækna utan Landspítala svo eitthvað sé nefnt. Það tekur einfaldlega tíma að umbreyta námi í deildinni, semja um nýja hluti og fá þá til að virka, ekki síst ef þessi vinna fellur á fáa og störfum hlaðna í lítilli deild og litlum háskóla. Samningar verða ekki hristir fram úr erminni.

Við fögnum áhuga stjórnarmanna í læknafélögunum á læknakennslu en hefðum kosið að umræða um heilbrigðiskerfið í kosningabaráttu vorsins færi í annan farveg en þann að ræða hvort koma eigi á fót nýrri læknadeild í nafni samkeppni. Ef sú umræða á að hafa tilgang verður að gera það á skýrum forsendum og reikna dæmið til enda. Þá er greinilegt að þörf er á að kynna rækilega fyrir forystumönnum lækna hvað læknadeild HÍ er að gera og hvað hafi breyst eða sé að breytast í deildinni frá því sem var fyrir tveimur eða þremur áratugum, ef stjórnarmenn voru að hugsa um slíkan samanburð. Við andmælum því að deildin sé gamaldags og að það þurfi að „hrista upp“ í henni. Ef orðið „gamaldags“ er þýðing á „traditional“ þá getur orðið átt sér þá stoð að deildin byggir á blöndu af hefðbundinni nálgun og því nýjasta sem gerist í kennslu læknanema í dag. Klínísk kennsla er einn stærsti þáttur læknanemakennslu og dregur að sjálfsögðu dám af þeirri læknisfræði sem stunduð er á heilbrigðisstofnunum landsins. Því má spyrja hvort íslenskir læknar séu að stunda gamaldags læknisfræði. Allir vita svarið, læknisfræði stendur á traustum nútímalegum grunni á Íslandi. Læknanámið er í sama farvegi. Að auki hefur verið lögð veruleg vinna í að breyta áherslum í læknanáminu, það er að segja bæta kennslu í grunngreinum, auka áherslu á lausnaleitarnám, gera breytingar á kennslu- og prófafyrirkomulagi, samhæfa kennslu í einstökum greinum betur, vinna að nýjum áherslum í sameindalíffræði, samfélagslækningum, lýðheilsu og fagmennsku í læknisfræði. Við vinnum að því að nýta tímann betur, meðal annars sumarið, viðurkenna fleiri námsstaði heima og erlendis, auka fjölbreytni og valmöguleika, efla rannsóknatengdu kennsluna, allt innan þess ramma sem menntamálayfirvöld og þjóðfélagsaðstæður skapa okkur. En er þetta ekki það sem Rangárfundarmenn vilja sjá gerast? Við hefðum gjarnan viljað heyra frá þeim fyrr og beint og fá þá til liðs við okkur við að bæta kennsluna í læknadeildinni. Okkur veitir ekki af liðveislu frá öllum sem geta komið með tillögur um nýjar áherslur eða enn betur: lagt til starfskrafta sína með okkur við endurbætur á læknakennslu. Það sama á við um námið eftir kandídatspróf. Þar er nú verið að endurskipuleggja starf framhaldsmenntunarráðs og allt frekara starf þess ráðs verður í samvinnu við Læknafélagið og fagfélög lækna.

Læknadeildin í HÍ nýtur virðingar víðar en á Íslandi og hún er í samkeppni við læknadeildir erlendra háskóla. Við verðum varir við það á erlendum kennsluþingum að sá samanburður kemur síður en svo illa út. Samt má alltaf gera betur. Deildin er ekki einskorðuð við veggi háskólasjúkrahússins og er ekki heft af því á nokkurn hátt. Tímamótasamningur um akademískar nafnbætur á háskólasjúkrahúsinu, á FSA og í heilsugæslunni er stór áfangi í þá átt að virkja sem flesta af þeim sem hafa góða akademíska menntun til þess að koma að læknakennslu, bæði fyrir og eftir kandídatspróf. Þróunaráætlun deildarinnar frá síðasta ári gerir ráð fyrir breytingum í síbreytilegu umhverfi lækna- og lífvísinda á Íslandi.

Að lokum skal áréttað að rekstur læknadeildarinnar kostar umtalsvert fé. Til hans þyrfti samt að kosta mun meiru. Bókasafnsmál og rekstur rafrænna gagnagrunna er dæmi um mál sem brýnt er að lagfæra vegna kennslu heilbrigðisstétta. Þar skortir hærri fjárveitingar. Fjármunir læknadeildarinnar duga rétt til að standa undir nauðsynlegasta kostnaði við grunnþarfir kennara sem hér eru flestir reyndar í tiltölulega litlum hlutastöðum, ólíkt því sem er í öðrum háskólum. Rannsóknafé í læknadeild HÍ er brot af því sem annars staðar gerist. Deildina vantar einnig fé til að geta staðið betur undir skrifstofuhaldi og margskonar umsagnarvinnu sem á hana fellur. Tillögur um að eyða fé úr fjárhirslum almennings í að stofna aðra læknadeild sem mundi aðeins þjóna fáeinum nemendum í nafni dreifbýlis og landsbyggðar sem hefur gjörbreyst með nútímasamgöngum og fjarskiptum geta því ekki verið settar fram af þeirri umhugsun og alvöru sem krefjast verður þegar menntað álit er látið uppi. Læknadeildin heitir á Rangárfundarmennina til aðstoðar við að byggja deildina upp á víðum grunni innan veggja megin rannsóknarháskóla landsins og beita áhrifum sínum til þess að ríki og einkafyrirtæki hafi fullan metnað til að gera um margt góða læknadeild enn þá betri.

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 titra 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 kreatíníntúhreinsun 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 tviskauta þunglyndi (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun 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. serótóníunpptökuhemlum, 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 hótð 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 þyngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklega vegna eiturvirkni á móður. Þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli. Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk. 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 þyngdaraukning, svitakóst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartsláttarónot. 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: Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð. Meltingarfæri: Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, bragðbreytingar. Húð: Hárlos, ofsakláði, aukið ljósnæmi. Lifur: Hækkuð lifrarensím í blóði. Öndunarfæri: Ástmi. Augu: Tárubólga. Mjög sjaldgæfar 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

Krafa um lækkun skattlagningar ávöxtunarhluta lífeyrisgreiðslna fyrir dómi

MARGIR LÆKNAR búa við lélegar lífeyrisgreiðslur og skattlagning þeirra greiðslna skiptir þá máli. Einn félagsmanna í Félagi eldri borgara í Reykjavík og nágrenni (FEB) hefur stefnt ríkinu vegna skattlagningar lífeyrisgreiðslna. Þetta er prófmál og var þingfest í Héraðsdómi Reykjavíkur 22. október 2002 og er málinu enn ekki lokið.

Í stefnunni er þess krafist að álagning tekjuskatts á stefnanda árið 2002 vegna tekjuársins 2001 verði fellt úr gildi, en með henni voru lífeyrisgreiðslur hans skattlagðar með almennu tekjuskattshlutfalli, það er 38,78% skatti, og á það bæði við um inngreidd iðgjöld og uppsafnaða vexti. Samkvæmt lögum um fjármagnstekjuskatt frá 1996 skal hins vegar greiða 10% skatt af öllum öðrum fjármagnstekjum en vöxtum af iðgjöldum í lífeyrissjóðum, svo sem vöxtum, arði, leigu og söluhagnaði.

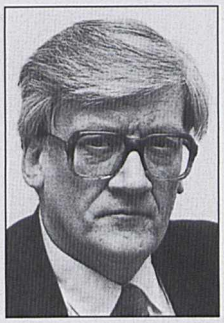
Byggt er á því í fyrsta lagi að mismunandi skattprósenta á samkynja tekjur, það er fjármagnstekjur, feli í sér mismunun sem ekki fái staðist nema málefnaleg sjónarmið liggi henni að baki. Slík aðgreining mismuni stefnanda, en honum hafi verið lögskylt að greiða í lífeyrissjóð.

Í öðru lagi að skattareglurnar mismuni stefnanda vegna þess að áður en öllum varð skylt að greiða hluta launa sinna í lífeyrissjóð hafi aðrir en launþegar getað lagt fyrir til efri áranna, til dæmis með fjárfestingu í hlutabréfum. Stefnandi sem hafi verið launþegi hafi ekki haft þetta val. Hann standi nú frammi fyrir því að greiða 10% skatt af öllum fjármagnstekjum öðrum en ávöxtunarhluta lífeyrisgreiðslna.

Því er haldið fram að þessi mismunun brjóti gegn jafnræðisreglu 65. gr. og eignarréttarákvæði 72. gr. stjórnarskrárinnar, svo og 1. gr. I viðauka við mannréttindasáttmála Evrópu, sbr. 14. gr. sáttmálans sem var lögtekinn hér á landi með lögum 62/1994, enda séu skattareglurnar ekki reistar á neinum málefnalegum sjónarmiðum sem réttlætt geti þessa mismunun.

Samkvæmt gögnum í málinu námu uppsafnaðir vextir og verðbætur 81% af útborguðum lífeyri stefnanda árið 2001. Ef fallist verður á sjónarmið hans ættu skattgreiðslur hans að lækka um 33% vegna tekna á árinu 2001.

Ríkið skilaði greinargerð í janúar síðastliðnum og er þess nú beðið að dómari ákveði hvenær munnlegur málflutningur fari fram. Krafa um gjafsókn var samþykkt.



Ólafur Ólafsson

Höfundur er formaður Félags eldri borgara í Reykjavík og nágrenni.

Íðorðasafn lækna á netinu

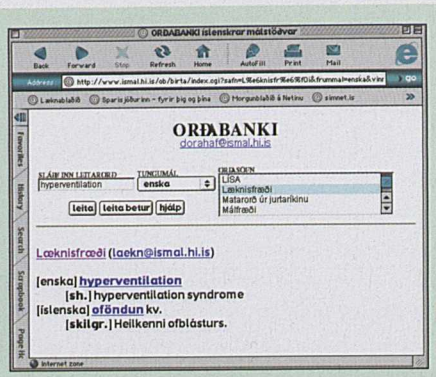
FYRIR KEMUR að hringt er á skrifstofu Læknablaðsins og spurt hvort ekki sé hægt að nálgast Íðorðasafn lækna á tölvutæku formi. Því er til að svara að safnið er hluti af Orðabanka Íslenskrar málstöðvar og hefur þar frá upphafi en hann má nálgast á heimasíðu stofnunarinnar *www.ismal.hi.is*

Á þessari heimasíðu er að finna Íðorðasafn lækna eins og það var gefið út á bók fyrir hálfum öðrum áratug. Reyndar var hluti þess uppfærður árið 1996 þegar sjúkdómaflokkunin ICD-10 var þýdd. Á heimasíðu Læknablaðsins *http://lb.icemed.is* má einnig nálgast Íðorðapistla Jóhanns Heiðars Jóhannssonar sem gefnir voru út árið 2001 sem fylgirit nr. 41.

Íðorðasafn lækna hefur að sjálfsögðu úrelst nokkuð frá því það kom út enda síðustu ár ákaflega viðburðaríkur tími í læknavísindum. Þess vegna hefur það verið til umræðu í íðorðanefnd LÍ hvort ekki væri þörf á að endurskoða orðasafnið og færa það fram til nútímans á netinu.

Að sögn Jóhanns Heiðars hafa nefndarmenn vissulega látið sig dreyma um nýja útgáfu en þeir draumar hafa ekki ræst og helstu ástæður fyrir því tími og peningar, eða öllu heldur skortur á þessu tvennu. Þegar Íðorðasafn lækna var gefið út á níunda áratugnum var ráðinn íslenskufræðingur til að ritstýra því og annast hina praktísku hlið útgáfunnar. Meginvinnan við orðabókargerðina var hins vegar í höndum fjölmenns hóps lækna úr öllum greinum læknisfræðinnar sem söfnuðu orðum, þýddu og skráðu.

Jóhann Heiðar segir að mönnum hrjósi hugur við þessu mikla verki því erfitt gæti reynst að finna þann hóp sem þarf og er reiðubúinn að fórna tíma sínum í svona verkefni. Hann taldi að endurskoðun íðorðasafnsins myndi taka að minnsta kosti



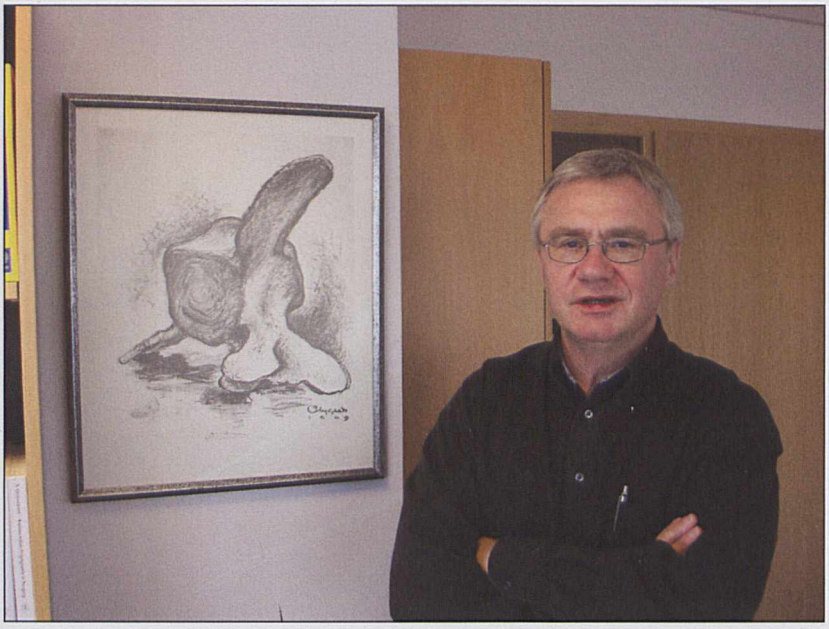
ár ef reiknað er með að hóparnir sem að því ynnu hittust einu sinni í viku. „Það virðist því miður vera svo að menn eru ekki eins fúsir til að leggja á sig mikla sjálfboðavinnu og áður var," segir Jóhann Heiðar.

Á meðan verið er að safna liði verða menn að láta sér nægja útgáfu Íðorðasafns lækna frá 1986-1989 sem liggur fyrir á bók og heimasíðu Íslenskrar málstöðvar.

–ÞH

Landlæknisembættið sótt heim á Seltjarnarnes

Vaxandi starfsemi og ný verkefni



Sigurður Guðmundsson landlæknir á skrifstofu sinni en á veggnum er mynd sem heita má táknræn fyrir stöðu embættisins. Hún er eftir Örlyg Sigurðsson, föðurbróður Sigurðar, og er af hinu eina sanna beini sem máltækið „að taka menn á beinið" er dregið af. Þetta bein var á skrifstofu Sigurðar skólameistara á Akureyri en hann var afi landlæknis og segir sagan að delinkventar hafi verið látnir sitja á þessu beini meðan meistari las þeim pistilinn. Beinið mun nú vera komið aftur á skrifstofu skólameistara MA.

Þröstur Haraldsson

LANDLÆKNISEMBÆTTIÐ er eitt elsta, ef ekki elsta embætti landsins og var stofnað árið 1760. Þá var hafist handa við að byggja yfir landlækni á Seltjarnarnesi þar sem nú heitir Nesstofa. Það mætti því ætla að embættið sé að leita uppruna síns þegar það flytur aftur á nesið þegar halla tekur í 250 ára afmælið. Síðla vetrar tóku starfsmenn landlæknis upp tjaldhæla sína við Hlemm og fluttu að Austurströnd 5. Embættið er nú starfrækt í nýlegu húsi á tveimur hæðum. Meginþungi starfseminnar er á efri hæðinni þar sem sérfræðingar hafa skrifstofur sínar en á þeirri neðri er afgreiðsla og fleira.

Embættið hefur vaxið ört á undanförnum árum og fengið ný verkefni. Vöxtinn má meðal annars ráða af því að þegar Vilborg Ingólfsdóttir yfirhjúkrunarfræðingur kom til starfa fyrir átján árum var hún sjötti starfsmaður embættisins. Nú eru fastráðnir starfsmenn um 25 talsins og eru þá ótaldir ýmsir sem sinna hlutastörfum, þeirra á meðal stór hópur lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna sem taka þátt í að semja klínískar leiðbeiningar.

Þegar blaðamaður heimsótti landlækni á skrifstofu sína að nýloknum kosningum var bjart yfir nesinu og *Sigurður Guðmundsson* naut hins fagra útsýnis yfir Faxaflóann og sundin blá. Blaðamaður gekk um húsakynnin undir leiðsögn landlæknis og ræddi við nokkra starfsmenn en svo settumst við niður á skrifstofu hans og ég bað hann að segja lesendum Læknablaðsins frá starfsemi embættisins.

Gæði og lýðheilsa

VILBORG INGÓLFSDÓTTIR ber titilinn yfirhjúkrunarfræðingur en hún er ráðherraskipaður ráðgjafi heilbrigðisstjórnarinnar á sviði hjúkrunar. Auk þess er hún framkvæmdastjóri gæða- og lýðheilsusviðs en þar er unnið að gæðamálum og faglegu eftirliti í heilbrigðisþjónustunni og hugað að skipulagi mæðra- og ungbarnaverndar.

„Við sinnum eftirliti með heilbrigðisstofnunum og stefnumótun í hjúkrun, sjáum um svonefnt RAI-mat á öldruðu fólki, skipuleggjum heilsueflingu og átak í skólum, auk þess sem neyðarsímsvörun er á okkar könnu. Þá höfum við skipulagt forvarnir vegna sjálfsvíga og á fleiri sviðum," segir Vilborg.

Vilborg hefur starfað hjá Landlæknisembættinu með hléum frá 1985 en inn á milli hefur hún gegnt formennsku í samtökum hjúkrunarfræðinga og starfað hjá WHO í Genf og Kaupmannahöfn.

„Embættið hefur vaxið mikið frá því ég byrjaði. Þá var ég þriðji sérfræðingurinn hjá stofnuninni en auk mín voru tveir læknar – landlæknir og aðstoðarlandlæknir – og þrír almennir starfsmenn. Nú erum við sex starfsmenn á mínu sviði, auk nokkurra lausráðinna," segir hún.

Eins og lýsingin á starfsemi gæða- og lýðheilsusviðs gefur til kynna mun það hafa náið samstarf við hina nýstofnuðu



Lýðheilsustöð og segist Vilborg hlakka til að starfa með Guðjóni Magnússyni og starfsfólki hans. „Ég hef starfað með honum áður og líst vel á að taka upp þráðinn að nýju," segir hún.

Ráðgjöf, eftirlit, úttektir ...

„Hlutverk embættisins er margþætt en það er í fyrsta lagi að vera ráðgjafi heilbrigðisstjórnarinnar, Alþingis og ríkisstjórnarinnar í heilbrigðismálum. Þau samskipti eru bæði formleg og óformleg, við ráðherra hittumst til dæmis vikulega til óformlegra viðræðna en einnig veitum við formlegar og skriflegar umsóknir um ýmis mál.

Í öðru lagi erum við umboðsmenn sjúklinga og tökum við kvörtunum og kærum frá almenningi vegna meintra mistaka eða vandamála sem koma upp í ssamskiptum almennings við heilbrigðisþjónustuna. Hingað berast hátt í 400 kvartanir á hverju ári og hefur farið fjölgandi, þær hafa líklega tvöfaldast á tíu árum.

Í þriðja lagi eigum við að hafa eftirlit með starfi og starfsaðstæðum heilbrigðisstétta og -stofnana. Við eigum með öðrum orðum að taka í lurginn á fólki sem skrensar í lausamölinni og fylgjast með því að heilbrigðisstarfsfólk kunni það sem það á að kunna. Við veitum umsögn um leyfisveitingar og reynum með því að vernda fólk fyrir falsspámönnum, skottulæknum og öðrum slíkum. Þetta felur einnig í sér að



Landlæknisembættið er til húsa í þessari byggingu við Austurströnd á Seltjarnarnesi.

Kvartanir og lyfjaeftirlit

HAUKUR VALDIMARSSON er settur aðstoðarlandlæknir og hefur gegnt því embætti í tæp tvö ár. Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu er aðstoðarlandlæknir ráðinn af ráðherra og skal vera landlækni til aðstoðar og staðgengill hans. Aðstoðarlandlæknir veitir forstöðu kvartana- og kærusviði embættisins. Auk þess sem nafnið felur í sér heyra klínískar leiðbeiningar undir sviðið en fyrir þeim fer Sigurður Helgason ritstjóri. Þess utan starfar einn ritari við sviðið og er á Hauki að heyra að ekki veiti af meiri mannskap.

Ástæðan er fyrst og fremst sú að aukning hefur orðið á kvörtunum og kærum frá almenningi vegna meintra mistaka sem fólk telur sig verða fyrir af hendi heilbrigðisstarfsmanna. Árlega berst á fjórða hundrað kvartana til embættisins og segir Haukur að þær krefjist mismikillar rannsóknar, sumar sé hægt að afgreiða fljótlega en aðrar geti verið mjög tímafrekar.

„Kvartanir berast okkur eftir ýmsum leiðum. Flestar þeirra berast skriflega en talsvert er einnig um að við fáum ábendingar í gegnum síma eða með tölvupósti að einhverju sé ábótavant og þá þurfum við að bregðast við. Loks er dálítið um að fólk panti tíma og komi í viðtal. Við meðferð þessara mála þurfum við að gæta þess að rétt sé farið með þau og í samræmi við stjórnsýslulög og rannsóknarreglur en ýmis lagasetning undanfarinna ára hefur hert á þeim kröfum.

Við skrifum þeim sem kvörtunin beinist að og biðjum um skýringar og þegar þær liggja fyrir semjum við drög að álitsgerð sem send er báðum aðilum málsins. Þeir fá frest til að gera athugasemdir við drögin en að því loknu göngum við frá endanlegu áliti embættisins. Þetta getur tekið sinn tíma og því miður erum við enn með nokkurn fjölda mála sem bárust okkur á árinu 2002. Það myndi bæta stöðu okkar og auka hraðann á afgreiðslunni ef við fengjum fleira fólk til starfa," segir Haukur.

Landlæknisembættinu ber einnig að fylgjast með lyfjaávísunum lækna og það eftirlit heyrir undir kvartana- og kærusvið. Nú eru í augsýn verulegar breytingar á því eftirliti en Alþingi samþykkti nú í vetur að koma upp lyfjagagnagrunni sem vera skal í umsjá landlæknis. Sá gagnagrunnur á að vera kominn í gagnið í byrjun árs 2005.



„Þá sjáum við fram á að þurfa að ráða lækni til starfa, auk tölvu- og tæknimanna. Læknirinn þarf að sinna eftirlitinu sem verður töluvert meira en nú er en auk þess gæti þetta starf tengst klínísku leiðbeiningunum á þann hátt að viðkomandi læknir gæti fylgst með því hvort læknar fara eftir leiðbeiningunum. Ef einhver misbrestur virðist vera á því gæti hann farið út og rætt við þá sem hlut eiga að máli og veitt þeim aðstoð við að fara að leiðbeiningunum. Með þessu móti getum við tengt saman eftirlit og ráðgjöf sem við teljum að fari mjög vel saman," segir Haukur.

Þess má í lokin geta að Haukur lætur af störfum 1. september næstkomandi þegar Matthías Halldórsson aðstoðarlandlæknir kemur úr leyfi. Þá hverfur Haukur til starfa við uppbyggingu nýrrar heilsugæslustöðvar í Salahverfi í Kópavogi en rekstur hennar var boðinn út á dögunum.



Tölfræði

SKÝRSLUHALD um heilbrigðismál eru eitt af elstu verkefnum landlæknis og hefur verið stundað í tvær aldir hið minnsta. Á dögum tölvutækninnar hefur þetta skýrsluhald að sjálfsögðu breyst og nú heitir sá hluti embættisins sem annast þetta heilbrigðistölfræðisvið. Framkvæmdastjóri þess er *Sigríður Haraldsdóttir* landfræðingur sem er sérhæfð í heilsufarslandafræði og hefur starfað hjá landlækni í fjórtán ár.

„Það hefur orðið mikil breyting á þessu sviði eins og við er að búast. Gömlu heilbrigðisskýrslurnar voru byggðar á skýrslugjöf héraðslækna sem eru merkilegar sögulegar heimildir. Það er ljóst að frá upphafi hefur verið mikil lýðheilsuhugsun í þessu því læknarnir segja ekki bara frá sjúkdómum heldur gefa greinargóða lýsingu á þrifnaði, húsnæði, fötum, mataræði, veðurfari, samgöngum og öðru sem mannlífið snerist um. Með tímanum og eftir því sem annarri útgáfu óx fiskur um hrygg urðu þessar skýrslur þurrlegri.

Nú kappkostum við að safna upplýsingum og koma þeim eins fljótt og hægt er út til fólks. Við höldum ýmsar grunnskrár hér sem fólk getur leitað í og erum í samstarfi við Tryggingastofnun ríkisins, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og fleiri aðila um að bæta aðgengi að upplýsingum. Það er mikilvægt að kenna fólki að nota þessar upplýsingar og ekki síður að skrá þær. Við gefum út tilmæli um lágmarksskráningu upplýsinga í heilbrigðiskerfinu í því skyni að samræma skráninguna. Góðar og aðgengilegar upplýsingar auka skilning á milli manna, þvert á fagstéttir og stofnanir," segir Sigríður.

Eins og önnur svið hjá landlækni hefur tölfræðisviðið þanist nokkuð út en nú starfa þar fimm manns. „Við vorum tvö þegar sviðið var stofnað 2001 en áætlanir gera ráð fyrir að hér verði 10 manns þegar fram líða stundir," segir Sigríður Haraldsdóttir.

við höfum eftirlit með starfsemi og þjónustu sem heilbrigðisstofnanir veita. Þann þátt erum við að efla með ákveðnu vinnulagi sem við höfum tekið upp.

Flestir hafa heyrt af þessu í tengslum við úttekt sem við gerðum á Landspítalanum í vetur og varð nokkuð umrædd og raunar umdeild af hálfu stjórnenda spítalans. Við ætlum að gera samskonar úttekt á öllum sjúkrahúsum hringinn í kringum landið og erum þegar búin með fjórar minni stofnanir. Við gerum þetta þannig að við leitum eftir upplýsingum frá starfsfólki og stjórnendum og gerum litlar kannanir meðal sjúklinga. Við spyrjum starfsfólkið hvernig því líði í starfi og tökum einnig út rekstur, þjónustu, afköst og árangur stofnunarinnar. Niðurstöðurnar birtum við svo stofnununum ásamt ábendingum um það sem vel er gert og hvar væri hægt að bæta starfsemina."

Tölfræði og meiri ráðgjöf

Í fjórða lagi má nefna ráðgjöf til heilbrigðisstétta sem einnig hefur farið vaxandi. Það gerum við meðal annars með tilmælum, ábendingum og klínískum leiðbeiningum. Við reynum að hvetja fólk til að sinna starfi sínu í samræmi við bestu þekkingu sem völ er á, gagnreyndri þekkingu sem best er á hverjum tíma.

Í fimmta lagi viljum við efla ráðgjöf og tilmæli sem almenningur getur nýtt sér. Við getum borið ábyrgð á eigin heilsu upp að vissu marki þótt við gerum okkur vissulega ljóst að aðstæður fólks eru misjafnar og að ekki fæst við allt ráðið. Við getum gert margt sjálf ef við fáum upplýsingar og þess vegna viljum við hvetja stofnanir – heilsugæslu, sjúkrahús og hina nýju Lýðheilsustöð – til að taka virkan þátt í að dreifa upplýsingum til almennings.

Í sjötta lagi er mikið sóknarfæri fólgið í því að safna góðum og gagnreyndum upplýsingum um heilsufar landsmanna. Það gerum við hér, svo sem með vistunarupplýsingum frá spítölum og heilsugæslunni, Slysaskrá Íslands, skrá um bólusetningar og fleira. Við þurfum að efla þennan þátt því við vitum ekki nógu mikið um árangur þess sem við erum að gera í heilbrigðiskerfinu. Við höfum tækifæri til skráningar í lýðheilsu og faraldsfræði sem aðrir hafa ekki og það eigum við að notfæra okkur. Við þetta gætu bæst lyfjagagnagrunnar sem voru nokkuð til umræðu í vetur. Aðrir gagnagrunnar eru varðveittir hjá stofnunum á borð við Hjartavernd og Krabbameinsfélagið, svo dæmi séu tekin."

Höldum trúnaði

Landlæknisembættið hefur því ýmsum hnöppum að hneppa og sumum harla ólíkum. Til dæmis gæti það vafist fyrir ýmsum að vera hvort tveggja í senn faglegur leiðtogi heilbrigðisstarfsmanna og refsivöndur þeirra. Hvernig gengur að samræma þessi hlutverk?

„Þetta fer vel saman. Við reynum annars vegar að tala fyrir því sem hægt er að gera vel og leggja áherslu á samvinnu heilbrigðisstétta í þágu sjúklinga sem allt snýst að sjálfsögðu um. Á hinn bóginn höfum við trúnað flestra starfsmanna í heilbrigðisþjónustunni. Við getum átt trúnaðarsamtöl við þá og metum það mikils en það kemur ekki í veg fyrir að við tökum í lurginn á þeim ef þess er þörf. Við getum gefið góð ráð og hvatt fólk til að gera vel og einmitt þess vegna

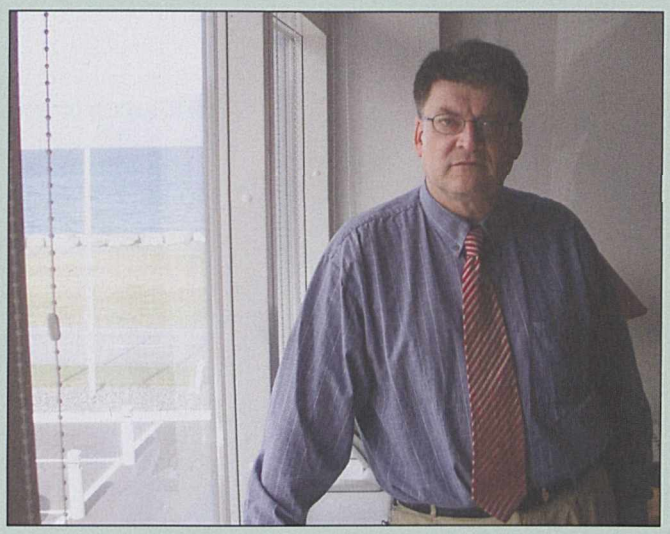
Sóttvarnir

SÓTTVARNIR eru sennilega eitt þeirra verkefna landlæknisembættisins sem almenningur verður hvað mest var við. Þar ræður ríkjum *Haraldur Briem* sem var skipaður sóttvarnalæknir í ársbyrjun 1998. Áður hafði hann verið í farsóttarnefnd frá 1986. Hann segir að lög um sóttvarnir sem tóku gildi 1997 hafi breytt miklu í starfi deildarinnar.

„Sóttvarnalögin eru rammalöggjöf um almennar sóttvarnir en á grundvelli þeirra er hægt að setja reglugerðir um einstaka sjúkdóma. Áður voru sett lög um hvern sjúkdóm og það gat verið ansi svifaseint að koma þeim í gegn. Nú er starfandi samstarfsnefnd um sóttvarnir sem getur gripið til viðeigandi ráðstafana ef óvæntar farsóttir koma upp. Þetta fyrirkomulag komst á eftir kamfýlóbakterfaraldurinn sem hér geisaði.

Þegar ég kom fyrst til starfa var alnæmi helsti vágesturinn en síðan hefur margt rekið á fjörur okkar: kamfýlóbakter og salmonellu, auk þess sem við höfum orðið að standa vaktina gagnvart vágestum á borð við nautafár með hættu á Creuzfeldt-Jakobs sjúkdómi og núna bráðalungnabólgu. Það er því nógu að sinna. Við erum að vinna að bólusetningu allra barna gegn heilahimnubólgu sem er mikið verkefni."

Auk Haraldar starfa fimm manns að sóttvörnum hjá landlækni og eru sumir í alþjóðlegu samstarfi, svo sem um varnir gegn fjölónæmum berklum, alnæmi og sýklalyfjaónæmi. Sóttvarnalæknir tekur þátt í starfi Sóttvarnaráðs Evrópusambandsins sem Haraldur segir að sé afar mikilvægt fyrir Íslendinga því það auðveldar okkur að vera samstíga þjóðum Evrópu í sóttvörnum.



Síðast en ekki síst ber að geta þess að viðhorf til sóttvarna hafa breyst verulega eftir hryðjuverkaárásina á New York og Washington 11. september 2001. Þá gerðust Íslendingar þátttakendur í samstarfi Norðurlanda um viðbrögð við sýkla-, eiturefna- og geislaefnanotkun í stríði eða hryðjuverkum. „Við þurfum að eiga mótefni gegn slíkum efnum og að því erum við að vinna," segir Haraldur Briem.

er enginn færari um það en við að benda á það að ekki hafi verið farið eftir ráðum okkar og leiðbeiningum.

Þetta getum við gert vegna þess að við höfum engar framkvæmdir með höndum, embættið „framkvæmir" í raun enga heilbrigðisþjónustu. Ef við skiptum þessu sviði í þrennt – stefnumótun, framkvæmd og eftirlit – þá getum við haft afskipti af því fyrstnefnda og því síðastnefnda svo fremi við komum ekki nálægt framkvæmdinni. Með því móti eiga engir hagsmunaárekstrar að koma upp."

Auglýst eftir pólitískri umræðu

– En ef það slær í brýnu milli heilbrigðisstjórnarinnar og heilbrigðisstéttanna, hvar standið þið þá?

„Það gerist nú æði oft, samanber nýlegar deilur heilsugæslulækna og heilbrigðisstjórnarinnar sem hafa staðið í átta ár. Þær deilur hafa fyrst og fremst snúist um kaup og kjör og hvorki við né aðrir telja það hlutverk okkar að koma nærri kjaramálum heilbrigðisstétta eða hinum fjármálalega þætti heilbrigðisþjónustunnar. Við erum hin faglegi armur heilbrigðisstjórnarinnar. Vissulega eru þarna grá svæði sem við reynum að halda okkur frá en að sjálfsögðu tekst það ekki alltaf. Svo ég haldi mig við heimilislæknadeiluna þá áttum við þátt í að finna lausn á henni, við gátum sett fram hugmyndir og liðkað fyrir því samkomulagi sem deiluaðilar náðu.

Ef upp kemur faglegur ágreiningur, svo sem ef ráðuneytið ákveður að skera niður þjónustu sem heilbrigðisstarfsfólk telur lífsnauðsynlega, þá getum við leikið hlutverk sáttasemjarans. Við getum bent mönnum á það hvað vísindin segja. Einnig teljum við það skyldu okkar að gæta hagsmuna sjúklinga. Í slíkum tilvikum verðum við að hafa hugfast að kostnaðarvitundin þarf ekki alltaf að stangast á við siðferðisvitundina. Stundum verðum við að horfast í augu við það að geta ekki gert allt sem hægt er fyrir sjúkling A ef það þýðir að sjúklingur B fær ekki það sem hann þarf. Þarna verðum við að vega og meta hvað þekkingin segir okkur og hvaða fjármuni við höfum til ráðstöfunar.

Svo má deila endalaust um það hvort heilbrigðisþjónustan fái nóg og eflaust finnst flestum að svo sé ekki. Mér finnst við gera of mikið af því að halda umræðunni um forgangsröðun og fjárveitingar innan okkar raða, innan heilbrigðiskerfisins. Þetta er mál samfélagsins og það á að ræða um allt samfélagið. Okkur hættir til að líta svo á að þessi mál hafi verið falin okkur og komi ekki öðrum við. Það er bara ekki rétt," segir Sigurður og lýsir nokkrum vonbrigðum með það hversu lítil umræða hafi orðið um heilbrigðismál í nýafstaðinni kosningabaráttu.

Duglegur ráðherra

Þótt mörgum hefði fundist heilbrigðismál mátt vera meira á dagskrá í aðdraganda kosninganna verður ekki sagt um Jón Kristjánsson heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra að hann hafi setið auðum höndum síðustu vikur. Það linnti ekki stöðugum straumi fréttatilkynninga frá ráðuneytinu og verður þeirra helstu getið hér á eftir.

Fyrst gerðist það í lok apríl að tilkynnt var um sættir í deilunni sem staðið hafði lengi um **heilsugæsluna á Suðurnesjum**. Samkomulag náðist um að Heilsugæslan í Reykjavík taki að sér að manna heilsugæsluna á Suðurnesjum og er nú verið að útfæra nánar hvernig það verði best gert.

Viku síðar barst sú frétt að ráðherra hefði heimilað forstjórum Tryggingastofnunar ríkisins og Landspítalans að gera samning um **nýrnaígræðslu og stofnfrumumeðferð á Landspítalanum** en fram að þessu hafa slíkar aðgerðir eingöngu verið gerðar í útlöndum.

Daginn eftir tilkynnti ráðuneytið að gengið yrði til samninga við fyrirtækið Salus ehf. um **rekstur heilsugæslustöðvar í Salahverfi í Kópavogi**. Að þessu fyrirtæki standa læknarnir Haukur Valdimarsson og Bárður Örn Sigurjónsson sem eiga það til hálfs á móti ráðgjafarfyrirtækinu Nýsi ehf. sem Sigfús Jónsson veitir forstöðu.

Daginn eftir skipaði Jón **tvo skrifstofustjóra í ráðuneytinu** og svo var eins og hann gæti ekki hamið sig því viku síðar skipaði hann Guðjón Magnússon lækni **forstjóra Lýðheilsustöðvar** en Guðjón tekur við embættinu 1. júlí í sumar. Guðjón var ráðinn til starfans eftir að nýskipuð nefnd hafði metið hann hæfastan af 16 umsækjendum en sú nefnd hefur það verkefni að meta hæfi umsækjenda um stöður forstöðumanna sjúkrahúsa og annarra heilbrigðisstofnana.

Þá voru raunar liðnir fjórir dagar frá kosningum og komið mál að linnti – í bili að minnsta kosti.

Hann bætir því við að sama megi segja um menntamál, rannsóknir og vísindi, þessir málaflokkar hafi verið sáralítið ræddir í kosningabaráttunni. „Það þarf að efla almenna umræðu um þessi mikilvægu mál og heilbrigðisstéttirnar ættu að reyna að ýta undir hana," sagir landlæknir.

Að sefa söknuðinn

Eins og fram kemur víða í þessari umfjöllun hafa umsvif Landlæknisembættisins aukist verulega á undanförnum árum. Það á sér ýmsar ástæður en þær augljósustu eru setning nýrra laga um réttindi sjúklinga og fleira sem varðar heilbrigðismál. En hafa stjórnvöld sýnt því skilning að þessi auknu umsvif kosta sitt?

„Ég væri mjög óheiðarlegur ef ég segði að við teldum okkur fá það fjármagn sem við þyrftum til að geta sinnt okkar starfi. Við teljum að setja mætti meiri fjármuni í ýmis verkefni, svo sem eftirlit með heilbrigðisstofnunum, söfnun gagna, varnir gegn sjálfsvígum og fleira. Eins má nefna að lögin um réttindi sjúklinga leggja okkur á herðar auknar skyldur við eftirlit með starfsemi heilbrigðisstétta- og stofnana og við gætum sinnt því betur ef við hefðum meiri fjármuni og gætum sett meiri kraft í það. Grunnþættir þessa eftirlits- og ráðgjafarkerfis eru til staðar og það er enginn skortur á hugmyndum en vissulega gætum við gert meira ef við hefðum meiri fjármuni til umráða."

Sigurður hefur gegnt stöðu landlæknis í hálft fimmta ár og því ekki úr vegi að spyrja hvernig hann kunni þessu starfi og hvort hann sakni þess ekki að stunda lækningar.

„Ég hef óskaplega gaman af þessu starfi og ánægjan eykst eftir því sem ég kemst betur inn í það. Kostirnir eru mikil fjölbreytni, hún getur jafnvel orðið of mikil, samskipti við ólíkt fólk úr öllum áttum og að sjá eitthvað af hugmyndum sínum verða að veruleika, stundum.

En til þess að sefa söknuðinn hef ég haldið áfram að kenna dálítið og held sambandi við rannsóknarhópinn minn. Einnig hef ég farið inn á spítala og unnið smátíma sem afleysingamaður á deild á hverju ári. Mér finnst þetta nauðsynlegt. Ég var ráðinn í þetta starf af því ég er læknir og ég verð að geta verið það áfram. Ég var ekki ráðinn vegna þess hversu mikla stjórnunarreynslu eða -menntun ég hefði heldur vegna faglegrar þekkingar og þess vegna finnst mér brýnt að stjórnendur í læknastétt haldi trúnaði við fagmanninn í sér, þangað sæki ég styrk til að takast á við vandamálin, skoða þau, greina og leysa," sagði Sigurður Guðmundsson landlæknir.

Lyfjastofnun

Sérlyfjaskrá gefin út á bók og á netinu

SÉRLYFJASKRÁIN er gamall kunningi lækna sem situr víða á borðshornum og er flett upp í oft á dag. Nú sakna margir vinar í raun því skráin hefur ekki komið út síðan 2001. Þá er hægt að hugga með því að skráin er væntanleg úr prentun í þessum mánuði og það sem meira er: um svipað leyti verður opnaður nýhannaður og aðgengilegur vefur á heimasíðu Lyfjastofnunar *www.lyfjastofnun.is* þar sem hægt verður að nálgast alla sérlyfjatexta og raunar mun ítarlegri upplýsingar um öll lyf sem eru á íslenskum markaði.

Þau *Guðrún Edda Guðmundsdóttir* ritstjóri Sérlyfjaskrár og *Pétur S. Gunnarsson* deildarstjóri upplýsingadeildar Lyfjastofnunar greindu blaðamanni Læknablaðsins frá því að þau væru nú að leggja lokahönd á endurskipulagningu þessarar nauðsynlegu útgáfu. Þegar því verki verður lokið mun útgáfan byggjast á svonefndum SPC-textum (Summary of Product Characteristics) sem eiga að fylgja öllum lyfjum. Textarnir hafa hlotið samþykki Lyfjastofnunar og oft einnig annarra lyfjastofnana í Evrópu.

Þessir SPC-textar eru mjög ítarlegir og hafa verið að lengjast talsvert á síðustu árum. Þess eru dæmi að texti með einu lyfi fylli 20 síður í bók. Þeir verða geymdir í heild sinni á heimasíðu Lyfjastofnunar á íslensku en úr þeim verða síðan teknir viðeigandi kaflar og birtir í bókarformi Sérlyfjaskrár. Reglugerðir kveða á um að ákveðnir óstyttir hlutar SPC-texta eigi að fylgja öllum auglýsingum en auk þess er SPC-textinn notaður sem grunnur fyrir upplýsingar til neytenda í fylgiseðlum fyrir lyf sem eiga að vera í öllum lyfjapakkningum. Með þessu móti verður öll birting og notkun textanna samræmdari og þægilegri í vinnslu, en hingað til hefur Lyfjastofnun unnið sérstakan texta fyrir Sérlyfjaskrána. Slíkt býður heim hættu á ósamræmi en mikil áhersla er lögð á það á vettvangi Evrópusambandsins að samræma þessa upplýsingagjöf og við tökum þátt í því verki vegna aðildar okkar að Evrópska efnahagssvæðinu.

Sérlyfjaskrá 2002-2003 sem kemur út á næstu dögum verður því um margt frábrugðin þeirri eldri. Hún verður í minna broti og upplýsingarnar verða takmarkaðri. Það sem upp á vantar verður hins vegar að finna á heimasíðu Lyfjastofnunar. Þess má geta að framvegis verður verð lyfjanna eins og það var í ársbyrjun birt með lyfjatextanum.

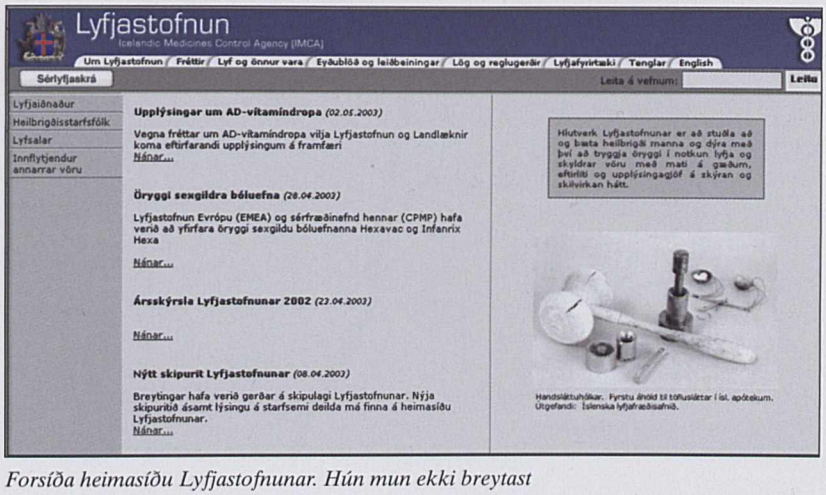
Grunntextarnir eru að sjálfsögðu í sífelldri endurskoðun og taka örum breytingum við það að ný lyf koma til sögunnar, eldri lyf hverfa af markaði og varúðarreglur eða annað breytist í ljósi nýrra rannsókna. Á heimasíðunni geta læknar og aðrir sem á



Guðrún Edda Guðmundsdóttir ritstjóri Sérlyfjaskrár og Pétur S. Gunnarsson deildarstjóri upplýsingadeildar Lyfjastofnunar.

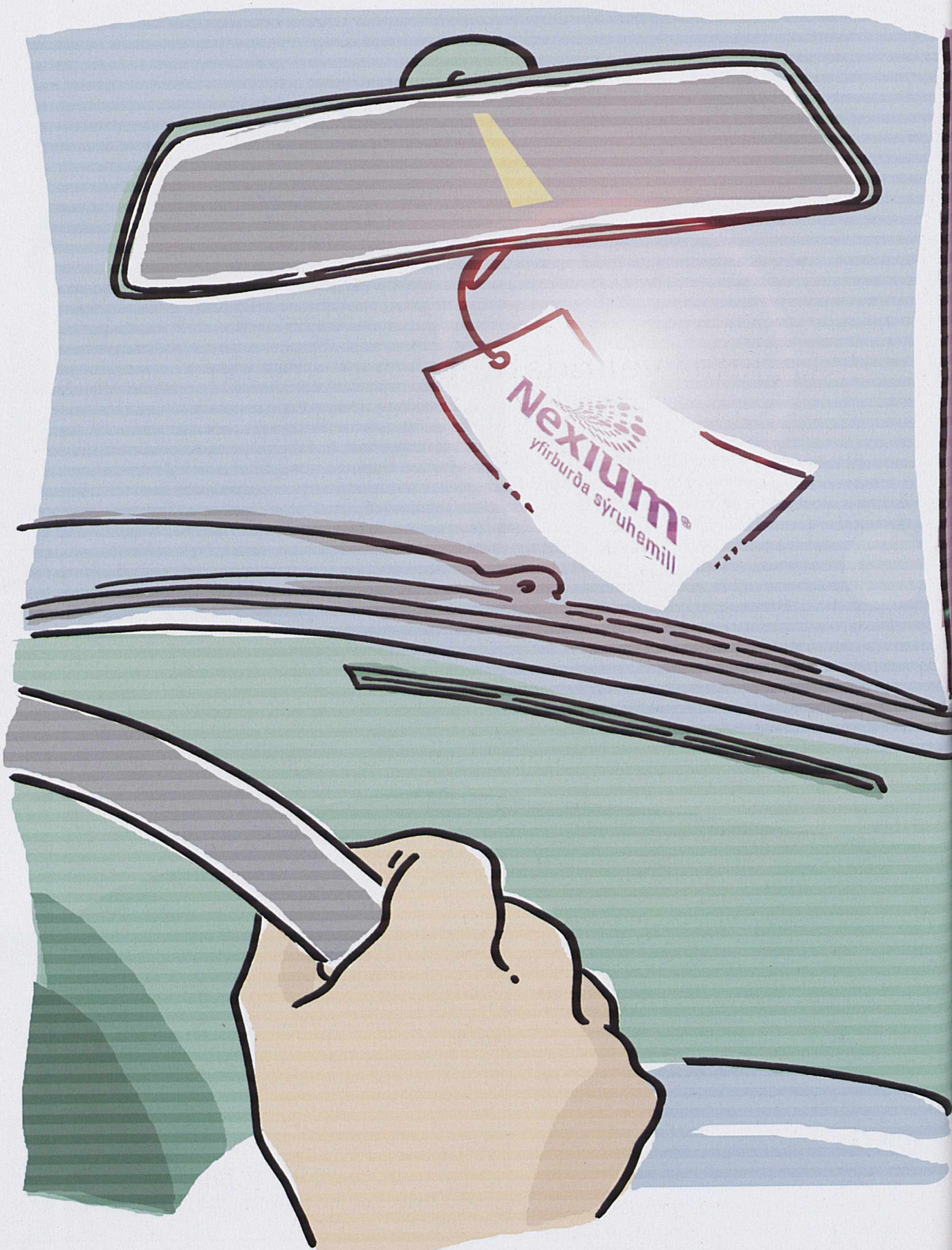
þurfa að halda skráð sig á póstlista og fengið tölvupóst mánaðarlega þar sem greint er frá nýjum sérlyfjatextum, hvað hefur breyst og hvaða lyf eiga að hverfa af markaði.

Guðrún Edda og Pétur sögðu að stofnunin vonaðist til að með þessum hætti væri hægt að koma þessum upplýsingum hratt og vel til notenda. Enn er þó talin ástæða til að gefa Sérlyfjaskrána út á bók því læknar og aðrir notendur hennar væru mislangt komnir í tölvutækninni. Oft hagaði líka þannig til á deildum sjúkrahúsa eða heilsugæslustöðvum að þar væru fáar tölvur til almennrar notkunar og ef þær væru uppteknar væri gott að grípa til bókarinnar.



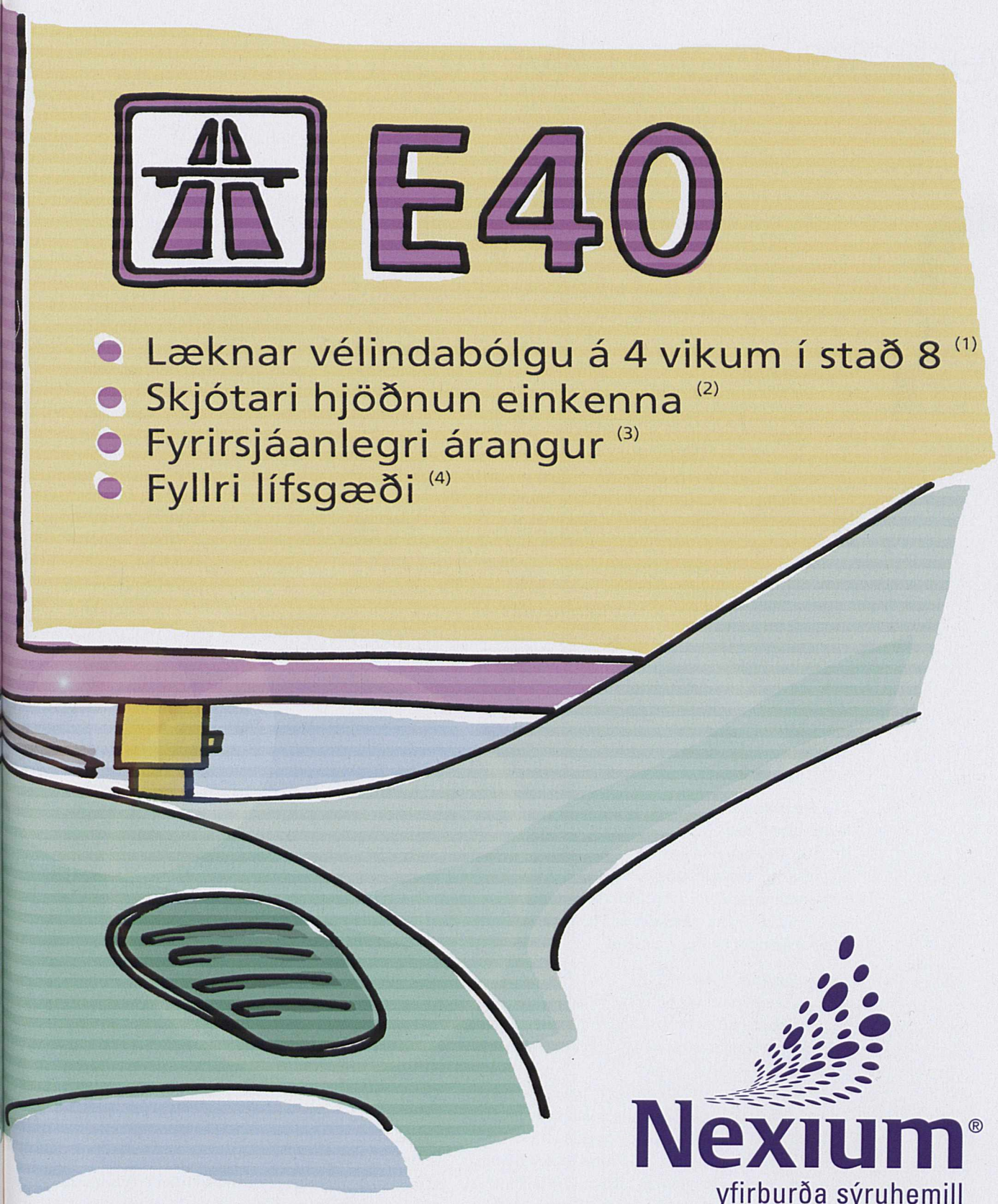
Forsíða heimasíðu Lyfjastofnunar. Hún mun ekki breytast en aðgangur að sérlyfjatextum verður allur annar og betri eftir að nýju síðurnar koma í gagnið sem verður fljótlega.

Þröstur Haraldsson



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 600-03

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



- 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. 551

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

Hvert skal beina kvörtunum?

Úrræði sjúklinga sem telja á sér brotið við læknisþjónustu



Gunnar Ármannsson

Hér verður sjónum beint að úrræðum sjúklinga sem telja á sig hallað í samskiptum við lækna eða veitingu læknisþjónustu almennt. Er gerð grein fyrir helstu lagaákvæðum á þessu sviði með það í huga að sjúklingar og læknar geti betur áttað sig á réttindum og skyldum á þessum vettvangi.

Lagafyrirmæli

Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997

Í 28. gr. laganna segir að athugasemdum sjúklings vegna þjónustu á heilbrigðisstofnun skuli beina til yfirstjórnar viðkomandi stofnunar. Vilji sjúklingur kvarta yfir meðferð getur hann beint kvörtun sinni til landlæknis eða nefndar um ágreiningsmál skv. 5. mgr. 3. gr. laga um heilbrigðisþjónustu, nr. 97/1990. Rétt er að vekja athygli á því að gerður er greinarmunur á athugasemdum og kvörtunum.

Starfsmönnum heilbrigðisstofnunar er skylt að leiðbeina sjúklingi eða vandamanni sem vill koma á framfæri athugasemd eða bera fram kvörtun. Enn fremur er stjórn heilbrigðisstofnunar skylt að taka til athugunar ábendingar starfsmanna sem telja að réttur sjúklinga sé brotinn.

Sjúklingur skal fá skrifleg svör við athugasemdum sínum og kvörtunum eins fljótt og auðið er.

Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990

Samkvæmt 5. mgr. 3. gr. laganna er landlækni skylt að sinna kvörtunum eða kærum er varða samskipti almennings og heilbrigðisþjónustunnar. Heimilt er að vísa ágreiningsmálum til sérstakrar nefndar, sem í eiga sæti þrír menn tilnefndir af Hæstarétti og ráðherra skipar til fjögurra ára í senn.

Læknalög nr. 53/1988

Í 18. gr. segir að læknir sé háður eftirliti landlæknis. Beri landlækni að gæta þess að læknir haldi ákvæði laganna og annarra ákvæða í heilbrigðislöggjöf landsins.

Í 18. gr. a. segir að hafi meðferð heilbrigðisstarfsmanns óvæntan skaða í för með sér skal mál rannsakað til að finna á því skýringar og tryggja eftir því sem kostur er að atvik eigi sér ekki aftur stað. Óvæntur skaði er þegar árangur og afleiðingar meðferðar verða önnur en gert var ráð fyrir í upphafi. Upplýsa skal sjúkling strax um hinn óvænta skaða sé þess kostur. Jafnframt skal gefa sjúklingi kost á að fylgjast með rannsókn máls.

Yfirlæknir og hjúkrunardeildarstjóri á heilbrigðisstofnun bera ábyrgð á að óvæntur skaði, sbr. 1. mgr., sé tilkynntur án tafar faglegum yfirstjórnendum stofnunarinnar sem tilkynna málið strax forstöðumanni hennar. Forstöðumaður ákveður hverju sinni, í samráði við faglega yfirstjórnendur, hvort málið skuli jafnframt strax tilkynnt embætti landlæknis. Forstöðumaður ber ábyrgð á að sérhver óvæntur skaði verði rannsakaður, afgreiddur og tilkynntur í samræmi við ákvæði þessarar greinar.

Nú verður óvænt dauðsfall á heilbrigðisstofnun sem ætla má að rekja megi til mistaka, vanrækslu eða óhappatilviks við meðferð eða forvarnir vegna sjúkdóms og ber yfirlæknir stofnunarinnar þá ábyrgð á að málið sé tilkynnt lögreglu í samræmi við ákvæði laga um dánarvottorð.

Heilbrigðisstofnanir skulu tvisvar á ári senda landlækni skýrslur um alla óvænta skaða af meðferð ásamt niðurstöðu rannsókna mála. Landlæknir skal árlega senda ráðherra samantekt um óvæntan skaða í heilbrigðisþjónustu og afdrif mála.

Sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn tilkynna óvæntan skaða til embættis landlæknis. Landlæknir tekur ákvörðun um hvernig staðið verður að rannsókn málsins.

Í 28. gr. segir að landlækni beri, verði hann þess var að læknir vanrækir skyldur sínar, fer út fyrir verksvið sitt eða brýtur í bága við fyrirmæli heilbrigðislaga landsins, að áminna hann. Áminning skal vera skrifleg og rökstudd. Landlæknir sendir afrit áminningar til heilbrigðisráðherra. Komi áminning ekki að haldi eða sé um að ræða óhæfu í læknisstörfum ber landlækni að skýra ráðherra frá málinu og gera tillögur um hvað gera skuli. Getur þá ráðherra úrskurðað að viðkomandi skuli sviptur lækningaleyfi að fullu eða tímabundið, en skjóta má þeim úrskurði til dómstóla.

Það telst óhæfa í læknisstarfi þegar læknir uppfyllir ekki þau skilyrði sem krafist var þegar hann

Læknar og lög

Gunnar Ármannsson framkvæmdastjóri Læknafélags Íslands tekur hér upp þráðinn úr aprílblaði Læknablaðsins og fjallar um lagalegan ramma læknisstarfsins. Að þessu sinni er sjónarhornið bundið sjúklingnum sem telur sig hafa orðið fyrir barðinu á mistökum lækna.

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

Höfundur er héraðsdómslögmaður og framkvæmdastjóri Læknafélags Íslands.

fékk lækningaleyfi, til dæmis vegna heilsubrests sem geri hann lítt hæfan, óhæfan eða jafnvel hættulegan við störf vegna vímuefnaneyslu eða vegna þess að hann hafi gert sig beran að alvarlegu hirðuleysi eða ódugnaði í störfum.

Hlutverk og staða landlæknis

Telji sjúklingur, eða eftir atvikum læknir, að landlæknir hafi ekki tekið rétt á málum sem til hans er beint vaknar sú spurning hvort og þá hvaða úrræði séu fyrir hendi.

Samkvæmt 3. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990 er landlæknir ráðunautur ráðherra og ríkisstjórnar um allt er varðar heilbrigðismál og annast framkvæmd tiltekinna málaflokka fyrir hönd ráðherra samkvæmt lögum, reglum og venjum er þar um gilda. Hann hefur eftirlit með starfi og starfsaðstöðu heilbrigðisstétta. Ráðherra skipar landlækni til fimm ára í senn. Ráðherra setur reglugerð um starf og stöðu landlæknis og embættis hans að höfðu samráði við samtök heilbrigðisstétta, læknadeild Háskóla Íslands og Læknafélag Íslands. Í reglugerðinni skal kveða á um faglegt eftirlit landlæknis með heilbrigðisstofnunum, lyfjanotkun, heilbrigðiseftirliti og sóttvarnaráðstöfunum og einnig um sérhæft starfslið til þess að sinna þeim verkefnum.

Af framangreindu má því ráða að landlæknir er lægrasett stjórnvald gagnvart heilbrigðisráðherra. Af því leiðir að heimilt er að kæra ákvarðanir landlæknis stjórnsýslukæru til ráðherra skv. 26. gr. stjórnsýslulaga. Meginreglan er sú að kæra skal innan þriggja mánaða frá því að aðila máls var tilkynnt um þá stjórnvaldsákvörðun sem kæra skal.

Kvartananefnd

Samkvæmt 28. gr. laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga getur sjúklingur valið að beina kvörtun sinni til sérstakrar nefndar skv. 5. mgr. 3. gr. laga nr. 97/1990, um heilbrigðisþjónustu. Í nefndinni eiga sæti þrír menn, tilnefndir af Hæstarétti og ráðherra skipar til fjögurra ára í senn. Enginn nefndarmanna má vera starfsmaður heilbrigðisþjónustunnar og einn skal vera embættisgengur lögfræðingur og jafnframt formaður. Sömu reglur gilda um varamenn.

Þegar sjálfstæðum stjórnsýslunefndum er komið á fót er það gert með lögum og felst í stofnun slíkrar nefndar að tiltekin verkefni eru færð frá viðkomandi ráðherra til nefndarinnar. Þessar stjórnsýslunefndir eru sjálfstæðar í þeim skilningi að ráðherra fer ekki með almennar stjórnunar- og eftirlitsheimildir gagnvart þeim. Af þeim sökum getur ráðherra ekki gefið þeim bindandi fyrirmæli um framkvæmd stjórnsýslu, nema hafa til þess lagaheimild og ákvörðun slíkrar nefndar verður ekki skotið til ráðherra.

Umboðsmaður

Samkvæmt 2. gr. laga nr. 85/1997 um umboðsmann alþingis er hlutverk umboðsmanns að hafa í umboði alþingis eftirlit með stjórnsýslu ríkis og sveitarfélaga og tryggja rétt borgaranna gagnvart stjórnvöldum landsins. Þá á umboðsmaður að gæta þess að jafnræði sé í heiðri haft og að stjórnsýslan fari að öðru leyti fram í samræmi við lög og vandaða stjórnsýsluhætti. Til umboðsmanns má kvarta út af hvers konar ákvörðunum, úrlausnum, málsmeðferð og framkomu af hálfu starfsmanna ráðuneyta, ríkisstofnana og sveitarfélaga.

Hver sá sem telur sig beittan rangindum af hálfu stjórnvalda getur borið fram kvörtun við umboðsmann alþingis. Umboðsmaður tekur mál fyrir kvartanda að kostnaðarlausu.

Til þess að umboðsmaður alþingis taki kvörtun til meðferðar er gert að skilyrði að ef unnt er að skjóta ákvörðun til æðra stjórnvalds þá verður sá sem bera vill fram kvörtun að skjóta málinu fyrst til þess stjórnvalds sem æðra er áður en hann getur borið fram kvörtun til umboðsmanns. Þó getur í sumum tilfellum verið hægt að kvarta til umboðsmanns þótt ekki sé komin efnislega niðurstaða stjórnvalds, til dæmis yfir drætti á afgreiðslu máls og framkomu opinbers starfsmanns. Kvarta verður til umboðsmanns áður en ár er liðið frá því að ákvörðun, sú sem kvartað er yfir, var tilkynnt aðila. Kvörtun til umboðsmanns Alþingis skal vera skrifleg.

Dómstólar

Það er viðurkennd grundvallarregla í íslenskum rétti að dómstólar séu bærir til að skera úr hvers kyns ágreiningi um lögmæti ákvarðana og athafna stjórnvalda. Almennt má bera mál undir dómstóla þótt ekki sé búið að reyna allar kæruleiðir innan stjórnsýslunnar. Þó má í lögum finna ákvæði þar sem það er gert að skilyrði fyrir málsókn að mál hafi áður sætt úrlausn æðra stjórnvalds á grundvelli stjórnsýslukæru.

Samantekt

Hafi sjúklingur athugasemdir vegna þjónustu á heilbrigðisstofnun ber honum að beina þeim til yfirstjórnar viðkomandi heilbrigðisstofnunar. Vilji sjúklingur hins vegar kvarta vegna meðferðar getur hann valið um að kvarta til landlæknis eða kvartananefndar. Sé sjúklingur ekki sáttur við afgreiðslu landlæknis getur hann kært þá afgreiðslu stjórnsýslukæru til heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis. Réttmæti úrskurða heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og kvartananefndar getur sjúklingur borið undir umboðsmann alþingis eða dómstóla.



Lopress

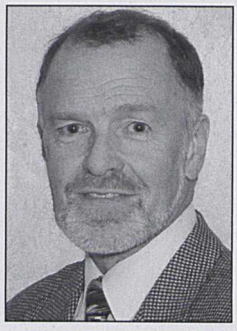
ÖFLUGT LYF VIÐ HÁÞRÝSTINGI

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 dígitalis. 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:* Ihuga 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. Rífampicín 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 töku 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 purpuralíki 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:* Vöðaverkir. *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

Krabbamein



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

Undirritaður lenti í sérkennilegum orðaskiptum við einn fyrirspyrjanda á liðnu ári. Tilefnið var að viðkomandi hafði tekið eftir því að heitið **krabbamein** væri ýmist notað sem eintölu- eða fleirtöluorð. Fyrirspyrjandinn var ekki sáttur við þetta og hafði samband við Íslenska málstöð. Niðurstöðunni úr þeirri umræðu lýsti hann þannig: „*– og vorum við sammála um að nafnið á sjúkdómnum væri eintöluhugtak –*". Fyrirspyrjandi gat í þessu sambandi um áhyggjur sínar af því að svonefnd safnheiti væru á undanhaldi, bæði í íslensku og ensku, og sagði að þess væri sennilega ekki langt að bíða að talað verði um „*sótthitana*" hjá sjúklingunum og að fólki verði boðin „*vötn*" að drekka. **Safnheiti** lýsir Íslensk orðabók Eddu frá 2002 þannig: *orð (í et.) er haft er um magn af e-u (t.d. sandur, fólk).*

Eintala, fleirtala

Undirritaður samsinnti fyrirspyrjanda, hvað varðaði vaxandi hugsunarlausa notkun fleirtölumyndar af orðum sem hingað til hafa verið talin eintöluorð, og tók sem dæmi nýlega fyrirsögn úr dagblaði: „*Matarverðin hafa hækkað að undanförnu.*" Vera má að þarna sé enn eitt dæmið um yfirþyrmandi áhrif enskunnar á íslenska tungu.

Hins vegar sagðist undirritaður hafa vanist því frá upphafi að bæði heitin, **mein** og **krabbamein**, væru notuð í eintölu og fleirtölu. Krabbamein væri til dæmis ekki einn sjúkdómur, heldur mörg og ólík mein. Þess vegna væri rétt að nota fleirtölu þegar það ætti við. Beita þyrfti þó bæði smekkvísi og tilfinningu fyrir málinu auk þess að hafa nokkra þekkingu á meinunum. Í sama streng tóku tveir aðspurðir sérfræðingar, annar krabbameinslæknir og hinn meinafræðingur.

Undirritaður tók svo **húðkrabbameinin** sem dæmi. Þar væri um að ræða býsna ólíka sjúkdóma hvað varðaði uppruna, útlit, hegðun og horfur og að nauðsynlegt væri að geta komið slíku á framfæri við sjúklinga og almenning með notkun fleirtölunnar. Fyrirspyrjandi var hvorki sáttur við dæmin né röksemdafærsluna og mótmælti notkun fleirtölunnar mjög ákveðið og endurtekið. Samskiptunum, sem byggðust á hverju tölvupóstskeytinu á fætur öðru, lauk eftir að undirritaður kom með tilvitnun í Lækningabók handa alþýðu á Íslandi frá árinu 1884 eftir J. Jónassen, en þar segir meðal annars svo í umfjöllun um átumein: *Ein af þeim tegundum átumeina, sem einna optast koma fyrir eru hin svonefndu krabbamein.* Ótal dæmi um notkun fleirtölunnar má svo finna í ritum íslenskra lækna alveg fram á þennan dag.

Tannsteinn

Sigríður Hrund Pétursdóttir, starfsmaður hjá einkaleyfaskrifstofunni Sigurjónsson & Thor ehf., sendi fyrirspurn vegna læknisfræðiheitanna **plaque** og **calculus**. Umfjöllun í hinum erlenda texta tengdist munni og tönnum þannig að heitin vísuðu augljóslega í **dental plaque** og **dental calculus**. Sigríður hafði flett upp í Íðorðasafni lækna og var ekki sátt við úrlausnir þess. Latneska orðið **calculus** kemur þar vissulega fyrir og er þýtt sem *steinn*, en **dental calculus** er ekki sjálfstæð fletta. Undirritaður svaraði að bragði á þann veg að **dental calculus** væri það sem við nefnum **tannstein** í daglegu tali. Læknisfræðiorðabók Dorlands lýsir fyrirbærinu þannig: *harður, steingerður massi, sem myndast á tönnum eða gervitönnum við kölkun á tannskán, breytilegur að lit frá rjómagulum til svarts.* Í almennu lýsingunni á **calculus** er að auki tilgreint að steingerður massi í líkamanum sé venjulega myndaður úr söltum steinefna.

Plaque

Íðorðasafnið birtir íslensku heitin **hörsl** og **skella** án frekari skýringa. Aftur var því leitað í Læknisfræðiorðabók Dorlands sem gefur þessar skýringar á **plaque**: *1. hvaða blettur eða flatt svæði sem er. 2. yfirborðslæg, þétt, upphækkuð húðmeinsemd sem er að minnsta kosti 1 sm í þvermál (0,5 sm samkvæmt sumum sérfræðingum).* **Dental plaque** er þannig lýst: *mjúkt, þunnt lag af fæðuleifum, slími og dauðum þekjufrumum sem falla út á tönnunum og verða að jarðvegi fyrir vöxt ýmissa baktería.*

Undirritaður tók það upp fyrir meira en tíu árum, í tengslum við meinafræðikennslu tannlæknanema, að nefna heildarfyrirbærið **tannskán**. Sýnilegar, mjúkar skánir á tönnum má þó hæglega nefna **tannskellur**. Á þeim tíma var til siðs hjá sumum öðrum kennurum tannlæknadeildar að nefna fyrirbærið **tannsýklu**. Undirritaður lagðist gegn því með þeirri röksemd að **sýkla** væri gott heiti á **bacterial flora**, en að **dental plaque** væri miklu meira en sýklagróður, eins og framangreind lýsing gefur til kynna. **Tannsýkla** væri því ágætt samheiti um alla þá sýkla sem tönnunum tengjast. Á sama hátt má búa til þægileg samheiti fyrir þær sýklategundir sem búa á öðrum tilteknum líkamssvæðum: **húðsýkla, munnsýkla, nefsýkla, ristilsýkla** og **skeiðarsýkla**.

Með Zarator® (atorvastatin) 10-80 mg ná 95% sjúklinga meðferðarmarkmiði

95% sjúklinga höfðu náð LDL-kólesteról meðferðarmarkmiði eftir 54 vikur



Hunninghake D, et al. J Fam Pract 1998;47:349-356

Pfizer

Zarator® (atorvastatin)

Lyfjatexti á bls. 553

Faraldsfræði í dag

Réttmæti aðferða



María Heimisdóttir

mariahei@landspitali.is

Í SÍÐUSTU PISTLUM hefur verið rætt um réttmæti aðferða í tölfræði og faraldsfræði. Meðal annars hefur verið tæpt á réttmæti mælitækja, svo sem spurningalista, og nú er komið að því að ljúka þessari umræðu, að minnsta kosti í bili, með því að fjalla svolítið um réttmæti úrvinnsluaðferða og tökum reiknilíkön sem dæmi.

Notkun reiknilíkana við vinnslu og túlkun niðurstaðna hefur aukist mjög undanfarin ár, ekki síst með tilkomu stórra gagnagrunna sem innihalda mjög fjölbreytilegar upplýsingar um stóra hópa einstaklinga. Með reiknilíkönum á ég hér við framsetningu og úrvinnslu gagna með fjölþáttagreiningu (multivariate analyses) sem getur verið á ýmsu formi, svo sem línuleg aðhvarfsgreining (linear regression), tvíundargreining (logistic regression), þáttagreining (factor analysis) og svo framvegis. Markmiðið með notkun reiknilíkana við úrvinnslu gagna er þá að öðlast yfirlit yfir heildaráhrif margra þátta á tilteknar útkomur, þar sem tekið er tillit til þeirra raskandi (confounding) og milliverkandi (interactive) áhrifa sem þættirnir geta haft hver á annan og þar með á lokaútkomuna. Stundum eru heildaráhrif allra þáttanna sameinuð með ýmsum aðferðum í eina vísitölu (index) til einföldunar. Þannig notuðu Charlson og félagar reiknilíkan til að lýsa áhrifum samverkandi sjúkdóma (comorbidities) á dánarlíkur sjúklinga á sjúkrahúsum og drógu síðan upplýsingarnar saman í eina vísitölu (1).

Mat á réttmæti slíkra aðferða er tvíþætt eins og mat á réttmæti annarra aðferða og niðurstaðna. Þannig þarf að taka afstöðu til hvort líkanið er réttmætt í því þýði sem lagt var til grundvallar við gerð þess og, ef svo reynist vera, að kanna réttmæti þess í öðrum þýðum. Réttmæti líkana tekur til hæfni þeirra til að lýsa sambandi forspárþáttanna við útkomuna, svo sem tengslum aldurs við sjúkrahúskostnað eða tengslum mataræðis við hjartasjúkdóma. Réttmæti líkans segir ekki til um hvort raunveruleg orsakatengsl séu milli forspárþátta og útkomu, heldur endurspeglar aðeins hve vel líkanið lýsir tölfræðilegum tengslum þessara þátta. Réttmæti slíkra líkana er mælt á ýmsa vegu, eftir því hvaða aðferð fjölþáttagreiningar var beitt við gerð þeirra.

Helstu ógnir við innra réttmæti líkana eru fjórar. Í fyrsta lagi getur skort mikilvæga forspárþætti, svo sem ef ekki er tekið tillit til aldurs þegar spáð er fyrir um legulengd á sjúkrahúsum. Í öðru lagi getur verið misbrestur á mælingu eða skilgreiningu forspárþátta þannig að áhrifum þeirra eru ekki gerð nægilega skýr skil í líkaninu. Til dæmis er hætt við að sjúkdómsgreiningar á ICD formi séu ekki næg lýsing á sjúkdómsbyrði þegar spá á fyrir um dánarlíkur. Í þriðja lagi þarf að tryggja að líkanið sem valið er hæfi raungögnunum, til dæmis að ekki sé valið línulegt líkan til að lýsa ólínulegu sambandi. Í fjórða og síðasta lagi getur réttmæti líkana stafað ógn af raskandi þáttum sem ekki hefur verið tekið nægilegt tillit til og eimir því enn eftir af áhrifum þeirra. Þetta kallast röskunarleif (residual confounding). Ef líkani er ætlað að leiðrétta fyrir raskandi áhrif þjóðfélagsstöðu á heilsufarsútkomur með því að taka tillit til menntunar er hætta á að röskunarleif verði eftir ef ekki er jafnframt litið til tekna, starfs og svo framvegis.

Eins og áður hefur verið rætt er innra réttmæti forsenda, en ekki trygging, ytra réttmætis. Ef líkanið lýsir ekki sambandi forspárþátta og útkomu í heimaþýði sínu er vonlítið að það geri það undir öðrum kringumstæðum. Segja má að ytra réttmæti líkana sé fyrst og fremst ógnað af þremur atriðum. Hið fyrsta er ef líkanið skortir algerlega forspárþætti sem eru mjög mikilvægir í ytra þýðinu (external population). Líkanið getur þá lýst mjög vel sambandi áhættuþátta og útkomu í heimaþýðinu en tekur alls ekki tillit til þátta er lita sambandið í ytra þýðinu. Annað atriði, sem í raun er náskylt hinu fyrsta, er ef samband forspárþátta og útkomu í ytra þýðinu er ólíkt því sem var í heimaþýðinu. Þá geta áhrif raskandi þátta sem leiðrétt var fyrir í upphaflega líkaninu komið fram á ný því áhrifin eru hér önnur. Þriðja atriðið er svo ef útkoman og/eða forspárþættirnir eru mældir eða skilgreindir á annan hátt í ytra þýðinu en í heimaþýðinu en slíkt misræmi getur haft mjög veruleg áhrif á gildi líkansins utan sinnar heimasveitar.

Ytra réttmæti er kannað annars vegar með því að bera saman eiginleika heimaþýðisins og hins ytra og reyna að átta sig á sambærileika þessara, en hins vegar með tölfræðilegu mati á frammistöðu líkansins í nýja þýðinu. Þetta má gera með því að endurskapa líkanið algerlega í nýja þýðinu og sjá hve sambærilegt það er við hið upprunalega eða með því að beita líkaninu á gögn um ytra þýðið og meta hve vel líkanið lýsir eða spáir fyrir um útkomur í því.

Heimild

1. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. J Chron Dis 1987; 40: 373-83.

FOSAMAX VIKUTAFLA (ALENDRONAT, MSD)



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

MERCK SHARP & DOHME

UMBOÐSAÐILI: FARMASÍA EHF

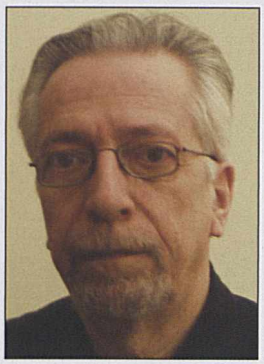
Lyfjatexti á bls. 550

VIKUTAFLA
FOSAMAX
70mg
alendronat

Lyfjamál 115

Læknar COX?

Gífurleg aukning kostnaðar vegna bólgueyðandi lyfja og gigtarlyfja (M01A)



Eggert Sigfússon

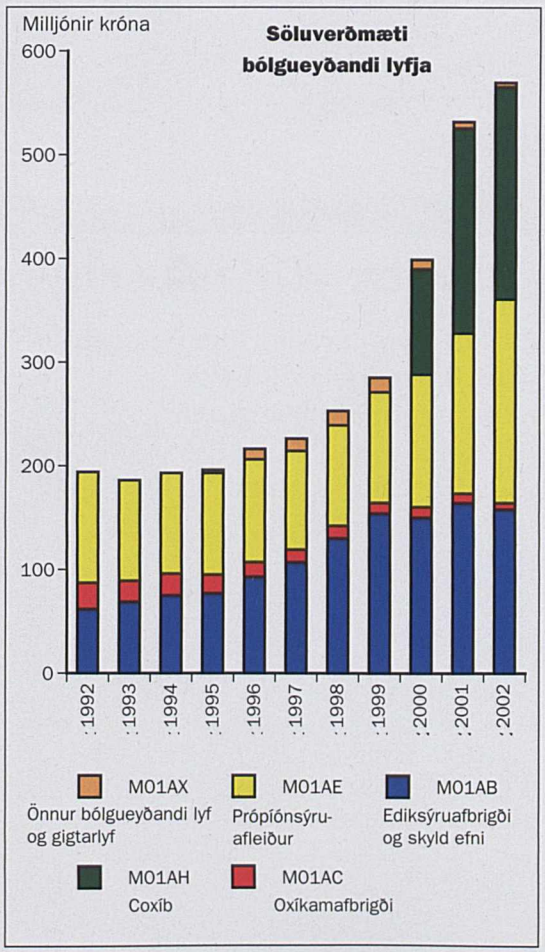
Fyrsta lyfið í flokki cox-2 hemjara (M01AH Coxíb) fékk markaðsleyfi hér á landi árið 2000. Síðan hafa þrjú önnur bæst við og má segja að þessi lyf hafi slegið rækilega í gegn. Notkun eldri lyfja hefur þó ekki minnkað, própíónsýruafleiður (íbúprófen, naproxen, ketóprófen) hafa meira að segja aukist líka. Söluverðmæti bólgueyðandi lyfja var 570 milljónir króna á síðasta ári og hafði vaxið úr 194 m.kr. árið 1992. Hlutur coxíb-lyfjanna á síðasta ári var 205 m.kr. eða 36% af verðmæti. Meðalverð dagskammts er þrisvar til fjórum sinnum hærra en eldri lyfja, til dæmis íbúprófens og naproxens.

Á meðan vinir okkar á Norðurlöndum, sem fengu þessi lyf á markað nokkru fyrr en við, eru nú komnir í sjö til átta skilgreinda dagskammta (DDD) á hverja 1000 íbúa á dag af coxíb-lyfjum, erum við komin yfir 18 dagskammta. Það þýðir að um 2% landsmanna nota coxíb-lyf daglega alla daga ársins. Eigum við virkilega að trúa því að nauðsynlegt sé að við notum nú hlutfallslega 120% meira af þessum lyfjum en nágrannar okkar? Getum við ekki notað sameiginlega fjármuni okkar til einhvers skynsamlegra?

Hér höfum við enn eitt dæmið um nokkurt bráðlæti okkar þar sem vitað er að coxíb-lyfin gefa engu betri árangur en eldri lyf nema að vera hugsanlega betri kostur í þeim tilfellum þar sem sjúklingar hafa sögu um sármyndun í meltingarfærum af völdum bólgueyðandi lyfja (NSAID) (1, 2).

Ennfremur hafa komið fram vísbendingar um að meiri hætta sé á alvarlegum aukaverkunum á hjarta af völdum coxíb-lyfja þó svo það sé ekki endanlega sannað (3). Á meðan staðan er enn þannig er full ástæða til að gæta fyllstu varúðar og hugsa sig vel um áður en nýja lyfið er prófað.

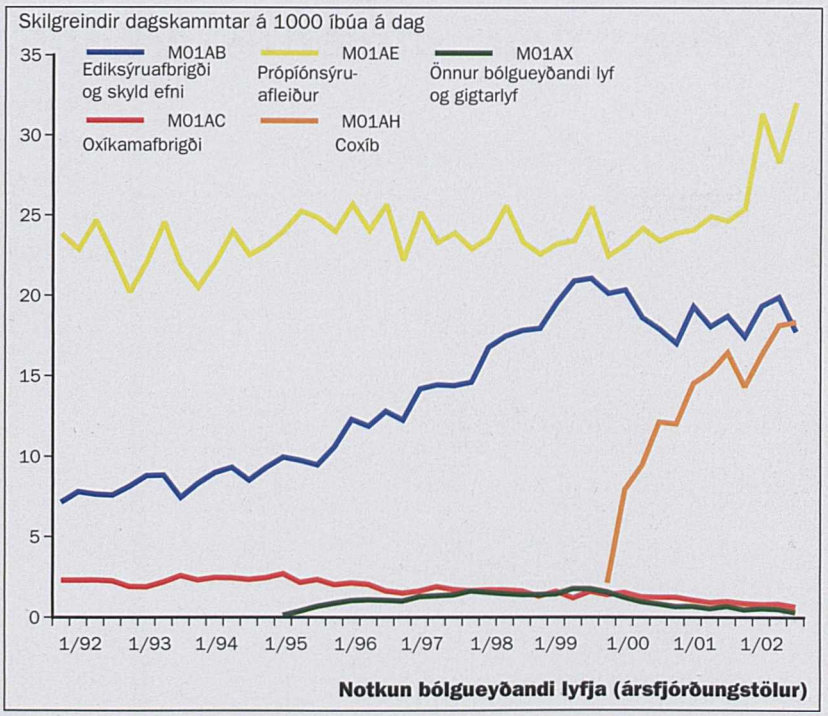
Institut for rationel farmakoterapi (IRF) í Danmörku og Statens beredning för medicinsk utredning (SBU) í Svíþjóð eru samdóma um að mæla ekki með cox-2 hemjurum sem „rútínu"-meðferð.



Heimildir

1. CLASS study. JAMA 2000; 284: 1247-55.
2. VIGOR study. N Engl J Med 2000; 343: 1520-8.
3. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. JAMA 2001; 286: 954-9.

Höfundur er deildarstjóri í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti.





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. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík.

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

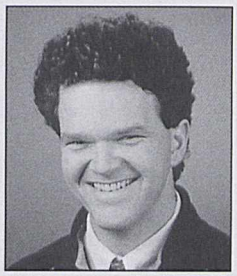
Ábendingar: Aerius er ætlað að draga úr einkennum árstíðabundins ofnæmisnefkvefs og langvinns ofsakláða af óþekktum toga. Skammtar og lyfjagjöf: Fullorðnir og unglingar (12 ára og eldri): 1 tafla einu sinni á dag með eða án máltíðar. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna, eða fyrir lóratadíni. Varnaðarorð og varúðarreglur: Upplýsingar um verkun og öryggi Aerius taflna 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. Lynghálsi 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

Af hnerra og hetjuskap



Bjarni Jónasson

bjarni.jonasson@gb.hgst.is

Óánægður sjúklingur

Lögfræðingur nokkur sem talinn var til undantekninga meðal starfssystkina sinna þar eð hann þótti flestum til ama og lítt vandur að virðingu sinni þurfti að leggjast fársjúkur inn á spítala. Þrátt fyrir ítarlegar rannsóknir var ekki ljóst hvað amaði að manninum og dag og nótt barðist starfsfólk spítalans við að halda lífinu í honum. Fyrstu vikuna þurfti að skera manninn upp þrisvar sinnum og vegna þess hve alvarlegt ástand hans var eftir síðustu aðgerðina var honum haldið sofandi næstu daga. Loks fór að ganga betur og maðurinn komst til rænu. Ekki leið á löngu þar til starfsfólkið fór að ræða sín á milli og án þess að hann heyrði hve miklu auðveldara það hefði verið að sinna sjúklingnum á meðan hann var sofandi. Maðurinn sýndi nú óyggjandi batamerki dag frá degi og þremur vikum eftir innlögn var komið að útskrift.

„Mér finnst alveg með ólíkindum á dögum allrar þeirrar tækni sem læknavísindin hafa upp á að bjóða að það þurfi að halda manni milli heims og helju í marga sólarhringa áður en komist er að réttri sjúkdómsgreiningu. Og svo verð ég að segja að ég hef nú séð fallegri aðgerðarör en þau sem ég er með," sagði lögfræðingurinn við skurðlækninn sem staðið hafði í ströngu við að halda lífinu í sjúklingnum og hafði sýnt mikla þolinmæði við að sinna honum í veikindunum.

En nú fannst lækninum mælirinn vera fullur.

„Ef þú bara vissir hve áhugaverð veikindi þín voru frá sjónarhóli læknavísindanna og ef þú hefðir minnstu hugmynd um það hve erfitt það var að standast þá freistingu að fá svörin strax með krufningu þá hefur þú enga ástæðu til að kvarta yfir einu né neinu," sagði læknirinn ákveðinn og kvaddi.

Alltaf hnerrandi

Ung kona kom í skoðun til læknis án þess að hún væri beinlínis veik. Læknirinn fann ekkert athugavert og spurði hvort eitthvað sérstakt amaði að henni.

„Sko, það er dálítið sem hvílir á mér," sagði konan.

„Og hvað er það?" spurði læknirinn og virtist ekki vera að flýta sér, aldrei þessu vant.

„Sko, í hvert skipti sem ég hnerra fæ ég kynferðislega örvun sem nálgast fullnægingu."

„Ja hérna," sagði læknirinn. „Og til hvaða ráða hefur þú gripið út af því?"

„Ég hef notað svartan pipar," sagði konan.

Einn á móti

Maður á miðjum aldri kom til læknis í reglubundið eftirlit. Ekki bar á öðru en maðurinn væri með endemum vel á sig kominn. „Ég finn ekkert að þér. Er það annars eitthvað annað sem þú ert að velta fyrir þér?" spurði læknirinn.

„Ég hef verið að spá í það að láta taka mig úr sambandi," sagði maðurinn og fór svolítið hjá sér.

„Það er stór ákvörðun," sagði læknirinn. „Hefur þú rætt málið heima?"

„Já," sagði maðurinn. „Atkvæðin féllu þannig að 16 voru þessu fylgjandi en ég var einn á móti."

Leikmannsþankar

Ef maður hugsar út í það þá geðjast mér ekkert að því að fara til læknisins míns. Eins og svo margir heimilislæknar er hann með alls konar viðurkenningarskjöl upp á vegg hjá sér og kassa fullan af gúmmíhönskum á borðinu. Þessar viðurkenningar gefa honum heimild til að nota hanskana eins og honum sýnist.

Dauður við dyrnar

Hjúkkan kom hlaupandi inn á skrifstofu læknisins og var mikið niðri fyrir.

„Hann Ásmundur sem var að fara frá þér rétt áðan og allt virtist vera í stakasta lagi með datt líflaus niður við útidyrnar. Hvað viltu að ég geri?" spurði hjúkkan.

Læknirinn leit upp frá pappírunum. „Sjáðu til þess að hann snúi eins og hann hafi verið að koma inn," sagði læknirinn. „Hringdu svo í 112."

Hetjuskapur hjá tannlækni

Hjónunum Sigurði og Margréti var vísað inn til Páls tannlæknis. Þau voru mætt án þess að hafa gert boð á undan sér og Sigurður lét á sér skilja að hann væri tímabundinn.

„Palli minn, ég held að best sé að draga fjandans tönnina úr. Enga deyfingu og ekkert vesen, bara að kýla á´ða."

„Ég man ekki eftir að hafa hitt jafn yfirvegaðan og kjarkmikinn sjúkling í háa herrans tíð," sagði Páll fullur aðdáunar. „Og hvaða tönn er það?"

Þá sneri Sigurður sér að konu sinni og sagði: „Opnaðu munninn Magga mín og sýndu honum hvaða tönn það er, elskan."

Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga

Afleysingalæknir

óskast í ágúst, 2-4 vikur.

Upplýsingar veitir Lárus Jónsson yfirlæknir í síma 893 0110.

Heilbrigðisstofnun Bolungarvíkur

Afleysingalækni vantar í átta mánuði

Heilbrigðisstofnun Bolungarvíkur vantar sárlega afleysingalækni til starfa við stofnunina frá 21. júlí 2003 til 31. mars 2004. Æskileg menntun er heimilislækningar en þó ekki skilyrði. Gott samstarf er við lækna Heilbrigðisstofnunar Ísafjarðarbæjar.

Upplýsingar um starfið, aðstöðu og kjör gefa Íris Sveinsdóttir yfirlæknir í símum 456 7287 og 690 7600, og Ólafur Kristjánsson framkvæmdastjóri í símum 456 7175, 456 0147 og 896 7175.

Heilbrigðisstofnun Bolungarvíkur

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*

http://lb.icemed.is

Sykehuset Buskerud HF

Drammen er en flott by å bo i, sentralt beliggende med gode ski- og fritidsaktiviteter i et flott omland. Sentrum er blitt et hyggeligere og grønnere sted å være etter omfattende trafikkomlegging, og byens torg vil neste år nok en gang være arena for World Cup Sprint langrenn.

Ortopedisk avdeling søker 3 overleger – tiltredelse snarest

St.hj 4100 002 – Uls.nr: 2400,St hj 4100 011 – Uls.nr: 2402, St hj 4100 012 – Uls.nr: 2401
Avdelingen disponerer 45 senger. Avdelingen har 8 overleger og 6 leger under spesialisering (LUS), samt til enhver tid 4 turnuskandidater som sorterer under kir.avd. De har felles 8-delt vakt. Overlegene har i prinsipp hjemmevakt. Avdelingen er organseksjonert, der en opererer etter prinsippet "Pasienten i sentrum". Det er god internundervisning og fra høsten tilbys internettundervisning.
Vi har ca 3000 innleggelser pr år, hvorav 75% øyeblikkelig hjelp, og ca 11.000 poliklinisk konsultasjoner. Utstrakt fracturkirurgi, med ca 2800 inngrep på inneliggende pasienter og ca 1500 dagkirurgiske inngrep.
Vi vil fra høsten 2003, etter beslutning om samlokalisering, framstå som en kompakt og oversiktlig avdeling uten store interne transportavstander. Avdelingen har et godt samarbeid med barneavdelingen vedr barneortopedi, med nevrologisk avdeling vedr ryggortopedi og revmaavdelingen vedr revmakirurgi. Sykehuset Buskerud HF satser betydelig innen IT for et fullintegrert elektronisk pasientinformasjonssystem, bla. PACS/RisWEB og elektronisk meldingsutveksling med primærhelsetjenesten. Vi søker godt kvalifiserte spesialister i ortopedisk kirurgi med evne til team-arbeid, respekt for pasientenes krav, omgjengelighet og smidighet. Spesielt ønskes kunnskaper innen barneortopedi, ryggortopedi og revisjonsortopedi (implantater), samt scopisk ortopedi.
Søknad på søknadsblankett for legestillinger vedlagt attestkopier og vitnemål sendes Sykehuset Buskerud HF, personal- og omstillingsavdelingen, 3004 Drammen. Attestkopier vil ikke bli returnert.
Ved spørsmål om stillingen kan du kontakte avdelingsoverlege Amund Rudlang, tlf 32 80 30 00.
Søknad merkes ID.NR.:03/3407 - Søknadsfrist: 12.06.03

Fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema finnes på www.sykehuset-buskerud.no eller fås ved henvendelse til administrasjonens ekspedisjon, tlf. 32 80 30 12.

HELSE SØR

Søknad sendes på E-post: stillingsannonser@sb-hf.no eller til Sykehuset Buskerud HF, personal- og omstillingsavdelingen, 3004 Drammen.

Sykehuset Buskerud HF

Sykehuset Buskerud HF er et helseforetak i Helseregion Sør RHF, og er et differensiert sykehus som kan tilby behandling innenfor de fleste spesialiteter og grenspesialiteter innen somatikk og psykiatri. Sykehuset har 3.200 ansatte. I tillegg til egen barnehage og boliger kan sykehusets kulturforening tilby ansatte et allsidig aktivitets- og velferdsprogram.



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.landspitali.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**

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. janúar 2003**	92,70
Eining fyrir sjálfstætt starfandi heimilislækna	**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. nóvember 2002

Almennt gjald	53,50
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

Sumarlokun á skrifstofu læknafélaganna

Skrifstofa læknafélaganna verður lokuð frá og með 28. júlí til 11. ágúst vegna sumarleyfa starfsfólks.

Aðalfundur Læknafélags Íslands

22.-23. ágúst 2003

Aðalfundur Læknafélags Íslands verður haldinn dagana 22. og 23. ágúst næstkomandi að Hólum í Hjaltadal.

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

Nánar verður sagt frá aðalfundinum og dagskrá hans í næsta Læknablaði.

VIOXX
TÖFLUR M O1 A H
Virkt innihaldsefni: 12,5 mg eða 25 mg rófecoxib. Töflurnar innihalda laktósa. **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:** Rófecoxíb 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 ástlaðan 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 blóðfræði um nýru er minnkað getur rófecoxíb 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 bjúg 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 bjúgi og háum blóðþrýstingi. Hækkanir á ALAT og/eða ASAT (u.þ.b. þreföld eðlileg efri mörk, eða meira) hafa verið skráðar hjá u.þ.b. 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum á 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 laktósa í hverri töflu er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla einkenni laktósuóþols. **Milliverkanir:** Hjá sjúklingum sem náð höfðu jafnvægi á langvarandi warfarín meðferð varð 8% lenging á prótrombintíma í tengslum við daglega gjöf 25 mg af rófecoxíbi. Því skal hafa nákvæmt eftirlit með prótrombíntíma hjá sjúklingum sem eru á warfarín 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 stærri 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 haft 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. teófýllíni, amitryptilíni, tacríni og ólanzapíni). 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 hærri 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, óþægindi í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir. *Taugakerfi:* Höfuðverkur. *Húð:* Kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** *Almennar:* Þreyta/mättleysi, uppþemba, brjóstverkur. *Meltingarfæri:* Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur. *Augu, eyru, nef og kok:* Eyrnasuð. *Efnaskipti og næring:* Þyngdaraukning. *Stoðkerfi:* Sinadráttur. *Taugakerfi:* Svefnleysi, svefnhöfgi, svimi. *Geðræn einkenni:* Geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa. *Öndunarfæri:* Andþyngsli. *Húð:* Útbrot, atópískt exem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófecoxíb eða völdinakrampi (achalasia), sjúklingar sem ekki geta setið eða staðið uppréttir í a.m.k. 30 mínútur, ofnæmi fyrir alendrónati eða einhverjum hjálparefnanna, of lágt kalkgildi í blóði, Sjá einnig Varnaðarorð og varúðarreglur. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Alendrónat getur valdið staðbundinni ertingu í slímhúð í efri hluta vélindans. Þar sem sá 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 östrógenskort og aldur. Leiðrétta þarf lágt kalkgildi í blóði áður en meðferð með alendrónati er hafin (sjá Frábendingar). Aðrar truflanir á efnaskiptum (svo sem D-vítamínskort) þarf einnig að meðhöndla á árangursríkan hátt. Þar sem alendrónat tekur þátt í að auka steinefni í beinum, getur minniháttar lækkun í styrk kalks og fosfats í sermi komið fram, sérstaklega hjá sjúklingum sem fá sykurhrífandi barkstera (glucocorticoids), en þeir eiga á hættu að kalkfrásog minnki. Mikilvægt er því að tryggja að sjúklingar sem taka sykurstera fái nægjanlegt kalk og D-vítamín. **Milliverkanir:** Mjög líklegt er að matur og drykkur (þ.á m. sódavatn), kalk, sýrubindandi lyf og önnur lyf dragi úr frásogi alendrónats séu þau tekin inn samtímis því. Því eiga sjúklingar að láta a.m.k. hálfa klukkustund líða frá því að þeir taka inn alendrónat, þar til þeir taka inn önnur lyf (sjá Skammtar og lyfjagjöf og Lyfjahvörf). Ekki er búist við neinum öðrum milliverkunum sem hafa klíníska þýðingu. Sumir sjúklinganna í klínískum rannsóknum fengu östrógenmeðferð (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*, blóð 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:* Æðabjúpsbólga (uveitis). * Sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Skammtar og lyfjagjöf. *Niðurstöður blóðrannsókna:* Í klínískum rannsóknum kom fram tímabundin, væg, einkennalaus lækkun á kalsíum- og fosfatgildum í blóði hjá u.þ.b. 18% og 10% sjúklinga í meðferð með 10 mg/dag af alendrónati, en hjá u.þ.b. 12% og 3% þeirra sem fengu lyfleysu. Þrátt fyrir það var tíðni kalsíumlækkunar í < 8,0 mg/dl (2,0 mmól/l) og fosfatlækkunar í 2,0 mg/dl (0,65 mmól/l) svipuð hjá báðum hópunum. **Ofskömmtun:** Of lágt kalsíumgildi í blóði, of lágt fosfatgildi í blóði og aukaverkanir í efri hluta meltingarvegar, s.s. magaóþægindi, brjóstsviði, bólga í slímhúð í vélinda, bólga í magaslímhúð eða sár geta hlotist af inntöku of stórra skammta. Engar sértækar upplýsingar eru fyrir hendi um meðferð vegna ofskömmtunar alendrónats. Gefa skal mjólk eða sýrubindandi lyf til þess að binda alendrónat. Vegna hættu á ertingu í vélinda skal ekki framkalla uppköst og sjúklingurinn ætti að sitja eða standa upprétt. **Pakkningar og verð (nóvember, 2002):** 4 stk. 5179 kr; 12 stk. 13328 kr. Afgreiðslutilhögun: Lyfseðilsskylda. Greiðsluþátttaka: E. Handhafi markaðsleyfis: Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland.

FOSAMAX 70 mg
MSD
IS/1/01/007/01
TÖFLUR; M 05 B A 04
Hver tafla inniheldur: Acidum alendronatum 70 mg. Töflurnar innihalda laktósa. **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 fæða 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 óryggi notkunar þess. Því er ekki þörf á aðlögun skammta hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfsemi:* Aðlögun skammta er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með gauklasíumarhraða (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 vélindalkrampi (achalasia), sjúklingar sem ekki geta setið eða staðið uppréttir í a.m.k. 30 mínútur, ofnæmi fyrir alendrónati eða einhverjum hjálparefnanna, of lágt kalkgildi í blóði, Sjá einnig Varnaðarorð og varúðarreglur. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Alendrónat getur valdið staðbundinni ertingu í slímhúð í efri hluta vélindans. Þar sem sá 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 östrógenskort og aldur. Leiðrétta þarf lágt kalkgildi í blóði áður en meðferð með alendrónati er hafin (sjá Frábendingar). Aðrar truflanir á efnaskiptum (svo sem D-vítamínskort) þarf einnig að meðhöndla á árangursríkan hátt. Þar sem alendrónat tekur þátt í að auka steinefni í beinum, getur minniháttar lækkun í styrk kalks og fosfats í sermi komið fram, sérstaklega hjá sjúklingum sem fá sykurhrífandi barkstera (glucocorticoids), en þeir eiga á hættu að kalkfrásog minnki. Mikilvægt er því að tryggja að sjúklingar sem taka sykurstera fái nægjanlegt kalk og D-vítamín. **Milliverkanir:** Mjög líklegt er að matur og drykkur (þ.á m. sódavatn), kalk, sýrubindandi lyf og önnur lyf dragi úr frásogi alendrónats séu þau tekin inn samtímis því. Því eiga sjúklingar að láta a.m.k. hálfa klukkustund líða frá því að þeir taka inn alendrónat, þar til þeir taka inn önnur lyf (sjá Skammtar og lyfjagjöf og Lyfjahvörf). Ekki er búist við neinum öðrum milliverkunum sem hafa klíníska þýðingu. Sumir sjúklinganna í klínískum rannsóknum fengu östrógenmeðferð (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*, blóð 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:* Æðabjúpsbólga (uveitis). * Sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Skammtar og lyfjagjöf. *Niðurstöður blóðrannsókna:* Í klínískum rannsóknum kom fram tímabundin, væg, einkennalaus lækkun á kalsíum- og fosfatgildum í blóði hjá u.þ.b. 18% og 10% sjúklinga í meðferð með 10 mg/dag af alendrónati, en hjá u.þ.b. 12% og 3% þeirra sem fengu lyfleysu. Þrátt fyrir það var tíðni kalsíumlækkunar í < 8,0 mg/dl (2,0 mmól/l) og fosfatlækkunar í 2,0 mg/dl (0,65 mmól/l) svipuð hjá báðum hópunum. **Ofskömmtun:** Of lágt kalsíumgildi í blóði, of lágt fosfatgildi í blóði og aukaverkanir í efri hluta meltingarvegar, s.s. magaóþægindi, brjóstsviði, bólga í slímhúð í vélinda, bólga í magaslímhúð eða sár geta hlotist af inntöku of stórra skammta. Engar sértækar upplýsingar eru fyrir hendi um meðferð vegna ofskömmtunar alendrónats. Gefa skal mjólk eða sýrubindandi lyf til þess að binda alendrónat. Vegna hættu á ertingu í vélinda skal ekki framkalla uppköst og sjúklingurinn ætti að sitja eða standa upprétt. **Pakkningar og verð (nóvember, 2002):** 4 stk. 5179 kr; 12 stk. 13328 kr. Afgreiðslutilhögun: Lyfseðilsskylda. Greiðsluþátttaka: 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 titantvíoxíð (E171).
Ábendingar: Þunglyndi (ICD-10: Meðalalvarleg til alvarleg þunglyndisköst). Þráhyggju- og/eða áráttusýki. Felmturskröst (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-áráttusýki: 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.
Felmturskröst: 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: bekkt 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 æskileg 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 viðbending um ilkynja sefunarheilkenni. Eins og við á um önnur geðdeyfðarlyf skal gæta varúðar við notkun paroxetíns hjá sjúklingum sem þjást af oflæti. Sjálfsmorðshsætta 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 (maniu). Gæta skal almennrar varúðar við meðhöndlun þunglyndis hjá sjúklingum með hjartasjúkdóma. Nota skal paroxetín með varúð hjá sjúklingum með flogaveiki.Við alvarlega skerta lifrar- og/eða nýrnastarfsemi skal nota lægstu skammta sem mælt er með. 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 geðdeyfðarlyfja (imipramíns, desípramíns, amitriptýlíns, nortriptýlíns), sterkra geðlyfja af flokki fenótíazína (t.d. perfenazíns og tíoridazíns) auk lyfja við hjartsláttartruflunum í flokki 1C (t.d. flekaníðs og própafenóns).
Í rannsókn á milliverkunum *in-vivo* þar sem gefin voru samtímis (við stöðuga þéttni) paroxetín og terfenadín (enzymhvarfefni 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 serótóníneirkra efna (t.d. MAO-hemla, L-trýptófans) 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 nauðsynlega þarf að gefa þessi lyf samtímis.Gæta skal varúðar hjá sjúklingum á samhliða meðferð með paroxetíni og litíum 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 sáðlati, brenglun á kynlífsstarfsemi, skjálfti, svimi, æsingur, vöðvatitringur, taugaveiklun.
Þvag- og kynfæri: Þvaglátatruflanir.
Augu: Þokusýn.
Húð: Aukin svitamyndun.
Sjaldgæfar (<1%):
Almennar: Bjúgur (á útlimum og í andliti), þorsti.
Miðtaugakerfi: Vægt oflæti/oflæti, tilfinningasveiflur.
Hjarta- og æðakerfi: Gúlshraðsláttur (sinus trachycardia).
Mjög sjaldgæfar(<0,1%)
Almennar: Serótónínvirkt 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

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 læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju, meðferð á einkennum sjúkdóma af völdum bakflæðis frá maga í vélinda. *Til upprætingar á Helicobacter pylori ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð:* Til að lækna Helicobacter Pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter Pylori tengd sár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar á að gleypa heilar ásamt vökva og þær má hvorki tyggja né mylja. *Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease): Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis:* 40 mg einu sinni á sólarhring í 4 vikur. Fjögurra vikna meðferð til viðbótar er ráðlögð handa þeim sjúklingum sem ekki hafa fengið lækningu eða ef einkenni eru enn til staðar. Langtímameðferð til að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju: 20 mg einu sinni á sólarhring. *Meðferð á einkennum vegna bakflæðis frá maga í vélinda:* 20 mg einu sinni á sólarhring handa sjúklingum sem ekki eru með bólgu í vélinda. Ef einkenni hafa ekki horfið innan 4 vikna, skal sjúklingur gangast undir frekari rannsóknir. Eftir að einkenni hafa horfið, má halda þeim niðri með því að taka 20 mg einu sinni á sólarhring eftir þörfum. *Ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð til upprætingar á Helicobacter pylori og til að lækna Helicobacter pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter pylori tengd sár:* 20 mg ásamt amoxicillini 1 g og klaritromycini 500 mg eru gefin samtímis tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga. *Börn: Nexium er ekki ætlað börnum. Skert nýrnastarfsemi:* Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. *Vegna takmarkaðrar* reynslu hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi, skal gæta varúðar við meðferð þeirra. *Skert lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með vægt til miðlungs alvarlega skerta lifrarstarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. Sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfssemi ætti ekki að gefa meira en 20 mg hámarksskammt af Nexium. *Aldraðir:* Hjá öldruðum er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir esómeprazóli, benzímidazólsamböndum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur við notkun lyfsins:** Útiloka skal illkynja sjúkdóm, þar sem meðferð með Nexium getur dregið úr einkennum og seinkað sjúkdómsgreiningu. Sjúklingar á langtímameðferð (sérstaklega ef meðferð varir lengur en eitt ár) skulu vera undir reglulegu eftirliti. Sjúklingum sem nota lyfið eftir þörfum skal leiðbeina um að hafa samband við lækninn sinn ef eðli einkenna breytast. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Áhrif esómeprazóls á lyfjahvörf annarra lyfja:* Minna sýrumagn í maga við meðferð með esómeprazóli getur aukið eða minnkað frásog lyfja, ef frásog þeirra er háð sýrustigi magans. Eins og á við um önnur lyf sem hamla sýruseytingu eða sýrubindandi lyf, getur frásog ketókónazóls minnkað meðan á meðferð með esómeprazóli stendur. Esómeprazól hamlar CYP2C19, sem er aðalumbrotsensím esómeprazóls. Þegar 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**

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 (kreatíníníúthreinsun 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 eiturverkun 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.**

Sérlyfjatexti Seretide

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 brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kalíumskortur í blóði. *Stoðkerfi: Liðverkjir*, vöðvaþrautir. *Flútíkasónpróþíónat*: Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. **Sjaldgæfar(<0,1%):** *Húð:* Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvæntur berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfi til innöndunar. Hætta verður notkun strax, ástand sjúklings skal metið og hefja aðra meðferð, ef þörf krefur. **Pakkningar og verð:** Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Seretide 50/100: 6.008 krónur, Seretide 50/250: 7.532 krónur, Seretide 50/500: 10.045 krónur. 01.03.02

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

Ezetrol Skrásett vörumerki MSP Singapore Company, LLC, 300 Beach Road, The Concourse #13-05/06, Singapore 199555
MSD Töflur: C10 AX 09
Virkt innihaldsefni: 10 mg af ezetimíbi. **Ábendingar:** *Frumkomin kólesterólhækkun (Primary Hypercholesterolemia):*Ezetrol gefið samhliða HMG-CoA afoxunarmiðlahemli (statíni) er ætlað ásamt ákveðnu mataræði fyrir sjúklinga með arfblendna ættgenga kólesterólhækkun (heterozygous familial hypercholesterolemia) og kólesterólhækkun sem ekki er ættgeng (non-familial hypercholesterolemia) og ekki er hægt að meðhöndla með statíni á viðeigandi hátt. Ezetrol einlyfjameðferð, er ætluð ásamt ákveðnu mataræði fyrir sjúklinga með arfblendna ættgenga kólesterólhækkun (heterozygous familial hypercholesterolemia) og kólesterólhækkun sem ekki er ættgeng (non-familial hypercholesterolemia) þar sem statín er ekki talið viðeigandi eða er ekki þolað. *Arfhrein ættgeng kólesterólhækkun (Homozygous Familial Hypercholesterolemia):*Ezetrol gefið samhliða statíni, er ætlað ásamt ákveðnu mataræði fyrir sjúklinga með arfhreina ættgenga kólesterólhækkun. Sjúklingar geta einnig fengið aðra meðferð samhliða (t.d. LDL blóðskilun (apheresis)). *Arfhrein sítósterólhækkun (Homozygous Sitosterolemia (Phytosterolemia)):*Ezetrol er ætlað ásamt ákveðnu mataræði fyrir sjúklinga með arfhreina sítósterólhækkun. Rannsóknum sem sýna virkni Ezetrol sem forvörn við fylgikvillum æðakölkunar (atherosclerosis) hefur enn ekki verið lokið. **Skammtar:** Sjúklingar skulu vera á viðeigandi fitulækkandi fæði áður en meðferð er hafin og skal því haldið áfram meðan á meðferð með Ezetrol 10 mg töflum stendur. Ezetrol er ætlað til inntöku. Ráðlagður skammtur af Ezetrol er ein 10 mg tafla daglega. Ezetrol 10 mg töflur má taka inn á hvaða tíma dags sem er, með eða án fæðu. Þegar Ezetrol er bætt við statín skal annað hvort viðhalda upphafsskammti statínsins eða viðhalda þeim skammti sem þegar er tekinn. Í þessum tilvikum skal athuga skammtaleiðbeiningar fyrir það tiltekna statín. *Samhliða gjöf með gallsýru-sequestra (bile acid sequestrants):*Gefa skal Ezetrol annað hvort 2 klst. fyrir eða 4 klst. eftir að gallsýru-sequestra gjöf lýkur. *Notkun hjá öldruðum:*Engin þörf er á aðlögun skammta hjá öldruðum. *Notkun hjá börnum:*Börn og unglingar 10 ára: Engin þörf er á aðlögun skammta. Hinsvegar er klínísk reynsla hjá börnum og unglingum (9 til 17 ára) takmörkuð. Börn < 10 ára: Engar klínískar upplýsingar eru fyrir hendi, því er meðferð með Ezetrol ekki ráðlögð. *Skert lifrarstarfsemi:* Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með væga skerðingu á lifrarstarfsemi (Child Pugh gildi 5 til 6). Meðferð með Ezetrol er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með miðlungsmikla (Child Pugh gildi 7 til 9) eða verulega (Child Pugh gildi > 9) skerðingu á lifrarstarfsemi. *Skert nýrnastarfsemi:*Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.
Vinsamlegast leitið upplýsinga í Samantekt á eiginleikum lyfs (SPC) fyrir viðkomandi statín, þegar Ezetrol er gefið samhliða statíni. Ekki skal veita samsetta meðferð með Ezetrol og statíni á meðgöngu eða við brjóstagjöf. Ekki skal gefa Ezetrol með statíni sjúklingum sem hafa viðvarandi lifrarsjúkdóm eða stöðuga óútskýranlega hækkun á transamínasagildum. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Vinsamlegast leitið upplýsinga í Samantekt á eiginleikum lyfs (SPC) fyrir viðkomandi statín, þegar Ezetrol er gefið samhliða statíni. *Lifrarensím:*Í samanburðarrannsóknum hjá sjúklingum sem fá Ezetrol ásamt statíni hefur viðvarandi hækkun á transamínösum (þreföld eðlileg efri mörk) komið fram. Þegar Ezetrol er gefið ásamt statíni, skal framkvæma lifrarpróf þegar meðferð hefst og síðan samkvæmt ráðleggingum fyrir viðkomandi statín.*Skert lifrarstarfsemi:*Þar sem áhrif aukinnar þéttni ezetimíbs í líkamanum hjá sjúklingum með miðlungsmikla eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi eru ópekkt, er Ezetrol ekki ráðlagt. *Fíbröt:*Öryggi og verkun ezetimíbs samhliða fíbrötum hefur ekki verið staðfest og er samhliða gjöf Ezetrols og fíbrata því ekki ráðlögð. *Ciklósporín:* Gæta skal varúðar þegar hefja skal ezetimíb meðferð þar hjá sjúklingum sem taka ciklósporín. Magn laktósa í hverri töflu (55 mg laktósaeinhýdrat) er líklega ekki nægilegt til að framkalla sértæk einkenni laktósaóþols. **Milliverkanir:** Í forklínískum rannsóknum hefur verið sýnt fram á að ezetimíb örvar ekki cýtókróm P-450 umbrotsensím. Engar klínískt marktækar milliverkanir hafa komið fram milli ezetimíbs og lyfja sem vitað er að umbrotna fyrir tilstilli cýtókróma P-450 1A2, 2D6, 2C8, 2C9 og 3A4, eða N-asetýltransferasa. Í klínískum rannsóknum á milliverkunum hafði ezetimíb engin áhrif á lyfjahvörf dapsóns, dextrómetorfans, dígoxíns, getnaðarvarnarlyfja til inntöku (etinýlestradíóls og levónorgestrels), glípizíðs, tolbútamíðs, mídazólams við samhliða notkun. Címetidín hafði engin áhrif á aðgengi ezetimíbs þegar lyfin voru gefin samtímis. *Sýrubindandi lyf:* Samhliða gjöf sýrubindandi lyfja hægði á frásogi ezetimíbs en hafði engin áhrif á aðgengi lyfsins. Þessi minnkaði frásogshraði er ekki talinn hafa marktæka klíníska þýðingu. *Kólestýramín:* Samhliða gjöf kólestýramíns lækkaði meðalgildi AUC fyrir heildar ezetimíb (ezetimíb + ezetimíb-glúkúróníð) um u.þ.b. 55 %. Þessi milliverkun getur dregið úr þeirri auknu lækkun LDL-kólesteróls sem kemur fram þegar ezetimíbi er bætt við kólestýramín meðferð. *Fíbröt:*Samhliða gjöf fenófíbrats jók þéttni heildar ezetimíbs u.þ.b. 1,5 falt og samhliða gjöf gemfíbrósíls jók þéttnina u.þ.b. 1,7 falt. Þessi aukning er ekki talin hafa klínískt marktæka þýðingu. Fíbröt geta aukið kólesterólútskilnað með galli sem getur leitt til gallsteinamyndunar. Í forklínískri rannsókn á hundum varð aukning á kólesteróli í galli í gallblöðru af völdum ezetimíbs. Þrátt fyrir að ekki sé ljóst hvaða þýðingu þessar forklínísku niðurstöður hafi fyrir menn, er samhliða gjöf ezetimíbs og fíbrata ekki ráðlögð fyrr en rannsóknir hafa verið gerðar á notkun hjá sjúklingum. *Statín:*Engar milliverkanir af klínískri þýðingu komu fram þegar ezetimíb var gefið samhliða atorvastatíni, simvastatíni, pravastatíni, lóvastatíni eða flúvastatíni. Ciklósporín: Rannsakaðir voru átta sjúklingar sem farið höfðu í nýrnaígræðslu og voru í jafnvægi á ciklósporín meðferð, þeir voru með kreatínín úthreinsun > 50 ml/mín. Þegar sjúklingunum var gefinn einn 10 mg skammtur af ezetimíbi jók það meðalgildi AUC fyrir heildar ezetimíb um 3,4 (aukningin spannaði bilið 2,3 til 7,9) samanborið við heilbrigða einstaklinga úr í annarri rannsókn (fjöldi = 17). Í annarri rannsókn voru rannsakaðir sjúklingar með alvarlega nýrnabilun (kreatínín úthreinsun 13,2 ml/mín/1,73m^2) sem bíðu nýrnaígræðslu og fengu fjölda lyfja, þ.á m. ciklósporín. Þessir sjúklingar voru 12 falt næmari fyrir heildar ezetimíbi þegar sömu viðmið voru notuð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki skal gefa Ezetrol samhliða statíni á meðgöngu eða við brjótagjöf, vinsamlegast leitið upplýsinga í Samantekt á eiginleikum lyfs (SPC) fyrir viðkomandi statín. Meðganga:Aðeins ætti að gefa þunguðum konum Ezetrol ef það reynist algerlega nauðsynlegt. Engar klínískar upplýsingar um notkun ezetimíbs á meðgöngu eru fyrirliggjandi. Rannsóknir á dýrum sem fengu ezetimíb eitt sér benda hvorki til beinna né óbeinna skaðlegra áhrifa á meðgöngu, þroska fósturvísis/fósturs, fæðingar eða þroska eftir fæðingu. Brjóstagjöf:Ekki er ráðlegt að gefa konum sem hafa börn á brjósti Ezetrol. Rannsóknir á rottum hafa sýnt að ezetimíb skilst út í brjóstamjólk. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk hjá konum. **Aukaverkanir:** Klínískar rannsóknir sem stóðu í 8 til 14 vikur þar sem 3366 sjúklingum voru gefin 10 mg af ezetimíbi á dag, einu sér eða ásamt statíni, sýndu fram á að ezetimíb þolist almennt vel og aukaverkanir voru venjulega vægar og tímabundnar. Samanlögð tíðni skráðra aukaverkana vegna ezetimíbs var svipuð og milli ezetimíbs og lyfleysu. Einnig var fjöldi þeirra sem hættu í meðferð vegna aukaverkana svipaður hjá þeim sem fengu ezetimíb og þeim sem fengu lyfleysu. Eftirfarandi algengar (> 1/100, < 1/10) lyfjatengdar aukaverkanir voru skráðar hjá sjúklingum sem fengu ezetimíb eitt sér (fjöldi = 1691) eða ásamt statíni (fjöldi = 1675):Ezetimíb eitt sér: Taugakerfi: Höfuðverkur. Meltingarfæri:Kviðverkir og niðurgangur. Ezetimíb ásamt statíni: augakerfi:Höfuðverkur, þreyta. Meltingarfæri:Kviðverkir, hægðatregða, niðurgangur, vindgangur og ógleði. Stoðkerfi: Vöðvaverkir. Niðurstöður blóðrannsókna:Í klínískum samaburðarrannsóknum á meðferð með ezetimíbi einu sér, var tíðni klínískt mikilvægra hækkana á transamínösum (ALAT og/eða ASAT þreföld eðlileg efri mörk, við endurteknar mælingar) svipuð fyrir ezetimíb (0,5 %) og lyfleysu (0,3 %). Í rannsóknum á samhliða gjöf var tíðnin 1,3 % hjá sjúklingum sem fengu ezetimíb ásamt statíni og 0,4 % hjá sjúklingum sem fengu statín eitt sér. Þessar hækkanir voru yfirleitt án einkenna, án tengsla við gallstíflu og gengu til baka þegar meðferð var hætt eða við áframhaldandi meðferð. Marktæk hækkun á CK (tíföld eðlileg efri mörk) hjá sjúklingum sem fengu ezetimíb eitt sér eða ásamt statíni var svipuð þeirri hækkun sem átti sér stað þegar um lyfleysu var að ræða eða statín eitt sér. **Afgreiðsla**: Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka**: 0. **Pakkningar og verð (apríl, 2003)**: **Töflur**: 10 mg 28 stk. 5911 kr. 98 stk. 17987 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** MSD-SP Ltd., Hertford Road, UK-Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Bretland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf., Síðumúla 32, IS-108 Reykjavík.

CRESTOR AstraZeneca: SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

Crestor 10 mg, 20 mg og 40 mg, filmuhúðaðar töflur. **Virkt innihaldsefni og styrkleiki:** Hver tafla inniheldur 10 mg, 20 mg eða 40 mg rósúvastatín (sem rósúvastatín kalsíum). **Ábendingar:** Eðlislæg kólesterólhækkun í blóði (tegund IIa, þar með talin arfblendin ættgeng kólesterólhækkun í blóði) eða blönduð blóðfitutruflun *(mixed dyslipidaemia)* (tegund IIb), sem viðbót við mataræði þegar sérstakt mataræði og önnur meðferð án lyfja (t.d. líkamsþjálfun og megrun) hefur ekki borið viðunandi árangur. Arfhrein ættgeng kólesterólhækkun í blóði sem viðbót við sérstakt mataræði og aðra blóðfitulækkandi meðferð (t.d. LDL síun *(LDL apheresis)*) eða ef slík meðferð á ekki við. **Skammtar og lyfjagjöf:** Áður en meðferð er hafin ætti sjúklingurinn að vera á stöðluðu kólesteróllækkandi fæði, sem skal haldið áfram meðan á meðferð stendur. Skammtur á að vera einstaklingsbundinn og í samræmi við meðferðarmarkmið og svar sjúklings við meðferðinni. Fylgja skal gildandi viðmiðunarreglum. Ráðlagður upphafsskammtur er 10 mg til inntöku einu sinni á dag og með þessum skammti næst viðunandi árangur hjá meirihluta sjúklinga. Ef nauðsyn krefur má breyta skammti í 20 mg að 4 vikum liðnum. Tvöföldun skammts í 40 mg ætti eingöngu að hafa í huga fyrir sjúklinga með kólesterólhækkun í blóði á háu stigi og í mikilli hættu á hjarta- og æðasjúkdómum. Crestor má taka á hvaða tíma dags sem er, með eða án matar. **Börn:** Öryggi og verkun hefur ekki verið staðfest hjá börnum. Þess vegna er Crestor ekki ráðlagt börnum að svo stöddu. ***Aldraðir:*** Ekki er þörf á að breyta skömmtum. ***Skammtar hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi:*** Ekki er þörf á að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt- til meðalskerta nýrnastarfsemi. Crestor er ekki ætlað sjúklingum með mjög skerta nýrnastarfsemi. ***Skammtar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi:*** Crestor er ekki ætlað sjúklingum með virkan lifrarsjúkdóm. **Frábendingar:** Crestor á ekki að gefa sjúklingum sem hafa ofnæmi fyrir rósúvastatíni eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins, sjúklingum með virkan lifrarsjúkdóm, þar með talið óútskýrða viðvarandi hækkun á transamínósum í sermi eða hækkun á transamínósum í sermi upp fyrir þreföld eðlileg efri mörk *(ULN; upper limit of normal)*, sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun <30 ml/mín.), sjúklingum með vöðvakvilla *(myopathy)*, sjúklingum sem fá ciklósporín samtímis, á meðgöngutíma og við brjóstagjöf og konum á barneignaaldri sem ekki nota viðeigandi getnaðarvörn. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun.** ***Áhrif á nýru:*** Próteinmiga greind með strimilprófi og aðallega upprunnin í píplum, hefur komið fram hjá sjúklingum sem höfðu fengið stóra skammta af Crestor, sérstaklega 40 mg en það var í flestum tilvikum tímabundið eða ósamfellt. Ekki hefur verið sýnt fram á að prótein í þvagi sé fyrirboði um bráðan eða versnandi nýrnasjúkdóm. ***Áhrif á beinagrindarvöðva:*** Eins og gildir um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, hefur verið greint frá áhrifum á beinagrindarvöðva t.d. vöðvaþrautum og vöðvakvilla *(uncomplicated myalgia and myopathy)*, hjá sjúklingum á meðferð með Crestor. Greint hefur verið frá einstaka tilvikum rákvöðvalýsu hjá einstaklingum sem fengu rósúvastatín 80 mg í klínískum rannsóknum en það tengdist stundum skertri nýrnastarfsemi. Öll tilvikin löguðust þegar meðferð var hætt. ***Áhrif á lifur:*** Eins og á við um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, ætti að nota Crestor með varúð hjá sjúklingum sem neyta áfengis í miklum mæli og/eða eiga sögu um lifrarsjúkdóm. Ráðlagt er að mæla lifrarstarfsemi áður en og þremur mánuðum eftir að meðferð er hafin. Stöðva ætti meðferð með Crestor eða minnka skammta þess ef gildi transamínasa í sermi eru meira en þreföld eðlileg efri mörk. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** ***Ciklósporín:*** Við samtímis meðferð með Crestor og ciklósporíni var AUC gildi rósúvastaíns að meðaltali 7 sinnum hærra en hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum. Samtímis meðferð hafði ekki áhrif á plasmaþéttni ciklósporíns. ***K-vítamín hemlar:*** Eins og á við um aðra HMG-CoA redúktasa hemla getur orðið hækkun á INR við upphaf meðferðar með Crestor eða þegar skammtur er aukinn hjá sjúklingum sem samtímis fá meðferð með K-vítamín hemli (t.d. warfaríni). INR getur lækkað þegar meðferð með Crestor er hætt eða skammtur er minnkaður. ***Gemfíbrózíl:*** Eins og á við um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, varð tvöföldun á Cmax og AUC rósúvastatíns við samtímis notkun á Crestor og gemfíbrózíli. ***Sýrubindandi lyf:*** Við samtímis gjöf Crestor og sýrubindandi mixtúru, dreifu sem innihélt ál- og magnesíumhýdroxíð lækkaði plasmaþéttni rósúvastatíns um u.þ.b. 50%. Áhrifin voru minni þegar sýrubindandi lyfið var tekið 2 klst. á eftir Crestor. ***Erýtrómýsín:*** Samtímis gjöf Crestor og erýtrómýsíns leiddi til 20% lækkunar á AUC (0-t) og 30% lækkunar á Cmax rósúvastatíns. ***Getnaðarvarnalyf til inntöku/hormónauppbótarmeðferð (HRT; hormone replacement therapy):*** Samtímis gjöf Crestor og getnaðarvarnalyfja til inntöku leiddi til 26% hækkunar á AUC etinýlestradíóls og 34% hækkunar á AUC norgestrels. Þessa auknu plasmaþéttni ætti að hafa í huga þegar skammtur getnaðarvarnalyfs til inntöku er ákveðinn. Konur í klínískum rannsóknum hafa samt sem áður oft tekið þessi lyf samtímis og þoldist það vel. ***Önnur lyf:*** Samkvæmt niðurstöðum úr sértækum rannsóknum á milliverkunum er engra milliverkana með klínískа þýðingu að vænta við meðferð með dígoxíni eða fenófíbrati. Gemfíbrózíl, önnur fíbrið og lípíð lækkandi skammtar (> eða jafnt og 1 g/dag) af níacíni (nikótínsýru) auka hættu á vöðvakvilla þegar þau eru gefin samtímis sumum HGM-CoA redúktasa hemlum, sennilega vegna þess að þeir geta valdið vöðvakvilla þegar þeir eru gefnir einir sér. ***Cýtókróm P450 ensím:*** Niðurstöður in vitro og in vivo rannsókna sýna að rósúvastatín hvorki hemur né hvetur cýtókróm P450 ísóensím. Milliverkanir við rósúvastatín hafa hvorki komið fram við samtímis notkun flúkónazóls (CYP2C9 og CYP3A4 hemill) né ketókónazóls (CYP2A6 og CYP3A4 hemill). ***Aukaverkanir:*** Aukaverkanir sem hafa komið fram við meðferð með Crestor eru venjulega vægar og tímabundnar. *Taugakerfi: Algengar:* Höfuðverkur, sundl. *Meltingarfæri: Algengar:* Hægðatregða, ógleði, kviðverkir. *Stoðkerfi, stoðvefur og bein: Algengar:* Vöðvaþrautir. Mjög sjaldgæfar: Vöðvakvilli. *Almennar aukaverkanir: Algengar:* Þróttleysi. Eins og á við um aðra HMG-CoA redúktasa hemla hefur tíðni aukaverkana tilhneigingu til að vera skammtaháð. ***Áhrif á nýru:*** Próteinmiga, greind með strimilprófi og aðallega upprunnin í píplum, hefur komið fram hjá sjúklingum á meðferð með Crestor. Í flestum tilvikum dró úr próteinmigu eða hún gekk sjálfkrafa til baka þegar meðferð var haldið áfram og ekki hefur verið sýnt fram á að hún sé fyrirboði um bráðan eða versnandi nýrnasjúkdóm. ***Áhrif á beinagrindarvöðva:*** Eins og við á um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, hefur verið greint frá áhrifum á beinagrindarvöðva t.d. vöðvaverkjum og vöðvakvilla *(uncomplicated myalgia and mypathy)* hjá sjúklingum á meðferð með Crestor. Öll tilvik gengu til baka þegar meðferð var hætt. ***Áhrif á lifur:*** Eins og við á um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, hefur komið fram skammtaháð hækkun á transamínósum hjá fámennum hópi sjúklinga sem fengu rósúvastatín; meirihluti tilvikanna voru væg, tímabundin og án einkenna.

Handhafi markaðsleyfis: AstraZeneca A/S, Roskildevej 22, Albertslund, Danmörk. **Umboð á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. **Pakkningastærðir og verð:** Filmuhúðaðar töflur 10 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 4.233; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 12.739. Filmuhúðaðar töflur 20 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 6.237; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 18.551. Filmuhúðaðar töflur 40 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 9.196; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 28.168. **ATC-flokkun: C 10 A A 07. Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R, 0. Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá. AstraZeneca, maí 2003.**

ZARATOR - Pfizer.

Hver tafla inniheldur: Atorvastatinum INN, kalsíumsalt (þríhýdrat), samsvarandi Atorvastatinum INN 10 mg, 20 mg, 40 mg eða 80 mg. **Ábendingar:** Of hátt heildarkólesteról, LDL-kólesteról, apólípóprótein B og þríglýseríð hjá sjúklingum með kólesterólhækkun af ókunnri orsök,arfgenga(fjölskyldutengda) kólesterólhækkun,blandaða blóðfituhækkun(svo sem IIa- og IIb-gerð skv. Flokkun Fredericksons), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með sérstöku mataræði eða öðrum ráðstöfunum en lyfjagjöf. **Skammtar handa fullorðnum:** Sjúklingur á að byrja á stöðluðu kólesteróllækkandi mataræði áður en honum er gefið atorvastatín og ætti að halda því áfram á meðan á meðferð með atorvastatíni stendur. Venjulegur upphafsskammtur er 10 mg einu sinni á dag. Skammta á að ákveða fyrir hvern einstakling með tilliti til upphaflegs LDL-kólesterólgildis, markmiðs meðferðarinnar og svörunar sjúklings. Skammta skal aðlaga (leiðrétta) með 4 vikna millibili eða sjaldnar. Hámarksskammtur er 80 mg einu sinni á dag. Lyfið má taka hvenær sólarhringsins sem er með eða án fæðu. Ekki þarf að breyta skömmtum vegna aldurs eða nýrnastarfsemi. *Börn:* Takmörkuð reynsla er af notkun atorvastatíns hjá börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins, virkur lifrarsjúkdómur eða óskýrð viðvarandi þreföld hækkun á transamínósum í blóði, vöðvakvillar (myopathia), meðganga, brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri verða að nota getnaðarvarnir. **Varnaðarorð og varúðarreglur: Áhrif á lifur.** Rannsaka skal lifrarstarfsemi áður en meðferð hefst og síðan reglulega meðan á meðferð stendur. Gera skal prófanir á lifrarstarfsemi sjúklinga ef merki eða einkenni um hugsanlegar lifrarskemmdir koma fram. Hækki transamínasagildi skal fylgjast með sjúklingum þar til gildi verða eðlileg. Hækki transamínasar meira en þrefalt miðað við efri mörk meðalgilda er mælt með því að minnka skammta eða stöðva Zarator gjöf. Nota skal Zarator með varúð hjá sjúklingum sem neyta mikils magns áfengis og/eða hafa fengið lifrarsjúkdóm. **Áhrif á beinagrindarvöðva** Atorvastatín, eins og aðrir HMG CoA redúktasa hemlar, getur í einstaka tilvikum haft áhrif á beinagrindarvöðva og valdið vöðvaþrautum, vöðvaþrota og vöðvakvillum sem geta leitt til rákvöðvalýsu, sem er lífshættulegt ástand sem einkennist af hækkuðu CPK-gildi (meiri en tíföld efri mörk mæligilda), vöðvarauða í blóði (myoglobinaemia) og vöðvarauðamigu (myoglobinuria) sem getur valdið nýrnabilun. Gera þarf sjúklingum grein fyrir mikilvægi þess að tilkynna strax ef þeir finna fyrir vöðvaverkjum, stífni eða máttleysi sérstaklega ef lasleiki eða hiti fylgir. Ef klínisk merki um hækkað CPK-gildi (meiri en tíföld efri mörk mæligilda) eða rákvöðvalýsu eða grunur um rákvöðvalýsu koma fram á að hætta notkun atorvastatíns. Eins og á við um aðra HMG CoA redúktasa hemla hefur verið greint frá tilvikum um rákvöðvalýsu (sem sum leiddu til bráðrar nýrnabilunar vegna vöðvarauðamigu) eftir notkun atorvastatíns. Líkur á rákvöðvalýsa aukast þegar atorvastatín er gefið samtímis lyfjum eins og ciklósporíni, erýtrómýsíni, klaritrómýsíni, ítrakónasóli, ketókónasóli, nefasódóni, níasín fíbrötum og HIV-próteasa hemlum. **Milliverkanir:** Hætta á vöðvakvilla eykst við meðferð með öðrum lyfjum í þessum flokki ef cýklóspórín, fíbröt, erýtrómýsín, azól-sveppalyf eða níasín eru tekin inn samtímis og hefur í örfáum tilvikum leitt til rákvöðvasundrunar (rhabdomyolysis) auk skertrar nýrnastarfsemi af völdum vöðvarauðamigu (myoglobinuria). Atorvastatín umbrotnar fyrir áhrif cýtókróm P450 3A4. Með hliðsjón af reynslu við notkun annarra HMG-CoA hemla skal gæta varúðar þegar Zarator er gefið samtímis cýtókróm P450 3A4 hemli (t.d. cýklóspóríni, makrólíðsýklalyfjum og azól-sveppalyfjum). Áhrif efna, sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rífampicín eða fenýtóín), á atorvastatín eru ekki þekkt. Í klínískum rannsóknum sáust engar klínískt marktækar milliverkanir þegar atorvastatín var gefið samtímis blóðþrýstingslækkandi lyfjum eða blóðsykurlækkandi lyfjum. Við notkun atorvastatíns og dígoxíns samtímis um nokkurt skeið eykst stöðug blóðþéttni dígoxíns um það bil um 20%. Fylgjast skal náið með sjúklingum á dígoxínmeðferð. Við samtímis notkun atorvastatíns og getnaðarvarnalyfs til inntöku jókst þéttni noretíndróns og etinýlestradíóls. Hafa skal þessar hækkanir á þéttni í huga þegar skammtar getnaðarvarnalyfja til inntöku eru ákveðnir. Blóðþéttni atorvastatíns lækkaði (u.þ.b. 25%) þegar kólestípól var gefið með Zarator. Verkun á lípíð varð hins vegar meiri þegar atorvastatín og kólestípól voru gefin saman en þegar efnin eru gefin hvort fyrir sig. Við samtímis gjöf atorvastatíns og sýrubindandi mixtúra, sem innihalda magnesíum og álhýdroxíð, lækkaði blóðþéttni atorvastatíns u.þ.b. 35%; lækkun á LDL-kólesteróli breyttist hins vegar ekki. Við samtímis notkun atorvastatíns og warfaríns styttist prótrombíntími lítillega fyrstu daga meðferðarinnar en varð aftur eðlilegur innan 15 daga. Engu að síður skal fylgjast náið með sjúklingum á warfarín meðferð þegar atorvastatíni er bætt við. **Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið getur valdið fósturskemmdum** og meðganga og brjóstagjöf eru frábendingar við notkun atorvastatíns. Konur á barneignaraldri eiga að nota öruggar getnaðarvarnir. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir sem búast má við eru einkenni frá meltingarfærum þar á meðal hægðatregða, vindgangur, meltingartruflanir, kviðverkir sem venjulega lagast við áframhaldandi meðferð. Innan við 2% sjúklinga hættu þátttöku í klínískum rannsóknum vegna aukaverkana, sem tengdust Zarator. Eftirfarandi listi yfir aukaverkanir er byggður á niðurstöðum klínískra rannsókna og aukaverkunum sem skráðar hafa verið eftir markaðssetningu lyfsins. Áætluð tíðni tilvika er flokkuð samkvæmt eftirfarandi reglu: algengar (>1/100, <1/10); sjaldgæfar (>1/1.000,<1/100); mjög sjaldgæfar (>1/10.000,<1/1.000); koma örsjaldan fyrir (<1/10.000). **Meltingarfæri:** Algengar: Hægðatregða, vindgangur, meltingartruflun, ógleði, niðurgangur. Sjaldgæfar: Lystarleysi, uppköst. **Blóð og eitlar:** Sjaldgæfar: Blóðflagnafæð. **Ónæmiskerfi:** Algengar: Ofnæmi. Koma örsjaldan fyrir: Bráðaofnæmi. **Innkirtlar:** Sjaldgæfar: Hárlos, of mikill eða of lítill blóðsykur, brisbólga. **Geðræn vandamál:** Algengar: Svefnleysi, Sjaldgæfar: Minnisleysi. **Taugakerfi:** Algengar: Höfuðverkur, sundl, breytt húðskyn. Sjaldgæfar: Úttaugakvilli. **Lifur og gall:** Mjög sjaldgæfar: Lifrarbólga, stíflugula. **Húð og undirhúð:** Algengar: Húðútbrot, kláði. Sjaldgæfar: Ofsakláði. Koma örsjaldan fyrir: Ofsabjúgur, útbrot með blöðrum (þ.m.t. regnbogaroðasótt, Steven-Johnsons heilkenni og drep í húðþekju). **Stoðkerfi:** Algengar: Vöðvaþrautir, liðverkir. Sjaldgæfar: Vöðvakvilli. Mjög sjaldgæfar: Vöðvaþroti, rákvöðvalýsa. **Æxlunarfæri:** Sjaldgæfar: Getuleysi. **Almennar:** Algengar: Þróttleysi, brjóstverkur, bakverkur, bjúgur á útlimum. Sjaldgæfar: Lympa, þyngdaraukning. **Rannsóknir:** Hækkun á transamínósum í sermi hefur verið skráð hjá sjúklingum sem fá Zarator líkt og af völdum annarra HMG-CoA redúktasa hemla. Þessar breytingar voru oftast vægar og tímabundnar og ekki reyndist þörf á að hætta meðferð. Hækkun á transamínósum í sermi sem hafði klínískа þýðingu (hærri en þreföld efri mörk meðalgilda) kom fram hjá 0,8% sjúklinga sem fengu Zarator. Þessar hækkanir voru skammtaháðar og gengu til baka hjá öllum sjúklingunum. Í klínískum rannsóknum kom fram hækkun á kreatín fosfókínasa í sermi (CPK)-gildum (hærri en þreföld efri mörk meðalgilda) hjá 2,5% sjúklinga sem fengu Zarator sem er sambærilegt og af völdum annarra HMG-CoA redúktasa hemla. Meira en tíföld gildi umfram efri meðalgildi komu fram hjá 0,4% sjúklinga sem fengu Zarator. **Pakkningar og verð 1. október 2002: Töflur 10 mg:** (þynnupk.), 30 stk. 4.720 kr., 100 stk. 13.400 kr. **Töflur 20 mg:** (þynnupk.), 30 stk. 6.751 kr., 100 stk. 19.238 kr. **Töflur 40 mg:** (þynnupk.), 30 stk. 9.960 kr., 100 stk. 29.265 kr. **Töflur 80 mg:** (þynnupk.), 30 stk. 10.139 kr., 100 stk. 29.301 kr. **Sjá nánari upplýsingar um lyfið í Sérlyfjaskrá.** Lyfið er lyfseðilsskylt og greiðist samkv. greiðslufyrirkomulagi 0 í lyfjaverðskrá.
Pfizer, einkaumboð á Íslandi: PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.

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. ad 1 g. Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 50 míkróg. **Eiginleikar:** Lyfið er vatnslausn af flútikasóni 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: 1 úðan 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. mars 2001: 2.744 krónur. - 18.04.01

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. Storms WW. Journal of Asthma 1998;35(4);313-336.

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 ætíð 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 (ketókónazól 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. maí 2003:** Forðahylki, hart 1,4 mg: 30 stk. kr. 6.972 ,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 30 stk. kr. 7.216,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 100 stk. kr. 21.053 ,- Stytting á texta Sérlyfjaskrár janúar 2002. Hægt er að nálgast sérlyfjaskrártexta og samantekt á eiginleikum lyfs SPC í fullri lengd hjá lyfjaumboðsdeild Pfizer, PharmaNor hf.

Heimildir:

1. M. Chancellor et al.: "Tolterodine, an Effective and Well Tolerated Treatment for Urge Incontinence and Other Overactive Bladder Symptoms", 2000 Feb: 19(2): 83-91.

Pfizer

Detrusitol Retard
tolterodin

Remeron® Smelt (mirtazapin)
Hver munndreifitafla inniheldur 15 mg, 30 mg eða 45 mg af mirtazapíni **Ábendingar:** Alvarlegt þunglyndi (major depression). **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir: Hæfilegur dagsskammtur er venjulega á bilinu 15 mg til 45 mg. Upphafsskammtur er 15 mg eða 30 mg (stærri skammtinn á að taka að kvöldi). Aldraðir: Ráðlagður skammtur er sá sami og fyrir fullorðna. Hjá öldruðum sjúklingum skal auka skammtinn undir nákvæmu eftirliti til að ná fram viðunandi og öruggri svörun. Börn: Þar sem öryggi og verkun Remeron hefur ekki verið staðfest hjá börnum er ekki mælt með að börn séu meðhöndluð með Remeron. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir mirtazapíni eða einhverju hjálparefnanna. **Varúð:** Fylgjast þarf grannt með meðferðinni hjá sjúklingum með eftirtalda sjúkdóma: Flogaveiki eða vefrænar heilaskemmdir. Skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Hjartasjúkdóma, svo sem leiðslutruflanir, hjartaöng og nýlegt hjartadrep. Lágur blóðþrýstingur. Hætta skal meðferð ef gula kemur fram. Reynsla af notkun lyfsins hjá börnum er engin. Útskilnaður mirtazapíns getur minnkað hjá sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Eins og við gjöf annarra geðdeyfðarlyfja þarf að hafa í huga: Ef geðdeyfðarlyf eru gefin sjúklingum með geðklofa eða skylda geðsjúkdóma, geta geðveikieinkenni versnað í upphafi meðferðar. Ofsóknarhugmyndir geta aukist. Ef þunglyndisfasi maníódepressív-sjúkdóms er meðhöndlaður getur sjúklingurinn farið yfir í maníu. Eins og með önnur geðdeyfðarlyf skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sykursýki, þvagteppu eða gláku. Sé langtíma lyfjameðferð skyndilega hætt geta komið fram fráhvarfseinkenni með ógleði og höfuðverk. Eldri sjúklingar eru oft næmari fyrir lyfinu, einkum með tilliti til aukaverkana. Sjálfsvígshættan getur aukist í upphafi meðferðar, eins og við notkun annarra þunglyndislyfja. **Milliverkanir:** *In vitro* upplýsingar benda til þess að mirtazapín sé mjög veikur samkeppnishemill cýtókróm P450 ensímanna CYP1A2, CYP2D6 og CYP3A. Mirtazapín getur aukið slævandi verkun áfengis á miðtaugakerfið. Sjúklingum skal því ráðlagt að forðast áfengi meðan á Remeron meðferð stendur. Remeron á ekki að gefa samtímis MAO-hemlum eða innan tveggja vikna eftir að meðferð með slíkum lyfjum er hætt. Mirtazapín getur aukið slævandi áhrif benzódíazepína. Gæta skal varúðar þegar þessum lyfjum er ávísað samtímis Remeron. Remeron Smelt inniheldur aspartam (fenýlalanín). Hver tafla með 15 mg af mirtazapíni inniheldur 2,6 mg af fenýlalaníni, 30 mg tafla inniheldur 5,2 mg og 45 mg tafla inniheldur 7,8 mg. Þetta getur valdið skaða hjá sjúklingum með fenýlketónmigu (phenylketonuria). **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá barnshafandi konum og á því aðeins að gefa lyfið undir þeim kringumstæðum að brýna nauðsyn beri til. Upplýsingar um útskilnað mirtazapíns í brjóstamjólk eru ekki nægjanlegar til að geta dæmt áhættuna fyrir brjóstmylkinginn. **Áhrif á akstur og stjórnun vinnuvéla:** Remeron getur haft áhrif á einbeitingu og viðbragðsflýti. Sjúklingar í meðferð með þunglyndislyfjum eiga því að forðast hugsanlega áhættusöm verk sem krefjast viðbragðsflýtis og góðrar einbeitingar, s.s akstur bifreiða og stjórnun véla. **Aukaverkanir:** Aukin matarlyst og þyngdaraukning. Syfja (sem getur valdið skertri einbeitingu), sem venjulega kemur fram á allra fyrstu vikum meðferðar (Athugið. Lækkun skammta leiðir venjulega ekki til minni róandi áhrifa en getur skaðað áhrif lyfsins við þunglyndi). Almennur eða staðbundinn bjúgur með þyngdaraukningu. Svimi. Höfuðverkur. Í mjög sjaldgæfum tilvikum (0,01-0,1%): Stöðubundinn lágþýstingur. Oflæti (mania). Krampar, skjálfti, vöðvakippir (myoclonus). Bráð mergbæling (fjölgun eosínfíkla, kyrningafæð, kyrningahrap, vanmyndunarblóðleysi og blóðflagnafæð (sjá einnig kafla 4.4 „Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun"). Hækkun á transamínósum í sermi. Útbrot. Breytt húðskyn. Fótaóróti (restless legs). Liðverkir /vöðvaþrautir. Þreyta. Martraðir/ljóslifandi draumar. **Pakkningar og verð, 1 maí 2003.** Munndreifitöflur 15 mg: 6 stk. 674 kr, 30 stk. 3.142 kr; Munndreifitöflur 30 mg: 6 stk., 1.256 kr; 30 stk, 5.929; 96 stk, 14.885. Munndreifitöflur 45 mg: 30 stk., 7.716; 96 stk., 21.365.- **Afgreiðslutilhögun:** R **Greiðsluþátttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Organon As. **Umboð á Íslandi:** PharmaNor hf. Hörgatúni 2, 212 Garðabæ.
Nánari upplýsingar er að finna í samantekt á eiginleikum lyfsins (SPC) á Lyfjastofnun.is.

Ráðstefnur og fundir

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 vinnuvistfræðisamtakanna: 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*

28.-31. ágúst
Í Reykjavík. Norræn barnaverndarráðstefna. Nordisk barnvernkongress 2003. Vefsíða *www.bvs.is*

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/Maudsley Forum*

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/*

2.-4. október
Í Reykjavík. VI. Norræna Stoðtækjaráðstefnan. Nánari upplýsingar hjá Þóru Th. Hallgrímsson: *thorah@dice.is*, heimasíður: *www.dice.is* og *www.fsf.is*

9.-11. október
Í Gautaborg. Norrænt þing, Alcohol & Stress, sem Gautaborgarháskóli, Norræni lýðheilsuskólinn og NAD (Norrænt ráð í áfengis- og vímuefnarannsóknum) standa fyrir. Allar nánari upplýsingar sem varða þingið og flutning erinda þar er að finna á *www.nhv.se/nar*

19.-22. október
Í Belfast. 2003 International Healthy Cities Conference Belfast, Waterfront Hall Belfast. Nánari upplýsingar: *www.healthycitiesbelfast2003.com*

19.- 22. október
Í Prag, Tékklandi. Europaediatrics 2003, ráðstefna á vegum Evrópsku barnalæknasamtakanna (UNEPSA og CESP). Vefslóðin er *www.kenes.com/europaediatrics2003*

24.-26. október
Í Vín. 3rd World Congress on Men´s Health. Cancer in Males - Prevention, Diagnosis & Treatment. Nánari upplýsingar á heimasíðu: *www.wcmh.info*

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.

12.-13. maí, 2004
Í Stokkhólmi, Svíþjóð. Jerring symposium, Trends in pediatrics, from clinical research til patient care. Vefsíða *www.jerringfonden.org*

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.



Flixonase -nú er rétti tíminn

Fluticasone propionate 50 µg/sk



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

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

gsk GlaxoSmithKline

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