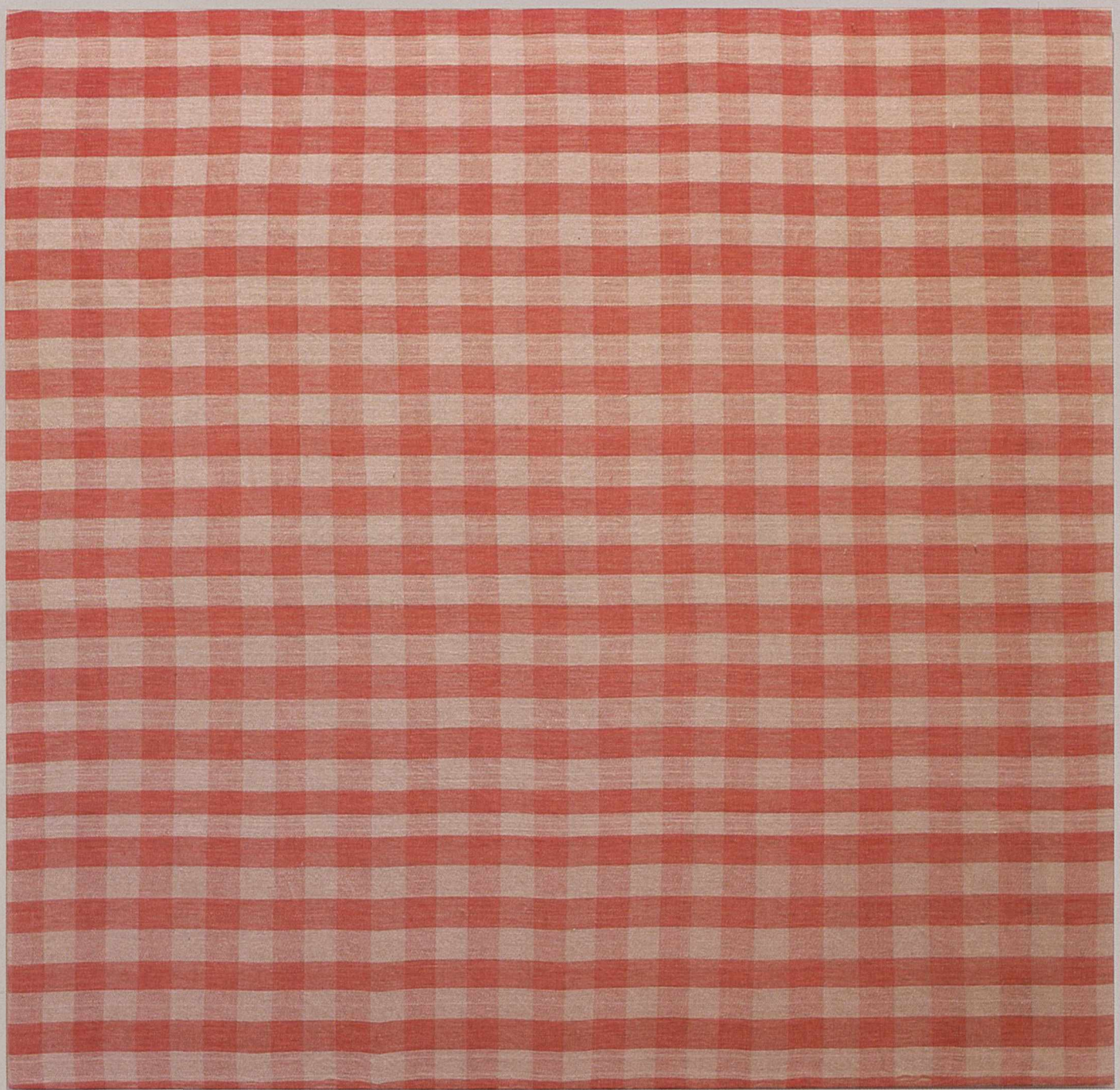
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



7-8/2006

Að vera nógu harður þegar þess þarf



Þegar menn á fertugsaldri leita loks til læknis til að fá meðferð við ristruflun er það gert eftir langt umhugsunarferli. Því er mikilvægt að hefja réttu meðferðina. Mikilvægasti þáttur í meðhöndlun ristruflana er að maðurinn nái nægilega hörðu risi til að geta haft viðunandi samfarir.

Sem betur fer er farið að tala opinskátt um ristruflanir. Staðreyndin er sú að ris er ekki bara ris. Viagra (síldenafíl) er það ristruflana-lyf á íslenskum markaði sem mest hefur verið rannsakað eða í 103 klínískum rannsóknum sem spanna 13.000 sjúklingaár[1].

Í hluta af þessum rannsóknum hefur verið litið á mikilvægi þess að ná fullri stinningu. Í dag er stinningunni skipt í 4 stig, þar sem 3. og 4. stig veita þá stinningu sem nægir til að hafa og ljúka samförum. Niðurstöður einnar rannsóknar sýndu að 85% karlmanna náðu þessum stigum eftir inntöku 100 mg af Viagra og þegar litið var á 50 mg skammtinn dugði hann í 80% tilfella[2].

Eftir 3 ára notkun eru 95% sjúklinga ánægðir með stinninguna sem staðfestir að gæði stinningar eru mikilvæg.

Þess vegna er Viagra góður kostur þegar meðhöndla á ristruflun.

Hart og haldgott ris[2]

pfizer

1. Medline "Viagra" 09/2005 2. Goldstein I et al.: N Engl J Med 1998; 338: 1397-404 3. Carson C.C. et al: Urology 2002; 60 (Supple 2B): 12-27. For produktinfo se side xx. 220-via-05-01-25 jun-05

Sérlyfjatexti á bls. 572

RITSTJÓRNARGREINAR

515 **Að skima eftir ristilkrabbameini. Hvers vegna, hvernig og hvenær?**
Ásgeir Theodórs

519 **Sjúkdómsgreiningar: Trúverðug lýsing á heilbrigðisvanda eða villandi hálfsannleikur?**
Ludvig Guðmundsson

FRÆÐIGREINAR

521 **Skimun fyrir krabbameini í ristli og endaþarmi. Samvinna milli stjórnmálamann og vísindamanna er nauðsynleg**
Michael Bretthauer, Anders Ekbom, Nea Malila, Tryggvi Stefánsson, Anders Fischer, Geir Hoff, Elisabete Weiderpass, Steinar Tretli, Laufey Tryggvadóttir, Hans Storm, Iben Holten, Hans-Olov Adami, NordICC

Krabbamein í ristli og endaþarmi er eitt hið algengasta slíkra meina sem hrjáir jarðarbúa og það er sérstaklega algengt á Norðurlöndunum. Sumstaðar í Evrópu og Bandaríkjunum er ristilspeglun ráðlögð sem skimunaraðferð fyrir þessu krabbameini. Engar rannsóknir eru til á áhrifum aðferðarinnar á nýgengi, dánartíðni, mögulega fylgikvilla eða neikvæð áhrif á almenning. Hér eru leidd rök að mikilvægi samnorrænnar slembirannsóknar á skimun með ristilspeglun.

524 **Birting íslenskrar fræðigreinar í erlendu tímariti**

527 **Algengi offitugreiningar hjá öryrkjum á Íslandi 1992-2004**
Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson, Laufey Steingrímsdóttir

Sé offita fyrsta sjúkdómsgreining örorkumats er hún að öllum líkindum meginorsök örorkunnar. Frá 1992 til 2004 fjölgaði öryrkjum á Íslandi með offitu sem fyrstu sjúkdómsgreiningu í örorkumati marktækt meira en öryrkjum fjölgaði almennt. Fjölgunin var líka mun meiri en hlutfallsleg fjölgun of feitra Íslendinga frá árunum 1990 til 2002 því samkvæmt könnun Manneldisráðs hafði hlutfall fólks með offitu aukist úr 6,5% í 12,4% meðal 15-80 ára karla en úr 8,5 í 12,3% meðal kvenna á þessu tímabili.

533 **Áhættuþættir og algengi ristruflana meðal íslenskra karlmanna á aldrinum 45-75 ára**
Guðmundur Geirsson, Gestur Þorgeirsson, Óttar Guðmundsson, Guðmundur Vikar Einarsson

Þátttakendur voru 4000 karlmenn 45-75 ára gamlir. Þeir fengu spurningar til að meta ristruflanir skv. alþjóðlegum kvarða (International Index of Erectile Function), einnig var spurt um sjúkdóma, lyf og kynlífsheilsu. Svarhlutfall var 40,8%. Ristruflanir meðal þátttakanda reyndust algengar, 35,5% í yngsta hópnum fá 21,6% karlmanna ristruflanir og 62,3% í elsta hópnum. Áhættuþættir auk aldurs eru reykingar, sykursýki, hátt kólesteról, kvíði og þunglyndi.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

7./8. tbl. 92. árg. júlí/ágúst 2006

Aðsetur
Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Símar
564 4104 – 564 4106 (fax)

Ritstjórn
Bryndís Benediktsdóttir
Engilbert Sigurðsson
Karl Andersen
Tómas Guðbjartsson
Þóra Steingrímsdóttir
Jóhannes Björnsson, ábm. og ritstjóri

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Brynja Bjarkadóttir
brynja@lis.is

Blaðamaður
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1700

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

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

Prentun og bókband
Íslandsprent ehf.
Steinhellu 10
221 Hafnarfirði

Pökkun
Plastpökkun ehf.
Skemmuvegi 8m
200 Kópavogi

ISSN: 0023-7213



Endurtekinn kynfæraherpes veldur sjúklingum mikilli streitu. [1,2,3]
Með Valtrex einu sinni á dag er hægt að koma í veg fyrir útbrot.
Sjúklingurinn stjórnar þá veirunni í stað þess að láta hana stjórna sér.

VALTREX VALACICLOVIR

gsk GlaxoSmithKline

Valtrex töflur, GlaxoSmithKline J05 A B 11
Hver tafla inniheldur: Valaciclovirum INN 250 mg eða 500 mg. **Ábendingar:** Ristill (herpes zoster) hjá sjúklingum með eðlilegt ónæmiskerfi þar sem búist er við að sjúkdómurinn verði erfiður. Herpes simplex sýkingar í húð og slímhúðum, þ.m.t. herpes genitalis bæði frumsýking og seinni endursýkingar. Varnandi meðferð við endurteknum herpes simplex sýkingum í húð og slímhúðum, þ.m.t. herpes genetialis. Varnandi meðferð við sýkingum af völdum cytomegalóveira eftir líffæraflutning, en meðferðin getur minnkað líkur á höfnun viðkomandi líffæris, tilfallandi sýkingum og öðrum herpessýkingum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir valacíklóvíri eða asíklóvíri. Varúð: Skert nýrnasterfsemi getur leitt til uppsöfnunar lyfsins. Huga þarf að nægjanlegri vökvagjöf hjá eldri sjúklingum og sjúklingum með lækkun á kreatínínklerans. **Meðganga og brjóstagjöf:** Klínísk reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum er takmörkuð. Mælt er með að nota lyfið aðeins að mjög vel yfirlögðu ráði hjá barnshafandi konum. Lyfið útskilst í brjóstamjólk en áhrif á barnið teljast ólíkleg við venjulega skömmtun þess. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir eru höfuðverkur og ógleði. Algengar (>1%): Almennar: Höfuðverkur, ógleði, uppköst. Sjaldgæfar (0,1-1%): Húð: Útbrot. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Almennar: Svimi. Miðtaugakerfi: Rugl, ofskynjanir, syfja. Athugið: Klínísk reynsla af notkun valacíklóvírs hjá sjúklingum með skerta lífrarstarfsemi er lítil. **Skammtastærðir handa fullorðnum: Ristill (herpes zoster):** 1 g þrisvar sinnum á dag í eina viku. Hefja skal meðferð sem fyrst eftir að einkenna verður vart, helst innan 72 klst. **Herpes simplex:** 500 mg tvisvar á dag í 3-5 daga. Við frumsýkingu getur verið þörf á að meðhöndla í allt að 10 daga. **Varnandi meðferð við endurteknum herpes simplex sýkingum:** Sjúklingar með eðlilegt ónæmiskerfi: 500 mg einu sinni á dag. Sjúklingar sem fá tíðar endursýkingar (oftar en 10 sinnum á ári gagnast betur að fá þennan skammt í tvennu lagi, þ.e. 250 mg tvisvar á dag. Sjúklingar með skert ónæmiskerfi 500 mg tvisvar á dag. Aðlaga skal skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. **Pakkningar og hámarksverð jan. 2005:** Töflur 250 mg 60 stk. (þynnupakkað) kr. 11.723. Töflur 500 mg 10 stk. (þynnupakkað) kr. 3.930; 42 stk. (þynnupakkað) kr. 14.051. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðslutilhögun: E. 1) R Patel et al Patient Attitude to Genital Herpes Disease, Diagnosis and Therapy. 14th Meeting of the Int. Soc. for STD Research, June 2001, Berlin. 2) John Green et al, The journal of the Intern. Herpes Managem Forum, Dec 2003, Vol 11, No 3. 3) R Patel et al Patients' perspectives on the burden of recurrent genital herpes International Journal of STD & AIDS 2001; 12(10). 04.2005 b.

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

542 **Af sjónarhóli stjórnar. Mikill er máttur orðsins**
Birna Jónsdóttir

543 **Aðalfundur LÍ 1.-2. september á Egilsstöðum**

544 **Lækningar í Ágústínusarklaustrinu á Skriðu**
Niðurstöður fornleifarannsóknar
Steinunn Kristjánsdóttir

548 **Hlutverk lækna er að sinna sjúklingum**
Viðtal við Siv Friðleifsdóttur heilbrigðis- og tryggingaráðherra
Hávar Sigurjónsson

552 **Hugsunin er kóróna sköpunarverksins**
Viðtal við Ólaf Árna Sveinsson lækni og heimspeking
Hávar Sigurjónsson

554 **Læknar á hlaupum**
Rætt við fjóra lækna sem allir hlaupa af lífi og sál
Hávar Sigurjónsson

Góð aðferð til að losa um streitu – Hildur Harðardóttir
Allt bilar sem ekki er notað – Trausti Valdimarsson
Líkaminn gerður til að hlaupa – Eyjólfur Guðmundsson
„Af því ég get það“ – Jórunn Viðar Valgarðsdóttir

562 **Boð fyrir 39 kandídata úr læknadeild**
LÍ bauð nýja lækna velkomna í hópinn
Védís Skarphéðinsdóttir

563 **Vísindadagskrá í tilefni afmælis Guðmundar Þorgeirssonar**
Védís Skarphéðinsdóttir

564 **Hvenær rumskar Læknafélagið aftur?**
Tómas Helgason

FASTIR PISTLAR

567 **Íðorð 189. Orðalistar**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

568 **Lausar stöður**

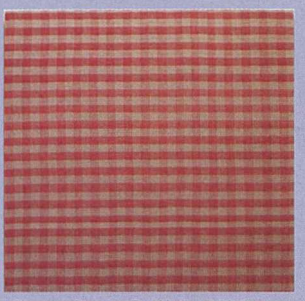
571 **Einingaverð**

572 **Sérlyfjatextar**

578 **Eins og bjart sólskin í hendi. Sumarhugvekja handa læknum**
Jón Kalman Stefánsson

579 **Ráðstefnur og fundir**

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



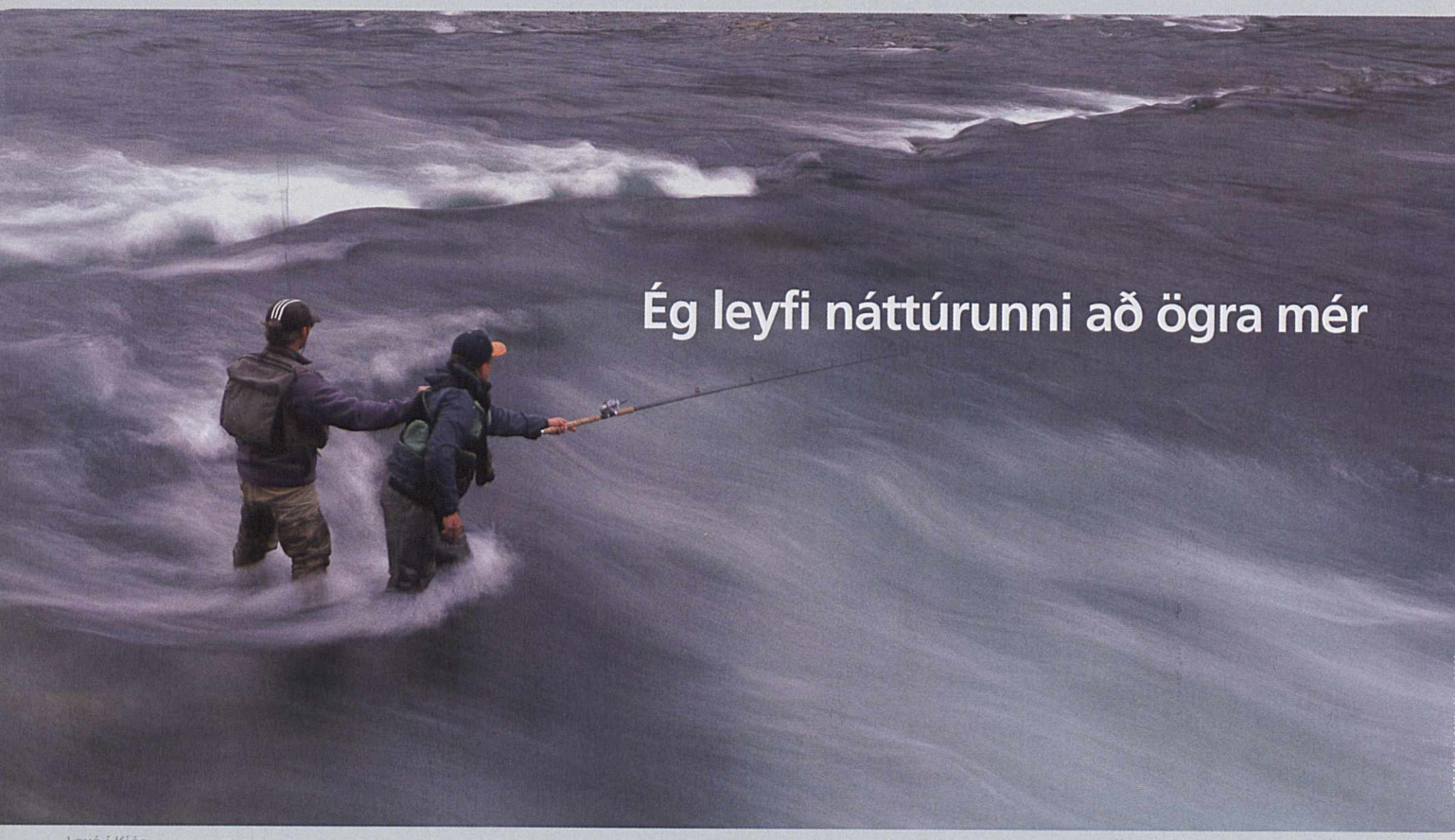
„Gingham, Cadmium Red Medium“, 2005.
Hör, akrýlmálning, ofið.
91,5 x 91,5 x 2,5 cm

Málverkið hefur gengið í gegn um langt skeið tilrauna og rannsókna þar sem listamenn láta reyna á mörk þess. Sem kunnugt er var það lengst af notað til að miðla myndum af einhverju sérstöku, sögulegum viðburðum, mannfólki eða hlutum, svo algeng dæmi séu tekin sem enn eru við lýði. Fyrsta verulega breytingin í sögu þess má segja að hafi verið tilkoma abstraktmálverksins snemma á 20. öld og seinni hluta aldarinnar eru stílar og stefnur í kringum miðilinn óteljandi. Að halda því fram í dag að málverk samanstandi af olíu- eða akríllit á striga sem strekktur er á blindramma er þannig hálfgerð tímaskekkja. Þótt fróðir aðilar væru spurðir fengjust líkast til verulega ólík svör við spurningunni um skilgreiningu málverks nú um stundir.

Hildur Bjarnadóttir glímir við málverk í nýrri seríu verka sem dæmi má sjá um á forsíðu Læknablaðsins að þessu sinni. Verk hennar, **Gingham, Cadmium Red Medium**, frá árinu 2005, er skemmtileg nálgun að viðfangsefninu sem gengur út frá tækni listamannsins, en hún vinnur iðulega með textíl. Hildur er kunn af verkum sem byggja á handverki, vefnaði, útsaum, hekli eða þvíumlíku. Í heimi textíls er Gingham ákveðin gerð vefnaðar, indónesískur að uppruna, sem byggir á tveimur litum ofnum í köflur. Þetta mynstur er algengt í borðdúkum, viskustykkjum og allskyns hversdagsvefnaði. Hildur notar hör sem hún litar með akríllit, síðan vefur hún saman náttúrulegum þræði og í þessu tilviki rauðum svo úr verður Gingham. Þetta strekkir hún síðan á blindramma og útkoman er það sem samkvæmt hefðbundinni skilgreiningu mætti kalla málverk. Þá er bara spurningin málverk af hverju?

Hildur vísar í fjölda liststefna í þessu verki þar sem hún blandar saman hefðum textíls og málverks. Sem dæmi mætti nefna mínimalisma ef við skoðum formfast mynstrið, konseptlist ef við skoðum hugmyndafræðina að baki verkinu, popplist ef við skoðum þetta sem mynd af borðdúk og svona mætti áfram telja. Verkið kann við fyrstu sýn að virðast ólíkt mörgum hennar fyrri verkum sem vísa í fallegar hannyrðir, blúndur og skraut, en í raun er það ómissandi í samhengi við þær hugmyndir sem hún sækir í línskápinn, því Gingham er sígilt efni.

Markús Andrésson



Laxá í Kjós

Ljósmyndari: Haukur Snorrason, www.snorrason.is

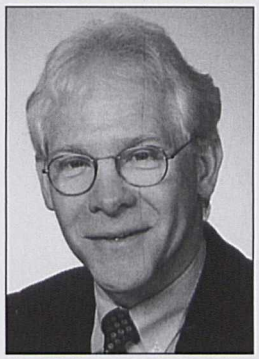
Seroxat® paroxetin

Sérlyfjatexti á bls. 572

gsk GlaxoSmithKline

Að skima eftir ristilkrabbameini

Hvers vegna, hvernig og hvenær?



Ásgeir Theodórs

atheodor@simnet.is

Screening for Colon Cancer: Why-How-When

Director of Medical Affairs and Chairman of Department of Gastroenterology, St. Joseph´s Hospital, Hafnarfjordur, Iceland. Staff Gastroenterologists, Department of Gastroenterology, University Hospital, Iceland.

Á undanförnum árum hefur víða verið rætt um ristilkrabbamein þar eð niðurstöður stórra slembirannsókna (1-3) hafa sýnt að unnt er að fækka dauðsföllum af völdum sjúkdómsins með því að skima eftir blóði í hægðum. Þá eru vísbendingar um að ekki skipti máli hvaða leitaraðferð sé beitt (blóðskimun í hægðum, stutt ristilspeglun, alristilspeglun eða röntgenmynd af ristli), allar skili nokkrum árangri, en mismiklum. Margt bendir til að besta rannsóknin sé alristilspeglun. Sú rannsókn krefst verulegs undirbúnings, dýrs tækjabúnaðar og flókins, sérmenntaðra starfskraftra, og góð aðstaða þarf að vera fyrir hendi. Rannsóknin sem kostar um 30 þúsund krónur er ekki án fylgikvilla (holgötun, blæðing), en alvarlegir fylgikvillar sjaldgæfir (dauðsföll 0,01-0,03%).

Innan fárra ára er að vænta niðurstaðna úr slembirannsóknum varðandi stutta ristilspeglun (sigmoidoscopy). Skoðunin er takmörkuð og allnokkur fjöldi meinsemda finnst ofar og hægra megin í ristlinum (4, 5) og greinist því ekki við þessa skoðun. Nýjar rannsóknaraðferðir, svo sem breyttir erfðavísar (DNA) í hægðum og sýndarristilspeglun -(tölvusneiðmynd af ristli) koma ef til vill að notun við skimun eftir ristilkrabbameini og forstigum þess í framtíðinni.

Margar þjóðir hafa þegar tekið upp skimun eftir ristilkrabbameini og greiða fyrir hana. Í Finnlandi er hafin skipulögð skimum fyrir blóði í hægðum með slembirannsóknarívafi. Í Bandaríkjunum hefur áróðri fyrir skimun verið haldið uppi í mörg ár. Þátttaka þar hefur aukist, dánartíðni lækkað svo og nýgengi sjúkdómsins sem ef til vill má rekja til aukinna skimunaraðgerða.

Á vefsíðu landlæknis eru klínískar leiðbeiningar um ristilkrabbamein. Þar kemur fram hverja á að skima eftir krabbameini og hvernig. Fyrir nokkrum árum fór fram fræðsluátak fyrir almenning um ristilkrabbamein, alfarið kostað af einkaaðilum, um áhættuþætti þess og mögulegar rannsóknaraðferðir. Tvær þingsályktunartillögur hafa séð dagsins ljós hér á landi um auknar forvarnir gegn krabbameinum í meltingarvegi (Árni Ragnar Árnason heitinn alþingismaður) og um að hefja skimun eftir ristilkrabbameini (Drífa Hjartardóttir alþingismaður). Sú síðari var samþykkt á Alþingi og vísað til heilbrigðisnefndar en hefur ekki verið afgreidd úr nefndinni af óljósum ástæðum.

Ristilkrabbamein er þriðja algengasta krabbameinið hér á landi (115 tilfelli greind á ári) og önnur algengasta dánarorsök af völdum krabbameina (55 dauðsföll á ári). Þrátt fyrir áhuga alþingismanna hefur baráttan gegn sjúkdómnum ekki skilað sér í forvarnaraðgerðum. Landlæknir hefur mælt með skimun sem forvörn (6) og áætlar að hún geti komið í veg fyrir 8-10 dauðsföll árlega.

Í þessu tölublaði Læknablaðsins er grein um samnorræna slembirannsókn á skimun eftir ristilkrabbameini með alristilspeglun (colonoscopy). Greinin er áhugaverð og birtist jafnframt í læknablöðum hinna Norðurlandanna (7). Þetta er framtak hóps sem kallar sig NordICC (Nordic Initiative on Colorectal Cancer) eða Norrænt framtak um krabbamein í ristli og endaþarmi og hefur hannað fjölsetra slembirannsókn á skimun með ristilspeglun.

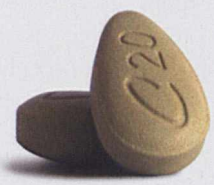
Í greininni er bent á að þörf sé frekari rannsókna á öðrum og betri leitaraðferðum. Alspeglun er kjörrannsókn til að greina sjúkdóma í ristli. Tækjabúnaði hefur fleygt fram á síðustu árum og nú er hægt að greina örsmárar meinsemdir og taka sýni til vefjagreiningar. Víða er mælt með alspeglun í skimun eftir ristilkrabbameini og forstigum þess þegar um tilfellaleit (case finding) er að ræða. Þó skortir vísindalegar upplýsingar um hvers má vænta við framkvæmd víðtækra skimunaraðgerða með speglun eins og bent er á í greininni. Það er skynsamlegt fyrir stjórnmálamenn að veita fé til skipulagðra slembirannsókna til að sjá hvort slík skimunaraðferð skilar árangri.

Í ljósi fenginnar þekkingar er skynsamlegt að byrja skipulagða skimun hérlendis með athugun á blóði í hægðum. Jafnframt er þátttaka í skipulagðri langtíma slembirannsókn, til að bera saman árangur ristilspeglunar við leit að blóði í hægðum með tilliti til lækkunar dánartíðni og nýgengi ristilkrabbameins, mikilvæg. Hér á landi er mikil þekking og reynsla af krabbameinsleit sem auðveldar þátttöku

Höfundur er sérfræðingur í meltingarsjúkdómum á St. Jósefsspítala, 220 Hafnarfirði, Landspítala við Hringbraut, 101 Reykjavík.

Til þeirra sem halda að öll rislyf séu eins





	Viagra® (síldenafíl)	Cialis® (tadalafil)
Verkunarlengd	4-5 klukkustundir[1]	36 klukkustundir[1] ✓
Áhrif fæðu á verkun lyfs	Máltíð getur seinkað verkun lyfs[1]	Verkun er óháð máltíðum[1] ✓
Ráðlagður tími á inntöku fyrir samfarir	60 mínútur[1]	minnst 30 mínútur[1] ✓
Áhrif	Viagra® og Cialis® eru sambærileg[2]	

Tvö rislyf á markaðinum hafa svipaða verkun[2]: Viagra® og Cialis®. Þó eru nokkur atriði sem skilja á milli Cialis® og Viagra®: til dæmis að Cialis® verkar í allt að 36 klukkustundir og má taka það með mat[1].

Hvað þýðir þetta í raun og veru?
Verkun í allt að 36 tíma þýðir að hægt er að stunda kynlíf sem ekki krefst sérstakrar skipulagningar. Parið getur til dæmis notið rómantískrar helgi með góðum mat, útiveru og kynlífi þegar löngunin segir til sín.

Skiptir þetta einhverju máli?
Hvers vegna ekki að kynna báða möguleika fyrir sjúklingnum og láta hann ákveða hvorn hann vill.

AUGLÝSINGASTOFA SKAPARANS
200611

Jú - það er munur!

Cialis®
tadalafil

1. Samantekt á eiginleikum lyfs og www.lyfjastofnun.is
2. Carson, C.C.: Erectile Dysfunction: Evaluation and New Treatment Options, Psychosomatic Medicine 2004; 66:664-671

Sérlyfjatexti á bls. 573

okkar og heilbrigðisyfirvöldum gæfist tækifæri til að berjast gegn ristilkrabbameini, fækka tilfellum og takmarka vaxandi útgjöld í greiningu og meðferð sjúklinga með ristilkrabbamein.

Heimildir

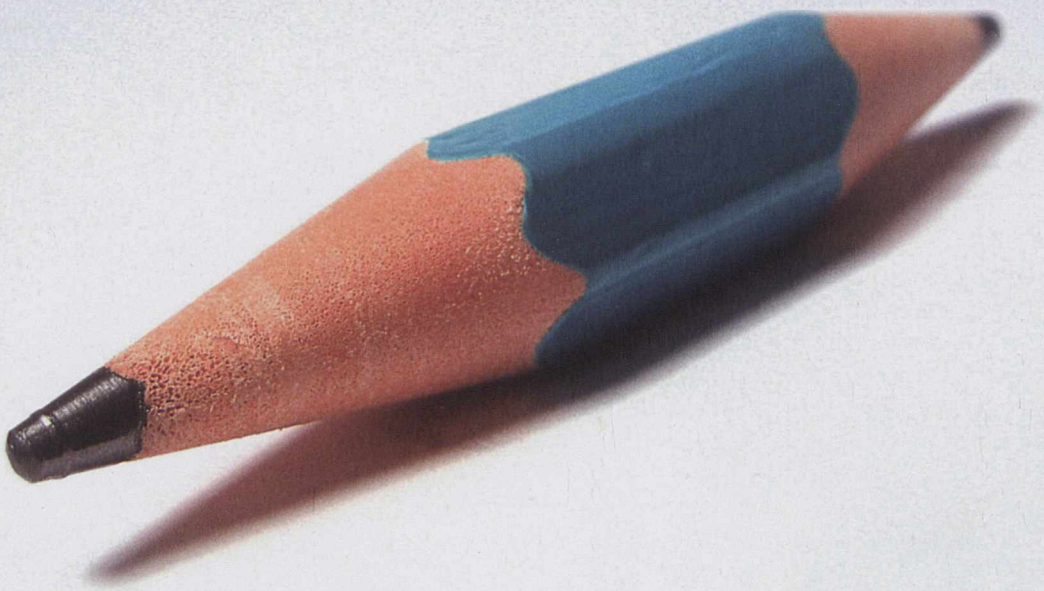
1. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Braadley GM Shuman LM, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. N Engl J Med 1993; 328: 1365-71.
2. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomized controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet 1996; 348: 1472-7.
3. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomized study of screening for colorectal cancer with faecal-occult blood test. Lancet 1996; 348: 1467-71.
4. Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. N Engl J Med 2000; 343: 169-74.
5. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H, Chejfec G. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380. N Engl J Med 2000; 343: 162-8.
6. Guðmundsson S. Skimun fyrir krabbameinum í ristli og endaþarmi. Læknablaðið 2002; 88: 713-4.
7. Hoff G, Bretthauer M. The Science and Politics of Colorectal Cancer Screening. PloS Medicine 2006; 3: 1-4.

Sumarlokun á skrifstofu læknafélaganna

Skrifstofan verður lokuð frá og með 24. júlí til 8. ágúst vegna sumarleyfa starfsfólks.

VÆRI EKKI GOTT AÐ LOSNA VIÐ ALLA ÞESSA SKRIFFINNSKU?

MEÐ HEILDARLAUSNUM FRÁ INFORMEDICA FYRIR LÆKNASTOFUNA ÞÍNA ER PAPPÍRSVINNAN ÚR SÖGUNNI.



Fyrirtækið Informedica ehf. sérhæfir sig í þjónustu og vinnuferlum fyrir lækna. Hún felur í sér grunnþjónustu, svo sem bókun, símasvörun og ýmis konar umsjón með heildarlausnum og tæknilegri ráðgjöf. Informedica leggur áherslu á að laga alla þjónustu að þörfum sérhvers læknis, ásamt því að stuðla að pappírslausu umhverfi með rafrænum beiðnum og sjúkraskýrslum. Informedica byggir á margra ára þekkingu og reynslu í vinnuferlum og þjónustu við lækna.

Informedica býður meðal annars upp á þjónustu sem tengist sérstöku tölvukerfi. DIANA er sjúkraskráningarkerfi sem er sérsniðið fyrir þarfir heilbrigðisstarfsmanna. DIANA inniheldur m.a. rafræna sjúkraskrá, lyfseðla, eyðublöð fyrir Tryggingastofnun og fleiri aðila, bókunarkerfi, reikningakerfi og tengingu við rafrænt læknanet.

INFORMEDICA

Informedica ehf / Egilsgata 3 / 101 Reykjavík / Sími 8930072
www.informedica.is / info@informedica.is

Helga Guðný Ásgeirsdóttir / helgagudny@hive.is

Sjúkdómsgreiningar: Trúverðug lýsing á heilbrigðisvanda eða villandi hálfsannleikur?

Í þessu tölublaði Læknablaðsins fjalla Sigurður Thorlacius og félagar um mikla fjölgun offitugreininga hjá öryrkjum (1). Þessi fjölgun bendir til þess að offita valdi æ oftar heilsubresti og örorku. Niðurstaða höfunda er að tíðni greiningar alvarlegrar offitu meðal öryrkja geti verið að aukast umfram raunverulega aukningu ástandsins meðal landsmanna. Þeir sem rannsaka offitu eru sama sinnis, það er að fólk skiptist nú í tvo hópa með tilliti til holdafars. Annar hópurinn, sá minni, er í nokkurn veginn eðlilegum holdum en hinn sem er of feitur verður stöðugt feitari. Sé þetta rétt er offita og heilsufarsvandi tengdur henni enn meiri en álitið hefur verið hingað til.

Offita birtist meðal örorkugreininga hjá rúmlega 7% kvenna og tæplega 4% karla. Offitutíðni (BMI>30) (BMI=Body Mass Index, þyngdarstuðull) fyrir aldurshópinn 20-65 ára er um 20%, ofþyngd (BMI 25-30) 35-40%, eðlilegt holdafar (BMI<25) um 40% (2). Sé þetta borið saman við þekkt áhrif offitu á algengi ýmissa sjúkdóma sem valda örorku má ætla að offita sé vanskráð sem orsök fyrir eða sem meðverkandi þáttur við örorku (3). Hér má nefna að fylgst hefur verið með holdafari sjúklinga sem koma til meðferðar á Reykjalundi undanfarin ár. Á árunum 2002-2005 var tíðni þeirra sem voru í eðlilegri þyngd um 25%, í ofþyngd um 32% og feitir 42%. Vannærðir voru um 1% sjúklinga.

Annað athyglisvert í rannsókninni á örorkugreiningum er að jafnvel þegar offita er tilfærð sem sjúkdómsgreining koma ekki fram tölulegar upplýsingar um holdafar sjúklings, svo sem BMI eða mittismál. Læknum virðist ekki tamt að nota holdafarsmælingar í klínískri vinnu, jafn einfaldar og þýðingarmiklar og þær eru, krefjast aðeins aðeins vogar og málbands. Rannsóknin tekur 2-3 mínútur. Hún gefur oft mun þýðingarmeiri upplýsingar en dýrar nýtískulegar hátæknirannsóknir en er vissulega óskáldleg og gamaldags miðað við fínheitin. Það ætti að vera fastur liður í klínískri vinnu að skrá holdafar sjúklinga.

Læknar byggja starf sitt á að greina sjúkdóma og meðhöndla. Greiningar byggja nær alltaf á sjúkdómseinkennum eða safni einkenna, heilkennum. Þær ná yfirleitt ekki til orsaka sjúkdómsins, hversu alvarlegur hann er, né til aðstæðna sem kunna að hafa áhrif á afleiðingar hans.

Að minnsta kosti 70% langvinnra sjúkdóma, fatlana og snemmkominna dauðsfalla eru talin lífsstílstengd og afleiðingar félagslegra aðstæðna. Þar koma til streita, óreglulegur svefn og önnur óreiða í lífsháttum, reykingar, misnotkun vímuefna og lyfja, glannaskapur, lítil hreyfing, röng næring, ofeldi, vaneldi, ógætilegt kynlíf, atvinnuleysi, skilnaðir, einsemd, fátækt og erfiðar aðstæður. Ef þessa er ekki gætt verður meðferð þegar best lætur meðhöndlun sjúkdóms en ekki sjúklings.

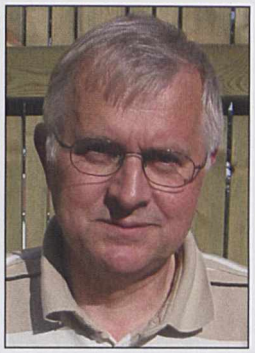
Dæmin blasa við:

Meðferð lungnateppusjúklinga þar sem ekki er lögð megináhersla á reykleysi getur dregið um hríð úr einkennum sjúkdómsins en leiðir hjá sér horfur eða aðrar heilsufarslegar afleiðingar reykinga.

Lyfjameðferð við sykursýki þar sem ekki er sinnt hreyfingarleysi, rangri næringu og ofþyngd skilar takmörkuðum árangri.

Örorkuvottorð sem aðeins greinir frá vefjagigt en lætur ógetið að öryrkinn er ung einstæð móðir sem á aðeins kost á erfiðum, ótryggum láglaunastörfum og nýtur lítils félagslegs stuðnings, lýsir ekki því sem mestu máli skiptir sem ástæðu örorkuumsóknar.

Tinetti og félagar hafa bent á takmarkanir sjúkdómshugtaksins (4). Með því að einblína á það eitt sé hætta á of- eða vanmeðhöndlun, jafnvel rangri meðferð. Meðferð sjúkdóma þurfi að samhæfa öðrum þáttum sem máli skipta. Hluti slíkrar samhæfðrar meðferðar snýr að lífsháttum og aðstæðum sjúklings, óskum hans og markmiðum. Heilbrigðisþjónustan þarf að temja sér vinnubrögð þar sem lögð er áhersla á forvarnir og aðstoð við lífsháttabreytingar í því skyni að bæta árangur meðferðar og gæði þjónustu.



Ludvig Guðmundsson

LudvigG@reykjalundur.is

Medical diagnoses: A credible description of health problems or a misleading semitruth?

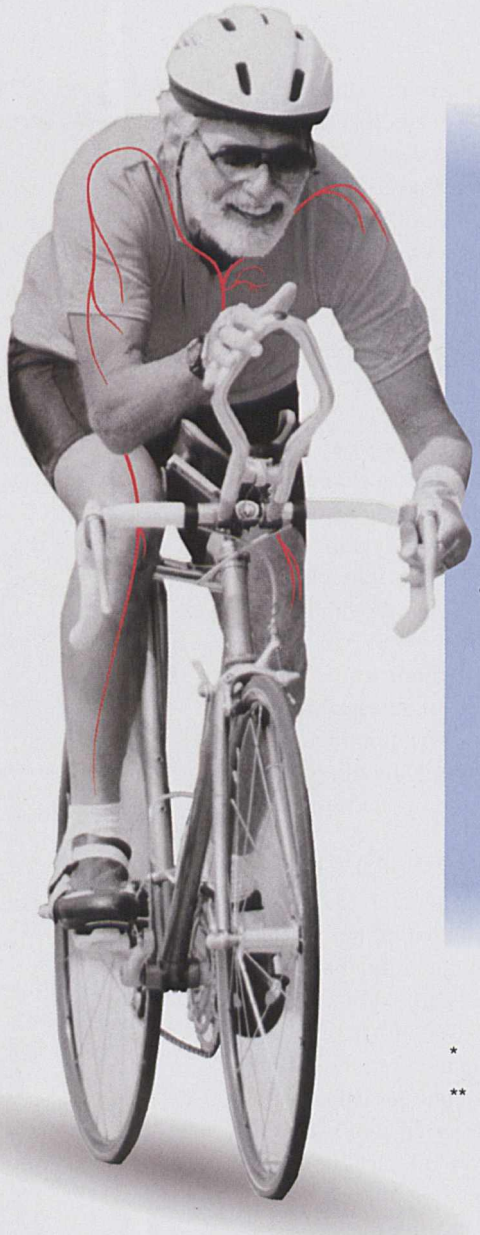
Ludvig Guðmundsson MD, Physiatrist, Reykjalundur Rehabilitation.

Heimildir

1. Thorlacius S, Stefánsson SB, Steingrímsdóttir L. Algengi offitugreiningar hjá öryrkjum á Íslandi 1992-2004. Læknablaðið 2006; 92: 525-9.
2. Guðmundsdóttir SL, Óskarsdóttir D, Franzson L, Indriðason ÓS, Sigurðsson G. Samband líkamlegrar þjálfunar við þyngdarstuðul, fitumassa og gripstyrk í íslensku þýði. Læknablaðið 2004; 90: 479-86.
3. Overweight and Obesity in Adults; National Health and Medical Research Council, Sept 2003.
4. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. Am J Med 2004; 116: 179-85.

Höfundur er læknir á Reykjalundi.

DIOVAN® er einn af best rannsökuðu All hemlunum og sá mest notaði[1]



VALUE • Kröftug blóðþrýstingslækkun. **56%** erfiðra sjúklinga ná meðferðarmarkmiði[2]

VALUE • **23%** lækkun á nýgengi sykursýki 2 samanborið við amlódipín[2]

VALIANT • Eini All hemillinn með ábendingu til meðferðar hjá sjúklingum eftir nýlegt hjartadrep*

Val-HeFT • Ábending til meðferðar við hjartabilun**

* Til meðferðar hjá sjúklingum í klínísku jafnvægi sem eru með hjartabilun með einkennum, eða einkennalausa slagbilsvanstarfsemi vinstri slegils eftir nýlegt (12 klst. - 10 daga) hjartadrep.

** Meðferð við hjartabilun með einkennum, þegar ekki er hægt að nota ACE-hemla, eða sem viðbótarmeðferð með ACE-hemlum, þegar ekki er hægt að nota beta-blokka.

1.Køber L et al. Future Cardiol. 2005; 1(5):591-598
2.Julius S et al. Lancet 2004;363 (9426):2022-31

Sjá nánar meðfylgjandi sérlyfjaskrártexta fyrir Diovan, Diovan Comp og amlódipín

DIOVAN® VALSARTAN

NOVARTIS

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

Novartis - Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 535 7000, www.novartis.is

Skimun fyrir krabbameini í ristli og endaþarmi

Samvinna milli stjórnmálamanna og vísindamanna er nauðsynleg

Michael Bretthauer[1]
MELTINGARLÆKNIR
Anders Ekbom[2]
ALMENNUR SKURÐLÆKNIR
Nea Malila[3]
LYFLÆKNIR
Tryggvi Stefánsson[4]
ALMENNUR SKURÐLÆKNIR
Anders Fischer[5]
MELTINGARSKURÐLÆKNIR
Geir Hoff[1]
MELTINGARSÉRFRÆÐINGUR
Elisabete Weiderpass[1,2]
Steinar Tretli[1]
TÖLFRÆÐINGUR
Laufey Tryggvadóttir[6]
FARALDSFRÆÐINGUR
Hans Storm[7]
LYFLÆKNIR
Iben Holten[8]
MEINAFRÆÐINGUR
Hans-Olov Adami[2]
ALMENNUR SKURÐLÆKNIR
NordICC (Nordic Initiative on Colorectal Cancer)

[1]Kreftregisteret, Ósló, Noregi, [2]Karolinska Institutet, Stokkhólmi, Svíþjóð, [3]Finnska krabbameinsskráin, Helsinki, Finnlandi, [4]Landspítala, Reykjavík, Íslandi, [5]Gentofte sykehus, Gentofte, Danmörku, [6]Krabbameinsskráin, Reykjavík, Íslandi, [7]Kræftens Bekæmpelse, Kaupmannahöfn, Danmörku

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Michael Bretthauer, Kretfregisteret, Montebello, 0310 Oslo. Sími: +47 90132480 *michael.bretthauer@rikshospitalet.no*

Ágrip

Krabbamein í ristli og endaþarmi er eitt af algengustu krabbameinum í hinum vestræna heimi, og sérstaklega er það algengt á Norðurlöndum. Í mörgum Evrópulöndum og Bandaríkjunum er ristilspeglun ráðlögð sem skimunaraðferð fyrir þessu krabbameini. Það hafa samt ekki verið gerðar slembirannsóknir á áhrifum aðferðarinnar á nýgengi, dánartíðni, mögulega fylgikvilla eða neikvæð áhrif á almenning. Þrýstingur almennings á að fá skimun fyrir meininu með ristilspeglun mun líklega aukast mikið á næstu árum. Það er hætta á því að ristilspeglun sem skimunaraðferð verði innleidd án nægilegrar vísindalegrar undirstöðu. Þess vegna viljum við færa rök fyrir mikilvægi þess að gerð verði samnorræn slembirannsókn á skimun með ristilspeglun meðal almennings.

Krabbamein í ristli og endaþarmi og aðferðir til skimunar

Krabbamein í ristli og endaþarmi (KRE) er annað algengasta krabbameinið í Evrópu og á Norðurlöndum (1), með vaxandi tíðni í nokkrum af Norðurlöndunum (mynd 1). Á Íslandi er æviáhættan að fá KRE um það bil 5%. Horfurnar hjá sjúklingum með staðfestan sjúkdóm eru slæmar, fimm ára lifun er undir 50%. Orsakir fyrir myndun KRE eru aðeins að litlu leyti þekktar, en augljóslega fjölþættar (2).

Flest KRE (70%-90%) verða til í góðkynja sepum (kirtilæxlum), en aðeins lítill hluti þeirra verður að illkynja æxlum. Það tekur um það bil 10 ár fyrir krabbamein að myndast í slíkum sepum. Þess vegna er fræðilega mögulegt að koma í veg fyrir KRE með því að fjarlægja sepana áður en krabbameinið verður til. Góðkynja separ í ristli eru algengir í íbúum Norðurlanda. Í norskri lýðgrundaðri rannsókn fundust slíkir separ hjá 17% fólks á sjötugsaldri (3). Það er auðvelt að finna og fjarlægja sepana í ristilspeglun. Bæði heildarristilspeglun (þar sem allur ristillinn er rannsakaður) og stutt ristilspeglun (þar sem bara neðsti hluti ristils og endaþarmur eru rannsakaðir) eru því áhugaverðar sem skimunaraðferðir fyrir KRE.

Önnur viðurkennd aðferð er að leita að blóði í hægðum (Fecal occult blood test; FOBT). Nýjar aðferðir eins og tölvusneiðmynd af ristli og rannsóknir sem leita uppi stökkbreytt DNA í hægðum eru ekki nægilega þróaðar til að hægt sé að nota þær fyrir stóra hópa í þjóðfélaginu.

Skimun fyrir KRE og áróður

Áhugasamir læknar og heilbrigðisstarfsfólk í mörgum löndum hafa á síðustu árum beitt sér fyrir miklum áróðri fyrir skimun fyrir KRE með ristilspeglun (4, 5). Í nokkrum löndum Evrópu (Þýskalandi, Póllandi, Ítalíu) er nýlega farið að

ENGLISH SUMMARY

Bretthauer M, Ekbom A, Malila N, Stefánsson T, Fischer A, Hoff G, Weiderpass E, Tretli S, Tryggvadóttir L, Storm H, Holten H, Adami HO - NordICC (Nordic Initiative on Colorectal Cancer)

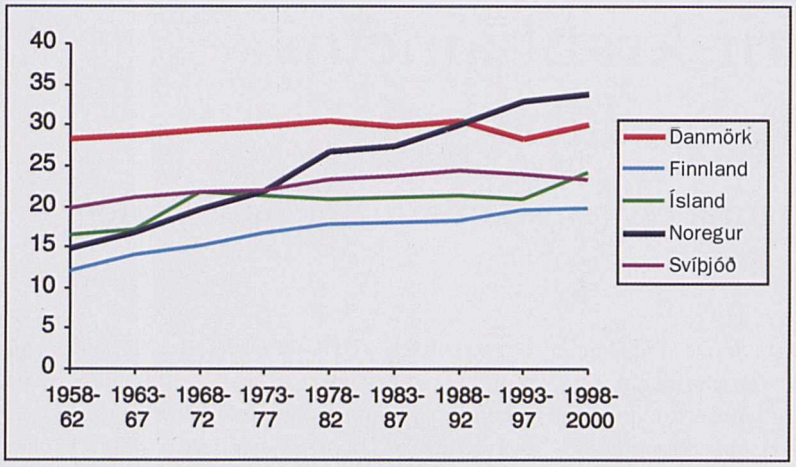
Screening for colorectal cancer
Collaboration among politicians and scientists is necessary

Læknablaðið 2006; 92: 519-22

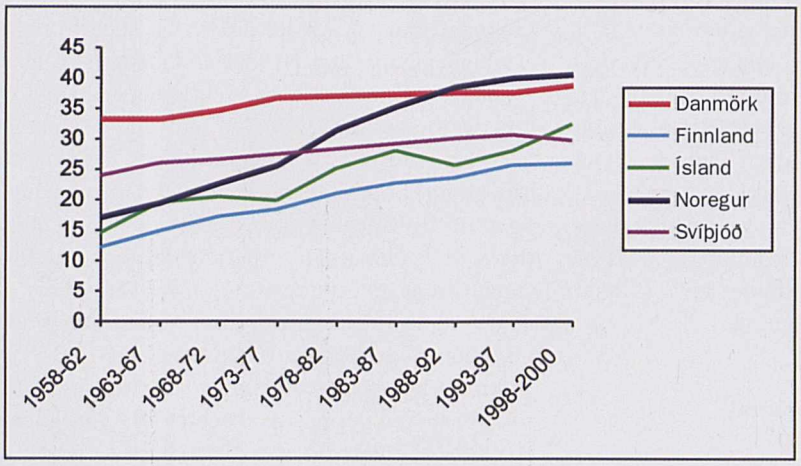
Colorectal cancer is one of the most common cancers in the western world. It is especially common in the Nordic countries.

In many of the European countries and in the United States colonoscopy is recommended as a screening procedure for CRC. However, there are no randomized studies of the effects of the method on incidence, mortality, possible complications or negative effects on the population. Public pressure to have screening for CRC with colonoscopy will probably increase heavily in the next years to come. We fear that colonoscopy will be introduced as a screening method without proper scientific support. Therefore we want to argue for a common Nordic randomized study on population screening with colonoscopy.

Correspondence: *michael.bretthauer@rikshospitalet.no*



A. Konur



B. Karlar

Mynd 1 A og B: *Nýgengi krabbameins í ristli og endaþarmi, fjöldi kvenna(A) og karla (B) /100 000 á ári á Norðurlöndum1958-2000 (15).*

bjóða þeim sem eru orðnir 50 ára ristilspeglun sem skimunaraðferð. Heimssambandið fyrir speglanir í meltingarvegi (OMED), sem áður hefur haft þá stefnu að gera slembirannsóknir á skimun með ristilspeglunum, hefur frá því 2004 verið fylgjandi óskipulagðri skimun fyrir KRE með ristilspeglun (4).

Frægir einstaklingar úr opinberu lífi, sjónvarpsstjörnur og stjórnmálamenn (meðal annars Ronald Reagan) hafa verið notaðir til þess að vekja athygli á skimun með ristilspeglun. Jóhannes Páll páfi heitinn var útnefndur verndari nýrra samtaka sem styðja óskipulagða skimun fyrir KRE (The International Cancer Alliance, IDCA) (5). Á sama tíma hefur verið undarlega lítill áhugi fyrir því að skoða með gagnrýnum augum þær vísindalegu staðreyndir sem liggja til grundvallar fyrir skimun með ristilspeglunum.

Hversu góð eru rökin fyrir gagnsemi skimunar?

Eina skimunaraðferðin fyrir KRE sem hefur verið rannsökuð með stórum slembirannsóknum er leit að blóði í hægðum (FOBT). Þrjár rannsóknir sem voru gerðar óháðar hver annarri hafa sýnt 15-33% lækkun í dánartíðni vegna KRE eftir að hafa fylgt þátttakendum eftir í 8-13 ár (6-8). Þessa skimunaraðferð þarf að endurtaka minnst annað hvert ár með þeim afleiðingum að þátttaka minnkar með tímanum. Það heyrir líka til undantekninga ef hægt er að finna forstig krabbameinsins með FOBT og þannig stuðlar aðferðin ekki að neinu verulegu leyti að því að draga úr nýgengi sjúkdómsins. Árið 2004 hófst í Finnlandi áætlun um skimun fyrir KRE með leit að blóði í hægðum og mun hún ná til allra landsmanna innan nokkurra ára.

Það hafa sem sagt ekki verið gerðar neinar stórar slembirannsóknir á skimun fyrir KRE með ristilspeglun sem nær til alls ristilsins. En það eru væntanlegar á næstu árum niðurstöður úr fjórum stórum slembirannsóknum fyrir stuttar ristilspeglanir, þar af er ein frá Noregi (3, 9-11). Ókosturinn við stutta ristilspeglun er að með henni er bara um það bil helmingur ristilsins rannsakaður, en það getur virst órökrétt þegar maður veit að krabbameinið getur orðið til hvar sem er í ristlinum.

Fræðilega ættu áhrifin af ristilspeglun sem nær til alls ristilsins á lækkun dánartíðni vegna KRE að vera mun meiri en fyrir FOBT eða stutta ristilspeglun, eða 50-90%. Það er einnig fræðilegur möguleiki á því að lækka nýgengi sjúkdómsins um 70-90% með ristilspeglun. Aftur á móti hefur slík skimun sem núna er verið að bjóða í nokkrum Evrópulöndum ekki verið rannsökuð í neinum slembirannsóknum. Áhrif aðferðarinnar á nýgengi og dánartíðni KRE, fjölda fylgikvilla af ristilspegluninni og þátttökuhlutfall almennings eru þannig ennþá óþekkt. Þess vegna er heldur ekki mögulegt að gera nákvæma kostnaðar- og ábatagreiningu fyrir aðferðina. Það er einnig óþekkt hvaða áhrif skimunin getur haft á ábyrgð og meðvitund almennings fyrir eigin heilsu. Mögulegt er að skimunin gæti leitt til óheilbrigðari lífsstíls með aukningu í reykingum, minni hreyfingu, minnkaðri neyslu ávaxta, grænmetis og fisks ef almenningur álítur að þátttaka í skimun komi í veg fyrir krabbamein almennt.

Hversu góð rök þurfum við?

Heilbrigðisstofnun Sameinuðu þjóðanna (WHO) setur það sem algjört skilyrði að áður en farið er að beita skimun meðal almennings þurfi gildi hennar að hafa verið staðfest í stórum slembirannsóknum (12). Það þykir sjálfsagt að rannsaka ný lyf með slembirannsóknum áður en yfirvöld gefa leyfi til þess að setja þau á markað. Á sama tíma verðum við að viðurkenna að margar rannsóknir og aðgerðir sem framkvæmdar eru í daglegri

vinnu með sjúklinga hafa aldrei verið prófaðar í góðum rannsóknum. Þessi fortíðarvandi má þó ekki verða nein afsökun fyrir því að fylgja ekki þeim kröfum sem gerðar eru í dag um há gæði rannsókna. Þetta gildir sérstaklega þegar um er að ræða aðgerðir sem beinast að þeim sem við álítum vera heilbrigða, eins og til dæmis á við um skimun fyrir krabbameini. Það á þess vegna ekki að byrja á nýrri skimun fyrr en búið er að prófa aðferðina með vísindalegri rannsókn í hæsta gæðaflokki. Niðurstaða slíkra rannsókna þarf að vera skýr og hafin yfir allan vafa, til þess að forðast umræðu eins og þá sem hefur verið bæði á Norðurlöndum og víðar í heiminum um leit að brjóstakrabbameini með röntgenmyndatöku.

Brýnt að vekja áhuga stjórnmálamanna

Skimun með ristilspeglun getur orðið áhugavert baráttumál í kosningum fyrir stjórnmálamenn á Norðurlöndum eins og annars staðar, jafnvel án þess að nauðsynlegar rannsóknir hafi farið fram, bara ef áhugi almennings á skimun fyrir KRE með ristilspeglun verður nægilega mikill, en við því má búast á næstu árum. Stjórnmálamenn ættu að hafa áhyggjur af skorti á vísindalegum rökum fyrir því að nota aðferðina. Án þeirra er ekki hægt að fá góðar upplýsingar um gagnsemi skimunarinnar, en það eru einmitt þær upplýsingar sem eru nauðsynlegar til þess að sannfæra almenning um gag nsemi skimunar. Ein af aðal ástæðunum fyrir lítilli þátttöku í skimunum er að almenningur er ekki viss um að skimunin geri gagn.

Það hefur verið sýnt í rannsóknum á leit að brjóstakrabbameini með röntgenmyndatöku að konur vilja fá upplýsingar um kosti og galla skimunarinnar og líkurnar á falskt jákvæðum og falskt neikvæðum niðurstöðum. Þar að auki óska konurnar eftir því að hafa áhrif á ákvörðunina um að taka þátt í skimun (13). Það er álit okkar að skimunaraðferð nái fótfestu eingöngu ef aðferðin uppfyllir þær væntingar sem gerðar voru til aðferðarinnar í upphafi. Ef þessar væntingar eru ekki byggðar á góðum slembirannsóknum verða aðferðirnar mjög viðkvæmar fyrir neikvæðri gagnrýni eins og höfð hefur verið í frammi um leit að brjóstakrabbameini með röntgenmyndatöku á mörgum Norðurlandanna. Stjórnmálamenn ættu því að skapa grundvöll (einnig fjárhagslegan) fyrir góðar slembirannsóknir á skimunaraðferðum áður en yfirvöld ráðleggja þær til skimunar meðal almennings. Það að hefja skimun með ristilspeglun hjá heilli þjóð án þess að hafa góð vísindaleg rök fyrir ákvörðuninni gæti leitt til stjórnlauss kostnaðar fyrir samfélagið.

Staða skimunar fyrir KRE á Norðurlöndum

- Danmörk: Forrannsóknir á FOBT á nokkrum svæðum
- Ísland: Engar áætlanir um skimun
- Finnland: FOBT skimun byrjaði 2004
- Noregur: Beðið eftir niðurstöðu á rannsókn með stuttri ristilspeglun, undirbúin ristilspeglunarrannsókn sem á að ná til alls landsins.
- Svíþjóð: Engar áætlanir um skimun

NordICC

NordICC (Nordic Initiative on Colorectal Cancer) hópurinn var stofnaður í febrúar 2005 af sérfræðingum frá Norðurlöndum sem hafa mikla reynslu af KRE og forvörnum gegn krabbameinum. Hópurinn hefur hannað samnorræna fjölsetra (multicentriska) slembirannsókn á skimun með ristilspeglun meðal almennings. Áætlað er að þátttakendur í rannsókninni verði um það bil 40.000 einstaklingar á aldrinum 55-64 ára í skimunarhlutanum og um það bil 100.000 (ekki skimun) í viðmiðunarhópi. Rannsóknin fer fram á um það bil 15 setrum á Norðurlöndunum fimm. Áætlaður skimunartími er tvö til þrjú ár og svo verður þátttakendum fylgt eftir í að minnsta kosti 10 ár. Aðalendapunktar verða dánartíðni og nýgengi KRE.

Frumkvæði þessa hóps hefur stuðning í faghópum á Norðurlöndum. Kostnaður af rannsókninni er áætlaður 1,45 milljarðar íslenskra króna sem deilist á fjögur ár. Þessi rannsókn yrði gott dæmi um einstaka möguleika á norrænni rannsóknarsamvinnu innan læknavísinda. Hún myndi gefa af sér vísindalegar niðurstöður af hæsta gæðaflokki og kæmi til með að hafa mikla þýðingu fyrir lýðheilsu á Norðurlöndum. Það væri því verðugt verkefni fyrir ríkisstjórnir Norðurlandanna að fjármagna þessa rannsókn beint.

Heimildir

1. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/genetics/keydo_genetics_en.htm
2. Potter JD, Hunter D. Colorectal cancer. I: Adami HO, Hunter D, Trichopoulos D, editors. Textbook of cancer epidemiology. Oxford University Press; New York 2002: 188-211.
3. Gondal G, Grotmol T, Hofstad B, Bretthauer M, Eide TJ, Hoff G. The Norwegian Colorectal Cancer Prevention (NORCCAP) screening study: baseline findings and implementations for clinical work-up in age groups 50-64 years. Scand J Gastroenterol 2003; 38: 635-42.
4. Rozen P, Winawer SJ. Report of the OMED colorectal cancer screening committee meeting, New Orleans, 2004 – in collaboration with the IDCA. Eur J Cancer Prev 2004; 13: 461-4.
5. *www.worldgastroenterology.org/?idca* (09.03.06)
6. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. N Engl J Med 2000; 343: 1603-7.

Greinin er birt samtímis í Läkartidningen, Ugeskrift for læger og Tidsskrift for Den norske lægeforening.

Við gerð þessa handrits var stuðst við grein eftir Geir Hoff og Michael Bretthauer (14). Handritið er víða endurunnið og breytt og sérstaklega aðlagað íslenskum aðstæðum.

7. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet 1996; 348:1472-7.
8. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Lancet 1996; 348: 1467-71.
9. UK Flexible Sigmoidoscopy Screening Trial Investigators. Single flexible sigmoidoscopy screening to prevent colorectal cancer: baseline findings of a UK multicentre randomised trial. Lancet 2002; 359: 1291-300.
10. Segnan N, Senore C, Andreoni B, Aste H, Bonelli L, Crosta C, et al. Baseline findings of the Italian multicenter randomized controlled trial of „once-only sigmoidoscopy". SCORE. N Natl Cancer Inst 2002; 94: 1763-72.
11. Palitz AM, Selby JV, Grossman S, Finkler LJ, Bevc M, Kehr C, et al. The Colon Cancer Prevention Program (CoCaP): rationale, implementation, and preliminary results. HMO Practice 1997; 11: 5-12.
12. WHO National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd edition. Geneva 2002.
13. Nekhlyudov L, Li R, Fletcher SW. Information and involvement preferences of women in their 40s before their first screening mammogram. Arch Intern Med 2005; 165: 1370-4.
14. Hoff G, Bretthauer M. The science and politics of colorectal cancer screening. PloS Medicine 2006; 3: e36.
15. *www.ancr.nw/nordcan.asp* (14.03.06)

Birting íslenskrar fræðigreina í erlendu tímariti

Georgsson G, Tryggvason T, Jónasdóttir AD, Guðmundsson S, Þorgeirsdóttir S
Polymorphism of PRNP codons in the normal Icelandic population
Acta Neurologica Scandinavica 2006; 113: 419-25



Tamsulogen

– dregur úr þvaglátaeinkennum vegna góðkynja stækkunar blöðruhálskirtils

Tamsulogen
Hvert hylki inniheldur Tamsulosin hýdróklóríð 0,4 mg

Virk innihaldsefni og styrkleikar: Hvert hylki með breyttan losunarhraða inniheldur 0,4 mg tamsulosin hýdróklóríð. **Ábendingar:** Einkenni frá neðri þvagfærum vegna góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli. **Skammtar og lyfjagjöf:** Eitt hylki á dag, tekið eftir morgunmat eða eftir fyrstu máltíð dagsins. Hylkin á að gleypa heil með glasi af vatni og skal sjúklingurinn standa eða sitja á meðan (ekki vera útafliggjandi). Hylkin má hvorki mylja né opna þar sem það getur haft áhrif á losun langverkandi virks efnis. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir tamsulosini eða einhverju af öðrum innihaldsefnum lyfsins, þ.m.t. lyfjaháður ofsabjúgur. Saga um stöðubundinn lágþrýsting. Alvarlega skert lifrarstarfsemi. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Notkun á tamsulosini getur orsakað lágan blóðþrýsting, sem í einstaka tilvikum getur leitt til yfirliðs. Við fyrstu einkenni um stöðubundinn lágþrýsting (svimi, máttleysi) á sjúklingurinn að sitja eða liggja þar til einkennin hverfa. Áður en meðferð með tamsulosini er hafin á að skoða sjúklinginn til að útiloka að fyrir hendi sé annar sjúkdómur sem getur valdið sömu einkennum og góðkynja stækkun blöðruhálskirtils. Sjúklingur skal skoðaður með endaþarmsþreifingu áður en meðferð hefst og mæla skal sértækan mótefnavaka blöðruhálskirtils (prostate specific antigen) ef þurfa þykir. Þetta skal síðan endurtekið reglulega. Gæta skal varúðar við meðferð hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun <10ml/mín.), þar sem engar rannsóknir hafa verið gerðar á þeim sjúklingahópi. Í einstaka tilfellum hefur verið tilkynnt um ofsabjúg eftir töku tamsulosins. Í þeim tilfellum skal hætta meðferð strax, fylgjast með sjúklingnum þar til bjúgurinn hverfur og ekki skal gefa tamsulosin aftur. **Milliverkanir:** Engar milliverkanir hafa komið fram við notkun tamsulosins samtímis atenólóli, enalapríli, nifedipíni eða teófyllíni. Við notkun cimetidíns samtímis tamsulosini hækkar plasmaþéttni tamsulosins og plasmaþéttni lækkar ef fúrósemíð er notað samtímis en ef þéttni tamsulosins er innan eðlilegra marka er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. Í *in vitro* rannsóknum með lifrarmíkrósómalhlutum (dæmigert fyrir umbrot lyfja vegna áhrifa cýtókrom P450-ensímkerfisins) komu engar milliverkanir við amitriptylín, salbútamól, glibenclamíð eða finasterið fram. Diclofenac og warfarin geta aukið brotthvarfshraða tamsulosins. Samtímis notkun annarra alfa$_1$ –adrenvirkra viðtakablokka getur lækkað blóðþrýsting. **Meðganga og brjóstagjöf:** Tamsulogen er eingöngu ætlað karlmönnum. **Akstur og notkun véla:** Engar rannsóknir hafa verið gerðar á því hvort tamsulosin skerði hæfni manna til aksturs eða notkunar véla. Sjúklingar eiga þó að hafa í huga að lyfið getur valdið svima. **Aukaverkanir:** *Algengar (>1/100, <1/10)*: Svimi. *Sjaldgæfar (>1/1.000, <1/100)*: Höfuðverkur, hraðsláttur, stöðubundinn lágþrýstingur, nefslímubólga, hægðatregða, niðurgangur, ógleði, uppköst, útbrot, kláði, ofsakláði, óeðlileg sáðlát, þróttleysi. *Mjög sjaldgæfar (>1/10.000, <1/1.000)*: Yfirlið, ofsabjúgur. *Örsjaldan koma fyrir (<1/10.000)*: Standpína. **Ofskömmtun:** Engin þekkt tilvik eru um bráða ofskömmtun. Fræðilega séð, gæti samt sem áður orðið vart við skyndilega blóðþrýstingslækkun í kjölfar ofskömmtunar. Í slíkum tilfellum er meðhöndlun einkennabundin. Blóðþrýstingur og hjartsláttartíðni geta lagast við það að leggja sjúklinginn niður. Hjálpi það ekki þarf að grípa til rúmmálsaukandi lyfja og ef nauðsyn krefur æðaþrengjandi lyfja. Fylgjast þarf með nýrnastarfsemi og veita almenna stuðningsmeðferð ef þarf. Að öllum líkindum hjálpar skilun ekki þar sem tamsulosin er mikið bundið plasmapróteinum. Ef um er að ræða mikið magn af lyfinu má framkvæma magaskolun og gefa virk lyfjakol eða hægðalosandi lyf, s.s. natríum súlfat. Pakkningar og hámarksverð í smásölu 1. maí 2006: Hylki með breyttan losunarhraða 0,4 mg, 90 stk. 7472 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. Greiðsluþátttaka: E. **Markaðsleyfishafi:** Generics UK Ltd., 12 Station Close Potters Bar, Herts EN6 1TL, Bretlandi. **Umboðsaðili á Íslandi:** NM Pharma, Reykjavíkurvegi 76-78, 220 Hafnarfirði, sími 550 3310. Mars 2006.

NM Pharma



Fall
er fararheill

Atacor – *Fellir kólesterólið*

Atorvastatin 10, 20 og 40 mg

Sérlyfjatexti á bls. 576

actavis
hagur í heilsu

HVITA HUSID / SIA / ACTAVIS 45594

Algengi offitugreiningar hjá öryrkjum á Íslandi 1992-2004

Sigurður Thorlacius[1]
SÉRFRÆÐINGUR Í HEILA- OG TAUGASJÚKDÓMUM

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

Laufey Steingrímsdóttir[4]
NÆRINGARFRÆÐINGUR

Ágrip

Tilgangur: Að kanna algengi örorku í tengslum við offitu á Íslandi og hvort algengi hafi breyst á milli áranna 1992 og 2004.

Efniviður og aðferðir: Aflað var upplýsinga úr örorkuskrá Tryggingastofnunar ríkisins og þjóðskrá Hagstofu Íslands fyrir árin 1992 og 2004. Reiknað var algengi örorku í tengslum við offitu og örorku almennt fyrir bæði þessi ár. Kannað var hvort marktækar breytingar hefðu orðið á algengi örorku með kí-kvaðrat prófi og með því að reikna aldursstaðlað áhættuhlutfall fyrir örorku á milli áranna.

Niðurstöður: Á milli 1992 og 2004 fjölgaði öryrkjum sem höfðu offitu sem fyrstu sjúkdómsgreiningu í örorkumati úr 37 í 111. Aukningin var 183% hjá konum og 263% hjá körlum. Þessi aukning var marktækt meiri en aukning örorku almennt á þessu tímabili. Aldurstengd fjölgun öryrkja sem höfðu offitu á meðal greininga í örorkumati var einnig umfram fjölgun öryrkja almennt. Körlum sem höfðu offitu á meðal greininga í örorkumati fjölgaði meira en karlkyns öryrkjum almennt, en á meðal kvenna var þessi aukning minni en hjá öðrum öryrkjum. Örorka tengd offitu var hjá konum marktækt algengari á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu.

Ályktun: Marktæk aukning hefur orðið á örorku í tengslum við offitu á Íslandi. Hugsanlegt er að aukin umræða um offituvandann á rannsókna-artímabilinu hafi haft einhver áhrif á greiningarvenjur lækna og þar með á tíðni offitugreininga í örorkuvottorðum og örorkumati. Allar líkur eru þó á að fjöldi þeirra sem hafa mikla eða sjúklega offitu hér á landi fari vaxandi og þar með að offita sé vaxandi lýðfræðilegt vandamál sem bregðast þurfi við á viðeigandi hátt.

Inngangur

Offita er vaxandi heilsufarsvandi á Íslandi (1), eins og víða annars staðar (2). Hún er áhættuþáttur fyrir hjarta- og æðasjúkdóma, fullorðinssykursýki, slitgigt í burðarliðum og fleiri sjúkdóma (3-6). Því er ljóst að offita getur stytt ævi fólks og dregið úr lífsgæðum þess. Offita er auk þess mjög kostnaðarsöm fyrir þjóðfélagið. Í Bandaríkjunum hafa 9% af heildarútgjöldum heilbrigðiskerfisins verið rakin til offitu, en þá eru ótalin útgjöld

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Stefánsson SB, Steingrímsdóttir L

Prevalence of disability pension related to obesity in Iceland 1992-2004

Læknablaðið 2006; 92: 525-9

Objectives: To investigate changes in the prevalence of disability pension related to obesity in Iceland from 1992 to 2004.

Material and methods: Data were obtained from the disability register of the State Social Security Institute and Statistics Iceland for the years 1992 and 2004. Prevalence of disability pension related to obesity and of disability pension in general was calculated for both years. Statistical significance was assessed by calculating chi square and standardized risk ratios.

Results: From 1992 to 2004 the number of recipients of disability pension with obesity as a primary diagnosis increased from 37 to 111, amounting to 183% increase for females and 263% for males. This increase is significantly greater than the increase in disability pension in general during this period. Age standardized risk ratio showed increased disability related to obesity for both genders. Among males it was greater than the general increase in disability, while among females it was less. There was a significantly greater increase in disability reltaed to obesity in areas outside the capital compared with Reykjavík and surrounding areas among females. The increase in disability related to obesity far surpasses the increase in obesity in the population, according to population surveys, suggesting that severe and morbid obesity may be particularly on the rise.

Conclusion: There has been a significant increase in the prevalence of disability pension related to obesity in Iceland from 1992 to 2004. It is possible that increased social awareness of obesity during the study period has influenced diagnostic habits of physicians and thus increased the use of obesity as a diagnosis in medical certificates and disability assessment. In all likelihood, however, there has been an increase in disabling obesity in Iceland, indicating that obesity is an increasing public health problem demanding appropriate intervention.

Keywords: *disability, disability pension, prevalence of disability, obesity.*

Correspondence: Sigurður Thorlacius, *sigurd.th@hi.is*

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Tryggingastofnun ríkisins, [3]taugasjúkdómadeild Landspítala, [4]Lýðheilsustöð.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Sigurður Thorlacius, læknadeild Háskóla Íslands, Ármúla 30, 108 Reykjavík. Sími 525 4072. *sigurd.th@hi.is*

Lykilorð: *örorka, örorkubætur, algengi örorku, offita.*

Tafla I. *Algengi* offitugreiningar og örorku almennt hjá öryrkjum á Íslandi í desember 1992 og desember 2004.*

	Konur		Karlar	
	1992	2004	1992	2004
Offita á meðal sjúkdómsgreininga	0,45	0,65	0,12	0,21
Allir öryrkjar	5,99	9,50	3,75	5,60

*Hundraðshluti Íslendinga á aldrinum 16-66 ára.

Tafla II. *Aldursstaðlaðar breytingar á milli áranna 1992 og 2004 á algengi örorku á Íslandi.*

	Konur		Karlar	
	AÁH[1]	95% ÖM[2]	AÁH	95% ÖM
Offita á meðal sjúkdómsgreininga	1,20	1,05-1,37	1,45	1,15-1,83
Allir öryrkjar	1,33	1,29-1,38	1,27	1,22-1,33

[1] Aldursstaðlað áhættuhlutfall.
[2] 95% öryggismörk.

Tafla III. *Örorka hjá þeim sem höfðu offitu á meðal sjúkdómsgreininga og örorka almennt í desember 2004, skipt eftir kyni og búsetu.*

	Konur		Karlar	
	Öryrkjar með offitugreiningu	Allir öryrkjar	Öryrkjar með offitugreiningu	Allir öryrkjar
	N = 552	N = 8109	N = 203	N = 5461
Höfuðborgarsvæðið *	47%	60%	57%	64%
Önnur landssvæði	53%	40%	43%	36%

* Reykjavík, Seltjarnarnes, Kópavogur, Bessastaðahreppur, Garðabær, Hafnarfjörður, Mosfellsbær, Kjósarhreppur.

einstaklinga, atvinnulífs og fleiri (7). Skilgreining Alþjóðaheilbrigðismálastofnunar á offitu meðal fullorðinna miðar við líkamsþyngdarstuðul (BMI) ≥30 kg/m^2, þar sem líkamsþyngdarstuðull frá 30 til 34,9 telst væg offita, 35-39,9 veruleg offita og 40 eða meira sjúkleg offita (8). Gera má ráð fyrir að þeir sem hafa verið metnir til örorku vegna offitu séu alla jafna verulega eða sjúklega feitir. Því ættu breytingar á algengi örorku vegna offitu að gefa vísbendingu um hversu alvarlegt lýðheilsufarslegt vandamál hér er á ferðinni og þá sérstaklega um breytingar á fjölda þeirra sem eru með verulega eða sjúklega offitu.

Örorka er metin á grundvelli almannatryggingalaganna (9). Samkvæmt 12. grein laganna er hærra stig örorku (að minnsta kosti 75% örorka) metið þeim sem eru á aldrinum 16 til 66 ára og hafa verulega og langvarandi skerðingu á starfsgetu, en samkvæmt 13. grein laganna er lægra örorkustigið (örorka að minnsta kosti 50% en lægri en 75%) metið þeim sem hafa minna skerta starfsgetu eða verða fyrir umtalsverðum aukakostnaði vegna örorku sinnar. Fram til 1. september 1999 var hærra örorkustigið metið á grundvelli læknisfræðilegra, fjárhagslegra og félagslegra aðstæðna, en eftir það einungis á læknisfræðilegum forsendum, samkvæmt sérstökum örorkumatsstaðli (10-13).

Í þessari rannsókn er unnið úr upplýsingum um þá einstaklinga sem áttu í gildi örorkumat vegna lífeyristrygginga almannatrygginga og voru búsettir á Íslandi 1. desember 1992 og 1. desember 2004. Öryrkjar sem hafa offitu á meðal sjúkdómsgreininga í örorkumati eru bornir saman við öryrkja almennt.

Efniviður og aðferðir

Unnar voru úr örorkuskrá Tryggingastofnunar ríkisins (TR) upplýsingar um kyn, aldur, búsetu og sjúkdómsgreiningar samkvæmt ICD flokkunarskránni (14) hjá þeim sem metnir höfðu verið til örorku vegna lífeyristrygginga (hærra eða lægra örorkustigsins) og voru búsettir á Íslandi 1. desember 1992 og 1. desember 2004. Aflað var upplýsinga frá Hagstofu Íslands um fjölda Íslendinga á aldrinum 16-66 ára á sama tíma og aldursdreifingu þeirra eftir kyni (15). Þessar upplýsingar voru notaðar til að reikna hundraðshlutfall öryrkja af jafngömlum Íslendingum. Hópar voru bornir saman með kí-kvaðrat marktækniprófi (16) og miðað við 95% öryggismörk.

Niðurstöðurnar frá 1. desember 2004 voru bornar saman við sambærilegar niðurstöður frá 1. desember 1992 úr örorkuskrá TR og frá Hagstofu Íslands (15). Til þess að taka tillit til breytinga sem orðið hafa á aldursdreifingu þjóðarinnar á þessu 12 ára tímabili var gerð aldursstöðlun og reiknað aldursstaðlað áhættuhlutfall (standardized risk ratio, SRR) fyrir konur og karla (17). Notast var við 95% öryggismörk.

Í örorkuskránni sem gögnin voru unnin úr eru upplýsingar um kyn, aldur, búsetu, örorkumat og sjúkdómsgreiningar, en hvorki nöfn né kennitölur viðkomandi einstaklinga. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (tilkynning nr. S2754/2005) og Vísindasiðanefnd veitti leyfi fyrir framkvæmd hennar (VSN 05-156-S1).

Niðurstöður

Í desember 1992 höfðu 29 konur og 8 karlar offitu sem fyrstu sjúkdómsgreiningu í örorkumati, en árið 2004 hafði fjöldinn aukist í 82 hjá konum (183% aukning) og 29 hjá körlum (263% aukning). Þessi aukning var marktækt meiri en aukning á fjölda öryrkja almennt á sama tímabili sem var 63% hjá konum (úr 4985 í 8109) og 53% hjá körlum (úr 3561 í 5461) (p=0,01 fyrir konur, p=0,03 fyrir karla).

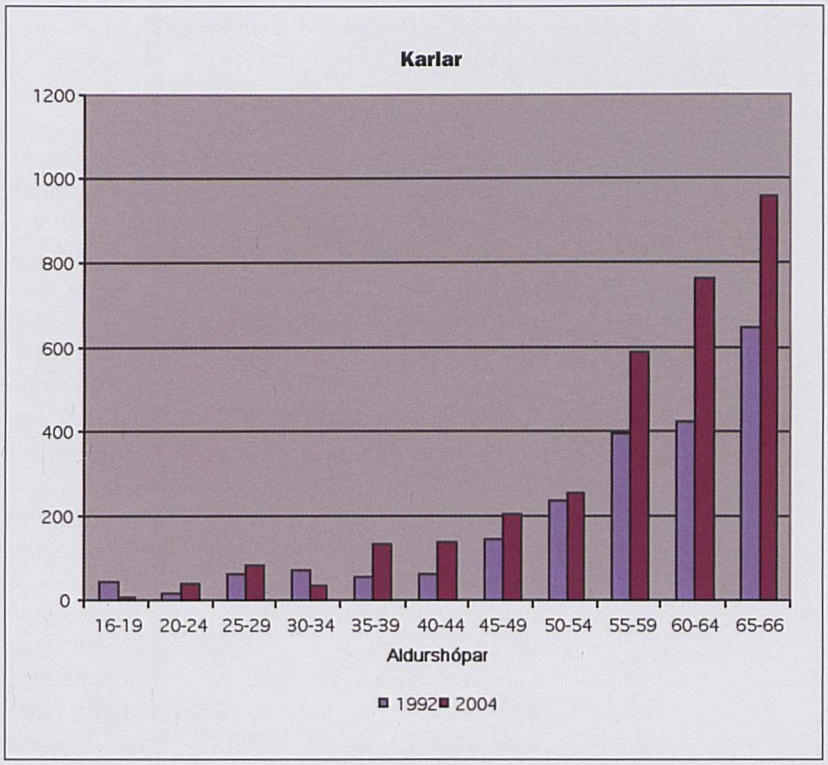
Tafla I sýnir að algengi örorku á Íslandi jókst frá 1. desember 1992 til 1. desember 2004 hjá

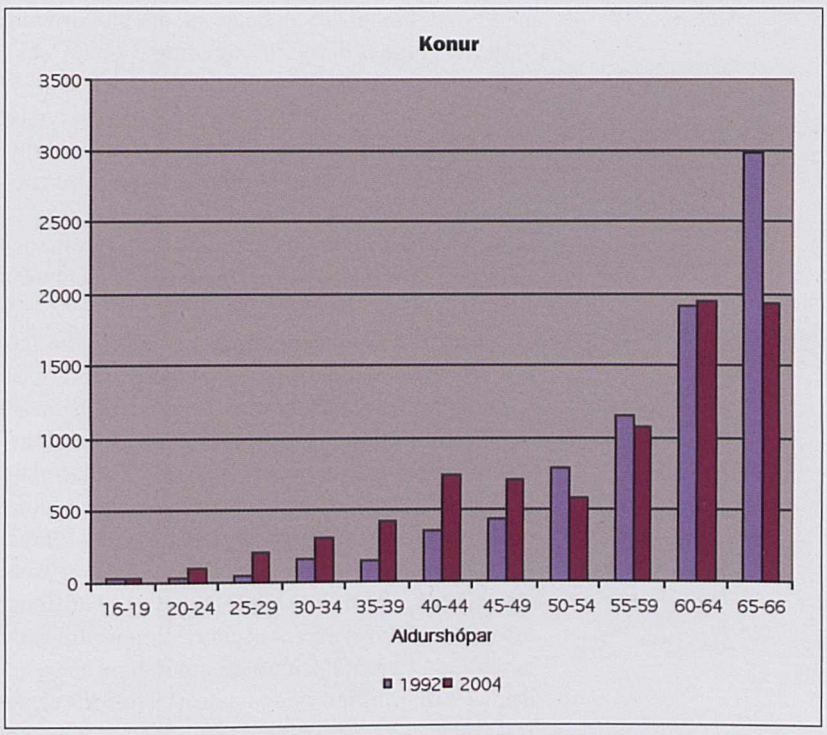
báðum kynjum, bæði hjá þeim sem höfðu offitu á meðal sjúkdómsgreininga í örorkumati og meðal öryrkja almennt. Tafla II sýnir aldursstaðlað áhættuhlutfall fyrir öryrkja þar sem offita var á meðal sjúkdómsgreininga í örorkumati og fyrir öryrkja almennt. Marktæk aukning hafði orðið á örorku hjá báðum kynjum. Hjá körlum var aukningin meiri hjá þeim sem höfðu offitu meðal greininga í örorkumati en hjá öryrkjum almennt, en hjá konum var aukningin minni hjá þeim sem höfðu offitu meðal greininga í örorkumati en hjá öryrkjum almennt

Hjá körlum varð ekki marktæk breyting á aldursdreifingu þeirra sem höfðu offitu á meðal greininga í örorkumati á milli áranna 1992 og 2004 ($p=0,274$), en marktæk breyting varð hjá konum ($p<0,0001$), með hlutfallslegri aukningu á örorku tengdri offitu meðal kvenna á aldrinum 20 til 49 ára, en dregið hafði úr örorku tengdri offitu hjá eldri aldurshópum kvenna (sjá mynd 1).

Við samanburð á öryrkjum sem höfðu offitu á meðal greininga og öryrkjum almennt 1. desember 2004 reyndist vera marktækur munur á dreifingu sjúkdómsgreininga í örorkumati, jafnt hjá körlum sem konum ($p<0,0001$). Mun meira var hjá báðum kynjum um innkirtla-, næringar- og efnaskiptasjúkdóma aðra en offitu og lungnasjúkdóma hjá öryrkjum með offitu á meðal greininga en öryrkjum almennt og hjá körlum var jafnframt mun meira um sjúkdóma í hjarta og æðakerfi.

Tafla III sýnir örorku hjá þeim sem höfðu offitu á meðal sjúkdómsgreininga og hjá öryrkjum almennt eftir búsetu og kyni í desember 2004. Marktækt stærri hluti kvenna með offitugreiningu bjuggu utan höfuðborgarsvæðisins borið saman við konur almennt ($p<0,0001$), en hjá körlum var ekki marktækur munur eftir búsetu ($p=0,05$).





Mynd 1. *Algengi (á 100.000 íbúa) offitugreiningar hjá öryrkjum á Íslandi í desember 1992 og desember 2004, skipt eftir kyni og aldri.*

Umræða

Allar líkur eru á því að þegar offita er fyrsta sjúkdómsgreining örorkumats sé hún meginorsök örorkunnar og er gengið út frá því hér. Á milli áranna 1992 til 2004 var aukning á fjölda öryrkja á Íslandi með offitu sem fyrstu sjúkdómsgreiningu í örorkumati marktækt meiri en fjölgun öryrkja almennt. Fjölgunin var líka mun meiri en sem nemur hlutfallslegri fjölgun í hópi of feitra Íslendinga frá árunum 1990 til 2002, en samkvæmt könnunum Manneldisráðs hafði hlutfall fólks með offitu aukist úr 6,5% í 12,4% meðal 15-80 ára karla en úr 8,5 í 12,3% meðal kvenna á þessu tímabili (18). Að einhverju leyti má hugsanlega skýra þetta misræmi með meira vanmati á líkamsþyngd í könnuninni árið 2002 en 1990. Jafnvel þótt upplýsingar um hæð og þyngd hafi verið fengnar frá þátttakendum sjálfum í báðum könnunum var um símakönnun að ræða árið 2002 en persónulegt viðtal árið 1990. Hitt er ekki síður sennilegt að þessi mikla aukning í fjölda öryrkja með offitu sem fyrstu greiningu sé merki um að veruleg og/eða sjúkleg offita hafi aukist umfram væga offitu. Sú skýring er í samræmi við þróun víða annars staðar, ekki síst í Bandaríkjunum, þar sem þeir feitu verða

æ feitari og aukningin er mest í hópi þeirra sem haldnir eru sjúklegri offitu (19).

Örorka tengd offitu hefur ekki áður verið könnuð hjá heilli þjóð. Í Svíþjóð hefur örorka tengd offitu hins vegar verið könnuð hjá afmörkuðum hópum fólks. Í Malmö var karlmönnum sem voru 48 ára á árunum 1974 til 1978 fylgt eftir til 58 ára aldurs (í 11 ár) og meðal annars fylgst með þyngdarstuðli þeirra og í hve miklum mæli þeir voru metnir til örorkulífeyris. Offita var skilgreind sem líkamsstuðull yfir 30,0 kg/m^2. Offita reyndist hjá þessum miðaldra karlmönnum hafa í för með sér marktækt aukna hættu á að verða öryrki á tímabilinu og vera sjálfstæður áhættuþáttur fyrir örorku (20, 21). Konur haldnar offitu á aldrinum 30 til 59 ára í 9 sýslum í Svíþjóð voru bornar saman við þýði úr sænsku þjóðinni. Reyndist tíðni örorkulífeyris vera meira en tvöfalt hærri hjá konunum með offitu (12%) en samanburðarhópnum (5%). Um 10% af heildarkostnaði vegna langtímafjarvista frá vinnu og örorkulífeyris hjá konum var rakinn til offitu (22). Bandarísk rannsókn hefur einnig sýnt að offita er mun algengari meðal fólks með margvíslegar fatlanir eða skerðingu borið saman við algengið meðal þjóðarinnar (23). Því getur offita verið afleiðing fötlunar ekki síður en orsök hennar.

Vegna þess hve öryrkjar með offitu sem fyrstu sjúkdómsgreiningu voru tiltölulega fáir, einkum árið 1992, hefur frekari skoðun á þeim hópi takmarkað gildi. Því beindist frekari skoðun á vægi offitu í örorku að þeim sem höfðu offitu á meðal sjúkdómsgreininga í örorkumati og samanburði við aðra öryrkja. Notkun þessara gagna verður að taka með nokkrum fyrirvara þar sem gera má ráð fyrir að offita sé ekki alltaf skráð meðal sjúkdómsgreininga, jafnvel þótt hún sé til staðar, og þá helst tekin fram ef önnur greining krefst frekari stuðnings. Þar við bætist að offita er ekki alltaf skilgreind eða líkamsþyngd tekin fram í gögnunum og offita því háð huglægu mati viðkomandi læknis. Má þannig gera ráð fyrir að offita sé fremur vanen ofmetin, bæði árið 1992 og 2004. Jafnframt má gera ráð fyrir að aukin umræða um ofþyngdarvandann í þjóðfélaginu hafi aukið líkurnar á að læknar setji offitugreiningu á örorkuvottorð og að tryggingalæknar samþykki offitu sem þátt í örorku og að þetta eigi einhvern þátt í þeirri aukningu á vægi offitu í örorku sem lýst er í þessari rannsókn. Eigi að síður gefa þessi gögn gagnlegar vísbendingar um þróun á umfangi offitu meðal þeirra sem hafa skerta starfsgetu. Á milli áranna 1992 og 2004 fjölgaði körlum í hópi öryrkja sem höfðu offitu á meðal greininga í örorkumati meira en öryrkjum almennt, en á meðal kvenna var sú aukning minni en hjá öryrkjum almennt. Hins vegar eru hlutfallslega færri öryrkjar meðal karla en kvenna og á það bæði við um öryrkja almennt og þá sem hafa offitu meðal sjúkdómsgreininga. Í rannsókn á 2300 fullorðnum einstaklingum á höfuðborgarsvæðinu árin 2002 og 2003 reyndist offita líka heldur algengari meðal kvenna en karla í öllum aldurshópum, þar sem 20-23% kvenna greindust með offitu en 16-18% karla (24). Aukning á offitu frá árunum 1975 til 1994 reyndist hins vegar mest meðal yngri karla í rannsókn Hólmfríðar Þorgeirsdóttur og fleiri á gögnum Hjartaverndar 2001 (1), sem er í samræmi við þá aukningu sem hér verður meðal öryrkja með offitu meðal sjúkdómsgreininga.

Hjá konum jókst örorka tengd offitu á milli áranna 1992 og 2004 fyrst og fremst í aldurshópnum 20 til 50 ára. Er það að nokkru leyti í samræmi við niðurstöður úr könnunum Manneldisráðs sem sýna að offita jókst meðal kvenna í aldurshópnum 25-49 ára úr 7,4 í 11,2% frá árinu 1990 til 2002 en ekki varð marktæk aukning í offitu í eldri hópum kvenna á þessu tímabili (18).

Innkirtla-, næringar- og efnaskiptasjúkdómar (aðrir en offita) og lungnasjúkdómar reyndust algengari hjá öryrkjum með offitu á meðal greininga en hjá öryrkjum almennt í desember 2004. Hjá körlum átti þetta einnig við um sjúkdóma í hjarta og æðakerfi. Hér er um að ræða helstu sjúkdóma sem fylgja offitu, svo sem sykursýki 2, en einnig má gera ráð fyrir að offita hafi oftar verið tilgreind þegar um slíka sjúkdóma hafi verið að ræða, heldur en sjúkdóma eða fötlun sem almennt er ekki tengd eða afleiðing offitu jafnvel þótt hún hafi verið til staðar. Það er til dæmis vel þekkt úr erlendum rannsóknum að offita er algengari í hópi einstaklinga með alls kyns ólíka fötlun, allt frá blindu og heyrnarleysi til geðraskana og hreyfihömlunar (23). Hins vegar kann að vera að læknar telji ekki offitu upp meðal greininga þegar um svo ótengda greiningu og jafnframt augljósa fötlun er að ræða og offitugreining komi því ekki ávallt fram í þessum gögnum.

Örorka tengd offitu var marktækt algengari meðal kvenna á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu, en hjá körlum var ekki marktækur munur hvað þetta varðar. Er það í samræmi við niðurstöður innlendra rannsókna sem sýna hærra hlutfall offitu meðal kvenna á landsbyggðinni borið saman við höfuðborgarsvæðið (18, 25).

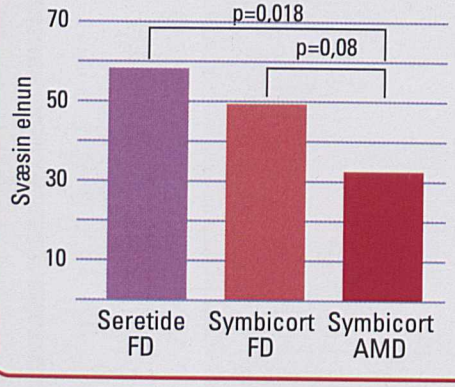
Heimildir

1. Þorgeirsdóttir H, Steingrímsdóttir L, Ólafsson Ö, Guðnason V. Þróun ofþyngdar og offitu meðal 45-64 ára Reykvíkinga á árunum 1975-1994. Læknablaðið 2001; 87: 699-704.
2. World Health Organization (WHO). Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of the WHO Consultation on Obesity, Geneva 3-5 June 1997. Geneva: WHO; 1998.

3. Kannel WB, D'Agoustino RB, Cobb JL. Effect of weight on cardiovascular disease. Am J Clin Nutr 1996; 63/Suppl: 419-22.
4. Pi-Sunyer FX, Weight and non-insulin-dependent diabetes mellitus. Am J Clin Nutr 1996: 63/Suppl: 426-9.
5. Ballard-Barbash R, Swanson CA. Body weight: estimates of risk for breast and endometrial cancers. Am J Clin Nutr 1996; 63/Suppl: 437-41.
6. Felson DT: Weight and osteoarthritis. Am J Clin Nutr 1996; 63/Suppl: 430-2.
7. Finkelstein EA, Fiebelkorn IC, Wang G. State level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. Obes Res 2004; 12: 18-24.
8. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series, No. 894. WHO, Geneva; 2000.
9. Lög um almannatryggingar nr. 117/1993.
10. Baldursson H, Jóhannsson H. Nýr staðall fyrir örorkumat á Íslandi. Læknablaðið 1999; 85: 480-1.
11. Thorlacius S. Breytt fyrirkomulag örorkumats á Íslandi og starfræn endurhæfing á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. Læknablaðið 1999; 85: 481-3.
12. Thorlacius S, Stefánsson S, Jóhannsson H. Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals. Læknablaðið 2001; 87: 721-3.
13. Thorlacius S, Stefansson S, Johannsson H. Incidence of disability pension in Iceland before and after introduction of the British functional capacity evaluation "All work test". Disability Medicine 2003; 3: 5-8.
14. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth revision. World Health Organization, Geneva, 1994.
15. Heimasíða Hagstofu Íslands: www.hagstofa.is
16. Bland M. An Introduction to Medical Statistics. Oxford University Press, 1995.
17. Ahlbom A. Biostatistik för epidemiologer. Lund: Student–litteraturen, 1990.
18. Heimasíða Lýðheilsustöðvar: www.lydheilsustod.is
19. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents and adults, 1999-2002. JAMA 2004; 291: 2847-50.
20. Månsson N-O, Merlo J. The relation between self-rated health, socioeconomic status, body mass index and disability pension among middle-aged men. Eur J Epidemiol 2001; 17: 65-9.
21. Månsson N-O, Eriksson KF, Israelsson B, Ranstam J, Melander A, Rastam L. Body mass index and disability pension in middle-aged men – non linear relations. Int J Epidemiol 1996; 25: 80-5.
22. Narbro K, Jonsson E, Larsson B, Waaler H, Wedel H, Sjostrom L. Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women. Inj J Obes 1996; 20: 895-903.
23. Weil E, Wachterman M, McCarthy EP, Davis RB, O'Day B, Iezzoni LI, et al. Obesity among adults with disabling conditions. JAMA 2002; 288: 1265-8.
24. Guðmundsdóttir SL, Óskarsdóttir D, Franzson L, Indriðason ÓS, Sigurðsson G. Samband líkamlegrar þjálfunar við þyngdarstuðul, fitumassa og gripstyrk í íslensku þýði. Læknablaðið 2004; 90: 479-86.
25. Sigurðsson E, Pálsdóttir K, Sigurðsson B, Jónsdóttir S, Guðnason V. Áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma meðal fimmtugra á Akureyri og í Hafnarfirði. Staða og áhrif einfaldrar íhlutunar. Læknablaðið 2003; 89: 859-64.



40% færri tilfelli elnunar (exacerbation)



Hiklaust líf

Sveigjanleg skömmtun með Symbicort 160/4.5 veitir yfirburða astmastjórn í samanburði við fasta skömmtun[1]

1. Aalbers et al, Curr Med Res Opin. 2004. 20; 2 5 - 240

SYMBICORT®

Allt í einu - sniðið að þínum þörfum

Sérlyfjatexti á bls. 574

Áhættuþættir og algengi ristruflana meðal íslenskra karlmanna á aldrinum 45-75 ára

Guðmundur Geirsson[1]
ÞVAGFÆRASKURÐLÆKNIR

Gestur Þorgeirsson[2]
HJARTALÆKNIR

Óttar Guðmundsson[3]
GEÐLÆKNIR

Guðmundur Vikar Einarsson[1]
ÞVAGFÆRASKURÐLÆKNIR

Höfundar nutu fjárhagsstuðnings Pfizer við rannsóknina.

[1]Þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut,
[2]Hjartadeild Landspítala Hringbraut
[3]Geðdeild Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Guðmundur Geirsson
gug@landspitali.is

Lykilorð: *ristruflanir, algengi, áhættuþættir, faraldsfræði.*

Ágrip

Inngangur: Erlendar rannsóknir hafa sýnt að tíðni ristruflana er há meðal karlmanna og að þær aukast með aldrinum. Einnig hefur komið fram sterk fylgni við ýmsa sjúkdóma eins og sykursýki og æðasjúkdóma. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna tíðni og orsakir ristruflana meðal íslenskra karlmanna á aldrinum 45-75 ára.

Efniviður og aðferðir: Þátttakendur voru 4000 karlmenn á aldrinum 45-75 ára sem valdir voru með slembiúrtaki úr þjóðskrá. Þeir fengu sendan spurningalista með 27 spurningum; þar af voru fimm sértækar spurningar til að meta stig ristruflana samkvæmt alþjóðlegum stöðluðum kvarða (International Index of Erectile Function, IIEF-5). Að auki var spurt um ólíka þætti varðandi sjúkdóma, lyf og kynlífsheilsu.

Niðurstöður: Svarhlutfall var 40,8%. Í ljós kom að algengi ristruflana meðal þátttakanda var hátt, eða 35,5%. Marktækur munur kom fram meðal yngstu og elstu þátttakendanna: 21,6% karlmanna í yngsta hópnum fá einhvers konar ristruflanir og 62,3% karlmanna í elsta hópnum. Marktækir áhættuþættir fyrir ristruflunum auk aldurs reyndust vera daglegar reykingar, sykursýki, hátt kólesteról, kvíði og þunglyndi. Kynlífsáhugi og kynlífsvirkni karlmanna í öllum aldurshópum er há. Læknar spyrja karlmenn sjaldan út í kynlífsvanda og einungis um 24% þeirra sem hafa ristruflanir hafa fengið meðferð.

Ályktun: Há tíðni ristruflana hér á landi er sambærileg við tíðnina í öðrum löndum. Marktækir áhættuþættir eru þeir sömu og fyrir hjarta- og æðasjúkdóma og gilda því sömu leiðbeiningar til forvarna fyrir ristruflanir og fyrir hjarta- og æðasjúkdóma.

Inngangur

Ristruflanir hafa verið skilgreindar sem vangeta til að fá eða viðhalda nægilegri stinningu sem nauðsynleg er til fullnægjandi samfara (1).

Með tilkomu nýrra lyfja við stinningarvanda karla hefur aukin athygli beinst að ristruflunum. Um allan heim hafa verið gerðar athuganir á tíðni ristruflana sem hafa leitt í ljós að vandamálið er mjög algengt og fer vaxandi með hækkandi með-

ENGLISH SUMMARY

Geirsson G, Þorgeirsson G, Guðmundsson Ó, Einarsson GV

Risk factors and prevalence of erectile dysfunction amongst icelandic men aged 45-75

Læknablaðið 2006; 92: 531-7

Objective: Many population studies worldwide have shown high prevalence of erect ile dysfunction, a condition that increases dramatically with age. Other risk factors are also well known such as diabetes and arteriosclerosis. The aim was to study the prevalence and risk factors of erectile dysfunction among Icelandic men.

Material and methods: The participants were 4000 men age 45-75 year old randomly chosen from the Icelandic National Registry. They received a 27 item questionnaire to access the degree of erectile dysfunction using the 5 question International Index of Erectile Function (IEEF), and also other aspects of sexual health, medication and concomitant diseases.

Results: The response rate was 40.8%. The overall prevalence of erectile dysfunction was 35.5%. The condition was significantly more prevalent in the older age group (65-75 yo) compared to the yonger group (45-55 yo), 21.6% vs 62.3% respectively. Other significant risk factors were smoking, diabetes, high cholesterol, hypertension, depression and anxiety disorder. Sexual activity and interest is high in all age groups. Physicians rarely take the initiative of asking men about sexual dysfunction. Only about 24% of males with erectile dysfunction have received some treatment.

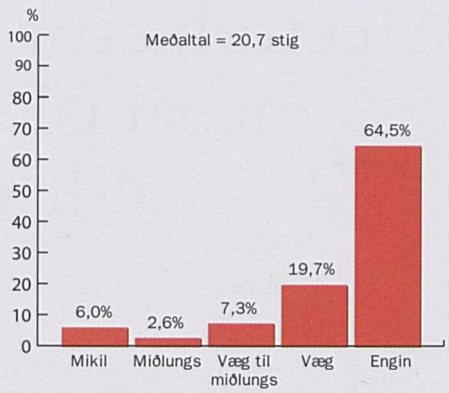
Conclusion: This first population based study among Icelandic men shows a high prevalence of erectile dysfunction and is in accordance with similar studies in other counties. Significant riskfactors are the same as are well known for cardiovascular diseases. Thus preventive measures should be the same for both conditions.

Keywords: *erectile dysfunction, epidemiology, prevalence, risk factors.*

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

Mynd 1: *Tíðni ristruflana hjá íslenskum karmönnum á aldrinum 45-75 ára.*

Stigafjöldinn skiptist á eftirfarandi hátt:	
Ristruflun	Stig
Mikil	1-7
Miðlungs	8-11
Væg til miðlungs	12-16
Væg	17-21
Engin	22-25



alaldri þjóða. Tíðni ristruflana í ýmsum löndum hefur mælst frá 2% hjá körlum yngri en 40 ára til 80% hjá áttræðum og eldri (2). Erfitt er að bera saman niðurstöður um tíðni ristruflana á milli landa og rannsókna þar sem tíðnitölur byggjast á ólíkri aðferðafræði, skilgreiningum eða skilningi meðal þjóða á ristruflun. Einnig þarf að skoða tíðni með tilliti til annarra samhliða sjúkdóma og aldurs. Ein þekktasta rannsóknin sem gerð hefur verið á þessu sviði er svonefnd „Massachusetts Male Aging Study". Hún sýndi að ríflega helmingur, eða 52% karlmanna á aldrinum 40-70 ára, fann fyrir ristruflun af einhverju tagi (3). Rannsóknin gaf til kynna mjög sterka fylgni milli ristruflana og aldurs, auk þess sem jákvæð fylgni kom fram við reykingar þátttakenda og samhliða sjúkdómum eins og hjartasjúkdómum, háþrýsting, hækkaða blóðfitu, sykursýki og þunglyndi. Fleiri rannsóknir hafa sýnt fram á sömu niðurstöður (4, 5). Til er íslensk rannsókn á ristruflunum meðal 226 sykursjúkra karlmanna og sýndi hún sambærilega tíðni og í öðrum löndum. Ristruflun reyndist há: 40% hjá körlum með sykursýki af tegund 1 (meðalaldur 51,9 ár) og 56% hjá körlum með sykursýki af tegund 2 (meðalaldur 62,5 ár) (6).

Hingað til höfum við litið til annarra rannsókna og borið okkur saman við erlendar niðurstöður en ekki hafa legið fyrir upplýsingar um tíðni ristruflana almennt á meðal íslenskra karlmanna.

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna tíðni og orsakir risvandamála sem og kynhegðun meðal íslenskra karlmanna.

Aðferðir

Í úrtakinu voru 4000 karlmenn á aldrinum 45-75 ára og voru þátttakendur valdir með slembivali úr þjóðskrá. Þeir fengu sendan lista með 27 spurningum sem þeir voru beðnir að svara (sjá spurningalista í viðauka).

Til að meta stig ristruflana var notaður alþjóðlegur kvarði með fimm spurningum (International Index of Erectile Function, (IIEF-5) (7) sem hafði verið þýddur á íslensku og forprófaður. Þetta eru spurningar 3-7 í spurningalistanum. Fyrir hverja spurningu er hægt að fá núll til fimm stig. Stuðull fyrir ristruflun er fundinn með því að leggja saman útkomu úr þessum fimm spurningum. Einstaklingur sem er ekki með neina ristruflun fær 22-25 stig, væga ristruflun 17-21 stig, væga til miðlungs 12-16 stig, miðlungs 8-11 stig og mikla ristruflun 1-7 stig (mynd 1). Þeir karlmenn sem höfðu ekki reynt að hafa samfarir eða fengið kynferðislega örvun

Tafla I. Aðhvarfsgreining. – Áhrif aldurs, sykursýki, reykinga, hækkaðs kólesteróls og kvíða/þunglyndis á ristruflanir.

Óháðar breytur og gildi sem þær taka	Hallatala (b)	Marktekt (p)
Aldur (45-75)	-0,274	<=0,001
Sykursýki (0,1)	-1,642	<=0,001
Reykja daglega (1) vs. hafa aldrei reykt (0)	-1,037	<=0,05
Reykja sjaldnar en daglega (1) vs. hafa aldrei reykt (0)	-0,388	e.m.
Hættu fyrir minna en ári (1) vs. hafa aldrei reykt (0)	-0,558	e.m.
Hættu fyrir meira en ári (1) vs. hafa aldrei reykt (0)	-0,579	e.m.
Hækkað kólesteról (0,1)	-0,071	<=0,05
Kvíði-þunglyndi (0,1)	-0,043	<=0,05
Fjöldi svarenda=1406 Skýrð dreifing R2=0,2; p<=0,001; e.m. = ekki marktæk		

	Ristruflun						
Aldur	Fjöldi einstaklinga	Mikil	Miðlungs	Væg til miðlungs	Væg	Engin	Stig ristruflana
45-54 ára	629	1,3%	1,4%	4,1%	14,8%	78,4%	22,4
55-64 ára	487	3,5%	1,9%	8,0%	23,4%	63,2%	21,1
65-75 ára	292	19,9%	5,5%	12,7%	24,3%	37,6%	16,5

Mynd 2: *Tíðni ristruflana með tilliti til aldurs. Í síðasta dálknum eru sýnd meðalstig ristruflana í hverjum aldurshópi.*

voru einungis hafðir með í greiningunni ef þeir voru annaðhvort í föstu sambandi eða höfðu fengið læknisfræðilega greiningu á ristruflun (7). Einhleypir karlmenn sem ekki höfðu reynt samfarir eða fengið kynferðislega örvun voru ekki hafðir með í greiningunni. Auk spurninga til að meta tíðni ristruflana var spurt um ólíka þætti varðandi sjúkdóma, lyf og kynlífsheilsu og um aðra félagslega þætti sem verða ekki til umfjöllunar í þessari grein.

Hópnum var skipt upp í þrjú aldursbil: 45-54 ára, 55-64 ára og 65-75 ára.

Tölfræðileg martækni var reiknuð með t-prófum og dreifigreiningu (ANOVA) þar sem munur á meðaltölum var metinn og með kí-kvaðrat í krosstöflum. Fylgni mögulegra áhrifaþátta við ristruflun karla var skoðuð með Pearsons's fylgnistuðlinum. Línulegri aðhvarfsgreiningu (ordinary least squares multiple regression) var síðan beitt til þess að skoða hversu mikið af breytileika í ristruflunum, mældum með IIEF, þessir þættir skýrðu. Til að skoða hvað greinir einkum á milli þeirra karla sem eiga við ristruflanir að stríða og þeirra sem ekki hafa slík vandamál var notað forritið „AnswerTree" (CHAID algóritma) (8, 9).

Rannsóknin var gerð í apríl 2004 og IMG Gallup sá um framkvæmd hennar.

Niðurstöður

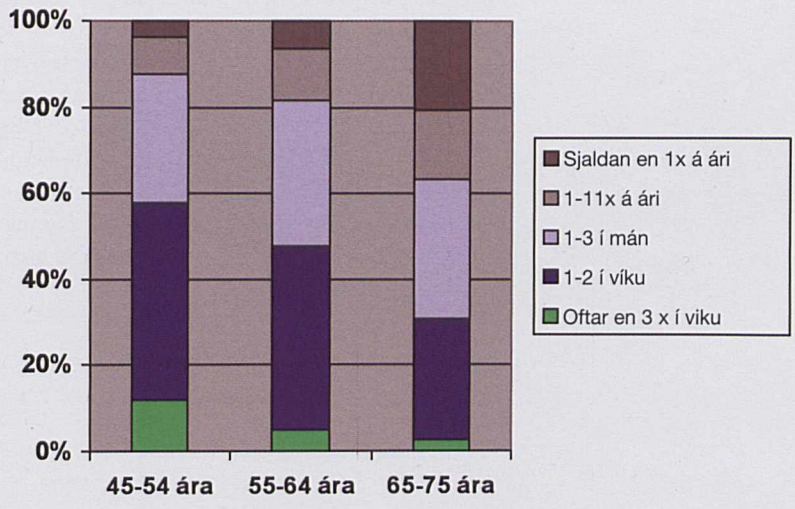
Alls bárust svör frá 1633 karlmönnum sem er 40,8% svarhlutfall. Af þeim svöruðu 1503 póstlista, 72 með tölvupósti og 58 í síma. Um 85% voru kvæntir eða í sambúð.

Fyrir allan hópinn kom í ljós að 35,5% karlmanna á aldrinum 45-75 ára höfðu fundið fyrir ristruflunum af einhverju tagi (21 stig eða minna á IIEF-5 kvarðanum) síðastliðna sex mánuði (mynd 1). Þegar þessar niðurstöður eru heimfærðar á þýði samsvarar það að um það bil 14.600 íslenskra karlmanna á aldrinum 45-75 ára þjáist af ristruflun af einhverju tagi.

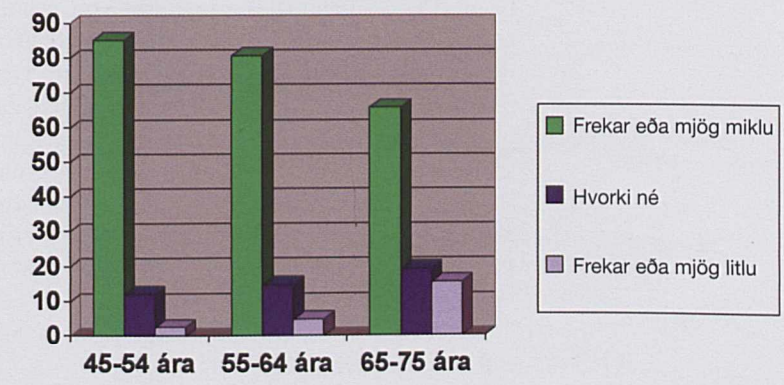
Þegar tíðni risvandamála er skoðuð með tilliti til aldurs er vandamálið marktækt meira hjá mönnum í elsta aldursflokknum en þeim yngsta (mynd 2). Þeir sem voru með miðlungs eða mikla ristruflun voru 2,7% í yngsta aldurshópnum á móti 25,4 % í elsta hópnum. Niðurstöður sýna jafnframt að rúm 60% karlmanna á aldrinum 65-75 ára finna fyrir ristruflunum af einhverju tagi.

Þegar kynhegðun íslenskra karlmanna er skoðuð kemur einnig í ljós munur á milli aldurshópa (mynd 3). Þar má sjá að yfir 60% karla í elsta aldurshópnum, 65-75 ára, hafa samfarir einu sinni eða oftar í mánuði og 30% oftar en þrisvar í mánuði. Einnig kemur í ljós að kynlíf skiptir karlmenn frekar eða mjög miklu máli í öllum aldurshópum (mynd 4).

Af öllum þeim karlmönnum sem höfðu fundið fyrir ristruflun af einhverju tagi fengu aðeins um 24% meðferð og af þeim töldu rúm 84%



Mynd 3: *Tíðni samfara skipt eftir aldurshópum.*



Mynd 4. *Hversu miklu máli kynlíf skiptir íslenska karlmenn með tilliti til aldurs.*

meðferðina hafa haft mjög góð eða frekar góð áhrif. Þess ber þó að geta að þeir sem svöruðu spurningu um þetta atriði voru tiltölulega fáir, eða 165 karlmenn. Rúmlega helmingur þátttakenda svaraði því til að þeir ættu auðvelt með að ræða risvandamál við lækninn sinn en læknir hafði spurt einungis um 10% karlanna út í risvandamál af fyrra bragði.

Í töflu I er með fjölbreytuaðhvarfsgreiningu litið til þeirra þátta sem taldir voru hafa fylgni við ristruflanir. Í ljós kom að aldur, daglegar reykingar, sykursýki, hátt kólesteról, kvíði og þunglyndi hafa sterkustu fylgnina við ristruflanir. Rúmlega 21% aðspurðra reykti daglega. Í töflunni má sjá hve mikil áhrif þeirra breyta sem sýna marktæka fylgni við ristruflanir eru. Ristruflanir eru mældar á kvarða frá 1-25 (5-25 hjá einhleypum karlmönnum) þar sem lægri einkunn þýðir meiri ristruflanir. Hallatalan segir til um hversu mikil áhrif breyturnar í töflunni hafa á ristruflanir, þannig lækkar einkunnin á kvarðanum 1-25 til dæmis að jafnaði um 0,274 stig fyrir hvert ár sem svarendur eldast. Karlar sem eru 70 ára eru þannig að jafnaði með 6,85 stigum lægri einkunn en þeir sem eru 40 ára eftir að tillit hefur verið tekið til annarra breyta í töflunni. Fjórar breytur eru notaðar til að skoða áhrif reykinga og eru þeir sem reykja daglega líklegri til að eiga við ristruflanir að stríða heldur en þeir sem aldrei hafa reykt eru að jafnaði með 1,037 lægri einkunn. Ekki er marktækur munur á þeim sem reykja sjaldnar en daglega eða eru hættir að reykja og þeim sem aldrei hafa reykt.

Umræður

Rannsóknin sýnir að tíðni ristruflana meðal íslenskra karlmanna er há og fer vaxandi með aldri. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir (3). Auk aldurs eru reykingar, sykursýki, kvíði og þunglyndi og hátt kólesteról marktækir áhættuþættir. Það vekur athygli að hækkaður blóðþrýstingur sýndi ekki marktæka fylgni við ristruflanir í þessari rannsókn þó að öðru leyti séu áhættuþættir fyrir ristruflun þeir sömu og fyrir kransæðasjúkdóma, enda eru orsakir fyrir ristruflunum taldar í flestum tilvikum vera tengdar blóðrásartruflunum til getnaðarlims. Nýleg rannsókn sýndi að ristruflun ein og sér gefur til kynna æðakalkanir án einkenna óháð hinum hefðbundnu áhættuþáttum fyrir hjarta- og æðasjúkdóma (10). Þannig er ristruflun talin vera viðbótar snemmbúið viðvörunarmerki fyrir hjartasjúkdóma.

Kvíði og þunglyndi hafa sterka fylgni við ristruflanir sem í raun eru einnig algengt vandamál meðal hjartasjúklinga. Á undanförnum árum hefur farið fram markviss kynning og fræðsla til almennings á áhættuþáttum kransæðasjúkdóma, en þessir áhættuþættir hafa ekki verið kynntir sem þeir sömu og fyrir ristruflanir. Ætla má að allt sem getur dregið úr offitu, lækkað blóðfitu og blóðsykur dragi úr líkum á ristruflunum. Dagleg og markviss líkamsrækt ásamt mataræði skiptir máli í þessu sambandi og hefur jákvæð áhrif. Rannsóknir hafa sýnt að þriðjungur karlmanna með ristruflun gátu með lífsstílsbreytingu, svo sem líkamsrækt og þyngdartapi, fengið eðlilegt ris (11).

Hlutfall þeirra íslensku karlmanna sem finna fyrir ristruflun er hátt og þegar rýnt er enn frekar í tölurnar og tíðnin skoðuð með tilliti til aldurs kemur fram skýr aldurstengd marktækni. Eldri karlmenn fá frekar ristruflanir: Rúm 60% karlmanna á aldrinum 65-75 ára fá ristruflanir af einhverju tagi og um fimmtungur mikla ristruflun eða rís ekki hold.

Það sem kemur mest á óvart í þessari rannsókn er kynlífsvirkni karlmanna á aldrinum 65-75 ára. Sú ímynd er ríkjandi að með aldrinum dragi úr löngun til kynlífs og þar með gildi þess fyrir karlmenn, en þessi rannsókn bendir til hins gagnstæða. Í ljós kom að yfir 60% karla á aldrinum 65-75 ára hafa samfarir oftar en einu sinni í mánuði þrátt fyrir að þetta sé sá hópur sem finnur fyrir hvað mestum ristruflunum. Einnig kom í ljós að 65% karlmanna á aldrinum 65-75 ára sögðu kynlíf skipta miklu máli í lífi þeirra og að áhuginn hefði síður en svo minnkað með aldrinum (mynd 4). Þessar niðurstöður eru enn athyglisverðari í ljósi þess að einungis um fjórðungur þeirra sem finna fyrir ristruflunum hafa fengið viðeigandi meðferð. Þetta er í samræmi við aðrar sambærilegar rannsóknir (12). Ástæður þess að menn leita sér ekki aðstoðar við ristruflunum geta verið margvíslegar en víst þykir að feimni spilar þar stóran þátt. Mörgum þykir óþægilegt og jafnvel óæskilegt að bera þessi vandamál upp við lækninn sinn og að sama skapi finnst lækni vandamálið stundum vera þess eðlis að hann eigi ekki að fást við það. Margir karlmenn, einkum þeir yngri, telja ástandið vera tímabundið og leysast af sjálfu sér. Auk þess má ætla að margir eldri karlmenn telji sér trú um að þetta sé eðlilegt ástand sem fylgi aldrinum.

Í okkar rannsókn var ekki spurt nákvæmlega um einkenni frá neðri þvagvegum að öðru leyti en því hvort menn hefðu haft vandamál frá blöðruhálskirtli. Aðrar rannsóknir hafa hins vegar sýnt marktækt samband á milli þessara einkenna og ristruflana (5).

Svarhlutfall í rannsókninni var einungis 40,8%. Þótt þetta sé fremur lágt hlutfall verður það þó að teljast ásættanlegt í póstkönnun, ekki síst þegar viðfangsefnið er viðkvæmt. Það vaknar þó óneitanlega sú spurning hvort þau 40% sem svör-

uðu könnuninni gefi skekkta mynd af þeim 60% sem kusu að svara ekki. Til að meta hugsanleg áhrif svörunar á hlutfall ristruflunar var ristruflun greind eftir því hvernig og hvenær menn svöruðu. Í ljós kom að meðaleinkunn ristruflana var mjög svipuð í öllum flokkum (19,9-22,0). Þetta er talið vísbending um að vandamálið sem slíkt ráði engu um það hvort menn svara eða ekki. Annað atriði sem styður að um trúverðugan þverskurð af þjóðfélaginu sé að ræða er að hlutfall karla sem reykja daglega er sambærilegt því sem aðrar rannsóknir hafa sýnt (13).

Niðurstöður sýndu að lægst svarhlutfall var meðal einhleypra karlmanna. Í svarendahópnum er töluvert hærra hlutfall giftra/í sambúð heldur en í þjóðskrá og þá um leið lægra svarhlutfall í hópi einhleypra/fráskilinna. Samkvæmt þjóðskrá voru 74,2% karlmanna á aldrinum 45-75 ára kvæntir/í sambúð en rúm 85% í svarendahópnum í könnuninni. Aðrar rannsóknir sýna að svarhlutfall er alla jafna lægra hjá ungum einhleypum karlmönnum sem hlotið hafa litla formlega menntun (14-16).

Lokaorð

Tíðni risvandamála er síst minna hérlendis en í öðrum löndum. Um 35% íslenskra karlmanna á aldrinum 45-75 ára hafa ristruflun á einhverju stigi. Minnst ber á ristruflun meðal yngri karlmanna en mest meðal þeirra eldri. Daglegar reykingar og sykursýki auka mest líkurnar á ristruflun. Aðrir marktækir áhættuþættir eru kólesteról, kvíði og þunglyndi. Helstu áhættuþættir ristruflana eru þeir sömu og fyrir hjarta- og æðasjúkdóma og því gilda sömu almennu ráðleggingarnar til karlmanna í báðum tilvikum, það er að reykja ekki, halda sér í kjörþyngd og leitast við að halda blóðsykri og blóðfitu innan eðlilegra marka.

Í rannsókninni kom fram að kynlíf skiptir karlmenn á öllum aldri miklu máli. Margir karlmenn eiga erfitt með að ræða kynlífsvanda við lækninn sinn og læknar eiga sjaldan frumkvæðið að umræðu um ristruflanir. Jafnframt kom í ljós að þeir fáu sem leituðu eftir aðstoð fengu í flestum tilvikum einhverja bót.

Þakkir

Við viljum þakka lyfjafyrirtækinu Pfizer fyrir fjárhagslegan stuðning við rannsóknina.

Heimildir

1. NIH Consensus Development Panel on Impotence: Impotence. JAMA 1993; 270: 83-90.
2. Prins J, Blanker MH, Bohnen AM, Thomas S, Bosch JL. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. Int J Impot Res 2002; 14: 422.
3. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates, results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994; 151: 54-61.
4. Seftel AD, Sun P, Swindle R. The prevalence of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus and depression in men with erectile dysfunction. J Urol 2004; 171: 2341.
5. Shabsigh R, Perelman MA, Lochcard DC, Lue TF, Broderick GA. Health issues of men: prevelance and correlates of erectile dysfunction. J Urol 2005;174: 662-7.
6. Hreiðarsson A, Ásbjörnsdóttir NB, Einarsson GV, Jensdóttir SY, Jóhannesson A. Prevalence of erectile dysfunction in an outpatient population of men with diabetes - relationship to glycemic control. Int J Impot Res 2003; 15, suppl. 6.
7. Rosen RC, Capelleri JC, SmithMD, Lipsky JPena BN. Development and evaluationa of an abriged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for errectile dysfunction. Int J Impot Res 1999; 11:5 9-74.
8. SPSS (2001). Answer Tree 3.0 User´s guide. Chicago: SPSS Inc.
9. SPSS (1999). AnswerTree Algorithm Summary. Technical Report ATALGWP-0599. Chicago: SPSS Inc.
10. Chiurlia E, D'Amico R, Ratti C, Granata AR, Romagnoli R, Modena MG. Subclinical coronary artherosclerosis in patients with erectile dysfunction J Am Coll Cardiol. 2005; 46: 1503-6.
11. Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, Giugliano G, Marfella R, D'Andrea F, et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 291: 2978.
12. Shabsigh R, Perelman MA, Laumann EO, Lockhart DC. Drivers and barriers to seeking treatment or erectile dysfunction: a comparison of six countries. BJU Int 2004; 94: 1055.
13. Lýðheilsustöð. Umfang reykinga – samantekt 2004. Sótt 6. nóvember 2005 af www.lydheilsustod.is/media/tobaksvarnir/rannsoknir//13448_tobak_arsskyrsla_191104.pdf
14. Fowler FJ Jr. Nonresponse Bias in mail Surveys of Health Plan Members. Proceedings of the American Statistical Association, Section on Survey Research Methods. Alexandria, VA: American Statistical Association 1998: 576-80.
15. Lasek RJ, Barkley W, Harper DL, Rosenthal GE. An Evaluation of the Impact of Nonresponse Bias on Patient Satisfaction Surveys. Medical Care 1997; 35: 646-52.
16. McHorney CA, Kosinski M, Ware JE. Comparisons of the Costs and Quality of Norms for the SF-36 Health Survey Collected by Mail Versus Telephone Interview: Results from a National Survey. Medical Care 1994; 32: 551-67.

Spurningalisti

sp1) Allir svari / Eitt svar fyrir hvern lið
Hversu miklu eða litlu máli skipta eftirfarandi þættir þig persónulega? Mjög miklu / Frekar miklu / Hvorki né / Frekar litlu / Mjög litlu / Veit ekki /Neitar
a) Tómstundir
b) Fjárhagsleg staða
c) Fjölskyldulíf
d) Kynlíf
e) Vinna

sp2) Allir / Eitt svar fyrir hvern lið
Hversu góða eða slæma telur þú eftirfarandi þættir vera í þínu lífi? Mjög góður / Frekar góður / Hvorki né / Frekar slæmur / Mjög slæmur / Veit ekki / Neitar
a) Tómstundir
b) Fjárhagsleg staða
c) Fjölskyldulíf
e) Kynlíf
f) Vinna

sp3) Allir svari / Eitt svar
Hvernig metur þú sjálfstraust þitt við að geta fengið og viðhaldið stinningu síðastliðna 6 mánuði?
1 Mjög lítið
2 Lítið
3 Miðlungs
4 Mikið
5 Mjög mikið
6 Veit ekki
7 Neitar

sp4) Allir svari / Eitt svar
Þegar þú hefur fengið stinningu við kynferðislega örvun síðastliðna 6 mánuði, hversu oft var stinningin næg til samfara?
1 Engin kynferðisleg örvun
2 Næstum aldrei/aldrei
3 Í nokkur skipti (miklu sjaldnar en í helmingi tilfella)
4 Stundum (í u.þ.b. helmingi tilfella)
5 Oftast (miklu oftar en í helmingi tilfella)
6 Næstum alltaf/alltaf
7 Veit ekki
8 Neitar

sp5) Allir svari / Eitt svar
Við samfarir síðastliðna 6 mánuði, hversu oft gastu haldið stinningunni eftir að þær hófust?
1 Reyndi ekki samfarir
2 Næstum aldrei/aldrei
3 Í nokkur skipti (miklu sjaldnar en í helmingi tilfella)
4 Stundum (í u.þ.b. helmingi tilfella)
5 Oftast (miklu oftar en í helmingi tilfella)
6 Næstum alltaf/alltaf
7 Veit ekki
8 Neitar

sp6) Allir svari / Eitt svar
Við samfarir síðastliðna 6 mánuði, hversu erfitt var að halda stinningunni til loka samfaranna?
1 Reyndi ekki samfarir
2 Óskaplega erfitt
3 Mjög erfitt
4 Erfitt
5 Dálítið erfitt
6 Ekki erfitt
7 Veit ekki
8 Neitar

sp7 Allir svari / Eitt svar
Þegar þú hefur haft eða reynt að hafa samfarir síðastliðna 6 mánuði, hversu oft voru þær fullnægjandi fyrir þig?
1 Reyndi ekki samfarir
2 Næstum aldrei/aldrei
3 Í nokkur skipti (miklu sjaldnar en í helmingi tilfella)
4 Stundum (í u.þ.b. helmingi tilfella)
5 Oftast (miklu oftar en í helmingi tilfella)
6 Næstum alltaf/alltaf
7 Veit ekki
8 Neitar

sp8) Allir svari / Eitt svar
Hversu ánægður eða óánægður ert þú með kynlífið þitt almennt?
1 Mjög ánægður
2 Frekar ánægður
3 Hvorki ánægður né óánægður
4 Frekar óánægður
5 Mjög óánægður
6 Veit ekki
7 Neitar

sp9) Allir svari / Eitt svar
Hver er hjúskaparstaða þín?
1 Kvæntur eða í sambúð
2 Í föstu sambandi en ekki í sambúð
3 Ókvæntur og ekki í sambúð (næst spurning 13)
4 Ekkill (næst spurning 13)
5 Fráskilinn (næst spurning 13)
6 Neitar (næst spurning 13)
Þeir sem ekki eiga maka eða eru í föstu sambandi svari næst spurningu 13

sp10) Einungis þeir sem eru giftir, í sambúð eða í föstu sambandi svari (valmöguleikar 1 og 2 í sp. 9) / Eitt svar
Hversu ánægður eða óánægður ertu með kynlífssamband þitt við maka þinn?
1 Mjög ánægður
2 Frekar ánægður
3 Hvorki ánægður né óánægður
4 Frekar óánægður
5 Mjög óánægður
6 Á ekki maka
7 Veit ekki
8 Neitar

sp11) Einungis þeir sem eru í föstu sambandi/eiga maka svari / Eitt svar
Hversu ánægðan eða óánægðan telur þú maka þinn vera með ykkar kynlífssamband?
1 Mjög ánægðan
2 Frekar ánægðan
3 Hvorki ánægðan né óánægðan
4 Frekar óánægðan
5 Mjög óánægðan
6 Á ekki maka
7 Veit ekki
8 Neitar

sp12) Einungis þeir sem eru í föstu sambandi/eiga maka svari/Eitt svar
Hefur þú haft samfarir við maka þinn...
1 Eins oft og þig langar til
2 Sjaldnar en þig langar til
3 Oftar en þig langar til
4 Veit ekki
5 Neitar

sp13) Allir svari / Fleira en eitt svar leyfilegt
Hefur þú átt við eitthvað af eftirtöldu að stríða síðastliðna 6 mánuði?
1 Þyngdaraukningu
2 Háan blóðþrýsting
3 Kvíða/Þunglyndi
4 Hátt kólesteról
5 Streitu
6 Sykursýki
7 Stækkun í blöðruhálskirtli
8 Hjartveiki
9 Nei, ekkert ofantalið
10 Annað, hvað?
11 Veit ekki
12 Neitar

sp14) Þeir sem hafa átt við eitthvað af ofantöldu að stríða síðastliðna 6 mánuði svari / Fleira en eitt svar leyfilegt
Hefur þú tekið lyf við eftirfarandi sjúkdómum síðastliðna 6 mánuði?
1 Háþrýstingi
2 Þunglyndi
3 Svefntruflunum
4 Hjartveiki
5 Taugasjúkdómum
6 Meltingarsjúkdómum
7 Gigtarsjúkdómum
8 Lyf við öðrum sjúkdómi, hvaða sjúkdómi?
9 Nei, ekkert ofantalið
10 Veit ekki
11 Neitar

sp15) Allir svari / Eitt svar
Hversu oft hefur þú samfarir að jafnaði?
1 Oftar en 3x í viku
2 1-2 x í viku
3 1-3 x á mánuði
4 1-11 x á ári
5 Sjaldnar en 1 x á ári
6 Veit ekki
7 Neitar

sp16) Allir svari / Eitt svar
Hversu auðvelt eða erfitt þykir þér/þætti þér að ræða vandamál varðandi stinningu (risvandamál) við lækni eða annað heilbrigðisstarfsfólk?

1 Mjög auðvelt
2 Frekar auðvelt
3 Hvorki auðvelt né erfitt
4 Frekar erfitt
5 Mjög erfitt
6 Veit ekki
7 Neitar

sp17) Allir svari / Eitt svar
Hefur læknir spurt þig um risvandamál?
1 Já
2 Nei
3 Veit ekki
4 Neitar

sp18) Allir svari / Eitt svar
Hversu líklegt eða ólíklegt er að þú myndir segja lækni og/eða öðru heilbrigðisstarfsfólki frá risvandamálum þínum þrátt fyrir að ekki væri spurt um þau?
1 Mjög líklegt
2 Frekar líklegt
3 Hvorki líklegt né ólíklegt
4 Frekar ólíklegt
5 Mjög ólíklegt
6 Veit ekki
7 Neitar

sp19) Allir svari / Eitt svar
Hefur þú fengið meðferð við ristruflunum?
1 Já
2 Nei
3 Veit ekki
4 Neitar

sp20) Þeir sem hafa fengið meðferð við ristruflunum svari / Fleira en eitt svar leyfilegt
Hvaða meðferð hefur þú fengið vegna ristruflana?
1 Cialis
2 Levitra
3 Uprima
4 Viagra
5 Testosteron
6 Annað, hvað?
7 Veit ekki

sp21) Þeir sem merkja við fleira en eina meðferð/Eitt svar
Hvaða meðferð fannst þér virka best fyrir þig?
1 Cialis
2 Levitra
3 Uprima
4 Viagra
5 Testosteron
6 Annað, hvað?
7 Veit ekki

sp22) Þeir sem hafa fengið meðferð við ristruflunum svari / Eitt svar
Á heildina litið, hversu góð eða slæm áhrif hefur meðferðin haft á lausn vandans? (ef fleiri en ein meðferð – meta þá sem virkaði best)
1 Mjög góð áhrif
2 Frekar góð áhrif
3 Engin áhrif
4 Frekar slæm áhrif
5 Mjög slæm áhrif
6 Veit ekki
7 Neitar

sp23) Þeir sem hafa fengið meðferð við ristruflunum / Fleira en eitt svar leyfilegt
Hvar fékkstu meðferð við ristruflun?
1 Hjá heimilislækni
2 Hjá sérfræðingi
3 Pantaði á Internetinu
4 Erlendis
5 Annars staðar, hvar?_____
6 Veit ekki
7 Neitar

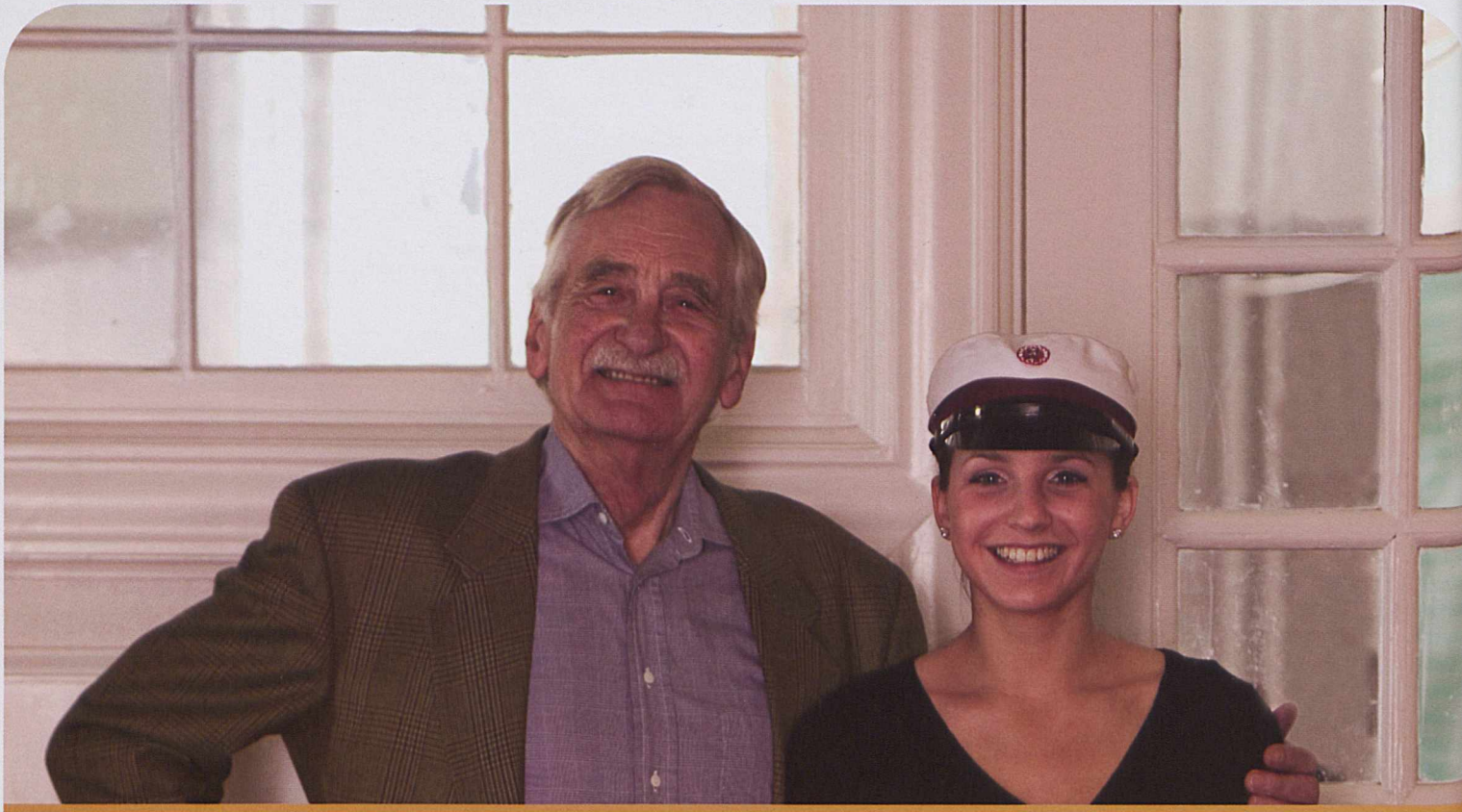
sp24) Allir svari / Fleira en eitt svar leyfilegt
Hvar myndi nýtast þér best að hægt væri að nálgast upplýsingar um risvandamál?
1 Á fundum/kynningum
2 Á Internetinu
3 Hjá heimilislækni
4 Hjá sérfræðingi
5 Hjá sjúklingasamtökum
6 Í bæklingum
7 Í fjölmiðlum
8 Annars staðar, hvar?
9 Hvergi
10 Veit ekki
11 Neitar

Spurningar sem notaðar verða við úrvinnslu könnunarinnar

sp25) Allir svari / Eitt svar
Reykir þú eða hefur þú reykt?
1 Já, ég reyki daglega
2 Já, en ég reyki sjaldnar en daglega
3 Nei, ég reyki ekki í dag, hætti fyrir minna en 1 ári
4 Nei, ég reyki ekki í dag, hætti fyrir meira en 1 ári
5 Nei ,ég reyki ekki í dag og hef aldrei reykt
6 Veit ekki
7 Neitar

sp26) Allir svari/ Eitt svar
Hvert er fæðingarár þitt?

sp27) Þeir sem eru giftir eða í sambúð / Eitt svar
Hvert er fæðingarár maka þíns?



Hann er með hjartabilun og vill taka þátt í lífinu!



Atacand má gefa sjúklingum með hjartabilun og skerta slagbilsstarfsemi vinstri slegils, einnig sem viðbótarmeðferð við ACE-hemla eða þegar ACE-hemlar þolast ekki. Upphafsskammtur er 4 mg og skammtur er tvöfaldaður með tveggja vikna millibili að ákjósanlegasta skammti, sem er 32 mg eða hæsti skammtur sem þolist.

AstraZeneca



Atacand® - nú einnig við hjartabilun[1]

Heimild: 1. Atacand töflur - Samantekt á eiginleikum lyfs: Sérlyfjaskrá ágúst 2005.

Atacand® candesartan

Sérlyfjatexti á bls. 573

Mikill er máttur orðsins



Birna Jónsdóttir

birnajon@simnet.is

Höfundur er röntgenlæknir og gjaldkeri í stjórn LÍ.

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

Afkomendur landlausra Norðmanna sem kynbættu stofninn með írskum prinsessum stæra sig af gullaldar tíma landsins, söguöld. Varla hefur þjóðin unnið meiri afrek en að rita sögu þess tíma og hefur henni lengst af verið tekið sem guðspjöllunum, og orðsins list mærð mest allra lista.

Frækileg fannst mér frammistaða íslensks fræðimanns árið 2000 á Víkingaráðstefnu á Smithsonian safninu í Washington DC. Þar höfðu fornleifafræðingar, mannfræðingar, landafræðingar og ýmsir fleiri náttúrufræðingar sýnt línurit um plöntur, dýralíf, myndir af rústum og fornleifauppgreftri á L'anse aux Meadows á Nýfundnalandi sem sönnun þess að Leifur heppni hefði fundið Ameríku. Gísli Sigurðsson las úr handritum.

Orð eru til alls fyrst. Í upphafi var orðið. Við orðum hugsanir okkar. Orð eru mjög misfögur, sum hljómfögur meðan önnur lýsa fegurð. Líka eru til orð sem eru óþjál, hörð og meiðandi. Gamall móðurmálskennari minn sem ég rifjaði upp kynni við gegnum Endurmenntunarstofnun Háskóla Íslands kenndi að eitt af sérkennum íslenskunnar væru lýsandi orð.

Ég hef verið að velta því fyrir mér hvernig heiti á umfangsmestu sjúkrastofnunum landsins verða til. Hver er hugsunin bak við þessar nafngiftir og hverju lýsa þær?

Mér finnst eins og sum heitin séu beinlínis til þess fallin að reisa múr milli innviða og þeirra sem eru úti í þjóðfélaginu. Sennilega til að halda þeim fyrir utan. Ekki er óalgengt að fólk sem þarf að sækja þangað finni sig lítt velkomið og lítil virðing sé fyrir því borin og innkallaðir sjúklingar gerðir afturreka.

Endurteknar nafnabreytingar eru á starfsstéttum innan heilbrigðiskerfisins sem ekki heitir lengur heilbrigðisþjónusta. Margar hverjar eiga að lýsa tilteknu starfi betur en geta í hreintungu-lýsandi tilburðum sínum leitt af sér óþjál heiti. Mér finnst til dæmis betra að kalla mig röntgenlækni en sérfræðing í læknisfræðilegri myndgreiningu. Ætli það heiti hafi orðið til sem þýðing á enska sérgreinarheitinu „Medical Imaging"?

Nýleg grein í Morgunblaðinu eftir ungan lækni nefnist „Orðskrípið hátæknisjúkrahús".

Ætli heitið hátæknisjúkrahús hafi orðið til af brýnni þörf til að lýsa starfinu sem þar er unnið eða átti almúginn að gleypa andann á lofti og fyllast lotningu? Af hverju heitir sjúkrahús allra landsmanna: Landspítali Háskólasjúkrahús við Hringbraut? eða gömlu Hringbraut eins og sumir segja. Landspítali Háskólasjúkrahús í Fossvogi, stendur reyndar við Sléttuveg sem er gömul gata. Starfsemin er að vísu ekki alveg nægjanlega vel skilgreind að mati stjórnmálamanna sem snemma á öldinni skipuðu fjölmenna nefnd sem skilaði tæplega 90 síðna skýrslu á vordögum sem reyndi að ná utanum skilgreiningar í spítalakerfinu. Í þeirri skýrslu sat nýorðinn félagsmálaráðherra Jónína Bjartmarz í forsæti. Ein af aðalniðurstöðum þar var að ómögulegt sé að líta á sjúkrastofnunina án þess að skoða samhengi allrar starfsemi heilbrigðisstétta.

Kerfi er samkvæmt íslenskri orðabók Menningarsjóðs handa skólum og almenningi útgefinni 1983: 1 knippi; ... 2 hnokkatré ... 3 fyrirkomulag ... 4 mælieining ... 5 hugarvíl.

Í þriðju meiningu notað í samsetningunni heilbrigðiskerfi þar er það hart, klippt og í skorðum og ekki sérlega aðlaðandi.

Þjónusta í sömu orðabók útleggst: 1 vinna sem e-r er ráðinn til að leysa af hendi fyrir annan ... 2 það að veita beina eða aðra aðstoð ... 3 kona sem þvær og dyttar að fötum ... 4 guðsþjónusta 5 það að þjónusta og þá í merkingunni: 1 að veita altarissakramenti ... 2 þjóna, annast stundarþörf e-s, – þjónustan er mjúk, jákvæð og býður upp á fjölbreytni.

Er óíslenskt að þjónusta? Ef okkur finnst það þurfum við þá kannski að fara á námskeiðið sem breytti ferðaþjónustu í París um árið þegar veitendum var kennt að sjá dollaramerki þegar þeir hittu ameríska ferðamenn. Erum við að gleyma því að sjúklingurinn er vinnuveitandi okkar og er eitthvað að því að vera húsbóndaholl? Hvernig önnumst við stundarþarfir hans best?

Ég dáist að tungumálinu okkar auðvitað af því íslenskan er móðurmálið mitt og það tungumálið sem ég þekki best. Ég vil að orðin sem notuð eru um læknisverk og umönnun séu jákvæð.

Lokaspurning: hvert neðantalinna heita finnst þér fallegast?

1. Hátæknisjúkrahús
2. Heilbrigðiskerfi
3. Heilbrigðisþjónusta

Aðalfundur Læknafélags Íslands

1. og 2. september 2006 á Egilsstöðum

Föstudagur 1. september

Kl. 10:00
1. Setning
2. Ávarp ráðherra
3. Skýrsla stjórnar – umræður
   3.1. Skýrsla formanns
   3.2. Skýrsla um hagstofu lækna
4. Ársreikningar lagðir fram – fjárhagsáætlun kynnt

Kl. 12:00 Matarhlé

Kl. 13:00
5. Skipulag læknasamtakanna
6. Þagnarskylda lækna
7. Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja. Starf nefndar innan stjórnar
8. Málefni:
   8.1. Lífeyrissjóðs lækna
   8.2. Læknablaðsins
   8.3. Orlofssjóðs LÍ
   8.4. Fræðslustofnunar lækna
9. Lagðar fram ályktanatillögur og tillögur til lagabreytinga
10. Skipað í starfshópa

Kl. 15:00 Kaffihlé

Kl. 15:30 Starfshópar starfa

Laugardagur 2. september

Kl. 13:00
11. Afgreiðsla lagabreytinga, ályktana og annarra mála
12. Kosningar og lúkning annarra dagskrárliða skv. lögum
    12.1. Ákvörðun árgjalds
    12.2. Stjórnarkosning
    12.3. Kjör annars tveggja lækna í siðanefnd LÍ og varamanns
    12.4. Kjör skoðunarmanna reikninga
    12.5. Fundarstaður næsta aðalfundar
    12.6. Önnur mál

Kl. 16:30 Áætluð fundarlok

Kl. 19:00 Sameiginlegt borðhald fundarmanna og gesta á Hótel Héraði

Dægradvöl

Föstudagur kl. 17:00 – Skriðuklaustur – Lautarferð

Laugardagur kl. 08:30 – Kárahnjúkar – Fljótsdalsvirkjun. Makaferð eftir hádegi

Ferðir á vegum LÍ

Reykjavík-Egilsstaðir 1. sept. flug kl. 08:00, mæting 07:30

Egilsstaðir-Reykjavík 3. sept. flug kl. 11:55, ferð úr gististað

Gisting: Hótel Hérað, Hótel Valaskjálf.

Bókanir og umsjón: Margrét Aðalsteinsdóttir, skrifstofu LÍ, *magga@lis.is*



Lækningar í Ágústínusar-klaustrinu á Skriðu

Niðurstöður fornleifarannsóknar

Steinunn Kristjánsdóttir
FORNLEIFAFRÆÐINGUR

Ágrip

Eftir fjögurra ára fornleifauppgröft á rústum Skriðuklausturs í Fljótsdal er útlit bygginga þess og margþætt hlutverk að skýrast. Uppgröfturinn hefur opnað nýja sýn á sögu klaustursins og gefa niðurstöður fyrirheit um að hann muni breyta viðteknum hugmyndum um byggingar, starfsemi og hlutverk klaustra hérlendis á miðöldum. Bygging Skriðuklausturs samanstóð af þyrpingu vistarvera, kapellu og veglegri kirkju sem stóðu við skýrt afmarkaðan klausturgarð. Hún var áþekk kaþólskum klausturbyggingum erlendis, og hið sama á við um hlutverk klaustursins. Í Skriðuklaustri fór fram bókfells- og blekgerð, ritun bóka og skjala, auk ræktunar mat- og lækningajurta. Í klaustrinu var jafnframt rekið hospítal og stundaðar lækningar. Hér er greint frá framgangi uppgraftarins og skýrt frá helstu niðurstöðum úr rannsóknum honum tengdum, einkum þó þeim þætti sem sneri að lækningum, hjúkrun og umönnun sjúkra.

Þjóðminjasafni Íslands og Háskóla Íslands, Lyngási 7, 210 Garðabæ.
Sími 530 2262.
sjk@hi.is

Lykilorð: *munkaklaustur, hospítal, garðyrkja, miðaldir.*

ENGLISH SUMMARY

Kristjánsdóttir S

Medical activity at the monastery at Skriðuklaustur. Results of arceological excavation

Læknablaðið 542-5

Archaeological excavation of the ruins at Skriðuklaustur monastery has been underway for nearly six years, including continuous work carried out since the summer of 2002. This work has yielded important data on the building and operation of the cloister that was active there during the middle ages in Iceland. The monastic building at Skriðuklaustur consisted of a cloister of houses, a church and a chapel, located around a garden with a well in the center, in accordance with the Catholic Church's prescription on establishments of cloisters. Despite its short tenure, the Skriðuklaustur monastery acquired a large amount of land, and its library was comparable to that of other Icelandic cloisters. It is known that both a hospice and a children's school was operated there. In the article the progress of the excavation will be described and the results of it reviewed.

Key words: *monastery, hospice, gardening, Middle Ages.*

Correspondence: *sjk@hi.is*

Inngangur

Sumarið 2002 hófst uppgröftur á rústum Skriðuklausturs í Fljótsdal. Markmiðið með honum er að kanna byggingarlag klaustursins sem var starfrækt tímabilið 1493-1554. Samhliða því er ætlunin að kanna starfsemina sem fram fór innan veggja þess, svo og hlutverk í íslensku miðaldasamfélagi, um leið og gengið er út frá því að Skriðuklaustur hafi verið hluti af þeirri heild sem kaþólska kirkjan skapaði á miðöldum í Evrópu.

Uppgröfturinn á Skriðuklaustri gefur ástæðu til þess að draga í efa að Íslendingar hafi byggt klaustur að eigin fyrirmynd en viðtekin er sú skoðun hérlendis að íslensk klaustur hafi greint sig frá öðrum klaustrum í Evrópu, einkum hvað varðar útlit og hlutverk. Þekkt er að kaþólska kirkjan studdist við ákveðna forskrift við stofnun og byggingu klaustra en einangrun Íslands á miðöldum er talin hafa haft áhrif á frumgerð þeirra hérlendis. Ljóst er að hlutverk Skriðuklausturs samsvaraði hlutverkum annarra kaþólskra klaustra í Evrópu, þar sem hæst bar líkn sjúkra, aldraða og fátækra og önnur samfélagshjálp, menntun barna og menningarstarfsemi af ýmsu tagi, samhliða eignaumsýslu og iðkun kaþólskrar trúar.

Ágústínusarklaustrið á Skriðu í Fljótsdal

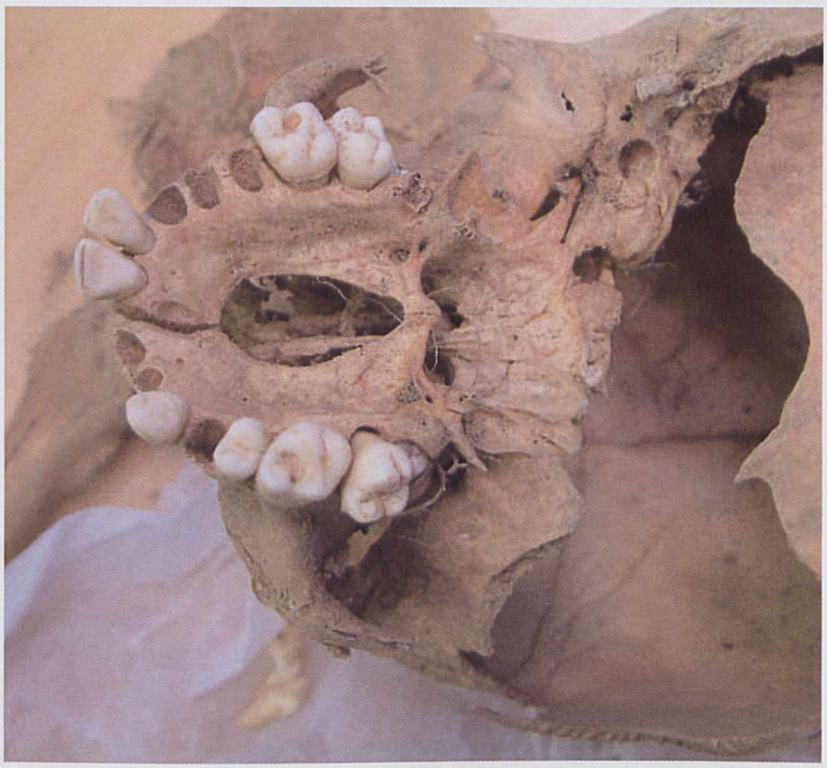
Skriðuklaustur var stofnað síðast allra klaustra í kaþólskum sið á Íslandi. Klaustrinu bárust fyrst gjafir árið 1493 og er það ár því oft nefnt sem stofnár þess. Það var munkaklaustur, að líkindum af Ágústínusarreglu, sem var þó ekki regla munka heldur klerka eða kórbræðra (1). Skriðuklaustur var helgað Guði almáttugum, Maríu mey og hinu helga blóði Jesú Krists. Þar var starfræktur svokallaður ytri skóli, það er skóli fyrir þá sem lifðu í hinum veraldlega heimi utan við þann andlega sem var afmarkaður með veggjum klaustursins (2). Eins er af heimildum þekkt hverjir voru príorar Skriðuklausturs og urðu þeir fjórir í hálfrar aldar sögu þess. Kórbræður hafa verið nokkrir hverju sinni og giskað hefur verið á fimm til sex að jafnaði í þessu sambandi (3). Skriðuklaustur var lagt af við siðaskiptin eins og önnur klaustur á Íslandi (4).

Til eru skjalfestar upplýsingar um rekstur og



Uppgröftur hófst á Skriðuklaustri sumarið 2002.

fjárhag Skriðuklausturs, þar með talið lausafé, jarða- og bókaeign (5). Upplýsingar þessar um veraldlegar eignir klaustursins og umsvif út á við eru gloppóttar en augljóst er þó að það varð fljótt mjög auðugt, enda eina klaustrið sem starfrækt var í Austfirðingafjórðungi á þessum tíma. Enn minna var vitað um innri starfsemi eða byggingar þess þar til uppgröfturinn hófst. Engar lýsingar á klausturhúsunum eru til varðveittar. Allar minjar tengdar því eru horfnar undir yfirborð jarðar nema rúst kirkju sem getið er í úttekt frá árinu 1677 að reist hafi verið á grunni klausturkirkjunnar (6). Þessi rúst er greinanleg enn þann dag í dag, á svokölluðu Kirkjutúni sem liggur um 150 metrum neðan við Gunnarshús og gamla bæjarstæðið á Skriðu, enda stóð hún til ársins 1792. Elsta lýsing á kirkju á Kirkjutúninu er varðveitt í úttekt frá árinu 1598. Þar er að líkindum klausturkirkjunni sjálfri lýst eftir að hún var gerð að annexíu frá Valþjófsstað og þess getið að klausturhúsin séu „af fallin". Þá var liðin tæp hálf öld frá því klausturlíf lagðist af á staðnum (7).



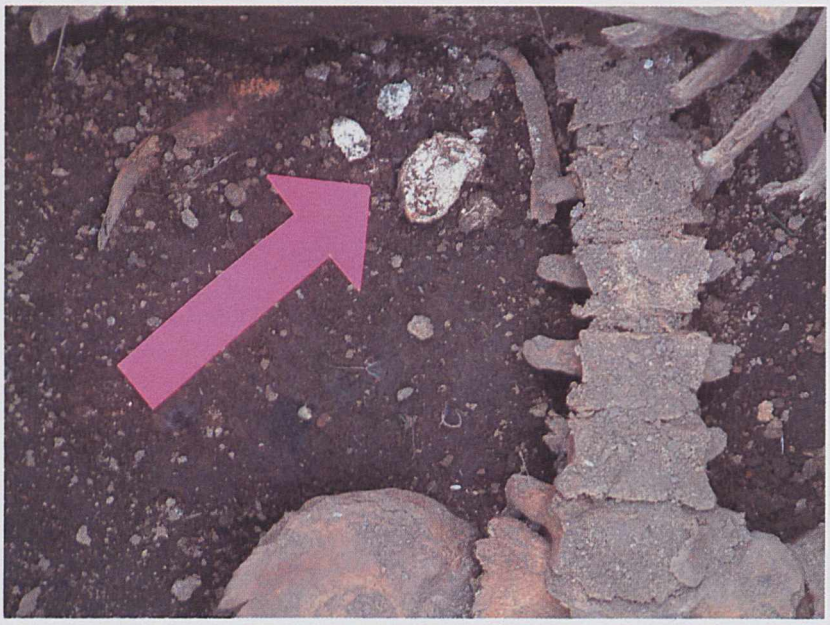
Höfuðkúpa 13-15 ára unglings með klofinn góm.

Leitað að rústum klaustursins

Löngum var talið að Skriðuklaustur hefði staðið á gamla bæjarstæðinu á Skriðu og að göng hefðu legið frá því að kirkjunni sem staðsett var á Kirkjutúninu. Þó ekki hafi verið vitað með vissu hvar byggingar klaustursins stóðu, hafa fáir dregið tilvist þess í efa. Forkönnun var því gerð á Skriðuklaustri sumarið 2000 í þeim tilgangi að



Útlínur uppgrafinna rústa Skriðuklausturs.



Hvíti kekkurinn sem örin vísar á bendir til kalkmyndunar í lunga af völdum berkla.

staðsetja rústir þess. Ákveðið var að rannsaka gamla bæjarstæðið á Skriðu bæði með jarðsjá og könnunarskurðum. Eins þótti rétt að kanna með sömu aðferðum svæðið í kringum kirkjurústina sem sýnileg er á yfirborði Kirkjutúnsins. Voru þá önnur klaustur í Evrópu höfð í huga, þar sem kirkja er undantekningarlaust hluti af þeirri heild sem klausturhúsaþyrpingin myndar (8).

Það er skemmst frá því að segja að rústir klaustursins fundust á Kirkjutúninu við kirkjurústina sem aflögð var árið 1792. Uppgröftur hófst tveimur árum síðar. Með uppgreftrinum hefur verið staðfest að klaustrið á Skriðu var starfrækt í sérstakri byggingu, aðskilinni frá veraldlegum umsvifum á bænum, líkt og gert var í öðrum löndum Evrópu. Augljóst er að klausturbyggingin hefur verið mjög stór en mælingar benda til þess að grunnflötur hennar sé um 1200 fermetrar að flatarmáli.

Af 37 rannsökuðum beinagrindum úr Skriðuklausturskirkjugarði eru helmingur þeirra bein fyrirburа og barna undir 10 ára aldri.



Bygging Skriðuklausturs

Nú þegar fjögur ár eru liðin frá upphafi uppgraftarins er ljóst að grunnform klausturbyggingarinnar var það sama og önnur evrópsk klaustur höfðu. Þau voru samsett af þyrpingu vistarvera sem öll gegndu ákveðnum hlutverkum og voru byggð ásamt klausturkirkju kringum klausturgarð (9). Útveggirnir mynduðu þannig lokað rými þeirra sem ákváðu að gefa sig Guði einum á hönd og segja skilið við hinn veraldlega heim sem lá utan veggja klaustursins (10). Nú þegar má greina úr rústum Skriðuklausturs sex vistarverur, auk lítillar kapellu (eða kapítula) og klausturkirkju sem báðar voru hluti af klausturbyggingunni sjálfri. Í miðri húsaþyrpingunni var garður með brunni fyrir miðju. Íburður klausturkirkjunnar hefur verið mikill en í rúst hennar hafa fundist brot úr altarissteinum, steindum gluggum og líkneski (11).

Lækningar og umönnun sjúkra í Skriðuklaustri

Fornleifauppgröfturinn á Skriðu hefur einnig opnað nýja sýn á hlutverk klaustursins og starfsemi því tengdu. Niðurstöður frjókornagreininga[1] og fornmeinafræðilegra rannsókna[2] benda til þess að hospítal hafi verið rekið á staðnum, líkt og gert var í mörgum öðrum klaustrum í Evrópu (12). Áhöld til lækninga hafa einnig fundist í rústum klaustursins, þar á meðal bíldar af ýmsum gerðum skæri, lyfjaglas og ýmsar tegundir steina en þekkt er að steinar hafi verið taldir búa yfir lækningamætti. Frjókornagreining sem gerð var á jarðvegssýnum frá rannsóknarsvæðinu sýndi að skipulögð ræktun lækninga- og matjurta fór fram í garði klaustursins eins og algengt var í kaþólskum klaustrum (13). Samtals voru 22 tegundir plantna og jurta greindar og af þeim teljast tíu til lækningajurta. Þrjár þeirra eru aðfluttar og hljóta því að hafa verið ræktaðar markvisst á staðnum. Ein af sjaldgæfu tegundunum er villilaukur sem einnig gæti hafa verið nýttur til matar. Aðrar sjaldgæfar tegundir eru brenninetla og græðisúra (14).

Ræktun lyfjagrasa og hugsanleg lyfjagerð í tengslum við hana gefur til kynna að umönnun, hjúkrun eða jafnvel lækningar hafi farið fram í klaustrinu á Skriðu og styður mannabeinasafn frá uppgreftrinum þá tilgátu einnig. Ríflega 60 grafir hafa fundist í klausturgarðinum, veggjum kirkjunnar og því rými sem liggur næst henni. Þrjátíu og sjö þeirra hafa verið grafnar upp en greina má einkenni alvarlegra sjúkdóma af ýmsu tagi á nánast öllum þeim beinagrindum sem í þeim hafa fundist. Áberandi eru smitsjúkdómar eins og sárasótt, berklar, sullur, holdsveiki og krónísk lungnabólga sem allt voru landlægir sjúkdómar í nágrannalöndum Íslands á þessum tíma, auk tannígerða og gigtarsjúkdóma. Eins hefur á Skriðuklaustri verið jarðað fólk sem hefur hlotið áverka, beinbrot eða verið með ýmiskonar fötlun. Bein fyrirbura, ungbarna og ungra kvenna eru í miklum meirihluta í beinasafninu en það gæti bent til að konur hafi leitað til klaustursins í barnsnauð Aðeins ein beinagrind karlmanns hefur verið grafin fram úr Skriðuklaustu rskirkjugarði enn sem komið er (15).

Bein 13-15 ára unglings með klofinn góm benda jafnframt til umönnunar á staðnum samhliða lækningastarfsemi en merkilegt verður að teljast að hann hafi lifað til unglingsára með slíka fötlun. Börn með klofinn góm dóu mörg hver snemma í æsku á þessum tíma, einkum vegna skertrar soggetu þeirra af þessum sökum. Næringarskortur varð þeim að lík-

1 Greiningar gerði Ragnheiður Erla Bjarnadóttir vistfræðingur með aðstoð Hákonar Jenssonar fornleifafræðingi. 2 Greiningar gerði Guðný Zoëga fornmeinafræðingur.

indum oftast að aldurtila nema mikið væri haft við, líkt og greint er frá í sögu Þorgils skarða. Þorgils skarði fæddist með skarð í góm og tanngarð. Hann var af höfðingjaættum en í sögu hans og í rannsóknum henni tengdum kemur fram að líklega hafi þurft eina fullorðna vinnukonu í fullt starf til þess að halda honum á lífi fyrsta ár bernskunnar (16).



Niðurstaða

Segja má að með uppgreftrinum á Skriðuklaustri hafi verið skyggnst inn í dulinn heim kaþólskrar kirkju á miðöldum. Mörgum óvissuþáttum um byggingarlag þess hefur verið eytt. Rannsóknaniðurstöður gefa fyrirheit um að uppgröfturinn muni breyta viðteknum hugmyndum um byggingar og hlutverk klaustra á miðöldum hérlendis. Uppgröfturinn gefur í fyrsta lagi ástæðu til þess að draga það í efa að Íslendingar hafi byggt klaustur sín að eigin fyrirmynd, eins og líkur hafa áður verið leiddar að, því bygging Skriðuklausturs greinir sig ekki frá fastmótuðu grunnformi annarra samtíða klausturbygginga í Evrópu.

Í öðru lagi virðist hlutverk Skriðuklausturs samsvara hlutverkum annarra kaþólskra klaustra í Evrópu. Hlutverk þeirra snéri einkum að samfélagshjálp í víðum skilningi, að rekstri skóla og móttöku fátækra, sjúkra og aldraðra til umönnunar eða lækninga, samhliða bænahaldi. Óvenjulega hátt hlutfall barna, ungmenna, sjúkra og fatlaðra sem jarðsettir voru í klausturgarðinum rennir stoðum undir þá tilgátu að hospítal hafi verið rekið á vegum Skriðuklausturs. Áður hefur verið bent á að íslensku klaustrin hljóti að hafa rekið spítala eða athvörf á jörðum sínum, eins og tíðkaðist víða í klaustrum utan Íslands, en heimildir um það hefur skort (17). Áhöld til lækninga og ræktun lyfjagrasa á staðnum benda ennfremur til þekkingar á sviði læknisfræði hérlendis á kaþólskum tíma en hingað til hefur hún verið ta lin hafa verið takmörkuð fyrir siðaskiptin (18).

Niðurstöður rannsóknarinnar á Skriðu hljóta að ýta undir efasemdir um hina meintu einangrun Íslands á miðöldum. Að sama skapi má gagnrýna þá miklu áherslu sem lögð hefur verið á neikvæðar hliðar auðsöfnunar kaþólsku klaustranna, á kostnað hlutverka þeirra við samfélagshjálp í breiðum skilningi. Miskunnsemi var jú einkunnarorð kaþólskrar kristni. Ætla mætti að enn í dag eimi eftir af boðskap siðaskiptanna við rannsóknir á klausturhaldi hérlendis en hann einkenndist af áróðri gegn kaþólskri kirkju og hlutverkum hennar. Kaþólsk kirkjuskipan setti mark sitt á evrópsk miðaldasamfélög og fyrir tilstuðlan hennar bárust hingað til lands margháttuð áhrif, jafnt jákvæð sem neikvæð. Stofnun klaustra á Íslandi hefur eflaust ekki verið undanþegin þessum áhrifum, enda landið hluti af þeirri heild sem kaþólska kirkjan skapaði á miðöldum.

Heimildir

1. Guðmundsson GF. Íslenskt samfélag og Rómarkirkja. In: Hjalti Hugason, ed., Kristni á Íslandi II. Alþingi, Reykjavík 2000: 217, 221-3, 324.
2. Stephensen Þ. Menntasetur að Viðeyjarklaustri. Ritgerð í kirkjusögu: Háskóli Íslands, guðfræðideild, 1992: 60-1.
3. Jónsson J. Um klaustrin á Íslandi. Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags 1887; 8: 264.
4. Steinsson H. Saga munklífis að Skriðu í Fljótsdal. Sérefnisritgerð til embættisprófs í guðfræði. Háskóli Íslands 1965: 85.
5. Steinsson H. Jarðir Skriðuklausturs og efnahagur. Múlaþing 1966; 1: 75.
6. Bruun D. Við norðurbrún Vatnajökuls (Rannsóknir á Austurlandi sumarið 1901). Múlaþing 1974: 7, 163-4.
7. Hallgrímsson H. Minjar og saga á Skriðuklaustri. Heimildakönnun og heimildaskrá. Egilsstaðir 2000: 4-9.
8. Kristjánsdóttir S. Klaustrið á Skriðu í Fljótsdal. Hvers vegna fornleifarannsókn? Múlaþing 2001; 28: 129-39.
9. Olsen O. De danske middelalderklostres arkæologi. Hikuin 23, 1996: 10, 21.
10. Guðmundsson GF. Íslenskt samfélag og Rómarkirkja. In: Hugason H, ed., Kristni á Íslandi II. Reykjavík: Alþingi, 2000: 212.
11. Kristjánsdóttir S. Skriðuklaustur – híbýli helgra manna. Áfangaskýrsla fornleifarannsókna 2002. Skýrslur Skriðuklaustursrannsókna IX. Reykjavík: Skriðuklaustursrannsóknir, 2003.
12. Aston M. The Expansion of the Monastic and Religious Orders in Europe from the Eleventh Century. In Graham Keewill, Mick Aston and Teresa Hall ed.), Monastic Archaeology. Oxford 2001: 23.
13. Bond J. Production and Consumption of Food and Drink in the Medieval Monastery. In Graham Keewill, Mick Aston and Teresa Hall (ed.), Monastic Archaeology. Oxford 2001: 65.
14. Jensson H. Klausturgarðurinn á Skriðu. Niðurstöður frjókornagreininga. Háskóli Íslands 2005; BA-ritg: 31.
15. Kristjánsdóttir S. Skýrslur Skriðuklaustursrannsókna IX. Reykjavík: Skriðuklaustursrannsóknir, 2005.
16. Bragg L. Disfigurement, disability, and dis-integration in Sturlunga saga. Alvíssmál 1994: 4: 16.
17. Ísleifsdóttir V. Öreigar og umrenningar. Um fátækraframfærslu á síðmiðöldum og hrun hennar. Saga 2003. XLI: 2, 91-126.
18. Þorláksson H. Undir einveldi. In Sigurður Líndal (ed.), Saga Íslands VII. Hið íslenska bókmenntafélag, Reykjavík 2003: 127.

Hlutverk lækna er að sinna sjúklingum

Hávar Sigurjónsson

Sif Friðleifsdóttir tók við embætti heilbrigðis- og tryggingaráðherra af Jóni Kristjánssyni í febrúar síðastliðnum og hefur hvert málið rekið annað síðan. Þegar heilbrigðismál eru annars vegar má kalla það daglegt brauð; fáir málaflokkar valda jafnmiklum deilum og umræðum og heilbrigðismál og eflaust er það eðlilegt þar sem fátt er jafn mikilvægt í samfélagi okkar og vel rekin heilbrigðisþjónusta. En þar sýnist sitt hverjum um leiðirnar og stjórnmálamenn hafa jafnvel kinokað sér við að taka afstöðu, telja ferli sínum betur borgið með því að sneiða hjá þessu eldfima efni. Blaðamaður Læknablaðsins átti samtal við Siv þann 6. júní rétt í kjölfar þess að Halldór Ásgrímsson tilkynnti afsögn sína og Framsóknarflokkurinn stóð frammi fyrir einum róttækustu breytingum á stjórn flokksins í manna minnum. Breytingar á ríkistjórninni hafa legið í loftinu síðan og var ekki laust við að blaðamaður krosslegði fingur í laumi og vonaði að Siv yrði að minnsta kosti enn í embætti þegar viðtalið næði birtingu í Læknablaðinu.

Skýrsla svokallaðrar Jónínunefndar – kennd við formanninn Jónínu Bjartmarz – og bar yfirskriftina Hver gerir hvað í heilbrigðiskerfinu – var lögð fram í febrúar og olli talsverðu fjaðrafoki. Skýrslan er ítarleg en umræðan snerist þó aðallega um eitt afmarkað atriði, hvort leyfa ætti efnameiri sjúklingum að borga fyrir að komast fyrr að í heilbrigðiskerfinu. Þín viðbrögð voru nokkuð afdráttarlaus hvað þetta varðaði en hvað um annað í skýrslunni? Hvernig verður brugðist við öðrum tillögum nefndarinnar?

„Sumar tillögurnar eru þess eðlis að þær tengjast málum sem þegar eru í vinnslu og nýtast þannig og aðrar lúta beint að nýja frumvarpinu um heilbrigðisþjónustu sem búið er að vinna til enda. Það er því mjög margt í skýrslunni sem þegar er búið að skila sér. Svo eru önnur atriði í skýrslunni sem þarf að ákveða hvað verður gert með. Við erum að skoða það hér í ráðuneytinu hvernig haldið verður á því í framhaldinu. Þar eru spennandi hugmyndir um hvernig eigi að fjármagna heilbrigðiskerfið, en núna fara um 40% af útgjöldum ríkisins til heilbrigðis- og tryggingamála. Fjármögnun heilbrigðiskerfisins er mjög vandmeðfarin og við höfum það núna til skoðunar hvort við eigum að setja niður nefnd sem gera myndi tillögur um breytingar á fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar. Sú nefnd þarf að hafa mjög breiða skírskotun þar sem tillögur um slíkar breytingar eru til lítils ef þær njóta ekki víðtæks stuðnings."

Hvaða möguleikar á annars konar fjármögnun en beinum ríkisframlögum eru fyrir hendi? Ertu að velta fyrir þér auknum hlut sjúklinga í kostnaði eða einkavæðingu?

„Mér finnst mjög ólíklegt að miklar breytingar verði á þjónustugjöldunum. Ég útiloka ekki einhverjar breytingar en geri ekki ráð fyrir neinum kollsteypum í þeim efnum. Ég tel að það komi til greina að nýta blandaðar leiðir, það er að segja að einhver verkefni geti farið í útboð til að leita hagkvæmustu leiða en almennt talað er ég ekki á því að heilbrigðiskerfið eigi að einkavæða. Endurskoðun á fjármögnun heilbrigðiskerfisins er þó stærra og viðameira verkefni en að það klárist á þessu kjörtímabili. Það mun taka að minnsta kosti tvö ár."

Sérðu fyrir þér að við munum búa við tvöfalt heilbrigðiskerfi hér á næstu árum eða áratugum? Einkaþjónustu og almannaþjónustu?

„Ég er ekki þeirrar skoðunar að þeir sem eiga minna fjármagn fái lakari þjónustu. Ég tel að heilbrigðisþjónusta sé eitt af grundvallaratriðunum í okkar samfélagi og fólk eigi að hafa aðgang. Ég er ekki þeirrar skoðunar að þeir sem hafa peningana eigi að njóta forgangs. Mér finnst að við eigum að halda utan um hina félagslegu hugsun sem býr að baki heilbrigðiskerfinu og þann jöfnuð sem þar ríkir gagnvart fólkinu í landinu. Ég er mjög ánægð með heilbrigðiskerfið í dag og umræða um breytingar gefur í skyn að kerfið sé ekki nógu gott. Þvert á móti er kerfið mjög gott og við eigum að standa vörð um það. Hins vegar getur heilbrigðiskerfið nánast notað ótakmarkað fé og þess vegna verður að forgangsraða. Alþingi og heilbrigðisráðherra hafa þegar gert það með heilbrigðisáætlun sem er í endurskoðun."

Samtök atvinnulífsins efndu til morgunverðarfundar í byrjun júní um einkarekstur í heilbrigðiskerfinu. Þar kom meðal annars fram að einkarekstur á heilbrigðissviði snérist ekki eingöngu um lágmarkskostnað og hámarksgróða heldur einfaldlega hagkvæmari rekstur. Telurðu að einkavæðing sé aðferð til að draga úr kostnaði hins opinbera við heilbrigðisþjónustu?

„Við búum nú þegar í dag við ýmis konar



Sif Friðleifsdóttir heilbrigðis- og tryggingaráðherra.

einkarekstur í heilbrigðisþjónustu. Sérfræðilæknar eru með heilmikinn einkarekstur á stofum út í bæ. Þar er ríkið engu að síður að borga verulegar upphæðir með komu hvers sjúklings. Ég er fylgjandi því að við nýtum alla möguleika á frumkvæði einstaklinga en það verður að vera með þeim hætti að almenningur hafi aðgang að góðri þjónustu og verði ekki til þess að hinir efnaminni geti ekki nýtt sér þá þjónustu. Það er hins vegar mjög mikill munur á einkarekstri í þessum skilningi og einkavæðingu heilbrigðiskerfisins."

Heimilislæknar hafa sótt það nokkuð fast að fá leyfi til starfrækja einkastofur utan heilsugæslunnar. Forveri þinn í embætti, Jón Kristjánsson, gaf út viljayfirlýsingu þessa efnis í nóvember 2002 þar sem segir m.a.: Jafnframt mun heilbrigðis- og tryggingaráðherra þá beita sér fyrir því að sérfræðingar í heimilislækningum geti annaðhvort starfað á heilsugæslustöðvum eða á læknastofum utan heilsugæslustöðva." Hyggstu fylgja þessari yfirlýsingu eftir með tilheyrandi breytingum?

„Við höfum viljað veita þessa þjónustu innan heilsugæslunnar og heimilislæknar vinna langflestir innan hennar í dag. Við höfum hins vegar verið að taka skref í þá átt að bjóða út rekstur heilsugæslustöðva eins og til dæmis heilsugæslustöðin í Salahverfi. Það er ekkert útilokað að meira verði gert af slíku í framtíðinni. Þegar hægt er að sýna fram á að hópur heilsugæslulækna geti rekið heilsugæslustöð með hagkvæmum hætti þá er það kostur sem vert er að skoða."

Spurningin snýst þó um hvort einstökum heimilislæknum verði gert kleift að starfa á einkastofum utan heilsugæslunnar?

Við höfum viljað halda þessu innan heilsugæslufyrirkomulagsins og það er að mínu mati mjög mikilvægt að byggja upp öfluga heilsugæslu og þar er búið að vinna marga og stóra sigra. Heilsugæsla er afgerandi grunnþáttur í heilbrigðiskerfi okkar."

Fyrirhuguð bygging hátæknisjúkrahúss við Hringbraut hefur sætt nokkurri gagnrýni, sérstaklega úr röðum lækna. Meðal annars er gagnrýnt að byggingin verði of lágreist og fyrir vikið of stór að flatarmáli. Einnig að staðsetning hennar á Landspítalalóðinni sé ekki sú hagkvæmasta með tilliti til aðgengis og tenginga við aðrar deildir. Er þetta gagnrýni sem tekið verður tillit til?

„Ég tel að þetta sé að miklu leyti ótímabær gagnrýni. Sumir hafa talið að myndin sem sýnd var af byggingunni þegar samkeppninni lauk sé hin endanlega mynd af byggingunni. Það er alls ekki þannig. Hönnunarvinnan er öll eftir og því eru allar yfirlýsingar um hæðir og flatarmál algjörlega ótímabærar. Ég hef heyrt gagnrýni um að byggingin sé of löng og þyrfti að vera hærri og

þetta eru mál sem nefndin er vinnur að framgangi málsins er með til skoðunar."

En er þó ekki umhugsunarefni að þessi gagnrýni frá læknum, þeim sem eiga að starfa við hið væntanlega sjúkrahús?

„Ég hef ekki orðið vör við annað en mjög almennan stuðning starfsmanna spítalans við þetta verkefni, lækna ekki síður en annarra. Ég hef heimsótt margar deildir spítalans síðan ég tók við embætti og ekki fundið annað en almennan og sterkan stuðning við verkefnið. Starfsmannaráð spítalans ályktaði sérstaklega um þetta efni og það er alveg ljóst að með nýjum spítala mun aðstaða sjúklinga, starfsmanna og nemenda batna stórlega."

Hvernig verður framkvæmdaáætlun háttað?

„Það verður byrjað á bráðamóttökunni og talað er um að fyrsti áfangi fari í framkvæmdir árið 2008 en það þarf að vanda mjög til undirbúnings og gera má ráð fyrir að nýja byggingin muni skila hagræðingu uppá um 10-15% á ári svo þetta verkefni mun borga sig á innan við tveimur áratugum."

Hversu vel heppnuð telurðu að sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík hafi verið á sínum tíma og allar götur síðan?

„Ég tel hana mjög vel heppnaða. Þegar lagt var upp með hana var ekki lögð áhersla á sparnað en sameiningin hefur skilað því að útgjaldaaukning hefur verið hamin verulega.

Sameiningin hefur tekist afar vel og skilað meiri hagræðingu í rekstri en upphaflega var gert ráð fyrir. Skýrsla ríkisendurskoðunar um rekstur Landspítala staðfestir hversu vel hefur tekist til."

Læknar hafa gagnrýnt að stjórnun spítalans sé úr þeirra höndum og komin í hendur þeirra sem þekki lítið til lækninga.

Ég tel að stjórnun Landspítala sé öflug og góð. Ég ber mikla virðingu fyrir þeim sem stjórna spítalanum og tel þau afar fim í sínum störfum. Það er auðvitað mikið mál að stjórna 4500 manna vinnustað sem er að þjóna mjög viðkvæmum hópi sjúklinga. En þetta tekst auðvitað líka af því að starfsfólkið er einnig öflugt og lipurt."

Er Landspítali ekki of stór í okkar íslenska samhengi?

„Nei, alls ekki. Þetta er sérgreinasjúkrahús sem þarf að geta sinnt öllum þeim fjölmörgu tilfellum sjúklinga með flókna og erfiða sjúkdóma. Drifkrafturinn á bakvið sameininguna var einmitt að sameina hinar mörgu sérgreinar í eitt öflugt háskólasjúkrahús."

Engu að síður eru nokkuð áberandi óánægjuraddir meðal lækna með stjórn og rekstur Landspítala.

„Læknar eru auðvitað mjög mikilvægur hópur og þeirra hlutverk er að sinna sjúklingum og þeir gera það með slíkum ágætum að eftir er tekið um víða veröld. Dæmi um það er hversu frábærlega vel hefur tekist til með fæðingarlækningar og að við búum við lægstu tölur um ungbarnadauða í heiminum. En auðvitað verður að vera stjórnun á þessum vinnustað eins og öðrum og til þess eru stjórnendur. Það geta ekki allir verið stjórnendur og ég held að þessum málum sé ágætlega fyrir komið á Landspítala."

Hjartalæknar fóru af samningi við Tryggingastofnun í febrúar og þess í stað var tekið upp tilvísanakerfi sem þeir voru alls ekki sáttir við. Stendur til að leysa þennan ágreining?

„Hjartalæknar gengu sjálfir útaf samningi við sérgreinalækna sem var í gildi og var gerður fyrir ári síðan og er í gildi til 2008. Það var þeirra val að fara af samningi og mér þótti það leitt, en með þessu upphefst endurgreiðsluréttur sjúklinga og til að tryggja hann áfram settum við á beiðnakerfi. Þannig að ef sjúklingar vilja nýta endurgreiðslurétt sinn gagnvart Tryggingastofnun verða þeir að fara með beiðni frá heimilislækni til hjartalæknis. Það bar of mikið á milli svo hjartalæknarnir ákváðu að segja upp samningi."

Er verið að vinna að lausn þessa máls?

„Nei, það eru ekki neinar beinar viðræður í gangi við hjartalækna núna enda sagði ég við þá þegar ég ræddi við þá um þessa stöðu að ef ekki næðist saman þá kæmi til beiðnakerfi og það myndi ekki vara í örskamman tíma því það er heilmikil aðgerð að koma því í gang. Það er framkvæmd sem ekki er sett á til skamms tíma. En ég útiloka ekki að þeir komi inn á samning síðar. Við búum við slíkt kerfi að það er ekki eðlilegt að þegnarnir greiði fyrir meira en þá þjónustu sem nauðsynlegt er að veita. Sérgreinasamningar eru byggðir upp eins og nokkurs konar kvótakerfi og ef farið er yfir þann kvóta, þurfa sérgreinalæknar að veita afslátt og læknar hafa samþykkt það með gildandi samningi. En hjartalæknar kusu sem sagt að ganga af samningnum og það bar einfaldlega allt of mikið á milli til að hægt væri að mæta kröfum þeirra."

Mannaflaspá í fjórum heilbrigðisstéttum sem Hagfræðistofnun HÍ hefur unnið fyrir ráðuneytið hefur verið talsvert til umræðu að undanförnu. Þar vekur fyrst og fremst athygli dökkar horfur í stéttum hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Talað hefur verið um að auka inntöku nýnema í hjúkrunarfræðum en þar hafa ríkt fjöldatakmarkanir. Þó eru í landinu um 500 menntaðir hjúkrunarfræðingar sem vinna við annað en hjúkrun. Er fjölgun hjúkrunarfræðinema lausnin á vandanum?

„Lausnin á þessum vanda er margháttaður en ein lausnin er að fjölga nemunum. Mannaflaspáin

sem þú vísar til gefur tvær meginniðurstöður. Annars vegar að við búum ekki við skort á læknum eða sjúkraliðum en greinilega er vöntun á hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum. Ég hef reyndar meiri áhyggjur af sjúkraliðunum þar sem aldursamsetningin í stéttinni er óhagstæðari en í hjúkrunarfræðinni. Það er hins vegar alveg ljóst að fjölga verður plássum í hjúkrunarfræði og það verður gert. Það hefur verið notað sem rök gegn fjölgun að ekki væru nemapláss inn á sjúkrahúsunum en nú eru aðstæður þannig að það er hægt að fjölga nemum þar og mikilvægt skref til að mæta þessari vöntun er að fjölga útskrifuðum hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum. Menntamálaráðherra hefur brugðist við að nokkru leyti varðandi sjúkraliðana með svokallaðri „brú" sem byggist á því að ófaglærðir starfmenn sjúkrahúsanna geta fengið starfsreynslu sína metna til námseininga í sjúkraliðanámi."

Er ekki vandinn líka fólginn í því hversu lág launin eru í þessum greinum?

„Jú, það er vissulega einn þáttur vandans en skortur á starfsfólki í ákveðnum heilbrigðistéttum er alþjóðlegt vandamál og alls ekki séríslenskt. Liður í því að fjölga í þessum stéttum er að bæta starfsaðstöðu og starfsumhverfi og nýja sjúkrahúsið vegur þar auðvitað þungt."

Munt þú beita þér í því að bæta launakjör þessara stétta?

„Nei, það mun ég ekki gera vegna þess að heilbrigðisráðherra hefur ekki samningsumboð til að semja við þessar stéttir. Það er fjármálaráðherra sem fer með það og stofnanirnar sjálfar eru einnig að gera samninga við starfsmenn sína. En það er ótrúlega sterk tilhneiging að blanda heilbrigðisráðuneytinu inn í kjaradeilur og ég er að svara því nánast í hverri viku hvort ég ætli ekki að grípa inn í kjaradeilur hinna ýmsu hópa."

Þagnarskylda lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks hefur verið talsvert til umræðu að undanförnu. Tilefni þess er hvort læknum beri að upplýsa yfirvöld ef í starfi sínu þeir komast að því að sjúklingar þeirra eru viðriðnir lögbrot í einhverjum skilningi. Eru uppi áform um að skerpa línur og draga skýrari mörk í þessum efnum?

„Þetta er mjög flókið mál og almennt er ég því fylgjandi að trúnaður lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna við sjúklinga sé sem mestur. Á því byggist traust samband þessara aðila. Það er í gangi vinna á milli ráðuneytis heilbrigðismála og dómsmála um hvar línan um upplýsingaskyldu skal liggja þegar upp koma mál sem varða við lög. En að öðru leyti skil ég mjög vel afstöðu lækna um trúnað við sjúklinga sína en þegar afbrot blandast inn í málið þá vandast það og það er ekki síst í þágu heilbrigðisstarfsfólksins sem mikilvægt er að línurnar séu alveg skýrar."

Hugsunin er kóróna sköpunarverksins

Hávar Sigurjónsson

Heimspekin er gjarnan sögð upphaf allra vísinda, hvort sem er hug- eða raunvísinda. Ekki er víst að allir harðir raunvísindamenn vilji samþykkja þessa fullyrðingu en dagljóst er að í störfum sínum þurfa læknar að fást við siðferðilegar spurningar og kunna við þeim svör, oft án mikils tíma til umhugsunar og ríður þá á að þekkja hugtökin og kunna að beita þeim.

Ólafur Árni Sveinsson lauk kandídatsprófi í læknisfræði fyrir fjórum árum. Hann hefur síðan stundað framhaldsnám í lyf- og taugalækningum hér heima og jafnframt tekið BA-próf í heimspeki við HÍ og vinnur nú að meistaraprófsverkefni í heimspeki. Hann hyggur á framhaldsnám erlendis í taugalækningum og starfar á taugadeild Landspítala.

Hjálpar heimspeki læknisfræðinni?

Tengsl heimspeki og læknisfræði eru margvísleg og ég held að það blundi í mörgum læknum að kynna sér heimspeki nánar, þeir átta sig flestir á mikilvægi hennar. Hún er eitthvað sem flestir vilja kynna sér nánar en komast ekki í það. Fyrir mér er hugsunin kóróna sköpunarverksins og heimspekin fjallar um hugsunina. Hún kennir okkur að hugsa og slípar þetta tæki sem hugsunin er, til að mynda getuna til að fylgja röksemdafærslu, greina rökvillur, sjá viðfangsefni frá mörgum sjónarhornum svo eitthvað sé nefnt. Það má setja spurningarmerki hvort heimspekin hjálpi læknisfræðinni sérstaklega, umfram aðrar fræðigreinar, en bersýnilega hjálpar þessi tækni öllum vísindamönnum, sérstaklega ef viðfangsefnið er mjög flókið og taka þarf tillit til margra þátta við úrlausn þeirra. Það má líka spyrja hvort læknisfræðin hjálpi ekki heimspekinni, sem mér finnst hún gera. Hún hjálpar mér að minnsta kosti að rauntengja heimspekina. Þó heimspekin sé góð er hún engin allsherjarlausn og svarar alls ekki alltaf eigin spurningum, enda erfiðar en tæknin sem menn læra í heimspeki getur nýst mjög vel í öðrum greinum. Með því að greina rökin og varpa ljósi á vandamálið er svarið oftast augljóst.

Hvers konar vandamál ertu þá með í huga?

Hugsum okkur að læknir standi frammi fyrir því að þurfa að ráðleggja sjúklingi ákveðna meðferð sem hefur bæði kosti og galla í för með sér. Auðvitað er það klínísk reynsla og þekking sem hjálpar mönnum mest við slíkar aðstæður en heimspekin skerpir hugsunina og hjálpar mikið við að greina vandann. Hún hjálpar manni að finna út hverjir eru persónur og leikendur vandans ef svo má segja. En eins og ég sagði áðan þá er heimspekin engin allsherjarlausn. Hún hefur sín hugtök og það getur verið erfitt að komast inn í hugsunarhátt hennar. Það tekur langan tíma að verða læs á heimspeki og ég veit ekki hvort ég er orðinn það fyllilega ennþá.

Hvað með heimspeki á Íslandi?

Segja má að Íslendingar séu almennt lítið læsir á heimspeki miðað við aðrar bókmenntagreinar. Lítil hefð er fyrir heimspekilegri umræðu hér á landi. Víða á meginlandi Evrópu er heimspeki hluti af menningunni en það hefur verið sagt að hér á Íslandi hafi þjóðin alist upp við einræður, mónólóg, í formi frásagna og ljóðalesturs en lítið um samræður, díalóg, en þann hæfileika þroskar heimspekin einna mest. En samræðan er að mínu mati lykillinn að því að leysa vandamál. Maðurinn er ekki eyland og þarf aðstoð. En til þess að samræðan beri árangur verður hún að fara rétt fram. Menn verða að hafa samræðuhæfileika og samræðuvilja annars gagnast hún lítið. Hvort sem samræðan á sér stað við aðra lækna eða sjúklinginn er samræðan leiðin til að nálgast vandann að mínu mati. Góð samræða er þar sem tveir aðilar mætast af heilindum í sjálfu viðfangsefninu með það að markmiði að leysa það. Jafnvel þó annar aðilinn hafi meiri fræðilega þekkingu á efninu eins og læknirinn þá er það engu að síður sjúklingurinn sem upplifir vandamálið og þekkir sinn líkama best. Þarna mætist því tvenns konar þekking, fræðileg þekking læknisins og huglæg þekking sjúklingsins.

Það er geysilega gaman og menntandi að nálgast manninn frá mismunandi sjónarhornum og beita við það mismunandi aðferðum og hugtökum. Sjálfur lít ég á læknisfræði sem hluta af húmanisma í þeim skilningi að bæði heimspeki og læknisfræði fjalla um manninn frá ólíkum hliðum og með því að tileinka sér sem flest sjónarhorn fær maður fyllri sýn á manneskjuna. Þessi sýn á líka við um hinar mörgu greinar læknisfræðinnar. Þó læknisfræðin skiptist oft mjög skýrt í ákveðnar greinar þá eru skilin á milli sjúkdóma ekki alltaf jafn skýr. Skil milli sjúkdóma eru mannanna verk og oft festast læknar á sérsviði sínu og loka á allt annað. Þó maður geti aldrei kunnað allt er nauðsynlegt að nálgast sjúklinginn í víðum skilningi. Ég held að heimspekin hjálpi manni við það. Það sem ég er að reyna að segja er að finna verður ákveðinn milliveg, bræðing úr tveim skólum, læknisfræði og heimspeki. Þar sem fögin hjálpa hvort öðru.

Af hverju hefur þú áhuga á heimspeki?

Mér finnst í rauninni erfitt að skilja hvernig fólk

getur ekki haft áhuga á heimspeki. Fyrir mér er það óaðskiljanlegur hluti af því að vera til, að vera manneskja. Þó að heimspeki gefi ekki alltaf svör er það leitin og þroskinn sem fæst við leitina sem máli skiptir. Heimspeki er sagnfræði að stórum hluta. Flestir halda að heimspekimenntun sé loftkenndari en hún er í raun. Í heimspekinámi lærist fyrst og fremst hugmyndasaga. Þar lærist hvað mestu andans menn sögunnar hafa sagt um lífið og tilveruna. Með því fær maður vonandi fleiri og víðari sjónarhorn á veruleikann, áttar sig vonandi betur á mismunandi heimsmynd manna í gegnum tíðina og vonandi betur á nútíðinni vegna þessa.

Er það ekki samt svo að heimspekileg nálgun að viðfangsefnum hentar sumum greinum læknisfræði betur en öðrum?

Heimspeki hefur vissulega nánari tengsl við vissar greinar læknisfræði en aðrar. Skurðlæknisfræði hefur eflaust minni tengsl við heimspeki en til dæmis geðlæknis- eða taugasjúkdómafræði Ég held þó að allir læknar geti nýtt sér heimspeki. Menn spyrja stundum allt of mikið um gagnsemi en heimspekin er að mínu mati hápraktísk, hún hjálpar manni í öllu. Svo er hún skemmtileg í sjálfu sér, veitir manni gleði og næringu. En þau fög læknisfræði sem fjalla um miðtaugakerfið hafa þó sterkust tengsl við heimspeki. Það má segja að á sama hátt og hugsunin er kóróna sköpunarverksins sé það miðtaugakerfið sem geri okkur að því sem við erum, aðgreini okkur frá öðrum dýrum. Miðtaugakerfið er flókið en afskaplega fallega lógískt. Þó ég sé að mæra heimspeki þá er ég læknir fyrst og fremst og heimspeki er aukabúgrein í mínu námi og starfi.

Er kennd nógu mikil siðfræði í læknadeild?

Siðfræðikennsla hefur aukist í læknadeild. Stefán Hjörleifsson læknir og heimspekingur kennir læknanemum nú sem er mjög gott, hann er mjög hæfur.

Hann notar mjög góða kennslubók, *Siðfræði lífs og dauða* eftir Vilhjálm Árnason. Að vísu kennir hann læknanemum siðfræðina á fyrstu árum námsins og það er spurning hvort ekki væri betra að kenna hana þegar nemarnir hefðu meiri klíníska reynslu.

Hvað með þátttöku lækna í siðferðilegum efnum á opinberum vettvangi?

Opinber umræða um siðferðilegar spurningar í læknisfræði hefur vaxið mjög á undanförnum árum og á eflaust eftir að aukast enn frekar. Að vísu hefur umræðan ekki verið mikil á Íslandi. Kannski af því að Íslendingar eru í grófum drættum einsleit þjóð sem hefur svipaðar skoðanir og því að mestu leyti sammála í þessum efnum. En eftir því sem tækninni fleygir fram þeim mun fleiri erfiðar siðferðilegar spurningar munu koma fram.



Ólafur Árni Sveinsson læknir og heimspekingur.

Það er mjög mikilvægt að læknar séu færir um að taka þátt í umræðunni, séu kunnugir þeim hugtökum og aðferðum sem beita þarf. Þetta eru stórar spurningar sem fjalla til að mynda um meðferð við lok lífs, líknardráp, genarannsóknir og genaprófanir og stofnfrumurannsóknir. Vísindaleg þekking og klínísk reynsla lækna er mjög mikilvægt innlegg í þessa umræðu því heimspekingar hafa ekki þá reynslu og innsýn. Heimspekingar hafa oft hugsað mikið um þessi málefni en þeir hafa ekki sama aðgang og nálægð að viðfangsefninu eins og læknar hafa þó þeir hafi sína nálgun sem er mjög góð. Margir læknar átta sig ekki á því hve starf þeirra er siðferðilegt. Hjá læknum liggur líka ábyrgðin sem gefur þeim einstakt sjónarhorn sem aðrar starfsstéttir þekkja ekki. Mér finnst að læknar eigi að leiða umræðuna en til þess þurfa þeir að kynna sér vandamálin út fyrir fag sitt. Í dag er ekki nóg að segja bara, „ég er læknir“ heldur verða rök sem allir geta skilið að fylgja með. Mér finnst fólk vera að bíða eftir leiðsögn frá læknum í þessum málaflokki sem og öðrum, til að mynda í heilsumálum. Læknar mega ekki vera hræddir að svara kallinu, annars svara aðrar stéttir því og þá þýðir ekki að bölsótast yfir því að vera ekki spurðir álits. Stundum finnst mér læknar vera tregir að blanda sér í umræðu sem er huglæg og flókin en það eiga þeir ekki að vera. Læknar eiga að leiða umræðuna. Fólk bíður eftir því og tekur mest mark á læknum. Þeir þurfa bara að kynna sér viðfangsefnið í víðara samhengi en tíðkast hefur.

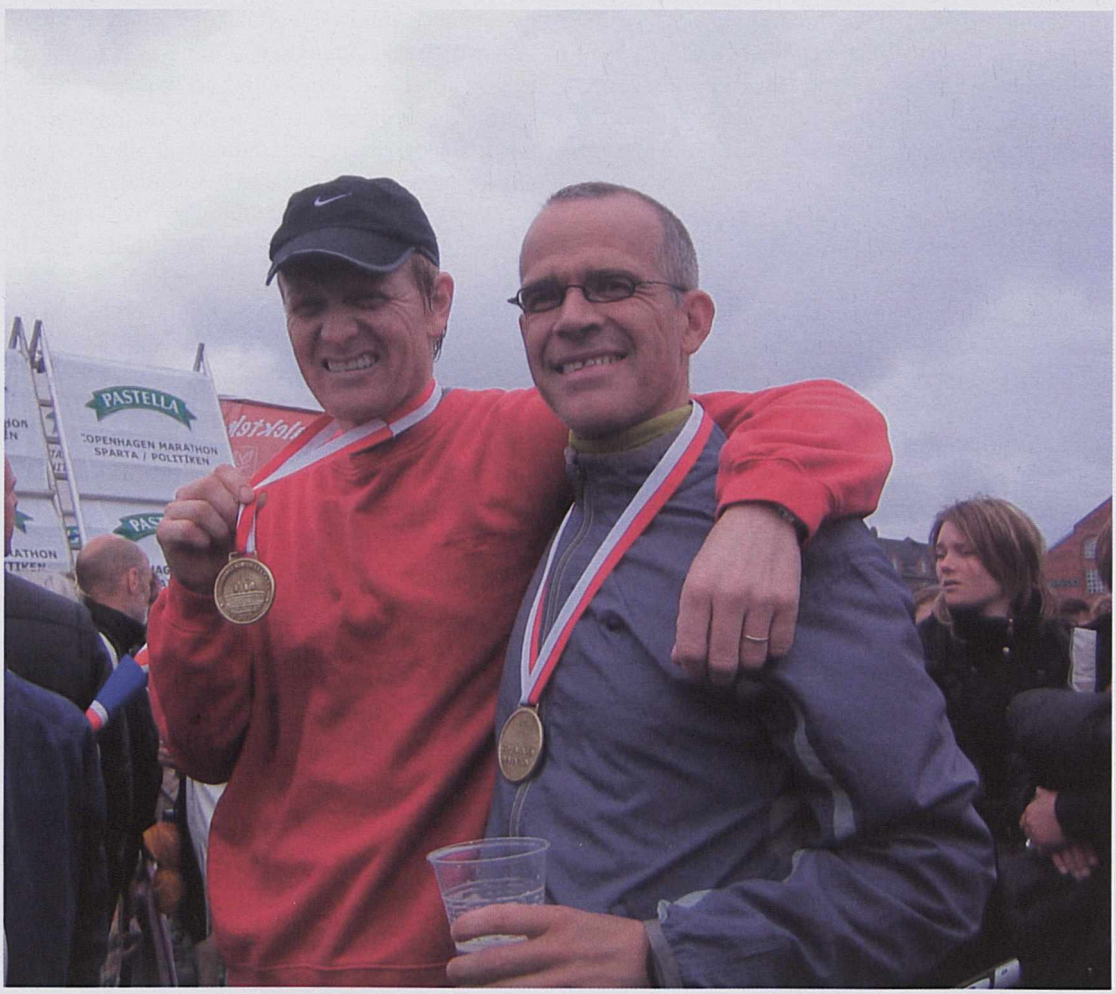
Læknar á hlaupum

Hávar Sigurjónsson

Fyrirsögn þessarar greinar bendir nú tæplega til þess að stórfrétt sé í burðarliðnum því hvenær hafa læknar ekki verið á hlaupum í einhverjum skilningi. Myndin sem almenningur hefur af læknisstarfinu hefur einmitt þróast í þá átt að starf læknisins sé eilíft kapphlaup við tímann og mannslífum sé helst ekki bjargað nema þrír bráðaliðar séu á harðaspretti með sjúklinginn dauðveikan á ambúlantinum og læknateymið brokki andstutt við hlið hans, hrópi skipanir í allar áttir og fremji kraftaverk um leið.

Örstutt könnun á dagskrá sjónvarpsstöðvanna leiðir í ljós að minnsta kosti þrjá þætti sem birta þessa mynd af læknunum og eru þá ótaldir allir þeir þættir sem byggja á starfi meinafræðinga þar sem krukkað er í misjafnlega á sig komin lík með gríðarlega góðum árangri fyrir réttvísina. En það eru aðrar sögur sem kalla bara á venjulegan gönguhraða.

Hópurinn sem stundar langhlaup með góðum árangri og skýrum markmiðum fer sífellt stækkandi hérlendis sem annars staðar og þó engin vísindaleg rannsókn hafi farið fram á því hvort ein stétt umfram aðrar stundi hlaup sér til heilsubótar þá er ljóst að allmargir læknar eru öflugir hlauparar. Skemmst er minnast frétta af því að Höskuldur Kristvinsson skurðlæknir lauk Ironman þríþrautinni í Arizona í Bandaríkjunum nú í mars með góðum árangri, en þrautin felst í því að synda 3,8 km, hjóla 180 km og hlaupa síðan eitt maraþon 42,2 km. Þessu lauk Höskuldur á rúmum 16 klukkutímum og geri aðrir betur. Sannkallaður járnkarl hann Höskuldur. Þá er rétt að halda því til haga að fyrsta skráða árangur hérlendis í maraþonhlaupi á Högni Óskarsson geðlæknir er hann hljóp í New York maraþoninu 1976. Þarna á milli hafa fjölmargir fráir læknar komið við sögu enda öðrum betur upplýstir um gildi góðrar hreyfingar og tengsl hinna gömlu en ávallt gildu sanninda um heilbrigða sál í hraustum líkama.



Bræðurnir Oddgeir og Kjartan Gylfasynir unnu það einstæða afrek í Kaupmannahöfn þann 21. maí sl. að hlaupa báðir heilt maraþon. Þetta væri kannski ekki í frásögur færandi nema af því að Oddgeir þáði nýra af bróður sínum Kjartani og mun þetta vera einsdæmi í veröldinni að nýrnaþegi og nýrnagjafi hlaupi saman maraþon. Þeir bræður eru báðir starfandi tannlæknar í Reykjavík.



Hildur Harðardóttir teygir vöðva og sinar við Neslaugina í þéttum og mildum rigningarúða sem er öflugasta fáanlegt yngingarmeðal og kostar ekkert. Baksviðs eru hlaupavinkonur hennar, þær Sigrún Erlendsdóttir og Brynja Blumenstein.

Góð aðferð til að losa um streitu

Hildur Harðardóttir (1957) yfirlæknir á kvennadeild Landspítala hefur stundað hlaup um nokkurra ára skeið en vill þó ekki gera mikið úr afrekum sínum, segist hafa tekið upp hlaup sem markvissa aðferð til að losa um streitu. „Það er ótrúlega gott að fara út og fá sér fríska loft og hlaupa til að hreinsa hugann eftir erfiðan vinnudag þar sem maður hefur kannski þurft að fást við erfið mál og slítandi."

„Þegar ég bjó í Bandaríkjunum á sínum tíma stundaði ég hlaup dálítið og þá kom það nú einfaldlega þannig til að maður hafði engan tíma til að komast í aðra líkamsrækt en svo byrjaði ég aftur fyrir nokkrum árum hér heima og byrjaði á því skokka vikulega með systur minni og vinkonum. Í fyrrahaust byrjaði ég að hlaupa með Trimmklúbbi Seltjarnarness ásamt einni vinkonu minni og þá komst þetta í nokkuð fastar skorður. Seltjarnarnesið er þó ekki hverfið mitt en mágur minn sem hefur æft með hópnum hvatti mig til að koma og tímarnir hentuðu mér vel og andinn í hópnum er mjög góður. Þar hef ég kynnst konum á svipuðu róli og það er hvatning að hlaupa með þeim."

Hildur segir það skipta verulegu máli að hafa fasta hlaupatíma í vikunni . „Það er ákveðið aðhald í því og hlaupin verða þá ekki alltaf útundan þegar eitthvað annað kemur uppá. Alla jafna hleyp ég með hópnum tvisvar í viku og reyni síðan að bæta við einu eða tveimur skiptum þar fyrir utan."

Hildur stefnir að því að hlaupa hálft maraþon í Reykjavíkurmaraþoninu í ágúst og það er í fyrsta skipti sem hún hleypur þá vegalengd. „Ég hef hingað til hlaupið lengst í keppni 10 km og 18 km á æfingu og þessar vikurnar er ég að hlaupa allt að 40 km á viku. Það er nú það mesta sem ég hef hlaupið og það er sannarlega mjög gaman að því að finna stígandann í þessu og kemur óneitanlega kapp í mann."

Hún segist alveg hafa verið laus við meiðsli vegna hlaupa og segir hættuna á því vera hverfandi ef ekki er hlaupið því meira. „Það hentar þó kannski ekki öllum að hlaupa, göngur eiga betur við suma og hver og einn verður bara að finna sinn takt í því."

Aðspurð um langtímamarkmið verður hún leyndardómsfull og segir það vera til staðar en ekki tímabært að ljóstra því upp. Okkur grunar þó að framundan sé heilt maraþon á erlendri grund og það frekar fyrr en seinna.

Allt bilar sem ekki er notað . . .

Það er orðið langt síðan Trausti Valdimarsson hljóp móður og másandi stuttan hring um Vesturbæinn til að hvíla sig frá próflestri á 6. ári í læknisfræði. Hann á að baki 47 maraþonhlaup auk þátttöku í fjölda styttri og lengri hlaupa. Síðustu misserin hefur hann bætt um betur og keppir í þríþraut þar sem er synt, hjólað og hlaupið án þess að pústað sé á milli. Hann segist hafa eitt mottó að leiðarljósi við íþróttaiðkun sína; „allt bilar sem ekki er notað, („use it or loose it") og á þar við að líkami og líkamshlutar sem ekki fá nægilega þjálfun gefi sig fyrr en ella.

Trausti Valdimarsson, sérfræðingur í lyflækningum og meltingarsjúkdómum, er án efa í hópi þekktari langhlaupara landsins. Hann segist hafa byrjað að hlaupa fyrir um 18 árum og hlaupagleðin hafi farið vaxandi með árunum fremur en hitt.

„Sem barn og unglingur var ég lítið í íþróttum umfram skyldubundna leikfimi og var aldrei góður með bolta. Nema ef til vill körfubolta enda naut ég þess að vera nær körfunni en flestir hinna," segir hann léttur í máli enda tæplega tveggja metra langur og skreflengdin í samræmi við það. Sumir hlaupafélaga Trausta hafa haft á orði að ekki sé sanngjarnt að hlaupa með honum því hann þurfi mun færri skref á hverja vegalengd en aðrir.

Gekk síðasta spölinn

„Ég komst í körfuboltalið með félögum mínum í læknisfræðinni, Jóni Baldurssyni bráðalækni, Þorkeli Sigurðssyni augnlækni og Gunnari Thors lýtalækni. Þetta lið var ósigrandi í nokkur ár, þar til á 6. ári að upp kom sterkt lið hjá 1. eða 2. árs læknanemum sem sigraði okkur í úrslitaleik. En ég fór út að hlaupa fyrst þegar ég var í próflestri á 6. ári árið 1984 með Hirti Gíslasyni skurðlækni, sem þá var Íslandsmeistari í 110 m grindahlaupi. Hann dró mig með sér að hlaupa einn hring eftir Suðurgötu, Hringbraut, Hofsvallagötu og Ægisíðu. Ég komst þetta án þess að stoppa og var mjög stoltur af. Á þessum árum reykti ég og hætti því ekki fyrr en eftir að ég flutti til Gautaborgar í framhaldsnám 1986. Þar kynntist ég sænskum lækni sem hafði hlaupið „Göteborgsvarvet", 21,1 km (hálft maraþon). Ég hljóp Gautaborgarhlaupið í fyrsta sinn 1988. Það gekk sæmilega, ég þurfti þó að ganga einhvern spöl í lokin og kom í mark á rétt innan við tveimur klukkustundum." Þann tíma hefur Trausti bætt smám saman í 1:22 árið 2003.

„Við fluttum til Linköping 1990 og ég fór að æfa með hópi þar sem mörg stefndu á Stokkhólmsmaraþonið. Það var fyrsta maraþonið sem ég hljóp og í þessi 10 ár sem ég bjó í Linköping hljóp ég Stokkhólmsmaraþonið á vorin og Lidingöhlaupið, sem er 30 km víðavangshlaup, á haustin."

Trausti flutti heim frá Svíþjóð árið 1999 með fjölskyldu sína, konu og þrjú börn sem nú eru uppkomin, „að mestu," segir hann og kímir. „Sá yngsti er 18 ára. Ég hef því meiri tíma til að leika mér núna en áður og þegar ég flutti heim var það hluti af aðdráttaraflinu að hér var svo mikil gróska í hlaupunum. Það er gríðarlega gaman að vera hlaupari á Íslandi í dag. Veðrið er mjög hlaupavænt, aldrei of heitt og sjaldan of kalt! Skemmtilegur og fjölbreyttur hópur fólks sem stundar hlaupin. Gamall vinur minn úr menntaskóla, Pétur Helgason matvælafræðingur, sem nú er gæðastjóri hjá Vífilfelli, kom í heimsókn til okkar í Linköping 1994 og hafði aldrei hlaupið en var þá Íslandsmeistari í keilu. Hann er einn af þessum mönnum sem gerir allt vel sem hann tekur sér fyrir hendur," segir Trausti og hlær og segir þetta milda lýsingu á ástríðuhlauparanum Pétri Helgasyni en saman mynda þeir Trausti helminginn af fjögurra manna hópi sem tók í fyrra þátt í ATC (Arctic Team Challenge) keppninni á Grænlandi þar sem er hlaupið, róið og hjólað í fimm daga, samtals um 250 kílómetra. „Við ætlum að taka þátt aftur í sumar og vonandi gengur okkur enn betur núna enda orðnir sjóaðri. Við erum reyndar allir talsvert eldri en hinir keppendurnir en það gerir ekkert til," segir Trausti en óhætt er að segja að hann sé líka einn af þeim sem gerir allt vel sem hann tekur upp á. Hann undirbýr sig nú af kappi fyrir keppnina á Grænlandi. „Þessi keppni var toppurinn á öllu sem ég hef gert og það var engin spurning um að taka þátt aftur í sumar. Þetta er ótrúlega skemmtilegt og mikil áskorun að taka þátt í þessu." Hinir tveir félagarnir í hópnum eru Erlendur Birgisson verkfræðingur og Stefán Örn Einarsson, verkstjóri, báðir vanir fjallamenn og maraþonhlauparar.

Grænlandskeppnin fer fram um miðjan júlí en þeir Trausti, Pétur og Erlendur létu sig þó ekki muna um að taka þátt í Kaupmannahafnarmaraþoninu 21. maí sl. „Það var mjög skemmtilegt hlaup og tíminn var ágætur," 3:05, en besti tími Trausta í maraþoni er 2:56 í Boston 2002. „Það ár var ég frekar ofvirkur, hljóp meðal annars ein sex maraþon og Laugaveginn líka, (Landmannalaugar-Þórsmörk 55 km) og komst ágætlega frá því."

Vestfirska smalagenið

Þrátt fyrir að hafa hlaupið mikið og tekið þátt í fjöldamörgum keppnishlaupum segist Trausti hafa verið mjög lítið frá vegna meiðsla eða annarra álagseinkenna. Hann kveðst þakka það ýmsu en góð gen séu þó mikilvæg. „Það hjálpar að hafa góð hlaupagen og í minni ætt var á árum áður mikið um sprettharða vestfirska smala. Amma mín sagði að ég hefði fengið smalagenið og það getur meira en verið því ég hef alveg sérstaklega gaman af því að hlaupa fjallahlaup. En ég hef þó fundið fyrir álagseinkennum ef ég hleyp mikið án tilbreytingar. Það er mjög mikilvægt að breyta til, til dæmis með sundi og hjólreiðum og ég hef smám saman gert meira af því og byrjaði í fyrra að taka þátt í þríþraut þar sem er synt, hjólað og hlaupið ákveðnar vegalengdir."

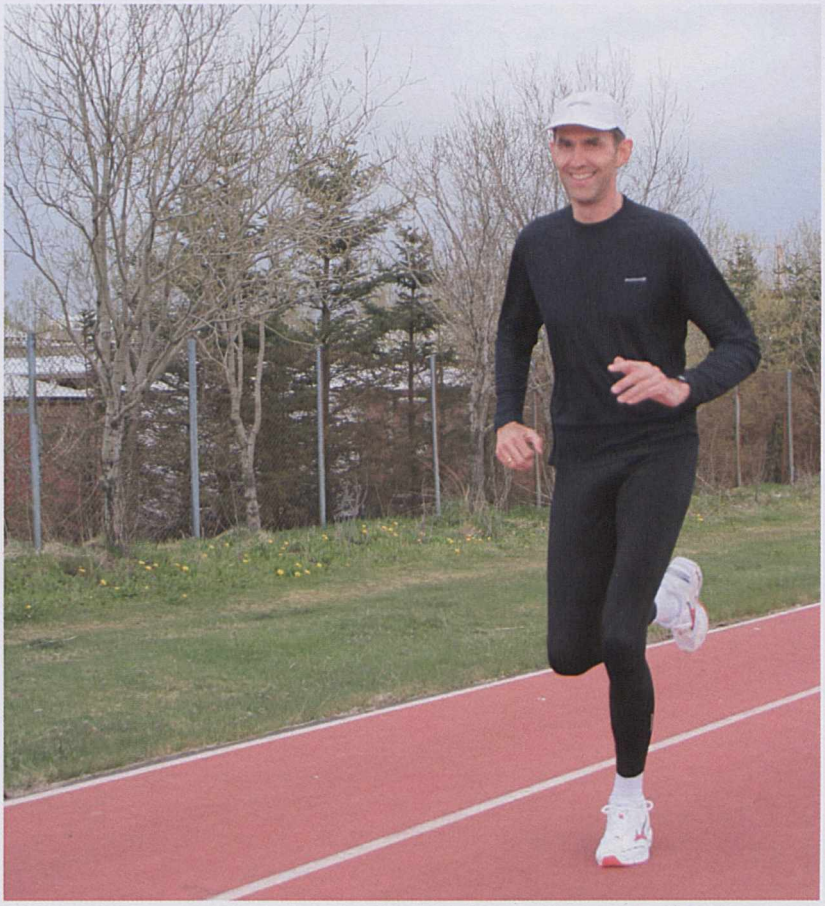
Þess er reyndar skemmst að minnast að einn kollega Trausta úr læknastétt, Höskuldur Kristvinsson skurðlæknir, lauk með glæsibrag svokallaðri Járnkarlskeppni (Ironman) í Arizona í Bandaríkjunum fyrr á þessu ári. Trausti segist einmitt vera með þessa keppni í huga á næsta ári (þegar hann verður fimmtugur) og þar er ekki fengist við neina smámuni því synt er 3,8 km, hjólað 180 km og loks er hlaupið maraþon 42,2 km án hvílda.

„Ég tók þátt í stuttri þríþraut í fyrrahaust þar sem byrjað var með 700 metra sundi í Bolungarvík, hjólað um Óshlíðina 17 km og loks hlaupið 7 km á Ísafirði. Það var ógleymanleg upplifun og mér fannst sérstaklega gaman að enda á því að hlaupa því ég er lítill sundmaður en náði nokkrum á hlaupunum í lokin."

Hvaða ráð hefur Trausti fyrir þá sem gætu nú hugsað sér til hreyfings eftir þennan lestur. „Það er auðvitað mikilvægt að byrja hæfilega rólega og síðan má ekki gefast upp. Það þarf að reyna að hafa ánægju af hreyfingunni. Ef þetta verður leiðinlegt, þá hættir fólk. En allir ættu að geta fundið einhverja hreyfingu við sitt hæfi. Það er mjög auðvelt að byrja að hlaupa því það eina sem þarf eru góðir skór. Einnig er gott að eiga fatnað úr gerviefnum sem hleypa svita og raka út og eru vatnsheld fyrir rigningu."

Nú eru margir sem telja að það sé alls ekki gott fyrir skrokkinn að hlaupa mikið. Hné, sinar og liðir fari illa og best sé bara að fara sér hægt og stíga varlega til jarðar.

„Ég er sannfærður um að það er hollt fyrir hnén að hlaupa ef ekki er verið að slást um bolta. Ég þekki dæmi um að fólki hafi batnað í hnjám við hlaupa skynsamlega, það styrkir vöðva í kring um hnén. Allt sem ekki er notað hæfilega, bilar. Þetta gildir jafnt um heilann sem önnur líffæri mannskepnunnar. Eitt af því besta við að hlaupa er hvað maður fær góða hvíld fyrir heilann. Fyrir mig er hálftímahlaup eftir erfiða vakt á við tveggja tíma svefn. Ég endurnærist algjörlega."



Trausti á hlaupum.

Geta allir hlaupið?

„Það er erfitt fyrir þá sem eru mjög þungir eða gigtveikir að hlaupa. En ég þekki mörg dæmi þess að ef farið er varlega af stað þá léttist fólk jafnt og þétt um leið og það styrkist og úr verða hörku-hlauparar að lokum."

Þegar Trausti er spurður að því hvort konur þurfi að gæta að einhverju öðru en karlar varðandi hlaup þá segir hann svo ekki vera. „Stúlkur sem stunda langhlaup þurfa þó að vera meðvitaðar um hættuna á að fá ákveðin lystarstolseinkenni. Svo er auðvitað rétt að vera meðvitaður um að hlaup geta orðið að áráttu og ofþjálfunareinkenni eru neikvæða hliðin á hlaupaiðkun. Mörgum ástríðu-hlauparanum líður illa ef hann kemst ekki út að hlaupa á hverjum degi en sjálfur hef ég reynt að vera sáttur þó ég komist ekki daglega því hæfileg hvíld er jafnmikilvæg og æfingarnar."

Sjá nánar:

www.hlaup.is

http://malbein.net/blog/

www.ATC.gl

www.triceland.net

Líkaminn gerður til að hlaupa

Eyjólfur Guðmundsson (1957) starfar sem heimilislæknir á heilsugæslustöðinni í Hlíðum og hefur stundað hlaup um margra ára skeið.

Hvenær byrjaðirðu að hlaupa?

„Það var árið 1992 en á þeim tíma var ég búsettur í Svíþjóð og hafði nýlega lokið framhaldsnámi í heimilislækningum."

Hvað varð til þess að þú byrjaðir að hlaupa?

„Þetta var liður í endurhæfingarprógrammi hjá mér sem hófst um þetta leyti. Frá 23 ára aldri hafði ég þjáðst af hrygggigt (*Spondylitis ankylopoietica*) og gigtinni tengdust króníski verkir og ég var farinn að seilast um of í sterk verkjalyf og sú notkun fór úr böndum. Þetta voru því ákveðnar andlegar og líkamlegar þrengingar sem ég gekk í gegnum á þessum tíma og hlaupin voru liður í þeirri endurhæfingu sem ég setti mér. Ég fann að hlaupin voru góð aðferð til streitulosunar og í rauninni besta verkjastillandi lyfið sem ég gat fengið og satt að segja besta meðferðin við gigtinni. Það merkilega við hrygggigtina er að þetta er kvilli sem þolir mjög vel hæfilega hreyfingu og álag á liðamót og við það dregur verulega úr einkennum sjúkdómsins."

Áttirðu þér sögu úr íþróttum? Varstu í boltanum?

„Nei, ég var aldrei neitt í skipulögðum íþróttum. Ég var hins vegar mikið í alls kyns boltaleikjum með félögunum á æskuslóðum í túninu við Álfheimana þar sem nú er Fjölskyldu- og húsdýragarðurinn."

Hreyfing dregur úr þunglyndi

Var einhver sem benti þér á að gott væri að byrja að hlaupa?

„Nei, ég vissi auðvitað vel um gildi almennrar hreyfingar og að manninum er áskapað að vera á hreyfingu. Bíllinn er innan við 100 ára gömul uppfinning en í árþúsundir hefur mikil hreyfing verið mannslíkamanum eðlislæg og er enn mikilvæg til að viðhalda bæði andlegu og líkamlegu heilbrigði. Mannslíkaminn er til þess gerður að hlaupa og það eru alþekkt sannindi að líðan og tilfinningar tengjast því hversu mikið og reglulega við hreyfum okkur. Hreyfing dregur úr þunglyndi og streitu og því afar mikilvæg nútímamanninum."

Þrátt fyrir þetta er alltaf erfitt að byrja að hreyfa sig.

„Já, það tekur sinn tíma að venjast því að hreyfa sig og það þarf að tileinka sér hlaup eins og allt annað. Maður þarf hreinlega að læra að hlaupa og þó ég sé búinn að hlaupa í ein 14 ár er ég enn að læra eitthvað nýtt í sambandi við hlaupin. Lykillinn að því að gera hlaupin að lífsstíl er að hafa þolinmæði í byrjun því það tekur tíma að upplifa það jákvæða við hreyfinguna og að maður geti ekki án hennar verið."

Er hægt að hlaupa of mikið?

„Já, það er auðvitað hægt og þá fara hlaupin að vinna gegn upphaflegum tilgangi sínum. Það á reyndar við um alla hegðun sem fer úr böndum og verður að árátttu. Ég vil þó alls ekki nota orðið fíkn yfir þetta enda er fíkn annars eðlis. Í starfi mínu sem heimilislæknir hef ég fengið til mín fólk sem hefur lent í ógöngum með líkamsrækt vegna ofþjálfunar og lyfjanotkunar en slíkt tilheyrir undantekningu. Almennt mæli ég eindregið með hreyfingu og hlaupum sérstaklega til að bæta heilbrigði og líðan."

Hvernig hefur þinn eigin hlaupaferill verið?

„Hann hefur verið nokkuð áfallalaus. Ég hef verið laus við meiðsli vegna álags og þakka það því að þrátt fyrir að hafa hlaupið talsvert mikið þá hef ég samt æft fremur skynsamlega og dregið úr hlaupamagninu þegar ég hef fundið fyrir þreytu eða álagseinkennum."

Lært mikið um hlaup af því að hlaupa

Þegar grennslast er nánar eftir því hvað Eyjólfur á nákvæmlega við þegar hann segist hafa hlaupið „talsvert mikið" þá kemur í ljós að hann hefur hlaupið 16 maraþon og fjölmörg hálfmaraþon og þar af styttri hlaup. Hann segist þó aldrei hafa leiðst út í miklar pælingar um tíma og hraðasta maraþonið sitt hljóp hann á 3:44 og verður það að teljast einkar góður tími.

„Ég hef hlaupið hálft maraþon á 1:38 og 10 km á 45 mínútum. Þetta er hraði sem hentar mér ágætlega og ég legg meira upp úr því að fá vellíðan útúr hlaupunum og með árunum hef ég dregið úr áherslunni á hraðann og tímann í einstökum vegalengdum. Mér finnst ég ekki fá þá vellíðan sem ég sækist eftir úr hlaupunum ef ég er of upptekinn af tímanum. Þá getur viðhorfið gagnvart hlaupunum tekið ranga stefnu.

Kynni mín af hlaupum og vera í hlaupahóp hafa kennt mér gríðarlega mikið og nýst mér ómetanlega í starfi mínu. Ég hef talað við fjöldann allan af hlaupurum og þekki orðið mjög vel öll helstu



álagseinkenni og kvilla sem fólk getur fengið af hlaupum. Mér finnst ég vera miklu betur í stakk búinn að til að leiðbeina fólki sem kemur á stofuna og spyr mig út í þessa hluti. Þetta á ekki bara við hlaupara heldur almennt um það sem snýr að ortopedískri medicin í daglegu starfi sem heimilislæknir. Maður þarf að spá í líkamsbyggingu fólks, göngulag og hlaupalag og hvernig ýmsar skekkjur og aðrir áhættuþættir geta stuðlað að álagsmeiðslum sem er um leið lykillinn að því að fyrirbyggja meiðslin."

Eru meiðsli eitthvað sem allir hlauparar mega eiga von á?

„Í sjálfu sér ekki. En fólk er oft ansi ómeðvitað um þá þætti sem geta valdið meiðslum. Undirlagið skiptir máli, malbik, gras eða möl, hvernig eru skórnir og hversu reglulega eru þeir endurnýjaðir. Flesta kvilla er hægt að fyrirbyggja ef fólk veit af hverju þeir stafa."

Og þú mælir með hlaupum?

„Alveg tvímælalaust og það fyrir alla aldurshópa. Hlaup stuðla að bættu heilsufari, hvort sem er líkamlega, andlega eða félagslega. Félagslegi þátturinn er mjög mikilvægur. Fátt jafnast á við hlaupatúr með eiginkonunni þar sem hversdagsleg vandamál eru leyst án vandræða. Það að vera hluti af skipulögðum hlaupahópi er félagsleg athöfn sem síst skyldi vanmeta. Ég vísa fólki sem kemur til mín og hefur áhuga á reglulegri hreyfingu á hlaupahópana sem eru í flestum hverfum borgarinnar og að því gefnu að engar sérstakar líkamlegar frábendingar séu fyrir hendi hvet ég hiklaust fólk til hlaupaiðkunar."

„Af því að ég get það“

Jórunn Viðar Valgarðsdóttir (1969) er heimilislæknir á Heilbrigðisstofnun Suðurlands á Selfossi, en hún hóf þar störf ásamt eiginmanni sínum, Arnari Þóri Guðmundssyni, í september 2005 eftir að hafa búið fjögur ár í Skövde í Svíþjóð þar sem þau voru bæði í framhaldsnámi í heimilislækningum.

„Við erum búsett rétt utan við Selfoss, í Ölfusi, ásamt börnum okkar Valgarði Una 5 1/2 árs og Katrínu Ástu tæplega 4 ára, og unum hag okkar mjög vel í sveitinni.“

Jórunn hefur stundað hlaup talsvert lengi og hefur náð ágætum árangri á hlaupaferlinum.

„Ég æfði sund með Sunddeild KR í Vesturbæjarlaug á unglingsárunum. Ég fann að hlaup áttu vel við mig, en þau voru partur af þrekæfingaprógramminu. Ég hef því stundað hlaup í um 20 ár og meðal annars keppt í almenningshlaupum lengi, í Reykjavíkurmaraþoni 10 km, Flugleiðahlaupinu margoft. Einnig má nefna The Great Aloha Run í Honolulu, ég var þá 18 ára gömul skiptinemi á Hawaii, þar hlupu 20 þúsund manns 12-14 km minnir mig og þar af 16 þúsund amerískir hermenn sem hlupu í upprröðuðum fylkingum. Mjög gaman að fara framúr þeim.“

Jórunn segist hlaupa að jafnaði þrisvar í viku en það hafi þó verið meira áður enda kalli fjölskyldan og aðrar skyldur á tímann núna.

„Ég hleyp þrisvar í viku í seinni tíð en í lok síðustu aldar hljóp ég 4-5 sinnum í viku, þá gjarnan lengra á sunnudögum og stundum með ÖL-hópnum í Reykjavík, dásamleg langhlaup á sunnudagsmorgnum. En svoleiðis er tímafrekt og gengur bara ekki upp á þessum tímapunkti í mínu lífi.“

Hún leggur þó áherslu á að taka þátt í keppnishlaupum þar sem því fylgir ákveðin spenna og eftirvænting sem gaman sé að upplifa.

„Það er alltaf gaman og spennandi að taka þátt í keppni, Flugleiðahlaupið er til dæmis árlegur vorboði í Reykjavík. Svo eru Mývatnsmaraþon, Laugavegurinn og Reykjavíkurmaraþon stórviðburðir og mér þætti gaman að vera í formi til að hlaupa. Ekki má gleyma Flóahlaupinu og Hlaupið undan vindi og Brúarhlaupinu á Selfossi. Þessi hlaup verða vonandi fastir liðir hjá mér næstu árin.“

Þegar spurt er um árangur í hlaupum til þessa stendur ekki á svörunum.

„Ég hef hlaupið tvisvar heilmaraþon, á Mývatni og í Reykjavík. Svo hef ég farið hálfmaraþon nokkrum sinnum, nú síðast í ár Gautaborgarvarvet, *www.goteborgsvarvet.se* virkilega skemmtilegt hálfmaraþon með 26 þúsund þáttakendum, var nr. 170 af konunum (sem voru fjórðungur þátttakenda). Það var svakalega góð stemmning í hlaupinu, götupartý í borginni og 35 hljómsveitir sem spiluðu meðfram hlaupaleiðinni. Þetta var mjög vel skipulagt hlaup eins og við er að búast þegar Svíar eru annars vegar. Að auki hef ég tvisvar hlaupið hinn dásamlega Laugaveg frá Landmannalaugum inn í Þórsmörk, últramaraþon 55 km, 1998 og 1999. Ég stefni á að hlaupa Laugaveginn 15. júlí í ár líka, ef allt gengur að óskum. Það kemur í ljós.“

Og árangurinn er ekki slakur þegar nánar er skoðað. Jórunn hljóp til dæmis Laugaveginn últramaraþon 1999 á 6:13.

„Ég var önnur kona í mark það árið á eftir Bryndísi Ernstsdóttur ofurhlaupakonu sem hljóp á 5:31,15 sek.!! Svo hljóp ég 10 km í Reykjavíkurmaraþoni 1995 á 43:58. Marathon í Reykjavík 1999 á 3:31 mín og hálfmarathon í Reykjavík 1997 á 1:35.“

Þegar spurt er hvers vegna Jórunn stundi hlaup stendur ekki á svarinu.

„Af því að ég get það og það passar mér vel. Það er algjör sæla! Því fylgir svo mikil líkamleg og andleg vellíðan, afslöppun og það er frábær tilfinning að finna kraftinn í eigin líkama Ég er með Línu Langsokks-komplex, hún er jú sterkasta stelpa í heimi. Síðan er svo mikil fegurð í náttúrunni, maður nýtur hennar svo vel á hlaupum; árstíðirnar, fjöllin, dramatískt skýjafar, söngur fyrstu farfuglanna, kyrrðin. Eða þá skafrenningur, úrhellisrigning, bílar sem gusa á mann og maður stígur í poll. Allt hefur sinn sjarma! Svo er þetta svo góður félagsskapur og gaman að spjalla á hlaupum en mér finnst langbest að hlaupa með öðrum, ég næ betri árangri þannig, reyni meira á mig. Hef þannig hlaupið með þremur mismunandi hópum, öllum stórgóðum. Síðastliðið haust gekk ég til liðs við Fríska Flóamenn *www.friskirfloamenn.com* og hef hlaupið með þeim í vetur, alveg frábær hópur og grunnvegalengdin á æfingum er um 13 km sem passar mér vel. Í Svíþjóð æfði ég með IFK Skövde Friidrott og þar áður með Hlaupahópi Vesturbæjar í Reykjavík.“

Hvað ættu byrjendur að hafa í huga?

„Það er um að gera að byrja bara rólega og ætla sér ekki um of. Hafa þolinmæði fyrstu vikurnar því þetta hættir bráðum að vera erfitt. Ég mæli með því að menn hlaupi með einhverjum öðrum, gjarnan finna sér hlaupahóp. Þá hleypur maður í öllum veðrum og það er ekki eins auðvelt að finna afsak-

anir fyrir að mæta ekki. Skemmtilegt að kynnast fólki og spjalla á hlaupum. Hlaup er manninum svo náttúruleg og eðlileg hreyfing, jafnt og gott álag á skrokkinn. Við mennirnir höfum jú stundað hlaup frá ómunatíð, hvort sem við vorum að flýja undan rándýrum eða sjálf að elta uppi bráð. Hlaup eru einfaldlega frábær þjálfun fyrir vöðvana, hjarta og lungun."

Eru áhættuþættir við hlaup mismunandi fyrir konur og karla?

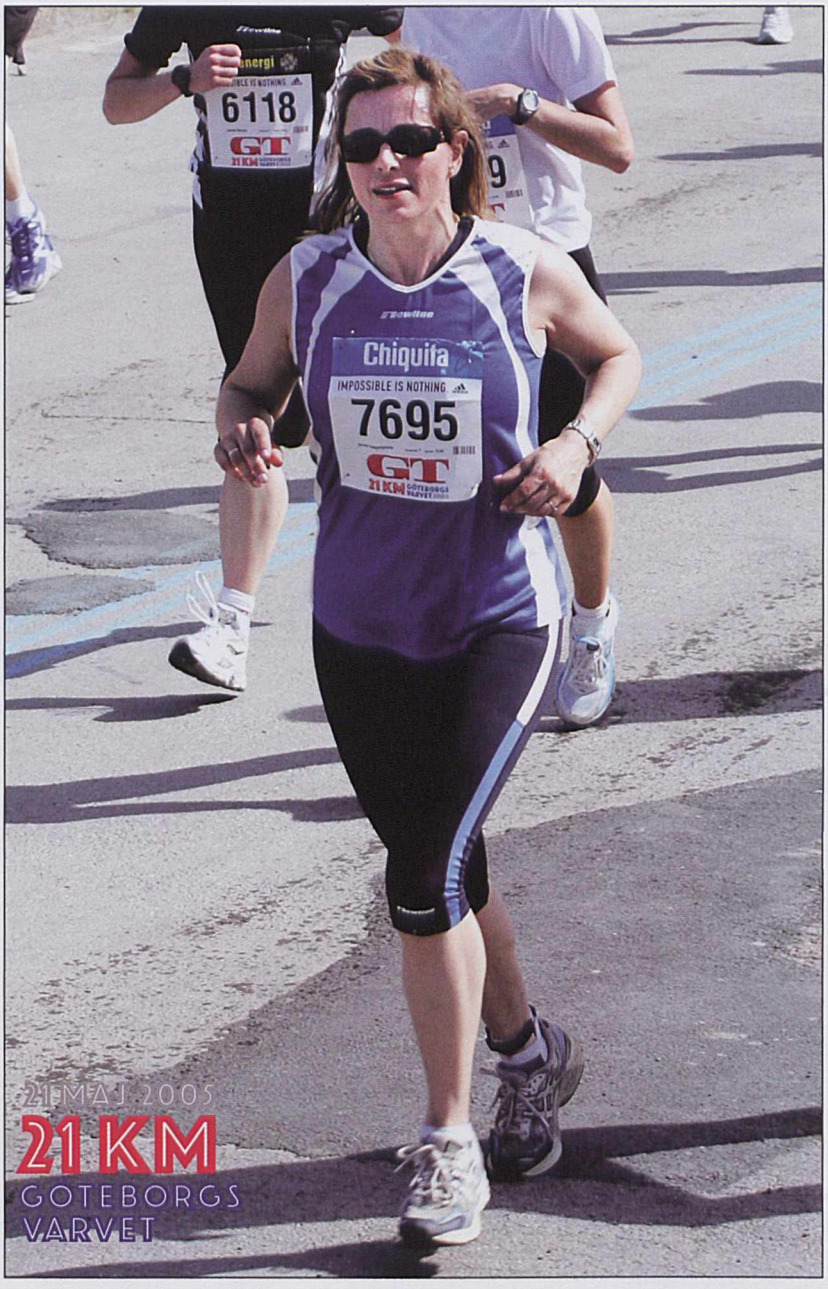
„Það eina sem hindrar konur eru meðgöngur en jafnvel þá er hægt að skokka eða ganga."

Hverjar eru helstu orsakir hlaupameiðsla?

„Þegar fólk fer of geyst af stað eða tekur sprettæfingar áður en það er komið í form til þess, eða ekki búið að hita nægilega vel upp. Það þarf oft grátlega lítið til að togna ef vöðvarnir eru ekki nægilega heitir, að minnsta kosti þegar maður er kominn yfir þrítugt og frumurnar orðnar aðeins hægvirkari í helstu viðgerðarferlum."

Hvað þarf til að endast lengi sem hlaupari?

„Fyrst og fremst að hafa gaman af því að hlaupa, annars ætti fólk að snúa sér að einhverju öðru. Maður lifir jú bara einu sinni."



Boð fyrir 39 kandídata úr læknadeild

LÍ bauð nýja lækna velkomna í hópinn

Védís Skarphéðinsdóttir

Hvern hefði órað fyrir því í byrjun 20. aldar þegar konum tókst að arga það í gegn að fá kosningarétt að tæpri öld síðar yrði eitt helsta vígi karlmanna fallið? Af 39 kandídötum vorið 2006 eru 24 konur og 15 karlmenn, hlutfallið einkennilega laust við jafnvægi – vorið 2005 útskrifuðust 20 konur og 23 karlar – hvaða öfl eru að verki núna? Það er sannarlega umhugsunarefni þessa dagana þegar tíminn líður greinilega hraðar en hann hefur áður verið fær um og vér aumar mannskepnur eigum bágt með að fylgja honum eftir. – Það var bjart yfir hópi kandídata einsog vænta mátti, þau móttóku glöð lög Læknafélags Íslands, siðareglur félagsins og Medical Ethics Manual frá alþjóðasambandi lækna. Þau undirrituðu eið Hippókratesar þar sem ein greinin hljóðar svo í þýðingu Kristínar Ólafsdóttur: „Hvar sem mig ber að garði mun ég kosta kapps um að líkna sjúkum og varast að valda mönnum viljandi óheillum eða tjóni og sérstaklega að forðast að misbjóða líkömum karla og kvenna, hvort heldur eru frjálsborin eða ánauðug."

Sigurbjörn Sveinsson formaður Læknafélags Íslands bauð kandídata velkomna í hópinn og notaði tækifærið til að messa yfir þeim:

„Það er skylda lækna að taka þátt í að sinna réttindum sjúklinga og varðveita þau. Það er líka skylda lækna að skapa sér þær vinnuaðstæður, að þeir geti sinnt starfi sínu á fullnægjandi hátt og mætt siðferðiskröfum stéttarinnar. Það er lágmarkskrafa að læknar haldi sjálfstæði sínu og að tillit sé tekið til álits þeirra um veitingu heilbrigðisþjónustu. Til að ná þessu markmiði þurfa læknar að tala einni röddu eða hafa málssvara, sem eftir er tekið. Þessi málssvari er til í kjarna stéttarinnar, í fagmennskunni, ekki í læknamafíunni eins og illar tungur slúðra í skúmaskotum heldur í sameiginlegum viðhorfum, í siðferðisefnum og samfélagslegri ábyrgð, í einstakri menntun, sem byggist á arfi árþúsunda, í samúð og umhyggju og hæfileika og vilja til að setja hag annarra ofar sínum eigin.

Læknisfræðin á sér ból á krossgötum, þar sem öguð náttúruvísindi og mjúkur húmanismi mætast. Þarna er kjarni læknisfræðinnar. Að vísa veginn til sannreyndrar læknisfræði og heilbrigðisþjónustu, sem fetar veg jafnræðis í félagslegu tilliti. Þessa leiðsögn byggir læknirinn á einstæðri sérþekkingu sinni og þeirri reynslu, sem hann hefur öðlast við hversdagsleg úrlausnarefni."



Nýútskrifaðir læknar búnir að hreiðra um sig í fundarsal stjórnar LÍ.





Læknakandídatar 2006

Anna Freyja Finnbogadóttir
Aron Freyr Lúðvíksson
Benedikt Árni Jónsson
Berglind Aðalsteinsdóttir
Birna Guðbjartsdóttir
Brynja Jónsdóttir
Einar Björnsson
Erla Þorleifsdóttir
Erna Guðlaugsdóttir
Eydís Ósk Hafþórsdóttir
Gígja Guðbrandsdóttir
Guðbjörg Vignisdóttir
Haraldur Ólafsson
Helga Ásgeirsdóttir
Jóhanna Ósk Jensdóttir
Jón Örn Friðriksson
Jónas Hvannberg
Jórunn Harpa Ragnarsdóttir
Katrín Þórarinsdóttir
Kristín Jónsdóttir
Kristín Ólína Kristjánsdóttir
Kristján Dereksson
Magni Viðar Guðmundsson
Magnús Sveinsson
Ólöf Kristjana Bjarnadóttir
Sigríður Helgadóttir
Sigrún Perla Böðvarsdóttir
Sigurður Benediktsson
Snorri Laxdal Karlsson
Sonja Baldursdóttir
Sólrún Björk Rúnarsdóttir
Unnur Guðjónsdóttir
Unnur Þóra Högnadóttir
Yngvi Finndal Heimisson
Ýr Frisbæk
Þorgerður Guðmundsdóttir
Þórður Tryggvason
Þórir Svavar Sigmundsson
Þóroddur Ingvarsson

Vísinda-dagskrá

Í tilefni af merkisafmæli Guðmundar Þorgeirssonar héldu samstarfsmenn hans og lærisveinar vísindadagskrá honum til heiðurs í Hringsal Landspítala 2. júní síðastliðinn. – Á mælendaskrá voru samverkamenn Guðmundar til lengri eða skemmri tíma, starfandi í ýmsum deildum heilbrigðiskerfisins, en umræðuefni allra var mannshjartað og sá vökvi sem það knýr, umferðaræðar blóðsins ásamt mörgum þeim efnum sem þar eru á kreiki. Eftirtaldir lögðu hönd á plóginn: Andrés Magnússon, Haraldur Halldórsson, Magnús Karl Magnússon, Páll Torfi Önundarson, Emil L. Sigurðsson sem jafnframt stýrði fundi, Axel F. Sigurðsson, Karl Kristjánsson, Anna Guðmundsdóttir og Anna Helgadóttir.

Guðmundur Þorgeirsson sat í ritstjórn Læknablaðsins árin 1983-1990 og blaðið flytur honum og hans fólki hugheilar kveðjur með þökkum fyrir farsælt og gott samstarf í tímans rás. **VS**



Meðfylgjandi eru nokkrar myndir tekn-ar við þetta tækifæri.







Hvenær rumskar Læknafélagið aftur?



Tómas Helgason

tomashe@isholf.is

Aðalfundur Læknafélags Íslands hefur verið auglýstur. Það vekur undrun að ekki er á dagskrá umræða sem lítillega hefur farið fram í Læknablaðinu um skipulag og stjórn heilbrigðismála (1-3). Þó er þagnarskyldan sem einnig hefur verið rædd á síðum Læknablaðsins á árinu (4-8) á dagskrá. En ekki verður séð að þar eigi að ræða um allsherjar niðurbrot þagnarskyldunnar með rafrænni sjúkraskrá og heilbrigðisneti þar sem þúsundir heilbrigðisstarfsmanna munu fá aðgang að upplýsingum um alla sem einhvern tíma hafa leitað læknis (9).

Hrós handa stjórn LÍ

Stjórn Læknafélags Íslands á heiður skilið fyrir að styðja við bakið á Tómasi Zoëga í málaferlum hans gegn Landspítalanum með því að ábyrgjast greiðslu málskostnaðar. Enda er hér um mikið alvörumál að ræða sem snertir atvinnufrelsi og atvinnuöryggi lækna þegar aðeins er einn síminnkandi spítali starfræktur í Reykjavík. Sem betur fer var spítalinn dæmdur til að greiða málskostnað enda talið óheimilt að flytja Tómas úr stöðu yfirlæknis í stöðu sérfræðings. Niðurstaða Hæstaréttar er að aðgerðir stjórnar spítalans gegn Tómasi hafi verið ólögmætar (10). En nú reynir á að Læknafélagið láti ekki spítalastjórnina komast upp með lögleysu og sjái til þess að hann fái sitt fyrra starf.

Andvaraleysi

Andvaraleysi lækna að því er varðar skipulag og rekstur heilbrigðisþjónustunnar virðist ótrúlegt. Hámarki náði andvaraleysið þegar læknar létu sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík ganga yfir sig nánast þegjandi og hljóðalaust. Læknar lápu jafnvel upp hagræðingarþruglið, í stað þess að mótmæla kröftuglega þeirri einokun sem af sameiningunni mundi leiða. Einokun sem bitnar bæði á sjúklingum og starfsfólki. Vonandi er að verða breyting á með grein Friðbjörns Sigurðssonar formanns læknaráðs Landspítalans „Uppskorið eins og til var sáð“ (11), þó að hann verði stöðu sinnar vegna að játast undir hagræðingartrúna.

Misheppnuð sameining – fækkun sjúkrarúma og starfsfólks – minni afköst

Í úttekt Ríkisendurskoðunar frá því í desember 2005 kemur fram að raunkostnaður hins sameinaða spítala er nánast óbreyttur frá því sem var fyrir sameininguna (12). Áður hefur verið bent á að afköst minnkuðu frá 1999-2004 (13). Friðbjörn benti á að eftir sameiningu spítalanna í Reykjavík hefði rúmum þar fækkað um 411, segi og skrifa fjögur hundruð og ellefu. Jafnframt hefur starfsfólki fækkað verulega á sama tíma, eða um 285, samkvæmt ársskýrslum Landspítala 2000-2005. Eftir að hafa hrakið þessa starfsmenn burt vakna stjórnendur spítalans allt í einu við vondan draum sem er sjálfskaparvíti eins og Friðbjörn bendir á og tala um skort á starfsfólki. Eins og oft áður er talað um gangainnlagnir og kveinað yfir því að á spítalanum séu 60-80 öldrunarsjúklingar sem bíði eftir öðrum vistunarúrræðum (14) og taki upp dýr rúm án þess að geta um að auðvitað kosta þessir sjúklingar ekki svo neinu nemi meira á Landspítalanum en á hjúkrunarheimilum. Á síðustu sex árum hefur hjúkrunar- og dvalarrýmum fyrir aldraða í Reykjavík og nágrenni ekki fjölgað nema um tæplega 300, það er fjöldi rýma hefur aðeins aukist úr 85 í 88 á hverja þúsund íbúa 67 ára og eldri (15, 16). Ekki er að undra þótt biðlistar séu langir. Og þeir styttast ekki þó að heilbrigðisráðherra segi að Landspítali eigi að semja um frekari forgang að rýmum á hjúkrunarheimilum.

Ógnarstjórn Landspítalans heldur áfram

Í fréttum nýverið kom fram að formanni félags unglækna hafi verið hótað uppsögn á Landspítala vegna eðlilegra afskipta hans af deilu læknanema við sjúkrahússtjórnina. Eins og oft vill verða stóð orð gegn orði, lækningaforstjóri spítalans gaf aðra skýringu á hótun um áminningu. Annars hefur lítið borið á afskiptum spítalalækna af rekstri spítalans á síðustu árum vegna þöggunarstefnu spítalastjórnarinnar. Hennar er ekki getið í stefnukorti spítalans sem Helga Hansdóttir (17) gagnrýndi af varkárni í júníhefti Læknablaðsins. Þetta „stefnukort“ er fullt af sjálfsögðum hlutum sem allir læknar hafa starfað eftir, en þó er ekki minnst á jafnsjálfsagt hugtak og mannúð eins og Helga bendir á. Nýútkomið stefnumótunarplagg spítalans (14) minnir helst á þegar fjöllin tóku jóðsótt og fæddist mús. Þar er minnt á ýmislegt sem spítalastjórnin hefur ekki farið eftir að undanförnu, en bætir vonandi úr snarlega.

Í úttekt Ríkisendurskoðunar (12) er rætt um stjórnunarvanda Landspítalans og óánægju lækna sem hafi verið áberandi. Ríkisendurskoðun segir

Höfundur er prófessor, dr. med.

í þessum kafla meðal annars: „Læknar sem ekki geta sætt sig við stjórnarhætti ... ættu að leita annað. Þar sem LSH er í raun eini vinnustaðurinn fyrir flesta lækna er þó erfitt um vik að þessu leyti. Stjórnarhættir sem miða að því að hafa samráð við starfsfólk og nýta þekkingu þeirra eru líka þeir sem besta raun gefa." Nauðsynlegt er að hafa fleiri sjúkrahús í Reykjavík til að knýja fram slíka stjórnunarhætti með eðlilegri samkeppni.

Samkeppni heilbrigðisstofnana

Ekki er að sjá að á dagskrá aðalfundar Læknafélags Íslands í haust sé nauðsynleg umræða um drög að nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu (18). Ekki heldur umræða um dreifistýringu heilbrigðiskerfisins né um samkeppni eða einkarekstur heilbrigðisstofnana, hvorki sjúkrahúsa, hjúkrunarheimila né heilsugæslustöðva. Með hliðsjón af framansögðu er ástæða til að skora á Læknafélagið að taka upp kröftuga umræðu um þessi mál og stuðla að því að sjúklingar og heilbrigðisstarfsmenn geti valið á milli mismunandi stofnana sem sinna svipuðum verkefnum. Aðeins þannig geta heilbrigðisstarfsmenn tjáð sig frjálst og þurfa ekki að vera hræddir um að verða atvinnulausir. Eins þurfa sjúklingar að geta talað um þjónustu án þess að þurfa að vera hræddir um að skoðanir þeirra hafi áhrif á framtíðarviðskipti þeirra við sjúkrahúsið. Því miður er ekki örgrannt um að borið hafi á slíku. Fámenni landsins er engin afsökun fyrir því að hafa ekki fleiri en eitt sjúkrahús í Reykjavík. Fámenni hefur ekki komið í veg fyrir að komnir eru margir háskólar sem keppa um nemendur og starfsmenn. Þegar er komið í ljós að sameining spítalanna í Reykjavík var misráðin. „Hagræðingin" hefur verið fólgin í fækkun sjúkrarúma og alltof mikilli fækkun starfsfólks og þar af leiðandi ónógri þjónustu og minni tíma til vísindastarfa. Allsendis er óvíst að meiri hagræðing náist með nýjum byggingum.

Tvö sjúkrahús í Reykjavík

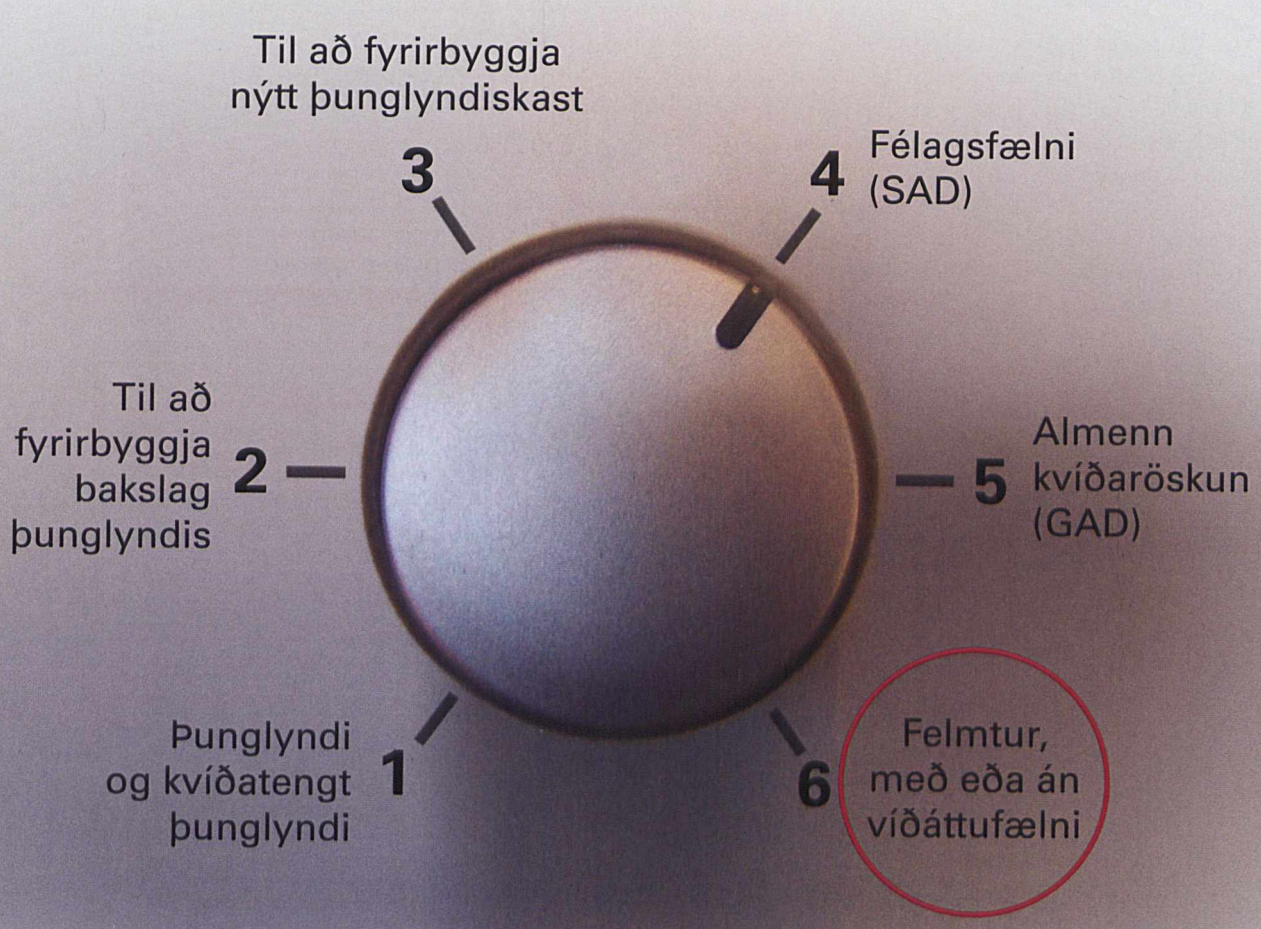
Þessi umræða þarf að fara fram nú þegar, áður en lengra er haldið með áform um að fletja Landspítalann út í krikanum milli Hringbrautanna, sem eina spítalann í Reykjavík. Haft er eftir Sigurbjörgu Sigurgeirsdóttur í Læknablaðinu (1): „Fræðin segja mér að eina leiðin sem stjórnvöld hafi til að hafa áhrif á sérhæfða starfsemi eins og starfsemi sjúkrahúsa er, sé að höfða til einstakra hópa. Það var gert hér því þegar búið var að útvatna andstöðu lækna var höfðað til akademíunnar og búið til háskólasjúkrahús. Þessi fræði gefa vísbendingu um að í framhaldinu verði til afar sterk einokunarstofnun ... styrkt með máttugri ímynd ... Ég held að betra væri fyrir fámennt þjóðfélag að byggja upp opnara sjúkrahúskerfi með minni en fleiri stofnanir ... Sú spurning vaknar hvort háskólasjúkrahúslíkanið sem við þekkjum frá milljónaþjóðum henti við þær óvenjulegu aðstæður sem fámennið skapar okkur."

Löngu er tímabært að byggja við og endurbæta Landspítalann og gera hann nútímalegan svo að hann geti þjónað hlutverki sínu betur. Hann hefur frá upphafi verið háskólasjúkrahús enda voru prófessorar í handlæknis- og lyflæknisfræði strax ráðnir yfirlæknar spítalans (sbr. og lög um Háskóla Íslands nr. 60, 1957). Hugsanlega er hægt að koma spítalanum fyrir í krikanum milli Hringbrautanna eða með hærri byggingum á gömlu Landspítalalóðinni eins og Páll Torfi Önundarson (19) hefur nýlega bent á ef jafnframt er hugað að því að reka Borgarspítalann sjálfstætt í Fossvogi sem nauðsynlegan valkost fyrir sjúklinga og starfsfólk.

Heimildir

1. Haraldsson Þ. Eigum við ekki að ræða málin betur? Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir stjórnsýslufræðingur segir stjórnvöld ekki móta stefnu í heilbrigðismálum, hún gerist bara. Læknablaðið 2006; 92: 216-9.
2. Önundarson, PT. Alfaðir ræður. Er það góð stjórnun að skerða stjórnunaráhrif lækna á Landspítala. Læknablaðið 2006; 92: 260-1.
3. Haraldsson Þ. Skilið milli kaupanda og seljanda. Rætt við Jónínu Bjartmarz um tillögur nefndar um verkaskiptingu sjúkrahúsa og sérfræðiþjónustu ásamt fleiru. . Læknablaðið 2006; 92: 322-3.
4. Sveinsson S. Um þagnarskyldu lækna. Læknablaðið 2006; 92: 7.
5. Snædal J. Þagnarskylda lækna. Læknablaðið 2006; 92: 183.
6. Sigurðardóttir K. Frá Siðfræðiráði. Þegar trúnaður við skjólstæðing og samfélagsskyldur stangast á. Læknablaðið 2006; 92: 224-5.
7. Stefánsdóttir Á. Þagnarskyldan; hver eru hin siðferðilegu rök. Læknablaðið 2006; 92: 325-7.
8. Sveinsson BÓ. Þankar um þagnarskyldu. Læknablaðið 2006; 92: 403.
9. Haraldsson Þ. Rafræn heilbrigðisþjónusta í sjónmáli. – Hægt að ljúka við Heilbrigðisnetið á 3-4 árum, segja Ingimar Einarsson og Benedikt Benediktsson í heilbrigðisráðuneytinu. Læknablaðið 2006; 92: 50-1.
10. Ármannsson G. Föstudagsmoli 80, dómur Hæstaréttar í máli Tómasar Zoëga. *www.lis.is/Items/Default.aspx?b=809*
11. Sigurðsson F. Uppskorið eins og til var sáð – Af málefnum Landspítala- háskólasjúkrahúss. Morgunblaðið 2006, 25. maí.
12. *www.rikisend.is/files/skyrslur_2005/LSH_2005.pdf*
13. Helgason T. Spítali í spennitreyju stjórnunarvanda. Læknablaðið 2005; 91: 688-9.
14. Landspítali – háskólasjúkrahús 2005. Landspítali – háskólasjúkrahús. Reykjavík 2006.
15. http://www.rikisend.is/files/skyrslur_2005/aldradir_thjonusta.pdf
16. *www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Stofnanir/Fjoldi_oldrunarryma-mai-2006.pdf*
17. Hansdóttir H. Stefnumótun og gildi Landspítala. Læknablaðið 2006; 92: 487.
18. *http://heilbrigdisraduneyti.is/media/Heilbrigdisutgjold/Frv._um_heilbr.tjonustu_12.04.06.pdf.06.pdf*
19. Önundarson PT. Nýtt háskólasjúkrahús frá grunni – eða á gömlum grunni? Morgunblaðið 2006, 2. júní.

EFEXOR® DEPOT



M08042SEFIS

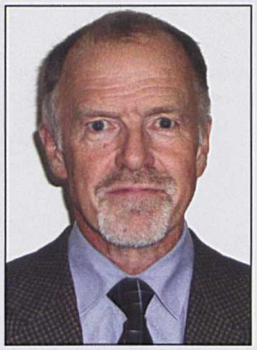
icepharma

Wyeth

Tilvitnun: Sérlyfjaskrá

Sérlyfjatexti á bls. 568

Orðalistar



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

Ágúst Ingi Ágústsson, deildarlæknir á Landspítala, sendi nýlega orðalista vegna verkefnis sem hann er að vinna að. Gaman er að fá þannig innsýn í þau heiti og hugtök sem læknar eru að fást við á daglegum vettvangi. Um leið má nefna að íslenska orðið **vettvangur** merkti upphaflega **vígvöllur** eða **bardagavöllur**. Í Orðsifjabók Ásgeirs Blöndal Magnússonar er fyrri orðhlutinn **vett-** talinn kominn af **vétt**, *bardagi, víg*, en sá síðari, **vangur**, merkti upphaflega: *völlur* eða *staður þar sem barist er*. Merkingin ætti því að vera gulltryggð.

Lifrarheiti

Mörg orðanna á lista Ágústs tengjast því merkilega líffæri sem **lifur** nefnist. Í Orðsifjabókinni er bent á að íslenska heitið sé líkt samsvarandi heitum í málum nágrannaþjóðanna (fær. *livur,* nýno. *liver*, sænska og danska *lever,* fornenska *lifer*). Læknisfræðilega heitið **hepar** er hins vegar komið úr grísku, en hið latneska heiti, **iecur**, ber nú ekki fyrir í fræðimáli lækna.

Í Líffæraheitunum (Orðabókarsjóður læknafélaganna 1995) má finna að lifrinni er skipt í fjóra misstóra hluta sem nefnast **blöð** (lobus dexter, sinister, quadratus og caudatus). Heitið **blað** (lobus) kemur þegar fyrir í Íslenskum læknisfræðiheitum Guðmundar Hannessonar frá 1954, en hefur átt nokkuð erfitt uppdráttar. Undirritaður er í hópi þeirra sem hafa að lokum getað sætt sig við það, enda aldrei getað fellt sig við heitið **lappi**, sem sumir aðrir vilja fremur nota. Samkvæmt Íslenskri orðabók Eddu merkir **lappi** *bót* eða *bréfsnepill*.

Lifrarblöðum má síðan skipta í **geira** (L. ft. segmenta) á sambærilegan hátt og lungnablöðum er skipt í **geira**. Í vefjafræðiheitunum kemur svo fyrir heitið **lifrarbleðill** (lobulus hepaticus). Í miðju hvers lifrarbleðils liggur **miðjubláæð** (vena centralis), en utanvert eru **portgöng** (canalis portalis) sem innihalda **portþrennu** (L. trias hepatica, E. portal triad), bláæð, slagæð og gallrás. **Bleðlar** (lobuli) koma einnig fyrir í vefjafræði briskirtils, brjósta, eistna, eistnalyppa, hóstarkirtils, nýrna og skjaldkirtils.

Lifrarsjúkdómar

Á lista Ágústs voru einnig samsettu heitin **hepatic fibrosis** og **hepatic cirrhosis**. Ekki er vafi á því að heitin **lifraraskorpnun** og **skorpulifur** hafa fengið fulla viðurkenningu. Því má eins tala um **gallskorpnun** (biliary cirrhosis) og **gallskorpulifur**. Heitið **lifrartrefjun** (hepatic fibrosis), sem er jafn lipurt, hefur hins vegar átt erfitt uppdráttar. Fleirtöluorðið **trefjar** (kvk) vísar, samkvæmt Íslenskri orðabók Eddu, til langra þráða af ýmsum toga (svo sem *basttrefjar*, *kókostrefjar*, *glertrefjar*, *kjöttrefjar*). Í þessu samhengi vísar það til bandvefstrefja í örvefnum sem kemur í stað þess starfsvefjar sem skemmst hefur við sjúkdóm í viðkomandi líffæri. Heitin **meðfædd lifrartrefjun** (congenital hepatic fibrosis) og **jaðarporttrefjun** (periportal fibrosis) virðast einnig lýsa vel því sem þar um ræðir og sama má segja um heitið **trefjandi gallrásabólga** (sclerosing cholangitis).

Lokun æðagúla

Sigurður E. Sigurðsson, svæfingarlæknir á FSA, sendi tölvupóst í vetur og viðraði hugmynd að nýju heiti, sem hann vill taka upp og nota í tengslum við sérstaka aðferð til að loka æðagúlum í heilaslagæðum. Áður hefur verið rætt um **stoðnet** (stent) sem setja má inn í æðar til að halda þeim opnum (sjá íðorðapistla 85-89). **Æðagúla** (L. ft. aneurysmata) má sömuleiðis nálgast innanfrá með því að þræða leggi að þeim eftir viðkomandi æðum. Hverjum gúl má síðan loka með því koma fyrir í honum hringuðum vír sem fyllir upp í hol hans og hvetur um leið til blóðstorku í gúlnum. Slíkur vír nefnist gjarnan **endovascular coil** á ensku. Sigurður stingur upp á að íslenska orðið **hnoðri** verði notað um vírspólu af þessu tagi og það að koma henni fyrir verði nefnt **að hnoðra**.

Coil

Samkvæmt orðabókum hefur enska nafnorðið **coil** verið þýtt með íslensku orðunum *spóla, kefli, vafningur, spírall* og jafnvel *gormur*. Uppruni orðsins er rakinn til latínu þar sem sögnin **colligere** táknar *að safna saman*. Það finnst aðeins í einu samsettu heiti í Íðorðasafni lækna og er þá þýtt sem **gormur**. Uppfletting í íðorðasöfnunum í Orðabanka Íslenskrar málstöðvar leiðir hins vegar í ljós að íslenska orðið **spóla** er þar oftast notað um **coil,** sérstaklega á það við um rafspólur þar sem vafningar eru mjög reglulegir. Í enskum orðabókum má sjá að nafnorðið **coil** er fyrst og fremst notað um reglulegan hring- eða gormlaga vafning.

Hnoðri

Undirritaður getur vel sætt sig við að sá búnaður sem Sigurður lýsir, **endovascular coil**, fái íslenska heitið **innæðahnoðri,** sem stytt verði í **hnoðri** þegar augljóst er hvað við er átt. Rétt er að minna á að **glomerulus renis** nefnist *nýrahnoðri, æðahnoðri nýra* eða *gaukull* í Íðorðasafni lækna. Undirritaður getur hins vegar ekki séð að sögnin **að hnoðra** sé nauðsynleg. Hnoðrinn er settur inn, hringaður inn, honum komið fyrir eða sleppt inn í gúlinn. Gaman væri að fá skoðanir annarra.

Jóhann Heiðar er læknir á Landspítala Hringbraut.

Heilbrigðisstofnun Suðurlands

Fæðingar- og kvensjúkdómalæknir

Laus er staða fæðingar- og kvensjúkdómalæknis við Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Selfossi.
Starfshlutfall er samningsatriði.
Á deildinni starfa tveir læknar og ætlunin er að styrkja starfsemi deildarinnar með ráðningu þessari.
Þátttaka í vöktum er því nauðsynleg. Fæðingar eru u.þ.b. 150 á ári og er starfið liður í að sinna þeim ásamt skurðstofu- og göngudeildarvinnu.
Umsóknarfrestur er t.o.m. 25 júlí.

Upplýsingar um stöðuna veita Óskar Reykdalsson lækningaforstjóri HSU í síma 868-1488 eða Jón B. Stefánsson yfirlæknir í síma 553-7067.

EFEXOR DEPOT NO6A X16 RB

Wyeth AB. Venlafaxín-hýdróklóríð, samsvarandi venlafaxín 37,5 mg, 75 mg eða 150 mg. Forðahylki, hart. **Ábendingar:** Þunglyndi (major depression), þar með talið bæði djúpt og alvarlegt innlægt þunglyndi (melancholia) og kvíðatengt þunglyndi. Almenn kvíðaröskun (GAD). Til að koma í veg fyrir bakslag þunglyndis eða til að koma í veg fyrir endurtekið þunglyndi. Félagsfælni. Felmtur með eða án víðáttufælni. **Skammtar og lyfjagjöf:** Efexor Depot ætti að taka með mat. Hylkin skal gleypa heil. Efexor Depot ætti að gefa einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. *Þunglyndi:* Ef þörf krefur, er hægt að auka skammtinn um 75 mg á dag á a.m.k. 4 daga fresti. Við miðlungs alvarlegu þunglyndi má títra skammta upp í 225 mg á dag og við alvarlegu þunglyndi er hámarksskammtur 375 mg á dag. *Almenn kvíðaröskun (GAD/Félagsfælni):* Hjá sjúklingum sem ekki sýna neina svörun við 75 mg upphafsskammti á dag, getur verið gagnlegt að auka skammta upp að hámarki 225 mg á dag. Skammta má auka með u.þ.b. 2 vikna millibili eða meira, en aldrei skemur en 4 daga fresti. *Felmtur:* Ráðlagður skammtur er 75 mg af Efexor Depot einu sinni á dag. Við upphaf meðferðar skal gefa 37,5 mg upphafsskammt á dag af Efexor Depot fyrstu 4 – 7 dagana, en auka síðan skammtinn upp í 75 mg einu sinni á dag. Hjá sjúklingum sem ekki sýna neina svörun við 75 mg skammti á dag, getur verið gagnlegt að auka skammta upp í að hámarki 225 mg á dag. Til að lengja losun venlafaxíns (extended-release) má auka skammta um 75 mg á dag með u.þ.b. 2 vikna millibili eða meira, en aldrei skemur en á 4 daga fresti. Þegar æskilegur árangur hefur náðst ætti að minnka skammtinn smám saman niður í minnsta viðhaldsskammt miðað við svörun og þol sjúklings (yfirleitt 75-150 mg/dag). Hjá öldruðum og sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma/háþrýsting ætti að auka skammtinn með varúð. Við meðferð sjúklinga með skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi er mælt með minni skömmtum. Ef kreatínínúthreinsun er 10-70 ml/mín. þarf að minnka skammt um 25-50%. Heildardagskammt af venlafaxíni þarf að minnka um 50% í blóðskilunarsjúklingum. Ekki má gefa venlafaxín fyrr en blóðskilun er lokið. Við meðal alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi ætti að minnka skammtinn um 50%. Ef um alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða kann að reynast nauðsynlegt að minnka skammtinn enn meir. Í slíkum tilvikum kann að vera nauðsynlegt að gefa Efexor töflur. Skammtar til að koma í veg fyrir bakslag eða endurtekið þunglyndi eru venjulega þeir sömu og notaðir eru við upphaflegu meðferðina. Hafa skal reglulegt eftirlit með sjúklingum til að hægt sé að meta árangur af langtímameðferð.Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 18 ára. Ekki er mælt með neinni skammtaaðlögun venlafaxíns vegna aldurs. Efexor depot forðahylki innihéldur kúlur, sem losa lyfið hægt út í meltingarfærin. Óuppleysanlegur hluti þessara kúlna skilst út og getur sést í hægðum. *Eftirlit með lyfjagjöf og skömmtum.* Meðferð ætti að halda áfram í a.m.k. þrjá mánuði (yfirleitt í sex mánuði) eftir að bata er náð. Þegar ætlunin er að hætta meðferð með Efexor Depot ætti að minnka skammt sjúklings smám saman í a.m.k. tvær vikur ef venlafaxín hefur verið notað í meira en 6 vikur að viðhafðri aðgát vegna hættu á bakslagi. Tíminn sem þarf til að minnka skammtinn getur verið háður skammtinum, lengd meðferðar og ástandi sjúklings. Haft skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. **Frábendingar:** Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóamínoxíðasahemlum. Ofnæmi fyrir venlafaxíni eða einhverjum hjálparefnanna. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Aldraðir (>65 ára). Sjúklingar með þekktan sjúkdóm í hjarta-æðakerfi eða heilaæðum, þ.m.t. meðhöndlaður háþrýstingur. Skert nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Krampa getur orðið vart við venlafaxín meðferð, nota ætti venlafaxín með varúð hjá sjúklingum með sögu um krampa. Þegar er skipt frá mónóamínoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóamínoxíðasahemils er mælt með 7 daga meðferðarhléi.Gera verður ráð fyrir hættu á sjálfsvígi hjá öllum sjúklingum sem haldnir eru þunglyndi og ávísa ætti minnsta skammti í upphafi til að draga úr hættu á ofskömmtun. Hætta á sjálfsvígi fylgir þunglyndi og kann að vera fyrir hendi þar til verulegur bati hefur náðst. Fylgjast þarf vel með hvort sjúklingum sem meðhöndlaðir eru með venlafaxín versnar og einnig hvort sjálfsvígshugsanir gera vart við sig, sérstaklega í upphafi meðferðar eða þegar einhverjar breytingar verða á skammtastærð eða skammtafyrirmælum.Venlafaxín kann hjá sumum sjúklingum að valda hækkuðum blóðþrýstingi (lagbilsþrýstingur hækkar um 10-30 mmHg). Mælt er með því að viðkomandi læknir fylgist með blóðþrýstingi við hverja heimsókn sjúklings. Hjá öldruðum og sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm ætti að fylgjast með blóðþrýstingi á hálfsmánaðar fresti í 4-6 vikur og eftir það við hverja heimsókn til viðkomandi læknis. Sjúklinga í langtímameðferð ætti að fræða um mikilvægi góðrar tannhirðu vegna þess að þurrkur í munni kann að valda aukinni hættu á tannskemmdum. Ekki hefur fengist reynsla af meðferð sjúklinga með geðklofa. Áhrif venlafaxíns á þunglyndi í geðhvarfasýki (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til geðhæðarfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfja á meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði og/eða óeðlileg seyting þvagtemprandi hormóns (Syndrome of Inappropriate Antidiuretic hormone (SIADH)) hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðlægðarlyfjum, m.a. serótónínupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun natríum í blóði af völdum Efexors, yfirleitt hjá öldruðum, sem hefur leitt til þess að hætt var við að gefa lyfið. Hraðari hjartsláttur getur komið fyrir, sérstaklega við töku hærri skammta. Varúðar ætti að gæta hjá sjúklingum þar sem undirliggjandi sjúkdómar gætu versnað með hraðari hjartslætti. Ljósopsstæring getur komið fyrir í tengslum við venlafaxín. Mælt er með að sjúklingar með hækkaðan augnþrýsting eða sjúklingar með hættu á þrönghornsgláku séu undir sérstöku eftirliti. Hættan á húð- og slímhúðarblæðingum getur aukist hjá sjúklingum sem taka venlafaxín. Nota ætti venlafaxín með varúð hjá sjúklingum sem eiga til að fá blæðingar á þessum stöðum.Öryggi og virkni venlafaxín meðferðar samhliða megrunarlyfjum hefur ekki verið könnuð. Ekki er mælt með samhliða töku venlafaxíns hýdróklóríðs og megrunarlyfja. Venlafaxín er ekki ætlað sem megrunarlyf, hvorki eitt og sér, né samtímis töku annarra efna. Í klínískri rannsókn þar sem venlafaxín var borið saman við lyfleysu, sást aukning á kólesteróli í blóði sem skipti máli hjá 5,3% sjúklinga sem fengu venlafaxín en 0,0% sjúklinga sem fengu lyfleysu í a.m.k. 3 mánuði. Íhuga ætti að mæla kólesteról í blóði við langtímameðferð.Í klínískri rannsókn hjá börnum, var aukning í skráningu á neikvæðum hugsunum og, sérstaklega þar sem um alvarlegt þunglyndi var að ræða, aukning á sjálfsmorðstengdum atvikum eins og sjálfsmorðshugsunum og sjálfskaða. Fráhvarfseinkenni sem fram koma þegar töku gedeyfðarlyfja er hætt eru vel þekkt. Því er mælt með að venlafaxín skammturinn verði smám saman minnkaður og fylgst verði vel með sjúklingnum. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af litíum, díazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP2D6 og í N-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP3A3/4. Vænta má eftirtalinna milliverkana þótt þær hafi ekki verið rannsakaðar sérstaklega *in vivo*. Samtímis meðferð með lyfjum, sem hamla CYP2D6, gæti valdið aukinni uppsöfnun venlafaxíns svipað því og búast má við í einstaklingi með hæg umbrot debrisokíns. Aðgát skal höfð þegar Efexor er gefið ásamt lyfjum svo sem kínidíni, paroxetíni (sjá fleiri dæmi í þessum kafla). Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrýtur ætti að gæta varúðar við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð plasmaþéttni þeirra gæti aukist. Búast má við mikilli uppsöfnun venlafaxíns ef einstaklingi með hæg umbrot CYP2D6 er gefinn CYP3A3/4 hemill á sama tíma. Því skyldi gæta varúðar við notkun Efexors samfara lyfjum sem hamla gegn CYP3A3/4 t.d. ketókónasóli. Segavarnaráhrif warfarins geta aukist hjá sjúklingum við það að taka venlafaxín samtímis.Rannsókn á lyfhrifum með gjöf halóperidóls hefur sýnt eftirfarandi niðurstöður fyrir halóperidól: 42% minnkun á heildarúthreinsun við inntöku (oral clearance), 70% aukning á AUC og 88% aukning á Cmax en engin breyting á helmingunartíma. Sýnt hefur verið fram á að címetidín kemur í veg fyrir umbrot venlafaxíns við fyrstu umferð í lifur við stöðugt ástand; címetidín hefur aftur á móti engin áhrif á lyfhrif O-desmethylvenlafaxíns. Talið er að heildarlyfhrif venlafaxíns og O-desmethylvenlafaxíns aukist aðeins í flestum sjúklingum. Í öldruðum og í sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi getur verið að þessi milliverkun sé greinilegri. Byggt á þekkingu á virkni venlafaxíns og möguleika á serótónín heilkenni, er mælt með varúð þegar venlafaxín er gefið samtímis öðrum lyfjum sem gætu haft áhrif á serótónin boðefnakerfið, svo sem triptan,og sértækir serótónín endurupptöku blokkarar. **Meðganga og brjóstagjöf:** *Meðganga:* Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa barnshafandi konum lyfið. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós minnkaða þyngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklega vegna eiturvirkni á móður. Þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli. Ef venlafaxín er gefið fram að fæðingu eða skömmu fyrir fæðingu, getur nýburinn orðið fyrir fráhvarfseinkennum. Nýburar sem hafa verið útsettir fyrir venlafaxín seint á þriðja hluta meðgöngu hafa fengið einkenni sem krefjast aðstoðar við öndun eða lengri sjúkrahúsdvalar. *Brjóstagjöf:* Venlafaxín og O-desmethylvenlafaxín skiljast út í móðurmjólk; því ætti að taka ákvörðun um það hvort halda skuli brjóstagjöf áfram eða hætta töku venlafaxíns. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Hugsanlegt er að meðferð með Efexor Depot kunni að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti að hafa í huga við aðstæður sem krefjast sérstakrar árvekni, t.d. við akstur. **Aukaverkanir:** Algengar (>1/100):*Almennar:* Þróttleysi, lystarleysi, höfuðverkur, kviðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdaraukning, svitaköst (einnig nætursviti), kláði, syfja, skjálfti.*Blóðrás:* Háþrýstingur, stöðubundinn lágþrýstingur, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartsláttarónot. *Miðtaugakerfi:* Rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað húðskyn, kvíði, aukinn vöðvasamdráttur, taugaóstyrkur. *Meltingafæri:* Ógleði, uppköst, minnkuð matarlyst, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Efnaskipti:Hækkun á kólesteróli í blóði (sérstaklega við langvarandi notkun og hugsanlega í stórum skömmtum). *Húð:* Sviti (þar með talinn næturSviti). *Þvag- og kynfæri:* Áhrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi, minnkuð þvaglát (aðallega erfiðleikar við losun (mostly hesitancy)). *Augu:* Sjónstillingartruflun, ljósopsstæring, sjóntruflanir. Sjaldgæfar (>1/1000, <1/100) *Almennar:* Bjúgur, eyrnasuð.*Blóð:* Flekkblæðing, blæðingar í slímhúð.*Blóðrás:* Lágþrýstingur, réttstöðuþrýstingsfall, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð, sljóleiki, vöðvakippir, æsingur. *Meltingarfæri:* Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, bragðbreytingar, tannagnístur,niðurgangur. *Húð:* Hárlos, útbrot, ofsakláði, aukið ljósnæmi. *Lifur:* Hækkuð lifrarensím í blóði, blóðnatríumlækkun. *Öndunarfæri:* Astmi. *Kyn- og þvagfæri:* Óeðlileg fullnæging (konur), miklar tíðablæðingar, þvagteppa. *Augu:* Tárubólga. Mjög sjaldgæfar (<1/1000) *Almennar:* Hálfdvali (stupor). *Blóð:* Lenging á blæðingartíma, blóðflagnafæð. *Blóðrás:* Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof af gráðu I). *Miðtaugakerfi:* Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun, illkynja sefunarheilkenni (NMS), serótónvirkt heilkenni (Serotonergic Syndrome). *Lifur:* Lifrarbólga, óeðlileg seyting þvagtemprandi hormóns (SIADH). Koma örsjaldan fyrir (<1/10 000) *Almennar:* Ofnæmislost. *Blóðrás:* QT lenging, sleglatif, sleglahraðsláttur (þar með talið torsade de pointes). *Meltingarfæri:* Brisbólga. *Blóð:* Blóðmein (þar með talið kyrningahrap, vanmyndunarblóðleysi, daufkyrningafæð og blóðfrumnafæð). *Efnaskipti:* Aukning í prólaktíni. *Stoðkerfi og stoðvefur:* Rákvöðvasundrun. *Miðtaugakerfi:* Æði, utanstrýtu einkenni (þar með talið truflað vöðvaspenna og hreyfingatregða), síðkomin hreyfitregða. *Öndunarfæri:* Fjölgun eósínófíla í lungum. *Húð:* Regnbogaroðasótt, Stevens Johnson heilkenni, kláði. Tilkynnt hefur verið um eftirfarandi einkenni þegar meðferð hefur verið hætt skyndilega: ólmhugur, kvíði, geðæsingur, taugaóstyrkur, rugl, svefnleysi og aðrar svefntruflanir, breyta, svefnhöfgi, náladofi, krampi, sundl, svimi, höfuðverkur, eyrnasuð, sviti, munnþurrkur, þyngdartap, niðurgangur, ógleði og uppköst. Meiri hluti þeirra einkenna sem koma fram þegar meðferð er hætt eru væg og ganga til baka án meðferðar. Í þunglyndi er ávallt erfitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um þunglyndi. Aukaverkanirnar ógleði og uppköst tengjast skammtastærð; stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Í klínískum rannsóknum á börnum og unglingum (6-17 ára) sáust almennt sömu aukaverkanir af venlafaxíni og hjá fullorðnum. Þó sást aukning í skráningu á neikvæðum hugsunum og, sérstaklega þar sem um alvarlegt þunglyndi var að ræða, aukning á sjálfsvígstengdum atvikum eins og sjálfsvígshugsunum og sjálfskaða. **Ofskömmtun:** Eftir markaðssetningu hefur aðallega verið tilkynnt um ofskömmtun venlafaxíns í tengslun við samhliða notkun alkóhóls og/eða annarra lyfa. *Eiturvirkni:* Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. *Einkenni:* Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur (gúls og slegils), hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, breytingar á hjartarafriti, ST/T-breytingar, lenging QT-bils, lenging QRS-bils. *Meðferð:* Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti; lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Þegar hætta er á ásvelgingu er ekki mælt með að framkalla uppköstum. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Ólíklegt er að þvinguð þvaglát, skilun, hreinsun blóðs með aðsogi og blóðskipti kom að gagni. Engin þekkt mótefni eru fyrir venlafaxíni. Sérlyfjaskrártexti: 17. mars 2006. **Pakkningar og verð í júní 2006:** Efexor Depot forðahylki **75 mg: 28 stk 5.016 kr., 98 stk. 13.918 kr., 100 stk 14.518 kr.** Efexor Depot 150 mg: **28 stk. 8.688 kr, 98 stk. 25.367 kr., 100 stk 25.679**

Wyeth

icepharma

Sérfræðingur í þvagfæraskurðlækningum

Staða sérfræðings í þvagfæraskurðlækningum á handlækningadeild Sjúkrahússins og heilsugæslustöðvarinnar á Akranesi er laus til umsóknar. Um er að ræða 40% starf sem er laust frá 1. september n.k. eða skv. nánara samkomulagi. Þátttaka í bakvöktum á handlækningadeild er hluti af starfinu
Umsóknum ber að skila á þar til gerðu eyðublaði sem fæst á skrifstofu landlæknis og á heimasíðu embættisins. Mikilvægt er að staðfest afrit fylgi af starfsvottorðum, vottorðum um próf og nám, leyfisveitingum og vísindaritgerðum. Nánari upplýsingar um starfið veitir Þórir Bergmundsson, lækningaforstjóri, sími 430 6000, *thorir.bergmundsson@sha.is* og Fritz Berndsen, yfirlæknir handlækningadeildar, *fritz.berndsen@sha.is*. Sími stofnunarinnar er 430 6000. Umsóknir sendist Guðjóni S. Brjánssyni, framkvæmdastjóra stofnunarinnar, Merkigerði 9, 300 Akranes fyrir 20. júlí 2006.

Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi (SHA) skiptist í **sjúkrasvið** og **heilsugæslusvið**. Á **sjúkrasviði** er starfrækt fjölgreinasjúkrahús með örugga vaktþjónustu allan sólarhringinn árið um kring. Sjúkrahúsið veitir almenna og á vissum sviðum sérhæfða sjúkrahúsþjónustu á lyflækningadeild, handlækningadeild, fæðingar- og kvensjúkdómadeild, hjúkrunar- og endurhæfingadeild og á vel búnum stoðdeildum þar sem höfuð áhersla er lögð á þjónustu við íbúa Vestur- og Suðvesturlands. Jafnframt er vaxandi árhersla lögð á þjónustu við íbúa höfuðborgarsvæðisins. Á **heilsugæslusviði** er veitt almenn heilsugæsluþjónusta fyrir íbúa í heilsugæsluumdæmi Akraness með forystuhlutverk varðandi almenna heilsuvernd og forvarnarstarf. SHA tekur þátt í menntun heilbrigðisstétta í samvinnu við Háskóla Íslands og aðrar menntastofnanir. Starfsmenn stofnunarinnar eru um 240 talsins. Sjá nánar heimasíðu *www.sha.is*

Tvær stöður lækna

Lausar eru til umsóknar tvær stöður lækna

Önnur staðan er á lungnasviði. Þar fer fram endurhæfing fólks með langvinna lungnateppu og aðra langvinna lungnasjúkdóma. Hin staðan er á verkja- og gigtarsviðum. Þar fer fram endurhæfing fólks með gigtsjúkdóma og langvinna verki.

Stöðurnar eru lausar nú þegar. Við erum til viðræðu um lengd ráðningartímabilsins.

Umsóknarfrestur er til 15. ágúst. Umsóknir berist til Hjördísar Jónsdóttur, lækningaforstjóra, *hjordisj@reykjalundur.is*. Upplýsingar um störfin veita einnig Magdalena Ásgeirsdóttir settur yfirlæknir á lungnasviði, *magdalena@reykjalundur.is* Magnús Ólason yfirlæknir verkjasviðs, *magnuso@reykjalundur.is* og Ingólfur Kristjánsson yfirlæknir gigtarsviðs, *ingolfurk@reykjalundur.is*

Reykjalundur, endurhæfingarmiðstöð SÍBS, 270 Mosfellsbær, sími: 585 2000, *www.reykjalundur.is*

Reykjalundur er einkastofnun í eigu SÍBS með þjónustusamning við Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Starfsemin byggir á hugmyndafræði endurhæfingar og er markmið hennar að bæta færni, virkni og þátttöku sjúklinga í daglegu lífi og bæta lífsgæði. Á Reykjalundi starfa 15 sérfræðingar í endurhæfingu, lungnalækningum, geðlækningum, taugalækningum, heimilislækningum og klínískri erfðarfræði. Þar starfa auk þess m.a. félagsráðgjafar, hjúkrunarfræðingar, iðjuþjálfar, sálfræðingar, sjúkraþjálfarar, heilsuþjálfar og talmeinafræðingur. Veitt er meðferð á níu meðferðarsviðum.Teymisvinna er undirstaða starfseminnar.

Bein leið...



Vesicare® (solifenacin) - bætir öll einkenni ofvirkrar þvagblöðru

- **Þolanleiki**
  89% sjúklinga á Vesicare® fá engan munnþurrk[1]
- **Lífgæði**
  9 af 10 gildum lífsgæða aukast marktækt hjá sjúklingum[2] á Vesicare® meðferð
- **Viðvarandi árangur**
  60% sjúklinga með þvagleka eru þurrir eftir 1 árs Vesicare® meðferð[3]

astellas

Vistor hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ

Vesicare® (solifenacin)
Bráður bati og viðvarandi árangur

Heimildir: 1. Vesicare®: Samantekt á eiginleikum lyfs (SPC) 2. Kelleher CJ et al. BJU International 2005: 95 og 81-85 3. Haab F et al. Eur Urol 47 (2005): 376-384

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**
Félag ungra lækna: **unglaeknar.is**
Félag íslenskra barnalækna:
www.barnalaeknar.is
Íslenska bæklunarlæknafélagið:
www.iceort.org
Félag kvenna í læknastétt á Íslandi:
www.fkli.is
FÍLÍN: **www.vefur.is/filin**
FÍLUS: **http://filus.icemed.is**
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið:
www.stjr.is/htr
Landlæknisembættið: **www.landlaeknir.is**
Tryggingastofnun Íslands: **www.tr.is**
Lyfjastofnun: **www.lyfjastofnun.is**
Nordiska hälsovårdshögskolan:
www.nhv.se
Krabbameinsfélag Íslands:
www.krabb.is
Landspítali: **www.landspitali.is**
Ráðstefnur á netinu: **www.docguide.com**
Golfklúbbur lækna: **www.come.to/doctorgolf**
Medscape-vefrit um læknisfræði: **www.medscape.com**
Norska læknafélagið:
www.legeforeningen.no
Danska læknablaðið: **www.ugeskriftet.dk**
Norska læknablaðið: **www.tidsskriftet.no**
Sænska læknablaðið: **www.lakartidningen.se**
Norræna kóðunarmiðstöðin:
www.nordclass.uu.se
World Organization of Family Doctors:
www.GlobalFamilyDoctor.com

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. janúar 2006**	98,36
Eining fyrir sjálfstætt starfandi heimilislækna	**frá 1. janúar 2006**	72,80
Sérfræðieining fyrir klínískar greinar sem sömdu 2004	**frá 1. janúar 2006**	220

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2006	277.293
A liður 2	frá 1. janúar 2006	242.496
B liður	frá 1. janúar 2006	445.734
D liður 1-6	frá 1. janúar 2006	285
D liður 7-8	frá 1. janúar 2006	570

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222

Kílómetragjald frá 1. MAÍ 2006
Almennt gjald 64,50
Sérstakt gjald (utan malbiks + 15%) 74,00

Dagpeningar frá 1. október 2005
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	14.300
Gisting í eina nótt	8.300
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	6.000
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	3.000

Dagpeningar frá 1. júní 2005

	SDR		
	Gisting	Annað	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

Hefurðu farið á netið í dag?
leaknabladid.is

Viagra, Pfizer TÖFLUR; G 04 B E 03, R 0
Hver tafla inniheldur Sildenafilum INN, sítrat, samsvarandi Sildenafilum INN 25 mg, 50 mg eða 100 mg. **Ábendingar:** Til meðferðar við ristruflunum (erectile dysfunction), en það er þegar stinning getnaðarlims næst ekki eða helst ekki nægilega lengi til að viðkomandi geti haft samfarir á viðunandi hátt. Til þess að lyfið verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ætlað til inntöku. ***Fullorðnir:*** Ráðlagður skammtur er 50 mg sem tekinn er eftir þörfum um það bil 1 klst. fyrir samfarir. Með hliðsjón af verkun og þoli má auka skammtinn í 100 mg eða minnka hann í 25 mg. Hámarksskammtur sem mælt er með er 100 mg. Hámarksskammtatíðni sem mælt er með er einu sinni á sólarhring. Sé lyfið tekið inn með mat getur það seinkað verkun lyfsins miðað við töku þess á fastandi maga. ***Sjúklingar með vægt skerta nýrnastarfsemi:*** Leiðbeiningar um skammta undir yfirskriftinni "***Fullorðnir***" eiga einnig við sjúklinga með væga til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun = 30-80 ml/mín.). ***Aldraðir, sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi eða skerta lifrarstarfsemi:*** Þar sem úthreinsun sildenafils er hægari hjá framangreindum sjúklingahópum, skal gefa öldruðum 25 mg byrjunarskammt og mælt er með sama skammti fyrir sjúklinga með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Með hliðsjón af verkun og þoli má auka skammt í 50 mg eða 100 mg. ***Notkun handa börnum:*** Lyfið er ekki ætlað einstaklingum yngri en 18 ára. ***Sjúklingar, sem nota önnur lyf:*** Mælt er með að gefa sjúklingum, sem eru samtímis meðhöndlaðir með CYP3A4 hemlum öðrum en ritónavíri, 25 mg upphafsskammt. Sjá einnig kaflana „Varnaðarorð og varúðarreglur" og „Milliverkanir". **Frábendingar:** Í samræmi við þekkt áhrif sildenafils á köfnunarefnisoxíð/hringlaga gvanósíneinfosfat (cGMP))-efnaferilinn hefur verið sýnt fram á að það eykur lágþrýstingsvaldandi áhrif nítrata og má því ekki nota það samtímis efnum sem gefa frá sér köfnunarefnisoxíð (svo sem amýlnítrít) og hvers konar nítrötum. Lyf til meðferðar á óviðunandi stinningu getnaðarlims, þar með talið sildenafil, á ekki að gefa körlum sem ráðið er frá því að stunda kynlíf (t.d. sjúklingar með alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma eins og hvikula hjartaöng eða alvarlega hjartabilun). Ofnæmi fyrir hinu virka innihaldsefni lyfsins eða einhverju hjálparefnanna. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Kanna skal sjúkdómssögu og rannsókn gerð til greiningar á hvort um ristruflanir sé að ræða og ganga úr skugga um hugsanlega undirliggjandi orsök áður en ákvörðun er tekin um notkun lyfsins. Áður en einhver meðferð við ristruflunum hefst skal læknirinn rannsaka ástand hjarta- og æðakerfis sjúklingsins þar sem nokkur áhætta er fyrir hendi hvað varðar hjartað í tengslum við samfarir. Sildenafil hefur æðaútvíkkandi eiginleika, sem valda vægri og tímabundinni lækkun blóðþrýstings (sjá „Lyfhrif"). Læknirinn skal íhuga vandlega áður en sildenafili er ávísað, hvort sjúklingur með ákveðna undirliggjandi sjúkdóma gæti fengið aukaverkanir vegna slíkra æðaútvíkkandi áhrifa, einkum í tengslum við samfarir. Sjúklingar, sem eru í aukinni hættu vegna æðaútvíkkandi áhrifa eru m.a. þeir sem eru með útflæðisteppu í vinstra slegli (t.d. ósæðarþrengsli, hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun) eða þeir sem eru með mjög sjaldgæf heilkenni fjölþættra visnunar æðakerfis sem einkennist af alvarlega skertri sjálfstjórn á blóðþrýstingi. Viagra eykur blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata (sjá „Frábendingar"). Eftir markaðssetningu hefur, í tengslum við notkun lyfsins, verið greint frá alvarlegum hjarta- og æðaáföllum, þar á meðal kransæðastíflu, hvikulli hjartaöng (angina pectoris intermediate syndrome), skyndilegum hjartadauða, sleglatakttruflunum, heilablæðingu, skammvinnum heilaeinkennum vegna blóðþurrðar (transient ischemic attack), háþrýstingi og lágþrýstingi. Flestir þessara sjúklinga, en þó ekki allir, voru fyrir í hættu með að fá hjarta- eða æðaáfall. Mörg þeirra tilvika sem greint var frá áttu sér stað meðan á samförum stóð eða fljótlega að þeim loknum og nokkur tilvikanna áttu sér stað skömmu eftir inntöku lyfsins án þess að samfarir ættu sér stað. Ekki er unnt að kveða upp úr með það hvort þessi atvik tengjast þessum þáttum beint, eða öðrum þáttum. Gæta skal varúðar við notkun lyfja við ristruflunum, þar með talið sildenafil, hjá sjúklingum með vanskapaðan getnaðarlim (t.d. vinkilbeygðan lim, bandvefshersli í getnaðarlim (cavernous fibrosis) eða Peyronies-sjúkdóm) eða hjá sjúklingum sem haldnir eru sjúkdómum sem geta valdið standpínu (t.d. sigðfrumublóðleysi, mergæxli (multiple myeloma) eða hvítblæði). Öryggi og verkun af notkun sildenafils samtímis meðhöndlun með öðrum lyfjum við ristruflunum hefur ekki verið rannsökuð. Samtímis meðferð er því ekki ráðlögð. Ekki er mælt með samtímis notkun sildenafils og ritónavírs (sjá „Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir"). Rannsóknir *in vitro* benda til þess, að sildenafil auki verkun nítróprússíðs gegn samloðun blóðflagna í mönnum. Engar upplýsingar liggja fyrir um öryggi við notkun sildenafils hjá sjúklingum með blæðingasjúkdóma eða virkt ætissár. Sildenafil skal því aðeins gefið þessum sjúklingum eftir ítarlegt mat á kostum þess gegn áhættu. **Milliverkanir við lyf eða annað:** ***In vitro rannsóknir:*** Umbrot sildenafils verða fyrst og fremst fyrir áhrif cýtókróm P450 (CYP) ísóenzýma 3A4 (að mestu leyti) og 2C9 (í minna mæli). Því geta hemlar þessara ísóenzýma dregið úr úthreinsun sildenafils. ***In vivo rannsóknir:*** Mat á lyfjahvörfum hjá mönnum, sem byggt er á gögnum úr klínískum rannsóknum, bendir til þess að úthreinsun sildenafils minnki séu CYP3A4 hemlar gefnir samtímis (eins og t.d. ketókónazól, erýtrómýsín og cimetidín). Enda þótt tíðni aukaverkana hjá þessum sjúklingum hafi ekki aukist þegar sildenafil var gefið samtímis er ráðlegt að nota 25 mg skammt í upphafi. Við samtímis gjöf HIV próteasahemilsins ritónavírs, sem er mjög öflugur P450 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (500 mg tvisvar sinnum á dag) og eins skammts af sildenafili (100 mg) varð 300% (ferföld) hækkun á C_{max} sildenafils og 1000% (ellefuföld) hækkun á AUC sildenafils í blóði. Eftir 24 klst. voru blóðgildi sildenafils enn u.þ.b. 200 ng/ml, en þegar sildenafil var gefið eitt sér voru blóðgildi þess u.þ.b. 5 ng/ml. Þetta er í samræmi við þá umtalsverðu verkun, sem ritónavír hefur á fjöldann allan af P450 ensímhvarfefnum (substrates). Sildenafil hafði engin áhrif á lyfjahvörf ritónavírs. Með hliðsjón af niðurstöðum úr þessum lyfjahvarfarannsóknum á heildarskammtur sildenafils ekki að fara yfir 25 mg á 48 klst. tímabili. Við samtímis gjöf HIV próteasahemilsins sakvínavírs, sem er CYP3A4 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (1200 mg þrisvar sinnum á dag) og eins skammts af sildenafili (100 mg) varð 140% hækkun á C_{max} sildenafils og 210% hækkun á AUC sildenafils í blóði. Sildenafil hafði engin áhrif á lyfjahvörf sakvínavírs . Öflugri CYP3A4 hemlar eins og ketókónazól og ítrakónazól eru taldir hafa meiri áhrif. Eftir inntöku eins 100 mg skammts af sildenafili með erýtrómýcíni, sem er sértækur CYP3A4 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (500 mg tvisvar sinnum á dag) í 5 daga) varð 182% hækkun á aðgengi sildenafils (AUC). Hjá venjulegum heilbrigðum körlum, sem voru sjálfboðaliðar, komu engar vísbendingar í ljós um að azitrómýcín (500 mg daglega í þrjá daga) hefði áhrif AUC, C_{max}, t_{max}, stuðul útskilnaðarhraða né heldur í kjölfar þess á helmingunartíma sildenafils eða þess umbrotsefnis, sem mest er af í blóði. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli címetidín (800 mg), sem er cýtókróm P450 hemill og ósértækur hvað varðar CYP3A4, 56% aukningu á blóðþéttni sildenafils þegar það var gefið samtímis sildenafili (50 mg). Greipaldinsafi, sem er vægur hemill á CYP3A4 umbrot í þarmavegg, getur valdið lítils háttar aukningu á blóðþéttni sildenafils. Taka eins skammts af sýrubindandi lyfi (magnesíumhýdroxíð / álhýdroxíð) hafði ekki áhrif á aðgengi sildenafils. Enda þótt sérstakar rannsóknir hafi ekki verið gerðar á milliverkunum við öll lyf, kom í ljós við mat á lyfjahvörfum, að samtímis notkun eftirtalinna lyfja hafði ekki áhrif á lyfjahvörf sildenafils: CYP2C9 hemlar (eins og tólbútamíð, warfarin og fenýtóín), CYP2D6 hemlar (eins og sértækir serótónín endurupptöku hemlar og þríhringlaga geðdeyfðarlyf), tíazíð og skyld þvagræsilyf, mikilvirk (loop-) og kalíumsparandi þvagræsilyf, ACE-hemlar, kalsíumgangalokar, beta-hemlar eða lyf sem örva CYP450 umbrot (eins og rífampicín, barbítúröt). **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið er ekki ætlað konum. **Akstur og stjórnun annarra véla:** Þar sem skýrt hefur verið frá svima og breytingu á sjón í klínískum rannsóknum á sildenafili eiga sjúklingar að ganga úr skugga um hvaða áhrif lyfið hefur á þá áður en þeir aka bifreið eða stjórna vinnuvélum. **Aukaverkanir:** Skýrt hefur verið frá eftirtöldum aukaverkunum (tíðni >1%) hjá sjúklingum sem hafa verið meðhöndlaðir með ráðlögðum skömmtum í klínískum rannsóknum: *Hjarta og æðakerfi:* Höfuðverkur (12,8%), roði/hitasteypur (10,4%), svimi (1,2%). *Meltingarfæri:* Meltingartruflanir (4,6%). *Öndunarfæri:* Nefstífla (1,1%). *Skynfæri:* Sjóntruflanir (1,9%; vægar og tímabundnar, einkum truflun á litaskyni, en einnig aukið ljósnæmi eða þokusýn). Í rannsóknum þar sem notaðir voru fastir (fixed) skammtar voru meltingartruflanir (12%) og sjóntruflanir (11%) algengari þegar notaðir voru 100 mg skammtar en þegar minni skammtar voru notaðir. Einnig hefur verið skýrt frá vöðvaverkjum þegar sildenafil hefur verið notað örar en ráðlagt er. Aukaverkanirnar voru vægar eða í meðallagi, en urðu tíðari og alvarlegri með auknum skammti. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá eftirtöldum aukaverkunum: *Almennar:* Ofnæmi (þ.m.t húðútbrot). *Hjarta og æðakerfi:* Í tengslum við notkun Viagra hefur verið greint frá alvarlegum hjarta- og æðaáföllum, þar á meðal kransæðastíflu, hvikulli hjartaöng (angina pectoris intermediate syndrome), skyndilegum hjartadauða, sleglatakttruflunum, heilablæðingu, skammvinnum heilaeinkennum vegna blóðþurrðar (transient ischemic attack), háþrýstingi, lágþrýstingi, yfirliði og hraðtakti. Í örfáum tilvikum hefur verið greint frá lágþrýstingi við samtímis notkun sildenafils og alfa-hemla. *Þvag- og kynfæri:* Langvarandi stinning getnaðarlims og/eða standpínu. *Skynfæri:* Augnóþægindi: Greint hefur verið frá augnverkjum og rauðum augum/blóðhlaupnum augum. **Pakkningar og verð 1. september 2005: Töflur 25 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 3.868 kr.; **Töflur 50 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 4.261 kr; 12 stk. (þynnupakkað), 10.876 kr.; **Töflur 100 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 5.009 kr.; 12 stk. (þynnupakkað), 12.584 kr.
Nánari upplýsingar um lyfið er að finna í Sérlyfjaskrá og á lyfjastofnun.is. Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0.
Einkaumboð á Íslandi: Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.
Heimild: 1) Sadowsky et al, International Journal of Clinical Practice, mars 2001. Vol. 55 nr. 2.

Seroxat
GlaxoSmithKline
TÖFLUR; N 06 A B 05 **R B**
Hver tafla inniheldur: Paroxetinum INN, klóríð, hemihydric. 22,8 mg, samsvarandi Paroxetinum INN 20 mg. Töflurnar innihalda litarefnið títantvíoxíð (E171).
Ábendingar: Þunglyndi (ICD-10: Meðalalvarleg til alvarleg þunglyndisköst). Þráhyggju- og/eða árátusýki. Felmtursköst (panic disorder). Félagslegur ótti/félagsleg fælni. Almenn kvíðaröskun. Áfallastreituröskun.
Skammtar og lyfjagjöf:
Fullorðnir:
Þunglyndi: Mælt er með 20 mg á dag sem upphafsskammti, sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Öldruðum skal ekki gefinn stærri skammtur en 40 mg á dag.
Þráhyggju-árátt usýki: Mælt er með 40 mg skammti á dag, en hefja skal meðferð með 20 mg á dag. Auka má skammt í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings.
Felmtursköst: Mælt er með 40 mg skammti á dag, en hefja skal meðferð með 10 mg á dag. Auka má skammt í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings.
Félagslegur ótti/félagsleg fælni: Mælt er með 20 mg skammti á dag, sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Skammtur er aukinn um 10 mg hverju sinni eftir þörfum.
Almenn kvíðaröskun: Mælt er með 20 mg skammti á dag. Auka má skammtinn um 10 mg hverju sinni, hjá þeim sjúklingum sem svara ekki 20 mg skammti, að hámarki 50 mg á dag háð svörun sjúklings.
Áfallastreituröskun: Mælt er með 20 mg skammti á dag. Auka má skammtinn um 10 mg hverju sinni, hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 20 mg skammti, að hámarki 50 mg á dag háð svörun sjúklings.
Börn: Lyfið er ekki ætlað börnum.
Frábendingar: Þekkt ofnæmi fyrir paroxetini eða öðrum innihaldsefnum lyfsins.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Paroxetin á ekki að gefa sjúklingum samtímis MAO-hemlum og ekki fyrr en 2 vikum eftir að gjöf MAO-hemla hefur verið hætt. Eftir það skal hefja meðferð varlega og auka skammta smám saman þar til æskileg svörun næst. Ekki skal hefja meðferð með MAO-hemlum innan tveggja vikna eftir að meðferð með paroxetini hefur verið hætt. Hjá sjúklingum sem þegar eru á meðferð með róandi lyfjum skal gæta varúðar við gjöf paroxetíns, eins og annarra sérhæfðra serótónín endurupptökuhemla (SSRI lyfja), þar sem við samtímis notkun þessara lyfja hefur verið greint frá einkennum sem gætu verið vísbending um illkynja sefunarheilkenni. Eins og við á um önnur geðdeyfðarlyf skal gæta varúðar við notkun paroxetíns hjá sjúklingum sem þjást af oflæti. Sjálfsmorðshætta er mikil þegar um þunglyndi er að ræða og getur hún haldist þótt batamerki sjáist. Því þarf að fylgjast vel með sjúklingum í byrjun meðferðar. Við meðferð á þunglyndistímabilum sjúklinga með geðklofa geta geðveikieinkenni versnað. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki (manic-depressive sjúkdóm), getur sjúkdómurinn sveiflast yfir í oflætisfasann (maníu). Gæta skal almennrar varúðar við meðhöndlun þunglyndis hjá sjúklingum með hjartasjúkdóma. Nota skal paroxetín með varúð hjá sjúklingum með flogaveiki.Við alvarlega skerta lifrar- og/eða nýrnastarfsemi skal nota lægstu skammta sem mælt er með. Einstaka sinnum hefur verið greint frá lækkun natríums í blóði, aðallega hjá öldruðum. Lækkunin gengur yfirleitt til baka þegar notkun paroxetíns er hætt. Mælt er með því að dregið sé úr notkun smám saman þegar hætta á notkun lyfsins.
Gláka: Eins og aðrir sérhæfir serótónín viðtakahemlar (SSRI) veldur paroxetín einstaka sinnum útvíkkun sjáaldra og skal því nota það með varúð hjá sjúklingum með þrönghornsgláku.
Einungis takmörkuð klínísk reynsla er af samtímis meðferð með paroxetíni og raflosti.
Milliverkanir: Vegna hamlandi áhrifa paroxetíns á cýtókróm P450 kerfið í lifrinni (P450 II D6) getur það hægt á umbroti lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms, t.d. sumra þríhringlaga geðdeyfðarlyfja (imipramíns, desipramíns, amitriptýlíns, nortriptýlíns), sterkra geðlyfja af flokki fenótíazína (t.d. perfenazíns og tíoríðazíns) auk lyfja við hjartslättartruflunum í flokki 1C (t.d. flekaníðs og própafenóns).
Í rannsókn á milliverkunum *in-vivo* þar sem gefin voru samtímis (við stöðuga þéttni) paroxetín og terfenadín (enzýmhvarfefni fyrir cýtókróm CYP3A4) komu engin áhrif af paroxetíni fram á lyfjahvörf terfenadíns. Ekki er talið að samtímis notkun paroxetíns og annarra efna, sem eru enzýmhvarfefni fyrir CYP3A4, hafi neina hættu í för með sér.
Ekki er talið nauðsynlegt að breyta upphafsskömmtun þegar gefa á lyfið samhliða lyfjum sem eru þekkt fyrir að örva ensímumbrot (t.d. karbamazepín, natríumvalpróat). Allar síðari skammtabreytingar skal miða við klínísk áhrif (þol og virkni).
Samtímis notkun címetidíns og paroxetíns getur aukið aðgengi paroxetíns.
Dagleg gjöf paroxetíns eykur blóðvökvaþéttni prócýklidíns marktækt; önnur andkólínvirk lyf gætu orðið fyrir svipuðum áhrifum. Lækka skal skammta prócýklidíns ef vart verður andkólínvirkra áhrifa. Eins og við á um aðra sérhæfða serótónín endurupptökuhemla getur samtímis notkun paroxetíns og serótóninvirkra efna (t.d. MAO-hemla, L-tryptófans) leitt til 5HTtengdra verkana (Serótóninvirk heilkenni; sjá kafla 4.8). Áhætta við notkun paroxetíns með öðrum efnum sem verka á miðtaugakerfið hefur ekki verið metin kerfisbundið. Ber því að gæta varúðar ef naudsynlega þarf að gefa þessi lyf samtímis.Gæta skal varúðar hjá sjúklingum á samhliða meðferð með paroxetíni og litium vegna takmarkaðrar reynslu hjá sjúklingum. Gæta skal varúðar við samtímis notkun paroxetíns og alkóhóls.
Meðganga og brjóstagjöf: Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins á meðgöngu og lyfið skilst út í brjóstamjólk og á því ekki að nota það samhliða brjóstagjöf.
Akstur: Sjá kafla um aukaverkanir.
Aukaverkanir:
Algengar (>1%):
Meltingarfæri: Ógleði, niðurgangur, munnþurrkur, minnkuð matarlyst, meltingartruflanir, hægðatregða, uppköst, truflanir á bragðskyni, vindgangur.
Miðtaugakerfi: Svefnhöfgi, þróttleysi, seinkun á sáðláti, brenglun á kynlífsstarfsemi, skjálfti, svimi, æsingur, vöðvatitringur, taugaveiklun.
Þvag- og kynfæri: Þvaglátatruflanir.
Augu: Þokusýn.
Húð: Aukin svitamyndun.
Sjaldgæfar (<1%):
Almennar: Bjúgur (á útlimum og í andliti), þorsti.
Miðtaugakerfi: Vægt oflæti/oflæti, tilfinningasveiflur.
Hjarta- og æðakerfi: Gúlshraðsláttur (sinus trachycardia).
Mjög sjaldgæfar(<0,1%)
Almennar: Serótóninvirkt heilkenni.
Blóð: Óeðlilegar blæðingar (aðallega blóðhlaup í húð (ecchymosis) og purpuri) hafa einstaka sinnum verið skráðar, blóðflagnafæð.
Miðtaugakerfi: Rugl, krampar.
Innkirtlar: Einkenni lík ofmyndun prólaktíns, mjólkurflæði.
Húð: Ljósnæmi.
Lifur: Tímabundin hækkun á lifrarenzýmum.
Taugakerfi: Extrapýramidal einkenni.
Augu: Bráð gláka.
Tímabundið of lágt gildi natríums í blóði (gæti verið í tengslum við óeðlilega seytrun ADH), einkum hjá eldri sjúklingum. Tímabundin hækkun eða lækkun á blóðþrýstingi hefur verið skráð við paroxetínmeðferð, oftast hjá sjúklingum sem eru fyrir með of háan blóðþrýsting eða kvíða. Alvarleg áhrif á lifur koma stöku sinnum fyrir og skal þá meðferð hætt. Sé sjúklingur tekinn snögglega af meðferð geta komið fram aukaverkanir eins og svimi, geðsveiflur, svefntruflanir, kvíði, æsingur, ógleði og svitakóst. Fái sjúklingur krampa skal strax hætta meðferð.
Ofskömmtun: Þær upplýsingar sem til eru um ofskömmtun paroxetíns hafa sýnt að öryggismörk þess eru við. Greint hefur verið frá uppköstum, útvíkkun sjáaldra, sótthita, breytingum á blóðþrýstingi, höfuðverki, ósjálfráðum vöðvasamdrætti, óróseми, kvíða og hraðtakti við ofskömmtun paroxetíns auk þeirra einkenna sem greint er frá í kaflanum „Aukaverkanir". Sjúklingar hafa almennt náð sér án alvarlegra afleiðinga, jafnvel þegar skammtar allt að 2000 mg hafa verið teknir í einu. Óðru hverju hefur verið greint frá dái eða breytingum á hjartallnuriti og örsjaldan frá dauðsföllum, yfirleitt þegar paroxetín hefur verið tekið í tengslum við önnur geðlyf með eða án alkóhóls. Ekkert sértækt mótefni er þekkt.
Meðferðin skal vera samkvæmt almennum reglum um meðferð við ofskömmtun á þunglyndislyfjum. Þar sem við á skal tæma magann annað hvort með því að framkalla uppköst eða magaskolun eða hvort tveggja. Í kjölfar magatæminga má gefa 20 til 30 g af virkum lyfjakolum á 4 til 6 klst. fresti fyrsta sólarhringinn eftir inntöku. Veita skal stuðningsmeðferð með tíðu eftirliti lífsmarka og ítarlegum athugunum.
Lyfhrif: Lækninageley verkun paroxetíns næst við sértæka hömlun á endurupptöku serótóníns. Paroxetín hemur ekki endurupptöku annarra taugaboðefna. Séreinkenni þess eru að það hefur nánast enga andkólínvirka, andhistamínvirka og andadrenvirka eiginleika. Paroxetín hemur ekki mónóamínoxídasa. Áhrif á hjarta- og æðakerfi og blóðrás eru minni og færri samanborið við þríhringlaga geðdeyfðarlyfin klómipramín og imipramín.
Lyfjahvörf: Frásogast að fullu frá meltingarvegi óháð því hvort fæðu er neytt samtímis. Umbrotnar töluvert við fyrstu umferð um lifur. Hámarksþéttni í blóði næst eftir um 6 klst. Við endurtekna inntöku næst stöðug þéttni innan 1-2 vikna. Dreifingarrúmmál er um 10 l/kg. Próteinbinding er um 95%. Umbrotnar í óvirk umbrotsefni, sem skiljast út með þvagi og hægðum. Ekki hefur með vissu verið sýnt fram á samband milli blóðþéttni og klínískrar verkunar lyfsins. Helmingunartími í plasma er um 24 klst.
Útlit: Hvítar, sporöskjulaga, kúptar töflur, með deiliskoru á annarri hliðinni og merktar Seroxat 20 á hinni.
Pakkningar og verð 1. janúar 2005: 20 stk. (þynnupakkað) verð 2.456 kr.; 60 stk. (þynnupakkað) verð 6.132 kr.; 100 stk. (þynnupakkað) verð 9.300kr.; mixtúra 150 ml, 2mg/ml verð 3.749 kr.
Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.

CIALIS. Lilly ICOS Limited. CIALIS (tadalafil) filmuhúðaðar töflur: 10 mg, 20 mg. G04BE08
Ábendingar: Til meðferðar við ristruflunum. Til þess að CIALIS verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. CIALIS er ekki ætlað konum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. **Fullorðnir karlar:** Ráðlagður skammtur er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Þeir sjúklingar sem ekki fá viðunandi verkun af tadalafil 10 mg, geta reynt að taka 20 mg. Taka skal lyfið minnst 30 mínútum fyrir samfarir. Hámarksskammtatíðni er einu sinni á sólarhring. Samfelld dagleg notkun lyfsins er alls ekki ráðlögð, þar sem langtíma rannsóknir á öryggi daglegra skammta hafa ekki verið framkvæmdar og einnig vegna þess að verkun tadalafils varir venjulega lengur en í einn sólarhring. **Aldraðir karlar:** Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir aldraða sjúklinga. **Karlar með skerta nýrnastarfsemi:** Ekki er þörf á skammtabreytingu fyrir sjúklinga með væga til miðlungs skerta nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með mikið skerta nýrnastarfsemi eru 10 mg hæsti ráðlagður skammtur. **Karlar með skerta lifrarstarfsemi:** Ráðlagður skammtur af CIALIS er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Takmarkaðar klínískar upplýsingar liggja fyrir um öryggi CIALIS fyrir sjúklinga með mikið skerta lifrarstarfsemi (Child-Pluch Class C); ef lyfinu er ávísað skal læknirinn meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu áður en lyfinu er ávísað. Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar um notkun stærri skammta af tadalafil en 10 mg hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. **Karlar með sykursýki:** Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir sjúklinga með sykursýki. **Börn og unglingar:** CIALIS skal ekki gefið einstaklingum yngri en 18 ára. **Frábendingar:** Tadalafil jók blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata í klínískum rannsóknum. Talið er að það stafi af samanlögðum áhrifum nítrata og tadalafils á nítur oxíð/cGMP ferilinn. Þess vegna má ekki nota CIALIS samhliða neinni tegund lífrænna nítrata. Lyf til meðferðar á óviðunandi stinningu getnaðarlims, þar með talið CIALIS, á ekki að gefa körlum með hjartasjúkdóm sem ráðið er frá því að stunda kynlíf. Læknar skulu íhuga þá áhættu sem er af kynlífi fyrir sjúklinga með undirliggjandi hjartasjúkdóm. Eftirtaldir sjúklingahópar með hjarta- og æðasjúkdóma tóku ekki þátt í klínískum rannsóknum og því þessir sjúkdómar því frábending fyrir notkun tadalafils: sjúklingar sem höfðu fengið hjartadrep á síðustu 90 dögum, sjúklingar með hvikula hjartaöng eða hjartaöng við iðkun kynlífs, sjúklingar með hjartabilun af gráðu 2 eða hærri samkvæmt flokkun NYHA (New York Heart Association) á síðustu 6 mánuðum, sjúklingar með takttruflanir sem hafa ekki svarað meðferð, lágþrýsting (< 90/50 mm Hg), eða lágþrýsting sem hefur ekki svarað meðferð, sjúklingar sem fengið hafa heilablóðfall á síðustu 6 mánuðum. CIALIS skal ekki gefið sjúklingum með ofnæmi fyrir tadalafil eða einhverju hjálparefnanna. **Varúð:** Kanna skal sjúkdómssögu og rannsókn gerð til greiningar á hvort um ristruflanir sé að ræða og ganga úr skugga um hugsanlega undirliggjandi orsök áður en ákvörðun er tekin um notkun lyfsins. Áður en einhver meðferð við ristruflunum hefst skal læknirinn rannsaka ástand hjarta- og æðakerfis sjúklingsins þar sem nokkur áhætta er fyrir hendi hvað varðar hjartað í tengslum við samfarir. Tadalafil hefur æðavíkkandi eiginleika, sem valda vægri og tímabundinni lækkun blóðþrýstings og auka því blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata. Alvarlegir hjarta- og æðasjúkdómar, þar með talið hjartadrep, skyndilegur hjartadauði, hvikul hjartaöng, sleglatakttruflanir, heilablóðföll, skammvinn blóðþurrðarköst, brjóstverkir, hjartsláttarónot og hraðataktur hafa komið fram eftir markaðssetningu og/eða í klínískum rannsóknum. Flestir sjúklingar sem fengu slík einkenni höfðu sögu um áhættuþætti fyrir hjarta- og æðasjúkdóma. Hins vegar er ekki unnt að ákveða með vissu hvort þessi tilvik tengjast beint þessum áhættuþáttum, CIALIS, stundun kynlífs eða blöndu þessara eða annarra þátta. Ekki er mælt með notkun hemla fosfódíesterasa af gerð 5 (PDE5 hemla) hjá sjúklingum með sögu um framlægan blóðþurrðar augntaugakvilla án slagæðabólgu (NAION). Takmarkaðar klínískar upplýsingar eru fyrirliggjandi um öryggi CIALIS hjá sjúklingum með mikið skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh Class C); ef lyfinu er ávísað skal læknirinn meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu áður en lyfinu er ávísað. Sjúklingar sem fá stinningu sem varir í 4 tíma eða meira skal ráðlagt að leita samstundis eftir aðstoð læknis. Sé langvinn stinning ekki meðhöndluð strax, geta vefir í getnaðarlim skemmst, sem getur valdið varanlegu getuleysi. Lyf til meðhöndlunar við ristruflunum, þar með talið CIALIS, skulu notuð með varúð hjá sjúklingum með vanskapaðan getnaðarlim (svo sem beygðan lim, bandvefshersli í lim (cavernosal fibrosis) eða Peyronies sjúkdóm) eða sjúklingum með sjúkdóma sem geta valdið sistóðu getnaðarlims (svo sem sigðfrumublóðleysi, mergæxlisger (multiple myeloma) eða hvítblæði). Við mat á ristruflunum skal einnig kannað hvort undirliggjandi sjúkdómar gætu verið orsakavaldur og veita síðan viðeigandi meðferð eftir sjúkdómsgreiningu. Ekki er vitað hvort CIALIS er virkt hjá sjúklingum með mænuskaða og hjá sjúklingum sem hafa gengist undir grindarholsskurðaðgerð eða algert brottnám blöðruhálskirtils án þess að reynt væri að hlífa taugum. CIALIS skal ekki gefið sjúklingum með arfgengt galaktósaóþol, skort á Lapp laktasa eða skert frásog á glúkósa-galaktósa. Samhliða gjöf CIALIS hjá sjúklingum sem taka alfa(1) blokka, svo sem doxazósín getur valdið lágþrýstingi með einkennum hjá sumum sjúklingum. Því er ekki mælt með að gefa tadalafil samhliða alfa blokkum. CIALIS skal gefið með varúð sjúklingum sem nota öfluga CYP3A4 hemla (ritonavir, saquinavir, ketókonazól, ítracónazól og erýtrómýcín) því dæmi eru um aukið tadalafil álag (AUC) þegar þessi lyf eru gefin samhliða. Ekki hafa verið rannsökuð áhrif og öryggi þess að nota CIALIS samhliða öðrum meðferð-um við ristruflunum. Því er ekki mælt með slíkri samhliða meðferð. Hjá hundum sem fengu 25 mg/kg/dag eða meira, af tadalafil daglega í 6 til 12 mánuði (samsvarandi að minnsta kosta þrefaldri mestu blóðþéttni [spannar 3,7 – 18,6] sem sést hjá mönnum eftir einn 20 mg skammt) fundust breytingar á þekjuvef í sáðpíplum sem leiddi til minni sæðisframleiðslu hjá fáeinum hundum. Niðurstöður úr tveim 6 mánaða rannsóknum hjá sjálfboðaliðum benda til þess að þessi áhrif séu ólíkleg hjá mönnum. Áhrif af daglegri notkun í lengri tíma hafa ekki verið rannsökuð. Því er dagleg notkun alls ekki ráðlögð. Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla: Talið er að CIALIS hafi hverfandi áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla. Engar rannsóknir hafa verið gerðar til að meta hugsanleg áhrif. Þrátt fyrir að tíðni tilkynninga um svima í lyfleysu og tadalafil örmum klínískra rannsókna hafi verið svipuð, skulu sjúklingar vera meðvitandi um hvernig CIALIS verkar á þá, áður en þeir aka eða stjórna vélum. **Milliverkanir:** Rannsóknir á milliverkunum voru framkvæmdar með 10 og/eða 20 mg af tadalafil eins og fram kemur hér fyrir neðan. Í þeim rannsóknum á milliverkunum sem fóru eingöngu fram með 10 mg af tadalafil, er ekki unnt að útiloka milliverkanir með hærri skömmtum. ***Áhrif annarra lyfja á tadalafil:*** Umbrot tadalafils fara aðallega fram fyrir áhrif CYP3A4. Ketókónazól (200 mg daglega) er sértækur CYP3A4 hemill sem tvöfaldaði álag (AUC) tadalafils (10 mg) og jók C_{max} um 15% samanborið við AUC og C_{max} þegar tadalafil var gefið eitt sér. Ketókónazól (400 mg daglega) fjórfaldaði álag (AUC) tadalafils (20 mg) og jók C_{max} um 22%. Ritonavir (200 mg skammtur gefinn tvisvar á dag), sem er próteasa hemill sem hemur CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 og CYP2D6, tvöfaldaði álag (AUC) tadalafils en hafði engin áhrif á C_{max}. Þrátt fyrir að sérstakar rannsóknir á milliverkunum hafi ekki farið fram, er mælt með að aðrir próteasa hemlar, svo sem saquinavir og aðrir CYP3A4 hemlar, eins og erýtrómýcin, klaritrómýcin og ítrakónazól, greipaldinsafi séu gefnir samhliða með varúð því líklegt er að þeir auki þéttni tadalafils í plasma. Þar af leiðandi gæti tíðni aukaverkana aukist. Hlutverk flutningspróteina (til dæmis p-glýkóprótein) við útskilnað tadalafils er óþekkt. Milliverkanir við lyf sem hafa áhrif á flutningsprótein er því mögueg. Rifampicín sem örvar CYP3A4 lækkar AUC tadalafils um 88%, samanborið við AUC þegar tadalafil er gefið eitt sér (10 mg skammtur). Búast má við að samhliða gjöf annarra lyfja sem örva CYP3A4 eins og fenóbarbital, fenýtóín eða karbamazepín muni einnig draga úr aðgengi tadalafils. ***Áhrif tadalafils á önnur lyf:*** Tadalafil (10 og 20 mg) jók blóðþrýstings-lækkandi áhrif nítrata í klínískum rannsóknum. Því má ekki gefa CIALIS samhliða neinum lífrænum nítrötum. Niðurstöður klínískrar rannsóknar þar sem 150 einstaklingar fengu tadalafil 20 mg daglega í 7 daga og 0,4 mg nítróglýcerín undir tungu á ýmsum tímum, staðfesta að milliverkunin varði í meira en 24 tíma og ekki varð vart við þessa milliverkun 48 tímum eftir töku síðasta tadalafil skammts. Þegar gjöf nítrata er talin nauðsynleg við aðstæður sem eru lífshættulegar fyrir sjúkling sem hefur fengið CIALIS ávísað, skulu minnst 48 tímar vera liðnir frá síðasta CIALIS skammti áður en gjöf nítrata er íhuguð. Við þessar kringumstæður, ætti eingöngu að gefa nítröt undir eftirliti læknis með viðeigandi vöktun á blóðþrýstingi. Ekki er talið að tadalafil hafi klínísk áhrif til hömlunar eða aukningar á útskilnaði lyfja sem eru umbrotin af CYP450 samsætuformum. Rannsóknir hafa staðfest að tadalafil hvorki hemur né örvar CYP450 samsætuform, þar með talin CYP3A4, CYP1A2, CYP2D6, CYP2E1, CYP2C9 og CYP2C19. Tadalafil (10 og 20 mg) hafði engin klínísk marktæk áhrif á AUC S-warfarins, eða R-warfarins (CYP2C9 hvarfefni) og tadalafil hafði engin áhrif á lengingu prótrombintíma sem warfarín veldur. Tadalafil (10 og 20 mg) hafði engin áhrif á lengingu blæðingartíma sem acetýlsalicýlsýra veldur. Í lyfjafræðirannsóknum á lyfhrifum var kannað hvort tadalafil yki blóðþrýstingslækkandi áhrif blóðþrýstingslækkandi lyfja. Helstu flokkar blóðþrýstingslækkandi lyfja voru rannsakaðir þar með taldir kalsíumgangalokar (amlódipín), ACE (angiotensin converting enzyme) hemlar (enalapril), beta-adrenvirkir viðtakablokkar (metóprólól), tíazíð þvagræsilyf (bendroflúazíð), og angiotensín II viðtakablokkar (ýmsar tegundir og skammtar, einir sér eða samhliða með tíazíðum kalsíumgangalokum, betablokkum og/eða alfablokkum). Tadalafil (10 mg ef frá eru taldar rannsóknir með angiotensín II viðtakablokkum og amlódipín, en þá var 20 mg skammtur notaður) hafði engar klínískar marktækar milliverkanir við neinn þessara lyfjaflokka. Í annarri klínískri rannsókn á lyfhrifum tadalafils (20 mg) var samhliða meðferð rannsökuð með allt að 4 flokkum blóðþrýstingslækkandi lyfja. Hjá einstaklingum sem tóku mörg blóðþrýstingslækkandi lyf, virtust breytingar á blóðþrýstingi við komu á göngudeild tengjast því hversu góð blóðþrýstingsstjórn var. Hjá einstaklingum í rannsóknunni þar sem náðst hafði góð blóðþrýstingsstjórn, var blóðþrýstingslækkunin í lágmarki og svipuð því sem sést hjá heilbrigðum einstaklingum. Hjá einstaklingum í rannsóknunni sem höfðu ekki svarað blóðþrýstingslækkandi meðferð, var lækkunin meiri en tengdist ekki blóðþrýstingslækkandi einkennum hjá meirihluta sjúklinganna. Tadalafil 20 mg samhliða meðferð með blóðþrýstingslækkandi lyfjum getur valdið blóðþrýstingslækkun, sem (undantekning alfa blokkar - sjá hér að neðan) er venjulega væg og hefur líklega engin klínískt áhrif. Greining á gögnum úr 3 stigs rannsóknum sýndi engan mun á aukaverkunum hjá sjúklingum sem tóku tadalafil með eða án blóðþrýstingslækkandi lyfja. Hins vegar skal veita þessum sjúklingum viðeigandi upplýsingar um mögulega blóðþrýstingslækkun ef þeir eru meðhöndlaðir með blóðþrýstingslækkandi lyfjum. Tadalafil (20 mg) samhliða doxazósíni (8 mg daglega), sem er alfa (1A)-adrenvirkur viðtakablokki, jók blóðþrýstingslækkandi verkun doxazósíns. Þessi áhrif voru viðvarandi 12 tímum eftir gjöf og voru í flestum tilvikum horfin eftir 24 tíma. Fleiri einstaklingar höfðu hugsanlega klínískt marktæka blóðþrýstingslækkun í standandi stöðu í hópnum sem fékk bæði lyfin. Sumir einstaklingar fengu svima en yfirliði var ekki lýst. Ekki hafa verið gerðar rannsóknir með lægri skammta af doxazósíni. Því er ekki mælt með samhliða gjöf tadalafils og alfa blokka. Í einni rannsókn á 18 heilbrigðum sjálfboðaliðum, hafði tadalafil (10 og 20 mg) engin marktæk klínísk áhrif á blóðþrýstingsbreytingar vegna tamsulósíns, sem er sértækur alfa (1A)-adrenvirkur viðtaka blokki. Ekki er vitað hvort unnt er að yfirfæra þessar niðurstöður á aðra alfa (1A)-adrenvirka viðtakablokka. Tadalafil (10 eða 20 mg) hafði engin áhrif á þéttni áfengis í blóði (meðalþéttni í blóði 0,08%). Auk þess fundust engar breytingar á þéttni tadalafils 3 tímum eftir samhliða notkun áfengis. Áfengisgjöf var hagað til að hámarka frásogshraða áfengis (fastandi að morgni og engin fæðuinntaka heimiluð fyrr en 2 tímum eftir gjöf áfengis). Tadalafil (20 mg) jók ekki meðaltals blóðþrýstingslækkandi áhrif áfengis (0,7 g/kg eða um 180 ml af 40% áfengi [vodka] í 80 kg karlmann) en sumir einstaklingar urðu varir við stöðubundinn svima og réttstöðu blóðþrýstingslækkun. Þegar tadalafil var gefið samhliða lægri skömmtum áfengis (0,6 g/kg), varð ekki vart við blóðþrýstingslækkun og tíðni svima var sambærileg við áfengi eitt sér. Tadalafil (10 mg) jók ekki áhrif áfengis á skilvitlega starfsemi.Sýnt hefur verið fram á að tadalafil auki aðgengi etínylestradíóls til inntöku ; gera má ráð fyrir svipaðri auknингu á aðgengi terbútalíns til inntöku, þó klínísk áhrif séu óþekkt. Þegar tadalafil (10 mg) var gefið samhliða teófýllíni (ósértækur fosfódíesterasa hemill) í rannsókn á lyfhrifum, fannst engin milliverkun við lyfjahvörf. Einungis varð vart við væga auknингu á hjartslætti (3,5 slög/mín). Þrátt fyrir að þetta séu væg áhrif og hafi ekki haft klíníska þýðingu í þessari rannsókn skulu þau höfð í huga ef þessi lyf eru gefin samhliða. Rannsóknir á milliverkunum við sykursýkislyf hafa ekki verið framkvæmdar. **Aukaverkanir:** Algengustu tilkynningar um aukaverkanir eru höfuðverkur, meltingartruflun. **Mjög algengar (>10%)** Höfuðverkur, meltingartruflun. Algengar (1-10%): Svimi, andlitsroði, nefstífla, bakverkur, vöðaverkur. **Sjaldgæfar aukaverkanir (0,1-1%):** Þroti í augnlokum, tilfinning sem lýst er sem augnóþægindi og blóðhlaupin augu. Aukaverkanir sem tilkynnt var um vegna tadalafils voru tímabundnar og yfirleitt vægar eða miðlungs alvarlegar. Takmarkaðar upplýsingar eru um aukaverkanir hjá sjúklingum eldri en 75 ára. **Aukaverkanir sem örsjaldan koma fyrir og tilkynnt hefur verið um eftir markaðssetningu hjá sjúklingum sem taka tadalafil eru: Augu:** Framlægur blóðþurrðar augntaugakvilli án slagæðabólgu (NAION),þokusýn, sjónsviðsskerðing, æðastiflun í sjónu. **Líkaminn í heild:** ofnæmisviðbrögð með útbrotum, ofsakláða, andlitsbjúg, Stevens-Johnson heilkenni og skinnflagningsbólgu. **Hjarta- og æðakerfi:** Alvarlegir hjarta- og æðasjúkdómar, þar með talið hjartadrep, skyndilegur hjartadauði, hvikul hjartaöng, sleglatakttruflanir, heilablóðföll, skammvinn blóðþurrðarköst, brjóstverkir, hjartsláttarónot og hraðataktur hafa komið fram eftir markaðssetningu og/eða í klínískum rannsóknum. Flestir sjúklingar sem fengu slík einkenni höfðu sögu um áhættuþætti fyrir hjarta- og æðasjúkdóma. Lágþrýstingur (algengara að komi fyrir þegar tadalafil er gefið sjúklingum sem þegar taka blóðþrýstingslyf), háþrýstingur og yfirlið. **Húð og undirhúð:** mikil svitamyndun. **Meltingarfæri:** kviðverkir og maga- vélindisbakflæði. **Þvag- og kynfæri:** reðursistaða og langvarandi stinning. **Pakkningar og verð (apríl 2006):** CIALIS 10 mg x 4 stk: 5.196 kr. CIALIS 20 mg x 4 stk: 4.599 kr. CIALIS 20 mg x 8 stk: 8.397 kr. **Lyfið er lyfseðilsskylt (R) og sjúklingur greiðir það að fullu (0). Samantekt á eiginleikum lyfs er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar. Hægt er að nálgast samantekt um eiginleika lyfs í fullri lengd hjá Eli Lilly Danmark A/S Útibú á Íslandi, Brautarholti 28, 105 Reykjavík.**

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

Cialis™ (tadalafil)

ATACAND AstraZeneca: SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

AstraZeneca

Atacand töflur: Hver tafla inniheldur 4 mg, 8 mg, 16 mg eða 32 mg candesartan cílexetíl. **Ábendingar:** Hár blóðþrýstingur.Meðferð sjúklinga með **hjartabilun** og skerta slagbilsstarfsemi vinstri slegils (útfallsbrot vinstri slegils ≤ 40%) sem viðbótarmeðferð við ACE-hemla eða þegar ACE-hemlar þolast ekki. **Skammtar og lyfjagjöf:** ***Skömmtun við háþrýstingi:*** Ráðlagður upphafsskammtur Atacand er 8 mg einu sinni á dag. Venjulegur viðhaldsskammtur er 8 mg til 16 mg einu sinni á dag. Ráðlagður hámarksskammtur er 32 mg einu sinni á dag. Hámarks blóðþrýstingslækkandi verkun næst innan 4 vikna frá upphafi meðferðar. Þeim sjúklingum sem ekki fá nægilega lækkun á blóðþrýstingi með Atacand er mælt með að gefa einnig tíazíð þvagræsilyf. *Lyf gefin samtímis:* Atacand má gefa ásamt öðrum blóðþrýstingslækkandi lyfjum. ***Skömmtun við hjartabilun:*** Venjulegur ráðlagður upphafsskammtur af Atacand er 4 mg einu sinni á dag. Skammtar eru auknir varlega með því að tvöfalda skammtinn eftir 2 vikur og síðan hækka hann smám saman á 2ja vikna fresti að ákjósanlegasta skammti eða 32 mg einu sinni á dag. *Lyf gefin samtímis:* Atacand má gefa á sama tíma og aðra meðferð við hjartabilun, þar með talið ACE hemla, beta-blokka, þvagræsilyf og hjartaglýkósíða eða blöndu þessara lyfja. ***Lyfjagjöf:*** Atacand á að taka inn einu sinni á dag með eða án matar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum Atacand.Meðganga og þrjóstagjöf. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** *Nýrnaslagæðaþrengsli (renal artery stenosis):* Önnur lyf sem verka á renín-angíótensín-aldósterón kerfið þ.e. ACE- hemlar, geta aukið þvagefni í blóði og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með tvíhliða nýrnaslagæðaþrengsli eða þrengsli í slagæð að einu nýra ef aðeins eitt nýra er til staðar. Búast má við svipuðum áhrifum af völdum angíótensín II viðtakablokkum. *Lágþrýstingur:* Lágþrýstingur getur komið fram við meðferð með Atacand hjá sjúklingum með hjartabilun. Varúðar skal gæta í upphafi meðferðar og leitast skal við að leiðrétta skert blóðrúmmál. *Skert nýrnastarfsemi:* Á meðan verið er að stilla skammt af Atacand, er ráðlagt að fylgjast með kreatíníni og kalíum í sermi. *Samtímis meðferð með ACE-hemli við hjartabilun:* Hættan á aukaverkunum, sérstaklega skertri nýrnastarfsemi og blóðkalíumhækkun, getur aukist þegar candesartan er notað ásamt ACE-hemli. *Blóðkalíumhækkun:* Með hliðsjón af reynslu af notkun annarra lyfja sem hafa áhrif á renín-angíótensín-aldósterón kerfið, getur samtímis notkun Atacand og kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar, saltuppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra lyfja sem geta aukið kalíumgildi (t.d. heparín), leitt til aukningar á kalíummagni í sermi hjá háþrýstingssjúklingum. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar milliverkanir við önnur lyf hafa komið fram, sem hafa klíníska þýðingu. Blóðþrýstingslækkandi áhrif Atacand geta aukist ef önnur blóðþrýstingslækkandi lyf eru notuð samtímis. Fæðuneysla hefur ekki áhrif á aðgengi candesartans. **Aukaverkanir:** ***Meðferð á háþrýstingi:*** Í klínískum samanburðarrannsóknum hafa aukaverkanir verið vægar og tímabundnar og sambærilegar við lyfleysu. Heildartilvik aukaverkana bentu ekki til neinna tengsla við skammt, aldur eða kyn. Í greiningu á samanteknum niðurstöðum úr klínískum rannsóknum, var tilkynnt um eftirtaldar algengar (>1/100) aukaverkanir vegna candesartan cílexetíl, þar sem tíðni aukaverkana vegna candesartan cílexetíls var að minnsta kosti 1% hærri en tíðni vegna lyfjaleysu: Taugakerfi: Sundl/svimi, höfuðverkur. Sýkingar af völdum baktería og sníkjudýra: Öndunarfærasýkingar. *Rannsóknaniðurstöður:* Engar sérstakar rannsóknir þarf að framkvæma reglulega hjá sjúklingum sem fá Atacand. Hins vegar ætti að íhuga að fylgjast reglulega með kalíummagni í sermi og kreatíníngildum hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. ***Meðferð á hjartabilun:*** Reynsla af aukaverkunum Atacand hjá sjúklingum með hjartabilun var í samræmi við lyfhrif lyfsins og heilsufar sjúklinganna. Í klínísku rannsóknинni CHARM, þar sem Atacand í skömmtum allt að 32 mg (n=3.803) var borið saman við lyfleysu (n=3.796), hætti 21,0% af hópnum sem fékk candesartan cilexetetíl og 16,1% af hópnum sem fékk lyfleysu, meðferðinni vegna aukaverkana. Algengar aukaverkanir (≥ 1/100, <1/10) sem komu fram voru: *Æðakerfi:* Lágþrýstingur *Efnaskipti og næring:* Blóðkalíumhækkun. *Nýru og þvagfæri:* Skert nýrnastarfsemi. *Rannsóknarniðurstöður:* Hækkun kreatíníns, þvagefnis og kalíums. Reglulegt eftirlit með þéttni kreatíníns og kalíums í sermi er ráðlagt.

Pakkningar og verð: Töflur 4 mg: 28 stk. (þynnup.), kr. 2911; 98 stk. (þynnup.), kr. 7376. Töflur 8 mg: 28 stk. (þynnup.), kr. 3223; 98 stk. (þynnup.), kr. 7976. Töflur 16 mg: 28 stk. (þynnup.), kr. 3915; 98 stk. (þynnup.), kr. 9616. Töflur 32 mg: 28 stk. (þynnup.), kr. 4603; 98 stk. (þynnup.), kr. 13282.

Handhafi markaðsleyfis: AstraZeneca A/S, Albertslund, Danmörk. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R, B. Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá. AstraZeneca, maí 2006.**

Atacand candesartan

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 barkstera til innöndunar og stuttverkandi beta2-örva til innöndunar eftir þörfum, eða þegar full stjórn hefur náðst á sjúkdómnum með bæði barkstera til innöndunar og langverkandi beta2-örva. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ekki ætlað til upphafsmeðferðar á astma. Skömmtun virku efnanna í lyfinu er einstaklingsbundin og henni á að breyta til samræmis við alvarleika sjúkdómsins. Skammti skal breyta að lægsta skammti sem heldur einkennum sjúkdómsins niðri. ***Skammtastærðir handa fullorðnum:*** 1-4 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):*** Lægri styrkleiki er fáanlegur fyrir börn 6 - 11 ára. ***Sérstakir sjúklingahópar:*** Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir búdesóníði, formóteróli eða innöndudum 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 innöndudum barksterum sé sá minnsti sem heldur einkennum niðri. Læknar ættu að fylgjast náið með vexti barna og unglinga sem fá barkstera óháð ikomuleið og meta ávinning barksterameðferðar á móti hugsanlegri vaxtarbælingu. Ef minnsta ástæða er til að ætla að starfsemi nýrnahettna sé skert eftir fyrri meðferðir með stera til inntöku, skal gæta varúðar þegar meðferð er breytt og notkun lyfsins er hafin. Ávinningur meðferðar með búdesóníði til innöndunar er venjulega að lágmarka þörf á sterum til inntöku, en hjá sjúklingum sem eru að hætta að nota stera til inntöku getur hættan á skertri starfsemi nýrnahettna varað í töluverðan tíma. Sjúklingar sem áður hafa þurft á stórum skömmtum af barksterum í bráðatilvikum að halda geta einnig verið í hættu. Þessa hugsanlegu vanstarfsemi nýrnahettna til lengri tíma ætti ávallt að hafa í huga við bráðaaðstæður og aðstæður sem líklegar eru til að geta valdið streitu og hafa verður í huga viðeigandi meðferð með barksterum. Ef umfang skertrar nýrnahettnastarfsemi er mikið getur verið nauðsynlegt að fá ráðleggingar hjá sérfræðingi við aðstæður sem líklegar eru til að valda streitu. Til þess að lágmarka hættu á sveppasýkingu í koki og hálsi ætti að leiðbeina sjúklingum um að skola munn með vatni eftir hverja lyfjagjöf. Samtímis meðferð með ketókónazóli og öðrum öflugum CP3A4 hemlum á að varast (sjá Milliverkanir). Ef það er ekki mögulegt ætti tími á milli lyfjagjafa þessara lyfja að vera eins langur og unnt er. Lyfið á að gefa með varúð sjúklingum með ofstarfsemi skjaldkirtils, krómfíklaæxli (phaeochromocytoma), sykursýki, ómeðhöndlaðan kalíumskort, hjartavöðvakvilla með þrengingum og hjartavöðvastækkun (hypertrophic obstructive cardiomyopathy), sjálfvakin neðanósæðarþrengsli (idiopathic subvalvular aortic stenosis), alvarlegan háþrýsting, slagæðagúlp eða aðra alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma, eins og blóðþurrðarhjartasjúkdóm, hraðsláttartruflanir eða alvarlega hjartabilun. Varúðar skal gæta við meðferð sjúklinga með lengingu á QTc-bili. Formóteról getur valdið lengingu á QTc-bili. Hætta á alvarlegum kalíumskorti er hugsanleg eftir stóra skammta af $beta_2$-örvum. Samtímis meðferð með lyfjum sem geta valdið kalíumskorti getur aukið möguleikann á blóðkalíumlækkandi verkun við gjöf stórra skammta af $beta_2$-örvum. Sérstök varúð er ráðlögð við bráðan alvarlegan astma þar sem vefildisskortur getur aukið hættuna. Blóðkalíumlækkandi áhrif geta aukist við samtímis gjöf xantín-afleiða, stera og þvagræsilyfja. Ráðlagt er að fylgjast með þéttni kalíums í sermi við meðferð á bráðum alvarlegum astma. Eins og við á um alla $beta_2$-örva, ætti að hafa í huga að auka tíðni blóðsykursmælinga hjá sykursjúkum. Lyfið inniheldur mjólkursykur (<1 mg/innöndun). Þetta magn hefur venjulega ekki vandamál í för með sér hjá einstaklingum með mjólkursykurópol. **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 hjartsláttartruflunum eins og gáttatitringi, ofanslegslahraðtakti og aukaslögum við notkun annarra $beta_2$-örva. **Ofskömmtun:** Ofskömmtun formóteróls myndi líklega valda verkunum sem eru einkennandi fyrir beta2-adrenvirka örva: skjálfti, höfuðverkur, hjartsláttarköst og hraður hjartsláttur. Lágþrýstingur, efnaskiptablóðsýring, kalíumskortur og blóðsykurshækkun geta einnig komið fram. Bráð ofskömmtun með búdesóníði, jafnvel í stórum skömmtum, er ekki talið klínískt vandamál. **Lyfhrif:** Lyfið inniheldur formóteról og búdesóníð. Verkunarmáti þessara efna er mismunandi, en þau hafa samleggjandi verkun við að draga úr versnun astma. Upplýsingar um verkunarhátt hvors lyfjaefnis um sig eru hér á eftir. *Búdesóníð:* Búdesóníð gefið til innöndunar í ráðlögðum skömmtum hefur barkstera bólgueyðandi verkun í lungum sem dregur úr einkennum og versnun astma og hefur minni aukaverkanir í för með sér en þegar barksterar eru gefnir ástaðbundið. 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: 7.785 kr.* ***Symbicort mite Turbuhaler:*** *Innöndunarduft 80/4.5 míkrógrömm/innöndun 120 skammtar: 8.676 kr.* ***Symbicort Turbuhaler:*** *Innöndunarduft 160/4.5 míkrógrömm/innöndun 120 skammtar: 7.787 kr. 360 skammtar (3x120): 20.655 kr.* **Afgreiðslumáti: R. Greiðsluþátttaka: B.** September 2005.

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

SYMBICORT®

VESICARE® (solifenacin)

Hver tafla inniheldur 5 mg solifenacin súccínat, sem samsvarar 3,8 mg af solifenacini eða 10 mg solifenacin súccínat, sem samsvarar 7,5 mg af solifenacini. **Ábendingar:** Til meðferðar á einkennum bráðs þvagleka og/eða tíðum þvaglátum ásamt bráðri þvaglátaþörf, sem koma fram hjá sjúklingum með ofvirka þvagblöðru. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir, þar með taldir aldraðir: Ráðlagður skammtur er 5 mg solifenacin súccínat einu sinni á sólarhring. Ef þurfa þykir má stækka skammt í 10 mg solifenacin súccínat einu sinni á sólarhring. Börn og unglingar: Öryggi og verkun hefur til þessa ekki verið metin hjá börnum og unglingum. Því má ekki nota Vesicare handa börnum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun >30 ml/mín.). Gæta skal varúðar við meðferð hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30 ml/mín.) og ekki má nota stærri skammt en 5 mg einu sinni á sólarhring. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við meðferð hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi frá 7 til 9) og ekki má nota stærri skammt en 5 mg einu sinni á sólarhring. Öflugir cýtókróm P450 3A4-hemlar: Takmarka skal hámarksskammt af Vesicare við 5 mg við samtímis meðhöndlun með ketoconazoli eða ráðlögðum skömmtum af öðrum öflugum CYP3A4-hemlum t.d. ritonaviri, nelfinaviri, itraconazoli. Lyfjagjöf: Vesicare er til inntöku og gleypa á töflurnar heilar með vökva. Taka má töflurnar inn með eða án matar. **Frábendingar:** Ekki má nota solifenacin hjá sjúklingum með þvagteppu, alvarlegan sjúkdóm í meltingarfærum (þ.m.t. eitrunarrisaristil [toxic megacolon]), vöðvaslensfár eða þrönghornsgláku og sjúklingum sem eru í hættu á að fá þessa sjúkdóma. Sjúklingar með ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar sem eru í blóðskilunarmeðferð. Sjúklingar með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi eða í meðallagi skerta lifrarstarfsemi sem eru í meðferð með öflugum CYP3A4-hemli, t.d. ketoconazoli. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Meta á aðrar ástæður tíðra þvagláta (hjartabilun eða nýrnasjúkdómur) áður en meðferð með Vesicare er hafin. Ef til staðar er þvagfærasýking skal hefja viðeigandi sýklalyfja meðferð. Gæta skal varúðar við notkun Vesicare hjá sjúklingum: með veruleg þrengsli í þvagrás þegar hætta er á þvagteppu; með teppu vegna meltingarfærakvilla; þegar hætta er á minnkuðum meltingarfærahreyfingum; með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30 ml/mín) og skammtar handa þessum sjúklingum eiga ekki að vera stærri en 5 mg einu sinni á sólarhring; með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi frá 7 til 9) og skammtar handa þessum sjúklingum eiga ekki að vera stærri en 5 mg einu sinni á sólarhring; við samtímis notkun öflugs CYP3A4-hemils, t.d. ketoconazols; með vélindisgapshaul (hiatus hernia)/maga-vélindisbakflæði og/eða hjá sjúklingum sem samhliða nota lyf (eins og bisfosfónöt) sem orsakað geta eða valdið versnun á vélindisbólgu; ósjálfráðan taugakvilla (autonomic neuropathy). Öryggi og verkun hefur ekki enn verið metin hjá sjúklingum þegar orsök ofvirkni tæmivöðva þvagblöðru (detrusor) er af taugrænum toga. Sjúklingar með sjaldgæfu, arfgengu kvillana galaktósúþol, Lapplaktasaskort eða glúkósu-galaktósu vanfrásog eiga ekki að nota þetta lyf. Búast má við að hámarksverkun af Vesicare fáist í fyrsta lagi eftir 4 vikur. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Milliverkanir við lyfhrif: Notkun annarra lyfja með andkólínvirka eiginleika samhliða getur aukið lyfhrif og aukaverkanir. Eftir að meðferð með Vesicare er hætt skal láta líða um eina viku áður en önnur andkólínvirk meðferð er hafin. Lyfhrif solifenacins geta minnkað þegar kólínvirkir viðtakaörvar (cholinergic receptor agonists) eru notaðir samhliða. Solifenacin getur dregið úr áhrifum lyfja sem örva meltingarfærahreyfingar, t.d. metoclopramid og cisaprid. Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf solifenacins:Solifenacin er umbrotið fyrir tilstilli CYP3A4. Því ætti að takmarka hámarksskammt Vesicare við 5 mg þegar það er notað samhliða ketoconazoli eða ráðlögðum skömmtum af öðrum öflugum CYP3A4-hemlum (t.d. ritonaviri, nelfinaviri, itraconazoli). Ekki má nota solifenacin samhliða öflugum CYP3A4-hemli hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi eða í meðallagi skerta lifrarstarfsemi. Þar sem solifenacin er umbrotið fyrir tilstilli CYP3A4 eru milliverkanir við lyfjahvörf hugsanlegar við önnur CYP3A4 hvarfefni sem hafa meiri sækni (t.d. verapamil, diltiazem) og CYP3A4 örva (t.d. rifampicin, phenytoin, carbamazepin). Áhrif solifenacins á lyfjahvörf annarra lyfja: Getnaðarvarnarlyf til inntöku: Við inntöku á Vesicare komu ekki fram neinar milliverkanir á lyfjahvörfum solifenacins við samsett getnaðarvarnarlyf til inntöku (ethinylestradiol/levonorgestrel). Warfarin: Inntaka Vesicare breytti hvorki lyfjahvörfum R-warfarins né S-warfarins eða áhrifum þeirra á prótrombíntíma. Digoxin: Inntaka Vesicare hafði ekki áhrif á lyfjahvörf digoxins. **Meðganga og brjóstagjöf:** Meðganga: Engin klínísk reynsla liggur fyrir um konur sem urðu þungaðar á meðan þær notuðu Vesicare. Rannsóknir á dýrum hafa ekki sýnt fram á bein skaðleg áhrif á frjósemi, þroska fósturvísis/fósturs eða fæðingu. Hugsanleg áhætta fyrir menn ekki þekkt. Gæta skal varúðar við notkun handa þunguðum konum. Brjóstagjöf: Engar upplýsingar liggja fyrir um útskilnað solifenacins í brjóstamjólk. Solifenacin og/eða umbrotsefni þess skiljast út í mjólk hjá músum og valda skammtaháðri versnun á lífvænleika nýfæddra músa. Því skal forðast notkun Vesicare hjá konum með barn á brjósti. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Solifenacin, eins og önnur andkólínvirk lyf, getur valdið sjóntruflunum og í sjaldgæfum tilvikum svefndrunga og þreytu, sem getur skert hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Vegna lyfhrifa solifenacin getur það valdið andkólínvirkum aukaverkunum sem venjulega eru vægar eða í meðallagi alvarlegar. Tíðni andkólínvirkra aukaverkana er skammtaháð. Algengasta aukaverkun Vesicare sem greint var frá var munnþurrkur sem kom fram hjá 11% sjúklinga sem fengu meðferð með 5 mg einu sinni á sólarhring, 22% sjúklinga sem fengu meðferð með 10 mg einu sinni á sólarhring og hjá 4% sjúklinga sem fengu meðferð með lyfleysu. Munnþurrkurinn var venjulega vægur og leiddi aðeins stöku sinnum til þess að meðferð var hætt. Meðferðarfylgni var almennt mikil (um 99%) og um 90% sjúklinga sem fengu Vesicare luku við meðferðina í rannsóknni sem stóð yfir í 12 vikur. **Lyfhrif:** Flokkun eftir verkun: Lyf sem hafa krampalosandi verkun á þvagfæri, ATC flokkur: G04B D08. Verkunarháttur: Solifenacin er sértækur samkeppnishemill kólínvirkra-viðtaka. **Lyfjahvörf:** Lyfjahvörf almennt: Frásog: Eftir inntöku Vesicare taflna næst hámarksplasmaþéttni solifenacins (C_{max}) eftir 3 til 8 klst. T_{max} er óháð skammti. C_{max} og flatarmál undir blóðþéttniferlinum (AUC) stækkar í hlutfalli við skammt á bilinu 5 til 40 mg. Aðgengi (absolute bioavailability) er um 90%. Fæða hefur ekki áhrif á gildi C_{max} og AUC fyrir solifenacin. Umbrot: Solifenacin umbrotnar mikið í lifur, aðallega fyrir tilstilli P450 3A4 (CYP3A4). Hins vegar eru aðrir umbrotsferlar fyrir hendi sem geta stuðlað að umbroti solifenacins. Almenn (systemic) úthreinsun solifenacins er um 9,5 l/klst. og lokahelming- unartími solifenacins er 45 - 68 klst. **Handhafi markaðsleyfis**: Yamanouchi Europe B.V. Hollandi. **Umboðsaðili á Íslandi**: Vistor hf.,Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. **Pakkningar og verð í maí 2006:** Töflur 5mg 30 stk. kr. 6.299.-; töflur 5mg 90 stk. kr. 16.210.-; töflur 10mg 30 stk.kr. 7.641.-; töflur 10mg 90 stk. kr. 19.964.-. **Greiðsluþátttaka: E.** Styttur texti, hægt er að nálgast samantekt á eiginleikum lyfsins (SPC) í fullri lengd hjá Lyfjaumboðsdeild II og á heimasíðu **Lyfjastofnunar.**

Heimildir:

1. Samantekt á eiginleikum lyfsins.
2. Chapple et al. Randomized, doubble-blind placebo- and tolterodine- controlled trial of the oncedaily antimuscarinic agent solifenacin in patients with symptomatic overactive bladder. BJU (2004); 303-310.

Vesicare® (solifenacin)

DIOVAN 80 MG OG 160 MG

HEITI LYFS Diovan 80 mg eða 160 mg, filmuhúðaðar töflur. **VIRK INNIHALDSEFNI OG STYRKLEIKAR** Hver filmuhúðuð tafla inniheldur valsartan 80 mg. **Ábendingar** *Háþrýstingur* Meðferð við frumkomnum háþrýstingi (essential hypertension). *Nýlegt hjartadrep (myocardial infarction)* Til meðferðar hjá sjúklingum í klínísku jafnvægi sem eru með hjartabilun með einkennum eða einkennalausa slagbilsvanstarfsemi vinstri slegils (left ventricular systolic dysfunction) eftir nýlegt (12 klst. - 10 dagar) hjartadrep . *Hjartabilun* Meðferð við hjartabilun með einkennum, þegar ekki er unnt að nota ACE-hemla, eða sem viðbótarmeðferð við meðferð með ACE-hemlum þegar ekki er unnt að nota beta-blokka . **Skammtar og lyfjagjöf** *Háþrýstingur* Ráðlagður skammtur Diovan er 80 mg einu sinni á sólarhring. Hámarksáhrif á blóðþrýsting sjást eftir 4 vikna meðferð. Hjá sumum sjúklingum, þar sem ekki næst nægilega góð stjórn á blóðþrýstingi, má auka skammtinn í 160 mg. Einnig má nota Diovan með öðrum blóðþrýstingslækkandi lyfjum. Samhliða notkun þvagræsilyfja, t.d. hýdróklórtíazíðs, lækkar blóðþrýstinginn enn frekar hjá þessum sjúklingum. *Nýlegt hjartadrep (myocardial infarction)* Hjá sjúklingum í klínísku jafnvægi má hefja meðferð strax 12 klst. eftir hjartadrep. Í kjölfar upphafsskammts sem er 20 mg tvisvar sinnum á sólarhring, skal auka skammtinn smám saman í 40 mg, 80 mg og 160 mg tvisvar sinnum á sólarhring, á næstu vikum. Upphafsskammtinn skal gefa með 40 mg töflunum, sem skipta má í tvennt. Sá hámarksskammtur sem að er stefnt er 160 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Almennt er mælt með því að sjúklingar hafi náð 80 mg skammti tvisvar sinnum á sólarhring tveimur vikum eftir að meðferð hófst og að sá hámarksskammtur sem að er stefnt, 160 mg tvisvar sinnum á sólarhring, hafi náðst eftir þrjá mánuði, á grundvelli þols hvers sjúklings fyrir lyfinu. Komi fram lágþrýstingur með einkennum eða skert nýrnastarfsemi skal íhuga hvort minnka eigi skammtinn. Nota má valsartan handa sjúklingum sem fá aðra lyfjameðferð í kjölfar hjartadreps, t.d. segaleysandi lyf, acetylsalicylsýra, beta-blokkar, statin og þvagræsilyf. Ekki er mælt með samhliða notkun ACE-hemla. Mat á sjúklingum sem fengið hafa hjartadrep ætti ávallt að fela í sér mat á nýrnastarfsemi. Hjartabilun Ráðlagður upphafsskammtur Diovan er 40 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Með að minnsta kosti 2 vikna millibili skal stækka skammtinn í 80 mg og 160 mg tvisvar sinnum á sólarhring þar til hámarksskammti er náð, í samræmi við þol sjúklingsins. Íhuga skal að minnka skammt þvagræsilyfs ef það er notað samhliða. Hámarksskammtur í klínískum rannsóknum er 320 mg, skipt í tvo skammta á sólarhring. Nota má valsartan samhliða annarri meðferð við hjartabilun. Hins vegar er ekki mælt með samhliða notkun með ACE-hemli eða beta-blokka. Mat á sjúklingum með hjartabilun ætti ávallt að fela í sér mat á nýrnastarfsemi. Nota má Diovan óháð máltíðum og taka ætti töflurnar inn með vökva. *Skert lifrar- og nýrnastarfsemi* Ekki þarf að aðlaga skammta handa sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi (úthreinsun creatinins > 10 ml/mín.). Hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, án gallteppu, á skammtur valsartans ekki að fara yfir 80 mg. *Aldraðir* Nota má sama skammt handa eldri jafnt sem yngri sjúklingum. *Börn og unglingar* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Diovan við notkun hjá börnum og unglingum. **Frábendingar** Ofnæmi fyrir valsartani eða einhverju hjálparefnanna. Alvarlega skert lifrarstarfsemi, gallskorpulifur (biliary cirrhosis) og gallteppa. Alvarlega skert nýrnastarfsemi (úthreinsun creatinins < 10 ml/mín.) og sjúklingar í skilun. Meðganga og brjóstagjöf. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun** Blóðkalíumhækkun Gæta skal varúðar við samhliða notkun kalíumuppbótar, kalíumsparandi þvagræsilyfja, saltauppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra lyfja sem geta aukið þéttni kalíums (heparin o.s.frv.) og gera skal tíðar mælingar á kalíum. *Sjúklingar með natríumskort og/eða minnkað blóðrúmmál* 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 hefst. Leiðrétta skal natríumskort og/eða minnkað blóðrúmmál áður en meðferð með Diovan hefst, t.d. með því að minnka skammt þvagræsilyfs. *Nýrnaslagæðarþrengsli* Hjá sjúklingum með nýrnaslagæðarþrengsli báðum megin og hjá sjúklingum sem eru með eitt nýra og nýrnaslagæðarþrengsli, hefur ekki verið sýnt fram á öryggi Diovan. Skammtíma notkun Diovan handa tólf sjúklingum með nýrnaæðaháþrýsting sem afleiðingu af nýrnaslagæðarþrengslum öðrum megin hafði ekki í för með sér neina marktæka breytingu á blóðflæði nýrna, creatinini í sermi eða þvagefni í blóði (BUN). Vegna þess að önnur lyf sem hafa áhrif á renin-angiotensin-aldosteronkerfið geta aukið þvagefni í blóði og creatinin í sermi hjá sjúklingum með nýrnaslagæðarþrengsli öðrum megin, er hins vegar mælt með eftirliti til öryggis. Nýrnaígræðsla Enn sem komið er liggur ekki fyrir nein reynsla af öryggi við notkun Diovan handa sjúklingum sem nýlega hafa gengist undir nýrnaígræðslu. *Frumkomið aldosteronheilkenni* Ekki ætti að nota Diovan handa sjúklingum með frumkomið aldosteronheilkenni vegna þess að sjúkdómurinn hefur áhrif á renin-angiotensin-aldosteronkerfið. *Ósæðar- og míturlokuþrengsli, ofvaxtarhjartavöðvakvilli með teppu* Eins og við á um öll önnur æðavíkkandi lyf, ætti að gæta sérstakrar varúðar hjá sjúklingum með ósæðar- eða míturlokuþrengsli eða ofvaxtarhjartavöðvakvilla með teppu. *Skert nýrnastarfsemi* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi með úthreinsun creatinins > 10 ml/mín. Skert lifrarstarfsemi Hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi án gallteppu skal nota valsartan með varúð. Skammtur af Diovan ætti ekki að fara yfir 80 mg. Nýlegt hjartadrep Ekki hefur verið sýnt fram á viðbótar klínískan ávinning við samhliða notkun captoprils og valsartans og þess í stað jókst hætta á aukaverkunum samanborið við meðferð með lyfjunum hvoru í sínu lagi (sjá kafla 5.1 og 4.8). Því er ekki mælt með samhliða notkun þessara lyfja. Gæta skal varúðar í upphafi meðferðar hjá sjúklingum sem fengið hafa hjartadrep. Mat á sjúklingum sem fengið hafa hjartadrep á ávallt að fela í sér mat á nýrnastarfsemi. Algengt er að notkun Diovan handa sjúklingum sem fengið hafa hjartadrep hafi í för með sér nokkra lækkun á blóðþrýstingi en yfirleitt þarf ekki að hætta meðferðinni vegna áframhaldandi lágþrýstings með einkennum, að því gefnu að fylgst sé ráðleggingum um skammta. *Hjartabilun* Ekki hefur verið sýnt fram á klínískan ávinning við þriggja lyfja samsetningu ACE-hemils, beta-blokka og valsartans, hjá sjúklingum með hjartabilun . Þessi samsetning virðist auka hættu á aukaverkunum og er því ekki mælt með henni. Algengt er að notkun Diovan handa sjúklingum með hjartabilun hafi í för með sér nokkra lækkun á blóðþrýstingi en yfirleitt þarf ekki að hætta meðferðinni vegna áframhaldandi lágþrýstings með einkennum, að því gefnu að fylgst sé ráðleggingum um skammta. Gæta skal varúðar í upphafi meðferðar hjá sjúklingum með hjartabilun (sjá kafla 4.2). Hjá sjúklingum með nýrnastarfsemi sem gæti verið háð virkni renin-angiotensin-aldosteronkerfisins, (t.d. sjúklingar með alvarlega hjartabilun) hefur meðferð með ACE-hemlum verið tengd þvagþurrð og/eða versnandi blóðnituraukningu og í mjög sjaldgæfum tilvikum bráðri nýrnabilun. Vegna þess að valsartan er angiotensin II viðtakablokki hefur það hamlandi verkun á renin-angiotensin-aldosteronkerfið og því er ekki unnt að útiloka að notkun valsartans tengist skertri nýrnastarfsemi. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir** Engar lyfjahvarfamilliverkanir, sem hafa klínískt mikilvægi, hafa komið fram við eftirfarandi lyf sem algengt er að séu notuð til að meðhöndla sjúklinga með háþrýsting: Cimetidin, warfarin, furosemid, digoxin, atenolol, indometacin, hýdróklórtíazíð, amlodipin og glibenclamid. Gæta skal varúðar við samhliða notkun kalíumuppbótar, kalíumsparandi þvagræsilyfja, saltauppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra lyfja sem geta aukið þéttni kalíums (heparin o.s.frv.) og gera skal tíðar mælingar á kalíum. Önnur blóðþrýstingslækkandi lyf geta aukið blóðþrýstingslækkandi áhrif valsartans. Greint hefur verið frá afturkræfri aukningu á sermisþéttni litíums og eiturverkunum, við samhliða notkun með ACE hemlum. Engin reynsla er af samhliða notkun valsartans og litíums. Því er ráðlagt að fylgjast með sermisþéttni litíums ef það er notað samhliða. **Meðganga og brjóstagjöf** Angiotensin II blokkar geta valdið fósturskemmdum sem getur svipað til áhrifa ACE hemla á fóstur. Greint hefur verið frá því að ACE hemlar hafi valdið fósturskemmdum og fósturdauða þegar þeir voru gefnir konum á öðrum og síðasta þriðjungi meðgöngu. Eins og við á um önnur lyf sem hafa bein áhrif á renin-angiotensin-aldosteronkerfið, á ekki að nota Diovan handa þunguðum konum. Verði kona þunguð meðan á meðferð stendur á að hætta notkun Diovan eins fljótt og mögulegt er.Ekki er þekkt hvort valsartan skilst út í brjóstamjólk. Valsartan skildist út í mjólk hjá rottum. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota valsartan. **Aukaverkanir** Í klínískum samanburðarrannsóknum hjá sjúklingum með háþrýsting var heildartíðni aukaverkana sambærileg við lyfleysu. Tíðni aukaverkana virtist ekki tengjast skammti eða meðferðarlengd og tengdist ekki heldur kyni, aldri eða kynstofni. Aukaverkanir sem greint var frá í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum með háþrýsting, óháð orsakatengslum þeirra við valsartan og komu oftar fyrir í tengslum við valsartan en í tengslum við lyfleysu, sem og aukaverkanir sem greint hefur verið frá eftir markaðssetningu lyfsins, eru tilgreindar hér á eftir, flokkaðar eftir líffærum. Öryggi valsartans hjá sjúklingum sem höfðu fengið hjartadrep var í samræmi við lyfjafræðilega eiginleika lyfsins og tengdist yfirleitt undirliggjandi sjúkdómnum. Alvarlegar aukaverkanir sem ekki voru banvænar, sem komu fram í VALIANT rannsóknninni í tíðni ≥ 0,1% og voru taldar tengjast rannsóknarlyfinu, eru tilgreindar í töflunni hér á eftir. Aukaverkanir, sem greint var frá í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum með hjartabilun, sem komu fram í meira en 1% tíðni og komu oftar fyrir í tengslum við valsartan en lyfleysu, eru einnig tilgreindar hér fyrir neðan. Tíðni er skilgreind sem: 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). *Sýkingar af völdum baktería og sníkjudýra:* Algengar: Veirusýkingar. Sjaldgæfar: Sýking í efri loftvegum, kokbólga, skútabólga. Koma örsjaldan fyrir: Maga- og þarmabólga, netbólga. *Blóð og eitlar:* Koma örsjaldan fyrir: Blóðflagnafæð. *Ónæmiskerfi:* Mjög sjaldgæfar: Ofnæmi þ.m.t. sermissótt. *Efnaskipti og næring:* Sjaldgæfar: Blóðkalíumhækkun*. *Geðraenar aukaverkanir:* Sjaldgæfar: Þunglyndi, svefnleysi. *Taugakerfi:* Sjaldgæfar: Yfirlið*. Mjög sjaldgæfar: Sundl, taugahvot (neuralgia). Koma örsjaldan fyrir: Höfuðverkur. *Augu:* Sjaldgæfar: Tárubólga. *Eyru og völundarhús:* Sjaldgæfar: Svimi. *Hjarta:* Sjaldgæfar: Hjartabilun. *Æðar:* Sjaldgæfar: Lágþrýstingur*. Mjög sjaldgæfar: Æðabólga. Koma örsjaldan fyrir: Blæðing. *Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti:* Sjaldgæfar: Hósti, blóðnasir. *Meltingarfæri:* Sjaldgæfar: Niðurgangur, kviðverkir. Koma örsjaldan fyrir: Ógleði. *Húð og undirhúð:* Mjög sjaldgæfar: Ofsabjúgur**, útbrot, kláði. *Stoðkerfi og stoðvefur:* Sjaldgæfar: Bakverkur, vöðvakrampar, vöðvahvot (myalgia), liðbólga. Koma örsjaldan fyrir: Liðverkir. *Nýru og þvagfæri:* Koma örsjaldan fyrir: Skert nýrnastarfsemi***, bráð nýrnabilun**, ónóg nýrnastarfsemi**. *Almennar aukaverkanir og ástand tengt ikomuleið:* Sjaldgæfar: Þreyta, þróttleysi* Frá þessari aukaverkun var greint í tengslum við notkun lyfsins eftir hjartadrep; # Frá þessari aukaverkun var greint í tengslum við notkun lyfsins við hjartabilun. **Við notkun lyfsins eftir hjartadrep var greint frá þessari aukaverkun sem sjaldgæfri; ## Greint var oftar frá þessum aukaverkunum í tengslum við notkun lyfsins við hjartabilun (algengar: sundl, skert nýrnastarfsemi, lágþrýstingur; sjaldgæfar: höfuðverkur, ógleði). **HANDHAFI MARKADSLEYFIS** Novartis Healthcare A/S, Lyngbyvej 172, 2100 København Ø,Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. **Pakkningar og verð 1. nóvember 2005:** Diovan töflur 80 mg, 28 stk.: 3.329 kr.; töflur 80 mg, 98 stk.: 8.573 kr. Diovan töflur 160 mg, 28 stk. 4.132 kr.; töflur 160 mg, 98 stk.: 11.632 kr. **Ath. textinn er styttur. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá Novartis í síma 535-7000.**

DIOVAN COMP 160 MG/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 ópekktri orsök (essential hypertension). Staðlaða samsetningin Diovan Comp 160 mg/25 mg (160 mg valsartan/25 mg hýdróklórtíazíð) 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 (160 mg valsartan/25 mg hýdróklórtíazíð). 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 (diastolic blood pressure) ≥ 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. **Frábendingar** Ofnæmi fyrir valsartani, hýdróklórtíazíði, öðrum lyfjum sem eru súlfónamíðafleiður eða einhverju hjálparefnanna. Meðganga og brjóstagjöf (sjá kafla 4.6 Meðganga og brjóstagjöf). 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.* Líklega væri rétta að skálétra það sem er millifyrirsagnir í SPCGæta 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. *Sjúkdingar 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 (angiotensin converting enzyme inhibitors) verið tengd þvagburrð og/eða versnandi blóðnituraukningu og í mjög sjaldgæfum tilvikum bráðri nýmabilun. 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..hefur ekki eitthvað farið úrskeiðis hér? Skert nýrnastarfsemi/nýmaígræðsla. Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi með úthreinsun creatinins ≥ 30 ml/mín. (sjá kafla 4.3 Frábendingar). Ekki liggja fyrir neinar upplýsingar um notkun Diovan Comp 160 mg/25 mg handa nýmaþegum. 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. *Nýmaslagæðarþrengsli.* Hvorki skal nota Diovan Comp 160 mg/25 mg handa sjúklingum með nýmaslagæðarþrengsli þegga 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 míturlokuþrengsli, ofvaxtarhjartavöðvakvilli.* Gæta skal sérstakrar varúðar þegar Diovan Comp 160 mg/25 mg er notað handa sjúklingum með ósæðar- eða míturlokuþrengsli eða hjartavöðvakvilla með hjartastækkun. *Skert lifrarstarfsemi.* Ekki skal nota Diovan Comp 160 mg/25 mg handa sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Nýmasjúkdómar.* Hvorki skal nota Diovan Comp 160 mg/25 mg handa sjúklingum með nýmasjúkdóm sem 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 míturlokuþrengsli, ofvaxtarhjartavöðvakvilli.* Gæta skal sérstakrar varúðar þegar Diovan Comp 160 mg/25 mg er notað handa sjúklingum með ósæðar- eða míturlokuþrengsli eða hjartavöðvakvilla með hjartastækkun. *Skert lifrarstarfsemi.* Ekki skal nota Diovan Comp 160 mg/25 mg handa sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *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. *Litium:* Greint hefur verið frá aftukræfni aukningu á sermisþéttni litíums og litíumeitrun 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 notkun kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar, saltaupppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra lyfja sem geta aukið kalíumþéttni (t.d. ACE hemlar, heparin, ciclosporin) og mæla kalíumþéttni með stuttu millibili (sjá kafla 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). 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 salicýlýl). 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 (sjá kafla 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). *Lyf sem raskanir á sermisþéttni kalíums hafa áhrif á:* Mælt er með reglubundnu eftirliti með sermisþéttni kalíums og hjartaraftriti 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 blóaeð, halofantrin, ketanserin, mizolastin, pentamidin, sparfloxacin, terfenadin, vincamin til notkunar í blóaeð). *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 diazoxíðs. *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 meygbaelandi áhrif þeirra. *Bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID):* Samhliða notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (t.d. salicylsýruafleiður, indometacin) getur dregið úr þvagræsi- og blóðþrýstingslækkandi áhrifum tíazíðsins. Samfaranði blóðmagnsskortur (hypovolaemia) getur valdið bráðri nýmabilun. *Vöðvaslakandi lyf sem ekki valda afskautun* (t.d. tubocurarin): Þvagræsilyf af flokki tíazíða auka verkun curareafleiðna. *Ciclosporin:* Samhliða meðferð með ciclosporini getur aukið hættu á þvagsýrublæði (hyperuricaemia) og þvagsýrugigtarkvillum. *Tetracyclín:* Samhliða notkun tetracyclína og þvagræsilyfja af flokki tíazíða eykur hættu á auknu þvagefni af völdum tetracyclína. 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** Angiotensin II viðtakablokkar geta valdið fósturskemmdum sem getur svipað til áhrifa ACE hemla á fóstur. Greint hefur verið frá því að ACE hemlar hafi valdið fósturskemmdum og fósturdauða þegar þeir voru gefnir konum á öðrum og síðasta þriðjungi meðgöngu. Hýdróklórtíazíð fer yfir fylgju og þvagræsilyf af flokki tíazíða tengjast blóðflagnafæð hjá fóstri eða nýbura, og tengjast hugsanlega öðrum aukaverkunum sem komið hafa fram hjá fullorðnum. 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. Ekki er þekkt hvort valsartan skilst út í brjóstamjólk. Valsartan skildist út í mjólk hjá rottum. 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** Ekki hafa farið fram neinar rannsóknir til að kanna áhrif Diovan Comp 160 mg/25 mg 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, <1/10.000); 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 ikomuleið Algengar: Þreyta. Mjög sjaldgæfar: Sviti. Koma örsjaldan fyrir: Blæðing, bjúgur, hárlos. Ónæmiskerfi Koma örsjaldan fyrir: Ofnæmi og ofnæmi, sermissótt. Sýkingar af völdum baktería og sníkjudýra Algengar: Nefkoksbólga. Sýkingar í efri loftvegum, þvagfæarsýkingar, 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: Vöðaverkir, 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. *Viðbótaruppl ýsingar 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, blóðnas

Atacor - Atorvastatin 10, 20 og 40 mg

Atacor 10 mg, 20 mg og 40 mg. filmuhúðaðar töflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver filmuhúðuð tafla inniheldur: 10 mg, 20 mg eða 40 mg atorvastatín (sem atorvastatín kalsíum). **Ábendingar:** Atacor er notað sem viðbót við mataræðisbreytingu til að lækka of hátt heildar-kólesteról, LDL-kólesteról, apólípópróteín B eða þríglýseríð hjá sjúklingum með kólesterólhækkun af ókunnri orsök, ættgenga kólesterólhækkun, blandaða blóðfituhækkun (svo sem IIa- og IIb-gerð skv. flokkun Fredericksons), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með sérstöku mataræði eða öðrum ráðstöfunum en lyfjagjöf. Til viðbótar annarri blóðfitulækkandi meðferð, t.d. með öðrum LDL-kólesteróllækkandi lyfjum, eða ef aðrar ráðstafanir hafa ekki reynst árangursríkar til lækkunar á heildarkólesteróli og LDL-kólesteróli hjá sjúklingum með arfhreina (homozygot), ættgenga kólesterólhækkun. **Skammtar og lyfjagjöf:** Sjúklingur á að byrja á stöðluðu kólesteróllækkandi mataræði áður en honum er gefið Atacor og ætti að halda því áfram meðan á meðferð með Atacor stendur. Skammta á að ákveða fyrir hvern einstakling með tilliti til upphaflegs LDL-kólesterólgildis, markmiða meðferðarinnar og svörunar sjúklings. Venjulegur upphafsskammtur er 10 mg einu sinni á sólarhring. Skammta skal aðlaga með 4 vikna millibili eða sjaldnar. Hámarksskammtur er 80 mg einu sinni á sólarhring. Sólarhringsskammt á að taka í einu lagi en hann má taka hvenær sem er sólarhringsins með eða án fæðu. *Kólesterólhækkun eingöngu og blönduð (samsett) blóðfituhækkun:* Hæfilegur skammtur handa flestum sjúklingum er 10 mg Atacor á sólarhring. *Arfblendin ættgeng kólesterólhækkun:* Upphafsskammtur er 10 mg Atacor á sólarhring. Skammta skal ákveða fyrir hvern einstakling og aðlaga með 4 vikna millibili í allt að 40 mg á sólarhring. Síðan má auka skammt annaðhvort í 80 mg hámarksskammt á sólarhring eða gefa 40 mg af atorvastatín einu sinni á sólarhring og gallsýrubindandi lyf samtímis. *Arfhrein ættgeng kólesterólhækkun:* 10-80 mg á sólarhring, til viðbótar annarri blóðfitulækkandi meðferð (t.d. öðrum LDL-kólesteróllækkandi lyfjum), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með annarri meðferð. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:* Nýrnasjúkdómar hafa hvorki áhrif á plasmaþéttni né verkun atorvastatíns á blóðfitu og þarf því ekki að breyta skömmtum. *Aldraðir:* Verkun og öryggi af notkun ráðlagðra skammta hjá sjúklingum eldri en 70 ára er svipuð og hjá öðrum fullorðnum. *Börn og unglingar:* Notkun hjá börnum á að vera undir eftirliti sérfræðings. Reynsla af notkun lyfsins hjá börnum er takmörkuð og bundin við lítinn hóp sjúklinga (á aldrinum 4–17 ára) með alvarlega afbrigðilega blóðfituhækkun eins og arfhreina ættgenga kólesterólhækkun. Ráðlagður upphafsskammtur fyrir þennan hóp er 10 mg atorvastatín á sólarhring. Eftir svörun og þoli má auka skammtinn í 80 mg á sólarhring. Ekki er búið að meta upplýsingar um öryggi varðandi þroska hjá þessum hópi. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virkur lifrarsjúkdómur eða óskýrð viðvarandi hækkun á transamínósum í sermi þar sem hækkunin er meiri en þreföld efri mörk meðalgilda. Vöðvakvilli. Meðganga og brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri sem nota ekki getnaðarvarnir. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** *Áhrif á lifur:* Rannsaka skal lifrarstarfsemi áður en meðferð hefst og síðan reglulega meðan á meðferð stendur. Gera skal prófanir á lifrarstarfsemi sjúklinga ef merki eða einkenni um hugsanlegar lifrarskemmdir koma fram. Hækki transamínasagildi skal fylgjast með sjúklingum þar til gildi verða eðlileg. Hækki transamínasar meira en þrefalt miðað við efri mörk meðalgilda er mælt með því að minnka skammta eða stöðva Atacorgjöf. Nota skal Atacor með varúð hjá sjúklingum sem neyta mikils magns áfengis og/eða hafa fengið lifrarsjúkdóm. *Áhrif á beinagrindarvöðva:* Atorvastatín, eins og aðrir HMG CoA redúktasa-hemlar, getur í einstaka tilvikum haft áhrif á beinagrindarvöðva og valdið vöðvaþrautum, vöðvaþrota og vöðvakvillum sem geta leitt til rákvöðvalýsu, sem er lífshættulegt ástand og einkennist af hækkuðu CPK-gildi (meiri en tíföld efri mörk mæligilda), vöðvarauða í blóði og vöðvaruðamigu sem getur valdið nýrnabilun. Atorvastatín á að nota með varúð hjá sjúklingum sem eru útsettir fyrir rákvöðvalýsu. Mæla á (CPK-gildi) áður en meðferð með statínum hefst þegar um er að ræða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, skjaldvakabrest, sögu um arfgenga vöðva-kvilla, sögu um vöðvakvilla eftir fyrri notkun statína eða fíbrata, lifrarbilun og/eða þegar um mikla alkóhólneyslu er að ræða. CPK-gildi skal einnig mæla áður en meðferð er hafin hjá öldruðum (70 ára og eldri). Meta á þörf fyrir slíka mælingu út frá fyrrgreindum þáttum. Í þessum tilvikum þarf að íhuga vandlega hugsanlegt gagn umframáhættu meðferðarinnar og mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti. Ef CPK-gildi er mark-tækt hátt (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á ekki að hefja meðferð. *Mælingar kreatínfosfókínasa (CPK):* Ekki á að mæla CPK í kjölfar erfiðra æfinga eða ef einhver þáttur er til staðar sem líklegur er til að hækka CPK-gildið, þar sem það gerir túlkun erfiða. Ef CPK-gildi er marktækt hátt (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á að endurtaka mælingu eftir 5–7 daga til staðfestingar. Meðan á meðferð stendur þarf að gera sjúklingum grein fyrir mikilvægi þess að tilkynna strax ef þeir finna fyrir vöðvaverkjum, krömpum eða máttleysi sérstaklega ef lasleiki eða hiti fylgir. Ef þessi einkenni koma fram meðan á atorvastatín-meðferð stendur á að mæla CPK-gildi og ef það reynist marktækt hækkað (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á að hætta meðferð. Ef einkenni frá vöðvum eru alvarleg eða valda daglegum óþægindum á að hugleiða að hætta meðferð, jafnvel þótt CPK-gildi reynist ekki vera hærri en fimmföld efri mörk mæligilda. Ef einkenni hverfa og CPK-gildi verður eðlilegt má hugleiða að hefja meðferð atorvastatíns eða annars statíns, þá með lægsta skammti og undir nákvæmu eftirliti. Ef klínísk merki um hækkað CPK-gildi (meira en tíföld efri mörk mæligilda) eða rákvöðvalýsu eða ef grunur um rákvöðvalýsu koma fram á að hætta meðferð atorvastatíns. **Milliverkanir:** Hætta á vöðvakvilla við notkun HMG CoA redúktasa hemla eykst ef ciklósporín, fíbröt, makrólíðsýklalyf þ.m.t. erytrómýsín, azól-sveppalyf eða níasín eru tekin inn samtímis og hefur í örfáum tilvikum leitt til rákvöðvalýsu auk skertrar nýrnastarfsemi af völdum vöðvarauðamigu. Íhuga þarf vandlega hugsanlegan ávinning umfram áhættu við samtímis notkun. *Cýtokróm P450 3A4 hemlar:* Atorvastatín umbrotnar fyrir áhrif cýtókróm P450 3A4. Milliverkanir geta átt sér stað þegar Atacor er gefið samtímis cýtókróm P450 3A4 hemli og skal gæta varúðar þegar atorvastatín er gefið samtímis slíkum lyfjum því það getur leitt til aukinnar plasmaþéttni atorvastatíns. Við samtímis gjöf atorvastatíns 10 mg einu sinni á sólarhring og erytrómýsíns (500 mg fjórum sinnum á sólarhring) eða klarítrómýsíns (500 mg tvisvar sinnum á sólarhring), en það eru þekktir cýtókróm P-450 3A4 hemlar, kom fram hækkun á plasmaþéttni atorvastatíns. Klaritrómýsín jók C_{max} atorvastatíns um 56% og AUC um 80%. Atorvastatín og niðurbrotsefni þess eru hvarfefni P-glýkópróteins. Hemlar P-glýkópróteins (t.d. ciklósporín) geta aukið aðgengi atorvastatíns. Samtímis gjöf atorvastatíns 40 mg og ítrakónazóls 200 mg á sólarhring leiddi til þrefaldrar hækkunar á AUC atorvastatíns. Samtímis notkun atorvastatíns og próteasa hemla sem eru þekktir CYP3A4 hemlar leiddu til aukinnar plasmaþéttni atorvastatíns. Greipaldinsafi inniheldur eitt eða fleiri efni sem hamla CYP3A4 og geta leitt til aukinnar plasmaþéttni lyfja sem eru umbrotin fyrir tilstilli CYP3A4. AUC atorvastatín jókst um 37% og AUC hins virka orthohýdroxý-umbrotsefnis minnkaði um 20,4% eftir inntöku 240 ml af greipaldinsafa. Hinsvegar veldur mikið magn greipaldinsafa (meira en 1,2 l á dag í fimm daga) 2,5 faldri aukningu á AUC atorvastatíns og 1,3 faldri aukningu á AUC virkra HMG-CoA redúktasa hemla (atorvastatín og virk umbrotsefni). Því er ekki ráðlagt að drekka mikið magn af greipaldinsafa meðan á atorvastatín meðferð stendur. *Cýtókróm P450 3A4 örvar:* Áhrif efna sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rífampisín eða fenýtóín) á Atacor eru ekki þekkt. Hugsanlegar milliverkanir annarra hvarfefna þessa ísóensíms eru ópekktar, en þær ætti að hafa í huga þegar um lyf með þröngan lækningafræðilegan stuðul er að ræða, t.d. lyf við hjartsláttartruflunum af flokki III, þ.m.t. amíódarón. *Gemfíbrózíl/Fíbröt:* Hætta á atorvastatín hvötuðum vöðvakvilla getur aukist við samtímis gjöf fíbrata. Niðurstöður *in vitro* rannsókna benda til þess að gemfíbrózíl hindri glúkúróneringu atorvastatíns og getur þannig hugsanlega valdið aukinni plasmaþéttni atorvastatíns. *Dígoxín:* Endurteknir skammtar dígoxíns og atorvastatíns 10 mg samtímis höfðu ekki áhrif á stöðuga plasmaþéttni dígoxíns. Hinsvegar jókst þéttni dígoxíns um 20% við samtímis notkun dígoxíns og atorvastatíns 80 mg daglega. Þessa milliverkun má skýra með hindrun á himnuflutningspróteininu P-glycóprótein. Fylgjast skal náið með sjúklingum á dígoxínmeðferð. *Getnaðarvarnalyf til inntöku:* Við samtímis notkun atorvastatíns og getnaðarvarnalyfja til inntöku jókst þéttni noretíndróns og etinýlestradíóls. Hafa skal þessar hækkanir á þéttni í huga þegar skammtar getnaðarvarnalyfja til inntöku eru ákveðnir. *Kólestípól:* Plasmaþéttni atorvastatíns og virkra umbrotsefna þess lækkaði (u.þ.b. 25%) þegar kólestípól var gefið með Atacor. Verkun á blóðfitu varð hins vegar meiri þegar atorvastatín og kólestípól voru gefin saman en þegar efnin voru gefin hvort fyrir sig. *Sýrubindandi lyf:* Við samtímis gjöf atorvastatíns og sýrubindandi mixtúra, sem innihalda magnesíum og álhýdroxíð, lækkaði plasmaþéttni atorvastatíns og virkra umbrotsefna þess u.þ.b. 35%; lækkun á LDL-kólesteróli breyttist hins vegar ekki. *Warfarín:* Við samtímis notkun atorvastatíns og warfaríns styttist prótrombíntími lítillega fyrstu daga meðferðarinnar en varð aftur eðlilegur innan 15 daga. Engu að síður skal fylgjast náið með sjúklingum á warfarín-meðferð þegar atorvastatíni er bætt við. *Fenazón:* Við samtímis notkun atorvastatíns og fenazóns um nokkurt skeið komu aðeins lítil eða engin sýnileg áhrif á úthreinsun fenazóns í ljós. *Címetidín:* Í einni rannsókn á címetidíni og atorvastatín m.t.t. milliverkana komu engar slíkar í ljós. *Amlódipín:* Samtímis notkun atorvastatíns 80 mg og amlódipíns 10 mg hafði ekki áhrif á lyfjahvörf atorvastatíns við stöðuga blóðþéttni. *Önnur lyf:* Í klínískum rannsóknum sáust engar klínískt marktækar milliverkanir þegar atorvastatín var gefið samtímis blóðþrýstingslækkandi lyfjum eða blóðsykurslækkandi lyfjum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Meðganga og brjóstagjöf eru frábendingar við notkun Atacor. Konur á barneignaraldri verða að nota örugga getnaðarvörn meðan á meðferðinni stendur. Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi við notkun atorvastatíns á meðgöngu og við brjóstagjöf. Rannsóknir á dýrum benda til þess að HMG-CoA redúktasa-hemlar geti haft áhrif á þroska fósturvísa og fóstra. Ekki er vitað hvort atorvastatín eða umbrotsefni þess skiljast út í brjóstamjólk hjá mönnum. **Akstur og notkun véla:** Atacor hefur engin áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla svo vitað sé. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir sem búast má við eru einkenni frá meltingarfærum þar á meðal hægðatregða, vindgangur, meltingartruflanir og kviðverkir sem venjulega lagast við áframhaldandi meðferð. Innan við 2% sjúklinga hættu þátttöku í klínískum rannsóknum vegna aukaverkana. Eftirfarandi listi yfir aukaverkanir er byggður á niðurstöðum klínískra rannsókna og aukaverkunum sem skráðar hafa verið eftir markaðssetningu lyfsins. *Algengar (>1/100, <1/10):* Hægðatregða, vindgangur, meltingartruflun, ógleði, niðurgangur, ofnæmi, svefnleysi, höfuðverkur, sundl, breytt húðskyn, snertiskynsminnkun, húðútbrot, kláði, vöðvaþrautir, liðverkir, þróttleysi, brjóstverkur, bakverkur, þjúgur á útlimum. *Sjaldgæfar (>1/1.000, <1/100):* Lystarleysi, uppköst, blóðflagnafæð, hárlos, of hár eða of lágur blóðsykur, brisbólga, minnisleysi, úttaugakvilli, eyrnasuð, ofsakláði, vöðvakvilli, getuleysi, lasleiki, þyngdaraukning. *Mjög sjaldgæfar (>1/10.000, <1/1.000);* Lifrarbólga, stíflugula, vöðvaþroti, rákvöðvalýsa. *Koma örsjaldan fyrir (<1/10.000):* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur, útbrot með blöðrum (þ.m.t. regnbogaroðasótt, Steven-Johnsons heilkenni og drep í húðþekju). **Ofskömmtun:** Engin sérstök meðferð er til við ofskömmtun Atacor. Sé um ofskömmtun að ræða skal sjúklingur meðhöndlaður eftir einkennum og fá nauðsynlega stuðningsmeðferð. Fylgjast skal með lifrarstarfsemi og CPK-gildum í sermi. Vegna mikillar bindingar við plasmaprótein er þess ekki að vænta að blóðskilun auki úthreinsun atorvastatíns marktækt. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu (1. júní 2006):** Filmuhúðaðar töflur 10 mg, 100 stk.: 9358 kr., 20 mg, 100 stk.: 12.746 kr., 40 mg, 100 stk.: 15.741 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluheimild:** E. **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf., Reykjavíkurvegi 76-78, 220 Hafnarfirði. *Maí 2006.*

actavis
hagur í heilsu

Imigran Radis; R, E, N02CC01
Töflur: Hver tafla inniheldur 50 mg eða 100 mg súmatriptan (sem súmatriptansúkkínat).
Ábendingar: Imigran Radis töflur eru ætlaðar til meðferðar á mígreniköstum, með eða án fyrirboðaeinkenna. **Skammtar og lyfjagjöf:** Imigran Radis töflur eru ekki ætlaðar til varnandi meðferðar. Það er ráðlegt að Imigran Radis sé tekið við fyrstu merki um mígrenikast en það getur hjálpað þó það sé tekið síðar. **Fullorðnir:** Ráðlagður skammtur handa fullorðnum er ein 50 mg tafla. Sumir sjúklingar geta þó þurft 100 mg.Ef fyrsti skammtur verkar ekki ættu sjúklingar ekki að taka annan skammt við sama kastinu. Það má taka Imigran Radis töflur við síðari köstum .Ef fyrsti skammturinn verkar en einkenni koma fram á nýjan leik, má taka annan skammt innan 24 klst., svo framarlega að ekki séu tekin meira en 300 mg á 24 klst. tímabili.Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. Sjúklingar sem eiga erfitt með að kyngja töflunum geta leyst þær upp í litlu magni af vatni, fyrir inntöku. Slík blanda er beisk á bragðið. **Börn (yngri en 18 ára)** Öryggi og virkni súmatriptans hjá börnum hafa ekki verið metin. **Aldraðir (eldri en 65 ára)** Takmörkuð reynsla er af notkun súmatriptans hjá sjúklingum eldri en 65 ára. Ekki er verulegur munur á lyfjahvörfum hjá eldri sjúklingum annars vegar og yngri hins vegar en þar til frekari klínískar upplýsingar liggja fyrir er ekki mælt með notkun súmatriptans hjá sjúklingum eldri en 65 ára. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Það má ekki gefa súmatriptan sjúklingum sem hafa fengið kransæðastíflu eða hafa blóðþurrðarhjartasjúkdóm (IHD), hjartaöng/krampa í kransæðum, blóðrásartruflanir í útlimum eða sjúklingum sem hafa einkenni sem benda til blóðþurrðarhjartasjúkdóms. Það má ekki að gefa súmatriptan sjúklingum sem fengið hafa heilablóðfall (CVA) eða tímabundna blóðþurrð í heila (TIA). Það má ekki gefa súmatriptan sjúklingum með ómeðhöndlaðan háþrýsting. Það má ekki gefa súmatriptan sjúklingum með alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. Það má ekki nota súmatriptan samtímis ergotamíni eða ergotafleiðum (þ.m.t. metýlsergíð). Það má ekki nota súmatriptan samtímis MAO hemlum. Það þurfa að líða tvær vikur eftir að notkun MAO hemla er hætt áður en súmatriptan er notað. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Það á einungis að nota sumatriptan þegar greining á mígreni hefur verið staðfest. Súmatriptan er ekki ætlað til meðhöndlunar á heilastofns-, helftarlömunar- eða augnvöðvalömunarmígreni. Eins og á við um aðra bráðameðferð við mígreni, þarf að gæta þess að útiloka aðra taugasjúkdóma sem gætu verið alvarlegir, áður en höfuðverkur er meðhöndlaður hjá sjúklingum sem ekki hafa áður verið greindir með mígreni eða hjá mígrenisjúklingum sem fá óvenjuleg einkenni. Það skal haft í huga að mígrenisjúklingum getur verið hættara við að fá suma heilasjúkdóma (t.d. heilablóðfall, tímabundna blóðþurrð í heila). Við notkun súmatriptans geta komið fram tímabundin einkenni eins og verkur fyrir brjósti og þrýstingstilfinning, sem getur verið töluverð og leitt upp í háls . Þegar slík einkenni eru talin benda til blóðþurrðarhjartasjúkdóms ber að gera viðeigandi rannsóknir. Það á ekki að gefa súmatriptan sjúklingum sem eru líklegir til að hafa ógreindan hjartasjúkdóm nema að undangenginni rannsókn. Dæmi um slíka sjúklinga eru konur eftir tíðahvörf, karlmenn eldri en 40 ára og sjúklingar í áhættuhóp fyrir kransæðasjúkdóm. Hinsvegar er ekki tryggt að slíkar rannsóknir greini alla hjartasjúklinga og örfá dæmi eru um hjartaáföll hjá sjúklingum án undirliggjandi hjartasjúkdóms. Gæta þarf varúðar þegar súmatriptan er gefið sjúklingum með meðhöndlaðan háþrýsting þar sem tímabundin hækkun blóðþrýstings og aukning viðnáms í blóðrásinni hafa greinst hjá einstaka sjúklingi. Síðan lyfið kom á markað hefur sjaldgæfum tilfellum verið lýst þar sem sjúklingar hafa fundið fyrir máttleysi, auknum sinaviðbrögðum og truflun á samhæfingu eftir notkun á sértækum serótónín-endurupptökuhemlum og súmatriptani. Ef þörf er á samtímis notkun súmatriptans og serótónín-endurupptökuhemla er ráðlegt að viðhafa viðeigandi eftirlit með sjúklingnum. Aðgátar er þörf þegar súmatriptan er gefið sjúklingum með sjúkdóma sem geta haft marktæk áhrif á frásog, umbrot eða útskilnað lyfsins, t.d. skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Aðgátar er þörf þegar súmatriptan er gefið sjúklingum með sögu um flogaveiki eða aðrar afmarkaðar skemmdir í heila sem lækkað geta krampaþröskuld. Sjúklingar með ofnæmi fyrir súlfónamíðum geta fengið ofnæmisviðbrögð eftir notkun súmatriptans, allt frá ofnæmisviðbrögðum í húð að ofnæmislosti. Sannanir fyrir krossofnæmi eru takmarkaðar en samt ætti að gæta varúðar þegar súmatriptan er gefið þessum sjúklingum. Ekki ætti að nota stærri skammta af Imigran Radis en ráðlagðir eru. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Það hefur ekki verið sýnt fram á milliverkanir við própranólól, flúnarizín, pízótífen eða alkóhól. Greint hefur verið frá langvarandi æðasamdrætti af völdum ergotamíns. Þar sem þessi áhrif gætu aukist þurfa að líða 24 klst. áður en taka má súmatriptan á eftir lyfi sem inniheldur ergotamín. Af sömu ástæðu má ekki taka lyf sem innihalda ergotamín fyrr en að 6 klst liðnum frá töku súmatriptans. Milliverkun getur átt sér stað á milli súmatriptans og MAO hemla og því má ekki nota lyfin samtímis. Sjaldan geta átt sér stað milliverkanir á milli súmatriptans og serótónín-endurupptökuhemla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir hafa verið flokkaðar á eftirfarandi hátt eftir líffærakerfum og tíðni: Tíðnin er skilgreind sem: Mjög algengar (≥1/10), algengar ≥1/100, <1/10), sjaldgæfar (≥1/1000, <1/100), mjög sjaldgæfar (≥1/10.000, <1/1000), örsjaldan koma fyrir (<1/10.000) þar með talin einstök tilvik. Upplýsingar úr klínískum rannsóknum eru áætlaðar. Hafa skal í huga að ekki var tekið tillit til grunntíðni í samanburðarhópum. Upplýsingar um aukaverkanir lyfsins eftir að það kom á markað byggja á tíðni aukaverkanatilkynninga frekar en raunverulegri tíðni. **Klínískar rannsóknir: Taugakerfi:** *Algengar:* Náladofi, svimi, syfja. **Æðar:** *Algengar:* Tímabundin hækkun blóðþrýstings sem kemur fram skömmu eftir gjöf lyfsins. Roði. **Meltingarfæri:** *Algengar:* Ógleði og uppköst komu fram hjá sumum sjúklingum en orsakatengsl við súmatriptan eru ekki þekkt. **Stoðkerfi, stoðvefur, bein:** Eftirfarandi einkenni er venjulega tímabundið og getur verið svæsið og getur náð til allra líkamshluta, þ.m.t. brjósts og háls. *Algengar* Þyngslatilfinning. **Almennar aukaverkanir og ástand tengt íkomuleið:** Eftirfarandi einkenni eru venjulega tímabundin og geta verið töluverð og geta náð til allra líkamshluta, þ.m.t. brjósts og háls. *Algengar:* Verkur, hita-, þrýstings- eða þrýstingstilfinning. Eftirfarandi einkenni eru venjulega tímabundin og væg eða miðlungi slæm: *Algengar:* Máttleysi, þreyta. **Rannsóknaniðurstöður:** *Örsjaldan koma fyrir:* Einstaka sinnum hefur orðið vart við lítilsháttar truflanir á lifrarprófum. **Eftir að lyfið kom á markað: Ónæmiskerfi:** *Örsjaldan koma fyrir:* Ofnæmisviðbrögð, allt frá viðbrögðum í húð til sjaldgæfra tilfella ofnæmislosts. **Taugakerfi:** *Örsjaldan koma fyrir:* Krampar. Þó í sumum þessara tilfella hafi verið um að ræða sjúklinga sem annaðhvort hafa áður fengið flog eða aðstæður verið þannig að auknar líkur væru á flogum, þá voru einnig tilfelli þar sem ekki var vitað um slíka undirliggjandi þætti. Augntin, flygsur fyrir augum. **Augu:** *Örsjaldan koma fyrir:* Flökt, tvísýni, skert sjón. Sjónleysi (venjulega tímabundið). Hinsvegar geta sjóntruflanir átt sér stað í sjálfu mígrenikastinu. **Hjarta:** *Örsjaldan koma fyrir:* Hægur hjartsláttur, hraður hjartsláttur, hjartsláttarónot, hjartsláttartruflanir, tímabundnar blóðþurrðarbreytingar á hjartalínuriti, krampar í kransæðum og kransæðastífla (sjá 4.3 Frábendingar og 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). **Æðar:** *Örsjaldan koma fyrir:* Lágur blóðþrýstingur, Raynauds fyrirbæri. **Meltingarfæri:** *Örsjaldan koma fyrir:* Ristilbólga vegna blóðþurrðar. **Dagsetning fyrstu útáfu markaðsleyfis/endurnýjunar markaðsleyfis:** 29. nóvember 2004. **Hver lyfjaávísun takmarkast við 12 töflur á 50 mg og 6 töflur á 100 mg. Verð 1. október 2005. Töflur: 50 mg x 12, kr 8.251; 100 mg x 6, kr 7.680. Handhafi markaðsleyfis GlaxoSmithKline ehf. Nánari upplýsingar er finna á vef Lyfjastofnunar,** www.serlyfjaskra.is. Nr. 011005

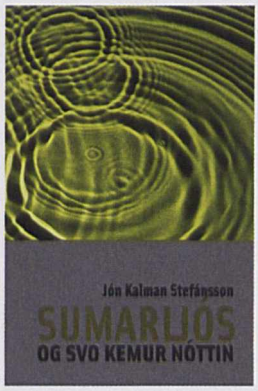
IMIGRAN™
Þegar til kastanna kemur

gsk GlaxoSmithKline

Eins og bjart sólskin í hendi



Jón Kalman Stefánsson



Fyrir síðustu skáldsögu sína, Sumarljós og svo kemur nóttin, *hlaut höfundurinn Íslensku bókmenntaverðlaunin 2005. Þar vegur þyngst einstök frásagnargáfa hans en andi Williams Heinesen og García Márquez svífur yfir vötnum.*

Jón Kalman Stefánsson, rithöfundur, brást vel við beiðni Læknablaðsins um hugleiðingu að eigin vali, sem fylgt gæti lesendum þess inn í sumarið. Enginn vafi leikur á að orð hans munu ná til og mæta skilningi okkar sem flest kynnumst í daglegu starfi okkar um hvað eiginleg hamingja snýst. **JB**

Það hefur oft verið sagt að peningar stjórni heiminum, og auðhringir ráði ferðinni, ég veit að það er ýmislegt til í því, en lífið er sannarlega skrýtið í laginu; þegar á reynir, þegar öllum steinum er velt við, þá skiptir auðmagn litlu sem engu máli. Eða til hvers lifum við, hver er tilgangurinn; að eignast 200 fermetra einbýlishús, 100 fermetra sumarhús, Benzjeppa og fólksbíl, og svo framvegis? Varla. Mannúðin er mikilvægari en hlutabréf, og tilgangurinn með lífi okkar hlýtur að vera að bæta heiminn, við teljum ekki hlutabréfin á dánarbeðinu, heldur minningarnar, við spyrjum ekki út í Dow Jones vísitöluna, við spyrjum, hvað skil ég eftir, hvaða gleði, hvaða birtu skil ég eftir í huga og skynjun þeirra sem lifa mig?

Þetta er sáraeinfalt, öll þráum við hamingju, að líf okkar sé ríkara af birtu en skuggum, efnishyggjan hefur hinsvegar hvorki áhuga á birtu né hamingju. Við viljum að börnum okkar og barnabörnum líði vel inni í sér þegar þau leggjast til svefns og kvíði ekki morgundeginum, efnishyggjan hefur hinsvegar engan áhuga á því hvernig börnum líður þegar þau leggjast til svefns, hún vill bara að við eyðum, og það er hennar kappsmál að fá okkur til að trúa því að hamingjuna, lífsfyllinguna, sé að finna í bílum, sófum, hjólhýsum, 40 sjónvarpsstöðvum. En sé til einhver lykill að hamingjunni, lífsfyllingunni, þá er það einfaldleikinn, þetta eru engin ný sannindi; þau blasa til dæmis við öllum þeim sem flysja allt hismið utan af flestum trúarbrögðum heimsins, byggingarnar, glæsileikann, serimóníurnar, flysja allt burt þar til kjarninn einn stendur eftir. Þar til einfaldleikinn stendur eftir. Bestu minningar, stundirnar sem skína yfir lífum okkar, veita hamingju, sem hugga í andstreymi, eru yfirleitt sáraeinfaldar, og það er jafnvel þýðingarlaust að segja öðrum frá þeim, atvikið eða atburðurinn laus við ytri glæsileika, en sá einn hefur hagnast í þessu lífi sem er ríkur af þeim minningum sem gefa birtu. Ég kynntist einu sinni manni sem átti flest þau efnisleg gæði sem almenningur þráir, mikill efnamaður og öfundaður af mörgum, það hafði kvöldað yfir ævi hans þegar við kynntumst, hin eilífa nótt nálgaðist hratt, og ég spurði, hvað er það besta sem þú manst, lokaðu augunum og segðu mér af hvaða minningu stafar mestri birtu.

Hann lokaði augunum, sagði næstum strax, og líklega ósjálfrátt: þegar við pabbi lékum okkar einn sunnudagsmorguninn saman með tindátana mína.

Og þá skildi ég afhverju þessi kunningi minn átti svona mikið safn af tindátum, þeir voru á annað þúsund og þöktu fjórar hillur á heimili hans, í öllum stærðum og gerðum. Ég vil ekki segja að hann hafi verið hamingjusnauður þegar hann dó, en hamingjusamur var hann ekki, og það sló mig þarna sem ég sat hjá honum, hann enn brosandi yfir minningunni, bros sem var alls ekki laust við trega, að hann hafi gert þau stærstu og verstu mistök sem manneskja getur gert; reynt að kaupa hamingjuna í stað þess að reyna að lifa hana.

Lífið er sáraeinfalt, við þráum hamingju, lífsfyllingu, og erum allt okkar líf að leita hennar, hvert á sinn hátt, og inn á þessa staðreynd spila auglýsingar; þú verður hamingjusamur ef þú drekkur kókakóla, þú verður hamingjusamur ef þú ferð í þessa sólarlandaferð, þú verður hamingjusamur ef þú kaupir þennan bol, þennan bíl, þennan heitapott, þennan sumarbústað, þetta heimabíó … en með leyfi; hvað er hamingja? Eitt besta núlifandi skáld okkar heitir Hannes Pétursson, og hann yrkir á einum stað:

Þegar þú leiðir mig
skín ljós inn í hönd mína
og það svæfir
allar svartar hugsanir.

Svona er það þá; peningar og auðhringir stjórna kannski heiminum, en þeir stjórna ekki hamingjunni, þeir ráða kannski mörgu, ráða hugsanlega yfir stjórnvöldum, en þeir ráða ekki yfir sjálfri lífsfyllingunni. Hamingjan, lífsfyllingin, hún er undir sjálfum okkur komið, engum öðrum, jú, aðrir geta náttúrlega spillt henni, og efnishyggjan getur svo sannarlega óhreinkað og afvegaleitt okkur, en hamingjan, sjálf lífsfyllingin, kemur innan frá, og hún er magnaðasta orkuveita heimsins, getur verið óþrotleg; sólin sem gerir jörðina byggilega. En munið, hamingjan, lífsfyllingin, fær aldrei að stýra bankaráðsfundum, fengi aldrei að valsa um Pentagon, hún kemst aldrei á forsíður dagblaða og er aldrei fyrsta frétt á sjónvarpsstöðunum, svona er maðurinn kominn skammt á veg, því auðvitað ætti Morgunblaðið og Fréttablaðið og Blaðið og DV að leggja stríð, hagvöxt og gráa stjórnmálamenn til hliðar, þó ekki nema dag og dag, og hleypa hamingjunni að – ég held að þetta ljóð Hannesar Pétursonar gæti hæglega talað fyrir hana:

Sumarið er komið.
Sonur minn, við skulum ganga
tveir út í hagann og safna
okkur sóleyjum í vendi
glaðir tína í lófann
nokkur gullin blóm.
Svo berum við þau heim
eins og bjart sólskin í hendi.

Ráðstefnur og fundir

27.-31. ágúst
Flórens, Ítalíu.
Frá Wonca, efnið er Towards Medical Renaissance.
www.woncaeuropa2006.org

8.-15. september
Washington og Anchorage í Alaska.
Sjöunda ráðstefna Wonca um Rural Health og ber heitið: Transforming Rural Practice Through Education.
www.ruralwonca2006.org

14.-15. september
Kirkjulundi, Kirkjuvegi 25, Reykjanesbæ.
LOFT2006 – ráðstefna um tóbaksvarnir haldin í framhaldi af fyrri ráðstefnum á Egilsstöðum, Mývatnssveit og síðast í Hveragerði 2004. Ætluð heilbrigðisstarfsfólki og öðrum áhugasömum um tóbaksvarnir og reyklaust umhverfi á vinnustöðum. Áherslur að þessu sinni verða óbeinar reykingar og reyklausir vinnustaðir. Einnig fjallað um meðferð til reykleysis. Haldin af Heilbrigðisstofnun Suðurnesja í Reykjanesbæ, í samvinnu við Landlæknisembættið, Lýðheilsustöð og Krabbameinsfélag Íslands. Skráning hefst 1. apríl 2006.
www.congress.is/loft2006

7. október
kl. 9:00-16:00, Hólum, Akureyri
Haustþing Læknafélags Akureyrar og Hjúkrunarfélags Norðurlands
Efni þingsins: Verkir og verkjameðferð.
Tengiliður: Þórir V. Þórisson, Heilsugæslustöðinni á Akureyri, *thorir@hak.ak.is*

11.-14. október
Buenos Aires, Argentínu.
Ráðstefnan: Pursuing Equity and Efficiency in Healthcare: The Role of the Family Doctor.
www.aamf.org.ar

5.-9. nóvember
Bangkok í Tælandi.
15. þing Asíu/Kyrrahafsdeildar Wonca undir heitinu: Happy and Healthy Family.
www.thaifammed.org

8.-10. nóvember
La Défense, París
Ráðstefna JIB (Journeés Internationales de Biologie), sjá nánar á heimasíðunni:
www.jib-sdbio.fr

11.-15. desember
Vancouver í Kanada.
Wonca Americas Region/Family Medicine Forum, þing sem heitir: Preparing for Tomorrow.
www.cfpc.ca

Sumarlokun á skrifstofu Læknablaðsins

Ritstjórnarskrifstofa Læknablaðsins verður lokuð frá og með 6. júlí – 8. ágúst vegna sumarleyfa starfsfólks.

Næsta blað kemur út 1. september.

www.laeknabladid.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.









Tími fyrir skemmtilega hluti

NÝTT IMIGRAN® RADIS

Þegar til kastanna kemur

Sérlyfjatexti á bls. 577

