Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



6/2005



Það skiptir máli að stjórna eigin þvaglátum

Ofvirk blaðra er króníska vandamál sem þarfnast langvarandi meðhöndlunar[1]

Pfizer

Vistor hf., Hörgatún 2, 210 Garðabæ
Sími: 535 7000, fax: 565 9292, www.doktor.is

Sérlyfjatexti á bls. 560

Detrusitol® Retard
tolterodin

RITSTJÓRNARGREINAR

495 **Áhættumat Hjartaverndar**
Karl Andersen

497 **Sérnám á Íslandi**
Ólafur Baldursson

FRÆÐIGREINAR

501 **Hve lengi eru menn öryrkjar á Íslandi?**
Sigurður Thorlacius, Tryggvi Þór Herbertsson

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að fáir snúi aftur til vinnu hér á landi eftir að þeim hefur verið metin örorka. Öryrkjar koma einkum úr hópi þeirra sem hafa litla menntun og sem bjóðast einhæf, erfið og illa launuð störf, og tekjutenging örorkubóta veldur því að menn hverfa ekki af örorkuskrá nema vel launað starf sé í boði. Þeim sem metnir voru til örorku 1992 var fylgt eftir fram í árslok 2004.

505 **Mergæxli í fornri beinagrind frá Hofstöðum í Mývatnssveit**
Hildur Gestsdóttir, Guðmundur I. Eyjólfsson

Beinagrind sem fannst við fornleifauppgröft í kirkjugarðinum á Hofstöðum er fyrsta birta tilfellið af illkynja sjúkdómi í fornum beinum á Íslandi og eitt af fáum tilfellum um mergæxli sem birt hafa verið yfirleitt. Staðlaðar beinafræðilegar rannsóknir á lífaldri og kyni leiddu í ljós að beinagrindin er úr konu á fimmtugsaldri. Fornmeinafræðileg rannsókn sýndi augljósar beineyðandi vefskemmdir í þó nokkrum beinum.

511 **Afstaða unglækna og læknanema til sérfræðináms á Íslandi**
Inga Sif Ólafsdóttir, Sædís Sævarsdóttir, Kolbrún Pálsdóttir, Hannes Petersen, Ólafur Baldursson

Flestir íslenskir læknar fara utan til sérfræðináms eftir að hafa starfað á Íslandi í nokkur ár og fáum blandast hugur um mikilvægi þessa. Hér er í fyrsta sinn könnuð afstaða unglækna og læknanema til þess að leggja stund á skipulegt sérfræðinám hérlendis þar eð ýmsir hafa lýst áhuga á því og jafnframt eru aðstæður erlendis að breytast með fækkun námsplássa fyrir útlendinga.

517 **Samtöl um dauðann. Fyrirbærafræðileg rannsókn á viðhorfum aldraðra til lífs og dauða og til meðferðar við lífslok**
Helga Hansdóttir, Sigríður Halldórsdóttir

Rannsókn gerð til að auka þekkingu og dýpka skilning á viðhorfum aldraðra til lífs og dauða. Rætt var við átta manns með ofangreind markmið að leiðarljósi. Allir töldu sig hafa lifað góðu lífi og voru almennt sáttir við tilhugsunina um dauðann og að meðferð við lífslok yrði takmörkuð ef ekki væri von um bata, þjáningar væru í aðsigi, líkamleg og andleg geta þverrandi og fyrirsjáanlegt væri að þeir yrðu byrði á öðrum. Líkan byggt á niðurstöðunum er sett fram í greininni.

529 VIÐAUKI. **Viðtöl um dauðann**
Helga Hansdóttir

Um innsetningu í Hafnarhúsinu, Listasafni Reykjavíkur í september 2003, samstarfsverkefni Helgu og Magnúsar Pálssonar myndlistarmanns.

533 **Nýr doktor í læknisfræði frá HÍ**
Tómas Guðbjartsson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

6. tbl. 91. árg. júní 2005

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

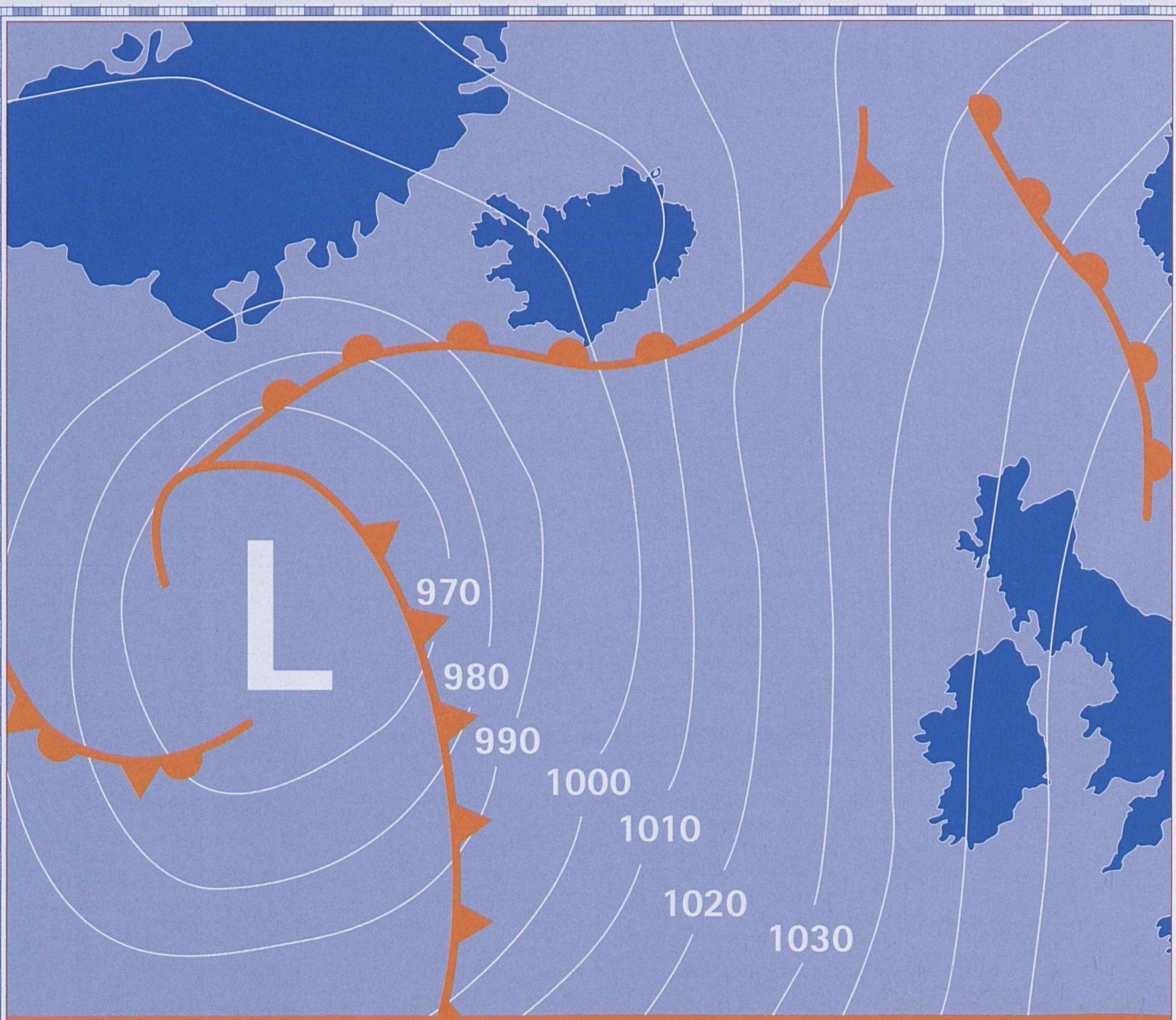
Áskrift
6.840,- m. vsk.
Lausasala
700,- m. vsk.

© 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
Prentsmiðjan Gutenberg ehf.
Síðumúla 16-18
108 Reykjavík

Pökkun
Plastpökkun ehf.
Skemmuvegi 8m
200 Kópavogi

ISSN: 0032-7213



Lamictal® bægir frá lægðum og gefur sjúklingum með geðhvörf góðar horfur

Öflug forvarnarmeðferð við þunglyndi er ekki síður mikilvægur þáttur við meðhöndlun geðhvarfa en meðferð gegn örlyndi (mania)[1]. Sýnt hefur verið fram á að Lamictal hefur slík áhrif.

Í stærstu rannsókn sem um getur á sviði geðhvarfasjúkdóma kemur í ljós að Lamictal seinkar komu þunglyndis hjá sjúklingum með geðhvörf og oft á tíðum í ár eða lengur.[2,3]

Lamictal þolist vel, ekki er ástæða til að mæla blóðþéttni lyfsins og aukaverkanamynstur lyfsins er vel þekkt eftir áralanga notkun þess við flogaveiki.

Lamictal meðferð veldur ekki örlyndi hjá sjúklingum með geðhvörf.

Lamictal er nýtt vopn í baráttunni við geðhvörf

Lamictal™
Lamotrigine gegn geðhvörfum

Lamictal lausnartöflur.Lamotriginum INN 5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg **Geðhvarfasjúkdómur (Bipolar Disorder) (Fullorðnir 18 ára og eldri)** Lamictal er ætlað til að fyrirbyggja geðbrigði hjá sjúklingum með geðhvarfasjúkdóm, einkum með því að fyrirbyggja geðlægðir. **Meðferð samhliða lyfjum sem hafa engar klínískar milliverkanir á lyfjahvörf lamótrigíns, t.d. litíum, EÐA meðferð með lamótrigíni einu sér.** Upphafsskammtur lamótrigíns hjá sjúklingum sem eru á meðferð með lyfjum sem hafa engar þekktar/fræðilegar milliverkanir á lyfjahvörf lamótrigíns eða eru á meðferð með lamótrigíni einu sér, er 25 mg einu sinni á dag í tvær vikur, en síðan 50 mg einu sinni á dag í tvær vikur. Auka skal skammtinn í 100 mg/dag einu sinni á dag í 5. viku. Venjulegur áætlaður skammtur sem gefur fullnægjandi svörun er 200 mg/dag. **Meðferð samhliða ensímhemlum t.d. valpróati.** Hjá sjúklingum sem eru á samhliða meðferð með ensímhemlum svo sem valpróati, er upphafsskammtur lamótrigíns 25 mg annan hvern dag í tvær vikur, en síðan 25 mg einu sinni á dag í tvær vikur. Auka skal skammtinn í 50 mg einu sinni á dag í 5. viku. Venjulegur áætlaður skammtur sem gefur fullnægjandi svörun er 100 mg/dag. Auka má skammtinn í hámarksdagskammt 200 mg á dag. **Meðferð samhliða lyfjum sem innleiða ensím t.d. karbamasepíni og fenóbarbítóni hjá sjúklingum sem EKKI eru á valpróat meðferð.** Hjá sjúklingum sem eru á meðferð með lyfjum sem innleiða ensím svo sem karbamasepíni eða fenóbarbítóni og EKKI eru á valpróat meðferð, er upphafsskammtur lamótrigíns 50 mg einu sinni á dag í tvær vikur, en síðan 100 mg/dag gefin í tveimur skömmtum, í tvær vikur. Auka skal skammtinn í 200 mg/dag gefin í tveimur skömmtum í 5. viku. Auka má skammtinn í 6. viku í 300 mg/dag gefin í tveimur skömmtum, en venjulegur áætlaður skammtur sem gefur fullnægjandi svörun er 400 mg/dag gefinn í tveimur skömmtum, en hann má gefa frá 7. viku.**Börn (yngri en 18 ára):** Öryggi og verkun lamótrigíns við geðhvarfasjúkdómi hafa ekki verið metin hjá þessum aldurshópi. Því er ekki hægt að veita ráðleggingar um skammta. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun.** Skráðar hafa verið aukaverkanir á húð, sem yfirleitt hafa átt sér stað innan 8 vikna eftir að lamótrigín (Lamictal) meðferð er hafin. Í flestum tilvikum er um væg útbrot að ræða sem ganga yfir, en alvarleg útbrot sem hafa verið ástæða til sjúkrahúsinnlagnar og stöðvunar lamótrigín meðferðar, hafa einnig átt sér stað. Þetta hafa m.a. verið lífshættuleg útbrot s.s. Stevens Johnson heilkenni og toksísk epidermal nekrólýsa. Mögguleg sjálfsvígstilhneiging liggur í eðli geðhvarfasjúkdóms, því skal veita sjúklingum eftirlit samhliða lyfjameðferð. **Milliverkanir** Ekkert bendir til þess að lamótrigín valdi klínískt marktækri innleiðslu eða hömlun á lífrarensímum sem hvetja oxun lyfja. **Aukaverkanir Mjög algengar:** húðútbrot, pirringur, höfuðverkur, tvísýni, þokusýn. **Algengar:** syfja, svefnleysi, svimi, skjálfti, ógleði, þreyta, uppnám, svefnhöfgi, liðverkir, verkir, bakverkir. **Sjaldgæfar:** Árásargirni. Samhæfingarleysi. **Mjög sjaldgæfar:** Stevens Johnson heilkenni. Slímhimnubólga. **Örsjaldan koma fyrir:** Toksísk epidermal nekrólýsa. Breytingar á blóðmynd, m.a. neutrofílafæð, hvítkornafæð, blóðleysi, blóðflögufæð, blóðkornafæð, aplastískt blóðleysi og kyrningafæð, Ofnæmisheilkenni, Uppnám, óstöðugleiki, truflanir á hreyfingum, versnun Parkinsons sjúkdóms, extrapýramidal áhrif, fettu- og brettuástand (choreoathetosis), aukin tíðni floga. Hækkuð gildi á lifrarprófum, skert lifrarstarfsemi, lifrarbilun, Lupus-lík einkenni. Sjá nánari uppl. í sérlyfjaskrártexta. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylt, R E **Pakkningar og verð des 2003:** 5 mg: 28 stk.(þynnupakkað) 1686 kr., 25 mg: 56 stk. (þynnupakkað) 3968 kr., 50 mg: 56 stk.(þynnupakkað) 6117 kr., 100 mg: 56 stk.(þynnupakkað) 6437 kr., 200 mg: 56 stk.(þynnupakkað) 10761 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** GlaxoSmithKline ehf., Þverholt 14, 105 Reykjavík Jan 2004

Heimildir: 1. Bipolar depression and rapid cycling: The latest pharmacologic strategies. Brown University Child and Adolescent Psychopharmacology Update 2002;13:1,10-12. 2. Calabrese JR; Bowden, CL; Sachs, G; Yatham, LN; Behnke, K; Mehtonen, OP; Montgomery, P; Ascher, J; Paska, W; Earl, N; DeVeaugh-Geiss, J. Journal of Clinical Psychiatry, April 2003, submitted. 3. Bowden CL, Calabrese JR, Sachs G, et al. A randomized, placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. Archives of General Psychiatry. 2003;60:392-402.

GlaxoSmithKline

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

536 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Reykingar drepa – þarna er *ekki* efinn**
Sigríður Ólína Haraldsdóttir

538 **Í hverju er stjórnunarvandinn fólginn?**
Ágreiningurinn á Landspítala er alls ekki úr sögunni en þar takast á sjónarmið læknisfræði, rekstrar og stjórnsýslu
Þröstur Haraldsson

541 **Greining formanns læknaráðs á vanda Landspítala**
Friðbjörn Sigurðsson

542 **Miðlæg þjónusta heilsuverndar barna: ný viðhorf á nýrri öld**
Geir Gunnlaugsson

545 **Bráðamóttaka Landspítala Hringbraut. Formleg kviðverkjamóttaka skipulögð**
Þröstur Haraldsson

546 **Hjartavernd. Áhættumat vegna hjarta- og æðasjúkdóma gert markvissara**
Þröstur Haraldsson

548 **Læknanám fyrir 60 árum**
Ragnheiður Guðmundsdóttir

555 **Bæklingur um meðferð við tóbaksfíkn**

FASTIR PISTLAR

553 **Íðorð 177: Ásækinn**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

557 **Broshorn 59: Man minna og dýrt orðið**
Bjarni Jónasson

558 **Okkar á milli**

559 **Þing/lausar stöður**

560 Sérlyfjatextar

567 **Ráðstefnur og fundir**

Sumarlokun á skrifstofu læknafélaganna

Skrifstofa læknafélaganna verður lokuð frá og með 18.-29. júlí vegna sumarleyfa starfsfólks.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Finnur Arnar Arnarson

Listamenn velta gjarnan fyrir sér stöðu manneskjunnar gagnvart umhverfi sínu. Má segja að sú hugsun teygi sig aftur til endurreisnar þegar tækni þróaðist til meira raunsæis og fjarvíddarblekking kom til sögunnar í málverkum og freskum. Æ síðan hefur þessi hugsun á einn eða annan hátt verið viðvarandi, ekki síður í samtímamyndlist.

Finnur Arnar Arnarson (f. 1965) beitir m.a. myndbandstækni og ljósmyndun þegar hann setur fram ljóðrænar hugleiðingar um stöðu okkar gagnvart náttúrunni; myndband af sofandi stúlku við hlið myndbands af hnitflugi sjófugla í bjargi; Samliggjandi augu mannsandlits og fálka við hlið landslagsútsýnis á björtum degi. Hann hefur einnig sett fram hugsun um tíma í samskonar myndbandspörum þar sem eitt og sama myndefnið er sýnt, en frá ólíkum tíma og með aðeins nokkrum mínútum á milli.

Finnur sýndi nýlega ljósmyndaverk sem líkt og myndböndin eru sett fram sem pör. Serían **Ský og skuggi**, 2005, sýnir annars vegar ský sem ljósmynduð eru ofan frá í 3000 metra hæð og jörðin sést þar fyrir neðan, hins vegar er loftmynd þar sem skuggi skýsins fellur á jörðina. Sjálfkrafa kemur fram tilfinning fyrir tíma líkt og í myndböndunum, því hvað er manni eðlilegra á vindasömu landi en ský sem stöðugt flækjast fyrir sólina þar sem maður reynir að njóta hennar á litlum bletti. Þannig býður Finnur líka upp á hugleiðingu um smæð manneskjunnar á jörðinni gagnvart náttúrunni og hana má yfirfæra á stærra og smærra samhengi tilverunnar. Undirtónn í verkum Finns er mjög íslenskur þar sem hann sækir efnivið í umhverfi sitt hér á landi og dregur fram sérkenni eða viðfangsefni sem eru þjóðleg, söguleg eða landfræðileg. Í ljósmyndaverkinu á forsíðu Læknablaðsins að þessu sinni sýnir hann okkur óumflýjanlegt fyrirbæri í náttúrunni sem skiptir okkur miklu máli og er hér á landi helst til ama. Finnur setur það fram á frumlegan og skemmtilegan hátt þannig að okkur gefst tækifæri til að sjá hlutina í nýju ljósi – og skugga.

Markús Þór Andrésson

Það er ekki sumar án



Nýju sumri fylgir ný upplifun.
Ofnæmi á ekki að vera hindrun.

Flixonase

Fluticasone propionate 50 µg/sk

Verkun frá fyrsta degi[1]

Flixonase, GlaxoSmithKline
NEFÚÐALYF; R E **ATC: R01AD08**
1g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5 mg, Benzalkonii chloridum 0,2 mg, Phenethanolum 2,5 mg, hjálparefni og Aqua purificata .s. ad 1 g. Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 50 míkróg. **Eiginleikar:** Lyfið er vatnslausn af flútikasóni til staðbundinnar meðferðar á ofnæmisbólgum í nefslímhúð. Lyfið er barksteri með kröftuga bólgueyðandi verkun en hefur litlar almennar aukaverkanir, þar sem lyfið umbrotnar hratt í lifur í óvirkt umbrotsefni. Staðbundinn verkunartími er allt að 24 klst. **Ábendingar:** Til meðferðar á og til að fyrirbyggja ofnæmisbólgur í nefslímhúð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varúð:** Ekki er mælt með notkun lyfsins á meðgöngutíma. **Aukaverkanir:** Þurrkur og erting í nefi og hálsi. Óþægilegt bragð og lykt. Blóðnasir hafa komið fyrir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Í stöku tilvikum þarf að gefa lyfið tvisvar sinnum á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** *Börn 12 ára og eldri:* Sömu skammtar og handa fullorðnum, sbr. hér að framan. *Börn 4-11 ára:* Ein úðun í hvora nös einu sinni á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 4 ára. **Pakkningar:** 16 ml (120 úðaskammtar) **Verð 1. desember 2004:** 2.297,- kr. 180505-01
Hverri pakkningu lyfsins fylgir leiðarvísir á íslensku með leiðbeiningum um notkun þess.

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

Heimildir: 1. Robert A. Nathan, Edwin A. Bronsky, Phillip Firemen, Jay Grossman, Graig F. LaForce et al. Once daily fluticasone propionate aqueous nasal spray is an effective treatment for seasonal allergic rhinitis. Annals of Allergy, vol 67, September1991: s.332-338.

Áhættumat Hjartaverndar



Karl Andersen

Meira en þriðji hver Íslendingur deyr af völdum hjarta- og æðasjúkdóma (1). Fjölmargir missa heilsuna á hverju ári vegna kransæðasjúkdóma og heilaáfalla sem hefði mátt koma í veg fyrir með markvissum forvarnaraðgerðum. Þannig sýna rannsóknir Hjartaverndar að á síðastliðnum 20 árum hefur dauðsföllum af völdum kransæðastíflu fækkað um 55% (2). En þó að verulegur árangur hafi náðst í meðferð þessara sjúkdóma eru þeir ennþá langalgengasta dánarorsök Íslendinga.

Á síðustu árum hefur skilningi okkar á meingerð kransæðasjúkdóma fleygt fram. Ný tækni hefur auðveldað greiningu kransæðasjúkdóma og ný lyf komið fram sem draga úr afleiðingum þeirra. Með aukinni þekkingu á því hvernig kransæðasjúkdómur myndast hefur áherslan smám saman færst frá því að meðhöndla sjúkdóminn á lokastigi yfir í það að greina og meðhöndla forstigsbreytingar kransæðasjúkdóms. Nýjasta tækni í myndgreiningu gerir okkur mögulegt að greina æðakölkun á frumstigi mörgum árum eða jafnvel áratugum áður en hún fer að valda einkennum. Vonir standa til að með íhlutun á þessum forstigsbreytingum megi koma í veg fyrir sjúkdóma síðar.

Kransæðasjúkdómur þróast á löngum tíma og veldur oft engum einkennum fyrr en hann er tiltölulega langt genginn. Flestir sem fá kransæðastíflu í fyrsta sinn eru alls ómeðvitaðir um að þeir hafa gengið með æðakölkun í mörg ár án meðferðar. Þegar kransæðastíflan hefur myndast eru menn komnir í varnarstöðu og reyna að draga úr þeim skaða sem stíflan veldur. Heppilegri leið væri að huga að forvörnum. Til þess þarf að greina byrjunarstig sjúkdómsins hjá einkennalausum einstaklingum. Hjá leitarstöð Krabbameinsfélagsins hefur verið unnið brautryðjendastarf með kerfisbundinni leit að forstigsbreytingum leghálskrabbameins og brjóstakrabbameins. Engum dylst mikilvægi þeirrar starfsemi. Hún þykir eðlileg og sjálfsögð í baráttunni gegn þessum hættulega sjúkdómi. Þó eru mun fleiri sem deyja á ári hverju úr hjarta- og æðasjúkdómum. Þess vegna er þörf á vakningu í forvörnum gegn kransæðasjúkdómum. Kerfisbundin leit að forstigsbreytingum kransæðasjúkdóms hjá einkennalausum einstaklingum er líkleg til að leiða til meðferðar og draga enn frekar úr dánartíðni í hjarta- og æðasjúkdómum og fækka tilfellum kransæðastíflu.

Í tæpa fjóra áratugi hefur Hjartavernd rekið rannsóknarstöð þar sem safnað hefur verið saman upplýsingum um áhættuþætti kransæðasjúkdóma. Þessar rannsóknir hafa vakið athygli lækna á alþjóðavettvangi. Áfram er unnið og leitað nýrrar þekkingar á sviði bólgumiðla og erfðaþátta í meingerð kransæðasjúkdóma.

Mikilvægur liður í starfsemi Hjartaverndar er áhættumat þar sem heilbrigðir einstaklingar geta fengið kerfisbundna skoðun til að meta líkur á hjarta- og æðasjúkdómi. Þetta áhættumat hefur þróast í áranna rás og tekið mið af nýrri þekkingu sem hefur skapast bæði innan Hjartaverndar sem og á alþjóðavettvangi. Til grundvallar áhættumatinu liggur áratugastarf rannsóknarstöðvarinnar. Sú þekking sem þannig hefur skapast liggur til grundvallar þeirri áhættureiknivél sem notuð er við áhættumat í dag. Áhættureiknivélin er öllum aðgengileg á netinu. Áhættumatið var endurskipulagt um síðustu áramót. Í því er lögð áhersla á persónulega ráðgjöf og úrræði sem byggjast á þeim áhættuþáttum sem greinast hjá hverjum og einum. Boðið er upp á áreynsluþolpróf og myndgreiningu samkvæmt alþjóðlega viðurkenndum stöðlum og verklagsreglum. Meðferð er hafin og eftirfylgni tryggð hjá læknum utan Hjartaverndar.

Í heilbrigðisáætlun til ársins 2010 eru forvarnir í hjarta- og æðasjúkdómum skilgreindar sem forgangsverkefni. Markmiðið er að dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma um 10-20% og tíðni heilablóðfalla um 30%. Til þess að ná þessum markmiðum er nauðsynlegt að nýta þá þekkingu sem skapast hefur á nýliðnum árum og beita henni markvisst til meðhöndlunar áhættuþátta. Til þess þarf fjármagn sem verður til lengdar litið vel varið í bættu heilbrigði og minnkandi sjúkdómskostnaði vegna hjarta- og æðasjúkdóma.

Heimildir

1. Hagstofa Íslands: Dánarmeinaskrá 2003.
2. Sigfússon N, Sigurðsson G, Agnarsson U, Guðmundsdóttir II, Stefánsdóttir I, Sigvaldason H. Breytingar á tíðni kransæðasjúkdóma á Íslandi. Læknablaðið 2001; 87: 889-96.

Hagsmunatengsl

Karl situr í framkvæmdastjórn Hjartaverndar og í stjórn Hjartarannsókna ehf. Hann er í ritstjórn Læknablaðsins.

Höfundur er hjartalæknir á Landspítala.



HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 401132

Paxetin - *Paroxetin 20 mg*

Jákvæðara viðhorf

actavis

hagur í heilsu

Sérlyfjatexti á bls. 565

Sérnám á Íslandi



Ólafur Baldursson

Hlutverk og gildi sérmenntunar í læknisfræði hefur vaxið jafnt og þétt undanfarna áratugi. Flestir starfandi sérfræðingar á Íslandi hafa numið erlendis og borið allan kostnað og fyrirhöfn af sérnámi sínu sjálfir. Þetta er athyglisvert í ljósi þess lykilhlutverks sem þeim er falið að námi loknu við greiningu og meðferð sjúklinga, kennslu heilbrigðisstétta og stjórnun.

Á Íslandi er þegar kominn vísir að sérnámi í nokkrum greinum en undanfarin misseri hefur verið talsverð umræða um eflingu þess. Undirrót umræðunnar er meðal annars sú að nokkru erfiðara virðist fyrir unglækna að komast að í sérnám í Skandinavíu og Bandaríkjunum en áður var. Ráðningarbönn í Skandinavíu í sparnaðarskyni og fjölgun prófa ásamt banni við aukavinnu í Bandaríkjunum eru dæmi um þætti sem gera unglæknum erfiðara fyrir. Kostnaður erlendra háskóla og sjúkrastofnana við skipulag og eftirlit með sérnámi er mikill og ekki við öðru að búast en að þær taki síður við erlendum læknum til náms þegar kreppir að. Samhliða þessum þrengingum ytra hefur nýtt háskólasjúkrahús verið sett á laggirnar á Íslandi og einnig hefur verið mikill kraftur í sérnámi í heimilislækningum. Sérnám eða framhaldsnám í heilbrigðisgreinum er einn af hornsteinum háskólasjúkrahúsa og því eðlilegt að efla mjög slíka starfsemi innan Landspítalans. En efling sérnáms mun kosta fé og fyrirhöfn og huga þarf vel að forsendum hennar, svo sem hæfni kennara, aðstöðu, samvinnu við sérgreinafélög og læknadeild, eftirliti, endurskoðun, tengslum við erlendar stofnanir, og síðast en ekki síst áhuga ungra lækna á að stunda námið.

Í þessu tölublaði Læknablaðsins birtast niðurstöður nýlegrar könnunar á áhuga læknanema og unglækna á sérnámi á Íslandi. Þó svo að svarhlutfall hafi verið í lægra lagi bendir könnunin til áhuga meðal læknanema og unglækna á að stunda fyrri hluta sérnáms á Íslandi og seinni hluta þess erlendis. Ástæður til þess að velja eingöngu nám erlendis voru að þar væri að finna fleiri rannsóknatækifæri og fjölbreyttari sjúkratilfelli en á Íslandi. Þessar ástæður verða ekki dregnar í efa en hins vegar skal bent á vaxandi grósku í lífvísindarannsóknum hérlendis og skipulag rannsóknatengds náms við læknadeild sem samtvinna má við klínískt nám. Niðurstöður könnunarinnar vekja ýmsar spurningar um núverandi skipulag sérnáms á Íslandi og framtíðaráform í þeim efnum.

Vinnureglur framhaldsmenntunarráðs læknadeildar gera ráð fyrir að skipulag náms í hverri sérgrein sé í umsjón nefndar þar sem sæti eiga fulltrúi sérgreinafélags, fulltrúi viðkomandi fræðasviðs innan HÍ og fulltrúi Landspítala eða þeirrar stofnunar sem hýsir námið. Slík sérnámsnefnd ber ábyrgð á marklýsingum og framkvæmd náms í hverri grein fyrir sig. Eftirlit með störfum slíkra nefnda og ráðgjöf er hins vegar í höndum framhaldsmenntunarráðs samkvæmt reglugerð. Ef til vill væri æskilegt að yfirvöld heilbrigðis- og/eða menntamála hefðu eftirlit með sérnámi hérlendis en vandað eftirlit er forsenda þróunar sérnáms. Því er meðal annars ætlað að tryggja að ekki sé ráðist í skipulagningu sérnáms í greinum sem hafa enga burði til þess, svo sem vegna fárra kennara eða aðstöðuleysis. Einnig er ljóst að svo mikil vinna er fólgin í sífelldri endurskoðun skipulags og eftirlits með sérnámi að hún verður aðeins ynnt af hendi með mikilli og stöðugri þátttöku opinberra aðila. Eðlilegt væri að hið opinbera tæki meiri þátt í vinnu og kostnaði við slíkt skipulag sérnáms en verið hefur hingað til og í raun með endemum að læknar hafi axlað þessar byrðar einir.

Breyttar aðstæður hér heima og erlendis kalla á nýjar hugmyndir um skipulag sérnáms lækna. Til þess að tryggja aðgengi unglækna að sérnámi af bestu gerð og um leið veita landsmönnum bestu mögulega læknisþjónustu væri farsælt að fyrri hluti sérnáms í völdum greinum færi fram á Íslandi en seinni hluti þess við erlendar stofnanir. Með því móti nýttist tími unglækna vel strax eftir útskrift úr læknadeild, Landspítali og aðrar stofnanir nytu krafta unglækna meira með margvíslegum jákvæðum áhrifum á starfsemina og síðast en ekki síst fengist eftir sem áður verðmæt klínísk og vísindaleg reynsla erlendis.

Hlöðum á grundvöll af hérlendri menning
því heilbrigða, lífvæna í erlendri kenning.

Úr ljóðinu Kveðja Skírnis eftir Einar Benediktsson

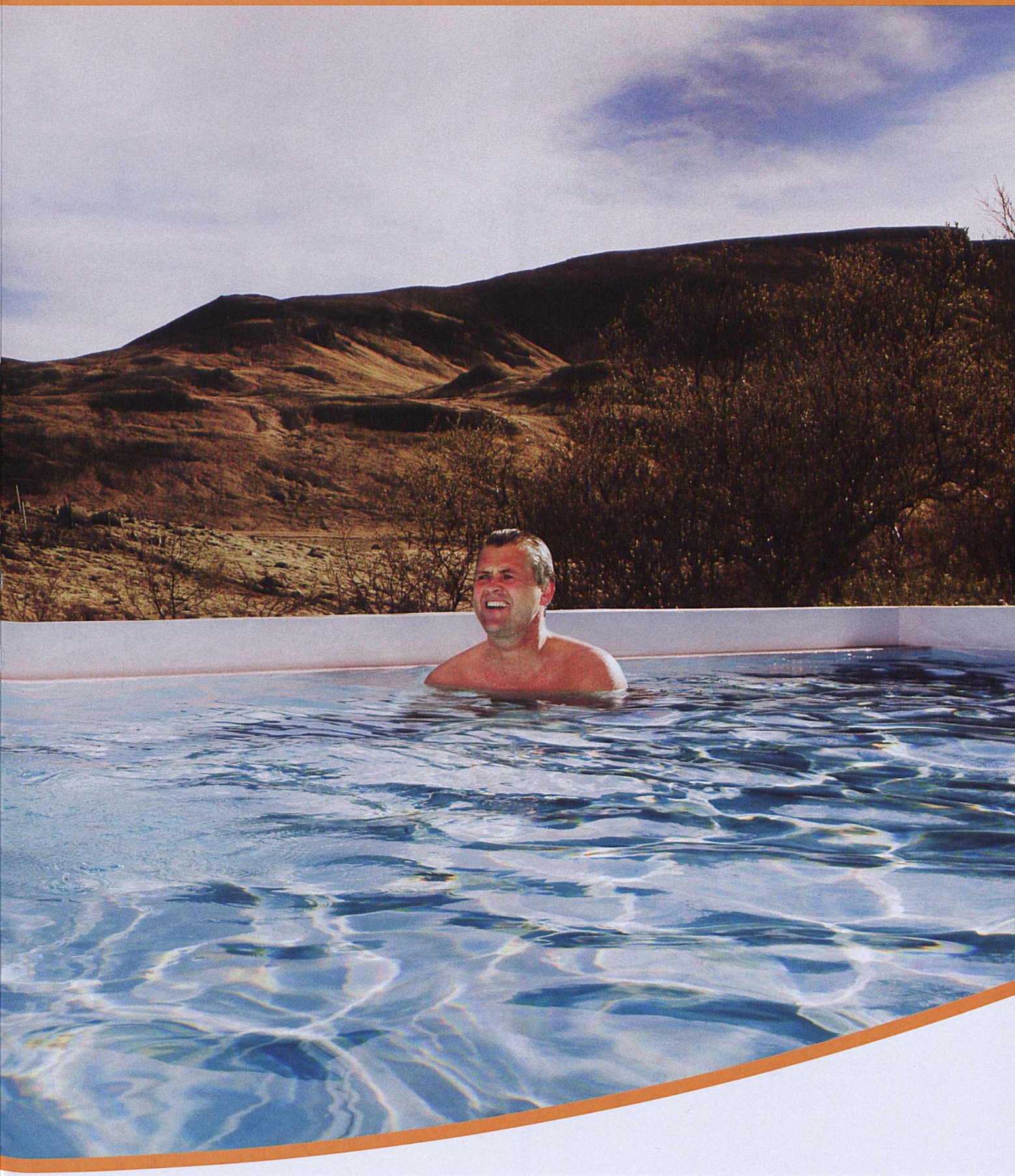
Höfundur er lungnalæknir og framkvæmdastjóri framhaldsmenntunarráðs læknadeildar HÍ.



CRESTOR stöðvaði framvindu æðakölkunar í hálsslagæðum samkvæmt nýju, tveggja ára rannsókninni ORION.[1]

Heimild: *1.* Hatsukami TS, Saam, T, Yuyan C, et al. Rosuvastatin treatment arrests the progression of carotid atherosclerosis in moderately hypercholesterol-aemic subjects: a high-resolution magnetic resonance imaging trial. 75# European Atherosclerosis Society Congress, Prague, Czech Republic 2005.

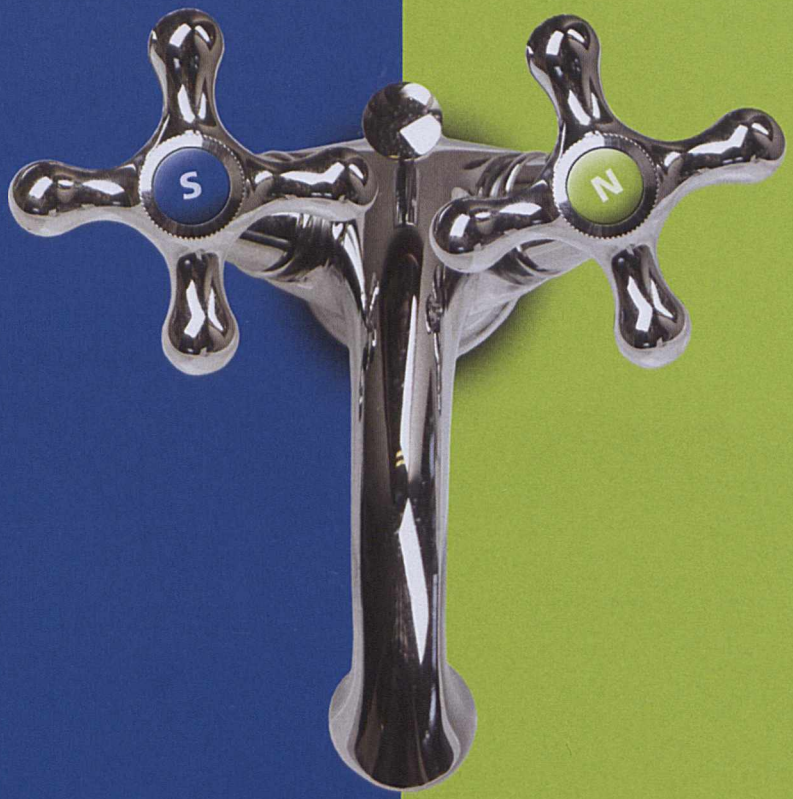
AstraZeneca



CRESTOR
rósúvastatín

Sérlyfjatexti á bls. 566

Lífið á leik!



Cymbalta nýtt þunglyndislyf

Jafnvægi á líkama og sál

Cymbalta verkar bæði á tilfinningaleg og líkamleg einkenni þunglyndis.

AUGLÝSINGASTOFA SKAPARANS EHF.
200503

Cymbalta®
duloxetine HCl

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

Sérlyfjatexti á bls. 562

Hve lengi eru menn öryrkjar á Íslandi?

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

Tryggvi Þór Herbertsson[3]
HAGFRÆÐINGUR, SÉRFRÆÐINGUR Í EFTIRLAUNAMÁLUM OG HAGSTJÓRN

Ágrip

Tilgangur: Að kanna hvað verður um þá sem metnir eru til örorku á Íslandi.
Efniviður og aðferðir: Könnuð var staða þeirra sem metnir voru í fyrsta sinn til örorku vegna líf-eyristrygginga á Íslandi á árinu 1992 í örorkuskrá Tryggingastofnunar ríkisins 30. nóvember 2003. Kannað var hvort þeir væru enn öryrkjar eða hefðu látist, orðið ellilífeyrisþegar eða fallið af örorkuskrá af öðrum orsökum.
Niðurstöður: Á árinu 1992 voru 725 Íslendingar metnir til örorku, 428 konur og 297 karlar. Tólf árum síðar, eða 30. nóvember 2004, höfðu 434 úr hópnum fallið af örorkuskrá, 240 konur og 194 karlar. Langflestir höfðu fallið af skránni vegna þess að þeir höfðu sest í helgan stein eða dáið (að meðaltali 88% kvenna og 91% karla á ári). Einungis 12% kvenna og 9% karla höfðu af öðrum orsökum horfið af örorkuskrá (og að öllum líkindum aftur inn á vinnumarkað).
Ályktun: Fáir Íslendingar snúa aftur til vinnu eftir að þeim hefur verið metin örorka.

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Herbertsson TT

The duration term of individuals disability in Iceland

Læknablaðið 2005; 91: 501-4

Objective: To analyze the long-term outcome for recipients of disability pension in Iceland.

Material and methods: The study includes all those receiving disability pension for the first time in 1992 in Iceland. Their status in the disability register at the State Social Security Institute of Iceland November 30th 2004 was examined as to whether they were still receiving disability pension, had died, had reached the age of retirement or were not receiving disability pension any more for some other reasons.

Results: In 1992 there were 725 new recipients of disability pension in Iceland, 428 females and 297 males. Twelve years later 434 from this group were no longer receiving disability pension, 240 females and 194 males. In most cases this was because they had reached the age of retirement or died (on average 88% of the females and 91% of the males each year). Only 12% of the females and 9% of the males ceased to receive disability pension (and probably went back to work).

Conclusion: In Iceland few people return to work once they have started receiving disability pension.

Keywords: *disability, disability pension, survival functions.*

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

Inngangur

Fjöldi öryrkja á Íslandi hefur farið vaxandi á undanförnum árum (1). Breytingar á fjölda öryrkja á hverjum tíma ráðast af tvennu. Annars vegar af því hve margir eru metnir í fyrsta sinn til örorku og hins vegar hve margir hverfa af örorkuskrá. Hægt er að hverfa af örorkuskrá á þrennan hátt; öryrkinn getur fengið bót meina sinna, hann getur farið á eftirlaun og hann getur látist. Nýgengi örorku á Íslandi hefur þegar verið rannsakað (2) en nýjum öryrkjum hefur aldrei verið fylgt eftir á Íslandi og afdrif þeirra könnuð. Í þessari rannsókn er þeim sem metnir voru í fyrsta sinn til örorku á árinu 1992 fylgt allt til 30. nóvember 2004.

Örorkulífeyrir er metinn samkvæmt 12. grein almannatryggingalaganna (3, 4). Samkvæmt henni áttu þeir rétt til örorkulífeyris árið 1992 sem voru „öryrkjar til langframa á svo háu stigi að þeir eru ekki færir um að vinna sér inn 1/4 þess er andlega og líkamlega heilir menn eru vanir að vinna sér inn í því sama héraði við störf sem hæfa líkamskröftum þeirra og verkkunnáttu og sanngjarnt er að ætlast til af þeim með hliðsjón af uppeldi og undanfarandi starfa". Samkvæmt 13. grein sömu laga var Tryggingastofnun ríkisins (TR) heimilt að veita örorkustyrk þeim sem skorti að minnsta kosti helming starfsorku sinnar eða sem stundaði fullt starf, en varð fyrir verulegum aukakostnaði sökum örorku sinnar.

Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar og vísindanefndar sem gerðu ekki athugasemd.

Efniviður og aðferðir

Unnar voru úr örorkuskrá TR upplýsingar um kyn, aldur og fyrstu (helstu) sjúkdómsgreiningu samkvæmt ICD flokkunarskránni (5) hjá þeim sem metnir voru í fyrsta sinn til örorku á Íslandi á árinu 1992. Metin voru svo kölluð heldniföll (survival functions), en þau sýna hve hátt hlutfall þeirra sem voru með nýgengna örorku árið 1992 voru enn skráðir öryrkjar árið eftir, árið þar á eftir, og svo framvegis allt til 30. nóvember 2004. Í þeim

[1]Tryggingastofnun ríkisins, [2]læknadeild Háskóla Íslands og [3]Hagfræðistofnun Háskóla Íslands

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

Lykilorð: *örorka, örorkubætur, heldniföll.*

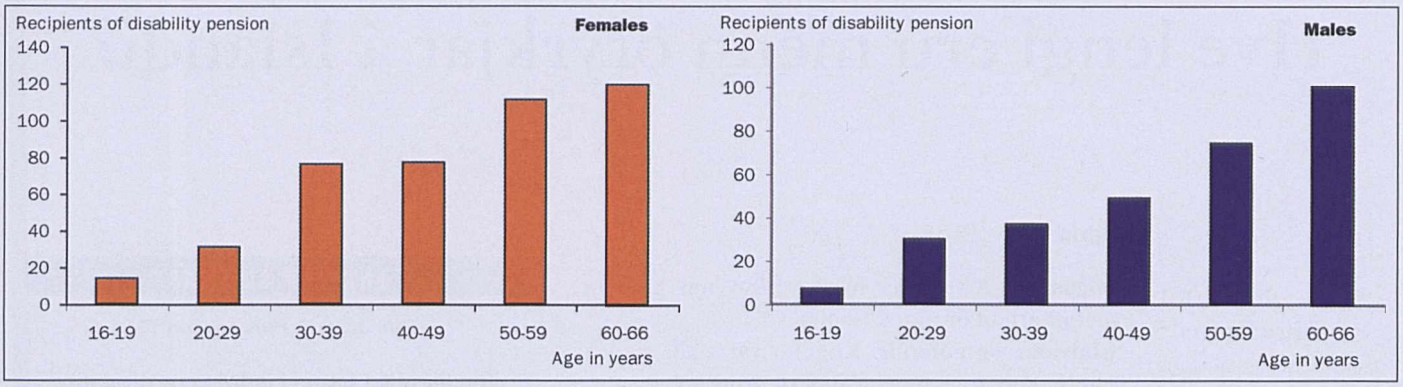


Figure 1. *Age distribution of those receiving disability pension for the first time in Iceland in the year 1992.*

Table I. *First (main) diagnosis* among females and males receiving disability pension (partial and full pension) for the first time in Iceland in 1992.*

	Females	Males
Malignant neoplasms	56	43
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	16	4
Mental and behavioural disorders	64	53
Diseases of the nervous system and sense organs	29	19
Diseases of the circulatory system	24	74
Diseases of the respiratory system	23	10
Diseases of the digestive system	10	4
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	9	2
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	145	57
Congenital mal/deformations and chromosomal abnormalitites	9	3
Injuries	21	17
Other diagnoses	22	11
Total	428	297

*According to the International classification of diseases (5)

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

Niðurstöður

Á árinu 1992 voru 725 Íslendingar metnir til örorku (örorkulífeyris eða örorkustyrks), 428 konur og 297 karlar. Mynd 1 sýnir aldursdreifingu þeirra, en á henni sést að fjöldi öryrkja vex jafnt og þétt með aldri hjá báðum kynjum. Tafla I sýnir fyrstu (helstu) sjúkdómsgreiningu eftir sjúkdómaflokkum hjá þeim sem metnir voru í fyrsta skipti til örorku á árinu 1992, en þetta er sú sjúkdómsgreining sem tryggingalæknir byggir örorkumat sitt öðru fremur á. Meðal kvenna voru stoðkerfisraskanir algengasta forsenda örorku, en næst komu geðraskanir og krabbamein. Hjá körlum voru sjúkdómar í æðakerfi algengastir, en næst komu stoðkerfisraskanir, geðraskanir og krabbamein. Skoðuð var sérstaklega hlutdeild stoðkerfisraskana og geðraskana í örorku hjá þeim sem voru 60 ára eða eldri í samanburði við öryrkjahópinn í heild þegar örorka var fyrst metin, árið 1992. Hlutdeild stoðkerfisraskana

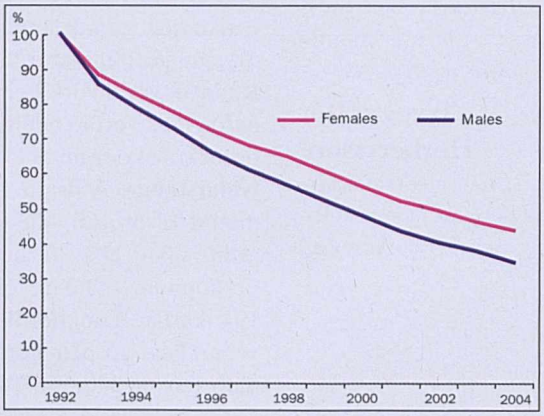


Figure 2. *Survival functions for new recipients of disability pension in Iceland in the year 1992.*

reyndist hjá konum 34% hjá öryrkjahópnum í heild og 32% hjá 60 ára og eldri, en hjá körlum var þessi hlutdeild 19% og 18%. Hlutdeild geðraskana reyndist hjá konum 15% hjá öryrkjahópnum í heild og 6% hjá 60 ára og eldri, en hjá körlum var þessi hlutdeild 18% og 9%.

Tólf árum síðar, eða 30. nóvember 2004, voru 291 úr hópnum enn á örorkuskrá, 188 konur og 103 karlar. Mynd 2 sýnir metnu heldniföllin fyrir konur og karla einu til tólf árum eftir upphaflega skráningu. Á myndinni má sjá að af þeim konum sem metnar voru öryrkjar árið 1992 voru 44% enn skráðar sem öryrkjar 30. nóvember 2004 og 35% karlanna. Þeir sem ekki voru lengur skráðir öryrkjar höfðu eitt af þrennu: verið afskráðir og þá sennilega horfið aftur út á vinnumarkað, farið á eftirlaun eða látist. Í töflu II má sjá eftir hvaða leiðum fólk hefur horfið af örorkuskrá. Eins og sjá má af töflunni hverfa langflestir af örorkuskrá vegna þess að þeir annaðhvort setjast í helgan stein eða þeir látast – 88% kvenna að meðaltali á ári og 91% karla. Einungis 12% kvenna og 9% karla hurfu af öðrum orsökum af örorkuskrá (væntanlega aftur inn á vinnumarkað).

Hjá þeim 28 konum sem afskráðar voru sem öryrkjar á tímabilinu rann örorkumat út (ekki var sóst eftir endurmati) hjá 23, en örorka var við endurmat metin undir lögbundnu lágmarki (minni en 50%) hjá fimm. Hjá þeim 18 körlum úr hópnum

Table II. *Causes of deregistration from the disability register by gender and year.*

	Females				Males			
Year	Back to work	Retired	Deceased	Total	Back to work	Retired	Deceased	Total
1993	5	11	33	49	4	3	36	43
1994	2	18	5	25	2	9	9	20
1995	6	10	6	22	2	10	6	18
1996	1	14	6	21	0	11	8	19
1997	3	14	3	20	3	6	7	16
1998	2	9	2	13	2	4	7	13
1999	3	11	5	19	2	7	4	13
2000	2	13	3	18	0	5	8	13
2001	1	6	10	17	1	4	8	13
2002	3	7	2	12	2	2	5	9
2003	0	9	5	14	0	4	4	8
2004	0	8	2	10	0	2	7	9
Total	28	130	82	240	18	67	109	194

Table III. *Distribution of the most prevalent disease groups* according to disability evaluation in Iceland in 1992 grouped by gender and long-term outcome (evaluated November 30th 2004).*

	Females					Males				
	Still receiving disability pension	Back to work	Retired	Deceased	Total	Still receiving disability pension	Back to work	Retired	Deceased	Total
Malignant neoplasms	11%	2%	19%	68%	100%	2%	5%	7%	86%	100%
Mental and behavioural Disorders	73%	8%	17%	2%	100%	53%	10%	13%	24%	100%
Diseases of the nervous system and sense organs	66%	3%	7%	24%	100%	58%	5%	16%	21%	100%
Diseases of the circulatory system	17%	8%	54%	21%	100%	22%	4%	34%	40%	100%
Diseases of the respiratory system	26%	4%	57%	13%	100%	30%	0%	30%	40%	100%
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	46%	6%	36%	12%	100%	37%	10%	35%	18%	100%
Injuries	52%	5%	38%	5%	100%	59%	6%	23%	12%	100%

* According to the International classification of diseases (5)

sem afskráðir voru rann örorkumat út hjá 16, en örorka var við endurmat metin undir lögbundnu lágmarki hjá tveimur.

Tafla III sýnir dreifingu algengustu sjúkdómaflokkanna eftir stöðu þeirra sem metnir voru í fyrsta sinn til örorku á árinu 1992 á örorkuskrá TR 30. nóvember 2004. Af þeim sem höfðu krabbamein höfðu flestir dáið (68% kvenna, 86% karla). Af þeim sem höfðu geðraskanir eða sjúkdóma í taugakerfi eða skynfærum var nokkur meirihluti enn öryrkjar. Af þeim sem höfðu sjúkdóma í æðakerfi hafði rúmur helmingur kvenna farið á eftirlaun, en hjá körlum höfðu 40% dáið og 34% farið á eftirlaun. Hlutföllin voru áþekk hjá þeim sem höfðu sjúkdóma í öndunarfærum. Hjá þeim sem höfðu sjúkdóma í stoðkerfi var tæpur helmingur kvenna enn öryrkjar og rúmlega þriðjungur hafði farið á eftirlaun, en hjá körlum var rúmlega þriðjungur enn öryrkjar og rúmlega þriðjungur hafði farið á eftirlaun. Hjá þeim sem hlotið höfðu áverka var rúmlega helmingur enn öryrkjar hjá bæði konum og körlum og rúmlega þriðjungur kvenna og tæplega fjórðungur karla hafði farið á eftirlaun. Af þeim sem snúið höfðu aftur til vinnu hafði hjá konum hlutfallslega stærstur hluti (8%) verið metinn til örorku vegna geðraskana eða sjúkdóma í æðakerfi, en hjá körlum vegna geðraskana eða sjúkdóma í stoðkerfi (10%).

Af 191 öryrkja sem lést á tímabilinu dóu 69 (33 konur og 36 karlar) um eða innan við einu ári eftir örorkumat. Af þeim höfðu 58 (29 konur og 29 karlar) krabbamein sem fyrstu (helstu) sjúkdómsgreiningu í örorkumati, en þrír karlar kransæðasjúkdóm, tvær konur og einn karl lungnaþembu, tvær konur alvarlegan taugasjúkdóm (hreyfitaugungahrörnun og Guillain-Barré heilkenni), einn karl heilablæðingu, einn tvíhverfa lyndisröskun og einn stoðkerfisáverka.

Umræða

Þær niðurstöður sem ef til vill vekja mesta athygli eru hve fáir hverfa af örorkuskrá af öðrum orsökum en vegna aldurs og dauða á því 12 ára tímabili sem hópnum er fylgt eftir, eða einungis 12% kvennanna og 9% karlanna.

Dánartíðnin var langsamlega hæst hjá þeim sem metnir voru til örorku vegna krabbameins og var meirihluti þeirra (59%) dáinn um eða innan við ári eftir að örorka var metin. Hlutfallslega mest var hins vegar um að þeir sem metnir voru til örorku vegna geðraskana sneru aftur til vinnu.

Ísland sker sig úr hópi iðnvæddra ríkja að því leyti að hér þekkist snemmtaka lífeyris í mjög takmörkuðum mæli og því er vinnumarkaðsþátttaka eldri starfsmanna með því allra mesta sem þekkist (6). Ástæður þessa eru sennilega fyrst og fremst að ekki eru til nema mjög takmörkuð formleg úrræði fyrir eldri starfsmenn til að hverfa af vinnumarkaði fyrir hinn opinbera eftirlaunaaldur (7). Oft heyrist sú skýring að þetta hafi sennilega leitt til þess að eldri starfsmenn, og þá sérstaklega konur, sem hafa unnið erfiða, einhæfa líkamlega vinnu, hafi fengið álagseinkenni og horfið inn á örorkuskrá, fremur en að setjast í helgan stein og þiggja eftirlaun eins og tíðkast í öðrum löndum. Til að kanna þessa tilgátu var sjúkdómsgreining þeirra sem metnir voru inn á örorkuskrá eftir sextíu ára aldur skoðuð. Ef tilgátan reynist rétt má væntanlega finna þar mjög auknar örorkulíkur vegna stoðkerfissjúkdóma og jafnvel geðraskana. Í ljós kom að hlutdeild sjúkdómaflokka í örorku breytist ekki í samræmi við tilgátuna. Hlutdeild þessara flokka í örorku kvenna sem koma inn á örorkuskrá eftir sextugt eykst ekki heldur minnkar og þetta á raunar einnig við um karla.

Ýmsir heilsufarslegir, samfélagslegir og sálrænir þættir eru afgerandi fyrir endurkomu á vinnumarkað. Sýnt hefur verið fram á sterk tengsl örorku og atvinnuleysis á Íslandi (2, 8) og örorka er algengust í sveitarfélögum þar sem atvinnuleysi hefur verið algengt (1). Öryrkjar koma einkum úr hópi þeirra sem hafa litla menntun og því má gera ráð fyrir að þeim bjóðist fyrst og fremst tiltölulega einhæf, erfið og illa launuð störf (9-13). Vegna mikillar tekjutengingar örorkubóta er lítill fjárhagslegur hvati fyrir öryrkja að hverfa af örorkubótum nema tiltölulega vel launuð vinna sé í boði (9). Þetta á sér í lagi við um barnafólk, einkum einstæða foreldra, þar sem barnalífeyrir er skattfrjáls og ekki tekjutengdur eins og örorkubætur eru að öðru leyti (9).

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að fáir snúi aftur til vinnu hér á landi eftir að þeim hefur verið metin örorka. Skoða þarf hvað hægt er að gera til að breyta þessu, svo sem með starfsendurhæfingu, aðgerðum til að örva atvinnurekendur til að ráða fólk með skerta starfsgetu í vinnu og endurskoðun tekjutengingar örorkubóta.

Heimildir

1. Thorlacius S, Stefánsson SB. Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2002. Læknablaðið 2004; 90: 21-5.
2. Thorlacius S, Stefánsson SB, Ólafsson S. Tengsl atvinnuleysis og nýgengis örorku á Íslandi 1992-2003. Læknablaðið 2004; 90: 833-6.
3. Lög um almannatryggingar nr. 67/1971.
4. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Læknablaðið 1998; 84: 629-35.
5. Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. Ninth revision. World Health Organization, Genf, 1977.
6. Herbertsson TT. The Economics of Early Retirement. J Pensions Management 2001; 6: 326-35.
7. Herbertsson TT. Late Retirement in Iceland. A contribution to the 2004 World Economic Forum Report, Living Happily Ever After: The Economic Implications of Aging Societies, World Economic Forum, Davos.
8. Thorlacius S, Stefánsson SB, Jónsson FH, Ólafsson S. Social circumstances of recipients of disability pension in Iceland. Disability Medicine 2002; 4: 141-6.
9. Herbertsson TT. Fjölgun öryrkja á Íslandi. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík, 2005.
10. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S. Menntun, störf og tekjur þeirra sem urðu öryrkjar á árinu 1997 á Íslandi. Læknablaðið 2001: 87: 981-5.
11. Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. BMJ 1996; 313: 445-9.
12. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. BMJ 1993;306:361-6.
13. Alexanderson K, Norlund A (ritstj.). Sickness absence – causes, consequences, and physician's sickness certification practice. A systematic review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Scand J Public Health 2004; 32 (Suppl 63): 152-80.

Mergæxli í fornri beinagrind frá Hofstöðum í Mývatnssveit

Hildur Gestsdóttir
FORNLEIFAFRÆÐINGUR

Guðmundur I. Eyjólfsson
SÉRFRÆÐINGUR Í BLÓÐSJÚKDÓMUM OG LYFLÆKNINGUM

Ágrip

Fornleifauppgröftur hefur staðið yfir í kirkjugarðinum á Hofstöðum í Mývatnssveit frá því sumarið 1999. Nú þegar hafa leifar tveggja bænhúsa og 78 beinagrindur frá 11.-15. öld verið grafnar upp. Sumarið 2003 fannst beinagrind í kirkjugarðinum með meinafræðilegar breytingar sem bentu til illkynja meins. Slík fornleifafræðileg tilfelli eru mjög sjaldséð og þykir því vert að birta hvert einasta tilfelli.

Beinagrindin sem um ræðir, HST-027, var úr konu sem hefur verið á aldrinum 45-50 ára þegar hún lést. Staðlaðar beinafræðilegar aðferðir voru notaðar til að greina kyn, lífaldur og líkamshæð. Fornmeinafræðileg rannsókn var gerð þar sem öllum sýnilegum breytingum á hverju einasta beini var lýst. Því næst voru höfuðkúpa, rifbein, vinstri mjaðmarspaði, og öll vinstri leggjarbein röntgenmynduð til að aðstoða við sjúkdómsgreiningu.

Rannsókn leiddi í ljós beineyður í nánast öllum flötu beinum líkamans, auk hryggjarliða, rifbeina og efri hluta vinstri lærleggs, einkennandi fyrir mergæxli. Í fornleifafræðilegum tilfellum getur verið erfitt að greina á milli mergæxlis og meinvarps (þá líklegast frá brjóstakrabbameini, sérstaklega hjá konum), en ólíklegt er að um meinvarp sé að ræða þar sem engin merki eru um nýmyndun beins umhverfis vefskemmdirnar.

Beinagrind HST-027 frá Hofstöðum er fyrsta birta tilfellið af illkynja meini á Íslandi og með öruggari greiningum af mergæxli í fornum beinum sem birt hafa verið almennt, en aðeins hafa um 20 tilfelli verið birt til þessa hvaðanæva úr heiminum.

ENGLISH SUMMARY

Gestsdóttir H, Eyjólfsson GI

Myeloma in an archaeological skeleton from Hofstaðir in Mývatnssveit

Læknablaðið 2005; 91: 505-9

Archaeological investigations have been ongoing in the cemetery at Hofstaðir in Mývatnssveit since the summer of 1999. To date, the remains of two chapels as well as 78 skeletons have been excavated, dated to between the 11th and 15th century. A skeleton was excavated in the summer of 2003 which showed pathological changes indicative of a malignant disease. Palaeopathological cases of malignancies are very rare, and it is therefore important to report on each case.

Skeleton HST-027 was a female, aged 45-50 years at the time of death. Standard osteological methods were used to determine the sex, age and stature. Macroscopic analysis was carried out on the skeleton and all pathological changes on each bone described. The cranium, ribs, left os coxa and all left long bones were then radiographed to aid in the diagnosis.

The analysis showed lytic lesions in all the flat bones, as well as the vertebrae, ribs and the proximal end of the left femur, all changes indicative of multiple myeloma. Palaeopathologically myeloma and metastatic cancer (then usually due to breast cancer in the case of women) are often difficult to distinguish. However there is no new bone formation surrounding the lesions, which means that metastatic cancer is unlikely to be the cause.

Skeleton HST-027 from Hofstaðir is the first published case of malignant disease in Iceland, and one of the clearer cases of myeloma in an archaeological specimen, but to date, approximately twenty cases have been reported world-wide.

Keywords: *archaeology, human osteology, multiple myeloma, Hofstaðir in Mývatnssveit.*

Correspondence: Hildur Gestsdóttir, *hildur@instarch.is*

Inngangur

Einstaka sinnum finnast við fornleifauppgröft beinagrindur sem bera þess merki að einstaklingurinn hafi þjáðst af illkynja meini. Slík tilfelli eru þó mjög fátíð og hafa ýmsar skýringar verið settar fram til að útskýra það, til dæmis var meðalævi styttri á fyrri öldum sem þýddi að fæstir náðu þeim aldri þegar þessir sjúkdómar gera oftast vart við sig. Varðveisla beina getur líka haft áhrif og ekki er óalgengt að bein einstaklinga sem voru veikir lengi fyrir andlát varðveitist verr þar sem að þau eru veikbyggðari en bein hinna heilsuhraustari. Mörg illkynja mein eru ekki í beinum og því greinast þau ekki við fornleifafræðilegar rannsóknir þar sem óalgengt er að aðrir vefir en bein varðveitist. Einnig hafa margir bent á að aukin iðnvæðing þýðir að nú á dögum eru mun fleiri krabbameinsvaldandi efni í umhverfinu (1). Hverjar sem skýringarnar eru þá þykir vert að greina sérstaklega frá nýjum fundum. Í þessari grein er lýsing og greining á einni slíkri beinagrind sem grafin var upp við fornleifarannsóknir í kirkjugarðinum á Hofstöðum í Mývatnssveit sumarið 2003.

[1]Fornleifastofnun Íslands, [2]Læknasetrið í Mjódd.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Hildur Gestsdóttir
Fornleifastofnun Íslands,
Bárugötu 3,
101 Reykjavík.
hildur@instarch.is

Lykilorð: *fornleifafræði, mannabeinarannsóknir, mergæxli, Hofstaðir í Mývatnssveit.*

Efniviður og aðferðir

Kirkjugarðurinn

Árið 1999 hófust fornleifarannsóknir í kirkjugarðinum á Hofstöðum í Mývatnssveit. Nákvæm staðsetning bænhúss á Hofstöðum var ekki þekkt, en einungis örfáar heimildir eru til um það. Þá elstu er að finna í jarðaskiptabréfi dagsettu 12. apríl 1477 þar sem kemur fram að kirkjuskuld sé á Hofstaðajörðinni. „J sama handabandi selldi tittnefndr jon þorkelsson opt nefndum finboga jonssyni jordina hofstadi er liggur j reykiahlidar kirk(i)usokn vid myvatn ... Item skyllde finboge suara kirk(i)v skylld oc benhvs skylld aa þveræ oc hofstodum“ (2). Árið 1712 skráðu Árni Magnússon og Páll Vídalín um Hofstaðajörðina að „Bænhús rómast að hjer muni að fornu verið hafa, sem af sje fallið fyrir manna minni“ (3). Rannsóknin á Hofstöðum sumarið 1999 hófst því á jarðsjármælingum með það í huga að staðsetja bænhúsið. Byrjað var að kanna það svæði í túninu sem heimamenn kalla „Kirkjugarð“, norðaustan við gamla bæjarhólinn. Þar hafði sést bogadreginn garður, 20-30 m í þvermál sem var sléttaður eftir miðja 20. öld (4). Jarðsjármælingarnar leiddu í ljós hringlaga garð, um 30 m í þvermál, umhverfis tóft, um 6x4 m, sem sneri nokkurn veginn austur-vestur (5). Fornleifauppgröftur leiddi þarna í ljós leifar tveggja bænhúsa í miðju hringlaga torfbyggðs garðs. Eldra bænhúsið hefur verið rifið og það yngra byggt á sama stað. Af eldra bænhúsinu var ekkert eftir nema fjórar stoðarholur sem marka hornin á ferhyrndu timburhúsi sem hefur verið 4x4,5 m að stærð. Kolefnisgreiningar benda til þess að það hafi verið reist um árið 1000 (6). Yngra bænhúsið er betur varðveitt. Það er aðeins minna en það eldra og hefur staðið aðeins vestar. Það hefur verið stafbyggt. Fjórar steinfylltar stoðarholur eða undirstöður afmarka horn kirkjuskipsins þar sem burðarstoðir hafa staðið sem líklegast hafa verið tengdar með krosstrjám til að gera þær stöðugri. Raðir af flötum steinum eru á milli stoðarholanna og á þeim hafa hvílt syllur; undirstöður fyrir stafþilið. Gólfið hefur verið úr timbri fyrir utan norðausturhorn kirkjuskipsins sem var hellulagt og er hugsanlegt að altarið hafi staðið þar. Merki eru um að bekkur hafi verið meðfram suðurveggnum. Líklegast hefur verið torfþak á bænhúsinu, en engir torfveggir (7). Kirkjubyggingar af þessari gerð þekkjast til dæmis í Noregi og eru elstu mannvirki sem byggð eru þar með þessari tækni tímasett til 12. aldar (8). Seinni tíma viðbót við yngra bænhúsið er forkirkja sem afmörkuð er af tveimur stoðarholum við vesturenda þess. Yngra bænhúsið hefur ekki verið stórt, aðeins 3,5x5,5 m að utanmáli (9). Umhverfis bænhúsin og inni í forkirkju í yngra bænhúsinu eru grafir og þegar þetta



Mynd 1.

er ritað er vitað um 100 grafir í kirkjugarðinum á Hofstöðum og búið að grafa upp 75 þeirra, alls 78 beinagrindur, en í þremur gröfum voru tvö börn grafin saman. Gjóskulög á staðnum og kolefnagreiningar á birkigreinum sem komu úr hruni úr eldra bænhúsinu benda til þess að grafið hafi verið í kirkjugarðinum frá 11. fram á 15. öld. Ekki er hægt að segja til um á þessu stigi hvenær yngri kirkjan var byggð, en í gólfi hennar fundust leirkersbrot, líklegast úr könnu, hugsanlega *Aardenburg Ware* sem framleitt var í Flandri í Belgíu. Hægt er að tímasetja ílátið til 13.-14. aldar (10) sem gefur vísbendingu um hvenær bænhúsið hefur verið í notkun. Nákvæmari greining á aldri einstakra grafa hefur enn ekki fengist. Flestar grafirnar eru í fjórum skipulögðum röðum austan við bænhúsin, eða sunnan við þau, þar sem flestar barnsgrafirnar eru. Konur liggja flestar í norðurhluta garðsins, karlar flestir í suðurhluta og börn nálægt bænhúsum, eins og þekkist í öðrum miðaldakirkjugörðum bæði á Íslandi og annars staðar í Evrópu (11). Kista er í um helmingi grafanna á Hofstöðum, einfaldar timburkistur sem hafa ekki varðveist, heldur sést einungis ‚skuggi‘ þeirra, timbrið hefur

litað jarðveginn dökkan. Beinagrindurnar liggja flestar á bakinu, með hendur á mjöðmum og hefur aska verið lögð á bringu þeirra að kristnum sið. Varðveisla beina á Hofstöðum er nokkuð misjöfn, en í flestum tilfellum mjög góð. Þó að greiningu beinagrindanna sé ekki lokið benda fyrstu niðurstöður til þess að þær henti mjög vel til ýmissa mannabeinarannsókna (12).

Beinagrindin

Beinagrindin sem þessi grein fjallar um, HST-027, var grafin upp sumarið 2003. Hún er mjög vel varðveitt, flest bein eru til staðar þó að sum þeirra séu brotin (mynd 1). Staðlaðar beinafræðilegar aðferðir voru notaðar við að greina kyn (13-15), lífaldur (16, 17) og líkamshæð (18) og reyndist beinagrindin vera af konu á aldrinum 45-50 ára, 162±3 sm á hæð.

Niðurstöður

Fornmeinafræðileg rannsókn á beinunum leiddi í ljós sýnilegar beineyðandi vefskemmdir í þó nokkrum beinum.

- Höfuðkúpa: Hnakkabein, hægra og vinstra hvirfilbein (sjá mynd 2), hægra og vinstra gagnaugabein, ennisbein og kinnkjálki (sjá mynd 4). Í öllum tilfellum eru vefskemmdirnar algengari á ytra borði beinsins og nokkrar þeirra rjúfa bæði innra og ytra borð beinsins. Þær eru misstórar, flestar <1-10 mm. Svo virðist sem stærstu holurnar séu nokkrar mismunandi vefskemmdir sem hafa runnið saman.
- Hryggjarliðir: Vefskemmdir hafa myndast í alla hryggjarliðina, en þeir eru flestir illa varðveittir. Skemmdirnar er aðallega að finna á liðbogum, en þó líka á liðbolum. Á hálsliðum eru vefskemmdirnar <1-5 mm í þvermál, en á brjóst- og lendarliðum eru þær <1-10 mm, og eru stærstu holurnar líklegast nokkrar vefskemmdir sem hafa sameinast. Þó er erfitt að segja um það með vissu vegna slæmrar varðveislu.
- Rifbein: Varðveisla rifbeina er ekki mjög góð, en greina má vefskemmdir, <1-5 mm í þvermál, á öllum rifbeinsbrotum. Engin þeirra nær alveg í gegnum beinið.
- Herðablöð: Vefskemmdir, <1-6 mm í þvermál, er að finna á báðum herðablöðum. Flestar eru umhverfis liðskálarnar og herðablaðsnibburnar, einungis á blöðunum ná þær alveg í gegnum beinið.
- Viðbein: Vefskemmdir er að finna á báðum viðbeinum, nálægt báðum endum. Þær eru <1-4 mm í þvermál.



Mynd 2.

- Mjaðmabein: Vefskemmdir á báðum mjaðmabeinum. Þær eru <1-4 mm í þvermál og ná sumar í gegnum beinið. Flestar vefskemmdir er að finna á efri hluta mjaðmaspaða, sérstaklega á vinstra beininu.
- Lærleggur: Ein vefskemmd er á aftari hluta af vinstri lærleggjarhálsinum, 4 mm í þvermál.

Allar þessar beineyðandi vefskemmdir eru

Mynd 3.





Mynd 4.

Mynd 5.



hringlaga og allt að 5 mm í þvermál, nema þar sem tvær eða fleiri hafa sameinast. Brúnir þeirra eru mjög skarpar og ekki er að sjá nein merki um óeðlilega beinamyndun eða eyðingu umhverfis þær.

Eftir að rannsókn á sýnilegum skemmdum var lokið voru teknar röntgenmyndir af höfuðkúpu (sjá mynd 3), rifbeinum, vinstri mjaðmarspaða, og vinstri leggjarbeinum (upparmslegg, sveif, öln, lærlegg, sköflungi og dálk – sjá mynd 5). Röntgenmyndirnar sýna víðtæka myndun beineyðandi vefskemmda í frauðbeini sem hafa ekki rofið barkarbein í nánast allri höfuðkúpunni, í öllum rifbeinum, í mjaðmarspaðanum og í efsta hluta lærleggs.

Sjúkdómsgreining

Þegar unnin er meinafræðileg rannsókn á mannabeinum sem grafin hafa verið upp við fornleifarannsóknir er ávallt fyrsta skrefið að greina á milli breytinga af völdum sjúkdóma og breytinga af völdum umhverfistengdra skemmda í gröfinni sem geta líkst þeim breytingum sem sjúkdómar valda (e. pseudo-pathology) (19). Í þessu tilfelli þarf til dæmis að athuga að ýmis skordýr geta valdið skemmdum sem líkjast mjög þeim holum sem sjást á beinunum. Röntgenmyndirnar sem sýna holumyndun í frauðbeini sem er ekki sjáanleg á barkarbeini útiloka þá skýringu.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að hér sé um illkynja krabbamein að ræða, mergæxli (e. multiple myeloma). Helsti vandinn við greiningu á mergæxli í fornum beinum er að greina á milli þess og beineyðandi meinvarps (e. osteolytic metastatic carcinoma), en áhrif á bein geta verið mjög svipuð í þessum sjúkdómum. Því er mjög mikilvægt að hafa heila, tiltölulega vel varðveitta beinagrind eins og á við í þessu tilfelli, til að sem bestar upplýsingar fáist um dreifingu skemmda í beinagrindinni svo að hægt sé að greina á milli með einhverri vissu (20, 21).

Röntgenmyndir af beinum konunnar sýna beineyður dæmigerðar fyrir mergæxli. Þá ber helst að nefna dreifingu beinbreytinga í frauðbeini höfuðkúpu, hrygg, rifbeinum og efri enda lærleggs, en auk þess sést ekki nýmyndun beins umhverfis æxliseyðurnar sem eru útslegnar (e. punched out lesions), en slíkt er einkennandi fyrir mergæxli. Aðeins ein önnur greining væri hugsanleg, það er meinvörp frá brjóstakrabbameini en slík meinvörp eru sjaldgæf í höfuðkúpu og sýna oftast nýmyndun beins umhverfis vefskemmdirnar.

Allt bendir til að konan hafi lifað mjög lengi með þennan sjúkdóm, jafnvel nokkra áratugi og byggir sú ályktun á því hve beineyðurnar eru útbreiddar (22). Það merkilega er að röntgenmyndirnar sem teknar voru eru í engu frábrugðnar myndum af lifandi fólki með mergæxli, og líklegt er að síðustu mánuði eða jafnvel ár ævinnar hafi konan frá Hofstöðum verið sárkvalin sem bendir til þess að líklegt sé að hún hafi fengið einhverja umönnun og hjúkrun í veikindum sínum.

Umræða

Beinagrindin frá Hofstöðum er fyrsta birta tilfellið af illkynja sjúkdómi í fornum beinum á Íslandi og eitt af fáum tilfellum um mergæxli sem birt hafa verið almennt. Í grein frá 1998 (1) er listi yfir öll birt tilfelli af mergæxli sem greind hafa verið í fornum beinum. Þar eru talin upp 19 tilfelli, þar af sjö karlar og níu konur (ekki er gefið upp kyn í þremur tilfellum). Tólf eru 40 ára eða eldri, einn eldri en tvítugur, einn eldri en þrítugur, þrír eru skráðir fullvaxnir og ekki er gefinn upp aldur í tveimur tilfellum. Þau eru frá ýmsum tímabilum, frá 4000 f.Kr. til 18. aldar e.Kr., og frá tíu löndum, Austurríki (1), Þýskalandi (4), Sviss (1), Ungverjalandi (2), Póllandi (1), Tékklandi (1), Rússlandi (2), Japan (1), Súdan (2) og Egyptalandi (4). Í tíu tilfellum er greiningin ekki örugg og gefnar upp aðrar mögulegar sjúkdómsgreiningar. Í sjö tilfellum er talið að beineyðandi meinvarp hafi getað valdið þeim breytingum sem sjást á beinunum, í tveimur tilfellum haemoblastosis og í einu hvítblæði (22). Í mörgum tilfellum voru þessar beinagrindur illa varðveittar og oft fundust aðeins einstök bein með beineyður en ekki heillegar beinagrindur. Beinagrindin frá Hofstöðum er því með öruggustu fornmeinafræðilegri greiningu mergæxlis sem birt hefur verið til þessa.

Þakkir

Sérstakar þakkir fá starfsmenn og nemar Fornleifaskóla Fornleifastofnunar Íslands og North Atlantic Biocultural Organisation (NABO), en uppgröfturinn á Hofstöðum er liður í skólanum. Einnig ber að þakka Önnu Birnu Ólafsdóttur, Læknasetrinu, sem tók röntgenmyndirnar og Sif Guðmundsdóttur, sem ljósmyndaði beinin.

Helsti styrktaraðili rannsókna Fornleifastofnunar Íslands í Mývatnssveit hefur verið Rannsóknamiðstöð Íslands (RANNÍS) og Fornleifasjóður.

Heimildir

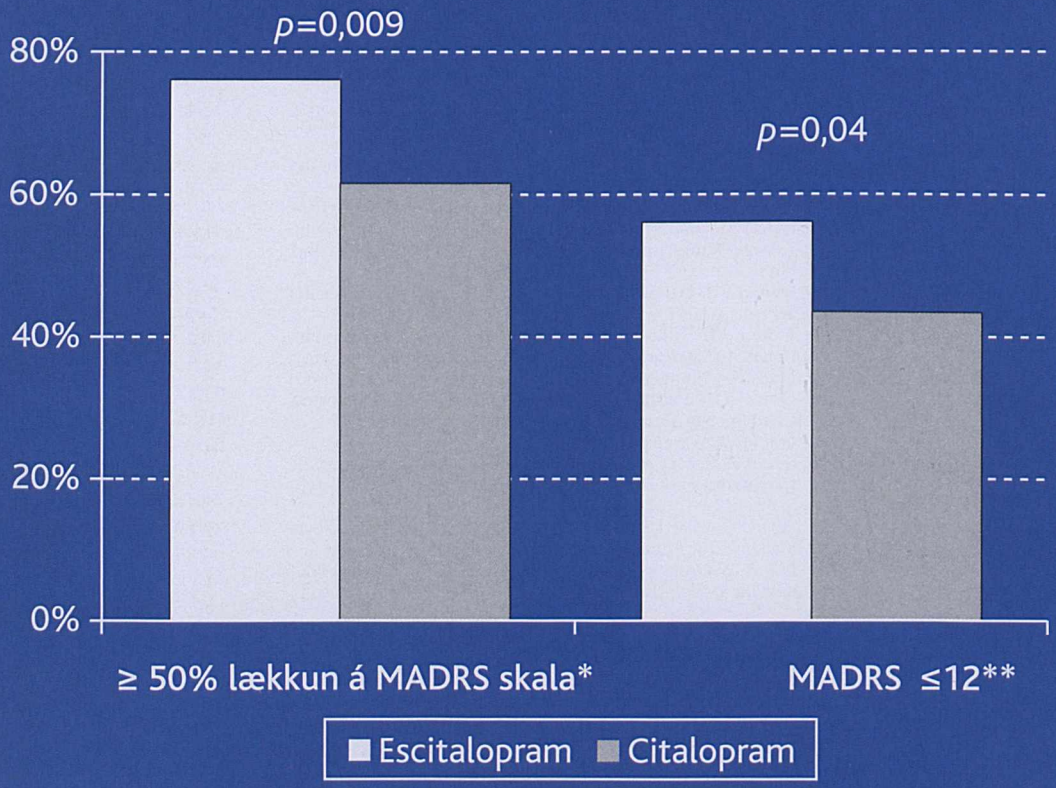
1. Wakely J, Strouhal E, Vyhánek L, Nemecková A. Case of a Malignant Tumour from Abingdon, Oxfordshire, England. J Arch Sci 1998; 25: 949-55.
2. Íslenskt fornbréfasafn VI. Hið íslenska bókmenntafélag: Reykjavík, 1904: 110.
3. Jarðabók Árna Magnússonar og Páls Vídalín, XI. Þingeyjarsýslur. Kaupmannahöfn, 1943: 242.
4. Vésteinsson O. Fornleifaskráning í Skútustaðahreppi I: Fornleifar á Hofstöðum, Helluvaði, Gautlöndum og í Hörgsdal. Skýrslur Fornleifastofnun Íslands (Fjölrit): FS022-96011, 1996.
5. Horsley TJ. A Preliminary Assessment of the Use of Routine Geophysical Techniques for the Location, Characterisation and Interpretation of Buried Archaeology in Iceland (MSc dissertation). University of Bradford, 1999.
6. Gestsdóttir H, ed. Hofstaðir 2004: Framvinduskýrsla/Interim Report. Fornleifastofnun Íslands (Fjölrit): í vinnslu.
7. Gestsdóttir H. Area Z (Farm Mound). In: Lucas, G, ed. Hofstaðir 2002: Framvinduskýrslur/Interim Report. Fornleifastofnun Íslands (Fjölrit): FS193-910110, 2003: 26-8.
8. Hauglid, R. Norske Stavkirker. Dryers Forlag: Oslo, 1969.
9. Gestsdóttir H. 2003. Area Z (Farm Mound). In: Lucas, G, ed. Hofstaðir 2002: Framvinduskýrslur/Interim Report. Fornleifastofnun Íslands (Fjölrit): FS193-910110, 2003: 26-8.
10. Mehler N. The Finds. In: Lucas, G, ed. Hofstaðir 2001: Framvinduskýrsla/Interim Report. Skýrslur Fornleifastofnunar Íslands (Fjölrit): FS167-91019, 2002: 43-54.
11. Steffensen J. Knoglerne fra Skeljastadir i Thjórsárdalur. In: Stenberger M, ed. Forntida gårdar i Island. Ejnar Munksgaard: København, 1943; 227-60.
12. Gestsdóttir H, ed. Hofstaðir 2003: Framvinduskýrsla/Interim Report. Fornleifastofnun Íslands (Fjölrit): FS193-910111, 2004.
13. Brothwell DR. Digging up Bones. Oxford University Press: Oxford, 1981.
14. Schwartz JH. Skeleton Keys. Oxford University Press: Oxford, 1995.
15. Bass WM. Human Osteology. Special Publication No. 2 of the Missouri Archaeological Society, 1995.
16. Lovejoy CO, Meindl RS, Pryzbeck TR, Mensforth RP. Chronological Metamorphosis of the Auricular Surface of the Ilium: A New Method for the Determination of Age of Death. Am J Phys Anthropol 1985; 68: 15-28.
17. Meindl RS, Lovejoy CO. Ectocranial Suture Closure Ageing Scheme. Am J Phys Anthropol 1985; 68: 57-66.
18. Trotter M. Estimation of Stature from Intact Long Limb Bones. In: Stewart, TD, ed. Personal Identification in Mass Disasters. Smithsonian Institute: Washington DC, 1970: 71-83.
19. Ortner DJ, Putschar WGJ. Indentification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains. Smithsonian Institution Press: Washington, 1981.
20. Strouhal E. Myeloma Multiplex versus Osteolytic Metastatic Carcinoma: Differential Diagnosis in Dry Bones. Int J Osteoarchaeol 1991; 1: 219-24.
21. Alt KW, Adler CP. Multiple Myeloma in an Early Medieval Skeleton. Int J Osteoarchaeol 1992; 2: 205-9.
22. Lee R. Wintrobe's Clinical Hematology. Lea & Febiger: Philadelphia, 1993; 2220.

Ný rannsókn á mjög alvarlega þunglyndum sjúklingum (MADRS ≥ 30) sýnir að



Cipralex® escitalopram 20 mg hefur marktækt betri verkun en Cipramil® citalopram 40 mg mælt sem

- ✓ **Breyting á MADRS skori (p=0,048 - LOCF)[1]**
- ✓ **Svörun (p=0,009 - LOCF)[1]**
- ✓ **Sjúkdómshlé - bati (p=0.04 - LOCF)[1]**



* Svörun
**Sjúkdómshlé - bati

Unnið eftir Moore et al.[1]

Sjúkdómshlés- og svörunarhlutfall aðlagað að endapunkti

1) Moore N. et al. Prospective, multicentre, randomized, double-blind study of the efficacy of escitalopram versus citalopram in outpatient treatment of major depressive disorder. International Clinical Psychopharmacology 2005, 20: 131-137

Lundbeck

Cipralex®
escitalopram

Sérlyfjatexti á bls. 564

Afstaða unglækna og læknanema til sérfræðináms á Íslandi

Inga Sif Ólafsdóttir[1,2]
LÆKNIR Í SÉRFRÆÐINÁMI Í ALMENNUM LYFLÆKNINGUM

Sædís Sævarsdóttir[1,2]
DEILDARLÆKNIR OG DOKTORSNEMI VIÐ LÆKNADEILD

Kolbrún Pálsdóttir[1,3]
LÆKNAKANDÍDAT Á LANDSPÍTALA

Hannes Petersen[1]
SÉRFRÆÐINGUR Í HÁLS-, NEF- OG EYRNALÆKNINGUM

Ólafur Baldursson[1]
SÉRFRÆÐINGUR Í LYFLÆKNINGUM OG LUNGNASJÚKDÓMUM

Ágrip

Inngangur: Ýmsir hafa lýst áhuga á skipulegu sérfræðinámi í læknisfræði á Íslandi. Áhugi og afstaða unglækna og læknanema til slíks náms hefur ekki verið athuguð áður.

Efniviður og aðferðir: Í ársbyrjun 2004 var sendur spurningalisti til 146 unglækna og 84 læknanema á fimmta og sjötta ári í læknisfræði. Spurt var um kyn, afstöðu til sérfræðináms á Íslandi, áhuga á að stunda slíkt nám og í hvaða sérgrein viðkomandi stefndi. Einnig var spurt hvaða þættir hefðu áhrif á ákvarðanir svarenda um val á sérfræðinámi og þáttum raðað eftir mikilvægi.

Niðurstöður: Alls svöruðu 100 manns spurningalista (svarhlutfall 45%), 61 unglæknir (deildarlæknar og kandídatar) og 39 læknanemar. Af innsendum svörum voru langflestir unglæknar (97%) og læknanemar (87%) mjög hlynntir eða frekar hlynntir sérfræðinámi á Íslandi. Meirihluti þeirra er svaraði vildi stunda hluta sérfræðináms hérlendis. Þeir sem kusu hluta sérfræðináms á Íslandi sögðu verklega þjálfun, aðgengi að sérfræðingum, fjölskylduaðstæður og skipulega fræðslu ráða mestu um þetta val. Þeir sem vildu alfarið sérfræðinám erlendis mátu mest sjúklingaúrval, verklega þjálfun, skipulega fræðslu og rannsóknatækifæri.

Samantekt: Unglæknar og læknanemar eru hlynntir því að taka hluta síns sérfræðináms á Íslandi. Þeir sem kusu sérfræðinám erlendis mátu sjúklingaúrval og rannsóknatækifæri meir en þeir sem vildu sérfræðinám á Íslandi.

ENGLISH SUMMARY

Ólafsdóttir IS, Sævarsdóttir, S, Pálsdóttir K, Petersen H, Baldursson Ó

Postgraduate medical education in Iceland; medical students' and residents' attitude

Læknablaðið 2005; 91: 511-4

Background: Various parties have expressed interest in establishing formal postgraduate medical education programs. The interest of residents and medical students to such programs in Iceland has not been evaluated before.

Methods: A questionnaire was sent to 146 interns and residents and 84 senior medical students. The following variables were analyzed: Gender, attitude towards postgraduate training in Iceland, interest to participate in such training, preferred speciality and which factors might influence their decision.

Results: 100 subjects completed the questionnaire (response rate 45%), 61 interns and residents and 39 medical students. Of those completing the questionnaire, most interns and residents (97%) and medical students (87%) agreed or agreed strongly with the concept of postgraduate training in Iceland. The majority of responders wanted to undergo part of their postgraduate training in Iceland if this option would be available. Those who preferred postgraduate training in Iceland did so for the following reasons: The importance of "hands-on" training, availability of consultants, favorable social setting and organized teaching. Those who wanted to do all their postgraduate training abroad rated case variability, "hands-on" training, organized teaching and research opportunities as the main factors influencing their decision.

Conclusions: Interns, residents and medical students are in favor of undergoing part of their postgraduate training in Iceland. Those who chose to train abroad rated case variability and research opportunities higher than those in favor of training in Iceland.

Key words: *medical education, postgraduate medical education, specialist training, residency, fellowship.*

Correspondence: Ólafur Baldursson, *olafbald@landspitali.is*

Inngangur

Flestir íslenskir læknar fara utan til sérfræðináms eftir að hafa starfað á Íslandi í nokkur ár (1-3). Fáum blandast hugur um mikilvægi þess að íslenskir læknar sæki sérfræðinám til menntastofnana erlendis. Sú hefð virðist hafa reynst Íslendingum vel og mörgum sýnist ekki augljós ástæða til breytinga. Hins vegar er áhugavert að skoða hvort breyttar aðstæður hér heima og erlendis hafi áhrif á val unglækna og þar með hefðina. Nefna má að í sumum löndum hefur dregið talsvert úr framboði á námsstöðum fyrir útlendinga (1, 4).

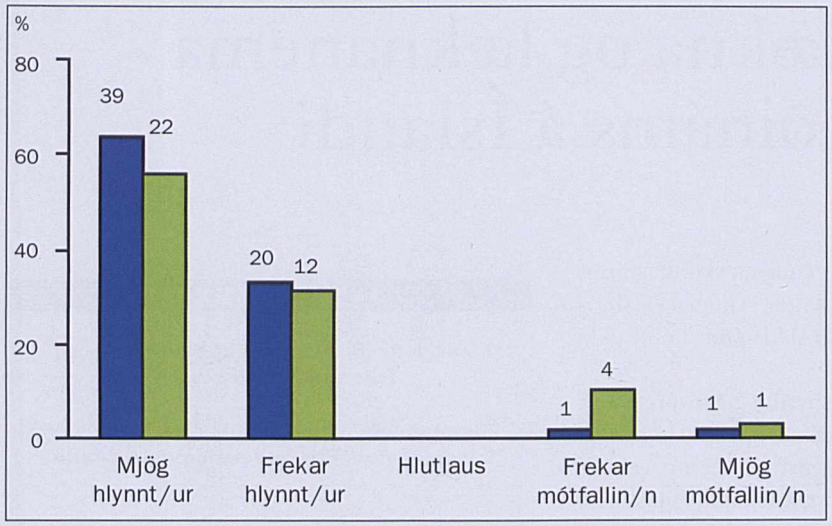
Sérgreinafélög, unglæknar og framhaldsmenntunarráð læknadeildar hafa lýst yfir áhuga á skipulögðu sérfræðinámi á Íslandi í tilteknum sérgreinum. Benda má á að víða erlendis gegna læknar í sérfræðinámi veigamiklu hlutverki í starfsemi háskólasjúkrahúsa. Þennan sterka hlekk hefur íslenskt heilbrigðiskerfi ekki getað treyst á þrátt fyrir að flestir unglæknar dvelji hér við störf í nokkur ár eftir útskrift úr læknadeild. Ótryggt er að erlendar menntastofnanir viðurkenni þennan starfstíma sem hluta sérfræðináms.Til þess að svo mætti verða væri æskilegt að skipuleggja sérfræðinám á

[1]Framhaldsmenntunarráði læknadeildar, [2]Félagi ungra lækna, [3]Félagi læknanema.

Fyrstu tveir höfundar lögðu jafnt til handritsins.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Ólafur Baldursson, Lyflækningasviði I, E7 Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. *olafbald@landspitali.is*

Lykilorð: *læknisfræðinám, sérmenntun, sérfræðinám, unglæknar.*



Mynd 1. *Afstaða til sérfræðináms í læknisfræði á Íslandi. Tölur gefa til kynna fjölda. Bláar súlur sýna hlutfall unglækna en grænar súlur læknanema.*

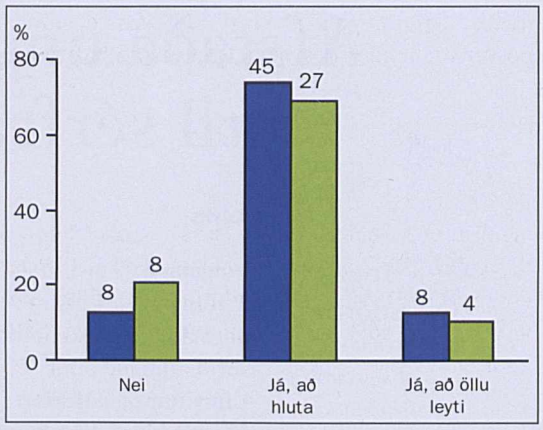
Íslandi þannig að ljúka ætti fyrsta hluta formlegs náms hér heima. Með því móti væri hugsanlegt að menntastofnanir ytra viðurkenndu störf kandídata og deildarlækna á Íslandi sem fyrsta hluta sérfræðináms. Unglæknar nýttu tíma sinn þar með betur og tengsl okkar við erlendar stofnanir yrðu traustari, um leið og haldið væri í þá venju að sem flestir lykju sérfræðinámi í útlöndum.

Skipulag og vinna við sérfræðinám lækna á Íslandi mun kosta talsverða fjármuni jafnvel þótt aðeins væri um að ræða upphaf námsins. Hins vegar má ætla að skipulagt sérfræðinám á Íslandi efli framleiðni, kennslu og vísindastörf við þær stofnanir er námið veita og geti þannig sparað fé þegar til lengdar lætur (3). Nú þegar er vísir að sérfræðinámi í sumum sérgreinum. Boðið hefur verið upp á tveggja ára skipulegt nám í skurðlækningum og tvö til þrjú ár í lyflækningum við Landspítala en unnt hefur verið að læra heimilislækningar og geðlækningar að fullu þótt nemendur hafi verið hvattir til að taka hluta námsins erlendis.

Tafla I. *Áhrifaþættir við val á framhaldsnámi á Íslandi eða erlendis. Reiknað meðaltal hvers þáttar þar sem lægsta gildið endurspeglar mest mikilvægi.*

	Framhaldsnám			
	Á Íslandi			Erlendis
Áhrifaþættir	Deildarlæknar/ kandídatar n=53	Læknanemar n=31	Alls n=84	Alls n=16
Verkleg þjálfun	1,8	2,5	2,1	2,3
Rannsóknarækifæri	5,2	5,4	5,3	3,6
Sjúklingaúrval	4,8	5,3	4,9	1,5
Fræðsluprógramm/fyrirlestrar	4,0	3,6	3,9	3,6
Aðgengi að sérfræðingum	3,8	3,1	3,6	5,8
Mikið vinnuálag	7,1	8,0	7,4	6,9
Lítið vinnuálag	7,5	6,5	7,2	7,1
Fjölskyldan/maki	3,5	3,2	3,4	6,4
Laun	5,6	5,8	5,7	7,4

* Ekki var munur á mati unglækna eða læknanema sem kusu allt sérfræðinám erlendis og þeim hópum var þess vegna slegið saman sakir smæðar.



Mynd 2. *Val á sérfræðinámi að hluta eða öllu leyti hérlendis, stæði það til boða. Tölur ofan súlna sýna fjölda. Bláar súlur sýna hlutfall unglækna en grænar súlur læknanema.*

Framhaldsmenntunarráði læknadeildar (FMR) er falið að hafa eftirlit með sérfræðinámi á Íslandi fyrir hönd læknadeildar (5). Áhugi meðal unglækna og læknanema er ein af forsendum þróunar sérfræðináms í læknisfræði á Íslandi en sá áhugi hefur ekki verið formlega kannaður áður. FMR ákvað því að athuga áhuga og viðhorf unglækna og læknanema til sérfræðináms á Íslandi og hvaða þættir hafi áhrif á val þeirra. Við þá vinnu fundust engar sambærilegar kannanir við leit á MedLine og PubMed.

Aðferðir

Í ársbyrjun 2004 var sendur spurningalisti til 146 unglækna (deildarlæknar og kandídatar) sem voru á lista félags ungra lækna og til 84 læknanema á fimmta og sjötta ári í læknisfræði við Læknadeild Háskóla Íslands. Spurt var um kyn, stöðu (læknanemi, kandídat eða deildarlæknir) og afstöðu til sérfræðináms á Íslandi og voru svarmöguleikar „mjög hlynnt/ur, frekar hlynnt/ur, hlutlaus, frekar mótfallinn og mjög mótfallinn“. Einnig var spurt í hvaða sérgrein svarandi stefndi og hvort hann veldi sérfræðinám að hluta eða öllu leyti á Íslandi stæði það til boða. Eftirfarandi atriði sem gætu haft áhrif á ákvarðanir unglækna og læknanema varðandi val á sérfræðinámi, komu fram á spurningalistanum: Verkleg þjálfun, rannsóknatækifæri, sjúklingaúrval, skipulögð fræðsludagskrá, aðgengi að sérfræðingum, mikið vinnuálag, lítið vinnuálag, fjölskylda/maki og laun. Þátttakendur voru beðnir um að raða þessum atriðum eftir mikilvægi þannig að atriði númer eitt væri það sem mestu réði um val á sérfræðinámi og atriði númer níu minnstu. Við úrvinnslu var reiknað meðaltal hvers atriðis fyrir sig þannig að það atriði sem hafði lægst meðaltal var það sem þátttakendur töldu ráða mestu um valið. Könnunin var gerð á vegum FMR lækna-

deildar. Spurningalistar voru nafnlausir og tölvupóstur var sendur tvisvar til ítrekunar á þátttöku.

Niðurstöður

Þátttaka

Alls svöruðu 100 af þeim 230 sem fengu spurningalista, 61 unglæknir (34 karlar og 24 konur, 3 tilgreindu ekki kyn) og 39 læknanemar (23 karlar og 16 konur). Heildarsvarhlutfall var 45%, 42% unglækna og 46% læknanema svöruðu og var þátttaka svipuð meðal kynja.

Afstaða til sérfræðináms á Íslandi

Alls voru 59 unglæknar (97% af innsendum svörum unglækna; 40% af heildarfjölda unglækna í úrtaki) og 34 læknanemar (87% af innsendum svörum læknanema; 40% af heildarfjölda læknanema í úrtaki) mjög hlynntir eða frekar hlynntir sérfræðinámi á Íslandi (mynd 1). Meirihluti þátttakenda sagðist kjósa sérfræðinám hérlendis, stæði það til boða (mynd 2) en flestir (72% þátttakenda; 31% af heild) kjósa að taka slíkt nám aðeins að hluta til á Íslandi.

Sérgreinaval og starfsferill

Mynd 3 sýnir að flestir þátttakendur hafa mótaða skoðun á sérgreinavali, og stefna flestir í skurðlækningar, lyflækningar, heimilislækningar eða barnalækningar.

Hvaða þættir ráða vali á sérfræðinámi?

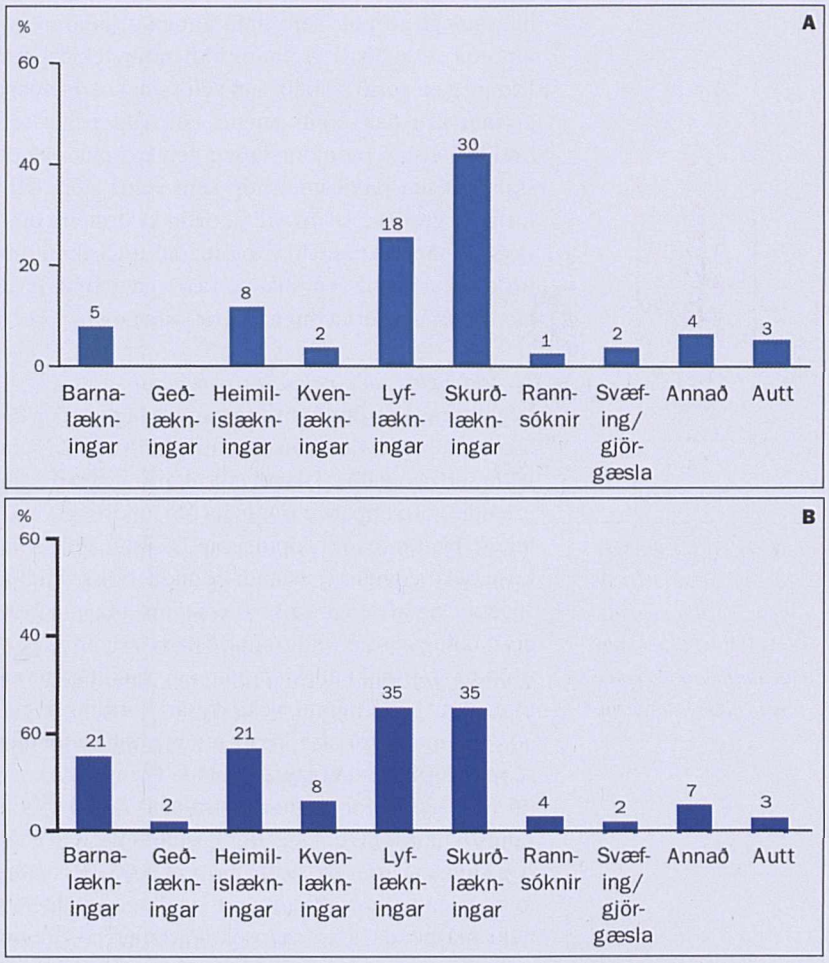
Tafla I sýnir hvernig mismunandi faglegir og félagslegir þættir hafa áhrif á ákvörðun unglækna og læknanema um sérfræðinám. Þeir sem völdu sérfræðinám á Íslandi töldu verklega þjálfun, fjölskyldu, aðgengi að sérfræðingum og skipulega fræðsludagskrá vega þyngst. Þeir sem kusu sérfræðinám alfarið erlendis töldu hins vegar sjúklingaúrval, verklega þjálfun, rannsóknatækifæri og skipulega fræðsludagskrá ráða mestu um val sitt.

Hóparnir voru sammála um mikilvægi verklegrar þjálfunar og skipulegrar fræðslu. Hins vegar gætti misræmis hvað varðar aðra þætti, þar sem þátttakendur er kusu sérfræðinám á Íslandi röðuðu fjölskylduaðstæðum og aðgengi að sérfræðingum ofar, en hins vegar mátu þátttakendur sem alfarið vildu læra erlendis, rannsóknatækifæri og sjúklingaúrval meir.

Umræða

Þátttaka

Þar sem heildarsvarhlutfall var aðeins 45% ber að túlka niðurstöður varlega. Búast má við að þátttaka áhugasamra um sérfræðinám á Íslandi sé hlutfallslega meiri. Ef til vill má því líta á heildarsvarhlutfall af útsendum spurningarlistum sem mælikvarða á áhuga unglækna og læknanema til sérfræðináms á Íslandi.



Mynd 3. *Sérgreinaval þátttakenda. Tölur ofan súlna sýna fjölda. Lóðrétti ás sýnir hlutfall svarenda í hverjum hópi.*
A. *Skipting þeirra sem höfðu ákveðið eina sérgrein (n=74).*
B. *Skipting þeirra sem nefndu eina eða fleiri sérgreinar, alls 144 svör.*

Afstaða til sérfræðináms á Íslandi

Niðurstöðurnar benda til þess að afstaða unglækna og læknanema til sérfræðináms á Íslandi sé jákvæð og að þeir séu hlynntir því að taka hluta sérfræðináms hér. Einungis unglæknum á Íslandi var sendur spurningalistinn en í svörum þeirra kann að felast skekkja þar sem hluti þeirra tekur nú þegar þátt í skipulögðu sérfræðinámi hér. Hins vegar var afstaða læknanema mjög lík afstöðu unglækna. Ekki var spurt hvort viðkomandi væri í skipulögðu sérfræðinámi hérlendis eða um ánægju með slíkt nám en áhugavert væri að kanna það síðar.

Sérgreinaval og starfsferill

Mögulegt er að unglæknar og læknanemar sem hyggjast læra almennari sérgreinar séu jákvæðari gagnvart sérfræðinámi á Íslandi en þeir sem ætla í sérhæfðari greinar. Sérfræðingar eru margir í almennu greinunum og þær vel kynntar fyrir ungum læknum í námi sem og á kandídatsári. Sú spurning vaknar hvort of lítið val sé í námi læknadeildar og tækifæri lítil til þess að kynnast ýmsum jaðargreinum og óhefðbundnum starfsframa. Þó ber að hafa í huga að svörun í könnuninni var aðeins 45% og

hugsanlegt að þeir sem hafa áhuga á jaðargreinum eða sérhæfðari greinum hafi síður tekið þátt. Einnig gæti verið að þeir sem velja síðar sérhæfðari greinar séu óákveðnir lengur eða vilji sækja sér breiðari grunn og niðurstaðan gefi því misvísandi skilaboð um þann undirhóp sem velur síðar sérhæfðari greinar. Ef til vill skortir kraftmeiri umræðu innan læknadeildar og meðal unglækna um þróun starfsferils en slík umræða gæti flýtt fyrir ákvörðun um sérhæfingu, sparað tíma og fé.

Hvaða þættir ráða vali á sérfræðinámi?

Þegar samanburður á áhrifum ýmissa faglegra og félagslegra þátta var skoðaður milli þeirra hópa sem vildu sérfræðinám á Íslandi eða alfarið sérfræðinám erlendis voru hóparnir sammála um mikilvægi verklegrar þjálfunar og skipulegrar fræðslu. Þeir sem kusu sérfræðinám á Íslandi röðuðu fjölskylduaðstæðum og aðgengi að sérfræðingum ofar en þeir einstaklingar sem vildu alfarið læra erlendis, þeir röðuðu rannsóknatækifærum og sjúklingaúrvali ofar. Þótt þessi munur veki ýmsar spurningar ber að taka með fyrirvara hvort munur milli hópanna sé raunverulegur. Vissulega stunda íslenskir læknar oft nám við stórar stofnanir ytra með fjölbreyttum rannsóknatækifærum og flóru sjúkdóma, en hafa ber í huga að margar stofnanir sem bjóða sérfræðinám erlendis eru álíka stórar og Landspítali. Að auki má benda á að rannsóknatækifæri á sumum sviðum eru síst minni hér á Íslandi en erlendis (6).

Sjúklingaúrval er örðugt að auka í fámennu landi, en sjálfsagt er að tryggja að unglæknar í sérfræðinámi hérlendis fái sem fjölbreyttasta reynslu á öllum stigum heilbrigðiskerfisins, ekki síst með þátttöku í göngudeildarþjónustu. Íhuga þarf hvort möguleikar til rannsóknaverkefna á Íslandi séu nógu aðgengilegir og sýnilegir unglæknum við klínísk störf. Mögulegt er að unglæknum í klínísku sérfræðinámi reynist erfitt að ljúka verkefnum samhliða starfi, vegna þess að ferill leyfisumsókna, öflun efniviðs, úrvinnsla og greinaskrif eru oft mun tímafrekari en virðist í fyrstu. Í þessu samhengi má nefna að vinnuálag á Íslandi er meira en tíðkast í Evrópusambandslöndum (7). Efla mætti kynningu á rannsóknatækifærum, hönnun rannsókna og möguleikum til þess að stunda sérfræðinám samhliða meistara- eða doktorsnámi við læknadeild, en nú þegar eru fordæmi fyrir slíku.

Lokaorð

Áhugi unglækna og læknanema á sérfræðinámi í læknisfræði á Íslandi virðist talsverður. Hins vegar kjósa flestir þátttakendur að ljúka sínu sérfræðinámi við erlendar stofnanir. Þessar niðurstöður eru í samræmi við nýlegar hugmyndir um skipulag framhaldsmenntunar í læknisfræði á Íslandi. Áhugi unglækna er vitanlega ein forsenda þróunar slíks náms á Íslandi, en fleira þarf til að það komist á legg. Nefna má greinargóðar marklýsingar, skilgreind hlutverk þeirra sem að náminu standa, greiningu kostnaðar og nánari könnun á viðhorfi sérfræðinga og nemenda sem þegar koma að slíku námi hér. Eftirlit með að námið uppfylli ítrustu kröfur er í umsjá FMR. Það er flókið og kostnaðarsamt verkefni að samþætta sérfræðinám í tveimur eða fleiri löndum og æskilegt að líta til skipulags slíks náms í öðrum löndum.

Mikilvægt er að hafa í huga að sérfræðinám í læknisfræði er þegar starfrækt á Íslandi. Tekist hefur að skilgreina kostnað fyrir sérfræðinám í heimilislækningum (8) þannig að fjármagn frá heilbrigðisráðuneytinu fylgir nú hverjum nemanda. Æskilegt væri að huga að sambærilegum fjármögnunaraðferðum fyrir sérfræðinám í öðrum greinum svo að vaxtarbroddur þess hafi tryggan fjárhagslegan grundvöll. Einnig er mikilvægt að skyldur sérfræðinga í klínískri kennslu séu skilgreindar og vinnuframlag á því sviði viðurkennt. Fjölgun nema í formlegu sérfræðinámi á Íslandi er einnig líklegt til að efla vísindastarfsemi hérlendis. Lyflækningasvið Landspítala hefur skilgreint rannsóknamánuði deildarlækna í sérfræðinámi, og er nú einnig grundvöllur fyrir að taka formlegt rannsóknanám við læknadeild samhliða klínískum störfum á tilsvarandi lengri tíma en þegar slíkt nám er stundað eitt og sér.

Könnun okkar bendir til þess að unglæknar og læknanemar hafi áhuga á að taka fyrri hluta sérfræðináms í læknisfræði á Íslandi, og teljum við því vera grundvöll fyrir uppbyggingu þess. Ljóst er að FMR hefur umfangsmikið hlutverk á næstu árum við að tryggja að slíkt nám sé markvisst og uppfylli sambærilegar kröfur og tíðkast í nágrannalöndunum.

Þakkir

Höfundar þakka mikilvæga aðstoð: Kristjáni Erlendssyni, Margréti Valdimarsdóttur ritara, Þuríði Pálsdóttur, Vilhjálmi Rafnssyni og starfsfólki skrifstofu Læknafélags Íslands.

Rannsókn þessi naut engra styrkja.

Heimildir

1. Arnar DO, Baldursson Ó. Sérfræðinám íslenskra lækna í Bandaríkjunum, hvert stefnir? Læknablaðið 1997; 83: 510-1.
2. Haraldsdóttir KH, Guðbjartsson T. Sérfræðinám í Svíþjóð – Vænn kostur. Læknablaðið 2001; 87: 160-6.
3. Þjóðleifsson B, Baldursson Ó. Framhaldsnám – straumar og stefnur. Læknablaðið 2002; 88: 586-7.
4. Guðmundsson S. Mismunandi sjónarmið styrkja fagið á Íslandi. Morgunblaðið 2003, 8. júlí.
5. Læknalög. In: nr 53; 1988.
6. Rannís. Rannsóknir, þróun og nýsköpun. Tölfræði 2003.
7. Carr S. Education of senior house officers: current challenges. Postgrad Med J 2003; 79: 622-6.
8. Svavarsdóttir AE, Guðmundsson GH, Sigurðsson JÁ. Sérnám í heimilislækningum á Íslandi. Læknaneminn 2004; 55: 16-9.

Meira loft í lungun

Frelsi

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

- Minnkar mæði við áreynslu[3)]
- Eykur úthald við 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.

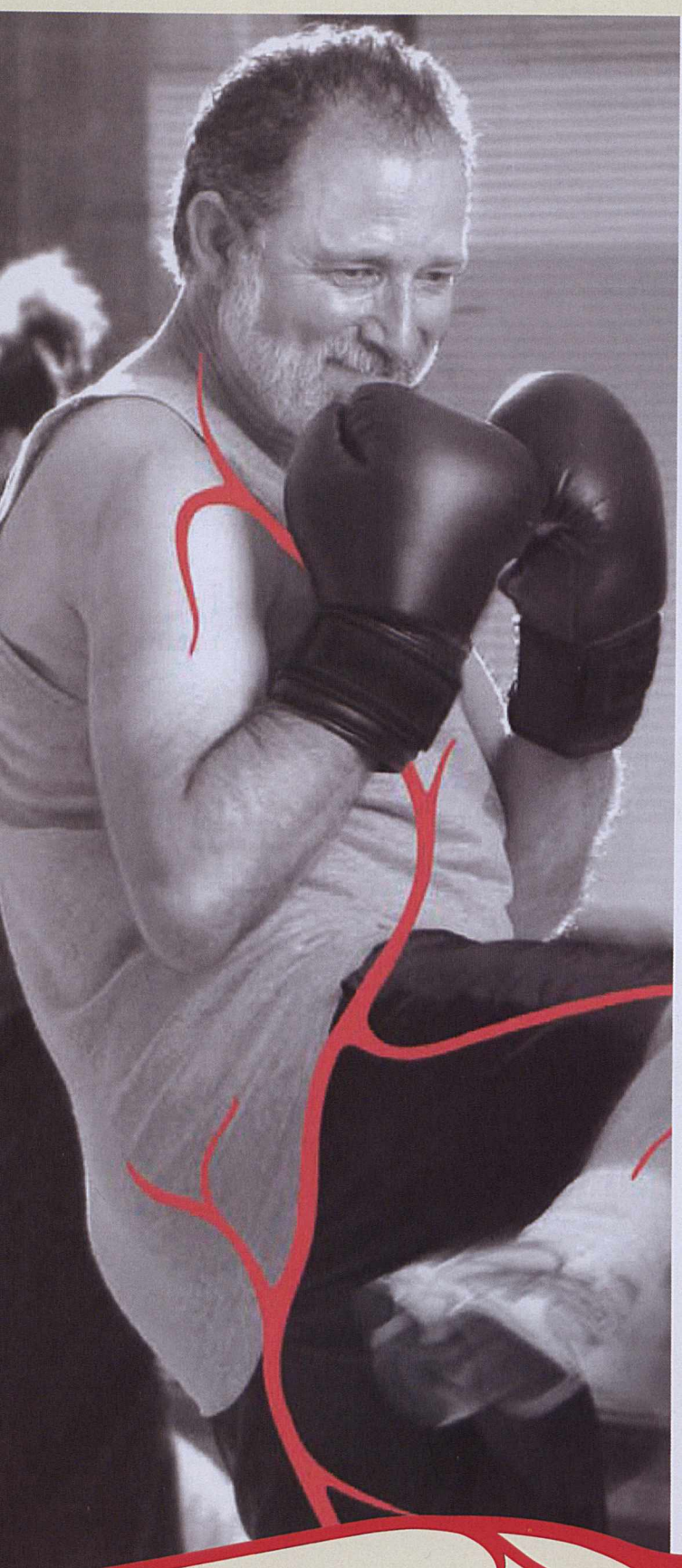
Pfizer

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

Sérlyfjatexti á bls. 562

Boehringer Ingelheim

Mest notaði AII hemillinn í heiminum[1]



DIOVAN® COMP

Nýr styrkleiki

Mikilvæg nýjung fyrir þá sjúklinga sem hafa ekki náð meðferðarmarkmiðum



DIOVAN® COMP 160/25 mg
(Valsartan 160 mg + hydrochlorthiazid 25 mg)

Kröftug blóðþrýstingslækkun

Heimildir:
1. IMS Health, IMS MIDAS Quantum/MAT 2004

NOVARTIS

Sérlyfjatexti á bls. 561

Samtöl um dauðann

Fyrirbærafræðileg rannsókn á viðhorfum aldraðra til lífs og dauða og til meðferðar við lífslok

Helga Hansdóttir[1]
SÉRFRÆÐINGUR Í LYF- OG ÖLDRUNARLÆKNINGUM

Sigríður Halldórsdóttir[2]
HJÚKRUNARFRÆÐINGUR, DOKTOR Í HEILBRIGÐISVÍSINDUM

Ágrip

Tilgangur: Þessi rannsókn var gerð til að auka þekkingu og dýpka skilning á viðhorfum aldraðra til lífs og dauða, læknisfræðilegrar meðferðar við lífslok og hvernig þessar hugmyndir tengjast.

Aðferðir: Fyrirbærafræðileg rannsókn. Rætt var við átta aldraða einstaklinga á heimilum þeirra. Viðtölin voru opin með tveimur aðalspurningum. Sérstök áhersla var lögð á viðhorf til lífs og dauða því rannsóknir benda til mikilvægis þeirra hugmynda í sambandi við viðhorf til meðferðar við lífslok.

Niðurstöður: Allir einstaklingarnir töldu sig hafa lifað góðu lífi þrátt fyrir sorg og missi. Lífsgleði var mikil og almenn sátt við dauðann. Allir voru sáttir við tilhugsunina um að takmarka meðferð við lífslok ef ekki væri von um bata, þjáningar fyrirsjáanlegar, líkamleg og andleg geta léleg, enginn möguleiki á að lifa mannsæmandi lífi eða ef þeir yrðu byrði á öðrum. Viðmælendur byggðu viðhorf sín til meðferðar á horfum, mati á eigin lífi, áhrifum ákvörðunar á ástvini og reynslu af dauða, sorg og missi. Margir hugleiða siðferðilega afstöðu sína gagnvart slíkum ákvörðunum.

Umræða: Líkan er sett fram í ljósi niðurstaðna þessarar rannsóknar og annarra, af umræðu læknis og aldraðs sjúklings um meðferð við lífslok. Siðferðileg álitamál eru oft rædd og móta umræðu um meðferð. Læknir gefur upplýsingar um sjúkdóm, horfur og meðferðarkosti. Sjúklingur metur þær upplýsingar í ljósi aldurs, heilsu og viðhorfa til lífs og dauða. Hann hugleiðir áhrif ákvörðunar sinnar á ástvini og skoðar reynslu sína og annarra. Hver þessara þátta hefur hlið sem getur verið annaðhvort jákvæð eða neikvæð gagnvart meðferð. Læknir og sjúklingur taka síðan ákvörðun í sameiningu.

Ályktun: Umræða um meðferð við lífslok felur í sér eftirfarandi þætti: Siðferðilega, læknisfræðilega, mat sjúklings á eigin lífi, áhrif ákvörðunar á ástvini og reynslu af dauða, sorg og missi.

[1]Öldrunarsvið Landspítala Landakoti, [2]heilbrigðisdeild Háskólans á Akureyri.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Helga Hansdóttir, Öldrunarsviði Landspítala Landakoti, 101 Reykjavík. Sími: 543-1000, *helgah@landspitali.is*

Lykilorð: *viðhorf til dauðans, meðferð við lífslok, aldraðir, eigindlegar rannsóknir, fyrirbærafræði, viðtöl.*

Inngangur

Meðalaldur fólks hefur hækkað verulega á síðustu öld að hluta vegna framfara í læknisfræði. Nú lifir fólk oft lengi þrátt fyrir langvinna sjúkdóma og

ENGLISH SUMMARY

Hansdóttir H, Halldórsdóttir S

Dialogs on Death

Læknablaðið 2005; 91: 517-32

Objective: This study is done to examine the ideas of elderly individuals on life, death and end-of-life treatment in order to understand how they interact and influence choices of treatment.

Design: A phenomenological study. Eight Icelandic individuals 70 years old or more were interviewed in their homes. The interviews were open with two main questions. A special emphasis was on views toward life and death as studies have indicated their importance.

Results: All participants had a history of a good life despite experiences of death and loss. Enjoyment of life was evident along with an accepting attitude towards death. Everyone agreed on the neccessity to limit life prolongation if there was no hope of recovery, much suffering, mental and physical ability compromised, no possibility of living a good life and being a burden to others. The participants based their attitudes toward end-of-life treatment on the likely outcome; evaluation of their own live; the impact on loved ones and experience of loss, grief and death.

Discussion: A model of end-of-life discussion between a physician and a patient is presented: The discussion takes place within an ethical and cultural framework, which is sometimes discussed. Phycisians give information on diagnosis, prognosis, treatment options and the likely outcome. The patient evaluates the information in view of his/her own life based on age, health and views on life and death. The patient considers the impact of the decision made on loved ones and evaluates own experiences and that of others. Each factor has a negative and a positive side towards treatment. The decision on treatment is then made collectively.

Conclusion: Discussion on end of life treatment involves following themes: Ethical, medical, the patients' evaluation of his/her own life, the impact of the decision on loved ones and experiences of loss, grief and death.

Key words: *views on death, end-of-life treatment, aged, qualitative research, phenomenology, interviews.*

Correspondence: Helga Hansdóttir, *helgah@landspitali.is*

Tafla I. *Tólf meginþrep í rannsóknarferli Vancouver-skólans í fyrirbærafræði.*

1. Velja samræðufélaga (val á úrtaki).
2. Fyrst er að vera kyrr (áður en byrjað er á samræðum).
3. Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun).
4. Skerpt vitund varðandi orð (byrjandi gagnagreining).
5. Byrjandi greining á þemum (að setja orð á hugmyndir).
6. Átta sig á heildarmynd reynslu hvers einstaklings.
7. Staðfesting á heildarmynd hvers einstaklings með honum sjálfum.
8. Átta sig á heildarmynd fyrirbærisins sjálfs (meginniðurstöður rannsóknar).
9. Bera saman niðurstöður við rannsóknargögn.
10. Velja rannsókn heiti sem lýsir niðurstöðu hennar í örstuttu máli (felur í sér túlkun á niðurstöðum rannsóknar).
11. Sannreyna niðurstöður með einhverjum meðrannsakenda.
12. Skrá niðurstöður rannsóknar.

Heimild: Halldórsdóttir S. Handbók í aðferðafræði og heilbrigðisvísindum. 2003; 251.

fötlun. Stundum er hægt að halda sjúklingum á lífi sem eiga sér litla sem enga von um bata, en í þvílíku ástandi að margir kysu frekar að deyja en að lifa. Vegna þess að horfur sjúklings eru ekki alltaf ljósar og einstaklingar hafa mismunandi viðhorf til þess hvað sé líf sem sé þess virði að lifa því geta ákvarðanir um hvenær beri að takmarka meðferð ekki verið eingöngu læknisfræðilegar heldur líka siðferðilegar og persónulegar. Hér á landi hafa Landlæknisembættið og Landspítali gefið út leiðbeiningar um hvernig staðið skuli að takmörkun meðferðar við lífslok (1). Þær leiðbeiningar byggja á viðurkenningu á sjálfsákvörðunarrétti einstaklinga og upplýstu samþykki (2). Meðferð við lífslok er skilgreind sem sú meðferð sem möguleg er þegar horfur eru mjög slæmar. Meðferðin getur falist í því markmiði að lengja líf sjúklings eða að létta sjúklingi dauðastríðið og bæta lífsgæði (líknarmeðferð).

Mælt er með að rætt sé við sjúkling og aðstandendur hans um valkosti meðferðar og ef sjúklingur hafnar meðferð ber að virða óskir hans. Þessi rannsókn er gerð til að auka þekkingu og dýpka skilning á viðhorfum aldraðra einstaklinga á Íslandi til lífsins og dauðans, læknisfræðilegrar meðferðar við lífslok og hvernig þessar hugmyndir tengjast. Henni er meðal annars ætlað að svara spurningunum: „Hvaða hugmyndir hafa menn um líf og dauða, hvers konar gildi liggja til grundarvallar mismunandi hugmyndum um líf sem fólk vill lifa?“ og „Hverjar eru óskir manna um meðferð þegar horfur eru lélegar og á hverju grundvallast ákvarðanir um meðferð við lífslok?“

Aðferðir

Fyrirbærafræði er rannsóknaraðferð sem reynst hefur vel þegar ætlunin er að auka skilning á mannlegum fyrirbærum og var því valin sem aðferð fyrir rannsóknina. Notaðar voru gagnasöfnunaraðferðir sem eru byggðar á Vancouver-skólanum í fyrirbærafræði (3, 4). Þar er leitast við að hlusta og skilja huglæga sýn einstaklingsins á viðfangsefnið. Viðhorf einstaklingsins er aðalatriðið og rannsakandinn túlkar það í samhengi við viðfangsefnið. Aðferðin byggir á tólf meginþrepum (sjá töflu I).

Gagnasöfnun fór fram með samræðum. Spurningavalið byggðist á rannsókn fyrsta höfundar á óskum aldraðra um endurlífgun (5). Sú rannsókn leiddi í ljós að hugmyndir manna um lífið og dauðann höfðu meira forspárgildi um óskir um endurlífgun en lýðfræðilegar og heilsufarslegar upplýsingar. Í þessari rannsókn hér er leitast við að skilja betur hvaða hugmyndir það eru sem móta viðhorf til meðferðar við lífslok og með hvaða hætti þær gera það.

Vísindasiðanefnd Sjúkrahúss Reykjavíkur samþykkti rannsóknaráætlunina og gaf heimild fyrir henni. Enginn styrkur var veittur til rannsóknarinnar né höfðu höfundar neinn fjárhagslegan ávinning af gerð hennar.

Leitað var til einstaklinga, karla og kvenna, sem voru eldri en 70 ára og bjuggu heima. Viðmælendur þurftu að vera færir um að taka þátt í viðtali hvað varðar mál, minni og heyrn. Leitað var að viðmælendum meðal samstarfsmanna og vina. Þeir höfðu samband við ættingja sína og fengu leyfi fyrir rannsakendur til að nálgast þá. Útilokaðir voru þeir sem viðtalstaki hafði sinnt í starfi sínu sem læknir og þeir sem voru að deyja. Aflað var upplýsts samþykkis allra viðmælenda. Viðmælendur í rannsókninni voru átta, sex konur og tveir karlar. Aldur þeirra var frá 72 til 91. Einn var ógiftur og barnlaus, fjórir ekkjur eða ekklar og þrír voru í hjónabandi. Allir bjuggu sjálfstætt, aðeins einn bjó hjá ættingjum og þurfti aðstoð við daglega umhirðu.

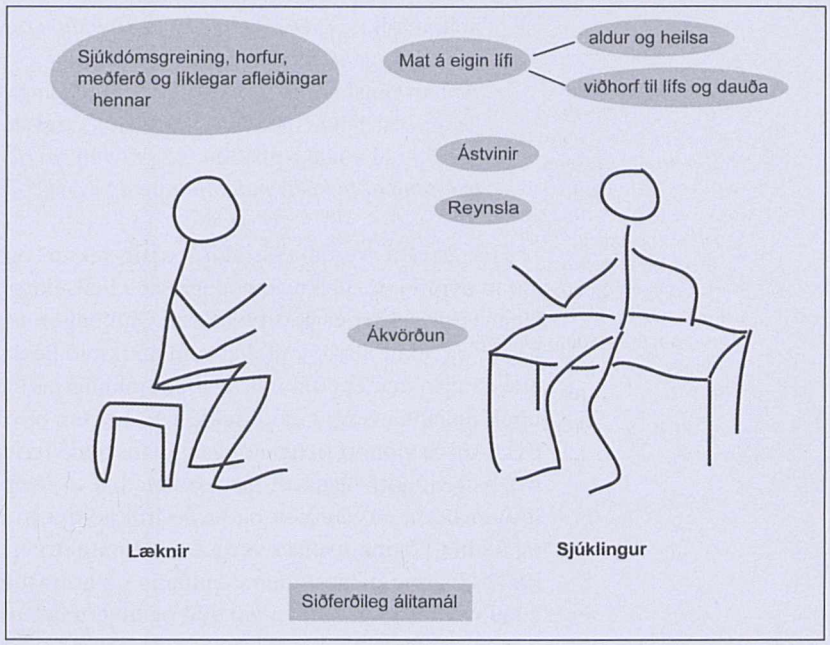
Lagðar voru tvær meginspurningar fyrir viðmælendur, fyrst um almennt viðhorf til lífs og dauða og síðan um viðhorf til meðferðar við lífslok. Viðtalið hófst með því að viðmælandi var spurður um hvaða hugmyndir hann hefði um dauðann. Síðan var hann spurður um óskir og hugmyndir hans um endurlífgun og/eða öndunarvél. Þeir þættir sem voru hafðir í huga í viðtalinu voru: lífsviðhorf og viðhorf til dauðans – leitað var eftir því hvort viðmælandinn væri sáttur við lífið og dauðann; heilsa og færni og hvað gæfi lífinu mest gildi; reynsla og lífslok nákominna; reynsla af heilbrigðiskerfinu, ákvarðanir um meðferð við lífslok og almennar hugmyndir um hvernig ætti að standa að þeim. Fyrsti höfundur annaðist gagnasöfnun og gagnagreiningu.

Niðurstöður

Á hverju byggja menn svör sín þegar meðferð sem varðar líf og dauða er rædd?

Læknir gefur sjúklingi upplýsingar um sjúkdóm, horfur og meðferðarkosti þannig að hann geti á upplýstan hátt tekið ákvörðun um að þiggja eða hafna meðferð sem stendur til boða. Mynd 1 sýnir lækninn í því hlutverki eins og hugmyndir manna um upplýst samþykki gera ráð fyrir.

Myndin af sjúklingnum sýnir þá þætti sem hann hugleiðir og skipta hann máli þegar hann veltir ákvörðun um meðferð fyrir sér. Hér að neðan er listi yfir þætti með dæmum. Hér liggur spurningin um hvenær dauðinn er betri en lífið til grundvallar en ef einstaklingur hafnar meðferð sem hugsanlega gæti lengt líf hans eitthvað hefur hann horfst í augu við dauðann sem betri kost. Flestir viðmælenda höfnuðu endurlífgun en aðrir lýstu aðstæðum þar sem þeir myndu vilja þiggja endurlífgun. Svör viðmælenda eru auðkennd með skáletrun.



Mynd 1. *Samtal læknis og sjúklings um meðferð við líflok. Læknir veitir upplýsingar um sjúkdómsgreiningu, horfur, meðferð og líklegar afleiðingar hennar. Sjúklingur metur upplýsingarnar í ljósi heildarmats á lífi sínu og byggir það á eigin aldri og heilsu auk viðhorfa til lífs og dauða. Hann hugleiðir áhrif ákvörðunarinnar á ástvini sína og reynslu sína og annarra af sorg, missi og dauða. Siðferðileg álitamál ber stundum á góma en ekki alltaf. Ákvörðun er svo tekin sameiginlega.*

1) Heilsufarsleg atriði, horfur.
   a. Þjáningar án vonar um bata eru augljósasta og skýrasta dæmi þess að hafna eða stöðva meðferð sem hefur lengra líf að markmiði: *„Ef fólk er alveg búið heilsufarslega þá finnst mér eiginlega eðlilegt að það geti fengið að deyja bara eðlilega. Við skulum segja fólk sem hefur fengið krabbamein og búið að þjást mikið og það hefur ekki neitt tækifæri til að komast í gegnum þetta þá finnst mér að ætti að lofa svona fólki að fá að deyja, ekki halda í því lífinu.“*
   b. Að geta bjargað sér er mikilvægt hvort sem það er líkamleg eða andleg heilsa sem hindrar það: *„Ég myndi ekki vilja láta lengja í mér lífið ef ég væri svona. (Hún var orðin svo rugluð að hún gat ekki verið ein og var á spítala).“*

2) Mat á eigin lífi.
   Þegar hinn aldraði hlustar á upplýsingar læknisins um sjúkdóminn leggur hann mat á eigið líf, hvar hann sem einstaklingur stendur gagnvart þessum upplýsingum. Það mat byggir á aldri og heilsu auk viðhorfa til lífs og dauða:
   a. Aldur og heilsa: *„Ég er orðin svo gömul, það væri annað ef maður væri yngri.“*
   b. Viðhorf til lífsins: *„Já það er svolítið mismunandi eftir því hvað skeði. Ef ég fengi skyndilega hjartaáfall og væru líkur á að hægt væri að endurlífga mig aftur þannig að ég gæti lifað svona mannsæmandi lífi þá myndi ég vilja það.“* Hér er höfðað til hverjar horfur eru en orðin „mannsæmandi“ líf er kjarninn í viðhorfinu og er ekki skilgreint frekar.
   c. Viðhorf til dauðans, hvernig menn vilja deyja: *„Hjartalæknirinn minn vildi setja í mig gangráð og ég afþakkaði það, ég vil ekki hafa nein svona hjálpartæki, vil láta þetta gerast á sem náttúrulegastan hátt án tækja, það hef ég alltaf sagt.“*

3) Afstaða til ástvina.
   Tilhugsunin um að verða byrði á ástvinum virðist flestum mjög fráhrindandi, sumir vilja frekar deyja en lifa og verða byrði. Að þekkja ekki sína nánustu er tekið hér sem mörk þess þegar heilabilun er orðin svo alvarleg að ekki er vert að lifa lengur. Annar einstaklingur sem tekur mið af ástvinum þegar hann var spurður um endurlífgun hefði viljað hana ef makinn hefði verið á lífi: *„Ef ég væri með Alzheimers og þekkti ekki fólkið mitt og væri til vandræða og svo veiktist ég, fengi kannski flensu, og þyrfti að gefa mér antibiotika til að lifa það væri ekki spurning að ég vildi enga meðferð.“*

4) Reynsla.
   Margir horfa til reynslu annarra af slíkum ákvörðunum og byggja sínar á því: *„Hann vildi ekki þiggja endurlífgun eða neitt svoleiðis. Hann hafði horft uppá vin sinn á gjörgæslu eftir endurlífgun og vildi ekkert slíkt.“*

5) Siðferðileg afstaða.
   Þegar rætt er um siðferðilega afstöðu er það afstaða til umræðu um meðferð eða afstaða til þess hvernig sú umræða á að eiga sér stað og hvernig ákvarðanir eru teknar frekar en þeir siðferðilegu þættir sem réðu því hvaða ákvörðun væri tekin.
   a. Þessum einstaklingi fannst sjálfsagt að þiggja það sem boðið væri uppá til að gera gott og

hjálpa fólki. *„Læknisgáfan er til að hjálpa og því sjálfsagt að þiggja meðöl.“*

b. Annar einstaklingur vísaði til ráðlegginga lækna varðandi meðferð við lífslok, treysti sér ekki til að taka afstöðu: *„Ég myndi spyrja læknana af því þeir hafa mesta vitið á því.“*

Hér á eftir verða einstakir þættir teknir og kafað dýpra í þá. Læknisfræðilegar eða heilsufarslegar upplýsingar er það fyrsta sem sjúklingurinn heyrir og tekur afstöðu til. Þar sem markmið þessarar rannsóknar er að skoða afstöðu sjúklingsins til upplýsinganna verður ekki frekar rætt hér um þær. Fyrst verða viðhorf til lífsins og dauðans tekin fyrir því þau viðhorf liggja til grundvallar því hvenær lífið er betra en dauðinn og þess virði að lifa því og á hinn bóginn hvenær verður dauðinn betri en lífið? Hvernig nálgast menn dauðann og horfast í augu við hann og takast á við lífið og tilveruna?

Viðhorf til lífsins, lífsgildi

Hvers vegna er betra að lifa en að deyja? Hvað gerir lífið þess virði að lifa því? Þessar spurningar eru mikilvægar þegar rætt er um meðferð sem varðar líf og dauða. Að lífið sé betra en dauðinn er forsenda þess að þiggja meðferð við lífshættulegum sjúkdómi, annars væri betra að deyja:

1. Andleg gildi, guðstrú og tengsl við náttúruna gefur lífinu gildi:
   „Ég trúi á almættið og ég trúi á Jesú Krist og kannski trúi ég númer eitt á almættið. Ég trúi að fyrir öllu sé séð. Ég held að náttúran sé svo fullkomin, lífið sé svo fullkomið að það verði fyrir öllu séð hvað sem hendir mann.“

2. Tengsl við ástvini:
   „Góðir ættingjar, góðir vinir, tengsl við lífið og fegurðina, mér finnst það vera það sem maður lifir á.“

3. Að njóta lífsins á ýmsan hátt til dæmis með bókalestri, tónlist eða skemmtunum:
   „Hlusta á músík og fara í leikhús, nr. 1. að lesa. Útivera, ferðast um ekki síður hérna heldur en í útlöndum finnst mér eiginlega vera mjög skemmtilegt.“

4. Góð heilsa er oft forsenda þess að njóta þess sem lífið býður uppá:
   „Ég lít nú þannig á það með lífið að mér finnst það vera yndislegt og er jákvæður að því leyti … að vera lifandi og heilbrigður, finnst mér dásamlegt. Maður veit um marga á mínum aldri, að þeir eru orðnir leiðir á lífinu vegna þess að heilsan er slæm. Ég segi fyrir mitt leyti að ég hef verið heppinn með heilsuna og gert mikið til að rækta mína heilsu, farið í sund og gönguferðir og fleira. Það hefur hjálpað mjög mikið. Maður lítur bjartar á lífið ef maður hreyfir sig mátulega og stundar íþróttir. Það finnst mér bara lífið.“

5. Að starfa er uppspretta lífsánægju: *„Ég hef alltaf verið ánægð, ánægð með mitt kaup og mér hefur bara fundist það svo dásamlegt að hafa verið út í samfélaginu og starfa.“*

6. Lífslöngun þrátt fyrir erfiðleika:
   a. Lífslöngun óháð aldri: *„Mér finnst lífið dásamlegt. Mig langar ekkert til að deyja strax, þótt ég sé orðin 82 ára gömul. Ég er svo heppin að ég hef verið heilsuhraust.“*
   b. Lífslöngun óháð heilsuleysi: *„Ég held að fólk sem er orðið svona illa farið, hugsa ég að það vilji frekar halda í lífið eins lengi og hægt er.“*

7. Þroski við erfiðleika. Margir lýstu erfiðleikum sem þeir höfðu tekist á við og komist yfir og lífið verið gott og innihaldsríkt þrátt fyrir það. Sorg og missir lýsa þeim erfiðleikum helst:
   „Fyrst eftir að maðurinn minn dó [hélt ég] *að ég hefði ekkert til að lifa fyrir en á seinni árum þá hef ég verið svo mikið í að aðstoða hann á einhvern hátt. En nú er rúmt ár síðan hann dó en sem betur fer hef ég alltaf nóg að gera og svo hef ég börnin og barnabörnin.“*
   Annar einstaklingur hefur „geymt en ekki gleymt“ og lifað vel þrátt fyrir miklar hörmungar sem hún upplifði sem barn. Hún og aðrir aðstandendur fundu sér mismunandi leiðir til að takast á við erfiðleika og allir áttu gott líf þrátt fyrir allt.
   „Þessa hluti hef ég aldrei rifjað upp, ég hef aldrei sagt börnunum mínum frá þessu eins og var, nei ég vil ekki flytja þessa sorg yfir á aðra kynslóð, sem ekki er fædd, það er engin þörf á því og ég hef alveg lifað lífinu vel eftir þó ég hafi ekki gleymt hlutunum . . . Maður er náttúrulega búin að sjá margar hliðar á þessu öllu, en ég hef verið dugleg að ýta frá mér því sem mér hefur fundist vera neikvætt.“

Viðhorf til dauðans

1. Sátt við dauðann.
   Almennt voru viðmælendur sáttir við dauðann og enginn beinlínis óttaðist hann eða kveið honum. Ástæður þess eru ýmsar:
   a. Hár aldur: *„Þegar maður er kominn á þennan aldur þá finnst mér dauðinn vera eðlilegur og ég er alltaf tilbúinn að taka á móti honum.“*
   b. Heilsuleysi undirbýr mann fyrir dauðann: *„Ég er ekki að óska eftir að fara að deyja, en*

ef ég veiktist á morgun, segjum að ég fengi hjartaáfall, þá held ég að ég mundi taka því með sæmilegri ró, líka af því að ég hef fengið aðlögun og ég veit að það gæti hent mig . . . Nei, ég get ekki sagt að ég sé neitt eins og ég skil að vera saddur lífdaga eða hlakka svolítið til að deyja og vera að bíða eftir því. Ég er það ekki.“

c. Sátt við lífsins gang. Þessi einstaklingur er mjög trúaður og það hefur hjálpað honum í lífinu: *„Það eru búin að vera svo mörg dauðsföll, við höfum verið svo mörg og þetta hefur verið smátt og smátt að fara og svo eitthvað af yngra fólkinu líka. Það er bara þegar maður er trúaður þá er þetta allt öðruvísi. Maður veit að þetta er lífið, þetta er svo sjálfsagður hlutur og hverjum skammtaður sinn tími.“*

d. Nálægð við dauðann veldur æðruleysi: *„Já, það var oft skelfilegt að sjá þetta á stríðsárunum, við sigldum í svona skipalest og það kom oft fyrir að það var kannski sprengt skip fyrir framan og aftan okkur eða til hægri eða vinstri, alltaf að ske á hverri einustu nóttu. Þá sá maður fólkið drukkna allt í kringum sig og það var ekkert hægt að gera. Við urðum bara að horfa á þetta. Þegar ég lenti í þessu þá var ég ekki gamall, 24 ára, og þá hugsaði ég með mér; Ja, á ég að deyja þarna eða kemst ég af? Ég var búinn að gera það upp við mig hvoru tveggja og einhvern veginn fékk ég svo mikinn kraft og styrk, bara ótrúlegan styrk, svo ég var orðinn alveg sáttur við dauðann en samt líka auðvitað sáttur við lífið. Það er svo skrítið þegar fólk kemst svona nálægt dauðanum er eins og það fái einhvern ótrúlegan styrk sem erfitt er að lýsa. Það kemur einhver ró yfir fólk og það sættir sig við það þó að það sé alfriskt og ungt, ég segi fyrir mig að ég var búinn að sætta mig við dauðann þarna.“*

e. „Lausn frá þjáningu“. Fólk óttast fremur við að lifa of lengi í slæmu ástandi en að deyja. Þetta viðhorf er að hluta til byggt á reynslu af örlögum annarra: *„Maður veit náttúrulega að það er ekki langt eftir sem maður á eftir að lifa, kannski 10 ár, vonandi ekki meir, ég er ekki hrædd við það. Ég er hrædd við að lifa of lengi heldur en að deyja eins og maður hefur horft upp á. Ég vann á ellideild og talaði mikið og vissi mikið hvernig gamla fólkinu leið og ég vildi helst vera laus við svoleiðis, ekki þurfa að upplifa eins og margir þurfa að gera, vera ósjálfbjarga og vita ekki neitt og bara lifa.“*

f. Með von um endurfundi fyrir handan: *„Ég vona það allavega að maður fái að hitta sína ættingja sem maður saknar.“*

2. Hver er merking dauðans?
   a. Trú á líf eftir dauðann: *„. . . þá sá maður fólk drukkna allt í kringum sig og það var ekkert hægt að gera . . . Þetta breytti því þannig trúarlega séð að ég var ekki mjög trúaður frekar en strákar voru á þeim tíma en eftir þetta þá varð ég virkilega trúaður því ég var vantrúaður á að líf væri eftir dauðann en eftir þessa reynslu þá held ég að mér sé óhætt að segja það að það er líf eftir dauðann, ég trúi því . . .“*
   b. Sátt við dauðann sem endanlegan en samt opinn hugur: *„Ég get ekki trúað á það* (framhaldslíf). *Ég væri mjög ánægð ef það væri, en ef það væri bara ekkert væri ég líka ánægð með það. Ég er búin að margvelta þessu fyrir mér en einhvern veginn þá er ég bara sátt við að hætta að spekúlera í því, það er svo stutt í það að maður getur bara kynnt sér það þegar maður kemur yfir.“*
   c. Veraldlegt viðhorf: *„Ég hef þá afstöðu ég trúi ekki á líf eftir dauðann og bara tel að maður fari bara sína leið og lífið haldi áfram þá ja í einhverjum genum kannski.“*

3. Hvernig vilja menn deyja?
   a) Án inngripa tækninnar. Nefnt var að deyja á náttúrulegan hátt, í friði, með reisn og í svefni: *„Já, ég vil bara fá að deyja í friði. Ekkert vesen. Ef ég verð veik og ef þeir geta ekki læknað mig þá vil ég bara deyja í friði.“*
   b) Undirbúnir, búnir að ráðstafa eignum og öðru: *„Ég er þegar búin að ráðstafa öllu. Ég hef alltaf verið ein og get bara valið fjögur úr fjölskyldunni til að sjá um þetta allt saman. Við héldum fund og þannig er ég búin að koma öllu frá mér. Þau fylgjast með mér. Peningamálum og því öllu saman er ég búin að ganga frá. … Já það er svo mikill munur að þurfa ekki að hugsa um neitt. Ég bara má sofna útaf einhverja nóttina eða einhvern daginn.“*

4. Ótti við dauðann?
   Það kom ekki fram ótti við dauðann hjá neinum. Neðangreind orð lýsa afstöðunni vel: *„Ég get sagt að meðan ég hef góða sjón þá er ég ánægður með tilveruna en er alveg tilbúinn að fara hvenær sem er og kvíði engu.“*

Tengsl við aðra

Tengsl við aðra eru mikilvæg hvort sem er í sambandi við lífið eða dauðann. Áður hefur komið fram að tengsl við ástvini er eitt af því sem gefur lífinu hvað mest gildi og eitt af því sem skiptir máli varðandi viðhorf til dauðans, samanber fyrri tilvitnanir.

1. Ástæða til að deyja. Að forðast að verða byrði á sínum nánustu:
   „ ... ég myndi óska að minn dauði gæti verið þannig að hann yrði ekki of erfiður mínum nánustu. Það er kannske það sem ég hef mestar áhyggjur af og að verða einhver heilalaus vesalingur, það finnst mér mjög grimm örlög, sérstaklega ættingja minna vegna."

2. Ástæða þess að lifa, að lifa lengur með ástvinum:
   „Já, ég myndi allavega vilja það (endurlífgun) meðan maðurinn minn lifði. Þá hefði ég viljað láta endurlífga mig ef ég gæti verið eitthvað áfram með honum."

3. Það erfiðasta við dauðann er að skilja við sína nánustu:
   „Ef ég kvíði einhverju í sambandi við dauðann þá náttúrulega veit ég að það verður erfitt að skilja við þá sem maður elskar."

4. Það besta við lífið eru ástvinir. Margir töluðu um að börnin væru það mikilvægasta í lífinu:
   „Að vera í kærleikssambandi við manneskju er mér lífsnauðsynlegt."

Reynsla af dauða, sorg og missi

Reynsla eins og henni er lýst hér að neðan er ekki beinlínis reynsla af meðferð við lífslok né ákvörðunum henni tengdri heldur frekar reynsla af dauða, sorg og missi. Nokkrir einstaklingar urðu fyrir mjög erfiðri og sárri reynslu ungir og hafði sú reynsla áhrif á þá og viðhorf þeirra alla ævi. Sársauki þeirrar reynslu leiddi oft til aukins þroska og menn áttu gott líf þrátt fyrir sára sorg. Æðruleysi gagnvart lífinu og dauðanum er mjög áberandi, og ekki síst hjá konu sem lýsir reynslu sinni sem barn er hún var leidd af fullorðnum að dánarbeði frænku sinnar:

„Besta lexía sem ég hef fengið um dauðann var frá föðurbróður mínum. Dóttir hans var að deyja úr berklum og var deyjandi í heilan vetur. Hún var 14 ára gömul. Ég heimsótti hana á hverjum degi því hún var svo mikill sögumaður og gerði mér lífið voða skemmtilegt með því að lesa fyrir mig og ég fékk að vera hjá henni og stundum lagði ég mig hjá henni. Ég puntaði mig alltaf áður en ég fór til hennar. Þetta voru svo miklar gleðistundir. Ég vissi náttúrulega ekkert að hún væri endilega að deyja, ég vissi bara að hún var mjög veik. Ég var bara 8 ára gömul. Svo var það einn morguninn um vorið að það voru svona að byrja að koma hrafnaklukkur upp úr túninu og ég fór að heimsækja hana. Ég var búin að skvera mig þarna til og gera ýmislegt fyrir hárið og fer að heimsækja hana og tíni nokkur blóm á leiðinni. Þegar ég kem að húsi föður hennar þá situr hann grátandi á tröppunum. Hann segir: „Komdu og vertu hérna hjá mér, sittu í fanginu á mér, ég þarf að tala við þig áður en þú ferð inn til hennar." Svo ég náttúrulega skríð upp í fangið á honum, var ekki ókunnug þar, og þá segir hann við mig að nú sé hún farin til Guðs, sálin hennar, en líkaminn sé uppi á lofti og hann sé orðinn kaldur en mér sé velkomið að heimsækja hana og endilega fara með blómin til hennar. Ég skuli vita það að ég þurfi ekkert að vera hrædd þótt hún sé köld, svona sé dauðinn. Líkaminn verði kaldur og sálin fari, ég skuli endilega setja blómin sem síðustu kveðju mína til hennar fyrir samverustundirnar. Svefnherbergið var upp á lofti og ég fór til hennar og horfði á hana og fannst hún svo falleg og ég setti blómin á brjóstið á henni og frændi minn sagði að ég skuli endilega kveðja hana með kossi eins og ég var vön. Svo gerði ég það og við grétum saman svolitla stund saman og ég var í fanginu á honum."

Hún tekst síðar á við meiri erfiðleika og af miklum styrk og er freistandi að þakka miklum stuðningi á barnsaldri fyrir það að einhverju leyti:

„Ég missti ættingja þegar ég var ung. Ég missti bróður minn t.d., hann varð úti þegar ég var 12 ára og ég var mjög virkur þátttakandi í því, gerði mér grein fyrir því eftir á að ég var of ung til að gera sumt sem ég gerði. En ég lærði heilmikið á því eftir að ég fór að vinna úr því en sú sorg var í mér allri, sál minni og líkama lengi ... Ég missti barn sem var hjartasjúklingur og sem varð mér mjög erfitt á meðan á því stóð en ég lærði af því að meta hvað er dásamlegt þegar heilbrigð börn fæðast sem er náttúrulega mesta undur sem til er. Svoleiðis fær mann til að hugsa um hvað ég hef verið lánsöm. Annars hefði manni kannske bara fundist allt sjálfsagt. Ég var afar heilbrigð manneskja. Ég var afskaplega líkamlega heilbrigð, naut lífsins, hafði gaman af að dansa og skemmta mér og bara taka þátt í lífinu svoleiðis að mér finnst ég hafa afar margt til að vera þakklát fyrir. Ég hefði ekki viljað missa af neinu, ekki einu sinni erfiðleikunum."

Önnur kona fékk ekki sama stuðning að því er virðist við að horfast í augu við dauðann á unga aldri en hún missti bæði systkini og frændsystkini. Það er athyglisvert að hún finnur sér leið í gegnum þessa reynslu og hefur átt mjög gott líf þrátt fyrir að hún hafi átt í vissum erfiðleika með að horfast í augu við dauðann:

„Þegar ég var barn þá náttúrulega komst ég mjög í snertingu við þetta og hryllti við því, því

þá missti ég tvö systkini mín. Ég var elst og eins var móðursystir mín á heimilinu okkar með lítinn dreng sem dó hjá okkur. Hálfsystkini móður minnar þau dóu öll á unga aldri … Þau voru ósköp sár og tóku langan tíma. Þau lifðu nú góðu lífi eftir þetta eftir að þau höfðu náð sér út úr þessu, en það upphófst mikið sálarrannsóknartal. Ég var fljót að snúa baki við því og vildi ekki hlusta á það. … Í sambandi við það þegar fólk hefur dáið í höndunum á mér, það hefur svo sem alltaf farið hálfgerður hrollur um mig, ég segi það satt. Ég hef aldrei losnað við það, annars er það misjafnt eftir því hvernig dauða ber að og á hvaða aldri fólk er … en það gerði kannski í og með þetta með lífsreynslu mína sem barn …"

Hin siðferðilega hlið ákvarðana sem varða líf og dauða

Samræðan um hina siðferðilegu hlið ákvarðana sem varða líf og dauða leiddu nokkra þætti í ljós, meðal annars réttinn til að lifa og fá þjónustu, traust á faglegum ráðleggingum lækna, hvernig rétt sé að kynna horfur og valkosti meðferðar og hvernig best sé að tryggja að vilji manns um meðferð komi fram til að forða börnunum frá því að taka erfiðar ákvarðanir.

1. Réttur hinna veiku til að lifa og njóta þjónustu og sjálfsákvörðunarréttur einstaklingsins:
   „Það fer eftir því hvernig fjölskyldan tekur því, en mér finnst þetta fólk hafi rétt á að lifa þótt það sé búið að missa minnið og allt þetta, þá finnst mér það eiga rétt á að lifa eins lengi og hægt er. Sko ef fólk er orðið mjög gamalt þá finnst mér að ætti – ég veit ekki – það hefur rétt á því að fá alla þjónustu sem hægt er. Það er einstaklingsbundið, það fer eftir því hvernig fólk lítur á þetta".

2. Hver ber ábyrgðina á ákvörðunum sem varða líf og dauða, aðstandendur eða læknarnir? Byggt á reynslu sinni vildi einn einstaklingur gera lífsviljaskrá. Hún bendir á hversu erfitt er fyrir aðstandendur að bera ábyrgð á lífi og dauða sinna nánustu:
   „Ég lenti í því að stelpan mín varð fyrir hjartagalla fyrir löngu síðan og þá hefði ég viljað að læknirinn hefði sagt: „Nú skerum við hana" en ekki láta mig ráða því. Hefði ég bara gert það sem þeim fannst, þeir hafa náttúrulega betra vit á því heldur en ég. Því hefði eitthvað komið fyrir, þetta gekk allt vel, en hefði eitthvað komið fyrir þá hefði ég kennt mér um. Þeir sögðu við mig að ég réði því hvort hún yrði skorin upp eða ekki og sögðu við mig svona að ef hún yrði ekki skorin upp þá myndi hún ekki eiga neitt líf fyrir höndum, ekki langt og hún myndi verða veik og svona. Svo hugsaði ég ef hún dæi þá ætti hún ekki þetta líf sem hún gæti átt, því margur er veikur en hefur einhverja ánægju af lífinu fyrir því. Mér fannst þetta mjög vont."
   Hún heldur áfram og lýsir því hvernig reynslan hefur mótað hennar viðhorf því hún vill ekki að hennar börn beri slíka ábyrgð og hefur því gert lífsviljaskrá:
   „Ég myndi ekki vilja láta krakkana mína ákveða þetta, mér finnst alltof mikið lagt á þau. Ég held að það sé ágætt að skrifa plagg um óskir sínar og láta krakkana leggja það fram. Það er örugglega mjög erfitt, þó að fólk sé orðið mjög gamalt og allt þá er eitthvað í manni, mér fannst það gagnvart henni mömmu. Ég vissi að það var best fyrir hana að deyja og mundi ekki vilja annað en að hún fengi það en ef maður á að fara að segja hún á að deyja núna þá er það öðruvísi."

3. Það varð nokkur umræða um það hvort segja bæri einstaklingi frá horfum hans og sjúkdómsgreiningu. Umræðan felur í sér gildi vonarinnar, nauðsyn þess að segja sannleikann og rétt einstaklingsins til að vita hvað er að.

   a) Gildi vonarinnar:
   „Þegar farið var að athuga hana þá var hún með krabbamein á mjög vondum stað og var skorin upp og allt það. Ég veit að hún var svo vongóð og allt í lagi og læknirinn var búinn að tala alveg við hann. Svo kom annar og sagði alveg öfugt að hún gæti alltaf átt von á að þetta tæki sig upp aftur sem auðvitað allir vita en það reif alveg frá henni vonina og það finnst mér ekki eigi að gera."

   b) Nauðsyn þess að segja sannleikann:
   „Mér finnst líka sjálfsagt að tala um dauðann við fólk og við þann deyjandi. Auðvitað er það árum saman búið að hugsa um þennan feril . . . og ég var einmitt að lesa mjög góða bók um daginn. Þar var einmitt lögð mikil áhersla á að vera aldrei í neinum feluleik, hafa opið það sem fólk vill ræða, slökkva ekki á því eins og okkur hættir svo til, þetta verður allt í lagi, þú lítur svo ljómandi út í dag og þá meina ég beinlínis að skrökva. Í staðinn fyrir að maður gæti sagt líður þér svona illa? er það þannig sem þú hugsar í dag? til að vita hvað hvílir á hjartanu."

   c) Einstaklingurinn hefur rétt til að fá að vita hvað að honum snýr:
   „Ég er nú bara þannig gerð að ég vil alltaf fá að vita til hvers hlutirnir eru."

Samantekt á meginniðurstöðum

Þessi rannsókn var gerð til að auka þekkingu og dýpka skilning á viðhorfum aldraðra til lífsins og dauðans, læknisfræðilegrar meðferðar við lífslok og hvernig þessar hugmyndir tengjast. Rætt var við átta aldraða einstaklinga á aldrinum 72-91 ára sem allir höfðu mikla reynslu af dauðanum enda áttu þeir langt líf að baki. Barnadauði var hár þegar þeir uxu úr grasi og margir höfðu misst maka, systkini, foreldra að sjálfsögðu og jafnvel börn.

Æðruleysi gagnvart lífinu og dauðanum var áberandi í orðum viðmælendanna. Allir hafa átt gott líf, þrátt fyrir missi og erfiðleika og voru sáttir við tilhugsunina um eigin dauða. Lífslöngun og lífsgleði var mikil þrátt fyrir háan aldur. Uppspretta lífsgleði var meðal annars trú á Guð, tengsl við náttúruna, tengsl við ástvini, góð heilsa og hreyfing, vinna, auk frístunda og skemmtana. Lífið er ekki laust við erfiðleika en er samt þess virði að lifa því þrátt fyrir missi ástvina og heilsubrest. Öllum fannst eðlilegt að takmarka meðferð við vissar aðstæður þó svo að hver og einn hefði mismunandi orð til að lýsa því. Miklar þjáningar og engar batahorfur, skortur á sjálfbjargargetu, bæði andlegri og líkamlegri, til að lifa mannsæmandi lífi eru ástæður fyrir því að hafna meðferð og deyja frekar en lifa í því ástandi. Hár aldur og ótti við að verða byrði á ástvinum eru líka ástæður til að hafna meðferð. Orð eins og „að deyja með reisn“ eða „deyja í friði“ á „eðlilegan“ eða „náttúrulegan“ hátt, „í svefni“, „friði“ eða „undirbúinn“ lýsa æskilegum dauðdaga. Allir áttu auðvelt með að ræða eigin dauða en sumir áttu erfitt með að ræða dauða ástvina sinna. Þær ástæður sem menn gáfu fyrir sáttinni við dauðann voru margvíslegar: hár aldur; sjúkdómar; von um endurfundi eftir dauðann; trú á guð og sátt við lífsins gang auk ótta við að lifa of lengi fremur en of stutt.

Allir viðmælendur töldu samskipti við aðra mikilvæg, hvort sem er í sambandi við ástand þar sem betra er að deyja en að lifa (að þekkja ekki ástvini sína, að vera byrði), í sambandi við hvað gefur lífinu gildi (samskipti við aðra, börn), í sambandi við dauðann (að þiggja endurlífgun til að lifa lengur með maka sínum, von um endurfundi), í sambandi við reynslu sem er oftast af lífi og dauða annarra.

Í rannsókninni voru margar sögur sagðar af dauða og sjúkdómum. Eingöngu lítill hluti þeirra frásagna kemur fram í niðurstöðukafla en reynsla viðmælenda af því að takast á við sjúkdóma og dauða hafa haft áhrif á alla þætti sem rætt var um í rannsókninni. Sjómaður segir frá hvernig sjóslys hefur áhrif á sýn hans, bæði á líf og dauða. Kona segir frá því hvernig hún er leidd að dánarbeði frænku sinnar sem hjálpaði henni að meta lífið og það góða sem hana henti. Annar einstaklingur lýsir hvernig barnadauði á heimili hennar ungrar mótaði hana og enn annar hvernig reynsla af því að taka erfiðar ákvarðanir um meðferð hafði áhrif á hennar eigin hugmyndir um meðferð við lífslok.

Viðmælendurnir ræddu mismikið hina siðferðilegu hlið þess að taka ákvörðun um meðferð sem varðar líf og dauða. Efst í huga þeirra var spurningin hvort rétt væri að segja deyjandi sjúklingum frá sjúkdómi sínum og lífshorfum. Í viðhorfum viðmælenda minna kom fram bæði nauðsyn þess að segja sannleikann, og eins að ræna ekki einstaklinginn voninni, og að það geti verið rétt að spila þetta eftir eyranu eftir því hvaða einstaklingur á í hlut. Einn viðmælenda minntist á rétt aldraðra og fatlaðra til að fá þjónustu og að lifa og annar minnti á að tilgangur læknisfræðinnar sé að hjálpa og viðhalda lífi, en þrátt fyrir það voru allir sammála um að rétt væri að takmarka meðferð við lífslok við vissar kringumstæður. Ein kona sem hafði mikla reynslu af að taka erfiðar ákvarðanir fannst mjög mikilvægt að börnin þyrftu ekki að taka slíkar ákvarðanir heldur væri mikilvægt að gera lífsviljaskrá, sem lýsti óskum hennar. Konan gagnrýndi að aðstandendur þurfi að bera ábyrgð á ákvörðunum sem varða líf og dauða aðstandenda og hefði óskað sér meiri stuðnings frá læknum. Líknarmorð bar aðeins á góma en viðhorf til þess voru misjöfn eins og gengur. Flestum fannst nóg að takmarka meðferð hjá þeim sem voru deyjandi vegna sjúkdóma en aðrir voru hlynntir líknarmorðum. Ekki verður nánar fjallað um það hér enda er umræða um líknarmorð ekki markmið þessarar greinar.

Umræða

Í þessari rannsókn hefur verið varpað ljósi á hugmyndir aldraðra einstaklinga um dauðann og meðferð við lífslok. Reynt hefur verið að skilja hvaða hugsanir og viðmið aldraðir sjúklingar nota til að taka ákvörðun um læknisfræðilega meðferð sem getur varðað líf og dauða. Í ljósi niðurstaðna þessarar rannsóknar og í samhengi við fyrri rannsóknir má hugsa sér eftirfarandi form á samtali læknis og aldraðs sjúklings um meðferð sem varðar líf og dauða: Læknir veitir upplýsingar um sjúkdóm, horfur og meðferðarkosti. Læknisfræðilegar upplýsingar eru grunnurinn að upplýstu samþykki sjúklings fyrir meðferð eða að sjúklingur hafni meðferð. Sjúklingur metur upplýsingarnar í ljósi heildarmats á sínu lífi sem byggir á mati á aldri og heilsu og viðhorfum til lífs og dauða. Hann hugleiðir áhrif sjúkdómsins, og ákvarðana sem teknar eru, bæði á ástvini og samfélag. Hann hugsar til reynslu sinnar og annarra í svipuðum málum. Siðferðileg álitamál eru forsenda þess að samtalið eigi sér stað

og eru stundum rædd en ekki alltaf. Ákvörðun um meðferð er síðan tekin af sjúklingi og lækni sameiginlega. Mynd 1 sýnir líkan af samtalinu, hvert hlutverk læknisins er og hvað sjúklingurinn leggur til þó að sú skipting sem sýnd er sé ekki algild, til dæmis má reikna með að læknir hugsi um aldur og heilsu sjúklings í ráðleggingum sínum.

Hér á eftir verða einstakir þættir útskýrðir og rök færð fyrir mikilvægi þeirra. Tafla II sýnir hvern þátt fyrir sig með útskýringum:

Læknisfræðilegir þættir. Læknisfræðilegir eða heilsufarslegir þættir hafa með upplýsingar um sjúkdóm, horfur og meðferðarkosti að gera. Læknirinn veitir þær upplýsingar og er grunnurinn að upplýstu samþykki. Þær er augljóslega það sem mestu máli skiptir um val sjúklings á meðferð. Horfur, hversu erfið meðferð er og líkur á þjáningum eru megináhrifavaldar þess hvort aldraðir þiggja meðferð eða ekki (6-8). Aðrar rannsóknir hafa sýnt að það hvernig meðferðarkostum er lýst, jákvætt eða neikvætt, mótar óskir manna um meðferð (9). Þannig hafa læknar mikil áhrif á hvers sjúklingar óska sér. Flestir viðmælendur töldu að heilsufarslegar afleiðingar endurlífgunar væru mikilvægt atriði þegar vega ætti og meta endurlífgun sem valkost (5). Þjáning er orð sem gjarnan er notað til að lýsa ástandi þar sem dauðinn verður betri en lífið og þannig aðalástæðu þess að hafna meðferð (10-12). Aldraðir viðmælendur Kohns, en hann ræddi við bæði aldraða og heilbrigðisstarfsfólk um meðferð við lífslok, höfðu miklar áhyggjur af því að þjást en notuðu frekar trúarlegt eða heimspekilegt orðalag til að tjá hug sinn en heilbrigðisstarfsfólkið ræddi frekar um þjáningu með orðum sem tengdust sjúkdómum og batahorfum (11). Í þessari rannsókn var orðalag eins og þjáningar, engar líkur á bata, ekki möguleiki að lifa mannsæmandi lífi vegna lélegrar andlegrar og líkamlegrar færni notað til að tjá þær hugmyndir sem þeir höfðu um ástæður til að hætta meðferð og deyja frekar. Í rannsókn Pearlmanns og félaga þar sem viðmælendur voru spurðir um hvaða hugmyndir þeir hefðu um svo slæmt líf að betra væri að deyja en lifa komu fram margvíslegar lýsingar á heilsufarslegu ástandi, lýsingar á lélegri færni, lélegri andlegri getu og þjáningum af ýmsum toga (13). Almennt var auðvelt að fá fram í þessari rannsókn lýsingar á lífi eða aðstæðum sem fólk vildi ekki lifa við, en ekki eins auðvelt að fá skýr svör um hvaða meðferð fólk vildi eða vildi ekki. Rosenfeld ræddi við aldraða einstaklinga um hugmyndir þeirra um meðferð við lífslok og komst að svipaðri niðurstöðu. Hann telur því að læknar ættu frekar að fá fram hjá sjúklingum lýsingu á ástandi þar sem þeir vilja frekar deyja en lifa heldur en að fá fram lýsingu á meðferð sem þeir vilja ekki (10). Þessar niðurstöður styðja þá skoðun að læknar ættu að skapa andrúmsloft samvinnu við sjúklinga þar sem ákvarðanir eru teknar í ljósi bestu læknisfræðilegrar þekkingar og í samræmi við gildismat sjúklinga, getu og markmiða í lífinu (14).

Tafla II. *Þættir sem móta ákvarðanir sem varða meðferð við lífslok. Greining viðtala við aldraða einstaklinga leiðir í ljós að læknisfræðileg atriði, mat á eigin lífi, afstaða til ástvina, reynsla af dauða, sorg og missi auk siðferðilegra atriða hafa áhrif á ákvörðun um meðferð við lífslok.*

Meginþættir	Undirþættir
Læknisfræðileg atriði	Sjúkdómsgreining
	Þjáningar – afleiðingar meðferðar/að hafna meðferð
	Horfur
	Meðferð
Mat á eigin lífi	Aldur
	Heilsa, andleg og líkamleg
	Lífsviðhorf, lífslengd, lífsgæði
	Viðhorf til dauðans, sátt eða ótti
Afstaða til ástvina	Vera ekki byrði á ástvinum eða samfélagi
	Vera til fyrir aðra
	Aðskilnaður við ættingja
Reynsla af dauða, sorg og missi	Eigin sjúkdómsreynsla
	Reynsla af dauða ástvina
	Reynsla af ákvörðunum um meðferð við lífslok
Siðferðileg álitamál	Hvað er rétt og rangt?
	Hver tekur ákvörðunina?

Mat á eigin lífi. Þegar sjúklingur hefur fengið upplýsingar um sjúkdóm sinn og horfur og hvaða meðferðarkostir eru í boði metur hann sína eigin stöðu út frá heilsu og aldri og í ljósi viðhorfa sinna til lífs og dauða. Ef aldraðir einstaklingar eru spurðir um óskir um meðferð sem varðar líf og dauða eru afleiðingar sjúkdómsins ekki það eina sem skiptir máli heldur líka heilsa og færni viðkomandi þegar umræðan á sér stað (8). Ef um alvarlega heilabilun er að ræða vill meirihluti manna ekki meðferð. Það sama gildir ef um lungnaþembu er að ræða, en þó vilja heldur fleiri meðferð ef um aðra líkamlega sjúkdóma er að ræða en heilabilun (6, 8). Það er ljóst að þrátt fyrir að heilsa og horfur séu megináhrifavaldar í ákvörðun sjúklings um að þiggja eða hafna meðferð skýrir það ekki þann mun sem sést á óskum manna. Þegar skoðað er hvaða gildi aldraðir einstaklingar gefa góðri heilsu og hvaða áhættu þeir vilja taka til að halda henni kemur fram mikill einstaklingsmunur (15, 16). Í rannsókn þar sem öldruðum einstaklingum voru gefnar mismunandi líkur á að lifa af við óbreytta heilsu eftir hjartastopp og endurlífgun kom í ljós að flestir, eða 75% hinna öldruðu, vildu þiggja endurlífgun ef líkur voru á að lifa við óbreytta heilsu (7). Hins

vegar vildu 25% ekki endurlífgun undir neinum kringumstæðum. Í rannsókn á viðhorfum aldraðra til meðferðar við lífslok minntust margir á háan aldur sem ástæðu þess að hafna meðferð (10). Í því fólst að hafa átt góða ævi sem væri senn á enda og framtíðin bæri ekki margt í skauti sér. Í rannsókn komu fram mjög svipuð ummæli sem notuð voru til að útskýra af hverju viðmælendur höfnuðu endurlífgun (5). Margir sögðust hafa átt gott líf og vera orðnir gamlir. Orð manna um góðan dauðdaga sýna mikilvægi þess að „ljúka" lífi sínu í sátt við Guð og menn (17, 18). Erickson taldi að ellin fæli í sér það verkefni að öðlast annaðhvort sátt við líf sitt eða örvænta (19). Svo virðist sem viðmælendur þessarar og ofangreindra rannsókna hafi fundið þá sátt sem þarf til að ganga æðrulaust til móts við dauðann. Almennt var fólk lífsglatt og ánægt og sátt við dauðann. Aðrir hafa komist að því að lífsgleði og þörf fyrir að lifa gagnlegu lífi fyrir sjálfan sig eða aðra skiptir máli þegar rætt er um hinn góða dauða (17, 20). Það er fylgni milli sterks lífsvilja og þess að óska eftir meðferð sem lengir líf við erfiðar kringumstæður, en þó eingöngu veik (21). Flestir sem óskuðu endurlífgunar útskýrðu hana með þeim orðum að þeir vildu lifa lengur (5). Marktæk viðhorf sem hafa komið fram tengd óskum um meðferð við lífslok eru viðhorf eins og að meta lífslengd meira en lífsgæði, en þeir sem það gera eru mun líklegri til að þiggja endurlífgun til að lifa lengur þrátt fyrir þá áhættu að lifa af við slæma heilsu (5, 22). Það er athyglisvert að almennt virðast konur síður kjósa meðferð við lífslok en karlar og almennt meta lífsgæði fremur en karlar (5, 21). Þeir sem segjast vera tilbúnir til að deyja eru hins vegar líklegir til að hafna endurlífgun (5). Bein ósk um að deyja hefur verið tengd þunglyndi, einsemd, sjúkdómum og fötlun (23), en hugmynd um dauðann sem „vingjarnlegan gest sem færir með sér frið eftir erfitt líf" er einnig til (24). Að vera sáttur við dauðann eða tilbúinn að deyja endurspeglar að viðkomandi sé sáttur við lífið og endalok þess eins og kemur fram í orðum margra „að hafa átt gott líf", en ósk um að deyja endurspeglar frekar depurð. Þunglyndi bæði eykur líkur á að aldraðir þiggi meðferð og hafni meðferð eftir því hvaða rannsókn á í hlut (25-27). Alvarlegt þunglyndi þar sem mikið vonleysi ríkir stuðlar þó frekar að fólk hafni meðferð (28). Ótti við dauðann auk þess að vera trúaður hefur lítilsháttar fylgni við að óska eftir meðferð sem lengir lífið (5, 27). Trúarbrögð hafa almennt talað fyrir gildi lífsins og verið andsnúin líknardrápum og má vera að sú afstaða hvetji þá trúuðu til að lifa sem lengst. Ótti við dauðann er þó almennt minni hjá öldruðum en hinum yngri og ekki varð vart við ótta við dauðann hjá neinum viðmælenda þessara rannsóknar, heldur var sátt við tilhugsunina mjög áberandi (28). Trú á að örlög eða Guðs vilji ráði hvenær dauðastundin rennur upp kemur fram hjá mörgum, bæði í þessari rannsókn og öðrum (23). Í rannsóknum á vilja aldraðra Kínverja og Breta til að undirbúa sig fyrir alvarleg veikindi kom fram ákveðin andstaða við umræðu um fyrirmæli um meðferð við lífslok byggt á örlagatrú (31, 32). Þess má geta að í fyrri rannsókn var spurt um örlagatrú en ekki var bein fylgni hennar við óskir um endurlífgun (5). Í rannsókn Youngs um hvaða merkingu aldraðir hermenn leggja í lífslokameðferð kemur fram að „vilji Guðs" var ein af aðalhugmyndunum (20). „Vilji Guðs" var eitthvað til að sætta sig við, það sem mannlegur máttur getur ekki breytt fremur en trú á að ekki þyddi að beita lífslengjandi meðferð. Í orðum mannanna kom fram sátt við „vilja Guðs" sem minnir á þá sátt við dauðann sem kom fram hjá viðmælendum í þessari rannsókn. Þannig má hugsa sér að þær hugsanir sem leita á einstaklinginn sjálfan og skipta máli í sambandi við lífslokameðferð séu hvort viðkomandi sé kominn að lokum lífs síns (aldur og heilsa), hvort hann sé sáttur sé við lífið og tilveruna, eða hvort viðkomandi lifi gagnlegu eða innihaldsríku lífi eða hvort slíkt tilheyri fortíðinni. Óttast viðkomandi dauðann eða er hann tilbúinn að mæta honum? Hvort metur viðkomandi meir lífslengd eða lífsgæði? Er viðkomandi trúaður? Allt eru þetta lykilspurningar.

Afstaða til ástvina: Þau áhrif sem ákvörðun um meðferð hefur á ástvini er mikilvægur þáttur í öllum rannsóknum sem fjalla um þessi mál. Sérstaklega virðist óttinn við að verða byrði á ástvinum vega þungt. Leictentritt og Rettig tala um samfélagslega þætti í sinni rannsókn (12), í rannsókn fyrsta höfundar var bæði talað um ástvini, samfélag og fjárhagslega þætti en þar vegur óttinn við að verða byrði mjög þungt í öllum svörum (5). Rosenfeld og félagar tala um umhyggju en þar er byrði meginatriði, hver hugsar um mann og hvernig reiðir honum af (10)? Í þessari rannsókn kemur þetta einnig mjög skýrt fram. Það að eiga maka á lífi kann að vera ástæða þess að vilja lifa lengur og þiggja endurlífgun, ástvinir séu það sem skiptir mestu máli. Þannig getur nærvera ástvina verið hvatning til að þiggja meðferð og líka til að hafna henni. Vig, Davenport og Pearlman komust að því í rannsókn sinni að margir töluðu um sama atriðið sem einkennir bæði slæman og góðan dauðdaga (33). Þannig getur heilabilun verið bæði góð, maður gerir sér ekki grein fyrir hvert stefnir, og slæm, maður lifir lengi minnislaus og ruglaður. Sama gildir um ástvini, gott er að hafa einhvern sem hugsar um mann en það er erfitt fyrir að-

standendur að horfa á hvernig ástvini hrakar hægt og hægt og deyr síðan. Hjúskaparstaða virðist hafa vægt forspárgildi þannig að þeir sem eiga maka eru síður líklegir til að kjósa endurlífgun (27, 29). Í rannsókn sem gerð var á 421 íbúa á hjúkrunarheimilum kom í ljós að þeir sem vildu síst endurlífgun voru ekkjur/ekklar, þeir sem voru giftir komu þar á eftir en hinir sem voru fráskildir eða einhleypir voru líklegri til að vilja endurlífgun (34). Þessar niðurstöður mætti túlka í ljósi ofangreindra vangavelta á þann hátt að þeir sem misst hafa maka telji lífi sínu lokið eða vonast til endurfunda fyrir handan, þeir sem eiga maka óttist að verða byrði á maka sínum eða vilji lifa lengur þeirra vegna en hinir sem eru einir líti hugsanlega frekar á eigin hagsmuni. Þess má geta að aðrir hafa ekki fundið að hjúskaparstaða hafi áhrif á ósk um meðferð við lífslok (5, 29).

Reynsla af dauðanum, sorg og missi. Þegar rætt er um meðferð sem varðar líf og dauða skiptir reynsla viðkomandi miklu máli. Ef spurt er á hverju viðkomandi byggði ákvörðun um meðferð vísa margir til reynslu (5, 11, 12). Reynsla getur verið margvísleg, reynsla af erfiðum sjúkdómum, erfiðum ákvörðunum, reynsla af dauðanum, reynsla einhvers annars sem hefur gengið í gegnum svipaða meðferð eða sjúkdóm. Hér komu fram sögur af sjúkdómum og lífsloki nákominna, af erfiðum ákvarðanatökum og reynslu af dauðanum almennt sem mótað hefur viðkomandi alla ævi. Reynsla getur verið víti til varnaðar eða mótað hugmyndir manna um hvernig þeir óska að sinn dauðdagi verði. Það er athyglisvert að þeir sem þegar eiga við fötlun og heilsuleysi að stríða eru frekar tilbúnir til að þiggja meðferð og taka áhættu á að lifa lengur með frekari fötlun en hinir sem eru heilir heilsu. Það bendir til að þrátt fyrir erfiðleika sé betra að lifa en að deyja og að lífið með fötlun sé ekki eins slæmt og hinir heilsuhraustu telja (26, 37).

Siðferðileg álitamál: Siðferðileg álitamál eru forsenda þess að umræða um meðferð eigi sér stað. Virðing fyrir rétti sjúklings til að velja eða hafna meðferð er grunnur að upplýstu samþykki og allri umræðu um meðferðarkosti (2). Þess vegna mætti kalla siðferðileg mál ramma um viðræðuna. Hvað er rétt og hvað er rangt?, hverjir taka ákvörðun um meðferð sem varðar líf og dauða? og hvernig er það gert? eru meginumræðuefni viðmælenda í nokkrum rannsóknum sem gerðar hafa verið á viðhorfum aldraðra til meðferðar við lífslok. Í rannsókn Rosenfeld og félaga kom fram að öldruðum viðmælendum fannst eðlilegast að slíkar ákvarðanir væru teknar bæði af sjúkling eða aðstandenda hans og læknum (10). Það myndi tryggja að bæði læknisfræðilegt sjónarmið og sjónarmið einstaklingsins fengju hljómgrunn. Viðmælendur Kohn og Menon veltu fyrir sér hvernig ákvarðanir væru teknar og hverjar óskir sjúklingsins væru og fannst að mikilvægt væri að tekið væri tillit til þeirra (11). Í rannsókn Leictentritts og Rettig var ekki bara rætt um takmörkun meðferðar við lífslok heldur einnig um líknarmorð (12). Siðferðilegir og trúarlegir þættir voru mjög áberandi enda líknarmorð ekki siðferðilega viðurkennd í Ísrael þar sem rannsóknin fór fram. Í rannsókn á óskum aldraðra einstaklinga á endurlífgun ræddu sumir viðmælendanna siðferðileg atriði en það voru oft þeir sem voru í vafa um hvort þeir vildu endurlífgun eða ekki en þeir veltu gjarnan fyrir sér hver ætti að taka þess konar ákvarðanir (5). Í þessari rannsókn hér voru allir sáttir við tilhugsunina um að takmarka meðferð og ekki var mikið rætt um hvort það væri rétt eða rangt heldur frekar hvernig og hvenær væri rétt að gera það. Það komu fram mismunandi hugmyndir um hvernig og hvort bæri að segja sjúklingum frá sjúkdómsgreiningum. Það er hins vegar nauðsynlegt að sjúklingur þekki hana ef hann á að geta valið meðferð á upplýstan hátt. Rannsóknir sýna að aldraðir einstaklingar eru almennt mjög tilbúnir til að ræða um dauðann en það er ekki algilt (22). Rannsóknir á indíánum hafa sýnt að það er beinlínis andstætt þeirra hugmyndum að ræða möguleika á ógæfu í framtíðinni (36) og aldraðir Kínverjar í Kanada voru almennt andvígir umræðu um meðferð við lífslok, að minnsta kosti löngu fyrir fram (32). Aldraðir Bretar sáu lítið gagn í að ræða möguleika á miklum veikindum í framtíðinni en fannst eðlilegt að gera erfðaskrá og undirbúa jarðarför með góðum fyrirvara (31). Hinn siðferðilegi rammi er því háður menningu og búsetu, en hann hefur áhrif á það sem læknirinn telur sig geta rætt við sjúkling og hvaða meðferðarkostir eru í boði. Til dæmis má reikna með að líknarmorð beri ekki á góma í slíkri umræðu þar sem þau eru bönnuð víðast hvar. Á sama hátt getur aðgengi að dýrri og flókinni meðferð eins og til dæmis líffæraflutningum haft áhrif á hvort slíkir kostir séu ræddir eða ekki.

Einn einstaklingur sem vildi ekki að börnin hans bæru ábyrgð á ákvörðunum um meðferð við lífslok fyrir sig, íhugaði að gera lífsviljaskrá. Í Bandaríkjunum er talsvert gert af því að útbúa slíkar skrár, en lítið er um það hér á landi (37). Starfandi er nefnd hjá landlæknisembættinu um að slíkar lífsviljaskrár verði gerðar á Íslandi.

Hver þáttur hefur jákvæða eða neikvæða hlið gagnvart meðferð: Líklega er um ás að ræða í öllum þeim þáttum sem eru mikilvægir varðandi

Tafla III. *Ásar sem ákvarðanir um meðferð við lífslok snúast um. Hver þáttur sem hefur áhrif á ákvarðanir um meðferð við lífslok getur haft áhrif í báðar áttir, þannig að einstaklingur hafnar meðferð eða þiggur hana.*

Hafnar meðferð	Þiggur meðferð
Læknisfræðilegir þættir	
Slæmar horfur	Góðar horfur
Erfið meðferð	Létt meðferð
Mat á eigin lífi	
Elli, heilsuleysi	Hreysti
Sátt við dauðann	Ótti við dauðann
Lífið komið að lokum	Vill lifa lengur
Afstaða til ástvina	
Ótti við að verða byrði	Lifa vegna annarra
Reynsla	
Erfið	Hagstæð
Siðferðileg álitamál	
Réttur til að deyja	Réttur til að lifa

ákvarðanir um meðferð við lífslok. Hvar sá punktur er sem ákvarðar hvort meðferð við lífslok sé álitleg eða ekki fer eftir aðstæðum og persónu hvers og eins byggt á þeim þáttum sem kynntir eru í þessari rannsókn. Tafla III sýnir hvernig ásarnir gætu litið út. Líklegt er að hver þáttur vegi misþungt hjá ólíkum einstaklingum. Líklegt er að læknisfræðilegar upplýsingar vegi þyngst, en það getur verið breytilegt eftir því við hverja er rætt. Heilsuleysi getur til dæmis búið mann undir frekara heilsuleysi og stuðlað að bjartari sýn á lífið með veikindum, þrátt fyrir að meginreglan sé sú að heilsuleysi og hár aldur stuðli frekar að menn vilji síður meðferð. Ótti við dauðann og lífsgleði stuðlar að því að menn vilja lifa sem lengst en sátt við lífið og tilveruna hjálpar mönnum að horfast í augu við dauðann og að hafna meðferð við lífslok. Nærvera ástvina getur á sama hátt haft áhrif í báðar áttir eins og að ofan er getið. Reynsla getur verið hagstæð eða óhagstæð á sama hátt.

Frekari rannsóknir eru æskilegar til að staðfesta hvort þetta líkan standist. Orð viðmælenda rannsóknarinnar eru í góðu samræmi við aðrar rannsóknir þótt ekki sé um tæmandi möguleika á viðhorfum að ræða. Mikilvægt er fyrir lækna og aðra sem ræða um meðferð við lífslok að hafa einhverja hugmynd um hvernig aldraðir hugsa um dauðann. Það getur hjálpað þeim að opna umræðu og vera viðbúnir þeim svörum sem geta komið fram í slíku viðtali. Slíkt getur stuðlað að samvinnu í ákvarðanatöku þannig að bestu læknisfræðilegu upplýsingar verði nýttar en í samræmi við óskir sjúklings.

Ályktun

Siðferðileg álitamál móta umræður læknis og sjúklings um meðferð við lífslok. Læknir veitir upplýsingar um sjúkdóm, horfur og meðferðarkosti. Sjúklingur metur þær upplýsingar í ljósi heilsu sinnar og aldurs og viðhorfa til lífs og dauða, afstöðu gagnvart ástvinum og reynslu sinnar af dauða, sorg og missi. Hver þáttur hefur bæði jákvæða og neikvæða hlið gagnvart meðferð. Ákvörðun um hvaða meðferð verður beitt er síðan tekin sameiginlega.

Heimildir

1. Greinargerð Landlæknisembættisins og Landspítala Háskólasjúkrahúss. Landlæknisembættið, siðaráð 2004.
2. Lo B. Ethical principles in clinical medicine. Harrison´s principles of internal medicine 2001.
3. Halldórsdóttir S. The Vancouver School of Doing Phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstj.). Qualitative Methods in the Service of Health. Lund: Studentlitteratur, 2000; 47-81.
4. Halldórsdóttir S. Vancouver skólinn í fyrirbærafræði. Í Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum. Ritstjórar Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson. Akureyri: Háskólinn á Akureyri, 2003; 249-65.
5. Hansdóttir H, Gruman C, Curry L, Judge JO. Preferences for CPR among the elderly: The influence of values and attitudes. Connecticut Medicine 2000; 64: 625-9.
6. Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. N Engl J Med 2002; 346: 1061-6.
7. Murphy LD, Burrows D, Santilli S, Kemp AW, Tenner S, Kreling B, et al. The influence of probability of survival on patient preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. NEJM 1994; 330: 545-9.
8. Coppola KM, Bookwala J, Ditto PH, Danks JH, Smucker WD. Elderly patients preferences for lif-sustaining treatments: The role of impairment, prognosis and pain. Death Studies 1999; 23: 617-34.
9. Malloy TR, Wigton RS, Meeske J, Tape TG. The influence of treatment description on advance medical directive decision. JAGS 1992; 40: 1255-60.
10. Rosenfeld KE, Wenger NS, Kagawa-Singer M. End-of-life decision making: A qualitative study of elderly individuals. J Gen Intern Med 2000; 15: 620-5.
11. Kohn M, Menon G. Life prolongation: Views of elderly outpatients and health care professionals. J Am Geriatr Soc 1988; 36: 840-4.
12. Leictentritt RD, Rettig KD. Meanings and attitudes toward end-of-life preferences in Israel. Death Studies 1999; 23: 323-58.
13. Pearlmann RA, Cain KC, Patrick DL, Appelbaum-Maizel M, Starks HE, Jecker NS, et al. Insights pertaining to patients' assessments of states worse than death. J Clin Ethics 1993; 4: 33-41.
14. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decisison making. JAMA 2004; 291: 2359-66.
15. Tsevat J, Dawson NV, Wu AW, Lynn J, Soukup JR, Cook EF, et al, for the HELP Investigators. Health values of hospitalized patients 80 years and older. JAMA 1998; 279: 371-5.
16. Nease RF, Kneeland T, O'Connor GT, Sumner W, Lumpkins C, Shaw L, et al, for the ischemic heart disease patient outcomes research team. Variation in patient utilites for outcomes of the management of chronic stable angina. Implications for clinical practice guidelines. JAMA 1995; 273: 1185-90.
17. Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsky JA. In search of a good death: Observations of patients, families and providers. Ann Intern Med 2000; 132: 825-32.
18. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: Patients' perspectives. JAMA 1999; 281: 163-8.
19. Erickson EH. Growth and crises of the healthy personality (2. kafli). Identity and the life cycles. WW Norton and Company.
20. Young AJ, Ofori-Boateng T, Rodriguez KL, Plowman JL. Meaning and agency in discussing end-of-life care: A study of elderly veterans´values and interpretations. Qual Health Res 2003; 13: 1039-62.
21. Carmel S. The will to live: Gender differences among elderly persons. Soc Sci Med 2001; 52: 949-58.

22. Wetle T, Levkoff S, Cwikel, Rosen A. Nursing home residents participation on medical decisions: Perceptions and preferences. Gerontologist 1988; 28 suppl; 32-8.
23. Jorm AF, Henderson AS, Scott R, Korten AE, Christensen H, Mackinnon AJ. Factors associated with the wish to die in elderly people. Age Aging 1995; 24: 389-92.
24. Van der Gest S. I want to go: How older people in Ghana look forward to death. Aging Soc 2000; 22: 7-28.
25. Rosenfeld KE, Wenger NS, Phillips RS, Connors AF, Dawson NV, Layde P, et al. Factors associated with change in resuscitation preferences of seriously ill patients. Arch Intern Med 1996; 156: 1558-64.
26. Danis M, Garret J, Harris R, Patrick DL. Stability of choices about life-sustaining treatments. Ann Intern Med 1994; 120: 567-73.
27. Garret JM, Harris RP, Norburn JK, Patrick DL, Danis M. Life-sustaining treatment during terminal illness: who wants what? J Gen Intern Med 1993; 8: 361-8.
28. Ganzini L, Lee MA, Heintz RT, Bloom JD, Fenn DS. The effect of depression treatment on elderly patients´preferences for life-sustaining medical therapy. Am J Psychiatry 1994; 151: 1631-6.
29. Cicierlli VG. Relationship of psychosocial and background variables to older adults´end-of-life decisions. Psychol Aging 1997; 12: 72-83.
30. Kastenbaum R. Death fears and anxiety. Encyclopedia of Death. R Kastenbaum, B Kastenbaum 1989.
31. Carrese JA, Rhodes LA. Western bioethics on the Navajo reservation. Benefit or harm? JAMA 1995; 274: 829-9.
32. Bowman KW, Singer PA. Chinese seniors´perspective on end-of-life decisions. Soc Sci Med 2001; 53: 455-64.
33. Vig EK, Davenport NA, Pearlman RA. Good deaths, bad deaths and preferences for the end-of-life: A qualitative study on geriatric outpatients. JAGS 2002; 50: 1541-8.
34. O´Brien LA, Grisso JA, Maislin G, LaPann K, Krotki KP, Greco P J, et al. Nursing home residents´ preferences for life-sustaining treatments. JAMA 1995; 274: 1775-9.
35. Winter L, Lawton MP, Ruckdeschel K. Preferences for prolonging life: a prospect theory approach. Int J Aging Hum Dev 2003; 56: 155-70.
36. Carrese JA, Mullaney JL, Finucane TE. Planning for death but not for serious future illness: Qualitative study of housebound elderly patients. BMJ 2002; 325: 125-7.
37. Emmanuel LL, Barry MJ, Stoeckle JD, Ettelson LM, Emanuel EJ. Advance directives for medical care- a case for greater use. NEJM 1991; 324: 889-95.

VIÐAUKI

Viðtöl um dauðann

Helga Hansdóttir

Árið 1999 kom ég að máli við Magnús Pálsson, myndlistarmann um að gera listaverk úr efni sem safnað yrði við gerð rannsóknar minnar, viðtöl um dauðann. Magnús var til í það og var innsetning sem er unnin úr viðtölunum sett upp í Hafnarhúsinu.

Rannsóknin samtöl um dauðann byggist á viðtölum við aldraða Íslendinga um dauðann og meðferð við lífslok og var gerð í samstarfi við Sigríði Halldórsdóttur, prófessor í hjúkrunarfræði.

Magnús útbjó ramma um viðtölin með innsetningunni sem var mjög áhrifarík. Það var dimmt inni og stöðugt skvaldur og heyrðist í andardrætti og hjartslætti. Hann setti upp stöðvar þar sem gömlum útvarpstækjum var komið fyrir og mátti heyra viðtölin leikin. Lömpum var komið í kringum þessar stöðvar og gjarnan húsgögn frá gömlum tíma. Veggir voru skakkir og gáfu vissa óraunveruleikatilfinningu. Á veggjum við sitthvorn endann var vídeó, annað af mælingum af andardrætti úr vél sem aðstoðar við öndun og hitt ómmynd af hjarta sem sló. Maður fékk þá mynd að þarna hefði einhver verið sem væri farinn, hugsanlega með sjúkrabíl, og læknirinn í mér spyr, ætli endurlífgun hafi verið reynd eða er viðkomandi lífs eða liðinn? Tilfinningin beinir huga manns að þeim sem eftir sitja, umhverfinu á spítalanum og endurminningu úr fortíðinni.





Samstarfsverkefni lista og vísinda.
Innsetning í Hafnarhúsi Listasafns Reykjavíkur í september 2003.
Helga Hansdóttir læknir.
Magnús Pálsson myndlistarmaður.
Ljósmyndir: Kristinn G. Harðarson.



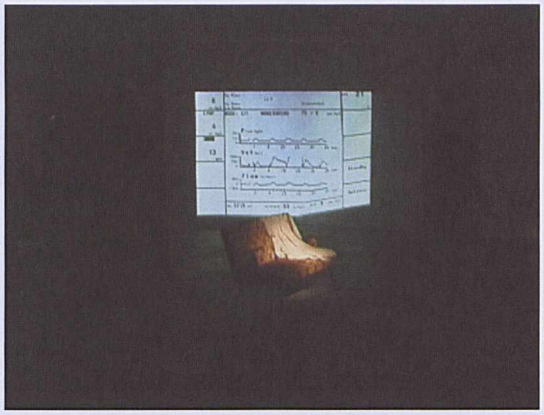


Hugmyndin um að tengja saman listir og vísindi spratt upp úr vangaveltum um sannleikann, hvað listir og vísindi eigi sameiginlegt og hvað er ólíkt með þeim. Ég er læknir, menntuð á heiðbundin hátt í læknavísindum en gift listamanni og hef þaðan fengið innsýn í heim lista og kynnst Magnúsi. Það vakti athygli mína í námi í Bandaríkjunum að öldrunarfræði sem er fræðigrein nátengd öldrunarlækningum er þverfagleg. Á vísindaþingum í öldrunarfræði eru vandamál eins og langlífi skoðuð frá sjónarhóli lífvísinda, félagsfræði og heimspeki svo dæmi sé tekið. Þess konar þverfagleg nálgun var ný í mínum huga og ákaflega áhugaverð. Mér datt í hug, af hverju ekki listrænt sjónarmið líka? Listir eru ekki fræðigrein í sjálfu sér og því kannski ekki skrítið að listrænt sjónarmið sé ekki sett fram á fræðiþingum. Hver er munurinn á listrænni nálgun viðfangsefnis annars vegar og vísindalegri eða fræðilegri hins vegar? Hin vísindalega aðferð leitast við að finna hlutlægan sannleika eða upplýsingar og er mælanleg og skilgreinanleg. Listir hins vegar veita manni innsýn í huglægan heim sem er skynjaður fremur en hugsaður, háður viðtakandanum sjálfum, hugsunum hans, tilfinningum, reynslu og skoðunum. Í mínum huga er gildi listaverks að miklu leyti fólgið í sannleiksgildi þess, huglægum, skynjuðum sannleik fremur en hugsuðum en sannleik engu að síður. Listaverk gæti sagt mér ýmislegt en ekki öðrum þrátt fyrir að líklegt sé að með tímanum verði einhvers konar almenn niðurstaða um hvað er gott og hvað ekki. Ég velti fyrir mér hvort maður gæti séð ‚sannleika' á fyllri og dýpri hátt ef maður skoðaði viðfangsefni frá sjónarmiðum bæði lista og vísinda. Eins og Gunnar Árnason segir (1) þá leggur listræn sköpun engann dóm á vísindalegar kenningar og vísindi eru ekki mælikvarði á listræna sköpun. Er því hægt að stilla þessu tvennu saman á þennan hátt, spyr Gunnar. Sérhver grein hefur sínar myndir og aðferðir sem eru óskyldar hinum og hver hefur sitt gildi. Vísindamaður getur hins vegar notað ímyndunaraflið á flókin og erfið vandamál. Sennilega er kjarni málsins þarna. Ef hægt væri að nýta listræna innsýn tel ég að það sé á frumstigum vísindalegrar skoðunar á viðfangsefninu. Vísindaleg aðferð gerir ráð fyrir að kenning sé sett fram og prófuð og því skýrari og einfaldari sem spurningin er því betra. Því nákvæmari og sértækari sem mælitækin eru því betra. Á frumstigum vangaveltna um viðfangsefni má reikna með að spurningin sé ekki mótuð, vandamál ekki skilgreind og því þarf að byrja á að móta spurninguna í ljósi fyrri þekkingar. Á því stigi má auðveldlega ímynda sér hvernig listir gætu opnað hugann og örvað hugarflugið. Á seinni stigum er hins vegar erfitt að sjá gagn í slíkum upplifunum en alltaf geta þær þó verið til ánægju. Ég tel að ef vísindamaður stendur frammi fyrir vandamáli sem er illa skilgreint og er að hefja grunnvinnu við að kanna það, geti listræn sýn verið einhvers konar „mind opener". Gunnar spyr einnig hvort ég hafi von um að sjá alhliða sýn byggða bæði á vísindum og listum en við gætum varla gert okkur vonir um slíkt. Ég verð reyndar að viðurkenna að slík sýn var í huga mér þegar ég setti þetta fram. Stephen Jay Gould skrifaði um vísindi og trú en í mínum huga eiga trú og listir margt sameiginlegt, að vera eitthvað sem á sér stað innra með manninum og að vera huglæg í eðli sínu (2). Hann talar um hina mismunandi heima vísinda og trúar sem hafa sín sérstöku gildi og aðferðir og dugar ekki að meta annað frá sjónarmiði hins. Þetta sjónarmið virðist rétt, og mér sýnist Gunnar vera á svipaðri skoðun, en jafnframt á vissan hátt ófullnægjandi. Sýna þessi ólíku gildi og aðferðir raunverulegan mun eða eru þau afleiðingar af því hvernig við hugsum um og skynjum þessi viðfangsefni? Er skynjun og upplifun (heimur trúar og lista) og hugsun (heimur fræða og vísinda) aðskildir heimar eða er eitthvað sameiginlegt þar annað en að vera taugaboð í heila okkar? Manni virðist alltaf vera viss gjá þarna á milli en við sem einstaklingar erum alltaf að hugsa og skynja á sama tíma þannig að veruleikinn hlýtur að vera háður báðum þáttum. Mig langar því að setja fram kenningu um að ekki sé um algerlega tvo aðskilda heima sé að ræða, og gera tilraunir eins og sannur vísindamaður og sjá hvað ég finn.

Hvötin bak við það að reyna þetta er einhverskonar leit að guði. Mér virðist guð vera huglægur veruleiki þess trúaða sem skiptir raunverulegu máli en góð áhrif trúar á heilsu og langlífi vel er þekkt. Hin vísindalega hugsandi efasemdarmanneskja á hins vegar erfitt með að sætta sig við guð sem algerlega óhlutbundinn veruleika ekki síst því í vísindum er litið á skynjanir og upplifanir sem óáreiðanlegar og er þeim því varpað fyrir róða. Mér finnst líka erfitt að varpa alveg rökhugsun og vísindalegri þekkingu fyrir róða og gefa mig á vald upplifana og skynjana og trúa á guð. Þess vegna langar mig að sameina bæði, hinn huglæga og hlutlæga veruleika, með samstarfi lista og vísinda og finna þannig guð. Hvort guð láti sig við þessar aðfarir er þó óljóst því vegir hans munu vera órannsakanlegir. En getur samstarf lista og vísinda hugsanlega gætt hvort annað lífi, og hver veit nema í því lífi sé guð einmitt að finna?

Hver var niðurstaðan af þessu verkefni? Gaf það mér nýja innsýn í viðfangsefnið? Það gerði það svo sannarlega, en hafði hins vegar ekki bein áhrif á fræðilega úrvinnslu rannsóknarinnar. Það var reyndar aldrei ætlunin að það gerði það beint, heldur var þessi tilraun fremur hugsuð sem aðferðafræðilegar eða heimspekilegar vangaveltur. Rannsóknin var gerð með eigindlegri eða fyrirbærafræðilegri aðferðafræði en þar er reynt að varpa ljósi á sýn viðmælenda á viðfangsefnið. Í slíkum viðtölum kemur ýmislegt fram og má líkja upplifuninni af slíku viðtali við upplifun af listaverki. Verk Magnúsar, en hann notar gjarnan texta í verkum sínum, hafa oft slegið á svipaða strengi og viðtölin. Þrátt fyrir að verk Magnúsar séu gjarnan absúrd hef ég skynjað veruleika í verkum hans sem minnir á veruleikann í viðtölunum. Með því að fá Magnús til að gera verkið má segja að hans persóna verði hluti af verkinu en þess má geta að hann varð sjötugur árið sem við ræddum um þetta verkefni fyrst og fellur því undir skilmerki þess að geta verið þátttakandi í rannsókninni.

Sjónarmið Ólafs Gíslasonar listfræðings var sömuleiðis fræðandi og skemmtilegt en hann skrifaði og hélt fyrirlestur um sýninguna (3). Hann benti á hversu vanmáttug læknavísindin væru gagnvart dauðanum, þrátt fyrir að fresta mætti dauðanum kemur hann engu að síður og læknavísindin standa í sömu sporum og fyrir hundruðum ára. Þegar að dauðanum kemur og læknavísindin hafa ekki lausn er gripið til þess ráðs að spyrja sjúklinginn sjálfan hvers hann óskar. Það er gert með virðingu fyrir einstaklingnum og hans rétti til að ákvarða sín örlög sjálfur en endurspeglar að í raun stöndum við jafn hjálparlaus gagnvart dauðanum og áður. Ólafur sýndi einnig hvernig hugmyndir manna um mannslíkamann breyttust í gegnum aldirnar





og vélræn skoðun tók yfir og litið var á manninn sem vél. Það sjónarmið er fullkomlega í gildi í læknisfræði og okkar þekking byggist einmitt á vélrænni skoðun á líkamanum. Þetta hefur verið gagnrýnt og rætt um að læknisfræðin ætti frekar að fást við líf mannsins fremur en líkama hans til að gera honum fullt gagn (4). Öldrunarlæknisfræði er reyndar nokkuð sérstök því hún byggir að hluta til á þeirri sýn að hjálpa verður einstaklingnum að lifa sínu lífi þrátt fyrir fötlun og sjúkdóma en ekki eingöngu á að lækna sjúkdóma (5).

Ég er þakklát þeim sem hjálpuðu okkur við að taka upp viðtölin. Orð viðmælendur minna eru orðin hluti af sjálfri mér, ég kann þau utan að og get endalaust hugsað um þau, dáðst að þeirri visku og dugnaði sem þau sýna. Ég hvet alla lækna til að lifa sig inní sögur sjúklinga sinna þrátt fyrir tímaskort. Það er lærdómsríkt að umgangast annað fólk, ekki síst þá sem eru eldri en maður sjálfur. Ég hugsa oft þegar ég hitti aldraða konu á spítalanum og sé æðruleysi, sátt og frið skína úr augunum, svona ætla ég að verða þegar ég er komin á þennan aldur. Hvort það er gerlegt fyrir stressaða efahyggjumanneskju í nútímanum er óvíst og allt eins víst að ég verði eins og margir aðrir sem eru viðkvæmir fyrir því sem gerist og bregðast við á ýmsan hátt.

Samspil lista og vísinda má hugsa sér á ýmsa vegu. Eins og áður hefur verið rætt gæti vísindamaður leitað til lista til að opna hugann, listamenn

geta veitt aðra sýn á viðfangsefni og niðurstöður vísindanna. Hægt er að blanda saman huglægum og hlutlægum aðferðum en á allra einfaldasta hátt gæti það falist í að telja eitthvað fallegt og gott eða leggja huglægt mat á tölur og mælingar. Þannig er hægt að leika sér með þessar hugmyndir, og hafa ýmsir listamenn gert það. Mér er hins vegar ekki kunnugt um marga vísindamenn sem hafa reynt að líta til lista með sín verkefni. Ég vona að þessi tilraun og vangaveltur veki einhverja til umhugsunar en reynsla, umræða og hugsun eru líklegri afleiðingar af þessu heldur en að það finnist beinharður sannleikur.

Tilvitnanir

1. Árnason G. Samtal vísindamanns og listamanns um dauðann. Dauðinn, rit Hugvísindastofnunar. Ritið 2003: 2.
2. Gould SJ. Rocks of Ages. LOCT 1998.
3. Gíslason Ó. Fyrirlestur um viðtöl um dauðann. Listasafn Reykjavíkur Hafnarhúsinu, september 2003.
4. Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. Soc Sci Med 2003; 56: 1595-604.
5. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. Am J Med 2004; 116: 179-85.

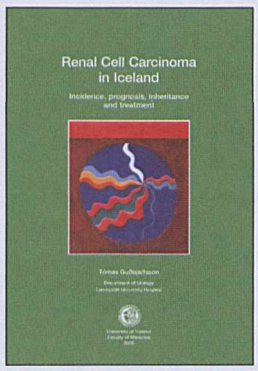
Nýr doktor í læknisfræði frá HÍ

Föstudaginn 6. maí síðastliðinn varði Tómas Guðbjartsson doktorsritgerð sína við læknadeild Háskóla Íslands. Ritgerðin er um nýrnafrumukrabbamein og ber heitið Renal Cell Carcinoma in Iceland: Incidence, prognosis, inheritance and treatment. Andmælendur voru Jón Gunnlaugur Jónasson, dósent og yfirlæknir Krabbameinsskrár KÍ og prófessor Börje Ljungberg í Umeå í Svíþjóð. Athöfninni stýrði Stefán B. Sigurðsson deildarforseti læknadeildar. Það færist nú smám saman í vöxt að íslenskir læknar taki doktorspróf frá HÍ. Þeir Magnús Gottfreðsson, Ólafur Baldursson og Davíð O. Arnar eru allir með íslenskt doktorspróf.

Hér fer á eftir enskt ágrip doktorsritgerðarinnar.



Jón Gunnlaugur Jónasson, dósent og yfirlæknir Krabbameinsskrár KÍ og prófessor Börje Ljungberg frá Umeåháskólanum í Svíþjóð ásamt doktorsefninu.



Forsíða ritgerðarinnar.



Tómas Guðbjartsson útskýrir efnivið sinn við doktorsvörnina í hátíðarsal Háskóla Íslands.

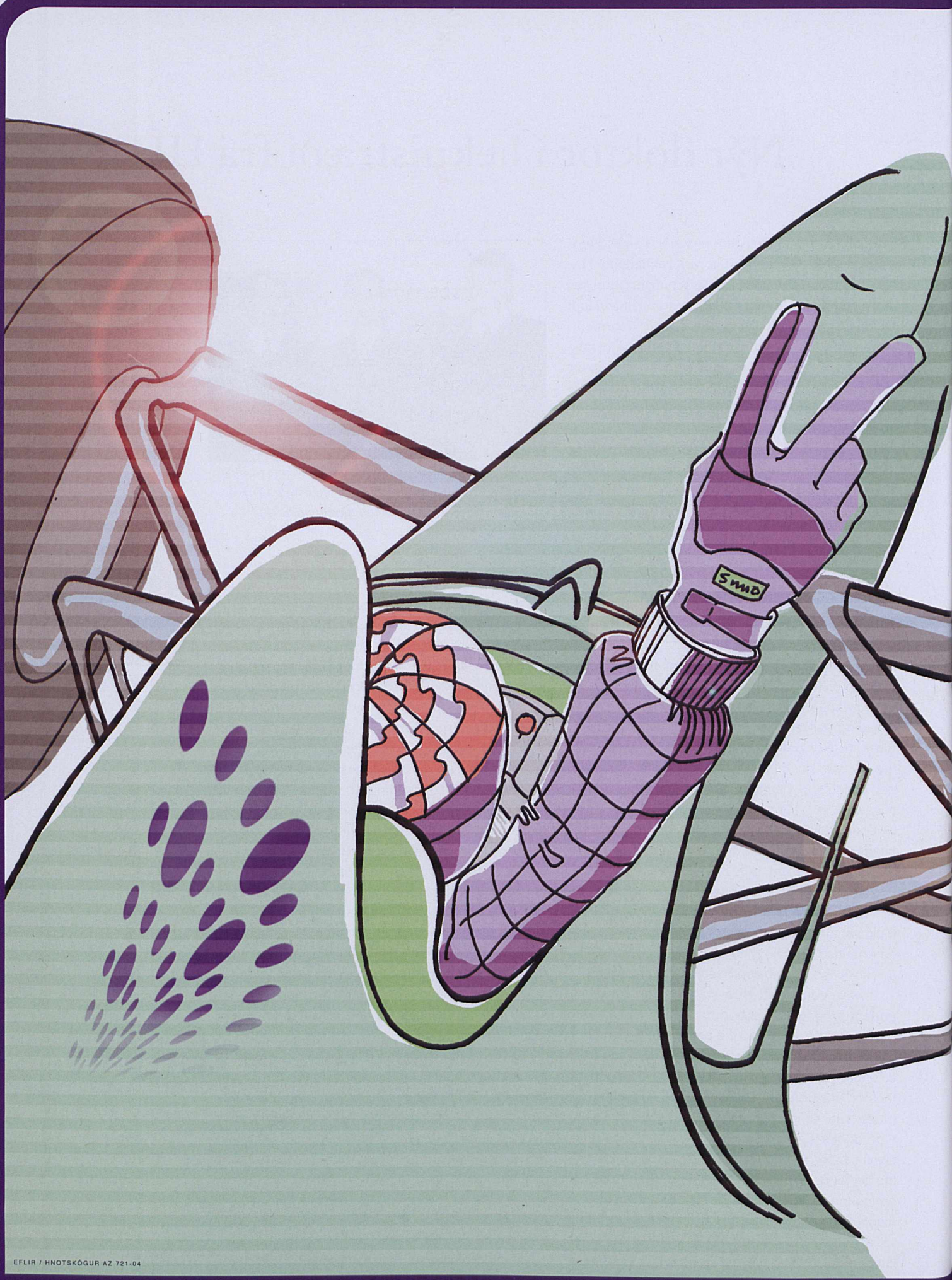
Renal Cell Carcinoma (RCC) is by far the most common malignant tumor of the kidney. The clinical behavior of RCC is often unpredictable, and less is known about its etiology and risk factors than for most other human cancers.

The aim was to analyze clinicopathological risk factors of RCC in all patients that had been diagnosed with RCC in Iceland between 1971 and 2000, including assessment of early results of nephrectomy for RCC. An additional aim was to analyze the genetic contribution of RCC in the Icelandic population and the effect of incidental detection on survival.

Clinical information was gained from patient charts, their disease was staged according to degree of spread, and the histology was reviewed. Both overall survival and disease-specific survival were analyzed and prognostic factors were evaluated in a multi-variate analysis. For assessment of inheritance, an extended genealogy database was used and relative risks and kinship coefficients were calculated.

It was concluded that stage is the most important prognostic factor of survival for RCC, with nuclear grade adding to the prognostic information about stage. Advanced age of the patient and early calendar year of diagnosis are negative prognostic factors of survival. However, after correcting for grade and especially stage, the histological subtype, tumor size and venous thrombosis lost their significance as independent prognostic factors. Incidental detection increased more than threefold during the study period, with 37% of patients being diagnosed by coincidence after 1995, mostly due to increased use of abdominal imaging for unrelated disease. The increase was most prominent after 1990 and resulted in a significantly improved survival in the last decade of the study. A similar increase after 1990 was seen regarding both incidental detection and survival for both sexes together, with a stable mortality rate. However, increased incidence was only seen in males, indicating that factors other than increase in incidental detection could be involved in improving survival, at least for women. On the other hand, incidental detection was not found to be an independent prognostic factor of survival, which suggests that incidentally-detected RCCs have a similar biological behavior to symptomatic RCCs, but are only detected earlier. Familial aggregation analysis suggested that there is a significant genetic contribution in the majority of sporadic RCCs in Iceland, both for members of the extended family of an affected individual and for close family members. Operative mortality after nephrectomy for RCC has remained low for three decades, and is most often caused by perioperative bleeding and infections. Oncocytomas account for 5.5% of the total number of RCCs in Iceland and, in contrast to the latter, behave clinically as benign kidney tumors.

The fact that every third patient has metastasis at diagnosis affects the prognosis for the whole group of RCC patients, with almost every other patient dying out of the disease within five years from diagnosis (57% 5-year disease-specific survival). However, survival of RCC patients is improving in Iceland, demonstrated with increased incidence and stationary mortality. The main reason for this trend is increase in incidental detection, the incidentally diagnosed tumors being smaller and diagnosed at lower stages than symptomatic RCCs.

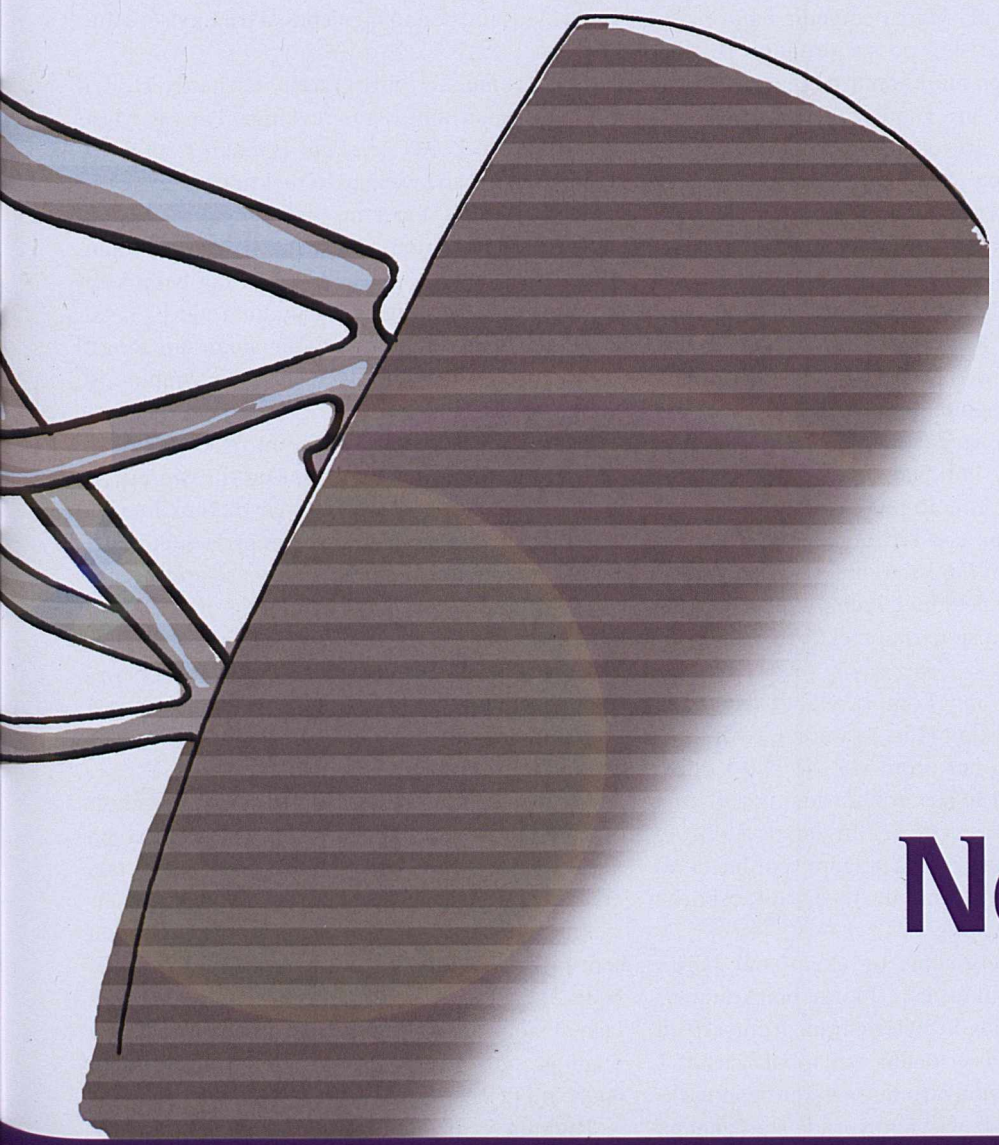


EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 721-04

AstraZeneca Leiðarstjarna í lækningu meltingarsjúkdóma Umboðsaðili: Vistor 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. 564

535 7000 • Fax 565 6485 • Fax pantanamóttöku 565 5628 • www.astrazeneca.is

Reykingar drepa – þarna er *ekki* efinn



Sigríður Ólína Haraldsdóttir

Á NÁMSKEIÐI í Noregi um forvarnir sagði sálfræðingur að frá því einstaklingur tekur meðvitaða ákvörðun um grundvallarbreytingu á lífsstíl sínum þar til hann hefur tileinkað sér breytinguna líði að meðaltali sjö ár. Þótt árangur sjáist ekki strax ber okkur læknum samt skylda til að fræða fólk um skaðsemi reykinga og gera allt sem í okkar valdi stendur til að fá reykingafólk til að hætta að reykja. Ekki er síður mikilvægt að forða öðrum frá því að byrja að reykja.

Fyrirmyndir margra barna og unglinga eru popp- og kvikmyndastjörnur. Það getur verið erfitt að sannfæra ungling sem reykir um skaðsemina þegar fyrirmyndir hans reykja og virðist ekki verða meint af. Margar myndir hafa birst í blöðum af bandarísku poppstjörnunni Britney Spears reykjandi en markhópur hennar eru ungar stúlkur, allt að níu ára gamlar. Læknar geta ekki komið í veg fyrir að tóbaksframleiðendur styrki gerð kvikmynda og ráða ekki yfir poppstjörnum en við megum ekki gefast upp við að styðja fólk í að hætta að reykja og upplýsa börn og unglinga um skaðsemi reykinga. Kannski þurfum við einhvern á borð við íþróttaálfinn sem hvatti börn til að lifa heilbrigðu lífi, borða grænmeti og hreyfa sig mikið. Gaman væri að sjá svo sterka fyrirmynd vinna gegn reykingum. Þorgrímur Þráinsson og fleiri hafa reyndar sannarlega lagt sitt af mörkum sem er þakkarvert. Þótt það sé bannað að reykja á vinnustöðum líðst enn að það sé reykt á leiksviði hérlendis. Leikarar eru fyrirmynd unga fólksins og þótt leikstjórum finnist greinilega að reykingar tilheyri ákveðnum persónuleikum finnst mér þetta vítavert og „listræn sjónarmið“ ekki nægjanleg afsökun.

Ég spurði einu sinni konu hve langt væri síðan hún hætti að reykja. Hún svaraði: „Fyrir átta kílóum síðan.“ Ég hef orðið vör við það viðhorf kvenna sem reykja að þær eru hræddar um að fitna ef þær hætta. Þarna ætti heilbrigðisstarfsfólk að grípa inn í og veita skjólstæðingum sem hætta að reykja andlegan stuðning, hvetja þá til að borða hollan mat og hreyfa sig.

Fordæmi alþingismanna og ákvarðanir þeirra á alþingi skipta miklu máli. Fjórar þingkonur úr þremur flokkum lögðu nýlega fram frumvarp til laga um breytingu á lögum um tóbaksvarnir. Í greinargerð með frumvarpinu segir: „Meginmarkmið frumvarpsins er vinnuvernd starfsmanna með vísan til gildandi vinnuverndarlaga og tóbaksvarnalaga og vernd almennings með vísan til hratt vaxandi fjölda vísindalegra sannana fyrir því að óbeinar reykingar valdi heilsuskaða og dauðsföllum.“ Frumvarpið var ekki tekið fyrir á nýafstöðnu vorþingi. Margar þjóðir eru mun lengra komnar en Íslendingar í því að vernda fólk gegn reykingum. Fundarmenn á aðalfundi Samtaka ferðaþjónustunnar samþykktu á aðalfundi sínum í byrjun apríl síðastliðnum tillögu veitingamanna um að „gengið verði til viðræðna við stjórnvöld um að reykingar verði bannaðar á veitinga- og skemmtistöðum frá 1. júní 2007“. Þarna er horft til sjálfsagðs réttar fólks til þess að allt vinnuumhverfi sé reyklaust og ber að fagna þessu frumkvæði samtakanna.

Fyrir rúmu ári birtist grein Richards Doll í BMJ um dánartíðni vegna reykinga. Þar var fylgst með tæplega 35.000 breskum læknum í 50 ár og dánarorsakir þeirra sem ekki reyktu og þeirra sem reyktu skoðaðar. Þar kom meðal annars í ljós að hjá reykingamönnum sem fæddir voru á árunum 1920-30 voru þrefalt meiri líkur en hjá þeim sem ekki reyktu á að falla frá á miðjum aldri (35-69 ára) (1). Doll birti niðurstöður sínar um tengsl reykinga og lungnakrabbameins fyrir rúmum 50 árum í sama blaði.

Ég hef mikið rætt við fólk um reykingar þess. Mér finnst að þrátt fyrir áróður og fræðslu í skólum og til almennings hafi margir ekki skilning á tengslum reykinga við reykingatengda sjúkdóma. Eftir ítarlegar útskýringar á áhrifum sígarettureyks á berkjuslímhúð og lungnavef fæ ég oft að heyra setningar á borð við: „Ég er svona slæm í lungunum vegna þess að ég fékk lungnabólgu sem barn“ eða „ég fékk lungnasjúkdóminn af því að vinna á skrifstofunni í 30 ár og þar var svo mikið ryk og mikið af pappírum í kringum mig“.

Læknar ættu að spyrja alla um reykingavenjur og gera blástursþróf hjá þeim sem reykja og koma á læknisstofu eða heilsugæslu. Við þurfum að tala ennþá meira um skaðsemina og við verðum sérstaklega að beina sjónum okkar að unga fólkinu sem þrátt fyrir alla fræðslu byrjar enn að reykja. Nýlega birtust niðurstöður rannsóknar í norska læknablaðinu sem sýna glögglega tengsl reykinga unglinga og lungnakrabbameins hjá yngra fólki, 40-44 ára (2).

Rúmum 50 árum eftir að fyrst var bent á skað-

Höfundur er lungnalæknir og situr í stjórn LÍ.

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

semi reykinga er tími til kominn að banna reykingar á öllum vinnustöðum, þar með töldum veitingahúsum. Við læknar höfum þarna mikilvægu hlutverki að gegna. Ef það tekur sjö ár að breyta lífsstíl er ekki seinna vænna en að byrja strax að herða róðurinn til að forða fólki frá þeim skelfilegu afleiðingum sem reykingar hafa.

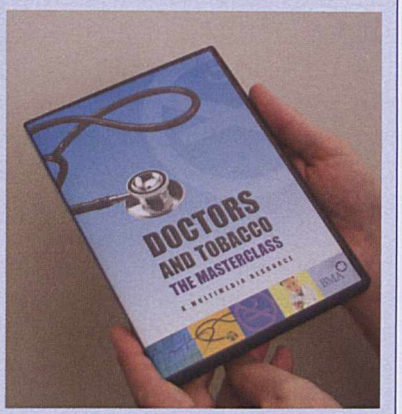
Heimildir

1. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328: 1519-28.
2. Strand T, Malayeri C, Eskonsipo PKJ, Grimsrud TK, Norstein J, Grotmol T. Tenåringsrøyking og lungekreft i tidlig voksen alder, 1954-98. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1174-6.

Doctors and tobacco

The Masterclass

Læknafélaginu hefur borist askja með þremur DVD-diskum sem hafa að geyma fyrirlestra frá námskeiði BMA Tobacco Control Resource Centre (TCRC). Námskeiðið var haldið í Edinborg í október 2004 og fulltrúum evrópskra læknafélaga boðið til þess. Læknafélag Íslands átti einn fulltrúa á námskeiðinu. Fyrirlesarar voru 31 frá ýmsum þjóðum og geyma diskarnir bæði fyrirlestra þeirra, skýringarmyndir og annað ítarefni.



Efnið miðast við að byggja upp þekkingu og áhuga lækna á að beita tóbaksvörnum í sínu daglega starfi. Það er aðgengilegt og mynd og hljóð komast vel til skila.

Hægt er að nálgast kynningareintak á skrifstofu læknafélaganna í Hlíðasmára 8, (Margrét; *magga@lis.is*) og panta eintök. Verðið er 15 bresk pund fyrir utan sendingarkostnað.

Í hverju er stjórnunarvandinn fólginn?

– Ágreiningurinn á Landspítala er alls ekki úr sögunni en þar takast á sjónarmið læknisfræði, rekstrar og stjórnsýslu

Þröstur Haraldsson

Um páskana varð allnokkur hvellur í fjölmiðlum eftir að 12 yfirlæknar á Landspítala sendu bréf til Jóns Kristjánssonar heilbrigðisráðherra um það sem þeir nefndu „alvarlegan stjórnunarvanda“ á spítalanum. Í kjölfar þess urðu töluverð blaðaskrif og þar kom meðal annars fram að óánægjan með stjórnun og skipulag mála á Landspítala var ekki bundin við læknastéttina eina. Hjúkrunarfræðingar, lyfjafræðingar og fleiri starfsstéttir sjúkrahússins voru heldur ekki ánægðar með stöðu mála.

Snemma í apríl birtist yfirlýsing undirrituð af settum forstjóra og formönnum læknaráðs og hjúkrunarráðs þar sem þeir „harma neikvæða umræðu í fjölmiðlum um stjórnun á Landspítala ... Það er sameiginlegur vilji okkar að vinna markvisst að bættum samskiptum innan sjúkrahússins og er vinna þar að lútandi þegar hafin“.

Síðan er eins og allt hafi dottið í dúnalogn. Eru þá allir orðnir vinir og öll óeining úr sögunni? Nei, því fer fjarri. Ágreiningsefnin eru óútkljáð og þau snúast um annað og meira en samskiptavanda. En hvað er tekist á um? Læknablaðið reyndi að grennslast fyrir um það og komast að kjarna málsins.

Gömul saga

Það reyndist ekki heiglum hent því annar deiluaðilinn virðist hafna því að um sé að ræða alvarlegan stjórnunarvanda og hinn telur sig eiga erfitt með að tjá sig um ágreininginn. Fæstir viðmælendur blaðsins úr læknastétt voru fúsir til að tala opinskátt um málið – sem segir sína sögu.

En ljóst er að þótt deilan snúist á yfirborðinu um stöðu sviðstjóra þá ristir ágreiningurinn mun dýpra. Hann má rekja aftur til þess tíma þegar verið var að hefja sameiningu spítalanna og koma sköpulagi á þann nýja. Árið 2000 setti yfirstjórn spítalanum nýtt skipurit þar sem starfslýsing og ábyrgðarsvið sviðstjóra og ráðningaraðferðin (án auglýsingar og hæfnismats) var helsti þyrnir í augum lækna. Þeim þótti staða yfirlækna sérdeilda vera óljós og að yfirlæknarnir væru með ólögmætum hætti sviptir starfsábyrgð sinni, réttindum og skyldum. Eftir nokkur mótmæli var málið þó lagt til hliðar í ljósi þess að stjórnskipunin átti að vera til reynslu og í trausti þess að góð sátt gæti orðið um endurskoðun hennar að fjórum árum liðnum.

Sá tími var svo liðinn í fyrra. Í febrúar 2004 sendi læknaráð spítalans tillögur sem unnar höfðu verið á vegum ráðsins til stjórnarnefndar. Forstjóri skipaði síðan nefnd til að endurskoða stjórnskipulag sjúkrahússins í mars og var í skipunarbréfi óskað sérstaklega eftir góðu samstarfi við lækna- og hjúkrunarráð. Læknaráð fékk þó ekki nema 10 mínútna fund með nefndinni sem skilaði af sér í ágúst. Enda kom hvergi fram í skýrslu nefndarinnar að hún hefði fjallað um hugmyndir læknaráðs.

Stjórnarnefnd spítalans bað læknaráð að skila inn nýrri umsögn og var það gert í september. Þar voru fyrri tillögur ráðsins ítrekaðar, auk þess sem lagt var til í sáttaskyni að stöður sviðstjóra lækninga yrðu framlengdar í 12 mánuði meðan unnið væri að breyttu skipulagi. Stjórnarnefnd sló því á frest að skoða tillögur læknaráðs en framkvæmdastjórnin ákvað svo að festa núverandi stjórnkerfi í sessi og valdi sviðstjóra til fjögurra ára.

Stjórnunar- eða samskiptavandi?

Við þetta situr enn og í haust samþykkti læknaráð ályktun þar sem fram kom að þolinmæði ráðsins væri á þrotum. Ráðið fór fram á fund með ráðherra þar sem fjallað yrði um stöðu ráðsins og fékk þar staðfestingu á því að það hefði mikilvægu ráðgjafarhlutverki að gegna í málum sem varða „þróun og skipulag, samstarf og samhæfingu starfskrafta, rekstur, stjórnun, uppbyggingu og nýtingu einstakra stofnana LSH“.

Þann 30. mars skrifar Jón Kristjánsson heilbrigðisráðherra læknaráði bréf sem einnig er undirritað af Davíð Á. Gunnarssyni ráðuneytisstjóra. Þar er því hafnað að stjórnendur spítalans hafi brotið starfsreglur með skorti á samráði við læknaráð. Vitnað er til bréfs frá stjórnendum spítalans til ráðuneytisins þar sem segir meðal annars:

> „Rétt er að lítið eitt af tillögum læknaráðs sér stað í tillögum framkvæmdastjórnar, en það er hins vegar rangt að þær hafi ekki fengið nægja umfjöllun. Þær fara aftur á móti í veigamiklum atriðum þvert á skoðanir framkvæmdastjórnar um stjórnskipulag spítala.“

Þessu fylgja vangaveltur ráðherra um það hversu mikið samráð sé nægilegt en slíkt sá erfitt að meta. „Hins vegar má draga þá ályktun af bréfi

læknaráðs að það telji að um sé að ræða samskiptavanda stjórnenda LSH og læknaráðs LSH“ sem ráðherra hvetur aðila máls til að setja niður hið fyrsta.

Þessi túlkun er læknum sjúkrahússins ekki allsendis að skapi. Þeir telja að um sé að ræða meiri ágreining en svo að hægt sé að afgreiða hann sem samskiptavanda. Benda þeir á að læknar hafi á fimmta ár beðið eftir því að ná tali af stjórnendum spítalans til að ræða um skipulagsmálin en ekki fengið áheyrn. Bréfum hafi varla verið svarað, tillögur læknaráðs hundsaðar og málefnalegum álitsgerðum lögfræðinga jafnvel stungið undir stól.

Sviðstjórar í brennidepli

Þetta er saga málsins í stórum dráttum en spurningunni um kjarnann hefur enn ekki verið svarað. Í bréfi sem Friðbjörn Sigurðsson formaður læknaráðs sendi Jóhannesi M. Gunnarssyni settum forstjóra 22. apríl síðastliðinn er ágreiningurinn reifaður og tillögur ráðsins til lausnar útskýrðar ítarlega. Þar segir formaðurinn að meginágreiningsefnið „virðist felast í því að hve miklu leyti fagleg sjónarmið eigi að ráða við stjórnun sjúkrahússins“.

Staða sviðstjóranna hefur verið í brennidepli og í henni kristallast ágreiningurinn. Ástæðan er sú að yfirlæknar eru ráðnir samkvæmt lögum og hafa skýrt afmarkað hlutverk sem faglegir stjórnendur. Verksvið sviðstjóra eins og það hefur verið skilgreint af framkvæmdastjórn og forstjóra skarast hins vegar að nokkru leyti við hlutverk yfirlækna. Yfirlæknar þurfa að bera ýmsar ákvarðanir undir sviðstjóra sem í mörgum tilvikum hafa endanlegt ákvörðunarvald um hluti sem áður voru á valdi yfirlækna.

Yfirlæknar efast líka um lagalega stöðu sviðstjóra. Að þeirra dómi eru sviðstjórar undanþegnir venjulegu ráðningarferli þar sem stöður eru auglýstar og umsækjendur þurfa að fara í hæfnismat. Hafa þeir fengið lögfræðiálit sem styður þetta sjónarmið. Framkvæmdastjórnin kannaðist lengi vel ekki við að hafa séð þetta álit sem þeim var þó afhent á formlegum fundi. Yfirlæknarnir sneru sér þá til ráðherra sem svaraði því til að hann hefði staðfest skipulag spítalans og þar með væri staða sviðstjóra lögleg.

Snúum þessu á hvolf!

Eflaust er nokkur munur á afstöðu lækna við spítalann til stjórnskipulagsins en þeir eru til sem vilja einfaldlega taka skipuritið og snúa því á hvolf. Þeir segja að fólk komi á spítalann til að leita sér lækninga í víðum skilningi og þess vegna séu lækningar



Eiríksstaðir eru aðsetur stjórnar Landspítala. Er rót stjórnunarvandans þar að leita eða úti á deildum sjúkrahússins?

kjarni starfseminnar. Þar af leiðandi sé eðlilegast að gera sérgreinarnar að grunneiningum í rekstri spítalans. Lögin geri enda ráð fyrir þeirri skipan. Þörfin fyrir ýmiss konar stoðþjónustu, þar með talin stjórnun og fjárhagsumsýsla, sé leidd af lækningaþættinum og ef stjórnendur sjúkrahússins vilji láta starfsemina blómstra verði þeir að taka miklu meira tillit til sérgreinanna.

Þeir telja að núverandi skipan spítalans einkennist af alltof mikilli miðstýringu. Efst tróni forstjórinn sem hafi raðað í kringum sig handvöldu fólki sem myndi skjaldborg um hann og einangri hann þar með frá daglegri starfsemi spítalans. Veik staða sviðstjóra geri þá óeðlilega handgengna forstjóranum og því þurfi fagleg sjónarmið lækna að víkja fyrir rekstrarlegum sjónarmiðum stjórnendalagsins.

Þeir sem þannig tala hafna því þó alls ekki að nauðsynlegt sé að hafa sviðstjóra. Á mörgum sviðum sé nauðsynlegt að hafa samráð um sameiginleg verkefni sem ná til margra sérgreina. Sú hugmynd virðist hins vegar hafa töluvert fylgi meðal lækna að sviðstjórar skuli vera faglegir leiðtogar sem valdir eru úr hópi yfirlækna og gegni stöðunni tímabundið, til dæmis eitt ár í senn. Með því móti haldi þeir faglegu sjálfstæði sínu, auk þess sem árekstrar við yfirlækna ættu þá að minnka.

Fagmennska og rekstur

Það sem gerir þennan ágreining harðari og erfiðari úrlausnar en vera þyrfti er sú staðreynd að geta heilbrigðiskerfisins er orðin miklu meiri en stjórnvöld eru reiðubúin að greiða fyrir. Afleiðingin er aukin krafa um niðurskurð, forgangsröðun, sparnað og aðhald í rekstri. Útgjöld spítalans ráðast fyrst

BETRA LÍF - JAFNT NÓTT SEM DAG



OMNIC®/TAMSULOSIN

EINFÖLD OG FLJÓTVIRK MEÐFERÐ SEM ÞOLIST VEL FYRIR SJÚKLINGA ÞÍNA MEÐ GÓÐKYNJA STÆKKUN Á BLÖÐRUHÁLSKIRTLI

Forðahylki: Hvert forðahylki inniheldur Tamsulosinum INN, klóríð, 0,4 mg. ATC-flokkur: G04CA02 R E. **Ábendingar:** Meðhöndlun þvaglátaeinkena við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir tamsulósíni eða einhverju af öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð við þvaglátaeinkennum við stækkun á blöðruhálskirtli skal ákveðin í samráði við sérfræðing í þvagfærasjúkdómum. Gæta skal varúðar við notkun lyfsins handa sjúklingum sem hafa fengið stöðubundinn lágþrýsting eða nota blóðþrýstingslækkandi lyf. Upplýsa skal sjúklinga um hættu á yfirliðum. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): Svimi, óeðlilegt sáðlát, höfuðverkur, þróttleysi, nefslímubólga. Sjaldgæfar (0,1-1%): Hjartsláttarónot. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Meltingaróþægindi svo sem ógleði, uppköst, niðurgangur og hægðartregða, ofnæmi svo sem útbrot, kláði og ofsakláði, stöðubundinn þrýstingur, yfirlið. ***Milliverkanir:*** *Samtímis notkun annarra α_1 adrenergra viðtakablokka getur valdið blóðþrýstingslækkun.* **Skammtar og lyfjagjöf:** 1 hylki á dag, tekið eftir morgunmat. Forðahylkin á að gleypa heil með glasi af vatni (um 150 ml) og á sjúklingur að standa eða sitja. Hylkin má opna, en innihald þeirra má hvorki mylja né tyggja þar sem það mun eyðileggja forðaverkun þeirra. **Pakkningar og verð í maí 2005:** Forðahylki 0,4 mg 30 stk kr. 4.621.- Forðahylki 0,4 mg 90 stk kr. 8.867.- **Afgreiðsla:** Lyfseðilskylda. **Greiðsluþátttaka:** E.

astellas

Handhafi markaðleyfis:
Yamanouchi

Umboð á Íslandi:
Vistor hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabær

og síðast af ákvörðunum lækna. Þess vegna hafa stjórnvöld freistað þess að koma sér upp sveitum rekstrarfræðinga sem ætlað er að koma böndum á þessi útgjöld.

Það er í sjálfu sér góðra gjalda vert en gallinn er sá að rekstrarfræðingar bera ekki skynbragð á fagleg læknisstörf. Þeir eiga því erfitt með að greina á milli þess sem með réttu telst vera sóun og óráðsía og hins sem er nauðsynlegur þáttur í framkvæmd læknisfræðinnar. Þetta eiga hins vegar hæfustu fagmenn lækninga í hverri sérgrein að geta greint auðveldlega og þá ber að ráða í störf yfirlækna. Vandamálið er þekkt úr öðrum geirum samfélagsins. Um árabil hafa til dæmis staðið deilur um það meðal háskólamanna í hinum vestræna heimi hvort rétt sé að fela stjórnun háskóla fagmönnum, til dæmis heimspekingum svo nærtækt dæmi sé tekið, eða hvort réttara sé að ráða viðskiptafræðinga í rektorsstöðurnar því allt snúist þetta hvort eð er um peninga.

Undirritaður sat í vor fund þar sem fjallað var um mál sem við fyrstu sýn virtist allsendis óskylt heilbrigðiskerfinu, sem sé fréttastjóramál Ríkisútvarpsins. Þar var þó líka tekist á um það hvort réttast væri að fréttastjórinn væri fagmaður í blaðamennsku eða rekstrarfræðingur.

Einn frummælenda var Þórólfur Þórlindsson prófessor í félagsfræði við Háskóla Íslands. Hann sagði frá því að nú væri víðast hvar í Bandaríkjunum og Evrópu verið að hverfa frá því að ráða viðskiptafræðinga til að stjórna háskólum. Meginröksemdin fyrir því væri nefnilega fallin en hún var sú að viðskiptafræðingar kynnu leiðir til að auka hagkvæmni í rekstri. Það hefði komið í ljós að vegna þess að viðskiptafræðinga skorti akademíska þekkingu á starfi háskóla hefðu þeir brugðist við með því að fjölga ráðgjöfum og millistjórnendum sem geta sagt þeim hvað hinir akademísku starfsmenn væru að gera og haft eftirlit með þeim. Þetta stjórnunarlag reyndist á endanum svo dýrt og svifaseint að það var búið að éta upp allan ávinning hagræðingaraðgerðanna.

Hvert stefnir?

Að áliti margra lækna og yfirlækna er stjórnunarvandi Landspítalans þessarar gerðar. Vonandi bera menn þó gæfu til að tala saman og komast að sameiginlegri niðurstöðu sem allir geta unað við. Sem stendur virðist hins vegar ekki mikið að gerast sem geti leyst þennan rembihnút.

Eins og áður sagði var undirritað samkomulag í byrjun apríl um það að allir eigi að vera vinir en síðan hefur ekki mikið gerst. Læknaráð hefur þó reynt að ýta vagninum áleiðis, meðal annars með bréfinu frá 22. apríl til setts forstjóra. Hann hefur raunar vikið fyrir Magnúsi Péturssyni sem kominn er aftur úr námsleyfi. Einhverjar þreifingar áttu sér stað fyrir aðalfund læknaráðs sem haldinn var eftir að blaðið fór í prentun en óljóst hvort eitthvað myndi gerast þar. Ekki voru menn sérlega yfirlýsingaglaðir heldur sögðu málið á viðkvæmu stigi.

Við sjáum hvað setur og munum halda áfram að fylgjast með málinu.

Greining formanns læknaráðs á vanda Landspítala

Í BRÉFI Friðbjörns Sigurðssonar formanns læknaráðs Landspítala til Jóhannesar M. Gunnarssonar setts forstjóra þann 22. apríl síðastliðinn setur formaðurinn fram eftirfarandi greiningu á vanda spítalans. Plássins vegna verðum við því miður að sleppa tillögum hans til úrlausnar en bréfið má nálgast í ársskýrslu Læknaráðs sem lögð var fram á aðalfundi þess 27. maí.

1. **LSH er sérgreinaskipt sjúkrahús.** Því þurfa allar sérgreinar lækninga að vera vel skilgreindar. Ljóst þarf að vera hver sé í forsvari fyrir viðkomandi sérgrein, og að sá aðili beri starfsheiti sem er aðgreinanlegt frá öðrum stjórnendum lækninga á sjúkrahúsinu. Sérgreinar lækninga þurfa að hafa skilgreinda aðstöðu með skrifstofum lækna og skrifstofustjóra. Stjórnkerfi LSH hefur verið gagnrýnt fyrir of mikla miðstýringu, og þurfa sérgreinar að fá aukið stjórnunarvægi og sjálfstæði. Fagleg og rekstrarleg ábyrgð þarf að fara saman á öllum stigum í lækningum og er því eðlilegt að sérgreinar verði meginrekstrareiningar lækninga á sjúkrahúsinu.

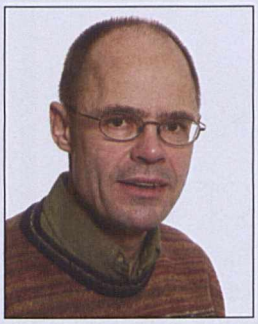
2. **Hlutverk sviðstjóra er að mörgu leyti óljóst** og skarast að nokkru við störf yfirlækna. Ágreiningur er um hvernig staðið er að vali á sviðstjórum, en sviðstjórar eru nú valdir af forstjóra. Starfsheitið sviðstjóri er ekki nægilega lýsandi fyrir forystumenn lækninga. Eðli málsins samkvæmt verða forystumenn lækninga að vera leiðtogar, en bent hefur verið á að núverandi tilhögun á vali sviðstjóra hamli því.

3. **Skerpa þarf á hlutverkaskiptingu lækninga og hjúkrunar** í stjórnun sjúkrahússins, en óljós mörk eru milli stjórnunarhlutverks forystumanna lækninga og hjúkrunar, annars vegar sviðstjóra lækninga og hjúkrunar og hins vegar deildarstjóra og yfirlækna. Nauðsynlegt er að fyrir liggi nákvæm skilgreining á hlutverki og ábyrgð viðkomandi stjórnenda. Ástæðulaust er að þessir aðilar séu ávallt kallaðir saman við ákvarðanatöku, því sum mál eru vissulega annaðhvort viðkomandi hjúkrun eða lækningum. Núverandi fyrirkomulag er til þess fallið að hamla eðlilegri þróun hjúkrunar og lækninga, enda er hér ekki um sömu fræðigreinar að ræða. Samhliða þarf að tryggja að áfram ríki náin samvinna meðal þessara tveggja helstu faggreina sjúkrahússins.

4. **Landspítalinn er háskólasjúkrahús** og gera þarf sjúkrahúsinu kleift að standa undir því nafni. Nú er komið að endurskoðun samnings LSH og HÍ og verður að nýta það tækifæri til að skilgreina betur en áður hefur verið gert, hlutverk HÍ í stjórnun LSH, þar á meðal stjórnunarhlutverk forstöðumanna fræðasviða læknadeildar á sjúkrahúsinu.

5. Í fjölmiðlum að undanförnu og í erindi læknaráðs til ráðherra hefur komið fram gagnrýni á stjórnsýslu sjúkrahússins. Nefnt hefur verið að **stjórnsýslan sé ekki nægilega gegnsæ** og að sum erindi hafi ekki fengið tilhlýðilega afgreiðslu. Þá skorti á virðingu fyrir faglegum sjónarmiðum. Fjöldi fagaðila leggur á sig gríðarlega vinnu við þjónustu og þróun sjúkrahússins. Háskólasjúkrahús á stærð við LSH rúmar margar skoðanir. Þó svo að einstakir fagaðilar séu ekki alltaf sammála stjórn sjúkrahússins á hverjum tíma merkir það ekki að þeir séu dottnir út úr „liði LSH" enda er jákvæð gagnrýni nauðsynleg fyrir þróun háskólasjúkrahúss.

Miðlæg þjónusta heilsuverndar barna: ný verkefni á nýrri öld



Geir Gunnlaugsson

Fyrri grein Geirs um Miðstöð heilsuverndar barna (MHB), fyrrum barnadeild Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur, birtist í maítölublaði Læknablaðsins (1). Hér verður greint frá verkefnum á þremur sviðum MHB sem hafa það að markmiði að styrkja starf heilsugæslunnar fyrir börn og fjölskyldur með öflugri þverfaglegri og miðlægri 2. stigs þjónustu.

Höfundur er barnalæknir og forstöðumaður á Miðstöð heilsuverndar barna.

Svið ung- og smábarnaverndar

Þetta svið á hvað dýpstar rætur í starfi Miðstöðvar heilsuverndar barna (MHB). Umfang hefðbundinnar ung- og smábarnaverndar hefur farið minnkandi á sl. árum samhliða vaxandi áherslu á ný verkefni á sviði sértækrar ung- og smábarnaverndar.

Ung- og smábarnasvið MHB – Helstu markmið

- Stuðla að ánægjulegri brjóstagjöf fyrir móður og barn.
- Skipuleggja og samhæfa forvarnir og þjónustu um svefn- og svefnvandamál í ung- og smábarnavernd.
- Bæta geðheilsu með því að fyrirbyggja hegðunarfrávik barna og draga úr vandamálum sem þegar eru til staðar.
- Ung- og smábarnavernd sé í stakk búin til að veita þroskaheftum foreldrum þjónustu í samræmi við þarfir hvers og eins.

Brjóstagjöf

Brjóstagjöf er mikilvæg móður og barni og rannsóknir sýna margvísleg jákvæð skamm- og langtímaáhrif á heilsu barna. Þó brjóstagjöf sé almenn hér á landi (2) má efla hana enn frekar (3) með samræmdri fræðslu og ráðgjöf til mæðra. Þróa þarf námskeið til að efla þekkingu þeirra sem vinna með mæður með barn á brjósti. Góð fagþekking á brjóstagjöf, eins og IBCLC-viðurkenndir (International Board Certified Lactation Consultant) brjóstaráðgjafar heilsugæslunnar hafa, skapar mörg tækifæri til framfara á þessu sviði.

Svefn ungbarna

Svefn ungbarna, eða svefnleysi og grátur, veldur áhyggjum hjá foreldrum og rannsóknir sýna að mikill grátur geti verið undanfari ofbeldis á fyrstu sex mánuðum lífsins (4). Vaxandi þjónusta fyrir börn með svefnvanda á Barnaspítala Hringsins endurspeglar þetta vandamál en er um leið ábending til heilsugæslunnar um að gera betur. MHB vinnur að skipulagningu verkefnis um svefn ungbarna sem felst í að auka þekkingu og færni starfsfólks að kljást við vandamál á þessu sviði.

Agi og uppeldi

Á síðustu misserum hefur MHB unnið að því að efla þekkingu foreldra og fagfólks á aga og uppeldi (5). Námskeið hafa verið hönnuð fyrir fagfólk til að vera leiðbeinendur á foreldranámskeiðum og æskilegt að slík námskeið verði sjálfsagður þáttur í ung- og smábarnavernd, foreldrum að kostnaðarlausu.

Þroskaheftir foreldrar

Þroskaheftir einstaklingar, með greind undir 70-75, eignast börn í samræmi við rétt sinn sem frjálsir þegnar. Við þungun þarf að sinna þessum foreldrum sérstaklega og veita þeim aðstoð við að sinna börnum sínum eftir fæðingu. MHB hefur á liðnum misserum veitt slíka þjónustu og stutt við þróun fræðsluefnis (6). Efnið er aðgengilegt á rafrænu formi á MHB fyrir allt starfsfólk heilsugæslunnar.

Svið skólaheilsugæslu

Skólaheilsugæsla í Reykjavík var frá opnun Heilsuverndarstöðvarinnar árið 1957 stýrt þaðan. Með tilkomu heilsugæslustöðva færðist ábyrgðin yfir á heilsugæslustöð í hverfi skólans, ekki síst eftir að embætti skólayfirlæknis var lagt niður árið 1992. Skólasvið MHB er nýr miðlægur vettvangur innan heilsugæslunnar til að þróa og efla skólaheilsugæslu.

Skólasvið MHB – Helstu markmið

- Innflytjendur og börn þeirra njóti fræðslu, stuðnings og þjónustu heilsugæslunnar til jafns við aðra.
- Börn með langvinnan heilsuvanda njóti skólaheilsugæslu sem tekur tillit til sérstakra þarfa þeirra og fjölskyldna.

Langveik börn

Með betri meðferð erfiðra sjúkdóma og stefnumörkun skólayfirvalda um skóla án aðgreiningar, hefur börnum með erfiða og langvinna sjúkdóma fjölgað í skólum á síðastliðnum árum. Þverfaglegur verkefnishópur á MHB kannar nú með stuðningi ráðuneytis heilbrigðismála umfang þessa hóps barna hér á landi og þörf þeirra á þjónustu í skólum.

Innflytjendur

Fjöldi barna með erlendan bakgrunn hefur vaxið mjög hér á landi á síðustu árum. Börnin og foreldrar þeirra koma mörg hver frá samfélögum með breytileg viðmið og reynslu hvað snertir heilsu og

sjúkdóma sem kallar á ný vinnubrögð í heilsuvernd barna (7). Nú er í boði sérstök móttaka á MHB fyrir börn innflytjenda, í kjölfar skimunar á göngudeild smitsjúkdóma á Barnaspítala Hringsins. Auk þessa er þörf á viðeigandi fræðsluefni á erlendum tungumálum. Starfsfólk hefur tekið slíkt efni saman og sent út á heilsugæslustöðvarnar, auk þess að hafa forgöngu um að það sé þýtt og aðgengilegt á netinu. MHB er einnig í samstarfi við aðra aðila sem koma að þjónustu við þennan hóp landsmanna, til dæmis Alþjóðahúsið í Reykjavík, Reykjavíkurteymi um málefni erlendra ríkisborgara og Fjölmenningarsetrið á Vestfjörðum.

Svið þroska- og hegðunar

Þroska- og hegðunarsvið MHB er að grunni til byggt á starfi greiningarteymis. Tilvist þess og árangur í starfi er ein birtingarmynd mikilvægis þverfaglegrar og miðlægrar þjónustu í heilsuvernd barna.

Þroska- og hegðunarsvið MHB – Helstu markmið

- Aðgengileg og skilvirk frumgreining þroskafrávika.
- Stuðla að þverfaglegri ung- og smábarnavernd fyrir fyrirburа svo þeir nái sem mestum líkamlegum, andlegum og félagslegum þroska, óháð búsetu.
- Auka vellíðan og lífsgæði fjölskyldna með ættleidd börn.

Greining og ráðgjöf

Allt vinnuferli heilsuverndar barna felur í sér skimun á frávikum, þar með talið á vexti og þroska. Með tilkomu greiningarteymis MHB árið 1998 býðst foreldrum skipulegt ferli innan heilsugæslunnar fyrir frekari greiningu þegar grunur vaknar um þroskafrávik hjá börnum þeirra. Vinnur þverfaglegt teymi starfsmanna á grunni tilvísana frá heilsugæslulæknum og fleiri fagaðilum, mest á þjónustusvæði Heilsugæslunnar en einnig nágrannabyggðum og einstaka frá landsbyggðinni. Teymið hefur gott og náið samband við aðila í umhverfi barnsins, til dæmis leikskóla og félagsþjónustuna auk þeirra sem koma að frekari greiningu á vanda barnsins, svo sem Greiningar- og ráðgjafarstöð ríkisins. Starfsfólk teymisins hefur einnig ferðast út á land þegar slík teymi hafa verið í þróun í héraði.

Fyrirburar

Á Íslandi fæðast árlega um 30-40 fyrirburar með fæðingarþyngd minni en 1500 g, af þeim um það bil 10-15 með fæðingarþyngd minni en 1000 g. Má segja að um sé að ræða nýjan hóp barna sem nýtur þjónustu heilsuverndar barna, sérstaklega minnstu fyrirburarnir, þar sem flestir þeirra létust fljótlega eftir fæðingu fyrir um tveimur áratugum síðan. Rannsóknir hér á landi (8) og erlendis (9) sýna að þessi börn eiga við margvíslegan vanda að stríða, sérstaklega hvað varðar þroska og gætir þess langt fram á skólaaldur. Brýnt er að efla þjónustu heilsugæslunnar við þessi börn og foreldra þeirra og er undirbúningur hafinn að miðlægri þjónustu á MHB.

Ættleidd börn

Um árabil hefur fjöldi erlendra ættleiddra barna komið hingað til lands. Þau hafa mörg átt æsku sem getur valdið vanda síðar á lífsleiðinni á sviði þroska og hegðunar (10). Vinna er hafin að því að skoða kosti þess að bjóða ættleiddum börnum og foreldrum þeirra sérstaka þjónustu á MHB með skipulegum skoðunum og þroskamati.

Geðheilbrigðisþjónusta

Í nýútkominni skýrslu um geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn (11) var lagt til að MHB tæki í auknum mæli að sér þjónustu við börn og unglinga með geðraskanir. Með sérstökum stuðningi ráðuneytis heilbrigðismála er til umræðu að auka geðheilbrigðisþjónustu MHB, til dæmis við börn sem eru í skoðun í greiningarteyminu en einnig að bjóða þjónustu fyrir börn með hegðunarvanda við upphaf grunnskólans.

Rannsóknir

Starfsfólk MHB hefur tekið þátt í margs konar rannsóknum á sviði heilsuverndar barna. Löng hefð er fyrir samstarfi um rannsóknir á bóluefnum, til dæmis gegn pneumókokkum (12) og áhrifum MMR á þarmaslímhúð (13). Rannsóknum á fræðslu (5, 14, 15) og þjónustu heilsuverndar barna (2, 16-18) hefur verið sinnt í vaxandi mæli og læknanemar hafa unnið nokkur verkefni í samvinnu við starfsfólk (19-22). MHB var um tíma gestastofnun mannfræðilegrar rannsóknar um litla fyrirburа með fæðingarþyngd minni en 1000 g (23, 24). Í samvinnu við umboðsmann barna gaf stofnunin út bók um heimilisofbeldi gegn börnum á Íslandi til að efla fyrsta stigs forvarnir í málaflokknum (25). Starfsfólk tekur einnig þátt í rannsóknum sem bíða birtingar eða frekari úrvinnslu gagna, til dæmis könnun á landsvísu á viðhorfi foreldra til þjónustu ung- og smábarnaverndar, könnun á fræðslu um vímuefni, bólgusvörun ungbarna við RSV-sýkingu og rannsókn á algengi eksems hjá ungbörnum og meðferð við því.

Skráning upplýsinga í heilsuvernd barna er nú í

Rannsóknir á MHB – Markmið

- Sinna rannsóknum til að dýpka skilning og þekkingu sem miðar að því að auka gæði heilsuverndarstarfs fyrir börn á Íslandi

rafrænar heilsufarsskrár, í Sögu í ung- og smábarnavernd (26) og í Ískrá í skólaheilsugæslu. Þetta skapar áður óþekkta möguleika til fjölbreyttra rannsókna sem efla faglegan grunn heilsuverndar barna svo hún samræmist því markmiði að vera ávallt byggð á bestu þekkingu og reynslu á hverjum tíma.

Niðurlag

Hér og í síðasta tölublaði Læknablaðsins (1) hefur verið lýst stöðu heilsuverndar barna og starfi MHB. Þrátt fyrir að þungi starfseminnar snerti foreldra og börn á þjónustusvæði Heilsugæslu Reykjavíkur og nágrennis þá teygir hún sig um land allt með margvíslegum hætti. Þjónustan og nýjar áherslur efla heilsuverndarstarf fyrir börn og stuðla að hagkvæmri íhlutun við grun um frávik. Foreldrar og börn þeirra vænta og eiga kröfu á bestu hugsanlegu heilsuvernd sem völ er á á hverjum tíma. Heilsugæsla landsins, studd þverfaglegri og miðlægri 2. stigs þjónustu á MHB vinnur að því að hún sé það í reynd.

Heimildir

1. Gunnlaugsson G. Miðstöð heilsuverndar barna: ný stofnun á gömlum merg. Læknablaðið 2005; 91: 456-9.
2. Jónsdóttir K, Gunnlaugsson G. Algengi og skráning brjóstagjafar á Íslandi. In: Sveinsdóttir H, Nyysti A, editors. Framtíðarsýn innan heilsugæsluhjúkrunar. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Háskólaútgáfan; 2001: 35-8.
3. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Luxumburg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2004.
4. Reijneveld SA, Wal MF, Brugman E, Sing RAH, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. Lancet 2004; 364: 1340-2.
5. Haraldsdóttir G. Agi til forvarna – uppeldi sem virkar. In: Ungir Íslendingar í ljósi vísindanna. Reykjavík: Háskólaútgáfan. Bíður birtingar, 2005.
6. Sigurjónsdóttir HB. Fræðsluefni fyrir seinfæra foreldra ungra barna. Reykjavík: Landssamtökin Þroskahjálp; 2004.
7. Júlíusdóttir Þ, Jóhannesdóttir SG. Þjónusta við nýbúa í ung- og smábarnavernd. In: Sveinsdóttir H, Nyysti A, editors. Framtíðarsýn innan heilsugæsluhjúkrunar. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Háskólaútgáfan; 2001; 27-33.
8. Georgsdóttir I, Sæmundsen E, Leósdóttir Þ, Símonardóttir I, Egilsson SÞ, Dagbjartsson A. Litlir fyriburar á Íslandi. Niðurstöður þroskamælinga við fimm ára aldur. Læknablaðið 2004; 90: 747-54.
9. Hack M, Flannery DJ, Schluchter M, Cartar L, Borawski E, Klein N. Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. N Engl J Med 2002; 346: 197-8.
10. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. Lancet 2002;360: 443-8.
11. Magnússon KM. Samhæfing í málefnum barna með hegðunarvanda og geðraskanir. Tillaga um skilgreiningu þriggja þjónustustiga og aðgerðir til að auka samþættingu þjónustunnar. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið; 2004.
12. Sigurðardóttir ST, Ingólfsdóttir G, Davíðsdóttir K, Guðnason Þ, Kjartansson S, Kristinsson KG, et al. Immune response to octavalent diphtheria- and tetanus-conjugated pneumococcal vaccines is serotype- and carrier-specific: the choice for a mixed carrier vaccine. Pediatr Infect Dis J 2002; 21: 548-54.
13. Þjóðleifsson B, Davíðsdóttir K, Agnarsson Ú, Sigþórsson G, Kjeld M, Bjarnason I. Effect of Pentavac and measles-mumps-rubella (MMR) vaccination on the intestine. Gut 2002; 51: 816-7.
14. Jónsdóttir JM, Baldursdóttir I. Reykingavarnir í ung- og smábarnavernd. In: Sveinsdóttir H, Nyysti A, editors. Framtíðarsýn innan heilsugæsluhjúkrunar. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Háskólaútgáfan; 2001; 253-5.
15. Davíðsdóttir K, Storgaard H. Viðhorf fagfólks og foreldra til fræðslu um slysavarnir barna. In: Ungir Íslendingar í ljósi vísindanna. Reykjavík: Umboðsmaður barna og Háskólaútgáfan. Bíður birtingar, 2005.
16. Finnbogadóttir H, Gunnlaugsson G. Hjúkrunarfræðingar og framkvæmd skimunar í ung- og smábarnavernd í ljósi reynslu af EFI málþroskaskimun. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2002; 78: 277-9.
17. Gunnlaugsson G, Örlygsdóttir B, Finnbogadóttir H. Home visits to newborns in Iceland: experiences and attitudes of parents and community health nurses. Eur J Public Health 2003; 13(4 Suppl): 95.
18. Gunnlaugsson G, Sæmundsen E. Að finna frávik í þroska og hegðun fimm ára barna. In: Ungir Íslendingar í ljósi vísindanna. Reykjavík: Háskólaútgáfan. Bíður birtingar, 2005.
19. Tómasdóttir M. Lýðheilsa barna: félags- og efnahagslegir áhrifaþættir, heilbrigði og vellíðan [Óbirt 3. árs rannsóknarverkefni]. Reykjavík: Læknadeild Háskóla Íslands; 2004.
20. Þorlákssson E. Lýðheilsa barna: áhættu- og verndandi þættir, stefnumótun og þjónusta [Óbirt 3. árs rannsóknarverkefni]. Reykjavík: Læknadeild Háskóla Íslands; 2004.
21. Vignisdóttir G. Ung- og smábarnavernd: greind vandamál á fyrstu átján mánuðunum og viðhorf foreldra. [Óbirt 4. árs rannsóknarverkefni]. Reykjavík: Læknadeild Háskóla Íslands; 2004.
22. Þorsteinsdóttir H. Brjóstagjöf á Íslandi í sögulegu samhengi og staðan í dag. [Óbirt 3. árs rannsóknarverkefni]. Reykjavík: Læknadeild Háskóla Íslands; 2004.
23. Einarsdóttir J. Meðferð mikilla fyrirbura. „Þessar ósvöruðu spurningar erfiðastar." In: Hauksson Ú, editor. Rannsóknir í félagsvísindum V, félagsvísindadeild. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands og Háskólaútgáfan; 2004: 565-74.
24. Einarsdóttir J. Máttug mannabörn fædd fyrir tímann. In: Ungir Íslendingar í ljósi vísindanna. Reykjavík: Háskólaútgáfan. Bíður birtingar, 2005.
25. Einarsdóttir J, Ólafsdóttir ST, Gunnlaugsson G. Heimilisofbeldi gegn börnum: höggva-hýða-hirta-hæða-hóta-hafna-hrista-hræða. Reykjavík: Miðstöð heilsuverndar barna og umboðsmaður barna; 2004.
26. Gunnlaugsson G, Samúelsson SJ. Computerized child health records in Iceland. Eur J Public Health 2003; 12(4 Suppl): 58.

Bráðamóttaka Landspítala Hringbraut

Formleg kviðverkjamóttaka skipulögð

Fyrir tveimur árum eða svo greindum við frá því hér á síðum Læknablaðsins að búið væri að koma á formlegri móttöku fyrir sjúklinga með brjóstverki á bráðamóttöku Landspítala Hringbraut. Nú er komin nokkur reynsla á það fyrirkomulag og hún er það jákvæð að verið er að þróa samsvarandi móttöku fyrir sjúklinga með kviðverki.

Að sögn Davíðs O. Arnar yfirlæknis fólst breytingin á brjóstverkjamóttökunni aðallega í því að settir voru upp ákveðnir verkferlar sem mæla fyrir um viðbrögð við tilteknum einkennum. „Þetta hefur gert alla vinnu við móttöku og rannsóknir á sjúklingum með brjóstverki markvissari en áður. Brjóstverkir eru vandamál sem að mörgu leyti laga sig vel að svona vinnuferlum en okkur langaði að reyna samsvarandi kerfi fyrir kviðverki. Eftir sameiningu sjúkrahúsanna hefur megnið af sjúklingum með kviðverki komið hingað en nú langar okkur að gera þetta formlegra og stuðla enn frekar að því að allir sjúklingar eldri en 18 ára sem eru með kviðverki komi hingað. Við erum að prufukeyra vinnuferla sem við höfum þróað en þeir eru fyrsta skrefið í átt að formlegri kviðverkjamóttöku," segir Davíð.

Sigurður Blöndal skurðlæknir segir að hingað til hafi um 80 af hundraði sjúklinga með kviðverki komið á Hringbrautina. „Við erum vel sett hvað varðar alla stoðþjónustu því hér eru flestar deildir sem við þurfum að eiga samskipti við. Eini alvarlegi hængurinn á þessu fyrirkomulagi er að æðaskurðlækningarnar eru í Fossvogi. Þess vegna þurfum við að flytja þangað sjúklinga sem þurfa á slíkum aðgerðum að halda, til dæmis þeir sem koma með sprunginn æðagúl í kviði. Auðvitað væri æskilegast að við værum í einu húsi en um það þýðir ekki að tala fyrr en búið er að byggja nýjan spítala," segir Sigurður og hugsar gott til þess að samkvæmt áætlunum um byggingu nýs sjúkrahús verður fyrst ráðist í að byggja bráðamóttöku.

„Við reynum að staðla meðferð sjúklinga, hvaða blóð- og myndgreiningarrannsóknir eru gerðar og þess háttar. Markmið númer eitt er að geta veitt sneggri og markvissari þjónustu og númer tvö er að draga úr óþarfa rannsóknum sem eru ekki endilega í þágu sjúklingsins en auka álagið á hann og kosta peninga," bætir Davíð við.



Davíð O. Arnar yfirlæknir og Sigurður Blöndal skurðlæknir á bráðadeild Landspítala Hringbraut.

Greiningunni flýtt og tíminn nýttur betur

Brjóstverkir eru tiltölulega afmarkaðir við tvö líffæri, hjarta og lungu, en það hlýtur að koma margt fleira til greina þegar kviðverkir eiga í hlut.

„Já, það er ekki jafnauðvelt að ná utan um þá. Þeir geta stafað frá meltingarvegi, þvagvegum og nýrum, stoðkerfi og æðakerfi. Það er því erfiðara að gera viðbrögð við kviðverkjum straumlínulöguð. En með því að koma á skipulögðum viðbrögð-

Þröstur Haraldsson

um getum við reynt að koma í veg fyrir að verið sé að senda fólk í rannsóknir sem það á kannski lítið erindi í," segir Sigurður.

Davíð segir að sjúklingar muni ekki finna mikinn mun að öðru leyti en því að nýja fyrirkomulagið eigi að geta gert starfsfólki kleift að finna ástæður verkjanna fyrr og koma sjúklingum í viðeigandi meðferð.

„Sjúklingar hitta fyrst fyrir hjúkrunarfræðing sem hefur við hlið sér prentuð fyrirmæli um það hvaða rannsóknir eigi að gera strax í upphafi. Það þarf því ekki að bíða eftir lækni. Sé sjúklingur með óstöðug lífsmörk er ætlast til þess að kallað sé tafarlaust í lækni. Aðalatriðið er að geta svarað þeirri spurningu fljótt og vel hvaða sjúklingar þurfa að fara í skurðaðgerð," segir Sigurður.

Hann nefnir sem dæmi um rannsóknir sem geta verið ónauðsynlegar að í Bandaríkjunum sé mjög algengt að allir sjúklingar sem koma á bráðadeildir með verk hægra megin í kvið séu settir í tölvusneiðmyndatöku. Þetta er gert vegna þess að ein algengasta ástæðan fyrir málsókn á hendur bandarískum læknum er að þeim hafi yfirsést að greina botnlangabólgu. „Tölvusneiðmyndatöku fylgir mikil geislun, allt að 400-föld miðað við venjulega röntgenmynd af lungum. Hún getur átt rétt á sér en alls ekki í öllum tilvikum. Við höfum náð mjög góðum árangri í að greina botnlangabólgu án þess að nota tölvusneiðmyndir," segir Sigurður.

10 komur á dag vegna kviðverkja

Algengi kviðverkja er töluvert sem sjá má af því að af tæplega 11.000 komum á bráðadeildina við Hringbraut í fyrra voru á milli 3500 og 4000 með kviðverki. Það samsvarar því að um 10 manns leiti til deildarinnar á degi hverjum vegna kviðverkja. „Við viljum koma þeim skilaboðum til lækna að þeir sendi sjúklinga með kviðverki hingað," segja þeir Sigurður og Davíð.

Byrjað var að prófa nýju verkferlana um síðustu áramót og síðan hefur verið safnað athugasemdum um þá. Sumarið verður notað til að fara yfir þær og sníða vankanta af kerfinu sem raunar á að verða í sífelldri endurskoðun.

Hjartavernd

Áhættumat hjarta- og æðasjúkdóma gert markvissara

Þröstur Haraldsson

Eins og fram kemur í ritstjórnargrein Karls Andersen hér í blaðinu var ákveðið um síðustu áramót að taka áhættumat og greiningu hjarta- og æðasjúkdóma út úr rekstri Hjartaverndar og fela það nýju félagi í eigu Hjartaverndar og hjarta- og innkirtlasérfræðinga sem starfa við rannsóknirnar. Vilmundur Guðnason forstöðulæknir Hjartaverndar segir að hér sé ekki um veigamikla breytingu á rekstri að ræða heldur sé verið að byggja á því sem fyrir er í því skyni að gera áhættumatið markvissara en verið hefur.

„Það sem við gerum er að nota áhættureikninn sem við höfum þróað með markvissum hætti, enda hefur hann gefið góða raun og laðað fram upplýsingar um ástand sjúklinga," segir Vilmundur í spjalli við Læknablaðið. „Auk þess að beita áhættureikninum fara sjúklingar í ítarlegri læknisskoðun en verið hefur og mikil áhersla er lögð á klínískt mat á heilsufari þeirra."

Það sem hér um ræðir er áhættumat sem fólk pantar að eigin frumkvæði eða fyrir milligöngu heimilislækna. Þetta er kerfisbundið mat sem fylgir alþjóðlega viðurkenndum stöðlum og byggist á niðurstöðum áratugalangra rannsókna Hjartaverndar. Tilgangurinn er að greina kransæðasjúkdóma á frumstigi og þá áhættuþætti sem þeim geta valdið.

Fram til 1997 greiddi Tryggingastofnun ríkisins fyrir svona áhættumat en þá var því hætt. Fólk hefur síðan þurft að standa sjálft straum af rannsókninni og dróst þjónustan töluvert saman við þá breytingu. Vilmundur bendir á að töluvert sé um að vinnustaðir og sjúkrasjóðir stéttarfélaga taki þátt í kostnaðinum.

Þriðjungur áhættuþátta óþekktur

Vilmundur segir að eitt af því sem hvatti samtökin til að taka þennan þátt fastari tökum hafi verið lítil könnun sem gerð var á þeim sem leituðu til Hjartaverndar að eigin frumkvæði. „Við könnuðum þá sem komu til okkar og komumst að því að þeir voru í 20% meiri áhættu á að fá hjartasjúkdóma en jafnaldrar þeirra," segir hann.

„Hjartasjúkdómar eru lúmskir. Það er ekkert að fólki fyrr en það verður fyrir áföllum. Við viljum hins vegar fá þá sem eru í áhættu fyrr til okkar því oft er fólk búið að ganga með sjúkdóminn árum saman án þess að vita af honum. Sumir koma til okkar af því þeir hafa fundið fyrir einhverju, verkjum eða hjartsláttartruflunum. Aðrir koma vegna ættarsögu eða vegna þess að vinir þeirra hafa verið að detta niður.

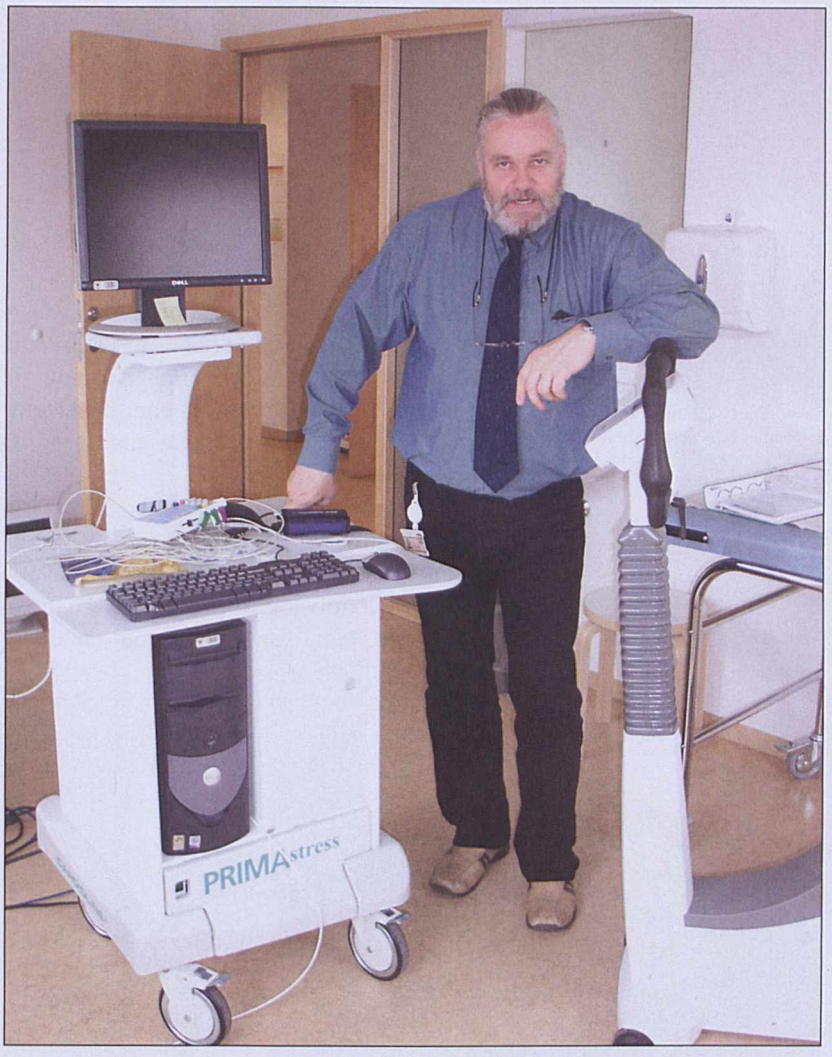
Við tökum við fólkinu og reynum að beita þeirri þekkingu sem við höfum aflað okkur til þess að greina áhættu á hjarta- og æðasjúkdómum. Við teljum okkur þekkja um það bil tvo þriðjuhluta áhættuþáttanna en þriðjungur þeirra er enn óþekktur. Fólk á hins vegar að þekkja áhættuþættina. Til dæmis þarf sérhver maður sem orðinn er fertugur að vita um áhættuþætti á borð við kólesteról og blóðþrýstingshækkun. Karlar eru í meiri áhættu en konur en þær eru þó alls ekki lausar undan henni.

Vakni minnsti grunur um aukna áhættu á hjarta- og æðasjúkdómum sendum við fólk í áreynslupróf, ómskoðun eða aðrar viðeigandi rannsóknir. Oft þarf ekki frekari rannsóknir heldur nægir að veita ráð um fæðuval og hreyfingu. Sé hins vegar talin ástæða til frekari meðferðar reynum við að fylgja því vel eftir að fólk fari í hana, það vill nefnilega bregða við að fólki fari ekki í meðferð þótt einkennin séu til staðar," segir Vilmundur.

Hann bætir því við að með áhættumatinu sé verið að sinna forvörnum, en „það er stefna íslenskra stjórnvalda að efla forvarnir, meðal annars í hjarta-, æða- og heilasjúkdómum, sem þátt í því að koma böndum á kostnaðaraukningu heilbrigðiskerfisins. Það þarf ekki að greina marga til þess að þetta fari að borga sig hratt," segir hann.

Gætum annað fleirum

Nú koma um 2500 manns á ári í áhættumat hjá Hjartavernd en að sögn Vilmundar geta þeir annað fleirum. „Fólk þarf bara að hringja og panta tíma. Svo mætir það fastandi, það eru tekin sýni og gerðar ýmsar mælingar. Þegar niðurstöður þeirra liggja fyrir kemur fólk í viðtal hjá lækni sem ræðir við það og fer með því í gegnum áhættureikninn. Það er reynt að komast að persónulegum þáttum á borð við stress og fleira sem fólk þarf að taka á. Oft nægir það en vakni minnsti grunur um að eitthvað meira sé að er fólk sent áfram í ítarlegri rannsókn," segir Vilmundur Guðnason að lokum.



Vilmundur Guðnason forstöðulæknir Hjartaverndar.

Læknanám fyrir 60 árum

Ragnheiður Guðmundsdóttir

Erindi flutt á jólafundi Félags kvenna í læknastétt 4. janúar 2001 í Þingholti, Hótel Holti. Örlítið breytt fyrir prentun.

Á þessu ári eru 60 ár frá því ég lauk prófi frá Læknadeild Háskóla Íslands.

1945 var mikið merkisár því einmitt á því ári – 8. maí – lauk síðari heimsstyrjöldinni hér í Evrópu, en nokkru síðar – 14. ágúst – einnig stríðinu við Japani. Miklu fargi var létt af þjóðum heims eftir sex löng styrjaldarár með miklu mannfalli og margskonar hörmungum öðrum.

Við vorum aðeins fjögur sem lukum læknaprófi á þessu vori (auk mín voru þar Þorgeir Gestsson, Björn Guðbrandsson og Einar Th. Guðmundsson en í janúar hafði lokið prófi Jón Hjaltalín Gunnlaugsson). Þetta var alveg óvenju fámennur árgangur.



Á jarðhæð í austurenda Alþingishússins, gegnt anddyri Dómkirkjunnar, var kennslustofa læknadeildar á stríðsárunum. Þar er nú þingflokksherbergi Framsóknarflokksins.

Ég var sjöunda konar sem lauk læknanámi hér, en Kristín Ólafsdóttir sú fyrsta lauk prófi 1917 og varð fyrsta konan sem lauk prófi frá Háskóla Íslands. Þess má til gamans geta að þetta ár höfðu aðeins níu konur lokið prófi frá HÍ, því auk okkar sjö úr læknadeild höfðu aðeins tvær lokið prófi úr öðrum deildum, önnur úr lagadeild, hin úr guðfræðideild.

Þetta er heldur rýr eftirtekja á 34 árum frá stofnun Háskóla Íslands 17. júní 1911.

Á menntaskólaárum mínum hafði ég þegar ákveðið að leggja stund á nám í bókmenntum. Ég hef alltaf haft ánægju af að lesa og menntaskólanemendur í minni tíð voru yfirleitt mjög vel lesnir bæði í íslenskum og erlendum bókmenntum. Ég hóf því nám við háskólann í Kaupmannahöfn í þýskum og enskum bókmenntum, auk náms í heimspeki sem var heilmikið nám, sex fyrirlestrar í viku í átta mánuði. Auk prófs í heimspeki lauk ég aðeins ýmsum forprófum á þýsku og ensku. Þar sem þýska var mitt aðalfag hugleiddi ég að ljúka námi við þýskan háskóla. Árið 1937 átti ég þess kost að fara til Þýskalands og fór þá meðal annars til Heidelberg en þar er gamall og gróinn háskóli. Hefði allt verið með felldu hefði ég hugsanlega farið þangað. En það var ekki allt með felldu því þetta voru miklir uppgangstímar hjá Hitler og stjórn hans og andrúmsloftið með þeim hætti að ég gat alls ekki hugsað mér að vera þar.

Ég venti því mínu kvæði í kross eins og sagt er og hóf nám við Háskóla Íslands. Hér var ekki margra kosta völ á þessum tíma. Það voru aðeins fjórar deildir: læknadeild, lögfræðideild, guðfræðideild og norræna eða íslensk fræði eins og námið var kallað.

Af þessum greinum áleit ég að læknisfræðin myndi höfða mest til mín enda fjölbreytt og áhugaverð námsgrein eins og varla þarf að taka fram hér. Háskólinn var á þessum tíma í Alþingishúsinu. Háskólinn hafði til umráða alla neðri hæðina en þingsalir voru á efri hæðinni eins og nú er. Við skólasetningu á haustin fékk háskólinn til umráða sal sameinaðs Alþingis sem nú er þingsalurinn síðan alþingi varð ein málstofa. Anddyrið var sameiginlegt fyrir alþingi og háskólann. Að sjálfsögðu var þröngt um bæði okkur og þingmenn en ég held að sambýlið hafi yfirleitt verið hnökralaust og auðvitað datt engum í hug að kvarta um aðstöðuleysi sem var nokkuð áberandi, ekki síst hjá okkur í læknadeild. Stofa deildarinnar var í austurenda hússins, allrúmgóð og vísuðu gluggarnir beint að dyrum Dómkirkjunnar. Stofan er nú þingflokksherbergi Framsóknarflokksins.

Ég tók öll prófin í fyrsta hluta námsins í þessari stofu í Alþingishúsinu. Trausti Ólafsson kenndi okkur efnafræði, lífræna og ólífræna. Verklega námið, efnagreiningin, fór fram í smáhúsi bak við Menntaskólann, Fjósið svonefnda sem hefur trúlega borið nafn með rentu í upphafi. Verklega námið var frá hausti til vors, tvisvar í viku, þrír tímar í senn, svo við fengum mikla æfingu í efnagreiningu. Mér þótti efnafræðin skemmtileg. Jón Steffensen kenndi okkur anatómíu, embryológíu og einnig fysíólógíu og bíókemíu. Han kenndi ekki í fyrirlestrarformi heldur tók upp eða ræddi efnið við þá sem komnir voru að prófi en þeir sátu á fremsta bekk, næstir honum. Þetta var eiginlega

Höfundur er læknir og heiðursfélagi Læknafélags Íslands.

ófrávíkjanleg regla. Það má segja að þetta væri ágætt því þá var verið að tala við nemendur sem kunnu orðið nokkuð góð skil á efninu. Því miður fengum við nær enga verklega kennslu í anatómíu eða fysíólógíu. Það voru engar krufningar, trúlega bæði vegna aðstöðuleysis og erfiðleika við að fá lík. Jón setti fljótt á stofn rannsóknarstofu, fyrst í húsi Líknar, litlu timburhúsi vestanvert við Alþingishúsið, en síðan flutti hann hafa í hús Háskólans eins og kunnugt er. Við fengum leiðbeiningar hjá honum á rannsóknarstofunni en að öðru leyti var ekki um verklega kennslu að ræða.

Prófin hjá prófessor Jóni voru munnleg eins og öll önnur próf í læknadeildinni nema tvö skrifleg próf – ritgerðir – í síðasta hlutanum. Þessi próf voru í heyranda hljóði ef svo má segja því það gátu allir komið og hlustað á sem það vildu. Þó held ég að það hafi eingöngu verið samstúdentar sem hlustuðu á en kennslustofan var alltaf full af áheyrendum. Svona var þetta hvort sem okkur líkaði það betur eða verr. Annars vorum við vön að hlustað væri á okkur á prófum því þannig var það í menntaskólanum. Það var yfirleitt verið að prófa okkur upp undir þrjú kortér, alltaf rúman hálftíma. Síðan báru þeir saman bækur sínar prófessorinn og prófdómarinn. Að lokum kom prófessorinn í dyragættina og tilkynnti hvaða vitnisburð við höfðum fengið. Að sjálfsögðu var það með blendnum tilfinningum sem við hlustuðum á úrslit prófsins í margra áheyrn.

Meðan ég var í Alþingishúsinu í fyrsta hlutanum var ég eina stúlkan og svo var einnig í mið- og síðasta hlutanum. Í hinum deildunum, lögfræði, guðfræði og íslenskum fræðum, voru engar stúlkur að staðaldri.

Í forspjallsvísindum sem svo voru kölluð hjá prófessor Ágústi H. Bjarnasyni voru alltaf nokkrar stúlkur. Þær sá ég aldrei því prófessor Ágúst kenndi síðari hluta dags. Þó svo ég væri ein var ég hvorki einmana né einangruð, langt í frá. Það var engin nýlunda fyrir piltana að vera með stúlkum í skóla, því höfðu þeir vanist í menntaskólanum sem voru bara tveir á þessum tíma, Menntaskólinn í Reykjavík og Menntaskólinn á Akureyri. Kennarar mínir allir komu fram við mig eins og hina stúdentana.

Eftir fyrsta hluta prófið urðu þáttaskil meiri að því leyti að nú lauk veru okkar endanlega í Alþingishúsinu. Við kvöddum líka prófessor Jón Steffensen. Hann var alvörugefinn maður, okkur fannst hann réttsýnn og okkur velviljaður.

Nú fluttumst við í umhverfi Landspítalans, fyrst á Rannsóknarstofu Dungals og síðan á Landspítalann sjálfan. Kennarar okkar í miðhlutanum voru prófessorarnir Níels Dungal og Kristinn Stefánsson. Dungal kenndi okkur patólógíu og



Ragnheiður Guðmundsdóttir ásamt Sigurbirni Sveinssyni formanni LÍ á aðalfundi félagsins haustið 2004 en þar var Ragnheiður gerð að heiðursfélaga LÍ. Myndin var tekin í Nesi við Seltjörn, húsi lyfjafræðinga.

bakteríólógíu. Hann var einstaklega skemmtilegur kennari sem tókst að gera þau fög sem hann kenndi lifandi og áhugaverð. Mér finnst þegar ég lít til baka að hann hafi verið eftirminnilegast kennari minn í deildinni. Við kynntumst honum líka betur en hinum því fyrir utan hinar eiginlegu kennslustundir vorum við með honum á rannsóknarstofu hans og svo aðstoðuðum við hann við krufningar. En svo stóð á að læknirinn (Þórarinn Sveinsson) sem að jafnaði sá um þær var veikur í nokkurn tíma og á meðan sá Dungal um allar krufningar með aðstoð okkar. Á meðan féllu tímar niður en krufningarnar voru ekki síður lærdómsríkar en tímarnir. Það voru fyrst og fremst lík þeirra sem létust á Landspítalanum en þó mörg utan úr bæ því oft þurfti að gera réttarkrufningar.

Mér er minnisstætt hvað maður sá mikið af kölkuðum sullum þegar lík gamals fólks voru krufin. Sullaveiki var þá búið að útrýma en þetta sýndi hvað hún hefur náð til margra. Dungal kenndi okkur síðar réttarlæknisfræði og þar naut hans skýra hugsun og framsetning sín einkar vel. Kristinn Stefánsson kenndi okkur lyfjafræði. Við mátum hann mikils því hann lagði mikla alúð við kennsluna. Við kynntumst honum hins vegar ekki eins mikið og Dungal. Prófin hjá báðum voru munnleg og var nákvæmlega eins háttað og í fyrsta hlutanum eins og ég lýsti hér á undan. Svo var um öll prófin í síðasta hlutanum.

Meðan við vorum í miðhlutanum vorum við í ýmsum kúrsum samtals í níu mánuði, það er í þrjá mánuði á hverri deild á Landspítala í kírúrgí og medisín. Það sem vakti furðu, að ekki sé meira sagt, var að tími á Landakotsspítala var ekki tekinn gildur. Það var þeim mun undarlegra þar sem Landakotsspítali hafði verið eini kennsluspítali



Á Vífilsstöðum fannst Ragnheiði átakanlegt að sjá allt þetta unga fólk tærast upp af lungnaberklum.

landsins fyrir læknastúdenta í nær 30 ár (1902-1930) og Matthías Einarsson einn þekktasti skurðlæknir landsins. Fyrir utan þessa kúrsa var einn mánuður í apóteki, annar á rannsóknarstofu Dungals og loks einn á Vífilsstöðum. Það var nokkuð sérstakt að vera á Vífilsstöðum að mörgu leyti. Við bjuggum í bænum en áttum að vera mætt á hælið kl. 8 á morgnana. Ég tók því Hafnarfjarðarbílinn kl. 7, hann stansaði við Vífilsstaðaafleggjarann og þaðan gekk ég en það er drjúgur spölur. Garðabær var ekki kominn til sögunnar og þess vegna var engin venjuleg byggð á þessu svæði, hins vegar var þarna mikil byggð hermanna þar sem þetta voru stríðsárin og margir braggar út um allt svæðið og meðfram veginum. Aldrei kom það fyrir að ég yrði fyrir áreitni frá þessum fjölda hermanna sem þarna voru. Veran á Vífilsstöðum var lærdómsrík en að sama skapi mjög dapurleg. Það var átakanlegt að sjá fjölda ungs fólks á aldur við mann sjálfan tærast upp af lungnaberklum. Það var því ekki að undra að lungnaberklarnir gengju undir nafninu tæring hjá öllum almenningi.

Og nú tók við lokaspretturinn ef svo má segja – síðasti hlutinn. Nú fór öll kennslan fram á Landspítala að frátaldri heilsufræðinni sem Júlíus Sigurjónsson kenndi í Háskólabyggingunni. Landspítalinn þá var einungis gamla byggingin. Á jarðhæð var röntgendeildin og fleira. Þar fyrir ofan var lyflæknisdeildin, svo skurðdeildin og loks á loftinu var fæðingardeildin. Það var raunar undrunarefni hvað fæðandi konum var búið þröngt húsnæði. Svo það var ekki að undra að margar dugandi ljósmæður hefðu fæðingarheimili á sínum vegum og svo var fjöldi fæðinga í heimahúsum. Kennslustofa okkar á Landspítala var í norðurálmu út frá fyrstu hæð með gluggann móti vestri. Við hliðina á kennslustofunni var rannsóknarstofa spítalans í einni nokkuð rúmgóðri stofu.

Aðalkennarar okkar voru prófessorarnir Guðmundur Thoroddsen og Jón Hjaltalín Sigurðsson. Guðmundur kenndi kírúrgí og obstetrík en Jón medisín. Guðmundur var þekktur fyrir að vera glettinn og gamansamur svo það var oft mikið hlegið í tímum hjá honum. Glettni hans var alveg græskulaus og beindist ekki síður að honum sjálfum en öðrum en aldrei að okkur. Jón Hjaltalín var ákaflega hlýr og viðfelldinn maður og báðir lögðu alúð við kennsluna. Auk þeirra nutum við tilsagnar í nokkrum sérgreinum læknisfræðinnar, í augnlækningum hjá Kjartani Ólafssyni, eyrna-, nef- og hálslækningum hjá Ólafi Þorsteinssyni, húð- og kynsjúkdómum hjá Hannesi Guðmundssyni og í geðlækningum hjá Helga Tómassyni. Af þessu má ráða að það voru fimm prófessorar og sex aukakennarar við læknadeildina á þessum tíma.

Lokaprófin stóðu eða áttu að standa frá 3. til 22. maí. Byrjað var á skriflegum prófum – ritgerðum – í kírúrgí og medisín. Þau voru í Háskólabyggingunni og fengum við sex tíma til úrlausnar. Það var einn dagur á milli þeirra. Skoðun á sjúklingum – klíník – átti að fella inn í þennan tíma. Skipulag á þessum lið var heldur klaufalegt því það voru bara tveir sem luku prófi 22. maí eins og til stóð. Ég fékk mína klíník 23. maí og síðasta var 24. eða 25. maí. Heldur fannst mér óþarfi að kalla mig í klíník á friðardaginn en þann dag voru mikil hátíðarhöld í Reykjavík eins og úti í heimi. Hitt fannst okkur beinlínis ámælisvert og Háskólanum ekki samboðið að það voru engin skólaslit þar sem okkur voru afhent prófskírteinin okkar. Okkur var sagt að þau gætum við sótt á skrifstofu Háskólans einhvern næstu daga. Þó alltaf sé full ástæða til skólaslita og afhendingar prófskírteina þá var alveg sérstök ástæða til að fagna á þessu ári, 1945, því nú voru sex löng styrjaldarár að baki sem höfðu að sjálfsögðu snert okkur öll. Þetta vor útskrifuðust, fyrir utan okkur fjögur úr læknadeild, fjórir úr guðfræðideild, fjórir úr íslenskum fræðum og 10 úr lagadeild en innan hennar var nýstofnuð viðskiptadeild.

Styrjaldarárin höfðu eins og allir vita víðtæk áhrif á allt mannlíf á Íslandi eins og annars staðar. Þegar hugsað er til áranna fyrir stríð þá er það „veröld sem var“ svo vitnað sé í Stefan Zweig. Hvað Háskólann snertir var hann einangraður, ekki síst frá öðrum háskólum. Það var ómögulegt að fá bækur eins og þær þýsku sem mikið var stuðst við. Ekkert okkar fjögurra átti til dæmis kírúrgíuna en þar komu fyrirrennarar okkar til hjálpar svo við höfðum hvert sitt eintakið.

Í byrjun stríðsins voru loftvarnarmerki stundum gefin þegar þýskar sprengjuflugvélar sveimuðu hér yfir. Þá áttum við læknastúdendar að mæta á Landspítala og Landakotsspítala. Við vorum auð-

kennd með hjálm á höfði og Rauðakrossmerki á handlegg svo við kæmumst ferða okkar því þá var útgöngubann. Ég fann þessi auðkenni í fórum mínum ekki alls fyrir löngu.

Ef litið er með sanngirni á kennsluna í læknadeild á þessum tíma þá held ég að óhætt sé að fullyrða að hún hafi veitt okkur býsna staðgóða menntun, undirstöðu sem hægt var að byggja ofan á. Besta staðfesting á þessu er sú að íslenskir læknar hafa hvarvetna verið gjaldgengir ef svo má að orði komast þar sem þeir hafa stundað framhaldsnám og störf en það er víðsvegar um Evrópu og Norður-Ameríku, bæði í Bandaríkjunum og Kanada eins og kunnugt er. Þetta sem ég hef hér rifjað upp eru aðeins örfá minningabrot frá löngu liðnum og viðburðaríkum árum meðan ég stundaði nám við læknadeild HÍ.

Það er bæði með ánægju og söknuði sem ég minnist þessa tíma. Ánægju fyrir að hafa átt þess kost að stunda háskólanám en þar var allt of fátt fólk sem stóð slíkt nám til boða, að ég tali nú ekki um konur. En jafnframt er söknuður vegna þess að flest af því fólki sem var mér samtíða er nú fallið frá. Þó þetta sé eðlilegur gangur lífsins fylgir því söknuður engu að síður.

Um leið og ég óska ykkur velfarnaðar á komandi árum langar mig jafnframt að óska ykkur til hamingju með þetta félag sem ykkur tókst að stofna með glæsibrag. Ég hef trú á, já mikla trú á að þið getið látið margt gott af ykkur leiða, ýmist einar sér eða innan læknasamtakanna. Læknar þurfa vegna þekkingar sinnar og reynslu að hafa mótandi áhrif á samfélagið svo þar geta beðið ykkar margvísleg og þörf verkefni sem ykkur er trúandi til að rækja af alúð og dugnaði.

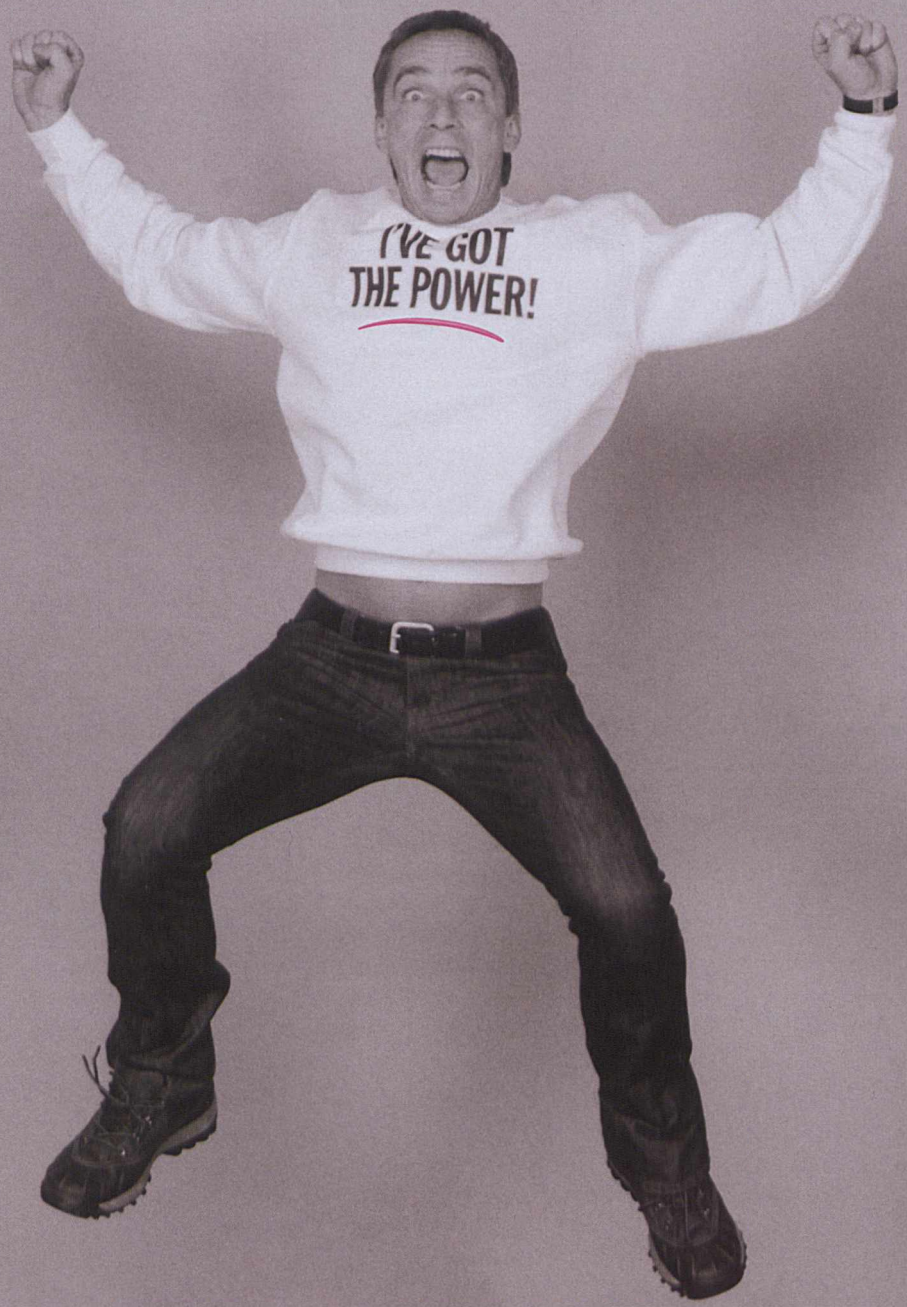




Seinni hluti námsins hjá Ragnheiði fór að mestu fram á Landspítalalóðinni. Prófessor Níels Dungal kenndi nemendum á rannsóknarstofu sinni sem var til húsa við Barónsstíg þar sem enn er rannsóknarstofa en einnig var kennt í aðalbyggingunni sem nú er að hverfa bak við tré og bíla.

APROVEL®
(irbesartan) Töflur 150mg 300mg

CO APROVEL®
(irbesartan / hydroklortiazid) Töflur 150/12.5mg 300/12.5mg



ICL.IRB.05.01.01

Með kröftugri blóðþrýstingslækkun[1,2,3] og nýrnaverndandi áhrifum*[4,5] virkar Aprovel vel á þína sjúklinga dag eftir dag[6]

*hjá sjúklingum með háþrýsting og sykursýki af gerð 2

Aprovel er AT_1-viðtakablokki með ábendingar: Meðferð við háþrýstingi. Meðferð við nýrnasjúkdómi hjá sjúklingum með háþrýsting og sykursýki af gerð 2 sem hluti lyfjagjafar við háþrýstingi. Pakkningar: 150mg 28 og 98 stk; 300mg 28 og 98 stk. Ábendingar CoAprovel: Háþrýstingur. Þessa samsetningu má nota þegar meðferð með irbesartani eða hýdróklórtíazíð þvagræsilyfi einu sér hefur ekki borið tilætlaðan árangur til að ná stjórn á blóðþrýstingi. Pakkningar: 150mg/12,5mg 28 og 98 stk; 300mg/12,5mg 28 og 98 stk

Tilvísanir: 1) Parving H-H et al. N Engl J Med 2001;345:870-878 2) E.J Lewis et al. N Eng J Med 2001;345:851-860 3) Larochelle P et al, Am j Cardiol 1997;80:1613-1615 4) Hasford J et al. J of Human Hypertens 2002;16:569-575 5) Kassler-Taub K et al, Am J Hypertens. 1998;11:445-453 6) Manica G et al, Blood Press Monit 2002;7:135-142

sanofi aventis

Bristol-Myers Squibb

Sérlyfjatexti á bls. 563

Ásækinn

Aggressive

Á lausum miða í sloppvasa fannst lýsingarorðið **aggressive** með íslensku þýðingunni **ásækinn**. Miðinn er ódagsettur og án tilvísunar í tilefni eða tillögusmið. Íðorðasafn lækna birtir nafnorðið **aggression** með þýðingunum *ýgi, árásarhneigð, árásargirni, árásarhvöt* og samsetninguna **aggressive personality**, *ýg skapgerð*. Undirritaður hefur aldrei getað sætt sig við nafnorðið **ýgi**. Lýsingarorðið **ýgur** má finna í Íslenskri orðabók Eddu með skýringunum: *ægilegur, hræðilegur, mannýgur, byrstur*. Með orðinu **ásækinn** er komin leið til að forðast það. Undirrituðum finnst það ágætt og hljóma vel í ýmsum læknisfræðilegum samsetningum: **ásækinn persónuleiki, ásækið illkynja æxli, ásækin sýking** og **ásækin bólga**, svo nokkur dæmi séu nefnd.

Kransæðaheilkenni

Guðmundur Þorgeirsson, prófessor, kom að máli við undirritaðan og var með heitið **acute coronary syndrome** í fórum sínum. Um er að ræða bráð veikindi sem byggjast á truflun í blóðflæði kransæða og hafa í för með sér blóðþurrð (ischemia) eða (smá)drep í hjartavöðva. Lausleg uppfletting á veraldarvefnum leiddi í ljós að þetta er nýlegt heiti sem virðist notað á tvo vegu, ósértækt og sértækt. Við ósértæka notkun er vísað til sjúkdómsfyrirbæra frá hjartaöng til hjartadreps. Við sértæka notkun er aðeins vísað til tveggja fyrirbæra, annars vegar þess sem nefna má hvikula hjartaöng (unstable angina) og hins vegar smádreps í hjartavöðva með mjög vægum eða engum hjartalínuritsbreytingum. Heitinu er meðal annars ætlað að gefa til kynna að beita verði tilteknum aðferðum við greiningu og meðferð.

Undirritaður komst að þeirri niðurstöðu að bein þýðing væri besta lausnin, **brátt kransæðaheilkenni**, sama hvort notkunin væri sértæk eða ósértæk.

Microcirculation

Gísli Sigurðsson, prófessor, hitti undirritaðan á förnum vegi fyrir allnokkru og vakti þá athygli á því að heitið microcirculation er ekki að finna í Íðorðasafni lækna. Samkvæmt læknisfræðiorðabók Stedmans frá 1995 vísar heitið til blóðrásar í slagæðlingum (arterioles), háræðum (capillaries) og bláæðlingum (venules). Orðabók Dorlands frá árinu 2000 nefnir ekki tegundir æða í lýsingu sinni heldur vísar almennt í flæði blóðs í smáæðum (microvasculature) líkamans. **Microvasculature** er þar lýst sem *þeim hluta æðakerfisins sem samanstendur af fíngerðari æðum, stundum lýst sem þeim sem hafa innra þvermál 100 míkron eða minna*. Einnig það heiti þarf að komast inn í Íðorðasafnið, svo og **vasculature**, æðar, æðakerfi. Orðið **circulation** er þýtt sem **hringrás**, enda dregið af **circulus**, sem strangt tekið merkir *lítill hringur*.

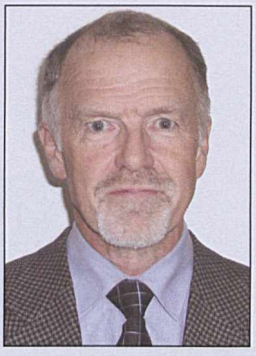
Við Gísli komum okkur saman um að **smáæðablóðrás** væri ágætt íslenskt heiti á **microcirculation**. Raunar má spyrja hvort áherslubreytingin í skilgreiningu æðanna frá Stedman 1995 til Dorlands 2000 gefi til kynna að þörf sé á tveimur slíkum heitum, **smáæðablóðrás** og **öræðablóðrás**. Síðara heitið vísar þá til allra minnstu æðanna. Gaman væri að heyra skoðanir þeirra sem fást við vandamál, sem tengjast æðum af þessari stærðargráðu, í daglegu starfi.

Microvasculature má til samræmis nefna **smáæðar, smáæðakerfi** eða **öræðar, öræðakerfi** ef þörf er á slíku.

Gangverk

Annar svæfingarlæknir, Ólafur Z. Ólafsson, setti fram heitið **gangverk** í fyrirlestri sem hann hélt síðastliðið haust. Þar var hann að íslenska enska orðið **mechanism**. Þetta er lipurt og lýsandi heiti sem gott er að eiga til viðbótar þeim tveimur sem birt eru í Íðorðasafni lækna, *vél, vélgengi*. Samkvæmt læknisfræðiorðabók Dorlands er **mechanism** dregið af gríska orðinu **mechane** og merkir: *1. vél eða gangverk sem líkist vél. 2. samsetning hluta eða ferla sem þjóna sameiginlegri starfsemi. 3. kenning um að lífið byggist á eðlis- og efnafræðilegum lögmálum í ólífrænum heimi*. Gríska orðið **mechane** er sagt hafa táknað vél, tæki, uppfinningu eða útbúnað.

Í framhaldi af þessu væri rétt að taka þýðinguna á lýsingarorðinu **mechanical** til endurskoðunar. Íðorðasafnið birtir einungis þýðinguna **vélrænn**, en það er alls ekki fullnægjandi fyrir margvíslega notkun þessa orðs í læknisfræði, samanber fræðiheitið **mechanical ileus**.



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

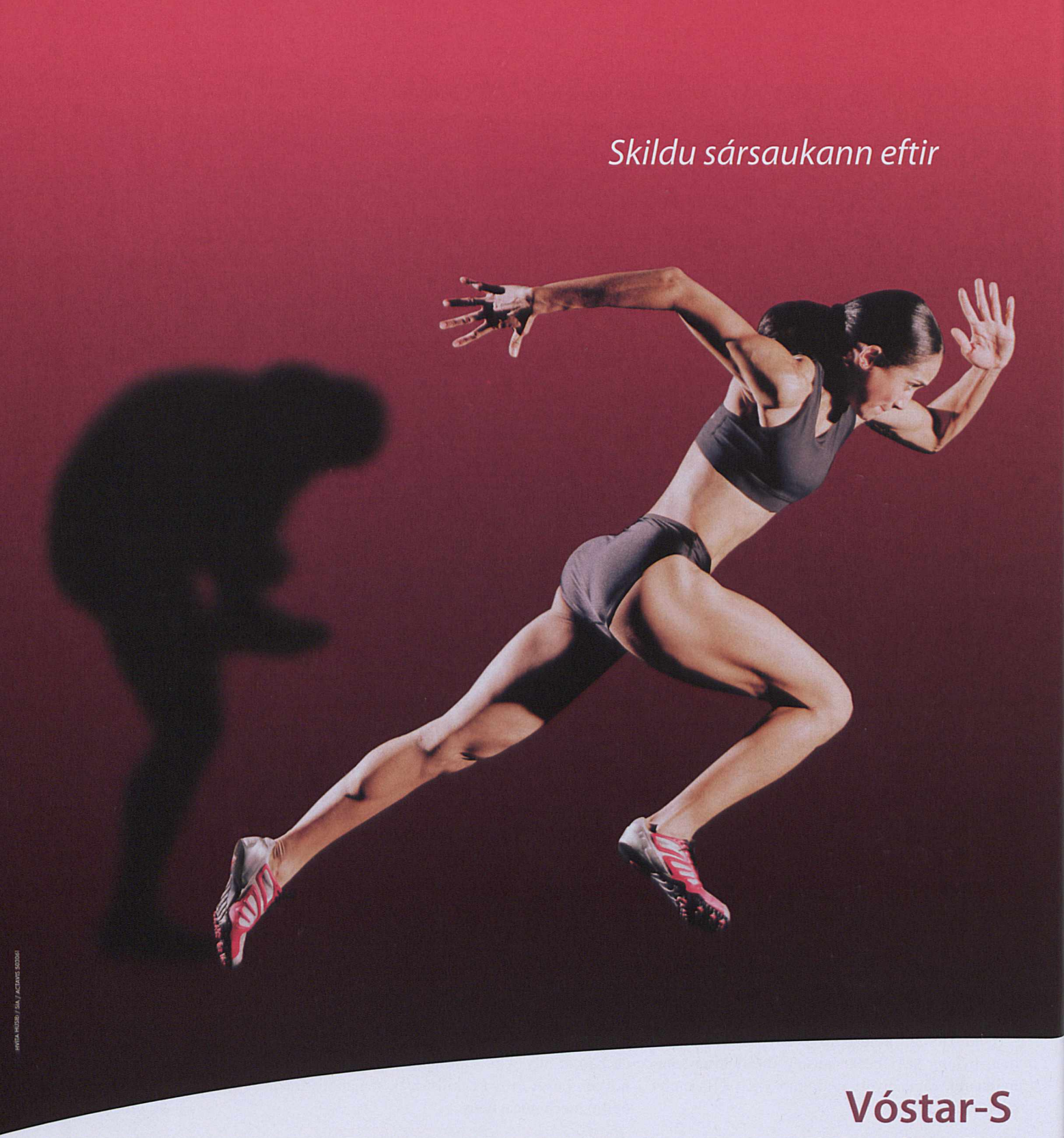
Jóhann Heiðar er læknir á Landspítala Hringbraut.

Nöldur

Undirrituðum var nýlega bent á orðskrípin **afsamþykkja** og **ósamþykkja**, sem komin eru í notkun í tengslum við ákveðið tölvuforrit á Landspítala. Tiltekin aðgerð felst í því að **samþykkja** frágengnar færslur. Engu að síður er til önnur aðgerð sem gerir fært að afturkalla samþykkið, lagfæra færslurnar og samþykkja að nýju. Það er þessi afturköllun á samþykki sem fyrrgreind orðskrípi vísa til. Getur ekki einhver komið með betri tillögu?

Samsetningin **heilsubreytandi atferli** rak á fjörurnar í vetur. Vera má að hún eigi rétt á sér í einhverjum formlegum flokkunarkerfum, þar sem helstu undirflokkar eru væntanlega **heilsubætandi atferli** og **heilsuspillandi atferli**, en vonandi þurfa læknar ekki oft að taka sér þetta í munn í hlýlegum samræðum við sjúklinga sína.

Skildu sársaukann eftir



Vóstar-S

– Skjót verkjastilling

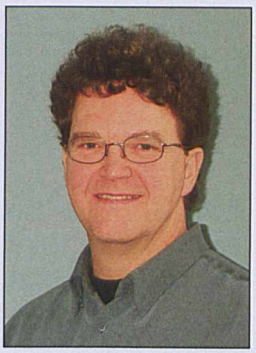
Vóstar-S
Diclofenac kalium, 50 mg

Virk innihaldsefni og styrkleikar: Hver filmuhúðuð tafla inniheldur Diclofenacum INN, kalíumsalt, 50 mg. **Ábendingar:** Bráð bólgutilvik. Bráð meðferð við mígreni, með eða án fyrirboða. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflunum skal kyngja heilum með vökva, gjarnan fyrir máltíð. *Skammtar fyrir fullorðna í bráðum bólgutilfellum:* 50-150 mg á dag í 2-3 skömmtum. *Skammtar fyrir fullorðna gegn mígreni:* 50 mg við fyrstu merki um mígrenikast. Taka má 50 mg til viðbótar ef verkirnir hafa ekki minnkað innan 2 klst. Skammtar mega ekki fara yfir 200 mg á dag. *Skammtar fyrir börn:* Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Sár í skeifugörn eða maga. Astmi, ofsakláði eða bráð nefslímubólga af völdum salisýlsýru. Alvarleg blóðflagnafæð. Alvarleg hjartabilun. Alvarleg lifrarbilun. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Síðasti þriðjungur meðgöngu. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Gæta skal varúðar þegar lyfið er gefið öldruðum, astmasjúklingum og sjúklingum með skerta lifrar-, hjarta- eða nýrnastarfsemi, sjúklingum með meltingarfærasjúkdóma eða porfýríu og sjúklingum á segavarnar- eða þvagræsilyfjameðferð. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Engin þekkt áhrif. **Meðganga:** Hömlun á myndun prostaglandína getur haft neikvæð áhrif á meðgöngu og/eða þroska fósturvísis/fósturs. Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til aukinnar hættu á fósturláti ásamt hættu á vansköpun í hjarta- og æðakerfi eftir notkun lyfja snemma á meðgöngunni sem hamla myndun prostaglandína. Hættan á vansköpun í hjarta- og æðakerfi jókst frá því að vera minni en 1% upp í 1,5%. Talið er að hættan aukist samfara stærri skömmtum og lengri meðferð. Vitað er til þess að hjá dýrum hefur gjöf hemla á prostaglandínmyndun í för með sér fjölgun fósturláta og fósturvísisláta fyrir og eftir hreiðrun. Þar að auki hefur verið tilkynnt um fjölgun annarra vansköpunartilfella, þ.á m. í hjarta- og æðakerfi, hjá dýrum sem útsett voru fyrir hemlum á prostaglandínmyndun á líffæramyndunarskeiði. Á fyrsta og öðrum þriðjungi meðgöngu má aðeins gefa Vóstar-S ef það er talið bráðnauðsynlegt. Ef kona sem æskir þess að verða þunguð tekur Vóstar-S eða ef það er tekið á fyrsta og öðrum þriðjungi meðgöngu, á að nota minnsta mögulegan skammt og í sem stystan tíma. Á síðasta þriðjungi meðgöngu geta allir hemlar á prostaglandínmyndun aukið hættu fyrir fóstrið á eiturverkunum á hjarta og lungu (ótímabærri lokun slagæðarásar og lungnaháþrýstingi). Einnig geta þeir aukið hættu fyrir fóstrið á truflunum á nýrnastarfsemi sem geta leitt til nýrnabilunar og þar með minnkunar legvatns. Séu hemlar á prostaglandínmyndun teknir í lok meðgöngunnar geta þeir aukið hættu fyrir móðurina og fóstrið á lengdum blæðingartíma og minnkuðum samdráttum í legi sem geta leitt til seinkunar/lengingar á fæðingu. Af ofangreindum ástæðum er síðasti þriðjungur meðgöngu frábending fyrir notkun Vóstar-S. **Brjóstagjöf:** Eftir 50 mg skammt á 8 klst. fresti fer virka efnið yfir í brjóstamjólk en í svo litlum mæli að ekki er búist við að barnið verði fyrir óæskilegum áhrifum af þeim sökum. **Aukaverkanir:** Óþægindi frá meltingarvegi, höfuðverkur, svimi, útbrot, kláði, hækkun á lifrarensímum. Sjaldgæfar: Blæðingar eða sáramyndun í meltingarvegi, truflun á nýrnastarfsemi, lifrarbólga, bjúgur, ofnæmisviðbrögð. **Milliverkanir:** Hemur verkun þvagræsilyfja. Samtímis meðferð með kalíumsparandi þvagræsilyfjum getur hækkað þéttni kalíums og því er mælt með að fylgst sé með kalíumþéttni í sermi. Hugsanlegt er að úthreinsun litíums og dígoxíns minnki. Gæta skal varúðar við samtímis meðferð með einu eða fleiri eftirfarandi lyfja: Metótrexati, ciklósporíni, segavarnarlyfjum, sykursýkislyfjum til inntöku og kínólónum. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu (01.04.2005):** Töflur 50 mg (þynnupakkað): 30 stk. 1.220 kr., 100 stk. 3.036 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf. September 2004.

actavis
hagur í heilsu

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA // ACTAVIS 50206

Man minna og dýrt orðið



Bjarni Jónasson

bjarni.jonasson@hg.is

Ergilegt

Sumir læknar geta verið hálf þreytandi. Maður getur þurft að bíða vikum saman eftir því að fá tíma hjá þeim á stofunni og þá leyfa þeir sér að segja: „Þú hefðir átt að koma fyrr til mín."

Ný pilla

Hafið þið heyrt um nýju getnaðarvarnarpilluna fyrir karlmenn? Hún er tekin daginn eftir og breytir blóðflokknum hjá manni.

Man minna

Eldri herra virtist áhyggjufullur þegar hann kom til læknisins í árlega skoðun.

„Er eitthvað sem veldur þér sérstökum áhyggjum?" spurði læknirinn af nærgætni.

„Ef ég á að segja allan sannleikan þá verð ég að svara því játandi," sagði maðurinn.

„Ég er orðinn nokkuð gleyminn. Í raun er það vægt orðað hjá mér því ég man stundum ekki hvar ég lagði bílnum mínum eða hvert ég er að fara. Ef ég kemst þangað sem ég ætla að fara þá man ég stundum ekki hvað ég ætlaði að gera þar. Eins og þú getur rétt ímyndað þér, læknir, þá er mér brugðið. Ég þarf svo sannarlega á hjálp þinni að halda. Hvað get ég gert?"

Læknirinn varð þögull eitt andartak en sagði svo: „Ég held að það sé réttast að þú greiðir viðtalið fyrirfram."

Gömul og hress

Einstaklega ern og skemmtileg 89 ára kona var að útskrifast af sjúkrahúsinu eftir að hafa legið inni vegna lungnabólgu. Læknirinn sem kvaddi hana sagði hughreystandi: „Mér sýnist enn vera nokkuð góð hleðsla á batteríunum hjá þér, Sigrún mín." „Æ, finnst þér það?" svaraði sú gamla að bragði, „ en það mætti að ósekju vera meira bensín eftir í tanknum."

Í tívolí

Þeir segja að Viagra sé eins og rússíbani. Maður bíður fyrst í klukkutíma og svo er gamanið búið á þremur mínútum.

Dýrt orðið

Það var um 1970 að kona nokkur sem var nýorðin ekkja og bjó úti á landi kom á ritstjórnarskrifstofu dagblaðs á landsbyggðinni og vildi birta dánartilkynningu um bónda sinn í blaðinu.

„Orðið kostar 10 krónur," sagði ritstjórnarfulltrúinn.

„Tíu krónur orðið," hváði konan, „ja, það er ekki gefins." Hún hugsaði sig um og sagði svo: „Þá skulum við hafa það „Jón Jónsson látinn"."

„Það verða að vera í það minnsta sjö orð í tilkynningunni," sagði ritstjórnarfulltrúinn.

Konunni var ekki skemmt. „Jæja þá, láttu standa „Jón Jónsson látinn. 1960 jeppi til sölu"."

Önnur frá því í gamla daga

Það var um 1960 þegar fyrst var verið að rannsaka hve áreiðanlegar getnaðarvarnartöflur væru að ung kona varð ófrísk þó svo að hún hefði notað pilluna reglulega. Þetta olli miklum heilabrotum þar til einum af læknunum sem að rannsókninni stóðu datt í hug að spyrja hvort konan hefði gleypt pilluna. „Gleypt hana, hvers vegna ætti ég að gleypa hana?" spurði konan.

Úr sjúkraskrám

- Konan er miður sín og grætur stanslaust. Hún virðist einnig vera döpur.
- Sjúklingurinn á tvo táninga en að öðru leyti er félagssagan ómarkverð.
- Hún hefur hvorki verið með sjálfta né köldu-köst, en eiginmaðurinn staðhæfir að hún hafi verið mjög heit í rúminu í gærkvöldi.
- Skar sig á loki af niðursuðudós sem hún var að setja í ruslið. Niðursuðudósin hafði innihaldið portúgalskar sardínur sem að sögn sjúklings smökkuðust vel.
- Starfar sem lögmaður. Hefur reykt en hætti fimm ára.
- Var að taka til í geymslunni sem maður skyldi aldrei gera og rak vinstra handarbak í öngul sem kræktist í hann og fékk sár á vinstra handarbakið.
- Að öllum líkindum hefur sjúklingur útskrifast heim til sín 25.07.03.
- Hafði hægðir klukkan 7 og vaknaði klukkan 8:30.
- Tyllti fæti á klósett í gær. Skrikaði fótur og vinstri fótur hennar fór ofan í klósettið og hún datt svo aftur fyrir sig og sparkaði upp undir brúnina á klósettinu. Hefur verið með verki í vinstra fæti síðan.
- Þessi kona hefur haft kolbikasvartar malbikshægðir síðan í gær.
- Björk er kona sem er annars frísk.
- Rúna var að dansa við bónda sinn á þorrablóti. Dönsuðu þau af ástríðu svo hann mjaðmarbrotnaði, en hún hlaut ákomu á höfði og hné.

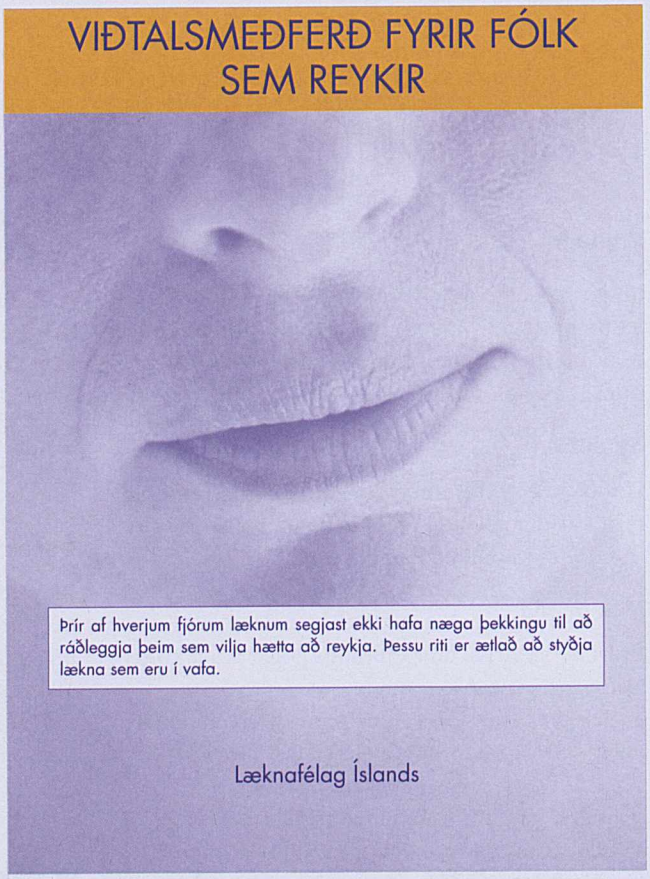
Bjarni er heimilislæknir í Garðabæ.

Bæklingur um meðferð við tóbaksfíkn

Í TILEFNI AF reyklausa deginum þann 31. maí tóku Læknafélag Íslands og Læknar gegn tóbaki sig saman og þýddu og staðfærðu sænskan bækling sem ber heitið **Viðtalsmeðferð fyrir fólk sem reykir**. Verður hann sendur öllum íslenskum læknum.

Ljóst er að Íslendingar skera sig úr í alþjóðlegum samanburði hvað varðar takmarkað framboð á meðferðarúrræðum fyrir tóbaksfíkla. Læknar geta hins vegar veitt skjólstæðingum sínum lágmarksmeðferð með því að ræða við þá um hættur af tóbaksneyslu og leiðir til reykleysis. Til þess er bæklingurinn ætlaður.

Bæklingurinn er framlag læknafélaganna til eflingar tóbaksvarna en reyklausi dagurinn sem haldinn er ár hvert að tilhlutan WHO er að þessu sinni helgaður heilbrigðisstarfsfólki sem er í lykilaðstöðu til að hafa áhrif á neysluvenjur almennings.



1. HEITI LYFS: Stilnoct. **2. VIRK INNIHALDSEFNI OG STYRKLEIKAR:** Zolpidem 10 mg. Um hjálparefni sjá 6.1. **3. LYFJAFORM:** 10 mg: Hvítar filmuhúðaðar, tafarlaus losun (immediate release), aflangar töflur til inntöku.**4. KLÍNÍSKAR UPPLÝSINGAR: 4.1 Ábendingar**: Tímabundið svefnleysi. **4.2 Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærðir handa fullorðnum:** Ávallt ber að nota lægsta skammt, sem komist verður af með. *Yngri en 65 ára:* 10 mg fyrir svefn. Ef sá skammtur reynist ófullnægjandi, má hækka hann í 15-20 mg. *Eldri en 65 ára:* Byrjunarskammtur er 5 mg, sem má auka í 10 mg, ef þörf krefur.**Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. Zolpidem virkar hratt og skal þess vegna tekið inn rétt áður en gengið er til náða eða þegar komið er upp í rúm. Mælt er með 5 mg skammti fyrir aldraða og veiklaða sjúklinga þar sem þeir geta verið sérstaklega næmir fyrir áhrifum zolpidems. Þar sem úthreinsun og umbrot zolpidems er minna hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi skal byrjunarskammtur vera 5 mg og sérstakrar varúðar gætt hjá eldri sjúklingum. Hjá fullorðnum (yngri en 65 ára) má aðeins auka skammtinn í 10 mg ef klínískt svörun er ekki nægjanleg og þegar lyfið þolist vel. Eins og við notkun allra svefnlyfja er langtímanotkun ekki ráðlögð og ætti meðhöndlunartímabil ekki að vera lengra en 4 vikur. Í ákveðnum tilfellum getur þó reynst nauðsynlegt að hafa meðhöndlunartímann lengri en 4 vikur; þetta skal ekki gera án þess að endurmeta ástand sjúklings. **4.3 Frábendingar:** Notkun zolpidem er frábending hjá sjúklingum með ofnæmi fyrir zolpidemi, kæfisvefn, vöðvaslensfár, alvarlega lifrarbilun, bráða- og/eða alvarlega öndunarbilun. Zolpidem á ekki að ávísa handa börnum þar sem gögn eru ekki fyrirliggjandi. **4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ef mögulegt skal greina ástæðu svefnleysis og meðhöndla undirliggjandi þættir áður en svefnlyf er gefið. Ef svefnleysið lagast ekki eftir 7-14 daga meðhöndlun getur það bent til geðræna eða líkamlegra kvilla og skal reglulega endurmeta sjúklinginn af kostgæfni. **4.4.1. Ákveðnir sjúklingahópar** *Aldraðir:* Sjá ráðlagðar skammtastærðir. *Öndunarbilun:* Þar sem svefnlyf geta dregið úr öndunarhvatningu, skal gæta varúðar ef zolpidem er gefið sjúklingum með öndunarbilun. Hins vegar, hafa bráðabirgðarannsóknir ekki leitt í ljós öndunarbælandi áhrif hjá heilbrigðum einstaklingum eða hjá þeim sem eru með væga eða meðalvæga langvinna teppulungnasjúkdóma. *Geðrænir sjúkdómar:* Svefnlyf eru ekki zolpidem er gefið sjúklingum með öndunarbilun. Hins vegar, hafa bráðabirgðarannsóknir ekki leitt í ljós öndunarbælandi áhrif hjá heilbrigðum einstaklingum eða hjá þeim sem eru með væga eða meðalvæga langvinna teppulungnasjúkdóma. *Geðrænir sjúkdómar:* Svefnlyf eru ekki ráðlögð til meðferðar á geðrænum sjúkdómum. *Þunglyndi:* Þó að ekki hafi verið sýnt fram á nein klínísk mikilvæg lyfhrif og lyfjahvarfa milliverkanir við SSRI (sjá 4.5 Milliverkanir), eins og hjá öðrum róandi lyfjum/svefnlyfjum, skal gæta varúðar við gjöf zolpidems hjá sjúklingum sem hafa einkenni þunglyndis. *Skert lifrarstarfsemi:* Sjá ráðlagðar skammtastærðir. **4.4.2. Almennar upplýsingar** Læknar sem ávísa lyfinu eiga að taka tillit til eftirfarandi almennra upplýsinga sem tengjast áhrifum sem sjást eftir gjöf svefnlyfja. **Minnisleysi** Róandi lyf/svefnlyf geta valdið framvirku minnisleysi. Slíkt ástand kemur oftast fram mörgum klst. eftir inntöku lyfsins og til að draga úr hættu eiga sjúklingar að fullvissa sig um að þeir nái 7-8 klst. af ótrufluðum svefni. **Geðræn og þverstæð (paradoxical) viðbrögð** Viðbrögð eins og eirðarleysi, aukið svefnleysi, órósemi (agitation), pirringur, árásargirni, ranghugmyndir, bræði, martraðir, ofskynjanir, óviðeigandi atferli og aðrar atferlisaukaverkanir geta komið fram þegar róandi lyf/svefnlyf eru notuð. Í slíkum tilfellum ber að hætta meðferð. Þessar svaranir koma oftar fram hjá öldruðum. **Þol** Dregið getur úr svæfandi áhrifum róandi lyfja/svefnlyfja eftir nokkra vikna samfellda notkun. **Ávanabinding** Notkun róandi lyfja/svefnlyfja getur leitt til líkamlegrar og andlegrar ávanabindingar. Hætta á ávanabindingu eykst með hækkandi skammti og lengd meðferðar; einnig er hættan meiri hjá sjúklingum með sögu um geðsjúkdóma og/eða misnotkun áfengis og lyfja. Þessir sjúklingar eiga að vera undir eftirliti, ef þeir fá róandi lyf. Ef líkamleg ávanabinding myndast, koma fráhvarfseinkenni fljótlega fram ef skyndilega er hætt að taka lyfið. Þessi einkenni geta verið höfuðverkur eða vöðvaverkir, mikil angist og spenningur, eirðarleysi, rugl og pirringur. Í alvarlegum tilfellum geta eftirfarandi einkenni komið fram: óraunveruskyn (derealization), sjálfshvarf (depersonalization), ofnæm heyrn, dofi og smástingir í útlimum, ofumæmi fyrir ljósi, hávaða og líkamlegri snertingu, ofskynjun eða krampaköst. **Bakslag svefnleysis** Stuttvarandi heilkenni, þar sem einkennin sem leiddu til meðferðar með róandi lyfi/svefnlyfi, geta endurtekið sig í enn alvarlegri mynd, þegar meðferð svefnlyfsins er hætt. Önnur einkenni geta einnig komið fram svo sem breytingar á hugarástandi, kvíði og eirðarleysi. Mikilvægt er að sjúklingnum sé gert grein fyrir möguleika á bakslagi, þá er hægt að lágmarka kvíða fyrir slíkum einkennum, ef þau koma fram þegar meðferð lyfsins er hætt. Í tilfellum þar sem stuttverkandi róandi lyf/svefnlyf eru notuð, er ýmislegt sem bendir til þess að fráhvarfseinkenna geti orðið vart milli inntöku skammta, sérstaklega ef skammturinn er hár. **4.5 Milliverkanir** *Notist ekki:* Samhliða áfengisneyslu..Slævandi áhrif geta aukist þegar lyfið er tekið samhliða alkóhóli. Þetta hefur áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla. *Taka ber tilliti til:* Samhliða gjöf miðtaugakerfisbælandi lyfja. Aukning á miðtaugakerfisbælingu getur átt sér stað við samtímis notkun sterkra geðlyfja (neuroleptika), svefnlyfja, kvíðastillandi/róandi lyfja, þunglyndislyfja, ávanabindandi verkjalyfja (ópíóíðar), flogaveikilyfja, svæfingalyfja og róandi andhistamínlyfja. Hinsvegar, hafa engin klínískt marktæk milliverkanaáhrif á lyfhrif eða lyfjahvörf SSRI þunglyndislyfja (flúoxetín og sertralín) komið fram. Áhrif vellíðunar geta aukist með vanabindandi verkjastillandi lyfjum, sem getur leitt til aukinnar líkamlegar vanabindingar. Efni sem hamla ákveðin lifrarensím (sérstaklega cýtókróm P450) geta aukið áhrif sumra svefnlyfja. Zolpidem er niðurbrotið af mörgum lifrarcýtókróm P450 ensímum: aðallega ensímið CYP3A4 með aðstoðar CYP1A2. Lyfhrif zolpidems minnka þegar það er gefið samhliða rifampicíni (sem örvar CYP3A4). Hinsvegar þegar zolpidem var gefið með ítrakónazóli (CYP3A4 hemill) breyttust lyfhrif og lyfjahvörf ekki marktækt. Klínísk þýðing þessara niðurstaðna er óþekkt. *Annað:* Þegar zolpidem var gefið með warfaríni, digoxíni, ranitidíni eða cimetidíni sáust engar marktækar lyfjahvarfa milliverkanir.**4.6 Meðganga og brjóstagjöf:** Þrátt fyrir að dýratilraunir hafi ekki sýnt vansköpun eða fósturskemmandi áhrif, hefur öryggi lyfsins á meðgöngu ekki verið staðfest. Eins og öll önnur lyf skal forðast notkun zolpidems á meðgöngu sérstaklega á fyrsta þriðjungi. Ef lyfið er gefið konu á barneignaraldri, á að upplýsa hana um að hafa samband við lækni ef hún óskar eftir, eða heldur, að hún sé þunguð. Ef nauðsynleg er að gefa zolpidem á síðasta hluta meðgöngu eða í fæðingu, getur nýburinn orðið fyrir lyfjafræðilegum áhrifum lyfsins og áhrif svo sem hitalækkun, minnkuð vöðvaspenna og væg öndunarbæling geta komið fram. Smá magn af zolpidemi finnst í brjóstamjólk. Því eiga konur með barn á brjósti ekki að nota zolpidem. **4.7 Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Vara skal ökumenn og stjórnendur véla, eins og við notkun annarra svefnlyfja, um mögulega hættu á syfju morguninn eftir meðferðina. Til þess að halda þessari hættu í lágmarki er mælt með fullum nætursvefni (7-8 klst.). **4.8 Aukaverkanir:** Vísbendingar eru um skammtaháð samband milli aukaverkana, sem tengjast notkun zolpidems, sérstaklega ákveðin áhrif á miðtaugakerfi. Eins og ráðlagt er í kafla 4.2, ættu þær að vera færri, ef zolpidem er tekið rétt áður en gengið er til náða eða þegar komið er upp í rúm. Þær koma oftast fram hjá eldri sjúklingum. Syfja yfir daginn, minnkuð árvekni, rugl, þreyta, höfuðverkur, svimi, vöðvaslappleiki, skortur á samhæfingu vöðva eða tvísýni. Oftast koma þessar aukavekanir fram við upphaf meðferðar. Einstaka sinnum hefur verið greint frá öðrum aukaverkunum s.s. meltingartruflunum, breytingu á kynhvöt og húðsvörunum. **Minnisleysi:** Framvirkt minnisleysi getur komið fram við notkun meðferðarskammta, hættan eykst við hærri skammta. Áhrif minnisleysis getur tengst óviðeigandi athöfnum. **Geðræn og þverstæð viðbrögð:** Viðbrögð eins og eirðarleysi, órósemi, pirringur, árásargirni, ranghugmyndir, bræði, martraðir, ofskynjanir, óviðeigandi atferli, svefnganga, og aðrar atferlisaukaverkanir geta komið fram þegar zolpidem er notað. Þessi viðbrögð koma oftar fram hjá öldruðum. **Ávanabinding:** Þegar zolpidem er notað samkvæmt ráðleggingum um skömmtun, meðferðarlengd og varúðarráðstöfunum, er hætta á fráhvarfseinkennum eða bakslagi í lágmarki. Hinsvegar hafa fráhvarfseinkenni og bakslag komið fram hjá sjúklingum sem hafa sögu um misnotkun áfengis eða lyfja eða eru með geðtruflanir og hafa notað zolpidem í meira magni en ráðlagðir skammtar segja til um. **Þunglyndi:** Þunglyndi, sem þegar er til staðar, getur komið fram á meðan zolpidem er notað. Þar sem svefnleysi getur verið einkenni þunglyndis þarf að endurmeta sjúklinga ef svefnleysið heldur áfram. **4.9 Ofskömmtun:** Í tilkynningum um ofskömmtun á zolpidemi einu sér, hefur skerðing á meðvitund spannað frá höfga í létt dá. Einstaklingar hafa náð sér fullkomlega eftir 400 mg ofskömmtun af zolpidemi. Tilvik ofskömmtunar þar sem zolpidem ásamt mörgum öðrum miðtaugakerfisbælandi lyfjum (þ.á m. alkóhóli) hafa endað með alvarlegum einkennum, og jafnvel dauða. Veita skal almenna einkenna- og stuðningsmeðferð. Ef ekki er talið til bóta að skola maga, skal gefa lyfjakol til að draga úr frásogi. Ekki skal gefa róandi lyf jafnvel þótt örvun komi fram. Íhuga má notkun flúmazenils ef mjög alvarleg einkenni koma fram. Hinsvegar, getur gjöf flúmazenils ýtt undir einkenni frá taugakerfi (krampar). **5. LYFJAFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR: 5.1 Lyfhrif:** Flokkun eftir verkun: Svefnlyf og róandi lyf (hypnotica og sedativa), ATC flokkur: N 05 CF 02. Zolpidem er ímídazópýridín sem aðallega binst omega-1 viðtaka undirtegund (einnig þekkt sem benzódíazepín-1 undirtegund) sem samsvarar GABA-A viðtökum sem innihalda alpha-1 undireiningar, hinsvegar bindast benzódíazepínin bæði omega-1 og omega-2 undirtegundunum. Stilling á klóranjóna göngum í gegnum þennan viðtaka leiðir til sérvirkra róandi áhrifa sem sjást við gjöf zolpidems. Þessum áhrifum er snúið við af flúmazenili sem hefur gagnstæða verkun benzódíazepíns. *Í dýrum:* Sértæk binding zolpidems við omega-1 viðtaka getur útskýrt nær algjöra vöntun á vöðaslakandi og krampastillandi áhrifum hjá dýrum við svæfandi skammta. Þessi áhrif sjást venjulega hjá benzódíazepínum sem eru ekki sértækir fyrir omega-1. *Hjá mönnum:* Zolpidem minnkar/dregur úr svefntöf og fjölda uppvaknana, það eykur lengd svefnsins og eykur svefngæði. Þessi áhrif eru tengd hefðbundnu heilarafriti, sem er óðruvísi hjá benzódíazepínunum. Í rannsóknum sem mældu prósentuhlutfall tíma sem eytt var í hverju svefnstigi, hefur almennt verið sýnt að zolpidem viðheldur svefnstigunum. Við ráðlagða skammta hefur zolpidem engin áhrif á REM-svefn (draumsvefn). Viðhald djúps svefns (stig 3 og 4 – hægur-bylgjusvefn) gæti verið vegna sérhæfðrar bindingar zolpidems við omega-1. Öll þekkt áhrif zolpidems ganga til baka við gjöf flúmazenils sem hefur gagnstæða verkun við benzódíazepín. **5.2 Lyfjahvörf:** Zolpidem bæði frásogast hratt og svæfandi verkun hefst fljótt. Hámarksplasmaþéttni næst eftir 0,5 og 3 klst. Eftir inntöku er aðgengi um 70% vegna miðlungs mikilla fyrstu hringrásar áhrifa í lifur. Helmingunartími er stuttur, meðaltalsgildið er 2,4 klst. (±0,2 klst.) og verkunarlengd er allt að 6 klst. Við lækningalega skammta eru lyfjahvörf zolpidems línuleg og breytast ekki við endurtekna gjöf. Prótein binding er 92,5% ± 0,1%. Dreifingarrúmmál hjá fullorðnum er 0,54%±0,02 l/kg og lækkar í 0,34±0,05 l/kg hjá öldruðum. Öll umbrotsefnin eru lyfjafræðilega óvirk og útskiljast í þvagi (56%) og í saur (37%). Auk þess trufla þau ekki plasmabindingu zolpidems. Athuganir hafa sýnt að ekki er hægt að úthreinsa zolpidem með himnuskilun. Þar sem plasmastyrkur zolpidems hjá öldruðum og hjá þeim sem eru með skerta lifrarstarfsemi eykst, getur þurft að breyta skömmtum hjá þeim. Hjá sjúklingum með skerta nýrnarstarfsemi, hvort sem þeir eru í himnuskilun eða ekki, er meðalmikil lækkun á útskilnaði. Engin áhrif eru á aðrar lyfjafræðilegar stærðir. **6. LYFJAGERÐARFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR: 6.1 Hjálparefni:** Mjólkursykur, örkristallaður sellulósi, metýlhýdroxýprópýlsellulósi, natríumsterkjuglýkóllat, magnesíumstearat. Samsetning filmuhúðar: Metýlhýdroxýprópýlsellulósi, títaníum tvíoxíð (E171), pólýoxýetýleneglýkól 400. **6.2 Ósamrýmanleiki:** Ekki þekktur. **6.3 Geymsluþol:** 5 ár. **6.4 Sérstakar varúðarreglur við geymslu:** Geymist við stofuhita. **6.5 Gerð íláts og innihald:** Þynnupakkningar. **6.6 Leiðbeiningar um notkun og meðhöndlun < og förgun>:** Engin sérstök fyrirmæli. **7. HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS:** Sanofi-Synthelabo AB, Box 141 42, 167 14 Bromma, Svíþjóð. Umboðsaðili á Íslandi: Thorarensen Lyf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. **8. NÚMER Í SKRÁ EVRÓPUSAMBANDSINS YFIR LYF:** MTnr. 880059 (IS) **9. DAGSETNING FYRSTU ÚTGÁFU MARKAÐSLEYFIS/ENDURNÝJUNAR MARKAÐSLEYFIS:** Lyfið var fyrst skráð: 1. október 1992. Markaðsleyfi var endurnýjað 16. september 2002. Gildistími markaðsleyfis: 16. september 2002 til 16. september 2007. **10. DAGSETNING ENDURSKOÐUNAR TEXTANS:** 27. febrúar 2003. **Pakkningastærðir og hámarksverð úr apóteki eru:** 10 mg 20 stk 890 kr; 10 mg 100 stk (sjúkrahússpakkning) 2.610 kr..

zolpidem

STILNOCT®

Mest notaða svefnlyfið í heiminum![1]

Binst sérhæft við omega-1 viðtaka í heila[2, 3]
- ekkert aukabragð[4]



sanofi aventis

Because health matters

Umboðsaðili á Íslandi: Icepharma \ Lynghálsi 13 \ 110 Reykjavík \ Sími 540 8000

Tilvísanir:

1) Sanofi-Synthelabo, Internal data based on IMS data - MAT ágúst 2003.2) Sérlyfjaskrá 2003 3)Holm K et al. Drugs 2000;59 (4):865-889 4) Tsutsui S. et al. The Journal of International Medical Research. 2001; 29:163-177.

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 2005**	98,36
Eining fyrir sjálfstætt starfandi heimilislækna	**frá 1. janúar 2005**	71,10
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 2004	**frá 1. janúar 2005**	214

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2005	270.530
A liður 2	frá 1. janúar 2005	236.581
B liður	frá 1. janúar 2005	423.253
D liður 1-6	frá 1. janúar 2005	274
D liður 7-8	frá 1. janúar 2005	547

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

Aðsetursskipti innanlands

Áskrifendur Læknablaðsins eru vinsamlega beðnir að tilkynna breytt heimilisföng til blaðsins, sími 564 4104 eða *brynja@lis.is*

Flutningur til útlanda

Áskrift að Læknablaðinu sem fólgin er í félagsgjöldum LÍ fellur niður þegar læknar flytja til útlanda. Áskrifendur sem vilja halda blaðinu eru beðnir að tilkynna það í síma 564 4104 eða *brynja@lis.is*

Ársáskriftargjald erlendis er 6000 kr.

Læknadagar 2006

Læknadagar verða haldnir 16.-20. janúar næstkomandi á Hótel Nordica.

Framkvæmdanefnd skipa eftirtalin:

Arna Guðmundsdóttir, formaður Fræðslustofnunar Læknafélags Íslands,
Ólafur Baldursson, framkvæmdastjóri Framhaldsmenntunarráðs læknadeildar Háskóla Íslands,
Jón Steinar Jónsson, í stjórn Fræðslustofnunar lækna,
Guðjón Birgisson, fulltrúi skurðlækna,
Sigurbjörg J. Skarphéðinsdóttir, fulltrúi Félags ungra lækna,
Sædís Sævarsdóttir, fulltrúi Félags ungra lækna og
Margrét Aðalsteinsdóttir, framkvæmdastjóri Læknadaga.

Þeim sem eiga erindi við nefndina er bent á að hafa samband við Margréti, á skrifstofu læknafélaganna, í síma 564 4108 eða í netfangið *magga@lis.is*

Raðhús til leigu í Fossvogi

Til leigu raðhús í Fossvoginum frá september 2005 til júní 2006.

Nánari upplýsingar í síma 553 7744 (Sigurður Björnsson) eða á netfanginu *kurland22@internet.is*

Píanó stillingar



Læknar virðast vera músíkalskasta stétt landsins, fyrir utan tónlistarfólk, ef marka má tæplega áratugar reynslu mína í pianóstillingum. Ég býð læknum 10% afslátt af pianóstillingum í júní sem ég hvet ykkur til að nýta, því flugmennirnir eru komnir fast á hæla ykkar hvað varðar músíkalítet!

Kristinn Leifsson, pianóstillari.
Sími 661-7909 – Netfang: *kristinn79@simnet.is*

LAUSAR STÖÐUR Á HSS



Laus yfirlæknisstaða á heilsugæslu Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja

Laus er til umsóknar yfirlæknisstaða á heilsugæslu Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja. Gerð er krafa um sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum, mikilvægt er að viðkomandi hafi reynslu af stjórnunarstörfum og búi yfir góðum samskiptahæfileikum.
Æskilegt er að viðkomandi geti hafið störf sem fyrst.
Nánari upplýsingar gefa Sigríður Snæbjörnsdóttir framkvæmdastjóri, s. 422 0500 og Konráð Lúðvíksson lækningaforstjóri, s. 422 0500.

Lausar stöður heilsugæslulækna

Lausar eru til umsóknar 2 stöður heilsugæslulækna við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja. Æskilegt er að viðkomandi hafi sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum. Nánari upplýsingar um starfið gefur settur yfirlæknir Sigurjón Kristinsson.

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja sér um heilsugæslu og almenna sjúkrahúsþjónustu.
Þar vinna um 300 starfsmenn í um 200 stöðugildum.
Á svæðinu búa 17000 manns í 5 sveitarfélögum.
Heilsugæslustöðvar eru bæði í Reykjanesbæ og Grindavík.

HEILBRIGÐISSTOFNUN SUÐURNESJA

SKÓLAVEGI 6 • 230 REYKJANESBÆ • WWW.HSS.IS • HSS@HSS.IS

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. hjartavöðvablóðþurrð, 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, þjúgur 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). Hjartsláttarónot og sláttarglöp (mjög sjaldgæf) eru 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:** Vistor hf., Hörgatún 2, Garðabær. **Pakkningar og verð 1. maí 2005:** Forðahylki, hart 1,4 mg: 30 stk. kr. 6.286,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 30 stk. kr. 6.497,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 100 stk. kr. 18.487,- Stytting á texta Sérlyfjaskrár júlí 2004. Hægt er að nálgast sérlyfjaskrártexta og samantekt á eiginleikum lyfs SPC í fullri lengd hjá lyfjaumboðsdeild Pfizer, Vistor hf.

Heimildir: 1) P. Van Kerrebroeck et al. „Tolterodine Once-Daily: Superior Efficacy and Tolerability in the Treatment of the Overactive Bladder", Urology, vol. 57 (3) 2001.

Pfizer

Detrusitol Retard tolterodin

Symbicort Turbuhaler INNÖNDUNARDUFT, R 03 A K (Styttur sérlyfjaskrártexti)

Innihaldslýsing: *Hver skammtur inniheldur:* Budesonidum INN 160 míkróg og Formoterolum INN, fúmarat tvíhýdrat, samsvarandi Formoterolum INN 4,5 míkróg og Lactosum. **Ábendingar:** Til reglulegrar meðferðar á astma þegar samsett lyfjameðferð (barksteri til innöndunar og langvirkur betaörvi) á við þegar ekki næst full stjórn á sjúkdómnum með barksterum til innöndunar og stuttverkandi beta2-örva til innöndunar eftir þörfum, eða þegar full stjórn hefur náðst á sjúkdómnum með bæði barksterum til innöndunar og langverkandi beta2-örva. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ekki ætlað til upphafsmeðferðar á astma. Skömmtun virku efnanna í lyfinu er einstaklingsbundin og henni á að breyta til samræmis við alvarleika sjúkdómsins. Skammti skal breyta að lægsta skammti sem heldur einkennum sjúkdómsins niðri. ***Skammtastærðir handa fullorðnum:*** 1-2 innandanir tvisvar sinnum á sólarhring. Venjulega þegar stjórn á einkennum hefur náðst með gjöf lyfsins tvisvar sinnum á sólarhring, getur skammtaminnkun að lægsta virka skammti leitt til þess að unnt verði að gefa lyfið einu sinni á sólarhring. ***Skammtastærðir handa börnum (yngri en 12 ára):*** Lyfið er ekki ráðlagt börnum yngri en 12 ára. ***Sérstakir sjúklingahópar:*** Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir búdesóníði, formóteróli eða innönduðum mjólkursykri. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ráðlagt er að minnka skammta smám saman þegar meðferð er hætt. Ef sjúklingur telur að meðferð skili ekki viðunandi árangri eða að hann þurfi meira en núverandi skömmtun samsetts lyfs, verður hann að leita læknis. Aukin notkun berkjuvíkkandi lyfs í bráðatilvikum (rescue bronichodilatores) bendir til elnunar á undirliggjandi ástandi og krefst endurmats á astmameðferðinni. Skyndileg og áframhaldandi elnun á stjórn astma getur verið lífshættuleg og brýnt er að endurmeta meðferðina. Í slíkum tilvikum skal hafa í huga þörf á aukinni meðferð með barksterum eða hvort gefa þurfi að auki bólgueyðandi lyf til inntöku, eins og kúr með barksterum eða sýklalyfjameðferð ef sýking er til staðar. Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi um notkun lyfsins við meðferð á bráðu astmakasti. Sjúklingum skal leiðbeina um að hafa lyf við bráðaástandi ávallt meðferðis. Meðferð skal ekki hefja á meðan astmi fer versnandi. Eins og við á um önnur lyf til innöndunar getur komið fram berkjusamdráttur með auknum öndunarerfiðleikum strax eftir lyfjagjöf, sem er í þversögn við verkunarhátt lyfsins. Ef alvarleg einkenni koma fram, ætti að endurmeta meðferð og veita annars konar meðferð ef nauðsyn krefur. Almenn einkenni geta komið fram við notkun hvaða barkstera til innöndunar sem er, sérstaklega við stóra skammta sem eru gefnir til langs tíma. Þessar verkanir koma miklu síður fram við meðferð til innöndunar heldur en þegar barksterar eru teknir inn. Hugsanlegar almennar verkanir eru m.a. bæling nýrnahettna, seinkun á vexti hjá börnum og unglingum, minnkun á beinþéttni, vagl á auga og gláka. Það er þess vegna mikilvægt að skammtur af innönduðum barksterum sé sá minnsti sem heldur einkennum niðri. Læknar ættu að fylgjast náið með vexti barna og unglinga sem fá barkstera óháð íkomuleið og meta ávinning barksteraméðferðar á móti hugsanlegri vaxtarbælingu. Ef minnsta ástæða er til að ætla að starfsemi nýrnahettna sé skert eftir fyrri meðferðir með stera til inntöku, skal gæta varúðar þegar meðferð er breytt og notkun lyfsins er hafin. Ávinningur meðferðar með búdesóníði til innöndunar er venjulega að lágmarka þörf á sterum til inntöku, en hjá sjúklingum sem eru að hætta að nota stera til inntöku getur hættan á skertri starfsemi nýrnahettna varað í töluverðan tíma. Sjúklingar sem áður hafa þurft á stórum skömmtum af barksterum í bráðatilvikum að halda geta einnig verið í hættu. Þessa hugsanlegu vanstarfsemi nýrnahettna til lengri tíma ætti ávallt að hafa í huga við bráðaaðstæður og aðstæður sem líklegar eru til að geta valdið streitu og hafa verður í huga viðeigandi meðferð með barksterum. Ef umfang skertrar nýrnahettnastarfsemi er mikið getur verið nauðsynlegt að fá ráðleggingar hjá sérfræðingi við aðstæður sem líklegar eru til að valda streitu. Til þess að lágmarka hættu á sveppasýkingu í koki og hálsi ætti að leiðbeina sjúklingum um að skola munn með vatni eftir hverja lyfjagjöf. Samtímis meðferð með ketókónazóli og öðrum öflugum CP3A4 hemlum á að varast (sjá Milliverkanir). Ef það er ekki mögulegt ætti tími á milli lyfjagjafa þessara lyfja að vera eins langur og unnt er. Lyfið á að gefa með varúð sjúklingum með ofstarfsemi skjaldkirtils, krómfíklaæxli (phaeochromocytoma), sykursýki, ómeðhöndlaðan kalíumskort, hjartavöðvakvilla með þrengingum og hjartavöðvastækkun (hypertrophic obstructive cardiomyopathy), sjálfvakin neðanósæðarþrengsli (idiopathic subvalvular aortic stenosis), alvarlegan háþrýsting, slagæðagúlp eða aðra alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma, eins og blóðþurrðarhjartasjúkdóm, hraðsláttartruflanir eða alvarlega hjartabilun. Varúðar skal gæta við meðferð sjúklinga með lengingu á QTc-bili. Formóteról getur valdið lengingu á QTc-bili. Hætta á alvarlegum kalíumskorti er hugsanleg eftir stóra skammta af $beta_2$-örvum. Samtímis meðferð með lyfjum sem geta valdið kalíumskorti getur aukið möguleikann á blóðkalíumlækkandi verkun við gjöf stórra skammta af $beta_2$-örvum. Sérstök varúð er ráðlögð við bráðan alvarlegan astma þar sem vefildisskortur getur aukið hættuna. Blóðkalíumlækkandi áhrif geta aukist við samtímis gjöf xantín-afleiða, stera og þvagræsilyfja. Ráðlagt er að fylgjast með þéttni kalíums í sermi við meðferð á bráðum alvarlegum astma. Eins og við á um alla $beta_2$-örva, ætti að hafa í huga að auka tíðni blóðsykursmælinga hjá sykursjúkum. Lyfið inniheldur mjólkursykur (<1 mg/inndöndun). Þetta magn hefur venjulega ekki vandamál í för með sér hjá einstaklingum með mjólkursykuróþol. **Milliverkanir við lyf og annað:** *Milliverkanir vegna lyfjahvarfa:* Ketókónazól 200 mg einu sinni á dag sexfaldaði að meðaltali plasmagildi búdesóníðs (einn 3 mg skammtur) sem gefið var samtímis. *Milliverkanir vegna lyfhrifa:* Betablokkar geta dregið úr eða hamlað verkun formóteróls. Lyfið skal því ekki gefa samtímis betablokka (þ.m.t. augndropum) nema brýna nauðsyn beri til. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun lyfsins eða samtímis meðferðar með formóteróli og búdesóníði á meðgöngu. Fullnægjandi upplýsingar um notkun formóteróls hjá þunguðum konum liggja ekki fyrir. Upplýsingar benda ekki til aukinnar hættu á vansköpun vegna notkunar búdesóníðs til innöndunar. Á meðgöngu ætti einungis að nota lyfið þegar væntanlegur ávinningur vegur þyngra en hugsanleg hætta. Nota ætti lægsta skammt af búdesóníði sem gefur viðunandi stjórn á astma. Ekki er vitað hvort formóteról og búdesóníð berast í brjóstamjólk. Eingöngu ætti að gefa konum með barn á brjósti lyfið ef væntanlegur ávinningur móður er talinn meiri en hugsanleg hætta fyrir barnið. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur bæði búdesóníð og formóteról, getur sama mynstur aukaverkana komið fram og greint hefur verið frá við notkun þessara efna. Ekki hefur sést aukin tíðni aukaverkanatilvika eftir að þessi tvö efni hafa verið gefin samtímis. Algengustu aukaverkanir lyfsins eru þekktar aukaverkanir vegna lyfhrifa $beta_2$-örva, eins og skjálfti og hjartsláttarköst. Þær eru yfirleitt vægar og hverfa venjulega innan nokkurra daga. Aukaverkanir sem hafa verið tengdar búdesóníði eða formóteróli eru taldar upp hér á eftir. ***Algengar (>1%):*** *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarköst. Stoðkerfi: Skjálfti. Öndunarvegur: Sveppasýkingar í munni og koki, væg erting í hálsi, hósti, hæsi. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Hjarta- og æðakerfi: Hraður hjartsláttur. Stoðkerfi: Vöðvakrampar. Miðtaugakerfi: Æsingur, eirðarleysi, taugaveiklun, ógleði, sundl, svefntruflanir. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Húð: Útbrot, ofsakláði, kláði. Öndunarvegur: Berkjukrampi. Afar sjaldgæfar aukaverkanir, þar af geta sumar verið alvarlegar eru m.a.: Búdesóníð: Geðræn einkenni eins og depurð, hegðunartruflanir (aðallega hjá börnum), merki og einkenni um almenna barkstera verkun (þ.m.t. vanstarfsemi nýrnahettna), snemm- eða síðkomið ofnæmi (þ.m.t. húðbólga, ofsabjúgur og berkjukrampi), marblettir. Formóteról: Hjartaöng, blóðsykurshækkun, truflanir á bragðskyni, breytingar á blóðþrýstingi. Eins og við á um önnur innöndunarlyf, getur í einstaka tilvikum komið fram berkjusamdráttur, sem er í þversögn við verkunarhátt lyfsins (sjá Varnaðarorð). Greint hefur verið frá hjartslátttruflunum eins og gáttatitringi, ofansleglahraðtakti og aukaslögum við notkun annarra $beta_2$-örva. **Ofskömmtun:** Ofskömmtun formóteróls myndi líklega valda verkunum sem eru einkennandi fyrir beta2-adrenvirka örva: skjálfti, höfuðverkur, hjartslátttarköst og hraður hjartsláttur. Lágþrýstingur, efnaskiptablóðsýring, kalíumskortur og blóðsykurshækkun geta einnig komið fram. Bráð ofskömmtun með búdesóníði, jafnvel í stórum skömmtum, er ekki talið klínískt vandamál. **Lyfhrif:** Lyfið inniheldur formóteról og búdesóníð. Verkunarmáti þessara efna er mismunandi, en þau hafa samleggjandi verkun við að draga úr versnun astma. Upplýsingar um verkunarhátt hvors lyfjaefnis um sig eru hér á eftir. *Búdesóníð:* Búdesóníð gefið til innöndunar í ráðlögðum skömmtum hefur barkstera bólgueyðandi verkun í lungum sem dregur úr einkennum og versnun astma og hefur minni aukaverkanir í för með sér en þegar barksterar eru gefnir óstaðbundið. Nákvæmur verkunarháttur þessara bólgueyðandi áhrifa er óþekktur. *Formóteról:* Formóteról er sértækur beta2-adrenvirkur örvi sem veldur slökun á sléttum vöðvum í berkjum hjá sjúklingum með tímabundna teppu í öndunarvegum. Berkjuvíkkun hefst fljótt, innan 1-3 mín. eftir innöndun og verkunarlengd er 12 klst. eftir einn skammt. **Pakkningar:** ***Symbicort forte Turbuhaler:*** *Innöndunarduft 320/9 míkrógrömm/innöndun: 60 skammtar: 9.612 kr.* ***Symbicort mite Turbuhaler:*** *Innöndunarduft 80/4.5 míkrógrömm/innöndun 120 skammtar: 8.763 kr.* ***Symbicort Turbuhaler:*** *Innöndunarduft 160/4.5 míkrógrömm/innöndun 120 skammtar: 8.561 kr. 360 skammtar (3x120): 22.446 kr.* **Afgreiðslumáti: R. Greiðsluþátttaka: B.** Janúar 2005.

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

SYMBICORT®

DIOVAN® COMP 160/25 mg

VIRK INNIHALDSEFNI OG STYRKLEIKAR Hver filmuhúðuð tafla inniheldur 160 mg valsartan og 25 mg hýdróklórtíazíð. **LYFJAFORM** Filmuhúðuð tafla. **Ábendingar** Meðferð við háþrýstingi af óþekktri orsök. Staðlaða samsetningin Diovan Comp 160 mg/25 mg er ætluð sjúklingum sem ekki næst hjá nægilega góð stjórn á blóðþrýstingi með valsartani einu sér. **Skammtar og lyfjagjöf** Ráðlagður skammtur af Diovan Comp 160 mg/25 mg er ein filmuhúðuð tafla á dag. Diovan Comp 160 mg/25 mg má nota til meðferðar hjá þeim sjúklingum sem ekki næst hjá nægilega góð stjórn á blóðþrýstingi með valsartani einu sér og eru með þanbilsþrýsting = 100 mmHg eftir meðferð með valsartani 160 mg einu sér. Ávallt skal hefja meðferð með minni styrkleikanum valsartan 160 mg/hýdróklórtíazíð 12,5 mg og þeirri meðferð haldið áfram í að minnsta kosti 4-8 vikur áður en meðferð með Diovan Comp 160 mg/25 mg hefst. Mælt er með því að skammtur hvors virka efnisins fyrir sig sé stilltur af sérstaklega. Hámarks blóðþrýstingslækkandi áhrif Diovan Comp 160 mg/25 mg koma fram innan 4-8 vikna. Ef ekki sjást nein viðbótaráhrif sem máli skipta, að þeim tíma liðnum, skal íhuga að minnka skammtinn og hefja meðferð með öðru blóðþrýstingslækkandi lyfi til viðbótar eða meðferð með öðru blóðþrýstingslækkandi lyfi. Nota má Diovan Comp 160 mg/25 mg óháð máltíðum og taka á töflurnar inn með vökva. *Skert nýrnastarfsemi* Ekki þarf að aðlaga skammta handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (úthreinsun creatinins = 30 ml/mín.). *Skert lifrarstarfsemi* Hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, án gallteppu, á skammtur valsartans ekki að fara yfir 80 mg. Því á ekki að nota Diovan Comp 160 mg/25 mg filmuhúðaðar töflur handa þessum sjúklingum. *Aldraðir:* Nota má Diovan Comp 160 mg/25 mg óháð aldri sjúklings. *Börn og unglingar (< 18 ára):* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Diovan Comp 160 mg/25 mg handa börnum og unglingum (<18 ára). Því er ekki mælt með notkun Diovan Comp 160 mg/25 mg handa börnum og unglingum. **Frábendingar** Ofnæmi fyrir valsartani, hýdróklórtíazíði, öðrum lyfjum sem eru súlfónamíðafleiður eða einhverju hjálparefnanna. Alvarlega skert lifrarstarfsemi, gallskorpulifur og gallteppa. Alvarlega skert nýrnastarfsemi (úthreinsun creatinins < 30 ml/mín.), þvagleysi (anuria) og sjúklingar í skilun. Þrálát blóðkalíumlækkun, blóðnatríumlækkun, blóðkalsíumhækkun og þvagsýrublæði (hyperuricaemia) með einkennum. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun** *Breytingar á blóðsöltum í sermi.* Gæta skal varúðar við samhliða notkun með kalíumsparandi þvagræsilyfjum, kalíumuppbót, saltauppbót sem inniheldur kalíum eða öðrum lyfjum sem geta aukið sermisþéttni kalíums (heparin o.s.frv.). Greint hefur verið frá blóðkalíumlækkun í meðferð með þvagræsilyfjum af flokki tíazíða. Mælt er með tíðum mælingum á kalíum í sermi. Meðferð með þvagræsilyfjum af flokki tíazíða hefur verið tengd blóðnatríumlækkun og blóðlýtingu af völdum blóðklóríðlækkunar (hypochloraemic alkalosis). Tíazíð auka útskilnað magnesíums í þvagi sem leitt getur til blóðmagnesíumlækkunar. Þvagræsilyf af flokki tíazíða draga úr útskilnaði kalsíums. Það getur leitt til blóðkalsíumhækkunar. Með reglulegu og viðeigandi millibili ætti að mæla sermisþéttni blóðsalta. *Sjúklingar með natríumskort og/eða minnkað blóðrúmmál.* Hjá sjúklingum sem eru í meðferð með þvagræsilyfjum af flokki tíazíða ætti að fylgjast vel með klínískum einkennum um truflun á vökva- eða blóðsaltajafnvægi. Viðvörunarmerki um truflun á vökva- eða blóðsaltajafnvægi eru munnþurrkur, þorsti, máttleysi, þreyta, svefndrungi, eirðarleysi, vöðvaverkir eða vöðvakrampar, máttleysi í vöðvum, lágþrýstingur, þvagburrð, hraðtaktur og meltingartruflun t.d. ógleði eða uppköst. Hjá sjúklingum með alvarlegan natríumskort og/eða alvarlega minnkað blóðrúmmál, t.d. þeim sem fá stóra skammta af þvagræsilyfjum, getur í mjög sjaldgæfum tilvikum komið fram lágþrýstingur með einkennum eftir að meðferð með Diovan Comp 160 mg/25 mg hefst. Leiðrétta skal saltaskort og/eða minnkað blóðrúmmál áður en meðferð með Diovan Comp 160 mg/25 mg hefst. *Sjúklingar með alvarlega langvarandi hjartabilun eða annað ástand sem örvar renin-angiotensin-aldosteronkerfið.* Hjá sjúklingum þar sem starfsemi nýrna gæti verði háð virkni renin-angiotensin-aldosteronkerfisins (t.d. sjúklingar með alvarlega hjartabilun), hefur meðferð með ACE hemlum verið tengd þvagburrð og/eða versnandi blóðnituraukningu og í mjög sjaldgæfum tilvikum bráðri nýrnabilun. Notkun Diovan Comp 160 mg/25 mg hjá sjúklingum með alvarlega hjartabilun hefur ekki verið metin. Því er ekki hægt að útiloka að vegna hömlunar á renin-angiotensin-aldosteronkerfinu geti notkun Diovan Comp 160 mg/25 mg einnig tengst skerðingu á nýrnastarfsemi. Ekki á að nota Diovan Comp 160 mg/25 mg handa þessum sjúklingum. Skert nýrnastarfsemi/nýrnaígræðsla. Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi með úthreinsun creatinins = 30 ml/mín. Ekki liggja fyrir neinar upplýsingar um notkun Diovan Comp 160 mg/25 mg handa nýrnaþegum. Mælt er með reglulegu eftirliti með sermisþéttni kalíums, creatinins og þvagsýru þegar Diovan Comp 160 mg/25 mg er notað handa sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Nýrnaslagæðarþrengsli.* Hvorki skal nota Diovan Comp 160 mg/25 mg handa sjúklingum með nýrnaslagæðarþrengsli beggja nýrna né handa sjúklingum með eitt nýra og nýrnaslagæðarþrengsli, því hjá slíkum sjúklingum getur orðið aukning á þvagefni í blóði og creatinini í sermi. Aldosteronheilkenni. Ekki ætti að meðhöndla sjúklinga með aldosteronheilkenni með Diovan Comp 160 mg/25 mg vegna þess að sjúkdómurinn hefur áhrif á renin-angiotensin-aldosteronkerfið. *Ósæðar- og mítralokuþrengsli, ofvaxtarhjartavöðvakvilli.* Gæta skal sérstakrar varúðar þegar Diovan Comp 160 mg/25 mg er notað handa sjúklingum með ósæðar- eða mítralokuþrengsli eða hjartavöðvakvilla með hjartastækkun. *Skert lifrarstarfsemi.* Ekki skal nota Diovan Comp 160 mg/25 mg handa þessum sjúklingum. *Rauðir úlfar.* Greint hefur verið frá því að þvagræsilyf af flokki tíazíða geti valdið versnun eða virkjun rauðra úlfa. *Kynþáttabundinn mismunur.* Valsartan hefur minni blóðþrýstingslækkandi áhrif hjá þeldökkum sjúklingum en hjá öðrum, hugsanlega vegna hærri tíðni af lág-renin ástandi hjá þeldökkum einstaklingum með háþrýsting. *Aðrar efnaskiptatruflanir* Þvagræsilyf af flokki tíazíða geta breytt glúkósaþoli og aukið sermisþéttni kólesteróls, þríglýseríða og þvagsýru. *Almenn atriði* Gæta skal varúðar hjá sjúklingum sem fengið hafa ofnæmi fyrir öðrum angiotensin II viðtakablokkum. Ofnæmi fyrir hýdróklórtíazíði er líklegra hjá sjúklingum með ofnæmi og astma. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir** *Önnur blóðþrýstingslækkandi lyf*: Diovan Comp 160 mg/25 mg getur aukið blóðþrýstingslækkandi áhrif annarra blóðþrýstingslækkandi lyfja. *Litíum*: Greint hefur verið frá afturkræfri aukningu á sermisþéttni litíums og lítíumeitrun við samhliða notkun litíums, ACE hemla og/eða þvagræsilyfja af flokki tíazíða. Engin reynsla er af samhliða notkun valsartans og litíums. Vegna þessa er mælt með reglulegu eftirliti með sermisþéttni litíums við samhliða notkun litíums og Diovan Comp 160 mg/25 mg. *Lyf sem geta aukið kalíumþéttni eða valdið blóðkalíumhækkun*: Gæta skal varúðar við samhliða notkun kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar, saltauppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra lyfja sem geta aukið kalíumþéttni (t.d. ACE hemlar, heparin, ciclosporin) og mæla kalíumþéttni með stuttu millibili. Eftirfarandi mögulegar milliverkanir við lyf geta komið fram vegna tíazíðsins í Diovan Comp 160 mg/25 mg: *Lyf sem tengjast kalíumtapi og blóðkalíumlækkun* (t.d. kalíumlosandi þvagræsilyf, barksterar, hægðalyf, ACTH, amfotericin B, carbenoxolon, penicillin G, salicylsýra og salicylöt). Ef nota á þessi lyf ásamt samsetningu hýdróklórtíazíðs og valsartans er mælt með að fylgst sé með kalíumþéttni í plasma. Þessi lyf geta aukið áhrif hýdróklórtíazíðs á sermisþéttni kalíums. *Lyf sem raskanir á sermisþéttni kalíums hafa áhrif á*: Mælt er með reglubundnu eftirliti með sermisþéttni kalíums og hjartarafriti þegar Diovan Comp 160 mg/25 mg er gefið með lyfjum sem raskanir á sermisþéttni kalíums (t.d. digitalisglýkósíðar, lyf við hjartsláttartruflunum) hafa áhrif á og eftirtöldum lyfjum sem geta valdið torsades de pointes (þar á meðal sum lyf við hjartsláttartruflunum), en blóðkalíumlækkun eykur líkur á torsades de pointes. Hjartsláttartruflanalyf af flokki Ia (t.d. quinidin, hydroquinidin, disopyramid). Hjartsláttartruflanalyf af flokki III (t.d. amiodaron, sotalolol, dofetilid, ibutilid). Sum geðrofslyf (t.d. tioridazin, clorpromazin, levomepromazin, trifluoperazin, cyamemazin, sulpirid, sultoprid, amisulprid, tiaprid, pimozid, haloperidol, droperidol). Önnur (t.d. bepridil, cisaprid, difemanil, erytromycin til notkunar í bláæð, halofantrin, ketanserin, mizolastin, pentamidin, sparfloxacin, terfenadin, vincamin til notkunar í bláæð). *Digitalisglýkósíðar*: Blóðkalíumlækkun eða blóðmagnesíumlækkun af völdum tíazíða getur komið fram sem aukaverkun og aukið hættu á hjartsláttartruflunum af völdum digitalis. *Kalsíumsölt og D-vítamín*: Samhliða notkun þvagræsilyfja af flokki tíazíða og D-vítamíns eða kalsíumsalta getur aukið á hækkun sermisþéttni kalsíums. *Lyf við sykursýki* (insúlín og sykursýkislyf til inntöku): Aðlögun skammta sykursýkislyfsins getur verið nauðsynleg. *Beta-blokkar og diazoxíð*: Samhliða notkun þvagræsilyfja af flokki tíazíða og beta-blokka getur aukið hættuna á blóðsykurshækkun. Þvagræsilyf af flokki tíazíða geta aukið blóðsykurshækkandi áhrif diazoxíds. *Lyf til meðferðar við þvagsýrugigt* (probenecid, sulfinpyrazon og allopurinol): Aðlögun á skammti lyfja sem auka útskilnað þvagsýru getur verið nauðsynleg vegna þess að hýdróklórtíazíð getur aukið sermisþéttni þvagsýru. Nauðsynlegt getur verið að stækka skammta probenecids eða sulfinpyrazons. Samhliða notkun með þvagræsilyfjum af flokki tíazíða getur aukið tíðni ofnæmis fyrir allopurinoli. *Andkólínvirk lyf* (t.d. atropin, biperidin): Andkólínvirk lyf geta aukið aðgengi þvagræsilyfja af flokki tíazíða, vegna minni hreyfinga meltingarvegar og hægari magatæmingar. *Blóðþrýstingshækkandi amín* (t.d. noradrenalín og adrenalín): Áhrif blóðþrýstingslækkandi amína geta minnkað. *Amantadín*: Tíazíð geta aukið hættu á óæskilegum áhrifum af völdum amantadíns. *Colestyramín og colestipol resín*: Anjónaskiptiresín draga úr frásogi þvagræsilyfja af flokki tíazíða. *Frumueyðandi krabbameinslyf* (t.d. cyclofosfamíd, metotrexat): Tíazíð geta minnkað útskilnað frumueyðandi krabbameinslyfja um nýru og aukið mergbælandi áhrif þeirra. *Bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID)*: Samhliða notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (t.d. salicylsýruafleiður, indometacín) getur dregið úr þvagræsi- og blóðþrýstingslækkandi áhrifum tíazíðsins. Samfarandi blóðmagnsskortur (hypovolaemia) getur valdið bráðri nýrnabilun. *Vöðvaslakandi lyf sem ekki valda afskautun* (t.d. tubocurarín): Þvagræsilyf af flokki tíazíða auka verkun curareafleiðna. *Ciclosporín*: Samhliða meðferð með ciclosporini getur aukið hættu á þvagsýrublæði (hyperuricaemia) og þvagsýrugigtarkvillum. *Tetracyclín*: Samhliða notkun tetracyclina og þvagræsilyfja af flokki tíazíða eykur hættu á auknu þvagefni af völdum tetracyclina. Þessi milliverkun á líklega ekki við um doxycyclín. *Áfengi, svæfingalyf og róandi lyf*: Geta aukið stöðubundinn lágþrýsting. *Metyldopa*: Greint hefur verið frá einstökum tilvikum um blóðlýsublóðleysi hjá sjúklingum í samhliða meðferð með metyldopa og hýdróklórtíazíði. **Meðganga og brjóstagjöf** Eins og við á um önnur lyf sem hafa bein áhrif á renin-angiotensin-aldosteronkerfið, á ekki að nota Diovan Comp 160 mg/25 mg handa þunguðum konum. Verði kona þunguð meðan á meðferð stendur á að hætta notkun Diovan Comp 160 mg/25 mg eins fljótt og mögulegt er. Hýdróklórtíazíð skilst út í brjóstamjólk. Því er ekki ráðlegt að konur sem hafa barn á brjósti noti Diovan Comp 160 mg/25 mg. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla** Við akstur og notkun véla ætti að hafa í huga að stundum getur komið fram sundl eða þreyta. **Aukaverkanir** *Staðlaða samsetningin* Aukaverkanir sem greint var frá í klínískum rannsóknum og komu oftar fyrir með valsartani ásamt hýdróklórtíazíði en með lyfleysu og aukaverkanir sem greint hefur verið frá eftir markaðssetningu eru tilgreindar hér á eftir, flokkaðar eftir líffærum. Aukaverkanir sem þekktar eru fyrir hvort virka innihaldsefnið fyrir sig, en hafa ekki sést í klínískum rannsóknum geta komið fyrir meðan á meðferð með Diovan Comp 160 mg/25 mg stendur. Aukaverkanir hafa verið flokkaðar eftir tíðni sbr. eftirfarandi: Mjög algengar (> 1/10); algengar (> 1/100, < 1/10); sjaldgæfar (> 1/1.000, < 1/100); mjög sjaldgæfar (> 1/10.000, <1/1.000); koma örsjaldan fyrir (<1/10.000), þar með talin einstök tilvik. Blóð og eitlar Koma örsjaldan fyrir: Blóðflagnafæð, blóðleysi. Eyru og völundarhús Mjög sjaldgæfar: Svimi, suð fyrir eyrum. Augu Sjaldgæfar: Óeðlileg sjón. Meltingarfæri Algengar: Niðurgangur. Sjaldgæfar: Ógleði, meltingartruflun, kviðverkir. Almennar aukaverkanir og ástand tengt íkomuleið Algengar: Þreyta. Mjög sjaldgæfar: Sviti. Koma örsjaldan fyrir: Blæðing, bjúgur, hárlos. Ónæmiskerfi Koma örsjaldan fyrir: Ofurnæmi og ofnæmi, sermissótt. Sýkingar af völdum baktería og sníkjudýra Algengar: Nefkoksbólga. Sýkingar í efri loftvegum, þvagfærasýkingar, veirusýkingar, nefslímubólga. Rannsóknarniðurstöður Sjaldgæfar: Aukin þvagsýra, bilirubin og creatinin í sermi, blóðkalíumlækkun, blóðnatríumlækkun. Stoðkerfi og stoðvefur Sjaldgæfar: Verkir í útlimum, snúnir og tognaðir liðir, liðbólga. Mjög sjaldgæfar: Vöðvaverkir, máttleysi í vöðvum. Taugakerfi Sjaldgæfar: Sundl. Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti Sjaldgæfar: Hósti. Húð og undirhúð Koma örsjaldan fyrir: Ofsabjúgur, útbrot, kláði, bólga í húðæðum. Nýru og þvagfæri Sjaldgæfar: Aukin þvaglátatíðni. Hjarta og æðar Sjaldgæfar: Brjóstverkur. Mjög sjaldgæfar: Lágþrýstingur. Koma örsjaldan fyrir: Hjartsláttartruflun. *Viðbótarupplýsingar um hvort virka innihaldsefnið fyrir sig:* Aukaverkanir sem áður hefur verið greint frá varðandi annað virku innihaldsefnanna geta hugsanlega átt við um Diovan Comp 160 mg/25 mg, jafnvel þótt þeirra hafi ekki orðið vart í klínískum rannsóknum á þessu lyfi. *Valsartan* Sjaldgæfar: Liðverkir, bakverkir, skútabólga. Mjög sjaldgæfar: Maga- og garnarbólga, taugahvot, þróttleysi, tárubólga, blóðnasir, þunglyndi, krampar í fótum, vöðvakrampar, svefnleysi, svimi. Eftir markaðssetningu hafa komið fram mjög sjaldgæf tilvik um ofsabjúg, útbrot, kláða og annað ofnæmi, þar með talin sermissótt og æðabólga, í einstaka tilvikum skert nýrnastarfsemi; stundum ágerðist fyrirliggjandi skert nýrnastarfsemi tímabundið. Greint hefur verið frá hækkun á gildum lifrarstarfsemi hjá sjúklingum á meðferð með valsartani, en þetta er sjaldgæft. *Hýdróklórtíazíð* Greint hefur verið frá eftirtöldum aukaverkunum hjá sjúklingum í meðferð með þvagræsilyfjum af flokki tíazíða einum og sér, þar með töldu hýdróklórtíazíði, oft í stærri skömmtum en eru í Diovan Comp 160 mg/25 mg. Algengar: Ofsakláði og önnur útbrot, lystarleysi, væg ógleði og uppköst, stöðubundinn lágþrýstingur, getuleysi. Mjög sjaldgæfar: Ljósnæming, hægðatregða, niðurgangur, meltingaróþægindi, gallteppa í lifur eða gula, hjartsláttartruflanir, höfuðverkur, sundl eða svimi, svefntruflanir, þunglyndi, náladofi, sjóntruflanir, blóðflagnafæð stundum með purpura. Koma örsjaldan fyrir: Æðabólga með drepi og eitrunardreplos húðþekju, helluroðalík einkenni í húð, virkjun helluroða í húð, brisbólga, hvítfrumnafæð, kyrningahrap, beinmergsbæling, blóðlýsublóðleysi, ofnæmi, öndunarerfiðleikar þ.m.t. lungnabólga og lungnabjúgur. Blóðsalta- og efnaskiptatruflanir (sjá kafla 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). **HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS** Novartis Healthcare A/S, Lyngbyvej 172, 2100 København Ø, Danmörk. **Pakkningar og verð 1. apríl 2005:** Diovan Comp 160/25 mg 28 stk. kr. 4.406,- 98 stk. kr. 12.509,-. **Umboðsaðili á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. **Ath. Útdráttur úr Samantekt á eiginleikum lyfsins.sérlyfjaskrártextinn er styttur. Nánari upplýsingar fást hjá Novartis í síma 535-7000.**

NOVARTIS

Cymbalta®
duloxetine HCl

SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS. Heiti lyfs, lyfjaform og pakkningastærðir: CYMBALTA 30 mg hörð sýrupolin hylki eða CYMBALTA 60 mg hörð sýrupolin hylki CYMBALTA 30 mg fæst í 28 hylkja pakkningum. CYMBALTA 60 mg fæst í 28 og 98 hylkja pakkningum. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Virka innihaldsefnið í CYMBALTA er duloxetin. Hvert hylki inniheldur 30 eða 60 mg af duloxetini sem duloxetin hýdróklóríð. **Ábendingar:** Til meðferðar á alvarlegum þunglyndislotum (major depressive episodes). **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. Ráðlagður upphafsskammtur og viðhaldsskammtur er 60 mg einu sinni á dag án tillits til máltíða. Skammtar yfir 60 mg einu sinni á dag, upp að hámarksskammti 120 mg á dag gefið í jöfnum skömmtum hafa verið metnir með tilliti til öryggis í klínískum rannsóknum. Hins vegar benda upplýsingar úr klínískum rannsóknum ekki til þess að sjúklingar sem svara ekki ráðlögum upphafsskammti hafi gagn af hærri skammti. Svörun sést venjulega eftir 2-4 vikna meðferð. Mælt er með að meðferð sé veitt í nokkra mánuði eftir að svörun hefur fengist til að forðast bakslag. *Skert lifrarstarfsemi:* CYMBALTA ætti ekki að gefa sjúklingum með lifrarsjúkdóm með skertri lifrarstarfsemi. *Skert nýrnastarfsemi:* Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með væga eða miðlungs skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatinin úthreinsun 30 til 80 ml/mín). *Aldraðir:* Takmarkaðar klínískar upplýsingar eru til um notkun CYMBALTA hjá öldruðum sjúklingum með alvarlegar þunglyndissraskanir (major depressive disorders), aldraðir skulu því meðhöndlaðir með varúð. Þar til frekari upplýsingar um virkni fást er ekki mælt með notkun CYMBALTA hjá mjög öldruðum (>75 ára). *Börn og unglingar:* Rannsóknir á öryggi og virkni duloxetins hjá sjúklingum í þessum aldurshópi hafa ekki verið framkvæmdar. Því er ekki mælt með notkun CYMBALTA fyrir börn og unglinga . *Meðferð hætt:* Þegar meðferð með CYMBALTA er stöðvuð eftir meira en 1 viku meðferð, er að öllu jöfnu ráðlegt að draga smám ráðlagt að minnka skammtinn um helming eða gefa lyfið annan hvern dag. Við ákvörðun um skammtaminnkun skal hins vegar taka tillit til einstaklingsbundinna atriða varðandi sjúkling, svo sem lengd meðferðar, skammtastærð þegar ákveðið er að hætta o.s.frv. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. CYMBALTA á ekki nota samhliða ósérhæfðum, óafturkræfum Mónóamín Oxidasa hemlum (MAO hemlum). Lifrarsjúkdómur með skertri lifrarstarfsemi. Ekki ætti að nota CYMBALTA samhliða fluvoxamini, ciprofloxacini eða enoxacini (þ.e. virkum CYP1A2 hemlum) því það veldur hækkaðri plasmaþéttni duloxetins. Mikið skert nýrnastarfsemi (kreatinin úthreinsun <30 ml/mín). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** *Geðhæð og krampar:* CYMBALTA skal notað með varúð hjá sjúklingum með sögu um geðhæð eða sem hafa greinst með geðhvarfasýki og/eða krampa. *Ljósopsstærð:* Ljósopsstærðir hefur verið lýst og tengd við duloxetin, því ætti að ávísa CYMBALTA með varúð hjá sjúklingum með hækkaðan augnþrýsting eða með þekkta hættu á bráðri þrönghornsgláku. *Blóðþrýstingur:* Fylgjast skal með blóðþrýstingi eftir því sem við á hjá sjúklingum með lágþrýsting og/eða aðra hjartasjúkdóma. *Skert nýrnastarfsemi:* Plasmaþéttni duloxetins hækkar hjá sjúklingum með mikið skerta nýrnastarfsemi sem krefst blóðskilunar (kreatinin úthreinsun <30 ml/mín). *Notkun með þunglyndislyfjum:* Gæta skal varúðar sé CYMBALTA notað samhliða þunglyndislyfjum. Sérstaklega er ekki mælt með samhliða notkun sértækra afturkræfra MAO-hemla. *Jóhannesarjurt:* Tíðni aukaverkana getur aukist ef CYMBALTA er notað samhliða náttúrulyfjum sem innihalda Jóhannesarjurt (Hypericum perforatum). *Sjálfsvíg:* Þunglyndi er tengt aukinni hættu á sjálfsvígshugsunum, sjálfsskaða og sjálfsvígum. Þessi áhætta er til staðar uns marktækur bati fæst. Fylgjast skal náið með sjúklingum uns bati fæst, því ekki er víst að batamerki sjáist á fyrstu vikum meðferðar. Almenn klínísk reynsla af öllum þunglyndismeðferðum er að sjálfsvígsáhættan geti aukist á fyrstu batastigum. Dæmi eru um sjálfsvígshugmyndir og sjálfsvígsatferli meðan á duloxetinmeðferð stendur eða skömmu eftir að meðferð var hætt. Fylgjast skal náið með sjúklingum sem eru í sérstakri áhættu. Aðvara skal sjúklinga (og aðstandendur sjúklinga) um þörf á að fylgjast með tilkomu sjálfsvígshugmynda/hegðunar eða hugsana um sjálfsskaða og að leita læknisaðstoðar samstundis ef þessi einkenni koma fram. Engar klínískar rannsóknir hafa verið framkvæmdar á þunglyndum börnum. Vegna skorts á klínískri reynslu á ekki að nota duloxetin hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri til að meðhöndla alvarlegar þunglyndislotur. Ekki er hægt að yfirfæra upplýsingar um öryggi og verkun hjá fullorðnum með alvarlegar þunglyndislotur yfir á börn. Dæmi eru um sjálfsvígstilburði hjá sjúklingum á SSRI/SNRI lyfjum. *Súkrósi:* CYMBALTA hörð sýrupolin hylki innihalda súkrósa. Sjúklingar með mjög sjaldgæft arfgengt frúktósa óþol, glúkósa-galaktósa vanfrásog eða súkrasa-ísomaltasa skort skulu ekki taka lyfið. *Blæðingar:* Lýst hefur verið óeðlilegum húðblæðingum eins og marblettum og purpura tengt sérhæfðum serótónín endurupptöku hemlum (SSRI). Gæta skal varúðar hjá sjúklingum sem taka blóðþynningarlyf og/eða lyf sem vitað er að hafa áhrif á starfsemi blóðflagna og hjá sjúklingum með þekkta tilhneigingu til blæðinga. *Natríumlækkun:* Mjög sjaldgæf dæmi eru um natríumlækkun, sérstaklega hjá öldruðum, þegar CYMBALTA er gefið með öðrum lyfjum í sama lyfjaflokki. *Meðferð hætt:* Sumir sjúklingar geta fundið fyrir einkennum þegar meðferð með CYMBALTA er hætt, sérstaklega ef meðferð er stöðvuð skyndilega . *Aldraðir:* Aðeins eru til takmarkaðar klínískar upplýsingar um notkun CYMBALTA hjá öldruðum sjúklingum með alvarlegar þunglyndissraskanir. Aldraðir skulu því meðhöndlaðir með varúð. *Lyf sem innihalda duloxetin:* Mismunandi lyf sem innihalda duloxetin eru fáanleg við mismunandi ábendingum (alvarlegt þunglyndi sem og áreynsluþvagleki). Forðast skal samhliða notkun á fleiri en einu þessara lyfja. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Lyf sem verka á miðtaugakerfið:* áhættan á gjöf duloxetins samhliða öðrum lyfjum með verkun á miðtaugakerfið hefur ekki verið metin kerfisbundið nema eins og lýst er í þessum kafla. Þar af leiðandi skal gæta varúðar þegar CYMBALTA er tekið samhliða öðrum lyfjum og efnum sem verka á miðtaugakerfið þar með talið áfengi og róandi lyf (t.d. benzodiazepin lyf, morfínlík lyf, sefandi lyf, phenobarbital, andhistamín með róandi verkun). *Mónóamín Oxidasa hemlar (MAO hemlar):* vegna hættu á serótónín heilkenni skal ekki nota CYMBALTA samhliða ósérhæfðum, óafturkræfum MAO hemlum eða innan minnst 14 dögum frá því að meðferð með MAO hemlum var hætt. Miðað við helmingunartíma duloxetins skulu líða minnst 5 dagar frá því að meðferð með CYMBALTA var hætt áður en meðferð með MAO hemlum hefst . Fyrir sérhæfða, afturkræfa MAO hemla, eins og moclobemid, er hættan á serótónín heilkenni minni. Samt sem áður er ekki mælt með samhliða notkun á CYMBALTA og sérhæfðum, afturkræfum MAO hemlum. *Serótónín heilkenni:* mjög sjaldgæf dæmi eru um serótónín heilkenni hjá sjúklingum sem nota SSRI lyf (t.d. paroxetin, fluoxetin) samhliða serótónvirkum lyfjum. Gæta skal varúðar ef CYMBALTA er gefið samhliða serótónvirkum þunglyndislyfjum eins og SSRI lyfjum, þríhringlaga þunglyndislyfjum eins og clomipramini og amitriptýlini, Jóhannesarjurt (Hypericum perforatum), venlafaxini eða triptan lyfjum, tramadoli, pethidini og tryptophani. 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 CYMBALTA er gefið samhliða lyfjum sem eru aðallega umbrotin af CYP2D6 skal það gert með varúð ef þau eru með þröngan læknigalegan 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 duloxetins og sýrubindandi lyfja 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 duloxetins með öflugum CYP1A2 hemlum auki þéttni duloxetins. Fluvoxamin (100 mg einu sinni á dag), sem er öflugur CYP1A2 hemill, lækkaði greinanlega plasma úthreinsun duloxetins um u.þ.b. 77% og 6 faldaði AUC0-t. Því ætti ekki að gefa CYMBALTA samhliða öflugum CYP1A2 hemlum eins og fluvoxamini . *Lyf sem hvetja CYP1A2:* Rannsóknir á lyfjahvörfum hafa sýnt að reykingamenn hafa næstum 50% lægri duloxetin styrk í plasma samanborið við þá sem reykja ekki. *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 . Hugsanleg áhætta fyrir menn er ekki þekkt. Eins og með önnur serótónvirk lyf er hugsanlegt að nýburinn fái fráhvarfseinkenni ef móðirin tók duloxetin skömmu fyrir fæðingu. Aðeins ætti að nota CYMBALTA á meðgöngu ef hugsanlegur ávinningur réttlætir hugsanlega áhættu fyrir fóstur. Konum skal ráðlagt að láta lækninn vita ef þær verða þungaðar eða hafa í hyggju að verða þungaðar meðan á meðferð stendur. 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. Ekki er mælt með notkun CYMBALTA meðan á brjóstagjöf stendur yfir. *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. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir (≥10%) sem greint var frá hjá sjúklingum sem fengu CYMBALTA voru ógleði, munnþurrkur og hægðatregða. Aukaverkanir sem komu fyrir marktækt oftar hjá sjúklingum sem fengu duloxetin en lyfleysu og með ≥2% tíðni eða hafa mögulega klíniskt gildi eru: minnkuð matarlyst, þyngdartap, svefnleysi, minnkuð kynhvöt, fullnægingarstol (anorgasmia), sundl, svefnhöfgi, skjálfti, óskýr sjón, hitakóf, niðurgangur, uppköst, aukin svitamyndun, ristruflun*, seinkað sáðlát*, sáðlátsröskun* og þreyta. *Aðlagað að kyni Dæmi eru um fráhvarfseinkenni þegar notkun CYMBALTA er hætt. Algeng einkenni, sérstaklega þegar hætt er snögglega, eru sundl, ógleði, svefnleysi, höfuðverkur og kvíði. Vitað er að duloxetin hefur áhrif á vöðva í þvagrás. Dæmi eru um sjálfsvígshugmyndir og sjálfsvígsatferli hjá sjúklingum á duloxetin meðferð eða skömmu eftir að meðferð var hætt. **Handhafi markaðsleyfis:** Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Holland. **Dagsetning fyrstu útgáfu markaðsleyfis/endurnýjunar markaðsleyfis:** 17. desember 2004. **Verð skv. Lyfjaverðskrá 1. apríl 2005. Tryggingastofnun ríkisins tekur þátt í greiðslu lyfsins (B-merkt).** Cymbalta 30 mg hylki, 28 stk. 3.727 kr. Cymbalta 60 mg hylki, 28 stk. 5.702 kr. Cymbalta 60 mg hylki, 98 stk. 17.320 kr.

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 ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (COPD). **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur af tíótrópínbrómíði er innöndun á innihaldi úr einu hylki með HandiHaler innöndunartæki einu sinni á dag, alltaf á sama tíma dagsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Tíótrópínbrómíð hylki má ekki gleypa. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ráðlagt börnum yngri en 18 ára. **Sérstakir sjúklingahópar:** Aldraðir sjúklingar mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir tíótrópínbrómíði, atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ípratrópíni eða oxítrópíni eða hjálparefninu mjólkursykur einhýdrati. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Tíótrópínbrómíð, sem er berkjuvíkkandi lyf gefið sem viðhaldsmeðferð einu sinni á dag, á ekki að nota sem upphafsmeðferð við bráðum berkjukrampa, þ.e. bráðameðferð. Skyndilegt ofnæmi getur komið fram eftir gjöf tíótrópínbrómíðs innöndunardufts. Eins og á við um önnur andkólínvirk lyf á að nota tíótrópínbrómíð með varúð hjá sjúklingum með þrönghornsgláku, blöðruhálskirtilsstækkun eða þrengsli í blöðruhálsi. Innöndunarlyf geta valdið innöndunartengdum berkjukrampa. Þar sem plasmaþéttni hækkar við skerta nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með miðlungs til alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatíníníúthreinsun 50 ml/mín.) á aðeins að nota tíótrópínbrómíð ef ávinningur er umfram hugsanlega áhættu. Engin reynsla er af langtímanotkun hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. Sjúklingar skulu áminntir um að varast að duftið berist í augu. Þeim skal sagt að það geti valdið útfellingum eða versnun þrönghornsgláku, verk í auga eða óþægindum, tímabundinni þokusýn, áru í auga (visual halos) eða lituðum blettum (coloured images) í tengslum við roða í augum vegna vökvasöfnunar í táru eða glæru. Sjúklingar eiga að hætta notkun tíótrópínbrómíðs og hafa strax samband við lækni ef einkenni eða merki um þrönghornsgláku koma fram. Munnþurrkur, sem hefur komið fram við notkun andkólvirkra lyfja, getur tengst tannskemmdum sé hann langvarandi. Tíótrópínbrómíð á ekki að nota oftar en einu sinni á dag. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar formlegar milliverkanarannsóknir hafa verið gerðar en tíótrópínbrómíð innöndunarduft hefur verið notað samtímis öðrum lyfjum án þess að aukaverkanir hafi komið fram. Meðal þessara lyfja eru berkjuvíkkandi lyf með adrenhermandi verkun, metýlxantín, sterar til inntöku og innöndunar, sem almennt eru notuð í meðferð við langvinnri lungnateppu. Samtímis notkun tíótrópínbrómíðs og annarra andkólínvirkra lyfja hefur ekki verið könnuð og er því ekki ráðlögð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klíniskar 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 klíniskar 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 inntöku á einum skammti allt að 340 míkrógrömmum af tíótrópínbrómíði. Auk þess komu engar aukaverkanir fram sem skipta máli, fyrir utan munnþurrk, hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum sem fengu allt að 170 míkrógrömm af tíótrópínbrómíði á dag í 7 daga. Í rannsókn á endurteknum skömmtum hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu sem fengu mest 43 míkrógramma dagsskammt af tíótrópínbrómíði í 4 vikur hafa engar marktækar aukaverkanir komið fram. Bráð eiturverkun vegna inntöku tíótrópínbrómíðs hylkja af vangá er ólíkleg þar sem aðgengi er lítið eftir inntöku. **Lyfhrif:** Tíótrópínbrómíð er langvirkur, sértækur múskarínviðtaka-blokki (andkólínvirkt lyf). Með bindingu við múskarínviðtaka í sléttum vöðvum í berkjum hindrar tíótrópínbrómíð kólínvirk áhrif (berkjuþrengingu). Í öndunarvegi hamlar tíótrópínbrómíð M_3-viðtaka í sléttum vöðvum, en hömlunin einkennist af samkeppni og er afturkræf og leiðir til slökunar. Áhrifin voru skammtaháð og stóðu yfir í meira en 24 klst. **Greiðslufyrirkomulag:** B. **Pakkningar og verð:** 1. febrúar 2005, 30 hylki,18 µg með HandiHaler®: 6763 kr, 30 hylki,18µg án HandiHaler®: 6472 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:** Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá. Pfizer, febrúar 2005.**

APROVEL
Hver tafla inniheldur 150 mg eða 300 mg irbesartan. **Ábendingar:** Meðferð við háþrýstingi.Meðferð við nýrnasjúkdómi hjá sjúklingum með háþrýsting og sykursýki af gerð 2 sem hluti lyfjagjafar við háþrýstingi (sjá 5.1 Lyfhrif). **Skammtar og lyfjagjöf:** Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur sem mælt er með er 150 mg einu sinni á dag, tekið með eða án matar. Með því að gefa 150 mg skammt af Aprovel einu sinni á dag fæst betri stjórnun á blóðþrýstingi yfir 24 klukkustundir en með 75 mg skammti. Þó skal hafa í huga að gefa 75 mg byrjunarskammt sjúklingum sem eru í blóðskilun og þeim sem eru eldri en 75 ára.Hjá þeim sjúklingum sem 150 mg skammtur einu sinni á dag reynist ekki nægjanlegur má auka skammt Aprovel í 300 mg eða gefa jafnframt með annað blóðþrýstingslækkandi lyf. Sérstaklega má nefna, að með því að gefa þvagræsilyf t.d. hýdróklórtíazíð að auki með Aprovel fæst samanlögð verkun beggja lyfja (sjá 4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir).Við háþrýsting hjá sjúklingum með sykursýki af gerð 2 á að hefja meðferð með 150 mg af irbesartani einu sinni á dag og hækka hana upp í 300 mg einu sinni á dag sem æskilegan viðhaldsskammt við meðferð á nýrnasjúkdómi. Sýnt hefur verið fram á ávinning fyrir nýru af Aprovel við háþrýstingi hjá sjúklingum með sykursýki af gerð 2 og er það byggt á rannsóknum þar sem irbesartan var notað auk annarra háþrýstingslyfa eftir þörfum til þess að ná markblóðþrýstingi (sjá 5.1 Lyfhrif). Skert nýrnastarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Hafa skal í huga að gefa sjúklingum í blóðskilun lægri upphafsskammt (75 mg). Skert blóðrúmmál: leiðrétta skal blóðrúmmál og/eða natríumskort fyrir gjöf Aprovel.Skert lifrarstarfsemi: ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með væga eða meðalvæga skerðingu á lifrarstarfsemi. Engin klínísk reynsla er af notkun lyfsins hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi á alvarlegu stigi. Aldraðir sjúklingar: þrátt fyrir að íhuga beri að gefa sjúklingum eldri en 75 ára 75 mg upphafsskammt er að jafnaði ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá öldruðum. Börn: ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Aprovel hjá börnum.**Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Annar og þriðji þriðjungur meðgöngu (sjá 4.6 Meðganga og brjóstagjöf).Brjóstagjöf (sjá 4.6 Meðganga og brjóstagjöf).**Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Skert blóðrúmmál: lágþrýstingur með einkennum, sérstaklega eftir fyrsta skammt, getur komið fram hjá sjúklingum sem hafa skert blóðrúmmál og/eða natríumskort eftir öfluga þvagræsandi meðferð, saltsnautt fæði, niðurgang eða uppköst. Slíkt heilsufarsástand á að lagfæra áður en Aprovel er gefið. Nýrnaháþrýstingur: aukin áhætta alvarlegs lágþrýstings og nýrnabilunar er hjá sjúklingum með tvíhliða nýrnaslagæðaþrengsli eða þrengsli í nýrnaslagæð ef um eitt starfhæft nýra er að ræða og sjúklingur er á meðferð með lyfjum sem verka á renín-angíótensín-aldósterón kerfið. Þótt þetta hafi ekki komið fram við notkun Aprovel er rétt að búast við svipuðum áhrifum með angíótensín II viðtakablokka.Skert nýrnastarfsemi og nýrnaígræðsla: mælt er með reglulegri mælingu kalíums og kreatíníngilda í sermi þegar Aprovel er notað hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Engin reynsla er af notkun Aprovel hjá sjúklingum sem nýlega hafa gengist undir nýrnaígræðslu.Háþrýstingssjúklingar með sykursýki af gerð 2 og nýrnasjúkdóm: áhrif irbesartans bæði á sjúklinga með nýrna- og hjarta- og æðasjúkdóma voru ekki þau sömu hjá öllum undirhópum við greiningu sem gerð var í rannsóknninni á sjúklingum með langt genginn nýrnasjúkdóm. Einkum virtust þau koma að minna gagni hjá konum og sjúklingum sem ekki voru hvítir.Blóðkalíumhækkun: eins og önnur lyf sem hafa áhrif á renín-angíótensín-aldósterón kerfið getur blóðkalíumhækkun komið fram við notkun Aprovel sérstaklega ef skert nýrnastarfsemi, veruleg próteinmiga vegna nýrnasjúkdóms af völdum sykursýki og/eða hjartabilun er til staðar. Ráðlagt er að fylgjast grannt með kalíum í sermi hjá sjúklingum í áhættuhópum (sjá 4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir).Litíum: samtímis meðferð lítíums og Aprovel er ekki ráðlögð (sjá 4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir).Ósæðar- og míturlokuþrengsli, hjartavöðvakvilli með útstreymishindrun (obstructive hypertrophic cardiomyopathy): eins og með önnur æðavíkkandi lyf þarf að gæta sérstakrar varúðar hjá sjúklingum með ósæðar- eða míturlokuþrengsli eða hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun.Aldósterónheilkenni: lyf við of háum blóðþrýstingi sem verka með því að hemja renín-angíótensín kerfið verka að öllu jöfnu ekki á sjúklinga með aldósterónheilkenni. Því er notkun Aprovel ekki ráðlögð. Almennt: hjá sjúklingum þar sem viðnám í æðum (vascular tone) og nýrnastarfsemi er aðallega háð virkni renín-angíótensín-aldósterón kerfisins (t.d. sjúklingar með alvarlega hjartabilun eða undirliggjandi nýrnasjúkdóm, þar með talið nýrnaslagæðarþrengsli), hefur meðferð með ACE-hemlum eða angíótensín II viðtakablokkum sem hafa áhrif á þetta kerfi verið tengd bráðum lágþrýstingi, aukningu kófnunarefnis í blóði, þvagburrð og í örfáum tilvikum bráðri nýrnabilun. Eins og með önnur blóðþrýstingslækkandi lyf getur mikil blóðþrýstinglækkun hjá sjúklingum með kransæðasjúkdóma eða hjarta- og æðasjúkdóma með blóðþurrð valdið hjartadrepi (myocardial infarction) eða heilablóðfalli.Eins og sést hefur hjá ACE-hemlum er irbesartan og hinir angíótensín-blokkarnir bersýnilega ekki eins virkir við að lækka blóðþrýsting hjá svörtum einstaklingum í og þeim sem ekki eru svartir, hugsanlega vegna hærri tíðni af lágu renínástandi hjá svörtu þýði með háþrýsting (sjá 5.1 Lyfhrif).**Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir.** Þvagræsilyf og önnur blóðþrýstingslækkandi lyf: önnur blóðþrýstingslækkandi lyf geta aukið blóðþrýstingslækkandi áhrif irbesartans; þó hefur samtímis gjöf Aprovel og annarra blóðþrýstingslækkandi lyfja eins og beta-blokka, langverkandi kalsíumgangaloka og tíazíð þvagræsilyfja reynst örugg. Fyrri meðferð með stórum skömmtum þvagræsilyfja getur valdið skerðingu blóðrúmmáls og hættu á blóðþrýstinglækkun við upphaf Aprovel meðferðar (sjá 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun).Kalíumuppbót og kalíumsparandi þvagræsilyf: með hliðsjón af notkun annarra lyfja sem hafa áhrif á renín-angíótensín kerfið, getur samtímis notkun kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar, saltuppbótar sem inniheldur kalíum eða önnur lyf sem auka kalíumgildi í sermi (t.d. heparín) valdið aukningu á kalíum í sermi og því er það ekki ráðlagt (sjá 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun).Litíum: við samtímis gjöf litíums og ACE-hemla hefur orðið vart hækkunar á litíumgildum í sermi, sem gengur til baka og eiturverkana. Örsjaldan hefur verið greint frá svipuðum áhrifum með irbesartani. Þess vegna er þessi samsetning ekki ráðlögð (sjá 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Ef þessi samsetning er nauðsynleg er ráðlagt að fylgjast vandlega með litíumgildum í sermi.Bólgueyðandi gigtarlyf: eins og fyrir önnur blóðþrýstingslækkandi lyf geta bólgueyðandi gigtarlyf dregið úr blóðþrýstingslækkandi áhrifum irbesartans.Viðbótarupplýsingar um milliverkanir lyfja: lyfjahvörf digoxíns breyttust ekki hjá heilbrigðum karlkyns sjálfboðaliðum við samtímis gjöf 150 mg skammts af irbesartani. Samtímis gjöf hýdróklórtíazíðs breytir ekki lyfjahvörfum irbesartans. Irbesartan umbrotnar fyrst og fremst vegna CYP2C9 og í minna mæli með myndun glúkúróníðs. Óljóst er að hömlun glúkúróníð transferasa ferils geti valdið milliverkunum sem hafa einhverja klíníska þýðingu. Milliverkanir in vitro komu fram milli irbesartans og warfaríns, tolbútamíðs (CYP2C9 hvarfefni) og nífedipíns (CYP2C9 hemill). Á hinn bóginn komu engar marktækar milliverkanir fram sem tengdust lyfhrifum eða lyfjahvörfum hjá heilbrigðum karlkyns sjálfboðaliðum við samtímis gjöf irbesartans og warfaríns. Samtímis gjöf nífedipíns hefur ekki áhrif á lyfjahvörf irbesartans. Áhrif efna sem hvetja CYP2C9, eins og t.d. rifampicín, á lyfjahvörf irbesartans hafa ekki verið könnuð. Á grundvelli in vitro gagna er ekki gert ráð fyrir milliverkunum við lyf þar sem umbrotsferill er háður cýtókróm P450 ísóensímunum CYP1A1, CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2D6, CYP2E1 eða CYP3A4.**Meðganga og brjóstagjöf:** Meðganga: sjá 4.3 Frábendingar.Í varúðarskyni skal ekki nota irbesartan á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Skipta skal yfir á aðra hentuga meðferð ef þungun er ráðgerð. Á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngu getu efni sem verka beint á renín-angíótensín kerfið valdið nýrnabilun hjá fóstri eða nýbura, minnkuðum vexti höfuðkúpu hjá fóstri og jafnvel fósturláti. Því skal ekki nota irbesartan á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngu.Verði kona þunguð á meðan á meðferðinni stendur á að hætta gjöf irbesartans svo fljótt sem auðið er og kanna nýrnastarfsemi og þroska höfuðkúpu fóstursins með ómskoðun ef meðhöndlað var í ógáti í langan tíma.Brjóstagjöf: konur með barn á brjósti mega ekki nota Aprovel. Ekki er vitað hvort irbesartan skilst út í brjóstamjólk. Irbesartan skilst út í mjólk hjá rottum (sjá 4.3 Frábendingar). **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Áhrif irbesartans á hæfni til aksturs og notkunar véla hafa ekki verið könnuð. Miðað við lyfhrif irbesartans er talið ólíklegt að það hafi áhrif á þessa hæfni. Við akstur bifreiða eða stjórnun véla ætti að hafa í huga að í meðferð getur orðið vart við sundl eða þreytu. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir sem koma fram hjá sjúklingum sem fá Aprovel eru yfirleitt vægar og skammvinnar. **Háþrýstingur:** í samanburðarrannsóknum með lyfleysu hjá sjúklingum með háþrýsting, var enginn munur á heildartíðni aukaverkana irbesartans og lyfleysu hópanna. Meðferð var sjaldnar hætt vegna aukaverkana sem komu fram hjá sjúklingum sem fengu irbesartan í klínískum tilraunum eða vegna fyrirsjáanlegra aukaverkana af rannsóknarniðurstöðum en þeim sem fengu lyfleysu. Tíðni aukaverkana tengdist ekki skammti (ef gefinn var ráðlagður skammtur), kyni, aldri, kynstofni eða meðferðarlengd. Aukaverkanir komu fram í svipaðri tíðni hjá sjúklingum á lyfleysu og einlyfja irbesartan meðferð að frátöldum höfuðverk, sköddun á stoðkerfi og andlitsroða. Höfuðverkur kom marktækt oftar fram hjá lyfleysu hópnum. Sköddun á stoðkerfi af mismunandi toga og orsökum kom fram í marktækt hærri tíðni hjá irbesartan hópnum; rannsóknaraðilar töldu allar tilkynningar um sköddun stoðkerfis ótengdar irbesartani. Andlitsroði kom fram hjá 0,6% sjúklinga sem fengu irbesartan og hjá engum þeirra sem fengu lyfleysu. Tíðni andlitsroða voru hvorki tengd skömmtum né öðrum klínískum einkennum og ekki er vitað hvort hann tengist notkun irbesartans. HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS: SANOFI PHARMA BRISTOL-MYERS SQUIBB SNC, 174 avenue de France, F-75013 Paris – Frakklandi Hámarksverð úr apóteki:150mg 28 stk:3.847 kr;150mg 98 stk: 11.014 kr; 300mg 28 stk: 4.653 kr; 300mg 98 stk: 13.551 kr Sjúklingur greiðir að hámarki 3.400 kr fyrir hverja lyfjaávísun. Elli- og örorkulífeyrisþegar greiða að hámarki 1.050 kr fyrir hverja lyfjaávísun. Afgreiðslutilhögun: Lyfseðilsskylda. Umboð á Íslandi: Thorarensen Lyf.

COAPROVEL
Hver tafla inniheldur: Irbesartanum INN 150 eða 300 mg og Hydrochlorothiazidum INN 12,5 mg. **Ábendingar:**Háþrýstingur.Þessa samsetningu má nota þegar meðferð með irbesartani eða hýdróklórtíazíð þvagræsilyfi einu sér hefur ekki borið tilætlaðan árangur til að ná stjórn á blóðþrýstingi. **Skammtar og lyfjagjöf:**CoAprovel má gefa einu sinni á dag, með eða án fæðu.Finna má hæfilegan skammt (dose titration) með hvoru efni fyrir sig (þ.e. irbesartani og hýdróklórtíazíði).Eftir klínískt mat má íhuga að skipta úr meðferð með einu lyfi (monotherapy) yfir í samsetta meðferð (fixed combinations):CoAprovel 150 mg/12,5 mg má gefa þeim sjúklingum sem hýdróklórtíazíð eða 150 mg skammtur af irbesartani einu sér reynist ekki nægjanlegur til að stjórna blóðþrýstingi. CoAprovel 300 mg/12,5 mg má gefa sjúklingum þar sem 300 mg skammtur af irbesartani eða CoAprovel 150 mg/12,5 mg reynist ekki nægjanlegur til að stjórna blóðþrýstingi.Ekki er mælt með stærri skömmtum en 300 mg irbesartan/25 mg hýdróklórtíaziði einu sinni á dag.Ef þurfa þykir má gefa annað blóðþrýstingslækkandi lyf samtímis CoAprovel (sjá 4.5). Skert nýrnastarfsemi: Ekki er ráðlagt að gefa CoAprovel sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30 ml/mín.) vegna hýdróklórtíazíðinnihalds lyfsins. Lyf sem hindra enduruppsog í Henleslykkju (loop diuretica) eru ákjósanlegri handa þessum sjúklingum. Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi ef kreatínín úthreinsun er 30 ml/mín. (sjá 4.3 og 4.4).Skert blóðrúmmál: Leiðrétta skal blóðrúmmál og/eða natríumskort áður en CoAprovel er gefið.Skert lifrarstarfsemi: CoAprovel er ekki ætlað sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við notkun tíazíða hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum CoAprovel hjá sjúklingum með væga eða miðlungs skerta lifrarstarfsemi (sjá 4.3). Aldraðir sjúklingar: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum af CoAprovel hjá öldruðum.Börn: Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun CoAprovel hjá börnum (<18 ára).**Frábendingar:**Annar og þriðji þriðjungur meðgöngu (sjá 4.6). Brjóstagjöf (sjá 4.6). Ofnæmi fyrir virku efnum lyfsins, einhverju af hjálparefnum þess (sjá 6.1) eða öðrum súlfónamíðafleiðum (hýdróklórtíazíð er súlfónamíðafleiða).Eftirtaldar frábendingar eiga við um hýdróklórtíazíð:Alvarlega skert nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun < 30 ml/mín).Óviðráðanlegur kalíumskortur í blóði (refractory hypokalemia), hækkað kalsíum í blóði (hypercalcemia).Alvarlega skert lifrarstarfsemi, skorpulifur (biliary cirrhosis), gallteppa (cholestasis).**Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Lágur blóðþrýstingur - sjúklingar með skert blóðrúmmál: CoAprovel hefur í örfáum tilvikum verið tengt lágþrýstingi hjá sjúklingum með háþrýsting en enga aðra áhættuþætti til að fá lágan blóðþrýsting. Lágþrýstingur getur komið fram hjá sjúklingum sem hafa skert blóðrúmmál og/eða natríumskort eftir öfluga þvagræsandi meðferð, saltsnautt fæði, niðurgang eða uppköst. Slíkt heilsufarsástand á að lagfæra áður en meðferð með CoAprovel er hafin.Þrengsli í nýrnaslagæð - nýrnaháþrýstingur: Aukin áhætta alvarlegs lágþrýstings og skertrar nýrnastarfsemi er hjá sjúklingum með tvíhliða nýrnaslagæðaþrengsli eða þrengsli í nýrnaslagæð þegar um eitt starfhæft nýra er að ræða ef sjúklingur er á meðferð með ACE-hemlum eða angíótensín II viðtakahemlum. Þótt þetta hafi ekki verið staðfest við notkun CoAprovel má búast við svipuðum áhrifum. Skert nýrnastarfsemi og nýrnaígræðsla: Mælt er með reglulegri mælingu kalíums, kreatínín- og þvagsýrugilda í blóði þegar CoAprovel er notað hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Engin reynsla er af notkun CoAprovel hjá sjúklingum sem nýlega hafa gengist undir nýrnaígræðslu. CoAprovel á ekki að nota handa sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun < 30 ml/mín.)(sjá 4.3). Aukning kófnunarefnis í blóði tengd tíazíð þvagræsilyfinu getur komið fram hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Ekki þarf að breyta skömmtum hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi ef kreatínín úthreinsun ≥ 30 ml/mí. Hins vegar skal gæta varúðar við gjöf þessa samsetta lyfs (fixed dose combination) hjá sjúklingum með væga til miðlungs skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30 ml/mín. en < 60 ml/mín.).Skert lifrarstarfsemi: Varúðar skal gæta við notkun tíazíða hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi eða stigversnandi lifrarsjúkdóm þar sem lítils háttar breyting á vökva- og elektrólýtajafnvægi geta valdið lifrardái. Engin klínísk reynsla er af notkun CoAprovel hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi.Ósæðar- og míturlokuþrengsli, hjartavöðvakvilli með útstreymishindrun (obstructive hypertrophic cardiomyopathy): Eins og við á um önnur æðavíkkandi lyf þarf að gæta sérstakrar varúðar hjá sjúklingum með ósæðar- eða míturlokuþrengsli eða aðra hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun.Aldósterónheilkenni: Lyf við of háum blóðþrýstingi sem verka með því að hemja renín-angíótensín kerfið virka að öllu jöfnu ekki á sjúklinga með aldósterónheilkenni. Því er notkun CoAprovel ekki ráðlögð.Áhrif á efnaskipti og innkirtla: Meðferð með tíazíði getur skert glúkósuþol. Hjá sykursýkisjúklingum getur því þurft að breyta skömmtum af insúlíni og sykursýkilyfjum til inntöku. Dulin sykursýki getur komið í ljós við tíazíð meðferð.Hækkun á kólesteróli og þríglýseríðum hefur verið tengd meðferð með tíazíð þvagræsilyfjum; hins vegar hafa lítil eða engin áhrif sést af þeim 12,5 mg skammti sem CoAprovel inniheldur.Óhóflega mikið magn þvagsýru í blóði eða þvagsýrugigt getur komið fram hjá sumum sjúklingum á tíazíð meðferð.Elektrólýtaröskun: Þegar sjúklingar nota þvagræsilyf á að mæla elektrólýta í blóði reglulega. Tíazíð og þar með talið hýdróklórtíazíð, getur valdið vökva- og elektrólýtaröskun (kalíumskorti, natríumskorti og blóðlýtingu samfara lækkun á klóríði). Einkenni um vökva- eða elektrólýtaröskun eru munnþurrkur, þorsti, slappleiki, svefnhöfgi,sljóleiki, óróleiki, vöðvaverkir eða sinadráttur, vöðvaslappleiki, lágþrýstingur, þvagburrð, hraðtaktur og meltingaróþægindi,t.d. ógleði og uppköst.Þó að meðferð með tíazíð þvagræsilyfjum geti valdið kalíumþurrð getur samtímis meðferð með irbesartani dregið úr kalíumtapi sem verður vegna vökvataps. Hætta á kalíumþurrð er mest hjá sjúklingum með skorpulifur, mikla þvagræsingu, sjúklingum sem ekki fá nægilegt magn elektrólýta til inntöku og sjúklingum sem eru samtímis á meðferð með sterum eða ACTH. Hins vegar getur orðið hækkun á kalíum í blóði vegna irbesartaninnihalds í CoAprovel einkum ef fyrir hendi er skert nýrnastarfsemi og/eða hjartabilun og sykursýki. Mælt er með fullnægjandi eftirliti á kalíum í sermi hjá sjúklingum í áhættu. Gæta skal varúðar við samtímis notkun kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar eða saltuppbótar sem innihelduar kalíum og CoAprovel (sjá 4.5).Ekki hefur verið sýnt fram á að irbesartan geti dregið úr eða komið í veg fyrir lækkun á natríum í blóði vegna notkunar þvagræsilyfja. Klóríðskortur er almennt lítill og þarfnast venjulega ekki meðferðar.Tíazíð geta dregið úr útskilnaði kalsíums í þvagi og valdið lítils háttar og sveiflubundinni hækkun á kalsíum í blóði ef þekkt efnaskiptatruflun kalsíum er ekki til staðar. Umtalsverð kalsíumhækkun getur bent til dulinnar ofstarfsemi kalkkirtils. Meðferð með tíazíðum skal því hætt áður en gerð eru próf á starfsemi kalkkirtla.Tíazíð geta aukið útskilnað á magnesíum í þvagi sem getur leitt til magnesíumskorts. Litíum: Samtímis meðferð með litíum og CoAprovel er ekki ráðlögð (sjá 4.5).Lyfjapróf (anti-doping test): Vegna hýdróklórtíazíðinnihalds lyfsins geta niðurstöður úr lyfjaprófum (anti-doping tests) orðið ranglega jákvæðar.Almennt: Hjá sjúklingum þar sem viðnám í æðum (vascular tone) og nýrnastarfsemi er aðallega háð virkni renín-angíótensín-aldósterón kerfisins (t.d. sjúklingar með alvarlega hjartabilun eða undirliggjandi nýrnasjúkdóm, þar með talið nýrnaslagæðarþrengsli), hefur meðferð með ACE-hemlum eða angíótensín II viðtakahemlum sem hafa áhrif á þetta kerfi verið tengt bráðum lágþrýstingi, aukningu kófnunarefnis í blóði, þvagburrð og í örfáum tilvikum bráðri nýrnabilun. Eins og með önnur blóðþrýstingslækkandi lyf getur of mikil blóðþrýstinglækkun hjá sjúklingum með kransæðasjúkdóma eða hjarta- og æðasjúkdóma með blóðþurrð valdið stíflueflygum í hjarta (myocardial infarction) eða heilablóðfalli.Ofnæmi fyrir hýdróklórtíazíði getur komið fram hjá sjúklingum með eða án sögu um ofnæmi eða astma, en er þó líklegra hjá sjúklingum með slíka sögu.Tíazíð þvagræsilyf hafa örsjaldan valdið versnun eða örvun rauðra úlfa (systemic lupus erythematosus).CoAprovel er ekki ráðlagt á fyrsta þriðjungi meðgöngu (sjá 4.6). **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Önnur blóðþrýstingslækkandi áhrif CoAprovel geta aukist við samtímis notkun annarra blóðþrýstingslækkandi lyfja. Irbesartan og hýdróklórtíazíð (skammtar að 300 mg af irbesartani og 25 mg af hýdróklórtíaziði) hafa reynst örugg samtímis notkun kalsíumgangaloka og beta-blokka. Fyrri meðferð með stórum skömmtum þvagræsilyfja getur valdið skertu blóðrúmmáli og hættu á mikilli blóðþrýstinglækkun við upphaf irbesartan meðferðar með eða án þvagræsilyfja nema blóðrúmmál sé leiðrétt áður en meðferð hefst (sjá 4.4).Litíum: Við samtímis gjöf litíums og ACE-hemla hefur verið skýrt frá hækkun á litíumgildum í blóði og eiturverkunum, en þær ganga til baka. Örsjaldan hefur verið greint frá svipuðum áhrifum með ibesartani. Einnig dregur tíazíð úr útskilnaði litíums um nýru og hætta á eiturverkunum af litíum getur því aukist við notkun CoAprovel. Þess vegna er ekki ráðlagt að nota litíum og CoAprovel saman (sjá 4.4). Ef þessi samsetning er nauðsynleg er ráðlagt að fylgst sé vandlega með litíumgildum í sermi.Lyf sem hafa áhrif á kalíum: Kalíumsparandi áhrif irbesartans vega venjulega upp kalíumtap vegna hýdróklórtíazíðnotkunar. Hins vegar mætti búast við, að þessi áhrif hýdróklórtíazíðs á kalíum í blóði séu aukin vegna áhrifa annarra lyfja sem tengjast kalíumtapi og lækkuðu kalíum í blóði (t.d. annarra þvagræsilyfja sem auka útskilnað kalíums, hægðalyfja, amfóterísíns, karbenoxólóns, penicillín-G natríumsalts eða afleiða salicýlsýru). Með hliðsjón af notkun annarra lyfja sem hafa áhrif á renín-angíótensín kerfið, má hins vegar búast við að samtímis notkun kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar, saltuppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra blóðkalíumaukandi lyfja (t.d. heparíns) geti valdið hækkun á kalíumþéttni í blóði.Lyf sem röskun á kalíum í blóði hefur áhrif á: Ráðlagt er að mæla kalíum í blóði reglulega þegar CoAprovel er notað samtímis lyfjum sem kalíumröskun í blóði hefur áhrif á (t.d. digitalisglýkósíðum og lyfjum við hjartsláttaróreglu).Viðbótarupplýsingar um milliverkanir við irbesartan: Lyfjahvörf digoxíns breyttust ekki hjá heilbrigðum körlum við samtímis gjöf 150 mg skammts af irbesartani. Samtímis gjöf hýdróklórtíazíðs breytir ekki lyfjahvörfum irbesartans. Irbesartan umbrotnar fyrst og fremst vegna CYP2C9 og í minna mæli með myndun glúkúróníðs. Óljóst er að hömlun glúkúróníð transferasa ferils geti valdið milliverkunum sem hafa einhverja klíníska þýðingu. Milliverkanir in vitro komu fram milli irbesartans og warfaríns, tólbútamíðs (CYP2C9 hvarfefni) og nífedipíns (CYP2C hemill). Á hinn bóginn komu engar marktækar milliverkanir fram sem tengdust verkun lyfsins eða lyfjahvörfum hjá heilbrigðum körlum við samtímis gjöf irbesartans og warfaríns. Lyfjahvörf irbesartans breyttust ekki við samtímis notkun nífedipíns. Ekki hafa verið könnuð áhrif efna sem hvetja CYP2C9 eins og t.d. áhrif rifampísíns á lyfjahvörf irbesartans. Byggt á in vitro gögnum er ekki gert ráð fyrir milliverkunum við lyf þar sem umbrotsferill er háður cýtókróm P450 ísóensímum CYP1A1, CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2D6, CYP2E1 eða CYP3A4.Viðbótarupplýsingar um milliverkanir við hýdróklórtíazíð: Eftirtalin lyf geta haft áhrif á verkun tíazíð þvagræsilyfja séu þau notuð samtímis:Áfengi, barbitúröt eða sefandi lyf: Aukin hætta á stöðubundnum lágþrýstingi (orthostatic hypotension) getur komið fram.Sykursýkilyf (til inntöku eða insúlín): Skömmtum lyfja við sykursýki getur þurft að breyta (sjá 4.4.).Kólestýramín og kólestipól resín: Frásog hýdróklórtíazíðs minnkar við samtímis notkun jónaskipta-resína.Barksterar, ACTH: Elektrólýtatap getur aukist og þá sérstaklega hætta á kalíumþurrð.Digitalisglýkósíðar: Kalíumþurrð vegna tíazíðs eða magnesíumþurrð getur komið af stað hjartsláttaróreglu tengdri digitalisnotkun (sjá 4.4).Verkjastillandi gigtarlyf (NSAID): Samtímis notkun verkjastillandi gigtarlyfja getur dregið úr þvagræsandi áhrifum, útskilnaði natríums í þvagi og blóðþrýstingslækkandi verkun tíazíða hjá sumum sjúklingum. Amínur sem hafa áhrif á blóðþrýsting ((pressor amines) t.d. noradrenalín)): Blóðþrýstingsverkun amína getur minnkað en þó ekki í þeim mæli að það útiloki notkun þeirra.Vöðvaslakandi lyf sem ekki eru afskautandi (t.d. túbókúrarín): Verkun vöðvaslakandi lyfja sem ekki eru afskautandi getur aukist við samtímis notkun hýdróklórtíazíðs. Þvagsýrugigtarlyfja getur þurft að breyta þar sem hýdróklórtíazíð getur hækkað blóðþéttni þvagsýru. Nauðsynlegt getur verið að hækka skammta próbenesíðs eða súlfínpýrazóns. Samtímis notkun tíazíð þvagræsilyfja getur aukið tíðni ofnæmis fyrir allópúrinóli.Kalsíumsölt: Tíazíð þvagræsilyf geta aukið kalsíumþéttni í blóði vegna minni útskilnaðar. Þurfi að gefa kalsíumuppbót eða kalsíumsparandi lyf (t.d. D-vítamín meðferð) á að fylgjast með kalsíumþéttni í blóði og breyta skömmtum í samræmi við niðurstöður.Áfrar milliverkanir: Tíazíð geta aukið blóðsykurshækkandi áhrif beta-blokka og diazóxíðs. Andkólínvirk lyf (t.d. atrópín, beperíden) geta aukið aðgengi tíazíðþvagræsilyfja með því að draga úr þarmahreyfingum og seinka magatæmingu. Tíazíð geta aukið hættu á aukaverkunum við notkun amantadíns. Tíazíð geta dregið úr nýrnaútskilnaði krabbameinslyfja (t.d. cýklófosfamíðs og metótrexats) og aukið mergbælandi áhrif þeirra.**Meðganga og brjóstagjöf:** Meðganga: Sjá kafla 4.3 og 4.4.Tíazíð fara yfir fylgju og finnast í blóði naflastrengs. Þau geta valdið minnkuðu blóðflæði um fylgju, truflun á elektrólýtum hjá fóstri og hugsanlega öðrum verkunum sem komið hafa fram hjá fullorðnum. Skýrt hefur verið frá blóðflagnafæð hjá nýburum og gula hjá fóstri eða nýbura hefur sést við tíazíð meðferð hjá verðandi móður. Þar sem CoAprovel inniheldur hýdróklórtíazíð er ekki mælt með notkun þess á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Skipta ætti yfir í aðra samsvarandi meðferð tímanlega fyrir ráðgerða þungun.Á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngu geta efni sem verka beint á renín-angíótensín kerfið valdið nýrnabilun hjá fóstri eða nýbura, minnkuðum vexti höfuðkúpu hjá fóstri og jafnvel fósturláti. Þess vegna má ekki nota CoAprovel á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngu.Verði kona þunguð meðan á meðferðinni stendur á að hætta gjöf CoAprovel svo fljótt sem auðið er (sjá 4.3) og kanna nýrnastarfsemi og þroska höfuðkúpu fóstursins með ómskoðun hafi meðferðin staðið yfir í langan tíma.Brjóstagjöf: Konur með barn á brjósti mega ekki nota CoAprovel vegna hugsanlegra óæskilegra áhrifa á barnið (sjá 4.3). Ekki er vitað hvort irbesartan skilst út í brjóstamjólk. Irbesartan skilst út í mjólk hjá rottum. Tíazíð skiljast út í brjóstamjólk og geta dregið úr mjólkurmyndun.**Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:**Áhrif CoAprovel á hæfileika manna til aksturs og stjórnunar vélknúinna tækja hafa ekki verið könnuð. Miðað við lyfhrif irbesartans er talið ólíklegt að það hafi áhrif á þessa hæfni. Við akstur bifreiða eða stjórnun vélknúinna tækja ætti að hafa í huga að við meðferð á of háum blóðþrýstingi verður stundum vart svima og þreytu. **Aukaverkanir:**Aukaverkanir hjá sjúklingum sem fá CoAprovel eru yfirleitt vægar og tímabundnar. Í samanburðarrannsóknum á notkun blöndu irbesartans og hýdróklórtíazíðs við lyfleysu var meðferð sjaldnar hætt vegna aukaverkana sem komu fram hjá sjúklingum sem tóku irbesartan/hýdróklórtíazíð en hjá þeim sem fengu lyfleysu. Tíðni aukaverkana tengdist hvorki kyni, aldri, kynstofni né skammti. **HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS:** SANOFI PHARMA BRISTOL-MYERS SQUIBB SNC, 174 avenue de France, F-75013 Paris – Frakklandi **Hámarksverð úr apóteki:**150mg/12,5mg 28 stk:3.847 kr;150mg/12,5mg 98 stk: 11.014 kr; 300mg/12,5mg 28 stk: 4.653 kr; 300mg/12,5mg 98 stk: 13.551 kr. Sjúklingur greiðir að hámarki 3.400 kr fyrir hverja lyfjaávísun. Elli- og örorkulífeyrisþegar greiða að hámarki 1.050 kr fyrir hverja lyfjaávísun.Afgreiðslutilhögun: Lyfseðilsskylda. Umboð á Íslandi: Thorarensen Lyf.

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:** Prátt 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 (Apríl 2005):** Cipralex 5 mg 28 stk kr. 2.604, Cipralex 5 mg 100 stk kr. 6.627, Cipralex 10 mg 28 stk kr. 3.460, Cipralex 10 mg 56 stk kr. 6.256, Cipralex 10 mg 100 stk kr. 10.443, Cipralex 10 mg 200 stk kr. 19.265, Cipralex 15 mg 28 stk kr. 5.872, Cipralex 15 mg 100 stk kr. 17.435, Cipralex 20 mg 28 stk kr. 7.242, Cipralex 20 mg 56 stk kr. 13.551, Cipralex 20 mg 100 stk kr. 21.731.
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

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 væga til miðlungs alvarlega skerta lifrarstarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. Sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfssemi ætti ekki að gefa meira en 20 mg hámarksskammt af Nexium. *Aldraðir:* Hjá öldruðum er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir esómeprazóli, benzímidazólsamböndum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur við notkun lyfsins:** Útiloka skal illkynja sjúkdóm, þar sem meðferð með Nexium getur dregið úr einkennum og seinkað sjúkdómsgreiningu. Sjúklingar á langtímameðferð (sérstaklega ef meðferð varir lengur en eitt ár) skulu vera undir reglulegu eftirliti. Sjúklingum sem nota lyfið eftir þörfum skal leiðbeina um að hafa samband við lækninn sinn ef eðli einkenna breytast. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Áhrif esómeprazóls á lyfjahvörf annarra lyfja:* Minna sýrumagn í maga við meðferð með esómeprazóli getur aukið eða minnkað frásog lyfja, ef frásog þeirra er háð sýrustigi magans. Eins og á við um önnur lyf sem hamla sýruseytingu eða sýrubindandi lyf, getur frásog ketókónazóls minnkað meðan á meðferð með esómeprazóli stendur. Esómeprazól hamlar CYP2C19, sem er aðalumbrotsensím esómeprazóls. Þegar esómeprazól er gefið samtímis lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19, eins og díazepam, citalópram, imipramín, klómipramín, fenýtóín o.s.frv., getur það valdið aukinni plasmaþéttni þessara lyfja þannig að minnka þurfi skammta. Þetta skal hafa í huga, sérstaklega þegar esómeprazóli er ávísað til notkunar eftir þörfum. Samtímis gjöf á 30 mg af esómeprazóli olli 45% lækkun á klerans díazepams, sem er CYP2C19 hvarfefni. Við samtímis gjöf á 40 mg af esómeprazóli jókst lægsta plasmaþéttni fenýtóíns um 13% hjá flogaveikum sjúklingum. Ráðlagt er að fylgjast með plasmaþéttni fenýtóíns þegar meðferð með esómeprazóli hefst eða henni er hætt. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli gjöf á 40 mg af esómeprazóli samtímis gjöf á cisapríði því að flatarmál undir plasmaþéttni-tíma ferli (AUC) jókst um 32% fyrir cisapríð og útskilnaðarhelmingunartími (t1/2) lengdist um 31%, en engin marktæk hækkun varð á hámarksþéttni cisapríðs. Örlítil lenging á QTc bili, sem kom í ljós eftir gjöf á cisapríði einu sér, lengdist ekki frekar þegar cisapríð var gefið ásamt esómeprazóli. Sýnt hefur verið fram á að esómeprazól hefur ekki klínísk marktæk áhrif á lyfjahvörf amoxicillíns, kínídíns eða warfaríns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun esómeprazóls á meðgöngu. Gæta skal varúðar þegar lyfið er gefið punguðum 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:** *Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ.* **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá**

Nexium® yfirburða sýruhemill

Paxetin - *Paroxetin 20 mg*

Hver tafla inniheldur paroxetinhýdróklóríð, samsvarandi 20 mg af paroxetini. **Ábendingar:** Þunglyndi (miðlungs alvarleg til alvarleg þunglyndisköst). Þráhyggju- og/eða árátusýki. Felmtursröskun. Félagsfælni. Almenn kvíðaröskun. Streituröskun eftir áfall. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Þunglyndi:* Ráðlagður upphafsskammtur er 20 mg á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammtinn í 10 mg þrepum með a.m.k. 2 vikna millibili í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. *Þráhyggju-árattusýki:* Ráðlagður skammtur er 40 mg á dag en hefja skal meðferð með 20 mg á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammtinn í 10 mg þrepum með a.m.k. 2 vikna millibili í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings. *Felmtursröskun:* Ráðlagður skammtur er 40 mg á dag en hefja skal meðferð með 10 mg á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammtinn í 10 mg þrepum með a.m.k. 2 vikna millibili í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings. Ráðlagt er að hefja meðferð með lágum upphafsskammti til að draga úr líkum á versnun kvíðakasta við upphaf meðferðar gegn felmtursröskun. *Félagsfælni:* Ráðlagður skammtur er 20 mg á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammtinn í 10 mg þrepum með a.m.k. 2 vikna millibili í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Klínískar rannsóknir með samanburði við lyfleysu sýna fram á virkni paroxetins gegn félagsfælni við 3 mánaða meðferð. Ekki hefur verið sýnt fram á virkni til lengri tíma. *Almenn kvíðaröskun/Streituröskun eftir áfall:* Ráðlagður skammtur er 20 mg á dag. Svari sjúklingur ekki 20 mg skammti má auka hann í 10 mg þrepum í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Paroxetin ætti að gefa að morgni í einum skammti, með mat. Tófluna ætti að gleypa með vökva, frekar en tyggja. *Aldraðir:* Ráðlagður upphafsskammtur fyrir aldraða sjúklinga ætti að vera sá sami og hjá yngri fullorðnum. Ef nauðsyn krefur má auka hann í 10 mg þrepum með a.m.k. 2 vikna millibili í allt að 40 mg á dag háð svörun sjúklings. *Börn:* Notkun paroxetins hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri er ekki ráðlögð þar sem ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun lyfsins fyrir þennan aldurshóp. *Sjúklingar með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi:* Aukin þéttni í blóðvökva getur komið fram hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun <30 ml/mín.) eða verulega skerta lifrarstarfsemi. Því ætti að nota lægri skammta en gefnir eru upp fyrir hverja ábendingu. *Lengd meðferðar:* Sjúklinga ætti að meðhöndla nægilega lengi til að tryggja að þeir séu lausir við sjúkdómseinkenni. Þetta tímabil getur verið nokkrir mánuðir ef um er að ræða þunglyndi og jafnvel lengra sé um að ræða þráhyggju- og/eða áráttusýki eða felmtursröskun. Meðferð skal haldið áfram í að minnsta kosti 3 mán. (yfirleitt 6 mán.) eftir að klínísk svörun sést. Til að komast hjá versnun einkenna þegar meðferð er hætt, ætti að minnka skammta smám saman. **Frábendingar/Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ofnæmi fyrir paroxetini eða einhverju hjálparefna. Ekki má nota paroxetin og ósértæka, óafturkræfa MAO-hemla samtímis. Þessi samsetning getur leitt til alvarlegra, stundum lífshættulegra viðbragða (serótónín heilkenni). Paroxetin ætti ekki að gefa fyrstu 2 vikurnar eftir að meðferð með ósértækum, óafturkræfum MAO-hemli er hætt. Eftir það skal gæta varúðar við upphaf meðferðar með paroxetini og skammtar hækkaðir í þrepum þar til kjörsvörun fæst. Meðferð með ósértækum, óafturkræfum MAO-hemli ætti ekki að hefja fyrr en að minnsta kosti 2 vikum eftir að meðferð með paroxetini er hætt. Samhliða notkun sértækra MAO-A-hemla er alls ekki ráðlögð og ætti ekki að eiga sér stað nema hún sé greinilega nauðsynleg. Ef þessi lyf eru gefin samhliða, þarf að gæta sérstakrar varúðar (nákvæm vöktun sjúklinga, innlögn á spítala við upphaf samhliða notkunar og hefja meðferð með lægstu ráðlögðum skömmtum). Hætta á serótónín heilkenni er minni þegar í hlut eiga sértækir MAO-B-hemlar (selegilín) og paroxetin í ráðlögðum skömmtum en ef um er að ræða ósértæka MAO-hemla. Engu að síður ætti aðeins að nota selegilín og paroxetin samhliða þegar brýn nauðsyn er fyrir hendi og gæta þá sérstakrar varúðar. Við meðhöndlun á þunglyndi er hætta á sjálfsvígum, einkum við upphaf meðferðar þar sem klínísk svörun fæst ekki strax. Eins og við á um alla sértæka serótónín endurupptökuhemla (SSRI) líða 3-4 vikur þar til full meðferðaráhrif nást. Því þarf að fylgjast nákvæmlega með sjúklingum við upphaf meðferðar. Paroxetini skal ávallt ávísað í lágmarksmagni til að draga úr hættu á ofskömmtun. Fráhvarfseinkenni hafa komið fram í tengslum við SSRI-lyf. Meðal einkenna eru: Svimi, skyntruflanir (t.d. truflað húðskyn), svefntruflanir, höfuðverkur, ógleði, kvíði og aukin svitamyndun. Forðast ætti að hætta meðferð skyndilega. Hjá sumum sjúklingum hefur serótónín heilkenni komið fram sem getur verið lífshættulegt. Notkun lyfsins skal hætt og stuðningsmeðferð beitt. Eins og við á um önnur þunglyndislyf skal gæta varúðar við notkun paroxetins hjá sjúklingum með sögu um geðhæð. Greint hefur verið frá geðrofi og skapsveiflum í átt að geðhæðarfasa. Nauðsynlegt getur reynst að hætta meðferð. Gæta skal varúðar við notkun paroxetins hjá sjúklingum með flogaveiki, undirliggjandi þætti sem valdið geta flogum eða sögu um flog. Hætta skal meðferð með paroxetini hjá sjúklingum sem fá flog. Þegar um er að ræða alvarlega skerðingu á lifrar- eða nýrnastarfsemi skal nota lægri skammta en almennt eru ráðlagðir. Íhuga ætti að hætta meðferð með paroxetini ef fram kemur langvarandi hækkun á niðurstöðum prófa á lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við meðhöndlun sjúklinga með hjarta- og æðasjúkdóma. Sjaldan hefur verið greint frá lækkuðum gildum natríums í blóði, einkum hjá öldruðum. Lækkunin gengur yfirleitt til baka þegar meðferð er hætt. Í sjaldgæfum tilvikum veldur paroxetin vikkun sjáaldra og skal því gæta varúðar við notkun þess hjá sjúklingum með þrönghornsgláku. Takmörkuð reynsla er af notkun paroxetins samhliða raflostsmeðferð. Talið er að SSRI-lyf geti aukið tilhneigingu til blæðinga vegna hindrunar á serótónín-upptöku í blóðflögum. Því skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sögu um hættu á blæðingum og við samhliða notkun lyfja sem geta aukið blæðingahættu, þ.m.t. segavarnarlyfja og lyfja sem hafa áhrif á virkni blóðflagna (t.d. bólgueyðandi lyf (NSAID), acetýlsalicýlsýra, tíklódipín, dípýridamól) þar sem milliverkun gæti átt sér stað. Paroxetin ætti ekki að nota ásamt þríhringlaga þunglyndislyfjum eða öðrum lyfjum sem hafa áhrif á miðtaugakerfi nema að það sé greinilega nauðsynlegt. Gæta skal varúðar við notkun paroxetins hjá sjúklingum á róandi lyfjum þar sem einkenni illkynja sefunar-heilkennis hafa komið fram. Paroxetin hefur ekki reynst auka áhrif áfengis en forðast ætti neyslu áfengis samhliða töku lyfsins eins og við á um önnur lyf sem hafa áhrif á miðtaugakerfið. Paroxetin og afurðir sem innihalda Jóhannesarjurt ætti ekki að taka samhliða því tíðni aukaverkana getur aukist. Ekki er ráðlagt að gefa börnum eða unglingum undir 18 ára aldri paroxetin. **Milliverkanir:** MAO-hemlar; sjá kafla um varúðarreglur. Forðast ætti samhliða notkun með dextrómetorfani vegna hættu á serótónín heilkenni því dextrómetorfan er veikur hemill gegn upptöku serótóníns. Að auki eru paroxetin og dextrómetorfan bæði umbrotin fyrir tilstilli cýtókróm P450 2D6 og geta hindrað umbrot hvors annars með virkri samkeppni. *Aðrar samsetningar:* Samhliða notkun paroxetins og segavarnarlyfja til inntöku getur leitt til aukinna segavarnaráhrifa og valdið hættu á blæðingum. Því ætti að gæta varúðar við notkun paroxetins hjá sjúklingum á segavarnarlyfjameðferð. INR-gildi ætti að mæla oftar og ef nauðsyn krefur aðlaga skammta segavarnarlyfja. Paroxetin hindrar CYP2D6 ísóensímið og getur því hindrað umbrot lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli þessa ensíms, t.d. sumra þríhringlaga þunglyndislyfja (klómipramín, desipramín, nortríptýlín, ímipramín, amítríptýlín), annarra róandi fenótíazínlyfja (t.d. perfenazín, tíorídazín), lyfja af gerð IC gegn hjartsláttaróreglu (t.d. flecaíníð, encaíníð, própafenón) og annarra SSRI-lyfja (t.d. flúoxetín). Gæta þarf varúðar við samhliða notkun paroxetins og þessara lyfja. Hindrun eða örvun ensíma sem stuðla að umbroti lyfja geta haft áhrif á umbrot og lyfjahvörf paroxetins. Samhliða notkun címetidíns og paroxetins getur aukið þéttni paroxetins í blóðvökva þar sem címetidín getur hindrað umbrot paroxetins fyrir tilstilli CYP. Lækka getur þurft skammta paroxetins. Samhliða notkun prócýklidíns og paroxetins getur aukið þéttni prócýklidíns í blóðvökva. Komi fram andkólínvirk áhrif ætti að lækka skammta prócýklidíns. Eins og við á um önnur SSRI-lyf getur gjöf paroxetins og serótónvirkra efna (t.d. MAO-hemla, L-tryptófans) valdið serótónín heilkenni. Einkennin geta verið eirðarleysi, rugl, aukin svitamyndun, ofskynjanir, ofviðbrögð, vöðvakrampar, kuldaskjálftar, hraður hjartsláttur, skjálfti, ógleði og niðurgangur. Samhliða notkun triptan-lyfja (almótriptan, fróvatriptan, naratriptan, rízatriptan, súmatriptan, zolmitriptan) eykur hættu á háþrýstingi og samdrætti í kransæðum vegna viðbótar serótónvirkra áhrifa. Hættan við notkun paroxetins ásamt öðrum efnum er hafa áhrif á miðtaugakerfi hefur ekki verið metin á kerfisbundinn hátt. Því skal gæta varúðar ef samhliða notkun er nauðsynleg. Gæta skal varúðar við samhliða notkun paroxetins og litíums vegna hættu á vægu serótónín heilkenni. Bólgueyðandi lyf (NSAID), acetýlsalicýlsýra; sjá kafla um varúðarreglur. Aukaverkanir geta orðið algengari við samhliða notkun paroxetins og náttúrulyfja sem innihalda Jóhannesarjurt. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki liggja fyrir fullnægjandi upplýsingar varðandi notkun paroxetins hjá þunguðum konum. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós eituráhrif við fjölgun. Hætta fyrir menn er ekki þekkt. Paroxetin ætti ekki að nota á meðgöngu nema það sé greinilega nauðsynlegt. Paroxetin berst yfir í brjóstamjólk í mjög lítlu magni. Þéttni í blóðvökva barna á brjósti þegar mæður tóku 10-50 mg af paroxetini á dag var undir mælanlegum mörkum (<2 ng/ml) í flestum tilfellum og undir magnákvörðunarmörkum (<4 ng/ml) í hinum. Engin áhrif komu fram hjá neinum af þessum börnum. Engu að síður ætti ekki að gefa konum með barn á brjósti paroxetin nema að ávinningurinn sé meiri en möguleg áhætta fyrir barnið. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Klínísk reynsla af notkun paroxetins bendir ekki til neinna neikvæðra áhrifa á andlega eða líkamlega færni. Engu að síður ætti að brýna fyrir sjúklingum að gæta varúðar við akstur/notkun véla. **Aukaverkanir:** *Algengar:* Aukin svitamyndun, hjartsláttarónot, hægðatregða, höfuðverkur, kynlífsvandamál, (truflað sáðlát, minnkuð kynhvöt, getuleysi, fullnægingarvandamál), meltingartruflanir, minnkuð matarlyst, munnþurrkur, náladofi, niðurgangur, ógleði, óróleiki, réttstöðulágþrýstingur, skjálfti, svefnhöfgi, svefnleysi, svimi, uppköst, vindgangur, þróttleysi, þyngdaraukning, æðavíkkun. *Sjaldgæfar:* Bjúgur (útlimir, andlit), blóðflagnafæð, einkenni of mikils mjólkurhormóns í blóði/mjólkurflæði, gúlshraðsláttur, illkynja sefunarheilkenni, kláði, ljósopsvíkkun, ofstæling, skammvinn hækkun lifrarensíma, útbrot og ofnæmisviðbrögð, suð fyrir eyrum, þvagteppa. *Mjög sjaldgæfar:* Bráð gláka, krampar, óeðlilegar blæðingar (einkum flekkblæðing í húð og blóðflagnafæðarpurpuri), lág natríumþéttni í blóði, lifrarsjúkdómar (s.s. lifrarbólga, stundum ásamt gulu og/eða lifrarbilun), ljósnæmi, ofsakláði, rugl, utanstrýtueinkenni. *Koma örsjaldan fyrir, þ.m.t. einstök tilvik:* Quinckes-bjúgur, rósahnútar, trefjalunga. Þó að fráhvarfseinkenni geti komið fram þegar meðferð er hætt benda fyrirliggjandi forklínískar og klínískar upplýsingar ekki til þess að SSRI-lyf séu ávanabindandi. Einkenni sem tilkynnt hefur verið um þegar meðferð hefur verið hætt eru: Svimi, skyntruflanir (t.d. truflað húðskyn), svefntruflanir, höfuðverkur, ógleði, kvíði og aukin svitamyndun. Flest fráhvarfseinkenni eru væg og hverfa af sjálfu sér og geta staðið yfir í eina eða tvær vikur. Íhuga ætti að minnka skammta í þrepum við lok meðferðar. Í undantekningar-tilvikum hefur komið fram hækkun á lifrarensímum og bráð lifrar-bólga, sjaldan alvarleg. Meðferð skal hætt komi fram einkenni um óeðlilega lifrarstarfsemi. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu 1.1.2005:** Paxetin 20 mg 20 stk. 2.456 kr., 60 stk. 6.062 kr., 100 stk. 8.308 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf. Október 2004.

actavis
hagur í heilsu

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 prótein 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 fíbrínsýrufleiðum þ.m.t. gemfíbrózíli, ciklósporíni, níkótínsýru, 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 rósúvastaíns 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 væntа við meðferð með fenófíbrati, en samt sem áður getur orðið lyfhrifa milliverkun. Gemfíbrózíl, fenófíbrat, önnur fíbröt 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 plasmaþéttni 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 dígoxín sem hafa klínískа 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 litla aukning er ekki talin hafa klínískа 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.

Handhafi markaðsleyfis: AstraZenecaA/S, Roskildevej 22, Albertslund, Danmörk. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. **Pakkningastærðir og verð:** Filmuhúðaðar töflur 10 mg: 28. stk. (þynnupakkað), kr. 4.258; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 12.536; 100 stk., kr. 12.548. Filmuhúðaðar töflur 20 mg: 28. stk. (þynnupakkað), kr. 6.213; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 18.465; 100 stk., kr. 18.465. Filmuhúðaðar töflur 40 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 9.097; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 27.624. **ATC-flokkun: C 10 A A 07. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 0. Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá. AstraZeneca, maí 2005.**

CRESTOR rósúvastatín

Ráðstefnur og fundir

15.-18. júní
Reykjavík.
29. þing norrænna háls-, nef- og eyrnalækna. Sjá nánar á slóðinni: *www.congress.is/oto-laryngology2005/*

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

29. júní-3. júlí
Reykjavík.
Norrænt þing svæfinga- og gjörgæslulækna. Nánari upplýsingar: *www.meetingiceland.com/ssai2005*

10.-13. ágúst
Reykjavík.
Norrænt þing um sögu læknisfræðinnar, hið 20. í röðinni. Sjá nánar á heimasíðu Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar: *www.icemed.is/saga/*

12.-16. september
London.
The Maudsley Fora 2005. Tvö námskeið í boð fyrir evrópska geðlækna (almennt og framhalds). Áhersla lögð á nýjar rannsóknir í geðlækningum og klínískri sálfræði.
Sjá heimasíðuna: *www.iop.kcl.ac.uk/MaudsleyForum*

14.-16. september
Kaupmannahöfn.
Reuma2005, norræn gigtarráðstefna á vegum The Nordic Rheuma Council, norræna gigtarráðsins. Viðfangsefnið er forvarnir.
Nánari upplýsingar á slóðinni: *www.gigtforeningen.dk/reuma2005*

29. september-1. október
Soria Moria ráðstefnusetrið í Osló.
Norrænt þing, Nordic CME Course in Pediatric Pharmacotherapy. Sjá heimasíðuna: *www.med.uio.no/rh/bk/seminar/NordicCME05/Index.html*
Umsjón í höndum Betty Kalikstad: *betty.kalikstad@medisin.uio.no*

8. október
Akureyri.
Haustþing Læknafélags Akureyrar og Norðausturlandsdeildar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. Efni: Endurhæfing. Nánari upplýsingar hjá Ingvari Þóroddssyni, *ingvarth@fsa.is* og Gígju Gunnarsdóttur, *giga@fsa.is*

26.-28. maí 2006
Reykjavík.
Árlegt þing Scandinavian Society for the Study of Diabetes.
Umsjónaraðili er Félag um innkirtlafræði.
Sjá *www.innkirtlar.org*



MENNING ER MÁTTUR

Listahátíð lækna um verslunarmannahelgi að Reykhólum í Austur-Barðastrandasýslu

Á árshátíð LR kom fram sú hugmynd að halda „Listahátíð lækna". Hugmyndin vatt uppá sig og erum við undirrituð nú ákveðin í því að láta verða af þessu á Reykhólum næstkomandi verslunarmannahelgi (2:40;00 mín akstur frá Hafnarfirði). Fagurt umhverfi, gistiaðstaða, tjaldstæði og sundlaug. Öll umgjörð ætti því að vera ákjósanleg til þess að flytja tónlist, ljóð, upplestur, sýna myndlist og hafa í frammi alla menningartilburði sem læknar og aðstandendur þeirra hafa uppá að bjóða. Kostnaði haldið í lágmarki. Varðeldur, brekkusöngur og gleðisveitir lækna flytja dægurtónlist. Við vonum að læknar og fjölskyldur þeirra taki þátt, annaðhvort með því að fremja list sína eða bara með því að mæta og skemmta sér. Vísindaniðurstöður má birta ef þær eru færðar fram á listrænan hátt. Ef þú hefur áhuga á að taka þátt láttu okkur vita sem fyrst:

Helga Hansdóttir, *helgah@landspitali.is*
Salóme Arnardóttir, *Salome@hgl4.hr.is*
Guðlaug Þórsdóttir, *gudlaugt@hi.is*
Ingólfur Kristjánsson, *ingolfurk@reykjalundur.is*

Frágangur fræðilegra greina

Höfundar sendi tvær gerðir handrita til ritstjórnar Læknablaðsins, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi. Annað án nafna höfunda, stofnana og án þakka sé um þær að ræða. Greininni fylgi yfirlýsing þess efnis að allir höfundar séu samþykkir lokaformi greinar og þeir afsali sér birtingarrétti til blaðsins.

Handriti skal skilað með tvöföldu línubili á A-4 blöðum. Hver hluti skal byrja á nýrri blaðsíðu í eftirtalinni röð:

- Titilsíða: höfundar, stofnanir, lykilorð á ensku og íslensku
- Ágrip og heiti greinar á ensku
- Ágrip á íslensku
- Meginmál
- Þakkir
- Heimildir

Töflur og myndir skulu vera á ensku eða íslensku, að vali höfunda.

Tölvuunnar myndir og gröf komi á rafrænu formi ásamt útprenti. Tölvugögn (data) að baki gröfum fylgi með, ekki er hægt að nýta myndir úr PowerPoint eða af netinu.

Eftir lokafrágang berist allar greinar á tölvutæku formi með útprenti.

Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: *www.laeknabladid.is/bladid*

Umræðuhluti

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



Tekur þú mið af Sveiflum astma?

SYMBICORT®

Nær sveiflunni!

Sérlyfjatexti á bls. 560

AstraZeneca Umboðsaðili: Vistor hf. • Sími 535 7000 • Fax 565 6485 • vistor@vistor.is • www.vistor.is