Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



Avocado from Israel
In a Can of Fishballs From the Canning Factory Ora Iceland

12/2004

Vellíðan án verkja
- njótum lífsins



Pfizer

CELEBRA™
(CELECOXIB)

Frá bágri líðan til betri daga

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

Sérlyfjatexti á bls. 890

827 Ritstjórnargreinar:
Laga- og reglugerðarbreytingar – og hvað svo?
Haraldur Briem

829 **Ferliverk á FSA í ljósi skýrslu Ríkisendurskoðunar**
Þorvaldur Ingvarsson

833 **Tengsl atvinnuleysis og nýgengis örorku á Íslandi 1992-2003**
Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson, Stefán Ólafsson

Öryrkjum á Íslandi fjölgaði verulega frá árinu 1996 til ársins 2003. Ekki verður fullyrt að gildistaka örorkumatsstaðals haustið 1999 hafi aukið nýgengi örorku. Með staðlinum er örorka einungis dæmd á læknisfræðilegum forsendum en áður höfðu fjárhagslegar og félagslegar aðstæður verið teknar til greina. Fjölgun öryrkja hérlendis að undanförnu hefur sterk tölfræðileg tengsl við breytingar á vinnumarkaði, einkum aukið atvinnuleysi og aukið álag á vinnustað.

839 **Vísindastörf á Landspítala – alþjóðlegur og íslenskur samanburður**
Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir, Anna Sigríður Guðnadóttir, Bjarni Þjóðleifsson

Rannsóknin lýsir úttekt á vísindavirkni starfsmanna Landspítalans á árunum 1999-2003 og samanburði við innlendar stofnanir, faggreinar og önnur lönd. Í ljós kom að vísindastarf á spítalanum stendur vel og hann er öflugt þekkingarfyrirtæki. Þetta styðst við bókfræðimælingar sem taka til magns og gæða í þeim tímaritum sem skráð eru í vísindalega gagnagrunninn Institute of Scientific Information.

845 **Einelti á vinnustað, vinnuskipulag og líðan starfsmanna**
Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, Kristinn Tómasson

Kannað var líðan, vinnuumhverfi og heilsufar starfsmanna í útibúum banka og sparisjóða með hliðsjón af því hvort þeir hefðu orðið fyrir einelti í starfi. Vorið 2002 var spurningalisti um sálfélagslega þætti í vinnu lagður fyrir alls 1847 manns. Um 15% starfsmanna höfðu orðið fyrir ýmiss konar áreitni í starfi, þar af 8% fyrir einelti. Í ljós komu tengsl milli vinnufyrirkomulags og eineltis og er mikilvægt að stjórnendur þekki þá áhættuþætti.

855 **Sigrumst á sýklasótt – leiðbeiningar um meðferð við svæsinni sýklasótt hjá fullorðnum**
Gísli H. Sigurðsson, Alma D. Möller

Sýklasótt er alvarlegt heilkenni sem orsakast af almennu bólguviðbragði líkamans við alvarlegri sýkingu. Þrátt fyrir miklar rannsóknir fer tala dauðsfalla hækkandi vegna vaxandi tíðni sjúkdómsins og því hafa ellefu alþjóðleg samtök lækna hrint af stað átaki með því markmiði að bæta greiningu og meðferð við sýklasótt. Hér er birtur afrakstur þess.

860 **Frá Félagi íslenskra röntgenlækna**

Læknablaðið nírætt

Í janúarblaðinu verður afmælis Læknablaðsins minnst. Birtar verða níu greinar úr útgáfusögu blaðsins, ein frá hverjum áratug 1915-2004, sem níu valinkunnir læknar hafa bent á sem verðuga fulltrúa hvers tíma. Með hverri grein fylgir inngangur þar sem valið er rökstutt. Ritstjórnargreinar í janúar eru jafnframt helgaðar blaðinu. Hefðbundnar fræðigreinar og félagslegt efni víkja í þetta sinn fyrir þessari uppskeruhátíð blaðsins. Efni í janúarblaðið völdu:
1915-1924 – Þorkell Jóhannesson, 1925-1934 – Guðrún Jónsdóttir, 1935-1944 – Páll G. Ásmundsson,
1945-1954 – Bjarni Þjóðleifsson, 1955-1964 – Þorvaldur V. Guðmundsson, 1965-1974 – Guðmundur Þorgeirsson,
1975-1984 – Sigurður Guðmundsson, 1985-1994 – Einar Stefánsson, 1995-2004 – Hildur Harðardóttir.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

12. tbl. 90. árg. desember 2004

Aðsetur
Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

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

Læknablaðið á netinu
www.laeknabladid.is

Ritstjórn
Emil L. Sigurðsson
Hannes Petersen
Jóhannes Björnsson
Karl Andersen
Ragnheiður Inga Bjarnadóttir
Vilhjálmur Rafnsson ábm.

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Brynja Bjarkadóttir
brynja@lis.is

Blaðamennska/umbrot
Þröstur Haraldsson
throstur@lis.is

Upplag
1.600

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

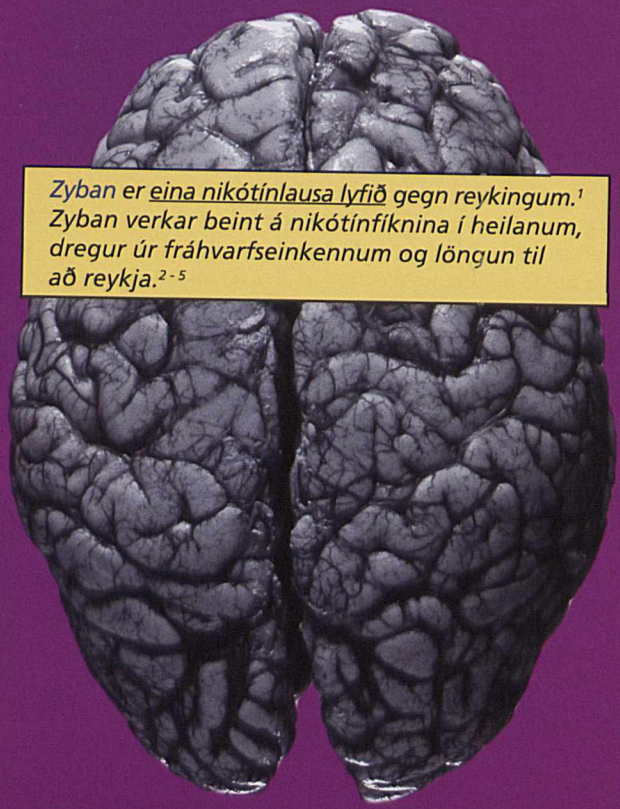
© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild án leyfis.

Prentun og bókband
Íslandsprent ehf.
Bæjarhrauni 22
220 Hafnarfirði

Pökkun
Plastpökkun ehf.
Skemmuvegi 8m
200 Kópavogi

ISSN: 0032-7213

Þetta er allt í höfðinu á þér



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

ZYBAN®
bupropion HCl forðatöflur 150 mg

gsk GlaxoSmithKline

Zyban FORÐATÖFLUR; N06 A X 12 R O

Hver tafla inniheldur: Bupropionum INN, klóríð, 150 mg. **Ábendingar:** Zyban töflur eru ætlaðar, ásamt stuðningsmeðferð, til að aðstoða sjúklinga sem háðir eru nikótíni við að hætta reykingum. **Skammtastærðir:** Meðferð ætti að vara í 7-9 vikur. Meðferð ætti að hefjast á meðan sjúklingur reykir ennþá, helst á 7.-14. degi meðferðar. Upphafsskammtur er 150 mg einu sinni á dag, í sex daga en síðan 150 mg tvisvar á dag. Að minnsta kosti 8 klst. þurfa að líða á milli skammta. Það má ekki taka meira en 150 mg í einum skammti og hámarksdagsskammtur er 300 mg. Ekki er mælt með notkun lyfsins hjá yngri sjúklingum en 18 ára þar sem öryggi og virkni lyfsins hefur ekki verið metin hjá þessum aldurshópi. Gæta skal varúðar þegar Zyban er gefið öldruðum. Ekki er hægt að útiloka aukið næmi hjá sumum öldruðum einstaklingum. Ráðlagður skammtur fyrir aldraða er 150 mg einu sinni á dag. Gæta skal varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum með skerta lifrar- og nýrnastarfsemi. Ráðlagður skammtur er 150 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Sjúklingar sem hafa ofnæmi fyrir búprópíóni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins mega ekki nota Zyban né heldur sjúklingar með krampa eða einhverja fyrri sögu um krampa, æxli í miðtaugakerfi, sögu um geðhvarfasýki (bipolar disorder), slæma skorpulifur eða greindir hafa verið með lotugræðgi eða lystarstol. Þegar hætta er á áfengisfráhvarfseinkennum eða þegar langtímanotkun benzódíazepína er hætt snögglega má ekki nota Zyban. Ekki má nota Zyban og MAO-hemla samtímis. A.m.k. 14 dagar ættu að líða frá því að meðferð með MAO-blokkum með óafturkræfa verkun lýkur og þar til meðferð með búprópíóni hefst. **Varúð:** Það má ekki nota stærri skammta af búprópíóni en ráðlagðir eru þar sem aukin hætta virðist vera á krömpum með hækkandi skömmtum af búprópíóni. Það er aukin hætta á krömpum samfara notkun á Zyban þegar áhættuþættir sem leitt geta til lægri krampaþröskuldar eru til staðar. Það má ekki nota búprópíón hjá sjúklingum með fyrirliggjandi áhættuþætti nema að hugsanlegur heilsufarslegur ávinningur af því að hætta reykingum vegi þyngra en hugsanlega aukin áhætta á krömpum. Hjá slíkum sjúklingum ætti að íhuga 150 mg hámarksskammt allan meðferðartímann. Skoða ætti alla sjúklinga með tilliti til fyrirliggjandi áhættuþátta, svo sem samtímis notkun annarra lyfja sem vitað er að geta lækkað krampaþröskuldinn, misnotkun áfengis, sögu um höfuðáverka, sykursýki meðhöndlaða með blóðsykurslækkandi lyfjum eða insúlíni, notkun örvandi lyfja eða megrunarlyfja. Hætta þarf notkun á Zyban og ekki hefja hana aftur hjá sjúklingum sem fá krampa meðan á meðferð stendur. Gæta skal varúðar þegar búprópíón er gefið samtímis öðrum lyfjum sem geta örvað eða hindrað umbrot þess. Búprópíón hindrar umbrot sem á sér stað fyrir tilstilli cýtókróm P450 2D6. Ráðlegt er að gæta varúðar þegar lyf sem umbrotið er af þessu enzými er gefið samtímis Zyban. Gæta þarf varúðar þegar Zyban og nikótínlyf eru notuð samtímis og fylgjast þarf með því vikulega hvort meðferðin valdi hækkuðum blóðþrýstingi. **Ofnæmi:** Stöðva ber notkun á Zyban ef ofnæmisviðbrögð (t.d útbrot, kláði, verkur fyrir brjósti, bjúgur eða mæði) koma fram hjá sjúklingum meðan á meðferð stendur. Lifverkir, vöðvaverkir og hiti hafa einnig komið fram í tengslum við útbrot og önnur einkenni sem benda til síðbúins ofnæmis. Þessi einkenni geta líkst blóðvatnsveiki (serum sickness) (Sjá kafla um aukaverkanir). Einkennin hafa gengið til baka hjá flestum sjúklingum þegar búprópíónmeðferð hefur verið hætt og meðferð með andhistamínum eða barksterum hafin. Þau hafa svo horfið með tímanum. Varðandi aldraða, nýrna- og lifrarbilaða sjúklinga er vísað í kafla um skammtastærðir. Þar sem lyfjafræði búprópíóns og sumra geðdeyfðarlyfja er svipuð, er hætta á að Zyban geti leitt til geðvandamála hjá viðkvæmum sjúklingum. **Milliverkanir:** Sjúklingar sem nota lyf sem vitað er að lækka krampaþröskuldinn, ættu ekki að fá Zyban nema að hugsanlegur heilsufarslegur ávinningur af því að hætta reykingum vegi þyngra en hugsanlega aukin áhætta á krömpum. Reykingum fylgir aukin CYP1A2-virkni. Eftir að reykingum er hætt getur dregið úr úthreinsun þeirra lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms. Þetta getur leitt til hækkaðrar þéttni þessara lyfja. Þetta getur einkum haft þýðingu fyrir lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 og hafa lækningagildi á þröngu þéttnisviði (t.d. teófýllín, takrín, klózapín). Klínískar afleiðingar þess að hætta að reykja á önnur lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 (t.d. imipramín, ólanzapín, klómipramín og flúvoxamín) eru ekki þekktar. Þrátt fyrir að búprópíón sé ekki umbrotið af ísóenzými CYP2D6, hafa rannsóknir in vitro á P450 úr mönnum sýnt fram á að búprópíón og hýdroxýbúprópíón hemja CYP2D6 ferlið. Notkun á Zyban samtímis öðrum lyfjum sem CYP2D6 umbrýtur, hefur ekki verið rannsökuð sérstaklega. Þess vegna ætti að hefja meðferð með lyfjum sem að mestum hluta eru umbrotin fyrir tilstilli þessa ísóenzýms og hafa lækningargildi á þröngu þéttnisviði, þ.m.t. ákveðnum þunglyndislyfjum (t.d. desipramín, imipramín, paroxetín), geðlyfjum (t.d. risperidón, tíoríðazín) betablokkum (t.d. metóprólól) og lyfjum við hjartslátturóreglu af flokki 1 C (t.d. própafón, flecaínið) í tiltölulega lágum skömmtum. Einnig með desipramín. Niðurstöður in vitro rannsókna benda til þess að búprópíón sé umbrotið í hýdroxýbúprópíón, helsta virka umbrotsefni búprópíóns, að mestu fyrir tilstuðlan cýtókróm P450 CYP2B6. Þess vegna er þörf á sérstakri aðgæslu þegar Zyban er gefið samtímis lyfjum sem vitað er að hafa áhrif á CYP2B6 ísóenzým (t.d. orfenadrín, cýklófosfamíð, ísófosfamíð). Nikótínforðaplástrar höfðu ekki áhrif á lyfjahvörf búprópíóns og umbrotsefna þess. Gæta þarf varúðar þegar Zyban er notað samtímis lyfjum sem örva umbrot (t.d. karbamazepín, fenóbarbítal, fenýtóín) eða lyfjum sem hemja umbrot (t.d. valpróat), þar sem þau geta haft áhrif á klíníska virkni og öryggi þess. Gæta þarf varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum sem samtímis fá levódópa. Takmarkaðar klínískar upplýsingar benda til hærri tíðni aukaverkana (t.d. ógleði, uppköst, óróa, eirðarleysi og skjálfti). **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið sýnt fram á að óhætt sé að nota Zyban á meðgöngu.Vegna þess að búprópíón og umbrotsefni þess eru skilin út í brjóstamjólk ber að ráða mæðrum frá því að hafa börn á brjósti þegar þær nota Zyban. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Eins og önnur lyf sem verka á miðtaugakerfið getur búprópíón haft áhrif á aðgerðir sem krefjast dómgreindar eða athygli eða hreyfistjórnunar. Einnig hefur verið greint frá því að Zyban hafi valdið svima eða ringli. Sjúklingar þurfa því að gæta varúðar við akstur eða stjórnun véla þar til að þeir eru vissir um að Zyban skerði ekki hæfni þeirra. **Aukaverkanir:** Eftirgreindar aukaverkanir hafa komið fram í klínískum tilraunum. Mikilvægt er að athuga að nikótínfráhvarfseinkenni (t.d. óróleiki, svefnleysi, skjálfti, svitakóf) koma oft fram þegar fólk hættir að reykja. Sum þessara einkenna greinast einnig sem aukaverkanir af völdum Zyban. **Algengar (> 1 %):** Almennar: Hiti. Meltingarfæri: Munnþurrkur, meltingartruflanir, þ.m.t. ógleði og uppköst, kviðverkir, hægðatregða. Miðtaugakerfi: Svefnleysi, skjálfti, skert einbeiting, höfuðverkur, svimi, geðdeyfð, eirðarleysi, kvíði. Húð / ofnæmi: Útbrot, kláði, aukin svitamyndun, ofnæmisviðbrögð svo sem ofsakláði. Skynfæri: Truflað bragðskyn. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Almennar: Brjóstverkur, þróttleysi. Hjarta og æðakerfi: Hraðtaktur, hækkaður blóðþrýstingur (stundum alvarlega), roði. Miðtaugakerfi: Rugl. Innkirtlar og efnaskipti: Lystarleysi. Skynfæri: Eyrnasuð, sjóntruflanir. **Mjög sjaldgæfar (< 0,1 %):** Hjarta og æðakerfi: Æðaútvíkkun, réttstöðuþrýstingsfall, yfirlið. Miðtaugakerfi: Krampi, tiðni er um það bil 0,1 %. Algengastur er þankippakrampi og stundum verður vart við rugl og minnisleysi að þeim loknum. Húð / ofnæmi: Alvarleg ofnæmisviðbrögð, þ.m.t. ofsabjúgur, andþrengsli/berkjukrampi og ofnæmislost. Lifverkir, vöðvaverkir og hiti hafa einnig komið fram í tengslum við útbrot og önnur einkenni sem benda til síðbúins ofnæmis. Þessi einkenni geta líkst blóðvatnsveiki (serum sickness). Einnig hefur verið greint frá regnbogaroðasótt (erythema multiforme) og Stevens Johnson heilkenni. **Pakkningar:** 60 stk. þynnupakkað og 100 stk. þynnupakkað. **Hámarksverð:** 60 stk.: 8.996 kr., 100 stk. 11.645 kr. **Heimildir:** 1: Sérlyfjaskrá. 2: Ascher JA, Cole JO, Colin JN et al. Bupropion: A review of its mechanism of antidepressant activity. J Clin Psychiatry 1995; 56:395-401. 3: Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cesation. N Engl J Med 1997; 337:1195-1202. 4: Leshner AI. Understanding drug addiction: Implications for treatment. Hospital Practice. October 15, 1996:47-59. 5: Pontieri FE, Gianluigi T, Orzi F et al. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity of those of addictive drugs. Nature 1996; 382:255-257. 31.07.01

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

864 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Lífeyrir – tryggingar – bankaviðskipti**
Birna Jónsdóttir

Minnum lækna á að taka þátt í rannsókn á umgjörð og heilsu í starfi lækna

865 **Framhaldsnám í lyflækningum á Landspítala: Fyrstu deildarlæknarnir útskrifaðir**

866 **Óhagkvæmt að flytja ferliverkin til baka**
Rætt við Stein Jónsson um kostnaðargreiningu Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands á nokkrum tegundum heilbrigðisþjónustu
Þröstur Haraldsson

868 **Vísvitandi sjálfsskaðar. Sjálfsvígstilraunir**
Brynjólfur Ingvarsson

869 **Orlofskostum fjölgar**

870 **Heilbrigðiskerfið sem hagstjórnartæki**
Ingólfur S. Sveinsson

873 **Rekstrarvandi og uppbygging Landspítala**
Ólafur Örn Arnarson

874 **Eru barna- og unglingageðlækningar að deyja út?**
Viðhorf stjórnvalda til barna þarf að breytast segja þær Guðrún Bryndís Guðmundsdóttir, Dagbjörg Sigurðardóttir og Helga Hannesdóttir
Þröstur Haraldsson

875 **Afmælisboð Læknablaðsins**

876 **Bókarumfjöllun: Hugsjónir og hugarvingl**
Tómas Helgason

877 **Frá fulltrúa LÍ í fastanefnd evrópskra lækna**
Katrín Fjeldsted

878 **Þegar Henry Gray kom fyrst í læknadeild Háskóla Íslands**
Örn Bjarnason

879 **Félagið er afrakstur norrænnar samvinnu**
Rætt við Atla Þór Ólason formann Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar en félagið verður fertugt á jólaföstunni
Þröstur Haraldsson

881 **Ráðstefna til minningar um Jón Steffensen**

882 **Minning: George W. Simmons M.D.**
Halldór Baldursson

883 **Frá Eli Lilly: Niðurstöður rannsókna birtar opinberlega**

884 **Reglur Fjölskyldu- og styrktarsjóðs sjúkrahúslækna og heilsugæslulækna**

Fastir pistlar

887 **Íðorð 172: Blóðgjöf**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

889 **Faraldsfræði 42: Þáttagreining**
Anna Birna Almarsdóttir

891 **Broshorn 54: Ofeldi og falskar**
Bjarni Jónasson

892 **Læknadagar 2005**

898 **Styrkir/lausar stöður/ þjónusta**

899 **Okkar á milli**

902 Sérlyfjatextar

907 **Minnisblaðið**

Hin margumrædda vinnutímatilskipun
Katrín Fjeldsted

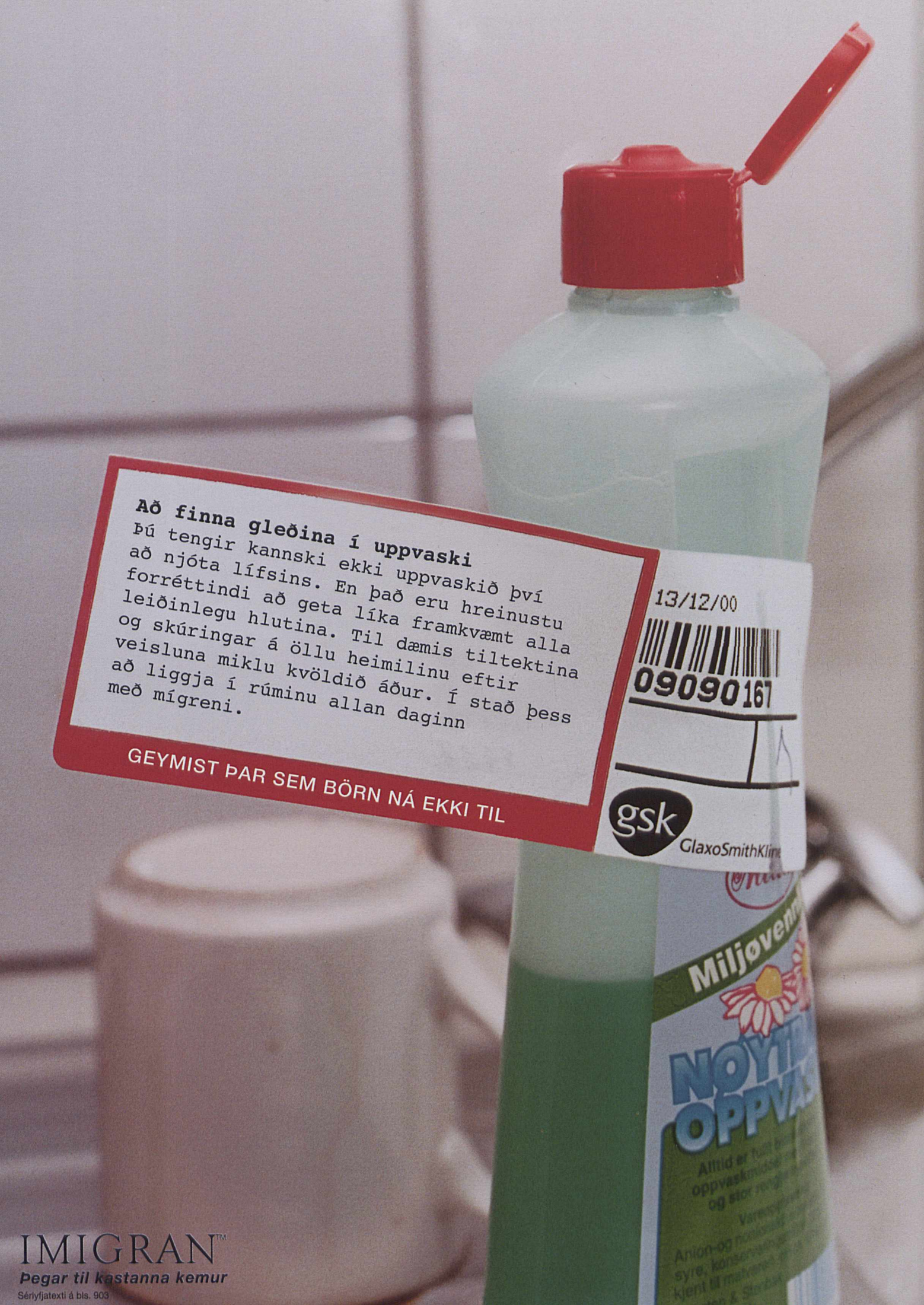
LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Birgir Andrésson

Birgir Andrésson (f. 1955) er myndlistarmaður sem segja má að sé mjög íslenskur en um leið fæst hann við málefni sem ofarlega eru á baugi í alþjóðlegu samhengi. Hann hefur leitað fanga í sögum, hefðum og handverki þjóðarinnar og dregið fram í verkum sínum sem unnin eru í ólíka listmiðla. Þau eiga það sameiginlegt að vera aðlaðandi, litrík og oft á tíðum gamansöm en geta um leið vakið áhorfendur til umhugsunar um knýjandi málefni okkar tíma. Fáir hérlendir listamenn hafa tekist á við sjálfsmynd þjóðar og rýni í menningarsögu með þeim hætti að af því megi bæði hafa gagn og gaman. Í sinni nýjustu myndaseríu, **Nýbúar**, frá þessu ári, sækir hann ekki langt aftur í tímann en Ora niðursuðudósirnar skipa óneitanlega sérstakan sess hjá þjóðinni sem vinsæl neysluvara. Á hverri ljósmynd hefur Birgir plantað framandi plöntu í dós undan mismunandi framleiðsluvöru niðursuðufyrirtækisins og tilgreinir með texta á myndinni hvað um sé að ræða. Allar eru plönturnar í dósunum gróskumiklar og gefa von um að með frekari umönnun og umpottun í varanlegan jarðveg komi þær til með að dafna vel. Hér er ekki flókið myndmál á ferðinni og boðskapurinn ljós, ef til vill pólitískari en áður hefur sést frá listamanninum. Önnur ný verk Birgis eru af svipuðum toga en það eru textamálverk þar sem titlar þekktra, erlendra, svart/hvítra kvikmynda eru málaðir með „íslenskum litum". Hann hefur lagt sig eftir að finna sérískenska liti sem hann leitar uppi í íslenskri byggingarlist og á minjasöfnum og flokkar eftir alþjóðlegum litakerfum. Hvort tveggja, ljósmyndirnar og málverkin, eru góð dæmi um hugmyndafræði listamannsins og húmor sem sjaldan er langt undan. Hann hefur verið fulltrúi Íslands á Feneyjatvíæringnum þar sem hann sýndi m.a. handprjónaða fána í sauðalitunum. Ný verk prýða nú hina endurnýjuðu ferju Norrænu þar sem hann vann með gömul, íslensk frímerki. Ef til vill er hann þekktastur fyrir textaverk sem eru portrett eða lýsingar, þar sem fjallað er um fólk, hross, byggingar og sjórekin lík svo dæmi séu tekin. Þá er hann mikill teiknari auk þess sem hann vinnur með ljósmyndir, skúlptúra, myndbönd og hljóð. Fram í janúar stendur yfir kynning á verkum Birgis í Safni á Laugavegi. Gleðileg jól!

Markús Þór Andrésson


Að finna gleðina í uppvaski
Þú tengir kannski ekki uppvaskið því að njóta lífsins. En það eru hreinustu forréttindi að geta líka framkvæmt alla leiðinlegu hlutina. Til dæmis tiltektina og skúringar á öllu heimilinu eftir veisluna miklu kvöldið áður. Í stað þess að liggja í rúminu allan daginn með mígreni.
GEYMIST ÞAR SEM BÖRN NÁ EKKI TIL
13/12/00
09090167
gsk
GlaxoSmithKline
Miljøvenn
IMIGRAN™
Þegar til kastanna kemur
Sérlyfjatexti á bls. 903

Laga- og reglugerðarbreytingar – og hvað svo?



Haraldur Briem

Þann 14. júní 2004 tóku gildi breytingar á sóttvarnalögum nr. 19/1997 (1). Breytingarnar sneru að ákvæðum um skráningu sýklalyfjanotkunar. Enda þótt nefndir alþingis sendi hagsmunaaðilum tillögur um lagabreytingar til umsagnar geta slíkar breytingar hæglega farið fram hjá mörgum þeim sem málið varða, einkum ef þær eru ekki til þess fallnar að valda deilum. Mikilvægt er að læknar viti af slíkum breytingum og ekki er síður mikilvægt að mönnum sé kunnugt um ástæður fyrir lagasetningunni en þær eru jafnan skýrðar í greinargerð með frumvörpum.

Ákvæðið í lögunum um skráningu á sýklalyfjanotkun á rót sína að rekja til erlends samstarfs. Væntanlega fer ekki fram hjá neinum að samningurinn um evrópska efnahagssvæðið (EES) og náin samskipti við Evrópusambandið (ESB) hafa mikil áhrif á starfsumhverfi okkar. Heilbrigðismál verða sífellt mikilvægari málaflokkur innan ESB, einkum á sviði sóttvarna enda virða smitsjúkdómar engin landamæri. Innan ESB sem og annars staðar eru vaxandi áhyggjur vegna þróunar sýklalyfjaónæmis meðal sýkla sem ógnað geta heilsu manna. Óttast er að slíkt ónæmi takmarki meðferðarúrræði sem fyrir hendi eru. Talið er að náið en flókið samband sé á milli vaxandi notkunar sýklalyfja og útbreiðslu ónæmra sýkla gegn lyfjunum. Efasemdir eru um að hægt sé að komast fyrir vandann með því að þróa stöðugt ný sýklalyf. Því er talið nauðsynlegt að innan ESB séu til staðar vöktunarkerfi sem veita samanburðarhæfar upplýsingar um nýgengi og algengi ónæmra sýkla og veita jafnframt upplýsingar um notkun sýklalyfja (2). Vöktunarkerfin eiga því að verða tæki í baráttunni gegn sýklalyfjaónæmi með því að varpa ljósi á mögulegt tengsl milli notkunar á sýklalyfjum og myndunar ónæmis. Einfaldast hefði verið að kveða á um slíka vöktun í reglugerð. Reglugerðir þurfa hins vegar að styðjast við lagaheimild. Því ákvað alþingi að tillögu ráðherra að sett yrðu ákvæði í sóttvarnalögin um notkun sýklalyfja. Vonast er til vöktunin leiði fyrr til aðgerða sem miða að skynsamlegri notkun sýklalyfja svo draga megi úr líkum á myndun sýklalyfjaónæmis.

Þótt lagabreytingar fari oft fram hjá mönnum gera reglugerðarbreytingar það líklega oftar. Í kjölfar þessa voru gerðar breytingar á reglugerð um skýrslugerð vegna smitsjúkdóma nr. 129/1999 (3) þar sem fram kemur að upplýsingum um sýklalyfjanotkun verður aflað annars vegar úr lyfjagagnagrunni Landlæknisembættisins vegna sjúklinga utan spítala og hins vegar frá sjúkrastofnunum sem upplýsa um aðkeypt magn sýklalyfja og skiptingu þeirra á spítaladeildir þar sem það á við. Jafnframt var kveðið á um í reglugerðinni að skrá skyldi ónæmi sýkla fyrir sýklalyfjum. Þá var bætt við nokkrum sjúkdómum sem ber að tilkynna vegna samstarfs okkar við ríki ESB á sviði sóttvarna. Ástæðan er að á undanförnum árum hafa Evrópuríkin samræmt skráningar og vöktunarkerfi vegna smitsjúkdóma svo þau verði samanburðarhæf og nýtist aðildarríkjunum þegar atburðir verða sem snerta fleiri en eitt ríki. Hér á landi er lagastoð fyrir slíkum breytingum með reglugerð.

Síðast en ekki síst var sett ákvæði í reglugerðina um skráninguaðgerðatengdrasýkingaíheilbrigðisþjónustunni. Sýkingar á sjúkrastofnunum (spítalasýkingar) eru vel þekkt vandamál og er skráning þeirra talin mikilsvert tæki til að greina vandann sem af slíkum sýkingum stafar og til að geta gripið til sóttvarnaráðstafana. Á Íslandi hefur borið á vaxandi vanda vegna þessara sýkinga og er skemmst er að minnast þess að yfirlæknir smitsjúkdómadeildar Landspítala ritaði grein í Læknablaðið í fyrra þar sem hann benti á ófullnægjandi hreinlætisaðstöðu á spítalanum sem gæti stuðlað að útbreiðslu sýkinga innan stofnunarinnar (4). Tók sóttvarnalæknir undir þessi sjónarmið og benti á að sýkingavarnasjónarmið þyrftu að hafa forgang í hönnun nýs spítala (5). Í umræðunni sem fór fram í kjölfar þessara skrifa var réttilega bent á að upplýsingar vantaði um spítalasýkingar og áhrif þeirra á velferð sjúklinga og kostnað heilbrigðisþjónustunnar. Því er tímabært að skylda skráningu sýkinga innan heilbrigðisþjónustunnar sem nefndar eru aðgerðartengdar sýkingar í reglugerðinni því slíkar sýkingar eru ekki einungis bundnar við sjúkrahús. Brýnt er að leita skilvirkra leiða til slíkrar skráninga.

Skömmu áður en breyting varð á sóttvarnalögunum setti ráðherra reglugerð um starfsemi rannsóknastofa sem stunda greiningu á sjúkdómum sem sóttvarnalög taka til og ætlast er til að verði sett (6). En til hvers? Auðvitað er mikilvægt að rannsóknarstofur gefi áreiðanlegar niðurstöður svo greining sé ábyggileg og ákvarðanir lækna byggist á traustum grunni. Það sem er sérstakt við greiningu á tilkynningaskyldum sjúkdómum er að ákvarðanir sem teknar eru og byggjast á rannsóknarniðurstöðu geta haft víðtækar afleiðingar í för með sér, svo sem frelsisskerðingu, rakningu smitleiða og skyldu annarra til að koma til læknisskoðunar.

Höfundur er sóttvarnalæknir.

Hvað er svo framundan? Eins og fæstum mun kunnugt þá mótar sóttvarnaráð stefnu í sóttvörnum og er heilbrigðisyfirvöldum til ráðgjafar um aðgerðir til varnar útbreiðslu smitsjúkdóma. Á undanförnum misserum hefur ráðið fjallað um ýmis mál sem vænta má að leiði til tillagna um setningu reglugerða. Hæst ber tillögugerð varðandi göngudeildir smitsjúkdóma, læknisskoðun á dvalarleyfisumsækjendum með tilliti til sóttvarna og skimanir í mæðravernd vegna alvarlegra smitsjúkdóma. Lengi hefur verið skimað fyrir sárasótt og rauðum hundum í mæðravernd og ekki gerðar athugasemdir við það. Þá hefur skimun vegna lifrarbólgu B og HIV verið boðin verðandi mæðrum í um langt árabil en nokkur misbrestur hefur verið á að henni hafi verið framfylgt sem skyldi hin síðari ár. Ætla má að kostnaður skipti þar máli. Rannsóknarstofa Landspítala í veirufræði bauð upphaflega þessar rannsóknir heilbrigðisstofnunum að kostnaðarlausu en ákvað síðar fyrirvaralaust að innheimta þann kostnað. Því er mikilvægt að tekin sé ákvörðun um hvaða sjúkdómar það eru sem skima skal eftir og skilgreint sé hvar kostnaður fellur. Réttur verðandi barna má ekki verða fyrir borð borinn. Það er nauðsynlegt að skimun meðal barnshafandi kvenna, sem leiðir til þess að hægt sé að verja barn gegn alvarlegum smitsjúkdómum, sé eðlilegt verklag í mæðravernd og óháð duttlungum. Ein leið til þess að slík skimun nái til sem flestra er að hún sé ávallt gerð nema að verðandi móðir neiti henni sérstaklega.

Ekki er hægt að ljúka þessari umfjöllun um lög og reglur um smitsjúkdóma nema að geta um breytingartillögur á alþjóðaheilbrigðisreglugerðinni (IHR – International Health Regulations) sem Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) hefur unnið að á undanförnum árum. Á þessu ári fóru fram ítarlegar samræður um reglugerðina í öllum álfum heimsins sem falla undir starfsvæði WHO. Í lok september á þessu ári lágu fyrir lokadrög að IHR (7) og fyrstu tvær vikurnar í nóvember síðastliðnum komu fulltrúar stjórnvalda 192 aðildarríkja saman í höfuðstöðvum WHO í Genf til að ganga frá þessum alþjóðasamningi sem leggja skyldi fyrir fund framkvæmdastjórnar WHO sem haldinn verður í janúar 2005. Síðan var ætlunin að leggja samninginn um IHR fyrir þing stofnunarinnar (WHA – World Health Assembly) sem haldið verður í maí 2005. Fundurinn í Genf fór öðruvísi en ætlað var. Lítið sáttarhljóð var í fundarmönnum og lítið um málamiðlanir. Tekist var á um stór mál og smá. Megin átökin stóðu um sjálfsákvörðunarrétt þjóða, valdsvið aðalframkvæmdastjóra WHO, nefnda og ráðgjafahópa hans og pólitískt hlutverk þeirra. Þá voru átök um ákvörðunarferli sem leiðir til viðvörunar um atburði sem valdið geta alþjóðlegri útbreiðslu sjúkdóma. Snerust deilurnar um það hvort ákvörðunarferlið ætti að byggjast á lýsingu á atburði (algóriþma) eða hvort fyrir ætti að liggja listi með sjúkdómum sem bæri að tilkynna eða hvort tveggja. Það blasir við að ekki er hægt að styðjast við tæmandi lista um sjúkdóma, einkum með tilliti þeirrar reynslu sem við höfum af alnæmi og HABL faraldrinum en í upphafi var þar um nýja og áður óþekkta sjúkdóma að ræða. Fram kom hjá sumum fulltrúum sem studdu lista yfir sjúkdóma að þeir treystu ekki öllum fyrir því að nota algóriþmann rétt. Hjá öðrum fulltrúum, einkum frá þróunarríkjum, var því haldið fram að slíkur listi væri nauðsynlegur til að fá pólitískan og efnahagslegan stuðning fyrir sóttvarnaráðstöfunum. Reglugerðin fjallar fyrst og fremst um smitsjúkdóma en einnig um önnur vandamál sem geta náð alþjóðlegri útbreiðslu einkum af völdum eiturefna og geislavirkra efni. Til eru aðrir sáttmálar sem fjalla um eiturefni og geislavirk efni en rétt þykir að halda þeim innan gildissviðs reglugerðarinnar vegna þess að WHO fjallar um afleiðingar þeirra og viðbrögð heilbrigðisþjónustunnar við þeim. Um það voru fundarmenn sammála. Þungt var yfir mönnum í lok fundarins en ákveðið var að gera úrslitatilraun til að ná sáttum í febrúar 2005 svo WHA geti fjallað um reglugerðina á fundi sínum í maí 2005 og vonandi samþykkt hana þá. Reglugerðin öðlast svo lagagildi ári síðar en á þeim tíma hafa aðildarríki WHO möguleika á því að gera fyrirvara við tiltekin ákvæði eða hafna IHR.

Þessi væntanlega alþjóðareglugerð er nefnd hér vegna þess að hún mun óhjákvæmilega hafa áhrif á okkar eigin laga- og reglugerðarsetningu á komandi misserum verði hún samþykkt.

Heimildir

1. *www.althingi.is*
2. *http://europa.eu.int*
3. *www.reglugerd.is*
4. *www.laeknabladid.is*
5. *www.laeknabladid.is*
6. *www.reglugerd.is*
7. *www.who.int*

Ferliverk á FSA í ljósi skýrslu ríkisendurskoðunar



Þorvaldur Ingvarsson

Í ljósi skýrslu ríkisendurskoðunar þykir rétt að drepa niður penna og útskýra viðhorf undirritaðs sem læknigaforstjóra Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA) til ferliverkastarfsemi. Ferliverk skilgreini ég sem læknisþjónustu við sjúkling sem sjúklingur þarf á að halda og sú þjónusta er veitt án innlagnar á sjúkrahús. Liggur þá í augum uppi að um aðgerð getur verið að ræða eða annað inngrip, svo sem magaspeglun eða viðtal við sérfræðing. Augljóslega þarf læknirinn aðstoð annarra heilbrigðistarfsmanna við þessa þjónustu en mismikla og stundum enga. Hér á Íslandi hefur sú hefð komist á að læknar hafa sinnt sjúklingum sem ekki hafa þurft innlagnar við á stofum sínum, sem á seinni árum hafa ekki verið staðsettar á sjúkrahúsunum, og þegið greiðslur frá Tryggingastofnun ríkisins (TR) fyrir unnin verk. Flestir eru sammála um að þjónusta þessi sé þörf, gæði hennar séu mikil og hún virðist ekki dýr.

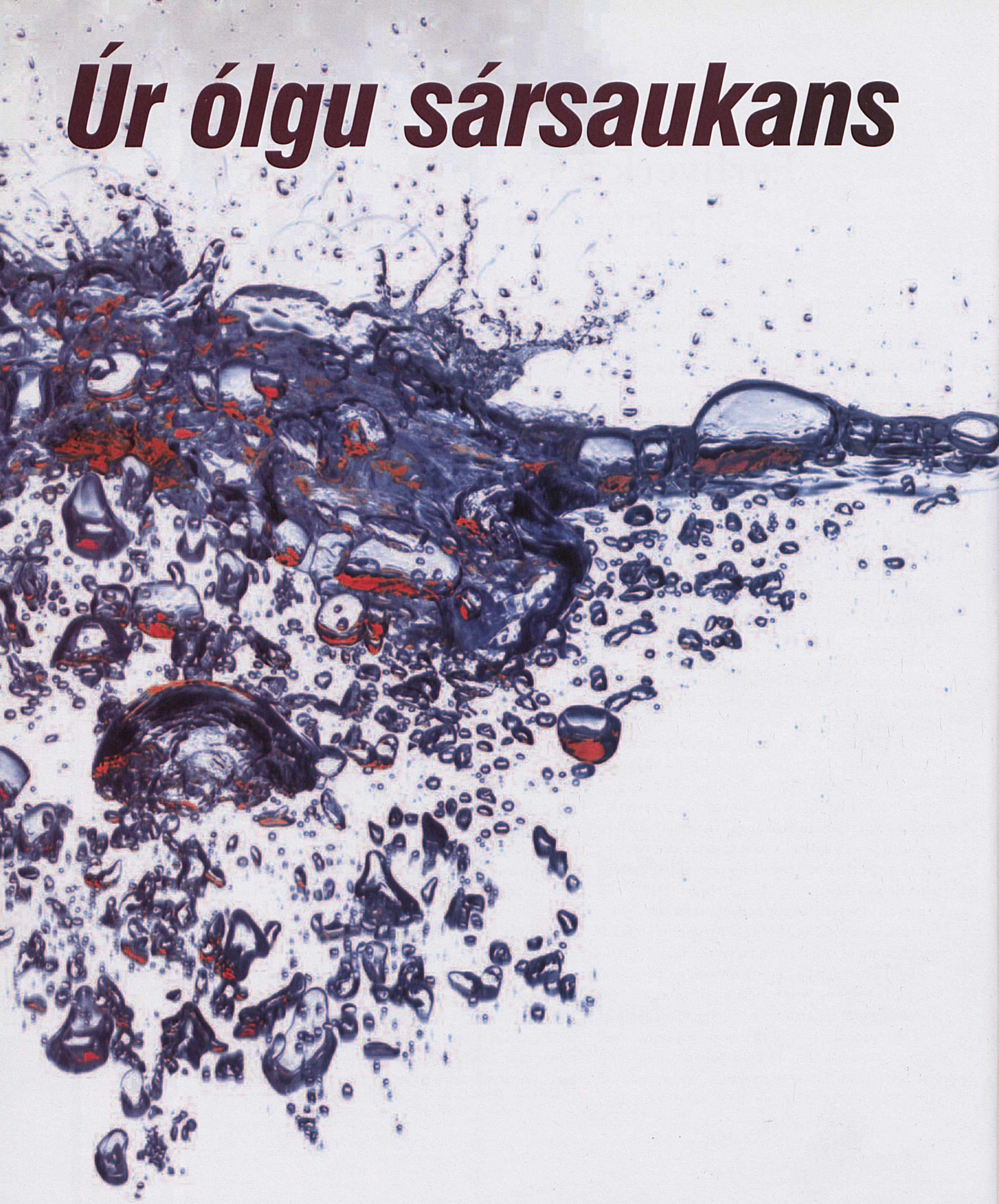
Hins vegar er ljóst að þegar sjúklingur þarf að fara á marga staði á milli sérfræðinga eða í rannsóknir eins og er oft raunin, til dæmis á höfuðborgarsvæðinu, þá getur af því hlotist talsvert óhagræði fyrir sjúklinga og aðstandendur þeirra. Fyrir lækna er þetta líka meiri vinna því þeir þurfa að fara af vinnustað sínum og á stofu og síðast en ekki síst er ljóst að þegar læknirinn er ekki á sjúkrahúsinu er hann ekki aðgengilegur fyrir starfsemi þess. Ríkisendurskoðun hefur fært fyrir því rök að þessi tvískipting sé óhagkvæm í þjóðhagslegu tilliti. Er ekki ólíklegt að það sé rétt þegar tekið er tillit til þess að víða geta tæki og búnaður staðið hálfnýtt.

Hér á FSA hefur verið löng hefð fyrir því að læknar hafi samning um rekstur ferliverka inni á sjúkrahúsinu. FSA hefur þá lagt til aðstöðu og þá aðstoð sem þurfa þykir og fyrir það hafa sérfræðingar greitt aðstöðugjald til spítalans auk endurgjalds vegna þess tíma er fer í ferliverkin. Sérfræðingar FSA geta mest verið í 80% starfshlutfalli kjósi þeir að vinna ferliverk samkvæmt ferliverkasamningi. Samningar við sérfræðingana og reksturinn hefur verið tekin út af Ríkisendurskoðun og ekki gerðar athugasemdir. Við teljum að fyrirkomulag þetta sé gott, sjúklingnum sé veitt öll þjónusta á sama stað, aðstaða nýtist betur og læknirinn hefur aðgengi að sjúkraskrám og því starfsfólki sem til þarf. Ljóst er að samlegð er með rekstri sjúkrahússins og móttöku sérfræðinga. Ekki vilja allir læknar vinna innan þessa kerfis og hafa kosið fastlaunasamning eins og kjarasamningar lækna bjóða. Enginn munur er þó á vinnutilhögun lækna hvoru kerfinu sem þeir tilheyra. Ekki eru þó allir jafnhrifnir af þessu kerfi og er nærtækast að benda á gagnrýni samstarfsmanna lækna, svo sem hjúkrunarfræðinga. Gagnrýnisraddir hafa þó lækkað þegar fólki er ljóst að læknar hafa engin laun ef engin eru verkin.

Velta má því fyrir sér hver framtíð slíks kerfis sé. Ég er þeirrar skoðunar að mikilvægt sé að læknar geti valið hvort þeir þiggi fastlaunasamning eða kjósi að vinna verk sín gegn greiðslu fyrir einstök verk. Í samkeppnisumhverfi okkar í dag finnst mér eðlilegt og rétt að skilið verði á milli reksturs sjúkrahússins og ferliverkanna þó svo að reksturinn sé allur undir sama þaki. Við það ætti að vera hægt að bjóða verk og þjónustuþætti út í ríkari mæli en gert er. Taka má dæmi eins og sjúkraþjálfun og læknaritaraþjónustu. En engin rós er án þyrna. FSA er gert að greiða fyrir ferliverkin eftir taxta TR en af föstum fjárlögum. Það verður ekki unað við það til langframa að lítill sem enginn sveigjanleiki sé í greiðslufyrirkomulagi og að það geti tekið tvö til þrjú ár að sækja fé til ferliverka á fjárlögum. Skiljanlegt er að greiðandinn vilji stemma stigu við hækkun á kostnaði við heilbrigðisþjónustu en þetta fyrirkomulag gengur ekki. Minni stofnanir á landsbyggðinni hafa ekki bolmagn til þess að veita þessa þjónustu án þess að fé fylgi ferliverkunum. Breytist það ekki í sama fyrirkomulag og er hjá sérfræðingum er vinna fyrir TR er sjálfhætt með þessa þjónustu inni á sjúkrahúsunum, en við það er sérfræðiþjónusta við sjúklinga á landsbyggðinni í uppnámi.

Höfundur er bæklunarskurðlæknir og lækningaforstjóri Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri.

Úr ólgu sársaukans



Pfizer

á lygnan sjó

Lyrica®(pregabalin)
- ný lyfjameðferð sem meðhöndlar vítahring verkja



Lyrica® - hagkvæm lyfjameðferð við útlægum taugaverkjum

Lyrica®:

- þróað til að meðhöndla vítahring verkja[1,2]
  (taugaverk, svefnerfiðleika, kvíða/þunglyndi)
- marktæk áhrif á innan við viku[1,2]
- auðveld skömmtun
  - 1 hylki tvisvar á dag
  - engar þekktar milliverkanir

Sérlyfjatexti á bls. 906

LYRICA (PREGABALIN)
minni verkir - betra líf



FYRSTA OG EINA LYFIÐ VIÐ ÁREYNSLUÞVAGLEKA

Áreynsluþvagleki er ósjálfráður og verður við líkamlega áreynslu eins og hlátur, hósta, hnerra eða líkamsrækt.

Tíðni þvagleka er há á Íslandi. Tæplega 40% íslenskra kvenna hafa fundið fyrir þvagleka. Áreynsluþvagleki er algengastur og sérstaklega meðal yngri kvenna. (1)

heimild: Guðmundur Geirsson og fl., Læknablaðið 4.tbl., 88. árg. 2002.

200414

Yentreve™
duloxetine HCl

Lilly

Eli Lilly · Útibú á Íslandi · Brautarholti 28 · Pósthólf 5285
125 Reykjavík · Sími 520 3400 · Fax 520 3401 · www.lilly.com

Sérlyfjatexti á bls. 904

Tengsl atvinnuleysis og nýgengis örorku á Íslandi 1992-2003

Sigurður Thorlacius[1,2]
SÉRFRÆÐINGUR Í HEILA- OG TAUGASJÚKDÓMUM

Sigurjón B. Stefánsson[1,2,3]
SÉRFRÆÐINGUR Í GEÐLÆKNINGUM OG KLÍNÍSKRI TAUGALÍFEÐLISFRÆÐI

Stefán Ólafsson[4]
SÉRFRÆÐINGUR Í VINNUMARKAÐS- OG LÍFSKJARARANNSÓKNUM

Ágrip

Tilgangur: Að kanna áhrif atvinnuleysis og gildistöku örorkumatsstaðals á fjölda öryrkja á Íslandi með því að skoða breytingar á nýgengi örorku og umfangi atvinnuleysis ár frá ári á tímabilinu frá 1992 til 2003.

Efniviður og aðferðir: Notaðar voru upplýsingar um kyn, aldur og örorkustig þeirra sem metnir voru í fyrsta sinn til örorku vegna lífeyristrygginga á Íslandi ár hvert á tímabilinu 1992 til 2003 og upplýsingar um fjölda Íslendinga á aldrinum 16-66 ára á sama tíma til að reikna nýgengi örorku. Niðurstöðurnar voru bornar saman við upplýsingar um umfang atvinnuleysis hér á landi.

Niðurstöður: Nýgengi örorku var tiltölulega hátt á árunum 1992 til 1995, var lægra á árunum 1996 til 2002 og hækkaði síðan verulega á árinu 2003. Sterk fylgni er hjá báðum kynjum á milli nýgengis örorku og umfangs atvinnuleysis á landinu á því tímabili sem rannsóknin nær til. Nokkur aukning varð á nýgengi örorku hjá konum frá 1999 til 2000, sem féll í tíma saman við gildistöku nýs örorkumatsstaðals í september 1999, en á sama tíma varð hins vegar sambærileg aukning á atvinnuleysi.

Ályktun: Ekki verður fullyrt að gildistaka örorkumatsstaðals haustið 1999 hafi orðið til þess að auka nýgengi örorku. Fjölgun öryrkja á Íslandi undanfarið hefur sterk tölfræðileg tengsl við breytingar á vinnumarkaði, einkum aukið atvinnuleysi og aukið álag á vinnustað.

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Stefánsson SB, Ólafsson S

Relationship between rate of unemployment and incidence of disability pension in Iceland 1992-2003

Læknablaðið 2004; 90: 833-6

Objective: To evaluate the effect of unemployment and the introduction of a new method of disability assessment on the number of recipients of disability pension in Iceland by examining changes in the incidence of disability pension and unemployment year by year from 1992 to 2003.

Material and methods: Information on gender, age and disability grade of new recipients of disability pension in Iceland and corresponding information on the Icelandic population for each year in the period 1992 to 2003 was used to calculate the incidence of disability pension. The results were compared with data on the rate of unemployment in Iceland.

Results: The incidence of disability pension was relatively high from 1992 to 1995, was lower from 1996 to 2002 and then increased markedly in 2003. There is a strong correlation between the incidence of disability pension and the rate of unemployment among both genders in Iceland during the period covered by the study. An increase from 1999 to 2000 in the incidence of disability pension among females coincided in time with the introduction of a new method of disability assessment in September 1999, but also with an increase in the rate of unemployment among females.

Conclusion: It is not warranted to claim that the introduction of a new method of disability evaluation in September 1999 has resulted in a decisive increase in the incidence of disability pension in Iceland. The increase in the number of recipients of disability pension in Iceland recently has a strong statistical correlation with changes in the labour marked, especially with rising unemployment and increased pressure at work.

Keywords: *disability, disability evaluation, incidence of disability pension, unemployment.*

Correspondence: Sigurður Thorlacius, *sigurdur.thorlacius@tr.is*

Inngangur

Veruleg fjölgun varð á öryrkjum á Íslandi á milli áranna 1996 og 2002 og voru megin skýringarnar taldar vera gildistaka örorkumatsstaðals árið 1999 og breyttar aðstæður á vinnumarkaði með auknum kröfum um vinnuafköst og auknu atvinnuleysi (1). Þarna var skoðað algengi örorku á tveimur tímapunktum, 1. desember árin 1996 og 2002. Atvinnuleysi jókst í upphafi og við lok tímabilsins (2, 3) og aðferðinni við að meta örorku var breytt á miðju tímabilinu. Tilgangur núverandi rannsóknar er að skoða vægi hvors þáttar fyrir sig nánar. Er það gert með því að skoða breytingar á nýgengi örorku og umfangi atvinnuleysis ár frá ári á tímabilinu frá 1992 til 2003.

Örorka vegna lífeyristrygginga er metin á grundvelli laga um almannatryggingar (4). Hærra stig örorku (að minnsta kosti 75% örorka) er metið þeim sem eru á aldrinum 16 til 66 ára og hafa verulega og langvarandi skerðingu á starfsgetu, en lægra örorkustigið (örorka að minnsta kosti 50% en lægri en 75%) er metið þeim sem hafa minna skerta starfsgetu eða verða fyrir umtalsverðum aukakostnaði vegna örorku sinnar. Fyrir 1. september 1999 var hærra örorkustigið metið á grundvelli læknisfræðilegra, fjárhagslegra og félagslegra aðstæðna (5), en eftir það einungis á læknisfræðilegum forsendum, að jafnaði samkvæmt örorkumatsstaðli (1, 6-9).

Frá [1]Tryggingastofnun ríkisins, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]taugalækningadeild Landspítala og [4]félagsvísindadeild Háskóla Íslands

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Sigurður Thorlacius, Tryggingastofnun ríkisins, Laugavegi 114, 150 Reykjavík. Sími 5604400, bréfsími 5604461. *sigurdur.thorlacius@tr.is*

Lykilorð: *örorka, örorkumat, nýgengi örorku, atvinnuleysi.*

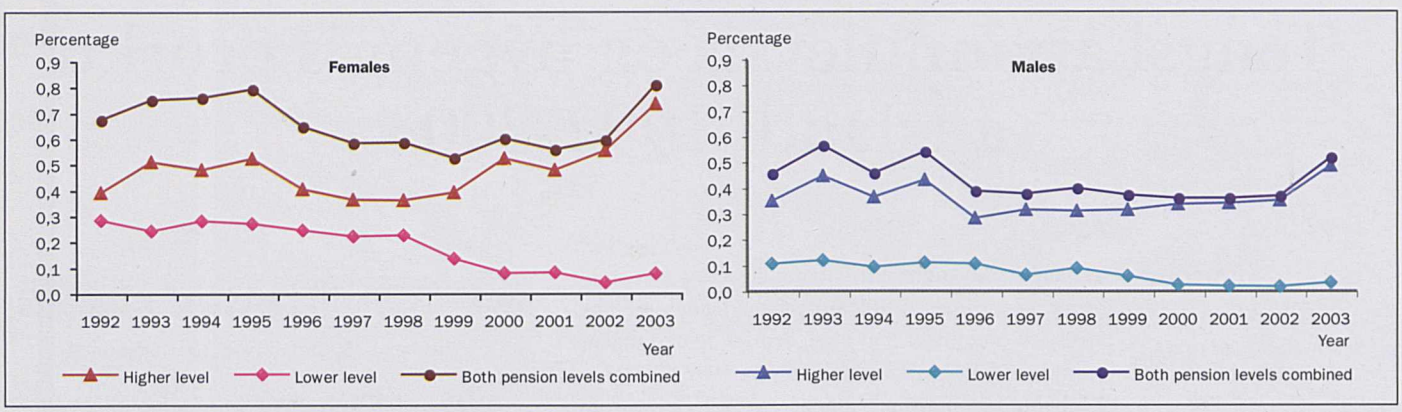


Figure 1. *Incidence of disability pension in Iceland from 1992 to 2003, by gender.*

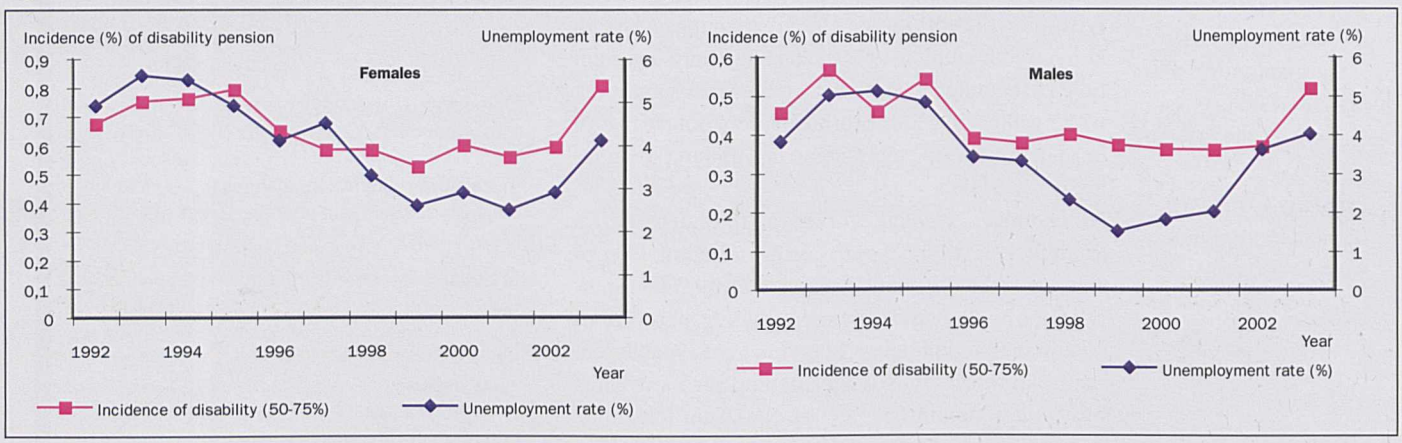


Figure 2. *Relationship between rate of unemployment and incidence of disability pension in Iceland (both pension levels combined) from 1992 to 2003, by gender.*

Efniviður og aðferðir

Unnar voru úr gögnum Tryggingastofnunar ríkisins upplýsingar um kyn, aldur og örorkustig þeirra sem metnir voru í fyrsta sinn til örorku vegna lífeyristrygginga á Íslandi ár hvert á tímabilinu 1992 til 2003. Aflað var upplýsinga frá Hagstofu Íslands um fjölda Íslendinga á aldrinum 16-66 ára á sama tíma (2). Þessar upplýsingar voru notaðar til að reikna nýgengi örorku á Íslandi. Einnig var aflað upplýsinga frá Hagstofu og Vinnumálastofnun um umfang atvinnuleysis á Íslandi á árunum 1992 til 2003 (2, 3). Við tölfræðilega úrvinnslu var reiknaður fylgnistuðull Pearsons (10).

Í þeim gögnum sem unnið var með voru hvorki nöfn né kennitölur viðkomandi einstaklinga.

Niðurstöður

Mynd 1 sýnir nýgengi örorku ár hvert hjá konum og körlum á Íslandi á tímabilinu frá 1992 til 2003. Þar sést að nýgengi örorku í heild (bæði örorkustigin samanlögð) var hjá báðum kynjum tiltölulega hátt á árunum 1992 til 1995, það var lægra á árunum 1996 til 2002 og hækkaði síðan verulega á árinu 2003. Hliðstæðar breytingar sjást hvað varðar hærra örorkustigið eitt sér, nema þar sést óvenju mikil hækkun frá 1999 til 2000 hjá konum. Nýgengi lægra örorkustigsins lækkar smám saman hjá körlum fram til ársins 2001, en hækkar lítillega frá 2002 til 2003. Hjá konum lækkar nýgengi lægra örorkustigsins ár frá ári til ársins 2002, en lækkunin er mest áberandi frá 1998 til 2000. Nýgengi lægra örorkustigsins hækkar síðan nokkuð frá 2002 til 2003.

Mynd 2 sýnir tengsl atvinnuleysis og nýgengis örorku á Íslandi fyrir árin 1992 til 2003. Sambandið er afar sterkt. Pearson fylgni fyrir konur er 0,77 og fyrir karla er hún 0,80, sem telst mjög mikið í félagsvísindalegum rannsóknum. Ef fyrst er litið á samband þessara þátta hjá konum kemur í ljós að umtalsverð aukning varð á nýgengi örorku í heild (bæði örorkustigin samanlögð) í kjölfar mikillar aukningar atvinnuleysis á árunum 1992-95. Síðan lækkaði atvinnuleysisstigið og nýgengi örorku fylgdi nokkuð fast á eftir. Árið 2000, fyrsta árið eftir að nýr örorkustaðall var tekinn í notkun, hækkaði nýgengið hjá konum aðeins en það er þó samfara aukningu atvinnuleysis meðal kvenna það árið. Loks tóku bæði atvinnuleysisstigið og nýgengi örorku stórt stökk árið 2003. Nýgengið varð þá heldur hærra en hæst varð á árinu 1995, þó atvinnuleysið árið 2003 hafi ekki náð alveg samsvarandi hæð og áður. Hjá körlum er sambandið einnig mjög náið utan þess fráviks að nýgengisstigið fór ekki jafn langt niður og atvinnuleysisstigið á árunum 1997-2001. Atvinnuleysið jókst svo stórlega á árunum 2002 og 2003 og nýgengi örorku tók stórt stökk í kjölfarið, árið 2003.

Á heildina litið eru tvær stórar sveiflur í aukningu nýgengis örorku á tímabilinu (1992-1995 og 2003) og báðar tengjast verulegri aukningu atvinnuleysis. Aðrar breytingar frá ári til árs falla nokkuð í skuggann af þessum meginbreytingum og hlýtur hið nána

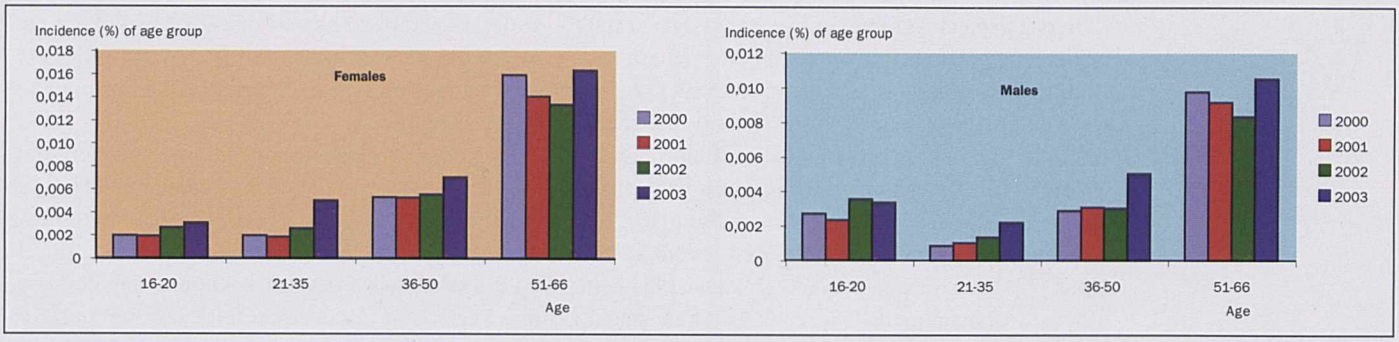


Figure 3. *Incidence of disability pension (both pension levels combined) in Iceland from 2000 to 2003, by age groups and gender.*

samband nýgengis örorku við þróun atvinnuleysis að vekja athygli.

Aldursdreifing þeirra sem metnir voru í fyrsta sinn til örorku breyttist lítið hjá báðum kynjum á tímabilinu frá 1992 til 2000. Eins og sést á mynd 3 varð hins vegar aukning á örorku hjá konum á aldrinum 21-35 ára 2003, hún minnkaði hjá konum eldri en 50 ára til 2002 en jókst svo aftur stórlega árið 2003. Hjá 16-20 ára varð frekar lítil aukning en hjá 36 til 50 ára konum varð talsverð aukning árið 2003. Nýgengi örorku hjá körlum tók stökk í aldurshópum 36-50 ára og 51-66 ára á árinu 2003. Í eldri hópnum kom það í kjölfar lækkunar sem hafði orðið frá 2000-2002, eins og hjá konum. Breyting nýgengis var frekar lítil í yngstu aldurshópum karla, þó nokkurrar aukningar hafi gætt þar á seinni hluta tímabilsins.

Ef tillit er tekið til mismunandi stærðar aldurshópanna er ljóst að mesta fjölgun einstaklinga með örorkumat á árinu 2003 var hjá konum á aldrinum 26-35 ára og konum sem eru eldri en 51 árs, en hjá körlum fjölgaði mest einstaklingum sem eru 41-50 ára og svo 56-66 ára. Aukningar atvinnuleysis 2002-2003 gætti í öllum aldurshópum, en þó hlutfallslega mest í hópnum 20-34 ára, sem á sér samsvörun í aukningu nýgengis örorku hjá konum það árið, en ekki í sama mæli hjá körlum. Ef atvinnuástand hefur bein áhrif á nýgengi örorku þá má ætla að eldra fólk á vinnumarkaði sé viðkvæmara fyrir atvinnuleysi og auknu álagi vegna aukinna krafna.

Mynd 4 sýnir loks samband milli umfangs langtímaatvinnuleysis á Íslandi og nýgengis hærra örorkustigsins (75%) á tímabilinu 2000 til 2003. Sambandið er mjög sterkt (Pearson r=0,85) og hin sérstaka aukning á fólki í hærra örorkustiginu á árinu 2003 á sér samsvörun í verulegri aukningu þess fjölda fólks sem hefur verið atvinnulaust í sex mánuði eða lengur.

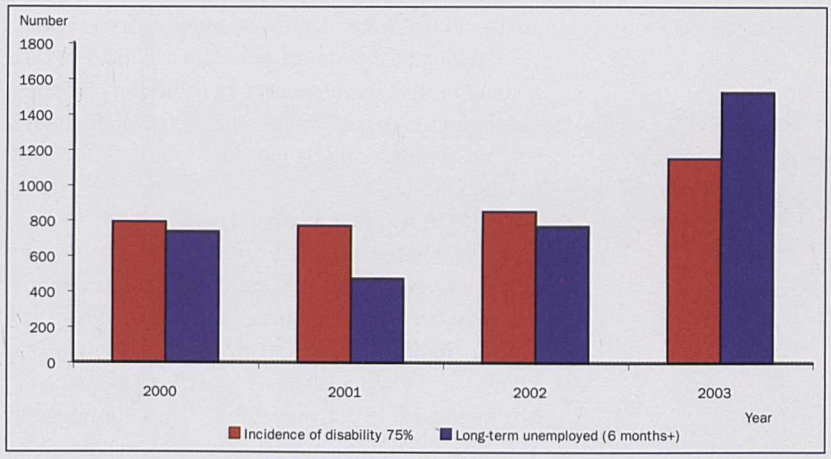


Figure 4. *Relationship between unemployment of long duration (more than six months) and number of new cases of the higher level of disability pension (disability grade at least 75%) in Iceland from 2000 to 2003.*

Umræða

Algengi örorku í heild (bæði örorkustigin samanlögð) á Íslandi hafði ekki aukist árið 1996 í samanburði við árið 1976 (11, 12). Frá 1996 til 2002 hafði algengi örorku hins vegar aukist. Líklegt þótti í fyrri rannsókn að þessa aukningu mætti einkum rekja til breyttra forsendna örorkumats með tilkomu örorkumatsstaðals og breyttra aðstæðna á vinnumarkaði (1). Í kjölfar gildistöku staðalsins 1. september 1999 fjölgaði konum sem metnar voru til hærra örorkustigsins á árinu 2000, en ekki urðu aðrar marktækar breytingar á fjölda nýrra öryrkja (8, 9). Sú rannsókn náði aðeins fram til ársins 2000.

Í núverandi rannsókn eru skoðaðar breytingar á nýgengi örorku ár frá ári á tímabilinu 1992 til 2003. Nokkur aukning varð á nýgengi hærra örorkustigsins hjá konum frá 1999 til 2000. Þetta fellur í tíma saman við gildistöku örorkumatsstaðalsins í september 1999, en á sama tíma varð hins vegar sambærileg aukning á atvinnuleysi hjá konum. Í því ljósi verður ekki fullyrt að gildistaka staðalsins hafi sem slík orðið til þess að auka nýgengi örorku. Breytt fyrirkomulag örorkumats skýrir heldur ekki þær breytingar sem urðu að öðru leyti á nýgengi örorku á því tímabili sem núverandi rannsókn nær til. Sveiflur í atvinnuleysi eiga sér sterka samsvörun í breytingum á nýgengi örorku á tímabilinu. Nýgengi örorku var tiltölulega hátt á árunum 1993 til 1995 samhliða mikilli aukningu atvinnuleysis og þegar úr atvinnuleysi dró á næstu árum dró einnig úr nýgengi örorku. Hækkun nýgengis örorku meðal kvenna á árinu 2000, í kjölfar upptöku hins nýja örorkumatsstaðals, á sér einnig samsvörun í aukningu atvinnuleysis meðal kvenna það ár. Loks fylgist að mikil aukning á nýgengi örorku og bæði á atvinnuleysi almennt og langtímaatvinnuleysi hjá báðum kynjum á árinu 2003.

Sérstaklega athyglisvert er hve sterk fylgni er milli mikillar aukningar atvinnuleysis, umfangs langtímaatvinnuleysis og nýgengis örorku á árinu 2003. Í könnun sem Gallup á Íslandi gerði í október árið 2003 meðal starfandi fólks á höfuðborgarsvæðinu á aldrinum 25-65 ára var fólk spurt hvort vinnuálag þess hefði aukist eða minnkað á síðastliðnum 12 mánuðum (13). Það er einmitt tímabilið sem atvinnuleysi var að aukast. Um 44% sögðu að álag í vinnu hefði aukist hjá þeim á síðustu 12 mánuðum, 45% sögðu það hafa staðið í stað og tæp 11% sögðu það hafa minnkað. Það er því hátt í helmingur vinnandi fólks sem segir álag hafa aukist. Þetta ásamt auknu nýgengi örorku á sama tíma styður þá tilgátu að þeir sem veikari eru fyrir á vinnumarkaði geti frekar hafa orðið fyrir þrýstingi sem þeir ekki hafi staðist eða þá að þeir hafi einfaldlega misst vinnu sína og lent í heilsufarslegum erfiðleikum í kjölfarið.

Sterkt tölfræðilegt samband milli þróunar atvinnuleysis og nýgengis örorku sem hér hefur verið sýnt bendir til þess að um orsakatengsl geti verið að ræða. Þeir sem búa við skerta færni vegna heilsubrests eru líklegir til að hrökklast fyrr úr vinnu en aðrir þegar kreppir að á vinnumarkaði (5, 14, 15) og sækja þá um örorkubætur (15). Langvarandi atvinnuleysi getur auk þess valdið heilsubresti, svo sem þunglyndi og hjartasjúkdómum (15-19). Langvarandi atvinnuleysi rýrir augljóslega fjárhagslega og félagslega stöðu fólks (18). Jafnframt hefur hjá mörgum þjóðum verið sýnt fram á að heilsufar versnar og dánartíðni eykst í kjölfar tímabila með miklu og langvarandi atvinnuleysi (18, 19). Langvarandi atvinnuleysi getur meðal annars leitt til lakara heilsufars og aukinnar dánartíðni með því að stuðla að breyttum lífsháttum með aukinni neyslu áfengis, tóbaks og fitu og hreyfingarleysi. Atvinnuleysi getur valdið kvíða og þunglyndi og það og lakari fjárhagur af þess völdum geta orðið til þess að draga úr að fólk nýti sér heilbrigðisþjónustu. Þá getur atvinnuleysi skaðað félagslegt stuðningsnet fólks með því að rjúfa tengsl við starfsfélaga og sundra fjölskyldum (18). Loks er þess að geta að atvinnuleysi eykur efnahagslegan ójöfnuð í þjóðfélaginu. Markt bendir til að heilsuleysi og dánartíðni aukist með auknum ójöfnuði (20). Hvað hér býr á bak við er ekki með öllu ljóst, en leiða má að því líkum að sálfélagslegar ástæður séu mikilvægar engu síður en efnislegar og félagslegar aðstæður (21, 22).

Í Svíþjóð hefur vaxandi örorka meðal annars verið tengd auknu atvinnuleysi (23). Í könnun á högum þeirra sem urðu öryrkjar á Íslandi árið 1997 reyndust 45% þátttakenda einhvern tíma hafa verið atvinnulausir, þar af 35% á undanförnum fimm árum (24). Í Svíþjóð hefur stór hluti öryrkja einnig verið atvinnulaus áður en sótt var um örorkubætur (15).

Þar sem hér er um athyglisverð tölfræðileg tengsl nýgengis örorku og atvinnuleysis að ræða telja höfundar ástæðu til að þessari rannsókn verði fylgt eftir með rannsókn sem greini ítarlega tengsl vinnu og örorku og byggi á sjálfstæðu úrtaki eða langtíma eftirfylgni (panel-hópi).

Vegna þess samspils atvinnuleysis og heilsufars sem hér hefur verið fjallað um er mjög mikilvægt að auka samvinnu vinnumálakerfis og heilbrigðiskerfis þegar atvinnuleysi ber að dyrum, annars vegar til þess að draga úr heilsubresti af völdum atvinnuleysis og hins vegar til að bæta stöðu fólks sem stendur höllum fæti á vinnumarkaði og auka líkur á að það haldi vinnu.

Heimildaskrá

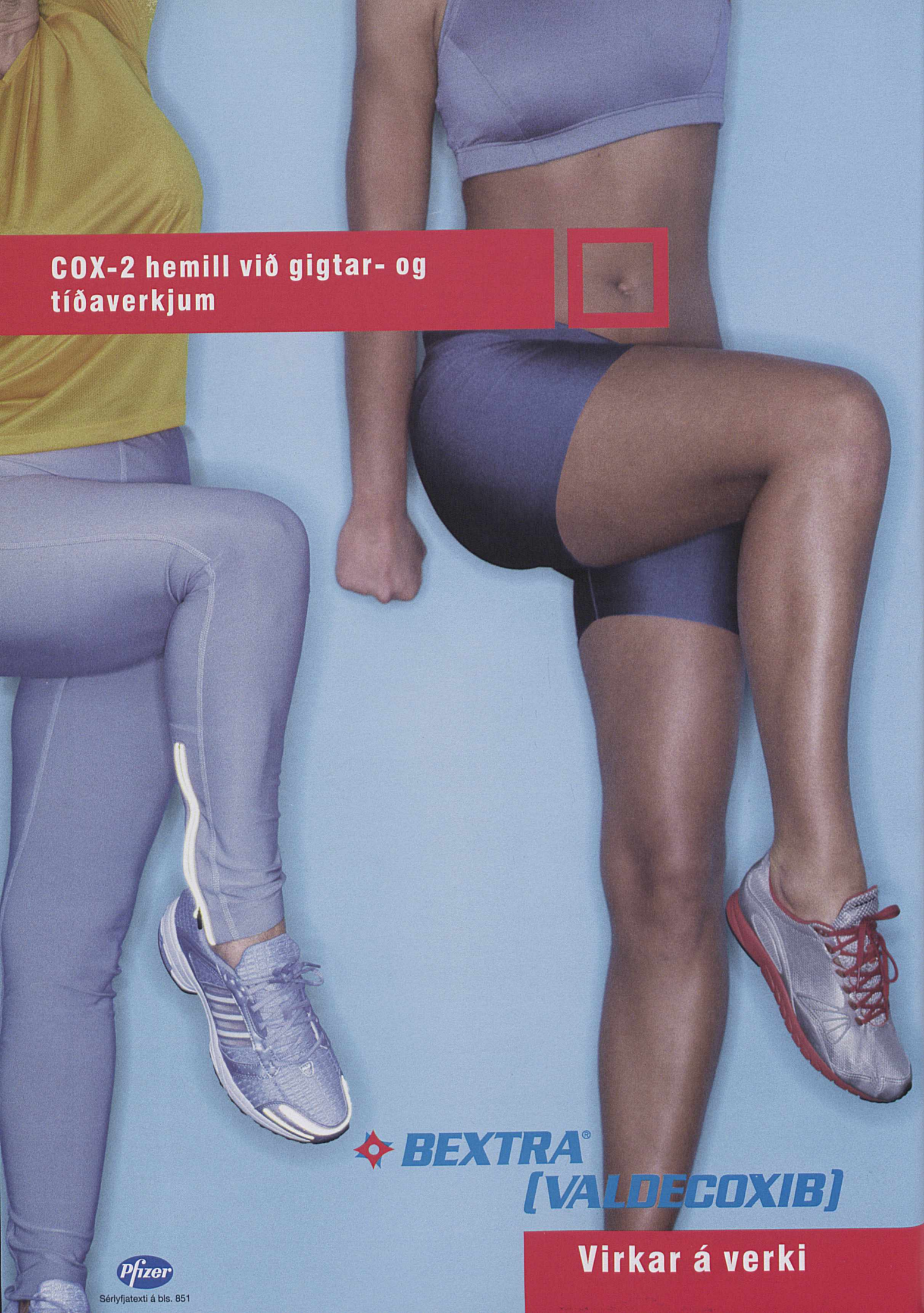
1. Thorlacius S, Stefánsson SB. Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2002. Læknablaðið 2004; 90: 21-5.
2. Heimasíða Hagstofu Íslands: *www.hagstofa.is*
3. Heimasíða Vinnumálastofnunar: *www.vinnumalastofnun.is*
4. Lög um almannatryggingar nr. 117/1993 með síðari breytingum.
5. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Læknablaðið 1998; 84: 629-35.
6. Baldursson H, Jóhannsson H. Nýr staðall fyrir örorkumat á Íslandi. Læknablaðið 1999; 85: 480-1.
7. Thorlacius S. Breytt fyrirkomulag örorkumats á Íslandi og starfræn endurhæfing á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. Læknablaðið 1999; 85: 481-3.
8. Thorlacius S, Stefánsson S, Jóhannsson H. Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals. Læknablaðið 2001; 87: 721-3.
9. Thorlacius S, Stefansson S, Johannsson H. Incidence of disability pension in Iceland before and after introduction of the British functional capacity evaluation „All work test". Disability Medicine 2003; 3: 5-8.
10. Bland M. An Introduction to Medical Statistics. Oxford University Press, 1995.
11. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S, Rafnsson V. Breytingar á algengi örorku á Íslandi 1976-1996. Læknablaðið 2001; 87: 205-9.
12. Thorlacius S, Stefánsson SB, Ólafsson S, Rafnsson V. Changes in the prevalence of disability pension in Iceland 1976-1996. Scand J Publ Health 2002; 30: 244-8.
13. Gallup á Íslandi (2003), Að kaupa sér tíma. Könnun fyrir Hið gullna jafnvægi, *www.hgj.is*
14. Ólafsson S. Íslenska leiðin. Almannatryggingar og velferð í fjölþjóðlegum samanburði. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins – Háskólaútgáfan, 1999.
15. Selander J, Marnetoft SU, Ekholm J, Bergroth A. Unemployment among the long-term sick. Eur J Phys Med Rehabil 1996; 6: 150-3.
16. Jónsdóttir GA, Ólafsson S. Atvinnulausir á Íslandi 1993. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, 1993.
17. Marnetoft SU, Selander J, Bergroth A, Ekholm J. Unemployed long-term sicklisted people in rural Jämtland compared with circumstances in the city of Stockholm, Sweden. Work 1998; 10: 3-8.
18. Brenner MH. Final report to the European Commision Directorate General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs. VC 2001/0224. The European Commision, Employment and Social Affairs, 2001.
19. Bellaby P, Bellaby F. Unemployment and ill healh: Local labour markets and ill health in Britain 1984-1991. Work, Employment & Society 1999; 13: 461-82.
20. Wilkinson RK. Income distribution and life expectancy. BMJ, 1992, 304: 165-8.
21. Lynch JW, Davey Smith G, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ 2000; 320: 1200-4.
22. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in relation between income and health: a response to Lynch et al. BMJ 2001; 322: 1233-6.
23. Lidwall U, Thoursie PS. Sjukfrånvaro och förtidspension – en beskrivning och analys av utvecklingen under de senasta decennierne. Riksförsäkringsverket, Stokkhólmi, febrúar 2000.
24. Thorlacius S, Stefánsson SB, Jónsson FH, Ólafsson S. Social circumstances of recipients of disability pension in Iceland. Disability Medicine 2002; 2: 141-6.



Þunglyndi þjakar bæði líkama og sál

www.depressionhurts.com

Eli Lilly · Útibú á Íslandi · Brautarholti 28 · Pósthólf 5285
125 Reykjavík · Sími 520 3400 · Fax 520 3401 · www.lilly.com


COX-2 hemill við gigtar- og tíðaverkjum
BEXTRA®
(VALDECOXIB)
Virkar á verki
Pfizer
Sérlyfjatexti á bls. 851

Vísindastörf á Landspítala
Alþjóðlegur og íslenskur samanburður

Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir[1]
SÉRFRÆÐINGUR Í TAUGASJÚKDÓMUM

Anna Sigríður Guðnadóttir[2]
BÓKASAFNSFRÆÐINGUR

Bjarni Þjóðleifsson[3]
SÉRFRÆÐINGUR Í LYFLÆKNINGUM OG MELTINGARSJÚKDÓMUM

Ágrip

Inngangur: Rannsóknin lýsir úttekt á vísindavirkni á Landspítala fyrir tímabilið 1999-2003 og samanburði við innlendar stofnanir, faggreinar og önnur lönd.
Aðferðir: Notaðar voru bókfræðimælingar (bibliographic methods) til að meta magn og gæði nýrrar þekkingar. Skráður var fjöldi greina sem birtist í tímaritum skráðum á Institute of Scientific Information (ISI) gagnagrunninum og fjöldi tilvitnana í greinar talinn í gagnagrunninn Science Citation Index. Könnunin var gerð fyrir Landspítala, Íslenska erfðagreiningu (ÍE) og Hjartavernd.
Niðurstöður: Innlendur ISI samanburður: Landsframleiðsla á ISI greinum 1999-2003 var 2094, 517 (25%) voru frá Landspítala, 102 (5%) frá ÍE og 35 (1,7%) frá Hjartavernd. Samanburður á fagsviðum sýnir að heilbrigðis- og læknisfræði hefur afgerandi forystu með 147 greinar. Landspítali stóð að 70% greina um heilbrigðis- og læknisfræði 2001.
Erlendur ISI samanburður: Fjöldi ISI greina í klínískri læknisfræði miðað við fólksfjölda árið 1998 er langt yfir meðaltal 22 OECD-landa og sama gildir um erfðafræði og sameindalíffræði.
Tilvitnanir: Könnun fyrir tímabilið 1994-98 sýndi að klínísk læknisfræði er í fyrsta sæti á heimslista með að meðaltali 6,7 tilvitnanir í hverja grein en heimsmeðaltal er 4,1. Sameindalíffræði og erfðafræði er í 10. sæti á heimslista. Gerð var könnun á fjölda tilvitnana hjá 134 vísindamönnum á Landspítala og höfðu fjórtán vísindamenn yfir 1000 tilvitnanir og þar af tveir yfir 5000. Allar tilvitnanir voru taldar óháð höfundaröð.
Ályktun: Könnun okkar sýnir að vísindastarf á Landspítala stendur vel bæði hvað varðar magn og gæði og spítalinn er öflugt þekkingarfyrirtæki. Klínískar rannsóknir eru í fyrsta sæti á heimsvísu og byggist það á einstökum efnivið til rannsókna.

ENGLISH SUMMARY

Sveinbjörnsdóttir S, Guðnadóttir AS, Þjóðleifsson B

Scienific output of Landspítali University Hospital

Læknablaðið 2004; 90: 839-45

Introduction: The study describes an assessment of scientific activity in Landspítali University Hospital for the period 1999-2003.

Methods: Bibliometrical methods were used to assess the quantity and quality of the scientific output for Iceland and the three main institutions active in medical sciences, Landspítali University Hospital, (LUH), deCODE genetics (dCg) and the Icelandic Heart Association (IHS). All papers registered in the International Scientific Information (ISI) database with an author affiliated with these institutions were counted and classified. The number of citations were counted in Science Citation Index (SCI).

Results: ISI publications for Iceland 1999-2003 were 2094, thereof 517 (25%) from LSH, 102 (5%) from dCg and 35 (1,7%) from IHS. Medical sciences accounted for 147 (33%) of the total in 2001. During the period 1981-2003 the total output of papers from Iceland increased from 0,01 to 0,07% and the total number of citations from 0,01 to 0,09% of the total world production. During the period 1994-98 papers from clinical medicine in Iceland were ranked 1st in the world with 6,7 mean citations when the world mean was 4,1. Molecular biology and genetics were ranked 10th.

Conclusion: The assessment shows that the LUH is a leading knowledge institution in Iceland. The international comparision shows that Iceland is among the top 10 nations in quantity and quality of medical research.

Keywords: Bibliometric methods.

Correspondence: Bjarni Þjóðleifsson, *bjarnit@landspitali.is*

Inngangur

Eftir margra ára umræður um skilvirkni sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu varð niðurstaðan sú að sameina tvö stærstu sérgreinasjúkrahús landsins, Ríkisspítala og Sjúkrahús Reykjavíkur, í eitt hátækni- og kennslusjúkrahús. Ákvörðun um sameininguna var tekin í febrúar árið 2000 og varð þá til Landspítali – háskólasjúkrahús (LSH).

Meginmarkmið sameiningarinnar var að auka skilvirkni í lækningum með sameiningu sérgreina sem yrðu faglega styrkari og gæfu einnig tækifæri til þess að auka gæði kennslu og rannsókna. Lögð var áhersla á að efla kennslu og rannsóknir og hefur þetta birst í formlegum samstarfsamningi Landspítala og Háskóla Íslands (HÍ) svo og því að kennslu- og rannsóknarhlutverkið hefur verið styrkt með skipan sérstaks framkvæmdastjóra kennslu og fræða. Ólokið er þeim hluta samnings spítalans og HÍ sem snýr að skiptingu kostnaðar við kennslu en mikilvægt er að hann verði kannaður og skilgreindur og ennfremur kostnaður við rannsóknir.

Fyrir liggur skýrsla Ríkisendurskoðunar (1) um áhrif sameiningarinnar á afköst og gæði lækninga en engin tilraun var gerð í skýrslunni til þess að meta afköst og gæði vísindavinnu. Ekki er tímabært að meta

[1]Skrifstofa kennslu, vísinda og þróunar, Landspítala, [2]Bókasafn Landspítala, [3]Formaður Vísindaráðs Landspítala.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Bjarni Þjóðleifsson, LYF-1. Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. *bjarnit@landspitali.is*

Lykilorð: *bókfræðimælingar.*

endanlegan árangur sameiningarinnar á vísindavinnu sem hefur langan aðdraganda og þróunartíma.

Tilgangur þessarar greinar er að leggja mat á vísindavirkni við Landspítala á síðustu árum og leggja þannig grunn að framtíðarmati á áhrifum sameiningarinnar á þennan þátt starfseminnar. Jafnframt er gerð tilraun til meta framlag spítalans til íslenskra og alþjóðlegra vísinda.

Aðferðir

Vísindastarf á Landspítala birtist í mörgum myndum og ýmis aðferðafræðileg vandamál eru við að skrá þau og meta. Önnur háskólasjúkrahús hafa glímt við sama vandamál og var meðal annars höfð til hliðsjónar grein frá Mayo Clinik í Rochester í Bandaríkjunum sem lýsti því hvernig þetta var framkvæmt þar (2). Í okkar úttekt verður einungis fjallað um greinar sem hafa birst í alþjóðlegum ritrýndum tímaritum og koma fram í Institude of Scientific Information (ISI) gagnagrunninum. Ennfremur var kannaður fjöldi tilvitnana í greinarnar og í einstaka starfsmenn Landspítala í Science Citation Index (SCI). Forsendurnar eru þær að fjöldi greina í ISI gagnagrunninum sé vísbending um magn vísinda eða nýrrar þekkingar og að fjöldi tilvitnana sé vísbending um gæði vísinda.

Um ISI og SCI

Það er til fjöldi af gagnagrunnum fyrir vísindarit en ástæður fyrir vali á þessum grunnum er að þeir eru elstir og best þróaðir. ISI og SCI gagnagrunnarnir eru staðsettir í Philadelphiu í Bandaríkjunum og stofnaðir 1963. Hugmyndafræðingur og stofnandi var Eugene Garfield sem setti fram kenningar um að ekki væri mögulegt eða nauðsynlegt að skrá öll tímarit í grunninn heldur myndu 500-1000 tímarit nægja til að fá yfirsýn yfir framgang allra vísinda (3). Hann notaði kenningar úr upplýsingatækni, Bradfords lögmál (4), sem var sett fram 1950 og þróaði það enn frekar með því að nota tilvitnanir til að velja þau tímarit sem skrá skyldi í grunninn (5). Árið 1981 voru aðeins 1000 vísindarit skráð í grunninn en þá voru gefin út 70.000 tímarit. Gagnagrunnarnir hafa stækkað og þróast og þeir þjóna enn því markmiði að gera grein fyrir meginstraumum í grunnvísindum og líf- og læknisfræði en þeir gefa ekki fullnægjandi mynd af félagsvísindum og listum. Fyrir þessar greinar hafa verið stofnaðir nýir gagnagrunnar: Social Science Citation Index (SSCI) og Arts & Humanities Citation Index (AHCI) (6). Einn megin kostur SCI umfram aðra gagnagrunna er að hann gerir mögulegt að sjá tilvitnanir í alla höfunda að greinum en ekki bara fyrsta höfund eins og var reyndar fyrst í þróun SCI. Gagnagrunnur ISI hefur verið gefinn út á geisladiski, National Science Indicators on Diskette (NSIOD), sem gefur upplýsingar um fjölda útgefinna greina og tilvitnanir í þær fyrir lönd og fagsvið yfir tímabilið 1981-1999. NSIOD skráir 5500 tímarit í grunnvísindum og á tæknisviðum, 1800 í félagsvísindum og 1200 í listum og bókmenntum. Alls eru skráðar 11 milljónir greina á NSIOD fyrir þetta tímabil. Stuðst var við upplýsingar af NSIOD í erlendum samanburði. Bókasafn Landspítala hefur ekki aðgang að NSIOD og voru upplýsingarnar því fengnar úr norskri (7) og finnskri (8) skýrslu og af vefsíðu RANNÍS. Ennfremur var stuðst við OECD skýrslur (9, 10) en önnur þeirra byggir á NSIOD 1981-2003 (18). Það er ekki hægt að gera beinan alþjóðlegan samanburð á framlagi Landspítala en óbeinn samanburður er mögulegur þar sem hlutfall spítalans af framlagi Íslands til ISI greinasafnsins kemur fram. Flokkun greina eftir fagsviðum var samkvæmt tímaritum sem þær voru birtar í og voru greinar ekki tvítaldar þó fleiri enn eitt fagsvið stæði að þeim. Upplýsingar um þessa flokkun má finna í heimild (7).

Gert er ráð fyrir að birtar greinar á tímabilinu 1999-2003 sýni vísindavirkni eins og hún var fyrir sameiningu sjúkrahúsanna en venjulegur tími frá upphafi rannsókna þar til þær birtast í ritrýndu tímariti er 3-5 ár. Til samanburðar var gerð samskonar úttekt fyrir helstu samstarfsaðila innanlands, Hjartavernd (HV) og Íslenska erfðagreiningu (ÍE). Tímabilið 1970-2003 var skoðað í SCI varðandi tilvísanir í greinar og var það gert á Web of Science.

Fjöldi greina

Notaðar voru tvær meginaðferðir við að finna birtar ritrýndar greinar.

1. Gerð var leit í ISI gagnagrunninum að öllum greinum sem skráðar (lyklaðar) voru á gömul og ný heiti Landspítala fyrir tímabilið 1999-2003. Notaður var hugbúnaðurinn EndNote og í gegnum hann tengt á gagnagrunninn PubMed og leitað að nöfnum spítalans í lyklinum „affiliation". Gerð var samskonar leit að greinum fyrir ÍE og HV. Gallinn við þessa aðferð er að leitin verður aldrei tæmandi vegna mismunandi heita sem notuð voru og þess að skráningu rannsóknarstofnunar var stundum ábótavant. Greinar frá ÍE voru best skráðar. Fjöldi greina fyrir Ísland allt var fundinn á sama hátt, með því að finna greinar í ISI grunninum sem voru skráðar á Ísland.
2. Undanfarin þrjú ár hefur Skrifstofa kennslu, vísinda og þróunar (SKVÞ) gefið út vísindahefti (11-13) sem fyrstu tvö árin var þannig unnið að send var beiðni til allra forstöðumanna sérgreina og fræðasviða og þeir beðnir að gera grein fyrir vísindavinnu á árinu. Gallinn við þessa aðferð var sá að skil voru aldrei tæmandi og nokkur vinna var við að finna út hvaða útgáfur uppfylltu ISI skilmerkin. Við öflun upplýsinga fyrir árið 2003 voru aðferðir 1&2 notaðar saman og bættu hvor aðra upp. Það

er mat höfunda að yfir 95% heimtur séu á spítala greinum fyrir árið 2003. Fengin var ritskrá frá HV til að bæta upp aðferð 1 og vefsíða ÍE skoðuð varðandi vísindagreinar. Fleiri greinar frá ÍE fundust í PubMed heldur en skráðar voru á vefsíðu.

Fjöldi tilvitnana

Fjölda tilvitnana í greinar frá ÍE var talinn á Web of Science og jafnframt var gerð tilraun til alþjóðlegs samanburðar og var þar stuðst við erlendar heimildir (7, 14) og upplýsingar af vefsíðu RANNÍS og OECD. Það þarf margs að gæta við túlkun á upplýsingum úr SCI (15-17):

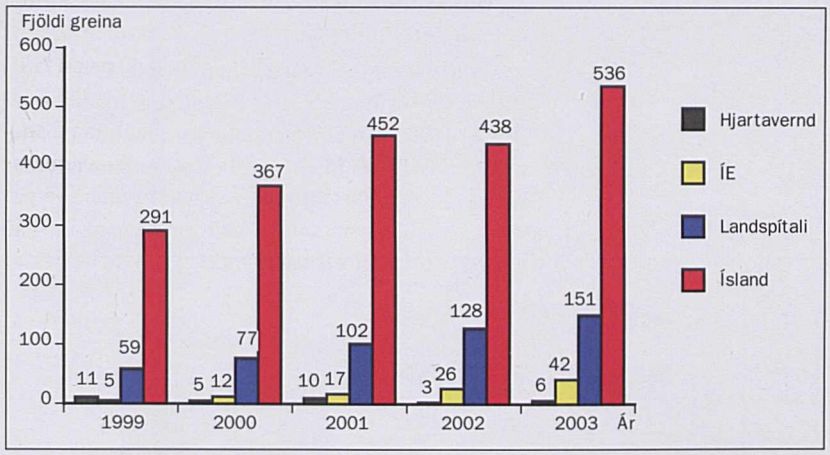
1. ISI gagnagrunninn skráir ekki á fullnægjandi hátt útgáfur í félagsvísindun, bókmenntum og listum og eru sérstakir gagnagrunnar fyrir þessar greinar (áðurnefndir).
2. Stærð sérgreina og fjöldi tímarita á hverju sviði ráða miklu um fjölda tilvitnana. Þeim mun fleiri tímarit sem eru í faggreininni þeim mun fleiri tilvitnanir. Af ástæðum 1&2 gefur samanburður milli fagsviða takmarkaðar upplýsingar.
3. Tegundir greina hafa áhrif á tilvitnanatíðni. Tiltölulega meira er vitnað í yfirlitsgreinar en aðrar vísindagreinar (16, 17).
4. Tilvitnanir í greinar á SCI: Greinar þurfa ákveðinn árafjölda til að ná inn tilvitnunum og við samanburð þarf að skilgreina tímabil sem skoðuð eru og hvenær þau voru talin. SCI breytist mánaðarlega og samanburður á tilvitnunum þarf því að vera staðlaður.
5. Tilvitnanir í einstaka vísindamenn. Tvær aðferðir eru notaðar og hafa báðar kosti og galla (6, 15). Aðferð 1 telur einungis tilvitnanir í fyrsta höfund og mjög áhugaverð úttekt á íslenskum vísindum hefur verið gerð af Birgi Guðjónssyni með þessari aðferð (18). Aðferð 2 telur tilvitnanir í alla höfunda óháð höfundaröð og er hún notuð í þessari grein. Röksemdir fyrir því eru færðar í heimild (19) og einnig síðar í þessari grein.
6. Til eru dæmi um að mikið sé vitnað í greinar vegna þess að í þeim hefur orðið uppvíst um tilbúning eða mistúlkun. Það er því ekki tryggt að margar tilvitnanir séu alltaf vísbending um gæði.

Þrátt fyrir ofantalda galla á SCI þá er hann mjög gagnlegur til að bera saman vísindavinnu á sambærilegum fagsviðum milli landa og tímabila og þannig er SCI notaður í þessari grein

Tilvitnanir í einstaka starfsmenn Landspítala voru kannaðar á SCI fyrir tímabilið 1970 til september 2004 og voru allar tilvitnanir taldar hvort sem þeir voru fyrstu eða seinni meðhöfundar. Starfsmenn sem voru valdir í þessa könnun voru þeir sem höfðu stöðu við Læknadeild HÍ eða höfðu sótt um framgang um mat á akademísku hæfi samkvæmt samningi LSH og HÍ. Ennfremur þeir sem vitað var að stunduðu rannsóknir samkvæmt Vísindahefti LSH eða á annan hátt. Ekki er um tæmandi könnun að ræða en talið er að flestir sem hafa tilvitnanir um og yfir 100 séu á þessum lista.

Niðurstöður

Fjöldi ritrýndra greina fyrir Ísland allt, LSH, HV og ÍE á árunum 1999-2003, er sýndur í mynd 1. Alls voru 509 greinar frá LSH birtar á tímabilinu og er 256% aukning á árinu 2003 miðað við 1999. Hlutfall greina frá LSH af öllum greinum frá Íslandi var 20% fyrir árið 1999 en 28% fyrir árið 2003. Greinar frá LSH sem voru unnar í samvinnu við ÍE voru 5% árið 1999 en 8% árið 2003. Upplýsingar um heildarfjölda birtra greina frá Íslandi öllu eru fengnar úr NSIOD.

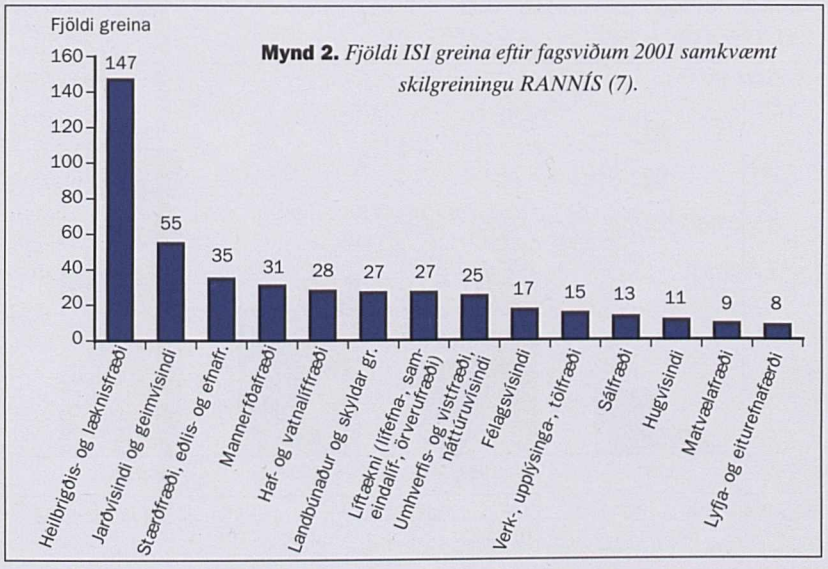


Mynd 1. *Fjöldi ritrýndra greina frá Hjartavernd, Íslenskri erfðagreiningu (ÍE), Landspítala og Íslandi öllu 1999-2003.*

Höfundar greina frá LSH

Einn höfundur var að 23 (4,4%) greinanna, 2-5 að 239 greinum, 6-10 að 169 greinum en >10 höfundar voru að 88 (17%) greina. Einn eða fleiri höfundar tengdir erlendum stofnunum voru að 56% greinanna og var ekki marktæk breyting milli áranna 1999-2003.

Samanburður eftir fagsviðum: Í mynd 2 er sýnd



Mynd 2. *Fjöldi ISI greina eftir fagsviðum 2001 samkvæmt skilgreiningu RANNÍS (7).*

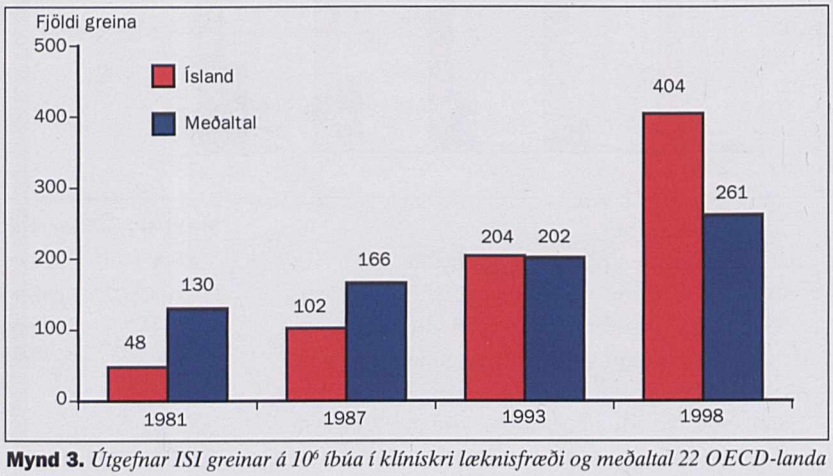
birting greina íslenskra vísindamanna eftir fagsviðum árið 2001. Alls eru birtar 147 greinar úr heilbrigðis- og læknisfræði sem er 33% af heildarfjölda. Á árinu 2001 birtust 102 greinar frá Landspítala þannig að 70% af greinum í læknisfræði eru frá spítalanum. Rétt er að ítreka að greinar úr félags- og hugvísindum koma ekki að fullu fram í þessari mynd.

Alþjóðlegur samanburður á ritrýndum greinum

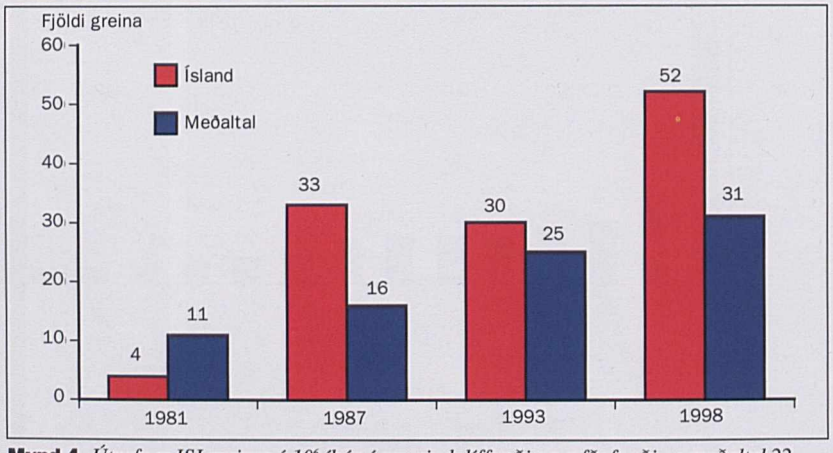
Árið 1981 voru 450.512 greinar skráðar í ISI gagnagrunninn og var þá hlutur Íslands 0,01%. Árið 1999 var heildarfjöldi greina 732.193 og var þá hlutur Íslands orðinn 0,07% (NSIOD).

Mynd 3 sýnir að útgefnar greinar í klínískri læknisfræði voru mun færri á Íslandi 1981 og 1987 en meðaltal OECD en nálægt meðaltali 1993 og árið 1998 eru útgefnar greinar 55% yfir meðaltali OECD (klínísk læknisfræði er skilgreind samkvæmt tímaritum sem greinarnar birtast í (7)).

Mynd 4 sýnir útgefnar greinar/10^6 íbúa í sameindalíffræði og erfðafræði frá Íslandi og meðaltal 22 OECD-landa. Útgefnar greinar voru meira en helmingi færri fyrir Ísland árið 1981 en síðan mun hærri en meðaltal 1987, 1993 og 1998.



Mynd 3. *Útgefnar ISI greinar á 10^6 íbúa í klínískri læknisfræði og meðaltal 22 OECD-landa 1981, 1987, 1993 og 1998.*



Mynd 4. *Útgefnar ISI greinar á 10^6 íbúa í sameindalíffræði og erfðafræði og meðaltal 22 OECD-landa 1981, 1987, 1993 og 1998.*

Alþjóðlegur samanburður á fjölda tilvitnana

Árið 1981 var hlutur Íslands í heildarfjölda tilvitnana 0,01% en 1999 hafði hlutfallið aukist í 0,09% sem er mesta aukning (70%) sem sést (ásamt Grikklandi) meðal þróaðra þjóða. (NSIOD). Það er varlega áætlað að hlutur Íslands sé orðinn 0,1% árið 2003.

Í mynd 5 er sýndur meðalfjöldi tilvitnana í hverja grein úr klínískri læknisfræði sem birtust 1994-1998 fyrir 10 efstu þjóðirnar. Tilvitnanir eru taldar í ágúst 1999. Ísland er þar efst á blaði með 6,7 tilvitnanir í hverja grein en næst koma Bandaríkin með 5,7. Á myndinni er einnig sýnt heimsmeðaltal fyrir 170 þjóðir sem er 4,1 tilvitnum í hverja grein.

Á mynd 6 er sýndur meðalfjöldi tilvitnana í hverja grein úr sameindalíffræði og erfðafræði sem birtist 1994-1998 fyrir 10 efstu þjóðirnar. Ísland er þar í 10 sæti með 10,8 tilvitnanir í hverja grein en heimsmeðaltal fyrir 170 þjóðir er 12,2 tilvitnun í hverja grein. Gerð var sérstök talning á tilvitnunum í greinar frá ÍE í ágúst 2004 fyrir tímabilið 1999-2003 og var meðaltilvitnanatíðni 17 og bendir það til að Ísland sé á hraðferð upp þennan lista sem sýndur er á mynd 6.

Á mynd 7 er sýndur fjöldi tilvitnana í 134 virkustu vísindamenn á Landspítala. Við skoðun á mynd 7 þarf að hafa eftirfarandi í huga: Allar tilvitnanir eru taldar óháð höfundarröð og er það gert af eftirfarandi tveim ástæðum.

1. Landspítali er kennslustofnun og reyndari vísindamenn eru yfirleitt í hlutverki leiðbeinanda í rannsóknum og reglan er að þeir eru þá seinastir í höfundaröð.
2. Rannsóknir í líf- og læknisfræði eru að þróast í þann farveg að margir faghópar leggja saman efnivið og þekkingu og enginn einn hefur afgerandi innlegg. Hugtakið fyrsti höfundur er að verða úrelt. Helmingur greina frá Landspítala 1999-2003 hafði meir en 6 höfunda og 17% höfðu fleiri en 10 höfunda.

Sá fjöldi tilvitnana sem vísindamaður hefur aflað sér er ekki eingöngu fyrir vinnu á Landspítala heldur er um starfsævisafn að ræða. Það er vel þekkt að örfáar vísindagreinar ná tilvitnanafjölda langt umfram aðrar greinar og er þar oftast um að ræða greinar með marga höfunda. Ýmsir leiðréttingarstuðlar hafa verið þróaðir til að meta tilvitnanahlutdeild höfunda eða landa (6) en þær eru flestar flóknar og ruglingslegar og eru ekki notaðar í útreikningum á mynd 7. Hins vegar er lýst þrem mest tilvitnuðu greinum frá Landspítala hér í framhaldinu.

Greinar frá Landspítala sem mest hefur verið vitnað í

Efst á blaði er The Scandinavian Simvastatin Study (20) sem náði 3180 tilvitnunum í september 2004. Þar er um að ræða alþjóðlega fjölsetra lyfjarannsókn með þátttöku um 200 lækna. Þessi rannsókn hafði afgerandi áhrif á notkun blóðfitulækkandi lyfja til forvarna

á kransæðasjúkdómum. Einn íslenskur læknir var í stýrihóp og ritnefnd þessarar rannsóknar og hann fær því höfundaraðild en ekki hinir íslensku læknarnir sem tóku þátt. Næst efst er alþjóðleg rannsókn á áhrifun BRAC2 gensins í brjóstakrabbameini (21) sem nær 1004 tilvitnunum. Þetta er fjölsetrarannsókn með 26 höfundum, þar af einn frá LSH.

Þriðja efsta greinin er með 651 tilvitnun og er einnig um BRCA1 og BRCA2 genin en hún hefur 34 höfunda þar af tveir sem tengjast LSH (22).

Umræða

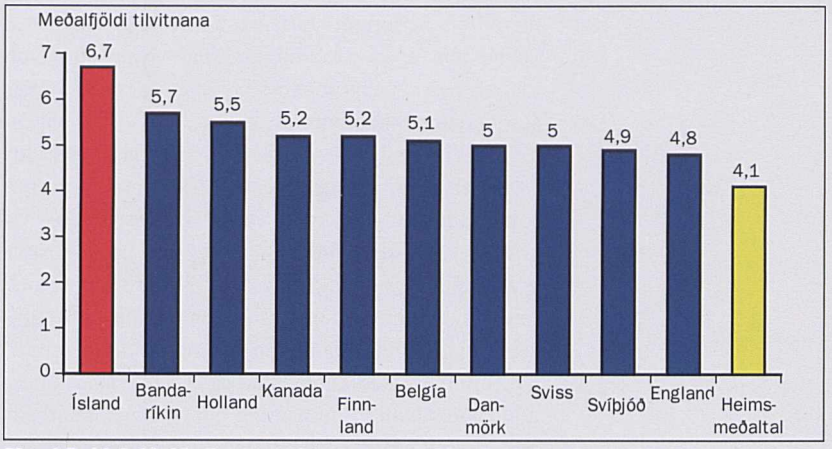
Könnun okkar sýnir að vísindastarf á Landspítala hefur verið í örum vexti fram til ársins 2003 og stendur það ár í miklum blóma bæði hvað varðar magn og gæði. Það eru margvísleg aðferðafræðileg vandamál sem koma upp við mat á vísindavinnu. Við völdum þá aðferð sem almennt er viðurkennd af menntastofnunum að telja einungis greinar sem skráðar eru í ISI gagnagrunninn og lítum á þær sem vísbendingu um magn rannsókna á Landspítala. Þessi aðferð hefur þann kost að hún gefur möguleika á alþjóðlegum samanburði. Hún er hins vegar gölluð að því leyti að engin íslensk rit um heilbrigðisvísindi eru skráð í ISI gagnagrunninn. Árlega eru birtar um 50 greinar frá spítalanum í Læknablaðinu sem einnig er ritrýnt. Þessar greinar hafa margar sérstaka skírskotun til íslenskra aðstæðna og eru mikilvægt framlag til íslenskra læknavísinda en aðeins lítill hluti þeirra birtist einnig í ISI tímaritum.

Það er áhugavert að sjá að fjöldi birtra ISI greina frá Íslandi hefur aukist um 50% á ári allt tímabilið 1981-2003 og hlutur LSH í birtum greinum hefur vaxið úr 20% í 28% á tímabilinu 1999-2003. Alþjóðlegur samanburður sýnir að útgáfa ritrýndra greina frá Íslandi hefur vaxið mun meira en í OECD löndum og er Ísland langt yfir meðaltali OECD landa seinni hluta tímabilsins bæði fyrir sameindalíffræði, erfðafræði og klíníska læknisfræði (myndir 3 og 4).

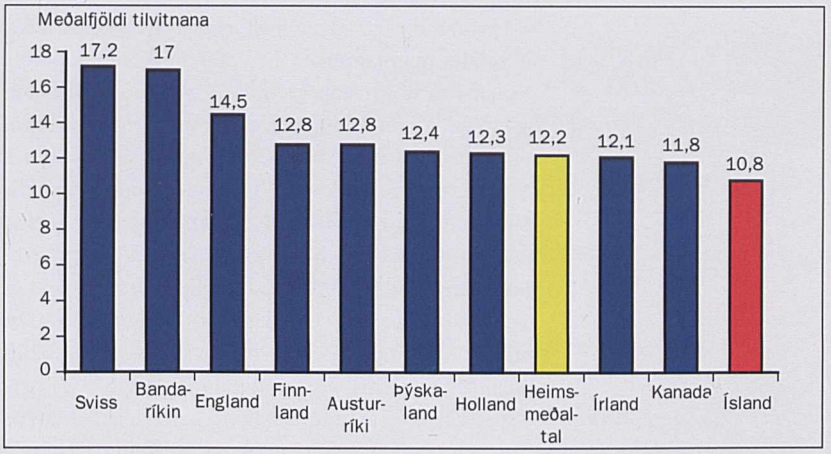
Niðurstöður þessarar samantektar sýna einnig, að Íslendingar koma mjög vel út úr alþjóðlegum samanburði á gæðum greina í klínískri læknisfræði en árin 1994-98 var að meðaltali vitnað 6,7 sinnum í íslenskar greinar í þessum flokki og er Ísland þar efst á heimsvísu. Megin ástæðan fyrir þessum ágæta árangri er vafalítið sá einstaki efniviður sem íslensk þjóð er til rannsókna.

Íslendingar koma einnig vel út úr alþjóðlegum samanburði á gæðum greina í sameindalíffræði og erfðafræði en að meðaltali var vitnað 10,8 sinnum í íslenskar greinar frá árunum 1994-1998 og er Ísland í 10 sæti í þessum flokki (mynd 5). Tilvitnanir í nýjustu greinar ÍE benda til að Ísland sé að færast hratt upp á þessum lista.

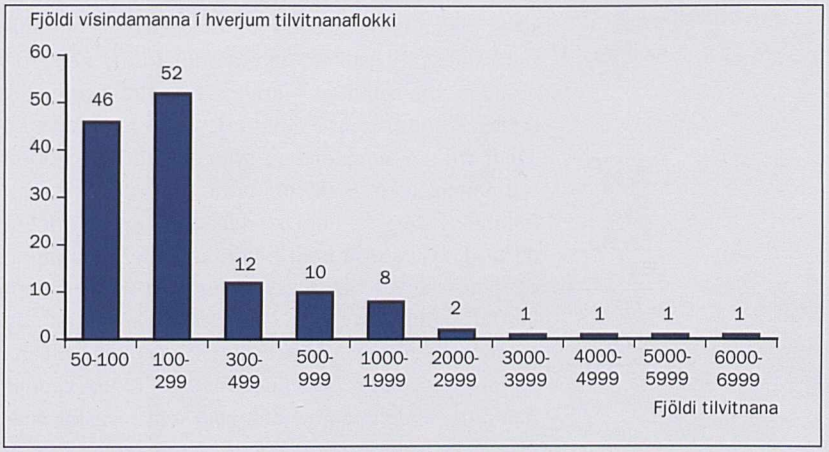
Alþjóðavæðing er á háu stigi (>50%) og helming-



Mynd 5. *Meðalfjöldi tilvitnana í hverja grein úr klínískri læknisfræði 1994-1998.*



Mynd 6. *Meðalfjöldi tilvitnana í hverja grein í sameindalíffræði og erfðafræði 1994-1998.*



Mynd 7. *Fjöldi tilvitnana í einstaka vísindamenn á LSH.*

ur greina frá Landspítala hefur fleiri en sex höfunda. Hvorutveggja er styrkleikamerki og fjöldi tilvitnana í greinar hefur sterka fylgni við fjölda höfunda (16).

Eitt af markmiðum sameiningar sjúkrahúsanna var að auka gæði kennslu og rannsókna. Það er ljóst eftir þessa úttekt að LSH tekur við ágætu búi frá Ríkisspítölum og Sjúkrahúsi Reykjavíkur hvað varðar vísindi. Það er full ástæða til að spá í hvers vegna svo er og hvernig megi styrkja vísindastarf enn frekar.

Væntanlega endurspeglar þessi góði árangur vaxandi vísindaáhuga hérlendis og betri vísindalega

menntun heilbrigðisstarfsmanna líklega ekki síst vegna áhrifa frá vaxandi umfangi vísindastarfsemi meðal þeirra nágrannaþjóða, sem mennta okkar starfsmenn. Akademískar kröfur um vísindavirkni hafa aukist á alþjóðavísu og í samræmi við það hefur LSH hert sínar kröfur á þeim vettvangi. Nýjar rannsóknaráherslur og tilkoma ÍE og UVS ásamt aukinni virkni hjá Hjartavernd eiga einnig sinn þátt í þessari grósku en 12% af ISI greinum LSH eru unnar með þessum aðilum. Þannig hefur samvinna á milli klínískra og grunnvísindamanna eflst hérlendis og leitt til nýsköpunar á sviði rannsókna og það er von höfunda, að áframhaldandi samþætting innan rannsóknargeirans eflist enn frekar, bæði innan LSH svo og við aðrar stofnanir á landsvísu.

Höfundar telja að meginstyrkur LSH á þessu sviði sé mikill mannauður. Um 2500 háskólamenntaðir starfsmenn úr ýmsum greinum vinna við stofnunina og er um fimmtungur þeirra virkur í vísindavinnu, sem aðallega er á sviði heilbrigðisvísinda. Þessir starfsmenn eiga aðild að 70% greina sem birtar eru um læknisfræði frá Íslandi og sennilega enn stærra hlutfalli tilvitnana. Myndast hafa nokkrir sterkir rannsóknarhópar sem spanna sviðið frá klínískum vísindum yfir í grunnvísindi, annaðhvort með aðstöðu innan LSH eða með samvinnu við utanaðkomandi aðila. Mynd 7 sýnir vel þann mannauð sem LSH hefur á að skipa og stendur á bakvið þann ágæta árangur sem greint er frá í þessari grein. Vísindamenn sem hafa fengið um og yfir 1000 tilvitnanir hafa sterka stöðu til að fá innlenda og erlenda rannsóknarstyrki og samstarfsaðila frá bestu stöðum. Þátttaka LSH í alþjóða vísindasamfélaginu er veruleg því yfir helmingur greina eru unnar með aðild erlendra vísindamanna. Tölur frá nágrannalöndum sýna að um 40% greina eru unnar með aðild erlendra vísindamanna (7). Alþjóðavæðing er talin styrkleikamerki í vísindum og sterk fylgni er á milli fjölda höfunda að greinum og þeirra tilvitnana sem greinin nær (16). Hærra hlutfall samvinnuverkefna við erlenda aðila kann þó að endurspegla að nokkru erfiðleika við að fjármagna stórar rannsóknir hérlendis, svo að rannsakendur hafi þurft að leita annað auk þess sem íslenskir heilbrigðisstarfsmenn leita út fyrir landssteinana varðandi framhaldsmenntun og halda oft áfram samstarfi við fyrri erlenda samstarfsaðila. Vísindi eru mjög gagnvirk og sú gróska sem orðið hefur í íslensku vísindasamfélagi utan LSH hefur haft mjög hvetjandi áhrif á vísindastarfsemi innan veggja spítalans. Má þar nefna starfsemi Hjartaverndar, ÍE og UVS sem byggja sitt starf að hluta eða verulegu leyti á samvinnu við starfsmenn LSH og þeim rannsóknarefnivið sem þar er að finna. Nokkur sprotafyrirtæki hafa einnig sprottið úr vísindajarðvegi á LSH og sum hver orðið að öflugum fyrirtækjum í íslensku samfélagi, svo sem Flaga-Medcare og Marel.

Gróskan í íslensku vísindasamfélagi á sér margar ástæður. Ein er sú að aukið fjármagn er nú fyrir hendi. Opinberar fjárveitingar til rannsókna og þróunar hafa vaxið undanfarna áratugi og hafa nú náð 3% af vergri þjóðarframleiðslu. Samkvæmt mati OECD er Ísland meðal topp 1-5 landa sem hafa bætt stöðu sína mest við að byggja upp rannsóknir og þróun á undanförnum árum (9) en Bandaríkin hafa samt afgerandi forustu á því sviði.

Hlutur rannsókna á sviði heilbrigðismála hefur vaxið úr því að taka til sín 3-4% alls fjár sem varið var til rannsókna og þróunar hér á landi árið 1977 í 38% árið 2001. Megnið af þessum vexti hefur átt sér stað á undanförnum níu árum því árið 1995 var hlutfall rannsókna í heilbrigðismálum enn innan við 10% (23). Innkoma fjármagns á sviðið hefur fyrst og fremst verið í gegnum lyfja- og líftæknifyrirtæki. Fjárveitingar til beinna styrkja hafa einnig aukist en hlutur heilbrigðisvísinda hefur staðið í stað.

Á árunum 1995 til 2001 fengu heilbrigðisvísindi 10 til 14 % af úthlutuðu fjármagni til rannsókna (24) en heilbrigðisvísindi stóðu hins vegar að 33% ISI greina árið 2001. Hlutur LSH í úthlutun þessara ára var 2% en LSH stóð að 23% allra ISI greina frá Íslandi árið 2001.

Þessar tölur benda til þess að fjármögnun vísindaverkefna á LSH sé að nokkrum hluta falinn í almennum rekstrarkostnaði hans, þótt vissulega leggi margir starfsmenn á sig ómælda vinnu utan vinnutíma til vísindaverkefna því þessi vinna er oft unnin meira af ástríðu en skyldu og starfsmenn hafa hvorki helgaðan tíma né viðunandi aðstöðu í mörgum tilvikum. Frekari utanaðkomandi fjármögnun á vísindaverkefnum er jafnframt nauðsynleg þar sem fyrirséð er að fjármagn til vísindarannsókna á heilbrigðissviði verði ófullnægjandi á næstu árum ef viðhalda á þeirri grósku sem þessi samantekt frá fyrri árum endurspeglar. Utanaðkomandi fjármögnun er ekki síst nauðsynleg í ljósi sparnaðarkröfu ríkisvaldsins, sem ekki virðist taka tillit til alhliða hlutverks stofnunarinnar sem menntunar- og vísindastofnunar auk hefðbundinnar klínískrar þjónustu við íslenskt samfélag. Þótt ýmis verkefni hafi verið styrkt að hluta af rannsóknarsjóðum er ljóst að LSH hefur staðið öflugt að baki margra vísindamanna varðandi bæði stór og smá verkefni. Bregðist sá bakhjarl mun vísindavirkni stofnunarinnar minnka og erfitt að sjá fyrir að samstarfsstofnanir og erlendar styrkveitingar muni koma þar í stað á næstu árum. Vísindasjóður LSH stendur illa og annað styrkfé úr opinberum rannsóknarsjóðum til verkefna á LSH hefur staðið í stað síðastliðin fimm ár (25). Samvinnuverkefnum við líftæknifyrirtækin hefur fækkað, en þessi fyrirtæki hafa fjármagnað ýmis rannsóknarverkefni við spítalann, ótengd samvinnuverkefnunum, í gegnum greiðslur í sérstaka rannsóknarsjóði starfsmanna á LSH. Á móti kem-

ur að erlendir rannsóknarstyrkir hafa aukist, og þá einkum í gegnum samvinnu við erlendar rannsóknarstofnanir. Reynsla annarra þjóða hefur almennt verið sú að talsvert opinbert fjármagn þurfi til þess að rannsóknir á heilbrigðissviði skili sér sem framleiðsluvara. Sumar þjóðir, svo sem Finnar, hafa farið þá leið að efla opinbert fjárframboð til heilbrigðisvísinda samhliða sparnaðaraðgerðum á heilbrigðissviði í þeirri trú að langtímaáhrif slíkrar fjárfestingar muni skila sér aftur til samfélagsins. Hefur það leitt til mikillar eflingar á heilbrigðisvísindum þar í landi og Svíþjóð á sér einnig langa hefð og stendur framarlega á þessu sviði (8, 9, 26).

Þrátt fyrir góða stöðu nú er framtíð vísinda á LSH engan veginn tryggð. Sameiningu sjúkrahúsanna er ólokið og sá ávinningur fyrir vísindin sem átti að felast í henni virðist ekki í sjónmáli. Það er hvorki lagalegur né siðferðilegur réttur til þess að sparnaður í rekstri spítalans komi niður á þjónustu við sjúklinga og aðhaldsaðgerðir koma því óhjákvæmilega niður á ýmsum öðrum þáttum í starfsemi stofnunarinnar, eins og vísindastarfsemi. Á árinu 2004 hafði starfsmönnum spítalans fækkað um 400 frá samanlögðum fjölda starfsmanna stóru spítalanna á árinu 1998 en á sama tíma jókst aðsókn að þjónustu spítalans. Slíkt hefur óneitanlega áhrif á vísindavirkni innan stofnunarinnar, sem byggir að hluta til á nýtingu tíma sem ekki er helgaður beinni vinnu við mat og umönnun sjúklinga.

Það er mikilvægt í þessu umróti að missa ekki sjónar á hlutverki vísindastarfs á LSH. Vísindi skapa nýja þekkingu sem leiðir til markvissari lækninga og forvarna og betri heilsu. Ný þekking nýtist best á stofnunum þar sem hún verður til (8). Auk beinna áhrifa á menntun starfsmanna gefur vísindavinnan útrás fyrir sköpunargleði, eykur starfsánægju og afrakstur hennar er á hverjum tíma stolt spítalans út á við. Vísindastarf og kennsla heilbrigðisstétta verða ekki aðskilin og vísindastörf kenna kennurunum. Vísindi skapa auð í sjálfu sér; þau draga að styrki og góða samstarfsaðila og geta leitt til fjárhagslegs ábata fyrir samfélagið í heild.

Þakkir

Þorvaldur Finnbjörnsson sviðsstjóri greiningasviðs RANNÍS veitti aðstoð við öflun upplýsinga.

Styrkir og hagsmunaárekstrar: Höfundar fengu enga styrki og eru allir í fullu starfi hjá Landspítala.

Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir og Bjarni Þjóðleifsson hafa stundað rannsóknir í samvinnu við lyfja- og líftæknifyrirtæki en ekki fengið neina beina styrki.

Heimildir

1. Ríkisendurskoðun. Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík. Mat á árangri. Stjórnsýsluendurskoðun; Nóvember 2003.
2. Englander MS. What Have You REALLY Written Lately? A Step-by-Step Guide to Tracking Institutional Publications. J Hospital Librarianship 2003; 3: 79-91.
3. Garfield E. The Design and Production of a Citation Index, in Citation Indexing-Its Theory and Application in Science, Technology and Humanities. John Wiley & Sons, New York 1972: 19-36.
4. Bradford S. Documentation. Public Affairs Press, Washington, DC. 1950.
5. Garfield E. Is Citation Analysis a Legitimate Evaluation Tool? Scientometrics 1979: 359-75.
6. Okubo Y. Bibliometric Iindicators and analysis of research systems: Methods and examples. STI working papers, 51765. OECD. Paris. 1997; 1.
7. Hinse S. Bibliometric analysis of Norvegian research activities. Karlsruhe 2001:1-42.
8. Husso KK, S. Parkkari, T. The State and Quality of Scientific Research in Finland. Helsinki 2000.
9. European, Commission, research C. Towards a European Research Area. Science, Technology and Innovation. Key Figures 2003-2004. *http://europa.eu.int/*
10. OECD. The Management of science systems. OECD, STI Working Papers 1997/1. 1997; Science Technology Industry: 1-12.
11. Oddný S Gunnarsdóttir SB. Vísindastarf á Landspítala Háskólasjúkrahúsi 2001. Skrifstofa kennslu, vísinda og þróunar 2002; 1: 1-35.
12. Oddný S Gunnarsdóttir SS. Vísindastarf á Landspítala Háskólasjúkrahúsi 2002. Skrifstofa kennslu, vísinda og þróunar 2003; 2: 1-44.
13. Sveinbjörnsdóttir S. Vísindastarf á Landspítala Háskólasjúkrahúsi 2003. Skrifstofa kennslu, vísinda og þróunar 2004; 3: 1-44.
14. Aksnes D. Medical Research in Norway – Bibliometric Indicators. NIFU skriftserie nr. 9/2003. NIFU – Norsk institutt for studier av forskning og utdanning 2003.
15. Okubo Y. Bibliometric indicators and analysis of research systems: methods and examples. OECD, STI Working Papers 1997/1. 1997.
16. Amin MM, M. Impact factors: Use and abuse. Perspectives in Publishing 2000;No. 1(October).
17. Whitefield H. Impact factor-fact or fantasy. BUJI 2000; June: i-iii.
18. Guðjónsson B. Mat á vísindavinnu. Science Citation Index sem mælitæki. Náttúrufræðingurinn 1999; 69: 19-26.
19. Van Raan AT, R. An Overview of Quantitative Science and Technology. Indicators Based on Bibliometric Methods, Technology Economy Programme for the Development of Indicators. OECD, Paris. 1990.
20. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994; 344: 1383-9.
21. Wooster R, Bignell G, Lancaster J, Swift S, Seal S, Mangion J, et al. Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. Nature 1995; 378: 789-92.
22. Phelan CM, Borg A, Cuny M, Crichton DN, Baldersson T, Andersen TI, et al. Consortium study on 1280 breast carcinomas: allelic loss on chromosome 17 targets subregions associated with family history and clinical parameters. Cancer Res 1998; 58: 1004-12.
23. RANNÍS. Sundurliðun á rekstrar- og stofnkostnaði til RoÞ. *www.rannis.is*
24. RANNÍS. Sundurliðun á heildarfjármagni til RoÞ eftir vísindasviðum 1975-2001. *www.rannis.is*
25. Sveinbjörnsdóttir S. Notendavinna við skipulagningu nýs spítala. Vísindastarfsemi á LSH. Skrifstofa kennslu, vísinda og þróunar 2004; skýrsla: 1-9.
26. Science and Technology Policy Council of Finland. Finland: A Knowledge-based Society. 1996: 95-6.



Vóstar-R

Vóstar-R FORÐATÖFLUR
Hver forðatafla inniheldur: Diclofenacum INN, natríumsalt, 75 mg eða 100 mg.

Ábendingar: Gigtarsjúkdómar, þar með taldir iktsýki (arthritis rheumatoides), hrygggigt (spondylitis ankylopoetica), slitgigt og vöðvagigt. Verkir. Þvagsýrugigt. **Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærðir handa fullorðnum:** Venjulegur skammtur er ein forðatafla 75 mg eða 100 mg á dag, með mat. **Skammtastærðir handa börnum:** Þetta lyfjaform er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Sár í maga eða skeifugörn. Lyfið má ekki gefa sjúklingum sem fá astma, nefrennsli eða ofsakláða af acetýlsalicýlsýru eða öðrum skyldum lyfjum. Skorpulifur. Alvarleg hjartabilun og nýrnasjúkdómur. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Varúðar skal gæta hjá sjúklingum með colitis ulcerosa, Crohns-sjúkdóm, truflaða blóðmyndun, blæðingar-tilhneigingu eða hjartabilun. Enn fremur skal gæta varúðar við gjöf lyfsins ef sjúklingar eru með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi (t.d. aldraðir), taka segavarnarlyf, þvagræsilyf (blóðkalíum) eða lyf við sykursýki. Við langtímameðferð þarf að fylgjast með lifrarstarfsemi og blóðhag. Porfyria. **Milliverkanir:** Lyfið virðist hvorki hafa áhrif á lyfjahvörf segavarnarlyfja né lyfja við sykursýki, en rétt er að sýna aðgát ef slík lyf og díklófenak eru gefin samtímis, vegna mikillar próteinbindingar í blóði. Blóðþéttni litíums og dígoxíns hækkar ef díklófenak er gefið samtímis. Háskammta metótrexatgjöf samtímis gjöf díklófenaks getur valdið alvarlegum eiturverkunum vegna minnkaðs útskilnaðar á metótrexati. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyf, sem hindra prostaglandínframleiðslu geta haft ýmis áhrif á fóstur, svo sem leitt til háþrýstings í lungnablóðrás og öndunarerfiðleika eftir fæðingu. Þau geta einnig aukið blæðingarhættu vegna áhrifa á blóðflögur og valdið nýrnaskemmdum sem leiða til skertrar þvagframleiðslu eftir fæðingu og minnkun á legvatni. Lyf af þessum flokki ber því að forðast á meðgöngu, en einkum er mikilvægt að nota lyfið ekki á síðasta þriðjungi meðgöngu og **alls ekki** síðustu daga fyrir fæðingu. Lyfið skilst út í brjóstamjólk, en ólíklegt er að lyfjaáhrifa gæti hjá barni á brjósti við venjulega skömmtun lyfsins. **Athugið:** Eftir inntöku 100 mg lyfsins hjá konum með barn á brjósti fannst lyfið ekki í mjólk (greiningarmörk: 10 ng/ml). **Akstur:** Ef höfuðverkur, þreyta eða svimi gera vart við sig eftir inntöku lyfsins er ekki ráðlegt að aka vélknúnu ökutæki. **Aukaverkanir:** Í upphafi meðferðar fá um 10% sjúklinganna óþægindi frá meltingarfærum, sem venjulega hverfa á fáeinum dögum þrátt fyrir áframhaldandi töku lyfsins. **Algengar (>1%):** Höfuðverkur, svimi. Magaverkir, ógleði, uppköst, niðurgangur. Útbrot. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Bjúgur. Ofnæmi. Þreyta. Meltingarsár, blæðing frá meltingarfærum. Ofsakláði. Truflað lifrarstarfsemi. **Mjög sjaldgæfar (<0,1%):** Fækkun blóðflagna, hvítra blóðkorna og/eða rauðra blóðkorna. Sjóntruflanir, eyrnasuð, svefntruflanir, óróleiki, krampar. Rugl. Blöðrumyndun á húð, regnbogaroðasótt (erythema multiforme), Steven-Johnsons heilkenni, Lyells heilkenni, hárlos, ljósópol. Truflað húðskyn. Bráð nýrnabilun, blóð í þvagi, nýrna- og skjóðubólga, nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome). **Lyfhrif:** Lyfið minnkar myndun prostaglandína í líkamanum. Það hefur bólgueyðandi og verkjastillandi verkun. **Lyfjahvörf:** Aðgengi (nýting) díklófenaks er u.þ.b. 50%. Þetta lyfjaform hefur forðaverkun og nær blóðþéttni lyfsins hámarki 6-8 klst. eftir inntöku, sé lyfið gefið með mat, en verkun helst í 12-24 klst. Próteinbinding í blóði er 99,7%. Lyfið skilst út sem umbrotsefni, um 60% í þvagi og um 30% í saur. **Útlit: Forðatafla 75 mg:** Ljósbleik, kúpt, Ø 9mm. **Forðatafla 100 mg:** Hvít, kúpt, merkt með þríhyrningi á annarri hlið, Ø 12 mm. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu (01.10.04): Forðatöflur 75 mg:** 30 stk. 2.147 kr., 100 stk. 5.589 kr. **Forðatöflur 100 mg:** 30 stk. 2.723 kr., 100 stk. 7.356 kr. **Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: E. Markaðsleyfishafi:** Actavis hf. Júlí 2004.

actavis
hagur í heilsu

Einelti á vinnustað, vinnuskipulag og líðan starfsmanna

Guðbjörg Linda Rafnsdóttir[1,2]
FÉLAGSFRÆÐINGUR

Kristinn Tómasson[1]
GEÐ- OG EMBÆTTISLÆKNIR

Ágrip

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna líðan, vinnuumhverfi og heilsufar starfsmanna í útibúum banka og sparisjóða með hliðsjón af því hvort þeir hefðu orðið fyrir einelti í starfi.

Efniviður og aðferðir: Spurningalisti sem byggist á Norræna spurningalistanum um sálfélagslega þætti í vinnu (General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work) var lagður fyrir alla starfsmenn vorið 2002, samtals 1847 manns. Útreikningarnir voru gerðir með SPSS tölfræðiforritinu.

Niðurstöður: Alls svöruðu 1475 starfsmenn spurningalistanum, svarhlutfallið var 80%. Konur voru 86% (n=1192) svarenda. Um 15% starfsmanna (n=209) höfðu orðið fyrir ýmiss konar áreitni í starfi, meiri hluti þeirra, 8% (n=110), hafði orðið fyrir einelti. Þolendur eineltis voru líklegri en aðrir til að búa við slæmt sálfélagslegt vinnufyrirkomulag og höfðu síður upplifað jákvætt samband á milli starfsmanna og stjórnenda. Lítil tengsl voru á milli eineltis og þess að hafa leitað læknis vegna tiltekinna heilsufarsþátta. Þolendur voru líklegri en aðrir til að hafa fundið fyrir mikilli streitu nýlega (p=0,025), vera andlega úrvinda eftir vinnudaginn (p=0,013), hafa oft átt við svefnvandamál að stríða (p=0,001), búa við slæma andleg heilsu (p<0,0001) og vera óánægðir í starfi (p<0,0001).

Ályktun: Vegna tengsla sem í ljós komu á milli vinnufyrirkomulags og eineltis er mikilvægt að stjórnendur kunni vel til samskipta og þekki áhættuþætti í sálfélagslegu vinnuumhverfi starfsmanna. Þar sem þolendur eineltis eru ósáttari með starf sitt en aðrir má ætla að þeir hætti frekar störfum ef þeir veikjast og tengi veikindin vinnu sinni. Því er mikilvægt rannsóknarefni að skoða algengi eineltis á meðal þeirra sem þiggja bætur hjá Tryggingastofnun ríkisins.

Inngangur

Umræður um einelti á vinnustöðum hafa aukist mjög að undanförnu og kvörtunum sem koma til Vinnueftirlitsins og aðila vinnumarkaðarins vegna eineltismála fer fjölgandi. Ekki hefur verið gerð íslensk þversniðsrannsókn á algengi eineltis á vinnustöðum hér á landi, en samkvæmt gögnum frá nágrannalöndum má ætla að um 3-10% starfsmanna verði fyrir einelti á vinnustað.

Við endurskoðun laga nr. 46/1980 um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á vinnustöðum vorið 2003

[1]Vinnueftirlitið, rannsókna- og heilbrigðisdeild, Bíldshöfða 16, 110 Reykjavík, [2]félagsvísindadeild Háskóla Íslands, Odda v/ Sturlugötu, 101 Reykjavík.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, rannsókna- og heilbrigðisdeild Vinnueftirlitsins, Bíldshöfða 16, 110 Reykjavík. Sími 550 4600. *linda@ver.is*

Lykilorð: *einelti, sálfélagslegt vinnuumhverfi, áhættuþættir, líðan.*

ENGLISH SUMMARY

Rafnsdóttir GL, Tómasson K

Bullying, work organization and employee well-being

Læknablaðið 2004; 90: 847-51

Introduction: The study assessed the association between well-being, work-environment and employees' health among the personnel in savings- and other banks' branches with reference to whether they had been exposed to bullying at work.

Methods: A questionnaire based on the General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work was sent to all employees (N=1847) in the spring of 2002. The data was analyzed using the SPSS statistical package.

Results: The response rate was 80% with 1475 employees returning the questionnaire. Women were 86% (n=1192) of the responders. About 15% of the employees (n=209) had experienced some form of harassment in connection with work. The majority of those had experienced bullying (8% (n=110)). The victims of bullying were more likely to have poor psychosocial work-environment and were less likely to have experienced a positive relationship with supervisors and other staff. There was only minimal association between bullying and seeking medical attention for a selected number of medical conditions. The victims of bullying were more likely to have experienced significant stress recently (p=0.025), to be mentally exhausted at the end of the workday (p=0.013), to have significant sleep difficulties (p=0.001), and poor mental health (p<0.0001), and to be dissatisfied in their job (p<0.0001).

Conclusion: In the light of the association between work organization and bullying it is of importance that supervisors and employers are well versified in communication skills as pertains to staff relations and recognizing psychosocial risk factors in the employees' work environment. As victims of bullying are more dissatisfied with their work than others, it is likely that if they become sick and link their illness to the workplace, that they will quit their job. In light of this it is of importance to study the experience of bullying among those receiving benefits due to long-term sickness absence or disability.

Key words: *bullying, psychosocial work environment, risk, well-being.*

Correspondence: Guðbjörg Linda Rafnsdóttir *linda@ver.is*

Tafla I. *Hlutfall þeirra sem höfðu orðið fyrir einelti á vinnustað og tengsl þess við ýmsa sálfélagslega áhættuþætti á vinnustað. Mat á áhættuhlutfalli (OR) og 95% vikmörk (95% CI).*

Sálfélagslegir áhættuþættir	Algengi áhættuþáttar %	OR (95% CI)
Of mikið vinnuálag	35%	2,0 (0,8-4,0)
Oft eða alltaf of mikið að gera	39,4	1,4 (0,9-0,63)
Verður oft eða alltaf fyrir truflunum við vinnu sína	29,4	1,0 (0,6-1,5)
Starfið býður sjaldan eða aldrei upp á skemmtilega krefjandi verkefni	22,9	1,5 (1,0-2,4)
Markmið starfsins eru sjaldan eða aldrei skýr	12,1	1,6 (0,8–3,6)
Oft eða alltaf gera tveir eða fleiri aðilar kröfur til mín sem stangast á	13,1	3,3 (1,8-6,1)
Get sjaldan eða aldrei stjórnað því hvað ég hef mikið að gera	6,8	0,7 (0,5-1,0)
Get sjaldan eða aldrei haft áhrif á ákvarðanir sem eru mikilvægar fyrir starf mitt	11,8	2,0 (1,4-3,1)
Orðrómur um fyrirhugaðar breytingar gengur oft eða alltaf á vinnustaðnum	19,8	1,7 (1,0 – 2,7)
Ég er sjaldan eða aldrei ánægð(ur) með getu mína til að leysa vandamál í vinnunni	4,61	2,2 (0,8-5,7)
Ég fæ sjaldan eða aldrei hjálp með verkefni hjá samstarfsmönnum ef á þarf að halda	14,8	3,0 (1,7-5,3)
Ég fæ sjaldan eða aldrei hjálp með verkefni hjá næsta yfirmanni ef á þarf að halda	19,3	2,2 (1,3-3,7)
Næsti yfirmaður metur það sjaldan eða aldrei við mig ef ég næ árangri í starfi	39,0	2,9 (1,9-4,4)
Ég hef oft eða alltaf tekið eftir óþægilegum ágreiningi hjá vinnufélögunum	30,0	4,1 (2,6 – 6,4)
Næsti yfirmaður hvetur mig sjaldan eða aldrei til að taka þátt í mikilvægum ákvörðunum	5,9	2,4 (1,6-3,6)
Næsti yfirmaður hvetur mig sjaldan eða aldrei til að efla hæfni mína	38,3	2,2 (1,5-3,4)
Starfsandinn er lítið eða alls ekki hvetjandi	42,2	3,5 (2,4-5,3)
Starfsandinn á vinnustaðnum er lítið eða alls ekki afslappaður og þægilegur	30,9	4,2 (2,7-6,5)
Starfsandinn á vinnustaðnum er stífur og formfastur	13,6	4,3 (2,3–8,0)
Starfsmenn eru sjaldan eða aldrei hvattir til að koma með tillögur til úrbóta	38,2	2,3 (1,5-3,4)
Ég er sjaldan eða aldrei ánægð(ur) með upplýsingaflæðið á vinnustaðnum	33,6	2,4 (1,6-3,6)
Ég fæ litla eða enga umbun (t.d. peninga eða hrós) fyrir vel unnin störf	47,7	1,5 (1,0-2,3)
Stjórnendur bera litla eða enga umhyggju fyrir heilsu og líðan starfsmanna	28,7	2,5 (1,6-4,0)

kom fram að félagsmálaráðherra hyggðist setja nánari reglur, að fenginni umsögn stjórnar Vinnueftirlitsins, um aðgerðir gegn einelti á vinnustöðum. Reglurnar eiga meðal annars að tilgreina hvaða kröfur skuli uppfylltar varðandi skipulag, tilhögun og framkvæmd vinnu, til að koma í veg fyrir einelti á vinnustöðum. Þótt meðvitund um einelti meðal fullorðinna sé vaxandi og hugtakið sé tiltölulega nýtt hefur vandamálið þekkst lengi. Þannig er fjallað um nauðsyn þess að taka á félagslegu óöryggi starfsmanna og ótta við yfirmenn í textabók frá árinu 1951 um atvinnulífið og geðvernd. Slíkt var talið nauðsynlegt þar sem litið var á þessa þætti sem orsök haturs og vantrausts á milli starfsmanna og yfirmanna (1). Þrátt fyrir þetta var ekki byrjað að rannsaka einelti eða ræða opinberlega um vandamál því samfara að ráði fyrr en snemma á áttunda áratugnum og þá aðallega meðal barna (2). Um 1980 var farið að tala um nauðsyn rannsókna á einelti á vinnustað.

Þegar fjallað er um einelti er mikilvægt að skilgreining á því liggi fyrir. Nokkrar skilgreiningar hafa komið fram, meðal annars skilgreining Craig og Pebler (4) sem er sú að einelti sé samskiptavandamál þar sem völd og reiði eru notuð til að valda vanlíðan hjá einstaklingi sem stendur höllum fæti.

Einelti getur gert lífið óbærilegt fyrir þann sem fyrir því verður, dregið úr starfsorku og haft slæm áhrif á starfsandann. Breskar, bandarískar og skandinavískar rannsóknir hafa sýnt fram á að óvissuástand sem skapast í fyrirtækjum við samdrátt, niðurskurð og miklar breytingar auki líkurnar á einelti innan þessara fyrirtækja. Þessar rannsóknir sýna einnig að einelti þrífst best þar sem starfsfólk hefur ekki skýr hlutverk, þar sem mikil óvissa ríkir meðal starfsmanna og samskipti við yfirmenn eru erfið (5, 6, 7). Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að ákveðnir þættir í vinnuskipulagi og vinnumenningu fyrirtækja geta aukið líkurnar á einelti (6, 8).

Samkvæmt erlendum rannsóknum getur einelti haft neikvæð heilsufarsleg áhrif á þolandann og slæm áhrif á sjálfsmynd hans. Þessi áhrif geta verið bæði líkamleg og andleg (3, 7, 9). Kostnaður vegna veikindaleyfa, sem tengjast einelti og samskiptavandamálum á vinnustað, gæti því verið talsverður. Er þetta sjónarmið rökstutt með skýrum hætti í leiðara tímarits bresku læknasamtakanna frá því í apríl 2003. Þar kom fram að gera mætti ráð fyrir að einelti orsakaði umtalsverðar þjáningar meðal fólks, jafnframt því sem það væri streituvaldur á vinnustaðnum með miklum tilkostnaði fyrir fyrirtækið (10). Í ljósi þessa er nauðsynlegt að rannsaka umfang vandans hér á landi.

Markmið rannsóknarinnar sem hér er kynnt var að skoða möguleg tengsl á milli þess að starfsmenn hefðu orðið fyrir einelti í starfi og heilsufars þeirra, líðanar og vinnufyrirkomulags. Rannsóknin skyldi fara fram í fyrirtækjum þar sem væru mikil mannleg samskipti, en vinnuumhverfið að öðru leyti nokkuð öruggt og heilsusamlegt.

Gögn og aðferðir

Til að uppfylla markmið rannsóknarinnar var ákveðið að skoða heilsufar, líðan og vinnuumhverfi starfsmanna sem vinna í útibúum banka og sparisjóða á Íslandi. Meðal annars voru starfsmenn spurðir eftirfarandi spurningar: „Hefurðu orðið fyrir einhverju af eftirfarandi í tengslum við starf þitt? Einelti, kynferðislegri áreitni, líkamlegu ofbeldi, hótunum."

Spurningalisti var lagður fyrir alla starfsmenn, sem voru í vinnu hjá útibúum banka og sparisjóða um allt land í mars/apríl 2002, samtals 1847 manns. Samband íslenskra bankamanna sendi listana út til trúnaðarmanna, sem dreifðu þeim til starfsfólksins. Það sá síðan um að senda þá til Vinnueftirlitsins.

Spurningalistinn sem var lagður fyrir byggist að mestu leyti á Norræna spurningalistanum um sálfélagslega þætti í vinnunni (General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work) (11) sem unninn var með tilstyrk Norrænu ráðherranefndarinnar og gefinn út á hennar vegum í ársbyrjun 2002. Að auki var bætt inn nokkrum spurningum úr spurningalistum, sem hafa verið lagðir fyrir nokkrar starfsstéttir á vegum Vinnueftirlitsins, eins og talsímaverði, starfsfólk í leikskólum, öldrunarstofnunum, fiskvinnslu og verðbréfafyrirtækjum. Flestar spurningarnar voru með fimm svarmöguleikum (mjög sjaldan eða aldrei, frekar sjaldan, stundum, frekar oft, mjög oft eða alltaf). Útreikningarnir voru gerðir með SPSS tölfræðiforritinu (12). Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar og Vísindasiðanefnd veitti leyfi til rannsóknarinnar (VSN 02-011).

Niðurstöður

Alls svöruðu 1475 starfsmenn spurningalistanum og var svarhlutfallið 80%. Af þeim sem svöruðu voru konur 86% (n=1192) og karlar 14% (n=188), en það hlutfall endurspeglar kynjahlutfallið í útibúunum eins og það var þegar rannsóknin fór fram. Rúmlega helmingur svaranna eða 54%, komu frá starfsmönnum á höfuðborgarsvæðinu en 46% frá starfsmönnum utan höfuðborgarsvæðisins. Meðalaldur starfsfólks útibúa banka og sparisjóða var nokkuð hár, því 65% starfsmanna voru 40 ára og eldri, en samkvæmt tölum Hagstofunnar frá þessum tíma voru tæplega 50% vinnandi fólks á öllu landinu 40 ára eða eldra (13). Hæst hlutfall starfsmanna eða þriðjungur var á aldrinum 40-49 ára en næst hæst hlutfall 50-59 ára eða 27%. Einungis 13% starfsmanna voru yngri en þrítugir.

Í ljós kom að 15% starfsmanna (n=209) höfðu orðið fyrir áreitni af ýmsu tagi í tengslum við starf sitt. Rúmur helmingur þeirra eða 8% starfsmanna (n=110) höfðu orðið fyrir einelti. Engin tengsl reyndust vera á milli þess að vera þolandi eineltis og búsetu, aldurs eða kynferðis starfsmanna. Þeir sem höfðu orðið fyrir einelti, reyndust hins vegar vera með heldur hærri starfsaldur (Mann-Whitney U $p<0,01$). Yfirmenn höfðu síst orðið fyrir einelti eða 3,8% en bankaritarar helst 11,2%. Meðal annarra starfshópa var algengi eineltis um 8% ($x^2=9,25$ df 4 $p=0,05$).

Skýr tengsl voru á milli svara starfsmanna um sálfélagslegt vinnuumhverfi þeirra og eineltis. Eins og sjá má í töflu I voru þolendur eineltis líklegri en aðrir starfsmenn til að búa við slæmt sálfélagslegt vinnuumhverfi. Þeir voru til dæmis síður líklegir til að geta haft áhrif á ákvarðanir sem eru mikilvægar fyrir starfið (líkindahlutfall, OR=2,0), og voru óánægðari með ýmsa samskiptaþætti svo sem starfsandann og möguleikann á að fá stuðning í starfi. Þá kom í ljós að þolendur eineltis höfðu síður en aðrir starfsmenn upplifað jákvæð tengsl á milli starfsmanna og stjórnenda/yfirmanna. Þannig voru þeir líklegri en aðrir til að segja að stjórnendur beri litla eða enga umhyggju fyrir heilsu og líðan starfsmanna (OR=2,5), og að þeir fái sjaldan eða aldrei hjálp með verkefni hjá næsta yfirmanni (OR=2,2).

Þegar samband eineltis og þess hvort starfsmenn hafi leitað læknis vegna ýmissa kvilla var skoðað kom í ljós að einungis voru tengsl á milli eineltis og þess að hafa leitað læknis vegna kvefs og umgangspesta

Tafla II. *Fjarverandi frá vinnu vegna eigin veikinda síðustu 12 mánuði.*

	Þolendur eineltis Vegið meðaltal (staðalfrávik)	Aðrir Vegið meðaltal (staðalfrávik)	Mann Withney U P-gildi
Hversu oft varstu fjarverandi frá vinnu vegna eigin veikinda á síðustu 12 mánuðum (fjöldi skipta)*?	2,6 (2,5)	2,1 (2,2)	0,008
Hversu lengi varstu fjarverandi frá vinnu vegna eigin veikinda á síðustu 12 mánuðum (fjöldi daga)**?	6,9 (15,6)	5,7 (11,9)	0,027
Hefurðu mætt veik(ur) í vinnu vegna álags á síðustu 12 mánuðum (fjöldi skipta)*?	2,5 (3,1)	1,5 (2,2)	0,0001

*Til að auðvelda mat á niðurstöðum voru gögn umkóðuð skv. Aldrei= 0, 1-3 sinnum =2, 4 –6 sinnum=5, 7 - 11 sinnum = 8, 12 sinnum eða oftar =12
** Til að auðvelda mat á niðurstöðum voru gögn umkóðuð skv. Aldrei = 0 dagar. 1-7 dagar=4 dagar, 8 –14 dagar=10 dagar, 3-4 vikur= 20 dagar, 1-2 mánuðir= 40 dagar, 3-4 mánuðir=100 dagar, meir en 4 mánuðir=125 dagar.

Tafla III. *Einelti á vinnustað og tengsl þess við líðan í starfi.*

	Þolendur eineltis Vegið meðaltal (staðalfrávik) Já (N =108)*	Aðrir Vegið meðaltal (staðalfrávik) Nei (N=1279)**	Mann Withney U P-gildi p-gildi
Hefur þú fundið fyrir streitu nýlega? (1-5)	2,61 (1,18)	2,34 (1,12)	0,025
Hversu andlega erfitt eða létt finnst þér starfið vera? (1-4)	2,77 (0,73)	2,70 (0,62)	0,37
Ertu andlega úrvinda eftir vinnudaginn? (1-5)	2,85 (0,88)	2,65 (0,95)	0,013
Áttu við svefnvandamál að stríða? (1-5)	2,08 (1,07)	1,74 (0,93)	0,001
Ertu líkamlega úrvinda eftir vinnudaginn? (1-5)	2,27 (1,07)	2,18 (0,95)	0,45
Hversu líkamlega erfitt eða létt finnst þér starfið vera? (1-5)	3,27 (0,60)	3,20 (0,60)	0,25
Hversu góð eða slæm er líkamleg líðan þín? (1-10)	7,34 (1,90)	7,74 (1,71)	0,018
Hversu góð eða slæm er andleg líðan þín? (1-10)	7,32 (1,65)	8,08 (1,65)	0,0001
Hve sátt(ur) ertu við vinnuna þína? (1-10)	7,06 (1,97)	7,96 (1,69)	0,0001
Hve sátt(ur) ertu við fjölskyldu þína? (1-10)	5,46 (3,90)	5,34 (4,00)	0,855

(OR=1,8 95% vikmörk 1,1-2,7). Þeir sem hafa orðið fyrir einelti, voru hins vegar líklegri en aðrir til að hafa verið fjarverandi frá vinnu vegna eigin veikinda (sjá töflu II). Þetta kom fram bæði þegar spurt var um hve lengi starfsmenn hafa verið fjarverandi vegna eigin veikinda síðastliðna 12 mánuði (p=0,027) og þegar spurt var hve oft viðkomandi hafa verið fjarverandi (p=0,008). Einnig voru þolendur eineltis líklegri til að segjast hafa mætt veikir til vinnu vegna álags á síðustu 12 mánuðum (p=0,0001).

Þegar hins vegar var horft samhliða í lógistískri aðhvarfsgreiningu á starf (p<0,01), aldur í starfi (p<0,001), tíðni (p=0,13) og lengd (p<0,55) veikindafjarvista, mætt veik(ur) í vinnu (p<0,001), læknisheimsóknir vegna umgangspesta (p=0,069) og samspil þessara þátta við einelti, þá var myndin önnur og tengsl við veikindafjarvistir verða ekki marktæk. Skýringuna á þessu er að finna í að stjórnendur eru mun sjaldnar en starfsmenn fjarverandi frá vinnu vegna veikinda og verða sjaldnar fyrir einelti.

Tengsl voru á milli þess að vera þolandi eineltis og líðanar í starfi (sjá töflu III). Þannig voru þessir starfsmenn líklegri til að hafa fundið nýlega fyrir streitu (p=0,025), að vera andlega úrvinda eftir vinnudaginn (p=0,013), að hafa átt við svefnvandamál að stríða (p=0,001) og andleg líðan þeirra var verri (p<0,0001). Þessir starfsmenn voru einnig mun ósáttari við vinnuna (p<0,0001) en þeir sem hafa ekki orðið fyrir einelti.

Umræður

Heilsuvernd á vinnustað er forvarnarstarf sem miðar að því að koma í veg fyrir heilsutjón starfsmanna. Heilsuverndin felst fyrst og fremst í því að greina heilsufarshættur á vinnustað og skipuleggja forvarnir. Meðal áhættuþátta eru samskiptavandamál og einelti.

Einelti er ávallt huglæg upplifun þess sem fyrir því verður þrátt fyrir að ákveðnar skilgreiningar á hugtakinu liggi fyrir eins og rætt er um í inngangi. Það hefur í för með sér að í rannsókn sem þessari er einungis hægt að byggja á frásögn þolanda af því sem hann segist hafa orðið fyrir og upplifað. Túlkun rannsóknarinnar verður því að taka mið af þessu. Einnig verður að hafa í huga að þessi grein fjallar um einelti meðal bankamanna, en sálfélagslegt vinnuumhverfi er sá þáttur sem mest mæðir á í starfsumhverfi þeirra. Það er þannig ekki hægt út frá þessari rannsókn að segja til um hvort einelti sé meira eða minna í þessum geira atvinnulífsins en öðrum.

Það getur komið á óvart að rannsóknin sýni að þolendur eineltis hafi ekki í mun meira mæli en aðrir starfsmenn leitað til læknis vegna eigin veikinda, en það er einvörðungu vegna kvefpesta sem þolendur eineltis leita fremur til læknis en aðrir starfsmenn. Þetta er og í andstöðu við nýlega grein um tengsl hjartasjúkdóma, þunglyndis og eineltis (14). Þrátt fyrir þetta finnst þolendum eineltis í íslenskum bönkum að þeim líði verr andlega en öðrum starfsmönnum, þeir finna fremur fyrir streitu og eru líklegri til að vera andlega úrvinda í lok vinnudags, auk þess sem þeir eiga fremur við svefnvandamál að stríða. Það að þessir starfsmenn leiti sér ekki aðstoðar hjá lækni getur hins vegar rennt stoðum undir þær kenningar sem fram hafa komið að einelti hafi slæm áhrif á sjálfstraust þolenda sem verður til þess að þeir leita sér síður aðstoðar vegna vanlíðunar og heilsufarsvandamála. Vegna þess hve áberandi ósáttari þolendur eineltis eru með vinnuaðstæður sínar en aðrir starfsmenn, má ætla að ef þeir þurfa að leita sé hjálpar vegna alvarlegra sjúkdóma, svo sem geðraskana, hætti þeir störfum. Á þetta væntanlega einkum við ef til viðbótar við ósættina bætist heilsubrestur sem þeir mögulega tengja vinnustaðnum. Þá er líklegt að þolendur leiti leiða til að komast frá vinnustaðnum með því að ráða sig til annarra starfa eða með því að sækja um örorku- eða atvinnuleysisbætur. Þar sem þessi rannsókn byggir á starfandi bankamönnum gætir áhrifa hraustra starfsmanna í gögnunum. Það er að segja, starfsmenn sem hafa ekki þolað vinnuna eru horfnir til annarra starfa, eða eru komnir á atvinnuleysisbætur eða lífeyri. Hvort þetta er raunin verður þó ekki svarað til fullnustu nema með því að rannsaka algengi eineltis á meðal þeirra sem farið hafa á endurhæfingarlífeyri, örorku eða hafa lent í langtíma atvinnuleysi.

Rannsóknin sýnir að það eru fremur undir- en yfirmenn sem hafa orðið fyrir einelti í starfi og að þessir starfsmenn eru líklegri til að búa við óæskilegt vinnufyrirkomulag, svo sem lítið sjálfræði, misvísandi kröfur og skort á aðstoð og stuðningi meðal annars frá yfirmönnum. Auk þess sýnir rannsóknin að starfsaldurinn er að meðaltali hærri meðal þolenda eineltis. Þær miklu breytingar sem hafa orðið á umhverfi bankanna og á vinnufyrirkomulagi hjá starfsmönnum banka og sparisjóða undanfarin ár hafa vafalítið skapað vissan óróa, ekki síst meðal þeirra almennu starfsmanna sem hafa hvað lengstan starfsaldur. Það gæti útskýrt hvers vegna þessir starfsmenn eiga fremur en aðrir á hættu að verða undir í samskiptum og að verða þolendur eineltis. Þetta undirstrikar mikilvægi þess að yfirmenn og stjórnendur kunni vel til samskipta, þekki áhættuþætti í sálfélagslegu vinnuumhverfi starfsmanna og stuðli á þann hátt að betri heilsuvernd starfsmanna.

Þakkir

Við þökkum Sambandi íslenskra bankamanna fyrir framlag þeirra til rannsóknarinnar. Einnig þökkum við Hildi Friðriksdóttur fyrir vinnu við innslátt og

úrvinnslu gagnanna og Hólmfríði K. Gunnarsdóttur fyrir yfirlestur og gagnlegar ábendingar.

Heimildir

1. Grandjean LE. Erhversliv og mentalhygiejne. Høst & Søns forlag 1951, Kaupmannahöfn.
2. Olweus D. Bullying at School: What we know and what we can do. Blackwell Publishers 1993, Oxford.
3. Schéele A. Mobbning. En arbetsmiljöfråga. Arbetarskyddsnämnden 1993, Stockholm.
4. Craig WM, Pepler DJ. Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization. Can J Psychiatry 2003; 48: 577-82.
5. Archer D. Exploring "bullying" culture in the para-military organisation. Intern J Manpower 1999; 20: 94-105.
6. Wornham D. A Descriptive Investigation of Morality and Victimisation at Work. J Business Ethics 2003; 45: 29-40.
7. Einarsen S. Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. Aggression Violent Behavior 2000; 5: 379-401.
8. Appelberg K. Interpersonal Conflicts at Work: Impact on Health Behavior, Psychiatric Morbidity and Work Disability. Finnish Institute of Occupational Health 1996, Helsinki.
9. Namie G. Report on Abusive Workplaces. The WBTI 2003 Report. 2003, Bullyonline. *www.bullyonline.org/*
10. McAvoy BR, Murtagh J. Workplace bullying. BMJ 2003; 326: 776-7.
11. Lindström K, Elo AL, Skogstad A, Dallner M, Gamberale F, Hottinen V, et al. General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work. Nordic Council of Ministers 2000, Copenhagen.
12. SPSS. SPSS Base 7.5 for Windows. User's Guide. In: Chicago, IL.: SPSS, 1997.
13. Hagstofa Íslands. Landshagir. *www.hagstofa.is*
14. Kivimaki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Jarvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. Occup Environmental Med 2003; 60: 779-83.

Bextra (valdecoxib)
Ábendingar: Einkennameðferð hjá sjúklingum með slitgigt eða iktsýki. Meðferð við tíðaverkjum (primary dysmenorrhoea). **Skammtar og lyfjagjöf:** Bextra er til inntöku. Nota má Bextra hvort sem er með mat eða án. *Slitgigt og iktsýki*: Ráðlagður skammtur er 10 mg einu sinni á sólarhring. Vera má að aukinn ávinningur fáist hjá sumum sjúklingum ef notuð eru 20 mg einu sinni á sólarhring. Ráðlagður hámarksskammtur er 20 mg einu sinni á sólarhring. *Meðferð við tíðaverkjum (primary dysmenorrhoea):* Ráðlagður skammtur til að slá á einkenni er 40 mg einu sinni á sólarhring eftir þörfum. Á fyrsta degi meðferðar má taka 40 mg viðbótarskammt ef þörf krefur. Þaðan í frá er ráðlagður hámarksskammtur 40 mg einu sinni á sólarhring. *Aldraðir:* Hjá öldruðum sjúklingum (65 ára), einkum þeim sem eru innan við 50 kg að líkamsþyngd, skal hefja meðferð með minnsta ráðlögðum skammti við slitgigt og iktsýki (10 mg einu sinni á sólarhring). *Skert lifrarstarfsemi*: Yfirleitt þarf ekki að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 5-6). Hefja skal meðferð gætilega hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 7-9). Nota skal minnsta ráðlagðan skammt við slitgigt og iktsýki (10 mg einu sinni á sólarhring) og skammtur skal ekki fara yfir 20 mg við tíðaverkjum. Ekki liggur fyrir nein klínísk reynsla vegna sjúklinga með alvarlega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 10) sem er því frábending fyrir notkun lyfsins hjá þessum sjúklingum. *Skert nýrnastarfsemi*: Á grundvelli lyfjahvarfa þarf ekki að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta (kreatínínúthreinsun 30-80 ml/mín.) eða alvarlega skerta (kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín.) nýrnastarfsemi. Hins vegar skal gæta varúðar hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem kunna að vera í hættu hvað varðar vökvasöfnun.*Börn og unglingar*: Notkun Bextra hefur ekki verið rannsökuð hjá sjúklingum undir 18 ára aldri. Notkun þess er því ekki ráðlögð handa þessum sjúklingum. **Frábendingar:** Saga um ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.Þekkt ofnæmi fyrir súlfónamíðum. Virk ætisáramyndun (peptic ulceration) eða blæðingar í meltingarvegi. Saga um berkjukrampa, bráða nefslímubólgu, sepa í nefslímhúð (nasal polyps), ofsabjúg, ofsakláða eða annað ofnæmi eftir notkun asetýlsalisýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) eða annarra sértækra cyclooxygenasa-2 (COX-2) hemla.Síðasti þriðjungur meðgöngu og brjóstagjöf. Alvarlegur lifrarsjúkdómur (albúmín í sermi <25 g/l eða Child-Pugh gildi 10). Bólgusjúkdómur í görnum. Alvarleg hjartabilun (NYHA III-IV) (congestive heart failure). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Fylgjast ætti náið með sjúklingum eftir að skammtar valdecoxibs eru auknir, þar sem aukaverkanir geta hugsanlega aukist eftir stóra skammta valdecoxibs, annarra COX-2 hemla, og bólgueyðandi gigtarlyfja og hugleiða ætti önnur meðferðarúrræði ef verkun eykst ekki.Hjá sjúklingum sem fengið hafa meðferð með valdecoxibi hafa komið fram kvillar í efra hluta meltingarvegar (gatmyndun, sár eða blæðingar) og hefur þetta í sumum tilvikum verið banvænt. Því skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem eru í sérstakri hættu á að fá einkenni frá efri hluta meltingarvegar í tengslum við notkun bólgueyðandi gigtarlyfja þ.e. aldraðir, sjúklingar sem taka önnur bólgueyðandi gigtarlyf samtímis eða sjúklingar með sögu um meltingarfærasjúkdóm á borð við sáramyndun og magablæðingar. Það er aukin hætta á að fram komi aukaverkanir frá meltingarfærum þegar valdecoxib, aðrir COX-2 hemlar og önnur bólgueyðandi gigtarlyf er notað á sama tíma og asetýlsalisýlsýra (jafnvel í litlum skömmtum). Vegna þess að COX-2 hemlar hafa ekki áhrif á blóðflögur koma þeir ekki í stað asetýlsalisýlsýru sem fyrirbyggjandi meðferð við hjarta-og æðasjúkdómum. Þar sem valdecoxib hindrar ekki samloðun blóðflagna á ekki að hætta blóðþynningarmeðferð (t.d. asetýlsalisýlsýru) og hjá sjúklingum í sérstakri hættu á hjarta- og æðasjúkdómum (fyrri saga um hjartaáfall, hjartaöng, hjartakvilla vegna blóðþurrðar, hjartakvilla vegna æðakölkunar, kransæðasjúkdóm, blóðþurrð í heila, kransæðahjáveituaðgerð eða æðaaðgerð á höndum eða fótum) ætti að hugleiða blóðþynningarmeðferð.Vegna ofangreindra lyfhrifa valdecoxibs skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sögu um hjartabilun vegna blóðþurrðar. Gera á viðeigandi ráðstafanir og hugleiða hvort hætta eigi meðferð valdecoxibs ef klínísk merki um versnun sérstakra klínískra einkenna koma fram hjá þessum sjúklingum. Eftir kransæðahjáveituaðgerð skal gæta varúðar við notkun valdecoxibs vegna þess að þeir sjúklingar kynnu að vera í aukinni hættu hvað varðar alvarlegar aukaverkanir, til dæmis heilaæðaáfall, skerta nýrnastarfsemi eða fylgikvilla í bringubeinssári (sýking, opnun sárs), einkum þeir sem eru með sögu um heilaæðasjúkdóm eða eru með líkamsþyngdarstuðul > 30 kg/m^2. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá alvarlegum áhrifum á húð, þ.e. skinnflagningsbólgu (exfoliative dermatitis), Stevens-Johnson heilkenni og eitrunardrepi í húð (toxic epidermal necrolysis), hjá sjúklingum sem nota valdecoxib. Hætta skal notkun valdecoxibs strax og fram koma fyrstu merki um húðútbrot. Vera má að sjúklingar með sögu um ofnæmi fyrir súlfónamíðum séu í meiri hættu hvað varðar áhrif á húð. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá ofnæmi (bráðaofnæmi og ofsabjúg) í tengslum við notkun valdecoxibs.Í sumum tilvikum hefur verið um að ræða sjúklinga með sögu um ofnæmi fyrir súlfónamíðum. Hætta skal notkun valdecoxibs strax og fram koma fyrstu merki um ofnæmi. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með sögu um háþrýsting eða hjartabilun eða annað ástand sem haft getur vökvasöfnun í för með sér. Vegna þess að hömlun á nýmyndun prostaglandina getur leitt til versnunar nýrnastarfsemi o g til vökvasöfnunar skal gæta varúðar þegar valdecoxib er gefið sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Eins og við á um önnur bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) hefur orðið vart vökvasöfnunar, bjúgs og háþrýstings hjá sumum sjúklingum við langtíma notkun valdecoxibs 10-20 mg/sólarhring. Þessi áhrif geta verið skammtaháð og sjást oftar þegar notaðir eru stærri skammtar en þeir sem ráðlagðir eru við langtíma meðferð. Í upphafi skal gefa minnsta ráðlagðan skammt valdecoxibs sjúklingum með sögu um háþrýsting eða hjartabilun eða annað ástand sem haft getur vökvasöfnun í för með sér. Gæta skal varúðar í upphafi meðferðar með valdecoxibi hjá sjúklingum með vessaþurrð (dehydration). Í þessum tilvikum er ráðlagt að gefa sjúklingum vökva áður en meðferð með valdecoxibi hefst.Nota skal valdecoxib með varúð handa sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 7-9).Valdecoxib getur dulið hækkaðan líkamshita og önnur merki um sýkingu. Í einstökum tilvikum hefur verið lýst versnun mjúkvefjasýkinga í tengslum við notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) og í öðrum rannsóknum á valdecoxib en klínískum. Þess skal gætt að fylgst sé með vísbendingum um sýkingu hjá sjúklingum sem gengist hafa undir skurðaðgerð og fá valdecoxib.Gæta skal varúðar þegar valdecoxib er notað samtímis warfarini og öðrum blóðþynningarlyfjum.Svo sem við á um önnur lyf sem hamla cyclooxygenasa/prostaglamdín, er ekki mælt með notkun valdecoxibs handa konum sem hyggjast verða þungaðar.Bextra 10 mg, 20 mg og 40 mg filmuhúðaðar töflur innihaldamjólkursykur (103 mg, 206 mg og 186 mg talið í sömu röð). Sjúklingar með sjaldgæft arfgengt galaktósa óþol þ.e. Lapp-laktasa skort eða glúkósa-galaktasa vanfrásog ættu ekki að taka þetta lyf. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Lyfhrifamilliverkanir:*Fylgjast skal með segavarnarmeðferð, einkum fyrstu dagana eftir að meðferð með valdecoxibi hefst eða er breytt hjá sjúklingum sem nota warfarin eða önnur blóðþynningarlyf, vegna þess að þessir sjúklingar eru í aukinni hættu á að fylgjast náið með protrombíntíma (INR) hjá sjúklingum sem fá blóðþynningarlyf, einkum á fyrstu dögunum eftir að meðferð með valdecoxib hefst eða skömmtum valdecoxibs er breytt. Valdecoxib hafði engin áhrif á hömlun blóðflagnasamloðunar sem verður fyrir tilstilli asetýlsalisýlsýru, eða blæðingatíma, þegar það var gefið á formi stungulyfs sem forlyfið parecoxíbnatríum, samtímis asetýlsalisýlsýru. Rannsóknir sýna aukna hættu á sáramyndun og háþrýstingslyfja. Svo sem við á um bólgueyðandi gigtarlyf getur verið meiri hætta á bráðri, skertri nýrnastarfsemi þegar valdecoxib er gefið með ACE-hemlum eða þvagræsilyfjum. Bent hefur verið á að samtímis notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) og ciclosporins eða tacrolimus í meltingarvegi og öðrum aukaverkunum frá meltingarvegi þegar valdecoxib, sem og önnur bólgueyðandi gigtarlyf, eru notuð á sama tíma og litlir skammtar af asetýlsalisýlsýru samanborið við valdecoxib eitt og sér. Bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) geta dregið úr verkun þvagræsilyfja og háþrýstingslyfja. Svo sem við á um bólgueyðandi gigtarlyf getur verið meiri hætta á bráðri, skertri nýrnastarfsemi þegar valdecoxib er gefið með ACE-hemlum eða þvagræsilyfjum. Bent hefur verið á að samtímis notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) og ciclosporins eða tacrolimus kunni að auka eiturverkanir ciclosporins og tacrolimus á nýru. Fylgjast á með nýrnastarfsemi þegar valdecoxib er gefið samtímis öðru hvoru þessara lyfja.*Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf valdecoxibs:* Hjá mönnum umbrotnar valdecoxib einkum fyrir tilstilli CYP3A4 og 2C9 ísóensíma. Því skal nota valdecoxib með varúð samtímis lyfjum sem vitað er að hamla CYP3A4 og 2C9. Útsetning plasma (AUC) fyrir valdecoxibi jókst um 62% við samtímis notkun fluconazols (sem einkum er CYP2C9 hemill) og um 38% við samtímis notkun ketoconazols (CYP3A4 hemill). Nota skal minnsta ráðlagðan skammt valdecoxibs handa sjúklingum sem nota fluconazol eða ketoconazol.Eftir 12 daga samtímis notkun valdecoxibs (40 mg tvisvar sinnum á sólarhring) og fenýtoins (300 mg einu sinni á sólarhring), sem hvetur CYP3A4, sást 27% minnkun á útsetningu plasma (AUC) fyrir valdecoxibi. Búist var við minnkaðri útsetningu plasma fyrir valdecoxibi í ljósi þekktrar ensímhvetjandi verkunar fenýtoins og hún var ekki talin klínískt mikilvæg. Þess vegna þarf ekki að auka skammt valdecoxibs við samtímis notkun með fenýtoini. Hins vegar eiga læknar að íhuga afleiðingar þess þegar valdecoxib er gefið með CYP3A4 hvötum, til dæmis carbamazepini og dexametasoni. Klínískt marktæk minnkun á AUC fyrir valdecoxib getur komið fram við samtímis notkun með öflugri ensímhvötum á borð við rifampicin.Notkun valdecoxibs samtímis sýrubindandi lyfi (álmagnesíumhýdroxíð) hafði ekki marktæk áhrif á það hve hratt eða mikið frásog valdecoxibs varð. *Áhrif valdecoxibs á lyfjahvörf annarra lyfja:* Meðferð með valdecoxibi (40 mg tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga) leiddi til 3-faldrar aukningar á plasmaþéttni dextrometorfans (hvarfefni CYP2D6). Því skal gæta varúðar við samtímis notkun valdecoxibs og lyfja sem einkum umbrotna fyrir tilstilli CYP2D6 og hafa þröngt lækningalegt bil (t.d. flecainid, propafenon, metoprolol).Við notkun omeprazols (hvarfefni CYP2C19) 40 mg einu sinni á dag jókst útsetning plasma um 46% eftir notkun valdecoxibs 40 mg tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga, en útsetning plasma fyrir valdecoxibi var óbreytt. Þessar upplýsingar gefa til kynna að enda þótt valdecoxib umbrotni ekki fyrir tilstilli CYP2C19, þá kunni það að vera hemill þessa ísóensíms. Því skal gæta varúðar við samtímis notkun valdecoxibs og lyfja sem vitað er að eru hvarfefni CYP2C19 (t.d. omeprazol, fenýtoin, diazepam og imipramin). Í milliverkanarannsóknum hjá sjúklingum með iktsýki, sem fengu metotrexat vikulega í vöðva, hafði valdecoxib í inntöku (40 mg tvisvar sinnum á sólarhring) ekki klínískt marktæk áhrif á plasmaþéttni metotrexats. Hins vegar á að hafa í huga fullnægjandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metotrexati, þegar þessi tvö lyf eru gefin samtímis. Samtímis notkun valdecoxibs (40 mg tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga) og litíums dró marktækt úr sermisúthreinsun (25%) og nýrnaúthreinsun (30%) litíums og varð útsetning sermis 34% meiri en þegar litíum var gefið eitt og sér. Fylgjast á náið með þéttni litíums í sermi í upphafi meðferðar með valdecoxibi og þegar meðferðinni er breytt, hjá sjúklingum sem nota litíum. Litíumkarbónat (450 mg tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga) hafði engin áhrif á lyfjahvörf valdecoxibs. Valdecoxib (40 mg tvisvar sinnum á sólarhring) hamlaði umbrotum samsetta getnaðarvarnalyfsins etinylestradiol (EE)/noretindron til inntöku (35 míkróg/1 mg samsetning). Útsetning plasma fyrir EE og noretindroni jókst um 34% og 20%, talið í sömu röð. Hafa skal þessa aukningu á þéttni EE í huga við val á getnaðarvarnalyfi til inntöku, til notkunar með valdecoxibi. Aukin útsetning fyrir EE getur aukið tíðni aukaverkana sem tengjast getnaðarvarnalyfjum til inntöku (t.d. atvik tengd segablæðabólgu og segareki hjá konum í áhættuhópi).Samtímis notkun valdecoxibs og glibenclamids (hvarfefni CYP3A4) hafði hvorki áhrif á lyfjahvörf (útsetning) né lyfhrif (blóðsykur og insúlíngildi) glibenclamids. *Svæfingalyf til innæðlingar*: Gjöf valdecoxibs í bláæð, á formi parecoxíbnatríums sem er forlyf valdecoxibs, hafði hvorki áhrif á lyfjahvörf (umbrot og útsetning) né lyfhrif (áhrif á heilarafrit, skynhreyfiþróf og vöknun úr svæfingu) propofols (CYP2C9 hvarfefni) gefið í bláæð eða midazolams (CYP3A4 hvarfefni) gefið í bláæð. Því til viðbótar hafði samtímis gjöf valdecoxibs engin klínískt marktæk áhrif á umbrot midazolams til inntöku, sem verður fyrir tilstilli CYP3A4 í lifur og görnum. Valdecoxib hafði engin marktæk áhrif á lyfjahvörf IV alfentanyls (CYP3A4 hvarfefni) eftir samtímis notkun með parecoxíbnatríum sem gefið var í bláæð.*Svæfingalyf til innöndunar*: Ekki hafa farið fram neinar formlegar milliverkanarannsóknir. Í rannsóknum þar sem valdecoxib var gefið fyrir aðgerð, sáust hvorki vísbendingar um lyfjahvarfamilliverkun valdecoxibs við kófnunarefnisoxíð né isofluran. **Aukaverkanir:** Klínískt öryggi valdecoxibs hefur verið metið hjá yfir 10.000 sjúklingum og hafa fleiri en 2.500 gigtarsjúklingar fengið meðferð í að minnsta kosti 6 mánuði og fleiri en 600 gigtarsjúklingar hafa fengið meðferð í að minnsta kosti eitt ár. Eftirtaldar aukaverkanir komu fyrir í hlutfalli sem var hærra en fyrir lyfleysu og frá þeim hefur verið greint hjá 4.824 sjúklingum sem fengið hafa valdecoxib í 10 mg til 40 mg, stökum eða endurteknum skömmtum (allt að 80 mg/sólarhring) í 24 samanburðarrannsóknum með lyfleysu, á bráðum verkjum (eftir munnholsaðgerðir, kvensjúkdómaaðgerðir, kviðslitsaðgerðir, bæklunaraðgerðir og kransæðahjáveituaðgerðir, sem og við tíðaverkjum) eða við gigt (slitgigt og iktsýki). Í þessum rannsóknum á bráðum verkjum og gigt var hlutfall þeirra sem hættu þátttöku vegna aukaverkana 2,3% og 6,8%, talið í sömu röð, hjá sjúklingum sem fengu valdecoxib og 1,6% og 6,0%, talið í sömu röð, hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu. Mjög algengar (>1/10), algengar (1/100, <1/10), sjaldgæfar (1/1.000 <1/100), mjög sjaldgæfar (1/10.000, <1/1.000), örsjaldan koma fyrir (<1/10.000), þar með talin einstök tilvik. *Sýkingar af völdum baktería og sníkjudýra*. Algengar: Skútabólga, þvagfærasýkingar. Sjaldgæfar: Vessandi útferð úr bringubeinssári, sýking í sári, sveppasýking, veirusýking, *Blóð og eitlar.* Algengar: Blóðleysi. Mjög sjaldgæfar: Blóðflagnafæð, hvítfrumnafæð. *Ónæmiskerfi.* Sjaldgæfar: Versnun ofnæmis. Geðræn vandamál. *Algengar: Svefnleysi, svefnhöfgi. Sjaldgæfar: Kvíði, rugl, taugaveiklun.* Mjög sjaldgæfar: Þunglyndi. *Taugakerfi.* Sjaldgæfar: Yfirlið, ofspenna (hypertonia), skert húðskyn (hypoaesthesia), náladofi (paresthesia), breytt bragðskyn. Mjög sjaldgæfar: Raddleysi, heilaæðaröskun.*Augu.*Sjaldgæfar: Bólgur umhverfis augu (periorbital swelling), sjóntruflanir, tárubólga. *Hjarta.* Sjaldgæfar: Hjartabilun, hjartsláttaróþot. *Æðar.* Algengar: Háþrýstingur. Sjaldgæfar: Versnun háþrýstings, margúll (haematoma).*Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti.* Algengar: Hósti, nefkoksbólga. Sjaldgæfar: Berkjuþrengingar, lugnabólga. *Meltingarfæri.* Algengar: Uppþemba, kviðverkir, tannholubeinbólga (alveolar osteitis), niðurgangur, meltingartruflanir, ropi, ógleði, munnþurrkur. Sjaldgæfar: Skeifugarnarbólga, maga- og garnabólga, ætisáramyndun í maga og skeifugörn, vélindabakflæði, munnbólga. Mjög sjaldgæfar: Blóðhægðir, blóðuppköst, stífla í meltingarvegi. *Húð og undirhúð.* Algengar: Kláði, útbrot. Sjaldgæfar: Flekkblæðingar, ofsakláði. Mjög sjaldgæfar: Ofsabjúgur, Skeifugarnarsár, Stevens-Johnson heilkenni, skinnflagningsbólga (exfoliative dermatitis) og eitrunardrepi í húð (toxic epidermal necrolysis). Örsjaldan hefur verið greint frá eftirtöldum aukaverkunum: Bráðaofnæmi, ofsabjúgur, hjartaflegydrep, regnbogaroðaþot (erythema multiforme), Stevens-Johnson heilkenni, skinnflagningsbólga (exfoliative dermatitis) og eitrunardrepi í húð (toxic epidermal necrolysis). Örsjaldan hefur verið greint frá eftirtöldum aukaverkunum: Bráð nýrnabilun, lifrarbólga, brisbólga. **Pakkningar og verð (nóvember '04):** Filmuhúðaðar töflur, 10 mg: 20stk. (þynnupakkað) kr 3.976 og 100 stk 1(þynnupakkað) 16.108 kr. Filmuhúðaðar töflur 20 mg: 20 stk (þynnupakkað) 3.993 kr og 100 stk (þynnupakkað) 16.212 kr. Filmuhúðaðar töflur 40 mg: 5 stk (þynnupakkað) 1.214 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðslufyrirkomulag:** 0 **Handhafi markaðsleyfis:** Pharmacia-Pfizer EEIG Sandwich Kent CT13 9NJBretland. **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. Samantekt um eiginleika lyfs, endurskoðað 16. júlí 2004, er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar.

Pfizer
PharmaNor hf.
Hörgatúni2
210 Garðabæ

BEXTRA® [VALDECOXIB]

Virkar á verki



Hetjur hversdagsins...

...CRESTOR (rósúvastatín) markar tímamót í lækkun á kólesteróli. Í krafti einstakra eiginleika leggur lyfið sitt af mörkum til að fólk geti lifað auðugu og innihaldsríku hversdagslífi.

CRESTOR lækkar LDL-C um 52-63% með skráðum 10-40 mg styrkleika.[1,2] CRESTOR gerir marktækt fleiri sjúklingum fært að ná LDL-C meðferðarmarkmiðum en atorvastatín, símvastatín og pravastatín.[2] Auk þess hækkar CRESTOR 10 mg HDL-C marktækt meira en atorvastatín 10 mg.[3,4] Hækkunin á HDL-C viðhelst með 10-40 mg styrkleika.[5] *Sjá lyfjatexta og heimildir.*

AstraZeneca

Sérlyfjatexti á bls. 904



CRESTOR
rósúvastatín

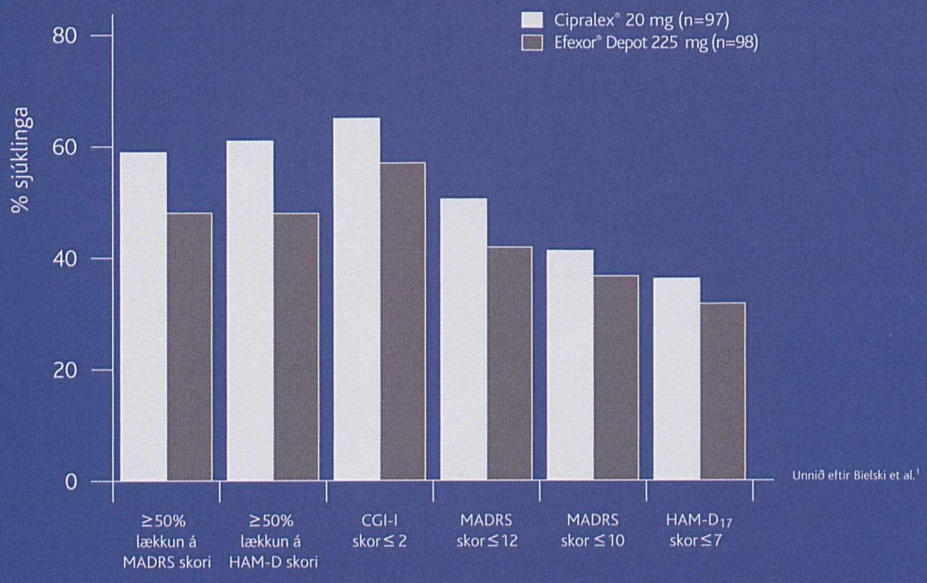
Lífið á leik!

Enn ný samanburðarrannsókn á

Cipralex® escitalopram 20 mg
vs.
Efexor® Depot venlafaxin 225 mg
í meðhöndlun á miðlungs til alvarlegu þunglyndi



Cipralex® sýndi **í það minnsta** jafn góða verkun og Efexor® Depot mælt í svörun og sjúkdómshléum í endapunkti (LOCF)[1]



Unnið eftir Bielski et al.[1]

4 sinnum fleiri sjúklingar á Efexor® Depot hættu í rannsókninni vegna aukaverkana samanborið við Cipralex® - 16% vs. 4% (p<0,01)[1]

Heimild:
1) Bielski, RJ et al. A Double-Blind Comparison of Escitalopram and Venlafaxine Extended Release in the Treatment of Major Depressive Disorder. J Clin Psychiatry 65:9, 2004:1190-1196

Austurbakki

Lundbeck Cipralex escitalopram

Sérlyfjatexti á bls. 905

Umboð á Íslandi: Austurbakki hf \ Köllunarklettsvegi 2 \ 104 Reykjavík \ Sími 563 4000 \ www.austurbakki.is

Sigrumst á sýklasótt

– Leiðbeiningar um meðferð við svæsinni sýklasótt hjá fullorðnum

Gísli H. Sigurðsson

Alma D. Möller

SÉRFRÆÐINGAR Í SVÆFINGA- OG GJÖRGÆSLULÆKNINGUM

Inngangur

Sýklasótt (sepsis), áður nefnd blóðeitrun*, er alvarlegt heilkenni sem orsakast af almennu bólguviðbragði líkamans við alvarlegri sýkingu. Dánartíðni við svæsna sýklasótt (sjá skilgreiningar í töflu I) er á milli 30 og 50%. Þrátt fyrir miklar rannsóknir og aukna vitneskju um sjúkdóminn fer tala dauðsfalla hækkandi vegna vaxandi tíðni sjúkdómsins. Því hafa 11 alþjóðleg samtök lækna hleypt af stokkunum átaki þar sem markmiðið er að bæta greiningu og meðferð við sýklasótt og þannig lækka dánartíðni. Þetta átak nefnist „Surviving Sepsis Campaign" *www.survivingsepsis.org* sem á íslensku gæti heitið „Sigrumst á sýklasótt". Markmiðið er að minnka dánartíðni af völdum sýklasóttar um 25% á næstu fimm árum. Í þessu augnamiði hafa verið gefnar út allítarlegar leiðbeiningar um meðferð á svæsinni sýklasótt sem byggðar eru eins og kostur er á gagnreyndri læknisfræði (1). Þá hefur verið ráðist í kynningarátak í mörgum löndum, bæði meðal lækna og sumstaðar jafnvel meðal almennings. Sýnt hefur verið fram á að hægt er að minnka dánartíðni af völdum sýklasóttar ef sjúklingar fá skjóta og markvissa meðferð í upphafi sjúkdómsferilsins (2). Þar skiptir meðferðin fyrstu klukkustundirnar sköpum. Þess vegna er mikilvægt að allir læknar séu vel meðvitaðir um snemmbúin einkenni sýklasóttar og fyrstu viðbrögð. Hér á eftir eru nefndar leiðbeiningar kynntar á íslensku og í einu af næstu tölublöðum Læknablaðsins er ætlunin að birta ítarlega yfirlitsgrein um sýklasótt.

Skilgreiningar

Sýklasótt er skilgreind sem almenn bólguviðbrögð líkamans við alvarlegri sýkingu. Til samræmingar hefur hópur sérfræðinga sameinast um skilgreiningar á sýklasótt (sepsis), svæsinni sýklasótt (severe sepsis) og sýklasóttarlosti (septic shock) og hafa þessar skilgreiningar orðið fastar í sessi, sjá töflu I (3). Sýklasótt án fylgikvilla er sennilega vangreind og ekki alltaf sem sjúklingar þurfa innlögn eða leita læknis. Svæsna

ENGLISH SUMMARY

Sigurðsson GH, Möller AD

Surviving Sepsis Campaign Guidelines

Læknablaðið 2004; 90: 855-60

The mortality of severe sepsis is growing due to increased incidense of the syndrome. The speed and appropriateness of therapy administered in the initial hours is likely to influence outcome. Thus, eleven organizations of experts have developed guidelines, evidence based as far as possible, for the bedside management of patients, aimed at improving diagnosis and outcome in sepsis. The guidelines are a part of a campaign named "surviving sepsis campaign", see *www.survivingsepsis.org*
The present article is aimed at introducing the guidelines to icelandic doctors.

Key words: *sepsis, severe sepsis, septic shock, infection, guidelines, evidence based medicine.*

Correspondence: Alma D. Möller, *almam@landspitali.is*

Tafla I. *Skilgreiningar á sýklasótt, svæsinni sýklasótt og sýklasóttarlosti.*

Sýklasótt (sepsis)
Sjúklingurinn sýnir tvö eða fleiri neðantalinna einkenna í tengslum við sýkingu:
(Þessi einkenni geta verið til staðar án þess að um sýkingu sé að ræða og er þá talað um heilkenni almennra bólguviðbragða eða bólgusótt (systemic inflammatory response syndrome, SIRS)

1. Líkamshiti >38°C eða <36°C
2. Hjartsláttartíðni >90 slög/mínútu
3. Öndunartíðni >20 andartök/mínútu eða hlutþrýstingur koltvísýrings í blóði ($PaCO_2$) <32 mmHg
4. Fjöldi hvítra blóðkorna >12,000/mm^3, <4000/mm^3, eða >10% óþroskuð hvít blóðkorn

Svæsin sýklasótt (severe sepsis)
Auk sýklasóttar hefur sjúklingurinn einkenni um vanstarfsemi á líffærum, teikn um minnkað gegnflæði um líffæri eða lágan blóðþrýsting. Einkenni um minnkað gegnflæði geta verið sýring í blóði, minnkaður þvagútskilnaður eða nýtilkomnar breytingar á meðvitund.

Sýklasóttarlost (septic shock)
Sjúklingurinn hefur svæsna sýklasótt og lágan blóðþrýsting og/eða teikn um minnkað gegnflæði um líffæri þrátt fyrir fullnægjandi vökvameðferð. Sjúklingar sem hafa þörf fyrir æðavirk lyf falla undir þessa skilgreiningu.

Sæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Alma D. Möller, sæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími 5437457. *almam@landspitali.is*

Lykilorð: *sýklasótt, svæsin sýklasótt, blóðeitrun, sýklasóttarlost, sýking, leiðbeiningar, gagnreynd læknisfræði.*

* Jóhann Heiðar Jóhannsson stakk upp á því í pistli sínum nr. 63 (sjá Læknablaðið 2001; fylgirit 41) að „sepsis" verði nefnd „sýklasótt" en í Orðasafni eru nefnd orðin „graftrarsótt", „blóðsýking" og „blóðeitrun". Orðið blóðeitrun hefur gjarnan verið notað um sepsis en hefur þann ókost að leikmenn tengja orðið blóðeitrun gjarnan sýkingum sem upprunnar eru í húð, einkum vessaæðabólgu (lymphangitis). Undirrituð mæla með notkun orðsins „sýklasótt", það er þjált og auðvelt að þýða „severe sepsis" sem „svæsin sýklasótt" og „septic shock" sem „sýklasóttarlost". Þá á það einnig vel við orðið „bólgusótt" sem er notað um „systemic inflammatory response syndrome", sjá töflu I.

sýklasótt á alltaf að meðhöndla á sjúkrahúsi og oftast á gjörgæsludeildum en sýklasóttarlost ætti alltaf að meðhöndla á gjörgæsludeildum þar sem þörf er fyrir ífarandi vöktun og flókna meðferð.

Meðferð

Meðferð á svæsinni sýklasótt er flókin og krefst þverfaglegrar samvinnu margra sérgreina læknisfræði auk annarra starfsstétta. Neðangreindar leiðbeiningar eru sem fyrr segir byggðar á bestu tiltækri þekkingu eins og kostur er en á samráði færustu sérfræðinga þar sem rannsóknir vantar. Leiðbeiningarnar eru flokkaðar eftir styrk samkvæmt töflu II.

Tafla II. *Flokkun á vísindalegum grunni og styrk leiðbeininga.*

Flokkun vísindalegs grunns
I. Stórar, slembaðar rannsóknir með skýrum niðurstöðum þar sem lítil hætta er á falskt-jákvæðum (alfa) villum eða falskt-neikvæðum (beta) villum.
II. Minni, slembaðar rannsóknir þar sem niðurstöður eru ekki skýrar og nokkur hætta er á falskt-jákvæðum (alfa) og falskt-neikvæðum (beta) niðurstöðum.
III. Ekki slembaðar athuganir með samtíma viðmiðunarhópum.
IV. Ekki slembaðar athuganir með sögulegum viðmiðunarhópum og áliti sérfræðinga.
V. Sjúkratilfellaskýrslur, athuganir án viðmiðunarhópa, álit sérfræðinga.

Styrkur leiðbeininga
A. Stuðningur af minnst tveimur rannsóknum úr flokki I.
B. Stuðningur af einni rannsókn af flokki I.
C. Stuðningur af rannsóknum af flokki II
D. Stuðningur af að minnsta kosti einni rannsókn af flokki III
E. Stuðningur af vitneskju af flokki IV eða V

A. Bráðameðferð

1. Mikilvægt er að hefja gjöf vökva í æð án tafar. Fyrstu sex klukkustundirnar eftir að meðferð er hafin er markmiðið að halda
   - miðbláæðaþrýstingi (CVP) 8-12 mmHg (12-15 mmHg ef sjúklingur er í öndunarvél eða ef þrýstingur í kviðarholi er aukinn)
   - meðalblóðþrýstingi yfir 65 mmHg
   - þvagútskilnaði yfir 0,5 ml/kg/klst.
   - súrefnismettun í miðbláæð yfir 70%

   (Styrkur D).

Þessar leiðbeiningar byggja á rannsókn (2) sem sýndi að ef meðferðinni var stýrt að ákveðnum markmiðum varðandi blóðþrýsting, þvagútskilnað, súrefnismettun í miðbláæð og miðbláæðaþrýsting fyrstu sex klukkustundirnar, minnkaði dánartíðni við 28 daga umtalsvert eða úr 46,5% í 30,5%. Það virðist því sem fyrsta meðferð skipti sköpum varðandi horfur sjúklingsins.

2. Ef ekki tekst (fyrstu sex klukkustundirnar) að ná súrefnismettun í miðbláæð upp í 70% með gjöf vökva í æð þar til miðbláæðaþrýstingur er 8-12 mmHg, er mælt með að auka súrefnisflutning annaðhvort með hækkun á hematokrít upp í 30% (blóðrauði (Hb) um 100 g/l) með gjöf rauðkornaþykknis og/eða með því að auka hjartaútfall með gjöf dóbútamíns (hámark 20 microg/kg/min) til að ná tilsettu marki. (Styrkur B).

B. Greining

1. Nauðsynlegt er að taka sýklaræktanir áður en sýklalyfjameðferð er hafin. Mælt er með að taka að minnsta kosti tvær blóðræktanir, þar sem minnst ein er tekin við stungu í gegnum húð en aðrar blóðræktanir má taka í gegnum æðaleggi. Viðeigandi ræktanir frá til dæmis þvagi, mænuvökva, sárum, hráka eða öðrum líkamsvessum eftir atvikum ætti einnig að taka áður en sýklalyfjameðferð er hafin. (Styrkur D).
2. Þörf getur verið á margskonar myndgreiningu til greiningar á uppsprettu sýkingar en oft eru sjúklingar svo óstöðugir í lífsmörkum að ekki er hægt að flytja þá frá gjörgæslu til nauðsynlegra rannsókna. Þá getur ómskoðun á gjörgæsludeild með flytjanlegu ómtæki verið hjálpleg. (Styrkur E).

C. Sýklalyfjameðferð

1. Hefja skal sýklalyfjagjöf í æð innan klukkustundar frá því að grunur vaknar um sýklasótt og því mikilvægt að taka allar ræktanir eins fljótt og auðið er til að ekki verði tafir á sýklalyfjagjöf. (Styrkur E).
2. Velja skal eitt eða fleiri sýklalyf sem hafa góða virkni gegn þeim sýklum sem eru líklegasta orsök sýkingarinnar. Taka skal mið af næmi sýkla í umhverfinu og á sjúkrahúsinu. (Styrkur D).
3. Endurskoða skal sýklalyfjameðferð eftir 48-72 klukkustundir í ljósi niðurstaðna úr ræktunum. Ætíð skal nota eins þröngvirk lyf og mögulegt er til að minnka hættu á ónæmum stofnum, draga úr aukaverkunum og lækka kostnað. Eftir að búið er að finna orsakavald eru engar rannsóknir sem sýna að meðferð með fleiri lyfjum sé betri en meðferð með einu lyfi. Tímalengd meðferðar er að jafnaði 7-10 dagar og fer eftir svörun á meðferð en sumar sýkingar þurfa lengri meðferð. Margir sérfræðingar mæla með tveggja lyfja meðferð hjá sjúklingum með *pseudomonas* sýkingu og jafnvel enn breiðari meðferð hjá sjúklingum sem hafa hvítkornafæð. (Styrkur E).
4. Ef veikindi sjúklingsins reynast vera af öðrum orsökum en sýkingu ætti að stöðva sýklalyfjameðferð til að minnka hættu á að upp komi ónæmir stofnar og/eða ofansýkingar með öðrum sýklum. (Styrkur E).

D. Meðferð á uppsprettu sýkingar

1. Rannsaka skal sjúklinga með tilliti til þess hvort meðhöndla þurfi uppsprettu sýkingar með ífarandi aðgerðum. Sérstaklega þarfa að huga að því hvort meðhöndla þurfi graftarkýli (abscess), staðbundna sýkingu eða fjarlægja þurfi dauðan eða sýktan vef. (Styrkur E).
2. Val á meðferð á uppsprettu sýkingar þarf að miða við kosti og galla meðferðar svo og ástand sjúklings. Skurðaðgerðir geta reynst of áhættusam-

ar hjá svo veikum sjúklingum og velja skal sem minnst ífarandi meðferð, til dæmis meðhöndlun á graftarkýli með ástungu fremur en skurðaðgerð ef þess er kostur. (Styrkur E).

3. Ef í ljós kemur að sýklasótt er af völdum sjúkdóma sem hægt er að meðhöndla með skurðaðgerð, til dæmis graftarkýlis í kvið, gats á görn, sýkingar í gallgöngum eða blóðþurrðar í görn, skal viðeigandi meðferð eða skurðaðgerð gerð eins fljótt og unnt er þegar ástand sjúklings hefur verið bætt með vökvameðferð og annarri meðferð. (Styrkur E).
4. Ef æðaleggur er talinn valdur að sýkingu er mikilvægt að fjarlægja hann jafnskjótt og búið er að koma fyrir nýjum. (Styrkur E).

E. Vökvameðferð

1. Rétt er að nota saltlausnir (til dæmis Ringer acetat) eða kvoðulausnir (til dæmis sterkjulausn) (en ekki sykurlausnir) við fyrstu vökvameðferð. Ekki hefur verið sýnt fram á mun við notkun á salt- eða kvoðulausnum nema hvað það þarf um tvisvar til þrisvar sinnum meira magn af þeim fyrrnefndu til að ná sömu rúmmálsaukningu á blóðmagni. (Styrkur C).
2. Ef grunur er um að sjúklingur hafi of lítið blóðrúmmál (hypovolemia) skal gefa vökvapróf (fluid challenge) með 500-1000 ml af saltlausn eða 300-500 ml af kvoðulausn á hálfri klukkustund og endurtaka ef nauðsyn krefur. Fylgjast ber náið með hvaða áhrif vökvaprófið hefur á blóðþrýsting, miðbláæðaþrýsting og þvagútskilnað og hætta vökvagjöf við merki um of mikla vökvagjöf, til dæmis lungnabjúg. (Styrkur E).

F. Æðaherpandi lyf

1. Þegar vökvameðferð nægir ekki til að hækka blóðþrýsting og bæta blóðaflæði er rétt að gefa æðaherpandi lyf. Einnig getur verið réttlætanlegt að gefa æðaherpandi lyf áður en búið er að gefa nægjanlegan vökva, ef sjúklingur er með mjög lágan blóðþrýsting. (Styrkur E).

Ef blóðþrýstingur er mjög lágur truflast sjálfstýring blóðflæðis (autoregulation) í mörgum æðabeðum, til dæmis í heila og nýrum, og getur þá blóðflæði orðið háð blóðþrýstingi. Við mat á því hver lágmarksblóðþrýstingur sjúklings ætti að vera til að tryggja nægilegt blóðflæði til allra helstu vefja líkamans, er tekið mið af þróun sýru basa jafnvægis og mjólkursýru í blóði. Mikilvægt er að vökvameðferð sé fullnægjandi áður en æðaherpandi lyf eru gefin en stundum getur verið nauðsynlegt að gefa vökva og æðaherpandi lyf samtímis eins og fyrr var vikið að.

2. Mælt er með því að nota noradrenalín (eða dópamín) sem æðaherpandi lyf til að meðhöndla lágan blóðþrýsting. (Styrkur D).

Ekki eru til afgerandi rannsóknir sem sýna hvaða æðaherpandi lyf er best að nota í svæsinni sýklasótt. Noradrenalín er talið hafa kosti fram yfir adrenalín sem hugsanlega veldur auknum hjartsláttarhraða og óæskilegum áhrifum á blóðflæði í görnum og fenylefrín sem getur minnkað hjartaútfall. Fenylefrín er það lyf sem síst veldur hröðun á hjartslætti. Noradrenalín eykur blóðþrýsting aðallega vegna æðaherpandi verkunar, en hefur einnig áhrif á hjartaútfall, einkum í háum skömmtum. Dópamín eykur einnig blóðþrýsting og hjartaútfall en noradrenalín er virkara (meira potent) en dópamín og því talið betra að nota í sýklasóttarlosti. Dópamín í háum skömmtum veldur meiri hækkun á hjartsláttarhraða og veldur frekar hjartsláttartruflunum en noradrenalín.

3. Ekki er lengur mælt með lágskammta dópamíni til að fyrirbyggja eða meðhöndla bráða nýrnabilun. (Styrkur B).
4. Allir sjúklingar sem þurfa æðaherpandi lyf eiga að hafa slagæðalínu og stöðuga vöktun á blóðþrýstingi eins fljótt og hægt er. (Styrkur E).
5. Vasopressín kemur til greina að nota hjá sjúklingum sem eru áfram í losti þrátt fyrir fullnægjandi vökvameðferð og háskammta noradrenalín (500-1000 ng/kg/mín). Ekki er að svo stöddu mælt með vasopressíni í stað noradrenalíns eða dópamíns, en rannsóknir á notkun vasopressíns í sýklasóttarlosti eru í gangi. Vasopressín á ekki að skammta eftir blóðþrýstingi heldur á að gefa það í föstum skammti sem sídreypi í 24-48 klst (0,02-0,04 ein/mín eða um 1-2 ein/klst). Þessi skammtur af vasopressíni er miðaður við að ná svipaðri þéttni í blóði og mælist hjá sjúklingum á fyrstu klukkustundunum eftir að þeir fara í lost. Hærri skammtar af lyfinu auka tíðni aukaverkana sem eru meðal annars blóðþurrð í hjartavöðva og þörmum. (Styrkur E).

Það er ýmislegt sem bendir til að lágskammta vasopressín geti verið áhrifaríkt til þess að hækka blóðþrýsting hjá sjúklingum sem ekki svara öðrum æðaherpandi lyfjum. Ekki hafa þó enn verið gerðar rannsóknir sem sýna fram á betri árangur hjá sjúklingum sem hafa fengið vasopressín í sýklasóttarlosti. Vasopressín hefur engin hjartahvetjandi áhrif og veldur því oft minnkun á hjartaútfalli og þar sem þéttni vasopressín viðtækja (V1) er há í *a. mesenterica superior* geta háir skammtar valdið blóðþurrð í þörmum og lifur. Sýnt hefur verið fram á að þéttni vasopressíns í blóði er hækkuð snemma í sýklasóttarlosti (um það bil tífalt miðað við eðlilegt ástand) en eftir nokkra klukkutíma eru gildin eðlileg að nýju. Þetta hefur verið kallað afstæður vasopressínskortur, þar sem eðlilegt líffræðilegt svar við losti er talið vera margfalt hærra gildi en mælist hjá frískum einstaklingum. Sýnt hefur verið fram á að hærri skammtar en mælt er með að ofan

valda blóðþurrð í hjartavöðva, umtalsverðri lækkun á hjartaútfalli og jafnvel hjartastoppi.

G. Samdráttarhvetjandi (inotrop)hjartalyf

1. Dobútamín er gefið ef vissa eða grunur er um lágt hjartaútfall, þrátt fyrir vökvagjöf. Ef sjúklingur hefur einnig lágan blóðþrýsting ætti jafnframt að gefa æðaherpandi lyf. (Styrkur E).
2. Ekki er mælt með því að auka hjartaútfall gagngert í þeim tilgangi að auka súrefnisflutning upp í fyrirfram ákveðið (hærra en eðlilegt) gildi eins og tíðkaðist víða fyrir nokkrum árum. (Styrkur A).

Tvær stórar rannsóknir hafa sýnt fram á að ekki er ávinningur af slíkri meðferð. Markmið meðferðarinnar á að vera fullnægjandi súrefnisflutningur þannig að ekki verði súrefnisskortur í vefjum.

H. Sterar

1. Mælt er með gjöf 200-300 mg/dag af hýdrókortisóni í sjö daga (skipt niður á 3-4 skammta á dag). Þetta á við sjúklinga sem eru í sýklasóttarlosti þrátt fyrir fullnægjandi vökvameðferð og þurfa á æðaherpandi lyfjum að halda. (Styrkur C).

Þessar leiðbeiningar byggja á rannsókn (4) sem sýndi minnkaða dánartíðni hjá sjúklingum sem sýndu ófullnægjandi hækkun á kortisóli þegar gert var ACTH (Adreno-cortico Tropic hormone) örvunarpróf og þar sem ætla má að um sé að ræða afstæðan kortisól skort. Umdeilt er hvort gera eigi ACTH örvunarpróf til að greina þá frá sem svara sterameðferð en sumir sérfræðingar mæla þó með því þar sem ekki er hægt að útiloka að notkun hýdrókortisóns geti skaðað þá sjúklinga sem eru með eðlilega kortisól svörun. Ekki er alveg ljóst hversu lengi á að halda meðferðinni áfram, annaðhvort er miðað við eina viku eða notkun á meðan sjúklingar þurfa á æðaherpandi lyfjum að halda. Sumir gefa einnig saltstera, fludrocortosone, 50 mikrog/dag. Umdeilt er hvort smám saman skuli draga úr lyfjagjöfinni eða hvort óhætt sé að hætta skyndilega.

2. Ekki er mælt með að gefa hærri skammta en sem svarar 300 mg af hydrokortisóni á dag vegna sýklasóttar. (Styrkur A).

Rannsóknir hafa sýnt að háskammtasterar auki dánartíðni við sýklasótt. Þó getur að sjálfsögðu verið ástæða til háskammta steranotkunar vegna annars sjúkdóms.

3. Ekki er mælt með að gefa lágskammtastera við meðferð á sýklasótt nema um sýklasóttarlost sé að ræða. (Styrkur E).

I. Espað prótein C (Recombinant activated protein C – rhAPC)

1. Mælt er með að gefa espað prótein C (Xigris®) þeim sjúklingum sem eru mjög veikir af sýklasótt (mælt með svokölluðum APACHE II kvarða þar sem gildi er 25 eða hærra), ef ekki er um að ræða frábendingar vegna hættu á blæðingu. (Styrkur B).

Espað prótein C er nýtt lyf sem hefur blóðþynnandi og bólgueyðandi verkun. Sýnt var fram á í stórri framskyggnri rannsókn að mjög veikum sjúklingum í sýklasóttarlosti farnaðist betur ef þeir fengu lyfið. Þannig var dánartíðni við 28 daga 24,7 % í meðferðarhópnum borið saman við 30,8% í viðmiðunarhópnum (5). Við notkun lyfsins á Landspítala er farið eftir sérstökum gátlista.

J. Gjöf blóðs og blóðhluta

1. Eftir að lostástand hefur verið meðhöndlað og ekki er um að ræða sérstakar ástæður, eins og alvarlegan kransæðasjúkdóm, bráða blæðingu eða háa mjólkursýru, þá er ekki mælt með að gefa rauðkornaþykkni nema magn blóðrauða (Hb) fari undir 70 g/l. Mælt er með að halda Hb milli 70 og 90 g/l. (Styrkur B).

Leiðbeiningar þessar byggja á kanadískri rannsókn sem hefur vakið mikla athygli (6). Einnig hefur verið sýnt fram á að sjúklingar með sýklasótt sem hafa fengið blóðgjöf auka súrefnisflutning sinn en þetta hefur ekki leitt til aukningar á súrefnisupptöku. Þetta á þó ekki við um sjúklinga sem eru með lága miðbláæðasúrefnismettun á fyrstu klukkustundunum eftir að þeir veiktust (sjá lið A).

2. Ekki er mælt með notkun rauðkornavaka (erýtrópóíetíns) við meðferð blóðleysis við sýklasótt, nema sérstakar ástæðar séu fyrir hendi (til dæmis langvarandi nýrnabilun). (Styrkur B).
3. Ekki er mælt með notkun á fersk frosnum blóðvökva (plasma) (FFP) til að leiðrétta truflanir á storkuþáttum í blóði nema um að sé að ræða blæðingu eða fyrirhuguð sé ífarandi aðgerð af einhverju tagi. (Styrkur E).
4. Ekki mælt með notkun andþrombíns (antithrombin III) við meðferð á sýklasótt þó svo að þéttni þess í blóði mælist óeðlilega lág. (Styrkur B).
5. Mælt er með gjöf blóðflöguþykknis ef blóðflögur í blóði fara undir 5.000/mm^3 óháð því hvort sjúklingnum blæðir eða ekki. Rétt er að íhuga gjöf á blóðflögum ef þær liggja á milli 5-30.000/ mm^3 ef talin er umtalsverð hætta á blæðingu. Að jafnaði er þörf á að halda blóðflögum yfir 50.000/mm^3 ef gera á skurðaðgerð eða aðra ífarandi aðgerð.

K. Öndunarvélarmeðferð

1. Forðast ber að nota stór andartök sem valda háum innöndunarþrýstingi hjá sjúklingum með öndunarbilun (acute lung injury, ALI eða acute respiratory distress syndrome, ARDS). Markmiðið er að minnka andartök niður í 6 ml/kg (lean body

weight) innan 1-2 klukkustunda frá því að öndunarvélameðferð er hafin og jafnframt halda innöndunarþrýstingi undir 30 cmH_2O. (Styrkur B).

Þessar leiðbeiningar eru byggðar á rannsóknum sem sýna að dánartíðni sjúklinga með öndunarbilun (ALI, ARDS) er marktækt lægri ef andartökum er haldið innan ofannefndra marka og ef innöndunarþrýstingi er haldið innan 30 cmH_2O (7).

2. Það að leyfa koltvísýringi í blóði, $PaCO_2$ að hækka yfir eðlileg gildi (permissive hypercapnia) er talið ásættanlegt hjá sjúklingum sem eru í öndunarvél vegna öndunarbilunar af völdum ALI/ARDS. Þetta getur verið leið til þess að halda innöndunarþrýstingi niðri og þannig komast hjá skaðlegum áhrifum þrýstings á lungu (barotrauma). (Styrkur C).

Sýnt hefur verið fram á að sjúklingar með ALI/ARDS þola vel hækkun koltvísýrings upp í að minnsta kosti 100 mmHg.

3. Nota þarf jákvæðan þrýsting við lok útöndunar (positive end expiratory pressure, PEEP) til að hindra að lungnahlutar falli saman við lok útöndunar. Mismunandi aðferðir má nota við ákvörðun á hæfilegu PEEP gildi. (Styrkur E).

Algengt er að sjúklingar með ALI/ARDS þurfi að minnsta kosti 10-15 cmH_2O í PEEP.

4. Rétt er að reyna grúfulegu (prone positioning) hjá sjúklingum með ARDS, þar sem þörf er á háum hlutaþrýstingi innandaðs súrefnis (FiO_2) og/eða háum innöndunarþrýstingi. (Styrkur E).

Það hefur verið sýnt fram á í nokkrum minni rannsóknum að flestir sjúklingar með ALI/ARDS svara grúfulegu með hækkaðri súrefnismettun í blóði. Ekki hefur þó verið sýnt með óyggjandi hætti að þessi meðferð bæti lifun en líklega gagnast þessi meðferð best veikustu sjúklingunum.

5. Ef ekki er um að ræða sérstaka frábendingu, eiga sjúklingar sem liggja í öndunarvél að vera hálfsitjandi með höfuðendann hækkaðan upp um 45°, til að draga úr hættu á öndunarvélalungnabólgu (ventilator associated pneumonia). (Styrkur C).
6. Deildir sem meðhöndla sjúklinga í öndunarvél ættu að nota sérstakar leiðbeiningar (weaning protocol) þegar sjúklingur er vaninn úr öndunarvél. Gera ætti öndunarpróf (spontaneous breathing trial) til að meta getu sjúklinga til að anda sjálfir þegar þeir uppfylla eftirfarandi skilyrði: a) eru vakandi, b) blóðrás er stöðug c) engin ný alvarleg vandamál hafa komið upp d) ekki þarf háan innöndunarþrýstingi eða hátt PEEP og e) nægjanlegt súrefni er hægt að gefa með andlitsmaska eða neflegg. Ef öndunarprófið gengur vel skal fjarlægja barkarennu, nema sérstakar ástæður mæli gegn því. Öndunarprófið má gera með mismunandi aðferðum. (Styrkur A).

L. Slæving, verkjameðferð og vöðvalamandi lyf.

1. Mælt er með notkun leiðbeininga (sedation protocol) varðandi slævingu mikið veikra gjörgæslusjúklinga og notkun sérstakra kvarða við ákvörðun á slævingu. (Styrkur B).
2. Ýmist má gefa slævandi lyf með einstökum skömmtum eða sídreypi. Mikilvægt er að létta daglega á slævingunni til að meta meðvitundarástand sjúklingsins. (Styrkur B).

Það hefur verið sýnt fram á að með notkun slíkra leiðbeininga má marktækt stytta þann tíma sem sjúklingur þarf að liggja í öndunarvél, stytta legutíma á gjörgæsludeild og minnka þörf fyrir barkaraufir.

3. Mælt er gegn notkun vöðvalamandi lyfja hjá sjúklingum með sýklasótt vegna aukinnar hættu á langvarandi vöðvaslökun og vegna aukinnar hættu á tauga- og vöðvakvillum sem tengjast alvarlegum veikindum (critical illness neuropathy). Ef notkun vöðvalamandi lyfja reynist nauðsynleg skal takmarka tímalengd meðferðar eins og kostur er. (Styrkur E).

M. Stjórnun blóðsykurs

1. Þegar bráðameðferð er vel á veg komin ber að stefna að því að halda blóðsykri undir 8,3 mmol/l með því að nota sykur- og insulíndreypi. Nauðsynlegt er að fylgjast með blóðsykri á 30-60 mínútna fresti til að byrja með og síðar ekki sjaldnar en á fjögurra tíma fresti. (Styrkur D).

Sýnt hefur verið fram á með rannsókn á blönduðum hópi gjörgæslusjúklinga sem flesir höfðu gengist undir skurðaðgerðir, að ströng blóðsykurstjórnun þar sem blóðsykri var haldið milli 4,4 og 6,1 mmol/l, bætti lifun úr 8% í 4,6% (8).

N. Blóðskiljun

1. Við bráða nýrnabilun hjá sjúklingum með sýklasótt virðist samfelld blóðskiljun gefa svipaðan árangur og hefðbundin blóðskiljun, sem er gerð í nokkrar klukkustundir á dag. Samfelld blóðskiljun auðveldar þó stjórnun á vökvajafnvægi, sérstaklega hjá sjúklingum með óstöðuga blóðrás. (Styrkur B).

Enn er aðeins mælt með notkun samfelldrar blóðskiljunar hjá sjúklingum með sýklasótt vegna nýrnabilunar en ekki vegna hugsanlegrar skiljunar á bólguhvötum og sýklaeitri úr blóði. Rannsóknir á síðarnefndum atriðum eru í gangi.

O. Bíkarbónat

1. Ekki er mælt með notkun bíkarbónats til að bæta blóðrás ef sýrustig helst yfir 7,15. Engar rannsóknir eru heldur til um áhrif bíkarbónats á blóðrás og virkni æðaherpandi lyfja við lægra sýrustig. (Styrkur C).

P. Fyrirbygging blóðsega

1. Sjúklingar með svæsna sýklasótt ættu að fá fyrirbyggjandi meðferð gegn blóðsegum, annaðhvort með lágskammta heparíni eða léttviktarheparíni (low molecular weight heparini). Ef frábending er fyrir notkun heparíns er mælt með hreyfimeðferð (compression devices). Ef hætta á djúpsegamyndun er mikil er mælt með hvorutveggja. (Styrkur A).

Q. Fyrirbygging magasárs

1. Rétt er að gefa öllum sjúklingum með svæsna sýklasótt fyrirbyggjandi meðferð gegn magasári. Mælt er með notkun H_2-hemjara en prótóndælu-hemjarar hafa ekki verið rannsakaðir í þessu augnamiði. (Styrkur A).

R. Takmörkun meðferðar

1. Mikilvægt er að skipuleggja meðferð sjúklingsins fram í tímann og að samtöl við sjúklinginn og/eða fjölskyldu hans séu hreinskiptin. Ákvarðanir varðandi takmarkanir á meðferð geta stundum verið sjúklingnum fyrir bestu. (Styrkur E).

Lokaorð

Í leiðbeiningunum (1) er sérstakur kafli um meðferð sýklasóttar hjá börnum og verða þær ekki nefndar hér. Eins og fyrr nefndi er á döfinni að birta ítarlega yfirlitsgrein um sýklasótt í Læknablaðinu og verður þar meðal annars rætt hvernig velja skuli sýklalyf til fyrstu meðferðar miðað við líklega uppsprettu sýkingar.

Heimildir

1. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Int Care Med 2004; 34: 535-55.
2. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al: Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. N Engl J Med 2001; 345: 1368-77.
3. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Concensus Conference Committee. Chest 1992; 101: 1644-55.
4. Annane D, Sebille V, Carpentier C, Bollaert PE, Francois B, Korach JM, et al. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. JAMA 2002; 288: 862-71.
5. Bernard GR, Vincent J-L, Laterre P-F, LaRosa SP, Dhainaut J-F, Lopez-Rodriguez A, et al. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. N Engl J Med 2001; 344: 699-709.
6. Hébert PC, Wells G, Blajchman MA, Marshall J, Martin C, Pagliarello G, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. N Engl J Med 1999; 340: 409-17.
7. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network: Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2000; 342: 1301-8.
8. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schietz M, et al: Intensive inslulin therapy in critically ill patients. N Engl J Med 2001; 345: 1359-67.

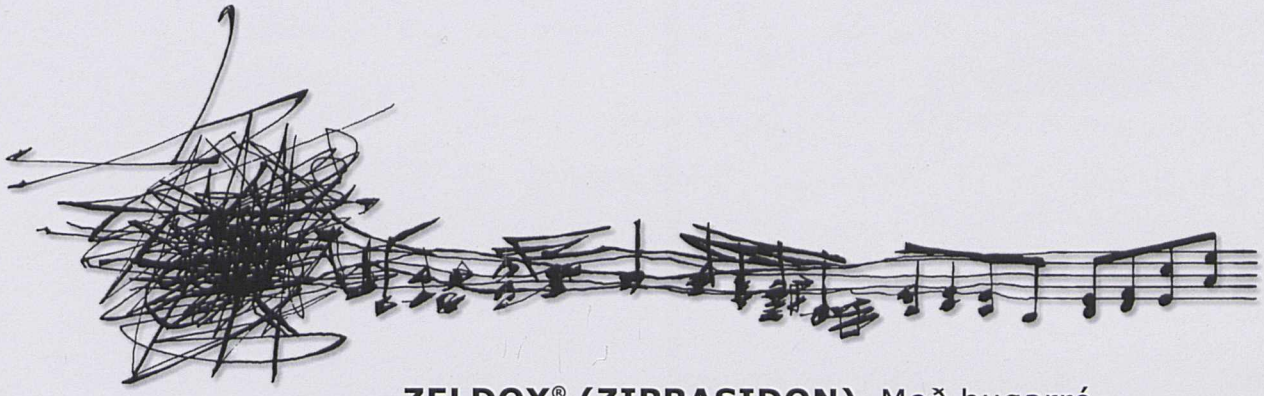
Frá Félagi íslenskra röntgenlækna

Ritstjórn Læknablaðsins hefur borist eftirfarandi bréf frá stjórn Félags íslenskra röntgenlækna, FÍR:

Undanfarin ár hefur borið á því að birtar hafa verið greinar í Læknablaðinu með myndum af myndgreiningarrannsóknum án þess að geta heimilda með fullnægjandi hætti. Stjórn Félags íslenskra röntgenlækna vill hér með gera við þetta athugasemd. Það hlýtur að vera metnaðarmál hjá Læknablaðinu, sem og hjá öðrum í íslenska vísindasamfélaginu, að frágangur greina sé eins og best verður á kosið og fylgt sé þeim reglum sem settar hafa verið um greinaskrif. Oft hefur verið um lýsingu á sjúkratilfellum að ræða þar sem myndgreiningarrannsóknir eru stór þáttur. Stundum hafa meinlegar villur verið á þessum myndum eða í myndatexta sem ekki er ljóst hver ber ábyrgð á. Óskum við eftir að úr þessu verið bætt og slíkar birtingar endurtaki sig ekki.

Undir bréfið rita formaður, ritari, gjaldkeri og meðstjórnandi FÍR.

Læknablaðið harmar birtingu ofangreinds myndefnis og hyggst héðan í frá ganga harðar eftir því að öll tilskilin leyfi séu fyrir birtingu slíkra mynda sem á að tryggja réttan úrlestur þeirra og myndatexta.



ZELDOX® (ZIPRASIDON) Með hugarró

Pfizer/PharmaNor hf. • Hörgatúni 2
212 Garðabæ • Sími 535 7000

Sérlyfjatexti á bls. 902



Nýjar aðferðir við að meðhöndla astma fela í sér fullkomna stjórn, ekki bara hálfgerða. Niðurstöður GOAL rannsóknarinnar[1] marka þáttaskil þar sem þær sýna að astmasjúklingar geta náð fullkomnu valdi á ástandi sínu. Þú getur nú veitt sjúklingum þínum tækifæri



til að lifa lífinu – hvort sem þeir þjást af vægum eða slæmum astma – án Ventolins®, án einkenna, án svefnlausra nátta og án þess að versna frekar.

SERETIDE™
salmeterol/fluticasone propionate

Astmi án astma

Sérlyfjatexti á bls. 903

Lífeyrir – tryggingar – bankaviðskipti



Birna Jónsdóttir

Höfundur er gjaldkeri í stjórn LÍ.

Í pistlunum **Af sjónarhóli stjórnar** birta stjórnarmenn LÍ sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.

Það hringdi til mín sölumaður frá KB banka og bauð mér óskilyrta ráðgjöf í tryggingamálum. Af því að ég er svo forvitin stóðst ég ekki mátið og fór í viðtal.

Hann var ansi nærgöngull um viðkvæmustu mál fjölskyldunnar fannst mér en lofaði fullum trúnaði. Mér datt í hug að ef til vill liði sjúklingum oft svipað þegar við erum að yfirheyra þá. Viðtalið var í sama tilgangi og fyrirbyggjandi læknisfræði, byrgja brunninn et cetera.

Að mörgu leyti var ég dæmigerður viðskiptavinur sagði maðurinn, val mitt á bankastofnun byggir ekki síst á tilfinningalegum ástæðum. Ég hef haft minn launareikning í SPRON því þar fékk ég í gamla daga víxil til að redda mér fram að námsláni eftir að bankastjóri ríkisbanka hafði neitað mér. Það sem var skemmtilegt og sjaldgæft við mig var hins vegar að ég er alveg óvanalega vel tryggð. Hvernig skyldi nú standa á því? Jú ég gaf mér það í fertugsafmælisgjöf að hætta að vinna sextug. Hugmyndina fékk ég nú ekki hjálparlaust heldur vaknaði þessi vissa innra með mér við læknaborðið í matsalnum á þáverandi BSP í Fossvogi þegar mér miklu eldri og reyndari kollegar komu stynjandi í mat og létu sig dreyma um starfslok um sextugt. Þegar ég í fávisku minni spurði af hverju þeir hættu ekki bara að vinna var litið á mig með fyrirlitningarsvip og sagt: „Það er ekki hægt að fá útúr lífeyrissjóðnum fyrr en maður er 67."

Undanfarna áratugi hefur mikið breyst hjá peningastofnunum, þær eru farnar að ganga á eftir fólki bjóðandi peninga hægri vinstri með lágmarksvöxtum og við getum keypt okkur aukalífeyri! En Eva var ekki lengi í Paradís. Blikur á lofti með lífeyrissjóðinn eða hvað? Viðræður eru í gangi milli Lífeyrissjóðs lækna (LL) og Almenna lífeyrissjóðsins hjá Íslandsbanka um sameiningu þessara tveggja sjóða. Þessar viðræður eru að undirlagi stjórnar LL og ugglaust bráðnauðsynlegt að fylgjast grannt með þróun mála á lífeyrismarkaðnum. Þessar breytingar á LL snerta menn misjafnlega. Og fyrst og fremst maka lækna. Reyndar skilst mér að samkvæmt ævilíkareglunni sem segir að konur lifi lengur en karlar sé betra fyrir kvenkynslækna að af sameiningu verði. Allir félagsmenn ættu að fara yfir sín persónulegu mál og stöðu hjá LL og reikna út sig og sína fjölskyldu. Fyrir þá sem eru nettengdir er þetta einfalt til dæmis gegnum heimasíðu Læknafélagsins. Einnig er hægt að lesa yfirlitin sem eru send á vordögum. Ákvörðun um sameiningu verður ekki tekin nema á aðalfundi LL og ég hef njósnað hjá stjórn LL að fyrirhugað sé að setja reiknivél á netið þar sem menn geta skoðað stöðu sína í sameinaða sjóðnum ef af verður áður en til framkvæmda kemur. Hugmyndir hafa verið uppi um yfirgangslausn varðandi makalífeyri sem er sennilega viðkvæmasti hluti væntanlegra breytinga. Lokaniðurstaða er engu að síður að hver er sjálfum sér næstur.

The HOUPE study

Minnum lækna á að taka þátt í rannsókn á umgjörð og heilsu í starfi lækna



Allir læknar með lækningaleyfi á Íslandi þann 30. júní síðastliðinn hafa fengið sent boð um þátttöku í rannsókn á umgjörð og heilsu í starfi lækna. Bréfinu fylgdi einkennisnúmer til að skrá sig inn á vefsetrið *www.houpe.no* og svara spurningalista. Rannsóknin er unnin í samstarfi fjögurra landa en tekur samt mið af fyrri rannsóknum á læknum hér á landi og þá sérstaklega rannsókn Félags íslenskra heimilislækna á heimilislæknum og Vinnueftirlitsins á læknum Landspítala (sjá fyrri kynningar í september- og októberheftum Læknablaðsins).

Við hvetjum alla lækna til að svara. Ef vefsvörun hentar ekki má fá spurningalistann sendan á pappír. Öllum fyrirspurnum um framkvæmd rannsóknarinnar verður svarað af Lilju Sigrúnu Jónsdóttur verkefnisstjóra hjá Landlæknisembættinu og starfsmönnum skrifstofu Læknafélags Íslands.

Rannsóknarhópurinn

Framhaldsnám í lyflækningum við Landspítala:

Fyrstu deildarlæknarnir útskrifaðir

Um miðjan nóvember útskrifuðust fyrstu deildarlæknarnir eftir þriggja ára framhaldsnám á lyflækningasviðum Landspítalans. Þau Hilmar Kjartansson, Guðni A. Guðnason og Sigríður Björnsdóttir hafa stundað nám í almennum lyflækningum og stefna nú á frekara framhaldsnám í útlöndum.

Hafist var handa um að koma á fót framhaldsnámi við Landspítalann eftir sameiningu sjúkrahúsanna og eru nú um 20 deildarlæknar skráðir í sérnám í lyflækningum á ýmsum stigum. Í námi þeirra er lögð áhersla á að veita þjálfun í undirstöðuþáttum almennra lyflækninga og byggja upp klíníska færni, trausta dómgreind og fagmennsku. Jafnframt eru námslæknar þjálfaðir í vísindastörfum og hvattir til að temja sér sjálfstæða þekkingaröflun.

Deildarlæknunum er falin stigvaxandi ábyrgð með hliðsjón af færni þeirra og reynslu. Þegar blaðamaður Læknablaðsins ræddi við hina nýútskrifuðu deildarlækna hrósuðu þeir ekki síst þeim þætti námsins. Þau hefðu verið farin að stjórna vöktum og starfa sjálfstætt á göngudeild en að sjálfsögðu með það í bakhöndinni að geta leitað stuðnings sérfræðilækna ef á þyrfti að halda. Þetta fyrirkomulag bætti líka starfsandann á sjúkrahúsinu vegna þess að það brúaði bil sem oft vill myndast á milli unglækna og sérfræðinga. Það væri líka gott fyrir sérfræðingana sem fengju meiri örvun við að kenna lengra komnum nemendum.

Þegar blaðamaður innti þau eftir því hvað tæki nú við voru svörin á þá leið að Hilmar er á leiðinni til Nýja-Sjálands á næstu vikum þar sem hann ætlar að leggja stund á framhaldsnám í bráðalækningum á sjúkrahúsi í borginni Christchurch á Suðurey. Hann segist fá námið við Landspítalann metið til styttingar á náminu ytra. Þau Guðni og Sigríður eru að þreifa fyrir sér með framhaldsnám en bæði stefna þau í sérfræðinám í efnaskipta- og innkirtlasjúkdómum, helst á Norðurlöndum eða Bretlandseyjum, hún næsta vor en hann að ári liðnu. Þangað til munu þau starfa hér innanlands.



Deildarlæknar á lyflækningadeildum Landspítala ásamt forstöðumönnum framhaldsmenntunar. Standandi frá vinstri: Guðni A. Guðnason, Eva Sigvaldadóttir, Runólfur Pálsson, Ína K. Ögmundsdóttir, Friðbjörn Sigurðsson, Þórður Harðarson, Steinn Jónsson, Kristján Erlendsson, Oddur Steinarsson, Berglind Libungan og Ragnheiður Halldórsdóttir. Sitjandi frá vinstri: Guðrún B. Reynisdóttir, Hilmar Kjartansson, Vilhelmína Haraldsdóttir, Hjalti M. Björnsson og Lovísa Leifsdóttir.

Þau voru sammála um að það væri ótvíræður kostur fyrir unglækna að hafa val um það hvort þeir hefja framhaldsnám hér á landi eða fara strax utan. Ekki síst væri þetta góður kostur fyrir fjölskyldufólk því þetta stytti þann tíma sem það þyrfti að dvelja í útlöndum. Þeir sem fara til Norðurlanda til náms í undirsérgrein fá þetta nám metið að fullu og þá tekur nám þeirra ytra ekki nema þrjú eða fjögur ár. Þá nýttist þessi kostur þeim læknum sem hyggja á framhaldsnám í öðrum greinum en lyflækningum því í mörgum sérgreinum væri gerð krafa um að læknar taki hluta af sínu framhaldsnámi á lyflækningadeild.

Það var Steinn Jónsson framhaldsmenntunarstjóri lyflækningasviða sem útskrifaði þremenningana og óskaði þeim velfarnaðar í frekara námi og starfi.







Deildarlæknarnir nýútskrifuðu, Hilmar Kjartansson næstur, þá Sigríður Björnsdóttir og Guðni A. Guðnason fjærstur. Ljósm. Þórdís Ágústsdóttir.

Óhagkvæmt að flytja ferliverkin til baka

– Rætt við Stein Jónsson um kostnaðargreiningu Hagfræðistofnunar Háskóla Íslands á nokkrum tegundum heilbrigðisþjónustu

Þröstur Haraldsson

Eins og kunnugt er af fréttum gerði Hagfræðistofnun Háskóla Íslands kostnaðargreiningu á heilbrigðisþjónustu og birti skýrslu um hana á haustdögum. Í henni er borinn saman kostnaður við móttöku sjúklinga á fjórum heilsugæslustöðvum, Læknavaktinni, stofum sjálfstætt starfandi sérfræðinga og fjórum dag- og göngudeildum Landspítala. Skýrslan var unnin að beiðni Delfí sem eru samtök einkarekinna læknastöðva í Reykjavík og með stuðningi læknafélaganna.

Höfundar skýrslunnar eru Axel Hall og Sólveig Jóhannsdóttir starfsmenn Hagfræðistofnunar HÍ og þau viðurkenna í inngangi að samanburður sé erfiður á milli ólíkra rekstrareininga og þar komi ýmislegt til. „Af kostnaðargreiningunni má þó ráða að heilsugæsluþjónusta lækna er almennt ódýrari en sams konar þjónusta sérgreinalækna. Samanburður sérgreinalækna við göngudeildarþjónustu er öllu erfiðari þar sem þjónustan er í sumum tilfellum nokkuð ólík. Meðalkostnaður sérgreinalækna virðist hins vegar vera lægri en nemur kostnaði við göngudeildarþjónustu LSH. Það er hins vegar háð öllum þeim fyrirvörum sem gera verður um þá ólíku þjónustu sem aðilarnir veita."

Þetta er orðað af mikill varkárni enda erfiðleikarnir miklir við samanburð. Þannig segir til dæmis í samantekt um kostnað á göngudeildum Landspítala að erfitt sé „að aðgreina algjörlega allan kostnað sem við kemur göngudeildunum. Tölvukerfi sjúkrahússins býður einfaldlega ekki upp á það. Einnig er erfitt að flokka allar komur á göngudeildirnar eftir því hvort sjúklingur sé að koma til læknis eða annars starfsmanns deildarinnar."

En með öllum þessum fyrirvörum er það samt niðurstaða skýrslunnar að meðallæknakostnaður við komu sjúklinga á göngudeildir sé í flestum tilvikum talsvert hærri en til sérgreinalæknis. Kostnaðurinn með leyfilegum afslætti er allt frá 2328 kr. upp í 8288 kr. hjá sérgreinalæknum og að meðaltali á bilinu 4200-4300 krónur. Á göngudeild bæklunarlækninga á Landspítala er kostnaðurinn langlægstur þar á bæ, eða 4583 krónur, en á hinum þremur er hann á bilinu 8001-14.508 krónur.

Er göngudeildarþjónustan hagkvæm?

Steinn Jónsson lungnalæknir er formaður félagsskaparins Delfí sem átti frumkvæði að því að skýrsla Hagfræðistofnunar var unnin. Læknablaðið hitti hann að máli og spurði fyrst um aðdraganda þess að ráðist var í gerð skýrslunnar.

„Læknar hafa að undanförnu staðið í töluverðum rökræðum á almennum vettvangi um heilbrigðismál og oft verið á öndverðum meiði við aðra, sérstaklega hvað varðar sjálfstæða starfsemi lækna utan sjúkrahúsa. Okkur hefur fundist að það vanti haldgóðar tölulegar upplýsingar sem hægt væri að byggja umræðuna á. Þess vegna hefur mönnum haldist uppi að setja fram alls konar fullyrðingar, lítið rökstuddar, í þá veru að þjónusta okkar sé dýr og óþörf. Einkum hefur heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið haft allt á hornum sér varðandi þessa starfsemi og beitt Ríkisendurskoðun fyrir sig með ýmsu móti. Einnig má í þessu sambandi vitna til deilunnar um tilvísanakerfið fyrir áratug og ýmis ummæli sem féllu meðan á samningaviðræðum stóð milli sérfræðilækna og Tryggingastofnunar ríkisins um síðustu áramót.

Í nóvember í fyrra kom út skýrsla Ríkisendurskoðunar um sameiningu sjúkrahúsanna en þar kom fram að stofnunin taldi nauðsynlegt að stórefla dag- og göngudeildarþjónustu Landspítalans. Það getur út af fyrir sig verið rétt en í skýrslunni var því haldið fram að það væri hagkvæmt fyrir þjóðfélagið að stýra ferliverkunum sem mest inn á sjúkrahúsin. Sams konar fullyrðingar komu síðar fram í skýrslu Ríkisendurskoðunar um FSA. Við vorum ekki vissir um að þetta væri rétt og vildum fá nánari upplýsingar um kostnaðinn við göngudeildarþjónustu spítalans annars vegar og þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðilækna hins vegar. Við vildum líka fá samanburð við heilsugæsluna því hún hefur einnig verið nefnd í umræðunni.

Þess vegna var ákveðið að leita til þess aðila hér á landi sem hefur mesta reynslu af heilsuhagfræðilegum úttektum og Hagfræðistofnun Háskóla Íslands var beðin að gera þessa úttekt."

Athyglisverð niðurstaða

– Hvað þykir þér standa upp úr í skýrslunni?

„Mér sýnist allt vera í eðlilegum farvegi og ekkert sem kemur á óvart. Viðtal hjá heilsugæslulækni er ódýrast, aðeins ódýrara en hjá sérfræðingi á stofu, en munurinn þar á milli er lítill og sennilega minni en margir hafa haldið. Þannig var meðaltalskostnaður Tryggingastofnunar af komum til sérfræðinga árið 2002 kr. 4320 en kostnaður við komur til lækna á heilsugæslu var 2870 kr. í Hafnarfirði, 3500 kr. á Akur-

eyri og 4300 í Salahverfi. Það virðist því ekki vera eftir miklu að slægjast með því að koma á tilvísanakerfi ef ætlunin er að halda niðri kostnaði.

Það er hins vegar talsverður munur á kostnaði við komu til sérfræðings á stofu annars vegar og hins vegar á göngudeild sjúkrahússins, í sumum tilvikum tvöfaldur og jafnvel þrefaldur. Vissulega getur þjónustan sem veitt er verið misjöfn, á því hefur ekki verið gerð sérstök úttekt, en þeir sem vinna jöfnum höndum á báðum stöðum sjá sjaldnast mikinn mun á þjónustunni. Skýringar á þessum kostnaðarmun er hins vegar að leita í því að það er miklu fleira starfsfólk sem tengist þjónustu göngudeildanna – hjúkrunarfræðingar, sálfræðingar, félagsráðgjafar, fótasérfræðingar og fleiri stéttir. Skýrsluhöfundar skoðuðu launahlutann og aðra mikilvæga kostnaðarliði í þessari þjónustu og mér sýnast niðurstöðurnar vera mjög ábyggilegar.

Af þessu má draga þá ályktun að ef stefnan á að vera sú að beina sem mestu af ferliverkunum inn á spítalann frá sérfræðiþjónustunni þá muni það leiða til aukins kostnaðar. Þetta er athyglisverðasta niðurstaða skýrslunnar fyrir okkur sem störfum við það að veita læknisþjónustu utan sjúkrahúsanna."

Eins og nefnt er hér að ofan gera skýrsluhöfundar talsvert úr því hversu erfitt er um allan samanburð enda kom í ljós þegar skýrslan var birt að menn fóru strax að deila um forsendurnar fyrir útreikningum þeirra. Spurningin er því hvort ekki sé um svo ólíka hluti að ræða að seint verði þeir bornir saman svo öllum þyki sanngjarnt og réttlátt.

„Vissulega getur verið erfitt að bera saman heilsugæsluna og sérfræðiþjónustuna en þó er viss skörun verkefna og ákveðin vandamál sem koma inn á borð beggja. Hagfræðistofnun reyndi einmitt að meta þann þátt út frá taxta beggja rekstrarforma. Samanburður sérfræðiþjónustunnar og spítalans er heldur ekki auðveldur en þó er hægt að nálgast hann með því að nota svokallað DRG-kerfi sem nú er að ryðja sér til rúms á spítalanum. Með því á að fást réttur samanburður."

Allt gegnsætt í sérfræðiþjónustunni

Steinn sagði að læknastöðvarnar hefðu ekki innleitt DRG-kerfið í rekstri sínum, enda væri það kostnaðarsamt. Hins vegar hefði komið í ljós þegar Hagfræðistofnun fór að afla sér upplýsinga um sérfræðiþjónustuna að þær lágu allar fyrir hjá Tryggingastofnun.

„Það tók skýrsluhöfunda ekki nema tvær eða þrjár vikur að ná utan um allan kostnað sérfræðiþjónustunnar en allar tölur um kostnað spítalans og heilsugæslunnar voru erfiðari viðfangs, bæði að afla þeirra og túlka þær. Þetta er því allt miklu gegnsærra í sérfræðiþjónustunni, kostnaðurinn liggur fyrir og það er búið að takast á um hann yfir samningaborðið.

Í því sambandi er rétt að nefna að taxtarnir sem eru í gildi hjá sérfræðiþjónustunni eru lágir og lægri



Steinn Jónsson lungnalæknir og talsmaður Delfí sem eru samtök einkarekinna læknastöðva. Ljósm. Þórdís Ágústsdóttir.

en gerist og gengur í nágrannalöndunum. Það helgast af því að í gildi er samningur milli sérfræðilækna og Tryggingastofnunar sem er báðum aðilum til hagsbóta. Grundvallaratriði hans eru þau að almenningur hefur greiðan aðgang að sérfræðiþjónustu sem er ódýr en Tryggingastofnun borgar sinn hluta reikninganna að fullu. Sérfræðingar hafa sinnt stórum hluta utanspítalaþjónustunnar á stofunum í hagkvæmu rekstrarumhverfi. Þetta fyrirkomulag hefur þjónað landsmönnum vel."

– Nú liggur þessi skýrsla fyrir, hvernig hyggist þið nota hana?

„Skýrslan staðfestir það sem læknasamtökin hafa haldið fram um árabil, sem sé að sérfræðiþjónusta sem rekin er af læknum sé hagkvæm. Hún styrkir okkur í málflutningi okkar og hún er samin af óháðum aðilum. Sú fullyrðing Ríkisendurskoðunar að það mundi sparast mikið fé við það að flytja sérfræðiþjónustuna inn á sjúkrahúsin virðist ekki standast. Þjónustan yrði þvert á móti dýrari og auk þess ópersónulegri því yfirleitt koma sjúklingar aftur og aftur til sama læknis á stofu en það er engin trygging fyrir því að svo sé á spítalanum. Þess vegna eru gæðin betri.

Þetta er engin endanleg niðurstaða en ég held að þegar samninganefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins skoðar þessa skýrslu muni hún sjá að samningarnir sem hún hefur gert við sérfræðilækna eru mjög góðir. Hún mun því væntanlega greiða fyrir því farsæla sambandi sem verið hefur og draga úr þeim vandræðagangi sem hefur viljað einkenna samningagerðina. Stjórnmálamenn hljóta líka að draga sína lærdóma af þessari skýrslu. Þeir ættu að sjá núna við hverja er hagkvæmt að skipta.

Ég vil taka það fram að ég ber hag spítalans einnig fyrir brjósti og vissulega þarf hann að byggja upp öfluga göngudeildarþjónustu, ekki síst svo hann geti gegnt kennslu- og fræðahlutverki sínu með sóma. Hann getur hins vegar ekki keppt við sérfræðiþjónustuna hvað hagkvæmni snertir," sagði Steinn Jónsson.

Vísvitandi sjálfsskaðar. Sjálfsvígstilraunir

Brynjólfur Ingvarsson

Það gengur hægt að leysa sumar lífsgáturnar og skilningur okkar á mörgum furðufyrirbrigðum mannlífsins er enn á fremur lágu stigi þrátt fyrir allar rannsóknir og merkilegar niðurstöður vísindanna. Stundum getur maður orðið óþolinmóður þegar svör við síendurteknum spurningum kynslóðanna láta bíða eftir sér. Yfirburðamenn á ýmsum sviðum hafa fyrir löngu komið orðum að lykilatriðum eins og heimspekingurinn Søren Kierkegård um kvíða í bókinni Begrebet Angest 1844, félagsvísindamaðurinn Émile Durkheim um sjálfsvíg (Le suicide 1897) og geðlæknirinn Erwin Stengel um sjálfsvígstilraunir í bókinni Suicide & Attempted Suicide 1964. Sá síðastnefndi kemur einkum við sögu í þessari umfjöllun vegna forgöngu hans um rannsóknir á sínu sviði.

Hugtakið vísvitandi sjálfsskaði er vandræðalegt við fyrstu sýn því að það getur þýtt bókstaflega allt frá sjálfsvígi til reykinga og ofáts. Allt frá augljósri fyrirætlun um að stytta sér aldur með einum verknaði og yfir í að ástunda óheilbrigða lifnaðarhætti um langan tíma. Frá því sem enskumælandi menn nefna intentional self-destructive act og yfir í deliberate self-harm. Það hefur samt orðið að samkomulagi að nota það við vísindarannsóknir og þrengja merkinguna þegar um fjölsetrarannsóknir er að ræða. Allt frá því að athygli fór að beinast að sjálfsvígstilraunum (suicidal attempts) upp úr miðri síðustu öld hafa vísindamenn komist nær því að verða einhuga um skilgreiningar á rannsóknarverkefnum á þessu sviði. Með þeim alfyrstu til að gefa tóninn var Stengel (1) í bók sinni, en þar segir svo:

> A suicidal act (attempt) is any deliberate act of self-damage which the person committing the act could not be sure to survive. Clinicians as well as lay persons ought to regard all cases of potentially dangerous self-poisoning or self-inflicted injury as suicidal acts whatever the victim´s explanation, unless there is clear evidence to the contrary. "Potentially dangerous" means in this context: believed by the "attempter" possibly to endanger life. For instance, if a person who is ignorant of the effects of drugs takes double or three times the prescribed dose, this might have to be regarded as a suicidal attempt because in taking that overdose the person took a risk that may have proved fatal … .

Þessi skilgreining hefur staðist með nokkrum lagfæringum í 40 ár. Það liggur í augum uppi að álitamál verða sífellt á vegi rannsakenda og vísindaleg úrvinnsla á allt undir nákvæmri samstillingu milli landa og svæða, sem tryggð er með samræmdum vinnureglum.

Út er komin bókin „*Suicidal Behaviour in Europe* – Results from the WHO/Euro Multicentre Study on Suicidal Behaviour" (2). Ritstjórar eru Armin Schmidtke, Unni Bille-Brahe, Diego DeLeo og Ad Kerkhof, sem öll eru meðal þekktustu fræðimanna heims á sviði sjálfsvígsfræða. Inngang skrifar Nils Retterstöl, prófessor emeritus í Noregi og fyrrverandi forseti IASP (1989-1991). Hann undirstrikar þýðingu Evrópusamstarfsins sem hófst 1989 og hefur þegar skilað veigamiklum rannsóknaniðurstöðum. Hann bendir á að skráning *sjálfsvíga* hófst í löndum Evrópu fyrir 200 árum og jafnvel fyrr á stöku stað, en *sjálfsvígstilraunir* hafi hvergi verið skráðar á landsvísu. Skráning þeirra miðast því fremur við landsvæði en lönd.

Evrópusamstarf um rannsóknir á vísvitandi sjálfsköðum hefur dafnað og vaxið jafnt og þétt undanfarna tvo áratugi. Eins og skýrt var frá í grein í marshefti Læknablaðsins hafa borgir um alla Evrópu safnað saman upplýsingum um sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir í einn stað, Würtsburg í Þýskalandi, þar sem prófessor Armin Schmidtke og samstarfsfólk hans sér um úrvinnslu gagna. Sá hluti rannsóknanna sem beinist að sjálfsvígstilraunum heitir The WHO/EURO Multicentre Study on Attempted Suicide frá því að þátttakendur urðu sammála um þessa nafngift 1994, en áður þekktust önnur heiti. Nafnbreytingarnar gefa fyrst og fremst til kynna þróun skilgreininga og afmarkana við að tryggja sambærilega gagnasöfnun frá öllum borgunum. Ætlunin er að fylgja þessum fyrri áfanga gagnavinnslunnar eftir með öðrum áfanga með aðalbækistöð í Óðinsvéum, Danmörk, þar sem áhersla verður lögð á rannsóknir á endurteknum sjálfsvígstilraunum.

Orðalagsbreytingar undanfarinna ára hafa tafið vinnuna. Heitið parasuicidium var innleitt 1969 (Kreitman) og Evrópusamstarfið byggði í fyrstu á skilgreiningu parasuicidiums 1986:

> … an act with non-fatal outcome in which an individual deliberately initiates a non-habitual behaviour that, without interventions from others, will cause self-harm, or deliberately ingests a substance in excess of the prescribed or generally recognized therapeutic dosage, and which is aimed at realizing changes which the subject desired via the actual or expected physical consequences.

Þessi skilgreining felur í sér að atvik teljast með þó að tilgangur verknaðar hafi verið að kalla á hjálp en ekki deyja og gildir einu þó að gripið sé inn í atburðarás og hættu afstýrt áður en skaði skeður. Sjálfsskaði af óvitaskap telst hins vegar ekki með. (Ofurölvi einstaklingar, þroskaheftir, alvarlega heilabilaðir og

Höfundur er geðlæknir við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri.

fleiri.) Heitið parasuicidium var lagt niður á þessum rannsóknarvettvangi 1994 og hefur ekki verið tekið upp aftur.

Langflestar Evrópuþjóðir auk Tyrklands og Ísraels eiga fulltrúa í þessari rannsókn. Samkvæmt áðurnefndri bók eru tölur tilbúnar frá 27 borgum í 19 löndum. Þær sýna tvö tímabil, 1989-1993 og 1995-1999, með 22.672 sjálfsvígstilraunum hjá 17.486 einstaklingum fyrri fimm árin, en 19.727 hjá 13.427 einstaklingum síðari fimm árin. Þetta er talið umfangsmesta gagnasafn sinnar tegundar í heiminum. Þátttökuborgir byrjuðu ekki allar á sama tíma og því segir munurinn á þessum tveimur tímabilum ekkert um breytingar á tíðni sjálfsvígstilrauna í Evrópu almennt. Það er enn verið að fínstilla strengina og nýjar borgir eru enn að bætast við og fleiri boðnar velkomnar til þátttöku. Norðurlönd og Miðevrópa hafa greinilega verið í forystu lengst af og nú vantar aðeins Portúgal, Ísland og fáein Austurevrópulönd til að öll lönd álfunnar taki þátt. Athyglisvert er að höfuðborgir landanna eru í miklum minnihluta, Stokkhólmur, Helsinki, Tallinn, Riga, Vilnius, Kiev, Bern, Aþena, Ankara. Hinar borgirnar eru ekki höfuðborgir landa sinna.

Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri (FSA) hefur sýnt þessum málum áhuga á seinni árum og rannsóknarteymi heimamanna tók saman yfirlit yfir skráðar sjálfsvígstilraunir 1985-2002 fyrir norræna geðlæknaþingið í Reykjavík 2003. Ennfremur sendi FSA tvo fulltrúa á heimsþing IASP (Alþjóðleg samtök um sjálfsvígsforvarnir) í Stokkhólmi í fyrra og aftur á Evrópuþing (EASP) í Kaupmannahöfn í ágúst sl. Undirritaður geðlæknir fór í bæði skiptin og sannfærðist um nauðsyn þess að athuga það í fullri alvöru hvort Akureyri eigi að koma sér á kortið og óska eftir samstarfi og þátttöku í WHO/Euro Multicentre Study on Attempted Suicide. Mjög líklega þarf sérstaka heimild til að safna gögnum áfram um fyrirsjáanlega framtíð, til dæmis næstu fimm árin, sem nota mætti bæði til að skipuleggja rannsóknir um eftirfylgd skjólstæðinga hér nærsvæðis og ekki síður til að undirbúa Evrópusamstarf ef af verður.

Heimildir

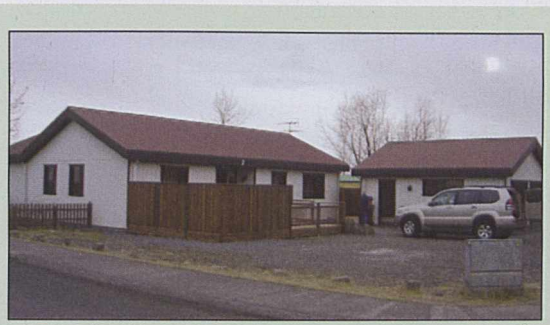
1. Stengel E. Suicide and Attempted Suicide 2. útg. 1970.
2. Schmidtke A. Suicidal Behaviour in Europe 2004.

Orlofskostum fjölgar

Orlofsnefnd LÍ hefur unnið að því að undanförnu að fjölga þeim kostum sem læknum bjóðast í orlofi sínu. Ákveðið hefur verið að framlengja leigusamninginn um íbúðina í Barcelona og nú er verið að ganga frá samningum um leigu á íbúð í Alicante á meginlandi Spánar en Menorca dettur út.

Þá hefur verið tekin á leigu íbúð í hjarta Kaupmannahafnar. Um er að ræða 88 fermetra þriggja herbergja íbúð við Paludan Mullersvej á Friðriksbergi. Þaðan er skammt í Frederiksborg Have og dýragarðinn og röskur göngutúr eftir Vesterbrogade niður að Ráðhústorgi.

Innlendum kostum fjölgar líka. Nú er lokið endurbótum á einbýlishúsinu að Skaftárvöllum 7 á Kirkjubæjarklaustri og hefur húsið verið í leigu frá því í haust. Þetta er rúmgott hús með svefnplássi fyrir átta manns. Búið er að koma upp gufubaði í bílskúrnum og að sjálfsögðu er hinn ómissandi heiti pottur á veröndinni. Húsið er vel tækjum búið og hentar jafnt til sumar- sem vetrardvalar. Það liggur vel við ferðum inn á hálendið og í næsta nágrenni eru fjölbreyttir möguleikar á veiðum, hvort sem menn sækjast eftir lagardýrum eða fuglum himinsins.



Húsið á Kirkjubæjarklaustri hefur verið tekið í gegn og komið þar upp bæði heitum potti og gufubaði. Þar er góð aðstaða til dvalar hvort sem er að sumri eða vetri.

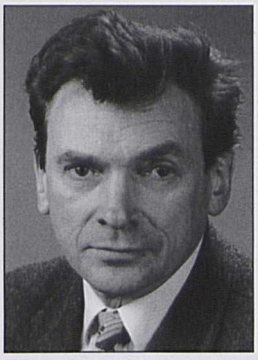
Hér að neðan er húsið Mörk í Reykjadal.



Síðast en ekki síst ber að nefna nýjustu fjárfestingu nefndarinnar en hún afréð nú fyrir skemmstu að kaupa heilsárshúsið Mörk sem stendur í grennd við Laugaskóla í Suður-Þingeyjarsýslu, nánar tiltekið í hlíðinni ofan við skólann. Húsið er nýlegt, reist fyrir tveimur árum og hefur verið notað sem sumarbústaður og íbúðarhús. Húsið er 64 fermetrar auk 25 fermetra svefnlofts. Á hæðinni eru tvö svefnherbergi, eldhús, bað og stofa. Verið er að koma húsinu í gott horf og heitum potti verður komið upp fyrir sumarið en ætlunin er að hefja útleigu á því eftir áramót.

Nánari upplýsingar um þessa kosti og aðra sem Orlofsnefnd býður læknum verður að finna í bæklingi nefndarinnar sem að þessu sinni kemur út í janúar og verður dreift með fyrsta tölublaði Læknablaðsins á nýju ári. Einnig má benda á heimasíðu nefndarinnar en hana má nálgast af heimasíðu LÍ: *lis.is*

Heilbrigðiskerfið sem hagstjórnartæki



Ingólfur S. Sveinsson

Ríkisrekstur heilbrigðisþjónustu skerðir gæði hennar. Gildir það bæði um stofnanir og sjúkratryggingar. Hagur neytandans/sjúklingsins víkur fyrir hag ríkisins. Hlutverk hafa snúist við. Einstaklingar eru illa tryggðir og áhrifalitlir um þjónustu sem þeim ber.

Þegar fréttir berast þá af voðaverkum veiks fólks verðum við að líta á þá atburði sem umferðarslys á hættulegum vegarkafla. Viðurkenna að brýnna úrbóta sé þörf og gera síðan það sem unnt er til að slys verði sem fæst í efnuðu landi okkar þar sem óhemju af skattfé er varið til miðstýrðrar heilbrigðisþjónustu. Þarna er oft um að ræða fólk sem þurft hefði endurtekna eða viðvarandi geðheilbrigðisþjónustu sem er virk og ekki sjálf í kreppu. Ber einhver ábyrgð á að veita hana í landi þar sem ráðamenn vella um velferð og bestu heilbrigðisþjónustu í heimi? Svarið er nei. *Góð heilbrigðisþjónusta er samfélagslegt öryggismál og spurning um menningu.*

Dæmisaga úr ríkisrekstri

Fyrir nokkrum árum hafði sá er þetta ritar til meðferðar samviskusama duglega konu með geðsjúkdóm. Ofsóknarhugmyndir gátu komið upp. Hún gat ruglast og misst tengsl við raunveruleikann við álag og andvökur. Lyf voru henni lítt að skapi en mjög til gagns. Ekki vildi hún innlagnir á geðdeildir. Það særði stolt hennar. Hún þurfti þétt geðlækniseftirlit og fékk það á einni göngudeilda ríkisspítalanna.

Eitt sinn að sumri til leitaði konan ásjár, baðst innlagnar á geðdeild, hrædd við hugmyndir sínar og óttaðist gjörðir sínar. Sá sem hitti hana fyrst vandaði verk sitt og kvaddi til vakthafandi sérfræðing sem talaði einnig við konuna. Niðurstaða varð þó sú að konan var ekki lögð inn. Fékk lyf til viðbótar fyrri lyfjum og var send heim. Í þeirri ákvörðun réð mestu að spara þurfti pláss á spítalanum. Helmingur móttökudeilda lokaður og því var þá – eins og í fjölda tilvika í geðheilbrigðisþjónustu sem annarri þjónustu – tekin áhættusöm ákvörðun í „neyð“ fjársveltrar stofnunar. Að hlífa - ekki sjúklingnum heldur kerfinu. Læknirinn lét sig hafa það í plássleysinu (fjármálaráðuneytið tekur ekki sjúklinga) að framkvæma fjárlögin vitandi um vissa hættu sjúklings. Konan fór heim og í ótta og andvöku næstu nætur lagði hún til bónda síns. Hann vaknaði, gat afvopnað konuna sem fékk þá vafningalítið innlögn á geðdeild og hann á skurðdeild.

Konan var ekki kærð, enda augljóslega ósakhæf. Læknirinn var ekki kærður heldur, hvorki fyrir vanrækslu né mistök. En hefði svo verið gert hve mikil hefði ábyrgð hans verið? En ábyrgð stofnunarinnar? Ríkisins? Er læknir sem vinnur á ríkisstofnun búinn að afsala sér læknisábyrgð sinni og orðinn þý? Meðvirkur ríkinu. Samdauna langvarandi siðleysi ríkisreksturs sem fórnar rétti einstaklingsins sí og æ?

Versnandi geðheilbrigðisþjónusta

Niðurskurðarferlið hefur haldið áfram. Geðdeildir ríkissjúkrahúsanna eru nær þær einu í landinu. Þrátt fyrir slaka göngudeildarþjónustu hefur sjúkrarýmum verið fækkað þar um þriðjung á fáum árum. Verið er að loka geðdeild í Arnarholti (40 rúm) án þess að önnur úrræði en bollaleggingar liggi fyrir. „Öllum bráðum tilfellum verður að sjálfsögðu sinnt“ er endurtekin þula spítalaforstjóra, heilbrigðisráðherra og prófessors í geðlæknisfræði hvert sinn sem þrengt er að.

Stjórn Landspítala skilgreinir hlutverk hans sífellt þrengra sem bráðasjúkrahúss en reynir þó jafnframt að hindra starfsemi utan spítalans. Allir sem þekkja vita að flest bráð vandamál þarfnast lengri umönnunar eða endurhæfingar eftir á. Þau mál lenda utan sjónsviðs fjárlagamiðaðrar stjórnarinnar og skulu gufa upp. Þjónustusjónarmið gufa einnig upp.

Forstjóri Landspítala var áður niðurskurðarmeistari ríkisins – ráðuneytisstjóri í fjármálaráðuneyti. Árangur ríkisins af herferðum sparnaðar hefur enginn orðið utan versnandi þjónusta við sjúklinga, óöryggi starfsfólks og stærrra stjórnkerfi.

Sjúkratryggingar sveltar

Verðugt má vera að minnka stofnanaþjónustu, fækka geðsjúkrarúmum og finna önnur úrræði. Verkefni og þjónusta hljóta þá að færast út fyrir spítala. En samtímis þessum niðurskurði hefur ríkið svelt sjúkratryggingarnar sem áður hétu sjúkrasamlög sveitarfélaga. Nú skammtar ríkið okkur tryggingarnar eins og við værum búfé. Einstaklingar og sveitarfélög ráða þar engu lengur.

Sjúkratryggingar eiga að jafna aðstöðu fólks. M.a. auðvelda aðgang að læknisþjónustu utan stofnana. Þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðilækna er vaxandi, vel metin, skilvirk, og tekur við æ fleiri verkefnum sem áður kostuðu spítalavist. Það er hún sem heldur uppi þjónustustiginu þegar stofnanir ríkisins lamast. Kostnaður tryggingarinnar af þessari mikilvægu þjónustu (um 400.000 verk árlega) er smábrot (2-3%) af heildarkostnaði ríksins við heilbrigðismál.

Sjúkratryggingarnar eru ekki skilgreindar betur en svo að auðvelt er að misnota þær til hagstjórnar. *Allir eru í orði kveðnu tryggðir fyrir öllu en enginn fyrir neinu ef stjórnvöld kjósa að skerða tryggingarnar til*

Höfundur er geðlæknir.

að laga ríkisreikninginn. Ríkið þarf að hagræða eins og aðrir. En engin fjölskylda í fjárþröng sparar með niðurskurði mikilvægustu trygginga.

Góð geðlæknisþjónusta utan sjúkrahúsa er orðin dýr öðrum en öryrkjum og öldruðum vegna hækkunar sjúklingagjalda (minnkaðra trygginga). Þrátt fyrir þann vaxandi kostnað er þjónusta sjálfstæðra geðlækna æ meir notuð og biðraðir lengjast.

En efnaminna fólkið leitar frekar til stofnana ríkisins sem verjast álaginu. Eftir að hafa heyrt orðin „því miður ...“ nokkrum sinnum hjá úrræðalitlum ríkisstarfsmanni er sjúklingur líklegur til að hætta að leita aðstoðar, hrekjast í örorkugildruna sem uppgefinn, ósáttur þjóðfélagsþegn. Auk þjónustuskortsins má nefna örorkuhvatana: Starfsmenntunarskort, atvinnuleysi, lága sjúkradagpeninga og heimskulega hannað tryggingakerfi. Öryrkjum fjölgar hratt, mest ungum með geðrænar truflanir, meðan geðheilbrigðisþjónustan er svelt innan sem utan spítala.

Niðurskurðarþjark

Árið 2003 kynnti fjármálaráðherra frumvarp sitt til fjárlaga með góðum tekjuafgangi ríkis. Meðal sparnaðaraðgerða var hækkun komugjalda sjúklinga. Um það leyti þurftu sjálfstætt starfandi sérfræðingar að endurnýja útrunna samninga við Tryggingastofnun ríkisins. Gekk vinnan seint enda Tryggingastofnun ósjálfstæð mjög með fulltrúa heilbrigðis- og fjármálaráðuneyta í samninganefnd sem stögluðust á „heimildum fjárlaga“. Ekki tókst að ræða nein atriði sem máli skiptu til bættrar heilsu né þjónustu við fólk. Heilbrigðisráðherra staðhæfði að læknar vildu eyðileggja sjúkratryggingarnar. Var honum og heilagt mál að enginn mætti veita né þiggja þjónustu án þátttöku þeirra. Ákvað þó ráðherra um áramót, fyrr en samningar náðust, enn frekari hækkun komugjalda sjúklinga til að tryggja hag ríkissjóðs. Sérgreinalæknar sömdu síðan um engar leiðréttingar sér til handa, til að halda vinnufrið, en sjúklingar enduðu með skertar sjúkratryggingar. Ríkið græddi. Eftir á hampaði ráðherra þeim árangri sínum að hafa samið innan fjárlaga sem var rétt en kvaðst einnig hafa bjargað sjúkratryggingunum. Var það öfugmæli. Hann hafði unnið að eyðileggingu þeirra. Sagan kann að endurtaka sig í ár.

Ríkið óhæfur aðili

Fjármálaráðherra og heilbrigðisráðherra hnupluðu þannig hvor sinni sneið af sjúkratryggingum almennings. Fjárlagastjórnunin ákveður skerta þjónustu langt fram í tímann. Herrar ákveða og þrælar í röðum framkvæma. Lægra settir embættismenn og síðast fagfólkið, læknar og hjúkrunarfræðingar reyna að framkvæma þessar ákvarðanir á almenningi, illa tryggðum sjúklingum. Sparnaður ríkisins þýðir auðveldlega meiri vanrækslu, fleiri slys og miklu meiri kostnað. Með skilningslausu fjárlagasvelti sjúkratrygginganna þrengir ríkið að hagkvæmasta og best rekna hluta heilbrigðisþjónustunnar – sjálfstæðri þjónustu sérfræðilækna. Sjúklingar skaðast mest. *Ríkið er sísti aðili í landinu til að fjármagna og reka heilbrigðisþjónustu vegna síns innbyggða siðleysis – skilningsleysis fjarlægðarinnar.*

Tryggingar: Leið út úr ríkisrekstri

Íslendingum er þörf á alvöru viðskiptaháttum í heilbrigðisþjónustu. Eðlilegast væri að taka upp okkar íslensku aðferð aftur, alvöru sjúkratryggingar aðlagaðar nútíðinni. Með menningu þjóðarinnar að leiðarljósi komu Íslendingar sér upp viturlegum sjúkratryggingum sem urðu skylda og almannaeign 1936. Nefndust þær alþýðutryggingar og síðar sjúkrasamlög sveitarfélaga. Fullorðnir einstaklingar báru ábyrgð á tryggingu sinni, greiddu þriðjung kostnaðar en sveitarfélag og ríki hvort sinn þriðjung á móti. Sjúkrasamlagsgjöld gátu hækkað eða lækkað eftir heilsufari í sveitarfélaginu.

Samlögin dugðu dável í hálfa öld og stóðu lengi undir meginhluta heilbrigðisþjónustunnar. En þegar menn fóru að líta á þessar tryggingar sem sjálfsagðan hlut fengu þær að drabbast ofan í ríkisrekstur. Einstaklingar og sveitarfélög misstu forræðið yfir þeim og ábyrgðin hvarf. Heilbrigðisyfirvöld hafa misst sjónar á tryggingahugtakinu. Skömmtun á þjónustuframboði er aðalaðferð til að stjórna útþenslu kostnaðar og ríkið skammtar fólki tryggingarnar. En saga trygginga og hlutverk er þekkt með þjóðinni og siðferðisvitund lítið breytt frá fyrri tíð.

Hvernig eru raunverulegar sjúkratryggingar?

Sá sem hefur raunverulega sjúkratryggingu hefur tryggt sér skýran rétt. Þann að fá læknishjálp innan sem utan sjúkrahúss, hjúkrun og sjúkraflutning án tafar og eftir þörfum sé slíkt fáanlegt þar sem hann er staddur. Tryggingakort hans er viðskiptakort. Tryggingin hlýtur þó að vera takmörkuð að einhverju leyti, innihalda sjálfsábyrgð eða aðra tilgreinda takmörkun ábyrgðar en samningar þar um skulu vera skýrir. Alvöru trygging hlýtur að verðlauna heilbrigða lífshætti en krefja ábyrgðar þá sem með lífsháttum (til dæmis reykingum, aukakílóum eða hættuíþróttum) skaða heilsuna. *Þótt lengi megi laga og lækna megnar ekkert efnahagskerfi að metta þær endalausu þarfir fyrir heilbrigðisþjónustu sem óhollur lífsstíll skapar.* Sá tryggði ber vissa ábyrgð. Ljóst þarf að vera hvað hann greiðir fyrir trygginguna og hve mikið aðrir kunna að greiða í mótframlög. Einnig hvað tryggingin greiðir í hans þágu (árlegt yfirlit). „Sjálfbær heilbrigðisþjónusta“

Úrræði	
A)	Skilgreina lágmarksskyldutryggingu íslenskra ríkisborgara svo að fólk viti hver trygging þess er og geti bætt við sig tryggingum af skynsemi.
B)	Afnema ríkiseinokun sjúkratrygginga svo að fólk geti tryggt sig annars staðar en hjá ríkinu og fengið skatta til baka.
C)	Flytja stjórnun og rekstur heilsugæslu frá ríki til sveitarfélaga eða einkaaðila.
D)	Greiða leiðir sjúkrastofnana út úr fjárlagarekstri svo að þær geti þrifist og starfað vel.
E)	Ráðuneytisstjórar sitji lengst í 8 ár.

þar sem til dæmis sjúkrahús vinna fyrir sér sjálf er vel hugsanleg í upplýstu samfélagi með góðar sjúkratryggingar. Upplýstur sjúklingur velur alltaf þá þjónustu sem hann treystir best, að miklu leyti án tillits til kostnaðar og stýrir þannig óbeint þróun og gæðum.

Síðustu ár hefur fólk í auknum mæli reynt að auka öryggi með kaupum svonefndra líf- og sjúkdómatrygginga sem þó eru ekki sjúkratryggingar. Skyldutrygging ríkisins er óljós. Má því líkja þessu við óvissuferð. Öryggi eykst lítið, útgjöld mikið, skattar óbreyttir en öryggisleysið knýr þróunina áfram. *Sú íslenska krafa að allir skuli vera tryggðir hefur löngu gert það að forgangsverkefni að skilgreina með lögum lágmarksskyldutryggingu hvers ríkisborgara. Það öryggismál er einnig forsenda viðbótartrygginga sem og nauðsynlegrar þátttöku annarra en ríkisins í sjúkratryggingum.*

Samantekt

1. Beint samband er milli ákvarðana fjármálaráðherra og vanrækslu og „slysa" í heilbrigðisþjónustu. Þessa gætir mjög í geðheilbrigðisþjónustu sem er svelt vegna niðurskurðar stofnanaþjónustu og sjúkratrygginga. Öryrkjum fjölgar ört.
2. Skilningslaus fjárlagarekstur sjúkratrygginga er ómenning og stefnir á eyðileggingu mikilvægs tryggingakerfis. Sjúkratryggingar þurfa að komast úr böndum ríkisins til að verða alvöru tryggingar.
3. Heilbrigðisráðuneyti virðist undirstofnun fjármálaráðuneytis en ekki fagráðuneyti. Embættismannastjórnun viðheldur vanþjónustu á sjúkrahúsum og í heilsugæslu.
4. Skilgreining sjúkratrygginga er öryggismál og forsenda ábyrgrar þátttöku annarra en ríkis í tryggingstarfsemi.
5. Sjálfstæð starfsemi uppbyggð á eigin vegum er þrátt fyrir mótbyr yfirvalda vaxtarsvæðið í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Hún er hagkvæm, vel metin af neytendum en óvinsæl af yfirvöldum sem ráða ekki yfir henni. Afköst hennar eru mikil og opinber kostnaður lítill.

Ríkisútgerð heilbrigðismála

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið var stofnað með lögum 1. janúar 1970. Áður var heilbrigðismálunum stýrt frá Landlæknisembættinu og úr „skúffu" í dóms- og kirkjumálaráðuneyti en almannatryggingamálum úr félagsmálaráðuneyti. Nær frá upphafi hafa ráðuneytisstjórar verið aðeins tveir í þessi ár. Ráðherrar hafa komið og farið en stefnan verið sú sama, ríkisrekstur vaxandi einokun – „yes minister" miðstýring. Síðari áratugi hafa ráðherrar gjarnan verið fyrrverandi formenn fjárlaganefnda Alþingis.

Á 20 ára afmæli ráðuneytisins skrifaði ráðuneytisstjórinn fyrri í afmælisgrein (Mbl. 28/09/90): *„Á síðustu tíu árum hefur verið markvisst unnið að því að sjúkrahús landsins færu á föst fjárlög og má nú segja að meginhluti útgjalda sjúkrahúsanna sé ákveðinn á fjárlögum. Með því hefur tekist að stöðva útgjaldaaukningu heilbrigðisþjónustunnar".* Draumsýnin frá ævikvöldi kommúnismans dugir enn sem uppistaða í stefnu ráðuneytisins.

Síðar tók við sæti ráðuneytisstjóra reyndur forstjóri ríkisspítala. Ötull fagmaður í miðstýringu og hafði þá þegar aflað sér hæstaréttardóms fyrir að kæfa og sölsa undir spítalana þjónustu sem „keppti" við ríkið. Hefur sæti ráðuneytisstjórans síðan breikkað og aukist að valdi. Oft með þeirri einföldu aðferð að sinna ekki málum, svara ekki bréfum. Fleyg eru orðin: „My final answer is maybe". Hvar sem ráðuneytið hefur komið að málum hefur það stjórnað áfram eins og landvinningaher.

Eðli miðstýringar er að leyfa fátt, banna margt og skipulagsbinda allt „undir einni hendi". Útiloka valfrelsi, fjölbreytni og þróun. Ráðuneytið hefur ofstjórnað heilsugæslunni um landið sem áralöng, árangurslaus frelsisstríð heilsugæslulækna vitna um. Sjálfstætt starfandi heimilislæknar hafa verið á útrýmingarlista í átján ár og fækkað úr 29 í 12 þótt tugþúsundir vanti heimilislækni. Það tók Tæknifrjóvgunardeild mörg ár að losna úr vistarbandi Landspítala. Í Tryggingastofnun hefur ráðuneytið áhrif á viðgang sjálfstæðrar starfsemi hvar sem sjúkratryggingar koma við sögu. Yfirgangur eða ofbeldi ríkisins gegn einkarekstri er enn aðalreglan.

Ríkisrekstur heilbrigðisráðuneytisins minnir á SÍS fyrri tíma. Ríkisstjórnir Sjálfstæðismanna sem fyrrum áttu hugsjónir um minni ríkisrekstur breyttu engu. Margyfirlýst stefnan um endurreisn raunverulegra sjúkratrygginga og valfrelsi fólks um heilbrigðisþjónustu er vanefnd vegna pólitískrar einfeldni og tvöfeldni. Fer því sem horfir enn um stund.

Rekstrarvandi og uppbygging Landspítala

Í síðasta tölublaði Læknablaðsins skrifar Friðbjörn Sigurðsson formaður læknaráðs Landspítala grein um rekstrarvanda spítalans. Hann telur nauðsynlegt að ná fram hagræðingu í rekstri með því að sameina starfsemi spítalans á einum stað. Í greinaflokki í British Medical Journal fyrir nokkrum árum um sameiningu spítala þar í landi var tekið svo ákveðið til orða að með þeirri leið sem hér var farin náist engin hagræðing og það væri í raun verið að skapa fleiri ný vandamál í sambandi við reksturinn. Þar var einnig talið að sparnaður í rekstri byggist fyrst og fremst á sameiningu þjónustudeildanna, það er gjörgæslu, rannsóknastofum, myndgreiningu og skurðstofum og hann gæti numið 5-10% af rekstri þess konar spítala. Talan sem Friðbjörn nefnir, einn milljarður, gæti alveg staðist en auðvitað þarf að fara vel ofan í það hér en ég veit ekki til þess að það hafi verið gert.

Hagkvæmni slíkrar lausnar hlýtur að byggjast á því hversu mikið kostar að leysa málið. Friðbjörn nefnir tölur um þá lausn sem fyrrverandi og núverandi heilbrigðisráðherrar hafa tekið ákvörðun um, það er 30-40 milljarða króna. Sá kostnaður og sá tími sem fer í þessa framkvæmd hlýtur að hafa mikil áhrif á hversu mikil hagræðing næst. Þjóðfélagið er að tapa allt að einum milljarði króna á hverju ári. Miðað við það ástand sem ríkir í okkar þjóðfélagi í dag hlýtur að vera mjög vafasamt að hægt verði að leggja í þessar miklu og dýru framkvæmdir í fyrirsjáanlegri framtíð. Sú hagræðing sem hugsanlega fæst ef þessi leið er farin getur því ekki verið mikil.

Ríkið greiddi Reykjavíkurborg hátt í tvo milljarða króna fyrir þær húseignir sem borgin átti hlut í. Kostnaður við breytingar á húsnæði og önnur vinna við sameininguna hafa kostað hátt í aðra tvo milljarða króna og þótt nokkur faglegur ávinningur hafi orðið af þessu ferli er ljóst að rekstrarleg hagræðing er engin.

Ráðgjafar Ementor í Kaupmannahöfn hafa á undanförnum árum komið hingað til lands margsinnis, til dæmis á vegum heilbrigðisráðuneytis, Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítala. Þessir ráðgjafar hafa mikla reynslu af vinnu við uppbyggingu spítala á Norðurlöndum og í Mið-Evrópu. Ráðgjafarnir þekkja einnig mjög vel til hér á landi og skilja sérstöðu okkar vegna fámennis og allra annarra aðstæðna. Þeim fannst mikið til þeirra hugmynda koma sem nú er verið að vinna með en sögðu jafnframt að kostnaður væri svo mikill að vafasamt væri að við fengjum nokkurn tíma fé til að fara þessa leið. Þeir töldu því nauðsynlegt að skoða vel alla aðra möguleika til að ná sama takmarki, það er sameiningu sómatísku bráðadeildanna á einn stað sem væri lykillinn að hagræðingunni. Eftir að hafa skoðað allt það húsnæði sem spítalinn hefur yfir að ráða varð niðurstaðan sú að fljótlegast og hagkvæmast væri að nota húsið í Fossvogi sem kjarna og byggja þar nauðsynlegt húsnæði fyrir þjónustudeildir. Sjálfsagt væri að nota mikið af húsnæðinu við Hringbraut áfram og þar sem svo stutt væri á milli þessara tveggja staða væri hægt að líta á þessar tvær lóðir sem eina. Kostnaður við þessa leið er ekki nema brot af því sem nýbygging kostar, hugsanlega er verið að tala um 8-10 milljarða króna. Þessi leið er miklu fljótvirkari og þar af leiðandi er hún mun hagkvæmari. Ofangreindir heilbrigðisráðherrar tóku því mjög vanhugsaða ákvörðun með því að neita að skoða þessa leið. Læknaráð Landspítala á nú að krefjast þess að ráðherra láti skoða alla möguleika enda hlýtur öllum landsmönnum að vera ljóst að þær skýjaborgir sem verið er að vinna með munu ekki verða að raunveruleika á næstu áratugum en það er til mikils skaða fyrir spítalann.

Þann 17. nóvember birtist auglýsing frá skipulagsyfirvöldum í Reykjavík um breytingu á hlutverki lóðar vestan við spítalann í Fossvogi. Þessi lóð hefur verið hugsuð fyrir þjónustubyggingar fyrir spítalann en nú hefur verið tekin ákvörðun um að taka hana undir íbúðabyggð. Athugasemdir eru mögulegar til áramóta.



Ólafur Örn Arnarson

Höfundur er sérfræðingur í þvagfæraskurðlækningum.

Eru barna- og unglingageðlækningar að deyja út?

– Viðhorf stjórnvalda til barna þarf að breytast segja þær Guðrún Bryndís Guðmundsdóttir, Dagbjörg Sigurðardóttir og Helga Hannesdóttir



Barna- og unglingageðlæknarnir Dagbjörg Sigurðardóttir, Helga Hannesdóttir og Guðrún Bryndís Guðmundsdóttir.

Þröstur Haraldsson

Stundum er lífið þverstæðukennt. Það fannst mér þegar ég stóð í anddyri Barna- og unglingageðdeildar Landspítalans (BUGL) og skoðaði veggspjald um tónleika sem haldnir voru fyrir skömmu til þess að afla fjár til starfsemi deildarinnar. Þeir voru liður í mikilli herferð sem staðið hefur í allt haust. Ég var hins vegar á leið til fundar við þrjá barna- og unglingageðlækna sem héldu því fram að sérgrein þeirra væri að deyja út.

Viðmælendur Læknablaðsins voru þær Guðrún Bryndís Guðmundsdóttir, Dagbjörg Sigurðardóttir og Helga Hannesdóttir en þær starfa allar við barna- og unglingageðlækningar á Landspítala. Þær eru ómyrkar í máli um stöðu sérgreinarinnar sem þær segja að sé allsendis ófullnægjandi. Barist hefur verið án árangurs fyrir því að BUGL hljóti sjálfstæði innan Landspítala en deildin heyrir nú undir geðsvið spítalans og lýtur yfirstjórn fullorðinsgeðlækna í einu og öllu.

Þær segja blaðamanni frá því að þegar deildin var stofnuð um 1970 hafi verið samin greinargerð um starfsemina þar sem lagt var til að BUGL yrði rekin sem sjálfstæð deild fyrstu fimm árin en svo sameinuð Barnaspítala Hringsins. Eftir á að hyggja hefði þetta þýtt að allar barnalækningar á Landspítala hefðu verið undir einu þaki eins og tíðkast hefur í mörgum löndum, til að mynda Svíþjóð þar sem allar lækningar 18 ára og yngri heyra undir sama svið. Hér varð þróunin hins vegar sú að aldrei varð af sameiningu við barnaspítalann heldur var BUGL færð undir geðsvið spítalans þegar honum var skipt upp í svið í lok níunda áratugarins.

Einn í framhaldsnámi

Þar við situr og þær Guðrún, Dagbjörg og Helga segja að þetta hamli verulega allri geðlæknaþjónustu við börn vegna þess að deildin er hornreka á spítalanum. Það sama á við um læknadeild Háskóla Íslands en þar eru barna- og unglingageðlækningar alger afgangsstærð. Enginn fastur kennari er í greininni og sú litla kennsla sem fram fer er í höndum stundakennara.

„Þetta er mikið áhyggjuefni, enda er Ísland eina landið sem aðild á að Evrópusamtökum barna- og unglingageðdeilda, að frátalinni Albaníu, þar sem enginn prófessor er starfandi í greininni," segja þær. „Þetta er með ólíkindum fyrir velferðarríki þar sem rannsóknir í greininni hafa verið stundaðar á þriðja áratug. Það er verið að hefta framgang og þróun greinarinnar, gagnstætt því sem hefur verið að gerast í öllum öðrum Evrópuríkjum."

Fyrir vikið er áhugi læknanema og unglækna á að leggja barna- og geðlækningar fyrir sig hverfandi. Nú eru starfandi 11 barna- og unglingageðlæknar, auk þriggja sem komnir eru á eftirlaun. Hins vegar er aðeins einn læknir í framhaldsnámi í greininni. „Það er talið eðlilegt ástand að fjöldi lækna í sérnámi sé á að giska helmingur starfandi lækna í viðkomandi sérgrein. Ef þeir eru mikið færri er endurnýjun í greininni í verulegri hættu," segja þær.

Kennsla læknanema í barna- og geðlækningum er ekki mikil í læknadeild og henni er einungis sinnt í stundakennslu. Það er heimild fyrir aðjúnktstöðu en hún hefur ekki verið auglýst.

Evrópskur þrýstingur

Hvað varðar stjórnun og fjárveitingar eru barna- og unglingageðlækningar undir forræði fullorðinsgeðlækninga og greinin er því eftirbátur annarra sérgreina. Þetta hefur vakið athygli innan Evrópusamtaka barna- og unglingageðlækna sem hafa ákveðið að halda ársþing sitt hér á landi á næsta ári. Tilgangurinn er ekki hvað síst sá að þrýsta á stjórnvöld að auka sjálfstæði greinarinnar.

Þær leggja áherslu á nauðsyn þess að læknadeild Háskóla Íslands skipi í prófessorsstöðu hið allra fyrsta í sérgreininni þar sem prófessorshæfni er fyrir hendi í landinu. „Meginátherslan hefur verið lögð á það innan UEMS að skipa í prófessorsstöðu til að stuðla að sjálfstæði og hraða uppbyggingu sérgreinarinnar, bæta kennslu stúdenta og koma á skipulögðu sérnámi við allar læknadeildir Evrópulanda. Aðalvandinn hér er að sérgreinin hefur engan talsmann innan deildarinnar til að stuðla að þessari uppbyggingu, auk þess sem aðrir prófessorar deildarinnar berjast fyrir sínar sérgreinar þar sem peningar eru naumir í læknadeild. Þeir kjósa því að setja peningana í eigin sérgreinar," segja þær.

Dagbjörg, Guðrún og Helga segja að barna- og unglingageðlækningar hafi verið í örri framþróun í Evrópu á undanförnum árum, bæði hvað varðar skipulag og uppbyggingu, auk þess sem þekkingunni hefur fleygt fram. Hér á landi tala þær fyrir daufum eyrum og áhugaleysið er algert á því að efla greinina. „Það er talað við okkur eins og við séum börn eða ófullkomnir einstaklingar eins og skjólstæðingar okkar," segja þær.

Eftir að BUGL komst á legg hafa verið gerðar úttektir á starfseminni og stungið upp á því að deildin tengdist barnaspítalanum en af því hefur aldrei orðið. „Það hafa því miður aldrei komist á nein tengsl þarna á milli. Það væri mikill kostur að hafa öll heilbrigðismál barna undir sama þaki því þá gætu foreldrar hitt alla sérfræðingana samtímis ef barn þeirra á við fjölþættan vanda að etja. Þetta barst í tal meðan barnaspítalinn var í byggingu en af einhverjum ástæðum var hætt við það," segja þær.

„Meginatriði er þó að greinin öðlist sjálfstæði," halda þær áfram. „Vinnubrögð og aðferðir í barna- og unglingageðlækningum eru mjög ólíkar því sem gildir í fullorðinsgeðlækningum. Við tökum mið af þroska barnsins og fjölskylda og aðrir í umhverfi þess eru mjög virkir í meðferðinni. Sjálfstæðið verður ekki að veruleika fyrr en greinin er viðurkennd á spítalanum og í læknadeild," segja þær Dagbjörg, Helga og Guðrún.

Í framhaldi af þessu spjalli barst talið að viðhorfi samfélagsins til barna og að sjálfsögðu beindust sjónir okkar að kennaraverkfalli sem þá var nýlokið. Það er eins og börn og þeir sem þjóna þeim séu afgangsstærð hjá þeim sem fara með völdin í samfélaginu. Því þarf að breyta.

Afmælisboð Læknablaðsins

Læknablaðið á stórafmæli um þessar mundir en í ársbyrjun 2005 verða liðin 90 ár frá útkomu fyrsta tölublaðsins. Eru þau ekki mörg íslensku tímaritin sem geta státað af jafnvirðulegum aldri. Af því tilefni bauð blaðið ýmsum velunnurum sínum til örlítils gleðskapar á vopnahlésdaginn 11. nóvember. Þar mátti sjá marga þá sem lagt hafa blaðinu lið með skrifum, ritrýni, starfskröftum og öðru. Védís Skarphéðinsdóttir ritstjórnarfulltrúi bauð gesti velkomna og Örn Bjarnason fyrrum ritstjóri flutti ávarp. Auk þess léku þrír ágætir tónlistarmenn, þau Jóhanna Þórhallsdóttir, Tómas R. Einarsson og Aðalheiður Þorsteinsdóttir, af fingrum fram meðan gestir nutu veitinga og spjölluðu saman. Ljósmyndari gekk um ritstjórnarskrifstofur blaðsins og myndaði gestina.









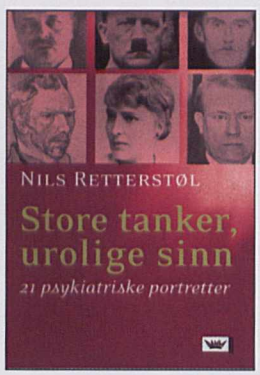
Ljósm. Arnaldur Halldórsson.

Bókarumfjöllun

Hugsjónir og hugarvingl



Tómas Helgason



Kápa bókarinnar.

Mörgum þykir fróðlegt að velta fyrir sér persónugerð og sjúkdómum ýmissa manna sem hafa látið að sér kveða í stjórnmálum, listum eða vísindum. Oft verða slíkar vangaveltur til þess að við skiljum betur störf þeirra, afrek og mistök. Margir læknar sem eru áhugamenn um sögu hafa ritað bækur um rannsóknir sínar á heimildum um menn sem hafa verið áberandi á ýmsum tímum og haft áhrif á þróun mála á sínum sviðum. Slíkar rannsóknir og skrif eru gagnleg ekki aðeins til að skilja þá og framvinduna betur, heldur ættu þær að gera gagn í nútímanum til að eyða fordómum gegn sjúkdómum með því að sýna að þeir geta hitt alla fyrir, háa sem lága. Flestir sem fengist hafa við þessar rannsóknir hafa aðeins skrifað um einn eða fáa sögufræga menn, enda ærið verk að kanna slíkar heimildir svo að hægt sé að komast að niðurstöðu.

Nýlega barst mér áhugaverð bók eftir prófessor Nils Retterstöl í Oslo, „Store tanker, urolige sinn" (1). Í bókinni eru dregnar saman niðurstöður heimildarannsókna um 21 þekktan hugsuð, rithöfunda, málara, stjórnmálamenn og aðra sögufræga menn sem hafa haft mikil áhrif á Norðurlöndum, einkum í Noregi. Hver kafli er skrifaður líkt og góð geðsjúkraskrá til að auðvelda lesandanum að meta vangaveltur höfundarins um sjúkdómsgreiningu hvers og eins sem um er fjallað, samkvæmt nútíma greiningum, ICD-10 og DSM-IV.

Bókin hefst á þemur köflum um Noregskonunga, Harald hárfagra, Hákon jarl Sigurðsson og Sigurð Jórsalafara. Höfundur reynir að gera grein fyrir geðröskunum sem hrjáðu þá samkvæmt lýsingum Snorra í Heimskringlu. Það gefur auga leið að þær lýsingar eru of knappar til að hægt sé að setja ákveðna greiningu á raskanir þessara konunga. Öðru máli gegnir með Kristján 7. Danakonung og D.G. Monrad, sem var forsætisráðherra Dana í stríðinu við Þjóðverja 1864 þegar Danir biðu ósigur, m.a. vegna geðhæðar (maniu) Monrads.

Hitler og Quisling eiga hvor sína sögu og hafa báðir haft verulegar persónuleikaraskanir og fengið köst með svo miklum ranghugmyndum að ætla má að þeir hafi haft aðsóknarröskun (delusional disorder). Þó telur höfundurinn að ekki séu nægar upplýsingar um Quisling til að setja þessa greiningu með vissu.

Sjúkrasögum van Gogh og Edvard Munch eru gerð allítarleg skil. Báðir höfðu verið geðveikir og misnotað áfengi og dvalið um tíma á geðsjúkrahúsum. Rætt er um hvaða sjúkdómsgreiningar komi til greina við skoðun á persónuleika, veikindum og lífshlaupi þeirra, þar með talið endirinn hjá van Gogh sem framdi sjálfsvíg þegar hann var 47 ára. Hann hefur sennilega haft „borderline" persónuleikaröskun og flogaveiki (temporal lobe) sem gæti skýrt sturlunareinkenni auk misnotkunarinnar. Einnig hafa menn velt fyrir sér mörgum öðrum greiningum. Munch hefur hins vegar haft geðklofalíka persónuleikaröskun með ofurviðkvæmni sem leiddi til skammvinnrar aðsóknarröskunar eftir að hann varð fyrir persónulegum áföllum.

Síðasti hluti bókarinnar fjallar um sex rithöfunda og heimspekinga, þar á meðal Nietzsche, Grundtvig og Strindberg. Nietzsche var einn af meiri háttar heimspekingum sinnar tíðar sem hafði mikil áhrif, en kenningar hans hafa verið umdeildar, einkum um ofurmennin. Hann var mjög bráðger og lærði að lesa og skrifa fjögurra ára gamall, skrifaði fyrstu ævisögu sína 13 ára gamall en átti í miklum erfiðleikum með stærðfræði. Hann þjáðist snemma af mígrene og magaverkjum. Hálfþrítugur fékk hann sýfilis sem leiddi til geðsjúkdóms 15 árum seinna, fyrst með stórmennskuhugvillum og smáversnaði. Þrátt fyrir það skrifar hann mikið næstu sex árin, en þýskur geðlæknir, Möbius, telur að í þeim ritverkum gæti einkenna sjúkdómsins, sem leiddi til vaxandi sljóleika síðustu æviárin.

Danska sálmaskáldið Grundtvig setur enn svip á kirkjulegar athafnir á öllum Norðurlöndum. Í íslensku sálmabókinni er enn að finna sálma eftir hann, t.d. hjónavígslusálminn, „Hve gott og fagurt og indælt er...". Grundtvig hafði tvískauta lyndisröskun (var manio-depressiv). Hann fékk fyrsta þunglyndiskastið 27 ára gamall sem sló síðan yfir í geðhæð áður en honum batnaði. Hann hafði þá þegar skrifað mikið og hélt því áfram eftir að honum batnaði og komu þá út mörg verk. Hann veikist aftur með oflátum (geðhæð) rúmlega sextugur. Um sjötugt fær hann skammvinna þunglyndisröskun og loks veikist hann skyndilega af geðhæð 83 ára gamall. Síðustu fimm ár ævinnar hafði hann ekki einkenni um geðröskun.

Afbrýðissemin og kvenfyrirlitningin sem kemur fram í mörgum verka Strindbergs er nóg til að vekja grunsemdir um geðröskun hans þótt öllum beri saman um snilli hans sem rithöfundar. Menn hafa deilt um hvort eitthvað hafi verið að honum og þá hvað. Persónugerðin var óvenjuleg með mikilli sjálfsdýrkun, þörf til að upphefja sjálfan sig, ofurviðkvæmni gagnvart eigin persónu, og ofsafengnum ástar- eða vináttusamböndum sem auðveldlega snerust í andhverfu sína. Sumir telja að geðröskun Strindbergs megi greina þegar 1882 er hann taldi þáverandi eiginkonu sína eitra fyrir sér, þó að afbrýðissemin tæki

ekki á sig sjúklegan blæ fyrr en 1888. Á árunum 1894-96 fær hann fjögur köst með ákveðnum sturlunareinkennum. Þrátt fyrir þau hélt hann áfram ritstörfum en þó einkum eftir þau. Ýmsir töldu sturlunareinkennin svo mikil og viðvarandi að líklega væri um geðklofa að ræða, aðrir töldu að geðröskunin stafaði af eitrun, áfengiseitrun eða eitrun sem hann hefði fengið í sambandi við tilraunir til gullgerðar.

Aðrir, þar á meðal Retterstöl (1), telja að sturlunina megi rekja til persónugerðar og áfalla, sem Strindberg varð fyrir, þ.e. að um hafi verið að ræða aðsóknarröskun með geðklofaívafi.

Sumir af þeim sem fjallað er um í bókinni leituðu læknis eða voru jafnvel innlagðir á geðdeild, sbr. norsk-danski rithöfundurinn Amalie Skram, sem ritaði svo heiftarlega skáldsögu eftir eina veru sína að yfirlæknir deildarinnar flæmdist úr starfi, en hún varð síðar að leggjast inn annars staðar.

Þessi bók (1) er fróðleg og gagnleg lesning fyrir alla, en kannski sérstaklega fyrir heilbrigðisstarfsmenn og verðandi heilbrigðisstarfsmenn. Hún ætti að stuðla að auknum skilningi á geðröskunum og draga úr fordómum. Það á að vera hægt að tala um geðraskanir eins og aðra sjúkdóma, eins og t.d. norski forsætisráðherrann gerði er hann tilkynnti að hann þyrfti að taka sér frí frá störfum vegna geðlægðar, eða eins Nóbelsverðlaunahafi, sem talaði nýlega í sjónvarpi frjálslega um nokkrar innlagnir sínar á geðdeild.

Heimild

Retterstöl N. Store tanker, urolige sinn; 21 psykiatriske portretter. N.W. Damm & Sön 2004, Oslo.

Frá fulltrúa LÍ í fastanefnd evrópskra lækna



Katrín Fjeldsted

Fastanefnd evrópskra lækna, CPME, var stofnuð í Amsterdam 1959 og hefur haft aðsetur í Brüssel síðan 1992. Fundir fjögurra vinnuhópa og stjórnar eru haldnir í Brüssel vor og haust og í nóvember ár hvert er aðalfundur. Núverandi forseti er Svíinn Bernard Grewin og framkvæmdastjóri Lisette Tiddens-Engwirda.

Kalla má CPME sameiningartákn fyrir helztu evrópsku læknasamtökin enda rúmast innan þeirra um tvær milljónir lækna í Evrópu. Undirrituð hefur verið fulltrúi Íslands hjá CPME síðastliðin fimm ár og er nú skoðunarmaður reikninga. Læknafélag Íslands fær öll gögn frá CPME í hendur og heldur þeim til haga. Ég hef skrifað skýrslur um flesta fundi sem ég hef sótt og birt það efni sem ég hef talið sérlega áhugavert sem greinar í Læknablaðinu. Tvær birtust á síðasta vetri, önnur í desember 2003 og hin í apríl 2004. Báðar fjölluðu um efni sem íslenzka lækna varðar um. Annars vegar var sagt frá meðferðaráætlun fyrir lækna með geðsjúkdóma og/eða fíkilshegðun en hin greinin var um samstarf lækna og lyfjafyrirtækja (sjá Læknablaðið 2003; 89: 974-5 og 2004; 90: 427).

Haustfundur CPME var haldinn í Brüssel dagana 10. og 11. september. Fundinn sótti undirrituð ásamt varaformanni LÍ, Jóni G. Snædal. Þar sem við vorum tvö gátum við sótt fundi í öllum fjórum nefndunum, en í fyrra var ákveðið að halda fundi þeirra samhliða, tvo og tvo, í sparnaðarskyni. CPME kemur málum aðildarfélaganna á framfæri hjá viðeigandi yfirvöldum í Brüssel, með formlegum og óformlegum hætti, eða því sem kallað er lobbyismi. Fylgzt er af fremsta megni með því starfi sem fram fer á vegum ESB, svo sem vinnu að lagasetningu og reglugerðum sem fjalla um heilbrigðismál og öðru því sem læknar telja sér vera viðkomandi. Starf CPME er því mikilvægt til að hafa áhrif á stefnu stjórnvalda og þar með heilbrigðisyfirvalda í aðildarlöndum ESB og vert er að minna á að flestar ákvarðanir sem teknar eru þar skila sér inn í íslenzk lög og reglugerðir vegna aðildar Íslands að EES samkomulaginu. Þá er CPME að sjálfsögðu einnig í ráðgjafahlutverki fyrir hlutaðeigandi stofnanir á vegum ESB.

Flest alþjóðleg samtök lækna eiga í nokkrum fjárhagserfiðleikum og reyna eftir fremsta megni að skera niður kostnað, samnýta húsnæði, draga úr pappírsflóði, túlkaþjónustu á fundum og þýðingum svo eitthvað sé nefnt. Kostnaðargreining í bókhaldi CPME hefur aukizt mjög síðustu eitt til tvö ár og miðar að því að gera þetta sýnilegt og má segja að bókhaldið sé að verða vel gegnsætt.

Fram hafa komið frekari sparnaðartillögur, svo sem að þau lönd sem þurfa að láta þýða öll skjöl af ensku á móðurmál sitt og túlka jafnharðan það sem sagt er á fundum beri sjálf kostnað sem af því hlýzt. Það er hagstætt fyrir norrænu læknafélögin því allir í sendinefndum þeirra láta sér nægja ensku. Skoðunarmaður reikninga hefur unnið að þessum sparnaðartillögum og breytingum á bókhaldi með gjaldkeranum sem er Daniel Mart frá Lúxemborg.

Höfundur er heimilislæknir og fulltrúi LÍ í CPME.

Þegar Henry Gray kom fyrst í læknadeild Háskóla Íslands

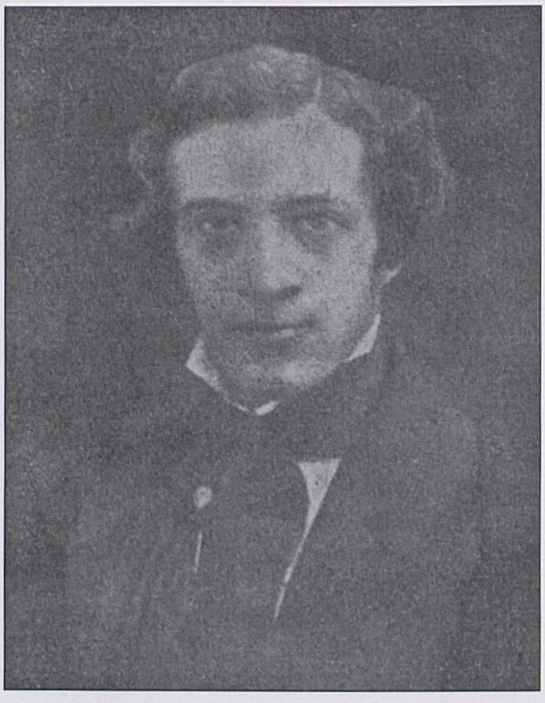


Örn Bjarnason

Höfundur var ritstjóri Læknablaðsins 1976-1993. Hann er að mestu hættur lækningum og vinnur nú að undirbúningi að útgáfu á norrænum lækningahandritum frá miðöldum og skýringum á þeim. Teikningin er úr Stúdentablaðinu frá námsárum Arnar um 1960.

Í Árbók Háskólans fyrir háskólaárið 1911-1912 er þess getið að í líffærafræði kerfa hafi Guðmundur Hannesson notað við kennsluna *Grundriss der Anatomie* eftir Richter. Næsta skólaár segir að í líffærafræði svæða hafi Guðmundur notað *Lehrbuch der Topographischen Anatomie* eftir Corning. Í Árbókinni fyrir árin 1913-1914 er beggja fyrrnefndra bóka getið og þá er einnig getið um líffæramyndir [*Atlas der Anatomie*, þrjár útgáfur] eftir Spalteholz, Toldt og Broesike. Þá er nefnd *Lehrbuch der normalen Anatomie* eftir Broesike og virðist hún ásamt svæðalýsingum Cornings hafa verið aðal kennslubókin frá því. Er á líður hverfa alveg úr Árbók Háskólans frásagnir af því hvaða kennslubækur voru notaðar í greininni.

Önnur heimsstyrjöldin kom í veg fyrir áframhaldandi viðskipti við Þýzkaland og því hefir Jón Steffensen þurft að taka upp nýja kennslubók í líffærafræðinni. Snorri Páll Snorrason kom í deildina haustið 1941. Hann hafði Broesike frá föður sínum, Snorra Halldórssyni héraðslækni í Síðuhéraði. Snorri Páll keypti síðan *Gray's Anatomy* þegar pöntunin barst til landsins og ritaði í bókina dagsetninguna: 1. desember 1941.



Breski læknirinn og prófessorinn Anthony Gray.

Aldarminning Jóns Steffensen

Í febrúar 2005 er öld liðin frá fæðingu Jóns Steffensen. Af því tilefni verður haldin ráðstefna í minningu hans dagana 18. og 19. febrúar í Þjóðarbókhlöðunni. Jafnframt verður opnuð sýning í safninu sem helguð er minningu Jóns. Hans verður einnig minnst hér í blaðinu.

Henry Gray F.R.S., F.R.C.S. fæddist árið 1827. Ekkert er vitað um fyrstu æviár hans eða menntun. Í maí 1845 innritaðist hann sem „perpetual student" við St. George's Hospital, London og honum er svo lýst að hann hafi verið „a most painstaking and methodical worker, and one who learnt his anatomy by the slow but invaluable method of making dissections for himself".

Árið 1848, meðan hann var enn stúdent, vann hann verðlaun The Royal College of Surgeons fyrir ritgerð byggða á samanburðarrannsóknum hans á byggingu augans í manninum og öðrum hryggdýrum. Árið 1852 var hann kosinn Fellow of the Royal Society og árið eftir vann hann Astley Cooper verðlaunin fyrir ritgerð um miltað. Hann kenndi líffærafræði við St. George's Hospital og var forstöðumaður líffærasafnsins. Hann sendi frá sér fyrstu útgáfu líffærafræðinnar sem síðan hefir verið við hann kennd, Gray's Anatomy, árið 1858. Sú útgáfa var 750 síður, með 363 ágætum myndum eftir vin hans, Dr. Vandyke Carter, sem áður hafði kennt líffærafræði við St. George's Hospital. Gray gekk frá annarri útgáfu árið 1860. Árið eftir sótti hann um stöðu aðstoðarskurðlæknis á spítalanum, en þá um sumarið annaðist hann frænda sinn sjúkan og smitaðist við það af bólusótt sem varð honum að aldurtila.

Gray's Anatomy var stöðugt endurskoðuð og endurbætt og 28. útgáfan sem út kom 1942 var 1558 síður og myndirnar voru orðnar 1306.

Félagið er afsprengi norrænnar samvinnu

– Rætt við Atla Þór Ólason formann Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar en félagið verður fertugt á jólaföstunni

Í ÞESSU BLAÐI er boðað ráðstefnuhald í tilefni af aldarafmæli Jóns Steffensen læknis. Hann kom víða við á æviferli sínum og eitt af því sem hann tók sér fyrir hendur var að gangast fyrir stofnun Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar. Nú er það félag að verða fertugt og af því tilefni ræddi Læknablaðið við núverandi formann þess, Atla Þór Ólason bæklunarlækni.

Atli upplýsti að afmælisdagur félagsins væri 18. desember en þann dag árið 1964 komu 47 karlar og ein kona saman til stofnfundar í húsakynnum Háskóla Íslands. „Nú eru konur í meirihluta í stjórn félagsins og þær segja að þetta hafi greinilega verið algert karlafélag. Það er ekki nóg með að karlar hafi verið í yfirgnæfandi meirihluta félagsmanna heldur er félagið stofnað í miðjum jólaönnum en það hefði engri konu dottið í hug að gera," segir Atli og brosir.

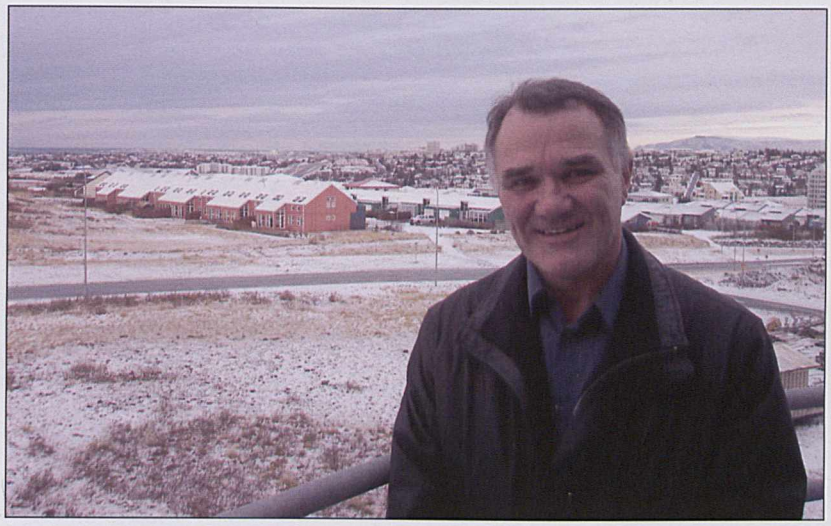
Að öllu gamni slepptu má segja að félagið sé afsprengi norrænnar samvinnu og áhuga Læknafélags Reykjavíkur.

„Félagið var stofnað til að vera samstarfsaðili fyrir Íslands hönd við gerð Nordisk Medicinsk Årbog sem gefin var út í 1600 eintökum af læknasögufélögunum á Norðurlöndum. Hún kom fyrst út 1953 á vegum Læknaminjasafnsins í Stokkhólmi en um 1960 bættust læknasögufélögin í Danmörku, Noregi og Finnlandi í hópinn. Jón Steffensen var beðinn að taka þátt í þessu starfi árið 1962 og þá fór hann að huga að stofnun félags um sögu læknisfræðinnar eins og tíðkuðust á Norðurlöndum.

Hvatinn innanlands kemur hins vegar frá stjórn Læknafélags Reykjavíkur sem færði það í tal við Jón að stofna félag til eflingar áhuga á sögu læknisfræðinnar. Jón tók þessu tækifæri feginshendi og boðaði til stofnfundar. Þangað komu 48 manns, flestallt læknar en þó voru meðal stofnenda áhugamenn um sögu og menningu á borð við Kristján Eldjárn, Magnús Má Lárusson, Einar Ólaf Sveinsson og Jakob Benediktsson. Í fyrstu stjórn voru kosnir þeir Jón Steffensen formaður, Ólafur Bjarnason læknir og Birgir Einarsson apótekari," segir Atli.

Söfnun og varðveisla lækningaminja

Á stofnfundinum lýsti Jón Steffensen meðal annars hugsanlegum verkefnum félags af þessu tagi og segir Atli að sú stefnuyfirlýsing sé enn í fullu gildi, að því frátöldu að útgáfa áðurnefndrar árbókar lagðist af árið 1994. Í lögum félagsins segir að tilgangur félagsins sé „að efla þekkingu á sögu læknisfræðinnar með hverjum þeim ráðum, er þjóna því sjónarmiði, s.s. með því að styðja rannsóknir á sögu læknisfræðinnar, útgáfu rita og varðveizlu minja…".

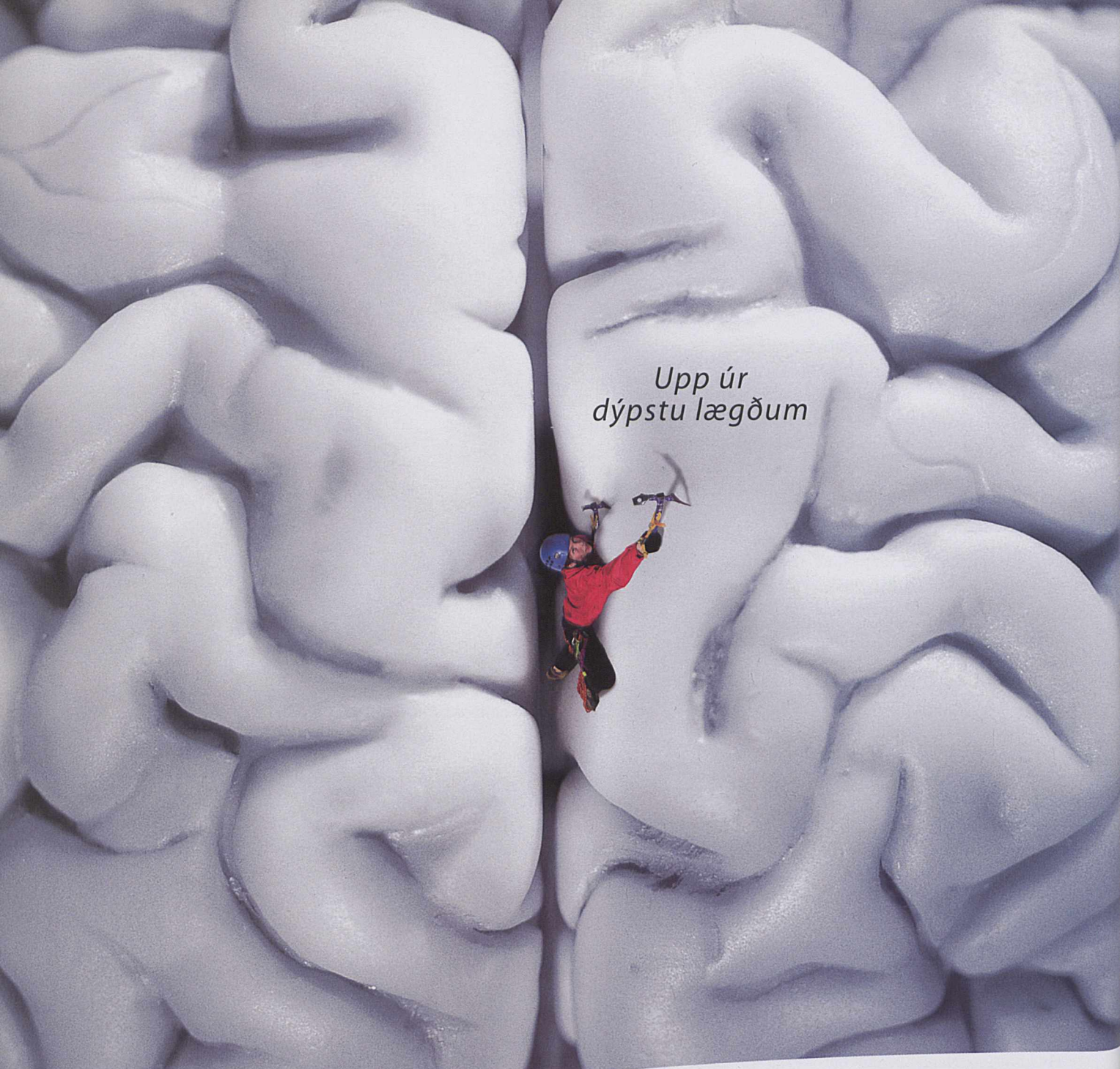


Atli Þór Ólason formaður Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar.

„Jón var formaður félagsins til dauðadags árið 1991 og hann var einnig aðalrannsakandinn, stundaði beinarannsóknir, rannsóknir á skjölum og hélt fyrirlestra innan og utan félags. Fleiri læknar stunduðu sögulegar rannsóknir og fjölluðu um þær á fræðslufundum. Félagið rækti þessar skyldur sínar nokkuð vel en eftir daga Jóns hafa þessar rannsóknir einkum verið í höndum sagnfræðinga, mannfræðinga og fornleifafræðinga. Erlendis eru starfræktar fjölmargar stofnanir sem sinna rannsóknum og kennslu í sögu læknisfræðinnar, í Þýskalandi einu eru þær á þriðja tug.

Varðveisla lækningaminja var eitt helsta verkefni félagsins og áhugamál Jóns. Fjölmargir munir söfnuðust og Jón kom því til leiðar að þessir munir voru afhentir Þjóðminjasafni til varðveislu. Stóri draumurinn var að Nesstofa yrði keypt og komið í upprunalegt form þar sem hægt yrði að hafa safn um sögu læknisfræðinnar og gekk það eftir. Jón lagði fram eigið fé til uppbyggingar Nesstofusafns og arfleiddi Læknafélag Íslands að allri peningaeign sinni sem skyldi varið óskiptri til framtíðarhúsnæðis safnsins. Byggingarnefnd nýrrar safnbyggingar starfaði ötullega um árabil undir forystu formanna Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar, þeirra Gunnlaugs Snædal og Halldórs Baldurssonar, og efnt var til samkeppni um teikningar sem liggja fyrir. Hins vegar fékkst ekki viðbótarfé til framkvæmdarinnar frá ríkinu, meðal annars vegna fjárfrekra endurbóta Þjóðminjasafns og er því byggingarmálið í biðstöðu.

Þröstur Haraldsson



Míron

Fljótvirkt lyf gegn þunglyndi

Míron - Mirtazapín, 30 mg

Ábendingar: Alvarlegt þunglyndi. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar eru einstaklingsbundnir. Lyfið skal taka inn með nægilegum vökva. Töflunum má skipta en þær má ekki tyggja. Æskilegast er að taka lyfið inn að kvöldi fyrir svefn. Meðferð með hæfilegum skammti ætti að gefa jákvæða svörun innan 2-4 vikna. Áhrif mirtazapíns byrja þó venjulega að koma fram eftir 1-2 vikna meðferð. Æskilegt er að halda meðferðinni áfram þar til sjúklingur hefur verið einkennalaus í 4-6 mánuði. Þá skal hætta meðferðinni smám saman. *Skammtar fyrir fullorðna:* Algengur upphafsskammtur er 15-30 mg á dag. Oftast þarf að auka þann skammt til að ná hámarksverkun. Algengur viðhaldsskammtur er á bilinu 15-45 mg á dag. *Skammtar fyrir aldraða:* Auka skal skammtana á lengri tíma og undir eftirliti. Útskilun lyfsins getur verið minnkuð hjá sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi og verður að taka tillit til þess ef lyfinu er ávísað þeim sjúklingahópum. *Skammtar fyrir börn:* Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Gæta þarf varúðar við meðferð hjá sjúklingum með eftirfarandi sjúkdóma: Flogaveiki eða vefrænar heilaskemmdir. Skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Hjartasjúkdóma, s.s. leiðslutruflanir, hjartaöng eða nýlegt hjartadrep. Lágan blóðþrýsting. Hætta á meðferðinni ef gula kemur fram. Hjá sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi getur dregið úr útskilnaði mirtazapíns. Almennt gildir um þunglyndislyf að séu þau gefin sjúklingum sem þjást af geðklofa eða öðrum geðtruflunum geta geðræn sjúkdómseinkenni versnað. Einnig geta sjúklingar með geðhvörf sveiflast yfir í oflæti þegar þunglyndislyf eru notuð til meðhöndlunar á þunglyndisfasa sjúkdómsins. Sjálfsvígshætta sjúklinga hverfur ekki strax og meðferð með þunglyndislyfjum er hafin og getur jafnvel aukist í upphafi meðferðar. Því gæti verið rétt að takmarka ávísað magn lyfsins í upphafi meðferðar. Beinmergsbæling hefur komið fram sem aukaverkun meðferðar með flestum þunglyndislyfjum. Komi fram einkenni um sýkingu, s.s. hiti, hálssærindi eða bólga í munni, skal hætta meðferð og gera blóðkornatalningu. Líkt og með önnur þunglyndislyf skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sykursýki, truflun á þvaglátum (s.s. við stækkun blöðruhálskirtils), bráða þrönghornsgláku og aukinn augnþrýsting. Hafa ber í huga að eldri sjúklingar eru oft næmari fyrir aukaverkunum þunglyndislyfja. Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum. Lyfið er ekki ávanabindandi en sé langtíma þunglyndislyfjameðferð hætt skyndilega geta sjúklingar fundið fyrir fráhvarfseinkennum eins og ógleði og höfuðverk. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Athuga skal að hjá sumum sjúklingum getur mirtazapín haft áhrif á einbeitingu og viðbragðsflýti og ættu þeir sjúklingar að hafa það í huga við akstur og stjórnun vélknúinna tækja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin gögn liggja fyrir varðandi klínísk áhrif mirtazapíns á fóstur manna eða nýbura en rannsóknir á dýrum hafa sýnt að mirtazapín getur valdið eituráhrifum og hækkun á dánartíðni nýfæddra afkvæma. Barnshafandi konur ættu einungis að nota lyfið ef brýna nauðsyn ber til og mögulegur ávinningur móður vegur þyngra en hugsanlegur fósturskaði. Dýrarannsóknir benda til þess að mirtazapín skiljist aðeins í litlu magni út í brjóstamjólk. Gögn varðandi útskilnað í móðurmjólk eru þó ekki nægileg til að hægt sé að meta hættuna fyrir barnið. **Aukaverkanir:** *Algengar (>1%):* Aukin matarlyst og þyngdarauknin, syfja, bjúgur, svimi og höfuðverkur. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%):* Þreyta, stöðubundinn lágþrýstingur, oflæti, krampar, skjálfti, vöðvakippir, martraðir/ljóslifandi draumar, bráð mergbæling, hækkun á transamínösum í sermi, fótaórói, liðverkir/vöðvaþrautir, útbrot, breytt húðskyn. **Milliverkanir:** Mirtazapín á ekki að nota samtímis MAO-hemlum og ekki fyrr en 2 vikum eftir að töku slíkra lyfja er hætt. Mirtazapín getur aukið róandi áhrif benzódíazepínlyfja. Rannsóknir á milliverkunum mirtazapíns og ensímhamlandi eða ensímhvetjandi lyfja eru ófullnægjandi. *In vitro* rannsóknir sýna þó að mirtazapín getur virkað sem hemill á cýtókróm P450 ensím 1A2, 2D6 og 3A4. Klínískt mikilvægi þessa er óljóst en þar til nákvæmari gögn liggja fyrir ber að gæta varúðar við samhliða gjöf með lyfjum sem nota þessar umbrotsleiðir. Þetta á sérstaklega við um lyf með þröngt lækningabil, s.s. teófyllín, clózapín, perfenasín, lyf við hjartsláttaróreglu, flogaveikilyf, þríhringja geðdeyfðarlyf, ciclosporín A og terfenadín. Karbamazepín og rífampícín örva umbrot mirtazapíns og minnka því plasmastyrk þess. Við samhliða gjöf mirtazapíns og címetidíns eykst plasmastyrkur mirtazapíns. Flúvoxamín er hemill á CYP 1A2. Kódein og mörg lyf í flokki sefandi lyfja (tíorídazín, perfenazín, súklópentixól, halóperidól og risperidón) og mörg geðdeyfðarlyf (flúoxetín, paroxetín, sertralín og venlafaxín) eru hemlar á CYP 2D6 og geta þessi lyf því hamlað umbroti hvors annars. Greint hefur verið frá einu tilfelli serótónínheilkennis eftir samhliða notkun flúoxitíns og mirtazapíns en vegna hamlandi áhrifa flúoxitíns á umbrot mirtazapíns eykst plasmastyrkur þess. Vegna hamlandi áhrifa paroxetíns á umbrot mirtazapíns eykst plasmastyrkur mirtazapíns. Samhliða gjöf er óráðleg út frá lyfjafræðilegu sjónarmiði. Gæta skal varúðar þegar öflugir CYP 3A4-hemlar, s.s. HIV-próteasahemlar, sveppalyf af azólflokki, erytrómýcín og nefazódón eru gefnir samhliða mirtazapíni. Séu ensímhamlandi eða ensímhvetjandi lyf gefin samhliða mirtazapíni gæti þurft að aðlaga skammtinn og síðan aftur ef samhliða meðferð þessara lyfja er hætt. Í in vivo milliverkana-rannsóknum hafði mirtazapín ekki áhrif á lyfjahvörf risperidóns, paroxetíns, carbamazepíns, amitriptýlíns og címetidíns. Engin klínísk áhrif sem skipta máli eða breytingar á lyfjahvörfum hafa komið fram hjá mönnum við samtímis gjöf mirtazapíns og litíums. Varast ber að neyta áfengis samtímis töku lyfsins þar sem áhrif þess á miðtaugakerfið geta verið aukin. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu 1. okt. 2004:** Töflur 30 mg: 30 stk. 4.747 kr., 100 stk. 13.009 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. Markaðsleyfishafi: Actavis hf. Maí 2003.

actavis

hagur í heilsu

Erfðafé Jóns var notað til að kaupa geymsluhúsnæði í Bygggörðum í grennd við Nesstofu og Læknafélag Íslands lagði fram fé til endurbóta á því.“

Norrænt þing á næsta ári

Þótt norræna árbókin komi ekki lengur út hefur félagið verið virkt í norrænu samstarfi en á Norðurlöndum eru um 5000 skráðir félagsmenn í 25 læknasögufélögum.

„Félögin halda þing annað hvert ár og við höfum haldið það tvisvar, 1981 og 1995, og það verður eitt helsta verkefni félagsins á afmælisárinu að undirbúa og halda næsta norræna læknasöguþing í ágúst á næsta ári. Við fengum því framgengt að tungumál þingsins verður enska og að þingið verði auglýst utan Norðurlanda. Meginefni þingsins er sjúklingur og samfélag en þar verður fjallað um farsóttir á norðurslóðum, læknisfræði og alþýðuvísindi, konur í læknisfræði, læknisfræði víkingatímans og ýmislegt fleira. Síðast þegar þingið var haldið hér á landi voru þátttakendur um 100 og við eigum von á að þeir verði ekki færri núna.

Á læknasöguþinginu 1981 barst félaginu fyrirheit frá dönskum lyfjafræðingi, Poul Assens, um að hann kostaði árlega för fyrirlesara frá Norðurlöndum til Íslands til að halda fyrirlestur um sögu læknisfræðinnar. Poul starfrækti fyrirtækið Biopharma í Danmörku og það hefur haldið áfram að styrkja þessa fyrirlestra eftir að hann féll frá árið 1992. Poul var mikill vinur Egils Snorrasonar, læknis af íslenskum ættum sem starfaði í Danmörku og var meðal annars yfirlæknir Rigshospitalet í Kaupmannahöfn. Fyrirlestrarnir eru nefndir eftir Agli og nú í lok október var slíkur fyrirlestur haldinn í 23. sinn. Félagið er afar þakklátt fyrir þennan vináttuvott sem því er sýndur enda hafa fyrirlestrarnir lífgað mikið upp á starfsemi þess.

Auk þessa starfs hefur félagið unnið að því að kynna starfsemi sína meðal lækna og annars áhugafólks og það hefur borið þann árangur að nú eru félagsmenn um 130. Það blundar mikill áhugi á sögu meðal lækna enda speglar hún sjálfsvitund stéttarinnar. Aðrar stéttir á borð við sagnfræðinga, félagsfræðinga, mannfræðinga og fornleifafræðinga sýna sögu læknisfræðinnar aukinn áhuga og það gefur greininni og starfi félagsins nýja vídd,“ segir Atli Þór Ólason formaður.

Auk Atla skipa stjórn félagsins þau Vilhelmína Haraldsdóttir blóðsjúkdómafræðingur sem er ritari, Óttar Guðmundsson geðlæknir er gjaldkeri og meðstjórnendur þær Kristín Einarsdóttir lyfjafræðingur og Þórunn Guðmundsdóttir sagnfræðingur. Félagið heldur úti heimasíðu sem áhugamenn um lækningasögu ættu að gera að bókamerki í netvafranum sínum en veffangið er *icemed.is/saga/*

Ráðstefna til minningar um Jón Steffensen

Dagana 18. og 19. febrúar 2005 verður haldin ráðstefna í minningu Jóns Steffensen prófessors en þann 15. þess mánaðar verða 100 ár liðin frá fæðingu hans. Ráðstefnan verður haldin í fyrirlestrarsal Þjóðarbókhlöðu og samhliða henni verður opnuð sýning á bókum, handritum og myndum úr safni Jóns og munum sem tengjast honum í eigu Þjóðminjasafns. Umsjón sýningarinnar er í höndum Emilíu Sigmarsdóttur.



Jón Steffensen. Teikning: Halldór Pétursson í Stúdentablaðinu 1938.

Ráðstefnan á að endurspegla fjölbreytnina í viðfangsefnum Jóns. Í þeim tilgangi hefur verið leitað til fræðimanna úr ólíkum greinum um að flytja erindi á ráðstefnunni, lækna, mannfræðinga, fornleifafræðinga, sagnfræðinga og bókmenntafræðinga.

Ráðstefnan verður sett föstudaginn 18. febrúar. Þá mun Sigrún Klara Hannesdóttir, landsbókavörður opna sýninguna, Hrafnkell Helgason fjallar um Jón, líf hans og störf og gestur ráðstefnunnar og aðalfyrirlesari, Andy Cliff, prófessor í landafræði við Cambridge háskóla, flytur erindi um efni að eigin vali. Cliff er kunnugur verkum Jóns og hefur meðal annars unnið að rannsóknum á mislingafaröldrum hér á landi. Um þær má lesa í bók hans *Spatial Diffusions: An historical geography of epidemic in an island community* (1981).

Á laugardeginum mun hver málstofan fylgja annarri þar sem fjallað verður um ýmis mál sem tengjast Jóni á einn eða annan hátt. Hannes Blöndal ræðir um kennslu við læknadeild Háskóla Íslands, einkum kennslu í líffærafræði en það var aðalfag Jóns, og Halldór Baldursson segir frá endurlífgun um 1800. Þá fjallar Kristinn Magnússon, sem lengi sá um Nesstofusafn, um störf Jóns í þágu söfnunar lækningaminja. Gavin Lucas fornleifafræðingur ætlar að fjalla um beinafundi í Skálholti í nýju samhengi en hann hefur unnið þar á vegum Fornleifastofnunar Íslands. Jón Þorsteinsson læknir og Hildur Gestsdóttir hjá Fornleifastofnun segja frá rannsóknum þeirra á fornmeinafræði. Agnar Helgason mannfræðingur fjallar um DNA-rannsóknir á beinum og Birna Jónsdóttir um DNA-rannsóknir á múmíum. Svend Richter og Sigfús Þór Elíasson fjalla um rannsóknir á leifum tanna úr Skeljastaðafundinum. Fulltrúar húmanískra greina verða meðal annars Elín Hirst sagnfræðingur sem að undanförnu hefur verið að skrifa um bólusótt og Jón Karl Helgason bókmenntafræðingur. Hann er höfundur bókarinnar *Ferðalok*, þar sem bein Jónasar Hallgrímssonar koma við sögu, en á ráðstefnunni fjallar hann um bein Jóns Arasonar. Fjöldi annarra fyrirlestra verður en dagskrá mun standa frá klukkan níu og fram eftir degi. Endanleg dagskrá verður kynnt síðar.

Að undirbúningi ráðstefnunnar hafa unnið Kristín Bragadóttir bókmenntafræðingur, Örn Bjarnason læknir og mannfræðingarnir Gísli Pálsson, Agnar Helgason og Sigurður Örn Guðbjörnsson.

George W. Simons M.D.

Velunnari íslenskra barnabæklunarlækninga kvaddur



George W. Simons.

EFTIR
Höskuld Baldursson

Hinn 18. október sl. lést á Landspítalanum í Fossvogi George W. Simons barnabæklunarskurðlæknir. Útför hans var gerð frá Mosfellskirkju 26. október. Hann var kvæntur Sigrúnu Erlu Magnúsdóttur og lifir hún mann sinn. Þau hjón eignuðust tvær dætur sem báðar eru uppkomnar. Þeim mægum sendum við innilegar samúðarkveðjur.

George Simons var tvímælalaust í hópi þekktustu barnabæklunarskurðlækna Vesturlanda. Hann fæddist 13. janúar 1935 og lauk læknanámi frá George Washington University Medical School í Washington D.C. 1960. Að lokinni fimm ára þjónustu í bandaríska flughernum tók við sérnám í bæklunarskurðlækningum við Mayo Clinic í Rochester Minnesota en þar starfaði hann og nam frá 1965-1970. Næst lá leið George til Bretlands þar sem hann nam barnabæklunarskurðlækningar í Oxford, Edinborg og London.

Eftir heimkomu til Bandaríkjanna starfaði George sem sérfræðingur í barnabæklunarlækningum við Children´s Memorial Hospital í Chicago 1971-1974. Hann hafði jafnframt á höndum stjórn allrar læknakennslu á bæklunardeild spítalans.

Á árunum 1975-1978 var George Simons aðstoðarprófessor í bæklunarlækningum við University of Washington, Seattle, Washington og starfaði þá við Children´s Orthopedic Hospital í Seattle.

Árið 1978 varð George Simons prófessor í bæklunarlækningum við Medical College of Wisconsin í Milwaukee. Hann var jafnframt yfirlæknir og stjórnandi bæklunardeildar Milwaukee Children´s Hospital og síðar yfirmaður alls skurðsviðs spítalans. Þessum störfum gegndi hann þar til hann varð að láta af störfum af heilsufarsástæðum á síðasta áratug liðinnar aldar.

George Simons var mikill fræðimaður. Eftir hann liggja tugir greina í sérfræðiritum auk þess sem hann hefur ritað kafla í allmörgum kennslubókum í barnabæklunarlækningum. Klumbufætur voru sérstakt áhugamál hans. Hann stofnaði til fyrsta alþjóðlega þingsins um klumbufætur í Milwaukee 1990. Næsta þing um þetta efni var síðan haldið í Amsterdam, Hollandi undir stjórn George 1996. Í kjölfar þingsins í Milwaukee 1990 kom út bókin „The Clubfoot" undir ritstjórn George Simons. Í bókinni eru birt erindi sem flutt voru á þinginu ásamt umræðum sem um þau urðu og athugasemdum ritstjóra. Bókin er frábær ekki hvað síst vegna umræðukafla og athugasemda. Þar kemur glögglega fram hversu flókið viðfangsefnið er og skoðanir jafnvel fremstu sérfræðinga heimsins skiptar.

Árið 1972 stofnaði Mihran O. Tachdjian prófessor og yfirlæknir við Children´s Memorial Hospital í Chicago til námskeiðs sem hann kallaði „Pediatric Orthopedic International Seminar". Þar var á níu dögum farið yfir allar helstu nýjungar í barnabæklunarlækningum. Námskeið þetta var rómað að gæðum og var haldið árlega um tveggja áratuga skeið. George Simons var náinn samstarfsmaður Tachdjians er námskeið þessi hófust. Hann var einn stjórnanda námskeiðanna og tíður fyrirlesari meðan heilsa entist.

Á starfsævi sinni hélt George Simons fjölda fyrirlestra í Bandaríkjunum, víðsvegar um Evrópu og í Austurlöndum, t.d. í Japan. Hann var því mjög vel þekktur meðal barnabæklunarlækna víða um heim og var meðal annars gerður að heiðursfélaga í félagi evrópskra barnabæklunarlækna 1986.

Það mun hafa verið um 1970. Ég var þá kominn heim eftir sérfræðinám í Bandaríkjunum og var á helgarvakt á Landspítalanum. Hringt var í mig frá skiptiborði spítalans og mér tjáð að í anddyri spítalans væri stödd íslensk kona með unnusta sínum bandarískum lækni og langaði hana að sýna honum íslenskt sjúkrahús. Það kom því í minn hlut að rölta með þeim um spítalann og sýna þeim það helsta. Ekki hvarflaði að mér þá að hér væri upphaf frekari kynna.

Áratug síðar 1979 skráði ég mig til þátttöku í „The 7th. Pediatric Orthopedic International Seminar" sem haldið var í Chicago. Ég hafði jafnframt tryggt mér vikudvöl á Children´s Memorial Hospital í Chicago eftir námskeiðið til að fylgjast með skurðstofu- og göngudeildarstarfsemi. Á námskeiðinu hitti ég George Simons sem ég í rauninni þekkti ekkert, en hann var þá orðinn prófessor og yfirlæknir við Children´s Hospital í Milwaukee. Hann bauð mér að koma til Milwaukee eftir dvölina í Chicago ef ég hefði tíma. Ég tók því lest til Milwaukee, skráði mig inn á hótel í grennd við Children´s Hospital og hringdi síðan í prófessor Simons til að fá að vita hvenær ég mætti koma á sjúkrahúsið næsta morgun. Skemmst er frá því að segja að ég var sóttur á hótelið og drifinn heim til þeirra hjóna þar sem ég dvaldist í yfirlæti þessa daga í Milwaukee. Þetta dæmi sýnir vel þá miklu og einlægu gestrisni og vináttu sem þau hjón sýndu ætíð og gerði það að verkum að manni leið strax vel í návist þeirra.

Nú fór í hönd tími vináttu og töluverðra samskipta. Þess skal þó strax getið að þar var George ætíð veitandinn en ég og íslenskir skjólstæðingar mínir þiggjendur. Alloft leitaði ég til George um álit og ráðleggingar í erfiðum og stundum sjaldgæfum sjúkdómstilfellum. Ætíð fékk ég mjög greinargóð og vel rökstudd álit send til baka.

Fyrir tæpum 10 árum hugðist ég kynna mér nýjungar í skurðaðgerðum nokkurra vel þekktra bæklunarsjúkdóma barna. Ég leitaði til George Simons og bað hann að benda mér á nokkra góða spítala þar sem ég gæti kynnst slíkum aðgerðum. Síðan ætlaði ég að skrifa þessum spítölum og leita eftir leyfi til heimsókna eins og ég hafði stundum gert áður. Í svarbréfi hafði George valið fimm spítala sem hann taldi hvað besta í meðferð þessara greina. Hann hafði jafnframt talað við yfirlækna þessara stofnana og var ég boðinn velkominn í heimsókn. Varð þetta til þess að dvöl mín á þessum stöðum varð jafnvel enn notadrýgri en ella hefði orðið. Í þessari ferð naut ég aftur gestrisni þeirra hjóna í Milwaukee um nokkurra daga skeið.

George Simons var í mörgu andstæða þess sem oft er talið einkenna framámenn. Hann var hæglátur, yfirvegaður og barst lítið á. Hann var ákaflega hjálpsamur og greiðvikinn. Fyrst og fremst tel ég þó að hann hafi verið metinn af samverkamönnum fyrir eljusemi og afburða þekkingu í barnabæklunarlækningum.

Um hann má vissulega segja að gömlum íslenskum hætti: Hann var drengur góður.

Fréttatilkynning frá Eli Lilly:

Niðurstöður rannsókna birtar opinberlega

Eli Lilly & Company hefur sent frá sér yfirlýsingu þess efnis að frá og með síðasta fjórðungi þessa árs muni fyrirtækið birta opinberlega allar niðurstöður úr klínískum rannsóknum sem kostaðar eru af fyrirtækinu. Lilly er frumkvöðull á þessu sviði og með þessu verkefni hefur fyrirtækið sett fram ný viðmið varðandi birtingu á niðurstöðum úr rannsóknum.

Eftirfarandi er haft eftir Sidney Taurel stjórnarformanni og forstjóra Lilly: „Lilly skilur að sjúklingar, viðskiptavinir og gagnrýnendur eru að leita eftir gagnsæjum svörum sem leggja sitt af mörkum til ákvarðanatöku á sviði heilbrigðismála. Tilkynning okkar sýnir viðleitni til að birta opinberlega upplýsingar úr klínískum rannsóknum framkvæmdum af Lilly. Þessi birting ætti að verða ómetanleg fyrir sjúklinga og lækna þegar þeir þurfa að taka upplýstar ákvarðanir um lyf frá Lilly."

Birtar verða niðurstöður allra Fasa I til Fasa IV rannsókna á markaðssettum lyfjum, hvar sem þær eru framkvæmdar í heiminum. Þar að auki mun fyrirtækið byrja að birta upphaf allra klínískra rannsókna í Fasa III og Fasa IV. Einnig verður birt lýsing á hönnun og aðferðarfræði rannsóknanna og allar niðurstöður hvort sem þær styðja þær kenningar sem verið var að prófa eður ei.

Lilly hefur með þessu skuldbundið sig til þess að birta allar rannsóknarniðurstöður á hlutlausan og nákvæman hátt. Þessar upplýsingar verða birtar á veffanginu: *www.lillytrials.com*. Auk þess vill Lilly ítreka og staðfesta aftur þær skuldbindingar sínar að haldið verður áfram að birta upplýsingar um rannsóknir á alvarlegum og lífshættulegum sjúkdómum sem Lilly er að byrja að framkvæma. Þessar upplýsingar verða áfram birtar á veffanginu: *www.clinicaltrials.gov*.

Byrjað verður á að birta upplýsingar um allar klínískar rannsóknir á markaðssettum lyfjum sem lokið hefur verið eftir 1. júlí 2004. Auk þess mun skráin vera afturvirk og birtar verða niðurstöður skráningarrannsókna á virkni og öryggi skráningarrannsókna á markaðssettum lyfjum sem hafa verið samþykkt eftir 1. júlí 1994.

Fyrirtækið mun fela óháðum þriðja aðila að endurskoða, yfirfara og staðfesta að verið sé að fylgja þessum loforðum eftir varðandi birtingu niðurstaðnanna.

Ef óskar er frekari upplýsinga um þetta málefni vinsamlegast hafið samband við Solveigu Sigurðardóttir, lyfjafræðing og rannsóknarfulltrúa eða Helenu Líndal, lyfjafræðing og rannsóknarfulltrúa í síma 520 3400.

Reglur Fjölskyldu- og styrktarsjóðs sjúkrahúslækna og heilsugæslulækna

Nýmæli í reglunum eru undirstrikuð og með leturbreytingum en strikað yfir það sem fellt var út. Sérstök athygli skal vakin á 3. og 8. grein reglnanna.

1. gr.

Fjölskyldu- og styrktarsjóður sjúkrahúslækna og heilsugæslulækna, hér eftir nefndur FOSSH, er stofnaður með annars vegar kjarasamningi Læknafélags Íslands v/ sjúkrahúslækna og fjármálaráðherra f.h. ríkissjóðs og St. Franciskusspítala dags. 2. júlí 2001 og hins vegar með úrskurði kjaranefndar vegna heilsugæslulækna dags. 4. desember 2001.

Sjóðurinn lýtur sérstakri stjórn.

Heimili og varnarþing sjóðsins er á starfstöð Læknafélags Íslands.

2. gr.

Hlutverk FOSSH er skv. greindum kjarasamningi og úrskurði kjaranefndar:

1. að taka við iðgjöldum launagreiðanda og ávaxta þau,
2. að taka við umsóknum, ákvarða og annast greiðslur til sjóðsfélaga í fæðingarorlofi, þegar fyrir liggur samkvæmt útreikningum að viðkomandi hefði notið betri réttar skv. reglum kjarasamnings sjúkrahúslækna dags. 1. desember 1997 eða reglugerð nr. 410/1989 um barnsburðarleyfi starfsmanna ríkisins, er giltu um fæðingarorlof sjóðsfélaga fyrir gildistöku laga nr. 95/2000, en sjóðsfélagi nýtur skv. lögum nr. 95/2000. Skilyrði réttinda til greiðslna úr sjóðnum, er að læknir hafi á einhverjum tíma notið framangreindra réttinda til fæðingarorlofs eins og þau voru fyrir gildistöku laga nr. 95/2000. Uppgjör vegna barnsburðarleyfis getur eingöngu varðað lækni í starfi í samræmi við lög um fæðingarorlof nr. 95/2000 og reglur kjarasamnings dags. 1. desember 1997 / reglugerð nr. 410/1989 um barnsburðarleyfi starfsmanna ríkisins.
3. ***að veita sjóðsfélögum sem eignast barn, taka barn til ættleiðingar eða í varanlegt fóstur 1. janúar 2005 eða síðar sérstakan fæðingarstyrk að fjárhæð kr. 300.000. Fjárhæðin er sú sama þótt báðir foreldrar séu sjóðsfélagar. Ef um fjölbura er að ræða hækkar fjárhæðin um 50% fyrir hvert barn.***
   Ef sjóðsfélagi á rétt skv. 2. tl. þessarar greinar sem er meiri en sem nemur fæðingarstyrk fær sjóðsfélagi ekki fæðingarstyrk. Ef sjóðsfélagi á rétt skv. 2. tl. þessarar greinar sem er minni en sem nemur fæðingarstyrk fær sjóðsfélagi fæðingarstyrk sem nemur mismuninum á rétti skv. 2. tl. og fullum fæðingarstyrk skv. þessum tl. Sjóðsfélagi getur kosið að sækja eingöngu um fæðingarstyrk skv. 3. tl.
4. Samkvæmt ákvörðun sjóðsstjórnar er hlutverk sjóðsins að öðru leyti, að veita sjóðsfélögum styrki, sjá. 8. gr., samkvæmt rökstuddri ákvörðun sjóðsstjórnar hverju sinni, þannig að komið sé til móts við:
   a) tekjutap sjóðsfélaga vegna ólaunaðrar fjarveru frá læknisstörfum vegna veikinda sjóðsfélaga eða náinna vandamanna hans eða vegna annarra sérstakra persónulegra aðstæðna
   b) óbætt áföll vegna óvæntra starfsloka eða annarra óvæntra áfalla sjóðsfélaga.

3. gr.

Sjóðsaðild eiga:

1. læknar á sjúkrahúsum, sem starfa skv. kjarasamningi Læknafélags Íslands f.h. sjúkrahúslækna og fjármálaráðherra f.h. ríkissjóðs, sbr. 5. gr.
2. læknar, sem starfa á sjálfseignarstofnunum eða öðrum stofnunum, hjá félögum eða fyrirtækjum skv. starfskjarasamningum er taka mið af kjarasamningi sjúkrahúslækna á hverjum tíma og launagreiðandi þeirra greiðir iðgjöld til sjóðsins, sbr. 5. gr.
3. heilsugæslulæknar á starfskjörum samkvæmt úrskurði kjaranefndar *eða heilsugæslulæknar sem starfa skv. kjarasamningi Læknafélags Íslands f.h. heilsugæslulækna og fjármálaráðherra f.h. ríkissjóðs, sbr. 5. gr.*
4. aðrir læknar sem óska eftir aðild að sjóðnum og launagreiðandi þeirra greiðir iðgjöld til sjóðsins, sbr. 5. gr.

Réttindi til styrkja skulu vera bundin því starfshlutfalli, sem læknir gegnir á þeim tíma sem umsókn kemur fram, nema sérstakar aðstæður mæli gegn þeirri niðurstöðu að mati sjóðstjórnar.

Réttur til styrkúthlutunar úr sjóðnum er bundin því að iðgjald hafi verið greitt vegna sjóðsfélaga í a.m.k. þrjá mánuði áður en tekjutap eða útgjöld, sem veita rétt til styrks úr sjóðnum, áttu sér stað. Sjóðsstjórn getur vikið frá þessu skilyrði við sérstakar aðstæður sjóðsfélaga.

Sjóðurinn bætir tímabundið tekjutap á vinnumarkaði. Réttur til framlags úr sjóðnum fellur niður þegar sjóðsfélagi hættir störfum og iðgjöld hætta að berast sjóðnum.

Sjóðsstjórn er þó heimilt í sérstökum tilvikum að veita lækni styrk úr sjóðnum allt að fimm árum eftir að læknir hætti störfum og iðgjöld bárust sjóðnum vegna starfa hans.

Sjóðsstjórn getur hafnað umsókn sjóðsfélaga skv. ***4.*** 3. tl. 2. gr. með rökstuðningi, hafi sjóðsfélagi notið framlags úr sjóðnum samkvæmt þeirri heimild á síðustu tólf mánuðum fyrir dagsetningu nýrrar umsóknar til sjóðsins.

4. gr.

Stjórn sjóðsins skal skipuð þremur fulltrúum sjúkrahúslækna og einum fulltrúa heilsugæslulækna tilnefndum af stjórn Læknafélags Íslands til þriggja ára í senn og skal formaður tilnefndur sérstaklega.

Stjórnin skiptir með sér verkum.

Um hæfi stjórnarmanna til meðferðar einstakra mála

fer eftir ákvæðum stjórnsýslulaga á hverjum tíma. Reynist stjórnarmaður vanhæfur til meðferðar einstaks máls skal stjórn Læknafélags Íslands tilnefna staðgengil hans til meðferðar málsins.

Stjórnarsamþykkt er lögleg ef a.m.k. þrír stjórnarmanna greiða henni atkvæði. Sjóðsstjórn ber að rökstyðja niðurstöður sínar og afgreiðslu umsókna til sjóðsins í fundargerð, sem skal rituð á fundum stjórnar. Niðurstaða stjórnar er endanleg afgreiðsla máls.

Stjórnarfundir skulu haldnir svo oft sem þurfa þykir, – þó a.m.k. fjórum sinnum á ári. Umsóknir skulu afgreiddar innan átta vikna frá því að þær berast skrifstofu sjóðsins.

Skýrsla stjórnar sjóðsins, ásamt reglum sjóðsins skal birt í Læknablaðinu þegar endurskoðaðir reikningar sjóðsins liggja fyrir.

5. gr.

Tekjur sjóðsins eru:

a. Iðgjöld launagreiðanda, nema 0,33 % af heildarlaunum sjóðsfélaga, sbr. kjarasamning sjúkrahúslækna ~~dags. 2. júlí 2001~~ og úrskurð kjaranefndar ~~dags. 4. desember 2001~~ *og kjarasamning heilsugæslulækna*, við stofnun allt frá 1. janúar 2001. Iðgjaldið skal greitt mánaðarlega eftirá skv. útreikningi launagreiðanda.
b. Vextir og verðbætur af innstæðum sjóðsins.
c. Aðrar tekjur.

6. gr.

Sjóðurinn greiðir allan kostnað af starfsemi sinni.

Stjórn sjóðsins hefur umsjón með sjóðnum og mælir fyrir um ávöxtun hans.

Læknafélag Íslands annast, með samningi við stjórn sjóðsins, almenna afgreiðslu fyrir sjóðinn, færslu bókhalds, undirbúning þess í hendur endurskoðanda og uppgjör opinberra gjalda vegna fyrirgreiðslu sem sjóðurinn veitir sjóðsfélögum.

7. gr.

Reikningsár sjóðsins er almanaksárið.

Löggiltir endurskoðendur Læknafélags Íslands endurskoða reikninga sjóðsins. Skal endurskoðandi senda stjórn sjóðsins reikningana, með áritun sinni og athugasemdum fyrir 1. apríl ár hvert. Reikningarnir skulu jafnframt, ásamt skýrslu stjórnar, lagðir fram til kynningar á aðalfundi Læknafélags Íslands.

Skylt er að senda launagreiðendum, sem greiða til sjóðsins, endurskoðaða reikninga sjóðsins.

8. gr.

Starfsreglur um afgreiðslu umsókna og úthlutun styrkja:

1) Sækja þarf um framlög og styrki til sjóðsins á sérstöku umsóknareyðublaði. Nauðsynleg gögn skulu fylgja umsókn í frumritum eða staðfestum afritum, s.s. læknisvottorð, vottorð launagreiðanda og önnur vottorð er varða erindið. Reikningar, sem framvísað er, skulu bera með sér nafn umsækjanda. Með umsókn um uppgjör vegna fæðingarorlofs skulu öll sömu gögn fylgja umsókn til sjóðsins og beint er til Fæðingarorlofssjóðs skv. lögum nr. 95/2000. ***Með umsókn um fæðingarstyrk verður sjóðsfélagi að skila til sjóðsins staðfestingu um fæðingu barns, ættleiðingu eða að barn sé tekið í varanlegt fóstur.***
   Stjórn sjóðsins getur óskað frekari gagna til upplýsinga um málsatvik hjá umsækjanda, telji hún þörf á því. Stjórn sjóðsins vinnur úr umsóknum og kynnir umsækjendum niðurstöður bréflega og með rökstuðningi með vísan í reglur sjóðsins eða mat stjórnar.
2) Styrkir skv. ***4.*** ~~3.~~ tl. 2. greinar.
   Sjóðsstjórn er heimilt að ákveða styrk til sjóðsfélaga vegna ólaunaðrar fjarveru hans frá vinnu með jöfnum greiðslum í allt að þrjá mánuði:
   vegna 70-100 % starfs kr. ***15.000*** fyrir hvern virkan dag
   vegna 25-69% starfs kr. ***8.000*** fyrir hvern virkan dag
   Sjóðsstjórn er heimilt að veita sjóðsfélaga styrk úr sjóðnum með eingreiðslu allt að kr. ***600.000*** vegna sérstakra aðstæðna sem hafa í för með sér launamissi eða veruleg sérstök fjárútlát sjóðsfélaga.

Fjárhæðir þessar, ***sem og skv. 3. tl. 2. gr.***, skulu endurskoðaðar 1. janúar ár hvert m.v. breytingar á vísitölu neysluverðs,- í fyrsta skipti 1. janúar 2006.

Af greiðslum til sjóðsfélaga í fæðingarorlofi og af styrkjum, sem veittir eru skv. 3. og ***4.*** tl. 2. greinar, ber sjóðnum að halda eftir og skila staðgreiðsluskatti og af greiðslum í fæðingarorlofi ber sjóðnum að halda eftir og skila lífeyrissjóðsframlagi sjóðsfélaga og greiða og skila mótframlagi sjóðsins til lífeyrissjóðs viðkomandi, m.a. samningsbundnu viðbótarframlagi sé eftir því óskað.

9. gr.

Liggi fyrir lögmæt ákvörðun um að leggja sjóðinn niður skal stjórn hans taka ákvörðun um ráðstöfun eigna sjóðsins með almenna hagsmuni sjóðsfélaga að leiðarljósi.

10. gr.

Sjóðstjórn skal endurskoða reglur sjóðsins fyrir 1. apríl 2004 og síðan a.m.k. á fimm ára fresti.

11. gr.

Þannig samþykkt í stjórn Fjölskyldu- og styrktarsjóðs sjúkrahúslækna og heilsugæslulækna á fundum stjórnar að Hlíðasmára 8, Kópavogi hinn 11. desember 2001, 10. desember 2002 og 5. apríl 2004.

Reglur þessar taka þegar gildi.



200416

Taktu þér góðan tíma...

...þegar þér hentar

Virkni Cialis varir í allt að **36 klukkustundir**

Einstaklingar sem tóku 20 mg af Cialis sýndu marktækan mun á stinningu og getu til að stunda kynlíf í allt að 36 klst. eftir inntöku lyfsins. 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.

Cialis™
tadalafil

Eli Lilly · Útibú á Íslandi · Brautarholti 28 · Pósthólf 5285
125 Reykjavík · Sími 520 3400 · Fax 520 3401 · www.lilly.com

Sérlyfjatexti á bls. 890

Blóðgjöf

Í FRAMHALDI af umræðunni um **transfusion** í síðasta pistli sendi Soili H. Erlingsson, læknir í Blóðbankanum, tölvupóst og sagðist lengi hafa notað íslenska heitið **blóðgjöf** um **blood donation**, en **blóðinngjöf** um **hemotransfusion**. Það bætist þá í hóp þeirra sem tilgreind voru: **blóðgjöf, blóðfærsla** og **blóðveita**. Íslensk orðabók Eddu birtir tvær skýringar með flettunni **blóðgjöf**: *það að láta taka úr sér blóð til að gefa öðrum manni; það að gefa sjúklingi blóð.*

Spaugari í læknastétt, sem ekki vildi láta nafns getið, hringdi og setti fram þá skoðun að heitið **blóðgjafi** hlyti einnig að hafa tvær merkingar: *sá sem gefur sitt eigið blóð* og *sá sem gefur sjúklingi blóð úr öðrum.* Fjölmargir heilbrigðisstarfsmenn væru því „blóðgjafar" án þess nokkru sinni að gefa sitt eigið blóð. Þá vildi hann vekja athygli á að orðið **gjöf** væri mest notað um hlutinn sem gefinn er, til dæmis **afmælisgjöf**, en einnig um það að gefa, samanber orðasambandið *að taka fé á gjöf.* Öðru máli gegndi um orðið **blóðgjöf**, það væri eingöngu notað um það að gefa blóð. *Þannig eigi ekki að segja að sjúklingur fái blóðgjöf, heldur að hann fái blóð.* Þessu er hér með komið á framfæri.

Blóðhlutar

Þá vildi Soili vekja athygli á því að sjúkdómar, sem smitast við **blóðgjöf**, geta alveg eins smitast við **blóðhlutagjöf**, það er þegar gefið er **rauðkornaþykkni**, **blóðflagnaþykkni** eða **plasma**. Hún gaf til kynna að aðvaranir sem tilgreina smithættu aðeins þannig: „Getur smitast við blóðgjöf", ættu að vera þannig: „Getur smitast við blóð- eða blóðhlutagjöf."

Blóðeitrun

Þorkell Jóhannesson, prófessor emeritus, sendi tölvupóst og sagði orðið **blóðeitrun**, sem heiti á **sepsis**, hafa unnið sér slíka hefð í málinu að erfitt væri að berjast gegn því. Undirritaður hélt enn fram heitinu **sýklasótt** og benti á að orðið **blóðeitrun** væri úr sér gengið og oft ranglega notað – af leikmönnum og jafnvel læknum – til dæmis þegar rauð strik sæjust út frá bólgustað. Slíkt nefndu leikmenn gjarnan blóðeitrun. Þar væri þó á ferðinni **bráð eitilæðabólga**, **lymphangitis acuta**, en ekki eiginleg blóðsýking, hvað sem síðar yrði.

Undirritaður skorar nú á lækna að leita uppi umræðuna um **sepsis** í íðorðapistlum númer 62-64 og skoða allar tillögurnar. Þetta efni er að finna á vefsíðum Læknablaðsins undir fyrirsögninni **Fylgirit,** nánar tiltekið í fylgiriti 41. Umræða hefur næsta lítil orðið og kominn er tími til að taka afstöðu.

Svæsni

Þýðandi nokkur hafði samband til að fá álit á tillögu sinni að þýðingu á læknisfræðilegu orðasambandi í löngum texta. Hann var meðal annars að fást við þýðingu úr ensku þar sem fyrir komu orðin: „the severity of her symptoms was such that she could not stay still." Nú hafði honum komið í hug að nota orðið **svæsni** í þýðingu sinni og segja: „svæsni einkenna hennar var slík að hún gat ekki verið kyrr." Undirritaður lagðist þegar gegn þessu, með þeim rökum að þarna væri komið enn eitt dæmið um nafnorðanotkun enskunnar, sem ekki ætti að yfirfæra á íslensku. Betur færi á að segja: „einkenni hennar voru það mikil að hún gat ekki verið kyrr." Þá sagðist undirritaður vera efins um að orðið **svæsni** væri til í íslensku. Byggðist það á uppflettingu í Ensk-íslenskri orðabók Arnar og Örlygs. Þar eru þýðingar fyrir nafnorðið **severity** tilgreindar þannig: *1. strangleiki, harka, harðneskja; vægðarleysi. 2. alvara. 3. látleysi. 4. strangasta nákvæmni.*

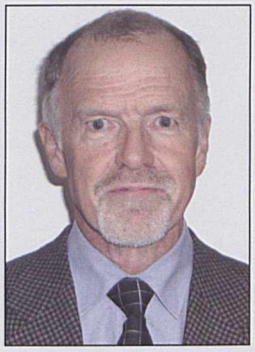
Undrun undirritaðs varð því mikil þegar í ljós kom að Íslensk orðabók Eddu birtir nafnorðið **svæsni** með lýsingunni: *það að vera svæsinn.* Þá var einnig til gamans flett upp í Samheitaorðabókinni og – viti menn! – **svæsni** birtist einnig þar. Tilgreind eru samheitin *ákafi, ofsi, ofstæki, æsingur, öfgar.* Í Orðsifjabók Ásgeirs Blöndal Magnússonar er **svæsni** sagt merkja *ákefð, ofsi, ofstæki.* Uppruni er ekki fullljós, en lýsingarorðið **svæsinn** er að minnsta kosti frá 18. öld og hefur líklega upprunatengsl við norsku. Nú má spyrja hvort not séu fyrir nafnorðið **svæsni** í læknisfræði?

Brjóstmyndataka

Baldur Sigfússon, röntgenlæknir hjá Krabbameinsfélaginu, hringdi og sagðist vilja gera greinarmun á brjóstmyndatöku sem færi fram hjá einkennalausum konum vegna hópleitar eða skimunar og þeirrar sem færi fram vegna einhverra einkenna eða merkja um meinsemd í brjósti. Fyrri myndatakan er nefnd **screening mammography** á ensku en sú síðari **clinical mammography** eða **diagnostic mammography**. Undirrituðum fannst liggja beint við að sú fyrri nefndist þá **skimunar(brjóst)myndataka** og sú síðari **greiningar-(brjóst)myndataka**. Svigarnir tákna að sleppa megi orðhlutanum **brjóst** þegar ljóst er hvað við er átt.

Skima

Baldur gerði um leið athugasemd við þann sið að tala um að **skima fyrir** einhverju, hann vildi halda sig við eldri málvenju um að **skima eftir** einhverju. Undirritaður tók undir þetta en fann svo í Íslenskri orðabók að báðar samsetningarnar væru fullgildar. Sögnin **skima** merkir: *1 líta í kringum sig, skyggnast um, horfa. 2 (um bát, sleða eða þ.h.) geiga frá beinni stefnu, stefna til hliðar. 3 leita kerfisbundið með rannsóknum eða prófunum (að e-u óæskilegu eða óeðlilegu), skoða lauslega (í leit að e-u).*



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

Jóhann Heiðar er læknir á Landspítala Hringbraut.



Þarftu að læra að lifa með þessu?

Merkjanleg áhrif eftir eina viku

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

Pfizer

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

Sérlyfjatexti á bls. 902

Detrusitol® Retard
tolterodin
2,8 mg X 1

Faraldsfræði í dag

Þáttagreining

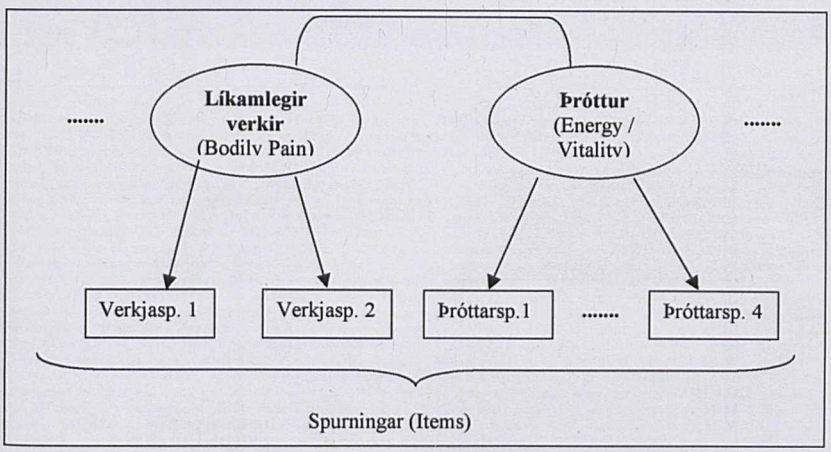


Anna Birna Almarsdóttir

annaba@hi.is

Mikið er um að spurningamælitæki (svokallaðir skalar) ýmis konar séu notuð í faraldsfræðirannsóknum. Þar sem notkun skala er að aukast er nauðsynlegt að þekkja til þáttagreiningar (e. factor analysis). Þáttagreining er mikilvæg aðferð til að kanna réttmæti skala, en margar aðferðir aðrar eru notaðar í þeim tilgangi. Þáttagreining er tölfræðiaðferð sem byggir á sálfræðikenningum um að hugtök tengist hjá svarendum spurningalista (1).

Eitt mikilvægasta hugtakið í þáttagreiningu er hin undirliggjandi breyta (e. latent variable). Þegar skalar eru þróaðir og notaðir er það með því markmiði að mæla ákveðið hugtak eða undirliggjandi breytu. Til dæmis er skalanum SF-36 ætlað að mæla hugtakið heilsutengd lífsgæði. Stundum er um að ræða undirhugtök í skalanum sem saman ná utan um heildarhugtakið. Í dæminu um SF-36 er um að ræða 8 mismunandi undirhugtök (til dæmis líkamlegir verkir og þróttur) sem saman mæla heilsutengd lífsgæði (2). Á myndinni má sjá hvernig þáttalíkanið er hugsað fyrir hluta af SF-36.



Þáttagreining fer þannig fram að úrtak er beðið að svara spurningalistanum (skalanum) og síðan eru svör þeirra kóðuð og slegin inn til tölfræðilegrar greiningar. Í þáttagreiningu er áætluð stærð tengsla milli spurningarinnar og hugtaksins á grundvelli svara úrtaksins. Tölfræðilega úrvinnslan byggir á því að reikna út tengsl spurningarinnar við allar hinar spurningarnar í einu. Í tilfelli SF-36 væri til dæmis prófað hvernig spurningar um líkamlega verki tengjast hver annarri og svo framvegis. Þessi tengsl eru kölluð factor loadings á ensku. Þannig fengist heildarmynd af tengingunum innbyrðis sem síðan gæfi upplýsingar um hversu sterkt líkanið af skalanum var. Ef tengsl eru tölfræðilega marktæk þá styrkir það gildi skalans.

Þáttagreining nýtist þannig í þróun skala við að prófa:

- Hvort spurningar (e. item) tilheyra ákveðnu undirhugtaki skalans. Ef einhver spurning virðist samkvæmt þáttagreiningu ekki tilheyra hugtakinu er prófað að taka hana út og endurprófa skalann.
- Hvernig skalinn sem heild virkar sem mælitæki á hugtakið.

Þáttagreining hefur því aðallega að markmiði að einfalda gögnin (e. data reduction). Þegar búið er að komast að eiginleikum skalans eftir þáttagreiningu er hægt að mæla áreiðanleika hans með ýmsum aðferðum og er þá oft reiknaður svokallaður innri áreiðanleiki (internal consistency) með Cronbach's alfastuðli eða KR-20 á öllum þeim spurningum sem eftir eru að lokinni þáttagreiningu innan hvers þáttar fyrir sig.

Til eru tvær tegundir þáttagreiningar og nefnast þær á ensku Confirmatory Factor Analysis (CFA) og Exploratory Factor Analysis (EFA). Flestir sem hafa framkvæmt þáttagreiningu þekkja EFA, en sú aðferð byggir á því að rannsóknamaður gerir sér ekki fyrirfram hugmynd um hvernig líkanið lítur út, hann ákvarðar ekki fyrirfram hve mörg hugtök er um að ræða, heldur lætur forritið um að reikna út líklegasta fjölda hugtaka og hvaða spurningar tengjast hverju hugtaki. Í CFA er hins vegar ákveðið fyrirfram hvernig líkanið lítur út byggt á þekkingu á viðfangsefninu og líkanið prófað. Af þessum tveim tegundum er CFA mun sterkari aðferð vegna þess að hún prófar í raun líkan en lætur ekki tölfræðiforrit finna besta líkanið eins og gert er í EFA.

Til er ágætur texti á íslensku um þróun mælitækja (3). Að auki er til mjög aðgengileg bók á ensku (1). Fyrir þá sem vilja kynna sér CFA er bent á bók eftir Bollen (4).

Heimildir

1. deVellis RF. Scale Development. Theory and Applications. Newbury Park: Sage Publications, 1991.
2. Ware JJ, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30: 473-83.
3. Árnadóttir G. Þróun mælitækja: stöðlun, réttmæti og áreiðanleiki. Í: Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.) Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum. Akureyri: Háskólinn á Akureyri, 2003.
4. Bollen KA. Structural Equations with Latent Variables. New York: John Wiley & Sons, 1989.

Höfundur er lyfjafræðingur, dósent í stefnumörkun og stjórnun lyfjamála við lyfjafræðideild HÍ og framkvæmdastjóri ráðgjafafyrirtækisins AL-BAS ehf.

Celebra (celecoxib)

Ábendingar Til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar og iktsýki. **Skammtar og lyfjagjöf** *Slitgigt:* Ráðlagður dagsskammtur er yfirleitt 200 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Hjá sumum sjúklingum með ófullnægjandi linun einkenna getur verið ávinningur í því að nota 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring. *Iktsýki:* Ráðlagður dagsskammtur er 200-400 mg skipt í tvo skammta. Ráðlagður hámarksskammtur á sólarhring, fyrir hvort tveggja slitgigt og iktsýki, er 400mg. Nota má Celebra með eða án matar. *Aldraðir:* Oldruðum (>65 ára) einkum þeim sem eru innan við 50 kg að líkamsþyngd á í upphafi meðferðar að gefa minni skammtinn (200 mg á sólarhring). Síðar meir má eftir þörfum auka skammtinn í 400 mg á sólarhring *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. *Börn:* Celecoxib er ekki ætlað börnum. **Frábendingar** Saga um ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna .Þekkt ofnæmi fyrir sulphonamidum.Virkt ætísár eða blæðingar í meltingarvegi. Sjúklingar sem hafa fengið astma, bráða nefslímubólgu, nefsepa (nasal polyps), ofsabjúg, ofsakláða eða annars konar ofnæmi eftir notkun asetýlsalisýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) þar með taldir cyclooxygenasa-2 (COX-2) hemlar.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 vansköpunum.Hugsanleg áhætta fyrir þungaðar konur er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Brjóstagjöf (sjá 4.6 og 5.3). Alvarlega skert lifrarstarfsemi (albúmín í sermi < 25 g/l eða Child-Pugh 10) .Sjúklingar með áætlaða kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín.Bólgusjúkdómur í þörmum. Alvarleg hjartabilun (congestive heart failure (NYHA III-IV)). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun** Vegna mögulegrar aukningar aukaverkanna með auknum skömmtum celecoxibs, annarra COX-2 hemla og bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID), á að fylgjast vel með sjúklingum þegar skammtar eru auknir og ef æskileg verkun eykst ekki á að hugleiða önnur meðferðarúrræði. Fylgikvillar í efri hluta meltingarvegar (gatmyndun, sár og blæðingar, hafa komið fram hjá sjúklingum sem fengið hafa meðferð með celecoxibi, og hafa stundum verið banvænir. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum sem eru í sérstakri hættu á að fá aukaverkanir frá meltingarvegi vegna notkunar bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID), má þar nefna aldraða, sjúklinga sem nota önnur bólgueyðandi gigtarlyf eða asetýlsalisýlsýru samtímis eða sjúklinga með sögu um sjúkdóm í meltingarvegi svo sem sáramyndun eða blæðingar.Aukin hætta er á aukaverkunum frá meltingarvegi ef celecoxib, aðrir COX-2 hemlar og bólgueyðandi gigtarlyf eru tekin samtímis asetýlsalisýlsýru (jafnvel í litlum skömmtum). Sértækir COX-2 hemlar hafa engin áhrif á blóðflagnasamloðun og geta því ekki komið í staðinn fyrir asetýlsalisýlsýru sem fyrirbyggjandi meðferð við hjarta- og æðasjúkdómum. Þar sem celecoxib hindrar ekki blóðflagnasamloðun, á ekki að hætta blóðþynningarmeðferð (t.d. meðferð með asetýlsalisýlsýru) og hugleiða ætti blóðþynningarmeðferð hjá sjúklingum sem eru í aukinni hættu eða hafa sögu um hjarta- og æðasjúkdóma eða önnur tilvik segareks (fyrri saga um hjartavöðvafleygdrep, hjartaöng, hjartabilun vegna blóðburðar, kransæðajúkdóm, heilablóðfall, blóðþurrð í heila, kransæðahjáveituaðgerð eða æðaaðgerð í útlimum). Vegna þessara lyfhrifa sértækra COX-2 hemla á að gæta varúðar hjá sjúklingum með sögu um hjartabilun vegna blóðburðar. Viðeigandi ráðstafanir skulu gerðar og íhuga hvort hætta eigi meðferð celecoxibs ef fram kemur klínískt merki um að ástand þessara sjúklinga sé að versna. 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 versnandi 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 bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) sem miðað var við.Celecoxib hamlar CYP2D6. Enda þótt það sé ekki öflugur hemill þessa ensíms kann að vera nauðsynlegt að minnka skammta þeirra lyfja sem skömmtuð eru einstaklingsbundið og umbrotna fyrir tilstilli CYP2D6 Gæta skal varúðar við meðferð sjúklinga sem vitað er að hafa lélega CYP2C9 ensímvirkni. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá alvarlegum áhrifum á húð, þar með talið skinnflagningsbólgu, Stevens-Johnson heilkenni og eitrunardrepi í húð í tengslum við notkun bólgueyðandi gigtarlyfja þar á meðal celecoxib. Greint hefur verið frá ofnæmi (bráðaofnæmi og ofnæmisbjúg) hjá sjúklingum sem fengu celecoxib. Vera má að sjúklingar með sögu um ofnæmi fyrir sulphonamidum séu í meiri hættu að fá ofnæmi. Hætta skal notkun celecoxibs strax og fram koma merki um ofnæmi. Celecoxib getur dulið hita og önnur merki um bólgu. Alvarlegar blæðingar hafa komið fyrir hjá sjúklingum sem jafnframt nota warfarin. Gæta skal varúðar þegar celecoxib er notað samtímis warfarini og öðrum blóðþynningarlyfjum til inntöku. Celebra hylki innihalda mjólkursykur (149,7 mg). Sjúklingar með sjaldgæfan arfgengan kvilla galaktósaóþol, Lapp laktasa skort eða glúkósa-galaktósavanfrásog ættu ekki að taka þetta lyf. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir** *Lyfhrifamilliverkanir* Fylgjast skal með blóðstorkuvirkni, einkum fyrstu dagana eftir að celecoxib meðferð hefst eða henni er breytt hjá sjúklingum sem nota warfarin eða önnur blóðþynningarlyf, vegna þess að þessir sjúklingar eru í aukinni hættu á að fá blæðingafylgikvilla. Þess vegna er mikilvægt að fylgjast vel með prótrombíntíma INR hjá sjúklingum sem nota blóðþynningarlyf til inntöku, sérstaklega fyrst eftir að meðferð með celecoxibi hefst og þegar henni er breytt. Greint hefur verið frá blæðingum í tengslum við lengingu prótrombíntíma, einkum og sér í lagi hjá öldruðum sjúklingum, sem nota samtímis warfarin og celecoxib og hefur þetta í sumum tilvikum verið banvænt. Bólgueyðandi gigtarlyf geta dregið úr virkni þvagræsilyfja og háþrýstingslyfja. Eins og við á um bólgueyðandi gigtarlyf getur hætta á bráðri nýrnabilun aukist við samtímis notkun ACE-hemla og celecoxibs. Á það hefur verið bent að samtímis notkun bólgueyðandi gigtarlyfja og ciclosporins eða tacrolimus geti aukið eituráverkanir 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 asetýlsalisýlsýru en það kemur þó ekki í stað asetýlsalisýlsýru sem notuð er til fyrirbyggjandi meðferðar við hjarta- og æðasjúkdómum. Eins og við á um önnur bólgueyðandi gigtarlyf, benda rannsóknir til að samtímis notkun celecoxibs og lítilla skammta asetýlsalisýlsýru leiði til aukinnar hættu á sáramyndun í meltingarvegi og öðrum fylgikvillum í efri hluta meltingarvegar, samanborið við celecoxib eitt og sé. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla** Sjúklingar sem finna fyrir sundli, svima eða syfju þegar þeir nota celecoxib eiga ekki að aka bifreið eða nota vélar.**Aukaverkanir** *Sýkingar af völdum baktería og sníkjudýra* Algengar: Skútabólga, sýkingar í efri hluta öndunarvegar. Sjaldgæfar: Þvagfærasýkingar. *Blóð og eitlar* Mjög sjaldgæfar: Hvítfrumnafæð, blóðflagnafæð. *Efnaskipti og næring* Sjaldgæfar: Blóðkalíumhækkun. *Geðræn vandamál* Algengar: *Svefnleysi*. Sjaldgæfar: Kvíði, þunglyndi, þreyta.*Taugakerfi* Algengar: Sundl. Sjaldgæfar: Þokusýn, ofspenna vöðva, náladofi.Mjög sjaldgæfar: Osamhæfing vöðvahreyfinga, breytt bragðskyn. *Eyru og völundarhús* Sjaldgæfar: Eyrnasuð. *Hjarta* Sjaldgæfar: Hjartslátturónot. *Æðar* Sjaldgæfar: Háþrýstingur. *Öndunarfæri*, þrjósthol og miðmæti Algengar: Kokbólga, nefslímubólga. Sjaldgæfar: Hósti, mæði. *Meltingarfæri* Algengar: Kviðverkir, niðurgangur, meltingartruflun, vindgangur. Sjaldgæfar: Hægðatregða, ropi, magabólga, munnbólga, uppköst. Mjög sjaldgæfar: Sáramyndun í maga, skeifugörn og vélinda, kyngingartregða, gatmyndun í meltingarvegi, vélindisbólga, sortusaur. *Lifur og gall* Sjaldgæfar: Oeðlileg lifrarstarfsemi. Húð og undirhúð *Algengar: Útbrot*. Sjaldgæfar: Ofsakláði.Mjög sjaldgæfar: Hárlos, aukið ljósnæmi. Stoðkerfi og stoðvefur *Sjaldgæfar: Sinadráttur*. Almennar aukaverkanir og ástand tengt ikomuleið Algengar: Bjúgur á útlimum/vökvasöfnun. *Rannsóknaniðurstöður*: Sjaldgæfar: Hækkuð gildi transamínasa, aukning kreatíníns og þvagefnis. 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: Blóð og eitlar: Blóðfrumnafæð. Ofnæmi: Alvarlegt ofnæmi,bráðaofnæmislost. Geðræn vandamál: Rugl, ofskynjanir. Taugakerfi: Versnandi flogaveiki. Eyru og völundarhús: Heyrnaskerðing. Hjarta: Hjartabilun, hjartavöðvafleygdrep. Æðar: Æðarbólga. Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti: Berkjukrampar. Meltingarfæri: Blæðingar í meltingarvegi, bráð brisbólga. Lifur og gall: Lifrarbólga, gula. Húð og undirhúð: Ofsabjúgur, einstök tilvik um skinnflagning, þ.á m. Stevens-Johnson heilkenni, dreplos húðþekju (epidermal necrolysis), regnbogaroðasótt. Stoðkerfi og stoðvefur: Vöðvabrotni. Nýru og þvagfæri: Bráð nýrnabilun, millivefsnýrnabólga. **Pakkningar og verð 1 október 2004:** *Hylki, hart 100 mg*:100 stk. (þynnupakkað) 7.214 kr. *Hylki, hart 200 mg*: 10 stk (þynnupakkað) 2.071 kr *Hylki, hart 200 mg*: 20 stk (þynnupakkað) 3.257 kr og 100 stk (þynnupakkað) 12.592 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðslufyrirkomulag:** 0. **Handhafi markaðsleyfis:** Pfizer ApS Lautrupvang 8 2750 Ballerup Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni2, 210 Garðabæ. Samantekt um eiginleika lyfs er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar. Upplýsingar um lyfið er að finna í sérlyfjaskrá og á lyfjastofnun.is

Pfizer

CELEBRA (CELECOXIB)

Cialis (tadalafil)

CIALIS. Lilly ICOS Limited, Bretland. Cialis (Tadalafil) filmuhúðaðar 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. Taka skal lyfið minnst 30 mínútum fyrir samfarir. Hámarksskammtatíðni er einu sinni á sólarhring. Samfelld dagleg notkun lyfsins er alls ekki ráðlögð, þar sem langtíma rannsóknir á öryggi daglegra skammta hafa ekki verið framkvæmdar og einnig vegna þess að verkun tadalafils varir venjulega lengur en í einn sólarhring. **Aldraðir karlar:** Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir aldraða sjúklinga. **Karlar með skerta nýrnastarfsemi:** Ekki er þörf á skammtabreytingu fyrir sjúklinga með væga til miðlungs skerta nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með mikið skerta nýrnastarfsemi eru 10 mg hæstu ráðlagðar skammtar. **Karlar með skerta lifrarstarfsemi:** Ráðlagður skammtur af CIALIS er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Takmarkaðar klínískar upplýsingar liggja fyrir um öryggi CIALIS fyrir sjúklinga með mikið skerta lifrarstarfsemi (Child-Pluch Class C); ef lyfinu er ávísað skal læknirinn meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu áður en lyfinu er ávísað. Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar um notkun stærri skammta af tadalafil en 10 mg hjá sjúklingum með skerta 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 með 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, vöðraverkur. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Þroti í augnlokum, tilfinning sem lýst er sem augnþægindi og blóðhlaupin augu. Aukaverkanatilkynningar vegna tadalafils voru tímabundnar, yfirleitt vægar eða miðlungs. Takmarkaðar upplýsingar eru um aukaverkanir hjá sjúklingum eldri en 75 ára. Lengdri stinningu og sístöðu hefur verið örsjaldan lýst eftir markaðssetningu. **Ofskömmtun:** Helbrigðir einstaklingar hafa fengið allt að 500 mg einstaka skammta og sjúklingar hafa fengið allt að 100 mg daglega í endurteknum skömmtum. Aukaverkanir voru svipaðar og sést hafa með lægri skömmtum. Við ofskömmtun skal veita viðeigandi stuðningsmeðferð eftir þörfum. **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 blóðþurrðarkast, 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 sjúklingum með mikið skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh Class C); ef lyfinu er ávísað skal læknirinn meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu áður en lyfinu er ávísað. 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. Lyf til meðhöndlunar við ristruflunum, þar með talið CIALIS, skulu notuð með varúð hjá sjúklingum með vanskapaðan getnaðarlim (svo sem beygðan lim, bandvefshersli í lim (cavernosal fibrosis) eða Peyronies sjúkdóm) eða sjúklingum með sjúkdóma sem geta valdið sístöðu getnaðarlims (svo sem sigðfrumublóðleysi, mergæxlisger (multiple myeloma) eða hvítblæði). 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. Samhliða gjöf CIALIS hjá sjúklingum sem taka alfa(1) blokka, sýnt hefur verið fram á lækkun rannsóknar

Ofeldi og falskar



Bjarni Jónasson

bjarni.jonasson@hg.is

Léttist ekki

Kona nokkur átti við ofeldisvandamál að stríða og var nokkrum tugum kílóa of þung. Hún hafði árum saman leitað til heimilislæknisins til að þiggja ráðleggingar og stuðning í fjölmörgum átökum hennar til að megrast. Þegar hún hafði prófað Slimfast megrunardrykkinn í einn mánuð án þess að léttast mætti hún á stofuna til að láta lækninn vita að meðferðin sú dygði ekki frekar en annað sem hann hefði stungið upp á.

„Má ég spyrja hvernig þú hefur notað drykkinn?“ spurði læknirinn.

„Eitt fullt glas þrisvar á dag – eftir hverja máltíð,“ svaraði konan.

Góð ráð

Eldri kona með langa sögu um geðræn vandamál þurfti að leggjast inn á sjúkrahús. Þegar deildarlæknirinn ræddi við hana skömmu eftir komu greindi hún frá því að hún sæi „litlar manneskjur“ allt í kringum sig. Enginn annar á deildinni sá það sama og sú gamla. Konan sagði að manneskjurnar töluðu við sig allan tímann og gæfu henni ráð. Þegar læknirinn spurði hvort hún vildi taka lyf til að hafa hemil á ofskynjun sinni sagði konan: „Nei takk, ljúfurinn, þessir litlu vinir mínir gefa mér alltaf svo góð ráð.“

Vatn hundsins

Á seinni hluta síðustu aldar gerðist það úti á landi að ung móðir hringdi í héraðslækninn og var í mikilli geðshræringu. „Hann Júlli minn drakk vatnið úr dalli hundsins. Hvað á ég að gera?“

Læknirinn var reynslubolti og það var fátt sem raskaði ró hans. „Gefðu hundinum meira vatn“ var svarið.

Eins systur

Stóra systir mælti með kvensjúkdómalækni sínum við litlu systur. Sú síðarnefnda pantaði tíma og mætti á stofuna. Í miðri skoðun sagði læknirinn. „Það er ekki erfitt að geta sér þess til að þið tvær eruð systur.“ Litlu systur var vægast sagt mjög brugðið og henni fannst hjartað hætta að slá þar til hún heyrði lækninn bæta við: „Þið hafið alveg sama málróminn.“

Talað við sig

Læknirinn: „Hafðu engar áhyggjur þótt þú talir jafnmikið við sjálfan þig eins og þú gerir.“
Sjúklingurinn: „Já, en læknir, ég er svo hræðilega leiðinlegur.“

Sami sjúkdómur

Sjúklingurinn: „Mér líður ekki vel og ég hef miklar áhyggjur af því.“
Læknirinn: „Hafðu engar áhyggjur, ég þekki þetta af eigin raun.“
Sjúklingurinn: „Já, en þú hefur ekki sama lækni og ég.“

Falskar tennur

Tannlæknirinn: „Ég skil ekki af hverju þú ert ekki ánægður með fölsku tennurnar þínar. Mér sýnist þær passa alveg fullkomlega.“
Gamli maðurinn: „Þær passa svo sem alveg upp í mig en ekki í vatnsglasið.“

Verkur í öðrum

Gamli maðurinn: „Ég er með stöðugan verk í öðrum fætinum, læknir.“
Læknirinn: „Það hlýtur að vera aldurinn.“
Gamli maðurinn: „Ég er ekki viss því hinn fóturinn er jafngamall og hann er í fínu lagi.“

Eitt gat

Hópur heimilislækna á miðjum aldri og í góðum holdum hittist á læknaráðstefnu í útlöndum. Fyrir utan það að hlusta á einstaklega gefandi fyrirlestra nutu kollegarnir félagslegrar samveru í ríkum mæli. Ekkert vantaði upp á það besta í mat og drykk nokkur kvöld í röð. Þegar staðið var upp frá borðum eitt kvöld undir lok ráðstefnunnar laumaði Magnús út úr sér: „Þetta er ferð upp á eitt gat í beltinu.“

Í sundi

Lítil frænka Birgis læknis fjögurra ára gömul fór í sund með móður sinni. Í sturtuklefanum varð henni starsýnt á mjög feita konu sem var að gera sig klára til að fara ofan í. Þegar út í laug var komið horfði sú stutta stíft á konuna og spurði: „Borðaðir þú allan matinn þinn?“

Bjarni er heimilislæknir í Garðabæ.

Læknadagar 2005

Hótel Nordica 17.-21. janúar

Skráning á *www.lis.is*
Þátttökugjald 2.500 kr. fyrir áramót, 3.500 kr. eftir áramót

Mánudagur 17. janúar

09:00-12:00 **Yfirlitserindi I** – Fundarstjóri: Guðmundur H. Jörgensen
09:00-09:30 Svimi: Sigurbjörn Birgisson
09:30-10:00 Atvinnusjúkdómar í lungum: Sigurður Þór Sigurðarson
10:00-10:30 Kaffihlé
10:30-11:00 Coxíb lyf – hvort og hvenær? Björn Guðbjörnsson
11:00-11:30 „Og svo er ég á prednisóloni", að hverju ber að huga? Arna Guðmundsdóttir
11:30-12:00 Nýlegar rannsóknir sem hafa breytt meðferð hjartasjúkdóma: Guðmundur Þorgeirsson

12:00-13:00 Hádegishlé

13:00-16:00 **Yfirlitserindi II**
– Fundarstjóri: Kristbjörg Sigurðardóttir
13:00-13:25 Traumaskoðun án tafar: Árni Leifsson
13:25-14:10 Fyrirferð í pung, mismunagreining, rannsóknir og meðferð: Eiríkur Jónsson
14:10-14:40 Kaffihlé
14:40-15:25 Blóðgjafir: Alma Möller
15:25-16:00 Bylting í blóðþynningu: Brynjar Viðarsson

Hádegisverðarfundur – **sérskráning**
Úr sögu læknisfræðinnar. Geðsjúkdómar í íslenskum fornsögum: Óttar Guðmundsson
Hámarksfjöldi 50.
Fundurinn er styrktur af GlaxoSmithKline

16:15 **Setningarathöfn Læknadaga**
16:15-16:25 Ávarp: Arnór Víkingsson formaður Fræðslustofnunar lækna
Ávarp: Sigurbjörn Sveinsson formaður Læknafélags Íslands
16:25-17:00 Hagsæld, heilsa og hamingja þjóðarinnar:
Snorri Ingimarsson læknir og herra Sigurbjörn Einarsson biskup
17:00 Léttar veitingar í boði Læknafélags Íslands

Þriðjudagur 18. janúar

09:00-12:00 **Ígræðsla blóðmyndandi stofnfrumna** – Fundarstjóri: Vilhelmína Haraldsdóttir
09:00-09:30 Tilfærsla og söfnun stofnfrumna úr blóði: Guðmundur Rúnarsson
09:30-10:00 Stofnfrumugjafaskrár: Torstein Egeland, yfirlæknir, Norwegian Bone Marrow Donor Registry, Osló
10:00-10:30 Ígræðsla, ábendingar og árangur: Sigrún Reykdal
10:30-11:00 Kaffihlé
11:00-12:00 Nýjungar í ígræðslumeðferð: John Barrett, yfirlæknir beinmergsígræðsludeildar
National Institute of Health, USA

09:00-12:00 **Starfrænar garnaraskanir (meltingartruflun – dyspepsia – og garnarertingarheilkenni – irritable bowel syndrome** – Fundarstjóri: Sigurbjörn Birgisson
09:00-09:10 Meltingartruflun – starfræn eða lífræn? Sigurbjörn Birgisson
09:10-09:25 Klínískar leiðbeiningar Landlæknisembættisins: Sif Ormarsdóttir
09:25-09:45 *Helicobacter pylori* og meltingartruflun – greining og meðferð: Sunna Guðlaugsdóttir
09:45-10:05 Sýrudæluhemlarar og bólgueyðandi gigtarlyf í meltingartruflun – not og ónot: Bjarni Þjóðleifsson
10:05-10:15 Umræður
10:15-10:45 Kaffihlé
10:45-10:55 Garnarertingarheilkenni – sjúkratilfelli: Guðmundur Ragnarsson
10:55-11:10 Skilmerki, greining og uppvinnsla: Guðmundur Ragnarsson
11:10-11:30 Faraldsfræði – heima og að heiman: Hallgrímur Guðjónsson
11:30-11:50 Orsakir og meðferðarleiðir: Kjartan Örvar
11:50-12:00 Umræður

09:00-12:00 **Nýburalækningar** – Fundarstjóri: Atli Dagbjartsson
09:00-09:25 Lífslíkur nýfæddra barna á Íslandi: Hörður Bergsteinsson
09:25-10:05 Fósturköfnun (asphyxia neonatorum) og endurlífgun nýbura: Þórður Þórkelsson
10:05-10:35 Kaffihlé

10:35-11:15 Öndunarörðugleikar nýbura: Sveinn Kjartansson
11:15-11:50 Alvarlegar sýkingar hjá nýburum: Gestur Ingvi Pálsson
11:50-12:00 Umræður

10:00-12:00 Klínísk húðsjúkdómavandamál – samræðufundur
á vegum Félags íslenskra húðsjúkdómalækna – Hámarksfjöldi þátttakenda er 30. Sérskráning nauðsynleg

12:00-13:00 Hádegishlé

Hádegisverðarfundur – **sérskráning**
CT í kransæðarannsóknum: Birna Jónsdóttir
Hámarksfjöldi 20

Bráðir kviðverkir: Sigurður Blöndal
Hámarksfjöldi 20

Patient centered ambulatory care (sjúklingamiðuð göngudeildarþjónusta): dr. David Bates frá Brigham and Women's Hospital í Boston
Hámarksfjöldi 50
Fundurinn er styrktur af GlaxoSmithKline

13:00-16:00 **Greining og meðferð bráðra kransæðasjúkdóma**
– Fundarstjóri: Kristján Eyjólfsson
13:00-13:25 Meinalífeðlisfræði og skilgreiningar á bráðum kransæðaheilkennum: Karl Andersen
13:25-13:50 Blóðþynningar og flöguhamlandi lyfjahrif við bráðan kransæðasjúkdóm: Þórarinn Guðnason
13:50-14:15 Uppvinnsla sjúklinga með bráða brjóstverki: Davíð O. Arnar
14:15-14:45 Kaffihlé
14:45-15:10 Meðferð sjúklinga með hjartadrep og ST-hækkun: Axel F. Sigurðsson
15:10-15:35 Meðferð sjúklinga með hjartadrep án ST-hækkunar: Sigurpáll S. Scheving
15:35-16:00 Endurskoðaðar klínískar leiðbeiningar um meðferð bráðra kransæðasjúkdóma: Ragnar Danielsen

13:00-16:00 **Vegvísar FÍSMEIN** – Fundarstjóri: Ólöf Sigurðardóttir
13:00-13:30 Ítarlegri greining æxla til meðferðarvals með hjálp sameindameinafræði: Rósa Björk Barkardóttir
13:30-14:00 Sameindameinafræði og möguleikar á markvissari krabbameinsmeðferð: Óskar Þór Jóhannsson
14:00-14:30 Kaffihlé
14:30-15:00 Sjálfsofnæmismótefni - mælingar og túlkun: Þorbjörn Jónsson
15:00-15:30 Cystatin C og starfsemi nýrna: Ísleifur Ólafsson
15:30-16:00 Fjendur í fitjum: af sveppum og bakteríum á fótum: Ingibjörg Hilmarsdóttir

13:00-16:00 **„Surviving sepsis" átak** – Fundarstjórar: Sigurður Guðmundsson, Gísli H. Sigurðsson
13:00-13:30 Sepsis átak: Gísli H. Sigurðsson
13:30-14:00 Greining á sepsis: Sigurður Guðmundsson
14:00-14:30 Bráðameðferð á sepsis: Alma Möller
14:30-15:00 Kaffi
15:00-15:30 Val á sýklalyfjameðferð: Anna Þórisdóttir
15:30-15:50 Gjörgæslumeðferð yfirlit: Alma Möller
15:50-16:00 Umræður: Sigurður Guðmundsson

16:20-18:20 **Sorg og sorgarviðbrögð barna** – Fundarstjóri: Stefán B. Matthíasson
Frummælendur: sr. Bragi Skúlason, sr. Sigurður Pálsson og Bertrand Lauth
Stjórnandi umræðna: Sigurbjörn Sveinsson

Miðvikudagur 19. janúar

09:00-12:00 **Meðferð liðagigtar** – Fundarstjóri: Helgi Jónsson
09:00-09:50 Nýjungar í meðferð gigtsjúkdóma: Gerður Gröndal
09:50-10:20 Kaffihlé
10:20-11:10 Árangur anti-TNF alpha meðferðar í iktsýki: Kristján Steinsson
11:10-12:00 Árangur anti-TNF alpha meðferðar í hryggikt og sóragigt: Árni Jón Geirsson

09:00-12:00 **Upplýsingatækni fyrir öryggi sjúklinga** – Fundarstjóri: María Heimisdóttir
Á málþinginu verður fjallað um klíníska upplýsingatækni sem lið í að tryggja öryggi sjúklinga, meðal annars hvernig nýta má rafræn gögn til að styðja við notkun klínískra leiðbeininga og hvernig rafræn lyfjafyrirmæli geta aukið öryggi lyfjameðferðar.
Meðal fyrirlesara eru: Dr. David Bates yfirlæknir almennra lyflækninga, Brigham and Women's Hospital og yfirmaður Clinical and Quality Analysis for Partners HealthCare System, Boston, BNA
Dr. Peter Greene, framkvæmdastjóri MedBiquitous Inc., BNA
Dr. A W Lenderink yfirlyfjafræðingur TweeSteden Hospital, Hollandi
Sigurður Guðmundsson landlæknir, tekur þátt í málstofunni og flytur lokaorð

10:00-12:00 **Nýrnaígræðsla** – Fundarstjóri: Eiríkur Jónsson
10:00-10:30 Árangur af ígræðslum nýrna í íslenska sjúklinga 1970-2004: Runólfur Pálsson
10:30-11:30 Nýrnaígræðslur – staðan í dag og framtíðarþróun: Jóhann Jónsson
11:30-12:00 Umræður

09:00-12:00 **Kirurgia Minor – vinnubúðir** – Umsjón: Guðjón Birgisson og fleiri. Nánar auglýst síðar
Hámarksfjöldi 12. Skráning nauðsynleg

12:00-13:00 Hádegishlé

Hádegisverðarfundur – sérskráning
Astmi og íþróttir: Gunnar Jónasson
Hámarksfjöldi 20

Lófatölvur – framhald: Áskell Löve
Hámarksfjöldi 20

Líkömnunarraskanir, hugrof og aðrar hugraskanir. Hin dularfullu tengsl kvíða og líkamlegra einkenna:
Ólafur Þór Ævarsson
Hámarksfjöldi 50
Fundurinn er styrktur af GlaxoSmithKline

13:00-16:00 **Króníski bakverkir** – Fundarstjóri: Ragnar Jónsson
13:00-13:30 Langvinnir bakverkir: Ragnar Jónsson
13:30-13:45 Örorka á Íslandi vegna langvinnra bakverkja: Sigurður Thorlacius
13:45-14:15 Endurhæfing sjúklinga með langvinna bakverki: Magnús Ólason
14:15-14:30 „Radio frequency" meðferð við langvinnum bakverkjum: Bjarni Valtýsson
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:30 Skurðaðgerðir og nýjungar í skurðaðgerðum við langvinnum bakverkjum: Björn Zoëga
15:30-15:50 Árangur spenginga á Íslandi við langvinnum bakverkjum: Halldór Jónsson
15:50-16:00 Umræður

13:00-16:00 **Augnaðgerðir** – Fundarstjóri: NN
13:00-13:30 Nýjungar í skurðlækningum vegna gláku: María Soffía Gottfreðsdóttir
13:30-14:00 Nýjungar í hornhimnuskurðlækningum: Jóhannes Kári Kristinsson
14:00-14:30 Brottnám á augasteini hjá þeim yngstu og elstu: Eiríkur Þorgeirsson
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:30 Nýjungar í augnbotnaaðgerðum: Einar Stefánsson
15:30-16:00 Skurðaðgerðir á augnumgjörð: Haraldur Sigurðsson

13:00-16:00 **Meðfæddir gallar frá ýmsum hliðum** – Fundarstjóri: NN
13:00-13:50 Hjartagallar: Greining, meðferð og árangur: Bjarni Torfason, Gunnlaugur Sigfússon
13:50-14:40 Skarð í vör/góm: Meðferð og árangur: NN
14:40-15:10 Kaffihlé
15:10-16:00 Greining meðfæddra galla á fósturskeiði og meðferð við þeim: Kristján Óskarsson, Hildur Harðardóttir

13:00-16:00 **Yfirlitserindi III** – Fundarstjóri: Lena Rós Ásmundsdóttir
13:00-13:45 Of- og vanvöxtur: Ragnar Bjarnason
13:45-14:25 Fæðuofnæmi: Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
14:25-14:50 Kaffihlé
14:50-15:20 Ný sýklalyf, kostir og ókostir: Magnús Gottfreðsson
15:20-16:00 Smithætta lækna gagnvart sjálfum sér og öðrum: Ólafur Guðlaugsson

Fimmtudagur 20. janúar

09:00-12:00 **Nosocomial infections pítalasýkingar** – Fundarstjóri: NN
09:00-09:15 Adverse events in hospitals: Sigurður Guðmundsson
09:15-09:50 Hospital infections, impact on patients and their outcome: Dan Diekema
09:50-10:20 Kaffihlé
10:20-10:55 Nosocomial infections in Iceland LUH: Ólafur Guðlaugsson
10:55-11:35 Preventing hospital-acquired infections in the Neonatal Intensive Care Unit: Lisa Saiman
11:35-12:00 Where do we go from here, where should we go: Haraldur Briem

09:00-12:00 **Ofeldi**
Fjallað verður um íslenska rannsókn á offitu meðal barna og unglinga.
Fyrirlestrar um hin ýmsu vandamál tengd offitu.

09:00-12:00 **Neoadjuvent treatment of localised and regional non-small cell lungcancer**
Moderator: Tómas Guðbjartsson
09:00-09:05 Welcome, introduction: Tómas Guðbjartsson
09:05-09:20 Epidemiology of lungcancer in Iceland: Steinn Jónsson
09:20-09:40 Work-up of patients with NSCLC: Sigríður Ó. Haraldsdóttir
09:40-10:00 Surgical perspectives on the treatment of NSCLC: Tómas Guðbjartsson
10:00-10:15 Coffee break
10:15-11:15 Neoadjuvant and adjuvant treatment of localised and regional NSCLC: An invited speaker (announced later)
11:15-11:30 Radiation-treatment for regional NSCLC: Hlynur N. Grímsson
11:30-12:00 Panel discussion

09:00-12:00 Liðástungur: vinnubúðir – Umsjón: Árni Jón Geirsson og Jón Atli Árnason
Farið verður yfir ábendingar og tækni við liðástungur.
Hámarksfjöldi 12. Sérskráning nauðsynleg

12:00-13:00 Hádegishlé

Hádegisverðarfundur – **sérskráning**
Greining geðhvarfa: Engilbert Sigurðsson
Hámarksfjöldi 20

Heilsuvernd ferðamanna: Helgi Guðbergsson
Hámarksfjöldi 20

Frá sameindum til sjúkrabeðs: Bólusetning til örvunar ónæmissvars í sjúklingum með sortuæxli:
Mark Albertini, sérfræðingur í lyflækningum krabbameina, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin
Hámarksfjöldi 50
Fundurinn er styrktur af GlaxoSmithKline

13:00-16:00 **Heilsufarsvandamál nýbúa**
– Fundarstjóri: Ósk Ingvarsdóttir
13:00- 13:40 Immigrants from Africa – challenges and experiences from Sweden: Birgitta Essén MD, PhD, University Hospital MAS
13:40- 14:05 Skimun hjá börnum innflytjenda – fyrir hverju og til hvers? Gestur Pálsson
14:05- 14:30 Meðferð og eftirfylgd á börnum innflytjenda á Íslandi: Þórólfur Guðnason
14:30- 15:00 Kaffihlé
15:00- 15:20 Hvernig tekur íslenska heilbrigðiskerfið á móti nýjum Íslendingum? Þorsteinn Blöndal
15:20- 16:00 Culture sensitive councelling – a model of reaching hardly reached patients: Birgitta Essén

13:00-16:00 **Barnageðlækningar**
Fyrirlesarar: Ronald Federici, phd, og Dana Johnson, Md phd, frá Alexandriu í Virginíufylki, USA
13:00-13:05 Inngangur
13:05-13:45 Neurobiological basis of development and processes of attachment: the foundation of cognitive and emotional organization
13:45-14:30 Reactive attachment disorders of infancy and early childhood: – Clinical relevance – Differential diagnosis and implications for treatment
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-16:00 Mental, cognitive and behavioural outcome of inter-ethnic adoptees: – Review of existing data – Clinical implications and aspects of prevention

13:00-16:00 **Læknisþjónusta á hjúkrunarheimilum** – Fundarstjóri: Aðalsteinn Guðmundsson
13:00-13:10 Málþing sett
13:10-13:35 Frá einkaheimili til hjúkrunarheimilis og til himna – átakspunktar í lífi aldraðra: Pálmi V. Jónsson
13:35-13:50 Læknismönnun á hjúkrunarheimilium: Áskorun í nútíð og framtíð: Jón E. Jónsson
13:50-14:30 Back to Basics: How Physicians Can Improve Outcome and Service Quality in Nursing Homes: Steven Levenson, MD, CMD, Medical Director, Baltimore Maryland
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:30 Acute Change in Condition: What Can the Physician Do? Steven Levenson
15:30-15:45 Sjónarhorn heimilislæknis: Óskar Reykdalsson
15:45-16:00 Áherslur og meðferð við lífslok: Sigurbjörn Björnsson

13:00-16:00 **Antimicrobial resistance in bacteria – fjölónæmir sýklar** – Fundarstjóri: NN
13:00-13:40 Resistance in staphylococci. History, spread, mechanisms: Dan Díekema
13:40-14:20 Gram negative Bacilli: mechanisms of resistance, nosocomial infections, and what molecular typing has taught us about patient-to-patient transmission of gram negative bacilli in the Neonatal Intensive Care Unit: Lisa Saiman
14:20-14:50 Kaffihlé
14:50-15:20 Antimicrobial resistance in Iceland: Karl G. Kristinsson
15:20-15:40 Methods to prevent antimicrobial resistance development and spread in the community: Þórólfur Guðnason
15:40-16:00 Methods to prevent antimicrobial resistance development and spread in the hospital: Magnús Gottfreðsson

16:20-18:20 **Óbeinar reykingar – skaðlausar eða heilsuspillandi?** – Fundarstjóri: Óskar Einarsson
16:20-17:00 Health consequences of environmental tobacco smoke and the Swedish model to reduce exposure at work: Dr. Göran Boethius lungnalæknir
17:00-17:20 Óbeinar reykingar á vinnustöðum: Kristinn Tómasson
17:20-17:40 Óbeinar reykingar á Íslandi – viðbrögð Lýðheilsustöðvar og alþingis: Pétur Heimisson
17:40-18:20 Pallborðsumræður. Auk fyrirlesara verða þar fulltrúi starfsmanna veitingastaða, rekstraraðili reyklauss vinnustaðar og áhugasamir stjórnmálamenn

Föstudagur 21. janúar

08:30-12:00 **Meðferð og samhæft eftirlit sjúklinga með fjölkerfa æðakölkunarsjúkdóm**
Fundarstjórar: Stefán E. Matthíasson, Ragnar Danielsen
08:30-09:10 Atherosclerosis as a multiorgan disease: follow-up and risk factor management: Dr. Ingrid Mattiason, frá Malmö
09:10-09:40 Aðgerðir vegna æðakölkunarsjúkdóms í ósæð og ganglimum: Stefán E. Matthíasson
09:40-10:10 Aðgerðir vegna hálsæðaþrengsla: Karl Logason
10:10-10:40 Kaffihlé
10:40-11:10 Kransæðaviðgerðir: árangur og framtíðarþróun: Ragnar Danielsen
11:10-11:40 Sjúklingur með fjölkerfa æðakölkunarsjúkdóm: hlutverk heilsugæslulæknis: Emil L. Sigurðsson
11:40-12:00 Pallborðsumræður: Ingrid Mattiason, Emil L. Sigurðsson, Karl Logason, Ragnar Danielsen, Stefán E. Matthíasson

08:30-12:00 **Nýjungar í taugalæknisfræði** – Fundarstjóri: Albert Páll Sigurðsson
08:30-09:15 Nýjungar í meðferð heilaæðasjúkdóma í háls- og heilaæðum: Anthony Furcan, MD, Mayo Clinic, USA
09:15-09:30 Umræður – Fundarstjóri: Haukur Hjaltason
09:30-10:00 Taugalífeðlisfræðilegar rannsóknir – er gagn að þeim? Elías Ólafsson
10:00-10:30 Kaffihlé
10:30-10:40 Umræður
10:40-11:10 Nýjungar um taugaverki: Torfi Magnússon
11:10-11:20 Umræður
11:20-11:50 Höfuðverkur – eitthvað nýtt? Finnbogi Jakobsson
11:50-12:00 Umræður

09:00-12:00 **Efnaskiptavilla – Metabolic syndrome**
Málþing á vegum Félags íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna og Félags um innkirtlafræði.
Fundarstjórar: Rafn Benediktsson, Jens A. Guðmundsson
09:00-09:35 PCOS – insulin resistance and infertility: Jan Holte, University of Uppsala
09:35-09:40 Umræður
09:40-10:15 Efnaskiptavilla og PCOS: Bolli Þórsson
10:15-10:20 Umræður
10:20-10:50 Kaffihlé
10:50-11:25 The Genetics of PCOS – an overview: Struan Grant, Decode genetics, Reykjavík
11:25-11:30 Umræður
11:30-12:00 Klínísk nálgun við PCOS – uppvinnsla og meðferð: Fundarstjórar og pallborð

09:00-12:00 **Sortuæxli** – Fundarstjóri: Sigurður Böðvarsson
09:00-09:50 Melanoma – frá sjónarhorni krabbameinslæknis: Mark Albertini MD
09:50-10:20 Kaffihlé
10:20-11:10 Melanoma – frá sjónarhorni dermatopathologs, Ellen Mooney
11:10-12:00 Melanoma – frá sjónarhorni skurðlæknis, Sigurður E. Þorvaldsson

12:00-13:00 Hádegishlé

Hádegisverðarfundur – **sérskráning**
Snemmgreining COPD: Gunnar Guðmundsson
Hámarksfjöldi 20

Algengustu axlarmein í máli og myndum: Ágúst Kárason – Hámarksfjöldi 20
Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline

New alternatives in contraception for young women: Satu Suhonen frá Finnlandi
Hámarksfjöldi 50
Fundurinn er styrktur af Schering

13:00-16:00 **Er almenn kvíðaröskun utangarðs?**
– Fundarstjóri: Kristinn Tómasson
13:00-13:22 Almenn kvíðaröskun: greining og tengdir geðsjúkdómar: Ína Marteinsdóttir
13:22-13:45 Kvíði og líkamlegir sjúkdómar: Snorri Ingimarsson
13:45-14:07 Kvíði og ellin: Hallgrímur Magnússon
14:07-14:30 Kvíði, vinna og forvarnir: Ólafur Þór Ævarsson
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:20 Lyfjameðferð við almennri kvíðaröskun: Brjánn Á. Bjarnason
15:20-15:40 Sálfræðimeðferð við almennri kvíðaröskun: Sigurður Örn Hektorsson
15:40-16:00 Hópmeðferð og kvíði: Einar Guðmundsson

13:00-16:00 **Hvað er nýtt í skurðlækningum?** Fundarstjóri: Sigurður Böðvarsson
13:00-13:35 Brjóstholsskurðlækningar: Bjarni Torfason
13:35-14:10 Bæklunarlækningar: Halldór Jónsson
14:10-14:40 Kaffihlé
14:40-15:15 Almennar skurðlækningar – Colorectal: Tryggvi B. Stefánsson

15:10-15:50 Heila-og taugaskurðlækningar: Hulda Brá Magnadóttir
15:50-16:00 Umræður

13:00-16:00 **Kalsíumnýrnasteinar** – Fundarstjóri: Runólfur Pálsson
13:00-13:05 Introduction and welcome: Runólfur Pálsson
13:05-13:50 Changes in the epidemiology of calcium nephrolithiasis in Western countries and causative factors: David S. Goldfarb, MD, NY, NY
13:50-14:30 Pathophysiology of calcium nephrolithiasis, implications for therapy: John Asplin, MD, Litholink Corporation, University of Chicago
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:30 Surgical management of acute stone episodes: Guðjón Haraldsson
15:30-16:00 The epidemiology of nephrolithiasis in Iceland: Viðar Örn Eðvarðsson

13:00-16:00 **Eyrnabólgur** – Fundarstjórar: Hannes Petersen, Ásgeir Haraldsson, Jóhann Ág. Sigurðsson
13:00-13:20 Inngangur, skilgreiningar & greining sjúkdóma í miðeyra: Hannes Petersen
13:20-13:35 Tíðni miðeyrnabólgu, hér, þar og allstaðar: NN
13:35-13:50 Orsakir miðeyrnabólgu: Ásgeir Haraldsson
13:50-14:20 Treating AOM the Dutch way: Frank AM van Balen frá Hollandi
14:20-14:50 Kaffihlé
14:50-15:05 Rörmeðhöndlun: Ábendingar, tækni & ávinningur: Friðrik Guðbrandsson
15:05-15:20 Rörmeðhöndlun: Vandamál: NN
15:20-15:40 Treating OME: patient, parents, payers, longterm outcome: Frank AM van Balen
15:40-16:00 Panel discussion

16:00-17:00 **Lokadagskrá Læknadaga**
Spekingar glíma
Þrjú naut og þrír fiskar glíma í „urrandi" orrustu
Foringi nauta: Hulda Brá Magnadóttir
Foringi fiska: Sigurveig Pétursdóttir
Glímustjóri: Kjartan B. Örvar
Glímudómari: Ólafur Baldursson

17:00 **Kokdillir**
Í boði GlaxoSmithKline

Lyfja- og áhaldasýning

Eftirfarandi fyrirtæki taka þátt í sýningunni:

AstraZeneca
Actavis
Aventis
Eli Lilly
GlaxoSmithKline
Lundbeck
MSD
Pfizer
PharmaNor:
Novo Nordisk
Abbott
Yamanouchi
Wyeth
Thorarensen Lyf:
Icepharma
Janssen-Cilag
Sanofi
Schering Plough
Organon
Novartis Healthcare
Roche
Schering
Solway

gsk GlaxoSmithKline

Aðalstyrktaraðili Læknadaga

Árshátíð LR haldin á Hótel Íslandi
– við lok Læknadaga –
22. janúar – takið daginn frá

Félag íslenskra gigtlækna

Vísindastyrkir

Vísindasjóður Félags íslenskra gigtlækna auglýsir til umsóknar allt að þrjá rannsóknastyrki. Heildarupphæð er kr. 1.000.000.

Umsóknarfrestur er til 9. janúar 2005. Umsóknareyðublöð og nánari upplýsingar fást hjá Helga Jónssyni, formanni sjóðsins, Landspítala Fossvogi, í síma 543 5465, *helgijon@landspitali.is*

Styrkur úr Jólagjafasjóði Guðmundar Andréssonar gullsmiðs

Ákveðið hefur verið að auglýsa til umsóknar styrki úr ofangreindum sjóði.

Samkvæmt skipulagsskrá sjóðsins er tilgangur hans að veita styrki til þeirra verkefna sem stofnað er til í því augnamiði að bæta umönnun barna og aldraðra sem dvelja langtímum á stofnunum hér á landi, svo sem:

a. Styrkja samtök eða stofnanir sem annast aðhlynningu barna og aldraðra.

b. Veita námsstyrki til heilbrigðisstétta er gegna þessu hlutverki.

c. Veita rannsóknarstyrki til viðfangsefna sem þjóna þessum tilgangi.

Umsóknum, ásamt ítarlegri greinargerð, skal skilað til Landlæknisembættisins, Austurströnd 5, 170 Seltjarnarnesi, eigi síðar en mánudaginn **6. desember 2004.**

Úthlutunarnefnd

Sérfræðingur og deildarlæknir

Staða sérfræðings við Sjúkrahúsið Vog er laus til umsóknar. Sérmenntun í geðlækningum, lyflækningum eða heimilislækningum æskileg.

Einnig er laus staða deildarlæknis.

Nánari upplýsingar veitir Þórarinn Tyrfingsson á staðnum eða í síma 824 7600.

Umsóknir sendist SÁÁ, Ármúla 18, 108 Reykjavík, merktar „læknir".

Læknar í rekstri

Aðstoðum við

- val á rekstrarformi
- stofnun félags
- yfirfærslu einkarekstrar yfir í ehf.
- tilkynningar við upphaf rekstrar
- bókhald
- ársreikningsgerð

Leitið upplýsinga í síma 580 3000 eða í tölvupósti *shs@deloitte.is*

Deloitte hf.
Stórhöfða 23

Íslandstrygging hf.

óskar eftir að ráða trúnaðarlækni fyrir félagið

Sérfræðimenntun æskileg eða mikil starfsreynsla. Helstu verkefni: Mat á tryggingabeiðnum vegna sjúkra- og slysatrygginga, læknisskoðun á tryggingartökum, öflun gagna frá læknum og sjúkrastofunum, mat á sjúkraskýrslum, örorkumatsskýrslum og önnur verkefni því tengd.

Umsóknir óskast sendar til Íslandstryggingar hf., Sætúni 8, 105 Reykjavík merkt „Trúnaðarlæknir" fyrir 15.12.2004.

Upplýsingar um starfið veitir forstöðumaður tjónasviðs Smári Ríkarðsson eða deildarstjóri atvinnutrygginga Valur Arnórsson í síma 514-1000.

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **www.lis.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is; form@lis.is**
Framkvæmdastjóri LÍ: **gunnar@lis.is**
Formaður LR: **oskare@mac.com**
Formaður FÍH: **elinborgb@simnet.is**
Formaður FUL: **thorira@hotmail.com**
Félag íslenskra barnalækna: **www.barnalaeknar.is**
Íslenska bæklunarlæknafélagið: **www.iceort.org**
Félag íslenskra landsbyggðarlækna: **www.lis.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@helse-bergen.no**
FÍLÍS: **www.filis.nu • tomasgudbjartsson@hotmail.com**
FÍLUS: **http://filus.icemed.is**
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið: **www.stjr.is/htr**
Landlæknisembættið: **www.landlaeknir.is**
Tryggingastofnun Íslands: **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.ugeskriftet.dk**
Tidskrift for Den norske lægeforening: **www.tidsskriftet.no tidsskriftet@legeforeningen.no**
Läkartidningen: **www.lakartidningen.se**
NOMESKO: **www.nom-nos.dk**
Norræna kóðunarmiðstöðin (Nordisk Center för klassifikation av sjukdomar) í Uppsala: **www.nordclass.uu.se**
World Organization of Family Doctors: **www.GlobalFamilyDoctor.com**

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. janúar 2004**	95,48
Eining fyrir sjálfstætt starfandi heimilislækna	**frá 1. janúar 2003**	57
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 2004**	206

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2003	255.000
A liður 2	frá 1. janúar 2003	223.000
B liður	frá 1. janúar 2004	350.409
E liður 1-6	frá 1. janúar 2004	264
E liður 7	frá 1. janúar 2004	527

Skólaskoðun í framhaldsskólum

Miðað við fyrri forsendur	222

Kílómetragjald frá 1. nóvember 2004

Almennt gjald	62,00
Sérstakt gjald (utan malbiks + 15%)	71,30

Dagpeningar frá 1. nóvember 2004
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	13.100
Gisting í eina nótt	7.500
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	5.600
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.800

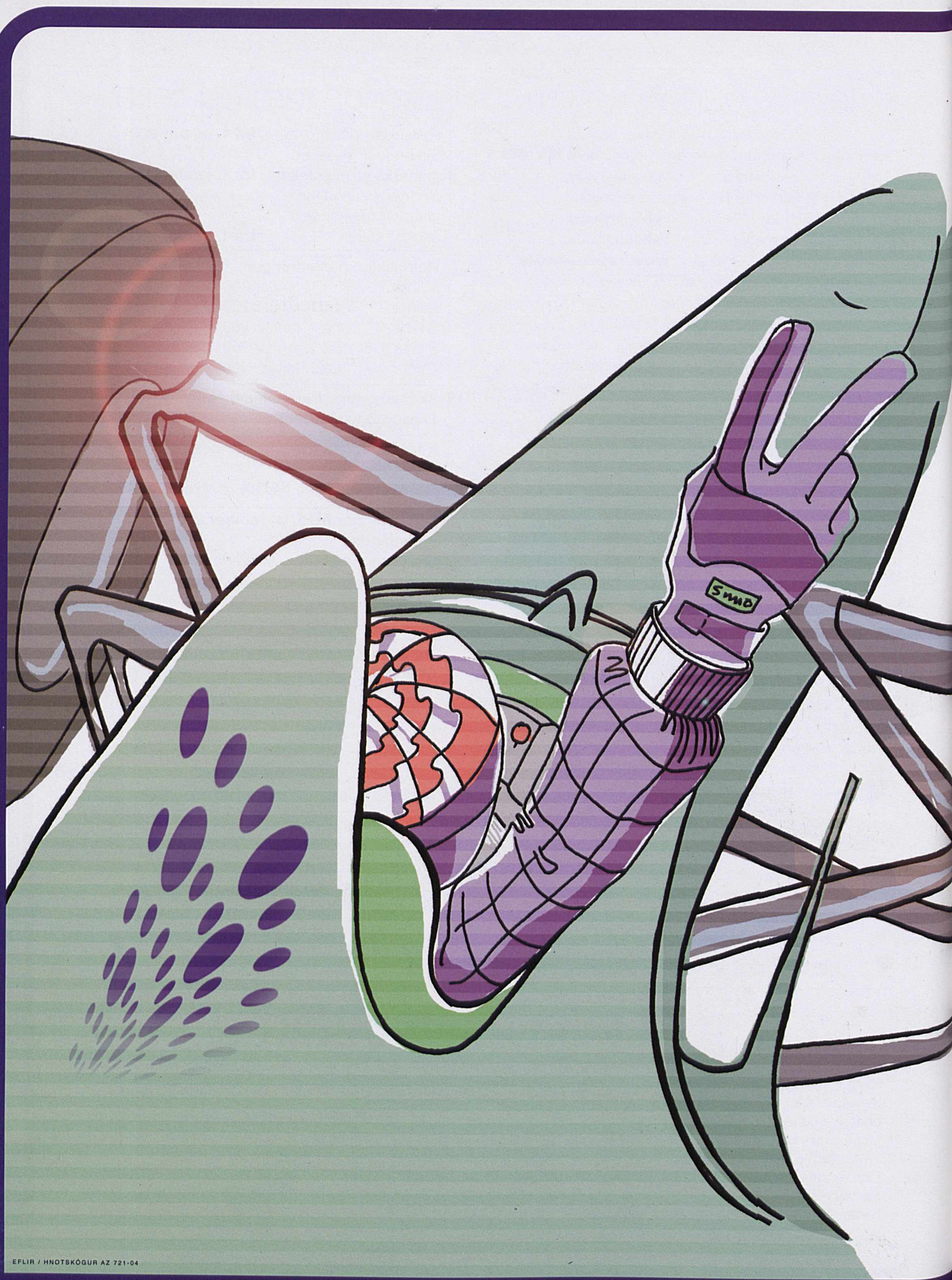
Dagpeningar frá 1. júní 2004

Erlendis	Gisting	Annað	**SDR** Alls
Almennir dagpeningar:			
London, New York, Washington DC og Tókíó	145	110	255
Annars staðar	110	100	210
Dagpeningar vegna þjálfunar, náms eða eftirlitsstarfa:			
London, New York, Washington DC og Tókíó	93	70	163
Annars staðar	70	64	134

Lækningaforstjóri

Heilbrigðisstofnun Suðurlands auglýsir eftir lækni með sérfræðileyfi til að gegna stöðu lækningaforstjóra við stofnunina. Lækningaforstjórinn er yfirlæknir stofnunarinnar, yfirmaður allrar læknisþjónustu hennar og á setu í framkvæmdastjórn. Gerð er krafa um reynslu af stjórnun. Að öðru jöfnu gengur fyrir í starfið umsækjandi með sérfræðileyfi í heimilislækningum eða alm. lyflækningum, enda er gert ráð fyrir að lækningaforstjóri sinni jafnframt klínískri vinnu á stofnuninni. Um er að ræða 100% starf auk vakta.
Laun samkvæmt samningi Læknafélags Íslands og fjármálaráðuneytis. Gert er ráð fyrir að lækningaforstjórinn hefji störf eigi síðar en 1. maí nk. Nánari upplýsingar gefur Magnús Skúlason, framkvæmdastjóri *magnus@selfoss.is*
Umsóknum, ásamt ítarlegum upplýsingum um menntun, starfs- og stjórnunarreynslu, vísindarannsóknir og annað skal skilað til framkvæmdastjóra Heilbrigðisstofnunar Suðurlands, v/ Árveg, 800 Selfoss, fyrir 20. desember nk. Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.

Heilbrigðisstofnun var stofnuð 1. sept. sl. við sameiningu heilsugæslustöðva á Suðurlandi og Heilbrigðisstofnunarinnar á Selfossi. Þjónustusvæði hinnar nýju stofnunar nær til um 17.000 íbúa á suðurlandsundirlendinu. Um er að ræða 8 heilsugæslustöðvar, eitt sjúkrahús á Selfossi með 55 sjúkrarúm, auk þess sem stofnunin rekur Réttargeðdeildina á Sogni í Ölfusi. Alls eru um 200 stöðugildi hjá Heilbrigðisstofnun Suðurlands.

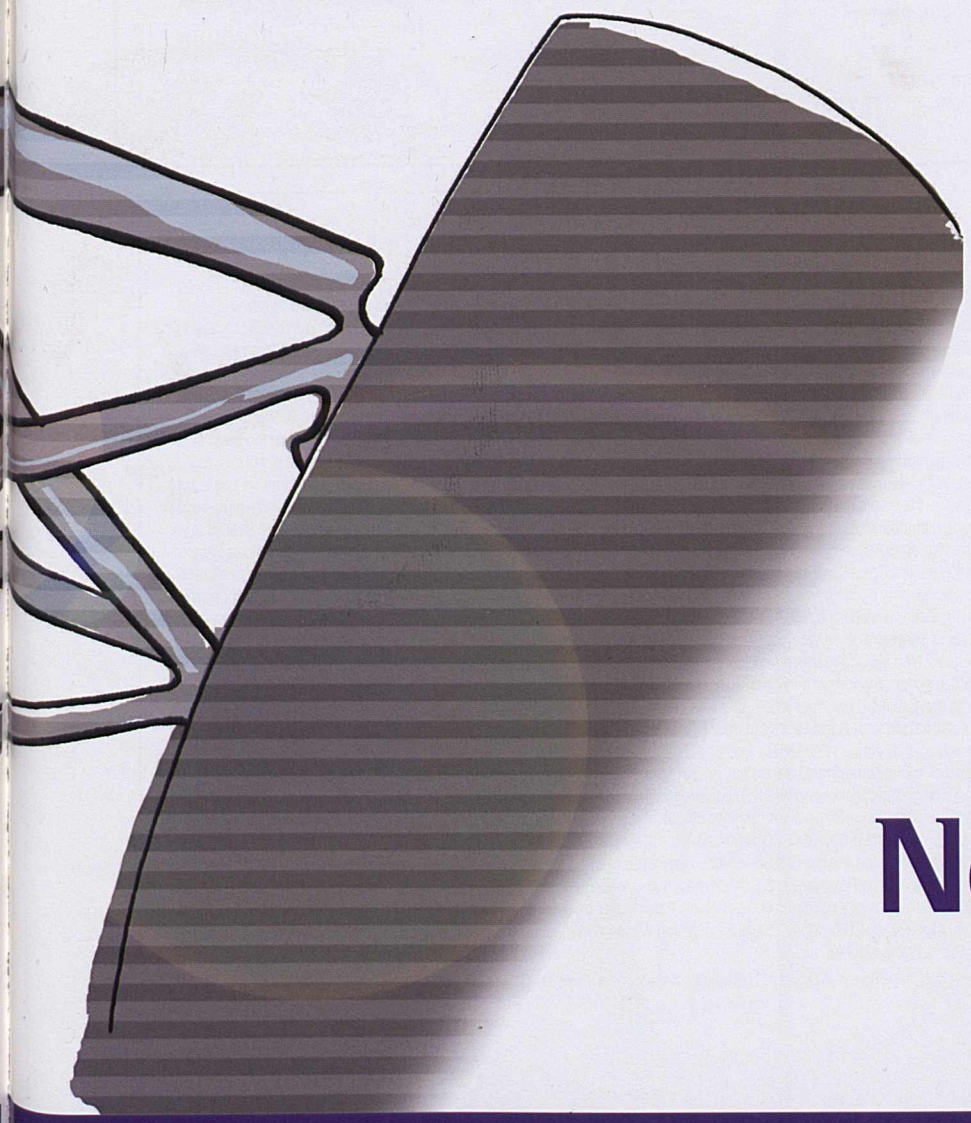


EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 721-04

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

Markviss á sigurbraut!

- Nexium er eina lyfið sem hefur sýnt fram á betri árangur í meðferð vélindabólgu en ómeprazól 20 mg[1]
- Við vélindabólgu næst betri árangur með Nexium 40 mg í samanburði við ómeprazól 20 mg og lansóprazól 30 mg[2]
- Sem viðhaldsmeðferð næst betri árangur með Nexium 20 mg í samanburði við lansóprazól 15 mg[3]
- Með Nexium næst kröftugri sýruhömlun í samanburði við staðalskammta af ómeprazóli, lansóprazóli og rabeprazóli og meira forspárgildi um árangur. [4]



Nexium®
yfirburða sýruhemill

Sérlyfjatexti á bls. 905

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

Zeldox

Pfizer ApS

Hylki, HART: N 05AE 04 Hvert hylki inniheldur: Zíprasídon 20 mg, 40 mg, 60 mg eða 80 mg. Laktósu. **Stungulyfsstofn og leysir, lausn;** N 05AE 04 1 ml inniheldur: Zíprasídon 20 mg, súlfóbútýl eter beta-cýklódextrín natríum 294,33 mg. *Leysir:* Vatn í stungulyf. **Ábendingar:** Zeldox hylki til meðferðar á geðklofa. Zeldox stungulyfsstofn og leysir, lausn er ætlað til meðferðar á bráðum æsingi geðklofasjúklinga, í mesta lagi í 3 daga í röð þegar meðferð til inntöku hentar ekki. Hætta skal meðferð með Zeldox stungulyfsstofni og leysi, lausn og breyta yfir í gjöf til inntöku um leið og klínískt ástand leyfir. Sjá milliverkanir og sérstaka varúð varðandi mögulega lengingu á QT-bili. **Skömmtun: Fullorðnir:** Zeldox hylki: Ráðlagður skammtur, við bráða meðferð, er 40 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Lyfið á að taka með mat. Skömmtum má síðan breyta, háð klínísku ástandi einstaklingsins, að hámarksskammti sem er 80 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Ef þurfa þykir má auka skammta þannig að ráðlagður hámarksskammtur náist á þriðja degi meðferðar. Sjúklingar í viðhaldsmeðferð eiga að fá minnsta virkan skammt. Zeldox i.m.: Til notkunar í vöðva þegar meðferð til inntöku er ekki talin henta. Ráðlagður skammtur er 10 mg gefið eftir þörfum að hámarksskammti sem er 40 mg á dag. 10 mg skammta má gefa á 2 klukkustunda fresti. Sumir sjúklingar gætu þurft 20 mg upphafsskammt sem má fylgja eftir með 10 mg til viðbótar eftir 4 klukkustundir. Eftir það má gefa 10 mg skammta á tveggja klukkustunda fresti að hámarks dagskammti sem er 40 mg. Gjöf zíprasídons í vöðva lengur en 3 daga í röð hefur ekki verið rannsökuð. Ef þörf er á langtíma meðferð ætti að skipta yfir á zíprasídon hýdróklóríð hylki til inntöku, allt að 80 mg tvisvar sinnum á sólarhring, eins fljótt og mögulegt er. **Aldraðir:** Zeldox hylki: Hjá 65 ára og eldri þarf hugsanlega að minnka upphafsskammt en það fer eftir klínísku ástandi. Zeldox i.m.: Klínísk reynsla af i.m. meðferð hjá öldruðum (> 65 ára) er takmörkuð. Ekki er mælt með meðferð með stungulyfinu hjá þessum sjúklingahópi. **Börn:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Skert lifrarstarfsemi:** Hugleiða þarf minni skammta. Skert nýrnastarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtun hylkja en stungulyf til notkunar í vöðva á að nota með varúð. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir zíprasídoni eða einhverju hjálparefnanna. Þekkt lenging á QT-bili. Meðfætt langt QT heilkenni. Nýafstaðin bráð kransæðastífla. Ómeðhöndluð hjartabilun. Hjartsláttartruflanir sem eru meðhöndlaðar með lyfjum úr flokki IA og III við hjartsláttartruflunum. Samtímis meðferð með lyfjum sem lengja QT-bil svo sem lyf við hjartsláttartruflunum úr flokki IA og III, arsenictríoxíð, halófantrín, levómetadýl acetat, mesóridasín, tíróidasín, pímósíð, sparfloxacín, gatifloxacín, moxifloxasín, dólasetrón mesýlat, meflókín, sertindól eða cisapríð. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur:** Til að sannkenna þá sjúklinga sem zíprasídón meðferð er ekki ráðlögð hjá þarf læknisskoðun, fyrri lyfjasaga og mat á fjölskyldusögu að liggja fyrir. Zíprasídon veldur lítilli eða í meðallagi mikilli skammtaháðri lengingu á QT-bili (sjá frábendingar og milliverkanir). Zíprasídon á því ekki að gefa samtímis öðrum lyfjum sem vitað er að lengja QT-bil. Gæta þarf varúðar hjá sjúklingum með verulega hægan hjartslátt. Truflun á saltajafnvægi t.d. blóðkalíumlækkun og blóðmagnesíumlækkun eykur líkurnar á hættulegum hjartsláttartruflunum og þarf því að leiðrétta áður en meðferð með zíprasídoni hefst. Áður en meðferð sjúklinga með hjartasjúkdóma sem hafa náð jafnvægi hefst þarf að meta þörf fyrir hjartalínurit. Ef QTc-bil er >500 msek. er mælt með að hætta meðferð. Öryggi og verkun zíprasídons hjá börnum og unglingum hefur ekki verið staðfest. Ekki hefur verið greint frá illkynja sefunarheilkenni (NMS) hjá sjúklingum sem fengu zíprasídon í klínískum rannsóknum. Við NMS ætti að hætta töku lyfsins. Ef einkenna um síðkomna hreyfitruflun verður vart, þarf að íhuga að minnka skammta eða hætta töku zíprasídons. Mælt er með því að gæta varúðar þegar sjúklingar með sögu um krampa eru meðhöndlaðir. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Nánar varðandi Zeldox i.m.: Sundl, hraðtaktur og réttstöðuþrýstingsfall er ekki óalgengt hjá sjúklingum eftir gjöf zíprasídons í vöðva. Greint hefur verið frá einstaka tilviki um háþrýsting. Gæta skal varúðar, sérstaklega hjá göngudeildarsjúklingum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið er ekki ætlað þunguðum konum eða konum með barn á brjósti. **Milliverkanir:** Samtímis meðferð með karbamasepíni getur lækkað plasmastyrk Zeldox um u.þ.b. 35%. Allar rannsóknir á milliverkunum hafa farið fram á Zeldox hylkjum. Sjá frábendingar. **Aukaverkanir:** Zeldox hylki hafa verið gefin meira en 5.500 einstaklingum. Algengasta aukaverkunin var slen. Aukaverkanir (1%): Þróttleysi, höfuðverkur, hægðatregða, munnþurrkur, meltingartruflun, aukin munnvatnsmyndun, ógleði, uppköst, geðæsing, óeirð, sundl, truflið vöðvaspenna, utanstrýtueinkenni, ofstæling, skjálfti, brengluð sjón. Sum einkenni sem voru skráð sem aukaverkanir geta tengst einkennum undirliggjandi sjúkdóma. Zeldox til notkunar í vöðva hefur verið gefið meira en 1.000 einstaklingum. Algengustu aukaverkanir sem komu fram voru verkur á stungustað, ógleði, slen og sundl. Aukaverkanir (1%): þróttleysi, höfuðverkur, háþrýstingur, réttstöðuþrýstingsfall, niðurgangur, óeirð. **Ofskömmtun:** Ekkert sértækt mótefni er til fyrir zíprasídóni. **Pakkningar og verð 1. nóvember 2004;** Zeldox hylki 20 mg, 56 stk.: 16.956 kr., hylki 40 mg, 14 stk.: 5.598 kr., hylki 40 mg, 56 stk.: 18.110 kr., hylki 60 mg, 56 stk.: 21.471 kr., hylki 80 mg, 56 stk.: 24.719 kr., sts. 20 mg/hgl, 1 hgl.: 2.500 kr. Lyfið er lyfseðilsskylt. Stungulyf er S merkt. Greiðslufyrirkomulag: ∗. **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá. Umboðs-og dreifingaraðili: PharmaNor hf.**

Pfizer/PharmaNor hf. • Hörgatúni 2
212 Garðabæ • Sími 535 7000

Detrusitol® Retard (tolterodin) RE

Hvert hylki inniheldur: Tolterodintartrat 2 mg og 4 mg, samsvarandi tolterodini 1,37 mg eða 2,74 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:** Meðferð á heilkenni ofvirkrar blöðru (overactive bladder syndrome) með bráðum þvaglátum, með eða án bráða þvagleka, yfirleitt með tíðum þvaglátum eða næturþvaglátum. **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 notkun 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. Skerta nýrnastarfsemi. Taugakvilla í ósjálfráða taugakerfinu. Vélindisgapshaul (hiatus hernia). Hættu á skertum hreyfanleika í meltingarvegi. Svo sem við á um önnur lyf í þessum flokki skal gæta varúðar hjá sjúklingum með þekkta áhættuþætti hvað varðar lengingu QT-bils (þ.e. kalíumbrestur, hægsláttur og samhliða notkun lyfja sem þekkt er að lengja QT-bil) og eru með hjartasjúkdóm sem skiptir máli hvað þetta varðar (þ.e. hjartavöðvablöðþurrð, sláttarglöp, hjartabilun). Svo sem ætið á við þegar heilkenni ofvirkrar blöðru er meðhöndlað skal athuga skal líffræðilegar ástæður fyrir bráða þvagleka og tíðum þvaglátum áður en meðferð er hafin. Samtímis notkun öflugra 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 samhliða notkun öflugra CYP3A4-hemla til almennrar (systemic) notkunar eins og sýklalyfja í flokki makrólíða (erýtrómýcín og klaritrómýcín), sveppalyfja (t.d ketoconazol og itraconazol) 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 samhliða notkun lyfja sem hafa andmúskarínvirk áhrif. Hins vegar getur verkun tolterodins minnkað við samhliða notkun lyfja með múskarínkólínvirk áhrif (muscarinic cholinergic receptor agonists). Tolterodin getur dregið úr verkun hreyfingahvetjandi lyfja eins og metóklópramíðs og cisapríðs. Samhliða notkun með flúoxetíni (öflugur CYP2D6-hemill) veldur ekki klínískt marktækri milliverkun því tolterodin og CYP2D6 háð 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 umbrota sem verða 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 undir húð: Húðþurrkur. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar: Bjúgur, bjúgur á útlimum. Geðrænar: Rugl. Nýru og þvagfæri: Þvagteppa (urinary retention). Ónæmiskerfi: Ofnæmi, ekki nánar tilgreint. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Geðrænar: Ofskynjanir. Hjarta: Hraðsláttur. Aðrar aukaverkanir sem greint hefur verið frá við notkun tolterodins eru bráðofnæmi þ.mt. ofsabjúgur (kemur örsjaldan fyrir) og hjartabilun (kemur örsjaldan fyrir). Hjartsláttaróregla og sláttarglöp (mjög sjaldgæf) erun þekktar aukaverkanir fyrir þennan lyfjaflokk. **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:** Pfizer ApS, Laudrupvang 8, 2750 Ballerup, Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatún 2, Garðabær. **Pakkningar og verð 1. nóvember2004:** Forðahylki, hart 1,4 mg: 30 stk. kr. 6.858,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 30 stk. kr. 7.097,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 100 stk. kr. 20.025,- Stytting á texta Sérlyfjaskrár júlí 2004. Hægt er að nálgast sérlyfjaskrártexta og samantekt á eiginleikum lyfs SPC í fullri lengd hjá lyfjaumboðsdeild Pfizer, PharmaNor hf.

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

Detrusitol Retard
tolterodin

Imigran
NEFÚÐALYF; N 02 C C 01
Hver skammtur inniheldur: Sumatriptanum INN, 20 mg, hjálparefni og Aqua purificata ad 0,1 ml. **STUNGULYF sc;** N 02 C C 01. 1 ml inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, 16.8 mg, samsvarandi Sumatriptanum INN 12 mg, Natrii chloridum 7 mg, Aqua ad iniectabilia ad 1 ml. **TÖFLUR;** N 02 C C 01 Hver tafla inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, samsvarandi Sumatriptanum INN 50 mg eða 100 mg. **Ábendingar:** Erfið mígreniköst, þar sem ekki hefur náðst viðunandi árangur með öðrum lyfjum. Cluster (Hortons) höfuðverkur. Lyfið á einungis að nota, þegar greiningin mígreni eða Cluster-höfuðverkur er vel staðfest. **Skammtar: Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið á að gefa við fyrstu merki um mígrenikast en getur verkað vel þó það sé gefið síðar. Imigran er ekki ætlað til varnandi meðferðar. *Töflur:* Venjulegur upphafsskammtur er ein 50 mg tafla. Sumir sjúklingar geta þó þurft 100 mg. Ef einkennin koma fram á nýjan leik má gefa fleiri skammta þó ekki meira en 300 mg á sólarhring. Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. *Stungulyf:* Venjulegur upphafsskammtur er 6 mg (ein sprauta) undir húð. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur má gefa aðra sprautu (6mg) innan 24 klst., en minnst 1 klst. verður að líða á milli lyfjagjafa. Takmörkuð reynsla er af gjöf fleiri en fjögurra skammta (24mg) á mánuði. *Nefúðalyf:* Venjuleg skammtastærð er 20 mg (einn úðaskammtur) í aðra nösina. Ef einkenni hverfa en koma aftur innan 24 klst. má taka annan skammt en þó fyrst eftir 2 klst. frá töku fyrri skammtsins. Ekki má taka fleiri en tvo skammta á sólarhring. Ef einkenni hverfa ekki eftir fyrsta skammt á ekki að taka annan skammt við sama mígrenikastinu. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Kransæðasjúkdómur, alvarlegur háþrýstingur, blóðrásartruflanir í útlimum, nýrnabilun, lifrarbilun. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Ekki má nota samtímis lyf, sem innihalda ergótamín. Imigran má ekki gefa fyrr en 24 klst. eftir gjöf ergótamíns og ergótamín má ekki gefa fyrr en 6 klst. eftir gjöf Imigran. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Við notkun lyfsins geta komið fram tímabundin einkenni eins og brjóstverkur og þrýstingstilfinning, sem getur orðið töluverð og getur leitt upp í háls. Þó þessi einkenni líkist hjartaöng, heyrir til undantekninga að þau séu af völdum samdráttar í kransæðum. Herpingur í kransæðum getur leitt til hjartsláttartruflanna, blóðþurrðar og hjartavöðvadreps. Sjúklinga, sem verða fyrir slæmum eða langvarandi einkennum, sem líkjast hjartaöng, ber að rannsaka með tilliti til blóðþurrðar. *Athugið:* Stungulyfið má ekki gefa í æð vegna herpings í kransæðum og mikillar blóðþrýstingshækkunar, sem getur átt sér stað. Vegna takmarkaðrar klínískrar neyslu er ekki mælt með notkun lyfsins handa sjúklingum eldri en 65 ára. **Milliverkanir:** Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergótamín. Engar sérstakar milliverkanir hafa fundist við própranólól, díhýdróergótamín, pízótífen eða alkóhól. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið geti skaðað fóstur en dýratilraunir benda ekki til þess. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í móðurmjólk. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja eða vinnuvéla þar sem mígrenið eða lyfið geta haft slævandi áhrif. **Aukaverkanir:** Allt að 50% sjúklinganna fá einhverjar aukaverkanir. Ýmis þessara óþæginda hverfa eftir 30-60 mín. og gætu sum þeirra verið hluti af mígrenikastinu. ***Algengar (>1%):*** Óþægindi á stungustað (stungulyf). Bragð og tímabundin, væg erting eða sviði í nefi eða koki, blóðnasir (nefúðalyf). Þreyta, sljóleiki. Tímabundin blóðþrýstingshækkun og húðroði. Ógleði og uppköst. Máttleysi og spenna í vöðvum. Náladofi og hitatilfinning. Svimi. Þrýstingstilfinning með mismunandi staðsetningu, oftast fyrir brjósti. ***Sjaldgæfar (0,1%-1%):*** Hækkun lifrarensíma í blóði. ***Mjög sjaldgæfar(<0,1%):*** Ofnæmislost. Blóðþrýstingsfall, hægataktur, hjartsláttarónot, hraðtaktur. Kláði, roði, útbrot, ofsakláði. Krampar. Sjóntruflanir. **Pakkningar: Nefúðalyf:** einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 2; einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 6, 3.424 kr **Stungulyf:** einnota dæla 0,5 ml (=6 mg virkt efni) x 2; einnota dæla 0,5 (=6 mg virkt efni) x 2 + lyfjapenni (Glaxopen). 8.219 kr **Töflur 50 mg:** 12 stk. (þynnupakkað). 9.064 kr **Töflur 100 mg:** 6 stk. (þynnupakkað). 8.762 kr **Skráning lyfsins í formi stungulyfs er bundin því skilyrði, að notkunarleiðbeiningar á íslenzku um meðfylgjandi lyfjapenna (Glaxopen) fylgi hverri pakkningu þess. Greiðsluþátttaka miðast við merkingu "E" í lyfjaskrám sem takmarkast við lyfjaávísun á mest 6 stk. einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 6, 2 stk x (einota dælu 0,5 ml (=6 mg virkt efni), 12 töflur á 50 mg og 6 töflur á 100 mg. Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1.apríl 2003. Handhafi markaðsleyfis GlaxoSmithKline ehf. Styttur sérlyfjaskrártexti. Nánari upplýsingar er finna í Sérlyfjaskrá. (09.04.03-01)**

IMIGRAN™ (sumatriptan)

gsk GlaxoSmithKline

Seretide Diskus
GlaxoSmithKline, R 03 AK 06 **R,B**
Innúðaduft (duft í afmældum skömmtum til innúðunar með Diskus-tæki).
Hver afmældur skammtur inniheldur: 50 míkróg af salmeteróli (sem salmeterólxínafóat) og 100, 250 eða 500 míkróg af flútíkasónpróþíónati. **Ábendingar Astmi:** Seretide Diskus er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn astma, þar sem samsett meðferð (langverkandi berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við: - þegar ekki næst nægileg stjórn á sjúkdómnum með notkun barkstera til innöndunar og stuttverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja. Eða - þegar viðunandi stjórn á sjúkdómnum næst með notkun barkstera til innöndunar og langverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja Athugið: Seretide Diskus 50/100 míkróg styrkleikinn hæfir hvorki fullorðnum sjúklingum né börnum með slæman astma. **Langvinn lungnateppa** Seretide Diskus er ætlað til meðferðar á einkennum hjá sjúklingum með alvarlega langvinna lungnateppu (FEV_1 < 50% af áætluðu eðlilegu gildi) sem hafa umtalsverð einkenni þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum og sögu um endurtekna versnun. **Skammtar og lyfjagjöf** Seretide Diskus er eingöngu ætlað til innöndunar. Gera þarf sjúklingum ljóst að Seretide Diskus verður að nota daglega til að ná hámarks árangri, jafnvel þótt einkenni séu ekki til staðar. Sjúklingar ættu að fá þann styrkleika af Seretide Diskus sem inniheldur viðeigandi skammt af flútíkasónpróþíónati m.t.t. sjúkdómsástands. Ef sjúklingur þarf á skömmtum að halda sem liggja utan ráðlagðra skammtastærða, ætti að ávísa viðeigandi skömmtum af berkjuvíkkandi lyfi og/eða barkstera. Ráðlagðir skammtar: **Astmi** Fullorðnir og unglingar 12 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Eða Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 250 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Eða Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 500 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Börn 4 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Upplýsingar fyrir varðandi notkun Seretide Diskus hjá börnum yngri en 4 ára, liggja ekki fyrir. **Langvinn lungnateppa** Fullorðnir: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 500 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Sérstakir sjúklingahópar: Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Það liggja ekki fyrir upplýsingar um notkun Seretide Diskus hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Notkun Diskus-tækisins: Tækið er opnað og hlaðið með þar til gerðri sveif. Munnstykkið er síðan sett í munninn og það umlukið með vörunum. Þá er hægt að anda skammtinum að sér og síðan er tækinu lokað. **Frábendingar** Seretide Diskus er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir virku efnunum eða hjálparefninu. **Varnaðarorð og varúðarreglur** Meðferð á astma og lanvinnri lungnateppu ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Seretide Diskus er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum astmaeinkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávalt að hafa við höndina. Stöðvun meðferðar hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu getur einnig fylgt versnun einkenna og hún ætti að vera undir eftirliti. **Milliverkanir:** Vegna þess hve lítil þéttni lyfjanna er í blóðvökva eftir innandaða skammta eru líkurnar á klínískt mikilvægum milliverkunum ekki miklar. Gæta þarf varúðar þegar samtímis eru gefnir þekktir, öflugir CYP3A4-hemlar (t.d. ketókónazól, rítónavír) þar sem þéttni flútíkasónpróþíónats getur hugsanlega aukist. Aukin þéttni við langvarandi notkun lyfjanna getur leitt til aukinnar bælingar á starfsemi nýrnahettna. Greint hefur verið frá nokkrum tilfellum slíkra milliverkana sem höfðu klínískra þýðingu (sjá 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka nema þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun Seretide Diskus á meðgöngu og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur ávinningur 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 meðferð hjá þunguðum konum ætti að nota lægsta skammt af flútíkasónpróþíónati sem nægir til að halda astmaeinkennum í skefjum. **Aukaverkanir:** Þar sem Seretide Diskus 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. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvæntur berkjusamdráttur átt sér stað. Eftirfarandi aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasónpróþíónats: Salmeteról:Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2 örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við reglubundna meðferð. Hjartsláttartruflanir (þ.m.t. gáttatitringur (atrial fibrillation), ofanslegilshraðsláttur (supraventricular tachycardia) og aukaslög (extrasystols) geta komið fram hjá sumum sjúklingum. Greint hefur verið frá liðverkjum, vöðvaverkjum, vöðvakrömpum, ertingu í koki og ofnæmisviðbrögðum, þ.m.t. útbrotum, bjúg og ofsabjúg (angioedema). Flútíkasónpróþíónat: Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi geta komið fram hjá sumum sjúklingum. Hægt er að draga úr bæði hæsi og tíðni sveppasýkinga með því að skola munninn með vatni, eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð, samtímis notkun á Seretide Diskus. Greint hefur verið frá ofnæmisviðbrögðum í húð. Greint hefur verið frá mjög sjaldgæfum tilfellum bjúgs í andliti og koki. Hugsanlegar almennar aukaverkanir eru m.a. bæling á nýrnahettustarfsemi, seinkun á vexti hjá börnum og unglingum, beinþynning, drer í auga og gláka (sjá 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Klínískar rannsóknir á Seretide Diskus: Eftirfarandi aukaverkanir reyndust algengar (>1/100 og <1/10): Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot. **Pakkningar og verð**: Diskus – tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg./skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkrógramm: 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: 6.019 krónur, Seretide 50/250: 7.637 krónur, Seretide 50/500: 10.305 krónur.

Dagsetning 200804-01

Tilvísanir: 1. Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, Busse WW, Clark TJH, Pauwels RA, Pedersen SE. Can guidline-defined asthma control be achived? The Gaining Optimal Asthma contrL study. AJRCCM Article in Press. Published on July 15, 2004 as doi:10.1164/rccm.200401-033OC.

gsk GlaxoSmithKline

CRESTOR AstraZeneca: SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

AstraZeneca

Crestor 10 mg, 20 mg og 40 mg, filmuhúðaðar töflur. **Virk 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. Sjúklingum sem eru að skipta úr öðrum HMG-CoA redúktasa hemli skal einnig gefa 10 mg í upphafi. Ef nauðsyn krefur má breyta skammti í 20 mg að 4 vikum liðnum (sjá kaflann Lyfhrif). Í ljósi fjölgunar tilkynninga um aukaverkanir af 40 mg skammti umfram lægri skammta (sjá kaflann Aukaverkanir) ætti eingöngu að íhuga tvöföldun skammts í 40 mg eftir 4 vikur til viðbótar hjá sjúklingum með kólesterólhækkun í blóði á háu stigi og sem eiga mikla hættu á hjarta- og æðasjúkdómum (sérstaklega þeir sem eru með ættgenga kólesterólhækkun í blóði), sem ekki ná meðferðarmarkmiðum með 20 mg og hjá þeim sem verða í reglulegu eftirliti (sjá kaflann Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Mælt er með að sérfræðingur hafi yfirumsjón þegar byrjað er að gefa 40 mg skammt. Crestor má taka á hvaða tíma dags sem er, með eða án matar. ***Börn:*** Öryggi og verkun hefur ekki verið staðfest hjá börnum. Reynsla af notkun hjá börnum er takmörkuð og bundin við litinn hóp sjúklinga (8 ára og eldri) með arfhreina ættgenga kólesterólhækkun í blóði. 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 má ekki gefa sjúklingum með mjög skerta nýrnastarfsemi og á það við um alla skammta. 40 mg skammt má ekki gefa sjúklingum með meðalskerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun < 60 ml/mín., sjá kaflann Frábendingar og kaflann Lyfjahvörf). ***Skammtar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi:*** Engar breytingar urðu á almennri útsetningu (*systemic exposure*) fyrir rósúvastatíni hjá einstaklingum með Child-Pugh stig 7 eða færri. Samt sem áður hefur aukin almenn útsetning komið fram hjá einstaklingum með Child-Pugh stig 8 og 9 (sjá kaflann Lyfjahvörf). Hjá þessum sjúklingum ætti að hafa í huga að meta nýrnastarfsemi (sjá kaflann Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Engin reynsla er af notkun hjá einstaklingum með fleiri en 9 Child-Pugh stig. Crestor er ekki ætlað sjúklingum með virkan lifrarsjúkdóm (sjá kaflann Frábendingar). **Frábendingar:** Crestor má ekki 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 barneignaraldri sem ekki nota viðeigandi getnaðarvörn. 40 mg skammt má ekki gefa sjúklingum sem af einhverjum ástæðum er hættara við vöðvakvilla/rákvöðvalýsu. Þar með talið; meðalskert nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun < 60 ml/mín), vanstarfsemi skjaldkirtils; saga eða fjölskyldusaga um arfgenga vöðvasjúkdóma; saga um eituráhrif á vöðva við meðferð með öðrum HMG-CoA redúktasta hemli eða fíbrati; misnotkun áfengis; ástand þar sem plasmagildi geta hækkað; Japanskir og kínverskir sjúklingar; samtímis notkun á fíbrötum.(sjá kaflana Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun, Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir Lyfjahvörf). **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 próteín í þvagi sé fyrirboði um bráðan eða versnandi nýrnasjúkdóm (sjá kaflann Aukaverkanir). Íhuga á að meta nýrnastarfsemi við reglubundið eftirlit hjá sjúklingum sem fá 40 mg skammt. ***Áhrif á beinagrindarvöðva:*** Greint hefur verið frá áhrifum á beinagrindarvöðva hjá sjúklingum á meðferð með Crestor, t.d. vöðvaþrautum (*myalgia*), vöðvakvilla (*myopathy*) og í mjög sjaldgæfum tilvikum rákvöðvalýsu (*rhabdomyolysis*) og á það við um allar skammtastærðir, þó sérstaklega skammta stærri en 20 mg. ***Mæling kreatínkínasa:*** Kreatínkínasa (CK) ætti ekki að mæla eftir erfiðar æfingar eða þegar önnur líkleg ástæða fyrir CK hækkun er fyrir hendi sem getur ruglað mat á niðurstöðum. Ef grunnlína CK gildis er umtalsvert hækkuð (>5xULN) ætti að gera mælingu því til staðfestingar innan 5-7 daga. Ef endurtekin mæling staðfestir grunnlínu CK>5xULN, ætti ekki að hefja meðferð. ***Áður en meðferð er hafin:*** Eins og gildir um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, á að ávísa Crestor með varúð til sjúklinga með þekkta áhættuþætti vöðvakvilla/rákvöðvalýsu. Slíkir þættir geta verið: Skert nýrnastarfsemi, vanstarfsemi skjaldkirtils, eigin saga eða fjölskyldusaga um arfgenga vöðvasjúkdóma, saga um eituráhrif á vöðva við meðferð með öðrum HMG-CoA redúktasta hemli eða fíbrati, misnotkun áfengis, aldur >70 ár, ástand þar sem plasmagildi geta hækkað (sjá kaflann Lyfjahvörf), samtímis notkun á fíbrötum. Hjá þessum sjúklingum ætti að meta áhættu af meðferð á móti hugsanlegum ávinningi hennar og er klínískt eftirlit ráðlagt. Ef grunnlína CK gildis er umtalsvert hækkuð (>5xULN) ætti ekki að hefja meðferð. ***Meðan á meðferð stendur:*** Biðja ætti sjúklinga um að tilkynna þegar í stað óútskýrða vöðvaverki, þróttleysi eða krampa, sérstaklega ef einnig verður vart lasleika eða hita. Hjá þessum sjúklingum ætti að mæla CK-gildi. Hætta á meðferð ef CK-gildi eru greinilega hækkuð (>5xULN) eða ef vöðvaeinkenni eru alvarleg og valda daglegum óþægindum (jafnvel þó CK gildi séu < eða jafnt og 5xULN). Ef einkenni lagast og CK gildi verður aftur eðlilegt, má íhuga að hefja á ný meðferð með Crestor eða öðrum HMG-CoA redúktasta hemli og gefa minnsta skammt undir nánu eftirliti. Reglulegt eftirlit með CK gildum hjá sjúklingum án einkenna er ekki tilskipað. Í klínískum rannsóknum komu engar vísbendingar fram um aukin áhrif á beinagrindarvöðva hjá litlum hópi sjúklinga sem fékk Crestor og aðra meðferð samtímis. Aukin tíðni vöðvaþrota (*myositis*) og vöðvakvilla hefur hins vegar komið fram hjá sjúklingum sem fengu aðra HMG-CoA redúktasa hemla ásamt fíbrínsýruafleiðum þ.m.t. gemfíbrózíli, ciklósporíni, nikótínsýru, azól sveppalyfjum, próteasahemlum og makrólíð sýklalyfjum. Gemfíbrózíl eykur hættu á vöðvakvilla þegar það er gefið samtímis sumum HMG-CoA redúktasa hemlum. Þess vegna er ekki ráðlagt að gefa Crestor og gemfíbrózíl á sama tíma. Ávinningur af frekari breytingum á lípíðgildum með samtímis notkun Crestor og fíbrata eða níasíns skal vandlega meta á móti hugsanlegri áhættu af slíkum samsetningum. 40 mg skammtinn má ekki nota samtímis fíbrötum. (sjá kaflann Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir og kaflann Aukaverkanir). Crestor ætti ekki að gefa sjúklingum með bráðan, alvarlegan sjúkdóm sem bendir til vöðvakvilla eða gæti leitt til nýrnabilunar af völdum rákvöðvalýsu (t.d. blóðsýking, lágþrýstingur, meiriháttar skurðaðgerðir, áverki, alvarleg efnaskiptaröskun, innkirtlaröskun og truflun á saltajafnvægi eða krampa sem ekki er stjórn á). ***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 hafa 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. Hjá sjúklingum með síðkomna kólesterólhækkun (*secondary hypercholesterolaemia*) í blóði af völdum skertrar starfsemi skjaldkirtils eða nýrungaheilkennis (*nephrotic syndrome*), ætti að meðhöndla undirliggjandi sjúkdóm áður en meðferð með Crestor er hafin. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Ciklósporín:* Við samtímis meðferð með Crestor og ciklósporíni var AUC gildi rósúvastatíns að meðaltali 7 sinnum hærra en hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum (sjá kaflann Frábendingar). 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 (*International Normalised Ratio*) 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. Í slíkum tilvikum er viðeigandi eftirlit með INR æskilegt. ***Gemfíbrózíl og önnur fitulækkandi lyf:*** Tvöföldun varð á C_{max} og AUC rósúvastatíni við samtímis notkun á Crestor og gemfíbrózíli (sjá kaflann Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Samkvæmt upplýsingum úr sértækum rannsóknum á milliverkunum er engra lyfjahvarfa milliverkunar sem skiptir máli að vænta við meðferð með fenófíbrati, en samt sem áður getur orðið lyfhrifa milliverkun. Gemfíbrózíl, fenófíbrat, önnur fíbrót og fitulækkandi skammtar (> eða jafnt og 1 g/dag) af níacíni (nikótínsýru) auka hættu á vöðvakvilla þegar þau eru gefin samtímis HGM-CoA redúktasa hemlum, sennilega vegna þess að þeir geta valdið vöðvakvilla þegar þeir eru gefnir einir sér (sjá kaflana Frábendingar og Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). ***Sýrubindandi lyf:*** Við samtímis gjöf Crestor og sýrubindandi mixtúru, dreifu sem innihélt ál- og magnesíumhýdroxíð, lækkaði plasmapéttni rósúvastatíns um u.þ.b. 50%. Áhrifin voru minni þegar sýrubindandi lyfið var tekið 2 klst. á eftir Crestor. Klínísk þýðing þessarar milliverkunar hefur ekki verið rannsökuð. ***Erýtrómýsín:*** Samtímis gjöf Crestor og erýtrómýsíns leiddi til 20% minnkunar á AUC (0-t) og 30% lækkunar á Cmax rósúvastatíni. Þessi milliverkun gæti stafað af auknum þarmahreyfingum af völdum erýtrómýsíns. ***Getnaðarvarnalyf til inntöku/hormóna uppbótarmeðferð (HRT; hormone replacement therapy):*** Samtímis gjöf Crestor og getnaðarvarnalyfja til inntöku leiddi til 26% stækkunar á AUC etinýlestradíóls og 34% stækkunar á AUC norgestrels. Þessa auknu plasmaþéttni ætti að hafa í huga þegar skammtur getnaðarvarnalyfs til inntöku er ákveðinn. Engar upplýsingar um lyfjahvörf eru fyrirliggjandi hjá einstaklingum sem fá Crestor og HRT samtímis og þess vegna er ekki hægt að útiloka svipuð áhrif. Konur í klínískum rannsóknum hafa samt sem áður oft tekið þessi lyf samtímis og þoldist það vel. ***Önnur lyf:*** Samkvæmt upplýsingum úr sértækum rannsóknum á milliverkunum er ekki búist við neinum milliverkunum við digoxín sem hafa klíníska þýðingu. ***Cýtókróm P450 ensím:*** Niðurstöður *in vitro og in vivo* rannsókna sýna að rósúvastatín hvorki hemur né hvetur cýtókróm P450 ísóensím. Að auki er rósúvastatín lélegt hvarfefni fyrir þessi ísóensím. Milliverkanir við rósúvastatín hafa hvorki komið fram við samtímis notkun flúkónazóls (CYP2C9 og CYP3A4 hemill) né ketókónazóls (CYP2A6 og CYP3A4 hemill). Samtímis gjöf á ítrakónazóli (CYP3A4 hemill) og rósúvastatíni olli 28% stækkun á AUC rósúvastatíni. Þessi lítla aukning er ekki talin hafa klíníska þýðingu. Þess vegna er ekki að vænta milliverkana vegna umbrota fyrir tilstilli cýtókróm P450. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir sem hafa komið fram við meðferð með Crestor eru venjulega vægar og tímabundnar. Innan við 4% þeirra sjúklinga sem fengu Crestor í klínískum samanburðarrannsóknum þurftu að hætta í rannsókn vegna aukaverkana. ***Tíðni aukaverkana er flokkuð samkvæmt eftirfarandi:*** Algengar (>1/100, <1/10); Sjaldgæfar (>1/1.000, <1/100); Mjög sjaldgæfar (>1/10.000, <1/1.000). *Ónæmiskerfi: Mjög sjaldgæfar:* Ofnæmi þar með talinn ofsabjúgur. *Taugakerfi: Algengar:* Höfuðverkur, sundl. *Meltingarfæri: Algengar:* Hægðatregða, ógleði, kviðverkir. *Húð og undirhúð: Sjaldgæfar:* Kláði, útbrot og ofsakláði. *Stoðkerfi, stoðvefur og bein: Algengar:* Vöðvaþrautir. *Mjög sjaldgæfar:* Vöðvakvilli og rákvöðvalýsa. *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. Breytingar á próteinmagni í þvagi úr engu eða snefilmagni í ++ eða meira á einhverjum tíma meðan á meðferð með 10 og 20 mg stóð komu fram hjá <1% sjúklinga og hjá um 3% sjúklinga sem fengu 40 mg. Breyting úr engu eða snefilmagni í + jókst minniháttar við 20 mg skammtinn. 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:*** Greint hefur verið frá áhrifum á beinagrindarvöðva hjá sjúklingum á meðferð með Crestor, t.d. vöðvaverkjum (*myalgia*), vöðvakvilla (*myopathy*) og í mjög sjaldgæfum tilvikum rákvöðvalýsu (*rhabdomyolysis*) Þetta við um alla skammta, þó sérstaklega skammta stærri en 20 mg. Skammtaháð aukning á CK gildum hefur komið fram hjá sjúklingum sem fengu rósúvastatín og voru flest tilvikanna væg, tímabundin og án einkenna. Ef CK gildi eru hækkuð (>5xULN), ætti að stöðva meðferð (sjá kafla 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). ***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; flest tilvikanna voru væg, tímabundin og án einkenna.

Heimildaskrá *1.* Olsson AG, McTaggart F and Raza A. Rosuvastatin: a highly effective new HMG-CoA reductase inhibitor, *Cardiovascular Drug Reviews* 2002; **20**(4): 303-328. *2.* Jones PH, Davidson MH, Stein EA et al. Comparison of the Efficacy and Safety of Rosuvastatin Versus Atorvastatin, Simvastatin and Pravastatin Across Doses (STELLAR Trial), *Am J Cardiol* 2003; **92**:152-160. *3.* Schuster H on behalf of the MERCURY I Study Group. Effects of switching to rosuvastatin from atorvastatin or other statins on achievement of international low-density lipoprotein cholesterol goals: MERCURY I Trial. *J Am Coll Cardiol* 2003 (Suppl): 227A-228A, Abs 1010-149. *4.* Blasetto JW, Stein EA, Brown WV et al. Efficacy of rosuvastatin compared with other statins at selected starting doses in hypercholesterolemic patients and in special population groups. *Am J Cardiol* 2003; **91** (Suppl): 3C-10C. *5.* Jones PH for the STELLAR Study Group. Statin therapies for elevated lipid levels compared across dose ranges to rosuvastatin: low-density lipoprotein cholesterol and high-density lipoprotein cholesterol results. *J Am Coll Cardiol* 2003 (Suppl): 315A-316A, Abs 876-2.

Handhafi markaðsleyfis: AstraZenecaA/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; 100 stk., kr. 12.739. Filmuhúðaðar töflur 20 mg: 28. stk. (þynnupakkað), kr. 6.237; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 18.551; 100 stk., 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: R. Greiðslupátttaka: 0. Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá.**
AstraZeneca, júní 2004.

CRESTOR rósúvastatín

Yentreve duloxetine HCl

Heiti lyfs: YENTREVE 20 mg hörð sýrupolin hylki eða YENTREVE 40 mg hörð sýrupolin hylki: **Virkt innihaldsefni og styrkleikar:** Virka innihaldsefnið er duloxetin. Hvert hylki inniheldur 20 mg eða 40 mg af duloxetini sem duloxetin hýdróklóríð. **Lyfjaform:** Hart sýrupolið hylki. **Ábendingar:** YENTREVE er ætlað konum til meðferðar á miðlungs til alvarlegum áreynsluþvagleka. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur af YENTREVE er 40 mg tvisvar á dag án tillits til máltíða. Eftir 2-4 vikna meðferð, skal meta sjúklinga aftur með tilliti til virkni og hvernig meðferðin þolist. Ef kona upplifir aukaverkanir sem valda óþægindum lengur en 4 vikur, má minnka skammtinn í 20 mg tvisvar á dag. Ráðlagt er að íhuga samhliða iðkun grindarbotnsæfinga. *Skert lifrarstarfsemi:* YENTREVE ætti ekki að gefa konum með lifrarsjúkdóm eða með skerta lifrarstarfsemi. *Skert nýrnastarfsemi:* Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með væga eða miðlungs skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30 til 80 ml/mín). *Aldraðir:* Aldraðir skulu meðhöndlaðir með varúð. *Börn og unglingar:* Rannsóknir á virkni og öryggi duloxetins hjá sjúklingum í þessum aldurshópi hafa ekki verið framkvæmdar. Því er ekki mælt með notkun YENTREVE fyrir börn og unglinga. *Meðferð hætt:* Þegar meðferð með YENTREVE er hætt eftir meira en 1 viku meðferð, er að öllu jöfnu ráðlegt að draga smám saman úr skammtinum (úr 40 mg tvisvar á dag í annað hvort 40 mg einu sinni á dag eða 20 mg tvisvar á dag) á 2 vikum til að draga úr hættu á hugsanlegum fráhvarfseinkennum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Skert lifrarstarfsemi. Meðganga og brjóstagjöf. YENTREVE á ekki að nota samhliða ósérhæfðum, óafturkræfum mónóamín oxidasa hemlum - MAO hemlar. Ekki ætti að nota YENTREVE samhliða CYP1A2 hemlum, eins og fluvoxamíni, ciprofloxacíni eða enoxacíni, því það veldur hækkaðri plasmaþéttni duloxetins. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** *Geðhæð og krampar:* YENTREVE skal notað með varúð hjá sjúklingum með sögu um geðhæð, eða sem hafa greinst með geðhvarfasýki og/eða krampa. *Notkun með þunglyndislyfjum:* Gæta skal varúðar sé YENTREVE notað samhliða þunglyndislyfjum. Sérstaklega er ekki er mælt með samhliða notkun sértækra afturkræfra MAO-hemla. *Ljósopsstæring:* Ljósopsstæringu hefur verið lýst og tengd við duloxetin, því ætti að nota duloxetin með varúð hjá sjúklingum með hækkaðan augnþrýsting, eða með þekkta hættu á bráðri þrönghornsgláku. *Skert nýrnastarfsemi:* Plasmaþéttni duloxetins hækkar hjá sjúklingum með mikið skerta nýrnastarfsemi sem krefst blóðskilunar (kreatínín úthreinsun <30 ml/mín). Óljóst er að áreynslupvagleki hrjái sjúklinga með mikið skerta nýrnastarfsemi. *Súkrósi:* YENTREVE hörð sýrupolin hylki innihalda súkrósa. Sjúklingar með mjög sjaldgæft arfgengt frúktósa ópol, glúkósa-galaktósa vanfrásog eða súkrasa-ísomaltasa skort skulu ekki taka lyfið. *Blæðingar:* Lýst hefur verið óeðlilegum húðblæðingum, svo sem marblettum og purpura tengt sérhæfðum serótónín endurupptöku hemlum (SSRI). Gæta skal varúðar hjá sjúklingum sem taka blóðþynningarlyf og/eða lyf sem hafa þekkt áhrif á starfsemi blóðflagna og hjá sjúklingum með þekkta tilhneigingu til blæðinga. *Meðferð hætt:* Sumir sjúklingar geta fundið fyrir einkennum þegar meðferð með YENTREVE er hætt, sérstaklega ef meðferð er hætt skyndilega. *Natríumlækkun:* Mjög sjaldgæf dæmi eru um natríumlækkun, sérstaklega hjá öldruðum, þegar YENTREVE er gefið með öðrum lyfjum í sama lyfhrifaflokki. *Sjálfsvígshugmyndir og sjálfsvígstilburðir:* Eins og við á um önnur lyf með svipuð lyfjafræðileg áhrif (þunglyndislyf), eru einstaka dæmi um sjálfsvígshugmyndir og sjálfsvígstilburði meðan á duloxetinmeðferð stendur eða skömmu eftir að meðferð var hætt. Læknar skulu hvetja sjúklinga til að tilkynna um allar bölsýnishugsanir eða vanlíðan. *Meðganga og brjóstagjöf:* Ekki eru fyrirliggjandi nein gögn um notkun duloxetins hjá þunguðum konum. Dýrarannsóknir hafa sýnt skaðleg áhrif á frjósemi við almenna útsetningu duloxetins (AUC) sem var lægra en mesta klíníska útsetningin . Mögulegt hætta hjá mönnum er óþekkt. Hugsanlegt er að nýburinn fái fráhvarfseinkenni ef móðirin hefur tekið duloxetin skömmu fyrir fæðingu. Meðganga er frábending fyrir notkun YENTREVE.. Duloxetin og/eða umbrotsefni þess eru skilin út í mjólk hjá rottum. Hegðunaraukaverkanir sáust hjá afkvæmum í eitrunarrannsóknum á rottum sem framkvæmdar voru við og eftir burðarmál. Ekki liggja fyrir neinar rannsóknir á útskilnaði duloxetins og/eða umbrotsefna þess í brjóstamjólk. Brjóstagjöf er frábending fyrir notkun YENTREVE. *Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:* Þrátt fyrir að samanburðarrannsóknir hafi ekki sýnt fram á að duloxetin skerði hreyfifærni, skilvitlega færni eða minni, getur það valdið syfju. Sjúklingar skulu því varaðir við áhrifum lyfsins á hæfni til aksturs eða notkunar hættulegra véla. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Mónóamín oxidasa hemlar (MAO hemlar):* vegna hættu á serótónín heilkenni, á ekki að nota YENTREVE samhliða ósérhæfðum, óafturkræfum mónóamín oxidasa hemlum (MAO hemlar), eða innan 14 daga eftir að meðferð er hætt með MAO hemli. Með hliðsjón af helmingunartíma duloxetins, skulu liða minnst 5 dagar frá því að meðferð er hætt með YENTREVE áður en meðferð er hafin með MAO hemli.*Serótónín heilkenni:* mjög sjaldgæf dæmi eru um serótónín heilkenni hjá sjúklingum sem nota SSRI lyf samhliða serótónvirkum lyfjum. Gæta skal varúðar ef YENTREVE er gefið samhliða serótónvirku þunglyndislyfi eins og SSRI lyfjum, þríhringlaga þunglyndislyfjum eins og clomipramíni eða amitriptýlíni, venlafaxíni eða triptan lyfjum, tramadoli og tryptophani. *Lyf með áhrif á miðtaugakerfið:* gæta skal varúðar þegar YENTREVE er tekið samhliða öðrum lyfjum eða efnum sem verka á miðtaugakerfið, þar með talið áfengi og róandi lyf (benzodiazepin lyf, morfínlík lyf, sefandi lyf, phenobarbital lyf, andhistamín með róandi verkun). *Áhrif duloxetins á önnur lyf: Lyf sem eru umbrotin af CYP1A2:* Í klínískri rannsókn fundust engin marktæk áhrif á lyfjahvörf teófýllíns, sem er CYP1A2 hvarfefni, þegar það var gefið samtímis duloxetini (60 mg tvisvar á dag). Rannsóknin var framkvæmd hjá körlum og ekki er unnt að útiloka að konur sem hafa minni CYP1A2 virkni og hærri plasmaþéttni duloxetins geti fengið milliverkanir tengdar CYP1A2 hvarfefnum. *Lyf umbrotin af CYP2D6:* samtímis gjöf duloxetins (40 mg tvisvar á dag) eykur jafnvægis AUC tolterodins (2 mg tvisvar á dag) um 71% en hefur ekki áhrif á lyfjahvörf virka 5-hydroxy umbrotsefnisins og ekki er mælt með skammtaaðlögun. Ef duloxetin er gefið samhliða lyfjum sem eru aðallega umbrotin af CYP2D6 skal það gert með varúð ef þau eru með þröngan lækningalegan stuðul. *Getnaðarvarnartöflur og aðrir sterar:* niðurstöður in vitro rannsókna sýna að duloxetin örvar ekki ensímvirkni CYP3A. Sérstakar *in vivo* rannsóknir á milliverkunum lyfjanna hafa ekki verið framkvæmdar. *Áhrif annarra lyfja á duloxetin: Sýrubindandi lyf og H2 blokkar:* samtímis gjöf YENTREVE með sýrubindandi lyfjum sem innihalda ál og magnesíum eða með famotidini hafi engin marktæk áhrif á frásogshraða eða magn duloxetins sem frásogaðist eftir inntöku 40 mg skammts. *Lyf sem hamla CYP1A2:* þar sem CYP1A2 tekur þátt í umbroti duloxetins, er líklegt að samhliða notkun YENTREVE með öflugum CYP1A2 hemlum auki þéttni duloxetins. Fluvoxamín (100 mg einu sinni á dag), sem er öflugur CYP1A2 hemill, lækkaði greinanlega plasma úthreinsun duloxetins um u.þ.b. 77% og 6 faldaði AUC_{0-t}. Því ætti ekki að gefa YENTREVE samhliða öflugum CYP1A2 hemlum eins og fluvoxamíni. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir (≥10%) sem greint var frá hjá sjúklingum sem fengu YENTREVE voru ógleði, munnþurrkur, þreyta, svefnleysi og hægðatregða. Aukaverkanir sem komu fyrir marktækt oftar hjá sjúklingum sem fengu duloxetin en lyfleysu og með ≥2% tíðni eða hafa mögulega klínískt gildi eru : lystarstol, minnkuð matarlyst, þorsti, svefntruflun, kvíði, minnkuð kynhvöt, fullnægingarstol (anorgasmia), höfuðverkur, sundl (nema svimi), svefnhöfgi, skjálfti, óskýr sjón, taugaveiklun, niðurgangur, uppköst, meltingartruflanir, aukin svitamyndun, doði, kláði og þróttleysi. Sjaldgæfar (≥0,1% og <1%):- Kyndeyfð. Sundl (≥5%) var einnig tilkynnt sem algeng aukaverkun þegar meðferð með duloxetini var hætt. **Pakkningastærðir og verð skv. Lyfjaverðskrá :** 1. okt. 2004: 20 mg: 56 hylki 6.763 kr. 40 mg: 56 hylki 6.763 kr. 40 mg: 140 hylki 15.260 kr. **Greiðsluþátttaka:** Lyfjagreiðslunefnd hefur ekki tekið ákvörðun um greiðsluþátttöku lyfsins. **Handhafi markaðsleyfis:** Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Holland. **Dagsetning fyrstu útgáfu markaðsleyfis:** 11. ágúst 2004

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

AstraZeneca

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, kínidíns eða warfaríns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun esómeprazóls á meðgöngu. Gæta skal varúðar þegar lyfið er gefið þunguðum konum. Ekki er vitað hvort esómeprazól berst í brjóstamjólk og ættu konur með barn á brjósti ekki að nota Nexium. **Aukaverkanir:** ***Algengar (> 1%):*** Höfuðverkur, kviðverkir, niðurgangur, vindgangur, ógleði/uppköst, hægðatregða. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Svimi, munnþurrkur, húðbólgur (dermatitis), kláði, ofsakláði. **Lyfhrif:** Esómeprazól er S-handhverfa ómeprazóls og dregur úr seytingu magasýru og er verkunarháttur mjög sértækur. Það hemlar sértækt sýrupumpuna í parietal frumum magans. Bæði R- og S- handhverfur ómeprazóls hafa svipuð lyfhrif. **Lyfjahvörf:** *Frásog og dreifing:* Esómeprazól er ekki sýrustöðugt og þess vegna er það gefið til inntöku sem sýruhjúpkyrni. Umbreyting í R-handhverfu er óveruleg in-vivo. Esómeprazól frásogast hratt, hámarksþéttni í plasma næst um 1-2 klst. eftir inntöku. Aðgengi er 64%. Dreifirúmmál við stöðuga þéttni er um 0,22 l/kg líkamsþunga. Esómeprazól er 97% próteinbundið í plasma. Fæðuneysla bæði seinkar og dregur úr frásogi esómeprazóls en hefur engin marktæk áhrif á verkun esómeprazóls á sýrustig magans. **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:* 8.793 kr., *56 töflur í veski:* 9.714 kr., *100 töflur, glas:* 15.198 kr. 40 mg: *7 töflur í veski:* 2.191 kr., *28 töflur í veski:* 6.518 kr., *50 töflur þynnupakkaðar:* 11.057 kr., *100 töflur í glasi:* 19.625 kr. **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Greiðsluþátttaka: E.** Ágúst 2004.

Heimildaskrá ***1.*** Edwards et al. Aliment Pharmacol Ther 2001; 15; 1729 - 1736 ***2.*** Castell et al. Am. J. Gastroenterol 2002; 97, no. 3, 575 - 583 ***3.*** Lauritsen et al. Aliment Pharmacol Ther 2003; 17: 333 - 341 ***4.*** Miner et al. Am J. Gatroenterol 2003; 98, no. 12, 2616 - 2620.

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

Nexium® yfirburða sýruhemill

Cipralex® escitalopram. Cipralex, filmuhúðar töflur N 06 AB

Hver filmuhúðuð tafla inniheldur escítalópram 5 mg, 10 mg, 15 mg eða 20 mg (sem oxalat). **Ábendingar:** Meðferð gegn alvarlegum þunglyndisköstum. Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia). **Skammtar og lyfjagjöf:** Alvarleg þunglyndisköst: Venjulegur skammtur er 10 mg einu sinni á dag. Tekið skal mið af svörun sjúklings, en skammtinn má auka í allt að 20 mg á dag. Venjulega tekur 2-4 vikur að fá fram verkun gegn þunglyndi. Eftir að einkennin hverfa, þarf meðferðin að halda áfram í a.m.k. 6 mánuði, til að tryggja að árangur haldist. Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia): Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg á dag. Eftir einnar viku meðferð er skammturinn aukinn í 10 mg á dag. Auka má skammtinn enn frekar eða í allt að 20 mg á dag, eftir því hver svörun sjúklingsins er. Hámarksárangur næst eftir u.þ.b. þrjá mánuði. Meðferðin stendur yfir í nokkra mánuði. Aldraðir sjúklingar (> 65 ára): Íhuga skal að hefja meðferð með hálfum ráðlögðum upphafsskammti og nota lægri hámarksskammt (sjá lið 5.2 Lyfjahvörf). Börn og unglingar (<18 ára): Öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum, hafa ekki verið rannsökuð og því er ekki ráðlagt að nota lyfið fyrir sjúklinga í þessum aldurshópum.Skert nýrnastarfsemi: Aðlögun skammta er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með væga eða miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (CLCR minni en 30 ml/mín.) Skert lifrarstarfsemi: Ráðlagður upphafs-skammtur er 5 mg á dag, í 2 vikur. Eftir það má auka skammtinn í 10 mg, háð svörun sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir escítalóprami eða einhverju hjálparefnanna. Samhliða meðferð með ósérhæfðum, óafturkræfum mónóamín oxidasa hemlum (MAO-hemlum). **Varúð:** Hjá sumum sjúklingum með felmtursröskun geta kvíðaeinkenni aukist í upphafi meðferðar með geðdeyfðarlyfjum. Ef sjúklingur fær krampa skal undantekningarlaust hætta gjöf lyfsins. Forðast skal notkun serótónín endurupptökuhemla hjá sjúklingum með óstöðuga flogaveiki. Nákvæmt eftirlit skal hafa með sjúklingum með flogaveiki, sem tekist hefur að meðhöndla og stöðva skal meðferð með serótónín endurupptökuhemlum ef tíðni floga eykst. Gæta skal varúðar við notkun SSRI lyfja hjá sjúklingum sem hafa átt við oflæti að stríða (mania/hypomania). Stöðva skal meðferð með SSRI lyfjum ef sjúklingur stefnir í oflætisfasa. Hjá sjúklingum með sykursýki getur meðferð með SSRI lyfjum haft áhrif á sykurstjórnun. Nauðsynlegt getur verið að aðlaga skammta af insúlíni og/eða sykursýkislyfjum til inntöku. Almenn klínísk reynsla af notkun SSRI lyfja sýnir, að sjálfsvígshætta getur aukist á fyrstu vikum meðferðar. Mikilvægt er að fylgjast náið með sjúklingi á þessu tímabili. Lækkun natríums í blóði hefur sjaldan verið skráð við notkun SSRI lyfja og hverfur venjulega þegar meðferðinni er hætt. Óeðlilegar húðblæðingar s.s. flekkblæðingar (ecchymoses) og purpuri hafa verið skráðar í tengslum við notkun sértækra serótónín endurupptökuhemla. Sérstakrar varúðar ber að gæta hjá sjúklingum sem fá SSRI lyf samhliða lyfjum sem hafa áhrif á starfsemi blóðflagna svo og hjá sjúklingum með sögu um blæðingartilhneigingu. Almennt er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemla vegna hættunnar á að valda serótónín heilkenni. Í sjaldgæfum tilfellum hefur serótónín heilkenni verið skráð hjá sjúklingum, sem nota SSRI lyf samhliða serótónvirkum lyfjum. Ef þetta gerist skal strax hætta meðferð. Þegar meðferð með Cipralex er hætt, skal dregið úr skömmtum smám saman, á einni til tveimur vikum, til að koma í veg fyrir hugsanleg fráhvarfseinkenni. **Milliverkanir:** Notkun escítalóprams er frábending samhliða ósérhæfðum MAO-hemlum. Vegna hættunnar á serótónín heilkenni, er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemils og gæta skal varúðar við samtímis notkun selegilíns (óaftur-kræfur MAO-B-hemill). Gæta skal varúðar þegar samtímis eru notuð önnur lyf, sem geta lækkað krampaþröskuld. Gæta skal varúðar við samtímis notkun litíums og tryptófans. Forðast skal samtímis notkun náttúrulyfsins jónsmessurunna (St. John´s Wort). Ekki er vænst neinna milliverkana í tengslum við lyfhrif eða lyfjahvörf, á milli escítalóprams og alkóhóls. Samt sem áður, eins og við á um önnur geðlyf, er samhliða notkun alkóhóls ekki æskileg. Nauðsynlegt getur verið að minnka skammta af escítalóprami við samtímis notkun ensímhemlanna ómeprazóls og címetidíns. Gæta skal varúðar þegar escítalópram er gefið samhliða lyfjum, sem umbrotna fyrir tilstilli ensímanna CYP2D6 (flecaíníð, própafenón, metóprólól, desipramín, klómipramín, nortryptilín, risperidón, thíorídazín og halóperidól) og CYP2C19. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun escítalóprams á meðgöngu. Því ætti ekki að nota Cipralex á meðgöngu, nema brýna nauðsyn beri til. Gert er ráð fyrir að escítalópram skiljist út í brjóstamjólk. Ekki ætti að gefa konum með börn á brjósti escítalópram. **Akstur og notkun véla:** Þrátt fyrir að sýnt hafi verið fram á að escítalópram hafi ekki áhrif á vitsmunalega starfsemi eða hreyfigetu (psychomotor performance) geta öll geðlyf skert dómgreind eða hæfni. Sjúklingar skulu varaðir við hugsanlegri hættu á áhrifum á hæfni til aksturs og notkunar véla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir eru algengastar á fyrstu og annarri viku meðferðar og yfirleitt dregur úr tíðni og styrk þeirra við áframhaldandi meðferð. Sé meðferð með sértækum serótónín endurupptökuhemlum hætt skyndilega eftir langvarandi meðferð, geta fráhvarfseinkenni komið fram hjá sumum sjúklingum. Þrátt fyrir að fráhvarfseinkenni geti komið fram þegar meðferð er hætt, benda fyrirliggjandi forklínískar og klínískar upplýsingar ekki til þess að um ávanahættu sé að ræða. Fráhvarfseinkenni af völdum escítalóprams hafa ekki verið metin á kerfisbundinn hátt. Þau fráhvarfseinkenni sem komið hafa fram í tengslum við racemískt cítalópram eru svimi, höfuðverkur og ógleði. Meirihluti þeirra eru væg og afmörkuð (self-limiting). Í tvíblindum samanburðarrannsóknum með lyfleysu var tíðni eftirfarandi aukaverkana hærri vegna escítalóprams en lyfleysu: ógleði, sviti, svefnhöfgi, svimi, svefnleysi, hægðatregða, niðurgangur, minnkuð matarlyst, kynlífstruflanir, þreyta, hiti, bólgur í ennis- og kinnholum og geispar. **Ofskömmtun:** Teknir hafa verið inn 190 mg skammtar af escítalóprami án þess að alvarleg einkenni hafi komið fram. Einkenni ofskömmtunar eftir inntöku racemísks cítalóprams (>600 mg): Svimi, skjálfti, geðshræring, svefnhöfgi, meðvitundarleysi, krampar, hraðtaktur, breytingar á hjartarafriti (ECG) með breytingum á ST-T, breikkun á QRS-komplex, lengt QT-bil, hjartsláttartruflanir, andnauð, uppköst, rákvöðvalýsa (rhabdomyolosis), efnaskiptablóðsýring, of lág blóðþéttni kalíums. Búist er við að ofskömmtun af escítalóprami myndi valda svipuðum einkennum. Ekki er um sérstakt mótefni að ræða. Tryggið opinn öndunarveg, nægilegt súrefni og fullnægjandi öndun. Magaskolun skal framkvæma eins fljótt og auðið er eftir inntöku. Mælt er með eftirliti með hjartastarfsemi og lífsmörkum ásamt almennri einkennameðferð. **Pakkningar og verð (Nóvember 2004):** Cipralex 5 mg 28 stk kr. 2.658, Cipralex 5 mg 100 stk kr. 6.790, Cipralex 10 mg 28 stk kr. 3.931, Cipralex 10 mg 56 stk kr. 7.242, Cipralex 10 mg 100 stk kr. 12.225, Cipralex 10 mg 200 stk kr. 21.553, Cipralex 15 mg 28 stk kr. 6.013, Cipralex 15 mg 100 stk kr. 17.876, Cipralex 20 mg 28 stk kr. 7.422, Cipralex 20 mg 56 stk kr. 13.884, Cipralex 20 mg 100 stk kr. 22.252.

Handhafi markaðsleyfis: H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Kaupmannahöfn – Valby, Danmörk. Umboðsmaður á Íslandi: Austurbakki hf., Köllunarklettsvegi 2,104 Reykjavík; sími 563 4000. Markaðsleyfi var veitt 31. maí 2002

LYRICA (PREGABALIN)

Virk innihaldsefni og styrkleiki. Hvert hart hylki inniheldur 75mg, 150mg og 300 mg pregabalín. **Ábendingar:** Taugaverkir Lyrica er notað til meðferðar á útlægum taugaverkjum hjá fullorðnum.Flogaveiki Lyrica er notað hjá fullorðnum, sem viðbótarmeðferð við flogaveiki með staðflogum, með eða án krampa. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar eru á bilinu 150 til 600 mg á sólarhring, skipt í tvo eða þrjá skammta. Lyrica má taka með eða án matar. Taugaverkir Hefja má meðferð með pregabalíni á 150 mg skammti á sólarhring. Eftir svörun og þoli hvers sjúklings má auka skammtinn í 300 mg, eftir 3-7 daga og ef þörf krefur í 600 mg hámarksskammt eftir 7 daga til viðbótar. Flogaveiki Hefja má meðferð með pregabalíni á 150 mg skammti á sólarhring. Eftir svörun og þoli hvers sjúklings má auka skammtinn í 300 mg, eftir eina viku. 600 mg hámarksskammti má ná eftir eina viku til viðbótar. Þegar meðferð er hætt Ef hætta þarf notkun pregabalíns við taugaverkjum eða flogaveiki, er að fenginni reynslu mælt með því að notkuninni sé hætt smám saman á að minnsta kosti einni viku. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi* Brotthvarf pregabalíns úr blóðrásinni er fyrst og fremst með útskilnaði um nýru sem óbreytt lyf. Þar sem úthreinsun pregabalíns er í beinu hlutfalli við úthreinsun kreatíníns, skal minnka skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi í samræmi við kreatínín úthreinsun (CLcr) eins og fram kemur í töflu 1 í kafla 5.2 í óstyttum lyfjatexta. *Notkun hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi.* Ekki er þörf á að breyta skömmtum hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi *Notkun hjá börnum og unglingum (12 til 17 ára)* Öryggi og verkun pregabalíns hjá börnum yngri en12 ára og unglingum hefur ekki verið staðfest. Ekki er mælt með notkun lyfsins hjá börnum. *Notkun hjá öldruðum (eldri en 65 ára)* Með hliðsjón af minnkaðri nýrnastarfsemi með hækkuðum aldri getur þurft að breyta skömmtum hjá öldruðum sjúklingum (sjá sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Sjúklingar með sjaldgæfan arfgengan kvilla galaktósaóþol, Lappa laktasa-skort eða glúkósa- galaktósa vanfrásog mega ekki nota þetta lyf. Klínísk reynsla bendir til þess að breyta þurfi skammti sykursýkislyfja hjá sumum sjúklingum með sykursýki sem þyngjast meðan á pregabalínmeðferð stendur. Sundl og svefnhöfgi hafa verið tengd pregabalín meðferð, sem getur aukið fjölda áverka vegna óhappa (byltur) hjá öldruðum. Ráðleggja á sjúklingum að fara varlega á meðan þeir eru að átta sig á hvaða áhrif meðferðin hefur á þá. Ekki eru fyrirliggjandi nægileg gögn til þess að hægt sé að hætta samhliða meðferð með öðrum flogaveiklyfjum og nota pregabalín sem einlyfs meðferð, þegar náðst hefur stjórnun á flogum með pregabalíni. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Þar sem pregabalín skilst aðallega út óbreytt með þvagi, umbrotnar óverulega hjá mönnum (<2% af gefnum skammti finnast sem umbrotsefni í þvagi), hindrar ekki umbrot lyfja *in vitro* og er ekki bundið plasmapróteinum, er ólíklegt að það valdi eða verði fyrir lyfjafræðilegum milliverkunum. Í *in vivo* rannsóknum komu engar klínískt mikilvægar milliverkanir fram hjá pregabalíni og fenýtóíni, karbamazepíni, valpróinsýru, lamótrigíni, gabapentíni, lorazepam, oxýkódóni eða etanóli. Þýðisrannsóknir á lyfjahvörfum bentu til þess að sykursýkilyf til inntöku, þvagræsilyf, insúlín, fenóbarbital, tíagabín og tópíramat hefðu engin klínískt marktæk áhrif á úthreinsun pregabalíns.Samhliða notkun pregabalíns og getnaðarvarnalyfjanna noretísterón og/eða etinýlöstradíól til inntöku hafði engin áhrif á lyfjahvörf þessara lyfja við jafnvægi. Endurteknir skammtar af pregabalín til inntöku gefnir á sama tíma og oxýkódón, lórazepam eða etanól höfðu engin klínískt mikilvæg áhrifa á öndun. Pregabalín virðist auka á skemmd af völdum oxýkódóns á skilvitlega- og grófhreyfivirkni (cognitive and gross motor function). Þregabalín getur aukið áhrif etanóls og lórazepams. Engar rannsóknir hafa verið gerðar á lyfhrifamilliverkunum hjá öldruðum sjálfboðaliðum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki liggja fyrir neinar fullnægjandi upplýsingar um notkun pregabalíns á meðgöngu.Rannsóknir á dýrum hafa sýnt fram á skaðleg áhrif á frjósemi. Hugsanleg áhætta fyrir menn er ekki þekkt. Lyrica á þess vegna ekki að nota á meðgöngu nema ávinningur fyrir móður vegi augljóslega þyngra en hugsanleg áhætta fyrir fóstrið. Konur á barneignaaldri eiga að nota örugga getnaðarvörn.Ekki er vitað hvort pregabalín skilst út í brjóstamjólk hjá konum, hinsvegar er vitað að það finnst í mjólk hjá rottum. Þess vegna er ekki mælt með brjóstagjöf á meðan á meðferð með pregabalíni stendur. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Lyrica getur valdið sundli og svefnhöfga og þar með haft áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. Ráðleggja á sjúklingum að aka ekki eða stjórna flóknum vélum eða fást við önnur áhættusöm verk áður en þeir þekkja hvaða áhrif meðferðin hefur á hæfni þeirra til að vinna slík verk. **Aukaverkanir: Blóð og eitlar:** Mjög sjaldgæfar: Hlutleysiskyrningafæð. **Efnaskipti og næring:** Algengar Aukin matarlyst. Sjaldgæfar: Lystarleysi. Mjög sjaldgæfar: Blóðsykurslækkun. **Geðræn vandamál:** Algengar: Vellíðunartilfinning, rugl, minnkuð kynhvöt, skapstyggð. Sjaldgæfar: Sjálfshvarf (depersonalisation), fullnæging næst ekki (anorgasmia), óeirð (restlessness), þunglyndi, æsingur, skapsveiflur, aukið svefnleysi, depurð, málstol, ofskynjanir, óvenjulegir draumar, aukin kynhvöt, kvíðakast (panic attack), sinnuleysi (apathy). Mjög sjaldgæfar Hömluleysi (disinhibition), ofsakæti (elevated mood).**Taugakerfi:** Mjög algengar: Sundl, svefnhöfgi. Algengar Ósamhæfing hreyfinga, einbeitingarskortur, skortur á samhæfingu, minnisleysi, skjálfti, tormæli, breytt húðskyn. Sjaldgæfar: Skilvitleg truflun, snertiskynsminnkun, breyting á sjónsviði, augntin, talörðugleikar,vöðvarykkjakrampi, vantaugaviðbrögð, hreyfingartregða, skynhreyfiofvirkni (psycomotor hyperactivity), réttstöðusundl, ofurnæmt snertiskyn, bragðleysi, sviðatilfinning, starfsriða (intention tremor), hugstol, yfirlið. Mjög sjaldgæfar: Vanhreyfni, lyktarglöp, skriftarörðugleikar. **Augu:** Algengar: Þokusýn, tvísýni. Sjaldgæfar: Sjóntruflun, augnþurrkur, augnbólga, minnkuð sjónskerpa, augnverkur, augnþreyta, aukin táraseyting. Mjög sjaldgæfar: Glampar fyrir augum, erting í augum, ljósopsvíkkun, sveiflusýni, breyting á dýptarsjónskyni (altered visual depth perception), minnkun á jaðarsjón, rangeygi, ofbirta. **Eyru og völundarhús:** Algengar: Svimi. Mjög sjaldgæfar: Ofnæm heyrn. **Hjarta:** Sjaldgæfar: Hraðtaktur Mjög sjaldgæfar: Fyrstu gráðu gáttasleglarof, sinushraðtaktur, sinusóregla, hægur sinustaktur. **Æðar:** Sjaldgæfar: Roði, hitasteypa. Mjög sjaldgæfar: Lágþrýstingur, hand- og fótkuldi, háþrýstingur. **Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti:** Sjaldgæfar: Mæði, nefþurrkur. Mjög sjaldgæfar Nefkoksbólga, hósti, nefstífla, blóðnasir, nefslímubólga, hrotur, herpingur í hálsi. **Meltingarfæri:** Algengar Munnþurrkur, hægðatregða, uppköst, vindgangur. Sjaldgæfar: Uppþemba, mikil munnvatnsframleiðsla, bakflæði (gastrooesophageal reflux disease), snertiskynsminnkun í munni. Mjög sjaldgæfar Skinuholsvökvi, kyngingatregða, brisbólga. **Húð og undirhúð:** Sjaldgæfar: Aukin svitamyndun, útbrot með smáþrymlum. Mjög sjaldgæfar: Kaldur sviti, ofsakláði. **Stoðkerfi, stoðvefur, bein:** Sjaldgæfar: Vöðvakippir, liðbólga, vöðvakrampar, vöðvaþrautir, liðverkir, bakverkur, verkur í útlimum, vöðvastífleiki. Mjög sjaldgæfar: Hálskrampi, hálsverkur, rákvöðvalýsa. **Nýru og þvagfæri :**Sjaldgæfar: Ópægindi við þvaglát, þvagleki. Mjög sjaldgæfar: Þvagþurrð, nýrnabilun. **Æxlunarfæri og brjóst:** Algengar: Getuleysi, Sjaldgæfar: Seinkun á sáðláti, truflun á kynlífi. Mjög sjaldgæfar: Tíðateppa, verkir í brjóstum, útferð úr brjóstum (breast discharge), tíðaþrautir, brjóstastækkun. **Almennar aukaverkanir og ástand tengt íkomuleið:** Algengar: Þreyta, bjúgur í útlimum, ölvunartilfinning, bjúgur, óeðlilegt göngulag. Sjaldgæfar: Þróttleysi, hrösun (fall), þorsti, þyngsli fyrir brjósti. Mjög sjaldgæfar: Auknir verkir, útbreiddur bjúgur, hiti, stirðleiki, kuldahrollur. **Rannsóknaniðurstöður:** Algengar: Þyngdaraukning. Sjaldgæfar: Hækkuð gildi alanín amínótransferasa, hækkuð gildi kreatínfosfókínasa í blóði, hækkuð gildi aspartamínótransferasa, fækkun blóðflagna. Mjög sjaldgæfar: Blóðsykurshækkun, hækkað kreatínín í blóði, minnkað blóðkalíum, þyngdartap, fækkun hvítra blóðfrumna. **Pakkningar og verð 1. nóv. 2004:** Hylki 75 mg 14 stk 2.517 kr. Hylki 75 mg 56 stk 8.009 kr. Hylki 150 mg 14 stk 3.440. Hylki 150 mg 56 stk. 11.498. Hylki 300 mg 56 stk. 15.161 **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðslufyrirkomulag:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Pfizer Limited Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9 NJ Bretland. **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. Samantekt um eiginleika lyfs er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar.Upplýsingar um lyfið er að finna í sérlyfjaskrá og á lyfjastofnun.is

Heimildir: 1) Sabatowski R et al. Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with post-herpetic neuralgia:r esults of randomised, placebo-controlled clinical trial, Pain.2004 May;109(1-2):26-35 2) Rosenstock J et al. Pregabalin for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: a double-blind, placebo-controlled trial. Pain.2004 Aug; 110(3):628-38.

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 (kreatíníntúthreinsun 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 eituráverkun 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. nóvember 2004, 30 hylki,18 µg með HandiHaler®: 7081 kr, 30 hylki,18µg án HandiHaler®: 6775 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.**

Ráðstefnur og fundir

4.-5. janúar 2005
Í Öskju, Reykjavík. Ráðstefna í HÍ um rannsóknir í líf- og heilbrigðisvísindum á vegum læknadeildar, tannlæknadeildar, lyfjafræðideildar og hjúkrunarfræðideildar HÍ. Heimasíða: *www.hi.is/nam/visindanefnd* – skráning: *www.birna.is* – nánar hjá framkvæmdastjóra: *birna@birna.is*

21-22. febrúar
Uppsölum, Svíþjóð. Workshop on Peritoneal Surface Malignancy. Allar frekari upplýsingar á *www.akademikonferens.uu.se/peritonealcarcinosworkshop*

4.-5. mars
Amelia-eyju, Flórída. Physical Medicine & Rehabilitation for Clinicians, námskeið á vegum Mayo Clinic, College of Medicine. Nánari upplýsingar á *www.mayo.edu*

14.-15. mars
París, Frakklandi. Ráðstefna á vegum Unesco: Out of hospital emergency medical services, málefnið er: Move towards integration across Europe. Allar frekari upplýsingar á heimasíðunni: *www.hesculaep.org*

20. mars-2. apríl
Flórens, Ítalíu. Alþjóðlegur fundur um öryggi sjúklinga: Healthcare systems ergonomics and patient safety. Human factors, a bridge between care and cure. Nánari upplýsingar á slóðinni: *www.heps2005.org*

6.-9. apríl
Aþenu, Grikklandi. Árlegur fundur ESCI, European Society for Clinical Investigation, – allar nánari upplýsingar á slóðinni *www.esci.eu.com*

15.-18. júní
Stokkhólmi, Svíþjóð. Norrænt þing heimilislækna, hið 14. í röðinni. Nánar á heimasíðunni: *www.allmanmedicin.nu/congress*

Hin margumrædda vinnutímatilskipun

Á STJÓRNARFUNDI hjá evrópsku læknasamtökunum í nóvember sl. var fjallað um endurskoðun á vinnutímatilskipun í Evrópu en eins og læknar vita snertir hún okkur verulega. Læknar hafa reynt að hafa áhrif á gang mála og unglæknar látið sérstaklega í sér heyra. Evrópusamtök lækna mörkuðu ákveðna stefnu í marz 2004 en málinu er greinilega ekki lokið. Brezkir læknar eru til dæmis ekki alls kostar sáttir, a.m.k. hafa sérfræðingar á sjúkrahúsum lýst sig andvíga undanþáguklausu þeirri sem kölluð er „opt out". Sama sinnis virðast þýzkir spítalalæknar og munu almennir sérfræðingar á sjúkrahúsum í Þýzkalandi vera um 60% læknahópsins þar.

Undanþáguákvæðið „opt out" á við um hvíldartíma meðan á vakt stendur, það er að segja hve langur tími vaktar teljist vera raunveruleg vakt og hve langur hvíld. Eldri læknar/yfirlæknar munu vera undanþegnir hvort sem er þar sem þeir ráða sínum tíma meira eða taka ekki vaktir. Sett var fram sú spurning hvort þeir sem skrifuðu tilskipunina viti yfirleitt nokkuð hvað þeir voru að gera? Hvort 5 mín. hvíld milli sjúklinga meðan læknir er á vakt eigi að draga frá vinnutímanum? Eða þá ef hann skyldi hafa hlé í hálftíma?

Þá komu fram þau sjónarmið á fundinum að 8 tíma svefn á spítala væri alls ekki það sama og að sofa heima. Þegar vitnað er til annarra stétta sem taka vaktir, svo sem slökkviliðsmanna og hjúkrunarstétta, þá gildir annað um það fólk því læknar eru oftast með dagvinnutíma plús vaktir en hinir með vinnutíma á vöktum. Sjá CPME Info 2004/179: 5. Reynt hefur verið að setja inn í tilskipunina að 72 tímar megi líða þar til læknir fær hvíld eftir vakt. Spítalinn eigi að geta seinkað vaktafrí um þrjá sólarhringa ef þannig stendur á. Þessu er harðlega mótmælt og menn telja eðlilegt og nauðsynlegt að fá hvíldartíma strax eftir að vakt lýkur. Menn voru nokkuð tvístígandi í því hver niðurstaðan ætti að vera. Stefna CPME er skýr, en í henni kemur samt ekki allt fram, m.a. ekki þetta með 72 tímana. Í sumum löndum eða á sumum stöðum hefur verið samið milli lækna og yfirvalda um undanþáguklausuna „opt out". Sé svo þá eru þessir þrír dagar ekkert vandamál og ekki þörf á tilskipun frá Evrópu um þá. Á móti kemur að sameiginleg Evrópustefna gæti þýtt betri stöðu til að semja um hlutina heima fyrir. Niðurstaða á stjórnarfundi CPME var eftirfarandi: CPME stefnan skal standa en við þarf að bæta klausu um 72 tímana. Tillagan sem samþykkt var hljóðar svo: Hvað læknastéttina varðar þarf að vera hægt að taka vaktafrí strax að vakt lokinni, nema aðilar hafi sameiginlega komizt að öðru samkomulagi (e. As far as the medical profession is concerned, compensatory rest needs to be taken immediately after the work period unless otherwise decided by collective agreement).

Katrín Fjeldsted

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 íslenskum, 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: *www.laeknabladid.is*

Umræðuhluti

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

SPIRIVA® (TIOTROPIUM)
Meira loft í lungun

Frelsi

SPIRIVA® er grunnurinn í meðhöndlun á LLT[1,2]

- Minnkar mæði við áreynslu[3]
- Eykur þol eftir áreynslu[3]
- Fækkar versnunum og innlögnum vegna þeirra[4]
- Eykur lífsgæði sjúklings[5]



Heimildir: 1) Medicinsk Kompendium 2004; bls 1331. 2) Tashkin et al. Review. The Role of Long-Acting Bronchodilators in the Management of Stable COPD. CHEST 2004;125:249-259. 3) O'Donnell et al. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnoea and exercise tolerance in COPD. Eur Respir J 2004;23:832-840. 4) Casaburi et al. A long-term evaluation of once daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2002; 19:217-224. 5) Vincken et al. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 years treatment with tiotropium. Eur Respir J 2002;19:209-216.

Pfizer

Sérlyfjatexti á bls. 906

Umboðsaðili: PharmaNor hf.
Hörgatúni 2, 210 Garðabær
Sími: 535 7000, www.pfizer.is

Boehringer Ingelheim