Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

9/2013

99. árgangur: 373-432



TURBUHALER

Turbuhaler innöndunartæki

Einfalt og auðvelt í notkun

Turbuhaler er fjölskammta innöndunartæki sem inniheldur ýmis lyf við lungnasjúkdómum eins og astma og langvinnri lungnateppu

Leiðbeiningar um notkun fást á næstu heilsugæslustöð eða í lyfjaverslunum

AstraZeneca

Umboðsaðili: Vistor.hf. Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 535 7000



Þátttakendur í Vestfjarðaferð öldungadeildar Læknafélagsins ásamt fararstjóra á Hrafnseyri við Arnarfjörð. Mynd: Sigurður Jónsson frá Reynistað í Skagafirði.

Eldri læknar á yfirreið um Vestfirði

Öldungadeild Læknafélags Íslands efndi til ferðar um Vestfirðina dagana 22.-25 ágúst. Fararstjóri var Magnús Jónsson sem gjörþekkir Íslendingasögurnar og sögusvið þeirra. Hópurinn hafði talsverða yfirferð, gist var tvær nætur á Ísafirði og farið um söguslóðir í Önundarfirði, Dýrafirði og Arnarfirði. Lögð var sérstök áhersla á að kynnast sögusviði Gísla sögu Súrssonar. Leikarinn Elvar Logi Hannesson flutti hópnum einleik sinn um Gísla Súrsson í gamla félagsheimilinu að Gíslastöðum í Dýrafirði. Þá var siglt með víkingaskipi á slóðir Gísla í Geirþjófsfirði og minjar um mannvist í Selárdal skoðaðar.

Á Hrafnseyri var minning Hrafns Sveinbjarnarsonar læknis og goða heiðruð, en þar fór fram ráðstefna í tilefni af því að í ár eru 800 ár frá því að Hrafn var tekinn af lífi.

Eftir gistingu á Patreksfirði var ekið á Rauðasand og þaðan heimleiðis til Reykjavíkur eftir vel heppnaða ferð. Þátttakendur í ferðinni voru 37 auk fararstjórans.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Unndór Egill Jónsson (f. 1978) nam myndlist í Listaháskólanum og fór utan til Svíþjóðar í framhaldsnám sem hann lauk árið 2011. Nýverið hélt hann einkasýningu í aðalsal Listasafns ASÍ þar sem hann sýndi meðal annars verk sem gefa til kynna áhuga á þeim margbreytileika sem býr í náttúrunni og aðlögun tegundanna að fjölbreyttu og óstöðugu umhverfi. Áður en hann sneri heim úr námi hélt Unndór sýningu í Gautaborg og beitti þar hugviti og útsjónarsemi til að bregðast við náttúrulegu ferli í sérstökum aðstæðum. Verk hans sem sjá má á forsíðu *Læknablaðsins* heitir **Problem Solved** (2011) og samanstendur af alls kyns ílátum, girni til upphengingar og regnvatni. Listamaðurinn nýtti sér voldugan þakglugga í sýningarsal Göteborgs Konsthall þar sem hann veitti inn regnvatni úr þar til gerðu söfnunarkerfi á þakinu. Í samræmi við útreikninga sína á áætlaðri úrkomu og því vatnsmagni sem lekið gæti inn á sýningartímanum, hengdi hann upp röð af pottum, skálum og öðrum ílátum sem tóku eitt af öðru við vatninu sem seytlaði inn og vörnuðu því að lekinn næði niður á gólf. Eins og heiti verksins gefur til kynna var vandamálið þannig leyst og hvimleiðum vatnsleka umbreytt í listilegan gosbrunn. Unndór Egill hefur sýnt verk sem unnin eru í ýmsa miðla en eiga það sameiginlegt að endurspegla sérstakan hagleik og natni, samanber fíngerðar teikningar, fágaða skúlptúra og þaulhugsaðar innsetningar. Efniviður verka hans sprettur gjarnan úr plöntu- og dýraríkinu. Unndór Egill er búsettur hér á landi og er um þessar mundir formaður Myndhöggvarafélagsins í Reykjavík.



Ljósmyndin er tekin af Dorota Lukianska.

Markús Þór Andrésson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8,
201 Kópavogi
564 4104 – 564 4106

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn
Engilbert Sigurðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Anna Gunnarsdóttir
Gylfi Óskarsson
Hannes Hrafnkelsson
Sigurbergur Kárason
Tómas Guðbjartsson
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir
Þórunn Jónsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Sigdís Þóra Sigþórsdóttir
sigdis@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1700

Áskrift
12.400,- m. vsk.
Lausasala
1240,- m. vsk.

Prentun, bókband og pökkun
Oddi,
umhverfisvottuð
prentsmiðja
Höfðabakka 3-7
110 Reykjavík

© 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.

Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar (höfundar, greinarheiti og útdrættir) í eftirtalda gagnagrunna: Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition og Scopus.

The scientific contents of the Icelandic Medical Journal are indexed and abstracted in Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition and Scopus.

ISSN: 0023-7213

LEIÐARAR



379

Þórarinn Ingólfsson

Þjónustusamningar við heimilislækna – bætt þjónusta við almenning

Ótal skýrslur um „eflingu" heilsugæslunnar eru í skrifborðsskúffum ráðuneytisins. Ekki er þörf á fleiri skýrslum, nú þurfa yfirvöld að vinna af alvöru með heimilislæknum að framtíðarskipulagi heilsugæslunnar.



381

Halldóra Jónsdóttir

Nútímavæðing á niðurskurðartímum – opnun bráðageðdeildar við Hringbraut

Fyrirmynd að deildinni er sótt til Bretlands, en þar hafa slíkar deildir verið starfandi í 30 ár og verið í stöðugri þróun til að mæta aðstæðum og þörfum á hverjum stað.

FRÆÐIGREINAR

383

Helga Hansdóttir, Pétur G. Guðmannsson

Lyfjanotkun á hjúkrunarheimilum á Íslandi árin 2002-2004

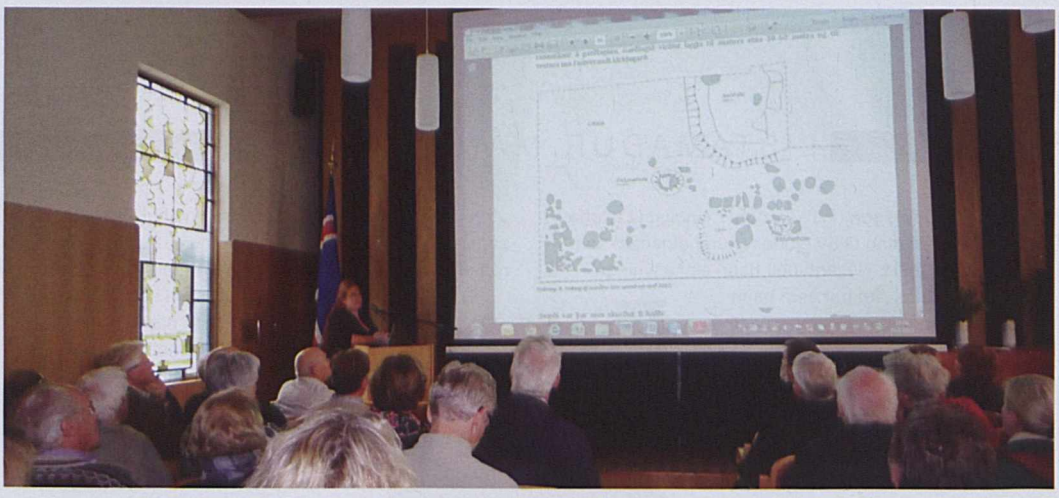
Mikil þörf er á rannsóknum á lyfjameðferð á hjúkrunarheimilum til að skilja betur áhrif lyfja á þennan sérstaka hóp sem er viðkvæmari en aðrir og að nálgast lífslok. Markmið lyfjameðferðar er oft að bæta lífsgæði og er mikilvægt að rannsaka áhrif lyfja á lífsgæði ekki síður en á lífslengd. Það veltir upp þeirri spurningu hvort nægilega sé hugað að því að fara yfir ástæður lyfjanotkunar og hvort lyf séu að skila ætluðu gagni, bæði fyrir og eftir flutning á hjúkrunarheimili.

391

Ólafur Árni Sveinsson, Ingvar H. Ólafsson, Ólafur Kjartansson, Einar Már Valdimarsson

Sjálfsprottin heilavefsblæðing – yfirlitsgrein

Milli 10 og 15% allra heilablóðfalla stafa af sjálfsprottinni heilavefsblæðingu (spontaneous intracerebral hemorrhage). Árlega veikjast um 30-50 einstaklingar af heilavefsblæðingu á Íslandi. Dánartíðnin er afar há (30 daga dánartíðni er 25-50%). Háþrýstingur er algengasta orsökin en hafa ber í huga sértækari orsakir, einkum hjá yngra fólki. Árangur af skurðaðgerðum hefur ekki náðst nema í sérstökum tilvikum eins og stórum blæðingum í litla heila. Mikilvægt er að sjúklingar með heilavefsblæðingu séu vistaðir á gjörgæsludeildum eða heilablóðfallseiningum þar sem fylgst er nákvæmlega með vökustigi, taugaeinkennum, blóðþrýstingi og vökvabúskap.



Mynd: Vilhelmína Haraldsdóttir

HRAFN SVEINBJARNARSON tók í taumana þegar Læknafélag Íslands og Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar hugðust minnast hans á Eyri við Arnarfjörð með dagskrá með ræðum, glærum og tónum. Sá gamli brást við með því að leggja farbann á vél Flugfélags Íslands frá Reykjavíkurflugvelli og lagði þétt þokuteppi inn allan Skutulsfjörð og lendingarstaðinn við Ísafjörð. Bróðurparturinn af þeim sem stóðu fyrir þinginu bifuðust ekki í áttina vestur, og dagskráin varð ekki flutt á Hrafnseyri nema til hálfs. Þar voru þó fyrir á fleti ýmsir gestir og gerðu góðan róm að því sem í boði var. Dagskráin verður flutt í heild sinni sunnan heiða seinna í haust. Á myndinni er Margrét Hallmundsdóttir fornleifafræðingur að lýsa uppgreftri á Hrafnseyri. Til vinstri er gluggi sem Læknafélagið gaf til staðarins fyrir allmörgum árum.

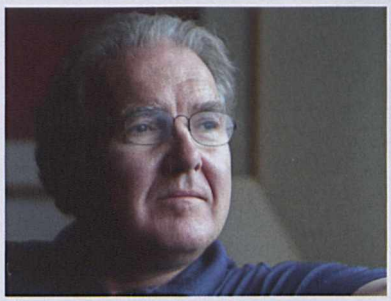
UMFJÖLLUN OG GREINAR

400
Heilbrigðismál eiga að lifa einstaka ráðherra, segir Guðbjartur Hannesson



Hávar Sigurjónsson

Guðbjartur sat í fjögur ár í heilbrigðisráðuneytinu og hefur mikla yfirsýn á þeim vettvangi. Burðarásinn í svonefndu heilbrigðiskerfi að hans mati er starfsfólkið sem er vel menntað og þjálfað og sinnir störfum sínum af miklum dugnaði, fórnfýsi og samviskusemi.



404
Léleg laun eru meginástæða óánægju lækna, segir Einar Stefánsson um Landspítala

Hávar Sigurjónsson

Einar talar tæpitungulaust um stöðuna á Landspítala og segir lækna fara þar einsog ketti kringum heitan graut, en nú einfaldlega verði þeir að skera upp herör og gera launamálin að aðalatriði áðan en skaðinn er skeður.

409
Einstaklingsmiðuð heilsurækt – hjá fyrirtækinu Heilsuborg



Hávar Sigurjónsson

Hér er árangur ekki eingöngu mældur í minnkandi þyngd eða lækkkaðri fituprósentu, heldur auknum lífsgæðum og bættri líðan. Þyngd skiptir vissulega máli en er ekki aðalatriði, en margir eru skemmdir af hugmyndafræðinni um ofþyngd sem ríkir í samfélaginu.

413
Um samhengi hlutanna





Páll Torfi Önundarson, Einar Stefán Björnsson

Fyrir 544 milljónir króna er hægt að gera ýmislegt í íslensku heilbrigðiskerfi, til dæmis að reka Blóðbankann í heilt ár, bæta kjör og aðstöðu, greiða 100 hjúkrunarfræðingum full laun eða taka upp nýjungar sem skipta sköpum.

414
Anders Jahre-verðlaunin veitt fyrir rannsóknir á sykursýki



Sigurður Ingvarsson

421
Misnotkun ávanabindandi lyfja – lyfjafíkn

Magnús Jóhannsson, Leifur Bárðarson, Ólafur B. Einarsson

416
Þjálfun og endurmenntun lækna í heilsugæslu til að bregðast við slysum og bráðum veikindum

Hjalti Már Björnsson, Sigurður Halldórsson

Meginforsenda þess að byggð þrífist utan höfuðborgarsvæðisins á Íslandi er að fólkið sem þar býr hafi aðgang að nauðsynlegri læknisþjónustu.

424
Nýjungar í læknisfræði: Framfarir í geislun heilaæxla

Þröstur Haraldsson

Elfar Úlfarsson taugaskurðlæknir vinnur að því að auka nákvæmni og virkni geislunartækja

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



399
Engir læknar um borð í þyrlum Landhelgisgæslunnar?

Þorbjörn Jónsson

Þetta mál líkist því miður of mörgum málum frá liðnum árum. Þyrlulæknunum er sagt upp án þess að vitað sé hvað tekur við.



406
Hjartaskurðlækningar og tildrög þeirra á Íslandi

Þórður Harðarson

Ríkisstjórn hrökklaðist frá völdum vorið 1983, erlendar skuldir voru 60% af þjóðarframleiðslu og greiðsluhalli tröllslegur. Þjóðarframleiðsla dróst saman um 10% og verðbólgan var 130%. En með lagni tókst læknum að fá samþykkt á þingi að hjartaskurðlækningum yrði ýtt úr vör hér heima.

FRÁ SÉRGREIN



430
Hallar undan fæti íslenskra bæklunarlækninga?

Ragnar Jónsson

Framhaldsnám í bæklunarlækningum á Íslandi verður skipulagt og framkvæmt með sama hætti og á hinum Norðurlöndunum.

Cervarix® veitir vörn gegn algengustu* krabbameinsvaldandi HPV- veirum: HPV- 16, 18, 31, 33 og 45[1-6]

Cervarix®

Bóluefni gegn mannapapillomaveirum, gerðum 16 og 18
(Raðbrigði, ónæmisglætt, aðsogað)



Cervarix®: hefur víxlverndandi virkni.

- Heildarvirkni *Cervarix* **er meiri en vænta má** af bóluefni sem er gegn HPV- 16 og 18.[1,3,5–8]
- *Cervarix* hefur **93% virkni gegn alvarlegum frumubreytingum í leghálsi (CIN3+),** óháð HPV- gerð í frumubreytingum.**[2,3]

CERVARIX Bóluefni gegn mannapapillomaveiru [gerðum 16 og 18] (raðbrigði, ónæmisglætt, aðsogað). **Notkun:** Til notkunar frá 9 ára aldri til að koma í veg fyrir forstigsbreytingar í leghálsi og leghálskrabbamein af völdum ákveðinna krabbameinsvaldandi mannapapillomaveira (HPV). Notkun Cervarix skal vera í samræmi við opinberar leiðbeiningar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlögð bólusetningaráætlun er þrír skammtar; 0, 1, 6 mánuðir. Ekki liggur fyrir hvort þörf er á örvunarskammti. Cervarix er ætlað til inndælingar í vöðva á axlarvöðvasvæðinu. Ekki ætlað stúlkum yngri en 9 ára, vegna skorts á upplýsingum um öryggi og ónæmingargetu hjá þessum aldurshópi. **Innihaldsefni:** 1 skammtur (0,5 ml) inniheldur: HPV 16 L1-prótein (20 míkrógrömm), HPV 18 L1 prótein (20 míkrógrömm) ónæmisglætt með AS04 sem inniheldur mónófosfórýllípíð A (50 míkrógrömm) aðsogað á álhýdroxíðhýdrat (0,5 milligrömm Al^{3+}). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Bráð, alvarleg veikindi með hita. Hins vegar er minniháttar sýking, svo sem kvef, ekki frábending fyrir ónæmisaðgerð. **Geymsluþol:** 4 ár. Cervarix skal gefið eins fljótt og unnt er eftir að það er tekið úr kæli. Gögn um stöðugleika benda þó til að Cervarix í stakskammtaílátum haldist stöðugt og megi gefa ef það hefur verið geymt utan kælis í allt að þrjá daga við hitastig á bilinu 8°C til 25°C eða allt að einn dag við 25°C til 37°C. **Gerð íláts og verð:** 0,5 ml sprauta 1stk. í pakkningu. Hámarks smásöluverð í febrúar 2013, kr. 17.882 Lyfseðilsskylt, R,0. ATC flokkur J07BM02. **Markaðsleyfishafi:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgía. Dagsetning endurskoðunar textans: 05/12/2011. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá** – www.serlyfjaskra.is.

References:

1. Paavonen J, Naud P, Salmerón J, *et al.* Lancet 2009; 374: 301–314. **2.** European Summary of Product Characteristics. Cervarix®. GlaxoSmithKline. **3.** Paavonen J, Naud, Salmerón J, *et al.* Abstract presented at IPVC 2010 Montreal, Canada, July 3–8, 2010. **4.** Romanowski B. Abstract presented at IPVC 2010 Montreal, Canada, July 3–8, 2010. **5.** Bosch FX, Burchell AN, Shiffman M, *et al.* Vaccine 2008; 26S: K1–K16. **6.** European Summary of Product Characteristics. Gardasil™. Sanofi Pasteur MSD, 2010. **7.** Tjalma W. Abstract presented at IPVC Montreal, Canada, July 3–8, 2010. **8.** Howell-Jones R, Bailey A, Beddows S, *et al.* Br J Cancer 2010; 103(2): 209–216.

* Vaccine efficacy is different for each of the HPV types 16, 18, 31, 33, 45 and varies in different cohorts and endpoints. ** Vaccine efficacy again CIN3+ irrespective of HPV type in lesions was 93,2% (95% CI 78,9-98,7) in the TVC-naïve cohort.3

Tilkynning um aukaverkanir: Aukaverkanir má tilkynna á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is/Aukaverkanir/tilkynna eða til GlaxoSmithKline í síma 530 3700.

gsk GlaxoSmithKline

IS/CER/0001a/13 February 2013

Þjónustusamningar við heimilislækna – bætt þjónusta við almenning

Þórarinn Ingólfsson

formaður Félags íslenskraheimilislækna



Thorarinn.Ingolfsson@heilsugaeslan.is

Nánast allir Íslendingar, og þar með taldir stjórnmálamenn, eru sammála um að heilbrigðiskerfið skuli rekið af sameiginlegum sjóði landsmanna og allir skuli eiga jafnan rétt á góðri heilbrigðisþjónustu án tillits til efnahags. Þegar ríkið kaupir þessa þjónustu af læknum heyrast gjarnan þær raddir að nú sé verið að „einkavæða" og um sé að ræða einhvers konar ójöfnuð. Það er alrangt. Öll kaup ríkisins eru með samningum sem tryggja öllum jafnan aðgang að þjónustunni. Einhverra hluta vegna hafa heilbrigðisyfirvöld hingað til staðið á því fastar en fótunum að þjónusta heimilislækna skuli ekki vera keypt með samningum heldur skuli þeir ráðnir sem starfsmenn stofnana ríkisins. Á þessu eru nokkrar undantekningar: Salastöð, Lágmúlastöð og 12 sjálfstætt starfandi heimilislæknar. Þegar mæld er ánægja sjúklinga, aðgengi og kostnaður koma þessi rekstrarform vel út í samanburði. Þegar heilsugæslan er til umræðu er hún gjarnan borin saman við Norðurlöndin en þar hafa þjónustusamningar við heimilislækna verið burðarásinn í grunnheilbrigðisþjónustunni í mörg ár, fyrst og fremst í Noregi og Danmörku sem hafa áratuga góða reynslu af þessu fyrirkomulagi. Nú síðustu ár hafa Svíar fetað sömu braut með því að opna fyrir þjónustusamninga og gefa kost á heilbrigðri samkeppni við opinberu heilsugæslustöðvarnar. Þjónusta heimilislækna í Noregi hefur í mörg ár verið efst á lista ánægjuvogar um opinbera þjónustu og almenn sátt verið um fyrirkomulagið. Mikill skortur var á heimilislæknum til starfa í Noregi á 10. áratugnum og tókst þeim að bæta mönnunina verulega með því að bjóða öllum heimilislæknum samninga með umbótum árið 2001. Síðan hefur verið almenn ánægja og samstaða um kerfið. Það tókst að bjóða öllum landsmönnum heimilislækni. Aðgengi batnaði og starfsánægja læknanna jókst. Mönnun í Danmörku er einnig stöðug og starfsánægja mikil og almenn ánægja almennings með kerfið. Breytingarnar í Svíþjóð núna virðast einnig stefna í verulega betra aðgengi fólks að þjónustunni og meiri ánægju. Það er engin ástæða til annars en að ætla að það sama yrði uppi á teningnum hér á landi, ef þeim læknum sem þess óska væri gefinn kostur á meiri rekstrarlegri ábyrgð og áhrifum á vinnuumhverfi sitt. Það myndi stuðla að því að halda læknum í starfi og auka áhuga ungs fólks á sérgreininni og að koma heim til starfa. Þann 30. júní 2008 var undirritaður rammasamningur um þjónustu heimilislækna milli Læknafélags Íslands og heilbrigðisráðuneytisins. Í aðdragandanum komu fram óskir beggja aðila um nýja hugsun í þjónustu heimilislækna, gefa þyrfti þverfaglegu starfi meiri gaum, samvinnu milli heilbrigðisstétta og stofnana og huga sérstaklega að eldra fólki og sjúklingum með fjölheilsuvanda og langvinna sjúkdóma. Einnig að stuðla að skráningu sem flestra hjá tilteknum lækni og að aðgangur þeirra að lækni sínum yrði tryggður. Einnig var gert ráð fyrir því í samningnum að blæbrigðamunur geti verið á stöðvum eftir því umhverfi og aðstæðum sem þær starfa í. Við teljum að vel hafi tekist til og reyndar að um sé að ræða tímamótasamning um kaup á læknisþjónustu. Heimilislæknar fóru bjartsýnir inn í haustið 2008 og töldu að framundan væri uppgangur í heimilislækningum og nú myndi skapast rými til að sinna öllum vel og bjóða þeim sem þess óskuðu fastan heimilislækni sem væri vel menntaður og aðgengilegur sínum sjúklingum. En allir vita jú hvað haustið 2008 bar í skauti sínu og voru allar áætlanir um samninga við heimilislækna slegnar út af borðinu og hafa ekki komið inn á það borð síðan. Færa má þó fyrir því rök að það hefði átt að klára þetta mál eins og Harpa var kláruð, þegar við lítum til læknismönnunar og ástandsins í heilsugæslunni í dag. Við teljum að heilbrigðisþjónustu megi kaupa af sérfræðingum í læknisfræði með skynsamlegum samningum um verð þjónustunnar og innihald. Útboð eða samningar við stórfyrirtæki um samband sjúklings og læknis á hins vegar ekki við. Semja á við læknana sjálfa og það á að horfa til lengri tíma varðandi þessa mikilvægu þjónustu. Það þarf að skapa íslenskum læknum svipað rými og þeir fá erlendis til að hafa áhrif á vinnuumhverfi sitt og umönnun skjólstæðinga sinna. Einungis þannig er nokkur von til þess að vinna í samkeppninni við útlönd um þennan eftirsótta mannafla. Ótal skýrslur hafa verið ritaðar um „eflingu" heilsugæslunnar og er þær að finna í skrifborðsskúffum ráðuneytisins. Ekki er þörf á fleiri skýrslum, nú þurfa heilbrigðisyfirvöld að koma af alvöru til samvinnu við heimilislækna um framtíðarskipulag heilsugæslunnar. Ekki velja sér ráðgjafa af handahófi því samvinna við læknana sjálfa leiðir meira gott af sér en boð og tilskipanir.

Heilbrigðisráðherra Kristján Þór Júlíusson sagði eftirfarandi í nýlegri blaðagrein: „Stefna ríkisstjórnarinnar í heilbrigðismálum gefur fyrirheit um að nýjum vinnubrögðum verði beitt í stað þess að velta vandanum stöðugt á undan sér."

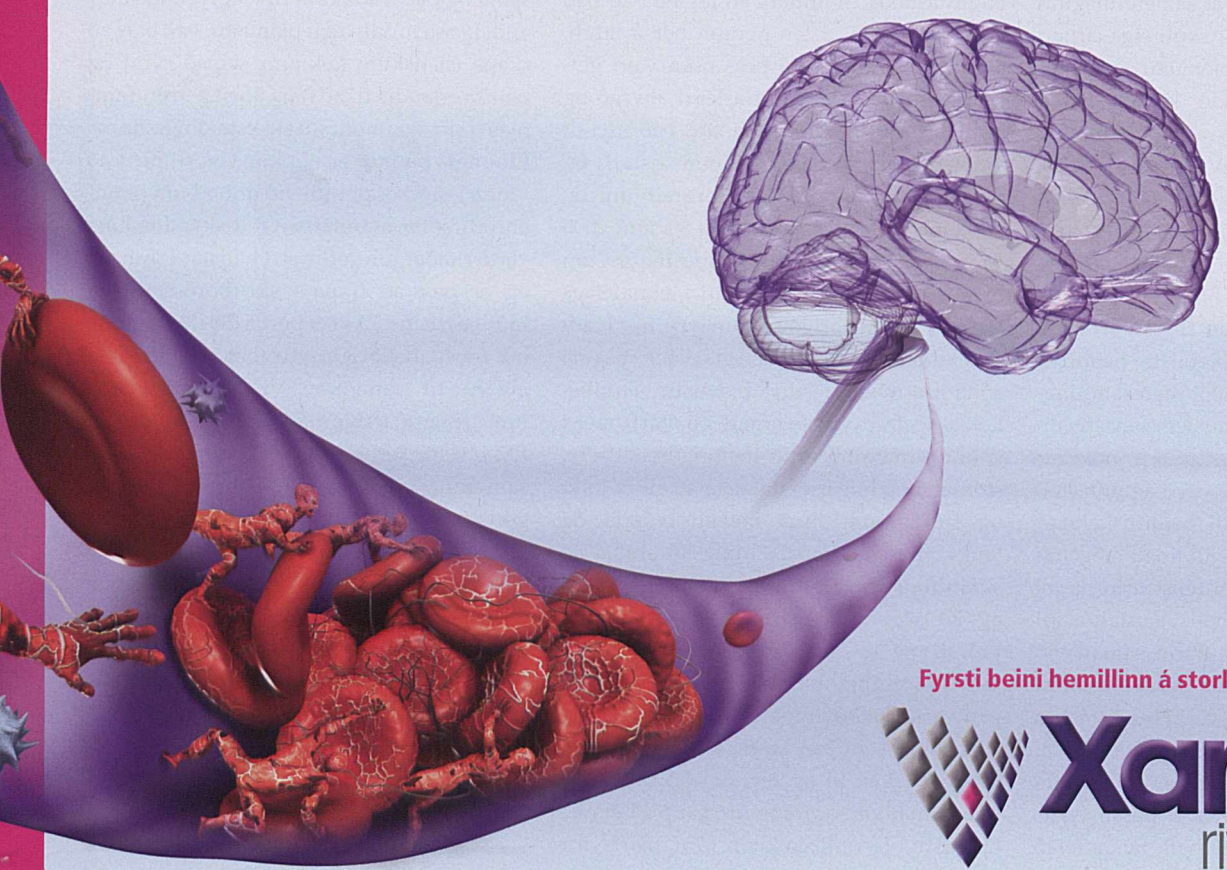
Þessi orð gefa tilefni til bjartsýni.

Service agreements vith Icelandic GP's – better service for the public

Þórarinn Ingólfsson
MD General Practitioner
Chairman of the Icelandic College of General Practitioners
Heilsugaeslan Efra Breidholti

Xarelto® (rivaroxaban) – fyrirbyggir heilablóðfall og segarek hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti*[1]

- Varnar heilablóðfalli og segareki að lágmarki til jafns við warfarín[2]
- Sambærileg blæðingarhætta og í meðferð með warfaríni en marktækt færri innankúpublæðingar og dauðsföll vegna blæðinga[2]
- Ein tafla á dag[1]



Fyrsti beini hemillinn á storkuþátt Xa til inntöku

Xarelto®
rivaroxaban

*svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast.

Heimildir 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Xarelto. 2. Patel MR et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365:883-891.

L.IS.04.2013.0033

Bayer HealthCare

Sérlyfjatexti á bls. 426

Nútímavæðing á niðurskurðartímum – opnun bráðageðdeildar við Hringbraut

Halldóra Jónsdóttir

yfirlæknir við geðsvið Landspítala



halldjon@landspitali.is

Umræða um heilbrigðismál hefur undanfarin ár einkennst af fréttum af niðurskurði, slæmum aðbúnaði, gríðarlegu álagi og flótta fagfólks úr landi. Við höfum lítið séð af jákvæðari fréttum, því miður, en vissulega er heilbrigðiskerfið í þróun þrátt fyrir erfiða tíma síðustu ár. Á geðsviði Landspítala hefur verið skorið niður eins og annars staðar, en þó getum við stolt sagt að það hafi orðið mikil þróun í starfinu síðustu árin. Það hefur farið fram innri skoðun á starfsemi geðsviðs og hvert beri að stefna í faglegu starfi þar. Í nútímageðheilbrigðisþjónustu er lögð áhersla á að þungi meðferðar og endurhæfingar fari fram úti í samfélaginu og á göngudeildum, en einnig á aukna sérhæfingu þjónustu. Á geðsviði hefur verið stofnað samfélagsgeðteymi, FMB-teymi, til að þjónusta þungaðar konur og fjölskyldur með ung börn, starf á endurhæfingarsviði hefur tekið miklum breytingum, meðal annars með eflingu þjónustu við ungt fólk með geðrofssjúkdóma og ný og nútímaleg réttargeðdeild hefur verið opnuð. Öflugar legudeildir fyrir bráðveika sjúklinga verða þó áfram nauðsynlegar þegar önnur úrræði duga ekki.

Nú á haustdögum opnar ný bráðageðdeild 32C við Hringbraut. Hafist hefur verið handa við breytingar á húsnæði móttökudeildar 32C með tilliti til þarfa nýju deildarinnar sem er einskonar geðgjörgæsludeild. Á deildinni voru áður 17 rúm (auk tveggja bráðaplássa), en þar verða nú 10 einmenningsherbergi (auk tveggja bráðaplássa) í tveimur kynjaskiptum álmum. Deildin er öll miklu rýmri en áður, með fleiri dagstofum og herbergjum sem nýtast meðal annars til að róa órólega sjúklinga. Lögð er áhersla á öryggi sjúklinga og starfsfólks og á betri þjónustu í aðlaðandi umhverfi. Eitt af markmiðum starfsins á nýju deildinni er að draga úr truflandi atferli og ofbeldishættu og bæta þannig þjónustu við bráðveika sjúklinga. Um leið skapast tækifæri til að bæta þjónustu við aðra inniliggjandi sjúklinga, þar sem öryggi á öðrum deildum eykst og vonandi svigrúm starfsfólks, þegar þeir sjúklingar sem eru mest krefjandi dvelja á nýju bráðageðdeildinni.

Bráðadeildin mun veita sérhæfða einstaklingsmiðaða skammtímaþjónustu fyrir sjúklinga sem þurfa aukinn stuðning í öruggu umhverfi. Dæmi um sjúklinga sem deildin nýtist fyrir eru sjúklingar sem eru hættulegir sjálfum sér, öðrum og umhverfi, sjúklingar sem eru í verulegri strokhættu, þeir sem eru ófyrirsjáanlegir, með mikla hegðunartruflun eða markalausa hegðun. Helstu kostir slíkrar deildar eru aukin sérhæfing sem leiðir til bættrar þjónustu fyrir þá allra veikustu og aukið öryggi sjúklinga og starfsfólks, en einnig skýrara verklag, bæði á nýju deildinni og á móttökudeildunum. Einstaklingar í bráðu geðrofi, alvarlegu örlyndi og mikilli sjálfsvígshættu þurfa sérhæfða meðferð, það þarf að tryggja þeim ró og draga úr áreiti til að bataferlið gangi betur og hraðar.

Móttökugeðdeildir við Landspítala hafa verið reknar með sama sniði í fjölda ára. Þrjár almennar móttökudeildir og ein fyrir einstaklinga með tvígreiningar, það er geðræn vandamál og alvarlegan fíknisjúkdóm. Gangarnir þar sem veikustu sjúklingarnir dvelja eru þröngir og engin rými önnur en herbergi sjúklinga. Í gegnum árin hafa starfsmenn heilbrigðisþjónustunnar ef til vill ekki beint athyglinni nægilega að því hvernig sjúklingum líður inni á legudeildum, hvernig umhverfið er. Upplifa inniliggjandi sjúklingar öryggi, geta þeir fundið næði og ró, stuðlar umhverfið að bættri líðan? Rannsóknir hafa sýnt að meiri þrengsli, stöðugt áreiti og skortur á „friði og ró" og persónulegu rými, eru þættir sem auka hættu á ofbeldi á geðdeildum.[1,2] Það er löngu tímabært að bæta aðbúnað og þjónustu við bráðveikt fólk í erfiðu geðrofsástandi og það gerum við til muna með sérhæfðri legudeild fyrir þennan hóp.

Fyrirmyndin að deildinni er sótt til Bretlands, en þar hafa slíkar deildir verið starfandi í 30 ár og verið í stöðugri þróun til að mæta aðstæðum og þörfum á hverjum stað.[3] Í undirbúningi að opnun nýju deildarinnar hefur starfsfólk heimsótt geðgjörgæsludeildir í Bretlandi og sérfræðingar þaðan hafa sótt okkur heim og miðlað af sinni reynslu, auk þess að veita mikilvæga ráðgjöf um húsnæði nýju deildarinnar og þjálfa starfsfólk hennar.

Að ráðast í breytingar og kostnaðarsamar endurbætur á deildum Landspítala á tímum aðhalds og niðurskurðar er ekki einfalt mál þótt viljinn sé fyrir hendi. Það er í raun ógerningur án utanaðkomandi stuðnings og aðstoðar. Með átakinu „Á allra vörum" verður safnað fé til að þessi nýja bráðageðdeild geti orðið að veruleika. Söfnunarátakið hefst 12. september og stendur til 26. september. Við erum ákaflega þakklát fyrir að fá þennan góða stuðning og það er mikið tilhlökkunarefni að hefja starfsemi í húsnæði sem mætir nútímakröfum fyrir geðgjörgæsludeild. Deildin verður þó áfram í þróun næstu árin, í takt við þarfir sjúklinga og þróun samfélagsins.

1. Kumar S, Ng B. Crowding and violence on psychiatric wards: explanatory models. Can J Psychiatry 2001; 46: 433-7.
2. Virtanen M, Vahtera J, Batty GD, Tuisku K, Pentti J, Oksanen T, et al. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. Br J Psychiatry 2011; 198: 149-55.
3. Beer DM, Pereira S, Paton C. Psychiatric Intensive Care 2nd edition. Greenwich Medical Media London, 2008.

Modernising when downsizing – Opening a Psychiatric Intensive Care Unit at Landspítali

Halldóra Jónsdóttir,
MD, PhD, psychiatrist, Division of Psychiatry
Landspítali University Hospital

2013
YEAR
OF THE
OVERACTIVE
BLADDER

NÝ MEÐFERÐ
VIÐ EINKENNUM OFVIRKRAR ÞVAGBLÖÐRU EFTIR 25 ÁR MEÐ ANDKÓLÍNVIRKUM LYFJUM

- Nýr verkunarháttur[1,2]
- Áhrif á öll aðaleinkenni ofvirkrar þvagblöðru[1,2]
- Munnþurrkur sambærilegur og við notkun lyfleysu[1,2]

Betmiga™ 50 mg
mirabegron

Fyrsti β_3-örvinn við ofvirkri þvagblöðru

Heimildir: 1. Khullar et al. Eur Urol 63: (2013); 283–295. **2.** Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395

Sérlyfjatexti á bls. 426

Lyfjanotkun á hjúkrunarheimilum á Íslandi 2002-2004

Lýsandi rannsókn

Helga Hansdóttir[1] læknir, Pétur G. Guðmannsson[2] læknir

ÁGRIP

Markmið: Að lýsa lyfjanotkun á hjúkrunarheimilum á Íslandi á árunum 2002-2004.

Efniviður og aðferðir: Skráð var lyfjanotkun á hjúkrunarheimilum sem fengu lyf með tölvustýrðri skömmtun frá byrjun 2002 til loka 2004. Upplýsingar fengust frá 10 hjúkrunarheimilum um alls 1409 einstaklinga, eða um 60% allra vistmanna hjúkrunarheimila á landinu. Konur voru 65% af úrtakinu, meðalaldur var 83 ár og 43% létust á rannsóknartímanum. Fjöldi lyfjaávísana á einstakling var skráður, auk þess sem skoðaður var fjöldi ávísana lyfja sem notuð eru við algengum langvinnum sjúkdómum og einkennum.

Niðurstöður: Heildarfjöldi lyfja notaðra að staðaldri var 8,9 (±4,0) í byrjun rannsóknar og jókst í 9,9 (±4,3) undir lok rannsóknar. Konur fengu einu lyfi meira en karlar að meðaltali ($p<0,001$). 56,2% kvenna og 47% karla fengu fleiri en 10 lyf við lok rannsóknar. Konur fengu fleiri geðlyf en karlar fleiri hjarta-, æða- og segavarnarlyf. 82% íbúa tóku að staðaldri einhver geðlyf, 65% tóku róandi lyf eða svefnlyf, 50% þunglyndislyf og 20% geðrofslyf. Um 15% í viðbót fengu geðrofslyf tímabundið. Flest lyf voru í stöðugri notkun yfir rannsóknartímann, sérstaklega lyf við hjarta- og æðasjúkdómum. Lyf við þvagleka, bólgueyðandi gigtarlyf, beinstyrkjandi lyf og lyf við Alzheimerssjúkdómi voru oftar notuð tímabundið en að staðaldri. Lyf sem voru í fastri notkun hjá meira en 40% einstaklinganna voru kvíða- og svefnlyf, þunglyndislyf, paracetamól, þvagræsilyf og D-vítamín.

Ályktun: Lyfjanotkun er mikil á hjúkrunarheimilum á Íslandi. Flest lyf voru þegar í notkun í byrjun rannsóknar eða við komu á hjúkrunarheimili og héldust óbreytt yfir rannsóknartímann, sem vekur spurningu um hvort lyfjalisti sé nægilega endurskoðaður í samræmi við aðstæður, vilja og horfur einstaklinganna. Engar vísbendingar voru um vanmeðhöndlun verkja og þunglyndis. Þrátt fyrir að D-vítamín sé mikið notað ætti notkun þess að vera meiri, ekki síður meðal karla en kvenna.

Inngangur

[1]Lyflækningasviði Landspítala Landakoti, [2]Rättsmedicinalverket Artillerigatan 12, 587 58 Linköping Svíþjóð

Fyrirspurnir: Helga Hansdóttir

helgah@landspitali.is

Á síðustu áratugum hefur umræða um lyf og lyfjanotkun farið vaxandi. Gagnreynd lyfjameðferð við mörgum alvarlegum langvinnum sjúkdómum sem hrjá aldraða hefur komið fram, eins og við háþrýstingi, hjartabilun, kransæðasjúkdómi, sykursýki og Alzheimerssjúkdómi.[1] Á sama tíma hefur verið sýnt fram á að fjöllyfjameðferð fylgi hætta á að notuð séu óviðeigandi lyf og á hjáverkunum.[2] Lyfjameðferð hrumra aldraðra er flókin vegna þungrar sjúkdómsbyrði, umhverfisáhrifa og meðfædds breytileika, auk lífeðlisfræðilegra breytinga með aldri sem hafa áhrif á útskilnað lyfja.[3] Hrumir aldraðir eru gjarnan útilokaðir frá þátttöku í rannsóknum og því skortir góðar rannsóknir til að leiðbeina læknum um meðferð sjúkdóma meðal þeirra elstu og veikustu. Það þýðir ekki að lyfjameðferð geti ekki verið gagnleg fyrir þá og því hefur verið lýst að aldraðir fái ekki viðeigandi lyfjameðferð þar sem nytsemi er gagnreynd.[4] Á Íslandi hefur verið lýst mikilli notkun geðlyfja á hjúkrunarheimilum[5] og má spyrja hvort slík notkun sé heppileg, þar sem notkun geðrofslyfja hefur verið tengd við aukna dánartíðni meðal aldraðra með heilabilun.[6] Litlar upplýsingar eru til um lyfjanotkun aðra en geðlyfjanotkun á hjúkrunarheimilum á Íslandi. Þessi rannsókn er gerð til að lýsa lyfjanotkun á nokkrum hjúkrunarheimilum á Íslandi. Markmið rannsóknarinnar er tvíþætt: Að skoða heildarfjölda lyfja og að skoða lyfjanotkun við algengum langvinnum sjúkdómum eða einkennum, með breytingum á rannsóknartímabilinu. Niðurstöðurnar eru bornar saman við heilsufarslegar niðurstöður RAI (raunverulegur aðbúnaður íbúa) síðasta árs rannsóknarinnar. RAI-matið er staðlað mat sem notað er til að meta gæði þjónustu og heilsufar íbúa á hjúkrunarheimilum.[7]

Greinin barst 22. nóvember 2012, samþykkt til birtingar 16. ágúst 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Efniviður og aðferðir

Upplýsingar frá lyfjaskömmtunarfyrirtæki voru notaðar til að lýsa lyfjanotkun afturvirkt yfir þriggja ára tímabil, frá byrjun árs 2002 til ársloka 2004. Öll hjúkrunarheimili sem lyfjaskömmtunarfyrirtækið skammtaði lyf tóku þátt í rannsókninni. Alls fengust upplýsingar um lyfjanotkun 1409 einstaklinga, sem ætla má að hafi verið um 60% af íbúum hjúkrunarheimila á Íslandi árið 2004. Níu af hjúkrunarheimilunum tíu voru í Reykjavík. Þau hjúkrunarheimili sem ekki fengu þjónustu lyfjaskömmtunarfyrirtækisins voru almennt minni og líklegri til að vera í dreifbýli. Hjúkrunarheimilin voru misstór, með 19-238 íbúa. Lyfjafyrirtækið skammtaði töflur og hylki tölvustýrt í poka fyrir hvern lyfjatíma, merkt tíma og dagsetningu fyrir tvær vikur í senn. Töflur og hylki sem ekki eru lyfseðilsskyld voru einnig sett í pokana. Handskömmtuð lyf eins og augndropar, nefúðar, innúðar, mixtúrur og sprautur voru einnig skráð á lyfjablað og

Tafla I. *Lýsing rannsóknarhóps.*

Rannsóknarhópur	Karlar	Konur	Alls
Fjöldi (%)	499 (35,4)	909 (64,6)	1408 (100)
Meðalaldur (SF)	81,5 (8,32)	83,8 (7,69)	83,0 (8,00)
Meðaltími á heimili, mánuðir (SF)	23,7 (11,5)	24,1 (11,6)	23,9 (11,6)
Andlát á rannsóknartíma (%)	230 (46,1)	395 (43,5)	625 (44,5)

SF=staðalfrávik

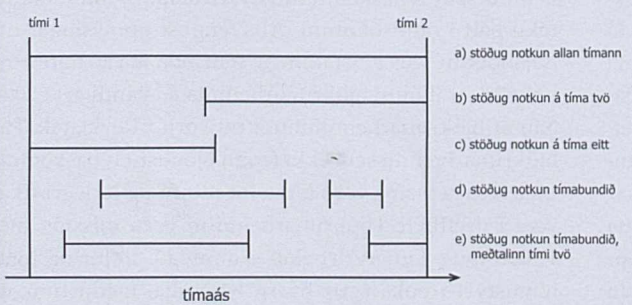
afhent eftir þörfum á hjúkrunarheimilið. Notkun handskammtaðra lyfja var ekki eins skýr og vélskammtaðra, því að þótt fyrirmæli væru til staðar var ekki ljóst hvort lyfin væru raunverulega í notkun, því afhending þeirra á hjúkrunarheimilinu var ekki sjálfkrafa eins og tölvuskömmtuðu lyfjanna. Öll lyf sem skráð voru á fyrirmælablað voru talin í heildarfjölda lyfja. Lýðfræðilegar upplýsingar voru skráðar um aldur, kyn og nafn hjúkrunarheimilis, og hvort þátttakandi var á lífi við lok rannsóknar.

Rannsóknin var samþykkt af vísindasiðanefnd, Persónuvernd og stjórnendum hjúkrunarheimilanna.

Heildarfjöldi lyfja: Fjöldi lyfja var talinn við tíma eitt og tvö. Tími eitt var við upphaf rannsóknar, 1. janúar 2002, eða þegar lyfjaávísanir hófust við flutning einstaklings á hjúkrunarheimilið. Tími tvö var við lok rannsóknar, 31. desember 2004, eða við andlát. Við útreikning á heildarfjölda lyfja voru öll lyf talin sem notuð voru að staðaldri. Einnig var talið hversu margir einstaklingar fengu færri en fjögur lyf, 4-10 lyf eða fleiri en 10 lyf.

Til að skoða nánar hvort um væri að ræða lyf sem gætu haft alvarlegar aukaverkanir eða milliverkanir eða lyf sem telja mætti ólíklegt að skiptu máli í sambandi við fjöllyfjanotkun, voru lyfin flokkuð í aðallyf og aukalyf. Fæðubótarefni, vítamín, sölt, málmar, krem, dropar og innúðar voru skráð sem aukalyf, að glákudropum og innúðalyfjum við teppusjúkdómi í lungum undanteknum. Hægðalyf með staðbundna verkun í görn töldust einnig aukalyf.

Lyfjanotkun við algengum langvinnum sjúkdómum: Til þess að skoða lyfjanotkun og lyfjabreytingar á rannsóknartímanum voru eftirtaldir flokkar valdir: Engin notkun á tímabilinu; reglubundin notkun við lok rannsóknar eða við dauða; tímabundin notkun og notkun eftir þörfum (mynd 1). Valdir voru lyfjaflokkar við algengum langvinnum sjúkdómum og einkennum meðal aldraðra, í ljósi algengis sjúkdómanna og hvort völ var á gagnreyndri lyfjameðferð. Þau einkenni og sjúkdómar sem skoðaðir voru eru tiltekin í RAI-matinu, nema sýrutengdur sjúkdómur. Lyf við sýrutengdum sjúkdómum eru samkvæmt rannsóknum notuð af allt að



Mynd 1. *Lýsing á notkun lyfja við langvinnum sjúkdómum og einkennum. Reglubundin notkun var skilgreind sem stöðug notkun allan tímann eða við tíma tvö (a. og b.) Lyfjanotkunin var skilgreind sem tímabundin ef notkun lyfsins var hætt á rannsóknartímanum, jafnvel þó að lyfið væri í notkun á tíma 2 (c, d og e).*

Tafla II. *Fjöldi lyfjaávísana við upphaf og lok rannsóknar N (SF).*

	Karlar	Konur	Munur p-gildi	Bæði konur og karlar
Við upphaf rannsóknar				
Allar lyfjaávísanir	8,23 (3,9)	9,24 (4,0)	<0,001	8,88 (4,0)
Aðallyf	6,15 (3,1)	6,64 (3,1)	0,004	6,46 (3,1)
Við lok rannsóknar				
Allar lyfjaávísanir	9,39 (4,1)	10,22 (4,3)	<0,001	9,91 (4,3)
Aðallyf	6,89 (3,2)	7,28 (3,3)	0,032	7,13 (3,3)
Meðaltal breytingar				
Allar lyfjaávísanir	+1,16 (3,4)	+0,98 (3,8)	0,388	+1,03 (3,7)
Aðallyf	+0,74 (2,5)	+0,64 (2,8)	0,515	+0,67 (2,7)

64% þeirra sem koma á hjúkrunarheimili.[8] Af þeim lyfjaflokkum sem ekki voru taldir með voru sýklalyf og hægðalyf algengust, því þau eru oftast notuð við bráðum tímabundnum einkennum eða þá að notkun þeirra er ekki nægilega vel skráð til þess að unnt sé að draga ályktanir af henni.

Við tölfræðilega greiningu var SPSS 11.0 forritið notað.[9] Kynjamunur í lyfjaávísunum á tíma eitt og tvö var reiknaður með Chi-square prófi. Kynjamunur á lyfjaávísunum við langvinnum sjúkdómum var reiknaður sem áhættuhlutfall karla miðað við konur að fá tiltekið lyf, með 95% öryggismörkum, samkvæmt aðferð Mantel-Haenzel.[10]

Niðurstöður

Tafla I sýnir lýðfræðileg einkenni hópsins. Tafla II sýnir lyfjafjölda, við upphaf og við lok rannsóknar. Í byrjun rannsóknar fengu 17% karla færri en fjögur lyf, 56% fengu 4-10 lyf en 27% fleiri en 10 lyf. Við lok rannsóknar fengu 12% karla færri en fjögur lyf, 41% 4-10 lyf en 47% fengu fleiri en 10 lyf. Í byrjun rannsóknar fengu 12% kvenna færri en fjögur lyf; 51% fengu 4-10 lyf og 38% fengu fleiri en 10 lyf. Við lok rannsóknarinnar voru 9% kvenna hins vegar með færri en fjögur lyf, 35% fengu 4-10 lyf og 58% fengu fleiri en 10 lyf.

Tafla III sýnir ávísanir á lyf við algengum langvinnum sjúkdómum eftir kyni. 70% lyfja við sárasjúkdómi í maga voru prótónpumpuhemlar og 30% histamín-2 blokkar. Rúmlega 70% af blóðflöguhemlum var asetýlsalisýlsýra. Þar sem barnamagnýli var skipt út fyrir hjartamagnýl á rannsóknartímanum er talan fyrir blóðflöguhemla óeðlilega lág, vegna þess að Hjartamagnýl er í C-flokki en Barnamagnýl var í B-flokki. Í lok rannsóknartímans voru eingöngu um 3% íbúa á blóðflöguhemlunum asetýlsalisýlsýru, klópídógreli eda dípýraídamóli. Tæp 3% úrtaksins fengu amíódarón, en digoxín var langmest notaða hjartslátturóreglulyfið (85%). Þvagræsilyfjanotkun var 34% þíazíð og 66% fúrósemíð. Þvagræsilyf voru notuð af nærri helmingi kvenna. Statínlyf voru einu kólesteróllækkandi lyfin sem notuð voru.

Kvenhormónar voru 33% estríól, en við skráðum eingöngu töflunotkun á kvenhormónum en lyf notuð staðbundið voru skráð

Tafla III a. *Flokkar A: meltingarfæra- og efnaskiptalyf; B: blóðlyf; C: hjarta- og æðasjúkdómalyf, hlutfallsleg notkun, %.*

Lyfjaflokkur		*Engin notkun*	*Notkun að staðaldri*	*Tímabundin notkun*	*Eftir þörfum*	*Kynjamunur p-gildi*	*Hlutfallsleg áhætta (95% öryggismörk)*
A. Meltingarfæra- og efnaskiptalyf							
Lyf við sýrutengdum sjúkdómum		56,3	30,5	13,2	0,1	0,005	
	Karlar	61,9	27,3	10,6	0,2		0,81 (0,71-0,93)
	Konur	53,1	32,2	14,6	0		1
Lyf við sykursýki		91,8	7,0	1,1		<0,001	
	Karlar	86,0	12,4	1,6			3,16 (2,19-4,55)
	Konur	95,0	4,1	1,1			1
D-vítamín		32,4	59,6	8,0		<0,001	
	Karlar	40,9	54,5	4,6			0,68 (0,58-0,79)
	Konur	27,7	62,5	9,9			1
Kalk		67,6	20,0	12,4		<0,001	0,37 (0,29-0,46)
	Karlar	84,8	8,6	6,6			1
	Konur	58,2	26,3	15,5			
B. Blóðlyf							
Warfarín		93,0	5,2	1,8		<0,001	
	Karlar	89,4	8,8	1,8			2,10 (1,44-3,07)
	Konur	94,9	3,2	1,9			1
Blóðflöguhemlar		69,5	3,3	27,2		0,39	
	Karlar	67,7	4,0	28,3			0,57 (0,48-0,67)
	Konur	70,4	3,3	27,2			1
C. Hjarta- og æðasjúkdómalyf							
Dígoxín, Amiódarón		84,2	13,4	1,6		0,25	
	Karlar	84,0	14,4	2,9			1,16 (0,92-1,46)
	Konur	84,4	12,8	2,4			1
Nítröt		73,2	17,5	5,5	3,8	0,16	
	Karlar	71,3	18,8	4,8	5,0		1,11 (0,93-1,33)
	Konur	74,3	16,7	5,9	3,1		
Þvagræsilyf		39,9	46,9	12,9	0,2	<0,001	
	Karlar	47,7	43,7	9,2	0		0,83 (0,37-0,91)
	Konur	36,0	48,7	14,9	0,3		1
Blóðþrýstingslækkandi lyf		64,6	26,8	8,6		0,5	
	Karlar	62,5	28,5	9,0			1,09 (0,95-1,26)
	Konur	65,7	26,0	8,4			1
Beta-blokkarar		62,9	30,1	6,9	20,1	0,56	
	Karlar	65,1	28,5	6,2	0.2		0,91 (0,78-1,03)
	Konur	61,6	31,0	7,3	0,1		1
Lyf til temprunar á blóðfitu		94,7	4,3	1,0		0,008	
	Karlar	92,2	6,2	1,6			2,15 (1,37-3,37)
	Konur	96,0	3,3	0,7			1

í heildarlyfjatöku. Lyf við einkennum blöðruhálskirtilsstækkunar voru í 64% tilfella alfa-blokkar og 33% 5-HT redúktasahemlar.

Af þeim sem fengu róandi lyf og svefnlyf, fengu 43% zolpidem eða zopíklón. Ódæmigerð geðrofslyf (*atypical neuroleptics*) fengu 62% notenda geðrofslyfja, en 38% fengu dæmigerð geðrofslyf (*classical neuroleptics*). Af þeim sem fengu þunglyndislyf fengu 50% sérhæfða serótónín endurupptökuhemla (SSRI), 37% serótónín noradrenerga endurupptökuhemla (SNRI) og 13% þríhringlaga lyf þunglyndislyf (TCA).

Flest lyf voru notuð að staðaldri á rannsóknartímanum. Paracetamól var algengasta lyfið sem notað var tímabundið, eða af um það bil 20% íbúa. Lyf eins og geðrofslyf, lyf við sýruvandamálum,

Tafla III b. *Flokkar G: þvagfæralyf og kvenhormónalyf; H: hormónalyf; M: vöðvasjúkdóma- og beinagrindarlyf, hlutfallsleg notkun, %.*

Lyfjaflokkur		*Engin notkun*	*Notkun að staðaldri*	*Tímabundin notkun*	*Eftir þörfum*	*Kynjamunur p-gildi*	*Hlutfallsleg áhætta (95% öryggismörk)*
G. Þvagfæralyf og kvenhormónar							
Kvenhormónar		77.8	12,9	9.2			
Lyf við stækkun á blöðruhálskirtli		77,4	16,2	6,4			
Krampalosandi lyf fyrir blöðru		89,0	3,3	7,7		0,26	1,18 (0,87-1,61)
	Karlar	89,3	2,6	9,0			1
	Konur	89,0	3,6	7,0			
H. Hormónalyf							
Sykurhrífandi barksterar		97,2	1,2	2,6		0,38	
	Karlar	95,8	1,6	1,0			1,02 (0,57-1,83)
	Konur	98,0	1,0	1,6			1
Skjaldkirtilshormón		89,1	8,9	2,0		0,02	0,64 (0,46-0,91)
	Karlar	92,0	6,0	2.0			1
	Konur	87,6	10,5	2,0			
M. Vöðvasjúkdóma- og beinagrindarlyf							
Bólgueyðandi gigtarlyf		86,9	2,8	8,6	1,6	0,56	
	Karlar	87,4	3,0	8,6	1,0		0,94 (0,71-1,25)
	Konur	86,6	2,6	8,8	2,0		1
Coxíb-lyf		86,3	0,6	13,1	0,1	0,33	
	Karlar	88,4	0.6	11,0	0		0,78 (0,59-1,04)
	Konur	85,1	0,6	14,2	0,1		1
Bisfosfónöt		89,1	4,2	6,7		<0,001	
	Karlar	95,0	1,4	3,6			0,35 (0,23-0,54)
	Konur	85,9	5,7	8,4			1
Raloxifen	Konur	95,8	2,0	2,2			

þvagræsilyf og önnur verkjalyf voru helst notuð tímabundið, en þó hjá færri en 15% íbúa. Lyf sem oftar voru notuð tímabundið en að staðaldri voru sykurhrífandi barksterar og bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID), en einnig blöðruhamlandi lyf, beinstyrkjandi lyf og lyf gegn Alzheimerssjúkdómi.

Umræða

Meðalfjöldi lyfja var 9 lyf í upphafi árs 2002 en um 10 lyf við lok rannsóknar í árslok 2004. Þar af fengu meira en helmingur kvennanna fleiri en 10 lyf við lok rannsóknarinnar. Konur voru á fleiri lyfjum en karlar, að undanskildum hjarta- og æðasjúkdómalyfjum, krampalyfjum og Parkinsonslyfjum. Heildarlyfjanotkun virðist hafa aukist ef borið er saman við RAI-upplýsingar birtar 10 árum fyrr, úr 7 í 10 að meðaltali.[5] Í ljósi mismunandi aðferðafræði er þó erfitt að fullyrða að það sé raunin. Lyf sem voru notuð oftar en tvisvar vikuna fyrir skoðun voru talin með í RAI-matinu en ekki í þessari rannsókn. Hér vorù hins vegar talin með lyf með staðbundna verkun, næringardrykkir, lýsi og önnur bætiefni. Verið getur að lyf sem eru handskömmtuð, eins og innúðar, krem, mixtúrur eða sprautur, séu skráð á lyfjablaðið án þess að vera í notkun. Slík lyf eru leyst út samkvæmt pöntun en ekki sjálfkrafa eins og vélskömmtuð lyf. Sænsk rannsókn frá 2009 fann að 10 lyf voru notuð að staðaldri svipað og hjá okkur, en þeir telja einnig vítamín og húðvörur með. Ef eingöngu eru skoðuð lyf sem við flokkum sem aðallyf er heildarfjöldi lyfja nokkuð sambærilegur við RAI-tölurnar, eða 7-8 lyf.

Rannsókn á lyfjanotkun árið 2004 meðal íbúa á hjúkrunarheimilum í Bandaríkjunum sýndi meðallyfjafjöldann 8 lyf á einstakling, en þar voru vítamín og bætiefni ekki talin með.[11] Sú tala er nokkuð hærri en árið 1996 í sama þýði, en þá fengu 25% færri 8 lyf eða fleiri. Rannsókn frá Evrópu sem notaði RAI-gagnagrunninn árið 2009 fann að meðallyfjanotkun var um 7 lyf.[12] Sænsk rannsókn frá 2003 fann meðallyfjafjöldann 10, svipað og hjá okkur.[13] Í þeirri rannsókn voru húðlyf og bætiefni talin með.

Af heildarfjölda lyfja við lok rannsóknar voru tvö til þrjú talin sem aukalyf, annaðhvort bætiefni eða lyf með staðbundna verkun. Þessi aðferð, að skilgreina aðal- og aukalyf, var notuð til að einfalda talningu á þeim fjölda lyfja sem skipta máli í sambandi við fjöllyfjameðferð. Þetta er þó umdeilanlegt því ekki er hægt að fullyrða að öll bætiefni séu án hjáverkana og má þá sérstaklega nefna járn og kalk. Einn af gæðavísum RAI-matsins á Íslandi er að ekki sé heppilegt að fleiri en 63% af íbúum hjúkrunarheimila séu með 9 eða fleiri lyf.[14] Deila má um þá skilgreiningu því að því hefur verið lýst að á hjúkrunarheimilum séu ekki bara notuð óheppileg lyf fyrir aldraða, heldur einnig að ekki sé ávísað lyfjum með gagnreynda verkun.[4] Rannsakendur hafa notað ýmsar aðferðir við að telja lyfjafjölda en flestir lýsa því ekki nákvæmlega hvort lyf með staðbundna verkun eða bætiefni séu talin með í lyfjafjölda.

Notkun geðrofslyfja hefur notið mestrar athygli á hjúkrunarheimilum vegna hættu sem fylgir notkun þeirra.[6] Bæði bandarísk-

Tafla III c. *Flokkar N: tauga- og geðsjúkdómalyf; R: öndunarfæralyf; S: augnlyf, hlutfallsleg notkun, %.*

Lyfjaflokkur		*Engin notkun %*	*Notkun að staðaldri %*	*Tímabundin notkun %*	*Eftir þörfum %*	*Kynjamunur p-gildi*	*Hlutfallsleg áhætta (95% öryggismörk)*
N. Tauga- og geðsjúkdómalyf							
Ópíóíðar		66,9	18,5	9,9	4,7	<0,001	
	Karlar	72,3	15,6	6,2	5,8		0,77 (0,65-0,90)
	Konur	63,9	20,0	12,0	4,1		1
Parasetamól		31,6	40,2	19,1	9,1	<0,001	
	Karlar	38,7	35,7	16,1	9,6		0,85 (0,78-0,92)
	Konur	27,7	42,7	20,8	8,8		1
Flogaveikilyf		88,5	7,5	3,9		0,57	
	Karlar	88,6	8,2	3,2			0,98 (0,74-1,35)
	Konur	88,4	7,2	4,3			1
Lyf við Parkinsonssjúkdómi		90,4	6,7	2,8		0,04	
	Karlar	88,2	9,0	2,8			1,41 (1,02-1,92)
	Konur	91,6	5,5	2,9			1
Geðrofslyf		63,9	19,7	14,3	2,1	0,01	
	Karlar	69,3	15,6	12,8	2,2		0,78 (0,67-0,92)
	Konur	60,9	21,9	15,1	2,1		1
Kvíðastillandi- og svefnlyf		16,3	64,9	14,5	4,3	0,05	
	Karlar	19,8	62,3	13,2	4,6		0,94 (0,89-0,99)
	Konur	14,4	66,3	15,2	4,1		1
Þunglyndislyf		33,0	50,7	16,3		0,004	
	Karlar	38,5	47,5	14,0			0,88 (0,81-0,95)
	Konur	30,0	52,5	17,5			1
Öll geðlyf		8,5	82,2	9,3		0,002	
	Karlar	12,2	78,4	9,4			0,94 (0,90-0,97)
	Konur	6,4	84,3	9,2			1
Lyf við heilabilun		89,7	3,8	6,5		0,33	
	Karlar	90,6	2,8	6,6			0,87 (0,63-1,21)
	Konur	89,2	4,4	6,4			1
R. Öndunarfæralyf							
Lyf gegn teppusjúkdómi		83,9	11,2	3,6		0,62	
	Karlar	84,8	9,8	4,0	1,4		0,91 (0,71-1,18)
	Konur	83,4	11,9	3,3	1,4		1
S. Augnlyf							
Glákulyf		85,0	13,3	1,7		0,38	
	Karlar	86,4	12,6	1,0			0,95 (0,80-1,13)
	Konur	84,0	13,6	2,1			1

ar og evrópskar rannsóknir sýna að geðrofslyf eru notuð af 25-26% íbúa á hjúkrunarheimilum.[11,12] Á Íslandi voru 35% á geðrofslyfjum í einni rannsókn frá árinu 1996.[5] Um 20% tóku geðrofslyf reglubundið í þessari rannsókn, auk 15% sem tóku lyfin tímabundið. Mögulega hefur notkun þeirra minnkað eitthvað eða færst frá reglubundinni notkun í tímabundna notkun. Þrátt fyrir viðvaranir um aukna dánartíðni meðal heilabilaðra sem fá þessi lyf, virðist erfitt að hætta notkun þeirra alfarið.[6] Þunglyndislyfjanotkun var í þessari rannsókn áþekk og í Bandaríkjunum (50%), sem er heldur meira en í Evrópu á svipuðum tíma (35%) en að auki fengu um 15-16% slík lyf tímabundið á þessum þremur árum.[11,12] Reglubundin notkun kvíðastillandi lyfja var talsvert mikil í þessari rannsókn, eða 65%. Áður hefur því verið lýst að 70% íbúa hjúkrunarheimila á Íslandi noti kvíðastillandi lyf og gæti því verið að um lítilsháttar fækkun sé að ræða.[5] Notkunin var talsvert meiri en í evrópsku rannsókninni, en þar voru 36% á bensodíasepínlyfjum.[12] Í þessari rannsókn notuðu 84% kvenna og 78% karla einhver geðlyf að staðaldri. Í sænsku rannsókninni var talan 80-85% eftir því hvort um var að ræða almennt hjúkrunarheimili eða sérhæft úrræði fyrir heilabilaða og því sambærileg við okkar tölur.[13] Notkun geðlyfja og sérstaklega kvíðastillandi- og svefnlyfja hefur verið tengd byltum[15] og notkun SSRI-lyfja við tvöfalda aukningu á beinbrotum.[16] Í ljósi þess þarf að meta kosti lyfjanotkunar gegn áhættu og óvíst er

hvort nægilegt tillit sé tekið til þess í lyfjaávísunum á hjúkrunarheimilum.

Ef skoðað er hvaða lyfjaflokkar voru algengastir kemur í ljós að geðlyf, þvagræsilyf, paracetamól og D-vítamín voru algengust. Geðsjúkdómar, hjartasjúkdómar, verkir og beinbrot vegna beinþynningar eru mjög algeng á hjúkrunarheimilum og talið er að þeir sjúkdómar og einkenni séu oft vangreindir og vanmeðhöndlaðir.[4,17] Niðurstöður þessarar rannsóknar benda ekki til þess að verkir eða þunglyndi hafi verið vangreint á rannsóknartímanum. Paracetamóli, sem er kjörlyf við verkjum meðal aldraðra, var ávísað á 40% íbúa reglubundið og ópíótum á 18%.[17] Í hinum íslenska RAI-gagnagrunni hafa eingöngu 22% enga verki en 40% hafa daglega verki.[18] Þegar þær upplýsingar eru skoðaðar virðist notkun verkjalyfja vera í góðu samræmi við tíðni verkja. Þunglyndislyf eru notuð oftar en greining þunglyndis meðal íbúa hjúkrunarheimila gefur tilefni til, en þunglyndislyf eru einnig notuð við óróleika í heilabilun og við kvíða, sem gæti skýrt þessa miklu notkun.[19,20] D-vítamín var notað meðal þriðjungs íbúa, oftar meðal kvenna en karla, kalk var sjaldnar notað og beinstyrkjandi meðferð enn sjaldnar, jafnvel fyrir konur. Það bendir til að betur hefði mátt meðhöndla beinþynningu, ekki síður meðal karla, en beinbrot eru einnig algeng meðal karla á hjúkrunarheimilum.[21] Það gæti þó verið að D-vítamínnotkun sé vanmetin þar sem lýsi er stundum gefið í eldhúsi og þá ekki skráð á lyfjablöð. Nú er ráðlagt að allir á hjúkrunarheimilum fái viðbætt D-vítamín og metin sé þörf fyrir kalk og beinstyrkjandi meðferð fyrir hvern og einn.[22]

Um fjórðungur íbúa notaði fúrósemíð reglulega, en algengi hjartabilunar samkvæmt RAI er 18%. Notkun lyfja gegn hjarta og æðasjúkdómum var algeng eins og búast mátti við í ljósi algengi hjarta- og æðasjúkdóma meðal aldraðra. Notkun slíkra lyfja samsvaraði gróflega algengi slíkra sjúkdóma samkvæmt RAI-upplýsingum, að undanteknum blóðfitulækkandi lyfjum sem voru eingöngu notuð af 4,3% þýðisins.[18] Statín voru notuð tvisvar sinnum oftar af körlum en konum, en í ljósi þess að konur deyja nánast eins oft af völdum hjarta- og æðasjúkdóma má spyrja hvort sá kynjamunur eigi rétt á sér.[26]

Um 30% íbúa fékk sýrubælandi meðferð, oftar konur en karlar. Rannsóknir sýna að bakflæði og magasár geta valdið alvarlegum veikindum meðal aldraðra og einkenni eru oft ódæmigerð.[23] Sýrubæling hefur verið tengd minnkuðu frásogi á kalki og fjölgun á mjaðmabrotum,[24] auk þess sem aukin tíðni á *clostridium difficile* sýkingum hefur verið tengd notkun þeirra, en sú sýking getur valdið erfiðum faröldrum á hjúkrunarheimilum.[25]

Notkun lyfja við sykursýki var 8,2% og er í samræmi við upplýsingar úr RAI-matinu.[18] Lyf gegn ofvirkri blöðru voru skráð fyrir 3,3% af íbúum við tíma tvö, en tvöfaldur sá fjöldi fékk þau á einhverjum tíma á hjúkrunarheimilinu. Það bendir til að oft sé notkun lyfjanna hætt þrátt fyrir algengi þvagleka á hjúkrunarheimilum. Reglubundnar klósettferðir er kjörmeðferð við þvagleka á hjúkrunarheimilum.[27] Notkun kvenhormóna er sennilega vanmetin þar sem hjá okkur voru eingöngu skráðar pillur en ekki staðbundin notkun.

Bólgueyðandi gigtarlyf voru eingöngu notuð að staðaldri af 2,8% íbúa en 9% fengu þau tímabundið og 2% eftir þörfum. Coxíb-lyf voru eingöngu notuð tímabundið (13%). Slík notkun er í samræmi við klínískar leiðbeiningar en mælt er með að þessi lyf séu aðeins notuð tímabundið vegna hættu á blæðingum frá maga, skerðingu á nýrnastarfsemi og hjartabilun.[17]

Lyf við Alzheimerssjúkdómi voru sjaldan notuð þrátt fyrir að 63% íbúa hjúkrunarheimila þjáist af heilabilun samkvæmt upplýsingum úr RAI-matinu.[18] Kólínesterasahemlar hafa verið notaðir við vægum eða meðalslæmum sjúkdómi en ekki er einhugur um hvort beri að stöðva slíka lyfjagjöf þegar sjúkdómurinn þróast yfir í alvarlegt stig.[28] Memantín var nánast ekkert notað á þessum tíma.

Gagnsemi þessarar rannsóknar felst fyrst og fremst í að hún sýnir hvernig notkun lyfja er háttað á vissu árabili á nokkrum hjúkrunarheimilum á Íslandi. Sú skráning getur þjónað sem samanburður við seinni tíma. Einnig sýnir rannsóknin breytingar á lyfjanotkun yfir tíma sem ekki hefur verið kannað áður. Samanburður við RAI-gagnagrunninn bætir möguleika okkar til að meta hvort notkunin sé í samræmi við algengi algengra sjúkdóma og einkenna.

Veikleiki rannsóknarinnar er að talning lyfja er framkvæmd á annan hátt en til dæmis er gert í RAI-gagnagrunninum sem nýtist helst til samanburðar. Þar sem þessi rannsókn var gerð til að skoða notkun lyfja var gagnagrunnur lyfjafyrirtækis notaður fremur en RAI-skráningin. Skráning handskammtaðra lyfja er óörugg og við höfum ekki beinar upplýsingar um heilsu íbúa og árangur lyfjameðferðar. Ekki er víst að þau hjúkrunarheimili sem ekki voru með í rannsókninni hafi sama hátt á lyfjaskömmtun, en þau voru líklegri til að vera utan þéttbýliskjarna og vera sinnt af heilsugæslu.

Þrátt fyrir að fjöllyfjameðferð sé áhættuþáttur fyrir hjáverkunum og eiturárhrifum er ekki þar með sagt að betra sé að meðhöndla ekki þá sjúkdóma og einkenni sem skerða lífsgæði einstaklingsins. Best er að valin séu rétt lyf og tillit sé tekið til óska einstaklingsins og markmið meðferðar séu skýr.[5] Minnkandi notkun geðrofslyfja og lítil notkun bólgueyðandi gigtarlyfja bendir til að tillit hafi verið tekið til áhættu við slíka meðferð. Algengi notkunar beinverndandi lyfja og blóðfitulækkandi lyfja var minni en tíðni beinþynningar og æðakölkunar. Kynjaskipting þeirrar lyfjanotkunar bendir einnig til að algengi sjúkdóma á miðjum aldri liggi til grundvallar meðferðarvali fremur en tíðni meðal aldraðra. Lyfjanotkun kvenna var meiri en karla, bæði í heild og í flestum flokkum sem er í samræmi við niðurstöður annarra.[29] Notkun róandi lyfja og svefnlyfja var meiri en mælt er með og er ekki ljóst hver ástæðan er.

Mikil þörf er á frekari rannsóknum á lyfjameðferð á hjúkrunarheimilum til að skilja betur áhrif lyfja á þennan sérstaka hóp, sem er viðkvæmari en aðrir og að nálgast lífslok. Markmið lyfjameðferðar er oft að bæta lífsgæði og er mikilvægt að rannsaka áhrif lyfja á lífsgæði ekki síður en á lífslengd. Margir sem flytjast á hjúkrunarheimili eru við lok ævi sinnar og ætla má að lyf sem notuð hafa verið til að auka lífslíkur hafi lokið hlutverki sínu ef markmið meðferðar er að bæta líðan fremur en lífslengd. Það veltir upp þeirri spurningu hvort nægilega sé hugað að því að fara yfir ástæður lyfjanotkunar og hvort lyf séu að skila ætluðu gagni, bæði fyrir og eftir flutning á hjúkrunarheimili.

Heimildir

1. Gurwitz JH. Polypharmacy. A new paradigm or quality drug therapy in the elderly. Arch Intern Med 2004: 164: 1957-9.
2. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. Arch Intern Med 2001: 161: 1629-34.
3. Chutka DS, Evans JM, Fleming KC, Mikkelson KG. Drug prescribing for elderly patients. Mayo Clin Proc 1995; 70: 685-93.
4. Sloane PD, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Roth M, Watson L, Boustani M, et al. Medication undertreatment in assisted living settings. Arch Intern Med 2004; 164: 2031-7.
5. Kjartansson H. Jónsson PV. Geðlyfjanotkun á elli- og hjúkrunarheimilum á Stór-Reykjavíkursvæðinu árið 1996. Læknablaðið 1999; 85: 681-90.
6. Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et al. Antpsychotic use and mortality in older adults with dementia. Ann Intern Med 2007; 146: 775-86.
7. Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði á hjúkrunarheimilum nr 544/2008. Landlæknir 2008.
8. Clew CM, Rentier RJ. Use of proton pump inhibitors and other acid suppressive medication in newly admitted nursing facility patients. J Am Med Dir Assoc 2008; 9: 280-1.
9. SPSS for Windows, version 11.0.
10. Rothman KJ. Controlling for confounding by stratifying data. Kafli 8 í Epidemiology: An introduction. Oxford University Press 2002.
11. Dwyer LL, Han B, Woodwell DA, Rechsteiner EA. Polypharmacy in nursing home residents in the United States: results of the 2004 National Nursing Home Survey. Am J Geriatr Pharmacotherapy 2010; 8: 63-72.
12. Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P, et al. Polypharmacy in nursing homes in Europe: results from the SHELTER study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2012; 67: 698-704.
13. Olsson J, Bergman A, Carlsten A, Oké T, Bernsten C, Schmidt IK, et al. Quality of drug prescribing in elderly people in nursing homes and special care units for dementia: a cross-sectional computerized pharmacy register analysis. J Clin Drug Investig 2010; 30: 289-300.
14. Hjaltadóttir I. Gæðaviðmið fyrir íslensk hjúkrunarheimili. Efri og neðri mörk fyrir RAI gæðavísa. Landlæknir 2009.
15. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Kahn KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. Arch Intern Med 2009; 169: 1952-60.
16. Richards JB, Papaioannou A, Adachi JD, Joseph L, Whitson HE, Prior JC, et al. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on the risk of fracture. Arch Intern Med 2007; 167; 188-94.
17. Weiner DK, Hanlon JT. Pain in nursing home residents: management strategies. Drugs Aging 2001; 18: 13-29.
18. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2004). RAI upplýsingar um hjúkrunarheimili á Íslandi. Sótt 2006, úr RAI-gagnagrunninum.
19. Jones RJ, Marcantonio, Rabinowitz. Prevalence and correlates of recognized depression in US nursing homes. JAGS 2003; 51: 1404-9.
20. Pollock BG, Mulsart BH, Magundar S, Rosen J, Blakely RE. A double-blind comparison of citalopram and risperidone for the treatment of behavioral and psychotic symptoms. associated with dementia. Am J Geriatric Psychiatry 2007; 15: 942-52.
21. Schwartz AV, Kelsey JL, Maggi S, Tuttleman M, Ho SC, Jónsson PV, et al. International variation in the incidence of hip fractures: cross-national project on osteoporosis for the World Health Organization Program for Research on Aging. Osteoporos Int 1999; 9: 242-53.
22. Klínískar leiðbeiningar. Beinþynning. Landlæknir 2004.
23. Dánartíðni á 100.000 íbúa. Sjúkdómar í blóðrásarkerfi 2009. Hagstofan október 2011.
24. Pilotto A, Francheschi M, Leandro G, Scarcelli C, D´Ambrosio LP. Clincal features of reflux esophagitis in older people: A study of 840 consecutive patients. JAGS 2006: 54: 1537-42.
25. Yang YX, Lewis JD, Epstein S, Metz DC. Long-term proton pump inhibitor therapy and risk of hip fracture. JAMA 2006; 296: 294-53
26. Dial S, Alrasadi K, Manukian C, Huang A, Menzies D. Risk of Clostridium difficile diarrhea among hospital inpatients prescribed proton pump inhibitors; Cohort and case-control studies. CMAJ 2004: 171: 33-8.
27. Goode PS, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. Incontinence in older women. JAMA 2010; 303: 2172-81.
28. Birks J. Cholinesterase inhibitors and Alzheimars disease. Cochrane Database Syst Rev. Janúar 2006.
29. Roe MC, McNamara AM, Mothrel BR. Gender – and age-related prescription drug use patterns. Ann Pharmacother 2002; 36: 30-9.

ENGLISH SUMMARY

Medication use in nursing homes in Iceland 2002-2004. A descriptive study

Hansdottir H, Gudmannsson GP

Purpose: To describe medication use in nursing homes in Iceland during the years 2002-2004.

Methods: In nursing homes using automated medication delivery, the number of medications used were calculated, from the beginning of 2002 to the end of 2004. Information was obtained from 10 nursing homes; a total of 1409 individuals or approximately 60% of the inhabitants of all nursing homes in Iceland. 65% of the population were women, mean age was 83 years and 43% died during the study periond. The total number of prescribed medications was collected as well as their use for common chronic conditions and symptoms was analysed.

Result: There were on average 8.9 (±4,0) medications used at the beginning of the study period, increasing to 9.9 (±4,3) by its end. On average, women got one more medication than men (p<0,001). 56.2% of women and 47% of men received >10 kinds of medication by the end of the study. Women got more psychiatric medications than men, but men got more medications for cardiovascular diseases. 82% of the population used psychiatric medications regularly, 65% used sedatives/hypnotics, 50% antidepressants and 20 % antipsychotics. Approximately additional 15% used psychiatric medication temporarily over the study period. The majority of medications were used constantly during the study period, especially cardiovascular medications. Medication for urinary incontinence, non steroidal antiinflammatory medications, medications for osteoporosis and medications against Alzheimers disease were used more often temporarily than constantly. Medications that were in constant use by >40% of the population were sedative/hypnotics, antidepressants, paracetamol, diuretics and vitamin D.

Conclusion: There is a high number of medications used in nursing homes in Iceland. Most medications were already in use at the start of the study and continued throughout the study period indicating that medication review might be lacking. There are no indications of undertreated of pain or depression. Vitamin D is frequently used but should be used more often not least among men.

Key words: *nursing home, medication, polypharmacy, elderly.*

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

Ibuxin
Ibuprofen

nýtt **800 mg**



800 mg sterkari töflur

ratiopharm

LYFIS
Traust í lyfjum

Ibuxin filmuhúðaðar töflur: **400 mg** – 100 stk.; **600 mg** – 30 stk., 100 stk.; **800 mg** – 30 stk., 100 stk.

Notkunarsvið: Liðagigt, barnaliðagigt, hrygggikt, liðbólga í kjölfar sýkingar og psoriasisliðagigt. Liðhrörnun. Vefjagigt. Bráður verkur vegna þvagsýrugigtar. Aðrir bandvefssjúkdómar sem þarfnast meðferðar með bólgueyðandi verkjalyfjum. Bráður verkur í stoðkerfi og verkur í kjölfar slyss. Verkur eftir aðgerð og verkur og bjúgur vegna tannaðgerða. Tíðaverkur. Meðferð við miklum tíðablæðingum hjá konum sem nota lykkju. Fyrirbyggjandi meðferð og meðferð við mígreniköstum. Tímabundnir verkir og hiti. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Alvarleg skerðing á hjartastarfsemi. Síðasti þriðjungur meðgöngu. Sjúklingar með einkenni astma eða ofnæmis er tengist notkun acetylsalicylsýru eða annarra bólgueyðandi gigtarlyfja. Aðstæður sem valda hættu á magablæðingu (s.s. hjá sjúklingum sem fá meðferð með segavarnarlyfjum, sjúklingum með dreyrasýki, blóðflagnafæð eða skerta lifrarstarfsemi). Fyrri magablæðingar eða rof í tengslum við meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum. Brátt magasár eða blæðing vegna slíks sárs eða saga um endurtekin magasár/blæðingu. **Skömmtun:** Fullorðnir og unglingar eldri en 12 ára: Skammturinn er einstaklingsbundinn. Við flestum ábendingum er fullnægjandi skammtur 400-600 mg þrisvar eða fjórum sinnum á dag. Í alvarlegum eða bráðum tilvikum má nota skammt sem er 800 mg þrisvar á dag. Stakur skammtur má ekki í neinum tilvikum fara yfir 1.600 mg. Venjulega nægir 2.400 mg dagsskammtur og ekki má taka meira en 3.200 mg á dag. Sjá nánar í SmPC. Börn (yngri en 12 ára): Dagsskammturinn er 20-40 mg/kg líkamsþyngdar í 3-4 skömmtum. Stakur hámarksskammtur er 10 mg/kg. Lyfið er ekki ætlað börnum sem eru innan við 20 kg. Sjá nánar í SmPC. ***Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.*** Markaðsleyfishafi er ratiopharm GmbH. Umboðsaðili á Íslandi: Medical ehf. Sími: 534-3500, netfang: lyfis@lyfis.is. Lyfið er lyfseðilsskylt (R) og er með greiðsluþátttöku. Pakkningastærðir og hámarksverð: **400 mg – 100 stk.:** 1.789 kr.; **600 mg – 30 stk.:** 1.535 kr., **100 stk.:** 2.005 kr.; **800 mg – 30 stk.:** 1.859 kr., **100 stk.:** 2.978 kr. SmPC: Nóvember 2012.

Sjálfsprottin heilavefsblæðing – yfirlitsgrein

Ólafur Árni Sveinsson læknir[1], **Ingvar H. Ólafsson** læknir[2], **Ólafur Kjartansson** læknir[3], **Einar Már Valdimarsson** læknir[4]

ÁGRIP

Sjálfsprottin heilavefsblæðing (*spontaneous intracerebral hemorrhage*) er blæðing inn í heilavefinn án þess að um ytri áverka sé að ræða. Milli 10 og 15% allra heilablóðfalla stafa af henni. Árlega veikjast um 30-50 einstaklingar af heilavefsblæðingu á Íslandi. Dánartíðnin er afar há (30 daga dánartíðni er 25-50%). Háþrýstingur er algengasta orsökin en ávallt ber að hafa í huga sértækari orsakir, sér í lagi hjá yngra fólki. Ekki hefur verið sýnt fram á árangur af skurðaðgerðum nema í sérstökum tilvikum eins og stórum blæðingum í litlaheila. Hins vegar er afar mikilvægt að sjúklingar með heilavefsblæðingu séu vistaðir á gjörgæsludeildum eða heilablóðfallseiningum þar sem viðhaft er nákvæmt eftirlit með vökustigi, taugaeinkennum, blóðþrýstingi og vökvabúskap.

[1]Taugadeild Karólínska sjúkrahússins, Stokkhólmi, Svíþjóð, [2]taugaskurðdeild, [3]röntgendeild, [4]taugalækningadeild Landspítala.

Fyrirspurnir: Ólafur Sveinsson *olafur.sveinsson@karolinska.se*

Greinin barst 25. mars 2013, samþykkt til birtingar 21. ágúst 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Inngangur

Sjálfsprottin heilavefsblæðing (*spontaneous intracerebral hemorrhage*) er blæðing inn í heilavefinn án ytri áverka. Milli 10 og 15% allra heilablóðfalla stafa af henni.[1] Árlega veikjast um 30-50 einstaklingar af heilavefsblæðingu á Íslandi.[2] Af einstökum gerðum heilablóðfalla er dánartíðni hæst meðal þeirra sem fá heilavefsblæðingu og innanskúmsblæðingu (*subarachnoidal hemorrhage*).[1] Á heimsvísu verða um tvær milljónir einstaklinga fyrir heilavefsblæðingu á hverju ári og þriðjungur þeirra deyr innan eins mánaðar.[3] Fullvíst er talið að tilfellum muni fjölga til muna á næstu áratugum vegna hækkandi aldurs flestra þjóða. Í þessari grein er fjallað um faraldsfræði, áhættuþætti, einkenni, greiningu, meðferð og horfur sjúklinga með sjálfsprottna heilavefsblæðingu.

Aðferðir

Gerð var leit í PubMed-gagnasafninu. Notuð voru leitarorðin *hemorrhagic stroke, cerebral hemorrhage, intracerebral hemorrhage, primary intracerebral hemorrhage* og *spontaneous intracerebral hemorrhage*. Alls fengust 150.564 (55360, 43503, 45176, 2675, 3852) heimildir í þeirri leit. Áhersla var lögð á greinar sem birst hafa eftir 1985, en í vissum tilvikum leiddi leitin fram mikilvægar eldri heimildir. Eingöngu voru lesin ágrip á ensku og íslensku. Aðeins voru lesnar greinar úr virtum tímaritum sem eru leiðandi í skrifum um taugalækningar, taugaskurðlækningar og gjörgæslumeðferð. Það skilyrði var sett að tímaritin væru ritrýnd. Ágrip af fundum eða veggspjöldum voru ekki skoðuð. Gerðar voru þær kröfur að tilfellaraðir yrðu að hafa yfir 50 sjúklinga til að koma til álita. Yfirlitsgreinar í virtum tímaritum voru einnig teknar til greina. Greinar voru valdar út frá mikilvægi og þýðingu fyrir skrif þessarar yfirlitsgreinar. Af ofantöldum fjölda heimilda voru 608 ágrip lesin. Á grunni þeirra voru 135 greinar lesnar og af þeim var efni úr 58 notað í þessa grein. Sérstök áhersla var lögð á leiðbeiningar amerísku heilablóðfallssamtakanna frá 2010.[5]

Faraldsfræði

Álykta má að um 30-50 einstaklingar veikist af sjálfsprottinni heilavefsblæðingu árlega á Íslandi.[2] Á einu ári, 2007-8, greindust 32 einstaklingar með heilavefsblæðingu á Íslandi.[2] Á Vesturlöndum er nýgengi talið vera um 10-20 tilfelli á hverja 100.000 íbúa.[4] Tíðnin er breytileg eftir kynþáttum. Meðal svarta kynþáttarins er tíðnin allt að tvöföld miðað við þann hvíta.[4,5] Nýgengi heilavefsblæðinga meðal Japana (55 á hverja 100.000 íbúa) er svipað og hjá svarta kynstofninum.[6] Ástæður fyrir þessu hafa ekki verið skýrðar en meira algengi háþrýstings gæti útskýrt þetta að hluta. Tíðni heilavefsblæðinga er heldur hærri meðal karla en kvenna, sérstaklega meðal þeirra sem eru eldri en 55 ára.[7,8] Gagnstætt því sem á við um heiladrep hefur heilavefsblæðingum ekki fækkað síðustu áratugi.[9] Ástæður þessa eru meðal annars hækkandi meðalaldur, en 85 ára einstaklingar hafa tífalt aukna áhættu á heilavefsblæðingu í samanburði við 50 ára einstaklinga, og aukin notkun blóðþynningarlyfja.[10] Þar á móti hefur meðferð háþrýstings batnað á sama tíma.

Áhættuþættir og orsakir

Háþrýstingur

Fjöldi rannsókna hefur sýnt að háþrýstingur (>140/90mmHg) er langveigamesti áhættuþátturinn fyrir heilablæðingu.[7,11] Algengi háþrýstings meðal sjúklinga með heilavefsblæðingu er á bilinu 40 til 89% eftir rannsóknum. Einstaklingar með háþrýsting eru í fjórfalt til tífalt meiri áhættu.[7,12] Flestar háþrýstingsblæðingar verða í djúphnoðum (*basal ganglia*) heilans

Tafla I. *Orsakir/áhættuþættir sjálfsprottinnar heilablæðingar.*

Langvarandi háþrýstingur
Heilamýildisæðasjúkdómur
Æðamissmíð
Innankúpuæðagúll
Blóðþynningarmeðferð, blóðflöguhemjandi meðferð
Segaleysandi meðferð
Meðfædd blæðingarhneigð
Örvandi lyf og eiturlyfjanotkun
Áfengisnotkun
Heilaæxli
Stokkasegi (*Sinus venous thrombosis*)
Moyamoya-sjúkdómur
Æðabólgur

(mynd 1), þær eru einnig algengar í stúku (*thalamus*), brú (*pons*) og litla heila.

Langvinnur háþrýstingur hefur í för með sér fíbríndrep (*fibrinoid necrosis*) og fituglæruhrörnun (*lipohyalinosis*) sem leiðir til hrörnunar í miðlagi (*tunica media*) veggja slagæðanna. Í kjölfar þessarar hrörnunar geta myndast smáæðagúlar (*microaneurysm*) sem geta rofnað og valdið blæðingu. Það sem styður enn frekar að háþrýstingur sé mikilvæg orsök sjálfsprottinnar heilablæðingar er að fjöldi rannsókna hefur sýnt með ábyggilegum hætti að lækkun blóðþrýstings dregur úr líkum á sjúkdómnum.[13] Í einni rannsókn minnkaði hætta á blæðingum um 46% hjá einstaklingum með háþrýsting sem fengu hefðbundna meðferð.

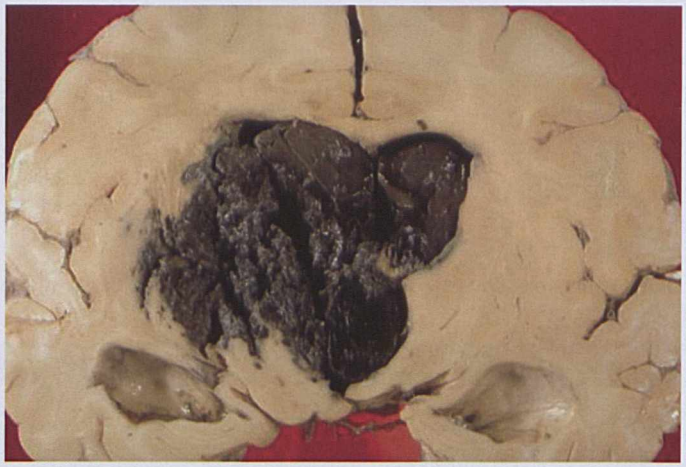
Heilaæðamýlildissjúkdómur (cerebral amyloid angiopathy)

Heilaæðamýlildissjúkdómur (*amyloid angiopathy*) einkennist af útfellingum mýlildis (*amyloid*) í smáar og meðalstórar slagæðar heilabarkar og heilahimna. Mýlildisútfellingarnar valda skemmdum á miðlagi og úthjúp æðanna (*adventitia*) sem leiða til veikingar og víkkunar slagæðanna. Þar myndast æðagúlar og þar verða blæðingarnar.[14]

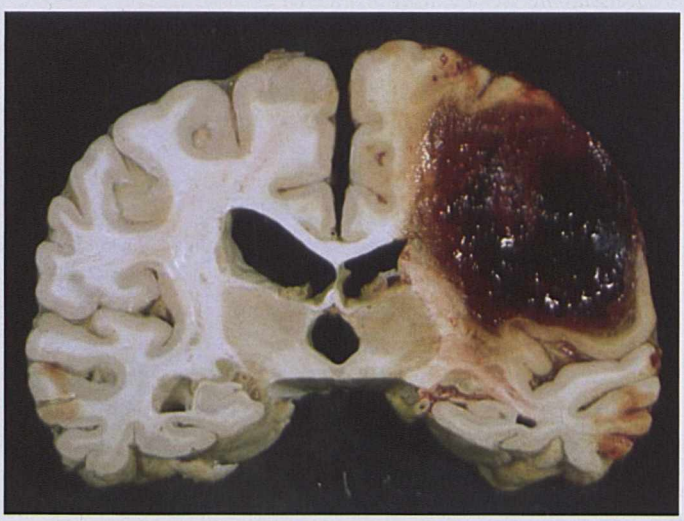
Heilaæðamýlildissjúkdómur er talin algengasta orsök heilavefsblæðinga hjá þeim sem komnir eru yfir sjötugt. Dæmigerð staðsetning slíkra blæðinga er eitthvert af blöðum (*lobus*) heilans (sjá mynd 2).

Íslensk arfgeng heilablæðing

Íslensk arfgeng heilablæðing, sem á ensku kallast *Hereditary Cerebral Hemorrhage with Amyloidosis, Icelandic type* (HCHWA-I) og er einnig þekkt sem *Hereditary Cystatin C Amyloid Angiopathy* (HCCAA), er mjög sjaldgæfur sjúkdómur.[15] Hann erfist ríkjandi og ókynbundið og veldur heilablæðingu hjá ungu fólki.[15] Sjúkdómsins er fyrst getið í doktorsritgerð Árna Árnasonar héraðslæknis frá árinu 1935.[15] Á sjöunda áratug síðustu aldar var ljósi varpað á meinafræðilega gerð sjúkdómsins. Vefjafræðilegar rannsóknir staðfestu mýlildissjúkdóm í heilaæðum. Erfðagallinn sem er orsök þessa illvíga sjúkdóms fannst nokkru síðar. Í ljós kom stökkbreyting í erfðavísi fyrir próteinið cystatin C. Stökkbreytingin veldur því að ein af 120 amínósýrum próteinsins er önnur en hjá heilbrigðum. Uppsöfnun gallaða próteinsins í veggjum slagæða heilans getur leitt til myndunar örsmárra æðagúla (*microaneurysm*)



Mynd 1. *Blæðing í djúphnoð af völdum háþrýstings, blætt hefur inn í heilahólfin. Birt með leyfi neuropathologyweb.org.*



Mynd 2. *Heilablaðsblæðing vegna heilaæðamýlildissjúkdóms. Birt með leyfi neuropathologyweb.org.*

sem valda blæðingum ef þeir rofna. Meðallífslíkur þeirra sem bera stökkbreytta genið eru um 30 ár. Um það bil einn einstaklingur verður fyrir sinni fyrstu heilavefsblæðingu á hverju ári á Íslandi vegna HCCAA. Engin meðferð er til við sjúkdómnum.

Æðamissmíð

Æðamissmíðar eru ein helsta ástæða heilavefsblæðinga í yngri aldurshópum. Einnig er vert að leita æðamissmíða hjá þeim sem ekki hafa háþrýsting og þegar blæðingarstaðurinn er óvenjulegur.[16] Dæmi um æðamissmíðar eru æðaflækjur (*arteriovenous malformations*) og hvernuæðaæxli (*hemangious cavernoma*).

Blæðingartruflanir

Hefðbundin blóðþynningarmeðferð (warfarín) tífaldar hættuna á heilavefsblæðingu og veldur um 10% sjálfsprottinna heilavefsblæðinga. Aðrir þættir sem auka enn frekar blæðingarhættu hjá þeim sem eru á blóðþynningarmeðferð eru: hár aldur, háþrýstingur, saga um heilablóðþurrð, miklar hvítaefnisbreytingar á myndrannsóknum og INR yfir 3,0.[17,18] Síðasti þátturinn skiptir afar miklu máli. Við INR-gildi yfir 3,0 eykst tíðni blæðinga til muna. Blæðingar af völdum blóðþynningarlyfja eru yfirleitt stærri en

aðrar blæðingar og hafa í för með sér verri horfur. Dánartíðnin er allt að 65%. Notkun aspiríns virðist tvöfalda blæðingarhættu.[19] Sú áhættuaukning er þó mun minni en fylgir warfarínmeðferð.

Blæðingarhætta er tiltölulega lítil þegar segaleysandi meðferð við hjartadrepi (0,5-0,7%) er gefin. Segaleysandi meðferð við heiladrepi fylgir hins vegar 6-7% blæðingartíðni.[20,21] Mest er hættan hjá sjúklingum með stór drep sem þegar eru komin í ljós á tölvusneiðmyndarannsókn þegar hefja skal meðferð.

Meðfædd blæðingarhneigð er sjaldgæf en þó vel þekkt ástæða heilavefsblæðingar. Dæmi um slíkt er blæðarasjúkdómur (*hemophilia*). Þeir sem blæða eru flestir ungir og dánartíðni afar há (um 65%). Ónæmisbundin blóðflagnafæðarpurpuri (*immune thrombocytopenic purpura*) er önnur þekkt ástæða. Á þetta sérstaklega við þegar fjöldi blóðflagna fer undir 10.000/µL. Á sama hátt getur bráðahvítblæði valdið blæðingu vegna blóðflögufæðar.[22]

Heilavefsblæðing vegna inntöku örvandi lyfja

Örvandi lyf (*sympathomimetics*) á borð við amfetamín, efidrín og kókaín geta valdið heilavefsblæðingu. Blæðingar eru algengastar í hvíta efninu undir heilaberkinum. Tímabundin mikil hækkun blóðþrýstings, oftast innan nokkurra klukkustunda frá inntöku efnisins, er talin vera hlutaðeigandi orsök. Undir þessum kringumstæðum hafa myndrannsóknir af slagæðum sýnt þrengingar. Slíkt útlit æða getur vakið grun um æðabólgur sem þó eru ekki til staðar í þessu samhengi. Æðasamdráttur af völdum efnanna er talinn skýra þrengingarnar. Æðaþrengingarnar ganga gjarnan yfir af sjálfu sér en einnig hafa barksterar verið notaðir, en gagnsemi þeirra hefur ekki verið sannreynd.[23,24] Hafa ber í huga að í stöku tilfellum getur æðamissmíð auk inntöku örvandi efnis legið að baki blæðingu og því er mikilvægt að útiloka slíkt. Inntaka örvandi efna getur einnig valdið heiladrepi.

Heilaæxli

Blæðing í heilaæxli er tiltölulega sjaldgæf en þó vel þekkt orsök heilavefsblæðinga. Sumar tegundir æxla blæða fremur en aðrar. Dæmi um slík æxli eru: *glioblastoma multiforme*, meinvörp frá sortuæxli, *choriocarcinoma*, nýrnakrabbameini og lungnaæxli. Það sem gefur vísbendingar um blæðingu í æxli er í fyrsta lagi ef myndrannsóknir sýna fleiri fyrirferðir en blæðinguna. Í öðru lagi ef óvenju mikill bjúgur er í kringum blæðinguna (mynd 3). Í þriðja lagi ef hringlaga upptaka skuggaefnis sést í jöðrum blæðingarinnar og í fjórða lagi ef staðsetning blæðingarinnar er óvenjuleg. Við greiningaróvissu er segulómskoðun kjörrannsókn í þessum tilfellum.

Aðrir áhættuþættir

Rannsóknir hafa gefið vísbendingu um að áfengisnotkun auki hættuna á heilavefsblæðingu.[12,25,26] Þetta á einkum við um mikla og langvarandi misnotkun.[27] Áfengið er talið auka blæðingarhættuna annars vegar í gegnum áhrif sín á storkukerfið og hins vegar með beinum niðurbrotsáhrifum á veggi slagæða heilans.[28] Rannsóknir hafa einnig sýnt að reykingar eru áhættuþáttur fyrir blæðingu,[12] þó ekki eins öflugur og háþrýstingur. Athyglisvert er að lágt kólesteról hefur verið tengt aukinni hættu á heilavefsblæðingu.[10] Ástæðan er ekki þekkt en hugsanlega hefur kólesteról styrkjandi áhrif á æðavegginn og dregur úr hættu á rofi. Sykursýki er veikur áhættuþáttur.[29] Einnig er heiladrep áhættuþáttur. Hjá 10% þeirra sem verða fyrir heiladrepi blæðir inn í drepið.



Mynd 3. *Tölvusneiðmynd án skuggaefnis sýnir ferska blæðingu í hnakkablaði vinstra megin. Í kringum blæðinguna má sjá bjúg sem vekur grun um meinvarp. Reyndist hér um meinvarp frá nýrnaæxli að ræða.*

Klínísk einkenni

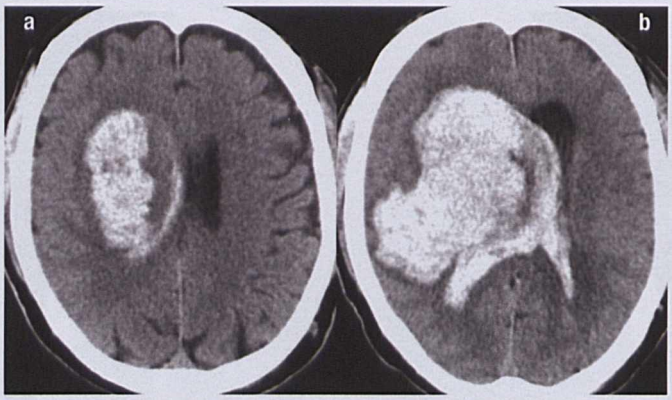
Klínísk einkenni heilavefsblæðingar ákvarðast af staðsetningu blæðingarinnar og geta auk þess mótast af hækkuðum innankúpuþrýstingi. Ekki er hægt með nokkurri vissu að greina klínískt milli heilablóðþurrðar og heilavefsblæðingar. Aðgreining krefst myndrannsóknar. Blæðingum fylgir oftar höfuðverkur, ógleði og uppköst ásamt meðvitundarskerðingu.

Meðvitundarminnkun

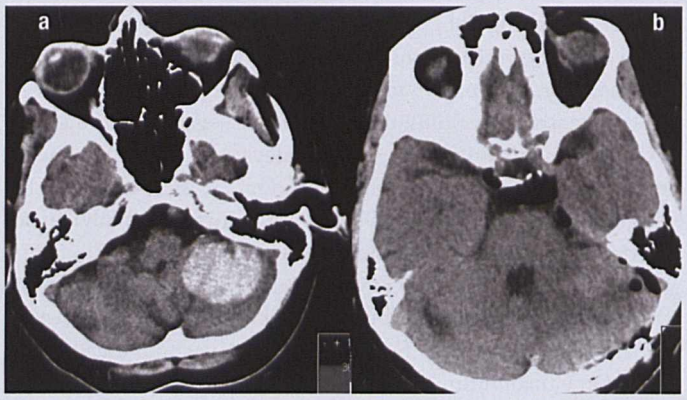
Hjá um fjórðungi sjúklinga sem eru vakandi í upphafi skerðist meðvitundin á fyrsta sólarhringnum.[30] Sérstaklega á þetta við um sjúklinga með stóra blæðingu og þegar blæðir inn í heilahólfin.[30] Stækkun blæðingarinnar er algengasta ástæðan fyrir versnandi klínísku ástandi fyrstu klukkustundirnar. Frekari versnun síðar er yfirleitt vegna bjúgmyndunar. Stærstu blæðingunum fylgir skert meðvitund vegna aukins innankúpuþrýstings og þrýstings á stúkuna, heilastofninn og dreifina (*reticular activating system*).[31] Áður var talið að blæðing stöðvaðist samstundist vegna storknunar og þrýstings frá aðliggjandi heilavef. Endurteknar tölvusneiðmyndarannsóknir hafa sýnt að sumar blæðingar stækka eftir upphaf veikinda (mynd 4).[32,33] Það á við um 40% blæðinga á fyrstu klukkustundunum.[34] Er það talið stafa af því að áfram seytlar frá upphaflega æðarrofinu. Einnig geta nálægar æðar brostið undan þrýstingi. Mjög hár blóðþrýstingur getur stuðlað að slíkri þróun.[35]

Krampar og flogaveiki

Tíðni krampa er hærri hjá sjúklingum með heilavefsblæðingu en þeim sem veikjast af heilablóðþurrð.[36] Hættan á tilurð flogaveiki er mest fyrsta árið, um 8%. Hættan er mest ef blæðingin nær að skadda heilabörkinn.[36] Flogaköstin geta bæði verið staðbundin (*focal*) og alflog.



Mynd 4 a og b. *Sýnir hvernig blæðing í djúphnoð getur stækkað á nokkrum klukkustundum með tilheyrandi vernsun á klínísku ástandi sjúklings.*



Mynd 5 a *sýnir blæðingu í vinstri litla heila.* **Mynd b** *er gerð eftir aðgerð þar sem nánast allt blóðið hefur verið fjarlægt. Eftir aðgerðina má sjá litlar loftbólur á aðgerðarsvæðinu (svartir deplar).*

Einkenni eftir staðsetningu blæðingar

Blæðing í djúphnoð (basal ganglia) *og stúku* (thalamus)
Algengustu blæðingarstaðir eru í gráhýði (*putamen*)(35%), stúku (10-15%) og rófukjarna (*nucleus caudatus*) (5-7%). Blæðingarnar eru yfirleitt af völdum háþrýstings. Einkennin eru oftast lömun og skyntap í gagnstæðri hlið líkamans. Höfuðverkur, ógleði og uppköst eru algeng. Þegar blæðir í stúku er skyntruflunin áberandi mikil og felur í sér tap á öllum gerðum skyns í gagnstæðum líkamshelmingi.[37] Málstol er algengt eftir blæðingu í vinstri stúku. Þegar hægri stúka á í hlut sjást gjarnan einkenni á borð við gaumstol og skert sjúkdómsinnsæi.

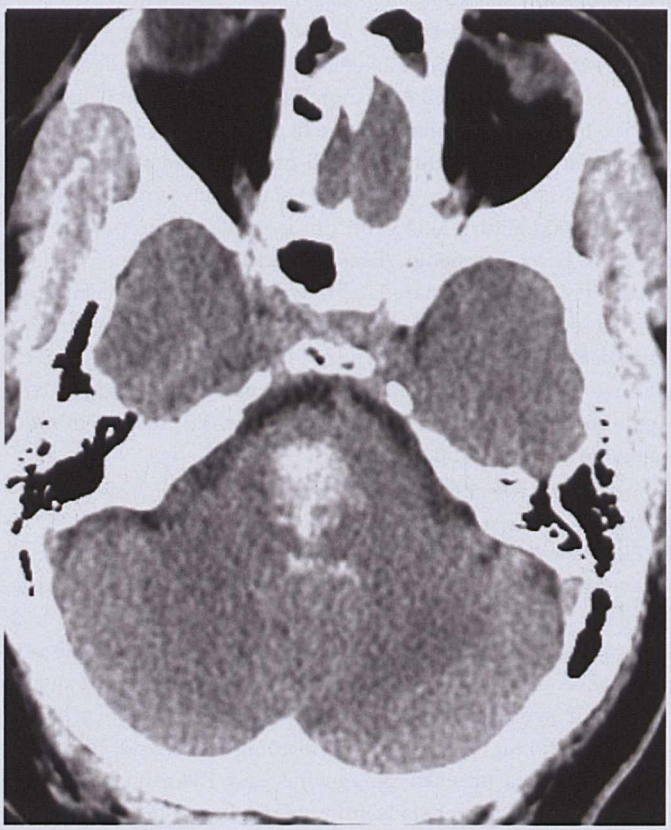
Heilablaðsblæðing (lobar bleeding)
Um fjórðungur allra heilavefsblæðinga verður í heilablaði (mynd 2). Algeng einkenni eru hreyfi- eða skyntruflun í gagnstæðum líkamshelmingi ásamt sjónsviðsskerðingu. Málstol fylgir oft blæðingu í vinsta heilahvel en gaumstol þegar blæðingin er hægra megin. Krampar verða hjá fjórðungi sjúklinga. Dá eða verulega skert meðvitund er sjaldgæf vegna þess að blæðingin liggur grunnt í heilanum. Dánartíðnin er lægri en við djúpar blæðingar. Háþrýstingur er ekki algengasta orsök heilablaðsblæðingar. Því getur verið nauðsynlegt að leita annarra skýringa, svo sem heilaæðamýlildissjúkdóms, æðamissmíða eða æxla.

Blæðing í litla heila
Um 5-10% heilablæðinga verða í litla heila (mynd 5). Upphafseinkenni koma skyndilega með ósamhæfingu útlima (*ataxia*) annarrar hliðarinnar, jafnvægistruflun og augntini (*nystagmus*). Höfuðverkur, ógleði og uppköst eru algeng einkenni og hnakkastífni kemur fyrir.

Einkenni blæðingar í litla heila geta þróast hratt frá mjög vægum einkennum yfir í lífshættulegt ástand með þverrandi meðvitund vegna þrýstings á heilastofn og vegna vatnshöfuðs. Slík þróun einkenna á sér yfirleitt stað á fyrstu sólarhringunum. Hér getur skurðaðgerð bjargað lífi eins og rætt verður síðar.

Heilastofnsblæðing
Sjúklingar með heilastofnsblæðingu hafa oft svokölluð krossuð einkenni. Annars vegar einkenni frá heilataugum þeim megin sem blæðingin er og lömunareinkenni í útlimum gagnstæðrar hliðar.

Blæðing í brúna (*pons*) er algengust heilastofnsblæðinga og stendur fyrir 6% allra heilablæðinga (mynd 6). Stærri blæðingar



Mynd 6. *Tölvusneiðmynd án skuggaefnis sýnir blæðingu í brú (pons) sem er 2 cm í stærsta þvermál.*

valda dái, ferlömun, sjáöldur verða afar þröng með litla sem enga ljóssvörun, truflun verður á öndun og púls hraður. Við minni blæðingar eru einkennin vægari og horfurnar betri.

Sjálfsprottin blæðing í miðheila (*mesencephalon*) er afar sjaldgæf. Oftast er blæðing þar framhald blæðingar ofan frá stúkunni eða neðan frá brúnni. Ef blæðingin er upprunnin í miðheilanum er orsökin gjarnan æðamissmíð eða þá að blæðingarhneigð er til staðar. Svokallað heilkenni Webers getur komið fram, sem lýsir sér í lömun þriðju heilataugar sömu megin og blæðingin, og lömun útlima gagnstæðrar hliðar.

Blæðing í mænukylfu er enn sjaldgæfari en miðheilablæðing. Algengustu einkennin eru jafnvægistruflun, ósamhæfing útlima, augntin, Horners heilkenni, kyngingarörðugleikar og tungu-

lömun. Einkenni frá löngum brautum, svo sem lömun útlima og skyntruflun, eru yfirleitt til staðar. Blæðingu í heilastofni fylgja almennt slæmar horfur.

Myndrannsóknir

Til að greina á milli blæðingar í heila og blóðþurrðar er myndrannsókn ávallt nauðsynleg. Tölvusneiðmynd sýnir strax við upphaf einkenna hvort blæðing hefur átt sér stað. Hægt er að reikna út stærð blæðingar og meta þrýstiáhrif hennar.[38] Við lestur myndrannsóknar er mikilvægt að gera sér grein fyrir staðsetningu og stærð blæðingar, hvort blóð sé í heilahólfum og hvort merki sjáist um vatnshöfuð. Með segulómrannsókn er hægt að meta öll ofangreind atriði. Ef tölvusneiðmyndarannsókn af slagæðum er framkvæmd fljótlega (á fyrstu klukkustundunum) sést svokallað *spot sign* í um 40% tilfella (mynd 7). Teiknið stafar af leka skuggaefnis út í umlykjandi heilavef. Það er því sterkur áhættuþáttur fyrir stækkun blæðingarinnar.[39]

Ef grunur vaknar um æðagúl, æðamissmíð eða æðabólgur ætti að framkvæma æðamyndatöku í bráðafasa. Stundum getur verið nauðsynlegt að endurtaka æðamyndatöku eftir nokkrar vikur. Sérstaklega þarf að vera á varðbergi þegar um yngri sjúklinga er að ræða og þá sem ekki hafa sögu um háþrýsting. Í rannsókn þar sem æðamyndir voru teknar af sjúklingum 45 ára og yngri með eðlilegan blóðþrýsting, komu í ljós sértækar orsakir blæðinga hjá helmingi tilfella.[40] Slíkar niðurstöður voru afar fátíðar hjá eldri sjúklingum með háþrýsting. Því ættu þeir sem eru yngri en 45 ára og ekki hafa venjubundna ástæðu blæðingar, að gangast undir æðamyndatöku. Ef grunur er um að æxli liggi að baki blæðingunni er mælt með því að framkvæma segulómskoðun. Óháð orsök blæðingarinnar er ráðlegt að framkvæma myndatöku eftir þrjár til fjórar vikur til að ganga úr skugga um að blæðingin hafi frásogast með eðlilegum hætti og ekki séu merki um vatnshöfuð.

Meðferð

Vegna þess hve alvarlegar heilavefsblæðingar eru ættu allir sjúklingar að vistast þar sem hægt er að viðhafa nákvæmt eftirlit með ástandi þeirra fyrstu sólarhringana. Heppilegastar eru svokallaðar heilablóðfallseiningar (*stroke units*), sem hafa leitt til lækkunar dánartíðni hjá þessum hópi.[5,41] Fylgjast þarf grannt með vökustigi, taugaeinkennum, blóðþrýstingi og vökvabúskap.

Blóðþrýstings- og vökvameðferð

Verulega hækkaður blóðþrýstingur er algengur eftir heilavefsblæðingu og getur aukið hættu á stækkun blæðingar og þar með verri horfum.[5,42] Snögga blóðþrýstingslækkun ber að varast því hún getur valdið því að klíníska ástand og horfur versna. Rannsóknir hafa sýnt að vel stýrð lækkun blóðþrýstings veldur ekki skaða.[43] Blóðþrýstingsviðmið geta verið nokkuð mismunandi en flestir fallast á að halda beri slagbilsþrýstingi (*systolic pressure*) undir 180 mmHg, jafnvel undir 160 mmHg.[5]

Mikilvægt er að fylgjast vel með vökvabúskap þessara sjúklinga og gildir það um alla sjúklinga með heilablóðfall. Reynslan hefur sýnt að stór hluti þessa hóps hefur orðið fyrir vökvatapi þegar kemur að innlögn á legudeild.



Mynd 7. *Tölvusneiðmynd án skuggaefnis (mynd a) sýnir blæðingu í vinstra heilahveli. TS æðamyndataka eftir skuggaefnisgjöf í æð (mynd b) sýnir spot sign í miðri blæðingunni sem er merki um skuggaefnisleka úr æð sem er sterkur áhættuþáttur fyrir stækkun blæðingarinnar.*

Meðferð krampa

Ef flogaköst verða í bráðaveikindunum verða þau á allra fyrstu sólarhringunum.[44-45] Mikilvægt er að meðhöndla köstin strax því krampar geta hækkað innankúpuþrýsting og gert sjúkdómsástandið verra. Í bráðaveikindunum er fenýtóin gjarnan notað, þar sem fljótlegt er að ná upp virkum styrk lyfsins í blóði. Meðferðinni má hætta ef fleiri köst hafa ekki átt sér stað mánuði síðar. Sjúklingar sem fá endurtekin flogaköst fyrstu vikurnar eftir upphaf veikinda eru líklegri til að þróa með sér flogaveiki.[46] Ekki er mælt með fyrirbyggjandi lyfjameðferð gegn krömpum við heilavefsblæðingu.[5]

Meðferð blæðingar vegna blóðþynningar

Venja er að gefa sjúklingum á warfarín-meðferð sem hljóta heilablæðingu 10-20 mg af K-vítamíni í æð. Sú meðferð virkar hins vegar ekki strax. Flestir mæla auk þess með próþrombínsamstæðuþykkni (*prothrombin complex concentrate*), sem heftir samstundis blóðþynnandi áhrif warfaríns.[5,47] Sjúklingar sem hafa fengið heilavefsblæðingu ættu ekki að fara aftur á blóðþynningu nema í undantekningartilfellum vegna verulegrar hættu á endurblæðingu. Taka verður einstaklingsbundna afstöðu til sjúklinga á blóðflöguhamlandi meðferð sem verða fyrir heilavefsblæðingu þegar þeir hafa náð sér eftir bráðaveikindin. Meðal einstaklinga á blóðflöguhamlandi meðferð sem fengið hafa heilavefsblæðingu má gera ráð fyrir einni viðbótarblæðingu á hverja 1000 einstaklinga á tveggja ára tímabili.

Lyfjameðferð

Ýmis lyfjameðferð hefur verið reynd við heilavefsblæðingum, án árangurs. Vonir voru bundnar við rFVIIa (*Activated recombinant factor VII*) sem virtist sýna árangur í fyrstu rannsóknum en reyndist síðar ekki koma að gagni.[48] Aukin segamyndun var slík að hún vó upp áhrif lyfsins til stöðvunar heilablæðingar. Sterameðferð er gagnslaus við heilavefsblæðingu.[5]

Meðferð blóðs í heilahólfum

Blæðingu í heilahólf fylgir aukin dánartíðni.[49] Blóðið getur hækkað innankúpuþrýsting vegna tregðu á fráflæði mænuvökva úr heilahólfum sem síðar getur leitt til myndunar vatnshöfuðs.[50] Ísetning fráflæðisleggs í heilahólf getur létt á þrýstingi. Nokkuð algengt er að leggirnir stíflist. Sýnt hefur verið fram á að stífluna má losa með gjöf segaleysandi efnis í legginn.[5] Í þessum tilvikum

er mikilvægt að fylgjast náið með hugsanlegri þróun vatnshöfuðs í bráða- og síðfasa.

Skurðaðgerð

Lengi var talið að skurðaðgerð til brottnáms blæðingar hefði hagstæð áhrif á bata með því að lækka innankúpuþrýsting og þrýsting á aðliggjandi heilavef. Fjöldi rannsókna á síðustu árum bendir ekki til gagnsemi skurðaðgerðar ofan hnykiltjalds nema í undantekningartilfelllum.[51] Slík aðgerð á rétt á sér þegar stór blæðing liggur grunnt undir höfuðkúpubeini.[52] Skurðaðgerð vegna blæðingar í litla heila getur aftur á móti bjargað lífi. Það á einkum við ef blæðingin er stærri en 3 cm í þvermál og veldur þrýstingi á heilastofninn og/eða orsakar vatnshöfuð (sjá mynd 5).[53-54] Í slíkum tilfellum er afar mikilvægt að fylgjast grannt með klínísku ástandi og grípa inn í áður en heilastofnseinkenni og skerðing meðvitundar nær að þróast.

Horfur

Samkvæmt erlendum rannsóknum er dánartíðnin fyrstu 6 mánuðina eftir heilavefsblæðingu á milli 23 og 58%.[55] Af þeim sem lifa er stór hópur sem nær sér vel. Eru það yfirleitt einstaklingar með smærri blæðingar. Lækkað meðvitundarstig við innlögn á sjúkrahús, stórt rúmmál blæðingar, hár aldur og blæðing inn í heilahólfin eru þekktir þættir sem spá fyrir um slæmar horfur.[55] Endurblæðing verður í um 10-14% tilfella yfir lengri tíma.[56] Hér er ekki átt við stækkun blæðingarinnar á fyrstu klukkustundunum. Hættan á endurblæðingu minnkar með tímanum.

Framtíðarhorfur

Ekki hefur náðst sami árangur í meðferð heilavefsblæðinga og í meðferð heilablóðþurrðar á síðustu áratugum. Töluverðar rannsóknir eiga sér stað í því skyni að bæta meðferðarárangur. INTERACT 2 er stór fjölþjóðleg rannsókn sem miðar að því að finna heppilegustu blóðþrýstingsmörkin. Nýlegar niðurstöður úr þeirri rannsókn sýndu að óhætt er að lækka slagbilsþrýsting að 140 mmHg samanborið við hefðbundnar leiðbeiningar þar sem lægstu mörk eru 180 mmHg. Hafði þessi aukna blóðþrýstingslækkun heldur betri útkomu í för með sér í heildina séð, en þó ekki hvað líkur á dauða eða alvarlegri fötlun varðaði.[57] Lengi óttuðust menn að lækkun blóðþrýstings gæti valdið heilablóðþurrð í kringum sjálfa blæðinguna. Slík hefur ekki verið raunin í rannsóknum. STICH II er stór rannsókn þar sem könnuð er gagnsemi skurðaðgerða á blæðingum sem liggja grunnt undir höfuðkúpubeini ofan hnykiltjalds. Rannsóknir fara fram á svokölluðu *minimally invasive surgery*. Þeirri aðferð fylgir minni skaði á umlykjandi heilbrigðum vef. Þar gefst tækifæri til að draga út blóð og einnig til að gefa staðbundna segaleysandi meðferð til að leysa upp storknað blóð. Virðist þessi aðferð lofa góðu.[58] Eins og getið var að framan hafði gjöf rFVIIa (*Activated recombinant factor VII*) sýnt vissan árangur en aukin segamyndun vó upp jákvæð áhrif lyfsins. SPOTLIGHT er rannsókn þar sem kannaður er árangur rFVIIa hjá einstaklingum sem hafa *spot sign* á tölvusneiðmynd snemma í sjúkdómsferlinu, sem er tákn um virka blæðingu. Niðurstöður liggja ekki fyrir. Fleiri storkulyf eru til rannsóknar.

Samantekt

Sjálfsprottin heilavefsblæðing veldur um 10-15% allra heilablóðfalla. Um 30-50 einstaklingar veikjast árlega á Íslandi. Dánartíðnin er afar há. Háþrýstingur er algengasta orsökin en ávallt ber að leita eftir sértækum orsökum, sér í lagi hjá yngra fólki.

Skurðaðgerðir hafa ekki sýnt fram á árangur nema í undantekningartilvikum eins og við stórum blæðingum í litla heila. Hins vegar er afar mikilvægt að sjúklingar með heilavefsblæðingu séu vistaðir á gjörgæsludeildum eða heilablóðfallseiningum eftir því sem við á, þar sem viðhaft er nákvæmt eftirlit með vökustigi, taugaeinkennum, blóðþrýstingi og vökvabúskap.

ENGLISH SUMMARY

Spontaneus intracerebral haemhorrhage –review

Sveinsson O[1], Olafsson IH[2], Kjartansson O[3], Valdimarsson EM[4]

Spontaneous intracerebral hemorrhage occurs when a blood vessel within the brain parenchyma ruptures without a near related trauma. It is the second most common form of stroke, accounting for approximately 10% to 15% of new strokes. The 30 day mortality is very high (25-50%). Hypertension is the most common cause. Unfortunately, surgery has not proven to be helpful except in certain exceptions such as in large cerebellar hemorrhage. Nonetheless, it is very important that patients with ICH are admitted to an intensive care or a stroke unit with close surveillance of consciousness, focal neurologic symptoms, blood pressure and fluid balance.

Keywords: *Spontaneous intracerebral hemorrhage, hypertension, cerebral amyloid angiopathy, raised intracranial pressure.*

Correspondence: *Olafur Sveinsson, olafur.sveinsson@karolinska.se*

[1]Department of Neurology Karolinska Hospital, Stockholm, Sweden, [2]Department of neurosurgery, University Hospital of Iceland, Reykjavík, Iceland, [3]Department of radiology, University Hospital of Iceland, Reykjavík, Iceland, [4]Department of neurology, University Hospital of Iceland, Reykjavík, Iceland.

Heimildir

1. Broderick JP, Adams HP Jr, Barsan W, Feinberg W, Feldmann E, Grotta J, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a statement for healthcare professionals from a special writing group of the stroke council, American heart association. Stroke 1999; 30: 905-15.
2. Hilmarsson A, Kjartansson O, Olafsson E. Incidence of first stroke. A population study in Iceland. Stroke; 44: 1714-5.
3. Steiner T, Petersson J, Al-Shahi Salman R, Christensen H, Cordonnier C, Csiba L, et al. European research priorities for intracerebral haemorrhage. Cerebrovasc Dis 2011; 32: 409-19.
4. Broderick JP, Brott T, Tomsick T, Huster G, Miller R. The risk of subarachnoid and intracerebral hemorrhages in blacks as compared with whites. N Engl J Med 1992; 326: 733-6.
5. Morgenstern LB, Hemphill JC III, Anderson C, Becker K, Broderick JP, Connolly ES III, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2010; 41: 2108-29.
6. Suzuki K, Kutsuzawa T, Takita K, Ito M, Sakamoto T, Hirayama A, et al. Clinicoepidemiologic study of stroke in Akita, Japan. Stroke 1987; 18: 402-6.
7. Ariesen MJ, Claus SP, Rinkel GJ, Algra A. Risk factors for intracerebral hemorrhage in the general population: a systematic review. Stroke 2003; 34: 2060-5.
8. Giroud M, Gras P, Chadan N, Beuriat P, Milan C, Arveux P, et al. Cerebral hemorrhage in a French prospective population study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1991; 54: 595-8.
9. **van Asch CJ, Luitse MJ, Rinkel GJ, vand der Tweel I, Algra A, Klijn CJ. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 2010; 9: 167-76.**
10. Ikram MA, Wieberdink RG, Koudstaal PJ. **International Epidemiology of Intracerebral Hemorrhage. Curr Atheroscler Rep 2012; 14: 300-6.**
11. Brott T, Thalinger K, Hertzberg V. Hypertension as a risk factor for spontaneous intracerebral hemorrhage. Stroke 1986; 17: 1078-83.
12. **O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L,** Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, **et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case–control study. Lancet 2010; 376: 112-23.**
13. Thrift AG, McNeil JJ, Forbes A, Donnan GA. Three important subgroups of hypertensive persons at greater risk of intracerebral hemorrhage. Melbourne risk factor study group. Hypertension 1998; 31: 1223-9.
14. Maeda A, Yamada M, Itoh Y, Otomo E, Hayakawa M, Miyatake T. Computer-assisted three-dimensional image analysis of cerebral amyloid angiopathy. Stroke 1993; 24: 1857-64.
15. Palsdottir A, Snorradottir A, Thorsteinsson L. Hereditary Cystatin C Amyloid Angiopathy: Genetic, Clinical, and Pathological Aspects. Brain Pathol 2006; 16: 55-9.
16. Schutz H, Bodeker RH, Damian M, Krack P, Dorndorf W. Age-related spontaneous intracerebral hematoma in a German community. Stroke 1990; 21: 1412-8.
17. Levine MN, Raskob G, Beyth RJ, Kearon C, Schulman S. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment: the Seventh ACCP Cconference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004; 126(Suppl 3): 287S-310S.
18. Flaherty ML. Anticoagulant-associated intracerebral hemorrhage. Semin Neurol 2010; 30: 565-72.
19. Norrving B. Cerebral Hemorrhage. In: Ginsberg MD, Bogousslavsky J (ed). Cerebrovascular Disease: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Vol. 2. Blackwell Science USA 1998: Chapter 105: 1447-73.
20. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med 1995; 333: 1581-7.
21. Maggioni AP, Franzosi MG, Santoro E, White H, Van de Werf F, Tognoni G. The risk of stroke in patients with acute myocardial infarction after thrombolytic and antithrombotic treatment. Gruppo Italiano per lo studio della sopravvivenza nell'infarto miocardico II (GISSI-2), and the international study group.N Engl J Med 1994; 327: 1-6.
22. Quinones-Hinojosa A, Gulati M, Singh V, Lawton MT. Spontaneous intracerebral hemorrhage due to coagulation disorders. Neurosurg Focus 2003; 15: E3.
23. Harrington H, Heller HA, Dawson D, Caplan L, Rumbaugh C. Intracerebral hemorrhage and oral amphetamine. Arch Neurol 1983; 40: 503.
24. Levine SR, Brust JC, Futrell N, Ho KL, Blake D, Millikan CH, et al. Cerebrovascular complications of the use of the crack form of alkaloid cocaine. N Engl Med 1990; 323: 699.
25. Camargo CA Jr. Moderate alcohol consumption and stroke. The epidemiologic evidence. Stroke 1989; 20: 1611-26.
26. Gorelick PB, Kelly MA. Alcohol as a risk factor for stroke. Heart Dis Stroke 1992; 1: 255-8.
27. Monforte R, Estruch R, Graus F, Nicolas JM, Urbano-Marquez A. High ethanol consumption as risk factor for intracerebral hemorrhage in young and middle-aged people. Stroke 1990; 21: 1529-32.
28. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Alcohol use and subsequent cerebrovascular disease hospitalizations. Stroke 1989; 20: 741-6.
29. Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, et al. **Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet 2010; 375: 2215-22.**
30. Mayer SA, Sacco RL, Shi T, Mohr JP. Neurologic deterioration in noncomatose patients with supratentorial intracerebral hemorrhage. Neurology 1994; 44: 1379-84.
31. Andrews BT, Chiles BW, Olsen WL, Pitts LH. The effect of intracerebral hematoma location on the risk of brain-stem compression and on clinical outcome. J Neurosurg 1988; 69: 518-22.
32. Brott T, Broderick J, Kothari R, Barsan W, Tomsick T, Sauerbeck L, et al. Early hemorrhage growth in patients with intracerebral hemorrhage. Stroke 1997; 28: 1-5.
33. Kazui S, Naritomi H, Yamamoto H, Sawada T, Yamaguchi T. Enlargement of spontaneous intracerebral hemorrhage: incidence and time course. Stroke 1996; 27: 1783-7.
34. Balami JS, Buchan AM. Complications of intracerebral haemorrhage. Lancet Neurol 2012; 11: 101-18.
35. Kazui S, Minematsu K, Yamamoto H, Sawada T, Yamaguchi T. Predisposing factors to enlargement of spontaneous intracerebral hematoma. Stroke 1997; 28: 2370-5.
36. Burn J, Dennis M, Bamford J, Sandercock P, Wade D, Warlow C. Epileptic seizures after a first stroke: the oxfordshire community stroke project. BMJ 1997; 315: 1582-7.
37. Kumral E, Kocaer T, Ertubey NO, Kumral K. Thalamic hemorrhage: a prospective study of 100 patients. Stroke 1995; 26: 964-70.
38. Zimmerman RD, Maldjian JA, Brun NC, Horvath B, Skolnick BE. Radiologic estimation of hematoma volume in intracerebral hemorrhage trial by CT scan. Am J Neuroradiol 2006; 27: 666-70.
39. Delgado Almandoz JE, Yoo AJ, Stone MJ, Schaefer PW, Oleinik A, Brouwers HB, et al. The spot sign score in primary intracerebral hemorrhage identifies patients at highest risk of in-hospital mortality and a poor outcome among survivors. Stroke 2010; 41: 54Y60.
40. Zhu XL, Chan MSY, Poon WS. Spontaneous intracranial hemorrhage: which patients need diagnostic cerebral angiography? A prospective study of 206 cases and review of the literature. Stroke 1997; 28: 1406-9.
41. Diringer MN, Edwards DF: Admission to a neurologic/neurosurgical intensive care unit is associated with reduced mortality rate after intracerebral hemorrhage. Crit Care Med 2001; 29: 635-40.
42. Willmot M, Leonardi-Bee J, Bath PMW. High blood pressure an acute stroke and subsequent outcome: a systematic review. Hypertension 2004; 43: 18-24.
43. Qureshi AI, Wilson DA, Hanley DF, Traystman RJ. Pharmacological reduction of mean arterial pressure does not adversely effect regional cerebral blood flow and intracranial pressure in experimental intracerebral hemorrhage. Crit Care Med 1999; 27: 965-71.
44. Berger AR, Lipton RB, Lesser ML, Lantos G, Portenoy RK. Early seizures following intracerebral hemorrhage: implications for therapy. Neurology 1988; 38: 1363-5.
45. Vespa PM, O'Phelan K, Shah M, Mirabelli J, Starkman S, Kidwell C, et al. Acute seizures after intracerebral hemorrhage: a factor in progressive midline shift and outcome. Neurology 2003; 60: 1441-6.
46. Cervoni L, Artico M, Salvati M, Bristot R, Franco C, Delfini R. Epileptic seizures in intracerebral hemorrhage: a clinical and prognostic study of 55 cases. Neurosurg Rev 1994;17: 185-8.
47. Pabinger I, Brenner B, Kalina U, Knaub S, Nagy A, Ostermann H. Prothrombin complex concentrate for emergency anticoagulation reverse: a perspective the national clinical trial. J Thromb Haemost 2008; 6: 622-31.
48. Mayer SA, Brun NC, Begtrup K, Broderick J, Davis S, Diringer MN, et al. Recombinant activated factor VII for acute intracerebral hemorrhage. N Engl J Med 2005; 352: 777-85.
49. Tuhrim S, Horowitz DR, Sacher M, Godbold JH. Volume of ventricular blood is an important determinant of outcome in supratentorial intracerebral hemorrhage. Crit Care Med 1999; 27: 617-21.
50. Naff NJ, Carhuapoma JR, Williams MA, Bhardwaj A, Ulatowski JA, Bederson J, et al. Treatment of intraventricular hemorrhage with urokinase: effects on 30-day survival. Stroke 2000; 31: 841-7.
51. Hankey GJ. Evacuation of intracerebral hematoma is likely to be beneficial-against. Stroke 2003; 34: 1568-9.
52. Mendelow AD, Gregson BA, Fernandes HM, Murray GD, Teasdale GM, Hope DT, et al. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial intracerebral haematomas in the international surgical trial in intracerebral haemorrhage (STICH): a randomised trial. Lancet 2005; 365: 387-97.
53. Firsching R, Huber M, Frowein RA. Cerebellar haemorrhage: management and prognosis. Neurosurg Rev 1991; 14: 191-4.
54. Kobayashi S, Sato A, Kageyama Y, Nakamura H, Watanabe Y, Yamaura A. Treatment of hypertensive cerebellar hemorrhage-surgical or conservative management? Neurosurgery 1994; 34: 246-50.
55. Broderick JP, Brott TG, Duldner JE, Tomsick T, Huster G. Volume of intracerebral hemorrhage: a powerful and easy-to-use predictor of 30-day mortality. Stroke 1993; 24: 987-93.56)
56. Tuhrim S, Horowitz DR, Sacher M, Godbold JH. Validation and comparison of models predicting survival following intracerebral hemorrhage. Crit Care Med 1995; 23: 950-4.
57. Anderson CS, Heeley E, Huang Y, Wang J, Stapf C, Delcourt C, et al. Rapid blood-pressure lowering in patients with acute intracerebral hemorrhage. N Engl J Med 2013; 20; 368: 2355-65.
58. Morgan T, Zuccarello M, Nrayan R, Keyl P, Lane K, Hanley D. Preliminary findings of the Minimally Invasive Surgery plus rtPA for Intracerabral Haemorrhage Evacuation (MISTIE) clinical trial. Acta Neurochir Suppl (Wien) 2008; 105: 147-51.

NÝJUNG!

TARGIN®
OXÝKÓDON/NALOXÓN

Eina sterka ópíóíð lyfið sem vinnur einnig gegn hægðatregðu af völdum ópíóíða[1]



Takið aukaverkanir við meðhöndlun mikilla verkja alvarlega!

TARGIN® ábending: Miklir verkir sem ekki næst nægileg stjórn á nema með ópíóíð verkjalyfjum. Ópíóíð mótlyfinu naloxóni er bætt í til að vinna gegn hægðatregðu af völdum ópíóíða með því að blokka verkun oxýkódons við ópíóíð viðtaka staðbundið í þörmum[2]

TARGIN® er með skilyrta greiðsluþátttöku SÍ. Sækja má um lyfjaskírteini fyrir sjúklinga með alvarlega verki sem krefjast ópíóíðmeðferðar og hægðatregðu af völdum ópíóíða.

Sérlyfjatexti á bls. 429

1. Clemens et al. Expert Opin. Pharmacother; 11(2): 1-14, 2010
2. Sérlyfjaskrá

norpharma
Norpharma hf
Slotsmarken 8
2970 Hørsholm

Engir læknar um borð í þyrlum Landhelgisgæslunnar?

Þorbjörn Jónsson
læknir og sérfræðingur í ónæmisfræði, formaður Læknafélags Íslands
thorbjor@landspitali.is



Fyrir stuttu ritaði yfirlæknir bráðaþjónustu utan sjúkrahúsa, Viðar Magnússon, opið bréf til ráðherra heilbrigðismála, landlæknis og yfirmanna Landspítalans. Þar lýsti hann áhyggjum yfir því að ekki skuli vera tiltækur læknir sem sinnt getur sérstökum bráðaútköllum utan sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu. Árið 2008 var í sparnaðarskyni hætt að manna neyðarbílinn í Reykjavík með lækni enda þótti sýnt að bráðatæknar gætu sinnt flestum þeim verkum sem læknirinn hafði sinnt fram að því. Í sérstökum bráðatilvikum átti þó áfram að vera hægt að flytja lækni frá Landspítalanum á vettvang með bíl sem keyptur hafði verið til þess verks. Þegar á þetta fyrirkomulag reyndi var hins vegar hvorki bílstjóri né læknir tiltækur. Læknarnir voru bundnir í öðrum verkum sem erfitt var fara fyrirvaralaust frá, og með tímanum varð þjálfun þeirra ekki fullnægjandi. Þetta fyrirkomulag virkaði sem sé ekki þegar til átti að taka og lagðist af.

Í bréfi sínu vekur Viðar athygli á því að sama staða kunni að koma upp á þyrlum Landhelgisgæslunnar ef hætt verður að hafa lækna reglubundið um borð í vélunum. Ef sú verður niðurstaðan verður gefinn óviðunandi afsláttur af öryggi þessarar þjónustu sem oft á tíðum er lífsnauðsynleg.

Fyrr í sumar var skýrt frá því í fjölmiðlum að búið væri að segja upp öllum þyrlulæknunum og áttu uppsagnirnar að taka gildi 1. ágúst síðastliðinn. Eftir töluverða fjölmiðlaumfjöllun var þessum uppsögnum slegið á frest, en þær taka að óbreyttu gildi um næstu áramót. Þetta er óskiljanleg ákvörðun og algerlega óásættanleg fyrir sjúka og slasaða – sjómenn á hafi úti, fólk í dreifbýli og ferðamenn, íslenska sem erlenda. Ýmsir læknar á landsbyggðinni líta á það sem nauðsynlegan öryggisþátt að geta á neyðarstundu ræst út þyrlu sem mönnuð er sérþjálfuðum lækni. Ef breyting verður á þessu er hætt við að enn erfiðara verði að fá lækna til vinnu á landsbyggðinni. Viljum við það?

Undanfarin ár hefur alltof mikið verið skorið niður í heilbrigðiskerfinu og hefur það oftar en ekki bitnað illa á starfseminni. Niðurskurðurinn hefur leitt til þess að þjónusta hefur versnað, biðlistar hafa lengst, álag á starfsfólk aukist og víða er erfitt að fá lækna til starfa. Mörgum breytingum hefur verið hrint í framkvæmd með skömmum fyrirvara og án nægilegrar fyrirhyggju. Um það getur starfsfólk heilbrigðiskerfisins vitnað. Við viljum ekki að slíkt endurtaki sig þegar kemur að læknisþjónustu í þyrlum Landhelgisgæslunnar.

Frá árinu 2006 hafa Íslendingar axlað alla ábyrgð á sjúkra- og björgunarflugi með þyrlum á Íslandi. Lagt hefur verið í milljarða fjárfestingar til að kaupa eða leigja þyrlur til að halda þjónustunni úti allan sólarhringinn alla daga ársins. Árlega fara þyrlurnar í um það bil 130 björgunar- og sjúkraflug og í ákveðnum tilvikum bjargar það lífi að læknir skuli vera með í för. Árlegur rekstrarkostnaður við þyrlur gæslunnar er um 1,5 milljarðar króna. Kostnaður við að manna þyrlurnar með lækni er einungis um 30 milljónir króna á ári, eða um 2% af heildarrekstrarkostnaði, við það bætast svo rúmar 12 milljónir vegna lyfja og búnaðar. Það er vel sloppið miðað við ávinninginn og öryggið sem er af því. Það er fráleitt að ætla sér að spara þessar lágu upphæðir með því að taka læknana úr þyrlunum og fá öðrum þeirra hlutverk. Þetta er hins vegar til athugunar í heilbrigðis- og innanríkisráðuneytinu. Stundum þarf að framkvæma flókin læknisverk í sjúkra- og björgunarflugi, sem einungis er á færi sérþjálfaðra lækna að framkvæma. Aðrir hlaupa ekki í þau störf.

Þetta mál líkist því miður of mörgum málum frá liðnum árum. Það er byrjað á röngum enda. Þyrlulæknunum var sagt upp án þess að vitað væri hvað tæki við og málið þar með sett í uppnám. Farsælast er að greina vandamálin fyrst – ef um vandamál er að ræða, en það má í þessu tilviki draga í efa – og finna síðan á þeim lausn áður en órói og ótti skapast. Skorað er á ráðherra heilbrigðismála og innanríkismála að leysa þetta mál áður en frekari vandræði og skaði hlýst af. Landsmenn allir eiga það svo sannarlega skilið.

Aðalfundur Læknafélags Íslands
10.-11. október
í Hlíðasmára Kópavogi

Stjórn LÍ

Þorbjörn Jónsson, *formaður*
Orri Þór Ormarsson, *varaformaður*
Magnús Baldvinsson, *gjaldkeri*
Salome Á. Arnardóttir, *ritari*
Björn Gunnarsson
Guðrún Jóhanna Georgsdóttir
Magdalena Ásgeirsdóttir
Ólöf Birna Margrétardóttir
Þórarinn Ingólfsson

Í pistlunum *Úr penna stjórnarmanna LÍ* birta þeir sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.

Heilbrigðismál eiga að lifa einstaka ráðherra

Hávar Sigurjónsson

Guðbjartur Hannesson var velferðarráðherra í stjórn Samfylkingar og Vinstri grænna kjörtímabilið 2009-2013. Guðbjartur tók við embættinu af Ögmundi Jónassyni á miðju kjörtímabilinu og tók þar við kefli sem farið hefur um margar hendur undanfarinn áratug. *Læknablaðinu* lék forvitni á að vita hvaða augum Guðbjartur liti þennan tíma, hvaða mál honum væru hugstæðust og ekki síst hvernig hann teldi að til hefði tekist í samstarfi við lækna og samtök þeirra.

„Ég lagði áherslu á það í minni ráðherratíð að auka sjálfstæði og ábyrgð forstöðumanna stofnana sem heyra undir ráðuneytið. Þannig vildi ég að þeir bæru ábyrgð á forgangsröðun við hagræðingu og sparnað innan sinnar stofnunar, innan fjárhags- og lagaramma og forgangsröðunar frá stjórnvöldum," segir Guðbjartur í upphafi.

„Ráðherra á ekki að stjórna því í smáatriðum hvar skorið er niður innan stofnunar. Það hefur viðgengist árum saman að einstakar stofnanir hafi beinar línur inn til ráðherra með tilheyrandi fyrirgreiðslu. Þetta verður að afnema ef við eigum að ná réttlátri skiptingu fjárveitinga. Í þeim tilgangi þarf að bæta alla upplýsingaöflun og styrkja og bæta reiknilíkön og kostnaðarmat í rekstri. Heilbrigðismálin eru málaflokkur sem verður að vera laus við pólitískt dægurþras og á að lifa einstaka ráðherra þannig að ekki verði kúvending í stefnu heilbrigðismála með hverjum nýjum ráðherra.

Fyrir nokkrum árum var forstöðumönnum bannað að senda erindi beint til fjárlaganefndar eða ræða stöðu stofnunar opinberlega. Allt skyldi fara í gegnum ráðuneytið. Ég bjó við það haustið 2010 að starfsmenn og oft forstöðumenn mótmæltu niðurskurði á Austurvelli. Mér fannst eðlilegt að stofnanir kæmu sinni gagnrýni í almenna umræðu. Þetta hefði verið óhugsandi nokkrum árum fyrr.

Forstöðumenn máttu einfaldlega ekki gagnrýna kerfið opinberlega. Ég taldi þetta rangt og breytti þessu. Umræðan er mikilvæg, og hún þarf að vera gagnrýnin en uppbyggileg. Þannig þarf sífellt að leita betri lausna."

Vantar vandaðri umræðu, uppbyggilegar tillögur og meiri sátt um lausnir

Guðbjartur segir að umræðan hafi einkennst af gagnrýni en minna farið fyrir tillögum til lausna.

„Það sem hefur vantað sárlega inn í umræðuna og alla gagnrýnina um heilbrigðiskerfið eru raunhæfar tillögur til úrbóta. Margir þungavigtarmenn úr hópi lækna hafa gagnrýnt kerfið og Læknaráð Landspítalans, Læknafélagið, Landspítali og fleiri birtu saman auglýsingar fyrir kosningar um slæmt ástand á Landspítalanum en enginn kemur fram með útfærðar lausnir. Aðeins almenn gagnrýni um að það vanti starfsfólk, peninga, tæki og húsnæði. Reyndar eru mjög skiptar skoðanir meðal lækna um hvort lausn vandans felist í nýju húsnæði. Ég eins og aðrir ráðherrar málaflokksins hef barist fyrir nýjum Landspítala og tel brýnt að ráðast í þá framkvæmd. Ég hef hins vegar ekki heyrt skýrar tillögur að lausnum; á að taka upp tilvísanakerfi, breytt aðgengi að bráðamóttökum, breyta samningum við sérfræðinga með takmarkaðra aðgengi að þjónustu þeirra, flytja verkefni frá bráðadeildum yfir í heilsugæsluna og svo framvegis. Læknar og heilbrigðisstarfsmenn hafa heldur ekki talað einni röddu um þessi mál, þeirra á meðal eru mjög skiptar skoðanir, hagsmunir þeirra eru ólíkir og of oft fylgja þeir pólitískum eða hagsmunatengdum línum í málflutningi sínum ekki síður en aðrir."

Mikil vinna í stefnumótun og greiningum

Guðbjartur skipaði ráðgjafahóp í september 2011 og í kjölfarið var erlenda ráðgjafafyrirtækið Boston Consulting Group fengið til að „aðstoða ráðgjafahópinn við að greina skipulag og stöðu heilbrigðiskerfisins."

Tillögur ráðgjafahópsins byggðu á greiningu BCG og niðurstöðu 9 vinnuhópa sem tóku til starfa ári fyrr. Eflaust geta flestir orðið sammála um fyrirsagnir tillagnanna en strax í kjölfar birtingar skýrslunnar urðu miklar umræður og deilur um útfærsluna.

Tillögurnar sneru að eftirtöldum þáttum: Samtengdri rafrænni sjúkraskrá fyrir allt landið, samræmdri skráningu og birtingu heilbrigðisupplýsinga í heilbrigðiskerfinu, þjónustustýringu í kerfinu, auknum áhrifum notenda á eigin heilbrigðisþjónustu, sameiningu heilbrigðisstofnana og endurskipulagningu á skurðlækna- og fæðingarþjónustu, samræmingu á framboði öldrunarþjónustu á landsvísu, viðbragðsáætlun við offitu og framkvæmd innkaupastefnu.

Um skýrsluna segir Guðbjartur:

„Þegar ég skipaði fólk í ráðgjafahópinn til samstarfs við Boston Consulting Group var ekki leitað að „Samfylkingarfólki" úr hópi heilbrigðisstarfsfólks. Ég leitaði fyrst og síðast að fagfólki úr sem ólíkustum greinum og stöðum innan úr kerfinu þannig að fagleg þekking þeirra og yfirsýn fengi að njóta sín sem best. Ég er mjög sáttur við þær tillögur sem liggja fyrir og



„Boston Consulting Group benti á í skýrslu sinni að hvergi í heiminum væri jafn frjáls aðgangur að heilsugæslu, sérfræðingum og bráðamóttöku eins og hér tíðkast," segir Guðbjartur Hannesson alþingismaður og fyrrverandi velferðarráðherra.

tel mikilvægt að vinna áfram samkvæmt þeim.

Við skulum ekki gleyma því að stjórnvöld hafa ekki vikið frá stefnu þeirra laga sem sett voru 2007 og 2008 um sjúkratryggingar og heilbrigðismál þó gildistöku einstakra greina laganna hafi verið frestað, svo sem samningum við öldrunarstofnanir. Að öðru leyti var unnið algerlega í anda þessara grundvallarlaga um aðgengi að þjónustunni, gæði hennar, jafnt aðgengi allra óháð búsetu og efnahag. Þetta er tíundað í stefnuyfirlýsingu núverandi ríkisstjórnar en er einfaldlega bundið í lög sem stjórnvöld verða að sjálfsögðu að framfylgja. Það er í lögunum að heilsugæslan eigi að vera fyrsti viðkomustaður í kerfinu og megintillaga Boston Consulting Group til hagræðingar og sparnaðar í kerfinu fólst einmitt í aðgangsstýringu. Þetta hefur ekki tekist og samtök lækna hafa haldið því mjög á lofti að beinn aðgangur almennings að sérfræðiþjónustu sé ódýrari kostur. Hitt er engu að síður bundið í lög, en það hefur ekki orðið að veruleika þrátt fyrir það. Þannig þráast kerfið við þrátt fyrir skýra stefnumörkun stjórnvalda. Mestur ágreiningur um skýrslu BCG var einmitt um aðgangsstýringuna. Þar takast augljóslega á almennir hagsmunir og sérhagsmunir sjálfstætt starfandi sérfræðilækna sem ekki vilja breytingu á núverandi fyrirkomulagi. BCG benti einmitt á í skýrslu sinni að hvergi í heiminum væri jafn frjáls aðgangur að heilsugæslu, sérfræðingum og bráðamóttöku eins og hér tíðkast. Í þessu samhengi er forvitnilegt að sjá að heimsóknir til læknis eru óvíða fleiri á hverja 1000 íbúa en hér á Íslandi. Þetta gerir kerfið dýrara fyrir okkur til langs tíma og það má gagnrýna mig fyrir að hafa ekki tekið betur á þessu.

Við sjáum alltaf sömu megin niðurstöðurnar í gagnrýni á íslenska heilbrigðiskerfið, frá BCG, OECD og fleirum. Þjónustan er í hæsta gæðaflokki, vel mönnuð, gæði, öryggi og aðgengi hefur verið eins og best verður á kosið en ... þjónustan er ekki veitt á réttum stað, of mörgum er beint á bráðamóttöku og sjúkrahús, of margir leita beint til sérfræðilækna, of mikið er framkvæmt af ákveðnum rannsóknum og of mikið til af tækjum í ákveðnum greinum. Á sama tíma er tækjabúnaður úreltur í öðrum greinum."

Erfiður en óhjákvæmilegur niðurskurður

Guðbjartur leggur að vonum áherslu á vandann sem blasti við ríkisstjórn Samfylkingar og Vinstri grænna vorið 2009 og að allt starfið hafi snúist um varnarbaráttu.

„Það er ekki átakalaust að rétta við 20-25% halla á ríkissjóði án þess að það snerti heilbrigðiskerfið. Við settum okkur það meginmarkmið að verja heilbrigðiskerfið og menntakerfið. Að mínu mati tókst það þó vissulega hafi þurft að skera niður og draga verulega úr útgjöldum. En miðað við aðstæður tókst okkur ótrúlega vel að verja þessa grundvallarþjónustu og heilbrigðiskerfið okkar í dag er enn í fremstu röð. Við gerðum okkur þó grein fyrir að lengra yrði ekki gengið og strax í fjárlögum fyrir árið í ár, 2013, var frekari niðurskurði hætt og byrjað að bæta í að nýju. Bætt var við fjármagni til tækja-

kaupa, til svokallaðra S-merktra lyfja, til einstakra þátta á heilbrigðisstofnunum og til jafnlaunaátaks til að bæta kjör heilbrigðisstétta.

Þá hefur verið brugðist við með viðbótarfjárveitingum vegna ófyrirsjáanlegra fjárútláta í einstökum tilfellum, svo sem vegna PIP-málsins svokallaða, vegna sýkingar og influensufaraldurs á Landspítala í janúar 2013, eldgosa árið 2010 og óveðurs og fjárskaða haustið 2012. Þetta hefur vissulega ruðningsáhrif í ríkisfjármálunum, því við þessu varð að bregðast fljótt og örugglega. Stöðugt koma ný og krefjandi verkefni sem geta haft mikinn kostnað í för með sér, meðal annars vegna lífsstílssjúkdóma, breyttrar aldurssamsetningar þjóðarinnar og aukinnar tækni og nýrra og betri lyfja. Þá er brýnt að jafna kostnað vegna læknisþjónustu, en hann getur verið mjög mismunandi og íþyngjandi fyrir fólk."

Gæði, öryggi, aðgengi og hagkvæmni

Þegar Guðbjartur er beðinn að beina sjónum til framtíðar, vitnar hann til þeirra einkunnarorða sem hann hélt á lofti í ráðherratíð sinni og leggur sérstaka áherslu á mannauðinn í heilbrigðiskerfinu.

„Viðfangsefni okkar í heilbrigðiskerfinu í nútíð og framtíð snúast um sígild grundvallaratriði: Gæði, öryggi, aðgengi og hagkvæmni. Sjúklingurinn þarf ávallt að vera í forgrunni í allri þjónustunni. Við skulum hafa í huga að hagkvæmni snýst alls ekki alltaf um niðurskurð. Hún snýst um að fá sem mest fyrir peningana okkar og veita sem besta þjónustu fyrir sama pening eða minni peninga ef hægt er. Þjónustan, gæðin og öryggið byggja fyrst og síðast á starfsfólki heilbrigðiskerfisins. Þar eru lykilatriði menntun og mönnun og að því verður að hlúa. Það er fróðlegt að skoða þróun mannafla á Landspítala miðað við opinberar tölur síðastliðinn áratug. Hafa ber þó í huga að aukning hefur orðið í þjónustu á þessum tíma. Umræðan er oft bundin við alhæfingar um skort á starfsfólki, en skortur er oftar en ekki bundinn við ákveðnar deildir eða greinar. Mér kom til dæmis á óvart að sjá að á síðasta ári voru auglýstar 25 stöður sérfræðinga og umsóknir voru 39. Þetta eru tölur frá Læknaráði Landspítalans. Þá tókst ekki að manna tvær til þrjár stöður sérfræðinga á spítalanum og það virðist vera það sem einblínt er á þegar talað er um skort á starfsfólki og að allir séu að fara. Ég geri mér grein fyrir því að talað er um heildartölu og ég veit að verkum á hvern einstakan lækni og starfsmann hefur fjölgað. Hluti af óánægju starfsfólks snýst um aukið vinnuálag og betra starfsumhverfi. Vandinn er klárlega til staðar en umræðan snýst alltof mikið um persónulega reynslu og fyrir ráðherra er engin leið að taka þátt í umræðu á þeim nótum eingöngu; ráðuneytið verður að byggja á tölfræðilegum upplýsingum frá stofnunum og eftirliti Landlæknisembættisins og treysta því að þær séu réttar. Til að tryggja að slíkar upplýsingar verði sem bestar á hverjum tíma er eitt mikilvægasta verkefnið í dag að koma á samræmdri rafrænni sjúkraskrá.

Vel menntað og vel þjálfað starfsfólk er aðalatriðið

Heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi er mjög vel menntað og þjálfað og sinnir störfum sínum af miklum dugnaði, fórnfýsi og samviskusemi. Það sækir menntun sína víða, sem styrkir heilbrigðiskerfið og eykur fjölbreytni menntunar. Samtímis eigum við veruleg verðmæti í íslenskum læknum sem eru við nám og störf erlendis. Nær þriðjungur íslenskra lækna hefur undanfarin ár verið búsettur og starfað erlendis. Margir starfa bæði heima og erlendis og enn aðrir koma reglulega heim og hjálpa til hér á Íslandi og sinna mjög sérhæfðum greinum lækninga. Þá er athyglisvert að æ fleiri stunda læknanám, en það skýrist af því að aukinn fjöldi ungs fólks sækir allt sitt læknanám til útlanda; Danmerkur, Ungverjalands og Póllands. Við eigum eftir að sjá hvernig þetta unga fólk skilar sér heim að loknu námi. Hér heima hefur námsstöðum í heimilislækningum verið fjölgað og á Akureyri hefur verið lögð sérstök áhersla á svokallaðar dreifbýlislækningar, en meira þarf að gera til að tryggja að læknar séu fúsir að sinna störfum á Íslandi og ekki hvað síst á landsbyggðinni. Það er ýmislegt í gangi af jákvæðum toga, svo sem metnaðarfullt rannsóknar- og þróunarstarf, sem þarf að hlúa að. Vandinn við að innleiða breytingar og nýjungar er að margir vilja verja sitt starfsumhverfi og ágætt dæmi um það er þegar við gerðum þá tillögu að erlendri fyrirmynd og að frumkvæði ráðuneytisins að ljósmæður gætu ávísað getnaðarvarnalyfjum. Þá risu læknar upp og sögðu það ómögulegt. Víða er það þannig þó ábyrgðin sé ávallt hjá lækninum. Fleiri dæmi mætti nefna en andstaðan við slíkar breytingar er of oft mjög sterk og byggist of oft á sérhagsmunum en ekki almannahagsmunum."

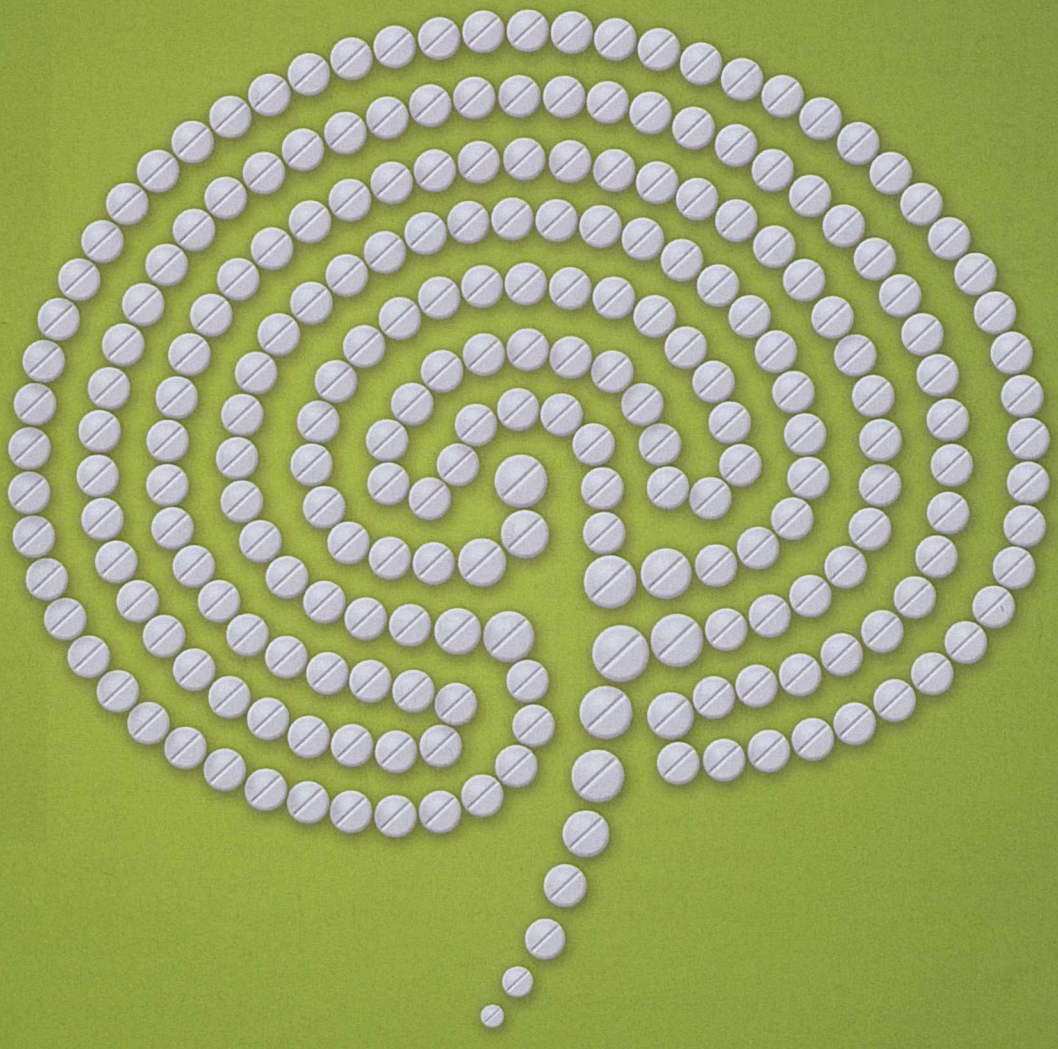
Heilbrigðiskerfið skal rekið á ábyrgð ríkisins

Með nýrri ríkistjórn koma nýjar áherslur og pólitísk markmið þeirra flokka sem nú halda um stjórnartaumana eru önnur en þeirra sem fyrir voru. Guðbjartur segist þó ekki vilja trúa því fyrr en á reyni að núverandi ríkistjórn víki frá þeirri stefnu um heilbrigðisþjónustu sem sett er niður í lög og tryggir ábyrgð ríkisins á rekstri heilbrigðisþjónustunnar.

„Þjóðin hefur tjáð sig með afgerandi hætti því nærri 90% hennar vilja að ríkið eigi og reki heilbrigðisþjónustuna. Það eru hins vegar allt önnur sjónarmið uppi þegar heilbrigðiþjónustan er rædd útfrá pólitískum línum og þá skiptast menn í fylkingar um hvort hún eigi að vera í höndum einkaaðila eða hins opinbera. Ég vona að skýr vilji þjóðarinnar verði virtur hvað þetta varðar.

Það er ánægjulegt að í umræðu síðustu mánaða hefur jafnframt komið skýrt fram að þjóðin vill hafa hér heilbrigðiskerfi í fremstu röð og er tilbúin til að greiða fyrir þá þjónustu. Fyrir liggur frá fyrrverandi ríkisstjórn þingsályktunartillaga að nýrri heilbrigðisáætlun til næstu 10 ára sem unnin er af fjölda fólks. Alþingi þarf að fjalla um, endurbæta og afgreiða þá áætlun sem fyrst.

Ég treysti á að nýr ráðherra og ríkisstjórn stuðli að uppbyggingu á heilbrigðiskerfinu með þau grunngildi að markmiði sem tryggja gæði, öryggi og jafnt aðgengi að þjónustu, óháð búsetu og efnahag eftir því sem hægt er. Ég mun heilshugar standa með nýjum ráðherra og ríkisstjórn að slíkri uppbyggingu."



Betri boðleiðir



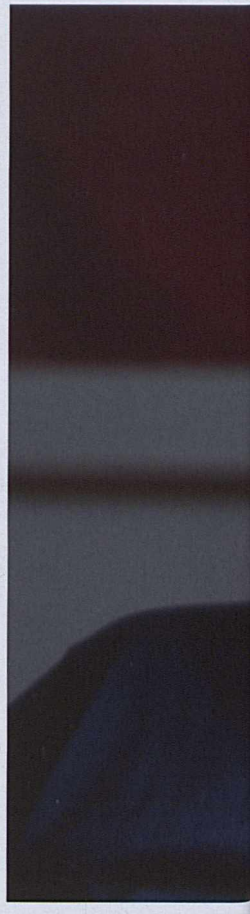
Nemdatine

– Lyf við Alzheimers-sjúkdómi

Actavis

Sérlyfjatexti á bls. 427

Léleg laun eru meginástæða óánægju lækna



Hávar Sigurjónsson

„Það hefur verið orðað þannig að við værum komin fram af bjargbrúninni og þá væntanlega í frjálsu falli niður. Það er kannski ekki besta samlíkingin. Mín tilfinning er að við séum að renna niður bratta og hála brekku. Það er erfitt að snúa við, en kannski mögulegt," segir Einar Stefánsson prófessor í augnlækningum og yfirlæknir á Landspítalanum um ástand í mönnun á Landspítala og framtíðarhorfur íslenskrar læknastéttar.

Tilefni þessa samtals við *Læknablaðið* er grein sem Einar, ásamt Sigurði Guðmundssyni, birti í *Morgunblaðinu* föstudaginn 2. ágúst síðastliðinn. Þar lýstu þeir slæmu ástandi á Landspítalanum og voru ómyrkir í máli um framtíðarhorfur.

„Þetta er ákveðinn vítahringur. Landspítali er ekki aðeins ósamkeppnisfær í launum við útlönd heldur einnig við kjör lækna á Íslandi utan spítalans. Það segir náttúrulega allt sem segja þarf að 1% unglækna var ánægt með starfsaðstöðu á Landspítalanum. Leitin að þessum ánægða einstaklingi stendur enn yfir," segir Einar og ekki laust við að nokkurrar kaldhæðni gæti í þeim orðum.

Hann segir meginástæðu óánægju og landflótta íslenskra lækna skýra og augljósa.

„Unga fólkið okkar fer héðan af spítalanum með óbragð í munninum og síðan eigum við yfirlæknarnir að draga það til baka eftir sérnám og ég get boðið því laun sem eru innan við helmingur af því sem er lægst í boði í Svíþjóð.

Ef horft er til annarra landa verður munurinn margfaldur. Spurningin snýst reyndar ekki um hvort okkur takist að ná fullum jöfnuði í launum lækna við nágrannalöndin. En staðan er þannig að munurinn er of mikill til að hægt sé að horfa fram hjá honum.

Meginástæðan fyrir óánægju lækna er launin. Læknastéttin hefur farið dálítið í kringum þetta eins og köttur í kringum heitan graut, ekki viljað horfast í augu við þetta sem aðalatriðið, heldur bent á slæma aðstöðu, lélegt húsnæði og gömul tæki sem skýringar. Það er allt saman alveg rétt, en dugar ekki til skýringar á því hvers vegna við horfum upp á tugi lækna á ári hverfa af landi brott og engir koma í staðinn. Launamálin eru einfaldlega aðalatriðið. Ungt fólk á fertugsaldri sem er að hugsa um að flytja heim eftir sérnám sér bara í hendi sér að það gengur ekki upp á þessum launum. Við höfum einnig dæmi um sérfræðinga sem hafa komið heim og baslað í nokkur ár og flutt síðan út aftur."

Flýja ýmist spítalann eða landið

„Við verðum líka að horfast í augu við að undanfarin ár hefur verið allnokkur flótti lækna. Við höfum misst gott fólk af spítalanum út í bæ, ýmist alveg eða það minnkað starfshlutfall sitt til að vinna annars staðar. Þetta er eingöngu til að bæta kjörin, því ekki er betri aðstöðu til að dreifa á einkastofum út í bæ.

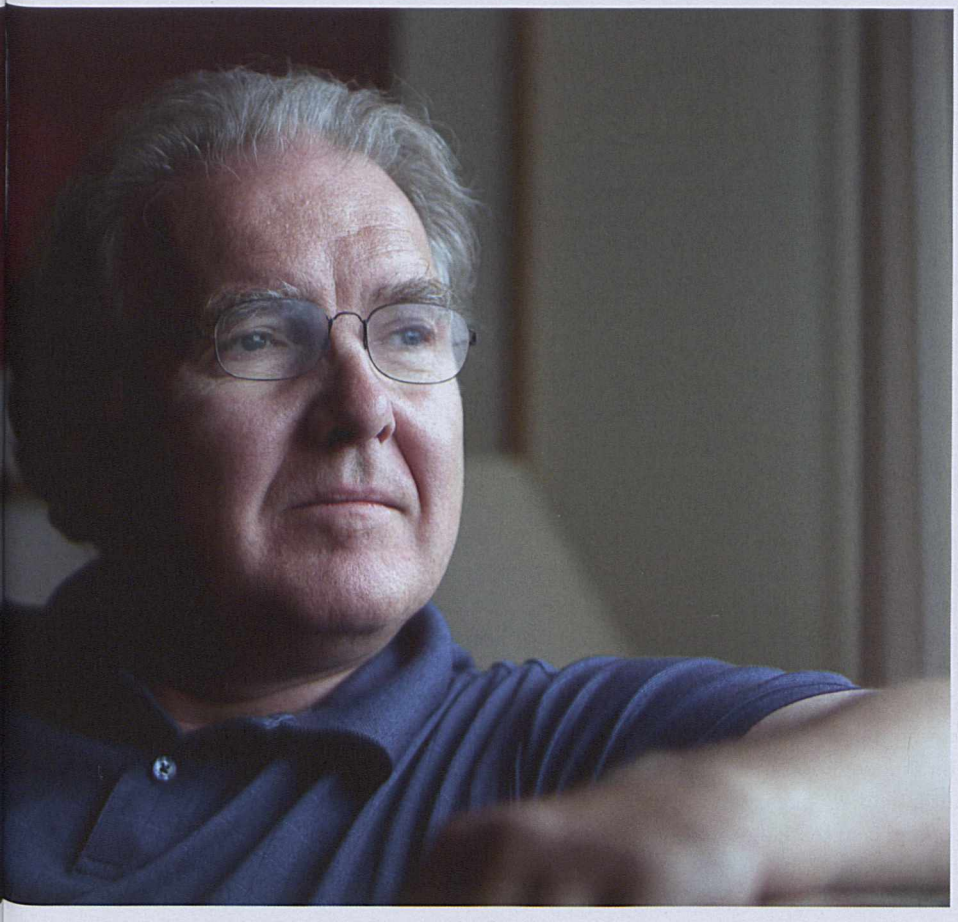
Við finnum fyrir því að á Landspítalann vantar núna ýmsar nýjungar eða nýjar aðferðir sem bestu sérfræðingarnir okkar af yngri kynslóð hafa tileinkað sér erlendis og fást ekki til að flytja heim. Þarna er yfirleitt um að ræða svokallaðar spítalasérgreinar; greinar sem ekki verða stundaðar utan spítala vegna sérhæfðs tækjakosts eða annarrar dýrrar og flókinnar aðstöðu. Landspítalinn er eini vinnustaðurinn sem kemur til greina fyrir lækna í þessum sérgreinum og fyrir ungan metnaðargjarnan sérfræðing sem stundað hefur sérnám á einhverjum af bestu spítölum Evrópu eða Bandaríkjum í hópi fremstu sérfræðinga í greininni, á þar að auki margföldum launum, er eiginlega galið að flytja hingað heim. Þetta eru læknarnir sem halda okkur í fremstu röð og án þeirra verðum við ekki í fremstu röð mikið lengur. Landspítalinn er ófær um að draga þetta fólk heim því við erum einfaldlega að tala um sómasamlega framfærslu. Hún er ekki í boði á þeim launum sem læknum bjóðast hér í dag.

Við heyrum þetta á þeim ungu læknum sem nýlega hafa flust erlendis og hafið sitt sérnám. Þeir finna muninn á öllum póstum og eru enn síður tilbúnir að snúa aftur í þær aðstæður sem hér bjóðast."

Styrkurinn orðinn stærsti veikleikinn

Einar bendir á að kjör lækna hafa versnað verulega á undanförnum árum.

„Þegar ég flutti heim frá Bandaríkjunum lækkuðu launin vissulega, en þau laun sem hér buðust voru þó alveg ásættanleg. Læknar í sömu stöðu í dag sjá ekki fram á að geta búið fjölskyldu sinni skikkanlega umgjörð. Og til að enginn velkist í vafa um hvað verið er að tala um, þá eru byrjunarlaun sérfræðings á Landspítalanum rúmlega 500.000 krónur á mánuði. Að frádregnum skatti eru þetta skammarlega lág laun fyrir fólk með allt að 15 ára háskólanám að baki og er að hefja starfsferil komið hátt á fertugsaldur. Há laun lækna byggjast nær ávallt á gríðarlega mikilli vinnu með tilheyrandi vaktaálagi og það eru alls ekki allir af yngri kynslóð tilbúnir til að vinna svo mikið. Ekki síst þegar hærri laun eru í boði erlendis fyrir mun minna vinnuframlag.



Meginástæðan fyrir óánægju lækna er launin. Læknastéttin hefur farið dálítið í kringum þetta eins og köttur í kringum heitan graut, ekki viljað horfast í augu við þetta sem aðalatriðið, heldur bent á slæma aðstöðu, lélegt húsnæði og gömul tæki sem skýringar.

Læknar hafa dregist verulega aftur úr öðrum sambærilegum háskólastéttum og má til samanburðar benda á laun lögfræðinga og verkfræðinga sem starfa hjá ríkinu. Hér ber Læknafélag Íslands mikla ábyrgð og hefur ekki haldið nægilega vel á spöðunum."

Hann segir engan vafa leika á því í sínum huga hvers vegna íslenska heilbrigðiskerfið sé samkvæmt úttekt OECD talið það þriðja besta í heimi.

„Meginástæðan að mínu mati er sú að um áratugaskeið hefur það tíðkast að íslenskir læknar sæki sér framhaldsmenntun erlendis til bestu háskólasjúkrahúsa austan hafs og vestan. Þeir hafa síðan komið til baka og hér hefur skapast brunnur þekkingar á því besta sem tíðkast allt í kringum okkur. Það er því þekkingin sem mannaflinn býr yfir, mannauðurinn, sem hefur umfram annað gefið okkur þetta góða heilbrigðiskerfi. Þetta hefur verið okkar meginstyrkur. Núna er þetta að snúast upp í okkar helsta veikleika þar sem fólkið og þekkingin er ekki að skila sér heim með sama hætti."

Fleira kemur til að mati Einars enda hafa aðstæður til búsetu erlendis gjörbreyst á undanförnum árum og í dag er auðvelt fyrir Íslendinga að búa í útlöndum.

„Það er einfaldlega styttra á milli landa í dag en var fyrir nokkrum árum og áratugum. Það er auðveldara að ferðast á milli og eiga stöðug samskipti við fjölskyldu og vini í gegnum síma og tölvur. Fólk er ekki eins einangrað í útlöndum og áður og unga fólkið okkar er einfaldlega miklu tilbúnara til að búa erlendis en mín kynslóð var. Þjóðernishugmyndin er líka á undanhaldi, fólk lítur frekar á sig sem alþjóðaborgara og hin ramma taug sem rekka dregur föðurtúna til er ekki eins sterk og áður."

Einföld lausn á vandanum

Í hverju er þá lausnin fólgin?

„Lausnin er einfaldlega að hækka launin. Ef menn telja sér trú um að þetta ástand verði leyst með því einu að kaupa tæki eða smíða nýtt hús þá eru þeir á villigötum. Það þarf að gera það líka en eitt og sér er það ekki nóg. Við getum dregið samlíkingu af því þegar hér á árum áður var sagt að öll vandamál grunnskólans myndu leysast með því að hann yrði einsetinn. Fyrir vikið var mannauðurinn í kennarastétt vanræktur í áratugi og nú stöndum við frammi fyrir því að vera með best hýsta og dýrasta grunnskólakerfi í veröldinni en samanburður við árangur nemenda í öðrum löndum er ekki okkur í vil.

Hið sama á við um heilbrigðiskerfið okkar, ef við leggjum eingöngu áherslu á tæki og búnað lendum við í meðalmennsku hvað mannauðinn varðar.

Við verðum líka að huga að því hvernig við nýtum læknana. Það fer alltof mikill hluti af starfsdegi sérfræðinga í alls kyns smámuni og reddingar, sem ættu ef allt væri með felldu að vera í höndum annarra. Þetta er hluti af stjórnunarvanda spítalans sem hefur verið viðvarandi um árabil og skilað sér í fáránlegri skiptingu í stjórnun spítalans á milli lækninga og hjúkrunar, þar sem sérfræðilæknar hafa orðið algerlega útundan hvað varðar umgjörð og stuðning svo þeir geti sinnt því sem þeir kunna best, lækningum, kennslu og stjórnun."

Einar dregur í lokin upp fremur dapra framtíðarsýn ef ekki verður snúið við blaðinu.

„Gæðum íslenska læknanámsins mun einnig hraka samhliða þessari þróun og eins og ástandið er í dag má taka svo djúpt í árinni að segja að við séum að mennta framúrskarandi lækna fyrir erlendan markað, þegar við blasir að þeir fara til framhaldsnáms erlendis og snúa ekki til baka.

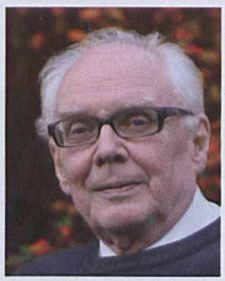
Þetta ástand hefur verið viðvarandi í fimm ár og ef við höldum áfram á sömu braut verður sífellt erfiðara að snúa við. Þetta hefur einnig bráð áhrif á lífsgæði alls almennings í landinu. Ef heilbrigðiskerfinu hrakar verður ófýsilegra að búa hér og allir sem tök hafa á munu leita annað. Þetta er ófögur framtíðarsýn fyrir íslenska þjóð.

Dæmin á spítalanum um vanda einstakra deilda blasir við öllum sem vilja sjá. Mannekla í röðum lækna er staðreynd og ýmis sérhæfð þjónusta sem áður var í boði er það ýmist ekki lengur eða í mun takmarkaðra mæli en áður. Landspítalinn reiðir sig í æ meira mæli á störf farandlækna, sérfræðinga sem búa erlendis og koma hingað upp og framkvæma aðgerðir á vissum fresti.

Þetta þýðir að þjónustan er ekki fullnægjandi og engin uppbygging á sér stað með nýjustu þekkingunni."

Hjartaskurðlækningar og tildrög þeirra á Íslandi

Þórður Harðarson
hjartalæknir



thordurhardar@gmail.com

Þórarinn Arnórsson ritaði ágæta grein í *Læknablaðið* fyrr á þessu ári um brjósthols- og hjartaskurðlækningar á Íslandi. Þar var ekki sérstaklega fjallað um baráttuna sem stóð hálfan annan áratug um að fá heimild Alþingis og ríkisstjórnar til að hefja hjartaaðgerðir á Landspítalanum. Um það er þó vert að leggja nokkur orð í belg.

Ekki fer óyggjandi sögum af því hvenær fyrstu íslensku sjúklingarnir voru sendir til aðgerðar í útlöndum, en flestir fóru þeir til Norðurlanda og var árangur aðgerðanna miðlungi góður. Magnús H. Ágústsson barnalæknir, prófessor við University of Illinois, hafði milligöngu um hjartaskurðaðgerðir á nokkrum íslenskum börnum í Chicago, en skurðaðgerðir á fullorðnum Íslendingum urðu fyrst algengar þegar Árni Kristinsson stundaði sérnám í London árin 1963-68. Þá fóru margir Íslendingar fyrir milligöngu hans til hjartaaðgerða á Hammersmith Hospital, flestir í lokuskipti. Eftir heimkomu Árna gerði hann samning við Brompton Hospital og síðar Guy´s Hospital í London um þjónustu við íslenska fullorðna sjúklinga. Hann samdi einnig við sir Richard Bonham-Carter á Great Ormond Street-sjúkrahúsinu um aðgerðir á börnum.

William (Bill) Cleland á Brompton Hospital gerði margar aðgerðir á Íslendingum með góðum árangri. Bill starfaði sem ungur skurðlæknir með Dennis Melrose sem bjó til fyrstu hjarta¬ og lungnavélina sem fyrst var notuð á Hammersmith-spítalanum árið 1953. Það er í frásögur fært að rússneskir læknar höfðu veður af nývirki þeirra félaga og buðu þeim að koma með vélina til Moskvu. Þar gerði Bill nokkrar aðgerðir, meðal annars á fjórum börnum sem höfðu flókinn hjartagalla (tetralógíu Fallots). Bill hafði ekki áður reynt að lagfæra þennan galla, en aðgerðirnar tókust vel. Bill sagði í rússnesku blaðaviðtali að guð hefði svo lítið að gera í Sovétríkjunum að hann hefði haft tíma til að hyggja að börnunum. Bill kom alloft til Íslands með konu sinni, en hún var ákafur laxveiðimaður. Bill lést árið 2005, 92 ára að aldri. Hann hlaut íslensku fálkaorðuna fyrir störf sín í þágu íslenskra sjúklinga. Edgar Sowton tók að sér Íslendingana sem vistuðust á Guy´s Hospital.

Margir íslenskir læknar stunduðu sérnám í London á 8. áratugnum og stóðum við landarnir og löndurnar í ýmsum snúningum fyrir íslenska sjúklinga á sjúkrahúsum borginnar. Okkur þótti dálítið kímilegt þegar sendiherra Íslands í London lýsti því fjálglega í sjónvarpsviðtali á Íslandi hve mikið annríki sendiráðið hefði af þessum sjúklingum. Við höfðum ekki veitt því athygli.

Meðan ég starfaði á Borgarspítalanum (1977-82) þótti mér hægast að efna til samvinnu við vini mína og fyrrum samstarfsmenn frá Lundúnaárunum um þjónustu við þá sjúklinga Borgarspítalans sem þurftu að gangast undir hjartaskurðaðgerðir. Ágætt samstarf tókst með okkur John Coltart hjartalækni sem starfaði á St. Thomas Hospital. Það sjúkrahús hafði nýlega verið endurreist með miklum glæsibrag sunnan Westminsterbrúar. Óneitanlega örlaði á metingi milli Landspítala og Borgarspítala á þessu sviði eins og fleirum, en sannleikurinn var víst sá að árangur hjartaskurðaðgerðanna var svipaður á öllum þeim Lundúnaspítölum sem vistuðu íslenska sjúklinga. Þegar byrjað var að græða slagæðar við kransæðakerfið voru nokkrir íslenskir sjúklingar sendir til Cleveland í Bandaríkjunum og tókst meðferð þeirra oftast vel.

Þegar árið 1970 lá fyrir álitsgerð frá læknum á Borgarspítala og Landspítala um hagkvæmni þess að hefja hjartaskurðlækningar hérlendis. Bent var á líklegan sparnað, bæði fyrir tryggingakerfið, sjúklingana og aðstandendur þeirra, auk þess tilfinningalega umróts sem oft fylgdi því að þurfa að flytjast á erlend sjúkrahús til umfangsmikilla læknisaðgerða. Seðlabankinn og Gjafasjóður Ásbjarnar Ólafssonar stórkaupmanns gáfu fé til tækjakaupa. Það var þó álit ráðgjafa heilbrigðisráðherra að ekki væri tímabært að hefja hjartaskurðlækningar að svo stöddu, auk þess sem fullnægjandi rannsóknaraðstaða vegna þessara aðgerða væri ekki fyrir hendi.

Seint á fyrri heilbrigðisráðherratíð Matthíasar Bjarnasonar (1977-78) tók nefnd lækna þetta mál aftur til athugunar. Tveir þeirra, Ólafur Ólafsson landlæknir og Björn Önundarson tryggingayfirlæknir, töldu að enn um sinn ætti að bíða með að hefja aðgerðir hér, en tveir, Grétar Ólafsson og Árni Kristinsson, lögðu til að aðgerðirnar hæfust án mikillar tafar. Nær samtímis barst bréf til ráðherra frá fjórum læknum, tveim þeim síðartöldu en einnig Gunnari H. Gunnlaugsssyni og Þórði Harðarsyni á Borgarspítala, þar sem lagt var til að aðgerðir yrðu hafnar á Landspítalanum. Ljóst var því að sérfræðingar við Landspítala og Borgarspítala töldu að hjartaskurðlækningar gætu hafist hér á landi en embættismenn mæltu ekki með því.

Á síðustu dögum ráðherratíðar sinnar (1980) fól Magnús H. Magnússon Davíð Á. Gunnarssyni forstjóra ríkisspítalanna að vinna að undirbúningi hjartaskurðlækninga og að þær yrðu hafnar á Landspítala í ársbyrjun 1981. Þegar til kastanna kom reyndist ekki stuðningur við þessa ráðstöfun á Alþingi. Tilraun Svavars Gestssonar heilbrigðisráðherra árið 1982 til að koma hjartaskurðlækningum á laggirnar strandaði einnig á Alþingi. Á Landspítala fór þó fram undirbúningur eftir því sem hægt var, án þess að heimild væri til að kaupa tækjabúnað eða senda starfsfólk til menntunar. Stjórnarnefnd ríkisspítala hafði hjartaskurðlækningar sem forgangsverkefni við gerð fjárlaga áranna 1981, 1982 og 1983, en fjárveitinganefnd Alþingis léði því ekki stuðning.

Árið 1982 þurftu 110 Íslendingar að fara utan til hjartaaðgerðar, en haustið 1983 hófst baráttan fyrir hjartaskurðlækningum á Íslandi fyrir alvöru. Þá höfðu

130 hjartasjúklingar þegar verið sendir til London til aðgerðar á árinu. Furðutíðar skurðsýkingar í London urðu til að styðja málstað okkar Landspítalamanna. Þetta var raunar til stórvansa. Versta útreið fékk Karvel Pálmason alþingismaður, og lýsti hann sjúkdómsferli sínum í fjölmiðlum. Sýklarnir átu bringubein hans því nær upp til agna og hafði hann síðan afmyndaðan brjóstkassa. Þetta varð til þess að Karvel gekkst fyrir lagasetningu á Alþingi árið 1989 sem tryggði bótarétt sjúklinga sem höfðu orðið fyrir ófyrirsjáanlegu heilsutjóni eftir læknismeðferð. Þessi lög eru stundum kölluð Lex Karvel og sagt var í gamni eða alvöru að höfundur lagafrumvarpsins hefði gert samþykkt þess að skilyrði fyrir stuðningi við þáverandi ríkisstjórn.

Þrír brjóstholsskurðlæknar störfuðu við Landpítalann árið 1983 og sá fjórði var tiltækur í Svíþjóð. Talið var að fjölga þyrfti hjúkrunarfræðingum um sjö á skurðdeildinni og bæta þar við tækjabúnaði, ef hefja ætti hjartaskurðlækningar á spítalanum. Hjartaþræðingartæki lyflækningadeildar var úrelt og raunar talin þörf á nýju tæki hvað sem öðru liði. Gjafafé var til reiðu frá Seðlabanka Íslands, Minningargjafasjóði Landspítalans og Heildverslun Ásbjarnar Ólafssonar stórkaupmanns fyrir stórum hluta tækjabúnaðarins.

En tímarnir voru erfiðir. Gæfulítil ríkisstjórn hrökklaðist frá völdum vorið 1983. Erlendar skuldir voru þá 60% af þjóðarframleiðslu og greiðsluhalli ríkissjóðs tröllslegur. Þjóðarframleiðsla hafði dregist saman um 10% á hvern vinnandi mann og verðbólgan var 130%. Ekki þurfti að fara í grafgötur um að öllum tillögum um aukin útgjöld ríkissjóðs yrði mætt með varúð, svo að ekki væri meira sagt.

Við Árni Kristinsson vissum að Steingrímur Hermannsson forsætisráðherra var því ekki fylgjandi að hjartaaðgerðir yrðu hafnar á Íslandi, enda sagði hann í blaðaviðtali að hann mundi láta skera sig í Englandi, ef hann þyrfti á hjartaaðgerð að halda. Matthías Bjarnason heilbrigðisráðherra var í besta falli hikandi. Við Árni ákváðum því að leita stuðnings í öðrum herbúðum.

Landssamtök hjartasjúklinga voru stofnuð haustið 1983 með þátttöku 230 hjartasjúklinga og stuðningi hjartalækna. Helstu baráttumál samtakanna voru í upphafi að endurnýja hjartaþræðingartækin og að hjartaskurðlækningar yrðu hafnar á Landspítalanum. Samtökin beittu þegar áhrifum sínum á alþingismenn og fjölmiðla og komu á framfæri gögnum sem við höfðum tekið saman. Hjartasjúkdómafélag íslenskra lækna undir forystu Guðmundar Þorgeirssonar og Kristjáns Eyjólfssonar beindi erindi um málefnið til ráðherra og Alþingis. Við Árni Kristinsson gerðum lista yfir þingmenn sem við könnuðumst við, og var það meirihluti þingheims. Við ræddum við þá flesta og dreifðum gögnum til allra þingmanna.

Páll Sigurðsson, ráðuneytisstjóri í heilbrigðisráðuneytinu, var málinu fremur hlynntur, en gat ekki gengið gegn vilja ráðherrans, húsbónda síns. Hann tjáði okkur einnig að stjórnmálamenn vantreystu íslenskum læknum til svo sérhæfða verkefna. Ólafur Ólafsson landlæknir virtist hikandi og Björn Önundarson tryggingayfirlæknir var málinu andvígur. Undrun vakti framganga embættismanns nokkurs sem átti hagsmuna að gæta. Hann beitti sér gegn hjartaskurðlækningum á Íslandi og lýsti vantrú á getu íslenskra lækna á þessu sviði í blaðagreinum.

Við áttum hauka í horni á *Morgunblaðinu*, ritstjórana Styrmi Gunnarsson og Matthías Johannessen. Við upphaf þings haustið 1983 skrifuðu þeir nokkra öfluga leiðara í *Morgunblaðið* til stuðnings hjartaaðgerðum á Íslandi. Haukur Benediktsson fyrrum forstjóri Borgarspítalans ritaði áhrifaríka grein um sama efni. Jónas Kristjánsson ritstjóri og Eiríkur Jónsson blaðamaður á *DV* lúskruðu á efasemdamönnum.

Á Alþingi var hart sótt að Matthíasi Bjarnasyni og kunni hann okkur Árna Kristinssyni litlar þakkir fyrir framgönguna. Svavar Gestsson beindi fyrirspurn og gagnrýni til ráðherra og átti hann í vök að verjast. Öllum var ljóst að hjartaskurðlækningar áttu nú sterku fylgi að fagna á Alþingi, þótt margir sjálfstæðismenn héldu sig til hlés í umræðunni af hollustu við ráðherrann. Þó lýsti Birgir Ísleifur Gunnarsson stuðningi við málefnið. Aðrir öflugir stuðningsmenn voru Davíð Aðalsteinsson, Eiður Guðnason, Guðmundur Einarsson, Guðrún Agnarsdóttir, Kjartan Jóhannsson og Stefán Benediktsson. Tómas Árnason mælti einn gegn málinu.

Ljóst var að almenningsálitið var hlynnt hjartaskurðlækningum á Íslandi og svo fór að Matthías Bjarnason hét því að gangast fyrir endurnýjun hjartaþræðingartækjanna án tafar og skipa nýja nefnd til að gera tillögur um upphaf hjartaaðgerða. Nefndin lauk fljótt störfum og mælti með því að hjartaskurðlækningar yrðu hafnar árið 1986. Þetta gekk eftir og tókust lækningarnar vel frá upphafi. Skurðsýkingar voru fátíðar.

Af merkri bók Páls Sigurðssonar, *Heilsa og velferð*, mætti ætla að aðdragandi þessa máls hafi verið að mestu ágreiningslaus, en því fór fjarri. Ég hygg að læknar hafi sjaldan beitt Alþingi og fjölmiðla jafnöflugum og farsælum þrýstingi, faglegu viðfangsefni til framdráttar. Vitanlega hefðu hjartaskurðlækningar hafist hér á landi fyrr eða síðar, en líklega var upphafi þeirra flýtt um nokkur ár.

NÝ ÁBENDING

Strattera er nú eina lyfið sem samþykkt er til að hefja meðferð við ADHD hjá fullorðnum



Strattera

- **Fyrsta og eina lyfjameðferðin** fyrir fullorðna með ADHD **sem tilheyrir ekki flokki örvandi lyfja**[1]
- Dregur úr helstu einkennum ADHD og **veitir stöðuga stjórn á einkennum** allan daginn yfir lengri tíma, borið saman við lyfleysu[2-6]
- **Tekið einu sinni á dag**[1]
- **Hefur staðfestar upplýsingar varðandi öryggi og þol** sem sýna að Strattera er góð meðferð fyrir sjúklinga sem þjást einnig af félagsfælni og áfengissýki[1]

Heimildir:

1. www.serlyfjaskra.is. **2.** Michelson D *et al. Biol Psychiatry* 2003; **53**(2): 112–20.
3. Young JL *et al. Clin Neuropharmacol* 2011; **34**(2): 51–60. **4.** Adler LA *et al. J Clin Psycho Pharmacol* 2009; **29**(1): 44–50.
5. Adler LA *et al. J Clin Psychiatry* 2005; **66**(3): 294–9. **6.** Adler LA *et al. J Atten Diord* 2008; **12**(3): 248–53.

Lilly

Sérlyfjatexti á bls. 418

strattera™ atomoxetin HCl

Einstaklingsmiðuð heilsurækt

Hávar Sigurjónsson

Í Heilsuborg í Faxafeni er starfrækt nokkuð sérhæfð líkams- og heilsuræktarstöð. Þangað leitar fólk með margháttaðan heilsufarsvanda en að sögn Erlu Gerðar Sveinsdóttur læknis og forstjóra fyrirtækisins er boðið upp á lausnir og námskeið sem sniðin eru að þörfum hvers og eins.

„Það sem við viljum gera er að búa til stað þar sem einstaklingar geta fengið góða aðstoð við að gera það sem þeir geta sjálfir gert fyrir heilsu sína. Fengið vandaða leiðsögn meðan unnið er með heilsuverkefnin sem hluta af daglegu lífi. Við leggjum áherslu á hvað fólkið okkar getur gert en ekki hvað það er ófært um að gera. Þess vegna er mikilvægt að átta sig á því í byrjun hvar einstaklingurinn er staddur heilsufarslega og vinna útfrá því," segir Erla Gerður í upphafi.

„Lífsstíllinn hefur svo gríðarlega mikið að segja fyrir heilsuna og það er svo margt sem hægt er að gera til að bæta líðan og heilbrigði þó ýmislegt ami að. Ástæða þess að líkamsrækt er svo stór hluti af Heilsuborg er að hreyfing er bara svo stór þáttur í því að fyrirbyggja og meðhöndla alls konar veikindi og mein. Það á við hvort sem við erum að fást við bakverki, offitu, þunglyndi, hjartasjúkdóma, gigt eða önnur heilsuverkefni.

Hér tökum við á móti fólki sem ekki hefur stundað neina hreyfingu svo árum skiptir jafnvel. Fólk með alls kyns vanda sem er hrætt við að hreyfa sig og veit hreinlega ekki hvernig það á að bera sig að við hreyfingu. Hingað koma líka hraustir einstaklingar í góðu formi sem vilja stunda hreyfingu í rólegu og vönduðu umhverfi. Stærsti hluti okkar skjólstæðinga eiga við heilsufarsvanda að etja af einhverju tagi. Það er hins vegar mjög misjafnt hvernig heilsufari okkar fólks er háttað, sumir eiga við margþættan og flókinn vanda að stríða en aðrir eru að leita eftir lausn við streitu, bakverkjum, háþrýstingi eða koma bara til að styrkjast og auka orkuna í dagsins önn."



„Þyngd skiptir vissulega máli varðandi heilsuna en hún er þó alls ekki aðalatriði og margir eru orðnir skemmdir af hugmyndafræðinni sem er ríkjandi í samfélaginu um ofþyngd," segir Erla Gerður Sveinsdóttir læknir og forstjóri Heilsuborgar.

Erla Gerður segir að það færist í vöxt að læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk vísi fólki til þeirra. „Þetta úrræði hefur vantað í heilbrigðiskerfið. Það er svo margt í gangi í samfélaginu hvað varðar heilsu og hreyfingu og margt af því er ágætt en sumt er byggt á vanþekkingu eða mjög þröngu sjónarhorni og margir verða svolítið ringlaðir af þessu öllu saman. Ekki síst hvað varðar offitu og heilbrigt mataræði. Þar er stöðugt eitthvað nýtt í boði og sumt er býsna fráleitt."

Þegar nýr skjólstæðingur leitar til Heilsuborgar býðst honum að ganga í gegnum ákveðið ferli sem Erla Gerður lýsir nánar.

„Þegar einstaklingur leitar til okkar ráðleggjum við honum að byrja á heilsumati hjá hjúkrunarfræðingi. Þar er farið í gegnum ýmsa þætti, svo sem mataræði og matarvenjur, hreyfingu, verki, svefn, andlega líðan, streitu og helstu áhættuþætti lífsstílssjúkdóma. Þar eru gerðar ýmsar mælingar og gefnar ráðleggingar um næstu skref. Ef þörf er á frekari greiningu eru til staðar læknir, næringarfræðingar, sálfræðingar og sjúkraþjálfarar. Það er líka hægt að leita beint til þessara aðila. Ef um er að ræða einstakling sem vill ná stjórn á þyngd sinni og léttast, byrjum við á að leggja upp daglegt plan með honum þar sem reglu er komið á mataræðið

og hreyfing er sett inn í stundaskrána. Sumum nægir aðhald og stuðningur við að borða reglulega yfir daginn og gæta að hollustunni, aðrir þurfa mikinn stuðning við að breyta daglegum venjum. Hópurinn er mjög breiður og við leggjum okkur fram við að finna hvað hentar hverjum einstaklingi. Við leggjum áherslu á ábyrgð hvers og eins á að fylgja leiðbeiningunum en við erum alltaf til staðar til stuðnings ef ekki gengur sem skyldi."

Engin samkeppni um útlit

„Starfsemin í Heilsuborg er í raun þríþætt. Fólk getur komið hingað og stundað líkamsrækt á eigin vegum. Hér er fremur rólegt og þægilegt að vera, enginn hávaði eða samkeppni um útlit. Hér er þó engu að síður skemmtilegt að hreyfa sig og vinna með heilsuna enda leggjum við áherslu á lífsgleðina. Síðan er hægt að hitta einstaka fagaðila og fá ráðgjöf án þess að vera í skipulögðu prógrammi að öðru leyti. Við erum með stutt námskeið, svo sem í hugrænni atferlismeðferð eða streitustjórnun. Sérstaða okkar liggur síðan í því hvernig við tvinnum þetta saman og búum til námskeið sem við köllum „Lausnir" sem eru mismunandi fyrir mismunandi hópa.

Heilsulausnir eru viðamestar og eru ársnámskeið fyrir þá sem vilja ná að stjórna þyngd sinni. Þar vinnum við með hreyfingu, mataræði, reglu í daglegu lífi og andlega líðan. Þar er meðal annars námskeið í svengdarvitund sem byggir á hugrænni atferlismeðferð. Þessi lausn hefur gefið mörgum mjög góðan árangur. Hún hentar til dæmis vel sem framhald fyrir þá sem hafa verið í offitumeðferð á Reykjalundi eða á Heilsustofnuninni í Hveragerði. Við vinnum náið með offitusviðinu á Reykjalundi og byggjum á sömu hugmyndafræði. Þá bjóðum við upp á „Hugarlausnir" sem eru sniðnar fyrir þá sem glíma við streitu, þunglyndi eða kvíða. Þar er námskeið í núvitund (*mindfulness*) og áhersla á hreyfingu sem lykil að bættri andlegri líðan. Við notum forskrift hreyfiseðilsins þar sem þegar er búið að finna út hvaða hreyfing hentar hverjum sjúkdómi best. Orkulausnir eru sniðnar að þörfum þeirra sem eru að ná sér eftir alvarleg líkamleg veikindi eða geta ekki farið skarpt af stað af öðrum líkamlegum orsökum. Stoðkerfislausnir henta þeim sem glíma við gigt, álagsmein eða annan vanda í stoðkerfi og hjartalausnirnar eru sniðnar fyrir einstaklinga með háþrýsting eða hjartasjúkdóma. Fræðsla er alltaf hluti af námskeiðunum okkar og við erum með marga frábæra fyrirlesara hjá okkur í Heilsuborgarskólanum."

Á þeim fjórum árum sem liðin eru frá stofnun fyrirtækisins hefur áherslan að sögn Erlu Gerðar færst æ meira yfir á svið meðferðar fyrir einstaklinga sem eru að fást við tiltekin heilsufarsverkefni.

„Það fjölgar alltaf þeim einstaklingum sem hingað koma eftir tilvísun frá lækni sínum en þessi þjónusta okkar er ekki niðurgreidd af heilbrigðiskerfinu og því þarf fólk að bera allan kostnað sjálft að mestu leyti. Við erum auðvitað að vonast til þess að þetta verði viðurkennt sem hluti af heilbrigðisþjónustunni, því árangurinn er ótvíræður og við erum mjög stolt af því hvað við getum boðið okkar fólki fyrir þó ekki hærri upphæð.

Stór þáttur í okkar starfi er að virkja fólk til að vilja breyta lífsstíl sínum og hvetja það til hreyfingar. Við beitum meðal annars markþjálfun í þessu skyni til að laða fram það besta í einstaklingnum. Margir koma hingað inn mjög jákvæðir og tilbúnir til að gera breytingar á sínum högum og þeir sem nýta námskeiðin með jákvæðum og opnum hug ná undantekingarlaust mjög góðum árangri. Fyrir suma hefur aðdragandinn að því að koma hingað til okkar verið mjög langur og það krefst kjarks að brjóta ísinn og koma. Það er oft stærsti þröskuldurinn sem einstaklingurinn þarf að yfirstíga. Það felst mikill styrkur í því að leita sér aðstoðar af þessu tagi og það er mjög mikilvægt að taka vel á móti fólki sem er að koma til okkar í fyrsta skipti. Margir hafa reynt alls konar hluti og orðið fyrir endurteknum vonbrigðum og eru ekki sérlega vongóðir um árangur þegar þeir koma hingað til okkar. Þeir þurfa kannski lengri tíma til að sannfærast um að þetta muni skila þeim raunverulegum árangri og ég gæti sagt margar sögur af fólki sem hefur náð ótrúlega góðum árangri þó ekki hafi litið vel út í byrjun."

Fyrstu skrefin erfiðust

„Við ráðleggjum fólki að koma og aðstoðum við að finna leið til að ná betri líðan. Það er tilgangslaust að sitja heima og bíða eftir nógu góðri líðan til að geta byrjað hjá okkur. Það gerist ekki þannig. En fyrstu skrefin eru mjög erfið fyrir marga. Það er svo gaman að sjá þegar vonin og gleðin kviknar í augum fólks og það fer að trúa því að þetta muni skila árangri. Við þvingum engan og segjum engum fyrir verkum. Við erum meira í því að aðstoða einstaklinginn við að finna sína leið. Það er tilgangurinn með þessu og við leggjum mikla áherslu á gleðina í öllu okkar starfi. Við mælum ekki okkar árangur eingöngu í minnkandi þyngd eða lækkaðri fituprósentu, heldur auknum lífsgæðum og bættri líðan. Þyngd skiptir vissulega máli varðandi heilsuna en hún er þó alls ekki aðalatriði og margir eru orðnir skemmdir af hugmyndafræðinni sem er ríkjandi í samfélaginu um ofþyngd."

Erla Gerður hefur einnig menntað sig í lýðheilsufræðum og samtali okkar lýkur á þessum orðum:

„Við þurfum að gera þjóðfélagið okkar þannig úr garði að auðveldara sé fyrir fólkið að stunda heilbrigða og holla lífshætti. Þar á ég við samgöngur, aðbúnað á vinnustöðum og í skólum, aðgang að hollum mat og almennt meiri upplýsingar um hvað fólk eigi að gera til að gæta að heilsu sinni. Við þurfum að vera meðvitaðri um aðvaranir sem líkaminn gefur frá sér og grípa inn í fyrr en nú er. Það er til dæmis mjög mikilvægt að staldra við af og til og fara yfir lykilþætti í lífinu. Hreyfi ég mig nóg? Er ég að þyngjast? Borða ég reglulega og gæti að hollustunni? Nýt ég lífsins? Þarna vantar oft talsvert upp á og fólk leitar ekki aðstoðar fyrr en komið er í eitthvert óefni. Þá getur verið erfitt að snúa þróuninni við, breyta um lífsstíl sem gróinn er við ýmsar daglegar venjur. Samfélagið okkar er orðið verulega tvískipt að þessu leyti. Það er stór hópur fólks sem stundar reglulega hreyfingu og gætir vel að heilsu sinni. Síðan er annar mjög stór hópur sem er beinlínis orðinn mjög veikur af slæmum lífsstíl og venjum. Þessi hópur þarf á mikilli og sérhæfðri aðstoð að halda. Þarna á milli er þriðji hópurinn, sem er kannski stærstur, og hann er afskiptur, stundar hvorki reglulega hreyfingu né heilbrigðan lífsstíl og stefnir inn í seinni hópinn ef hann snýr ekki við blaðinu. Þetta er ungt fólk að miklu leyti og þennan hóp þarf að styðja mun meira en nú er."



HÖFUM AUGA FYRIR VERÐMÆTUM

VÖNDUÐ EIGNASTÝRING STJÓRNAST AF MARKMIÐUM VIÐSKIPTAVINARINS

Einkabankaþjónusta Arion banka veitir einstaklingum, fyrirtækjum, sjóðum og stofnunum víðtæka fjármálaþjónustu sem sniðin er að þörfum hvers og eins.

- Þinn eigin viðskiptastjóri sem mótar með þér fjárfestingarstefnu og sér um þitt eignasafn.
- Sterk tengsl við viðskiptastjóra með símtölum, tölvupósti og reglulegum fundum.
- Ítarlegt yfirlit um stöðu og ávöxtun á þriggja mánaða fresti.
- Öll almenn bankaþjónusta á hagstæðum kjörum.

Pantaðu viðtal við viðskiptastjóra í 444 7410 eða sendu póst á einkabankathjonusta@arionbanki.is og komdu þínum fjármálum í hagstæðari farveg.

ARION EINKABANKAÞJÓNUSTA

Arion banki

Við sykursýki af tegund 2

Gríptu strax í taumana á sykursýkinni!

Inngrip snemma í sjúkdómsferlinu með árangursríkri blóðsykurstjórn getur bætt fleiri góðum árum við lífið[1]

Victoza® einu sinni á dag samhliða töflumeðferð leiðir til:

- marktækrar lækkunar á HbA_{1c}[2]
- marktæks þyngdartaps[2]



Victoza 6 mg/ml stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna.
NovoNordisk. A 10 BX 07. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS - Styttur texti SPC

Innihaldslýsing: Einn ml af lausn inniheldur 6 mg af liraglútíði. Einn áfylltur lyfjapenni inniheldur 18 mg af liraglútíði í 3 ml. **Ábendingar:** Victoza er ætlað til meðferðar á fullorðnum með sykursýki af tegund 2 til að ná stjórn á blóðsykri: Í samsettri meðferð með metformíni eða súlfónýlúrealyfi hjá sjúklingum með ófullnægjandi stjórn á blóðsykri þrátt fyrir stærsta þolanlegan skammt af metformíni eða súlfónýlúrea einu sér, eða í samsettri meðferð með metformíni og súlfónýlúrealyfi eða metformíni og tíazólidíndíóni hjá sjúklingum sem hafa ófullnægjandi stjórn á blóðsykri þrátt fyrir tveggja lyfja meðferð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Til að auka þol meltingarfæra er upphafsskammturinn 0,6 mg af liraglútíði á sólarhring. Eftir a.m.k. viku á að auka skammtinn í 1,2 mg. Búast má við því að sumir sjúklingar hafi ávinning af því að auka skammtinn úr 1,2 mg í 1,8 mg og með hliðsjón af klínískri svörun má auka skammtinn í 1,8 mg eftir a.m.k. eina viku til að bæta blóðsykurstjórnun enn frekar. Ekki er mælt með sólarhringsskömmtum sem eru stærri en 1,8 mg. Victoza má bæta við metformín meðferð sem er þegar til staðar eða við samsetta meðferð með metformíni og tíazólidíndíóni. Halda má áfram að gefa óbreyttan skammt af metformíni og tíazólidíndíóni. Victoza má bæta við meðferð með súlfónýlúrealyfi sem er þegar til staðar eða við samsetta meðferð með metformíni og súlfónýlúrealyfi. Þegar Victoza er bætt við meðferð með súlfónýlúrealyfi má íhuga að minnka skammt súlfónýlúrealyfsins til að draga úr hættu á blóðsykurslækkun. Ekki er nauðsynlegt að sjúklingur fylgist sjálfur með blóðsykri til að stilla af skammtastærð Victoza. Við upphaf samsettrar meðferðar með Victoza og súlfónýlúrealyfi gæti á hinn bóginn reynst nauðsynlegt að sjúklingur fylgdist sjálfur með blóðsykri til að stilla af skammtastærð súlfónýlúrealyfsins. Sérstakir sjúklingahópar: *Aldraðir sjúklingar (>65 ára):* Ekki er þörf á skammtaaðlögun vegna aldurs. Reynsla af meðferð er takmörkuð hjá sjúklingum sem eru ≥75 ára. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:* Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með væga skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun 60-90 ml/mín.). Mjög takmörkuð reynsla er af meðferð hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun 30-59 ml/mín.) og engin reynsla er af meðferð hjá sjúklingum með verulega skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun minni en 30 ml/mín.). Sem stendur er ekki hægt að mæla með notkun Victoza hjá sjúklingum með miðlungsmikla eða verulega skerðingu á nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklingum með nýrnabilun á lokastigi. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Reynsla af meðferð hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi, á hvaða stigi sem er, er of takmörkuð til að hægt sé að mæla með notkun Victoza hjá sjúklingum með væga, miðlungsmikla eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi. *Börn:* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Victoza hjá börnum og unglingum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. Lyfjagjöf: **Ekki má** gefa Victoza í bláæð eða í vöðva. Victoza á að gefa einu sinni á sólarhring hvenær dagsins sem er, óháð máltíðum og það má gefa undir húð á kvið, læri eða upphandlegg. Skipta má um stungustað og tímasetningu án þess að aðlaga skammta. Hins vegar er mælt með því að gefa Victoza inndælingu á u.þ.b. sama tíma dags þegar búið er að finna hentugasta tíma dagsins. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is**

Markaðsleyfishafi: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. Sími: 535-7000.

Textinn var síðast samþykktur í mars 2013. Ath. textinn er styttur. Sjá nánar undir Lyfjaupplýsingar á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is

Pakkningastærð(ir): Tveir pennar í pakka. Hver penni inniheldur 3 ml lausn með 6mg/ml. Hver penni er því 15 skammtar miðað við 1,2 mg/skammt eða 10 skammtar miðað við 1,8mg/skammt.

Afgreiðslutilhögun (afgreiðsluflokkun): R **Verð (samþykkt hámarksverð, 1. ágúst 2013):** 6 mg/ml, 3ml x 2 pennar. Kr. 22.596,-

Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: G.

Heimildir: 1. DSAM, type 2-diabetes - et metabolisk syndrom, Klinisk vejledning for almen praksis, 2012 **2.** Pratley RE et al. One year of Liraglutide treatment offers sustained and more effective glycaemic control and weight reduction compared with sitagliptin, both in combination with metformin, in patients with type 2 diabetes: a randomised, parallel-group, open-label trial. Int J Clin Pract 2011; 65(4):397-407

novo nordisk®

VICTOZA® (LIRAGLÚTÍÐ)

Um samhengi hlutanna





Páll Torfi Önundarson

Einar Stefán Björnsson

pallt@landspitali.is

Vestræn heilbrigðiskerfi hafa á undanförnum árum átt í sívaxandi erfiðleikum við fjármögnun sína. Ekki er hið íslenska þar undanskilið en þar hafa léleg launakjör meðal annars valdið brottflutningi og fækkun lækna á landinu, auk upphlaupa sem orðið hafa innan sjúkrastofnana vegna kjaramála ýmissa sérhæfðra stétta.

En á sama tíma og kreppt er að okkur eru læknar í þeirri stöðu að geta hleypt upp kostnaði heilbrigðisþjónustu án þess að nokkur fái við ráðið. Það er gert meðal annars með því að skrifa út dýr lyf í stað annarra ódýrra og gamalreyndra, sem gera þó sama gagn. Þar ræður ekki síst mikill þrýstingur lyfjafyrirtækja, sem skipuleggja jafnvel rannsóknir sínar með þeim hætti að nýju lyfin sýnast betri en þau gömlu. Fjárhagslegir hagsmunir þeirra eru gríðarlegir. Dæmi um þetta eru ný blóðþynningarlyf (beinir storkuhemlar) sem keppst er nú við að markaðssetja á Vesturlöndum. Þar er til mikils að vinna fyrir lyfjafyrirtækin því þau fá að minnsta kosti tífalt meira fyrir dagsskammt nýju lyfjanna (500 krónur) heldur en fæst fyrir dagsskammt warfaríns (Kóvars, 50 krónur). Um 1,5-2,0% fólks á Vesturlöndum er á stöðugri blóðþynningu og fjölgar hlutfallslega með ári hverju.

Sé tekið tillit til kostnaðar við skömmtun og eftirlit vegna warfaríns fæst dagsskammtsverð 170 krónur (dagsskammtur lyfs, blóðtaka, INR, skömmtunargjald, blóðhagur í þriðja hvert sinn). Verðið er um þriðjungur þess sem það kostar að meðhöndla með nýju lyfjunum. Líkar tölur eru til frá Bandaríkjunum (2 USD á móti 6 USD). Er þá miðað við að ekkert aukið eftirlit sé með sjúklingum sem taka nýju blóðþynningarlyfin, en það fær ekki staðist að áliti höfunda þessarar greinar.

Engin rannsókn hefur sýnt að nýju beinu storkuhemlarnir séu betri en góð warfarín-meðferð eins og tíðkast til dæmis víða í Norðvesturálfum. Rannsóknirnar hafa allar notað illa meðhöndlaða warfarín-viðmiðunarsjúklinga með lágan tíma innan meðferðarmarka warfaríns, að meðaltali 58-64%.

Sé varlega áætlað að í dag séu 1,5% Íslendinga, eða 4500 manns, á stöðugri blóðþynningu, má reikna út að gefnir séu um 1,6 milljón dagsskammtar. Sé meðhöndlað með warfaríni er kostnaðurinn 272 milljónir á ári. Sé hins vegar meðhöndlað með nýju lyfjunum verður kostnaðurinn 816 milljónir. Það er aukning um 200%, eða 544 milljónir, sem sjúkratryggingar Íslendinga munu bera að mestu. Þessi þreföldun kostnaðar tengist ekki sannanlega bættri meðferð þótt reynt sé að láta líta svo út. Eini ávinningurinn eru „meint þægindi" sjúklinga, það er að „þurfa ekki" að mæta í eftirlit vegna blóðþynningar. Okkur er spurn hvort markmiðið sé ekki fyrst og fremst virkni og öryggi meðferðarinnar? Hvað mega meint þægindi kosta? Þurfa sjúklingar á nýju blóðþynningarlyfjunum ekki líka eftirlit, til dæmis eftirfylgni með duldum blæðingum, nýrnastarfsemi og jafnvel mælingar, að minnsta kosti undir áhættukringumstæðum? Bæta má við að ekkert móteitur er til sem upphefur verkun nýju lyfjanna, öfugt við verkun warfaríns sem má stöðva á fáum mínútum með gjöf próþrombín complex þykknis ef mikið liggur við.

Fyrir 544 milljónir króna er hægt að gera ýmislegt í íslensku heilbrigðiskerfi, til dæmis að reka blóðbankann í heilt ár, bæta kjör og aðstöðu, greiða 100 hjúkrunarfræðingum full laun eða taka upp nýjungar sem skipta sköpum. Nýju blóðþynningarlyfin eiga án efa sess í meðhöndlun sumra sjúklinga, en þegar læknar hlaupa eftir nýjungum sem ekki eru sannanlega betri en ódýrari eldri meðferð, hefur það afleiðingar.

Páll Torfi Önundarson er yfirlæknir blóðmeinafræði og prófessor í blóðsjúkdómum og Einar Stefán Björnsson er yfirlæknir meltingarlækninga og prófessor í meltingarsjúkdómum, báðir á Landspítala og við læknadeild Háskóla Íslands.

Er ráðstefna framundan?
Alhliða skipulagning ráðstefna og funda
Engjateigur 5 | 105 Reykjavík | 585-3900 | congress@congress.is | www.congress.is
congress REYKJAVÍK

Anders Jahre-verðlaunin veitt fyrir rannsóknir á sykursýki

Sigurður Ingvarsson
Keldum
siguring@hi.is



Jens Juul Holst.

Danski prófessorinn Jens Juul Holst hlýtur Anders Jahre-verðlaunin í líf- og læknisfræði árið 2013. Hann starfar við Háskólann í Kaupmannahöfn. Holst fær verðlaunin fyrir brautryðjandi rannsóknir á efnaskiptasjúkdómum, sérstaklega fyrir uppgötvanir á áður óþekktu hormóni.

Holst og samstarfsfólk hans hafa stundað ítarlegar lífeðlisfræðilegar rannsóknir og einangrað og lýst hormónum sem eru í lykilferlum sem skipta meðal annars máli í sykursýki. Einkum er Holst þekktur fyrir að hafa lýst starfsemi Glp1 (*Glucagon-like peptide-1*) hormónsins, en það er framleitt af ákveðnum frumum í meltingarvegi og hefur áhrif á sykurbúskap líkamans. Ennfremur hefur hann framkvæmt ítarlegar rannsóknir á ensíminu Dpp4 (*Dipeptidyl peptidase-4*) sem hindrar virkni Glp1.

Meðferðarúrræði við sykursýki 2 byggja á niðurstöðum Holst á þessum efnaskiptaferlum.

Anders Jahre verðlaunin í fyrra voru einnig veitt til vísindamanns sem unnið hefur að sykursýkisrannsóknum, Leif Groop. Rannsóknir hans byggjast þó á öðrum fræðasviðum, einkum faraldsfræðilegrar erfðafræði. Verðlaunaveitingin undirstrikar hversu öflugar rannsóknir eru stundaðar á sykursýki á Norðurlöndunum.

Jahre-verðlaunin til yngri vísindamanna hljóta prófessorarnir Christian B. F. Andersen við Árósaháskóla og Yenan Bryceson við Karolínsku stofnunina í Stokkhólmi. Andersen fær verðlaunin fyrir rannsóknir á byggingu sameinda sem taka þátt í flutningi vítamína í frumur líkamans og Bryceson fyrir rannsóknir í ónæmisfræði, einkum starfsemi dráps-fruma ónæmiskerfisins og fyrir rannsóknir á meðfæddum blóðsjúkdómum.

Norðmaðurinn Anders Jahre stofnaði sjóð árið 1960 sem ætlað er að efla rannsóknir í líf- og læknisfræði innan Norðurlandanna og eru stærstu norrænu rannsóknarverðlaun á þessu sviði. Háskólinn í Osló veitir verðlaunin sem er ein milljón norskra króna. Einnig eru veitt aukaverðlaun úr sjóðnum til yngri vísindamanna. Valnefnd með fulltrúum læknadeilda háskóla allra Norðurlandanna vinnur úr tilnefningum og ákveður verðlaunahafa, sjá nánar: uio.no/english/about/facts/anders-jahre/nomination/.

Jahre (1891-1982) var löglærður auðkýfingur sem fékkst við skipaútgerð og samgöngumál, en er ef til vill best þekktur fyrir hvalveiðiútgerð frá Sandefjord og vinnslu á hvalaafurðum. Hann var útnefndur heiðursdoktor við Oslóarháskóla fyrir stuðning sinn við vísindastörf og uppbyggingu skólans.

Tilkynning um næsta fyrirlesara hjá öldungum

Að venju hittast öldungar í kaffi og meðlæti til að hlusta á fyrirlestur um áhugavert efni, sem sjaldan tegngist þó læknisfræði.
Fundurinn verður miðvikudaginn 2. október í Hlíðasmára kl. 16.00, en kaffi er frá kl. 15.30.

Í þetta sinn verður dr. Haraldur Sigurðsson jarðfræðingur með fyrirlestur sem hann nefnir Eldgos og áhrif þeirra. Seint munum við Íslendingar verða afhuga þessu umræðuefni, enda getur hvað sem er gerst í nánustu framtíð eins og við höfum reyndar heyrt nýlega á okkar fundum.

Allir læknar sextugir og eldri eru gjaldgengir í öldungadeild Læknafélags Íslands og eru makar einnig velkomnir á fundina.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Hér eru 56 áminningar um verkinn



Hér er 1 möguleiki á að gleyma verknum



Margir sjúklingar með langvinna verki taka allt að 56 töflur á viku af stuttverkandi ópíóíðum og eru því reglulega minntir á að þeir eru með verki. **Norspan®** forðaplástur veitir jafna og stöðuga verkjastillingu í heila viku sem auðveldar sjúklingum að lifa með verkjunum og jafnvel gleyma að þeir eru til staðar.

Ábending: Meðferð við frekar miklum verkjum sem ekki eru vegna illkynja sjúkdóma þegar þörf er á ópíóíða til að ná fram fullnægjandi verkjastillingu. **Norspan®** hentar ekki til meðferðar á bráðaverkjum[1]

Norspan® buprenorfin

Sérlyfjatexti á bls. 428

nor pharma

1. www.serlyfjaskra.is

Þjálfun og endurmenntun lækna í heilsugæslu til að bregðast við slysum og bráðum veikindum

Hjalti Már Björnsson
bráðalæknir
bráðadeild Landspítala
hjaltimb@gmail.com

Sigurður Halldórsson
heilsugæslulæknir
heilbrigðisstofnun Þingeyinga

Landsbyggðarlæknar sinna fjölbreyttri bráðaþjónustu

Ein af forsendum þess að byggð þrífist utan höfuðborgarsvæðisins á Íslandi er að fólkið sem þar býr hafi aðgang að nauðsynlegri læknisþjónustu. Í smærri byggðarlögum hefur þessu verið sinnt með uppbyggingu á heilsugæslustöðvum þar sem læknir er ávallt tiltækur þegar slys verða eða upp koma bráð veikindi. Þetta fyrirkomulag byggir á því að til staðar séu vel menntaðir heilsugæslulæknar með sérþekkingu á greiningu og fyrstu meðferð við þessar aðstæður, en mjög hefur borið á skorti á læknum til starfa í heilsugæslu undanfarin ár.

Störf landsbyggðarlækna eru um margt ólík störfum við heilsugæslu í þéttbýli. Fyrir utan að þurfa að sinna móttöku og fyrstu meðferð í öllum neyðartilvikum, sem er venjulega sinnt á bráðadeildum sjúkrahúsa í þéttbýli, þurfa landsbyggðarlæknar einnig að vera færir um að fara sjálfir á vettvang í sjúkrabíl og starfa við aðstæður sem eru mörgum læknum framandi. Þar sem þessi tilvik geta verið af mjög ólíkum toga og gerast fremur sjaldan, en líf sjúklinga veltur á að læknirinn kunni til verka, er þetta mjög krefjandi starf.

Könnun á þjálfun og endurmenntun heilsugæslulækna í bráðalækningum

Til að kanna stöðu þessara mála á Íslandi var send netkönnun vorið 2011 til lækna starfandi í heilsugæslu á landinu gegum póstlista Félags íslenskra heimilislækna á heimasíðu Læknafélags Íslands.[1] Var læknum skipt í þéttbýlis- eða landsbyggðarlækna eftir því hvort þeir störfuðu á höfuðborgarsvæðinu eða Akureyri, eða utan þeirra svæða. Við samanburð á eldri og yngri læknum var miðað við hvort 20 ár voru liðin frá því að viðkomandi útskrifaðist úr læknadeild. Af þeim 256 læknum sem skráðir voru á póstlistann bárust svör frá 105, eða 40%. Er þetta lægra svarhlutfall en vonir stóðu til og takmarkar aðeins gildi niðurstaðnanna.

Þjálfun í læknanámi

Þegar læknar voru beðnir um að meta þjálfun sem þeir fengu í læknadeild eða í sérnámi til að sinna bráðavandamálum af 9 ólíkum tegundum, reyndust þeir að meðaltali í 73% tilvika telja hana hafa verið þokkalega eða betri, en í 27% tilvika töldu læknar að þjálfuninni hefði verið ábótavant eða mjög ábótavant. Reyndist starfsaldur ekki hafa teljandi áhrif á mat lækna á þessu atriði.

Sérhæfð bráðanámskeið

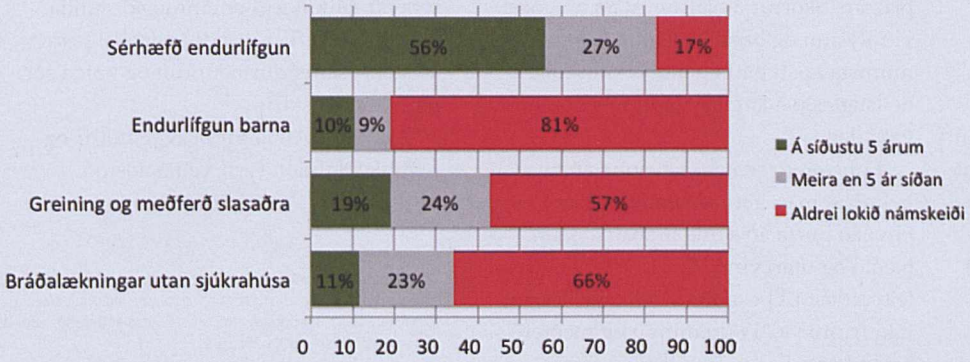
Ekki er langt síðan farið var að bjóða upp á sérhæfð námskeið fyrir lækna til að bregðast við bráðavandamálum. Í flestum tilvikum er hér um viðbót við aðra menntun lækna að ræða, sem er líkleg til að auka gæði læknisþjónustunnar, en ekki þannig að læknar hafi enga þekkingu á viðkomandi sviði án þeirra. Til eru fjölmargar gerðir þessara sérhæfðu námskeiða, en spurt var um nokkur þeirra sem hafa verið kennd hér á landi. Af þeim sérhæfðu námskeiðum sem læknum standa til boða til bráðaþjálfunar höfðu 83% sótt sérhæft endurlífgunarnámskeið, að miðgildi fyrir fjórum árum síðan. Lengst er síðan var farið að bjóða upp á þessi námskeið hér á landi og kemur því ekki á óvart að 83% lækna hafa lokið slíku námskeiði. Það er þó áhyggjuefni að hjá 27% svarenda eru liðin meira en 5 ár síðan þeir sóttu námskeið í sérhæfðri endurlífgun. Í fyrri rannsókn á viðhorfum landsbyggðarlækna hafa 81% þeirra talið eðlilegt að læknar fengju endurmenntun að minnsta kosti einu sinni á ári á þessu sviði og er ljóst að það markmið hefur ekki náðst.[2]

Nítján prósent lækna höfðu sótt námskeið í sérhæfðri endurlífgun barna (miðgildi fyrir 5 árum) og 42% höfðu sótt námskeið í greiningu og meðferð slasaðra (miðgildi fyrir 6 árum). Sérhæft námskeið í bráðalækningum utan sjúkrahúsa höfðu 34% sótt, að miðgildi fyrir 6 árum síðan. Eins og sjá má á mynd 1 var algengt að meira en 5 ár væru liðin síðan læknar sóttu þessi námskeið.

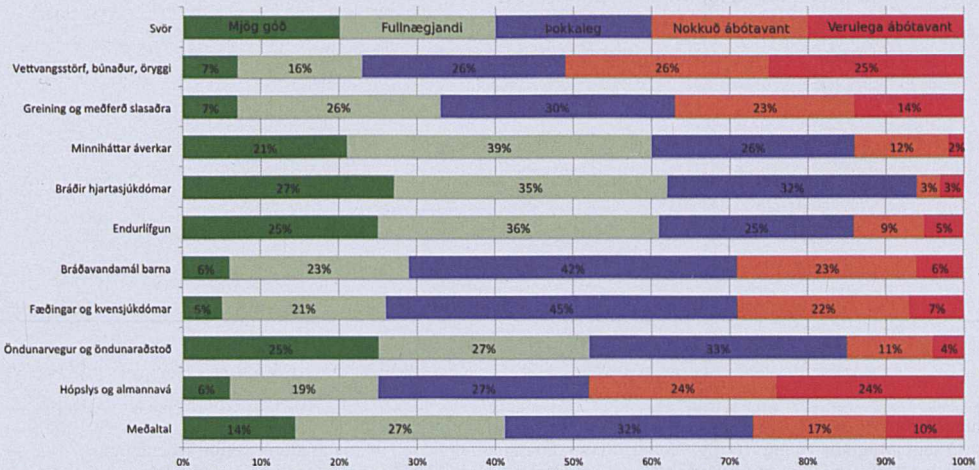
Marktækt fleiri landsbyggðalæknar höfðu sótt námskeið í greiningu og meðferð slasaðra en raunin var meðal lækna sem starfa á höfuðborgarsvæðinu eða Akureyri (58% og 32%, p=0,01). Ekki reyndist marktækur munur á þessum tveimur hópum hvað önnur námskeið varðar. Marktækur munur reyndist ekki heldur á meðalfjölda sóttra sérhæfðra námskeiða af þessum fjórum tegundum eftir starfsaldri (1,75 á móti 1,92, p=0,46).

Þjálfun í einstökum flokkum bráðavandamála

Nokkur munur er á þeirri þjálfun sem læknar telja sig hafa fengið til að bregðast við ólíkum bráðavandamálum. Meira en fjórðungur lækna taldi þjálfun sinni nokkuð eða verulega ábótavant í að sinna vinnu á vettvangi í sjúkrabíl og til að sinna greiningu og meðferð slasaðra. Það sama átti við um bráðavandamál barna, fæðingar og kvensjúkdóma og viðbúnað vegna hópslysa og almannavár. Læknar töldu sig hafa fengið betri þjálfun til að sinna minniháttar áverkum, bráðum



Mynd 1. *Hlutfall (%) svarenda sem höfðu lokið sérhæfðum bráðanámskeiðum.*



Mynd 2. *Hvernig metur þú þá þjálfun sem þú fékkst í læknadeild eða sérnámi til að sinna vandamálum af eftirtöldum tegundum? Hlutfallsleg svör (%).*

hjartasjúkdómum, endurlífgun og öndunaraðstoð. Nánari greining á svörun vegna einstakra flokka er sýnd á mynd 2. Ekki var marktækur munur á svörum þéttbýlis- og landsbyggðarlækna hvað varðar þjálfun í námi til að sinna vandamálum í þessum 9 flokkum (p=0,21-0,94).

Endurmenntun í bráðalækningum

Þegar læknar voru spurðir út í þá endurmenntun sem þeir höfðu sótt sér eftir að námi lauk í hinum 9 ólíku flokkum bráðaþjónustu, töldu þeir að meðaltali í 54% tilvika að hún hafi verið þokkaleg eða betri. Í að meðaltali 46% tilvika töldu læknar að þeir hefðu ekki nógu vel eða með mjög ófullnægjandi hætti getað sótt sér endurmenntun á þessu sviði. Við mat á ólíkum tegundum bráðatilvika var það einungis í endurlífgun og bráðum hjartasjúkdómum þar sem innan við fjórðungur lækna taldi sig ekki hafa getað sinnt endurmenntun sinni nógu vel eða með mjög ófullnægjandi hætti. Í öðrum gerðum bráðatilvika var hlutfall þeirra lækna sem töldu endurmenntun sína ekki nægilega eða mjög ófullnægjandi á bilinu 30-70%, hæst hvað varðar fæðingar og kvensjúkdóma.

Læknar starfandi á landsbyggðinni höfðu marktækt betur náð að sinna endurmenntun varðandi viðbrögð við hópslysum og almannavá heldur en þeir sem starfa í þéttbýli. Höfðu 70% landsbyggðarlækna getað sinnt endurmenntun á þessu sviði þokkalega eða betur á meðan það átti einungis við um 30% þéttbýlislækna (p<0,001). Er líklegt að þessi munur skýrist af reglulegum flugslysaæfingum sem haldnar hafa verið undanfarin ár víða um land með þátttöku lækna. Þess ber þó að geta að 56% landsbyggðarlækna telja endurmenntun sína á þessu sviði þokkalega en einungis 15% telja þessum málaflokki sinnt mjög vel eða fullnægjandi. Enn mætti því bæta þjálfun á þessu sviði.

Við mat á helstu ástæðum þess að heilsugæslulæknar gætu ekki sótt sér endurmenntun í bráðavandamálum reyndust 88% lækna telja það vera nokkuð eða mikið vandamál að framboð á viðeigandi námskeiðum fyrir landsbyggðarlækna sé ekki nægilegt. Stuðningur vinnuveitanda reyndist vera minna vandamál, 31% svarenda töldu það þó nokkuð eða mikið vandamál. Alls töldu 44% lækna það oft vera vandamál að útvega afleysingu til þess að þeir gætu sótt nauðsynleg endurmenntunarnámskeið. Þéttbýlislæknar höfðu marktækt oftar en landsbyggðarlæknar átt í vandræðum með að fá kostnað við námsleyfi greiddan af vinnuveitanda (66% á móti 34%, p=0,01).

Áhrif bráðaþjálfunar á mönnun á læknisstöðum á landsbyggðinni

Alls töldu 80% lækna að skortur á þjálfun og endurmenntun lækna til að bregðast við slysum og bráðum veikindum ætti þátt í að erfiðlega gangi að manna læknisstöður á landsbyggðinni. Þar af töldu 16% það vera mjög mikinn þátt í vandanum, 38% talsverðan, 40% nokkurn og 6% óverulegan. Marktækt færri landsbyggðarlæknar töldu skort á þjálfun og endurmenntun eiga þátt í mönnunarvanda, eða 67% á móti 88% (p=0,005). Bendir það til þess að einhverjir læknar séu hikandi við að takast á við það álag sem fylgir þessum hluta starfs landsbyggðarlækna og kjósi

því frekar að starfa við heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu eða Akureyri.

Niðurlag

Ljóst er af svörum lækna í þessari könnun að betur má gera í þjálfun og endurmenntun lækna í heilsugæslu til að sinna bráðavandamálum. Umtalsverður hluti heilsugæslulækna telur að þeir hafi ekki fengið fullnægjandi þjálfun til að sinna þessum mikilvæga hluta starfs síns. Þar sem hér er um að ræða vandamál sem óneitanlega eru hluti verksviðs landsbyggðarlækna og þeir geta hvenær sem er þurft að sinna, er skiljanlegt að læknum geti þótt óþægilegt að taka á sig þessa ábyrgð ef þeir telja sig ekki hafa fengið til þess fullnægjandi þjálfun. Skortur á þjálfun til að bregðast við slysum og bráðum veikindum á að minnsta kosti þátt í þeim læknaskorti í heilsugæslu á landsbyggðinni sem glímt er við í dag.

Ennfremur má ekki gleyma að hvaða læknir sem er getur hvenær sem er lent í því að þurfa að sinna bráðatilvikum, bæði í og utan vinnutíma, en þá er yfirleitt ætlast til þess að viðstaddur læknir taki frumkvæði í greiningu og meðferð ástandsins. Er því æskilegt að áfram sé haldið í þróun og auknu framboði sérhæfðra námskeiða til að sinna þessari þjálfun. Að mati höfunda er æskilegast að slíkt sé gert í samvinnu heilsugæslulækna og annarra sérfræðinga með afmarkaðri sérsvið. Mikilvægt er einnig að standa vörð um og efla réttindi lækna til þess að sækja sér endurmenntun og halda sér þannig við í starfi.

Þakkir fá Alma Eir Svavarsdóttir og Lúðvík Ólafsson fyrir veitta aðstoð.

1. lis.is, apríl 2011
2. Ólafsson G, Sigurðsson JA. Out-of-hours service in rural areas. An observational study of accessibility, attitudes and quality standards among general practitioners in Iceland. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 75-9.

Heiti lyfsins: STRATTERA 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg eða 100 mg hörð hylki.
Hvert hart hylki inniheldur atomoxetin hýdróklóríð sem jafngildir 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg eða 100 mg af atomoxetini. Ábendingar: Strattera er ætlað til meðhöndlunar á athyglisröskun með ofvirkni (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)) hjá börnum, ٦ ára eða eldri, hjá unglingum og hjá fullorðnum sem hluti af heildarmeðferð. Meðferð verður að hefja af lækni með sérþekkingu á meðhöndlun ADHD, svo sem barnalækni, barna- og unglingageðlækni eða geðlækni. Sjúkdómsgreining skal gerð samkvæmt gildandi DSM viðmiðum eða leiðbeiningum í ICD.

Hjá fullorðnum þarf að staðfesta að einkenni ADHD, sem voru til staðar í æsku, séu enn til staðar. Mat þriðja aðila er ákjósanlegt og ekki ætti að hefja Strattera meðferð ef staðfesting á einkennum ADHD í æsku liggur ekki fyrir. Ekki er hægt að greina ADHD eingöngu á tilvist eins eða fleiri einkenna. Sjúklingar þurfa að vera með ADHD sem er a.m.k. miðlungi alvarlegt eins og sést af a.m.k. miðlungi mikilli röskun á virkni við a.m.k. tvenns konar aðstæður (t.d. félagslegri, menntunarlegri og starfrænni virkni), sem hefur áhrif á marga þætti daglegs lífs, samkvæmt klínísku mati. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. Strattera má taka í einum skammti að morgni, án tillits til máltíða. Sjúklingar sem fá ekki viðunandi klíníska svörun þegar tekinn er einn Strattera skammtur á dag gætu haft gagn af því að taka lyfið tvisvar á dag í jöfnum skömmtum að morgni og síðdegis eða snemma kvölds. Skammtar fyrir börn/unglinga upp að 70 kg: Upphafsskammtur Strattera ætti að vera um ٠,٥ mg/kg á sólarhring. Upphafsskammti ætti að viðhalda að lágmarki í ٧ daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er um 1,2 mg/kg/dag (háð þyngd sjúklings og hvaða styrkleikar atomoxetins eru fáanlegir). Í sumum tilfellum getur verið viðeigandi að halda meðferð áfram eftir að sjúklingur er orðinn fullorðinn. Skammtar fyrir börn/unglinga yfir 70 kg: Upphafsskammtur Strattera ætti að vera ٤٠ mg á dag. Upphafsskammti ætti að viðhalda að lágmarki í ٧ daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er 80 mg. Ráðlagður hámarksskammtur er 100 mg á dag. Skammtar fyrir fullorðna: Upphafsskammtur Strattera ætti að vera ٤٠ mg á dag. Upphafsskammti ætti að viðhalda að lágmarki í ٧ daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er 80 mg til 100 mg á dag. Ráðlagður hámarksskammtur er 100 mg á dag. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Ekki skal nota atomoxetin með mónóamín oxidasa hemli (MAO hemill). Ekki skal nota atomoxetin innan minnst tveggja vikna eftir að meðferð með MAO hemli er lokið. Meðferð með MAO hemli skal ekki hafin innan tveggja vikna eftir að meðferð með atomoxetini er lokið. Ekki skal nota atomoxetin hjá sjúklingum með þrönghornsgláku þar sem notkun atomoxetins var tengd við aukna tíðni ljósopsstækkunar í klínískum rannsóknum. Ekki má nota atomoxetín hjá sjúklingum með alvarlega hjarta og æðasjúkdóma eða sjúkdómum sem tengjast blóðæðum eða blóðnæringu til heila. Ekki skal nota atomoxetin hjá sjúklingum með krómfíklaæxli (pheochromocytoma) eða sögu um krómfíklaæxli. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu (ágúst 2013):** Strattera 10 mg 28 stk: 19.173 kr, Strattera 18 mg 28 stk: 19.173 kr, Strattera 25 mg 28 stk: 19.173 kr, Strattera 40 mg 28 stk: 19.173 kr, Strattera 60 mg 28 stk: 19.173 kr, Strattera 80 mg 28 stk: 25.594 kr, Strattera 100 mg 28 stk: 28.910 kr. Ávísunarheimildir og afgreiðsluflokkur: **R. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: 0. Heiti markaðsleyfishafa:** Eli Lilly Danmark A/S. **Athugið að þetta er stytt samantekt á eiginleikum lyfs. Nánari upplýsingar má finna í** sérlyfjaskrá – **www.serlyfjaskra.is. Dags. SmPC:** 15. maí 2013. Ef frekari upplýsinga um lyfið er óskað skal hafa samband við umboðsaðila Eli Lilly á Íslandi: Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Sími: 540 8000.
Mikilvægt er að læknir hafi kynnt sér leiðbeiningar til lækna um mat og eftirlit á áhættu vegna hjarta- og æðasjúkdóma **við ávísun Strattera fyrir ávísun lyfsins.**

Lilly strattera atomoxetine HCl



Barneignir
ekki á dagskrá



Benidette

– Getnaðarvörn til inntöku

Hver tafla inniheldur 150 µg af desógestreli
og 20 µg af etinýlestradíóli.

Sérlyfjatexti á bls. 427

Actavis





Powerdoc A/S óskar **eftir sérfræðilæknum** til Dubai og Abu Dhabi

Dreymir þig um áskoranir í nýju umhverfi, þar sem þú getur haft áhrif á starfsframa þinn og þar sem umbunað er fyrir mikla vinnu, metnað og hæfileika. Þá er þetta tækifærið.

Powerdoc hefur að bjóða einstæða möguleika til faglegrar vinnu í nútímalegri menningu í Austurlöndum nær og tækifæri til að hafa áhrif á heilbrigðismál, sem eru í feiknalegri þróun.

Powerdoc tryggir að allar aðstæður séu hagstæðar varðandi flutning, laun, samninga, húsnæði, vegabréfsáritun og fleira. Við erum samstarfsaðilar.

Ráðningaviðtöl verða í Danska sendiráðinu 1. október 2013
Nánari upplýsingar um Dubai og Abu Dhabi eru veittar hjá alþjóðadeild okkar:

Rene Gervig Hansen:
rene@powerdoc.dk

Rie Jørgensen:
rie@powerdoc.dk

Nánari upplýsingar í síma:
Telefon: **(+45) 45 540 540**
Netfang: **info@powerdoc.dk**

Barnaskurðlæknir
Svæfingalæknir
Kvensjúkdómalæknar
Húðsjúkdómalæknar
Krabbameinslæknar
Bæklunarskurðlæknar
Almennir skurðlæknar
Æðaskurðlæknar
Hjartaskurðlæknar
Hjartasérfræðingar
Þvagfæralæknar
Nýrnalæknar
Háls-, nef- og eyrnalæknar
Augnlæknar
Sálfræðingur

Powerdoc hefur 12 ára reynslu í að flytja og senda hæfileikaríkt starfsfólk í verkefni innanlands og utan. Nánari upplýsingar á heimasíðu okkar: **www.powerdoc.dk**

MEDIC STAFF BY POWER DOC®

POWERDOC A/S
Sønderhøj 16
DK-8260 Viby J
Tlf.: (+45) 45 540 540
www.powerdoc.dk

Misnotkun ávanabindandi lyfja – lyfjafíkn

Magnús Jóhannsson
læknir
magnus@landlaeknir.is
Leifur Bárðarson
læknir
Ólafur B. Einarsson
sérfræðingur

Misnotkun ávanabindandi lyfja er alþjóðlegt vandamál sem þýðir að lyfjanotkun er ekki alltaf markviss. Ekki er vitað hvar Ísland stendur í samanburði við aðrar þjóðir þegar litið er á vandamálið í heild, en ýmsar vísbendingar eru um að sum lyf séu misnotkuð í meira mæli hérlendis en í nágrannalöndum okkar. Eflaust verður seint hægt að komast fyrir þennan vanda að öllu leyti en nauðsynlegt er að vinna gegn honum og stuðla almennt að skynsamlegri lyfjanotkun.

Umfang og birtingarmyndir vandans

Ekki er einfalt að skilgreina hugtökin misnotkun og lyfjafíkn og verður ekki farið nánar út í það í þessum stutta pistli. Við höfum ekki nein góð og örugg tæki til að mæla misnotkun lyfja og þess vegna er erfitt að meta umfang vandans. Afleiðingarnar sjást hins vegar í dauðsföllum, bráðainnlögnum, fíknimeðferð, alvarlegum sýkingum og glæpum, en fyrir utan mannlegar þjáningar er allt þetta þar að auki kostnaðarsamt fyrir samfélagið.

Stundum fá of margir sjúklingar viðkomandi lyf og stundum er verið að gefa of marga eða óþarflega stóra skammta. Ástæður fyrir því að of margir sjúklingar fái tiltekið lyf geta meðal annars verið ofgreiningar, læknar láta undan ágengum eða ógnandi sjúklingum eða að þeir láta blekkjast af lýsingum sjúklings á einkennum og vanlíðan sem eiga ekki við rök að styðjast.

Hvaða sjúklingar?

Hér er eingöngu verið að fjalla um þá sjúklinga (einstaklinga) sem fá ávísað lyfjum sem enda í lyfjafíklum. Sumir misnota lyfin sjálfir en aðrir selja þau eða skipta fyrir annað (peninga, vörur eða þjónustu). Ekki þarf að selja mikið magn ávanabindandi lyfja til að það sé viðbót við aðrar tekjur sem munar um; freistingin getur því verið mikil.

Samkvæmt erlendum rannsóknum eru þeir sem misnota lyf oftar en ekki í eldri kantinum, fara til margra lækna (læknaráparar eða „doctor shoppers"), leysa út marga lyfseðla í mörgum apótekum og fá mikið magn ávanabindandi lyfja.

Hvaða læknar, hvað lyf?

Heilsugæslulæknar bera þungann af ávísunum á Íslandi, þjóna breiðum hópi sjúklinga og þess vegna er eðlilegt að talsverður hluti ávísana á ávanabindandi lyf sé frá þeim. Annar hópur lækna sem eðlilega ávísa miklu af ávanabindnadi lyfjum eru geðlæknar.

Erlendar rannsóknir hafa sýnt að þeir læknar sem ávísa ávanabindandi lyfjum í óhófi eru oft í eldri kantinum (flestir eldri en 45 ára og margir eldri en 70 ára) og flestir eru karlmenn.

Læknar sem fara í afleysingar, til dæmis á landsbyggðinni, eru stundum í vanda vegna þess að þeir hafa ekki alltaf nægjanlegar upplýsingar um sjúklinga sem haldnir eru lyfjafíkn. Þess vegna er mikilvægt að staðarlæknirinn miðli slíkum upplýsingum til afleysingafólks í sjúkraskrárkerfinu eða á annan hátt.

Læknar ættu einnig að reyna að forðast að ávísa ávanabindandi lyfjum á sjálfa sig eða nánustu aðstandendur en fela það frekar kollegum þegar ávísana á slík lyf er þörf.

Þau lyf sem venjulega eru skilgreind sem ávanabindandi eru örvandi lyf, ópíöt, róandi lyf og svefnlyf og sum flogaveikilyf. Lyfjafíklar nota öll þessi lyf, ýmist til inntöku eða gjafar í æð þó að enn fleiri íkomustaðir séu þekktir.

Læknaráp og meðferðarsamband

Mikilvægt er að trúnaðarsamband ríki milli læknis og sjúklings en það má þó ekki fara út í öfgar þannig að annar trúi og treysti á hinn í blindni. Margir læknar verða undrandi þegar þeir komast að því að sjúklingur sem þeir hafa þekkt árum saman hefur verið að rápa milli lækna og fá ávísað ávanabindandi lyfjum án þeirra vitneskju.

Þegar sjúklingar þurfa á ávanabindandi lyfjum að halda er gott meðferðarsamband sérstaklega mikilvægt og nauðsynlegt að læknir hitti sjúkling reglulega. Ef sjúklingur eða læknir flytur búferlum væri æskilegt að lyfjaávísanir færðust til læknis í sveitarfélagi sjúklingsins í stað þess að viðkomandi haldi sínum lækni á fjarlægri starfsstöð.

Þegar læknir kemst að því að sjúklingur á hans vegum er haldinn lyfjafíkn er mikilvægt að hann aðstoði sjúklinginn með öllum tiltækum ráðum að takast á við fíknina. Við þekkjum dæmi um að læknar hafi í slíkum tilvikum hafnað sjúklingi tafarlaust, sem getur verið erfitt og jafnvel hættulegt fyrir sjúklinginn, og einnig er verið að velta vandanum yfir á aðra.

Margir læknar kvarta undan skorti á upplýsingaflæði milli lækna og stofnana. Í of mörgum tilvikum berast hvorki læknabréf né annars konar nauðsynlegar upplýsingar um greiningar og fyrri meðferð en um slík samskipti er fjallað í pistli sem Embætti landlæknis gaf út árið 2006 (sjá www.landlaeknir.is/um-embaettid/frettir/frett/item16295/Godir-starfshaettir-laekna). Það þjónar augljóslega hagsmunum sjúklinga að úr þessu verði bætt.

Hvaðan koma lyfin?

Hér er einungis verið að fjalla um misnotkun á lyfseðilsskyldum lyfjum en ekki ólöglegum fíkniefnum. Ekki eru vísbendingar um smygl nema á amfetamíni þannig að uppsprettu ávanabindandi lyfja sem fíklar misnota er að langmestu leyti að rekja til lyfjaávísana lækna. Þetta breytir því þó ekki að lyfjafíklar verða sér úti um lyfin bæði með því að fá þeim ávísað en einnig með því að kaupa þau á svörtum markaði þar sem þau ganga kaupum og sölum.

Embætti landlæknis safnar upplýsingum í lyfjagagnagrunn og hefur eftirlit með notkun lyfja. Læknar geta haft samband við embættið ef þeir óska frekari upplýsinga úr lyfjagagnagrunni varðandi einstaklinga sem þeir eru að sinna hverju sinni.



POWERDOC A/S ÓSKAR EFTIR LÝTALÆKNI TIL STARFA Á EINKASPÍTALA Í NOREGI – LAUN 2-2,5 MILLJÓNIR NKR Á ÁRI

Reynsla af lýtaaðgerðum á einkasjúklingum:
Andlitslyfting, brjóstastækkun/minnkun, fitusog o.fl.
Vinnutími mánudaga til föstudaga, kl. 7:45-16:30,
í góðu og notalegu vinnuumhverfi.

POWERDOC A/S ÓSKAR EFTIR SVÆFINGARLÆKNI TIL STARFA Á EINKASPÍTALA Í NOREGI

Svæfingar og deyfingar fyrir lýtaaðgerðir.
Vinnutími mánudaga til föstudaga, kl. 7:45-16:30,
í góðu og notalegu vinnuumhverfi.

Nánari upplýsingar í síma:
Telefon: **+45 45 540 540**
Netfang: **info@powerdoc.dk**

POWERDOC A/S
Sønderhøj 16 . DK-8260 Viby J
Tlf.: +45 45 540 540
www.powerdoc.dk

MEDIC STAFF BY POWER DOC®

Vísinda- og þróunarstyrkir Úthlutun 2013-2014

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna (FÍH) úthlutar styrkjum til vísinda- og þróunarverkefna á sviði heilsugæslu einu sinni á ári.
Sjóðurinn veitir einnig sérstaka starfsstyrki til slíkrar vinnu.

Umsóknir um úthlutun fyrir styrkárið 2013-2014 þurfa að berast sjóðnum fyrir 20. október næstkomandi og ber að skila rafrænt til Margrétar Aðalsteinsdóttur *magga@lis.is* hjá Læknafélagi Íslands, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi, ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum eða framgangsskýrslu ef um endurumsókn sama verkefnis er að ræða.

Starfsstyrkir geta verið allt frá 1 til 12 mánaða í senn. Upphæð starfsstyrks miðast við fasta upphæð sem svarar til dagvinnulauna styrkþega og er þá tekið mið af menntun og starfsaldri, þó aldrei hærri en sem svarar dagvinnulaunum yfirlæknis í heilsugæslu. Sé styrkþegi starfandi á heilbrigðisstofnun innan heilsugæslunnar leggur stjórn Vísindasjóðsins til að styrkurinn verði greiddur beint til þeirrar stofnunar. Á móti komi að forsvarsmenn stofnunarinnar sjái til þess að styrkþegi haldi áfram starfi sínu, óbreyttum launum og réttindum, en fái jafnframt tíma til að sinna rannsóknarstörfum á dagvinnutíma.
Við mat á umsóknum er lögð áhersla á að rannsóknarverkefnið sé á forsendum heilsugæslunnar. Sé um vísindaverkefni að ræða, er einnig lögð áhersla á tengsl rannsakenda við heimilislæknisfræði Háskóla Íslands eða aðra akademíska háskólastofnun í heimilislækningum.

Nánari upplýsingar veitir Jóhann Ágúst Sigurðsson, *johsig@hi.is*
Stjórn Vísindasjóðs FÍH

HSA HEILBRIGÐISSTOFNUN AUSTURLANDS

LÆKNIR ÓSKAST TIL HSA

Heilbrigðisstofnun Austurlands óskar eftir lækni til starfa á heilsugæslusviði. Æskilegt er sérnám í heimilislækningum. Læknar með aðrar skyldar sérgreinar og almennir læknar eru einnig hlutgengir.

Um er að ræða fjölbreytt störf í hópi lækna sem skipta á milli sín verkefnum, starfssvæðum og vöktum á Mið-Austurlandi. Megin starfsstöð er á Djúpavogi í samvinnu við lækna heilsugæslusviðs. Æskilegt starfshlutfall er 100% en hlutastarf kemur einnig til álita. Búseta fer eftir samkomulagi en læknisbústaður er til staðar.

Laun eru greidd skv. kjarasamningi fjármálaráðherra f.h. ríkissjóðs annars vegar og Læknafélags Íslands hins vegar.

Umsóknarfrestur er til 23. september 2013.

Umsóknum skal skilað til HSA á eyðublöðum er fást á vef Embættis landlæknis, *www.landlaeknir.is.*

Nánari upplýsingar veita:

Stefán Þórarinsson, framkvæmdastjóri lækninga HSA, s. 470-3052 & 892-3095, netf. *stefanth@hsa.is.*

Emil Sigurjónsson, forstöðumaður mannauðssviðs HSA, s. 470-3053 & 895-2488, netf. *emils@hsa.is.*

HSA starfar á þremur fagsviðum; heilsugæslu-, hjúkrunar- og sjúkrasviði. Heilsugæslusvið HSA er skilgreint sem ein heild með sameiginlegri fagstjórn og áhersla lögð á samvinnu þvert á byggðarlög. Stofnunin þjónar alls um 10.500 íbúum frá Djúpavogi til Bakkafjarðar, auk ferðamanna sem sækja Austurland heim. Umdæmissjúkrahús, FSN, er í Neskaupstað.

Læknafélag Akureyrar og Norðurlandsdeild Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

HAUSTÞING 2013

SJÚKDÓMAR Í KVIÐARHOLI

Laugardaginn 5. október 2013 að Hólum í Menntaskólanum á Akureyri

DAGSKRÁ:

09:00 – 09:05	Setning
	Iðrakveisa í börnum
	Verkjameðferð eftir kviðarholsaðgerðir
	Hjúkrunarmeðferð eftir kviðarholsaðgerðir
	Stóma
	Myndgreiningarrannsóknir af kviðarholi
	"Microbiota" (þarmaflóra)
	Pallborðsumræður
12:00 – 13:00	***Matarhlé***
13:00 – 13:15	Kembileit fyrir krabbameini í ristli og endaþarmi
	Kembileit fyrir krabbameini í ristli og endaþarmi á Húsavík
	Krabbamein í ristli og endaþarmi frá sjónarhóli skurðlæknis
	Krabbamein í ristli og endaþarmi frá sjónarhóli krabbameinslæknis
	Offituaðgerðir frá sjónarhóli endurhæfingarlæknis
	Offituaðgerðir – kostir
	Offituaðgerðir – gallar
	Pallborðsumræður
	Þingslit

Nánari dagskrá auglýst síðar.

Þingið er opið öllu heilbrigðisstarfsfólki og nemum.

Þátttökugjald er kr. 6.000, en 3.000 kr. fyrir nema, veitingar innifaldar, (athugið að ekki er unnt að taka við greiðslukortum).

Þátttaka tilkynnist fyrir 2. október á haustthing@gmail.com

AstraZeneca styrkir þingið.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS

FÉLAG ÍSLENSKRA HJÚKRUNARFRÆÐINGA

AstraZeneca
annt um líf og líðan



Bo Nordell eðlisfræðingur, Axel verkfræðingur og Anders Lilja röntgenlæknir (starfsmenn á Karolinska sjúkrahúsinu) fylgjast með þegar Elfar setur á nýja hnitmiðunarrammann.



Anders Lilja, Axel, Bjarne Lundholm verkfræðingur ásamt Elfari að fylgjast með segulómskoðunarmyndatökunni.

Framfarir í geislun heilaæxla

Elfar Úlfarsson taugaskurðlæknir vinnur að því að auka nákvæmni og virkni geislunartækja

Þröstur Haraldsson

Geislalækningar við meinvörpum í heila eru skiljanlega mikil nákvæmnisvinna og nú leiðir Elfar Úlfarsson taugaskurðlæknir á Landspítala rannsóknar- og þróunarstarf sem hefur það markmið að auka á nákvæmni og öryggi geislunar. Skili starfið árangri gæti það auðveldað baráttuna við stærri æxli í heila og dregið úr hvimleiðum aukaverkunum sem hefðbundin geislun hefur á sjúklinga.

Ýmsar aðferðir eru til við geislun heilaæxla. Hér á landi er algengust lágskammtageislun þar sem stór hluti heilans er geislaður í langan tíma, allt upp í 30 skipti á 6 vikum. Önnur aðferð er nefnd hnitmiðunargeislun en þá eru gefnir stórir skammtar á afmarkað svæði í færri skipti og reynt að takmarka geislann við sjálft æxlið. Sú aðferð er mun nákvæmari en hún hefur sínar takmarkanir sem Elfar og félagar hans á Karolinska Sjukhuset í Stokkhólmi hafa tekist á hendur að leysa.

Tvenns konar vandi

Elfar var við störf á Karolinska 1993-2008, þar sem notaður var svonefndur gammahnífur við geislun heilaæxla. Sú tækni byggist á að festur er rammi á höfuð sjúklingi sem nýtist bæði sem hnitakerfi og festing meðan geislað er. Tækið hefur þá kosti umfram hefðbundin geislatæki eins og línuhraðal að geislinn berst til æxlisins með 0,5 mm nákvæmni miðað við 2-4 mm nákvæmni línuhraðals. Þetta er sérstaklega hentugt ef æxlið liggur nærri mikilvægum heilabrautum eða öðrum viðkvæmum stöðvum heilans þar sem geislun getur valdið óafturkræfum skemmdum og geislabólgum. Gammahnífinn er þó ekki hægt að nota við öll heilaæxli. Megintakmarkanirnar er tvennskonar.

Í fyrsta lagi takmarkast geislunin við æxli sem eru minni en 3 cm. Þar sem allur geislaskammturinn er gefinn í einum skammti eykst hætta á aukaverkunum jafnt og þétt því stærra sem æxlið er. Þetta var mögulegt að leysa með því að dreifa geislaskammtinum á nokkra daga í stað þess að gefa hann allan í einum skammti. Þannig eru áhrif geislunarinnar á heilann milduð. Vandamálið var að halda sömu nákvæmninni allan tímann.

Í öðru lagi er ramminn sem notaður er til að skorða höfuð sjúklings við segulómskoðun til trafala. Það hafa orðið miklar framfarir í tölvutækni sem meðal annars hafa leitt til mun betri myndatöku við segulómskoðun. Nú sjá læknar ekki bara landslagið í heilanum heldur geta einnig fylgst með starfsemi einstakra hluta hans og greint efnasamsetningu ákveðinna svæða. Málmrammi sem settur er utan



Elfar að sýna fyrsta sjúklingnum skífur sem settar eru á plastskrúfurnar sem eru fastar í höfuðkúpu sjúklings. Í skífunum eru hringir fylltir með koparsúlfati sem virka sem hnitmiðunarmerki á segulómskoðunarmyndunum. Hnitmiðunarskífurnar og koma hnitmiðunarmerkja sem eru festar á ramman og gera mönnum kleift að taka hnitmiðunarsegulómskoðunarmyndir án rammans.



Hópurinn saman eftir 5 daga meðferð á stóra heilaæxlinu. Frá vinstri, Bo Nordell (eðlisfræðingur), George Sinclair (krabbameinslæknir), Bjarne Lundholm (verkfræðingur), sjúklingur, Anders Nordell (verkfræðingur), Elfar Úlfarsson (heilaskurðlæknir), Hamza Ben Makhlouf (eðlisfræðingur), Petter Förander (heilaskurðlæknir)/ Thomas Kraepelien (verkfræðingur).

um höfuð sjúklings veldur því að segulsviðið truflast og þá er ekki hægt að fá svo nákvæmar myndir, auk þess sem hann kemst ekki inn í minnkandi höfuðspólur nýjustu segulómskoðunartækja. Þetta var mögulegt að leysa með því að sleppa rammanum en vandinn var að fá inn hnitakerfi í myndirnar án rammans.

... og báðir leystir

Fyrsta vandamálið var í því fólgið að hægt var að mæla með mikilli nákvæmni þegar sjúklingur kom í fyrsta sinn í geislun. Þegar endurtaka þurfti geislunina dag eftir dag um nokkurt skeið vandaðist málið. Lenti ramminn á nákvæmlega sama stað í dag og í gær? Þetta leysti hópurinn með því að beita hnitakerfi til þess að fá nákvæmlega sömu staðsetningu rammans. Það var gert með því að koma fyrir skrúfum í höfuðkúpunni. Þessar skrúfur hafa fasta staðsetningu sem hægt er að miða festingu rammans við og þar með afstöðu geislatækisins til æxlisins.

Seinna vandamálið var leyst með því að hafa þessar skrúfur úr plasti. Við þær eru festir diskar með rörum fylltum af koparsúlfati. Síðan er tekin mynd af höfði sjúklingsins án ramma en koparsúlfathringirnir birtast sem hnit sem hægt er að miða við. Ramminn hefur þekkta stærð og afstöðu svo þá þurfti bara að hanna tölvuforrit sem gat samræmt hnitakerfi rammans og myndanna. Þar með var búið að leysa vandann, því skrúfurnar og diskarnir voru úr plasti og höfðu þess vegna engin áhrif á segulsviðið. Niðurstaðan var sú að nú var hægt að beita allri þeirri tækni sem segulómtækið réð yfir.

Færri aukaverkanir

Elfar segir í spjalli við *Læknablaðið* að nú standi yfir tilraunir með þessa tækni, svonefnd feasibility study, en hún felst í því að beita henni við meðhöndlun fjögurra sjúklinga. „Fyrsti sjúklingurinn var meðhöndlaður í maí 2012 með allstórt æxli fast upp við sjónbraut. Hún hefur hvorki orðið fyrir sjóntruflunum né geislaviðbrögðum og æxlið hefur minnkað verulega, úr 38 mm í 14 mm í þvermál. Annar sjúklingur var meðhöndlaður í september 2012 og þriðji í apríl 2013.

Við eigum eftir að meðhöndla fjórða sjúklinginn, en við höfum að sjálfsögðu fylgst mjög vel með því sem gert hefur verið og mælt allt sem hægt er að mæla fyrir aðgerð, meðan hún fer fram og eftir hana. Útreikningum er ekki lokið endanlega en okkur sýnist að við getum reiknað með því að nákvæmni þessarar geislameðferðar sé um 0,5 mm," segir hann.

Elfar bætir því við að auk þess að gera geislunina nákvæmari og virkari dragi þessi aðferð verulega úr óþægindum sem geislun fylgja fyrir sjúklinginn. Til dæmis hefur hnitmiðuð geislun engin áhrif á hársekkina svo sjúklingar missa ekki hárið eins og algengt er við hefðbundna geislun.

NÝJUNGAR Í LÆKNISFRÆÐI

Þarf að kaupa nýtt geislatæki

Ekki vill hann nefna þann dag sem þessi tækni verður komin í almenna notkun. „Þetta er ekki það sem kalla má „mainstream" meðhöndlun, það er henni verður ekki beitt nema þegar um er að ræða vel afmörkuð stærri æxli og einkum ef þau liggja svo nærri mikilvægum svæðum í heilanum að menn treysta sér ekki til að fjarlægja þau með uppskurði. Hins vegar sjáum við fyrir okkur að hægt verði að beita þessari aðferð hvort sem er við geislun með gammahníf eða línuhraðli."

Spjall okkar leiðist að lokum út í umræður um ástandið í geislun hér á landi. Hér er ekki til hnitmiðunargeislabúnaður fyrir heilaæxli sérstaklega heldur er notast við hefðbundna lágskammtageislun. Þurfi sjúklingur á því að halda að fara í gammahníf eða línuhraðal með hnitmiðunargeislabúnaði, þarf að senda hann úr landi með ærnum tilkostnaði. Elfar segir að hugur íslenskra lækna standi til þess að keypt verði tæki sem hægt sé að nota til að geisla bæði heilann og líkamann og þá verði hægt að beita þeirri tækni sem hér hefur verið fjallað um.

Elfar vildi að lokum að fram kæmi hverjir hafa verið með honum í þessu starfi. „Þetta hófst í samstarfi mín og feðganna Anders og Bo (faðirinn) Nordell en sá fyrrnefndi er verkfræðingur með segulómun sem sérsvið og sá síðarnefndi er eðlisfræðingur. Við vorum að glíma við þessar takmarkanir og fengum til liðs við okkur hóp af starfsfólki Karolinska en þar vil ég nefna fjóra sem lögðu mikið af mörkum: Petter Förander heilaskurðlækni, George Sinclair geislakrabbameinslækni, Anders Lilja heilaröntgenlækni og Hamza Ben Makhlouf geislaeðlisfræðing. Þetta var liðið," segir Elfar Úlfarsson.

Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur
Astellas Pharma Europe B.V., Holland
ATC flokkur: G04BD12
Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC



Betmiga™
mirabegron

Heiti lyfs: Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver tafla inniheldur 25 mg eða 50 mg af mirabegroni. **Ábendingar**: Meðferð við einkennum, þ.e. bráðaþörf, aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðaþvagleka sem geta komið fyrir hjá fullorðnum sjúklingum með heilkenni ofvirkrar þvagblöðru. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir (þ.m.t. aldraðir sjúklingar):* **Ráðlagður skammtur er 50 mg einu sinni á sólarhring**, með eða án matar. *Skert nýrna- og lifrarstarfsemi:* Betmiga hefur ekki verið rannsakað hjá sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi (GFR < 15 ml/mín./1,73 m2 eða sjúklingum á blóðskilun) eða verulega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh flokkur C) og því er ekki mælt með notkun þess hjá þessum sjúklingahópum. Hér á eftir eru gefnir upp ráðlagðir skammtar fyrir einstaklinga með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi, með og án samhliða notkunar öflugra CYP3A hemla. *Skerðing á nýrnastarfsemi (væg: GFR 60 til 89 ml/mín./1,73 m2; í meðallagi: GFR 30 til 59 ml/mín./1,73 m2; veruleg: GFR 15 til 29 ml/mín./1,73 m2):* Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum, er notkun Betmiga ekki ráðlögð. Hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er skammtur 50 mg. Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. *Skert lifrarstarfsemi (væg: Child-Pugh flokkur A; í meðallagi: Child-Pugh flokkur B):* Ekki mælt með notkun Betmiga hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, án hemils. Hjá sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi er skammtur 50 mg. Minnka skal skammt í 25 mg hjá þeim sjúklingum sem eru með vægt skerta lifrarstarfsemi og eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. *Kyn:* Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammta með tilliti til kynferðis. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun mirabegrons hjá börnum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. *Lyfjagjöf:* Töfluna á að taka einu sinni á sólarhring, með vökva. Töfluna á að gleypa heila og hana má ekki tyggja, kljúfa eða mylja. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is** *Markaðsleyfishafi:* Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Holland. *Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:* 19. febrúar 2013. *Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu í ágúst 2013*: Forðatöflur 30 stk: 25mg kr. 9.611, 50mg kr. 9.611; 90 stk 25mg kr. 24.848, 50mg kr. 24.848. *Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar:* R *Greiðsluþátttaka:* G. *Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:* Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar á vefsíðunni: www.serlyfjaskra.is.



Bayer HealthCare



Xarelto
rivaroxaban

Xarelto (stytt samantekt á eiginleikum lyfs)
Innihaldslýsing: Xarelto 15 mg og 20 mg: Hver filmuhúðuð tafla inniheldur 15 mg eða 20 mg rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast.
Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúpbláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Skammtar og lyfjagjöf**: *Fyrirbyggjandi við heilablóðfalli og segareki:* Ráðlagður skammtur er 20 mg einu sinni á sólarhring, sem er einnig ráðlagður hámarksskammtur.Meðferð með Xarelto á að halda áfram til langs tíma þar sem ávinningur sem fyrirbyggjandi við heilablóðfalli og segareki vinnur upp hættuna á blæðingu.Ef skammtur hefur gleymst á sjúklingurinn að taka Xarelto án tafar og halda síðan áfram næsta dag og taka lyfið einu sinni á sólarhring eins og lagt var upp með. Ekki skal taka tvöfaldan skammt sama daginn til að vinna upp skammt sem gleymst hefur að taka. *Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum, meðferð við segareki í lungum og fyrirbyggjandi við endurteknu segareki í djúpbláæðum og segareki í lungum:*Ráðlagður skammtur við upphafsmeðferð við bráðri segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum er 15 mg tvisvar á dag fyrstu þrjár vikurnar og síðan 20 mg einu sinni á dag fyrir framhaldsmeðferð og fyrirbyggjandi við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum, eins og mælt er fyrir hér: Dagur 1 – 21: 15 mg tvisvar á dag. Hámarks dagsskammtur er 30 mg. Dagur 22 og eftir það: 20 mg einu sinni á dag. Hámarks dagsskammtur er 20 mg. Lengd meðferðar skal vera einstaklingsbundin eftir vandlega áætlun á ávinningi meðferðar gegn hættunni á blæðingu. Stuttur meðferðartími (a.m.k. 3 mánuðir) á að byggja á tímabundnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, slysi, hreyfingaleysi) og lengri meðferðartími á að byggja á langvinnum áhættuþáttum eða segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum af óþekktum orsökum. Gleymist skammtur meðan verið er að taka 15 mg tvisvar á dag (dagur 1 - 21) skal sjúklingurinn taka Xarelto tafarlaust til að tryggja töku á 30 mg af Xarelto á dag. Í þessu tilfelli má taka tvær 15 mg töflur í einu. Daginn eftir skal sjúklingurinn halda áfram að taka 15 mg tvisvar á dag eins og venjulega og mælt var með. Gleymist skammtur þegar einn skammtur er tekinn daglega (dagur 22 og eftir það), skal sjúklingurinn taka Xarelto tafarlaust og halda áfram næsta dag með því að taka skammtinn einu sinni á dag eins og mælt var með. Ekki má tvöfalda skammt sama daginn til að bæta upp fyrir gleymdan skammt. *Skipti frá K vítamín hemli yfir í Xarelto:* Fyrir sjúklinga sem fá fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki, skal stöðva meðferð með K vítamín hemli og hefja meðferð með Xarelto þegar INR er ≤ 3,0. Fyrir sjúklinga sem fá meðferð gegn segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum eða fyrirbyggjandi meðferð gegn endurteknum tilvikum, skal stöðva meðferð með K vítamín hemli og hefja meðferð með Xarelto þegar INR er ≤ 2,5. Þegar sjúklingar eru fluttir af meðferð með K vítamín hemli yfir í Xarelto, munu INR gildi vera falskt hækkuð eftir að Xarelto hefur verið tekið inn. Mæling á INR gefur ekki rétta mynd af blóðstorkuvirkni Xarelto og á því ekki að nota það. *Skipti frá Xarelto yfir í K vítamín hemil:* Möguleiki er á ófullnægjandi blóðþynningu við skipti af Xarelto yfir á K vítamín hemla. Tryggja skal samfellda viðunandi blóðþynningu á meðan breytt er um blóðþynningarlyf. Gæta skal að því að Xarelto getur leitt til hækkunar á INR. Hjá sjúklingum sem breyta frá Xarelto yfir í K vítamín hemil, skal gefa K vítamín hemilinn þar til INR er ≥2,0. Fyrstu tvo dagana af skiptitímabilinu, skal nota hefðbundinn upphafsskammt af K vítamín hemlinum og síðan skammt af K vítamín hemli samkvæmt INR prófi. Á meðan sjúklingar eru bæði á Xarelto og K vítamín hemli, skal ekki athuga INR fyrr en 24 klst. eftir fyrri skammt en áður en næsti skammtur af Xarelto er tekinn. Þegar inntöku Xarelto hefur verið hætt, þurfa að líða að minnsta kosti 24 klst. eftir síðasta skammt áður en INR próf verður áreiðanlegt. *Skipti frá blóðþynningu í æð yfir í Xarelto:* Hefja skal gjöf Xarelto hjá sjúklingum sem fengu blóðþynningu í æð 0 til 2 klst. áður en næsta gjöf í æð skal gefin (t.d. heparín með lágan mólþunga) eða þegar hætt er að gefa stöðugt innrennsli í æð (t.d. ósundurgreint heparín í æð). *Skipti frá Xarelto yfir í blóðþynningarlyf í æð:* Gefa á fyrsta skammt af blóðþynningarlyfinu þegar taka ætti næsta skammt af Xarelto. Sérstakir sjúklingahópar: *Skert nýrnastarfsemi:* Takmarkaðar klínískar upplýsingar um sjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 15 - 29 ml/mín.) sýna marktæka hækkun á þéttni rivaroxabans í plasma, því skal gæta varúðar þegar Xarelto er notað hjá þeim sjúklingum. Notkun er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með kreatínín úthreinsun < 15 ml/mín.
Hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30-49 ml/mín.) eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 15-29 ml/mín.) eiga eftirfarandi skammtar við: Sem fyrirbyggjandi við heilablóðfalli eða segamyndun hjá sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms, er ráðlagður skammtur 15 mg einu sinni á dag. Sem meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og sem fyrirbyggjandi við endurteknum tilvikum segamyndunar í djúpbláæðum og segareks í lungum sem meðhöndla sjúklinga með 15 mg tvisvar á dag fyrstu 3 vikurnar.Eftir það er ráðlagður skammtur 20 mg einu sinni á dag. Íhuga skal að minnka skammta úr 20 mg einu sinni á dag í 15 mg einu sinni á dag ef áætluð blæðingahætta sjúklingsins er talin vega þyngra en hætta á endurteknum tilvikum segamyndunar í djúpbláæðum og segareks í lungum. Ráðleggingar um notkun 15 mg skammts byggja á lyfjahvarfalíkani og hafa ekki verið rannsakaðar við þessar klínísku aðstæður. Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með vægt skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 50-80 ml/mín.). *Skert lifrarstarfsemi:* Xarelto er ekki ætlað sjúklingum með lifrarsjúkdóm með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur með Child Pugh B og C. *Börn:* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Xarelto hjá börnum á aldrinum 0 til 18-ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. Því er ekki mælt með notkun Xarelto fyrir börn yngri en 18 ára. Leiðbeiningar um notkun: Til inntöku. Taka skal töflurnar með mat. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegur áverki á heila eða mænu, nýleg aðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, þekktir æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlpur, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran, etexilat, apixaban o.s.frv.), nema verið sé að skipta um meðferð, í eða úr meðferð með rivaroxabani eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. Lifrarsjúkdómur ásamt blóðstorkutruflunum og klínískt mikilvægri blæðingarhættu þar með taldir lifrarbólgusjúklingar með Child Pugh B og C. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst en efnið má nálgast hjá fulltrúa markaðsleyfishafa (sjá frekari upplýsingar hér á eftir). Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R, E. **Pakkningar og hámarkssmáöluverð (ágúst 2013):** 15 mg í þynnupakkningum: 28 töflur (16.454 kr.), 42 töflur (23.923 kr.), 98 töflur (52.003 kr.), 100 töflur (53.007 kr.). 20 mg í þynnupakkningum: 28 töflur (16.454 kr.), 98 töflur (52.003 kr.) og 100 töflur (53.007 kr.). **Markaðsleyfishafi:** Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Þýskaland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Vinsamlegast hafið samband við fulltrúa markaðsleyfishafa í síma 540 8046 ef óskað er eftir fræðsluefni ætlað læknum og/eða sjúklingum eða ef óskað er frekari upplýsinga um lyfið. Dagsetning endurskoðunar textans: ágúst 2013. **Heimildir:** Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC), ágúst 2013. Sérlyfjaskrártexta í heild sinni má nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar: www.serlyfjaskra.is

Nemdatine – *Lyf við Alzheimers-sjúkdómi*

Nemdatine 10 mg og 20 mg filmuhúðaðar töflur. **Virkt innihaldsefni:** Hver 10 mg filmuhúðuð tafla inniheldur 10 mg af memantínhýdróklóríði, samsvarandi 8,31 mg af memantíni. Hver 20 mg filmuhúðuð tafla inniheldur 20 mg af memantínhýdróklóríði, samsvarandi 16,62 mg af memantíni.
Ábendingar: Meðferð sjúklinga sem haldnir eru miðlungs til alvarlegum Alzheimers-sjúkdómi.
Skammtar og lyfjagjöf: Eingöngu læknir sem hefur reynslu af greiningu og meðferð Alzheimers-vitglapa skal hefja meðferð og hafa umsjón með henni. Aðeins skal hefja meðferð ef kostur er á tilsjónarmanni sem hefur reglulegt eftirlit með lyfjatöku sjúklingsins. Greiningu skal framkvæma samkvæmt núgildandi leiðbeiningum. Endurmeta skal þol fyrir memantíni og skömmtun reglulega, helst innan þriggja mánaða frá upphafi meðferðar. Eftir það á að endurmeta klínískan ávinning af memantíni og hversu vel sjúklingurinn þolir meðferðina reglulega samkvæmt gildandi klínískum leiðbeiningum. Halda má viðhaldsmeðferð áfram meðan ávinningur er af meðferðinni og sjúklingurinn þolir meðferð með memantíni. Þegar vissa fyrir lækningalegum áhrifum er ekki lengur til staðar eða ef sjúklingurinn þolir ekki meðferðina ætti að íhuga að hætta henni. Skammtar: *Fullorðnir:* Skammtaaðlögun: Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg á sólarhring, aukinn skref fyrir skref á fyrstu 4 vikum meðferðar þar til hann nær ráðlögðum viðhaldsskammti sem hér segir.
Vika 1 (dagur 1-7): Sjúklingurinn skal taka eina 5 mg filmuhúðaða töflu á sólarhring í 7 daga.
Vika 2 (dagur 8-14): Sjúklingurinn skal taka eina 10 mg filmuhúðaða töflu á sólarhring í 7 daga.
Vika 3 (dagur 15-21): Sjúklingurinn skal taka eina 15 mg filmuhúðaða töflu á sólarhring í 7 daga.
Frá 4. viku: Sjúklingurinn skal taka eina 20 mg filmuhúðaða töflu á sólarhring. Viðhaldsskammtur: Ráðlagður viðhaldsskammtur er 20 mg á sólarhring. *Aldraðir:* Klínískar rannsóknir benda til þess að ráðlagður skammtur fyrir sjúklinga yfir 65 ára aldri sé 20 mg á sólarhring eins og lýst var hér að framan. *Börn og unglingar:* Ekki er mælt með notkun Nemdatine hjá börnum undir 18 ára aldri vegna skorts á upplýsingum um öryggi og virkni. *Skert nýrnastarfsemi:* Hjá sjúklingum með lítillega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 50–80 ml/mín.) er ekki þörf á að breyta skammtinum. Hjá sjúklingum með miðlungs skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30–49 ml/mín) á dagskammturinn að vera 10 mg. Ef lyfið þolist vel eftir a.m.k. 7 daga meðferð má auka skammtinn í allt að 20 mg/sólarhring samkvæmt venjulegu skammtaaðlögunarskema. Hjá sjúklingum með mjög skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 5–29 ml/mín) á dagskammturinn að vera 10 mg. *Skert lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með vægt eða miðlungs skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh A og Child- Pugh B) er ekki þörf á að breyta skammtinum. Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun memantíns hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Ekki er mælt með lyfjagjöf Nemdatine hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Lyfjagjöf: Gefa skal Nemdatine einu sinni á sólarhring og taka lyfið á sama tíma á hverjum degi. Taka má filmuhúðuðu töflurnar með eða án fæðu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.
Pakkningar og hámarksverð í smásölu (ágúst 2013): 10 mg, 28 stk.: 8.438 kr., 10 mg, 98 stk.: 24.375 kr., 10 mg, 100 stk.: 24.375 kr., 20 mg, 28 stk.:18.238 kr., 20 mg, 98 stk.: 47.615 kr., 20 mg, 100 stk.: 47.615 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC efh. **Frekari upplýsingar:** www.actavis.is, s: 550 3300. **Dagsetning nýjustu samantektar um eiginleika lyfsins:** Apríl 2013.
Ágúst 2013.

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 316010

Benidette – *Getnaðarvörn til inntöku*

Benidette 150 µg/20 µg, töflur. **Virkt innihaldsefni:** Hver tafla inniheldur 150 µg af desógestreli og 20 µg af etinýlestradíóli. Hjálparefni með þekkta verkun: 1 tafla inniheldur 58 mg af vatnsfrírum laktósa.
Ábendingar: Getnaðarvörn til inntöku. **Skammtar og lyfjagjöf:** Benidette er til inntöku.
Töflurnar á að taka daglega á u.þ.b. sama tíma sólarhringsins, með dálitlum vökva ef þarf, í þeirri röð sem fram kemur á pakkningunni. Taka á eina töflu á dag í 21 dag samfellt. Gert er 7 daga töfluhlé áður en byrjað er á næsta spjaldi. Í töfluhléinu verða yfirleitt blæðingar sem byrja venjulega á 2. eða 3. degi eftir að síðasta tafla hefur verið tekin og þeim lýkur e.t.v. ekki fyrr en byrjað er á næsta spjaldi. Hvernig byrjað er að nota Benidette: *Engin hormónagetnaðarvarnarlyf hafa verið tekin áður (mánuðinn á undan).* Byrja á að taka töflurnar á fyrsta degi tíðahrings (þ.e. á fyrsta degi tíðablæðinga). Það má byrja á 2.-5. degi, en fyrstu 7 dagana sem töflurnar eru teknar í fyrsta tíðahring er ráðlagt að nota jafnframt aðra getnaðarvörn án hormóna. *Þegar skipt er frá samsettum getnaðarvarnarlyfjum með hormónum (samsettum getnaðarvarnartöflum, skeiðarinnleggi eða forðaplástri).* Best er að byrja að taka Benidette daginn eftir að síðasta virka getnaðarvarnartaflan úr fyrri tegund getnaðarvarna er tekin (síðasta taflan sem inniheldur virku efnin) en í síðasta lagi daginn eftir venjulegt töfluhlé eða inntöku síðustu lyfleysutöflunnar (töflur sem ekki innihalda virk efni). Ef notað hefur verið skeiðarinnlegg eða forðaplástur er best að hefja notkun Benidette sama dag og innlegg er fjarlægt eða plástur er fjarlægður. Konan getur einnig byrjað í síðasta lagi á þeim degi sem hefja á notkun á nýjum hring eða plástri. *Við skipti frá hreinum gestagenlyfjum (míni-pillu, stungulyfi, lyfi í vef eða lykkju í legi sem hefur að geyma gestagen).* Skipta má frá míni-pillu hvaða dag sem er (við skipti frá lyfi í vef (implant) eða lykkju í legi, þann dag sem vefjalyfið eða lykkjan er fjarlægð; við skipti frá stungulyfi, þegar gefa hefði átt stungulyfið næst). Í öllum þessum tilvikum er ráðlagt að nota getnaðarvörn án hormóna samtímis fyrstu 7 dagana, sem töflurnar eru teknar. *Eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu.* Hægt er að byrja að taka töflurnar strax. Sé það gert er ekki nauðsynlegt að nota aðra getnaðarvörn samtímis. *Eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu.* Ráðlagt er að byrja notkun lyfsins á 21.-28. degi eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu. Sé byrjað seinna að nota lyfið er jafnframt ráðlagt fyrstu 7 dagana sem lyfið er tekið að nota aðra getnaðarvörn án hormóna. Hafi konan þegar haft samfarir skal útiloka þungun áður en byrjað er að taka Benidette eða bíða eftir fyrstu blæðingum. Ef gleymst hefur að taka töflur: Getnaðarvörn minnkar ekki **ef færri en 12 klst.** hafa liðið frá því að gleymdist að taka töflu. Taka skal töfluna um leið og munað er eftir því og halda síðan áfram töflutöku eins og áður. Getnaðarvörn getur minnkað **ef fleiri en 12 klst.** hafa liðið frá því að gleymdist að taka töflu. Í þeim tilvikum skal fylgja eftirfarandi tveimur grundvallarreglum: 1. Aldrei má fresta töflutöku lengur en sem nemur 7 dögum. 2. 7 daga samfellda töflutöku þarf til þess að ná nægilegri bælingu undirstúku-heiladinguls-eggjakerfis-öxuls.
Því má gefa eftirfarandi almennar ráðleggingar:
1. vika. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir því, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun taflnanna haldið áfram á venjulegum tíma. Aðra getnaðarvörn án hormóna, t.d. verjur, skal nota samhliða næstu 7 daga. Hafi konan haft samfarir síðastliðna 7 daga skal hafa í huga möguleika á þungun. Því fleiri töflur sem hafa gleymst og því nær töfluhléi sem það er, þeim mun meiri hætta er á þungun.
2. vika. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun taflnanna haldið áfram á venjulegum tíma. Hafi töflurnar verið teknar inn á réttan hátt í 7 daga, áður en gleymdist að taka töflu, er ekki nauðsynlegt að gera aðrar ráðstafanir til getnaðarvarnar. Sé það hins vegar ekki raunin eða ef fleiri en ein tafla hefur gleymst, skal ráðleggja konum að nota aðra getnaðarvörn næstu 7 daga.
3. vika. Hætta er á að öryggi sé minna þar sem komið er nálægt töfluhléi. Þó er hægt að koma í veg fyrir að öryggi minnki með því að breyta inntöku taflnanna. Ef farið er eftir öðrum af eftirtöldum tveimur valkostum er því ekki nauðsynlegt að gera aðrar ráðstafanir til getnaðarvarnar, að því tilskildu að allar töflurnar hafi verið teknar inn á réttan hátt síðustu 7 daga áður en gleymdist að taka töfluna. Ef svo er ekki, er ráðlagt að fylgja fyrri valkosti auk þess að nota aðra getnaðarvörn samtímis næstu 7 daga. 1. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir því, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun lyfsins haldið áfram eins og áður. Byrja skal á næsta töfluspjaldi strax og lokið er við töflurnar af fyrra spjaldinu, þ.e.a.s. ekkert töfluhlé er haft á milli spjalda. Líklegt er að blæðingar verði ekki fyrr en lokið er töku seinna töfluspjaldsins, en blettablæðingar eða milliblæðingar geta orðið meðan á töku þessara taflna stendur. 2. Einnig getur verið ráðlegt að hætta að taka töflur af töfluspjaldi sem er í notkun. Þá skal gera allt að 7 daga töfluhlé að meðtöldum þeim dögum sem gleymdist að taka töflurnar og byrja síðan á næsta töfluspjaldi. Hafi gleymst að taka töflur og blæðingar verða ekki í næsta venjulega töfluhléi, á að hafa í huga möguleika á þungun. **Frábendingar:** Ekki á að nota samsettar getnaðarvarnartöflur í eftirfarandi tilvikum. Komi þau fyrst fram við notkun getnaðarvarnartaflna, skal notkun þeirra hætt strax: Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Segamyndun eða saga um segamyndun í bláæð (segamyndun í djúpbláæðum, lungnablóðrek). Segamyndun eða saga um segamyndun í slagæð (t.d. heilablóðfall, hjartadrep) eða fyrirboðar um segamyndun (t.d. hjartaöng eða skammvinn heilablóðþurrð). Heilablóðfall eða saga um heilablóðfall. Alvarlegir áhættuþættir, einn eða fleiri, um segamyndun í slagæðum: sykursýki með fylgikvillum í æðum. Alvarlegur háþrýstingur. Alvarleg röskun á fitupróteinmagni í blóði. Arfgeng eða önnur þekkt tilhneiging til segamyndunar í bláæðum eða slagæðum svo sem þol gegn virku C-próteini (APC), skortur á andtrombíni III, skortur á C-próteini, skortur á S-próteini, of mikið hómósystín í blóði eða andfosfólípíð mótefni (anticardiolipin-mótefni, lúpus storkuvari). Brisbólga eða saga um brisbólgu samhliða alvarlegri hækkun á þríglýseríðum í blóði. Alvarlegur lifrarsjúkdómur eða saga um slíkt hafi niðurstöður úr lifrarprófum ekki orðið eðlilegar aftur. Lifraræxli (góðkynja eða illkynja) eða saga um slíkt. Illkynja kynhormónaháð æxli (t.d. í kynfærum eða brjóstum) eða grunur um slíkt. Blæðingar frá leggöngum af óþekktum orsökum. Saga um mígreni með staðbundnum, taugafræðilegum einkennum.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkning og hámarksverð í smásölu (júní 2013): 150/20 mcg, 63 stk.: 2.852 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf. Frekari upplýsingar: www.actavis.is, s. 550-3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 13.5.2013. *Maí 2013.*

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 316081

ATC flokkur: L01BA01

Samantekt á eiginleikum lyfs – Styttur texti

Heiti lyfs: Metoject 50 mg/ml stungulyf, lausn, áfyllt sprauta. **Innihaldslýsing:** Hver ml inniheldur 50 mg af metótrexati (sem metótrexat tvínatríum). Ein 0,15 ml (0,20 ml; 0,25 ml; 0,30 ml; 0,35 ml; 0,40 ml; 0,45 ml; 0,50 ml; 0,55 ml; 0,60 ml) áfyllt sprauta inniheldur 7,5 mg af metótrexati (10 mg; 12,5 mg; 15 mg; 17,5 mg; 20 mg; 22,5 mg; 25 mg; 27,5 mg; 30 mg). **Ábendingar:** Metoject er ætlað til meðferðar á: Virkri iktsýki hjá fullorðnum sjúklingum. Fjölliðagigtarformi af alvarlegri, virkri sjálfvakinni barnaliðagigt, þegar svörun við bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID) hefur reynst ófullnægjandi. Alvarlegum þrálátum psoriasis sem dregur úr starfsgetu, og svarar ekki nægjanlega vel öðrum meðferðum svo sem ljósameðferð, PUVA og retínóíðum, og alvarleg psoriasis liðbólga hjá fullorðnum sjúklingum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Aðeins læknar sem þekkja hina mismunandi eiginleika lyfsins og verkunarmáta þess skulu ávísa Metoject. Metoject er sprautað **einu sinni í viku**. *Fullorðnir með iktsýki:* Meðmæltur upphafsskammtur er 7,5 mg af metótrexati einu sinni í viku, gefið annað hvort undir húð, í vöðva eða í æð. Upphafsskammtinn má auka smám saman um 2,5 mg á viku, eftir virkni sjúkdómsins hverju sinni og þoli sjúklingsins. Almennt ætti ekki að nota hærri vikuskammt en 25 mg. *Börn og unglingar með fjölliðagigtarform af alvarlegri, virkri sjálfvakinni barnaliðagigt:* Meðmæltur skammtur er 10-15 mg/m^2 líkamsyfirborðs (BSA)/**einu sinni í viku.** Í þeim tilvikum þegar meðferðin er þrálát, má auka vikuskammtinn í 20 mg/m^2 líkamsyfirborðs/**einu sinni í viku**. *Psoriasis vulgaris og psoriasis liðbólga:* Mælt er með að gefa prufuskammt 5 – 10 mg parenteralt einni viku fyrir meðferð til að greina sérkennilegar aukaverkanir. Meðmæltur upphafsskammtur er 7,5 mg af metótrexati **einu sinni í viku**, gefið annað hvort undir húð, í vöðva eða í æð. Auka á skammtinn smám saman, en hann ætti almennt ekki að vera hærri en 25 mg af metótrexati á viku. *Aldraðir:* Íhuga skal lægri skammta hjá öldruðum sjúklingum vegna skertrar lifrar- og nýrnastarfsemi auk þess sem fólínsýrubirgðir minnka með auknum aldri. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir metótrexati eða einhverju hjálparefnanna; skert lifrarstarfsemi; áfengissýki; alvarlega skert nýrnastarfsemi (kreatínúthreinsun lægri en 20 ml/mín.); fyrirliggjandi blóðmein (vanþroski í beinmergsvef, hvítfrumnafæð, blóðflagnafæð eða verulegt blóðleysi); alvarlegar, bráðar eða langvinnar sýkingar svo sem berklar, HIV eða önnur einkenni ónæmisbrests; sár í munnholi og þekkt virkt maga- eða skeifugarnarsár; þungun, brjóstagjöf; samhliða bólusetning með lifandi bóluefnum.

Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is

Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC): 2. nóvember 2012. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í mars 2013:** 7,5 mg kr. 4.783; 10 mg kr. 5.054; 12,5 mg kr. 5.611; 15 mg kr. 5.456; 17,5 mg kr. 5.949; 20 mg kr. 6.040; 22,5 mg kr. 6.392; 25 mg kr. 6.308; 27,5 mg kr. 6.586; 30 mg kr. 6.919. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkur:** Lyfseðilsskylt lyf. Ávísun lyfsins er bundin við sérfræðinga í gigtarlækningum og húðsjúkdómum (R Z). **Greiðsluþátttaka:** SÍ greiðir lyfið að fullu.

Markaðsleyfishafi: medac, Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH,Fehlandtstraße 3, 20354 Hamborg, Þýskaland.

Umboðsaðili á Íslandi: Williams & Halls ehf., Reykjavíkurvegi 62, 220 Hafnarfirði, Sími: 527-0600, www.wh.is

---

Norspan búprenorfín – sterkur ópíóíði (stytt samantekt á eiginleikum lyfs)

Norspan forðaplástur sem inniheldur búprenorfín,5 míkrog/klst., 10 míkrog/klst. og 20 míkrog/klst. **Ábendingar:** Meðferð við frekar miklum verkjum sem ekki eru vegna illkynja sjúkdóma þegar þörf er á ópíóíða til að ná fram fullnægjandi verkjastillingu. Norspan hentar ekki til meðferðar við bráðaverkjum. **Skömmtun:** Norspan á að nota á 7 daga fresti. *Sjúklingar 18 ára og eldri:* Nota á lægsta skammt af Norspan sem upphafsskammt, 5 míkrog/klst. *Aðlögun skammta:* Við upphaf meðferðar og skammtastillingu á Norspan eiga sjúklingar að nota venjulega, ráðlagða skammta skammvirkra viðbótarverkjalyfja eftir þörfum þar til Norspan er farið að hafa verkjastillandi áhrif. Ekki á að auka skammt fyrr en að 3 dögum liðnum þegar hámarksáhrifum tiltekins skammts hefur verið náð. Ráðlagt er að setja ekki meira en tvo plástra á húðina í einu. Ekki er mælt með notkun Norspan fyrir sjúklinga undir 18 ára aldri. *Aldraðir:* Ekki er þörf á að aðlaga skammta Norspan hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfssemi*: Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammta sérstaklega fyrir sjúklinga með skerta nýrnastarfssemi. *Skert lifrarstarfssemi*: Búprenorfin er umbrotið í lifur. Breytingar geta orðið á styrk þess og tímalengd verkunar hjá þessum sjúklingum. Því á að fylgjast vandlega með sjúklingum með lifrarbilun meðan á meðferð með Norspan stendur. Í alvarlegum tilfellum ber að íhuga aðra lyfjameðferð. Plásturinn á að hafa samfellt á í 7 daga. *Meðferð hætt:* Eftir að Norspan plástur hefur verið tekinn af, lækkar þéttni búprenorfíns í sermi smám saman og því haldast verkjastillandi áhrif í ákveðinn tíma. Þetta á að hafa í huga þegar nota á aðra ópíóíða í kjölfar meðferðar með Norspan. Almenna reglan er sú að gefa ekki ópíóíða í 24klst. eftir að Norspan plásturinn hefur verið tekinn af. *Sjúklingar með hita eða sem verða fyrir áhrifum af utanaðkomandi hita:* Sjúklingum er ráðlagt að forðast að utanaðkomandi hiti s.s. frá hitabökstrum, hitateppum, hitalömpum, gufubaði, heitum pottum o.s.frv. komist að plástursstað, þar sem frásog búprenorfíns getur aukist. Við meðferð sjúklinga með hita skal gæta þess að hiti getur einnig aukið frásogið og valdið hækkaðri plasmaþéttni búprenorfíns og þannig aukið hættu á ópíóíðviðbrögðum. **Frábendingar:** Norspan er ekki ætlað: Sjúklingum með þekkt ofnæmi fyrir virka efninu búprenorfíni eða einhverju hjálparefnanna; sem meðferð við ópíóíðfíkn og við fráhvarfseinkennum fíkniefna; til að nota við ástand þar sem alvarleg skerðing er á öndunarstöð og -starfssemi eða hætta er á því; sjúklingum sem fá MAO-hemla eða hafa fengið þá á síðastliðnum tveimur vikum; sjúklingum með vöðvaslensfár; sjúklingum með drykkjuóráð (delerium tremens); til nota á meðgöngu. **Varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði:** Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í Sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.

Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R, X, E. **Pakkningar og hámarkssmásöluverð 1.ágúst 2013:** Norspan forðaplástur 5 míkrog/klst.: 4 stk. kr. 5.419, Norspan forðaplástur 10 míkrog/klst.: 4 stk. kr. 8.636, Norspan forðaplástur 20 míkrog/klst.: 4 stk. kr. 15.496. **Markaðsleyfishafi:** Norpharma a/s, Slotsmarken 15, 2970 Hørsholm, Danmörk. **Nánari upplýsingar fást hjá umboðsaðila á Íslandi:** Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Sími: 540 8000. **Dagsetning endurskoðunar textans (SmPC)**: 12. febrúar 2009. **Upplýsingar síðast teknar saman:** 27.desember 2012.

Targin (stytt samantekt á eiginleikum lyfs)
Targin 5 mg/2,5 mg: Hver forðatafla inniheldur 5 mg af oxýkódon hýdróklóríði sem jafngilda 4,5 mg af oxýkódoni, 2,73 mg af naloxón hýdróklóríð tvíhýdrati sem jafngilda 2,5 mg af naloxón hýdróklóríði og 2,25 mg af naloxóni.Targin 10 mg/5 mg: Hver forðatafla inniheldur 10 mg af oxýkódon hýdróklóríði sem jafngilda 9,0 mg af oxýkódoni, 5,45 mg af naloxón hýdróklóríð tvíhýdrati sem jafngilda 5,0 mg af naloxón hýdróklóríði og 4,5 mg af naloxóni.Targin 20 mg/10 mg: Hver forðatafla inniheldur 20 mg af oxýkódon hýdróklóríði sem jafngilda 18,0 mg af oxýkódoni, 10,9 mg af naloxón hýdróklóríð tvíhýdrati sem jafngilda 10,0 mg af naloxón hýdróklóríði og 9 mg af naloxóni. Targin 40 mg/20 mg: Hver forðatafla inniheldur 40 mg af oxýkódon hýdróklóríði sem jafngilda 36,0 mg af oxýkódoni, 21,8 mg af naloxón hýdróklóríð tvíhýdrati sem jafngilda 20,0 mg af naloxón hýdróklóríði og 18,0 mg af naloxóni. **Ábendingar:** Miklir verkir sem ekki næst nægileg stjórn á nema með ópíóíð verkjalyfjum. Ópíóíð mótlyfinu naloxóni er bætt í til að vinna gegn hægðatregðu af völdum ópíóíða með því að blokka verkun oxýkódons við ópíóíð viðtaka staðbundið í þörmum. **Skömmtun:** Virkni Targin við verkjastillingu er sambærileg við forðalyfjaform oxýkódon hýdróklóríðs. Skammtinn á að laga að því hversu miklir verkirnir eru og hve næmur hver sjúklingur er. Targin á að gefa eins og hér segir nema því sé ávísað á annan hátt: *Fullorðnir:* Venjulegur upphafsskammtur fyrir sjúklinga sem ekki hafa fengið ópíóíða áður er 10 mg/5 mg af oxýkódon hýdróklóríði/naloxón hýdróklóríði á 12 klukkustunda fresti. Gefa má sjúklingum sem nú þegar fá ópíóíða stærri upphafsskammta af Targin og ræðst það af fyrri reynslu þeirra af ópíóíðum. Targin 5 mg/2,5 mg er ætlað til skammtastillingar þegar verið er að hefja ópíóíðmeðferð og aðlögunar á einstaklingsbundnum skammti. Hámarksdagsskammtur Targin er 80 mg af oxýkódon hýdróklóríði og 40 mg af naloxón hýdróklóríði. Ef þörf er á stærri skammti af Targin á að íhuga að gefa til viðbótar oxýkódon hýdróklóríð forðalyf með sama tíma milli skammta, að teknu tilliti til 400 mg hámarksdagsskammts af oxýkódon hýdróklóríð forðalyfi. Sé gefinn viðbótarskammtur af oxýkódon hýdróklóríði getur það dregið úr jákvæðum áhrifum naloxón hýdróklóríðs á þarmastarfsemi. Eftir algjöra stöðvun á meðferð með Targin og skipti yfir í annan ópíóíða í kjölfarið má búast við að þarmastarfsemi versni. Sumir sjúklingar sem taka Targin samkvæmt reglulegri tímaáætlun þurfa skjótverkandi verkjalyf sem hjálparmeðferð við bráðaverkjum. Targin er forðalyfjaform og því ekki ætlað til meðferðar við bráðaverkjum. Til meðferðar við bráðaverkjum á einn skammtur af hjálparmeðferð að vera um einn sjötti hluti sambærilegs dagsskammts af oxýkódon hýdróklóríði. Ef þörf er fyrir meira en tvo bráðaskammta á dag þarf líklega að hækka skammt Targin. Hækka skal skammtinn á 1-2 daga fresti með 5 mg/2,5 mg tvisvar á dag, eða ef þurfa þykir 10 mg/5 mg af oxýkódon hýdróklóríði/naloxón hýdróklóríði þar til skammtur er orðinn stöðugur. Markmiðið er að koma á sértækum skammti fyrir hvern sjúkling um sig tvisvar á dag sem viðheldur nægri verkjastillingu og lámarks notkun bráðalyfja svo lengi sem þörf er fyrir verkjameðferð. Targin er tekið í ákvörðuðum skammti tvisvar á dag í samræmi við ákveðna tímatöflu. Þótt samstillt skömmtun (sami skammtur kvölds og morgna) samkvæmt ákveðinni tímatöflu (á 12 klukkustunda fresti) eigi vel við flesta sjúklinga, getur verið að sumum sjúklingum henti mismunandi skömmtun sem sniðin er að verkjum þeirra, en slíkt fer eftir verkjum hvers og eins. Almennt gildir að velja á minnsta skammt sem virkar. Hjá sjúklingum sem eru ekki með krabbameinstengda verki er yfirleitt nóg að gefa dagsskammta sem nema allt að 40 mg/20 mg af oxýkódon hýdróklóríði/naloxón hýdróklóríði, en þörf getur verið á stærri skömmtum. *Börn*: Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Targin hjá börnum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. *Aldraðir sjúklingar:* Eins og við á um yngra, fullorðið fólk á að aðlaga skammt eftir því hversu miklir verkirnir eru og næmi hvers sjúklings um sig. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Í klínískri rannsókn var sýnt fram á að plasmaþéttni oxýkódons jafnt sem naloxóns er hækkuð hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Þetta átti enn frekar við um naloxónþéttni en oxýkódonþéttni. Ekki er enn vitað um klínískt gildi hlutfallslega mikilla naloxónáhrifa á sjúklinga með skerta lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar þegar Targin er gefið sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi. Targin er ekki ætlað sjúklingum með miðlungi mikla eða mikla skerðingu á lifrarstarfsemi. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:* Í klínískri rannsókn var sýnt fram á að plasmaþéttni oxýkódons jafnt sem naloxóns er hækkuð hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Þetta átti enn frekar við um naloxónþéttni en oxýkódonþéttni. Ekki er enn vitað um klínískt gildi hlutfallslega mikilla naloxónáhrifa á sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi. Gæta skal varúðar þegar Targin er gefið sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Aðferð við lyfjagjöf:* Targin á að taka í fyrirfram ákveðnum skammti tvisvar á dag samkvæmt fastri tímaáætlun. Forðatöflurnar má taka með eða án matar, með nægum vökva. Targin verður að gleypa í heilu lagi, hvorki má brjóta þær né tyggja. *Tímalengd notkunar:* Targin á ekki að gefa lengur en brýna nauðsyn ber til. Sé þörf fyrir langtíma verkjameðferð vegna eðlis og alvarleika sjúkdóms, verður að fylgjast vel og reglulega með sjúklingi til þess að ákvarða hvort og hversu mikil þörf er á frekari meðferð. Þegar sjúklingur þarf ekki lengur ópíóíðmeðferð er ráðlegt að minnka skammt smám saman. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Allar þær aðstæður þar sem ekki á að nota ópíóíða. Alvarleg öndunarbæling með súrefnisskorti í vefjum og/eða koltvísýringshækkun (hypercapnia). Alvarleg, langvarandi lungnateppa. Hægri hjartabilun (cor pulmonale). Alvarlegur astmi. Þarmalömun sem er ekki af völdum ópíóíða. Miðlungi mikil eða alvarlega skert lifrarstarfsemi. **Varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði:** Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í Sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþáttaka:** R, X, O. **Pakkningar og hámarkssmásöluverð 1.ágúst 2013:** Targin forðatöflur 5mg/2,5mg: 28stk. Kr. 3.521. Targin forðatöflur 5mg/2,5mg: 98stk. Kr. 9.510. Targin forðatöflur 10mg/5mg: 28stk. Kr. 5.365. Targin forðatöflur 10mg/5mg: 98stk. Kr.15.760. Targin forðatöflur 20mg/10mg: 28stk. Kr. 9.688. Targin forðatöflur 20mg/10mg: 98stk. Kr. 26.120. Targin forðatöflur 40mg/20mg: 28stk. Kr. 18.294. Targin forðatöflur 40mg/20mg: 98stk. Kr. 49.099. **Markaðsleyfishafi:** Norpharma A/S Slotsmarken 15, 2970 Hørsholm, Danmörk. **Nánari upplýsingar fást hjá umboðsaðila á Íslandi:** Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. S:540 8000. **Dagsetning endurskoðunar textans (SmPC):** 21. janúar 2013. **Upplýsingar síðast teknar saman 18.febrúar 2013.**

Frá Íslenska bæklunarlæknafélaginu

Hallar undan fæti íslenskra bæklunarlækninga?



Ragnar Jónsson
formaður Íslenska
bæklunarlæknafélagsins
rj@ragnarj.is

Bæklunarlækningar hér á landi fara fram á sjúkrahúsum og stofum lækna utan sjúkrahúsa. Hefur það síðarnefnda farið vaxandi síðustu ár.

Að undanförnu hefur verið saumað allhart að bæklunarlækningum sem og annarri starfsemi á sjúkrahúsunum. Sparnaðaraðgerðir hafa leitt til niðurskurðar og starfsemi hefur dregist að nokkru saman, en starfsmenn hafa brugðist við með því að auka við sig og vinna meðal annars yfirvinnu sem ekki er greidd. Hefur því álagið aukist en starfsánægja eins og hún er mæld í könnunum minnkað.

Almennt hefur samdráttur í bæklunarlækningum á sjúkrahúsunum leitt til þess, að minnsta kosti á Reykjavíkursvæðinu, að aukin eftirspurn hefur orðið eftir stofum bæklunarlækna utan sjúkrahúsa og að bið eftir skoðun og aðgerð er farin að lengjast.

Bæklunarlæknar utan sjúkrahúsa hafa starfað án samnings við Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) undanfarin tvö ár. SÍ hefur þó endurgreitt sjúklingum skv. reglugerð sem tekur mið af fyrri gjaldskrá. Reglugerðin hefur verið framlengd nokkrum sinnum án breytinga á gjaldskrá til viðmiðunar við endurgreiðslu. Þetta hefur leitt til þess að greiðsluhlutfall sjúklinga hefur hækkað vegna óhjákvæmilegrar hækkunar á gjaldskrá bæklunarlækna eins og hjá öðrum sérfræðingum. Vonandi verður SÍ gert kleift að leiðrétta þetta.

Bæklunarlæknar sem hér hafa starfað um margra ára skeið telja sig einnig greina að kunnáttu og reynslu almennra lækna og margra sem koma að greiningu og meðferð ýmissa stoðkerfisvandamála hafi hrakað og sé oftar en áður gripið til þess ráðs að senda sjúklinginn frá sér. Bæklunarlæknar koma nú í minna mæli en áður var að greiningu og fyrstu meðferð á bráðamóttöku. Virðist sem minni tíma sé varið til kennslu eða minni áhersla sé lögð á kennslu í stoðkerfisfræðum en áður var. Ef svo er, er það miður og þarf að leiðrétta því vægi stoðkerfisvandamála er þungt í heilbrigðiskerfinu.

Þrjár bæklunardeildir starfa hér á landi, sú stærsta er á Landspítala, önnur á Sjúkrahúsinu á Akureyri og einn bæklunarlæknir starfar á Akranesi. Um 900-1000 liðskiptaaðgerðir eru árlega gerðar vegna slits í liðum eða áverka. Einnig eru um 5000-6000 bæklunaraðgerðir á ári gerðar á stofum sérfræðinga og tæplega 30.000 viðtöl og skoðanir fara þar fram. Bið eftir aðgerð eða skoðun er þjóðhagslega óhagkvæm en bitnar að sjálfsögðu harðast á sjúklingunum sjálfum. Nú mun bið eftir gerviliðsaðgerð á mjöðm vera um eitt ár og lengri fyrir gervilið í hné. Það er óásættanlegt og verður að bæta þjónustuna, til dæmis með því að setja á tímasett þjónustumarkmið eða ábyrgð (sbr. *vårdgaranti* í Svíþjóð).

Brot og aðrir áverkar á stoðkerfi eru algengir, en bæklunarlæknar sjá um meðferðina. Verulegur hluti af starfsemi bæklunardeilda er því vegna slysa og afleiðinga þeirra. Sé mikið um slys, fækkar biðlistaaðgerðum vegna takmarkaðs aðgengis að skurðstofum. Beinþynning, sem verður æ algengari, leiðir oft til brota á útlimum og er meðferð þeirra oft erfið. Slík brot valda nú þegar verulegu álagi á bæklunardeildum vegna fjölda aðgerða og er legutími oft langur, meðal annars vegna fylgikvilla og umönnunar. Miklar líkur eru á að þessi vandamál verði enn meiri vegna fjölgunar aldraðra. Það er því nauðsynlegt að setja upp sjálfstæða einingu sem eingöngu sér um gerviliðaaðgerðir og getur starfað án þess að verða fyrir truflun vegna óvæntra slysaatburða. Þessi eining getur starfað utan sem innan sjúkrahúsa.

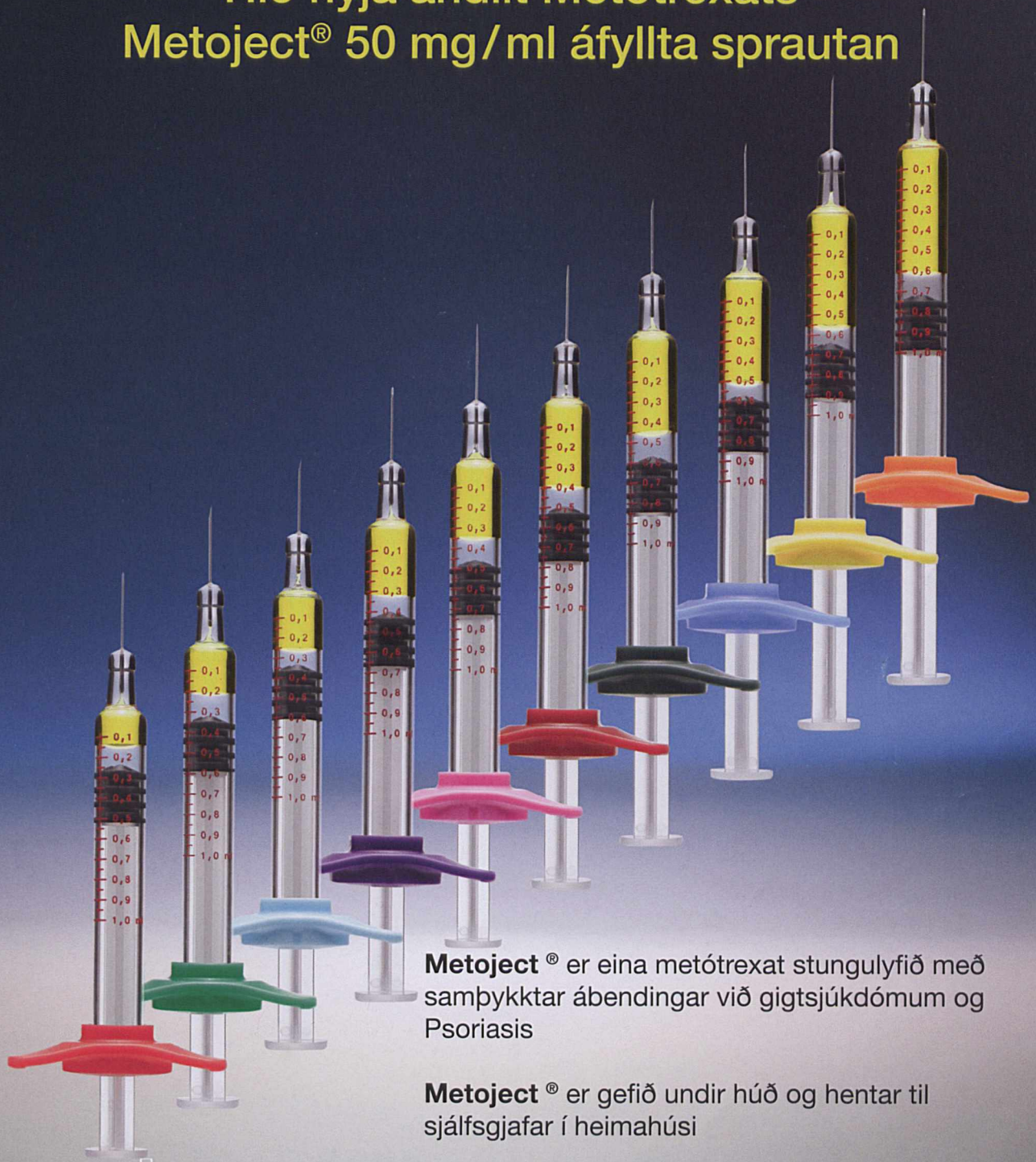
Það er kunnara en frá þurfi að segja að sérfræðinga vantar í ýmsar sérgreinar, þar með talið í bæklunarlækningar. Meðalaldur starfandi bæklunarlækna er hár og of fáir eru til að sinna vöktum. Sérstaklega er aðkallandi að fjölga sérfræðingum á bæklunardeild Landspítala. Þar vantar um fimm sérfræðinga svo hægt sé að sinna vaktskyldu á eðlilegan hátt.

Til að nálgast lausn á þessum vanda þarf meðal annars að koma á skipulögðu sérnámi í bæklunarlækningum hér á landi þar sem almenni hluti námsins væri hérlendis en seinni hluti erlendis. Fjármagna þarf slíkt nám sérstaklega og semja við erlenda aðila um sérnámsstöður fyrir íslenska lækna sem vilja leggja fyrir sig bæklunarlækningar.

Til að stuðla að skipulögðu framhaldsnámi í bæklunarlækningum á Íslandi var komið á viðræðum milli Íslenska bæklunarlæknafélagsins, bæklunardeildar Landspítala og fulltrúa læknadeildar HÍ, Halldórs Jónssonar prófessors í bæklunarlækningum. Haft var samráð við SÍ og landlæknisembættið með útfærslu á vinnutilhögun og stofnuð námsstaða í bæklunarlækningum í Orkuhúsinu fyrir deildarlækna á Landspítala. Er nú komin nokkur reynsla á þetta fyrirkomulag og hefur það reynst vel og verður samstarfið liður í framhaldsnámi í bæklunarlækningum á Íslandi. Ráðist var í að þýða markmiðslýsingu sænska bæklunarlæknafélagsins fyrir sérnám í bæklunarlækningum og samræma við íslenskar aðstæður. Skipulag, framkvæmd og skráning í sérnáminu verður með sama hætti og í Svíþjóð og hinum Norðurlöndunum. Verður með því hægara að fá fyrri hluta námsins sem fer fram hérlendis viðurkenndan. Þetta er augljóst framfaraspor í sérnámi í bæklunarlækningum hér á landi. Það má því segja að þrátt fyrir ýmsa erfiðleika sérgreinarinnar megi einnig greina jákvæð atriði þó á brattann sé að sækja.

meto ject®

Hið nýja andlit Metótrexats
Metoject® 50 mg/ml áfyllta sprautan



Metoject ® er eina metótrexat stungulyfið með samþykktar ábendingar við gigtsjúkdómum og Psoriasis

Metoject ® er gefið undir húð og hentar til sjálfsgjafar í heimahúsi

Metoject ® er eina metótrexat stungulyfið sem hægt er að ávísa með lyfseðli og fá afgreitt í apóteki

medac autoimmune

Umboðsaðili Medac GmbH á Íslandi:
Williams & Halls ehf.
Reykjavíkurvegur 62, 220 Hafnarfirði
www.wh.is

Sérlyfjatexti á bls. 428



Auktu lífsgæði sjúklinganna þinna og gerðu þeim kleift að anda léttar með SERETIDE DISKUS, einnig þeim sjúklingum sem eru með miðlungsmikla LLT.[3,4] Meðferð með SERETIDE DISKUS (í 3 ár) hægði á árlegri versnun lungnastarfsemi (FEV_1) sem nemur 55 ml/ári til 39 ml/ári.[2,4†]

Seretide Diskus innöndunarduft, afmældir skammtar. Hver skammtur af Seretide Diskus gefur: 50 míkróg af salmeteróli (sem salmeterólxínafóat) og 100, 250 eða 500 míkróg af flútíkasónpróþíónati. **Ábendingar:** *Astmi:* Seretide Diskus er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn astma, þar sem samsett meðferð (langverkandi berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við: þegar ekki næst nægileg stjórn á sjúkdómnum með notkun barkstera til innöndunar og stuttverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja eða þegar viðunandi stjórn á sjúkdómnum næst með notkun barkstera til innöndunar og langverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja. *Langvinn lungnateppa:* Seretide Diskus er ætlað til meðferðar á einkennum hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu með FEV1 < 60% af áætluðu eðlilegu gildi (fyrir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) sem hafa umtalsverð einkenni þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum og sögu um endurtekna versnun. **Skammtar og lyfjagjöf:** Seretide Diskus er eingöngu ætlað til innöndunar. Ráðlagðir skammtar: *Astmi:* Fullorðnir og unglingar 12 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag, eða einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 250 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag, eða einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 500 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Börn 4 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Hámarksskammtur af flútíkasónpróþíónati í Seretide Diskus, sem skráður er fyrir börn, er 100 míkróg tvisvar á dag. Upplýsingar varðandi notkun Seretide Diskus hjá börnum yngri en 4 ára, liggja ekki fyrir. *Langvinn lungnateppa:* Einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 500 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. **Frábendingar:** Seretide Diskus er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir virku efnunum eða hjálparefninu **Markaðsleyfishafi:** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland, Sími 530 3700, Dagsetning endurskoðunar textans: 1. febrúar 2012. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –www.serlyfjaskra.is.**

Pakkningar og verð (maí 2013). Seretide Diskus 50/100 míkróg/skammt innöndunarduft, 60 afmældir skammtar. R,G 6.442 kr. Seretide Diskus 50/250 míkróg/skammt innöndunarduft, 60 afmældir skammtar. R,G 9.940 kr. Seretide Diskus 50/500 míkróg/skammt innöndunarduft, 60 afmældir skammtar. R,G 12.728 kr.

Aukaverkanir má tilkynna á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is/Aukaverkanir/tilkynna eða til GlaxoSmithKline í síma 530 3700.

Heimildir:
1. Anthonisen NR et al. JAMA 1994; 272: 1497-1505. 2. IRF. Reanalyse af TORCH. November 2009. www.irf.dk. 3. Calverley P et al. New Engl J Med. 2007; 356: 775-789. 4. Celli BR et al. Am J Respir Crit Care Med. 2008; 178: 332-338.

GlaxoSmithKline

SERETIDE DISKUS 50/500 er ætlað til meðferðar hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu, með FEV_1 <60% af áætluðum gildum og sögu um endurteknar versnanir.
† Árleg versnun lungnastarfsemi. Niðurstöður úr greiningu (post-hoc) á 5.434 sjúklingum úr TORCH rannsókninni. SERETIDE DISKUS vs. viðmiðunarhópur (p<0,05).[1]

Maí 2013 IS/SFC/0001b/13