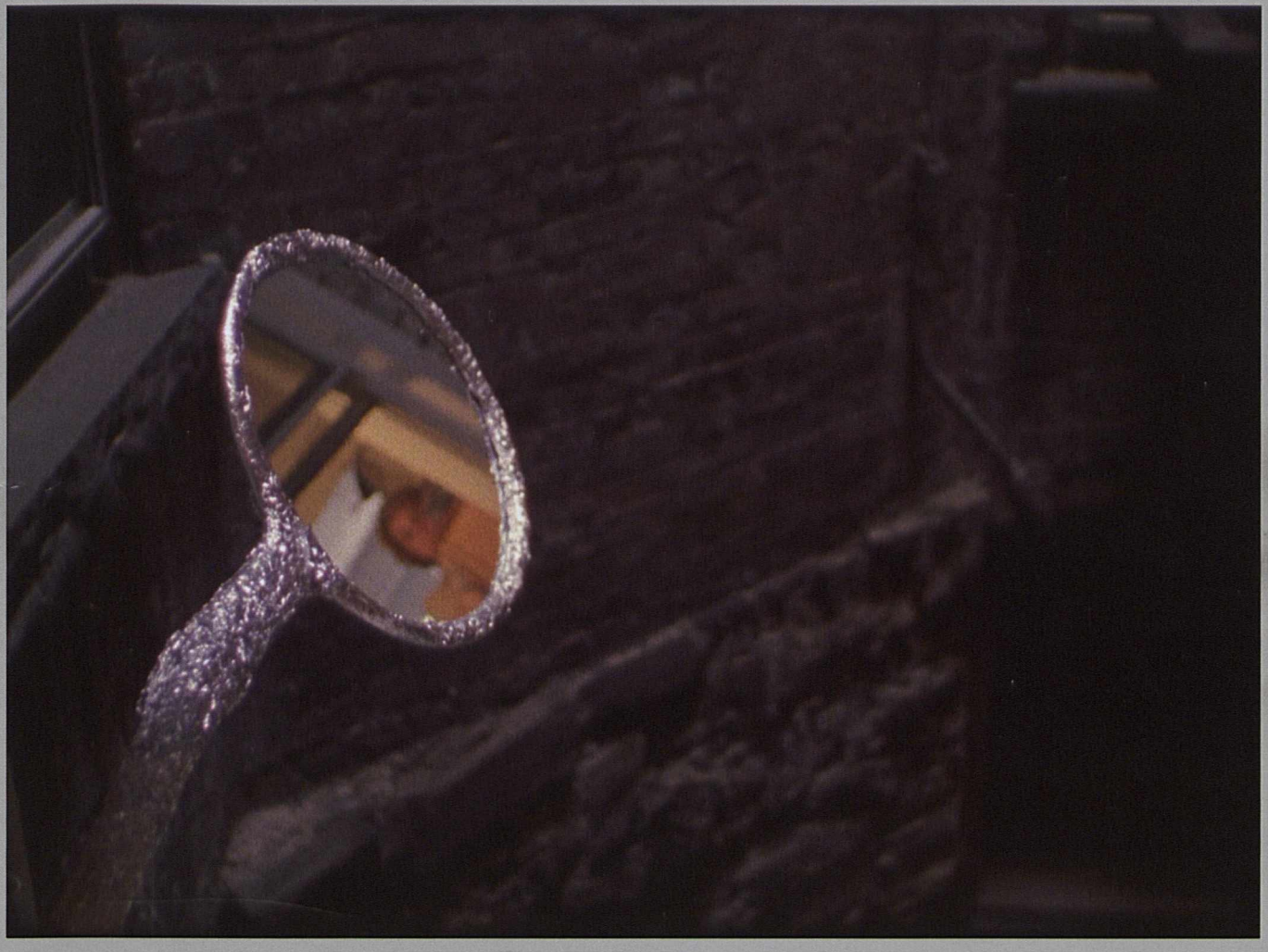
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

10/2013

99. árgangur: 433-488

Ný meðferð fyrir sjúklinga með sykursýki tegund 2

Ný leið til að lækka umframmagn af glúkósa - fjarlægir sykurinn[1]

Nýtt!



Einа meðferðin sem fjarlægir umframmagn af glúkósa um nýrun[1]

[1] Heimild: Sérlyfjaskrártexti Forxiga (dapagliflozin), apríl 2013.

AstraZeneca

forxiga®
(dapagliflozin)

Sérlyfjatexti á bls. 484



Árgangur 1973

Það eru heil fjörutíu ár síðan þessi ágæti hópur læknakandídata útskrifaðist með láði frá Háskóla Íslands. Alls voru 29 kandídatar í þessum árgangi. Allir eru á lífi, nokkrir hættir vinnu. Við vorum 12 frá Íslandi, einn frá Kanada og einn frá Bretlandi sem heimsóttum hina tvo norsku félaga okkar. Einn þeirra (OKA) býr í Harstad á Lófæti. Þangað var farið í mjög fínu haustveðri og svo siglt til Þrándheims og haldið upp á 40 góð ár farsælla starfa hjá okkur og félögunum sem ekki komust með að þessu sinni.

Á myndinni sem tekin er fyrir framan dómkirkjuna í Niðarósi eru: Gestur Pálsson, Guðmundur Þorgeirsson, Kristófer Þorleifsson, Hjálmar Freysteinsson, Ragnheiður Ólafsdóttir, Odd Kildahl Andersen, Gunnar Valtýsson, Reynir Tómas Geirsson, Ásgeir Theodórs, Hallgrímur Benediktsson, Svavar Haraldsson, Rein Knoph, Pétur Ingvi Pétursson, Tómas Zoëga, Stefán B. Matthíasson og Jens A. Guðmundsson.

rtg

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Á forsíðu *Læknablaðsins* að þessu sinni er stillimynd úr myndbandsverki eftir **Ragnheiði Gestsdóttur** (f. 1975). Verkið kallast **Tannpína** og er frá árinu 2011. Myndskeiðið er stutt, einfalt og áhrifaríkt. Risastórum tannlæknaspegli er beint út um glugga sem snýr að litlum bakgarði og þar er umhverfið gaumgæft. Eftir því sem speglinum er snúið sjást gluggar annarra íbúða sem allir vísa að hinu þrönga og dimma porti. Langt fyrir ofan glittir í bjartan himin. Eitt andartak bregður fyrir konu í nærliggjandi íbúð sem er að brjóta saman þvott við gluggann sinn. Smám saman staldrar hún við eins og hana gruni að einhver sé að fylgjast með henni uns hún staðnæmist og horfir á móti í spegilinn og þannig í auga myndavélarinnar. Hin fáranlega og fyndna hugmynd að skoða þetta afmarkaða rými eins og tannlæknir grannskoðar munnhol í leit að tannskemmd snýst við og verður hálfóþægileg þegar nándin verður of mikil. Valdahlutföll raskast og hlutverkaskipti verða á milli þess sem horfir, listamanns eða áhorfanda, og sjálfs viðfangsefnisins sem horft er á. Verkið er tekið á 16 mm filmu og er um tvær mínútur á lengd. Ragnheiður Gestsdóttir fæst aðallega við myndbandsverk og innsetningar en auk myndlistarinnar er hún sjálfstætt starfandi kvikmyndagerðarmaður og hefur gert nokkrar heimildarmyndir. Í verkum sínum vinnur hún með hugmyndir um þekkingu, tungumál og skynjun auk þess sem hún rannsakar skipulag og valdakerfi í menningunni út frá óvæntum sjónarhóli. Í verkunum sameinast hið ljóðræna og hið fráleita og stundum má þar greina bakgrunn listakonunnar sem er í mannfræði. Ragnheiður lauk framhaldsnámi í sjónrænni mannfræði frá Goldsmiths College í Lundúnum árið 2001. Hún lagði stund á myndlistarnám í Bard College í New York og lauk þaðan námi árið 2012.



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
1750

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

Prentun, bókband og pökkun
Prenttækni ehf.
Vesturvör 11
200 Kópavogi

© 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



439

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Verður hægt að bæta skaðann á Landspítala? Sjónarmið sérfræðilæknis

Tölum íslensku: Laun og starfsumhverfi lyflækna munu leiða til frekari uppsagna verði ekki þegar brugðist við á trúverðugan hátt!



441

Ingibjörg Kristjánsdóttir

Hvað veldur vanda á lyflækningasviði?

Ég tel að stjórnendur spítalans hafi hvorki hlustað á starfsmenn sína né brugðist við viðvörunum um slæmt vinnuumhverfi deildarlækna á lyflækningasviði síðastliðin tvö ár.

FRÆÐIGREINAR

443

Þórður Skúli Gunnarsson, Kristinn Sigvaldason, Kristbjörn I. Reynisson, Alma D. Möller

Brátt andnauðarheilkenni (ARDS) á gjörgæsludeildum Landspítala 2004-2008

Bættar horfur sjúklinga með brátt andnauðarheilkenni má sennilega rekja til framfara í gjörgæslumeðferð, svo sem notkunar á lungnaverndandi öndunarvélameðferð, hátíðniöndunarvél, grúfulegu og hjarta- og lungnavél.

451

Ólöf Jóna Elíasdóttir, Einar Már Valdimarsson

Sjúkratilfelli – Mænudrep

Mænudrep vegna blóðþurrðar er sjaldgæft. Vel þekkt er að sjúkdómurinn orsakist af æðakölkun í ósæð eða komi sem fylgikvilli við aðgerð á ósæð. Einkenni sjúkdómsins geta líkst öðrum algengari sjúkdómum og erfitt getur verið að greina hann.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



456

Ekki til fjármagn í nýjan spítala, – segir heilbrigðisráðherra

Hávar Sigurjónsson

Kristján kveðst meðvitaður um stöðuna sem Landspítali er kominn í og að lítið megi útaf bregða ef hlekkir í keðju þekkingar og kunnáttu sem orðið hafa til á undanförnum árum og áratugum eigi ekki að bresta.

454

Aðalfundur Læknafélags Íslands – dagskrá –

fundur haldinn dagana 10. og 11. október



460

Vefjagigt er viðurkenndur sjúkdómur

– segir Arnór Víkingsson gigtarlæknir

Hávar Sigurjónsson

Vefjagigt var ekki skilgreind sem sjálfstæður sjúkdómur fyrr en 1993

462

Vel þjálfað skurðteymi er grunnur að góðum árangri

– Þórarinn Arnórsson hjartaskurðlæknir sest í helgan stein

Hávar Sigurjónsson

„Það er ágætt að vera laus frá þeirri bindingu sem starfinu hefur fylgt. Mikil vaktaskylda í gegnum árin og starfið hefur alltaf haft forgang fram yfir allt annað, fjölskyldu og áhugamál. Nú get ég farið að sinna því hvorutveggja enda er fjölskyldan hæstánægð með þetta."





468

Sjálfsþekking og gagnrýnin hugsun

Viðtal við Guðmund Þorgeirsson um siðferðismál

Stefán Hjörleifsson

Bara sú staðreynd að að eitt helsta hlutverk læknis er að tala við sjúklinga undirstrikar mikilvægi almennrar þekkingar þeirra og þekkingu öðlast menn ekki nema með lestri.

470

Hrafn Sveinbjarnarson snýr aftur

Óttar Guðmundsson

Þótt Hrafn hafi verið felldur fyrir 800 árum er hann ekki dauður úr öllum æðum!



471

Enginn ætlar sér að gera mistök

af málþingi landlæknis um öryggismál

Hávar Sigurjónsson

Aðalræðumaður ráðstefnunnar var Sir Liam Donaldson, fyrrum landlæknir Breta.

472

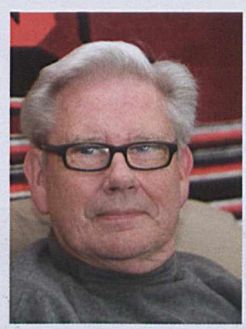
Það er óhætt að borða fitu

– segir Hildur Tómasdóttir svæfingalæknir

Hávar Sigurjónsson

Hildur hefur fylgst með umræðu, kynnt sér rannsóknir og haldið fyrirlestra um kosti lágkolvetnamataræðis fyrir offeita.





476

Hjálpum Landspítalanum

Tryggvi Ásmundsson

Það er áhyggjuefni að trúnaðarbrestur virðist hafa orðið milli lækna spítalans og stjórnenda hans.

478

Fjölmennur og gagnlegur fundur

Hávar Sigurjónsson

LÍ hélt eldheitan fund 5. september um ástandið á lyflækningasviði

480

Löggjöf á villigötum



Sigurður E. Þorvaldsson

Heilbrigðisstarfsmanni samkvæmt lögum þessum er óheimilt að reka eigin starfstofu eftir að hann nær 70 ára aldri.

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



455

Starfsumhverfiskönnun – til hvers?

Ólöf Birna Margrétardóttir

Stjórnendur hljóta að bera ábyrgð og stjórnendur Landspítala hafa ekki axlað ábyrgð á starfsfólki sínu.

LÖGFRÆÐI 6. PISTILL



467

Skráningar- og tilkynningaskylda óvæntra atvika

Dögg Pálsdóttir

LYFJASPURNINGIN

482

Naloxón við hægðatregðu vegna ópíóíða

Elín I. Jacobsen, Einar S. Björnsson

SÉRGREIN



486

Frá Félagi íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna

Ísland í evrópskum spegli

Ragnheiður I. Bjarnadóttir

Það má segja að öruggt sé að fæða og fæðast á Íslandi.



Styttur Sérlyfjaskrártexti: Duodart 0,5 mg/0,4 mg hörð hylki. Hvert hart hylki inniheldur 0,5 mg dútasteríð og 0,4 mg tamsúlósínhýdróklóríð. **Ábendingar:** Meðferð við miðlungsmiklum eða verulegum einkennum af völdum góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli (benign prostatic hyperplasia, BPH). Draga úr hættu á bráðri þvagteppu (acute urinary retention, AUR) og þörf fyrir skurðaðgerð hjá sjúklingum með miðlungsmikil eða veruleg einkenni af völdum góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur af Duodart er eitt hylki (0,5 mg/0,4 mg) til inntöku u.þ.b. 30 mínútum eftir sömu máltíðina á hverjum degi. Hylkin skal gleypa heil og hvorki tyggja þau né opna. **Frábendingar:** Ekki má nota Duodart hjá: konum, börnum eða unglingum, sjúklingum með ofnæmi fyrir dútasteríði, öðrum 5-alfa-redúktasahemlum, tamsúlósíni, soja, jarðhnetum eða einhverju öðru hjálparefnanna, sjúklingum með sögu um réttstöðulágþrýsting. sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –www.serlyfjaskra.is, Markaðsleyfishafi:** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland, Sími 530 3700, **Dagsetning endurskoðunar textans:** 28. mars 2012. Pakkningar og verð (nóvember 2012) Duodart 0,5 mg/0,4 mg hörð hylki. 30stk. R, E 6.430 kr

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

Ráðlagður skammtur af Duodart er eitt hylki (0,5 mg/0,4 mg) til inntöku u.þ.b. 30 mínútum eftir sömu máltíðina á hverjum degi.
Hylkin skal gleypa heil og hvorki tyggja þau né opna.

* Samanborið við einlyfjameðferð með dútasteríði eða tamsúlósíni
† Enginn marktækur munur var milli samsettrar meðferðar og dútasteríð einlyfjameðferðar (RRR 19.6%, p=0.18)

References:
1. Duodart, samantekt á eiginleikum lyfs.
2. Roehrborn CG *et al. Eur Urol* 2010; **57**: 123-131.

GlaxoSmithKline

Verður hægt að bæta skaðann á Landspítala?

sjónarmið sérfræðilæknis

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

sérfræðingur í lyflækningum og innkirtla-og efnaskiptasjúkdómum starfandi við lyflækningadeild Landspítala

helgaags@landspitali.is



Staða lyflækningasviðs Landspítala er grafalvarleg og hefur leitt til mikillar umræðu í fjölmiðlum sem annars staðar undanfarið. LOKSINS! Loksins, því vandinn var því miður fyrirsjáanlegur og við honum hefur verið varað margoft um árabil. Loksins, þar sem þeir sem áttu að geta spyrnt við hafa að minnsta kosti ekki haft hátt um vandann. Löngu fyrir bankahrun, í „góðærinu", var stöðugt þrengt að sjúkrahúsinu fjárhagslega. Þetta sýndi forstjóri spítalans svart á hvítu með tölum sem hann lagði fram á fundi læknaráðs 20. september síðastliðinn. Eftir liggur sjúkrahúsið í sárum sem við óttumst að ekki verði hægt að bæta eða muni taka fjölda ára að gróa ef ekki verður spyrnt strax við fótum.[1] Forstjórinn sýndi einnig hversu vel Landspítali hefur fylgt fjárlögum undanfarin ár – þrátt fyrir áframhaldandi „sparnaðarálögur". Augljóslega hlýtur starfandi heilbrigðisráðherra á hverjum tíma að gleðjast yfir slíkum rekstrarárangri stofnunarinnar. Eða hvað? Á eina markmið stjórnar spítala allra landsmanna, Landspítala, að vera sparnaður? Hvað um önnur markmið og framtíðarsýn? **Umhyggja - Fagmennska – Öryggi – Framþróun**. Þetta eru slagorð Landspítala. Hver stendur vörð um þau ef ekki forstjóri og stjórn spítalans?

Rekstrarkostnaður Landspítala hefur dregist saman um 12% og stöðugildum fækkað um 11% á síðustu fjórum árum en „framleiðsla" (veitt þjónusta) einungis minnkað um 3%.[2] Samkvæmt nýrri skýrslu McKinsey mun kostnaður við hverja framleiðslueiningu vera meira en helmingi hærri á háskólasjúkrahúsunum Karolinska og Sahlgrenska í Svíþjóð en á Landspítala.[2] Forstjórinn segir það vera vegna þess að: „Það eru færri starfsmenn á bakvið hverja framleidda einingu og launin eru lægri." Er það eðlilegt? Getur það gengið upp nema um skamma hríð þar sem Landspítali er í samkeppni um sömu læknana?

Skýrsla Hagfræðistofnunar Íslands sýnir að niðurskurður á Landspítala nam 24% (11 milljarðar á verðlagi ársins 2011) á 5 árum (2007-2011) og ársverkum fækkaði um 345,7.[3] Af hverju var þetta látið viðgangast? Ekki hefur einungis læknum á lyflækningasviði fækkað. Á Landspítala hefur verið sagt upp mörg hundruð öðrum starfsmönnum sem unnu störf sem styðja starf lækna og gera þeim kleift að nýta tíma sinn betur til lækninga. Læknir sem ekki hefur ritara, sjúkraliða, hjúkrunarfræðinga eða aðra lykilheilbrigðisstarfsmenn sér við hlið læknar færri sjúklinga. Punktur! Til að reyna að hindra þetta hafa allir hlaupið hraðar – en nú stöndum við á öndinni og þegar deildarlæknum á sviðinu hefur fækkað um meira en helming náum við ekki andanum lengur. Tækjakostur sjúkrahússins er úr sér genginn á mörgum sviðum.[4] Sérfræðilæknar hafa ekki lengur þann tækjakost eða þau úrræði sem voru talin sjálfsögð í framhaldsnámi þeirra.

Bráðveikum er sinnt en það sem má bíða, bíður. Einfalt. Er eitthvað skrítið að deildarlæknarnir á sviðinu séu flestir farnir? Þau hafa val bæði innanlands og utan. Þau sækja ekki í lyflækningar þar sem þau hafa í litlum mæli átt kost á að kynnast því hve áhugaverðar og skemmtilegar sérfræðigreinar sviðsins eru í eðlilegu starfsumhverfi. Hér er framtíð lyflækninga á Íslandi í húfi!

Íslenskir sérfræðilæknar eru eftirsóttur starfskraftur. Margir eiga að baki langan starfsaldur erlendis og búa auk klínískrar reynslu að reynslu í rannsóknum og stjórnun á sínu sviði. Lyflæknar Landspítala hafa samt ekki fundið fyrir því að þeir væru metnir að verðleikum og líðan þeirra í starfi skipti máli. Endurteknar starfsánægjukannanir bera þessu vitni. Ár eftir ár hafa niðurstöður slíkra kannana verið eldrauðar; það heitir „aðgerðarstig" á stofnanamáli spítalans. Engin viðbrögð („aðgerðir") hafa verið við þeim niðurstöðum. Mannauður? Þeir sem fara utan á miðjum aldri koma trúlega ekki aftur til starfa á Íslandi. Atgervisflótti lyflækna er ekki einungis staðreynd heldur óttumst við hann magnist næstu vikurnar.

Sérfræðingar eiga nú að taka deildarlæknavaktir auk sérfræðivakta, á fjársveltu illa mönnuðu sjúkrahúsi sem býr við lakan tækjakost. Sérfræðilæknar eiga einnig í auknum mæli að sinna deildarvinnu einir samhliða göngudeildarvinnu og sérfræðiráðgjöf innan og utan sjúkrahússins. Þetta ýtir undir kulnun í starfi. Göngudeildarþjónusta sérfræðinga, sérhæfð þjónusta við sjúklinga með flókinn heilsuvanda og rannsóknir eru í húfi þar sem bráðveikir inniliggjandi sjúklingar verða augljóslega að ganga fyrir. Sérfræðiþjónusta lyflækna er því í húfi! Hvað með lykilorðin fjögur: Umhyggja? Öryggi? Fagmennska? Framþróun? Getur framþróun byggst á öðru en rannsóknum?

Stórbæta þarf laun og kjör lækna án tafar til að hindra frekari landflótta og stuðla að nýliðun sérfræðilækna samtímis því sem tekið er á öllum þeim atriðum sem fram koma í bréfi til hæstvirts heilbrigðisráðherra sem sent var í kjölfar vel sótts fundar Læknafélags Íslands 5. september.[5] Atgervisflótti frá Íslandi er staðreynd sem horfast þarf í augu við og taka á. Tölum íslensku: Laun og starfsumhverfi lyflækna á Landspítala munu leiða til frekari uppsagna verði ekki þegar brugðist við með trúverðugum hætti! Djúp gjá hefur myndast á milli stjórnenda og starfsfólks spítalans. Traust er forsenda enduruppbyggingar lyflækninga á Landspítala.[5]

Tillögur ráðherra vekja von – viðbrögð lækna munu ráðast af því hvernig til tekst með efndir!

Heimildir

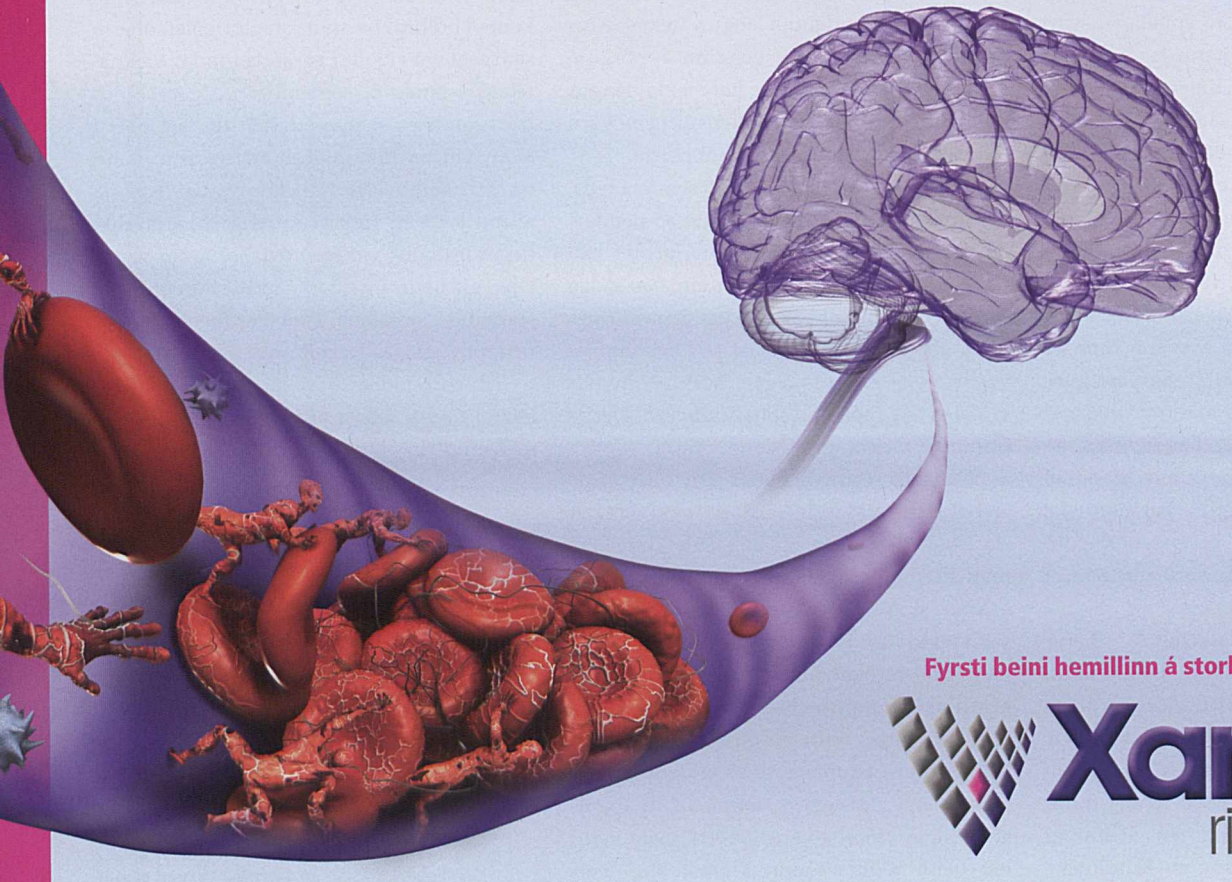
1. Yfirlæknar og prófessorar óttast óbætanlegt tjón. Fréttablaðið 12.09.2013
2. Mikill kostnaðarmunur. Morgunblaðið 18.09.2013
3. Mest fækkun á Landspítala. Morgunblaðið 20.09.2012
4. Myndgreining á Landspítala í kröppum sjó. Fréttablaðið 20.09.2013.
5. Bréf til Heilbrigðisráðherra 08.09.2013 Tillögur frá læknum Lyflækningasviðs, birt á ytri vef Læknafélags Íslands 10.09.2013.

Is there a way to improve the situation at the Department of Internal Medicine at Landspítali The National University Hospital?
A Consultant´s point of view

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, MD, PhD, Clinical Associate Professor
Consultant in Internal Medicine and Endocrinology
Dept of Internal Medicine and Endocrinology, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland

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.

LIS.04.2013.0033

Bayer HealthCare

Sérlyfjatexti á bls. 448

Hvað veldur vanda á lyflækningasviði?

Ingibjörg Kristjánsdóttir

deildarlæknir á lyflækningasviði og viðskiptafræðingur



ingibjorgk@gmail.com

Allir þekkja söguna um litlu negrastrákana tíu þar sem einn og einn datt úr lestinni þar til enginn var eftir. Það er neyðarástand á lyflækningasviði Landspítala, aðallega vegna mannfæðar. En af hverju hafa æ fleiri deildarlæknar helst úr lestinni? Er það vegna óánægju með vinnuaðstöðu, lélegrar kennslu og þjálfunar, lágra launa, óánægju með stjórnunaraðferðir? Eða er ástæðan sambland af öllu ofangreindu?

Fyrir um fjórum árum hóf ég kandídatsár mitt á Landspítala og horfði björtum augum til framtíðar. Stefnan var sett á lyflækningar og sótt um í framhaldsprógrammi Landspítalans í almennum lyflækningum. Það komust ekki allir að sem vildu; stöðurnar voru eftirsóttar vegna góðrar kennslu og þjálfunar, sanngirni í vaktabyrði, góðrar handleiðslu þeirra sérfræðinga sem þar vinna og góðs vinnuanda. Ég varð himinlifandi þegar ég fékk skilaboð um að hafa fengið stöðu og hlakkaði til næstu þriggja ára þar sem ég myndi slást í hóp deildarlækna á lyflækningasviði. En hver varð raunin, bæði hvað varðar menntun og starfið sjálft?

Á lyflækningasviði eru skilgreind 25 stöðugildi fyrir deildarlækna og þegar ég byrjaði voru 24 við vinnu. En svo fór samfella í dagvinnu minnkandi og þar með okkar helsta lærdómstækifæri, það er stofugangurinn. Þar sem fullmannað teymi fer yfir tilfelli og ræðir um mögulegar orsakir, meðferðir og fleira og lærir af þeim. Fullmannað teymi er sérfræðingur, deildarlæknir, kandídat og 1-2 læknanemar. Hins vegar hefur raunin verið sú að fækkað hefur um 1-2 lækna í hverju teymi. Því hefur tími til kennslu á stofugangi minnkað og lærdómstækifærum um leið. Þetta er ein helsta ástæða þess að fleiri og fleiri hafa helst úr lestinni, því dettur mér aftur í hug sagan um litlu negrastrákana.

Sumarið 2013 voru eftir 14 deildarlæknar á lyflækningasviði svo samningur var gerður við yfirmenn um að ganga nær eingöngu vaktir það sumarið með loforði um breytingar um haustið. Því var dagvinnu bjargað með læknanemum er voru að stíga sín fyrstu skref í vinnu á háskólasjúkrahúsi með ábyrgð og álagi sem engan veginn samrýmdist þeirra reynslu né menntun. Vaktabyrði síðastliðin ár hefur aukist og vissulega er margt að læra af vöktum í byrjun en svo kemur að því að þær verða reglubundin vinnuskylda þar sem aðaláhersla er lögð á að koma sem flestum sjúklingum gegnum kerfið á sem stystum tíma. Í erlendum prógrömmum þykir eðlilegt að vaktir séu um 1-2 mánuðir á ári en hér eru teknar vaktir eftir þörf spítalans.

Í september 2013 voru eftir 10 deildarlæknar og þeim mun fækka enn þar sem tveir hverfa frá í október. Hafa sérfræðingar og deildarlæknar á lyflækningasviði varað við þessari þróun að minnsta kosti síðastliðin tvö ár. Nefndir hafa verið stofnaðar til að skoða vinnu- og vaktafyrirkomulag deildar- og aðstoðarlækna á lyflækningasviði sem hafa skilað inn góðum hugmyndum að úrbótum. En því miður hafa stjórnendur spítalans ekki hlustað, heldur virðist sem vinnu þessara nefnda hafi verið stungið undir stól til þessa.

Þann 1. september síðastliðinn var sett í gang neyðaráætlun og voru þá settar af stað misgóðar breytingar. Teymum var fækkað úr 12 í 6 fullmönnuð kennsluteymi sem skyldu mest hafa 14 sjúklinga hvert. Þarna er tvennt jákvætt: að þau teymi sem hafa deildarlækna séu fullskipuð og að skilgreint sé hversu marga sjúklinga eitt teymi getur sinnt. Önnur breyting sem kom fram í neyðaráætluninni var að leggja niður vaktalínu deildarlæknis í Fossvogi og setja þess í stað tvo kandídata á vakt. Þannig er vaktabyrði kandídata aukin og þeir hafðir einir í húsi að næturlagi án stuðnings sér reyndari læknis. Því er verið að endurtaka sömu mistökin og gerð voru með deildarlækna og eru meðal annars orsök þess að við erum í þessum vanda.

Starfsþróun er nauðsynleg fyrir lækna og ekki er það uppörvandi fyrir deildarlækni sem brátt hverfur til sérnáms að horfa á störfum hlaðna sérfræðinga sinna deildarlæknavinnu til viðbótar. Það er ekki til að hvetja unga sérfræðilækna til að koma erlendis frá til vinnu á lyflækningasviði og hefur það verið raunin að færri og færri sérfræðilæknar sækja „heim" til vinnu, þrátt fyrir hina miklu og þekktu ættjarðarást.

Mesti auður hvers fyrirtækis er gott starfsfólk. Mikilvægasta hlutverk hvers stjórnanda er að hlusta á starfsmenn sína og hlúa að þeim. Ég tel af framansögðu að stjórnendur spítalans hafi hvorki hlustað á starfsmenn sína né brugðist við viðvörunum um vinnuumhverfi deildarlækna á lyflækningasviði síðastliðin tvö ár. Það er byrjað að vinna að úrbótum sem ekki er enn komin reynsla á en þá vinnu má ekki vinna í fljótfærni heldur með langtímamarkmið að leiðarljósi.

Ég vona að sagan um litlu negrastrákana endi hér og þeir verði aftur 10, eða 25 eins og við á í okkar sögu.

What is the cause of crisis in internal medicine?

Ingibjörg Kristjánsdóttir, Resident in internal medicine and Bsc in Internal business and administration.

NÝTT LYF

SEM SLAKAR Á ÞVAGBLÖÐRUNNI[1]

- Nýr verkunarháttur[2,3]
- Áhrif á öll aðaleinkenni ofvirkrar þvagblöðru[2,3]
- Munnþurrkur sambærilegur og við notkun lyfleysu[2,3]

Betmiga™ 50 mg
mirabegron

Fyrsti β_3-örvinn við ofvirkri þvagblöðru

Heimildir: 1. Sérlyfjatexti Betmiga **2.** Khullar et al. Eur Urol 63: (2013); 283–295. **3.** Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395

Sérlyfjatexti á bls. 484

Brátt andnauðarheilkenni á gjörgæsludeildum Landspítala 2004-2008

Þórður Skúli Gunnarsson[1] læknir, **Kristinn Sigvaldason**[2] læknir, **Kristbjörn I. Reynisson**[3] sérfræðingur í mynd- og geislagreiningu, **Alma D. Möller**[2] læknir

ÁGRIP

Tilgangur: Að kanna nýgengi, orsakir, dánarhlutfall og öndunarvélameðferð sjúklinga með brátt andnauðarheilkenni á gjörgæsludeildum Landspítala á fimm ára tímabili og bera saman við eldri íslenska rannsókn.
Efniviður og aðferðir: Afturskyggn rannsókn þar sem farið var yfir allar innlagnir á gjörgæsludeildir Landspítala árin 2004-2008 og upplýsingum safnað um aldurs- og kynjadreifingu, orsakir, legutíma, gjörgæslumeðferð og afdrif þeirra sjúklinga sem féllu undir alþjóðlega skilgreiningu á bráðu andnauðarheilkenni. Niðurstöður voru bornar saman við niðurstöður eldri rannsóknar fyrir tímabilið 1988-1997 til að kanna hvort breytingar hafi orðið á nýgengi og horfum sjúklinga.
Niðurstöður: Alls lögðust 6413 sjúklingar inn á gjörgæsludeildir Landspítala á tímabilinu. Af 224 sjúklingum með alvarlega öndunarbilun reyndust 120 sjúklingar vera með brátt andnauðarheilkenni. Meðalaldur var 55 ár, 55% voru karlar og miðgildi legutíma á gjörgæsludeild var 13 dagar en miðgildi legutíma á sjúkrahúsi 24 dagar. Miðgildi daga frá áfalli að staðfestu bráðu andnauðarheilkenni var þrír dagar. Nýgengi reyndist vera 7,9 tilfelli á 100.000 íbúa/ári. Alls létust 36 sjúklingar vegna heilkennisins, eða 30% sjúklinga.
Ályktun: Nokkur aukning virðist hafa orðið á nýgengi bráðs andnauðarheilkennis en dánarhlutfall hefur hins vegar lækkað marktækt, eða úr 40% í 30%. Bættar horfur sjúklinga með brátt andnauðarheilkenni má sennilega rekja til framfara í gjörgæslumeðferð, svo sem notkunar á lungnaverndandi öndunarvélameðferð, hátíðniöndunarvél, grúfulegu og hjarta- og lungnavél.

Inngangur

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]svæfinga- og gjörgæsludeild, [3]röntgendeild Landspítala.

Brátt andnauðarheilkenni (BAH, *Acute Respiratory Distress Syndrome*, ARDS) er eitt af erfiðustu vandamálum sem fengist er við á gjörgæsludeildum sjúkrahúsa. Heilkennið felur í sér bráða öndunarbilun með dreifðum íferðum í báðum lungum í kjölfar annars sjúkdóms, slyss eða skurðaðgerðar. Bráðu andnauðarheilkenni var fyrst lýst árið 1967 hjá hermönnum sem slösuðust alvarlega í Víetnamstríðinu.[1] Ætla má að með framförum í læknisfræði og betri lifun alvarlega veikra eða slasaðra sjúklinga hafi læknar farið að fást við vandamál sem lítið voru þekkt áður líkt og BAH. Allt frá því heilkenninu var fyrst lýst árið 1967 hafa nýgengistölur verið mjög á reiki vegna mismunandi skilgreininga og hafa rannsóknir sýnt tíðnitölur á bilinu 4,5-75 tilfelli á 100 þúsund íbúa/ár.[2,3] Það var því stórt framfaraskref þegar samkomulag náðist um alþjóðlega skilgreiningu á bráðu andnauðarheilkenni árið 1992, sem gerði fræðimönnum kleift að gera samræmdar rannsóknir á tíðni, orsökum og horfum sjúklinga.[4] Skilgreind voru hugtökin bráður lungnaáverki (ALI, *acute lung injury*) og brátt andnauðarheilkenni (ARDS, sjá töflu I). Dánarhlutfall hefur verið hátt og bentu fyrstu rannsóknir fyrir um 20 árum til þess að dánarhlutfall sjúklinga væri á bilinu 64-70%.[5,6] Á undanförnum tveimur áratugum virðist dánarhlutfall þó hafa lækkað og er líklegast milli 30 og 40%.[7-9] Þá sýndi íslensk rannsókn yfir tímabilið 1988-1997 að dánarhlutfall sjúklinga með brátt andnauðarheilkenni á íslenskum gjörgæsludeildum var 40%.[10] Bættar horfur sjúklinga með brátt andnauðarheilkenni má sennilega rekja til framfara í öndunarvélameðferð svo og framfara í gjörgæslulækningum almennt. Rannsóknir hafa sýnt að ef stuðst er við svokallaða lungnaverndandi meðferð í öndunarvél þar sem andrýmd er haldið lágri og þrýstingsaukning í loftvegi takmörkuð er dánarhlutfall sjúklinga lægra.[11-13] Sjúklingar með alvarlegt brátt andnauðarheilkenni sem svara ekki hefðbundinni öndunarvélameðferð eru í meira mæli settir í hátíðniöndunarvél (HFOV, *high frequency oscillatory ventilation*), í grúfulegu (*prone position*) eða tengdir við hjarta- og lungnavél (ECMO, *extracorporeal membrane oxygenation*) sem lokaúrræði.

Þrátt fyrir alþjóðlega skilgreiningu á bráðu andnauðarheilkenni hafa verið birtar mismunandi niðurstöður um nýgengi og dánarhlutfall milli landa sem ef til vill má rekja til ólíkra þjóðfélagsaðstæðna og heilbrigðiskerfa og því er erfitt að heimfæra slíkar niðurstöður til Íslands. Markmið þessarar rannsóknar var því að kanna orsakir, öndunarvélameðferð, nýgengi og dánarhlutfall sjúklinga með brátt andnauðarheilkenni á gjörgæsludeildum Landspítala á árunum 2004-2008 og bera saman við sambærilega eldri rannsókn sem framkvæmd var yfir tímabilið 1988-1997. Niðurstöður gætu gefið vísbendingu um hvort nýgengi hafi breyst og hvort framfarir í gjörgæslumeðferð hafi skilað sér í bættum horfum sjúklinga með brátt andnauðarheilkenni hér á landi.

Fyrirspurnir: Kristinn Sigvaldason, svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Fossvogi
krisig@landspitali.is

Greinin barst 11. mars 2013, samþykkt til birtingar 16. september 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Tafla I. *Samanburður milli ára á rannsóknartímabilinu ásamt samanburði við eldri rannsókn sem gerð var á tímabilinu 1988-1997.*

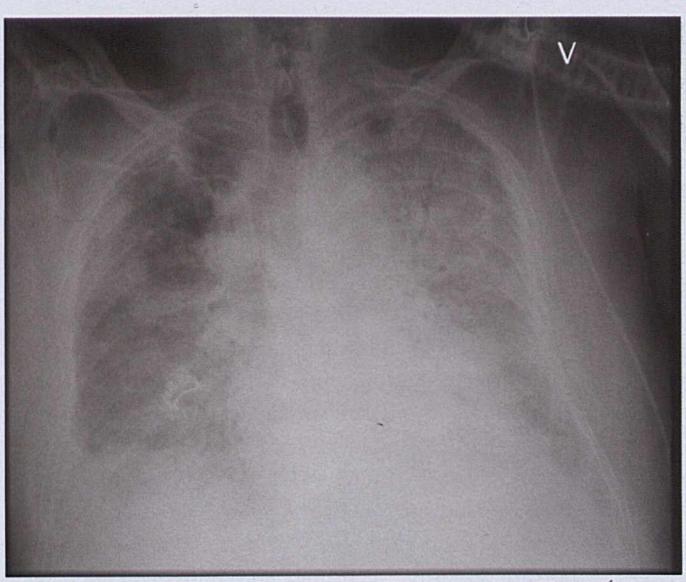
Ár	Fjöldi	Látnir	Dánarhlutfall	Aldur	APACHE II	LIS	PaO_2/FiO_2	Tilfelli á 100 þús. íbúa/ári
2004	18	5	27,8%	57,9	20,6	3,15	119,9	6,2
2005	23	6	26,1%	55,5	17,3	3,06	109,3	7,8
2006	26	9	34,6%	47,1	18,2	3,01	102,2	8,7
2007	28	8	28,6%	58,8	18,0	3,00	109,3	9,1
2008	25	8	32,0%	55,6	18,6	3,24	130,1	7,9
2004-2008	120	36	30%	55,0	18,5	3,1	114,1	7,9
1988-1997	155	62	40,0%	52,3	15,0	3,	92,9	5,9

APACHE II = ástandsstigun, LIS = Lung Injury Scale, lungnaáverkakvarði, PaO_2 = súrefnisstyrkur í blóði, FiO_2 = hlutfall súrefnis í innöndunarlofti.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og náði til gjörgæsludeilda Landspítala í Fossvogi og við Hringbraut tímabilið 2004-2008. Báðar deildirnar sinna almennum gjörgæslulækningum en með nokkurri sérhæfingu þó. Gjörgæsludeild Landspítala við Hringbraut sinnir einkum sjúklingum frá brjóstholsskurðlækningadeild, almennri skurðlækningadeild, kvennadeild, hjartadeild, krabbameinslækningadeild, barnadeild og meltingar- og nýrnadeild. Gjörgæsludeild Landspítala í Fossvogi sinnir aðallega sjúklingum frá heila- og taugaskurðdeild, æðaskurðdeild, bæklunarskurðdeild, taugalækningadeild, smitsjúkdómadeild, lungnadeild og sjúklingum með fjöláverka. Að auki er rekin gjörgæsludeild á Fjórðungssjúkrahúsinu Akureyri en að mati lækna þeirrar deildar hafði ekki verið um nein tilfelli af bráðu andnauðarheilkenni að ræða þar á rannsóknartímabilinu og var því ekki farið yfir innlagnir sjúklinga þar.

Að fengnu samþykki vísindasiðanefndar Landspítala, Persónuverndar og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala var farið yfir gjörgæsluskýrslur og sjúkdómsgreiningar allra sjúklinga sem lögðust inn á gjörgæsludeildir Landspítala á tímabilinu. Sjúkraskýrslur sjúklinga sem höfðu átt við alvarlega öndunarbilun að stríða voru skoðaðar sérstaklega og kannað hvort ástand þeirra gæti fallið undir alþjóðlega skilgreiningu á bráðu andnauðarheilkenni: hefðu bráðan öndunarfærasjúkdóm, dreifðar íferðir í báðum lungum á röntgenmynd eða tölvusneiðmynd, hlutfall súrefnisstyrks í blóði á móti innönduðu súrefnishlutfalli (PaO_2/FiO_2) lægra en 200 og fleygþrýsting í lungnaslagæð (PCWP) lægri en 18 eða engin klínísk merki um hjartabilun. Sjúklingar voru útilokaðir ef einhverjum þessara skilyrða var ekki fullnægt.



Mynd 1. *Röntgenmynd af lungum sjúklings með brátt andnauðarheilkenni. Útbreiddar dreifðar íferðir sjást í báðum lungum.*

Reiknað var lungnaáverkastig fyrir alla sjúklingana samkvæmt lungnaáverkakvarða Murray's (*Lung Injury Scale*, LIS)[14] en samkvæmt honum eru gefin stig fyrir PaO_2/FiO_2 hlutfall, PEEP-stillingu á öndunarvél og hversu útbreiddar íferðir í lungum eru á lungnamynd. Sérfræðingur í mynd- og geislagreiningu fór yfir lungnamyndir allra sjúklinganna og mat hvort þeir væru með brátt andnauðarheilkenni og hversu útbreiddar breytingar voru á lungnamynd samkvæmt lungnaáverkakvarða (LIS), mynd 1.[14]

Safnað var upplýsingum um aldur, kyn, orsök, tíma frá áfalli að staðfestu heilkenni, legutíma á gjörgæsludeild, legutíma á sjúkrahúsi og afdrif sjúklinga. Skráð var notkun öndunarvéla, tímalengd þeirrar meðferðar, stillingar, PaO_2/FiO_2 hlutfall og hvort notuð var sérhæfð meðferð, svo sem hátíðniöndunarvél, grúfulega eða hjarta- og lungnavél (ECMO). Varðandi tíma frá áfalli að staðfestu heilkenni var stuðst við þann dag er gildi samræmdust skilgreiningu á bráðu andnauðarheilkenni (PaO_2/FiO_2 hlutfall, ástand lungna samkvæmt lungnamynd). Ástand allra sjúklinga við innlögn var metið með APACHE II stigunarkerfi en samkvæmt því eru gefin stig fyrir ástand sjúklinga fyrsta sólarhring dvalar á gjörgæsludeild, aldur, niðurstöður blóðmælinga og fyrri sjúkdóma.

Úrvinnsla fór fram með Excel töflureikni (Microsoft Corporation, Redmond, Washington) og tölfræðiforritinu IBM SPSS Statistics. Reiknuð voru miðgildi eða meðaltöl með staðalfrávikum og reiknað p-gildi með Wilcoxon rank test eða Students t-test. Upplýsingar um mannfjölda á Íslandi voru fengnar frá Hagstofu Íslands og þannig reiknað nýgengi heilkennisins á hverja 100.000 íbúa.

Niðurstöður

Á tímabilinu 2004-2008 voru alls 6413 sjúklingar lagðir inn á gjörgæsludeildir Landspítala, 3140 á Hringbraut og 3273 í Fossvogi. Karlar voru 60%, meðalaldur var 58 ár, dánarhlutfall var 7,5% og um helmingur innlagðra þurfti meðferð í öndunarvél. Við nánari athugun reyndust 224 sjúklingar hafa alvarlega öndunarbilun og af þeim reyndust 120 sjúklingar falla undir alþjóðlega skilgreiningu á bráðu andnauðarheilkenni, 54 konur og 66 karlar. Alls greindust 83 sjúklingar á gjörgæsludeild Landspítalans í Fossvogi en 37 á Landspítalanum við Hringbraut. Yfir allt tímabilið greindust því

Tafla II. *Samanburður á þeim sem létust og þeim sem lifðu af brátt andnauðarheilkenni.*

Ástand e. BAH	PaO_2/FiO_2	APACHE II	Aldur	Dagar í öndunarvél	Dagar á gjörgæsludeild	Dagar á sjúkrahúsi
Lifðu	120,0	17,4	50,0	14,0	18,0	38,0
Létust	99,0	21,4	65,6	14,2	16,4	31,7
p-gildi	0,007	0,0009	0,00001	0,961	0,570	0,001

APACHE II = ástandsstigun, LIS = Lung Injury Scale, PaO_2 = súrefnisstyrkur í blóði, FiO_2 = hlutfall súrefnis í innöndunarlofti.

að meðaltali 24 sjúklingar með brátt andnauðarheilkenni á ári, eða 7,9 sjúklingar á hverja 100.000 íbúa/ári. Meðalaldur sjúklinga var 55 ár (±18,6). Tafla I sýnir samanburð á tíðni, dánarhlutfalli, aldri og APACHE II stigun á milli ára.

Alls létust 36 sjúklingar á gjörgæsludeildum Landspítalans af völdum þessa heilkennis, eða 30%. Ef taldir eru með sjúklingar sem létust innan 30 daga frá útskrift af gjörgæsludeild var dánarhlutfall 37,5% (45 sjúklingar) en 39,2% ef miðað er við 90 daga frá útskrift af gjörgæsludeild (47 sjúklingar). Þeir sem létust höfðu marktækt hærra APACHE II stig, lægra PaO_2/FiO_2 hlutfall og voru einnig marktækt eldri (sjá töflu II). Ekki var marktækur munur á fjölda daga í öndunarvél og legutíma á gjörgæsludeild hjá þeim sem létust og þeim sem lifðu. Miðgildi legutíma á gjörgæsludeild var 13 dagar (1-71 dagar) og miðgildi legutíma á sjúkrahúsi var 24 dagar (3-186 dagar). Alls voru 111 sjúklingar barkaþræddir og meðhöndlaðir í öndunarvél en 9 sjúklingar þurftu einungis öndunaraðstoð með ytri öndunarvél. Miðgildi daga í öndunarvél var 10 dagar (1-64 dagar). Í öllum tilfellum nema einu var stuðst við þrýstingsstýrða öndunarvélameðferð. Notuð var hátíðniöndunarvél (*high frequency oscillatory ventilation*) í 16 tilfellum og var dánarhlutfall hjá þeim sjúklingum 44%. Grúfulega í 6-16 klukkustundir var notuð í 8 tilfellum og var dánarhlutfall 75%. Í fjórum tilfellum þurfti að nota hjarta- og lungnavél (ECMO) þar sem hefðbundin öndunarvélameðferð eða hátíðniöndunarvél dugðu ekki til og var dánarhlutfall þeirra sjúklinga 50%. Tafla III sýnir yfirlit um öndunarvélameðferð.

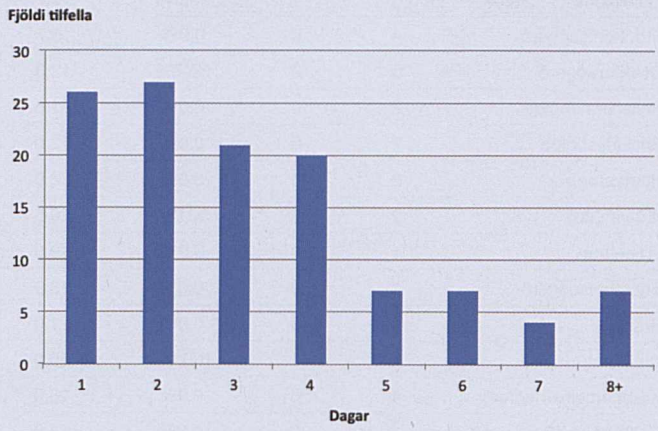
Miðgildi daga frá áfalli að staðfestu bráðu andnauðarheilkenni var þrír dagar (1-12 dagar). Heilkennið var komið fram hjá 44% sjúklinga innan tveggja daga en hjá 78% sjúklinga innan fjögurra daga. Dánarhlutfall var hæst ef heilkennið kom fram á áttunda degi eða síðar (57%), mynd 2.

Orsakir bráðs andnauðarheilkennis eru sýndar í töflu IV. Algengustu orsakir reyndust vera lungnabólga, sýklasótt og ásvelging. Dánartíðni var mismunandi eftir orsökum. Orsakir voru flokkaðir eftir því hvort þær voru innan lungna eða utan og

Tafla III. *Öndunarvélameðferð.*

	PC	HFOV	Ytri öndunarvél	VC
Fjöldi	94	16	9	1
Hlutfall	78,3%	13,3%	7,5%	0,8%
Látnir	27,0	7	2	0
Dánarhlutfall	28,7%	43,8%	22,2%	0,0%
APACHE II	18,4	18,7	19,0	13,0
PO_2/FiO_2	116,5	91,3	120,3	142,9
PEEP	10,5	13,4	7,0	8,0

APACHE II = ástandsstigun, LIS = Lung Injury Scale, PaO_2 = súrefnisstyrkur í blóði, FiO_2 = hlutfall súrefnis í innöndunarlofti, PEEP = Positive End Expiratory Pressure, PC = Pressure control (þrýstingsstýrð). HFO = High Frequency Oscillatory Ventilation (hátíðniöndunarvél), VC = Volume control (rúmmálsstýrð).



Mynd 2. *Fjöldi tilfella og tími frá áfalli að bráðu andnauðarheilkenni.*

var skipting nokkuð jöfn þar sem í 56 tilfellum mátti rekja orsökina til áfalls innan lungna en í 64 tilfellum utan lungna. Ekki var marktækur munur á dánarhlutfalli þessara hópa.

Fyrir alla sjúklinga var reiknað lungnaáverkastig (LIS)[14] samkvæmt PEEP-stillingu á öndunarvél, PaO_2/FiO_2 hlutfalli og útbreiðslu íferða í lungum á lungnamynd. Meðaltal lungnaáverkastiga var 3,1. Samkvæmt lungnaáverkakvarða Murray's er um brátt andnauðarheilkenni að ræða ef lungnaáverkastig er >2,5 en 13 sjúklingar reyndust vera með lægra stig en 2,5 og lægsta gildið var 2,0. Lungnaáverkastig þeirra sem létust var 3,3 (±0,36) að meðaltali en 3,0 (±0,47) hjá þeim sem lifðu af, munurinn reyndist tölfræðilega marktækur ($p<0,01$).

Umræða

Brátt andnauðarheilkenni er alvarlegur sjúkdómur sem leggst á unga sem aldna og er meðferð umfangsmikil og krefjandi. Langflestir sjúklingar þurfa meðferð í öndunarvél og dvelja tvær til þrjár vikur á gjörgæsludeild og heildarsjúkrahúsvist er að meðaltali 33 dagar, þannig að meðferðin er kostnaðarsöm. Þessi rannsókn er önnur athugun á bráðu andnauðarheilkenni á Íslandi en sambærileg rannsókn var gerð fyrir tímabilið 1988-1997 og voru þær niðurstöður hafðar til hliðsjónar.

Nýgengi

Samkvæmt niðurstöðum eldri rannsóknarinnar var nýgengi 5,9 tilfelli/100.000 íbúa/ári[10] en hefur samkvæmt þessari rannsókn aukist í 7,9 tilfelli/100.000 íbúa/ár og er munurinn tölfræðilega marktækur ($p=0,019$). Í eldri rannsókninni voru teknir með sjúklingar á gjörgæsludeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri og voru þeir um 5% af heildarfjölda. Í viðræðum við lækna þeirrar deildar kom fram að ekki höfðu greinst tilfelli þar á rannsóknartímabilinu 2004-2008 og var því ekki farið yfir innlagnir þar. Þetta má telja

Tafla IV. *Orsakir bráðs andnauðarheilkennis.*

	Fjöldi	Látnir	Dánarhlutfall	APACHE II	Dagar í öndunarvél	Legudagar á gjörgæslu	PO_2/FiO_2 hlutfall	Aldur
Lungnabólga	41	13	31,7%	18,5	14,2	17,1	113,2	56,9
Sýklasótt	26	10	38,5%	19,4	18,7	22,5	110,0	52,1
Ásvelging	12	3	25,0%	18,8	8,7	11,6	95,5	48,4
Lífhimnubólga	7	3	42,9%	15,2	16,3	19,0	123,6	58,3
Kviðarholsaðgerð	5	1	20,0%	18,2	12,0	15,6	127,0	65,0
Fjöláverkar	4	1	25,0%	16,8	16,8	20,8	126,9	61,3
Stoðkerfisaðgerð	4	0	0,0%	15,7	6,8	14,0	148,7	52,8
Ósæðaraðgerð	3	2	66,7%	12,3	13,0	19,0	94,2	65,0
Heilahimnubólga	2	0	0,0%	21,5	8,5	13,0	144,2	55,5
Briskirtilsbólga	2	0	0,0%	12,0	2,5	7,0	116,0	53,5
Hjartastopp	2	0	0,0%	22,0	4,5	7,0	145,0	27,5
Æðaaðgerð	2	1	50,0%	20,5	18,0	21,0	118,5	83,5
Lyfjaeitrun	1	0	0,0%	19,0	1,0	5,0	81,8	74,0
Brjóstholsaðgerð	1	0	0,0%	18,0	36,0	42,0	88,6	56,0
Bruni	1	0	0,0%	21,0	30,0	48,0	92,6	16,0
Drukknun	1	1	100,0%	30,0	9,0	9,0	140,0	11,0
Krabbameinsmeðferð	1	0	0,0%	16,0	7,0	8,0	181,0	58,0
Gallblöðrubólga	1	0	0,0%	14,0	5,0	8,0	110,0	57,0
Annað	4	1	25,0%	20	12,15	13,8	89,9	49
Alls	**120**	**36**	**30,0%**					
Orsök innan lungna	56	17	30,4%					
Orsök utan lungna	64	19	29,7%					

APACHE II = ástandsstigun, LIS = Lung Injury Scale, PaO_2 = súrefnisstyrkur í blóði, FiO_2 = hlutfall súrefnis í innöndunarlofti.

galla þar sem hugsanlega hefði verið hægt að greina einhverja sjúklinga með nánari athugun. Hins vegar er um fremur lítinn fjölda sjúklinga að ræða og þrátt fyrir að einungis sé farið yfir sjúklinga Landspítalans hefur orðið marktæk fjölgun tilfella. Nýlegar rannsóknir erlendis frá gefa hins vegar vísbendingu um að tíðni sé jafnvel lækkandi síðastliðin ár.[15] Ekki er ljóst af hverju nýgengi hefur aukist hér á landi, við greiningu tilfella var stuðst við sömu aðferð í báðum rannsóknum. Tíðnitölur hafa verið misjafnar síðan heilkenninu var fyrst lýst árið 1967, sennilega vegna breytilegra skilgreininga. Notast var við alþjóðlega AECC-skilgreiningu frá 1992 í þessari rannsókn sem og í eldri íslensku rannsókninni, og eru niðurstöður því bornar saman við niðurstöður nýlegra erlendra rannsókna, sem stuðst hafa við sömu skilgreiningu. Samkvæmt niðurstöðum skoskrar rannsóknar frá 1999 reyndist nýgengi þar vera 16 tilfelli á 100.000 íbúa/ári.[16] Niðurstöður bandarískrar rannsóknar bentu til þess að nýgengi væri 58,7 tilfelli á 100.000 íbúa/ári.[7] Í samnorrænni rannsókn sem náði meðal annars til Íslands var kannað nýgengi framvirkt á fjögurra vikna tímabili árið 1999. Samkvæmt niðurstöðum þeirrar rannsóknar er nýgengi 13,5 tilfelli á 100.000 íbúa/ári, miðað við íbúafjölda 15 ára og eldri.[17] Þessar niðurstöður benda til þess að nýgengi bráðs andnauðarheilkennis sé nokkru lægra hér á landi, þrátt fyrir aukningu frá árunum 1988-1997.

Dánarhlutfall

Af þeim 120 sjúklingum sem féllu undir skilgreiningu á bráðu andnauðarheilkenni létust 36 (30%) á gjörgæsludeild. Dánarhlutfall hefur því lækkað marktækt frá árunum 1988-1997 þegar dánarhlutfallið var 40% ($p<0,01$). PaO_2/FiO_2 hlutfall og APACHE II stig þeirra sem létust voru marktækt lægri en þeirra sem lifðu og greinilegt að horfur versna með hækkandi APACHE II stigi og lágu PaO_2/FiO_2. Samanburður við niðurstöður eldri rannsóknar sýnir að á tímabilinu 2004-2008 höfðu sjúklingar marktækt hærra APACHE II stig ($p=0,003$). Þetta bendir til þess að ástand sjúklinganna sé alvarlegra en í fyrri rannsókn en þrátt fyrir það er árangur meðferðar betri. PaO_2/FiO_2 hlutfall er hins vegar marktækt hærra, sem bendir til þess að annaðhvort sé ástand lungna almennt betra eða að bætt öndunarvélameðferð sé að skila sér í betri loftskiptum sjúklinga, sem hlýtur að teljast líklegri skýring. Ætla má að aukin reynsla starfsfólks, betri öndunarvélameðferð og betri stuðningsmeðferð almennt stuðli einnig að betri lifun sjúklinganna. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að dánarhlutfall sjúklinga með bráð andnauðarheilkenni á gjörgæsludeildum á Íslandi sé ekki hátt miðað við niðurstöður erlendra rannsókna sem hafa sýnt um 30-50% dánarhlutfall.[7,16,17] Árangur meðferðar virðist því vera nokkuð góður hér á landi og sambærilegur við niðurstöður erlendra rannsókna.

Orsakir

Orsakir fyrir bráðu andnauðarheilkenni eru fjölmargar og voru á þriðja tug samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar. Algengustu orsakir reyndust vera lungnabólga, sýklasótt og ásvelging en stórar aðgerðir og fjöláverkar voru líka algengar orsakir.

Líklegt er að þetta skýri mun á tíðni sjúkdómsins milli gjörgæsludeilda Landspítala. Fleiri greindust á gjörgæsludeild í Fossvogi en vegna sérhæfingar koma fleiri sjúklingar þar til meðferðar

til dæmis vegna vegna sýklasóttar og fjöláverka sem eru algengar orsakir bráðs andnauðarheilkennis. Á deildinni við Hringbraut eru fleiri sjúklingar með hjartabilun og kann það að vinna gegn greiningu heilkennisins þar sem greiningin er ekki sett ef til staðar eru klínísk teikn um hjartabilun. Talsverður breytileiki er á dánartíðni milli einstakra orsaka og má þar nefna sem dæmi að dánartíðni sjúklinga með brátt andnauðarheilkenni eftir kviðarholsaðgerðir var 20%, eftir fjöláverka 25% en 38% í kjölfar sýklasóttar (sjá töflu IV). Dánartíðni var mjög svipuð hvort sem orsökin var innan lungna eða utan og er það í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna.[18]

Meðferð

Meðferð á bráðu andnauðarheilkenni byggist aðallega á stuðningsmeðferð þar sem reynt er að koma sjúklingnum yfir hina alvarlegu öndunarbilun. Þar skiptir öndunarvélameðferð mestu máli en á þeirri meðferð hafa orðið töluverðar framfarir á seinni árum. Algengt var áður að hafa sjúklinga á rúmmálsstýrðri öndunarvélameðferð þar sem andrýmd var um 10-15ml/kg. Slíkt getur haft í för með sér skaða á lungnablöðrum vegna ofþenslu lungna (*volutrauma*). Niðurstöður erlendrar rannsóknar benda til þess að lungnaverndandi öndunarvélameðferð skipti miklu máli í meðferð sjúklinga með brátt andnauðarheilkenni.[11]

Með þeirri meðferð er meðalloftvegaþrýstingi haldið undir 30 cm H_2O, andrýmd er haldið um 6 ml/kg, beitt er hæfilegu PEEP (*Positive End Expiratory Pressure*) og reynt að halda styrk súrefnis í innöndunarlofti undir 60%.

Samkvæmt niðurstöðum eldri íslensku rannsóknarinnar var í byrjun tímabils stuðst við rúmmálsstýrða meðferð í öndunarvél en á síðari hluta tímabils meira notast við þrýstingsstýrða meðferð.[10] Dánarhlutfall þeirra sem fengu rúmmálstýrða meðferð var hærra. Samkvæmt niðurstöðum þessarar rannsóknar var í nær öllum tilfellum stuðst við þrýstingsstýrða meðferð en hún er í eðli sínu meira lungnaverndandi en rúmmálsstýrð, þar sem loftvegaþrýstingstakmörk eru stillt fyrirfram. Hugsanlega gæti þetta skýrt að hluta lækkun dánarhlutfalls milli rannsóknartímabila.

Ef ekki tekst að viðhalda viðunandi loftskiptum um lungu (SaO_2 >85%; pH>7,20) með hefðbundinni öndunarvélameðferð með lungnaverndandi stillingum þarf að huga að öðrum leiðum til að styðja við starfsemi lungna.[11,12] Þá er stundum beitt hátíðniöndunarvélum (*high frequency oscillatory ventilation*, HFOV) eða grúfulegu. Í erfiðustu tilfellum hafa sjúklingar verið tengdir við hjarta- og lungnavél (ECMO, *extracorporeal membrane oxygenation*) til að súrefnismetta blóðið utan líkamans og hvíla þannig lungun meðan bólga og bjúgur í lungum hjaðnar. Slík meðferð er ekki áhættulaus fyrir sjúklinginn auk þess sem hún er flókin og dýr. Því þarf að vanda vel valið á þeim sjúklingum sem gangast undir slíka meðferð og um það gilda ákveðnar verklagsreglur. Þær verklagsreglur sem gilda á Landspítala eru byggðar á niðurstöðum enskrar rannsóknar (CESAR) en samkvæmt henni næst ágætur árangur við ECMO-meðferð hjá völdum sjúklingum.[19]

Borið saman við niðurstöður eldri íslensku rannsóknarinnar var oftar notast við hátíðniöndunarvél (7,7% á móti 13,3%) og ECMO (0,6% á móti 3,3%) á síðara tímabilinu og gæti það skýrt að einhverju leyti bættar horfur sjúklinga.

Samantekt

Tíðni bráðs andnauðarheilkennis hefur heldur aukist borið saman við eldri íslenska rannsókn. Að meðaltali greinast um 24 sjúklingar á ári með heilkennið, sem kemur fram um tveimur til þremur dögum eftir áfall sem oftast er sýklasótt, lungnabólga, stór skurðaðgerð eða alvarlegt slys. Flestir sjúklingar þurfa öndunarvélameðferð og um tveggja vikna legu á gjörgæsludeild. Horfur sjúklinga hafa batnað, sem líklega má þakka framförum í gjörgæslumeðferð. Aukin áhersla er lögð á lungnaverndandi öndunarvélameðferð og í erfiðum tilfellum grúfulegu, hátíðniöndunarvél eða hjarta- og lungnavél.

Heimildir

1. Ashbaugh DG, Bigelow DB, Petty TL, Levine BE. Ashbaugh DG, Bigelow DB, Petty TL, Levine BE. Acute respiratory distress in adults. Lancet, Saturday 12 August 1967. Crit Care Resusc 2005; 7: 60-1.
2. Webster NR, Cohen AT, Nunn JF. Adult respiratory distress syndrome--how many cases in the UK? Anaesthesia 1988; 43: 923-6.
3. National Heart and Lung Institutes. Respiratory Diseases. Task force report on problems, research approaches, needs. Washington DC: US Goverment printing Office. DHEW publication 1972: 167-80.
4. Bernard GR, Artigas A, Brigham KL, Carlet J, Falke K, et al. The American-European Consensus Conference on ARDS. Definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 818-24.
5. Fowler AA, Hamman RF, Good JT, Benson KN, Baird M, Eberle DJ, et al. Adult respiratory distress syndrome: risk with common predispositions. Ann Intern Med 1983; 98: 593-7.
6. Villar J, Slutsky AS. The incidence of the adult respiratory distress syndrome. Am Rev Respir Dis 1989; 140: 814-6.
7. Rubenfeld GD, Caldwell E, Peabody E, Weaver J, Martin DP, Neff M, et al. Incidence and outcomes of acute lung injury. N Engl J Med 2005; 353: 1685-93.
8. Milberg JA, Davis DR, Steinberg KP, Hudson LD. Improved survival of patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS): 1983-1993. JAMA 1995; 273: 306-9.
9. Jardin F, Fellahi JL, Beauchet A, Vieillard-Baron A, Loubieres Y, Page B. Improved prognosis of acute respiratory distress syndrome 15 years on. Intensive Care Med 1999; 25: 936-41.
10. Sigvaldason K, Þormar K, Bergmann JB, Reynisson K, Magnúsdóttir H, Stefánsson ÞS, et al. Brátt andnauðarheilkenni (ards) á gjörgæsludeildum á Íslandi 1988-1997. Læknablaðið 2006; 92: 201-7.
11. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. N Engl J Med 2000; 342: 1301-8.
12. Verbrugge SJ, Lachmann B, Kesecioglu J. Lung protective ventilatory strategies to clinical application. Clin Physical Funct Imaging 2007; 27: 67-90.
13. Ramnath VR, Hess DR, Thompson BT. Conventional mechanical ventilation in acute lung injury and acute respiratory distress syndrome. Clin Chest Med 2006; 27: 601-13; abstract viii.
14. Murray JF, Matthay MA, Luce JM, Flick MR. An expanded definition of the adult respiratory distress syndrome. Am Rev Respir Dis 1988; 138: 720-3.
15. Li G. Eight year trend of Acute respiratory distress syndrome. Am J Respir Crit Care Med 2011; 183: 59-66.
16. Hughes M, MacKirdy FN, Ross J, Norrie J, Grant IS. Acute respiratory distress syndrome: an audit of incidence and outcome in Scottish intensive care units. Anaesthesia 2003; 58: 838-45.
17. Luhr OR, Antonsen K, Karlsson M, Aardal S, Thorsteinsson A, Frostell CG, et al. Incidence and mortality after acute respiratory failure and acute respiratory distress syndrome in Sweden, Denmark, and Iceland. The ARF Study Group. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 1849-61.
18. Agarwal R, Srinivas R, Nath A, Jindal SK. Is the mortality higher in the pulmonary vs the extrapulmonary ARDS? A meta analysis. Chest 2008; 133: 1463-73.
19. Peek GJ, Clemens F, Elbourne D, Firmin R, Hardy P, Hibbert C, et al. CESAR: conventional ventilatory support vs extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure. BMC Health Serv Res 2006; 6: 163.

ENGLISH SUMMARY

The incidence and mortality of ARDS at Landspítali - The National University Hospital of Iceland 2004-2008

Gunnarsson ThS[1], Sigvaldason K[2], Reynisson KI[3], Möller AD[2]

Objective: A retrospective study of the incidence, causes, mortality and treatment of patients with ARDS at Landspítali The National University Hospital of Iceland during the five year period 2004-2008 and comparing the results with an earlier study for the period 1988-1997.

Materials and methods: All ICU admissions during the period 2004-2008 were reviewed, selecting patients according to the American-European consensus criteria for ARDS. Data were collected on age, gender, causes, length of stay, ventilator treatment and survival.

Results: A total of 6413 patients were admitted to the ICUs at Landspítali during the study period and 120 patients were found to have ARDS giving an incidence of 7,9/100.000 inhabitants. Average age was 55 years, 55% were males, length of stay was 13 days and hospital stay 24 days. ICU mortality was 30% and 90 day mortality was 39%.

Conclusion: The incidence of ARDS seems to have increased somewhat during the period 1988-1997. Mortality has decreased significantly probably due to improvements in intensive care treatment, especially ventilator treament with the use of lung protective ventilation, high frequency oscillation, prone position and ECMO.

Key words: *ARDS, ARDS incidence, lung protective ventilation, respiratory failure.*

Correspondence: *Kristinn Sigvaldason, krisig@landspitali.is*

[1]*University of Iceland, Department of Medicine,* [2]*Department of Anaesthesia and Intensive Care,* [3]*Department of Radiology, Landspítali The National University Hospital, Reykjavík, Iceland.*

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 skal 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 hámarkssmáðluverð (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



Betri boðleiðir



Nemdatine

– Lyf við Alzheimers-sjúkdómi

Sérlyfjatexti á bls. 453

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 318010

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]

LVI121206

Norspan® buprenorfin

Sérlyfjatexti á bls. 483

nor pharma

1. www.serlyfjaskra.is

Mænudrep

sjúkratilfelli

Ólöf Jóna Elíasdóttir[1], læknir **Einar Már Valdimarsson**[2], læknir

ÁGRIP

Mænudrep vegna blóðþurrðar er sjaldgæft. Vel þekkt er að sjúkdómurinn orsakist af æðakölkun í ósæð eða komi sem fylgikvilli við aðgerð á ósæð. Einkenni sjúkdómsins geta líkst öðrum algengari sjúkdómum og erfitt getur verið að greina hann. Við lýsum tilfelli með drep í mænu af óþekktum toga og ræðum einkenni og horfur. Höfundum er ekki kunnugt um að tilfelli mænudreps hafi verið lýst áður í *Læknablaðinu.*

Sjúkratilfelli

[1]Taugadeild Sahlgrenska-sjúkrahússins í Gautaborg, [2]taugalækningadeild Landspítala.

Fyrirspurnir: Ólöf Elíasdóttir, taugadeild Sahlgrenska-sjúkrahússins í Gautaborg, Svíþjóð

olof.eliasdottir@vgregion.se

Sjötíu og átta ára hraustur karlmaður án þekktra áhættuþátta fyrir æðasjúkdóma leitar á bráðamóttöku vegna brjóstverkja. Einkenni hófust skyndilega 15 mínútum eftir að hann vaknaði að morgni. Sjúklingur fann þá fyrir brjóstverk 8-9/10 á VAS-skala (*visual analogue scale*) sem hann lýsti sem þyngslaverk sem byrjaði í miðjum brjóstkassa framanvert og leiddi í fyrstu aftur í bak en lá síðan líkt og band umhverfis brjóstkassann í hæð við geirvörtur. Á leið út í bílinn kenndi hann vægrar máttminnkunar í hægri ganglim en gat þó gengið án stuðnings. Við komu á bráðamóttöku var hann fölur og kaldsveittur, blóðþrýstingur 189/89, púls 52. Hann fékk morfín og nítróglycerín sem sló á verkinn. Fyrst vaknaði grunur um bráðakransæðastíflu og jafnvel flysjun í ósæð (*dissection*). Var hvoru tveggja útilokað með hjartalínuriti, blóðprufum og tölvusneiðmyndarannsókn af brjóstholi. Þremur klukkustundum eftir komu á bráðamóttöku minnkaði máttur í hægri ganglim enn meira, þannig að sjúklingur gat vart lyft hælnum frá undirlagi, og var þá haft samband við vakthafandi taugalækni. Maðurinn hafði aldrei reykt og hafði neytt áfengis í hófi.

Taugaskoðun var eðlileg að öðru leyti en því að sjúklingur gat ekki lyft hægri ganglim meira en fáeina sentimetra frá undirlagi. Hann gat ekki dregið fótinn að sér. Kraftur var 1/5 um mjöðm á MRC-kvarða (*Medical Research Counsel Scale*). Hann gat beygt og rétt um hné á móti þyngdarafli en ekki gegn meiri mótstöðu (3/5 MRC), gat beygt og rétt um ökklann en aðeins gegn þyngdarafli (3/5 MRC). Taugaviðbrögð í útlimum fengust öll fram eðlileg og iljasvörun var eðlileg beggja vegna. Snerti-, sársauka-, hita- og kuldaskyn var eðlilegt í útlimum, svo og stöðuskyn. Púlsar fundust eðlilegir á fótum.

Í framhaldi af taugaskoðun þótti rétt að útiloka meinsemd í framheila vinstra megin (hreyfisvæði ganglims gagnstæðrar hliðar) vegna einangraðrar lömunar í hægri ganglim. Tölvusneiðmyndarannsókn af heila gaf engar vísbendingar um ferskt drep eða blæðingu. Þá vaknaði grunur um drep í mænu. Segulómrannsókn leiddi í ljós segulskynsbreytingar hægra megin í mænu, greinilegast í hæð við brjóstliðbol 4 (mynd 1). Síðar var gerð Holter-rannsókn og ómun af hjarta og voru rannsóknaniðurstöður eðlilegar.

Sjúklingur fékk 300 mg af magnýl sem hleðsluskammt og síðan 75 mg daglega. Í þvagblöðru stóðu 600 ml. Settur var upp þvagleggur vegna blöðrulömunar. Maðurinn var lagður inn á taugalækningadeild þar sem hann fékk endurhæfingu og útskrifaðist síðar á endurhæfingardeild til áframhaldandi meðferðar.

Við útskrift af taugalækningadeild 11 dögum eftir upphaf veikinda gat sjúklingur gengið við háa göngugrind í stuðningsbelti. Starfsemi þvagblöðru var þá orðin betri þannig að mögulegt var að fjarlægja þvaglegg. Mánuði eftir upphaf veikinda gat hann sleppt göngugrind og studdist þá aðeins við hækjustafi. Var hann þá orðinn algjörlega sjálfbjarga varðandi athafnir daglegs lífs. Við skoðun þremur árum eftir upphaf veikinda gengur sjúklingur án aðstoðar, lítillega haltur þegar hann stígur í hægri fót. Hann stundar daglegar göngu-ferðir úti við. Væg truflun er enn á blöðrustarfsemi sem lýsir sér með bráðri þvaglátaþörf.

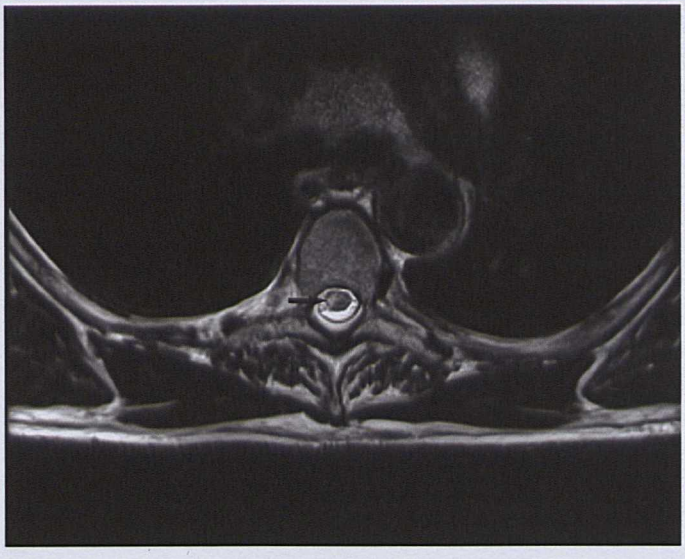
Umræða

Mænudrep vegna blóðþurrðar er afar sjaldgæf orsök lömunar. Nýgengi er óþekkt, en talið er að um 1% blóðþurrðaráfalla í miðtaugakerfi verði í mænu.[1] Ekki eru til stórar rannsóknir sem fjalla um mænudrep, aðeins hefur verið lýst litlum sjúklingahópum. Nýgengi á Íslandi er óþekkt.

Mænan er nærð af þremur slagæðum.[2] Fremri mænuslagæð (*anterior spinal artery*) sem nærir um það bil 2/3 hluta mænunnar og tvær aftari mænuslagæðar

Greinin barst 17. júní 2013, samþykkt til birtingar 20. september 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.



Mynd 1. *Segulómskoðun sem sýnir þversnið af mænunni. Örin vísar á meinsemd hliðlægt hægra megin.*

(*posterior spinal arteries*) sem næra 1/3 hluta mænunnar, það er bakstrengina (*posterior column*), bakhorn (*posterior horn*) og aftari hluta hliðstrengja (*lateral column*). Mænudrep vegna lokunar á fremri mænuslagæðinni leiðir til lömunar neðan drepsins, skerðingar á sársauka-, hita- og kuldaskyni og truflunar á starfsemi þvagblöðru. Einkenni frá bakstrengjum (stöðu- og snertiskyn) eru algengari eftir drep vegna lokunar á aftari mænuslagæðum. Slíkum drepum geta fylgt lömunareinkenni ef þau ná til hliðlægra heila- og mænubrauta (*lateral corticospinal tract*).[3]

Í 20-30% tilvika finnst engin sértæk skýring á mænudrepi.[4] Slagæðakölkun er talin orsök í 20-30% tilfella.[5] Flysjun eða skurðaðgerð á ósæð eru einnig vel þekktar orsakir. Sjaldgæfari orsakir eru til dæmis bólgusjúkdómar eins og æðabólga og Rauðir úlfar.[4] Brjósklos,[6] lágþrýstingur (*hypotension*)[4], sykursýki og lyfjagjafir í mænuganginn hafa einnig verið tengd mænudrepi.[7]

Mænudrep einkennist af skyndilegum taugabrottfallseinkennum sem má rekja til truflunar í starfsemi mænu. Tveir þriðju hlutar sjúklinga eru með skyntruflanir, helmingur með blöðrutruflanir og þriðjungur með lömunareinkenni. Í upphafi er meirihluti sjúklinga með mjög sáran bakverk í hæð við mænuskaðann.[8] Í einni rannsókn var mænudrepið í fimmtungi tilfella í hálshluta mænu, hin drepin skiptust jafnt á milli brjósthluta og lendarhluta mænu.[8] Algengast er að drepin séu á næringarsvæði fremri mænuslagæðar. Dæmigerð einkenni eru lömun neðan skaðans, truflun á sársauka-, hita- og kuldaskyni ásamt truflun á blöðrustarfsemi.[3] Drep á næringarsvæði aftari mænuslagæða eru sjaldgæf. Þeir sjúklingar hafa gjarnan skert stöðuskyn en lömun getur komið fram og blöðrueinkenni koma fyrir.[9, 10]

Mismunagreiningar eru fjölmargar. Sá sári verkur í baki, brjóstkassa eða kviðarholi sem fleðstir sjúklingar með mænudrep fá í upphafi, jafnvel áður en taugaeinkenna verður vart, minnir á einkenni við brátt hjartadrep, ósæðarflysjun eða bráðaeinkenni frá kviðarholi. Einnig geta bólgusjúkdómar í mænu birst með sömu einkennum og þeim sem fylgja mænudrepi.

Greining byggir á sjúkrasögu og taugaskoðun. Myndgreining er þó nauðsynleg og hefur segulómrannsókn yfirburði.[4] Mikilvægt er að skoða alla mænuna í leit að drepi og til að útiloka aðrar orsakir mænueinkenna. Þar koma til greina þrýstingur á mænu vegna fyrirferðar í mænugangi ásamt öðrum sjúkdómum í mænu, svo sem mænubólgu og æðamissmíð. Segulómrannsókn af heila hjálpar til við útilokun á öðrum sjúkdómum eins og MS, Rauðum úlfum (SLE), sýkingum eða sarklíki (*sarcoidosis*) sem geta gefið mænueinkenni í upphafi. Í framsýnni fjölsetra rannsókn[8] sem taldi 24 sjúklinga með mænudrep var lýst niðurstöðum úr segulómrannsóknum sem gerðar voru innan 10 daga frá upphafi einkenna. Hægt var að sýna fram á drep hjá 20 sjúklingum. Hjá fjórum var rannsóknin eðlileg þótt hún væri endurtekin á 10.-21. degi. Rannsókn á mænuvökva er ekki nauðsynleg ef klínísk einkenni eru sannfærandi og segulómrannsókn sýnir drepið.[8] Í vafatilfellum getur verið gagnlegt að skoða mænuvökva til að útiloka aðra sjúkdóma. Slík rannsókn getur gefið vísbendingar um undirliggjandi sjúkdóma, svo sem bólgusjúkdóma, sýkingar og illkynja sjúkdóma sem geta valdið mænueinkennum.

Talið er að dánartíðni eftir mænudrep sé 20-25% á fyrstu fjórum vikunum.[8] Í ofangreindri rannsókn töldust 15 sjúklingar af 28 hafa náð góðum bata, sem var skilgreindur þannig að þeir gátu gengið án aðstoðar nema hækjustafs og höfðu ekki blöðrutruflun sem krafðist þvagleggs. Afdrif 13 sjúklinga voru verri. Þrír létust, tveir vegna sýkinga og einn vegna heilastofnsdreps.[8] Almennt er talið að sjúklingum með drep á næringarsvæði fremri mænuslagæðar farnist verr en þeim sem hafa einkenni frá aftari blóðveitunni.[11] Batahorfur velta á alvarleika brottfallseinkenna í upphafi.[8]

Veikindi sjúklings í þessu tilfelli einkenndust af skyndilegu upphafi með afar sárum verk í miðjum brjóstkassa í hæð við 4. brjóstliðbol. Verkinn lagði fljótlega umhverfis brjóstkassann. Í kjölfarið, á fyrstu klukkustundunum, gætti vaxandi máttminnkunar í hægri ganglim og síðar kom í ljós skert starfsemi þvagblöðru. Skyneinkenni voru ekki til staðar. Sjúklingurinn var fyrst grunaður um brátt hjartadrep eða flysjun í ósæð. Þegar máttminnkun í ganglim var staðfest við taugaskoðun beindist athygli að miðtaugakerfinu. Fyrst var útilokuð bráð skemmd á svæði framheilaslagæðar vinstra megin. Þegar tölvusneiðmynd af höfði var eðlileg vaknaði grunur um mænueinkenni í hæð við 4. brjóstliðbol. Sýnt þótti út frá klínískum einkennum að mænudrepið væri aftarlega í hliðlægum heila- og mænubrautum (*lateral corticospinal tract*) þar sem hreyfitaugaþræðir til ganglims liggja. Þetta svæði er nært af aftari strengs slagæðinni (*posterior funicular*) sem er grein frá aftari mænuslagæðinni (*posterior spinal artery*). Segulómrannsókn sýndi segulskynsbreytingar hægra megin í mænu í hæð við 4. brjóstliðbol, breytingarnar eru ekki skýrt afmarkaðar. Drep á svæði aftari blóðveitunnar í mænunni eru mun sjaldgæfari en á fremra svæðinu. Batahorfur eru þó almennt taldar betri. Í okkar tilfelli hafði sjúklingur tiltölulega lítil brottfallseinkenni í upphafi. Þrátt fyrir ítarlegar rannsóknir fannst ekki sértæk skýring á mænudrepi.

Mænudrep eru afar sjaldgæf. Einkenni í upphafi minna á ýmsa mun algengari sjúkdóma, því er nauðsynlegt að vekja athygli hins almenna læknis á sjúkdómnum. Verkir við upphaf veikinda geta líkst bráðaeinkennum frá kransæðum, flysjun í ósæð og öðrum bráðaveikindum í brjóstholi eða kviðarholi. Taugaskoðun í upphafi ætti að leiða lækna í átt að réttri sjúkdómsgreiningu.

Umrætt tilfelli telst óvanaleg birtingarmynd mænudreps því að klínísk brottfallseinkenni voru í upphafi eingöngu lömun í öðrum ganglimnum, án nokkurrar skerðingar á skyni, og tímabundin alvarleg blöðrutruflun. Batinn var góður.

Þakkir

Kærar þakkir fær Ólafur Kjartansson röntgenlæknir fyrir hjálp við val á mynd.

Heimildir

1. Sandson TA, Friedman JH. Spinal cord infarction. Report of 8 cases and review of the literature. Medicine, Baltimore 1989; 68: 282-92.
2. Santillan A NV, Greenberg E, Riina HA, Gobin YP, Patsalides A. Vascular anatomy of the spinal cord. J Neurointerv Surg 2012; 1: 67-74.
3. Yazbeck PG, Al Rouhban RB, Slaba SG, Kreichati GE, Kharrat KE. Anterior spinal artery syndrome after percutaneous vertebroplasty. Spine J 2011; 11: e5-8.
4. Weidauer S, Nichtweiss M, Lanfermann H, Zanella FE. Spinal cord infarction: MR imaging and clinical features in 16 cases. Neuroradiology 2002; 44: 851-7.
5. Salvador de la Barrera S, Barca-Buyo A, Montoto-Marques A, Ferreiro-Velasco ME, Cidoncha-Dans M, Rodriguez-Sotillo A. Spinal cord infarction: prognosis and recovery in a series of 36 patients. Spinal Cord 2001; 39: 520-5.
6. Tosi L, Rigoli G, Beltramello A. Fibrocartilaginous embolism of the spinal cord: a clinical and pathogenetic reconsideration. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996; 60: 55-60.
7. Cheshire WP, Santos CC, Massey EW, Howard JF, Jr. Spinal cord infarction: etiology and outcome. Neurology 1996; 47: 321-30.
8. Masson C, Pruvo JP, Meder JF, Cordonnier C, Touze E, De La Sayette V, et al. Spinal cord infarction: clinical and magnetic resonance imaging findings and short term outcome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75: 1431-5.
9. Mascalchi M, Cosottini M, Ferrito G, Salvi F, Nencini P, Quilici N. Posterior spinal artery infarct. AJNR Am J Neuroradiol 1998; 19: 361-3.
10. Ito S, Hattori T, Kanesaka T, Asahina M. Posterior spinal artery syndrome presenting with sensory and motor disturbances of unilateral lower limb. J Neurol 2005; 252: 850-1.
11. Nedeltchev K, Loher TJ, Stepper F, Arnold M, Schroth G, Mattle HP, et al. Long-term outcome of acute spinal cord ischemia syndrome. Stroke 2004; 35: 560-5.

ENGLISH SUMMARY

Spinal cord infarction

Eliasdottir OJ[1], Valdimarsson EM[2]

Spinal cord infarction is a rare disease. The disorder is well known as a result of aorta atherosclerosis or complication of aorta surgery. The disorder can mimic other diseases and be difficult to diagnose. We describe a special case of a patient with idiopathic spinal cord infarction. Symptoms and prognosis of the disorder will also be discussed.

Key words: *Spinal cord infarct, case report, MRI, spinal cord diseases.*

[1]Department of Neurology Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden, [2]Department of Neurology, Landspítali The National University Hospital, Reykjavík, Iceland.

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 318018

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 nálgst 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.

AÐALFUNDUR LÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS

haldinn í Hlíðasmára 8, Kópavogi 10. og 11. október 2013

DAGSKRÁ

FIMMTUDAGUR 10. OKTÓBER

Kl. 16:00
1. Setning
2. Skýrsla stjórnar – umræður
3. Ársreikningar lagðir fram – fjárhagsáætlun kynnt
4. Málefni:
   - 4.1 Læknablaðsins
   - 4.2 Orlofssjóðs LÍ
   - 4.3 Fræðslustofnunar lækna
   - 4.4 Fjölskyldu- og styrktarsjóðs lækna
   - 4.5 Siðfræðiráðs
5. Kynning á lagabreytingum og ályktunum

Kl. 20:00 Sameiginlegt borðhald fundarmanna og gesta

FÖSTUDAGUR 11. OKTÓBER

Kl. 09:00 6. Málþing: Læknar fimm árum eftir hrun – hver er staðan og hvað er til ráða?

Kl. 12:30 Hádegisverður

Kl. 13:00 7. Starfshópar starfa

Kl. 14:30 8. Afgreiðsla lagabreytinga, ályktana og annarra mála

Kl. 16:00 9. Kosningar og lúkning annarra dagskrárliða skv. lögum LÍ
   - 9.1 Áætlun um framkvæmdir og fjárhag LÍ, ákvörðun árgjalds LÍ
   - 9.2 Stjórnarkosning
   - 9.3 Kosning í siðanefnd LÍ
   - 9.4 Kjör skoðunarmanna reikninga
   - 9.5 Fundarstaður næsta aðalfundar
   - 9.6 Önnur mál

Kl. 17:00 Áætluð fundarlok

Starfsumhverfiskönnun – til hvers?

Ólöf Birna Margrétardóttir

almennur læknir á lyflækningasviði

olofbm@gmail.com



Umræðan um dapurlega stöðu Landspítala hefur varla farið framhjá neinum undanfarnar vikur. Þar hefur verið virkjuð neyðaráætlun á lyflækningasviði vegna skorts á deildarlæknum og enn er ekki fyrirséð hvernig þetta endar. Lyflækningasvið, sem hafði um 30 deildarlækna á sínum snærum fyrir örfáum árum, hefur nú rúmlega 10 deildarlækna við störf en þar eru stöður fyrir 25 deildarlækna. Ekki er heldur svo langt síðan aðsókn í sérnámsprógramm lyflækna var það mikil að færri komust að en vildu. Nú er rætt um að mögulega séu ekki lengur forsendur fyrir því að halda prógramminu gangandi. Vissulega varð hér efnahagshrun með margvíslegum afleiðingum en það skýrir ekki vandann sem glímt er við í dag. Ekki urðu starfsmenn heilbrigðiskerfisins sérlega varir við góðærið títtnefnda en sömu starfsmenn hafa fundið allhressilega fyrir efnahagshruni og enn frekari niðurskurði. Hvað varðar lækna þá hefur verið bent á yfirvofandi læknaskort í mörg ár án þess að nokkuð hafi verið brugðist við. Endurnýjun í stéttinni er of hæg og nú er svo komið að innan margra sérgreina er stór hluti sem mun hætta störfum vegna aldurs og ekki ljóst hverjir eiga að manna þær stöður. Staðreyndin er sú að íslenskt heilbrigðiskerfi er ekki samkeppnishæft við það sem er í boði í nágrannalöndunum, hvorki hvað varðar laun né vinnuaðstæður. Þegar þetta er sett saman fæst jafna sem gengur ekki upp. Skortur á starfsfólki á vinnustað sem er ekki samkeppnishæfur.

Nú hafa verið gerðar starfsumhverfiskannanir innan spítalans. Þar er spurt um ýmsa þætti, meðal annars starfshvata, hollustu og traust, starfsfélaga, starfsþróun og starfsaðstæður. Undirrituð, sem er almennur læknir á Landspítala, svaraði umræddri starfsumhverfiskönnun í mars á þessu ári og var ómyrk í máli. Síðar kom í ljós að flestir yngri kollegar höfðu svipaða skoðun. Niðurstöður könnunarinnar voru birtar á innri vef spítalans í júlímánuði þegar flestir voru í sumarfríi. Ég velti fyrir mér hvort það sé tilviljun eða hvort þetta sé algjörlega útpælt af stjórnendum spítalans. Lítið fór fyrir umfjöllun um niðurstöðurnar þó þær væru grafalvarlegar og afleiðingar þegar farnar að sjást. Mig langar til að reifa helstu niðurstöður fyrir almenna lækna úr könnuninni :

- Fyrir deildarlækna árið **2013** voru 37 þættir af 40 rauðmerktir (rautt = aðgerðarbil), tveir þættir voru með gulu skori (gult=starfhæft bil) og aðeins einn þáttur var á grænu bili (grænt=-styrkleikabil). Svarhlutfall var 75%.
- Fyrir deildarlækna árið **2012** voru 27 þættir af 40 rauðmerktir, 11 þættir gulir og tveir grænir.
- Fyrir kandídata árið **2013** voru 38 þættir af 40 rauðmerktir, einn var með gulu skori og einn með grænu. Svarhlutfall var 100%.
- Fyrir kandídata árið **2012** voru 33 þættir af 40 rauðmerktir, sex þættir gulir og einn grænn.
- Hjá báðum hópum var grænmerkt við eftirfarandi fullyrðingu: „Ég tel störf mín vera mikilvæg."
- Allir þættir sem tóku til starfsaðstöðu og trausts voru rauðmerktir hjá deildarlæknum bæði árin.
- Allir þættir sem tóku til framþróunar, upplýsingagjafar og starfsaðstöðu voru rauðmerktir hjá kandídötum bæði árin.
- 13% af deildarlæknum eru stoltir af því að starfa á Landspítala og 1% mæla með honum sem góðum vinnustað. Aðeins 3% hugsa sjaldan eða aldrei um að hætta störfum þar og 14% telja störf sín metin að verðleikum. 7% eru ánægð með vinnuaðstæður sínar.
- Enginn af kandídötum mælir með spítalanum sem góðum vinnustað og enginn hugsar sjaldan eða aldrei um að hætta störfum þar. Aðeins 5% telja störf sín metin að verðleikum. Enginn kandídat er ánægður með vinnuaðstæður sínar.
- Spurt var: „Á minni starfseiningu/deild höfum við unnið með niðurstöður fyrri starfsumhverfiskannana." Svörin voru rauðmerkt hjá báðum hópum, bæði 2012 og 2013.

Þessi upptalning er ekki tæmandi en ætti þó að gefa ágæta mynd af ástandinu. Það sem vekur furðu mína eru niðurstöður starfsumhverfiskannana fyrri ára. Þó að niðurstöðurnar í ár hafi verið verri en í fyrra er ekki hægt að segja að árið 2012 hafi komið sérstaklega vel út. Til hvers í ósköpunum er verið að gera slíkar kannanir ef ekkert er gert með niðurstöðurnar? Stjórnendur hljóta að bera ábyrgð og stjórnendur Landspítala hafa ekki axlað ábyrgð á starfsfólki sínu. Starfsumhverfiskönnunin er falleinkunn fyrir stjórnendur stofnunarinnar. Þetta myndi ekki viðgangast í nágrannalöndum okkar án aðgerða. Stjórnendur sem myndu ekki bregðast við hættumerkjum hjá starfsfólki í langan tíma yrðu leystir frá störfum. Hvenær verða stjórnendur Landspítala leystir frá störfum? Þegar allt starfsfólkið hefur gefist upp og er horfið til annarra starfa? Líklegt er að ef eitthvað verður aðhafst verði of lítið gert og alltof seint. Það má vera að stjórnmálamenn muni minnast núverandi stjórnenda fyrir elju í niðurskurði og sparnaði. Ég hygg að starfsfólk spítalans muni hins vegar tengja þá við skort á viðbrögðum við niðurstöðum starfsumhverfiskannana og hrun ákveðinna starfseininga innan spítalans.

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.

Ekki til fjármagn í nýjan spítala, segir heilbrigðisráðherra

Hávar Sigurjónsson

Kristján Þór Júlíusson tók við embætti heilbrigðisráðherra í ríkisstjórn Sjálfstæðisflokks og Framsóknarflokks í maí síðastliðnum. Ekki gafst honum langur tími til að venjast stólnum áður en harðvítugar deilur innan Landspítalans komu inn á borð til hans og náðu hámarki nú í september þegar læknar lyflækningasviðs spítalans lýstu nánast yfir neyðarástandi á hinum ýmsu deildum sviðsins. Málefni heilsugæslunnar hafa eiginlega horfið í skuggann fyrir þessum deilum ásamt mörgum fleiri málum sem brenna á heilbrigðisráðherra á hverjum tíma.

Þegar þetta viðtal birtist hefur ráðherrann ásamt Birni Zoëga forstjóra Landspítalans birt aðgerðaáætlun um breytingar á skipulagi og starfsemi lyflæknadeildar Landspítalans auk þess sem Björn kynnti nánari útfærslu aðgerðanna innan spítalans nú í lok september. Viðtal *Læknablaðsins* við ráðherrann fór fram þann 12. september síðastliðinn og skyldi skoðast í því ljósi.

„Ástæða þess að ég lagði þessa aðgerðaáætlun fram er að með henni er ég trúr mínu uppeldi að betra sé að sigla flaggskipi íslenskrar heilbrigðisþjónustu áfram í stað þess að bakka því. Skipstjórnarreynsla mín frá fyrri árum kenndi mér að ef reynt var að bakka fiskiskipi var það stjórnlaust en meðan siglt er áfram hefur maður þokkalega góða stjórn á því."

Kristján Þór segist ekki geta svarað því hvort fjárveiting til Landspítala muni hækka á næstu fjárlögum. Hins vegar sé alveg ljóst að ekki verði dregið úr álaginu og gerðar nauðsynlegar breytingar innan lyflækningasviðs án þess að til komi auknir peningar.

„Ég er að tala um nokkur hundruð milljónir sem þarf til að gera þessar breytingar. Þær munu koma til viðbótar þeim fjármunum sem Landspítalinn hefur til ráðstöfunar. Það er ekkert hægt að gera þetta öðruvísi. Við getum ekki dregið úr álagi á lyflækningasviði án þess að það kosti peninga.

Tilllögurnar miða líka að því að styrkja framhaldsmenntun í lyflækningum sem kallað hefur verið eftir. Horfum einnig til lengri tíma með því að sameina bráðasviðin undir eitt þak. Setjum okkur einnig markmið um hvernig dreifa megi álagi af langvinnum sjúkdómum á á heilsgæsluna, sjálfstætt starfandi lækna og sjúkrahúsin."

Ísland býður lífsgæði sem ekki verða metin til fjár

Launamál lækna hafa verið sögð ein helsta ástæða óánægju þeirra á Landspítalanum, bæði almennra lækna og sérfræðinga. Hyggstu beita þér fyrir hækkun launa og/eða bættum kjörum þeirra?

„Laun lækna eru ráðin til lykta í kjarasamningum. Heilbrigðisráðherra hefur ekkert umboð til að gera kjarasamninga við lækna. Starfsaðstæður og greiðslur fyrir sérstök verk eru innanhúsmál á spítalanum. Þeir fjármunir sem yfirlýsing mín kallar á mun auka svigrúm spítalans til að vinna með þau verkefni sem honum er ætlað að sinna af stjórnvöldum. Ég mun kalla eftir auknum fjármunum til að draga úr fráflæðisvanda Landspítala og eins til að styrkja framhaldsmenntunarþátt lyflækningadeildarinnar sem hefur orðið nokkuð undan að láta á undanförnum árum vegna þeirra fjárhagslegu skilyrða sem Landspítalinn hefur búið við. Fram til þessa hefur þetta nám verið með slíkum ágætum að námslæknar af þessari braut hafa átt mjög greiðan aðgang að bestu háskólasjúkrahúsum erlendis. Það ber hins vegar að taka alvarlega áhyggjur sérfræðinganna sem borið hafa ábyrgð á þessum þætti starfs lyflækningadeildar og ég tel að við séum að því með þeim aðgerðum sem kynntar hafa verið."

Annar meginvandi Landspítalans er að íslenskir læknar sem lokið hafa sérfræðinámi erlendis fást ekki til að flytja heim. Þarf ekki sérstakt átak í þessu efni, bjóða þeim betri kjör en nú tíðkast, fríðindi af einhverju tagi, rétt eins og gert er þegar verið er að laða lækna úr Reykjavík til starfa út á landsbyggðina? Átak undir kjörorðinu Sérfræðingana heim!

„Það er alveg sjálfsagt að skoða það. Ég held reyndar að sú vinna sé þegar í gangi. Besta leiðin til þess er að virkja þá einstaklinga sem hafa sinnt handleiðslu þessara ungu lækna áður en þeir héldu utan til framhaldsnáms. Ég veit líka af sérfræðingum erlendis sem bíða eftir tækifærinu til að koma heim. Við erum ekki í blindgötu. Við eigum færi.

Hin ramma taug sem rekka dregur föðurtúna til er enn býsna sterk, þó kannski ekki eins öflug og við vildum. Við erum ekki nema 320.000 manns en þrátt fyrir það hefur okkur tekist að byggja upp eina bestu heilbrigðisþjónustu í heimi. Það ætti að vera okkur hvatning. Hér hafa ungir læknar tækifæri til að starfa með frábærum sérfræðingum í ýmsum greinum læknisfræði, tækifæri sem bjóðast kannski ekki alls staðar annars staðar. Ég geri mér hins vegar alveg fulla grein fyrir því að staðan er alvarleg og hún verður ekki leyst á einu eða tveimur árum. Við verðum að setja okkur markmið til lengri tíma. Við munum aldrei geta boðið sömu laun og bjóðast víða erlendis. Við heyrum þetta frá fleiri starfsstéttum en læknum. Við skulum ekki gleyma því að á Landspítala starfa 480 læknar. Á lyflækningadeild vantar 12 sérfræðinga. Það er ekki stór hluti af heildinni en samt er umræðan komin á það stig að allt sé komið í kaldakol. Það er það ekki. En staðan er alvarleg og ég deili þeirri skoðun með þeim 20 prófessorum og yfirlæknum sem skrifuðu



Kristján Þór á skrifstofu sinni í heilbrigðisráðuneytinu. Á bak við hann er málverk eftir eiginkonu hans, Guðbjörgu Ringsted.

grein í *Fréttablaðið* þann 11. september að staðan sé alvarleg."

Kristján grípur til þeirrar líkingar að gesti langi ekki í heimboð ef þeir vita að allt logar í illdeilum milli heimilisfólksins. „Hluti af því að gera heimboðið aðlaðandi fyrir þetta unga fólk sem hefur varið bestu árum ævi sinnar í að mennta sig, er að bjóða þeim þannig umhverfi að það hafi ánægju af að koma inn í það. Gleymum því samt ekki að Ísland býður lífsgæði sem ekki verða metin til fjár og margir myndu gefa mikið til að geta notið."

Ekki fjármagn til í nýjan spítala

Kristján kveðst fyllilega meðvitaður um stöðuna sem Landspítali er kominn í og að lítið megi útaf bregða ef hlekkir þeirrar keðju þekkingar og kunnáttu sem orðið hafa til á undanförnum árum og áratugum eigi ekki að bresta. „Það eru hreinar línur að þegar svo fjölmennur og mikilvægur vinnustaður sem Landspítali er – og öll þjóðin hefur þar hagsmuna að gæta – þarf að taka á sig afleiðingar efnahagshrunsins, myndast gríðarleg pressa á starfsfólkið. Þegar ofan á þetta bætist krafa um hagræðingu hlýtur það að leiða til átaka og togstreitu. Kannanir sem sýna litla starfsánægju hins vinnandi manns á spítalanum staðfesta þetta og við hljótum að koma til aðstoðar við að lagfæra þetta ástand."

Bygging nýs Landspítala hefur um alllangt skeið verið á döfinni og að sögn Kristjáns er málið þar statt að kærufrestur vegna hönnunar rann út í lok ágúst. Svar hans í sem stystu máli er að fjárlög ríkisstjórnarinnar fyrir næsta ár muni leiða í ljós hvert verði framhald þessa verks. „Annað get ég ekki sagt fyrr en það liggur fyrir. Ég hef hins vegar aldrei legið á þeirri skoðun minni að ég telji fulla þörf á því að endurbyggja vissa hluta Landspítalans. Þetta verkefni er í mínum huga alveg sérstakt og tengist ekki lausn á núverandi rekstrar- og mönnunarvanda spítalans. Ég tel ríkissjóð ekki í neinum færum í dag til að hefja byggingu spítala sem kostar 40-50 milljarða."

Aukinn einkarekstur heilsugæslunnar

Læknar heilsugæslunnar hafa í mörg ár sóst eftir því að fá tækifæri og svigrúm til einkareksturs þjónustu sinnar en án árangurs. Hefur þú einhver áform í þessum efnum?

Já, ég hef það. Ég hef mikinn áhuga á því að sjá aukinn einkarekstur í heilsu-

gæslunni og einnig að útvista henni til sveitarfélaganna til að eiga möguleika á að samþætta félagsþjónustu sveitarfélaga við þá þjónustu sem heilsugæslan veitir. Það fyrirkomulag hefur gefið góða raun bæði á Akureyri og á Höfn í Hornafirði. Sömuleiðis er reynsla okkar af einkarekstri í heilsugæslunni hér á höfuðborgarsvæðinu mjög góð ef borið er saman við rekstur annarrar heilsugæslu. Við berum okkur gjarnan saman við Norðurlöndin en þar eru víða í gildi þjónustusamningar við heimilislækna, reynslan þaðan er afar góð. Það er því allt sem mælir með því að við horfum til frekari breytinga í þessa átt. Ég er ekki með neina uppskrift að því hvernig þetta á gerast, það getur tekið tíma að útfæra þetta svo vel verði, en ég ætla mér að ganga að þessu verki á nýju ári í góðri samvinnu við fagfólk enda hefur það ítrekað kallað eftir þessum breytingum."

Rafræn sjúkraskrá á landsvísu hefur verið eitt helsta baráttumál lækna um árabil. Ætlarðu að beita þér í því máli?

Ég vil miklu frekar leggja áherslu á að fá sem besta þjónustu í heilsugæslunni fyrir þá fjármuni sem höfum til ráðstöfunar fremur en leggja 10-12 milljarða í nýja rafræna sjúkraskrá. Ég geri mér alveg grein fyrir gildi hennar en þessa fjármuni hef ég ekki handbæra. Það verður að fara aftar í forgangsröðina."

Kristján segir að þær breytingar sem hann hyggst beita sér fyrir í heilbrigðiskerfinu séu orðnar það mótaðar og skýrar að ástæðulaust sé að stofna um það nefndir eða tillöguhópa. „Við erum komin með yfrið nóg af slíkri vinnu, mjög góðri vil ég segja, og ég hyggst nýta það góða starf og hrinda sem flestu í framkvæmd af þeim tillögum sem þar koma fram."

Forveri þinn í embætti heilbrigðisráðherra, Guðbjartur Hannesson, fékk Boston Consulting Group til að gera skýrslu um heilbrigðiskerfið. Aðgangsstýring með heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustað í kerfinu er ein megintillaga þeirrar skýrslu. Muntu beita þér fyrir því?

„Ég hyggst vinna að því að koma á þjónustustýringu í heilbrigðiskerfinu. Heilbrigðisyfirvöld hafa afar takmarkaða möguleika til að stýra því hversu mikill kostnaður verður til í kerfinu án þess að beita þjónustustýringu. Tillögur þessa efnis liggja fyrir og ég vil koma þeim í framkvæmd."



Kristján Þór á fundi hjá Læknafélaginu í september, þar sem vandi Landspítalans var ræddur.

Mikill ávinningur af forvörnum

Finnst þér heilbrigðiskerfið of dýrt?

Nei, og ég sé ekki eftir sköttum mínum í heilbrigðisþjónustuna og ég held að það geri sárafáir. Við getum hins vegar farið betur með fjármunina sem við leggjum til heilbrigðismála og við eigum að leita allra leiða til þess. Við getum fengið meiri þjónustu fyrir þessa fjármuni og ég ætla að byrja í heilsugæslunni."

Ertu þeirrar skoðunar að ríkið eigi að reka heilbrigðisþjónustuna?

Já, tvímælalaust, sérstaklega þar sem einstaklingar og fyrirtæki geta ekki sinnt henni. Ríkið á að bera ábyrgð á heilbrigðisþjónustunni í landinu samkvæmt gildandi lögum en það er alveg hægt fela einstaklingum og fyrirtækjum að sinna ákveðnum þáttum fyrir hönd ríkisins og dæmin sanna að þeir gera það betur en ríkið í sumum tilfellum. Við þurfum hins vegar að skilgreina vandlega hvaða þjónustu ríkið ætlar að kaupa og tryggja eftirlit með gæðum og öryggi hennar. Þessi þjónusta er varin með samningum sem þar með tryggir öllum þjóðfélagsþegnum jafnan aðgang að henni, þetta verður að hafa í huga þegar rætt er um einkarekstur í heilbrigðisþjónustinni. Reynslan kennir okkur að ábatinn fyrir einstaklinginn sjálfan er meiri ef hann er eigin herra við þessi störf en ef hann er starfsmaður stjórnvaldsins."

Forvarnir á sviði lýðheilsu og neyslu heyra einnig undir heilbrigðisráðherra. Hinir svokölluðu lífsstílstengdu sjúkdómar verða æ stærra vandamál. Hyggstu beita þér á þessu sviði?

Þetta hefur verið mér hugleikið mjög lengi. Við höfum tölur um að kringum 15.000 manns þjáist af sykursýki II. Ef við gætum minnkað þennan hóp um 10% myndum við spara útgjöld í lyfjakostnaði um 750 milljónir á ári. Það hljóta allir að sjá eftir hverju er að slægjast þeim megin á reislunni, svo ekki sé talað um aukin lífsgæði þessa fólks. Ég hyggst því færa út yfir alla heilsugæsluna verkefnið um hreyfiseðlana sem hefur gefist mjög vel erlendis og á þeim heilsugæslustöðvum sem tekið hafa það upp. Við viljum auðvitað hvetja fólk með öllum ráðum til að taka upp heilbrigðan lífsstíl og á vegum landlæknisembættisins er unnið að því. Það er þó allt að því grábölvað að það þurfi að koma til stjórnvaldsfyrirmæli til almennings að halda okkur í sem bestu líkamlegu formi. Ég er frekar andvígur því að stjórnvöld beiti neyslustýringu með sköttum og verðlagningu þó ég geri mér ágætlega grein fyrir áhrifum hennar, sérstaklega hvað varðar áfengi og tóbak. Þar hefur verðlag mest að segja um hvernig neyslumynstur þjóðarinnar breytist. En í grunninn tel ég að einstaklingurinn verði sjálfur að bera ábyrgð á eigin lífi og heilsu."

Selincro®
nalmefen

Lundbeck

„Ég hef fengið nóg“ hljómar svo miklu betur en „Þú hefur fengið nóg“



Áfengi breytir boðefnastarfsemi heilans og hvernig hann vinnur. Ef einstaklingur á erfitt með að hafa stjórn á áfengisneyslu, gæti það verið merki um áfengisfíkn.

Sérlyfjatexti á bls. 484

Vefjagigt er viðurkenndur sjúkdómur

– segir Arnór Víkingsson gigtarlæknir

Þraut ehf. er fyrirtæki sem sérhæfir sig í mati og meðferð vefjagigtar og hefur starfað frá því í ársbyrjun 2011. Arnór Víkingsson gigtarlæknir er einn þriggja stofnenda og eigenda fyrirtækisins en hin eru Sigrún Baldursdóttir sjúkraþjálfari og Eggert S. Birgisson sálfræðingur.

Arnór segir um aðdraganda þess að Þraut var stofnuð að það hafi verið draumur þeirra þremenninganna að geta sett á laggirnar meðferðarstöð fyrir vefjagigt sem byggði á teymisvinnu.

„Við fórum af stað árið 2008 með að selja ráðuneyti heilbrigðismála og Sjúkratryggingum Íslands þessa hugmynd og tveimur árum seinna fengum við bráðabirgðasamning en hann entist bara til nokkurra mánaða. Formlegan samning fengum við í apríl 2011.

Sjúkratryggingar kaupa af okkur ákveðinn fjölda greininga á ári og einnig endurhæfingu fyrir tilgreindan fjölda sjúklinga. Ég held ég ýki ekki þegar ég segi að þetta hafi verið tímamótasamningur. Með þessum samningi féllust Sjúkratryggingar á þau rök okkar að góð heilbrigðisþjónusta fyrir vefjagigtarsjúklinga byggðist á samstarfi nokkurra sérfræðinga í teymi og voru tilbúnar að kaupa slíka þjónustu. Fram til þessa hafði þjónusta utan stofnana verið veitt af ótengdum aðilum sem höfðu ekki innbyrðis samráð um meðferðina, til dæmis gigtarlæknum, heimilislæknum, sjúkraþjálfum, geðlæknum, sálfræðingum og iðjuþjálfum, þannig að úr varð brotakennd og áttavillt meðferð. Í starfi mínu sem gigtarlæknir á stofu til margra ára, þar sem tæplega helmingur nýrra sjúklinga fær greininguna vefjagigt, fann ég glöggt fyrir því að þessir sjúklingar fengu ekki bestu meðferð sem hægt var að veita. Þess vegna var svona meðferðarstöð búin að vera draumur minn til margra ára."

Vefjagigt, segir Arnór, er ein birtingarmynd langvinnra, útbreiddra stoðkerfisverkja en samkvæmt erlendum rannsóknum eru um 8-11% þýðis með slíka verki.

„Af þeim er um þriðjungur með vefjagigt og það segir okkur að hér á landi eru sennilega um 10.000 manns með vefjagigt. Því mætti ætla að rík þörf væri fyrir greiningar- og meðferðarstöð sem þessa. Enda stóð ekki á viðbrögðunum: umsóknum rignir inn og nú eru nokkur hundruð manns sem bíða eftir greiningarmati.

Vefjagigt var ekki skilgreind sem sjálfstæður sjúkdómur af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni fyrr en 1993. Það hefur tekið töluverðan tíma fyrir sjúkdóminn að öðlast viðurkenningu innan læknasamfélagsins en sem betur fer ber æ minna á andmælum. Það hefur ríkt ákveðin vantrú hjá sumum læknum um tilvist vefjagigtar sem ég vil meina að sé á misskilningi byggð. Enginn mótmælir því í dag að fjölmargir einstaklingar þjást af langvinnum, útbreiddum verkjum og hvort það heitir „vefjagigt" eða eitthvað annað er í rauninni aukaatriði. Það sem skiptir höfuðmáli er að veita þessum einstaklingum hjálp. Deilur um eðli og orsök vefjagigtar eru að hluta til komnar af þeirri staðreynd að vefjagigt sést ekki í blóðprufum eða myndgreiningu. Engu að síður er vefjagigt mjög áþreifanleg við klíníska læknisskoðun og samkvæmt bókhaldi lífeyrissjóða er vefjagigt ein af þremur algengustu ástæðum örorku á Íslandi í dag. Vandamálið er því raunverulegt og aðkallandi að lækna."

Arnór lýsir dæmigerðri sjúkrasögu einstaklings með vefjagigt á þá leið að hann hafi ítrekað leitað til læknis vegna verkja, þreytu og svefntruflana. Samhliða því sem læknirinn reynir að veita einhverja úrlausn hafa skilaboðin verið þau að þetta sé ekki alvarlegt, bara vefjagigt, og að engin líffæri séu í hættu. „Þessi viðhorf lækna gagnvart vefjagigt seinka greiningar- og meðferðarferlinu og geta leitt til þess að fólk er komið út á ystu nöf þegar það loksins fær viðhlítandi meðferð.

Vefjagigt er króníska sjúkdómur sem á sér margvíslegar birtingarmyndir. Hjá sumum einstaklingum geta einkennin komið fram seint á ævinni og verið tiltölulega væg. Hjá öðrum geta einkennin verið mjög hastarleg og komið fram strax á unglingsárum. Þarna á milli eru fjölmörg tilbrigði við það meginstef að sjúkdómurinn er ólæknandi og rétt meðferð er nauðsynleg til að gera einstaklingnum kleift að lifa með honum án þess að lífsgæði skerðist verulega. Í dag hafa verið þróuð mælitæki til að meta ástand vefjagigtar hjá sjúklingum. Slíkt mat gefur praktískar upplýsingar um alvarleikastig sjúkdómsins og hversu brýnt sé að grípa inn í sjúkdómsferlið. Þessi mælitæki eru ekki tugmilljóna króna tæki heldur einfaldir spurningalistar sem kosta sama og ekkert. Við erum að vona að læknar í frumþjónustu fari að nota þessa spurningalista sjálfum sér og sjúklingunum til gagns."

Ítarleg greining og mat

Starf Þrautar byggist á því að sjúklingarnir koma þangað samkvæmt tilvísun frá heimilislækni í það sem kallast *greining og mat*, að sögn Arnórs.

„Einstaklingurinn svarar um 15 spurningalistum sem taka á flestum þáttum heilsufars; líkamlegs, andlegs og félagslegs, því einkenni og orsakir vefjagigtar geta verið æði misjöfn. Sumir einstaklingar eru með áberandi líkamleg vandamál, á meðan aðrir glíma við geðræn, og það skiptir miklu máli að meta alla þætti rétt og nákvæmlega. Viku síðar kemur sjúklingurinn aftur og fer í ítarlegt viðtal, skoðun og mat hjá gigtarlækni, sjúkraþjálfara og sálfræðingi. Í framhaldi berum við saman bækur á teymisfundi þar sem læknirinn veitir sjúkdómsmat, meðal annars hvort um sé að ræða vefjagigt og/eða aðra sjúkdóma, sjúkraþjálfarinn veitir upplýsingar um líkamlegt ástand og færni einstaklingsins, um stöðuskekkjur, þol og fleira og sálfræðingurinn kynnir mat sitt á andlegu ástandi einstaklingsins, streitu, kvíða, þunglyndi og fleiri þáttum. Þegar þetta er allt lagt saman fáum við heillega mynd af ástandi sjúklingsins og getum betur greint þau atriði sem skera sig úr og hafa mest áhrif á gang sjúkdómsins. Sjúk-



Þraut ehf. sérhæfir sig í meðferð vefjagigtar. Frá vinstri: Arnór Víkingsson gigtarlæknir, Sonja Harðardóttir skrifstofustjóri, Sigrún Baldursdóttir sjúkraþjálfari og Eggert S. Birgisson sálfræðingur.

lingurinn kemur síðan í viðtal þar sem farið er yfir niðurstöðuna og að lokum er ítarleg samantekt send til heimilislæknis.

Ég tel að með þessari nálgun séu vefjagigtarsjúklingar loksins að fá þá heilbrigðisþjónustu sem þeim ber, þjónustu sem er sambærileg við það sem ýmsir aðrir sjúklingahópar hafa notið undanfarna áratugi. Mat á vefjagigt er tímafrekt og nokkuð flókið ferli og það er ekki hægt að ætlast til þess að heimilislæknir hafi aðstöðu eða burði til að sinna slíku upp á sitt eindæmi. Því tel ég að á sama hátt og heimilislæknir getur sent sjúkling með bakverk til röntgenlæknis og fengið prentaða niðurstöðu um ástand baksins, eigi hann allt eins að geta sent sjúkling með útbreidda stoðkerfisverki til Þrautar og fengið prentaða skýrslu með niðurstöðum og mögulegum meðferðarúrræðum."

Arnór segir þekkingu á eðli vefjagigtar hafa fleygt mjög fram á síðustu 5-10 árum. „Í raun hefur þekkingaraukningin verið allt að því byltingarkennd þannig að í dag má halda því fram af sannfæringu að enginn verkjasjúkdómur standi vefjagigt framar hvað varðar vísindalega þekkingu. Rannsóknaraðferðir sem fela í sér magnmælingu skynviðbragða og myndgreiningatækni sem gefur möguleika á að mæla efnaskiptavirkni og boðefnavirkni í hinum ýmsu kjörnum heilans hafa veitt okkur nýja innsýn í heim verkjaviðbragða. Ég hef trú á að á næstu árum muni þessi þekking valda straumhvörfum í nálgun okkar og meðferð á langvinnum verkjum.

Í greiningarferli okkar hjá Þraut leggjum við mat á hvaða meðferðar sé þörf. Það ræðst meðal annars af greinanlegum orsakaþáttum, af einkennamynstri og því hversu virkur sjúkdómurinn er. Fyrir vægan sjúkdóm dugar yfirleitt fræðsla, lífsstílsbreytingar og mögulega minniháttar lyfjainngrip; fyrir illvígan sjúkdóm þarf iðulega mun umfangsmeiri meðferð, gjarnan 8 vikna ambulant endurhæfingu 5 daga vikunnar þar sem líkamsþjálfun, hugræn atferlismeðferð, lyfjagjöf og fleira er samtvinnað þörfum hvers og eins.

Sjúklingar koma of seint til meðferðar

Vefjagigt er ekki frábrugðin öðrum sjúkdómum að því leyti að því fyrr sem gripið er inn í, því betur gengur að meðhöndla hann. Við erum að mínu mati að fá sjúklinga alltof seint til meðferðar, mjög margir hafa verið illa haldnir árum saman og eru dottnir útaf vinnumarkaðnum og þá getur verið mjög erfitt að snúa ferlinu við. Meðaltalsvefjagigtarskor sjúklinga hjá Þraut samkvæmt FIQ-spurningalista er um 63 stig, sem þýðir að meðalsjúklingurinn er þá þegar kominn með *illvíga* vefjagigt, það er skor hærra en 60 stig. Þetta er hliðstætt því að krabbameinsjúkdómur væri ekki meðhöndlaður fyrr en krabbameinsæxlarnar væru 80% þrengdar eða að krabbameinið þyrfti að ná 5 cm stærð áður en eitthvað væri að gert. Fyrirbyggjandi aðgerðir eru það sem við viljum leggja áherslu á.

En vissulega geta skilin verið óglögg þegar um sjúkdóm eins og vefjagigt er að ræða. Hvenær eru þreyta eða verkir sjúklegir og hvenær ekki? Hvenær eru kvartanirnar einfaldur lífsstílsvandi og hvenær sjúkdómur? Hvenær á heilbrigðiskerfið að annast kostnað vegna þjónustunnar og hvenær þarf þjóðfélagsþegninn sjálfur að bera fulla ábyrgð á líðan sinni? Ég held að tilhneigingin hjá mörgum læknum hafi verið að seilast fulllangt í að skilgreina alla langvinna stoðkerfisverki sem hreinan lífsstílsvanda sem einstaklingarnir þurfa sjálfir að finna lausn á; talsvert strangari reglur en gilt hafa um fjölmarga aðra lífsstílstengda sjúkdóma þar sem heilbrigðiskerfið grípur fljótt og vel inn í þegar einkennin birtast."

Vel þjálfað skurðteymi er grunnur að góðum árangri

Hávar Sigurjónsson

Það er óhætt að segja að tímamót í tvennum skilningi hafi orðið í vor þegar Þórarinn Arnórsson hjartaskurðlæknir lét af störfum við Landspítalann vegna aldurs. Þórarinn framkvæmdi fyrstu hjartaaðgerðir hérlendis í júní 1986 en langur og flókinn aðdragandi þess að hjartaaðgerðir hófust á Íslandi hefur verið rakinn skilmerkilega í greinum eftir Þórarin sjálfan og Þórð Harðarson í tveimur síðustu tölublöðum *Læknablaðsins*.

Með Þórarni er því fyrsta kynslóð íslenskra brjósthols- og hjartaskurðlækna sest í helgan stein og önnur kynslóð þegar tekin við keflinu þó ekki séu á Þórarni að sjá nein ellimörk; maðurinn grannur og greinilega vel á sig kominn, augnaráðið skarpt og höndin styrk. *Læknablaðið* óskaði eftir viðtali við Þórarin í tilefni starfslokanna og ekki fráleitt að spyrja í upphafi hvort honum hafi fundist orðið tímabært að leggja hnífinn á hilluna.

„Það er ágætt að vera laus frá þeirri bindingu sem starfinu hefur fylgt. Mikil vaktaskylda í gegnum árin og starfið hefur alltaf haft forgang fram yfir allt annað, fjölskyldu og áhugamál. Nú get ég farið að sinna því hvorutveggja enda er fjölskyldan hæstánægð með þetta," segir Þórarinn léttur í bragði eftir að hann hefur boðið mér til stofu á fallegu heimili hans og eiginkonunnar Rannveigar Þorvarðardóttur skurðhjúkrunarfræðings í einbýlishúsi við Grafarvoginn.

Glæsilegur námsferill í þremur löndum

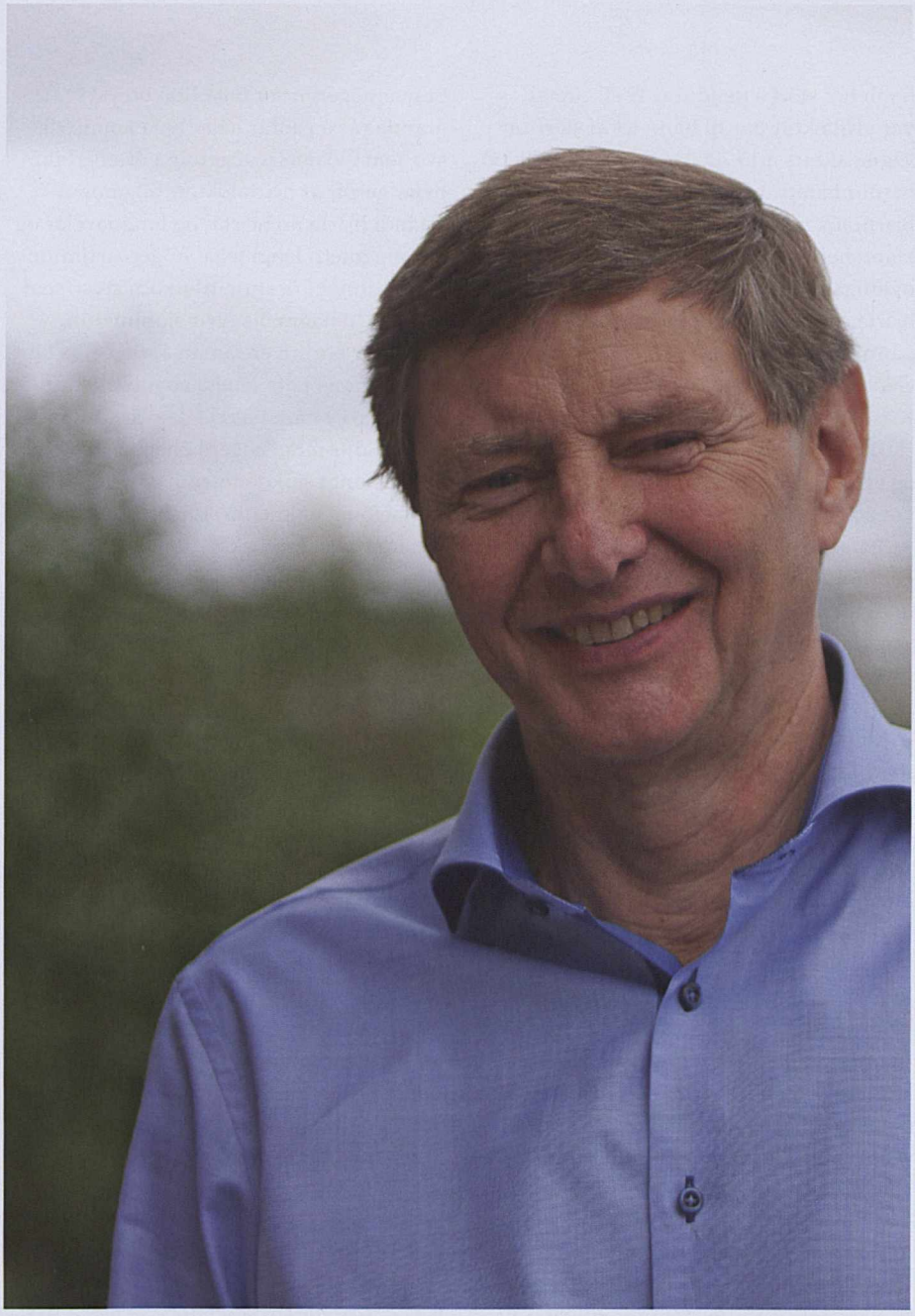
Við hefjum samtalið með því að rifja upp feril Þórarins frá því að hann lauk embættisprófi í læknisfræði frá HÍ í febrúar 1970. Eftir hefðbundið kandídatsár gerðist Þórarinn héraðslæknir í Ólafsvík um 6 mánaða skeið. „Það var lærdómsríkur tími en áfallalaus. Ég hef ekki miklar sögur af svaðilförum eða tvísýnum læknisverkum, en það var þó ákveðin reynsla þegar ungi læknirinn var vakinn um miðja nótt og sagt af konu sem væri að eiga barn á Hellissandi og legvatnið farið. Sá sem sótti lækninn var nokkuð stressaður og lýsingarnar ekki mjög skýrar. Ég rauk af stað, tók með mér fæðingartengur sem voru til á staðnum og áhöld til vökvagjafa. Eftir nokkra leit í myrkrinu fann ég síðan húsið sem stóð utan við bæinn. Ég bankaði á dyrnar og fram kom kona all kviðmikil, sem var að dunda sér við að sjóða bendla, búin að leggja brúnan umbúðapappír á rúmið, en hún hafði verið í réttunum daginn áður og þótti ágætt að hafa magakúluna til að bera lömbin á. Hún hallaði sér síðan í rúmið og átti sitt níunda barn. Fæðingin gekk öll að óskum og barnið var heilbrigt. Svona gat þetta gengið fyrir sig á þeim tíma.

En einna minnistæðast er mér þegar ég var fenginn til að kafa í höfnina eftir stóru borstykki sem hafnarstarfsmenn höfðu misst í sjóinn, en yfir stóðu hafnarframkvæmdir. Kafarinn í plássinu var slasaður en karlarnir höfðu einhverjar spurnir af því að nýi læknirinn hefði fengist við köfun og leituðu því til mín. Ég fór þarna niður og kom upp með hlutinn, en þeir héldu að læknirinn hefði bilast eitthvað þegar hann hvarf aftur í djúpið. Málið skýrðist hins vegar þegar ég kom aftur upp með heilmikla þvingu, sem þeir höfðu misst áður!"

Þórarinn átti á námsárum sínum glæsilegan feril í frjálsum íþróttum og keppti fyrir Íslands hönd á Norðurlandamótum og Evrópumótum í millivegalengdum í hlaupum. Hann kveðst ekki hafa stundað hlaup eða aðrar íþróttir að neinu ráði síðan, lítill tími hafi gefist til þess og stopulan frítíma hafi hann frekar nýtt til að dytta að húsi sínu og eiga samneyti við fjölskyldu og vini.

„Ég réði mig síðan á Landspítalann sem aðstoðarlæknir á skurðlækningadeild í október 1971 og gegndi þeirri stöðu til ársins 1976. Ég var því fyrsti náms- eða „super"- kandídatinn á Landspítalanum eins og það kallaðist þá. Þetta þykir nokkuð langur tími í stöðu deildarlæknis og flestir eru farnir utan til framhaldsnáms fyrr, en aðstæður mínar voru þannig að þetta hentaði ágætlega. Við Rannveig giftum okkur 1973, fjölskyldan stækkaði hratt og ég var mjög ánægður með starfið á skurðdeildinni. Ég starfaði mest með Páli Gíslasyni á þessum árum og var farinn að framkvæma ýmsar aðgerðir sjálfur, sérstaklega í æðaskurðlækningum. Þarna fékk ég mikla og góða þjálfun og gekk vaktir á móti sérfræðingum skurðdeildarinnar á síðari hluta þessa tímabils."

Árið 1976 flutti Þórarinn með fjölskylduna til Bandaríkjanna og gerðist námslæknir í skurðlækningum við New Britain General Hospital í Connecticut. „Ég kom þarna inn á annað ár skurðlæknanámsins en það kom fljótlega í ljós að ég hafði talsvert meiri aðgerðareynslu en aðrir námslæknar og þjálfunin var í of föstum skorðum til að henta mér. Ég fór því fljótlega að líta í kringum mig eftir öðru og hlutirnir æxluðust þannig að við fluttum til Örebro í Svíþjóð eftir ársdvöl í Bandaríkjunum



„Það má auðvitað velta því fyrir sér hversu rökrétt það er að miða starfshæfni manna við eitthvert sérstakt aldursár, ekki síst ef skortur er á reyndu fólki í viðkomandi grein," segir Þórarinn Arnórsson hjartaskurðlæknir sem lét af störfum í vor.

en ég fékk stöðu þar sem deildarlæknir á æða- og brjóstholsskurðdeild Svæðissjúkrahússins. Þarna var ég í rúmt ár og hafði nóg að gera í æða- og lungnaaðgerðum. Þarna var yfirlæknir Sam Nordström, mjög hæfur og skemmtilegur maður, og með honum tékkinn Jan Malina, fyrrverandi Evrópumeistari í kúluvarpi og frábær skurðlæknir, auk vinar míns Carlos Ortega, fyrrverandi krókódílaveiðimanns frá Bólivíu, sem hafði komið til Svíþjóðar eftir valdaránið í Chile. Carlos hafði unnið á Kúbu með Rússanum sem fyrstur þróaði heftibyssurnar í skurðlækningum. Þetta var mjög öflugur hópur sem gaman var að vinna með, mjög mikil vinna en frábær skóli fyrir ungan mann. Þá var það sem Hörður Alfreðsson, sem þá var aðstoðarlæknir á brjósthols- og hjartaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Uppsölum, benti mér á lausa stöðu aðstoðarlæknis á deildinni, sem ég sótti um og fékk, enda taldi ég að með því fengi ég góða viðbót við kunnáttu mína. Þetta reyndist mjög farsæl ákvörðun og í Uppsölum bjuggum við fjölskyldan í góðu yfirlæti í sjö ár, þar til við fluttum heim 1985. Háskólasjúkrahúsið í Uppsölum er eitt þriggja stærstu sjúkrahúsa Svíþjóðar. Yfirlæknir var á þeim tíma sem ég kom þangað Lennart Johansson, frábær skurðlæknir og mjög sterkur persónuleiki. Hann hafði starfað sem aðstoðarlæknir með Craaford í Stokkhólmi á sínum námstíma þegar Craaford var að þróa sína fyrstu hjarta- og lungnavél og gerði sína fyrstu aðgerð rétt á eftir Gibbon, sem varð fyrstur til. Í Uppsölum var með honum sterkur kjarni af mjög hæfum mönnum og deildin stóð framarlega á alþjóðavísu. Á þessum árum var mikil framþróun í öllum tækjabúnaði og aðgerðatækni og starfsemin öll að komast af frumherjastiginu yfir á það stöðuga ástand sem er í dag og mjög gaman að hafa tekið þátt í þeim tíma. Það var mikil vinna, aðgerðir alla vinnudaga og ég fékk því góða þjálfun og reynslu. Framan af var ég í aðstoðarlæknisstarfi en seinni hluta tímans gegndi ég stöðu aðstoðaryfirlæknis um rúmlega eins árs skeið og leysti einnig af tímabundið sem yfirlæknir. Sérfræðiviðurkenningu í brjósthols- og hjartaskurðlækningum fékk ég í Svíþjóð 1982. Fyrri hluta tímans í Uppsölum sá ég fljótlega um allflestar lungnaaðgerðirnar, en seinni hluta starfstímans fékkst ég nær eingöngu við hjartaaðgerðir og þegar ég kom heim til Íslands var ég búinn að gera um 500 hjartaaðgerðir og enn fleiri lungnaaðgerðir. Þetta var mikil vinna og góður skóli."

Upphaf hjartaaðgerða á Íslandi

„Það hafði legið í loftinu um allangt skeið að hefja hjartaskurðlækningar á Íslandi. Sú saga hefur verið rakin annars staðar en það voru mjög skiptar skoðanir um hvort ætti að hefja slíka starfsemi hér heima. Þórður Harðarson lýsir framgangi þessara mála ágætlega í grein í *Læknablaðinu* í september á þessu ári og má ef til vill bæta við að ég og Hörður áttum viðtal við Matthías Bjarnason, þá heilbrigðisráðherra, á árinu 1985 eða árinu áður en

starfsemin hófst og höfum þá væntanlega verið fyrstir skurðlækna til að ræða við ráðherrann. Virtist manni sem þá losnaði um höft, hvort sem þetta var ástæða þess eða ekki. Þetta var reyndar ekki meginástæða þess að við fluttum heim. Ég fékk stöðu á Landakotsspítala 1985 og starfaði þar þangað til stofnuninni var lokað 1996. Þar stundaði ég almennar skurðlækningar og lungnaaðgerðir auk þess sem við Sigurgeir Kjartansson gerðum jafn mikið af æðaaðgerðum og gert var á Landspítalanum á þeim tíma. Ég sá verulega eftir þeirri stofnun þegar henni var lokað. Þar var sjaldnast nein töf á framkvæmdum, gott skipulag og hlutirnir gengu hratt og vel fyrir sig. Þegar ákveðið hafði verið að hefja hjartaskurðlækningar á Íslandi réði ég mig síðan í hálfa stöðu sem sérfræðingur í hjartaskurðlækningum á Landspítalann 1986. Þá voru þar þegar fyrir starfandi Hörður Alfreðsson og Kristinn Jóhannsson sem lærði í Bandaríkjunum. Grétar Ólafsson brjóstholsskurðlæknir var yfirlæknir. Ég fór svo um vorið aftur út til Uppsala í nokkrar vikur til að hressa upp á þjálfunina áður en við byrjuðum hér heima. Vegna þess hve þessi starfsemi hafði verið umdeild og margir andvígir henni var lagt mikið upp úr því að allt gengi sem snurðulausast og öruggast fyrir sig í upphafi. Við Hörður höfðum fengið vin okkar Hans Erik Hansson, sem þá var nýorðinn yfirlæknir í Uppsölum, til að koma og vera með í fyrstu aðgerðunum þannig að það væri stuðningur erlendis frá. Ég gerði síðan fyrstu aðgerðirnar með aðstoð Harðar. Til að við fengjum frið gagnvart umhverfinu var fyrsta aðgerðin gerð á laugardegi, þann 14. júní, en það sýndi sig þegar til kom að það voru þegar mest lét 18 manns inni á skurðstofunni, þannig að leyndin reyndist ekki mikil! Sjúklingurinn var sextugur karlmaður sem hafði sagt fyrir aðgerðina að hann treysti okkur fullkomlega því við myndum örugglega vanda okkur sérlega mikið með fyrstu aðgerðina! Aðgerðin, sem var kransæðaaðgerð, gekk í alla staði vel, hann náði góðum bata og er nýlátinn 27 árum eftir aðgerð, en banameinið var ekki hjartasjúkdómur. Fyrstu árin vorum við tveir, ég og Hörður, sem gerðum aðgerðirnar með aðstoð Kristins og Grétars, en síðan kom Kristinn einnig inn í hópinn ásamt Bjarna Torfasyni þegar hann hóf störf á deildinni 1990. Grétar var yfirlæknir þar til hann lét af störfum vegna aldurs árið 2000 en hann var alla tíð harður baráttumaður fyrir starfseminni. Bjarni tók svo við yfirlæknisstöðunni. Hann hefur verið duglegur að taka inn nýjungar auk þess sem hann tók upp hjartaaðgerðir á börnum og hefur séð um þann þáttinn. Á síðari árum hafa Tómas Guðbjartsson, Gunnar Mýrdal, Tómas Kristjánsson og Arnar Geirsson komið til starfa á hjartaskurðdeildinni. Frá 1993 var ég í fullri stöðu á Landspítalanum þar til í vor að ég hætti."

Þórarinn segir að árangur af hjartaaðgerðunum á Landspítalanum hafi frá upphafi verið mjög góður í alþjóðlegum samanburði. „Það var alltof algengt að sjúklingar sem fóru erlendis í aðgerðir fengju sýkingar í kjölfar aðgerða en það hefur ekki verið vandamál eftir að starfsemin hófst hér heima. Aðstaðan jafnaðist kannski ekki á við það allra besta erlendis en það hefur tekist þokkalega að halda tækjabúnaði til jafns við það sem gerist annars staðar, þó oft hafi þurft að ganga hart fram til að fá endurnýjanir. Til að byrja með gerðum við nánast eingöngu kransæðaaðgerðir en fyrstu lokuaðgerðina gerði ég 1987. Síðan hefur aðgerðategundum fjölgað jafnt og þétt. Þessar aðgerðir hafa verið mjög þakklátar og lífsbætandi og nokkrir minna sjúklinga hafa gefið verulegar fjárhæðir til stofnunarinnar í gegnum árin. Auk þess hefur Lionsklúbburinn Víðarr, þar sem ég hef verið félagi í 27 ár, gefið stofnuninni töluverð verðmæti, auk þess sem hann hefur verið þungamiðja í stórum söfnunarátökum til spítalans."

Tekur mörg ár að byggja upp gott teymi

Aðspurður um hvað hafi breyst mest á þeim 37 árum sem hann hefur stundað hjarta- og lungnaskurðlækningar segir Þórarinn að tækjabúnaði hafi fleygt gífurlega fram. „Hjarta- og lungnavélar hafa batnað mikið og meðferð blóðs meðan á aðgerð stendur er orðin miklu betri en áður. Meðferð sjúklinga á gjörgæslu eftir aðgerð hefur einnig batnað til muna, öndunarvélar eru betri, sem og lyfin og svo eru einnig tilkomin stuðningstæki sem hægt er að beita eftir aðgerðir. Þetta hefur allt haft mjög jákvæð áhrif á árangurinn. Sumar aðgerðirnar hafa lítið breyst í áranna rás en aðrar nýjar hafa komið til, svo sem viðameiri aðgerðir á ósæðarbilun, nýjar gerðir af hjartalokum, aðgerðir á sláandi hjarta án hjarta- og lungnavélar og þannig mætti lengi telja. Aðgerðartíminn hefur einnig í flestum tilvikum styst, sem er mjög til hagræðis fyrir sjúklinginn.

Þegar borinn er saman árangur þá og nú verður að hafa í huga að meðalaldur sjúklinga er mun hærri í dag en áður, og nánast allir fara í aðgerð óháð aldri og því hversu langt sjúkdómurinn er genginn. Við höfum ekki talið suma þá sjúklinga aðgerðartæka sem ekki er hikað við að taka í dag. Það þykir ekki tiltökumál í dag að gera hjartaaðgerð á sjúklingi sem kominn er yfir áttrætt. Í því er fólginn verulegur árangur. En hlutfall aðgerða hefur einnig breyst, þar sem kransæðaaðgerðum hefur fækkað miðað við það sem mest var og lokuaðgerðum á öldruðu fólki hefur fjölgað.

Líkt og svo margt annað á nútímasjúkrahúsi eru hjartaaðgerðir teymisvinna og á Landspítalanum hefur verið mjög öflugur hópur, bæði á skurðstofu, gjörgæslu og legudeild, sem hefur þjálfast saman í gegnum árin. Reglulega hafa komið inn nýir einstaklingar sem hafa slípast saman við þá sem fyrir eru og þetta er algjör forsenda vel heppnaðrar hjarta- og brjóstholsskurðdeildar. Ef slíkur hópur riðlast eða leysist upp getur tekið mörg ár að lagfæra það. Þetta er mjög erfið og krefjandi vinna, langar stöður og mikil einbeiting, þar sem ekkert má bregða útaf. Meðaltími aðgerðar er 3-4 tímar en getur orðið 10-12 og jafnvel lengri. Lengi vorum við þrír og síðan fjórir sem skiptum vöktunum á milli okkar og þær eru orðnar ófáar næturnar sem maður hefur sofið á Landspítalanum."

Stóð vaktir fram á síðasta dag

Samningar sérfræðinga á Landspítalanum kveða á um að við 55 ára aldur megi þeir hætta að taka vaktir. Aðspurður segist Þórarinn hafa gengið vaktir allt til þess dags er hann hætti störfum í maí síðastliðnum. „Það kom ekkert annað til greina. Það eru svo fáir menn í þessu að ef einn dettur úr vaktakerfinu lendir það bara á hinum. Á hinn bóginn er umfang þessarar starfsemi ekki meira en svo að það leyfir ekki mjög marga skurðlækna, því hver

og einn verður að gera ákveðinn fjölda aðgerða til að halda sér í nægilega góðri þjálfun. Það sem okkur vantar og er til staðar á sambærilegum spítölum erlendis eru yngri læknar í námsstöðum skurðlækninga sem taka þungann af vaktabyrðinni af eldri læknunum. Einingin er bara ekki nógu stór til að leyfa það, fyrir utan þennan eilífa skort á peningum sem hefur hrjáð Landspítalann svo lengi sem ég hef þekkt til hans."

Þórarinn segist lítið hafa velt því fyrir sér að halda áfram störfum eftir að sjötugsaldri er náð. Hann framkvæmdi sína síðustu aðgerð daginn sem hann hætti, svo þrekið og hæfnin eru enn til staðar. „Það er ekki í boði að halda áfram eftir sjötugt og ég er ósköp ánægður með að vera líkamlega hraustur og hafa tíma fyrir fjölskylduna og áhugamálin. Hins vegar má auðvitað velta því fyrir sér hversu rökrétt það er að miða starfshæfni manna við eitthvert sérstakt aldursár, ekki síst ef skortur er á reyndu fólki í viðkomandi grein. Það má segja að það sé verið að kasta reynslu á glæ, sem hæglega gæti nýst þjóðfélaginu, þó auðvitað sé skynsamlegt að minnka vinnuálagið hjá eldra fólki. Auðvitað veltir maður fyrir sér hverjir taka við þegar eldri læknar hætta og útlitið er alls ekki nógu gott hvað það varðar. Ungir vel menntaðir sérfræðingar í skurðlækningum eru ekki beinlínis bankandi á dyr Landspítalans eins og ástandið er. Ég hef verið viðriðinn Skurðlæknafélagið í allmörg ár, var ritari þess 1988-1989 og síðan formaður þess 1990-1991. Síðan sat ég í samninganefnd Skurðlæknafélagsins allt frá því að það öðlaðist sértækan samningsrétt árið 2006 og þar til síðustu samningar voru gerðir 2012. Til margra ára höfum við bent mjög eindregið á að það stefndi í óefni hvað varðaði nýliðun í greininni, sem nú er að koma á daginn, því það sækja fáir ef nokkrir læknar um auglýstar stöður í dag, þar sem venjan var áður að margir sóttu um sömu stöðuna. Það var alltaf daufheyrst við þessum ábendingum, en nú er sannleikurinn kominn í ljós og meðalaldur skurðlækna stefnir hratt upp á við. Það getur orðið erfitt að snúa þeirri þróun við. En vonandi tekst það samt," segir Þórarinn Arnórsson að lokum.

FÉLAG ÁHUGAMANNA UM SÖGU LÆKNISFRÆÐINNAR

Hrafn Sveinbjarnarson
– höfðingi, pílagrímur og læknir

Hátíðardagskrá í Þjóðminjasafni, 5. október 2013, á vegum Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar og safns Jóns Sigurðssonar á Hrafnseyri

13:00-13:10	**Setning ráðstefnu** Kynnir og fundarstjóri: Sigurður Guðmundsson
13:10-13:40	**Höfðingi nýrra tíma. Hrafn Sveinbjarnarson í samtíð sinni** Torfi H. Tulinius
13:40-13:45	Umræður
13:45-14:15	**Undrin í skáldskap Hrafns sögu** Guðrún Nordal
14:15-14:20	Umræður
14:20-14:50	**Lækningar og sáluhjálp.** **Viðhorf til lækninga í Hrafns sögu Sveinbjarnarsonar** Ásdís Egilsdóttir
14:50-14:55	Umræður
14:55-15:15	Kaffi
15:15-15:45	**Þvagfæraskurðlæknirinn Hrafn Sveinbjarnarson** Eiríkur Jónsson
15:45-15:50	Umræður
15:50-16:00	**Guðrún P. Helgadóttir og fræðivinna hennar** Jón Jóhannes Jónsson
16:00-16:45	**Dýrlingur á faraldsfæti. Revía í tali og tónum** Óttar Guðmundsson og Diabolus In Medica Jóhanna V. Þórhallsdóttir, Aðalheiður Þorsteinsdóttir, Páll Torfi Önundarson, Jón Sigurpálsson
16:45-17:00	Ráðstefnuslit



Barneignir
ekki á dagskrá



Benidette

– Getnaðarvörn til inntöku

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

Sérlyfjatexti á bls. 476

Actavis

Læknar eru hvattir til að koma á framfæri við ritstjórn eða pistlahöfund ábendingum um efni sem þeir vilja að fjallað verði um.

Skráningar- og tilkynningaskylda óvæntra atvika



Dögg Pálsdóttir
lögfræðingur
Læknafélags Íslands

DoggP@lis.is

Á dögunum var haldin ráðstefna á vegum landlæknisembættisins um heilbrigðiskerfið og öryggi sjúklinga. Í umfjöllun RÚV um ráðstefnuna var haft eftir fyrrum landlækni að einn af hverjum tíu sjúklingum sem leggjast inn á vestræn kennslusjúkrahús verði fyrir einhvers konar óhappi vegna meðhöndlunar, óhöppum sem jafnvel geti leitt til dauða. Miðað við íslenskt umhverfi, skipulag heilbrigðisþjónustu og menntun heilbrigðisstarfsmanna sé ekki við öðru að búast en að hið sama sé að gerast í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Ef niðurstöður þessara erlendu rannsókna eru heimfærðar á íslenskan veruleika þýði það að 2500 sjúklingar verði á ári hverju fyrir einhvers konar óhöppum, af þeim verði 600 fyrir örkumlum vegna þeirra, og um það bil 170 deyi. Hægt væri að koma í veg fyrir um helming óhappanna (ruv.is/frett/10-verda-fyrir-ohappi-vegna-medhondlunar).

Upplýsingar sem þessar undirstrika mikilvægi þess að heilbrigðisstarfsmenn, læknar sem aðrir, skrái allt sem fer úrskeiðis við meðferð. Í lögum um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007 eru lagaákvæði sem leggja bæði skráningarskyldu og tilkynningaskyldu á herðar heilbrigðisstarfsmönnum um óvænt atvik. Í skráningarskyldunni felst að öll óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu ber að skrá. Í tilkynningaskyldunni felst að óvænt atvik sem hafa valdið eða hefðu getað valdið sjúklingi alvarlegu tjóni skal tafarlaust tilkynna embætti landlæknis.

Um þessar skyldur er fjallað í 9. og 10. gr. laga um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007 með síðari breytingum.

Í 9. gr. er fjallað um skráningarskyldu óvæntra atvika í heilbrigðisþjónustu og felur ákvæðið í sér skýra lagaskyldu gagnvart heilbrigðisstarfsmönnum, sem hlut eiga að máli, faglegum yfirmönnum þeirra og öðru starfsfólki heilbrigðisstofnana, eftir því sem við á, til að skrá öll óvænt atvik. Lagaákvæðið skýrir óvænt atvik sem óhappatilvik, mistök, vanrækslu eða önnur atvik sem valdið hafa sjúklingi tjóni eða hefðu getað valdið sjúklingi tjóni. Tilgangur þessarar skráningar er að finna skýringar á óvæntum atvikum og leita leiða til að tryggja að þau endurtaki sig ekki. Til viðbótar við skráningarskylduna ber heilbrigðisstofnunum, sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum og öðrum sem veita heilbrigðisþjónustu að halda skrá um óvænt atvik og senda landlækni reglulega yfirlit um öll óvænt atvik með þeim hætti sem embættið ákveður.

Í 10. gr. er fjallað um tilkynningaskyldu heilbrigðisstofnana, sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna og annarra sem veita heilbrigðisþjónustu til landlæknis varðandi óvænt atvik sem valdið hafa eða hefðu getað valdið sjúklingi alvarlegu tjóni, svo sem dauða eða varanlegum örkumlum. Varðandi þessi atvik skal jafnframt upplýsa sjúkling um það án ástæðulausra tafa og nánustu aðstandendur hans þegar það á við. Embætti landlæknis skal rannsaka þessi mál til að finna á þeim skýringar og tryggja eftir því sem kostur er að slík atvik gerist ekki aftur. Heilbrigðisstofnun og -starfsmenn skulu veita embættinu þær upplýsingar og gögn sem það telur nauðsynleg við rannsókn þessara mála og embættið skal eiga greiðan aðgang að heilbrigðisstofnunum og starfsstofum heilbrigðisstarfsmanna í þágu rannsóknar. Við meðferð málsins ber embættinu meðal annars að meta hvort atvikið kalli á að heilbrigðisstarfsmanni/mönnum verði veitt áminning vegna þess.

Verði óvænt dauðsfall á heilbrigðisstofnun eða annars staðar þar sem heilbrigðisþjónusta er veitt, sem ætla má að rekja megi til mistaka, vanrækslu eða óhappatilviks við meðferð eða forvarnir vegna sjúkdóms, skal auk tilkynningar til embættis landlæknis tilkynna það til lögreglu í samræmi við ákvæði laga um dánarvottorð, krufningar og fleira nr. 61/1998.

Embætti landlæknis gaf út á sínum tíma dreifibréf nr. 2/2008 um atvikaskráningu og tilkynningaskyldu (landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/dreifibref/nanar/item14915/Dreifibref-nr--2/2008--Atvikaskraning-og-tilkynningaskylda). Þá hefur embættið útbúið tvenns konar eyðublöð vegna þessa. Annað eyðublaðið er vegna skráningar einstakra óvæntra atvika. Þar koma fram þau atriði sem embættið hefur ákveðið að skráð séu að lágmarki vegna óvæntra atvika. Þetta eyðublað ber heilbrigðisstarfsmanni að fylla út í hvert sinn sem sjúklingur verður fyrir óvæntu atviki í heilbrigðisþjónustu. Til viðbótar ber að senda það embætti landlæknis þegar atvikið hefur valdið eða hefði getað valdið sjúkingi alvarlegu tjóni. Hitt eyðublaðið er fyrir yfirlitin sem senda ber embættinu og hefur embættið ákveðið að þau skuli senda tvisvar á ári. Eyðublaðið ber með sér að atvikin sem embættið safnar upplýsingum um eru fall (bylta), atvik tengd læknismeðferð, hjúkrunarmeðferð, lyfjameðferð, svæfingu, rannsókn, umönnun, endurhæfingu, tækjabúnaði, eignatjóni, ofbeldi og sóttvörnum, þar með talin stunguóhöpp. Ef atvik er ekki unnt að fella undir neitt af þessum flokkum fer það í flokkinn „Annað". Eyðublöðin eru aðgengileg á heimasíðu embættisins (landlaeknir.is/um-embaettid/greinar/grein/item15324/Vidbrogd-vid-atvikum). Þau er hægt að fylla út rafrænt, en gert er ráð fyrir að þau séu prentuð út og undirrituð.

Á heimasíðu embættis landlæknis er fjallað um orsakir atvika og óvænts skaða á heilbrigðisstofnunum (landlaeknir.is/um-embaettid/greinar/grein/item15290/Orsakir-ovaentra-atvika-og-ovaents-skada). Þar kemur meðal annars fram að rannsóknir á orsökum atvika sýni að óvæntan skaða megi rekja til þreytu heilbrigðisstarfsmanna, misskilnings í samskiptum, ófullnægjandi upplýsinga, ófullnægjandi sjúklingafræðslu, ófullnægjandi mönnunar, ófullnægjandi aðlögunar nýrra starfsmanna, ófullnægjandi tækjabúnaðar og skorts á verklagsreglum og vinnuleiðbeiningum.

Fréttir um sívaxandi álag á heilbrigðisstarfsmenn vekja áhyggjur um að tímaskortur þeirra verði til þess að skráningu óvæntra atvika sé ekki sinnt og að tilkynning um alvarleg óvænt atvik farist jafnvel fyrir. Vert er því að undirstrika og leggja áherslu á hversu mikilvægt það er fyrir öryggi sjúklinga og bætt öryggi heilbrigðiskerfisins að heilbrigðisstarfsmenn sinni þessari skýru lagaskyldu sinni.

Sjálfsþekking og gagnrýnin hugsun

Viðtal við Guðmund Þorgeirsson um siðferðismál

Stefán Hjörleifsson
heimilislæknir í Noregi,
aðjúnkt við
læknadeild HÍ
og lektor í Bergen
Stefan.Hjorleifsson@igs.uib.no



Frá því að siðfræðidálki var hleypt af stokkunum árið 2009 hafa birst í honum lýsingar á hlutskipti sjúklinga, lækna og kennara við aðstæður þar sem siðferðileg verðmæti eru í húfi, ásamt hugleiðingum ýmissa höfunda um þessi „tilfelli". Hér birtist hins vegar í fyrsta sinn viðtal í siðfræðidálkinum. Eftir að hafa bæði verið nemandi Guðmundar Þorgeirssonar við læknadeild og átt töluverð samskipti við hann sem samkennari hans og undirmaður eftir að Guðmundur tók við hlutverki deildarforseta læknadeildar, þótti umsjónarmanni siðfræðidálksins forvitnilegt að ræða við Guðmund um afstöðu hans til siðferðismála. Guðmundur er prófessor í lyflækningum við Háskóla Íslands og yfirlæknir hjartalækninga við Landspítala, og þegar viðtalið var tekið á útmánuðum 2013 gegndi hann enn hlutverki deildarforseta læknadeildar.

Á kennslustofugangi í desember 1994 þótti mér þú vera rósemin sjálf í samskiptum við alvarlega veika sjúklinga og okkur ófróða læknanemana. En getur þú sagt lesendum frá einhverjum aðstæðum sem þér þykja raska ró þinni í faglegum samskiptum?

Erfiðastar eru aðstæður þar sem maður hefur ekkert raunhæft fram að færa, ekki síst í glímu við langvinn vandamál, þegar bæði sjúklingur og læknir skynja hið ósagða, að engar afgerandi lausnir eru til, ekki frekar en í gær eða daginn þar á undan. Sennilega er mikilvægast að þekkja sjálfan sig, viðbrögð sín og takmarkanir frammi fyrir vandamálum af þessu tagi en einnig hugsanlega styrkleika. Slík sjálfsþekking hjálpar manni að ná vopnum sínum, leita í smiðju þekkingar og þjálfunar og efla vitundina um mikilvægi verkefnisins: Að standa með og styrkja sjúkling og aðstandendur á ögurstundu. Halda haus þrátt fyrir sorg sem liggur í loftinu og leggst yfir alla viðstadda.

Það er alltaf erfitt að viðurkenna mistök, hvort sem um er að ræða eigin mistök, mistök samstarfsfólks eða stofnunarinnar sem maður vinnur fyrir. Talsverðar rannsóknir hafa verið gerðar á afleiðingum þess að fela mistök í heilbrigðisþjónustunni eða forðast umræður um þau, ekki síst í samfélögum þar sem málssóknir eru tíðar. Niðurstöður slíkra rannsókna eru allar á eina leið. Það beinlínis borgar sig að ræða af hreinskilni og auðmýkt um mistök og því fyrr því betra. Það er hins vegar hægara sagt en gert og allir þurfa að yfirvinna tregðu, hik, jafnvel afneitun. Aftur eru sjálfsþekking, reynsla og ögun bestu hjálpartækin til að komast klakklaust frá slíkum vanda og í sátt við sjálfan sig.

Bæði sem nemandi og samkennari þinn hefur mér sýnst þú leitast við að efla gagnrýna og sjálfstæða hugsun meðal læknanema fremur en að hæla þeim einhliða fyrir kórréttan utanbókarlærdóm. Kannast þú við þessa lýsingu og hvernig þykir þér hún samrýmast leiðtogahlutverki þínu, það er hlutverkinu sem deildarforseti og jafnframt fulltrúi hjartalækninganna, sem er vissulega sérgrein sem við hin berum mikla virðingu fyrir?

Það er að mínu áliti svo óumdeilt að nálgast klisju að eitt helsta verkefni allra kennara á öllum skólastigum sé að efla gagnrýna hugsun. Á hinn bóginn er það ein af hættum stofnanavæddrar skólagöngu að slökkt sé á forvitni og gagnrýnin hugsun sé slævð. Hið mikilvæga framlag læknisfræðinnar sem fræðigreinar er einmitt að beita vísindalegri þekkingu og vísindalegum aðferðum við hin aldagömlu klassísku skyldustörf sem ganga út á þjónustu, lækningu og líkn. Og grundvöllur hinnar vísindalegu aðferðar er gagnrýnin spurning og viðleitni til að hnekkja viðurkenndum skilningi á raunveruleikanum. Haft er eftir Albert Einstein að án málfrelsis séu engin vísindi. Það er einn stórkostlegasti ávöxtur vísindabyltingarinnar og felur í sér ómetanleg forréttindi fyrir þá lækna sem nú eru starfandi að lífvísindin, með stuðningi og hjálp annarra raunvísindagreina, hafa fært okkur í hendur þekkingu, tæki og tól til að lækna sjúkdóma, jafnvel útrýma sjúkdómum sem áður voru ólæknandi. Fá



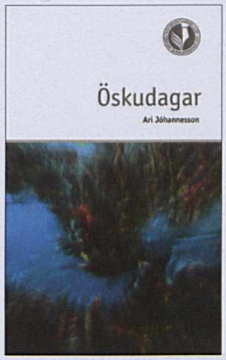
Guðmundur Þorgeirsson prófessor í lyflækningum.

afrek mannsandans hafa haft meiri áhrif á lífsgæði þeirra sem njóta ávaxtanna af þessari þekkingarsprengingu. Það er svo önnur saga að fjárhagslegur ávinningur af þessum sigrum læknavísindanna fyrir samfélagið allt er vanmetinn og virðist oft ofar skilningi þeirra sem mestu ráða um ráðstöfun fjármuna.

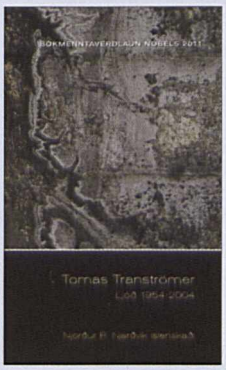
Í umræðu um sjálfstæða, gagnrýna hugsun er ástæða til að víkja að klínískum leiðbeiningum. Slíkar leiðbeiningar, samdar að bestu manna yfirsýn, eru hluti af nútímalæknisfræði og mikilvæg tæki í starfi lækna. Vísindalegur grundvöllur klínískra leiðbeininga er yfirleitt traustur í þeim skilningi að alltaf er reynt að byggja á bestu þekkingu hvers tíma. Þetta er mikil framför og einhugur ríkir um mikilvægi þess að læknar tileinki sér og fylgi sem best og oftast klínískum leiðbeiningum. Hins vegar má ekki gleyma því að leiðbeiningar eru takmörkunum háðar eins og öll þekking, þær úreldast og eru því alltaf að breytast. Því leysa þær ekki af hólmi hina gagnrýnu sjálfstæðu hugsun. Þjálfun þess eiginleika verður því áfram grundvallarviðfangsefni í menntun lækna.

Hvaða atvik kom síðast upp í þínu starfi sem þér þótti kalla á siðferðilega umhugsun?

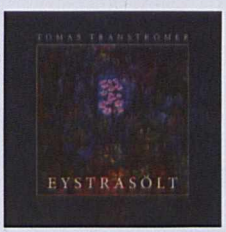
Nánast á hverjum degi verður á vegi mínum hversdagslegt viðfangsefni í patt-



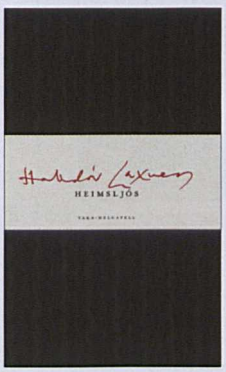


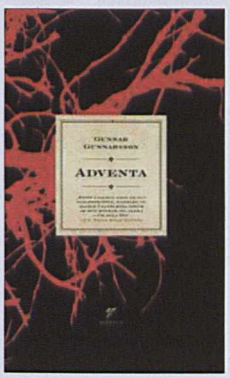


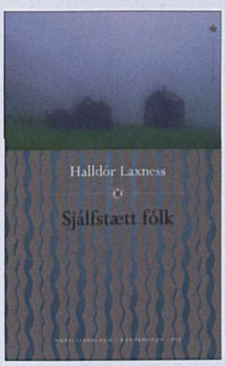












Þessar bækur eru allar skyldulesning læknanema til að efla og fremja mannúð og samúð – því einsog Bjartur í Sumarhúsum orti: Hvað er auður og afl og hús, ef eingin urt vex í þinni krús?

stöðu. Meðvitað forðast maður að gefa viðfangsefninu þá einkunn að það sé leiðinlegt eða að það ræni tíma frá öðrum mikilvægari verkefnum, því þar er einmitt siðferðisvandinn fólginn. Sjúklingurinn kemur með þá von í brjósti, jafnvel sannfæringu, að læknirinn leggi sig allan fram til að takast á við aðsteðjandi vanda. Ef læknirinn skynjar í hjarta sínu að við vandanum sé engin raunveruleg lausn og vill helst losna af fundi sjúklings sem fyrst, er hin siðferðilega klemma augljós. Og eins og venjulega býðst engin „patent" lausn eða augljóst svar við spurningunni um hvernig eigi að bregðast við. Sennilega er svarið oft persónulegt, háð stund og stað, persónueiginleikum læknis og sjúklings og sambandinu sem á milli þeirra ríkir. En það er mikil stoð í handritinu sem er bæði skrifað og óskrifað um samskipti læknis og sjúklings og byggir á þeirri aldagömlu kröfu að læknir skuldi sjúklingi sínum þjónustu og ef ekki lækningu, þá líkn. Sama hver vandinn er og hver á í hlut. Og þegar dýpra er skyggnst eru öll læknisfræðileg vandamál áhugaverð í einhverjum skilningi og allir sjúklingar leggja á borðið gátu eða vandamál sem er verðugt viðfangsefni og ekkert síður þótt það kosti þolinmæði og sjálfsaga.

Ef þú fengir tækifæri til að ráðleggja læknanemum og læknum að lesa skáldsögu eða ljóðabók til að víkka sjóndeildarhring þeirra og gera þá að betri læknum, hvaða bók myndir þú mæla með?

Satt að segja á ég sjálfur svo margt ólesið að ég tel mig ekki vera í neinni aðstöðu til að benda á tiltekna bók og segja „Þessa bók verður þú að lesa öllum öðrum fremur". Samt er ég þeirrar skoðunar að lestur bókmennta og önnur listneysla, tónlist, myndlist, leiklist, kvikmyndalist og svo framvegis, sé læknum mjög mikilvæg, bæði til að hjálpa þeim að horfa út fyrir viðfangsefni hversdagsins, en ekki síður til að kynnast viðhorfum og sjónarmiðum sem geta styrkt þá í glímu við hin daglegu viðfangsefni sem oft eru tengd vandamálum sem kynslóðirnar hafa glímt við um aldir. Það er enginn vandi að benda á bækur sem hafa beina og augljósa skírskotun inn í okkar starf. Nýjar bækur Steinunnar Sigurðardóttur, *Jójó* og *Fyrir Lísu* eru orðnar að námsefni í læknadeild af því þær fjalla um vandamál sem nýlega hafa komið upp á yfirborðið sem stórvandamál í okkar samfélagi með alvarlegar heilsufarslegar afleiðingar. Ljóðabók Ara Jóhannessonar, *Öskudagar*, setur viðfangsefni læknisstarfsins í listrænt samhengi og tekst að bæta innsæi skáldskaparins inn í hið daglega starf, beinlínis inn í stofuganginn, og gefa okkur þannig nýja og dýrmæta vídd. Bók Kristínar Steinsdóttur, *Ljósa*, er ágeng og lærdómsrík lýsing á aðstæðum sjúklings í ekkert mjög fjarlægri fortíð. Og klassík síðustu aldar er rík af sígildum viðfangsefnum sem varða alla lækna. Samviskusemi og fórnfýsi Fjalla-Bensa í *Aðventu*, svo nálgast helgisögu. *Sjálfstætt fólk* og *Heimsljós* fjalla öðrum þræði um mannlega reisn frammi fyrir vonlausum aðstæðum, augljósum ófullkomleika og fullt af vondum ákvörðunum. Síðast en ekki síst vildi ég nefna sænska sálfræðinginn og ljóðskáldið Tomas Tranströmer sem fékk Nóbelsverðlaunin í bókmenntum 2011, en að minnsta kosti þrjár af ljóðabókum hans hafa verið þýddar á íslensku. Hann sótti yrkisefni í starf sitt sem fangelsissálfræðingur en eftir að hann fékk heilablóðfall árið 1990 með hægri helftarlömun og málstoli varð ljóðmál hans og erindi við lesendur einstakt. Þrátt fyrir málstol hefur honum tekist að tjá hugsanir sínar og hugmyndir í ljóði. Það hefur verið sagt að hann hafi skapað tungumál án orða í ljóðum. Hann tjáði þjáningu sína í ljóðum og rauf þannig einangrun málstolsins. Eftir áfallið orti hann „Apríl í þögn". Þar segir meðal annars „Ég er umlukinn skugga mínum/ eins og fiðla/ í sínum svarta kassa".

En miklu mikilvægara en einstakar bækur, jafnvel einstök meistaraverk, er alls konar lestur sem eflir okkur og styrkir á margan hátt, bætir málfar, eykur innsæi og hjálpar manni að hugsa um lífið og tilveruna á frjóan og víðsýnan hátt. Og almenn þekking skiptir máli í læknisstarfi. Einmitt þess vegna er lagt mat á almenna þekkingu nemenda sem keppa um sæti í læknadeild á hverju vori, auk þess sem þeir eru prófaðir í undirstöðugreinum raunvísinda og öðrum greinum úr hefðbundnu námsefni í framhaldsskóla. Bara sú staðreynd að eitt helsta hlutverk læknis er að tala við sjúklinga, undirstrikar mikilvægi almennrar þekkingar í fari hver læknis og hana öðlast menn ekki nema þeir lesi.

Hrafn Sveinbjarnarson snýr aftur

Óttar Guðmundsson
ottarg@landspitali.is

Á langaföstu árið 1213 fór goðorðsmaðurinn og hrottinn Þorvaldur Snorrason Vatnsfirðingur að Hrafni Sveinbjarnasyni lækni og höfðingja að Hrafnseyri við Arnarfjörð. Þeirri viðureign lauk með hörmungum, Hrafn var hálshöggvinn, bú hans rænt og skáli brenndur. Hrafn var mikill mannkostamaður, góður læknir, glæsimenni og leiðtogi í ýmsum framfaramálum á Vestfjörðum. Samgöngur um Arnarfjörð voru til dæmis mun betri í tíð Hrafns en á okkar tímum.

Þann 24. ágúst síðastliðinn var efnt til ráðstefnu að Hrafnseyri til að minnast dauða Hrafns fyrir um 800 árum. En margt fer öðruvísi en ætlað er og slík svartaþoka grúfði yfir Vestfjörðum þennan dag að flestir fyrirlesarar og fjöldi áheyrenda voru veðurtepptir í Reykjavík. Þetta gjörningaveður minnti reyndar á nóttina örlagaríku þegar Þorvaldur kom Hrafni á óvörum í skjóli þoku, illviðris og nætur. Á Hrafnseyri voru einungis Torfi Tulinius og hljómsveitin Diabolus in Medica með revíu sína um Hrafn. Góður rómur var gerður að þessum atriðum en að sjálfsögðu söknuðu menn þeirra fyrirlesara sem sátu á Reykjavíkurflugvelli, drukku vont kaffi og biðu eftir flugveðri sem aldrei kom.

Nú hefur Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar og safn Jóns Sigurðssonar á Hrafnseyri ákveðið að endurtaka hátíðina hér sunnan heiða, sjá auglýsingu á bls. 465.

Það er full ástæða til að hvetja lækna og læknanema til að fjölmenna og heiðra minningu læknisins og brautryðjandans Hrafns Sveinbjarnarsonar.

HUSK

Náttúrulegar trefjar sem halda meltingunni í góðu formi



HUSK er 100% náttúrulegt „þarmastillandi" efni. **HUSK** er hreinsuð fræskurn indversku lækningajurtarinnar Plantago Psyllium.

HUSK er án sykurs eða bragðefna og bætir starfsemi þarmanna á vægan hátt.

E.BRIDDE ehf.

ehb@ebridde.is, www.ebridde.is

Upplýsingar um Husk duft til inntöku: Virkt efni: Ispaghula husk. Ábendingar: Náttúrulyf til meðferðar við þrálátri hægðatregðu; til notkunar við aðstæður þar sem mjúkar hægðir og auðveld hægðalosun eru æskileg. Viðbótarmeðferð við einkennum niðurgangs af ýmsum orsökum og meðferð þegar þörf er á aukinni neyslu trefja, t.d. við iðraólgu. Skammtar og lyfjagjöf: Dagsskammtur fyrir fullorðna, aldraða og börn eldri en 12 ára: 2-3 mæliskeiðar (3-5 g) kvölds og morgna. Blanda skal u.þ.b. 5 g með 150 ml af köldu vatni, mjólk, ávaxtasafa eða öðrum drykkjum, hræra röskleg og drekka svo fljótt sem mögulegt er. Drekka skal að auki nægilegan vökva. Taka skal náttúrulyfið inn að deginum a.m.k. hálfri til einni klukkustund fyrir eða eftir máltíð og inntöku annarra lyfja. Frábendingar: Ispaghula husk er ekki ætlað sjúklingum með hægðateppu eða einkenni frá kviðarholi af ógreindum orsökum, kviðverki, ógleði eða uppköst, nema að ráði læknis. Ispaghula husk er heldur ekki ætlað sjúklingum sem hafa þrengingar í meltingarvegi, sjúkdóma í vélinda eða magaopi, þaninn ristil, sykursýki sem erfitt er að meðhöndla eða ofnæmi fyrir ispaghula eða einhverjum öðrum innihaldsefnum náttúrulyfsins.Varnaðarorð: Fyrirstaða getur myndast í meltingarvegi ef vökvaneysla er ekki nægileg samhliða notkun náttúrulyfsins. Ef kyngingarörðugleikar hafa einhvern tíma átt sér stað eða um sjúkdóma í koki er að ræða skal ekki nota náttúrulyfið. Sjúklingar með bráðan bólgusjúkdóm í meltingarvegi eða truflanir í saltbúskap ættu ekki að nota náttúrulyfið. Milliverkanir: Frásogi annarra lyfja sem tekin eru samhliða, t.d. kalsíums, járns, litíums og sinks, vítamína (B12), glýkósíða með verkun á hjarta og kúmarín afleiða getur seinkað. Af þessum ástæðum skal taka náttúrulyfið a.m.k. hálfri til einni klukkustund fyrir eða eftir máltíð og inntöku annarra lyfja. Gæta þarf varúðar þegar lyf sem draga úr hreyfanleika maga og þarma (morfínlík lyf, lóperamíð) eru notuð samhliða vegna hættu á teppu í meltingarvegi. Aukaverkanir: Vindgangur og kviðverkir geta átt sér stað við notkun náttúrulyfsins, einkum í upphafi meðferðar. Þaninn kviður, hætta á fyrirstöðu í görnum eða vélinda og hægðateppa, sérstaklega ef vökvaneysla er ekki nægilega mikil. Geymið ekki við hærri hita en 25°C. Geymið í upprunalegum umbúðum. **Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja náttúrulyfinu.** 10 desember 2008.

Enginn ætlar sér að gera mistök

Hversu örugg erum við? var yfirskrift málþings um öryggi í heilbrigðisþjónustu sem Embætti landlæknis efndi til þann 3. september í samvinnu við velferðarráðuneytið og með stuðningi Landspítala.

Öryggi sjúklinga í flóknu heilbrigðiskerfi nútímans verður sífellt áleitnari spurning, ekki síst á tímum samdráttar og niðurskurðar, en fram kom í erindi Sigurðar Guðmundssonar sérfræðings á lyflækningasviði Landspítalans og fyrrverandi landlæknis að niðurstöður erlendra rannsókna benda til að allt að 10% sjúklinga á sjúkrahúsum verði fyrir barðinu á mistökum af einhverju tagi. „Við höfum enga ástæðu til að ætla að hlutfallið sé annað hér á Íslandi," sagði Sigurður.

Aðalræðumaður ráðstefnunnar var Sir Liam Donaldson en hann er fyrrverandi landlæknir Breta og er í forustu fyrir *World Alliance for Patient Safety* sem er verkefni hjá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni. Innan verkefnisins leggur Sir Liam sérstaka áherslu á störf hóps, *Patients for Patient Safety*, þar sem veitendur og notendur heilbrigðisþjónustu koma saman. Hann er sendiherra sjúklingaöryggis fyrir stofnunina, auk þess að vera prófessor við Imperial College í London. Hann var aðlaður árið 2002 fyrir störf sín í þágu öryggis og gæða í heilbrigðisþjónustu.

Sir Liam tiltók ýmis sláandi dæmi um mistök í meðferð sjúklinga, sem í sumum tilfellum leiddu til dauða sjúklingsins. Með því að nafngreina sjúklingana og segja sögu þeirra vakti hann athygli á þeirri staðreynd að á bakvið hvert tilfelli eru raunverulegir einstaklingar, ástvinir þeirra og miklar tilfinningar. Hann rakti síðan í hverju algengustu mistök eru fólgin, hvar mestar líkurnar eru á að þau gerist og hvernig megi koma í veg fyrir þau.

Íslenskir frummælendur á málþinginu komu víða að úr heilbrigðiskerfinu og ræddu öryggi sjúklinga frá sínum bæjardyrum. Lára Sch. Thorsteinsson talaði fyrir hönd landlæknisembættisins, Hildigunnur Svavarsdóttir hjúkrunarforstjóri FSA, Anna Birna Jensdóttir hjúkrunarforstjóri Sóltúns, Eyjólfur Þorkelsson námslæknir í heimilislækningum og Andrés Ragnarsson talaði fyrir hönd sjúklinga.



Málþingið um öryggi sjúklinga var fjölsótt í Kaldalónssal Hörpu.



Leifur Bárðarson staðgengill landlæknis og Sir Liam Donaldson fyrrum landlæknir Breta.

Þá fluttu þau Sigurður Guðmundsson og Alma D. Möller yfirlæknir gjörgæsludeildar Landspítalans erindi og Guðmundur Þorgeirsson prófessor í lyflækningum sleit málþinginu.

Var ljóst af máli frummælenda að sem best öryggi sjúklinga er áhugamál allra er í heilbrigðiskerfinu starfa. Mikilvægt sé að viðurkenna að mistök hafi átt sér stað, ekki skuli leita uppi sökudólga, heldur greina vandann til að hægt sé að koma í veg fyrir að sömu mistök endurtaki sig og skipuleggja verkferla og upplýsingastreymi nákvæmlega svo hættu af mistökum eða misskilningi í daglegum störfum verði bægt frá.

„Enginn ætlar sér að gera mistök," sagði Sir Liam, „en þó gerast þau og það er það sem við viljum koma í veg fyrir."

Það er óhætt að borða fitu

Hávar Sigurjónsson

Hildur Tómasdóttir svæfingalæknir hefur um árabil barist við aukakílóin, en það var ekki fyrr en hún breytti algerlega um stefnu í mataræði að varanlegur árangur náðist. Hildur hefur ekki látið þar við sitja heldur fylgst glöggt með umræðu erlendis og kynnt sér rannsóknir á þessu sviði til að hafa haldbær gögn í höndunum og haldið fyrirlestra um kosti lágkolvetnamataræðis fyrir offeita.

„Undanfarin 30-40 ár hefur geisað offituraldur í veröldinni með þeim afleiðingum að allt að 75% alls heilbrigðiskostnaðar í heiminum má í dag rekja beint eða óbeint til hins svokallaða „efnaskiptaheilkennis" (*Metabolic Syndrome*). Þetta eru oft kallaðir lífsstílssjúkdómarnir - eða vestræna veikin - en það eru hjarta- og æðasjúkdómar, búkfita, háþrýstingur, blóðfituröskun, sykursýki II og talið er að heilabilun, ýmis krabbamein, non-alkóhól fitulifur og jafnvel blöðrusjúkdómur á eggjastokkum tilheyri þessu heilkenni líka. Þessir sjúkdómar eru lífsstílstengdir, áður taldir stafa af of mikilli fituneyslu og hreyfingarleysi. Gífurleg aukning þessara sjúkdóma er nú af mörgum talin eiga sér rætur í rangri næringar- og lýðheilsuráðgjöf á heimsvísu síðustu þrjá áratugina, sem er nokkuð nýtt sjónarhorn," segir Hildur í upphafi.

Hún er hreinskilin um hvers vegna hún hafi kynnt sér áhrif matar og hinna ýmsu fæðuflokka á mannslíkamann. „Ég hef barist við aukakílóin frá því á unglingsárum og átt í óheilbrigðu sambandi við mat. Þrátt fyrir alls kyns fitusnauða matarkúra og mikla ástund líkamsræktar af ýmsu tagi, þá hef ég alltaf rokkað upp og niður í líkamsþyngd og fitnað jafnharðan og ég hef lokið við eitthvert átakið. Það var í rauninni ekki fyrr en fyrir 19 mánuðum síðan sem ég breytti algerlega um stefnu og fór að horfa á mitt vandamál sem fíkn, eftir að ég kynntist 12-spora samtökum sem fást við stjórn á matarfíkn. Þá loksins fór ég að sjá einhvern árangur. Aðferð þeirra byggist meðal annars á því að taka burt allan sykur og sterkju úr mataræðinu og borða þrjár máltíðir á dag vigtaðar og mældar samkvæmt fyrirfram ákveðnu magni af hverjum fæðuflokki, próteinum, grænmeti, ávöxtum og fitu. Þetta hefur skilað sér í því að ég léttist um 30 kíló á innan við ári og hef getað haldið þyngdinni óbreyttri síðastliðið ár og líður mikið betur, bæði andlega og líkamlega."

Tekist á um hver væri versti skaðvaldurinn

Hildur segir að sér hafi brugðið nokkuð þegar hún fór að skoða samsetningu þessa lágkolvetnamataræðis, því samhliða því að taka út kolvetni í formi sykurs og sterkju, þá er hlutfall fitu mun hærra en í hinum hefðbundnu fituskertu matarkúrum og þvert á núverandi ráðleggingar lýðheilsustöðvar Landlæknisembættisins. Minnug þess að matarkúrar eins og Atkins-kúrinn áttu að vera lífshættulegir vegna hættu á hjarta- og æðasjúkdómum, fór hún að athuga hvað til væri af nýrri rannsóknum á lágkolvetnafæði sem varla var farið að nefna á nafn hérlendis á þessum tíma nema kannski af Axel F. Sigurðssyni og Kristjáni Gunnarsyni á bloggsíðum þeirra, og varð hún þá margs vísari.

„Það kom í ljós að lágkolvetnamataræði, svo sem LCHF Low Carb High Fat eins og það kallast í Svíþjóð, GI (*Glycemic Index*), Miðjarðarhafsfæði, og steinaldarfæði (eða paleo), hafa verið að fá uppreisn æru í ljósi nýrra rannsókna og yfirferða á gömlum rannsóknum. Fitan, sérstaklega mettaða fitan, hefur undanfarna þrjá áratugi verið talin rót alls ills í mataræði okkar, hún hækkar heildarkólesterólið og var þar með talin valda hjarta- og æðasjúkdómum.

Þetta mataræði sem ég hef fylgt rekur upphaf sitt aftur fyrir daga fituhræðslunnar, sem hófst í byrjun 8. áratugarins, og byggir á rannsóknum sem voru í rauninni settar til hliðar á þeim tíma og hefur ýmislegt verið skrifað um ástæður þess. Það yrði of langt mál að fara út í það en stjórnvöld í Bandaríkjunum sáu sér pólitískan hag í því á 8. áratugnum að leggja fram lýðheilsumarkmið sem byggðu á ráðleggingum um að draga úr fitu í matvælum. Þetta hefur síðan breiðst út um alla heimsbyggðina með þeim afleiðingum að samhliða þessum breytingum í mataræði hefur offita aukist gífurlega. Þetta er meðal annars rakið skemmtilega í bók sænska heimilislæknisins Andreas Eenfelt, *Matrevolutionen*. En hann er einn aðaltalsmaður LCHF í Svíþjóð og heldur úti mjög vinsælli bloggsíðu."

Hildur segir að á fyrri hluta síðustu aldar hafi sannarlega verið læknar og vísindamenn sem töldu að „vestræna veikin" væri eitthvað sem vestrænar matarvenjur hefðu stuðlað að, og vildu kenna um því sem síðast hefði komið inn í mataræðið, svo sem unnum sykri og hvítu hveiti. „Þeir töldu að værum erfðafræðilega þróuð í milljónir ára til að borða kjöt, fisk, egg, ber og rætur en hefðum aðeins borðað kornmeti frá upphafi akuryrkju fyrir 4000-9000 árum síðan. Síðustu 150 árin hefur sykur bæst við fæðið eftir að nútímaframleiðsla á honum hófst. Á svipuðum tíma fóru menn að vinna hveitið og aðrar sterkjur, taka



„Engin áreiðanleg sönnun til fyrir sambandi mettaðrar fitu í fæðu við hjartasjúkdóma," segir Hildur Tómasdóttir sem skoðað hefur litteratúrinn um áhrif mataræðis á heilsufar.

af því hýðið og kjarnann með bestu næringarefnunum og framleiða hvítt hveiti sem þoldi lengri geymslu og auðveldara var að flytja um heiminn án þess að það skemmdist. Þessir vísindamenn og læknar höfðu séð að hvar sem þetta nýja mataræði ruddi sér til rúms, fylgdu lífsstílssjúkdómarnir í kjölfarið, svo sem hjartasjúkdómar, botnlangabólgur, tannskemmdir og krabbamein. Margir þóttust sjá fylgni við aukningu á sykuráti og unnu mjöli og rituðu greinar um það og bækur. Thomas Latimer Cleave, læknir í Breska flotanum gaf út bókina *The Saccharine Disease* og John Yudkin herlæknir, síðar prófessor í lífeðlisfræði í London, skrifaði *Pure,White and Deadly.*

Á svipuðum tíma kom Ancel Keys fram með sína frægu sjö landa stúdíu og kenningar um að fita væri orsök aukningar hjarta- og æðasjúkdóma, einkum mettuð fita. Þær kenningar urðu ofaná á þessum tíma og höfðu afgerandi áhrif á stefnumótun í lýðheilsu- og næringarfræðum. Það hefur verið bent á síðar að þessari rannsókn var í ýmsu ábótavant og sennilega rangt unnin tölfræðilega þar sem hlutfall sykurs í mataræði þeirra hópa sem rannsakaðir voru var ekki skoðað. Aðeins var horft á fituinnihald fæðu og fylgni við hjartasjúkdóma. Bandarísk heilbrigðisyfirvöld setja síðan fram næringarmarkmið fyrir Bandaríkin árið 1977 þar sem stefnan er að forðast mettaða fitu."

Hildur segir svarið við þeirri spurningu hvaða áhrif þessi næringarmarkmið hafi síðan haft vera nokkuð augljós.

„Með því að fitan var tekin úr fæðunni og kolvetnaneyslan jókst, hefur bandaríska þjóðin og síðar mestallur heimurinn fitnað gífurlega og má eiginlega tala um faraldur offitu og sykursýki ásamt afleiddum sjúkdómum. Í dag eru á milli 20 og 30% íbúa flestra fylkja Bandaríkjanna með offitu stig II, eða eða BMI>30 eða hærra. Við hér á landi fylgjum í kjölfarið með 18 prósent offeitra og heil 57% yfir kjörþyngd, BMI>25.

Með minnkandi fituinnihaldi jukust að sama skapi kolvetnin í fæðunni því einhvers staðar varð orkan að koma frá. Hefði kannski verið í lagi ef það hefðu verið holl kolvetni úr grænmeti og óunnum kornvörum eða hýðishrísgrjónum, en reynslan hefur orðið sú að tilbúinn matur með háu innihaldi af sykri og hveiti hefur aukist."

Minni fita og meiri sykur

„Matur án fitu er oft bragðvondur. Sykur varð fyrir valinu til að bæta það og þá einkum maíssýróp. Sýrópið gengur reyndar undir ýmsum nöfnum í innihaldslýsingum matvæla. Sætuinnihaldi maíssýrópsins er stýrt með því að breyta glúkósa í frúktósa og getur hlutfallið verið allt frá 42%, sem er svipað og í venjulegum sykri eða eitt mólíkúl af hvorri tegundinni, upp í 90% frúktósa á móti glúkósa og er þá mun sætari per þyngdareiningu og er oftast kallað „high fructose corn syrup"."

Hildur bendir á að neysla trefja samhliða sykri hægi á upptöku sykurs í meltingarveginum og trefjarnar innihaldi mestöll vítamínin og steinefnin. „Þess vegna er betra að borða ávöxtinn en að drekka hreinan ávaxtasafa sem er bara hitaeiningar, gott að borða rótargrænmeti

sem er fullt af trefjum þannig að það er ekki bara að trefjarnar hafi góð áhrif á meltinguna heldur hægir líka á sykurupptökunni. En við mikla sykurneyslu og neyslu á einföldum hraðmeltum kolvetnum, svo sem hvítu brauði, eykst blóðsykurinn hratt, sem er svarað með mikilli hækkun á insúlíni, anabólahormóninu okkar. Það vinnur að því að koma orkunni i fituforðann og lækkar með því blóðsykurinn, oft hratt. Þetta gerir að blóðsykurinn er orðinn lágur eftir 2-3 tíma og fólk svangt aftur, sem ýtir undir þörf á millimálum. Hátt insúlín hamlar líka glúkagonið sem er katabólahormónið eða fitubrennsluhormónið. Það hefur sýnt sig að við neyslu próteina og fitu og sennilega ef seinmeltari kolvetna er neytt, hækkar blóðsykurinn hægar, insúlínið hækkar ekki eins mikið og glúkagonið er hærra í blóðinu og vinnur að eyðslu fitunnar. Þegar blóðsykurinn er lágur getur fitan farið sem ketónkorn og nýst til brennslu í líkamanum. Þetta er eiginlega kenningin á bak við lágkolvetnafæðið. Það er að segja að þvinga líkamann til að taka fituna í notkun þegar lítið framboð er á glúkósa. Þarna er verið að tala um ketónkorn, sem er eðlilegt í líkamanum, en ekki sjúklega ástandið ketónblóðsýring.

Hildur bendir á að úrvinnsla í líkamanum á frúktósa er með öðrum hætti en glúkósa, þannig að frúktósa er fremur breytt í fitu í lifrinni á meðan vöðvar og heili geti brennt glúkósanum beint. Hátt frúktósainnihald í matvælum stuðlar þannig væntanlega enn frekar að fitusöfnun í líkamanum. Heilinn nemur sennilega ekki hátt frúktósamagn í líkamanum á sama hátt og glúkósa og sendir því ekki skilaboð um mettun þó mikið magn hafi verið innbyrt.

Fyrir venjulega manneskju sem ekki hefur háskólanám að baki í lífefnafræði getur verið nánast útilokað að vita hvaða áhrif einstakir innihaldsþættir matvöru hafa á líkamann.

„Staðreyndin er sú að gríðarlegu magni af sykri, sérstaklega frúktósa, er laumað í okkur undir ýmsum heitum og með alls kyns fyrirslætti. Hann er nánast í öllum tilbúnum sósum, er sprautað í mikið af kjöti og hann er í alls konar áleggi. Þetta sést glöggt ef við lesum innihaldslýsingar matvælanna, en þær eru svo smáar að þörf er á stækkunargleri í verslunarferðum. Afleiðingarnar blasa við. Á þetta bendir meðal annarra barnalæknirinn og efnaskiptasérfræðingurinn Robert H. Lustig og segir hátt frúktósainnihald matvæla eina aðalástæðu offitu meðal barna sem fullorðinna. Nær allar svokallaðar „léttvörur", sérstaklega mjólkurvörur, eru með viðbættum frúktósa, þótt búið sé að skerða fituinnihaldið. Lustig vill líkja áhrifum of mikils frúktósa á lifrina við króníska lifrarskemmdir eins og verða af alkóhóli og telur að ofneysla gos- og sportdrykkja sé álíka skaðleg til lengdar.

Annað vandamál sem hefur komið í ljós samfara mikilli aukningu á viðbættum sykri í matvælum og drykkjum er að það er ekki bara óhollt, heldur getur neyslan haft áhrif á heilann sem líkist fíkn í kókaín, nikótín og önnur eiturlyf. Það eru margar nýjar læknisfræðilegar rannsóknir sem hafa sýnt fram á þetta með tilraunum bæði á dýrum og mönnum. Sykur í meðalmagni, feitur og saltur matur í miklum mæli geta framkallað fíknihegðun hjá tilraunadýrum. Og heilaskönn (PET og MRI) hjá offeitu fólki og matarfíklum (*compulsive eaters*), hafa sýnt truflanir í verðlaunamiðstöð heilans svipaðar og hjá fíkniefnaneytendum. Matarfíkn er ekki enn þá viðurkennd sem fíknsjúkdómur en þó hafa ASAM (Amerísku fíknilæknasamtökin) gefið út yfirlýsingu um að matur sé eitt af þeim efnum sem geta valdið efnalegri ánetjun."

Lítil rök á bak við fæðuleiðbeiningar

Hildur víkur aftur að fitunni í fæðunni og vísar í rannsóknir á áhrifum kólesteróls á undanförnum árum sem hafa leitt í ljós að mettuð fita, sem vissulega hækkar heildarkólesterólmagnið í blóðinu, hækkar aðallega HDL eða það góða, en minna LDL-kólesterólið, það vonda.

„Það hefur komið í ljós að LDL-kólesteról skiptist síðan í tvær undirtegundir sem ekki eru jafnslæmar. Annars vegar stórar og léttar flögur af tegund A, sem fjölgar við neyslu á fitu og eru ekki taldar eiga þátt í skellumyndun í æðakerfinu. Hins vegar litlar þungar flögur af tegund B, sem aftur á móti eru taldar smjúga undir æðaþelið og geta valdið skemmdum í æðakerfinu. Það sýnir sig að sykurinn, sérstaklega frúktósinn, eykur tegund B. Þannig að þó mettuð fita hækki kólesterólið þá virðist það vera fyrst og fremst HDL og LDL tegund A sem ekki eru taldar skaðlegar. Flestir sem fara á lágkolvetnafæði, eða bara minnka sykurinn verulega, hækka í heildarkólesteróli, en bæta hlutföllin verulega og lækka oftast þríglyseríðana. Nú telja margir nákvæmara að horfa á hlutföllin, til dæmis þríglyseríðar/HDL en heildarkólesteról í sambandi við áhættumat."

Upphaf lágkolvetnamegrunarkúra má rekja allt aftur á 18. öld þegar Englendingurinn Banting gaf út bók með megrunarleiðbeiningum að franskri fyrirmynd, og er sænska sögnin að banta, megra sig, komin þaðan. Síðan hafa margir komið til sögunnar, Atkins sennilega þeirra frægastur.

„Það hefur lengi verið vitað að slíkt mataræði er öflug aðferð til að léttast en læknar og almenningur hafa haft áhyggjur af tengslum fituneyslunnar við hjarta- og æðasjúkdóma. En nú virðist hægt að anda léttara. Nýlegar rannsóknir hafa sýnt að lágkolvetnafæði hefur jafnvel góð áhrif á blóðfitur hjá sjúklingum með áunna sykursýki," segir Hildur.

„Árin 2009 og 2010 komu út tvær umfangsmiklar rannsóknir um tengsl fitu og æðasjúkdóma. Sú fyrri var í Archive of Internal Medicine, þar sem teknar voru fyrir um 600 vandaðar rannsóknir bæði framsýnar hóprannsóknir og slembaðar samanburðarrannsóknir alveg frá 1950, en farið var yfir um 6000 ágrip greina. Sterkar vísbendingar komu fram um að glúkósastuðull hefði neikvæð áhrif á áhættuþætti hjartasjúkdóma, en engar eða mjög veikar vísbendingar voru fyrir neikvæðum áhrifum allrar fitu á hjartað, fyrir utan transfitu. Voru höfundar harðorðir yfir því hve lítið virðist standa á bak við nútíma fæðuleiðbeiningar. Seinni rannsóknin var í American Journal of Clinical Nutrition, meta analýsa á framskyggnum faraldsfræðilegum rannsóknum með 350 þúsund einstaklingum sem fylgt hafði verið eftir í 5-23 ár og var niðurstaða sú að það væri engin áreiðanleg sönnun fyrir sambandi mettaðrar fitu í fæðu við hjarta- og æðasjúkdóma."

Stefnubreyting í opinberri fæðuráðgjöf

Hildur kveðst hafa fylgst dálítið með fjörugri umræðu um mataræði og lýðheilsuráðgjöf stjórnvalda í Svíþjóð þar sem hún stundaði framhaldsnám sitt.

„Þessar umræður vöktu mikla athygli þar og voru dagblaðafréttir en virtust ekki komast neitt sérstaklega í hámæli hér á landi. Kannski er hluti af ástæðunni að lágkolvetnafæði er orðið töluvert útbreitt í Svíþjóð og Noregi og má rekja upphaf þess til þess er sænski heimilislæknirinn Annika Dahlqvist var kærð til heilbrigðiseftirlitsins fyrir átta árum og flæmd úr starfi sínu, fyrir að ráðleggja of feitum skjólstæðingum sínum og sykursýkissjúklingum lágkolvetnamataræði. Var þess krafist að lækningaleyfið yrði tekið af henni. Þetta varð töluvert blaðamál og heilbrigðiseftirlitið dró ákvörðun sína til baka eftir að hafa farið yfir þær rannsóknir og gögn sem þá lágu fyrir og 2008 fékk Dahlqvist uppreisn æru, enda var þá talið að óhætt væri að mæla með lágkolvetnfæði fyrir offeita og sykursjúka.

Í nýjustu leiðbeiningum frá sænska heilbrigðiseftirlitinu um næringarráð til sykursjúkra tegund II er nú boðið uppá fjórar gerðir mataræðis þar sem þrjú eru lágkolvetna en einungis eitt er samkvæmt hinu gamla fituskerta."

Hildur segir að þarna megi sjá upphaf opinberrar stefnubreytingar í næringarráðgjöf, sennilega að miklu leyti vegna vinnu lækna eins og Anniku Dahlqvist og Andreas Eenfelds. Mér skilst að Svíþjóð sé nánast eina landið í heiminum þar sem hægir á offituógninni í hlutfalli við aukningu á smjörsölu „Ég vildi gjarnan sjá sambærilegar breytingar í lýðheilsuráðgjöf hér á Íslandi. Það er fleiri möguleikar en lágfitufæði, lyf og hjáveituaðgerðir enda er ástand þjóðarinnar verulega slæmt, offita hvergi meiri en hér á Norðurlöndunum og við höldum áfram að þyngjast. Þeirri þróun verður að snúa við. Ég tel einnig brýnt að litið verði á hluta offituvandans sem fíknsjúkdóm og meðhöndla hann sem slíkan þar sem það á við, því töluvert af rannsóknarniðurstöðum styður það að um taugaefnafræðilegar breytingar í heila sé að ræða. Ég vil hvetja þá kollega sem annast sjúklinga með offituvandamál og áunna sykursýki að hugleiða hvort einhverjir gætu fallið undir að vera með matarfíkn og gætu nýtt sér hjálp til dæmis MFM, Matarfíknimiðstöðvarinnar, sem Esther Helga Guðmundsdóttir hefur starfrækt frá árinu 2006 með góðum árangri, eða 12 spora samtaka sem eru tvö starfandi hér á landi í anda AA-samtakanna, OA og GSA.

Þess má einnig geta þess að í apríl síðastliðnum voru stofnuð regnhlífarsamtökin Matarheill sem munu starfa í svipuðum anda og SÁÁ. Samtökin sameina þá sem vilja vinna að forvörnum, fræðslu og meðferð og einnig fólk sem glímir við matarfíkn, átröskun eða offitu."

Hildur vill benda fólki sem vill kynna sér þessi mál nánar á vefsíðurnar:

- kostdoktorn.se
- dietdoktor.com
- drhexeberg.no
- garytaubes.com
- docsopinion.com
- mataraedi.is
- foodaddictioninstitute.org
- authoritynutrition.com
- matarfikn.is
- oa.is
- gsa.is
- matarheill.is

Einnig bendir hún á mjög góðan fyrirlestur á netinu eftir Robert H. Lustig sem nefnist *Sugar, The Bitter Truth* og sjónvarpsþættina *Skinny on Obesity*, sem finna má á Youtube.

Helse Førde HF yter spesialisthelsetenester til dei 108 500 innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Føretaket er i stadig utvikling for å gjere tilbodet best mogeleg innanfor dei rammene styresmaktene set og brukarane forventar. Helse Førde har sjukehus og psykiatriske institusjonar i seks kommunar og ansvar for ambulanseteneste. Tal på tilsette er omlag 2500, og budsjettet er på 2,4 milliardar kroner. Føretaket er organisert i 4 klinikkar. Det er det statlege Helse Vest RHF som eig Helse Førde. Helse Førde skal så langt som råd avspegle mangfaldet i befolkninga. Det er difor eit personalpolitisk mål å oppnå ein balansert alders- og kjønnssamansetnad, og å rekruttere kvalifiserte personar med innvandrarbakgrunn.

MEDISINSK KLINIKK / HUD POLIKLINIKK søkjer:

Legespesialist, Dermatologi

Heimelsnr. 6227, nr.id.: 13625.

Helse Førde har ledig fast stilling som legespesialist i dermatologi. Dette er ein spennande sjanse i et framtidsretta helseforetak. Hudavdelinga, Helse Førde driv poliklinisk virksomhet, har sitt hovudsete ved Førde Sentralsjukehus, Førde og har underavdelingar i Eid, Florø, Lærdal og Sogndal.

Kontaktperson: Avdelingssjef Øystein Vatne (+47) 57839367
Referansenummer: 1872850505

Søknadsfrist: 22.10.2013

For å lese meir og å søkje på stillinga: www.helse-forde.no

Helse Førde

Hjálpum Landspítalanum

Tryggvi Ásmundsson

lungnalæknir
sestur í helgan stein



tryggvi.asmundsson@gmail.com

Það er ekkert nýtt að upp komi erfiðleikar á íslenskum spítölum. Fyrir rúmlega 50 árum var svo komið fyrir sjúkrahúsinu á Akureyri að þar fengust engar nýjar hjúkrunarkonur til starfa. Þær fáu sem voru í starfi voru útbrunnar eftir glórulausan þrældóm og hjúkrunin á staðnum í samræmi við það. Til að leysa vandann voru hjúkrunarnemar skikkaðir til að vinna þarna og sjá um megnið af hjúkruninni. Má nærri geta hvernig kennslan hefur verið, enda töldu þær dagana þar til þær losnuðu úr prísundinni og hétu því að stíga aldrei inn fyrir dyr þeirrar stofnunar aftur! Á röntgendeild spítalans vann þá Ingibjörg Ragnheiður Magnúsdóttir, menntaður íþróttakennari og þekkt fyrir dugnað og stjórnsemi. Hún hafði ákveðið að fara suður til að læra hjúkrun þótt hún væri komin á miðjan fertugsaldur. Forstjóri spítalans var þá Brynjólfur Sveinsson menntaskólakennari og bætti þessu starfi við fulla kennslu. Hann var afi Þorbjörns Jónssonar formanns LÍ. Brynjólfur hafði oft samband við Ingibjörgu þegar fór að líða á námstíma hennar og hvatti hana til að koma norður og taka við stjórn hjúkrunar á spítalanum. Hann vissi sem var að hún hefði taugar til staðarins og lofaði henni öflugum stuðningi stjórnarinnar. Við það var staðið. Hún ákvað að ráða sem flestar úr útskriftarárgangi sínum norður. Markmiðið var að ráða í allar lausar stöður hjúkrunarkvenna og það tókst. Þetta var mikið einvalalið og nánast í einu vetfangi varð hjúkrunin á FSA með því besta sem þekktist á landinu og „mórallinn" fór úr núlli í hæstu hæðir. Ekki spillti að þetta voru flestar fjallmyndarlegar stúlkur, greindar og skemmtilegar. Ingibjörg leigði handa þeim stórt og glæsilegt einbýlishús rauðmálað og í göngufæri við spítalann. Fékk það strax nafnið „Rauða myllan". Ég var þarna miðhlutastúdent á lyfjadeild og ekki í neinum vandræðum með hvernig frítímanum skyldi eytt. „Those were the days my friend . . . " og þeir gleymast seint!

Ég held að vandinn þarna hafi verið síst minni en sá sem núna er uppi á lyfjadeildinni. Helst vildi ég senda þá Björn forstjóra og Ólaf lækningaforstjóra í endurmenntun á 6. árið í læknadeild. Þá myndu þeir koma með árganginn eins og hann leggur sig inn á spítalann í vor. En það er þó líklega ekki raunhæft! Það er vissulega gleðilegt að nýskipaður heilbrigðisráðherra virðist skilja hvað hér sé í húfi, vanda sem þurfi að taka á en ekki að breiða yfir. Maður verður að treysta því að unglæknar og læknanemar á lokaári hafi verið með í ráðum um úrbætur og séu tilbúnir að ráða sig á spítalann og hugleiða framhaldsnám í lyflækningum gangi þær eftir. Háskólaspítali þar sem unglæknar vilja helst ekki starfa á ekki tilverurétt. Hins vegar er það áhyggjuefni að nokkur trúnaðarbrestur virðist hafa orðið milli lækna spítalans og stjórnenda hans. Það er reyndar ekki í fyrsta sinn því það varð einnig fyrir nokkrum árum þegar aðrir stjórnuðu. Það hlýtur öllum að vera ljóst að stjórnendur spítala verða að hafa læknana í liði með sér, annars er voðinn vís. Nú held ég að flestir séu mér sammála um að allir þessir stjórnendur hafi bæði gáfur og mannkosti í ríkum mæli. Hvernig má það þá vera að þessi staða kemur upp, ekki bara einu sinni heldur tvisvar? Fyrir því eru sjálfsagt margar ástæður, en mér dettur í hug ein sem hægt væri að bæta úr. Stjórn og skrifstofulið spítalans hefur aldrei verið undir sama þaki og annað starfsfólk. Ég man svo langt að skrifstofan var niðri á Klapparstíg, nokkuð langt frá spítalanum. Síðan fluttist hún nær, á Rauðarárstíginn, og loks enn nær, á Eiríksgötuna, aðeins nokkra metra frá aðalbyggingunni.

En því miður geta þessir fáu metrar reynst gjá sem erfitt er að brúa. Meðan ég vann á Landspítalanum voru tvö stór hringborð í matsalnum, sem læknarnir lögðu venjulega undir sig. Kannske var það ekki alltof heppilegt. Margir hafa kvartað undan því að læknar hafi tilhneigingu til að einangra sig frá öðru starfsfólki. Við þessi borð voru oftast fjörugar umræður og ekki þagað yfir vandamálum. Fyrir kom að forstjóri eða lækningaforstjóri sætu við þessi borð, en það var ekki oft. Ég minnist þess heldur ekki að starfsfólk skrifstofunnar sæist oft í matsalnum. Seinna vann ég hjá heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Þar starfaði yfirstjórnin og skrifstofufólkið undir sama þaki og við hin. Læknarnir „áttu" ekkert borð í matsalnum og maður kynntist skrifstofuliðinu og hitti forstjórann og lækningaforstjórann nánast daglega. Ég held að það hafi skipt verulegu máli fyrir „móralinn". Í nýjum spítala verður þetta að breytast. Skrifstofufólkið verður að verða hluti af heildinni. En meðan beðið er eftir nýjum spítala legg ég til að forstjórinn og lækningaforstjórinn borði með fólkinu á „dekkinu" ekki sjaldnar en þrisvar í viku! Þá verður þeim ekki skotaskuld úr því að endurvinna það traust sem kann að hafa glatast. Og nú er komið að því að minnast á starfsanda - „móral". Meðan ég starfaði á Landspítalanum sveiflaðist mórallinn dálítið. Stundum ágætur, stundum svolítið dapur. Mér er það minnisstætt að eitt sinn hitti Magnús bróðir minn Davíð Davíðsson prófessor á gangi spítalans og spurði: „Hvernig gengur það á „kærleiksheimilinu"? Davíð svaraði að bragði: „Þar sést aldrei glaður maður!" Vonandi er það ekki svo í dag, en ég kem stundum í hádegismat í Læknasetrið þar sem vinna læknar sem starfa á Landspítalanum og mér finnst þeir mættu vera glaðari. Á vinnustað er sennilega fátt sem er nauðsynlegra til að laða að gott fólk en góður mórall. En hvað er mórall eiginlega? Mig langar að vitna í gamla sögu.[1]

Spekingur nokkur fór um farinn veg. Við veginn sat maður og var að höggva

stein. Hvað starfar þú maður minn? spurði spekingurinn. Ég er að höggva grjót svaraði sá sem spurður var. Spekingurinn hélt áfram og kom aftur að manni sem var að klappa stein. Hvað starfar þú maður minn? spurði spekingurinn aftur. Ég er að vinna fyrir börnum mínum og ástvinum svaraði maðurinn. Spekingurinn hélt enn áfram göngunni og kom til þriðja mannsins sem einnig vann við steinhögg. Hvað starfar þú maður minn? spurði spekingurinn enn. Ég er að hjálpa til að byggja musteri svaraði maðurinn. Allir voru mennirnir þrír að vinna sama verkið. En sjónhringur þeirra var ekki sá sami. Einn sá og fann aðeins stritið. Ekkert annað. Annar sá lengra. Hann sá þann tilgang starfsins að veita honum og vandamönnum hans mannleg lífskjör. Hinn þriðji sá enn lengra. Hann sá og fann að hann var einn í hópi þúsunda sem unnu að sameiginlegu starfi, að hann var þátttakandi í byggingu musteris framtíðarinnar. Það er með því hugarfari sem við þurfum að vinna að endurreisn Landspítalans.

1. Guðmundsson H. Lýðveldishátíðin 1944. Leiftur, Reykjavík 1945: 275-7.

Öldungafundir í nóvember og desember

Þann *6. nóvember* mun dr. Ingvar Birgir Friðleifsson jarðfræðingur ræða um Jarðhitaskóla Sameinuðu þjóðanna og þann *4. desember* flytur dr. Helgi Björnsson erindi sem hann nefnir Jöklar á Íslandi, nú, fyrr á tíð og á komandi árum.

Fundir öldunga eru í Hlíðasmára 8, þeir hefjast með kaffi kl. 15.30 og síðan eru erindin kl. 16.00.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

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 vatnsfríum 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 innihéldur 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.*

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 316081



Fundinn sóttu yfir 100 manns og 250 til viðbótar fylgdust með í gegnum útsendingu á netinu.

Fjölmennur og gagnlegur fundur

Hávar Sigurjónsson

Læknafélag Íslands efndi til fundar fimmtudaginn 5. september um slæmt ástand á lyflækningasviði Landspítalans og þarf vart að tíunda það efni frekar svo fyrirferðarmikil sem umræðan hefur verið bæði á undan og í kjölfar fundarins. Allir eru sammála um að aðgerða sé þörf, nákvæmlega hvaða aðgerða grípa skuli til er tekist á um og veldur þar hver á heldur. Ekki er vafi að fundurinn skilaði umtalsverðum árangri en í kjölfar hans kynnti heilbrigðisráðherra tillögur til úrbóta á lyflækningasviði Landspítalans.

Í umræðum að loknum framsöguerindum kom fram að lyflækningasviðið sem stærsta svið spítalans er í mörgum skilningi kjarni starfsemi alls spítalans; flestar aðrar deildir reiða sig á samstarf og samvinnu við lyflækningadeildir, hvort heldur eru aðgerðadeildir eða hinar ýmsu göngudeildir og slæmt ástand á lyflækningadeildum snertir því nánast alla starfsemi spítalans.

Áhugi og áhyggjur læknastéttarinnar birtust glöggt í þeirri staðreynd að ríflega 100 manns sóttu fundinn í Hlíðasmára og aðrir 250 fylgdust með í beinni útsendingu á lokaðri heimasíðu Læknafélagsins. Lætur nærri að um 40% starfandi lækna í landinu hafi því fylgst með fundinum og líklega enn fleiri skoðað upptöku af honum síðar.

Í samtali við *Læknablaðið* að loknum fundinum kvaðst Þorbjörn Jónsson ánægður með mætinguna á fundinn og ekki síður hversu margir fylgdust með fundinum á netinu. „Ég get fullyrt að við munum sýna svona mikilvæga fundi á netinu í framtíðinni og efla þannig tengsl við almenna lækna. Það er mikilvægt," sagði Þorbjörn.

Fjölmargar hugmyndir að lausnum

Sex læknar lyflækningasviðs höfðu framsögu á fundinum og lýstu þeir hver frá sínum bæjardyrum ástandi á deildum sviðsins sérstaklega og spítalanum almennt. Þetta voru þau Helga Ágústa Sigurjónsdóttir innkirtlalæknir, Friðbjörn Sigurðsson krabbameinslæknir, Runólfur Pálsson nýrnalæknir og formaður Félags lyflækna, Þorbjörn Guðjónsson hjartalæknir, Ingibjörg Kristjánsdóttir læknir fyrir Félag almennra lækna og Magnús Karl Magnússon deildarforseti læknadeildar Háskóla Íslands. Glærur með erindum þeirra liggja frammi á heimasíðu Læknafélagsins, *www.lis.is*

Framsögumenn nefndu ýmsar leiðir til að leysa vandann og bentu einnig á að lausnir hefðu verið lagðar fram á undanförnum mánuðum og misserum enda væri vandinn ekki nýtilkominn. Kom fram að



Ingibjörg Kristjánsdóttir.



Helga Ágústa Sigurjónsdóttir



„Læknar geta haft áhrif ef þeir beita sér," segir Þorbjörn Jónsson formaður Læknafélags Íslands.

stjórnendur spítalans hafa lítt eða ekki sinnt þeim tillögum til þessa.

Varla þarf að tíunda hér í *Læknablaðinu* hversu umfangsmiklar nútímalyflækningar eru og að undirsérgreinar lyflækninga eru fjölmargar. Ekki er þó víst að allur almenningur geri sér grein fyrir umfanginu eða átti sig á því hversu margar sérgreinar læknisfræði heyra undir lyflækningar og að innan lyflækningasviðs eru margar sérstakar deildir. Var vakin athygli á þessu á fundinum og ákveðið að birta þessu til glöggvunar upptalningu sérgreina lyflækninga í greinargerð með ályktun fundarins.

Heilbrigðisráðherra ávarpaði fundinn að loknum framsöguerindum og kvaðst hafa saknað þess að heyra ekki tillögur til lausnar vandanum, heldur aðeins lýsingar á ástandi. Kom það mörgum fundarmanna í opna skjöldu sem töldu sig einmitt hafa hlýtt á hið gagnstæða í framsöguerindunum.

Verður að geta þess að í kjölfar fundarins sendu framsögumenn ráðherra greinargerð með ályktun fundarins þar sem fram koma ýmsar tillögur til úrbóta auk þess sem lausnir er nefndar voru í framsöguerindum þeirra voru tíundaðar frekar.

Í umræðum kom fram að fundarmönnum þætti undarlegt að launamál lækna væru ekki rædd á fundinum en þau væru þó ein meginástæða atgervisflótta almennra lækna og sérfræðinga af spítalanum, ásamt tregðu íslenskra sérfræðinga við störf erlendis til að flytja heim aftur.

„Það gladdi mig sérstaklega að Kristján Þór Júlíusson heilbrigðisráðherra gat setið fundinn ásamt sínu fólki úr ráðuneytinu. Góður hópur frummælenda ræddi málið ítarlega og vonandi hafa vandamál, ekki bara lyflækningasviðsins heldur Landspítalans alls, skýrst í huga ráðherrans. Læknar Landspítalans búa yfir mikilli þekkingu á starfseminni og þeir hafa margvísilegar lausnir á takteinum, stórar og smáar, og það er vert fyrir stjórnendur að gefa þeim góðan gaum. Það má ekki heldur gleyma því að sérfræðilæknar hér á landi hafa flestir hlotið menntun sína og starfað erlendis á góðum sjúkrahúsum, oft viðurkenndum háskólasjúkrahúsum, og þekkja því vel hvernig reka má starfsemina á skilvirkan hátt. Ef hlustað er á starfsmenn er líklegra að hægt sé að fá þá í lið með sér við breytingar sem vinna á vandamálunum, þetta er hópvinna," sagði Þorbjörn Jónsson formaður LÍ.

Fundurinn skilaði verulegum árangri

Óhætt er að segja að sú umfjöllun sem Læknafélag Íslands beitti sér fyrir um vandamál lyflækningasviðs Landspítalans hafi skilað árangri. Nákvæmlega einni viku eftir umræðufundinn í Læknafélaginu lagði heilbrigðisráðherra fram tillögur til lausnar á vanda lyflækningasviðsins og voru þær að mörgu leyti samhljóða tillögum þeirra lækna sem verið höfðu frummælendur á umræðufundinum í Læknafélaginu.

„Þetta sýnir að læknar geta haft áhrif ef þeir beita sér. Tillögur ráðherra leysa kannski ekki allan vandann, en einhvers staðar þarf að byrja. Ég fagna því að komin er almennileg hreyfing á þetta mál," sagði Þorbjörn ennfremur.

„Eins og ég sé þetta eftir þrengingar undanfarinna ára er fjárskortur ein meginrót vandans, því má ekki gleyma. Fjárveitingavaldið, Alþingi Íslendinga, ákvað að skera framlög til heilbrigðismála verulega niður mörg ár í röð og það hefur leitt til þess að stjórnendur heilbrigðisstofnana hafa þurft að taka óæskilegar ákvarðanir. Landspítalinn og margar aðrar heilbrigðisstofnanir eru illa aðkrepptar eftir niðurskurð undanfarinna ára. Vonandi stuðlar fundurinn og fjölmiðlaumræðan í kjölfarið að því að stjórnvöld sjái sér fært að auka nú þegar fjárframlög til spítalans, það þarf að verða strax með nýjum fjárlögum," segir Þorbjörn Jónsson.

Löggjöf á villigötum



Sigurður E. Þorvaldsson
fyrrv. formaður
öldungadeildar LÍ

Ný lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012[1] tóku gildi 1. janúar 2013.

26. grein laganna hljóðar svo:

Aldursmörk.
Heilbrigðisstarfsmanni samkvæmt lögum þessum er óheimilt að reka eigin starfstofu eftir að hann nær 70 ára aldri. Landlækni er þó heimilt, að fenginni umsókn viðkomandi, að framlengja leyfi til tveggja ára í senn, þó aldrei oftar en þrisvar.

Þessi grein hinna nýju heilbrigðislaga skerðir mjög starfsmöguleika eldri lækna og rýrir margrómaðan mannauð íslensku heilbrigðisþjónustunnar sem á mjög undir högg að sækja um þessar mundir eins og nýleg ummæli nokkurra framámanna í læknastétt bera vott um: *„Á undanförnum árum hefur starfandi læknum á Íslandi fækkað um 12%."*[2], *„...það er ekki hægt að skera meira niður, það þarf að fara að byggja upp kerfið að nýju."*[3], *„...hafa 208 læknar skráð sig úr Læknafélaginu á síðustu þremur árum en aðeins 71 skráð sig í félagið."*[4], *„Hrörnun mannauðs er langtíma fyrirbæri."*[5]

Sá mannauður og reynsla sem tapast við aldursákvæði 26. greinar nýrra heilbrigðislaga verður ekki bætt með 11. grein laganna þar sem fjórða árs nemum í læknisfræði er gefið leyfi til að starfa sem læknar þó undir eftirliti eigi að heita. Slíkt er mikil þversögn.

Af hverju 76 ár?

Fyrir því eru ekki færð nein rök. Opinberir starfsmenn verða raunar að hætta 70 ára en hér er um að ræða sjálfstætt starfandi menn með eigin starfstöð.

Sé landlækni ætlað að meta færni sjötugra lækna í þrígang ætti hann eins að geta það áfram um óákveðinn tíma. Það er ekki þekkt náttúrulögmál að læknar glati að fullu líkamlegri og andlegri færni sinni við 76 ára aldur.

Þessi lagagrein er ekki í takti við reglur í löndum sem við gjarnan miðum okkur við:

Á netsíðu Sundhedsstyrelsen í Danmörku[6] segir:

Sundhedsstyrelsen kan efter ansøgning give tilladelse til, at en autoriseret sundhedsperson kan fortsætte sin selvstændige faglige virksomhed helt eller delvist efter de fyldte 75 år.

Þetta eru í raun þær reglur sem voru í eldri læknalögum á Íslandi.

Á netsíðu norska læknafélagsins[7] segir:

Når autorisasjonen bortfaller ved fylte 75 år, kan legen søke om lisens for å utøve legevirksomhet. Lisens gis etter en konkret vurdering og normalt for to år av gangen. Leger som har fylt 80 år, kan få slik lisens for inntil ett år av gangen. Søknad om lisens sendes til og behandles av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH).

Formaður félags eldri lækna í Noregi (ELF) segir í tölvupósti :

Félag eldri lækna í Noregi ásamt norska læknafélaginu vinna að því að fá þessa grein fellda úr norsku heilbrigðislögunum því hér sé eingöngu mismunað vegna aldurs.[8]

Frá Svíþjóð fengust þær upplýsingar hjá lagadeild sænska læknafélagsins að í Svíþjóð væru engin aldursákvæði varðandi sjálfstætt starfandi lækna.[9] Í Bretlandi[10] og Þýskalandi[11] eru engin aldursákvæði varðandi sjálfstætt starfandi lækna. Það er því ljóst að í fimm löndum sem við oft kjósum að bera okkur saman við, Danmörku, Noregi, Svíþjóð, Bretlandi og Þýskalandi, eru í raun engin aldurstakmörk fyrir sjálfstætt starfandi lækna.

Lítt rætt á Alþingi

Á vef Alþingis má lesa umræður í velferðarnefnd um setningu heilbrigðislaga[1].

Umræða í velferðarnefnd um 26. grein, þ.e. aldurstakmörk, virðist hafa verið harla lítil.

Þó er þar að finna álit Eyglóar Harðardóttur núverandi félagsmálaráðherra og Sivjar Friðleifsdóttur fyrrverandi heilbrigðisráðherra 2006-2007.

Úr áliti Eyglóar:

Nefndarálit með breytingartillögu um frumvarp til laga um heilbrigðisstarfsmenn: [...] 3. minni hluti telur mikilvægt að slíkar hömlur séu ekki settar á störf heilbrigðisstarfsmanna og leggur til að felld verði brott sú afmörkun að einungis sé heimilt að framlengja leyfið þrisvar. Í stað þess verði landlækni heimilt, að fenginni umsókn viðkomandi heilbrigðisstarfsmanns, að framlengja leyfi til árs í senn ...

Úr áliti Sivjar:

Ég ætla að lokum að segja frá einni grein sem ég er ekki alveg sátt við. Það er 26. gr. um aldursmörk. [...] Ég hef miklar efasemdir um þetta ákvæði. [...] Með nýja ákvæðinu er algjörlega tekið fyrir að heilbrigðisstarfsmaður geti rekið starfsstofu lengur en til 76 ára aldurs.[...]
Ég ætla því að biðja hv. velferðarnefnd að skoða sérstaklega hvort ekki sé rétt að hafa þetta í höndum landlæknis áfram en setja ekki þetta snögga skilyrði um að eftir 76 ára aldur eigi fortakslaust að loka fyrir starfsemina þó að viðkomandi geti alveg unnið lengur.

Á vef Alþingis[1] er að finna umsagnir frá Læknafélagi Íslands og læknaráði. Í þeim er ekki að finna athugasemdir varðandi umræddа 26. grein. Hins vegar er því mótmælt í báðum umsögnum að læknalögin frá 1988 með síðari breytingum verði felld úr gildi.

Það er ljóst að 26. grein hinna nýju laga um heilbrigðisstarfsmenn skerðir mjög réttindi þeirra til starfa og þar með í raun mannréttindi. Þetta á ekki aðeins við lækna þótt sérstaklega hafi verið um þá fjallað hér.

Lokaorð

Það er skoðun mín að leita ætti leiða til að leiðrétta þau mistök sem ég tel að hér hafi verið gerð. Til þess þarf að breyta lögunum. Ráðlegt kann að vera að fá álit Umboðsmanns Alþingis á málinu áður en því er ýtt frekar áleiðis. Þá mætti íhuga að leita úrlausnar fyrir dómstólum. Allt tæki þetta sinn tíma en þetta er hægt.

Heimildir

1. Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012 (althingi.is/dba-bin/ferill.pl?ltg=140&mnr=147)
2. Jónsson S. Höfum við efni á að setja sjötuga lækna á eftirlaun? Læknablaðið 2013; 99: 363.
3. Björn Zoëga í viðtali. Morgunblaðið, 3. ágúst 2013: 4.
4. Þorbjörn Jónsson í viðtali. Morgunblaðið 3. ágúst 2013: 4.
5. Stefánsson E, Guðmundsson S. Heilbrigðiskerfið molnar niður. Morgunblaðið 2. ágúst 2013: 23.
6. sst.dk/Uddannelse20og20autorisation/Autorisationsregister/75_aars_reglen.aspx
7. legeforeningen.no/Arbeidsliv-og-jus/Legens-ansvar/Retten-til-a-virke-som-lege/Autorisasjon-og-lisens-/
8. Tölvupóstur frá formanni Félags eldri lækna í Noregi.
9. Tölvupóstur frá Sveriges Läkarförbund.
10. Svar við fyrirspurn til Keith Baggs. Dpt of Health U.K.
11. BMJ 2009; 338: b97.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar:
Magnús Einarsson formaður, Þórarinn Sveinsson ritari, Hörður Alfreðsson gjaldkeri, Guðmundur Oddsson, Guðrún Agnarsdóttir.

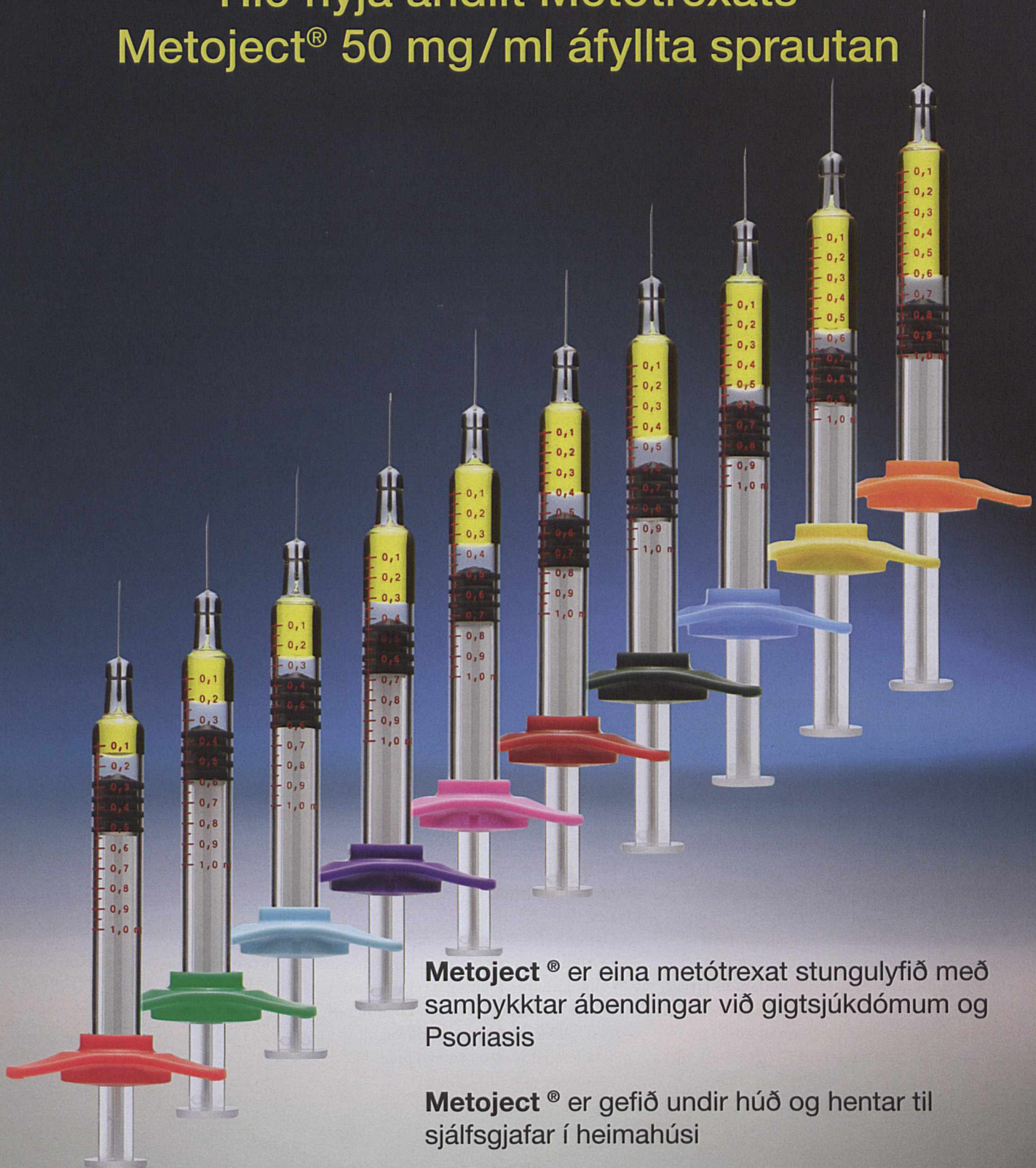
Öldungaráð
Jóhann Gunnar Þorbergsson, Jón Hilmar Alfreðsson, Kristín Guttormsson, Sigurður E. Þorvaldsson, Tryggvi Ásmundsson, Valgarður Egilsson.

Umsjón síðu: Páll Ásmundsson

Vefsíða:
http://innri.lis.is/oldungadeild-li

metoject®

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

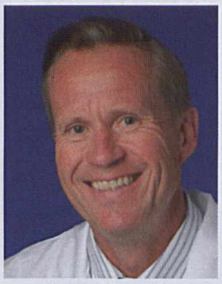
Umboðsaðili Medac GmbH á Íslandi:
Williams & Halls ehf.
Reykjavíkurvegur 62, 220 Hafnarfirði
www.wh.is

Sérlyfjatexti á bls. 483

Naloxón við hægðatregðu vegna ópíóíða



Elín I. Jacobsen
lyfjafræðingur,
verkefnastjóri
Miðstöðvar
lyfjaupplýsinga
Landspítala
elinjac@landspitali.is



Einar S. Björnsson
meltingarlæknir
og formaður lyfjanefndar
Landspítala
einarsb@landspitali.is

Höfundar taka fúslega við athugasemdum frá lesendum um pistlana og önnur lyfjatengd efni.

Miðstöð lyfjaupplýsinga barst fyrirspurn frá barnalækni vegna barns sem þurfti á ópíóíðameðferð að halda eftir skurðaðgerð. Spurt var hvort fáanlegt væri naloxón um munn til að fyrirbyggja alvarlega hægðatregðu vegna ópíóíða og hverjir væru skammtar við slíka meðferð.

Tíðni hægðatregðu samfara notkun ópíóíða er mismunandi eftir rannsóknum, á bilinu 15-81%. Meta-analýsa á slembuðum samanburðarrannsóknum með lyfleysu, þar sem einnig voru skoðaðar rannsóknir á kódeini og tramadóli, sýndi 15% tíðni hægðatregðu, en önnur sem aðeins tók til sterkari ópíóíða sýndi allt upp í 41% tíðni.[1] Aðrar rannsóknir sýna sambærilegar tíðnitölur hægðatregðu vegna ópíóíða þrátt fyrir samhliða notkun ýmissa hægðalyfja. Mismunandi rannsóknarsnið, endapunktar og þýði (aldur, kyn og undirliggjandi sjúkdómar) skýra að hluta þennan mikla mun í tíðni. Þá virðist lyfjaform skipta máli, til dæmis virðist fentanýl um húð síður valda hægðatregðu en ópíóíðar um munn.[1,2]

Algengasta meðferð við hægðatregðu vegna ópíóíða eru hefðbundin hægðalyf en þó fær hluti sjúklinga hægðatregðu þrátt fyrir slíka meðferð. Samkvæmt samantekt Cochrane stofnunarinnar frá 2011 eru makrógólar (Movicol®), laktúlósa (Medilax®) og sennalyf (Laxoberal®, Senokot®) jafnvirk en að þörf sé á frekari rannsóknum, með lengri eftirfylgni, á gagnsemi hægðalyfja við ópíóíða hægðatregu.[1,3]

Sýnt hefur verið fram á að verkjastillandi verkun ópíóíða verður vegna verkunar þeirra á viðtaka í miðtaugakerfi en að aukaverkanir þeirra í meltingarvegi eru vegna áhrifa á taugakerfi í görn, enda eru ópíóíðaviðtakar þar víða. Hægðatregða verður vegna þess að ópíóíðar örva μ-viðtaka í görninni. Það leiðir til aukins fjölda staðbundinna samdrátta í görn og við það hægist á meltingarhreyfingum, uppsog vatns úr meltingarvegi eykst og dregur úr seytingu meltingarvökva.[1,2]

Naloxón er eitt þeirra lyfja sem rannsökuð hafa verið og verka á móti þessum áhrifum ópíóíða á meltingarveg. Naloxón sem er eins og kunnugt er samkeppnishemill á ópíóíðaviðtaka bæði í útlæga og miðtaugakerfinu. Þegar lyfið er gefið í æð upphefur það öll áhrif ópíóíða, bæði útlægt og miðlægt, og er þannig notað við ofskömmtun og eitrunum vegna ópíóða.[1,2,4]

Þegar lyfið er hins vegar gefið um munn verður naloxón fyrir miklu umbroti í fyrstu umferð um lifur (*first pass effect*) sem leiðir til lítils aðgengis, minna en 3%.[1,4] Áður en naloxón nær til lifrar tengist það viðtökunum í meltingarvegi. Naloxón hefur mikla sækni í μ-viðtaka í meltingarvegi en talið er að hægðatregða vegna ópíóíða tengist fyrst og fremst þeim viðtökum, eins og áður segir. Naloxón kemur í veg fyrir að ópíóíðar geti tengst þeim og dregur þannig úr líkum á hægtregðu.[1,4]

Þó aðgengi naloxóns sé lágt virðist hætta á að umbrotið í fyrstu umferð um lifur geti mettast og það leitt til aukins frásogs á naloxóni út í blóðrás. Þannig er lækningalegt bil naloxóns í þessum tilgangi þröngt og stutt á milli þeirra skammta sem hafa áhrif á hægðatregðu og þeirra sem geta verkað á móti verkjastillingu. Nýlegar rannsóknir benda til að hætta á þessari mettun sé minni ef um naloxón með forðaverkun er að ræða, en um það verður ekki fjallað í þessum pistli.[1,2,4]

Svar: Til er naloxón mixtúra 1 mg/ml sem er framleidd hér á landi. Upphafsskammtur mætti vera 15-20% af heildarskammti morfíns (það er mg naloxóni á móti mg af morfíni), þó að hámarki 5 mg í hverjum einstökum skammti til að draga úr hættu á mótverkun verkjastillingar. Þennan skammt mætti gefa á 4-6 klst. fresti. Þó hvergi sé minnst á það í þeim heimildum sem við skoðuðum, eru líkur á að þessi meðferð sé vandasöm ef um er að ræða alvarlegan lifrarskaða sem hefði áhrif á fyrstu umferð um lifur.

Heimildir

1. Holzer P. Non-Analgesic Effects of Opioids: Management of Opioid-Induced Constipation by Peripheral Opioid Receptor Antagonists: Prevention or Withdrawal? *Curr Pharmaceut Design 2012; 18: 6010-20.*
2. Camilleri M. Opioid-Induced Constipation: Challenges and Therapeutic Opportunities. Am J Gastroenterol 2011; 106: 835-42.
3. Candy B, Jones L, Goodman ML, Drake R, Tookman A. Laxatives or methylnaltrexone for the management of constipation in palliative care patients. Cochr Syst Rev 2011; 19: CD003448.
4. Arpino PA, Thompson BT. Safety of enteral naloxone for the reversal of opiate-induced constipation in the intensive care unit. J Clin Pharm Ther 2009; 34: 171-5.

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.september 2013:** Norspan forðaplástur 5 míkrog/klst.: 4 stk. kr. 5.356, Norspan forðaplástur 10 míkrog/klst.: 4 stk. kr. 8.527, Norspan forðaplástur 20 míkrog/klst.: 4 stk. kr. 15.288. **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.

Forxiga 10 mg filmuhúðaðar töflur. AstraZeneca. A 10 BX 09. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS – Styttur texti SPC

AstraZeneca

Innihaldslýsing: Hver tafla inniheldur dapagliflozin propanediol einhýdrat sem jafngildir 10 mg af dapagliflozini. Hjálparefni með þekkta verkun: Hver tafla inniheldur 50 mg af vatnsfrían laktósa. **Ábendingar:** Forxiga er ætlað fullorðnum, 18 ára og eldri, með sykursýki af tegund 2, til þess að bæta stjórn á blóðsykri sem: **Einlyfjameðferð:** Þegar sérstakt mataræði og hreyfing eingöngu hefur ekki nægt til að ná stjórn á blóðsykri hjá sjúklingum sem álitið er að metformin henti ekki vegna óþols. **Samsett viðbótarmeðferð:** Ásamt öðrum blóðsykurslækkandi lyfjum, þ.m.t insúlíni, þegar þau ásamt sérstöku mataræði og hreyfingu veita ekki nægjanlega stjórn á blóðsykri. **Skammtar og lyfjagjöf: Skammtar:** *Einlyfjameðferð og samsett viðbótarmeðferð:* Ráðlagður skammtur er 10 mg af dapagliflozini einu sinni á sólarhring í einlyfjameðferð og sem samsett viðbótarmeðferð með öðrum blóðsykurslækkandi lyfjum, þ.m.t. insúlíni. Þegar dapagliflozin er notað samhliða insúlíni eða lyfjum sem örva insúlínseytingu, eins og súlfónýlúrealyfi, skal íhuga að minnka skammt insúlíns eða lyfs sem örvar insúlínseytingu til að minnka líkur á blóðsykursfalli. **Sérstakir sjúklingahópar:** *Skert nýrnastarfsemi:* Verkun dapagliflozins er háð nýrnastarfsemi, og verkun er minni hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi og er líklega engin hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Ekki er ráðlagt að nota Forxiga hjá sjúklingum með miðlungsmikið til verulega skerta nýrnastarfsemi (sjúklingar með kreatíníntúthreinsun [CrCl] < 60 ml/mín. eða áætlaðan gaukulsíunarhraða [eGRF] < 60 ml/mín./1,73 m2). Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með vægt skerta nýrnastarfsemi. *Skert lifrarstarfsemi:* Ekki er þörf á aðlögun skammta hjá sjúklingum með vægt eða miðlungsmikið skerta lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi er ráðlagður upphafsskammtur 5 mg. Ef hann þolist vel, má stækka skammtinn í 10 mg. *Aldraðir (≥ 65 ára):* Almennt er ekki þörf á aðlögun skammta á grundvelli aldurs. Taka skal tillit til nýrnastarfsemi og hættu á vökvaskorti. Vegna takmarkaðrar reynslu af meðferð sjúklinga, 75 ára og eldri, er ekki ráðlagt að hefja meðferð með dapagliflozini. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun dapagliflozins hjá börnum á aldrinum 0 til <18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. **Lyfjagjöf:** Forxiga má taka inn einu sinni á sólarhring, með eða án fæðu, hvenær dagsins sem er. Töflurnar á að gleypa í heilu lagi.
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: BristolMyers Squibb/AstraZeneca EEIG, BristolMyers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, UB8 1DH, Bretland.
Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000.
Textinn var síðast samþykktur 25.apríl 2013. Ath. textinn er styttur. Sjá nánar undir Lyfjaupplýsingar á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is

Pakkningar og verð: Forxiga 10mg, 28 stk. : kr. 10.654; 10mg, 98 stk. : kr. 31.200. **September 2013. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka:G.**

forxiga
(dapagliflozin)

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 september 2013*: Forðatöflur 30 stk: 25mg kr. 9.485, 50mg kr. 9.485; 90 stk 25mg kr. 24.538, 50mg kr. 24.538. *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.

Selincro 18 mg filmuhúðaðar töflur. Virkt innihaldsefni: nalmefen 18,06 mg (sem hýdróklórið díhýdrat).

Markaðsleyfishafi: H. Lundbeck A/S

Ábendingar: Selincro er ætlað til að draga úr áfengisneyslu hjá fullorðnum sjúklingum sem haldnir eru áfengissýki og hafa mikla heilsufarslega áhættu af drykkju (DRL), eru án líkamlegra fráhvarfseinkenna og þurfa ekki bráða afeitrun. Einungis á að ávísa Selincro ásamt samfelldum sálfélagslegum stuðningi sem beinist að meðferðarheldni og að draga úr áfengisneyslu. Einungis á að hefja Selincro meðferð hjá sjúklingum sem hafa áfram mikla heilsufarslega áhættu af drykkju tveimur vikum eftir upphafsmat. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar: sem eru að taka ópíóíð verkjalyf; sem haldnir eru ópíóíðafíkn eða hafa nýlega verið það; með bráð ópíóíða fráhvarfseinkenni; sem grunaðir eru um nýlega neyslu ópíóíða; með alvarlega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh skilgreining); með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (eGFR <30 ml/mín. á 1,73 m^2); sem nýlega hafa fengið bráð fráhvarfseinkenni vegna áfengis (að ofskynjunum, krömpum og drykkjuóráði (delirium tremens) meðtöldu). Skammtar: Taka á Selincro eftir þörfum. Sjúklingur á að taka eina töflu hvern þann dag sem hann finnur fyrir hættu á áfengisneyslu, helst 1-2 klst. fyrir þann tíma sem búast má við að drykkjan hefjist. Hafi sjúklingur hafið áfengisneyslu án þess að taka Selincro, á hann að taka eina töflu eins fljótt og auðið er. Hámarksskammtur Selincro er ein tafla á dag. Taka má Selincro með eða án fæðu. Selincro er til inntöku.

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

Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í heildsölu (sept 2013): 7 stk. 6.919 kr, 14 stk.12.790 kr, 28 stk.24.269 kr. Sjúkratryggingar taka almennt ekki þátt í kostnaði við lyfið. Lyfið er lyfseðilskylt. Dagsetning síðustu endurskoðunar textans: 25. febrúar 2013.

Fulltrúi markaðsleyfishafa á Íslandi sem veitir upplýsingar um lyfið: Lundbeck Export A/S, útibú á Íslandi. Hverafold 1-3, 112 Reykjavík. Sími 414 7070

Pradaxa® dabigatran
Transforming anticoagulation

Pradaxa, 110 mg, hörð hylki. Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: B01AE07. Samantekt á Eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

Heiti lyfs: Pradaxa 110 mg hörð hylki. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hvert hart hylki inniheldur 110 mg af dabigatran etexílat (sem mesílat). **Ábendingar:** Forvörn gegn blóðasegasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri af eftirfarandi áhættuþáttum: Sjúklingur hefur áður fengið heilaslag, tímabundna blóðþurrð í heila eða segarek í slagæðar. Útfallsbrot vinstri slegils < 40%. Hjartabilun með einkennum ≥NYHA (New York Heart Association) flokkur 2. Aldur ≥75 ára. Aldur ≥65 ára og jafnframt eitt af eftirfarandi: sykursýki, kransæðasjúkdómur eða háþrýstingur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Forvörn gegn VTE: Sjúklingar eftir valfrjáls hnéliðskipti: Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 220 mg einu sinni á dag, taka skal 2 hylki sem innihalda 110 mg. Meðferð skal hefja innan 1-4 klst. eftir að aðgerð lýkur með inntöku á einu hylki og halda áfram með 2 hylki einu sinni á dag í samtals 10 daga. Sjúklingar eftir valfrjáls mjaðmarliðskipti: Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 220 mg einu sinni á dag, taka skal 2 hylki sem innihalda 110 mg. Meðferð skal hefja innan 1-4 klst. eftir að aðgerð lýkur með inntöku á einu hylki og halda áfram með 2 hylki einu sinni á dag í samtals 28-35 daga. Fyrir eftirfarandi hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa 150 mg tekin einu sinni á sólarhring sem 2 hylki af 75 mg: Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun (CrCL) 30-50 ml/mín). Sjúklingar sem fá samhliða verapamil, amíódarón, kínidín. Sjúklingar 75 ára og eldri. Fyrir báðar aðgerðirnar á við að ef ekki er tryggt að blæðingar hafi verið stöðvaðar skal fresta því að hefja meðferðina. Ef meðferð er ekki hafin á aðgerðardegi skal hefja meðferðina með 2 hylkjum einu sinni á dag. Mat á nýrnastarfsemi (forvörn gegn VTE): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aðferðin sem er notuð til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín) meðan á klínísku þróunarferli fyrir Pradaxa stóð var Cockgroft-Gault aðferðin. Jafnan er eftirfarandi: Fyrir kreatínín í mol/l: (1,23 (140-aldur [ár]) þyngd [kg] (0,85 ef kona))/(kreatínín í sermi [mol/l]). Fyrir kreatínín í mg/dl: ((140-aldur [ár]) þyngd [kg] (0,85 ef kona))/(72 kreatínín í sermi [mg/dl]). Mælt er með þessari aðferð þegar meta þarf CrCL hjá sjúklingum þar sem breyti áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (forvörn gegn VTE):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL < 30 ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Takmörkuð reynsla er hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín). Meðhöndla skal þessa sjúklinga með varúð. Ráðlagður skammtur er 150 mg tekið einu sinni á dag tvö hylki af 75 mg. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum P-glýkóprótein hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamili (forvörn gegn VTE):* Minnka skal skammta í 150 mg af Pradaxa tekinn sem tvö 75 mg hylki einu sinni á sólarhring hjá sjúklingum sem fá meðferð með dabigatran etexílat og amíódaróni, kínidíni eða verapamili samhliða. Við þessar aðstæður á að taka Pradaxa og þessi lyf á sama tíma. Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með dabigatran etexílati og verapamili, skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í 75 mg á sólarhring. *Aldraðir (forvörn gegn VTE):* Hjá öldruðum sjúklingum (>75 ára) er takmörkuð klínísk reynsla. Meðhöndla skal þessa sjúklinga með varúð. Ráðlagður skammtur er 150 mg tekið einu sinni á dag sem 2 hylki af 75 mg. Þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>75 ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL, áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Skert lifrarstarfsemi (forvörn gegn VTE):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá klínískum rannsóknum sem rannsökuðu forvörn gegn VTE við valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. Engin reynsla er af meðferð hjá þessum undirhópi sjúklinga og er því ekki mælt með notkun Pradaxa hjá þessum sjúklingahópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lífun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Líkamsþyngd (forvörn gegn VTE):* Takmörkuð klínísk reynsla er af notkun lyfsins við ráðlagða skammta hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg eða >110 kg. Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta en mælt er með nákvæmu eftirliti. *Kyn (forvörn gegn VTE):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skipt um meðferð frá (forvörn gegn VTE): Pradaxa meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:* Mælt er með því að bíða í 24 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er af Pradaxa yfir á segavarnarlyf til inndælingar. *Meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í Pradaxa:* Gefa á dabigatran etexílat 0-2 klst. áður en kominn er tími til að taka næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í blóæð (UFH)). *Börn (forvörn gegn VTE):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendinguninni: Forvörn gegn VTE hjá sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. *Gleymdur skammtur (forvörn gegn VTE):* Mælt er með því að halda áfram að taka daglegan skammt dabigatrans á sama tíma næsta dag. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti (SPAF): Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 300 mg tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Meðferð ætti að vera langvarandi. Fyrir eftirfarandi tvo hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring: Sjúklingar 80 ára og eldri. Sjúklingar sem fá verapamil samhliða. Velja skal sólarhringsskammt af Pradaxa, sem er 300 mg eða 220 mg, út frá einstaklingsmati með tilliti til hættu á segareki og blæðingarhættu fyrir eftirfarandi hópa: Sjúklingar á aldrinum 75-80 ára. Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði. Aðrir sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu. Gefa á sjúklingum fyrirmæli um, að ef upp kemur óþol gegn dabigatrani, að ráðfæra sig strax við meðferðarlæknir til að skipta yfir á aðra viðunandi meðferðarmöguleika til fyrirbyggingar á heilaslagi og segareki í slagæðum tengt gáttatifi. *Aldraðir (SPAF):* Sjúklinga á aldrinum 75-80 ára skal meðhöndla með 300 mg sólarhringsskammti sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar hættan á segareki er lítil og blæðingarhætta er mikil getur læknirinn metið einstaklingsbundið að skammtur verði 220 mg sem á að taka sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, vegna aukinnar blæðingarhættu hjá þessum sjúklingahópi. Þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>75 ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL, áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL <30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). *Sjúklingar í blæðingarhættu (SPAF):* Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu. Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu. Storkupróf getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota 220 mg skammt sem er tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar líkleg blæðing á sér stað skal gera hlé á meðferð. Hjá sjúklingum með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði má íhuga skammtinn 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring vegna aukinnar hættu á meiriháttar blæðingu í meltingarvegi. Mat á nýrnastarfsemi (SPAF): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL <30 ml/mín). Pradaxa er frábending fyrir sjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aukin skilyrði hjá sjúklingum með væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Skert lifrarstarfsemi (SPAF):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL < 30 ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með litla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL ≤80 ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín) er ráðlagður skammtur einnig 300 mg, tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í 220 mg, sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum P-glýkóprótein (P-gp) hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamili (SPAF):* Ekki er þörf á aðlögun skammta við samhliða notkun með amíódaróni eða kínidíni. Minnka skal skammt í 220 mg, tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, hjá sjúklingum sem fá samhliða dabigatran etexílat og verapamil. Í slíkum tilvikum á að taka Pradaxa og þessi lyf á sama tíma. *Líkamsþyngd (SPAF):* Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta en mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg. *Kyn (SPAF):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skert lifrarstarfsemi (SPAF):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá rannsóknum sem fólst í rannsókn á fyrirbyggingu á heilaslagi og segareki í slagæðum sem tengist gáttatifi. Engin reynsla liggur fyrir af meðferð hjá þessum sjúklingahópi og er því ekki mælt með notkun Pradaxa hjá þessum sjúklingahópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lífun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Skipt um meðferð frá (SPAF): Pradaxa meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:* Mælt er með því að bíða 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er frá dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar. *Meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í Pradaxa:* Gefa á dabigatran etexílat 0-2 klst. áður en kominn er tími til að taka næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í blóæð (UFH)). *Pradaxa meðferð í K-vítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftirfarandi hátt: CrCL ≥50 ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥30-< 50 ml/mín, byrja notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að Pradaxa getur haft áhrif til hækkunar INR (International Normalized Ratio), ætti ekki að mæla INR fyrr en a.m.k. 2 sólarhringar eru liðnir frá því að Pradaxa meðferð var hætt. *VKA í Pradaxa meðferð:* Hætta skal meðferð með VKA. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er 2,0. *Rafvending (SPAF):* Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur. *Börn (SPAF):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendinguninni: Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum. *Gleymdur skammtur (SPAF):* Skammt af dabigatran etexílati sem gleymst hefur má taka allt að 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. Lyfjagjöf *(forvörn gegn VTE og SPAF):* Pradaxa á að gleypa í heilu lagi með vatni með eða án matar. Gefa skal sjúklingum fyrirmæli um að opna ekki hylkið vegna þess að það getur aukið hættuna á blæðingu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (CrCL < 30 ml/mín). Virk blæðing af klínískri þýðingu. Sár eða sjúkdómsástand, ef það er talið verulegur áhættuþáttur fyrir meiri háttar blæðingu. Þetta getur falið í sér núverandi eða nýlega sáramyndun í meltingarvegi, illkynja æxli með mikla blæðingar-hættu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega skurðaðgerð á heila, mænu eða augum, nýlega blæðingu innan höfuðkúpu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um þá, æðamissmið, æðagúlpa eða meiri háttar afbrigðileika æða. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum t.d. óþáttuðu heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir kringumstæðum þar sem verið er að skipta úr eða í meðferð með Pradaxa eða þegar óþáttað heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri blæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lífun. Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyclosporini, itrakónazóli, takrolímus og dronedaroni. Gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmeðferðar. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Mikilvægar öryggisupplýsingar:** Markaðsleyfishafi er háð sérstökum skilyrðum. Lyfinu fylgir fræðsluefni fyrir lækna og öryggiskort fyrir sjúklinga sem sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér og kynnt það sem við á fyrir sjúklingi ásamt því að afhenda honum öryggiskort ætlað sjúklingum til varðveislu. Fyrir frekari upplýsingar og/eða pöntun á fræðsluefni skal hafa samband við umboðsmann Boehringer Ingelheim á Íslandi, Vistor hf., sími: 535 7000 eða í gegnum www.pradaxa.is. **Markaðsleyfishafi:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Þýskaland. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 07/2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð: (Sept 2013)** Pradaxa 110 mg, 10 stk 3.658 kr; Pradaxa 110 mg, 60 stk 16.708 kr; **Afgreiðslutilhögun:** R einungis afgreitt með lyfseðli. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G sjá nánar á upplýsingarvef lyfjastofnunnar www.lgn.is.

Pradaxa, 150 mg, hörð hylki. Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: B01AE07. Samantekt á Eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

Heiti lyfs: Pradaxa 150 mg hörð hylki. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hvert hart hylki inniheldur 150 mg af dabigatran etexílat (sem mesílat). **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri af eftirfarandi áhættuþáttum: Sjúklingur hefur áður fengið heilaslag, tímabundna blóðþurrð í heila eða segarek í slagæðar. Útfallsbrot vinstri slegils < 40%. Hjartabilun með einkennum ≥NYHA (New York Heart Association) flokkur 2. Aldur ≥75 ára. Aldur ≥65 ára og jafnframt eitt af eftirfarandi: sykursýki, kransæðasjúkdómur eða háþrýstingur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 300 mg tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Meðferð ætti að vera langvarandi. Fyrir eftirfarandi tvo hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring: Sjúklingar 80 ára og eldri. Sjúklingar sem fá verapamil samhliða. Velja skal sólarhringsskammt af Pradaxa, sem er 300 mg eða 220 mg, út frá einstaklingsmati m.t.t. hættu á segareki og blæðingarhættu fyrir eftirfarandi hópa: Sjúklingar á aldrinum 75-80 ára. Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði. Aðrir sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu. Gefa á sjúklingum fyrirmæli um, að ef upp kemur óþol gegn dabigatrani, að ráðfæra sig strax við meðferðarlæknir til að skipta yfir á aðra viðunandi meðferðarmöguleika til fyrirbyggingar á heilaslagi og segareki í slagæðum tengt gáttatifi. *Aldraðir (SPAF):* Sjúklinga á aldrinum 75-80 ára skal meðhöndla með 300 mg sólarhringsskammti sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar hættan á segareki er lítil og blæðingarhætta er mikil getur læknirinn metið einstaklingsbundið að skammtur verði 220 mg sem á að taka sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, vegna aukinnar blæðingarhættu hjá þessum sjúklingahópi. Þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>75 ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út kreatínínúthreinsun (CrCL), áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Sjúklingar í blæðingarhættu (SPAF):* Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu. Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu. Storkupróf getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota 220 mg skammt sem er tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar líkleg blæðing á sér stað skal gera hlé á meðferð. Hjá sjúklingum með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði má íhuga skammtinn 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, vegna aukinnar hættu á meiriháttar blæðingu í meltingarvegi. Mat á nýrnastarfsemi (SPAF): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út kreatínínúthreinsun (CrCL), áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aukin skilyrði hjá sjúklingum með væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aðferðin sem er notuð til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín) meðan á klínísku þróunarferli fyrir Pradaxa stóð var Cockgroft-Gault aðferðin. Jafnan er eftirfarandi: Fyrir kreatínín í mol/l: (1,23 (140-aldur [ár]) þyngd [kg] (0,85 ef kona))/ (kreatínín í sermi [mol/l]). Fyrir kreatínín í mg/dl: ((140-aldur [ár]) þyngd [kg] (0,85 ef kona))/ (72 kreatínín í sermi [mg/dl]). Mælt er með þessari aðferð þegar meta þarf CrCL hjá sjúklingum þar sem breyti áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (SPAF):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL < 30 ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með litla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL ≤80 ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín) er ráðlagður skammtur einnig 300 mg, tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í 220 mg, sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum P-glýkóprótein (P-gp) hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamili (SPAF):* Ekki er þörf á aðlögun skammta við samhliða notkun með amíódaróni eða kínidíni. Minnka skal skammt í 220 mg, tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, hjá sjúklingum sem fá samhliða dabigatran etexílat og verapamil. Í slíkum tilvikum á að taka Pradaxa og þessi lyf á sama tíma. *Líkamsþyngd (SPAF):* Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta en mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg. *Kyn (SPAF):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skert lifrarstarfsemi (SPAF):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá klínískum rannsóknum sem rannsökuðu forvörn gegn VTE við valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. Engin reynsla liggur fyrir af meðferð hjá þessum sjúklingahópi og er því ekki mælt með notkun Pradaxa hjá þessum sjúklingahópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lífun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Skipt um meðferð frá (SPAF): Pradaxa meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:* Mælt er með því að bíða 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er frá dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar. *Meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í Pradaxa:* Gefa á dabigatran etexílat 0-2 klst. áður en kominn er tími til að taka næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í blóæð (UFH)). *Pradaxa meðferð í K-vítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftir-farandi hátt: CrCL ≥50 ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥30-< 50 ml/mín, byrja notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að Pradaxa getur haft áhrif til hækkunar INR (International Normalized Ratio), ætti ekki að mæla INR fyrr en a.m.k. 2 sólarhringar eru liðnir frá því að Pradaxa meðferð var hætt. *VKA í Pradaxa meðferð:* Hætta skal meðferð með VKA. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er 2,0. *Rafvending (SPAF):* Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur. *Börn (SPAF):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendinguninni: Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum. *Gleymdur skammtur (SPAF):* Skammt af dabigatran etexílati sem gleymst hefur má taka allt að 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. *Lyfjagjöf (SPAF):* Pradaxa á að gleypa í heilu lagi með vatni, með eða án matar. Gefa skal sjúklingum fyrirmæli um að opna ekki hylkið vegna þess að það getur aukið hættuna á blæðingu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (CrCL < 30 ml/mín). Virk blæðing af klínískri þýðingu. Sár eða sjúkdómsástand, ef það er talið verulegur áhættuþáttur fyrir meiri háttar blæðingu. Þetta getur falið í sér núverandi eða nýlega sáramyndun í meltingarvegi, illkynja æxli með mikla blæðingarhættu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega skurðaðgerð á heila, mænu eða augum, nýlega blæðingu innan höfuðkúpu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um þá, æðamissmið, æðagúlpa eða meiri háttar afbrigðileika æða. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum t.d. óþáttuðu heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir kringumstæðum þar sem verið er að skipta úr eða í meðferð með Pradaxa eða þegar óþáttað heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri blæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lífun. Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyclosporini, itrakónazóli, takrolímus og dronedaroni. Gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmeðferðar. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Mikilvægar öryggisupplýsingar:** Markaðsleyfi lyfsins er háð sérstökum skilyrðum. Lyfinu fylgir fræðsluefni fyrir lækna og öryggiskort fyrir sjúklinga sem sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér og kynnt það sem við á fyrir sjúklingi ásamt því að afhenda honum öryggiskort ætlað sjúklingum til varðveislu. Fyrir frekari upplýsingar og/eða pöntun á fræðsluefni skal hafa samband við umboðsmann Boehringer Ingelheim á Íslandi, Vistor hf., sími: 535 7000 eða í gegnum www.pradaxa.is. **Markaðsleyfishafi:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Þýskaland. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 07/2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð (Sept 2013):** Pradaxa 150 mg, 60 stk. 16.708 kr.; Pradaxa 150 mg, 180 stk. 45.876 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R, einungis afgreitt gegn lyfseðli. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G. Sjá nánari upplýsingar á vef Lyfjagreiðslunefndar: www.lgn.is

Boehringer Ingelheim

Ísland í evrópskum spegli



Ragnheiður Inga Bjarnadóttir
formaður Félags íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna
rib@simnet.is

FÍFK

Mikil umræða hefur átt sér stað í fjölmiðlum undanfarnar vikur um niðurskurð í heilbrigðiskerfinu sem á undir högg að sækja. En hvernig stöndum við til dæmis miðað við önnur lönd Evrópu í mæðravernd, fæðingarhjálp og kvensjúkdómum?

Síðastliðið haust voru tölur frá Fæðingarskráningu Íslands sendar inn í samevrópska verkefnið Euro Peristat í fyrsta sinn. Þetta verkefni hófst árið 1999 sem hluti af heilbrigðisskráningu Evrópusambandsins (EUs Health Monitoring Programme) sem leggur áherslu á meðgöngu, fæðingu og nýburaheilsu. Í nýútgefinni skýrslu Euro Peristat fyrir árið 2010[1] sem kom út í maí á þessu ári, birtust tölur frá 29 löndum sem ekki eru öll í Evrópusambandinu enda er það ekki skilyrði fyrir þátttöku.

Tölurnar frá Íslandi, sem birtust nú í fyrsta sinn, vöktu verulega athygli. Gaman er að segja frá því að fyrirsögn umfjöllunar dagblaðs nokkurs í Hollandi um Euro Peristat var á þá leið að best væri að fæða á Íslandi! Hvað sem því líður er mjög athyglisvert að sjá íslenska fæðingartölfræði í evrópsku samhengi, enda skerum við okkur úr að mörgu leyti.

Á Íslandi er hæsta frjósemi í Evrópu en íslenskar konur fæða að meðaltali 2,2 börn. Hér er hlutfall eðlilegra fæðinga hæst í Evrópu, eða 78,7% allra fæðinga. Tíðni keisaraskurða var hér lægst í Evrópu á árinu 2010, eða 14,8%. Hér var lág tíðni áhaldafæðinga, það er fæðinga með hjálp sogklukku eða tangar, eða 6,5% sem er sérlega lágt miðað við lága tíðni keisaraskurða. Tíðni spangarklippinga er einnig lág á Íslandi en tíðni alvarlegra spangarrifa (3. og 4. gráðu rifur) er meiri en víða annars staðar, eða 4,2%. Enginn mæðradauði var á Íslandi á árunum 2006-2010 og alvarleg sjúkdómsbyrði (*morbiditet*) barnshafandi kvenna og nýbakaðra mæðra var lág.

Athygli vekur að á Íslandi var lægsta tíðni andvana fæðinga (miðað við 28 vikna meðgöngu) í Evrópu, eða 1,8/1000 fædd börn. Hér var einnig lægsta tíðni nýburadauða sem skilgreindur er sem dauði innan 28 daga frá fæðingu eða 1,2/1000 lifandi fædd börn. Á Íslandi og í Finnlandi var lægsta tíðni ungbarnadauða (innan 365 daga frá fæðingu): 2,3/1000 lifandi fædd börn. Hér á landi var einnig lægsta tíðni léttbura (<2500 g), eða 3,3% fæddra barna og lægsta tíðni fyrirbura (<37 vikur meðgöngu), eða 5,5% fæddra barna.

Það kemur því á óvart að á Íslandi var tíðni lágs Apgarstigs (<7 við 5 mínútna aldur) hærri en í flestum Evrópulöndum, eða 2,0%. Hins vegar var tíðni mjög lágs Apgars (<4) við 5 mínútna aldur um 0,4% sem er svipað og í öðrum Evrópulöndum. Þetta vekur þá spurningu hvort fleiri börn fæðist með einkenni súrefnisskorts hérlendis eða hvort stigagjöf okkar sé strangari. Þetta gefur tilefni til að rannsaka nánar ástand nýbura á Íslandi, til dæmis með því að mæla sýrustig í naflastreng við fæðingu, eins og gert er víða á Norðurlöndum.

Það má því segja að öruggt sé að fæða og fæðast á Íslandi. Mikilvægt er þó að fylgjast með gæðavísum, sjá hvar við getum bætt árangurinn og standa vörð um þann árangur sem náðst hefur. Þennan góða árangur má meðal annars þakka góðu og vel skipulögðu heilbrigðiskerfi sem má ekki taka sem sjálfsögðum hlut því þá er hætt við að árangurinn versni.

Ísland var lengi fyrirmynd annarra þjóða um árangur skimunar gegn leghálskrabbameini og var hægt að sýna fram á að skimun lækkaði dánartíðni vegna leghálskrabbameins. Nú kemur hins vegar fram í nýjustu OECD-skýrslu um heilbrigðismál, *Health at a Glance 2011*[2] að konur á Íslandi mæta síður til leitar en fyrir áratug. Þátttaka kvenna í kembileit á Íslandi hefur fallið úr 74% árið 2000 í 69% árið 2009. Verst er mæting yngstu kvennanna og er nú svo komið að innan við helmingur þeirra mætir til leitar á þriggja ára fresti en mælt er með því að taka strok frá leghálsi á tveggja ára fresti hjá þessum hópi. Nú hefur komið í ljós að yngri konur sem greinast með leghálskrabbamein eru með meinið á hærra stigi en áður var og hafa þær konur oft ekki sinnt leitartilmælum. Á tímabilinu 2008-2012 greindust 41% kvennanna með leghálskrabbamein sem var vaxið út fyrir leghálsinn, eða stig IIA+, en 19% nýgreindra leghálskrabbameina var á því stigi á tímabilinu 1998-2002.[3] Hér hafa því meira en tvöfalt fleiri konur greinst með langt gengið leghálskrabbamein en fyrir 10 árum, sem eflaust má kenna því að dregið hefur úr forvörnum, en verulegur niðurskurður hefur verið hjá Leitarstöð Krabbameinsfélagsins á undanförnum árum. Þetta er dæmi um hvernig afbragðs árangur getur dalað ef heilbrigðiskerfið er fjársvelt. Vonandi bera læknar á Íslandi gæfu til að snúa við þessari þróun og standa vörð um heilsu landsmanna.

Heimildir

1. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe 2010. www.europeristat.com maí 2012.
2. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing 2011. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
3. Sigurðsson K. Óbirtar niðurstöður frá Leitarstöð Krabbameinsfélags Íslands.

FYRIRBYGGJANDI MEÐFERÐ GEGN HEILASLAGI OG SEGAREKI Í SLAGÆÐUM HJÁ FULLORÐNUM SJÚKLINGUM MEÐ GÁTTATIF, SEM EKKI TENGIST HJARTALOKUM, MEÐ EINN EÐA FLEIRI ÁHÆTTUÞÆTTI*

*Einhvern tíma fengið heilaslag, tímabundna blóðþurrð í heila eða segarek í slagæð; Útfallsbrot vinstri slegils < 40%; Hjartabilun með einkennum, NYHA (New York Heart Association) flokkur II; Aldur ≥ 75 ár; Aldur ≥ 65 ár og jafnframt eitt af eftirfarandi: sykursýki, kransæðasjúkdómur eða háþrýstingur:



FYRIRBYGGIR HEILASLAG

Pradaxa® (dabigatran) 150 mg

Sérsniðin skömmtun
Tveir styrkleikar

- 150 mg, 2 x dag er venjulegur ráðlagður skammtur
- 110 mg er ráðlagður skammtur fyrir
  - sjúklinga eldri en 80 ára
  - sjúklinga sem eru samhliða á meðferð með verapamili

2 sinnum á dag

– betra en warfarín til að fyrirbyggja heilaslag og segarek í slagæðum[1]

RE-LY rannsóknin með Pradaxa 150 mg, 2 sinnum á dag sýndi:

- hætta á **heilaslagi og segareki** í slagæðum minnkar um **35%** samanborið við warfarín[1]
- hætta á **heilaslagi vegna blóðþurrðar** minnkar um **25%** samanborið við warfarín[1]
- hætta á **heilablæðingu** minnkar um **59%** samanborið við warfarín[1]
- engan mun á alvarlegum blæðingum samanborið við warfarín[1]

Lesið meira á www.pradaxa.dk

Heimild: 1. Connolly SJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2009; 361:1139-51.

Boehringer Ingelheim

Pradaxa® dabigatran

Transforming anticoagulation

Sérlyfjatexti á bls. 485

Hver sem ástæðan er, hver sem árstíðin er

Avamys®
flútíkasónfúróat
Meðferð við ofnæmiskvefi[1]



Dregur úr og fyrirbyggir einkenni ofnæmiskvefs[1]*

* Notist eingöngu í nef

AVAMYS nefúði, dreifa. Hver úðaskammtur gefur 27,5 míkrógrömm af flútíkasónfúróati. Ábendingar: Avamys er ætlað til notkunar hjá fullorðnum, unglingum og börnum (6 ára og eldri). Avamys er ætlað til meðferðar við einkennum ofnæmiskvefs. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir og unglingar (12 ára og eldri): Ráðlagður upphafsskammtur er tveir úðaskammtar í hvora nös einu sinni á dag. Þegar fullnægjandi stjórn á einkennum hefur náðst gæti minni skammtur, einn úðaskammtur í hvora nös, nægt til viðhaldsmeðferðar. Skammturinn skal stilltur á minnsta skammtinn sem viðheldur fullnægjandi stjórn á einkennum. Börn (6 til 11 ára): Ráðlagður upphafsskammtur er einn úðaskammtur í hvora nös einu sinni á dag. Sjúklingar sem sýna ekki fullnægjandi svörun við einum úðaskammti í hvora nös einu sinni á dag geta notað tvo úðaskammta í hvora nös einu sinni á dag. Þegar fullnægjandi stjórn á einkennum hefur náðst er mælt með því að minnka skammtinn niður í einn úðaskammt í hvora nös, einu sinni á dag. Börn yngri en 6 ára: Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum yngri en 6 ára. Öryggi og verkun hjá þessum hópi hafa ekki verið vel staðfest. Aldraðir sjúklingar og sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Engin þörf er á aðlögun skammta hjá þessum hópum. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Engin þörf er á aðlögun skammta þegar um væga eða miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða. Engar upplýsingar liggja fyrir um sjúklinga með mikið skerta lifrarstarfsemi.

Frábendingar Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **MARKAÐSLEYFISHAFI:** Glaxo Group Ltd, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS, Bretland. **Fulltrúi markaðsleyfishafa:** GlaxoSmithKline ehf, Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland. Sími 530 3700. Dagsetning endurskoðunar textans: apríl 2013. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –www.serlyfjaskra.is**

Pakkningar og verð (mai 2013)
Avamys nefúði 27,5 mcg/sk 120 skammtar R,G 2.651 kr

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

Heimildir:
1. www.serlyfjaskra.is.

gsk GlaxoSmithKline

Mar 2013 IS/FF/0003/adv12