LÆKNABLAÐIÐ • 2. tbl. 101. árg. • Febrúar 2015

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

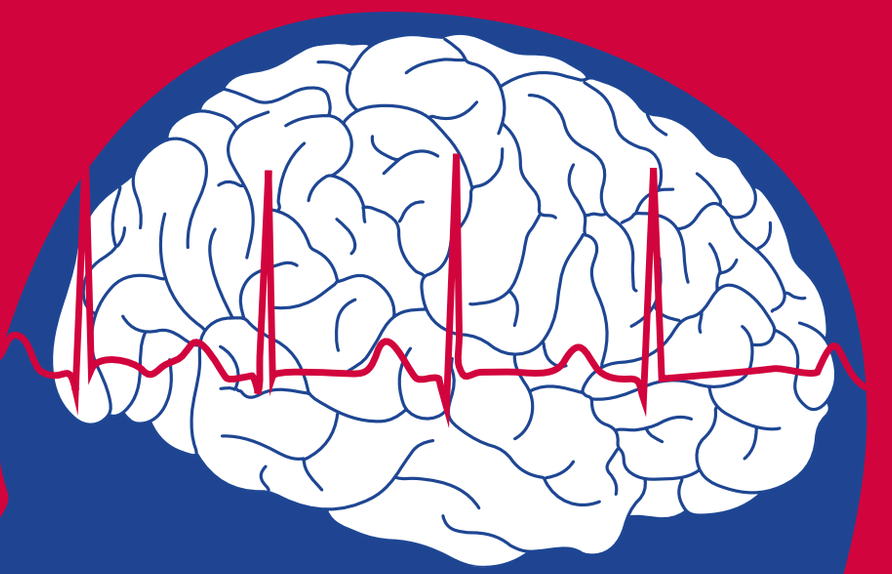
2/2015

101. árgangur: 69-120

2015; 101: 69-120

HEILASLAG TENGT GÁTTATIFI

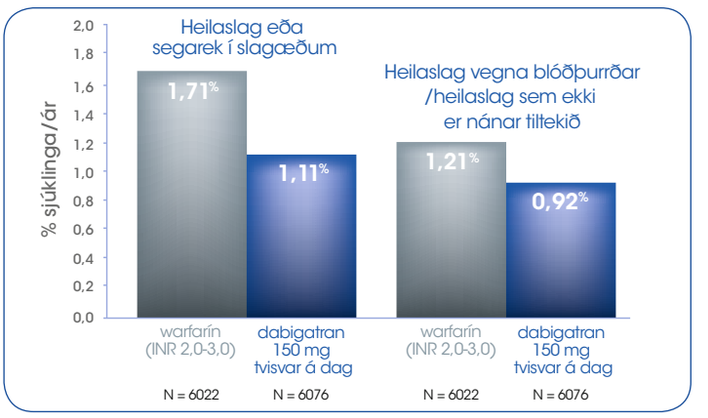
Áhætta sem hægt er að minnka verulega með Pradaxa® (dabigatran), 150 mg 2 sinnum á dag[1,2]



Hætta á dauðsfalli vegna æðasjúkdóms
er **15%** minni
samanborið við warfarín (p=0,04)[1,2]

Hætta á dauðsfalli (heildaráhætta)
er **12%** minni
samanborið við warfarín (p=0,051)[1,2]

IS PRA-14-01-31, AUG14



Myndin er unnin af Boehringer Ingelheim Danmark A/S á grundvelli.
Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010;363:1875-1876 (appendix)

Pradaxa (dabigatran) 150 mg minnkar hættu á:

- heilaslagi eða segareki í slagæðum um 35% samanborið við warfarín (p<0,001)[1,2]
- heilaslagi vegna blóðþurrðar um 24% samanborið við warfarín (p=0,03)[1,2]

Heimildir:
1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009;361:1139-1151
2. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010;363:1875-1876.

Boehringer Ingelheim

Pradaxa (dabigatran) er ætlað til meðferðar 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.

Pradaxa® dabigatran
Transforming anticoagulation



Þetta er einvalalið í ritstjórn: Sigurbergur Kárason svæfingalæknir, Tómas Guðbjartsson brjóstholsskurðlæknir, Engilbert Sigurðsson geðlæknir, ritstjóri og ábyrgðarmaður, Hannes Hrafnkelsson heimilislæknir og Magnús Gottfreðsson lyflæknir. Fyrir framan karlpeninginn sitja Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir hjartalæknir og Gerður Gröndal gigtarlæknir.

Sagan í 100 ár



Í tilefni af 100 ára afmæli *Læknablaðsins* gerðu ritstjórn, starfsfólk og útgáfustjórn sér glaðan dag og snæddu saman á veitingastaðnum Dilli, Hverfisgötu 12. Þar voru allir réttir hver öðrum ævintýralegri og betri, og hefðum við viljað veita staðnum Michelin-stjörnur tvær ef við hefðum ekki gleymt þeim heima. Dill er í svonefndu bíslagi við hús Guðmundar Hannessonar á horni Hverfisgötu og Ingólfsstrætis, og þar hafði Hannes sonur Guðmundar lækningastofu sína framan af. Guðjón Friðriksson sagnfræðingur rakti sögu Guðmundar og húss hans fyrir viðstöddum og kom þar margt skemmtilegt á daginn í sögu þjóðar og læknisfræði og pólitíkur eins og gengur.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Sævar Karl Ólason (f. 1947) hefur verið gagntekinn af málverkinu síðustu ár og þróað myndmál sitt af mikilli elju. Hann hefur sótt nám hér á landi sem og erlendis og lagt stund á módelteikningu. Myndlist Sævars Karls hefur þennan tíma endurspeglað ólík áhrif og ýmist verið fígúratíf, abstrakt eða einhvers staðar þar á mörkunum. Undanfarið hefur áhersla hans verið á abstrakmálverk af stærri gerðinni sem hann málar bæði á hefðbundinn striga en einnig á fundið efni eins og vínyldúk sem ætlaður er undir auglýsingaskilti. Þannig fæst fram sérstök áferð í verkunum sem ýtt er undir með málunartækni þar sem þunnur og mattur litur kallast á við þykkan lit og glansandi.



Verkið sem varð fyrir valinu að þessu sinni er án titils og frá árinu 2014. Það gefur til kynna frekari andstæður sem listamaðurinn hefur ánægju af að stilla saman. Þar má sjá samspil dökkra og ljósra litatóna sem ýta undir þrívídd og dýpt í myndfletinum. Einn litur leggst yfir annan og þótt málað sé með frjálsum og kröftugum pensilstrokum virðast lóðréttar og láréttar hreyfingar mynda kerfisbundið net eða vef. Í bakgrunni glittir í dekkstu tónana sem lyfta hinum heitu og björtu upp á yfirborðið. Víða má sjá að málningin hefur lekið og eins er þar að finna heilu sletturnar. Maður fær á tilfinninguna að kraftur og sveifla einkenni sköpunarferli slíkra verka og hugsar með sér að gaman væri að vera fluga á vegg á vinnustofunni. Þessi litríka mynd er 195 x 200 cm á kant og máluð með ýmsum hefðbundnum og óhefðbundnum efnum á striga.

Sævar Karl hefur verið viðloðandi myndlist alla tíð. Hann stýrði um árabil sýningarsal í tengslum við fataverslun sína sem varð með tímanum þekktur viðkomustaður í myndlistarsenu Reykjavíkur. Þá hefur hann lengi safnað myndlist ásamt eiginkonu sinni og var haldin sýning á safneign þeirra í Gerðarsafni árið 2008. Sævar Karl dvelur nú ýmist í München, Þýskalandi, eða hér í Reykjavík. Hann er með vinnustofur á báðum stöðum og hélt nýverið sýningu í Listasal Mosfellsbæjar sem hann kallaði Túnglskin um hábjartan dag. Þar var einmitt málverkið til sýnis sem hér er á kápunni. Framundan er þátttaka í samsýningu í Feneyjum sem haldin verður í sumar á meðan hinn vinsæli myndlistartvíæringur borgarinnar er í gangi.

Markús Þór Andrésson

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



75

Kristján Þór Júlíusson

Betri hagur - bætt heilbrigði

Stærsta áskorunin sem við Íslendingar stöndum frammi fyrir er að tryggja og auka samkeppnishæfni íslenska heilbrigðiskerfisins.



77

Rúnar Vilhjálmsson

Heilbrigðisþjónusta í þágu almennings

Norrænar rannsóknir hafa löngum sýnt að félagsleg heilbrigðiskerfi landanna njóta víðtæks stuðnings almennings.

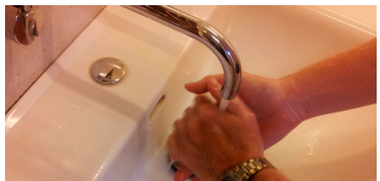
FRÆÐIGREINAR

79

Ingibjörg Hjaltadóttir, Árún Kristín Sigurðardóttir

Algengi sykursýki og heilsufar íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum 2003-2012

Sykursýki er vaxandi vandamál meðal eldra fólks og einn af áhættuþáttum fyrir flutning á hjúkrunarheimili. Ennfremur er sjúkdómabyrði og lyfjanotkun þeirra sem eru með sykursýki oft meiri. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða algengi sykursýki á íslenskum hjúkrunarheimilum yfir árin 2003-2012 og gera samanburð á heilsufari, færni, lyfjanotkun og sjúkdómsgreiningum íbúa með eða án sjúkdómsgreiningarinnar sykursýki sem bjuggu á hjúkrunarheimili árið 2012.



87

Magnús Haraldsson

Þráhyggjuárátturöskun - falinn sjúkdómur

Þetta er algeng og oft langvinn geðröskun sem leitt getur til verulegrar skerðingar á starfsgetu og lífsgæðum. Einkenni lýsa sér með óþægilegum, uppáþrengjandi og óviðeigandi kvíðavaldandi þráhyggjuhugsunum og tímafrekum og hamlandi áráttum. Einkennum fylgir oft mikil skömm og þekking almennings og heilbrigðisstarfsfólks á þessari geðröskun er víða takmörkuð. Því er algengt að röskunin greinist seint eða að einstaklingar fái ranga greiningu. Rannsóknir hafa sýnt að erfðaþættir eiga þátt í orsökunum og að truflanir í tengingum ákveðinna heilasvæða eigi þátt í meingerðinni.

95

HbA1c 7% verður 53 mmól/mól – ný eining, frá 1. mars 2015

Ingunn Þorsteinsdóttir, Rafn Benediktsson, Ísleifur Ólafsson, Ragnar Bjarnason

96

Hvað telst vera æskilegt gildi D-vítamíns í blóði?

Laufey Steingrímsdóttir, Gunnar Sigurðsson

Spurningin er algengt viðfangsefni lækna og hér er vakin athygli á nýlegum niðurstöðum öldrunarrannsóknar Hjartaverndar á tengslum mjaðmarbrota og d-vítamíns

UMFJÖLLUN OG GREINAR

Um verkfall lækna



99
Kjarasamningar í höfn
Hávar Sigurjónsson

100
„Efaðist aldrei um að við næðum lendingu“
– segir Sigurveig Pétursdóttir formaður samninganefndar LÍ

101
„Trúðum því ekki að kæmi til verkfalls“
– segja Helgi Kjartan Sigurðsson formaður Skurðlæknafélags Íslands og Kristín Huld Haraldsdóttir varaformaður





102
„Stórt skref til bættra kjara íslenskra lækna“
– segir Þorbjörn Jónsson formaður Læknafélags Íslands

102
„Ekkert fordæmi fyrir verkfalli íslenskra lækna“
– segir Sólveig Jóhannsdóttir framkvæmdastjóri Læknafélags Íslands



104
„Mjög lærdómsríkt en erfitt“
– segir Ómar Sigurvin Gunnarsson í samninganefndinni





106
„Gestabókin er ekki nettengd”
segir Jörundur Kristinsson formaður orlofssjóðs LÍ
Hávar Sigurjónsson
Orlofssjóður LÍ er fjármagnaður með framlögum vinnuveitenda sem samið er um í kjarasamningum.



108
Læknadagar í ljósi vonar um betri tíð
Hávar Sigurjónsson
Læknadagarnir eru alþjóðlega viðurkenndir sem símenntunarþing.

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



98
Divide et impera
Hildur Svavarsdóttir
Að deila og drottna (latína: *divide et impera*) er ákveðin stjórnunaraðferð og hernaðarlist.

110
Mannfall á Íslandi – sólarlaust í Evrópu
Hávar Sigurjónsson
Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar hélt málþing í tilefni af 50 ára afmæli sínu.

112
Hvaða sérgreinar vekja mestan áhuga læknanema?
Eyþór Björnsson, Sigrún Tinna Gunnarsdóttir, Ívar Marinó Lilliendahl
Val sérgreinar er ein stærsta ákvörðun sem læknanemar standa frammi fyrir að grunnnámi loknu.

SÉRGREIN



118
Skemmtilegustu kollegarnir
Þórgunnur Ársælsdóttir
Geðlæknafélag Íslands var stofnað 1960.



- 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

IS_FFT_0017_14a_Relvar_adv_A4_Sept2014.indd 1 22.09.2014 07:38:20

Betri hagur - bætt heilbrigði

Kristján Þór Júlíusson

heilbrigðisráðherra



kristjanj@althingi.is

Með yfirlýsingu þeirri sem fulltrúar ríkisstjórnarinnar, Læknafélags Íslands og Skurðlæknafélags Íslands undirrituðu fyrir skömmu var rammaður inn eindreginn vilji stjórnvalda til að efla heilbrigðiskerfið. Þar er lögð áhersla á mikilvægi heilbrigðiskerfisins og vilja hlutaðeigandi til að styrkja það og bæta. Hér er því um tímamót að ræða. Með erfiða kjaradeilu að baki kjósa nú þeir sem áður tókust hart á, að deila sameiginlegri framtíðarsýn. Þessi sýn lýtur ekki eingöngu að stöðu þeirra sem komu að kjarasamningum eða yfirlýsingunni. Hún varðar einnig almenning í landinu sem trúir og treystir á að þeir sem stýra heilbrigðismálum þjóðarinnar geri það í eins mikilli sátt og samvinnu og unnt er. Það er skylda okkar allra sem fara með þennan mikilvæga málaflokk.

Í störfum mínum sem heilbrigðisráðherra hef ég sannfærst um að ein stærsta áskorunin sem við Íslendingar stöndum frammi fyrir á komandi árum sé að tryggja og auka samkeppnishæfni íslenska heilbrigðiskerfisins. Við þurfum að horfast í augu við þá staðreynd að íslenskir heilbrigðisstarfsmenn eru eftirsóttir í öðrum löndum. Þar skipta launakjör auðvitað miklu en ekki síður sá aðbúnaður og sú aðstaða sem boðið er upp á. Við stöndum því ekki aðeins frammi fyrir miklum fjárfestingum í innviðum heldur ekki síður í þeim mikla mannauði sem er innan heilbrigðiskerfisins, meðal annars í þeim tilgangi hafa framlög í vísinda- og rannsóknarsjóði verið stóraukin.

Meðal helstu áhersluatriða ríkisstjórnarinnar er bygging nýs Landspítala og markviss endurnýjun tækjabúnaðar í heilbrigðiskerfinu í samræmi við tækjakaupaáætlun sem kynnt var haustið 2013, en hvoru tveggja er ætlað að bæta starfsaðstöðu heilbrigðisstarfsfólks og þjónustu við almenning. Auknu fjármagni hefur verið veitt til heilbrigðismála og breytingar gerðar í þeim tilgangi að auka skilvirkni. Um leið er stefnt að aukinni samvinnu heilbrigðisstofnana og markvissari verkaskiptingu, auk þess sem íslenska heilbrigðiskerfið á að verða samkeppnishæft við það sem tíðkast annars staðar á Norðurlöndum.

Aukin fjárframlög á fjárlögum endurspegla þær áherslur í heilbrigðismálum sem ég hef boðað og falla undir verkefni áætlunarinnar Betri heilbrigðisþjónusta. Efling heilsugæslunnar er eitt okkar helsta forgangsmál og við sjáum nú raunaukningu á framlagi til heilsugæslu og sjúkraflutninga. Þessari aukningu verður varið til verkefna eins og fjölgunar á sérnámsstöðum í heimilislækningum og heilsugæsluhjúkrun, verkefni um miðlæga símaráðgjöf um heilbrigðisþjónustu á landsvísu og innleiðingu þjónustustýringar í heilbrigðiskerfinu, svo fátt eitt sé nefnt.

Sameining heilbrigðisstofnana var eitt verkefna áætlunarinnar um Betri heilbrigðisþjónustu. Þar hef ég lagt áherslu á að ljúka því verkefni sem hófst fyrir löngu, að sameina stjórnun stofnana þannig að sama skipulag gildi um stjórnun heilbrigðisþjónustu í öllum heilbrigðisumdæmum landsins. Sú vinna gengur vel.

Heilbrigðisþjónusta á Íslandi hefur lengi staðið framarlega í samanburði við önnur lönd og árangur á mörgum sviðum verið með því besta sem þekkist. Ungbarnadauði hefur árum saman verið lægstur hér í samanburði við aðrar Evrópuþjóðir og fáar þjóðir eru langlífari en Íslendingar. Hvort tveggja segir mikið um heilsu og velferð þjóða.

Almennur og greiður aðgangur að heilbrigðisþjónustu er eitt af meginmarkmiðum íslenska heilbrigðiskerfisins. Allir landsmenn eiga sama rétt til heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðiskerfið er að langstærstum hluta fjármagnað af hinu opinbera en sjúklingar greiða þó ákveðinn hluta með notendagjöldum.

Heilsufar landsmanna hefur áhrif á flesta þætti samfélags okkar. Heilbrigði er mikilvægt fyrir menntun, samfélags- og atvinnuþátttöku, efnahagslega þróun og samfélagið í heild. Heilbrigðismál eru mál ólíkra geira samfélagsins og varða allt stjórnkerfið og þar með öll ráðuneyti og sveitarfélög. Því er mikilvægt að í allri stefnumótun, bæði opinberra aðila og annarra, sé hugað að lýðheilsu. Ábyrgð einstaklinga á eigin heilbrigði þarf að fara saman við ábyrgð stjórnvalda og stofnana samfélagsins sem með stefnu sinni, ákvörðunum og aðgerðum geta haft mikil áhrif á vilja, getu og aðstæður fólks til að lifa heilsusamlegu lífi á öllum aldursskeiðum. Gott heilsufar er ekki aðeins mikilvægt fyrir vellíðan fólks, heldur er það jafnframt þýðingarmikið fyrir sérhvert þjóðfélag og efnahag þess.

Miklar áskoranir bíða okkar. Öldrun þjóðarinnar er staðreynd sem ætti ekki að koma neinum á óvart. Breytingin er óumflýjanleg og okkur ber að búa í haginn þannig að samfélagið geti tekist á við breytta aldurssamsetningu og það sem henni fylgir. Sú vinna á að miða að því að styrkja stöðu Íslands í alþjóðlegum samanburði, hvort sem litið er til lýðheilsu þjóðarinnar eða helstu mælikvarða sem fela í sér mat á gæðum, öryggi, skilvirkni og hagkvæmni heilbrigðiskerfisins, svo sem varðandi aðgengi, meðferðarárangur, lyfjanotkun, réttindi sjúklinga og allt það er lýtur að heilbrigði landsmanna.

Hér sem annars staðar mun hnattvæðing, lýðþróun og efnahaglegur óstöðugleiki auka álag á heilbrigðisþjónustuna. Af því leiðir að öll svið samfélagsins verða að takast sameiginlega á við þau viðfangsefni sem við blasa, okkur öllum til hagsbótar og velsældar.

Better economy - improved health

Kristjan Thor Juliusson,
Minister of Health in Iceland

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]

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

Heilbrigðisþjónusta í þágu almennings

Rúnar Vilhjálmsson

prófessor í félagsfræði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands



runarv@hi.is

Íslenska heilbrigðiskerfið telst til félagslegra kerfa (*socialized health system*), en þeim flokki tilheyra meðal annars norrænu heilbrigðiskerfin og það breska.[1] Samkvæmt kjörmynd félagslegs heilbrigðiskerfis er heilbrigðisþjónustan að mestu fjármögnuð af hinu opinbera með almennum sköttum. Hið opinbera skipuleggur þjónustuna, greiðir starfsmönnum fyrir þjónustu sína, og á og rekur helstu rekstrareiningar, svo sem sjúkrahús og heilsugæslustöðvar. Leyfður er takmarkaður einkarekstur og sjúklingar sem nota slíka þjónustu látnir bera kostnaðarauka af því.[1] Félagsleg heilbrigðiskerfi hafa tvö meginmarkmið: Að veita bestu heilbrigðisþjónustu sem tök eru á að veita hverju sinni og tryggja sem jafnast aðgengi að þeirri heilbrigðisþjónustu sem þörf er fyrir.

Fjölþjóðlegur samanburður heilbrigðiskerfa bendir til þess að félagslegu kerfin hafi náð eftirtektarverðum árangri. Þótt kostnaður félagslegra heilbrigðiskerfa sé hár er hann lægri en kostnaður blandaðra rekstrarkerfa Vestur-Evrópu (skyldutryggingakerfa), og miklum mun lægri en einkarekstrarkerfa á borð við það bandaríska.[2] Skýringar á þessu eru meðal annars þær að einkareknar starfseiningar í heilbrigðisþjónustu eru almennt dýrari í rekstri en þær opinberu,[3] auk þess sem heilbrigðiskerfi eru kostnaðarsamari þegar margir aðilar (mörg tryggingafélög eða sjúkrasjóðir, auk sjúklinga) greiða fyrir þjónustuna. Félagslegu heilbrigðiskerfin ná besta árangrinum þegar kemur að lýðheilsu. Ungbarnadauði, dánartíðni vegna algengra dánarorsaka, ótímabær dauðsföll og ævilengd eru álíka hagstæð eða hagstæðari en í blönduðu rekstrarkerfunum og þar hefur náðst mun betri árangur en í einkarekstrarkerfum eins og því bandaríska.[4] Ástæður þessa má meðal annars rekja til almenns aðgengis að gagnreyndri heilbrigðisþjónustu í félagslegu kerfunum.

Norrænar rannsóknir hafa löngum sýnt að félagsleg heilbrigðiskerfi landanna njóta víðtæks stuðnings almennings. Í þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar frá síðasta vori meðal Íslendinga 18 ára og eldri kom í ljós að 94% svarenda töldu að hið opinbera ætti að leggja meira fé til heilbrigðismála. Jafnframt taldi 81% svarenda að heilbrigðisþjónustan ætti fyrst og fremst að vera rekin af hinu opinbera.

Á síðari árum hefur gætt tilhneigingar til einkavæðingar heilbrigðisþjónustu í félagslegu kerfunum. Samkvæmt fræðilegri umræðu er einkavæðing þríþætt: 1) Sala á opinberri stofnun eða fyrirtæki til einkaaðila. 2) Tilfærsla fjármögnunar og aukin hlutdeild einkaaðila (einkafjármögnun). 3) Rekstrarleg tilfærsla í formi aukins einkareksturs. Einkavæðingu í félagslegum heilbrigðiskerfum fylgja ýmis vandamál og álitaefni. Einkafjármögnun dregur úr aðgengi að heilbrigðisþjónustu, ekki síst meðal þeirra sem hafa lægstar ráðstöfunartekjur og mesta þjónustuþörf. Einkarekstri geta einnig fylgt aðgengisvandamál vegna aukins kostnaðar sjúklinga, takmarkaðrar áherslu á alvarleg og flókin sjúkdómstilfelli, og vel þekktrar samþjöppunar einkarekinnar þjónustu í mesta þéttbýlinu og í betur stæðum sveitarfélögum og hverfum.[5] Þá eykur fjölgun einkarekinna rekstrareininga hættu á brotakenndri og ósamhæfðri þjónustu þegar margir ótengdir aðilar veita afmarkaða þjónustu, hafa takmörkuð samskipti og eru í samkeppni hver við annan.

Uppúr áramótum gengu stjórnvöld og læknafélögin frá viljayfirlýsingu um heilbrigðisþjónustuna. Ýmislegt jákvætt er að finna í þeirri yfirlýsingu. Heitið er auknu fjármagni til heilbrigðismála, en um leið lögð áhersla á skilvirkni og gæði þjónustunnar. Kveðið er á um byggingu nýs Landspítala og bætta starfsaðstöðu í sjúkrahúsþjónustunni, en einnig markvissari þjónustustýringu og aukna samvinnu stofnana og þjónustuaðila. Sjöunda grein yfirlýsingarinnar er mikilvæg að því leyti að fyrri hluti hennar kveður á um heildstæða skoðun á skipulagi, uppbyggingu og fjármögnun heilbrigðiskerfisins, sem hingað til hefur skort verulega á hérlendis. Slík skoðun ætti að vera forsenda skipulagsbreytinga. Það vekur því sérstaka athygli að í síðari hluta 7. greinarinnar er því slegið fram að opna þurfi möguleika á fjölbreyttum rekstrarformum sem vart verður skilið á annan hátt en þann að auka þurfi rekstrarlega einkavæðingu í heilbrigðiskerfinu. Segja má að staðhæfingin um þessa þörf fyrir einkavæðingu skeri sig úr, enda liggur sú þörf tæplega fyrir ef tekið er mið af fyrirliggjandi rannsóknum á þörfum og viðhorfum almennings eða árangri heilbrigðiskerfa.

Mikil áhersla hefur verið lögð á að fyrirbygging, greining og meðferð sjúkdóma og kvilla sé gagnreynd og byggi á rannsóknum. Í þeirri umræðu má ekki gleyma að skipulagning heilbrigðisþjónustunnar ætti einnig að byggjast á rannsóknum. Dæmi eru um að lagt sé af stað í breytingar án þess að markmiðið sé skýrt, í samræmi við önnur markmið sem stefnt er að eða að leiðirnar séu raunhæfar eða í góðu samræmi við markmiðin. Stundum knýja sérhagsmunir á um breytingar eða hindra þær, hvað sem líður hagmunum almennings. Þá eru dæmi um að það skorti undirbúning, kynningu, samstarf eða eftirfylgd svo ná megi tilætluðum árangri. Hér verður mikilvægi gagnreyndra starfshátta við stefnumótun og stjórnun heilbrigðismála seint ofmetið.

Íslendingar eiga enn gott heilbrigðiskerfi þótt því hafi hrakað á undanförnum árum. Árangur þess byggist ekki síst á því meginmarkmiði félagslegra heilbrigðiskerfa að veita sem jafnastan aðgang að gagnreyndri heilbrigðisþjónustu. Því markmiði megum við ekki glata eða víkja frá, heldur leitast við að nálgast það enn betur en hingað til.

Heimildir

1. Cockerham WC. Medical sociology. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey 2012.
2. OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing, Paris 2014. oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm - janúar 2015.
3. Deveraux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, Haines T, Burns KEA, Cook DJ, et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2004; 170: 1817-24.
4. Elola J, Daponte A, Navarro V. Health indicators and the organization of health care systems in Western Europe. Am J Public Health 1995; 85: 1397-401.
5. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen, Stokkhólmi 2014.

Health care in the public interest

Runar Vilhjalmsson, PhD
Professor of Sociology, Faculty of Nursing, 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]

PF141001

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. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Eliquis.

Pfizer

Algengi sykursýki og heilsufar íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum 2003-2012

Ingibjörg Hjaltadóttir[1] hjúkrunarfræðingur, **Árún Kristín Sigurðardóttir**[2] hjúkrunarfræðingur

ÁGRIP

Inngangur: Sykursýki er vaxandi vandamál meðal eldra fólks og einn af áhættuþáttum fyrir flutning á hjúkrunarheimili. Ennfremur er sjúkdómabyrði og lyfjanotkun þeirra sem eru með sykursýki oft meiri. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða algengi sykursýki á íslenskum hjúkrunarheimilum yfir árin 2003-2012 og gera samanburð á heilsufari, færni, lyfjanotkun og sjúkdómsgreiningum íbúa með eða án sjúkdómsgreiningarinnar sykursýki sem bjuggu á hjúkrunarheimili árið 2012.

Efniviður og aðferð: Rannsóknin var afturskyggn og mælitækið Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþörf íbúa á öldrunarstofnunum var notað við gagnasöfnun (N=16.169). Nánari tölfræðileg greining var gerð á gögnum frá 2012 (n=2337).

Niðurstöður: Á rannsóknartímabilinu var meðalaldur frá 82,3 (sf 9,1) til 85,0 ár (sf 8,4) og hlutfall kvenna frá 65,5 til 68,0%. Hlutfall þeirra sem voru skráðir með sjúkdómsgreininguna sykursýki hækkaði úr 10,3% árið 2003 í 14,2% árið 2012 ($p \leq 0{,}001$). Meðalaldur íbúa með sykursýki árið 2012 var 82,7 ár en annarra 85 ár. Íbúar með sykursýki höfðu meiri húðvandamál, notuðu fleiri lyf, vitræn geta var betri og þátttaka í virkni var meiri. Þeir sem voru með sykursýki voru frekar með háþrýsting, hjartasjúkdóm vegna blóðþurrðar, heilaáfall, nýrnabilun, oflæti/þunglyndi, sjónukvilla vegna sykursýki og aflimun, en voru síður með kvíðaröskun, Alzheimer-sjúkdóm og beingisnun.

Ályktun: Íbúar með sykursýki á hjúkrunarheimilum eru yngri en aðrir og betur á sig komnir andlega, en hins vegar getur meðferð þeirra verið margslungin og hana þarf að sérsníða að hverjum einstaklingi. Sykursýki er vaxandi vandi inni á hjúkrunarheimilum og því þarf að tryggja að starfsfólk hafi þekkingu á hvernig best er að meðhöndla sykursýki hjá öldruðum.

PFI141001

Inngangur

[1]Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og flæðissviði Landspítala, [2]heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri.

Fyrirspurnir: Ingibjörg Hjaltadóttir *ingihj@hi.is*

Greinin barst 14. júlí 2014, samþykkt til birtingar 10. desember 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Eldra fólki fer fjölgandi á Íslandi og það veldur breytingu í aldurssamsetningu þjóðarinnar og þörf fyrir heilbrigðisþjónustu. Meðal eldra fólks er sykursýki vaxandi vandamál[1] en sykursýki eykur áhættu á að fara á hjúkrunarheimili[2], og 26,4% (n=144.969) af þeim sem dvöldu á hjúkrunarheimili í Bandaríkjunum árið 2002 (n=548.572), voru með sykursýki.[3] Algengi sykursýki á hjúkrunarheimilum í Evrópu er frá 17,2%[4] til 19,9%[5] en í Bandaríkjunum frá 24%[6] til 32,8%.[7] Íslensk rannsókn[8] fann að árin 2002-2004, notuðu 7% íbúa hjúkrunarheimila lyf við sykursýki. Hins vegar hefur algengi sykursýki á Íslandi, meðal fólks 75-84 ára, verið áætlað um 12% meðal kvenna en um 17% hjá körlum.[1]

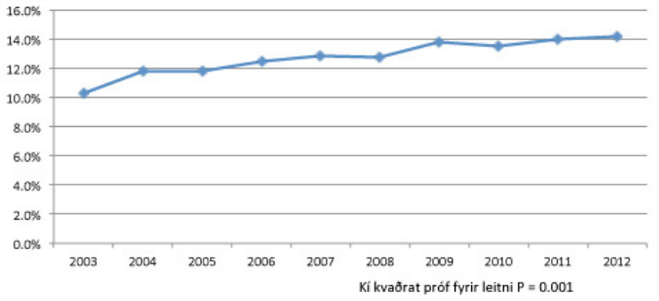
Algengi sykursýki minnkar eftir því sem íbúar á hjúkrunarheimilum eldast og rannsókn[7] sýndi að aldurshópurinn frá 65-84 ára var fremur greindur með sykursýki (40,8%), borið saman við 85 ára og eldri (24%). Það er samhljóða Moore og félögum,[6] en eftir því sem íbúarnir urðu eldri dró úr sykursýki og algengi sykursýki hjá konum minnkaði hraðar en meðal karla. Í aldurshópnum 65-69 ára (n=66.676) voru 38% kvenna með sykursýki en 11% af þeim sem voru 95 ára og eldri (n=111.162), fyrir karlmenn voru sambærilegar tölur 34% og 16%.

Fjöllyfjanotkun er áhættuþáttur fyrir dvöl á hjúkrunarheimili,[2] en hlutfall íbúa á hjúkrunarheimilum sem notuðu 9 lyf eða fleiri á dag jókst úr 50,8% í 64,9% frá 2003 til 2009.[9] Erlendis nota íbúar með sykursýki fleiri lyf, eða 10,9 lyf að meðaltali, borið saman við íbúa án sykursýki, sem nota 8,4 lyf að meðaltali.[3] Sambærilegar tölur fyrir íbúa með sykursýki eru ekki þekktar fyrir Ísland.

Hreyfifærni[10] og vitræn geta[11] ráða miklu um vistun á hjúkrunarheimili. Líkamleg færni eldra fólks með sykursýki skerðist hraðar en þeirra sem ekki hafa sykursýki[12,13]og Travis og félagar[3] fundu að líkamleg færni íbúa með sykursýki var minni en þeirra án sykursýki, sem þó voru eldri. Íbúar með sykursýki hafa mikla þörf fyrir aðstoð við athafnir daglegs lífs, svo sem hreyfingu, fæðuinntekt og útskilnað.[14] Erlendis eru verkir einnig algengari meðal íbúa með sykursýki en án hennar,[3] ekki er vitað hvort slíkur munur finnst hér á landi. Hins vegar voru íbúar sem voru nýfluttir á íslensk hjúkrunarheimili á árunum 1996 til 2006 með verki og hlutfall þeirra með daglega verki var frá 30-41%.[15] Borið saman við fólk án sykursýki, eru íbúar með sykursýki á öldrunarheimilum greindir með fleiri sjúkdóma [3,7] og eru alvarlega veikir.[3,14] Lítið er vitað um algengi sykursýki á íslenskum hjúkrunarheimilum og hvernig heilsufar og færni íbúa með sykursýki er samanborið við íbúa án sykursýki. Þó má ætla að íbúar með sykursýki þurfi meiri umönnun en fólk án sykursýki.

Tafla I. *Fjöldi greininga með RAI-mælitækinu eftir árum, meðalaldur og hlutfall kvenna.*

Ár	N	%	Meðalaldur (sf)	Konur n (%)
2003	447	2,8	82,3 (9,1)	293 (65,5)
2004	1001	6,2	82,8 (8,5)	677 (67,6)
2005	1383	8,6	83,4 (8,2)	922 (66,7)
2006	1721	10,6	84,4 (7,9)	1149 (66,8)
2007	1922	11,9	84,4 (7,9)	1268 (66,0)
2008	1885	11,7	84,7 (8,2)	1247 (66,2)
2009	1867	11,5	84,9 (8,2)	1223 (65,5)
2010	1754	10,8	85,0 (8,4)	1192 (68,0)
2011	1852	11,5	84,5 (8,6)	1232 (66,5)
2012	2337	14,5	84,7 (8,2)	1531 (65,5)
Samtals	16169	100	84,2 (8,4)	11.294 (66,3)



Mynd 1. *Hlutfall íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum með sykursýki á árunum 2003-2012.*

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða algengi sykursýki á íslenskum hjúkrunarheimilum yfir árin 2003-2012. Einnig að gera samanburð á heilsufari, færni, lyfjanotkun og sjúkdómsgreiningum íbúa með eða án sjúkdómsgreiningarinnar sykursýki sem bjuggu á hjúkrunarheimili árið 2012.

Efniviður og aðferð

Mælitækið sem notað var við gagnasöfnun var Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþörf íbúa á öldrunarstofnunum, útgáfa 2.0 (*Minimum Data Set 2.0*) sem er gagnasöfnunarhlutinn af matstækinu Raunverulegur aðbúnaður íbúa (*Resident Assessment Instrument*; RAI). Gagnasafnið er þó aðeins partur af RAI-matstækinu og verður vísað til þess sem RAI-mælitækis í þessari umfjöllun. Í RAI-mælitækið eru skráðar upplýsingar um heilsufar, færni og þarfir íbúa á hjúkrunarheimilum. Frá árinu 1996 hafa íbúar á íslenskum hjúkrunarheimilum verið metnir með RAI-mati og frá árinu 2003 hefur það verið gert að minnsta kosti þrisvar á ári.[16]

RAI-mælitækið inniheldur um 350 breytur og var fyrst og fremst hannað sem klínískt mælitæki til að bæta umönnun en hefur einnig verið notað við gagnasöfnun fyrir rannsóknir víða um heim. Mælitækið hefur reynst gagnlegt við alþjóðlegan samanburð og rannsóknir hafa sýnt fram á réttmæti og áreiðanleika þess.[17] Hjúkrunarfræðingur sem hefur lært á mælitækið hefur yfirumsjón með gerð matsins ásamt lækni, sjúkraþjálfara, iðjuþjálfa og sjúkraliða. Nákvæm leiðbeiningabók sem skilgreinir hvernig meta á hvert atriði styður við framkvæmd matsins en upplýsinga fyrir matið er aflað úr sjúkraskrá, með athugun á íbúanum og viðtali við íbúa og ættingja hans. Í þessari rannsókn eru notaðar valdar breytur úr RAI-mælitækinu auk útkomu úr 6 kvörðum sem hannaðir hafa verið fyrir mælitækið og nota má til að skoða breytingu á færni og heilsufari yfir tíma.

Lífskvarðinn hefur gildi frá 0 til 5. Lægsta gildið 0 gefur til kynna að heilsufar einstaklingsins sé stöðugt en hæsta gildið 5 að heilsufar sé óstöðugt, hætta sé á andláti, sjúkrahússinnlögn og miklu álagi á umönnunaraðila. Rannsóknir hafa staðfest að kvarðinn hefur forspárgildi fyrir andlát.[17,18]

Verkjakvarðinn hefur gildi á bilinu 0 til 3. Gildið 0 merkir að einstaklingurinn hefur enga verki en hæsta gildið 3 að um mjög mikla og óbærilega verki sé að ræða. Niðurstöður rannsakenda hafa bent til að kvarðinn sé áreiðanlegur til að meta verki hjá íbúum á hjúkrunarheimilum.[19]

Þunglyndiskvarðinn hefur lægsta gildi 0 sem gefur til kynna að einstaklingurinn hafi engin einkenni þunglyndis. Gildi 3 bendir til vægs þunglyndis og gildi 14, sem er hæsta gildi kvarðans, að um mjög alvarlegt þunglyndi sé að ræða.[20] Rannsakendur hafa bent á að þörf sé á frekari rannsóknum á kvarðanum, en að kvarðinn sýni mjög gott næmi og viðunandi sérhæfni.[20]

Vitræni kvarðinn hefur sýnt ágæta fylgni við MMSE (*Mini-Mental State Examination*) við mat á vitrænni getu. Gildið 0 þýðir að einstaklingurinn hefur óskerta vitræna getu en síðan versnandi vitræna getu með hækkandi gildum og hæsta gildið 6 gefur til kynna mjög mikla vitræna skerðingu.[21]

Langi ADL-kvarðinn sýnir færni einstaklingsins í athöfnum daglegs lífs (ADL) og hefur gildi á bilinu 0 til 28. Hækkandi gildi benda til versnandi færni í ADL og hafa athuganir bent til næmi kvarðans við breytingar á færni.[17]

Virknikvarðinn hefur gildi frá 0 til 6 og gefur til kynna meiri virkni eftir því sem talan er hærri. Núll merkir að einstaklingurinn hefur dregið sig í hlé frá félagslegum samskiptum en hæsta gildið 6 gefur til kynna mikið frumkvæði og þátttöku í félagslegum athöfnum. Gildin 0-2 hafa verið tengd lítilli félagslegri virkni í samanburði við þá sem hafa gildi á bilinu 3-6.[22]

Úrtak

Gögnin sem notuð voru í rannsókninni var mat gert á íbúum á íslenskum hjúkrunarheimilum með RAI-mælitækinu yfir árabilið 2003-2012 (N=16.169). Notað var nýjasta mat hvers einstaklings fyrir hvert ár, en mat gert við fyrstu komu eða eftir nýlega endurkomu voru ekki notuð. Þetta var gert til að varpa ljósi á heilsufarsþætti sem tengdust meðferð á hjúkrunarheimilinu. Í samanburði á milli ára er því um blandaða hópa að ræða og sami einstaklingur getur átt mat í gögnum frá einu eða fleiri árum.

Tölfræði

Lýsandi og greinandi tölfræði var notuð til að greina gögnin. Fyrir stikalaus gögn, raðbreytur og nafnbreytur var notað Pearson Kí-kvaðrat próf og „Yates Continuity Correction" notuð þegar um 2x2 töflur var að ræða. Við athugun á leitni yfir mörg ár var notað Kí-kvaðrat próf fyrir leitni. T-próf milli óháðra hópa var notað fyrir

Tafla II. *Kyn, aldur, heilsufar, færni og lyfjanotkun íbúa sem dvöldu á íslenskum hjúkrunarheimilum árið 2012 eftir því hvort þeir voru með sykursýki eða ekki.*

	Með sykursýki	Ekki með sykursýki	P
N=2337 n (%)	332 (14,2)	2005 (85,8)	
Konur (%)	204 (61,4)	1327 (66,2)	0,105*
Meðalaldur (sf)	82,7 (7,9)	85 (8,2)	<0,001**
Meðallíkamsþyngdarstuðull (sf)	27,1 (5,5)	24,7 (5,9)	<0,001**
Heilsufar og færni samkvæmt kvörðum, meðaltal (sf)			
Lífskvarði	2,02 (1,42)	2,02 (1,38)	0,950**
Verkjakvarði	1,15 (0,97)	1,11 (0,96)	0,510**
Þunglyndiskvarði	2,71 (3,35)	2,89 (3,28)	0,370**
Vitrænn kvarði	3,11 (1,80)	3,45 (1,79)	0,001**
Langur ADL-kvarði	16,32 (8,75)	17,07 (8,34)	0,128**
Virknikvarði	2,86 (2,06)	2,51 (2,04)	0,004**
Sýkingar n (%)			
Þvagfærasýking	59 (17,8)	257 (12,8)	0,018*
Sýking í sári	10 (3,0)	52 (2,6)	0,799*
Lungnabólga	13 (3,9)	89 (4,4)	0,774*
Sýking í öndunarvegi	15 (4,5)	72 (3,6)	0,503*
Húð og sár n (%)			
Útbrot á húð	139 (41,6)	685 (34,2)	0,011*
Skert tilfinning í húð	112 (33,7)	490 (24,4)	<0,001*
Þrýstingssár, stig 1-4	70 (21,1)	345 (17,2)	0,102*
Þrýstingssár, stig 1	36 (10,8)	198 (9,9)	0,656*
Þrýstingssár, stig 2	40 (12,0)	180 (9,0)	0,094*
Þrýstingssár, stig 3	7 (2,1)	13 (0,6)	0,019*
Þrýstingssár, stig 4	2 (0,6)	6 (0,3)	0,712*
Lyfjanotkun % (n)			
Meðalfjöldi lyfja (sf)	11,5 (4,23)	9,6 (4,15)	<0,001**
Svefnlyf (NO5C)	48,5 (161)	48,2 (967)	0,976*
Geðdeyfðarlyf (NO6A)	53,6 (178)	55,1 (1105)	0,654*
Kvíðastillandi lyf (NO5B)	28,6 (95)	31,5 (631)	0,328*
Sterk geðlyf (NO5A)	25,0 (83)	27,2 (546)	0,434*
Notkun á 9 eða fleiri lyfjum	255 (76,8)	1150 (57,4)	<0,001*

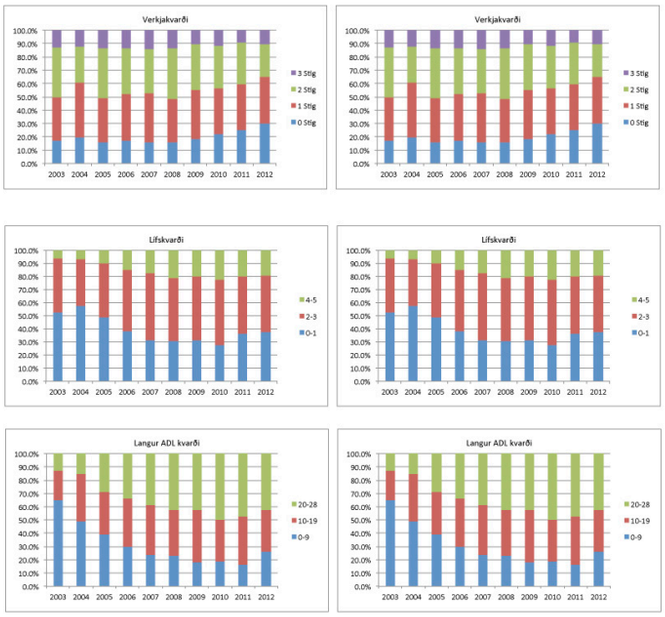
*Kí-kvaðrat próf; **T próf milli óháðra hópa

stikabundin gögn. Við alla greiningu voru notuð marktektarmörk með p gildi ≤ 0,05. Gögnin voru greind með tölfræðiforritinu SPSS útgáfu 20. Persónuvernd, vísindasiðanefnd og Embætti landlæknis veittu leyfi fyrir rannsókninni.

Niðurstöður

Lýðfræðilegar upplýsingar um heildarúrtakið (N=16.169) eru sýndar í töflu I. Yfir tímabilið 2003-2012 var meðalaldur frá 82,3 ár (sf 9,1) til 85,0 ár (sf 8,4) og hlutfall kvenna frá 65,5 til 68,0%. Hlutfall þeirra sem voru skráðir með sjúkdómsgreininguna sykursýki hækkaði úr 10,3% árið 2003 í 14,2% árið 2012 (p≤0,001) og á árabilinu 2006 til 2012, þegar úrtakið var orðið fjölmennara, hækkaði hlutfallið úr 12,4% í 14,2% (p=0,042) sjá mynd 1.

Í úrtakinu frá 2012 (n=2337) var meðalaldur hópsins sem var með sykursýki marktækt lægri (82,7 ár) en hinna og með hærri



Mynd 2. *Hlutfall íbúa með sykursýki eftir árum og eftir stigi á eftirfarandi kvörðum. Lífskvarði (0: lítil áhætta; 5: mikil áhætta): Verkjakvarði (0: enginn verkur; 3: óbærilegir verkir); Þunglyndiskvarði (0: ekki þunglyndi; 14: mikið þunglyndi); Vitrænn kvarði (0: engin vitræn skerðing; 6: mikil skerðing); Langur ADL-kvarði (0: engin færni skerðing; 28: mikil færni skerðing); Virknikvarði (0: engin félagsleg virkni; 6: mikil félagsleg virkni).*

líkamsþyngdarstuðul eða 27,1 að meðaltali (sjá töflu II). Af heildarúrtakinu árið 2012, höfðu 23,1% íbúanna komið á hjúkrunarheimilið frá bráðaspítala eða endurhæfingardeild og 52,6% komu frá eigin heimili. Af þeim sem komu frá eigin heimili höfðu 29,1% ekki notið aðstoðar heimahjúkrunar eða heimaþjónustu fyrir flutning á hjúkrunarheimili.

Þróun heilsufars og færni íbúa með sykursýki yfir árin 2003-2012 er sýnd á mynd 2. Þar sést að heilsufari og færni íbúa með sykursýki hefur almennt heldur hrakað á þeim 10 árum sem myndin nær yfir, þar sem fleiri eru með hærri gildi á langa ADL-kvarðanum (p≤0,001), Vitræna kvarðanum (p≤0,001) og Lífskvarðanum (p≤0,001). Þó eru heldur færi með verki af stigi 2 (p≤0,001) en ekki sjást miklar breytingar á mæligildum annarra kvarða.

Gögn frá árinu 2012 sýndu að vitræn geta þeirra sem voru með sykursýki var betri en annarra íbúa (p≤0,001) og þeir tóku meiri þátt í virkni en aðrir samkvæmt Virknikvarða (p=0,004), en annar munur kom ekki fram milli hópanna samkvæmt kvörðunum (sjá töflu II). Ekki var heldur marktækur munur á því hvort íbúar væru með bráðasjúkdómseinkenni eða voru metnir eiga 6 mánuði eða skemur eftir ólifaða, eftir því hvort þeir voru með sykursýki eða ekki. Athugun á byltum eða beinbrotum eftir því hvort íbúar voru með sykursýki eða ekki, sýndi heldur ekki marktækan mun. Verkjakvarði gaf ekki til kynna að munur væri á hópunum varðandi verki og athugun á styrkleika verkja (stig 0-3) eða staðsetningu verkja eftir því hvort íbúar voru með sykursýki eða ekki, sýndi heldur ekki mun. Marktækt fleiri með sykursýki voru með þvagsýkingar (tafla II) þó ekki væri marktækur munur milli hópa á þvag- eða hægðaleka. Meira var um útbrot á húð (41,6%) og skerta tilfinningu í húð (33,7%) hjá þeim íbúum sem voru með sykursýki og dvöldu á hjúkrunarheimili árið 2012 en öðrum íbúum. Einnig var meira um þrýstingssár af stigi 3 (2,1%) en hjá öðrum íbúum (sjá

Tafla III. *Algengi sjúkdómsgreininga hjá íbúum á hjúkrunarheimilum eftir því hvort þeir voru með sykursýki eða ekki árið 2012.*

	Með sykursýki n (%)	Ekki með sykursýki n (%)	P*
Háþrýstingur	230 (69,3)	1111 (55,4)	<0,001
Gigt - liðbólgur	165 (49,7)	1047 (52,2)	0,428
Þunglyndi	142 (42,8)	919 (45,8)	0,327
Hjartasjúkdómar vegna blóðþurrðar	124 (37,3)	574 (28,6)	0,002
Elliglöp önnur en Alzheimer-sjúkdómur	118 (35,5)	714 (35,6)	1
Kvíðaröskun	110 (33,1)	797 (39,8)	0,026
Heilaáfall	89 (26,8)	392 (19,6)	0,003
Hjartsláttartruflanir	75 (22,6)	497 (24,8)	0,427
Hjartabilun	73 (22,0)	367 (18,3)	0,13
Alzheimer-sjúkdómur	64 (19,3)	582 (29,0)	<0,001
Beingisnun	62 (18,7)	567 (28,3)	<0,001
Ský á auga	53 (16,0)	323 (16,1)	1
Nýrnabilun	48 (14,5)	153 (7,6)	<0,001
Aðrir hjarta-/æðasjúkdómar	47 (14,2)	295 (14,7)	0,856
Útæðasjúkdómar	26 (7,8)	143 (7,1)	0,733
Oflæti/þunglyndi	26 (7,8)	91 (4,5)	0,016
Sjónukvilli vegna sykursýki (*retinopathy*)	25 (7,5)	2 (0,1)	<0,001
Skammvinnt blóðþurrðarkast (TIA)	16 (4,8)	119 (5,9)	0,496
Aflimun	6 (1,8)	11 (0,5)	0,031
Lágþrýstingur	5 (1,5)	74 (3,7)	0,061

* Kí-kvaðrat próf

töflu II). Þeir íbúar sem voru með sykursýki notuðu að meðaltali 11,5 lyf sem var meira en hjá öðrum íbúum og hlutfall þeirra sem notuðu 9 eða fleiri tegundir af lyfjum var einnig hærra, eða 76,8%.

Algengustu sjúkdómsgreiningar þeirra sem voru með sykursýki reyndust vera háþrýstingur (69,3%), gigt og liðbólgur (49,7%), þunglyndi (42,8%), hjartasjúkdómar vegna blóðþurrðar (37,3%) og elliglöp önnur en Alzheimer-sjúkdómur (35,5%). Samanburður á milli þeirra sem voru með sykursýki og hinna voru ekki með sykursýki sýndi að hærra hlutfall íbúa með sykursýki reyndist vera með sjúkdómsgreiningarnar háþrýstingur, hjartasjúkdómar vegna blóðþurrðar, heilaáfall, nýrnabilun, oflæti/þunglyndi, sjónukvilli vegna sykursýki og aflimun, (tafla III). Sjúkdómsgreiningar sem reyndust tíðari meðal þeirra sem ekki voru með sykursýki voru kvíðaröskun, Alzheimer-sjúkdómur og beingisnun.

Umræður

Helstu niðurstöður þessarar rannsóknar eru að hlutfall íbúa á hjúkrunarheimilum sem eru með sjúkdómsgreininguna sykursýki hefur hækkað á 10 árum um rúm 4%. Þetta er slæm þróun þar sem íbúar með sykursýki eru oftar þyngri í umönnun en aðrir. Þó ekki hafi komið fram munur milli hópa á ADL-kvarða, voru þeir með sykursýki yngri, með hærri líkamsþyngdarstuðul og höfðu fleiri vandamál sem vitað er að tengjast seinkvillum sykursýki, svo sem hjartasjúkdóma, nýrnabilun og þrýstingssár á alvarlegum stigum. Brýnt er að reynt sé að koma í veg fyrir þróun á sykursýki af tegund 2, hvenær sem er á æviskeiði einstaklingsins, en vitað er að hár líkamsþyngdarstuðull hefur fylgni við sykursýki 2.[1] Könnun Embættis landlæknis á „Heilsu og líðan Íslendinga árið 2012“ sýndi að 63,3% þátttakenda sögðu að líkamsþyngdarstuðull þeirra væri ≥26[23] og rannsókn[1] úr gögnum Hjartaverndar staðfesti að meðallíkamsþyngdarstuðull hækkaði um tvær einingar hjá báðum kynjum yfir tímabilið 1967 til 2007. Því má búast við að auknar lífslíkur ásamt fleira fólki með sykursýki munu auka álag á öldrunarþjónustu í framtíðinni. Vitundarvakning þarf að eiga sér stað á Íslandi til að finna leiðir til að draga úr ofþyngd og offitu, þar þarf að ná til almennings og fá matvælaiðnaðinn til að auka framboð á hollum mat og skyndibita.

Hér kom fram að íbúar með sykursýki voru yngri en þeir án sykursýki, og er það í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna[3,24] en í rannsókn Resnick og félaga[24] (n=13,507) voru þeir með sykursýki 81,7 ára á móti 84,9 árum þeirra án sykursýki. Íslensk langtímarannsókn[25] staðfestir að fólk með sykursýki af tegund 2 hafi skertar lífslíkur í samanburði við aðra og getur það skýrt hvers vegna meðalaldur fólks með sykursýki er lægri en hinna á hjúkrunarheimilum hér á landi. Ef hægt er að fækka þeim sem þróa með sér sykursýki af tegund 2, er möguleiki að fækka yngri íbúum á öldrunarstofnunum. Eldra fólk vill dvelja á eigin heimili sem lengst[26] og hvert ár sem einstaklingur dvelur á hjúkrunarheimili er dýrt fyrir samfélagið, enda greiðir ríkið tæplega 9 milljónir á ári fyrir hvern einstakling á hjúkrunarheimili.[16]

Líkamsþyngdarstuðull íbúa með sykursýki var hærri en hinna, sem samræmist öðrum rannsóknum.[7] Sýnt hefur verið að bæði lágur og hár líkamsþyngdarstuðull tengist aukinni áhættu á dauðsföllum.[27]

Engin munur kom fram á ADL-færni íbúa sem voru með sykursýki og hinna, sem er í samræmi við niðurstöður Dybicz og félaga[7] en í mótsögn við rannsókn Travis og félaga[3], en þar voru íbúar með sykursýki með lakari getu til að sjá um athafnir daglegs lífs en hinir. Hér reyndust íbúar með sykursýki hafa betri vitræna getu en hinir, sem samræmist niðurstöðum Travis og félaga[3] en aðrir hafa ekki fundið marktækan mun á vitrænni getu íbúa með eða án sykursýki.[7] Á Íslandi virðast íbúar með sykursýki fremur fá pláss á öldrunarheimilum vegna líkamlegrar færniskerðingar en vegna vitrænnar skerðingar. Seinkvillar sykursýki þróast yfir mörg ár og brýnt er að meðferð sykursýki fylgi klínískum leiðbeiningum til að letja framkomu seinkvilla.[27]

Hér voru 21,1% íbúa með sykursýki skráðir með þrýstingssár á stigi 1-4 og 17,2% þeirra án sykursýki. Þetta er svipað hlutfall og í rannsókn Travis og félaga[3] sem notuðu sama mælitækið en þar voru 22,9% þeirra með sykursýki með þrýstingssár en 16% þeirra án sykursýki. Hlutfall íbúa með þrýstingssár sýnir að bæta má umönnun íbúa til að koma í veg fyrir þrýstingssár og þó sérstaklega alvarlegri þrýstingssár. Þau valda íbúum vanlíðan og aukinni umönnunarbyrði og kostnaði fyrir viðkomandi hjúkrunarheimili. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að bæta má verkjameðferð hjá íbúum með sykursýki, þar sem aðeins 16-30% voru verkjalausir árin 2003-2012 og um 10% voru með mikla eða óbærilega verki, sem er of hátt hlutfall.

Íbúar með sykursýki notuðu fleiri lyf en hinir, sem samræmist erlendum rannsóknum. Í rannsókn Resnick og félaga[24] notuðu íbúar með sykursýki að meðaltali 10,3 lyf en þeir án sykursýki 8,4 lyf, en í þessari rannsókn voru tölurnar heldur hærri (11,5 með sykursýki; 9,6 án sykursýki). Mikil lyfjanotkun og mögulegar milliverkanir lyfja eru áhyggjuefni enda sýnt að með því að fækka lyfjum hjá íbúum á hjúkrunarheimilum er hægt að auka lífsgæði þeirra, lækka dánartíðni, fækka ferðum á bráðamóttöku[28] og innlögnum á sjúkrahús.[29] Íslensk rannsókn hefur einnig sýnt hækkandi hlutfall íbúa á hjúkrunarheimilum sem nota 9 eða fleiri lyf, eða úr 51% í 65% (2003-2009)[9] en þetta hlutfall er þó enn hærra fyrir þá sem eru með sykursýki í þessari rannsókn, eða 76,8%. Gæðaviðmið sem notuð eru fyrir RAI-gæðavísa á íslenskum hjúkrunarheimilum mæla með því að hlutfall íbúa sem eru á 9 eða fleiri lyfjum fari ekki upp fyrir 62,9%. Samkvæmt gæðaviðmiðinu er því ástæða til að skoða hvort hægt sé að endurskoða lyfjagjöf þessa hóps.

Þó ekki væri munur milli hópa á beinbrotum eða byltum var beingisnun óalgengari hjá fólki með sykursýki en þeirra án sykursýki og samræmist það niðurstöðum úr samantektargrein Hofbauer og félaga[30] Þar kemur einnig fram að þótt fólk með sykursýki af tegund 2 sé með minni beingisnun sé það í meiri hættu á beinbrotum en samanburðarhópar, oft vegna aukinnar hættu á föllum. Íbúar með sykursýki þjáðust fremur en íbúar án sykursýki af hjarta- og æðasjúkdómum, sem samræmist niðurstöðum úr öðrum rannsóknum.[3,7,24]

Athyglisvert er að hér var oflæti/þunglyndi (geðhvörf) algengara hjá íbúum með sykursýki en hinum. Ekki fundust aðrar rannsóknir um þetta efni. Hins vegar kom ekki fram munur á algengi þunglyndis hjá íbúum með og án sykursýki, sem samræmist niðurstöðum Dybicz og félaga[7] en ekki Travis og félaga[3] þar sem íbúar með sykursýki voru fremur með þunglyndi en hinir.

Styrkur þessarar rannsóknar er að um er að ræða gögn frá öllum hjúkrunarheimilum á Íslandi yfir langt tímabil. Um 2500 einstaklingar búa á hjúkrunarheimilum og við túlkun gagnanna verður að hafa í huga að úrtakið frá árunum 2003-2005 er ekki stórt og það er ekki fyrr en árið 2006 sem fjöldi í úrtaki fer yfir 1700. Frá árinu 2003 var farið að taka mið af RAI-mati við greiðslur ríkisins til hjúkrunarheimila og jókst þá notkun mælitækisins. Það sem einnig getur valdið því að íbúar á hjúkrunarheimilum eru ekki metnir með RAI-mælitæki er að þeir látast áður en mat fer fram eða að þeir flytja á hjúkrunarheimilið svo seint á viðkomandi ári að ekki næst að gera RAI-mat. Hér er um að ræða klínísk gögn en ekki rannsóknargögn en það getur skert áreiðanleika gagnanna. Þó hefur verið bent á að gögn sem fengin eru með RAI-mælitækinu eru mikilvæg rannsóknargögn[31] og sem rannsóknarmælitæki þá hafi matið sýnt sig að vera með miðlungs til mikinn áreiðanleika.[17] Jafnframt hafa próffræðilegir eiginleikar kvarða þeirra sem hannaðir hafa verið fyrir mælitækið bent til notagildis þeirra í rannsóknum.

Upplýsingar um sjúkdómsgreiningar eru fengnar úr sjúkraskrá eða úr RAI-mælitækinu þar sem læknir viðkomandi einstaklings hafði skráð þær, og því verður að gera ráð fyrir að upplýsingar um sjúkdómsgreiningar séu misvel skráðar. Einnig takmarkast gögnin við þær breytur sem eru í mælitækinu og þar er ekki gerður greinarmunur á sykursýki af tegund 1 og tegund 2, né eru nægilega miklar upplýsingar um meðferð sykursýkinnar, svo sem um blóðsykurmælingar eða hvort blóðsykurföll séu tilgreind. Því er mikilvægt í ljósi þessara niðurstaðna að skoða frekar hversu stórt hlutfall íbúa þarf á insúlínmeðferð að halda og hvernig annarri lyfjameðferð, mataræði og umönnun íbúa með sykursýki er háttað.

Ályktun

Bættar lífslíkur ásamt aukinni ofþyngd almennings á Íslandi munu líklega leiða til þess að algengi sykursýki á hjúkrunarheimilum muni halda áfram að aukast í framtíðinni. Íbúar með sykursýki eru þungir í umönnun þar sem líkamleg heilsa þeirra er lakari en jafnaldra. Einnig er fjöllyfjanotkun algeng meðal þeirra en fjöllyfjanotkun eykur hættu á milliverkunum lyfja. Umönnun fólks með sykursýki á hjúkrunarheimilum er margslungin og hana þarf að sérsníða að hverjum einstaklingi. Iðulega þurfa starfsmenn að fylgjast með einkennum sykursýkinnar hjá íbúum og því þarf starfsfólk að hafa þekkingu á meðferð sykursýkinnar hjá hverjum íbúa. Þörf er á rannsóknum þar sem skoðuð er meðferð og skráning upplýsinga um sykursýki meðal íbúa öldrunarheimila.

Þakkir

Rannsakendur vilja þakka styrk til rannsóknarinnar frá Vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Heimildir

1. Þórsson B, Aspelund T, Harris TB, Launer LJ, Guðnason V. Þróun holdafars og sykursýki í 40 ár á Íslandi. Læknablaðið 2013; 95: 259-65.
2. Luppa M, Luck T, Weyerer S, Konig HH, Brahler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. Age Ageing 2010; 39: 31-8.
3. Travis SS, Buchanan RJ, Wang S, Kim M. Analyses of nursing home residents with diabetes at admission. J Am Med Dir Assoc 2004; 5: 320-7.
4. Achterberg WP, Gambassi G, Finne-Soveri H, Liperoti R, Noro A, Frijters DH. et al. Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. Pain 2010; 148: 70-4.
5. Aspray TJ, Nesbit K, Cassidy TP, Farrow E, Hawthorne G. Diabetes in British nursing and residential homes: a pragmatic screening study. Diabetes Care 2006; 29: 707-8.
6. Moore KL, Boscardin WJ, Steinman MA, Schwartz JB. Age and sex variation in prevalence of chronic medical conditions in older residents of U.S. nursing homes. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 756-64.
7. Dybicz SB, Thompson S, Molotsky S, Stuart B. Prevalence of diabetes and the burden of comorbid conditions among elderly nursing home residents. Am J Geriatr Pharmacother 2011; 9: 212-23.
8. Hansdóttir H, Guðmannsson PG. Lyfjanotkun á hjúkrunarheimilum á Íslandi 2002-2004. Lýsandi rannsókn. Læknablaðið 2013; 99: 383-6.
9. Hjaltadottir I, Ekwall AK, Nyberg P, Hallberg IR. Quality of care in Icelandic nursing homes measured with Minimum Data Set quality indicators: retrospective analysis of nursing home data over 7 years. Int J Nurs Stud 2012;49: 1342-53.
10. Ingimarsson O, Aspelund T, Jonsson PV. Vistunarmat aldraðra á árunum 1992-3001, tengsl við lifun og vistun Læknablaðið 2004; 90: 121-9.
11. Ingimarsson O, Aspelund T, Jonsson PV. Birtingarmynd heilabilunar í vistunarmati aldraðra fyrir hjúkrunarrými 1992-2001. Læknablaðið 2004; 90: 767-73.
12. Yau CK, Eng C, Cenzer IS, Boscardin WJ, Rice-Trumble K, Lee SJ. Glycosylated hemoglobin and functional decline in community-dwelling nursing home-eligible elderly adults with diabetes mellitus. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 1215-21.
13. Gregg EW, Mangione CM, Cauley JA, Thompson TJ, Schwartz AV, Ensrud KE, et al. Diabetes and incidence of functional disability in older women. Diabetes Care 2002; 25: 61-7.
14. Gadsby R, Barker P, Sinclair A. People living with diabetes resident in nursing homes--assessing levels of disability and nursing needs. Diabet Med 2011; 28: 778-80.
15. Hjaltadottir I, Hallberg IR, Ekwall AK, Nyberg P. Health status and functional profile at admission of nursing home residents in Iceland over 11-year period. Int J Older People Nurs 2012; 7: 177-87.
16. Velferðarráðuneytið. Greiðslur fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum. 2014; velferdarraduneyti.is/frettir-vel/nr/33334 - júní 2014.
17. Mor V, Intrator O, Unruh MA, Cai S. Temporal and Geographic variation in the validity and internal consistency of the Nursing Home Resident Assessment Minimum Data Set 2.0. BMC Health Serv Res 2011; 11: 78.
18. Hjaltadottir I, Hallberg IR, Ekwall AK, Nyberg P. Predicting mortality of residents at admission to nursing home: A longitudinal cohort study. BMC Health Serv Res 2011; 11: 86.
19. Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in U.S. nursing homes: validating a pain scale for the minimum data set. Gerontologist 2001; 41: 173-9.
20. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. Age Ageing 2000; 29: 165-72.
21. Gruber-Baldini AL, Zimmerman SI, Mortimore E, Magaziner J. The validity of the minimum data set in measuring the cognitive impairment of persons admitted to nursing homes. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 1601-6.
22. Resnick HE, Fries BE, Verbrugge LM. Windows to their world: the effect of sensory impairments on social engagement and activity time in nursing home residents. J Gerontol; Series B, Psychol Sci Soc Sci 1997; 52: 135-44.
23. Guðlaugsson JÓ, Magnússon KÓ, Jónsson SH. Heilsa og líðan Íslendinga 2012: Framkvæmdaskýrsla. Embætti landlæknis, Reykjavík 2014.
24. Resnick HE, Heineman J, Stone R, Shorr RI. Diabetes in U.S. nursing homes, 2004. Diabetes Care 2008; 31: 287-8.
25. Olafsdottir E, Aspelund T, Sigurdsson G, Benediktsson R, Thorsson B, Harris TB, et al. Similar decline in mortality rate of older persons with and without type 2 diabetes between 1993 and 2004 the Icelandic population-based Reykjavik and AGES-Reykjavik cohort studies. BMC Public Health 2013; 13: 36.
26. Benónýsdóttir GE, Árnadóttir SÁ, Halldórsdóttir S. Reynsla aldraðra, sem búsettir eru á eigin heimili, af heilbrigði og af því hvað viðheldur og eflir heilsu á efri árum. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2009; 85: 48-55.
27. Zheng W, McLerran DF, Rolland B, et al. Association between body-mass index and risk of death in more than 1 million Asians. New Engl J Med 2011; 364: 719-29.
28. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. Isr Med Assoc J 2007; 9: 430-4.
29. Lau DT, Kasper JD, Potter DE, Lyles A, Bennett RG. Hospitalization and death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. Arch Intern Med 2005; 165: 68-74.
30. Hofbauer LC, Brueck CC, Singh SK, Dobnig H. Osteoporosis in patients with diabetes mellitus. J Bone Miner Res 2007; 22: 1317-28.
31. Shin JH, Scherer Y. Advantages and disadvantages of using MDS data in nursing research. J Gerontol Nurs 2009; 35: 7-17.

ENGLISH SUMMARY

Prevalence of diabetes as well as general health status of Icelandic nursing home residents 2003-2012

Ingibjorg Hjaltadottir[1], Arun Sigurdardottir[2]

Introduction: Diabetes is an increasing problem among old people as well as being a contributing factor in their need for institutional care. Comorbidity and use of medication is often greater among people with than without diabetes. The aim of this study was to investigate the prevalence of diabetes in Icelandic nursing homes over the period 2003-2012. Additionally we compared health, functioning, medication use and medical diagnoses of residents with diabetes to those without diabetes, living in nursing homes in 2012.
Material: Retrospective study of 16.169 Minimum Data Set 2.0 assessments, further analysis conducted for data from the year 2012 (n=2337).
Results: Mean age from 82.3 (SD 9.1) to 85.0 years (SD 8.4) and women were 65.5% to 68.0%. Number of residents with diabetes increased from 10.3% in the year 2003 to 14.2% in 2012 (p≤0,001). Mean age of residents with diabetes in the year 2012 was 82.7 compared to 85 years for others. Residents with diabetes had more skin problems, used more medication, their cognitive performance was better and their involvement in activities greater. They were more likely to have hypertension, arteriosclerotic heart disease, stroke, renal failure, manic depressive disorder, diabetic retinopathy or amputation. They were however, less likely to have an anxiety disorder, Alzheimer's disease or osteoporosis.
Conclusion: Residents with diabetes are younger than other residents and their cognitive performance is better, their care and treatment may however be complicated and needs to be adapted to each individual. Diabetes is an increasing problem in nursing homes and therefore an area where more knowledge among staff is needed.

[1]School of Health Sciences, University of Iceland Sæmundargötu 2, 101 Reykjavík and Emergency, Geriatrics, Rehabilitation Services The National University Hospital, 101 Reykjavik, Iceland [2]School of Health Sciences, University of Akureyri, Nordurslod, 600 Akureyri, Iceland

Key words: *Diabetes, geriatric nursing, Minimum Data Set, nursing homes, old people.*
Correspondence: *Ingibjorg Hjaltadottir, ingihj@hi.is*



Storkum ekki örlögunum



Erlibelle

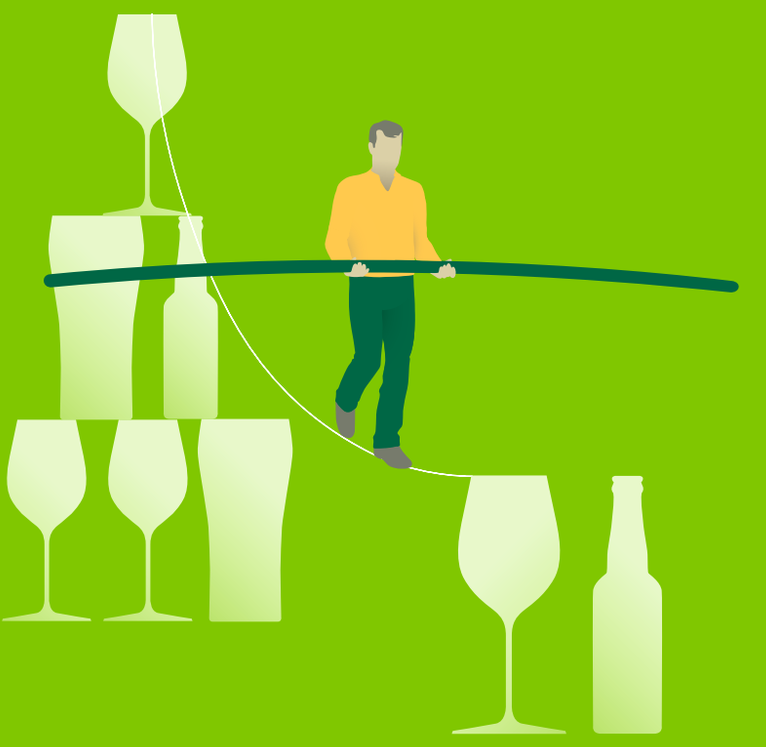
– Getnaðarvörn til inntöku

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

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 410122

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

Selincro® nalmefen

Þráhyggjuárátturöskun – falinn sjúkdómur

Magnús Haraldsson geðlæknir

ÁGRIP

Þráhyggjuárátturöskun er algeng og oft langvinn geðröskun sem leitt getur til verulegrar skerðingar á starfsgetu og lífsgæðum. Einkenni lýsa sér með óþægilegum, uppáþrengjandi og óviðeigandi kvíðavaldandi þráhyggjuhugsunum og tímafrekum og hamlandi áráttum. Einkennum fylgir oft mikil skömm og þekking almennings og heilbrigðisstarfsfólks á þessari geðröskun er víða takmörkuð. Því er algengt að röskunin greinist seint eða að einstaklingar fái ranga greiningu. Rannsóknir hafa sýnt að erfðaþættir eiga þátt í orsökum þráhyggjuárátturöskunar og nýlega hafa komið fram vísbendingar um að truflanir í tengingum ákveðinna heilasvæða eigi þátt í meingerð röskunarinnar. Ýmsar sálfræðikenningar um orsakir röskunarinnar sem studdar eru rannsóknum hafa einnig verið settar fram. Gagnreynd meðferð er annars vegar með lyfjum sem hafa áhrif á virkni serótóníns í heila og hins vegar ákveðnu afbrigði hugrænnar atferlismeðferðar sem nefnist berskjöldun með svarhömlun. Þörf er á bættum meðferðarúrræðum þar sem allt að þriðjungur einstaklinga svarar meðferð lítið eða ekki. Hér er lýst tveimur tilfellum þráhyggjuárátturöskunar. Annars vegar ungum manni með dæmigerð einkenni sem svarar vel hefðbundinni meðferð og hins vegar miðaldra konu með mikil og hamlandi einkenni sem ekki svarar hefðbundinni lyfja- og sálfræðimeðferð. Í tilfelli konunnar var ákveðið að reyna raförvun á ákveðnum svæðum heilans með rafskautum sem komið var fyrir með þrívíddarísetningu í skurðaðgerð. Um er ræða meðferð sem er enn á tilraunastigi og hefur verið beitt í alvarlegustu tilfellum þráhyggjuáráttu sem ekki svara hefðbundinni meðferð.

Geðsviði Landspítala og læknadeild Háskóla Íslands

Fyrirspurnir: Magnús Haraldsson

hmagnus@landspitali.is

Greinin barst 31. júlí 2014, samþykkt til birtingar 1. desember 2014.

Höfundur hefur útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

Fyrsta fræðilega lýsingin á þráhyggjuárátturöskun var skrifuð af franska geðlækninum Pierre Janet árið 1903.[2] Fram á miðja 20. öld var sú skoðun útbreidd að þráhyggjuárátturöskun væri afleiðing tilrauna til þess að bæla niður frumstæðar hvatir sem ættu sér upptök í undirmeðvitundinni og einstaklingnum fyndust vera óviðeigandi.[3] Þar til á 8. áratug síðustu aldar var talið að ekki væri til meðferð sem sannanlega gagnaðist við þráhyggjuárátturöskun.[4] Á síðustu 30 árum hafa rannsóknir aukið þekkingu á ýmsum þáttum sem tengjast meingerð þessarar röskunar og verulegar framfarir hafa orðið í meðferð. Í þessari grein er fjallað um einkenni og greiningu þráhyggjuárátturöskunar. Jafnframt er farið stuttlega yfir helstu atriði varðandi faraldsfræði, meingerð, mögulegar orsakir, meðferð og horfur. Loks eru kynnt tvö sjúkratilfelli. Annars vegar er lýst einstaklingi með dæmigerð einkenni sjúkdómsins en í síðara tilfellinu er lýst einstaklingi með mjög alvarlega þráhyggjuáráttu þar sem öllum gagnreyndum meðferðarúrræðum hefur verið beitt og ákveðið var að reyna tilraunameðferð sem felst raförvun á ákveðnum taugabrautum í heila.

Einkenni og greining

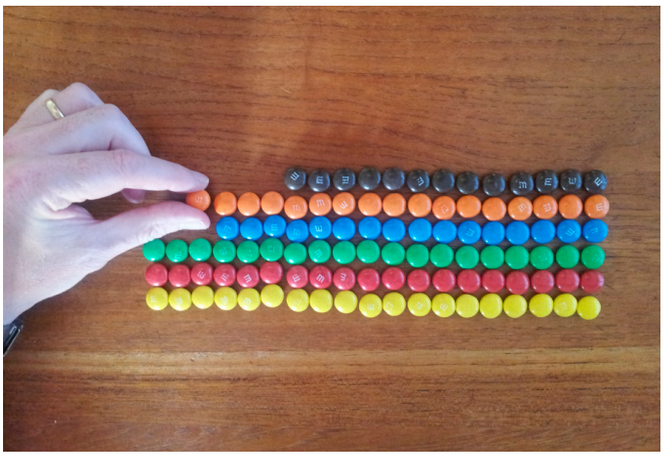
Eins og nafnið gefur til kynna einkennist þráhyggjuárátturöskun af þráhyggju (*obsession*) og áráttu (*compulsion*). Með þráhyggju er átt við óþægilegar, uppáþrengjandi og óviðeigandi hugsanir eða hugmyndir sem þrengja sér í sífellu inn í hugskot einstaklingsins og valda honum miklum kvíða og vanlíðan. Einstaklingurinn reynir eftir mætti að bægja þessum hugsunum frá en getur það ekki. Þó að viðkomandi efist oft þá veit hann að þetta eru hugmyndir sem spretta upp í hans eigin hugarheimi og gerir sér grein fyrir því að þær eiga í raun ekki við rök að styðjast. Þess vegna eru þessar hugmyndir ekki ranghugmyndir. Þráhyggjuhugsanir geta hins vegar í vissum tilfellum líkst mjög ranghugmyndum og jafnvel ofskynjunum.[5] Einnig er þekkt að þráhyggjuárátturöskun er algengari hjá fólki með geðklofa en í almennu þýði og getur í þeim tilfellum verið erfitt að greina einkenni þráhyggjuáráttu frá geðrofseinkennum.[6] Algengt er að þráhyggja lýsi sér sem óljós hugsun um að eitthvað ami að eða sé ófullnægjandi fremur en afmörkuð og skýr hugmynd. Rannsóknir hafa sýnt að þráhyggja hefur gjarnan ákveðin meginþemu. Algengast er að þráhyggja snúist um hættu tengda óhreinindum eða sýklasmiti, hugsun eða hugmynd um að valda sjálfum sér eða öðrum skaða og þráhyggja um að hlutir í umhverfi þurfi að vera samhverfir eða í ákveðinni röð.[4,7]

Árátturer endurteknar athafnir eða hugsanaferli sem eru eins konar viðbrögð við þráhyggju og viðkomandi finnst nauðsynlegt að framfylgja af nákvæmni til þess að draga úr kvíða eða ná einhverri stjórn á þráhyggju. Þessar athafnir eða hugsanir eiga sér engan endapunkt og leiða ekki til þess að viðkomandi ljúki verkefnum eða komist að einhverri niðurstöðu. Dæmi um algengar árátturer endurtekinn handþvottur vegna þráhyggju um óhreinindi eða smit og endurtekin uppröðun og tilfærsla hluta vegna þráhyggju um að umhverfi þurfi að vera samhverft (myndir 1 og 2). Huglægar árátturer mjög algengar og lýsa sér gjarnan með því að einstaklingur fer endurtekið yfir ákveðnar setningar, bænir eða röð orða í huganum. Það er auðvelt að missa af huglægum árátturm ef ekki er spurt sérstaklega

IS-2014-06-01



Mynd 1. *Endurtekinn og tímafrekur handþvottur er algeng árátta í þráhyggjuárátturöskun. Mynd: höfundur*



Mynd 2. *Röðunarárátta fylgir gjarnan þráhyggju um að hlutir í umhverfi þurfi að vera í samhverfir eða í ákveðinni röð. Mynd: höfundur*

um þær vegna þess að þær eru ekki sýnilegar. Áráttur eru í raun viðbrögð við þráhyggju þar sem einstaklingurinn reynir að hlutleysa eða draga úr áhrifum þráhyggjuhugsana. Í töflu I er listi yfir algengar þráhyggjuhugsanir og árátttur og hversu algengar þær eru samkvæmt ákveðnum rannsóknum.[8]

Samkvæmt 10. útgáfu alþjóðlega sjúkdómsflokkunarkerfisins, International Classification of Diseases (ICD-10), þurfa að hafa verið til staðar þráhyggjuhugsanir og/eða árátttur flesta daga í að minnsta kosti tvær vikur til þess að einstaklingur uppfylli greiningarskilmerki þráhyggjuárátturöskunar.[9] Viðkomandi þarf að gera sér grein fyrir því að þessar hugsanir eru sprottnar úr hans/hennar eigin hugarheimi en ekki komið fyrir af öðru fólki eða utanaðkomandi öflum. Þráhyggjuhugsanir og árátttur þurfa að endurtaka sig í sífellu, vera tímafrekar og valda miklum óþægindum og truflun á daglegu lífi. Skilmerkin gera einnig ráð fyrir því að einstaklingurinn reyni árangurslaust að ýta þráhyggjuhugsunum frá sér.

Oft líða mörg ár frá því að einkenni koma fram þar til hinn veiki leitar sér aðstoðar og fær greiningu og sýndi ein vönduð rannsókn að meðaltími frá upphafi einkenna til greiningar var 17 ár.[10] Þessi langa greiningartöf stafar af því að fólki finnst einkennin vandræðaleg eða skammarleg og er gjarnan tregt til að lýsa þeim bæði fyrir sínum nánustu og heilbrigðisstarfsfólki. Víða er einnig ónóg þekking á þráhyggjuárátturöskun meðal fagfólks og oft er ekki spurt sérstaklega um einkenni hennar þegar fólk leitar sér hjálpar í fyrsta skipti.[11] Slíkt getur gjarnan leitt til þess að fólk fær ranga greiningu og óviðeigandi meðferð. Af framansögðu má því með réttu segja að þráhyggjuárátturöskun sé að vissu leyti falinn sjúkdómur.

Rétt er að geta þess að einkenni þráhyggjuárátturöskunar geta verið mjög mismunandi á milli einstaklinga og einnig koma einkenni þráhyggju og áráttu oft fyrir í ýmsum öðrum geðröskunum og má þar til dæmis nefna Tourette-heilkenni, einhverfurófsraskanir, átraskanir og geðklofa.[12] Í nýjustu útgáfu sjúkdómsflokkunarkerfis bandarískra geðlæknafélagsins, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V), sem birt var 2013, var gerð sú breyting frá eldri útgáfu að þráhyggjuárátturöskun telst ekki lengur til kvíðaraskana.[13] Í stað þess er kominn nýr flokkur sem nefnist þráhyggjuárátturöskun og skyldar geðraskanir. Í þessum flokki eru auk þráhyggjuáráttu, hárplokkunarárátta (*hair-pulling disorder*), söfnunarárátta (*hoarding disorder*), húðkroppunarárátta (*skin picking disorder*) og líkamslýtaröskun (*body dysmorphic disorder*). Nöfn þessara raskana eru lýsandi fyrir einkennin þar sem einstaklingar með húðkroppunar- og hárplokkunarárátttu rífa endurtekið af sér hár eða kroppa í húð þar til þeir fá útbreidd sár eða hárlaus svæði og í söfnunarárátttu safnar einstaklingurinn ýmsum hlutum í miklum mæli og fyllir gjarnan híbýli sín. Í líkamslýtaröskun hefur einstaklingurinn þráhyggju um að einhver hluti líkamans sé gallaður þrátt fyrir að öðrum sé augljóst að lýtið er minniháttar eða ekki til staðar. Meginrökin fyrir þessari breytingu eru þau að þrátt fyrir að þráhyggjur og árátttur séu gjarnan kvíðatengdar er einkennamyndin frábrugðin kvíðaröskunum og rannsóknir síðustu ára benda til þess að þráhyggjuárátturöskun eigi meira sameiginlegt með röskununum í hinum nýja flokki.[13] Skyldleikinn felst aðallega í því að einkennamynd skarast oft hjá þessum röskunum, sjúkdómsgangur og meðferðarsvörun er oft svipuð og sömu fylgiraskanir koma fyrir.

Til þess að fá fram einkenni þráhyggjuárátturöskunar í viðtali er mikilvægt að leggja fyrir einstaklinginn beinar og skýrar spurningar um algengustu einkenni vegna þess að oft er fólk tregt til þess að lýsa þráhyggju sinni og áráttum. Í leiðbeiningum NICE (National Institute for Care Excellence) í Bretlandi eru tillögur að

Tafla I. *Tegundir og tíðni þráhyggjuhugsana og árátta.*[8]

Þráhyggjuhugsanir	(%)	Árátttur	(%)
Smit og óhreinindi	38	Að gá ítrekað að einhverju	28
Ótti við að valda sjálfum sér eða öðrum skaða	24	Þrif/þvottur	27
Finnast hlutir þurfa að vera samhverfir	10	Endurtaka athafnir	11
Líkamleg vandamál	7	Hugræn rituöl	11
Trúarlegar hugsanir	6	Raða hlutum	6
Kynferðislegar hugsanir	6	Safna hlutum	4
Hugsanir um að safna	5	Telja	2
Ótti við að haga sér á óviðeigandi hátt	4	Ýmislegt	11

Tafla II. *Skimunarspurningar fyrir þráhyggjuárátturöskun*[14]

- Þværð þú eða þrífur þú mjög mikið?
- Ertu mjög oft að gá eða gæta að einhverju?
- Ertu með einhverja hugsun sem angrar þig stöðugt og þú vildir gjarnan vera laus við en getur það ekki?
- Ertu mjög lengi að ljúka við daglegar athafnir þínar?
- Ertu mjög upptekin/n af því að hlutir í kringum þig séu í ákveðinni röð eða séu samhverfir?
- Valda þessi vandamál þér vanlíða?

spurningum sem eru taldar gagnlegar við að skima fyrir einkennum þráhyggjuáráttu og eru þær sýndar í töflu II.[14]

Faraldsfræði

Lengi var talið að þráhyggjuárátta væri fremur sjaldgæf geðröskun en nýlegar faraldsfræðilegar rannsóknir sýna að algengið er um 1-2% hjá fullorðnum og 0,3% hjá börnum og unglingum.[15] Þráhyggjuárátturöskun er á meðal þeirra 20 sjúkdóma sem líklegastir eru til þess að leiða til örorku hjá fólki yngra en 45 ára á Vesturlöndum.[16] Þekkt er að einkenni þráhyggjuárátturöskunar byrji í tengslum við meðgöngu og fæðingu eða eftir einhvers konar sálræn áföll.[17,18] Meðalaldur við upphaf einkenna er um 20 ár en algengt er að röskunin komi fram snemma á ævinni og í einni rannsókn lýsa um 20% einstaklinga því að einkenni hafi verið komin fram á æsku- eða unglingsárum.[11] Kynhlutföll eru því sem næst jöfn þegar allir aldurshópar eru skoðaðir en rannsóknir hafa sýnt að drengir eru líklegri en stúlkur til að greinast með þráhyggjuárátту á barnsaldri.[19] Á bilinu 30-50% þeirra sem veikjast snemma eru jafnframt með Tourette-heilkenni eða aðra kækjaröskun.[20] Nokkrar rannsóknir hafa fundið mun á einkennamynd eftir kynjum. Þannig eru vísbendingar um að þráhyggja hjá konum tengist oftar ofbeldi, smithættu eða óhreinindum, en hjá körlum sé innihald þráhyggju oftar kynferðislegt eða trúarlegt.[21] Ekki hafa verið gerðar faraldsfræðilegar rannsóknir á algengi þráhyggjuárátturöskunar á Íslandi.

Um 60-70% fólks sem greint er með þráhyggjuárátturöskun hefur sögu um aðra geðröskun og eru meiriháttar þunglyndi, félagsfælni, almenn kvíðaröskun, áfengisfíkn og átraskanir algengustu fylgiraskanirnar. Tölur um algengi fylgiraskana eru aðeins breytilegar eftir rannsóknum en liggja þó nærri því sem sýnt er í töflu III.[22]

Tafla III. *Algengustu fylgiraskanir þráhyggjuárátturöskunar.*[22]

Fylgiröskun	%
Þunglyndi	37
Almenn kvíðaröskun	31
Áfengisfíkn	20
Felmtursröskun	22
Félagsfælni	17
Sértæk fælni	15
Lyfjafíkn	13

Meingerð og orsakir

Þó svo að grunnorsakir þráhyggjuárátturöskunar séu ekki þekktar eru sterkar vísbendingar um að sjúkdómurinn eigi sér að einhverju leyti taugalíffræðilegar orsakir.[23] Svörun þráhyggjuáráttu við lyfjum sem hafa áhrif á taugaboðefnið serótónín bendir til þess að truflanir í serótónínvirkni eigi þátt í röskuninni. Mikilvægari vísbendingar hafa þó komið fram í fjölmörgum myndgreiningarrannsóknum á síðustu 25 árum. Þessar rannsóknir hafa leitt í ljós að ákveðnar starfrænar truflanir í heila tengjast þráhyggjuáráttu og er samræmið í þessum rannsóknum með því hæsta sem sést hefur í rannsóknum á geðröskunum.[24] Sýna þær aukna virkni í taugabrautum sem mynda eins konar hringrás frá heilaberki niður til djúphnoða (*basal ganglia*), liggja þaðan til stúku (*thalamus*) og enda svo aftur á sama stað og þær byrjuðu í heilaberki.[23] Frekari stuðningur við þessa kenningu hefur einnig komið fram í rannsóknum sem mæla starfræn tengsl milli framheila og djúphnoða.[25] Þannig virðist vera til staðar ofvirkni í brautum sem meðal annars sjá um að miðla skynupplýsingum til heilabarkar hjá fólki sem þjáist af þráhyggjuáráttu. Það er sérstaklega athyglisvert að endurtekið hefur verið sýnt fram á að þessi ofvirkni eykst þegar einkenni sjúkdómsins versna og verulega dregur úr henni í kjölfar árangursríkrar meðferðar. Skiptir þá ekki máli hvort um er að ræða lyfjameðferð eða sálfræðimeðferð.[26,27] Rétt er að taka fram að þessi kenning og vísbendingar henni tengdar veita ekki fullnægjandi skýringar á orsökum röskunarinnar.

Taugaboðefni

Þau taugaboðefni sem rannsóknir benda til að geti tengst meingerð þráhyggjuárátturöskunar eru helst serótónín og dópamín.[28,29] Serótónín gegnir margþættu hlutverki í heila og hefur meðal annars áhrif á geðslag, svefn, matarlyst og sársaukaskyn. Sú staðreynd að þau lyf sem virka á þráhyggjuáráttu hafa öll áhrif á veltu serótóníns í miðtaugakerfi er ákveðin vísbending um mögulegan þátt þessa boðefnis í meingerð röskunarinnar.[30] Einnig hafa rannsóknir sýnt fækkun og minnkaða virkni serótónín-flutningsprótína í heila og aukningu á niðurbrotsefnum serótóníns í mænuvökva einstaklinga með þráhyggjuáráttu.[30,31] Loks hafa lyfjafræðilegar rannsóknir sýnt að ýmis efni sem ýmist auka eða minnka virkni serótóníns og dópamíns hafa áhrif á einkenni þráhyggjuáráttu.[30,32] Rétt er að taka fram að engar beinar sannanir liggja fyrir um orsakatengsl þessara taugaboðefna við þráhyggjuáráttu.

Erfðir

Fjölskyldu- og tvíburarannsóknir sýna að hlutur erfða er verulegur í orsökum þráhyggjuárátturöskunar.[33] Systkini einstaklinga með þráhyggjuáráttu eru í um fjórum sinnum meiri hættu að fá röskunina en þeir sem ekki eiga veik systkini og hjá eineggja tvíburum er hættan á að báðir veikist af þráhyggjuáráttu 68% en 31% hjá tvíeggja tvíburum. Ákveðins misræmis gætir í tvíburarannsóknum þar sem arfgengið hefur mælst hærra hjá börnum (50-65%) en fullorðnum (30-45%). Skýring þessa er líklegast sú að vantað hefur jafnstórar tvíburarannsóknir hjá fullorðnum og börnum.[34] Eins og á við ýmsar aðrar geðraskanir bendir flest til þess að um

sé að ræða flókið samspil margra gena. Nokkrar rannsóknir hafa fundið tengsl breytileika í serótóníngenum við aukna áhættu en ekki hefur gengið vel að staðfesta þessar niðurstöður í stærri rannsóknum.[33] Sú staðreynd að einkennamynd þráhyggjuárátturöskunar er afar einstaklingsbundin kann að torvelda leitina að ákveðnum áhættuarfgerðum. Því hafa menn í auknum mæli leitast við að rannsaka ákveðna undirhópa. Þannig hafa komið fram vísbendingar um að arfgerð fólks sem hefur þráhyggjuárátturöskun með söfnunarárattu sé ólík arfgerð fólks sem hefur þráhyggjuárátturöskun án söfnunarárattu.[33]

Sálfræðikenningar

Settar hafa verið fram ýmsar sálfræðikenningar um eðli þráhyggjuárátturöskunar. Í fræðiritum hefur mest verið fjallað um hugrænar kenningar og atferliskenningar.[35,36] Hugrænar kenningar byggjast flestar á því að viðkomandi leggi of mikla og óhjálplega merkingu í hugsanir sínar og finnist hann bera of mikla ábyrgð á því sem fram fer eða kann að gerast í umhverfinu. Viðkomandi fer því að óttast hugsanir sínar og bregst við með árattuhegðun til þess að hlutleysa þráhyggjuhugsanir.

Atferliskenningar byggja á því að einstaklingar með þráhyggjuáráttu tengi ákveðnar aðstæður við yfirvofandi hættu og fari því að forðast þær eða framkvæma árattur til þess að draga úr ótta.[37]

Meðferð

Þegar einstaklingur hefur verið greindur með þráhyggjuárátturöskun er mikilvægt að fræða viðkomandi og aðstandendur um sjúkdóminn og hjálpa þeim að kveða niður þá skömm og sjálfsásakanir sem algengt er að fylgi.

Gagnreynd meðferð við þráhyggjuárátturöskun er annars vegar lyfjameðferð og hins vegar hugræn atferlismeðferð og þá sérstaklega ákveðið afbrigði atferlismeðferðar sem nefnd hefur verið berskjöldun með svarhömlun (*exposure response prevention*).[14]

Skilgreiningar á meðferðarsvörun eru mjög mismunandi í rannsóknum og háir það mati á árangri meðferðar þráhyggjuáráttu. Til dæmis er algengt að marktæk svörun sé skilgreind sem 35% lækkun á matstæki og er YBOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale) þekktasta tækið.[38] Lækkun um 35% þýðir hins vegar oft að einstaklingur er áfram með veruleg hamlandi einkenni röskunarinnar.[39]

Lyfjameðferð

Fyrstu vísbendingar um gagnlega lyfjameðferð komu fram um 1970 þegar í ljós kom að þríhringlaga geðdeyfðarlyfið klómípramín (Anafranil) getur dregið úr einkennum þráhyggjuáráttu.[40] Klómípramín er ólíkt öðrum lyfjum í sama flokki, til dæmis amítriptylíni og nortriptylíni, að því leyti að það hamlar meira endurupptöku serótóníns en noradrenalíns í taugamótum. Lyf sem hamla aðallega endurupptöku noradrenalíns hafa reynst lítt gagnleg við þráhyggjuáráttu.[41] Þegar sérhæfð serótónín-endurupptökuhamlandi lyf (SSRI) komu á markað reyndust þau vera virk gegn einkennum þráhyggjuárátturöskunar og hefur fjöldi tvíblindra slembivalsrannsókna sýnt að SSRI-lyf eru virk bæði hjá börnum og fullorðnum.[42] Rannsóknir sem bera saman klómípramín og SSRI-lyf sýna að virknin í þráhyggjuárátturöskun virðist vera svipuð.[4] Hins vegar eru vísbendingar um að verulegur hluti þeirra sem ekki svara SSRI-lyfi svari klómípramíni.[43] Í dag eru SSRI-lyf fyrsta val en klómípramín í öðru sæti, fyrst og fremst vegna þess að það veldur frekar aukaverkunum og hefur alvarleg eitrunaráhrif í ofskömmtum.[44] Í leiðbeiningum NICE-stofnunarinnar (National Institute for Health and Care Excellence) er mælt með klómípramíni sem valkosti hjá þeim sem ekki svara að minnsta kosti einu SSRI-lyfi.[9] Verkun einstakra SSRI-lyfja virðist vera sambærileg og val á lyfi ræðst aðallega af því hvaða aukaverkanir eru líklegastar og hvað fylgiraskanir eru til staðar. Allnokkrar rannsóknir benda til þess nota þurfi hærri skammta SSRI-lyfja við þráhyggjuáráttu en almennt eru notaðir í kvíðaröskunum og þunglyndi.[42] Þannig virðist svörun vera meiri ef farið er upp í hámarksskammta og jafnvel þar yfir. Hér er þó rétt að mæla með því að gæta varúðar í ljósi nýlegra upplýsinga um að háir skammtar SSRI-lyfja geti tengst leiðslutruflunum í hjarta.[45] Fæðu- og lyfjastofnun Bandaríkjanna (FDA) hefur nýlega varað við að notkun hárra skammta SSRI-lyfsins cítalopram vegna hættu á hjartsláttartruflunum.[45]

Þó að sýnt sé fram á gagnsemi SSRI-lyfja við þráhyggjuáráttu svara um 40-50% einstaklinga þessum lyfjum lítið eða ekki og rúmur helmingur heldur áfram að uppfylla greiningarskilmerki sjúkdómsins þrátt fyrir lyfjameðferð.[46] Rannsóknir sýna að allt að þriðjungur þeirra sem ekki svara meðferð með SSRI-lyfjum fá marktækan bata þegar klómípramíni er bætt við SSRI-lyf.[4]

Geðrofslyf af ýmsum gerðum hafa verið reynd við þráhyggjuáráttu allt frá því að þessi lyf komu fyrst fram um 1950.[46,47] Á undanförnum áratug hafa birst nokkrar rannsóknir sem benda til þess að gagnlegt sé að bæta við geðrofslyfi þegar svörun við SSRI-lyfi er takmörkuð, en fáar vísbendingar eru um að geðrofslyf gagnist ein og sér.[47-49] Mestar upplýsingar liggja fyrir um nýrri kynslóðar geðrofslyfin risperidone, olanzapine og quetiapine sem viðbótarmeðferð með SSRI-lyfi. Þar sem þessi lyf hamla dópamínviðtaka kann þráhyggjuárátturöskun að tengjast með einhverjum hætti truflun í dópamínvirkni í heila. Allt að þriðjungur þeirra sem ekki hafa svarað hámarksskammti af SSRI-lyfi fá bata sem talinn er vera klínískt marktækur þegar geðrofslyfi er bætt við en upplýsingar um langtímaárangur þessarar meðferðar eru enn mjög takmarkaðar.[47,50]

Á síðustu árum hafa verið reynd ýmis lyf sem hafa áhrif á glútamatviðtaka og eru vísbendingar um að þau geti dregið úr einkennum. Þar ber helst að nefna riluzole, D-cycloserine og memantine.[51]

Sálfræðimeðferð

Rannsóknir sýna að afbrigði atferlismeðferðar sem nefnd hefur verið berskjöldun með svarhömlun er árangursrík við þráhyggjuáráttu.[52,53] Meðferðin felst í því að meðferðaraðili leiðir einstaklinginn endurtekið inn í þær aðstæður sem vekja þráhyggju og hvetur hann til að halda út í ákveðinn tíma þrátt fyrir að finna fyrir kvíða. Einstaklingurinn fær ákveðnar leiðbeiningar um að fresta árattu sem tengist þráhyggju í sífellt lengri tíma. Dæmi um þetta er einstaklingur með þráhyggju um smit eða óhreindi sem fær ákveðnar leiðbeiningar um að snerta til dæmis skó sína eða

nota almenningssalerni og takmarka síðan tíma til handþvottar í kjölfarið. Berskjöldun getur bæði farið fram á vettvangi eins og í þessu dæmi eða með því að hjálpa einstaklingnum að ímynda sér ákveðnar aðstæður, til dæmis í þeim tilfellum þegar þráhyggja snýst um slys eða ofbeldi. Lengi hefur verið vitað að þessi meðferð er árangursríkust ef umfang og tími berskjöldunar og svarhömlunar fer stigvaxandi og verkefnin eru endurtekin reglulega yfir lengri tímabil.[54] Það sem helst takmarkar þessa meðferð er sú staðreynd að margir vilja ekki þiggja hana eða hætta í henni áður en árangur er kominn fram.[55] Víða er skortur á meðferðaraðilum sem hafa fengið þjálfun í að veita þessa meðferð og kostnaður kemur í veg fyrir að fólk geti nýtt sér hana. Rannsóknir benda til þess að berskjöldun með svarhömlun skili svipuðum árangri og lyfjameðferð og árangur haldist lengur en þegar lyfjum er beitt eingöngu.[52] Rannsóknir hafa að mestu bent til þess að árangur af samþættri lyfja- og hugrænni atferlismeðferð sé sambærilegur og þegar aðeins hugrænni atferlismeðferð er beitt en þó eru nýlegar vísbendingar um að bæta megi árangur ef atferlismeðferð er beitt ásamt lyfjameðferð.[56,57]

Á bilinu 20-50% einstaklinga með þráhyggjuárátturöskun þjást jafnframt af alvarlegu þunglyndi og hafa rannsóknir sýnt að þessir einstaklingar svara síður berskjöldun með svarhömlun en þeir sem ekki hafa þunglyndi.[58] Vísbendingar eru um að í þessum tilfellum sé áhrifaríkara að byrja á því að beita hefðbundnum aðferðum hugrænnar atferlismeðferðar þar sem fyrst er lögð áhersla á að fræða einstaklinginn um eðli sjúkdómsins og síðan unnið að því að hjálpa honum að leiðrétta rangtúlkanir og neikvæðar hugsanir tengdar þráhyggju. Dæmi um slíkar hugsanir eru hugsanir um að viðkomandi sé misheppnaður eða vond manneskja vegna þráhyggju um hluti sem viðkomandi finnst vera óviðurkvæmilegir eða ógnandi.

Ýmsum öðrum sálfræðimeðferðum hefur verið beitt við þráhyggjuárátturöskun en þær hafa hins vegar mun minna verið rannsakaðar og teljast því ekki gagnreyndar meðferðir.

Taugaskurðaðgerðir og raförvun

Þekking á starfrænum truflunum í ákveðnum taugabrautum heilans sem tengjast þráhyggjuáráttu og lýst var fyrr í þessari grein hefur ekki aðeins aukið skilning á meingerð sjúkdómsins heldur hefur hún einnig reynst gagnleg við þróun sérhæfðra taugaskurðaðgerða. Slíkum aðgerðum hefur verið beitt við alvarlegum tilfellum þegar búið er að fullreyna lyfja- og sálfræðimeðferð. Þá eru ákveðnir hlutar þessara taugabrauta kortlagðir með segulómskoðun og síðan er lítill afmarkaður hluti af taugaþráðum brautarinnar skorinn í sundur.[59] Þar sem um er að ræða inngrip sem er óviðsnúanlegt og ekki með öllu hættulaust, hafa menn í auknum mæli á síðustu árum beitt raförvun á heilavef (Deep Brain Stimulation; DBS) til þess að hemja virkni þessara taugabrauta. Þá eru rafskaut leidd inn að ákveðnum stöðum í heilanum með þrívíddarísetningu (*stereotactic implantation*) og þau síðan tengd við raförvunartæki sem komið er fyrir undir húð á brjóstkassa. Þessi tækni er í öllum meginatriðum sambærileg þeirri raförvun sem beitt hefur verið til margra ára við Parkinsonssjúkdómi.[60] Rúmlega helmingur þeirra sem fara í aðgerðir sem þessar fá verulegan bata en hafa verður í huga að um er að ræða allra alvarlegustu tilfellin sem ítrekað hafa ekki svarað lyfja- eða sálfræðimeðferð og verður þessi árangur því að teljast allgóður.[23] Meðferð þessari er frekar lýst í sjúkratilfelli II.

Gangur og horfur

Í flestum tilfellum eru einkenni þráhyggjuárátturöskunar langvinn og gangur sveiflukenndur þar sem skiptast á tímabil versnunar og tímabil vægari einkenna.[61] Sjúkdómshorfur eru verri hjá þeim sem veikjast ungir, hafa fjölskyldusögu um kækjaraskanir og hafa aðrar geðraskanir, sérstaklega þunglyndi og kvíðaraskanir.[61] Lyfja- og sálfræðimeðferð getur dregið verulega úr einkennum en þörf er á betri meðferðarúrræðum þar sem allt að þriðjungur fólks svarar meðferð lítið eða ekki. Á bilinu 40-60% einstaklinga svarar lítt eða ekki fyrstu meðferð með SSRI-lyfi og allt að 50% geta ekki nýtt sér eða batnar lítið með sálfræðimeðferð.[4,62] Með notkun fleiri lyfja eða samþættri lyfja- og sálfræðimeðferð fæst svörun hjá fleirum og rannsóknir hafa sýnt að árangur sálfræðimeðferðar helst lengur en lyfjameðferðar.[39] Þar sem einstaklingar greinast oft ekki fyrr en eftir margra ára veikindi eða fá í fyrstu ranga greiningu, er mikilvægt að auka þekkingu bæði heilbrigðisstarfsfólks og almennings á þráhyggjuáráttu svo draga megi úr þjáningum og skerðingu á lífsgæðum þeirra sem þjást af þessari algengu og oft alvarlegu geðröskun.[63]

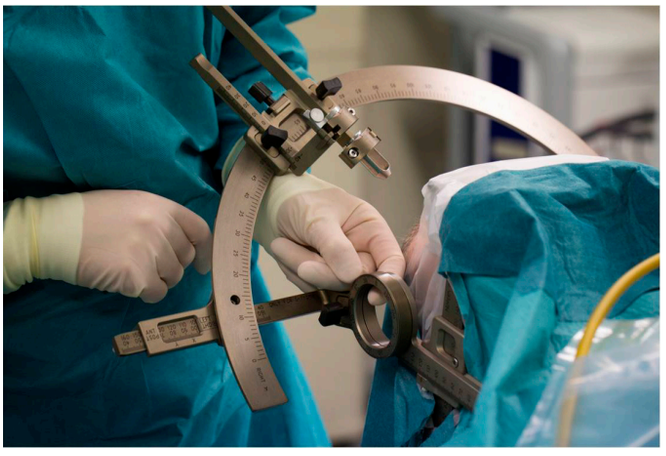
Sjúkratilfelli I

Um er að ræða 26 ára karlmann sem leitaði ásamt eiginkonu sinni til læknis vegna mikils kvíða og vaxandi svefntruflana í fjóra mánuði. Hann er sölumaður hjá stóru fyrirtæki og eignaðist sitt fyrsta barn 6 mánuðum áður. Hann lýsti mjög áleitnum hugsunum um að hann gæti með ýmsum hætti óafvitandi eða óvart valdið ungum syni sínum einhverjum skaða. Mest óttaðist hann að geta mögulega smitað drenginn af lífshættulegum sýklum við að snerta hann. Hann var farinn að forðast að snerta barnið og föt þess og fannst hann þurfa að þvo hendur sínar í allt að 30 mínútur áður en hann kæmi nálægt því. Húð á höndum hans var orðinn mjög þurr og sprungin. Hann var einnig farinn krefjast þess að eiginkonan þvoði sér með sama hætti eða notaði hanska við að sinna barninu. Maðurinn óttaðist einnig að hann gæti óvart misst barnið í gólfið, að sonurinn gæti kafnað eða hætt að anda í svefni og var stöðugt að hlusta eftir andardrætti hans jafnt að nóttu sem degi. Hann var farinn að vekja konu sína á hverri nóttu oftar en einu sinni til þess að biðja hana um að hlusta á drenginn með sér eða skoða hann. Hann lýsti endurteknum hugsunum um að barnið væri með hættulegar sýkingar og fannst hann oft sjá það fyrir sér alvarlega veikt eða deyjandi. Aðspurður sagðist hann gera sér grein fyrir því að þessar hugsanir væru í raun fjarstæðukenndar en þær kæmu engu að síður og hann réði ekki við að bægja þeim frá. Eiginkonan hafði miklar áhyggjur af honum og taldi ástandið fara hratt versnandi. Maðurinn var greindur með þráhyggjuárátturöskun og var settur á lyfið sertralín sem er sérhæfður serótónín-endurupptökuhamlari. Byrjað var með 50 mg á dag sem aukið var í 100 mg eftir fjórar vikur þegar ljóst var að lyfið þoldist vel að undanskildum vægum aukaverkunum frá meltingarfærum, ógleði og niðurgangi, sem hvarf eftir fyrstu vikuna. Verulega dró úr kvíðaeinkennum og þráhyggjuhugsunum. Fjórum vikum síðar var skammturinn aukinn í

150 mg á dag. Honum var vísað til sálfræðings sem byrjaði á því að fræða hjónin um þráhyggjuárátturöskun og ráðlagði atferlismeðferð með áherslu á berskjöldun og svarhömlun. Maðurinn var afar ákveðinn í að ná tökum á einkennum sínum og fylgdi hann vel ráðleggingum um að fresta áráttum svo sem handþvotti og endurteknum spurningum til eiginkonu. Fékk hann bæði munnlegar og skriflegar leiðbeiningar um stigvaxandi frestun þess að þvo sér eða skoða barnið. Jafnframt fékk hann skýrar leiðbeiningar um að snerta smám saman oftar föt barnsins, rúm þess og loks barnið sjálft. Sálfræðingurinn setti honum fyrir ákveðin afmörkuð verkefni í hverju viðtali og var síðan farið yfir þau í næsta viðtali. Hann mætti samtals 12 sinnum til sálfræðingsins á 18 vikum. Meðferðin var árangursrík og í síðustu tveimur viðtölunum lýsti hann því að hann fengi enn hugsanir um að geta mögulega smitað barnið en þær vörðu stutt og hann var farinn að geta haldið á barninu og sinnt því með eðlilegum hætti. Eiginkonan lýsti því í síðasta viðtalinu að hann væri hættur að vakna á nóttunni og verulega hafði dregið úr þvotta- og athugunaráráttum. Hann hélt áfram töku sertralíns 150 mg á dag í 12 mánuði.

Sjúkratilfelli II

Umræddur sjúklingur er 48 ára gömul fráskilin kona sem er öryrki, býr ein og á tvö uppkomin börn. Hún veiktist fyrst af alvarlegu þunglyndi og kvíða í kjölfar fæðingar eldra barnsins þegar hún var 21 árs. Hún hitti í kjölfarið geðlækni á stofu og tók í nokkur ár þunglyndislyfið flúoxetín sem dró nokkuð úr einkennum hennar. Síðar fór að bera á vaxandi heilsukvíða og í kjölfar alvarlegra veikinda yngri dóttur hennar fyrir um sex árum komu fram vaxandi þráhyggjuhugsanir sem ágerðust hratt. Hún fór að einangra sig frá öllum nema nánustu ættingjum, reykingar jukust í allt að tvo sígarettupakka á dag og hún nærðist illa. Hún var síðast lögð inn á bráðageðdeild fyrir þremur árum með nánast stöðugar þráhyggjuhugsanir sem snerust aðallega um að hún hefði mögulega sýkst af því að stíga til dæmis á glerbrot eða nálar og var jafnframt með mjög ágengar hugsanir um að hún gæti mögulega smitað aðra með snertingu. Hún var einnig með mikla efasemdaþráhyggju um að hún kynni að hafa gleymt að greiða reikninga eða standa í skilum við yfirvöld. Þessum þráhyggjuhugsunum hefur aðallega fylgt sú árátta að spyrja alla sem hún hittir endurtekið hvort hún hafi mögulega getað valdið einhverjum skaða eða yfirsést eitthvað. Hún dvaldi í þrjá mánuði á móttökugeðdeild þar sem reynd var meðferð með SSRI-lyfjunum sertraline (100-200 mg) og escitalopram (20-30mg). Jafnframt var bætt við meðferð með geðrofslyfjum, fyrst olanzapine í skömmtum 5-15 mg að kvöldi og risperdal 2-6 mg á dag. Eftir veruna á móttökugeðdeildinni fluttist hún yfir á endurhæfingargeðdeild þar sem hún dvaldi í eitt ár. Áfram voru reynd serótónínvirk lyf í háum skömmtum. Eftir tvo mánuði var hún sett á klómípramín sem aukið var á 6 vikum frá 50 mg á dag upp í 200 mg á dag. Var hún jafnframt sett á olanzapine 10 mg að kvöldi en hún þoldi illa geðrofslyfin risperdal, quetiapine og aripiprazole vegna margvíslegra aukaverkana. Í innlögninni hitti hún reglulega sálfræðing sem reyndi eins og hægt var að beita



Mynd 3. *Þrívíddarrammi notaður við ísetningu rafskauta í heila. Mynd: Þorkell Þorkelsson ljósmyndari Landspítalans.*

aðferðum hugrænnar atferlismeðferðar. Hún átti afar erfitt með að taka þátt í meðferðinni og snerust mörg viðtöl að mestu um það að reyna að styðja hana í hennar gríðarlega miklu vanlíðan. Hún var afar föst í þráhyggjuhugsunum og vegna þessa gat hún sáralítið einbeitt sér að skipulagðri samtalsmeðferð. Þó geðslag hennar yrði aðeins léttara og kvíði minnkaði almennt eitthvað á meðan á innlögn stóð létu þráhyggjuáráttueinkenni hennar lítt undan meðferð. Henni bauðst að flytja í búsetukjarna fyrir einstaklinga með geðrænan vanda en afþakkaði það og var því útskrifuð heim að lokinni dvölinni á endurhæfingargeðdeild. Fékk hún vitjanir frá sérhæfðu geðteymi tvisvar í viku og hitti geðlækni reglulega í tvö ár sem hélt áfram að reyna ýmsar lyfjabreytingar. Hún var mjög óvirk, félagslega einangruð og með nánast stöðugar þráhyggjuhugsanir. Í ljósi þess að konan þjáist af alvarlegri þráhyggjuáráttu sem árum saman hefur ekki látið undan hefðbundunum meðferðarúrræðum og sökum þess að lífsgæði hennar eru gríðarlega skert vegna sjúkdómsins var ákveðið að bjóða henni nýja meðferð sem vart er komin af tilraunastigi. Um er að ræða raförvun á djúphnoðum heilans sem ætlað er að draga úr ofvirkni í ákveðnum brautum heilans sem tengja saman heilabörk, undirstúku og djúphnoð. Fyrst var staðsetning raförvunar kortlögð með segulómmyndgreiningu á heila. Því næst voru gerð göt á höfuðkúpu í svæfingu og vírar með rafskautum leiddir niður að ákveðnum stað í djúphnoðum, nánar tiltekið *capsula interna anterior*. Við ísetningu rafskautanna var notast er við þrívíddarramma sem festur var höfuð sjúklings fyrir aðgerðina og var hann notaður til þess að stýra rafskautunum inn að þeim stað sem kortlagður var út frá segulómmyndunum (mynd 3). Vírarnir voru síðan tengdir við lítið raförvunartæki sem komið var fyrir undir húð í brjóstvegg sjúklingsins.

Þessari meðferð hefur verið beitt við alvarlegustu tilfellum þráhyggjuárátturöskunar þar sem áralöng lyfja- og sálfræðimeðferð hefur ekki skilað árangri. Aðgerðin var framkvæmd á Íslandi af sérhæfðum íslenskum heilaskurðlækni sem starfar erlendis. Var þetta í fyrsta skipti sem slíkri meðferð er beitt við geðröskun hér á landi og árangur hennar er enn sem komið er ekki ljós.

Heimildir

1. Murphy DL, Timpano KR, Wheaton MG, Greenberg BD, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. Dialogues Clin Neurosci 2010; 12: 131-48.
2. Janet P. Les Obsessions et la Psychathenie. Alcan, Paris 1903.
3. Salzman L. Obsessional personality. Science House, New York 1968.
4. Hudak R (Ed.). Clinical obsessive-disorders in adults and children. 1st ed. Cambridge University Press, Cambridge 2011.
5. Burgy M. Obsession in the strict sense: A helpful psychopathological phenomenon in the differential diagnosis between obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. Psychopathology 2007; 40: 102-10.
6. Oulis P, Konstantakopoulos G, Lykouras L, Michalopoulo. Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: A phenomenological approach. World G Psychiatry 2013; 22: 50-6.
7. Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder, Clinical review. BMJ 2006; 333: 424-9.
8. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive compulsive disorder. Am J Psychiatry 1995; 152: 90-6.
9. World health organization. International classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10). WHO, Genf 1992.
10. Hollander E. Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. J Clin Psychiatry 1997; 58(Suppl 12):3-6.
11. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. The cross national group. J Clin Psychiatry 1994; 55 Suppl: 5-10.
12. Ivarsson T, Melin K, Wallin K. Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder. Eur Child Adolesc Psychiatry 2008; 17: 20-31.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-V). Washington DC 2013.
14. National Institute for Health and Care Excellence. Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. NICE, London 2005.
15. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry 2010; 15: 53-63.
16. Murray CJ, Lopez AD. Evidence based health policy – lessons from the global burden of disease study. Science 1996; 274: 740-3.
17. Geller DA, Klier CM, Neugebauer R. Anxiety disorders following miscarriage. J Clin Psychiatry 2001; 62: 432-8.
18. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. J Clin Psychiatry 1997; 58: 330-4.
19. Janowitz D, Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, et al. Early onset obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. Depress Anxiety 2009; 26: 1012-7.
20. Tukel R, Plolat A, Ozdemir O, Aksut D, Turksoy N. Co-morbid conditions in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry 2002; 43: 204-9.
21. Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, Shavitt RG, do Rosario MC, de Mathis MA, Miguel MC et al. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 2013; 30: 186-95.
22. Torres AR, Prince MJ, Bebbington BE, Brugha T, Bhugra D, Farrel M. Am J Psychiatry 2006; 163: 1978-85.
23. Maia TV, Cooney RE, Peterson BS. The neural bases of obsessive-compulsive disorder in children and adults. Dev Psychopathol 2008; 20: 1251-83.
24. Pauls DL, Abramovitch, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. Nature Rev Neurosci 2014; 15: 410-24.
25. Fitzgerald KS, Welsh RC, Stern ER, Angstadt M, Hanna GL, Abelson JL et al. Developmental alterations of frontal-striatal-thalamic connectivity in obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 50: 938-48.
26. Baxter LR. Neuroimaging studies of obsessive compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am 1992; 15: 871-84.
27. Saxena S, Brody Al, Schwartz JM, Baxter LR. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. Br J Psychiatry Suppl 1998; 35: 26-37.
28. Nikolaus S, Antke C, Beu M, Muller HW. Cortical GABA, striatal dopamine and midbrain serotonin as the key players in compulsive and anxiety disorders – results from in vivo imaging studies. Rev Neurosci 2010; 21: 119-39.
29. Perani D, Garibotto V, Gorini A, Moresco RM, Henin M, Panzacchi A, et al. In vivo PET study 5HT(2A) serotonin and D(2) dopamine dysfunction in drug-naïve obsessive-compulsive disorder. Neuroimage 2008; 42: 306-14.
30. Reimold M, Smolka MN, Zimmer A, Batra A, Knobel A, Solbach C, et al. Reduced availability of serotonin transporters in obsessive-compulsive disorder correlates with symptom severity – a (11C)DASP PET study. J Neural Trans 2007; 114: 1603-9.
31. Insel TR, Mueller TA, Alterman I, Linnoila M, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection? Biol Psychiatry 1985; 20: 1174-88.
32. Denys D, de Vries F, Cath D, Figee M, Vulink M, Veltman DJ, et al. Dopaminergic activity in Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder. Eur Neuropsychopharmacol 2013; 23: 1423-31.
33. Nestadt G, Grados M, Samuels JF. Genetics of obsessive compulsive disorder. Psychitr Clin North Am 2010; 33: 141-58.
34. Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies in obsessive-compulsive disorder: a review. Twin Res Hum Genet 2005; 8: 450-8.
35. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther 1997; 35: 793-802.
36. Salkovskis PM. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther 2000; 38: 347-72.
37. Rachman S, Hodgson R. Obsessions and compulsions. Prentice Hall, Englewood Cliffs 1980.
38. Goodman WK, Price LH, Rasmussen LA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive-compulsive scale I. Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1006-11.
39. Pallanti S, Quercioli L. Treatment refractory obsessive-compulsive disorder: methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2006; 30: 400-12.
40. Ananth J. Treatment of obsessive-compulsive neurosis with clomipramine (anafranil). J Int Med Res 1977; 5 Suppl 5: 38-41.
41. Thoren P, Asberg M, Cronholm B, Jornestedt L, Traskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A controlled clinical trial. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 1281-5.
42. Fineberg NA, Reghunandanan S, Brown A, Pampaloni. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: evidence-based treatment and beyond. Aust N Z J Psychiatry 2013; 47: 121-41.
43. Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am 2014; 37: 375-91.
44. Bandelow B. The medical treatment of obsessive-compulsive disorder and anxiety. CNS Spectr 2008; 13(Suppl 14): 37-46.
45. FDA drug safety communication: Revised recommendations for Celexa (citalopram hydrobromide) related to a potential risk of abnormal heart rhythms with high doses. fda.gov/drugs/drugsafety/ucm297391.htm - nóvember 2014.
46. McDougle CJ, Goodman WK, Price LH. The pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. Pharmacopsychiatry 1993; 26 (Suppl 1): 24-9.
47. Goddard A, Shin YW. Augmentation of serotonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder. In: Hudak R, Dougherty DD (Eds.). Clinical obsessive-disorders in adults and children. 1st ed. Cambridge University Press, Cambridge 2011: 49-60.
48. Figueroa Y, Rosenberg DR, Birmaher B, Keshavan MS. Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol 1998; 8: 61-7.
49. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. Compr Psychiatry 2002; 43: 150-7.
50. Maher AR, Theodore G. Summary of the comparative effectiveness review on off-label use of atypical antipsychotics. J Manag Care Pharm 2012; 18(5 SupplB): 1-20.
51. Kellner M. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. Dialogues Clin Neurosci 2010; 12: 187-97.
52. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 2005; 162: 151-61.
53. Franklin ME, Abramowitz JS, Kozak MJ, Levitt JT, Foa EB. Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 594-602.
54. Marks I. Exposure therapy for phobias and obsessive-compulsive disorders. Hosp Pract 1979; 14: 101-8.
55. Mancebo MC, Eisen JL, Sibrava NJ, Dyck IR, Rasmussen RA. Patient utilization of cognitive-behavioral therapy for OCD. Behav Ther 2011; 42: 399-412.
56. Sighvatsson MB, Kristjansdottir H, Sigurdsson E, Sigurdsson JF. Gagnsemi hugrænnar atferlismeðferðar við lyndis- og kvíðaröskunum hjá fullorðnum. Læknablaðið 2011; 97: 613-9.
57. Foa EB, Simpson HB, Liebowitz MR, Powers MB, Rosenfield D, Cahill SP et al. Six-month follow-up of a randomized controlled trial augmenting serotonin reuptake inhibitor treatment with exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 2013; 74: 464-9.
58. Abramowitz JS, Storch EA, Keeley M, Cordell E. Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: what is the role of cognitive factors? Behav Res Ther 2007; 45: 2257-67.
59. Dougherty DD, Baer L, Cosgrove GR, Cassem EH, Price BH, Niremberg AA. Prospective long-term follow-up of 44 patients who received cingulectomy for obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 2002; 159: 269-75.
60. Greenberg BD, Rauch SL, Haber SN. Invasive circuitry-based neurotherapeutics: stereotactic ablation and deep brain stimulation for OCD. Neuropsychopharmacology 2010; 35: 317-36.
61. Jakubovski E, Diniz JB, Valerio C, Fossaluza V, Belotto-Silva C, Gorenstein C, et al. Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. Depress Anxiety 2013; 30: 763-7.
62. Abramowitz JS, Lackey GR, Wheaton MG. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of experimental beliefs and experiential avoidance. J Anxiety Disord 2009; 23: 160-6.
63. Glazier K, Calixte RM, Rothschild R, Pinto A. High rates of OCD symptom misidentification by mental health professionals. Ann Clin Psychiatry 2013; 25: 201-9.

ENGLISH SUMMARY

Obsessive-compulsive disorder. A hidden disorder

Magnús Haraldsson

Obsessive-compulsive disorder is a common and often chronic psychiatric illness that significantly interferes with the patient´s functioning and quality of life. The disorder is characterized by excessive intrusive and inappropriate anxiety evoking thoughts as well as time consuming compulsions that cause significant impairment and distress. The symptoms are often accompanied by shame and guilt and the knowledge of the general public and professional community about the disorder is limited. Hence it is frequently misdiagnosed or diagnosed late. There are indications that the disorder is hereditary and that neurobiological processes are involved in its pathophysiology. Several psychological theories about the causes of obsessive-compulsive disorder are supported by empirical evidence. Evidence based treatment is either with serotoninergic medications or cognitive behavioral therapy, particularly a form of behavioral therapy called exposure response prevention. Better treatment options are needed because almost a third of people with obsessive-compulsive disorder respond inadequatly to treatment. In this review article two cases of obsessive-compulsive disorder are presented. The former case is a young man with typical symptoms that respond well to treatment and the latter is a middle aged lady with severe treatment resistant symptoms. She underwent stereotactic implantation of electrodes and received deep brain stimulation, which is an experimental treatment for severe obsessive-compulsive disorder that does not respond to any conventional treatment.

Landspitali University Hospital, Division of Psychiatry. Faculty of Medicine, University of Iceland.

Key words: *Obsession, compulsion, disorder, psychotropic treatment, exposure response prevention.*

Correspondence: *Magnús Haraldsson hmagnus@landspitali.is*

HbA1c 7% verður 53 mmól/mól – ný eining frá 1. mars 2015

Ingunn Þorsteinsdóttir
sérfræðilæknir í klínískri lífefnafræði á Landspítala

Rafn Benediktsson
yfirlæknir innkirtlalækninga á Landspítala

Ísleifur Ólafsson
yfirlæknir í klínískri lífefnafræði á Landspítala

Ragnar Bjarnason
yfirlæknir barnalækninga á Landspítala

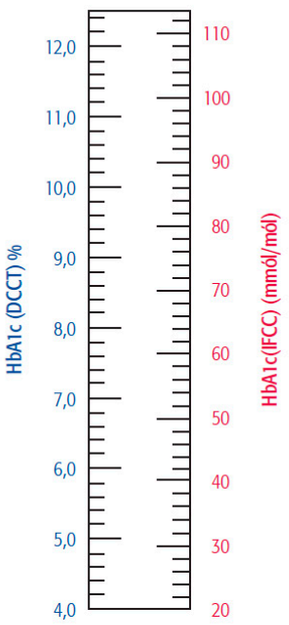
Styrkur á HbA1c í blóði endurspeglar meðalstyrk á glúkósa undanfarnar 5-12 vikur. Hátt gildi á HbA1c er tengt aukinni áhættu á síðkomnum fylgikvillum sykursýki. Hækkun á blóðsykri veldur því að glúkósi bindst við hemóglóbín og glýkósýlerað hemóglóbín hækkar. Þessi tenging milli glúkósa og hemóglóbíns er óafturkræf og glýkósýlerað hemóglóbín helst hækkað í blóði meðan rauðu blóðkornin lifa. Meðallíftími rauðra blóðkorna er 120 dagar. Þegar HbA1c er mælt er sá hluti hemóglóbíns sem er bundinn við glúkósa ákvarðaður, svokallað glýkósýlerað hemóglóbín.

Hingað til hafa HbA1c mæliaðferðir verið staðlaðar eftir bandaríska staðlinum DCCT, sem var notaður í rannsókninni „The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)". Þessi rannsókn, auk „UK Prospective Diabetes Study (UKPDS)", hafa að miklu leyti legið til grundvallar meðferðarmarkmiðum við sykursýki. Aðferðir staðlaðar eftir DCCT-rannsókninni mæla þó ekki eingöngu glýkósýlerað hemóglóbín.

Til að stuðla að samræmdri alþjóðlegri stöðlun á HbA1c-mælingum var settur á fót vinnuhópur á vegum The International Federation of Clinical Chemistry (IFCC). Niðurstaða vinnuhópsins var nýr staðall og ný viðmiðunaraðferð sem mælir HbA1c sértækar en áður. Mælingar sem nú eru í notkun á Íslandi nota þennan nýja staðal til mælinga á HbA1c, svörin hafa síðan verið umreiknuð í hefðbundin DCCT-gildi.

Á síðustu árum hafa fagfélög, svo sem American Diabetes Association (ADA), European Association for the Study of Diabetes (EASD), International Diabetes Federation (IDF), IFCC, og International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) samþykkt ályktanir þar sem mælt er með því að nota SI-einingu (mmól HbA1c/mól hemóglóbín) fyrir niðurstöður mælinga á HbA1c. Flest lönd Evrópu hafa þegar tekið upp þessa nýju einingu. Flest Evrópulönd hafa fyrst í stað notað eldri DCCT eininguna samhliða þeirri nýju.

Frá og með 1. mars 2015 verða niðurstöður fyrir HbA1c frá rannsóknastofum á Íslandi gefnar með einingunni mmól HbA1c/mól hemóglóbín. Fyrsta árið þar á eftir verða niðurstöður einnig gefnar í gömlu DCCT einingunni.



Myndin sýnir sambandið milli HbA1c mælinga, sem eru staðlaðar með DCCT-staðlinum og hinum nýja IFCC-staðli.

Eftirfarandi formúlur eru notaðar til að umreikna HbA1c gildin:

HbA1c (eldra gildi) (%) = (0,0915 *HbA1c nýtt gildi (mmól/mól)) + 2,15

HbA1c (nýtt gildi)(mmól/mól) = 10,93*HbA1c eldra gildi (%) – 23,5

Dæmi um reiknivél á netinu: *www.diabetes.co.uk/hba1c-units-converter.html*

Viðmiðunarmörk fyrir HbA1c hjá einstaklingum sem ekki eru með sykursýki er 20-42 mmól/mól.

Upplýsingar fyrir einstaklinga með sykursýki hafa verið gefnar út á Landspítala í samvinnu við Félag um klíníska lífefnafræði og lækningarannsóknir á Íslandi.

Heimildir

1. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993;329: 977-88.
2. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ 2000; 321: 405-11.
3. Consensus Statement on the Worldwide Standardization of the Hemoglobin A1c Measurement. American Diabetes Association, European Association for the Study of Diabetes, International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine and International Diabetes Federation Consensus Committee. Diabetes Care 2007; 30: 2399-400.
4. Hanas R, John G. International HBA1c Consensus Committee. 2010 consensus statement on the worldwide standardization of the hemoglobin A1C measurement. Diabetes Care 2010; 33: 1903-4.

REGION HALLAND

Physician

to Dermatology clinic, Hallands Hospital Varberg, Sweden.
We are looking to employ a licensed physician qualified in dermatovenereology.

For more information about this post visit:
www.regionhalland.se/jobb

Region Halland

Hvað telst vera æskilegt gildi D-vítamíns í blóði?

Laufey Steingrímsdóttir
næringarfræðingur
laufst@landspitali.is

Gunnar Sigurðsson
sérfræðingur í efnaskipta- og innkirtlalækningum

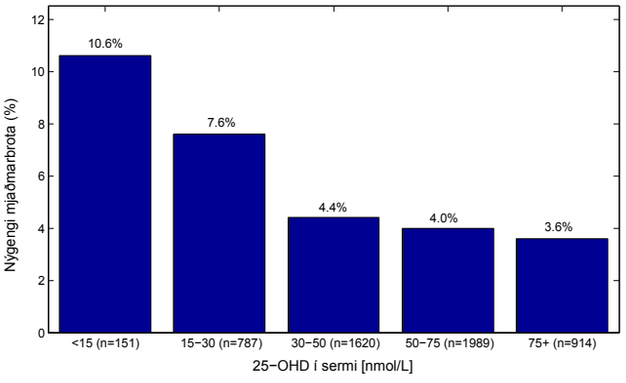
Ofangreind spurning er algengt viðfangsefni lækna sem við teljum ástæðu til að ræða í ljósi nýlegra niðurstaðna úr Öldrunarrannsókn Hjartaverndar á tengslum mjaðmarbrota og 25-OHD-gilda í blóði.[1]

Styrkur 25-OHD í blóði tengist fjölda heilsuþátta en áhrif D-vítamíns á beinheilsu eru þekktust og orsakasamhengið best staðfest enn sem komið er. Áhrif D-vítamíns á bein eru þó fyrst og fremst vegna virkni D-vítamínhormónsins 1,25-$(OH)_2$D í meltingarvegi. Aukið frásog af kalki og fosfati úr fæðu fyrir tilstilli D-vítamínhormóns stuðlar að æskilegri þéttni þessara jóna í blóði og útfellingu á kalsíumfosfati ($CaPO_4$) í beinvef, sem eykur styrk beinanna. D-vítamínhagur er oftast metinn með mælingum á styrk 25-OHD í blóði sem endurspeglar jafnt D-vítamín úr fæðu og nýmyndun þess í húð. Þykir 25-OHD í blóði betri mælikvarði á D-vítamínhag en mæling á hinu virka D-vítamínhormóni 1,25-$(OH)_2$D sem hefur skamman líftíma og stjórnast af öðrum þáttum en styrk D-vítamíns.

Hvaða blóðgildi 25-OHD teljast æskileg fyrir beinheilsu hefur verið metið á ýmsa vegu, til dæmis með mælingum á beinþéttni og beintapi svo og með mælingum á kalkfrásogi frá görnum. Einnig hefur verið stuðst við athuganir á hvaða gildi af 25-OHD í blóði komi í veg fyrir sekúndera hækkun á kalkhormóni (PTH), sem endurspeglar nægilega þéttni af jónuðu kalki í blóði. Við höfum áður notað þessa aðferð í stóru slembiúrtaki Íslendinga (n=1630) til að finna hvert gildi 25-OHD í blóði þarf að vera til að kalkhormónið sé í jafnvægi. Við fundum að þessu jafnvægi var náð þegar 25-OHD í blóði hafði náð gildunum 45-50 nmól/L miðað við að kalkneyslan væri 800 mg á dag eða meira.[2] Æskileg kalkneysla einstaklinga virtist því verulega háð D-vítamínhag viðkomandi einstaklings.

Mikilvægasta mælikvarðann á D-vítamínhag fyrir beinin verður þó að telja hvaða gildi 25-OHD tryggi sem best eðlilegan beinstyrk og komi í veg fyrir beinbrot við lítinn áverka. Mjaðmarbrot er alvarlegasta beinbrotið sem verður við lítinn áverka og er það algengast í eldra fólki eftir sjötugt.[3] Þar koma margir þættir við sögu, svo sem beinþéttni, vöðvastyrkur og jafnvægi, allt þættir sem hafa verið tengdir D-vítamínhag.

Nýlega birtum við ásamt samstarfsfólki niðurstöður úr Öldrunarrannsókn Hjartaverndar þar sem við könnuðum brotatíðni og áhættu á mjaðmarbrotum eftir styrk 25-OHD í blóði við upphaf rannsóknartímabils (2002-2006). Rannsóknin tók til 5764 þátttakenda, bæði karla og kvenna, á aldrinum 66-96 ára. Þessum hópi var fylgt eftir í að meðaltali 5,4 ár og öll mjaðmarbrot (brot í lærleggshálsi og lærhnútum) vandlega metin og skráð í öllum hópnum. Alls urðu brotin 261 á tímabilinu og þetta er því ein stærsta framskyggna rannsóknin á þessu sviði sem birt hefur verið.[1]



Mynd 1. *Nýgengi mjaðmarbrota (%) á 5,6 ára tímabili (SD1,5) meðal AGES-þátttakenda (N=5461) eftir grunngildum á 25-OHD í sermi. Óleiðrétt gildi. Birt með leyfi PLoS ONE.*

Við lok rannsóknarinnar var fjöldi brota borinn saman við upphafleg gildi á 25-OHD í blóði. Mynd 1 sýnir þennan samanburð þar sem hópnum er skipt eftir 25-OHD-gildum á lárétta ásnum. Tölfræðilegi viðmiðunarhópurinn var 50-75 nmól/L. Niðurstöðurnar sýna að þeir sem voru með hærri gildi en 75 nmól/L og eins hópurinn með gildi á bilinu 30-50, voru ekki marktækt frábrugðnir viðmiðunarhópnum í brotatíðni. Hóparnir undir 30 nmól voru hins vegar með marktækt hærri brotatíðni, sem jókst verulega með lækkandi 25-OHD-gildum. Í heildina var áhættan meira en tvöföld á mjaðmarbroti ef viðkomandi einstaklingur, hvort heldur karl eða kona, var með 25-OHD-gildi undir 30 nmól/L. Beinþéttnin, sem mæld var á sama tíma og 25-OHD, var einnig marktækt lægri í hópnum með 25-OHD gildi undir 30 nmól/L en enginn marktækur munur var á öðrum hópum, hvorki 30-50 nmól hópnum, né 75 nmól og hærri, borið saman við þá sem höfðu 50-75 nmól/L. Reikna má út frá þessum tölum að 15% allra mjaðmarbrotanna megi tengja lélegum D-vítamínhag, það er 25-OHD <30 nmól/L (*attributable risk*). Ef þetta er yfirfært til Íslands alls (um 300 mjaðmarbrot á ári) má væntanlega rekja um 40-50 mjaðmarbrot á ári til lélegs D-vítamínhags, undir 30 nmól/L af 25-OHD.

Institute of Medicine í Bandaríkjunum (starfrækt af National Academy of Sciences) birti árið 2011 viðmiðanir um lágmark æskilegra gilda af 25-OHD í blóði. Viðmiðanirnar byggðust á ítarlegri og kerfisbundinni samantekt og mati á fjölda rannsókna og þar var komist að þeirri niðurstöðu að lágmark æskilegra gilda væri 40-50 nmól/L.[4] Þessar niðurstöður eru einnig í samræmi við ályktun í nýlegri kerfisbundinni samantekt norræns sérfræðihóps á æskilegum gildum á 25-OHD.[5] Nýjar íslenskar ráðleggingar um D-vítamín frá Embætti landlæknis byggja einmitt á vinnu norræna sérfræðihópsins.[6] Okkar niðurstöður úr rannsókn Hjartaverndar styrkja ályktun beggja þessara sérfræðihópa og benda ekki til að

gildi yfir 45-50 nmól/L af 25-OHD skipti máli fyrir beinheilsu. Önnur samtök hafa túlkað birtar niðurstöður á annan veg og mælt með hærri viðmiðunarmörkum. Í mörgum tilvikum er þar tekið mið af sjúklingahópum þar sem D-vítamínbúskapur er annar en hjá heilbrigðu fólki.

Bæði ráðleggingar Institute of Medicine og þær norrænu byggja eingöngu á áhrifum D-vítamíns á bein, þar sem önnur heilsuáhrif höfðu enn ekki verið nægilega staðfest að þeirra mati. Hvort önnur viðmiðunargildi eigi við fyrir aðrar mögulegar verkanir D-vítamíns kemur væntanlega í ljós innan tíðar, en nú er unnið að fjölmörgum rannsóknum á þessu sviði.

Það er vissulega áhyggjuefni að ekki skuli hafa tekist að tryggja D-vítamínhag aldraða Íslendinga betur en raun ber vitni samkvæmt umræddri rannsókn Hjartaverndar.[1] Allstór hópur fólks tekur ekkert D-vítamín aukalega, hvorki lýsi né D-vítamínbelgi, og sá hópur nær yfirleitt ekki æskilegum D-vítamínhag. Fyrri niðurstöður okkar benda til að 800 einingar (20 µg) af D-vítamíni á dag nægi flestum öldruðum til að tryggja D-vítamín gildi í blóði yfir 40 nmól/L.[2]

Birt viðmiðunargildi fyrir 25-OHD hjá Landspítala eru 50-150 nmól/L. Í ljósi okkar niðurstaðna ætti þó fyrst og fremst að beina sjónum að þeim sem hafa lægstu gildin (undir 30 nmól/L) frekar en að leitast við að toga gildin sem hæst.

Heimildir

1. Steingrimsdottir L, Halldorsson TI, Siggeirsdottir K, Cotch FM, Einarsdottir BO, Eiriksdottir G, et al. Hip fractures and bone mineral density in the elderly—importance of serum 25-hydroxyvitamin D. PLoS ONE 2014; 9: e91122.
2. Steingrimsdottir L, Gunnarsson O, Indridason OS, Franzson L, Sigurdsson G. Relationship between serum parathyroid hormone levels, vitamin D sufficiency, and calcium intake. JAMA 2005; 294: 2336-41.
3. Siggeirsdottir K, Aspelund T, Jonsson BY, Mogensen B, Gudmundsson EF, Gudnason V, et al. Epidemiology of fractures in Iceland and secular trends in major osteoporotic fractures 1989-2008. Osteoporos Int 2014; 25: 211-9.
4. Ross AC, Manson JE, Abrams SA, Aloia JF, Brannon PM, Clinton SK, et al. The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what the clinicians need to know. J Clin Endocrinol Metab 2011; 96: 53-8.
5. Lamberg-Allardt C, Brustad M, Meyer HE, Steingrimsdottir L. Vitamin D - a systematic literature review for the 5th edition of the Nordic Nutrition Recommendations. Food Nutr Res 2013; 57.
6. Embætti landlæknis. Upplýsingar um D-vítamín. landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/naering/greinar/grein/item21469/Upplysingar-um-D-vitamin - október 2014.

Divide et impera

Hildur Svavarsdóttir

heimilislæknir
heilsugæslustöðinni
Hvammi



hildursvavarsdottir@hotmail.com

Að deila og drottna (latína: *divide et impera*) er ákveðin stjórnunaraðferð og hernaðarlist þar sem reynt er að kljúfa fólk í mismunandi hópa og hindra að hugsanlegir andstæðingar þínir geti tengst saman og myndað stærri heild og þar með staðið sterkari saman. Þessi aðferð hefur verið óspart notuð af hernaðarsnillingum og pólitíkusum í gegnum tíðina, meðal annars af ekki ómerkari mönnum en Napóleoni og Sesari segir sagan. Þegar „best“ tekst til nægir að halla sér aftur á bak og horfa á andstæðingana berast á banaspjót innbyrðis, stundum bókstaflega.

Þessi stjórnkænska á enn við og þarf ekki að rekja langt aftur í tímann til að sjá að þetta hefur einnig brunnið á okkur læknum. Sérstaklega þegar launakjör og önnur hagsmunamál eru í deiglunni. Hefur það oft komið viðsemjendum vel að geta att saman mismunandi sérgreinum og hópum lækna. Má þar nefna sjálfstætt starfandi læknum gegn þeim sem starfa hjá hinu opinbera, unglæknum gegn sérfræðingum og svo framvegis. Aðstæður þessara hópa geta vissulega verið afar misjafnar og hagsmunirnir virst ólíkir svo það er kannski ekki óeðlilegt að stundum verði árekstrar. Það verður því að teljast mikill sigur og fagnaðarefni fyrir stéttina að í kjaradeilunni undanfarið hafa læknar staðið saman og fylkt sér að baki samninganefndinni og stjórn Læknafélagsins. Reyndar vil ég segja forsvarsmönnum lækna í deilunni það til hróss að sérstaklega vel hefur verið vandað til alls undirbúnings og gott samstarf haft við grasrótina, meðal annars með skoðanakönnunum um óskir og forgangsröðun, auk kynningarfunda.

Auðvitað er aldrei hægt að uppfylla allar óskir og vissulega eru atriði sem ræða þarf betur en vonandi leysast þau í framtíðinni. Þetta eru þó að mínu mati minniháttar hnökrar og það sem virðist standa upp úr í huga allra er samheldnin og samstaðan sem náðist. Ég finn einnig á kollegunum að bæði ánægja og vellíðan, auk ákveðins faglegs stolts, fylgir því að hafa náð svona mikilli samstöðu á erfiðum tímum.

Ég tel afar mikilvægt að við læknar höldum áfram að standa saman um þau mál sem brenna á okkur og skjólstæðingum okkar. Auðvitað verða alltaf skiptar skoðanir en þær má ræða málefnalega og komast að samkomulagi sem gengur upp. Við munum öll standa sterkari eftir og það mun ekki einungis koma læknastéttinni til góða heldur einnig þeim sem til okkar sækja. Þjónustan verður betri og faglegri og samfélagið í heild hagnast á því. Næg verkefni eru framundan og mjög margt sem þarf að bæta til að byggja upp heilbrigðiskerfið. Vonandi tekst að snúa við þeirri óheillaþróun sem orðið hefur síðastliðin ár. Auðvitað er það fyrst og fremst á ábyrgð stjórnvalda að sjá til þess að landsmenn fái viðunandi heilbrigðisþjónustu en við læknar höfum aldrei skorast undan okkar ábyrgð og alltaf sinnt okkar hlutverki af fagmennsku, vandvirkni og alúð. Þar skiptir samstaða okkar lækna miklu máli. Rödd okkar er sterk ef við tölum einum rómi, vonandi nægilega sterk til þess að á sé hlustað og við náum eyrum stjórnvalda í þágu heilbrigðiskerfisins og landsmanna.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Fyrirlesarar öldungadeildar í febrúar og mars

Stefán Jón Hafstein kemur á fund okkar 4. febrúar. Segir hann þá frá upplifun sinni í Afríku. Fyrirlesturinn nefnist *Afríka - ást við aðra sýn* eins og reyndar einnig nýútkomin bók hans. Vefsíða hans er *stefanjon.is*

Jón Kristjánsson fiskifræðingur mun svo koma til okkar 4. mars og ræða um ýmislegt sem á döfinni er.

Fundir öldungadeildar eru jafnan fyrsta miðvikudag hvers mánaðar og hefjast kl. 16, en fyrst fáum við okkur kaffi og vínarbrauð frá kl. 15.30.

Þeir félagar í öldungadeildinni sem hafa ekki fengið netpóst með tilkynningum um fundi eru beðnir að senda póst til *mbe@talnet.is* eða tilkynna það skrifstofu LÍ og geta um netfang.

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.



Kynningarfundur LÍ á nýgerðum kjarasamningi sem haldinn var á Hótel Natura föstudaginn 9. janúar er langfjölmennasti fundur í sögu læknafélaganna á Íslandi.

Kjarasamningar í höfn

Hávar Sigurjónsson

Varla hefur farið framhjá neinum að nýir kjarasamningar Læknafélags Íslands og Skurðlæknafélags Íslands við ríkið voru undirritaðir 7. og 8. janúar. Ánægja með nýju samningana virtist almenn í báðum félögunum og var það enn frekar staðfest í atkvæðagreiðslu en ríflega 91% greiddra atkvæða féllu samningnum í vil í kosningu LÍ og rúm 85% sögðu já í atkvæðagreiðslu Skurðlæknafélagsins. Skýrara getur það varla verið.

Samninganefnd LÍ átti sinn fyrsta fund með samninganefnd ríkisins í maí 2014 og lagði þar fram ítarlega kröfugerð sem mikil undirbúningsvinna hafði verið lögð í. Er skemmst frá því að segja að samninganefnd ríkisins leit varla á kröfugerðina en bauð strax 2,8% hækkun launa og við það sat allar götur þar til 27. október að verkfall lækna á sjúkrahúsum og heilsugæslustöðvum var orðin staðreynd. Þegar rennt er til baka yfir atburðarás síðustu mánuða má glöggt sjá að ýmis met voru slegin og skref stigin er ekki höfðu verið tekin fyrr.

Verkfallið var hið fyrsta í sögu LÍ og SKÍ og hið fyrsta í sögu íslenskra lækna. Yfir 95% þeirra lækna er greiddu atkvæði um verkfallsboðunina sögðu já. Fjölmennasti fundur í sögu Læknafélagsins var haldinn.

Í minnisblaði Landlæknisembættisins frá 20. janúar 2015 eru tölulegar upplýsingar um áhrif verkfallsins. Páll Matthíasson forstjóri Landspítala hefur sagt að það muni taka spítalann góðan part úr árinu að vinda ofan af þeim biðlistum sem verkfallið skapaði. Eflaust, en varla datt nokkrum manni í hug að verkfallið hefði ekki áhrif. Þá hefði verið til lítils unnið.

Verkfallið og kjarabaráttan snérist um launakjör lækna en í stærra samhengi snérist það um að bjarga heilbrigðiskerfinu íslenska frá hruni. Landflótti og ekki síður landótti íslenskra lækna vegna bágra launa- og starfskjara er löngu þekkt staðreynd og þjóðin gerði sér grein fyrir að heilbrigðiskerfið var undir í kjarasamningunum. Um þetta eru forystumenn lækna sammála og segja ennfremur að samstaða læknastéttarinnar í baráttunni allri hafi verið algjört skilyrði þess að svo vel tókst til og að forysta félaganna hvikaði hvergi frá settu marki.

Þegar hillti undir að nýr samningur væri að fæðast, færðist líf í ríkisstjórnina sem fram að því hafði að því er virtist haldið sig til hlés en óskaði nú eftir því að læknafélögin skrifuðu undir sameiginlega yfirlýsingu um endurreisn heilbrigðiskerfisins í kjölfar nýs kjarasamnnings. Þessi yfirlýsing var svo undirrituð samhliða kjarasamningi læknafélaganna við ríkið og verður ekki annað sagt en að hún lofi góðu; ef staðið verður við allt sem þar er sett niður á blað ætti ekki að þurfa að örvænta um íslenska heilbrigðiskerfið í framtíðinni. Yfirlýsingin er undirrituð af forsætisráðherra, heilbrigðisráðherra og starfandi fjármálaráðherra, auk formanna Læknafélags Íslands og Skurðlæknafélagsins. Hún tekur af öll tvímæli um góðan vilja stjórnvalda til að efla heilbrigðiskerfið, bæta launa- og starfskjör lækna svo þau verði samkeppnisfær við nágrannalöndin, byggja nýjan Landspítala, koma rafrænni sjúkraskrá í gagnið og koma heilbrigðiskerfinu í það horf sem þjóðin vill að það eigi að vera. Nú er bara að standa við stóru orðin.

„Efaðist aldrei um að við næðum lendingu“

– segir Sigurveig Pétursdóttir formaður samninganefndar LÍ

Hávar Sigurjónsson



„Það er mjög mikilvægt fyrir hvern og einn að kynna sér saminginn vel og ganga úr skugga um að röðun í launatöflur sé rétt. Þetta er ekki flókið en ef fólk er í einhverri óvissu um þetta getur það leitað til skrifstofu LÍ eftir aðstoð og frekari upplýsingum,“ segir Sigurveig Pétursdóttir formaður samninganefndar LÍ.

„Það sem kom mér mest á á óvart í þessari kjarabaráttu var hversu langvinn hún var og hvað mikið þurfti til að ná samningi,“ segir Sigurveig hiklaust í upphafi samtals okkar.

„Ég er sannfærð um að þessi samningur á eftir að koma bæði launþegum og vinnuveitendum til góða. Samningurinn er mjög stórt skref í nýrri stefnumörkun um launaþróun lækna og gerir læknum sem hyggjast ráða sig hjá ríkinu auðveldara fyrir að átta sig á hver raunveruleg kjör þeirra eru og munu verða.

Ég get þó skilið ef ekki verða allir jafn ánægðir með samninginn en í heildina er hann góður að mínu áliti. Það er í rauninni ekki hægt að semja fyrir svona stóran hóp, þar sem eru margar og mismunandi þarfir, þannig að allir fái jafnt upp á millimetra. En í samninganefndinni voru fulltrúar flestra hópa lækna sem gættu þess að enginn gleymdist og því tel ég að tekið hafi verið tillit til nánast allra við samningsgerðina,“ segir Sigurveig.

Hún segir að samningurinn sé mjög ólíkur fyrri samningi og samningsgerðin hafi verið mjög flókin og tímafrek þar sem ráðist var í uppstokkun á launatöflum og röðun í þær. Einnig var farið mjög náið ofan í saumana á vaktakerfi og ýmsar jákvæðar breytingar gerðar frá fyrri samningi í þeim efnum. „Það er mjög mikilvægt fyrir hvern og einn að kynna sér samninginn vel og ganga úr skugga um að röðun í launatöflur sé rétt. Þetta er ekki flókið en ef fólk er í einhverri óvissu um þetta getur það leitað til skrifstofu LÍ eftir aðstoð og frekari upplýsingum.“

Í allri umræðu um samningagerðina virtist megináherslan lögð á prósentuhækkun grunnlauna, krafan var að læknar gætu framfleytt sér á grunnlaunum og vaktir- og yfirvinna greidd í samræmi við það.

„Við náðum vissulega að hækka grunnlaunin verulega hjá öllum hópum en það var líka nauðsynlegt að fara ofan í saumana á vaktagreiðslum enda ekki eðlilegt að fyrir vaktir og yfirvinnu sé greitt það sama og fyrir dagvinnu. Við vildum sannarlega hækka laun almennra lækna en þá verður líka að hækka sérfræðingana í sama hlutfalli. Nánast allir almennir læknar verða sérfræðingar og það væri mjög undarlegt ef þeir hækkuðu ekki í launum við að ljúka margra ára sérnámi til viðbótar við almenna læknanámið. Þarna urðum við að finna lausn sem allir gætu sætt sig við. Annað sem gerði okkur líka erfitt fyrir er að margir læknar eru með sérsamninga sem ekki eru upp á borðinu. Við getum ekki samið á grundvelli slíks. Við getum eingöngu samið á grundvelli fyrirliggjandi kjarasamnings en ekki stofnanasamninga einstakra hópa eða einstaklinga.“

Ekkert gerðist mánuðum saman

Fyrsti samningafundur milli samninganefndar LÍ og samninganefndar ríkisins var í maí á síðasta ári. Næstu mánuði var hver árangurslausi samningafundurinn haldinn af öðrum og svo virtist sem ekkert gerðist fyrr en langt var liðið á verkfallslotu LÍ í byrjun desember. Þá fyrst komst einhver skriður á umræður og greinilegt að samninganefnd ríkisins hafði loks fengið umboð til að semja á vitrænan hátt. Sigurveig segir að þetta hafi reynt á þolinmæðina og stundum verið erfitt að missa ekki sjónar á markmiðunum en þó hafi tíminn ekki farið algerlega í súginn.

„Við nýttum tímann til að ræða breytingar á samningnum sem ekki snertu beinlínis hækkanir í prósentum eða krónum og aurum. Við ræddum breytingar á launatöflu og vaktafyrirkomulagi þannig að það þyrfti í rauninni ekkert annað en að setja inn tölurnar þegar þar að kæmi.“

Fannst henni og félögum hennar í samninganefnd LÍ að verið væri að þreyta þau til uppgjafar með því að draga viðræðurnar mánuðum saman?

„Ég gat aldrei fundið að það væri úthugsað af hálfu samninganefndar ríkisins að teygja viðræðurnar svona á langinn. Það var ekkert frekar þeirra hagur að klára ekki viðræðurnar en þau höfðu bara ekki meira umboð fyrr en seint og um síðir til að semja við okkur.“

Sigurveig dregur við sig svarið þegar spurt er hvort samhliða samningafundunum í Karphúsinu hafi aðrar viðræður átt sér stað sem gáfu tilefni til bjartsýni.

„Það hjálpar alltaf að vera upplýstur og við höfðum ágæt tengsl inn í stjórnkerfið og fengum þaðan upplýsingar þó ekki væri með formlegum hætti. Við vorum þó ekki upplýstari en svo að í byrjun janúar leit út fyrir að næsta verkfallslota myndi skella á og við vorum alveg tilbúin til þess. Ég efaðist samt aldrei um að við næðum lendingu og myndum semja á endanum.“



„Við settum okkur markmið í upphafi og þau náðust nánast öll í þessum samningi," segja Kristín Huld Haraldsdóttir og Helgi Kjartan Sigurðsson.

„Trúðum því ekki að kæmi til verkfalls"

– segja Helgi Kjartan Sigurðsson formaður Skurðlæknafélags Íslands og Kristín Huld Haraldsdóttir varaformaður

„Það fylgir því ótrúlegur léttir að hafa lokið þessu og náð samningi sem hægt er að vera sáttur við," segja þau Kristín Huld og Helgi Kjartan sem leiddu Skurðlæknafélag Íslands í kjarabaráttu þess og samningagerð við ríkið.

„Þetta er besti samningur sem við skurðlæknar höfum náð og sannarlega skref í rétta átt til þess að bæta kjör lækna," segir Kristín Huld.

„Við settum okkur markmið í upphafi og þau náðust nánast öll í þessum samningi. Hvað varðar launaliðinn þá náðust sett markmið en við komumst ekkert áfram með lífeyrissjóðsgreiðslur eins og vonast var til en að öðru leyti getum við verið nokkuð sátt," segir Helgi Kjartan.

„Samningurinn er að flestu leyti hliðstæður samningi LÍ en þó eru nokkur frávik sem byggja á sérstöðu skurðlækna. Þar má nefna greiðslur fyrir gæsluvaktir en þar geta vaktir skurðlækna verið mjög þungar og því eðlilegt að greitt sé meira eftir því hver álagsþunginn er," segir Kristín Huld.

„Við höfðum ekki samráð við samninganefnd LÍ en það voru samskipti á milli samninganefndanna, óformleg reyndar, en segja má að báðir aðilar hafi vitað hvar hinn var staddur á hverjum tíma. Samninganefnd ríkisins vildi reyndar gera alveg eins samning við okkur og gerður var við LÍ en við héldum fram sjónarmiðum skurðlækna og töldum að sjálfsögðu lykilatriði að semja sérstaklega fyrir þá," segir Helgi Kjartan.

Kristín Huld rifjar upp að við síðustu samningagerð árið 2011 hafi þeim einfaldlega verið réttur samningur ríkisins við LÍ og óskað eftir að þau skrifuðu undir. „Samninganefnd ríkisins vill líta svo á að þetta séu tveir hliðstæðir hópar og vill semja við okkur á þeim forsendum."

„Það á vissulega við um mörg atriði en alls ekki öll og um þau þarf að semja sérstaklega," bætir Helgi Kjartan við.

Varla er hægt annað en spyrja hvort það sé í rauninni nauðsynlegt fyrir skurðlækna að vera í sérstöku stéttarfélagi og semja sérstaklega um kjör sín.

Þau segja að aðskilnaður skurðlækna og Læknafélags Íslands hafi verið orðinn staðreynd þegar þau komu að félaginu og samruni við LÍ hafi ekki verið ræddur á vettvangi félagsins undanfarin ár.

„Við teljum ótvírætt að skurðlæknar séu sérstakur hópur þar sem eru mjög fámennar undirsérgreinar með mjög þunga vaktabyrði fyrir einstaklingana og mikilvægt að semja sérstaklega um það."

„Þessi samningagerð tók miklu lengri tíma en við höfðum reiknað með og við trúðum því hreinlega ekki að óreyndu að ríkið myndi reka okkur alla leið í verkfall. Það var bókstaflega ekkert í boði af hálfu samninganefndar ríkisins fyrir verkfallið. Og í rauninni gerðist ekkert fyrr en eftir miðjan desember og þá var það eflaust vegna þess að samninganefndin fékk loksins raunverulegt umboð til að semja við okkur," segir Helgi Kjartan.

Skurðlæknar eru nokkuð misleitur hópur og þó við höfum skynjað að þeir væru tilbúnir í aðgerðir kom okkur verulega á óvart hversu þétt samstaðan var og allir stóðu bókstaflega að baki okkur í samninganefndinni sem einn maður. Við skynjuðum velvilja almennings einnig mjög sterkt og gættum þess mjög vel að þrátt fyrir verkfallsaðgerðir væri fyllsta öryggis sjúklinga gætt. Þetta skilaði sér allt saman í okkar baráttu."

Hvort samningurinn verður til þess að íslenskir sérfræðingar í skurðlækningum starfandi erlendis muni flytja heim verður framtíðin að leiða í ljós.

„Þetta bætir kjör okkar verulega og gefur okkar fólki von um að framhald verið á. Fyrsta skrefið er að halda þeim læknum heima sem þegar eru hér og síðan að fá þá heim sem búsettir eru erlendis. Liður í því er yfirlýsingin sem ríkisstjórnin annars vegar og formenn læknafélaganna hins vegar skrifuðu undir í kjölfar samninganna um átak í bættri heilbrigðisþjónustu á Ísland. Óskin um þessa yfirlýsingu kom frá stjórnvöldum upphaflega og eftir mikla yfirlegu og talsverðar breytingar frá upphaflegu skjali skrifuðu formenn læknafélaganna undir. Þetta er afskaplega jákvæð yfirlýsing og lýsir góðum vilja til að bæta kerfið. Það verður síðan að koma í ljós hvernig stjórnvöld hyggjast standa að því," segja þau Helgi Kjartan og Kristín Huld að lokum.

„Stórt skref til bættra kjara íslenskra lækna“

– segir Þorbjörn Jónsson formaður Læknafélags Íslands

„Þetta er fyrsta skrefið í því verkefni að bæta kjör íslenskra lækna til lengri tíma,“ segir Þorbjörn Jónsson formaður LÍ um kjarasamninginn sem nú liggur fyrir milli Læknafélags Íslands og ríkisins.

„Kjör lækna voru orðin með þeim hætti að ekki var raunhæft að reikna með að þau yrðu lagfærð í einu skrefi. En þessi samningur er stórt og mikilvægt skref.“

Stóra spurningin sem liggur í loftinu að loknum þessum samningi er hvort hann verður til þess annars vegar að halda læknum við störf á Íslandi og hins vegar hvort hann muni laða íslenska lækna erlendis til starfa hér heima?

„Mér finnst líklegt að hann verði til þess að halda læknum í vinnu hér á landi en hitt er erfiðara að spá í og tíminn verður hreinlega að skera úr um það. Ég hef þó trú á því að þessi bættu kjör muni toga einhverja lækna heim fljótlega.“

Meturðu það þannig að ekki hafi verið hægt að ná lengra í þessari lotu?

„Já, við mátum það svo að ekki yrði komist mikið lengra að svo stöddu. Við vorum komin að þeim punkti að þurfa að meta hvort væri skynsamlegra að halda áfram aðgerðum með þeim afleðingum sem það hefði óhjákvæmilega haft í för með sér eða ganga frá samningi.“

Árangurinn af kjaradeilu lækna við ríkið má meta á ýmsa vegu. Þorbjörn segir samstöðu læknastéttarinnar hafa komið sér nokkuð á óvart.

„Þarna sýndu læknar ótvírætt að þeir geta staðið saman óháð því hvar þeir standa innan stéttarinnar því læknar skiptast í ólíka hópa eftir aldri, sérgreinum og tekjum. Hagsmunir þeirra fara alls ekki alltaf saman. Læknar eru einnig upp til hópa í eðli sínu einstaklingshyggjumenn og því ekki á vísan að róa þegar kalla á eftir samstöðu. Að sumu leyti getur þetta þvælst fyrir í félagsmálunum þegar allir halda fast við sína skoðun og eru sannfærðir um réttmæti hennar. Það kom því þægilega á óvart hversu algjör og órofin samstaðan var og þetta er líklega einsdæmi í sögu Læknafélagsins. Samstaðan skilaði okkur þessum árangri og ætti því að vera gott vegarnesti til framtíðarinnar því við munum þurfa að sækja frekari kjarabætur á næstu árum til að rétta hlut íslenskra lækna að fullu.“

Almenningur var einnig á bandi lækna í þessari baráttu sem kom kannski líka á óvart þar sem læknar hafa verið taldir hátekjuhópur í þjóðfélaginu og því takmörkuð samúð með kaupkröfum þeirra.

„Eflaust kom þar margt til en við gerðum okkur far um að vera hófstillt í allri framgöngu og lýstum ekki yfir verkfalli fyrr en í lok október eftir að hafa staðið í árangurslausum samningaviðræðum í 9 mánuði. Ég held að fólk hafi skilið sanngirni kröfu okkar að þessar samningaviðræður yrðu kláraðar. Almenningur skynjaði einnig að við gættum þess að verkfallsaðgerðir ógnuðu ekki öryggi sjúklinga og að við gengjum þar líka fram af hófsemi og ábyrgð. Verkfallsloturnar voru með hléum á milli og það gekk greiðlega að sækja um og fá undanþágur. En það stefndi vissulega í harðari aðgerðir núna eftir áramótin.“

Í umræðunni um kjaramál lækna og ástand íslenska heilbrigðiskerfisins í aðdraganda verkfallsins var gert talsvert mikið úr þeim kostum sem íslenskum læknum bjóðast erlendis. Gagnvart almenningi var dæminu nánast stillt þannig

„Verkfall verður auðvitað að hafa áhrif, það verður að bíta, en það má ekki valda skaða eða draga úr öryggi sjúklinga,“ segir Sólveig Jóhannsdóttir framkvæmdastjóri LÍ.



„Ekkert fordæmi fyrir verkfalli íslenskra lækna“

– segir Sólveig Jóhannsdóttir framkvæmdastjóri Læknafélags Íslands

Á skrifstofu Læknafélags Íslands var unnið mikið starf samhliða samningaviðræðum og ekki síst mæddi verulega á starfsfólki skrifstofunnar þegar verkfall blasti við og meðan á því stóð. Framkvæmdastjórinn, Sólveig Jóhannsdóttir, segir að hlutverk félagsins hafi verið að halda utanum þetta viðamikla verkefni sem verkfall lækna á öllum ríkisspítölum og heilsugæslustöðvum landsins hafi verið.

„Læknafélagið hefur aldrei farið í verkfall áður og við vissum í rauninni ekki hvernig til myndi takast. Við vissum þó að læknar væru tilbúnir til að ganga svo langt sem raunin var en það var alls ekki sjálfsagt. Það kom til dæmis alls ekki til greina við kjarasamningagerðina 2011 af hálfu lækna að fara í verkfall. Í þessu felst algjör stefnubreyting og sýnir að þolinmæði lækna var á þrotum.“

Í aðdraganda verkfallsins var stofnaður aðgerðahópur innan Læknafélagsins sem átti að gera tillögur og áætlun um hvernig



„Samstaðan skilaði okkur þessum árangri og ætti því að vera gott veganesti til framtíðarinnar því við munum þurfa að sækja frekari kjarabætur á næstu árum til að rétta hlut íslenskra lækna að fullu," segir Þorbjörn Jónsson formaður LÍ.

upp að ekki væri eingöngu verið að semja um launakjör læknanna heldur væri beinlínis verið að semja um framtíð íslenska heilbrigðiskerfisins. Ertu sammála þessu?

„Þetta var aldrei beinlínis orðað svona af okkar hálfu enda hefði mátt túlka það sem hótun. En óbreytt ástand hefði skapað veruleg vandræði í heilbrigðiskerfinu og margir læknar hafa sagt upp störfum á undanförnum mánuðum og misserum, margir hafa dregið úr vinnu sinni hérlendis og stunda vinnu á Norðurlöndunum og fjöldi íslenskra sérfræðilækna hefur ekki hug á að flytjast heim við óbreyttar aðstæður. Þetta var bara veruleikinn sem við blasti og enn er ekki bitið úr nálinni með þó binda megi vonir við að á næstu mánuðum verði viðsnúningur. Ég held að almenningur hafi ekki skynjað þetta sem hótun af okkar hálfu heldur lýsingu á ástandi sem við vildum mjög gjarnan breyta."

Þið gættuð mikils hófs í öllum opinberum málflutningi og nefnduð aldrei prósentutölur í fjölmiðlum þó gengið væri eftir því. Andstæðingurinn, ríkisvaldið, lét hins vegar hafa ýmislegt eftir sér í þeim efnum.

„Já, við töldum einstaka liði kröfugerðarinnar ekki eiga erindi við neinn nema viðsemjendur okkar en það var ekki alveg sama viðhorf uppi hjá þeim. Í ákveðnum tilfellum var ekki hægt að túlka yfirlýsingar stjórnvalda í fjölmiðlum um kröfur okkar á annan hátt en þar væri markvisst verið að reyna að snúa almenningsálitinu gegn okkur. Það tókst ekki, enda var það meðvitað hjá okkur að svara slíku aldrei á vettvangi fjölmiðla. Við fórum hins vegar ekki í neinar grafgötur með það að við værum að fara fram á verulegar kjarabætur."

Þið réðuð ykkur þekktan almannatengil, Gunnar Stein Pálsson, sem ráðlagði ykkur hvernig baráttan skyldi kynnt í fjölmiðlum. Telurðu það hafa hjálpað?

„Alveg tvímælalaust. Við Gunnar Steinn vorum reyndar sammála um hvernig tekið skyldi á þessu svo samstarf okkar var mjög gott. Hann ráðlagði okkur að taka ekki undir ögranir stjórnvalda í fjölmiðlum og leyfa slíkum upphrópunum að deyja út fremur en svara þeim. Enda hefði slíkt kallað á enn frekari viðbrögð og þar með væru viðræðurnar lentar á vettvangi fjölmiðlanna í stað þess að fara fram við samningaborðið, þar sem þær eiga heima. Það voru reyndar ekki allir í okkar röðum sammála þessari nálgun og vildu að við svöruðum fyrir okkur. Ég tel þó að þetta hafi reynst okkur farsælt."

---

læknar gætu þrýst á um kröfur sínar og þar á meðal farið í verkfall. „Spurningin var þá hvernig ætti að skipuleggja verkfallið því allsherjarverkfall lækna kom ekki til greina. Við horfðum til finnsku læknasamtakanna sem fóru í verkfall á 10. áratugnum og við höfðum heyrt af þeirra baráttu á fundum með norrænu samninganefndunum. Það sem okkur leist vel á í þeirra aðgerðum var að í stað þess að leggja niður störf á ákveðnum sjúkrahúsum, fóru ákveðnir hópar lækna í verkfall. Útfærslan var síðan unnin af okkur hér á skrifstofunni í samstarfi við aðgerðahópinn."

Aðspurð um hvort fyrri lota verkfallsins, sem hófst í lok október og lauk í desember með tveggja daga verkföllum og hléum á milli, og seinni lotan, sem hófst 5. janúar en stóð aðeins í tvo daga þar sem skrifað var undir samninginn 7. janúar, hefðu verið skipulagðar samhliða, segir Sólveig svo alls ekki vera.

„Það datt held ég engum í hug að við þyrftum að fara út í aðra og harðari lotu verkfalls á þeim tíma. Sem betur fór samdist áður en lengra var haldið inn í aðra lotuna. En verkfall lækna er eðli málsins samkvæmt mjög viðkvæmt. Verkfall verður auðvitað að hafa áhrif, það verður að bíta, en það má ekki valda skaða eða draga úr öryggi sjúklinga."

Miðstöð verkfallsins var í húsakynnum Læknafélagsins í Hlíðasmára og Sólveig segir að ákveðinn hópur fólks hafi mætt til verkfallsvörslu og sinnt henni af mikilli prýði. „Verkfallsvarslan var í rauninni meira formsatriði en annað og það urðu engir árekstrar og mjög lítill ágreiningur um túlkun. Maður hefði kannski viljað sjá fleiri mæta hér í Hlíðasmárann til verkfallsvörslunnar en þetta gekk allt saman ágætlega."

Sólveig segir almenningsálitið hafa unnið með læknum í þessari baráttu og fjölmiðlar hafi átt stóran þátt í að undirbúa þann jarðveg með ítarlegri umfjöllun um slæmt ástand heilbrigðiskerfisins. „Almenningur hafði áhyggjur af ástandinu og vildi að læknar næðu ásættanlegum samningi til að að kerfið liðaðist ekki í sundur. Það kom kannski stjórnvöldum á óvart hversu víðtækur þessi stuðningur var og tilraunir til að rjúfa hann fóru útum þúfur. Það var svo ánægjulegt að ríkisstjórnin skyldi óska eftir því að læknafélögin sameinuðust með henni í yfirlýsingu um endurreisn heilbrigðiskerfisins þegar samningar höfðu náðst. Vonandi markar það nýtt upphaf."

„Mjög lærdómsríkt en erfitt“

- segir Ómar Sigurvin Gunnarsson í samninganefndinni



„Við lögðum mikla vinnu í undirbúning að kröfugerð okkar og skoðuðum hver launin væru í löndunum í kringum okkur og einnig gerðum við skoðanakönnun meðal félagsmanna LÍ um hvaða laun þeir teldu sig geta sætt sig við,“ segir Ómar Sigurvin.

„Mesta nýbreytnin við þennan samning er uppbygging launatöflunnar og hvernig læknar geta samið sig upp töfluna. Þetta eykur möguleika launagreiðandans til að laða til sín ákveðið fólk sem hefur sérþekkingu sem stofnunin sækist eftir og getur nú greitt fyrir sérstaklega,“ segir Ómar Sigurvin sem var formaður Félags almennra lækna árin 2011-2014 og á sæti í samninganefnd LÍ.

„Við þekkjum það mjög vel frá undanförnum árum að fólk hefur orðið að fara í gegnum dómskerfið til að ná fram sjálfsögðum samningsbundnum réttindum sínum,“ segir Ómar Sigurvin. „Mjög mörg deilumál sem risið hafa útaf túlkun kjarasamnings hafa fallið læknunum í hag. Með því að útskýra betur í samningnum ákveðna þætti, eru báðir aðilar með leikreglurnar betur á hreinu. Við þurftum hins vegar að lúta í lægra haldi hvað varðar orðalag um hvíldartímaákvæði, veikindi og slys þar sem samninganefnd ríkisins var ekki tilbúin til að breyta texta samningsins sem er sá sami í öllum samningum opinberra starfsmanna. Vaktakafli samningsins verður samræmdur fyrir alla lækna og minnkar það flækjustig samningsins töluvert. Annað sem mögulega gerir samninginn sanngjarnari er að greiðslur fyrir gæsluvaktir verða greiddar eftir vinnuframlagi á vaktinni og ýmsir aukaþættir sem ekki hefur verið greitt fyrir verða nú greiddir. Með þessu verður launauppbyggingin gegnsærri og allir sitja við sama borð.“

Ómar Sigurvin segir að hann hefði viljað sjá laun kandídata og deildarlækna hækka meira en raun ber vitni þó hækkunin sé umtalsverð. „Til að mæta þessu er greitt meira fyrir staðarvaktir sem lenda mest á deildarlæknum og einnig að vaktafrí eru aukin til þeirra og þetta nýtist deildarlæknunum vel. Með þessum breytingum náum við vel ásættanlegum launahækkunum miðað við vinnuframlag. Þetta mun batna enn frekar eftir því sem líður á samningstímann.“

„Við lögðum mikla vinnu í undirbúning að kröfugerð okkar og skoðuðum hver launin væru í löndunum í kringum okkur og einnig gerðum við skoðanakönnun meðal félagsmanna LÍ um hvaða laun þeir teldu sig geta sætt sig við. Við náðum nokkurn veginn þeim mörkum sem félagsmenn nefndu fyrir sérfræðinga og yfirlækna en ekki alveg fyrir almennu læknana. Samningurinn leiðréttir þó að nokkru launaþróun almennu læknanna miðað við almenna launaþróun í landinu en þar höfðu þeir dregist verulega aftur úr. En við ætluðum líka að ná markmiðum okkar í launum yngri sérfræðinga, bæði til að halda í þá sem eru komnir heim og laða hingað þá sem eru erlendis. Samningurinn er stórt skref og gríðarlega mikilvægt skref í þá átt.“

Ómar Sigurvin dregur enga dul á að samningsgerðin öll og samningaviðræðurnar hafi verið erfiðar og langar. „Ég held að enginn læknir hafi trúað því að við þyrftum að fara alla leið í verkfall til að ná markmiðum okkar. Þegar við mættum á fyrsta fundinn með samninganefnd ríkisins eftir að hafa legið yfir kröfugerðinni í tæpt ár og lagt gríðarlega mikla vinnu í hana, bjuggumst við einhvern veginn við því að samninganefndin myndi taka hugmyndum okkar fagnandi og sjá hlutina í sama ljósi og við. Ekki síst vegna þess hver staðan væri í heilbrigðiskerfinu og mikilvægt að snúa þeirri þróun við. Það kom töluvert á óvart að samninganefnd ríkisins hafi ekki haft meira umboð til að semja við okkur í eina 6 mánuði áður en til verkfalls kom og einhver skriður tók að færast í samningana. Það jákvæða við þetta allt saman var hversu ótrúleg samstaða var meðal lækna og hversu mikla velvild og skilning almenningur sýndi okkur. Þetta var því mjög lærdómsríkt en ég held að læknum hafi jafnframt þótt þetta mjög erfitt.“



flutiform®
fluticason + formoterol

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)

NOR150201

norpharma

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.

„Gestabókin er ekki nettengd“

– segir Jörundur Kristinsson formaður orlofssjóðs LÍ

Hávar Sigurjónsson

Á vegum orlofssjóðs Læknafélags Íslands er rekin umfangsmikil starfsemi en í eigu sjóðsins eru 8 orlofshús og tvær íbúðir, auk nokkurra íbúða sem sjóðurinn leigir til handa félagsmönnum. Í lok síðasta árs var tekinn í notkun nýr bókunarvefur sjóðsins og í vor verður nýtt hús í boði á orlofssvæðinu í Svignaskarði.

Orlofssjóður Læknafélags Íslands er fjármagnaður með framlögum vinnuveitenda sem samið er um í kjarasamningum. „Það eru ekki allir sem átta sig á því að þetta er ekki dregið af launum heldur er þetta umsamið framlag vinnuveitanda, 0,25%, sem greiðist til viðbótar við launin. Ég hef því hugsað með velþóknun til nýja kjarasamningsins því með honum munu tekjur sjóðsins aukast og fjárhagur hans styrkjast,“ segir Jörundur léttur í bragði. Ásamt honum sitja í stjórn sjóðsins Bolli Bjarnason og Rafn Benediktsson. „Stjórnin er mjög samhent og rekstur sjóðsins hefur gengið vel á undanförnum árum.“

Nýr orlofsvefur

„Þegar ég tók við formennsku í Orlofssjóðnum snemma árs 2008 var nýlega búið að uppfæra vef orlofssjóðsins. Síðan hefur tíminn liðið og við vorum að lenda í vandræðum með nauðsynlegar uppfærslur á vefnum. Við fórum því að líta í kringum okkur eftir nýjum vef og niðurstaðan varð sú að við völdum Frímann frá AP Media og hann var tekinn í notkun seint á síðasta ári,“ segir Jörundur.

„Fyrsta breytingin sem notendur mæta þegar þeir fara inn á vefinn er að nota verður rafræn skilríki, eða íslykilinn, en það ætti nú ekki að vefjast fyrir neinum enda flestir nú þegar komnir með slíkt. Vefurinn er myndrænni og auðveldara að átta sig á valkostum. Þá er mun auðveldara fyrir starfsfólk skrifstofunnar að uppfæra upplýsingar á vefnum, sem er til þæginda fyrir notendur, og bæta við eða breyta valkostum með stuttum fyrirvara svo allar upplýsingar séu sem réttastar.“

Frá því vefurinn var tekinn í notkun fara allar bókanir fram í gegnum hann. Ekki er lengur hægt að hringja á skrifstofuna og bóka þannig. „Við teljum að þetta sé til mikillar hagræðingar því nú sitja allir við sama borð og bókanir eru skráðar strax. Þá er breyting fólgin í því að greitt er strax við bókun með kreditkorti og það teljum við að muni bæta nýtinguna og draga úr „draugabókunum“. Það vildi brenna við að fólk bókaði bústað, ætlaði svo að greiða síðar en hætti svo við án þess að láta vita og bústaðurinn var auður og ógreiddur þá vikuna.“

Jörundur bætir því við að ef fólk lendir í vandræðum með bókun á netinu er starfsfólk skrifstofunnar boðið og búið til aðstoðar. „Fólk getur komið á skrifstofuna og bókað þannig eða hringt og fengið aðstoð við netbókunina en þá er nauðsynlegt að hafa rafrænu skilríkin eða íslykilinn meðferðis.“

Að eiga og leigja

Sjóðurinn á bústaði á nokkrum stöðum, þrír í Brekkuskógi í Biskupstungum, einn í Vaðnesi í Grímsnesi, tveir við Hreðavatn í Borgarfirði, einn á Húsafelli. Þá er hús í eigu sjóðsins á Kirkjubæjarklaustri. Næsta sumar kemur húsið í Svignaskarði inn.

„Þetta er samskonar hús og húsin þrjú í Brekkuskógi en þó heldur stærra, 50 sentimetrum breiðara, sem gerir húsið allt heldur rýmra. Verktakinn er sá sami og byggði húsin þrjú í Brekkuskógi og húsið á Húsafelli. Húsið er staðsett á mjög vel skipulögðu orlofshúsasvæði þar sem góð þjónustumiðstöð er til staðar. Borgarfjörður er eitt vinsælasta orlofshúsasvæði landsins, og húsin okkar tvö við Hreðavatn hafa komið mjög vel út. Við erum því mjög ánægð með þessa fjárfestingu.“

Hús og íbúðir sem sjóðurinn býður upp á eru ýmist í eigu sjóðsins eða tekin á leigu. Jörundur segir það góðan kost þegar eftirspurnin er bundin við hluta ársins.

„Við höfum leigt nokkur hús og íbúðir yfir orlofstímann þegar eftirspurnin er hvað mest og reynslan hefur sýnt okkur að það er skynsamlegt. Það er ekki skynsamlegt að eiga húsnæði þar sem nýtingin er aðeins í þrjá til fjóra mánuði á ári og restina af árinu er bara lokað og læst. Sú var raunin með orlofshús sem við áttum austur á Héraði og einnig hús sem við áttum í Reykjadal í Þingeyjarsýslu. Við seldum bæði þessi hús. En við höfum aftur á móti komið til móts við eftirspurn með því að leigja orlofshús á Héraði yfir sumarið og það hefur komið ágætlega út.“

Sjóðurinn leigði á sínum tíma íbúð í Kaupmannahöfn, í Barcelona, Alicante og Strassborg fyrir félagsmenn. „Þetta kom



Nýjasta hús félagsins er í Brekkuskógi en í vor verður samskonar hús, örlítið stærra þó, tekið í notkun í Svignaskarði í Borgarfirði. Mynd Jörundur Kristinsson.



„Við viljum að fólk geti komið í húsin, þar sé allt hreint og snyrtilegt, allur búnaður í lagi svo fólk geti notið dvalarinnar, hvílt sig og slappað af," segir Jörundur Kristinsson formaður orlofsjóðs LÍ.

illa út fjárhagslega. Við hrunið 2008 varð leiga erlendis óheyrilega dýr og í raun sjálfhætt með slíkt. Við sögðum því upp leigusamningunum og ég tel að það hafi verið happaspor. Að mínu mati og stjórnar sjóðsins er meginhlutverk hans að bjóða upp á orlofskosti innanlands. Rándýr leiga erlendis myndi draga verulega úr getu sjóðsins til uppbyggingar hér heima."

Jörundur segir reynsluna sýna svart á hvítu að eftirspurn eftir orlofshúsunum árið um kring sé að miklu leyti bundin við Borgarfjörð í vestur og Árnessýslu í austur. „Við höfum boðið upp á vetrarleigu í Stykkishólmi, það gekk ekki og staðreyndin er einfaldlega sú að ef aksturstíminn frá höfuðborgarsvæðinu er meiri en einn og hálfur tímar eru húsin ekki tekin í helgarleigu yfir veturinn. Undantekningin er íbúðin okkar á Akureyri, hún er í stöðugri leigu og setið er um hana skíðatímabilið janúar-apríl. Þar er eftirspurnin slík að við erum að svipast um eftir annarri íbúð til kaups á Akureyri. Það þarf reyndar að huga vandlega að slíku því taka þarf tillit til þarfa fólks í orlofi. Við áttum áður íbúð á annarri hæð í blokk þar sem bjó annars bara venjulegt vinnandi fjölskyldufólk. Það fór ekki mjög vel saman. Við skiptum á henni og mjög góðri nýrri íbúð í keðjuhúsi þar sem er gott aðgengi fyrir fatlaða og mun betra næði."

Loks má nefna húsið á Kirkjubæjarklaustri sem Jörundur segir að hafi nokkra sérstöðu. „Þetta hús fékk fyrri stjórn á mjög góðu verði á sínum tíma og er gott hús. Það leigist vel út á sumrin og langt fram eftir hausti og þó vetrarleiga sé stopul er meiningin að eiga það áfram."

Leiga á húsum til að kanna eftirspurn á ákveðnum stöðum eða svæðum er góð aðferð til að komast að niðurstöðu um hvort kaupa eigi eða byggja hús. „Það er reyndar ekki alltaf auðvelt að finna hús til leigu. Við gerum ákveðnar kröfur um gæði húsanna og það takmarkar framboðið töluvert en síðan verður að segjast að leiguverð á sumarhúsum hefur hækkað mjög á síðustu árum með sívaxandi ferðamannastraumi. Það er ekki óalgengt að farið sé fram á kringum 90.000 krónur fyrir vikuleigu og þá er ekki endilega verið að bjóða neinn lúxus. Við hefðum mjög gjarnan viljað bjóða valkost í sumar á Snæfellsnesi en það hefur því miður ekki tekist. Við höfum hins vegar tekið hús á leigu í sumar á Suðureyri við Súgandafjörð sem kemur í stað íbúðarinnar sem við leigðum á Ísafirði en höfum ekki lengur. Það verður fróðlegt að sjá hvort Suðureyri höfðar til okkar fólks. Stutt er til Ísafjarðar gegnum göngin. Þá bjóðum við aftur í sumar íbúð í Vestmannaeyjum sem við gerðum í fyrsta skipti í fyrrasumar og kom mjög vel út. Einnig verðum við með bústað á Héraði á leigu í sumar."

Viðhald og umgengni

„Okkar stærsta vandamál í daglegum rekstri orlofshúsanna snýr að umgengni og þrifum," segir Jörundur en leggur áherslu á að það stafi ekki af slæmri umgengni í sjálfu sér, heldur fremur að fólk geri bara svo misjafnar kröfur. „Fólk er misjafnt og hugmyndir þess um þrifnað mjög ólíkar og það sem einum finnst gott finnst öðrum algjörlega óviðunandi. Það er auðvitað ekki hægt að gera öllum til hæfis en línuna má þó draga milli þess sem telja má hreinlætisárättu og hreinan sóðaskap. Langflestir vita hvar mörkin þar á milli liggja og oftast er þetta í lagi. Ég hef þó orðið vitni að umgengni sem ég er alls ekki sáttur við. Þá er til dæmis um ræða matarslettur á húsgögnum og veggjum, dýrahár í rúmum og húsgögnum húsa þar sem gæludýr eru ekki leyfð, opinn ísskápur, leirtau í uppþvottavél og ólæst útihurð."

Hvernig er brugðist við kvörtunum af þessu tagi?

„Ef það fer ekkert á milli mála að viðskilnaður síðasta leigjanda er slæmur áskiljum við okkur rétt til að þrífa húsið eða íbúðina á kostnað viðkomandi. En ég vil líka taka fram að umsjónarmaður okkar lítur yfir húsnæðið á milli gesta til að ganga úr skugga um að viðskilnaður sé sómasamlegur. Þetta geta verið mjög erfið mál og mikilvægt að allir njóti sanngirni."

Loks nefnir Jörundur að félagsmenn sjálfir megi alveg vera duglegri við að koma athugasemdum á framfæri við skrifstofu félagsins og í því samhengi segir hann hlæjandi að gestabókin sé ekki nettengd. „Það hefur afskaplega lítinn tilgang að skrifa kvartanir í gestabókina. Ef kaffivélin er biluð eða leirtau brotnar þarf ekki annað en senda okkur póst. Hvert hús á sér sinn föstra sem sinnir húsunum og við viljum að allt sé í 100% lagi. Það er ekkert mál fyrir okkur að sinna viðhaldinu ef við fáum ábendingar um hvað er í ólagi eða vantar. Við viljum að fólk geti komið í húsin, þar sé allt hreint og snyrtilegt, allur búnaður í lagi svo fólk geti notið dvalarinnar, hvílt sig og slappað af. Það er jú tilgangurinn með þessu öllu."

Læknadagar í ljósi vonar um betri tíð

Hávar Sigurjónsson



Ásgeir Haraldsson barnalæknir og Gunnar Bjarni Ragnarsson krabbameinslæknir og formaður Fræðslustofnunar LÍ.

Það er óhætt að segja að gleði hafi ríkt við setningu Læknadaga í ár. Nýgerðir kjarasamningar vekja von í brjóstum lækna um viðsnúning í heilbrigðiskerfinu, sögðu þeir báðir í ávörpum sínum, Gunnar Bjarni Ragnarsson formaður Fræðslustofnunar LÍ og Þorbjörn Jónsson formaður LÍ.

Við setningu Læknadaganna steig Sverrir Jakobsson sagnfræðingur á stokk og rakti í stórum dráttum áhrif hinna ýmsu lækna á mannkynssöguna, en yfirskrift tölu hans var „Læknar í leiðtogahlutverki".

Sverrir gat þess reyndar í upphafi að hann hefði ekki gert sér grein fyrir að honum væri ætlað að vera aðalatriðið við setninguna en kvaðst þó myndu gera sitt besta til að skemmta viðstöddum. Hann rifjaði síðan upp að nafnþekktir faraóar Egypta voru sagðir læknismenntaðir að þeirra tíma sið samkvæmt fornum heimildum en löngu síðar hefðu hugmyndir manna um lækningamátt konungborinna breyst í þá veru að konungdómi fylgdi sjálfkrafa lækningamáttur. Hefði verið nokkur samkeppni milli konunga í Evrópu á miðöldum um hver gæti læknað flesta og skipti þá mestu máli að velja sjúka sem líklegir voru til að ná heilsu hvort eð er. Sverrir rakti feril fleiri lækna sem sátu við stjórnvölinn um lengri eða skemmri tíma: Che Guevara á Kúbu, Banda í Malaví, Papa Doc (Francois Duvalier) á Haiti.

Sverrir sló botninn í erindi sitt með því að bregða upp mynd af borgarstjóranum í Reykjavík og norska forsætisráðherranum fyrrverandi, Degi B. Eggertssyni og Gro Harlem Brundtland, en þau eru bæði læknismenntuð og mun það hafa reynst þeim vel við stjórnmálaþátttökuna. Niðurstaðan er kannski sú að læknum lætur betur að stjórna en láta að stjórn.

Dagskrá Læknadaganna var þéttskipuð og að sögn Margrétar Aðalsteinsdóttur framkvæmdastjóra Læknadaga sem umsjón hefur með skráningum gekk netskráning vel og greinilegt að margir nýta sér veglegan afslátt sem fæst með skráningu á alla dagana fremur en borga fyrir einstaka daga. Læknadagarnir íslensku njóta alþjóðlegrar viðurkenningar sem símenntunarþing og hvetur það lækna eflaust enn frekar til þátttöku.



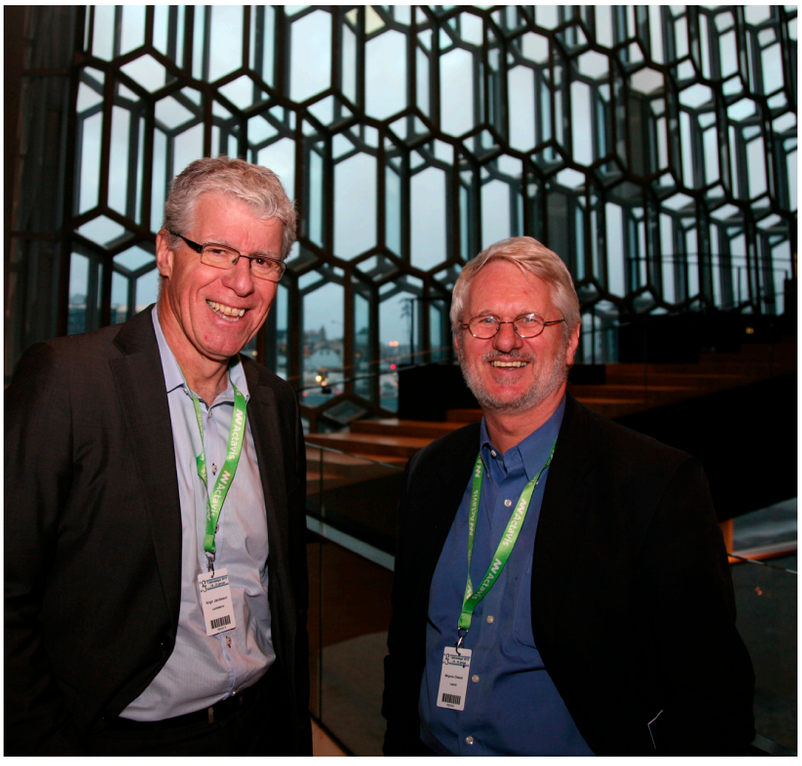
Jóhann Heiðar Jóhannsson meinafræðingur, Guðrún Hauksdóttir meinafræðingur, Þorbjörn Jónsson formaður LÍ og Birna Jónsdóttir röntgenlæknir og fyrrverandi formaður LÍ.



Sigrún Arnardóttir kvensjúkdómalæknir, Elísabet Arna Helgadóttir kvensjúkdómalæknir, Tómas Guðbjartsson hjartaskurðlæknir og Dagur B. Eggertsson borgarstjóri.



Sverrir Jakobsson sagnfræðingur sagði frá læknum í leiðtogahlutverki. Á tjaldinu má sjá jafnaðarmennina Dag B. Eggertsson borgarstjóra í Reykjavík og Gro Harlem Brundtland fyrrverandi forsætisráðherra Noregs og framkvæmdastjóra Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, WHO.



Birgir Jakobsson landlæknir og Magnús Ólason endurhæfingarlæknir.



Fulltrúar Læknablaðsins, Sigdís Þóra Sigþórsdóttir auglýsingastjóri og Védís Skarphéðinsdóttir ritstjórnarfulltrúi.



Fundarstjórinn Þórgunnur Ársælsdóttir geðlæknir, Óttar Guðmundsson, Ólöf Garðarsdóttir og Richard Hamblyn.



Pétur Eggerz flutti brot úr leikverkinu Eldklerkurinn Jón Steingrímsson.

Mannfall á Íslandi – sólarlaust í Evrópu

Hávar Sigurjónsson

Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar fagnaði 50 ára afmæli sínu þann 18. desember síðastliðinn. Af því tilefni var efnt til málþings á Læknadögum undir yfirskriftinni *Heilbrigði og Skaftáreldar 1783*.

Fyrirlesarar voru tveir, Ólöf Garðarsdóttir prófessor flutti erindið „Mannfall í kjölfar Skaftárelda 1783-1785“ og breski prófessorinn og rithöfundurinn Richard Hamblyn flutti erindið „The Year of the Ashie“. The Volcanic fog of 1783.

Formaður félagsins, Óttar Guðmundsson geðlæknir, setti málþingið og rakti í stuttu máli söguna og minntist aðalhvatamannsins að stofnun þess, Jóns Steffensen prófessors.

Í erindi Ólafar Garðarsdóttur komu fram ýmsar fróðlegar tölfræðilegar upplýsingar um áhrif Skaftárelda á búsmala og mannfólk á Íslandi og erfitt er fyrir nútímafólk að gera sér hugarlund hversu skelfilegt ástand skapaðist hér á landi í kjölfar náttúruhamfaranna. Ungbarnadauði margfaldaðist og var hann þó ærinn fyrir. Dánartíðni í öðrum aldurshópum margfaldaðist einnig en hungursneyð ríkti á landinu enda féllu nær 90% af sauðfjárstofni landsmanna og ríflega helmingur nautgripa. Athygli fundargesta var vakin á því að konur virtust þola hörmungarnar betur en karlar og sagði Ólöf ekki einhlíta skýringu á því. Segja má að ekki hafi ein báran verið stök, því árið eftir eldsumbrotin geisaði bólusótt í landinu og felldi marga enda viðnámsþróttur þjóðarinnar í lágmarki eftir viðvarandi hungur og vergang.

Ekki var síður fróðlegt erindi Richards Hamblyn en hann sagði frá áhrifum Skaftárelda á Bretlandi og meginlandi Evrópu. Yfirskrift erindis hans segir hluta sögunnar þar sem sumarið 1783 var einstakt í sögunni, öskuský lá yfir Evrópu í 2-3 mánuði samfleytt, lofthiti var meiri en sögur höfðu áður farið af og síðan varð veturinn eftir sá kaldasti í manna minnum. Áhrif öskuskýsins á heilsufar fólks í Evrópu voru veruleg en dánartíðni snarhækkaði af völdum ýmissa pesta og sýkinga, sérstaklega öndunarfærasýkinga, og urðu lágstéttirnar verst úti eins og viðbúið var.

Hamblyn sagði að heimildir um þetta „sumar öskunnar“ í Evrópu væru fjölmargar, dagbókarskrifarar í Englandi, Frakklandi og Ítalíu lýstu veðurfari af nákvæmni og sögðu varla sjást til sólar svo dögum skipti, loftið var þurrt og fúlt svo sveið í lungun og kirkjunnar menn hvöttu fólk til að gera yfirbót enda væri þetta refsing af himnum ofan fyrir spillt líferni mannfólksins. Hamblyn dró upp sterka mynd af þeim ótta sem skapaðist



Þessa mynd tók Ragnar Axelsson ljósmyndari Morgunblaðsins 11. desember 2014 af gosinu í Holuhrauni sem hafði þá staðið í tæpa fjóra mánuði, frá ágústlokum.

við þessar aðstæður enda vissi fólk ekki af hverju þær stöfuðu, enginn hafði fregnir af eldgosi uppi á Íslandi og þekking manna náði ekki svo langt að tengja aðstæður við eldsumbrot yfirhöfuð. Það var ekki fyrr en ári síðar að fyrsta tilgátan kom fram um að eldgos gæti verið orsökin og nokkru síðar gat sendiherra nýstofnaðra Bandaríkja Norður-Ameríku í París sér þess til að eldgos á Íslandi væri orsök öskuskýsins. Þessi sendiherra var náttúrufræðingurinn og stjórnmálamaðurinn Benjamin Franklin. Aðspurður kvaðst Hamblyn ekki vilja ganga svo langt að segja öskuskýið af völdum Skaftárelda vera orsök frönsku byltingarinnar 1789 eins og sumir sagnfræðingar hafa lagt til en þó væru áhrif náttúruhamfara á framgang mannkynssögunnar í einhverjum tilfellum vanmetin.



Gunnar Hrafnsson, Jóhanna Þórhallsdóttir og Páll Torfi Önundarson slógu strengi sína fyrir gesti hins fimmtuga félags.

Á milli erindanna steig leikarinn Pétur Eggerz á stokk og flutti gestum hluta af leikverki sínu um eldklerkinn Jón Steingrímsson og var honum klappað lof í lófa að loknum flutningi. Gestum var síðan boðið upp á sérríglas í anda Jóns Steffensen við ljúfa tóna tónlistartríós skipuðu þeim Jóhönnu Þórhallsdóttur söngkonu, Páli Torfa Önundarsyni (dr. Blood) og Gunnari Hrafnssyni. Tríóið lék líka lagið *Því ekki að taka lífið létt* sem rannsóknir hafa leitt í ljós að var spilað í Ríkisútvarpinu í desember 1964, einmitt þegar Jón Steffensen var á leiðinni útúr dyrunum heima hjá sér til að stofna Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar.

Hvaða sérgreinar vekja mestan áhuga læknanema?

Eyþór Björnsson
eyb8@hi.is
Sigrún Tinna Gunnarsdóttir
Ívar Marinó Lilliendahl

Öll læknanemar á 5. ári í Háskóla Íslands

Að velja sérgrein er ein stærsta ákvörðun sem læknanemar standa frammi fyrir að grunnnámi loknu. Ýmsir þættir hafa áhrif á valið, eins og laun, vinnutími og vaktaálag, nánd við sjúklinga og möguleikar til rannsókna. Einnig má ætla að vinnuumhverfi og aðstæður hér á landi eigi ríkan þátt í að móta val á sérgrein. Í þessu greinarkorni kynnum við niðurstöður könnunar sem ætlað var að varpa ljósi á hvaða sérgreinar vekja mestan áhuga læknanema hér á landi.

Könnun á áhuga læknanema á sérgreinum

Á haustdögum 2013 buðum við læknanemum við Háskóla Íslands að svara könnun um áhuga þeirra á sérgreinum innan læknisfræðinnar. Könnunin var send á netföng 301 læknanema á öllum námsárum og hlekkur á hana birtur í hópi læknanema á samfélagssíðunni Facebook. Könnunin var nafnlaus og aðgengileg í rúma viku.

Alls bárust svör frá 205 læknanemum, 86 körlum og 119 konum, svarhlutfallið var 68%. Fáir læknanemar höfðu þegar ákveðið hvaða sérgrein þeir ætluðu að velja að grunnnámi loknu, eða aðeins um 13% svarenda. Einn hugði ekki á sérnám í læknisfræði. Læknanemar voru beðnir að velja af lista eina sérgrein sem þeir höfðu mestan áhuga á (mynd 1). Þeir sem völdu lyflækningar eða skurðlækningar voru beðnir um að tilgreina eina undirsérgrein af lista (mynd 2 og mynd 3).

Skurðlækningar vinsælastar

Flestir sögðust myndu velja skurðlækningar, eða rúmur þriðjungur svarenda (mynd 1). Af þeim 71 sem völdu skurðlækningar voru 36 karlar og 35 konur. Af undirsérgreinum skurðlækninga voru almennar skurðlækningar og hjartaskurðlækningar vinsælastar (mynd 2). Val kynjanna á undirsérgreinum var nokkuð líkt. Bæklunarskurðlækningar skáru sig þó úr þar sem 8 karlmenn völdu þá grein en aðeins tvær konur. Konur voru hins vegar í meirihluta þeirra sem völdu heila- og taugaskurðlækningar.

Lyflækningar

Á eftir skurðlækningum höfðu flestir læknanemar áhuga á lyflækningum, eða rúmur fimmtungur (mynd 1). Það voru 45 sem völdu greinina, 23 konur og 22 karlar. Hjartalækningar voru vinsælasta undirsérgreinin, tæplega þriðjungur valdi þær (mynd 3). Athygli vekur að afar fáir völdu lungnalækningar, meltingarlækningar og nýrnalækningar. Ekki var teljandi munur á kynjunum í vali á undirsérgreinum að undanteknum krabbameinslækningum, en aðeins konur völdu þá grein.

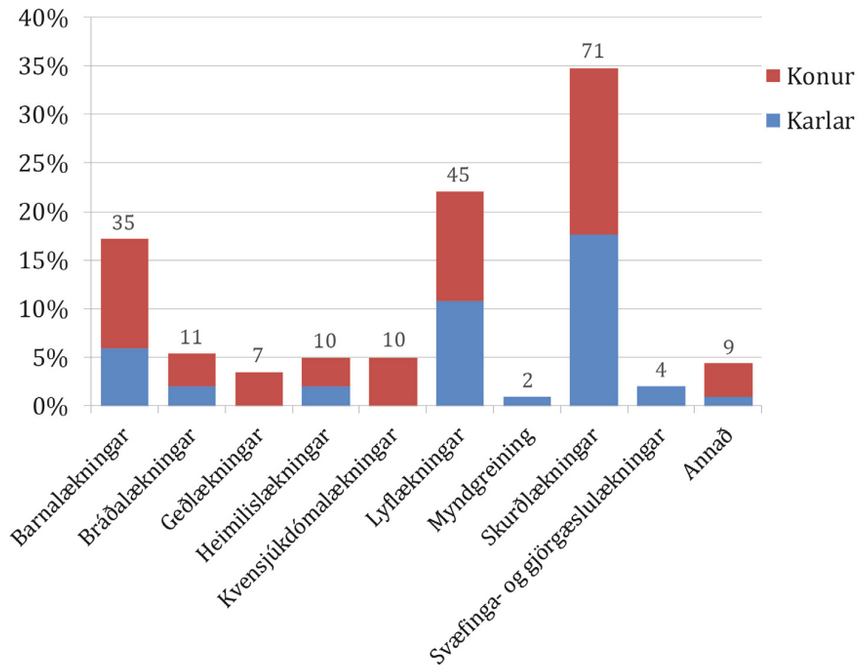
Aðrar sérgreinar

Alls sögðust 35 læknanemar (17%) hafa áhuga á að sérhæfa sig í barnalækningum (mynd 1), tveir þriðju voru konur. Athygli vekur að eingöngu konur völdu geðlækningar og fæðinga- og kvensjúkdómalækningar en aðeins karlar völdu myndgreiningu og svæfinga- og gjörgæslulækningar.

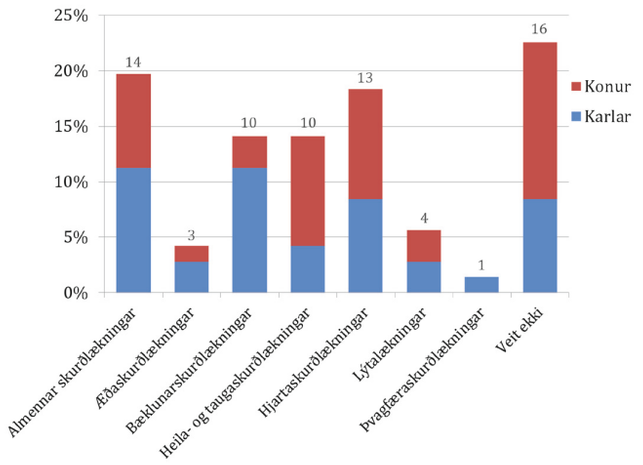
Niðurlag

Undanfarna áratugi hefur hlutur kvenna í læknastétt farið vaxandi og nú eru konur meirihluti læknanema við læknadeild. Rannsóknir hafa sýnt að val á sérgreinum er að miklu leyti kynbundið. Hér á landi hefur hlutfall kvenna eftir sérgreinum verið svipað og víða erlendis, hæst í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum en lægst í skurðlækningum og bráðalækningum.[1]

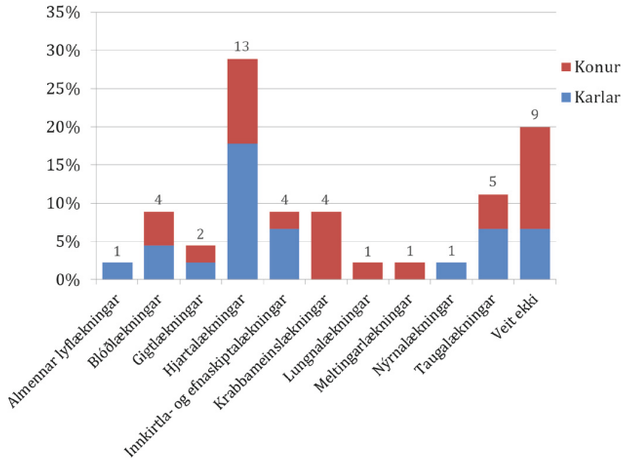
Athygli vekur að í þessari könnun voru konur helmingur þeirra læknanema sem



Mynd 1. *Áhugi læknanema á sérgreinum í læknisfræði.*



Mynd 2. *Áhugi á undirsérgreinum skurðlækninga.*



Mynd 3. *Áhugi á undirsérgreinum lyflækninga.*

hafði mestan áhuga á skurðlækningum. Þetta er ánægjulegt í ljósi þess að hlutfall kvenna í skurðlækningum á Íslandi er enn afar lágt. Undanfarin ár hafa konur í auknum mæli sótt í skurðlækningar en þær voru um fimmtungur íslenskra skurðlækna í sérnámi árið 2010.[2] Því er útlit fyrir að konum í skurðlækningum haldi áfram að fjölga í framtíðinni.

Þegar könnunin var lögð fyrir, á haustdögum 2013, blasti við afar erfitt ástand á lyflækningasviði þar sem mannekla og mikið álag á sérfræðinga var í algleymingi. Erfitt er þó að henda reiður á hvort þessar þrengingar hafi haft áhrif á viðhorf læknanema til sérgreina lyflækninga.

Rétt er að hafa hugfast að fæstir læknanemar höfðu gert upp hug sinn um val á sérgrein í framtíðinni. Því má telja líklegt að áhugasvið þeirra kunni að breytast með breyttu námsumhverfi og áherslum í námi, frá einu námsári til annars. Því er erfitt að spá fyrir um endanlegt val þessa hóps læknanema á sérnámi í framtíðinni.

Heimildir

1 Haraldsson Þ. Norðurevrópskt þing kvenna í læknastétt. Kynjamunur í heilsu helsta umræðuefnið. Læknablaðið 2005; 91: 857-9.
2. Guðbjartsson T, Viðarsdóttir H, Magnússon S. Menntun, starfsvettvangur og framtíðarhorfur á vinnumarkaði íslenskra skurðlækna. Læknablaðið 2010; 96: 603-9.



Okkur vantar svæfingalækna í Danmörku.
Nýir starfsmöguleikar í hópi alþóðlegra sérfræðinga með fagmennsku í fyrirrúmi.

Anæstesiologisk Center – á Sjúkrahúsi Suðurjótlands, býður nú þennan möguleika og auglýsir lausar til umsóknar, stöður svæfingalækna. Við erum framsækin deild með 25 svæfingalækna sem hlakka til að bjóða nýja kollega velkomna. Við bjóðum upp á stóran sveigjanleika í ráðningum. Þannig er mögulegt að sækja um fastar stöður eða, ef það hentar betur, afleysingarstöður. Ráðningar í afleysingarstöður verða þó minnst til 6 mánaða í einu til að tryggja faglegan stöðugleika í læknateyminu.

Við leggjum áherslu á að nýtt starfsfólk fái ýtarlega kynningu á sjúkrahúsinu, faglegu umhverfi, sérgreinum sjúkrahússins, og möguleikum til faglegrar starfsþróunar og rannsókna.

Okkur er annt um að nýr starfskraftur aðlagist nýju umhverfi sem best. Því leggjum áherslu á að þú fáir góða kynningu á danska heilbrigðiskerfinu sem og danskri menningu.

Við bjóðum þér aðstoð með allt þetta praktíska, danskt lækningaleyfi, húsnæði, stuðning við að finna vinnu fyrir maka, barnapössun, mögulega frístundaiðkun og tengslanet. Að sjálfsögðu bjóðum við einnig faglega aðstoð við að nýta sem best þá kosti danska skattakerfisins sem lúta að erlendum sérfræðilæknum.

Starfsvettvangur svæfingasviðs er innan skurðstofu, gjörgæslu, neyðarbíls og bráðamóttöku og er staðsett á tveimur sjúkrahúsum, í Sønderborg og Aabenraa. Þess utan sinnum við svæfingum fyrir geðsvið, röntgendeild og hjartadeild.

Allar nánari upplýsingar um stöðurnar og sjúkrahúsið veita:

Centerchef Lars Demant, tlf. +45 30660356, e-mail: lars.demant@rsyd.dk.

Klinikleder Siv Leivdal, tlf. +45 24804576, e-mail: siv.leivdal@rsyd.dk.

Klinikleder Christian Bruun-Mogensen, tlf. +45 24804570, e-mail: christian.bruun-mogensen@rsyd.dk.

Athafnasvæði Sygehus Sønderjylland er á Suður Jótlandi. Hafir þú áhuga á að kynna þér Suður Jótland nánar er hugsanlega ráð að horfa á stutta kynningarmynd hér „Destination Sønderjylland" (3 mín). Hafir þú áhuga á meiru, þá er hér almenn kynning á hvað Danmörk hefur upp á að bjóða séð með augum aðfluttra „Denmark - Your Future Career Destination?" eða á heimasíðu „Talent Attraction Denmark" .

Region Syddanmark

www.sygehussoenderjylland.dk

Sygehus Sønderjylland

▼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 mg 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). Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE), og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum**. Skammtar og lyfjagjöf**: *Forvörn gegn bláæðasegareki (VTEp): valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti:* Ráðlagður skammtur af Eliquis er 2,5 mg til inntöku, tvisvar sinnum á sólarhring. Fyrsta skammtinn á að taka 12-24 klst. eftir að skurðaðgerð lýkur. Læknar þurfa að íhuga hugsanlega kosti segavarnarforvarnar gegn bláæðasegareki fyrr sem og hættu á blæðingu eftir skurðaðgerð þegar tími lyfjagjafar er ákveðinn innan þessa tímaramma. *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 af Eliquis 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. *Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum, meðferð við lungnasegareki og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki (VTEt):* Ráðlagður skammtur af Eliquis til meðferðar við bráðri segamyndun í djúplægum bláæðum og meðferðar við lungnasegareki er 10 mg til inntöku tvisvar á sólarhring fyrstu 7 dagana (hámarks dagskammtur: 20 mg), en eftir það 5 mg til inntöku tvisvar á sólarhring (hámarks dagskammtur: 10 mg). Samkvæmt fyrirliggjandi meðferðarleiðbeiningum ætti takmörkuð tímalengd meðferðar (ekki skemmri en 3 mánuðir) að byggja á skammvinnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, áverka, rúmlegu). Ráðlagður skammtur af Eliquis sem forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki er 2,5 mg til inntöku tvisvar á sólarhring (hámarks dagskammtur: 5 mg). Þegar lyfið er notað sem forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki ætti að hefja meðferð með 2,5 mg skammti tvisvar á sólarhring að lokinni 6 mánaða meðferð með Eliquis með skammtastærðinni 5 mg tvisvar á sólarhring, eða meðferð með öðru segavarnarlyfi. Tímalengd heildarmeðferðar skal vera einstaklingsbundin og ákveðin að undangengnu ítarlegu mati á ávinningi meðferðar og hættu á blæðingum. *Skipt um lyf:* Skipta má úr segavarnarlyfi til inndælingar yfir í Eliquis (og öfugt) við næsta áætlaðan skammt. Þessi lyf ætti ekki að gefa samtímis. *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 í þeim sérstöku tilvikum þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – 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. janúar 2015: 2,5 mg 60 stk.: 13.939 kr., 2,5 mg 168 stk.: 38.835 kr., 5 mg 14 stk.: 4.450 kr., 5 mg 100 stk.: 22.989 kr., 5 mg 168 stk.: 38.835 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.
Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 28. júlí 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.

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 410122

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 inniheldur 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 fituprótеinum 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. **Afgreiðsluflokkur:** 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

HVÍTTA HÚSIÐ / SÍA · Actavis 410122

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 móllunga) 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 (kreatínín úthreinsun 15 - 29 ml/mín.) sýna marktæka hækkun á þéttni rivaroxabans í plasma. Því skal gæta varúðar þegar Xarelto er notað hjá þeim sjúklingum. Notkun er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með kreatínín úthreinsun < 15 ml/mín. Hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30-49 ml/mín.) eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 15-29 ml/mín.) eiga eftirfarandi skammtar við: Sem fyrirbyggjandi við heilablóðfalli eða segamyndun hjá sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms, er ráðlagður skammtur 15 mg einu sinni á dag. Sem meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og sem fyrirbyggjandi við endurteknum tilvikum segamyndunar í djúpbláæðum og segareks í lungum skal meðhöndla sjúklinga með 15 mg tvisvar á dag fyrstu 3 vikurnar. Eftir það er ráðlagður skammtur 20 mg einu sinni á dag. Íhuga skal að minnka skammta úr 20 mg einu sinni á dag í 15 mg einu sinni á dag ef áætluð blæðingahætta sjúklingsins er talin vega þyngra en hætta á endurteknum tilvikum segamyndunar í djúpbláæðum og segareks í lungum. Ráðleggingar um notkun 15 mg skammts byggja á lyfjahvarfalíkani og hafa ekki verið rannsakaðar við þessar klínísku aðstæður. Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með vægt skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 50-80 ml/mín.) *Skert lifrarstarfsemi:* Xarelto er ekki ætlað sjúklingum með lifrarsjúkdóm með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur með Child Pugh B og C. *Börn:* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Xarelto hjá börnum á aldrinum 0 til 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. Því er ekki mælt með notkun Xarelto fyrir börn yngri en 18 ára. *Sjúklingar sem gangast undir rafvendingu:* Hefja má eða halda áfram notkun Xarelto hjá sjúklingum sem gætu þurft að gangast undir rafvendingu. Við rafvendingu sem stýrt er með ómskoðun hjarta um vélinda (transesophageal echocardiogram, TEE) hjá sjúklingum sem ekki hafa áður fengið segavarnarlyf á að hefja meðferð með Xarelto a.m.k. 4 klukkustundum fyrir rafvendingu til að tryggja fullnægjandi segavörn. Áður en rafvending er gerð á að leita staðfestingar á því **hjá öllum sjúklingum** að þeir hafi tekið Xarelto samkvæmt ávísun. Við ákvörðun um að hefja meðferð og um meðferðarlengd á að hafa hliðsjón af gildandi leiðbeiningum um segavarnir hjá sjúklingum sem gangast undir rafvendingu. 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 töflunа um magasondu í lítlu 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, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðing, þekkta æðahnútar í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (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 talið hjá sjúklingum með skorpulifur 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 örygiskort áður en meðferð er hafin.
Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R, G. **Pakkningar og hámarkssmásöluverð (janúar 2015):** Þynnupakkningar: 28 töflur (15.928 kr.), 42 töflur (23.012 kr. – einungis 15 mg), 98 töflur (50.125 kr.), 100 töflur (51.095 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 frekari upplýsingum um lyfið. **Heimildir:** Samantekt á eiginleikum lyfs, 18. desember 2014. Sérlyfjaskrártexta í heild sinni má nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar: www.serlyfjaskra.is.

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. janúar 2015):50+5míkróg. 120 úðaskammtar: 7.182 kr, 125+5 míkróg 120 úðaskammtar: 9.493 kr, 250+5 míkróg. 120 úðaskammtar: 12.118 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.

▼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.

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. Meðferðaríma 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 meðferðarlækninn 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 ٣٠٠ mg sólarhringsskammti sem eitt ١١٠ 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 væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára: Meta skal nýrnastarfsemi a.m.k. einu sinni á ári, eða oftar eftir þörfum, við ákveðnar klínískar aðstæður meðan á meðferð með Pradaxa stendur þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aðferðin sem er notuð til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín) meðan á klínísku þróunarferli fyrir Pradaxa stóð var Cockgroft-Gault **aðferðin. Jafnan er eftirfarandi:** Fyrir kreatínín í µmol/l: (1,23 ´ (140-aldur [ár]) ´ þyngd [kg] (´ 0,85 ef kona))/ (kreatínín í sermi [µmol/l]). Fyrir kreatínín í mg/dl: ((140-aldur [ár]) ´ þyngd [kg] (´ 0,85 ef kona))/ (72 ´ kreatínín í sermi [mg/dl]). Mælt er með þessari aðferð þegar meta þarf CrCL hjá sjúklingum bæði áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. 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 ١١**0 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 **þát**ttöku 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 blæð (UFH)).** *Pradaxa meðferð í Kvítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftirfarandi hátt: CrCL **≥ ٥٠** ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥ 30< 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 ٥٢٥ eða í gegnum www.pradaxa.is. **Markaðsleyfishafi:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, **Þýskaland**. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 12/2014. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð (Jan 2015)**: Pradaxa 150 mg, 60 stk. 16.395 kr.; Pradaxa 150 mg, 180 stk. 44.771 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R, einungis afgreitt gegn lyfseðli. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G Sjá nánari upplýsingar á www.lgn.is

Pradaxa® dabigatran
Transforming anticoagulation

Boehringer Ingelheim

Geðlæknafélag Íslands

Frá formanni Geðlæknafélags Íslands

Skemmtilegustu kollegarnir

Þórgunnur Ársælsdóttir
geðlæknir,
formaður félagsins
thorgunn@landspitali.is



Geðlæknafélag Íslands var stofnað árið 1960, félagar eru rúmlega 80 sérfræðingar og námslæknar hér á landi. Rúmur helmingur starfar á spítala eða öðrum heilbrigðisstofnunum og um þriðjungur á stofu.

Meðferð sjúklinga með geðraskanir hefur undanfarin ár verið að færast frá stofnunum út í samfélagið og leguplássum fækkað mikið frá aldamótum. Áhersla hefur verið lögð á að gera þeim sem eru langveikir kleift að eiga heimili utan stofnana og fá til þess viðeigandi stuðning.

Á Íslandi eru tvær geðdeildir, sú stærri við Landspítalann en einnig er legudeild og göngudeildarþjónusta við Sjúkrahúsið á Akureyri. Á Landspítalanum við Hringbraut er ein bráðageðdeild, og þrjár móttökudeildir með leguplássum, en ein þeirra sérhæfir sig í meðferð einstaklinga með fíkn og alvarlegar geðraskanir. Á Hringbraut er einnig göngudeild og bráðaþjónusta. Á Kleppi eru tvær endurhæfingardeildir. Önnur sinnir fremur langveikum með fjölþættari þarfir. Jafnframt eru á Kleppi öryggisdeild og göngudeild og eina réttargeðdeildin hér á landi, sem áður var á Sogni. Á Hvítabandinu við Skólavörðustíg er dagdeildarmeðferð fyrir fólk með langvinnt þunglyndi og/eða kvíða og persónuleikaraskanir, þar er einnig dagdeild og göngudeild fyrir átröskunarsjúklinga. Samfélagsgeðteymi spítalans hefur aðsetur á Reynimel, og við Laugarásveg er sérhæfð deild fyrir ungt fólk með byrjandi geðrofssjúkdóma. Auk þessara sérhæfðu teyma er einnig starfandi við spítalann teymi sem sinnir greiningu og meðferð á fullorðnum með ADHD og þjónusta fyrir fjölskyldur ungra barna þegar foreldri glímir við geðrænan vanda. Geðlækningar barna og ungmenna undir 18 ára aldri tilheyra barna- og unglingageðdeildinni sem heyrir undir barna- og kvennasvið Landspítala.

Vandamál skjólstæðinga okkar eru oft flókin og krefjast samvinnu við aðrar fagstéttir. Innan heilbrigðiskerfisins starfa geðlæknar gjarnan í teymisvinnu með geðhjúkrunarfræðingum, sálfræðingum, félagsráðgjöfum og iðjuþjálfum.

Geðsjúkdómar eru algengir og eru ein helsta orsök örorku hjá ungu fólki víðast hvar í hinum vestræna heimi. Flestir alvarlegir geðsjúkdómar byrja hjá ungu fólki og því er mikilvægt að sinna þeim hópi vel.

Aðsókn á stofu hjá geðlæknum er mikil hér og oft erfitt að komast að. Hægt er að leggja stund á sérnám í geðlækningum hér á landi.

Það er gaman að geta þess að þegar ég byrjaði að læra geðlækningar árið 1997 hitti ég augnlækni sem spurði mig aftur og aftur hvort ég væri alveg viss um að ég vildi fara út í þetta fag. Ég játti því og spurði hvers vegna hann spyrði svona þráfaldlega. Þá tók hann af sér þykk gleraugun, benti á þau og sagði: „sjáðu þessi... og ég fór í augnlækningar!“ Þetta var fyrir tíma laseraðgerða á augum og það má segja nú til dags að það sjáist ekki alltaf á fólki hvort það sé nærsýnt eða fjærsýnt. Það sést ekki heldur endilega á fólki hvort það þjáist af geðsjúkdómum.

Neikvæðar hugmyndir um geðsjúkdóma hafa fylgt mannkyni gegnum aldirnar, bæði um sjúkdómana sjálfa, þá sem þá bera og fjölskyldur þeirra. Við sem vinnum við geðlækningar fáum okkar skerf og meðferðirnar okkar líka. Það á sérstaklega við um lyfjameðferðina. Með reglulegu millibili kemur upp umræða um að geðlyf virki ekki, eða að þau séu ofnotuð, eða misnotuð. Geðlyfin lúta sömu lögmálum og lyf við öðrum sjúkdómum, eru hvorki betri né verri og aldeilis ekki yfir gagnrýni hafin. En gegndarlaus áróður gegn lyfjameðferð undanfarin ár hefur að mínu mati verið til skaða. Margir finna fyrir vikið til sektarkenndar yfir því að vera á slíkum lyfjum og setja það jafnvel sem markmið að losna við lyfin, ofar því að ná heilsu. Þetta er mér til efs að þekkist í öðrum greinum læknisfræðinnar. Vinnan gegn fordómunum getur einnig verið gefandi á sinn hátt og gefið vind í seglin hjá okkur sem erum svo lánsöm að vinna í þessu áhugaverða fagi. Margir hugrakkir einstaklingar hafa einnig stigið fram og lagt sitt af mörkum í þessari baráttu, og eru slíkar hetjudáðir ómetanlegar í okkar litla samfélagi.

Gagnreyndar meðferðir við geðsjúkdómum eru fleiri en lyfjameðferðir og þar má nefna viðtalsmeðferð af ýmsu tagi. Þá er endurhæfing eftir alvarleg veikindi afar mikilvægur þáttur í bataferlinu. Endurhæfingarúrræði hafa eflst mjög á síðari árum, bæði innan sjúkrastofnana og utan, og batastefnan að festa sig í sessi. Ýmis öflug sjúklingasamtök hafa margt í boði til að styrkja fólk félagslega og virkja.

Í fagi eins og geðlækningum er jafnvel enn mikilvægara en í öðrum greinum að efla rannsóknir. Á vegum félagsins eru haldin öflug vísindaþing annað hvert ár. Það eru veglegar og skemmtilegar samkomur þar sem dugnaður margra kollega minna fyllir mig bjartsýni.

Í lokin vil ég víkja að viðvörunum augnlæknisins góða. Hugmyndin um að geðlæknar og þar með félagar í Geðlæknafélagi Íslands séu dálítið skrýtnir er ekki ný af nálinni. Þessa hugmynd mætti ef til vill flokka sem fordóma eða fáfræði, en ef vel er að gáð þá er þó kannski sannleikskorn þar falið. Ég leyfi mér að fullyrða að geðlæknar eru með skemmtilegustu kollegum sem maður kynnist og æðsti varnarháttur okkar allra, húmorinn, er í hávegum hafður bæði á okkar fundum og utan þeirra.


Munnþurrkur sambærilegur lyfleysu[1,2]
Það er hægt að lifa við ofvirka þvagblöðru á annan hátt
Betmiga® 50 mg▼
mirabegron
Fyrsti $ß_3$-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.