LÆKNABLAÐIÐ • 7/8. tbl. 100. árg. • Júlí 2014

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

7-8/2014

100. árgangur: 369-432

2014; 100: 369-432

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. 409



Þessi myndin er tekin árið 1967 á sjúkrahúsinu á Patreksfirði. Frá vinstri eru Ingveldur Valdimarsdóttir hjúkrunarkona, Kristján Sigurðsson læknir og fyrir endanum situr presturinn á staðnum, séra Tómas Guðmundsson, og lætur svæfingarlyf drjúpa niður í grisju yfir vitum sjúklings. Myndin er fengin úr Minjasafni Egils Ólafssonar að Hnjóti í Örlygshöfn.

Sjúkrahúsið á Patreksfirði

Ljósmyndin á kápunni er tekin um 1910 og sýnir sjúkrahúsið á Patreksfirði. Karlmaðurinn við steininn mun vera Pétur A. Ólafsson kaupmaður og athafnamaður. Ljósmynd: Pétur A. Ólafsson. Ljósmyndasafn Reykjavíkur varðveitir myndina.

Sókn erlendra fiskiskipa á Íslandsmið á síðari hluta 19. aldar varð til þess að þau sóttu eftir aukinni þjónustu í landi, líka heilbrigðisþjónustu. Um og uppúr aldamótunum 1900 voru sjúkrahús reist víða um land þar sem starfandi voru læknar en einkum þó í sjávarþorpum. Oftar en ekki voru sjúkrahúsin byggð fyrir tilstilli og með fjárframlagi erlendra manna, fyrirtækja eða góðgerðarsamtaka. Útgerðar- og verslunarfélagið Islandsk Handels & Fiskerikompani var stofnað árið 1898 og ætlaði sér stóran skerf í íslensku atvinnulífi. Félagið var einkum með starfsemi við Breiðafjörð en höfuðstöðvarnar voru á Geirseyri við Patreksfjörð en á Vatneyri réði ríkjum Pétur Thorsteinsson (síðar Milljónafélagið). Félagið leitaði eftir samskotum í Kaupmannahöfn fyrir sjúkrahús við höfuðstöðvarnar en það var talin ein af forsendum þess að fyrirtækið dafnaði. Félagið bauð sýslunni sjúkrahús að gjöf en forsvarsmenn sýslufélagsins töldu að húsið væri allt of stórt og treystu sér ekki til að standa undir kostnaði við rekstur þess. Héraðslæknirinn, Sigurður Magnússon (1866-1940), gerði uppdrátt að nýju húsið sem var töluvert minna, en þar var gert ráð fyrir 7 sjúkrarúmum auk venjulegrar aðstöðu að þeirrar tíðar hætti. Húsið var byggt árið 1902 og tók sýslufélagið við því nokkru seinna eftir að það hafði verið búið öllum nauðsynlegum gögnum auk þess sem sýslan hafði tryggt sér verulegt framlag úr ríkissjóði. Sjúkrahúsið stóð í hlíðinni mitt á milli verslunarstaðanna, Vatneyrar og Geirseyrar, og var notað allt til ársins 1946 þegar nýtt hús var tekið í notkun. Húsið stendur enn í dag, Aðalstræti 69, en fyrri þokki er fyrir löngu horfinn.

Fyrsta starfsár sjúkrahússins lágu þar 40 sjúklingar um lengri eða skemmri tíma og var um helmingur þeirra útlendingar, aðallega Frakkar og Englendingar. Rekstur-inn gekk þó brösuglega og húsið var jafnvel leigt út undir aðra starfsemi frá vori til vetrarbyrjunar enda var þá minna um erlend fiskiskip á miðunum. Frá því um 1930 var sjúkrahúsið haft opið allt árið og dugði það ágætlega sem nokkurs konar slysadeild fyrir erlenda sjómenn sem sóttu til Patreksfjarðar en þeir voru fjölmargir. Helsti kostur-inn við að fá erlenda sjómenn á sjúkrahúsið var að þá var greiðsla fyrir læknishjálpina og dvölina á sjúkrahúsinu yfirleitt tryggð en stundum gat verið erfitt að innheimta slíka reikninga hjá fátækum íslenskum almúga.

Sigurður Magnússon læknir teiknaði einnig kirkjuna sem enn stendur. Hann byggði sér tvisvar einbýlishús á Patreksfirði skammt frá sjúkrahúsinu en hann var héraðslæknir þar á árunum 1899-1923. Sigurður var smiður góður og fékk sveinsbréf í trésmíði sama ár og hann útskrifaðist úr Lærða skólanum og hóf nám við Læknaskólann.

Jón Ólafur Ísberg

Úr bók Sigurðar Magnússonar læknis á Patreksfirði og víðar: ***Æviminningar læknis***. Iðunn, Reykjavík 1985: 80.

Það leið nú ekki á mjög löngu, að mér barst sullaveikissjúklingur, maður 25-30 ára, en svipaður á stærð og 10-12 ára drengur, og með heljarmikla kviðfylli. Það varð að samkomulagi, að eg reyndi að losa hann við sullinn, og fór sú athöfn fram í litlu baðstofugreni á Þingeyri með aðstoð konu minnar einnar. Þetta fór allt vel, sjúklingnum batnaði eftir hæfilegan tíma. Nokkrum árum síðar mætti eg honum á götu á Ísafirði - en þar átti hann heima - og var hann hinn ánægðasti og þakkaði mér fyrir síðast.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8,
201 Kópavogi
sími 564 4104

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



375

Anna Gunnarsdóttir

Öll erum við mannleg – hugleiðingar vegna ákæru saksóknara

Við verðum að nýta tilvik þar sem eitthvað fer úrskeiðis á uppbyggilegan hátt svo að sömu mistök endurtaki sig ekki.



377

Birgir Jakobsson

Leit að sökudólgum skaðar öryggi sjúklinga

Dómsvaldið á að dæma séu lög brotin og landslög eiga að ná til allra, einnig starfsfólks sjúkrahúsa. Löggjafarvaldið á hins vegar að taka tillit til flókinnar hátækni.

FRÆÐIGREINAR

379

Elías Sæbjörn Eyþórsson, Tinna Laufey Ásgeirsdóttir, Magnús Gottfreðsson

Nálaskiptiþjónusta er kostnaðarvirk forvörn gegn HIV á Íslandi

Nálaskiptiþjónusta hefur verið starfrækt af Reykjavíkurdeild Rauða Kross Íslands frá árinu 2009, en umfangið hefur verið mismikið. Hlutverk þjónustunnar er að veita sprautufíklum ókeypis aðgang að hreinum nálum og að safna notuðum nálum til förgunar.

385

Margrét Hlín Snorradóttir, Davíð O. Arnar, Ragnar F. Ólafsson, Runólfur Pálsson, Ólafur Skúli Indriðason

Viðhorf sjúklinga til veittrar þjónustu og viðmóts heilbrigðisstarfsfólks á Hjartagátt Landspítala

Fólk á samkvæmt lögum að fá bestu mögulegu heilbrigðisþjónustu sem völ er á á hverjum tíma. Þrátt fyrir niðurskurð fjárveitinga til heilbrigðiskerfisins undanfarin ár teljast gæði íslenskrar heilbrigðisþjónustu mikil í samanburði við flest önnur vestræn ríki en lítið er vitað um upplifun sjúklinga af þjónustunni.

393

Ólafur Árni Sveinsson, Ólafur Kjartansson, Einar Már Valdimarsson

Heilablóðþurrð/- drep – greining og meðferð

Á Íslandi verða um 400 manns fyrir heilablóðþurrð á ári hverju, rúmlega einn á dag. Heilablóðþurrð er bráðaástand. Talið er að um tvær milljónir heilafrumna deyi á hverri mínútu eftir að slagæð í heila lokast. Öllu máli skiptir að sjúklingurinn komist sem fyrst á sjúkrahús, meðal annars til segaleysandi meðferðar.

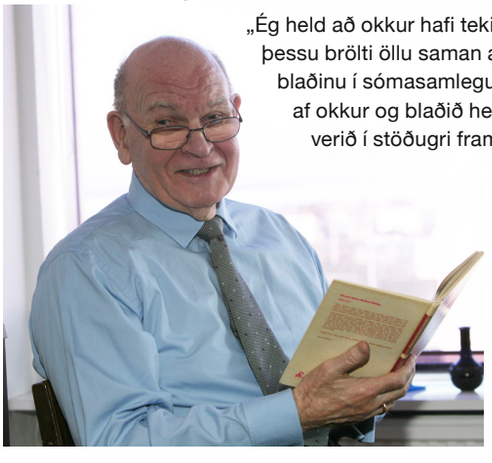
100. ÁRGANGUR LÆKNABLAÐSINS

404

„Samstarfið við danska læknafélagið réði úrslitum“

– segir Örn Bjarnason sem var ritstjóri Læknablaðsins frá 1976-1993

Hávar Sigurjónsson



„Ég held að okkur hafi tekist með þessu brölti öllu saman að skila blaðinu í sómasamlegu ástandi af okkur og blaðið hefur alltaf verið í stöðugri framþróun.“



408

Fyrsti ritstjórnarfulltrúi blaðsins

– talað við Jóhannes Tómasson

Hávar Sigurjónsson

„Ég tók við á sínum tíma af Sigurjóni Jóhannssyni blaðamanni og starfið var í upphafi fólgið í því að taka efni blaðsins, lesa það yfir og fylgja því síðan eftir í gegnum prentun.“

UMFJÖLLUN OG GREINAR

410
Fyrst kristniboði, svo læknir

Þröstur Haraldsson

Jóhannes Ólafsson starfaði lengst af í Eþíópíu þar sem hann beitti lækniskunnáttu sinni í þágu fólksins og frelsarans.



415
Læknablaðið komið inn á timarit.is

– rætt við fulltrúa Landsbókasafnsins

Védís Skarphéðinsdóttir

Læknafélag Íslands færði Læknablaðinu þá gjöf á afmælisári að fá blaðið skannað inn á timarit.is – og nú er það í höfn: 85 árgangar (1915-1999), 662 tölublöð, 35.000 blaðsíður!





418
Mikilvægt að viðhalda þekkingunni

– segja öldungar um hækkuð aldursmörk í nýjum heilbrigðislögum

Anna Björnsson

1. júlí urðu breytingar á lögum um heilbrigðisstarfsmenn. Þar er læknum og tannlæknum heimilt að starfa eftir 75 ára aldur.

425
Starfsmanna-stjórar teknir á beinið:

Bryndís Hlöðversdóttir starfsmannastjóri Landspítala

Sigdís Þóra Sigþórsdóttir

Í janúar síðastliðnum voru 4864 starfsmenn á spítalanum.



414
Ráðstefna ESHG í Mílanó

Vigdís Stefánsdóttir

Árleg ráðstefna European Society of Human Genetics í Evrópu

416
Bráðaómun í héraðs lækningum á Íslandi

Hjalti Már Björnsson, Sigurður Halldórsson

Til eru ýmis einföld ómtæki sem gætu eflt myndgreiningu á smærri heilbrigðisstofnunum.



422
Læknakandídatar 2014

Sigdís Þóra Sigþórsdóttir

49 kandídatar útskrifuðust í júní, 21 strákur, 28 stelpur!



ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



403
Skjólstæðingarnir fara ekki í frí

Guðrún Jóhanna Georgsdóttir

Sumarið er hálfnað hvað sem veðurfréttirnar segja okkur með sól, rigningu, blíðu eða blæ.

LÖGFRÆÐI 10.PISTILL



421
Dauðsfall á heilbrigðisstofnun

Dögg Pálsdóttir

Í umfjöllun ríkissaksóknara um manndráp af gáleysi kemur fram að 215. gr. almennra hegningarlaga nær til allra, hvaða starfi eða stöðu sem þeir gegna.

LYFJASPURNINGIN

423
Áhætta af samsettri notkun ACE-hemla og ARB hjá sykursjúkum

Elín I. Jakobsen, Einar S. Björnsson

Sykursýkisnýrnakvilli er ein aðalorsök lokastigsnýrnabilunar hjá sjúklingum víða um heim.

430

Úr fórum Læknablaðsins – 1915-2014

Limrur og ljóð

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 IS/FF/0001d/12 (1)

Öll erum við mannleg

hugleiðingar vegna ákæru ríkissaksóknara

Anna Gunnarsdóttir

Barnaskurðlæknir og formaður Læknaráðs Landspítala

Klínískur dósent og stundakennari við læknadeild HÍ, Barnaspítala Hringsins, Landspítala Hringbraut
Anna er í ritstjórn Læknablaðsins.

annagunn@landspitali.is



Ríkissaksóknari hefur nú í fyrsta skipti á Íslandi ákært hjúkrunarfræðing á Landspítala fyrir manndráp af gáleysi vegna mistaka í starfi sínu á gjörgæsludeild. Eðlilega vakna margar spurningar í hugum heilbrigðisstarfsmanna við aðstæður sem þessar. Hver er ábyrgð okkar sem einstaklinga gagnvart gáleysi eða mistökum í starfi? Hver er húsbóndaábyrgð vinnuveitanda okkar, Landspítala? Hver er réttarstaða starfsmanna þegar vinnuumhverfi okkar er orðið það aðþrengt að öryggi sjúklinga, og starfsmanna, er ógnað? Er sjálfgefið að starfsfólk verði sífellt að vinna og hlaupa hraðar og stöðugt taka að sér fleiri og flóknari verkefni, við aðstæður sem geta ógnað öryggi sjúklinga og okkar sjálfra? Hvar liggja öryggismörkin og hverra er ábyrgðin ef eitthvað fer úrskeiðis við slíkar aðstæður? Liggur hún hjá einstökum starfsmanni, viðkomandi yfirmanni, fram kvæmdastjórn spítalans, landlækni eða heilbrigðisyfirvöldum? Svarið er ekki einfalt. Öll berum við jú vissulega ábyrgð á gjörðum okkar, hvort sem er í vinnu eða utan vinnu og skorumst ekki undan því né erum undanskilin almennum hegningarlögum. En við ráðum ekki alltaf við ytri aðstæður sem vissulega geta skipt máli og verið orsakaþáttur í ferli sem getur leitt til alvarlegra mistaka. Þessum leiðara er ekki ætlað að svara öllum þeim spurningum sem vakna og ekki ætlað að leggja mat á áðurnefnt ákærumál, en ljóst er að í kjölfar ákærunnar er heilbrigðisstarfsmönnum á Íslandi brugðið og nauðsynlegt er að skapa málefnalega umræðu til að fá svör við ofangreindum spurningum sem fyrst.

Það hefur lengi verið ljóst að spítalaumhverfi getur verið hættulegt. Í skýrslunni *To Err is Human: Building a Safer Health System* sem kom út árið 1999[1] var varpað ljósi á þá staðreynd að sjúklingum getur stafað ógn af spítalavist. Samkvæmt niðurstöðum skýrslunnar, sem byggði á tveimur stórum rannsóknum, var talið að hugsanlega allt að 98.000 manns létust á sjúkrahúsum í Bandaríkjunum árlega vegna fyrirbyggjanlegra mistaka í meðferð eða umönnun þeirra. Þetta voru ógnvænlegar tölur og í kjölfarið fylgdi alþjóðlegt átak til að efla öryggi og öryggismenningu innan spítala til að vinna gagngert að því að koma í veg fyrir mistök við umönnun og meðferð sjúklinga. Rannsóknir sýna að oftast liggur orsök atvikanna ekki hjá einstökum starfsmanni heldur í erfiðum eða ófullnægjandi aðstæðum á vinnustað, mismunandi samverkandi þáttum eða skorti á skýrum og öruggum verkferlum. Afar mikilvægt er að gera greinarmun á mistökum, gáleysi og refsiverðu gáleysi í slíkum aðstæðum. Að ásaka einstakan starfsmann fyrir mistök eða jafnvel gáleysi í svo flóknu umhverfi sem spítalaumhverfið er, bætir ekki öryggi sjúklinga eða kemur í veg fyrir að sömu mistök geti gerst aftur hjá öðrum starfsmanni. Mikilvægara er að hvetja starfsmenn til að greina frá mistökum til að hægt sé að vinna úr þeim á uppbyggilegan hátt.

Í dag eru á Landspítala tilkynnt um 6-10 tilvik árlega þar sem óvænt andlát verður á spítalanum. Í öllum þessum tilvikum er gerð svokölluð rótargreining til að greina hvað fór úrskeiðis eða hefði mátt betur fara. Aukið öryggi á spítala nær einnig til starfsmanna en á Landspítala eru tilkynnt tæplega 300 atvik árlega þar sem starfsmenn verða fyrir ofbeldi frá hendi sjúklinga. Mikilvægast er að greina af vandvirkni það sem miður fer, læra af því og skapa umhverfi og vinnuaðstæður til að koma í veg fyrir að sambærilegt atvik endurtaki sig. Þannig og eingöngu þannig náum við smám saman að auka öryggi sjúklinga og starfsmanna á spítalanum. Á Landspítala hefur undanfarin ár verið unnið markvisst að því að bæta öryggismenningu spítalans. Ákæran frá ríkissaksóknara getur verið ógn við slíka vegferð og er það miður.

Starf á spítala er fórnfúst, krefjandi og oft afar flókið samstarf ólíkra fagstétta sem vinna saman að bættri heilsu sjúklinga okkar. Það gefur auga leið að mistök í starfi geta haft alvarlegar afleiðingar. Enginn sérstakur lagarammi er til í íslenskum lögum hvað varðar mistök í starfi fyrir heilbrigðisstarfsmenn, sem tekur tillit til hins flókna spítalaumhverfis. Því stöndum við, heilbrigðisstarfsmenn, frammi fyrir því að mistök eða gáleysi í starfi sem hefur alvarlegar afleiðingar fyrir sjúklinga okkar getur einnig fallið undir ákvæði almennra hegningarlaga (nr. 19/1940) með refsiramma allt að 6 ára fangelsi, samkvæmt ríkissaksóknara. Það hlýtur að vera von okkar að þessi ákæra leiði til þess að löggjöfin verði endurskoðuð með tilliti til starfsumhverfis heilbrigðisstarfsmanna, eins og fordæmi eru um frá öðrum starfsstéttum og öðrum löndum.

Það er vissulega mannlegt að gera mistök en það eru enn verri mistök ef við nýtum ekki þau tilvik þar sem eitthvað fer úrskeiðis á uppbyggilegan hátt til að koma í veg fyrir að sömu mistök endurtaki sig. Það hlýtur að vera okkar sameiginlega ábyrgð að efla öryggismenningu spítalans með því að greina það sem miður fer og nota til framfara.

Heimild

1. nap.edu//books/0309068371/html/

We are only human
reflection on nurse prosecution

Anna Gunnarsdóttir
Consultant Pediatric Surgeon Chair of Medical council of Landspitali Clinical Associate Professor, Faculty of Medicine, University of Iceland
The Children Hospital Hringurinn Landspitali, University Hospital Reykjavik

HEFJIÐ MEÐFERÐ MEÐ SPIRIVA® (TÍÓTRÓPÍUM)

Staðfest sem 1. valkostur til viðhaldsmeðferðar. Við LLT á öllum stigum

25 milljónir sjúklingaára með Spiriva *,1

ÞAÐ Á AÐ LIFA LÍFINU

SPIRIVA: Langverkandi andkólínvirkt lyf til viðhaldsmeðferðar við LLT einu sinni á dag.

SPIRIVA TÍÓTRÓPÍUM

- **Andkólínvirkt lyf með fyrirliggjandi upplýsingar um dauðsföll**

16%
FÆKKUN DAUÐSFALLA[2]
P< 0,05



- Minnkar viðvarandi andnauð[3,4,*]
- Minnkar marktækt hættu á versnun LLT[5,6,*,+]
- Eykur marktækt lífsgæði hjá LLT-sjúklingum[5,7,8,#,+]
- Eykur marktækt líkamlegt úthald[4,9,10,#]

\# Upplýsingarnar sem koma fram vísa til meðferðar með SPIRIVA 18 míkróg einu sinni á dag með HandiHaler®

\+ SPIRIVA breytti ekki skerðingarhraða lungnastarfsemi. Aukaendapunktur í UPLIFT sýnir að meðferðin leiðir til meiri bóta á lungnastarfsemi samanborið við lyfleysu

Boehringer Ingelheim

Spi-13-01-10 maj 2013

***Ábendingin: Tíótrópíum er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT).**

**** Í heiminum.**



SPIRIVA® TIOTROPIUM

Heimildir: 1. Yohannes, A.M. et al, Ten years of tiotropium: clinical impact and patient perspectives, International Journal of COPD 2013;8:117-125. **2.** Samantekt á eiginleikum Spiriva innöndunardufti í hylkjum, samþykkt af heilbrigðisyfirvöldum í Danmörku 19. júní 2012. „Lyfhrif: Í rannsókn sem stóð yfir í 4 ár sást bati á lungnastarfsemi (FEV1). Batinn hélst stöðugur öll 4 árin. Á meðferðartímanum sást 16% minnkun hættu á dauðsfalli." **3.** Casaburi R et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2002;19:217-224. **4.** O'Donnell DE et al. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnoea and exercise tolerance in COPD. Eur Respir J 2004;23:832-840. **5.** Tashkin DP et al; for the UPLIFT® Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2008;359:1543-54. **6.** Vogelmeier C et al; for the POET-COPD Investigators. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. N Engl J Med 2011;364:1093-1103. **7.** Troosters T et al; for the UPLIFT® Study Investigators. Tiotropium as a first maintenance drug in COPD: secondary analysis of the UPLIFT® trial. Eur Respir J 2010;36:65-73. **8.** Tonnel AB et al; for the TIPHON study group. Effect of tiotropium on health-related quality of life as a primary efficacy endpoint in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2008;3:301-310. **9.** Casaburi R et al. Improvement in Exercise Tolerance With the Combination of Tiotropium and Pulmonary Rehabilitation in Patients With COPD. Chest 2005;127:809-817. **10.** Maltais F et al. Improvements in Symptom-Limited Exercise Performance Over 8 h With Once-Daily Tiotropium in Patients With COPD. Chest 2005;128:1168-1178.

Sérlyfjatexti á bls.428

Leit að sökudólgum skaðar öryggi sjúklinga

Birgir Jakobsson

barnalæknir,
sjúkrahússtjóri Karolinska Universitetssjukhuset



Birgir.jakobsson@karolinska.se

Gífurlega mikil þróun hefur átt sér stað síðustu áratugi innan heilbrigðisþjónustunnar. Sérstaklega á þetta við um þróun á sviði tækni og lyfja. Starfsfólk á sjúkrahúsum þarf nú að hafa með höndum flókin tæki og öflug lyf og séu þau notuð á rangan hátt geta þau haft alvarlegar afleiðingar fyrir sjúklingana. Menntun heilbrigðisstétta og þróun vinnubragða á spítölum hefur ekki haldið í við þessa þróun. Í Svíþjóð er talið að á hverju ári hljóti um 100.000 sjúklingar varanlegt mein af völdum óhappa í heilbrigðisþjónustunni og að um 3000 sjúklingar bíði bana árlega af sömu ástæðu. Síðastliðinn áratug hefur skilningur á gildi svokallaðrar öryggismenningar farið vaxandi innan heilbrigðisgeirans. Heilbrigðisgeirinn lítur nú í auknum mæli til annarra starfsgreina sem hafa komist lengst á sviði öryggis, svo sem fluggeirans. Þar ríkir skilningur á því að öryggi farþega og starfsfólks er háð samspili á milli hins mannlega þáttar við tækni og skipulag á vinnustað. Allir þessir þættir geta brugðist, hver fyrir sig, en sjaldan allir í einu. Í starfsemi sem einkennist af öryggishugarfari og öryggismenningu sér maður til þess að allir þættirnir þrír vinni saman, þannig að ef einn þeirra bregst grípur annar inn í. Stórslys gerast þegar tveir eða fleiri þættir bregðast samtímis.

Hingað til hafa óhöpp innan heilbrigðisstofnana verið rannsökuð eingöngu innan heilbrigðiskerfisins og af eftirlitsstofnunum þess, og þar hefur þróun síðustu ára verið sú að í auknum mæli er forðast að leita að sökudólgum og fremur leitað þess sem úrskeiðis fór og af hverju. Nú sýna aðrir geirar þjóðfélagsins aukinn áhuga á að fá innsýn í þessi mál. Fyrir skömmu var barnalæknir á Karolinska sjúkrahúsinu settur í gæsluvarðhald og ákærður fyrir að hafa bundið enda á líf dauðvona fyrirbura sem viðkomandi læknir meðhöndlaði í lok lífsins. Tveimur árum og einni eyðilagðri starfsævi síðar lauk málinu með því að læknirinn var sýknaður. Það er ólöglegt að flýta fyrir dauða sjúklings sem liggur á dánarbeði en það er skylda hjúkrunarfólks að lina þjáningar í lok lífsins. Munurinn á þessu tvennu kann að virðast óljós fyrir þá sem ekki eru læknar eða hjúkrunarfólk en er augljós öllum sem hafa til þess menntun. Öll þessi atburðarás olli mikilli óvissu og ótta meðal starfsfólks á sjúkrahúsinu og stjórn sjúkrahússins neyddist til að verja miklum kröftum í að styðja barnalækninn og nánustu samstarfsmenn, ekki síst til að tryggja að meðferð dauðvona sjúklinga færi ekki úrskeiðis.

Í Svíþjóð rannsakar svokölluð „stórslysanefnd“ (Statens haverikommission) slys og alvarleg óhöpp sem gerast af völdum almenningssamgöngutækja eða í kjarnorkuverum. Fyrir nokkru barði þessi stofnun að dyrum Karolinska sjúkrahússins og vildi rannsaka óhapp sem hafði kostað sjúkling lífið. Óhappið var þegar í rannsókn samkvæmt hefðbundnum leiðum innan heilbrigðisgeirans. Niðurstaðan af þessum tveimur rannsóknum var að mestu samhljóða og án þess að bent væri á nokkurn sökudólg. Skýrsla „stórslysnefndar“ var hins vegar mjög ýtarleg og lærdómsrík fyrir það umbótarstarf sem hefur átt sér stað um árabil á Karolinska.

Hér eru tekin tvö dæmi, annars vegar þar sem dómsvaldið grípur inn í gang mála til að finna hver sé ábyrgur og dæma viðkomandi til refsingar, og hins vegar „stórslysanefnd“ sem hefur langa reynslu af því að byggja upp öryggismenningu og skilur mikilvægi þess að rannsóknin beinist að því að komast að „hvað“ gerðist og ekki „hver“ gerði það. Hið síðarnefnda leiðir óhjákvæmilega til óvissu og hræðslu á vinnustað sem skapar hættu í sjálfu sér en einnig til þess að starfsfólk lætur vera að skýra frá frávikum og óhöppum sem annars gætu leitt til umbóta og aukins öryggis sjúklinga. Hin margþætta atburðarás sem oftast er undanfari alvarlegs óhapps gerir það að verkum að erfitt er að benda á nokkurn einstakan sem er ábyrgur. Fyrr eða síðar verður öllum á að gera mistök og þá ríður á að gera vinnustaðinn þannig úr garði að tæki og vinnuaðferðir minnki hættuna á alvarlegum afleiðingum þessara mistaka. Vinnuveitandinn ber ábyrgð á því að þessu sé framfylgt á vinnustöðum þar sem líf og heilsa fólks er í húfi.

Hlutverk dómsvaldsins er að túlka lögin og dæma til refsingar séu þau brotin. Að sjálfsögðu eiga landslög að ná jafnt til allra, einnig starfsfólks sjúkrahúsa. Löggjafarvaldinu ber hins vegar að sjá til þess að lögin taki fullt tillit til þess hvernig flókin hátæknistarfsemi, eins og heilbrigðisgeirinn er orðinn, byggir upp öryggismenningu.

„Shame and blame“ threatens patient safety

Birgir Jakobsson MD, CEO of Karolinska University Hospital, Stockholm

Selincro® (nalmefen) dregur úr áfengisneyslu um 61% eftir 6 mánaða meðferð*[1]



Áfengisfíkn er heilasjúkdómur sem hægt er að meðhöndla með lyfjum[2]

Selincro (nalmefen) er eina lyfjameðferðin sem samþykkt er til að draga úr áfengisneyslu hjá fullorðnum sjúklingum sem eru háðir áfengi og neyta mikils áfengis[3]

Selincro (nalmefen) er álitið endurskapa jafnvægið í brengluðu hvatningakerfi með því að tempra ópíóíðvitakana, sem álitið er að dragi úr þörfinni fyrir að neyta áfengis[2,3]

*Hjá fullorðnum sjúklingum sem haldnir eru áfengisfíkn með mikla áfengisneyslu:
>40 g/dag fyrir konur og > 60 g/dag hjá körlum

1. Brink et al. Efficacy of As-Needed Nalmefene in Alcohol-Dependent Patients with at Least a High Drinking Risk Level: Results from a Subgroup Analysis of Two Randomized Controlled 6-Month Studies. Alcohol and Alcoholism, 2013 Sep-Oct;48(5):570-8;
2. Clapp et al. How Adaptation of the Brain to Alcohol Leads to Dependence: A Pharmacological Perspective; Alcohol Res Health 2008; 31(4): 310-339;
3. Selincro Samantekt á eiginleikum lyfs.

IS-2014-06-01

Lundbeck

Sérlyfjatexti á bls. 420

Selincro® nalmefen

Nálaskiptiþjónusta er kostnaðarvirk forvörn gegn HIV á Íslandi

Elías Sæbjörn Eyþórsson[1] læknanemi, **Tinna Laufey Ásgeirsdóttir**[2] hagfræðingur, **Magnús Gottfreðsson**[1,3] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Árið 2007 varð snögg aukning á HIV-smitum meðal sprautufíkla á Íslandi. Frá 2007-2011 greindust 34 HIV-nýsmit meðal sprautufíkla samanborið við fjögur nýsmit árin 2002-2006. Markmið rannsóknarinnar var að meta hvort nálaskiptiþjónusta væri kostnaðarhagkvæm forvörn gegn HIV meðal sprautufíkla á Íslandi.

Efniviður og aðferðir: Kostnaðarnytjagreining var gerð út frá samfélagslegu sjónarhorni. Verðlagsár greiningarinnar er 2011 og við núvirðingu var miðað við 3% afvöxtunarstuðul. Borið var saman 10 ára tímabil, 2011-2020 með og án nálaskiptiþjónustu. Kostnaðarnytjahlutfall var reiknað út frá kostnaði á hvert lífsgæðavegið lífár. Næmisgreining var gerð á öllum helstu forsendum.

Niðurstöður: Heildarkostnaður samfélagsins vegna HIV-sýkinga sprautufíkla á tímabilinu 2011-2020 var áætlaður 914.369.621 kr. án nálaskiptiþjónustu en 947.653.758 kr með nálaskiptiþjónustu. Umframkostnaður samfélagsins vegna nálaskiptiþjónustu á tímabilinu er því 33.284.137 kr. Nyt samfélagsins af nálaskiptiþjónustu eru 7,39 lífsgæðavegin lífár. Jafnframt kemur nálaskiptiþjónusta í veg fyrir 4-5 HIV-sýkingar á tímabilinu. Kostnaðarnytjahlutfallið af því að veita nálaskiptiþjónustu í stað engrar er 4.506.720 kr.

Ályktanir: Samkvæmt viðmiði Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar er aðgerð kostnaðarvirk ef hún skilar einu lífsgæðavegnu lífári fyrir minna en þrefalda verga landsframleiðslu á einstakling á ári. Árið 2011 var þreföld árleg verg landsframleiðsla á íbúa á Íslandi 15.329.757 kr. Næmisgreining á helstu forsendum skilaði kostnaði innan þessara marka. Nálaskiptiþjónusta er kostnaðarvirk forvörn gegn útbreiðslu HIV meðal sprautufíkla á Íslandi.

Inngangur

[1]Læknadeild, [2]hagfræðideild Háskóla Íslands, [3]smitsjúkdómadeild Landspítala.

Blóðbornir smitsjúkdómar eru erfitt heilsuvandamál meðal sprautufíkla. Þessi sjúklingahópur er oft á jaðri samfélagsins og er í aukinni hættu á slíkum sjúkdómum. Þeir leita sér síður læknisaðstoðar og meðferðarheldni er jafnframt lakari en margra annarra. Árið 2007 varð snögg aukning á HIV-smitum í hópi sprautufíkla á Íslandi. Á tímabilinu 2007-2011 greindust 34 HIV-nýsmit hjá sprautufíklum samanborið við fjögur nýsmit í sama hópi árin 2002-2006. Á síðustu tveimur árum hefur aukningin hins vegar gengið til baka. Árið 2012 greindust 6 nýsmit í þessum hópi og eitt nýsmit árið 2013.[1] Ein af þeim aðgerðum sem hefur gefið góða raun erlendis gegn útbreiðslu blóðborinna smitsjúkdóma meðal sprautufíkla er nálaskiptiþjónusta, sem oft er beitt ásamt öðrum úrræðum til skaðaminnkunar (*harm reduction*).[2,3] Hlutverk þjónustunnar er að veita sprautufíklum ókeypis aðgang að hreinum nálum og að safna notuðum nálum til förgunar.

Fyrirspurnir: Magnús Gottfreðsson
magnusgo@landspitali.is

Á Íslandi hefur þjónustan verið starfrækt af Reykjavíkurdeild Rauða Kross Íslands frá árinu 2009, en umfangið hefur verið mismikið. Markmið rannsóknarinnar var að meta hvort þessi þjónusta sé kostnaðarvirk forvörn gegn útbreiðslu HIV hjá sprautufíklum á Íslandi.

Efniviður og aðferðir

Greinin barst 20. desember 2013, samþykkt til birtingar 12. maí 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

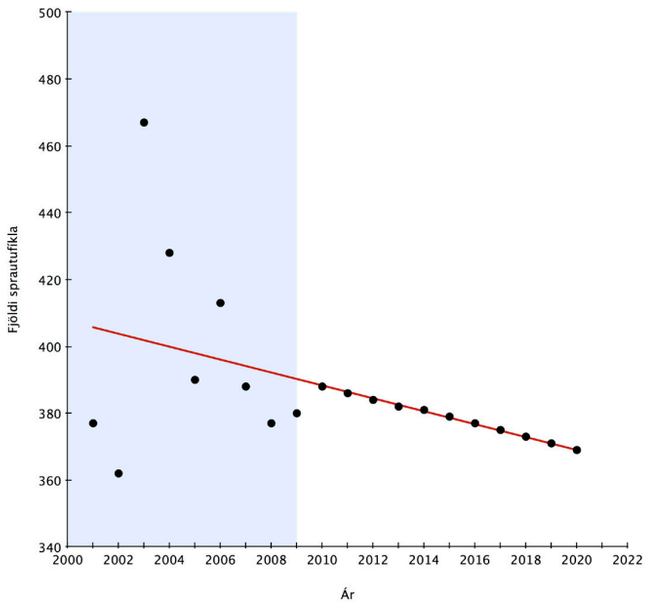
Tekið var fyrir 10 ára tímabil, 2011-2020, og bornar saman aðstæður með og án nálaskiptiþjónustu. Kostnaður og árangur var metinn fyrir hvort tilvik fyrir sig að gefnum rökstuddum forsendum. Árangur var mældur í lífsgæðavegnum lífárum (*Quality Adjusted Life Year,* QALY) og fjölda HIV-nýsmita og að lokum var kostnaðarnytjahlutfall (*Incremental Cost-Utility Ratio,* ICUR) reiknað. Þegar óvissa ríkti um forsendu var leitast við að hún skekkti rannsóknina frekar að neikvæðu svari til þess að niðurstaðan yrði varfærið mat á hagkvæmni nálaskiptiþjónustunnar. Næmisgreining (*sensitivity analysis*) var síðan gerð á helstu forsendum til að athuga hvort skekkja í þeim hefði mikil áhrif á niðurstöðuna.

Til þess að svara rannsóknarspurningunni þurfti viðmið fyrir kostnaðarvirkni en slíkt viðmið hefur ekki verið gefið út á Íslandi. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin miðar við að aðgerð sé kostnaðarvirk ef hún skilar einu lífgæðavegnu lífári undir þrefaldri árlegri vergri landsframleiðslu á einstakling.[4] Notast var við þetta viðmið þegar niðurstöður kostnaðarnytjagreiningarinnar voru túlkaðar.

Helstu forsendur

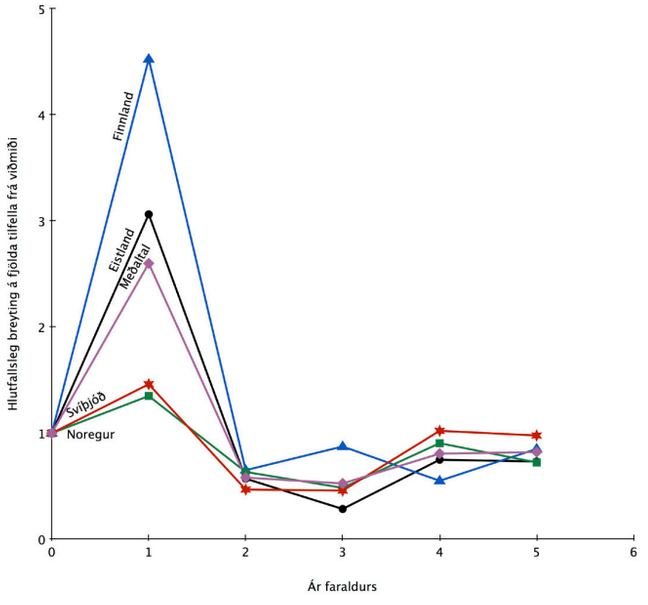
Fjöldi sprautufíkla á Íslandi er óþekktur. Í þessari rannsókn var fjöldinn metinn út frá fjölda einstaklinga sem innrituðust á Vog vegna sprautufíknar.[5] Sprautufíkn er langtímaástand þar sem skiptast á tímabil þar sem einstaklingi tekst að ná stjórn á fíkninni og tímabil þar sem einstaklingur er í virkri neyslu. Á hverju ári tekst hluta sprautufíkla að ná stjórn á fíkninni en aðrir hefja aftur virka neyslu, auk þess sem nýir sprautufíklar bætast við. Það eru fyrst og fremst virkir sprautufíklar sem njóta góðs af nálaskiptiþjónustunni. Gert var ráð fyrir að þeir sem innrituðust á Vog vegna sprautufíknar á ári væru

IS-2014-06-01



Mynd 1. *Áætlaður fjöldi virkra sprautufíkla á Íslandi 2001-2020. Gildi innan blára skyggða svæðisins eru reiknuð út frá fjölda einstaklinga sem lögðust inn á Vog vegna sprautufíknar.[5] Línulegt aðhvarf á gildum innan skyggða svæðisins var notað til að spá fyrir um fjölda virkra sprautufíkla á tímabilinu 2010–2020.*

90% af fjölda virkra sprautufíkla á Íslandi það ár. Það er ljóst að þeir sem leita sér aðstoðar vegna fíknar sinnar eru aðeins hluti af heildinni og því er um hóflegt mat á heildarfjöldanum að ræða. Á þeim forsendum var gerð línuleg aðhvarfsgreining á fjölda sprautufíkla á Vogi á árunum 2001-2009 og metill óháðu breytunnar tíma nýttur til að spá fyrir um fjölda sprautufíkla út tímabilið (mynd 1). Nýgengi HIV hjá sprautufíklum var reiknað miðað við þennan áætlaða fjölda sprautufíkla og upplýsingar um fjölda HIV-smita frá Embætti landlæknis.[1] HIV-faraldurinn meðal sprautufíkla sem hófst árið 2007 er sá fyrsti og eini sem hefur geisað á Íslandi. Því eru ekki til söguleg viðmið um hvernig slíkur faraldur



Mynd 2. *Hlutfallsleg breyting á fjölda HIV-nýsmita meðal sprautufíkla í HIV-faröldrum í fjórum löndum.[6–8] Y-ás er kvarðaður sem margfeldi af meðalfjölda nýsmita þriggja ára fyrir upphaf faraldurs.*

Tafla I. *Helstu forsendur rannsóknarinnar.*

Mismunur á heilsutengdum lífsgæðum sprautufíkils með og án HIV. Notast var við mismuninn 3,5.
Virkni nálaskiptiþjónustu til að draga úr HIV-nýsmitum. Notast var við gildið 0,12 nýsmit/100 persónuár.
Árskostnaður HIV-meðferðar sprautufíkils var metinn vera 2.338.350 kr. árið 2011.
Árskostnaður nálaskiptiþjónustu á Íslandi var metinn vera 9.013.437 kr. árið 2011.
Fjöldi sprautufíkla á Íslandi á ári var metinn vera 386 árið 2011.
Notast var við 3% afvöxtunarstuðul.

myndi þróast hér á landi. Slíkir faraldrar hafa hins vegar orðið í nágrannalöndum okkar. Gert var ráð fyrir að HIV-faraldur meðal sprautufíkla á Íslandi myndi þróast á sama hátt og HIV-faraldrar meðal sprautufíkla í Eistlandi, Finnlandi, Noregi og Svíþjóð hafa gert í gegnum tíðina.[6–8] Fleiri ný HIV-tilfelli hjá sprautufíklum sem fall af tíma myndar svipaðan feril í þessum fjórum faröldrum. Þeir eiga það sameiginlegt að nýjum HIV-smitum fjölgaði skyndilega það ár sem faraldurinn hófst en fjöldinn féll aftur í grunntíðni ári seinna. Til þess að spá fyrir um fjölda HIV-tilfella og nýgengi HIV á tímabilinu án nálaskiptiþjónustu voru íslensk gögn um HIV felld að meðaltali þessara ferla (mynd 2). Engin íslensk rannsókn hefur verið gerð á virkni þjónustunnar gegn útbreiðslu HIV og því var nauðsynlegt að meta virkni út frá erlendum rannsóknum. Leitast var við velja rannsókn þar sem aðstæður sprautufíkla og þekjun nálaskiptiþjónustu er sambærileg því sem búast mætti við hér á landi. Gert var ráð fyrir sambærilegri virkni og í kanadískri rannsókn þar sem engin takmörkun var á fjölda nála sem dreift var með þjónustunni og gott aðgengi var að ódýrum nálum í lyfjaverslunum. Þar var einnig til staðar virkt stuðningskerfi fyrir sprautufíkla.[9] Önnur rannsókn, þar sem þekjun þjónustunnar var meiri og öðrum skaðaminnkandi aðgerðum var beitt samhliða, sýndi fram á mun meiri virkni.[3] Að lokum var nauðsynlegt að vita hvernig sprautufíklar með HIV upplifðu heilsutengd lífsgæði sín (*Health Related Quality of Life*, HRQL) samanborið við sprautufíkla sem ekki voru smitaðir. Þessar upplýsingar hafa ekki verið teknar saman á Íslandi og því þurfti að miða við erlendar tölur.[10] Gert var ráð fyrir að yfirfæra mætti niðurstöður erlendra rannsókna yfir á íslenskan veruleika. Samantekt á helstu forsendum má sjá í töflu I.

Kostnaður vegna nálaskiptiþjónustu

Kostnaður vegna nálaskiptiþjónustu var metinn út frá óbirtum gögnum um rekstrarkostnað hennar en þjónustan er starfrækt á vegum Reykjavíkurdeildar Rauða kross Íslands. Þau gögn innihalda sundurliðaðan kostnað fyrir laun verkefnisstjóra, rekstur bifreiðar, kaup á nálaskiptibúnaði, námskeið, ferðir á ráðstefnur og auglýsingar. Gert var ráð fyrir að allur kostnaður héldist óbreyttur á tímabilinu nema kostnaður vegna kaupa á nálaskiptibúnaði sem metið var að myndi hækka vegna aukinnar dreifingar. Árið 2011 voru 746 komur í nálaskiptiþjónustu á vegum Rauða kross Íslands og fjölgaði þeim um 48 á árinu.[11] Á sama tíma var dreift 17.600 sprautum og 39.500 nálum. Tvöfaldur fjöldi nála samanborið við fjölda sprauta stafar af því að sprautufíklar nota oft grófa nál til að blanda fíkniefnin en fína nál til að sprauta sig í æð. Gert var ráð fyrir að nálabúnaður dreifðist jafnt á komur og að komum myndi fjölga um 48 á ári fyrstu 5 árin og síðan haldast stöðugar. Tíma-

virði þeirra sjálfboðaliða sem taka þátt í verkefninu var einnig metið sem hluti af kostnaði. Gert var ráð fyrir 5 ferðum á viku með tveimur sjálfboðaliðum og að hver ferð stæði í tvo klukkutíma. Tímavirði var reiknað út frá meðaltali reglulegra launa fullvinnandi launamanna á vinnumarkaði árið 2011 sem voru 376.000 kr., auk launatengdra gjalda sem voru metin vera um 36,6% af launum, það er 137.616 kr.[12,13] Samtals voru þetta því 513.616 kr. Launatengd gjöld eru breytileg eftir einstaklingum og stéttarfélögum. Hér var miðað við eftirfarandi: Tryggingagjald 8,65%, lífeyrisframlag 11,50%, mótframlag í séreign 2,00%, önnur launatengd gjöld 1,41% og orlof 13,04%. Flokkurinn önnur launatengd gjöld inniheldur orlofssjóðsiðgjald, sjúkrasjóðsgjald, starfsmenntasjóðsgjald, vísindasjóðsgjald, fjölskyldu- og styrktarsjóð og þróunar- og símenntunarsjóði.

Kostnaður vegna HIV-meðferðar

HIV-meðferð sprautufíkla var skilgreind út frá klínískum leiðbeiningum.[14] Gert var ráð fyrir að sprautufíklar færu í viðtal til smitsjúkdómalæknis fjórum sinnum á ári. Kostnaður við komu til smitsjúkdómalæknis er samkvæmt komugjöldum til klínískra sérfræðilækna frá Sjúkratryggingum Íslands.[15] Ekki var gert ráð fyrir kostnaði vegna blóðrannsókna né annarra rannsókna. Út frá evrópskum klínískum leiðbeiningum var gert ráð fyrir að sjúklingur yrði settur á eina af fjórum ráðlögðum upphafslyfjameðferðum við HIV.[14] Hlutföll milli ávísana á þessar lyfjameðferðir voru fengin úr óbirtum gögnum um ávísun lyfja við HIV á Landspítala.[15] Þessi gögn voru ópersónugreinanleg og áttu við allar ávísanir lyfja við HIV í öllum sjúklingahópum. Gert var ráð fyrir að yfirfæra mætti þessi hlutföll yfir á sprautufíkla. Kostnaður vegna lyfjameðferðar var metinn út frá lyfjaverðskrá.[16]

Kostnaðarnytjagreining

Kostnaðarvirkni nálaskiptiþjónustu var metin með kostnaðarnytjagreiningu þar sem kostnaður vegna þjónustunnar var reiknaður á hvert unnið lífsgæðavegið lífár samanborið við enga íhlutun á 10 ára tímabili 2011-2020. Allur kostnaður var reiknaður að verðlagi ársins 2011. Við núvirðingu var miðað við 3% afvöxtunarstuðul eins og skapast hefur hefð fyrir.

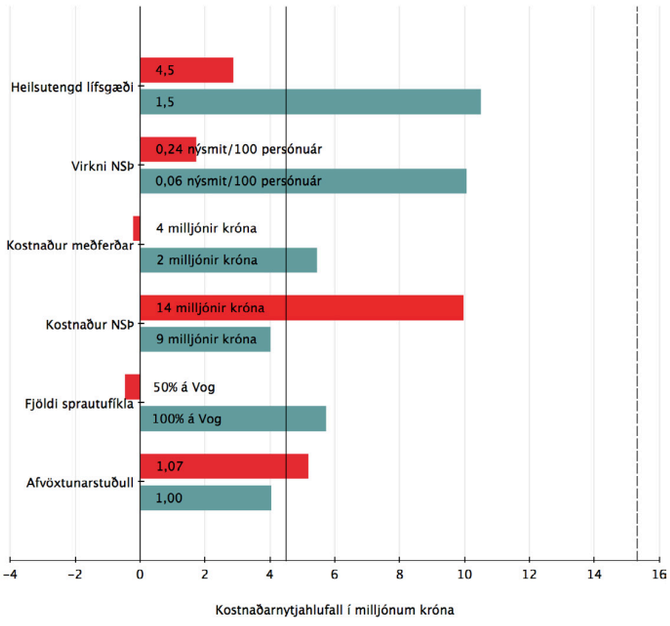
Kostnaðarnytjahlutfall var reiknað út sem

$$\frac{\text{(Viðbótarkostnaður vegna nálaskiptiþjónustu)}}{\text{(Viðbótar lífsgæðavegin lífár vegna nálaskiptiþjónustu).}}$$

Kostnaður vegna tilfellis þar sem nálaskiptiþjónusta er starfrækt er samtala kostnaðar vegna reksturs þjónustunnar og kostnaðar vegna meðferðar sprautufíkla með HIV. Kostnaður vegna tilfellis þar sem ekki er boðið upp á þjónustuna er einungis vegna HIV-meðferðar sprautufíkla, en þá eru fleiri sprautufíklar á meðferð en ella. Nyt þjónustunnar eru þau lífsgæðavegnu lífár sem sparast þegar þjónustan kemur í veg fyrir HIV-smit. Með kostnaðarnytjahlutfalli má reikna hvað það kostar samfélagið að reka nálaskiptiþjónustu í stað engrar þjónustu á hvert lífsgæðavegið lífár sem hún skilar.

Næmisgreining

Einþátta næmisgreiningar voru gerðar á öllum helstu forsendum og þær settar fram á sameiginlegu stólpariti og bornar saman við viðmið Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar fyrir kostnaðarvirkni.



Mynd 3. *Næmisgreining á helstu forsendum. Framan við hvern stólpa er gildi forsendunnar sem verið er að næmisgreina. Niðurstaða kostnaðarnytjagreiningarinnar er sýnd með óbrotinni línu og mörk Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar fyrir kostnaðarvirkni eru sýnd með brotinni línu.*

Forsendurnar sem kostnaðarnytjagreining var næmisgreind fyrir eru 6 talsins: mismunur heilsutengdra lífsgæða, virkni nálaskiptiþjónustu, kostnaður meðferðar, kostnaður nálaskiptiþjónustu, fjöldi sprautufíkla og afvöxtunarstuðull. Mismunandi gildi voru valin fyrir næmisgreininguna eftir forsendum. Upplýsingar um heilsutengd lífsgæði fyrir sprautufíkla með og án HIV-sýkingar voru fengnar úr gögnum frá Bretlandi og notast var við mismun þeirra gilda í útreikningi, 3,5.[10] Mismunur heilsutengdra lífsgæða voru næmisgreind á bilinu 1,5 - 4,5. Mat á virkni nálaskiptiþjónustu var rökstutt með vísan í erlenda langtíma áhorfsrannsókn sem hafði nokkra truflandi þætti. Þar var sýnt fram á að nálaskiptiþjónusta kæmi í veg fyrir 0,12 HIV-nýsmit á hver 100 persónuár meðal sprautufíkla.[9] Næmisgreint var á bilinu 0,06 - 0,24. Á fyrsta ári greiningarinnar var kostnaður vegna HIV-meðferðar metinn vera 2.338.350 kr.[15,16] Næmisgreiningin var á bilinu 2.000.000 kr. - 4.000.000 kr. Kostnaður nálaskiptiþjónustu var næmisgreindur á bilinu 9.000.000 kr. - 14.000.000 kr. Næmisgreiningarmörk fyrir fjölda virkra sprautufíkla voru valin út frá fjölda einstaklinga sem legðist inn á Vog vegna sprautufíknar á tímabilinu 2001-2009. Lágmarksfjöldinn fékkst ef gert var ráð fyrir að allir sprautfíklar legðust inn á Vog og hámarksfjöldinn ef aðeins 50% sprautufíkla legðust inn.[5] Að lokum var afvöxtunarstuðull næmisgreindur frá 0-7%.

Niðurstöður

Heildarkostnaður samfélagsins vegna HIV-sýkinga sprautufíkla á tímabilinu 2011-2020 var áætlaður 914.369.621 kr. án nálaskiptiþjónustu en 947.653.758 kr. með nálaskiptiþjónustu. Umframkostnaður samfélagsins vegna nálaskiptiþjónustu á tímabilinu er því 33.284.137 kr. Nyt samfélagsins af þjónustunni er 7,39 lífsgæðavegin lífár. Jafnframt kemur nálaskiptiþjónusta í veg fyrir 4-5 (4,5) HIV-sýkingar á tímabilinu. Kostnaðarhlutfall af því að veita nálaskiptiþjónustu í stað engrar er 4.506.720 kr. Næmisgreining á forsendum er sýnd á mynd 3. Í næmisgreiningunni varð kostn-

aðarhlutfall hæst 10.515.168 kr. þegar mismunur heilsutengdra lífsgæða var 1,5.

Umræða

Niðurstaða kostnaðarnytjagreiningar er að viðbótarkostnaður samfélagsins vegna nálaskiptiþjónustu á hvert lífsgæðavegið lífár er 4.506.720 kr. Samkvæmt viðmiði Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar er aðgerð kostnaðarvirk ef hún skilar einu lífsgæðavegnu lífári undir þrefaldri vergri landsframleiðslu á einstakling.[4] Árið 2011 var þreföld verg landsframleiðsla á hvern íbúa á Íslandi 15.315.000 kr.[17] Næmisgreining á helstu forsendum skilaði kostnaði innan þessara marka og því benda okkar niðurstöður til þess að nálaskiptiþjónusta sé kostnaðarvirk forvörn gegn útbreiðslu HIV meðal sprautufíkla á Íslandi.

Rannsóknin hefur nokkra veikleika. Kostnaðarnytjagreining á lýðgrunduðu inngripi er umfangsmikil og byggir á mörgum forsendum sem erfitt er að meta. Einnig er erfitt að spá fyrir um þróun fíknar og smitsjúkdóma í framtíðinni eins og hér er gert. Oft eru upplýsingar ekki tæmandi og því nauðsynlegt að gefa sér ákveðnar forsendur. Ef forsendurnar byggja á skynsamlegum rökum og næmisgreining er gerð, má draga ályktanir út frá niðurstöðum rannsóknarinnar.

Rétt er að gera forsendum þessarar rannsóknar góð skil. Upplýsingar um mismun heilsutengdra lífsgæða og virkni nálaskiptiþjónustu eru fengnar úr erlendum rannsóknum.[9,10] Sambærilegar upplýsingar fyrir Ísland liggja ekki fyrir. Næmisgreiningin leiddi í ljós að þær forsendur sem höfðu mest áhrif á niðurstöðuna voru mismunur heilsutengdra lífsgæða, virkni nálaskiptiþjónustu og kostnaður nálaskiptiþjónustu. Í öllum tilfellum sýndi næmisgreining samkvæmt þessum forsendum að kostnaður yrði undir viðmiðunarmörkum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar. Því má ætla að niðurstaðan yrði sú sama ef íslenskar tölur yrðu notaðar. Fjöldi sprautufíkla og kostnaður vegna HIV-meðferðar var metinn út frá þeim gögnum sem lágu fyrir. Fjöldinn var metinn með því að gera ráð fyrir að 90% virkra sprautufíkla leituðu sér aðstoðar á Vogi. Líklegt má telja að lægra hlutfall sprautufíkla leiti sér meðferðar og þar með að heildarfjöldinn sé meiri en hér var áætlað. Nálaskiptiþjónusta er kostnaðarhagkvæmari eftir því sem fleiri sprautufíklar eru til staðar. Hér var því um varfærið mat að ræða.

Bent hefur verið á að virkni nálaskiptiþjónustu kunni að vera minni þegar um útbreidda kókaínnotkun í samfélaginu er að ræða, því að fíklar sem nota efnið sprauta sig mun oftar en aðrir fíklar.[18] Hér hefur ekki verið gert ráð fyrir mismikilli virkni nálaskiptiþjónustu í ljósi þess hvaða efni eru mest notuð af sprautufíklum hérlendis, en mikill meirihluti þeirra sem greindust með HIV notuðu oftast metýlfenídat í æð sem einnig er örvandi efni.[19] Þannig má segja að álagspróf skaðaminnkunarverkefna sé miserfitt og tengist að einhverju leyti því hvaða efni eru algengust í fíkniefnaheiminum hverju sinni. Gera má því skóna að álagsprófið hafi verið þungt í tilfelli Íslands, því að metýlfenídat hefur enn skemmri helmingunartíma en kókaín og kallar þannig á tíðari notkun efnisins, sem tengist aukinni smithættu. Einnig hefur verið sýnt fram á að metýlfenídat í æð eykur mjög kynlöngun og því hugsanlegt að notkun efnisins stuðli þannig að aukinni dreifingu HIV með kynmökum.[20] Líklegur bjagi vegna þessa er jafnframt í átt að varfærnu mati á hagkvæmni nálaskiptiþjónustu.

Þegar kostnaður vegna HIV-meðferðar var metinn var ekki tekið tillit til kostnaðar vegna rannsókna, legu á spítala og launa annarra starfsmanna en sérfræðilækna í smitsjúkdómum. Það má því ætla að kostnaður vegna meðferðar sé hærri en hér er lýst. Um leið er ljóst að með virkri þátttöku í lyfjameðferð gegn HIV verða sprautufíklar minna smitandi og er lyfjameðferð þessa hóps hagkvæm.[21] Frá því að þessi rannsókn var unnin hefur tíminn leitt í ljós svipaða dreifingu HIV-nýsmita og spáð var fyrir á fyrsta hluta tímabilsins. Reynslan sýnir því að þessi forsenda hefur staðist.

Í þessari rannsókn voru einungis skoðuð áhrif nálaskiptiþjónustu á útbreiðslu HIV-smita meðal sprautufíkla. Áhrif nálaskiptiþjónustu á tíðni annarra blóðborinna smitsjúkdóma, svo sem lifrarbólgu B og C veirusýkinga hefur einnig verið lýst í erlendum rannsóknum.[3] Nálaskiptiþjónusta sem er rekin á Íslandi af Reykjavíkurdeild Rauða Kross Íslands dreifir einnig ókeypis verjum, býður upp á sárahreinsun og skiptingu sáraumbúða og veitir sálræna aðstoð. Þegar niðurstöður þessarar rannsóknar eru túlkaðar þarf að hafa í huga að hún tekur ekki tillit til gagnsemi þessara þátta, en inniheldur samt sem áður kostnað sem hlýst af þeim. Vegna þessa og vegna vals á forsendum ber að túlka niðurstöður þessarar rannsóknar sem afar varfærið mat. Kostnaðarhagkvæmni nálaskiptiþjónustu gæti því verið meiri en niðurstöður okkar benda til.

Í þessari rannsókn sýnum við að ákvarðanir um deilingu fjármagns í verkefni í heilbrigðiskerfinu geta stuðst við greiningar sem eru byggðar á tiltölulega einföldum aðferðum. Flestar forsendur sem hér var stuðst við eru öllum aðgengilegar. Við teljum heilsuhagfræðilega aðferð vannýtt verkfæri í ákvörðunartöku um heilbrigðismál á Íslandi. Þetta birtist meðal annars í því að ekkert íslenskt viðmið um kostnaðarhagkvæmni hefur verið gefið út af ríkisstofnunum. Þar sem fjármunir eru takmörkuð auðlind á Íslandi væri fyllsta ástæða til að bæta úr því.

Þakkir

Við þökkum Þór Gíslasyni verkefnisstjóra og dr. Helgu Sif Friðjónsdóttur, faglegum verkefnisstjóra Frú Ragnheiðar, kærlega fyrir veitta aðstoð við framkvæmd þessarar rannsóknar.

Heimildir

1. Landlæknisembættið. Greining HIV smitaðra eftir árum, smitleiðum og áhættuhegðun. 31. Desember 2013. (Tafla 3). 2014. landlaeknir.is/um-embaettid/greinar/grein/item22112/HIV/Alnaemi-31-12-2013 - maí 2014.
2. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. Subst Use Misuse 2006; 41: 777-813.
3. Ruan Y, Liang S, Zhu J, Li X, Pan SW, Liu Q, et al. Evaluation of harm reduction programs on seroincidence of HIV, hepatitis B and C, and syphilis among intravenous drug users in southwest China. Sex Transm Dis 2013; 40: 323-8.
4. WHO | Cost-effectiveness thresholds. who.int/choice/costs/CER_thresholds/en/ - nóvember 2013.
5. Ársrit 2007 - 2010. Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. Reykjavík 2010.
6. Amundsen EJ, Eskild A, Stigum H, Smith E, Aalen OO. Legal access to needles and syringes/needle exchange programmes versus HIV counselling and testing to prevent transmission of HIV among intravenous drug users: a comparative study of Denmark, Norway and Sweden. Eur J Public Health 2003; 13: 252-8.
7. Kivelä P, Krol A, Simola S, Vaattovaara M, Tuomola P, Brummer-Korvenkontio H, et al. HIV outbreak among injecting drug users in the Helsinki region: social and geographical pockets. Eur J Public Health 2007; 17: 381-6.
8. Kutsar K, Epshtein J. HIV Infection Epidemiology in Estonia in 2000-2009. EpiNorth 2009; 10: 180-6.
9. Bruneau J, Daniel M, Abrahamowicz M, Zang G, Lamothe F, Vincelette J. Trends in human immunodeficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in montreal, Canada: a 16-year longitudinal study. Am J Epidemiol 2011; 173: 1049-58.
10. Vickerman P, Miners A, Williams A. Assessing the cost-effectiveness of interventions linked to needle and syringe programmes for injecting drug users: An economic modelling report. London 2008.
11. raudikrossinn.is/page/rki_reykjavikurdeild_fruragnheidur_toluleggogn - nóvember 2013.
12. http://www.fjs.is/upload/files/Yfirlit yfir launatengd gjöld 2011.pdf. - nóvember 2013.
13. hagstofa.is/Hagtolur/Laun,-tekjur-og-vinnumarkadur - nóvember 2013.
14. European AIDS Clinical Society (EACS) Guidelines, Version 6, October 2011.
15. sjukra.is/heilbrigdisstarfsfolk/fjarhaedir-og-gjaldskrar/eldri-gjaldskrar/ - nóvember 2013.
16. lgn.is/?pageid=10 - nóvember 2013.
17. hagstofa.is/Hagtolur/Thjodhagsreikningar - nóvember 2013
18. Hyshka E, Strathdee S, Wood E, Kerr T. Needle exchange and the HIV epidemic in Vancouver: lessons learned from 15 years of research. Int J Drug Policy 2012; 23: 261-70.
19. Gottfreðsson M. HIV og alnæmi 30 árum síðar. Læknablaðið 2011; 97: 459.
20. Volkow ND, Wang G-J, Fowler JS, Telang F, Jayne M, Wong C. Stimulant-induced enhanced sexual desire as a potential contributing factor in HIV transmission. Am J Psychiatry 2007; 164: 157-60.
21. Alistar SS, Owens DK, Brandeau ML. Effectiveness and cost effectiveness of expanding harm reduction and antiretroviral therapy in a mixed HIV epidemic: a modeling analysis for Ukraine. PLoS Med 2011; 8: e1000423.

ENGLISH SUMMARY

Needle Exchange Programs are a cost-effective preventative measure against HIV in Iceland

Elias Sæbjörn Eyþorsson[1], Tinna Laufey Asgeirsdottir[2], Magnus Gottfredsson[3]

Objective: In 2007 there was a sudden increase in HIV cases among intravenous drug users (IDUs) in Iceland. In 2007 - 2011 there were 34 new HIV cases among IDUs compared to four in the previous four year period. The purpose of this study was to assess whether needle exchange programs (NEPs) were cost-effective in preventing the spread of HIV among IDUs in Iceland.

Materials and methods: Cost-utility analysis was conducted from a societal perspective. Costs are presented at the 2011 price level and values were discounted using a 3% discount rate. A ten year period, 2011 - 2020 was compared with and without NEPs. The Incremental Cost-Utility Ratio (ICUR) was calculated as societal cost per quality adjusted life year (QALY). Sensitivity analysis was performed on study assumptions.

Results: The estimated societal costs associated with HIV infections among IDUs from 2011 - 2020 was 914.369.621 ISK without NEP and 947.653.758 ISK with NEP. Excess societal cost due to NEP was 33.284.137 ISK. Societal utility from NEP was 7,39 QALYs. Additionally, NEP prevented 4-5 HIV infections. The ICUR of providing NEP was 4.506.720 ISK.

Conclusion: According to WHO an intervention is considered cost-effective if the ICUR is less than three-fold national GDP per capita. In 2011 the GDP per capita in Iceland was 15.315.000 ISK. Sensitivity analysis on study assumptions yielded a societal cost within the WHO limit. Therefore, the results indicate that NEPs are cost-effective in preventing the spread of HIV among IDUs in Iceland.

Key words: *HIV, intravenous drug use, cost-utility analysis.*

Correspondence: *Magnús Gottfreðsson, magnusgo@landspitali.is*

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, [2]Department of economics, University of Iceland, [3]Department of infectious diseases, Landspitali University Hospital, Reykjavik, Iceland.



LD1140201

flútikasón + formóteról

flutiform®

nýr valkostur í meðferð astma

Fyrsta astmalyfið sem sameinar sterkan barkstera, flútikasón[1] og hraðvirkan β2 örva, formóteról[2]

– Sterkur barksteri[1] og hraðvirkur LABA[2]*

– Sýnilegur skammtateljari

– 3 styrkleikar



Ábending: Flutiform® er ætlað til reglulegrar meðferðar við astma þegar notkun samsetts lyfs (innúðalyfs með barkstera og langvirkum β2 örva) er viðeigandi[3]
Flutiform®50/5 og 125/5 fyrir fullorðna og unglinga (>12 ára), flutiform® 250/10 fyrir fullorðna (>18ára)

Sérlyfjatexti á bls. 428

flutiform®
fluticason + formoterol

Heimildir: 1. Adams, N. P. et al. Copyright© 2010, The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2. Bodzenta-Lukaszyk, A. et al. Respiratory Medicine (2011) 105, 674-682 3. Samantekt á eiginleikum lyfs (spc) www.serlyfjaskra.is *LABA = formóteról

Viðhorf sjúklinga til veittrar þjónustu og viðmóts heilbrigðisstarfsfólks á Hjartagátt Landspítala

Margrét Hlín Snorradóttir[1] læknanemi, **Davíð O. Arnar**[1,2] læknir, **Ragnar F. Ólafsson**[3] sálfræðingur, **Runólfur Pálsson**[1,2] læknir, **Ólafur Skúli Indriðason**[2] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Heilbrigðisþjónusta á Íslandi hefur þótt standa ágætlega í alþjóðlegum samanburði en reynsla sjúklinga af samskiptum við heilbrigðiskerfið hefur ekki mikið verið rannsökuð. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna upplifun sjúklinga af þjónustu og samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk á Hjartagátt Landspítala.

Aðferðir: Spurningalisti byggður á Patient Satisfaction Questionnaire III var sendur til einstaklinga sem komu á Hjartagátt Landspítala frá 1. janúar til 29. febrúar 2012. Spurningalistinn var í formi fullyrðinga og gáfu þátttakendur til kynna hversu sammála eða ósammála þeir voru þeim á skala frá 1-5. Við greiningu gagna var notast við lýsandi tölfræði, Cronbach's alpha við greiningu á innra samræmi kvarðanna og þáttagreiningu. Hópar voru bornir saman með Wilcoxon-Mann-Whitney og Kruskal-Wallis prófum og fylgni metin með fylgnistuðlum Pearson og Spearman.

Niðurstöður: Spurningalistinn var sendur til 485 einstaklinga og 275 (57%) svöruðu. Miðgildi (spönn) aldurs þeirra sem svöruðu var 62 (19-95) ár og 132 (48%) voru konur. Innra samræmi var hátt í öllum kvörðum spurningalistans nema einum. Meðaleinkunn úr öllum spurningalistanum var 6,8±1,0 (af 10). Alls voru 91% þeirra sem svöruðu ánægðir með framkomu lækna, 86% með framkomu hjúkrunarfræðinga og annars starfsfólks og 88% ánægðir með þá þjónustu sem þeir fengu. Hins vegar fannst 25% einstaklinga útskýringar á einkennum sínum ekki fullnægjandi og eftirfylgni ábótavant.

Ályktanir: Almennt virðast skjólstæðingar Hjartagáttar ánægðir með þjónustuna sem þeir fá. Niðurstöður benda þó til að bæta megi þjónustu á sumum sviðum, einkum hvað varðar upplýsingagjöf við útskrift og eftirfylgni.

Inngangur

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]lyflækningasviði Landspítala, [3]Námsmatsstofnun.

Lög og reglur gera skýra grein fyrir réttindum sjúklinga og skyldum heilbrigðisstarfsfólks. Þannig á hver sjúklingur rétt á fullnægjandi upplýsingum um sitt heilsufar, kvilla og batahorfur, auk skilmerkilegra leiðbeininga um meðferð. Fólk á samkvæmt lögum að fá bestu mögulegu heilbrigðisþjónustu sem unnt er að veita á hverjum tíma.[1] Þrátt fyrir niðurskurð fjárveitinga til heilbrigðiskerfisins undanfarin ár teljast gæði íslenskrar heilbrigðisþjónustu mikil í samanburði við flest önnur vestræn ríki[2] en lítið er vitað um upplifun sjúklinga af þjónustunni.

Fyrirspurnir: Ólafur Skúli Indriðason *olasi@landspitali.is*

Hérlendis hafa þó verið framkvæmdar nokkrar rannsóknir til að kanna ánægju og/eða upplifun sjúklinga eða aðstandenda þeirra varðandi þjónustu í heilbrigðiskerfinu. Þær rannsóknir eru að mestu byggðar á sérsniðnum spurningalistum fyrir afmarkaða hópa sjúklinga[3-6] en einnig má finna svokallaðar eigindlegar rannsóknir á þessu efni.[7-10] Rannsóknir á ánægju og upplifun sjúklinga geta verið mjög mikilvægar til að meta gæði þjónustunnar og mögulegar brotalamir.

Erlendis hafa verið gerðar allmargar rannsóknir á hversu ánægðir sjúklingar hafa verið með samskipti sín við mismunandi þjónustueiningar innan heilbrigðiskerfisins. Þær hafa meðal annars kannað ánægju sjúklinga með heilsugæslu,[11] þjónustu á bráðamóttöku[12,13] eða sérhæfðari þjónustu, eins og krabbameinsmeðferð[14] eða brjóstverkjamóttöku.[15] Líkt og hér á landi hafa niðurstöður slíkra rannsókna oft takmarkast af notkun sérsniðinna spurningalista sem hafa þann kost að gefa svör við ákveðnum spurningum en nýtast ekki við aðrar aðstæður og gera samanburð rannsókna erfiðan.[16] Spurningalistinn Patient Satisfaction Questionnaire III (PSQ-III) var þróaður til að meta ánægju einstaklinga úr almennu þýði með veitta heilbrigðisþjónustu[17,18] og hefur verið nokkuð vel rannsakaður með tilliti til áreiðanleika og réttmætis.[11,14,16,19]

Hjartagátt Landspítala er starfseining sem sinnir bráðveikum sjúklingum með einkenni sem líklegt þykir að stafað geti frá hjarta. Þar hafa meðal annars verið þróaðir verkferlar til að stuðla að kerfisbundinni nálgun við greiningu og meðferð sjúklinga með skilgreind vandamál eins og brjóstverk og gáttatif. Slíkir verkferlar hafa áhrif á samskipti læknis og sjúklings þar sem áhersla er lögð á skjóta og skilvirka þjónustu sem skapað getur hættu á að samskipti verði ópersónuleg. Þetta getur svo leitt til þess að sjúklingar myndi ekki jafngóð tengsl við lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk eins og æskilegt væri.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf sjúklinga sem leituðu á Hjartagátt Landspítala í janúar og febrúar 2012, einkum ánægju með veitta þjónustu, miðlun upplýsinga og viðmót og framkomu heilbrigðisstarfsfólks. Enn fremur var markmiðið að athuga notagildi íslenskrar þýðingar spurningalistans PSQ-III.

Greinin barst 11. desember 2013, samþykkt til birtingar 3. júní 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Efniviður og aðferðir

Leyfi fyrir rannsókninni voru veitt af Siðanefnd Landspítala (15/2012) og Persónuvernd (2012020280VEL). Aflað var upplýsts samþykkis þátttakenda.

Rannsóknarþýði

Þýðið samanstóð af öllum einstaklingum sem leituðu til bráðaþjónustu Hjartagáttar á tímabilinu 1. janúar til 29. febrúar 2012, að báðum dögum meðtöldum. Þeir sem voru undir 18 ára aldri, bjuggu erlendis eða höfðu komið á Hjartagáttina innan 12 mánaða fyrir umrædda komu voru undanskildir frá þátttöku. Þeir sem höfðu skráðar fleiri en eina komu á Hjartagátt á rannsóknartímabilinu eða höfðu komið aftur þangað eftir að rannsóknartímabilinu lauk voru með í rannsóknarþýðinu en voru beðnir um að svara spurningum eingöngu með tilliti til fyrstu heimsóknarinnar. Spurningalisti var sendur til allra þeirra 485 einstaklinga sem uppfylltu þátttökuskilyrði rannsóknarinnar og skráðar upplýsingar um aldur, kyn, tímalengd dvalar á Hjartagátt og hvort þeir útskrifuðust heim. Ef svar við bréfinu hafði ekki borist var því fylgt eftir með símtali innan fjögurra vikna frá sendingu til að minna á boð um þátttöku og til að svara frekari spurningum um rannsóknina. Gefnir voru þrír mánuðir til að svara (frá 4. apríl til 4. júlí). Viðbótarupplýsinga um þátttakendur var aflað úr rafrænni sjúkraskrá Landspítala, meðal annars um sjúkdómsgreiningar á Hjartagátt.

Gerð spurningalista

Spurningalistinn var byggður á Patient Satisfaction Questionnaire III (PSQ-III) sem var saminn af John E. Ware og samstarfsmönnum en hann samanstendur af 51 spurningu sem skiptast í sjö kvarða (kafla).[17,18] Rannsakendur þýddu listann yfir á íslensku. Ábendingar um orðalag nokkurra spurninga komu einnig frá Siðanefnd Landspítala eftir að hún tók afstöðu til rannsóknarinnar. Að lokum voru löggiltir þýðendur (Skjal ehf.) fengnir til að meta gæði íslensku þýðingarinnar. Ákveðið var að sleppa tveimur kvörðum, annars vegar Fjármál (*Financial Aspects*) og hins vegar Aðgengi (*Access/Availability/Convenience*), af upphaflega listanum því fæstar spurninganna í þeim kvörðum þóttu eiga við hér á landi.[14] Ein spurning um hvort efni var þó samin sérstaklega af rannsakendum til að kanna þessi atriði (sp. 38 og 39).

Spurningakvarðarnir úr PSQ-III sem notast var við voru: Almenn ánægja (*General Satisfaction*, 6 spurningar), Tækni (*Technical Quality*, 10 spurningar), Mannleg samskipti (*Interpersonal Aspects*, 7 spurningar), Upplýsingaflæði (*Communication*, 5 spurningar) og Tími með lækni (*Time Spent with Doctor*, 2 spurningar). Ein spurning í PSQ-III tilheyrði ekki ákveðnum kvarða, spurning 40 „Það er kreppa í heilbrigðisþjónustu á Íslandi í dag". Tveir kvarðar voru samdir sérstaklega fyrir þessa rannsókn en þeir voru: Starfsfólk kynnir sig (3 spurningar) og Eftirfylgni (4 spurningar). Einnig sömdu höfundar tvær stakar spurningar sem ekki áttu heima í sérstökum kvörðum (spurningar 38 og 39 um fjármál og aðgengi). Endanlegur spurningalisti samanstóð því af 48 spurningum (viðauki I), þar af 31 spurningu úr upphaflega PSQ-III (spurningar 1-30 og spurning 40), 9 spurningum sem höfundar sömdu sérstaklega (spurningar 31-39), 7 ónúmeruðum bakgrunnsspurningum og einni opinni spurningu þar sem þátttakendum var boðið að bæta við athugasemdum.

Greining gagna

Spurningarnar voru í formi fullyrðinga og þátttakendur merktu við hversu sammála eða ósammála þeir voru hverri fullyrðingu. Svarmöguleikar voru 5: 1=mjög sammála, 2=sammála, 3=hlutlaus, 4=ósammála og 5=mjög ósammála. Spurningunum voru gefin stig frá núll upp í fjóra við úrvinnslu. Spurningarnar fólu ýmist í sér jákvætt eða neikvætt viðhorf en stigum fyrir jákvætt orðuðu fullyrðingarnar var snúið við í úrvinnslu þannig að 4 stig þýddu ávallt mikil ánægja. Stigin fyrir hvern kvarða voru svo lögð saman og deilt með hámarki mögulegs stigafjölda í kvarðanum. Loks var gefin einkunn á skalanum 0-10 þannig að núll stig gáfu einkunnina 0 og fjögur stig í öllum spurningum gáfu einkunnina 10.

Einnig var kannað hlutfall þeirra sem voru ánægðir og óánægðir með því að flokka jákvæð svör (mjög sammála og sammála) annars vegar og neikvæð svör (mjög ósammála og ósammála) hins vegar saman í hverjum spurningakvarða og deilt með heildarsvarafjölda kvarðans til að fá fram hlutfall ánægðra og óánægðra. Hlutlaus svör voru ekki tekin með í þessa útreikninga. Ein spurning var oft misskilin eða henni ekki svarað og var henni sleppt við úrvinnslu (spurning 16, „Læknarnir útsettu mig ekki fyrir óþarfa áhættu").

Tölfræði

Beitt var lýsandi tölfræði og voru gögn sett fram sem fjöldi, prósentur, meðaltal ± staðalfrávik eða miðgildi (spönn). Gerð var leitandi þáttagreining á öllum 40 atriðum kvarðans en þessi aðferð skoðar breytileika í þekktum breytum eða spurningum sem eru innbyrðis tengdar, með tilliti til þess hvort breytileikann megi skýra með færri þáttum. Áreiðanleiki einstakra kvarða og kvarðans (spurningalistans) í heild var skoðaður með Cronbach's alpha sem metur að hve miklu leyti mismunandi spurningar mæla sömu undirliggjandi hugsmíð (>0,7 talið gott). Hópar voru bornir saman með Wilcoxon-Mann-Whitney og Kruskal-Wallis prófum. Fylgni var könnuð með fylgnistuðlum Pearson og Spearman og var marktækni miðuð við $p<0,05$. Útreikningar voru gerðir í OpenOffice Calc, Microsoft Excel 2011 og tölfræðiforritunum JMP 9 (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina, Bandaríkin) og SPSS 19 (IBM Corp., Armonk, New York, Bandaríkin).

Niðurstöður

Grunnúrtak rannsóknarinnar var allt þýðið, 485 einstaklingar. Svarhlutfallið var 57% (n=275). Tafla I sýnir samanburð á þeim sem svöruðu og þeim sem ekki svöruðu með tilliti til þekktra þátta. Kynjaskipting var nokkuð jöfn og aldursbilið breitt en þeir sem svöruðu voru marktækt eldri en þeir sem ekki svöruðu, 62 (19-95) ára samanborið við 56 (18-95) ára (p=0,001). Grunnupplýsingar um þátttakendur er að finna í töflu II.

Tafla I. *Samanburður á þátttakendum og þeim sem ekki tóku þátt.*

	Tóku þátt (N=275)	Tóku ekki þátt (N=210)	P-gildi
Aldur (ár)	62 (19-95)	56 (18-95)	0,001
Kyn (% konur)	48	51	0,52
Dvöl á Hjartagátt (klst.: mín.)	5:27 (00:15-39:03)	4:59 (00:15-32:32)	0,46
Útskrifuð heim (%)	68	73	0,25

Gögn eru sýnd sem miðgildi (spönn) eða hlutfall. P-gildi eru reiknuð með Wilcoxon-Mann-Whitney prófi eða Kí-kvaðrat prófi.

Tafla II. *Grunnupplýsingar um þátttakendur (N=275).*

Fyrri spítalalegur	Hlutfall (%)
Aldrei	10
1-2 sinnum	31
3-4 sinnum	29
>5 sinnum	30
Reykingar	
Já	13
Hætt/ur	51
Aldrei	36
Menntun	
Grunnskóli	32
Iðnskóli	26
Menntaskóli	16
Háskóli	26
Hjúskaparstaða	
Gift(ur) eða í sambúð	71
Ógift(ur) eða fráskilin(n)	17
Ekkja/ekkill	12
Fyrri reynsla af heilbrigðisþjónustu	
Góð	87
Hlutlaus	8
Slæm	5

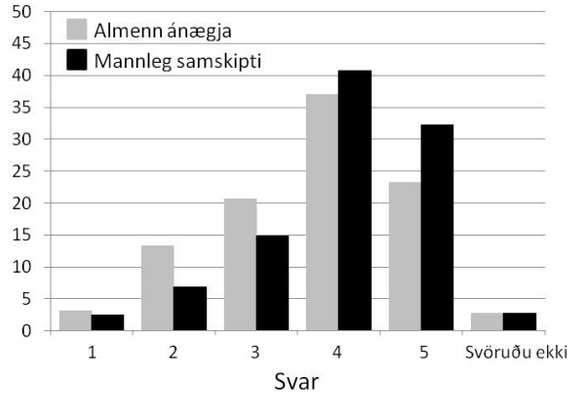
Tafla III. *Einkunn, hlutfall ánægðra og óánægðra og innra samræmi spurningakvarða.*

Heiti kvarða (fjöldi spurninga)	Einkunn (0-10)	Hlutfall ánægðra	Hlutfall óánægðra	Alpha[a]–stuðull
Kvarðar úr PSQ-III				
Almenn ánægja (6)	6,6 ± 2,1	62	17%	0,906
Tækni (9)*	6,8 ± 1,6	63	11%	0,843
Mannleg samskipti (7)	7,4 ± 1,8	75	10%	0,833
Upplýsingaflæði (5)	7,3 ± 1,9	77	10%	0,818
Tími með lækni (2)	6,6 ± 2,2	65	15%	0,621
Kreppa í heilbrigðisþjónustu (1)	3,1 ± 2,7	13	61%	
Sérhannaðir kvarðar				
Starfsfólk kynnir sig (3)	7,6 ± 2,0	80	7%	0,876
Eftirfylgni (4)	5,9 ± 2,5	50	25%	0,871
Stakar spurningar				
Fjárútlát hófleg (1)	6,6 ± 2,7	66	15%	
Heilbrigðisþjónusta aðgengileg (1)	6,4 ± 2,8	66	20%	
Listinn í heild (39)*	6,8 ± 1,0	65	15%	0,956

*Einni spurningu sleppt í úrvinnslu (sjá aðferðir).
[a]Cronbach´s alpha segir til um innra samræmi, >0,7 telst gott.
PSQ-III = Patient Satisfaction Questionnaire III.

Samræmi kvarðanna og spurningalistans

Innra samræmi spurningalistans í heild var 0,95 (Cronbach's alpha) og samræmi undirkvarðanna var á bilinu 0,82-0,91 að undanskildum kvarðanum „Tími með lækni“ sem skar sig úr með 0,62 en sá kvarði hefur aðeins tvær spurningar (tafla III). Þáttagreining sýndi að spurningarnar (að meðtöldum frumsömdu spurningunum) hlóðu allar nema þrjár á einn þátt. Eftir snúning (*direct oblimin rotation*) hlóðu spurningarnar í kvarðanum „Eftirfylgni“ saman á einn þátt og sama átti við um spurningarnar í kvarðanum „Starfsfólk kynnir sig“. Spurningarnar úr PSQ-III hlóðu enn á sama þátt eftir snúning.



Mynd 1. *Svör sjúklinga við Patient Satisfaction Questionaire III kvörðum sem mátu almenna ánægju (grá súla) og mannleg samskipti (svört súla). Hver súla sýnir meðalhlutfall sjúklinga sem völdu svar á bilinu 1-5. Svarmöguleikar: 1 = mjög óánægður, 2 = óánægður, 3 = hvorki ánægður né óánægður, 4 = ánægður og 5 = mjög ánægður.*

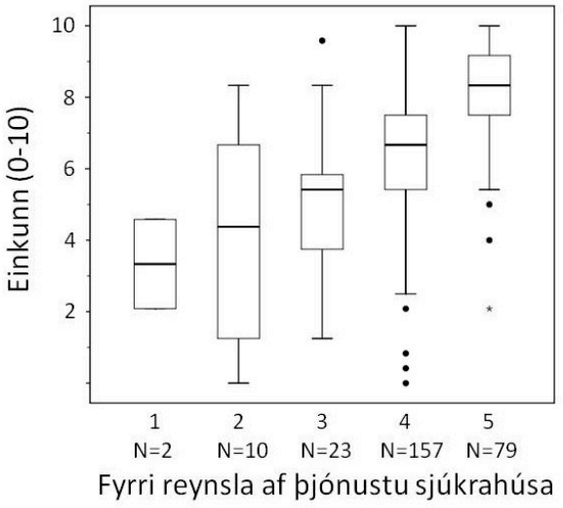
Niðurstöður einstakra kvarða

Tafla III sýnir að meðaleinkunn fyrir allan spurningalistann var 6,8 ± 1,0 (skali 0-10). Meðaleinkunn fyrir spurningar sem fengnar voru úr PSQ-III var einnig 6,8 og voru einkunnir í kringum 7 í öllum undirkvörðum PSQ-III ef undan er skilin spurningin um kreppu í heilbrigðisþjónustunni (tafla III). Þessar einkunnir endurspeglast vel í dreifingu svara við einstökum kvörðum (mynd 1). Af spurningum sem höfundar bættu við var útkoman lökust fyrir kvarðann um eftirfylgni þar sem einkunnin var 5,9 (tafla III). Þegar jákvæð svör og neikvæð svör voru tekin saman í hverjum kvarða var hlutfall ánægðra á bilinu 50-80% fyrir einstaka kvarða og óánægðra á bilinu 7-25%. Aftur var það kvarðinn sem mældi eftirfylgni sem kom verst út með 25% óánægju (tafla III).

Niðurstöður einstakra spurninga

Tafla III sýnir einnig niðurstöður fyrir spurningarnar þrjár sem ekki tilheyrðu ákveðnum kvarða. Þar voru 15% svarenda ósammála því að fjárútlát í tengslum við heimsóknina á Hjartagátt hafi verið hófleg og 20% ósammála því að aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé auðvelt er veikindi koma upp. Meirihluti svarenda (61%) var einnig sammála því að kreppa sé í íslenskri heilbrigðisþjónustu.

Fullyrðingin „Læknarnir voru mjög vinalegir og kurteisir“ (spurning 18) kom best út en 91% voru sammála eða mjög sammála. Næst á eftir kom fullyrðingin „Ég er mjög sátt/ur við þá heilbrigðisþjónustu sem ég fékk“ (spurning 2) sem gaf 88% ánægju, og síðan „Stundum létu læknarnir mér líða eins og kjána“ (spurning 14) með 85% ánægju (85% voru ósammála fullyrðingunni). Einnig voru 85% sammála því að hjúkrunarfræðingarnir kynntu sig og útskýrðu sitt hlutverk á Hjartagáttinni (spurning 32).



Mynd 2. *Einkunnir sjúklinga fyrir Patient Satisfaction Questionaire III-kvarðann um almenna ánægju með hliðsjón af fyrri reynslu af þjónustu sjúkrahúsa. Boxin sýna niðurstöður fyrir sjúklinga sem gáfu til kynna reynslu er flokkuð var á eftirfarandi hátt: 1 =mjög slæm, 2 = slæm, 3 = hvorki góð né slæm, 4 = góð og 5 = mjög góð. N sýnir fjölda sjúklinga í hverjum hópi. Sterkt samband var milli fyrri reynslu og almennrar ánægju með þjónustu á Hjartagátt (p<0,001).*

Eftirfarandi svör sýndu mesta óánægju: 31% þátttakenda voru ósammála því að vel hafi verið farið yfir hvaða breytingar á lífsstíl eða venjum væru hagstæðar heilsu þeirra (spurning 36), 28% voru sammála því að læknarnir hefðu gefið lítil ráð um leiðir til að komast hjá sjúkdómum og viðhalda heilbrigði (spurning 23), 27% voru ósammála því að hafa fengið fullnægjandi skýringar á einkennum sínum (spurning 37), 25% þátttakenda voru sammála því að hafa stundum íhugað hvort greining læknanna væri rétt (spurning 7) og 25% voru sammála því að bæta þyrfti ákveðna þætti í þeirri heilbrigðisþjónustu sem þeir fengu (spurning 17).

Þættir sem tengjast ánægju

Ekki fannst munur á ánægju milli kynja eða eftir hjúskaparstöðu en fylgni var milli almennrar ánægju og aldurs (r=0,178, p=0,003). Ánægja fór dvínandi með tímalengd dvalar á Hjartagátt og voru tengslin marktæk fyrir alla kvarða. Sterkast var sambandið við Almenna ánægju (r=-0,184, p=0,002) en veikast við Mannleg samskipti (r=-0,137, p=0,023). Mynd 2 sýnir að ánægja með þjónustuna á Hjartagátt fór einnig minnkandi eftir því sem fyrri reynsla af þjónustu sjúkrahúsa var verri og var sambandið marktækt fyrir alla kvarða (r=0,333 til 0,472, p<0,001). Þeir sem lögðust inn á spítalann í kjölfar komunnar á Hjartagátt voru líklegri til að vera ánægðir með eftirfylgni (p<0,001) og sáttir við fjárútlát (p=0,006). Eldra fólk var líklegra en yngra fólk til að finnast bein fjárútlát vegna heimsóknarinnar hófleg (r=0,216, p<0,001). Einnig er vert að nefna að af þeim 93 sem gáfu efnislegar upplýsingar um þjónustuna á Hjartagátt í textaspurningunni kusu 16 (17%) að minnast á hve álag á starfsfólk var áberandi og/eða aðstaða á Hjartagátt slæm.

Umræða

Meginniðurstöður þessarar rannsóknar sýna að sjúklingar sem leituðu á Hjartagátt virtust almennt ánægðir með þjónustuna sem þar er veitt. Einkum eru það framkoma og viðmót starfsfólks sem sjúklingar voru ánægðir með. Því er ekki að sjá að staðlaðir verkferlar og áhersla á skjótvirka þjónustu dragi úr persónulegu viðmóti eða einstaklingsmiðaðri nálgun gagnvart sjúklingum. Þetta eru að okkar mati mjög mikilvægar niðurstöður sem benda til að þrátt fyrir viðvarandi aðhaldsaðgerðir og samdrátt í fjárveitingum til Landspítala undanfarin ár sé viðhorf og upplifun sjúklinga hvoru tveggja nokkuð jákvætt. Rannsóknin sýndi hins vegar að mörgum sjúklingum fannst eftirfylgni mála þeirra eftir útskrift vera ábótavant og að þeir fengju ekki fullnægjandi skýringar á einkennum sínum eða ráðleggingar um hvaða meðferð eða lífsstílsbreytingar gætu gagnast þeim.

Á undanförnum árum hefur gætt aukinna áhrifa markaðsvæðingar í heilbrigðisþjónustu vestrænna þjóða.[20] Samhliða hefur áhugi á upplifun neytenda af tiltekinni þjónustu farið vaxandi. Notendur heilbrigðisþjónustu fara ekki einungis fram á góða þjónustu heldur er gerð krafa um að heildar upplifun þeirra sé jákvæð.[21] Þetta felur í sér að viðmót starfsfólks, húsnæði, gæði þjónustunnar og að þjónustan sé skilvirk, þarf allt að vera í góðu lagi. Hætt er við að sjúklingurinn verði ekki ánægður ef hann er ósáttur við framkomu starfsfólks eða þá aðstöðu sem honum hefur verið boðið upp á. Þetta gildir að vissu leyti einnig um aðstandendur er fylgja sjúklingi sem sækir sér heilbrigðisþjónustu. Ef bið eftir þjónustu er löng, biðstofa óvistleg, völ á að kaupa hressingu ekki fyrir hendi og takmarkaðar upplýsingar að fá frá starfsfólki, er líklegra að sjúklingurinn og aðstandendur fari heim með neikvæða upplifun, jafnvel þó læknisþjónustan hafi verið fullnægjandi í hlutlægum skilningi.[22-25]

Þessi þróun er hliðstæð neytendaupplifun sem hefur rutt sér til rúms í viðskiptaheiminum á undanförnum áratugum. Mikil áhersla er lögð á að meta upplifun neytenda og hefur það getið af sér nýtt hugtak, „hagfræði neytendaupplifunar“ (*the experience economy*). Sum fyrirtæki leggja mikið upp úr því að upplifun neytandans af því að nota eða kaupa sína vörutegund sé jákvæð og stöðug. Gott dæmi er tölvufyrirækið Apple, þar sem kaupum á tölvu fylgir ákveðin upplifun er hefst í sérhönnuðum verslunum fyrirtækisins. Heilbrigðisþjónustan hefur sennilega gefið þessu minni gaum en viðskiptaheimurinn. Ljóst er þó að þessi nálgun á að einhverju leyti erindi inn í heilbrigðiskerfið, bæði af því að áhersla á mikilvægi ánægju sjúklinga fer vaxandi og líka í þeim tilgangi að bæta þjónustu og auka öryggi sjúklinga.[26-28] Fyrirtæki er annast þjónustukannanir með sérhæfðum spurningalistum hafa haslað sér völl á vettvangi heilbrigðisþjónustu beggja vegna Atlantsála og má sem dæmi nefna Picker Institue Europe (pickereurope.org) og Press Ganey Associates (pressganey.com). Til greina kom að nota spurningalista Press Ganey fyrir bráðamóttökur í okkar rannsókn en höfundum fannst hann beinast um of að umgjörð og aðbúnaði frekar en persónulegum samskiptum og fagmennsku.

Þótt skjólstæðingar Hjartagáttar séu nokkuð ánægðir með þjónustuna sem þeir fengu og viðmót sem þeir mættu, er vafalítið hægt að bæta um betur. Heildareinkunnin úr spurningalistanum og einstökum kvörðum hans var reyndar sambærileg útkomu sumra eldri rannsókna.[17,19] Einnig sýndi okkar rannsókn svipuð tengsl aldurs og dvalartíma við ánægju og erlendar rannsóknir auk þess sem ánægja virðist litast af fyrri reynslu. Útkoman hjá okkur er samt nokkru lakari en Hagedoorn og samstarfsmenn fengu í könnun á göngudeildaþjónustu fyrir krabbameinssjúklinga í Hol-

landi.[14] Jafnframt kom umtalsverð óánægja fram í svörum við einstökum spurningum. Til dæmis í kvarðanum um eftirfylgni (sérsniðnar spurningar) gáfu allar fjórar spurningarnar til kynna að yfir 20% sjúklinga væru óánægðir. Meðal spurninga innan þessa kvarða var til dæmis fullyrðingin „Ég fékk fullnægjandi skýringar á einkennum mínum“, sem 27% voru ósammála eða mjög ósammála. Það að meira en fjórðungur telji sig ekki hafa fengið fullnægjandi skýringar á einkennum sínum virðist nokkuð hátt hlutfall. Þó að bráð hjartavandamál hafi verið útilokuð kann að vera að í ákveðnum tilvikum hafi ekki tekist að finna aðrar skýringar á einkennum sjúklings. Það má einnig vera að veittar útskýringar hafi ekki skilist eða kunni að hafa gleymst,[29] sér í lagi ef einkenni gerðu ekki aftur vart við sig eftir útskrift. Ríkáhersla er lögð á að ljúka rannsóknum á sjúklingum meðan þeir eru á Hjartagáttinni og því er oft ekki talin þörf á endurmati eftir útskrift. Þá eru margir þeirra sem fyrir voru með þekktan hjartasjúkdóm þegar í reglubundnu eftirliti hjá hjartalækni. Sjúklingum fannst þó eftirfylgni mála þeirra eftir útskrift vera ábótavant og að þeir fengju ekki nægilega miklar upplýsingar, til að mynda um hvaða lífsstílsbreytingar gætu gagnast þeim. Þessar niðurstöður gefa því eindregið til kynna að huga þurfi betur að útskriftarferlinu og þörf fyrir eftirfylgd eftir útskrift. Staðlað verklag og notkun gátlista eru aðferðir sem gætu komið að gagni. Þá er mikilvægt að sjúklingar fái skriflegar upplýsingar um greiningu auk leiðbeininga varðandi meðferð og eftirlit. Athyglisvert er að niðurstöður okkar eru samhljóða niðurstöðum þjónustukönnunar sem framkvæmd var á Landspítala árið 2012 og leiddi í ljós að sjúklingar voru einkum óánægðir með atriði er sneru að útskrift þeirra.[26]

Um 20% voru ósammála því að aðgengi að heilbrigðisþjónustu á Íslandi sé gott og kemur það nokkuð á óvart þar sem skipulag heilbrigðisþjónustunnar miðar að því að allir eigi jafnan rétt á þjónustu þegar á þarf að halda. Vera má að langur biðtími eftir ákveðnum þáttum í heilbrigðisþjónustunni hafi áhrif á þetta svarhlutfall. Það kann einnig að vera að eftir efnahagshrunið 2008 hafi biðtími eftir þjónustu, til dæmis í heilsugæslu, aukist en sá biðtími hefur talsvert vægi þegar einstaklingar meta hversu gott aðgengi er að heilbrigðisþjónustu. Útgjöld sjúklinga voru einnig úr hófi að áliti margra og gæti það átt þátt í áliti þeirra á takmörkun á aðgengi.[30,31]

Að sama skapi töldu margir að kreppa væri í heilbrigðisþjónustunni vorið 2012. Verulega hefur þrengt að fjárframlögum til heilbrigðismála á allra síðustu árum og gæti þetta álit þátttakenda bent til þess að niðurskurðurinn hafi bitnað á notendum þjónustunnar. Því er ef til vill tímabært að stjórnvöld endurskoði stefnu sína varðandi fjárveitingar til heilbrigðismála.

Ekki eru allir á einu máli um hve góður mælikvarði upplifun eða viðhorf sjúklinga er á gæði veittrar heilbrigðisþjónustu. Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að ánægja sjúklinga tengist lægri endurkomutíðni, betri meðferðarheldni og lægri dánartíðni á sjúkrahúsi[27,28,32] en á hinn bóginn sýndu niðurstöður nýlegrar bandarískrar rannsóknar að ánægja sjúklinga hafði ekki tölfræðilega jákvætt samband við lifun þeirra og að sambandið væri mögulega neikvætt.[33] Góð eða slæm samskipti geta þó haft afgerandi áhrif á upplifun sjúklinga af gæðum þjónustu og árangur meðferðar.[34-36] Þannig gætu sjúklingar talið þjónustu vera ágæta þrátt fyrir mikla tæknilega annmarka, ef samskipti þeirra við heilbrigðisstarfsfólk eru góð. Rannsókn okkar var ekki ætlað að mæla tæknileg og fagleg gæði þjónustu heldur einungis upplifun sjúklinga af samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk. Neytendaupplifun skiptir miklu máli til að tryggja að þjónustan sé nýtt en það er fagaðila að meta raunveruleg gæði hennar.

Talsvert framboð er á spurningalistum sem mæla ánægju sjúklinga.[16] Þeir eru mjög mismunandi og gjarnan sniðnir að ákveðnum hópum sjúklinga eða aðstæðum. Sumir eru almennir og aðrir sértækari. Ekki er óalgengt að nýir spurningalistar séu samdir til að kanna ánægju, ef til vill án þess að hyggja að því hvort þegar séu fyrirliggjandi listar þar sem próffræðilegir eiginleikar hafa verið kannaðir.[37] Þetta er í fyrsta skipti sem spurningalistinn PSQ-III er notaður á Íslandi þó ekki væri notast við alla kvarða hans að þessu sinni. Þrátt fyrir að PSQ-III hafi verið prófaður víða erlendis geta aðstæður verið mismunandi og má alltaf búast við einhverri skekkju samfara þýðingu spurningalista yfir á annað tungumál. Jafnframt verður að hafa í huga að menningarlegur munur kann að vera á þátttakendum í mismunandi löndum. Því er þessi rannsókn kannski ekki fyllilega sambærileg við hliðstæðar rannsóknir í öðrum löndum. Ekki var vitað fyrirfram hvernig spurningalistinn virkaði hér á landi en það virðist hafa tekist nokkuð vel til því bæði innra samræmi og þáttagreining komu mjög vel út og einkunnir fyrir einstaka kvarða PSQ-III voru á bilinu 6,6-7,4 sem er svipað og erlendar rannsóknir hafa sýnt.[14,17,19] Rannsókn okkar væri þó vert að endurtaka og mætti eflaust aðlaga listann enn betur að aðstæðum þess sjúklingahóps sem verið er að rannsaka. Fleiri rannsóknir sem notast við sama spurningalista gætu einnig skapað möguleika á samanburði sem segði mun meira um gæði þjónustu hér á landi en samanburður við erlendar rannsóknir.

Svarhlutfallið í rannsókninni var tæplega 60% sem telst viðunandi. Rannsóknir sem óska eftir svörum einstaklinga við spurningalistum eru því miður sjaldan með hátt svarhlutfall og eykur það líkur á að hópurinn sem svarar sé ekki sambærilegur við þýðið í heild. Sú var einnig raunin í þessari rannsókn þar sem marktækur munur var á aldri þátttakenda og þeirra sem ekki tóku þátt. Aldursbilið var þó breitt í báðum hópum og við teljum ekki að þetta veiki niðurstöður okkar. Loks takmarkast rannsókn okkar af því að hún náði aðeins til lítillar og afmarkaðrar einingar innan heilbrigðisþjónustunnar og því er ekki hægt að yfirfæra niðurstöður okkar á aðrar starfseiningar.

Lokaorð

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna glögglega að fólk virðist nokkuð ánægt með þjónustuna á Hjartagátt Landspítala. Það sem helst virðist skorta eru eftirfylgni og útskýringar á einkennum sem leiddu til heimsóknarinnar. Rannsóknin gefur því góðar vísbendingar um hvaða þætti þessarar tilteknu þjónustu þarf að efla. Þýðing okkar á spurningalistanum PSQ-III reyndist vel og þar af leiðandi gæti þessi listi reynst gagnlegur við hliðstæðar rannsóknir á þjónustu annarra eininga innan heilbrigðiskerfisins.

Heimildir

1. Lög um réttindi sjúklinga. 1997. althingi.is/lagas/139b/1997074.html - apríl 2014.
2. Euro Health Consumer Index 2013 Report. Euro Consumer Powerhouse, 2013. healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=55 - apríl 2014.
3. Viðhorf, þekking og ánægja íbúa á þjónustu Heilbrigðisstofnunar Austurlands á Egilsstöðum 2004. hdl.handle.net/1946/208. - apríl 2014.
4. Bragadóttir H, Kristjánsdóttir G, Gunnarsdóttir H. Mikilvægustu þarfir foreldra á barnadeildum og hvernig þeim er fullnægt: niðurstöður úr rannsókn á Barnaspítala Hringsins. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2006; 1: 20-7.
5. Bragadóttir H, Sigurðardóttir R, Gunnarsdóttir H, Ragnarsdóttir A, Sigurðardóttir AO. Ánægja foreldra með þjónustu á barnadeildum Barnaspítala Hringsins. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2007; 83: 38-48.
6. Ásmundsdóttir LB, Gunnlaugsdóttir AG, Sveinsdóttir H. Mat skurðsjúklinga á verkjum og verkjameðferð. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2010; 86: 48-56.
7. Biering P, Kristmundsdóttir L, Jörgensdóttir H, Jónsson Þ. Reynsla foreldra af því að eiga börn á legudeildum barna- og unglingageðdeildar. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2006; 82: 40-5.
8. Karlsdóttir IL, Sveinsdóttir IG. Sjúklingaánægja þeirra sem liggja á endurhæfingargeðdeild LSH. [Lokaverkefni til B.Sc. prófs í hjúkrunarfræði]. Háskóli Íslands, Reykjavík 2009.
9. Guðjónsdóttir JS, Gústafsdóttir M. Reynsla dætra af flutningi foreldra sem þjást af heilabilun á hjúkrunarheimili [M.S. ritgerð]. Háskóli Íslands, Reykjavík 2005.
10. Þorsteinsdóttir K. Reynsla fólks af því að vera aðstandandi sjúklings sem hefur nýlega veikst af heilablóðfalli og dvelur á sjúkradeild. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2008; 84: 48-55.
11. Marshall GN, Marshall, GN, Hays RD, Sherbourne CD, Wells KB. The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. Psychol Assessment 1993; 5: 477-83.
12. Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say? Acad Emerg Med 2000; 7: 695-709.
13. Soleimanpour H, Gholipouri C, Salarilak S, Raoufi P, Vahidi RG, Rouhi AJ, et al. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. Int J Emerg Med 2011; 4: 2.
14. Hagedoorn M, Uijl SG, Van Sonderen E, Ranchor AV, Grol BMF, Otter R, et al. Structure and reliability of Ware's Patient Satisfaction Questionnaire III: patients' satisfaction with oncological care in the Netherlands. Med Care 2003; 41: 254-63.
15. Richards CR, Richell-Herren K, Mackway-Jones K. Emergency management of chest pain: patient satisfaction with an emergency department based six hour rule out myocardial infarction protocol. Emerg Med J 2002; 19: 122-5.
16. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. Int J Qual Health Care 1999; 11: 319-28.
17. Hays RD, Davies AR, Ware JE. Scoring the Medical Outcomes Study Patient Satisfaction Questionnaire: PSQ-III. 1987. rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/psq/psq3_scoring.pdf - apríl 2014.
18. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Eval Program Plann 1983; 6: 247-63.
19. Roberts JG, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. Health Serv Res 1987; 22: 637-54.
20. Geyman JP. The corporate transformation of medicine and its impact on costs and access to care. J Am Board Fam Pract 2003; 16: 443-54.
21. Pine II BJ, Gilmore JH. The Experience Economy; Work is theater and every business a stage. Harvard Business Press, Boston 1999.
22. Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. Am J Med Qual 2010; 25: 64-72.
23. Berry LL, Carbone LP. Build loyalty through experience management. Qual Prog 2007; 40: 26-32.
24. Berry LL, Seltman KD. Management Lessons from the Mayo Clinic: Inside One of the World's Most Admired Service Organizations. McGraw-Hill, New York 2008.
25. Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. Ann Emerg Med 2000; 35: 26-34.
26. Þjónustukönnun Landspítala, maí 2012. landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=91d18ff5-2a7a-11e2-8611-005056be0005 - apríl 2014.
27. Boulding W, Glickman SW, Manary MP, Schulman KA, Staelin R. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. Am J Manag Care 2011; 17: 41-8.
28. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2010; 3: 188-95.
29. Kravitz RL, Hays RD, Sherbourne CD, DiMatteo MR, Rogers WH, Ordway L, et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. Arch Intern Med 1993; 153: 1869-78.
30. Vilhjálmsson R. Bein útgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðismála. Læknablaðið 2009; 95: 661-8.
31. Vilhjálmsson R. Frestun læknisþjónustu meðal Íslendinga: Umfang og skýringar. Læknablaðið 2011; 97: 529-34.
32. Katz DA, Aufderheide TP, Gaeth G, Rahko PS, Hillis SL, Selker HP. Satisfaction and emergency department revisits in patients with possible acute coronary syndrome. J Emerg Med 2013; 45: 947-57.
33. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. Arch Intern Med 2012; 172: 405-11.
34. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med 2011; 86: 359-64.
35. Marquis MS, Davies AR, Ware JE. Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study. Med Care 1983; 21: 821-9.
36. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. Fam Pract 1998; 15: 480-92.
37. La Monica EL, Oberst MT, Madea AR, Wolf RM. Development of a patient satisfaction scale. Res Nurs Health 1986; 9: 43-50.

ENGLISH SUMMARY

Patient satisfaction with care and interaction with staff in the Acute Cardiac Unit at Landspitali – The National University Hospital of Iceland

Margret H. Snorradottir[1], David O. Arnar[1,2], Ragnar F. Olafsson[3], Runolfur Palsson[1,2], Olafur S. Indridason[2]

Introduction: The Icelandic health care system ranks favourably in international comparison but patients' experience of interaction with the health service has not been well studied. The goal of this study was to examine the satisfaction of patients admitted to the Acute Cardiac Unit (ACU) at Landspitali – The National University Hospital of Iceland.
Methods: A questionnaire based on the Patient Satisfaction Questionnaire III was mailed to patients admitted to the ACU between 1 January and 29 February 2012. Questions were presented as statements and participants asked to respond how strongly on a scale from 1 to 5 they agreed or disagreed with each statement. Data analysis was performed using descriptive statistics, Cronbach´s alpha for internal consistency of scales and principal components analysis, Wilcoxon-Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests for comparison of groups and Pearson and Spearman correlation coefficients for correlation between variables.
Results: The questionnaire was mailed to 485 individuals of whom 275 (57%) responded. The median age of the participants was 62 (range, 19-95) years and 132 (48%) were women. Internal consistency of the scales was mostly high (Cronbach's alpha 0.62-0.91) and principal components analysis revealed one main factor. The mean score of the questionnaire was 6.8 ±1.0 and 91%, and 86% of the participants were pleased with their interaction with physicians and nurses, respectively. Similarly, 88% were pleased with the care they recieved but 25% felt they received insufficient explanations of their symptoms or that follow-up care was lacking.
Conclusion: Patients of the ACU generally appear to be satisfied with their care. However, our results suggest that improvement is needed in several areas, including information provided at discharge and follow-up care.

Key words: *Health service, acute cardiac unit, heart disease, quality of care, PSQ-III questionnaire, survey.*

Correspondence: *Ólafur Skúli Indriðason, olasi@landspitali.is*

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, [2]Internal Medicine Services, Landspitali - The National University Hospital of Iceland, [3]Educational Testing Institute, Reykjavik, Iceland.



Barneignir
ekki á dagskrá



Benidette

– Getnaðarvörn til inntöku

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

Sérlyfjatexti á bls. 427

Actavis

HVITA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 310081

XXI. þing Félags íslenskra lyflækna

21.-22. nóvember 2014 í Hörpu

Dagskrá þingsins verður fjölbreytt og ætti að höfða til breiðs hóps lyflækna og heimilislækna. Að vanda verður kynning vísindarannsókna stór þáttur og er skilafrestur ágripa til 20. október.

Leiðbeiningar um ágrip
Hámarkslengd ágripa miðast við 1800 letureiningar með bilum (titill ágrips og nöfn höfunda og stofnana eru ekki talin með).
Ágrip skulu rituð á íslensku og er ætlast til að vandað sé til orðfæris og efnistaka. Lyfjaheiti skal rita með íslenskum rithætti.

Innsending ágripa verður á netinu. Slóðin er *athygliradstefnur.is*
Þar á áberandi stað verður flipi: Verkefni – skráningar.
Opnað verður fyrir innsendingu ágripa föstudaginn 17. ágúst.
Skráning á þingið verður á netinu á sama stað.

Skipulagningu Lyflæknaþingsins annast: Athygli ráðstefnur: athygliradstefnur.is
birna@athygliradstefnur.is, *thorunn@athygliradstefnur.is*

Nánari upplýsingar munu birtast síðar.

Einnig er unnt að leita upplýsinga hjá stjórn Félags íslenskra lyflækna:
Runólfur Pálsson formaður, netfang: *runolfur@landspitali.is*
Davíð O. Arnar ritari, netfang: *davidar@landspitali.is*

Vísindaþing geðlækna

26.-28. september 2014 á Akureyri

Fimmta vísindaþing Geðlæknafélags Íslands verður haldið á Hótel KEA á Akureyri 26.-28. september nk.

Skráning er á lauga@landspitali.is, fyrir 1. september.

Skráningargjald er 10.000 kr.

Undirbúningsnefnd hefur tekið frá herbergi á Hótel KEA vegna þingsins, en þátttakendur sjá sjálfir um að bóka gistingu.

Þingið verður með svipuðu sniði og áður. Dagskrá þingsins hefst kl. 15, föstudaginn 26. september og stendur til kl. 18 laugardaginn 27. september. Dagskráin verður fjölbreytt, en á þinginu munu geðlæknar og annað fagfólk á geðheilbrigðissviði kynna afrakstur vísindastarfs síns í stuttum erindum.

Frestur til að skila ágripum erinda (hámark 250 orð) er 31. ágúst 2014.

Ágrip skal senda með tölvupósti til
Halldóru Jónsdóttur, *halldjon@landspitali.is*

Laugardagskvöldið 27. september verður hátíðarkvöldverður og skemmtidagskrá.

Í undirbúningsnefnd þingsins eru geðlæknarnir
Halldóra Jónsdóttir, Magnús Haraldsson, Þórgunnur Ársælsdóttir, Lára Björgvinsdóttir og Sigurður Páll Pálsson.

Heilablóðþurrð/-drep – greining og meðferð

Ólafur Árni Sveinsson læknir[1], **Ólafur Kjartansson** læknir[2], **Einar Már Valdimarsson** læknir[3]

ÁGRIP

Á Íslandi verða um 400 einstaklingar fyrir heilablóðþurrð á ári hverju, rúmlega einn á dag. Heilablóðþurrð er bráðaástand. Talið er að um tvær milljónir heilafrumna deyi á hverri mínútu eftir að slagæð í heila lokast. Öllu máli skiptir að sjúklingurinn komist sem fyrst á sjúkrahús, meðal annars til segaleysandi meðferðar. Þó að segaleysandi meðferð sem gefin er allt að fjórum og hálfum tíma eftir upphaf áfalls skili árangri, minnkar gagnsemin hratt eftir því sem líður á tímann. Fyrir hverja tvo sjúklinga sem meðhöndlaðir eru innan einnar klukkustundar nær annar fullum bata en meðhöndla þarf 14 einstaklinga til að einn nái fullum bata sé lyfið gefið þremur til fjórum og hálfri klukkustund eftir upphaf einkenna. Allir sjúklingar með brátt heilablóðfall ættu að leggjast inn á heilablóðfallseiningu. Þar fer fram heildstæð og þverfagleg nálgun hvað varðar hinar fjölmörgu orsakir og afleiðingar heilablóðfalls, með áherslu á endurhæfingu. Til að koma í veg fyrir endurtekið áfall skal hefja annars stigs fyrirbyggjandi meðferð sem fyrst. Þar kemur til álita blóðflöguhemjandi meðferð, blóðþrýstingsmeðferð, lækkun blóðfitu, meðferð sykursýki, lífsstílsbreytingar, blóðþynning hjá sjúklingum með segalind í hjarta og æðaþelsbrottnámsaðgerð á hálsslagæð, þar sem það á við.

Inngangur

[1]Taugadeild Karolinska sjúkrahússins, Stokkhólmi, Svíþjóð, [2]röntgendeild, [3]taugalækningadeild Landspítala.

Á Íslandi verða um 400 einstaklingar fyrir heilablóðþurrð á ári hverju. Rúmlega einn á dag. Heilablóðþurrð er bráðaástand. Talið er að um tvær milljónir heilafrumna deyi á hverri mínútu eftir að slagæð í heila lokast.[1] Því skiptir tíminn öllu máli ef bjarga á heilavef frá heiladrepi. Afar mikilvægt er að sjúklingurinn komist sem fyrst á sjúkrahús, meðal annars til segaleysandi meðferðar. Illa hefur gengið að ná til sem flestra innan tímamarkanna.[2] Ástæður þess geta verið margar. Sumir átta sig ekki á eðli einkenna sinna, aðrir vilja bíða og sjá til hvort þau gangi yfir. Aðrir búa einir og ná ekki að gera viðvart. Því er mikilvægt að fræða heilbrigðisstarfsfólk og almenning um einkenni heilablóðþurrðar og nauðsyn þess að leita sér tafarlaust hjálpar á sviparðan hátt og fólki hefur lærst á síðustu áratugum þegar grunur vaknar um hjartaáfall.[2] Í þessari grein verður fjallað um greiningu og meðferð heilablóðþurrðar.

Fyrirspurnir: Ólafur Sveinsson
olafur.sveinsson@karolinska.se

Aðferðir

Gerð var leit í PubMed gagnasafninu. Notuð voru leitarorðin „cerebral ischemia“, „cerebral infarction“ og „transient ischemic attack“. Alls fengust 317.500 (98.192, 199.224, 20.084) heimildir í þeirri leit. Áhersla var lögð á greinar sem birst hafa eftir 1990, en í vissum tilvikum leiddi leitin fram mikilvægar eldri heimildir. Eingöngu voru lesin ágrip á ensku og íslensku. Aðeins voru lesnar greinar úr virtum tímaritum sem eru leiðandi í skrifum um taugalækningar, öll ritrýnd. Ágrip af fundum eða veggspjöldum voru ekki skoðuð. Gerðar voru þær kröfur að tilfellaraðir hefðu fleiri en 50 sjúklinga til að koma til álita. Yfirlitsgreinar í virtum tímaritum voru einnig teknar til greina. Greinar voru valdar út frá mikilvægi og þýðingu fyrir skrif þessarar yfirlitsgreinar. Af ofantöldum fjölda heimilda voru 608 ágrip lesin. Á grunni þeirra voru 153 greinar lesnar og af þeim var efni úr 77 notað í þessa grein. Sérstök áhersla var lögð á að fylgja leiðbeiningum amerísku heilablóðfallasamtakanna frá 2011 og 2013 (heimildir 2 og 49).

Greinin barst 27. janúar 2014, samþykkt til birtingar 21. maí 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Greining

Tíminn fram að greiningu

Þegar grunur vaknar um brátt heilablóðfall skal flytja sjúkling tafarlaust á sjúkrahús þar sem læknir tekur á móti honum strax við komu. Afar mikilvægt er að mennta sjúkraflutningsmenn í að greina hugsanlegt heilablóðfall. Þegar þeir koma á vettvang geta einföld stöðluð próf komið að gagni. Eitt slíkt próf er FAST (Face, Arms, Speech, Time) prófið sem inniheldur eftirfarandi þrjár spurningar við grun um heilablóðfall:[2,3]

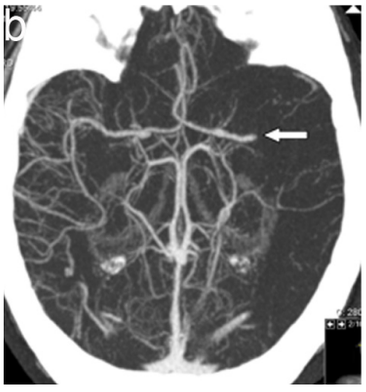
- Er andlitið ósamhverft þegar sjúklingurinn reynir að brosa?
- Fellur annar handleggur þegar sjúklingurinn reynir að halda báðum uppi?
- Á sjúklingurinn erfitt með að segja setningar eins og „það er gott veður úti“?

Sjúkraflutningsmenn leitast við að komast að því hvenær einkennin hófust og hvenær sjúklingurinn var síðast án einkenna. Á leiðinni á sjúkrahúsið þarf að huga að öndunarvegi, öndunarhjálp og blóðflæðishjálp. Fylgjast skal með lífsmörkum og mæla blóðsykur, þar sem blóðsykurfall getur gefið einkenni lík heilablóðfalli.

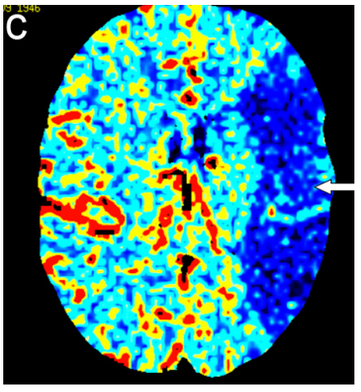
Við komu sjúklings á bráðamóttöku þarf að svara eftirfarandi spurningum umsvifalaust: Er um bráða heilablóðþurrð að ræða? Ef svo er, uppfyllir sjúklingur



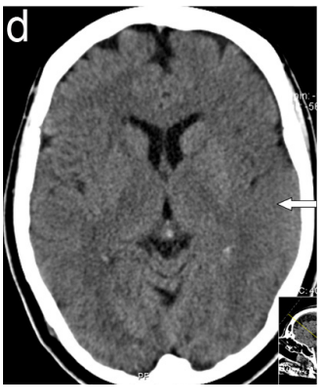
Mynd 1a. *Allar myndir merktar nr.1 eru tölvusneiðmyndir og sýna sama einstakling sem kom á sjúkrahús um klukkustund eftir að hafa fengið hægri helftarlömun og málstol. Mynd 1a er gerð án skuggaefnisgjafar í æð og sýnir sega* (media sign) *í miðhjarnaslagæð* (a. cerebri media) *vinstra megin í heila (ör).*



Mynd 1b. *Æðarannsókn við komu staðfesti lokun á vinstri miðhjarnaslagæð (ör).*



Mynd 1c. *Heilavefjargegnumflæðisrannsókn* (cerebral blood flow (CBF)) *við komu sýnir minnkað blóðflæði á næringarsvæði vinstri miðhjarnaslagæðar (blátt, ör). Allt bláa svæðið sem sést á myndinni telst þó lífvænlegur vefur* (penumbra).



Mynd 1d. *Tölvusneiðmynd sem sýnir greinilega lágþéttni, útmáðar hjarnafellingar* (sulci) *(ör) og óljós skil milli grás og hvíts vefjar á næringarsvæði miðhjarnaslagæðar vinstra megin sem eru merki um heilablóðþurrð og þróun yfir í heiladrep. Stór hluti af svæðinu er þó lífvænlegt samanber mynd 1c.*

skilyrði fyrir segaleysandi meðferð? Stefna ber að því að á innan við 20 mínútum sé upplýsinga aflað frá sjúklingi, vitnum, aðstandendum og starfsfólki sjúkrabílsins, framkvæmd taugaskoðun, líkamsskoðun og blóðprufutaka. Fleiri starfsmenn geta unnið þessa verkþætti samtímis. Við taugaskoðun er æskilegt að nota svokallaðan NIH-skala (National Institutes of Health Stroke Scale). Fljótlegt er að fara eftir skalanum, hann er notaður víða um heim og gefur samsvarandi niðurstöðu hver sem skoðar.[2] Ef sjúklingur virðist uppfylla skilyrði fyrir segaleysandi meðferð skal flytja hann strax í myndgreiningu. Ráðlagt er að læknir fylgi sjúklingnum. Á leiðinni má fylla í eyður hvað sjúkrasögu og skoðun varðar. Ef engar frábendingar koma í ljós eftir myndrannsókn skal hefja segaleysandi meðferð umsvifalaust. Ekki er nauðsynlegt að bíða eftir blóðprufusvörum. Eingöngu þarf að útiloka blóðsykursfall og mæla INR (International Normalised Ratio) ef sjúklingur tekur warfarín. Alþjóðlegar leiðbeiningar hvetja til þess að gjöf segaleysandi efnis hefjist innan 60 mínútna frá því að sjúklingur kom á sjúkrahúsið (*door to needle time*), því fyrr, því betra.[2]

Finnar hafa verið framarlega í bráðameðferð heilablóðfalls. Sérstaklega á þetta við á Stór-Helsinkisvæðinu. Þeir hafa einbeitt sér að því að stytta undirbúningstímann fyrir gjöf segaleysandi efnis. Þetta á við flutningstíma til sjúkrahúss og tímann á bráðamóttöku fram að gjöf segaleysandi efnis. Eftirfarandi eru nokkur lykilatriði úr þeim vinnuferlum sem þeir hafa komið sér upp:[4]

a) Grunur um heilablóðfall hefur fengið sama forgang sjúkrabíla og grunur um kransæðastíflu (eingöngu hjartastopp hefur hærri forgang).

b) Á leiðinni á sjúkrahús er hringt í vakthafandi taugalækni (allir sjúkrabílar hafa beint númer), greint frá sjúkrasögu og skoðun og kennitala gefin upp. Þá er er hægt að skrá sjúkling inn og fara yfir þær sjúkraskrár sem til eru.

c) Sjúklingur er fluttur beint að tölvusneiðmyndatæki þar sem taugalæknir ásamt heilablóðfallsteymi bíður.

d) Skoðun samkvæmt NIH-skala er framkvæmd. Eingöngu er tekið stixpróf fyrir INR. Blóðsykur hefur þegar verið mældur í sjúkrabíl.

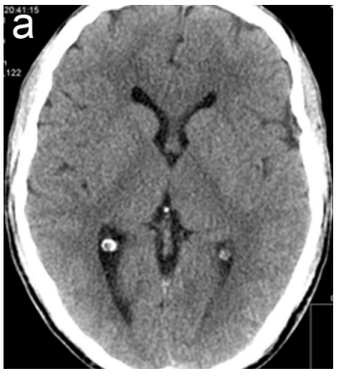
e) Ef tölvusneiðmynd sýnir ekki frábendingu fyrir segaleysandi meðferð og sterkur klínískur grunur er um heilablóðþurrð er segaleysandi meðferð hafin. Þá er hægt að framkvæma frekari blóðrannsóknir og myndrannsóknir svo sem æðamyndatöku, heilavefjargegnumflæðisrannsókn (*cerebral perfusion*) eða segulómskoðun ef þess gerist þörf.

f) Eitt sjúkrahús á Stór-Helsinkisvæðinu tekur við öllum sjúklingum sem mögulega geta haft gagn af segaleysandi meðferð.

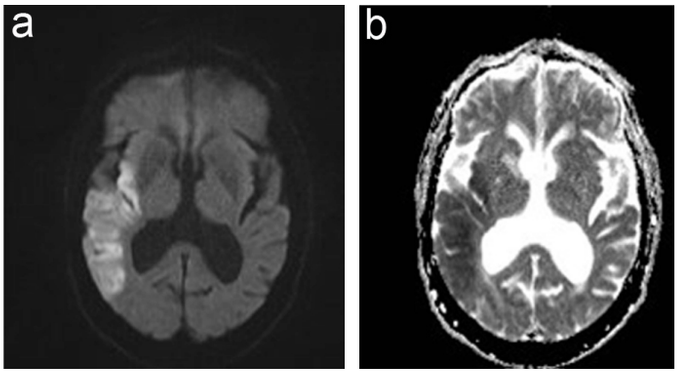
Með ofantöldum aðgerðum hafa Finnar náð afar góðum árangri. Meðaltími þar frá komu sjúklings á sjúkrahúsið þar til segaleysandi meðferð er hafin er 20 mínútur. Það hefur skilað sér í bættum árangri hjá þessum sjúklingahópi.[4] Tímalengd frá upphafi einkenna þar til meðferð er hafin er lykilþáttur þegar kemur að árangri segaleysandi meðferðar eins og rætt verður síðar. Þó að íslenska höfuðborgarsvæðið sé mun minna en Helsinki eru flestar meðferðarforsendur til staðar.

Myndrannsóknir

Myndrannsóknir gegna lykilhlutverki við greiningu heilablóðfalls. Í dag er langalgengast að beita tölvusneiðmyndatöku án skuggaefnis sem útilokar blæðingu á skjótan og öruggan hátt. Stundum getur slík rannsókn sýnt aukna þéttni í slagæð, svokallað *hyperdense*-teikn vegna sega í æðarholinu. Ef seginn er staðsettur í miðhjarnaslagæð (*a. cerebri media*) kallast teiknið *media sign* (mynd 1a). Rannsóknin getur einnig sýnt snemmkomin teikn um drep, svo sem lágþéttni (*hypodensity*) heilavefjar, bjúgmyndun, eða óljós skil milli gráa og hvíta efnisins (mynd 1d).[5] Einnig er hægt að framkvæma æðamyndatöku (*CT angiography*) til að leita eftir slagæðaþrengingum og -lokunum (mynd 1b).[6] Þá getur heilavefjargegnumflæðisrannsókn (*cerebral perfusion*) verið gagnleg. Með þeirri rannsókn er hægt að meta stærðina á lítt starfshæfum en lífvænlegum heilavef (*penumbra*) (mynd 1c) í samanburði við svæði þar sem drep hefur orðið. Þegar svæði lífvænlegs heilavefjar er tiltölulega stórt er til mikils að vinna.[7] Þó skal tekið skýrt fram að eingöngu þarf hefðbundna tölvusneiðmyndarannsókn til undirbúnings segaleysandi meðferðar. Hinar rannsóknirnar sem nefndar voru geta varpað skýrara ljósi á ástand heilavefjar sem hefur orðið fyrir blóðþurrð og gefið upplýsingar um lokun slagæðar. Aðalatriðið er þó alltaf að gefa segaleysandi meðferð sem fyrst.



Mynd 2. *Tölvusneiðmynd 2a sýnir engin merki um heiladrep en 2b sem er flæðisviktuð segulómrannsókn (DWI :B1000) sýnir ferskt drep í stúku vinstra megin (ör).*



Mynd 3. *Segulómskoðun gerð komudag af sjúklingi sem kom inn með vinstri helftarlömun sýnir ferskt drep á svæði hægri hjarnslagæðar, sem á mynd (3a) sést sem segulskær breyting (DWI:B1000) og segulsnauð á ADC korti (3b).*

Tölvusneiðmyndarannsókn sem felur í sér tölvusneiðmynd án skuggaefnis, æðamyndatöku, og heilavefjargegnumflæðisrannsókn (*cerebral perfusion*) er hægt að framkvæma á 10 mínútum.[8] Þó að skuggaefni sé notað við æðamyndatökuna er hætta á nýrnaskaða afar lág hjá einstaklingum með eðlilega nýrnastarfsemi. Í einni rannsókn var gjöf skuggaefnis talin liggja að baki bráðri nýrnabilun hjá fjórum einstaklingum (0,37%) af 1075.[9]

Í bráðaaðstæðum er segulómskoðun einnig álitlegur kostur sem víða er notaður. Segulómskoðun gefur betri aðgreiningu á vefjahlutum í heilavef en tölvusneiðmynd.[10] Flæðisviktuð (*diffusion-weighted imaging*, DWI) (mynd 2 og 3) segulómrannsókn getur greint frumubundinn (*cytotoxic*) bjúg innan mínútna eftir upphaf blóðþurrðar, hins vegar getur tekið nokkrar klukkustundir fyrir drepið að koma í ljós á tölvusneiðmynd.[11] Ókostir segulómskoðunar eru minna aðgengi og lengri rannsóknartími.

Bráðameðferð

Segaleysandi meðferð

Alteplasi (*tissue plasminogen activator, tPA, Actilyse®*) er ensím sem hvetur klofning af plasmínogeni yfir í plasmín sem svo klýfur fibrín og þar með sega. Grunnrannsóknin sem sýndi fram á árangur segaleysandi meðferðar var framkvæmd af The National Institute of Neurologic Disorders and Stroke (NINDS) í Bandaríkjunum. Þar var sjúklingunum slembiraðað til að fá tPA eða lyfleysu innan þriggja klukkustunda frá upphafi einkenna.[12] Í meðferðarhópnum var sýnt fram á marktækt minni fötlun eftir þrjá mánuði.[12] Einkennagefandi blæðing var algengari í tPA hópnum (6,4%) en í lyfleysuhópnum (0,6%) (P<,001).[12] Þegar þessar niðurstöður voru birtar 1995 fékk lyfið markaðsleyfi. Skammturinn sem hefur verið notaður er 0,9 mg/kg, og 90 mg sem hámark.[12] Síðan þá hafa fleiri rannsóknir sýnt hliðstæðan árangur.[13,14]

Á síðastliðnum árum hafa rannsóknir sýnt fram á gagnsemi segaleysandi meðferðar í allt að fjóra og hálfan tíma eftir upphaf áfalls.[15,16] Því hefur meðferðarglugginn verið lengdur sem því nemur á flestum stöðum þar sem boðið er upp á þessa meðferð. Það þýðir þó ekki að greiningarferlið megi ganga hægar. Líkur á bata minnka línulega með tímanum og eftir fjórar og hálfa klukkustund er gagnsemi segaleysandi meðferðar ekki lengur tölfræðilega marktæk. Fyrir hverja tvo sjúklinga sem meðhöndlaðir eru innan einnar klukkustundar nær annar fullum bata en meðhöndla þarf 14 til að einn nái fullum bata sé lyfið gefið þremur til fjórum og hálfri klukkustund eftir upphaf einkenna.[17]

Í töflu I má sjá ábendingar og frábendingar fyrir segaleysandi meðferð.[2] Ekki gefst ráðrúm hér til að fara í gegnum allar frábendingar en varast skal að meðhöndla sjúklinga með mjög mikil brottfallseinkenni með tPA. Þá er átt við sjúklinga sem hafa yfir 25 á NIH-skalanum eða eru með merki um stórt drep á fyrstu myndrannsókn. Ekki hafa verið sett nein neðri mörk á NIH-skalanum varðandi tPA-meðferð. Ætíð þarf að meta mikilvægi einkenna. Til dæmis getur alvarlegt málstol réttlætt meðferð þó að það gefi aðeins 1-2 stig á skalanum. Meðferð með warfaríni er frábending fyrir tPA, nema INR sé undir 1,7. Blóðþrýstingur yfir 185/110 er talinn frábending, en takist að lækka þrýstinginn í tæka tíð getur meðferð hafist.[2] Oftast er lyfið labetólól notað í skammtastærðunum 10-20 mg í senn.

Tafla I. *Ábendingar og frábendingar fyrir segaleysandi meðferð.*

Ábendingar
Bráð brottfallseinkenni sem samrýmast vel heilablóðþurrð
Upphaf einkenna innan 4,5 klukkustunda
Frábendingar
Væg einkenni eða einkenni sem eru að ganga yfir
Sjúklingur með svæsin einkenni ≥25 á NIH-skalanum
Einkenni og skoðun sem gefa til kynna innanskúmsblæðingu
Innankúpublæðing á myndrannsókn
Alvarlegur heilaskaði eða heilablóðfall síðastliðna þrjá mánuði
Virk blæðing frá meltingar- eða þvagfærum á síðastliðnum 21 degi
Stærri skurðaðgerð síðastliðna 14 daga
Slagbilsþrýstingur yfir 185 mm Hg eða hlébilsþrýstingur yfir 110 mm Hg
Merki um virka blæðingu eða fersk einkenni líkamsáverka við skoðun
Notkun blóðþynningarlyfja um munn eða INR jafnt eða yfir 1,7
Notkun heparíns á síðastliðnum 48 klukkustundum eða lengt aPTT
Magn blóðflagna undir 100.000 mm^3
Blóðsykursgildi undir 2,7 mmól/L
Myndrannsókn sem sýnir heiladrep sem nær yfir >1/3 af heilahveli
Illkynja æxli í höfði eða æðaflækja

Innanæðarmeðferð

Aðeins helmingur sega í stærri æðum leysist með tPA-meðferð og því er þörf fyrir öflugri meðferð.[18] Ýmiss konar innanæðarmeðferð (*endovascular treatment*) hefur verið þróuð á síðastliðnum árum til að fjarlægja sega úr slagæðum heilans og hefur mikil tæknileg framþróun átt sér stað á þeim vettvangi. Slík meðferð hefur fyrst og fremst verið reynd hjá sjúklingum sem ekki hafa verið taldir hæfir fyrir venjulega tPA-meðferð um bláæð eða þar sem tPA-meðferð hefur ekki borið árangur.[19] Segabrottnám er talið sérstaklega árangursríkt í stóræðasjúkdómi eins og við lokun á hjarnabotnsslagæð (*a. basilaris*). Þar sem þessari meðferð er ekki beitt á Íslandi verður hún ekki rædd frekar hér. Hið sama gildir um innanæðarmeðferð (*intraarterial*) með tPA.

Blóðflöguhemjandi lyf

Fyrir sjúklinga sem uppfylla ekki skilyrðin fyrir tPA, er aspirín eina lyfið sem hefur sýnt ávinning í bráðri heilablóðþurrð.[20,21] Í raun er hér þó um annars stigs forvörn að ræða þar sem aspirín dregur úr hættunni á endurtekinni heilablóðþurrð strax á fyrstu dögunum eftir áfallið. Þetta er mikilvægt þar sem þá er talsverð hætta á nýju áfalli. Því skal gefa aspirín strax og búið er að útiloka blæðingu með myndrannsókn. Að aflokinni segaleysandi meðferð er rétt að bíða með blóðflöguhemjandi lyf í 24 klukkustundir. Regluleg notkun blóðflöguhemjandi lyfs (aspírin/klópídógrel) er ekki frábending fyrir segaleysandi meðferð.[12]

Blóðþynnandi meðferð

Rannsóknir hafa ekki sýnt fram á heildarávinning af blóðþynnandi (*anticoagulation*) meðferð við bráðri heilablóðþurrð.[2,22] Sá ávinningur sem fengist hefur með blóðþynningu er upphafinn af aukinni tíðni heilablæðinga.[21] Að aflokinni segaleysandi meðferð er rétt að bíða með blóðflöguhemjandi lyf í 24 klukkustundir. Regluleg notkun blóðflöguhemjandi lyfs (aspírin/klópídógrel) er ekki frábending fyrir segaleysandi meðferð.[12]

Önnur meðferð

Sérhæfðar heilblóðfallseiningar

Alþjóðasamtök taugalækna mæltust til þess á síðasta áratug síðustu aldar að unnið yrði að því að allir einstaklingar með brátt heilablóðfall ættu kost á dvöl á svokölluðum heilablóðfallseiningum/deildum.[2] Á árunum þar á undan höfðu endurteknar rannsóknir sýnt að sjúklingum farnaðist betur á slíkum deildum hvað varðar lífs- og batalíkur.[2] Á þessum deildum fer fram heildstæð og þverfagleg nálgun sérhæfðra heilbrigðisstétta, hvað varðar hinar fjölmörgu og oft flóknu afleiðingar heilablóðfalls, með áherslu á endurhæfingu, helst á fyrsta degi ef þess er kostur.[2]

Öndunarhjálp

Nokkur hluti sjúklinga með bráða heilablóðþurrð á á hættu að verða fyrir öndunarbilun. Ekki síst á það við þegar heiladrep eru stór eða staðsett í heilastofni. Þessir einstaklingar eiga gjarnan í erfiðleikum með að losa sig við slím og halda öndunarvegi opnum vegna lömunar í munni/koki eða lækkaðrar meðvitundar.[23] Þá er mikil hætta á lungnabólgu vegna ásvelgingar.[23] Í þeim tilvikum er mat á kyngingargetu nauðsynlegt til að velja réttar næringarleiðir. Mikilvægt er að súrefnismettun sé haldið yfir 94% til að verja vefi fyrir súrefnisskorti.[2] Ekki er mælt með því að gefa einstaklingum með háa súrefnismettun viðbótarsúrefni.[2]

Blóðþrýstingsmeðferð

Sjúklingar með bráða heilablóðþurrð hafa gjarnan hækkaðan blóðþrýsting við komu á sjúkrahús og fyrstu dagana eftir upphaf einkenna. Ástæður þess geta verið: lífeðlisfræðileg mótvægisáhrif vegna heilablóðþurrðar, hækkaður innankúpuþrýstingur, verkir og undirliggjandi háþrýstingur.[24]

Flestir mæla með því að háþrýstingur sé eingöngu meðhöndlaður ef slagbilsþrýstingurinn fer yfir 220 mm Hg eða hlébilsþrýstingur yfir 120 mm Hg.[2,25] Ef sjúklingurinn hefur fengið segaleysandi meðferð er mælt með því að halda þrýstingnum í eða undir 180/105 mm Hg. Þetta á við meðan á gjöf tPA stendur og sólarhringinn þar á eftir.[2] Tilgangurinn er að minnka hættu á heilavefsblæðingu.

Ef lækka þarf blóðþrýstinginn ber að gera það varlega, ekki síst þar sem margir sjúklinganna hafa undirliggjandi háþrýsting og sjálfstjórn (*autoregulation*) blóðþrýstingsins er í samræmi við það. Dæmi um lyf sem hægt er að nota eru: β-hemlar (labetalól), kalsíum hemlar (níkardipín) og angíótensin-converting ensím hemlar (enalapríl).

Vökvameðferð

Algengt er að sjúklingar með heilablóðþurrð hafi merki um vökvaskort við innlögn, og margir geta ekki drukkið. Þá er nauðsynlegt að hefja meðferð með jafnþrýstum saltvatnslausnum.[2] Forðast skal vanþrýstar (*hypotonic*) lausnir þar sem þær geta aukið heilabjúg.

Blóðsykurstjórnun

Hækkaður blóðsykur hefur verið tengdur verri horfum hjá sjúklingum með heilablóðþurrð.[26] Hækkaður blóðsykur hefur einnig verið tengdur auknum heilabjúg og aukinni tíðni blæðinga inn í drepið.[27] Heilablóðþurrðarsjúklingar hafa oft hækkaðan blóðsykur vegna aukinnar örvunar sympatíska taugakerfisins. Þess vegna er ekki mælt með því að þeim séu gefnar sykurlausnir. Nauðsynlegt er að fylgjast reglulega með blóðsykri og meðhöndla hækkaðan blóðsykur með stuttverkandi insúlíni. Halda ber sykurgildum í blóði undir 9 mmól/l.[2] Stýring blóðsykurs niður fyrir 6 mmól/L hefur ekki bætt árangur.[2]

Hitalækkandi meðferð

Hækkaður líkamshiti getur haft neikvæð áhrif á afdrif þar sem hann eykur efnaskiptaþörf, bólguviðbragð og niðurbrot heilavefjar.[28,29] Lungnabólga og þvagfærasýkingar eru algengar hjá sjúklingum með bráða heilablóðþurrð. Sýkingar þarf að greina tafarlaust og meðhöndla. Auk sýklalyfjameðferðar má nota hitastillandi lyf á borð við parasetamól.

Fylgikvillar heilablóðþurrðar

Blæðing inn í drepið

Það sem menn óttast helst hjá þeim sem fengið hafa segaleysandi meðferð er blæðing inn í drepið sem getur leitt til aukinnar fötlunar og hærri dánartíðni (mynd 4).[12] Áhættuþættir fyrir blæðingu eftir segaleysandi meðferð eru: mikil einkenni í upphafi (há stigaskorun á NIH-skalanum), teikn um drep á fyrstu myndrannsókn-



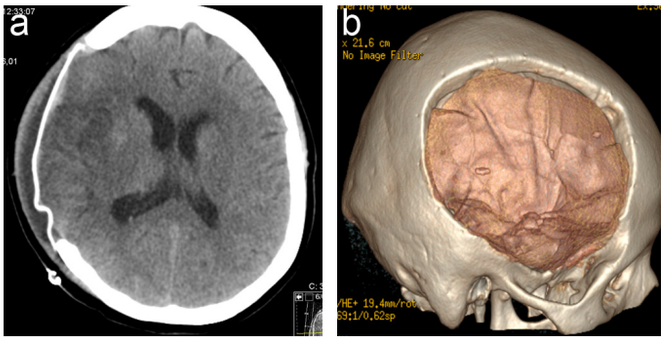
Mynd 4. *Tölvusneiðmynd sem sýnir blæðingaríferð í heilaberki og djúphnoðum (basal ganglia) eftir gjöf segaleysandi lyfs.*

inni, hár aldur, hár blóðþrýstingur, blóðflagnafæð, hár blóðsykur, sykursýki, hjartabilun, og gjöf tPA seint í tímarammanum.[30,31] Því hefur hluti af þessum áhættuþáttum verið tekinn inn sem frábendingar fyrir segaleysandi meðferð (sjá töflu I). Þess ber að geta að frábendingum fyrir segaleysandi meðferð hefur fækkað með árunum. Margar hverjar, svo sem hár aldur og saga um heiladrep, eru eingöngu hlutfallslegar frábendingar í dag.

Flestar blæðingar eiga sér stað á fyrstu klukkustundunum eftir að segaleysandi lyf er gefið. Ef sjúklingur sýnir merki versnandi taugaeinkenna skal stöðva innrennsli tPA strax og framkvæma bráða tölvusneiðmyndarannsókn. Ef blætt hefur skal gefa ferskt frosið plasma (5–10 mL/kg).[32] Þá er nauðsynlegt að meta blóðhag, fjölda blóðflagna og storkupróf. Hugsanlega kemur þá fram áhættuþáttur fyrir blæðingunni sem hægt er að leiðrétta.

Djúpvenusegi

Djúpvenusegi með lungnareki kemur fyrir og veldur dauða hjá nokkrum prósentum heilablóðfallasjúklinga.[2,33] Því er mælt með notkun lágheparíns hjá þeim sem eru rúmliggjandi (til dæmis Klexane® 20-40mg daglega).[34,35] Sjúklingar sem fengið hafa segaleysandi meðferð ættu þó ekki að fá blóðþynningu fyrsta sólarhringinn. Þrýstisokka má nota hjá þeim sjúklingum sem hafa frábendingu fyrir lágheparínmeðferð.[2]



Mynd 5. *Tölvusneiðmynd 5a framkvæmd eftir kúpuopnun hjá einstaklingi með stórt drep á næringarsvæði miðhjarnsslagæðar hægra megin. Heilinn bungar út um opið vegna bújgs og dreps. Þrívíddar tölvusneiðmynd 5b sýnir vel kúpuopnunina. Þessi rannsókn var gerð skömmu áður en leggja átti beinið sem fjarlægt var aftur á sinn stað og því bungar heilinn ekki lengur út eins og á fyrri mynd. Þess má geta að þessi einstaklingur náði sér vel eftir alvarlega vinstri helftarlömun.*

Heilabjúgur

Eftir heiladrep getur myndast svo alvarlegur heilabjúgur að hætta er á haulun (*herniation*) með þrýstingi á heilastofn, dái og jafnvel andláti. Sérstaklega á þetta við um þá sem eru með stórt drep á svæði miðhjarnaslagæðar, drep í heilastofni eða litlaheila. Mestur er bjúgurinn oftast á degi þrjú til fimm. Til lækkunar innankúpuþrýstings er hægt að nota hefðbundin ráð eins og hækkun höfðalags í 30°, til að auka bláæðafráflæði.[36] Einnig er hægt að gefa osmótísk þvagræsilyf á borð við mannitól eða aðrar yfirþrýstar lausnir.[37] Mannitól dregur bæði úr innanfrumu- og millifrumuvökva í heilanum. Stýrða oföndun verður að nota varlega þar sem hún takmarkar blóðflæði til heilans vegna æðasamdráttar. Barksterar hafa ekki gagnast við bjúg af völdum heilablóðþurrðar.[38]

Mikið hefur verið deilt um gagnsemi opnunar höfukúpu (*craniotomia*) við heilablóðþurrð. Á síðastliðnum árum hafa þó komið fram rannsóknir sem styrkt hafa rökin fyrir þrýstingsminnkunaraðgerð hjá einstaklingum yngri en 60 ára sem hafa stórt drep á næringarsvæði miðhjarnaslagæðarinnar.[39] Markmið aðgerðarinnar er að minnka staðbundin þrýstingsáhrif, lækka innankúpuþrýsting og bæta heilavefjargegnumflæði (*cerebral perfusion pressure*) (mynd 5). Samantekt á þremur rannsóknum sýndi fram á 50% auknar lífslíkur hjá þeim sem gengust undir aðgerðina en á móti kom að stór hluti þeirra sem lifa af býr við alvarlega fötlun.[39] Því er þessi meðferð umdeild. Hjá einstaklingum með mikinn bjúg í litlaheila getur þrýstingsminnkunaraðgerð bjargað lífi.[2]

Annars stigs fyrirbyggjandi meðferð

Eftir að heilablóðþurrð hefur átt sér stað ber að leggja ríka áherslu á fyrirbyggjandi meðferð.

Blóðflöguhemjandi meðferð

Stórar slembiraðaðar tvíblindar rannsóknir og samantektarrannsóknir hafa metið áhrif blóðflöguhemjandi lyfja í samanburði við lyfleysu til að draga úr hættu á endurteknu áfalli hjá sjúklingum sem fengið hafa heilablóðþurrð (skammvinn heilablóðþurrð innifalin). Blóðflöguhemjandi lyf minnka hlutfallslega áhættu á endurteknu áfalli um 20%. Heildaráhættuminnkun nemur 14 áföllum fyrir hverja þúsund sjúklinga sem meðhöndlaðir eru ár hvert. Færri en einn af þúsund á blóðflöguhemjandi meðferð verða fyrir alvarlegri innankúpublæðingu ár hvert. Því er gagnsemin meiri en blæðingarhættan nema sérstakar frábendingar liggi fyrir.[40]

Hve fljótt eftir heiladrep eða skammvinna heilablóðþurrð á að hefja meðferð með blóðflöguhemjandi lyfjum? Stórar slembiraðaðar tvíblindar rannsóknir hafa sýnt fram á gagnsemi þess að hefja aspirínmeðferð innan 48 klukkustunda hjá sjúklingum með heilablóðþurrð.[41] Hjá sjúklingum sem fengið hafa heilablóðþurrð er mælt með því að halda meðferðinni áfram um langan tíma enda þótt rannsóknir hafi sýnt að gagnsemin er mest fyrstu árin.[42]

Aspirín hefur lengi verið fyrsta val hvað varðar blóðflöguhemjandi meðferð.[42] Rannsóknir hafa sýnt að 75 mg daglega gera sama gagn og hærri skammtar en hafa minni aukaverkanir. Tvær stórar slembiraðaðar tvíblindar rannsóknir leiddu í ljós að samsett meðferð með aspiríni og langverkandi dípýridamóli fækkaði hlutfallslega áföllum um fimmtung miðað við aspirín eitt sér, án aukinnar blæðingarhættu.[43] Því hefur undanfarinn áratug verið mælt með dípýridamóli í forðaformi 200 mg x2 daglega til viðbótar aspiríni.

Árleg heildaráhætta minnkaði úr 5% í 4% þegar dípýridamóli var bætt við.[43] Höfuðverkur sem aukaverkun af dípýridamóli kemur fyrir í þriðjungi tilfella, hann getur gengið yfir yfir á 1-2 vikum.[43]

Á síðustu árum hafa komið fram fleiri blóðflöguhamlandi lyf. Stór slembiröðuð tvíblind rannsókn á sjúklingum með sögu um heilablóðþurrð, hjartadrep eða útæðasjúkdóm sýndi að klópídógrel var að minnsta kosti eins áhrifaríkt og aspirín.[44] Rannsóknir hafa einnig leitt í ljós að klópídógrel er að minnsta kosti jafn áhrifaríkt og samsett meðferð með aspiríni og dípýramidamóli.[45] Aspirín og klópídógrel hafa mismunandi aukaverkanir. Aspirín veldur helst einkennum frá efri meltingarvegi en klópídógrel veldur frekar niðurgangi og útbrotum og getur í undantekningartilfellum valdið blóðflagnafæð.[44,46] Slembiraðaðar tvíblindar rannsóknir hafa sýnt að samsett meðferð með aspiríni og klópídógreli fækkar ekki blóðþurrðaráföllum í samanburði við klópídógrel eða aspirín eitt sér. Á hinn bóginn eykur samsetta meðferðin blæðingarhættuna.[47,48]

Sjúklinga með nýlega blæðingu frá meltingarvegi eða aðra stærri blæðingu eða einkenni um virkt magasár ætti ekki að meðhöndla með blóðflöguhemjandi lyfi. Hið sama gildir fyrir þá sem hafa ofnæmi fyrir aspiríni eða öðrum blóðflöguhemjandi lyfjum. Sjúklinga með hvítkornafæð eða fækkun á blóðflögum ætti síður að meðhöndla með klópídógreli. Þar sem blóðflöguhemjandi lyf auka hættuna á innankúpublæðingu er ekki rétt að gefa sjúklingum sem fengið hafa slíka blæðingu blóðflöguhemjandi lyf nema þeir séu í afar sterkum áhættuhóp varðandi heilablóðþurrð.[49]

Bandarísku heilablóðfallasamtökin taka ekki afstöðu með einu lyfi fremur en öðru.[49] Þau mæla með því að lyf sé valið út frá einstaklingsbundnu mati. Eftir að klópídógrel varð ódýrara er það álitlegur kostur þar sem rannsóknir hafa sýnt að það er ekki síðra en aspirín og dípýridamól gefið saman.[45]

Blóðþynning hjá sjúklingum með segalind í hjarta

Sterkar sannanir eru fyrir verulegri gagnsemi blóðþynnandi meðferðar hjá sjúklingum með gáttatif (*atrial fibrillation*), bæði viðvarandi og lotubundnu, í samanburði við blóðflöguhemjandi meðferð.[50,51] Þessi gagnsemi kemur fram hjá öllum aldurshópum og minnkar ekki með aldri.[51] Rannsóknir sýna að hlutfallsleg áhættuminnkun er á milli 68-79% með warfaríni miðað við lyfleysu.[49] Heildaráhætta minnkar árlega úr 4,5% í 1,5%.[49] Hættan á alvarlegri blæðingu vegna blóðþynningar er tvær til þrjár blæðingar á hverja eitt þúsund meðhöndlaða sjúklinga árlega.[50,51] Þannig hafa rannsóknir sýnt fram á verulega gagnsemi blóðþynningar svo lengi sem engar frábendingar eru til staðar. Mikilvægt er að INR sé haldið milli 2 og 3. Við lægra gildi eykst tíðni blóðþurrðaráfalla og við gildi ofan við 3 aukast líkur á alvarlegum blæðingum.[52] Á síðustu árum hafa verið gerðar rannsóknir á svokölluðum þrombínhemlum (*direct thrombin inhibitors*). Dabígatran er eitt þessara efna. Rannsóknir hafa sýnt að efnið er að minnsta kosti jafn árangursríkt og warfarín til að fyrirbyggja segarek frá hjarta meðal einstaklinga með gáttatif.[53] Þess ber þó að geta að hópurinn sem fékk warfarín í þessari rannsókn hélst tiltölulega illa innan viðmiðunarmarka (INR 2-3). Ekki er víst að sami munur sæist til að mynda á Norðurlöndunum þar sem warfarínskömmtun og eftirfylgni er góð. Vissulega er það hagkvæmt að ekki þarf að fylgja blóðþynningunni eftir með mælingum. Hins vegar er ekki ljóst hvaða blóðhluta er gagnlegt að gefa þeim sem blæða á meðferðinni. Dabígatran er dýrara lyf, en eftirfylgnin er fyrirhafnarminni og ódýrari. Lyfið er gefið daglega í skömmtunum 150 mg x 2 og 110 mg x 2 hjá þeim sem hafa skerta nýrnastarfsemi. Önnur tvö blóðþynningarlyf hafa komið á markaðinn, rívaroxaban og apixaban, en þau verða ekki rædd frekar hér.

Hvaða sjúklinga með gáttatif á ekki að meðhöndla með blóðþynnandi lyfjum? Það eru sjúklingar með nýlega blæðingu frá meltingarvegi, lifrarsjúkdóm af völdum áfengisnotkunar, viðvarandi rugl og endurteknar byltur, svo eitthvað sé nefnt.[52] Almenna reglan er sú að sjúklinga með sögu um heilablæðingu ætti ekki að meðhöndla með blóðþynnandi lyfjum.[54] Vilji sjúklingur með gáttatif og sögu um heilablóðþurrð ekki taka blóðþynningarlyf af einhverjum ástæðum er aspirín skásti kosturinn þótt gagnsemi þess sé óveruleg.[40,50] Rannsóknir hafa ekki sýnt fram á gagnsemi samsettrar meðferðar með blóðflöguhemjandi lyfi og blóðþynnandi lyfi. Aukin blæðingartíðni fylgir samsettri meðferð. Almennt er mælt með því að blóðþynningarmeðferð sé haldið áfram um ókominn tíma svo lengi sem frábendingar fyrir meðferðinni koma ekki fram.

Sjúklingar með gerviloku ættu að vera á langtíma warfarínmeðferð þar sem INR er haldið milli 2,5 og 3,5.[49] Sjúklingar með staðfesta segalind í hjarta, til að mynda eftir hjartadrep, ættu að vera á blóðþynningu til að fyrirbyggja blóðþurrðaráfall með INR á bilinu 2,0-3,0 í að minnsta kosti þrjá mánuði eða þangað til segalindin er horfin.[49]

Blóðþrýstingsmeðferð

Til eru afgerandi niðurstöður úr slembiröðuðum tvíblindum rannsóknum þess efnis að blóðþrýstingsmeðferð dragi til muna úr hættu á nýju áfalli meðal þeirra sem hafa sögu um heilablóðfall. Hið sama á einnig við um einstaklinga sem ekki hafa fengið heilablóðfall (fyrsta stigs forvörn). Samantektarrannsóknir hafa sýnt fram á að því meira sem blóðþrýstingurinn er lækkaður, óháð grunnblóðþrýstingi, því minni er hættan á nýju heilaáfalli.[55] Rannsóknir hafa einnig sýnt fram á gagnsemi blóðþrýstingslækkunar óháð aldri og orsök heilablóðþurrðar.[56,57] Mælt er með því að blóðþrýstingi sé náð niður í 130/70 mm Hg hjá flestum sjúklingum. Það er helst hjá þeim sem hafa miklar þrengingar eða lokanir í slagæðum til heilans að mikil og skyndileg lækkun blóðþrýstings getur haft í för með sér hættu á minnkuðu heilavefjargegnumflæði og heilablóðþurrð.[58] Þar er rétt að fara varlega, þangað til búið er að meðhöndla æðaþrenginguna ef unnt er.

Hvaða blóðþrýstingslyf á að nota? Mestu máli skiptir að lækka blóðþrýstinginn.[56] Sterkustu rökin í dag mæla með notkun tíasíða, kalsíumhemla eða samtímis notkun á tíasíði og ACE-hemli.[56] Síður ætti að nota betahemil.[49] Hvaða lyf er síðan valið fer einnig eftir öðrum þáttum, meðal annars aldri, annarri lyfjanotkun og öðrum sjúkdómum. Oft getur verið skynsamlegra að nota fleiri blóðþrýstingslyf í lágum skömmtum en færri í háum skömmtum.[59]

Hve snemma eftir heilablóðþurrð á meðferðin að hefjast? Æskilegt er að hefja meðferð strax eftir skammvinna heilablóðþurrð.[60] Hafi miðlungs eða mikið heiladrep átt sér stað er líklega best að bíða í allt að viku þangað til blóðþrýstingurinn hefur jafnað sig eftir þá bráðahækkun sem getur fylgt áfallinu. Eftir innlögn á sjúkrahús er rétt að sjúklingurinn haldi áfram þeirri blóðþrýstingsmeðferð sem hann hafði fyrir áfallið, nema um afar lágan blóðþrýsting sé að ræða.

Lækkun blóðfitu

Stórar slembiraðaðar tvíblindar rannsóknir og samantektarrannsóknir hafa sýnt fram á að lækkun heildarkólesteróls og LDL-kólesteróls með statínum dregur úr hættu á heilablóðþurrð. Tvær stórar slembiraðaðar tvíblindar rannsóknir; Heart Protection Study (HPS) og the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) beindust sérstaklega að sjúklingum sem fengið höfðu heiladrep eða skammvinna heilablóðþurrð og höfðu heildarkólesteról yfir 3,5 mmól/l, eða LDL-kólesteról yfir 2,6 mmól/l.[61,62] Simvastatín 40 mg daglega og atorvastatín 80 mg daglega lækkuðu LDL-kólesteról annars vegar um 1 mmól/l og hins vegar 1,4 mmól/l. Í báðum rannsóknunum dró hlutfallslega úr hættu á heilablóðfalli um 20%. Heildarfækkunin nam 12 áföllum á hverja þúsund sjúklinga sem meðhöndlaðir voru á hverju ári.

Statínlyf geta hugsanlega aukið áhættuna á heilavefsblæðingu. Þessi áhrif sjást þó ekki í öllum rannsóknum.[63] Alvarlegar aukaverkanir eins og rákvöðvasundrun (*rhabdomyolysis*) eða lifrarbilun eru afar fátíðar.[63,64] Annað gildir þegar statínlyf er notað með fíbrat lyfi, það eykur hættuna á rákvöðvasundrun til muna.[65]

Niðurstöður rannsókna gefa sterka vísbendingu um að lækka skuli kólesteról með statíni hjá flestum sjúklingum sem fengið hafa heilablóðþurrð.[49] Út frá ofannefndum rannsóknum má hugsanlega draga í efa meðferð með statínum hjá einstaklingum með heildarkólesteról undir 3,5 mmól/l, eða LDL-kólesteról undir 2,6 mmól/l.

Ekki eru til rannsóknir þar sem borin eru saman ólík statínlyf hjá sjúklingum sem hafa fengið heilablóðþurrð. Algengast er að nota annaðhvort simvastatín eða atorvastatín þar sem þau lyf eru ítarlegast rannsökuð. Líklega er rétt að hefja meðferð á fyrstu dögunum eftir heilaáfallið.[49]

Meðferð sykursýki

Meðal einstaklinga sem fengið hafa heilablóðþurrð er algengi sykursýki 15% til 33%.[66] Rannsóknir sýna að góð sykurstjórn minnkar hættu á fylgikvillum sykursýki vegna smáæðasjúkdóms og hugsanlega vegna stóræðasjúkdóms og þar með hættu á heilablóðþurrð.[67-69] Mælt er með hefbundinni meðferð samkvæmt klínískum leiðbeiningum hjá einstaklingum með sykursýki sem orðið hafa fyrir heilablóðþurrð.[49]

Æðaþelsbrottnámsaðgerð á hálsslagæð (carotid endarterectomy)

Fjöldi rannsókna hefur sýnt fram á gagnsemi æðaþelsbrottnáms í fyrirbyggjandi tilgangi í völdum tilfellum eftir heilablóðþurrð. Hafi sjúklingur fengið heiladrep/skammvinna heilablóðþurrð nýlega ætti að framkvæma aðgerð ef til staðar er 70-99% þrenging og brottfallseinkenni ekki alvarleg.[49] Skilyrði er að tíðni alvarlegra fylgikvilla (heiladreps eða dauða) slíkrar aðgerðar á hlutaðeigandi stofnun sé lægri en 6%. Árangur aðgerðarinnar er betri því fyrr sem hún er gerð. Mælt er með því að aðgerðin sé framkvæmd innan tveggja vikna. Til greina kemur að framkvæma aðgerð á hálsslagæð hjá sjúklingum með 50-69% hálsæðarþrengingu án alvarlegra brottfallseinkenna. Þeir sjúklingar sem helst hafa gagn af slíkri aðgerð eru karlmenn með nýleg heilabarkarbrottfallseinkenni. Ekki er mælt með því að gera aðgerð á hálsslagæð hjá sjúklingum sem eru með <50% þrengingu í hálsslagæð. Sjúklingar ættu að vera á blóðflöguhamlandi meðferð fyrir, á meðan og eftir aðgerð á hálsslagæð.[49]

Reykingar

Mikilvægt er að hvetja alla sjúklinga með heilablóðþurrð til að hætta reykingum. Reykingabindindi lækkar dánartíðni vegna kransæðasjúkdóms um helming á innan við einu ári og hættan á heilablóðþurrð minnkar til muna á næstu fimm árum.[70-72] Niðurstöður rannsókna hvetja til notkunar á þeim hjálparmeðulum sem til eru gegn reykingum: ráðgjöf, nikótínskyld lyf og lyf eins og búprópíon.[49,73]

Áfengi

Mælt er með því að þeir sem nýlega hafa veikst af heilablóðþurrð forðist mikla áfengisneyslu.[49,74]

Matarvenjur

Hvetja ber of þunga einstaklinga til að léttast með þeim ráðum sem í boði eru. Allir ættu að fá ráðgjöf um hollar matarvenjur með lágu hlutfalli af mettuðum fitusýrum og salti með áherslu á fiskmeti, trefjar, ávexti og grænmeti. Slíkt getur komið að gagni í fyrirbyggjandi tilgangi, meðal annars vegna lækkunar á blóðþrýstingi og blóðfitu.[75-77] Mælt er með því að sjúklingar sem fengið hafa heilablóðþurrð hreyfi sig, ef heilsa þeirra leyfir, að minnsta kosti þrisvar í viku (minnst 30 mínútur í senn) þannig að púls aukist til muna og að þeir svitni.[49]

Samantekt

Á Íslandi verða um 400 einstaklingar fyrir heilablóðþurrð á ári hverju. Rúmlega einn á dag. Talið er að um tvær milljónir heilafrumna deyi á hverri mínútu eftir að slagæð í heila lokast. Heilablóðþurrð er því bráðaástand. Öllu máli skiptir að sjúklingurinn komist sem fyrst á sjúkrahús, meðal annars til segaleysandi meðferðar. Allir sjúklingar með brátt heilablóðfall ættu að leggjast inn á heilablóðfallseiningu. Þar fer fram heildstæð og þverfagleg nálgun hvað varðar hinar fjölmörgu orsakir og afleiðingar heilablóðfalls, með áherslu á endurhæfingu. Til að koma í veg fyrir endurtekið áfall skal hefja annars stigs fyrirbyggjandi meðferð sem fyrst. Þar kemur til álita blóðflöguhemjandi meðferð, blóðþrýstingsmeðferð, lækkun blóðfitu, meðferð sykursýki, lífsstílsbreytingar, blóðþynning hjá sjúklingum með segalind í hjarta og æðaþelsbrottnámsaðgerð á hálsslagæð, þar sem það á við.

Heimildir

1. Saver J. Time is brain; quantified. Stroke 2006; 37: 263-6.
2. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013; 44: 870-947.
3. Kleindorfer DO, Miller R, Moomaw CJ, Alwell K, Broderick JP, Khoury J, et al. Designing a message for public education regarding stroke: does FAST capture enough stroke? Stroke 2007; 38: 2864-8.
4. Meretoja A, Strbian D, Mustanoja S, Tatlisumak T, Lindsberg PJ, Kaste M. Reducing in-hospital delay to 20 minutes in stroke thrombolysis. Neurology 2012; 79: 306-13.
5. Johnston KC, Haley EC. Emergency imaging of the acute stroke patient. J Neuroimaging 1997; 7: 111-7.
6. Hunter GJ, Hamberg LM, Ponzo JA, Huang-Hellinger FR, Morris PP, Rabinov J, et al. Assessment of cerebral perfusion and arterial anatomy in hyperacute stroke with three-dimensional functional CT: early clinical results. AJNR Am J Neuroradiol 1998; 19: 29-37.
7. Wintermark M, Reichhart M, Thiran JP, Maeder P, Chalaron M, Schnyder P, et al. Prognostic accuracy of cerebral blood flow measurement by perfusion computed tomography, at the time of emergency room admission, in acute stroke patients. Ann Neurol 2002; 51: 417-32.
8. Kidwell CS, Hsia AW. Imaging of the brain and cerebral vasculature in patients with suspected stroke: advantages and disadvantages of CT and MRI. Curr Neurol Neurosci Rep 2006; 6: 9-16.
9. Josephson SA, Dillon WP, Smith WS. Incidence of contrast nephropathy from cerebral CT angiography and CT perfusion imaging. Neurology 2005; 64: 1805-6.
10. Shuaib A, Lee D, Pelz D, Fox A, Hachinski VC. The impact of magnetic resonance imaging on the management of acute ischemic stroke. Neurology 1992; 42: 816-8.
11. Lutsep HL, Albers GW, DeCrespigny A, Kamat GN, Marks MP, Moseley ME. Clinical utility of diffusion-weighted magnetic resonance imaging in the assessment of ischemic stroke. Ann Neurol 1997; 41: 574-80.
12. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med 1995; 333: 1581-7.
13. Albers GW, Bates VE, Clark WM, Bell R, Verro P, Hamilton SA. Intravenous tissue-type plasminogen activator for treatment of acute stroke: the Standard Treatment with Alteplase to Reverse Stroke (STARS) study. JAMA 2000; 283: 1145- 50.
14. Hill MD, Buchan AM. Methodology for the Canadian Activase for Stroke Effectiveness Study (CASES). CASES investigators. Can J Neurol Sci 2001; 28: 232-8.
15. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti, et al. ECASS Investigators: Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med 2008; 359: 1317-29.
16. Wahlgren N, Ahmed N, Davalos A, Hacke W, Millán M, Muir K, et al. SITS investigators. Thrombolysis with alteplase 3-4.5 h after acute ischemic stroke (SITS-ISTR): an observational study. Lancet 2008; 372: 1303-19.
17. Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet 2004; 363: 768-74.
18. Kharitonova T, Thoren M, Ahmed N, Wardlaw JM, von Kummer R, Thomassen L, et al. SITS Investigators: Disappearing hyperdense middle cerebral artery sign in ischemic stroke patients treated with intravenous thrombolysis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009; 80: 273-8.
19. Smith WS, Sung G, Starkman S, Saver JL, Kidwell CS, Gobin YP, et al. Safety and efficacy of mechanical embolectomy in acute ischemic stroke: results of the MERCI trial. Stroke 2005; 36: 1432-38.
20. CAST: Randomised placebo-controlled trial of early aspirin use in 20,000 patients with acute ischaemic stroke. CAST (Chinese Acute Stroke Trial) Collaborative Group. Lancet 1997; 349: 1641-9.
21. The International Stroke Trial (IST): A randomized trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19435 patients with acute ischaemic stroke. International Stroke Trial Collaborative Group. Lancet 1997; 349: 1569-81.
22. Gubitz G, Counsell C, Sandercock P, Signorini D. Anticoagulants for acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2) : CD000024.
23. Becker K. Intensive care unit management of the stroke patient. Neurol Clin 2000; 18: 439-54.
24. Kalafut MA, Saver JL. The acute stroke patient: the first six hours. In: Cohen SN, ed. Management of ischemic stroke. McGraw Hill, New York 2000: 17-52.
25. Brott T, Lu M, Kothari R, Fagan SC, Frankel M, Grotta JC, et al. Hypertension and its treatment in the NINDS rt-PA stroke trial. Stroke 1998; 29: 1504-9.
26. Berger L, Hakim AM. The association of hyperglycemia with cerebral edema in stroke. Stroke 1986;17: 865-71.
27. Broderick JP, Hagen T, Brott T, Tomsick T. Hyperglycemia and hemorrhagic transformation of cerebral infarcts. Stroke 1995; 26: 484-7.
28. Reith J, Jorgensen HS, Pedersen PM, Nakayama H, Raaschou HO, Jeppesen LL, et al. Body temperature in acute stroke: relation to stroke severity, infarct size, mortality, and outcome. Lancet 1996; 347: 422-5.
29. Castillo J, Davalos A, Noya M. Aggravation of acute ischemic stroke by hyperthermia is related to an excitotoxic mechanism. Cerebrovasc Dis 1999; 9: 22-7.
30. Jaillard A, Cornu C, Durieux A, Moulin T, Boutitie F, Lees KR, et al. Hemorrhagic transformation in acute ischemic stroke. The MAST-E study. MAST-E Group. Stroke 1999; 30: 1326-32.
31. Larrue V, von Kummer R, Muller A, Bluhmki E. Risk factors for severe hemorrhagic transformation in ischemic stroke patients treated with recombinant tissue plasminogen activator: a secondary analysis of the European-Australasian Acute Stroke Study (ECASS II). Stroke 2001; 32: 438-41.
32. Badjatia N, Rosand J. Intracerebral hemorrhage. Neurologist 2005; 11: 311-24.
33. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy: III. reduction in venous thrombosis and pulmonary embolism by antiplatelet prophylaxis among surgical and medical patients. Antiplatelet Trialists' Collaboration. BMJ 1994; 308: 235-46.
34. Diener HC, Ringelstein EB, von Kummer R, Landgraf H, Koppenhagen K, Harenberg J, et al. Prophylaxis of thrombotic and embolic events in acute ischemic stroke with low-molecular-weight heparin certoparin: results of the PROTECT trial. Stroke 2006; 37: 139-44.
35. Sherman DG, Albers GW, Bladin C, Fieschi C, Gabbai AA, Kase CS, et al; PREVAIL Investigators. The efficacy and safety of enoxaparin versus unfractionated heparin for the prevention of venous thromboembolism after acute ischaemic stroke (PREVAIL Study): an open-label randomized comparison. Lancet 2007; 369: 1347-55.
36. Schneider GH, von Helden GH, Franke R, Lanksch WR, Unterberg A. Influence of body position on jugular venous oxygen saturation, intracranial pressure and cerebral perfusion pressure. Acta Neurochir Suppl (Wien) 1993; 59: 107-12.
37. Qureshi AI, Suarez JI, Bhardwaj A, Mirski M, Schnitzer MS, Hanley DF, et al. Use of hypertonic (3%) saline/acetate infusion in the treatment of cerebral edema: effect on intracranial pressure and lateral displacement of the brain. Crit Care Med 1998; 26: 440-446.
38. Norris J.W, Hachinski VC. High dose steroid treatment in cerebral infarction. Br Med J (Clin Res Ed) 1986; 292: 21-3.
39. Vahedi K, Hofmeijer J, Juettler E, Vicaut E, George B, Algra A, et al. DECIMAL, DESTINY, and HAMLET investigators. Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomized controlled trials. Lancet Neurol 2007; 6: 215-22.
40. Antithrombotic Trialists' Collaboration Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ 2002; 324: 71-86.
41. Chen ZM, Sandercock P, Pan HC, Counsell C, Collins R, Liu LS, et al. Indications for early aspirin use in acute ischemic stroke: A combined analysis of 40 000 randomized patients from the chinese acute stroke trial and the international stroke trial. On behalf of the CAST and IST collaborative groups. Stroke 2000; 31: 1240-9.
42. Antiplatelet Trialists' Collaboration Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy--I: Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. BMJ 1994; 308: 81-106.
43. Sudlow C. Dipyridamole with aspirin is better than aspirin alone in preventing vascular events after ischaemic stroke or TIA. BMJ 2007; 334: 901.
44. CAPRIE Steering Committee A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE.) Lancet 1996; 348: 1329-39.
45. Sacco RL, Diener H-C, Yusuf S, Cotton D, Ounpuu S, Lawton WA, et al; PRoFESS Study Group. Aspirin and extended release dipyridamole versus clopidogrel for recurrent stroke. N Engl J Med 2008; 359: 1238-51.
46. Zakarija A, Bandarenko N, Pandey DK, Auerbach A, Raisch DW, Kim B, et al. Clopidogrel-associated TTP: an update of pharmacovigilance efforts conducted by independent researchers, pharmaceutical suppliers, and the Food and Drug Administration. Stroke 2004; 35: 533-7.
47. Bhatt DL, Fox KA, Hacke W, Berger PB, Black HR, Boden WE, et al. Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events. N Engl J Med 2006; 354: 1706-17.
48. Diener HC, Bogousslavsky J, Brass LM, Cimminiello C, Csiba L, Kaste M et al. MATCH investigators.Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2004; 364: 331-7.
49. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC, et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2011; 42: 227-76.
50. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. Ann Intern Med 2007; 146: 857-67.
51. Mant J, Hobbs FDR, Fletcher K on behalf of the BAFTA investigators and the Midland Research Practices Network (MidReC). Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370: 493-503.
52. Levine MN, Raskob G, Beyth RJ, Kearon C, Schulman S. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004; 126(Suppl 3): 287S–310S.
53. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009; 361: 1139-51.
54 Wani M, Nga E, Navaratnasingham R. Should a patient with primary intracerebral haemorrhage receive antiplatelet or anticoagulant therapy? BMJ 2005; 331: 439-42.
55. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. Lancet 2003; 362: 1527-35.
56. Rashid P, Leonardi-Bee J, Bath P. Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events: a systematic review. Stroke 2003; 34: 2741-8.
57. PROGRESS Collaborative Group Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. Lancet 2001; 358: 1033-41.
58. Rothwell PM, Howard SC, Spence JD. Relationship between blood pressure and stroke risk in patients with symptomatic carotid occlusive disease. Stroke 2003; 34: 2583-90.
59. Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan RE. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. BMJ 2003; 326: 1427.
60. Rothwell PM, Giles MF, Chandratheva A, Marquardt L, Geraghty O, Redgrave JN, et al. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. Lancet 2007; 370: 1432-42.
61. Heart Protection Study Collaborative Group Effects of cholesterol-lowering with simvastatin on stroke and other major vascular events in 20536 people with cerebrovascular disease or other high-risk conditions. Lancet 2004; 363: 757-67.

62. The Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Investigators High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. N Engl J Med 2006; 355: 549-59.
63. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet 2005; 366: 1267-78.
64. Law MR, Wald NJ, Rudnicka AR. Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: systematic review and meta-analysis. BMJ 2003; 326: 1423.
65. Graham DJ, Staffa JA, Shatin D, Andrade SE, Schech SD, La Grenade L, et al. Incidence of hospitalized rhabdomyolysis in patients treated with lipid-lowering drugs. JAMA 2004; 292: 2585-90.
66. Karapanayiotides T, Piechowski-Jozwiak B, van Melle G, Bogousslavsky J, Devuyst G. Stroke patterns, etiology, and prognosis in patients with diabetes mellitus. Neurology 2004; 62: 1558-62.
67. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). Group. Lancet 1998; 352: 837-53.
68. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34) UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet 1998; 352: 854-65.
69. Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, Erdmann E, Massi-Benedetti M, Moules IK, et al. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. Lancet 2005; 366: 1279-89.
70. Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE, Rosner B, Speizer FE, Hennekens CH. Smoking cessation and decreased risk of stroke in women. JAMA 1993; 269: 232-6.
71. Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. BMJ 1989; 298: 789-94.
72. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, Bonita R, Belanger AJ. Cigarette smoking as a risk factor for stroke: the Framingham Study. JAMA 1988; 259: 1025-9.
73. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. BMJ 2007; 335: 37-41.
74. Reynolds K, Lewis B, Nolen JD, Kinney GL, Sathya B, He J. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. JAMA 2003; 289: 579-88.
75. Brunner EJ, Thorogood M, Rees K, Hewitt G. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. Cochrane Database Syst Rev 2005; (4) : CD002128.
76. FJ, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database Syst Rev 2004; (3): CD004937.
77. Tang JL, Armitage JM, Lancaster T, Silagy CA, Fowler GH, Neil HA. Systematic review of dietary intervention trials to lower blood total cholesterol in free-living subjects. BMJ 1998; 316: 1213-20.

ENGLISH SUMMARY

Cerebral ischemia/infarction - diagnosis and treatment

Olafur Arni Sveinsson[1], Olafur Kjartansson[2], Einar Mar Valdimarsson[3]

Four hundred individuals suffer from ischemic stroke every year in Iceland, more than one daily. Cerebral ischemia is an emergency. Around two million brain cells die every minute after an occlusion of a cerebral artery. Therefore, it is of utmost importance that the patient is transported quickly to hospital, not least to receive thrombolytic treatment. Even though thrombolytic treatment can be given up to four and a half hours after the ictal event, time is brain and the effect of thombolysis reduces dramatically as times passes. For every two patients who are treated inside one hour, one recovers fully. When the treatment is administred between three and four and a half hours only one in 14 recovers fully. All patients with an acute stroke should be admitted to a stroke unit where a multidisciplinary focus on stroke causation and treatment is present, with emphasis on early rehabilitation. Secondary preventive treatment focusing on anti-thrombotic, hypertensive, diabetic, cholesterol lowering treatment, carotic endarterectomy and life style changes should be initiated as soon as possible.

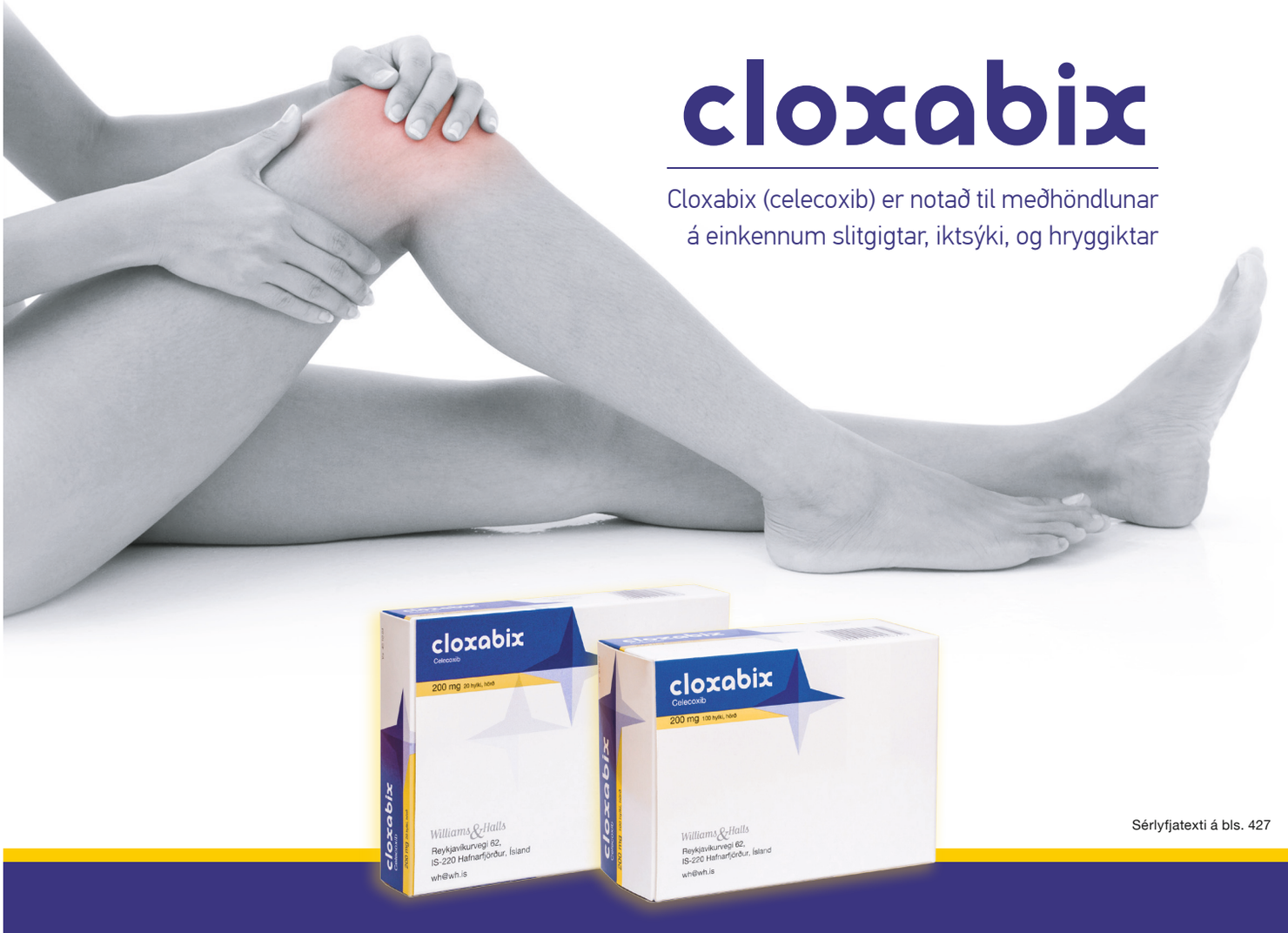
Key words: *cerebral ischemia, cerebral infarction, transient ischemic attack, Tissue plasminogen activator.*

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

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

cloxabix
Celecoxib

Góður liðstyrkur
til meðferðar við gigt



cloxabix

Cloxabix (celecoxib) er notað til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar, iktsýki, og hryggiktar

Sérlyfjatexti á bls. 427

Williams&Halls

Skjólstæðingarnir fara ekki í frí

Guðrún Jóhanna Georgsdóttir

heimilislæknir Heilsugæslunni Firði, Hafnarfirði



gjgeorgs@gmail.com

Sumarið er hálfnað hvað sem veðurfréttirnar segja okkur með sól, rigningu, blíðu eða blæ. Við sem erum rétt farin að njóta sumarsins stöku helgar erum líklega flest hlaðin verkefnum á meðan samstarfsfólk okkar nýtur sumarleyfisins og getur komið til baka endurnært. Við leggjum mikið á okkur til að samstarfsfólkið mæti ekki beint í uppsöfnuð verkefni þegar sumarleyfi þeirra lýkur. Hvert okkar þekkir ekki til þess að hafa mætt háum bunkum af rannsóknarniðurstöðum, sem reyndar eru hægt og bítandi að breytast í mikinn fjölda rafrænna gagna. Málið er nefnilega það að skjólstæðingarnir fara ekki í frí þó samstarfsfólkið geri það. Enn og aftur skiptir samstaða og samkennd meðal okkar lækna máli. Það er þægilegt að fara í sitt sumarleyfi vitandi það að gott samstarfsfólk sinnir skjólstæðingum okkar og pappírsvinnu á meðan við erum fjarverandi.

Það er einnig mikilvægt þegar snúið er aftur til starfa að sumarleyfi loknu að vinnuaðstaðan sé í góðu standi. Þrátt fyrir að mest hafi borið á bágri starfsaðstöðu á Landspítala í fjölmiðlum má gera mun betur á mörgum öðrum vinnustöðum, bæði innan höfuðborgarsvæðisins og um land allt. Það er því mjög mikilvægt að við reynum sjálf að hafa áhrif á starfsaðstöðu okkar og aðbúnað. Reynum að láta ekki aðrar stéttir stjórna vinnuaðstöðu okkar og aðbúnaði ef kostur er. Þetta sannast enn og aftur þegar nýlega var fjallað um innkaup á nýjum sjúkrabílum sem eru mun minni í sniðum en þeir fyrri. Nýinnkeyptir sjúkrabílar virðast vera nokkuð smáir í sniðum, þrátt fyrir að vera hagkvæmir í innkaupum. Það er ekki sjúklingum, sjúkraflutningamönnum eða læknum bjóðandi að flytja mikið veikan og/eða slasaðan einstakling við mjög þröngar aðstæður. Það getur þurft að stöðva sjúkrabílinn til að nálgast mikilvæg tæki, tól og lyf. Nú þekki ég ekki nákvæmlega hvernig var staðið að þessum innkaupum, en þeim virðist svipa til fleiri innkaupa og ákvarðana um vinnuaðstöðu þar sem aðrar starfsstéttir taka ákvarðanir með misjafnlega góðum árangri.

Við ættum að láta okkur þessi mál varða og reyna að hafa áhrif á ákvarðanatökur sem þessar, því einungis þannig er möguleiki á að bæta úr þessum málum.

Nú þótt ótrúlegt megi virðast, við lækkandi sól, vinnur samninganefnd Læknafélagsins að kjarabaráttu okkar. Það er mikilvægt að við fylgjum þeim samningi eftir og leggjum einnig áherslu á bætta vinnuaðstöðu. Við höfum öll lagt á okkur mikla vinnu við að mennta okkur til þess að lækna og líkna fólki ásamt því að sinna fræðistörfum. Ef við eigum að geta sinnt okkar störfum almennilega er nauðsynlegt að vinnuaðstaðan sé ekki aðeins ásættanleg heldur mjög góð.

Að lokum verð ég að minnast á annað mikilvægt málefni sem ég tel alveg óásættanlegt. Nú árið 2014 þegar við erum að bjóða nýja kandídata, sem eru jafnvel fleiri kvenkyns, velkomna til starfa er launamunur kynjanna ennþá bersýnilega til staðar á meðal okkar lækna. Lítið hefur farið fyrir umfjöllun og tölulegum upplýsingum sem birtust á heimasíðu LÍ í byrjun mánaðarins. Þar er athyglisvert að sjá launamun sem sérstaklega birtist í formi svokallaðra „annarra launa“ og skýrist því ekki af yfirvinnu sem lengi hefur verið talið skýra muninn á launum kynjanna. Að þetta skuli vera enn við lýði næstum 100 árum eftir að fyrsta konan, Kristín Ólafsdóttir, útskrifaðist sem læknir árið 1917 er sorglegt að sjá. Þetta er málefni sem samstaða ætti að vera um þar sem ekkert okkar mun sætta sig við það að dætur okkar fái ekki sömu laun og karlkyns samstarfsmenn þeirra fyrir sömu vinnu með sömu menntun að baki.

Ég tek því undir orð Ólafar Birnu í síðasta tölublaði og segi „stöndum saman“. Einblínum á það sem sameinar okkur lækna fremur en það er sundrar okkur. Reynum að njóta sumarsins þrátt fyrir miklar annir. Fyllum á batteríin fyrir áframhaldandi baráttu fyrir bættum kjörum og betri aðstöðu með lækkandi sól í haust.

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.

„Samstarfið við danska læknafélagið réði úrslitum“

– segir Örn Bjarnason sem var ritstjóri Læknablaðsins frá 1976-1993

Hávar Sigurjónsson

Örn tók við blaðinu er það var komið í nokkurt öngstræti en ásamt öflugum hópi samstarfsfólks leiddi hann það útúr þrengingum og hóf til öflugri vegs með aukinni útgáfutíðni, útgáfu *Fréttabréfs lækna* og mikilvægu frumkvöðlastarfi við útgáfu íðorðasafns lækna.

„Það má miða upphaf afskipta minna af *Læknablaðinu* við árið 1975 þegar Tómas Árni Jónasson þáverandi formaður Læknafélags Íslands kom að máli við mig og spurði hvort ég væri tilleiðanlegur að taka að mér ritstjórn blaðsins,“ segir Örn Bjarnason í upphafi samtals okkar.

Örn er skipulagður í frásögn sinni og greinilega þaulvanur að fást við heimildir og gerir sér fulla grein fyrir mikilvægi nákvæmni í slíkri upprifjun.

„Ég var þá nýfluttur til Reykjavíkur frá Vestmannaeyjum og hafði nóg að gera í nýju starfi í heilbrigðisráðuneytinu en útgáfa *Læknablaðsins* var komin í nokkurt fjárhagslegt óefni, aðallega vegna óðaverðbólgu, og illa gekk að innheimta auglýsingareikninga. Það hentaði auglýsendum vel að draga greiðslur sem lengst, oft mánuðum saman, þar sem upphæðin rýrnaði að raungildi með hverjum degi bókstaflega. Fyrirkomulag lyfjainnflutnings var þá með allt öðrum hætti en síðar varð, umboðin voru öll í höndum Dana og lyfin flutt inn þaðan. Við þessu var í raun lítið hægt að gera og engin lausn í sjónmáli.“

Þrennt skipti sköpum

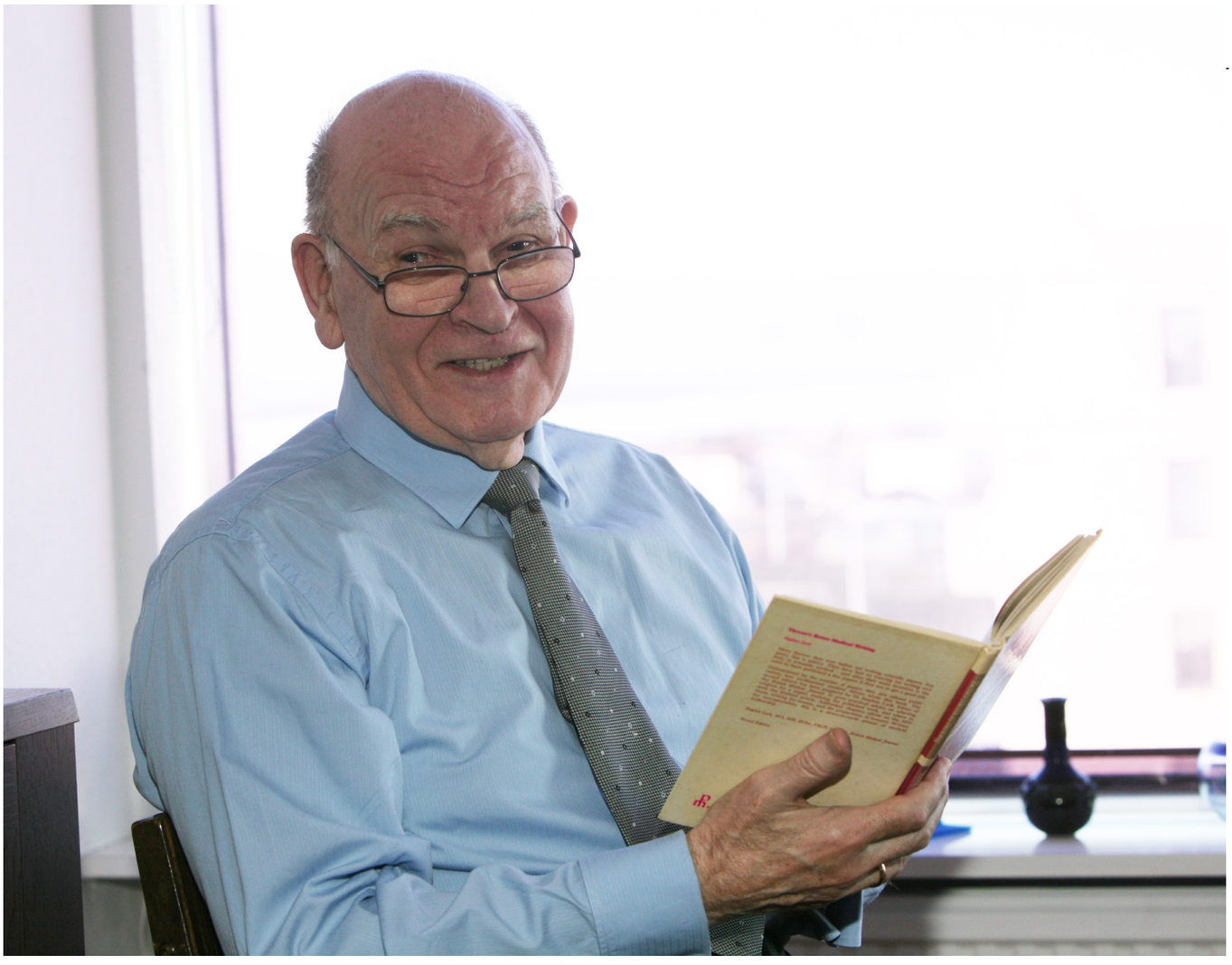
„Ritstjórn *Læknablaðsins* var á þessum tíma skipt á milli tveggja, annar ritstjórinn sinnti fræðilegu efni og hinn sá um félagslega hlutann, báðir læknar. Þá var Arinbjörn Kolbeinsson ritstjóri félagslega hlutans og hafði lengi staðið í eldlínu félagsstarfa fyrir Læknafélagið. Hann vildi hætta og Tómas Árni lagði að mér að taka við af honum. Ég sagði að hið fyrsta sem gera þyrfti væri að ráða blaðamann í hlutastarf og úr varð að minni tillögu að Sigurjón heitinn Jóhannsson var ráðinn til starfans. Sigurjón var skólabróðir minn frá Menntaskólanum á Akureyri og við höfðum séð um útgáfu á Carminu, ársriti MA, og vissum því hvernig prentsmiðjur litu út að innan. Skömmu seinna hætti Páll Ásmundsson sem verið hafði ritstjóri fræðilega hlutans og við tók af honum Bjarni Þjóðleifsson. Við Bjarni lögðum síðan upp áætlun hvernig mætti styrkja fjárhag blaðsins en jafnframt hófum við undirbúning að útgáfu íðorðasafns lækna. Það voru því ýmsar hugmyndir á lofti á þessum tíma en þó skipti algjörum sköpum fyrir framtíð *Læknablaðsins* að samstarf náðist við útgáfufélag danska læknafélagsins.“

Örn var ritstjóri *Læknablaðsins* í 17 ár. Aðspurður um hvað hann telji mestu skipta um þróun blaðsins á þessu tímabili nefnir hann þrennt. „Í fyrsta lagi hertum við jafnt og þétt kröfurnar um gæði þeirra greina sem birtust í blaðinu. Við áttum gott samstarf við ritstjórnir hinna norrænu læknablaðanna og lærðum mikið af þeim, sérstaklega Dönunum, og þetta samstarf var annar mikilvægasti þátturinn í þróun blaðsins. Fyrri ritstjórnir *Læknablaðsins* höfðu ekki verið í neinum tengslum við erlenda kollega og útgáfa blaðsins var að sumu leyti komin í öngstræti, bæði fjárhagslega og efnislega, þegar þessar breytingar voru gerðar. Þetta var skemmtilegur tími því sum hinna norrænu læknablaðanna voru einnig að ganga í gegnum ýmsar breytingar og umræður á sameiginlegum fundum voru bæði líflegar og gagnlegar. Samskiptin við norrænu blöðin hafa síðan verið sjálfsagður hluti af starfseminni þó að rúm 20 ár séu síðan vinnsla blaðsins fluttist alfarið hingað heim aftur. Í þriðja lagi skipti vinnan við íðorðasafnið algjörlega sköpum fyrir blaðið og gerði okkur kleift að fylgja eftir þeirri stefnu að allur texti blaðsins skyldi vera á íslensku.“

Danska læknafélagið sá um prentun blaðsins

En aftur til upphafs afskipta Arnar af *Læknablaðinu* og hvernig það kom til að prentun blaðsins var flutt til Kaupmannahafnar.

„Povl Riis, ritstjóri danska læknablaðsins á þeim tíma og samtals í 33 ár, var náinn vinur Tómasar Árna og danska læknafélagið var að gera róttækar breytingar á útgáfumálum sínum. Þeir höfðu um árabil verið í samstarfi við prentsmiðju sem ekki svaraði kröfum tímans varðandi búnað og tækni, sem var reyndar okkar vandi að verulegu leyti líka, og Danirnir leystu sinn vanda með því að stofna útgáfufélag, ráða prentara og framkvæmdastjóra útgáfunnar og gera beina samninga við lyfjafyrirtæki um auglýsingar. Sumarið 1978 var haldinn í fyrsta sinni hér á landi fundur ritstjóra norrænu læknablaðanna og þá skýrði Riis okkur frá því hvernig þeir hefðu leyst sín mál. Hann stakk upp á því að við kæmum í samstarf við þá með því að þeir sæju um prentun blaðsins og auglýsingasöfnun. Við ákváðum að láta reyna á þetta og árið eftir er síðan tekið upp formlegt samstarf þar sem við í upphafi sendum þeim handritin, þeir sáu um setninguna, prentunina, útveguðu auglýsingarnar, og tekjuafgangurinn, sem var talsverður, rann til okkar. Menn höfðu



„Starfsandinn á skrifstofu læknafélaganna og Læknablaðsins var einstaklega góður og við nutum algjörs trausts stjórnar beggja félaganna sem skiptu sér aldrei af ritstjórn blaðsins," segir Örn Bjarnason sem var ritstjóri Læknablaðsins frá 1976-1993.

náttúrulega ýmsar efasemdir um þetta og fannst ávísun á vandræði að láta Danina sjá um innslátt á fræðigreinum á íslensku. Þeir höfðu þá séð um setningu og prentun á doktorsritgerðum fyrir Finna svo ég hafði ekki stórar áhyggjur af þessu, enda létu þeir búa til mjög fallegt íslenskt letur sem blaðið var prentað með. Við mættum mjög miklum velvilja Dananna í þessu samstarfi og þegar við þurftum að hækka auglýsingaverðið um 20% þrátt fyrir aðeins 2% verðbólgu í Danaveldi brugðust lyfjafyrirtækin vel við. Það má einnig nefna í þessu samhengi að stuðningur lyfjafyrirtækjanna gerði einnig útgáfu *Íðorðasafnsins* fjárhagslega mögulega fyrir Læknafélagið."

Fyrstu misserin voru samskiptin við Danina nokkuð tímafrek og þung í vöfum en það breyttist þegar *Læknablaðið* eignaðist sína fyrstu tölvu og texti blaðsins var settur hér heima og sendur út á tölvudiski. „Þá fór þetta að ganga betur og vinnsluferlið komst í nokkuð fastar skorður. Þetta var eins og raðskipaframleiðsla. Við lögðum kjölinn að nokkrum í senn, söfnuðum greinunum saman, sendum þær út á disklingum, og yfirleitt vorum við með nægt efni í tvö til þrjú blöð, – en allt upp í átta – svo þegar fjórar til fimm greinar voru tilbúnar, þá var hægt að hleypa einu blaði af stokkunum. Svo höfðum við Íslendinga á okkur snærum í Kaupmannahöfn sem lásu prófarkir fyrir okkur en við létum þó alltaf senda okkur lokapróförk fyrir prentun."

Útgáfa á Fréttabréfi lækna

Vandinn við þetta fyrirkomulag var augljóslega sá að ekki var hægt að birta fréttir af félagsstarfi Læknafélagsins þegar blaðið var unnið svo langt fram í tímann. Lausnin fólst í því að skilja að þessa tvo hluta og því hófst útgáfa *Fréttabréfs lækna* sem kom út mánaðarlega í 10 ár (1983-1993) af þeim 13 sem prentun *Læknablaðsins* fór fram í Kaupmannahöfn. Jóhannes Tómasson blaðamaður hafði þá unnið við *Læknablaðið* í nokkur ár í hlutastarfi en hann tók að sér ritstjórn Fréttabréfsins.

„Það voru ýmsar hræringar og skipulagsbreytingar á þessum árum sem allar sneru að því að gera þetta einfaldara og skilvirkara. Þórður Harðarson varð ritstjóri ásamt okkur Bjarna frá 1978-1983, en ég var ábyrgðarmaður blaðsins frá 1979. Þegar Bjarni hætti ritstjórn 1983 gerðum við nokkrar breytingar á ritstjórnarfyrirkomulaginu; fjölguðum í ritstjórninni í fjóra, ég var ábyrgðarmaður og Jóhannes Tómasson var ráðinn ritstjórnarfulltrúi í fullu starfi. Ég lagði áherslu á að fá með mér í ritstjórnina menn af spítölunum og úr ýmsum greinum læknisfræðinnar og allir höfðu ritstjórnarlegar skyldur gagnvart efninu. Þetta voru alltaf mjög góðir og áhugasamir menn."

Örn rifjar upp hvernig það bar til að Birna Þórðardóttir kom til starfa fyrir blaðið en hún var um árabil ritstjórnarfulltrúi. „Birna vann á skrifstofu Læknafélagsins og við fengum hana til að innheimta útistandandi reikninga sem voru allmargir og okkur gekk lítið að rukka. Birna var fylgin sér og náði að innheimta alla reikningana á tveimur mánuðum og

þá var hún í rauninni orðin verklaus. Við sáum að þarna var hörkustarfskraftur og réðum hana að blaðinu og sáum ekki eftir því. Í fyrstu sá hún um auglýsingarnar og vann efni í fréttabréfið en varð síðar ritstjórnarfulltrúi.“

Skrifstofur Læknafélagsins voru á þessum árum í Domus Medica og var þar nokkuð þröngt um starfsfólkið. „Starfsaðstaða *Læknablaðsins* var í öðrum endanum á fundarherbergi Læknafélagsins og það fór ekki hjá því að hluti af vinnunni færi fram heima hjá manni. Ég var með samning við konuna um borðstofuborðið. Ég hafði það til afnota alla virka daga gegn því að hreinsa það á föstudögum svo hægt væri að borða við það um helgar. Þetta gekk ágætlega. Starfsandinn á skrifstofu læknafélaganna og *Læknablaðsins* var einstaklega góður og við nutum algjörs trausts stjórnar beggja félaganna sem skiptu sér aldrei af ritstjórn blaðsins.“

Hér staldrar Örn við og verður íbyggginn á svipinn. „Það var að vísu gerð tilraun til þess að selja *Læknablaðið* og útgáfufyrirtæki í Reykjavík gerði tilboð í það. Einhverjum þótti þetta álitlegur kostur en stjórnir félaganna höfnuðu þessu enda hefði það verið mesta óráð.“



Örn í Iðnó á 100 ára afmæli blaðsins. Vinstra megin við hann er Sigurbjörn Sveinsson fyrrum formaður LÍ. Mynd: Arnaldur Halldórsson.

Samstarf við höfunda og auknar kröfur um gæði greina

Ásamt meðritstjórum sínum lagði Örn áherslu á gæði þeirra greina sem birtar voru í *Læknablaðinu* og mikið starf var unnið við að hefja ritrýni og meðhöndlun greina á sem hæstan stall. „Þegar ég kom að blaðinu var þetta nokkuð snúið þar sem reglur um útgáfu sérfræðileyfa til handa læknum sem hlotið höfðu II. einkunn voru þannig að þeir þurftu að skrifa sérfræðiritgerð til að færa sönnur á þekkingu sína og *Læknablaðinu* bar skylda til að birta. Þegar ég tók við lágu fyrir nokkrar greinar af þessum toga sem voru vægast sagt ekki birtingarhæfar og við hreyfðum því fljótt að þessa skyldu blaðsins yrði að fella niður. Það fór gríðarleg vinna í að gera þessar greinar birtingarhæfar en samhliða unnum við að því að fá reglugerð heilbrigðisráðuneytisins breytt og birtingarskyldu blaðsins fellda niður, sem tókst á endanum. Við höfðum líka fylgst vel með því sem var að gerast erlendis og gerðum okkar ítrasta til að tileinka okkur bestu aðferðir við ritrýni og allir sem við leituðum til með ritrýni greina brugðust fljótt og vel við. Ég hafði heyrt af því að í hinum harða heimi samkeppninnar erlendis kæmi fyrir að ritrýnar tefðu birtingu greina vegna eigin skrifa en það urðum við aldrei varir við hér heima. Nálægðin á sér nefnilega ekki síður jákvæðar hliðar en neikvæðar. Sumir voru þó ekki alls kostar sáttir við kröfur blaðsins um að allur texti greina skyldi vera á góðri íslensku. Þýðingar einstakra orða stóðu stundum í sumum höfundum en það leystist alltaf farsællega á endanum. Við lögðum áherslu á að samhliða auknum kröfum um gæði greinanna þá unnum við með og leiðbeindum höfundunum um hvernig best væri að ganga frá greinunum. Ritrýnarnir sinntu því hlutverki mjög vel og þetta leiddi til þess að yfirleitt birtust allar greinar á endanum í blaðinu. Stundum kom þó fyrir að greinar voru þess eðlis að við ráðlögðum höfundi að leita frekar eftir birtingu annars staðar, en það var eðlilegt og kom ekki til árekstra þess vegna.“

Áherslan á íslenskar þýðingar allra fræðiorða er birtast í *Læknablaðinu* átti sér sínar spaugilegu hliðar. „Ég fékk eitt sinn bréf frá íslenskum lækni búsettum erlendis; hann var öskureiður yfir því að hann væri hreinlega hættur að skilja *Læknablaðið*, því hann þekkti ekki öll þessi íslensku nýyrði. En þetta var ekki nein stefnubreyting sem við innleiddum. Guðmundur Hannesson, stofnandi og fyrsti ritstjóri *Læknablaðsins* lagði þessa línu strax í upphafi. Hann þýddi sjálfur og gaf út fyrsta orðasafn læknisfræðiheita á íslensku og *Læknablaðið* hefur alltaf fylgt þessari stefnu. Okkar innlegg fólst í því að hefja á þessum árum skipulega íðorðasmíð ásamt útgáfu íðorðasafns og að sjálfsögðu nýttum við okkur það við ritstjórn *Læknablaðsins*. Mörg nýyrðanna sem urðu til á þessum tíma birtust síðan í fyrsta sinn á prenti í *Læknablaðinu*. Þetta hélst allt í hendur og hefur alltaf gert. Fleiri faggreinar hafa unnið mikið og gott starf á þessum vettvangi; ég nefni bara verkfræðinga og bílgreinasambandið sem hafa gefið út ítarleg íðorðasöfn. Íðorðafræðin er merkileg grein útaf fyrir sig og þar gilda mjög ákveðnar reglur. Við nutum þess að hafa Magnús Snædal málfræðing sem okkar sérfræðing í þessu efni um árabil. Hann ritstýrði íðorðasafninu og samstarfið við hann var algerlega snurðulaust. Hann var hæglátur en ákveðinn og þegar hann var búinn að lýsa skoðun sinni á orðanefndarfundum var málið yfirleitt útrætt.“

Hvað útlit blaðsins varðar segir Örn að engar róttækar breytingar hafi verið gerðar í hans ritstjórnartíð. „Við héldum okkur við sömu blaðstærð allan tímann og gerðum litlar breytingar á uppsetningu efnis þó vissulega hafi eitt og annað smálegt breyst í gegnum árin. Ég held að okkur hafi tekist með þessu brölti öllu saman að skila blaðinu í sómasamlegu ástandi af okkur og blaðið hefur alltaf verið í stöðugri framþróun. *Læknablaðið* í dag er betra blað en það var fyrir 25 árum og það er eðlilegt. Þannig á að það að vera.“

Gjöf frá Norðmönnum



Vinir okkar á norska læknablaðinu, **Tidsskrift for Den Norske legeforening**, sendu árnaðaróskir og gjöf til Læknablaðsins á dögunum í tilefni hundraðasta árgangsins. Það er frummynd listaverks sem þau létu gera og birtu á kápu norska blaðsins haustið 2011. Myndin á að túlka von og ósk ungra krabbameinssjúklinga og höfundur hennar er ameríski hönnuðurinn Dung Huang sem notar samþætta tækni, silkiþrykk, olíu, vatnsliti og stafræna nálgun til að tjá sitt verk. Þessi leið Huangs útmálar mjög vel hinar flóknu og margþættu staðreyndir, hugsanir og tilfinningar sem einkenna þungbæra sjúkdóma.

Í bréfi með myndinni segja Norðmennirnir: Áður hafði orðið krabbamein hræðilegan hljóm, og var aðeins tengt við dauðann og lífslok. Nú komast æ fleiri sjúklingar frá þessu meini og endurheimta lífið að nýju. Ungir krabbameinssjúklingar eru í mikilli hættu á að verða ófrjósamir. Það að geta varðveitt frjósemi sína skapar ekki aðeins þá von að komast lífs af heldur líka að vera fær um að koma frjómagni lífsins áfram til næstu kynslóðar. - Læknisfræðilegri þekkingu er ekki síður miðlað með myndum en texta. Samspil þess sem maður les og sér myndar nýjar tengingar, alveg eins og nákvæm skoðun veitir innsýn í verkefnið framundan. Á hverri kápu blaðsins norska er þess vegna listaverk sem blaðið hefur pantað og er í samhengi við innihald blaðsins hverju sinni.

Charlotte Haug ritstjóri og ábyrgðarmaður norska blaðsins undirritar bréf með myndinni og sendir bestu velfarnaðaróskir til Læknablaðsins, með þeirri von að það haldi velli um ókomin ár.

Sumarlokun skrifstofu LÍ verður dagana 14. júlí til 5. ágúst.

Fyrsti ritstjórnarfulltrúi blaðsins

Hávar Sigurjónsson

„Ég tók við á sínum tíma af Sigurjóni Jóhannssyni blaðamanni og starfið var í upphafi fólgið í því að taka efni blaðsins, lesa það yfir og fylgja því síðan eftir í gegnum prentun," segir Jóhannes Tómasson blaðamaður sem fyrstur hlaut starfsheitið ritstjórnarfulltrúi *Læknablaðsins* og sinnti því um nokkurra ára skeið þar til hann réðst til Frjálsrar fjölmiðlunar og fór þaðan á *Morgunblaðið* en hefur frá árinu 2006 gegnt starfi upplýsingafulltrúa, fyrst iðnaðarráðuneytis en nú innanríkisráðuneytis.

Jóhannes var kannski ekki alveg ókunnugur Læknafélaginu en faðir hans er Tómas Árni Jónasson sérfræðingur í lyflækningum, er var formaður Læknafélags Íslands 1970-75 og gegndi fjölmörgum öðrum trúnaðarstörfum fyrir lækna á starfsferli sínum.

„Vinnsluferill blaðsins var á þá leið að ritstjórnin kom saman mánaðarlega og valdi efni í næstu blöð. Ritstjórnin sá um að lesa efnið yfir og leiðbeina höfundum um efnistök og á þessum árum mótaðist formlegri ferill fræðigreina, sem mér skilst að sé nú í mjög föstum skorðum. En ég tók við greinunum og gekk frá þeim og hafði mest samstarf við Örn Bjarnason ritstjóra á milli fundanna. Ég setti blaðið upp, límdi textaspaltana upp og myndirnar líka, og svo var þetta sett í blýi en Félagsprentsmiðjan var enn á því stigi á þessum árum."

Á þessum fyrstu árum sínum við *Læknablaðið* var Jóhannes í fullu starfi sem blaðamaður við *Morgunblaðið*. „Þetta var bara hlutastarf, nokkrir tímar í mánuði, blaðið kom út 6-7 sinnum á ári og engin blaðamennska í þessu. Það var ekki fyrr en samstarfið við útgáfufélag Danska læknafélagsins hófst að mér var boðið hálft starf ritstjórnarfulltrúa *Læknablaðsins*. Samhliða þessu hófst útgáfa *Fréttabréfs lækna* sem kom út mánaðarlega en *Læknablaðið* sjálft birti einungis fræðigreinar og var unnið talsvert langt fram í tímann, yfirleitt voru 2-3 blöð undir á hverjum tíma, enda þurftum við að senda það út til Danmerkur til prentunar. Mér var falið að sjá um að ganga frá *Læknablaðinu* til prentunar í Danmörku og jafnframt að vinna efni *Fréttabréfsins* og koma því út mánaðarlega.

Útgáfutíðni *Læknablaðsins* jókst á næstu misserum í 10-11 tölublöð á á ári þar til menn sáu að óþarft var að hafa útgáfuna tvískipta, og þá voru *Fréttabréfið* og *Læknablaðið* sameinuð í eina útgáfu að nýju og þannig hefur það verið síðan."

Upplýsingamiðlun af því tagi sem *Fréttabréfið* sinnti á þessum árum hefur síðan færst yfir á heimasíðu Læknafélags Íslands, enda hægt um vik að birta þar allar upplýsingar jafnóðum og þær verða til.

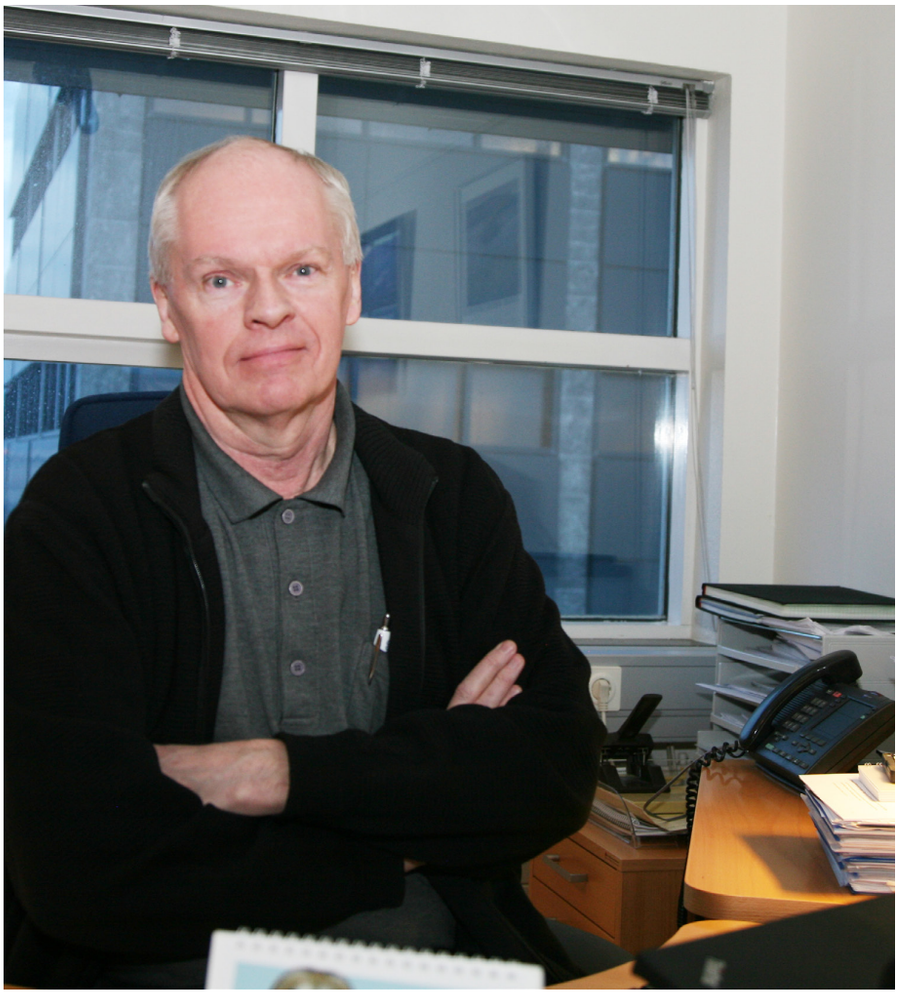
Jóhannes lýsir vinnuferlinu á blaðinu á árunum þegar Danir sáu um prentunina svo að hann hafi sent þeim efni blaðsins út á tölvudisklingi. „Þeir keyrðu síðan textannn út og sendu mér spaltana til baka sem ég síðan límdi upp og sendi þeim til baka. Við fengum síðan síðuprófarkir sem voru lesnar yfir og það var mikilvægt að vanda sig við leiðréttingarnar, skrifa skýrt með prentstöfum, svo dönsku setjararnir misskildu ekki neitt. Það var eiginlega makalaust hvað þetta gekk vel fyrir sig. Við fórum út tvisvar, þrisvar á ári og gengum þá kannski frá 2-3 blöðum í einu, en Örn Bjarnason var mikið á ferðalögum um Norðurlöndin á þessum árum vegna starfs síns fyrir Hollustuvernd ríkisins. Hann notaði þá gjarnan tækifærið og kom við í Kaupmannahöfn og las yfir síðustu prófarkir og þannig gekk þetta allt saman meira og minna snurðulaust."

Jóhannes segir Örn Bjarnason hafa unnið mikið og óeigingjarnt starf fyrir *Læknablaðið*. „Hann hafði þekkingu á nær öllu sem viðkom efni og vinnslu blaðsins. Sem læknir og fræðimaður hafði hann kunnáttu til að meta gæði þeirra greina sem bárust til blaðsins en hann hafði einnig brennandi áhuga á málfari og lagði gríðarlega áherslu á að texti blaðsins væri á vandaðri íslensku. Starf hans að *Íðorðasafni lækna* ber vitni um það. Það var sérstaklega gaman að fara með honum í prentsmiðjuna, því þar var hann ekki síður vel heima í handverki prentaranna. Ætli besta lýsingin sé ekki sú að hann hafði brennandi áhuga á öllu er viðkom því að

HAUSTÞING Á AKUREYRI

Geðheilbrigði, nýjar og gamlar aðferðir til eflingar og varna

Haustþing læknafélags Akureyrar og Norðurlandsdeildar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga verður haldið laugardaginn 11. október að Hólum í Menntaskólanum á Akureyri. Þingið ber nafnið: Geðheilbrigði, nýjar og gamlar aðferðir til eflingar og varna.



Jóhannes Tómasson upplýsingafulltrúi innanríkisráðuneytisins rifjar upp gamla glaða daga á Læknablaðinu.

búa til blaðið, allt frá því að greinarnar voru skrifaðar og þar til blaðið var komið í hendur lesandans. Ég held að hann hafi verið réttur maður á réttum stað þegar *Læknablaðið* var komið í vissar þrengingar og óvíst um framtíð þess. Það er örugglega ekki á neinn hallað þó ég segi að Örn Bjarnason hafi dregið vagninn á þessum árum og átt stærstan þátt í að koma blaðinu í það horf að engum dettur annað í hug í dag en að gefa út læknablað.

Starf ritstjórans var þá ólaunað, og þau voru ófá kvöldin og helgarnar sem við Örn sátum yfir blaðinu á skrifstofu Læknafélagsins í Domus Medica. Munurinn var sá að þetta var vinnan mín og áhugamál hans.“

Að lokum svarar Jóhannes spurningunni hvað honum sé minnistæðast úr starfi sínu sem blaðamaður og ritstjórnarfulltrúi *Læknablaðsins*. „Mér er efst í huga hvað læknum er umhugað um að koma upplýsingum um læknisfræði á framfæri við bæði kollega sína og almenning. Þrátt fyrir mikla sérhæfingu og yfrið næg verkefni yfirleitt í klínískri vinnu þá er þeim flestum greinilega mikið kappsmál að stunda rannsóknir og koma niðurstöðum þeirra á framfæri. Þetta tengist eflaust þeirri áherslu sem læknar leggja á símenntun og mér fannst mjög lærdómsríkt að kynnast þessu viðhorfi,“ segir Jóhannes Tómasson.

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 óþols. **Samsett viðbótarmeðferð:** Ásamt öðrum blóðsykurslækkandi lyfjum, þ.m.t insúlíni, þegar þau ásamt sérstöku mataræði og hreyfingu veita ekki nægjanlega stjórn á blóðsykri. **Skammtar og lyfjagjöf: Skammtar:** *Einlyfjameðferð og samsett viðbótarmeðferð:* Ráðlagður skammtur er 10 mg af dapagliflozini einu sinni á sólarhring í einlyfjameðferð og sem samsett viðbótarmeðferð með öðrum blóðsykurslækkandi lyfjum, þ.m.t. insúlíni. Þegar dapagliflozin er notað samhliða insúlíni eða lyfjum sem örva insúlínseytingu, eins og súlfónýlúrealyfi, skal íhuga að minnka skammt insúlíns eða lyfs sem örvar insúlínseytingu til að minnka líkur á blóðsykursfalli. **Sérstakir sjúklingahópar:** *Skert nýrnastarfsemi:* Verkun dapagliflozins er háð nýrnastarfsemi, og verkun er minni hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi og er líklega engin hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Ekki er ráðlagt að nota Forxiga hjá sjúklingum með miðlungsmikið til verulega skerta nýrnastarfsemi (sjúklingar með kreatíníntúthreinsun [CrCl] < 60 ml/mín. eða áætlaðan gaukulsíunarhraða [eGRF] < 60 ml/mín./1,73 m2). Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með vægt skerta nýrnastarfsemi. *Skert lifrarstarfsemi:* Ekki er þörf á aðlögun skammta hjá sjúklingum með vægt eða miðlungsmikið skerta lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi er ráðlagður upphafsskammtur 5 mg. Ef hann þolist vel, má stækka skammtinn í 10 mg. *Aldraðir (≥ 65 ára):* Almennt er ekki þörf á aðlögun skammta á grundvelli aldurs. Taka skal tillit til nýrnastarfsemi og hættu á vökvaskorti. Vegna takmarkaðrar reynslu af meðferð sjúklinga, 75 ára og eldri, er ekki ráðlagt að hefja meðferð með dapagliflozini. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun dapagliflozins hjá börnum á aldrinum 0 til <18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. **Lyfjagjöf:** Forxiga má taka inn einu sinni á sólarhring, með eða án fæðu, hvenær dagsins sem er. Töflurnar á að gleypa í heilu lagi.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**

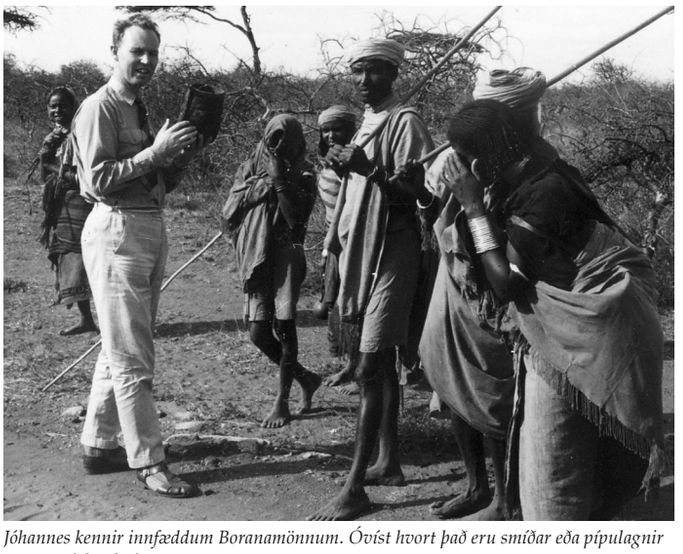
Markaðsleyfishafi: BristolMyers Squibb/AstraZeneca EEIG, BristolMyers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex, UB8 1DH, Bretland.
Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000.
Textinn var síðast 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. 10.078; 10mg, 98 stk. : kr. 29.476. **Júní 2014. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.**

forxiga (dapagliflozin)



Systkinin Jóhannes, Guðrún og Hjördís í Kína.
Myndirnar með greininni eru úr eigu Jóhannesar og fjölskyldu.



Jóhannes kennir innfæddum Boranamönnum. Óvíst hvort það eru smíðar eða pípulagnir sem eru á dagskrá.

Fyrst kristniboði, svo læknir

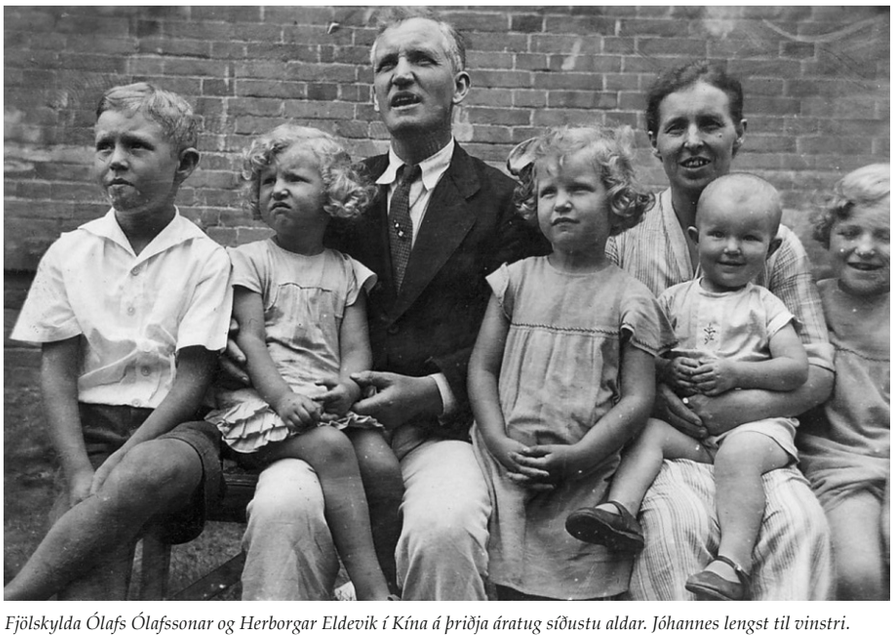
Jóhannes Ólafsson starfaði lengst af í Eþíópíu þar sem hann beitti lækniskunnáttu sinni í þágu fólksins og frelsarans

Þröstur Haraldsson

Mörg er mannsævin og misjöfn. Sumir fara aldrei út fyrir sinn fæðingarhrepp en aðrir flengjast um heiminn. Viðmælandi Læknablaðsins að þessu sinni fellur örugglega ekki í fyrsta flokkinn, ævi hans líkist mun frekar því sem ungir Íslendingar nútímans þekkja, og þó ekki. Hann kom undir í Kína, fæddist í Noregi, ættaður úr Borgarfirðinum, lærði til læknis í Reykjavík og eyddi stærstum hluta starfsævinnar í sunnanverðri Eþíópíu.

Sá sem hér um ræðir er Jóhannes Ólafsson kristniboði og læknir, sonur Ólafs Ólafssonar kristniboða í Kína sem var þekktur maður í íslensku samfélagi á öldinni sem leið. Nú er Jóhannes orðinn eftirlaunamaður í landi móður sinnar, Noregi, og festi ekki alls fyrir löngu á blað æviminningar sínar sem til eru í handriti. Hann var í heimsókn hér á landi fyrir skemmstu og þá hitti blaðamaður hann að máli.

Jóhannes er fæddur í Noregi snemma árs 1928 en haustið 1927 höfðu foreldrar hans neyðst til að flýja kristniboðsstöðina sem þau störfuðu við í bænum Dengzhou í Henan í miðhluta Kínaveldis. Til Kína komu þau hvort í sínu lagi, Herborg kennari norskra barna í bænum Laohokow en Ólafur var við kristniboðsstörf í bænum Dengzhou. Árið 1926 giftu þau sig en þá var að hefjast borgarstyrjöld í héraðinu sem átti eftir að breiðast út um allt Kína. Snemma árs 1928 var trúboðunum skipað að koma sér niður til strandar og bíða þar átekta. Biðtímann notuðu þau til að heimsækja vesturíslenskan kristniboða í Japan. Ferðin endaði á heimaslóðum Herborgar Eldevik í Slettaune í Orkdal, skammt sunnan við Álasund í Noregi. Þar fæddist Jóhannes.



Fjölskylda Ólafs Ólafssonar og Herborgar Eldevik í Kína á þriðja áratug síðustu aldar. Jóhannes lengst til vinstri.



Jóhannes með lítinn skjólstæðing í fanginu. Myndin tekin í Jinka 2009.

Eftir rúmlega ársdvöl í Noregi og á Íslandi var orðið eitthvað friðsamlegra í Kína svo fjölskyldan flutti aftur þangað og þar ólst Jóhannes upp til níu ára aldurs. Árið 1937 fóru þau heim til Noregs í lögboðið frí og hugðust snúa aftur til Kína að því loknu. Þá var hins vegar skollin á styrjöld þar eystra og allar leiðir þangað lokaðar. Það varð því úr að fjölskyldan flutti til Íslands og þar dvaldi Jóhannes um tveggja áratuga skeið.

Vildi verða kristniboði

Á menntaskólaárunum kynntist hann hjúkrunarnema frá Vestmannaeyjum, Áslaugu Johnsen, og þau opinberuðu trúlofun sína daginn sem hann varð stúdent, 17. júní 1949. Þá var Jóhannes staðráðinn í að verða kristniboði og hann langaði að starfa í Kína. „Áslaug spurði af hverju ég færi ekki í læknisfræði, þar gæti ég orðið að liði í trúboðsstarfinu. Ég leit alltaf á þetta sem sama hlutinn. Í báðum hlutverkum var ég að þjóna og hjálpa fólki. Það bjó mjög sterkt í mér að starfa að trúboði og í Kína hafði ég séð hversu vel þetta tengdist því skólinn okkar var í nágrenni við sjúkrahús kristniboðsins þar," segir Jóhannes.

Hann lauk læknisnámi í Háskóla Íslands og starfaði sem kandídat árið 1957-8. Að því loknu fluttu þau til Noregs þar sem Jóhannes var í starfsnámi í skurðlækningum í Molde og einnig í Svíþjóð. Hann sótti svo nám í hitabeltislækningum í Lundúnum áður en þau héldu á vit ævintýranna í Eþíópíu árið 1960.

Í maí það ár vígðust þau hjónin til kristniboða og í ágúst mættu þau til leiks í bænum Irgalem í Suður-Eþíópíu þar sem Jóhannes var um skeið læknir við sjúkrahús norska kristniboðssambandsins.

Eitthvað hafði skolast til í samskiptum við þarlenda því tungumálanámskeið sem hann átti von á varð að að bíða betri tíma um sinn. Þess í stað varð hann að bjarga sér með aðstoð túlks. „Ég lærði þó fljótt helstu orð spítalamálsins," segir hann.

Frumkvöðlastarf

Aðkoman var ekkert sérlega glæsileg í Irgalem. „Þar hafði kristniboðið starfrækt spítala í nær 20 ár en í bænum var engin opinber vatnsveita. Vatn var lagt inn um líkt leyti og við settumst að í Irgalem. Fram að því þurfti að sækja allt vatn á ösnum. En þótt slíkur spítali stæðist vart gæðakröfur nútímans stóðst læknastarfið sem þar var unnið kröfur þessa tíma. Við sinntum fyrstu hjálp og notuðum viðurkennd lyf. Við urðum að mennta fólk til starfa jafnóðum því það var ekki til í þessu fátæka landi."

Allar aðstæður voru óneitanlega mjög ólíkar því sem hann hafði kynnst. „Stundum brostu menn að tillögum mínum og þóttu þær út í hött. Ég átti það til að stinga upp á hlutum sem ekki voru til, til dæmis að gefa vökva í æð. Ég gerði mér ekki grein fyrir því hversu mikla vinnu það kostaði að dauðhreinsa vatnið. Sem betur fer kunni Áslaug tæknina sem þurfti til að framleiða æðavökva. Sú tækni var enn í notkun á Landspítalanum á þessum tíma.

Þetta var því mikið frumkvöðlastarf. Hjúkrunarfræðingar voru ekki tiltækir svo við menntuðum það sem við köllu-uðum „dressers". Þetta var stétt manna sem ítalski herinn hafði innleitt en þeir þurftu að þekkja helstu lyf, sótthreinsun og almenna hjúkrun. Þetta var eins konar



Fjölskyldan í Eþíópíu árið 1972.



Jóhannes í Gidole ásamt hjúkrunarfræðingunum Margréti Hróbjartsdóttur og Simonettu Bruvik og nokkrum heimamönnum.

hjúkrunarnám á tveimur stigum. En vissulega var þetta langt frá nútímanum.“

Á vegum stjórnvalda

Eftir eitt ár í Irgalem fluttust þau til Gidole þar sem þau dvöldu lengst af. Þar höfðu fyrstu norsku kristniboðarnir hafið rekstur heilbrigðisþjónustu með leyfi stjórnvalda og boðist til að koma á fót spítala. „Þess vegna var ég sendur þangað en ekki til Konsó þar sem íslensku kristniboðarnir voru,“ segir Jóhannes og bætir því við að hann hafi allan sinn starfsferil í Eþíópíu verið á launum frá íslensku kristniboðssamtökunum.

Á því var þó ein undantekning sem varaði í fjögur ár en þann tíma var Jóhannes embættismaður á launum frá eþíópískum stjórnvöldum. „Það var á margan hátt áhugavert frá faglegu sjónarmiði. Ég vann að því að efla menntun hjúkrunarfólks og ljósmæðra en það verkefni var á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO). En meginstarf mitt á þessum árum var að hafa umsjón með heilsugæslustöðvum í fylkinu. Stjórnvöld vildu að yfirstjórn þeirra væri í höndum manns með læknismenntun.“

Mætti skilningi fólksins

Lengst af starfaði Jóhannes þó meðal fólksins við að lækna það og hjúkra því. „Ég átti alltaf gott samstarf við fólkið, bæði sjúklinga og starfsmenn. Meðfram læknisstarfinu þurfti ég alltaf að kenna, ekki bara hjúkrun heldur smíðar og pípulagnir og fleiri praktíska hluti því iðnaðarmenn voru ekki á hverju strái. Fólkið í Gidole sýndi spítalanum mikinn skilning og vissi að þar fengi það þjónustu. Í fyrstu kynntist ég lítillega fáfræði og hindurvitnum íbúa og vissi af því að töfralæknar voru einnig að störfum. En fólk treysti okkur og með tímanum hvarf öll tortryggni.

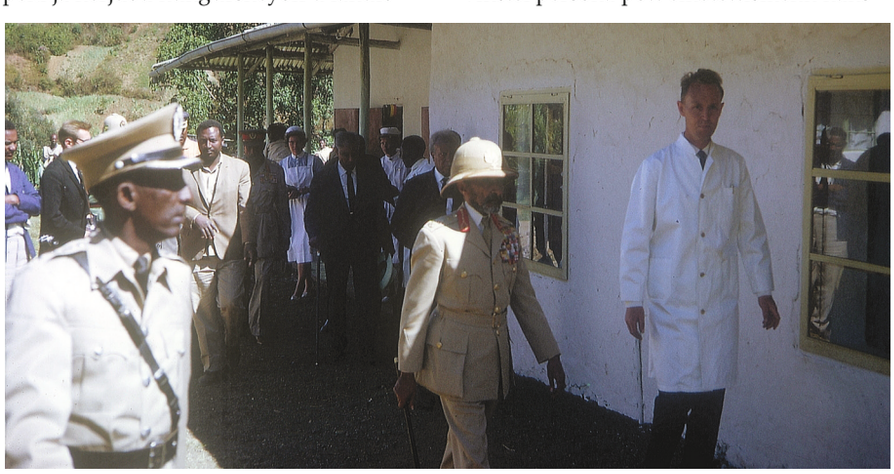
Starfsemin þróaðist og eftir því sem vegir skánuðu leitaði fólk lengra að eftir þjónustu okkar. Stjórnvöld gerðu sér líka smám saman grein fyrir því að við starfræktum raunverulegt sjúkrahús. Á þessum upphafsárum komst ég yfir bók eftir breskan lækni, Maurice King, sem hafði starfað lengi í nýlendum Breta í Afríku. Hann lýsti þeirri tækni sem notuð er við lækningar um alla álfuna og þangað sótti ég margt sem reyndist nytsamlegt við okkar aðstæður.“

Hungursneyðir og bylting

Það gekk á ýmsu í Eþíópíu á þeim árum sem Jóhannes starfaði þar. Eins og flestir þekkja herjuðu hungursneyðir á landið með reglulegu millibili. „Hún varð aldrei mikil á okkar slóðum. Þó man ég að hungrið svarf að Konsó eitt sinn. Þá leigði kristniboðið þar fjórar þyrlur til að flytja mat og aðrar nauðsynjar til fólks því vegirnir voru flestir ófærir. En verst varð hungursneyðin í norðurhluta landsins og þar sem nú er Eritrea.“

Hungursneyð sem varð á árinu 1973 komst í heimsfréttirnar þrátt fyrir tilraunir stjórnvalda til þess að halda henni leyndri fyrir umheiminum. Það átti sinn þátt í falli keisarans Haile Selassie. „Þegar þetta kom í heimsfréttirnar lentu Eþíópar í vandræðum. Þeir voru að undirbúa tíu ára afmæli Samtaka Afríkuríkja (OAU) og áttu von á öllum leiðtogum álfunnar í heimsókn til Addis Abeba. Það átti að vera mikil hátíð á sama tíma og fólkið svalt.“ Keisarinn hrökklaðist frá völdum og við tóku menn sem kenndu sig við marxisma og kommúnisma.

Jóhannes segir að keisarinn hafi verið vinsæl persóna þótt embættismenn hans



Haile Selassie Eþíópíukeisari kom í heimsókn til Gidole þar sem Jóhannes sýndi honum aðstöðuna. Keisarinn er sá stutti með hjálminn.



Lítil skurðaðgerð í gangi.



Í marsmánuði síðastliðnum var Jóhannes sæmdur stórriddarakrossi Noregskonungs fyrir starf sitt í Eþíópíu, „einkum þjónustu við mæður og börn“ eins og segir í rökstuðningi. Myndin er tekin af því tilefni en með Jóhannesi eru eiginkona hans, Kari Bø, til vinstri og fylkisstjórinn í Agder.

væru spilltir, margir hverjir, og það varð honum að falli. „Ég hitti hann í Gidole árið 1968 þegar við opnuðum þar klíník með 30 rúmum. Það var gaman að spjalla við hann og heimsókn hans ánægjuleg.“

En það breyttist margt í landinu með falli keisarans. „Fyrstu árin var friðsamlegt í Eþíópíu, það var ekki fyrr en kommarnir komu til skjalanna og gerðu byltingu 1974 að ástandið fór að versna. Þó voru aldrei mikil átök í Suður-Eþíópíu, bara mikill áróður. Afstaða stjórnvalda breyttist að ýmsu leyti, til dæmis til lyfjakaupa. Það var settur nýr maður yfir þá deild í ráðuneytinu sem þurfti að samþykkja lyfjapantanir okkar. Hann var menntaður í Moskvu og hafði ákveðnar skoðanir á því sem við vorum að panta, strikaði oft út hluta af því sem við höfðum beðið um, til dæmis æðavökva. Kollegar mínir gengu á fund hans og áttu við hann nokkuð hvassar samræður um þessi mál sem lyktaði með því að hann hrópaði á þá: You are criminals!“

Í hendur hins opinbera

Ekki var þó allt vont sem fylgdi byltingunni. „Margir eþíópskir unglingar hlutu menntun í Austur-Evrópu og á Kúbu. Það gerðu kommarnir vel. Þegar þeir misstu völdin sneru margir læknar heim að loknu námi. En smám saman fór starfsmöguleikum lækna fækkandi, það voru ekki til launaðar stöður fyrir alla þessa lækna. Allt í einu voru komnir sjö læknar þar sem ég hafði verið einn áður. Með tímanum brugðust margir læknar við með því að opna einkastofur úti í bæ og sneru baki við landsbyggðinni.

Samstarfið við stjórnvöld á þessum tíma var gott, en þegar fram liðu stundir mátti sjá merki þess að til voru þeir sem þótti óeðlilegt að útlendingur stjórnaði spítalanum. Þá var mér falið annað hlutverk: ég átti að semja við ríkið um að kristniboðssamtökin hættu rekstri spítalanna í Arba Minch og Irgalem og innlend stjórnvöld, ríki og héraðsstjórnir, tækju við. Það gerðist árið 1998. Við reyndum að skilja við starfsfólkið af fullri virðingu og tryggja að það héldi launum sínum og réttindum á borð við eftirlaun.

Kristniboðið er enn starfandi og okkur er velkomið að vera í landinu, þótt heilbrigðisstofnanirnar séu í höndum ríkisins núna. Til dæmis er kollega minn norskur, prófessor í Bergen, að stjórna verkefni í Gidole sem snýst um að kenna svonefndum heilsuliðum (health officers á ensku) að gera keisaraskurði til að draga úr mæðradauða við barnsburð. Hjúkrunarfólkið lærir svæfingar og sótthreinsun. Það þarf að draga úr kröfunum því læknarnir fást ekki til að búa á landsbyggðinni. Þeir vilja vera í borgunum þar sem þeir reka einkastofur. Verkefnið nýtur viðurkenningar WHO og hefur gengið vel, dregið verulega úr mæðradauða.“

Sex barna faðir

Það skiptust líka á skin og skúrir í einkalífi Jóhannesar. Þau Áslaug eignuðust tvisvar sinnum tvíbura og síðar eina dóttur en áður höfðu þau ættleitt barn. Áslaug veiktist í Eþíópíu og lést fyrir aldur fram árið 1986, aðeins 58 ára gömul. Um líkt leyti glímdi Jóhannes við hjartamein og þunglyndi í kjölfar hjartaáfalls. Þá voru þau flutt til Noregs. Jóhannes kvæntist tveimur árum síðar annarri konu, kennaranum Kari Bø, en þau höfðu kynnst lítillega þegar hún starfaði við Norska skólann í Eþíópíu.

Næstu árin starfaði Jóhannes sem læknir í Noregi. Árið 1992 sneru þau Kari aftur til Eþíópíu og dvöldu í Gidole og á fjórum öðrum stöðum fram til ársins 2000. Kari vann við að efla handverk meðal eþíópískra kvenna og koma á fót mörkuðum með afurðir þeirra, en Jóhannes starfaði fyrir hið opinbera eins og áður er sagt frá. Að sjálfsögðu voru þau einnig virk í kristniboðsstarfinu.

Það er kannski engin furða að Jóhannes svari því játandi þegar ég spyr hvort hann sé ánægður með ævistarf sitt. „Já, mér finnst það hafi verið innihaldsríkt. Það er mikilvægt að hjálpa fólki og ég sá árangur af því. Ég þurfti að starfa á öllum sviðum læknisfræðinnar og sinna farsóttarsjúklingum, mæðrum í barnsnauð, skurðlækningum og svo framvegis. Ég er með viðurkenningu sem skurðlæknir og það kom sér oft vel, enda ómögulegt að þurfa að senda konur langa leið ef þær þurftu í keisaraskurð. Ég þurfti að kunna eitthvað um allt,“ segir Jóhannes Ólafsson kristniboði og læknir – í þeirri röð.





Ráðstefna ESHG í Mílanó

Vigdís Stefánsdóttir
erfðaráðgjafi

vigga@islandia.is

ESHG eða European Society of Human Genetics heldur árlega ráðstefnu í einhverju landa Evrópu. Hún var að þessu sinni haldin í Milano Congressi eða MiCo ráðstefnuhöllinni í Mílanó og var ítalska mannerfðafræðifélagið, Società Italiana di Genetica Umana, umsjónaraðili þess. Annað hvert ár er ráðstefnan sameiginleg með EMPAG eða The European Meeting on Psychosocial Aspects of Genetics og var svo nú. Ráðstefnan hefur farið stækkandi ár frá ári og nú sóttu hana rúmlega 3000 manns og að auki rúmlega 130 sýnendur tækja, aðferða og upplýsingatækni.

Fyrirlestrar voru um NGS (*next generation sequencing*), erfðafræði hjarta-, tauga-, krabbameins- og annarra sjúkdóma, lífupplýsingatækni, fósturgreiningu á móðurblóði (*non-invasive testing*), fósturvísisgreiningu, efnaskiptasjúkdóma, gæðastaðla í erfðarannsóknum og á rannsóknarstofum, lyfjaerfðafræði, auk leiða til að finna ný sjúkdómsgen. Líka um leiðir til að koma erfðaupplýsingum á framfæri bæði til fagfólks og sjúklinga, siðferðileg atriði í ýmsu sem að erfðafræði snýr, skimun fyrir ýmsum sjúkdómum, erfðaheilbrigðisþjónustu framtíðarinnar, nauðsyn þess að kenna almennum læknum meira um erfðafræði og fleira og meira.

Fróðlegt var að heyra hversu hröð þróunin er í tölvu- og samskiptatækni varðandi erfðaupplýsingar og erfðaráðgjöf. Þar virðast Hollendingar og Ástralir einna fremstir og hafa látið mikla vinnu í að setja upp kerfi sem raunar er hægt að nota í öllum sérgreinum læknisfræðinnar. Erfðafræðideildir sjúkrahúsa í Hollandi hafa tekið upp örugga samskiptaleið sjúklinga og lækna/erfðafræðinga/erfðaráðgjafa. Notuð eru kerfi sem gera kleift að tala saman gegnum tölvu en um leið deila prentuðu og tölvutæku efni, hvort sem það eru upplýsingatextar eða niðurstöður. Hver sjúklingur á sitt „hólf“ og hver heilbrigðisstarfsmaður hefur aðgang að heildarupplýsingum og getur búið sér til eigið upplýsingasafn. Þetta er mun ódýrari leið en að allir hitti fagmann og stundum besta leiðin ef sjúklingur á ekki heimangengt. Einnig er hægt að nota þessa leið til að sérfræðingur og læknir sem ekki er sérfróður um viðkomandi vandamál geti skoðað sjúkling í sameiningu. Þannig hafa lítil sjúkrahús eða læknastofur aðgang að sérfræðingum án þeirrar fyrirhafnar að fara á staðinn.

Þrjá þingfyrirlestra er hægt að sjá og heyra á vefslóðinni client.cntv.at/eshg2014/ og eru lesendur hvattir til þess að hlusta og horfa.

Það var afar áhugavert að taka þátt í umræðum og almennri kosningu um ýmis mál sem varða tilfallandi niðurstöður (*incidental findings*) þegar gerðar eru erfðarannsóknir. Sérlega þar sem flestir í salnum höfðu þekkingu á umræðuefninu og höfðu afar mismunandi skoðanir á því. Hal Brunner forseti ESHG stjórnaði kosningunni og umræðunum á palli. Til að ræða málin og svara spurningum voru þau Angus Clarke frá Cardifff, Martina Cornel frá Amsterdam, Robert Green frá Boston, Stephen Kingsmore frá Kansas City, Marjolein Kriek frá Leiden og Arnold Munnich frá París. Talsverð umræða var um það meðal þátttakenda hvort a) það sem finnst við raðgreiningar sé óvænt, og b) hvort og hvernig veita eigi upplýsingar um það sem finnst á þann máta.

Eins og alltaf eftir góða ráðstefnu er margt sem situr eftir. En sterkust er hugsunin um það hvað erfðaheilbrigðisþjónustan vex hratt og er víða sá hluti heilbrigðisþjónustunnar sem hraðast vex. Sífellt eykst getan til að skoða og skila betur erfðamengi mannsins og með því möguleikar á að finna leiðir til að lækna eða koma í veg fyrir sjúkdóma.

Ráðstefnur sem þessar, í hvaða fagi sem er, eru mikilvægur þáttur í endurmenntun og þó svo kostnaður sé nokkur er ljóst að hann skilar sér margfalt til baka í meiri þekkingu, áhugasamara starfsfólki og auknu tengslaneti um allan heim.

Læknablaðið komið inn á timarit.is

Védís Skarphéðinsdóttir

Það er gaman að rölta inn í musteri íslenskrar menningar, Landsbókasafn Íslands – Háskólabókasafn eins og það heitir fullu nafni en Þjóbó í munni yngri kynslóða. Þar eru til húsa gagnagrunnarnir þrír sem eru risavaxin framlenging á þjónustu bókasafnsins og skref langt inn í nútímann: handrit.is, baekur.is og timarit.is. Það merkilega í þessu samhengi er að afnot og skoðun alls efnis þarna inni er ókeypis og mun vera einsdæmi í okkar litla heimi að þjóðarsafn hafi með þessum hætti opnað sitt safn uppá gátt fyrir lærða og leika jafnt.

Læknafélag Íslands færði *Læknablaðinu* þá gjöf á afmælisári að fá blaðið skannað inn á timarit.is – og nú er það í höfn: 85 árgangar (1915-1999), 662 tölublöð, 35.000 blaðsíður, – 2354 greinar hafa verið skráðar úr timarit.is og er nú að finna í Gegni og á leitir.is þannig að bókasafnsskráningarkerfið og timarit.is tengjast. Frá árinu 2008 hefur verið opið fyrir Google að tengjast textum á timarit.is og þar með liggur allt efni þar opið fyrir áhugasama lesendur.

Það er Örn Hrafnkelsson sem leiðir mig í allan sannleik um þetta. Hann hefur starfað á bókasafninu síðan 1993, þá var hann gómaður glóðvolgur á tröppum gamla Landsbókasafnsins á Hverfisgötunni og hefur ekki sloppið út síðan. Rósa Bjarnadóttir verkefnisstjóri hefur séð um innfærslu blaðsins á netið hjá safninu.

Að sögn Arnar eru nærri öll tímarit fram til 1940 komin inn, þó ekki eitt hið veigamesta, *Tímarit Máls og menningar*. Alls eru 900 titlar (af um 1600) á vefnum (4,5 milljónir blaðsíðna), stór og smá tímarit, dagblöð, vikurit, héraðsblöð og margt fleira. Áhugi fyrir efni vefsins eykst stöðugt og nú nota um 2500 manns vefinn daglega. Í kjallara safnsins er skanni sem tekur myndir af öllu þessu efni og á myndastofunni starfa þrír og bókaverðirnir sem koma að skráningu efnisins eru þrír. Efnið springur út í allar áttir, það jafnast á við gróðursetningu í mörgu tilliti, æ fleiri skoða efnið og tengja það út á aðrar síður einsog feisbúkk, – þegar nýtt efni einsog *Læknablaðið* kemur inn kallar umhverfið og notendur á að fyllt verði í önnur skörð svo sem að læknablað Guðmundar Hannessonar verði innskannað og þá fleiri rit af sama toga. Smám saman þéttist þessi skógur og þá þarf ný augu og nýtt vit til að útbúa leiðarvísa og ganga frá efni þannig að hægt sé að tengjast því frá öllum hliðum og aðkomuleiðum. Hin stafræna endurgerð opnar allar hliðar nýs og gamals efnis, allt í einu er í einu vetfangi hægt að sjá inn á spjöld gamalla blaða og tímarita sem fyrir löngu eru gleymd og týnd. Þetta bókasafn er komið langt í burtu frá því sem kallað var kartótek í gamla daga, kerfi skráningarseðla fyrir hverja bók og blað. Þar svalaði einn seðill forvitninni, og talsverða elju og tíma þurfti til að láta seðlana tala einsog timarit.is getur gert núna. Það var Jón Ólafsson ritstjóri sem fyrstur fékk það starf árið 1901 að skrá seðla fyrir Landsbókasafnið og hefur ekki órað fyrir því að einn góðan veðurdag væru langflest tímarit og blöð þessa lands komin saman á einum stað og héti veraldarvefurinn! timarit.is býður æ fleiri lausnir og samsplæsingu við aðra gagnagrunna og verður liprari í notkun með degi hverjum.

Læknablaðið er ritrýnt tímarit einsog áskrifendum þess er fullkunnugt um, á landinu eru um 40 slík rit, og í deiglu er hjá timarit.is að þeim verði lyft sérstaklega og hægt að flokka þau saman til frekari leitar.

Allt okkar vit og strit er vistað í Landsbókasafninu og tímans þungi niður heyrist þar á hverri hæð hússins. Það er magnað að vera leiddur um gangana í kjallara safnsins og vera einsog í heimsókn í öryggisfangelsi bóka og blaða. Í ærandi júníbirtunni, 18 stiga hita og sunnanþey er samt langskemmtilegast að koma út á hlaðið á Þjóðarbókhlöðunni aftur.



Örn Hrafnkelsson í bókasafni Jóns Steffensens sem varðveitt er í Þjóðarbókhlöðunni, þar er skrifborð Jóns, stóll og ýmsir smá munir auk vel innbundinna bóka og blaða, - þar er náttúrlega Læknablaðið í öndvegi.



Hér sér ofan í gamla spjaldskrá.



Rósa Bjarnadóttir og Örn fletta í skránni.

Bráðaómun í héraðslækningum á Íslandi

Hjalti Már Björnsson
bráðalæknir
bráðadeild Landspítala

hjaltimb@gmail.com

Sigurður Halldórsson
heilsugæslulæknir
Heilbrigðisstofun Þingeyinga

Þó klínísk skoðun læknis sé framkvæmd af færni og nákvæmni eru upplýsingar sem þannig fást oft takmarkaðar. Því hefur orðið mikil aukning í notkun sérhæfðrar myndgreiningar en slík þjónusta er að mestu bundin við stærri sjúkrahús á landinu.

Á síðustu árum hafa komið fram margar gerðir af einfaldari ómtækjum sem gætu aukið möguleika til myndgreiningar á smærri heilbrigðisstofnunum.

Í tengslum við þessa framþróun tækninnar hefur einnig orðið fagleg þróun í notkun ómtækjanna. Þegar ómun er gerð af hjarta-, röntgen- eða kvensjúkdómalækni er venjulega lýst nákvæmlega því sem sést. Við hjartaómun hjartalæknis eru gerðar nákvæmar mælingar á hjartalokum og á þykkt, stærð og samdrætti hjartahólfa. Til viðbótar við þessar ómanir hefur reynst gagn að því í bráðatilvikum að gera einfaldar ómanir og til dæmis í endurlífgun að meta hvort einhver samdráttur sé í hjartanu, eða hjá sjúklingum með andþyngsli að vita strax hvort vökvasöfnun sé í gollurshúsinu og hvort samdráttur vinstri slegils sé eðlilegur eða skertur.

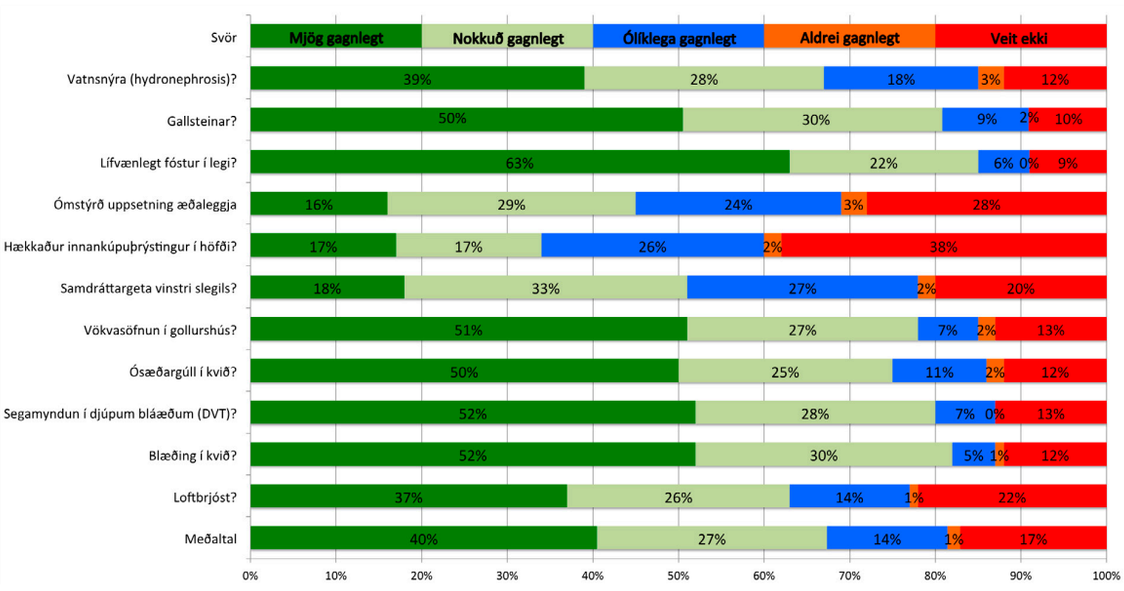
Til aðgreiningar frá hefðbundnum formlegum ómskoðunum hefur þessi einfalda ómun verið nefnd *bedside ultrasound, point-of-care ultrasound* eða *clinical ultrasound* og við stingum upp á að nota heitið bráðaómun.

Mikilvægt er að athuga að bráðaómunum er aldrei ætlað að koma í staðinn fyrir nákvæmari myndgreiningu. Bráðaómanir nýtast frekar sem viðbót við klíníska skoðun. Ef kona á afskekktum stað fær til dæmis skyndilega slæman verk í neðri hluta kviðar snemma á meðgöngu er hægt að gera einfalda ómun gegnum kviðvegg. Ef fósturvísir sést í legi er hægt að telja útilokað að um utanlegsfóstur sé að ræða. Án ómskoðunar er hins vegar varla um annað að ræða en að útvega tafarlaust flutning á sjúkrahús vegna mögulegrar blæðingar frá utanlegsfóstri.

Innan bráðalækninga í Bandaríkjunum voru fyrst settar reglur um bráðaómskoðanir árið 2001 og voru þær síðast uppfærðar 2008. Þar er gerð krafa um þjálfun í ómskoðunum í sérnámi í bráðalækningum, bæði þekkingu á eðlis- og tækjafræði og einnig verklega þjálfun í 11 mismunandi tegundum ómunar. Á bráðadeild Landspítala hefur verið unnið að því síðan 2011 að innleiða ómskoðanir samkvæmt þessum staðli. Á spítalanum eru einnig lungnalæknar og svæfinga- og gjörgæslulæknar, auk lækna annarra sérgreina, farnir að nýta sér ómtæknina í auknum mæli. Utan veggja sjúkrahússins er einnig stækkandi hópur lækna í heilsugæslu og öðrum sérgreinum sem hefur tileinkað sér ómskoðanir.

Bráðaómskoðanir hafa mætt nokkurri andstöðu einstakra aðila hér á landi eins og reynslan hefur jafnframt verið í öðrum löndum þar sem þær hafa verið innleiddar. Í Bandaríkjunum var svipuð umræða í gangi fyrir áratug síðan þegar bráðalæknar innleiddu notkun ómtækja í sínum hópi. En eftir nokkra umræðu lýstu bandarísku læknasamtökin því yfir að ómtæknin nýttist með fjölbreyttum hætti í læknisfræði. Mælst var til þess að læknar í öllum sérgreinum læknisfræðinnar notuðu ómun innan skilgreindra marka í vinnuleiðbeiningum sérgreinanna. Í samræmi við þessar ályktanir er æskilegt að umræða fari fram innan sérgreinanna hérlendis um notkun bráðaómskoðana, hvaða tegundir ómunar æskilegt sé að læknar sérgreinarinnar geti framkvæmt og hvaða þjálfun og gæðaeftirlit þurfi með þessari starfsemi.

Tæknilega og fjárhagslega er vel framkvæmanlegt að keypt verði ómtæki á allar heilsugæslustöðvar á Íslandi. Slík fjárfesting væri þó marklaus nema henni fylgdi að læknar fengju viðeigandi þjálfun til að óma.



Mynd 1. *Svör heilsugæslulækna um gagnsemi bráðaómskoðana við ýmsum kvillum.*

Til að reyna að meta álit starfandi lækna í heilsugæslu á slíkri fjárfestingu var spurningalisti sendur öllum á póstlista Félags íslenskra heimilislækna á heimasíðu Læknafélags Íslands vorið 2011. Af þeim 256 læknum sem skráðir voru á listann bárust svör frá 105, eða 40%.

Reyndust 32% svarenda starfa á heilbrigðisstofnun með ómtæki sem þeir notuðu eða gátu notað við störf sín. Meira en helmingur hafði enga þjálfun í ómskoðunum, 6% höfðu fengið þjálfun í ómskoðun sem hluta af sérnámi sínu og 12% sótt sérhæfð námskeið í ómskoðunum. Um fjórðungur hafði kynnt sér ómskoðanir en ekki sótt formlega þjálfun.

Spurt var um álit lækna á því hvort gagn væri að því að læknar sem starfa við heilsugæslu á landsbyggðinni geti framkvæmt afmarkaðar bráðaómanir af 11 mismunandi tegundum. Í að meðaltali 17% tilvika treystu læknar sér ekki til að leggja mat á gagnsemi. Reyndist nokkur munur vera á gagnsemi ólíkra ómana að mati þeirra heilsugæslulækna sem afstöðu tóku, þannig töldu um 34% þeirra nokkuð eða mjög gagnlegt að gera ómskoðun til að skima fyrir hækkuðum innankúpuþrýstingi í höfði, en 85% töldu gagnlegt að geta framkvæmt ómun til að meta lífvænleika fósturs hjá þunguðum konum með kviðverki eða blæðingu um leggöng. Nánara yfirlit um svörun hvað varðar gagnsemi einstakra tegunda bráðaómskoðana að mati heilsugæslulækna er að finna á mynd 1.

Taldi um helmingur svarenda að fjárfesting í þjálfun lækna og tækjabúnaði til ómskoðunar væri hagkvæm á þeirri heilbrigðisstofnun sem þeir störfuðu á, um fjórðungur taldi ólíklegt eða alls ekki að slík fjárfesting væri hagkvæm.

Um 60% svarenda töldu líklegt eða öruggt að ómskoðun heilsugæslulæknis myndi bæta þjónustu við sjúklinga en rúmlega 70% svarenda töldu að ómskoðun heilsugæslulæknis myndi nýtast til að meta betur hvenær og hversu brátt flytja þyrfti sjúklinga til nánari greiningar og meðferðar á stærra sjúkrahúsi.

Ofangreind svör benda til þess að íslenskir heimilislæknar telji að gagn sé að fjárfestingu í tækjabúnaði og þjálfun í ómskoðunum í heilsugæslu. Áhugavert er að tæknin myndi nýtast best að mati héraðslækna til að meta þörf á sjúkraflutningi.

Svörun í könnuninni verður einnig að skoða í því ljósi að innan við helmingur svarenda hafði kynnt sér eða hlotið einhverja þjálfun í ómskoðunum. Það er reynsla flestra sem læra að gera klínískar ómskoðanir að skilja varla hvernig þeir gátu komist af án hennar. Líklegt er því að fleiri teldu gagn að ómtækni í héraðslækningum ef allir læknar sem starfa á þeim vettvangi hefðu hlotið þjálfun í bráðaómskoðunum.

Svörun var ekki nema um 40% í þessari könnun og því er lítið hægt að fullyrða út frá niðurstöðum hennar. Ekki er samt hægt að draga aðra ályktun en þá að áhugi sé á bráðaómskoðunum hjá læknum í heilsugæslu og að mati margra sé mögulegt að bæta bæði þjónustu við sjúklinga og lækka kostnað með innleiðslu bráðaómunar í heilsugæslu.

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

Mikilvægt að viðhalda þekkingunni

– segja öldungar um hækkuð aldursmörk í nýjum heilbrigðislögum

Anna Björnsson

Þann 1. júlí gengu í gildi lög um breytingar á lögum um heilbrigðisstarfsmenn. Þau heimila meðal annars læknum og tannlæknum að starfa áfram eftir 75 ára aldur að uppfylltum skilyrðum. Þessar breytingar voru samþykktar á lokadögum alþingis síðastliðið vor, mótatkvæðalaust. Í þeim segir meðal annars: „Heilbrigðisstarfsmanni samkvæmt lögum þessum er óheimilt að veita heilbrigðisþjónustu á eigin starfsstofu eftir að hann nær 75 ára aldri. Landlækni er þó heimilt, að fenginni umsókn viðkomandi, að veita undanþágu frá þessu ákvæði, enda séu skilyrði reglugerðar ... uppfyllt. Í fyrsta sinn er heimilt að veita undanþágu til allt að þriggja ára, og eftir það til eins árs í senn."

Reglugerðin setur tvö skilyrði fyrir því að veita megi slíkt leyfi: Að viðkomandi sé andlega og líkamlega fær um að starfrækja þá starfsemi sem sótt er um undanþágu til og hafi viðhaldið þekkingu sinni, faglegri færni og tileinkað sér nýjungar. Fyrra skilyrðinu skal fullnægja með því að leggja fram læknisvottorð og hinu síðara með því að „leggja fram yfirlit og gögn um endurmenntun, námskeið eða annað til staðfestingar á því með hvaða hætti hann hefur viðhaldið þekkingu sinni, faglegri færni og tileinkað sér nýjungar síðastliðin fimm ár."

Læknablaðið hitti þá Sigurð E. Þorvaldsson lýtalækni, fyrrverandi formann Öldungadeildar Læknafélags Íslands, og Tryggva Ásmundsson lungnalækni og fyrrum stjórnarmann í Öldungadeildinni fyrir skemmstu til að spjalla um þessi tímamót.

Aðdragandi þessarar lagasetningar er í sjálfu sér merkilega stuttur, þótt umræðan um þetta efni eigi sér lengri sögu hér á landi. Það sem ýtti á eftir lagasetningunni var að þann 1. janúar 2013 tóku gildi lög sem bundu starfslok lækna við 76 ára aldur. Áður hafði verið möguleiki fyrir landlækni að framlengja lækningaleyfi einstakra lækna að fullnægðum ákveðnum skilyrðum en þessi lög festu þær reglur í sessi að einungis væri hægt að framlengja leyfið í tvö ár í senn eftir sjötugt og mest þrisvar. „Ekki hafði verið brugðist við þessari breytingu og það var ekki fyrr en við Tryggvi vöktum athygli á málinu í *Læknablaðinu* og *Morgunblaðinu* að þessi umræða fór af stað," segir Sigurður. Í kjölfarið fylgdu nokkur blaðaviðtöl um þetta efni og þeir höfðu samband við ráðamenn og fengu liðsinni ýmissa þeirra til að gera þær breytingar sem nú hafa verið samþykktar. „Sigurður sá alfarið um allan áróður í viðtölum við ráðamenn," segir Tryggvi. „Mitt eina framlag er í raun greinin sem við sendum saman til birtingar í *Morgunblaðið*. Það eina sem ég gæti stært mig af er að hafa verið „ráðgjafi" Sigurðar."

Þeir fóru að rýna í þá umræðu sem hafði farið fram samhliða og í kjölfar lagasetningarinnar og komust að raun um að Eygló Harðardóttir núverandi félags- og húsnæðismálaráðherra og Sif Friðleifsdóttir fyrrverandi heilbrigðisráðherra höfðu lýst miklum efasemdum vegna þessara nýju, takmarkandi reglna. Sigríður Ingibjörg Ingadóttir formaður heilbrigðisnefndar og síðar velferðarnefndar bar fram fyrirspurn á alþingi til Kristjáns Þórs Júlíussonar um hvort til stæði að breyta lögunum og hann var ekkert að tvínóna við það og hóf mál sitt á því að segja að stutta svarið væri „Já." Ekkert af þessu gerðist af sjálfu sér. Sigurður, með fulltingi Tryggva, vann ötullega að því að kynna röksemdir þeirra og segja það Kristjáni til hróss að hann hafi hlustað vel á rök þeirra. Þannig óx skilningur ráðamanna á málinu.

„Meðallíftími fólks, jafnt lækna sem annarra, og heilsufar þess er allt annað en það var," segir Sigurður. Annað, ekki lítilvægara, er aldurssamsetning læknastéttarinnar en stéttin eldist hratt. Aldurinn er ekki það sem skiptir mestu máli svo lengi sem heilsan er góð og til þess eru ákvæðin um læknisskoðun að ganga úr skugga um heilsufarsþáttinn. En það er mat þeirra að ekki skipti minna máli að fylgjast með því hvernig menn hafa viðhaldið þekkingu sinni, sótt ráðstefnur og þing, skrifað fræðigreinar og fylgst með nýjungum í sérgrein sinni. Þeir benda á athyglisverð dæmi um harðfullorðna lækna sem hafa verið framarlega í flokki hvað þetta varðar. Kristján Sveinsson læknir birti á sínum tíma grein um sjúkling sem hann hafði fylgt eftir í marga áratugi og að minnsta kosti tvær greinar í ritrýndu, erlendu tímariti eftir sjötugt. Úlfar Þórðarson augnlæknir var lengst allra í heiminum ráðgefandi læknir fyrir bandaríska herinn og heiðraður fyrir það. „En það getur verið munur milli sérgreina því þær gera mismiklar kröfur um líkamlegt atgervi og skurðlæknar til dæmis þurfa að standa mikið við sín störf. Það getur tekið á marga þeirra sem eldri eru, og reyndar eru dæmi um það líka að menn hafi ekki valið sér skurðlækningar sem sérgrein vegna þess líkamlega álags sem fylgir starfinu," segir Sigurður.



Þeir Tryggvi og Sigurður hafa unnið ötullega að því að læknar fái að vinna eftir 75 ára aldur og eru sáttir við niðurstöðuna.

Í hinum nýju lögum er tekið vel á því að gera kröfur um að læknar uppfylli skilyrði um að halda sér við í starfi. Þeir benda á að víða hafi verið pottur brotinn í þeim efnum hjá læknum á öllum aldri og sé jafnvel enn. Læknaráð Landspítala reyndi fyrir mörgum árum að fá lækna til að skrá hjá sér það sem þeir gerðu til viðhaldsmenntunar og skila til ráðsins árlega. Sú tilraun mistókst, sennilega fyrst og fremst vegna þess að það voru engin viðurlög þótt menn leiddu þetta hjá sér.

Þeir rifja það upp að á Landakoti settu læknar sér sjálfir reglur um viðhaldsmenntun sem gat verið í formi kynningarferða á erlenda spítala, greinaskrifa, fyrirlestrahalds eða þátttöku í námskeiðum. Þetta var tekið alvarlega og fylgt eftir.

Á Landakoti voru haldnir fræðslufundir á laugardögum sem ætlast var til að læknar mættu á og Dr. Bjarni, sem þá var yfirlæknir spítalans, gerði mönnum það ljóst að gerðu þeir það ekki liti hann svo á að þeir ætluðu að hætta störfum.

Þeir Sigurður og Tryggvi benda á alla þá möguleika sem læknar hafa til að halda við menntun sinni og hæfni, fara á fyrirlestra innan lands og erlendis, skrifa greinar og þar sem læknar hafi það í starfskjörum sínum að sækja ráðstefnur erlendis og kostnað greiddan verði þeir að nýta slík tækifæri til endurmenntunar. Séu þeir læknar sem vilja starfa áfram meðvitaðir um þetta og skili tilskildum árangri á þessu sviði, sé ekkert því til fyrirstöðu að þeir haldi áfram störfum meðan heilsa og vilji leyfi.

Þeir hafa áhyggjur af nýliðun í læknastéttinni og aldurssamsetningu. Tryggvi rekur dæmi um mjög krítíska stöðu í sumum sérgreinum. „Það verður pressa á lækna sem margir hverjir eru að verða sjötugir, að halda áfram til þess að þjóna þeim sjúklingum sem sárlega þurfa á þeim að halda. Þetta er oft og tíðum þannig að fólk þarf að bíða svo mánuðum skiptir eftir að komast að hjá lækni í einstökum sérgreinum. Í rauninni er það tvennt sem ræður minni afstöðu, annars vegar eru það ákveðin mannréttindi að fá að halda áfram að starfa við sitt fag meðan heilsa og þekking leyfa. Ólafur Ólafsson fyrrum landlæknir hefur verið ötull talsmaður þessara sjónarmiða og gengið á undan með góðu fordæmi. Hitt er ekki minna um vert að sjúklingar hafi aðgang að sérmenntuðum læknum. Í sumum sérgreinum er sérhæfingin mjög mikil, til dæmis getur tekið óratíma að komast að hjá taugasérfræðingum og sé sérhæfingin meiri, eins og til dæmis við meðhöndlun á MS-sjúkdómnum, er ekki sjálfgefið að aðrir læknar geti tekið við sjúklingum þegar læknirinn er kominn á aldur."

Og hvernig er það svo, ætla þeir Tryggvi og Sigurður ekki að nýta sér þessi ákvæði og taka upp þráðinn sem starfandi læknar? „Nei, nei," segir Sigurður. „Við erum báðir sáttir við okkar stöðu. Það voru ekki okkar hagsmunir sem við vorum að gæta og við ætlum ekki að hefja læknisstörf á nýjan leik." En líta þeir svo á að þeir hafi unnið fullan sigur? Þeir eru á einu máli um það, já þessi lagabreyting er góð niðurstaða. „Það ber að þakka hvernig Kristján Þór Júlíusson heilbrigðisráðherra og Sigríður Ingibjörg Ingadóttir formaður velferðarnefndar hafa tekið á þessu máli og af hve miklum krafti og hraða unnið hefur verið."

Um ferli málsins má lesa á vef velferðarráðuneytisins: velferdarraduneyti.is /frettir-vel/nr/34636

Heimilislæknaþingið 2014

3.-4. október á Egilsstöðum

Heimilislæknaþing Félags íslenskra heimilislækna 2014 verður haldið á Hótel Héraði.
Eins og á fyrri þingum verða kynntar rannsóknir, rannsóknaráætlanir og þróunarverkefni í fomi erinda og veggspjalda. Útdráttum (sbr. leiðbeiningar að neðan) skal skila til Emils L. Sigurðssonar á *emilsig@hi.is* og er skilafrestur til 25. ágúst nk. Ágripin verða birt í sérstöku riti þingsins. Á þinginu verður umfjöllun á vegum gæðaþróunarnefndar FÍH um héraðslækningar (rural medicine).

Farin verður í ferð til að skoða uppgröft og læknisfræði í kirkjugarði Skriðuklausturs og borðaður hátíðarkvöldverður á hótelinu að kvöldi 3. okt.

Þinginu lýkur með aðalfundi Félags íslenskra heimilislækna laugardaginn 4. október.

Nánari dagskrá verður send í tölvupósti til félagsmanna þegar nær dregur.
Skráning er á *thorunn@islandsfundir.is* fyrir 5. september.

Fyrir hönd undirbúningsnefndar
Jón Steinar og Salome

Útdráttur á rannsókn skal rúmast á einu A4 blaði með hefðbundnum spássíum og hægri jöfnun. Texti getur að jafnaði verið um 300-350 orð. Letur: Times New Roman. Leturstærð 16 í fyrirsögn og 14 í megintexta. Nota skal lágstafi í fyrirsögn. Á eftir fyrirsögn koma nöfn höfunda. Undirstrikið nafn flytjanda/aðalhöfundar ásamt vinnustað hans og tölvupóstfangi.
Ef um hefðbundna megindlega rannsókn er að ræða skal megintexta skipt í: **Bakgrunnur; Tilgangur; Efniviður og aðferðir; Niðurstöður og Ályktanir.** Framsetning eigindlegra (kvalitative) rannsókna getur verið frjálslegri, en kaflaskipti æskileg. Að jafnaði er ekki gert ráð fyrir heimildalista í útdrætti.

▼ 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.

Selincro®
nalmefen

Selincro 18 mg filmuhúðaðar töflur. H. Lundbeck A/S. ATC flokkur N07BB05.
Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SmPC.
Virkt innihaldsefni: nalmefen 18,06 mg (sem hýdróklóríð díhýdrat).
Ábendingar: Selincro er ætlað til að draga úr áfengisneyslu hjá fullorðnum sjúklingum sem haldnir eru áfengissýki og hafa mikla heilsufarslega áhættu af drykkju (DRL), eru án líkamlegra fráhvarfseinkenna og þurfa ekki bráða afeitrun. Einungis á að ávísa Selincro ásamt samfelldum sálfélagslegum stuðningi sem beinist að meðferðarheldni og að draga úr áfengisneyslu. Einungis á að hefja Selincro meðferð hjá sjúklingum sem hafa áfram mikla heilsufarslega áhættu af drykkju tveimur vikum eftir upphafsmat. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar: sem eru að taka ópíóíð verkjalyf; sem haldnir eru ópíóíðafíkn eða hafa nýlega verið það; með bráð ópíóíða fráhvarfseinkenni; sem grunaðir eru um nýlega neyslu ópíóíða; með alvarlega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh skilgreining); með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (eGFR <30 ml/mín. á 1,73 m^2); sem nýlega hafa fengið bráð fráhvarfseinkenni vegna áfengis (að ofskynjunum, krömpum og drykkjuóráði (delirium tremens) meðtöldu). Skammtar: Taka á Selincro eftir þörfum. Sjúklingur á að taka eina töflu hvern þann dag sem hann finnur fyrir hættu á áfengisneyslu, helst 1-2 klst. fyrir þann tíma sem búast má við að drykkjan hefjist. Hafi sjúklingur hafið áfengisneyslu án þess að taka Selincro, á hann að taka eina töflu eins fljótt og auðið er. Hámarksskammtur Selincro er ein tafla á dag. Taka má Selincro með eða án fæðu. Selincro er til inntöku.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálg ast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is
Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu (júní 2014): 14 stk.: 12.558, 28 stk.: 23.874. Sjúkratryggingar taka almennt ekki þátt í kostnaði við lyfið.
Lyfið er lyfseðilskylt. Dagsetning síðustu samþykktar SmPC sem þessi stytti texti er byggður á: 28. ágúst 2013.
Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 5357000. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.

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



Dögg Pálsdóttir
lögfræðingur
Læknafélags Íslands

DoggP@lis.is

Dauðsfall á heilbrigðisstofnun

Nýverið gaf ríkissaksóknari út ákæru á hendur heilbrigðisstarfsmanni og heilbrigðisstofnun fyrir manndráp af gáleysi. Mikil umræða um ákæruna varð til þess að ríkissaksóknara þótti rétt að að birta hana á heimasíðu sinni 22. maí 2014 (rikissaksoknari.is/um-embaettid/frettir/nr/71). Lýsing ákæru á meintri refsiverðri háttsemi heilbrigðisstarfsmannsins ber með sér að í þremur tilgreindum atriðum er hann talinn hafa farið á svig við það sem verklagsreglur bjóða. Tveimur dögum síðar birti ríkissaksóknari á heimasíðu sinni stutta samantekt um manndráp af gáleysi. Lesendur eru hvattir til að kynna sér þá umfjöllun því hún er gagnleg og upplýsandi um það hvað þarf til að koma til að ákært sé fyrir manndráp af gáleysi (rikissaksoknari.is/um-embaettid/frettir/nr/72).

Um skráningar- og tilkynningaskyldu óvæntra atvika í heilbrigðisþjónustu var fjallað í 10. tbl. 99. árgangs *Læknablaðsins* 2013 og vísast til þeirrar umfjöllunar. Í ljósi umræðunnar þykir þó rétt að fjalla ítarlegar um þetta efni.

Þegar dauðsfall verður, hvort sem það gerist innan eða utan heilbrigðisstofnunar, þarf ætíð að skoða líkið og athuga hvernig andlátið bar að, dauðaskilmerki og líklega dánarorsök, sbr. 1. mgr. 2. gr. laga nr. 61/1998 um dánarvottorð, krufningar og fleira. Í 3. gr. sömu laga segir að læknir sem kvaddur er til vegna líkskoðunar skuli gera lögreglu viðvart ef ætla má að dauðsfall megi rekja til mistaka, vanrækslu eða óhappatilviks við læknismeðferð. Lögreglu skal einnig tilkynna ef ætla má að andlát tengist refsiverðu athæfi, sjálfsvígi eða andláti af völdum slyss, ef maður hefur fundist látinn, ef dauðsfall er óvænt eða ef maður andast í fangelsi eða á öðrum áþekkum stað. Það þarf því mjög oft að tilkynna lögreglu um andlát og sú tilkynningaskylda er ekki takmörkuð við andlát sem ætla má að rekja megi til læknismeðferðar. Hugtakið læknismeðferð er hér notað í víðri merkingu því það vísar til meðferðar allra heilbrigðisstarfsmanna í lækningaskyni, ekki eingöngu til meðferðar sem læknar veita. Hugtakið er í fleiri lögum notað í svo víðtækri merkingu.

Í skýringum við 3. gr. í frumvarpi því sem varð að lögum nr. 61/1998 er á það bent að oftast sé enginn vafi á því að andlát hafi borið eðlilega að, jafnvel þótt dánarorsök sé óljós. Sé hins vegar óvissa um þetta atriði skuli læknir sem skoðar líkið undantekningarlaust tilkynna lögreglu um andlátið. Bent er á að ekki sé nánar fjallað um það í ákvæðinu hvernig þessi andlát skuli tilkynnt en talið að í flestum tilvikum yrði það gert símleiðis. Þá kemur fram í skýringunni að gert sé ráð fyrir að ráðherra setji reglur um viðbrögð lögreglu við slíkum tilkynningum, ekki síst þeim sem ætla má að séu vegna mistaka, vanrækslu eða óhappatilviks í sambandi við læknismeðferð eða forvarnir vegna sjúkdóms. Loks er áréttað að í ákvæðinu sé fjallað um tilkynningar til lögreglu og að telji lögreglan rannsókn vegna andláts á heilbrigðisstofnun nauðsynlega, sé gert ráð fyrir að í sérstökum vinnureglum verði fjallað um samskipti lögreglu og heilbrigðisstofnunar í þeim málum.[1] Eftir því sem næst verður komist hefur ráðherra ekki sett slíkar reglur um viðbrögð lögreglu við tilkynningum skv. 3. gr. laga nr. 61/1998.

Tilkynningaskyldan vegna óvænts andláts sjúklings er áréttuð í 3. mgr. 10. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu og þar vísað til 3. gr. laga nr. 61/1998 varðandi framkvæmd hennar.

Í fjölmiðlaumræðu eftir birtingu áðurnefndrar ákæru á hendur heilbrigðisstarfsmanni gætti þess viðhorfs að aðrar reglur eigi að gilda um heilbrigðisstarfsmenn þegar kemur að manndrápi af gáleysi. Þetta má auðvitað lengi ræða og skoðunarvert er að til dæmis hafa Danir valið aðra leið. Í dönskum heilbrigðislögum eru ákvæði þess efnis að ef heilbrigðisstarfsmaður tilkynnir sjálfur um óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu þá fylgi því engar afleiðingar, hvorki áminning af hálfu eftirlitsaðila né opinber ákæra.

Í áðurnefndri umfjöllun um manndráp af gáleysi á heimasíðu embættis ríkissaksóknara kemur fram að 215. gr. almennra hegningarlaga nr. 19/1940, sem gerir manndráp af gáleysi refsivert, nær til allra, hvaða starfi eða stöðu sem þeir gegna. Þar kemur einnig fram að mál sem ákæruvaldið hefur haft til meðferðar og snerta ætluð refsiverð brot starfsmanna í heilbrigðisþjónustu séu sjaldgæf og sönnunarstaðan með þeim hætti að mál hafa verið felld niður á grundvelli sönnunarskorts.[2] Ákæran sem nú hefur verið gefin út mun vera hin fyrsta sinnar tegundar. Liggur þó fyrir að á ári hverju tilkynnir Landspítalinn að minnsta kosti 6-10 dauðsföll á grundvelli 3. gr. laga nr. 61/1998.[3] Það sýnist því ekki mikil þörf á því að fara dönsku leiðina og láta í þessum efnum aðrar reglur gilda um heilbrigðisstarfsmenn. En ef vilji er til slíks kallar það á lagabreytingar.

1. Frumvarp til laga um dánarvottorð, krufningar o.fl., þskj. 795, 464. mál, skýringar við 3. gr. frumvarpsins. Vefútgáfa Alþingistíðinda: *althingi.is/altext/122/s/0795.html* - júní 2014.
2. Sjá umfjöllun á heimasíðu embættis ríkissaksóknara um manndráp af gáleysi. Slóð: *www.rikissaksoknari.is/um-embaettid/frettir/nr/72*.
3. Sjá frétt í RÚV 21. maí 2014. Slóð: www.ruv.is/frett/akaerd-vegna-andlats-sjuklings. <http://www.www.ruv.is/frett/akaerd-vegna-andlats-sjuklings.>



Sprækir og eldklárir kandídatar frá læknadeild Háskóla Íslands vorið 2014. Mynd: Sigdís.

Læknakandídatar 2014

Sigdís Þóra Sigþórsdóttir

Læknafélag Íslands bauð nýútskrifaða læknakandídata velkomna í Læknafélag Íslands í húsakynnum félagsins, Hlíðasmára 8, þann 19. júní síðastliðinn. Móttakan var hátíðleg að venju og hópur útskriftarnema glæsilegur.

Þorbjörn Jónsson formaður Læknafélags Íslands bauð ungu læknana velkomna í félagið og talaði fyrir bjartari tíð í heilbrigðismálum á komandi tímum. Þegar hann hafði imprað á nokkrum vel völdum lífsreglum tók við deildarforseti læknadeildar, Magnús Karl Magnússon, en hann ávarpaði hópinn og þakkaði þeim samfylgdina í deildinni ásamt því að óska þeim heilla í starfi. Hann minnti meðal annars á að starf lækna er samstarfsverkefni þar sem gagnrýnin, frjó og forvitin hugsun er mikilvæg fyrir góðan lækni auk þess að vera ávallt opinn fyrir nýjungum. Því næst steig upp í pontu Ómar Sigurvin Gunnarsson, formaður Félags almennra lækna, en ásamt því að óska kandídötum til hamingju með áfangann kom hann inn á mikilvægi þess að huga að góðri heilsu í starfi, jafnt faglegri, andlegri og líkamlegri.

Eftir að viðstaddir höfðu notið veitinga og hlýtt á hamingjuóskir og föðurleg heilræði ræðuhaldara undirrituðu hinir nýútskrifuðu læknar heitorð lækna, Hippókratesareiðinn.

Læknablaðið óskar útskriftarhópnum 2014 bæði frá HÍ og annars staðar til hamingju með prófið og alls velfarnaðar í starfi.

Arnar Jan Jónsson
Arnar Sigurðsson
Árni Heiðar Geirsson
Ásgerður Þórðardóttir
Baldvin Ingi Gunnarsson
Bára Dís Benediktsdóttir
Bjarni Þorsteinsson
Björn Einar Björnsson
Björn Jakob Magnússon
Brynjar Þór Guðbjörnsson
Dagmar Dögg Ágústsdóttir
Dagrún Inga Þorsteinsdóttir
Dóra Erla Þórhallsdóttir
Edda Karlsdóttir
Einar Freyr Ingason
Elín Björnsdóttir
Elva Dögg Brynjarsdóttir
Emma Dögg Ágústsdóttir
Guðrún Björg Steingrímsdóttir
Gunnar Baldvin Björgvinsson
Hafdís Alma Einarsdóttir
Helga Harðardóttir
Hera Birgisdóttir
Hera Jóhannesdóttir
Hildur Jónsdóttir
Ingigerður S. Sverrisdóttir
Jóhann Páll Hreinsson
Jón Kristinn Nielsen
Júlíus Kristjánsson
Katrín Hjaltadóttir
Kjartan Bragi Valgeirsson
Kolfinna Snæbjarnardóttir
Kristín Magnúsdóttir
María Björg Magnúsdóttir
María Reynisdóttir
Ólafur Pálsson
Óli Andri Hermannsson
Pétur Sólmar Guðjónsson
Rósa Björk Þórólfsdóttir
Sigríður Sunna Gunnarsdóttir
Sigríður Ásta Þorgeirsdóttir
Sigrún Benediktsdóttir
Sonja Kristín Kjartansdóttir
Svala Aðalsteinsdóttir
Theodóra Rún Baldursdóttir
Tómas Andri Axelsson
Þorgeir Orri Harðarson
Þórarinn Árni Bjarnason
Þórir Bergsson

Frá HÍ í febrúar
Elmar Johnson
Hugrún Hauksdóttir
Sylvía Björg Runólfsdóttir
Þórunn Bjarnadóttir

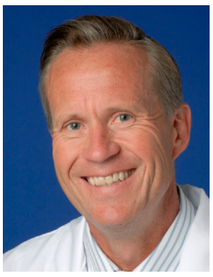
Frá Ungverjalandi
Ester Kristínardóttir
Gylfi Jón Thorlacius Ásbjörnsson
Hildigunnur Úlfsdóttir
Kári Sigurðsson
Magnea Erna Auðunsdóttir
Magnús Ingi Gunnarsson
Nína Sigurveig Björnsdóttir
Njáll Ingi Dalberg
Ragnheiður Friðriksdóttur
Ragnheiður Hera Sigurðardóttir

Frá Svíþjóð
Henrik Klasson
Ola Jörnéus

Frá Danmörku
Sigrún Þorsteinsdóttir

Áhætta af samsettri notkun ACE-hemla og ARB hjá sykursjúkum





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

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

Höfundar svara athugasemdum og spurningum frá lesendum um lyfjatengd efni.

Eftirfarandi erindi barst höfundum frá sérfræðingum í innkirtlalækningum:

„Í um 10 ár hefur verið mælt með því að nota samsetta meðferð með ACE-hemlum og angiotensin II blokkum (ARB) til að lækka blóðþrýsting hjá sykursjúkum. Hins vegar mæla niðurstöður rannsókna nú gegn þessari samsettu notkun, þvert á móti því sem áður hefur verið ráðlagt. Við innkirtlalæknar erum sammála um að það sé ekki nægjanlegt að reyna að lagfæra þetta hjá þeim sjúklingum sem koma til okkar og teljum ástæðu til að koma þessum skilaboðum á framfæri við alla lækna og eru lyfjapistlarnir ykkar í *Læknablaðið* tilvalinn vettvangur til þess."

Sykursýkisnýrnakvilli (*diabetic nephropathy*) er ein aðalorsök lokastigs nýrnabilunar hjá sjúklingum víða um heim. Sykursýkisnýrnakvilli einkennist af prótínmigu (*proteinurea*), versnandi nýrnastarfsemi, háþrýstingi og aukinni áhættu á hjarta- og æðasjúkdómum. Hjarta- og æðasjúkdómar eru helsta dánarorsök sjúklinga með sykursýki. Fyrstu merki um sykursýkisnýrnakvilla eru útskilnaður albúmíns í þvagi (*persistant microalbuminuria*) ≥ 30 mg/24 klst í minnst tveimur mælingum í röð. Tíföld hækkun á þessu gildi bendir eindregið til nýrnakvilla. Jafnframt fer gaukulssíunarhraði hratt lækkandi um um það bil 10 ml á ári. Hjá flestum sjúkingum með sykursýki I gerist þetta á 10-15 árum jafnhliða því að blóðþrýstingur hækkar. Hjá sjúklingum með sykursýki II hefur þetta yfirleitt náð að þróast þegar sjúkdómsgreining sykursýkinnar á sér stað. [1]

Rannsóknir hafa sýnt að lyf sem hemja renín-angíótensín kerfið hafa verndandi áhrif á nýrnastarfsemi með því að draga úr prótínmigu og um leið að bæta gaukulssíunarhraða. ACE-hemlar eru mest rannsakaðir í þessum tilgangi í sykursýki I en ARB í sykursýki II. Lengi hefur verið talið að með aukinni hömlun á renín-angíótensínkerfinu náist betri árangur og aukin verndandi áhrif á nýrun. Þannig hefur samsett meðferð með ACE-hemli og ARB verið talin hafa öflugri áhrif til að draga úr prótínmigu í nýrnasjúkdómi heldur en meðferð með öðrum hvorum lyfjaflokknum út af fyrir sig. [1,2] Þetta var meðal annars niðurstaða meta-analýsu 2008.[2]

Í nýlegri tvíblindri slembaðri rannsókn sem birtist í *The New England Journal of Medicine* í nóvember 2013, var markmiðið að rannsaka öryggi og skilvirkni samsettrar meðferðar með ACE-hemli og ARB í samanburði við einlyfjameðferð með ARB, í þeim tilgangi að hægja á sjúkdómsgangi sykursýkisnýrnakvilla með prótínmigu (*proteinuric diabetic nephropathy*). Rannsóknin hófst 2008 og tók til 1448 sjúklinga og var meðal eftirfylgni 2,2 ár. Í október 2012 var mælt með því í öryggisskyni að rannsóknin yrði stöðvuð vegna aukinnar tíðni alvarlegra aukaverkana svo sem hyperkalemíu og bráðs nýrnaskaða hjá sjúklingum í þeim armi rannsóknarinnar sem fengu samsetta meðferð með ACE-hemli og ARB. Niðurstöður þessarar rannsóknar er í samræmi við niðurstöður eldri rannsókna, svo sem ONTARGET (2008) og ALTITUDE (2012) en sú rannsókn var einnig stöðvuð af öryggisástæðum. [3]

Samantekt: Nýjar upplýsingar benda til skaðsemi samsettrar meðferðar með ACE-hemli og ARB í meðferð á sykursýkiskvilla með prótínmigu. Niðurstaðan er að áhætta af þessari meðferð sé það mikil umfram ábata að hætta skuli þessari samsettu lyfjameðferð hjá þessum sjúklingahópi. Sérfræðingar í innkirtlalækningum á Íslandi mæla gegn því að notaðar séu báðar þessar lyfjategundir hjá sama sjúklingi. Þeir mæla með því að nota annaðhvort ACE-hemil eða ARB til að vernda nýrun hjá sykursjúkum og hefja meðferð snemma, jafnvel þótt blóðþrýstingur sé innan eðlilegra marka, ef mælingar benda til versnandi nýrnastarfsemi og albúmíns í þvagi. Sé blóðþrýstingur hækkaður þrátt fyrir lyfjameðferð með ACE-hemli eða ARB skal velja blóðþrýstingslækkandi lyf til viðbótar sem ekki eru af þessum lyfjaflokkum.

Heimildir

1. Parvanova A, Chiurchiu C, Ruggenenti P, Remuzzi G. Inhibition of the renin-angiotensin system and cardiorenal protection: focus on losartan and angiotensin receptor blockade. Expert Opin Pharmacother 2005; 6 : 1931-42.
2. Kunz R, Friedrich C, Wolbers M, Mann J. Meta analysis: Effect of Monotherapy and Combination Therapy with Inhibitors of the Renin-Angiotensin System on Proetinuria in Renal Disease. Ann Intern Med 2008; 148: 30-48.
3. Fried L, Emanuele N, Zhang J, Brophy M, Conner T, Duckworth W, et al. Combined angiotensin inhibition for the treatment of diabetic nephropathy. N Engl J Med 2013; 369: 1892-903.

STARFSMANNASTJÓRAR TEKNIR Á BEINIÐ



Bryndís Hlöðversdóttir
starfsmannastjóri Landspítala

Sigdís Þóra Sigþórsdóttir

Læknablaðið ræddi við Bryndísi Hlöðversdóttur starfsmannastjóra Landspítala. Fyrirhugað er að í næstu blöðum verði lagðar sömu spurningar fyrir þá sem stýra starfsmannamálum á öðrum stórum vinnustöðum lækna í landinu. Þetta er gert í kynningarskyni fyrir lækna innanlands og utan.

Hvað sinnir Landspítali mörgum sjúklingum á ári?
Þriðjungur allra landsmanna leitar árlega til Landspítala. Árið 2013 leituðu rúmlega 107.000 manns (hver að meðaltali um fjórum sinnum) eftir þjónustu sem spítalinn veitir. Rúmlega 97.000 komur voru skráðar í slysa- og bráðaþjónustu og um 315.000 komur á dag- og göngudeildir. Tæplega 14.000 skurðaðgerðir voru framkvæmdar og 3228 börn fæddust á Landspítala.

Hvað starfa margir á spítalanum?
Þar störfuðu í upphafi árs 2014 4864 starfsmenn, sem er 4,2% aukning frá fyrra ári, í 3667 stöðugildum (án barnsburðarleyfa, foreldraorlofs og launalausra leyfa). Starfsmannavelta síðustu 5 árin hefur verið rúm 11% að undanskildu árinu 2011 (10,8%).

Hver eru markmið og gildi spítalans? Til dæmis hvað varðar starfsumhverfi og einnig gagnvart sjúklingum?
Markmið spítalans er að bæta þjónustu og auka öryggi, bæði fyrir sjúklinga og starfsmenn ásamt því að stuðla að góðri vinnustaðarmenningu.

Gildi spítalans, sem mótuð voru af starfsmönnum, endurspegla vel starfsemina. Við berum umhyggju fyrir sjúklingum, starfsmönnum og samfélagi okkar. Við höfum fagmennsku, gagnreynda þekkingu og öguð vinnubrögð að leiðarsljósi. Við leggjum öryggi sjúklinga, starfsmanna og samfélags til grundvallar í allri okkar þjónustu. Við leggjum áherslu á framþróun þjónustu, þekkingar og tækni. Með gildin að leiðarljósi, sem við sýnum í okkar daglegu gjörðum, drögum við þau saman í umhyggju, fagmennsku, öryggi og framþróun.

Hver eru helstu verkefni spítalans?
Landspítali er sjúkrahús allra landsmanna, aðalsjúkrahús Íslands og háskólasjúkrahús. Hann er öryggisnet í eigu og þágu þjóðar sem veitir bæði almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu. Jafnframt er hann miðstöð menntunar, þjálfunar og rannsókna á sviði heilbrigðisvísinda.

Hvað starfa margir nemar á spítalanum hverju sinni?
Árlega stunda rúmlega 1500 nemendur nám í heilbrigðisvísindum, þar af eru yfir 300 í meistara- og doktorsnámi. Í hjúkrunar- og læknisfræði eru um 400 nemendur árlega í hvorri grein en í heildina eru um 25 starfsstéttir sem stunda nám í grunn- og framhaldsnámi.

Vísindasjóður Landspítala styrkir um 100 vísindaverkefni og mikið samstarf er við innlenda háskóla, Íslenska erfðagreiningu, Hjartavernd og í vaxandi mæli við erlenda háskóla.

Er vöntun á mannauði? Á hvaða sviðum helst?
Það hefur verið skortur á fólki á tilteknum sviðum starfseminnar, má þar nefna að á tímabili gekk illa að manna stöður aðstoðarlækna á lyflækningasviði. Upp á síðkastið hefur það hins vegar gengið vel og almennt má segja að okkur gangi ágætlega að manna spítalann. Það er hins vegar áhyggjuefni að nýliðun skortir hjá lykilstéttum í heilbrigðisþjónustu og má þar nefna vissar sérgreinar lækninga, lífeindafræðinga og sjúkraliða. Það er því sameiginlegt verkefni okkar, stjórnvalda og menntastofnana að sjá til þess að við höfum í framtíðinni nóg af hæfu fólki til að sinna þeim vaxandi verkefnum sem við blasa í heilbrigðisþjónustu á Íslandi.

Hver er framtíðarsýn spítalans?
Framtíðarsýn spítalans er að Landspítali verði áfram í fremstu röð háskólasjúkrahúsa og sjúklingurinn og öryggi hans verði ætíð í fyrirrúmi. Menntun og vísindastarf verði í fremstu röð og markvisst unnið að nýsköpun á grundvelli þekkingar. Landspítali verði áfram eftirsóttur vinnustaður sem veitir hagkvæma og skilvirka þjónustu byggða á bestu þekkingu sem völ er á og sé stolt landsmanna, sjúklinga og starfsmanna.

Það er einnig framtíðarsýn spítalans að starfsemin verði sameinuð á einn stað í hentugt húsnæði. Nýjar spítalabyggingar þurfa að mæta kröfum nútímalækninga að teknu tilliti til þekkingar og tækniþróunar. Þær munu veita betri aðbúnað fyrir sjúklinga, leiða til færri sjúkrahússýkinga, auka öryggi og stytta legutíma. Auk þess mun sameinuð starfsemi leiða til hagræðingar í rekstri og nútímaleg aðstaða laða að og gera spítalann að eftirsóknarverðari vinnustað.

LANDSPÍTALI

Bráðasvið Landspítala

við fyrir þig

Bráðasvið Landspítala vekur athygli á lausum stöðum:

Námsstöður deildarlækna á bráðasviði



- Lausar eru til umsóknar 3 stöður deildarlækna á bráðasviði Landspítala.
- Starfshlutfall er 100% eða samkvæmt samkomulagi.
- Störfin eru laus frá 1. jan 2015 eða samkvæmt samkomulagi.
- Ráðið er til 6, 12 eða 24 mánaða.
- Starfssvið bráðamóttöku spannar allar almennar bráðalækningar.
- Bráðamóttakan hefur viðurkenningu til að veita framhaldsmenntun í bráðalæknisfræði sem metin er til allt að tveggja ára af sérfræðinámi.
- Móttakan hlaut nýverið viðurkenningu sem besta kennsludeild LSH. Að auki var sérfræðingur deildarinnar valinn besti klíníski kennarinn. Móttakan er í sífelldri þróun með mikilli áherslu á gæði og öryggi í þjónustu við sjúklinga.
- Á bráðasviði er rekið öflugt kennsluprógram fyrir deildarlækna í sérnámi. Í sumar og fram eftir vetri verða mjög færir sérfræðilæknar frá Ástralíu við störf á deildinni og munu taka virkan þátt í bæði formlegri og óformlegri kennslu á móttökunni.

Ef þú vilt…

- Starfa á bráðamóttöku þar sem ríkir einstaklega góður vinnuandi.
- Fá nýjar áskoranir á hverjum degi með fjölbreyttum vandamálum.
- Hafa stöðugan aðgang að stuðningi og kennslu frá sérfræðilæknum.
- Taka þátt í árlegum vinnubúðum með bráðainngripum.
- Hafa möguleika á að taka þátt í vísinda- og gæðastarfi.
- Vera lykilaðili í handleiðslu og kennslu kandídata og læknanema.
- Fá að spreyta þig í vinnu með færum íslenskum og erlendum sérfræðingum.

Ef þú ert …

- Hreinlega óviss hvað þú ætlar að verða þegar þú ert orðinn stór.
- Ævintýramanneskja sem hefðir áhuga á mögulegu eins mánaðar fjöláverkastarfsnámi í Suður Afríku.

Þá er náttúrulega alveg ljóst að þú átt að sækja um ofangreinda stöðu!

Laun eru samkvæmt gildandi kjarasamningi fjármálaráðherra og viðkomandi stéttarfélags.
Sótt er um starfið rafrænt á; www.landspitali.is, undir "laus störf".
Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.
Tekið er mið af jafnréttisstefnu LSH við ráðningar á spítalanum.
Ákvörðun um ráðningu í starfið ræðst af viðtölum og innsendum gögnum.
Starfshlutfall er 100% eða skv. samkomulagi.
Umsóknarfrestur er til og með 01.09.2014.
Störfin verða auglýst síðar formlega á www.starfatorg.is

Nánari upplýsingar veita

Hilmar Kjartansson, yfirlæknir, hilmarkj@landspitali.is - 543 1000
Hjalti Már Björnsson, sérfræðingur, framhaldsmenntunarstjóri, hjaltimb@landspitali.is – 543 1000

LSH Bráðalækningar Fossvogi 108 Reykjavík

LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS



KRABBAMEINSLÆKNINGAR
Deildarlæknar

Á dag- og göngudeild krabbameinslækninga Landspítala eru laus til umsóknar tvö störf deildarlækna til eins árs, en möguleiki er á ráðningu til lengri eða skemmri tíma. Starfshlutfall er 100%. Önnur staðan veitist frá 1. september 2014, en hin frá áramótum eða eftir nánara samkomulagi.

Starfið er unnið í náinni samvinnu við sérfræðilækna í krabbameinslækningum og felur í sér þverfaglega teymisvinnu með fjölmörgum öðrum sérgreinum læknisfræðinnar eins og skurðlækningum, lyflækningum, myndgreiningu og meinafræði. Einnig felur starfið í sér samvinnu við aðrar starfsstéttir á sviði krabbameinslækninga með þátttöku í fjölfaglegum teymum.

Starfsumhverfið á dag- og göngudeild krabbameinslækninga er lærdómsmiðað. Áformað er að viðkomandi deildarlæknir fái skipulagða handleiðslu sérfræðings í krabbameinslækningum. Fagleg árvekni og endurskoðun klínískra leiðbeininga og verkferla er hluti af fagmennsku deildarinnar.

Starfið hentar vel fyrir lækna sem hafa hug á að leggja fyrir sig krabbameinslækningar en líka fyrir þá sem eru að íhuga aðrar sérgreinar. Verið er að þróa vinnulag sem felur í sér aukna samvinnu fjölmargra starfsstétta með það að markmiði að gera meðferð og þjónustu við einstaklinga sem greinst hafa með krabbamein og ættingja þeirra skilvirkari.

Helstu verkefni og ábyrgð
- Færni í almennum læknisstörfum
- Þátttaka og þjálfun í greiningu og meðferð sjúklinga með flókna langvinna sjúkdóma
- Þátttaka í samvinnu ólíkra sérgreina læknisfræðinnar
- Þátttaka í kennslu og vísindastarfi

Hæfnikröfur
- Íslenskt lækningaleyfi
- Reynsla í lyflækningum er góður kostur
- Góð færni í mannlegum samskiptum
- Ögguð vinnubrögð
- Áhugi á að bæta sig í faglegu klínisku umhverfi

Nánari upplýsingar
- Umsóknarfrestur er til og með 14. júlí 2014.
- Upplýsingar veita Berglind María Jóhannsdóttir, læknir, netfang berglmj@landspitali.is, sími 543 1000 og Helgi Sigurðsson, yfirlæknir, netfang helgisi@landspitali.is, sími 824 5406.
- Umsókn fylgi náms- og starfsferilskrá ásamt afriti af prófskírteinum og lækningaleyfi.
- Umsóknargögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast Helga Sigurðssyni, yfirlækni, LSH Eiríksgötu 21, 101 Reykjavík.
- Viðtöl verða höfð við umsækjendur og byggist ákvörðun um ráðningu í starfið á þeim og innsendum gögnum.

Laun eru samkvæmt gildandi kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.Sótt er um starfið rafrænt á; www.landspitali.is, undir „laus störf". Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin. Tekið er mið af jafnréttisstefnu LSH við ráðningar á spítalanum. Nánari upplýsingar um forsendur ráðningar er að finna á heimasíðu Landspítala.

Umhyggja • Fagmennska • Öryggi • Framþróun

HSA
HEILBRIGÐISSTOFNUN AUSTURLANDS

LAUSAR LÆKNASTÖÐUR HJÁ
HEILBRIGÐISSTOFNUN AUSTURLANDS:

Stöður yfirlæknis og heimilislæknis við heilsugæsluna í Fjarðabyggð

Heilbrigðisstofnun Austurlands óskar eftir að ráða tvo lækna til starfa á heilsugæslusviði, með búsetu í Fjarðabyggð. Æskilegt er sérnám í heimilislækningum. Annars vegar er um að ræða yfirlæknisstöðu og hins vegar stöðu heimilislæknis, báðar við heilsugæslu Fjarðabyggðar.

Læknar með aðrar skyldar sérgreinar og almennir læknar eru einnig hlutgengir.

Um er að ræða fjölbreytt störf í hópi lækna sem skipta milli sín verkefnum, starfssvæðum og vöktum á Mið-Austurlandi.
Æskilegt starfshlutfall er 100% en hlutastarf kemur einnig til álita.

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

Umsóknarfrestur er til 26. júlí nk. en stöðurnar eru lausar frá 1. september 2014, eða eftir nánara samkomulagi.

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

Nánari upplýsingar veita:

Pétur Heimisson, framkvæmdastjóri lækninga HSA,
s. 470-3052 & 860-6830, netf. *petur@hsa.is.*

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

Heilbrigðisstofnun Austurlands starfar á þremur fagsviðum; heilsugæslu-, hjúkrunar- og sjúkrasviði. Umdæmissjúkrahús fyrir Austurland er í Neskaupstað. Stofnunin þjónar alls um 11.000 íbúum frá Bakkafirði til Djúpavogs, auk ferðamanna sem sækja Austurland heim.

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 töflulhlé 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 töflulhléi 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 fituprótеinmagni í blóði. Arfgeng eða önnur þekkt tilhneiging til segamyndunar í bláæðum eða slagæðum svo sem þol gegn virku C-próteini (APC), skortur á andtrombíni III, skortur á C-próteini, skortur á S-próteini, of mikið hómósystín í blóði eða andfosfólípíð mótefni (anticardiolipin-mótefni, lúpus storkuvari). Brisbólga eða saga um brisbólgu samhliða alvarlegri hækkun á þríglýseríðum í blóði. Alvarlegur lifrarsjúkdómur eða saga um slíkt hafi niðurstöður úr lifrarprófum ekki orðið eðlilegar aftur. Lifraræxli (góðkynja eða illkynja) eða saga um slíkt. Illkynja kynhormónaháð æxli (t.d. í kynfærum eða brjóstum) eða grunur um slíkt. Blæðingar frá leggöngum af óþekktum orsökum. Saga um mígreni með staðbundnum, taugafræðilegum einkennum. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkning og hámarksverð í smásölu (júní 2013):** 150/20 mcg, 63 stk.: 2.852 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf. Frekari upplýsingar: www.actavis.is, s. 550-3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 13.5.2013. *Maí 2013.*

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 316081

Cloxabix 100 mg og 200 mg hylki, hörð.Williams & Halls ehf. ATC flokkur: M01AH01. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Heiti lyfs: Cloxabix 100 mg og 200 mg hylki, hörð. **Innihaldslýsing:** Hvert hylki inniheldur celecoxib 100 mg eða 200 mg. Hjálparefni með þekkta verkun: Cloxabix hylki innihalda laktósa. Hvert 100 mg hylki inniheldur 74,9 mg af laktósa og hvert 200 mg hylki inniheldur 149,8 mg af laktósa. **Ábendingar:** Cloxabix er ætlað til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar, iktsýki, og hryggiktar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Vegna þess að hætta á hjarta- og æðasjúkdómum af völdum celecoxibs getur hugsanlega aukist með auknum skömmtum og aukinni meðferðarlengd, á meðferðartími að vera eins stuttur og mögulegt er og nota á minnsta virkan sólarhringsskammt. Endurmeta á reglulega þörf sjúklings fyrir linum einkenna og svörun við meðferð, einkum hjá sjúklingum með slitgigt. *Slitgigt:* Ráðlagður sólarhringsskammtur er yfirleitt 200 mg tekinn einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Hjá sumum sjúklingum með ófullnægjandi linun einkenna getur verið ávinningur í því að nota 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. *Iktsýki:* Ráðlagður upphafssólarhringsskammtur er 200 mg skipt í tvo skammta. Síðar meir má, ef þörf krefur, auka skammtinn í 200 mg tvisvar á sólarhring. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. *Hryggikt:* Ráðlagður sólarhringsskammtur er 200 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Hjá fáeinum sjúklingum með ófullnægjandi linun einkenna getur verið ávinningur í því að nota 400 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. Ráðlagður hámarksskammtur á sólarhring, fyrir allar ábendingarnar, er 400 mg. Taka má Cloxabix með eða án matar. *Aldraðir (> 65 ára)*: Eins og hjá fullorðnum er ráðlagður upphafsskammtur 200 mg á sólarhring. Síðar meir má, ef þörf krefur, auka skammtinn í 200 mg tvisvar á sólarhring. Gæta skal sérstakrar varúðar hjá öldruðum sem eru innan við 50 kg að líkamsþyngd. *Skert lifrarstarfsemi*: Hefja skal meðferð með helmingi ráðlagðs skammts hjá sjúklingum með staðfesta í meðallagi skerta lifrarstarfsemi sem hafa 25-35 g/l af albúmíni í sermi. Hvað þennan sjúklingahóp varðar liggur einungis fyrir reynsla frá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi*: Reynsla af notkun celecoxibs handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er takmörkuð og skal því meðhöndla slíka sjúklinga með varúð. *Börn:* Celecoxib er ekki ætlað börnum. *Sjúklingar með skert CYP2C9 umbrot*: Gæta skal varúðar við gjöf celecoxibs handa sjúklingum, sem vitað er um eða þar sem grunur leikur á að um skert CYP2C9 umbrot sé að ræða, byggt á arfgerð eða fyrri sögu/reynslu með öðrum CYP2C9 hvarfefnum, þar sem hættan á skammtaháðum aukaverkunum eykst. Íhuga skal að minnka minnsta ráðlagðan skammt um helming. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Þekkt ofnæmi fyrir súlfonamíðum. Virkt ætisár eða blæðingar í meltingarvegi. Sjúklingar sem hafa fengið astma, bráða nefslímubólgu, nefsepa (nasal polyps), ofsabjúg, ofsakláða eða annars konar ofnæmi eftir notkun asetýlsalisýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) þar með talda cyclooxygenasa-2 (COX-2) hemla. Meðganga og konur sem geta orðið þungaðar, nema notuð sé örugg getnaðarvörn. Hjá þeim tveimur dýrategundum sem hafa verið rannsakaðar hefur komið í ljós að celecoxib getur valdið vansköpunum. Hugsanleg áhætta fyrir þungaðar konur er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Brjóstagjöf. Alvarlega skert lifrarstarfsemi (albúmín í sermi < 25 g/l eða Child-Pugh 10). Sjúklingar með áætlaða kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín. Bólgusjúkdómur í þörmum. Hjartabilun (congestive heart failure (NYHA II-IV)). Staðfestur hjartasjúkdómur vegna blóðþurrðar, sjúkdómar í útlægum slagæðum og/eða heilaæðasjúkdómur. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC):** 29. janúar 2013. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í Janúar 2014:** 100 mg 20 hylki kr. 5.117; 100 mg 100 hylki kr. 9.389; 200 mg 20 hylki kr. 4.367; 200 mg 100 hylki kr. 17.082. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G.. **Markaðsleyfishafi:** Williams & Halls ehf., Reykjavíkurvegi 62, 220 Hafnarfirði, Sími: 527-0600, www.wh.is. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá Markaðsleyfishafa.

Williams & Halls

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs

Heiti lyfs: Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa. Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa. **Ábendingar:** Flutiform er ætlað til reglulegrar meðferðar við astma þegar notkun samsetts lyfs (innúðalyfs með barkstera og langvirkum β_2 örva) er viðeigandi: Hjá sjúklingum þar sem ekki hefur tekist að ná fullnægjandi stjórn á einkennum með barkstera til innöndunar og skammvirkum β_2-örva til innöndunar „eftir þörfum". Eða: Hjá sjúklingum þar sem náðst hefur fullnægjandi stjórn á einkennum með því að nota bæði barkstera og langvirkan β_2 örva til innöndunar. Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti er ætlað fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti er ætlað fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri. Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti er eingöngu ætlað fyrir fullorðna. **Skammtastærðir:** Til innöndunar. Stilla ber skammtinn í lægsta skammt sem nægir til að hafa góða stjórn á einkennum. Þegar lægsti styrkur af Flutiform gefinn tvisvar á dag er farinn að nægja til að hafa stjórn á astmanum skal endurskoða meðferðina og íhuga hvort lækka skuli skammtinn smátt og smátt yfir í innúðalyf með barkstera einum sér. *Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – eingöngu:* Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri: Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – tveir úðaskammtar tvisvar á dag yfirleitt teknir inn að morgni og að kvöldi. Auka má heildardagskammt af barkstera til innöndunar með því að gefa hærri styrk af þessu samsetta lyfi – þ.e. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifu – tvo úðaskammta tvisvar á dag. Eingöngu fyrir fullorðna: Hækka má heildardagskammtinn enn frekar ef áfram tekst illa að hafa stjórn á astmanum hjá viðkomandi með því að gefa hæsta styrk af þessu samsetta lyfi – Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifu – tvo úðaskammta tvisvar á dag. Þessi hæsti styrkur er eingöngu ætlaður fullorðnum og ekki skal nota hann handa unglingum 12 ára og eldri. Börn yngri en 12 ára: Ekki er mælt með notkun Flutiform innúðalyfs, dreifu, hjá börnum yngri en 12 ára; **ekki má nota Flutiform fyrir þennan unga aldurshóp.** *Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – eingöngu:* Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri: Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – tveir úðaskammtar tvisvar á dag yfirleitt teknir inn að morgni og að kvöldi. Skipta má sjúklingum yfir á lægsta styrk af þessu samsetta lyfi, þ.e. Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti, ef náðst hefur nægilega góð stjórn á astmanum. Aðlaga ætti skammt sjúklings að lægsta skammti sem viðheldur virkri stjórn á einkennum. Eingöngu fyrir fullorðna: Hækka má heildardagskammtinn enn frekar ef áfram tekst illa að hafa stjórn á astmanum með því að gefa hæsta styrk af þessu samsetta lyfi –Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifu – tvo úðaskammta tvisvar á dag. Þessi hæsti styrkur er eingöngu ætlaður fullorðnum og ekki skal nota hann handa unglingum 12 ára og eldri. Börn yngri en 12 ára: Engar upplýsingar liggja fyrir um þennan styrk af Flutiform hjá börnum. Ekki er mælt með notkun Flutiform innúðalyfs, dreifu, hjá börnum yngri en 12 ára; **ekki má nota Flutiform fyrir þennan unga aldurshóp.** *Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – eingöngu*: Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna: Flutiform 250 míkrógrömm /10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – tveir úðaskammtar tvisvar á dag yfirleitt teknir inn að morgni og að kvöldi. Skipta má sjúklingum yfir á lægri styrk af þessu samsetta lyfi, þ.e. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti eða að lokum Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti, ef náðst hefur nægilega góð stjórn á astmanum. Unglingar yngri en 18 ára og börn: **Ekki er mælt með notkun Flutiform innúðalyfs, dreifu, hjá börnum yngri en 12 ára. Ekki skal nota Flutiform hjá svo ungum aldurshópi. Ekki skal nota Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti handa unglingum.** Hins vegar er lægri styrkur í boði, þ.e. 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti eða 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti, sem nota má handa unglingum. Sérstakir sjúklingahópar: Engin þörf er á að aðlaga skammtinn hjá öldruðum sjúklingum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningastærðir og hámarksverð í smásölu (1. júní 2014): 50+5míkróg. 120 úðaskammtar: 7.186 kr, 125+5 míkróg 120 úðaskammtar: 9.494 kr, 250+5 míkróg. 120 úðaskammtar: 12.114 kr. Ávísunarheimildir og afgreiðsluflokkur: R. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: G. Heiti markaðsleyfishafa:** Norpharma A/S Slotsmarken 15. 2970 Hørsholm Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. **Dags SmPC:** 4.10.2013. Ef frekari upplýsinga um lyfið er óskað má hafa samband við Icepharma hf.

Spiriva, 18 míkrógrömm, innöndunarduft, hart hylki og Spiriva Respimat, 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn.
Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: R03BB04. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Heiti lyfs: Spiriva, 18 míkrógrömm, innöndunarduft, hart hylki og Spiriva Respimat, 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** *Fyrir Spiriva:* Hvert hylki inniheldur 22,5 míkrógrömm af tíótrópíumbrómíð einhýdrati samsvarandi 18 míkrógrömmum af tíótrópíumi. Hver gefinn skammtur (sá skammtur sem fer í gegnum munnstykki HandiHaler innöndunartækisins) er 10 míkrógrömm af tíótrópíumi. *Fyrir Spiriva Respimat:* Hver gefin úðun er 2,5 míkrógrömm tíótrópíum (2 úðanir eru einn lyfjaskammtur), sem samsvarar 3,124 míkrógrömmum af tíótrópíumbrómíð einhýdrati. Hver gefin úðun er sá skammtur sem farið hefur í gegnum munnstykkið og sjúklingurinn fær. Ábendingar: Tíótrópíum er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fyrir Spiriva:* Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Ráðlagður skammtur af tíótrópíumbrómíði er innöndun á innihaldi úr einu hylki með HandiHaler innöndunartæki einu sinni á sólarhring, alltaf á sama tíma dagsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Tíótrópíumbrómíðhylki er eingöngu til innöndunar og má ekki gleypa. Aðeins á að nota HandiHaler innöndunartæki við innöndun tíótrópíumbrómíðs. Sérstakir hópar: *Aldraðir sjúklingar* mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi* mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Þar sem plasmaþéttni hækkar við skerta nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með miðlungs eða alvarlega skerta nýrna-starfsemi (kreatínínúthreinsun (CrCL) £ 50 ml/mín.) á aðeins að nota tíótrópíumbrómíð ef ávinningur er meiri en hugsanleg áhætta. Engin reynsla er af lang-tímanotkun hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi* mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Börn: *LLT:* Notkun lyfsins á ekki við hjá börnum (yngri en 18 ára) við ábendingunni. *Slímseigjusjúkdómur (cystic fibrosis):* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun Spiriva hjá börnum og unglingum. Engar upplýsingar liggja fyrir. Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta gjöf lyfsins skal læknirinn eða annað heilbrigðisstarfsfólk þjálfa sjúklinginn í réttri notkun innöndunartækisins. *Fyrir Spiriva Respimat:* Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Rörlykjuna **má aðeins setja í og nota með** Respimat innöndunartæki. Tvær úðanir úr Respimat innöndunartæki jafngilda einum lyfjaskammti. Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna er 5 míkrógrömm af tíótrópíum, gefið með tveimur úðunum úr Respimat innöndunartækinu, einu sinni á sólarhring, alltaf á sama tíma sólarhringsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Sérstakir hópar: *Aldraðir sjúklingar* geta notað tíótrópíumbrómíð **í ráðlögðum skömmtum.** *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi* mega nota tíótrópíumbrómíð **í ráðlögðum skömmtum.** Þar sem plasmaþéttni hækkar við skerta nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með miðlungs eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (CrCL £ 50 ml/mín.) á aðeins að nota tíótrópíumbrómíð ef ávinningur er meiri en hugsanleg áhætta. Engin reynsla er af langtímanotkun hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. *Sjúklingar með skerta lifrastarfsemi* mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Börn: *LLT*: Notkun Spiriva Respimat á ekki við hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri. *Slímseigjusjúkdómur:* Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi Spiriva Respimat. Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta lyfjagjöf skal læknir eða faglærður heilbrigðisstarfsmaður sýna sjúklingi hvernig nota eigi úðatækið. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir tíótrópíumbrómíði, atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ípratrópíumi eða oxítrópíumi, *fyrir Spiriva:* eða ofnæmi fyrir hjálparefninu laktósaeinhýdrati sem inniheldur mjólkurprótein, *fyrir Spiriva Respimat:* eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**. **Markaðsleyfishafi**: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Strasse 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:** *Fyrir Spiriva:* 28.10.2013. *Fyrir Spiriva Respimat:* 28.10.2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð**: (Júní 2014): Spiriva 18 mcg. 30 hylki fyrir handihaler 9.188 kr; Spiriva 18 mcg 30 hylki + handihaler, 9.601 kr; Spiriva Respimat 2,5 mcg/sk, 60 stk 9.601 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R einungis afgreitt gegn lyfseðli**. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:**.G sjá nánar á www.lgn.is

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 eину sinni á dag, taka skal 2 hylki sem innihalda 110 mg. Meðferð skal hefja innan 1-4 klst. eftir að aðgerð lýkur með inntöku á einu hylki og halda áfram með 2 hylki einu sinni á dag í samtals 28-35 daga. Fyrir eftirfarandi hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa 150 mg tekin einu sinni á sólarhring sem 2 hylki af 75 mg: Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun (CrCL) 30-50 ml/mín). Sjúklingar sem fá samhliða verapamíl, amíódarón, kínidín. Sjúklingar 75 ára og eldri. Fyrir báðar aðgerðirnar á við að ef ekki er tryggt að blæðingar hafi verið stöðvaðar skal fresta því að hefja meðferðina. Ef meðferð er ekki hafin á aðgerðardegi skal hefja meðferðina með 2 hylkjum eину 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 µmol/l: (1,23 × (140-aldur [ár]) × þyngd [kg] (× 0,85 ef kona))/(kreatínín í sermi [µmol/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 < 30 ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Takmörkuð reynsla er hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín). Meðhöndla skal þessa sjúklinga með varúð. Ráðlagður skammtur er 150 mg tekið einu sinni á dag tvö hylki af 75 mg. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum P-glýkóprótein hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamíli (forvörn gegn VTE):* Minnka skal skammta í 150 mg af Pradaxa tekinn sem tvö 75 mg hylki einu sinn 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 150 mg tekið einu sinni á dag sem 2 hylki af 75 mg. Þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>75 ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL, áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Skert lifrarstarfsemi (forvörn gegn VTE):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá klínískum rannsóknum sem rannsökuðu forvörn gegn VTE við valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. Engin reynsla er af meðferð hjá þessum undirhópi sjúklinga og er því ekki mælt með notkun Pradaxa hjá þessum sjúklingahópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Líkamsþyngd (forvörn gegn VTE):* Takmörkuð klínísk reynsla er af notkun lyfsins við ráðlagða skammta hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg eða >110 kg. Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta en mælt er með nákvæmu eftirliti. *Kyn (forvörn gegn VTE):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skipt um meðferð frá (forvörn gegn VTE): Pradaxa meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:* Mælt er með því að bíða í 24 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er af Pradaxa yfir á segavarnarlyf til inndælingar. *Meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í Pradaxa:* Gefa á dabigatran etexílat 0-2 klst. áður en kominn er tími til að taka næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í bláæð (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. Velja skal sólarhringsskammt af Pradaxa, sem er 300 mg eða 220 mg, út frá einstaklingsmati með tilliti til hættu á segareki og blæðingarhættu fyrir eftirfarandi hópa: Sjúklingar á aldrinum 75-80 ára. Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði. Aðrir sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu. Gefa á sjúklingum fyrirmæli um, að ef upp kemur óþol gegn dabigatrani, að ráðfæra sig strax við meðferðarlæknir til að skipta yfir á aðra viðunandi meðferðarmöguleika til fyrirbyggingar á heilaslagi og segareki í slagæðum tengt gáttatifi. *Aldraðir (SPAF):* Sjúklinga á aldrinum 75-80 ára skal meðhöndla með 300 mg sólarhringsskammti sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar hættan á segareki er lítil og blæðingarhætta er mikil getur læknirinn metið einstaklingsbundið að skammtur verði 220 mg sem á að taka sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Sjúklinga sem eru 80 ára og eldri á að meðhöndla með sólarhringsskammti 220 mg sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, vegna aukinnar blæðingarhættu hjá þessum sjúklingahópi. Þar sem 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.). *Sjúklingar í blæðingarhættu (SPAF):* Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu. Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu. Storkupróf getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota 220 mg skammt sem er tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar 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 < 30 ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aukin skilyrði hjá sjúklingum með væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára: Meta skal nýrnastarfsemi 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 µmol/l: (1,23 × (140-aldur [ár]) × þyngd [kg] (× 0,85 ef kona))/ (kreatínín í sermi [µmol/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 < 30 ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með litla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL ≤ 80 ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín) er ráðlagður skammtur einnig 300 mg, tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í 220 mg, sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum P-glýkópróteini (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 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 bláæð (UFH)). *Pradaxa meðferð í K-vítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftirfarandi hátt: CrCL ≥ 50 ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥ 30-< 50 ml/mín, byrja notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að Pradaxa getur haft áhrif til hækkunar INR, 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 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. Lyfjagjöf *(forvörn gegn VTE og SPAF):* Pradaxa 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 æðaskurð sem hefur áhrif á lífun. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum t.d. óþáttuðu heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir kringumstæðum þar sem verið er að skipta úr eða í meðferð með Pradaxa eða þegar óþáttað heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri blæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lífun. Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyclosporini, itrakónazóli 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 styttti texti byggir á:** 12/2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð:(júní 2014)** Pradaxa 110 mg, 10 stk 3.639 kr; Pradaxa 110 mg, 60 stk 16.386 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. Velja skal sólarhringsskammt af Pradaxa, sem er 300 mg eða 220 mg, út frá einstaklingsmati m.t.t. hættu á segareki og blæðingarhættu fyrir eftirfarandi hópa: Sjúklingar á aldrinum 75-80 ára. Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði. Aðrir sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu. Gefa á sjúklingum fyrirmæli um, að ef upp kemur óþol gegn dabigatrani, að ráðfæra sig strax við meðferðarlæknir til að skipta yfir á aðra viðunandi meðferðarmöguleika til fyrirbyggingar á heilaslagi og segareki í slagæðum tengt gáttatifi. *Aldraðir (SPAF):* Sjúklinga á aldrinum 75-80 ára skal meðhöndla með 300 mg sólarhringsskammti sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar hættan á segareki er lítil og blæðingarhætta er mikil getur læknirinn metið einstaklingsbundið að skammtur verði 220 mg sem á að taka sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, vegna aukinnar blæðingarhættu hjá þessum sjúklingahópi. Þar sem sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>75 ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út kreatínínúthreinsun (CrCL), áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (CrCL < 30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Sjúklingar í blæðingarhættu (SPAF):* Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu. Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu. Storkuprófi getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota 220 mg skammt sem er tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar 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 < 30 ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aukin skilyrði hjá sjúklingum með væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára: Meta skal nýrnastarfsemi 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 µmol/l: (1,23 × (140-aldur [ár]) × þyngd [kg] (× 0,85 ef kona))/ (kreatínín í sermi [µmol/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 < 30 ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með litla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL ≤ 80 ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín) er ráðlagður skammtur einnig 300 mg, tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í 220 mg, sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum P-glýkópróteini (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 bláæð (UFH)). *Pradaxa meðferð í K-vítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftirfarandi hátt: CrCL ≥ 50 ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥ 30-< 50 ml/mín, byrja notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að Pradaxa getur haft áhrif til hækkunar INR, 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 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. *Lyfjagjöf (forvörn gegn VTE og SPAF):* Pradaxa 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 æðaskurð sem hefur áhrif á lífun. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum t.d. óþáttuðu heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir kringumstæðum þar sem verið er að skipta úr eða í meðferð með Pradaxa eða þegar óþáttað heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri blæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lífun. Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyclosporini, itrakónazóli 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 styttti texti byggir á:** 12/2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð** (júní 2014): Pradaxa 150 mg, 60 stk. 16.386 kr.; Pradaxa 150 mg, 180 stk. 44.929 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R, einungis afgreitt gegn lyfseðli. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G merkt sjá nánar á www.lgn.is

Limrur og ljóð

Védís Skarphéðinsdóttir

Einn mikilvirkasti penni í *Læknablaðinu* á fyrstu tveimur áratugunum var Steingrímur Matthíasson læknir á Akureyri sonur þjóðskáldsins Jochumssonar. Hann ritar um hvaðeina, læknisfræði og meinsemdir ýmsar, heilsufar í sínu héraði, ferðir á læknaþing í Evrópu og útmálar þau skemmtilega, lýsir bæði mönnum og málefnum og því sem fyrir augu ber almennt. Í júlíblaðinu 1926 (blaðsíðum 103-4) segist honum svo frá ferð sinni til Bologna þá um vorið og lækninum Schiazzi:

En þar á eftir sýndi hann okkur trepanations-verkfæri sem hann hefir látið smíða, verkfæri þetta vinnur tvent í senn, sker holdið og sagar beinið í nokkrum rykkjum. Tók hann fyrst gamalt cranium og sýndi hve vel trepansögin beit. En meira sagði hann þó að marka, ef um haus væri að ræða, þar sem svörður og hold fylgdi. Komu þá tveir aðstoðarmenn með stórt trog og settu á borðið. Dúkur hvítur var yfir troginu. Schiazzi svifti af þeirri blæju. Þar lágu tvö mannshöfuð afskorin, og lygndu hálfopnum brostnum augum hvort til annars. Mér duttu í hug vísuorðin Gröndals: „afskorið var sem yndisblóm, auðarlíns höfuð líkt og hjóm, og blóðgað beittum knífi" - að eins var sá munurinn, að hér voru höfuðin tvö og bæði skeggjuð mannshöfuð.

Seinna í sama blaði er birt brot úr bréfi frá honum þar sem fram kemur íslensk þýðing á latneskri vísu sem Steingrími er töm, ekki síst í ljósi þess að almenningur hyllist til þess að trúa skottulæknum og handanheimaráðgjöfum í læknisfræðilegum efnum.

Eg citeraði einu sinni í blaði í fyrra vísuna:

Fingunt se medicos: quivis idiota, sacerdos,
Judeus, monachus, histrio, rasor, anus.

Eg stakk upp á því, að góðir hagyrðingar vildu snara vísunni á íslensku. Eg fékk tvær þýðingar. Aðra frá Friðþjófi Berg verksmiðjustjóra á Akureyri, svohljóðandi:

Gjörist læknir glópurinn,
hver guðsorðsþjónn og munkurinn,
hermikrákan, hárskerinn,
og hrukkótt, vesöl kerlingin.

Hin þýðingin var eftir Sigmund Sigurðsson úrsmið á Akureyri, þannig:

Fæst við lækning, fábjáninn,
framur Júði, klerkurinn,
hermikráka, kerlingin,
klaustursmunkur, rakarinn.

Mér finst hálfgerð synd að vísu-greyin týnist og sting upp á því, að þú hýsir þær í Læknablaðinu þegar einhverntíma þarf að fylla litla eyðu.

Með því að leikurinn hefur borist norður yfir heiðar og mál að ljúka þessari síðu greip ég til þess ráðs að fá Hjálmar Freysteinsson lækni á Akureyri til að senda blaðinu sínar nýjustu limrur, og það gerði hann góðfúslega.

Þær eru sérstakar að því leyti að vandaðra heimilda er getið svo jaðrar við vísindi!

Að öðru leyti hefðbundnar að formi og efni.

Kristján í Hæli átti kú,
kostagripur var sú.
Svo missti hann trúna,
fór að tilbiðja kúna.
Ég las þetta í *Byggðir og bú*.*

* Fullu nafni heitir bókin Byggðir og bú í Suður-Þingeyjarsýslu.

Ósköp er mannshjartað meyrt,
á misjöfnum slóðum er keyrt.
Skapti í Þúfum
er skotinn í dúfum,
sá ég í *Séð og heyrt*.

Sóknarbörn mátu það mest
við Markús Laufdælaprest,
hann var natinn við róna
en reyndi ekki að tóna,
samkvæmt heimildum *Heima er best*.

Lengi styr hafði staðið
við Stefni sem nennti ekki í baðið,
neitaði að þvo
sér og þornaði svo
að hann lést - segir *Læknablaðið*.


LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF LÆKNAFJELAGI REYKJAVÍKUR.

RITSTJÓRN: GUÐMUNDUR THORODDSEN, GUNNLAUGUR CLAESSEN, MAGNÚS PÉTURSSON.

12. árg. Júlí-blaðið. 1926.

EFNI.

Egill Jacobsen. Vefnaðarvöruverslun.

Útbú: Akureyri Hafnarstræti

REYKJAVÍK.

SÍMI 119

Útbú: Vestmannaeyjum

Sáragaze á 0,85
Sjúkravoxdúk á 6,50
og 7,85 pr. met.

ávalt fyrirliggjandi.

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

2 sinnum á dag

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

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

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. 429

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“.

Því það er ekki rými fyrir astma



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