LÆKNABLAÐIÐ • 6. tbl. 100. árg. • Júní 2014

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

6/2014

100. árgangur: 321-368

2014; 100: 321-368

Ný meðferð fyrir sjúklinga með sykursýki tegund 2

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

Nýtt!



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

LÆKKAR BLÓÐSYKUR HbA_{1c}[1]

FJARLÆGIR um 70 g af glúkósa daglega. Getur leitt til þyngdartaps[1]

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

03-2014-01

AstraZeneca

forxiga®
(dapagliflozin)

Sérlyfjatexti á bls. 365



Tvær myndir Braga Guðmundssonar úr Vísi 24. nóvember 1964.

Sjálfstæð manneskja kemur gangandi með mömmu í ungbarnaeftirlit. Í baksýn eru vinsælustu bílar í heimi, Volksvagen-bjöllur.

Börn og mæður með hlífðargleraugu í ljósum á Heilsuverndarstöðinni. Geirþrúður Kúld heilsuverndarhjúkrunarkona vann við eftirlit ungbarna frá árinu 1939.

Myndirnar eru allar fengnar úr Ljósmyndasafni Reykjavíkur.



Einar Sveinsson arkitekt (1906-1973) var húsameistari Reykjavíkur og teiknaði meðal annarra merkra bygginga Heilsuverndarstöðina sem var vígð 1957. Þar var lengi og vel stunduð heilsuvernd og nú er landlæknir þar til húsa, hótel, tölvufyrirtæki, skrifstofa hins nýja Landspítala - og fleira.





Pétur Thomsen tók myndirnar utanhúss og innan. Birta, flúr og margbreytileiki er allsráðandi í hönnuninni og það er mikil heilsuvernd í sjálfu sér. Ásmundur Sveinsson myndhöggvari hannaði mynstrið í gólfdúknum.

Ungbarnaeftirlit í Heilsuverndarstöðinni

Uppbygging íslenska heilbrigðiskerfisins hafði það markmið að fjölga heilbrigðum þegnum og koma í veg fyrir sjúkdóma og söttir. Börn voru lengi afskipt í íslensku samfélagi og litið var á ýmsa barnasjúkdóma og barnadauða sem eðlilegan og lítt breytanlegan þátt. Danski læknirinn Peter A. Schleisner (1818-1900) sem dvaldi hér á landi á árunum 1847-1848 fannst mikið skorta á að kollegar hans og íslensk yfirvöld áttuðu sig á verðmæti þess að stuðla að heilbrigði allra landsmanna og að sérstaklega þyrfti að huga að ungbörnum. Það tók langan tíma að þróa heilbrigðiskerfið þannig að það þjónaði öllum og að áherslan færðist frá afleiðingum yfir á forvarnir með heilsuvernd og heilsugæslu. Meðan læknisþjónusta var takmörkuð voru börn sjaldnast í forgangi en með auknum framförum í læknisfræði, meiri þekkingu á heilbrigðum lífsháttum og batnandi lífskjörum jókst áhersla á forvarnir. Í fyrstu var aðallega um sóttvarnir að ræða, einkum berklavarnir, en þær þróuðust út í almennt heilbrigðiseftirlit þar sem sjónum var einkum beint að konum og börnum.

Frumkvæði í heilsugæslu og heilbrigðiseftirliti höfðu konurnar í Hjúkrunarfélaginu Líkn (stofnað 1915) undir forystu Christophine Bjarnhéðinsson (1868-1943) sem verið hafði fyrsta hjúkrunarkonan á Íslandi þegar Holdsveikraspítalinn í Laugarnesi tók til starfa árið 1898. Heilbrigðisástandið í Reykjavík var slæmt eins og í flestum öðrum þéttbýlisstöðum í örum vexti og opinber heilbrigðisþjónusta lítil. Líkn réði hjúkrunarkonu til að sinna heimahjúkrun, stofnaði berklavarnarstöð 1919 og hóf ungbarna- og mæðraeftirlit árið 1927. Nánast öll heilsuverndarstarfsemi í Reykjavík var byggð upp og rekin að frumkvæði Líknar allt fram á fjórða áratug aldarinnar og á þess vegum störfuðu bæði læknar og hjúkrunarkonur.

Læknar áttu að halda upp almennu heilbrigðiseftirliti, til dæmis með skólahúsnæði og skólabörnum, en áttu stundum erfitt um vik þegar valið stóð á milli ítrustu heilbrigðiskrafna og menntunar. Lög um heilsuvernd og heilsuverndarstöðvar voru fyrst sett árið 1944 og þar var stefnt að víðtækri heilsuverndarstarfsemi en í raun var aðeins um berklavarnir að ræða. Í Reykjavík var hins vegar öflugt sjúkrasamlag og þar var stofnað embætti borgarlæknis 1948 sem hafði víðtækum skyldum að gegna um heilsuvernd og hafin var bygging heilsuverndarstöðvar. Heilsuverndarstöðin við Barónsstíg tók til starfa árið 1953 en var formlega opnuð í mars 1957. Ný lög um heilsuverndarstarfsemi tóku gildi árið 1955 og þar var gert ráð fyrir heilsugæslustöðvum sem höfðu fjölþætt hlutverk, þar á meðal mæðra- og ungbarnavernd en uppbygging þeirra á landsvísu tók langan tíma. Heilsuverndarstöðin tók við hlutverki Líknar og læknir félagsins, Katrín Thoroddsen (1896-1970), varð fyrsti yfirlæknir barnadeildar Heilsuverndarstöðvarinnar árið 1955. Katrín var fyrst íslenskra kvenna til að vera skipuð í opinbert embætti, var héraðslæknir í Flateyjarhéraði 1924-1926, og var fyrsti sérhæfði íslenski barnalæknirinn. Hún var frumkvöðull meðal lækna í málefnum kvenna og barna og starfaði að þeim málum nær allan sinn starfsaldur og skrifaði auk þess og þýddi rit um takmörkun barneigna og heilsufræði og meðferð ungbarna.

Það er erfitt að mæla árangur af heilsuverndarstarfi en óhætt er að fullyrða að bætt heilsufar barna í Reykjavík hafi að hluta verið afleiðing af öflugu starfi Líknar og síðar Heilsuverndarstöðvarinnar. Virkt ungbarnaeftirlit og læknisskoðanir í skólum landsins áttu einnig stóran þátt í að bæta heilsufar landsmanna. Á myndinni á kápu blaðsins, sem tekin er í Heilsuverndarstöðinni árið 1956, er Katrín skoða unga tvíbura með aðstoð móður þeirra og reynir að fanga athygli drengjanna með svartri dúkku. Myndina tók Gunnar Rúnar Ólafsson og hún er varðveitt í Ljósmyndasafni Reykjavíkur.

Jón Ólafur Ísberg

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
Hannes Hrafnkelsson
Magnús Gottfreðsson
Sigurbergur Kárason
Tómas Guðbjartsson
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson (í leyfi)
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



327

Gerum betur – fækkum höfuðáverkum

Ingvar Hákon Ólafsson

Stór hluti þeirra sem fá höfuðáverka eru börn. Heilahristingur hjá börnum þar sem heilinn er að þroskast getur leitt til þroska- og hegðunarvandamála fyrir barnið. Leitum því allra leiða til að minnka líkur á að börnin okkar verði fyrir áverkum á höfði.



329

Vísindastarf á Landspítala – samanburður við Norðurlönd og sóknarfæri

Þorvarður Jón Löve

Rannsakendur á Landspítala vinna vísindastörf þar sem magn og gæði standast alþjóðlegan samanburð. Nú er lag að sækja fram með því að vinna skipulegri notkun vísindamanna á rannsóknargögnum.

FRÆÐIGREINAR

331

Eyrún Harpa Gísladóttir, Sigurbergur Kárason, Kristinn Sigvaldason, Elfar Úlfarsson, Brynjólfur Mogensen

Komur á bráðamóttöku Landspítala vegna áverka á höfði

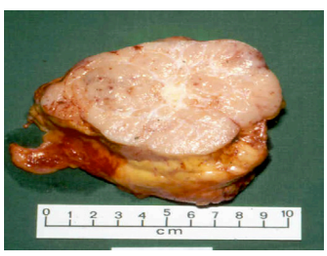
Algengustu orsakir áverka á höfði eru slys og ofbeldi sem karlar verða oftar fyrir en konur. Algengasta komuástæðan er sár á höfði en algengasta innlagnarástæðan innankúpublæðing. Nýgengi koma og innlagna Reykvíkinga á Landspítala vegna áverka á höfði fór lækkandi síðasta áratuginn.

337

Elín Maríusdóttir, Karl Erlingur Oddason, Sigfús Nikulásson, Tómas Guðbjartsson

Risaæxli í hóstarkirtli – sjúkratilfelli

Hóstarkirtilsæxli eru misleitur hópur æxla með fjölbreytileg einkenni og horfur. Þau eru sjaldgæf en engu að síður algengustu æxli upprunnin í miðmæti. Í íslenskri rannsókn var aldursstaðlað nýgengi 0,28/100.000 íbúa og reyndist svipað fyrir bæði kyn.



100. ÁRGANGUR LÆKNABLAÐSINS



341

Reynir Tómas Geirsson, Jens A. Guðmundsson

Heilbrigði kvenna í hundrað ár: Má bæta það sem er gott?

Íslenskar konur eru í hópi þeirra sem lengstri meðalævi ná í heiminum, barneignir þeirra ganga betur en hjá flestum öðrum þjóðum sé horft til mælikvarða eins og mæðra- og burðarmálsdauða, eða til tíðni og lifunar eftir krabbamein í kynfærum og til árangurs við meðferð margra kvensjúkdóma.

AÐALFUNDUR

Læknafélags Íslands 2014 verður haldinn dagana 25. og 26. september í Hlíðasmára 8 í Kópavogi.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

348
Lífsmörk er viðburðarík saga – um nýja bók eftir Ara Jóhannesson

Gunnþóra Gunnarsdóttir

Ég hef unnið á sjúkrahúsi nánast allan minn starfsaldur, og þekki allvel til á gjörgæsludeild, þó ég starfi þar ekki. Þetta er hins vegar ekki lykilsaga. Persónur bókarinnar eru alfarið mín hugarsmíð en auðvitað hef ég viðað þeim að mér gegnum árin.



350
Aldarafmæli langlífasta fagtímaritsins fagnað í lðnó

Þröstur Haraldsson

Aldarafmæli hlýtur að vera að minnsta kosti einnar messu virði. Það þótti aðstandendum Læknablaðsins og buðu því til síðdegishófs í lðnó við Tjörnina.



352
Ávarp í lðnó

Læknablaðið 1915-2014

Engilbert Sigurðsson

Góðir kollegar. Fögnum því að íslenskir læknar hafi staðið undir því trausti sem Guðmundur og félagar hans báru til sporgöngumanna sinna úr læknastétt og að við höfum borið gæfu til að gefa blaðið út samfleytt í 100 ár.

354
Erfðaráðgjöf á meðgöngu

Vigdís Stefánsdóttir, Hildur Harðardóttir, Reynir Arngrímsson, Jón Jóhannes Jónsson

Erfða- og sameindalæknisfræðideild veitir erfðaráðgjöf. Við deildina starfa þrír læknar og erfðaráðgjafi. Þörf fyrir erfðaráðgjöf getur komið fram hvenær sem er á meðgöngu. Oftast er tilefnið fjölskyldusaga eða niðurstöður fósturskimunar.

355
Frá Embætti landlæknis. 5. pistill.
Þunglyndislyf á Íslandi

Magnús Jóhannsson, Ólafur B. Einarsson, Lárus S. Guðmundsson, Leifur Bárðarson

Ef borin er saman sala allra þunglyndislyfja hjá öllum aldursflokkum er hún umtalsvert meiri á Íslandi en annars staðar á Norðurlöndum



356
RRS Iceland – norræn ráðstefna brjóstaskurðlækna

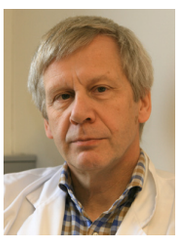
Vigdís Stefánsdóttir

Ráðstefna brjóstaskurðlækna sem haldin var í Hörpu 8. og 9. maí síðastliðinn verður lengi í minnum höfð og hefur ef til vill sett nýjan tón.

359
Söfnun erfðaupplýsinga í ljósi Helsinki-yfirlýsingarinnar

Jón Snædal

Það má segja að þótt formleg leyfi hafi verið til staðar sé ýmislegt við framkvæmdina sjálfa að athuga og ekkert athugavert við að það sé rætt. Betur hefði farið á því að kynning hefði verið almenn og góð í aðdraganda rannsóknarinnar vitandi að aðferðin gæti orkað tvímælis.



ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



347
Hvers virði ert þú kæri læknir?

Ólöf Birna Margrétardóttir

Í mínum huga er morgunljóst hvað þarf til að fá fram bætt kjör. SAMSTÖÐU. Læknar verða að standa saman.

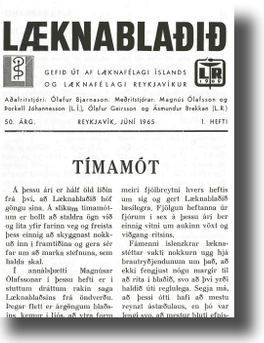
358
Ný stjórn Læknafélags Reykjavíkur

ÖLDUNGADEILD

362
Öldungadeild Læknafélags Íslands 20 ára

Magnús Einarsson

Öldungadeild LÍ var stofnuð 7. maí 1994 á fundi í Rúgbrauðsgerðinni.


LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF LÆKNAFÉLAGI ÍSLANDS OG LÆKNAFÉLAGI REYKJAVÍKUR

50. ÁRG. REYKJAVÍK, JÚNÍ 1965 1. HEFTI

TÍMAMÓT

366
Úr fórum Læknablaðsins – 1915-2014

Læknablaðið í hálfa öld, 1965

Védís Skarphéðinsdóttir

Hver sem ástæðan er, hver sem árstíðin er

Avamys®

flútíkasónfúróat

Meðferð við ofnæmiskvefi[1]



Meðferð við ofnæmiskvefi[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 (janúar 2014)
Avamys nefúði 27,5 mcg/sk 120 skammtar R,G 2.849 kr

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

Heimildir:
1. www.serlyfjaskra.is.

gsk

Janúar 2014 ISFF/0001d/12(1)

Gerum betur - fækkum höfuðáverkum

Ingvar Hákon Ólafsson

heila- og taugaskurðlæknir á Landspítala, stunda-kennari við læknadeild Háskóla Íslands



ingvarh@landspitali.is

Á hverju ári koma nokkur þúsund manns á bráðadeild Landspítalans með áverka á höfði. Flestir koma með yfirborðsáverka án þess að um áverka á heila sé að ræða. Nokkur hópur er hins vegar með áverka á heila sem eru misalvarlegir. Oft og tíðum getur verið mjög erfitt að átta sig á hvort um raunverulegan áverka á heila sé að ræða í vægari höfuðáverkunum. Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* birtist athyglisverð grein um komur á bráðadeild Landspítala vegna áverka á höfði.[1] Sérstaða hennar umfram flestar aðrar sambærilegar rannsóknir felst í því að þýðið eru allir íbúar Reykjavíkur sem komu með höfuðáverka á bráðadeild Landspítala á rannsóknartímabilinu. Flestar sambærilegar rannsóknir skoða ákveðinn hóp, til að mynda þá sem fá alvarlega áverka og eru lagðir inn á spítala. Í þessari rannsókn, sem er afturskyggn, koma fram margar mikilvægar staðreyndir um höfuðáverka. Í niðurstöðunum kemur fram hvað vel hefur verið gert til þess að fækka höfuðáverkum. Að mínu mati er gildi rannsóknarinnar mikið fyrir frekari skipulagningu forvarna vegna höfuðáverka.

Niðurstöðurnar benda til þess að mikið hafi áunnist í að fækka áverkum á höfuð síðustu áratugi. Mikið hefur verið unnið í forvarnarmálum og bættu öryggi við leik og störf einstaklinga, ásamt samgöngumálum. Langar mig sérstaklega að minnast á hjálmanotkun. Notkun hjálma við skíðaiðkun og útreiðar er orðin almenn, einnig hefur notkun reiðhjólahjálma stóraukist. Samkvæmt nýlegri könnun VÍS nota í dag 88% hjólreiðafólks hjálma.[2] Bætt öryggi við ýmisskonar atvinnustarfsemi eins og sjómennsku og byggingariðnað hefur fækkað höfuðáverkum við vinnu, meðal annars með öryggishjálmanotkun. Rannsóknir og reynsla þeirra sem þekkja til höfuðáverka staðfesta að hjálmar fækka alvarlegum höfuðáverkum.[3] Hjálmar koma þó ekki í veg fyrir alla áverka. Einstaka sinnu m heyrast efasemdaraddir um gildi hjálma en fáfræði um eðli höfuðáverka á stóran þátt í þeim efasemdaröddum. Mikilvægasta baráttumálið fyrir fækkun höfuðáverka eru forvarnir!

Lítið finnst mér hafa borið á umræðu í þjóðfélaginu um einn stóran áhættuþátt fyrir höfuðaáverkum, sem er áfengi og önnur vímuefni. Ölvaður einstaklingur útsetur sig fyrir margfalt meiri áhættu fyrir höfuðáverkum og áverkum almennt en sá sem er allsgáður við sömu athafnir.[4] Helgarnætur á bráðamóttökum sem geta yfirfyllst af ölvuðu fólki sem hefur slasast, eru til marks um þetta. Þar getur slys eða ofbeldisáverki undir áhrifum áfengis gjörbreytt lífi einstaklings til frambúðar. Áherslur á forvarnir innan þessa málaflokks eru mjög mikilvægar.

Hvað varðar matið á alvarleika höfuðáverka gætir oft misskilnings. Áverkar sem teljast vægir við bráðamat eftir slys, eins og heilahristingur, eru stundum alls ekki svo vægir þegar litið er til langs tíma. Heilahristingur er áverki á heila og veldur truflun á starfsemi heilans. Oftast er þessi truflun tímabundin en stundum eru afleiðingarnar og einkennin langvarandi. Erfitt getur verið að átta sig á því í byrjun hverjir sleppa vel og hverjir ekki. Hér á landi eru heilaskaðateymi bæði á Grensásdeild og Reykjalundi þar sem einstaklingar með eftirköst eftir höfuðáverka geta leitað.

Stór hluti þeirra sem fá áverka á höfuð samkvæmt rannsókninni eru börn. Heilahristingur hjá börnum þar sem heilinn er í þroska getur leitt til þroska- og hegðunarvandamála fyrir barnið. Leitum því allra leiða til að minnka líkur á að börnin okkar verði fyrir áverkum á höfuð. Að auki eru í þessum hópi börn sem orðið hafa fyrir áverkum sem teljast til ofbeldisáverka (*non accidental head injury*). Það er sérstaklega mikilvægt að missa ekki af slíku þar sem hættan á endurteknum áverkum, oft lífshættulegum, er veruleg.

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar stöndum við okkur betur á Íslandi hvað tíðni áverka á höfuð varðar en flest lönd sem við miðum okkur við. Markmiðið hlýtur þó að vera að standa sig enn betur. Lengi getur gott batnað!

1. Gísladóttir EH, Kárason S, Sigvaldason K, Úlfarsson E, Mogensen B. Komur á bráðadeild Landspítala vegna áverka á höfði. Læknablaðið 2014; 100: 331-5.
2. vis.is/umvis/frettir/frett/2014/05/23/Hjolreidafolki-med-hjalm-fjolgar/ - maí 2014.
3. Thompson DC, Rivara FP, Thompson R. Helmets for preventing head and facial injuries in bicyclists. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2: CD001855.
4. Kool B, Ameratunga S, Jackson R. The role of alcohol in unintentional falls among young and middle-aged adults: a systematic review of epidemiological studies. Inj Prev 2009; 15: 341-7.

We can do better to prevent head injuries

Ingvar Hákon Ólafsson,
neurosurgeon, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland.
Assistant professor, Faculty of Medicine, University of Iceland.

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. 339

Vísindastarf á Landspítala – samanburður við Norðurlönd og sóknarfæri

Þorvarður Jón Löve

gigtarlæknir
vísindadeild Landspítala,
kennslustjóri og lektor í læknadeild Háskóla Íslands



thorvardur@gmail.com

Heilbrigðistengd rannsóknarstarfsemi á Landspítala er gróskumikil og byggir á traustum grunni samstarfs við innlenda og erlenda aðila. Starfsmenn leggja mikið á sig til þess að sinna vísindaverkefnum samhliða öðrum störfum þótt ekki sé gert ráð fyrir fráteknum tíma til slíks. Ár hvert er þessum starfsmönnum þakkað sérstaklega á viðburðinum *Vísindi á vordögum*. Þessi dagur er í senn uppskeruhátíð þar sem farið er yfir árangur liðins árs og veittar viðurkenningar, en um leið er úthlutað meira en 100 styrkjum til þeirra vísindamanna sem lagt hafa fram bestu hugmyndirnar að nýjum verkefnum. Nú þegar þessi ánægjulegi dagur er að baki gefst færi á að meta stöðuna í vísindastarfi á Landspítala í dag, blikur á lofti og tækifæri næstu ára til frekari sóknar.

Vísindadeild Landspítala hefur komið á verklagi til þess að mæla afrakstur vísindastarfsins, auk þess að starfa með NordForsk að slíkri tölfræði fyrir Norðurlöndin. Þær tölur sýna að fjöldi birtra vísindagreina frá spítalanum eykst ár frá ári. Þetta bendir til þess að sú framsýni sem stjórn Landspítala sýndi með því að skera ekki niður framlög til vísindastyrkja í þrengingum undanfarinna ára hafi skilað sér. En sitt er hvað, magn og gæði, og því þarf að svara hvort þetta tvennt haldist í hendur. NordForsk hefur nú birt sína nýjustu skýrslu[1] um vísindastarf á Norðurlöndum og beitir við þá vinnu vandaðri aðferðafræði. Þegar fjöldi birtra greina er talinn er tekið tillit til fjölda höfunda frá hverri stofnun miðað við heildarfjölda höfunda greinar þannig að ef stofnun á einn höfund af 25 telst hún aðeins hafa birt 0,04 greinar. Þegar tilvitnanir eru svo taldar eru allar sjálfstilvitnanir útilokaðar og fjölda tilvitnana í hverja grein er deilt í meðalfjölda tilvitnana í greinar á heimsvísu í sama fagi. Þannig fæst mælikvarði þar sem talan 1 merkir að fjöldi tilvitnana í grein er jafn heimsmeðaltalinu. Þessi mælikvarði gerir kleift að bera vísindastarf á Íslandi beint saman við önnur Norðurlönd og heiminn allan án nokkurrar forgjafar vegna smæðar landsins eða annarra þátta. Með öðrum orðum: hér eru gæði mæld beint en ekki miðað við höfðatölu.

Það er ánægjulegt að greina frá því að árin 2000-2003 og 2004-2007 var Landspítali með hæstu tilvitnanaeinkunn af öllum háskólasjúkrahúsum á Norðurlöndum, eða 1,31 og 1,33 á þeim kvarða sem lýst var hér að framan. Hins vegar er áhyggjuefni að tímabilið 2008-2011 hefur þessi einkunn lækkað í 1,07. Þótt einkunnin sé yfir heimsmeðaltali hefur Landspítali nú fallið í 15. sæti af 21 háskólasjúkrahúsi á Norðurlöndum og er undir meðaleinkunn Norðurlandanna. Þó að hjá smárri einingu á borð við spítalann geti sveiflur milli tímabila verið umtalsverðar er óráðlegt að horfa framhjá þessum niðurstöðum. Þegar gögnin eru greind nánar kemur í ljós að líklega er hallinn aðallega á sviði þess sem skilgreint er sem heilbrigðisvísindi (*health sciences)* en þar er átt við klínískar og faraldsfræðilegar rannsóknir, en síður á sviði lífvísinda (*biomedicine).* Það er mikilvægt að styðja áfram rannsóknir starfsmanna spítalans í lífvísindum. En sóknarfæri í styrkingu rannsókna á Landspítala liggja ekki síður í rannsóknum á sviði heilbrigðisvísinda. Þar er lykilatriði að bæta aðgengi rannsakenda að rannsóknargögnum.

Rannsakendur á sviði heilbrigðisvísinda þurfa greiðan, öruggan og ódýran aðgang að gögnum. Nú er því svo háttað að vegna rannsóknar getur þurft að senda gögn milli stofnana með kennitölum, mismunandi aðferðum er beitt við samtengingar, og vísindamaðurinn ber stundum sjálfur ábyrgð á að tengja saman gögn og gæta persónuöryggis. Engin leið er að gera fyrirspurnir í rannsóknargrunna án atbeina sérfræðinga sem forrita hverja spurningu sérstaklega. Þetta ferli felur í sér götótta persónuvernd, er dýrt, tímafrekt og sama vinnan er endurtekin. Einkafyrirtækið Íslensk erfðagreining hefur leyst þetta mál fyrir sína rannsakendur. Þar er þess gætt að fyrirtækið og rannsakendur þess hafi aldrei aðgang að persónuauðkennum með því að láta þriðja aðila um samtengingar og dulkóðun. Jafnframt fá rannsakendur fyrirtækisins beinan aðgang að kerfi sem gerir ópersónugreinanlegar rannsóknarfyrirspurnir mögulegar. Til þess að allir íslenskir vísindamenn geti notið sams konar aðstæðna þarf að skipuleggja ferli sem gegnir því hlutverki að dulkóða, hreinsa og samtengja rannsóknargögn og afhenda vísindamönnum þau án persónuauðkenna. Einnig þarf að gera vísindamönnum kleift að gera sjálfir fyrirspurnir í rannsóknargrunnum. Nýlega samþykkt lög um vísindarannsóknir, lífsýnasöfn og söfn heilbrigðisupplýsinga auðvelda slíka uppbyggingu, ekki síst ákvæði um leitargrunna.

Rannsakendur á Landspítala vinna vísindastörf þar sem magn og gæði standast alþjóðlegan samanburð. En nú er tækifæri til að sækja fram með því að vinna eftir skipulegri sýn þegar kemur að notkun vísindamanna á gögnum til rannsókna. Þannig tryggjum við persónuöryggi, gæði og hagkvæmni heilbrigðisvísinda á Íslandi.

1. Comparing Research at Nordic Universities using Bibliometric Indicators. NordForsk 2014. ISSN 1504-8640

Research at Landspitali University Hospital – Comparison with the Nordic Countries and New Opportunities

Þorvarður Jón Löve
MD, MMSc, PhD
Rheumatologist, Landspitali University Hospital
Assistant Professor and Director of Education, Faculty of Medicine, University of Iceland

NÝ ÁBENDING

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



Strattera

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

LLL130801

Heimildir:

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

Lilly

strattera™ atomoxetin HCl

Sérlyfjatexti á bls. 335

Komur á bráðadeild Landspítala vegna áverka á höfði

Eyrún Harpa Gísladóttir[1] læknir, **Sigurbergur Kárason**[2] læknir, **Kristinn Sigvaldason**[2] læknir, **Elfar Úlfarsson**[3] læknir, **Brynjólfur Mogensen**[4] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Áverkar á höfði eru algeng afleiðing slysa og ofbeldis. Þeir geta haft varanlegar afleiðingar í för með sér og eru ein af meginorsökum fyrir ótímabærum dauða. Markmið rannsóknarinnar var að gera heildarúttekt á komum á bráðadeild Landspítala vegna áverka á höfði í Reykjavík og athuga nýgengi, eðli og alvarleika en slík heildarúttekt hefur ekki verið gerð áður.

Efniviður og aðferðir: Skoðaðar voru afturvirkt allar komur Reykvíkinga á Landspítala vegna áverka á höfði á árunum 2000-2005 og 2008-2009. Upplýsingum var safnað úr sjúkraskrárkerfum Landspítala. Áverkagreiningar voru flokkaðar í mjúkpartaáverka, augnáverka, höfuðbeinaáverka, innankúpu- og heilataugaáverka og fjöláverka. Valin var ein aðalgreining ef höfuðáverkagreiningar voru margar.

Niðurstöður: Á 8 árum komu 35.031 Reykvíkingar á Landspítala vegna áverka á höfði. Karlar voru 67%. Meðalaldur var 26 ár (0-107). Flestar komur voru hjá börnum á aldrinum 0-4 ára (20,8%), 5-9 ára (11,5%) og ungu fólki 20-24 ára (9,4%). Árlegt nýgengi lækkaði úr 4,2% árið 2000 í 3,3% árið 2009. Nýgengi innlagna lækkaði úr 181/ár/100.000 íbúa árið 2000 í 110/ár/100.000 íbúa árið 2009. Slys orsökuðu 80,5% áverkanna en slagsmál og ofbeldi 12,7%. Flestir komu á bráðadeild vegna mjúkpartaáverka (65%), augnáverka (15%) og innankúpu- og heilataugaáverka (14%). Hlutfallslega flestir lögðust inn vegna innankúpublæðingar (90,1%). Innlagðir voru 8,7% þeirra er hlutu andlitsbeinabrot en 79,2% þeirra er hlutu höfuðkúpubrot.

Ályktanir: Algengustu orsakir áverka á höfði eru slys og ofbeldi sem karlar verða oftar fyrir en konur. Algengasta komuástæðan er sár á höfði en algengasta innlagnarástæðan innankúpublæðing. Nýgengi koma og innlagna Reykvíkinga á Landspítala vegna áverka á höfði fór lækkandi síðasta áratuginn.

Inngangur

[1]Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, [2]svæfinga- og gjörgæsludeild, [3]heila- og taugaskurðlækningadeild, [4]bráðasviði Landspítala.

Fyrirspurnir: Brynjólfur Mogensen

brynmog@landspitali.is

Áverkar á höfði eftir slys eða ofbeldi eru algeng ástæða fyrir komum á bráðamóttöku sjúkrahúsa. Þeir geta haft varanlegar afleiðingar í för með sér, bæði líkamlegar og vitsmunalegar, og eru ein af meginorsökum fyrir ótímabærum dauða.[1,2]

Börn sem verða fyrir áverka á höfði, sem taldir eru minniháttar, ná sér í flestum tilfellum fljótt og án þess að vart verði við varanlegan skaða.[3] Þó er ávallt fyrir hendi hætta á alvarlegum fylgikvillum og áverkar sem taldir eru vægir í byrjun geta haft alvarlegar afleiðingar til lengri tíma litið.[4,5]

Nokkrar rannsóknir hafa verið gerðar á áverkum á höfði á Íslandi.[5-8] Rannsókn frá árinu 2000 fjallaði um alvarlega höfuðáverka á gjörgæsludeild á Sjúkrahúsi Reykjavíkur á tímabilinu 1994-1998. Þar kom fram að innlögnum á gjörgæslu vegna höfuðáverka hafði fækkað samanborið við eldri rannsókn frá tímabilinu 1973-1980.[6,8] Tíðni alvarlegra höfuðáverka jókst hins vegar síðustu tvö ár tímabilsins. Dánartíðni var tæp 12% sem var ívið lægri tala en á meðal nágrannaþjóða okkar þar sem hún var um 15-20%.[6] Niðurstöður þessara tveggja íslensku rannsókna benda til þess að umtalsverður árangur hafi náðst í meðferð alvarlegra höfuðáverka milli tímabilanna þar sem dánartíðni sjúklinga með Glascow Coma Score <8 við komu lækkaði úr tæpum 50% niður í 24,7%.[6,8]

Með aukinni vitundarvakningu um umfang og afleiðingar af áverkum á höfði hefur rannsóknum á faraldsfræði þeirra fjölgað síðastliðna áratugi. Þær hafa í kjölfarið nýst við forvarnavinnu og skipulagningu heilbrigðisþjónustu þeirra sem hljóta slíka áverka.[1] Þessar rannsóknir hafa aðallega beinst að ákveðnum undirhópum sjúklinga, en lítið er um þýðisrannsóknir á áverkum á höfði í heild sinni.

Markmið rannsóknarinnar var að gera heildarúttekt á komum á bráðadeild Landspítala vegna áverka á höfði og meðal annars að athuga nýgengi, eðli og alvarleika áverkanna en slík heildarúttekt hefur ekki verið framkvæmd áður hérlendis.

Efniviður og aðferðir

Þýði

Rannsóknin var afturskyggn. Skoðaðar voru allar komur Reykvíkinga á Landspítala vegna áverka á höfði á árunum 2000-2005 og 2008-2009. Ekki var búið að skrá upplýsingar í gagnagrunn Landspítala fyrir árin 2006 og 2007 þegar gögnunum var safnað. Fólk með lögheimili annars staðar var undanskilið. Fjöldi íbúa Reykjavíkur var breytilegur milli ára og jókst úr 109.887 árið 2000 í 119.547 árið 2009. Upplýsingum um aldur, kyn, orsakir, greiningar og afdrif var safnað úr sjúkraskrárkerfum Landspítala. Fengið var leyfi framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala, Siðanefndar Landspítala (5/2010) og Persónuverndar (2010/156).

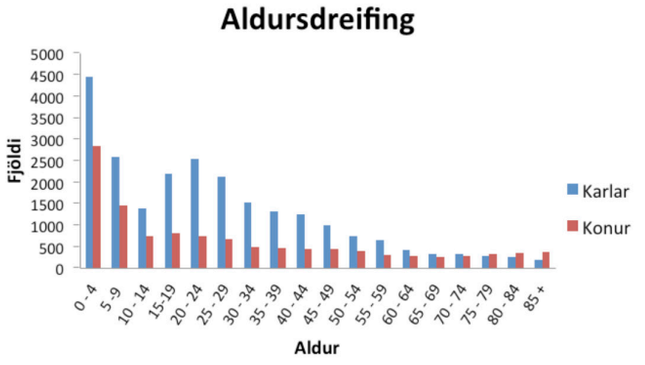
Áverkar á höfði

Áverkar á höfði voru flokkaðir samkvæmt ICD-10 greiningum í mjúkpartaáverka (S00 S01 S08 T00 T01 T20 T33 S09.0 S09.1 S09.2 S09.8 S09.9 T28), augnáverka (T15 S05

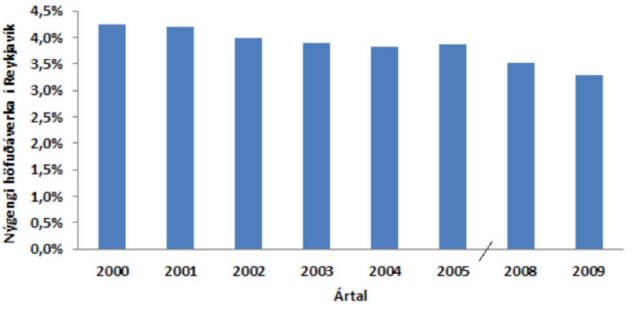
Greinin barst 6. september 2013, samþykkt til birtingar 16. apríl 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

LIL130801



Mynd 1. *Aldursdreifing Reykvíkinga með áverka á höfði á árunum 2000-2005 og 2008-2009.*



Mynd 2. *Árlegt nýgengi áverka á höfði meðal Reykvíkinga á árunum 2000-2005 og 2008-2009.*

T26), höfuðbeinaáverka (S02 S03 T02 T03), innankúpu- og heilataugaáverka (S04 S06 S07) og fjöláverka með áverka á höfði (T07 S09.7). Valin var ein aðalgreining fyrir hverja komu á bráðadeild ef greiningar voru margar. Valdar voru þær greiningar er hlutu hæst áverkastig (Abbreviated injury scale (AIS)[9] og áverkaskor (Injury severity score (ISS))[10] AIS er staðlað stigunarkerfi þar sem áverkar á ákveðin líkamssvæði eru flokkaðir eftir alvarleika og alvarlegustu áverkarnir fá hæstan stigafjölda. Áverkaskorið byggir svo á áverkastigsskráningunni.[9] Ef áverkastigið var það sama vó innankúpuáverki þyngra en brot og brot þyngra en yfirborðsáverki. Áverkastigun og áverkaskor voru valin til þess að meta alvarleika áverka í þessari rannsókn þar sem langflestir hljóta yfirborðs- eða augnáverka. Í þessari rannsókn var ekki skráð meðvitundarstig (Glascow Coma Score) þar sem flestir einstaklinganna voru með fulla meðvitund við komu og hentaði því ekki við mat á ástandi þeirra. Endurkomur vegna sama áverka voru ekki taldar með. Gögnin voru skoðuð bæði með og án mjúkpartaáverka utan á höfuðkúpu.

Orsakir áverkanna voru skoðaðar út frá upplýsingum í Norræna orsakaskráningarkerfinu (Nomesko[11]) sem notað er á bráðadeild Landspítala. Sú skráning er gerð við komu á bráðamóttöku og þar koma fram upplýsingar um orsakir slysa, óhappa og ofbeldis.[11]

Tölfræði

Upplýsingar um íbúafjölda Reykjavíkur á umræddum árum fengust hjá Hagstofu Íslands. Notuð var lýsandi tölfræði og kí-kvaðrat próf við úrvinnslu gagna. Notuð voru forritin Excel 2007 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington) og Stata 11.0 (Stata Corporation, College Station, Texas). P-gildi undir 0,05 var talið tölfræðilega marktækt.

Niðurstöður

Á rannsóknartímabilinu voru komur Reykvíkinga á Landspítala vegna áverka á höfði 35.031, eða um 4380 (3917-4676) komur að meðaltali á ári. Á sama tíma komu rúmlega 137 þúsund íbúar vegna hvers kyns áverka á Landspítala. Karlar voru 67% og konur 33%. Meðalaldur var 26 ár (0-107), miðgildi 21. Flestar komur voru hjá börnum á aldrinum 0-4 ára (20,8%), síðan 5-9 ára (11,5%) og svo 20-24 ára (9,4%) (mynd 1). Innlagnir á sjúkrahús voru hlutfallslega algengari meðal kvenna (5%) en meðal karla (3,7%) (p<0,001). Árlegt nýgengi áverka á höfði meðal Reykvíkinga lækkaði nokkuð jafnt milli ára, úr 4,2% árið 2000 í 3,3% árið 2009. Þessi lækkun er tölfræðilega marktæk (p<0,001) (mynd 2). Nýgengi innlagna lækkaði marktækt úr 181/ár/100.000 íbúa árið 2000 í 110/ár/100.000 íbúa árið 2009 (p<0,001) (mynd 3). Nýgengi innlagna, án mjúkpartaáverkagreininga, var 120/ár/100.000 íbúa árið 2000. Það lækkaði í 110/ár/100.000 íbúa árið 2003, og var komið niður í 50/ár/100.000 íbúa árið 2009.

Flestir sem komu á bráðadeild voru greindir með mjúkpartaáverka á höfði (65%). Næstflestir með augnáverka (15%) og svo innankúpu- og heilataugaáverka (14%) (tafla I). Mjúkpartaáverkar voru í 99% tilfella yfirborðsáverkar eða opin sár. Augnáverkar voru oftast vegna aðskotahlutar í auga (59%) eða áverka á auga (39%). Flestir af þeim er hlutu beináverka voru með andlitsbeinabrot (78%), en aðeins 8,7% þeirra lögðust inn á spítala. Höfuðkúpubrot var aðalgreining hjá 3% einstaklinga, en af þeim þurftu 79,2% innlögn.

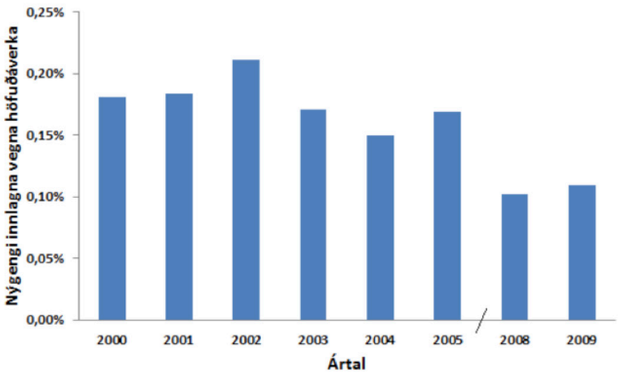
Hjá þeim sem hlutu innankúpu- og heilataugaáverka var heilahristingur algengasta greiningin, eða 96%. Af þeim þurftu 7,3% á innlögn að halda. Innankúpublæðingu hlutu 2% og rúm 90% þeirra lögðust inn. Einnig hlutu 2% heilaáverka og rúm 77% þeirra lögðust inn. Af heildarhópnum með innankúpu- og heilataugaáverka lögðust samtals 10,1% inn (tafla II).

Í töflu III má sjá orsakir áverka á höfði samkvæmt Norrænu orsakaskráningunni. Þegar á heildina var litið voru flestir áverkanna orsakaðir af slysum og öðrum óhöppum (80,5%). Börn yngri en 10 ára hlutu áverka á höfði nær undantekningarlaust vegna slysa eða annarra óhappa. Í aldurshópnum 15-29 ára var nær þriðjungur áverka orsakaður af slagsmálum og ofbeldi, en tæp 64% vegna slysa eða óhappa. Sjúkdómar orsökuðu nær 10% af áverkum á höfði 75 ára og eldri.

Hjá 525 (1,5%) manns vantaði Norræna orsakaskráningu og af þeim voru 239 börn sem leituðu á Barnaspítala Hringsins vegna áverka á höfði en þar var ekki gerð Norræn orsakaskráning.

Umræða

Í rannsókninni var gerð heildarúttekt á áverkum á höfði í Reykjavík sem sýndi fremur lágt nýgengi slíkra meiðsla. Um 35.000 Reykvíkingar leituðu á Landspítala vegna áverka á höfði á þessum 8 árum. Á sama tíma komu rúmlega 137.000 íbúar vegna hvers kyns áverka. Rúmlega ein af hverjum fjórum komum vegna áverka var því vegna áverka á höfði.



Mynd 3. *Árlegt nýgengi innlagna vegna áverka á höfði í Reykjavík á árunum 2000-2005 og 2008-2009.*

Af niðurstöðum rannsóknarinnar má sjá að nýgengi koma og innlagna Reykvíkinga á Landspítala vegna áverka á höfði hefur farið lækkandi síðasta áratuginn. Ástæður þessa geta verið margvíslegar, en líklegt er að aukin vitund fólks um slys og slysahættur, til dæmis í heima- og frítímaslysum, aukin notkun bílbelta, aukinn áróður fyrir umferðaröryggi, bætt gatnakerfi, aukin löggæsla og hjálmanotkun hafi skilað þessum árangri.

Sambærileg þróun sást til að mynda í fjölda andláta í umferðarslysum á rannsóknartímabilinu. Alls létust 32 einstaklingar í umferðarslysum árið 2000, en aðeins 17 árið 2009.[12] Í Slysaskýrslu Umferðarstofu fyrir árið 2012 má sjá að slysum á hver 1000 ökutæki frá árunum 1999 til 2009 fór fækkandi.[13]

Á Íslandi hefur verið unnið öflugt starf í slysaforvörnum barna síðastliðna tvo áratugi. Góður árangur hefur náðst, eins og sést í nýlegri skýrslu frá evrópskum stýrihóp um slysavarnir barna, þar sem Ísland fær hæstu einkunn fyrir frammistöðu í barnaslysavörnum. Slysum og dauðaslysum barna hefur um leið fækkað töluvert síðustu árin.[14]

Mikið hefur áunnist í slysavörnum hjá sjómönnum. Samkvæmt niðurstöðum nýlegrar íslenskrar rannsóknar hefur banaslysum meðal sjómanna fækkað mikið en slysatíðni er ennþá há, sérstaklega á fiskiskipum.[15] Í rannsókninni kemur fram að tíðni banaslysa lækkaði úr 15 í 2,4 á ári á tímabilinu frá árinu 1980 til ársins 2005. Áverkar á höfði og hálsi voru samtals 5% allra áverka. Fækkun alvarlegra slysa meðal sjómanna má sennilega rekja til aukinnar þjálfunar varðandi öryggisþætti, betri stöðugleika skipa og framþróunar í veðurspám. Þetta endurspeglar mikilvægi forvarnaraðgerða gegn slysum.[15]

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að karlar hljóta oftar áverka á höfði en konur og er það í samræmi við fyrri rannsóknir.[6,16] Um og eftir unglingsárin varð tímabundin aukning á áverkum á höfði meðal karla, á meðan konurnar stóðu nokkurn veginn í stað.

Tafla I. *Tegund áverka á höfði meðal Reykvíkinga á árunum 2000-2005 og 2008-2009 og fjöldi innlagna.*

Áverkar	Fjöldi (n)	Fjöldi innlagðra (n)
Mjúkpartaáverkar	22.630	577
Beináverkar	1961	251
Innankúpu- og heilataugaáverkar	5084	515
Augnáverkar	5255	27
Fjöláverkar	101	77

Tafla II. *Tegundir innankúpu- og heilataugaáverka meðal Reykvíkinga á árunum 2000-2005 og 2008-2009 og fjöldi innlagna.*

Flokkur	Fjöldi (n)	Fjöldi innlagðra (n)
Heilahristingur	4892	357
Innankúpublæðing	91	82
Alvarlegur heilaáverki	75	58
Áverki á heilataugum	4	1
Ótilgreint	22	17

Svipuð niðurstaða fékkst í rannsókn á áverkum á höfði í Stavanger í Noregi.[16] Einnig sáum við að slagsmál og ofbeldi orsökuðu um þriðjung áverka á höfði á þessum aldri, en voru sjaldgæf orsök á öðrum aldursbilum. Á þessum aldri verða margar breytingar í lífi einstaklinga, þeir verða kynþroska, fá rétt til bílprófs, fá sjálfræði, fá leyfi til áfengiskaupa og fleira. Þessar breytingar virðast hafa meiri áhrif á karla en konur hvað varðar áverka á höfði. Rætt hefur verið um að hækka aldur til bílprófs úr 17 árum í 18 ár. Forvitnilegt verður að fylgjast með, ef af verður, hvort það muni hafa áhrif á tíðni áverka á höfði í þessum aldurshópi.

Í rannsókninni frá Stavanger var skoðað nýgengi áverka á höfði, að undanskildum mjúkpartaáverkum, fyrir árið 2003. Til að auðvelda samanburð skoðuðum við einnig gögnin okkar án mjúkpartaáverkahópsins. Í norsku rannsókninni kom fram að nýgengi innlagna á spítala vegna áverka á höfði var 157/ár/100.000 íbúa í Stavanger.[16] Samkvæmt okkar rannsókn var nýgengi innlagna 110/ár/100.000 íbúa á sama tíma í Reykjavík. Í yfirlitsgrein kom fram að árlegt nýgengi innlagna á sjúkrahús vegna áverka á höfði var 91-546/ár/100.000 íbúa í Evrópu, og að nýgengið var iðulega lægra í Skandinavíu og hærra í suðurhluta Evrópu.[2] Sænsk rannsókn á faraldsfræði áverka á höfði á árunum 1987-2000 sýndi meðaltalsnýgengi 229/ár/100.000 íbúa, og var það nokkuð stöðugt yfir tímabilið.[17] Því er ljóst að tíðni áverka á höfði á Íslandi er lág í samanburði við önnur lönd.[2,16,17]

Þekkt er að stór hluti líffæragjafa kemur frá sjúklingum með alvarlega áverka á höfði. Í rannsókn á líffæragjöfum á Íslandi á árunum 1992-2002 sást að tíðni þeirra var heldur lægri en á öðrum Norðurlöndum.[18] Í ljósi niðurstaðna okkar rannsóknar má velta því fyrir sér hvort lág tíðni áverka á höfði hérlendis skýri þennan mun að einhverju leyti. Þessar rannsóknir eru þó gerðar á mismunandi tímabilum og því ekki fyllilega samanburðarhæfar.

Tafla III. *Orsakir áverka á höfði samkvæmt Norræna orsakaskráningarkerfinu um orsakir slysa, óhappa og ofbeldis, hlutfall af hundraði, %.*

Orsakir	0-9 ára (n= 11.297)	15-29 ára (n= 9.043)	75+ ára (n= 1727)	Heild (n= 35.031)
Slys og önnur óhöpp	96,6	63,7	87,8	80,5
Slagsmál/ofbeldi	0,4	29,4	0,3	12,7
Sjúkdómur/ástand án beins samhengis við ytri orsök	0,9	3,6	8,7	3,7
Ástæða ótilgreind	0,3	1,7	1,9	1,5
Vantar orsakaskráningu	1,8	1,2	1,1	1,5
Lögmæt íhlutun	0,0	0,2	0,1	0,1
Sjálfsskaði og sjálfsvígstilraun	0,0	0,1	0,1	0,1

Áverkar á höfði eru ein algengasta ástæða áunninnar fötlunar hjá ungu fólki og orsök þriðjungs allra dauðsfalla vegna slysa.[6] Því er brýnt að halda áfram með og efla forvarnarstarf gegn slysum. Í rannsókninni okkar voru flestir áverkanna orsakaðir af slysum og öðrum óhöppum. Börn yngri en 10 ára hlutu áverka á höfði nær undantekningarlaust vegna slysa eða annarra óhappa. Í aldurshópnum 15-29 ára var hlutfallið komið niður í 64% og nærri þriðjungur orsakaður af slagsmálum og ofbeldi. Sjúkdómar orsökuðu nær 10% af áverkum á höfði hjá 75 ára og eldri. Yfirlið eru algeng ástæða fyrir slysum og áverkum eldri borgara.[19] Þetta er mikilvægt að hafa í huga þegar kemur að forvarnarstarfi en misjafnt er á milli aldurshópa hvers kyns forvarnir skila bestum árangri. Slysaforvarnir eru þó stærsti og mikilvægasti þátturinn í öllum aldurshópum, en sýnu mest hjá yngstu kynslóðinni. Einnig er mikilvægt að efla forvarnir gegn ofbeldi hjá ungu fólki, til dæmis með aukinni fræðslu og bættri löggæslu. Að lokum þarf að huga að forvörnum fyrir eldri borgara með tilliti til sjúkdóma og bylta.

Styrkleikar þessarar rannsóknar eru stórt þýði almennings, langt tímabil og gæði skráningar. Í Reykjavík sinnir bráðamóttaka Landspítala slysum og áverkum en minna en 1% rannsóknarþýðisins leitaði þó á bráðamóttöku Barnaspítala Hringsins. Rannsóknin hefur nokkrar takmarkanir. Val á viðeigandi greiningarkóðum getur misfarist og rangur kóði verið skráður. Um var að ræða afturskyggna rannsókn svo skráning gagna var ekki jafn áreiðanleg og ef um væri að ræða framskyggna rannsókn. Rannsóknartímabilið var brotið upp, þar sem ekki var búið að skrá gögn frá árunum 2006 og 2007. Fólk með minniháttar höfuðáverka getur einnig leitað á heilsugæslustöð til aðhlynningar og höfum við ekki upplýsingar um þær komur í þessari rannsókn. Norræna orsakaskráningu vantaði hjá 1,5% þýðisins og eingöngu helmingur þess hóps voru börn er leituðu á bráðamóttöku Barnaspítala Hringsins þar sem ekki er gerð slík skráning.

Í þessari rannsókn var áverkastigun og áverkaskor notuð til að meta alvarleika áverkanna, þar sem langflestir hlutu yfirborðs- eða augnáverka.[9,10] Áhugavert hefði verið að hafa með upplýsingar um Glasgow coma skala (GCS) til að meta meðvitund sjúklinga. GCS er betri mælikvarði en AIS og ISS til að meta innankúpuáverka en yfirgnæfandi meirihluti þýðisins er ekki með slíka áverka í þessari rannsókn.

Rannsóknin hefur sérstöðu að því leyti að flestar aðrar rannsóknir skoða aðeins þann hóp er leggst inn á sjúkrahús. Rannsóknin gefur því skýrari heildarmynd af höfuðáverkum í samfélaginu. Eins og sást í okkar rannsókn voru algengustu ástæður fyrir komum á bráðamóttöku opin sár á höfði, en hlutfallslega algengasta orsök innlagna var innankúpublæðing. Á Íslandi virðist vera nokkuð lágt nýgengi áverka á höfði og hefur það farið lækkandi undanfarin ár, en lengi má gott bæta. Mikilvægt er að halda áfram öflugu forvarnarstarfi og stuðla með því að frekari fækkun slíkra áverka.

Þakkir

Bestu þakkir fá Össur Ingi Emilsson læknir, Sveinn Gunnlaugsson tölfræðingur og Ingibjörg Richter kerfisfræðingur.

Heimildir

1. Jennett B. Epidemiology of head injury. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996; 60: 362-9
2. Tagliaferri F, Compagnone C, Korsic M, Servadei F, Kraus J. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. Acta Neurochir (Wien) 2006; 148: 255-68; discussion 268.
3. Kraus JF, McArthur DL. Epidemiologic aspects of brain injury. Neurol Clin 1996; 14: 435-50.
4. Jennett B. Epidemiology of head injury. Arch Dis Child 1998; 78: 403-6.
5. Halldorsson JG, Flekkoy KM, Arnkelsson GB, Tomasson K, Gudmundsson KR, Arnarson EO. The prognostic value of injury severity, location of event, and age at injury in pediatric traumatic head injuries. Neuropsychiatr Dis Treat 2008; 4: 405-12.
6. Einarsson A, Sigvaldason K, Nielsen NC, Hannesson B. Alvarlegir höfuðáverkar á gjörgæsludeild Sjúkrahúss Reykjavíkur 1994-1998. Læknablaðið 2000; 86: 25-9.
7. Halldorsson JG, Flekkoy KM, Gudmundsson KR, Arnkelsson GB, Arnarson EO. Urban-rural differences in pediatric traumatic head injuries: A prospective nationwide study. Neuropsychiatr Dis Treat 2007; 3: 935-41.
8. Guðmundsson K. Alvarlegir höfuðáverkar. Sjúklingar vistaðir á gjörgæsludeild Borgarspítalans 1973-1980. Læknablaðið 1987; 73: 113-20.
9. The Abbreviated Injury Scale. Des Plaines, Ill : American Association for the Advancement of Automotive Medicine 1990 revision, update 1998.
10. Baker SP, O'Neill B, Haddon W Jr, Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma 1974; 14: 187-96.
11. NOMESCO: Nomesco classification of external causes of injuries. 3rd revised edition 1997.
12. Banaslysum í umferðinni fækkar. rnu.is/default.asp?sid_id=30281&tre_rod=002%7C&tId=2&fre_id=133828&meira=1; - ágúst 2013.
13. Slysaskýrsla Umferðarstofu 2012. us.is/files/slysaskyrsla2012.pdf; - ágúst 2013.
14. Ísland með hæstu einkunn í slysavörnum barna. forvarnahusid.is/files/2009_7_23_V%C3%9E_H%C3%A6staEinkunn.pdf; - ágúst 2013.
15. Sigvaldason K, Tryggvason FT, Pétursdóttir G, Snorrason H, Baldursson H, Mogensen B. Slys meðal sjómanna á Íslandi árin 2001-2005. Læknablaðið 2010; 96: 29-35.
16. Heskestad B, Baardsen R, Helseth E, Romner B, Waterloo K, Ingebrigtsen T. Incidence of hospital referred head injuries in Norway: a population based survey from the Stavanger region. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2009; 17: 6.
17. Kleiven S, Peloso PM, von Holst H. The epidemiology of head injuries in Sweden from 1987 to 2000. Inj Control Saf Promot 2003; 10: 173-80.
18. Karason S, Johannsson R, Gunnarsdottir K, Asmundsson P, Sigvaldason K. Lífferagjafir á Íslandi 1992-2002. Læknablaðið 2005; 91: 417-22.
19. Marrison VK, Fletcher A, Parry SW. The older patient with syncope: practicalities and controversies. Int J Cardiol 2012; 155: 9-13.

ENGLISH SUMMARY

Visits to an emergency department due to head injuries

Eyrun Harpa Gisladottir[1], Sigurbergur Karason[2], Kristinn Sigvaldason[2], Elfar Ulfarsson[3], Brynjolfur Mogensen[4]

Introduction: Head injury is a common consequence of accidents and violence. It can result in permanent disability and is one of the leading causes of premature death worldwide.
Our aim was to review all visits to Landspitali University Hospital (LUH) from head injuries, to study the incidence, nature and severity of head injuries.
Material and methods: A retrospective study on all visits of Reykjavik's inhabitants to LUH for head injuries in the years 2000-2005 and 2008-2009. Data were collected from patient records at LUH. One main diagnosis was used if head injury diagnoses were many. They were categorised into 5 groups; soft tissue injury, eye injury, injury to cranium, intracranial- and cranial nerve injury and multiple trauma.
Results: During the study period 35.031 patients presented with head injuries to LUH. Males were 67%. Mean age was 26 years (0-107). The highest rate was among infants and children aged 0-4 years (20.8%), followed by 5-9 years (11,5%) and 20-24 years (9.4%). The annual incidence decreased between the study periods from 4.2% to 3.3%. The annual incidence for admitted head injury patients decreased from 181/year/100.000 inhabitants to 110/year/100.000 inhabitants. Most often injuries were caused by accidents (80,5%) and violence (12.7%). Soft tissue injury was the most common injury (65%), followed by eye injury (15%) and intracranial- and cranial nerve injury (14%). The injuries that most frequently led to hospital admission were intracranial bleeding (90.1%), followed by skull fracture (79.2%).
Conclusion: Accidents and violence caused most head injuries and they are more common among men than women. Patients with intracranial haemorrhage were usually admitted. Incidence of hospital visits and admissions because of head injuries in Reykjavik has decreased over the last decade.

Key words: *Head injury, accident, violence, brain injury, intracranial bleeding.*

Correspondence: Brynjólfur Mogensen, *brynmog@landspitali.is*

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs
Heiti lyfsins: STRATTERA 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg eða 100 mg hörð hylki.
Hvert hart hylki inniheldur atomoxetin hýdróklóríð sem jafngildir 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg eða 100 mg af atomoxetini. Á**bendingar:** Strattera er ætlað til meðhöndlunar á athyglisröskun með ofvirkni (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)) hjá börnum, 6 ára eða eldri, hjá unglingum og hjá fullorðnum sem hluti af heildarmeðferð. Meðferð verður að hefja af lækni með sérþekkingu á meðhöndlun ADHD, svo sem barnalækni, barna- og unglingageðlækni eða geðlækni. Sjúkdómsgreining skal gerð samkvæmt gildandi DSM viðmiðum eða leiðbeiningum í ICD. Hjá fullorðnum þarf að staðfesta að einkenni ADHD, sem voru til staðar í æsku, séu enn til staðar. Mat þriðja aðila er ákjósanlegt og ekki ætti að hefja Strattera meðferð ef staðfesting á einkennum ADHD í æsku liggur ekki fyrir. Ekki er hægt að greina ADHD eingöngu á tilvist eins eða fleiri einkenna. Sjúklingar þurfa að vera með ADHD sem er a.m.k. miðlungi alvarlegt eins og sést af a.m.k. miðlungi mikilli röskun á virkni við a.m.k. tvenns konar aðstæður (t.d. félagslegri, menntunarlegri og starfrænni virkni), sem hefur áhrif á marga þætti daglegs lífs, samkvæmt klínísku mati. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. Strattera má taka í einum skammti að morgni, án tillits til máltíða. Sjúklingar sem fá ekki viðunandi klíníska svörun þegar tekinn er einn Strattera skammtur á dag gætu haft gagn af því að taka lyfið tvisvar á dag í jöfnum skömmtum að morgni og síðdegis eða snemma kvölds. Skammtar fyrir börn/unglinga upp að 70 kg: Upphafsskammtur Strattera ætti að vera um 0,5 mg/kg á sólarhring. Upphafsskammti ætti að viðhalda að lágmarki í 7 daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er um 1,2 mg/kg/dag (háð þyngd sjúklings og hvaða styrkleikar atomoxetins eru fáanlegir). Í sumum tilfellum getur verið viðeigandi að halda meðferð áfram eftir að sjúklingur er orðinn fullorðinn. Skammtar fyrir börn/unglinga yfir 70 kg: Upphafsskammtur Strattera ætti að vera 40 mg á dag. Upphafsskammti ætti að viðhalda að lágmarki í 7 daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er 80 mg. Ráðlagður hámarksskammtur er 100 mg á dag. Skammtar fyrir fullorðna: Upphafsskammtur Strattera ætti að vera 40 mg á dag. Upphafsskammti ætti að viðhalda að lágmarki í 7 daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er 80 mg til 100 mg á dag. Ráðlagður hámarksskammtur er 100 mg á dag. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Ekki skal nota atomoxetin með mónóamín oxidasa hemli (MAO hemill). Ekki skal nota atomoxetin innan minnst tveggja vikna eftir að meðferð með MAO hemli er lokið. Meðferð með MAO hemli skal ekki hafin innan tveggja vikna eftir að meðferð með atomoxetini er lokið. Ekki skal nota atomoxetin hjá sjúklingum með þrönghornsgláku þar sem notkun atomoxetins var tengd við aukna tíðni ljósopsstækkunar í klínískum rannsóknum. Ekki má nota atomoxetín hjá sjúklingum með alvarlega hjarta og æðasjúkdóma eða sjúkdómum sem tengjast blóðæðum eða blóðnæringu til heila. Ekki skal nota atomoxetin hjá sjúklingum með krómfiklaæxli (pheochromocytoma) eða sögu um krómfiklaæxli. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu (febrúar 2014):** Strattera 10 mg 28 stk: 19.406 kr, Strattera 18 mg 28 stk: 19.406 kr, Strattera 25 mg 28 stk: 19.406 kr, Strattera 40 mg 28 stk: 19.406 kr, Strattera 60 mg 28 stk: 19.406 kr, Strattera 80 mg 28 stk: 25.690 kr, Strattera 100 mg 28 stk: 28.591 kr. ***Ávísunarheimildir og afgreiðsluflokkur:*** **R. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: 0. Heiti markaðsleyfishafa:** Eli Lilly Danmark A/S. **Athugið að þetta er stytt samantekt á eiginleikum lyfs. Nánari upplýsingar má finna í *sérlyfjaskrá* – www.serlyfjaskra.is. Dags. SmPC:** 15. maí 2013. Ef frekari upplýsinga um lyfið er óskað skal hafa samband við umboðsaðila Eli Lilly á Íslandi: Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Sími: 540 8000.
Fyrir ávísun lyfsins er mikilvægt að læknir hafi kynnt sér leiðbeiningar til lækna um mat og eftirlit á áhættu vegna hjarta- og æðasjúkdóma við ávísun Strattera.

Við sykursýki af tegund 2

Gríptu strax í taumana á sykursýkinni!

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

Victoza® einu sinni á dag samhliða töflumeðferð leiðir til:

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



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

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

Markaðsleyfishafi: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danmörk. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000.

Textinn var síðast samþykktur í apríl 2014. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is

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

Afgreiðslutilhögun (afgreiðsluflokkun): R Verð (samþykkt hámarksverð, 1. maí 2014): 6 mg/ml, 3ml x 2 pennar. Kr: 21.388kr Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: O. Sjá nánari upplýsingar á vef lyfjagreiðslunefndar www.lgn.is

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

novo nordisk®

VICTOZA® (LIRAGLÚTÍÐ)

IS/LR/ 0613/0160

Risaæxli í hóstarkirtli – sjúkratilfelli

Elín Maríusdóttir[1], Karl Erlingur Oddason[1], Sigfús Nikulásson[2], Tómas Guðbjartsson[1,3]

ÁGRIP

Æxli í hóstarkirtli eru yfirleitt góðkynja og staðsett í framanverðu miðmæti. Hér er lýst afar sjaldgæfu risaæxli í hægra brjóstholi sem reyndist vaxið út frá hóstarkirtli. Æxlið sem mældist 15 x 8 cm reyndist hóstarkirtilsæxli (*thymoma*) af gerð AB og tókst að fjarlægja það með skurðaðgerð. Tveimur árum eftir aðgerð er sjúklingur einkennalaus og án merkja um endurkomu sjúkdóms.

[1]Hjarta- og lungnaskurðdeild, [2]meinafræðideild Landspítala, [3]læknadeild Háskóla Íslands.

Höfundarnir eru öll læknar á Landspítala og Tómas prófessor við læknadeild HÍ.

Inngangur

Hóstarkirtilsæxli eru misleitur hópur æxla með fjölbreytileg einkenni og horfur. Þau eru sjaldgæf en engu að síður algengustu æxli upprunnin í miðmæti.[1] Í íslenskri rannsókn var aldursstaðlað nýgengi 0,28/100.000 íbúa og reyndist svipað fyrir bæði kyn.[2] Meðalstærð hóstarkirtilsæxla í þeirri rannsókn var 6,5 cm og var stærsta æxlið 9,5 cm.[2] Risaæxlum í hóstarkirtli hefur verið lýst í erlendum rannsóknum[3] og hér er slíku tilfelli lýst í fyrsta skipti á Íslandi.

Sjúkratilfelli

Fyrirspurnir: Tómas Guðbjartsson

tomasgud@landspitali.is

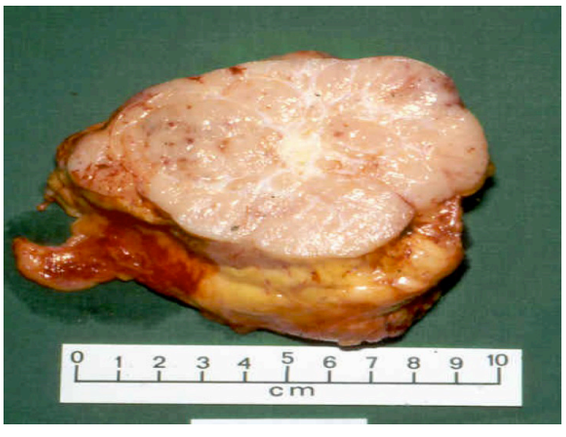
Áður hraust 75 ára kona leitaði til heimilislæknis eftir að hafa verið með verki ofarlega í kvið og undir hægra rifjabarði í nokkra mánuði. Verkirnir höfðu ekki tengsl við máltíðir, hún hafði aldrei reykt og aldrei fengið hjarta- og æðasjúkdóma. Hún kvartaði ekki um mæði, brjóstverki eða önnur einkenni frá lungum, né heldur megrun eða nætursvita. Hún tók einungis blóðfitulækkandi lyf að staðaldri. Við skoðun voru veikari öndunarhljóð yfir hægra lunga en engin aukahljóð heyrðust yfir lungum. Kviður var mjúkur og engar fyrirferðir við þreifingu. Blóðrannsóknir sýndu blóðrauða og hvít blóðkorn innan eðlilegra marka líkt og C-reactive protein (CRP) og lifrarpróf.

Gerð var ómskoðun af lifur og gallvegum sem sýndi eðlilega lifur og gallblöðru án gallsteina. Hins vegar sást við ómunina skuggi í efra brjóstholi. Því var gerð tölvusneiðmynd af brjóstholi sem sýndi 13 x 12 cm þéttingu í neðri hluta hægra brjósthols sem lá þétt að hægra lungnaporti og miðmæti (mynd 1).

Grunur vaknaði um sarkmein en ástunga sýndi ekki illkynja frumur og benti því frekar til góðkynja æxlis. Ákveðið var að taka konuna til aðgerðar og var æxlið fjarlægt í gegnum fremri brjóstholsskurð hægra megin. Í aðgerðinni sást að æxlið, sem var vel afmarkað frá lunganu og brjóstveggnum, fyllti alveg út í neðri þriðjung hægra brjósthols. Æxlið reyndist vaxa út úr fremra miðmæti, nánar tiltekið hóstarkirtlinum, með 8 cm löngum stilk. Hóstarkirtillinn með æxlinu var fjarlægður í heild sinni (mynd 2) og sýndi vefjagreining að æxlið var hóstarkirtilsæxli af gerð AB, 15 x 13 x 8 cm



Mynd 1. *Tölvusneiðmynd af brjóstholi sem sýnir æxlið í hægra brjóstholi (ör).*

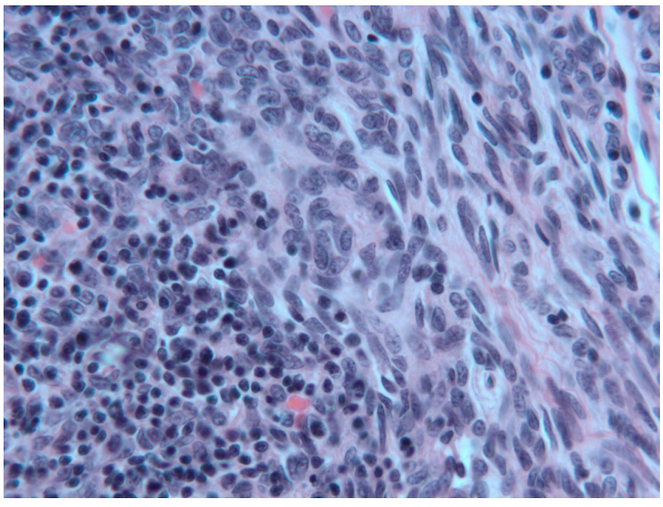


Mynd 2. *Ljósmynd af æxlinu sem var hart viðkomu. Stilkurinn sem teygði sig inn að miðmæti er neðst til vinstri á myndinni.*

Greinin barst 3. desember 2013, samþykkt til birtingar 30. apríl 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

ISSN 1670-8261 IS/LR/06130160



Mynd 3. *Smásjármynd af æxlinu sem reyndist hóstarkirtilsæxli af gerð AB (H&E litun). Sjá má blöndu af sporöskjulaga þekjufrumum sem einkenna gerð A og hringlaga þekjufrumum ásamt eitilfrumum sem einkenna gerð B.*

stórt (mynd 3). Bati var góður eftir aðgerð og tveimur árum síðar er hún við góða heilsu og engin merki um endurkomu.

Umræða

Hér er lýst risaæxli í brjóstholi sem reyndist góðkynja hóstarkirtilsæxli, nánar tiltekið af gerð AB. Aðeins nokkrum slíkum risaæxlum hefur verið lýst áður.[3] Í flestum tilvikum greinast risaæxli vegna einkenna frá lungum, fremur en vegna kviðverkja, eins og var raunin í þessu tilfelli. Athyglisvert er að konan hafði ekki haft nein einkenni frá öndunarfærum þrátt fyrir að æxlið þrýsti á stóran hluta hægra lunga.

Hóstarkirtilsæxli greinast yfirleitt um miðjan aldur en lýst hefur verið tilfellum bæði í öldruðum og börnum. Algengustu einkenni eru hósti, mæði eða brjóstverkur en sjaldgæfari einkenni eru hæsi, kyngingarörðugleikar og einkenni vöðvaslensfárs (*myasthenia gravis*).[4] Um þriðjungur sjúklinga eru einkennalausir og greinast fyrir tilviljun við myndrannsóknir á brjóstholi sem gerðar eru vegna annarra sjúkdóma eða einkenna.[5]

Helstu mismunagreiningar risaæxla í brjóstholi eru lungnakrabbamein, sarkmein, SFTP-æxli (*solitary fibrous tumor of the pleura*), fósturkímsæxli (*germ cell tumor*), eitilkrabbamein og paraganglioma.[6] Konan hafði aldrei reykt og því minni líkur á lungnakrabbameini. Engu að síður er vert að hafa í huga að allt að 10% lungnakrabbameina greinast í sjúklingum sem aldrei hafa reykt.[7] Sýnataka með ástungu benti hvorki til sarkmeins né annarra illkynja æxla og æxlið var vaxið út frá miðmæti en ekki fleiðru á brjóstvegg eins og er dæmigert fyrir SFTP-æxli.[8]

Gróflega er hóstarkirtilsæxlum skipt í góðkynja og illkynja æxli eftir útliti þekjufrumna sem mynda æxlið. Góðkynja æxli, það eru æxli í flokki A, B og AB vaxa hægt, hafa góðar horfur og meinvarpast sjaldan.[9] Hegðun þeirra getur þó verið óútreiknanleg og hætta er á staðbundinni endurkomu, jafnvel áratugum eftir brottnám. Einnig geta hóstarkirtilsæxli orðið mjög stór og þrýst á eða vaxið inn í mikilvæg líffæri í miðmæti, eins og talin var hætta á í þessu tilfelli.[10]

Illkynja æxli í hóstarkirtli (*thymic carcinoma*) eru mun sjaldgæfari en þau góðkynja, en í nýlegri íslenskri rannsókn voru þau 20% hóstarkirtilsæxla.[2] Þau hafa gjörólíka hegðun og horfur, meinvarpast snemma og dánartíðni af þeirra völdum er há .[11]

Aðalmeðferð hóstarkirtilsæxla er skurðaðgerð þar sem hóstarkirtillinn er fjarlægður ásamt aðliggjandi fitu, oftast í gegnum bringubeinsskurð.[12] Í þessu tilfelli fyllti æxlið stóran hluta hægri brjósthols og var því ákveðið að fjarlægja það í gegnum hægri brjóstholsskurð. Æxlið var mjög stórt en reyndist þó ekki vaxið í aðliggjandi líffæri sem auðveldaði brottnám þess.

Við stigun hóstarkirtilsæxla er stuðst við svokallað Masaoka-kerfi. Í því er lagt mat á íferð æxlisins í hýði kirtilsins, aðliggjandi fitu og nálæg líffæri, en einnig hvort fjarmeinvörp séu til staðar.[13] Masaoka-stig við greiningu hefur mest að segja um horfur þessara sjúklinga en einnig hvort tekst að fjarlægja allt æxlið með hreinum skurðbrúnum.[14] Á Masaoka-stigum 1 og 2 er í flestum tilvikum aðeins beitt skurðaðgerð. Vaxi æxlið hins vegar ífarandi og/eða fjarmeinvörp eru til staðar (Masaoka stig 3 og 4) er oft beitt krabbameinslyfjum og/eða geislum, en síðar skurðaðgerð.[15] Árangur meðferðar hjá sjúklingum með óskurðtæk illkynja æxli (á stigi 4) er þó ekki eins vel rannsakaður og fyrir góðkynja æxlin þar sem horfur eru mjög góðar.[2,14]

Þakkir fær Maríanna Garðarsdóttir fyrir aðstoð við frágang röntgenmynda.

Heimildir

1. Venuta F, Anile M, Diso D, Vitolo D, Rendina EA, De Giacomo T, et al. Thymoma and thymic carcinoma. Eur J Cardiothorac Surg 2012; 37: 13-25.
2. Mariusdottir E, Nikulasson S, Bjornsson J, Gudbjartsson T. Thymic epithelial tumours in Iceland: incidence and histopathology, a population-based study. APMIS 2010; 118: 927-33.
3. Limmer S, Merz H, Kujath P. Giant thymoma in the anterior-inferior mediastinum. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2009; 10: 451-3.
4. Moore KH, McKenzie PR, Kennedy CW, McCaughan BC. Thymoma: trends over time. Ann Thorac Surg 2001; 72: 203-7.
5. Muller-Hermelink HK, Marx A. Thymoma. Curr Opin Oncol 2000; 12: 426-33.
6. Wright CD, Mathisen DJ. Mediastinal tumors: diagnosis and treatment. World J Surg 2001; 25: 204-9.
7. Thun MJ, Hannan LM, Adams-Campbell LL, Boffetta P, Buring JE, Feskanich D, et al. Lung cancer occurrence in never-smokers: an analysis of 13 cohorts and 22 cancer registry studies. PLoS Med 2008; 5: e185.
8. Guo W, Xiao HL, Jiang YG, Wang RW, Zhao YP, Ma Z, et al. Retrospective analysis for thirty-nine patients with solitary fibrous tumor of pleura and review of the literature. World J Surg Oncol 2011; 9: 134.
9. Chen G, Marx A, Wen-Hu C, Yong J, Puppe B, Stroebel P, et al. New WHO histologic classification predicts prognosis of thymic epithelial tumors: a clinicopathologic study of 200 thymoma cases from China. Cancer 2002; 95: 420-9.
10. Johnson SB, Eng TY, Giaccone G, Thomas CR, Jr. Thymoma: update for the new millennium. Oncologist 2001; 6: 239-46.
11. Detterbeck FC. Clinical value of the WHO classification system of thymoma. Ann Thorac Surg 2006; 81: 2328-34.
12. Fang W, Chen W, Chen G, Jiang Y. Surgical management of thymic epithelial tumors: a retrospective review of 204 cases. Ann Thorac Surg 2005; 80: 2002-7.
13. Lardinois D, Rechsteiner R, Lang RH, Gugger M, Betticher D, von Briel C, et al. Prognostic relevance of Masaoka and Muller-Hermelink classification in patients with thymic tumors. Ann Thorac Surg 2000; 69: 1550-5.
14. Venuta F, Anile M, Diso D, Vitolo D, Rendina EA, De Giacomo T, et al. Thymoma and thymic carcinoma. Eur J Cardiothorac Surg 2012; 37: 13-25.
15. Kondo K, Monden Y. Therapy for thymic epithelial tumors: a clinical study of 1,320 patients from Japan. Ann Thorac Surg 2003; 76: 878-84; discussion 84-5.

ENGLISH SUMMARY

Giant thymoma - case report

Elin Mariusdottir[1], Karl Erlingur Oddason[1], Sigfus Nikulasson[2], Tomas Gudbjartsson[1,3]

Thymomas are usually benign tumors and are most often found in the anterior mediastinum. We report a rare case of a giant tumor in the right hemithorax that originated in the thymus. The tumor was 15x8 cm and histology revealed a type AB thymoma. The tumor was removed and the patient is doing well and is without symptoms two years after the operation.

Key words: *Thymoma, abdominal pain, giant tumor, mediastinum.*

Correspondence: Tómas Guðbjartsson, *tomasgud@landspitali.is*

Departments of [1]Cardiothoracic Surgery and [2]Pathology, Landspitali University Hospital, [3]Faculty of Medicine, University of Iceland.

▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.

Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. Astellas Pharma Europe B.V., Holland.. ATC flokkur: G04BD12

Samantekt á eiginleikum lyfs – Styttur texti SPC

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:* 23. apríl 2014. *Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu í maí 2014:* Forðatöflur 30 stk: 25mg kr. 9.357 , 50mg kr. 9.357; 90 stk: 25mg kr. 24.208 , 50mg kr. 24.208. *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.

LÆKNABLAÐIÐ hefur komið út síðan 1915 og í þessum 100. árgangi blaðsins eru greinar sem ritstjórnin hefur kallað eftir af því tilefni. Höfundar greinanna skrifa um ýmis málefni sem snerta lækna, félagsleg, söguleg og fræðileg.

Heilbrigði kvenna í hundrað ár: Má bæta það sem er gott?

Reynir Tómas Geirsson, Jens A. Guðmundsson
Höfundar eru kvensjúkdómalæknar
geirsson.acta@landspitali.is

Inngangur

Konur eru oft sagðar vera „betri helmingurinn" í sambandi karls og konu. Á 100 ára afmælisári *Læknablaðsins* er því viðeigandi að fjalla sérstaklega um heilbrigði kvenna. Flest í starfsemi líkamans og líffæranna er báðum kynjum sameiginlegt, en margt er frábrugðið og þá í mismiklum mæli vegna þess að líffræðilegir grunnþættir sem stýra heilbrigði og sjúkdómsferlum, eru oft með öðrum hætti hjá konum en körlum. Við höfundarnir (tveir karlar) höfum átt starfsævi sem snerist um sérstök heilbrigðismál kvenna, það er að segja þau sem snertu kynheilbrigði og æxlun. Íslenskar konur eru í hópi þeirra sem lengstri meðalævi ná í heiminum, barneignir þeirra ganga betur en hjá flestum öðrum þjóðum sé horft til mælikvarða eins og mæðra- og burðarmálsdauða, eða til tíðni og lifunar eftir krabbamein í kynfærum og til árangurs við meðferð margra kvensjúkdóma. Hér er beint sjónum að því hvers vegna það gæti verið og hvers megi vænta í framtíðinni. Umfjöllunin getur þó seint orðið tæmandi og framtíðarspár verða alltaf óvissar, jafnvel þegar best lætur.

Við upphaf síðustu aldar var lítið vitað um sérstök heilbrigðisvandamál kvenna, lífeðlisfræði og efnaskipti kvenlíkamans, nema helst hvað gera mætti þegar kona gat ekki fætt barn sitt og hvernig eiga mætti við nokkra kvensjúkdóma með skurðaðgerðum. Kvenlíffærunum hafði verið lýst, en þekking á starfsemi þeirra var lítil og skilningur á sjúkdómum í þeim, eða í þungun, var takmarkaður. Í heiminum höfðu fáar konur lokið læknaprófi og engin á Íslandi (sú fyrsta var Kristín Ólafsdóttir (1889-1972), kandídat 1917).[1] Sjúkdómar kvenna aðrir en þeir sem lutu að þungun og æxlunarfærunum, voru túlkaðir út frá því sem vitað var um birtingarmyndina hjá körlum. Engar skipulagðar forvarnaraðgerðir voru til. Mæðradauði var algeng staðreynd í lífinu og konur gátu ekki gengið að því sem vísu að öll börn þeirra kæmust til fullorðinsára. Þær gátu verið útslitnar af erfiði og alltof mörgum barneignum, ef þær lifðu fram yfir frjósemisárin. Kynhvötin var samt eðlislæg báðum kynjum, - undan því varð ekki komist. Konur smituðust af kynsjúkdómum sem erfitt var að lækna, þær misstu fóstur eða neyddust til að ganga gegnum þungun sem þær ekki vildu eða var heilsu þeirra ofviða. Ef alvarleg vandamál komu upp í þunguninni eða við fæðinguna voru fá ráð til nema tangarfæðingar og snör handtök reyndra lækna, sem oft voru ekki tiltækir þegar þess þurfti með. Árið 1910, fimm árum áður en til *Læknablaðsins* var stofnað, var gerður keisaraskurður í annað sinn á Íslandi og sá fyrsti þar sem móðir og barn lifðu bæði. Sá þriðji var gerður á stofnári blaðsins.[2] Nú fæðist fimmta til sjötta hvert barn þannig á Íslandi og er talan þó lág miðað við flest önnur þróuð ríki.[3] Kvensjúkdómar, svo sem krabbamein í kynfærum, voru ofast illviðráðanlegir langt fram eftir 20. öldinni. En á öldinni eftir að fyrsta tölublað *Læknablaðsins* kom út urðu stórfelldar framfarir í þekkingu á heilbrigðri og sjúklegri þungun. Nú búa íslenskar konur við almennt gott heilbrigðisnet, og það tekur ekki síst til þungunar, frjósemi og kvensjúkdóma. Hvernig gerðist það, hvar stöndum við nú og hvað má bæta? Nú er horft til nýrrar aldar þar sem litið verður með heildstæðari hætti til heilbrigðis kvenna frá barnsaldri, gegnum kynþroskann, frjósemisskeiðið, breytingaskeiðið og til efri ára.[4]

Ekki er úr vegi að staldra við nokkur atriði úr sögu læknsifræði á Íslandi, frá fyrsta lærða lækninum Bjarna Pálssyni, sem einnig stofnaði til ljósmæðrakennslu konum til stórra hagsbóta með tíð og tíma, til Jóns Hjaltalín Jónssonar sem gerði fyrsta keisaraskurðinn 1865 í moldarkofa í Þingholtunum, til Matthíasar Einarssonar, Steingríms Matthíassonar, Guðmundanna þriggja (Hannesson, Magnússon og Thoroddsen) sem áttu þátt í að koma upp Landspítalanum, til Katrínar Thoroddsen sem starfaði að upphafi mæðraverndar hjá Líkn við Austurvöll í Reykjavík upp úr 1927. Þarna komu við sögu Jón Nikulásson, fyrsti læknirinn með sérfræðileyfi í kvensjúkdómum og fæðingarhjálp (1936), og Pétur H.J. Jakobsson fæðinga- og kvensjúkdómalæknir sem var fyrsti háskólakennari fagsins á Íslandi og fyrsti prófessor í því, eftirmenn hans Sigurður S. Magnússon og Gunnlaugur Snædal. Sá síðarnefndi lagði til merkan skerf með rannsókn sinni á brjóstakrabbameini á Íslandi. Aðrir eftirminnilegir læknar í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum voru Jónas Bjarnason kvensjúkdómalæknir á St. Jósefsspítala í Hafnarfirði, Bjarni Rafnar á Akureyri, Guðmundur Jóhannesson sem var í forystu fyrir krabbameinslækningum kvenna og krabbameinsleitinni, Guðjón Guðnason á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur, Jón Þorgeir Hallgrímsson og Jón Hilmar Alfreðsson og Kristján Sigurðsson sem tryggði krabbameinsleitinni vísindalega merkan grundvöll. Þóra Fischer var fyrsta konan sem starfaði sem sérfræðingur á Kvennadeild Landspítala, en í dag eru konur í öllum stjórnunarstöðum og flestum sérfræðingastöðum deildarinnar. Enn aðrir læknar komu að uppbyggingu annarra sérgreina sem voru nauðsynlegar til að sinna því sem laut að kvenheilbrigði, svo sem Valtýr Bjarnason, Alma Þórarinsson, Bjarni Bjarnason, Gunnar Biering, upphafsmaður nýburalækninga, Hannes Þórarinsson og Ólafur Jensson. Margir fleiri lögðu til í þessari uppbyggingu síðustu aldar, einkum eftir opnun sérstakrar fæðingadeildar 1949 á Landspítalanum (síðar Kvennadeildin frá 1975). Úr stórum og mikilvægum hópi ljósmæðra má sérstaklega minnast á Þórunni Björnsdóttur, Jóhönnu Friðriksdóttur og Kristínu Tómasdóttur. Góð og náin samvinna ljósmæðra og fæðinga- og kvensjúkdómalækna var alla öldina grundvallaratriði í að tryggja hina stöðugt batnandi útkomu fyrir mæður og börn þeirra á Íslandi og þar með



Landspítalinn með fæðingardeildinni um 1960, hornsteinninn fyrir kvennaheilbrigði gegnum árin. Ljósmyndari óþekktur.

hina góðu stöðu sem íslenskar konur njóta nú, - á íslenskan en ekki síður alþjóðlegan mælikvarða.

Hugtök um heilbrigði kvenna

Kyn- og æxlunarheilbrigði er þýðing á enska hugtakinu *sexual and reproductive health* og tekur til allra þátta sem varða gerð og eðlilega líffræðilega starfsemi í kynfærum kvenna og tengdum líffærum, frá æsku til efri ára. Með því hugtaki er athygli beint að mikilvægi þessara hluta líkamans, ekki einasta vegna barneigna, heldur einnig til að leggja áherslu á miðlæga þýðingu þeirra í almennri heilbrigði karla og kvenna. Í víðara samhengi má hvað konur varðar tala um kvenheilbrigði (*women´s health*), sem þá tekur til sértækra heilbrigðismála kvenna þar sem öll líffæri og öll líkamsstarfsemi er tekin með á þann hátt sem hún er öðruvísi meðal kynjanna. Hvað sem líður öðrum jöfnuði milli kynjanna, þá eru líffræðileg hlutverk kvenna og karla frábrugðin og vart þarf að árétta það. Þó er ekki langt síðan skilningur á heilbrigði og sjúkdómum var að miklu leyti miðaður við það sem voru þekktar staðreyndir um karla, svo sem viðmiðunargildi í blóðrannsóknum, sjúkdómseinkenni (hjartaöng er gott dæmi) og forspár um gang sjúkdóma. Eðlileg aldurs- og kynjastöðluð gildi fyrir ýmsar líffræðilegar breytur hafa fyrst komið til á síðustu hálfu öldinni. Lítið var vitað um lífeðlisfræði og lífefnafræði kvenna og um kvenhormóna fyrr en upp úr miðri síðustu öld. Áherslan var á að lækna það sem úrskeiðis fór. Heilbrigði kvenna var mælt með tölum um mæðradauða. Burðarmálsdauða var farið að skoða upp úr 1960-70. Á seinni hluta aldarinnar komu til kynskiptar tölur um krabbamein, og þá hvað konur varðaði í lungum, brjóstum, eggjastokkum, legi og leghálsi, einkum eftir að krabbameinsskráin (1954) og skipulagða krabbameinsleitin (1964) höfðu orðið til. Með rannsóknum hjá Hjartavernd bættust við kynskiptar tölur um hjartasjúkdóma meðal kvenna. Þó heilsa við tíðahvörf og heilsufar tengt getnaðarvörnum, fóstureyðingumm og ófrjósemi kæmu inn í almenna umræðu í vaxandi mæli á 7.-9. áratugunum í tengslum við breytta þjóðfélagshætti, breytta fjölmiðlun og vaxandi tölvu- og vefnotkun, var ekki farið að ræða um kynheilbrigði að marki fyrr en á síðasta áratug 20. aldar og æxlunarheilbrigði á sér enn styttri og minna mótaða sögu sem hugtak í íslenskum veruleika.

Mæðra- og burðarmálsumbætur

Frá fyrri hluta 20. aldar lækkuðu hlutfallstölur um burðarmálsdauða og mæðradauða hratt frá nær 400/100000 upp úr 1911[5] og niður í 4-5/100000 á síðustu árum[6], sem er með því lægsta sem sést í heiminum. Margar samverkandi ástæður koma þar til, svo sem stórbætt almenn kjör fólks, fækkun barneigna, betri mæðravernd (nú oft nefnd meðgönguvernd með skírskotun bæði til móður og fósturs) með Rhesus-vörnum og gjöf K-vítamíns til að varna blæðingarheilkenni nýbura, með bættu öryggi í fæðingum samfara síritun og skyldum hjálparaðgerðum, margfalt betri meðferð langvinnra sjúkdóma, svo sem sykursýki, rauðum úlfum og langvinnum bólgusjúkdómum í þörmum og ristli hjá konum á barneignaaldri, vel skipulögð skimun fyrir fósturgöllum og meðgöngurof ef alvarlegir gallar greinast, markviss framköllun á fæðingum þegar konur fara fram yfir væntanlegan fæðingartíma, og miklar framfarir í nýburalækningum. Á síðari árum hafa bættar leiðbeiningar í meðgönguvernd komið til og gert kleift að færa hana í meiri mæli á heilsugæslustöðvar, en nýta um leið sérfræðiþjónustuna betur fyrir þær konur sem þess þurftu með. Tilkoma tæknifrjóvgunar um 1990 breytti horfum fyrir þau 10% para sem áður gátu ekki eignast börn. Þó sumar þessara kvenna hefðu margvíslega áhættuþætti á meðgöngu, svo sem hærri aldur og vandamál sem tengdust því hefur samt ekki orðið aukning á mæðra- eða burðarmálsdauða. Vaxandi offituvandi íslenskra kvenna hefur heldur ekki haft áhrif á þessa þætti enda þótt verri horfur varðandi út-

komu meðgöngu sé þekktar hjá þeim konum.[7] Þetta segir sitt um gæði meðgönguverndar á Íslandi. Nákvæm skráning fæðinga frá 1972[8] hefur gert alla upplýsingaöflun markvissari og síðastliðna tvo áratugi hafa árlegar skýrslur með ítarlegum upplýsingum um fæðingar og tengd atriði verið gefin út af Fæðingaskráningunni.[3]

Skimun fyrir fósturgöllum hófst 1984 við 19-20 vikna meðgöngulengd, og var tæpum tveimur árum síðar orðin almennt atriði í meðgönguvernd.[9] Þar var lögð áhersla á einsleita ákvörðun meðgöngulengdar út frá ómmælingum,[10] skimun fyrir alvarlegri fósturgöllum, fylgjustaðsetningu og önnur skyld atriði, og heilbrigðisstarfsfólki var kennt á framkvæmd skimunarinnar. Nær allar konur hafa komið í þessa skoðun sem var eins og mæðraverndin sjálf, gjaldfrí skoðun. Við þetta var bætt samþættu líkindamati upp úr árinu 2000[11] og um 85% kvenna nýta sér nú það tilboð með upplýstum hætti,[12] enda þótt þar sé ekki um gjaldfría skimun að ræða. Mæður/foreldrar velja sjálfar/sjálf að kaupa þessa viðbótarskoðun við 11-14 vikna meðgöngulengd. Þegar þessi skimun hófst urðu talsverðar samfélagslegar deilur um réttmæti hennar. Sú leið að hafa skimunina ekki sjálfkrafa hluta mæðraverndar, heldur að láta hana kosta peninga, varð til þesss að gagnrýni hætti að mestu. Fólk velur sjálft hvort það vill kaupa skimun að fengum upplýsingum um hana. Nú fæðast sjaldan börn með alvarlega fæðingargalla í líkamsbyggingu eða meiriháttar litningafrávik. Ef það gerist, eða frávik eru minniháttar, er oftast vitað um það áður, foreldrar og aðrir nákomnir vel upplýstir og fæðingin undirbúin þannig að barninu farnist sem best. Meiriháttar litningagallar svo sem þrístæður 13, 18 og þrílitnun, finnast í flestum tilvikum. Ef Downsheilkenni greinist kjósa flestir foreldrar meðgöngurof, þó það sé ekki algilt. Inngripum eins og legvatnsástungum hefur fækkað í 1/5 hluta þess sem mest var. Þær greiningaraðgerðir sem gera þarf, oftast fylgjusýnitökur, hafa verið gerðar með öryggi sem er sambærilegt við það sem sést í öðrum löndum.[13]

Þó meðal íslenskra kvenna hafi mæður í elstu og yngstu aldurhópunum verið hlutfallslega fleiri en sést meðal nágrannaþjóða í Norðvestur-Evrópu og offituvandinn sé verulegur, hefur burðarmálsdauði haldist lágur og það með hóflegri inngripatíðni í fæðingar, sem er nú með því lægsta sem sést í Evrópu. Fyrir 25 árum var því spáð að enn mætti lækka burðarmálsdauða á Íslandi[14] og það hefur gengið eftir.[15] Tíðni keisaraskurða hefur verið um 17-18% af fæðingum undanfarin 15 ár og ekki aukist.[3] Markvissar forvarnir í formi leiðbeininga frá kvennadeild Landspítalans, grandskoðun og flokkun burðarmálsdauðatilvika og flokkun fæðinga eftir svokölluðu Robson-flokkunarkerfi[3] er meðal þeirra atriða sem hafa stuðlað að þessu. Ekkert bendir til að börnum og mæðrum farnist verr á Íslandi en annars staðar með tilliti til fylgikvilla fæðinga og jafnvel heldur betur.[16-18]

Vel skipulögð og gjaldfrí mæðra- og meðgönguvernd með skimun af þeirri gerð sem nú er stunduð verður áfram hornsteinn kvenheilbrigði. Hún þarf að vera öllum aðgengileg, þar með talin 19-20 vikna ómskoðunin, ef hún á að ná þeim tilgangi að allar konur njóti sömu gæða í meðgongueftirlitinu til að tryggja öryggi þeirra og ófæddra barna sem þær ganga með.

Getnaðarvarnir og meðgöngurof

Getnaðarvarnir snúa fyrst og fremst að kvenlíkamanum vegna líffræðilegra þátta sem betra er að nálgast og breyta hjá konum, þó ábyrgðin sé jöfn hjá báðum kynjum. Samsetta getnaðarvarnapillan var fyrst seld á Íslandi fyrir hálfri öld, 1964,[19] og varð auk smokksins, megin aðferðin sem ungar konur nýttu sér. Lykkjunotkun var fremur bundin við konur sem voru eldri og höfðu átt barn. Hormónalykkjan, sem inniheldur prógestín-sterann levónorgestrel, hefur orðið vinsæl getnaðarvörn síðastliðinn áratug, jafnvel meðal yngri kvenna, enda dregur mjög úr blæðingum með notkun hennar vegna þynningar á legslímunni. Aðrar getnaðarvarnir hafa haft minni þýðingu fyrir þýðið sem heild. Samfara þessu hefur fæðingum á hverja konu fækkað, þó sú tala hafi haldist við um 2,0 börn á konu í nær tvo áratugi. Það er það mesta sem sést í Evrópu vestanverðri þar sem barnafjöldi á hverja konu hefur verið á bilinu 1,3-1,8, jafnvel í löndum þar sem aðgengi að getnaðarvörnum hefur opinberlega verið meira heft en á Íslandi. Víða í nágrannalöndum eru getnaðarvarnir niðurgreiddar og lagt hefur verið til að á Íslandi gæti slíkt verið heppilegt fyrir konur innan tvítugs, enda hafa þunganir á ungum aldri ýmis aukaleg áhrif sem skipta máli fyrir ungar konur, svo sem á menntun og afkomu. Í lögum nr. 25 sem samþykkt voru á Alþingi 22. maí 1975 um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir, var kveðið á um „að auðvelda skyldi almenningi útvegun getnaðarvarna, m.a. með því að sjúkrasamlög taki þátt í kostnaði þeirra“. Þessu hefur aldrei verið framfylgt á Íslandi. Talsverð umræða hefur verið um áhrif hormónagetnaðarvarna á myndun blóðsega og áhrif á æðakerfið,[20] og nauðsynlegt að ráðgjöf um getnaðarvarnir taki mið af því.

Læknanemar hafa í meira en áratug staðið að fræðslu í yngri árgöngum framhaldsskóla um land allt um ábyrgt kynlíf og getnaðarvarnir (Ástráður, *astradur.is*) á grundvelli jafningjafræðslu. Þetta hefur verið mikilvæg viðbót við þá fræðslu sem tengist líffræði og lífsleiknikennslu í skólum, og fræðslustarfi frá landlæknisembættinu og Fræðslusamtökum um kynlíf og barneignir (fkb.is). Fræðslu um getnaðarvarnir þarf þó að bæta verulega og lækka verð getnaðarvarna, einkum til yngstu kvennanna. Neyðargetnaðarvörnin hafði lengi verið möguleg á Íslandi, en var lítið notuð þar til fyrir um áratug, þegar betri lyfjaform komu til sögunnar.[22] Bæði betri fræðsla og tilvist neyðargetnaðarvarnarinnar og bætt aðgengi að henni hafa sennilega stuðlað að því að tíðni fóstureyðinga hefur ekki aukist að marki síðustu tvo áratugina þrátt fyrir fólksfjölgun. Úrræðið „fóstureyðing“ og neyðargetnaðarvörnin þurfa að vera til staðar í nútímasamfélagi. Um það og um túlkun laganna hefur ríkt breið samfélagsleg sátt.

Fram til þess þegar lögin um fóstureyðingar (eða meðgöngurof; *termination of pregnancy*) voru sett árið 1975, hafði túlkun fyrri laga frá 1935 smám saman orðið frjálslyndari. Nýju lögin breyttu samt með róttækum hætti aðgengi kvenna að því úrræði að láta fjarlægja þungun sem þær töldu sig ekki geta gengið með. Heimildin náði fram að 16 vikna meðgöngu, en vegna aðgerðatæknilegra atriða og og til samræmis við tilmæli laganna hafa langflestar aðgerðir farið fram innan 12 vikna (landlæknir.is). Lögin leyfa frjálslynda túlkun fram að þeim tíma, en samt eru fóstureyðingar ekki „frjálsar“ á Íslandi í þeim skilningi að lögin setja aðgerðunum skorður og samþykki tveggja fagaðila þarf fyrir meðferð/aðgerð. Varðandi ólæknanlega sjúkdóma og fósturgalla hafa efri mörkin verið við 22 vikur frá 1987 með hliðsjón af tilmælum um skráningu fæðinga frá Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni. Nokkurn tíma tók að ná inn þeim möguleika að nota andhormóna og samdráttarlyfjaaðferð til fóstureyðinga[23], en vel hefur tekist við þá meðferðarbreytingu. Meirihluti fóstureyðinga eru nú gerður snemma í meðgöngunni



Gunnlaugur Snædal og nokkrir starfsmenn á Landspítala taka við sírita frá Kvennadeild Reykjavíkurdeildar Rauða Krossins árið 1985. Formaður deildarinnar var Karitas Bjargmundsdóttir (fyrir miðju).

Framlag ýmissa velvildarmanna til fæðinga- og kvensjúkdómaþjónustu í landinu hefur verið ómetanlegt.

með lyfjum, þegar félagslegar ástæður liggja að baki. Læknisfræðilegar ástæður hafa haldist með svipuðum hætti lengi og taka til minni hluta fóstureyðinga, - oftast síðkominna meðgöngurofa (14.-21. vika). Af og til er vakið máls á því að fáum konum sé neitað um fóstureyðingu, en það er byggt á misskilningi. Eftir umræður og upplýsingar taka konur sjálfar upplýsta ákvörðun innan þess ramma sem lögin leyfa og því þarf sjaldan að koma til neitunarúrræðis og tilvísunar til úrskurðarnefndar.

Kynsjúkdómar og kynheilbrigði

Á 8. áratug síðustu aldar mátti stöku sinnum sjá eggjaleiðarabólgu vegna lekandasýkingar, en nú hafa þær orðið fátíðar.[23,24] Sárasótt er sjaldgæf, en klamýdía er algengur sýkingavaldur meðal yngri kvenna, sem í sumum tilvikum leiðir til eggjaleiðarabólgu og skemmda sem valda ófrjósemi. Fræðslustarf Ástráðs hefur að hluta til beinst að forvörnum gegn klamýdíusýkingum og gott eftirfylgdarkerfi á vegum húð- og kynsjúkdómadeildar Landspítalans hefur átt mikinn þátt í að hefta útbreiðslu klamýdíusýkinga. Samhliða klamýdíunni og á sama aldurskeiði (yngri konur fyrst og fremst) hefur mannavörtuveiran (*human papilloma virus*, HPV) oft valdið keiluvörtum (*condyloma acuminata*) á ytri kynfærum og í leggöngum, sem erfitt getur verið að meðhöndla. HPV er kynsjúkdómur, sem einnig veldur sýkingu í frumum í umbreytingasvæði leghálsins (þar sem flöguþekja og kirtilþekja leghálsins mætast, *transformation zone*) og leiða til leghálsbrabbameins. Margir rekkjunautar eru algengt atferlismunstu meðal ymgri kvenna[25,26] og ný viðhorf til kynlífs virðast hafa rutt sér til rúms (í bókstaflegum skilningi). Íslendingar eru nú nálægt Evrópumeti í tíðni klamýdíusýkinga (upplýsingar frá Guðrúnu Sigmundsdóttur, Landlæknisembættinu, *landlaeknir.is*), sem er áhyggjuefni vegna tengslanna við HPV. Munstur þessara sjúkdóma haldast í hendur við það sem sjá má á Norðurlöndum, þó staðan sé ívið slakari á Íslandi.[27,28] Hér þarf að auka við fræðslu í gegnum skóla og vinnustaði, einkum með tilliti til kynhegðunar og ábyrgðar í kynlífi, bæta aðgengi að smokkum og hormónagetnaðarvörnum hjá yngstu konunum og breyta um bólusetningaraðferð gegn HPV veirunni þannig að sú aðgerð við 12 ára aldur taki til HPV vörtuveirustofna auk áhættustofna fyrir leghálskrabbameini. Þá þarf að huga enn betur að umbótum í ráðgjöf til kvenna sem eiga erfiðara en aðrar með notkun getnaðarvarna. Þar á meðal eru konur sem þurfa að fara í fóstureyðingu,[29-32] og fyrir þær konur meðal annars hefur nú verið sérstök móttaka á kvennadeild Landspítalans í tvo áratugi. Aðrir kynsjúkdómar sem áður sáust voru helst trichomoniasis og flatlús, en þau vandamál eru nú sjaldséð.

Frjósemivandamálin

Tæknifrjóvgun hófst á Íslandi eftir vandlegan undirbúning árið 1991 og er því að verða aldarfjórðungsgömul meðferð. Áður höfðu verið gerðar tæknisæðingar með nokkrum árangri.[33] Fyrsta tilraunin til glasafrjóvgunar tókst, sem lofaði góðu og það hefur reynst svo. Alls hafa um 2500-3000 börn fæðst á Íslandi í kjölfar tæknifrjóvgunaraðgerða. Um 4-5% fæðinga hér á landi hafa síðustu 15 árin verið eftir glasafrjóvgun, smásjárfrjóvgun, tæknisæðingar og skyldar aðgerðir. Meðferðin var á Landspítalanum fram til 2004, en þá var stofnsett einkarekið fyrirtæki utan um starfsemina, ART Medica (í Kópavogi). Starfsemin hefur mótast með árunum: Uppsetningu fleiri en eins fósturvísis var takmörkuð til að draga úr fjölburameðgöngum sem voru nokkuð tíðar í upphafi, meðal annars með endurskoðun laga um tæknifrjóvganir (árið 2007). Lögin voru meðal annars rýmkuð með tilliti til samkynhneigðra og óska þeirra um barneignir. Í gangi hefur verið umræða um staðgöngumæðrun og frumvarp um það er í smíðum. Skoðanir varðandi staðgöngumæðrun eru skiptar, en það sama átti við um glasafrjóvgun í upphafi. Samfélagsleg umræða leiðir til skilnings og samstöðu um meginlínur í heilbrigðisúrræðum, líka fyrir litla hópa eins og einstæðar konur og þær konur sem þurfa á staðgöngumæðrun að halda. Nú er hugað að nýjum leiðum varðandi tæknifrjóvganir svo sem gjöf fósturvísa og eggfrystingu (*cryo-preservation*) sem hefur þýðingu fyrir ungt fólk sem fær krabbamein, þar með talið í kynkirtlum.

Breytt viðhorf í skurðlækningum í grindarholi

Það var ekki tilviljun að kviðsjárspeglanir og kviðsjáraðgerðir þróuðust fyrst innan kvenlækninga, og þá einnig á Íslandi, enda þótt upphafið hafi hér á landi verið á lyflækningadeild Landspítala þegar Jón Þorsteinsson lyflæknir notaði loftbrjósttæki við kviðsjárskoðun til að auðvelda sýnatöku frá lifur árið 1964 (munnlegar heimildir). Með tilkomu vídeótækninnar um og uppúr 1990 varð framþróunin mest innan skurðlækninga í kviðarholi. Opnar skurðaðgerðir til að fara inn í grindarhol kvenna miðast nú að mestu við keisaraskurði og aðgerðir vegna krabbameins. Í tengslum við góðkynja kvensjúkdóma hefur aðgerðamynstrið breyst og kviðsjáraðgerðir eða aðgerðir um leggöng hafa komið í

stað opinna aðgerða við til dæmis legnám, enda bataferlið hraðara og skurðáverkinn minni. Undirbúningi undir aðgerðir hefur verið umbylt og er nú hluti af bataferlinu (flýtibati, *fast-track surgery*). Af aðgerðum vegna góðkynja sjúkdóma í legi og eggjastokkum eru um 70-80% gerðar með kviðsjáraðferðum, svo og flestar aðgerðir vegna utanlegþykktar.[34]

Á kvennadeild Landspítala var byrjað að falast eftir upplýstu og skriflegu samþykki fyrir aðgerðum og þaðan breiddist sú venja út.

Með batnandi heilbrigði kvenna og færri barneignum hjá hverri konu, áherslu síðasta áratugar á betri viðgerðir þegar spangartæting verður í fæðingu, og notkun nýrra meðferðarúrræða við truflunum á tíðablæðingum (hormónalyf, hormónalykkja) hefur eins og annars staðar dregið úr þörf fyrir kvensjúkdómaaðgerðum eins og legnámi, legsigsaðgerðum og aðgerðum vegna blöðrumyndunar á eggjastokkum. Sérhæfðar þvagfæraskurðlækningar kvenna hafa þróast að nokkru í samvinnu við almennar þvagfæraskurðlækningar, þar með talið aðgerðir með net-ísetingu undir þvagrás til að lagfæra áreynsluþvagleka þar sem árangur er allt að 70-90%. Sami árangur næst við legsigsaðgerðir með stoðneti í erfiðari tilvikum, en þessar aðgerðir eru þess eðlis að mikla sérhæfni þarf til og líklegt að þær verði ekki gerðar með nægum árangri nema á einum stað á landinu. Þá hefur ítrekað verið bent á brýna þörf á að aðgerðir vegna alvarlegri forma legslímuflakks þurfi að fara fram við sérhæfðar aðstæður þar sem einnig er möguleiki á teymisvinnu og eftirfylgd aðila með mismunandi bakgrunn. Hér gilda sömu viðhorf og til dæmis í meðferð krabbameins og varðandi flóknari þvaglekavandamál. Þetta mun, með betri lyfja- og sjúkraþjálfunarúrræðum, leiða til þess að þörf fyrir aðstöðu til kvensjúkdómaaðgerða má mæta á færri stöðum á landinu. Þar þarf á hinn bóginn að auka við sérhæfingu starfsfólksins og bæta teymisvinnu frá sjúkleikamati til aðgerðanna sjálfra (ef þær þarf) og eftirfylgdar. Sum vandamál, svo sem vegna bráðaþvagleka, asatíða og innkirtlavandamál þarf að meðhöndla þar sem völ er á góðri stoðgreiningu á formi ómskoðana, segulómunar, sneiðmynda og fleiri myndgreiningaraðferða (svo sem jáeindaskann, *positron emission tomography*, PET). Nauðsynlegt er að framtíðarstefna sé mörkuð sem tekur á slíkri sérhæfingarþörf.

Krabbameinsleitin og krabbameinsmeðferð

Fimmtíu ára leitarstarfs Krabbameinsfélagsins var nýlega minnst, en það hófst 1964, 10 árum eftir að krabbameinsskráin var stofnsett. Leitin breytti mjög mörgu til betri vegar fyrir konur á Íslandi. Meginmarkmiðið var að finna forstig leghálskrabbameins, en einnig aðrar meinsemdir í grindarholslífærum kvenna. Konur tóku leitinni fegins hendi og mæting var jafnan góð fram undir síðustu ár, ekki síst vegna þess að læknar sem önnuðust leitina voru lærðir kvensjúkdómalæknar sem gátu veitt konunum ýmis stærri eða smærri ráð og beint þeim til frekari meðferðar þegar þörf var á slíku. Dánartíðni af völdum flöguþekjuafbrigðis leghálskrabbameins lækkaði um 90% og leitin hafði jákvæð áhrif til að minnka kirtilfrumukrabbamein í leghálsi og legslímukrabbamein,[36,37] en ekki varð sami árangur varðandi eggjastokkakrabbamein og enn hefur ekki fundist skimunaraðferð sem gagnast við þeim vágesti, ekki heldur með ómun. Frá upphafi var góð gagnasöfnun tengd leitinni og það ásamt með tölvuvæðingu hennar snemma og góðu boðunarkerfi varð tilefni til ítarlegrar rannsóknarvinnu sem lagði raunhæfan grundvöll að strafsreglum leitarinnar. Samhæfing skimunar fyrir leghálskrabbameini og brjóstakrabbameinsleitar var einnig jákvæð og breytingar á því nú hafa verið dregnar í efa.[38,39] Enginn vafi getur þó leikið á því að leitin hafði jákvæð áhrif út fyrir rammann sem henni var sniðinn. Konur urðu meðvitaðri um eigin heilsu og stuðningur við leitina var almennur, ekki síst utan þéttbýlissvæðanna. Ýmis vandamál, svo sem legsig og gömul ummerki spangarskaða, voru greind og vísað til meðferðar og ýmsir kvensjúkdómar sem áður voru algengir sjást nú í minni mæli en áður. Þar á leitin sinn hlut, þó fækkun barneigna og önnur tækifæri til lækninga á kvensjúkdómum hafi líka komið til.

Á árinu 2011 var byrjað að bólusetja 12 ára stúlkur gegn human papillomaveirunni, að vísu með tvígildu bóluefni sem ekki náði til HPV-tegunda sem valda vörtuveirum og teljast líka til áhættuveira fyrir leghálskrabbameini.[37,40,41] Vænta má nýrra bóluefna sem taka til fleiri stofna HPV-veirunnar (multivalent efni) og kepppikefli ætti að vera að íslenskar stúlkur fái þá bestu vörn sem völ er á. Jafnframt þarf að ræða bólusetningu hjá piltum á sama aldri. Enn er ekki farið að skima fyrir veirunni í leghálssýnitöku, eins og æskilegt væri til að geta gert eftir 30 ára aldur til að gera leitna markvissari.[41] Um leið þarf að finna leiðir sem höfða til ungs fólks til að auka mætingu í leghálskrabbameinsleitina. Hún hefur minnkað síðastliðinn áratug, einkum hjá yngri konum. Breyta þarf sýnitökutækninni, endurmeta skipulag leitarstarfsins, ná til yngri kvenna með nýjum hætti og undirbúa innkomu þeirra kvenna í leitina sem hafa verið bólusettar, enda mun bólusetningin með tímanum kalla á breytingar á leitarstarfinu..

Aðgerðir vegna krabbameina í kynfærum kvenna hafa lengi verið fyrst og fremst gerðar á kvennadeild Landspítala af litlu teymi sérhæfðra lækna. Langt er síðan ljóst varð hér sem annars staðar að árangur mældur í fylgikvillum og lifun er bestur þar sem meðferðin er á hendi fárra lækna sem geta viðhaldið nauðsynlegri þekkingu og þjálfun. Það tók tíma að koma þessari breytingu í gegn hér á landi, en heita má að nú leggi læknar ekki í slíkar aðgerðir annars staðar. Bæta má skipulagt mat á eggjastokkameinsemdum til að hámarka líkur á að kona með mögulegt illkynja æxli fari í fyrstu og vel skipulagða aðgerð þar sem sérhæfing og stoðþjónusta er fyrir hendi. Enn eru ekki til æxlisvísar sem duga til að greina eggjastokkakrabbamein á frumstigum og of margar konur eru enn að greinast á stigi 3 og 4. Þar til betri æxlisvísar finnast þarf að gæta varúðar í greiningu og hafa lágan þröskuld við að senda konuna til nánari rannsókna. Það gildir um alla lækna sem mögulega geta verið tilkvaddir, og þá fyrst og fremst heimilislækna meltingarsjúkdómalækna og skurðlækna.

Brjóstakrabbameinsleitin með brjóstamyndatöku hefur verið rekin á vegum Krabbameinsfélagsins í tengslum við leghálskrabbameinsleitina. Frá 1973 var brjóstaþreifing í boði um leið og leghálssýni var tekið og kvenskoðun gerð, en 1987 hófst skipulögð leit að brjóstakrabbameini með brjóstaröntgenmyndatöku hjá konum 35 ára og 40-69 ára og um leið var brjóstaþreifingu hætt hjá þessum aldurshópum. Allmargar hendingarvalsathuganir hafa sýnt árangur hjá konum á aldrinum 50-69 ára. Um aldarfjórðungs reynsla er nú af þessu leitarferli með nánari greiningaraðgerðum ef við á, svo sem ómun og vefjasýnitöku. Árangurinn hefur þó verið dreginn í efa vegna tilhneigingar til ofgreiningar og vegna þess að dánartíðni hefur ekki lækkað. Íslensku gögnin sem safnað hefur verið á vegum Krabbameinsfélagsins sýna gagn af skimuninni[42] og erfitt er að sjá að henni verði ekki fram haldið meðan betri aðferðir til greiningar hjá einkennalausum konum hafa ekki fundist.

Hormón og huldulyf

Á síðustu þremur áratugum liðinnar aldar varð mikil aukning í hormónauppbótarmeðferð til að minnka óþægindi sem voru talin tengd breytingaskeiði kvenna. Östrógen og prógestín í ýmsum samsetningum eru áhrifarík til að draga úr ýmsum misslæmum einkennum sem koma við minnkandi hormónaframleiðslu eggjastokka við og eftir tíðahvörf. Margar faraldsfræðilegar rannsóknir bentu auk þess til þess að langtímanotkun hormóna gæti dregið hættu á hjartasjúkdómum og minnkað aldursbundna beinþynningu hjá konum.[43,44] Aukin tíðni brjóstakrabbameins og hætta á bláæðablóðsega var þekkt en var ekki talin vega upp á móti ávinningi af hormónameðferð. Í byrjun þessarar aldar komu fram rannsóknarniðurstöður sem bentu til þess að almenn langtímanotkun hormóna væri ekki sá lykill að betri heilsu sem áður var talið og frá árinu 2002 dró verulega úr notkun hormóna á breytingaskeiði.[45] Nú eru hormón notuð í styttri tíma en áður og langtímanotkun nær eingöngu bundin við staðbundna meðferð í leggöngum með lágskammta östrógeni. Í staðinn hafa komið lítt eða órannsökuð „náttúrulyf", markaðsett með ágengum hætti og oft á hæpnum forsendum, með vitnisburðum í stað rannsóknaniðurstaðna. Hér þarf að vernda konur með viðeigandi löggjöf. Ekki getur verið rétt að efni sem verka á sömu viðtaka og hormónalyf séu flokkuð sem „náttúrulyf" þegar aðeins er magn- en ekki eðlismunur á verkunarmáta og ekki vitað hve mikil hormóna- og lyfjaáhrifin eru. Rannsóknir síðari ára hafa bætt ábendingar og skýrt frábendingar fyrir hormónanotkun, þannig að nú eru þessi lyf gefin að teknu tilliti til fleiri einstaklingsbundinna þátta í heilsufari konunnar.[45]

Genin og erfðirnar

Fæðinga- og kvensjúkdómafræðin hefur eins og flestallar aðrar sérgreinar læknisfræði tengst rannsóknum á erfðaþáttum sjúkdóma og sjúkdómsheilkenna á síðustu tveimur áratugum. Þar hefur einkum verið um að ræða meðgönguháþrýsting, legslímuflakk og fjölblöðruheilkenni eggjastokka í samstarfi við erlenda aðila og Íslenska erfðagreiningu.[47-51] Nokkur en takmarkaður árangur hefur náðst, þar með talið að greina svæði á litningi 2 sem hlaut erlendis nafnið PREGENE 1, sem fyrsta pre-eclampsíu genið. Ekki hefur þó reynst unnt að endurtaka rannsóknarniðurstöðurnar í öðru þýði eða einangra munstur genabreytinga á svæðinu, og því er nafngiftin enn í lausu lofti. Þó hefur sá árangur orðið að ákveðnar genabreytingar hafa verið útilokaðar, erfðamynstur hafa verið skýrð, svo sem í meðgönguháþrýstingi og legslímuflakki, og skerfur lagður til skilnings á sjúkdómsmynd og faraldsfræði þessara sjúkdóma.[52-55] Það er verkefni næstu framtíðar að nota öflugar gentækniaðferðir og skyld fræði til að öðlast mun betri skilning á samspili gena í flestum þeim heilkennum sem kallast sjúkdómar, skilja betur hvernig arfgerðir tengjast svipgerðum þeirra og hver eru áhrif margháttaðra umhverfisþátta á sýnd erfðabreytileika.

Sértækar birtingarmyndir sjúkdóma hjá konum

Hjarta- og æðasjúkdómar eru ein af aðaldánarorsökum kvenna. Áhættuþættir eins og aldur, fjölskyldusaga og hár blóðþrýstingur skipta máli hjá báðum kynjum. Aðrir, eins og sykursýki, reykingar, þunglyndi, offita, þríglyceríð og kólesterólgildi hafa heldur meira vægi hjá konum. Áhætta sem tengist meðgönguháþrýstingi, fjölblöðruheilkenni eggjastokka, hormónagetnaðarvörnum og breytingaskeiðinu eiga aðeins við um konur. Konur fá til dæmis kransæðasjúkdóm síðar á ævinni en karlar og birtingarmyndin er óljósari, svo sem með þreytu, lystarleysi, hjartsláttartruflunum eða kviðverkjum.[56-59] Þetta leiðir af sér að meðferð verður ekki eins markviss. Ung kona sem fær hjartadrep er í meiri hættu á að lifa það ekki af miðað við jafnaldra karl. Rannsóknir á íslenskum konum voru með þeim fyrstu sem sýndu að háum blóðþrýstingi í meðgöngu tengdist hærri tíðni blóðþrýstingshækkunar síðar á ævinni og um 50% meiri líkum á dauða af völdum kransæðasjúkdóms.[52,53,60] Eins og meðgöngusykursýki fylgja auknar líkur á sykursýki af tegund 2 þegar komið er fram yfir fertugsaldur, þá er meðgönguháþrýstingur merki um áhættu sem getur þýtt 5-7 árum styttri ævi, stundum fyrir tíðahvarfaaldur.[53]

Efnaskiptasjúkdómar, þarma- og ristilsjúkdómar, geðsjúkdómar, fíknisjúkdómar, lungnasjúkdómar og stoðkerfissjúkdómar eru meðal annarra heilbrigðisvandamála sem hafa aðrar birtingarmyndir hjá konum en körlum. Nauðsynlegt verður að beina sjónum að þessum þáttum í framtíðinni og sníða forvarnaraðgerðir að þeim. Framvirkar faraldsfræði og slembirannsóknir mun þurfa til að skýra mun hjá körlum og konum betur. Þá eru vandamál eins og ofbeldi gegn konum að öðlast mun meira vægi. Gögn frá Íslandi styðja þetta og benda til þess að athygli ætti að beinast að þessu í mun meiri mæli þegar konur koma til skoðunar á kvennadeildir eða í mæðravernd.[61,62]

Umræða

Hvernig verður framtíðin á Íslandi með tilliti til kvennaheilbrigði? Nú þegar hefur dregið úr þörf á skurðaðgerðum hjá konum vegna kvensjúkdóma, barneignum hefur fækkað og þar með líkum á skaða af þeirri orsök, og heilbrigði við tíðahvörf og fram á efri ár er betra. Legutími á sjúkrahúsum hefur styst, konur fara heim mjög fljótt eftir fæðingu og „sængurlega" í hefðbundnum skilningi er ekki lengur til að miklu leyti. Konur mega eiga von á langri ævi og geta séð fram á gott heilsufar ef ættlægir sjúkdómar eru ekki til staðar og ef þær geta forðast skaðsemi offitu, reykinga, áfengis og fíkniefna. Börnin þeirra fæðast nær alltaf heilbrigð og eiga sér álíka góða lífsvon. Nýjar rannsóknir munu skilgreina sjúkdómsferli betur, annar skilningur á samþættingu erfða og umhverfis mun leysa margar ráðgátur nútímans og síðustu 100 ára, ný meðferðarform og sértæk kvennaúrræði í læknisfræði munu bæta hag kvenna.

Konur eiga sér bakhjarla: Samtök kvenna, svo sem Hringurinn og Kvenfélagasambandið, Soroptimistar, Oddfellow-konur, og fagfélög eins og Svölurnar, láta sig heilbrigðismál miklu skipta. Sameiginleg samtök karla og kvenna, svo sem Lions, Rotary eða Kiwanis-klúbbar, hafa að auki lagt mikið til heilbrigðismála sem varða konur, börn og fjölskyldur, hjá krabbameinsfélögunum og í Hjartavernd er unnið ómetanlegt starf. Félög eins og Líf styrktarfélag, Tilvera og Samtök um endómetríósis beina kröftum sínum að einstökum sjúkrahúsdeildum eða sjúkdómsmyndum sem varða konur. Um allt land bera konur hag kvenna og barna sérstaklega fyrir brjósti og sýna það í verki með mjög margvíslegum hætti. Enginn veit hvað stjórnmálamenn og ráðandi öfl önnur munu leggja til.

Íslenskt samfélag hefur á 100 ára afmæli Læknablaðsins þróast til góðs jafnræðis kynjanna, til aukinna réttinda kvenna á við karla og til hagsældar sem gefur góða von til framtíðar þrátt fyrir misfellur sem í stærra samhengi umheimsins virðast á stundum lítilfjörlegar. Og jafnvel þær verða lagfærðar ef þróunin heldur áfram á sömu braut.

Heimildir er að finna á heimasíðu blaðsins *laeknabladid.is*



Barneignir
ekki á dagskrá



Benidette

– Getnaðarvörn til inntöku

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

Sérlyfjatexti á bls. 365

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 316083

Hvers virði ert þú kæri læknir?

Ólöf Birna Margrétardóttir
er almennur læknir
á bráðasviði



olofbm@gmail.com

Þessari spurningu var varpað fram á aðalfundi Læknafélags Íslands í október síðastliðnum. Síðan þá kemur hún reglulega upp í huga minn, annars vegar vegna setu minnar í samninganefnd LÍ og svo við störf á Landspítalanum með álaginu sem því fylgir. Pistill þessi tengist komandi kjarasamningaviðræðum. Vafalaust skrifa ég um hluti sem flestir hafa heyrt áður. Samninganefnd LÍ hefur nú undirbúið sig vegna lausra kjarasamninga í tæpt ár. Eldri kjarasamningur hefur verið litinn gagnrýnum augum og greinar hans lúslesnar. Breytingatillögur á því sem fyrir er búnar til og nýir hlutir lagðir til. Áherslur í kröfugerðinni voru kynntar félagsmönnum á fundi í byrjun maí og virtist vera almenn ánægja með stefnu samninganefndar LÍ meðal fundarmanna. Öllum athugasemdum er tekið fagnandi og lesendur hvattir til að setja sig í samband við samninganefndina, við tökum því vel.

Samninganefnd ríkisins (SNR) boðaði LÍ ásamt fleiri félögum á einn sameiginlegan fund. Þar var boðin 2,8% hækkun eins og kunnugt er. Undanfarnar vikur hafa sýnt hversu vel hinar ýmsu stéttir tóku því og nú eru daglega fréttir af verkföllum og vinnustöðvunum. Samninganefnd LÍ afþakkaði tilboðið og óskaði eftir samningafundum hið fyrsta. Þegar þetta er ritað hefur ekki orðið af þeim og samninganefnd LÍ hefur nýtt tímann til að klára kröfugerðina. Ljóst er að himinn og haf verður á milli kröfugerðar LÍ og þess sem SNR mun bjóða. Hvaða valkosti eiga læknar þá til að knýja fram bætt kjör? Með ákvæðum um undanþágulista frá verkfalli (neyðarmönnun) verður verkfallsvopnið ansi bitlaust enda sú mönnun daglegt brauð á sumum stöðum og jafnvel betri en á venjulegum degi. Læknar hafa möguleika á uppsögn, því miður hafa of margir nýtt sér þann kost og kvatt landið með óbragð í munni. Áhrifa uppsagna gætir hins vegar síðar, sérfræðingar hafa að minnsta kosti þriggja mánaða uppsagnarfrest og almennir læknar mánuð. Miðað við mönnun lækna og læknaskort víðs vegar er augljóst að örfáar uppsagnir gætu valdið fjaðrafoki. Slík ákvörðun verður þó að koma frá lækninum sjálfum en ekki sem hluti af hópuppsögn. Í mínum huga hafa læknar ákveðinn meðbyr og almenningur sýnir krefjandi störfum okkar meiri skilning en áður. Læknar eru ofhlaðnir verkefnum, vinnuaðstæður eru slakar og launin eru ekki samkeppnishæf miðað við nágrannalöndin. Þá má nefna ákveðna vitundarvakningu um vaktavinnu og áhrif hennar á heilsu og lífsgæði. Ég er þó hrædd um að ranghugmyndir um störf og kjör lækna séu algengar og það veit ekki á gott þegar hæstvirtur heilbrigðisráðherra, okkar æðsti yfirmaður, fer með rangt mál í þeim efnum.

Í mínum huga er morgunljóst hvað þarf til að fá fram bætt kjör. SAMSTÖÐU. Læknar verða að standa saman. Við skulum ekki láta telja okkur trú um að við séum sundurleitur hópur sem eigi fárra sameiginlegra hagsmuna að gæta. Vissulega er starfsvettvangur okkar mismunandi og við erum á ólíkum stöðum í lífinu. En við erum öll læknar. Ósérhlífið fólk sem vinnur krefjandi vinnu og ber hag sjúklinga fyrir brjósti. Fólk sem vill sjá endurreisn íslensks heilbrigðiskerfis. Hættum meðvirkninni, annars mun ekkert breytast. Virðum vinnutímann og förum úr vinnunni þegar ríkið er hætt að borga okkur laun. Minn tími er meira virði en svo að ég tími að gefa hann stofnun sem hugsar ekki nógu vel um starfsfólkið sitt. Pössum upp á hvert annað. Tryggjum að kollegar komist í mat (og á klósett ef því er að skipta) og fari heim þegar vinnudeginum lýkur. Samstarfsstéttir okkar gera þetta vel og við eigum að geta tileinkað okkur þetta líka. Krefjumst þess að kandídatar fái laun í samræmi við menntun og ábyrgð, ef kjör kandídata lagast, lagast líka kjör eldri kollega. Látum athugasemdir um möguleika á vöktum til að hækka laun sem vind um eyru þjóta, við eigum að geta lifað mannsæmandi lífi á grunnlaunum, að taka vaktir út í hið óendanlega á að vera val en ekki nauðsyn. Eldri kollegar mættu sýna þeim yngri meiri stuðning þegar vaktaálag er rætt í stað frásagna um ótal sólarhringsvaktir sem þeir stóðu áður fyrr og þóttu ekkert stórmál. Í dag eru sjúklingarnir fleiri og veikari og kröfur um skráningu hafa margfaldast. Gleymum heldur ekki fórnarkostnaði eldri kollega sem tóku þessar löngu vaktir. Hugsunarháttur yngra fólks er breyttur, flestum þykir vænt um vinnuna sína en eru meðvitaðir um að lífið býður upp á fleira. Tími til að sinna fjölskyldu, vinum og áhugamálum er það sem gefur lífinu gildi. Lífsgæði.

Eins og góðvinur minn sagði: „Það stendur enginn uppi sjötugur, lítur yfir farinn veg og hugsar: „Ég vildi að ég hefði unnið meira“.

Því endurtek ég, ágæti lesandi – hvers virði ert þú?

Stjórn LÍ 2014
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.

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 116081



Læknir og rithöfundur: „Ég vissi að ég ætladi að fást við hluti sem eru ríkjandi á bráðasjúkrahúsum, það er fórnfýsi og það eru fíknir," segir Ari sem hér stendur sunnan undir Kjarvalsstöðum, við hlið stjörnuhimins listaverksins Viðsnúningur *eftir Guðjón Ketilsson. Mynd/gun*

Lífsmörk er viðburðarík saga

Gunnþóra Gunnarsdóttir

Ari Jóhannesson lyflæknir er liðtækur á fleiri sviðum en lækningum. Hann gaf út ljóðabókina *Öskudagar* árið 2007 og nú er hann kominn með nýja bók, *Lífsmörk*, lífsreynslu- og spennusögu með hetjulækni í aðalhlutverki.

Ari er lyflæknir, með innkirtla- og efnaskiptasjúkdóma sem undirgrein, og hefur starfað sem slíkur áratugum saman.

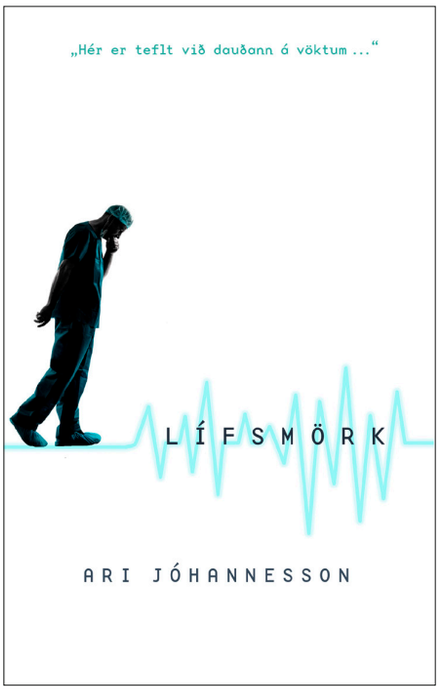
Hann var við framhaldsnám og störf í Connecticut í Bandaríkjunum frá 1976-1984, síðan yfirlæknir á Sjúkrahúsinu á Akranesi til ársins 1998 en hefur síðan starfað á Landspítalanum.

Við Ari sitjum úti á verönd Kjarvalsstaða í glampandi sólskini og ætlum aðallega að spjalla um nýju bókina hans, *Lífsmörk*, sem gerist að hluta til á Landspítalanum. Aðalsöguhetjan er svæfinga- og gjörgæslulæknir í miklum metum, bæði meðal starfsfólks og sjúklinga. Ari fer ekki í launkofa með að sögusviðið sé honum kunnugt.

„Ég hef unnið á sjúkrahúsi nánast allan minn starfsaldur, og þekki allvel til á gjörgæsludeild, þó ég starfi þar ekki. Þetta er hins vegar ekki lykilsaga. Persónur bókarinnar eru alfarið mín hugarsmíð en auðvitað hef ég viðað þeim að mér gegnum árin. Ég vil segja að þær séu, hver um sig, samsettar úr nokkrum lifandi einstaklingum og held að það sé gjarnan þannig í skáldsögum. Ég reikna með að lesendur reyni að finna ákveðna einstaklinga í bókinni og er spenntur að vita hvað út úr þeim rannsóknum kemur. Það er reyndar búið að benda mér á nokkra sem koma til greina!"

Ari vill ekki beinlínis meina að söguefnið hafi lengi verið búið að sækja á hann. „Það sem sótti á mig var að halda áfram þar sem ljóðunum sleppti. Hluti þeirra var ortur út frá reynsluheimi læknis og ég hafði áhuga á að halda áfram með það sem viðmið en sá fljótlega að það sem mig langaði að lýsa komst ekki nægilega fyrir innan hins knappa ljóðforms. Þannig að fljótlega var kominn söguþráður og síðan persónur. En það var ekki eins og ég skrifaði inn í skapalón eða tiltekinn ramma, heldur varð söguþráðurinn að mestu til jafnhliða skrifunum.

Ég vissi að ég ætladi að fást við hluti sem eru ríkjandi á bráðasjúkrahúsum, það er fórnfýsi og það eru fíknir, bæði vinnufíkn og annars konar fíknir og það eru lífsmörk, bæði í eiginlegri og yfirfærðri merkingu. Líka sársauki. Það er heilmikill sársauki í þessari bók en líka húmor. Ástæðan fyrir því að aðalsöguhetjan er svæfinga- og gjörgæslulæknir er einkum sú að hann er svona erkitýpa, fórnfús og



Kápuna á kiljunni hannaði Alexandra Buhl. Forlagið gaf bókina út á dögunum. Ekta sumarlesning fyrir lækna, heilbrigðisstarfsmenn og aðra landsmenn.

alltaf nálægur á bráðasjúkrahúsi dag sem nótt og þessi heimur, sérstaklega gjörgæslunnar, hentar vel sem umgjörð utan um þá hluti sem ég nefndi.“

Bókin var í smíðum í fimm og hálft ár að sögn höfundarins. „Ég byrjaði haustið 2008 og lauk henni ekki fyrr en fyrir nokkrum vikum,“ segir Ari. „Því veldur að bæði kunni ég lítið til verka og svo hafði ég ekki mikinn tíma aflögu. En ég held að þessi langi ritunartími geti verið kostur því með honum fékk sagan tíma til að þroskast.“

Læknaróman með snúningi

Sagan hefst árið 2008 og henni lýkur 2011 þannig að hún gerist samhliða hruninu og kannski vissri endurreisn líka. „Það er ákveðin speglun í sögunni sem ég get ekki sagt frá því þá er ég að ljóstra of miklu upp,“ segir Ari. Hann kveðst oft fá spurningu um hverskonar bók þetta sé en eiga erfitt með að skilgreina hana. „Ég hef sagt að þetta sé læknaróman með snúningi en þá er vægt til orða tekið. Hún er að hluta til spennusaga, blanda af þessu tvennu og fleira til. *Lífsmörk* er viðburðarík saga og í henni verða heilmikar sviptingar.“

Ég spyr Ara hvort honum hafi þótt vanta sögu þar sem tilfinningalegar aðstæður lækna væru í fókus.

„Ég vil ekki segja að það hafi verið upphaflegi tilgangurinn en núna þegar ég lít yfir söguna held ég að margt í henni kallist á við vaxandi umræðu í samfélaginu um heilsu lækna, ekki síst andlega heilsu.

Í síðasta tölublaði *Læknablaðsins* kom fram að heilsa lækna hefur verið til umræðu á fjórum fundum það sem af er þessu ári. Þar eru vaxandi blikur á lofti með hluti eins og kulnun í starfi sem virðist vera mjög útbreidd og alls ekki fara minnkandi. Þar kom fram að læknar hafa tilhneigingu til að leita sér ekki hjálpar heldur greina og meta sjálfa sig, oft með hörmulegum árangri, og eru hræddir við að sýna veikleikamerki. Þetta kemur að einhverju leyti fram í sögunni. Hún er þó ekki ádeila á Landspítalann eða eitthvað slíkt en hún hlýtur samt að bregða ljósi á kerfi sem krefst mikilla afkasta, óeðlilegs vinnutíma og heldur kannski aldrei alveg nógu vel utan um starfsfólkið. Þannig aðstæður bjóða upp á kulnun.“

Aðalsöguhetjan er afburðamaður á sínu sviði en Ari segir hetjur ekki áhugaverðar nema í þeim sé einhver brotalöm og það sé tilfellið með okkar mann. „Ég tek það þó fram að bókin er ekki bara um lækna því við sögu koma ýmsar stéttir og hún gerist ekki bara á Landspítalanum, heldur mjög víða,“ segir hann. „Þannig breytist sviðsmyndin þegar líður á söguna og staðir eins og Laugarvatn, Ölfus, Tórontó, Boston, Róm og Austurlönd koma við sögu. Og fjölskylda söguhetjunnar fær eðlilega mikið rúm.“

Gerir strangar kröfur á ritvellinum

Af því sem ég er búin að lesa í bókinni tek ég eftir að Ari notar þar fjölbreytt orðalag. Er hann alinn upp við það? „Ég er alinn upp við áhuga á íslensku máli. Faðir minn, Jóhannes Arason útvarpsþulur, var hreintungumaður og ég bý auk þess að því að hafa haft góða íslenskukennara í menntaskóla.“

Ég bið Ara að segja svolítið frá fólkinu sínu.

„Pabbi var frá Ytra-Lóni á Langanesi og móðir mín, Elísabet Einarsdóttir, var frá Kárastöðum í Þingvallasveit. Ég er kvæntur Jóhönnu F. Jóhannesdóttur hjúkrunarframkvæmdastjóra á Heilbrigðisstofnun Vesturlands og á fjóra stráka, tvo af fyrra hjónabandi, Jóhannes og Árna Gaut og tvo með Jóhönnu, Egil og Teit,“ svarar hann og tekur fram að eldri drengirnir séu orðnir fjölskyldumenn og þeir yngri séu í föðurhúsum. En eru rithöfundar og skáld í ættinni?

„Ekki nálægt mér. Ég er reyndar, að því er talið er, 6. ættliður frá séra Jóni Þorlákssyni á Bægisá í móðurætt. Ætt föður míns kvíslast um Þingeyjarsýslur og þar eru auðvitað allir skáld!“

Inntur eftir öðrum áhugamálum en ævistarfinu og skriftunum svarar Ari: „Ég hef lagt stund á hestamennsku í nokkuð langan tíma en síðasta árið hefur hún orðið að þoka fyrir skrifunum. En ég er svolítið farinn að ríða út aftur þessa dagana.“

Dreymir hann um að verða einhverntíma bara rithöfundur? „Ég er nú kannski að brenna inni með það vegna aldurs. En ég held örugglega áfram að stunda skapandi skrif. Það hefur reyndar hentað mér ágætlega að sinna þeim í hjáverkum. Þar hef ég haft þá stefnu að líta á mig sem atvinnurithöfund í hlutastarfi, frekar en bara tómstundarithöfund. Þar með geri ég strangar kröfur til mín á ritvellinum líka, sem er kannski ein af ástæðum þess að sagan *Lífsmörk* var fimm ár í smíðum.“

Aldarafmæli langlífasta fagtímarits Íslands fagnað í Iðnó



Þröstur Haraldsson

Ljósmyndir Arnaldur Halldórsson

Ragnheiður Gröndal og Pálmi Gunnarsson þöndu sína strengi á sviðinu í Iðnó.

Aldarafmæli hlýtur að vera að minnsta kosti einnar messu virði. Það þótti aðstandendum *Læknablaðsins* og buðu því til síðdegishófs í Iðnó við Tjörnina einn fagran vordag, 15. maí. Fjölmargir þáðu boðið og sýndu sig og sáu aðra í gamla leikhússalnum. Þar voru læknar að sjálfsögðu í yfirgnæfandi meirihluta en núverandi og fyrrverandi starfsmenn létu líka sjá sig ásamt öðrum velunnurum blaðsins.

Núverandi ritstjóri blaðsins, Engilbert Sigurðsson, ávarpaði samkvæmið og má lesa orð hans hér í næstu opnu. Hann kallaði til sín ýmsa sem komið hafa við sögu blaðsins og er á engan hallað þótt nafn Arnar Bjarnasonar fyrrverandi ritstjóra sé nefnt fyrst. Hann fékk bók og blóm og aðrir voru líka leystir út með gjöfum.

Þorbjörn Jónsson formaður Læknafélags Íslands fékk einnig orðið, óskaði blaðinu til hamingju og greindi frá ákvörðunum stjórnar LÍ um afmælisgjafir til blaðsins. Þar kemur tvennt til. Annars vegar ætlar félagið að styrkja skönnun og innsetningu *Læknablaðsins* frá upphafi á vefinn *timarit.is* og er það verk þegar langt komið. Hins vegar er ætlunin að fjárfesta í hugbúnaðinum ScholarOne til þess að halda utan um ritrýni og aðra vinnslu fræðigreina sem birtast eiga í blaðinu og í framhaldi af því verður annað efni einnig unnið í sama gagnagrunni.

Helga Hannesdóttir færði blaðinu og félaginu að gjöf fjóra árganga af fyrirrennara *Læknablaðsins* sem afi hennar, Guðmundur Hannesson prófessor og fyrsti ritstjóri *Læknablaðsins*, handskrifaði, fjölritaði og sendi til allra lækna landsins á árunum 1901-



Ásgeir Haraldsson barnalæknir, systkinin Magnús smitsjúkdómalæknir og María Soffía augnlæknir Gottfreðsbörn, Védís Skarphéðinsdóttir ritstjórnarfulltrúi og Þröstur Haraldsson sem hefur lagt gjörva hönd á hvaðeina á Læknablaðinu, þó ekki borið blaðið út til áskrifenda.



Páll Ásmundsson fyrrum ritstjóri blaðsins (1972-1976) og Birna Þórðardóttir sem lengi þjónaði blaðinu sem ritstjórnarfulltrúi (1986-2001).



Sigurbjörn Sveinsson formaður LÍ árin 1999 til 2007 og Örn Bjarnason ritstjóri Læknablaðsins 1976-1993 með viðurkenningu fyrir framlag sitt til blaðsins.



Sigurður Yngvi Kristinsson blóðsjúkdómalæknir og Hjalti Már Björnsson bráðalæknir, fyrir aftan þá er Gunnar Bjarni Ragnarsson krabbameinslæknir að reikna út snittufjölda.

1904. Þessa árganga gaf Guðmundur Hannesi syni sínum sem lét binda þá inn í bók sem Helga dóttir hans færði blaðinu og félaginu til varðveislu og eignar.

Fyrir og eftir hina skipulögðu dagskrá léku tvær ungar tónlistarkonur, Anna Sigurðardóttir og Eyrún Engilbertsdóttir, á píanó og saxófón. Einnig birtust á sviðinu þau Ragnheiður Gröndal söngkona og Pálmi Guðmundsson og fluttu nokkur lög við fögnuð gesta. Eins og vaninn er leystist samkvæmið svo upp í almennt spjall og hugguleg heit þar til gestir héldu aftur út í vorblíðuna.



Ásgeir B. Ellertsson taugalæknir, kona hans Eiríka Urbancic og Hildur Viðarsdóttir heilsugæslulæknir.



Gerður Gröndal lyflæknir, Kristín Sigurðardóttir bráðalæknir, María Soffía Gottfreðsdóttir og Valgerður Rúnarsdóttir fíknlæknir, - þær virðast gleymdar í formalíni og hafa yfirbugað öldrun.



Ungliðar í læknastétt áttu fulltrúa, frá vinstri: Anna Stefánsdóttir, Karen Eva Halldórsdóttir, Margrét Edda Örnólfsdóttir og Kristrún Aradóttir.



Framkvæmdastjóri LÍ er Sólveig Jóhannsdóttir og með henni er Védís ritstjórnarfulltrúi. Baksviðs er Hávar Sigurjónsson blaðamaður Læknablaðsins og Inga Þráinsdóttir hjartalæknir sem sat í ritstjórn blaðsins 2009-2011.

Ávarp í Iðnó

Læknablaðið 1915-2014

Engilbert Sigurðsson
ábyrgðarmaður og ritstjóri *Læknablaðsins*

Ágætu kollegar, ritrýnar, rektor og aðrir gestir, velkomin í Iðnó í tilefni af 100 ára samfelldri útgáfu Læknablaðsins.

Við getum borið höfuðið hátt í dag. Engin önnur stétt hefur gefið út fagtímarit jafnlengi og samfellt á Íslandi. Blaðið er einnig leiðandi meðal fræðitímarita hér á landi í frágangi og kröfum til fræðigreina og er skráð í alla helstu alþjóðlega gagnagrunna á sviði læknisfræði þótt það sé ritað á íslensku. Blaðið er í opnum aðgangi á netinu og fjölmiðlar fylgjast grannt með efni þess. Ritstjórnin ákvað síðastliðið haust að 100. árgangurinn yrði sem afmælisárgangur nýttur til að staldra við, kynna sögu blaðsins og þróun heilbrigðisþjónustu hér á landi í máli og myndum.

Í dag er við hæfi að horfa yfir farinn veg. Við getum fæst sett okkur í spor þeirra frumkvöðla sem ýttu *Læknablaðinu* úr vör. Guðmundur Hannesson gerði það fyrst tímabundið 1901 til 1904, þegar hann handskrifaði og fjölritaði það sem hann nefndi „fyrirrennara íslensks Læknablaðs“ og sendi kollegum í norðausturamtinu. Guðmundur var 11 árum síðar, í ársbyrjun 1915, kjörinn, ásamt tveimur öðrum læknum, í fyrstu ritstjórn hins eiginlega *Læknablaðs* og hann hefur jafnan verið talinn aðalhvatamaður að útgáfu blaðsins.



Karl Andersen hjartalæknir sem var í ritstjórn 2000-2007, Kristín Ingólfsdóttir háskólarektor og Jens A. Guðmundsson kvensjúkdómalæknir.

Guðmundur viðrar mikilvægi þess að stofna Læknablað á Íslandi í inngangi í fyrsta tölublaði fyrsta árgangs í janúar 1915 með þessum orðum: „Erlendis er það margreynt að læknar eru hin félagslyndasta og starfsamasta stétt. Vér erum dreifðir sinn í hverju héraði út um alt þetta stóra land og eigum afar erfitt með að finnast og kynnast. Flestum er nánast ómögulegt að sækja læknafundi og auk þess er það lítt kleyft vegna kostnaðar. Oss eru allar bjargir bannaðar til að bæta úr einangrun vorri og tengja stétt vora saman nema þessi eina: að halda út Læknablaði. Það getum vér ef vér viljum og það getur nægt til að ræða þessi mál vor, nægt til þess að vér gætum hagsmuna læknastéttarinnar, ef þess gerist þörf, og tengt oss saman í félagslynda bróðurlega heild.“ … „Vér erum í engum vafa um að íslenskt læknablað hefur mikið og nauðsynlegt verk að vinna og vér berum það traust til íslensku læknastéttarinnar að hún styðji það, svo það geti orðið oss bæði til gagns og sóma.“

Góðir kollegar. Við skulum skála fyrir því að íslenskir læknar hafi staðið undir því trausti sem Guðmundur og félagar hans báru til sporgöngumanna sinna úr læknastétt og að við höfum borið gæfu til að gefa blaðið út samfleytt í 100 ár.

Hin mikla þátttaka lækna í símenntun á Læknadögum í janúar ár hvert sýnir að íslenskir læknar eru nú á dögum upp til hópa félagslyndir og fróðleiksfúsir, ekki síður en hinir erlendu kollegar Guðmundar sem hann horfði til árið 1915. Guðmundur hafði lært til læknis í Kaupmannahöfn og hafði því samanburð sem margir kollega hans höfðu ekki.

Því verður ekki neitað að mikið hefur reynt á samtakamátt lækna hér á landi á síðasta áratug. Sveiflur og óvissa hafa einkennt efnahagsmál, stjórnmál, fjölmiðlun og uppbyggingu heilbrigðisþjónustu í okkar ágæta landi. Vonandi fara tímar aukins jafnvægis í hönd. Í mínum huga eru *Læknablaðið* og Læknadagar það lím sem helst heldur stéttinni saman og sýnir styrk hennar, styrk sem stéttin sækir í þekkingu byggða á rannsóknum. Þar fáum við umgjörð til að ræða nýjungar í meðferð og greiningu, rannsóknir, sögu og félagsmál, og þar hafa læknar og læknanemar faglegan vettvang til að kynna ranns óknir sínar á íslensku.

Ritstjórar *Læknablaðsins* hafa alla tíð lagt mikið upp úr því að blaðið sé skrifað á móðurmálinu. Hefur sú stefna efalítið stuðlað beint og óbeint að myndun íðorða og nýyrða í íslenskri læknisfræði. Guðmundur Hannesson skilaði þar drjúgu verki að vanda. Svokölluð Orðanefnd



Geir Gunnlaugsson landlæknir, Tómas Guðbjartsson brjóstholsskurðlæknir sem hefur verið í ritstjórn frá 2006 og Engilbert Sigurðsson geðlæknir sem hefur setið í ritstjórn frá 2005, ritstjóri og ábyrgðarmaður frá 2010.



Þorbjörn Jónsson ónæmislæknir, formaður LÍ frá 2011, Helga Hannesdóttir barna- og unglingageðlæknir, barnabarn Guðmundar Hannessonar, og Engilbert ritstjóri með gjöf Helgu til Læknablaðsins og LÍ.

lækna var stofnuð árið 1983 og var Örn Bjarnason, sem var ritstjóri blaðsins í alls 17 ár og ábyrgðarmaður þess í 14 ár, fyrsti formaður nefndarinnar. Örn var kallaður til, ásamt fleirum, þegar *Læknablaðið* stefndi í þrot veturinn 1975-1976. Páll Ásmundsson, Þórður Harðarson og Bjarni Þjóðleifsson komu að ritstjórn blaðsins með Erni á þessum árum, en þá skiptist það í félagslegan og fræðilegan hluta. Fyrir tilstuðlan Tómasar Árna Jónassonar læknis tókst farsælt samstarf við Povl Riis, ritstjóra danska læknablaðsins, sem leiddi til þess að *Læknablaðið* var prentað um skeið í Danmörku. Örn lýsir þessu ferli í viðtali sem mun birtast í *Læknablaðinu* í júlí. Það er ljóst að ef ekki væri fyrir framlag Arnar og félaga á þessum árum, þegar hann stóð í stafni lengst af, stæðum við vart hér í dag til að fagna aldarafmæli útgáfu *Læknablaðsins*.

Mig langar að biðja Örn um að koma upp á svið og þiggja smáþakklætisvott frá mér fyrir allt hans óeigingjarna starf í þágu blaðsins. Hann er enn að grúska og stutt síðan hann leit síðast inn á skrifstofur blaðsins og heilsaði upp á starfsmenn. Örn er mikill áhugamaður um bækur. Ég valdi litla bók um merkan mann handa honum á fornbókasölu hér í bæ, bók sem fjallar um okkar fyrsta landlækni, Bjarna Pálsson. Bókin er skrifuð af lærisveini Bjarna, Sveini Pálssyni lækni og náttúrufræðingi, sem fjallað er um í maíhefti *Læknablaðsins*. Sigurður Guðmundsson skólameistari á Akureyri ritar kjarnyrtan inngang. Nokkrir okkar mætustu lækna eiga ættir að rekja til Sigurðar eins og margir vita. Njóttu vel Örn.

Ég vil einnig nota tækifæri til að þakka öllum þeim læknum sem ég hef setið með í ritstjórn síðastliðin 9 ár fyrir gott samstarf, og ritrýnum fyrir ómetanlegt framlag til fræðihluta blaðsins. Fræðileg umgjörð *Læknablaðsins* hefur eflst á síðasta áratug. Blaðið hefur þó ekki farið varhluta af efnahagsþrengingum samfélagsins sem hafa hægt tímabundið á viðgangi rannsókna hér á landi. Jóhannes Björnsson prófessor, forveri minn sem ritstjóri og ábyrgðarmaður, átti mestan þátt í skráningu *Læknablaðsins* á Medline árið 2005 þegar hann sat í ritstjórn í ritstjórnartíð Vilhjálms Rafnssonar. Þar náðist afar merkur áfangi í sögu blaðsins. Tómas Guðbjartsson prófessor hefur birt fleiri fræðigreinar en nokkur annar í *Læknablaðinu* á síðasta áratug. Ég þakka honum fádæma elju við greinaskrif í blaðið og þeim báðum náið og gott samstarf í ritstjórn.

Síðast en ekki síst þakka ég Védísi Skarphéðinsdóttur, ritstjórnarfulltrúa, sem er hjarta blaðsins og heldur því gangandi frá degi til dags, Hávari Sigurjónssyni blaðamanni, Sævari Guðbjörnssyni, sem annast umbrot, og Sigdísi Þóru Sigþórsdóttur, auglýsingastjóra og ritara blaðsins, fyrir gott samstarf og þrautseigju í starfi. Mér þætti vænt um ef starfsmenn blaðsins kæmu upp á svið og tækju á móti viðurkenningu fyrir vel unnin störf. Það er í raun afrek, og líklega einsdæmi, að fræðirit sem er skráð á alla helstu alþjóðlega gagnagrunna hafi aðeins fjóra starfsmenn í tveimur og hálfu stöðugildi.



Harpa Hauksdóttir augnlæknir, Guðrún Svanborg Hauksdóttir meinafræðingur og Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir hjartalæknir, en hún hefur verið í ritstjórn síðan 2011.



Ásgeir Haraldsson barnalæknir og Jóhann Heiðar Jóhannsson meinafræðingur, áhugamaður um íðorð í læknisfræði sem skrifaði um þau í blaðið frá 1990-2008.

Erfðaráðgjöf á meðgöngu

Vigdís Stefánsdóttir[1,3]
Hildur Harðardóttir[2,3]
Reynir Arngrímsson[1,3]
Jón Jóhannes Jónsson[1,3]

[1]Erfða- og sameindalæknisfræðideild, [2]fósturgreiningardeild Landspítala, [3]læknadeild HÍ.

Erfða- og sameindalæknisfræðideild veitir erfðaráðgjöf vegna ýmissa vandamála í tengslum við meðgöngu. Við deildina starfa þrír læknar og erfðaráðgjafi. Þörf fyrir erfðaráðgjöf getur komið fram hvenær sem er á meðgöngu. Oftast er tilefnið fjölskyldusaga eða niðurstöður fósturskimunar.

Fjölskyldusaga sem tilefni erfðaráðgjafar á meðgöngu er fyrst og fremst ef þekktur eða mögulegur erfðasjúkdómur er í ætt. Dæmi um hið síðarnefnda væri einstaklingur með alvarlegt meðfætt vandamál eða ógreindan sjúkdóm. Verðandi foreldrar geta sjálfir óskað eftir erfðaráðgjöf eða fengið tilvísun frá lækni eða ljósmóður. Sé læknir eða heilbrigðisstarfsmaður í vafa um hvort tilefni sé fyrir erfðaráðgjöf getur viðkomandi leitað upplýsinga hjá erfðadeildinni. Ef konan er þegar orðin þunguð er mikilvægt að vísa verðandi foreldrum fljótt í erfðaráðgjöf. Oft þarf að greina vandamálið betur með viðeigandi upplýsingasöfnun og erfðarannsóknum og það getur tekið tíma. Nákvæm uppvinnsla er forsenda þess að meta vandamál og bregðast við á viðeigandi hátt. Jafnan er best ef uppvinnslu og ráðgjöf er lokið áður meðganga hefst. Sé niðurstaðan sú að óskað sé fósturgreiningar er reynt að flýta henni sem mest. Svartími rannsóknar er oftast innan við tvær vikur, oft ein vika.

Ein af ástæðum þess að leitað er eftir erfðaráðgjöf er niðurstaða um auknar líkur á litningagöllum eftir samþætt líkindamat á fyrsta þriðjungi meðgöngu við 11-14 vikur. Það mat er gert í samvinnu fósturgreiningardeildar og erfðadeildar þar sem fósturgreiningardeild sér um ómskoðun fósturs en erfðadeild mælir lífefnavísa í blóði móður. Séu líkur á þrístæðum 13, 18 eða 21 auknar, það er ≥1 af 50 fyrir þrístæður 13 og 18 og ≥1 af 100 fyrir þrístæðu 21, er boðið greiningarpróf með því að taka sýni frá fylgju og greina litningagerð. Áður en sýnataka fer fram fá verðandi foreldrar ráðgjöf sem getur verið veitt af ljósmæðrum, læknum kvennadeildar, erfðaráðgjafa eða læknum erfðadeildar. Sé niðurstaðan sú að litningagalli greinist er boðið viðtal þar sem farið er yfir niðurstöðuna og möguleikar ræddir. Ef um önnur vandamál er að ræða hjá fóstri, til dæmis byggingargalla, er leitað samráðs við lækna erfðadeildar eða eftir atvikum aðra sérgreinalækna. Biðtími í viðtal er hafður eins stuttur og mögulegt er. Oftast er haft samband við verðandi foreldra samdægurs.

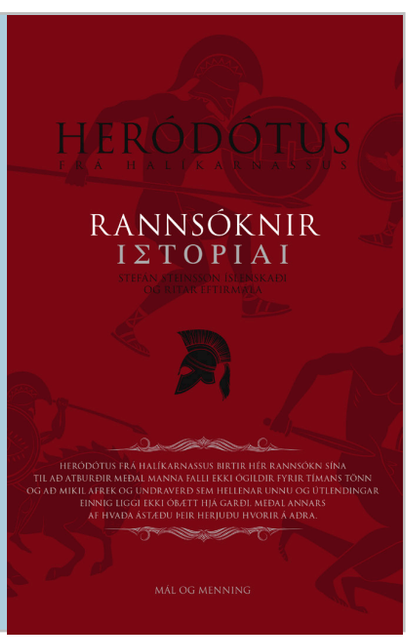
Í samþættu líkindamati fá um 2,3% verðandi mæðra þá niðurstöðu að um auknar líkur fyrir litningaþrístæðum sé að ræða. Í kjölfarið er þeim boðið greiningarpróf sem um 80% þiggja. Unnið er samkvæmt módeli frá Fetal Medicine Foundation og er næmi prófsins um 90% fyrir litningaþrístæðurnar þrjár. Auk þess leiðir ómun til greiningar á langflestum tilfellum af þrílitnun og einstæðu X, auk alvarlegra byggingargalla svo sem heilaleysi.

Þegar frávik greinast við 20 vikna ómskoðun og mögulegt að um erfðavandamál sé að ræða veita læknar erfðadeildar ráðgjöf. Jafnframt koma að málum barnalæknar á viðkomandi sviði, til dæmis barnataugalæknar ef vandamálið er í miðtaugakerfi. Tími til uppvinnslu er oft naumur en yfirleitt er hægt að gera litningarannsóknir og valdar erfðarannsóknir. Nýlega var byrjað að gera örflögugreiningar ef fóstur er með byggingargalla af óþekktum orsökum. Það undirstrikar enn frekar mikilvægi góðrar erfðaráðgjafar því niðurstöður geta verið vandmeðfarnar.

Eins og við aðra erfðaráðgjöf felst erfðaráðgjöf á meðgöngu í því að útskýra sjúkdóm, líkur á því að hann komi fram í fjölskyldu, hvernig er hann greindur og hvaða meðferð og úrræði eru til staðar. Afar mikilvægt er að veita verðandi foreldrum nægilegt svigrúm til að taka ákvarðanir varðandi fósturgreiningu og framhald meðgöngu þó tími sé skammur. Greinargóðar upplýsingar eru undirstaða þess að geta tekið ákvarðanir. Reynt er eftir fremsta megni að haga erfðaráðgjöf þannig að tekið sé tillit til mismunandi sjónarmiða og ávallt höfð að leiðarljósi lífsviðhorf og gildi ráðþega. Fram hefur komið í fjölmiðlum að skiptar skoðanir eru um réttmæti fósturskimunar og fósturgreiningar en mikilvægt er að hafa í huga að farsælast er að gildi og aðstæður þess sem á í hlut ráði ferðinni. Hlutverk ráðgjafa og annarra umönnunaraðila er að hlúa að og annast einstaklinginn/fjölskylduna og styðja þau, hver svo sem ákvörðun þeirra er.

Er útskrift í sjónmáli?

Rannsóknir Heródótusar
eru tilvalin útskriftargjöf
Bókin var tilnefnd til
íslensku þýðingarverðlaunanna
Þýðandi Stefán Steinsson læknir



Þunglyndislyf á Íslandi

Magnús Jóhannsson
læknir
magnus@landlaeknir.is

Ólafur B. Einarsson
sérfræðingur

Lárus S. Guðmundsson
lyfjafræðingur

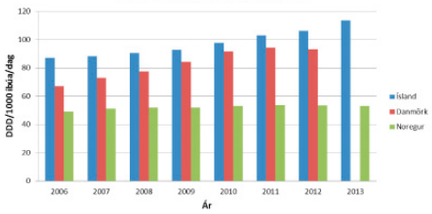
Leifur Bárðarson
læknir

Gögn NOMESKO (Nordisk Medicinal-statistisk Komité; nowbase.org) má nota til að gera samanburð á lyfjasölu og fjölda notenda milli Norðurlandanna. Enn betra er að skoða lyfjanotkun í Danmörku eða Noregi á vefslóðunum medstat.dk/ og reseptregisteret.no/ sem sýna sambærilegar tölur og lyfjagagnagrunnur Embættis landlæknis. Fram kemur í nýjustu skýrslu NOMESKO að heildarsala allra lyfja er mest í Svíþjóð og Finnlandi en Ísland sker sig úr með mestri sölu tauga- og geðlyfja. Í þessum pistli er fjallað um þunglyndislyf hjá fullorðnum og börnum.

Þunglyndislyf hjá fullorðnum

Ef borin er saman sala allra þunglyndislyfja hjá öllum aldursflokkum er hún umtalsvert meiri á Íslandi en annars staðar á Norðurlöndum. Munurinn milli Norðurlandanna hefur ekki breyst mikið áratugum saman en notkunin hefur verið að aukast eins og sést á mynd 1. Þessi munur sést í öllum undirflokkum þunglyndislyfja. Í öllum þessum löndum eru SSRI-lyfin (N06AB) langmest notuð og í þeim flokki er fjöldi notenda á Íslandi 50-100% meiri en annars staðar. Ef litið er á heildarnotkun þunglyndislyfja í öllum aldursflokkum fengu um 12% þjóðarinnar ávísað þunglyndislyfjum á árinu 2013 en það er svipað og í Bandaríkjunum; í Danmörku og Noregi eru þessar tölur hins vegar um 8% og 6%. Notendahópar þunglyndislyfja í þessum löndum samanstanda af nálægt helmingi fleiri konum en körlum.

Mynd 1. Ávísanir þunglyndislyfja (N06A) á Íslandi, Danmörku og Noregi frá 2006.



Þunglyndislyf hjá börnum

Ef skoðaður er fjöldi notenda meðal barna á aldrinum 0-14 ára í Nomesco-skýrslu fyrir árið 2012, sker Ísland sig úr með mörgum sinnum fleiri notendur lyfjanna en sjást annars staðar á Norðurlöndum. Þessi munur sést vel í samanburði milli Íslands og Danmerkur árið 2008 og 2012, sjá töflu I. Ef hins vegar eru bornir saman ávísaðir dagsskammtar (DDD/1000 íbúa/dag) er munur milli Danmerkur og Íslands óverulegur. Notkunin á Íslandi virðist því dreifast á fleiri notendur sem vekur spurningar um hvort meðferð barna sé öðruvísi háttað hér á landi. Í lyfjagagnagrunni Embættis landlæknis sést að þeir læknar sem bera þungann af ávísunum þunglyndislyfja handa börnum á Íslandi eru sérfræðingar í barnalækningum og barna- og unglingageðlækningum. Annað sem vekur athygli er að mörg þeirra barna sem fá ávísað þunglyndislyfjum eru einnig að fá ávísað metýlfenídat-lyfjum. Árið 2013 fengu 480 börn undir 18 ára ávísað lyfjum af þessum flokkum á sama tíma. Allt eru þetta áhugaverðar upplýsingar sem kalla á frekari rannsóknir á meðferð þunglyndis hjá börnum á Íslandi.

Gera þunglyndislyf gagn?

Flestir eru sammála um að þunglyndislyf geri ótvírætt gagn við alvarlegu og meðalsvæsnu þunglyndi enda hafa margar rannsóknir sýnt það. Við vægu þunglyndi eru niðurstöður rannsókna misvísandi og komið hafa fram efasemdir um gagnsemi þunglyndislyfja yfirleitt og hafa verið skrifaðar greinar og bækur um það efni. Sumir hafa gengið svo langt að halda því fram að þunglyndislyf geri almennt séð lítið meira gagn en lyfleysa. Aðrir hafa komist að þeirri niðurstöðu að lyfin hjálpi bara þeim sem eru með alvarlegt þunglyndi. Lyfin hafa aukaverkanir sem skipta meira máli þegar verið er að meðhöndla vægt þunglyndi og bent hefur verið á að í þeim tilvikum geti aukaverkanir vegið þyngra en ávinningur af lyfjunum; þetta er þó áreiðanlega einstaklingsbundið. Hér má einnig benda á þá staðreynd að mun erfiðara er að sýna fram á (eða afsanna) gagnsemi við vægu þunglyndi en alvarlegu.

Af hverju stafar þessi munur milli landanna?

Ólíkt því sem sést meðal fullorðinna er notkun hjá börnum nánast eins milli kynja og árið 2013 fengu 1040 drengir (0 til 18 ára) ávísað þunglyndislyfjum en 1102 stúlkur.

Skýringar á mikilli notkun þunglyndislyfja á Íslandi liggja ekki fyrir. Okkur er ekki kunnugt um rannsóknir á algengi þunglyndis í almennu þýði á Íslandi en erlendar tölur liggja oft um eða yfir 15%. Ef það er rétt og 12% Íslendinga taka þunglyndislyf, þá er þetta ekki til að hafa áhyggjur af nema ef til vill meðal barna.

Til að hægt sé að átta sig á því hvort hér sé um einhvern heilbrigðisvanda að ræða vantar rannsóknir, meðal annars á algengi þunglyndis í mismunandi aldursflokkum og á raunverulegum ástæðum þess að þunglyndislyfjum er ávísað.

Tafla I. *Ávísanir þunglyndislyfja á börn á Íslandi og Danmörku, fjöldi notenda/ 1000 íbúa.*

	Ísland		Danmörk	
	2008	2012	2008	2012
0-4 ára	1,99	1,15	0,05	0,08
5-9 ára	14,18	13,11	0,48	0,44
10-14 ára	33,38	37,74	3,71	4,12
15-19 ára	58,05	68,44	26,80	28,43

RRS Iceland - norræn ráðstefna brjóstaskurðlækna

Vigdís Stefánsdóttir

vigdisst@landspitali.is



Ráðstefna brjóstaskurðlækna sem haldin var í Hörpu 8. og 9. maí síðastliðinn verður lengi í minnum höfð og hefur ef til vill sett nýjan tón.

Yfirskriftin var RRS, Risk Reducing Strategies, eða áhættuminnkandi meðferðir hjá einstaklingum í aukinni áhættu á að fá brjósta- eða eggjastokkakrabbamein, annaðhvort vegna ættgengra stökkbreytinga eða vegna mikillar fjölskyldusögu. Aukin áhætta vegna *BRCA*-stökkbreytinga var að sjálfsögðu í brennidepli. Hugmyndin að ráðstefnunni og aðalskipuleggjandinn var Kristján Skúli Ásgeirsson en hann naut stuðnings félags norrænna brjóstaskurðlækna (nORBS-Nordic group of Oncoplastic and Reconstructive Breast Surgeons) og samskonar samtaka breskra skurðlækna (ORBS).

Skurðaðgerðir í beinni

Eitt af því sem gerði þessa ráðstefnu svo eftirminnilega voru tvær skurðaðgerðir sem framkvæmdar voru í beinni útsendingu. Kristján Skúli Ásgeirsson skurðlæknir hafði undirbúið skurðaðgerðirnar og myndatöku sem var varpað frá skurðstofu Landspítala yfir í Hörpu. Hann lýsti því sem gert var jafnharðan og þáði góð ráð og uppástungur frá fundargestum ásamt því að spjalla við þá um það sem upp á kom í skurðaðgerðunum. Í annarri skurðaðgerðinni var skurðlæknir frá Háskólasjúkrahúsinu í Helsinki, Susanna Kauhanen, með Kristjáni Skúla í aðgerðinni. Hlé var gert á útsendingu á meðan fyrirlestrar voru fluttir.

Annað sem vakti athygli var að tekin höfðu verið viðtöl við nokkrar konur sem gengið hafa gegnum áhættumat og tekið ákvörðun um brjóstnám með eða án þess að hafa fengið brjóstakrabbamein. Kostir og gallar voru ræddir, ferlið að ákvörðunartöku rakið, líðan fyrir og eftir aðgerð og ýmislegt fleira. Viðtölin voru að hluta bundin í ramma með ákveðnum spurningum en viðmælandi hafði möguleika á að ræða nær hvað sem henni þótti þurfa.

Bæði innlendir og erlendir fyrirlesarar fjölluðu ítarlega í erindum sínum um aðrar leiðir en skurðaðgerð til áhættuminnkunar. Laufey Tryggvadóttir hóf þá umræðu, Anne Irene Hagan frá Noregi fór yfir það hvernig *BRCA*-arfberum sem ekki fara í aðgerð farnast og Lovise Mæhle, einnig frá Noregi, ræddi um segulómskoðun og aukið eftirlit sem mótvægi við aðgerð. Vigdís Stefánsdóttir kynnti svo krabbameinserfðaráðgjöf á Landspítala.

Stöðugar framfarir eru í lyfjameðferð þeirra *BRCA*-arfbera sem fá brjóstakrabbamein en nýlegar rannsóknir benda til þess að í sumum tilfellum kunni að vera rétt að meðhöndla þessar konur með sérhæfðum lyfjum, jafnvel öðrum lyfjum en gefin eru þegar ekki er um *BRCA*-arfbera að ræða. Niklas Loman frá Svíþjóð fór ítarlega yfir rannsóknir á þessu efni í sínum fyrirlestri.

Steven Narod frá Toronto, Kanada, hefur verið í forsvari fjölmargra merkra rannsókna á *BRCA*-arfberum sem hafa víða vakið athygli. Hann fór ítarlega yfir niðurstöður nýjustu rannsókna sinna og lýsti því yfir að hann teldi áhættuminnkandi meðferð vera þá meðferð sem hefði hvað mest áhrif á að bæta horfur arfbera, þegar til lengri tíma (20 ára eftirfylgnitíma) væri litið.

Uppbygging og áhrif brottnáms

Brjóstauppbyggingar voru líka mikið til umræðu á ráðstefnunni en flestar konur sem fara í brjóstnám í fyrirbyggjandi eða áhættuminnkandi skyni fara samtímis í brjóstauppbyggingu. Ræddar voru ýmsar nýjar leiðir til að bæta árangurinn, bæði til skemmri og lengri tíma, en einnig var til umræðu ný tækni af ýmsum toga sem nú er víða notuð til að gera aðgerðirnar öruggari og útkomuna fyrirsjáanlegri. Um þessi efni fjölluðu sérfræðingar frá



Erlendir fyrirlesarar á RRS Iceland. Aftasta röð frá vinstri: Steve McCulley (Englandi), Catharina Eriksen (Svíþjóð), Maria Joao Cardoso (Portúgal), Douglas Macmillan (Englandi), Andrew Baildam (Englandi), Catarina Svarvar (Finlandi). Miðröðin frá vinstri: Ellen Schlichtling (Noregi), Lovis Mæhle (Noregi), Kerstin Sandelin (Svíþjóð), Anne Irene Hagen (Noregi), Tiina Jahkola (Finlandi), Susanna Kauhanen (Finlandi). Fremsta röð frá vinstri: Kristján Skúli Ásgeirsson (Íslandi) og Iain Brown (Englandi).
Á myndina vantar Steven Narod (Kanada) og Trine Foged Henriksen (Danmörku).
Mynd: Kristján Skúli Ásgeirsson

Bretlandi, þeir Douglas Macmillian, Steve McCulley og Andrew Baildam.

Afleiðingar brottnáms á sálfélagslega líðan og samlíf þeirra sem fara í brottnám á brjóstum voru umræðuefni Kerstin Sandelin frá Svíþjóð og vakti erindi hennar athygli. Ljóst er að þessar stóru aðgerðir, bæði brjóstnám og oft á tíðum eggjastokkabrottnám, geta haft mikil áhrif á samlífið en þessu efni hefur ekki verið gefinn nægur mikið gaumur í rannsóknum síðustu ára. Mikilvægt er að stuðla að frekari framskyggnum rannsóknum á þessu efni á næstu árum.

Áhugavert málþing var einnig um það hvernig efla mætti norræna samvinnu þeirra brjóstaskurðlækna sem eru að vinna við „onkóplastik", það er að fjarlægja krabbamein úr brjósti en framkvæma einnig uppbyggingar samfara brjóstnámi eða fleygskurði. Ræddar voru leiðir til að styðja við unglækna sem hafa áhuga á að fara út í þetta sérnám, bæði innan norrænna landa en einnig víðar, til að mynda í Evrópu. Maria Joao Cardoso frá Portúgal, sem starfar einnig innan ESO (European School of Oncology), fjallaði ítarlega um þessa möguleika. Augljóst er að miklir ónýttir möguleikar eru bæði innan Norðurlanda og innan Evrópu.

Staðan á Norðurlöndum

Ráðstefnunni lauk með yfirliti yfir stöðuna í áhættuminnkandi skurðaðgerðum í hverju Norðurlandanna fyrir sig. Fyrir hönd Íslands var Kristján Skúli Ásgeirsson sem sagði meðal annars frá því að miklar skipulagsbreytingar hefðu átt sér stað á Landspítala undanfarin ár hvað varðar þjónustu fyrir *BRCA*-arfbera og aðra sem eru í mikilli áhættu á að fá brjóstakrabbamein á ævinni. Þannig er nú rekin svokölluð há-áhættu göngudeild en þar starfa nú tveir brjóstaskurðlæknar, og sérhæfðir brjóstahjúkrunarfræðingar sem sinna mikilvægu stuðnings- og upplýsingahlutverki. Áætlað er að rúmlega 40% heilbrigðra kvenna sem hafa greinst sem *BRCA*-arfberar undanfarin tvö ár muni fara í áhættuminnkandi skurðaðgerð fyrir lok þessa árs.

Öldungadeild
Læknafélags Íslands

Sumarferð í Mýrdalinn
19.-20. ágúst 2014

Lagt verður af stað kl. 9 þriðjudaginn 19. ágúst frá Sælkerabúðinni að Bitruhálsi 2. Fyrsti áfangi ferðarinnar verður að Skógum. Byggðasafnið verður skoðað með leiðsögn og snæddur léttur hádegisverður.

Síðan verður ekið austur að Felli þar sem rústir gamla bæjarins verða skoðaðar. Hér bjó séra Jón Steingrímsson lengi en dvöl hans í Mýrdal verða gerð skil í ferðinni. Þá verður haldið í Dyrhólaey en þaðan í Reynishverfi, skoðuð Reynisfjara og hugað að Hellnum þar sem Jón bjó um tíma. Komið verður að leiði Sveins Pálssonar, en um hann og Eyjólf Guðmundsson frá Hvoli verður einnig fjallað. Loks verður litið yfir Heiðardalinn en síðan haldið að Hótel Dyrhólaey að Brekkum þar sem við gistum og snæðum saman kvöldverð.

Síðari daginn verður ekið til Víkur, litið til Suður-Víkur, komið við í Víkurfjöru og Brydesbúð, þar sem safnið verður skoðað. Þá verður Hjörleifshöfði heimsóttur, minjar skoðaðar að Höfðabrekku, en síðan ekið upp heiðina og inn í Þakgil. Þar verður áð. Við verðum með nesti frá Hótel Dyrhólaey. Einnig verður fjallað um Kötlugos og áhrif þeirra á ferðaleiðir um svæðið. Notið verður leiðsagnar staðkunnugra félagsmanna og velunnara. Loks verður haldið heimleiðis að kveldi.

Stjórn öldungadeildar LÍ

Ný stjórn Læknafélags Reykjavíkur

Á aðalfundi Læknafélags Reykjavíkur 27. maí urðu stjórnarskipti. Steinn Jónsson lyflæknir lét af formennsku eftir fjögurra ára setu og hluti af áhöfn hans. Ný stjórn er á myndinni: Sigurður Ólafsson meltingarlæknir, ritari, Þórdís Anna Oddsdóttir heimilislæknir, gjaldkeri, Reynir Arngrímsson erfðalæknir, varaformaður, Arna Guðmundsdóttir innkirtlalæknir, formaður, og Guðmundur Örn Guðmundsson bæklunarlæknir, meðstjórnandi.



Nýja stjórnin var alla vega í stuði þegar hún var búin að vera við lýði í 5 mínútur. Myndir: Védís Skarphéðinsdóttir

- A sense of security when you need it most

Sørlandet Hospital HF is the biggest knowledge economy employer in the region, with over 5,000 employees spread across various institutions in the counties of Vest-Agder and Aust-Agder. We are responsible for specialist health services in the areas of physical health care, psychiatric care and addiction treatment. The main tasks of the specialist health service are treating patients, training healthcare personnel, performing research and educating patients and their families.



Arendal/Kristiansand – Norge

Overlege - ØNH-avdelingen

Fast overlegestilling ØNH Sørlandet sykehus HF, med hovedarbeidssted p.t. i Arendal.

Sørlandet Sykehus Arendal er et fullverdig akkuttsykehus. ØNH-seksjonen har spesielt fokus på audiologi, otonevrologi og oralkirurgi. Byen har godt klima, nærhet til en rekke nasjonale og internasjonale flydestinasjoner og togforbindelse mot Oslo og Stavanger. Byen har et variert kulturtilbud og gode turmuligheter til alle årstider.

Opplysninger: Sverre Karmhus Steinsvåg, avdelingsleder, tlf. +47 38 09 26 65

Søknadsfrist: 08.06.2014

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobbsok

frantz.no

SØRLANDET SYKEHUS



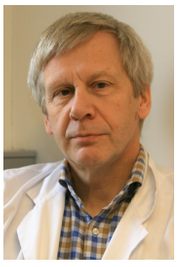
Steinn var 100% öruggur á því að hann væri að skila ágætu búi 0LR, Sigurður Ólafsson er honum á hægri hönd.



Dögg Pálsdóttir lögfræðingur LÍ var ekkert að tvínóna við fundarstjórnina, og Jörundur Kristinsson var enga stund að útlista reikninga félagsins fyrir árið 2013.

Söfnun erfðaupplýsinga í ljósi Helsinki-yfirlýsingarinnar

Jón Snædal
formaður Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands og samstarfslæknir Íslenskrar erfðagreiningar frá 1998
jsn@mmedia.is



Það brá ýmsum í brún þegar tóku að birtast áberandi hvatningar í fjölmiðlum og á auglýsingaspjöldum á almannafæri um að taka þátt í erfðarannsókn Íslenskrar erfðagreiningar. Það er ekki venjan að beiðnir um þátttöku í vísindarannsóknum fari svona hátt. Siðfræðingar gagnrýndu framtakið opinberlega og í kjölfarið sendi hópur vísindamanna andsvar.

En um hvað er deilt? Það er ekki deilt um gildi rannsóknanna þótt annað mætti skilja af umræðunni. Vísindaframlag Íslenskrar erfðagreiningar er óumdeilt svo sem fjölmargar birtingar í helstu vísindatímaritum bera vitni um. Ekki verður heldur tekið undir það að gagnrýni á aðferðafræði til að tryggja næga þátttöku jafngildi skemmdarverkastarfsemi. Öll framganga af þessu tagi verður að þola umræðu þótt gagnrýnin sé og umræða stendur vart undir nafni nema meiningar séu deildar.

Það vill svo til að læknar hafa komið sér saman um siðfræðileg gildi í vísindarannsóknum í svonefndri Helsinki-yfirlýsingu sem áður hefur verið til umræðu á þessum vettvangi. Læknafélag Íslands sem aðili að Alþjóðasamtökum lækna er formlegur aðili að þessari yfirlýsingu og því er við hæfi að skoða þetta mál með hliðsjón af þessu sameiginlega viðmiði allra lækna.

Í yfirlýsingunni er að finna öll veigamestu grundvallaratriði sem snúa að vísindarannsóknum á mönnum. Eitt er að til þess bærar vísindasiðanefndir fjalli um allar rannsóknir af þessu tagi og veiti þeim brautargengi að uppfylltum skilyrðum. Svo hefur verið gert í þessu tiltekna máli. Vísindasiðanefnd mun hafa fjallað um þessa rannsókn tvisvar á formlegan hátt og veitt leyfi fyrir framkvæmd hennar. Þó hefur verið deilt á samsetningu nefndarinnar sem skipuð er fulltrúum ráðuneyta og Landlæknis og svo einum frá háskólasamfélaginu, frá Siðfræðistofnun, en hingað til hefur óhlutdrægni hennar ekki verið dregin í efa. Formlega séð er þannig ekkert við þessa rannsókn að athuga. Í framkvæmdinni sjálfri eins og hún hefur birst eru þó atriði sem rétt er að skoða, einkum með hliðsjón af 26. greinar yfirlýsingarinnar en þar segir meðal annars „ . . . verður að upplýsa hvern mögulegan þátttakanda nægjanlega um markmið, aðferðir, uppsprettur fjármögnunar, alla mögulega hagsmunaárekstra, tengsl rannsakanda við stofnanir, væntanlegan ávinning og hugsanlega áhættu rannsóknarinnar.“ Síðar í sömu grein segir: „Eftir að hafa fullvissað sig um að mögulegur þátttakandi hafi skilið upplýsingarnar, skal læknirinn eða annar hæfur einstaklingur leita upplýsts samþykkis mögulega þátttakandans, sem veitt er af frjálsum vilja, helst skriflega.“

Þarna koma nokkur atriði til skoðunar.

Ekkert kemur fram um fjármögnun rannsóknarinnar. Það er oftast ekki álitamál því mikið af vísindarannsóknum fer einfaldlega fram með tilstuðlan óháðra rannsóknarsjóða en hér er um að ræða fyrirtæki sem er í eigu bandarísks fyrirtækis og væntanlega fjármagnað af því, en það kemur þó hvergi fram.

Hagsmunaárekstrar hafa verið ræddir í umræðunni að undanförnu og er þá einkum rætt um yfirlýsingu vísindamannanna sem andsvar við siðfræðingum, en margir þeirra eru samstarfsmenn ÍE en það var þó ekki tilgreint. Þótt menn hafi ekki beina fjárhagslega hagsmuni má ekki gera lítið úr rannsóknarhagsmunum, það er að þér sem rannsakanda er í mun að rannsókn þín fari fram án truflunar.

Svo er það hinn óbeini þrýstingur sem menn eru beittir til að afla þátttöku, með aðkomu fjölmargra sem eru álitnir veigamiklir í samfélaginu og tengingin við samtök sem hafa mikla og jákvæða ímynd í samfélaginu, sem hafa beinan hag af því að sem flestir taki þátt. Þetta er óvanaleg aðferð til að afla þátttöku og hefur verið gagnrýnd með réttu. Þótt varla sé hægt að gera ráð fyrir að þeir sem á annað borð eru andvígir rannsókn af þessu tagi láti þetta hafa áhrif á sig, hefur þetta vafalaust áhrif á ýmsa sem eru óöruggir, enda tilgangurinn.

Það sem þó helst er í ósamræmi við Helsinki-yfirlýsinguna er að ekki er tryggt af hálfu rannsakanda að tilvonandi þátttakandi hafi skilið hvað hann er að skrifa undir, en samkvæmt yfirlýsingunni verður rannsakandi sjálfur að ganga úr skugga um það. Í þessari rannsókn er það hins vegar aðili með enga reynslu eða þekkingu á vísindarannsóknum sem í mörgum tilfellum sér um að afla samþykkis.

Það má því segja að þótt formleg leyfi hafi verið til staðar er ýmislegt við framkvæmdina sjálfa að athuga og það er ekkert athugavert við að það sé rætt. Betur hefði farið á því að kynning hefði verið almenn og góð í aðdraganda rannsóknarinnar, vitandi að aðferðin gæti orkað tvímælis. Rannsóknin er hins vegar komin vel á veg og vonandi verða ekki frekari eftirmál, en hvatt er til þess að hlutaðeigandi aðilar hlusti á framkomna gagnrýni og taki tillit til réttmætra athugasemda við skipulagningu síðari rannsókna.

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

SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI
AKUREYRI HOSPITAL

Staða sérfræðings í geðlækningum

Laus er til umsóknar 100% staða sérfræðings í geðlækningum við geðdeild Sjúkrahússins á Akureyri og veitist staðan frá 1. september n.k. eða eftir samkomulagi.

Ábyrgðarsvið: Starfið felur í sér þjónustu við sjúklinga á legudeild, göngudeild og bráðamóttöku og samvinnu við aðrar deildir sjúkrahússins og stofnanir á Norður- og Austurlandi. Starfinu fylgir vaktskylda, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta og þjálfun aðstoðar- og deildarlækna, auk tækifæra til rannsóknarvinnu.

Hæfniskröfur: Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í geðlækningum. Við leitum að geðlækni með víðtæka menntun og reynslu í almennum geðlækningum. Við ráðningu verður lögð áhersla á faglega þekkingu, auk hæfileika á sviði samskipta, samvinnu og sjálfstæðra vinnubragða.

Sjúkrahúsið á Akureyri er kennslusjúkrahús sem veitir almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu. Áhersla er lögð á bráðaþjónustu og helstu sérgreinameðferðir. Geðdeild Sjúkrahússins á Akureyri er eina geðdeildin utan höfuðborgarsvæðisins. Þar eru sex stöður lækna. Deildin þjónar aðallega íbúum Norður- og Austurlands frá 18 ára aldri. Deildin skiptist í legudeild og dag- og göngudeild með fjölbreyttum verkefnum. Góð samvinna er við geðsvið Landspítalans og stofnanir SÁÁ fyrir fíknisjúklinga.

Næsti yfirmaður er Sigmundur Sigfússon forstöðulæknir geðlækninga sem gefur nánari upplýsingar um stöðuna í síma 4630100 og í tölvupósti **sigmundur@fsa.is** og Gróa B. Jóhannesdóttir framkvæmdastjóri lyflækningasviðs í síma 4630100 og tölvupósti **groaj@fsa.is**. Starfskjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.

Umsóknarfrestur er til 30. júní 2014.

Umsóknum skal skilað á umsóknareyðublaði Embættis landlæknis um læknisstöður, sem fæst á vef sjúkrahússins, fsa.is, til Þóru Ákadóttur starfsmannastjóra sjúkrahússins eða á netfang **thora@fsa.is.** Umsóknum skulu fylgja ítarlegar upplýsingar um nám og starfsferil ásamt upplýsingum um fræðilegar rannsóknir, rit- og kennslustörf og staðfest afrit af fylgigögnum.

Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.

Gildi Sjúkrahússins á Akureyri eru: ÖRYGGI SAMVINNA FRAMSÆKNI. Við ráðningar í störf er tekið mið af jafnréttisstefnu sjúkrahússins, sem er reyklaus vinnustaður.

Yfirlæknir fyrir heilsugæslustöðina í Laugarási

Heilbrigðisstofnun Suðurlands

Laust er til umsóknar starf yfirlæknis við heilsugæslustöðina í Laugarási. Æskilegast er að viðkomandi geti hafið störf 1. október eða eftir nánara samkomulagi. Umsóknarfrestur er til 1. júlí 2014.

Helstu verkefni og ábyrgð

Starfssvið heilsugæslulækna er m.a.: Almennar lækningar, heilsuvernd, vaktþjónusta og kennsla nema.

Hæfnikröfur

- Krafist er að umsækjendur hafi sérfræðimenntun í heimilislækningum.
- Skipulagshæfni, sjálfstæði í starfi og öguð vinnubrögð. Starfs- og stjórnunarreynsla er metin.
- Mikil hæfni í mannlegum samskiptum og reynsla af teymisvinnu.

Frekari upplýsingar um starfið

Laun eru samkvæmt kjarasamningi Læknafélags Íslands og fjármálaráðherra.

Góður læknisbústaður er í Laugarási og umhverfið stórfenglegt.

Umsókn skal fylgja ítarleg náms- og starfsferilskrá þar sem gerð er grein fyrir ástæðu umsóknar og kynningarbréf þar sem fram kemur rökstuðningur fyrir hæfni viðkomandi í starfið. Jafnframt skal leggja fram staðfestar upplýsingar um læknismenntun, læknisstörf, vísinda- og rannsóknarstörf. Mat á hæfni umsækjenda byggist á innsendum gögnum og viðtölum við umsækjendur. Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.

Tekið er mið af jafnréttisstefnu HSu við ráðningu í starfið.

Nánari upplýsingar veitir Óskar Reykdalsson framkvæmdastjóri lækninga HSu *oskar@hsu.is* í síma 8681488 og læknarnir í Laugarási, þeir Pétur Skarphéðinsson *peturska@hsu.is* og Gylfi Haraldsson *gylfi@hsu.is* í síma 4805300.

Umsóknir berist til Óskars Reykdalssonar, framkvæmdastjóra lækninga, HSu v/Árveg, 800 Selfossi.

Heilbrigðisstofnun Suðurlands var stofnuð 1. sept. 2004 við sameiningu heilsugæslustöðva á Suðurlandi og Heilbrigðisstofnunarinnar á Selfossi. Þjónustusvæði stofnunarinnar nær til um 20.000 íbúa á Suðurlandsundirlendinu.
Um er að ræða 8 heilsugæslustöðvar, eitt sjúkrahús á Selfossi með 28 legu- og dagdeildarrúm og 40 hjúkrunarrúm. Stofnunin sinnir ennfremur heilbrigðisþjónustu á Litla-Hrauni.
Heilsugæslustöðin í Laugarási þjónustar um 2500 íbúa og þar eru starfandi tveir læknar.
Alls eru um 226 stöðugildi við Heilbrigðisstofnun Suðurlands.

WMA - fundur

Fundur WMA var haldinn í Tókýó 24.-26.apríl síðastliðinn. Fulltrúi Íslands var Jón G Snædal. Á myndunum má sjá formann ráðsins, Chair of WMA Council, Dr. Mukesh Haikerwal frá Ástralíu, Dr. Otmar Kloiber framkvæmdastjóra WMA (secretary general) og konurnar þrjár eru sem hér segir: Forseti Americal Medical Association: Dr.Ardis D.Hoven, forseti World Medical Association: Dr. Margaret Mungherera frá Uganda og forseti Evrópusamtaka lækna, CPME: Katrín Fjeldsted.



SAk SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI
AKUREYRI HOSPITAL

Forstöðulæknir skurðlækninga

Laus er til umsóknar 100% staða forstöðulæknis skurðlækninga við Sjúkrahúsið á Akureyri.

Staðan veitist frá 1. september 2014 eða nánara samkomulagi og er veitt til 5 ára.

Ábyrgðarsvið: Forstöðulæknir veitir skurðlækningum faglega forstöðu, ber rekstrarlega ábyrgð og starfsmannaábyrgð. Forstöðulæknir ber ábyrgð á kennsluhlutverki og tekur þátt í klínísku starfi.

Hæfniskröfur: Umsækjandi skal hafa lækningaleyfi á Íslandi og fullgild réttindi í skurðlækningum, auk faglegrar reynslu, fræðilegar þekkingar og reynslu af stjórnun og kennslu. Lögð er áhersla á leiðtogahæfileika og hæfileika á sviði samskipta, samvinnu og sjálfstæðra vinnubragða.

Skurðlækningasvið Sjúkrahússins á Akureyri þjónar aðallega íbúum Norður- og Austurlands á sviði skurðlækninga.

Starfsemin er fjölbreytt. Sérfræðingar sviðsins sjá um vaktir í almennum skurðlækningum við sjúkrahúsið, sinna skurðstofustarfsemi og sjúklingum á legudeildum og göngudeildum. Þeir taka einnig þátt í kennslu nema í læknis- og hjúkrunarfræði.

Næsti yfirmaður er Sigurður Einar Sigurðsson, framkvæmdastjóri handlækningasviðs sem gefur nánari upplýsingar um starfið í tölvupósti **ses@fsa.is** eða í síma 4630100.

Starfskjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Skurðlæknafélags Íslands.

Umsóknarfrestur er til 21. júní 2014.

Umsóknum skal skilað á umsóknareyðublaði Embættis landlæknis um læknisstöður sem fæst á vef sjúkrahússins fsa.is, til Þóru Ákadóttur starfsmannastjóra sjúkrahússins eða á netfang thora@fsa.is. Umsóknum skulu fylgja ítarlegar upplýsingar um nám og starfsferil ásamt upplýsingum um fræðilegar rannsóknir, rit- og kennslustörf og staðfest afrit af fylgigögnum.

Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.

Gildi Sjúkrahússins á Akureyri eru: ÖRYGGI SAMVINNA FRAMSÆKNI. Við ráðningar í störf er tekið mið af jafnréttisstefnu sjúkrahússins, sem er reyklaus vinnustaður. Sjúkrahúsið á Akureyri veitir almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu, þar sem áhersla er lögð á bráðaþjónustu og helstu sérgreinameðferðir, það er annað tveggja sérgreinasjúkrahúsa landsins og er kennslusjúkrahús.

Öldungadeild Læknafélags Íslands 20 ára

Aðalfundur og afmælishóf í Skíðaskálanum í Hveradölum

Öldungadeild LÍ var stofnuð 7. maí 1994 á fundi í Rúgbrauðsgerðinni í Reykjavík. Svo skemmtilega vildi til að tvítugsafmælið bar upp á hefðbundinn aðalfundardag, miðvikudaginn 7. maí. Þótti við hæfi að halda upp á daginn og var því boðað til fundarins í Skíðaskálanum í Hveradölum.

Að fundarstörfum loknum var efnt til borðhalds. Tveir læknanemar léku á klarinett og píanó undir fordrykk, sem var í boði öldungadeildarinnar, sem og rútuferð á staðinn. Veislustjóri var Páll Ásmundsson og aðalræðumaður Hörður Þorleifsson sem hélt erindi um sögu öldungadeildarinnar með myndasýningu úr starfi deildarinnar. Allnokkrir kvöddu sér hljóðs og sögðu gamansögur. Sungið var úr sérprentuðu sönghefti með undirleik læknanemanna ungu. Páll Ásmundsson hafði samið smellið afmælisljóð um öldungadeildina sem sungið var við mikinn fögnuð. Ásmundur Brekkan var heiðursgestur á afmælisfundinum, en hann, Árni Björnsson og Gunnlaugur Snædal voru helstu hvatamenn að stofnun öldungadeildarinnar. Formaður kallaði Ásmund upp og tilkynnti honum að hann hefði verið kjörinn heiðursfélagi öldungadeildarinnar. Síðar um kvöldið hélt Ásmundur ræðu þar sem hann lét gamminn geisa. Rifjaði hann meðal annars upp tíðar komur sínar í gamla skíðaskálann í Hveradölum allt frá barnsaldri, en á þeim árum var nægur snjór á svæðinu. Ekki sakaði að hann settist við píanóið að lokinni veislu og lék nokkur lög áður en haldið var heim.

Fundargerð og ársskýrslu ásamt erindi Harðar Þorleifssonar má finna á vefsíðu öldungadeildarinnar hjá lis.is.

Magnús B. Einarson formaður



Aðalstjórn Öldungadeildar LÍ á svölum Skíðaskálans. Frá vinstri Hörður Alfreðsson gjaldkeri, Magnús B. Einarson formaður og Þórarinn Sveinsson ritari. Ljósm. PÁ.



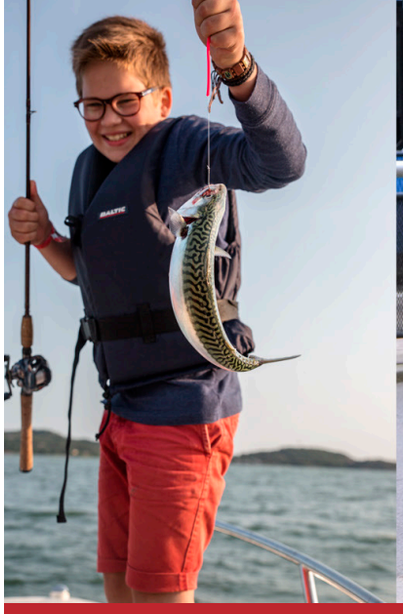
Ferðaglaðir öldungar. Fyrsta utanlandsferðin var farin til Borgundarhólms 2003. Frá 2006 hefur verið farið árlega til útlanda nema 2009 vegna hrunsins. Áfangastaðir hafa verið Slóvenía, Suður-England, Norður-Frakkland, Madrid, fyrrum Austur-Þýskaland, Norður-Spánn, Toskana og nú nýlega Mön og Írland. Fararstjórar hafa verið Gunnar Biering, Magnús Jónsson, Kristín Jóhannsdóttir og Kristinn R. Ólafsson. Hér gerir öldungahópurinn sig breiðan framan við Dómkirkjuna í Flórens. Ljósm. PÁ.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Magnús B. Einarson 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





16-18 JUNE 2015 | GOTHENBURG, SWEDEN

19th Nordic Congress of General Practice

Sustainable healthcare through General Practice
– meeting the demands of a changing world

CALL FOR SYMPOSIUM & WORKSHOP PROPOSALS

Opens: 3 Jun 2014
Deadline: 25 Sep 2014

CALL FOR ABSTRACTS

Opens: 1 Sep 2014
Deadline: 18 Dec 2014

REGISTRATION OPENS 1 DECEMBER 2014

www.nordicgp2015.se

SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin

City of Gothenburg

Region Västra Götaland

University of Gothenburg

Pradaxa, 110 mg, hörð hylki**. Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: B01AE07. Samantekt á Eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.**
Virk innihaldsefni og styrkleikar: Hvert hart hylki inniheldur 110 mg af dabigatran etexílat (sem mesílat). Ábendingar: Forvörn gegn blóðaðsegareki (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, ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, til að mynda að hafa áður fengið heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila; aldur ≥ 75 ára; hjartabilun (NYHA flokkur ≥ II); sykursýki; 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 14 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 14 klst. eftir að aðgerð lýkur með inntöku á einu hylki og halda áfram með 2 hylki einu sinni á dag í samtals 2835 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 (kreatíníniúthreinsun (CrCL) 3050 ml/mín). Sjúklingar sem fá samhliða verapamíl, amíodarón, 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 mmol/l: (1,23 ´ (140-aldur [ár]) ´ þyngd [kg] (´ 0,85 ef kona))/(kreatínín í sermi [mmol/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 bæði áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (forvörn gegn VTE):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL **< ٣٠** ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Takmörkuð reynsla er hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 3050 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 Pglýkóprótein hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamíli (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 verapamíli 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 verapamíli, 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 ١٥٠ mg tekið einu sinni á dag sem ٢ hylki af ٧٥ 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 lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Líkamsþyngd (forvörn gegn VTE):* Takmörkuð klínísk reynsla er af notkun lyfsins við ráðlagðar 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 02 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 blæð (UFH)). *Börn (forvörn gegn VTE):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendingunni: 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 verapamíl 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 verapamíli, 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 ١٥٠ mg tekið einu sinni á dag sem ٢ hylki af ٧٥ 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 lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Líkamsþyngd (forvörn gegn VTE):* Takmörkuð klínísk reynsla er af notkun lyfsins við ráðlagðar 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 02 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 blæð (UFH)). *Börn (forvörn gegn VTE):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendingunni: 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 verapamíl 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 verapamíli, 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 ١٥٠ mg tekið einu sinni á dag sem ٢ hylki af ٧٥ mg.** Þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>٧٥ 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 <٣٠ 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 ٢٢٠ mg skammt sem er tekinn sem eitt** 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar klínískt mikilvæg 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. 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 a.m.k. einu sinni á ári, eða oftar eftir þörfum, við ákveðnar klínískar aðstæður meðan á meðferð með Pradaxa stendur 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.** Mælt er með þessari aðferð þegar meta þarf CrCL hjá sjúklingum bæði áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (SPAF):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL **< ٣٠** ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með lítla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL **≤ ٨٠ ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (**CrCL ٥٠-**٣٠ ml/mín) er ráðlagður skammtur einnig ٢٠٠ mg, tekinn sem eitt ١٥٠ mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í ٢٢٠ mg, sem eitt** ١١٥ mg hylki tvisvar á sólarhring. Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með aldraðra (>٧٥ ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út kreatíníniúthreinsun (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 **< ٣٠** 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 ٢٢٠ mg skammt sem er tekinn sem eitt** 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar klínískt mikilvæg 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 **< ٣٠** 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 a.m.k. einu sinni á ári, eða oftar eftir þörfum, við ákveðnar klínískar aðstæður meðan á meðferð með Pradaxa stendur 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 mmol/l: (1,23 ´ (140-aldur [ár]) ´ þyngd [kg] (´ 0,85 ef kona))/ (kreatínín í sermi [mmol/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 bæði áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (SPAF):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL **< ٣٠** ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með lítla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL **≤ ٨٠ ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (**CrCL ٥٠-**٣٠ ml/mín) er ráðlagður skammtur einnig ٢٠٠ mg, tekinn sem eitt ١٥٠ mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í ٢٢٠ mg, sem eitt** ١١٥ mg hylki tvisvar á sólarhring. Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum Pglýkóprótein (P-gp) hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni* **eða** *verapamíli (SPAF):* Ekki er þörf á aðlögun skammta við samhliða notkun með amíódaróni eða kínidíni. Minnka skal skammt í 150 mg hylki tvisvar á sólarhring hjá sjúklingum sem fá samhliða dabigatran etexílat og verapamíl. 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 lifun 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 blæð (UFH)).** *Pradaxa meðferð í kvítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftirfarandi hátt: CrCL ≥ ٥٠ ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥ 30< ٥٠ 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, 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 ábendingunni: 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 ٦ klst. **áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við ٦ 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 **má taka með eða án matar.** Pradaxa á að taka í heilu lagi með glasi af vatni, til að auðvelda flutning lyfsins niður í maga. 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 bláæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun. Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyclosporini, itrakónazóli 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:** 12/2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð:(maí 2014)** Pradaxa 110 mg, 10 stk 3.645 kr; Pradaxa 110 mg, 60 stk 16.419 kr; **Afgreiðslutilhögun:** R einungis afgreitt með lyfseðli**. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G merkt sjá nánar á www.lgn.is

Pradaxa, 150 mg, hörð hylki. Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: B01AE07. Samantekt á Eiginleikum lyfs – styttur texti SPC
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 ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, til að mynda að hafa áður fengið heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila; aldur ≥ 75 ára; hjartabilun (NYHA flokkur ≥ II); sykursýki; 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 verapamíl 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 verapamíli, skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í 75 mg á sólarhring. Meðferð skal hefja innan 14 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 14 klst. eftir að aðgerð lýkur með inntöku á einu hylki og halda áfram með 2 hylki einu sinni á dag í samtals 2835 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 (kreatíníniúthreinsun (CrCL) 3050 ml/mín). Sjúklingar sem fá samhliða verapamíl, amíodarón, 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 mmol/l: (1,23 ´ (140-aldur [ár]) ´ þyngd [kg] (´ 0,85 ef kona))/ (kreatínín í sermi [mmol/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 bæði áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (SPAF):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL **< ٣٠** ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með lítla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL **≤ ٨٠ ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (**CrCL ٥٠-**٣٠ ml/mín) er ráðlagður skammtur einnig ٢٠٠ mg, tekinn sem eitt ١٥٠ mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í ٢٢٠ mg, sem eitt** ١١٥ mg hylki tvisvar á sólarhring. Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum Pglýkóprótein (P-gp) hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni* **eða** *verapamíli (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 verapamíl. 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 lifun 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 blæð (UFH)).** *Pradaxa meðferð í kvítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftirfarandi hátt: CrCL ≥ ٥٠ ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥ 30< ٥٠ 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, 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 dab

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 inniheldur virku efnin) en í síðasta lagi daginn eftir venjulegt töfluhlé eða inntöku síðustu lyfleysutöflunnar (töflur sem ekki innihalda virk efni). Ef notað hefur verið skeiðarinnlegg eða forðaplástur er best að hefja notkun Benidette sama dag og innlegg er fjarlægt eða plástur er fjarlægður. Konan getur einnig byrjað í síðasta lagi á þeim degi sem hefja á notkun á nýjum hring eða plástri. *Við skipti frá hreinum gestagenlyfjum (míni-pillu, stungulyfi, lyfi í vef eða lykkju í legi sem hefur að geyma gestagen).* Skipta má frá míni-pillu hvaða dag sem er (við skipti frá lyfi í vef (implant) eða lykkju í legi, þann dag sem vefjalyfið eða lykkjan er fjarlægð; við skipti frá stungulyfi, þegar gefa hefði átt stungulyfið næst). Í öllum þessum tilvikum er ráðlagt að nota getnaðarvörn án hormóna samtímis fyrstu 7 dagana, sem töflurnar eru teknar. *Eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu.* Hægt er að byrja að taka töflurnar strax. Sé það gert er ekki nauðsynlegt að nota aðra getnaðarvörn samtímis. *Eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu.* Ráðlagt er að byrja notkun lyfsins á 21.-28. degi eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu. Sé byrjað seinna að nota lyfið er jafnframt ráðlagt fyrstu 7 dagana sem lyfið er tekið að nota aðra getnaðarvörn án hormóna. Hafi konan þegar haft samfarir skal útiloka þungun áður en byrjað er að taka Benidette eða bíða eftir fyrstu blæðingum. Ef gleymst hefur að taka töflur: Getnaðarvörn minnkar ekki **ef færri en 12 klst.** hafa liðið frá því að gleymdist að taka töflu. Taka skal töfluna um leið og munað er eftir því og halda síðan áfram töflutöku eins og áður. Getnaðarvörn getur minnkað **ef fleiri en 12 klst.** hafa liðið frá því að gleymdist að taka töflu. Í þeim tilvikum skal fylgja eftirfarandi tveimur grundvallarreglum: 1. Aldrei má fresta töflutöku lengur en sem nemur 7 dögum. 2. 7 daga samfellda töflutöku þarf til þess að ná nægilegri bælingu undirstúku-heiladinguls-eggjakerfis-öxuls.
Því má gefa eftirfarandi almennar ráðleggingar:
1. vika. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir því, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun taflnanna haldið áfram á venjulegum tíma. Aðra getnaðarvörn án hormóna, t.d. verjur, skal nota samhliða næstu 7 daga. Hafi konan haft samfarir síðastliðna 7 daga skal hafa í huga möguleika á þungun. Því fleiri töflur sem hafa gleymst og því nær töfluhléi sem það er, þeim mun meiri hætta er á þungun.
2. vika. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun taflnanna haldið áfram á venjulegum tíma. Hafi töflurnar verið teknar inn á réttan hátt í 7 daga, áður en gleymdist að taka töflu, er ekki nauðsynlegt að gera aðrar ráðstafanir til getnaðarvarnar. Sé það hins vegar ekki raunin eða ef fleiri en ein tafla hefur gleymst, skal ráðleggja konum að nota aðra getnaðarvörn næstu 7 daga.
3. vika. Hætta er á að öryggi sé minna þar sem komið er nálægt töfluhléi. Þó er hægt að koma í veg fyrir að öryggi minnki með því að breyta inntöku taflnanna. Ef farið er eftir öðrum af eftirtöldum tveimur valkostum er því ekki nauðsynlegt að gera aðrar ráðstafanir til getnaðarvarnar, að því tilskildu að allar töflurnar hafi verið teknar inn á réttan hátt síðustu 7 daga áður en gleymdist að taka töfluna. Ef svo er ekki, er ráðlagt að fylgja fyrri valkosti auk þess að nota aðra getnaðarvörn samtímis næstu 7 daga. 1. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir því, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun lyfsins haldið áfram eins og áður. Byrja skal á næsta töfluspjaldi strax og lokið er við töflurnar af fyrra spjaldinu, þ.e.a.s. ekkert töfluhlé er haft á milli spjalda. Líklegt er að blæðingar verði ekki fyrr en lokið er töku seinna töfluspjaldsins, en blettablæðingar eða milliblæðingar geta orðið meðan á töku þessara taflna stendur. 2. Einnig getur verið ráðlegt að hætta að taka töflur af töfluspjaldi sem er í notkun. Þá skal gera allt að 7 daga töfluhlé að meðtöldum þeim dögum sem gleymdist að taka töflurnar og byrja síðan á næsta töfluspjaldi. Hafi gleymst að taka töflur og blæðingar verða ekki í næsta venjulega töfluhléi, á að hafa í huga möguleika á þungun. **Frábendingar:** Ekki á að nota samsettar getnaðarvarnartöflur í eftirfarandi tilvikum. Komi þau fyrst fram við notkun getnaðarvarnartaflna, skal notkun þeirra hætt strax: Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Segamyndun eða saga um segamyndun í bláæð (segamyndun í djúpbláæðum, lungnablóðrek). Segamyndun eða saga um segamyndun í slagæð (t.d. heilablóðfall, hjartadrep) eða fyrirboðar um segamyndun (t.d. hjartaöng eða skammvinn heilablóðþurrð). Heilablóðfall eða saga um heilablóðfall. Alvarlegir áhættuþættir, einn eða fleiri, um segamyndun í slagæðum: sykursýki með fylgikvillum í æðum. Alvarlegur háþrýstingur. Alvarleg röskun á fituþróteinmagni 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 310681

Forxiga **10 mg filmuhúðaðar töflur.** AstraZeneca. A 10 BX 09. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS – Styttur texti SPC. ▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti.

AstraZeneca

Innihaldslýsing: Hver tafla inniheldur dapagliflozin propanediol einhýdrat sem jafngildir 10 mg af dapagliflozini. Hjálparefni með þekkta verkun: Hver tafla inniheldur 50 mg af vatnsfríum 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 ópols. **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 kreatíníníúthreinsun [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, Middlesex, 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 18. desember 2013. Ath. textinn er styttur. Sjá nánar undir Lyfjaupplýsingar á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is

Pakkningar og verð: Forxiga 10mg, 28 stk. : kr. 10.188; 10mg, 98 stk. : kr. 29.801. **Maí 2014. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.**

forxiga (dapagliflozin)

Læknablaðið í hálfa öld, 1965

Védís Skarphéðinsdóttir

Allt er í nokkuð föstum skorðum á blaðinu árin 1963 og 1964, það kom út í fjórum heftum hvort ár 188 og 220 síður - aðalritstjóri er Ólafur Bjarnason, og meðritstjórar Magnús Ólafsson (LÍ) og Ólafur Geirsson (LR). Í janúar 1965 bætast í ritstjórnina Þorkell Jóhannesson fyrir LÍ og Ásmundur Brekkan fyrir LR. Þeir slá í klárinn og gefa út þrjá árganga á árinu 1965 til að vinna upp glataðan tíma.

Nútíminn er að koma upp úr kafinu og í janúarblaðinu er eftirfarandi:

Orðsending frá LÍ. Að endurteknu tilefni eru læknar minntir á að gæta ýtrustu varfærni í öllu umtali um sjúklinga sína, jafnvel þó að samþykkir þeirra liggi fyrir. Í því sambandi vísast til Alþjóðasiðareglna lækna og Genfarheitis lækna (sjá Codex ethicus), laga nr 47/1932 og til Læknablaðsins, 38. árg. 1954, bls. 97-111. Stjórn LÍ

Fram kemur líka að skrifstofa LR er í Brautarholti 20 og rekin í samstarfi við Verkfræðingafélag Íslands, þar eru daglegar fjárreiður blaðsins og útsending. Þar segir frá því að haustið 1962 hafi læknar varnarliðsins í Keflavík boðið Læknafélagi Reykjavíkur til síðdegisdrykkju, „cocktailparty“, í samkomusal yfirmanna varnarliðsins og að 60-70 læknar og eiginkonur þeirra hafi þegið boðið. Páll Kolka hefur fallist á að rita félagssögu LR og auglýsir eftir fundargerðarbókum


LÆKNABLAÐIÐ

Jóhann Hafstein, heilbrigðisráðherra

ÁVARPSORÐ

í tilefni 50 ára afmælis Læknablaðsins

LÆKNABLAÐIÐ 50 ÁRA

LÆKNABLAÐIÐ

Magnús Ólafsson:

LÆKNABLAÐSANNÁLL

LÆKNABLAÐIÐ 50 ÁRA

LÆKNABLAÐIÐ

Júní 1965

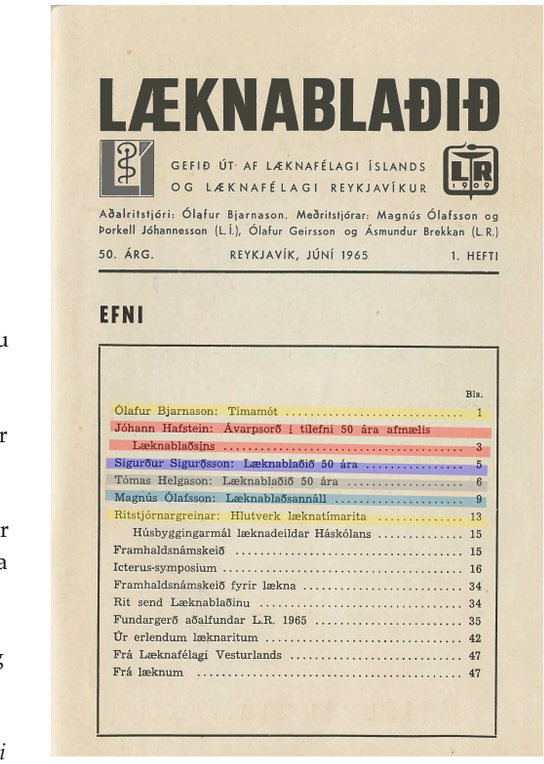
50. árg.

Aðalritstjóri: Ólafur Bjarnason.

Meðritstjórar: Magnús Ólafsson og Þorkell Jóhannesson (L. Í.), Ólafur Geirsson og Ásmundur Brekkan (L. R.)

HLUTVERK LÆKNATÍMARITA.

Í tilefni 50 ára afmælis Læknablaðsins.


LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF LÆKNAFÉLAGI ÍSLANDS OG LÆKNAFÉLAGI REYKJAVÍKUR

Aðalritstjóri: Ólafur Bjarnason. Meðritstjórar: Magnús Ólafsson og Þorkell Jóhannesson (L. Í.), Ólafur Geirsson og Ásmundur Brekkan (L. R.)

50. ÁRG. REYKJAVÍK, JÚNÍ 1965 1. HEFTI

EFNI

	Bls.
Ólafur Bjarnason: Tímamót	1
Jóhann Hafstein: Ávarpsorð í tilefni 50 ára afmælis Læknablaðsins	3
Sigurður Sigurðsson: Læknablaðið 50 ára	5
Tómas Helgason: Læknablaðið 50 ára	6
Magnús Ólafsson: Læknablaðsannáll	9
Ritstjórnargreinar: Hlutverk læknatímarita	13
Húsbyggingarmál læknadeildar Háskólans	15
Framhaldsnámskeið	15
Icterus-symposium	16
Framhaldsnámskeið fyrir lækna	34
Rit send Læknablaðinu	34
Fundargerð aðalfundar L.R. 1965	35
Úr erlendum læknaritum	42
Frá Læknafélagi Vesturlands	47
Frá læknum	47

fyrstu 30 árin en þær virðast glataðar með öllu.

Birt er aldarminning Guðmundar Thoroddsen um nafna hans Magnússon, lipurlega skrifuð og skemmtileg með þessum lokaorðum: *Sullaveikin, sem hann barðist við alla sína ævi, má nú heita alveg horfin. Stúdentar og læknar kunna nú lítil skil á því, hvernig sú veiki hagar sér, og á aðgerðum við henni, hafa ekki þörf fyrir slíka kunnáttu, en bók Guðmundar Magnússonar um sögu sullaveikinnar á Íslandi mun standast tímans tönn sem óbrotgjarn minnisvarði um hinn hnífffima, ráðholla og stundum spunastutta Magnússon.*

Í fyrsta tölublaði 1964 er löng greinargerð frá 17. þingi Alþjóðabandalags lækna (World Medical Association) í New York í október 193, en þangað hefur Arinbjörn Kolbeinsson verið sendur. Margt kemur við sögu, skipting lækna í sérfræðigreinar í löndum Evrópu og skýrslur fulltrúa Kúbu og áheyrnarfulltrúa flóttalækna frá Kúbu, og eru eins og svart og hvítt.

Fyrsta hefti 50. árgangs sem gefið er út í júní 1965 er að stærstum hluta helgað því að Læknablaðið á útgáfuferill sem spannar hálfa öld. Ólafur Bjarnason ritstjóri rekur söguna, blaðið hefur stækkað úr einni örk í þrjár, nýlega voru teknar upp ritstjórnargreinar, í framtíðinni mun þurfa að gera strangar kröfur um efnismeðferð, Jóhann Hafstein heilbrigðismálaráðherra skrifar nokkur orð, Sigurður Sigurðsson landlæknir sendir hugheilar árnaðaróskir til blaðsins og Tómas Helgason forseti læknadeildar sömuleiðis. Læknablaðsannáll Magnúsar Ólafssonar fer yfir þróun blaðsins og mannskapinn í ritstjórn frá upphafi. *Læknafélag Reykjavíkur gaf eitt út Læknablaðið þar til 1955, er Læknafélag Íslands, gerðist meðútgefandi þess. Kýs hvort félag tvo menn í ritstjórn, en stjórnir beggja félaga ráða aðalritstjóra. – Síðustu árin hefur Jón Aðalsteinn Jónsson cand. mag. verið ráðunautur blaðsins um íslenzkt mál. Hefur hann unnið mikið og vel fyrir blaðið, enda við ramman reip að draga, það er íslenzkt læknamál.*

Ritstjórnin skrifar pistil um tímamótin þegar blaðið fyrst kom út: *Var það árið 1915, þegar Íslendingar eignuðust þjóðfána. Með útkomu Læknablaðsins má einnig segja, að íslenzk læknastétt hafi eignazt sitt sérstaka merki. Það hefur nú verið uppi síðan, ef undan eru skilin tvö hretár, svo sem getið er á öðrum stað í hefti þessu. Læknablaðið er því í hópi elztu tímarita, sem út koma hérlendis. – Læknablaðið er ritað fyrir lækna og af læknum. Það er tengiliður íslenzkra lækna innbyrðis og málgagn stéttarinnar í heild út á við. Læknablaðið getur því verið fjöregg íslenzkra lækna, sverð þeirra og skjöldur. Ritstjórn blaðsins á sér enga ósk jafnheita og þá, að læknar séu þessa ævinlega minnugir og efli blaðið, svo að um muni á ókomnum árum.*

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.is

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

IS 18/04/13 12.14

Sérlyfjatexti á bls. 364

Relvar® Ellipta® er ætlað til notkunar við reglulega astmameðferð hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri þegar notkun samsetts lyfs á við: Þegar ekki næst viðunandi stjórn á sjúkdómnum með barksterum til innöndunar og skjótvirkum beta$_2$-örvum til innöndunar „eftir þörfum".



Hjá mörgum astmasjúklingum er mikið að gera og jafnvel lítil áminning um astma getur haft mikil áhrif á daglegt líf.[2] Veldu Relvar Ellipta (flútikasónfúróat/vílanteról) hjá sjúklingum þar sem ekki næst nægilega góð stjórn hjá með barksterum til innöndunar:[1]



- Fyrsta ICS/LABA samsetningin sem veitir viðvarandi 24-klst. verkun[1,3]
- Með skömmtun einu sinni á dag[1]
- Í innöndunartæki sem er svo auðvelt í notkun að sjúklingar kjósa það frekar en innöndunartækið sem þeir eru að nota[4]

RELVAR® ELLIPTA®
(flútikasónfúróat/vílanteról)
24 klst. verkun. Mjög einfalt.

Relvar® Ellipta® Ellipta innöndunarduft, afmældir skammtar. Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) og 92 eða 184 míkróg af flútíkasónfúróati. Þetta samsvarar afmældum skammti sem er 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) og 100 eða 200 míkróg af flútíkasónfúróati. Hjálparefni með þekkta verkun: Hver skammtur inniheldur u.þ.b. 25 mg af laktósa (sem einhýdrat). **Ábendingar:** *Astmi*: Relvar Ellipta er ætlað til notkunar við reglulega astmameðferð hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri þegar notkun samsetts lyfs (langverkandi beta$_2$-örva og barkstera til innöndunar) á við: Þegar ekki næst viðunandi stjórn á sjúkdómnum með barksterum til innöndunar og skjótvirkum beta$_2$-örvum til innöndunar „eftir þörfum". *Langvinn lungnateppa (aðeins Relvar Ellipta 92/22 míkróg)*: Relvar Ellipta er ætlað til meðferðar á einkennum langvinnrar lungnateppu hjá fullorðnum með FEV$_1$ < 70% af áætluðu eðlilegu gildi (eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) og sögu um endurtekna versnun, þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Astmi: *Fullorðnir og unglingar 12 ára og eldri*: Ein innöndun af Relvar Ellipta 92/22 míkróg einu sinni á dag. Sjúklingar finna yfirleitt fyrir bættri lungnastarfsemi innan 15 mínútna frá innöndun Relvar Ellipta. Hins vegar skal upplýsa sjúklinginn um að regluleg dagleg notkun sé nauðsynleg til að viðhalda stjórn á einkennum astma og að notkun skuli halda áfram, jafnvel þó einkenni hverfi. Ef einkenni koma fram á tímabilinu á milli skammta, skal nota skjótvirkan beta$_2$-örva til að létta strax á einkennum. Íhuga skal 92/22 míkrógramma upphafsskammt af Relvar Ellipta hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri sem þarfnast lítils til meðalstórs skammts af barksterum til innöndunar ásamt langverkandi beta$_2$-örva. Ef ekki næst fullnægjandi stjórn á sjúkdómnum með Relvar Ellipta 92/22 míkróg, má auka skammtinn upp í 184/22 míkróg, sem getur gefið betri árangur við astmastjórnun. Heilbrigðisstarfsmaður skal endurmeta sjúklinga reglulega þannig að þeir haldi áfram að fá kjörstyrkleika af flútíkasónfúróati/vílanteróli og að honum sé aðeins breytt samkvæmt læknisráði. Skammtinn skal aðlaga þannig að alltaf sé notaður minnsti skammtur sem nær virkri stjórn á einkennum. Íhuga skal notkun Relvar Ellipta 184/22 míkróg hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri sem þurfa að fá hærri skammta af barksterum til innöndunar ásamt langverkandi beta$_2$-örva. *Langvinn lungnateppa: Fullorðnir 18 ára og eldri*: Ein innöndun af Relvar Ellipta 92/22 míkróg einu sinni á dag. Relvar Ellipta 184/22 míkróg er ekki ætlað til notkunar hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. Enginn viðbótarávinningur er af notkun 184/22 míkrógramma skammts samanborið við 92/22 míkróg skammtinn og hætta á aukaverkunum svo sem lungnabólgu og altækum aukaverkunum tengdum barksterum er hugsanlega aukin. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi:** Glaxo Group Limited, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex TW8 9GS. Bretland. **Fulltrúi markaðsleyfishafa:** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland, Sími 530 3700. **Dagsetning endurskoðunar textans:** 13. nóvember 2013. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**

Pakkningar og verð (mars 2014)
Relvar Ellipta 92 mcg/22 mcg, innönddu, 30 skammtar R, 0 Kr. 9.268
Relvar Ellipta 184 mcg/22 mcg, innönddu, 30 skammtar R, 0 Kr. 11.556

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

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Relvar Ellipta (flútíksasónfúróat/vílanteról), samþykkt af EMA í nóvember 2013. **2.** Bellamy D *et al.* Poor perceptions and expectations of asthma control: Results of the international Control of Asthma Symptoms (ICAS) survey of patients and general practitioners. Prim Care Respir Med 2005; 14: 252-258. **3.** Woodcock A *et al.* Efficacy and safety of fluticasone furoate/vilanterol compared with fluticasone propionate/salmeterol combination in adult and adolescent patients with persistent asthma: a randomized trial. Chest 2013; 144(4): 1222-1229. **4.** Svedsater H *et al.* Qualitative assessment of attributes and ease of use of the ELLIPTA™ dry powder inhaler for delivery of maintenance therapy for asthma and COPD. BMC Pulmonary Medicine 2013; 13: 72.

Mars 2014 IS/FFT/0003/14

Theravance | gsk