LÆKNABLAÐIÐ • 12. tbl. 100. árg. • Desember 2014

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

12/2014

100. árgangur: 641-716

2014; 100: 641-716



TURBUHALER

Turbuhaler innöndunartæki

Einfalt og auðvelt í notkun

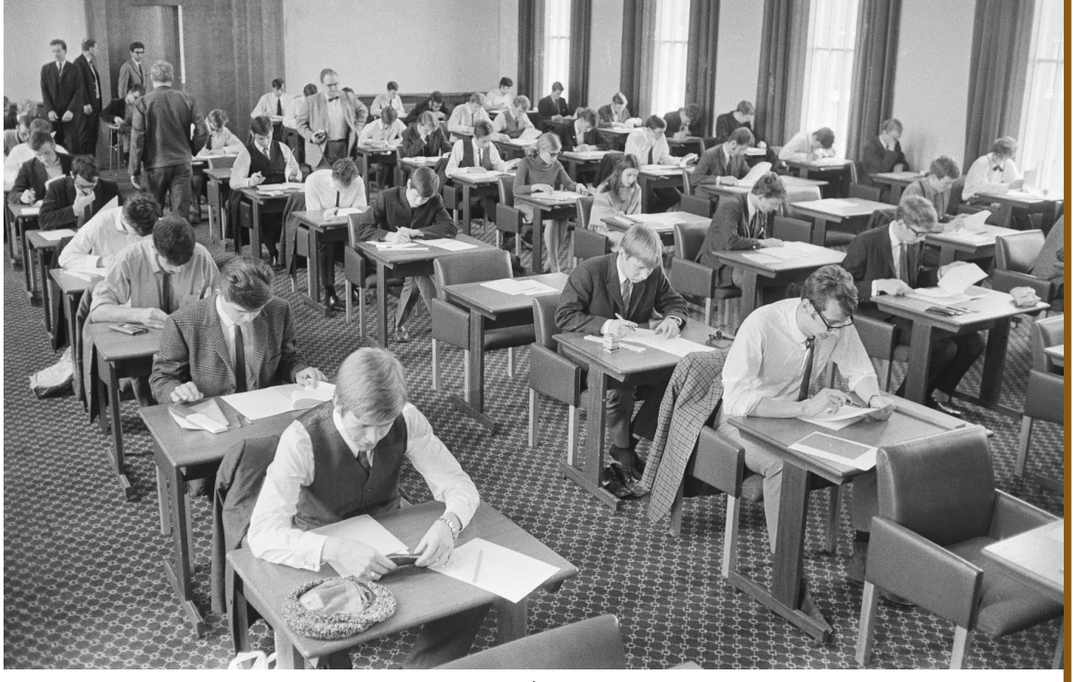
Turbuhaler er fjölskammta innöndunartæki sem inniheldur ýmis lyf við lungnasjúkdómum eins og astma og langvinnri lungnateppu

Leiðbeiningar um notkun fást á næstu heilsugæslustöð eða í lyfjaverslunum

AstraZeneca

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

10-2013-01



Myndin er tekin 23. maí 1969 í hátíðasalnum í aðalbyggingu Háskóla Íslands, og sýnir læknanema á fyrsta ári gangast undir upphafspróf í læknisfræði. Tilefni myndatökunnar voru deilur fyrsta árs læknanema við læknadeild HÍ og hótanir um prófverkfall ef kröfur þeirra um niðurfellingu inntökuskilyrða yrðu ekki teknar til greina. Þetta sumar voru fyrstu herskáar aðgerðir sem íslenskir stúdentar stóðu að og má segja að þær hafi tilheyrt hinni evrópsku stúdentabyltingu sem hófst í París 1968 og heil kynslóð dregur nafn sitt af.



Í nóvember 1973 fóru læknanemar í verkfall til að mótmæla áætlunum læknadeildar um að setja á fjöldatakmarkanir. Hvatamenn verkfallsins, Sigurður Guðmundsson, Gunnar Guðmundsson og Gizur Gottskálksson, allir ungir og vel greiddir, voru í stjórn Félags læknanema á þessum tíma. Báðar myndirnar tók Bragi Guðmundsson, og þær eru varðveittar hjá Ljósmyndasafni Íslands sem er eitt albesta ljósmyndasafn í heimi.

Nám og kennsla

Hjúkrunarfræðinemar horfa með andakt á læknakandídatinn Árna Björnsson (1923-2004) og hlusta á hann segja allt sem segja þarf um líffærafræði. Hauslaus beingrind kemur út úr skápnum og fylgist með en þeim finnst Árni greinilega meira spennandi! Þessa mynd á kápu blaðsins frá Ljósmyndasafni Reykjavíkur tók Sigurhans E. Vignir um árið 1950 en þá fór kennslan fram á efstu hæð Landspítalans. Myndin er að mörgu leyti táknræn fyrir menntunarmál og stjórnun í heilbrigðiskerfinu á þessum árum; fjöldi af ungum konum sem ætla að verða hjúkrunarkonur hlusta á karlkyns læknakandídat uppfræða hópinn. Árni fékk lækningaleyfi árið 1953 en var kandídat á Landspítalnum af og til á árunum 1950-1953 og kenndi þá við skólann. Það þótti nægileg kennsla að læknanemar, sem flestir voru karlmenn, færu yfir helstu atriðin sem talið var æskilegt að hjúkrunarkonur kynnu einhver skil á.

Nám hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstétta hefur gjörbreyst á undanförnum áratugum sem og samspil þekkingar og fræðasviða ólíkra starfsstétta. Þá hafa kennsluaðferðir breyst frá því sem er á þessari mynd en það sem enn er óbreytt eru markmið náms heilbrigðisstarfsmanna: lækningar og líkn.

Kennsla hjúkrunarkvenna hófst með stofnun Holdsveikrahælisins í Laugarnesi 1898 en til þess að fullnuma sig í fræðunum þurftu þær að fara utan og fóru einkum til Kaupmannahafnar. Árið 1931 var Hjúkrunarkvennaskólinn stofnaður og fór þá allt nám fram hér heima. Nafni skólans var breytt í Hjúkrunarskóla Íslands 1948 en starfsheitinu hjúkrunarkona var ekki breytt í hjúkrunarfræðingur fyrr en árið 1975. Flestar konurnar höfðu lítið annað en skólaskyldu að baki þegar þær hófu nám í Hjúkrunarskólanum en eftir miðja öldina luku þær yfirleitt gagnfræðaprófi eða jafnvel meira námi. Nám hjúkrunarkvenna var að mestu verklegt en þær fengu einnig tilsögn í bóklegum greinum eins og líffeðlis-, lyflæknis- og líffærafræði. Lengi vel eimdi eftir af þeirri hugsun að „betra væri að hafa góðar konur til að aðstoða lækna og sjúklinga en langskólamenntaðar konur sem gerðu ekki annað en að skrifa skýrslur“. Eftir því sem árin liðu og tækni og þekkingu fleytti fram var námið flutt yfir á háskólastig.

Jón Ólafur Ísberg

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
Gerður Gröndal
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
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Sigdís Þóra Sigþórsdóttir
sigdis@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1800

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



647

Oddur Steinarsson

Heilsugæsla, fjárfesting í heilsu til framtíðar

Með hærra hlutfalli eldri borgara er þörfin fyrir öfluga sam ræmda heilsugæslu á landsvísu mjög mikil.



649

Gunnar Sigurðsson

Hjartað ræður för

Kransæðasjúkdómar hafa verið á undanhaldi á Íslandi síðan um 1980. Sjúkdómurinn hafði þá verið í miklum vexti eftir 1950 og náð hámarki um 1970.

FRÆÐIGREINAR

651

Linda Ó. Árnadóttir, Tómas A. Axelsson, Daði Helgason, Hera Jóhannesdóttir, Jónas A. Aðalsteinsson, Arnar Geirsson, Axel F. Sigurðsson, Tómas Guðbjartsson

Árangur kransæðahjáveituaðgerða hjá sjúklingum fimmtíu ára og yngri

Áhættuþættir kransæðasjúkdóms hjá yngri sjúklingum eru ekki eins vel rannsakaðir og hjá þeim þeim eldri. Þó hafa reykingar og sykursýki, sérstaklega hjá konum, tengsl við snemmkominn kransæðasjúkdóm. Einnig virðast karlar fá kransæðasjúkdóm fyrr, sérstaklega þeir sem eru í ofþyngd. Fjölskyldusaga er einnig mikilvægur áhættuþáttur en rannsóknir benda til að erfðaþættir geti leikið stórt hlutverk í þróun snemmkomins kransæðasjúkdóms

659

Laufey Steingrímsdóttir, Hrund Valgeirsdóttir, Þórhallur I. Halldórsson, Ingibjörg Gunnarsdóttir, Elva Gísladóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Inga Þórsdóttir

Kannanir á mataræði og næringargildi fæðunnar á Íslandi Tengsl efnahagsþrenginga og hollustu

Mataræði ræðst af fjölmörgu, framboði og verðlagi matvöru, framleiðsluháttum og menningu. Gera má ráð fyrir að stórfelldar breytingar á framleiðslu, innflutningi, sölu og dreifingu undanfarna áratugi - og bættan efnahag - endurspeglist að verulegu leyti í mataræði þjóðarinnar. Einstaklingsbundnir þættir einsog aldur, kyn, tekjur, menntun og búsetu, hafa áhrif á fæðuval. Meðalneysla næringarefna eða fæðutegunda segir því langt í frá alla sögu um mataræði þjóðarinnar, og ólíkir hópar innan samfélagins geta búið við mismunandi aðstæður til að velja sér heilsusamlegt fæði.

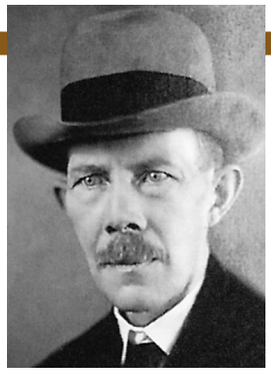
667

Tómas Guðbjartsson, Karl Andersen, Ragnar Danielsen, Arnar Geirsson, Guðmundur Þorgeirsson

Yfirlitsgrein um kransæðasjúkdóm: Faraldsfræði, meingerð, einkenni og rannsóknir til greiningar

Rannsóknir undanfarna áratugi hafa aukið verulega skilning okkar á helstu orsakavöldum og meinþróun kransæðasjúkdóms. Þótt áhættuþættirnir blóðfituröskun, sykursýki, reykingar, háþrýstingur og ættarsaga kyndi undir æðakölkunarferli hafa tilteknar flæðisaðstæður í æðakerfinu áhrif á bæði staðsetningu æðabreytinga og einkenni sjúkdómsins.

100. ÁRGANGUR LÆKNABLAÐSINS



678

Guðmundur Hannesson

Jón Ólafur Ísberg

Styrkur GH var fyrst og fremst skilningur hans á hlutverki læknisins við að byggja upp heilbrigt samfélag.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



684
Mikill viðbúnaður en óþarfi að óttast faraldur – segir Bryndís Sigurðardóttir um ebólu

Hávar Sigurjónsson

Bryndís er smitsjúkdómalæknir og hefur fengið hefur þjálfun í meðhöndlun ebólusýktra



688
Læknafélögin boða auknar verkfallsaðgerðir

Hávar Sigurjónsson

Stjórnir LI og Skurðlæknafélagsins hafa lagt áherslu á að verkfallsverðir forðist átök eða deilur inn á sjúkrahúsunum og hefur reynst auðvelt að fylgja þeim fyrirmælum.



690
Frá smæstu frumu til stærsta fjalls – umfang Valgarðs Egilssonar

Hávar Sigurjónsson

„Grenivík er miðja heimsins. Þeir sem eru fæddir þar niðri á bakkanum þeir vita þetta, þar er miðja heims.“



694
Dönsku hjartaverndar-samtökin. Vilja hafa áhrif á umræðu og þróun rannsókna

Hávar Sigurjónsson

Íslenskur læknir, Gunnar H. Gíslason sérfræðingur í hjartasjúkdómum, er yfirmaður rannsókna hjá dönsku hjarta-verndarsamtökunum, Hjerte-foreningen.



700
Úr sögu læknisfræðinnar. Solveig Pálsdóttir ljósmóðir

Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir

Solveig fór til Kaupmanna-hafnar árið 1842 til eins árs náms.

697
Hallærisheiti: L-TNUHI

Reynir Tómas Geirsson

Landspítali háskólasjúkrahús (LSH) á að heita bara Landspítali.



704
„Skortir skýra framtíðarsýn“ –segir Dagur B. Eggertsson um heilbrigðisþjónustuna

Hávar Sigurjónsson

Borgarstjórinn í Reykjavík, Dagur B. Eggertsson, segir að læknismenntunin geri hann tvímælalaust að betri borgarstjóra.



ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



683
Laun lækna – bergmál fortíðar

Orri Þór Ormarsson

Orðræðan hefur í raun lítið breyst í tímans rás.



699
Íslenskir læknar og félagsmiðlar

Davíð S. Þórisson

Í facebook-hóp lækna sárvantar fleiri eldri kollega til að miðla af reynslu sinni.

701
LÆKNADAGAR 2015 – dagskrá

FRÁ EMBÆTTI LANDLÆKNIS

703
Vanstarfsemi í skjaldkirtli

Magnús Jóhannsson, Ólafur B. Einarsson, Lárus S. Guðmundsson, Leifur Bárðarson, Ari Jóhannesson, Rafn Benediktsson

Algengi vanstarfsemi hjá fullorðnum er um 2%.

714
Úr fórum Læknablaðsins – 1915-2014
Ritstjórnir blaðsins

Védís Skarphéðinsdóttir



- Fyrsta ICS/LABA-meðferðin sem virkar í 24 klst.[1,2]
- ... skömmtun einu sinni á dag[1]
- ... í einföldu og handhægu innöndunartæki[3]

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".

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.

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

* Barksteri og langvirkt berkjuvíkkandi lyf til innöndunar.

Relvar® 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. Það skal gefa á sama tíma dag hvern. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Aukaverkanir:** *Mjög algengar:* Höfuðverkur og nefkoksbólga. *Algengar:* Lungnabólga, sýking ofarlega í öndunarvegi, berkjubólga, inflúensa, hvítsveppasýking í munni og koki, verkur í munnkoki, skútabólga, kokbólga, nefslímubólga, hósti, raddtruflun,kviðverkir, liðverkur, bakverkur, hiti. ATC R03AK10. **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:** 22. maí 2014. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**

Pakkningar og verð (September 2014)
Relvar Ellipta 92 mcg/22 mcg, innönddu, 30 skammtar R, G Kr. 9.482
Relvar Ellipta 184 mcg/22 mcg, innönddu, 30 skammtar R, G Kr. 11.830

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

Heimildir:
1. Relvar Samantekt um eiginleika lyfs. www.serlyfjaskra.is. 2. Boscia JA et al. Clin Ther. 2012; 34(8): 1655-66.
3. Svedsater H et al. BMC Pulmonary Medicine 2013; 13: 72.

Theravance | gsk

IS/FFT/0017/14a September 2014

Heilsugæsla, fjárfesting í heilsu til framtíðar

Oddur Steinarsson

Sérfræðingur í heimilislækningum og MBA

Framkvæmdastjóri lækninga Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins Álfabakka 16, 109 Reykjavík

oddur.steinarsson@heilsugaeslan.is



Heilsugæslan hefur ekki verið eins áberandi í þjóðfélagsumræðunni og Landspítalinn. Það virðist oft vanta skilning á mikilvægi heilsugæslunnar í umræðu bæði meðal þingmanna og almennings í landinu. Það hefur verið að fjara undan heilsugæslunni á Íslandi og nú er svo komið að það vantar um 70-80 sérfræðinga í heimilislækningum á landsvísu. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) hefur lengi bent á mikilvægi starfsemi heilsugæslu í heilbrigðiskerfum landa. Rannsóknir hafa sýnt að lönd sem hafa sterka heilsugæslu ná betri árangri hvað varðar heilbrigði almennings og eru með hagkvæmari heilbrigðiskerfi en samanburðarlönd.[1,2] Alþjóðaheilbrigðisstofnunin bendir á í skýrslu sinni að efnaðri lönd byggi stóran hluta heilbrigðiskerfis síns á sterkri þriðja stigs heilbrigðisþjónustu, með ríkum hagsmunum fyrir ólíka aðila, til dæmis lyfja- og lækningatækjaiðnaðinn.[2] Í sömu skýrslu er bent á mikilvægi þess að fjárfesta í heilsugæslunni, auka teymisvinnu og önnur úrræði í heilsugæslu. Að í heilsugæslunni séu mikil sóknarfæri bæði í forvörnum og snemmgreiningum.

Lífslíkur hafa aukist en á sama tíma hafa ýmsir lífsstílssjúkdómar rutt sér til rúms. Til dæmis hefur fjöldi sykursjúkra á heimsvísu farið úr 30 milljónum manna 1985 í 382 milljónir manna 2013. Spár gera ráð fyrir að fjöldinn geti verið um 552 milljónir manna árið 2030. Kostnaður vegna sykursýki í Bandaríkjunum nam 11% af heilbrigðisútgjöldum fyrir fullorðna þar í landi 2011 og fer hækkandi.[3] Í Svíþjóð hefur heilsugæslan verið efld til þess að taka við þeim sem eru með sykursýki af tegund 2.

Hvað varðar geðheilbrigðismál er notkun þunglyndislyfja á Íslandi mest af löndum OECD. Árið 2013 fengu 39.000 einstaklingar á Íslandi ávísað þunglyndislyfjum og 34.000 fengu ávísað svefnlyfjum og róandi lyfjum að minnsta kosti einu sinni.[4] Í nokkrum nágrannalöndum okkar er hugræn atferlismeðferð í boði á heilsugæslunni og í Gautaborg, þar sem ég hef starfað síðastliðin 6 ár, er skylda að bjóða upp á samtalsmeðferð í allt að 10 skipti í heilsugæslunni, þetta vantar sárlega hér.

Heilsugæslan vinnur mjög mikilvægt starf í dag, svo sem í ungbarnavernd og bólusetningum, mæðravernd, heilsuvernd og heimilislækningum. Með breyttu samfélagi, hærra hlutfalli eldri borgara þar sem fólk lifir lengur og oftar en ekki með einn eða fleiri undirliggjandi sjúkdóma, er þörfin fyrir öfluga samræmda heilsugæslu á landsvísu mjög mikil. Að heilsugæslan verði efld með aukinni áherslu á heimilislækningar, hjúkrunarfræðinga með viðbótarnám til dæmis í sykursýkismeðferð, næringarráðgjöf og lungnasjúkdómum, sálfræðinga og félagsráðgjafa til viðbótar því fagfólki sem starfar í dag innan heilsugæslunnar. Að fjölbreytni verði aukin í rekstri, að skjólstæðingar okkar geti valið hvert þeir sæki þjónustu og fjármagnið fylgi þeim, enda eru þeir skattborgararnir sem borga þjónustuna.

Með þessu er hægt að byggja upp öfluga heilsugæslu á landsvísu og ná árangri í forvörnum og snemmgreiningum. Þannig er ráð í tíma tekið og ekki mest áhersla lögð á að bjarga „innistæðum á ögurstundu“, líkt og við þekkjum úr hruninu.

Heimildir

1. Heath I. A general practitioner for every person in the world. BMJ 2008; 336: 861.
2. The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever).
3. df.org/sites/default/files/Media-Information-Pack.pdf
4. who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/ – nóvember 21014.
5. landlaeknir.is/um-embaettid/frettir/frett/item25254/Avisunum-a-tauga--og-gedlyf-a-Islandi-hefur-fjolgad-fra-2003-til-2013 – nóvember 21014.

Primary Care, Investigating in a Healthier Future
Oddur Steinarsson MD, GP, MBA
Chief Medical Executive
Primary Health Care of the Capital Area
Álfabakka 16, 109 Reykjavík



Í lokahófi í Iðnó eftir XXI þing lyflækna sem haldið var á dögunum í Hörpu. Þarna er Þórður Harðarson í pontu, og Gunnar Sigurðsson og Ástráður B. Hreiðarsson á góðri stund ásamt formanni Félags íslenskra lyflækna, Runólfi Pálssyni. Félagið heiðraði þá Nick Cariglia, Gunnar og Ástráð fyrir dygg störf og þjónustu í þágu lyflækninga hérlendis.
Mynd Hrafnhildur Linnet Runólfsdóttir (læknanemi).

Fyrsti beini hemillinn á storkuþátt Xa til inntöku

Xarelto®
rivaroxaban

Ein tafla á dag*[1]

- **Varnar heilablóðfalli og segareki að lágmarki til jafns við warfarín[2]**
- **Sambærileg blæðingarhætta og í meðferð með warfaríni en marktækt færri innankúpublæðingar og dauðsföll vegna blæðinga[2]**
- **Að taka lyf einu sinni á dag við hjarta- og æðasjúkdómum**
  - **eykur líkur á því að lyfið sé leyst út af sjúklingi[3]**
  - **eykur líkur á því að sjúklingur taki lyfið[4]**
  - **eykur líkur á því að lyfið sé tekið á réttum tíma[4]**

  samanborið við lyf sem taka þarf oftar



*sem fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast[1]

Öryggisupplýsingar: Eins og almennt gildir um segavarnarlyf og blóðflöguhemla verður að nota rivaroxaban með varúð hjá sjúklingum með aukna blæðingarhættu.[1]
Algengar aukaverkanir (≥1/100 til <1/10): Blæðingar: Í tannholdi, margúll, flekkblæðing, blóðnasir, blóðhósti, blæðing í auga, blæðingar í húð og undirhúð, blæðing eftir aðgerðir, blæðing í meltingarvegi, blæðing í þvag- og kynfærum. Aðrar: Blóðleysi, verkir í meltingarfærum og kvið, meltingartruflanir, ógleði, harðlífi, niðurgangur, uppköst, lágur blóðþrýstingur, kláði, útbrot, verkir í útlim, sundl, höfuðverkur, skert nýrnastarfsemi, hækkun á transamínasa, sótthiti, bjúgur í útlimum, skertur almennur styrkur og orka, marmyndun, rennsli úr sárum.[1]
Ekki er mælt með notkun Xarelto hjá sjúklingum með gervihjartalokur.[1]

Sérlyfjatexti á bls. 711

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Xarelto. 2. Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 365:883-891.
3. Bae JP et al. Am J Manag Care 2012; 18:139-146. 4. Coleman CI et al. Curr Med Res Opin 2012; 28:669-680.

BAYER

L.IS.11.2014.0086

Hjartað ræður för

Gunnar Sigurðsson

sérfræðingur í innkirtla- og efnaskiptasjúkdómum og formaður stjórnar Hjartaverndar

Í ritstjórn Læknablaðsins 1995 til 2000



gunnars@landspitali.is

Kransæðasjúkdómar hafa verið á undanhaldi á Íslandi síðan um 1980. Sjúkdómurinn hafði þá verið í miklum vexti eftir 1950 og náð hámarki um 1970. Nú er svo komið að kransæðasjúkdómar eru ekki lengur algengasta dánarorsök á Íslandi og dánartíðni af þeirra völdum komin niður fyrir það sem hún var um 1950 samkvæmt dánarmeinaskrá Hagstofunnar og síðar Embættis landlæknis. Þessi lækkun hefur fyrst og fremst náðst með bættri þekkingu almennings og heilbrigðisstétta á eðli sjúkdómsins og líklegum áhættuþáttum, svo og viðbrögðum heilbrigðisyfirvalda og matvælaiðnaðarins. Af þessu hafa leitt jákvæðar lífsstílsbreytingar að ýmsu leyti en einnig skiptir íhlutandi meðferð með lyfjum og skurðaðgerðum vissulega máli.

Kringumstæðurnar hafa því breyst verulega frá því að kollegar okkar, Sigurður Samúelsson, Snorri Páll Snorrason og Theódór Skúlason á lyflækningadeild Landspítalans, stóðu saman að því að sporna gegn kransæðafaraldrinum fyrir réttum 50 árum með því stórvirki að stofna Hjartavernd á haustmánuðum 1964.

Umrædd breyting til batnaðar hefur aukið ævilíkur Íslendinga um nokkur ár og einkenni sjúkdómsins koma að jafnaði fram síðar á ævinni en áður. Þrátt fyrir það þjást þúsundir Íslendinga af þessum sjúkdómi sem einnig veldur mörgum ótímabærum dauðsföllum. Því er mikilvægt að vera vel á varðbergi og efla forvarnir og tryggja sem bestan árangur meðferðar.

Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* birtast tvær mikilvægar greinar um kransæðasjúkdóma. Læknar hjartaskurðdeildar Landspítala sýna fram á góðan árangur kransæðahjáveituaðgerða á sjúklingum 50 ára og yngri á tímabilinu 2001-2012.[1] Þessi aldurshópur var um 6% alls sjúklingahópsins og athyglisvert er að þetta hlutfall hélst óbreytt út rannsóknartímabilið. Hér er um afturskyggna rannsókn að ræða og því ekki unnt að sýna fram á hvaða áhættuþættir tengdust snemmkomnum kransæðasjúkdómi og ættarsagan er ekki kunn. Aðdáunarvert er hvað læknar hjartaskurðdeildarinnar hafa verið iðnir við að kortleggja árangur aðgerða sinna á síðustu árum, sem er mjög mikilvægt í gæðaeftirliti og samanburði við erlendar stofnanir.

Hin greinin er ítarleg yfirlitsgrein um kransæðasjúkdóminn í heild sinni (þó aðeins fyrri hlutinn í þessu tölublaði).[2] Athygli vekur að þessi samantekt er sameiginlegt framtak hjartaskurðlækna og hjartalyflækna Landspítala enda er greinunum ætlað að ná yfir flesta þætti sjúkdómsins. Greinarnar eru ætlaðar öllum heilbrigðisstéttum, sem er vel því að fræðsla heilbrigðisstétta skiptir miklu máli varðandi alla framþróun.

Í forvarnahluta greinarinnar er lögð áhersla á bæði lýðgrundaðar og einstaklingsmiðaðar forvarnir og bent á að bestur árangur náist með því að beita báðum aðferðum. Höfundar benda á árangur lýðgrundaðra aðgerða hér á landi, sem átt hafa sinn þátt í minnkandi reykingum á Íslandi. Á síðustu áratugum síðustu aldar mátti rekja eitt dauðsfall á dag á Íslandi til reykingatengdra sjúkdóma samkvæmt gögnum Hjartaverndar.[3] Í dag nálgast það hins vegar að rekja megi eitt dauðsfall annan hvern dag til reykinga. Því eru nú um 150 færri dauðsföll árlega vegna minni reykinga í samanburði við árið 1981. Samkvæmt gögnum Hjartaverndar reykja þó enn um 20% Íslendinga á kransæðaaldrinum og því er hér mikið verk að vinna.

Þrátt fyrir samfellda þyngdaraukningu Íslendinga síðastliðinn aldarfjórðung og tvöföldun á tíðni sykursýki af tegund tvö samfara því ,hefur nýgengi kransæðasjúkdóma haldið áfram að lækka[4] (niðurstöður vantar þó fyrir allra síðustu ár). Veldur þar mestu að heildargildi kólesteróls í blóði (sem er óháð líkamsþyngd) hefur haldið áfram að lækka sem nemur alls 1,5 mmol/L til ársins 2008[5] og skýrir um þriðjung lækkunar á dánartíðni af völdum kransæðasjúkdóma á síðustu áratugum. Væntanlega tengist þetta æskilegum breytingum á mataræði sem lýst er í umræddri yfirlitsgrein.

Hins vegar eru nú teikn á lofti um að þessi lækkun hafi stöðvast og meðal kólesterólgildi jafnvel hækkað á ný samkvæmt óbirtum gögnum Hjartaverndar fyrir árið 2010. Hugsanlega tengist þessi viðsnúningur þeim mataræðisbreytingum sem vart hefur orðið hér á landi síðustu árin en áhrif þess á tíðni kransæðasjúkdóma kunna að koma fram nokkrum árum síðar. Þetta áréttar því mikilvægi þess að halda áfram reglubundnum mælingum á áhættuþáttum kransæðasjúkdóma í stóru þýði og skráningu kransæðasjúkdóma á Íslandi. Enn fremur undirstrikar þetta mikilvægi þess að mataræðiskannanir verði framkvæmdar á Íslandi með reglubundnum hætti. Engan veginn er nægjanlegt að framkvæma þær á 10 ára fresti eins og verið hefur.

Í yfirlitsgreininni eru einnig raktar nýjungar í rannsóknum og greiningu samfara vaxandi þekkingu og dýpkandi skilningi á þessum mikilvæga sjúkdómi. Notkun þessara greiningaraðferða hér á landi væri vissulega verð frekari umræðu.

Fróðlegt verður að lesa um mismunandi meðferð kransæðasjúkdóms í seinni hluta þessarar vönduðu og þörfu yfirlitsgreinar.

Heimildir

1. Árnadóttir LÓ, Axelsson TA, Helgason D, Jóhannesdóttir H, Aðalsteinsson JA, Geirsson A, et al. Árangur kransæðahjáveituaðgerða hjá sjúklingum fimmtíu ára og yngri. Læknablaðið 2014; 100: 651-6.
2. Guðbjartsson T, Andersen K, Danielsen R, Geirsson A, Þorgeirsson G. Yfirlitsgrein um kransæðasjúkdóm – fyrri hluti: Faraldsfræði, meingerð, einkenni og rannsóknir til greiningar. Læknablaðið 2014; 100: 667-76.
3. Handbók Hjartaverndar hjarta.is
4. Aspelund T, Gudnason V, Magnusdottir BT, Andersen K, Sigurdsson G, Thorsson B, et al. Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25-74 between the years 1981 and 2006. PLoS One 2010; 5: 213957.
5. Thorsson B, Steingrimsdottir L, Halldorsdottir S, Andersen K, Sigurdsson G, Aspelund T, et al. Changes in total cholesterol levels in Western societies are not related to statin, but rather dietary factors: the example of the Icelandic population. Eur Heart J 2013; 34: 1778-82.

Coronary heart disease in the front

Professor Gunnar Sigurdsson physician, chairman of the Icelandic Heart Association, former professor of Endocrinology University of Iceland

Forvörn gegn heilablóðfalli / segareki hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist lokusjúkdómum (NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum.



Áhrifaríkari vörn gegn **heilablóðfalli/ segareki** samanborið við warfarin[1]

Minni tíðni meiriháttar blæðinga samanborið við warfarin[1]

PFI141001

Aðeins Eliquis® tengir saman þessa kosti

Eliquis® apixaban

Veldu Eliquis®, eina Xa hemilinn sem sýnt hefur verið fram á að veiti áhrifaríkari vörn gegn heilablóðfalli/segareki **með** marktækt minni tíðni á meiriháttar blæðingum samanborið við warfarin[1].

Eliquis® (apixaban), sem ætlað er til inntöku, er beinn hemill á storkuþátt Xa og hefur eftirfarandi ábendingar:

- Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti.
- Forvörn gegn heilablóðfalli og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilablóðfall eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥II)[2].

▼ 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.

Sjá frekari upplýsingar um lyfið á www. lyfjastofnun.is

Heimildir: 1. Granger CB et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation.N Engl J Med 2011; 365: 981–992.2.
2. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Eliquis.

Sérlyfjatexti á bls. 709

Pfizer

Árangur kransæðahjáveituaðgerða hjá sjúklingum fimmtíu ára og yngri

Linda Ó. Árnadóttir[1] læknanemi, **Tómas A. Axelsson**[1] læknanemi, **Daði Helgason**[1] læknanemi, **Hera Jóhannesdóttir**[1] læknanemi, **Jónas A. Aðalsteinsson**[1] læknanemi, **Arnar Geirsson**[2] læknir, **Axel F. Sigurðsson**[3] læknir, **Tómas Guðbjartsson**[1,2] læknir,

ÁGRIP

Inngangur: Meðalaldur þeirra sem gangast undir kransæðahjáveituaðgerð er nálægt sjötugu. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna árangur kransæðahjáveituaðgerða hjá yngri sjúklingum (≤50 ára), meðal annars snemmkomna fylgikvilla, dánartíðni innan 30 daga og langtímalifun.

Efniviður og aðferðir: Afturskyggn rannsókn á 1626 sjúklingum sem gengust undir kransæðahjáveituaðgerð á Landspítala 2001-2012. Bornir voru saman 100 sjúklingar 50 ára og yngri og 1526 sjúklinga yfir fimmtugu.

Niðurstöður: Hlutfall karla og áhættuþættir kransæðasjúkdóms voru sambærilegar í báðum hópum, einnig útbreiðsla kransæðasjúkdóms og hlutfall sjúklinga með vinstri höfuðstofnsþrengsli. Útstreymisbrot vinstri slegils yngri sjúklinga fyrir aðgerð var marktækt lægra en þeirra eldri (52% á móti 55%, p=0,004), fleiri þeirra höfðu nýlegt hjartadrep fyrir aðgerð (41% á móti 27%, p=0,003) og aðgerð var oftar gerð með flýtingu (58% á móti 45%, p=0,016). Tíðni minniháttar fylgikvilla var lægri hjá yngri sjúklingum (30% á móti 50%, p<0,001), sérstaklega nýtilkomið gáttatif (14% á móti 35%, p<0,001), en blæðing í brjóstholskera á fyrsta sólarhring eftir aðgerð var einnig minni (853 ml á móti 999 ml, p=0,015) og þeir fengu færri einingar af rauðkornaþykkni (1,3 á móti 2,8 ein, p<0,001). Hins vegar reyndist ekki marktækur munur á alvarlegum fylgikvillum (6% á móti 11%, p=0,13) eða dánartíðni innan 30 daga (1% á móti 3%, p=0,5). Legutími yngri sjúklinga var rúmlega tveimur dögum styttri að meðaltali en þeirra eldri (p<0,001). Sjúkdómasértæk lifun var sambærileg fyrir báða aldurshópana en þó sást tilhneiging í átt að betri lifun fyrir yngri sjúklinga (99% á móti 95% fimm ára lifun, p=0,07).

Ályktun: Minniháttar fylgikvillar eru sjaldgæfari hjá yngri sjúklingum en þeim eldri, legutími þeirra er styttri og blóðgjafir fátíðari. Einnig virðast veikindi þeirra bera bráðar að. Sjúkdómasértæk lifun yngri sjúklinga virðist ívið betri en eldri sjúklinga.

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]hjarta- og lungnaskurðdeild, [3]hjartadeild Landspítala.

Fyrirspurnir: Tómas Guðbjartsson

tomasgud@landspitali.is

Greinin barst 3. desember 2013, samþykkt til birtingar 29. september 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Inngangur

Kransæðahjáveituaðgerð er langalgengasta opna hjartaaðgerðin á Vesturlöndum og er oftast beitt við útbreiddum kransæðasjúkdómi og/eða þrengslum í höfuðstofni vinstri brjóstholsslagæðar.[1-3] Áhætta á kransæðasjúkdómi eykst með aldri en flestir sjúklingar sem gangast undir hjáveituaðgerð eru komnir fast að sjötugu og gera má ráð fyrir að yfir 97% þeirra lifi aðgerðina.[4-6] Áhættuþættir kransæðasjúkdóms hjá yngri sjúklingum eru ekki eins vel rannsakaðir og hjá þeim eldri. Þó hafa reykingar og sykursýki, sérstaklega hjá konum, tengsl við snemmkominn kransæðasjúkdóm.[7,8] Einnig virðast karlar fá kransæðasjúkdóm fyrr, sérstaklega þeir sem eru í ofþyngd.[7,9] Fjölskyldusaga er einnig mikilvægur áhættuþáttur en rannsóknir benda til að erfðaþættir geti leikið stórt hlutverk í þróun snemmkomins kransæðasjúkdóms.[10]

Hér á landi hefur árangur kransæðahjáveituaðgerða verið töluvert rannsakaður, meðal annars hjá eldri sjúklingum og þeim sem þjást af offitu.[6,11,12] Hins vegar er lítið vitað um árangur hjá yngri sjúklingum, en í erlendum rannsóknum eru þeir um 5-7% þeirra sem gangast undir hjáveituaðgerð.[13,14]

Tilgangur þessarar rannsóknar var því að kanna árangur kransæðahjáveituaðgerða hjá sjúklingum 50 ára og yngri og bera saman við eldri sjúklinga. Sérstaklega var litið á snemmkomna fylgikvilla og dánartíðni innan 30 daga en einnig langtímalifun eftir aðgerð.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og tók til allra þeirra 1626 sjúklinga sem gengust undir sína fyrstu kransæðahjáveituaðgerð á Landspítala á tímabilinu 1. janúar 2001 til 31. desember 2012. Endurhjáveituaðgerðum var sleppt og aðgerðum þar sem önnur hjartaaðgerð var gerð samtímis kransæðahjáveitu, eins og hjartalokuskipti eða hjartalokuviðgerð.

Leitað var að sjúklingum í tveimur aðskildum skrám og með því reynt að tryggja að allir sjúklingar væru teknir með í rannsóknina. Annars vegar var leitað í sjúklingabókhaldi Landspítala eftir aðgerðarnúmerum fyrir kransæðahjáveituaðgerðir (FNSA00, FNSC10, FNSC20 og FNSC30) og aðgerðir þar sem notuð var hjarta- og lungnavél (FZSA00 og FZSA10). Hins vegar var stuðst við skrá sem haldin er á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala og nær til allra opinna hjartaaðgerða, en frá 2010 hefur þessi skráning verið rafræn.

Klínískar upplýsingar fengust úr sjúkraskrám, aðgerðarlýsingum og svæfingarskýrslum, meðal annars um ýmsa áhættuþætti kransæðasjúkdóms, aðgerðina sjálfa og fylgikvilla eftir aðgerð. Skráð var kyn og aldur við aðgerð en einnig reiknaður líkamsþyngdarstuðull (kg/m^2) út frá upplýsingum um hæð og þyngd. Einkenni sjúklinga voru stigið eftir kvörðum CCS (Canadian Cardiovascular Society) og NYHA (New York Heart Association). Einnig var fyrri hjartasaga skráð, til dæmis saga um nýlegt og eldra hjartadrep, kransæðavíkkun og

PFI141001

Tafla I. *Áhættuþættir fyrir kransæðasjúkdómi í yngri og eldri hópi. Gefinn er upp fjöldi (%), nema meðaltal ± staðalfrávik (bil) fyrir líkamsþyngdarstuðul.*

Áhættuþáttur	Yngri ≤50 ára	Eldri >50 ára	p-gildi
Reykingasaga	68 (69)	1077 (72)	0,74
Blóðfituröskun	62 (63)	855 (58)	0,32
Háþrýstingur	57 (57	981 (64)	0,17
Sykursýki	20 (20)	241 (16)	0,34
Líkamsþyngdarstuðull, kg/m^2 (bil)	29,1 ± 4,8 (21,2-46,3)	28,1± 4,4 (17-63,9)	0,06

hjartsláttaróreglu. Einnig voru skráð hjartalyf sem sjúklingarnir tóku fyrir aðgerðina. Farið var yfir niðurstöður kransæðaþræðingar úr þræðingalýsingum fyrir aðgerð og metið hvort um þriggja æða kransæðasjúkdóm og/eða vinstri höfuðstofnsþrengsli væri að ræða. Að auki var farið yfir ómskoðunarsvör og útstreymisbrot vinstri slegils skráð í prósentum, auk hlutfalls sjúklinga sem höfðu útstreymisbrot undir 30%. Staðlað EuroSCORE var reiknað fyrir alla sjúklinga fyrir aðgerð en það er alþjóðlega viðurkennt áhættulíkan til að meta áhættu við hjartaskurðaðgerðir.[15]

Litið var til þess hvort aðgerðin var framkvæmd með aðstoð hjarta- og lungnavélar eða á sláandi hjarta. Aðgerðartími (*skin to skin*), tími á hjarta- og lungnavél og tangartími (*cross clamp time*) var skráður í mínútum. Athugaður var fjöldi fjærtenginga á kransæðar (*distal anastomosis*) ásamt því hvaða græðlingar voru notaðir við hjáveituna, bláæða- eða slagæðagræðlingar. Aðgerðir voru flokkaðar eftir því hvort um var að ræða val-, flýti- eða bráðaaðgerð. Bráðaaðgerð var skilgreind sem aðgerð gerð innan sólarhrings frá komu sjúklings á sjúkrahús, flýtiaðgerð ef aðgerð var gerð á sjúklingi sem var inniliggjandi á sjúkrahúsi en valaðgerð ef sjúklingur var innkallaður af biðlista. Legutími á gjörgæslu og legudeild hjartaskurðlækninga var skráður í dögum. Blæðing í brjóstholskera fyrsta sólarhringinn var skráð í ml og fjöldi eininga rauðkornaþykknis sem sjúklingum voru gefnar í eða eftir aðgerð var einnig skráður.

Fylgikvillar voru flokkaðir í alvarlega og minniháttar og var að hluta til stuðst við skilmerki Society of Thoracic Surgeons (STS).[16] Fylgikvillar sem greindust á fyrstu 30 dögum eftir aðgerð voru skilgreindir sem snemmkomnir. Alvarlegir fylgikvillar voru hjartadrep í eða eftir aðgerð, heilablóðfall, djúp sýking (sýking í bringubeini eða miðmæti) bráður nýrnaskaði í RIFLE-flokki F og E, og fjöllíffærabilun. Minniháttar fylgikvillar voru nýtilkomið gáttatif, grunnar skurðsárasýkingar á bringu eða fæti, lungnabólga, þvagfærasýkingar, aftöppun fleiðruvökva og vægur nýrnaskaði (RIFLE-flokkar R og I). Hjartadrep í eða eftir aðgerð var skilgreint sem nýtilkomnar ST-hækkanir eða vinstra greinrof á hjartalínuriti ásamt hækkun á hjartaensíminu CKMB yfir 70 ng/ml, en þá voru ekki teknir með sjúklingar sem höfðu hækkun á CKMB vegna hjartadreps fyrir aðgerð. Sérstaklega var athugað hvort sjúklingur þurfti að fara í víkkun á kransæðum eða endurhjáveituaðgerð innan 30 daga vegna endurþrengsla. Loks var dánartíðni innan 30 daga frá aðgerð (*operative mortality*) skráð.

Heildarlifun og sjúkdómasértæk lifun var reiknuð með aðferð Kaplan-Meier og samanburður á lifun yngri og eldri hóps metinn með log-rank prófi. Við útreikninga á sjúkdómasértækri lifun voru einungis taldir með sjúklingar sem létust af völdum hjarta- og æðasjúkdóma. Útreikningar á lifun miðuðust við 1. maí 2013 en upplýsingar um dánarorsakir fengust úr dánarmeinaskrá Embættis landlæknis. Áhættulíkan Cox var notað til þess að kanna fylgni breyta við langtímalifun.

Gögn voru skráð í forritið Microsoft Office Excel og lýsandi tölfræði unnin í því en tölfræðipróf voru gerð í forritinu Rstudio-útgáfu 0.97.318. Marktækni miðaðist við p-gildi <0,05.

Áður en rannsóknin hófst fengust öll tilskilin leyfi frá vísindasiðanefnd, Persónuvernd og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala.

Niðurstöður

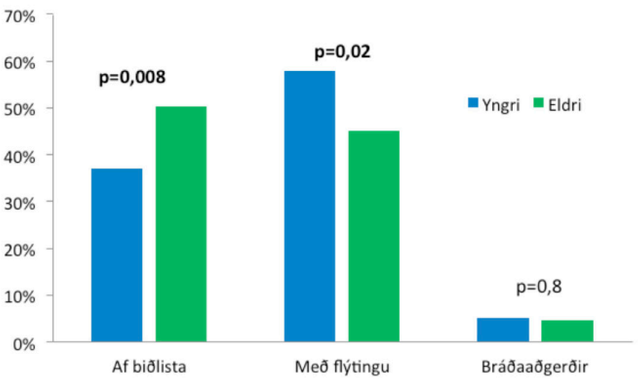
Af 1626 sjúklingum voru 100 (6%) 50 ára og yngri og hélst þetta hlutfall stöðugt á þremur fjögurra ára tímabilum frá 2001 til 2012 (p >0,1). Í yngri hópnum var meðalaldur 46 ± 3,6 ár (bil: 32-50) en 67 ± 8,0 ár í þeim eldri (bil: 51-88). Í sömu hópum var hlutfall karla svipað, eða 87% og 82% (p=0,24).

Áhættuþættir kransæðasjúkdóms, eins og saga um reykingar, háþrýsting, blóðfituröskun og sykursýki, voru sambærilegir milli hópa (tafla I). Tilhneiging til hærri líkamsþyngdarstuðuls sást í hópi yngri sjúklinga, eða 29 kg/m^2 borið saman við 28,1 kg/m^2 hjá eldri sjúklingum (p=0,06).

Einkenni voru svipuð í hópunum, bæði samkvæmt CCS- og NYHA-kvarða. Algengust var hjartaöng (64% á móti 60%, p=0,5), næstflestir höfðu hjartaöng ásamt mæði (32% á móti 36%, p=0,52) og 4% í báðum hópum kvörtuðu um mæði án brjóstverkja. Hlutfall sjúklinga með hvikula hjartaöng var einnig sambærilegt milli hópa (59% á móti 51%, p=0,16). Tveir sjúklingar í yngri hópi (2%) og 18 í þeim eldri (0,1%) greindust fyrir tilviljun (oftast við eftirlit) og höfðu engin einkenni frá hjarta (p=0,35).

Hlutfall sjúklinga með þriggja æða kransæðasjúkdóm (79% á móti 83%, p=0,43) og marktæk þrengsli í vinstri höfuðstofni (36% á móti 43%, p=0,22) var sambærilegt milli yngri og eldri sjúklinga. Sama átti við um fyrri sögu um hjartasjúkdóma, þar með talið eldra hjartadrep (30% á móti 25%, p=0,34), fyrri kransæðavíkkun (20% á móti 21%, p=1), hjartabilun (8% á móti 10%, p=0,73) og hjartsláttaróreglu (7% á móti 10%, p=0,48). Fleiri yngri sjúklingar höfðu hins vegar sögu um nýlegt hjartadrep, eða 41 sjúklingur (41%) borið saman við 408 (27%) í þeim eldri (p=0,003).

Yngri sjúklingar höfðu marktækt lægra útstreymisbrot vinstri slegils (meðaltal 52% ±11,4, bil: 15-70) miðað við eldri hópinn (55% ±9,8, bil: 10-80) (p=0,004). Hlutfall yngri sjúklinga með útstreymisbrot undir 30% var 5% en 2% í eldri hópi (p=0,03).



Mynd 1. *Hlutfall sjúklinga í yngri og eldri hópi sem gengust undir valaðgerð, aðgerð með flýtingu eða bráðaaðgerð.*

Tafla II. *Aðgerðartengdir þættir í yngri og eldri hópi. Gefinn er upp fjöldi (%) eða meðaltal ± staðalfrávik (bil).*

	Yngri ≤50	Eldri >50	p-gildi
Aðgerð á sláandi hjarta - OPCAB	28 (28)	343 (22)	0,32
Aðgerðartími, mínútur (bil)	208 ± 47 (125-350)	213 ± 57 (85-630)	0,4
Fjöldi fjærtenginga (bil)	3,4 ± 1 (1-5)	3,4 ± 0,8 (1-6)	0,44
Vinstri brjóstholsslagæð notuð - LIMA	93 (93)	1437 (94)	0,26

Á mynd 1 sést hversu fljótt sjúklingarnir voru teknir til aðgerðar. Yngri sjúklingar voru oftar teknir í aðgerð með flýtingu (58% á móti 45%, p=0,016) en hlutfall bráðaaðgerða var svipað í báðum hópum, eða í kringum 5% (p=0,8).

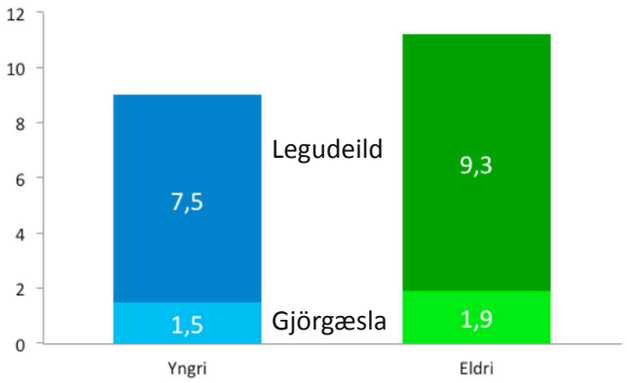
Hlutfall aðgerða sem gerðar voru á sláandi hjarta var svipað í báðum hópum, eða 28% í yngri hópi og 22% í þeim eldri (p=0,31). Aðgerðartími, tími á hjarta- og lungnavél og tangartími var einnig svipaður í báðum hópunum. Fjöldi fjærtenginga á kransæðar var sambærilegur, sem og notkun LIMA-slagæðagræðlings (tafla II).

Blæðing í vinstri brjóstholsslagæð fyrstu 24 klst. eftir aðgerð var minni hjá yngri hópnum og munaði 146 ml á hópunum (853 á móti 999 ml, p=0,015). Yngri sjúklingar fengu sömuleiðis marktækt færri einingar af rauðkornaþykkni í og eftir aðgerð og munaði 1,5 einingu í allri legunni (1,3 á móti 2,8 einingum, p<0,001).

Tíðni allra minniháttar fylgikvilla samanlagt var marktækt lægri hjá yngri hópnum en þar greindist um þriðjungur sjúklinganna með einhvern minniháttar fylgikvilla eftir aðgerð borið saman við helming eldri sjúklinga (tafla III). Þar munaði mestu um nýtilkomið gáttatif en það var algengasti fylgikvillinn í báðum hópum og greindist hjá 14% yngri sjúklinga og 35% þeirra eldri (p<0,001).

Heildartíðni alvarlegra fylgikvilla var sambærileg í báðum hópum en 6 sjúklingar (6%) í yngri hópnum greindust með alvarlegan fylgikvilla borið saman við 170 (11%) í eldri hópnum (p=0,13). Ekki sást heldur marktækur munur á tíðni einstakra alvarlegra fylgikvilla (tafla IV) ef frá er skilinn bráður nýrnaskaði (RIFLE-flokkar F og E) en enginn greindist í yngri hópnum en 13 (0,8%) í þeim eldri (p<0,001).

Ekki var marktækur munur á dánarhlutfalli innan 30 daga milli hópa (p=0,51). Í yngri hópnum lést einn sjúklingur innan 30 daga eftir aðgerðina (1%) en sá sjúklingur lést 6 dögum eftir aðgerð vegna hjartabilunar og hjartsláttaróreglu. Í eldri hópnum



Mynd 2. *Legutími yngri og eldri sjúklinga á gjörgæslu og á legudeild (dekkri litur) í dögum.*

Tafla III. *Minniháttar snemmkomnir fylgikvillar í yngri og eldri hópi eftir aðgerð. Fjöldi (%).*

Fylgikvillar	Yngri ≤50 ára	Eldri >50 ára	p-gildi
Allir minniháttar fylgikvillar	30 (30)	763 (50)	<0,001
Gáttatif	14 (14)	536 (35)	<0,001
Aftöppun fleiðruvökva	7 (7)	180 (12)	0,19
Grunn skurðsýking í bringubeinsskurði eða á fæti	7 (7)	151 (10)	0,48
Þvagfærasýking	0 (0)	55 (4)	0,04
Lungnabólga	7 (7)	99 (6)	0,83
Bráður nýrnaskaði (RIFLE-flokkur R)*	9 (9)	145(11)	1
Bráður nýrnaskaði (RIFLE-flokkur I)*	1 (1)	41 (3)	0,51

*Kreatíníngildi vantaði fyrir tvo sjúklinga í yngri hópi og 23 í þeim eldri.

Tafla IV. *Alvarlegir snemmkomnir fylgikvillar í yngri og eldri hópi eftir aðgerð. Fjöldi (%).*

Fylgikvillar	Yngri ≤50 ára	Eldri >50 ára	p-gildi
Allir alvarlegir fylgikvillar	6 (6)	170 (11)	0,13
Hjartadrep	3 (3)	73 (5)	0,62
Bringubeinslos	1 (1)	26 (2)	1
Heilablóðfall	0 (0)	24 (2)	0,4
Fjöllíffærabilun	2 (2)	52 (3)	0,57
Djúp skurðsýking	0 (0)	15 (1)	1
Bráður nýrnaskaði (RIFLE-flokkur F og E)*	0 (0)	13 (0,8)	<0,001

*Kreatíníngildi vantaði fyrir tvo sjúklinga í yngri hópi og 23 í þeim eldri.

lést 41 sjúklingur (3%) innan 30 daga, þar af 6 á skurðarborðinu. Af þeim voru 14 í losti áður en þeir voru teknir í bráðaaðgerð.

Ekki reyndist munur á hlutfalli sjúklinga í yngri og eldri hópi sem þurftu að gangast undir kransæðavíkkun innan 30 daga eftir aðgerð (2% á móti 3%, p=0,77) eða endurhjáveituaðgerð (0% á móti 0,4%, p=1).

Heildarlegutími yngri sjúklinga var að meðaltali tveimur dögum styttri en þeirra eldri, eða 9 á móti 11,2 dögum (p<0,001).

Heildarlifun yngri sjúklinga var sambærileg þeirra eldri eftir 1 ár (99% á móti 97%, p=0,14) en marktækt betri eftir 5 ár (97% á móti 89%, p=0,04) (mynd 3a). Sjúkdómasértæk lifun var sambærileg fyrir báða aldurshópana en þó sást tilhneiging í átt að betri lifun fyrir yngri sjúklinga (99% á móti 95% fimm ára lifun, p=0,07) (mynd 3b).

Í töflu V eru sýndar niðurstöður úr hlutfallslegu Cox áhættulíkani á forspárþáttum lifunar eftir aðgerð. Breytan aldur ≤50 ára reyndist verndandi forspárþáttur (HR 0,45, 95% CI 0,21-0,96) en sterkustu áhættuþættirnir með neikvæð áhrif á lifun voru bráðaaðgerð (HR 2,93, 95% CI 1,8-4,76) og útfallsbrot vinstri slegils undir 30% (HR 2,81, 95% CI 1,52-5,19). Einnig reyndust sykursýki og skert nýrnastarfsemi (GSH <60 ml/mín/1,73m^2) hafa marktækt neikvæð áhrif á lifun, en ekki kyn.

Umræða

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna árangur kransæðahjáveituaðgerða hjá sjúklingum 50 ára og yngri og bera saman við þá sem eru yfir fimmtugt. Alls reyndust 100 sjúklingar af 1626 vera fimmtíu ára eða yngri (6%), allir skornir á Landspítala á nýlegu 12

Tafla V. Hlutfallslegt Cox áhættulíkan fyrir heildarlifun.

	Áhættuhlutfall	95% ÖB	p-gildi
Aldur ≤50 ár	0,45	0,21 - 0,96	0,04
Kvenkyn	1,11	0,81 - 1,53	0,50
Sykursýki	1,54	1,12 - 2,11	0,008
Bráðaaðgerð	2,93	1,80 - 4,76	<0,001
GSH* <60 ml/mín/1,73m^2	2,42	1,82 - 3,22	<0,001
Útstreymisbrot <30%	2,81	1,52 - 5,19	<0,001

*GSH: gaukulsíunarhraði. ÖB: öryggisbil

ára tímabili. Þetta er svipað hlutfall yngri sjúklinga og í erlendum rannsóknum.[13,14]

Helstu niðurstöður voru þær að dánarhlutfall innan 30 daga og tíðni alvarlegra fylgikvilla reyndust svipuð í yngri og eldri sjúklingahópi. Minniháttar fylgikvillar reyndust hins vegar marktækt færri meðal yngri sjúklinganna, aðallega vegna lægri tíðni nýtilkomins gáttatifs. Þetta skýrir að hluta að legutími yngri sjúklinga reyndist tveimur dögum styttri að meðaltali. Yngri sjúklingar fengu einnig færri einingar af rauðkornaþykkni og veikindi þeirra virtist bera bráðar að, þar sem fleiri úr þeirra hópi voru teknir til aðgerðar með flýtingu. Flýting aðgerðar fer sennilega saman við hærri tíðni nýlegs hjartadreps hjá yngri sjúklingum, sem einnig voru með lægra útfall vinstra slegils.

Niðurstöður okkar eru í samræmi við nokkrar erlendar rannsóknir á árangri kransæðahjáveitu hjá yngri sjúklingum sem flestar sýna svipaða tíðni skurðdauða og fylgikvilla,[13,14,17,18] þar á meðal rannsókn D'Errigo og félaga þar sem dánarhlutfall innan 30 daga var 2,5%.[13] Fyrir suma af sjaldgæfari fylgikvillunum, eins og djúpar sárasýkingar og heilaæðaáfall, sást ákveðin tilhneiging í átt að lægri tíðni fyrir yngri sjúklinga, en þar sem sjúklingaþýðið var tiltölulega lítið var ekki sýnt fram á marktækan mun á hópunum.

Um þriðjungur yngri sjúklinga fékk einhvern minniháttar fylgikvilla, borið saman við helming eldri sjúklinga. Mestu munaði um tíðni nýtilkomins gáttatifs sem aðeins greindist hjá 14% yngri sjúklinga en hjá 35% þeirra eldri. Fjöldi rannsókna hefur sýnt að aldur er einn af sterkustu áhættuþáttum gáttatifs eftir hjartaaðgerðir, án þess að ástæðan fyrir því sé þekkt.[18,19] Aðrir minniháttar fylgikvillar, eins og þvagfærasýkingar, grunnar skurðsárasýkingar og lungnabólga, voru sambærilegir í hópunum, sem svipar til rannsóknar Mamoun og félaga.[18]

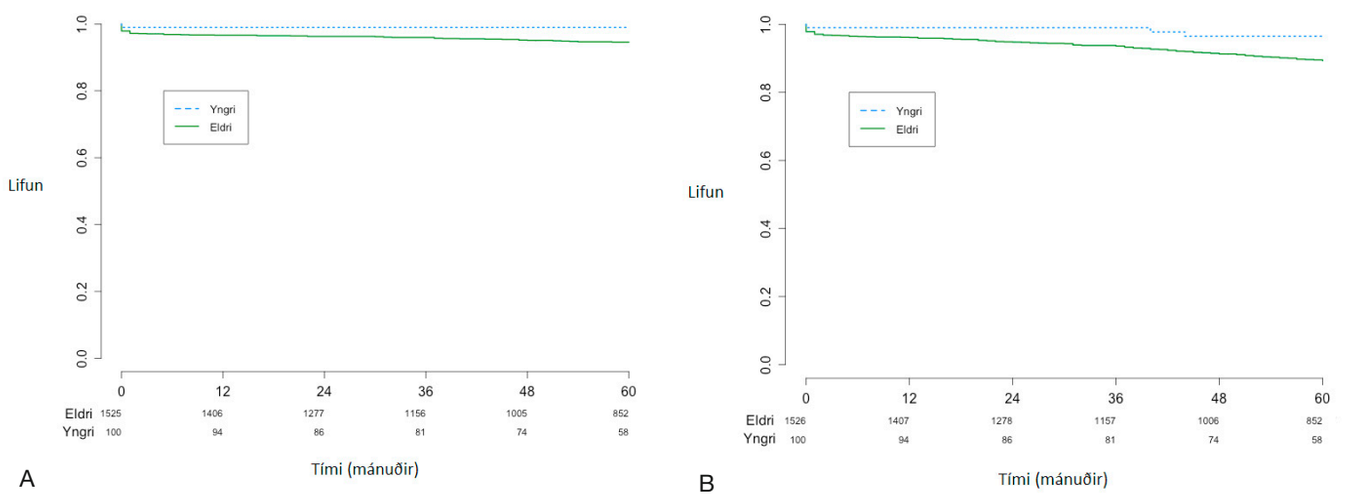
Algengasti alvarlegi fylgikvillinn var hjartadrep í eða eftir aðgerð sem er í samræmi við aðrar rannsóknir, enda þótt tíðni milli rannsókna sé háð því hvernig hjartadrep er skilgreint.[20] Í okkar rannsókn var notast við frekar víða skilgreiningu á hjartadrepi en tíðni hjartadreps var engu að síður lág í báðum hópum (3% á móti 5%, p=0,62). Tíðni skurðsýkinga, bráðs nýrnaskaða og fjöllíffærabilunar var einnig sambærileg milli hópa í okkar rannsókn sem er svipað og í rannsókn Rahmnaian og félaga.[21,22]

Ekki reyndist munur á tíðni kransæðavíkkana (2% á móti 3%, p=0,77) eða endurhjáveituaðgerða innan 30 daga (0% á móti 0,4%, p=1) vegna endurþrenginga. Svipuðum niðurstöðum var lýst í rannsókn Lamy og félaga.[20]

Eins og búast mátti við var heildarlifun yngri sjúklinga betri en þeirra eldri, enda skerðast lífslíkur með hækkandi aldri. Ekki kemur því á óvart að aldur undir fimmtugu skyldi hafa jákvæð áhrif á lifun. Sama á við um neikvæð áhrif bráðaaðgerðar og þegar útfall vinstra slegils er undir 30%, en hvort tveggja eru vel þekktir neikvæðir forspárþættir lifunar,[23] líkt og sykursýki og skert nýrnastarfsemi.[24]

Ekki reyndist mikill munur á sjúkdómasértækri lifun á fyrsta ári frá aðgerð en tilhneiging sást í átt að betri lifun hjá yngri hópnum eftir bæði 5 og 10 ár (p=0,06-0,07). Varast ber að oftúlka þessar niðurstöður, enda aldur sjúklinga mjög mismunandi milli hópa. Engu að síður gefa þessar niðurstöður vísbendingu um að kransæðahjáveituaðgerðir séu ekki síðri meðferðarkostur fyrir yngri sjúklinga en þá eldri.

Í þessari rannsókn, líkt og fjölda erlendra rannsókna, var ekki hægt að sýna fram á hvaða áhættuþættir tengjast snemmkomnum kransæðasjúkdómi.[8,9,25] Karlmenn voru í miklum meirihluta í báðum hópum en hlutfall sjúklinga með einhvern af helstu áhættuþáttunum (háþrýsting, blóðfituröskun, reykingar og sykursýki) var mjög áþekkt, eða 93% í yngri hópnum og 94% í þeim eldri (p=0,86). Þessum niðurstöðum svipar til þess sem lýst hefur verið í öðrum rannsóknum.[25] Sá áhættuþáttur sem virtist skera



Mynd 3. *Heildarlifun (a) og sjúkdómasértæk lifun (b) yngri sjúklinga borin saman við eldri sjúklinga (Kaplan-Meier graf). Á x-ási er fjöldi sjúklinga, eldri og yngri, á hverjum tíma (number at risk).*

sig úr er líkamsþyngdarstuðull. Yngri sjúklingar sýndu þannig tilhneigingu til þess að vera heldur þyngri en þeir eldri (p=0,06). Svipuðum niðurstöðum hefur verið lýst áður, meðal annars í rannsókn sem bar saman árangur kransæðavíkkunar og kransæðahjáveitu hjá yngri sjúklingum.[9,14] Ekki lágu fyrir áreiðanlegar upplýsingar um ættarsögu sjúklinganna, enda rannsóknin afturskyggn. Frekari rannsóknir á erfðaefni sjúklinga með dreifðan kransæðasjúkdóm gætu varpað frekara ljósi á orsök sjúkdómsins. Slíkar rannsóknir eru þegar hafnar hér á landi í samstarfi við Íslenska erfðagreiningu.

Yngri sjúklingar voru frekar teknir með flýtingu í aðgerð, eða í 58% tilfella. Þetta er svipað hlutfall og í rannsókn Bardakci og félaga þar sem hlutfallið var 60%. Í okkar rannsókn voru 6% aðgerðanna bráðaaðgerðir, en yngri sjúklingar voru oftar með brátt hjartadrep og greiningu sjúkdómsins virðist því oftar hafa borið brátt að.

Styrkur rannsóknarinnar er að hún nær yfir 12 ára tímabil og tekur til allra sjúklinga sem gengust undir kransæðahjáveituaðgerð hjá heilli þjóð. Nákvæmar upplýsingar fengust fyrir alla sjúklinga, bæði hvað varðar fylgikvilla en einnig upplýsingar um lifun úr Þjóðskrá og dánarmeinaskrá Embættis landlæknis. Veikleiki við rannsóknina er að hún er afturskyggn. Því er skráning á einkennum sjúklinga, faraldsfræðilegum þáttum og fylgikvillum ekki jafn nákvæm og við framsýna rannsókn. Einnig er veikleiki að upplýsingar um langtímafylgikvilla, til dæmis kransæðaþræðingar eftir 30 daga vantar. Loks má nefna að sjúklingar í yngri hópi voru aðeins 100 talsins en með fleiri sjúklingum hefði fengist meiri styrkur í tölfræðilegan samanburð hópa, sérstaklega við samanburð á sjaldgæfum fylgikvillum og dánartíðni innan 30 daga.

Lokaorð

Árangur kransæðahjáveituaðgerða hjá yngri sjúklingum er góður hér á landi. Sjúkdómasértæk lifun þeirra virðist ívið betri en eldri sjúklinga og tíðni minniháttar fylgikvilla lægri. Einnig er legutími yngri sjúklinga styttri og blóðgjafir fátíðari, enda þótt veikindi þeirra virðist bera bráðar að en þeirra eldri.

Mikilvægt er að kanna frekar árangur meðferðar við kransæðasjúkdómi hjá yngri sjúklingum hér á landi, ekki aðeins skurðaðgerða heldur einnig kransæðavíkkana. Slík rannsókn er þegar hafin og mun hún vonandi varpa frekara ljósi á árangur meðferðar í þessum sjúklingahópi. Mest spennandi eru samt rannsóknir á erfðum kransæðasjúkdóms en þær munu vonandi skýra af hverju sumir einstaklingar þróa sjúkdóminn fyrr en aðrir.

Þakkir

Þakkir fær Gunnhildur Jóhannsdóttir skrifstofustjóri á skurðsviði Landspítala og Yousef Tamimi fyrir yfirlestur greinar.

ENGLISH SUMMARY

Outcome of myocardial revascularisation in patients fifty years old and younger

Arnadottir LO[1], Axelsson TA[1], Helgason D[1], Johannesdóttir H[1], Adalsteinsson JA[1], Geirsson A[2], Sigurdsson AF[3], Gudbjartsson T[1,2]

Introduction: Most patients that undergo coronary artery bypass grafting (CABG) are around 70 years of age when operated on. We investigated the outcome of CABG in patients 50 years and younger, focusing on early complications, operative mortality and long-term survival.
Material and method: A retrospective study on 1626 patients that underwent CABG in Iceland 2001-2012. One hundred patients aged 50 years or younger were compared to 1526 older patients.
Results: The male:female ratio, risk factors and extension of coronary artery disease were comparable in both groups, as was the proportion of patients with left main disease. Left ventricular ejection fraction was significantly lower in the younger patients (52 vs. 55%, p=0.004) and more of them had a recent myocardial infarction (41 vs. 27%, p=0.003). Minor complications were less common in the younger group (30 vs. 50%, p<0.001), especially new onset atrial fibrillation (14 vs. 35%, p<0,001). Chest tube bleeding for the first 24 hours postoperatively was also less in the younger group (853 vs. 999 ml, p=0.015) and they received fewer units of packed red cells (1.3 vs. 2.8 units, p<0.001). However, the incidence of major complications was comparable (6 vs. 11%, p=0.13) and the same was true for 30 day mortality (1 vs. 3%, p=0.5). Mean hospital stay was 2 days shorter for younger patients (p<0.001). There was a non-significant trend for improved disease-specific survival for the younger patients, or 99% vs. 95% 5-year survival (p=0.07).
Conclusion: In younger patients undergoing CABG minor complications are less common than in older patients, their hospital stay is shorter and transfusions less common. There was also a trend for improved disease specific survival for the younger patients.

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

Key words: *Coronary artery bypass grafting (CABG), young patients, outcome, complications, survival.*

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

Heimildir

1. Arnorsson T, Torfason B, Olafsson G, Alfredsson H, Johannsson KB, Gudbjartsson T. E 24. Hjartaskurðlækningar á Íslandi í 20 ár. Ágrip erinda af Vísindaþingi Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands. Læknablaðið 2007; 93: 320.
2. Serruys PW, Morice M-C, Kappetein AP, Colombo A, Holmes DR, Mack MJ, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. N Engl J Med 2009; 360: 961-72.
3. Barner HB. Operative treatment of coronary atherosclerosis. Ann Thorac Surg 2008; 85: 1473-82.
4. Yan BP, Clark DJ, Buxton B, Ajani AE, Smith JA, Duffy SJ, et al. Clinical characteristics and early mortality of patients undergoing coronary artery bypass grafting compared to percutaneous coronary intervention: Insights from the Australasian Society of Cardiac and Thoracic Surgeons (ASCTS) and the Melbourne Interventional Group (MIG) Registries. Heart, Lung Circulation 2009; 18: 184-90.
5. Shroyer ALW, Coombs LP, Peterson ED, Eiken MC, DeLong ER, Chen A, et al. The society of thoracic surgeons: 30-day operative mortality and morbidity risk models. Ann Thorac Surg 2003; 75: 1856-65.
6. Sigurjonsson H, Helgadottir S, Oddsson SJ, Sigurðsson MI, Geirsson A, Arnorsson T, et al. Árangur kransæðahjáveituaðgerða á Íslandi 2002-2006. Læknablaðið 2012; 9: 451-6
7. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364: 937-52.
8. Cole JH, Miller JI 3rd, Sperling LS, Weintraub WS. Long-term follow-up of coronary artery disease presenting in young adults. J Am Coll Cardiol 2003; 41: 521-8.
9. Khawaja FJ, Rihal CS, Lennon RJ, Holmes DR, Prasad A. Temporal Trends (over 30 Years), Clinical Characteristics, Outcomes, and Gender in Patients ≤50 Years of Age Having Percutaneous Coronary Intervention. Am J Cardiol 2011; 107: 668-74.
10. Hauser ER, Crossman DC, Granger CB, Haines JL, Jones CJH, Mooser V, et al. A genomewide scan for early-onset coronary artery disease in 438 families: The GENECARD Study. Am J Hum Genet 2004; 75: 436-47.
11. Oddsson SJ, Sigurjonsson H, Helgadottir S, Sigurdsson MI, Viktorsson SA, Arnorsson T, et al. Tengsl offitu við árangur kransæðahjáveituaðgerða. Læknablaðið 2011; 97: 223-8.
12. Sigurdsson MI, Helgadottir S, Ingvarsdottir IL, Viktorsson SA, Hreinsson K, Arnorsson T, et al. Árangur kransæðahjáveituaðgerða og ósæðarlokuskipta hjá öldruðum. Læknablaðið 2012; 98: 11-6.
13. D'Errigo P, Biancari F, Maraschini A, Rosato S, Badoni G, Seccareccia F. Thirty-day mortality after coronary artery bypass surgery in patients aged <50 years: results of a multicenter study and meta-analysis of the literature. J Cardiac Surg 2013; 28: 207-11.
14. Bardakci H, Cheema FH, Topkara VK, Dang NC, Martens TP, Mercando ML, et al. Discharge to home rates are significantly lower for octogenarians undergoing coronary artery bypass graft surgery. Ann Thorac Surg 2007; 83: 483-9.
15. Nashef SAM, Roques F, Michel P, Gauducheau E, Lemeshow S, Salamon R, et al. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). Eur J Cardio-Thorac Surg 1999; 16: 9-13.
16. Surgeons TSoT. Adult Cardiac Surgery Database Training Manual, v2.73. Adult Cardiac Surgery Data Collection. sts.org/sts-national-database/database-managers/adult-cardiac-surgery-database/data-collection:
17. Flather M, Rhee J-W, Boothroyd DB, Boersma E, Brooks MM, Carrié D, et al. The effect of age on outcomes of coronary artery bypass surgery compared with balloon angioplasty or bare-metal stent implantation among patients with multivessel soronary disease: a collaborative analysis of individual patient data from 10 randomized trials. J Am Coll Cardiol 2012; 60: 2150-7.
18. Mamoun NF, Xu M, Sessler DI, Sabik JF, Bashour CA. Propensity matched comparison of outcomes in older and younger patients after coronary artery bypass graft surgery. Ann Thorac Surg 2008; 85: 1974-9.
19. Echahidi N, Pibarot P, O'Hara G, Mathieu P. Mechanisms, prevention, and treatment of atrial fibrillation after cardiac surgery. J Am Coll Cardiol 2008; 51: 793-801.
20. Lamy A, Devereaux PJ, Prabhakaran D, Taggart DP, Hu S, Paolasso E, et al. Off-pump or on-pump coronary-artery bypass grafting at 30 Days. N Engl J Med 2012; 366: 1489-97.
21. Rahmanian PB, Kröner A, Langebartels G, Özel O, Wippermann J, Wahlers T. Impact of major non-cardiac complications on outcome following cardiac surgery procedures: logistic regression analysis in a very recent patient cohort. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2013; 17: 319-27.
22. ElBardissi AW, Aranki SF, Sheng S, O'Brien SM, Greenberg CC, Gammie JS. Trends in isolated coronary artery bypass grafting: An analysis of the Society of Thoracic Surgeons adult cardiac surgery database. J Thorac Cardiovasc Surg 2012; 143: 273-81.
23. Aldea GS, Mokadam NA, Melford Jr R, Stewart D, Maynard C, Reisman M, et al. Changing volumes, risk profiles, and outcomes of coronary artery bypass grafting and percutaneous coronary interventions. Ann Thorac Surg 2009; 87: 1828-38.
24. Rosner MH, Okusa MD. Acute kidney injury sssociated with cardiac surgery. Clin J Am Soc Nephrol 2006; 1: 19-32.
25. Khot Un KM, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. JAMA 2003; 290: 898-904.



Storkum ekki örlögunum



Erlibelle

– Getnaðarvörn til inntöku

Hver tafla inniheldur 0,15 mg af levónorgestreli og 0,03 mg af etinýlestradíóli.

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 410122

Sérlyfjatexti á bls. 708

Spiriva® Respimat® (tíótrópíum)

Nú einnig við ASTMA

NÝTT!
1. LAMA til meðferðar við astma**

Að minnsta kosti 40% astmasjúklinga sem eru á meðferð með ICS/LABA hafa viðvarandi einkenni og geta haft gagn af frekari meðferð [1,2]

Fyrir fullorðna astmasjúklinga með viðvarandi einkenni þrátt fyrir meðferð með ICS/LABA***



IS10-11-2014

Auglýsingin er samþykkt af ENLI

Ábendingar: Berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT) og jafnframt sem viðbót við berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð hjá fullorðnum sjúklingum með astma sem fá viðhaldsmeðferð með samsetningu af innöndunarstera (>800 míkróg budesonid/sólarhring eða jafngildum innöndunarstera) og langverkandi β2-örva og sem hafa fengið eina eða fleiri alvarlegar versnanir undangengið ár.[3]
** LAMA - langverkandi andkólínvirkt lyf
***(innöndunarstera/langverkandi β2-örva)



SPIRIVA® RESPIMAT®
(TIOTROPIUM)

Heimild:

1. Rabe KF et al. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J. 2000;16(5):802-807.
2. Bateman ED et al. Can guideline defined asthma control be achieved? Am J Respir Crit Care Med. 2004;170(8):836-844.
3. Samantekt á eiginleikum Spiriva Respimat www.serlyfjaskra.is

Boehringer Ingelheim

Sérlyfjatexti á bls. 711

Kannanir á mataræði og næringargildi fæðunnar á Íslandi

Tengsl efnahagsþrenginga og hollustu

Laufey Steingrímsdóttir[1,2] næringarfræðingur, **Hrund Valgeirsdóttir**[2] næringarfræðingur, **Þórhallur I. Halldórsson**[1,2] faraldsfræðingur, **Ingibjörg Gunnarsdóttir**[1,2] næringarfræðingur, **Elva Gísladóttir**[3] næringarfræðingur, **Hólmfríður Þorgeirsdóttir**[3], **Inga Þórsdóttir**[1,2] næringarfræðingur

ÁGRIP

Inngangur: Landskannanir á mataræði veita ítarlegar upplýsingar um neyslu matvæla og næringarefna. Hér eru bornar saman niðurstöður úr tveimur síðustu landskönnunum, árin 2002 og 2010-2011, og könnuð tengsl hollustu fæðisins við erfiðleika fólks við að ná endum saman. Eins er lýst breytingum í hlutfallslegri skiptingu orkuefna í fæði frá 1990.
Efniviður og aðferðir: Þátttakendur voru valdir með slembiúrtaki úr þjóðskrá. Lokaúrtak var 1912 manns árið 2010-2011 og 1934 árið 2002, svarhlutföll 68,6% og 70,6%. Mataræði var kannað með sólarhringsupprifjun. Samanburður á meðalneyslu var metinn með T-prófi og hollusta fæðunnar, eftir því hversu auðvelt eða erfitt þátttakendur áttu með að ná endum saman, með línulegri aðhvarfsgreiningu.
Niðurstöður: Minna var borðað af brauði, kexi og kökum, smjörlíki, farsvörum og snakki og minna drukkið af nýmjólk og sykruðum gosdrykkjum árin 2010-2011 en 2002. Meira var af grófu brauði, hafragraut, ávöxtum, grænmeti og kjöti og fleiri tóku lýsi 2010-2011 en 2002, fiskneysla stóð í stað. Fituneysla minnkaði frá 1990 til 2010-2011 úr 41E% í 35E%, mettaðar fitusýrur úr 20,0E% í 14,5E% og transfitusýrur úr 2,0E% í 0,8E%. Stærstur hluti breytinganna var milli 1990 og 2002. Fólk sem átti erfitt með að ná endum saman 2010-2011 borðaði minna af grænmeti, ávöxtum og grófu brauði og drakk meira af sykruðum gosdrykkjum en hinir sem áttu auðvelt með það.
Ályktun: Breytingar á mataræði þjóðarinnar frá 2002 hafa að mestu leyti verið í hollustuátt. Milli áranna 1990 og 2002 minnkaði fituneysla og hlutfall mettaðra fitusýra og transfitusýra lækkaði, en minni breytingar urðu frá 2002 til 2010-2011. Efnahagur tengist hollustu fæðis á Íslandi.

Inngangur

[1]Rannsóknastofu í næringarfræði, Háskóla Íslands og Landspítala, [2]matvæla- og næringarfræðideild HÍ, [3]Embætti landlæknis.

E = orka

Fyrirspurnir Laufey Steingrímsdóttir,

laufey@hi.is

Greinin barst 8. apríl 2014, samþykkt til birtingar 13. október 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Landskannanir á mataræði Íslendinga eiga sér sögu allt frá árinu 1939 þegar Júlíus Sigurjónsson kannaði mataræði og heilsu Íslendinga á vegum nýstofnaðs Manneldisráðs.[1] Frá þeim tíma hafa verið gerðar fjórar landskannanir á mataræði fullorðinna Íslendinga, síðast árin 2010-2011,[2-5] en Rannsóknastofa í næringarfræði hefur staðið fyrir landskönnunum og rannsóknum á mataræði barna.[6] Allar hafa þessar rannsóknir nýst við stefnumótun stjórnvalda í heilbrigðismálum og átt þátt í að móta viðhorf almennings og fagfólks til næringar og hollustumála.

Næring er einn þeirra umhverfisþátta sem hafa hvað mest áhrif á heilsu einstaklinga og þjóða.[7] Ætla má að mataræði hafi átt drjúgan þátt í að móta heilsu þjóðarinnar allt frá fyrstu tíð, og því ærin ástæða til að greina helstu breytingar og þróun mataræðis hér á landi síðustu ár og áratugi.

Mataræði þjóða ræðst af fjölmörgum þáttum, ekki síst framboði og verðlagi matvara, framleiðsluháttum og menningu.[8] Gera má ráð fyrir að þær stórfelldu breytingar sem orðið hafa á framleiðslu, innflutningi, sölu og dreifingu matvara hér á landi undanfarna áratugi – svo ekki sé minnst á bættan efnahag þjóðarinnar – endurspeglist að verulegu leyti í mataræði þjóðarinnar. Þar fyrir utan hafa einstaklingsbundnir þættir á borð við aldur, kyn, tekjur, menntun og búsetu áhrif á fæðuval og hollustu.[9] Meðalneysla næringarefna eða fæðutegunda segir því langt í frá alla söguna um mataræði þjóðarinnar, og ólíkir hópar innan samfélagsins geta búið við mismunandi aðstæður til að velja sér heilsusamlegt fæði.

Miklar breytingar urðu á verðlagi og efnahagsaðstæðum fólks í kjölfar bankahrunsins á Íslandi í október 2008. Í ljósi þess þótti sérstök ástæða til að kanna mataræði og hollustu fæðunnar á þeim tíma. Embætti landlæknis (áður Lýðheilsustöð) og Matvælastofnun stóðu sameiginlega að gerð könnunarinnar árin 2010-2011, í samvinnu við Rannsóknastofu í næringarfræði.

Hér eru bornar saman niðurstöður um fæðuval og næringargildi fæðis úr tveimur síðustu landskönnunum, árin 2002 og 2010-2011 og könnuð tengsl hollustu fæðisins við erfiðleika fólks við að ná endum saman, þar sem leiðrétt er fyrir helstu truflandi þáttum. Að lokum eru sýndar breytingar á orkuefnasamsetningu fæðunnar síðustu áratugi með samanburði við landskönnun frá árinu 1990.

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur landskönnunar 2010-2011 voru valdir með slembiúrtaki úr þjóðskrá, 18-80 ára, af öllu landinu. Úrtakið var 2000 manns, 88 voru erlendis eða látnir og

Tafla I. *Samanburður á meðalneyslu helstu fæðutegunda 2002 og 2010-2011. Meðaltal (sf) g/dag. Bæði kyn, aldur 18-80 ár.*

	2002 n=1174	2010/11 n=1312	p-gildi[1]	Munur %
Mjólk og mjólkurvörur alls	388 (377)	300 (232)	<0,001	-23
Nýmjólk	95 (205)	59 (138)	<0,001	-39
Ostar	36 (42)	35 (31)	0,3	-5
Brauð alls	117 (94)	95 (61)	<0,001	-19
Gróf brauð	12 (28)	22 (33)	<0,001	80
Kex og kökur	59 (106)	47 (62)	0,001	-19
Hafragrautur	14 (64)	29 (70)	<0,001	106
Grænmeti alls	101 (109)	120 (100)	<0,001	19
Ávextir og ber alls	77 (113)	119 (120)	<0,001	54
Fiskur og fiskafurðir	41 (77)	46 (62)	0,08	12
Kjöt og kjötafurðir	111 (114)	130 (103)	0,001	17
Farsvörur	28 (62)	22 (39)	0,001	-24
Smjör og smj-örvörur	12 (19)	12 (14)	0,7	-2
Smjörlíki	6 (13)	4 (5)	<0,001	-32
Olíur	2 (8)	2 (5)	0,8	4
Lýsi	1,3 (3,1)	1,8 (3,3)	<0,001	40
Gos/svaladrykkir	261(429)	238 (339)	0,1	-9
Sykraðir gosdrykkir	180 (373)	127 (249)	<0,001	-29
Prótein/megrunardrykkir	8 (63)	15 (65)	0,007	83
Sælgæti	16 (41)	17 (28)	0,8	2
Snakk og popp	8 (26)	6 (16)	0,02	-25

[1]Samkvæmt t-prófi

var lokaúrtakið 1912 manns. Þar af svöruðu 1312, 680 konur og 632 karlar, svarhlutfall var 68,6%. Mataræðið var kannað með tvítekinni sólarhringsupprifjun á neyslu, þar sem þátttakendur voru beðnir um að telja upp alla neyslu matar og drykkjar síðastliðinn sólarhring. Viðtölin fóru fram í síma með að minnsta kosti þriggja vikna millibili og þess gætt að dreifing viðtala á vikudaga væri sem jöfnust. Nemendur í næringarfræði við Háskóla Íslands voru fengnir til að annast viðtölin sem fóru fram í húsnæði Lýðheilsustöðvar og fengu þeir þjálfun í viðtalstækni fyrir rannsóknina. Magn fæðu var áætlað út frá myndum í myndahefti með fjórum mismunandi skammtastærðum af algengum fæðutegundum ásamt vísan í algeng eldhúsáhöld og staðlaðar einingar. Þátttakendur fengu myndaheftin send í pósti og höfðu þau til taks þegar viðtölin fóru fram.

Gagnagrunnur Lýðheilsustöðvar, sem hefur að geyma 607 uppskriftir og rétti, var uppfærður fyrir könnunina og tengdur reikniforritinu ICEFOOD, unnið af Hugsjá. Forritið reiknar magn næringarefna og matvæla fyrir hvern einstakling á dag. Næringargildi fæðunnar var reiknað samkvæmt íslenska gagnagrunninum um efnainnihald matvæla,[10] sem einnig var uppfærður fyrir landskönnun með tilliti til orkuefna, fitusýrusamsetningar, vítamína, stein- og snefilefna.

Auk fæðuneyslu var spurt um félagslega og lýðfræðilega þætti; aldur, kyn, menntun, atvinnu og búsetu og eins hversu erfitt eða auðvelt væri að ná endum saman, þar sem gefnir voru 5 svarmöguleikar: Mjög erfitt, frekar erfitt, hvorki erfitt né auðvelt, frekar auðvelt og mjög auðvelt. Einnig var spurt um heilsutengda hegðun á borð við reykingar, áfengisneyslu, hreyfingu og töku fæðubótarefna og náttúruefna, auk hæðar og þyngdar.

Tafla II. *Samanburður á völdum næringarefnum úr fæðunni 2002 og 2010-2011. Meðaltal á dag (sf). Bæði kyn, aldur 18-80 ár.*

	2002 n=1174	2010/11 n=1312	p-gildi[1]	Munur %
Orka, kkal	2130 (996)	2059 (725)	0,06	-3
Prótein, g	90 (41)	90 (35)	0,04	0
Fita, alls, g	88 (52)	85 (37)	0,2	-3
Mettaðar fitusýrur, g	36,8 (24,1)	34,2 (16,6)	0,002	-7
n-3 fitus., langar, g	0,7 (1,1)	0,8 (1,2)	0,003	19
Transfitusýrur, g	3,4 (2,9)	1,8 (1,2)	<0,001	-46
Kolvetni, alls, g	233 (118)	213 (82)	<0,001	-9
Sykur, alls, g	102 (73)	95 (50)	0,005	-7
Viðbættur sykur, g	59 (64)	47 (40)	<0,001	-20
Trefjaefni, g	16,7 (7,9)	16,8 (7,1)	0,6	1
A-vítamín, RJ[2]	1649 (3599)	1146 (2241)	<0,001	-31
D-vítamín, µg	6,1 (9,8)	8,1 (9,3)	<0,001	33
E-vítamín, αTJ[3]	7,8 (6,5)	10,5 (6,6)	<0,001	35
C-vítamín, mg	80 (85)	102 (81)	<0,001	28
Kalk, mg	1071 (624)	923 (428)	<0,001	-14 f

[1]t-pró
[2]RJ: Retinol jafngildi
[3]TJ: Tokoferol jafngildi

Hliðstæð könnun var gerð á mataræði á Íslandi árið 2002 þar sem sambærilegri aðferð var beitt við öflun gagna, sólarhringsupprifjun í síma. Þátttakendur voru 1242 karlar og konur á aldrinum 15-80 ára og var svarhlutfall 70,6%, en 1174 svöruðu allri könnuninni. Við samanburð á neyslu árið 2002 og 2010-2011 er miðað við aldurshópinn 18-80 ára. Gildi aðferðarinnar var metið með mælingu á styrk lífvísa í blóði og samanburði við aðra rannsóknaraðferð.[11]

Við landskönnun 1990 var tekin ítarleg fæðusaga í klukkustundarlöngu viðtali. Þátttakendur voru 1240 af landinu öllu og svörun 72%, nánari lýsing á rannsókninni hefur verið birt.[12] Hollusta fæðunnar var metin samkvæmt fæðuþáttum sem hafa öðrum fremur tengst heilsu samkvæmt fyrri rannsóknum og samkvæmt norrænum næringarráðleggingum, en ráðleggingarnar byggja á ítarlegu og kerfisbundnu mati rannsókna á sambandi næringar og heilsu.[13] Landskannanir á mataræði voru tilkynntar til Persónuverndar árin 2002 og 2010-2011 og til Tölvunefndar árið 1990, en ekki þurfti leyfi vísindasiðanefndar fyrir kannanirnar.

Tölfræði

Samanburður á meðalneyslu fæðutegunda og næringarefna milli kannana var metinn með t-prófi, þar sem tölfræðileg marktekt miðaðist við 95% öryggismörk. Mat á hollustu fæðunnar eftir því

Tafla III. *Orkuefni fæðunnar 1990, 2002 og 2010-2011, % orku, meðaltal (sf).*

	1990 n=1240	2002 n=1174	2010-2011 n=1312
Prótein	17,4 (3,3)	17,9 (5,5)	18,1 (4,5)
Fita alls	41,0 (6,8)	35,3 (9,4)	36,2 (7,3)
Mettaðar fitusýrur	20,0 (4,4)	14,7 (5,0)	14,5 (3,9)
Transfitusýrur	2,0 (1,2)	1,4 (0,9)	0,8 (0,4)
Kolvetni alls	40,7 (7,3)	45,3 (10,0)	42,2 (7,9)
Viðbættur sykur	8,4 (6,1)	10,6 (8,6)	8,9 (6,2)

Tafla IV. *Fjöldi og hlutfall þeirra, n (%), sem áttu auðvelt eða erfitt með að ná endum saman, eftir starfsþátttöku, aldri, kyni, menntun og búsetu.*

	Mjög auðvelt n=242	Frekar auðvelt n=340	Hvorki né n=377	Frekar erfitt n=237	Mjög erfitt n=106
Í vinnu, n=817	159 (19)	215 (26)	240 (29)	142 (17)	61 (7)
Í námi, n=92	18 (20)	27 (29)	22 (24)	16 (17)	9 (10)
Í námi og vinnu, n=119	19 (16)	31 (26)	37 (31)	28 (24)	4 (3)
Ellilífeyrisþ[1]. n=140	35 (25)	38 (27)	40 (29)	20 (14)	7 (5)
Öryrkjar, n=31	2 (6)	5 (16)	6 (19)	10 (32)	8 (26)
Atvinnulausir n=40	1 (3)	6 (15)	11 (28)	11 (28)	11 (28)
Karlar, n=632	143 (23)	165 (26)	170 (27)	103 (16)	49 (8)
Konur, n=680	99 (15)	176 (26)	207 (31)	134 (20)	57 (8)
18-30 ára n=250	43 (17)	73 (30)	75 (30)	43 (17)	12 (5)
31-60 ára n=744	120 (16)	176 (24)	227 (31)	147 (20)	72 (10)
61-80 ára n=318	79 (25)	91 (29)	75 (24)	47 (15)	22 (7)
Menntun 1[2] n=410	59 (15)	106 (26)	122 (30)	72 (18)	46 (11)
Menntun 2[3] n=447	78 (18)	113 (25)	134 (30)	90 (20)	30 (7)
Menntun 3[4] n=451	104 (23)	121 (27)	121 (27)	73 (16)	29 (6)
Höfuðborgarsv. n=797	147 (19)	213 (27)	231 (29)	137 (17)	60 (8)
Utan hbsv[5] n=515	95 (18)	127 (25)	146 (28)	100 (19)	46 (9)

[1]Ellilífeyrisþegar
[2]Grunnskólapróf
[3]Framhaldsskólapróf, iðnmenntun
[4]Háskólapróf
[5]Utan höfuðborgarsvæðis

Tafla V. *Meðalneysla á dag á völdum næringarþáttum sem tengjast hollustu, eftir því hvort þátttakendur áttu auðvelt eða erfitt með láta enda ná saman, p-gildi fundið með línulegri aðhvarfsgreiningu, leiðrétt eftir kyni, aldri og menntun.*

	Auðvelt[1] n=582	Erfitt[2] n=343	p-gildi
Ávextir alls	126	107	0,02
Grænmeti alls	123	110	0,03
Gróft brauð	25	16	<0,001
Fiskur	48	44	0,6
Rautt kjöt	74	67	0,3
Farsvörur	21	26	0,03
Sælgæti	16	18	0,3
Gosdrykkir, alls	178	256	<0,001
Sykraðir	112	172	<0,001
Sykurlausir	66	84	0,4
Kex og kökur	50	44	0,2
Hörð fita[3], E%	15,4	15,3	0,8
Viðbættur sykur, E%	8,5	9,8	0,002
Trefjar, g/10 MJ[4]	20,3	19,7	0,1
FÓMFS[5], E%	5,9	5,9	0,5
Natríum, mg	3296	3033	0,03
Natríum, mg/kkal	1,56	1,57	0,6

[1] Hóparnir sem svöruðu frekar auðvelt og mjög auðvelt sameinaðir
[2] Hóparnir sem svöruðu frekar erfitt og mjög erfitt sameinaðir
[3]Hörð fita: Mettaðar og transfitusýrur
[4]FÓMFS: Fjölómettaðar fitusýrur
[5]MJ: Megajoule

hversu auðvelt eða erfitt þátttakendur áttu með að ná endum saman, var reiknað með línulegri aðhvarfsgreiningu, leiðrétt fyrir kyni, aldri og menntun. Tölfræðiútreikningarnir fyrir sólarhringsupprifjanirnar og tíðni neyslu voru unnir með tölfræðiforritinu SPSS.

Niðurstöður

Tafla I sýnir samanburð á neyslu fæðu samkvæmt landskönnunum 2002 og 2010-2011. Sýnt er meðaltal fyrir aldurshópinn 18-80 ára, bæði kynin saman, og hlutfallslega breytingu á neyslu frá árinu 2002. Helstu breytingar eru minni neysla mjólkur og mjólkurvara, ekki síst nýmjólkur samkvæmt könnuninni 2010-2011 borið saman við þá fyrri, en einnig minni neysla á brauði, kexi og kökum, smjörlíki og farsvörum, snakki og sykruðum gosdrykkjum, en aukin neysla á grófu brauði, hafragraut, ávöxtum, grænmeti, kjöti, lýsi og próteindrykkjum. Enginn munur var á fiskneyslu.

Samanburður á meðalneyslu nokkurra valinna næringarefna úr fæðunni árin 2002 og 2010-2011 kemur fram í töflu II. Meira var af löngum n-3 fjölómettuðum fitusýrum, D-, E- og C-vítamíni árin 2010-2011 borið saman við 2002, en minna af transfitusýrum, mettuðum fitusýrum, kolvetnum, einkum viðbættum sykri, A-vítamíni og kalki. Hlutfallsleg skipting orkuefna fæðisins árin 1990, 2002 og 2010-2011 er í töflu III. Hlutfall próteina var svipað í öllum þremur rannsóknunum, 17,4, 17,9 og 18,1E%. Hins vegar var hlutfall fitu, mettaðra fitusýra og transfitusýra mun hærra 1990 en 2002. Heildarfita minnkaði úr 41,0E% árið 1990 í 35,3E% árið 2002, mettuð fita úr 20,0E% í 14,7E% og transfitusýrur úr 2,0 í 1,4 E%. Lítill munur var á fituneyslu árin 2002 og 2010-2011, nema neyslu transfitusýra sem minnkaði úr 1,4E% 0,8E%. Viðbættur sykur í fæðinu jókst milli áranna 1990 og 2002, úr 8,4E% í 10,6E%, en árið 2010-2011 hafði hann minnkað í 8,9E%.

Fjöldi og hlutfall þeirra sem áttu auðvelt eða erfitt með að ná endum saman er sýnt í töflu IV, flokkað eftir atvinnuþátttöku, aldri, menntun, kyni og búsetu. Alls áttu 343 (26%) af 1302 þátttakendum frekar erfitt eða mjög erfitt með að ná endum saman. Hæst var hlutfallið meðal öryrkja (58%) og atvinnulausra, (56%), en meðal fólks í vinnu var hlutfallið 24%. Hlutfallslega fleiri konur en karlar áttu erfitt með að ná endum saman. Lítill munur var á hlutfallinu eftir aldri, menntun eða búsetu innan og utan höfuðborgarsvæðis.

Neysla valinna matvara og næringarefna meðal þeirra sem áttu auðvelt og erfitt með að ná endum saman er sýnd í töflu V, leiðrétt fyrir kyni, aldri og menntun. Þeir sem áttu erfitt með að ná endum saman borðuðu marktækt minna af ávöxtum, grænmeti og grófu brauði en meira af farsvörum og sykruðum gosdrykkjum. Enginn marktækur munur var á neyslu á kjöti, fiski, sælgæti, kexi eða kökum milli hópanna. Hlutfall viðbætts sykurs var marktækt hærra hjá hópnum sem átti erfitt með að ná endum saman en enginn munur var á hlutfalli harðrar fitu (skilgreind sem mettaðar og transfitusýrur samtals), fjölómettaðra fitusýra, trefjaefna eða natríums.

Umræða

Samanburður á niðurstöðum landskannana á mataræði 2002 og 2010-2011 sýnir að fæðuval þokaðist að flestu leyti í hollustuátt á

tímabilinu. Mun meira var borðað af grænmeti, ávöxtum, hafragraut og grófu brauði 2010-2011 en árið 2002 og eins var lýsisneyslan meiri. Hins vegar var neysla á mjólk og mjólkurvörum, nýmjólk, smjörlíki, farsvörum, kexi, kökum, snakki og sykruðum gosdrykkjum minni 2010-2011 en 2002. Allar eru þessar breytingar í samræmi við ráðleggingar um mataræði frá Embætti landlæknis og norrænar ráðleggingar,[13] að því undanskildu að í ráðleggingunum er ekki hvatt til minni mjólkurneyslu í heild, heldur fremur til notkunar á fituminni mjólk og mjólkurvörum í stað þeirra feitari. Þrátt fyrir þessar breytingar er þó langt í land að neysla á grænmeti og ávöxtum sé í samræmi við ráðleggingar um 500 grömm á dag. Neysla á grófu korni er einnig mjög lítil og trefjaefnaneysla langt undir ráðleggingum, en rannsóknaniðurstöður benda til ýmissa jákvæðra áhrifa grófs korns og heilkornavara á heilsu.[14] Eins er óhófleg gosdrykkjaneysla ennþá ein helsta áskorun í lýðheilsu- og næringarmálum hér á landi, enda fáar fæðutegundir sem sýna jafn eindregna fylgni við offitu og sykraðir drykkir.[15]

Breytingar á næringargildi fæðunnar meðal þjóðarinnar endurspegla bæði breytt fæðuval og breytta framleiðsluhætti í matvælaiðnaði. Þannig minnkaði neysla á transfitusýrum á tímabilinu, ekki aðeins vegna minni neyslu á smjörlíki, kexi, kökum og snakki – vörum sem hafa innihaldið hvað mest af transfitusýrum – heldur einnig vegna breytinga á fitusamsetningu matvara á tímabilinu. Reglur um hámark transfitusýra í matvörum tóku gildi á Íslandi 1. ágúst 2011,[16] en margir matvælaframleiðendur höfðu þá þegar breytt framleiðslu sinni og fjarlægt transfitusýrur úr vörum sínum vegna þrýstings frá neytendum. Á sama hátt má rekja aukna neyslu á D-vítamíni að nokkru leyti til þess að fleiri tóku lýsi árin 2010-2011 en 2002 en einnig til breytinga á samsetningu lýsis. Árið 2002 minnkaði Lýsi hf. bæði styrk D-vítamíns og A-vítamíns í þorskalýsi. Styrkur D-vítamíns var svo aukinn í kjölfarið.[4] Meðalneysla D-vítamíns reiknaðist 8,5 (9,3sf) µg á dag úr fæðu og lýsi í könnuninni 2010-2011 en 6,1 (9,8sf) µg árið 2002. Embætti landlæknis birti nýja ráðlagða dagskammta fyrir D-vítamín í október 2013, í kjölfar útgáfu nýrra norrænna næringarráðlegginga.[17] Þar var ráðlagður skammtur hækkaður úr 10µg í 15µg fyrir aldurshópinn 10 til 70 ára og úr 15µg í 20µg fyrir eldra fólk. Íslenskar rannsóknir hafa sýnt ófullnægjandi D-vítamínhag hjá stórum hluta barna og fullorðinna, sem er í samræmi við niðurstöður allra landskannana um ófullnægjandi neyslu D-vítamíns hér á landi.[18,19] D-vítamín er eina bætiefnið sem Embætti landlæknis ráðleggur öllum almenningi að taka sem fæðubótarefni, enda mjög lítið D-vítamín í venjulegu hollu fæði. [17]

Samanburður á landskönnunum allt frá 1990 sýnir að fituneysla hefur breyst mikið, bæði hvað varðar magn og samsetningu. Hins vegar hefur próteinneyslan haldist nokkuð óbreytt í öllum könnununum. Samkvæmt rannsókninni 1990 var heildarfita 41E% að meðaltali, mettuð fita 20E% og transfitusýrur 2E%. Árið 2002 hafði heildarfita hrapað í 35E%, mettuð fita í 15E% og transfitusýrur í 1,4E%. Töluverður áróður var um breytta og minni fituneyslu, ekki síst eftir að manneldisstefna stjórnvalda var samþykkt árið 1989.[20] Í stefnunni var kveðið á um að gerð skyldi könnun á mataræði þjóðarinnar, og niðurstöður þeirrar könnunar frá árinu 1990 sýndu að rekja mátti stærstan hluta mettaðrar fitu fæðunnar á þessum tíma til óvenju mikillar neyslu á mjólk og feitum mjólkurvörum, hörðu smjörlíki, smjöri, kexi og kökum.[3] Raunar var mjólkurneysla Íslendinga á þessum árum ein sú mesta í allri Evrópu, og hvergi var neysla á feitri mjólk jafnmikil og hér á landi.[12] Á hinn bóginn var neysla á jurtaolíum, grænmeti, ávöxtum og grófu brauði minni en víðast hvar í nágrannalöndum.[12,21] Þessar niðurstöður voru nýttar í fræðslu um hollustu og fæðuval, þar sem áherslan var lögð á að skipta út feitum mjólkurvörum fyrir fituminni vörur og nota olíur í stað smjörlíkis við matargerð. Eins var hvatt til aukinnar neyslu grænmetis og ávaxta, meðal annars í samvinnu Manneldisráðs, Hjartaverndar og Krabbameinsfélagsins við grænmetisbændur og söluaðila garðávaxta undir hvatningarorðunum *5 á dag*.

Mataræði Íslendinga tók stórstígum breytingum á þessum árum, bæði magn og samsetning fitu og eins neysla grænmetis og ávaxta og þar eru tölur um framboð matvæla frá Embætti landlæknis ekki síst til vitnis.[22] Rætur þessara miklu breytinga liggja meðal annars í almennri þróun á mataræði á Vesturlöndum, umræðu og fræðslu um hollustu, og ekki síst fríverslun og breyttu vöruframboði. Þar má nefna að tollar voru lækkaðir árið 1992 og síðan aflagðir af grænmeti árið 2002, en greina mátti töluverða aukningu á sölu grænmetis og ávaxta samfara þeim breytingum.[22] Hins vegar jókst sykurneysla úr 8,4E% í 10,6E% frá árunum 1990 til 2002, þá fyrst og fremst vegna aukinnar neyslu á sykruðum gosdrykkjum, og því bar áróður fyrir minni sykurneyslu ekki árangur á þessu tímabili.

Mun minni breytingar urðu á fituneyslunni milli tveggja síðustu kannananna, árin 2002 og 2010-2011, heldur en þeirra fyrri. Á þessu tímabili hafði fituneyslan breyst það mikið í átt að ráðleggingum að áróður opinberra aðila beindist meira í átt að öðrum aðkallandi viðfangsefnum, ekki síst óhóflegri neyslu á sykruðum gosdrykkjum, sérstaklega meðal ungs fólks. Frá árunum 2002 til 2010-2011 minnkaði neysla viðbætts sykur aftur í fyrra horf frá árinu 1990, eða úr 10,6E% í 8,9E%, en samkvæmt norrænum ráðleggingum er talið æskilegt að neyslan sé undir 10E%. Neysla sykraðra gosdrykkja minnkaði einnig nokkuð á tímabilinu, úr 180g/dag í 127g/dag. Þess ber þó að geta að mikill munur er á sykurneyslu eftir aldri. Neyslan er langmest meðal ungs fólks sem einnig drekkur mest af gosdrykkjum.[5] Transfitusýrur fengu einnig nokkra athygli, enda hafði samevrópsk rannsókn á transfitusýrum sýnt að Íslendingar fengu mest allra þátttökuþjóðanna af þessum flokki fitusýra úr sínu fæði.[23] Ástæðan var einkum útbreidd notkun á hörðu smjörlíki sem innihélt á þessum tíma meira af transfitusýrum en smjörlíki annarra þjóða, að norsku smjörlíki undanskildu.[24] Samkvæmt sölu- og framboðstölum matvæla hefur neysla smjörlíkis minnkað stöðugt úr 13,2 kg/mann/ári að meðaltali árin 1961-65, í 5,3 kg árin 2001-2005, og 3,5 kg árið 2012.[22]

Erfitt getur reynst að finna óhrekjandi orsakasamband milli breyttra fæðuvenja þjóðarinnar og heilsufars. Eigi að síður má benda á að einn helsti áhættuþáttur hjartasjúkdóma, hátt heildarkólesteról, hefur lækkað í blóði Íslendinga samkvæmt rannsóknum Hjartaverndar úr um 6,3 mmol/L árið 1987 í um 5,4 mmol/L árið 2008, og er lækkunin að langmestu leyti rakin til breytinga á fæðuvenjum þjóðarinnar fremur en til kólesteróllækkandi lyfja.[25] Þótt heildarkólesteról hafi lækkað í blóði allflestra vestrænna þjóða undanfarna áratugi, telst lækkunin á Íslandi með því mesta sem um getur á tímabilinu.[25] Ekki er hægt að útiloka að aðrir lífsstílsþættir, svo sem minni reykingar og aukin hreyfing, eigi einhvern þátt í lækkun á heildarkólesteróli á Íslandi auk breyttra

fæðuvenja. Samkvæmt útreikningum Hjartaverndar má rekja 32% af fækkun dauðsfalla vegna hjarta- og æðasjúkdóma á Íslandi milli áranna 1980 og 2006 til lækkunar á kólesteróli í blóði en 44% til minni reykinga, aukinnar hreyfingar og lækkaðs blóðþrýstings samanlagt.[26] Á þessum árum fækkaði aldursstöðluðum dauðsföllum vegna hjarta- og æðasjúkdóma um 80% á Íslandi.[26]

Á sama tíma hefur offita og ofþyngd orðið æ algengari meðal þjóðarinnar. Samkvæmt landskönnun 1990 töldust 8% fólks á aldrinum 18-80 ára vera með offitu eða líkamsþyngdarstuðul >30, árið 2002 var sambærilegt hlutfall 12% og 21% árið 2010/11.[5] Ekki er ljóst hvort og þá hvernig breytt samsetning fæðunnar undanfarna áratugi eigi þátt í þessari þróun. Hér er um að ræða aðkallandi viðfangsefni sem skiptir sköpum fyrir lýðheilsu og því brýnt að efla rannsóknarstarf á sviðinu. Magn fremur en samsetning fæðu hefur öðru fremur verið tengt líkum á að þyngjast. Samt sem áður er margt sem bendir til þess að aukin neysla sykraðra gosdrykkja og eins neysla á orkuþéttu og jafnframt ódýru skyndifæði, eigi stóran þátt í aukinni líkamsþyngd fólks um víða veröld.[27] Fræðsla um hollustu ein og sér hefur ekki reynst áhrifarík leið til að stuðla að heilsusamlegu holdafari, og því þarf að leita annarra leiða, ef ætlunin er að snúa þessari þróun við. Skattar á óhollustu hafa reynst bera árangur, meðal annars í Ástralíu, bæði bætta heilsu og minni útgjöld.[28] Aðrir hafa bent á að hér sé um umdeilda aðgerð að ræða og eins að lækkun á verði hollustuvara væri hugsanlega ákjósanlegri nálgun en hækkun á óhollustu.[29] Samstarf hagsmunaaðila, verslunar, matvælaiðnaðar, skóla, heilsugæslu og sveitarfélaga gæti verið hugsanlegur vettvangur til að koma af stað breytingum í sölu, framleiðslu, markaðssetningu og þar með neyslu á sykruðum gosdrykkjum og orkuþéttu skyndifæði.

Rannsóknir á Vesturlöndum hafa ítrekað sýnt að fólk með lægri tekjur borðar gjarnan næringarsnauðara fæði, og þá einkum minna af hollustuvörum á borð við grænmeti og ávexti, en hinir sem hafa hærri tekjur.[30] Fram til þessa hafa ekki fundist tengsl milli tekna og hollustu fæðunnar á Íslandi, en hins vegar hefur félagsleg staða og menntun ítrekað sýnt jákvæð tengsl. Í rannsókn á íslenskum börnum reyndust vera jákvæð tengsl milli félagslegrar stöðu foreldra við ávaxta- og grænmetisneyslu barna þeirra,[31] og eins sýndi könnun á mataræði Íslendinga árið 1990 sterk tengsl milli menntunar og hollustu fæðunnar, einkum meðal karla.[32] Á þeim tíma fundust hins vegar engin marktæk tengsl milli heimilistekna og hollustu fæðunnar, hvorki við næringargildi né val á hollum matvælum.[32]

Rannsóknir hafa sýnt að heilsusamlegt fæði kostar gjarnan meira en óhollara fæði.[33] Orkuþéttar en að öðru leyti næringarsnauðar matvörur á borð við fituríka skyndibita eða sykraða gosdrykki eru til dæmis yfirleitt ódýrari kaloríu fyrir kaloríu en grænmeti eða ávextir.[33] Fólk með lítil efni getur því öðrum fremur freistast til að velja ódýrari saðningu úr vörum með minna hollustugildi.

Miklar breytingar urðu á verðlagi matvara og efnahagsaðstæðum fólks í kjölfar bankahrunsins á Íslandi í október 2008. Á næstu tveimur árum hækkaði verðlag innfluttrar matvöru um 65% og verð grænmetis um 39%, en á sama tíma jukust tekjur aðeins lítillega og atvinnuleysi jókst úr 2,2 í 7,7 %.[34] Fjöldi þeirra sem eiga erfitt með að láta enda ná saman jókst á þessu tímabili samkvæmt rannsóknunum Heilsa og líðan Íslendinga, en árið 2007 svöruðu 14,3% aðspurðra að þeir ættu erfitt með að ná endum saman borið saman við 20,4% árið 2009.[35] Í landskönnun á mataræði 2010-2011 svöruðu 26,3% sambærilegri spurningu játandi, það er að þeir ættu annaðhvort frekar erfitt eða mjög erfitt með að ná endum saman. Hér er vissulega um huglægt mat að ræða, en margt bendir til þess að tekjumunur í íslensku samfélagi hafi aukist síðustu áratugi.[36] Í rannsókn okkar kemur fram að þeir sem eiga erfitt með að ná endum saman borða marktækt minna af hollustuvörum, svo sem grænmeti, ávöxtum og grófu brauði en meira af sykruðum gosdrykkjum og viðbættum sykri en hinir sem betur mega sín. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir sem sýna að þeir efnaminni neyta að jafnaði lélegra fæðis en þeir efnameiri.[30] Hins vegar hefur slíkur munur á hollustu eða næringargildi fæðunnar eftir efnahag ekki komið fram áður á Íslandi. Jafnræði þegnanna til heilbrigðs lífs er veigamikill þáttur í drögum að heilbrigðisáætlun stjórnvalda.[37] Þar skiptir máli að allir hafi tækifæri til að velja heilsusamlegt fæði fyrir sig og fjölskyldu sína.

Styrkur þessarar rannsóknar felst í ítarlegum gögnum um mataræði úr þremur landskönnunum þar sem notuð var sama gildismetna aðferð í tveimur seinni könnununum. Sú aðferð, sólarhringsupprifjun á mataræði, var metin ákjósanlegasta aðferðin við að kanna mataræði þjóða af sérfræðihópi á vegum Evrópusambandsins.[37] Ævinlega er þó einhver óvissa eða skekkja í svörum fólks um eigið mataræði, og telst það helsti veikleiki rannsóknarinnar.

Þakkir

Höfundar þakka spyrlum og öðrum starfsmönnum landskannana, svo og öllum þátttakendum, fyrir þeirra ómetanlega framlag. Ólafi Reykdal, matvælafræðingi hjá Matís, eru færðar sérstakar þakkir fyrir störf við ÍSGEM, íslenska gagnagrunninn um efnainnihald matvæla.

Heimildir

1. Sigurjónsson J. Mataræði og heilsufar á Íslandi. Rit Manneldisráðs Íslands I. Reykjavík 1943.
2. Ragnarsson JÓ, Stefánsdóttir E. Neyslukönnun Manneldisráðs Íslands 1979 -1980. Fjölrit RALA 1981; 74.
3. Steingrímsdóttir L, Þorgeirsdóttir H, Ægisdóttir S. Könnun á mataræði Íslendinga 1990. Helstu niðurstöður. Rit Manneldisráðs Íslands IV. Reykjavík 1991.
4. Steingrímsdóttir L, Þorgeirsdóttir H, Ólafsdóttir AS. Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2002. Lýðheilsustöð, Reykjavík 2003. landlaeknir.is/utgefid-efni/skjal/item11603/ - nóvember 2014.
5. Þorgeirsdóttir H, Valgeirsdóttir H, Gunnarsdóttir E, Gísladóttir E, Gunnarsdóttir BE, Þórsdóttir I, et al. Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2010-2011, helstu niðurstöður. Embætti landlæknis, Matvælastofnun og Rannsóknastofa í næringarfræði. Reykjavík 2011.
6. Gunnarsdóttir I, Helgadóttir H, Þórisdóttir B, Þórsdóttir I. Landskönnun á mataræði sex ára barna 2011-2012. Læknablaðið 2013; 99: 17-23.
7. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2224-60.
8. World Health Organization (WHO). Food and Health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications. European Series, No 96, 2004.
9. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? Am J Clin Nutr 2008; 87: 107-17.
10. ÍSGEM. (Íslenski gagnagrunnurinn um efnainnihald matvæla).Matís. matis.is/ISGEM/is – maí 2010.
11. Olafsdottir AS, Thorsdottir I, Gunnarsdottir I, Thorgeirsdottir H, Steingrimsdottir L. Comparison of women's diet assessed by FFQs and 24-hour recalls with and without underreporters: associations with biomarkers. Ann Nutr Metab 2006; 50: 450-60.
12. Steingrímsdóttir L. Nutrition in Iceland. Scand J Nutr 1993, 37: 10-2.
13. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. 5th edition. Nord 2014: 002. norden.org/en/publications/publikationer/2014-002/at_download/publicationfile – ágúst 2014.
14. Lutsey PL, Jacobs DR Jr, Kori S, Mayer-Davis E, Shea S, Steffen LM, et al. Whole grain intake and its cross-sectional association with obesity, insulin resistance, inflammation, diabetes and subclinical CVD: The MESA Study. Br J Nutr 2007; 98: 397-405.
15. Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. BMJ 2013; 346: e7492.
16. Reglugerð um hámarksmagn transfitusýra í matvælum. 1045.2010. reglugerd.is/interpro/dkm/WebGuard.nsf/key2/1045-2010 – október 2014.
17. Embætti landlæknis. Upplýsingar um D-vítamín. landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/naering/greinar/grein/item21469/Upplysingar-um-D-vitamin mars 2014 – október 2014.
18. Gunnarsson O, Indridason OS, Franzson L, Halldorsdottir E, Sigurdsson G. D-vítamínbúskapur fullorðinna Íslendinga. Læknablaðið 2004; 90: 29-36.
19. Bjarnadottir A, Kristjansdottir AG, Hrafnkelsson H, Johannsson E, Magnusson KT, Thorsdottir I. Insufficient autumn vitamin D intake and low vitamin D status in 7-year-old Icelandic children. Publ Health Nutr CJO2014. doi:10.1017/S1368980013003558.
20 Þingsályktun um manneldis- og neyslustefnu. 111. löggjafarþing 1988-1989. Nr. 22/111. Þskj. 1316 – 402 mál. althingi.is/altext/111/s/1316.html – október 2014.
20. The NORBAGREEN 2002 study. Consumption of vegetables, potatoes, fruit, bread and fish in the Nordic and Baltic countries. TemaNord, 2003:556. Nordic council of ministers. landlaeknir.is/servlet/file/store93/item11587/Norbagreen_2002_study.pdf – október 2014.
21. Embætti landlæknis. Fæðuframboð á Ísland 1956-2012. landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/naering/ – ágúst 2014.
22. vanPoppel G. Intake of trans fatty acids in Western Europe. The TRANSFAIR study. Lancet 1998; 351: 1099.
23. Hulshof KF, van Erp-Baart MA, Anttolainen M, Becker W, Church SM, Couet C, et al. Intake of fatty acids in western Europe with emphasis on trans fatty acids: the TRANSFAIR Study. Eur J Clin Nutr 1999; 53: 143-57.
24. Thorsson B, Steingrimsdottir L, Halldorsdottir S, Andersen K, Sigurdsson G, Aspelund T, et al. Changes in total cholesterol levels in Western societies are not related to statin, but rather dietary factors: the example of the Icelandic population. Eur Heart J 2013;34: 1778-82.
25. Aspelund T, Gudnason V, Magnusdottir BT, Andersen K, Sigurdsson G, Thorsson B, et al. Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25-74 between the years 1981 and 2006. PLoS One 2010; 12;5(11): e13957.
26. Fogelholm M, Anderssen S, Gunnarsdottir I, Lahti-Koski M. Dietary macronutrients and food consumption as determinants of long-term weight change in adult populations: a systematic litterature review. Food Nutr Res 2012; 56: 19103.
27. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. Lancet 2011; 378: 838-47.
28. Thow AM, Jan S, Leeder S, Swinburn B. The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. Bull World Health Org 2010; 88: 609-14.
29. Rydén PJ, Hagfors L. Diet cost, diet quality and socio-economic position: how are they related and what contributes to differences in diet costs? Publ Health Nutr 2011; 24: 1-13.
30. Lehto E, Ray C, Velde S, Petrova S, Duleva V, Krawinkel M, et al. Mediation of parental educational level on fruit and vegetable intake among schoolchildren in ten European countries. Publ Health Nutr 2014. dx.doi.org/10.1017/S136898001300339X
31. Steingrímsdóttir L, Þorgeirsdóttir H, Ægisdóttir S. Mataræði og mannlíf. Niðurstöður könnunar á mataræði Íslendinga 1990. Rit Manneldisráðs Íslands IV, Reykjavík 1991.
32. Darmon N, Briend A, Drewnowski A: Energy-dense diets are associated with lower diet costs: a community study of French adults. Publ Health Nutr 2004; 7: 21-7.
33. Hagstofa Íslands. hagstofa.is/Hagtolur/Verdlag-og-neysla/Neysla-og-verd-ymissa vorutegunda – ágúst 2014.
34. Gudmundsdottir DG. The Impact of economic crisis on happiness. Soc Indicators Res 2013; 110: 1083-101.
35. Lágtekjumörk og tekjudreifing 2004-2009. Hagstofa Íslands. hagstofa.is/Pages/95?NewsID=5092 – október 2014.
36. Drög að heilbrigðisáætlun til ársins 2020. velferdarraduneyti.is/media/frettatengt2012/Drog_ad_heilbrigdisaaetlun.pdf – október 2014.
37. Brussard JH, Lowik MR, Steingrimsdottir L, Moller A. Kearny J, De Henauw S, Becker W. EFCOSUM Group. A European food consumption survey method—conclusions and recommendations. Eur J Clin Nutr 2002; 56: S89-S94.

ENGLISH SUMMARY

National nutrition surveys and dietary changes in Iceland. Economic differences in healthy eating

Laufey Steingrimsdottir[1,2], Hrund Valgeirsdottir[2], Thorhallur I Halldorsson[1,2], Ingibjörg Gunnarsdottir[1,2], Elva Gisladottir[3], Holmfridur Thorgeirsdottir[3], Inga Thorsdottir[1,2]

Introduction. Here we compare results on food and nutrient intake from the two most recent Icelandic national nutrition surveys from 2010/11 and 2002 and compare intake of energy giving nutrients from 1990. Finally we assess associations beween a healthy diet and difficulties people have in making ends meet.

Materials and methods. Participants were selected by a random sample from the national register. Final sample was 1912 individuals in 2010/11 and 1934 in 2002, response rate 68.6% and 70.6% respectively. Diet was assessed by 24-hour recall. Results from the surveys were calculated using t-test and sssociations between a healthy diet and difficulties making ends meet by linear regression.

Results. Consumption of bread, bisquits, cakes and cookies, margarine, highly processed meat products, chips, sugared soft drinks and whole milk was lower in 2010/11 than in 2002 while consumption of whole grain bread, oat meal, fruits, vegetables, meat and cod liver oil was higher. Fish intake was unchanged. Fat intake decreased from 1990 to 2010/11, from 41E% to 35E%, saturated fatty acids from 20.0E% to 14.5E% and trans-fatty acids from 2.0E% to 0.8E%. Most of the changes occurred between 1990 and 2002. People having difficulties making ends meet consumed less fruits, vegetables and whole grain bread but more soft drinks in 2010/11 than those not having difficulties.

Conclusion. Dietary changes in Iceland from 2002 have mostly been toward recommended intake. Between 1990 and 2002 fat consumption decreased considerably, while less significant changes occurred from 2002 til 2010/11. Economic status is associated with healthy diet in Iceland.

[1]Unit for Nutrition Research, University of Iceland and Landspitali University Hospital; [2]Faculty for Food Science and Nutrition, University of Iceland; [3]Medical Direcorate of Iceland.

Key words: *nutrition surveys, dietary changes, healthy eating, economic inequality.*

Correspondence: *Laufey Steingrímsdóttir, laufey@hi.is*



Iceland Travel Ráðstefnur hefur haldið utan um skipulag Læknadaga til margra ára.

Iceland Travel Ráðstefnur sérhæfir sig í skipulagningu, undirbúningi og utanumhaldi ráðstefna og funda.

Nánari upplýsingar um þjónustu okkar er hægt að nálgast í síma 585-4200 eða á heimasíðunni www.conferences.is.

Iceland Travel
RÁÐSTEFNUR

Skógarhlíð 12
105 Reykjavík
conferences@icelandtravel.is | **conferences.is**
Sími 585-4300

Ábendingin er viðhaldsmeðferð við geðklofa hjá fullorðnum sjúklingum sem náð hafa jafnvægi með aripíprazóli til inntöku

Abilify Maintena® (aripíprazól) gefið einu sinni í mánuði minnkar hættu á bakslagi hjá sjúklingum með geðklofa[2]

Endurtekið bakslag hjá sjúklingum með geðklofa getur leitt til klínískrar versnunar og minnkaðrar virkni[1]
Abilify Maintena (aripíprazól) minnkar hættu á bakslagi marktækt við langtímameðhöndlun[2]*



* Í rannsókn sem stóð yfir í 52 vikur seinkaði Abilify Maintena (aripíprazól) bakslagi marktækt samanborið við lyfleysu (p-gildi<0,0001; Áhætta (Hazard Risk) = 5,03).[2]

TILVÍSANIR :
1. Lieberman JA, Perkins D, Belger A, et al. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. Biol Psychiatry. 2001;50:884-897.
2. Kane JM, Sanchez R, Perry PP, et al. Aripiprazole intramuscular depot as maintenance treatment in patients with schizophrenia: a 52-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychiatry. 2012;73(5):617-624.

vistor
Vistor hf
Hörgatún 2
210 Garðabær
Sími 535 7000

Lundbeck

400 mg einu sinni í mánuði
Abilify Maintena®
Aripíprazól

IS Nordics/0314/MTN/1131 Aug 2014

Sérlyfjatexti á bls. 712

Yfirlitsgrein um kransæðasjúkdóm

– fyrri hluti:

Faraldsfræði, meingerð, einkenni og rannsóknir til greiningar

Tómas Guðbjartsson læknir, **Karl Andersen** læknir, **Ragnar Danielsen** læknir, **Arnar Geirsson** læknir, **Guðmundur Þorgeirsson** læknir

ÁGRIP

Kransæðasjúkdómur hrjáir þúsundir Íslendinga og er algengasta dánarorsök landsmanna. Hann er jafnframt einn algengasti sjúkdómur sem íslenskir læknar fást við í daglegum störfum sínum. Á síðustu árum hefur skilningur á meingerð og orsökum kransæðasjúkdóms aukist og miklar framfarir orðið í meðferð. Í þessari yfirlitsgrein er lögð megináhersla á faraldsfræði, meinþróun og einkenni kransæðasjúkdóms, en einnig vikið að helstu rannsóknum sem notaðar eru til greiningar hans. Getið er íslenskra rannsókna og stuðst við nýjar erlendar rannsóknir.

Faraldsfræði

Hjarta- og lungnaskurðdeild og hjartadeild Landspítala, læknadeild Háskóla Íslands.

Í síðari yfirlitsgreininni er aðaláhersla á meðferð kransæðasjúkdóms: lyfjameðferð, kransæðavíkkun og skurðmeðferð. Hún verður birt í janúarblaðinu 2015.

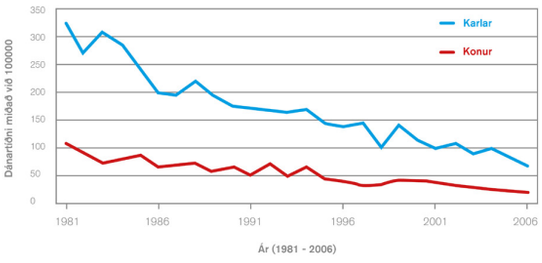
Fyrirspurnir: Tómas Guðbjartsson *tomasgud@landspitali.is*

Þriðjung allra dauðsfalla á Íslandi má rekja til hjarta- og æðasjúkdóma. Þó að nýgengi kransæðastíflu hafi lækkað um tæp 70% frá 1981 til 2006, og dauðsföllum fækkað um 80% á sama tímabili, er kransæðastífla ennþá langalgengasta dánarorsök hér á landi[1] líkt og annars staðar á Vesturlöndum.[2] Nokkrir vel skilgreindir áhættuþættir skýra um 90% af öllum nýjum tilfellum af kransæðastíflu.[3] Allt eru þetta áhættuþættir sem stjórnast af lífsstíl og hegðun þótt margir erfðaþættir komi einnig við sögu.[4,5] Sterkastir eru reykingar, hátt kólesteról í blóði og háþrýstingur, en einnig offita og sykursýki. Nýlegar rannsóknir hafa sýnt að mikil fækkun dauðsfalla vegna kransæðastíflu á árabilinu 1981 til 2006 skýrðist að mestu leyti (73%) af hagstæðri þróun nokkurra helstu áhættuþátta, en samanlögð áhrif meðferðar við kransæðasjúkdómi skýrði aðeins fjórðung af fækkuninni[1] (mynd 1). Stærstu jákvæðu áhrifavaldarnir reyndust vera 0,9 mmól/l lækkun í heildarkólesteróli vegna breytinga á mataræði síðustu áratugina (skýrði 32% af fækkuninni), fækkun einstaklinga sem reykja úr 47% í 23% á tímabilinu (skýrði 22% af fækkun dauðsfalla) og lækkun á slagbilsþrýstingi um 5,1 mmHg (skýrði 22% af fækkun dauðsfalla).[1] Áhættuþættir í örustum vexti voru hins vegar offita sem olli 4% aukningu í dauðsföllum á tímabilinu og sykursýki sem jók dánartíðni um 5%.[1] Verði ekki brugðist skjótt við þessari neikvæðu þróun má búast við því að algengi kransæðastíflu og dauðsfalla vegna hennar muni aftur aukast á næstu áratugum. Vaxandi offituvandamál og sykursýki vega þar þyngst en einnig mun hækkandi hlutfall aldraðra hafa áhrif.[6]

Lækkað kólesteról í blóði má að miklu leyti rekja til breytinga á matarvenjum Íslendinga.[7] Dregið hefur úr neyslu á feitu kjöti og mjólkurafurðum en neysla á ein- og fjölómettaðri fitu aukist. Fiskneysla Íslendinga var margfalt meiri fyrir nokkrum áratugum en er nú svipuð og á meginlandi Evrópu.[8] Þó er áberandi hversu lítil hún er meðal yngstu aldurshópa sem er vissulega áhyggjuefni.[9] Nýlegar rannsóknir hafa sýnt að lækkun á meðaltals kólesteróli þjóðarinnar fram undir 2008 var til komin vegna áðurnefndra mataræðisbreytinga en ekki vegna útbreiddrar notkunar fitulækkandi statína.[7] Einstaklingum sem reykja hefur fækkað mjög ört á undanförnum áratugum og hlutfall Íslendinga sem reykja er með því lægsta sem þekkist í heiminum, eða um 11,4% fullorðinna.[9] Þennan góða árangur má meðal annars þakka áhrifaríkum aðgerðum stjórnvalda undanfarna áratugi en Ísland telst í fararbroddi á heimsvísu í reykingavörnum. Sú lækkun á blóðþrýstingi sem orðið hefur á undanförnum áratugum stafar að líkindum af minni saltneyslu og aukinni hreyfingu. Því miður sjást þess þó merki að þessi lækkun meðalblóðþrýstings sé að stöðvast og að slagbilsþrýstingur sé jafnvel að hækka hjá körlum.[6]

Greinin barst 6. maí 2014, samþykkt til birtingar 11. nóvember 2014.

Höfundar hafa útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl. Karl Andersen tiltekur að hafa fengið greiðslur frá Novartis og Icepharma í tengslum við efni greinarinnar.



Mynd 1. *Lækkandi dánartíðni vegna kransæðasjúkdóma á Íslandi 1981-2006. Handbók Hjartaverndar (hjarta.is).*

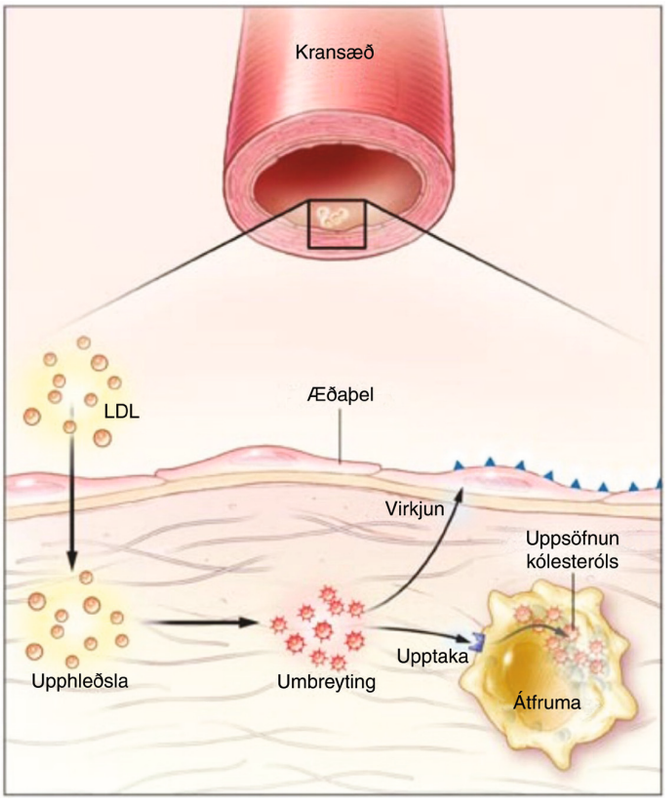
Orsakir, meinþróun og meingerð

Rannsóknir undanfarna áratugi hafa aukið verulega skilning okkar á helstu orsakavöldum og meinþróun kransæðasjúkdóms. Þótt áhættuþættirnir sem að ofan er lýst, blóðfituröskun, sykursýki, reykingar, háþrýstingur og ættarsaga, kyndi undir æðakölkunarferlinu hafa tilteknar flæðisaðstæður í æðakerfinu áhrif á bæði staðsetningu æðabreytinga og einkenni sjúkdómsins.[10]

Margt getur hindrað blóðflæði um kransæðar, til dæmis meðfæddir gallar í kransæðum, blóðsegarek, ytri áverkar, staðbundinn samdráttur, bráð æðabólga og flysjun í æðavegg (*dissection*), en langalgengasta orsökin er þó æðakölkun (*atherosclerosis*) og blóðsegamyndun í tengslum við hana.[11] Æðakölkun getur herjað á allar slagæðar líkamans og reyndar bláæðar líka við vissar aðstæður.[12] Hún er þó langmest áberandi í kransæðum, ósæð og slagæðum í heila og útlimum.[13] Æðakölkunarferlið er flókið og langur tími líður frá því fyrstu breytingar koma fram snemma á lífsleiðinni þar til einkenni gera vart við sig.[14] Þrenging í kransæð eykur viðnám gegn blóðflæði og breytist viðnámið sem veldisfall af flatarmáli æðaholsins. Við mikil þrengsli geta því tiltölulega litlar breytingar í þvermáli æðaholsins, til dæmis af völdum samdráttar í æðinni eða vegna segamyndunar, valdið miklum breytingum í blóðflæði.[15] Sem dæmi má nefna að ef þrengsli aukast úr 80% í 90% af þvermáli æðaholsins, þrefaldast viðnámið af völdum þrengslanna. Hvort blóðþurrð í hjartavöðvanum hlýst af, ræðst af súrefniskröfum hjartavöðvans sem margfaldast við áreynslu. Við lokun kransæðar leggjast súrefnisháð efnaskipti mjög fljótlega af í þeim hluta hjartavöðvans sem fær næringu og súrefni frá viðkomandi æð og orkubirgðir ganga til þurrðar. Kreatínínfosfat eyðist upp á nokkrum sekúndum eða mínútum en laktat hleðst upp vegna loftfirrðrar öndunar (gerjunar). Einnig minnkar magn ATP en niðurbrotsefni eins og ADP, AMP og adenósín hlaðast upp.[16,17] Ef blóðþurrð er viðvarandi lækkar sýrustig í vöðvafrumum hjartans og kalíum tapast út úr þeim. Afleiðingin er sú að ATP fer undir það lágmark sem nauðsynlegt er starfhæfum frumuhimnum og frumudauði tekur við.[18] Því fyrr sem þessari atburðarás er snúið við, þeim mun meiri möguleikar eru á því að bjarga hjartavöðvafrumum og gengur meðferð kransæðastíflu einmitt út á það.

Þótt æðakölkun sé dreifður sjúkdómur leggst hún mest á æðar þar sem ákveðnar flæðisaðstæður ríkja. Há skerspenna (*shear stress*), sem er mælikvarði á tog blóðstreymis á yfirborð æðaþelsins, verndar gegn æðakölkun.[10] Þar sem æðar greinast eða truflun verður í flæði eins og við iðuköst (*turbulence*) togar blóðstreymið ekki í æðaþelið og skerspenna verður lág.[19] Á slíkum stöðum byrjar æðakölkunin og þróast hraðast vegna þess að verndandi áhrif skerspennunnar vantar. Nýlegar rannsóknir hafa sýnt að há skerspenna ræsir tjáningu fjölmargra erfðavísa í æðaþelsfrumum sem vernda æðavegginn meðal annars fyrir oxun og bólgu.[10, 20]

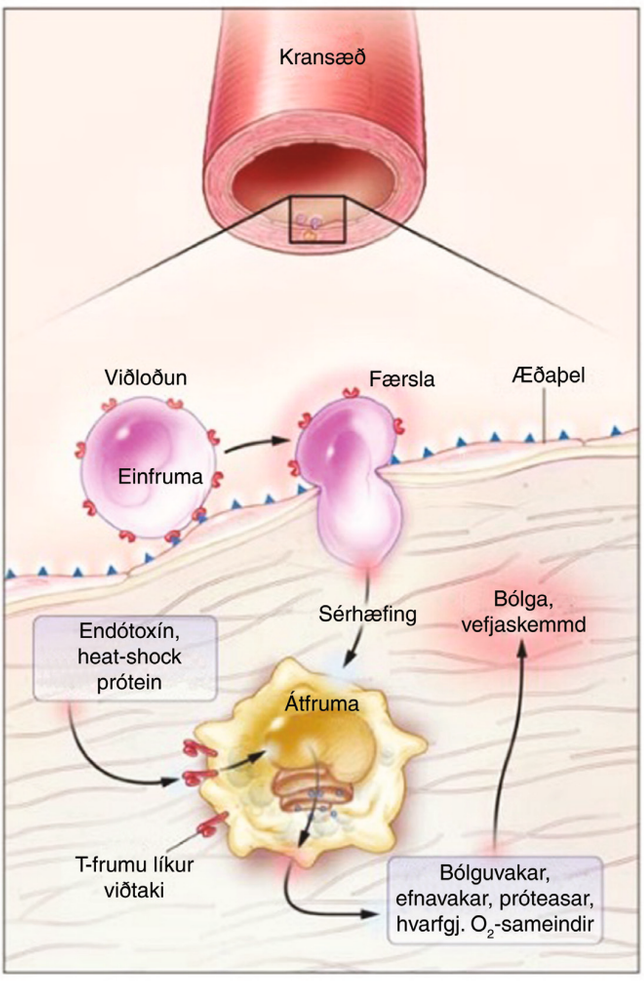
Þar sem skerspennan er lág hleypir æðaþelið kólesterólríkum LDL-ögnum inn í æðavegginn í auknum mæli.[20] Þar með hefst æðakölkunarferlið (mynd 2a). Hátt LDL-magn í blóði eykur þessa uppsöfnun en einnig aðrir þættir sem auka gegndræpi æðaþelsins, til dæmis hár blóðþrýstingur og aukið oxunarálag sem getur fylgt sykursýki, reykingum og kæfisvefni.[21, 22] Auk þess hefur stærð LDL-agna áhrif á flæði þeirra í gegnum æðavegginn; því minni og þéttari sem þær eru þeim mun greiðari er leið þeirra gegnum æðaþelið.[23] Litlar og þéttar LDL-agnir eru því sérstaklega skæðir æðakölkunarvaldar og aukið magn þeirra í efnaskiptavillu skýrir



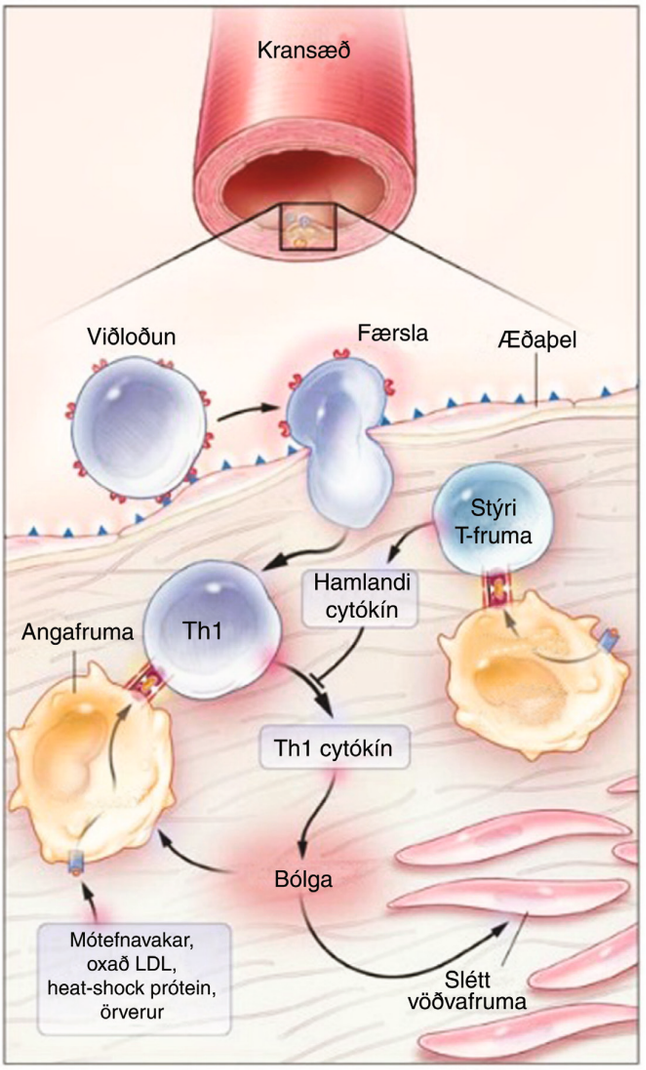
Mynd 2a. *Upphaf og meinþróun æðakölkunar. Æðakölkun byrjar með færslu LDL-agna úr blóði í gegnum æðaþelið og þaðan í innlag slagæða. Þar geta agnirnar oxast, sykrast eða umbreyst á annan hátt. Umbreyting LDL örvar tjáningu viðloðunarsameinda fyrir hvít blóðkorn á yfirborði æðaþels. LDL er síðan tekið upp af átfrumum í gegnum sérstaka viðtaka.*
Myndir 2a, b og c eru fengnar úr heimild 24 og birtar með leyfi New England Journal of Medicine.

að verulegu leyti háa tíðni kransæðasjúkdóms hjá þeim sjúklingum. LDL binst próteóglykönum í innlagi slagæða og ef það nær að oxast eða umbreytast á annan hátt, til dæmis með því að bindast glúkósa (mynd 2b), þá hefst ferli þar sem oxað LDL örvar tjáningu æðaþelsins á viðloðunarsameindum á yfirborði sínu. Þær laða að og binda einkjarna átfrumur úr blóðinu, sem síðan pota sér inn í innlag æðarinnar.[24] Þessar átfrumur hafa viðtaka fyrir umbreytt LDL og byrja að gleypa það í sig, sem er önnur helsta afleiðing LDL-oxunar. Einnig skiptir máli að ekki er slökkt á viðtakanum þótt fruman fyllist af kólesteróli. Að því kemur að átfruman stendur á blístri og í smásjá lítur út eins og hún sé full af froðu. Þar af er nafnið froðufruma (*foam cell*) komið. Froðufrumur virkjast einnig á ýmsan hátt (mynd 2b), til dæmis seyta þær ensímum sem melta og veikja bandvefinn í skellunni. Einnig senda froðufrumur frá sér boðefni (*cytokín*) sem laða að aðrar tegundir bólgufrumna, einkum T-eitilfrumur (mynd 2c).[25] Bólgufrumurnar hafa flókin áhrif á meinmyndunarferlið, sumar örva meinþróunina en aðrar hafa hamlandi áhrif.[25]

Verndandi þættir eins og lífefnafræðileg andoxunarkerfi og HDL sem flytur burt kólesteról hamla gegn þessari framvindu. Ef áhættuþættirnir sem kynda undir framþróun sjúkdómsins hafa yfirhöndina gegn hinum verndandi þáttum, skapast ójafnvægi sem leiðir til þess á endanum að fitufylltar froðufrumur deyja stýrðum frumudauða (*apoptosis*).[26] Eftir situr fituinnihaldið, aðallega kólesteról bundið fitusýrum. Þessi fita hleðst því upp í utanfrumrými innlagsins og er eitt helsta einkenni fullmótaðrar



Mynd 2b. *Einkjörnungar loða við æðaþelið og pota sér síðan inn í innlagið. Þar sérhæfast þeir í átfrumur sem auk þess að taka upp oxað eða sykrað LDL framleiða meðal annars bólguboðefni (cytokine), lífhvata eins og kollagenasa og elastasa og hvarfgjarnar súrefnissameindir.*



Mynd 2c. *Myndin sýnir hversu flókið bólguferlið í æðakölkun er. Átfrumur og angafrumur (antigen presenting cells) virkja T-eitilfrumur. Flestar þeirra framleiða Th1-boðefni eins og interferon-γ sem eru bólguhvatar, en einnig eru til staðar T-eitilfrumur sem framleiða interleukin 10 og transforming growth factor β sem hemja bólgu og vinna gegn æðakölkunarferlinu.*

æðakölkunarskellu (mynd 3). Í fituríkum skellum er oft mikil bólguvirkni og bandvefslagið milli fitukjarnans og æðaholsins er oft á tíðum þunnt og veikburða. Skellur með þessa formgerð, það er stóran fitukjarna, þunnt bandvefslag og mikinn fjölda bólgufrumna, eru veikbyggðar og hættir til að rofna.[27] Við það komast blóðflögur og storkusameindir blóðsins í snertingu við segahvetjandi sameindir eins og kollagen, og *tissue factor*.[28,29] Í framhaldi fer segamyndun af stað sem getur leitt til bráðrar þrengingar en í versta falli til lokunar á æðinni.

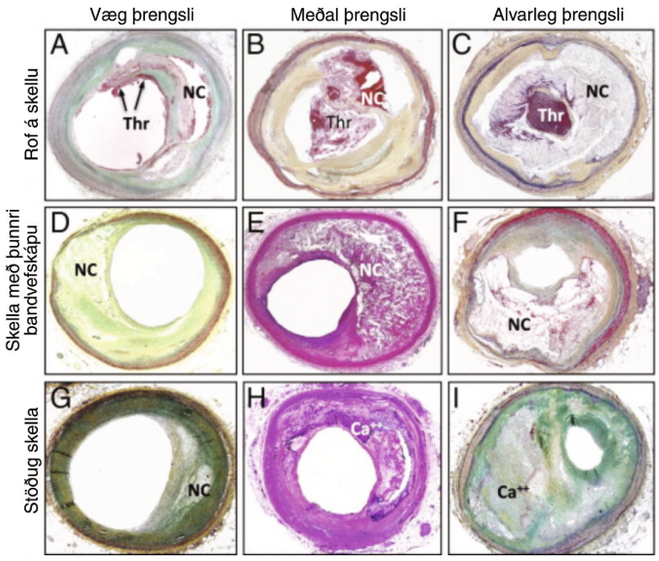
Forvarnir hjarta- og æðasjúkdóma

Helstu áhættuþættir kransæðasjúkdóma eru vel þekktir og eru þeir sýndir í töflu I. Fjöldi faraldsfræðilegra rannsókna hefur sýnt að reykingar, hátt kólesteról í blóði, hár blóðþrýstingur, sykursýki, ættarsaga og streita tengjast aukinni hættu á því að þróa með sér kransæðasjúkdóm[3] Verndandi þættir eru sömuleiðis ágætlega skilgreindir, eins og hátt HDL-kólesteról og regluleg hreyfing, auk heilsusamlegs og fjölbreytts mataræðis. Áhættuþættirnir eiga það flestir sameiginlegt að tengjast náið þeim lífsstíl sem við temjum okkur. Með lífsstílsbreytingum er því hægt að hafa jákvæð áhrif á áhættuþættina og draga þannig úr líkum á því að fá kransæðasjúkdóm.[30, 31]

Forvörnum gegn hjarta- og æðasjúkdómum má í grófum dráttum skipta í tvenns konar inngrip: einstaklingsmiðuð og lýðgrunduð, en bestur árangur næst með því að beita báðum aðferðum.

Einstaklingsmiðaðar forvarnir

Einkennandi fyrir einstaklinga sem lifa lengi án þess að fá kransæðasjúkdóm er að þeir reykja ekki, hreyfa sig reglubundið í hverri viku, borða ávexti eða grænmeti daglega (450 g eða meira), eru ekki með sykursýki, hafa blóðþrýsting undir 140/90 mmHg og heildarkólesteról í blóði undir 5 mmól/l.[32] Reykingar, hreyfing og neysla ávaxta og grænmetis eru þættir sem við getum stjórnað meðvitað og haft áhrif á. Sykursýki, blóðþrýstingur og kólesteról í blóði eru hins vegar áhættuþættir sem ekki er eins auðvelt að stjórna enda virðast erfðir og umhverfi koma þar mikið við sögu. Engu að síður geta einstaklingar með þessa áhættuþætti haft jákvæð áhrif á þá með skynsamlegu mataræði og hreyfingu. Einstaklingsmiðuð nálgun byggist á áhættumati (áhættuskimun) sem er kerfisbundið mat á líkunum á því að einstaklingur þrói með



Mynd 3 (A-I). *Æðakölkun í kransæðum. Myndirnar sýna mismunandi meingerð æðakölkunarskellna og mismunandi mikla þrengingu æðahols. Efsta röð (A,B,C) sýnir rof í æðaskellum sem leitt hafa til segamyndunar. Á mynd A er æðin lítið þrengd og seginn stíflar ekki æðina. Á myndum B og C eru vaxandi þrengsli af völdum æðakölkunarinnar og segarnir stífla æðaholið að mestu eða öllu leyti. Miðröðin (D,E,F) sýnir æðaskellur með þunnu bandvefslagi milli fitukjarnans (NC: necrotic core) og æðaholsins sem valda vaxandi þrengslum með stækkandi fitukjarna. Neðsta myndaröðin (G,H,I) sýnir æðaskellur með stöðuga meingerð, þykkt bandvefslag milli fitukjarna og æðahols og því minni hættu á æðarofi. Aftur eru sýnd vaxandi þrengsli frá vinstri til hægri. Myndin er fengin úr heimild nr. 27 og er birt með leyfi Journal of the American College of Cardiology.*

Tafla I. *Áhættuþættir kranæðasjúkdóms.*

Óbreytanlegir áhættuþættir
Aldur
Kyn
Ættarsaga (tæplega 60 sértækir arfbreytileikar með tengsl við kransæðasjúkdóm hafa fundist)
Mögulega breytanlegir áhættuþættir
Reykingar
Blóðfituröskun (hátt LDL-kólesteról, lágt HDL-kólesteról, hátt ekki-HDL kólesteról, hátt lípóprótein a, háir þríglýseríðar)
Háþrýstingur
Sykursýki
Offita
Kæfisvefn
Hreyfingarleysi
Storkuþættir (fibrinogen, factor VII)
Bólguþættir (CRP, interleukin-6)
Óhollt mataræði (lítið af grænmeti, ávöxtum, trefjum, grófu korni, fiski. Mikið af fíngerðum kolvetnum og mettaðri fitu)
Ofneysla áfengis
Vanstarfsemi skjaldkirtils
Langvinn nýrnabilun
Sálrænir þættir
Slæmar félagslegar aðstæður

sér hjarta- og æðasjúkdóm. Matið er gert með áhættureikni eða skortöflum og á grundvelli þess er veitt persónubundin ráðgjöf sem miðar að því að draga úr áhættunni fyrir þann einstakling.[32] Þótt þessi nálgun geti gagnast einstaklingnum og hjálpað honum við að ná tökum á sínum eigin áhættuþáttum, hefur hún lítil áhrif á nýgengi kransæðasjúkdóms hjá þjóðinni í heild.[33] Ástæðan er sú að þeir sem eru í mestri áhættu (yfir 5% líkur á dauðsfalli vegna kransæðasjúkdóm innan 10 ára) eru svo lítill hluti af þjóðinni að jafnvel þótt áhætta hvers og eins sé há, þá greinast flest tilfelli af kransæðastíflu úr þeim stóra hópi fólks sem er í miðlungs áhættu samkvæmt áhættumatinu.[34] Þetta fyrirbæri er kennt við Geoffrey Rose og stundum kallað forvarnarþversögnin. Afleiðing hennar er sú að margir einstaklingar sem gangast undir áhættumat og greinast ekki í aukinni áhættu koma síðar til með að greinast með hjartasjúkdóm. Ekki er þó rökrétt að líta svo á að matið sem slíkt sé gallað, heldur er jákvætt forspárgildi þess fremur lágt, enda ekki um eiginlegt greiningarpróf að ræða.[35]

Lýðgrundaðar forvarnir

Hér er átt við inngrip sem miða að því að hafa jákvæð áhrif á áhættuþætti hjá þýði einstaklinga, það er þorra almennings, óháð áhættustigi hvers og eins.[30] Þeir sem forvörnin nær til verða í flestum tilvikum lítið varir við inngripið sem þó getur verið mjög áhrifaríkt. Ágætt dæmi er reglugerð um bann við reykingum á opinberum stöðum en einnig lög um bann við tóbaksauglýsingum og takmörkun á saltinnihaldi tilbúinna matvæla. Þessar aðgerðir hafa dregið úr notkun tóbaks og lækkað blóðþrýsting hjá þjóðinni.[31,36] Af sama meiði er svokallaður sykurskattur sem miðar að því að draga úr neyslu matvæla sem innihalda viðbættan sykur. Þessi úrræði draga úr offitu og lækka nýgengi sykursýki hjá þjóðinni, sem aftur fækkar sjúkdómstilfellum og bætir lýðheilsu. Lýðgrunduð inngrip eru af sumum talin vega að sjálfsákvörðunarrétti fólks því að hverjum og einum ætti að vera frjálst að neyta óhollrar fæðu kjósi hann það. Á hinn bóginn er auðvelt að færa rök fyrir því að nauðsynlegt sé að hafa eftirlit og regluverk um heilsuspillandi efni í matvælum og tóbaki, líkt og gert er við geislavirk og loftmengandi efni.

Einkenni

Kransæðasjúkdómur getur verið einkennalaus eða einkennalítill framan af. Þegar misræmi verður milli framboðs og eftirspurnar eftir súrefnisríku blóði í vöðvafrumum hjartans gera einkenni vart við sig. Í fyrstu eru þau aðallega tengd áreynslu eða álagi. Einkenni geta þó líka verið almenns eðlis eins og þreyta og úthaldsleysi sem eykst eftir því sem lengra líður. Algengasta einkenni blóðþurrðar í hjartavöðva er hjartaöng.[37] Um er að ræða þyngsla- eða herpingsverk, oftast vinstra megin í brjóstkassa eða fyrir miðju brjósti sem getur leitt upp í háls og kjálka, út í vinstri handlegg eða báða handleggi og jafnvel aftur í bak.[37] Einkennin geta verið ólík milli einstaklinga en oftast koma þau fram með svipuðum hætti hjá hverjum og einum sjúklingi. Yfirleitt stendur verkurinn í nokkrar mínútur í einu og lagast við hvíld eða töku æðavíkkandi lyfja. Hverfi verkurinn ekki eða komi við minniháttar áreynslu, er talað um hvikula hjartaöng. Kransæðasjúkdómur getur verið án einkenna eða einkennin ósértæk, sérstaklega hjá sjúklingum með sykursýki, og er talið að truflun í dultaugakerfinu komi við sögu.[38-40]

Alvarleiki einkenna hjá sjúklingum með kransæðasjúkdóm er aðallega metinn með tvenns konar kvarða. Við mat á hjartaöng er oftast stuðst við CCS-flokkun (Canadian Cardiovascular Society)

Tafla II. *Flokkun CCS á hjartaöng og áhrifum hennar (a) og NYHA-flokkun á hjartabilunareinkennum (b).*

(a) CCS-flokkun	
Stig I	Venjuleg líkamleg áreynsla í daglegu lífi, til dæmis ganga og að fara upp stiga, veldur ekki hjartaöng. Hjartaöng kemur fram við erfiða líkamlega áreynslu eða áreynslu sem varir í lengri tíma.
Stig II	Veldur lítilsháttar hömlun á athöfnum daglegs lífs. Hröð ganga, ganga upp stiga eða ganga upp í móti í brekku veldur einkennum. Einkenni koma einnig fram við eðlilega áreynslu þegar ákveðin skilyrði eru til staðar, eins og kuldi, mótvindur, við tilfinningalegt álag eða innan nokkurra klukkustunda frá því að einstaklingur vaknaði.
Stig III	Veruleg hömlun á athöfnum daglegs lífs. Stutt ganga á jafnsléttu eða ganga upp stiga við venjulegar kringumstæður og á eðlilegum hraða veldur miklum einkennum.
Stig IV	Vangeta til að framkvæma hvaða athafnir daglegs lífs sem er án þess að finna fyrir óþægindum, hjartaöng getur einnig komið fyrir í hvíld.
(b) NYHA-flokkun	
Stig I	Engar takmarkanir á athöfnum daglegs lífs. Venjuleg líkamleg áreynsla veldur ekki óeðlilegri þreytu, mæði eða hjartsláttaróþægindum (*heart palpitations*).
Stig II	Væg takmörkun á líkamlegri áreynslu en ekki óþægindi í hvíld. Venjuleg líkamleg áreynsla veldur þreytu, hjartsláttaróþægindum, mæði eða hjartaöng.
Stig III	Veruleg takmörkun á líkamlegri áreynslu. Engin óþægindi í hvíld en minnsta áreynsla veldur áðurnefndum einkennum.
Stig IV	Vangeta til að reyna nokkuð á sig líkamlega og einkenni hjartabilunar eru til staðar í hvíld. Öll líkamleg áreynsla veldur stigvaxandi óþægindum og einkennum.

(tafla IIa) og er hvikul hjartaöng skilgreind sem einkenni sem koma í hvíld (CSS 4).[41] Við mat á hjartabilunareinkennum, sem geta fylgt kranæðasjúkdómi, er yfirleitt notast við NYHA-flokkun (New York Hearts Association) (tafla IIb). Einkennin eru metin á skala frá I-IV og sjúklingar með hjartabilunareinkenni í hvíld settir í NYHA-flokk IV.[42]

Greining kransæðasjúkdóms

Sjúkrasaga: Vönduð sjúkrasaga er mikilvægt fyrsta skref í greiningu kransæðasjúkdóma.[37] Hún gefur strax nokkra vísbendingu um hversu alvarlegt ástandið er og hvort um er að ræða langvinnan, stöðugan kransæðasjúkdóm eða brátt kransæðaheilkenni. Þrátt fyrir miklar tækniframfarir er góð sjúkrasaga enn hornsteinn greiningarinnar og hinar ýmsu rannsóknir notaðar sem viðbót við klínisku upplýsingarnar, bæði til að staðfesta greininguna og leggja grunninn að ákvörðun um meðferð. Hjartaöng (*angina pectoris*) er stundum dæmigerð og sjúkdómsgreiningin auðveld. Greining getur þó verið flóknari, enda mismunagreiningar fjölmargar (tafla III). Einnig getur blóðþurrð verið þögul eða án verkja, jafnvel þegar um hjartadrep er að ræða.[43] Þetta endurspeglast í þeirri staðreynd að lögsóknir vegna rangrar greiningar á bráðum kransæðaheilkennum eru algengar.[44]

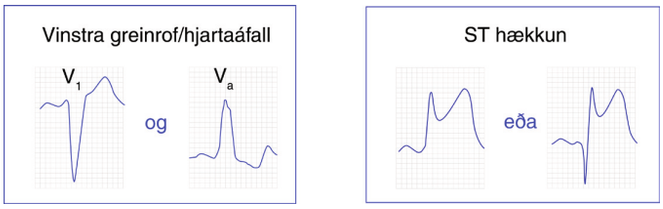
Klínísk skoðun: Þótt engin einkenni við líkamsskoðun séu sértæk fyrir kransæðasjúkdóm, fást við skoðunina mikilvægar upplýsingar um áhættuþætti, merki æðakölkunar, afleiðingar kransæðaþrengsla og atriði sem varða mismunagreiningu. Vönduð skoðun leggur því ásamt sjúkrasögu grunn að frekari athugun og rannsóknum. Þar sem kransæðasjúkdómur er jafnan hluti af útbreiddari æðakölkunarsjúkdómi er almenn skoðun, ekki síst

Tafla III. *Orsakir brjóstverkja (mismunagreiningar).*

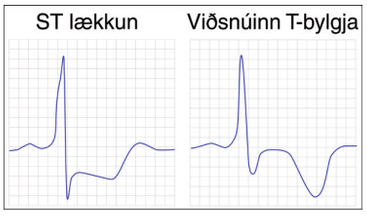
Hjarta	
	Kransæðasjúkdómur
	Ósæðarlokuþrengsl
	Ofþykktarhjartavöðvasjúkdómur
	Gollurshúsbólga
Æðar	
	Ósæðarflysjun
	Lungnarek
	Lungnaháþrýstingur
Lungu	
	Brjósthimnubólga eða lungnabólga
	Barka- og/eða berkjubólga
	Loftbrjóst
	Æxli
Miðmæti	
	Miðmætisbólga
	Loft í miðmæti
Meltingarfæri	
	Bakflæði
	Vélindaspasmi
	Mallory-Weiss rifa
	Maga- og skeifugarnarsár
	Gallvegasjúkdómur
	Briskirtilsbólga
Stoðkerfi	
	Brjósklos í hálsi
	Gigt í öxl eða hálsi
	Geislungabólga (*Costochondritis)*
	Eymsli í vöðvum og vöðvafestum
	Bólga í liðpokum (*sacromial bursitis*)
Annað	
	Sjúkdómar í brjóstum (bólga, æxli og fleira)
	Æxli í brjóstvegg
	Ristill (*herpes zoster*)

heildræn skoðun á slagæðakerfinu, mikilvæg. Blóðþrýstingsmæling, hlustun eftir óhljóðum og aukahljóðum (S3, S4), athugun á bláæðaþrýstingi, lungnahlustun, þreifing púlsa og hlustun eftir slagæðadyn eru því ómissandi hlekkir í mati á kransæðasjúklingi.

Blóðrannsóknir: Blóðhagur er mældur til að útiloka blóðleysi, en því fylgir skert geta til súrefnisflutnings sem getur kallað fram eða magnað blóðþurrðareinkenni.[45] Skjaldkirtilspróf, kreatínín og gaukulsíunarhraði tilheyra einnig grunnmati sjúklings með mögulegan kransæðasjúkdóm.[46] Fastandi blóðsykur og hemóglóbín A1C eru mæld til að útiloka sykursýki og sykurþolspróf framkvæmt ef niðurstöður þeirra eru ekki afgerandi.[47-50] Blóðfitur, þar á meðal heildarkólesteról, HDL og þríglýseríða ætti að mæla hjá öllum sjúklinum sem taldir eru vera með kransæðasjúkdóm og reikna gildi LDL-kólesteróls. Ef grunur er um brátt kransæðaheilkenni er bætt við blóðprufum sem sýna fram á frumuskemmdir í hjartavöðvanum. Ákveðin ensím gegna enn nokkru hlutverki, einkum kreatínín fósfókínasi (CPK), en í seinni tíð hefur trópónín



Mynd 4a. *Hjartarafrit hjá sjúklingum með bráða kransæðastíflu. Nýtilkomið vinstra greinrof eða ST-hækkanir í tveimur samliggjandi leiðslum benda til algerrar lokunar á kransæð (STEMI).*



Mynd 4b. *Hjartarafrit hjá sjúklingi með brátt kransæðaheilkenni (UAP/NSTEMI). Ritið sýnir dæmigerðar flatar ST-lækkanir meira en 1 mm frá grunnlínu og/eða viðsnúna T-bylgju.*

T fengið aðalhlutverkið, en það er stýriprótein í samdráttarkerfi hjartavöðva sem lekur út úr frumunum við lítinn áverka.[51-53]

Hjartarafrit: Hjartarafrit er tekið af öllum sjúklingum sem grunaðir eru um hjartasjúkdóm, hverju nafni sem hann nefnist. Þó verður að hafa í huga að eðlilegt hjartarit tekið í hvíld útilokar ekki kransæðasjúkdóm. Hins vegar geta merki um eldra hjartadrep sést á hjartarafriti þótt sjúklingur hafi ekki sögu um fyrra hjartaáfall. Rit sem er tekið meðan sjúklingur hefur brjóstverk getur leitt í ljós ST-breytingar sem rekja má til blóðþurrðar (mynd 4a). Hjartslátturóregla, merki um vinstri slegilsþykknun og vinstra greinrof eru einnig mikilvægar upplýsingar sem fást með hjartarafriti (mynd 4b).[54-57] Sjaldan er talin ástæða til þess að gera sérhæfðar rannsóknir á einkennalausum einstaklingum.[58]

Hjartaómun: Þrengsli í kransæðum greinast sjaldan með hjartaómskoðun. Engu að síður gefur rannsóknin ríkulegar upplýsingar um byggingu hjartans og starfsemi. Hún gegnir því mikilvægu hlutverki við mat á sjúklingum sem grunaðir eru um eða greinast með kransæðasjúkdóm. Stærð og þykkt vinstri slegils er metin og útstreymisbrot hans reiknað. Starfsemi hjartaloka er skoðuð og kannað hvort lungnaháþrýstingur sé til staðar. Hjartaómun getur afhjúpað svæðisbundna samdráttarskerðingu hjá sjúklingi sem ekki hefur þekktan kransæðasjúkdóm og bent til eldra þögguls hjartaáfalls. Skert starfsemi vinstri slegils í hlébili (*diastolic dysfunction*) getur einnig verið merki um kransæðasjúkdóm. Með hjartaómun má staðfesta eða afsanna aðra sjúkdóma sem geta valdið brjóstverkjum og hjartaöng, til dæmis gollurshúsbólgu, ósæðarlokuþrengsli eða ofþykknunarsjúkdóm í hjartavöðva. Ný og sérhæfð tækni við hjartaómun, eins og vefja-Doppler og mat á starfsemi hjartavöðva með vöðvahnitsmælingum (*myocardial strain imaging*) geta sýnt breytingar, bæði í slagbili og hlébili við fremur væga blóðþurrð.[58-61]

Röntgenmynd af brjóstholi: Upplýsingar um hjartastærð, lungnaæðar og vökva í brjóstholi eru mikilvægar við mat á öllum hjartasjúklingum.[62,63] Röntgenmynd af brjóstholi gefur einnig mikilvægar upplýsingar við mismunagreiningu brjóstverkja. Rannsóknin er gagnleg hjá sjúklingum með lungnasjúkdóma eða brjóstverki sem ekki eru dæmigerðir fyrir blóðþurrð í hjarta. Breikkað miðmæti á röntgenmynd getur til dæmis bent til víkkaðrar ósæðar vegna ósæðarflysjunar.

Álagspróf og myndgreiningarrannsóknir

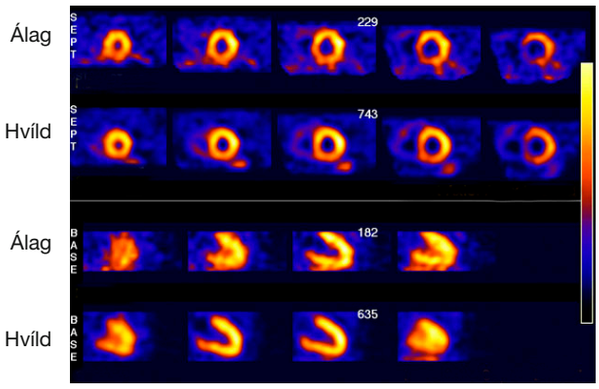
Í mörgum tilfellum er hægt að staðfesta greiningu kransæðasjúkdóms með ofangreindum lykilrannsóknum en stundum getur þurft að rannsaka sjúklinginn frekar með sérhæfðari hjartarannsóknum:

Álagspróf: Við áreynslu margfaldast súrefnisþörf hjartans og jafnframt kröfur um blóðflæði um kransæðakerfið. Álagspróf eru gerð til þess að meta hvort einkenni kransæðasjúkdóms sem ekki gera vart við sig í hvíld komi fram undir álagi. Þau gefa að auki upplýsingar um áreynslugetu og horfur.[64] Álagspróf er ekki ráðlegt að gera hjá sjúklingum með óstöðugan kransæðasjúkdóm, til dæmis hvíldarverk síðasta sólarhringinn. Prófin eru ýmist gerð á þrekhjóli eða göngubretti, eða álag á hjartað aukið með lyfjum, til dæmis dóbútamíni, adenósín eða dípýridamóli.[65, 66]

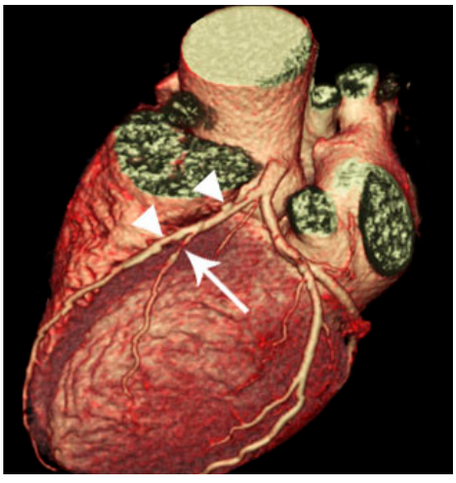
Álagspróf með hjartalínurit: Þetta er langmest notaða aðferðin við álagspróf, bæði hér á landi og annars staðar. Hún hefur þann kost að vera ódýr, er tiltölulega hættulítil og krefst hvorki flókins tækjabúnaðar né mikils mannafla.[67, 68] Leitað er að vísbendingum um kransæðasjúkdóm sem getur komið fram í ST-lækkunum á hjartariti (mynd 4b), takttruflunum frá sleglum eða blóðþrýstingsfalli við álag. Helsti ókostur álagsprófs með hjartariti er hins vegar sá að jákvætt forspárgildi prófsins er lágt, eða um 70% hjá körlum en einungis um 50% hjá konum.[69, 70] Jákvætt álagspróf gefur vísbendingu um kransæðasjúkdóm og ætti í öllum tilfellum að leiða til lyfjameðferðar.[58] Ef lyfjameðferð skilar ekki tilætluðum árangri eða merki um hættulegan kransæðasjúkdóm koma fram í álagsprófi, kemur til álita að senda sjúklinginn í hjartaþræðingu.

Álagshjartaómun: Þessi rannsókn er valkostur þegar ekki er hægt að framkvæma venjulegt álagshjartalínurit eða þegar niðurstaða þess er óljós. Rannsóknin hentar vel hjá sjúklingum með ódæmigerða brjóstverki, sérstaklega hjá konum með óljósa brjóstverki. Einnig hjá sjúklingum sem áður hafa farið í kransæðavíkkun eða hjáveituaðgerð og fá aftur einkenni að nýju.[71,72] Kannað er hvort svæðisbundin samdráttarskerðing kemur fram við álag. Rannsóknina má einnig nota til þess að meta lífvænleika í hjartavöðva hjá sjúklingum með langt genginn kransæðasjúkdóm.[58]

Ísótópa-blóðflæðirannsóknir: Þessar rannsóknir gefa möguleika á því að sýna blóðflæði um hjartavöðvann á myndrænan hátt. Mæld er upptaka hjartavöðvafrumna á geislavirkum ísótóp, oftast Tecnicium 99 M. Álag á hjartað er síðan framkallað með þrekjóli, göngubretti eða lyfjum, aðallega adenósíni. Þar sem upptakan í hjartavöðva stendur í réttu hlutfalli við blóðflæðið, fæst svæðis-



Mynd 5. *Ísótópaskannmynd af hjarta, tekin bæði í hvíld og við álag.*



Mynd 6.
Tölvusneiðmynd sem sýnir verulegar æðakölkunarbreytingar í efsta og miðhluta framveggskvíslar vinstri kransæðar (LAD). Ör bendir á mestu þrengslin ofarlega í æðinni.

bundinn mælikvarði á þær breytingar sem verða við álag. Mest er notuð svokölluð SPECT-rannsókn (*single photon emission cardiac tomography*).[73,74] Komi fram svæði með minna blóðflæði við álag, bendir það til kransæðasjúkdóms (mynd 5). Rannsóknin hentar einkum hjá sjúklingum með vinstra greinrof á hjartalínuriti eða gangráðstakt sem gerir mat á ST-breytingum á hjartalínuriti erfitt.[75] Rannsóknin er nokkuð tímafrek og kostnaðarsöm, felur í sér geislaáhættu og aðgengi að henni er takmarkað. PET-ísótópaskann (*positron emission tomography*) hefur ákveðna yfirburði yfir hefðbundna ísótóparannsókn, er mun næmari til að meta blóðflæði í hjartavöðva og getur þannig greint smáæðasjúkdóma. Aðgengi að rannsókninni er hins vegar takmarkað og hún er mun dýrari en hefðbundin ísótóparannsókn.[76]

Segulómun: Ágæt rannsókn til þess að meta lífvænleika hjartavöðva hjá sjúklingum með dreifðan kransæðasjúkdóm, til dæmis ef samdráttur vinstri slegils er skertur eftir hjartaáfall. Segulómun getur hjálpað til við mat á því hvort sjúklingur hafi gagn af kransæðavíkkun eða hjáveituaðgerð.[58] Líkt og álags-hjartaómun er hægt að framkvæma álagssegulómun með lyfjum, til dæmis þegar hefðbundin ómskoðun er ófullnægjandi.[77,78] Þessi rannsóknaraðferð hefur þó lítið verið notuð hér á landi.

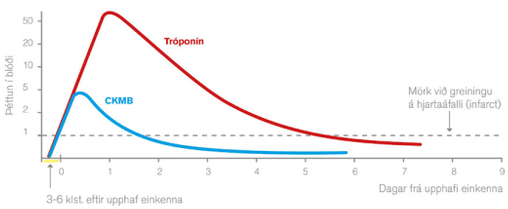
Tölvusneiðmynd af kransæðum: Þegar hefðbundið álagspróf og áhættumat gefa ekki afgerandi niðurstöðu er þetta gagnleg rannsókn, sérstaklega hjá sjúklingum með litlar eða miðlungs líkur á kransæðasjúkdómi.[75,79] Eðlileg rannsókn er talin útiloka kransæðasjúkdóm.[80] Magn æðakölkunar má meta með Agatston-kalkkvarða sem er staðlaður fyrir aldur og kyn.[81] Með skuggaefnisgjöf má fá fram þrívíddarmyndir af kransæðum (mynd 6), en þrengingar á þessum myndum eru stundum ofmetnar í samanburði við kransæðamyndatöku með hjartaþræðingu. Hjá eldri sjúklingum eru meiri líkur á kalkbreytingum í kransæðum sem torveldar úrlestur og mat á þrengslum.[82] Rannsóknin er því gagnslítil hjá þeim sem komnir eru yfir miðjan aldur.[83] Ekki er heldur mælt með tölvusneiðmyndum þegar miklar líkur eru taldar á kransæðasjúkdómi. Í slíkum tilfellum er kransæðamyndataka markvissari rannsókn.[84]

Kransæðamyndataka: Þegar rannsóknir gefa til kynna kransæðasjúkdóm og lyfjameðferð hefur ekki skilað tilætluðum árangri er gerð kransæðamyndataka með hjartaþræðingu. Æðaleggur er þræddur í gegnum slagæð við úlnlið eða í nára og skuggaefni sprautað inn í bæði kransæðaopin. Þannig er hægt að meta nákvæmlega þrengingar í helstu kransæðagreinum. Ef vafi leikur á að kransæðaþrengsli séu marktæk, er hægt að þræða sérstakan þrýstingsvír yfir kransæðaþrengslin og mæla hlutfallslegt þrýstingsfall (*fractional flow reserve, FFR*) yfir þau. Mælingin er gerð eftir gjöf adenósíns í æð sem víkkar kransæðarnar. FFR-gildi undir 0,80 bendir til þess að þrengslin séu marktæk og valdi blóðþurrð í hjartavöðvanum.[60] Kransæðamyndataka er óhjákvæmilegur undanfari kransæðaaðgerða, hvort sem er með kransæðavíkkun eða skurðaðgerð. Hún gefur hins vegar ekki nákvæma mynd af magni æðakölkunar í æðaveggnum eða tilvist æðakölkunarskellna sem ekki þrengja æðina en geta engu að síður rofnað og valdið bráðu kransæðaheilkenni.[85] Kransæðamyndataka með hjartaþræðingu er ekki hættulaus rannsókn, hún veldur talsverðri geislun og getur leitt til fylgikvilla, svo sem heilablóðfalls, hjartsláttartruflana eða slagæðaáverka.[86] Því hefur verið lögð vaxandi áhersla á aðrar myndgreiningarrannsóknir eins og ísótópablóðflæðirannsóknir, álagshjartaómun eða tölvusneiðmynd af kransæðum áður en til kransæðaþræðingar kemur.[59] Engu að síður eru ekki skýrar línur í klínískum leiðbeiningum um hvernig eigi að nota þessar rannsóknir í mati á sjúklingum með brjóstverki, eða hvaða rannsóknir eigi að nota í mismunandi tilvikum.[87] Nýleg bandarísk rannsókn á tæplega 55.000 sjúklingum sem leituðu sér læknisaðstoðar vegna brjóstverkja og gruns um blóðþurrð í hjarta sýndi mikinn mun í notkun myndgreiningarrannsókna milli þeirra 224 sjúkrahúsa sem rannsóknin náði til, eða allt frá 0,2% til 56%.[88] Mikil notkun þessara rannsókna tengdist aukinni notkun hjartaþræðinga en hafði ekki áhrif á fjölda aðgerða eða tíðni endurinnlagna. Rannsóknin leiddi þannig í ljós verulega sóun þar sem dýrum rannsóknum var beitt án sýnilegs ávinnings.[87]

Brátt kransæðarheilkenni og kransæðastífla

Brátt kransæðaheilkenni er samheiti yfir ástand sem á rætur að rekja til bráðrar blóðþurrðar í hjartavöðva. Æðakölkunarsjúkdómur í kransæðum og rof í æðakölkunarskellu liggur yfirleitt til grundvallar en einnig koma við sögu truflun á starfsemi æðaþels, blóðsegamyndun og herpingur í vöðvalögum kransæðanna.[89, 90] Ástandið einkennist yfirleitt af brjóstverkjum sem geta komið ýmist í hvíld eða við minni háttar áreynslu og standa í 10-15 mínútur eða lengur. Bráðu kransæðaheilkenni má skipta í fjórar mismunandi birtingarmyndir: a) hvikula hjartaöng, b) hjartavöðvadrep án ST-hækkunar, c) hjartavöðvadrep með ST-hækkun, og d) skyndidauða vegna bráðrar lokunar á kransæð.[91]

Vægasta formið er hvikul hjartaöng sem er til staðar þegar blóðþurrð leiðir til einkenna en ekki til hjartavöðvadreps samkvæmt endurteknum trópónínmælingum. Sé um alvarlegri blóðþurrð að ræða kom fram merki um hjartavöðvaskemmd með trópónínhækkun (mynd 7). Brátt hjartadrep er síðan flokkað eftir því hvort



Mynd 7. *Hækkanir á hjartaensímum eftir brátt hjartadrep. Mynd: Guðbjörg Tómasdóttir.*

ST-hækkun kemur fram á hjartarafriti (*ST elevation myocardial infarction*, STEMI) eða ekki (*non-ST elevation myocardial infarction*, NSTEMI) (mynd 4).[53] Í NSTEMI er drepið bundið við innsta hluta vöðvans næst hjartaþelinu (*subendocardialt*) en við STEMI nær drepið í gegnum alla eða nær alla þykkt hjartavöðvans. Alvarlegasta form bráðs kransæðaheilkennis er skyndidauði, þegar blóðsegamyndun í kransæð veldur svo mikilli truflun á blóðflæði til hjartavöðvans að af hljótast alvarlegar sleglatakttruflanir sem leiða til hjartastopps.[53]

Greining og helstu rannsóknir

Sjúklingar með brátt kransæðaheilkenni leita oftast á bráðamóttöku vegna brjóstverkjar. Mikilvægt er að fyrsta mat fari fram fljótlega eftir komu með töku nákvæmrar sjúkrasögu og hjartarafrits. Verknum er oft lýst sem herpings- eða þyngslatilfinningu undir bringubeini eða þvert yfir brjóstið, gjarnan með leiðni upp í öxl, út í handlegg, upp í háls, kjálka eða tungu. Stundum er verkurinn í baki eða í ofanverðum kvið. Hafa ber í huga að konur lýsa gjarnan hjartaverk með öðrum hætti en karlar og oft minna afgerandi.[53] Stundum kvarta sjúklingarnir um mæði eða andþyngsli fremur en brjóstverk. Er mæðin þá talin ígildi hjartaöngvar (*angina equivalent*). Þessi birtingarmynd kransæðasjúkdóms sést oftar hjá sykursjúkum, konum og öldruðum.[53] Við kransæðastíflu er einnig algengt að sjúklingar finni fyrir köldum svita, ógleði eða uppköstum.

Hjartarafrit

Hjartarafrit er tekið strax við komu á bráðamóttöku og lagt mat á hvort um sé að ræða ST-hækkun eða nýtt vinstra greinrof, sem eru merki um brátt hjartadrep (mynd 4a). Gagnlegt er að bera hjartarafritið saman við fyrri rit ef þau eru til. ST-hækkun sem tengist kransæðastíflu er oftast ávöl (*convex*) og er miðað við að minnsta kosti 2 mm hækkun í brjóstleiðslum V1-V3, en 1 mm í öðrum leiðslum.[53] ST-hækkun við kransæðastíflu þarf einnig að vera til staðar í að minnsta kosti tveimur samliggjandi leiðslum.[53] Rétt er að hafa í huga að ST-hækkun getur sést við aðra sjúkdóma, eins og gollurshúsbólgu, en breytingarnar eru þá gjarnan útbreiddar og ST-hækkunin með íhvolfu (*concave*) lagi. Sjáist ekki ST-hækkun eða nýtt vinstra greinrof á hjartalínuriti, er leitað að ST-lækkun, sem er oftast lárétt og þarf að vera að minnsta kosti 1 mm að dýpt til að teljast marktæk (mynd 4b).[53] Sé ST-lækkun til staðar samfara brjóstverk, er oftast um að ræða kransæðastíflu án ST-hækkunar eða hvikula hjartaöng. Viðsnúnar T-bylgjur geta sömuleiðis verið vísbending um bráða blóðþurrð.[53] Hjartarafrirt í bráðri blóðþurrð getur breyst hratt og því er gagnlegt að endurtaka rit innan skamms tíma ef vafi leikur á greiningu.

Hjartaensím

Trópónín T er mælt strax við komu hjá sjúklingum með brjóstverk og endurtekið eftir þrjár klukkustundir eða fyrr ef klínísk ábending er fyrir hendi. Séu tvær mælingar innan eðlilegra marka eru afar litlar líkur (<1%) á hjartavöðvaskemmd.[53] Slíkir sjúklingar eru því útskrifaðir heim af bráðamóttöku en stundum er bætt við álagsprófi eða öðrum rannsóknum til að meta líkur á stöðugum kransæðasjúkdómi. Trópónín T telst hækkað ef það mælist yfir 15 ng/l eða hækkar um meira en 50% milli mælinga.[53] Þessir sjúklingar eru lagðir inn á hjartadeild til sérhæfðrar meðferðar. Trópónín T hækkar oft umtalsvert í kransæðastíflu með ST-hækkun og getur hækkunin greinst í blóði í allt að tvær vikur eftir drepið. Trópónín T getur einnig hækkað við ýmsa aðra sjúkdóma, svo sem nýrnabilun, hjartabilun, lungnablóðrek, takttruflanir, heilaáföll eða bráð veikindi af ýmsum toga.[53] Alltaf verður því að túlka niðurstöður trópónínmælinga í samhengi við fyrirliggjandi klínískar upplýsingar og mikilvægt er að ákvörðun um mælinguna hvíli á ígrunduðum ábendingum.

Mæling á CK-MB er sjaldan notuð nú til dags en getur reynst gagnleg í völdum tilfellum, ekki síst ef grunur leikur á nýju hjartadrepi innan tveggja vikna frá fyrri kransæðastíflu.[53] Undir slíkum kringumstæðum getur trópónín enn verið hækkað, en CK-MB lækkar yfirleitt eftir 48 klukkustundir og ný hækkun á því getur því hjálpað við greiningu (mynd 7).[53]

Hjartaómun

Bráð hjartaómun gerð við rúmstokk á bráðamóttöku getur verið gagnleg ef grunur leikur á bráðum kransæðasjúkdómi, sérstaklega þegar hjartarafrit sýnir ekki óyggjandi vísbendingar um blóðþurrð.[91] Leitað er að samdráttarskerðingu í vinstri slegli sem oftast er takmörkuð við ákveðið blóðþurrðarsvæði. Ómskoðun undir slíkum kringumstæðum er auðveld í framkvæmd og gefur að auki upplýsingar um stærð og þykkt vinstri slegils, ástand hans í hlébili, útlit á hjartalokum, vídd ósæðarrótar og þykknun á eða vökva í gollurshúsi. Stækkun á hægri slegli og lungnaháþrýstingur geta verið vísbendingar um lungnarek. Einnig fást upplýsingar um ýmislegt annað sem getur verið hjálplegt við mismunagreiningu brjóstverkja og mæði.[92]

Valdar heimildir

Allur heimildalistinn er birtur í heild sinni á heimasíðu blaðsins

1. Aspelund T, Gudnason V, Magnusdottir BT, Andersen K, Sigurdsson G, Thorsson B, et al. Analysing the Large Decline in Coronary Heart Disease Mortality in the Icelandic Population Aged 25-74 between the Years 1981 and 2006. PLoS One 2010 Nov 12; 5: e13957.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937-52.
5. Schunkert H, Konig IR, Kathiresan S, Reilly MP, Assimes TL, Holm H, et al. Large-scale association analysis identifies 13 new susceptibility loci for coronary artery disease. Nat Genet 2011; 43: 333-8.
6. Thorolfsdottir RB, Aspelund T, Capewell S, Critchley J, Gudnason V, Andersen K. Population assessment of future trajectories in coronary heart disease mortality. PLoS One 2014; 9: e85800.
7. Thorsson B, Steingrimsdottir L, Halldorsdottir S, Andersen K, Sigurdsson G, Aspelund T, et al. Changes in total cholesterol levels in Western societies are not related to statin, but rather dietary factors: the example of the Icelandic population. Eur Heart J 2013; 34: 1778-82.
10. Cheng C, Tempel D, van Haperen R, van der Baan A, Grosveld F, Daemen MJ, et al. Atherosclerotic lesion size and vulnerability are determined by patterns of fluid shear stress. Circulation 2006; 113: 2744-53.
12. Domanski MJ, Borkowf CB, Campeau L, Knatterud GL, White C, Hoogwerf B, et al. Prognostic factors for atherosclerosis progression in saphenous vein grafts: the postcoronary artery bypass graft (Post-CABG) trial. Post-CABG Trial Investigators. J Am Coll Cardiol 2000; 36: 1877-83.
14. Stary HC. The sequence of cell and matrix changes in atherosclerotic lesions of coronary arteries in the first forty years of life. Eur Heart J 1990; 11 Suppl E: 3-19.
15. Kern MJ. Curriculum in interventional cardiology: coronary pressure and flow measurements in the cardiac catheterization laboratory. Catheter Cardiovasc Interv 2001; 54: 378-400.
16. Kloner RA, Bolli R, Marban E, Reinlib L, Braunwald E. Medical and cellular implications of stunning, hibernation, and preconditioning: an NHLBI workshop. Circulation 1998; 97: 1848-67.
18. Murphy E, Steenbergen C. Ion transport and energetics during cell death and protection. Physiology (Bethesda) 2008; 23: 115-23.
19. Gambillara V, Chambaz C, Montorzi G, Roy S, Stergiopulos N, Silacci P. Plaque-prone hemodynamics impair endothelial function in pig carotid arteries. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2006; 290: H2320-8.
22. Kim JA, Montagnani M, Koh KK, Quon MJ. Reciprocal relationships between insulin resistance and endothelial dysfunction: molecular and pathophysiological mechanisms. Circulation 2006; 113: 1888-904.
24. Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. N Engl J Med 2005; 352: 1685-95.
25. Lahoute C, Herbin O, Mallat Z, Tedgui A. Adaptive immunity in atherosclerosis: mechanisms and future therapeutic targets. Nat Rev Cardiol 2011; 8: 348-58.
27. Narula J, Nakano M, Virmani R, Kolodgie FD, Petersen R, Newcomb R, Malik S, et al. Histopathologic characteristics of atherosclerotic coronary disease and implications of the findings for the invasive and noninvasive detection of vulnerable plaques. J Am Coll Cardiol 2013; 61: 1041-51.
28. Virmani R, Burke AP, Farb A, Kolodgie F. Pathology of the vulnerable plaque. J Am Coll Cardiol 2006; 47 (8 Suppl): C13-8.
29. Stone GW, Maehara A, Lansky AJ, de Bruyne B, Cristea E, Mintz GS, et al. A prospective natural-history study of coronary atherosclerosis. N Engl J Med 2011; 364: 226-35.
31. Mozaffarian D, Capewell S. United Nations' dietary policies to prevent cardiovascular disease. BMJ 2011; 343: d5747.
32. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J 2012; 33: 1635-701.
33. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 2001; 30: 427-32; discussion 433-4.
35. Berger JS, Jordan CO, Lloyd-Jones D, Blumenthal RS: Screening for cardiovascular risk in asymptomatic patients. J Am Coll Cardiol 2010; 55: 1169-77.
40. Wackers FJ, Young LH, Inzucchi SE, Chyun DA, Davey JA, Barrett EJ, et al. Detection of Ischemia in Asymptomatic Diabetics I: Detection of silent myocardial ischemia in asymptomatic diabetic subjects: the DIAD study. Diabetes Care 2004; 27: 1954-61.
43. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woolard RH, Feldman JA, Beshansky JR, et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. N Engl J Med 2000; 342: 1163-70.
44. Schelbert EB, Cao JJ, Sigurdsson S, Aspelund T, Kellman P, Aletras AH, et al. Prevalence and prognosis of unrecognized myocardial infarction determined by cardiac magnetic resonance in older adults. JAMA 2012; 308: 890-6.
46. Di Angelantonio E, Danesh J, Eiriksdottir G, Gudnason V. Renal function and risk of coronary heart disease in general populations: new prospective study and systematic review. PLoS Med 2007; 4: e270.
48. Gerstein HC, Islam S, Anand S, Almahmeed W, Damasceno A, Dans A, et al. Dysglycaemia and the risk of acute myocardial infarction in multiple ethnic groups: an analysis of 15,780 patients from the INTERHEART study. Diabetologia 2010; 3: 2509-17.
50. Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur Heart J 2013; 34: 3035-87.
51. Amsterdam EA, Kirk JD, Bluemke DA, Diercks D, Farkouh ME, Garvey JL, et al. Testing of low-risk patients presenting to the emergency department with chest pain: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2010; 122: 1756-76.
52. Reichlin T, Hochholzer W, Bassetti S, Steuer S, Stelzig C, Hartwiger S, et al. Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays. N Engl J Med 2009; 361: 858-67.
53. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, et al. Third universal definition of myocardial infarction. Circulation 2012; 126: 2020-35.
55. Holmvang L, Clemmensen P, Lindahl B, Lagerqvist B, Venge P, Wagner G, et al. Quantitative analysis of the admission electrocardiogram identifies patients with unstable coronary artery disease who benefit the most from early invasive treatment. J Am Coll Cardiol 2003; 41: 905-15.
57. Martin TN, Groenning BA, Murray HM, Steedman T, Foster JE, Elliot AT, et al. ST-segment deviation analysis of the admission 12-lead electrocardiogram as an aid to early diagnosis of acute myocardial infarction with a cardiac magnetic resonance imaging gold standard. J Am Coll Cardiol 2007; 50: 1021-8.
58. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2013; 34: 2949-3003.
59. Daly C, Norrie J, Murdoch DL, Ford I, Dargie HJ, Fox K, group Ts. The value of routine non-invasive tests to predict clinical outcome in stable angina. Eur Heart J 2003; 24: 532-40.
61. Douglas PS, Garcia MJ, Haines DE, Lai WW, Manning WJ, Patel AR, et al. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance Endorsed by the American College of Chest Physicians. J Am Coll Cardiol 2011; 57: 1126-66.
63. Thomas JT, Kelly RF, Thomas SJ, Stamos TD, Albasha K, Parrillo JE, et al. Utility of history, physical examination, electrocardiogram, and chest radiograph for differentiating normal from decreased systolic function in patients with heart failure. Am J Med 2002; 112: 437-45.
65. Becher H, Chambers J, Fox K, Jones R, Leech GJ, Masani N, et al. British Society of Echocardiography procedure guidelines for the clinical application of stress echocardiography, recommendations for performance and interpretation of stress echocardiography: a report of the British Society of Echocardiography Policy Committee. Heart 2004; 90 Suppl 6: vi23-30.
66. Cullen MW, Pellikka PA. Recent advances in stress echocardiography. Curr Opin Cardiol 2011; 26: 379-84.
69. Barnabei L, Marazia S, De Caterina R. Receiver operating characteristic (ROC) curves and the definition of threshold levels to diagnose coronary artery disease on electrocardiographic stress testing. Part I: The use of ROC curves in diagnostic medicine and electrocardiographic markers of ischaemia. J Cardiovasc Med (Hagerstown) 2007; 8: 873-81.
70. Gianrossi R, Detrano R, Mulvihill D, Lehmann K, Dubach P, Colombo A, et al. Exercise-induced ST depression in the diagnosis of coronary artery disease. A meta-analysis. Circulation 1989; 80: 87-98.
73. Fleischmann KE, Hunink MG, Kuntz KM, Douglas PS. Exercise echocardiography or exercise SPECT imaging? A meta-analysis of diagnostic test performance. J Nucl Cardiol 2002; 9: 133-4.
74. Shaw LJ, Mieres JH, Hendel RH, Boden WE, Gulati M, et al. Comparative effectiveness of exercise electrocardiography with or without myocardial perfusion single photon emission computed tomography in women with suspected coronary artery disease: results from the What Is the Optimal Method for Ischemia Evaluation in Women (WOMEN) trial. Circulation 2011; 124: 1239-49.
75. Hendel RC, Patel MR, Kramer CM, Poon M, Hendel RC, Carr JC, et al. ACCF/ACR/SCCT/SCMR/ASNC/NASCI/SCAI/SIR 2006 appropriateness criteria for cardiac computed tomography and cardiac magnetic resonance imaging: a report of the American College of Cardiology Foundation Quality Strategic Directions Committee Appropriateness Criteria Working Group, American College of Radiology, Society of Cardiovascular Computed Tomography, Society for Cardiovascular Magnetic Resonance, American Society of Nuclear Cardiology, North American Society for Cardiac Imaging, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Interventional Radiology. J Am Coll Cardiol 2006; 48: 1475-97.
76. Schwitter J, Nanz D, Kneifel S, Bertschinger K, Buchi M, Knusel PR, et al. Assessment of myocardial perfusion in coronary artery disease by magnetic resonance: a comparison with positron emission tomography and coronary angiography. Circulation 2001;103: 2230-5.
77. Hundley WG, Morgan TM, Neagle CM, Hamilton CA, Rerkpattanapipat P, Link KM. Magnetic resonance imaging determination of cardiac prognosis. Circulation 2002; 106: 2328-33.
79. Meijboom WB, Mollet NR, Van Mieghem CA, Weustink AC, Pugliese F, van Pelt N, et al. 64-Slice CT coronary angiography in patients with non-ST elevation acute coronary syndrome. Heart 2007; 93: 1386-92
80. de Graaf FR, van Velzen JE, de Boer SM, van Werkhoven JM, Kroft LJ, de Roos A, et al. Non-invasive computed tomography coronary angiography as a gatekeeper for invasive coronary angiography. Int J Cardiovasc Imaging 2013; 29: 221-8.
81. Agatston AS, Janowitz WR, Hildner FJ, Zusmer NR, Viamonte M Jr, Detrano R: Quantification of coronary artery calcium using ultrafast computed tomography. J Am Coll Cardiol 1990; 15: 827-32.
82. Gudmundsdottir VK, Andersen K, Gudjonsdottir J. Áhrif kalks í kransæðum á greiningargildi TS-kransæðarannsókna. Læknablaðið 2013; 99: 241-6.
83 Jonsdottir B, Danielsen R. Samanburður á mati kransæðaþrengsla með tölvusneiðmyndatækni og hjartaþræðingu. Læknablaðið 2006; 92: 27-32.
84. Schroeder S, Achenbach S, Bengel F, Burgstahler C, Cademartiri F, de Feyter P, et al. Cardiac computed tomography: indications, applications, limitations, and training requirements: report of a Writing Group deployed by the Working Group Nuclear Cardiology and Cardiac CT of the European Society of Cardiology and the European Council of Nuclear Cardiology. Eur Heart J 2008; 29: 531-56.
85. Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, Borger MA, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012; 33: 2569-619.

86. Bashore TM, Bates ER, Berger PB, Clark DA, Cusma JT, Dehmer GJ, et al. American College of Cardiology/Society for Cardiac Angiography and Interventions Clinical Expert Consensus Document on cardiac catheterization laboratory standards. A report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol 2001; 37: 2170-214.
87. Amsterdam EA, Aman E. The patient with chest pain: low risk, high stakes. JAMA Intern Med 2014; 174: 553-4.
88. Safavi KC, Li SX, Dharmarajan K, Venkatesh AK, Strait KM, Lin H, et al. Hospital variation in the use of noninvasive cardiac imaging and its association with downstream testing, interventions, and outcomes. JAMA Intern Med 2014; 174: 546-53.
89. Davies MJ. The pathophysiology of acute coronary syndromes. Heart 2000; 83: 361-6.
90. Libby P. Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. Circulation 2001; 104: 365-72.
91. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients pr esenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011; 32: 2999-3054.
92. Greaves SC. Role of echocardiography in acute coronary syndromes. Heart 2002; 88: 419-25.

ENGLISH SUMMARY

Review on coronary artery disease – Part I: Epidemiology, pathophysiology, clinical presentation and work-up

Tomas Gudbjartsson, Karl Andersen, Ragnar Danielsen, Arnar Geirsson, Gudmundur Thorgeirsson

Coronary artery disease affects thousands of Icelanders and is the most common cause of death in Iceland. In recent years great strides have been taken towards deeper understanding and improved treatment of this common disease, resulting in markedly improved outcomes. This evidence based review article is the first of two on coronary artery diseases. It will discuss the epidemiology and pathogenesis of coronary artery disease but also clinical presentation and diagnostic work-up. The review is aimed at a wide readership of physicians, other health care providers and students of health sciences. Current literature will be reviewed with special focus on recent Icelandic studies.

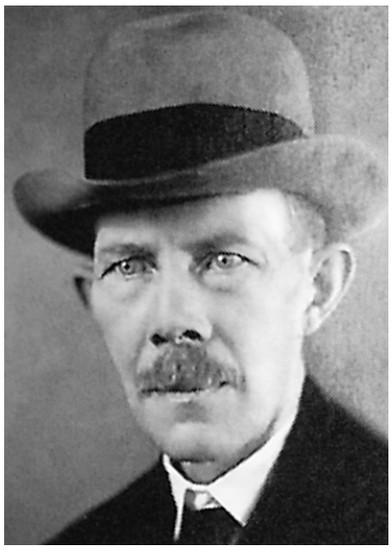
Departments of Cardiothoracic Surgery and Cardiology, Landspitali University Hospital. Faculty of Medicine, University of Iceland.

Key words: *Coronary artery disease, pathophysiology, percutaneous coronary intervention, coronary artery bypass graft.*

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


Munnþurrkur sambærilegur lyfleysu[1,2]
Það er hægt að lifa við ofvirka þvagblöðru á annan hátt
Betmiga® 50 mg▼
mirabegron
Fyrsti ß3-örvinn við einkennum ofvirkrar þvagblöðru
Heimildir: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295.
2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395.
Sérlyfjatexti á bls. 709

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



Guðmundur Hannesson

Jón Ólafur Ísberg
sagnfræðingur
joli@centrum.is

Guðmundur Hannesson er nánast í guðatölu meðal íslenskra lækna en ekki fyrir stórkostleg læknisverk við erfiðar aðstæður. Hann var ættfaðir samtaka lækna, *Læknablaðsins* og var í framvarðasveit lækna við umbreytingu samfélagsins á fyrri hluta 20. aldar. Styrkur Guðmundar var fyrst og fremst skilningur hans á hlutverki læknisins við að byggja upp heilbrigt samfélag. Fyrstu áratugi 20. aldar var hlutverk læknis þríþætt: örlagavaldur sem hafði áhrif á hvort fólk lifði eða dó, aðstoðarmaður og hjálparhella fólks í mótlæti vegna farsótta, slysa eða hvers konar heilsuleysis og síðast en ekki síst velferðarvörður. Læknirinn átt að sjá til þess að þegnarnir væru heilbrigðir en það var æði misjafnt hvernig læknar skilgreindu hlutverk sitt. Sumir brugðust bara við þegar sjúklingar sóttu til þeirra með veikindi eða skaða en aðrir, þar á meðal Guðmundur Hannesson, töldu hlutverk sitt miklu víðtækara og að þeir væru læknar þjóðarlíkamans. Hann skilgreindi hlutverk læknisins þannig að þeir ættu að sjá til þess „að sem flestir fæðist hraustir og sem best gefnir, að þeir alist upp og lifi andlega og líkamlega hraustir og að þeir sem sýkjast séu læknaðir ef þess er nokkur kostur en hinum hjúkrað."

Guðmundur var sveitamaður, alinn upp á góðu heimili sem hafði töluvert mikið umleikis og stóð fjárhagslega mjög vel. Margir ættingjar hans, kenndir við bæinn Guðlaugsstaði í Blöndudal og kallaðir Guðlaugsstaðakyn, bjuggu í næsta nágrenni og flest af því fólki komst vel af. Á uppvaxtarárum hans voru mikil umbrot í samfélaginu, nýjar atvinnugreinar litu dagsins ljós, þéttbýli fór vaxandi, möguleikar til menntunar jukust, meðal annars fyrir konur, og fjöldi manns flutti búferlum til Vesturheims. Guðmundur mótast í þessu umhverfi bjargálna bænda, húsbænda og hjúa, framþróunar verkmenningar og vísinda og þar sem trú manna á betra samfélag gat ekki beðið hnekki ef menn unnu af viti og bjuggu í haginn fyrir sig og sína.

Það var alls ekki sjálfgefið á þessum árum að synir vel búandi bænda færu til náms enda þurftu þeir þess ekki við, sér og sínum til lífsviðurværis. Þótt Guðmundur væri vel hagur eins og faðir hans hneigðist hugur hans snemma til bóka og hann var sendur í Lærða skólann. Til allra heilla fór Guðmundur utan til náms eftir stúdentspróf og í Kaupmannahöfn stækkaði sjóndeildarhringurinn, hann kynntist nýjum hugmyndum og lifði í samfélagi sem var áratugum á undan Íslandi og þar gat hann skoðað íslenskt samfélag utanfrá.

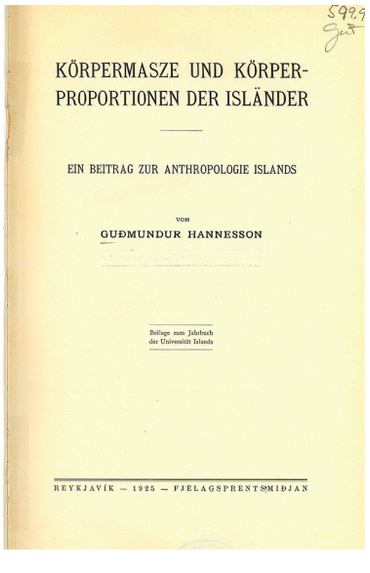
Við heimkomu vorið 1894 varð Guðmundur héraðslæknir í Skagafirði og gat sér þar gott orð en reynsla hans af læknisstörfum í héraðinu varð til þess að hann fór aftur utan til frekari náms. Eftir vetrardvöl í Kaupmannahöfn varð hann læknir á Akureyri næstu 11 ár. Á Akureyrarárunum kom Guðmundur fram sem einn af máttarstólpum samfélagsins og þar steig hann mörg af sínum fyrstu skrefum í þeim málum sem hann varð þekkastur fyrir.

Guðmundur var bæði virkur og virtur læknir á meðan hann starfaði á Akureyri enda flutti hann með sér nýjungar sem báru góðan árangur þótt ytri aðstæður væru ef til vill ekki sem heppilegastar. Hann taldi mest um vert að læknirinn sinnti sínum læknisfræðilegu og samfélagslegu skyldum þótt yfirvöld stæðu sig ekki sem skyldi við að byggja sjúkrahús eða tryggja betri kjör. Guðmundur stofnaði félag lækna á Norður- og Austurlandi en sá félagsskapur var sennilega bara nafnið tómt þótt nafn þess væri tilgreint sem útgefandi á læknablaði sem Guðmundur gaf út á árunum 1902-1904. Læknablað Guðmundar kom út í þrjú ár, 8 blaðsíður og var allt handskrifað af honum sjálfum. Blaðið átti að efla samstöðu og fræðslu meðal lækna og verða upplýstum almenningi til gagns. Það kemur glöggt fram í skrifum Guðmundar í blaðinu að hann áleit vanþekkingu vera að hluta til heilbrigðisvandamál en með fræðslu og þekkingu undir forystu góðra manna væri hægt að bæta samfélagið til hagsbóta fyrir sem flesta. Haft er eftir Guðmundi að „góður læknir hafi ávallt tök á að skapa sér það umhverfi sem þarf til að gera það sem er nauðsynlegt til að bæta heilbrigði fólks." Hlutverk læknisins var ekki bara að skera upp sullaveika bændur og bregðast við slysum og áföllum heldur ekki síður að koma í veg fyrir slíkt með því að byggja upp heilbrigt samfélag. Margir læknar litu á það sem hlutskipti lækna og læknavísinda að gera samfélagið heilbrigt með félagslegum úrbótum enda ættu flestir sjúkdómar sér samfélagslegar orsakir.

Árið 1907 flutti Guðmundur til Reykjavíkur þegar hann varð héraðslæknir þar og kennari við Læknaskólann. Við stofnun Háskóla Íslands árið 1911 varð hann prófessor í líffærafræði og heilbrigðisfræði og sinnti nær eingöngu því starfi eftir það en hann hafði að mestu látið af skurðlækningum eftir að hann flutti suður. Lækningum Guðmundar var þó engan veginn lokið heldur voru þær bara með öðrum hætti en áður, í stað þess að beinast að tilteknum einstaklingi í hvert sinn snerust þær um að lækna þjóðina af þeim meinum sem hann taldi að stæðu henni einkum fyrir þrifum. Þær lækningar sem Guðmundur beitti til að lækna þjóðina voru stjórnmál, skipulagsmál og félagsmál lækna auk kennslu læknanema, og öll þessi atriði nálgaðist hann á grundvelli heilbrigðisfræðinnar, eins og hann skilgreindi hana.

Árið 1906 skrifaði Guðmundur greinaflokk um væntanlegt sjálfstæði Íslands og þar las hann mönnum pistilinn jafnframt því sem hann dásamaði land og þjóð. Hann taldi öll vandræði og eymd þjóðarinnar stafa af mönnunum sjálfum „Stefnufestan og kjarkurinn sigrar ætíð ef nokkur sigurvon er, bætir hag þjóða, breytir illum löndum í góð og gerir mennina frjálsa. Fátæklingshugsunarhátturinn, stefnuleysið og kjarkleysi leiðir til vesaldóms og ósjálfstæðis. Þar sem hann ræður fellur allt í kaldakol, menntun, atvinnuvegir og frelsi. Hann skapar ánauð og ógæfu.“ Guðmundur var kosinn annar af tveimur alþingismönnum Húnvetninga árið 1914 en náði ekki kjöri í kosningunum 1916. Alþingi var honum ekki að skapi eftir það en hann taldi sig vita flestum betur hvernig stjórnkerfi ætti best við og skrifaði greinar um það fram á þriðja áratuginn. Guðmundur leit á þjóðarlíkamann eins og læknir sér sjúkan einstakling sem bara á eftir að hraka og deyja ef ekkert verður að gert.

Meginstefið í stjórnmálastefnu Guðmundar var nokkurs konar „goðastjórn“ og var þar vísað til goða sem réðu málum á fyrstu öldum Íslands en þeir voru „góðir menn“ sem stjórnuðu landinu í umboði fólksins. Hann var í sjálfu sér ekki á móti lýðræði og þingræði svo lengi sem almenningur veldi „góða menn“ sem hefðu vit á hlutunum þótt þeir væru ekki sammála um alla hluti. Guðmundur taldi að samfélagið væri spillt og illa stjórnað af misvitrum mönnum sem blekktu fólk með fagurgala og ranghugmyndum til þess eins að skara eld að eigin köku. „Góðir menn“ kæmust alltaf að réttri niðurstöðu sem flestum til hagsbóta eftir ítarlega skoðun og rökræður. Hann var að sjálfsögðu einn af þessum „góðu mönnum“ og í raun taldi hann samfélagið skipast í aðalatriðum í tvo hópa: hina vel vinnandi, upplýstu og heilbrigðu og hins vegar heimska og illa upplýsta letingja! Í framtíðardraumum hans um sjálfstæða þjóð voru eingöngu heilbrigðir og bjargálna einstaklingar en svipaðar hugmyndir voru uppi víða og þróuðust í sumum löndum í ómannleg samfélög. Viðhorf Guðmundar til hinnar heilbrigðu þjóðar koma einnig glögglega fram í mannfræðirannsóknum hans og afstöðu til ýmissa sjúkdóma en hann taldi að með réttri stjórn og góðu skipulagi væri hægt að lágmarka þann fjölda fólks sem væri til vansa fyrir heilbrigt samfélag.


KÖRPERMASZE UND KÖRPER-PROPORTIONEN DER ISLÄNDER

EIN BEITRAG ZUR ANTHROPOLOGIE ISLANDS

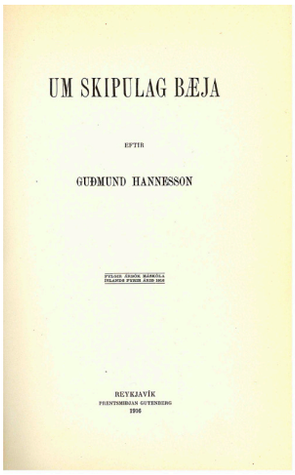
VON

GUÐMUNDUR HANNESSON

Beilage zum Jahrbuch der Universität Islands

REYKJAVÍK — 1925 — FJELAGSPRENTSMIÐJAN

Guðmundur var fyrstur manna til að stunda mannfræðirannsóknir og mannamælingar á Íslandi. Árið 1925 kom út, sem fylgirit með Árbók Háskóla Íslands, rit hans Körpermasze und körperproportionen des Isländer, og vakti það athygli víða um lönd. Hann mældi um 1100 manns og tók allt að 35 málsetningum á hverjum einstaklingi. Með þessu vildi hann kanna helstu einkenni þjóðarinnar og rekja skyldleika við aðrar þjóðir.


UM SKIPULAG BÆJA

EFTIR

GUÐMUND HANNESSON

REYKJAVÍK

1915

Árið 1915 varð stórbruni í miðborg Reykjavíkur. Sama ár kemur út rit Guðmundar um skipulagsmál þar sem heilbrigði og fegurð eru sett á oddinn, sólarljós og gott loft og vatn: lágreist byggð, garðar í suður og hagkvæmt skipulag íbúða.

Guðmundur var einn helsti frumkvöðull íslenskra skipulagsmála. Á meðan hann bjó á Akureyri stóð hann fyrir ýmsum framförum, þar á meðal byggingu nýs sjúkrahúss sem var þá eitt það fullkomnasta á landinu. Akureyri varð fyrir áhrif hans sem og fleiri góðra manna einn hreinlegasti bærinn í upphafi 20. aldar og hann sá til þess að skipulagsuppdráttur var gerður af bænum 1904, sem var sá fyrsti sinnar tegundar hér á landi.

Þéttbýlismyndun hófst seint á Íslandi og flest þorp þróuðust hægt í bæi og einungis einn bær varð um síðir að borg. Þrátt fyrir að flestir gerðu sér grein fyrir mikilvægi bæja í þróun samfélagsins var einnig mikil andstaða við lífið í bæjunum. Talað var um „bæjarsollinn“ og í bæjum átti að þrífast fáviska, fátækt, heilsuleysi og siðspilling, svo fátt eitt sé nefnt. Ýmsir framámenn töldu að hinn sanni „þjóðarandi“ byggi í sveitinni þar sem hann væri ómengaður af erlendum áhrifum og læknar sýndu fram á með mælingum að börnin í sveitinni væru heilbrigðari en önnur börn. Þessi hugmyndafræði varð til þess að talið var æskilegt að senda börn í sveitina til að læra góða siði og rækta tengslin við þjóðarandann. Þá voru, og eru jafnvel enn, svokölluð meðferðarheimili höfð fjarri bæjarsollinum.

Í ritinu „*Um skipulag bæja*“ sem kom út árið 1915 fjallaði hann fyrstur Íslendinga um skipulagsmál hér á landi með fræðilega og alþjóðlega yfirsýn. Guðmundur vakti athygli á samspili heilsu íbúana og umhverfis þeirra og lagði áherslu á loft og ljós í skipulagi byggða, hreinlæti, fagurfræði og aðgang íbúanna að landi og heilnæmum matvælum. Í lok 19. aldar og fram undir annan áratug 20. aldarinnar voru heilbrigðis- og skipulagsmál í mikilli gerjun víða um lönd til að leita úrbóta á slæmum aðbúnaði almennings í



Guðmundur var höfundur að skipulagi Þingholtanna milli Njarðargötu og Barónsstígs en það þykir einstaklega vel heppnað og standast tímans tönn. Skipulagið tekur mið af ríkjandi vindáttum, birtu, fagurfræði og heilbrigði. Mynd frá Ljósmyndasafni Reykjavíkur, ljósmyndari: Sigurhans E. Vignir, tekin 1945-1947.

borgarsamfélaginu. Í byrjun voru heilbrigðismál sett á oddinn en skipulags- og byggingarmál urðu æ fyrirferðarmeiri enda nátengd lýðheilsu. Erlendar rannsóknir á heilsu, lífslíkum og dánartíðni við þröngar íbúðaraðstæður almennings bentu til þess að bætt borgarumhverfi leiddi til meiri lífsgæða. Læknar börðust víða fyrir úrbótum í umhverfismálum og áttu sér tvö kjörorð: loft og ljós. Þetta fól í sér hreinlæti, hreint vatn, öflugt skólpkerfi, rúmbetri og bjartari íbúðir og ferskt loft. Í Reykjavík höfðu læknar bent á nauðsynlegar úrbætur varðandi vatnsveitu, húsnæði og úrgang en ekki sett þau mál í stærra samhengi.

Guðmundur sat í skipulagsnefnd Reykjavíkur frá 1921 og vakti athygli á erlendum kenningum um lýðheilsu í borgum og ýmsa áhrifaþætti í hinu byggða umhverfi og tók mið af alþjóðlegum rannsóknum og staðfærði og aðlagaði niðurstöður að íslenskum aðstæðum og veruleika. Hann lagði áherslu á fagurfræði í fyrirkomulagi bæja og fyrirhyggju í skipulagi borgarhluta og mikilvægi garða. Hugmyndir Guðmundar voru á þann veg að byggðin skyldi vera þétt og samfelld en varaði við því að húsin væru of há, til þess að tryggja að allar vistarverur nytu sólar. Áherslan var lögð á samfellda, fremur lágreista íbúðabyggð, 2-3 hæða hús, gjarnan lítil raðhús með garðbletti til ræktunar og síðast en ekki síst aðskilnað íbúðar- og atvinnusvæða. Ein af nýjungunum sem hann setti fram var regla um skipan húsa á lóðir og legu gatna miðað við sólarátt og ríkjandi vindstefnu. Hann útskýrir hvers vegna sveigð gata sé fegurri en bein, þar sem húsaröðin lokar göturýminu og teikningar hans af gatnakerfi minna töluvert á æðakerfi. Guðmundur taldi að fagurfræði í mótun bæja væri jafn mikilvægur þáttur til þess að tryggja góða heilsu og vellíðan fólks og tæknileg atriði eins og veitukerfi og gatnagerð. Gott dæmi um skipulag frá hans hendi er hverfið milli Njarðargötu og Barónsstígs en það er að flestra mati vel heppnað og þykir standa sumum nýjustu hverfum á höfuðborgarsvæðinu framar um flesta þætti sem einkenna góða byggð. Áherslur hans sem frumkvöðuls borgarskipulags á Íslandi fellur vel að þeim hugmyndum sem nú er haldið á lofti um áhrifaþætti heilbrigðis og lýðheilsu þjóða. Þar er lögð áhersla á samþættingu þjónustu, efnahagslegra, félagslegra og umhverfislegra þátta til að styðja við heilsu íbúana.

Skrif Guðmundar voru grundvöllurinn að fyrstu löggjöf um skipulagsmál hér á landi sem sett var árið 1921 og árið 1927 var samþykkt skipulag fyrir Reykjavík sem Guðmundur átti drjúgan þátt í. Þannig hafði hann bein áhrif á allt skipulagsstarf í landinu auk þess sem áhrifa hans gætti við byggingu fjölmarga íbúðarhúsa út um allt land.

Af skrifum Guðmundar er ljóst að hann taldi nauðsynlegt að læknar ynnu saman til að miðla þekkingu og reynslu og vinna að hagsmunamálum sínum en ekki síður til að styrkja og bæta þjóðina. Landlæknir, Jónas Jónassen (1840-1919), boðaði til læknafundar árið 1896 með það að markmiði að stofna læknafélag og þar mætti Guðmundur með ýmsar hugmyndir í farteskinu sem ekki áttu upp á pallborðið hjá sumum öðrum fundarmönnum. Ekkert varð af félagsstofnun heildarsamtaka lækna. Læknar bjuggu vítt og breitt um landið, tilheyrðu yfirstétt samfélagsins, höfðu öruggar tekjur og gátu að mestu hagað vinnu sinni að vild. Það var í raun fátt sem kallaði á nauðsyn þess að stofna stéttarfélag fyrir lækna þar sem þeir höfðu greiðan aðgang að yfirvöldum. Það var ekki fyrr en utanaðkomandi aðstæður kröfðust þess að læknar stofna stéttarfélag.

Árið 1909 var Sjúkrasamlag Reykjavíkur stofnað að frumkvæði Oddfellowreglunnar en það var samlag „fullhraustra íbúa sem áttu skuldlausa eign og höfðu meðaltekjur“. Sjúkrasamlagið vildi gera samninga við lækna fyrir hönd félagsmanna sinna í stað þess að semja við hvern og einn lækni og það kallaði á félagsstofnun

lækna sem vildu vera í viðskiptum við samlagið. Stofnfundur Læknafélags Reykjavíkur gerði því lítið annað en að þeir læknar sem vildu stofna félagið, þeir voru alls níu, samþykktu gjaldskrá Sjúkrasamlagsins. Nær allir læknar voru í föstum störfum sem flest voru á vegum hins opinbera þannig að hér var verið að semja um aukavinnu þeirra. Guðmundur Magnússon (1863-1924) sem þá var kennari við Læknaskólann var fyrsti formaður félagsins en árið 1911 tók Guðmundur Hannesson við stjórnartaumunum og sat til ársins 1915 en var í stjórninni til ársins 1917. Fljótlega þróaðist starfsemi félagsins út frá þröngu hagsmunafélagi og á vegum félagsins voru haldnir ýmsir fræðslufundir um sjúkdóma og önnur læknisfræðileg efni. Líklegt má telja að hér hafi einkum gætt áhrifa Guðmundar Hannessonar sem jafnan taldi mikla þörf á að fræða og bæta samfélagið ekki síður en kollegana.

Árið 1915 hóf Læknafélag Reykjavíkur útgáfu *Læknablaðsins* sem komið hefur út óslitið síðan og tókst með því að halda úti fræðilegri umræðu og birta mikilvægan fróðleik um heilbrigðismál handa almenningi. Guðmundur hafði lengi haft hug á gefa út læknablað en það var Maggi J. Magnús (1886-1941) sem flutti erindi á fundi hjá læknafélaginu í febrúar 1914 „Um stofnun málgagns fyrir lækna og heilbrigðismál.“ Skipuð var undirbúningsnefnd og síðar kosin ritstjórn og í janúar 1915 kom fyrsta tölublað *Læknablaðsins* út. Menn voru samt ekki á eitt sáttir um það hvernig blaðið ætti að vera en voru hins vegar sannfærðir um að „alþýðlegt tímarit og læknarit fara ekki saman“. Ritstjórnarstefnan var ekki mótuð fyrirfram heldur mótaðist hún eftir því sem árin liðu og *Læknablaðið* varð blað fyrir lækna um læknisfræði, heilbrigðismál og stéttarmálefni en það þjónaði einnig upplýstum almenningi og stjórnvöldum. Fjárhagsgrundvöllur blaðsins var frá upphafi ótraustur og það reyndist ótrúlegur barningur að halda útgáfu þess gangandi. Eftir að Læknafélag Íslands var stofnað reyndi Guðmundur Hannesson að fá það til að annast útgáfu blaðsins en það tókst ekki þótt blaðið fengi nokkurn fjárstyrk frá félaginu.

Fullyrða má að útgáfa Læknablaðsins sem í upphafi var að stórum hluta verk Guðmundar Hannesson sem sat í ritstjórn á árunum 1915-1921, sé eitt mikilvægasta framlag til eflingar íslenskra heilbrigðismála á fyrri hluta 20. aldar. Blaðið hefur frá upphafi verið nær eini vettvangurinn fyrir fræðilegar greinar í læknisfræði og sem slíkt verið forsenda fræðilegrar umræðu og það gegndi veigamiklu félagslegu hlutverki þegar stéttarvitund lækna var í mótun. Þá skal ekki vanmeta þann mikilvæga þátt að miðla læknisfræðilegri þekkingu um heilbrigðismál, í víðasta skilningi þess orðs, meðal almennings. Með útgáfu *Læknablaðsins* urðu heilbrigðismálefni í samfélagsdeiglunni með faglegum hætti og með það að markmiði að efla samfélagið í heild.

Á fundi Læknafélags Reykjavíkur í nóvember 1916 var kosin nefnd, Guðmundur Hannesson, Guðmundur Magnússon og Gunnlaugur Claessen (1881-1948), til að huga að stofnun heildarsamtaka lækna á Íslandi, en ekki þótti heppilegt að stækka Læknafélag Reykjavíkur enda var grunnur þess á öðrum forsendum. Í Reykjavík hafði vaxið upp stétt sjálfstætt starfandi lækna sem störfuðu á allt öðrum forsendum en embættislæknar víða um land. „Nú eru hér fleiri læknar en embætti eru til og eftir fáein ár verða sennilega embættislausir læknar víðsvegar um land. Við rekum okkur þá á samkeppnina, kosti hennar og lesti. Það verður vandlifaðra en áður …“ sagði Guðmundur Hannesson meðal annars í röksemdum fyrir stofnun heildarsamtaka lækna. Hagsmunir lækna sem stéttar voru grundvallarástæða fyrir stofnun félagsins en þau mál sem einkum brunnu á embættislæknum voru að sjálfsögðu kjaramálin, þar með talið endurmenntun, sumarfrí og læknisbústaðir, og ekki síður áreiti frá almenningi og yfirvöldum sem læknar töldu stundum að væru óþarflega afskiptamikil um þeirra störf.


LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF
LÆKNAFJELAGI REYKJAVÍKUR.
RITSTJÓRN:
GUÐMUNDUR HANNESSON, MATTHÍAS EINARSSON
GUÐMUNDUR THORODDSEN.

7. árg. Desemberblaðið. 1921.

EFNI:

Influenzan í Svarfaðardalshéraði 1921 eftir Sigurjón Jónsson. — Konur í barnanauð eftir Sig. Magnússon. — Nokkur orð um ákýrafar bókina eftir G. H. — Smágreinar og athugasemdir. — Fréttir. — Kvittanir.

Verzlunin
Landstjarnan
Austurstræti 10. Reykjavík.
Stærsta og fjölbreyttasta sérverzlun landsins í töbaks- og sælgætisvörum.
Óskar eftir viðskiftum allra lækna á landinu.
Almanak (dagatal, með sögulegum viðburðum og fæðingardögum merkismanna), verður sent viðskiftamönnum meðan upplagið (sem er mjög lítið) endist.
Sendið pantanir yðar sem allra fyrst.
Virðingarfyllst.
P. Þ. J. Gunnarsson.

Læknablaðið var hugarfóstur Guðmundar og fyrstu skrefin steig hann norður á Akureyri með handskrifuðu blaði handa læknum. Í janúar árið 1915 kom út fyrsta tölublað af Læknablaðinu og Guðmundur var ritstjóri allt til ársins 1921. Hann lagði grunninn að blaðinu og kom því í gegnum fyrstu árin með þrautseigju og atorku. Blaðið hefur frá upphafi haft áhrif langt út fyrir raðir lækna.

Læknafélag Íslands var stofnað á fundi í Læknafélagi Reykjavíkur 14. janúar 1918 og töldust stofnfélagar vera 39 þótt einungis hluti þeirra hafi getað verið viðstaddir fundinn. Læknafélag Reykjavíkur kaus fyrstu stjórnina en í henni voru Guðmundur Hannesson formaður en aðrir í stjórn voru Guðmundur Magnússon og Sæmundur Bjarnhéðinsson (1863-1936). Í lögum félagsins sagði að tilgangur þess væri að „efla hag og sóma íslenskrar læknastéttar, samvinnu meðal lækna í heilbrigðismálum þjóðarinnar og glæða áhuga lækna fyrir öllu er að starfi þeirra lýtur.“ Þá var einnig tekið fram, ef áhugi væri fyrir hendi meðal félagsmanna til þess að gefa út tímarit, ætti að kjósa ritstjórn til þess. Ekki skal á nokkurn hátt dregið úr þætti annarra nefndarmanna við gerð laga félagsins en hér eru áhugamál Guðmundar Hannessonar komin og ólíklegt annað en hann hafi komið þessu að.

Fyrsta aðgerð Læknafélags Íslands var að hóta fjöldauppsögnum lækna, eftir ítrekaðar málaleitanir, ef kjör þeirra yrðu ekki leiðrétt og var þetta í fyrsta sinn sem ýjað var að slíku sem baráttutæki í kjarabaráttu. Á árum heimsstyrjaldarinnar fyrri geisaði óðaverðbólga en laun opinberra starfsmanna sátu eftir þannig að erfitt var með framfærslu hjá flestum opinberum starfsmönnum sem ekki höfðu búskap eða sjálfsaflafé. Stjórnvöld urðu við réttmætum kröfum lækna og fengu þeir í fyrstu svokallaða dýrtíðaruppbót en síðan voru launin hækkuð nokkuð. Áfram var þó gert ráð fyrir að heildarlaun þeirra væru að stórum hluta greidd af almenningi vegna læknisþjónustu og var af þeim sökum erfitt að manna læknishéruð víða um land. Kjaramálin voru lengi vel helsta baráttumál læknafélagsins en læknum var erfitt um vik þar sem þeir áttu yfirleitt ekki samleið með öðrum launþegafélögum. Annað mál sem læknafélagið tók föstum tökum voru embættisveitingar stjórnvalda en þar hefur löngum loðað við að önnur sjónarmið en hæfni ráði för. Læknafélagið hafði skýra stefnu í þessum málum og vildi alls ekki að almenningur fengi að kjósa lækni til starfa



Guðmundur keypti lóð undir hús árið 1910 og stækkaði lóðina aðeins tveimur árum síðar en húsið var byggt á þeim árum. Húsið sem stendur nú á horni Ingólfsstrætis og Hverfisgötu er einlyft steinsteypuhús með risi og byggt á kjallara úr grásteini. Að sjálfsögðu teiknaði Guðmundur húsið og einnig viðbyggingu við Ingólfsstræti sem var byggð 1928. Þarna var hugsað fyrir flestum atriðum sem þurfa að prýða gott einbýlishús. Í kjallara hússins var lengi til húsa Röntgenstofa Gunnlaugs Claessen og í viðbyggingunni var um tíma læknastofa Hannesar sonar Guðmundar. Í öllu húsinu eru nú veitingastaðir, pizzustaður sem heitir ekki neitt og Dill. Mynd: Hávar Sigurjónsson í nóvember 2014.

eins og stundum var gert með presta og það vildi að félagið fengi að tilnefna lækni í embætti og stjórnvöld ættu að fara að þeirri tilnefningu. Þegar til átti að taka voru embættisveitingar ekki eins auðveldar í meðförum og menn vildu vera láta og óljóst hverjir væru þess umkomnir að skera úr um hæfni manna. Guðmundur taldi það eitt af helstu markmiðum Læknafélags Íslands að koma í veg fyrir að almenningur og eða stjórnvöld færu að skipta sér af þeirra innri málum.

Þegar litið er yfir ævi og störf Guðmundar Hannessonar verður manni starsýnt á framsýni hans, fjölbreytta þekkingu og atorku. Hann lifði á miklum umbrotatímum í þjóðlífinu og uppgangstímum í vísindum og var fullgildur þátttakandi í hvoru tveggja. Guðmundur var framámaður og forgöngumaður um stofnun samtaka lækna og *Læknablaðsins* og kom hvoru tveggja til „nokkurs þroska“ þannig að sporgöngumenn áttu hægara um vik. Hann áleit að læknar hefðu skyldur langt út fyrir hefðbundið starf lækna. Læknirinn var að mati Guðmundar nokkurs konar velferðarvörður og læknir alls samfélagsins. Þessi viðhorf komu vel fram í kennslu hans í heilbrigðisfræði í Háskólanum en þar lét hann sér fátt mannlegt óviðkomandi og reyndi að virkja læknanema til þátttöku í því sem hann taldi skynsamlegast til að bæta samfélagið. Störf hans miðuðu öll að því að gera samfélagið betra og heilbrigðara þannig að sjálfstæði og velsæld þjóðarinnar yrði tryggt. Árangur af starfi hans er enn í fullu gildi.

Guðmundur (1866-1946) var sonur Hannesar Guðmundssonar bónda á Guðlaugsstöðum í Blöndudal og Halldóru Pálsdóttur. Hann varð stúdent frá Lærða skólanum 1887, lauk læknisprófi frá Kaupmannahöfn í janúar 1894 og var skömmu síðar skipaður héraðslæknir í Skagafirði og sat á Sauðárkróki. Veturinn 1895-1896 var hann við nám í Kaupmannahöfn en fékk veitingu fyrir héraðslæknisembættinu í Eyjafirði 1896 og starfaði til ársins 1907. Hann varð héraðslæknir í Reykjavík 1907 og kennari við Læknaskólann í líffærafræði, yfirsetufræði og heilbrigðisfræði. Frá stofnun Háskóla Íslands 1911 var hann prófessor í heilbrigðisfræðum við læknadeild og gegndi því starfi fram í september 1936. Guðmundur var rektor HÍ 1914-1915 og 1924-1925 en á þessum tíma skiptust prófessorar skólans um að gegna embættinu. Hann gegndi embætti landlæknis veturinn 1921-1922. Guðmundur sat í stjórn Læknafélags Reykjavíkur nær samfleytt frá stofnun 1909 til ársins 1917, formaður 1911-1915, og í stjórn Læknafélags Íslands frá stofnun 1918 til ársins 1932, fyrsti formaður félagsins 1918-1924 og aftur 1927-1932. Hann var alþingismaður Húnvetninga árin 1914-1915 en náði ekki endurkjöri í kosningunum 1916.
Kona Guðmundar var Karólína Margrét Sigríður Ísleifsdóttir (1871-1927).



Laun lækna - bergmál fortíðar

Orri Þór Ormarsson
barnaskurðlæknir á Landfspítala
varaformaður Læknafélags Íslands



otormarsson@hotmail.com

Þegar höfundur fór að skoða eldri skrif um laun lækna gerði hann sér grein fyrir því að sagan endurtekur sig. Það sem kom á óvart er hversu lítið orðræðan hefur í raun breyst í tímans rás.

Greinaskrif þessi og önnur sem höfundur las en ekki gafst rými til að birta hér, eru áhugaverð vitni um þá sífelldu baráttu sem þarf til að halda viðunandi kjörum einnar stéttar. Ekki gafst færi á að gera heilsteypta úttekt á þessu áhugaverða efni og ekki er reynt að draga ályktanir eða komast að niðurstöðu.

Vonandi gefur þessi samantekt smá innsýn í umræðu fyrri tíma og samhengi hennar við umræðuna að undanförnu.

Jón Sigurðsson. Um læknaskipun á Íslandi. *Ný félagsrit* 1844; 4: 1. janúar.

... og þó hafa læknar þar lángtum minni laun enn annarstaðar, bæði frá stjórninni og sjúklingum . . . og auk þess hafa íslendingar komizt uppá það frá öndverðu, að meta læknishjálpina sem nokkurskonar skylduverk af lækna hendi . . . Af því sem nú er mælt þá er ekki furða þó Íslendingum hafi þótt ískyggilegt að læra læknisfræði, því það liggur öllum í augum uppi, að bágt er að þjóna þeirri stétt, er ekki fylgja svo mikil laun, að menn geti keypt þá hluti sem ómissandi eru . . . en allir sjá samt að þetta eru engin laun handa mönnum, er verða að standa í jafnörðugri stétt sem þeir, og þurfa að kosta svo miklu til bóka, fata og læknisverkfæra . . .

***Fjallkonan* 1893; 10/ 9 (28. febrúar): 33.**

Einu embættismennirnir hér á landi sem fjölga þarf eru læknarnir. . . . Það er lítt skiljanlegt, að sú andlega fæða, sem prestar mata söfnuðina á, sé svo miklu meira verð og nauðsynlegri enn heilsa líkamans, að þörf sé á hér um bil sex prestum þar sem einn læknir þykir nægja. . . . Ef vel væri, þyrfti að fjölga læknum um helming, og yrðu þeir þó naumast svo margir sem þörf væri á, til þess að jafnan yrði auðvelt að ná í lækni, þegar slys bera að höndum. . . . Aukalæknar hafa líka svo lág laun, að naumast er viðunandi, og væri sanngjarnt, að laun lækna væri gerð jafnari og aukin, ef landsjóðr væri þess megnugr. Það dugar ekki ætíð að horfa í aurana, þegar um laun er að ræða. Af því að hin nýstofnuðu aukalæknaembætti eru svo launalág, getr auðveldlega leitt, að vér fáum ekki í þau þá menn, sem skara fram úr öðrum og geta átt kost á að leita sér atvinnu í öðrum löndum með betri kjörum.

Gunnarsson T. Stjórnarfrumvörpin, 2. grein. *Lögrétta* 1907; 2 /18 (1. maí): 69-70.

Þjóðin heimtar í sífellu fleiri lækna. Þess verður ekki vart, að hún heimti fleiri presta eða sýslumenn - þeim vill hún fremur fækka en fjölga. Það er augljóst, að þjóðin telur læknana þarfasta allra embættismanna. Engu að síður hafa læknaembættin verið gerð svo óaðgengileg, að læknar hafa ekki fengist í þau öll. Reynslan sýnir, að til þess verður að bæta kjör læknanna frá því sem nú er. Og það er ekki nóg að skapa læknum þau kjör, að einhver maður með læknapróf fáist í hvert embætti. Læknastarfið er svo mikilsvert og svo afarvandasamt, að þar er þörf á nýtustu mönnum . . . Ef þjóðin vill eiga sjer nóg af nýtum læknum, þá verður hún að gera læknastarfið girnilegt í augum ungra efnismanna: Það verður að vera arðvænlegt.

Dr. Friðrik Einarsson: Vettvangur. *Morgunblaðið* 25. febrúar 1961: 9.

Fyrir nokkru var glaðzt yfir því í dagblöðum, að 16 nýir læknar hafi útskrifazt úr læknadeild Háskólans. Það er líka gleðilegt fyrir Svía, Dani og Bandaríkjamenn. . . . Eftir því sem árin líða verður erfiðara og erfiðara að snúa heim aftur til lélegra kjara og verri starfsskilyrða, en þeir eru orðnir vanir við. . . . Nú er það svo, að vel menntuðum og góðum læknum er tekið opnum örmum nærri hvar sem er annars staðar í heiminum. Sú hætta vofir því yfir, að á næstu árum verði það ekki þeir beztu, sem hverfa heim að framhaldsnámi loknu. Er það heillavænleg þróun fyrir landsmenn? Hversu mun þá fara um íslenzka læknisfræði?. . . er naumast um aðra leið að ræða, en freista læknanna með góðum launum, góðum híbýlakosti, farartækjum o.s.frv.

Nú er brotið blað með því að læknar fara í fyrsta sinn í verkfall. Það mun koma í ljós á næstu misserum hversu áhrifamikið það er. Samstaða lækna er mikilsverð.

Magnús Pétursson: Launanefndin og læknarnir. *Læknablaðið* 1917; 3: 69-77.

Það væri því lítt sæmandi, ef við ekki sýndum það allir, að við fylgjum honum [innsk. höfundar: landlækni] *allir í hóp, þegar við allir erum sannfærðir um það, að hann berst fyrir tilverurétti okkar sem lækna og lífsskilyrðum. Látum þjóðina vita þetta. Látum hana vita hvað við liggur.*

Stjórn LÍ 2014
Þorbjörn Jónsson, *formaður*
Orri Þór Ormarsson, *varaformaður*
Magnús Baldvinsson, *gjaldkeri*
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
Arna Guðmundsdóttir
Björn Gunnarsson
Guðrún Jóhanna Georgsdóttir
Hildur Svavarsdóttir
Þórarinn Ingólfsson
Fulltrúi FAL er Tinna Harper Arnardóttir

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



Ebóluteymið þarf að æfa sig að klæða sig í og úr hlífðarfatnaði svo engin hætta sé á sýkingu eftir snertingu við sjúkling.

Mikill viðbúnaður en óþarfi að óttast faraldur

Segir Bryndís Sigurðardóttir um ebólu

Hávar Sigurjónsson

Það er meira en segja að það að útbúa algerlega smithelda meðferðardeild þegar upp kemur hætta á smiti vegna alvarlegs sjúkdóms. Bryndís Sigurðardóttir smitsjúkdómalæknir á Landspítala er í ebóluteyminu svokallaða sem fengið hefur þjálfun í meðhöndlun einstaklinga sem sýktir eru af ebóluveirunni ef til þess skyldi koma.

„Það er rétt að taka fram strax í upphafi að líkurnar á því að hingað komi einstaklingur sýktur af ebóluveirunni eru í rauninni afskaplega litlar. Til þess að svo geti orðið þarf viðkomandi að hafa verið í einu af þeim þremur ríkjum Vestur-Afríku sem glíma við sjúkdóminn, á undangengnum þremur vikum. Hann þarf einnig að hafa komist í beina snertingu við sýktan einstakling og sýna þau einkenni sem fylgja sjúkdómnum," segir Bryndís.

„Það breytir því þó ekki að við verðum að vera við öllu búin og vita nákvæmlega hvernig við tökum á því ef slíkt tilfelli kemur til okkar kasta. Og það er heilmikið mál."

Líklegast að einhver veikist í flugvél

Viðbragðsáætlunin tekur til um 200 starfsmanna Landspítalans og beinist að því að hægt sé að breyta einni lyflækningadeild spítalans í einangrunardeild á innan við 6 klukkustundum og meðhöndla sjúklinginn í framhaldinu þannig að engum, hvorki starfsmönnum né almenningi, stafi nokkur hætta af.

„Í undirbúningnum er reynt að gera ráð fyrir öllum hugsanlegum aðstæðum sem gætu komið upp svo við vitum nákvæmlega hvernig á að bregðast við. Þetta kallar á mikinn undirbúning og æfingar sem allir þurfa að taka þátt í og verkefnisstjórinn Hildur Helgadóttir hjúkrunarfræðingur, hefur unnið gríðarlega gott starf við allt skipulag viðbragðsteymisins, ásamt öllum þeim sem hafa komið að verkefninu," segir Bryndís.

Hún segir langlíklegasta hugsanlega tilfellið geta orðið ef flugvél sem væri á



„Það er talið að með réttri stuðningsmeðferð sé dánartíðni af völdum ebólu mun minni en raunin er í Vestur-Afríku," segir Bryndís Sigurðardóttir sérfræðingur í smitsjúkdómum á Landspítalanum.

leiðinni vestur um haf óskaði eftir leyfi til lendingar á Keflavíkurflugvelli vegna veiks farþega.

„Fyrr í mánuðinum kom upp eitt slíkt tilfelli þar sem fréttaflutningur var reyndar nokkuð ónákvæmur þar sem í rauninni var aldrei nein hætta á ferðum. Farþeginn var að koma frá Suður-Afríku sem er í yfir 5000 km fjarlægð frá Vestur-Afríku en um borð í vélinni var læknir sem nefndi þennan möguleika. Þá fer auðvitað allt í gang. Við höfum í kjölfarið rætt þetta á fundum með sóttvarnarlækni og farsóttarnefnd og bent á hversu mikilvægt sé að við læknarnir í viðbragðsteyminu getum haft beint samband við flugvélina til að átta okkur strax á hvers eðlis tilfellið er. Reyndar áttaði læknirinn sem fór um borð í vélina í Keflavík sig strax á því að hér væri ekki um alvarlegt tilfelli að ræða og alls ekki ebólu. Þá verðum við líka að gera ráð fyrir því að Íslendingar sem verið hafa í Vestur-Afríku eða erlendir ferðamenn sem hingað koma hafi verið þar og við þurfum auðvitað að fylgjast grannt með því. Það segir sig reyndar sjálft að við þessar aðstæður er ólíklegt að fólk fari í skemmtiferðir til Vestur-Afríku. Það er fyrst og fremst hjálparstarfsfólk sem veit hvernig það á að bregðast við og við fylgjumst mjög vel með því eftir heimkomu."

Smithættan er mest á lokastigum sjúkdómsins

Meðgöngutími sjúkdómsins er allt að þrjár vikur en algengast er að sögn Bryndísar að fyrstu einkenni geri vart við sig eftir 10-12 daga. „Það er þó mikilvægt að hafa í huga að sjúklingurinn er alls ekki smitandi á þessum tíma. Það er ekki fyrr en á seinni stigum sjúkdómsins sem smithættan er fyrir hendi, þegar sjúklingurinn er orðinn mjög veikur, með mikinn hita, uppköst og niðurgang. Þá er smithættan gífurlega mikil og einnig eftir að sjúklingurinn er látinn er smithættan af líkinu mjög mikil og það hefur reynst mikill smitvaldur í Vestur-Afríku vegna sérstakra útfararsiða þar sem snerting við lík er hluti af þeim."

Ebóla hefur vakið mikinn ótta vegna skelfilegra lýsinga á því að líffæri sjúklinganna bókstaflega leysist upp og þeim blæði út innvortis. Bryndís segir þetta í rauninni rangt og byggt á misskilingi á framgangi sjúkdómsins. „Hér áður var þetta kallað Ebola hemorrhagic fever og vísaði þar til innvortis blæðinga, en þetta heiti er ekki lengur notað heldur Ebola Virus Disease þar sem blæðingarnar eru fremur sjaldgæfur fylgikvilli. Aftur á móti hafa einkenni frá æðakerfinu verið algeng á síðustu stigum sjúkdómsins þannig að æðarnar leka vegna sýklasóttar, saltbrenglun í blóði verður mikil og nýrun bila. Allt þetta getur verið auðvelt að meðhöndla ef heilbrigðisþjónusta með nútímatæki og tól er fyrir hendi. Í löndum Vestur-Afríku, Líberíu, Síerra Leóne og Gíneu eru 1-2 læknar á hverja 100.000 íbúa og allar aðstæður mjög erfiðar til að meðhöndla sjúklinga, fylgjast með kalíumgildum, nýrnastarfsemi og gefa viðeigandi vökva og lyf. Hættan á bakteríusýkingum er einnig mikil við þessar aðstæður og því nauðsynlegt að

geta gefið sýklalyf við þeim. Það er talið að með réttri stuðningsmeðferð væri dánartíðni af völdum ebólu miklu minni en raunin er í Vestur-Afríku þó ekki sé um beina meðhöndlun gegn ebólunni að ræða. Það er samt full ástæða til að undirstrika að þetta er ein skæðasta veira sem við höfum komist í tæri við en í löndum þar sem heilbrigðisþjónusta er í góðu horfi er ekki ástæða til að óttast faraldur.“

Bólusetning mun stöðva faraldurinn

Þróun lyfja við ebólu er enn á tilraunastigi en að sögn Bryndísar hafa viðteknar reglur um reynslutíma lyfja verið sniðgengnar og lyf sem ekki hafa verið áður reynd á mönnum verið notuð á einstaklinga sýkta af ebólu með þeirra samþykki ef vera skyldi að þau bæru árangur. „Þessi lyf hafa verið notuð á svo fáa einstaklinga enn sem komið er að enginn leið er að segja til um hvort það voru lyfin eða eitthvað annað í meðhöndluninni sem varð til þess að þeim batnaði. Eins er talið að ef sjúkdómurinn er ekki í rénun eftir viku hafi lyfin lítil áhrif. Það eru þrjú lyf sem verið er að þróa og þeirra þekktast er líklega Zmapp sem er blanda af þremur einstofna mótefnum gegn veirunni en við vitum hreinlega ekki á þessu stigi hversu öflugt það er. Til þess þarf að gera miklu meiri rannsóknir. Japanir hafa einnig verið að þróa veirulyf sem upphaflega var þróað gegn heimsfaraldri inflúenzu en það hefur ekki farið í almenna dreifingu. Þá hefur einnig verið reynt að gefa sjúklingum blóð úr einstaklingum sem hafa lifað sjúkdóminn af og hafa þar af leiðandi myndað mótefni gegn ebólaveirunni. Um þetta eru örfá tilfelli og mjög erfitt að draga ályktanir af þeim. Vísindasamfélagið var illa undirbúið fyrir þennan faraldur þar sem ebólaveiran hefur lítið verið rannsökuð og stóru alþjóðlegu lyfjafyrirtækin séð lítinn ávinning af því að þróa lyf gegn henni. Ástæðan er einfaldlega sú að ebólaveiran var mjög staðbundin í Mið-Afríku og náði til lítils hóps af fólki í þau skipti sem hún gerði vart við sig. Faraldurinn í Vestur-Afríku er af allt annarri stærðargráðu en þekkst hefur hingað til og stafar af því að fólkið þar gerði sér enga grein fyrir smithættunni og smitleiðunum. Í Mið-Afríku áttaði fólkið sig á því hvernig sjúkdómurinn smitaðist og þegar hann kom upp var þess gætt mjög vandlega að enginn kæmist í snertingu við hina veiku eða dánu og þannig tókst að koma í veg fyrir faraldra af völdum veirunnar. Það hefur hins vegar ekki tekist í löndum Vestur-Afríku nema að mjög takmörkuðu leyti og vonir um að hefta útbreiðslu sjúkdómsins eru í dag bundnar við að hægt verði að hefja bólusetningu heilbrigðra einstaklinga á næsta ári.“



Auglýsing á útidyrahurðinni á Landspítala í Fossvogi undir fyrirsögninni: Ebola. Grunur um Ebólusmit? Og spurt hvort lesandinn hafi verið í Vestur-Afríku innan 21 dags sem er einkennilega að orði kveðið. Textinn er jafnframt á ensku, frönsku og pólsku.

Bryndís segir þróun bóluefnis vel á veg komna og það sé eina raunhæfa leiðin til að stöðva faraldurinn í Vestur-Afríku. „Bóluefnið sem verið er að þróa virðist veita fullkomna vörn í allt að 5 mánuði og eftir 10-12 mánuði er vörnin 50%. Það gefur góðar vonir um að hægt sé að stöðva faraldurinn og Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hefur sagt að líklegt sé að bólusetningar hefjist í byrjun árs 2015.“



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. 713

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



Þorbjörn Jónsson formaður LÍ, Sólveig Jóhannsdóttir framkvæmdastjóri LÍ, Ómar Sigurvin Gunnarsson samninganefndarmaður og Sigurveig Pétursdóttir formaður samninganefndar LÍ fara yfir málin. Þau eru nokkuð brúnaþung enda er staðan grafalvarleg.

Aukin harka að færast í aðgerðir

Læknafélögin boða auknar verkfallsaðgerðir

Hávar Sigurjónsson

Verkföll Læknafélags Íslands og Skurðlæknafélags Íslands hafa nú staðið yfir í rúman mánuð. Ekkert hefur þokast í samkomulagsátt í samningaviðræðum félaganna við samninganefnd ríkisins og allt stefnir í harðari verkfallsaðgerðir á næstu vikum. Forystumenn læknafélaganna segja hrinu uppsagna yfirvofandi ef ekki náist samningar á næstunni.

„Forsætisráðherra gaf í skyn á fundi með Framsóknarmönnum á Höfn í Hornafirði um helgina (22.-23. nóv.) að veita ætti meira fé til heilbrigðismálanna. Við eigum eftir að sjá hvernig það er hugsað og ekki er samninganefnd ríkisins komin með aukið umboð til samninga við okkur," segir Sigurveig Pétursdóttir formaður samninganefndar Læknafélags Íslands.

„Ef ekki semst á næstu vikum, fyrir áramót, sé ég fyrir mér að læknar segi upp störfum í auknum mæli. Þetta verða ekki hópuppsagnir heldur tekur hver þessa ákvörðun fyrir sig og það sem er alvarlegt er að þessir einstaklingar taka ákvörðunina að vel ígrunduðu máli og munu ekki snúa aftur jafnvel þó samið verði við lækna síðar. Þetta getur haft alvarlegar afleiðingar því starfsemi í ákveðnum greinum byggir á örfáum einstaklingum. Ef þeir hverfa á brott er ekkert annað í stöðunni en að leggja niður viðkomandi starfsemi."

Þorbjörn Jónsson formaður Læknafélags Íslands tekur í sama streng og segir stöðuna óbreytta frá upphafi verkfalls. „Það er ekkert á borðinu þó ýmislegt jákvætt hafi verið sagt af ráðamönnum. Stjórn félagsins hefur samþykkt að halda áfram verkfölllum og auka umfang þeirra með því að hver lota standi í fjóra daga og þær verði samfelldar en ekki með hléum á milli eins verið hefur hingað til."

Helgi Kjartan Sigurðsson formaður Skurðlæknafélags Íslands segir stöðuna óbreytta og enginn samningafundur boðaður með samninganefnd ríkisins þegar þetta er skrifað.

„Það er ekkert að gerast hjá okkur og við höfum verið að bíða eftir tilboði sem samninganefnd ríkisins lofaði okkur þann 4. nóvember. Það bólar ekkert á því ennþá. Við áttum fund 22. nóvember og honum lauk með því að enginn nýr samningafundur var boðaður. Við bíðum því núna eftir samninganefnd ríkisins hafi samband þegar hún hefur eitthvað fram að færa. Annars er tilgangslaust að ræða saman. Hugsanlega verður eitthvað útspil frá ríkisstjórninni sem gæti liðkað fyrir samningum. Það er eina glætan í stöðunni núna," sagði Helgi Kjartan.

Aðspurður um yfirvofandi uppsagnir sagðist Helgi Kjartan vonast til þess í



Verkfallsverðir Skurðlæknafélagsins á vettvangi. Frá vinstri: Halla Fróðadóttir lýtalæknir, Sigríður Sveinsdóttir háls-, nef- og eyrnalæknir og Rafn Hilmarsson þvagfæraskurðlæknir.

lengstu lög að til þeirra kæmi ekki. „ Við vonum að deilan leysist áður en til þess kemur."

Verkfallsverðir Læknafélaganna hafa haft bækistöð í höfuðstöðvum Læknafélagsins að Hlíðasmára 8 og safnast þar saman að morgni verkfallsdaganna áður en haldið er í eftirlitsferðir á sjúkrahúsin. Að sögn verkfallsvarða hefur ekkert verið um verkfallsbrot en vegna skipulags verkfallsins þar sem einstök svið, en ekki öll, eru í verkfalli á hverjum tíma, hafa komið upp álitamál sem leysa hefur þurft úr.

Stjórnir félaganna hafa lagt áherslu á að verkfallsverðir forðist átök eða deilur inn á sjúkrahúsunum og hefur reynst auðvelt að fylgja þeim fyrirmælum. Það var einróma álit verkfallsvarða að samstaða annars heilbrigðisstarfsfólks með málstað þeirra væri mikil og allir legðu sig fram um að gæta þess að verkfallið væri haldið og ekki gengið í annarra störf. Niðurstaðan er því sú að verkfallið kemur verst niður á þeim sem þurfa á þjónustunni að halda og hefur fjölda aðgerða verið frestað vegna verkfallsins en flestir hafa tekið því vel og af skilningi.



Hjá ríkissáttasemjara í Borgartúni. Á myndinni eru frá vinstri samninganefnd LÍ: Oddur Ingimarsson, Björn Gunnlaugsson og Sigurveig Pétursdóttir, og Magnús Pétursson ríkissáttasemjari, Gunnar Björnsson og Halldóra Friðjónsdóttir af hálfu ríkisins.

Blaðamaður *Læknablaðsins* varð vitni að því þegar eldri kona kom í sitt reglubundna eftirlit á Hjartagátt Landspítala á verkfallsdegi og var vísað frá. Hún tók því vel þó hún hefði tekið leigubíl að heiman og yrði nú að taka annan bíl heim án þess að fá lausn sinna mála. Starfsfólk afgreiðslunnar sagði þetta ekki einstakt tilfelli enda ekki allir með dagsetningar verkfalla á einstökum sviðum spítalans á hreinu.

„Við vonum að deilan leysist sem fyrst svo ekki komi til áframhaldandi og útbreiddari verkfalla," segir Þorbjörn Jónsson formaður LÍ.

Frá smæstu frumu til stærsta fjalls

- umfang Valgarðs Egilssonar

Hávar Sigurjónsson

„Ég vil kalla þetta veraldarsögu," segir Valgarður Egilsson sem hefur ritað æviminningar sínar og gefur út undir heitinu Steinaldarveislan. Í formálsorðum segir hann: Við erum eins og víkingarnir og aðrir forfeður okkar að erfðum til. Tegundin maður breytist ekkert að kalla á þúsund árum, (og hefur þar með varla breyst neitt á fimm þúsund árum, frá steinöld.)

Frásögnin hefst með fæðingu sögumanns á jafndægri á vori, þann 20. mars 1940 á Grenivík við austanverðan Eyjafjörð. Sonur hjónanna Egils Áskelssonar og Sigurbjargar Guðmundsdóttur er lengst af bjuggu í Hléskógum í Höfðahverfi. Þar voru æskustöðvar Valgarðs. Hann rekur báðar ættir sínar til hinna fornu og nú horfnu byggða austan við Eyjafjörð, í Fjörðum og á Flateyjardalsheiði hvar bjuggu árhundruðum saman, allt frá landnámi, nokkur hundruð manns. „Þær byggðir fara að leggjast af um aldamótin 1900 og eyddust síðan alveg á skömmum tíma; síldin og seinna stríðið áttu stærstan þátt í þessu," segir Valgarður.

Fæddur í miðju heimsins

„Grenivík er miðja heimsins. Þeir sem eru fæddir þar niðri á bakkanum þeir vita þetta, þar er miðja heims. Það fékk ég staðfest þegar ég sjö vetra fór að stauta mig fram úr landakortum, alls staðar stóð: svo og svo margar gráður west from Green-wich. Greenwich hlaut að þýða Grenivík. Og ekki bara að staðir veraldar væru miðaðir við Grenivík heldur var tíminn það líka. Greenwich mean time."

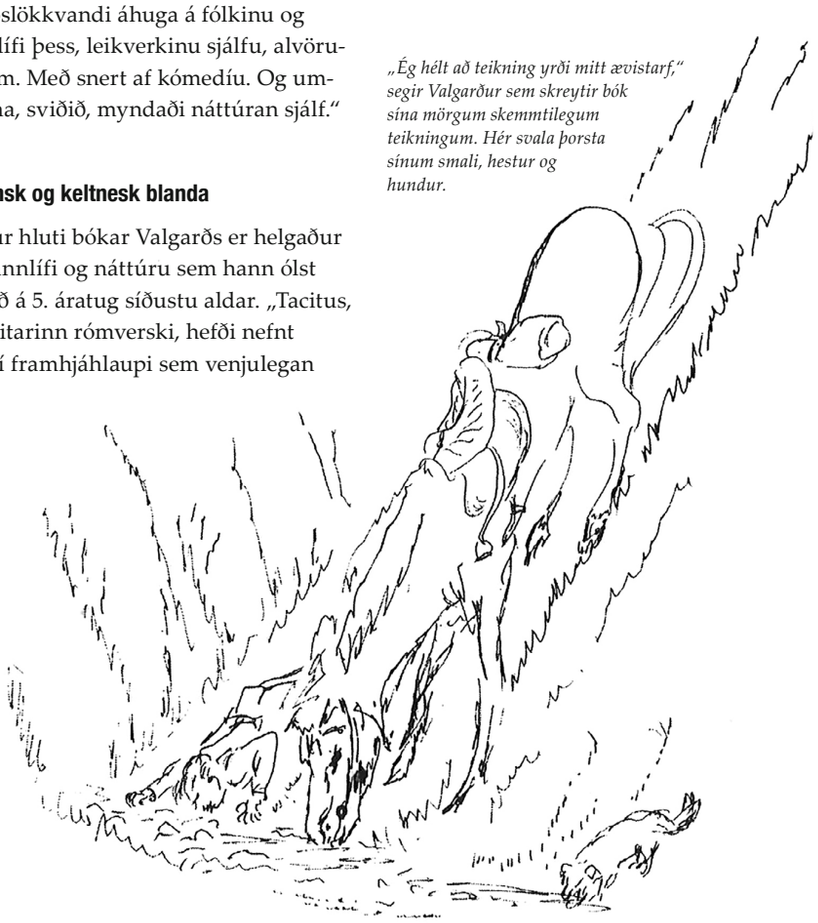
Valgarður var og er náttúrubarn. Systkinahópurinn var stór, 8 börn fæddust foreldrum hans og 7 komust upp. „Við höfðum óslökkvandi áhuga á landinu, gróðrinum og dýralífinu. Ég nýtti hverja stund til gönguferða um landið í kring. Maður hafði augun opin. Þá kom ég auga á pínulitla jurt í klettasprungu. Grasafræðingar greindu þetta. Hún hafði ekki fundist áður á Íslandi, og fékk heitið skeggburkni. 60 árum síðar fannst annað eintak skammt frá. Ég vitja jurtarinnar gjarnan í heimsóknum mínum eftir að ég var fluttur burt.

Ég kom löngu síðar til Kína og heimsótti barnaheimili. Börnin þar höfðu að meðaltali 6 fermetra til að hreyfa sig á. Við systkinin höfðum 600 ferkílómetra, fjalllendið milli Eyjafjarðar og Skjálfanda.

Náin sambúð við dýr hafði líka varanleg áhrif. Hundar, hestar, kýr og kindur. Ég hef alltaf verið sannfærður um að dýr hugsi og hafi tilfinningar. Við persónugerðum náttúruna. Lækur í vorleysingum hafði skap og ætlan. Landkenni voru persónugerð. Vindurinn líka. Veðrin. Ég hafði óslökkvandi áhuga á fólkinu og alvörulífi þess, leikverkinu sjálfu, alvöruleiknum. Með snert af kómedíu. Og umgjörðina, sviðið, myndaði náttúran sjálf."

Germönsk og keltnesk blanda

Drjúgur hluti bókar Valgarðs er helgaður því mannlífi og náttúru sem hann ólst upp við á 5. áratug síðustu aldar. „Tacitus, sagnaritarinn rómverski, hefði nefnt okkur í framhjáhlaupi sem venjulegan germanskan stofn með sterkri keltneskri blöndu, fólk þetta væri frábitið heimspeki, vopnlaust og varnarlaust. Tacitus hefði nefnt eins og hann segir um Germani, að börn þeirra væru ævinlega moldug upp fyrir haus – en þau væru ávallt hraustleg og glaðleg. Og að þjóðarbrot þetta væri sagt trúa á ímynduð öfl í náttúrunni, á stokka og steina og nefndi börn sín eftir grjótinu. Þessi lýsing passar einmitt alveg. Í þessari menningu austan Eyjafjarðar vorum við strákar einmitt alltaf moldugir upp fyrir haus og þó hraustir. Alltaf úti. Og reyndar berfættir hálft árið. Og við vildum ekki styggja ímynduð öfl í náttúrunni. Tacitus hefði nefnt þjóðarbrotið *berfætta utanhússfólkið.* Þessi forna menning vék á fáum áratugum við tilkomu



„Ég hélt að teikning yrði mitt ævistarf," segir Valgarður sem skreytir bók sína mörgum skemmtilegum teikningum. Hér svala þorsta sínum smali, hestur og hundur.



„Ég hafði óslökkvandi áhuga á fólkinu og alvörulífi þess, leikverkinu sjálfu, alvöruleiknum. Með snert af kómediu. Og umgjörðina, sviðið, myndaði náttúran sjálf," segir skáldið og vísindamaðurinn Valgarður Egilsson.

tæknialdar. Síldin gaf peninga og stríðið peninga og tækni. Vélvæðing hófst fyrir alvöru og fólkið flutti á mölina."

Fermdur upp á ástina og Willys

Valgarður segir skemmtilega frá því hvernig hann féllst á að láta ferma sig. „Ég trúði ekki á guð. En ég var skotinn í stelpu á Grenivík og sá möguleikann á að hitta hana ef ég gengi til spurninga. Svo var presturinn í Laufási orðinn lasburða og átti erfitt með að keyra jeppa sinn. Ég tók að mér að keyra fyrir hann út á Grenivík. Þannig fermdist ég upp á ástina og Willysjeppaakstur."

Skólaganga Valgarðs var endaslepp framanaf að hans sögn. „Ég lærði mest heima af eldri systkinum mínum en í skóla gekk ég lítið. Ég var þó 5 vikur í barnaskóla á Grenivík og lærði tvennt: Að það eru tvö l í Halldór og að héraðið Saskatchewan er í Kanada. Síðan var ég einn vetur í Alþýðuskólanum á Laugum í Reykjadal og lærði bókstaflega ekki neitt. Annan vetur á Héraðsskólanum á Laugarvatni. Eftir einn vetur í Menntaskólanum í Reykjavík settist ég á skólabekk í Menntaskólanum á Akureyri. Það var afskaplega afturhaldssamur skóli. Engin yfirsýn, engin heimspeki. Íslenskukennslan var ágæt, latínan og franskan einnig, en að maður þroskaðist eitthvað sem manneskja var af og frá. Náttúrufræði og heimspeki náttúrunnar var gjörsamlega hunsuð þó kennarinn væri Steindór Steindórsson, ágætur grasafræðingur, en náttúrufræðikennsla fór fram án þess að menn litu út um gluggann. Ég hafði áhuga á náttúrufræði af öllu tagi. Mest stundaði ég þó teikningu, aðallega pennateikningar. Ég hélt að teikning yrði mitt ævistarf. Taldi þó rétt að taka stúdentspróf og hafði þá fengið mikinn áhuga á heimspekilegum efnum. Ég setti dæmið svo upp að fyrir heimspekivinnu væri gott að þekkja fyrst manninn sem dýr, þekkja bæði efnislega gerð þess manndýrs og líka að þekkja til atferlis þeirrar tegundar. Í MA var líkami mannsins aldrei á dagskrá sem viðfangsefni í námi. Atferli tegundarinnar manns, félagsleg hegðun, var ekki til umræðu. Ég fór því fyrst í læknisfræði við Háskóla Íslands. Að henni lokinni heillaðist ég af frumunni sem kalla mætti grunneiningu lífveranna. Varð að skilja hvað drífur hana áfram."

Orkubúskapur frumna

Væntingar til háskólanámsins snérust þó upp í nokkur vonbrigði að sögn Valgarðs. „Jón Steffensen, hinn merkasti vísindamaður, kenndi vefjafræði og anatómíu. Hann var ómögulegur kennari, einn sá versti sem ég hef haft. Efnafræði kenndi Steingrímur Baldursson, óskaplega fínn kennari, ég lærði mína efnafræði af mikili nautn. Í miðhluta námsins eignaðist ég

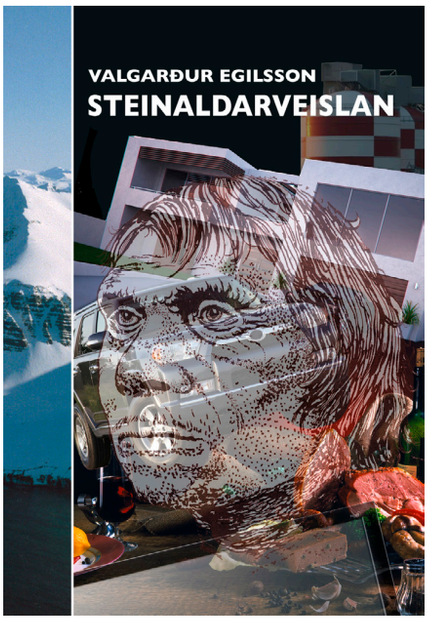
dóttur, Arnhildi sem nú er organisti við Lágafellskirkju í Mosfellssveit. Síðar hitti ég Katrínu Fjeldsted, við giftum okkur 6 mánuðum síðar.

Eftir námið í læknisfræðinni hélt Valgarður til London árið 1972 ásamt eiginkonunni Katrínu og dóttur þeirra, Jórunni Viðar, og þar bjuggu þau næstu 7 árin þar til þau fluttu heim að nýju árið 1979. „Ég stundaði þarna rannsóknir á orkubúskap frumunnar, hafði mestan áhuga á að komast að því hvort brenglaður orkubúskapur frumna gæti valdið krabbameini. Gallinn var sá að ég var einn um þennan áhuga og fékk því hvergi neina styrki og lítinn faglegan eða móralskan stuðning. Upphafsmaður að þessum kenningum var þýskur gyðingur, Otto Warburg, á þriðja áratug aldarinnar, en kenningum hans hafði verið sópað út af borðinu 30 árum áður en ég kom til London 1972. Það liðu enn 25 ár, þar til um þúsaldarmótin 2000, að áhugi vísindasamfélagsins kviknaði aftur á orkubúskap frumnanna og þá var aftur litið til kenninga Ottos Warburg. Þá var ég farinn yfir í rannsóknir á brjóstakrabbameini, erfðaþætti þess og ekki auðhlaupið fyrir mig að taka á ný til við mitt fyrrverandi sérsvið, orkubúskapinn. Það var of seint, nema maður henti öllu frá sér, skrifum og öllu. Nú hamast menn um allan heim við rannsóknir á orkubúskap/metabólisma krabbameinsfrumna. Og mikilvægar upplýsingar flæða inn í vísindatímaritin.

En í London vann ég að þessum rannsóknum launalaus í 7 ár og Katrín, sem þá var í sérnámi í heimilislækningum, vann fyrir okkur sem aðstoðarlæknir á lágum launum. Vinnuvikan hennar gat verið allt að 120 klukkustundir. Það var ómanneskjulegt. Í London urðum við fyrir því að 5 ára drengur, sonur okkar, varð fyrir bíl og lést. Það er erfiðasta reynsla sem foreldrar verða fyrir."

Erfðafræði brjóstakrabbameins

Eftir heimkomu til Íslands var Valgarður stundakennari í frumulíffræði við læknadeild HÍ og kom sér upp rannsóknaraðstöðu við Rannsóknastofu í meinafræði. „Aðstaðan var reyndar engin í fyrstu en ég kom upp rannsóknarstofu í húsakynnum gamla Hjúkrunarskólans, nú Eirbergi, og var þar í nokkur ár með góðum árangri. Ég fékk í lið með mér nokkra af bestu stúdentunum í læknadeildinni, til dæmis Vilmund Guðnason og Sigurð Ingvarsson, sem hafa um árabil verið meðal okkar fremstu vísindamanna, Vilmundur forstöðumaður hjá Hjartavernd og Sigurður á Tilraunastöðinni á Keldum.



Kápan á bók Valgarðs, Steinaldarveislunni, sem var að koma út hjá Saga forlaginu.

Um svipað leyti var auglýst staða prófessors í vefjafræði við læknadeild og ég var eini umsækjandinn. Ég var með doktorsgráðu í frumulíffræði og sérfræðiviðurkenningu í frumumeinafræði og hafði verulega reynslu af vefjafræði. Þremur vikum eftir að umsóknarfrestur var runninn út var tekið við annarri umsókn og þremur vikum ennþá síðar var tekið við þeirri þriðju. Dómnefnd valdi þriðja umsækjandann. Háskóli Íslands veitti mér síðar viðurkenningu, nafnbótina klíníkur prófessor. Fylgir þeirri nafnbót heimild til að panta miða á árshátíð háskólakennara.

Undir ríkisstjórn Gunnars Thoroddsen fór verðbólga í 120% og þurfti að grípa til niðurskurðar á Landspítalanum. Staða mín var þá skorin niður til hálfs. Líklega vegna þess að enginn skildi nokkurn skapaðan hlut í því hvað ég var að fást við og þótti þá ekki tiltökumál að skera niður."

Rannsóknir Valgarðs tóku við þetta nýja stefnu, og segist hann hafi orðið að snúa sér að rannsóknum sem skírskotuðu meira til ráðandi manna. „Við snerum okkur að erfðafræði brjósta-

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Frá stjórn Öldungadeildar

Vel hefur gengið að innheimta árgjöld, en þó eru furðu margir sem hafa ekki komist í banka enn. Stjórnin hefur því ákveðið til einföldunar fyrir félagana að í stað millifærslu í netbanka muni hún innheimta árgjöldin fyrir árið 2014 með valgreiðslum í netbanka. Vonum við að félagsmenn bregðist vel við því.

Fyrirlesari í janúar verður Oddur Sigurðsson, jarðfræðingur, sem mun fræða okkur um gos eða goslok.
Í febrúar mun Stefán Jón Hafstein segja frá dvöl sinni í Afríku og kynna bók sína,
Afríka - ást við aðra sýn.
Í mars mun svo Jón Kristjánsson fiskifræðingur ræða um fiskigengd og fleira.

Fyrirhuguð Færeyjaferð um miðjan maí er í fullum undirbúningi og verður tilkynnt á næsta fundi og í fréttapósti hvenær bókanir hefjast, um kostnað og fleira.

krabbameins og það gekk afskaplega vel. Brautryðjendastarf okkar á því sviði skipti sköpum fyrir þetta rannsóknasvið. Við röktum ættir einstaklinga með hjálp Erfðafræðinefndar og Krabbameinsskrár og áttum verulegan þátt í því að einangra krabbameinsgenin BRCA-1 og BRCA-2. Ég keyrði um landið þvert og endilangt og safnaði blóði úr fólki sem fengið hafði meinið og eins úr ættingjum þess. Þessi ferðalög áttu vel við mig, mann sem hafði áhuga á fólki, ættfræði og landkönnun. Ég vann að þessum rannsóknum með úrvalsfólki, Rósu Barkardóttur, Vilmundi Guðnasyni, Aðalbjörgu Jónsdóttur, Aðalgeiri Arasyni og Óskari Þór Jóhannsyni. Ýmsa fleiri nefni ég í bókinni sem komu að þessum rannsóknum. Nokkru síðar hóf Krabbameinsfélagið líka rannsóknir og samanlögð vinna þessara tveggja íslensku rannsóknarstofa varð til mikils ávinnings fyrir læknavísindin.

Tölvutækninni fleygði fram á þessum árum. Erlendis var nú þróuð sjálfvirkni og varð 100 sinnum hraðvirkari en þegar allt var gert „í höndunum". Eða þúsundfalt hraðari. Það varð líka mögulegt að lesa úr flóknum tölfræðigögnum. Tíundi áratugurinn var tímabil gríðarlegra breytinga í vísindarannsóknum. Upp spretta nýjar greinar á sviði lífvísinda og erfðafræði sem tölvutæknin gerði mögulegt að stunda. Við þessar nýju aðstæður komu miklir peningar inn í greinina. Þá var þetta orðið allt annað mál.

Í dag, á árinu 2014, átta menn sig varla á því að þegar ég tók land í London 1972 er það aðeins fáeinum árum eftir að grunnbygging á DNA sameind var útskýrð. Enginn hinna ungu vísindamanna nú á 21. öld getur gert sér grein fyrir hve stutt menn voru komnir í erfðafræðinni um miðja 20. öld."

Skáld og fararstjóri

Skáldskapur og listsköpun hefur átt stóran þátt í lífsverki Valgarðs og eftir hann liggja leikrit, ljóðabækur og teikningar. Er hann ekki síður þekktur sem skáld en vísindamaður. „Ég hef aldrei getað án skrifa verið. Einu sinni var mér boðin stjórnunarstaða þar sem ég sá fram á að ég gæti ekki sinnt skáldskapnum samhliða. Ég afþakkaði. Ljóðagerð, teikningar, leikritaskrif hafa átt hug minn allan á stundum."

Margir þekkja Valgarð einnig sem afburða fararstjóra í gönguferðum um fjalllendi beggja vegna Eyjafjarðar. „Ég fór upphaflega í gönguferðir með ættingjum og læknastúdentum. Þetta vatt fljótt upp á sig. Ég tók að mér fasta fararstjórn í gönguferðum um skagann, ýmist fyrir Ferðafélag Íslands eða Grenvíkinga. Sinnti því svo með ánægju hvert sumar í 30 ár, einnig um Héðinsfjörð og Hvanndali. Bar titil varaforseta Ferðafélags Íslands í 9 ár. Það eru forréttindi að fá að sýna fólki landið okkar."

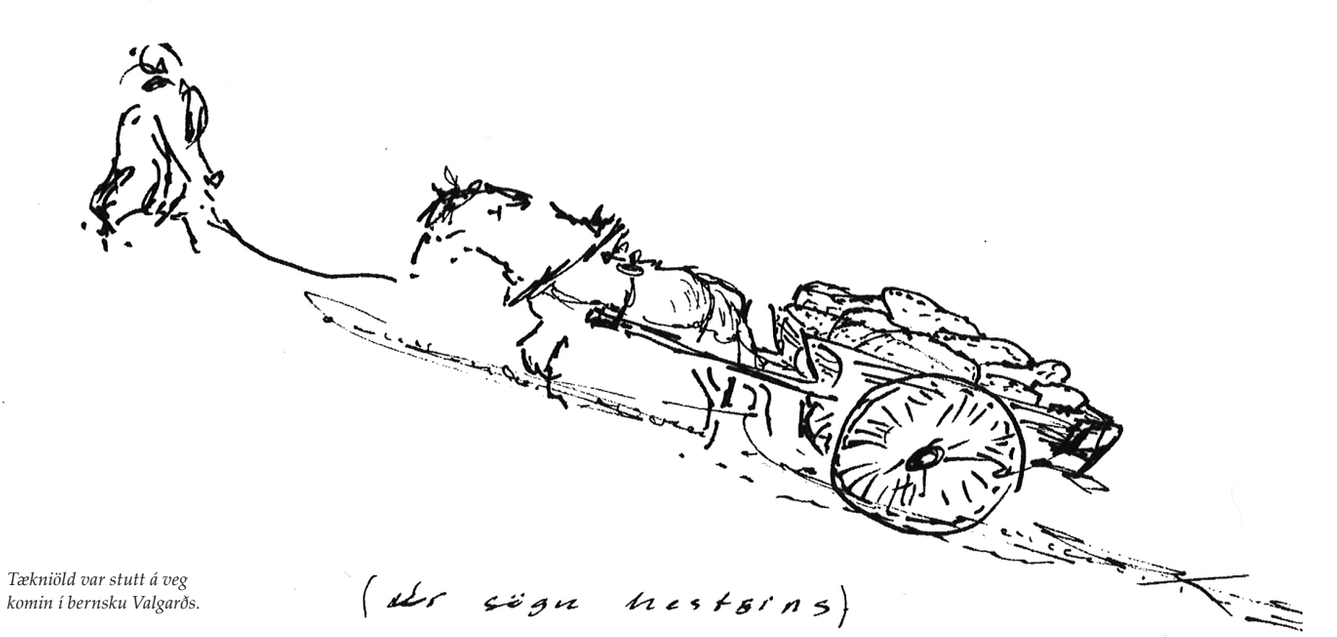
Í lokakafla bókar sinnar sem Valgarður nefnir *Hvernig menn umgengust helga dóma* fjallar hann um ástand hnattarins okkar. Þar dregur saman þekkingu sína og tilfinningu, raunvísindamaðurinn og skáldið Valgarður Egilsson.

„Við erum erfðafræðilega eins og steinaldarmenn. Við steinaldarmenn efnuðum í veislu. Hún hefir staðið í 300 ár og nú eru veisluföng á þrotum," segir hann.

Ekki verður gerð tilraun til að sjóða inntak lokakaflans niður í nokkrar línur en sláum botn í þetta samtal með eftirfarandi tilvitnun:

Það er smánarefni að stjórnmálamenn skuli ekki hysja upp um sig brækurnar og reyna að skilja hættur mannkyns, í hverju þær liggja. Fínar smíðar eru oft aðdáunarverð menningarverk. Steinaldarmenn sumir náðu langt í smíði ýmiss konar, meðal annars vopna. Það er það sem víkingar á Norðurlöndum gerðu; smíðuðu fín skip og skæð vopn – og réðust svo á aðra.

Hámenning 20. aldar fólst í því sama; flinkir menn smíðuðu sér enn betri tæki, flinkir að smíða sér vopn. Og því trúðu þeir að þetta væri hámenning. En þetta voru þá aðallega tæknibrögð. Enda höfðu menn gleymt því að í hámenningu þarf að finnast eitthvað af alúð og ást, ef standa á undir því nafni. Annars er þetta eitthvað allt annað.



Tækniöld var stutt á veg komin í bernsku Valgarðs.

Dönsku hjartaverndarsamtökin

Vilja hafa áhrif á umræðu og þróun rannsókna

Hávar Sigurjónsson

Það vakti athygli okkar á *Læknablaðinu* að íslenskur læknir, Gunnar H. Gíslason sérfræðingur í hjartasjúkdómum, var í haust ráðinn yfirmaður rannsókna hjá dönsku hjartaverndarsamtökunum, Hjerteforeningen. Gunnar hefur verið búsettur í Danmörku í 17 ár og stundaði sérnám sitt við háskólasjúkrahúsin í Kaupmannahöfn eftir nám við HÍ (1986-92) og læknisstörf í Reykjavík og á landsbyggðinni til ársins 1997.

Gunnar hefur um skeið gegnt stöðu prófessors í hjartasjúkdómum við læknadeild Kaupmannahafnarháskóla og er yfirlæknir á Gentoftesjúkrahúsinu í Kaupmannahöfn.

„Það var hálfgerð tilviljun að ég tók þetta starf að mér en það atvikaðist þannig að ég var á ráðstefnu í Washington með formanni Hjerteforeningen og hann tjáði mér að fyrir dyrum stæði að endurskipuleggja samtökin. Ætlunin væri að gera samtökin meira áberandi í samfélaginu með fræðslu og forvörnum en einnig setja á stofn eigin rannsóknarteymi í hjartasjúkdómum. Hann spurði hvort ég hefði áhuga á því að taka að mér stöðu yfirmanns rannsókna. Fyrirkomulagið fram að þessu var þannig að samtökin voru meira ráðgefandi um rannsóknir og lögðu fé til þeirra en frumkvæði og bein þátttaka í rannsóknum var ekki hluti af starfinu. Ég sagðist ekki hafa áhuga á því. En þá spurði hann á móti hvort ég gæti hugsað mér starfið ef stofnuð yrði rannsóknardeild innan samtakanna. Það fannst mér strax miklu áhugaverðara. Þetta var síðan í undirbúningi í nokkra mánuði og niðurstaðan er sú að ég var ráðinn sem yfirmaður rannsókna hjá samtökunum og fæ sérstaka afmarkaða fjárveitingu og starfsfólk til að sinna þessu verkefni.“

Stefnubreyting hjá samtökunum

Gunnar segir starfið hjá hjartaverndarsamtökunum vera eiginlega viðbót við önnur störf hans. „Þetta er hálf staða og ég held áfram störfum mínum sem prófessor og yfirlæknir. Ég held áfram með rannsóknarteymi mitt á Gentofte og þetta er því rekið samhliða og því fylgir vissulega talsverð umsýsla. Í rannsóknarteyminu á Gentofte eru um 35 manns og teymið hjá hjartasamtökunum verður líklega um 10-15 manns þegar það er fullskipað. Þetta skarast auðvitað verulega á mörgum sviðum, þar sem ég get nýtt reynsluna og þekkinguna sem er til staðar á Gentofte til að hjálpa til hér.“

Ef dönsku hjartaverndarsamtökin eru borin saman við Hjartavernd á Íslandi kemur verulegur munur í ljós. „Meginmunurinn er sá að Hjartavernd hefur stundað eigin rannsóknir um árabil samhliða því að vera sjúklingasamtök en samtökin hér hafa nánast eingöngu verið sjúklingasamtök sem lagt hafa sjálfstæðum rannsóknum lið með styrkjum. Þetta er því veruleg stefnubreyting sem ég er að innleiða en auk þess að hefja eigin

Sykehuset Innlandet HF
Geðheilsuverndardeild

Héraðsgeðlækningadeildin í Tynset

Héraðsgeðlækningadeildin í Tynset er í Hedmark-fylki, 170 kílómetra frá Þrándheimi. Við þjónum svæði með u.þ.b. 22.000 íbúa. Þar eru 2 klínískar deildir: Bráðamóttaka með 10 rúmum og ein göngudagdeild fyrir fullorðna með samþættan meðferðarhóp. Deildin er með 3 stöður fyrir yfirlækna, 1 námsstöðu fyrir lækna í sérfræðinámi, sálfræðinga, háskólamenntað starfsfólk og umhverfisstarfsfólk.

Geðlæknir

Við leitum að yfirlækni í geðlækningum fyrir göngudagdeildina í 100 % fasta stöðu.

Við bjóðum upp á
- Gott samstarf á staðnum og við utanaðkomandi aðila.
- Hvetjandi og fjölbreytt starf.
- Mikla möguleika fyrir faglega þróun í gegnum fræðslu á staðnum og með námskeiðum.
- Umhverfi sem býður upp á gjöfult útivistarlíf.
- Hjálp með að finna húsnæði.
- Tungumálanámskeið.

Hafið samband við:
Steinar Trettbergstuen, deildarstjóra, + 47 480 63 216.

Umsóknarfrestur: 1. janúar 2015
Sykehuset Innlandet HF notar veraldarvefinn fyrir starfsumsóknir (Webcruiter).
Farið á heimasíðu okkar www.sykehuset-innlandet.no til að sækja um starf og fyrir frekari upplýsingar.

HELSE SØR-ØST

frantz.no



„Þetta er veruleg stefnubreyting en auk þess að hefja eigin rannsóknir ætla samtökin sér að hafa meiri áhrif á umræðu og þróun rannsókna á hjartasjúkdómum í Danmörku," segir Gunnar H. Gíslason forstjóri rannsókna hjá dönsku hjartaverndarsamtökunum.

rannsóknir ætla samtökin sér að hafa meiri áhrif á umræðu og þróun rannsókna á hjartasjúkdómum í Danmörku."

Varðandi rannsóknarsögu hjartasjúkdóma í Danmörku segir Gunnar að ekki sé til sambærileg rannsókn í Danmörku og stóra íslenska hjartarannsóknin sem staðið hefur óslitið í rúm 50 ár og tekur til allrar þjóðarinnar. „Þó eru tvær stórar rannsóknir sem staðið hafa í mörg ár, Österbro-rannsóknin og Kaupmannahafnarrannsóknin, en þær eru á vegum sjálfstæðra rannsóknaraðila og samtökin hafa styrkt þær en að öðru leyti ekki komið að framkvæmd þeirra. Við höfum þó góðan aðgang að rannsóknargögnunum en það sem ég hef nýtt mest í mínum rannsóknum á hjartasjúkdómum eru fyrirliggjandi gögn um sjúkrahúsinnlagnir og lyfjaafgreiðslur í apótekum. Þessar upplýsingar eru mjög góðar og aðgengilegar og ná langt aftur. Þá eru einnig mjög góð gögn til staðar um félagslega stöðu einstaklinganna, sem gerir okkur kleift að skoða tíðni hjartasjúkdóma innan afmarkaðra félags- og tekjuhópa í samfélaginu. Ætlun okkar er að byggja upp hér innan samtakanna öflugan gagnagrunn sem sameinar allt þetta, auk klínískra gagna um hjartaaðgerðir á sjúkrahúsum í Danmörku.

Mínar eigin rannsóknir hafa snúist um lyfjameðferð við hjartasjúkdómum og meðferðarheldni, öryggi lyfjameðferðar og tíðni aukaverkana. Þá hef ég einnig rannsakað áhrif gigtarlyfja í tengslum við kransæðasjúkdóma og hjartabilun. Áhrif blóðþynningarlyfja hafa einnig verið hluti af rannsóknarvinnu okkar, sérstaklega hjá sjúklingum sem taka mörg blóðþynningarlyf samtímis. Við höfum einnig rannsakað áhrif lyfjameðferðar við sykursýki og tengsl þeirra við kransæðasjúkdóma. Við erum með mjög stór úrtök við þessar rannsóknir sem gefur okkur tækifæri til að rannsaka sjaldgæfari birtingarmyndir ákveðinna sjúkdóma."

Reykingar og offita

Danir hafa náð mjög góðum árangri við að draga úr tíðni dauðsfalla af völdum hjartasjúkdóma segir Gunnar en bætir við að hafa verði í huga að í byrjun níunda áratugarins stóðu Danir langverst af öllum Norðurlöndunum varðandi hjartasjúkdóma. „Á undanförnum 20-30 árum hefur verið gert stórt átak í fræðslu og meðhöndlun á hjartasjúkdómum og það hefur skilað mjög góðum árangri að flestu leyti og vopnin hafa að nokkru leyti snúist í höndum okkar því nú er orðið erfiðara að sannfæra fjölmiðla og almenning um nauðsyn rannsókna og forvarna þar sem árangurinn er svo góður. Danir mega þó taka sig verulega á varðandi einn af stóru áhættuþáttunum, reykingar, en þar eru þeir verulegir eftirbátar hinna Norðurlandaþjóðanna. Þar er mikilvægt að koma fræðslunni til skila en meðferð hjartasjúkdóma hefur batnað svo mikið að dánartíðni hefur lækkað verulega og meðferðin hefur batnað. Það má segja að bæði yfirvöld og almenningur hafi verið sein að taka við sér varðandi reykingar og allar lagasetningar um takmörkun reykinga hafa komið mun seinna til framkvæmda hér en á hinum Norðurlöndunum.

Aðrir stórir áhættuþættir eru offita og sjúkdómar tengdir henni. Hér í Danmörku eykst tíðni sykursýki eins og annars staðar og mjög brýnt að koma upplýsingum og fræðslu til almennings um bætt mataræði og aukna hreyfingu. Hér hafa verið öflugar herferðir í gangi til að vekja athygli á þessu. Þá má nefna að heilbrigðisyfirvöld hafa gefið út ný næringarráð þar sem hlutföll fitu og kolvetna eru orðin allt önnur en áður. Almenningur á þó erfitt með að meðtaka þessar kúvendingar þar sem tilkynnt er að í dag sé óhætt að borða það sem var nánast á bannlista fyrir 5 árum. Þetta tekur allt sinn tíma," segir Gunnar H. Gíslason að lokum.



Instanyl 50, 100 og 200 míkrógrömm/skammt nefúði, lausn í stakskammtaíláti. Takeda Pharma A/S. N02AB03. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS – Styttur texti SPC.
Innihaldslýsing: Hvert stakskammtaílát inniheldur einn skammt (100 míkrólítra) af fentanýlsítrati sem jafngildir 50, 100 eða 200 míkrógrömmum af fentanýli. **Ábendingar:** Instanyl er ætlað til meðferðar á gegnumbrotsverk hjá fullorðnum sem fá þegar ópíóíð viðhaldsmeðferð við langvinnum krabbameinsverkjum. Gegnumbrotsverkur er tímabundin elnun verkja sem verður ofan á varanlegan verk sem þegar er veitt meðferð við. Sjúklingar sem fá ópíóíð viðhaldsmeðferð eru þeir sem taka minnst 60 mg af morfíni til inntöku á dag, minnst 25 míkrógrömm af fentanýli í gegnum húð á klukkustund, minnst 30 mg af oxýcodóni á dag, minnst 8 mg af hýdrómorfóni á dag eða jafn verkjastillandi skammt af öðru ópíóíði í viku eða lengur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Læknir sem hefur reynslu af stjórnun ópíóíð meðferðar hjá krabbameinssjúklingum skal hefja meðferðina og hafa eftirlit með henni. Læknar skulu hafa í huga mögulega misnotkun fentanýls. Skammtar Stilla ætti skammta fyrir hvern sjúkling þannig að viðeigandi verkjastilling náist með bærilegum aukaverkunum. Fylgjast verður vandlega með sjúklingum á meðan skammtar eru stilltir. Nauðsynlegt er að hafa samband við heilbrigðisstarfsmann ef skammtur er aukinn. Í klínískum rannsóknum var skammturinn af Instanyl sem meðferð gegnumbrotsverks óháður daglegri viðhaldsmeðferð með ópíóíði. Hámarksskammtur á dag: Meðferð við allt að fjórum köstum gegnumbrotsverks, hvert með ekki meira en tveimur skömmtum með minnst 10 mínútna millibili. Sjúklingar ættu að bíða í minnst 4 tíma áður en þeir fá meðferð við öðru kasti gegnumbrotsverks með Instanyl bæði á meðan á skammtastillingu og viðhaldsmeðferð stendur. *Skammtastilling* Áður en skammtar af Instanyl eru stilltir fyrir sjúkling, er gert ráð fyrir að þeir fái meðferð við varanlegum undirliggjandi verki með langvinnri ópíóíðmeðferð og að þeir finni ekki fyrir fleiri en fjórum köstum af gegnumbrotsverk á dag. *Aðferð við stillingu skammta* Upphafsstyrkur skal vera einn skammtur með 50 míkrógrömmum í aðra nösina, aukinn smám saman eftir þörfum með því að nota tiltæka styrkleika (50, 100 og 200 míkrógrömm). Ef ekki næst viðunandi verkjastilling má gefa sama styrkleika aftur eftir minnst 10 mínútur. Hvert skref í stillingu skammts (styrkleika skammts) ætti að meta í nokkrum köstum. *Viðhaldsmeðferð* Þegar skammturinn er fundinn samkvæmt skrefum sem lýst er að ofan, ætti sjúklingurinn að fá áfram þann styrkleika af Instanyl. Ef verkjastilling fyrir sjúklinginn er ónóg, má gefa honum aftur sama styrkleika eftir minnst 10 mínútur. *Aðlögun skammta* Almennt ætti að auka styrkleika viðhaldsmeðferðar með Instanyl þegar sjúklingur þarf meira en einn skammt við hverju kasti af gegnumbrotsverk í nokkur köst í röð. Þörf getur verið á aðlögun skammta í undirliggjandi ópíóíðmeðferð ef sjúklingurinn er stöðugt með fleiri en fjögur köst af gegnumbrotsverk á sólarhring. Ef aukaverkanir eru óbærilegar eða viðvarandi, skal minnka styrkleikann eða meðferð með Instanyl skipt út fyrir meðferð með öðrum verkjastillandi lyfjum. *Meðferð hætt* Hætta skal tafarlaust meðferð með Instanyl ef sjúklingurinn er ekki lengur með köst af gegnumbrotsverk. Halda skal meðferð við varanlegum undirliggjandi verk áfram eins og mælt er fyrir. Ef hætta þarf allri ópíóíðmeðferð, verður læknir að fylgjast vandlega með sjúklingnum þar sem minnka þarf lyfjagjöf með ópíóíði smám saman til að koma í veg fyrir mögulega skyndileg fráhvarfseinkenni. Sérstakir hópar *Aldraðir* Takmarkaðar upplýsingar um lyfjahvörf, verkun og öryggi liggja fyrir við notkun Instanyl hjá sjúklingum eldri en 65 ára. Aldraðir sjúklingar geta verið með minnkaða úthreinsun, lengdan helmingunartíma og verið næmari fyrir fentanýl en yngri sjúklingar. Því skal gæta varúðar við meðferð sjúklinga sem eru aldraðir, vannærðir eða veiklaðir. Í klínískum rannsóknum hafa aldraðir sjúklingar tilhneigingu til að þurfa minni skammta en sjúklingar sem eru yngri en 65 ára. Gæta skal sérstakrar varúðar þegar skammtar Instanyl eru stilltir fyrir aldraða. *Skert lifrarstarfsemi* Gæta skal varúðar þegar sjúklingum með meðal til alvarlega skerta lifrarstarfsemi er gefið Instanyl. *Skert nýrnastarfsemi* Gæta skal varúðar þegar sjúklingum með meðal til alvarlega skerta nýrnastarfsemi er gefið Instanyl. *Börn* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun Instanyl hjá börnum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. Lyfjagjöf Instanyl er ætlað til notkunar í nef. Mælt er með að höfuð sjúklings sé í uppréttri stöðu þegar Instanyl er gefið. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða fyrir einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar sem ekki eru á viðhaldsmeðferð með ópíóíðlyfi þar sem aukin hætta er á öndunarbælingu. Meðferð við bráðum verkjum öðrum en gegnumbrotsverkjum. Alvarleg öndunarbæling eða alvarleg lungnateppa. Undangengin geislameðferð í andliti. Endurteknar blóðnasir. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is** Markaðsleyfi lýsins er háð sérstökum skilyrðum. Lyfinu fylgir fræðsluefni fyrir lækna og sjúklinga sem sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér og kynnt það sem við á fyrir sjúklingi ásamt því að afhenda honum efni ætlað sjúklingum til varðveislu. Lyfinu fylgir einnig fræðsluefni fyrir lyfjafræðinga sem sá sem afgreiðir lyfið þarf að hafa kynnt sér. Fyrir frekari upplýsingar og/eða pöntun á fræðsluefni skal hafa samband við umboðsmann Takeda á Íslandi, Vistor hf., sími: 535 7000.

Markaðsleyfishafi: Takeda Pharma A/S. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000.

Textinn var síðast samþykktur 22. september 2014**. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**

Pakkningar og hámarksverð í nóvember 2014: Instanyl nefúði 50mcg, 6 skammtar 13.932 kr., Instanyl nefúði 100mcg, 6 skammtar 14.066 kr., Instanyl nefúði 200mcg, 6 skammtar 14.066 kr.

Afgreiðslutilhögun (afgreiðsluflokkun): R Lyfseðilsskylt, X Lyfið er eftirritunarskylt, Z Sérfræðingsmerkt: krabbameinslæknar og öldrunarlæknar.

Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: 0

HEIMILD: 1. Kress, H.G.; Oronska, Anna et al. Efficacy and Tolerability of Intranasal Fentanyl Spray 50 to 200 µg for Breakthrough Pain in Patints With Cancer: A Phase III, Multinational, Randomized, Double-Blind, Open-Label Extension Treatment Period. Clin. Ther. 2009;31:1177-1191.

Hallærisheiti: L-TNUHI

Reynir Tómas Geirsson

kvensjúkdómalæknir

aðalritstjóri Acta Obstet Gynecol Scand



reynirg@landspitali.is

Árið 2007 var heiti Landspítala breytt í nýjum heilbrigðislögum, úr því að heita Landspítali háskólasjúkrahús (LSH) í að heita bara Landspítali. Nafn spítalans var reyndar greypt í steinsteypu á suðurvegg gömlu byggingarinnar árið 1931, og er þar enn með tveimur s-um, Landsspítali, sem mér hefur alltaf þótt rökrétt hjá þeim sem stofnuðu spítalann og byggðu það góða hús.

Að stytta heitið og halda sig við upprunalegra nafnið, Landspítali, var aðeins látlausara á íslensku en Landspítali háskólasjúkrahús, en um leið tapaðist háskólatilvísunin. Hún kom inn þegar reynt var að formgera nýtt háskólasjúkrahús árið 2001 í kjölfar lagabreytinga frá 1997 og eftirfylgjandi samninga milli spítalans og háskólans. Um þetta heiti var þá sátt meðal stjórnenda spítalans og háskólans. Þá fylgdi með að breyta ensku heiti spítalans til samræmis við íslenska heitið í Landspitali University Hospital og samsvarandi heiti var búið til fyrir skandinavísk mál. Þetta var ágætlega þjált á ensku, ekki of langt og mátti skammstafa sem LUH. Einhvern veginn og án mikils samráðs var fyrir nokkru reynt að breyta nafni spítalans á ensku rétt einu sinni enn. Nú á spítalinn að kallast Landspítali - The National University Hospital of Iceland, væntanlega skammstafað L-TNUHI. Enginn vafi skal vera til staðar: Þetta er að minnsta kosti á ensku háskólasjúkrahúsið fyrir Ísland, og það eina slíka, ekkert minna. Ákveðinn greinir, tilvísun til þjóðar og þjóðernis, háskólans og starfseminnar og landsins. Ekkert annað sjúkrahús hér á landi getur samkvæmt þessu notað heiti sem tengir það við háskóla, til dæmis ekki Sjúkrahúsið á Akureyri sem hefur góð tengsl við læknadeild og hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og við minni háskólabróðurinn, Háskólann á Akureyri. Felst í þessu yfirlæti? Þessi „nafngift“ er á heimasíðu spítalans þar sem upplýsingar eru á ensku, en reyndar ekki í færeysku útgáfunni.

Þegar ég hóf störf við Landspítalann fyrir 30 árum skrifaði ég fljótlega grein í erlent tímarit. Mig vantaði enskt heiti spítalans. Ásmundur Brekkan, yfirlæknir og prófessor, sagði mér að það væri ekki til með opinberum hætti, en að hann og fleiri hefðu notað National University Hospital. Það fannst mér ekki slæmt. Ég vissi ekki til þess eftir 7 ára dvöl í Bretlandi, af ferðum um læknisfræðilegan litteratúr, um nokkur lönd og til allmargra háskólaspítala austan og vestan hafs, að orðið national væri algengt í nöfnum sjúkrahúsa, en kannaðist þó við þann ágæta stað sem er National Maternity Hospital í Dublin. National gat nálgast Lands-hlutann í Landspítali, þó galli væri að íslenska og erlenda heitið féllu ekki saman. National University Hospital var ekki það sama og Landspítali eða Landsspítali. Ég notaði þetta þó um árabil eða þar til samningarnir um háskólasjúkrahúsið voru gerðir 2001 og nafnið Landspitali University Hospital var ákveðið með opinberum hætti. Þá átti reyndar líka að hafa latneskt heiti, Infirmarium Academicum. Eins og nú var ákveðið af einhverjum fáum með einhverjum hætti og án samráðs við til dæmis þá sem mest nota enska heitið, háskólakennara og fræðimenn á Landspítalanum, að hafa þessa latínu (í rangri beygingarmynd). Ég sýndi í *Læknablaðinu* að þýða mátti þessa latínu sem „háskólalega hælið“.[1] Latínuheitið náði aldrei risi og gleymdist eftir þetta - sem betur fer.

En nú er það sem sagt L-TNUHI sem er málið. „Nasjónal“ er komið aftur, ákveðni greinirinn, háskólinn, landið og þjóðernið. Að hafa ákveðinn greini er næsta sjaldgæft í nöfnum sjúkrahúsa í engilsaxneskum löndum enda gagnstætt enskri málvenju. Sama má segja um „national“ og nafn landsins. En þetta gæti gefið til kynna smæð þjóðarinnar og er kannski ágætt með tilliti til þess og hrunsins. Við losnum við að hafa „spitali“ og „hospital“ í sama LUH heitinu. Og alltaf hefur þjóðernið staðið nálægt hjörtum Íslendinga. Við förum okkar eigin leiðir. Sama þótt skammstöfunin L-TNUHI sé í erfiðara lagi og sama þótt nafn spítalans í íslenskum lögum eigi sér engan enduróm í ensku nafngiftinni eða „heitinu“. Í Kaupmannahöfn eru menn ánægðir með að skeyta dönsku heiti framan við enskuna og tala um Rigshospitalet University Hospital. Var Landspítali University Hospital (LUH) ekki nógu gott? Vantaði eitthvað meira? Ég vona að Landspítalinn verði byggður upp í mannvirkjum, skipulagi og heiti til að verða gott háskólasjúkrahús - kynnt á erlendum vettvangi sem „Landspitali University Hospital“, skammstafað LUH. Af því L-TNUHI gengur ekki upp.

1. Geirsson RT. Veiklað „Infirmarium“. Læknablaðið 2000; 86: 363-4.

Hér eru 56 áminningar um verkinn



Hér er 1 möguleiki á að gleyma verknum



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

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

Norspan® buprenorfin

...þegar lítið er nóg!

nor pharma

Sérlyfjatexti á bls. 713

1. www.serlyfjaskra.is

If you want to know how we practiced medicine 5 years ago, read a textbook.
If you want to know how we practiced medicine 2 years ago, read a journal.
If you want to know how we practice medicine now, go to a conference.
If you want to know how we will practice medicine in the future, listen in the hallways and use FOAM.

- dr. Joe Lex

Íslenskir læknar og félagsmiðlar

Davíð B. Þórisson

sérfræðingur í bráðalækningum bráðamóttöku Landspítala, Fossvogi



david.thorisson@gmail.com

Meiri tími er það sem alla lækna vantar. Tími til að leita, til að lesa, til að grúska, því að læknir sem getur lesið í kringum tilfellin sín, rætt þau við kollega og haldið tengslum við akademísku uppeldisstöðvarnar er ánægður og öruggur í starfi.

Félagsmiðlar eru sprottnir úr *Web 2.0* - Internetinu sem fólkið skapaði. Félagsmiðlar eru engin tæknibylting einir og sér heldur rökrétt þróun netsins og hafa ásamt snjallsímanum breytt hversdagslegu lífi okkar meira en við viljum viðurkenna, jafnt heima sem á vinnustaðnum. Börnin skáka afa og ömmu í tölvukunnáttu heima og læknanemar reka sérfræðinginn á gat á stofuganginum. Þekkingin er alls staðar í offramboði en unga kynslóðin kann að sía út það sem skiptir máli og leiða annað hjá sér.

Sérfræðingurinn sækir ráðstefnur einu sinni á ári og nær í besta falli að sofna yfir annarri málsgrein í þykkum doðranti úr bókahillunni eða heimsendu *BMJ*. Símenntunarkrafan verður þvingandi. Unglæknirinn hlustar á bestu ACEP-fyrirlesarana í snjallsímanum sínum, lærir meinlífeðlisfræði lungna og EKG-túlkun frá virtum sérfræðingum erlendis á Youtube og sækir svo svar við spurningum sínum á spjallrás unglækna á Google+ eða Twitter. Með smá heppni gat læknaneminn áður fyrr heyrt Hamman's sign einu sinni á námsárum sínum en í dag má lesa um slík tilfelli með hljóðdæmi og ítarlegum útskýringum á bloggsíðum lækna. Unglæknirinn er í sambandi við fjöldann allan af kollegum erlendis sem hann hefur aldrei hitt augliti til auglitis en ræðir engu að síður við um tilfelli sín og lærdóma ófeimið og þykir fullkomlega eðlilegt.

Sjúklingar eru upplýstir í dag og virkir þátttakendur í ráðlagðri meðferð læknis. Þeir þekkja sjúkdóm sinn og því mikilvægi meðferðarheldni og þess að huga að lífsstíl og mataræði. Þeir vita hvaða einkenni eru óeðlileg og hafa samband við lækni sinn tímanlega. Upplýstir sjúklingar eru ánægðari þar sem þeir upplifa sig ekki úrræðalausa. Upplýstir sjúklingar „gúggla" ekki heldur kunna að sía út áreiðanlegar upplýsingar, meðal annars gegnum upplýsingaveitur læknis síns og jafnvel umræðuhópa með öðrum sjúklingum, með eða án læknisins.

Sumir hafa gengið svo langt að segja að gamla kennslubókin sé úr sögunni, hvort sem það er rétt eða ekki endurspeglar sú umræða hversu mikilvæg bylting er hér á ferðinni. Læknar geta í dag nýtt annars dauðar stundir til sækja sér lifandi símenntun og haft gaman af því í stað þess að láta mata sig á kostnaðarsömum ráðstefnum eða reyna í örvæntingu að finna sér tíma til að setjast niður og lesa.

FOAM (Free Online Accessible Meducation) er hugtak sem oft heyrist í tengslum við nýjan heim af fræðslu fyrir lækna og fer nú eins og eldur í sinu meðal ungra lækna. FOAM-hugtakið varð til meðal bráðalækna á félagsmiðlum um allan heim en á við um allar sérgreinar og auðveldar læknum að stíga fyrstu skrefin. Félagsmiðlar eru lestarteinarnir, FOAM er lestin. Ég vil hvetja alla kollega mína til að kynna sér þetta hugtak.

Hvar á ég að byrja?

Engin leið er að kenna læknum á þessa nýju heima hér á einni blaðsíðu í *Læknablaðinu* enda er þessi pistill aðeins ætlaður til kynningar á hugtakinu. FOAM-heimar eru þess eðlis að ferðalagið hefst strax og læknir stígur um borð í lestina. Læknirinn byrjar strax að kynnast nýjum kollegum, síðum og spjallrásum og það er engin ein leið til að hefja þetta ferðalag. Það eina sem þarf er forvitni (og smá tími við tölvuna!). Eins og í öllum spennandi ævintýrum er ferðalagið sjálft markmiðið, ekki áfangastaðurinn.

Facebook rás íslenskra lækna var stofnuð 2012, þar inn hafa 1200 læknar um víðan völl skráð sig. Margir eru sammála því að þar sé mikilvægt sameiningartól fyrir lækna og aldrei áður hafi náðst saman svona stór hópur í sameiginlegan umræðuvettvang. Auk þess hafa farið fram margar athyglisverðar umræður um tilfelli, íslenska heilbrigðiskerfið og akademískan þankaganga, til dæmis nýleg umræða þar sem vakin var athygli á hugsanlegum brestum í vísindalegum rökum fyrir notkun tPA við heilablóðfalli. Í hópinn sárvantar fleiri eldri kollega til að miðla af reynslu sinni.

Twitter læknar eru fáir en þeim fer fjölgandi og flestir að fikra sig áfram. Með aukinni þátttöku fer að verða hægt að finna betur not fyrir þennan skemmtilega miðil hjá íslenskum læknum.

Viðvera lækna í félagsmiðlaheimi sjúklinga er nánast engin á Íslandi og full ástæða til að vekja lækna til umhugsunar um það. Það er mat undirritaðs að slík nærvera læknis myndi bæta meðferðarheldni og ánægju sjúklinga, fækka óþarfa komum og nýta betur tímann hjá lækni.

Allt þetta og fleira til verður rætt í framtíðarpistlum í *Læknablaðinu* svo og á næstu Læknadögum, meðal annars með vinnubúðum.

Tenglar og ítarefni á *http://goo.gl/OH6wck*

Solveig Pálsdóttir ljósmóðir (1821-1886)

Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir
hjúkrunarfræðingur
gudrgrim@landspitali.is

Í grein Geirs W. Jacobsens, Erlendar Hem og Jóhanns Á. Sigurðssonar[1] í *Læknablaðinu* um baráttuna við ginklofa í Vestmannaeyjum er fjallað um samstarf Peters Antons Schleisner læknis og Solveigar Pálsdóttur ljósmóður.

Solveig fæddist í Vestmannaeyjum árið 1821 og var ein af 13 börnum Páls Jónssonar prests á Kirkjubæ og Guðrúnar Jónsdóttur ljósmóður. Um tvítugt ákvað Solveig að mennta sig og verða ljósmóðir. Guðrún móðir hennar hafði starfað sem ljósmóðir en ekki hlotið til þess formlega menntun.

Miklar líkur eru á að danski héraðslæknirinn í Vestmannaeyjum, dr. Andreas Haaland (1814-1855), hafi hvatt Solveigu til að læra ljósmóðurfræði í Kaupmannahöfn. Solveig var ógift og barnlaus og þurfti að fá undanþágu til náms en engin stúlka hafði fengið námsvist í Fæðingarstofnuninni í Kaupmannahöfn nema hafa sjálf fyrst alið barn.

Undanþága fékkst sem var staðfest með svokölluðu kansellíbréfi dagsettu 9. desember 1841. Í bréfum Haalands kemur meðal annars fram að fyrsta skilyrði til að uppræta ginklofa í Vestmannaeyjum sé að fá lærða ljósmóður til að sinna sængurkonum. Taldi hann orsök ginklofans vera óhreinindi, mataræði og meðhöndlun á naflastreng. Allar konur skyldu fæða börn sín á sérstökum fæðingarstofnunum þar sem ljósmóðir og læknir sæju um umönnun þeirra fyrstu vikurnar. Mæður skyldu hafa börn sín á brjósti í stað þess að gefa þeim kúamjólk og vatn.[1] Á þessum tíma var ungbarnadauði mikill og sýndu tölur að 95% var af völdum ginklofa.

Fátækt var mikil í Vestmannaeyjum á þessum árum og húsakynni léleg. Þekkingarleysi og fáfræði ríkti um almennt hreinlæti. Um 7 af hverjum 10 börnum sem fæddust í Vestmannaeyjum létust á fyrstu 5-12 dögum ævinnar.[2]

Solveig fór til Kaupmannahafnar árið 1842 til eins árs náms. Haaland hélt áfram að berjast fyrir því að sérstök fæðingarstofnun yrði reist í Vestmannaeyjum. Árið 1847 fólu dönsk yfirvöld Schleisner lækni að reisa slíka stofnun og hefja rannsóknir á orsökum ginklofa. Fæðingarstofnunin tók til starfa í september 1847 og var fæðingarstofan flutt á heimili Solveigar 1848 en Matthías Markússon smiður og eiginmaður Solveigar byggði húsið.

Á fyrsta ári eftir að stofnunin tók til starfa lækkaði dánartíðni nýbura um helming.[1] Strangar kröfur voru gerðar um hreinlæti og mataræði. Börnin fengu pela heim með sér ásamt barnafötum og þvottasvampi. Áhersla var lögð á brjóstagjöf og aukið grænmeti í fæðu. Skráning á dánarorsökum nýbura var bætt.[2] Eftir að Schleisner fór frá Eyjum hélt Solveig áfram að starfa með sama hætti.[1] Árið 1848 fór Schleisner aftur til Danmerkur og var Solveigu falið að sinna læknisstörfum í Eyjum til ársins 1852 en þá kom Davidsen til starfa til ársins 1860. Solveigu var enn á ný falið að gegna læknisstörfum næstu þrjú árin. Magnús Stephensen gerðist héraðslæknir í rúmt ár árið 1863 og var Solveigu í þriðja sinn falið að annast læknisstörf í héraðinu frá árinu 1864 til 1865 en þá tók Þorsteinn Jónsson læknir til starfa.



Á myndinni er langalangamma greinarhöfundar, Solveig Pálsdóttir ljósmóðir. Meðal afkomenda hennar í læknastétt eru Páll Torfi Önundarson og Úlfur Ragnarsson. Uppruni myndarinnar og ljósmyndari er óþekktur.

Solveig giftist Matthíasi Markússyni trésmið árið 1845 og eignuðust þau 9 börn. Þau byggðu hús sitt, Landlyst, árið 1848 og tveimur árum síðar létu dönsk yfirvöld byggja yfir fæðingarstofnunina sem var í vesturenda húsins. Húsið er nú safn og staðsett á Skansinum í Eyjum. Í safninu er ljósmóðurtaska Solveigar og ýmis áhöld sem hún notaði við fæðingar og aðhlynningu.

Hjónin fluttu til Reykjavíkur árið 1867 og byggðu sér íbúðarhús við Skólavörðustíg sem þau nefndu Holt. Solveig starfaði í Reykjavík til 1886 er hún lést.[2]

Ég kann *Læknablaðinu* bestu þakkir fyrir að fá tækifæri til að greina lítillega frá ævi Solveigar og starfi sem afkomandi hennar.

Heimildir

1. Jacobsen GW, Hem E, Sigurðssonar JÁ. Baráttan við ginklofa í Vestmannaeyjum. Læknablaðið 2014; 100: 90-6.
2. Víglundsson Þ. Blik, ársrit Vestmannaeyja.1967.

Læknadagar 2015

19.-23. janúar í HÖRPU

Mánudagur 19. janúar

09:00-12:00 Ófrísk og ekki frísk: „medisínsk“ vandmál á meðgöngu

12:10-13:00 **Hádegisverðarfundir**
- Val á fæðingarstað og þróun fæðingarþjónustu
- Kukl og fals (á sviði lækninga)
- Ný viðhorf í heilbrigðisþjónustu við börn og unglinga á nýrri öld

13:10-16:10 Ófrísk og ekki frísk: „medisínsk“ vandmál á meðgöngu
13:10-16:10 Ný sýn á offitumeðferð
16:20 Opnunarhátíð Læknadaga

Þriðjudagur 20. janúar

07:30-08:45 Modern innovative diabetes treatment - the Finnish example
Málþing á vegum AztraZeneca
09:00-12:00 Gæði skráningar í heilbrigðiskerfinu. Hvað er að, hvað á að gera og hvað má ekki?
09:00-12:00 Málþing um fjöláverka
09:00-12:00 Líffæraígræðslur á Íslandi: Staðan í dag og framtíðarsýn
09:00-12:00 Heilbrigðistölfræði með STATA og R – Vinnubúðir

12:10-13:00 **Hádegisverðarfundir**
- „Erfiði“ sjúklingurinn: Þú og/eða ég
- Læknar og sjálfsvíg
- Astmi: einstaklingshæfð meðferð *hádegisfundur á vegum Norpharma*

13:10-16:10 Síspenna
13:10-16:10 Nýjungar í lungnalækningum
13:10-16:10 Næring ungbarna, ný þekking, breyttar áherslur
13:10-16:10 Fjöláverkar- vinnubúðir
16:20-18:20 Heilbrigði og Skaftáreldar 1783
16:20-18:00 Pro/Con discussion ICS/LABA vs LAMA/LABA in COPD Málþing á vegum GlaxoSmithKline

Miðvikudagur 21. janúar

09:00-12:00 Alvarlegir bólgusjúkdómar. Framfarir í greiningu og meðferð
09:00-12:00 Alþjóðlegir straumar og stefnur í heilsugæslu samtímans
09:00-12:00 Langvinnir sjúkdómar: Farsótt 21. aldar
09:00-12:00 Fyrstu viðbrögð læknis á slysstað – vinnubúðir

12:10-13:00 **Hádegisverðarfundir**
- Sjúklingurinn minn er með M-komponent (paraprótein): Hvað geri ég nú?
- Meðferð blóðnatríumlækkunar: Sjúkratilfelli

13:10-16:10 Áverkar á höndum og fótum
13:10-16:10 Nýting erfðaupplýsinga í klínískri læknisfræði
13:10-16:10 Bláæðasegasjúkdómar
13:10-16:10 Liðskoðun - vinnubúðir

Fimmtudagur 22. janúar

09:00-12:00 Nýir smitsjúkdómar
09:00-12:00 Framfarir í lyfjameðferð alvarlegra langvinnra sjúkdóma: Helstu áskoranir og framtíðarhorfur
09:00-11:00 TS ristill, bráð vandamál í kviðarholi
09:00-12:00 Neyðarmóttaka nauðgana - vinnubúðir

12:10-13:00 **Hádegisverðarfundir**
- Verklag við greiningu og meðferð háls- og bakvandamála
- Ónæmisbæling og krabbamein
- ADHD *hádegisfundur á vegum EliLilly*
- Contraceptives *hádegisfundur á vegum Actavis*

13:10-16:10 Þarf alltaf að drepa bakteríur með sýklalyfjum
13:10-16:10 Áfallastreita – bætt greining og meðferð
13:10-16:10 Læknar og samfélagsmiðlar
13:10-16:10 Nokkur tilfelli af Barnaspítala Hringsins - gagnvirkt málþing
13:00-15:00 Sýndarristilspeglun – vinnubúðir
16:20-18:00 Kjaramálafundur LÍ

Föstudagur 23. janúar

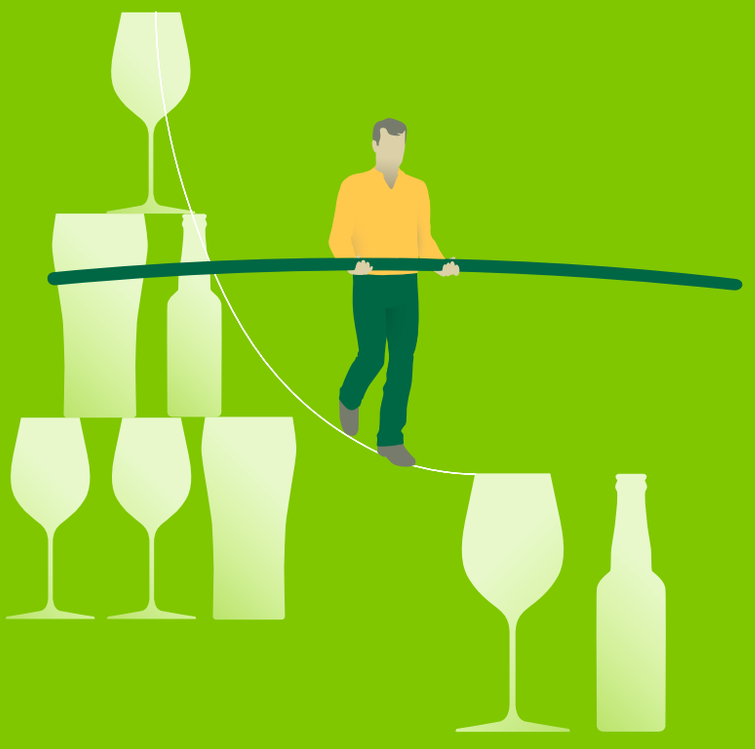
09:00-12:00 Líknarmeðferð í langvinnum sjúkdómum öðrum en krabbameini
09:00-12:00 Möguleikar til bættrar lyfjameðferðar aldraðra
09:00-12:00 Mikilvægi svefns - greining og meðhöndlun helstu svefnsjúkdóma
09:00-12:00 Hreyfiseðill – ávísun á hreyfingu. Hvernig virkar það?

12:10-13:00 **Hádegisverðarfundir**
- Personalized systems medicine

13:10-16:10 Af gjánum að skránum á skjánum (On apps and gaps): Er læknisfræðin undirbúin fyrir hinn upplýsta, stafræna sjúkling?
13:10-16:10 Hjartabilun. Nýjungar í greiningu og meðferð
13:10-16:10 Málþing um krabbamein í blöðruhálskirtli – nýjungar í meðferð
13:10-16:10 Grunnatriði líknarmeðferðar - vinnubúðir

16:20-17:20 Lokadagskrá: Glíma
17:20 Kokdillir

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 ópíóíðviðtakana, 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. 712

Selincro® nalmefen

Vanstarfsemi í skjaldkirtli

Magnús Jóhannsson
læknir
magnus@landlaeknir.is

Ólafur B. Einarsson
sérfræðingur

Lárus S. Guðmundsson
lyfjafræðingur

Leifur Bárðarson
læknir

Ari Jóhannesson
læknir, sérfræðingur í innkirtlasjúkdómum

Rafn Benediktsson
læknir, sérfræðingur í innkirtlasjúkdómum

Algengi vanstarfsemi skjaldkirtils (skjaldvakabrests) hjá fullorðnum er um 2%. Kvillinn er mun algengari hjá konum en körlum og orsökin er oftast langvinn sjálfsofnæmisbólga. TSH (*thyroid stimulating hormone)* mælist ávallt hækkað nema í sjaldgæfum tilvikum þegar sjúkdómur í heiladingli veldur skertri seytingu á TSH og afleiddri lækkun á styrk týroxíns í sermi. TSH speglar því skjaldkirtilsstarfsemi vel og ekki er þörf á frekari mælingum sé sermisstyrkur þess eðlilegur ef ekki er grunur um sjúkdóm í heiladingli. Greining skjaldvakabrests er því sjaldnast erfið. Á vef Embættis landlæknis eru klínískar leiðbeiningar um verklag við greiningu og eftirlit sjúkdómsins: landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2549/4516.pdf

Getur einstaklingur haft ónóga verkun skjaldkirtilshormóna í vefjum líkamans þrátt fyrir eðlileg skjaldkirtilspróf?

Til er kenning um annars konar „vanstarf“ í skjaldkirtli en lýst er hér að ofan. Samkvæmt henni er vandinn ekki fólginn í vanseytingu týroxíns, heldur séu frumur líkamans ónæmar fyrir áhrifum þess. Þessi kenning á sér ekki fræðilegan grunn og í ritrýndum tímaritum finnast hvorki grunnrannsóknir né klínískar rannsóknir sem styðja hana. Þessi kenning er reyndar ekki ný en útbreiðslu hennar á síðustu árum má að miklu leyti rekja til Bandaríkjanna og þá einkum bókarinnar *Hypothyroidism Type 2* eftir lækninn Mark Starr. Fleiri bækur hafa verið gefnar út um efnið og miklar upplýsingar er að finna á samfélagsmiðlum og netinu. Samkvæmt kenningunni eru einstaklingar sem kvarta um ýmis ósértæk einkenni sem fylgja skjaldvakabresti, eins og þreytu og skerta andlega getu, en eru með eðlileg skjaldkirtilspróf, líklegir til að þjást af þessum sjúkdómi og fá bata við gjöf skjaldkirtilshormóna. Því er líka haldið fram að ekki sé nóg að gefa týroxín (T4), líkt og gert er við meðferð á venjulegum skjaldvakabresti, heldur sé einnig þörf á gjöf þríjoðtýroníns (T3) vegna þess að geta líkamans til að breyta T4 í hið líffræðilega virkara T3 sé skert. Engin blanda af T3 og T4 er skráð á Íslandi og einkum hefur verið notað undanþágulyfið Armour Thyroid sem unnið er úr skjaldkirtlum svína og inniheldur bæði T3 og T4. Samkvæmt upplýsingum frá Lyfjastofnun voru árið 2011 fluttar inn 26 pakkningar af lyfinu, 147 árið 2013 en fyrstu 9 mánuði ársins 2014 voru innfluttar pakkningar 697. Það vantar skýringu á þessari gríðarlegu aukningu á fáeinum árum.

Notkun skjaldkirtilshormóna á Íslandi

Fyrstu 9 mánuði ársins 2014 hafa 15.324 einstaklingar fengið ávísað skjaldkirtilshormónum, eða tæplega 5% þjóðarinnar. Frá árinu 2008 til 2013 jókst heildarnotkun levótýroxíns (T4) á Íslandi um 36% og á sama tíma fjölgaði notendum um 43%. Aukningin það sem af er árinu 2014 er enn hraðari. Þeir sem hafa skjaldvakabrest hafa hann yfirleitt til frambúðar og því er það undarlegt að 895 einstaklingar fengu ávísað lyfjum af þessum flokki árið 2013 en ekki 2014. Notkun samkvæmt lyfjagagnagrunni var 26,0 DDD/1000 íbúa/dag á Íslandi árið 2013 en aðeins 15,3 í Danmörku, sjá mynd 1. Samkvæmt þessum gögnum fer algengi skjaldvakabrests hratt vaxandi á Íslandi og er mun hærra en í Danmörku. Aukningin er mest hjá karlmönnum á miðjum aldri, nokkuð sem stingur í stúf við viðteknar hugmyndir um kynjahlutfall skjaldvakabrests.

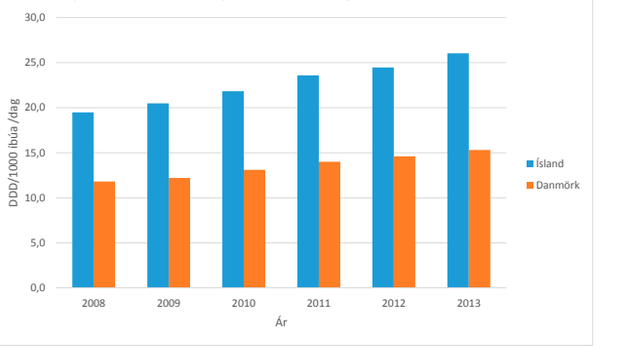
Er varasamt að ávísa skjaldkirtilshormónum til sjúklinga með eðlilegan skjaldkirtil?

Slík notkun er fyrst og fremst röng og speglar skort á fagmennsku og þjónkun við gervivísindi. En vegna þess að verið er að ávísa skjaldkirtilshormónum til einstaklinga með eðlilegan skjaldkirtil verður einkennabati yfirleitt takmarkaður eftir tímabundna svörun í upphafi sem rekja má til lyfleysuáhrifa (*placebo effect*). Tilhneiging verður þá oft til að auka skammta, en því geta fylgt aukaverkanir, ekki síst frá hjarta- og æðakerfi.

Niðurlag

Embætti landlæknis varar við ofnotkun og rangri notkun skjaldkirtilshormóna sem virðist vera einhvers konar tískufyrirbæri. Slík notkun byggir ekki á gagnreyndri þekkingu, heldur falskenningum um orsakir almennra einkenna sem yfirleitt eiga sér aðrar skýringar en skjaldkirtilssjúkdóm.

Mynd 1. Ávísanir levótýroxín á Íslandi og í Danmörku 2008-2013



„ Skortir skýra framtíðarsýn”

Segir Dagur B. Eggertsson um heilbrigðisþjónustuna

Hávar Sigurjónsson

Borgarstjórinn í Reykjavík, Dagur B. Eggertsson, segir að læknismenntun hans geri hann tvímælalaust að betri borgarstjóra. Á tímum æ meiri sérhæfingar og hólfunar innan okkar hátæknivædda samfélags hefur dregið úr samfélagslegri þátttöku hinna menntuðu sérfræðinga; fólk menntar sig ýmist beinlínis til samfélagslegrar þátttöku eða annarra starfa innan afmarkaðra fræða – tæknigeira. Dagur segist víða finna fyrir ánægju í röðum lækna með að hann skuli hafa lagt stjórnmál fyrir sig en félagar hans í læknastétt hafa líka spurt hann hvort hann ætli ekki að fara að vinna eitthvað!

Aðdragandi þessa viðtals er reyndar orðinn býsna langur þar sem við Dagur hittumst er hann var borgarstjóri árið 2008. Tími hans í stólnum reyndist þó styttri en búist var við, borgarstjórnarmeirihlutinn féll, aðrir tóku við og viðtalið mátti bíða. Nú bendir hins vegar fátt til annars en að meirihlutinn haldi sínu þetta kjörtímabil hið minnsta og því óhætt að eiga samtal um læknismenntun og pólitík án þess að allt fari á hvolf.

Við hefjum samtalið með því að spyrja hvers vegna Dagur hafi valið stjórnmálin fremur en að stefna á sérnám í læknisfræði.

„Ég var í rauninni fluttur til Stokkhólms og var að hefja sérnám í smitsjúkdómum við Karolinska sjúkrahúsið þegar ég leiddist út í pólitík og var fenginn til að taka sæti á lista fyrir borgarstjórnarkosningarnar 2002. Reyndar nær þessi áhugi á samfélaginu mun lengra aftur. Ég valdi mér læknisfræðina til að finna áhugavert og innihaldsríkt starf sem byggði á mannlegum samskiptum og hugsaði það sem leið til að halda mér frá pólitíkinni en fá samt útrás fyrir samfélagslegan áhuga minn. Góð læknisfræði byggir á samfélagslegri nálgun og það er hægt að lesa sögu læknisfræðinnar að mörgu leyti með þeim gleraugun. Það er einnig algerlega ótvírætt að læknar hafa náð hvað mestum árangri í baráttu sinni gegn sjúkdómum, fyrir langlífi og aukinni vellíðan í samfélaginu með því að berjast fyrir málefnum sem oft koma læknastofum eða skurðstofum sáralítið við.“

Og nú er stjórnmálamaðurinn Dagur B. Eggertsson farinn að hitna og þarf lítillar hvatningar við frá blaðamanni.

„Við þekkjum það úr sögu Reykjavíkur að það sem skipti einna mestu máli í upphafi 20. aldar í baráttunni fyrir bættu heilbrigði bæjarbúa var tilkoma vatnsveitunnar. Það var læknir sem barðist fyrir því í borgarstjórninni og honum var reyndar ráðlagt að bjóða sig ekki fram aftur því það var býsna óvinsælt að mæla fyrir vatnsskatti sem var nauðsynlegur til að hægt væri að fjármagna vatnsveituna. Nærri hundrað árum síðar var hið sama upp á teningnum þegar sett var á holræsagjald til að koma skólpinu burt úr fjörunum umhverfis borgina. Hitt atriðið var húsakostur. Einn fyrsti og mesti hugsuður íslenskur í skipulagsmálum, Guðmundur Hannesson prófessor í læknisfræði, leit á skipulag, húsbyggingar og efnisval húsbygginga sem ríkan hluta af sínu læknisstarfi. Félagslegur aðbúnaður fólks var kenndur í læknadeildum í lok 19. aldar. Og margir íslenskir danskmenntaðir læknar komu með mjög róttækar og samfélagslegar áherslur inn í íslenskt samfélag á þeim tíma og fóru fremstir í flokki í baráttu gegn fátækt og óheilnæmum aðstæðum almennings í landinu.“

Alvarlegasti faraldur 21. aldarinnar

Þótti þér þá sem læknanámið svaraði væntingum þínum um samfélagslegar áherslur?

„Að hluta til gerði námið það. Hins vegar má alveg velta því fyrir sér í ljósi þess hver eru stærstu viðfangsefnin á sviði heilbrigðis og sjúkdóma hvort læknanámið og læknisfræðin sem grein séu á réttri leið. Þó er hæpið að tala um læknisfræði sem eina grein og vissulega er sterk hefð fyrir sjálfsgagnrýnni umræðu innan læknisfræðinnar en hún þyrfti kannski að vera enn meiri. Hver eru stærstu viðfangsefnin? Í fyrsta lagi er það ójöfnuður. Í öðru lagi að annast fólk sem þarf að lifa með sjúkdómum og hins vegar eru faraldrar einsog offitufaraldurinn í hinum vestræna heimi sem kallar á lausnir sem eru ekki innan læknastofunnar. Samt hefur offitufaraldurinn hingað til verið talinn viðfangsefni hins hvíta slopps fyrst og fremst.“

Áttu við að afleiðingar en ekki orsakir offitu séu meginviðfangsefnin?

„Það þarf mun breiðari nálgun. Í Bandaríkjunum hafa menn rannsakað þróun offitu í samfélaginu í 20 ár og þar eru niðurstöðurnar ógnvekjandi því hlutfall sjúklega of feitra einstaklinga hefur í nær öllum fylkjum aukist úr 10-15% í 25-30% og þó erum við bara að tala um sem svarar



Læknirinn og borgarstjórinn Dagur B. Eggertsson.

sekúndubroti í veraldarsögunni. Þetta er í rauninni alvarlegasti faraldurinn sem geisar í vestrænu samfélagi nú í byrjun 21. aldarinnar. Við erum með fjölmargar vísbendingar um að stefni í sömu átt hér á landi en okkur skortir samt skýr og áreiðanleg gögn til að geta sett fram áætlun um hvernig bregðast skuli við. Lykiltækin í þessari baráttu snúa að samfélagslegum þáttum á mjög breiðum grundvelli. Þetta snýst um samgöngur, um borgarskipulag, um skólakerfið og barnagæslu, um skattlagningu á tækjum til hreyfingar og kyrrsetu, skattlagningu á matvörum og hreinlega skilgreiningar á hvað telst matvara. Afnám sykurskattsins er augljóslega skref í ranga átt og algjörlega á skjön við yfirlýst lýðheilsumarkmið."

Sérðu það sem ókost að sveitarfélögin eru ekki þátttakendur í rekstri heilbrigðisþjónustunnar?

„Við erum afdráttarlaust þeirrar skoðunar að málefni fatlaðra, geðsjúkra, aldraðra, heilsugæslan og heimahjúkrunin eigi að vera í höndum sveitarfélagsins og vera ein órofa þjónustukeðja. Ef við ætlum að ná hámarksárangri, og það dugir ekkert minna, verðum við að mæta íbúunum með heildarþjónustu. Ekki þjónustu sem byggir á röð sérfræðinga sem velta fyrir sér hvort vandamálið sé á þeirra sérsviði eða hvort senda eigi fólk annað. Foreldrar fatlaðra barna þurftu að fara á allt að 12 staði til að fá eðlilega þjónustu. Á Akureyri er búið að samþætta þetta fyrir löngu síðan með þjónustusamningi og þar er samfellan í þjónustunni miklu betri. Þar hefur náðst miklu betri árangur í þjónustu við geðfatlaða með nánu samstarfi allra aðila. En nú hefur það verið rifið í sundur. Við tókum yfir málefni fatlaðra og erum að ræða málefni aldraðra. Viðræður um málefni heilsugæslunnar eru skemmra á veg komin en ég er mikill áhugamaður um þetta og vonast til að eiga bandamann í heilbrigðisráðherra í þessu efni. Við þurfum að hugsa þessa þjónustu útfrá þeim sem nota hana. Ég vil ekki nota orðið sjúklingur í þessu samhengi heldur er um að ræða fólk í mismunandi aðstæðum og með mismunandi hæfni. Þetta er mjög mikilvægt í mínum huga því þó við notum sjúkdómsheiti, fötlunar- og örorkuflokka til að auðvelda okkur vinnuna eru þetta fyrst og fremst einstaklingar með mjög mismunandi hæfni og þarfir og eiga að hafa meira að segja um þá þjónustu sem veitt er. Til að búa til kerfi sem mætir fólki á þessum forsendum þarf ábyrgðin að vera á einni og sömu hendi."

Finnst þér læknar styðja þessi sjónarmið eða saknarðu meiri stuðnings úr þeirra röðum á opinberum vettvangi?

„Læknar eiga að taka miklu meiri þátt í samfélagsumræðunni, kalla eftir framtíðarsýn og setja hana fram sjálfir. Ég skil hins vegar aðstæður fólks. Það er ekki hluti af mjög þéttskipuðum vinnudegi nokkurs einasta læknis, nema hugsanlega

mín og landlæknis, að setja sig inn í þessa hluti og hafa opinbera skoðun á þeim. Að því leyti eru læknar og þeirra fjölþætta reynsla af mörgum bestu sjúkra- og heilbrigðisstofnunum í heimi algerlega vannýtt vegna þess að raddir þeirra heyrast of sjaldan. En við skulum heldur ekki ganga útfrá því að allir læknar séu sammála. Og mér finnst eðlilegt að nú beinist athyglin að kjörunum og nauðsyn á nýjum spítala. Kjarabarátta lækna er ekki síst sprottin af faglegum metnaði og eðlilegum áhyggjum af framtíðinni. Læknar sætta sig ekki við starfsaðstæður og kjör sem hindra þá í að ná hámarksárangri, fæla fólk frá og laða það ekki heim. En ég er í grunninn bjartsýnismaður. Ég veit líka að ef lausn finnst á kjaramálum og ef ráðist verður í byggingu nýs spítala með skýrri framtíðarsýn fyrir heilbrigðiskerfið í heild getum við horft bjartsýn til framtíðar."

Einkarekstur er engin töfralausn

Ýmsir hafa viðrað hugmyndir um Reykjavík sem heilsuborg og horfa þá kannski fyrst og fremst til reksturs heilsu- og sjúkrastofnana.

„Við eigum marga snjalla einstaklinga í læknastétt sem hafa sannað getu sínu í rekstri einkastofnana en getur verið að hugtakið heilsuborg snúist frekar um góðar sundlaugar, gott göngustígakerfi, þar sem hjólreiðar verða samkeppnishæfur samgöngumáti við einkabílinn? Ég held að slíkt skipti jafnmiklu og kannski meira máli fyrir lífsgæði almennings heldur en nokkur læknisverk. Það eru fjölmargar rannsóknir sem styðja það. Þegar ég tala um heilsuborgina er ég minnst að tala um sjúkrahús og læknastofur. Sú þjónusta þarf sannarlega að vera fyrir hendi og aðgengileg fyrir alla, en við þurfum að vinna markvisst að því að jafna aðstæður fólks í borginni.

Og ég er líka að tala um ójöfnuð. Rannsóknir á undanförnum árum í löndunum í kringum okkur sýna að ótvíræð tengsl eru á milli ójöfnuðar og óheilbrigðis. Ójöfnuður í samfélögum hefur sterk tengsl við sjúkdóma og ótímabær andlát og er einn af sterkustu áhættuþáttunum fyrir mjög marga af algengustu sjúkdómum sem herja á okkur. Þessar niðurstöður eru svo ótvíræðar að enginn efast í rauninni um sannleiksgildi þeirra lengur.

Við þurfum að takast á við þá umræðu hvernig nútímasamfélagið sem hefur skilað okkur á svo margan hátt svo langt er á sumum sviðum farið að vinna á móti heilsufari okkar. Ójöfnuður er þar efst á blaði. Umferðin og afleiðingar hennar eins og mengun og offita eru skýr dæmi um það. Það má spyrja hvert innlegg okkar lækna sé í þessa umræðu."

Einkarekstur í heilbrigðisþjónustu er eitt af vinsælustu slagorðunum í umræðunni í dag.

„Ég held að það sé engin tilviljun. Að hluta til tel ég mega rekja það til þess að í huga margra hefur verið eins konar jafnaðarmerki á milli opinbers rekstrar og stefnuleysis og reks í heilbrigðiskerfinu. Ég held að mjög margir læknar hafi saknað þess að til sterkari væri sýn á hvernig heilbrigðisþjónustan eigi að þróast, hvernig vinnustaðir eigi að vera. Í lögum um heilbrigðisþjónustu er vissulega sagt að hún eigi að vera á heimsmælikvarða. En hvernig á að útfæra það? Hver er sýnin í því efni? Ég er ekki viss um að margir læknar eða yfirleitt aðrir í samfélaginu geti svarað spurningunni hver stefnan er í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Það vantar sárlega. Í raun má segja að tvennt skorti sárlega í heilbrigðisþjónustunni. Í fyrsta lagi peninga og í öðru lagi skýra framtíðarsýn. Landflótti heilbrigðisstarfsfólks er skiljanlegur þegar borin eru saman kjör þeirra hér og á Norðurlöndunum en skortur á framtíðarsýn um nýjan Landspítala og öfluga heilsugæslu sem grunneiningu í heilbrigðiskerfinu skiptir ekki minna máli fyrir ákvarðanir einstaklinganna um hvar verja skuli starfsævinni. Fólk spyr einfaldlega eftir hverju verið sé að bíða. Það var tilbúið til að taka á sig auknar byrðar í kjölfar hrunsins, hlaupa hraðar, en í trausti þess að það væri tímabundið ástand og þegar efnahagurinn rétti úr sér yrði staðið við fyrirheit um nýjan spítala og ýmsa aðra mikilvæga grunnþjónustu í velferðarkerfinu og skólakerfinu.

Ég vil trúa því að komin sé þverpólitísk samstaða um að byggja nýjan spítala. En það liggur á að sýnt sé afgerandi fram á hvernig eigi að fjármagna framkvæmdina. Það er líka mikilvægt að setjast yfir fjármögnun hjúkrunarheimila og hinnar þungu og milliþungu stoðþjónustu sem er þó hvorki spítalaþjónusta né heimaþjónusta. Og síðast en ekki síst að ná samstöðu um hlutverk sveitarfélaganna gagnvart nærþjónustunni. Ekkert af þessu gerist yfir nótt en með því að leggja niður fyrir okkur 10 ára áætlun held ég að fólk sé tilbúið að vinna með okkur. Það á ekki að þurfa að snúast um flokkapólitík."

Og Dagur bætir því við að fjársvelti Landspítalans til tækjakaupa sé ekki tilkomið eftir hrunið. Það hafi verið markvisst skorið niður allt frá árinu 2000.

„Við slíkar aðstæður, þegar sýnin er óljós, þá held ég að margir hafi velt því fyrir sér hvort einkarekstur sé svarið. Það hefur í rauninni verið eini valkosturinn við hina óljósu kyrrstöðu sem ríkt hefur í umræðunni. Mér finnst þetta að ýmsu leyti til marks um að stjórnmálamenn verði að hysja upp um sig og setja fram skýr markmið frekar en að einkarekstur sé töfralausnin sem allt leysi. Því fer fjarri þegar heilbrigðiskerfið er annars vegar."

Er það ekki umhugsunarefni þegar samfélagið er orðið svo skipulagt að fólk getur ekki hreyft sig nema á til þess gerðum líkamsræktarstöðvum og fer akandi á milli?

„Jú, og það er einnig umhugsunarvert að þó víða sé barist í þessu samfélagi er hvað harðast barist um bílastæðin sem eru næst líkamsræktarstöðvunum! En þetta ber allt að sama brunni. Skipulagsmál og borgarþróun. Þétting byggðar og aukning nærþjónustu dregur úr notkun einkabílsins og skipulagsfræðingar hafa reiknað út að ef fjarlægð í þjónustuna er innan við 1,2 km fer fólk gjarnan fótgangandi. Við þurfum að gefa fólki kost á að búa nær vinnu sinni, íþróttir og hreyfing barna og unglinga fari fram innan skólanna svo foreldrar þurfi ekki endalaust að skutla börnunum borgarmarkanna á milli. Þannig hanga í raun heilsuborgaráherslur, fjölskylduáherslur og umhverfisáherslur ótrúlega sterkt saman. Gamla aðalskipulag Reykjavíkur sem í grunninn er upprunnið á sjötta áratug síðustu aldar hefur í rauninni unnið gegn okkur í þessu efni og það var mjög tímabært að fara í gagngera endurskoðun á ákveðnum þáttum þess með nýju aðalskipulagi. Það má í rauninni lesa nýja aðalskipulag Reykjavíkur sem eitt samfellt lýðheilsuplagg. Þar er lögð

megináhersla á að hverfin séu sjálbær og bjóða valkosti við einkabílinn í samgöngumálum, aukin loftgæði.“

Flott að hafa lækni í pólitíkinni

Sérðu það fyrir þér að þessar hugmyndir og breytingar sem þú talar um eigi að eftir að verða að veruleika?

„Ég væri ekki í pólitík ef ég hefði ekki trú á því að það er þess virði að reyna að breyta samfélaginu. Forréttindi okkar íslenskra stjórnmálamanna er að við erum að vinna með mjög svo upplýstum almenningi sem fylgist mjög vel með, vill vera heilbrigður, vill vinna gegn notkun fíkniefna, vill gott umhverfi fyrir börnin sín og vill þar með öflugt skólakerfi. Í raun er ekki verið að deila um þessi grundvallaratriði. Ég tel að við séum í raun sammála um þau. Þó verkefnið sé vissulega erfitt og geti stundum virst óyfirstíganlegt tel ég aldrei hafa verið jafngóðar aðstæður til að taka þessa hluti til gagngerrar umræðu og endurskoðunar. En við verðum að gera það núna.“

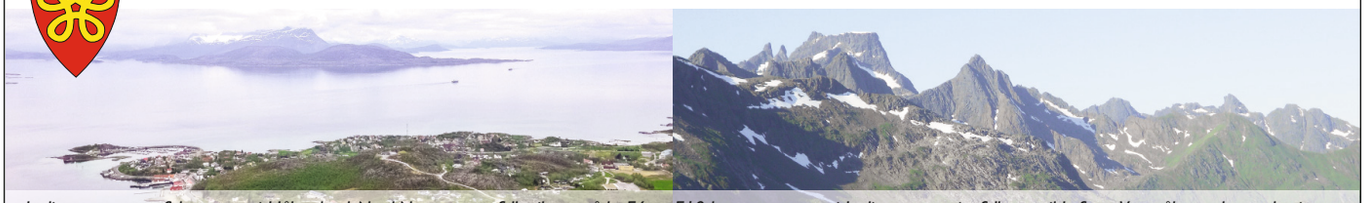
Hvernig sérðu sjálfan þig í þessu samhengi. Ertu læknir í stjórnmálum eða læknismenntaður stjórnmálamaður?

„Ætli ég sé ekki hvorttveggja á einhvern hátt. Nútíminn gerir oft óþarflega sterka kröfu um eins konar sjálfskoðun og krefur svars við spurningunni hver er ég? Um leið og ég er þetta tvennt sem þú nefnir þá er ég svo margt annað. Ég er eiginmaður, faðir og ég er 42 ára og þar með af kynslóð sem alin er upp á Íslandi en undir sterkum áhrifum af bandarískri dægurmenningu. Ég er líka Evrópumaður og margt margt annað, og svo má ekki gleyma því að læknar eru mjög ólíkir innbyrðis.“

Finnst þér læknismenntunin skipta sköpum í starfi þínu sem stjórnmálamaður?

„Hún skiptir ekki sköpum en ég er sannfærður um að hún gerir mig að betri borgarstjóra. Ögunin sem vel upp byggt og gott nám veitir manni nýtist vel í þessu starfi og innsýnin í okkar fjölbreytta samfélag sem læknisstarfið veitir manni er ómetanlegt. Ég finn hins vegar fyrir því hvernig læknar líta á starf mitt í stjórnmálunum þegar ég fæ klapp á bakið og sagt er við mig: Flott að hafa lækni í pólitíkinni - en ertu ekkert að vinna?“

LØDINGEN KOMMUNE



Lødingen er geografisk sentrum i Hålogaland, Nord-Norges mest folkerike område. E6 og E10 knyttes sammen i Lødingen og er innfallsport til Lofoten, Vesterålen og harstadregionen. Harstad/Narvik Lufthavn, Evenes, ligger en time unna, og du når Harstad, Narvik, Sortland og Svolvær innenfor rimelig reiseavstand.
På Lødingen tettsted kan du gå til det meste. Miljøet er småbypreget med tjenester og servicetilbud innenfor de fleste områder – innrammet i en vakker natur.

Fastlege

Saksnr. 14/896

Det er ledig 100% stilling som allmennlege med tiltredelse så snart som mulig.

Hovedarbeidsoppgaver for stillingen:

Lødingen Legesenter har 3 fastleger og 1 turnuslege, foruten et godt kvalifisert støtteapparat. I samme bygning som legesenteret finnes helsesøster, NAV og apotek, samt kontor for ambulerende psykolog og jordmor.

Listestørrelsen er p.t. på 750 pasienter. Det må påregnes offentlige legeoppgaver i størrelsesorden 7,5 t. pr. uke. Lødingen kommune inngår i legevaktordning sammen med Harstad og Kvæfjord kommuner etter kl. 20 på hverdager, samt i helger.

Når det gjelder spørsmål om godtgjøring til opparbeidet praksis viser vi til bestemmelsene i rammeavtalen mellom KS og Den norske Legeforening - ASA 4310 punkt 5.6.a. Lødingen kommune tilbyr gunstig avtale om privat fastlegepraksis og yter dessuten et etableringstilskudd for den rette kandidaten.

Kvalifikasjoner for stillingen:

Norsk autorisasjon. Den som blir tilsatt må beherske norsk skriftlig og muntlig. Personlig egnethet, samarbeidsevne og faglig dyktighet vektlegges. Den som tilsettes må legge fram politiattest.

Lønnsvilkår: Lønn etter avtaleverket. Muligheter for etableringstilskudd

Nærmere opplysninger om stillingen får en ved å henvende seg til kommuneoverlege Marta Prytz Strand tlf. +47 76 98 66 50, e-post: marta.prytz.strand@lodingen.nhn.no, postmottak@lodingen.kommune.no eller ved å gå inn på http://www.lodingen.kommune.no/stillingledig

Lødingen kommune oppfordrer søkerne til å benytte kommunens digitale søknadssenter http://min.e-kommune.no/lodingen_kommune

Søknadsfrist: 31.01.2015

frantz.no

... en god del av Norge

Postboks 83 - 8411 Lødingen - Tlf. +47 76 98 66 00 - Faks +47 76 98 66 40 - postmottak@lodingen.kommune.no - www.lodingen.kommune.no

Erlibelle – Getnaðarvörn til inntöku

Erlibelle 0,15 mg / 0,03 mg filmuhúðaðar töflur.
Virkt innihaldsefni: Hver tafla inniheldur 0,15 mg af levónorgestreli og 0,03 mg af etinýlestradíóli. Hjálparefni með þekkta verkun: Hver tafla inniheldur 84,32 mg af laktósaeinhýdrati. **Ábendingar:** Getnaðarvörn.
Skammtar og lyfjagjöf: Erlibelle er til inntöku. Töflurnar skal taka á u.þ.b. sama tíma dag hvern, með svolitlum vökva ef þörf krefur. Taka skal eina töflu á dag, 21 dag í röð. Síðan er byrjað á nýju spjaldi eftir 7 daga hlé á töflutöku, en á því tímabili kemur yfirleitt fram blæðing. Blæðingin hefst yfirleitt innan 2 til 3 daga frá því síðasta taflan var tekin og ekki er víst að henni sé lokið áður en byrjað er á næstu pakkningu.
Lyfjagjöf *Hormónagetnaðarvarnarlyf hefur ekki verið notað [síðastliðinn mánuð.]* Byrjað er að taka töflurnar á fyrsta degi eðlilegs tíðahrings konunnar (fyrsta dag tíðablæðinga). Hefja má meðferð á dögum 2 til 5, en þá skal nota viðbótargetnaðarvörn sem ekki inniheldur hormón (sæðishindrandi (barrier method)) fyrstu 7 daga meðferðarinnar. *Skipt er af annarri tegund samsettra hormónagetnaðarvarna (samsettu getnaðarvarnarlyfi til inntöku, skeiðahring, hormónaplástri).* Helst skal hefja notkun Erlibelle daginn eftir að síðasta virka tafla fyrri samsetts getnaðarvarnarlyfs til inntöku var tekin (eða eftir að hringur eða plástur hefur verið fjarlægður), en í síðasta lagi daginn eftir venjulega töflulausa tímabilið (notkun hringsins, plástursins), eða síðustu lyfjalausu töflu fyrra hormónagetnaðarvarnarlyfs. *Skipt er af lyfi sem inniheldur aðeins prógestógen (getnaðarvarnarlyfi til inntöku sem inniheldur eingöngu prógestógen, stungulyfi eða vefjalyfi) eða leginnleggi (intrauterine system) sem gefur frá sér prógestógen.* Ef notað var getnaðarvarnarlyf til inntöku sem inniheldur aðeins prógesterón er hægt að skipta hvaða dag sem er. Þegar skipt er af vefjalyfi eða leginnleggi verður að skipta daginn sem þau eru fjarlægð og við skipti af stungulyfi þegar komið væri að næstu inndælingu. Í öllum tilvikum er nauðsynlegt að nota viðbótargetnaðarvörn sem ekki innihaldur hormóna (sæðishindrandi) fyrstu 7 dagana sem Erlibelle er tekið. *Eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu.* Notkun Erlibelle má hefja strax. Í þessu tilviki er ekki þörf á viðbótargetnaðarvörn. *Eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu.* Notkun taflnanna er hafin 21 til 28 dögum eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu. Sjá kafla 4.6 Meðganga og brjóstagjöf varðandi brjóstagjöf. Ef notkun er hafin síðar skal nota viðbótargetnaðarvörn sem ekki inniheldur hormón (sæðishindrandi) fyrstu 7 dagana sem töflurnar eru teknar. Ef kona hefur þegar haft samfarir skal útiloka þungun áður en notkun Erlibelle er hafin, eða bíða eftir fyrstu tíðablæðingunni. Töflur sem gleymast: **Ef ein tafla gleymist, en munað er eftir henni og hún tekin innan 12 klst.** frá því hún er venjulega tekin dregur það ekki úr getnaðarvörninni. Næstu töflur skal taka á venjulegum tíma. **Ef meira en 12 klst. líða frá því tafla er venjulega tekin er getnaðarvörnin ekki lengur örugg.** Eftirfarandi tvær grundvallarreglur eiga við þegar gleymist að taka töflu: 1. Aldrei má hætta töku taflna í meira en 7 daga. 2. Töflurnar þarf að taka reglulega í að lágmarki 7 daga til að bæla á virkan hátt undirstúku-heiladinguls-eggjakerfis-öxulinn. Því þarf að fylgja eftirfarandi fyrirmælum ef gleymist að taka töflur:
1. Vika. Taka skal síðustu töflu sem gleymdist eins fljótt og hægt er, jafnvel þó taka þurfi 2 töflur sama daginn. Það sem eftir er af töflunum skal taka á venjulegum tíma. Auk þess skal nota getnaðarvörn sem ekki inniheldur hormón svo sem smokk næstu 7 dagana. Ef konan hefur haft samfarir innan við 7 dögum áður en taflan gleymdist, þarf að hafa í huga möguleika á þungun. Því fleiri töflur sem hafa gleymst og því nær töfluhléinu sem það gerist þeim mun meiri hætta er á þungun. **2. Vika.** Taka skal síðustu töflu sem gleymdist eins fljótt og hægt er, jafnvel þó taka þurfi 2 töflur sama daginn. Það sem eftir er af töflunum skal taka á venjulegum tíma. Ef töflurnar hafa verið teknar á réttum tíma síðustu 7 dagana áður en fyrsta taflan gleymdist er ekki þörf á viðbótargetnaðarvörn. Ef það hefur ekki verið gert eða gleymst hefur að taka meira en eina töflu skal notandanum ráðlagt að nota viðbótargetnaðarvörn næstu 7 daga.
3. Vika. Hætta á skertu öryggi er talsverð vegna þess að töfluhlé er framundan. Með því að aðlaga töflutöku er hins vegar hægt að koma í veg fyrir skerðingu á öryggi. Með því að nota annan af eftirtöldum valkostum er ekki þörf á viðbótargetnaðarvörn, að því tilskyldu að 7 dagana áður en gleymdist að taka fyrstu töfluna hafi allar töflurnar verið teknar á réttum tíma. Ef það hefur ekki verið gert skal ráðleggja notandanum að taka fyrri valkostinn og að nota viðbótargetnaðarvörn næstu 7 dagana. 1. Taka skal síðustu töflu sem gleymdist eins fljótt og hægt er, jafnvel þó taka þurfi 2 töflur sama daginn. Síðan skal halda áfram að taka töflurnar á venjulegum tíma. Byrja verður á næsta spjaldi um leið og það fyrra klárast, þ.e. án töfluhlés. Ekki er líklegt að blæðing verði fyrr en seinna spjaldið klárast, en milliblæðingar gætu komið fram dagana sem töflurnar eru teknar. 2. Það er einnig mögulegt að hætta að taka töflurnar úr spjaldinu sem verið er að nota. Taka síðan 7 daga töfluhlé, að meðtöldum dögunum sem gleymdist að taka töflurnar og halda síðan áfram á næsta spjaldi. Ef nokkrar töflur gleymast og engin blæðing verður í fyrsta venjulega töfluhléinu skal íhuga möguleika á þungun. **Frábendingar:** Ekki má nota samsett getnaðarvarnarlyf til inntöku ef um er að ræða eftirfarandi aðstæður. Ef eitthvað af neðangreindu kemur fram í fyrsta skipti meðan á notkun samsettra getnaðarvarnarlyfja til inntöku stendur skal strax hætta meðferð. Segamyndun í bláæðum eða saga um slíkt (segamyndun í djúpbláæðum, lungnablóðrek), segamyndun í slagæðum eða saga um slíkt (t.d. hjartadrep) eða fyrirboði um slíkt (t.d. skammvinn blóðþurrðarköst, hjartaöng), heilablóðfall eða saga um slíkt, alvarlegir eða margir áhættuþættir tengdir segamyndun í blá- eða slagæðum geta einnig verið frábending, sykursýki ásamt æðasjúkdómi, alvarlegur háþrýstingur, alvarleg truflun á fituþróteinum í blóði (dyslipoproteinaemia), meðfædd eða áunnin aukin hætta á segamyndun í blá- eða slagæðum, svo sem APC-mótstaða, andtrombín III skortur, C próteinskortur, S próteinskortur, hómósysteinhækkun í blóði og andfosfólípíð-mótefni (mótefni andkardíólípíns, lúpusandstorkuþáttur). Alvarlegur lifrarsjúkdómur eða saga um slíkt, þar til lifrarpróf eru orðin eðlileg, lifraræxli (góðkynja eða illkynja) eða saga um slíkt, illkynja sjúkdómdómur sem vitað er eða talið að sé kynhormónaháður (t.d. í kynfærum eða brjóstum), blæðing frá leggöngum af óþekktri orsök, saga um mígreni með einkennum frá augntaugum, ofnæmi fyrir virku efnunum levónorgestreli eða etinýlestradíóli eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð í smásölu (október 2014):** 0,15 mg / 0,03 mg, 63 stk.: 2.065 kr. **Afgreiðsluflokkun:** R. **Greiðsluþátttaka**: 0.
Markaðsleyfishafi: Actavis Group PTC ehf.
Frekari upplýsingar: www.actavis.is, s. 550-3300.
Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins: 1.5.2014. *Október 2014.*

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 410122

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

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

Samantekt á eiginleikum lyfs – Styttur texti SPC

Heiti lyfs: Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar**: Hver tafla inniheldur 25 mg eða 50 mg af mirabegroni. **Ábendingar**: Meðferð við einkennum, þ.e. bráðaþörf, aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðaþvagleka sem geta komið fyrir hjá fullorðnum sjúklingum með heilkenni ofvirkrar þvagblöðru. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir (þ.m.t. aldraðir sjúklingar):* Ráðlagður skammtur er 50 mg einu sinni á sólarhring, með eða án matar. *Skert nýrna- og lifrarstarfsemi:* Betmiga hefur ekki verið rannsakað hjá sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi (GFR < 15 ml/mín./1,73 m2 eða sjúklingum á blóðskilun) eða verulega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh flokkur C) og því er ekki mælt með notkun þess hjá þessum sjúklingahópum. Hér á eftir eru gefnir upp ráðlagðir skammtar fyrir einstaklinga með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi, með og án samhliða notkunar öflugra CYP3A hemla. *Skerðing á nýrnastarfsemi (væg: GFR 60 til 89 ml/mín./1,73 m2; í meðallagi: GFR 30 til 59 ml/mín./1,73 m2; veruleg: GFR 15 til 29 ml/mín./1,73 m2):* Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum, er notkun Betmiga ekki ráðlögð. Hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er skammtur 50 mg. Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. *Skert lifrarstarfsemi (væg: Child-Pugh flokkur A; í meðallagi: Child-Pugh flokkur B):* Ekki mælt með notkun Betmiga hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, án hemils. Hjá sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi er skammtur 50 mg. Minnka skal skammt í 25 mg hjá þeim sjúklingum sem eru með vægt skerta lifrarstarfsemi og eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. *Kyn:* Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammta með tilliti til kynferðis. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun mirabegrons hjá börnum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. *Lyfjagjöf:* Töfluna á að taka einu sinni á sólarhring, með vökva. Töfluna á að gleypa heila og hana má ekki tyggja, kljúfa eða mylja. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is** *Markaðsleyfishafi:* Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Holland. *Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:* 23. apríl 2014. *Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu í nóvember 2014:* Forðatöflur, þynnupakkning 30 stk: 25mg kr. 9.218 , 50mg kr. 9.218; 90 stk: 25mg kr. 23.848, 50mg kr. 23.848. Forðatöflur, glas 90 stk: 50 mg kr. 23.848. *Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar:* R *Greiðsluþátttaka:* G. *Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:* Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar á vefsíðunni: www.serlyfjaskra.is.

▼Eliquis (apixaban) 2,5 mg og 5 mg filmuhúðaðar töflur.

Ábendingar: **Eliquis 2,5 mg**: Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. **Eliquis 2,5 og 5 mg:** Forvörn gegn heilablóðfalli og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilablóðfall eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II). **Skammtar og lyfjagjöf:** *Forvörn gegn bláæðasegareki (VTEp): Valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti*: Ráðlagður skammtur er 2,5 mg til inntöku, tvisvar sinnum á sólarhring. Fyrsta skammtinn á að taka 12-24 klst. eftir að skurðaðgerð lýkur. *Valfrjáls mjaðmarliðskipti:* Ráðlögð meðferðarlengd er 32-38 sólarhringar. *Valfrjáls hnéliðskipti:* Ráðlögð meðferðarlengd er 10-14 sólarhringar. *Forvörn gegn heilablóðfalli og segareki í slagæð hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (NVAF):* Ráðlagður skammtur er 5 mg til inntöku, tvisvar sinnum á sólarhring.

Skammtaminnkun: Ráðlagður skammtur af Eliquis er 2,5 mg til inntöku, tvisvar sinnum á sólarhring hjá sjúklingum með gáttatif ótengt lokusjúkdómi (NVAF) og a.m.k. tvo eftirtalinna þátta: aldur ≥ 80 ára, líkamsþyngd ≤ 60 kg eða kreatínín í sermi ≥ 1,5 mg/dl (133 míkrómól/l). Meðferðin er til langframa. *Skipt um lyf:* Skipta má úr segavarnarlyfi til inndælingar yfir í Eliquis (og öfugt) við næsta áætlaðan skammt. *Skipt úr meðferð með K-vítamín hemli (Vitamin K antagonist, VKA) yfir í Eliquis:* Þegar skipt er um meðferð úr K-vítamín hemli (VKA) í Eliquis á að hætta notkun warfaríns eða annarra VKA-lyfja og byrja að nota Eliquis þegar INR-gildi (international normalized ratio) er orðið <2,0. *Skipt úr Eliquis yfir í meðferð með K-vítamín hemli:* Þegar skipt er um meðferð úr Eliquis í K-vítamín hemil (VKA) á að halda áfram að nota Eliquis í a.m.k. 2 daga eftir að meðferð með VKA-lyfi er hafin. Eftir samhliða notkun Eliquis og VKA-lyfs í 2 daga á að mæla INR áður en næsti áætlaði skammtur af Eliquis er tekinn. Halda á áfram að nota Eliquis og VKA-lyfið samhliða þar til INR er orðið ≥ 2,0. *Rafvending (gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum):* Sjúklingar mega vera áfram á apixaban þegar rafvending er gerð. Lyfjagjöf: Til inntöku. Eliquis á að gleypa með vatni, með eða án matar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Lifrarsjúkdómar sem fylgir blóðstorkukvilli og blæðingarhætta sem hefur klíníska þýðingu. Vefjaskemmdir eða kvillar ef það er talið vera áhættuþáttur fyrir verulegri blæðingarhættu. Þar með talið nýlegur eða virkur sárasjúkdómur í meltingarvegi, illkynja æxli með mikilli blæðingarhættu, nýlegir áverkar á heila eða mænu, nýleg skurðaðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, slagæða- og bláæðatenging, æðagúlar eða meiriháttar óeðlilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðru segavarnarlyfi, t.d. ósundurgreint (unfractionated) heparín, létt (low molecular weight) heparín (enoxaparin, dalteparin, o.s.frv.), heparín afleiður (fondaparinux, o.s.frv.), segavarnarlyf til inntöku (warfarín, rivaroxaban, dabigatran, o.s.frv.), nema ef verið sé að skipta um meðferð, í eða úr meðferð með apixaban eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð.**Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varðaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjakrá – www.serlyfjaskra.is.**

Eliquis er undir sérstöku öryggiseftirliti. Vinsamlega tilkynnið allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. *Markaðsleyfishafi:* Bristol-Myers Squibb/ Pfizer EEIG.

Pakkningastærðir og verð 1. október 2014: 2,5 mg 60 stk.: 15.108 kr., 2,5 mg 168 stk.: 38.764 kr., 5 mg 14 stk.: 4.435 kr., 5 mg 100 stk.: 24.219 kr. *Afgreiðslutilhögun*: R. *Greiðsluþátttaka*: G.

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 12. júní 2014.

Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðsluefni (RMP) fyrir lyfið og afhent sjúklingi tiltekið fræðsluefni ætlað sjúklingum (öryggisspjald fyrir sjúklinga) áður en notkun lyfsins hefst. Ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

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. Meðferð hjá fullorðnum við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE) og til fyrirbyggjandi meðferðar við endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og endurteknu lungnasegareki. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar (SPAF, DVT/PE): 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. Meðferð hjá fullorðnum við segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki og til fyrirbyggjandi meðferðar við endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og endurteknu lungnasegareki (DVT/PE): Ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa er 300 mg, tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring eftir meðferð með stungulyfi til segavarnar í a.m.k. 5 daga. Meðferðarima á að ákveða einstaklingsbundið að undangengnu vandlegu mati á ávinningi af meðferð gegn blæðingarhættu. Stuttur meðferðartími (a.m.k. 3 mánuðir) á að grundvallasta á tímabundnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, áverka eða rúmlegu/skertri hreyfigetu) og lengri meðferðartími á að grundvallast á viðvarandi áhættuþáttum eða segamyndun í djúplægum bláæðum eða lungnasegareki af óþekktum orsökum. SPAF, DVT/PE: Fyrir eftirtalda hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur 220 mg af Pradaxa, 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 7580 ára. Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði. Aðrir sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu. **Ráðleggingar um notkun** Pradaxa 220 mg, tekið sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring eru byggðar á greiningum á lyfjahvörfum og lyfhrifum og hafa ekki verið rannsakaðar við klínískar aðstæður. Gefa á sjúklingum fyrirmæli um, að ef upp kemur óþol gegn dabigatrani, að ráðfæra sig strax við meðferðarlæknin til að skipta yfir á aðra viðunandi meðferðarmöguleika til fyrirbyggingar á heilaslagi og segareki í slagæðum tengt gáttatifi **eða við segamyndun í djúplægum bláæðum/lungnasegareki**. *Aldraðir (SPAF, DVT/PE):* Sjúklinga á aldrinum 7580 **ára skal meðhöndla með ٢٠٠ mg sólarhringsskammti sem eitt** ١٥٠ **mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar hættan á segareki er lítil og blæðingarhætta er mikil getur læknirinn metið ein**staklingsbundið 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 (>٧٥ ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út** kreatínínúthreinsun (CrCL), áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL **<** ٣٠ ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Sjúklingar í blæðingarhættu (SPAF, DVT/PE):* Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu. **Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu.** Storkupróf getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. **Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota** ٢٢٠ **mg skammt sem er tekinn sem eitt** 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar klínískt mikilvæg blæðing á sér stað skal gera hlé á meðferð. Hjá sjúklingum með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði má íhuga skammtinn 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring vegna aukinnar hættu á meiriháttar blæðingu í meltingarvegi. Mat á nýrnastarfsemi (SPAF, DVT/PE): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL **áður en meðferð með** Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL **<** ٣٠ ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aukin skilyrði hjá sjúklingum með vægu 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. Sérstakir sjúklingahópar: *Skert nýrnastarfsemi (SPAF, DVT/PE):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL **<** ٣٠ ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með litla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL **≤** ٨٠ **ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (**CrCL ٥٠-٣٠ **ml/mín) er ráðlagður skammtur einnig** ٢٠٠ **mg, tekinn sem eitt** ١٥٠ **mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í** ٢٢٠ **mg, sem eitt** ١١0 mg hylki tvisvar á sólarhring. Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum Pglýkóprótein (P-gp) hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni* **eða** *verapamíli (SPAF, DVT/PE):* 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, DVT/PE):* 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, DVT/PE):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skert lifrarstarfsemi (SPAF, DVT/PE):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá **þátt**töku í aðalrannsóknunum. 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, DVT/PE): 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 Kvítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftirfarandi hátt: CrCL **≥** ٥٠ ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥ 30< 50 ml/mín, byrja notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að Pradaxa getur hækkað INR mun INR endurspegla betur verkun VKA eftir að meðferð með Pradaxa hefur verið hætt í a.m.k. 2 daga. Þangað til skal túlka INR með varúð. **Úr** *VKA í Pradaxa meðferð:* Hætta skal meðferð með VKA. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er < 2,0. *Rafvending (SPAF, DVT/PE):* 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. Börn (DVT/PE): Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun hjá börnum. Ekki er hægt að ráðleggja ákveðna skammta á grundvelli fyrirliggjandi upplýsinga. *Gleymdur skammtur (SPAF, DVT/PE):* 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** ٦ **klst**. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. *Lyfjagjöf (SPAF, DVT/PE):* 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 **<** ٣٠ **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, æðamissmíð, **æðagúlpa eða meiri háttar afbrigðileika æða**. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum t.d. óþáttuðu heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir **sérstökum** kringumstæðum þar sem verið er að skipta úr eða í meðferð með Pradaxa **eða þegar óþáttað** heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er **líklegt að hafi áhrif á lifun.** Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyklosporini, 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:** ٧٠٠٠ ٥٣٥ eða í gegnum www.pradaxa.is. **Markaðsleyfishafi:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, **Þýskaland**. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 09/2014. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð (Nóv 2014)**: Pradaxa 150 mg, 60 stk. 16.204 kr.; Pradaxa 150 mg, 180 stk. 44.430 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R, einungis afgreitt gegn lyfseðli. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G sjá nánar á www.lgn.is

Spiriva Respimat, 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn.

Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: R03BB04. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Heiti lyfs: Spiriva Respimat, 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver gefin úðun er 2,5°míkrógrömm tíótrópíum (2°úðanir eru einn lyfjaskammtur), sem samsvarar 3,124°míkrógrömmum af tíótrópíum- bromíðeinhýdrati. Hver gefin úðun er sá skammtur sem farið hefur í gegnum munnstykkið og sjúklingurinn fær.

Ábendingar: Langvinn lungnateppa (LLT): Tíótrópíum er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). Astmi: Spiriva Respimat er ætlað sem viðbót við berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð hjá fullorðnum sjúklingum með astma sem fá viðhaldsmeðferð með samsetningu af innöndunarstera (>800°míkróg. budesonid/sólarhring eða jafngildum innöndunarstera) og langverkandi β2-örva og sem hafa fengið eina eða fleiri alvarlegar versnanir undangengið ár.

Skammtar og lyfjagjöf: 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. Í astmameðferð mun fullur ávinningur lyfsins koma í ljós eftir nokkra skammta. 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 (kreatíníntháreinsun ≤ 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 tíótrópíum-brómíð 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. *Astmi:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á verkun og öryggi Spiriva Respimat hjá börnum og unglingum. 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. ípratrópíum eða oxítrópíum 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: 07.10.2014. **Ath. textinn er styttur.**

Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.
Pakkningar og verð: (Nov 2014): Spiriva Respimat 2,5 mcg/sk, 60 stk 9.499 kr.
Afgreiðslutilhögun: R einungis afgreitt gegn lyfseðli**.**
Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:.G merkt sjá nánar www.lgn.is

Boehringer Ingelheim

Bayer HealthCare

Xarelto® rivaroxaban

Xarelto 15 mg og 20 mg (stytt samantekt á eiginleikum lyfs)

▼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 til Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is. **Innihaldslýsing:** Hver filmuhúðuð tafla inniheldur 15 mg eða 20 mg rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúpbláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar *Fyrirbyggjandi við heilablóðfalli og segareki:* Ráðlagður skammtur er 20 mg einu sinni á sólarhring, sem er einnig ráðlagður hámarksskammtur. Meðferð með Xarelto á að halda áfram til langs tíma þegar ávinningur sem fyrirbyggjandi við heilablóðfalli og segareki vinnur upp hættuna á blæðingu. Ef skammtur hefur gleymst á sjúklingurinn að taka Xarelto án tafar og halda síðan áfram næsta dag og taka lyfið einu sinni á sólarhring eins og lagt var upp með. Ekki skal taka tvöfaldan skammt sama daginn til að vinna upp skammt sem gleymst hefur að taka. *Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum, meðferð við segareki í lungum og fyrirbyggjandi við endurteknu segareki í djúpbláæðum og segareki í lungum:* Ráðlagður skammtur við upphafsmeðferð við bráðri segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum er 15 mg tvisvar á dag fyrstu þrjár vikurnar og síðan 20 mg einu sinni á dag fyrir framhaldsmeðferð og fyrirbyggjandi við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum, eins og mælt er fyrir hér á eftir. Dagur 1-21: 15 mg tvisvar á dag. Hámarks dagsskammtur er 30 mg. Dagur 22 og eftir það: 20 mg einu sinni á dag. Hámarks dagsskammtur er 20 mg.Lengd meðferðar skal vera einstaklingsbundin eftir vandlega áætlun á ávinningi meðferðar gegn hættunni á blæðingu. Stuttur meðferðartími (a.m.k. 3 mánuðir) á að byggja á tímabundnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, slysi, hreyfingaleysi) og lengri meðferðartími á að byggja á langvinnum áhættuþáttum eða segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum af óþekktum orsökum. Gleymist skammtur meðan verið er að taka 15 mg tvisvar á dag (dagur 1 - 21) skal sjúklingurinn taka Xarelto tafarlaust til að tryggja töku á 30 mg af Xarelto á dag. Í þessu tilfelli má taka tvær 15 mg töflur í einu. Daginn eftir skal sjúklingurinn halda áfram að taka 15 mg tvisvar á dag eins og venjulega og mælt var með. Gleymist skammtur þegar einn skammtur er tekinn daglega (dagur 22 og eftir það), skal sjúklingurinn taka Xarelto tafarlaust og halda áfram næsta dag með því að taka skammtinn einu sinni á dag eins og mælt var með. Ekki skal taka tvöfaldan skammt sama daginn til að vinna upp skammt sem gleymst hefur að taka. *Skipti frá K vítamín hemli yfir í Xarelto:* Fyrir sjúklinga sem fá fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki, skal stöðva meðferð með K vítamín hemli og hefja meðferð með Xarelto þegar INR (International Normalized Ratio) er ≤ 3,0. Fyrir sjúklinga sem fá meðferð gegn segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum eða fyrirbyggjandi meðferð gegn endurteknum tilvikum, skal stöðva meðferð með K vítamín hemli og hefja meðferð með Xarelto þegar INR er ≤ 2,5. Þegar sjúklingar eru fluttir af meðferð með K vítamín hemli yfir í Xarelto, munu INR gildi vera falskt hækkuð eftir að Xarelto hefur verið tekið inn. Mæling á INR gefur ekki rétta mynd af blóðstorkuvirkni Xarelto og á því ekki að nota það. *Skipti frá Xarelto yfir í K vítamín hemil:* Möguleiki er á ófullnægjandi blóðþynningu við skipti af Xarelto yfir á K vítamín hemla. Tryggja skal samfellda viðunandi blóðþynningu á meðan breytt er um blóðþynningarlyf. Gæta skal að því að Xarelto getur leitt til hækkunar á INR. Hjá sjúklingum sem breyta frá Xarelto yfir í K vítamín hemil, skal gefa K vítamín hemilinn þar til INR er ≥2,0. Fyrstu tvo dagana af skiptitímabilinu, skal nota hefðbundinn upphafsskammt af K vítamín hemlinum og síðan skammt af K vítamín hemli samkvæmt INR prófi. Á meðan sjúklingar eru bæði á Xarelto og K vítamín hemli, skal ekki athuga INR fyrr en 24 klst. eftir fyrri skammt en áður en næsti skammtur af Xarelto er tekinn. Þegar inntöku Xarelto hefur verið hætt, þurfa að líða að minnsta kosti 24 klst. eftir síðasta skammt áður en INR próf verður áreiðanlegt. *Skipti frá blóðþynningu til inndælingar yfir í Xarelto:* Hjá sjúklingum sem fá blóðþynningu með inndælingu skal hætta gjöf hennar og hefja gjöf Xarelto 0 til 2 klst. áður en næst hefði átt að gefa inndælingu lyfsins (t.d. heparín með lágan mólþunga) eða þegar hætt er að gefa blóðþynningarlyf með stöðugu innrennsli (t.d. ósundurgreint heparín í æð). *Skipti frá Xarelto yfir í blóðþynningarlyf til inndælingar:* Gefa á fyrsta skammt af blóðþynningarlyfi til inndælingar þegar taka hefði átt næsta skammt af Xarelto. Sérstakir sjúklingahópar *Skert nýrnastarfsemi:* Takmarkaðar klínískar upplýsingar um sjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatíníns úthreinsun 15 - 29 ml/mín.) sýna marktæka hækkun á þéttni rivaroxabans í plasma. Því skal gæta varúðar þegar Xarelto er notað hjá þeim sjúklingum. Notkun er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með kreatíníns úthreinsun < 15 ml/mín. Hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi (kreatíníns úthreinsun 30-49 ml/mín.) eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatíníns úthreinsun 15-29 ml/mín.) eiga eftirfarandi skammtar við: Sem fyrirbyggjandi við heilablóðfalli eða segamyndun hjá sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms, er ráðlagður skammtur 15 mg einu sinni á dag. Sem meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og sem fyrirbyggjandi við endurteknum tilvikum segamyndunar í djúpbláæðum og segareks í lungum skal meðhöndla sjúklinga með 15 mg tvisvar á dag fyrstu 3 vikurnar. Eftir það er ráðlagður skammtur 20 mg einu sinni á dag. Íhuga skal að minnka skammta úr 20 mg einu sinni á dag í 15 mg einu sinni á dag ef áætluð blæðingahætta sjúklingsins er talin vega þyngra en hætta á endurteknum tilvikum segamyndunar í djúpbláæðum og segareks í lungum. Ráðleggingar um notkun 15 mg skammts byggja á lyfjahvarfalíkani og hafa ekki verið rannsakaðar við þessar klínísku aðstæður. Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með vægt skerta nýrnastarfsemi (kreatíníns úthreinsun 50-80 ml/mín.) *Skert lifrarstarfsemi:* Xarelto er ekki ætlað sjúklingum með lifrarsjúkdóm með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur með Child Pugh B og C. *Börn:* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Xarelto hjá börnum á aldrinum 0 til 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. Því er ekki mælt með notkun Xarelto fyrir börn yngri en 18 ára. Leiðbeiningar um notkun: Til inntöku. Taka skal töflurnar með mat. Ef sjúklingar geta ekki gleypt heilar töflur er hægt að mylja Xarelto töflu og blanda saman við vatn eða eplamauk strax fyrir notkun og taka það inn. Neyta skal fæðu strax eftir gjöf mulinna Xarelto 15 mg eða 20 mg filmuhúðaðra taflna. Einnig er hægt að gefa mulda Xarelto töflu um magasondu, eftir að rétt staðsetning sondunnar í maganum hefur verið staðfest. Gefa á mulda töfluna um magasondu í litlu magni af vatni og skola síðan vatni gegnum sonduna. Eftir gjöf mulinna Xarelto 15 mg eða 20 mg filmuhúðaðra taflna skal strax gefa næringu um sondu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegur áverki á heila eða mænu, nýleg aðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, þekktir æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlpur, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparini, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með taldir lifrarbólgusjúklingar með Child Pugh B og C. Meðganga og brjóstagjöf. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst en efnið má nálgast hjá fulltrúa markaðsleyfishafa (sjá nánar hér á eftir). Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka:** R, G. **Pakkningar og hámarkssmásöluverð (nóvember 2014):** Þynnupakkningar: 28 töflur (15.741 kr.), 42 töflur (22.994 kr. – einungis 15 mg), 98 töflur (49.703 kr.), 100 töflur (50.658 kr.). **Markaðsleyfishafi:** Bayer Pharma AG **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Vinsamlegast hafið samband við fulltrúa markaðsleyfishafa í síma 540 8046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða ef óskað er frekari upplýsinga um lyfið. **Heimildir:** Samantekt á eiginleikum lyfs, 31. júlí 2014. Sérlyfjaskrártexta í heild sinni má nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar: www.serlyfjaskra.is.

▼ 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 nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is

Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu (nóvember 2014): 14 stk.: 12.423, 28 stk.: 23.624. 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.

Markaðsleyfishafi: H.Lundbeck A/S. Nánari upplýsingar um lyfið **fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, **sími** 535 7000.

Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.

Abilify Maintena

aripíprazól

Abilify Maintena 400 mg stungulyfsstofn og leysir, forðadreifa. Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd. ATC-flokkur: N05AX12

Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SmPC.

Virkt innihaldsefni: aripíprazól.

Ábendingar: Abilify Maintena er ætlað til viðhaldsmeðferðar við geðklofa hjá fullorðnum sjúklingum sem náð hafa jafnvægi með aripíprazóli til inntöku. **Skammtar og lyfjagjöf**: *Áður en meðferð með* Abilify Maintena hefst þarf að vera ljóst hvort sjúklingar þoli aripíprazól með inntöku hafi þeir aldrei tekið aripíprazól *áður.* Ráðlagður upphafs- og viðhaldsskammtur af Abilify Maintena er 400 mg. Ekki er nauðsynlegt að stilla skammt þessa lyfs smám saman. Það skal gefa einu sinni í mánuði sem staka inndælingu (ekki fyrr en 26 sólarhringum eftir síðustu inndælingu). Eftir fyrstu inndælingu skal halda áfram meðferð með 10 mg til 20 mg af aripíprazóli til inntöku í 14 sólarhringa samfleytt til að viðhalda lækningalegri *þéttni* aripíprazóls í upphafi meðferðar. *Íhuga skal lækkun skammts niður í 300 mg einu sinni í mánuði ef fram koma aukaverkanir við gjöf 400 mg skammta.* **Gleymdir skammtar: Ef 2. eða 3. skammtur gleymist og tími frá síðustu inndælingu er:** *> 4 vikur og < 5 vikur:* Gefa skal inndælinguna eins fljótt og auðið er og halda síðan áfram mánaðarlegri inndælingaráætlun. *> 5 vikur:* Hefja skal að nýju samhliða notkun aripíprazóls til inntöku í 14 sólarhringa við næstu inndælingu og halda síðan mánaðarlegri inndælingaráætlun. **Ef 4. eða síðari skammtar gleymast (þ.e.a.s. eftir að jafnvægi er náð) og tíminn frá síðustu inndælingu er:** *> 4 vikur og < 6 vikur:* Gefa skal inndælinguna eins fljótt og auðið er og halda síðan áfram mánaðarlegri inndælingaráætlun. *> 6 vikur:* Hefja skal að nýju samhliða notkun aripíprazóls til inntöku í 14 sólarhringa við næstu inndælingu og halda síðan mánaðarlegri inndælingaráætlun.

Sérstakir sjúklingahópar *Aldraðir* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Abilify Maintena í meðferð við geðklofa hjá sjúklingum 65 ára eða eldri. *Skert nýrnastarfsemi* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Skert lifrarstarfsemi* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum með væga *eða í meðallagi skerta lifrarstarfsemi.* Hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi eru ekki fyrirliggjandi næg gögn til að hægt sé *að byggja ráðleggingar á þeim.* Hjá þessum sjúklingum þar sem ákvarða þarf skammta af gætni skal heldur gefa lyfjaform til inntöku. *Þeir sem hafa ófullnægjandi umbrot CYP2D6* Hjá sjúklingum sem vitað er að hafa *ófull*nægjandi umbrot CYP2D6 á upphafs- og viðhaldsskammtur að vera 300 mg. Við samhliða gjöf sterkra CYP3A4-hemla á að minnka skammtinn niður í 200 mg. *Skammtaaðlögun vegna milliverkana* Aðlaga skal skammta hjá sjúklingum sem taka samhliða *öfluga* CYP3A4-hemla *eða öfluga* CYP2D6-hemla lengur en í 14 sólarhringa. Ef gjöf CYP3A4-hemils *eða* CYP2D6-hemils er hætt kann að þurfa að auka skammtinn upp í fyrri skammt. Ef fram koma aukaverkanir þrátt fyrir skammtaaðlögun Abilify Maintena skal endurmeta nauðsyn þess að nota samhliða CYP2D6 *eða* CYP3A4-hemla. Forðast *ætti* samhliða notkun CYP3A4-virkja og Abilify Maintena lengur en í 14 sólarhringa vegna þess að blóðþéttni aripíprazóls *lækkar og gæti* orðið undir virkri *þéttni*. **Skammtaaðlögun Abilify Maintena hjá sjúklingum sem taka samhliða** *öfluga* **CYP2D6-hemla,** *öfluga* **CYP3A4-hemla og/eða CYP3A4-virkja lengur en í 14 sólarhringa. Sjúklingar sem taka 400 mg af Abilify Maintena:** *Öflugir* CYP2D6 *eða öflugir* CYP3A4-hemlar: 300 mg. *Öflugir* CYP2D6 og *öflugir* CYP3A4-hemlar: 200 mg. CYP3A4 virkjar: Forðist notkun. **Sjúklingar sem taka 300 mg af Abilify Maintena:** *Öflugir* CYP2D6 *eða öflugir* CYP3A4-hemlar: 200 mg. *Öflugir* CYP2D6 og *öflugir* CYP3A4-hemlar: 160 mg. CYP3A4 virkjar: Forðist notkun. Börn Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Abilify Maintena hjá *börnum og unglingum á aldrinum 0 til 17 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir.* Lyfjagjöf: Abilify Maintena er eingöngu ætlað til gjafar í vöðva og lyfið *ætti* hvorki að gefa í bláæð né undir húð. Einungis heilbrigðisstarfsmaður á að gefa lyfið. Gefa skal dreifuna sem inndælingu strax að blöndun lokinni en hana má geyma við lægri hita en 25°C í allt að 4 klukkustundir í hettuglasinu. Dreifuna á að gefa hægt sem staka inndælingu (ekki má skipta skömmtum) í þjóvöðva. *Gæta skal að því að forðast* inndælingu í æð í *ógáti*. Gefa skal inndælingu í þjóvöðvana tvo á víxl. Mælt er með því að við inndælingu sé notuð 38 mm (1,5 tommu) 21G öryggisnál. Hjá of feitum sjúklingum, (líkamsþyngdarstuðull >28 kg/m^2), skal nota 50 mm (2 tommu) 21G öryggisnál. Hettuglös með dufti og leysi eru eingöngu einnota. **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: Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, *sími 535 7000;* Email: atli@vistor.is. Lyfið er lyfseðilskylt. Dagsetning síðustu samþykktar SmPC sem þessi stytti texti er byggður á: 23. júní 2014. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu (nóvember 2014):** 1 hgl.: 61.027. Sjúkratryggingar taka almennt ekki þátt í kostnaði við lyfið. Lyfið er lyfseðilskylt.

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

Norspan er forðaplástur sem inniheldur búprenorfín,5 míkrog/klst., 10 míkrog/klst. og 20 míkrog/klst. **Ábendingar:** Meðferð við frekar miklum verkjum sem ekki eru vegna illkynja sjúkdóma þegar þörf er á ópíóíða til að ná fram fullnægjandi verkjastillingu. Norspan hentar ekki til meðferðar við bráðaverkjum. **Skömmtun:** Norspan á að nota á 7 daga fresti. *Sjúklingar 18 ára og eldri:* Nota á lægsta skammt af Norspan sem upphafsskammt, 5 míkrog/klst. *Aðlögun skammta:* Við upphaf meðferðar og skammtastillingu á Norspan eiga sjúklingar að nota venjulega, ráðlagða skammta skammvirkra viðbótarverkjalyfja eftir þörfum þar til Norspan er farið að hafa verkjastillandi áhrif. Ekki á að auka skammt fyrr en að 3 dögum liðnum þegar hámarksáhrifum tiltekins skammts hefur verið náð. Ráðlagt er að setja ekki meira en tvo plástra á húðina í einu. Ekki er mælt með notkun Norspan fyrir sjúklinga undir 18 ára aldri. *Aldraðir:* Ekki er þörf á að aðlaga skammta Norspan hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfssemi*: Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammta sérstaklega fyrir sjúklinga með skerta nýrnastarfssemi. *Skert lifrarstarfssemi*: Búprenorfin er umbrotið í lifur. Breytingar geta orðið á styrk þess og tímalengd verkunar hjá þessum sjúklingum. Því á að fylgjast vandlega með sjúklingum með lifrarbilun meðan á meðferð með Norspan stendur. Í alvarlegum tilfellum ber að íhuga aðra lyfjameðferð. Plásturinn á að hafa samfellt á í 7 daga. *Meðferð hætt:* Eftir að Norspan plástur hefur verið tekinn af, lækkar þéttni búprenorfíns í sermi smám saman og því haldast verkjastillandi áhrif í ákveðinn tíma. Þetta á að hafa í huga þegar nota á aðra ópíóíða í kjölfar meðferðar með Norspan. Almenna reglan er sú að gefa ekki ópíóíða í 24klst. eftir að Norspan plásturinn hefur verið tekinn af. *Sjúklingar með hita eða sem verða fyrir áhrifum af utanaðkomandi hita:* Sjúklingum er ráðlagt að forðast að utanaðkomandi hiti s.s. frá hitabökstrum, hitateppum, hitalömpum, gufubaði, heitum pottum o.s.frv. komist að plástursstað, þar sem frásog búprenorfíns getur aukist. Við meðferð sjúklinga með hita skal gæta þess að hiti getur einnig aukið frásogið og valdið hækkaðri plasmaþéttni búprenorfíns og þannig aukið hættu á ópíóíðviðbrögðum. **Frábendingar:** Norspan er ekki ætlað: Sjúklingum með þekkt ofnæmi fyrir virka efninu búprenorfíni eða einhverju hjálparefnanna; sem meðferð við ópíóíðfíkn og við fráhvarfseinkennum fíkniefna; til að nota við ástand þar sem alvarleg skerðing er á öndunarstöð og -starfssemi eða hætta er á því; sjúklingum sem fá MAO-hemla eða hafa fengið þá á síðastliðnum tveimur vikum; sjúklingum með vöðvaslensfár; sjúklingum með drykkjuóráð (delerium tremens); til nota á meðgöngu. **Varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði:** Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í Sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka:** R, X, G. **Pakkningar og hámarkssmásöluverð 1.nóvember 2014:** Norspan forðaplástur 5 míkrog/klst.: 4 stk. kr. 5.247, Norspan forðaplástur 10 míkrog/klst.: 4 stk. kr. 8.567, Norspan forðaplástur 20 míkrog/klst.: 4 stk. kr. 14.832. **Markaðsleyfishafi:** Norpharma a/s, Frydenlundsvej 30, DK-2950 Vedbæk, Danmörk. **Nánari upplýsingar fást hjá umboðsaðila á Íslandi:** Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Sími: 540 8000. **Dagsetning endurskoðunar textans (SmPC)**: 25. september 2014. **Upplýsingar síðast teknar saman:** 24.október 2014.

Flutiform® - 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. nóvember 2014):50+5míkróg. 120 úðaskammtar: 7.114 kr, 125+5 míkróg 120 úðaskammtar: 9.394 kr, 250+5 míkróg. 120 úðaskammtar: 11.984 kr. Ávísunarheimildir og afgreiðsluflokkur: R. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: G Heiti markaðsleyfishafa:** Norpharma A/S Frydenlundsvej 30, 2950 Vedbæk Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. **Dags SmPC:**27.8.2014. Ef frekari upplýsinga um lyfið er óskað má hafa samband við Icepharma hf.

Ritstjórnarmenn 1915-2014

Védís Skarphéðinsdóttir

Ritstjórnir hafa frá upphafi vega haft mikinn metnað fyrir hönd blaðsins, fundað reglulega og tekist að stýra blaðinu og koma því klakklaust gegnum prentvélarnar á mögrum árum og feitum, meðan geisuðu fyrri og síðari heimsstyrjöldin, kalt stríð og friðartímar. Fyrir löngu síðan hefur blaðið samið sig að vísindalega viðurkenndum aðferðum til að ritrýna fræðiefni.

Læknafélag Reykjavíkur gaf blaðið út 1915-1955 og fyrstu árin voru þeir taldir upp í blaðinu sem enn áttu ógoldna áskrift að blaðinu, en hún varð síðar hluti af félagsgjaldinu til Læknafélags Íslands. Blaðið hefur sótt í sig veðrið í nútímanum og er inni á alþjóðlega viðurkenndum gagnagrunnum, til að mynda PubMed og Scopus. Samstarf við norrænu blöðin hefur verið gjöfult og í sjónmáli er forrit sem veitir viðtöku öllum fræðigreinum og mun tryggja samræmi og festu í kröfum um upplýsingagjöf, hagsmuni og frágang allan. Starfsmenn blaðsins eru fjórir og sjá að auki um útgáfu 4-5 fylgirita árlega. Brotið hefur stækkað og umfang vaxið verulega, og afkoma blaðsins er reist fyrst og fremst á auglýsingum.

Listinn hér fyrir neðan geymir nöfn þeirra sem hafa lagt hönd á plóg við *Læknablaðið* frá upphafi og það árabil sem viðkomandi sat í ritstjórn. Þess ber að geta að án hóps ónafngreindra ritrýna í áranna rás hefði starf ritstjórna verið með allt öðrum brag og fræðigreinarnar í allt öðrum búningi. *Læknablaðið* fær seint nógsamlega þakkað ritrýnum fyrir sitt hljóða ólaunaða starf í þágu sjúklinga, kolleganna og læknisfræðinnar.

Anna Gunnarsdóttir 2009-2014
Arinbjörn Kolbeinsson ..... 1972-1976 ritstjóri
Árni Björnsson 1965-1966
Árni Kristinsson 1971
Ásmundur Brekkan 1965-1971
Bjarni Jónsson 1951-1956
Bjarni Konráðsson 1949-1951
Bjarni Þjóðleifsson ..... 1977-1982 ritstjóri
Björn Sigurðsson frá Veðramóti 1944-1949
Bryndís Benediktsdóttir 2005-2011
Einar Stefánsson 1991-1996
Emil Sigurðsson 1998-2005
Engilbert Sigurðsson ..... 2005- ritstjóri og ábyrgðarmaður
Guðjón Magnússon 1981-1983
Guðmundur Hannesson 1915-1921
Guðmundur Thoroddsen 1921-1929
Guðmundur Thoroddsen ..... 1951-1956 aðalritstjóri
Guðmundur Þorgeirsson 1985-1989
Guðrún Pétursdóttir 1992-1996
Gunnar Guðmundsson 2007-2011
Gunnar Sigurðsson 1995-2000
Gunnlaugur Claessen 1923-1930
Gylfi Óskarsson 2011-2013
Halldór Hansen 1935
Hannes Hrafnkelsson 2011-
Hannes Petersen 1997-2005
Helgi Tómasson 1929-1938
Hildur Harðardóttir 2000-2002
Hrafn Tulinius 1968-1969
Hróðmar Helgason 1996-1999
Inga S. Þráinsdóttir 2009-2011
Jóhann Ágúst Sigurðsson 1995-1997
Jóhann Sæmundsson 1938-1941
Jóhannes Björnsson 1944-1951
Jóhannes Björnsson ..... 2004-2010 ritstjóri og ábyrgðarmaður
Jón Steffensen 1938-1941
Jónas Magnússon 1991-1996
Júlíus Sigurjónsson 1940-1941, 1949-1955, 1958-1961
Karl Andersen 2000-2007
Karl Strand 1968-1971
Kristinn Stefánsson 1942-1943
Lárus Einarsson 1934
Maggi Júl. Magnús 1915-1918
Magnús Gottfreðsson 2013-
Magnús Ólafsson 1962-1968
Magnús Pétursson 1926
Margrét Árnadóttir 2007-2009
Matthías Einarsson 1915-1922
Níels P. Dungal 1930-1934
Ólafur Bjarnason 1957-1965
Ólafur Geirsson ..... 1942-1951, 1957-1965 aðalritstjóri
Ólafur Jensson ..... 1965-1971 aðalritstjóri
Óli P. Hjaltested 1942-1943, 1951-1954, 1956-1957
Páll Ásmundsson ..... 1972-1977 ritstjóri
Ragnheiður Inga Bjarnadóttir 2002-2005
Reynir Arngrímsson 1997-2000
Sigurbergur Kárason 2011-
Sigurður Guðmundsson 1987-1996
Sigurður Þ. Guðmundsson 1966-1968
Sigurður Sigurðsson 1935-1937
Stefán Jónsson 1918-1922
Sæmundur Bjarnhéðinsson 1923
Sævar Halldórsson 1970-1971
Tómas Guðbjartsson 2006-
Valtýr Albertsson 1931-1934
Vilhjálmur Rafnsson ..... 1987-2005 ritstjóri og ábyrgðarmaður
Þorkell Jóhannesson 1965-1971
Þóra Steingrímsdóttir 2006-2009
Þórarinn Guðnason 1951-1954
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir 2011-
Þórður Harðarson 1978-1992
Þórunn Jónsdóttir 2011-2014
Örn Bjarnason ..... 1976-1993 ritstjóri og ábyrgðarmaður

Ritstjórnarfulltrúar

Birna Þórðarsdóttir 1989-2001
Jóhannes Tómason 1982-1989
Védís Skarphéðinsdóttir 2001-