LÆKNABLAÐIÐ • 3. tbl. 101. árg. • Mars 2015

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

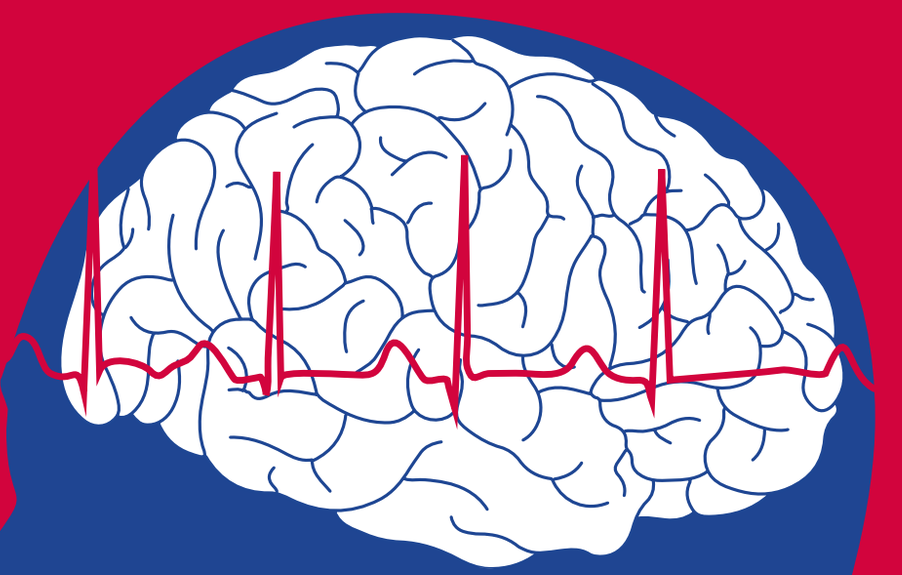
3/2015

101. árgangur: 121-184

2015; 101: 121-184

HEILASLAG TENGT GÁTTATIFI

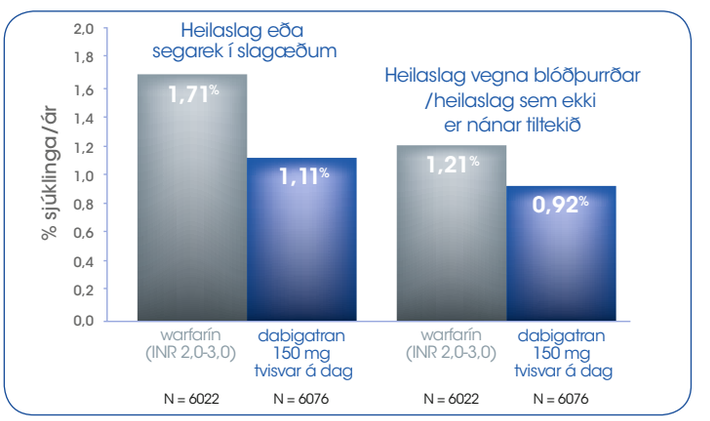
Áhætta sem hægt er að minnka verulega með Pradaxa® (dabigatran), 150 mg 2 sinnum á dag[1,2]



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.

Sérlyfjatexti á bls. 176

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



Sumir í sumarbústað?

Frestur til að sækja um vikudvöl í sumar í orlofshúsum Læknafélags Íslands rennur út 20. apríl. Bókunarvefur orlofssjóðs er inni á *lis.is* og þar eru allar frekari upplýsingar. Árið um kring er hægt að nýta þá orlofskosti sem í boði eru og bóka þá jafnharðan.

Þrennt nýtt er á döfinni fyrir sumarið:

Í fyrsta lagi hús í Svignaskarði sem orlofssjóður er að reisa og verður tekið í gagnið með vorinu. Það verður þá fjórða húsið sem sjóðurinn á uppi í Borgarfirði. Húsið er eins og nýju húsin í Brekkuskógi, bara ögn rýmra.

Í öðru lagi verður leigður nýr bústaður í Úlfsstaðaskógi á Héraði, 55 fm hús með góðu svefnlofti. Í miðju gamla Austurlandskjördæmi er allt til alls, hreindýr, fuglar, fiskar og meira að segja ormur í Lagarfljóti, og tekur enga stund að renna niður á firði í góð söfn, til dæmis stríðsminjasafn á Reyðarfirði.

Og í þriðja lagi leigir félagið tveggja hæða hús, Hjallaveg 16, á Suðureyri við Súgandafjörð. Húsið er í hjarta bæjarins og rúmar 12 manns í gistingu. Suðureyri er vistvænt þorp og þaðan er skammt í allar höfuðáttir: á fengsæl mið, í Galtarvita, í Melrakkasetur Íslands í Súðavík og í Simbahöllina á Þingeyri.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Ein af lífseigustu og áhrifaríkustu aðferðum myndlistarinnar byggist á að hliðra veruleikanum með einhverjum hætti. Að taka kunnugleg fyrirbæri, setja í nýtt samhengi og fá okkur áhorfendur til að sjá þau í nýju ljósi. Með þessu býr listamaðurinn til nýja merkingu eða afhjúpar einhvern sannleika sem var okkur áður hulinn. Rakel McMahon (f. 1983) gerir þetta með mjög skemmtilegum hætti í röð nýrra málverka sem hún kallar **View of Motivation**. Þar sækir hún myndefnið á fótboltavöllinn og velur þau augnablik sem leikmenn í karlafótbolta tjá tilfinningar sínar á þann máta sem er öllum áhorfendum sýnilegur. Með líkamstjáningunni má sjá hvort þeir eru sigri hrósandi eftir að hafa skorað mark eða dauðsvekktir yfir að hafa brennt af. Fótboltamennirnir hika ekki við að faðmast, stökkva í fang hvers annars og kúldrast saman í kös þegar svo ber undir. Rakel frystir þessi augnablik í málverkum sínum og staðsetur fjarri fótboltavellinum, inni í lokuðum vistarverum. Þá hagræðir hún klæðaburði mannanna



þannig að þeir eru fáklæddari en ella – þótt hún haldi sportsokkunum yfirleitt til haga. NáND fótboltamannanna fær með þessari sviðsetningu óneitanlega kynferðislegan en jafnframt kómískan undirtón. Listakonan leikur sér að því að taka til skoðunar eðli og eiginleika karlmennskunnar og varpa fram spurningum um staðalímynd karla og samskipti þeirra. Hún gerir góðlátlegt grín að því samfélagi sem hefur áskapað karlmönnum svo afmarkaðan ramma sem fótboltavöllurinn er þar sem þeir geta sýnt félögum sínum líkamlega nánd og borið tilfinningar sínar utan á sér. Rakel lærði myndlist í Listaháskóla Íslands og í kjölfarið bætti hún við sig menntun í listkennslu við sama skóla. Þá hefur hún lagt stund á kynjafræði við Háskóla Íslands. Hún situr í stjórn Nýlistasafnsins og er einn þeirra listamanna sem starfa með Hverfisgallerí. Fyrr á árinu hélt hún einkasýningu í galleríinu á málverkaseríunni sem verkið á forsíðu *Læknablaðsins* er hluti af.

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



127

Þóra Steingrímsdóttir

Trú, hefð og tíska – harðir húsbændur

Við megum ekki hlaupa til og gera óþarfar og heilsuspillandi aðgerðir á konum (eða körlum) sem sækjast eftir þeim, ef ekki er ástæða til samkvæmt okkar fræðum og bestu faglegu samvisku.



129

Unnur Steina Björnsdóttir

Hænan og eggið? Samspil vélindabakflæðis og astma

Allt að 75% sjúklinga með astma hafa einkenni vélindabakflæðis og tvöfalt fleiri astmasjúklinga hafa vélindabakflæði miðað við þá sem ekki hafa astma.

FRÆÐIGREINAR

131

Michael Clausen, Þórarinn Gíslason, Svala Aðalsteinsdóttir, Davíð Gíslason

Öndunar- og meltingarfæraeinkenni hjá 7-10 ára börnum í Reykjavík

Rannsóknin sýnir sterkt samband milli bakflæðis annars vegar og nefkvefs, surgs og astma hins vegar þó að enn sé óljóst hvers eðlis þetta samband er. Hafa ber bakflæðisjúkdóm í huga ef astmi og nefeinkenni skýrast ekki af öðrum ástæðum.

137

Brynjólfur Árni Mogensen, Hjalti Már Björnsson, Gestur Þorgeirsson, Gísli Engilbert Haraldsson, Jón Magnús Kristjánsson, Brynjólfur Mogensen

Árangur endurlífgunartilrauna utan spítala á Reykjavíkursvæðinu árin 2004-2007

Endurlífgunartilraunir í hjartastoppum utan spítala á höfuðborgarsvæðinu hafa verið vel rannsakaðar allt frá árinu 1976. Ef miðað er við erlendar rannsóknir hefur árangur af endurlífgunum utan spítala á höfuðborgarsvæðinu verið góður frá því farið var að veita þessa þjónustu.

145

Jónína Einarsdóttir, Geir Gunnlaugsson

Algengi og margbreytileiki andlegs ofbeldis og reynsla af vanrækslu í æsku á Íslandi

Það er umhugsunarefni að þeir sem voru yngri en 30 ára voru þrisvar sinnum líklegri til að segja frá reynslu af andlegu ofbeldi en þeir sem voru eldri. Yngri viðmælendur sögðu frá meiri reynslu af því að vera hræddir, kyrrsettir, sviptir fríðindum eða að sagt hafi verið frá einhverju sem átti að fara leynt, borið saman við eldri viðmælendur.

Á innra neti Læknafélagsins, á lis.is, er að finna myndasafn með helling af myndaalbúmum frá kandídatamóttökum, aðalfundum, formannafundum og Læknadögum síðustu ára. Hér er ein þeirra, Margrét Aðalsteinsdóttir tók myndina á Læknadögum í Hörpu um daginn. Fyrirsæturnar eru fulltrúar efri deildar lækna: Margrét Guðnadóttir (85) og Ólafur Ólafsson (86), skelegg og skemmtileg.



UMFJÖLLUN OG GREINAR

154
Tónlistin tók við af læknisferlinum
– rætt við Helga Júlíus Óskarsson

Hávar Sigurjónsson

Helgi er sérfræðingur í hjartaþræðingum og kransæðaútvíkkunum og hefur búið í Bandaríkjunum síðan 1986. Líf hans tók óvænta stefnu fyrir 9 árum þegar hann greindist með Parkinsonsjúkdóminn.





170
Verðlaun á þingi Félags íslenskra lyflækna

Runólfur Pálsson

158
„Þurfum stöðugt að vera á varðbergi“
– segir Magnús Gottfreðsson smitsjúkdómalæknir

Hávar Sigurjónsson

Mikilvægasta dæmið um sjúkdóm sem tekist hefur að útrýma er bólusótt en Magnús nefnir líka lömunarveiki sem vel hefur gengið að ráða niðurlögum á.

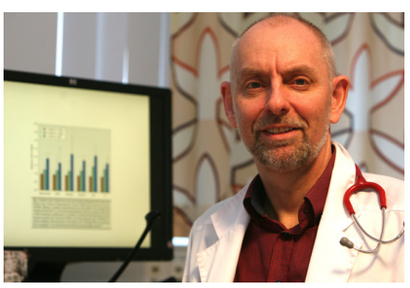


162
Golfferðir íslenskra lækna til Skotlands

Steinn Jónsson

Fyrstu skipulögðu golfferðir Íslendinga til útlanda voru til Skotlands í kringum 1970 en þá flaug Flugfélag Íslands til Glasgow og Kaupmannahafnar.





164
„Ávísun á hreyfingu verði aðgengilegt meðferðarúrræði fyrir alla lækna“
– segir Jón Steinar Jónsson

Hávar Sigurjónsson

Árið 2006 var farið af stað með tilraunaverkefni á heilsugæslustöðinni í Garðabæ í samvinnu við ýmsa aðila í bænum, þar sem hreyfingu var beitt sem meðferðarúrræði.

169
Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar 50 ára

Óttar Guðmundsson

Félagið var stofnað þann 18. desember 1964 og Jón Steffensen var fyrsti formaðurinn.



FRÁ EMBÆTTI LANDLÆKNIS – 6. PISTILL

171
Sjálfvirkni í lyfjaávísunum

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

Veigamesta verkefni lyfjateymis Embættis landlæknis er að stuðla að skynsamlegri lyfjanotkun í landinu. Þetta er verkefni sem lýkur í sjálfu sér aldrei og á sér margar hliðar.

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



153
„Vér mótmælum allir!“

Tinna H. Arnardóttir

Viðhöldum þéttri samstöðu og höldum áfram að vera sýnileg í fjölmiðlum á faglegan og uppbyggilegan hátt.

LÖGFRÆÐI 13. PISTILL



167
Að loknu verkfalli

Dögg Pálsdóttir

ÖLDUNGADEILD

172
Frá prófborði í hérað

Sigurgeir Kjartansson

Árið er 1965 og staðurinn er Blönduós.

SÉRGREIN



182
Röntgenlæknar eftirsóttur starfskraftur

Maríanna Garðarsdóttir

Félagsmenn þurfa ekki að óttast skort á viðfangsefnum og getur hver og einn helgað sig þeim áhugasviðum innan fagsins sem hann kýs því verkefnin eru og verða næg.



- 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

Trú, hefð og tíska – harðir húsbændur

Þóra Steingrímsdóttir

prófessor í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum við læknadeild Háskóla Íslands og kvennadeild Landspítala



thoraste@landspitali.is

Sjötta febrúar ár hvert helga Sameinuðu þjóðirnar baráttu gegn umskurði á kynfærum kvenna og nefna daginn International day of Zero Tolerance for Female Genital Mutilation.[1]

Ekki fór mikið fyrir baráttuaðgerðum hér á landi í þessum anda í ár. Það er skiljanlegt og jafnvel afsakanlegt, þar sem þessi heilbrigðisvandi virðist ekki sérlega umfangsmikill hjá íbúum og nýbúum á Íslandi. Engin rannsókn hefur verið gerð á útbreiðslu umskurðar meðal innflytjenda á Íslandi, en ljósmæður og fæðingalæknar geta vitnað um að fáar konur sem hér fæða hafa orðið svo illa úti að þess verði vart í fæðingu. Hugsanlegt er þó að konur sem við aðstoðum í fæðingu hafi verið beittar umskurði af minna umfangi, svo líkamleg ör séu lítt sýnileg.

Árið 2005 samþykkti Alþingi einróma lagabreytingu við almenn hegningarlög, sem formenn allra þingflokka stóðu að baki, og bannaði með því umskurð kvenna á Íslandi. Viðbótarákvæðið við 218. grein laganna hljóðar svo: „Hver sem með líkamsárás veldur tjóni á líkama eða heilsu stúlkubarns eða konu með því að fjarlægja kynfæri hennar að hluta eða öllu leyti skal sæta fangelsi allt að 6 árum. Nú hefur árás í för með sér stórfellt líkams- eða heilsutjón eða bani hlýst af, eða hún telst sérstaklega vítaverð vegna þeirrar aðferðar sem notuð er, og varðar brot þá fangelsi allt að 16 árum.“[2]

Mörg ríki heims hafa í lögum sínum ákvæði sem banna umskurð, einnig mörg þeirra ríkja þar sem hann er stundaður hvað mest.[3] Súdan varð fyrsta land í heimi til þess að samþykkja lög sem bönnuðu umskurð. Það var árið 1946 en nú 70 árum síðar er mikill meirihluti súdanskra kvenna enn umskorinn.[4] Svo þungur er þessi róður.

Siðvenjan er svæðabundin í heiminum, en ekki eins tengd trúarbrögðum og margir halda. Egyptaland, Sómalía og Súdan eru gjarnan tekin sem dæmi um lönd þar sem verknaðurinn er mikið stundaður, og það á við um flest önnur lönd í norðausturhorni Afríku en einnig svæði í suðaustur Asíu og í Miðausturlöndum. Svo vill til að lítið er um innflytjendur á Íslandi frá þessum svæðum.

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hefur skorið upp herör gegn umskurði kvenna og skilgreint hann sem ofbeldi og brot á mannréttindum. Þar hefur umfang umskurðar verið flokkað á eftirfarandi hátt:

1. flokkur: Snípur fjarlægður að hluta eða að öllu leyti.
2. flokkur: Snípur og skapabarmar fjarlægð að hluta eða að öllu leyti.
3. flokkur: Leggangaop þrengt og það hulið með samgrónum skapabörmum (*infibulation*).
4. flokkur: Hvers konar annað skaðlegt inngrip á kynfærum kvenna án læknisfræðilegs tilgangs, til dæmis götun (*piercing*), stungur (*pricking*), skurður (incision), skröpun (*scraping*) og brennsla (*cauterization*).[3]

Afleiðingar umskurðar í bráð og lengd eru vel kunnar og margar lífshættulegar: blæðingar, sýkingar (bakteríur, HIV, hepatitis, tetanus), þvagleki, þvagteppa, sársauki, ófrjósemi og erfiðar barnsfæðingar, að ógleymdu sársaukafullu eða skynlausu kynlífi. Það kann að hljóma kaldhæðnislega að hið síðastnefnda er ekki fylgikvilli, heldur tilgangur aðgerðarinnar, að ræna konuna góðri kynlífsupplifun. Að öðru leyti er tilgangur umskurðar óljós en hann er víðast inngróin samfélagsvenja sem styrkist af hjátrú og talinn nauðsynlegur til að kona verði fullgild og virðingarverð.[3]

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin telur það mikilvægan hlekk í baráttunni að hindra „medikaliseringu“ umskurðarins. Það þekkist að foreldrar leiti til lækna eða annarra heilbrigðismenntaðra með dætur sínar til umskurðar og í fljótu bragði mætti ætla að það væri skömminni skárra en að aðgerðin væri gerð við frumstæðar aðstæður og bágborið hreinlæti án deyfingar. En í því felst viðurkenning á verknaðinum og þá viðurkenningu vill stofnunin ekki að við heilbrigðisstarfsmenn veitum. Það vegur þyngra en að bæta aðstæðurnar fyrir hverja og eina konu.

Lítum okkur nær. Þótt umskurður sé ekki daglegt vandamál á Íslandi höfum við náskyldan alvarlegan vanda að kljást við en það eru lýtaaðgerðir á kynfærum kvenna. Augljóst er að aðgerðir eins og húðflúr og minnkun skapabarma í útlitsbætandi tilgangi fellur í fjórða flokk umskurðar sem greint er frá hér að ofan. En þá orkar læknisfræðilegur tilgangur tvímælis. Læknisfræðileg ábending verður að vera fyrir hendi fyrir sérhverja aðgerð. Við getum ekki skellt skuldinni á konurnar og sagt að þær vilji þetta sjálfar. Flestar myndu stúlkurnar í Afríku líka segja að þær vildu umskurðinn, annars verða þær ekki viðurkenndar í samfélaginu og útskúfunin ein er vís. Trúin og hefðin eru harðir húsbændur og tískan er það líka á mjög svipaðan hátt. Við megum ekki hlaupa til og gera óþarfar og heilsuspillandi aðgerðir á konum (eða körlum) sem sækjast eftir þeim, ef ekki er ástæða til samkvæmt okkar fræðum og bestu faglegu samvisku. Þetta á við um umskurð, aðrar aðgerðir á kynfærum og brjóstum, keisaraskurði og raunar allar aðgerðir. Hér á forsjárhyggjan rétt á sér. Við eigum að standa á bremsunni eins og framast er kostur. Ákvörðunin er okkar.

Heimildir

1. International Day of Zero Tolerance for Female Genital Mutilation 6 February un.org/en/events/femalegenitalmutilationday/ – febrúar 2015.
2. Lagasafn. Lög um breytingar á almennum hegningarlögum, nr. 19/1940, með síðari breytingum (bann við limlestingu á kynfærum kvenna). Samþykkt á Alþingi 11. maí 2005. althingi.is/altext/131/s/pdf/1483.pdf – febrúar 2015.
3. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. World Health Organization 2010. whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_eng.pdf – febrúar 2015.
4. Berggren V. kristianstadsbladet.se/kristianstad/i-sudan-ar-kvinnlig-konsstympning-accepterad-i-en-social-gemenskap/ - febrúar 2015.

Religion, Tradition and Fashion – Hard Masters

Þóra Steingrímsdóttir MD
Professor of Obstetrics and Gynecology,
University of 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

Sérlyfjatexti á bls. 150

Hænan og eggið?
Samspil vélindabakflæðis og astma

Unnur Steina Björnsdóttir

ofnæmislæknir



usb@setrid.is

Algengt er að sjúklingar með öndunarfæraeinkenni hafi einnig vélindabakflæði og öfugt. Samband þessara sjúkdóma er óumdeilt. Osler skrifaði grein þess efnis 1892 þar sem hann lýsti þessu: : „... severe paroxysms of *asthma* may be induced by overloading the *stomach*".

Allt að 75% sjúklinga með astma hafa einkenni vélindabakflæðis (GERD) og tvöfalt fleiri astmasjúklinga hafa GERD miðað við þá sem ekki hafa astma.[2] Vélindabakflæði er enn algengara hjá astmasjúklingum sem hafa erfiðan sjúkdóm og svara illa meðferð. Einnig er vélindabakflæði algengara hjá sjúklingum sem hafa bólgur í nefi og skútum.[1]

Hérlendis er afar mikið notað af lyfjum við astma, nefbólgum og vélindabakflæði. Á síðustu árum hefur verið reynt að skilgreina sjúkdóma betur, í svokallaðar svipgerðir (phenotýpur) eða undirflokka sjúkdóma. Er þá byggt á boðefna- og bólguferlum (endotýpur) þannig að hægt sé að nota hnitmiðaðari meðferð. Lyf eru síðan valin á ákveðið „skotmark", tiltekið bólguboðefni eða bólguferli þannig að meðferðin gagnist sem best og hafi sem fæstar aukaverkanir.

Sumir sjúklingar með þrálát og erfið einkenni frá öndunarfærum, bæði astma og nef- og skútubólgur, svara lítið sem ekkert hefðbundinni lyfjameðferð. Oft hafa þeir langa sögu um astma sem lætur illa undan innúðasterum og búa við verulega skerðingu á lífsgæðum vegna andþyngsla, mæði, hósta og svefntruflana. Margir þessara sjúklinga hafa fengið vélindabakflæði en þá leitar súrt magainnihald upp í kok og veldur bólgu í efri og neðri öndunarfærum. Einkenni sem sjúklingur finnur fyrir eru hósti, andþyngsli, surgur og slímmyndun, brjóstsviði, uppköst, nábítur, kyngingarörðugleikar og brjóstverkir. Samspil vélindabakflæðis og öndunarfæraeinkenna gæti líka verið á hinn veginn; vélindabakflæði getur magnast, bæði vegna astmalyfja og í slæmum astma þegar þrýstingsbreytingar verða í brjóstholi.[1]

Rannsókn Michaels Clausen og félaga sem er í þessu tölublaði *Læknablaðsins*[2] ber saman við hliðstæðar rannsóknir[1] að astmi og vélindabakflæði séu bæði algengir sjúkdómar sem oft haldast í hendur. Þar með er ekki sagt að sjúkdómarnir valdi hvor öðrum eða stuðli að því að hinn sjúkdómurinn versnar. Enn fremur er óvíst hvort vélindabakflæði valdi astmaeinkennum eða öfugt. Samspil þessara sjúkdóma gengur líka á hinn veginn: astmi og astmalyf gætu orsakað vélindabakflæði og komið af stað vítahring.

Til að svara þessu liggur beinast við að athuga hvort meðferð á vélindabakflæði hafi áhrif á astmaeinkenni og bæti astmastjórn. Slík meðferð myndi fyrirbyggja hugsanlega ásvelgingu (*microaspiration*) í lungun og draga úr ertingu á taugaendum í neðsta hluta vélinda sem aftur valda reflex-vöðvasamdrætti í berkju og bólgu. Tvíblindar slembirannsóknir hafa verið framkvæmdar með sýruhamlandi meðferð (PPI) hjá sjúklingum með öndunarfæraeinkenni. Niðurstöður þeirra eru einróma: ekki er skýr ávinningur af meðferð miðað við lyfleysu.[3] Einnig hafa komið í ljós aukaverkanir þegar sjúklingar með astma eru meðhöndlaðir með PPI til langs tíma, bæði aukin tíðni á öndunarfærasýkingum og lungnabólgum[4] sem og á beinbrotum.[5] Því er nauðsynlegt að skilgreina þann undirhóp astmasjúklinga þar sem PPI-meðferð bætir astmaeinkenni.

Í grein Michaels Clausen kemur fram að sterkustu tengslin milli brjóstsviða og öndunarfæraeinkenna fundust hjá þeim sem voru með merki um ertanleika í berkjum; surg og hósta. Þetta eru ef til vill þeir astmasjúklingar sem meðhöndla ætti með PPI en ekki aðra.

Það verður spennandi að fylgjast með áframhaldandi rannsóknum á þessu sviði. Mikilvægt er að greina sjúkdóma eftir nákvæmum leiðum til að skilja betur undirflokka þeirra. Það auðveldar okkur að greina þá einstaklinga sem hafa gagn af meðferð, hægt verður að velja meðferð af mun meiri nákvæmni og meðferðin verður markvissari.

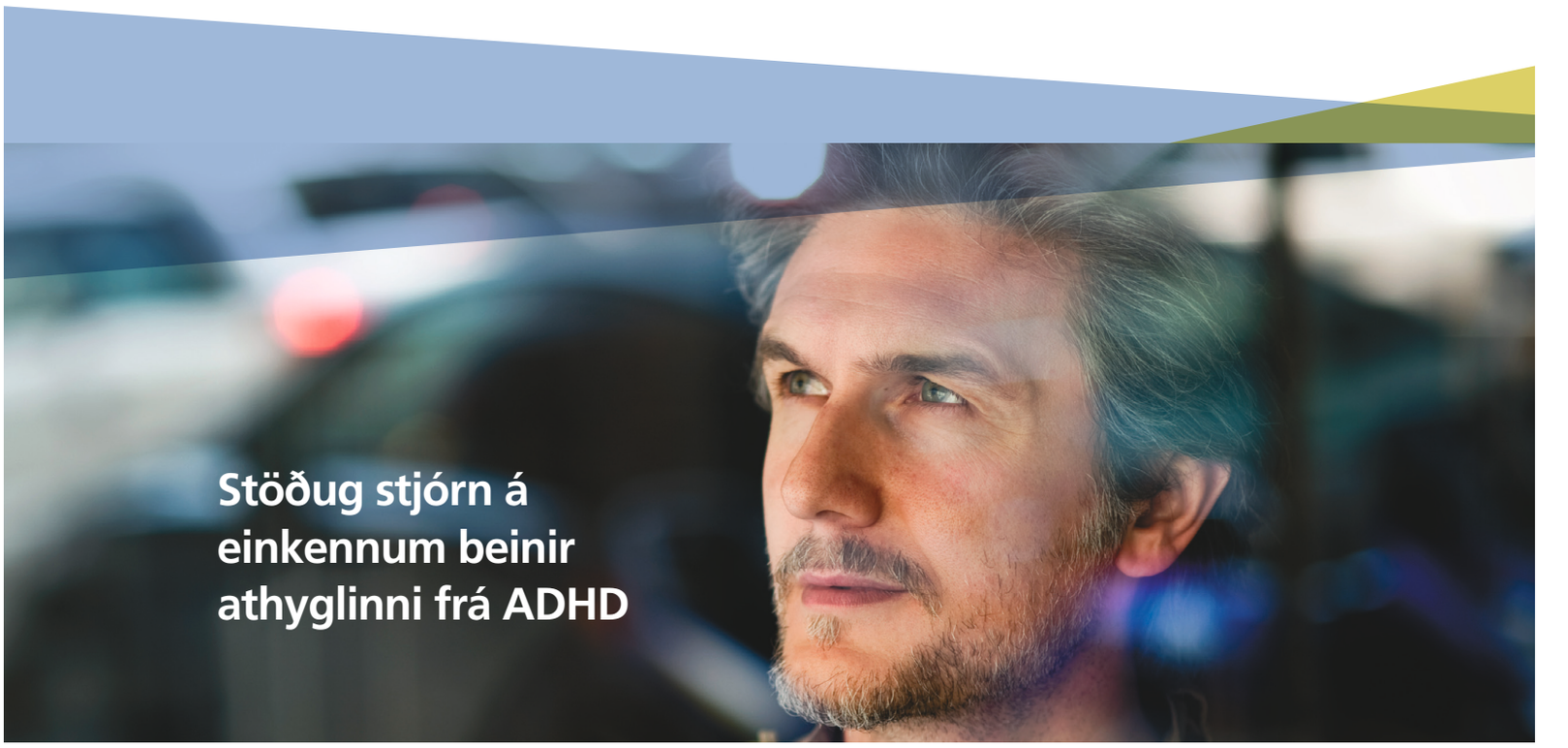
Heimildir

1. Blake K, Teague WG. Gastroesophageal reflux disease and childhood asthma. Curr Opin Pulm Med 2013; 19: 24-9.
2. Clausen M, Gíslason Þ, Aðalsteinsdóttir S, Gíslason D. Öndunar- og meltingarfæraeinkenni hjá 7-10 ára börnum í Reykjavík. Læknablaðið 2015; 101: 131-5.
3. Martinez FD. Children, asthma, and proton pump inhibitors: costs and perils of therapeutic creep. JAMA 2012, 307: 406-7.
4. Eom CS, Jeon CY, Lim JW, Cho EG, Park SM, Lee KS. Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2011; 183: 310-9.
5. Yu EW, Bauer SR, Bain PA, Bauer DC. Proton pump inhibitors and risk of fractures: a meta-analysis of 11 international studies. Am J Med 2011; 124: 519-26.

The chicken and the egg?
Gastroesophageal reflux and respiratory disorders

Unnur Steina Björnsdóttir MD
Internal Medicine
Allergy and Clinical Immunology.
Associate Professor
Allergy and Clinical Immunology
University of Iceland

Strattera er nú samþykkt til að hefja meðferð við **ADHD** hjá fullorðnum



Strattera

- **Eina lyfjameðferðin** fyrir fullorðna með ADHD **sem tilheyrir ekki flokki örvandi lyfja**[1]
- Dregur úr helstu einkennum ADHD og **veitir stöðuga stjórn á einkennum** allan daginn yfir lengri tíma, borið saman við lyfleysu[2-7]
- **Tekið einu sinni á dag**[1]
- **Staðfestar upplýsingar varðandi öryggi og þol** sýna að Strattera er góð meðferð fyrir sjúklinga sem þjást einnig af félagsfælni og áfengissýki[1]

Heimildir:

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

LIL141201

Lilly

strattera™ atomoxetin HCl

Sérlyfjatexti á bls. 178

Öndunar- og meltingarfæraeinkenni hjá 7-10 ára börnum í Reykjavík

Michael Clausen[1,2,3] læknir, **Þórarinn Gíslason**[1,2] læknir, **Svala Aðalsteinsdóttir**[1] læknir, **Davíð Gíslason**[1,2] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Astmi og nefbólgur eru algengir sjúkdómar sem orsakast oft af ofnæmi, en verða þó ekki nærri alltaf skýrðir með því. Vélindabakflæði er einnig algengt vandamál sem er stundum talið valda bæði bólgum í nefi og astma. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvert væri samband einkenna um vélindabakflæði og öndunarfæraeinkenna hjá 7-10 ára börnum í Reykjavík.

Efniviður og aðferðir: Árin 2008-2009 voru sendir út 2895 stuttir spurningalistar til 7-10 ára barna í grunnskólum Reykjavíkur til þess að skima fyrir fæðuofnæmi, sem hluti af fjölþjóðarannsókn á fæðuofnæmi. Svör bárust fyrir 2346 börn (81%). Úr þeim hópi voru 176 börn (7,5%) valin sem svöruðu spurningu um óþægindi af mat játandi og 317 börn sem svöruðu spurningunni neitandi. Þessir hópar svöruðu ítarlegum spurningalista, meðal annars um einkenni frá nefi, berkjum og um bakflæði. Borin var saman fylgni einkenna frá nefi og berkjum annars vegar og bakflæði hins vegar.

Niðurstöður: Sterk fylgni var milli surgs í brjósti á síðasta ári og uppkasta ($p<0,001$), ógleði ($p<0,001$) og brjóstsviða ($p<0,001$) á síðustu 6 mánuðum. Einnig var fylgni milli astma og ógleði ($p<0,05$), og astma og brjóstsviða ($p<0,001$) og milli nefeinkenna annars vegar og uppkasta ($p<0,01$), ógleði ($p<0,01$), brjóstsviða ($p<0,01$) og súrs bragðs í munni ($p<0,001$) hins vegar.

Ályktun: Rannsóknin sýnir sterkt samband milli bakflæðiseinkenna annars vegar og nefeinkenna, surgs og astma hins vegar þó að enn sé óljóst hvers eðlis þetta samband er. Hafa ber bakflæðissjúkdóm í huga ef astmi og nefeinkenni skýrast ekki af öðrum ástæðum.

Inngangur

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Lyflækningadeild Landspítalans,[3] Barnaspítala Hringsins.

Á seinni hluta síðustu aldar var í heiminum mikil aukning á algengi astma og annarra ofnæmissjúkdóma eins og ofnæmiskvefs og ofnæmistengds exems.[1,2] Þessi öfugþróun var algengust í þjóðfélögum þar sem lífskjör og velmegun höfðu batnað mest eftir lok seinni heimsstyrjaldar. Talið er að þessi aukning stafi að einhverju eða öllu leyti af breyttum lifnaðarháttum sem fylgdu velmeguninni.[3] Íslensk rannsókn sem gerð var um síðustu aldamót sýndi að 9% 10-11 ára skólabarna voru með astmaeinkenni og 17% með einkenni ofnæmiskvefs, sem var mjög sambærilegt við algengið í nágrannalöndum okkar.[4] Þrálátur hósti er algengur meðal barna og lætur nærri að um 7-10% barna hafi slík einkenni, en astmi er ein algengasta orsök hans.[5]

Fyrirspurnir: Michael Clausen

mc@landspitali.is

Tengsl meltingarfæraeinkenna og öndunarfærasjúkdóma hafa lengi verið þekkt en árið 1892 taldi William Osler að samband væri á milli meltingarfæra og astma. Einkenni um magavélindabakflæðissjúkdóm eru algeng hjá þeim sem hafa astma. Í nýlegri yfirlitsgrein um rannsóknir á börnum og unglingum 0-20 ára með astma, reyndust 43-87% þeirra hafa bakflæði, metið með sýrustigsmælingu í vélinda.[6] Í annarri eldri yfirlitsgrein um börn með astma voru 19-80% þeirra með bakflæði, metið ýmist með sýrustigsmælingu eða magavélindaspeglun.[7] Astmi er að sama skapi algengari hjá þeim sem hafa bakflæði[8] og bakflæði er einnig algengara hjá þeim börnum og fullorðnum sem hafa langvinnar bólgur í nefi og afholum þess.[8,9] Sömuleiðis er bakflæði algengt hjá þeim börnum sem hafa langvinnan hósta.[10,11] Í stórri franskri rannsókn á 0-17 ára börnum voru 10% þeirra með einkenni um bakflæði og 6% með bakflæðissjúkdóm.[12] Í norskri rannsókn á börnum 7-16 ára voru 9% barnanna með einkenni um bakflæði.[13] Í viðamikilli bandarískri rannsókn kom í ljós að foreldrar 3-9 ára barna gáfu upp brjóstsviða hjá 1,8% þeirra, magaverki hjá 7,2% og nábít hjá 2,3%, vikuna fyrir rannsóknina. Hjá börnum 10-17 ára voru samsvarandi tölur 3,5%, 3,0%, og 1,4% fyrir brjóstsviða, magaverki og nábít en börnin sjálf töldu sig hafa heldur meiri einkenni og gáfu upp tölurnar 5,2%, 5,0% og 8,2%.[14]

Greinin barst 20. ágúst 2014, samþykkt til birtingar 10. febrúar 2015.

Höfundur hefur útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

Magavélindabakflæði er skilgreint sem bakflæði á magainnihaldi upp í vélindað, en magavélindabakflæðissjúkdómur þegar viðkomandi fær einkenni eða vandamál tengt bakflæðinu.[15] Bakflæði er mjög algengt hjá ungum börnum. Það orsakast af því að ungbörn hafa stutt vélinda og þau eru mest í liggjandi stöðu, en einnig vegna seinkunar á magatæmingu og aukins kviðarholsþrýstings.[16] Það lætur nærri að helmingur þriggja mánaða kornabarna sé daglega með bakflæði, sem síðan fer minnkandi en er þó til staðar hjá um 5% 10-12 mánaða gamalla barna.[17] Ekki er litið á þetta sem sjúklegt ástand þegar börnin eru að öðru leyti einkennalaus og þrífast eðlilega.

Einkenni bakflæðissjúkdómsins eru nokkuð mismunandi eftir aldri. Hjá ungum börnum eru uppköst algengasta einkennið en nábítur, brjóstsviði, ógleði og uppköst eru algengari hjá eldri börnum.[18] Einnig geta einkenni frá barka og nefi verið orsökuð af magavélindabakflæði.[8,9] Þessi einkenni staðfesta þó ekki að viðkomandi sé með bakflæði og útiloka ekki heldur að sá sem er einkennalaus af dæmigerðum einkennum sé

með bakflæði. Í áðurnefndri norski rannsókn á 99 börnum, 7-16 ára, sem fóru í 24-tíma sýrustigsmælingu í vélinda vegna gruns um bakflæði, voru einungis 37% þeirra með jákvæða sýrustigsmælingu. Uppgangur og ælur voru þau einkenni sem oftast fylgdu jákvæðri sýrustigsmælingu. Fjórðungur barnanna sem höfðu jákvæða sýrustigsmælingu voru ekki með afgerandi einkenni um magavélindabakflæði.[13] Í nýlegri rannsókn á börnum með langvinnan hósta sem höfðu magavélindabakflæði staðfest með viðnámsmælingu í vélinda, voru 19 af 21 barnanna án dæmigerðra bakflæðiseinkenna.[11] Þó að allmargar rannsóknir bendi á tengsl milli öndunarfæraeinkenna og bakflæðis, er orsakasambandið ekki þekkt með vissu. Menn hafa ályktað að magavélindabakflæði geti valdið öndunarfæraeinkennum, eins og astma, með tvennum hætti. Annars vegar með ásvelgingu af magainnihaldi niður í berkjur sem orsakar ertingu og bólgu í kjölfarið og hins vegar með súru magainnihaldi neðst í vélinda sem veldur samdrætti á berkjum í gegnum taugaboð um Vagus-taugina.[19] Á hinn bóginn er astmi talinn geta valdið magavélindabakflæði vegna undirþrýstings í brjóstholi við kröftuga innöndun.[20]

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna tengsl bakflæðiseinkenna og öndunarfæraeinkenna hjá 7-10 ára skólabörnum í Reykjavík.

Efniviður og aðferðir

Á árunum 2008-2009 voru sendir út 2895 stuttir spurningalistar til 7-10 ára barna í grunnskólum Reykjavíkur til að skima fyrir fæðuofnæmi. Valdir voru allir grunnskólar í Reykjavík sem voru með 100 börn eða fleiri í þessum aldurshópi. Rannsóknin var hluti af stórri evrópskri rannsókn (Europrevall) og gerð samtímis í 8 löndum.[21] Svör bárust frá 2346 börnum (81%). Úr þeim hópi mættu 176 (7,4%) af 251 börnum til frekari rannsókna á göngudeild í lungna- og ofnæmissjúkdómum á Landspítala. Hlutfall stúlkna var 59%. Þau höfðu svarað játandi spurningunni: „Hefur barn þitt nokkurn tímann veikst eða orðið illt af að borða einhverja sérstaka fæðu eða mat?“ Einnig komu 317 börn sem valin voru af handahófi úr þeim sem svöruðu spurningunni neitandi, sem viðmiðunarhópur. Samtals voru því börnin 493 sem tóku þátt í þessum hluta rannsóknarinnar. Börnin svöruðu ásamt foreldrum sínum ítarlegum spurningalista um ýmsa heilsufarsþætti. Þarna voru meðal annars spurningar um öndunar- og meltingarfæraeinkenni, sem notaðar voru í þessari rannsókn (fylgiskjal 1). Leyfi fyrir rannsókninni voru fengin hjá vísindasiðanefnd 28.8.2007 (07-076-S1) og Persónuvernd 11.6.2007 (S3473/2007).

Tölfræði

Svörin voru skráð jafnóðum í gagnagrunn sem var notaður til að skoða ofangreinda þætti og bera saman í tölfræðiforritinu SPSS. Notuð voru kí-kvaðrat og óháð t-próf til að reikna út marktækan mun. Tengsl milli flokkaðra breyta voru metin með gagnlíkindahlutfalli (*odds ratio*) ásamt 95% öryggisbili.

Niðurstöður

Alls tóku 493 börn þátt í rannsókninni, 262 (53%) stúlkur og 231 (47%) drengir. Meðalaldur stúlkna var 8,5 ár og drengja 8,4 ár.

Tafla I. *Taflan sýnir hlutfall þeirra barna sem svöruðu játandi spurningum um öndunarfæraeinkenni, n=493.*

Spurningar	Hlutfall sem svaraði spurningunni játandi
Hefur barnið verið með surg eða píp í brjósti einhvern tímann á síðustu 12 mánuðum?	15,6%
Hefur barnið fundið fyrir mæði þegar surg/píp óhljóðið var til staðar?	9,9%
Hefur barnið haft surg eða píp í brjósti þegar það var ekki kvefað?	7,7%
Hefur barnið einhvern tímann haft astma?	37,7%
Hefur barnið fengið astmakast á síðustu 12 mánuðum?	7,9%

Stúlkur voru líklegri en drengir til að svara því játandi að hafa orðið illt af einhverri fæðu eða mat ($p<0,05$) í fyrrihluta rannsóknarinnar. Þær voru ekki líklegri en drengir að hafa fengið einhver meltingarfæraeinkenni ($p=0,17$), sem sérstaklega var spurt um í seinni hluta rannsóknarinnar, né heldur nefeinkenni ($p=0,54$) eða astmakast á síðastliðnum 12 mánuðum ($p=0,54$).

Lungnaeinkenni

Þau börn sem höfðu einhvern tímann fengið astma voru 186 (37,8%) og af þeim voru 39 (7,9%) sem höfðu fengið astmakast á síðustu 12 mánuðum (tafla I). Flest börnin, eða 142 (76%), voru tveggja ára eða yngri þegar þau fengu sitt fyrsta astmakast. Aðeins 21 barn (4,2%) var sagt hafa vaknað upp vegna astma á síðustu 12 mánuðum. Af svarendum sögðust 77 (15,6%) hafa haft hvæs eða píp í lungum síðustu 12 mánuði og 82 (16,6%) höfðu haft einhver lungnaeinkenni síðustu 12 mánuði.

Nefeinkenni

Alls höfðu 137 börn (27,8%) haft einhver nefeinkenni og 77 börn (15,6%) einkenni um ofnæmi í nefi, þar með talið frjókvef. Samtals 119 börn (24,1%) höfðu einhvern tímann átt í vandræðum með hnerra, nefrennsli eða nefstíflur án þess að vera með kvef eða með flensu, en 103 börn (20,9%) höfðu haft slík einkenni á síðustu 12 mánuðum og 56 börn (11,4%) höfðu haft nefvandamál með kláða og rennsli úr augum (tafla II).

Meltingarfæraeinkenni

Alls höfðu 225 börn (45,6%) haft einhver einkenni frá meltingarfærum á síðustu 6 mánuðum. Börnin voru ýmist með eitt eða fleiri einkenni og skiptust þau þannig að 85 börn (17,2%) höfðu haft uppköst án þess að vera með gubbupest eða matareitrun, 148

Tafla II. *Taflan sýnir hlutfall þeirra barna sem svöruðu játandi spurningum um nef- og augneinkenni, n=493.*

Spurningar	Hlutfall sem svaraði spurningunni játandi
Hefur barnið haft ofnæmi í nefi, þar með talið frjókvef?	15,6%
Hefur barnið einhvern tímann átt í vandræðum með hnerra, nefrennsli eða nefstíflur án þess að það væri með kvef eða með flensu?	24,1%
Hefur barnið átt í vandræðum með hnerra, nefrennsli eða nefstíflur án þess að það væri kvefað eða með flensu síðustu 12 mánuði?	20,9%
Hefur barnið haft nefvandamál með augnkláða eða vökvafyllt augu?	11,4%

Tafla III. *Taflan sýnir hlutfall þeirra barna sem svöruðu játandi spurningum um meltingarfæraeinkenni, n=493.*

Spurningar	Hlutfall sem svaraði spurningunni játandi
Hefur barnið haft uppköst án þess að vera með „ælupest“ eða matareitrun?	17,2%
Hefur barnið kvartað yfir aðkenningu að kasta upp eða ógleði þegar það var ekki með „ælupest“ eða matareitrun?	30%
Hefur barnið kvartað yfir sviða- eða sársaukatilfinningu fyrir miðju brjósti?	8,3%
Hefur barnið kvartað yfir súru- eða ælubragði í munni?	24,5%

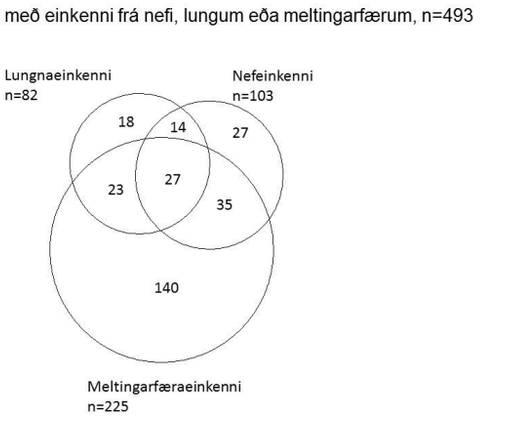
börn (30,0%) höfðu fundið fyrir ógleði, 41 barn (8,3%) hafði fundið fyrir brjóstsviða og 121 barn (24,5%) hafði fundið súrt bragð eða ælubragð í munni (nábítur) (tafla III). Af þessum hópi höfðu 13 börn (2,6%) fengið lyf við vélindabakflæði.

Tengsl öndunarfæraeinkenna við einkenni frá meltingarfærunum

Borin voru saman einkenni frá meltingarvegi síðasta hálfa árið og einkenni frá öndunarfærum síðasta heila árið fyrir rannsóknina (tafla IV og mynd 1). Börn með surg eða píp í brjósti voru marktækt oftar með einkenni um magavélindabakflæði en börn án surgs og píps (p<0,001) eða 63,6% á móti 42,0%. Börn með surg fyrir brjósti höfðu oftar sögu um uppköst án þess að vera með gubbupest eða matareitrun (p<0,001) og fengu oftar ógleði (p<0,001) heldur en börn án surgs. Þau höfðu einnig oftar sviða eða sársaukatilfinningu fyrir miðju brjósti (p<0,001) og þau fundu einnig oftar fyrir súru bragði eða ælubragði í munni, en sá munur var ekki marktækur (tafla IV).

Alls höfðu 56,4% barna sem voru með astma síðastliðna 12 mánuði einkenni um magavélindabakflæði. Sá munur var ekki marktækur borinn saman við börn sem ekki höfðu haft astma. Alls höfðu 203 börn (44,7%) haft einkenni um magavélindabakflæði án þess að vera með astmaeinkenni á síðustu 12 mánuðum. Börn sem fengið höfðu astmaeinkenni á síðustu 12 mánuðum höfðu marktækt oftar ógleði (p<0,05) og sviða eða sársaukatilfinningu fyrir brjósti (p<0,001) en ekki marktæka aukningu á súru bragði í munni eða uppköst án gubbupestar (tafla IV).

Börn sem einhvern tímann höfðu haft astma voru líklegri til að hafa fengið uppköst án þess að vera með gubbupest eða matareitrun (p<0,02) og til að hafa verið óglatt (p<0,01) á síðustu 6 mánuðum. Hins vegar voru þau ekki með aukinn brjóstsviða eða súrt bragð í munni.



Mynd 1. *Myndin sýnir skörun einkenna frá lungum, nefi og meltingarfærum hjá 7-10 ára skólabörnum í Reykjavík.*

Börn með hnerra, nefrennsli eða nefstíflur á síðustu 12 mánuðum, án þess að vera með kvef, höfðu oftar einkenni um bakflæði en samanburðarhópurinn. Þetta átti einnig við um uppköst (p<0,01), ógleði (p<0,01), sviða eða sársaukatilfinningu fyrir brjósti (p<0,01) og súrt bragð eða ælubragð í munni (p<0,001) (tafla IV). Þau börn sem höfðu ofnæmi í nefi, þar með talið frjókvef, höfðu þó aðeins marktækt meiri einkenni um súrt bragð í munni (p<0,02).

Þegar viðmiðunarhópurinn, börn sem sögðu að sér yrði ekki illt af því að borða sérstaka fæðu eða mat (n=317), var skoðaður sérstaklega, breyttist marktæknin ekki á milli öndunar- og meltingarfæraeinkenna nema að ekki voru marktæk tengsl á milli nefeinkenna síðastliðna 12 mánuði og brjóstsviða og astmakasts síðastliðna 12 mánuði og ógleði.

Þau börn sem ekki höfðu haft lungna- eða nefeinkenni síðastliðna 12 mánuði voru marktækt minna með uppköst án gubbupestar (p=0,001 (líkindahlutfall 0,43 (0,27-0,70)), ógleði án gubbupestar (p=0,001 líkindahlutfall 0,49 (0,37-0,74)), brjóstsviða (p<0,001 (líkindahlutfall 0,20 (0,10-0,39)) og nábít (p<0,001 (líkindahlutfall 0,43 (0,28-0,67)) borið saman við börn með lungna- eða nefeinkenni síðastliðna 12 mánuði.

Þau einkenni frá öndunar- og meltingarfærum sem höfðu marktækustu tengslin voru á milli sviða eða sársaukatilfinningu fyrir brjósti og surgs fyrir brjósti á síðustu 12 mánuðum, líkindahlutfall 7,4 (3,8-14,5) og á milli astmaeinkenna á síðustu 12 mánuðum, líkindahlutfall 5,5 (2,5-12,2) (tafla IV).

Tafla IV. *Taflan sýnir hlutfall þeirra sem hafa lungna- og nefeinkenni og þeirra sem hafa meltingarfæraeinkenni með líkindarhlutfalli og 95% öryggismörkum.*

	Surgur eða píp í brjósti síðustu 12 mánuði, n=77			Astmi síðustu 12 mánuði[a], n=39			Nefeinkenni síðustu 12 mánuði[b], n=103		
	Já %	Nei %	Líkindahlutfall og 95% öryggismörk	Já %	Nei %	Líkindahlutfall og 95% öryggismörk	Já%	Nei %	Líkindahlutfall og 95% öryggismörk
Hlutfall með uppköst	31,2	14,7	2,6 (1,5-4,6)***	28,2	16,2	2,0 (0,9-4,2)	26,2	14,8	2,0 (1,2-3,4)**
Hlutfall með ógleði	46,8	26,9	2,4 (1,4-3,9)***	46,2	28,6	2,1 (1,1-4,1)*	40,8	27,2	1,8 (1,8-2,9)**
Hlutfall með brjóstsviða	27,3	4,8	7,4 (3,8-14,5)***	28,2	6,6	5,5 (2,5-12,2)***	15,5	6,4	2,7 (1,4-5,2)**
Hlutfall með súrt eða ælubragð í munni	31,2	23,3	1,5 (0,8-2,5)	23,1	24,7	0,9 (0,4-2,0)	40,8	20,3	2,7 (1,7-4,1)***

* = p<0,05, ** = p<0,01, *** = p<0,001
a) Þeir sem sögðust hafa fengið astmakast síðastliðna 12 mánuði, b) þeir sem höfðu haft hnerra, nefrennsli eða nefstíflur án þess að vera með kvef eða flensu síðastliðna 12 mánuði.

Umræða

Alls voru 45,6% barnanna með einhver meltingarfæraeinkenni sem gætu bent til magavélindabakflæðis. Þetta er mjög hátt hlutfall miðað við margar erlendar rannsóknir þar sem algengi slíkra einkenna hjá börnum er um 5-10%.[12-14] Það er þó ekki eindæmi því að 40% unglinga 13-18 ára í bandarískri rannsókn voru með einhver einkenni um bakflæði.[22] Þetta háa hlutfall barna með meltingarfæraeinkenni í okkar rannsókn kann að skýrast af því að Europrevall-rannsóknin snerist um fæðuofnæmi en magavélindabakflæði er algengara hjá þeim sem hafa fæðuofnæmi.[23]

Þegar skoðuð eru einstök einkenni eins og uppköst og ælur, voru 17,2% barnanna í rannsókninni með þau einkenni. Í norskri rannsókn á börnum þar sem borin voru saman einkenni um bakflæði og niðurstöður úr sýrustigsmælingum í vélinda, höfðu uppköst og ælur besta forspárgildi fyrir jákvæða sýrustigsmælingu.[13] Súr uppgangur eða nábítur og ógleði voru algeng einkenni meðal barnanna í okkar rannsókn (24,5% og 30%). Þetta er einnig mun hærra hlutfall en sést í öðrum rannsóknum.[14] Af börnum með píp eða surg í brjósti á síðustu 12 mánuðum höfðu 63,6% einhver einkenni um bakflæði og 56,4% barna með astmaeinkenni höfðu slík einkenni. Þetta eru mjög sambærilegar niðurstöður og aðrir rannsakendur hafa fundið.[6,7] Í bandarískri rannsókn á 5-12 ára börnum með þrálátan hósta, sem voru rannsökuð ítarlega vegna hóstans, voru bakflæði, ofnæmi og astmi langalgengustu skýringarnar á hóstanum.[10] Í okkar rannsókn var brjóstsviði það einkenni sem hafði marktækustu tengslin við surg og astma.

Meltingarfæraeinkenni voru til staðar hjá 60,2% þeirra barna er höfðu haft nefeinkenni síðastliðna 12 mánuði án þess að vera með kvefpest og voru tengslin marktækust við brjóstsviða og súrt eða ælubragð í munni ($p<0,001$) (tafla IV). Margir rannsakendur hafa fundið tengsl milli einkenna frá nefi og magavélindabakflæðis. Það eru þó ónógar sannanir fyrir því að súrt bakflæði sé orsakaþáttur í langvinnum nefholubólgum.[24] Rannsóknir benda samt til þess að taugaboð fari á milli vélinda og nefs, sem gæti haft áhrif á slímframleiðslu og valdið slímrennsli aftur í kok og hósta.[25]

Veikleiki þessarar rannsóknar byggist á nokkrum þáttum. Þátttakendur voru ekki valdir með slembiúrtaki heldur var hér um fæðuofnæmisrannsókn að ræða og þátttakendur valdir með tilliti til þess. Ætla má að einkenni frá meltingarfærum séu algengari hjá þeim sem hafa fæðuofnæmi. Hins vegar telja mun fleiri að þeir hafi fæðuofnæmi en eru raunverulega með það. Auk þess geta einkenni fæðuofnæmis verið frá öðrum líffærakerfum en meltingar- eða öndunarvegi. Þar sem hópurinn sem svaraði ítarlega spurningalistanum sem rannsóknin byggir á var ekki sérstaklega valinn með tilliti til öndunarfæra- né meltingarfæraeinkenna, líta höfundar svo á að tengslin milli meltingarfæra- og öndunarfæraeinkenna í rannsókninni séu rétt. Þar við bætist að þegar viðmiðunarhópurinn, það er þeir sem neituðu því að sér yrði illt af einhverjum mat, er skoðaður sérstaklega, fást nánast sömu marktæku niðurstöður og þegar tengsl öndunar- og meltingarfæraeinkenna eru skoðuð hjá öllum hópnum.

Rannsóknin byggist eingöngu á spurningalistum en ekki á hlutlægum athugunum rannsakenda. Spurningarnar um einkenni frá nefi og neðri öndunarvegum hafa þó verið gagnreyndar í stórum fjölþjóðlegum rannsóknum og áreiðanleiki þeirra hefur verið metinn og telst ásættanlegur.[26,27] Efast hefur verið um áreiðanleika spurningalista til að greina magavélindabakflæði sé það borið saman við sýrustigsmælingar í vélinda. Allmörg börn með dæmigerð einkenni um bakflæði eru með eðlilega sýrustigsmælingu í vélinda og sömuleiðis eru sum börn með jákvæða sýrustigsmælingu án einkenna.[13,28] Það kann að skýrast að einhverju leyti af því að einkennin eru ættuð utan meltingarvegar eða mælitíminn er ekki nægilega langur til þess að fanga bakflæðisatburðinn. Einnig getur bakflæði verið basískt, og greinist þá aðeins með viðnámsmælingu í vélinda, þó að það geti valdið einkennum frá öndunarfærum.[29]

Þessi rannsókn sýnir að tengsl eru milli einkenna sem benda til magavélindabakflæðis hjá 7-10 ára börnum í Reykjavík og surgs fyrir brjósti og viðvarandi astmaeinkenna. Sömuleiðis eru tengsl milli þessara einkenna og viðvarandi einkenna frá nefi. Höfundar telja mikilvægt að hafa magavélindabakflæði í huga hjá börnum með astma- og nefeinkenni, þegar aðrar greinilegar ástæður liggja ekki fyrir.

ENGLISH SUMMARY

Respiratory and gastrointestinal symptoms in 7-10 year old children in Reykjavík, Iceland

Michael Clausen[1,2,3], Thorarinn Gislason[1,2], Svala Adalsteinsdottir[1], David Gislason[1,2]

Introduction: Asthma and rhinitis are common diseases in children often but not always caused by allergy. Gastroesophageal reflux is also prevalent in children and relationship with respiratory symptoms has been suggested. The aim of this study was to investigate this relationship in schoolchildren.

Material and methods: As a part of multi-centre cross-sectional food allergy study (Europrevall), a short questionnaire was sent out to 2895 schoolchildren in Reykjavik 7-10 year old. Of the 2346 (81%) children we received answers from we selected those that answered positively to questions regarding common foods and a random sample of those who denied any symptoms related to food. The selected children were invited to further study where they answered an extensive questionnaire that included questions regarding respiratory and gastrointestinal symptoms.

Results: A significant correlation was found between a history of wheezing over the previous year and vomiting, ($p<0.001$) and feeling nauseous ($p<0.001$) in the past 6 months. There was also a correlation between asthma in the previous year and feeling nauseous ($p<0.05$), having a a burning or painful feeling in the middle of the chest ($p<0.001$) as well as nasal symptoms and vomiting ($p<0.01$), feeling nauseous ($p<0.01$), having a burning or painful feeling in the middle of the chest ($p<0.01$) and having a sour taste, like a taste of vomit in the mouth ($p<0.001$).

Conclusion: This study shows a significant correlation between symptoms of gastroesophageal reflux and respiratory and nasal symptoms. Clinicians should be aware of this association though the nature and direction of this association is still unclear.

[1]University of Iceland Faculty of Medicine, [2]Landspitali University Hospital, Dept. of Medicine, [3]Childrens Hospital.

Key words: *gastroesophageal reflux, wheezing, asthma, nasal symptoms, EuroPrevall.*

Correspondence: *Michael Clausen, mc@landspitali.is*

Heimildir

1. Björkstén B, Clayton T, Ellwood P, Stewart A, Strachan D; ISAAC Phase III Study Group. Worldwide time trends for symptoms of rhinitis and conjunctivitis: Phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Pediatr Allergy Immunol 2008; 19: 110-24.
2. Pearce N, Aït-Khaled N, Beasley R, Mallol J, Keil U, Mitchell E, Robertson C, et al. Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Thorax 2007; 62: 758-66.
3. von Mutius E, Vercelli D. Farm living: effects on childhood asthma and allergy. Nat Rev Immunol 2010; 10: 861-8.
4. Clausen M, Kristjansson S, Haraldsson A, Björkstén B. High prevalence of allergic diseases and sensitization in a low allergen country. Acta Paediatr 2008; 97: 1216-20.
5. Shields MD, Doherty GM. Chronic cough in children. Paediatr Respir Rev 2013; 14: 100-5; quiz 106, 137-8.
6. Blake K, Teague WG. Gastroesophageal reflux disease and childhood asthma. Curr Opin Pulm Med 2013; 19: 24-9.
7. Thakkar K, Boatright RO, Gilger MA, El-Serag HB. Gastroesophageal reflux and asthma in children: a systematic review. Pediatrics 2010; 125: e925-30.
8. El-Serag HB, Gilger M, Kuebeler M, Rabeneck L. Extraesophageal associations of gastroesophageal reflux disease in children without neurologic defects. Gastroenterology 2001; 121: 1294-9.
9. Tan BK, Chandra RK, Pollak J, Kato A, Conley DB, Peters AT, et al. Incidence and associated premorbid diagnoses of patients with chronic rhinosinusitis. J Allergy Clin Immunol 2013; 131: 1350-60.
10. Khoshoo V, Edell D, Mohnot S, Haydel R Jr, Saturno E, Kobernick A. Associated factors in children with chronic cough. Chest 2009; 136: 811-5.
11. Borrelli O, Marabotto C, Mancini V, Aloi M, Macrì F, Falconieri P, et al. Role of gastroesophageal reflux in children with unexplained chronic cough. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011; 53: 287-92.
12. Martigne L, Delaage PH, Thomas-Delecourt F, Bonnelye G, Barthélémy P, Gottrand F. Prevalence and management of gastroesophageal reflux disease in children and adolescents: a nationwide cross-sectional observational study. Eur J Pediatr 2012; 171: 1767-73.
13. Stordal K, Johannesdottir GB, Bentsen BS, Sandvik L. Gastroesophageal reflux disease in children: association between symptoms and pH monitoring. Scand J Gastroenterol 2005; 40: 636-40.
14. Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during childhood: a pediatric practice-based survey. Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154: 150-4.
15. Vandenplas Y, Salvatore S, Devreker T, Hauser B. Gastro-oesophageal reflux disease: oesophageal impedance versus pH monitoring. Acta Paediatr 2007; 96: 956-62.
16. Michail S. Gastroesophageal reflux. Pediatr Rev 2007; 28: 101-10.
17. Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, Baker RD, Boyle JT, Colletti RB, et al. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 32 Suppl 2: S1-31.
18. Liu XL, Wong KK. Gastroesophageal reflux disease in children. Hong Kong Med J 2012; 18: 421-8.
19. De Giorgi F, Palmiero M, Esposito I, Mosca F, Cuomo R. Pathophysiology of gastro-oesophageal reflux disease. Acta Otorhinolaryngol Ital 2006; 26: 241-6.
20. Zerbib F, Guisset O, Lamouliatte H, Quinton A, Galmiche JP, Tunon-De-Lara JM. Effects of bronchial obstruction on lower esophageal sphincter motility and gastroesophageal reflux in patients with asthma. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 1206-11.
21. Kummeling I, Mills EN, Clausen M, Dubakiene R, Pérez CF, Fernández-Rivas M, et al. The EuroPrevall surveys on the prevalence of food allergies in children and adults: background and study methodology. Allergy 2009; 64: 1493-7. ec.europa.eu/research/biosociety/inco/projects/0012_en.html - janúar 2015.
22. Gunasekaran TS, Dahlberg M, Ramesh P, Namachivayam G. Prevalence and associated features of gastroesophageal reflux symptoms in a Caucasian-predominant adolescent school population. Dig Dis Sci 2008; 53: 2373-9.
23. Borrelli O, Mancini V, Thapar N, Giorgio V, Elawad M, Hill S, et al. Cow's milk challenge increases weakly acidic reflux in children with cow's milk allergy and gastroesophageal reflux disease. J Pediatr 2012; 161: 476-81.e1.
24. Flook EP, Kumar BN. Is there evidence to link acid reflux with chronic sinusitis or any nasal symptoms? A review of the evidence. Rhinology 2011; 49: 11-6.
25. Hanna BC, Wormald PJ. Gastroesophageal reflux and chronic rhinosinusitis. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2012; 20: 15-8.
26. Torén K, Brisman J, Järvholm B. Asthma and asthma-like symptoms in adults assessed by questionnaires. A literature review. Chest 1993; 104: 600-8.
27. Asher MI, Keil U, Anderson HR, Beasley R, Crane J, Martinez F, et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. Eur Respir J 1995; 8: 483-91.
28. Writing Committee for the American Lung Association Asthma Clinical Research Centers, Holbrook JT, Wise RA, Gold BD, Blake K, Brown ED, et al. Lansoprazole for children with poorly controlled asthma: a randomized controlled trial. JAMA 2012; 307: 373-81.
29. Borrelli O, Battaglia M, Galos F, Aloi M, De Angelis D, Moretti C, et al. Non-acid gastro-oesophageal reflux in children with suspected pulmonary aspiration. Dig Liver Dis 2010; 42: 115-21.

Fylgiskjal 1.

Spurningalisti I.

Hefur barn þitt nokkurn tímann veikst eða orðið illt af að borða einhverja sérstaka fæðu eða mat?

Spurningalisti II.

9. Hefur barnið verið með surg eða píp í brjósti einhvern tímann á síðustu 12 mánuðum?
   - Ef svarið er já:
   - 9.1 Hefur barnið fundið fyrir mæði þegar surg/píp óhljóðið var til staðar?
   - 9.2 Hefur barnið haft surg eða píp í brjósti þegar það var ekki kvefað?
10. Hefur barnið einhvern tímann haft astma?
    - Ef svarið er já:
    - 10.1 Hversu gamalt var barnið þegar það fékk fyrst astmakast?
    - 10.2 Hefur barnið fengið astmakast á síðustu 12 mánuðum?
    - 10.3 Hversu oft hefur barnið vaknað vegna astmakasta á síðustu 12 mánuðum?
11. Hefur barnið haft ofnæmi í nefi, þar með talið frjókvef?
    - 11.2 Hefur barnið einhvern tímann átt í vandræðum með hnerra, nefrennsli eða nefstíflur án þess að það væri með kvef eða með flensu?
    - Ef svarið er já:
    - 11.3 Hefur barnið átt í vandræðum með hnerra, nefrennsli eða nefstíflur án þess að það væri kvefað eða með flensu síðustu 12 mánuði?
17. Á síðustu 6 mánuðum:
    - 17.1 Hefur barnið haft uppköst án þess að vera með „ælupest“ eða matareitrun?
    - 17.2 Hefur barnið kvartað yfir aðkenningu að kasta upp eða ógleði þegar það var ekki með „ælupest“ eða matareitrun?
    - 17.3 Hefur barnið kvartað yfir sviða- eða sársaukatilfinningu fyrir miðju brjósti?
    - 17.4 Hefur barnið kvartað yfir súru- eða ælubragði í munni?
    - 17.5. hefur barnið tekið einhver lyf við súrum uppgangi eða maga- vélindabakflæði?

Spiriva® Respimat® (tíórópíum)

Nú einnig við ASTMA

NÝTT!
1. LAMA til meðferðar við astma**

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

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



IS10-11-2014

Auglýsingin er samþykkt af ENLI

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

SPIRIVA® RESPIMAT®
(TIOTROPIUM)

Heimild:

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

Boehringer Ingelheim

Sérlyfjatexti á bls. 181

Árangur endurlífgunartilrauna utan spítala á Reykjavíkursvæðinu árin 2004-2007

Brynjólfur Árni Mogensen[2] læknir, **Hjalti Már Björnsson**[1,3] læknir, **Gestur Þorgeirsson**[2,3] læknir, **Gísli Engilbert Haraldsson**[1] læknir, **Brynjólfur Mogensen**[1,3] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Á Reykjavíkursvæðinu sinnti neyðarbíll með lækni hjartastoppum á árunum 1982-2007. Markmið rannsóknarinnar var að kanna árangur endurlífgunar utan sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu árin 2004-2007 og bera saman við niðurstöður fyrri rannsókna.
Efniviður og aðferðir: Þýði rannsóknarinnar náði til allra einstaklinga sem fóru í hjartastopp árin 2004-2007 utan sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu af völdum hjartasjúkdóma þar sem endurlífgun var reynd. Gögn voru skráð samkvæmt Utstein-staðli um grunnþætti endurlífgunar.
Niðurstöður: Á rannsóknartímabilinu höfðu 289 einstaklingar farið í hjartastopp. Var endurlífgun reynd hjá 279 (97%) og hjartasjúkdómur talin orsök hjartastopps í 200 tilvikum. Meðalaldur rannsóknarþýðisins var 67,7 ár og 76% voru karlar. Meðaltal útkallstíma var 6,3 mínútur. Lifandi á sjúkrahús komust 107 (54%) og 50 (25%) útskrifuðust af sjúkrahúsi miðað við 16-19% í fyrri uppgjörum (p=0,16). Hlutfall sleglatifs/sleglahraðtakts var 50%, rafleysu 30% og rafvirkni án dæluvirkni 20%. Árin 2004-2007 útskrifuðust 70% þeirra sem lögðust inn á gjörgæslu/legudeild og voru með sleglatif/sleglahraðtakt á fyrsta riti borið saman við 49% árin 1999-2002 (p=0,01). Í 120 (60%) tilvikum var vitni að hjartastoppi og í 62% af þeim tilvikum var grunnendurlífgun beitt fyrir komu neyðarbíls miðað við 54% í síðasta uppgjöri (p=0,26). Marktækur munur var á lifun ef vitni var að hjartastoppi 37 (31%) á móti 5 (8%) ef ekki var vitni (p<0,01).
Ályktanir: Fjórðungur þeirra sem reynt er að endurlífga úr hjartastoppi útskrifast lifandi af sjúkrahúsi. Er árangurinn sambærilegur við síðustu uppgjör á höfuðborgarsvæðinu (16-19%) en mjög góður samanborið við erlendar niðurstöður (3-16%). Lifun sjúklinga sem lögðust inn á gjörgæslu/legudeild með sleglatif/sleglahraðtakt sem fyrsta takt var marktækt aukin miðað við fyrri uppgjör. Lifun var marktækt betri ef vitni var að hjartastoppi.

Inngangur

[1]Bráðamóttöku, [2]lyflækningasviði Landspítala, [3]læknadeild Háskóla Íslands.

Endurlífgunartilraunir í hjartastoppum utan spítala á höfuðborgarsvæðinu hafa verið vel rannsakaðar allt frá árinu 1976.

Ef miðað er við erlendar rannsóknir hefur árangur af endurlífgunum utan spítala á höfuðborgarsvæðinu verið góður frá því farið var að veita þessa þjónustu.[1,2] Í Bandaríkjunum hefur lifun inni á gjörgæslu/legudeild víðast verið milli 20-27% en þetta hlutfall hefur reynst vera á bilinu 31-41% á Íslandi. Hlutfall þeirra sem lent hafa í hjartastoppi og útskrifast lifandi hefur víðast hvar verið á bilinu 3-16% í Bandaríkjunum en 9-19% hér á landi.[3-5] Rannsóknir hafa einnig sýnt að hlutfall grunnendurlífgunar í meðhöndlun hjartastoppa á vettvangi hefur einnig verið hátt á Íslandi, eða 54% við síðasta uppgjör, en algengt er að þetta hlutfall sé á bilinu 30-35% í Bandaríkjunum.[1-5]

Á höfuðborgarsvæðinu var starfræktur neyðarbíll með lækni samfellt á árunum 1982-2007. Þjónustusvæði hans nær nú til Reykjavíkur, Kópavogs, Seltjarnarness, Garðabæjar, Hafnarfjarðar, Mosfellsbæjar og Álftaness.

Góðan árangur endurlífgunartilrauna á höfuðborgarsvæðinu í fyrri uppgjörum má líklega rekja til margra þátta eins og samræmdrar neyðarsímsvörunar Neyðarlínunnar, læknisþjónustu á neyðarbíl og þjálfunar sjúkraflutningamanna.[1,2]

Frá síðasta uppgjöri á árangri endurlífgunarþjónustunnar hafa margvíslegar breytingar verið gerðar á henni til að reyna að auka árangurinn enn frekar. Tekin var upp stöðug vakt á hjartaþræðingarstofu Landspítala árið 2003 og á svipuðum tíma var farið að beita kælingarmeðferð á gjörgæslu hjá meðvitundarlausum sjúklingum sem lagðir voru inn eftir endurlífgun. Þá tók endurlífgunarráð til starfa árið 2002 sem hefur unnið að aukinni þekkingu og kennslu í endurlífgun á Íslandi.[6,7] Starfsmenn neyðarbílsins hafa unnið samkvæmt alþjóðlegum leiðbeiningum um sérhæfða endurlífgun frá árinu 2000. Hafa leiðbeiningarnar verið í endurskoðun og voru þær uppfærðar árið 2005, með aukinni áherslu á rafstuð og hjartahnoð á kostnað öndunaraðstoðar og lyfja.[8] Tilgangur rannsóknarinnar var að meta árangur endurlífgunartilrauna vegna hjartastoppa af völdum hjartasjúkdóma utan sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu árin 2004-2007 og bera saman við fyrri rannsóknir.

Efniviður og aðferðir

Þýði rannsóknarinnar voru allar endurlífgunartilraunir vegna hjartasjúkdóma utan sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu á tímabilinu 1. janúar 2004 til 31. desember 2007. Upplýsingar um endurlífgunartilraunir voru fengnar úr

Fyrirspurnir: Brynjólfur Árni Mogensen

billimogens@gmail.com

Greinin barst 7. júlí 2014, samþykkt til birtingar 23. janúar 2015.

Höfundur hefur útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

endurlífgunarskýrslum rituðum af vakthafandi neyðarbílslækni eftir öll útköll vegna endurlífgunar. Einnig var leitað í sjúkraskrám Landspítala að ICD-10 kóða fyrir hjartastopp I-64 og gagna aflað um endurlífgunartilraunir utan sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu. Rannsakendur skráðu upplýsingar um endurlífganir samkvæmt lykilþáttum Utstein-staðalsins sem er stöðluð framsetning til að meta árangur endurlífgana og var uppfærður 2004.[9,10]

Tilfelli þar sem hjartastoppið var ekki talið vera af völdum hjartasjúkdóms voru ekki talin með við mat á árangri endurlífgana. Ef orsök fyrir hjartastoppi var ekki tilgreind í sjúkraskrá voru viðkomandi krufningarskýrslur og dánarvottorð skoðuð. Þau hjartastopp sem áttu sér stað í sjúkrabíl voru ekki talin með öðrum hjartastoppum sem vitni voru að. Útkallstími var skilgreindur í samræmi við fyrri rannsóknir, það er tíminn frá því að tilkynning um hjartastopp barst Neyðarlínu og þar til sjúkrabíllinn var kominn á vettvang. Fengust þessar upplýsingar úr endurlífgunarskýrslum og frá Neyðarlínunni. Upplýsingar um sjúklinga sem meðhöndlaðir voru með kælingu, auk mats á færni við útskrift, fengust úr sjúkraskrám Landspítala. Vitræn geta sjúklinga við útskrift var metin samkvæmt Cerebral Performance Category (CPC) skala á bilinu 1 til 5 þar sem 1 stig þýðir að viðkomandi hafi haft eðlilega heilastarfsemi en 5 stig jafngilda heiladauða.[11] Íbúafjöldi á þjónustusvæði neyðarbílsins var 181.929 í byrjun árs 2004 og 197.951 í lok árs 2007.[12]

Leyfi fyrir rannsókninni voru fengin frá framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala, Vísindasiðanefnd og Persónuvernd.

Samanburður á meðalaldri, hvort vitni var að hjartastoppi eða hvort grunnendurlífgun var beitt, var framkvæmdur með *t*- prófi. Annar samanburður var gerður með x^2-prófi. Greining gagna var framkvæmd í R, útgáfu 2.14 og marktæknikrafa var 0,05.

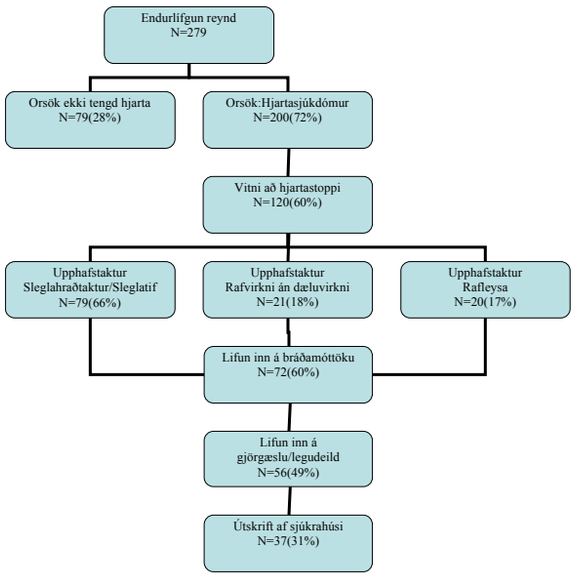
Niðurstöður

Á árunum 2004-2007 var tilkynnt um 289 hjartastopp á höfuðborgarsvæðinu. Reynd var endurlífgun í 279 tilfellum (97%) af læknum og sjúkraflutningamönnum neyðarbíls. Hjartasjúkdómar voru orsök í 200 tilfellum (72%) af þeim 279 þar sem endurlífgun var reynd. Sjötíu og níu tilfelli (28%) voru talin vera af öðrum orsökum eins og áverka, drukknun, eitrun, sjálfsvígi, öndunarfærasjúkdómi og öðrum ástæðum. Skráning samkvæmt endurlífgunarskýrslum var góð en hjá 15 einstaklingum var ekki skráð orsök og þurfti að leita upplýsinga í krufningarskýrslum og dánarvottorðum hjá Hagstofu.

Fjöldi karla var 151 (76%) og konur voru 49 (24%). Meðalaldur sjúklinga var 67,7 ár og aldursbil var 20-99 ár. Útkallstími var að meðaltali 6,3 mínútur.

Í hjartastoppum af völdum hjartasjúkdóma voru vitni til staðar í 120 tilvikum (60%) og eru niðurstöður endurlífgunartilrauna í þeim tilvikum sýndar samkvæmt Utstein-staðli í flæðiriti. Ekki var vitni að hjartastoppi í 60 tilvikum (30%) og 20 hjartastopp (10%) áttu sér stað í sjúkrabíl. Fjöldi endurlífgana í heild var að meðaltali 71,5 ± 4,5 á ári. Fjöldi endurlífgana þar sem orsök var hjartasjúkdómar var að meðaltali 48 ± 6 á ári. Tíðni á hverja 100.000/ári er því 26 ± 3,5. Tíðni sleglatifs/sleglahraðtakts var 13,9 ± 2,5 á hverja 100.000/ári.

Flæðirit um árangur endurlífgana vegna hjartasjúkdóma utan sjúkrahúsa frá 2004-2007.



Fyrsta rit

Níutíu og níu (50%) voru í sleglatifi eða sleglahraðtakti á fyrsta hjartarafriti af þeim sem fóru í hjartastopp vegna hjartasjúkdóms. Fjörutíu (20%) voru með rafvirkni án dæluvirkni en 61 (30%) var með rafleysu á fyrsta hjartarafriti.

Lifun að innlögn og útskrift

Af 200 einstaklingum náðu 107 einstaklingar (54%) inn á bráðadeild með merki um blóðflæði eða sýndu merki um blóðflæði eftir að á bráðadeild var komið. Áttatíu og sex einstaklingar (43%) lögðust inn á gjörgæslu/legudeild. Alls útskrifuðust 50 einstaklingar (25%) af sjúkrahúsi. Fjörutíu og sjö voru lifandi ári eftir útskrift, eða 24%.

Sleglatif/Sleglahraðtaktur

Níutíu og níu voru upphaflega í sleglatifi eða sleglahraðtakti á fyrsta hjartarafriti. Af þeim náðu 72 (73%) inn á bráðadeild, 61 (62%) lagðist inn á gjörgæslu/legudeild og 43 (43%) útskrifuðust. Sjötíu prósent þeirra sem lifðu að innlögn á gjörgæslu/legudeild útskrifuðust.

Rafleysa

Sextíu og einn einstaklingar var í rafleysu á fyrsta hjartarafriti. Fimmtán þeirra (25%) komust inn á bráðadeild. Ellefu (18%) lögðust inn á gjörgæslu/legudeild en enginn útskrifaðist.

Rafvirkni án dæluvirkni

Fjörutíu voru með rafvirkni án dæluvirkni eða hægatakt. Tuttugu þeirra (50%) lifðu inn á bráðadeild, 14 (35%) lögðust inn á gjörgæslu/legudeild og 7 (18%) útskrifuðust af sjúkrahúsi.

Kringumstæður

Flestir fengu hjartastopp í heimahúsi, eða 120 einstaklingar, af þeim útskrifuðust 28 (23%) heim af spítala. Tuttugu og einn ein-

Tafla I. *Samanburður á árangri endurlífgana utan sjúkrahúsa eftir því hvort vitni var að hjartastoppi eða ekki, fjöldi (%).*

	Vitni	Ekki vitni	p-gildi
Heildarfjöldi	120	60	
Meðalaldur (ár)	67	69	0,22
Karlar/Konur	95/25	45/15	0,58
Lifun á bráðadeild	72 (60)	19 (32)	<0,01
Innlögn á gjörgæslu/legudeild	56 (47)	18 (30)	0,05
Útskrifaðir	37 (31)	5 (8)	<0,01
Útkallstími - mínútur	6,42	6,11	0,15

Lifun á bráðadeild: Merki um blóðflæði, það er mælanlegur blóðþrýstingur eða púls og merki um öndun, við komu á bráðadeild.

Tafla II. *Samanburður á upphafstakti eftir því hvort vitni var að hjartastoppi eða ekki, fjöldi (%).*

	Vitni	Ekki vitni	P-gildi
Upphafstaktur			<0,01
VF/VT	79 (66)	11 (18)	0,01
VF/VT - útskrifaðir	33 (42)	3 (27)	
Rafleysa	20 (17)	40 (67)	0,01
Rafleysa - útskrifaðir	0	0	
PEA	21 (18)	9 (15)	0,52
PEA - útskrifaðir	4 (19)	2 (22)	

VF/VT: Sleglatif/sleglahraðtaktur. PEA: Rafvirkni án dæluvirkni. P-gildi mælir hvort það sé marktækur munur á takti eftir því hvort vitni hafi verið að hjartastoppi eða ekki.

staklingur var í bíl eða vinnu og af þeim útskrifuðust fjórir (19%) heim af spítala. Ellefu fóru í hjartastopp utandyra og útskrifuðust fjórir þeirra (36%) af spítala. Tíu einstaklingar voru á heilbrigðisstofnun (öldrunarheimilum og endurhæfingardeildum) og útskrifaðist einn af þeim heim (10%). Átján voru flokkaðir undir annað eða óskráð og útskrifuðust fimm af þeim (28%) heim. Tuttugu einstaklingar fóru í hjartastopp í sjúkrabíl og útskrifuðust átta af þeim (40%) heim.

Nærstödd vitni

Í 120 tilvikum (60%) voru vitni að hjartastoppi samkvæmt endurlífgunarskýrslu. Sextíu voru ekki með vitni að hjartastoppi og 20 tilfelli urðu í sjúkrabíl. Af þeim 120 einstaklingum sem höfðu vitni að hjartastoppinu voru 79 (66%) í sleglatifi/sleglahraðtakti, 21 (18%) í rafvirkni án dæluvirkni og 20 (17%) með rafleysu. Af þeim 60 einstaklingum sem höfðu ekki vitni voru 11 (18%) í sleglatifi/sleglahraðtakti, 9 (15%) í rafvirkni án dæluvirkni og 40 (67%) í rafleysu. Marktækur munur var á tegund fyrsta takts eftir því hvort vitni var að hjartastoppi eða ekki (p<0,01). Sjötíu og tveir (60%) lifðu við komu á bráðadeild þegar vitni var að hjartastoppi en 19 (32%) þegar ekki var vitni að hjartastoppi. Marktækur munur var á lifun inn á gjörgæslu/legudeild eftir því hvort vitni var að hjartastoppi, 56 (47%) lögðust inn á gjörgæslu/legudeild þegar vitni var að hjartastoppi en 18 (30%) þegar ekki var vitni að hjartastoppi (p<0,05). Einnig var marktækur munur á lifun við útskrift en 37 (31%) útskrifuðust af sjúkrahúsi ef vitni var að hjartastoppi á móti 5 (8%) ef ekki var vitni að hjartastoppi (p<0,01), samanber töflu I. Meðalaldur þegar vitni var að hjartastoppi var 66,7 ár en 69,1 ár þegar ekki var vitni og reyndist aldursmunurinn ekki marktækur (p=0,22).

Áhrif grunnendurlífgunar

Samkvæmt Utstein-staðli var einungis litið á áhrif grunnendurlífgunar ef vitni var að hjartastoppi. Af 120 einstaklingum þar sem vitni var að hjartastoppi reyndist grunnendurlífgun hafin fyrir komu sjúkrabíls í 74 tilvikum, eða 62%. Af þeim voru 52 (70%) með sleglatif/sleglahraðtakt sem upphafstakt, 14 (19%) voru með rafvirkni án dæluvirkni og 8 (11%) með rafleysu sem upphafstakt (tafla II). Fjörutíu og sex (62%) komust inn á bráðamóttöku af þeim sem grunnendurlífgun var hafin hjá miðað við 26 (57%) þeirra sem fengu ekki grunnendurlífgun. Ekki var marktækur munur á fjölda þeirra sem var lagður inn á gjörgæslu/legudeild af þeim sem grunnendurlífgun var hafin hjá (n=37, 50%) miðað við 19 (41%) sem fengu ekki grunnendurlífgun (p=0,47). Tuttugu og sex (35%) lifðu fram að útskrift af þeim sem hafin var grunnendurlífgun hjá, en 11 (24%) lifðu að útskrift af þeim sem ekki fengu grunnendurlífgun (p=0,28), samanber töflu III. Meðalaldur þeirra sem fengu grunnendurlífgun var 64,6 ár en 69,9 ár hjá þeim sem ekki fengu grunnendurlífgun (p=0,07).

Kælingarhlutfall og ástand við útskrift

Alls voru 62 (72%) einstaklingar kældir af þeim 86 einstaklingum sem lögðust inn á gjörgæslu/legudeild.

Af þeim 50 manns sem útskrifuðust af sjúkrahúsi reyndust 39 (78%) vera með óskerta vitræna getu samkvæmt CPC-skala. Tíu (20%) voru með væga vitræna skerðingu, CPC tveir við útskrift af spítala. Einn einstaklingur var með miðlungs vitræna skerðingu, CPC þrír, en enginn var með CPC fjóra eða fimm. Af þeim 50 einstaklingum sem lifðu að útskrift voru 48 (96%) á lífi ári eftir hjartastopp. Af þeim 11 sem voru með CPC-skor 2-3 voru 8 með sleglatif/

Tafla III. *Samanburður á árangri endurlífgana utan sjúkrahúsa í vitna viðurvist eftir því hvort grunnendurlífgun var beitt eða ekki, fjöldi (%).*

	Grunnendurlífgun	Ekki grunnendurlífgun	P-gildi
Heildarfjöldi	74	46	
Meðalaldur (ár)	65	70	0,07
Karlar/Konur	56/18	38/8	0,50
Útkallstími	6,38	6,5	0,38
Lifun á bráðadeild	46 (62)	26 (57)	0,67
Innlögn á gjörgæslu/ legudeild	37 (50)	19 (41)	0,47
Útskrifaðir	26 (35)	11 (24)	0,28
Upphafstaktur			0,09
VF/VT	52 (70)	27 (59)	0,25
VF/VT - útskrifaðir	23 (44)	10 (37)	
Rafleysa	8 (11)	12 (26)	0,14
Rafleysa - útskrifaðir	0	0	
PEA	14 (19)	7 (15)	0,47
PEA - útskrifaðir	3 (21)	1	

VF/VT: Sleglatif/sleglahraðtaktur. PEA: Rafvirkni án dæluvirkni. Lifun á bráðadeild: Merki um blóðflæði það er mælanlegur blóðþrýstingur eða púls og merki um öndun við komu á bráðadeild.

Tafla IV. *Samanburður á árangri endurlífgana utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu við fyrri uppgjör, fjöldi (%).*[1,2,12-14]

	1976-1979	1982-1986*	1987-1990	1991-1996	1999-2002	2004-2007
Reyndar endurlífganir	222	138	195	308	232	200
Tíðni/100.000/ári	56	31	46	39	33	27
Tíðni VF/VT 100.000/ári	23	17	15	23	20	14
Meðalaldur	63	65	66	67	68	68
Hlutfall karla	75	81	76	75	77	76
Meðal útkallstími (mínútur)	7.3	4.9	4.6	4.6	6.1	6.3
Innlagðir á gjörgæslu/legudeild	68 (31)	55 (40)	64 (33)	98 (31)	97 (41)	86 (43)
Útskrifaðir	21 (9)	24 (17)	31 (16)	51 (17)	44 (19)	50 (25)
Hjartsláttartruflanir						
VF/VT	90 (41)	73 (53)	81 (42)	176 (57)	140 (60)	99 (50)
VF/VT - útskrifaðir	18 (20)	21 (29)	25 (31)	46 (26)	39 (28)	43 (43)
Rafleysa	114 (51)	53 (38)	92 (47)	91 (31)	53 (23)	61 (31)
Rafleysa - útskrifaðir	2 (2)	2 (4)	6 (7)	3 (3)	3 (6)	0 (0)
PEA	18 (8)	12 (9)	22 (11)	41 (13)	39 (17)	40 (20)
PEA - útskrifaðir	1 (6)	1 (8)	0 (0)	2 (5)	2 (5)	7 (18)
Andlega skertir	1 (0)	1 (1)	2 (1)	3 (1)	9 (4)	11 (6)

VF/VT: Sleglatif/sleglahraðtaktur. PEA: Rafvirkni án dæluvirkni. *Neyðarbílar með stuðtæki voru ekki starfandi allan sólarhringinn árin 1982-1986.

sleglahraðtakt sem upphafstakt á riti en þrír voru með rafvirkni án dæluvirkni. Af þeim 11 með CPC 2-3 voru 6 einstaklingar sem fengu ekki grunnendurlífgun á staðnum en höfðu vitni að hjartastoppi. Tveir þeirra höfðu ekki vitni að hjartastoppi en þrír voru með vitni að hjartastoppi og fengu grunnendurlífgun.

Samanburður við fyrri rannsóknir á endurlífgunum utan spítala

Tvöhundruð endurlífganir voru reyndar þar sem orsök hjartastopps var talin vera vegna hjartasjúkdóma árin 2004-2007 miðað við 232 endurlífganir árin 1999-2002. Alls voru 86 (43%) lagðir inn á gjörgæslu/legudeild eftir hjartastopp árin 2004-2007 miðað við 96 (41%) frá síðasta uppgjöri. Ekki er marktækur munur á fjölda þeirra sem útskrifast nú eftir hjartastopp (n=50, 25%) miðað við 44 (19%) áður (p=0,16). Fimmtíu og átta prósent þeirra sem leggjast inn á gjörgæslu/legudeild lifa að útskrift árin 2004-2007 miðað við 46% við síðasta uppgjör (p=0.109). Þar sem vitni var að hjartastoppi voru 56 (47%) einstaklingar lagðir inn á gjörgæslu/legudeild og 37 (31%) útskrifuðust heim miðað við að 76 (45%) voru lagðir inn á gjörgæslu/legudeild við síðasta uppgjör og 35 (21%) voru útskrifaðir heim (p=0,04).

Af þeim sem höfðu vitni að hjartastoppi fengu 74 (62%) grunnendurlífgun nú miðað við 70 (54%) við síðasta uppgjör (p=0,26).

Af þeim sem voru með sleglatif/sleglahraðtakt sem fyrsta rit lögðust 61 (62%) inn á gjörgæslu/legudeild árin 2004-2007 og þar af útskrifuðust 43 (43%). Til samanburðar voru við síðasta uppgjör 79 (56%) lagðir inn á gjörgæslu/legudeild og þar af útskrifuðust 39 (28%), samanber töflu IV.

Árin 2004-2007 útskrifuðust því 70% þeirra sem lögðust inn á gjörgæslu/legudeild og voru með sleglatif/sleglahraðtakt á fyrsta riti borið saman við 49% árin 1999-2002 (p=0,01).

Umræða

Árangur af endurlífgunum utan sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu er sambærilegur við fyrri rannsóknir hér á landi, eins og sjá má í töflu IV, og er mjög góður í alþjóðlegum samanburði.[3-5,13]

Í þessari rannsókn útskrifuðust 25% lifandi miðað við 19% frá síðasta uppgjöri en munurinn í heildina var þó ekki marktækur. Marktækur munur reyndist á lifun þegar vitni var að hjartastoppi nú miðað við fyrri uppgjör. Einnig var marktækur munur á lifun þeirra sem leggjast inn á gjörgæslu/legudeild og voru með sleglatif/sleglahraðtakt á fyrsta riti árin 2004-2007 því 70% þeirra útskrifuðust samanborið við 49% árin 1999-2002 (p=0,01).[1,2,14-16]

Það er líklegt að stöðug þræðingarvakt og kæling eftir hjartastopp á Landspítala skipti máli en fjölmargar rannsóknir hafa sýnt fram á bæði betri lifun og andlega getu sjúklinga eftir kælingu.[17-19] Eins minnka líkurnar á hjartastoppi verulega fyrstu sólarhringana eftir kransæðastíflu ef framkvæmd er bráð hjartaþræðing til að opna stíflaða æð.[20]

Endurlífgunartilraunum utan sjúkrahúss hefur fækkað hlutfallslega miðað við fyrri rannsóknartímabil. Gæti það skýrst af lækkandi tíðni á aldursstöðluðu nýgengi á kransæðasjúkdómum.[21,22]

Aldur þýðisins er svipaður og við síðustu rannsóknir. Hins vegar hefur meðalaldur þeirra sem reynd er endurlífgun á hækkað úr 63 árum í 68 ár frá árinu 1973. Skýrist þetta væntanlega af hækkandi meðalaldri á Íslandi.[12] Einnig er líklegt að framfarir í meðferð hjartasjúkdóma leiði til þess að hjartastopp og aðrir fylgikvillar kransæðasjúkdómsins komi fram síðar á ævinni.

Hlutfall tilvika þar sem nærstaddir reyna grunnendurlífgun hefur aukist úr 54% frá síðasta uppgjöri í 62% (p=0,26). Marktækur munur var á lifun og fyrsta takti einstaklinga þar sem vitni voru að atburðinum miðað við tilvik þar sem engin vitni voru. Grunnendurlífgun fyrir komu sjúkrabíls reyndist ekki hafa marktæk

áhrif á lifun eða fyrsta takt þótt tilhneiging hafi verið til bættrar lifunar. Hlutfallið þar sem nærstaddir reyna grunnendurlífgun er með því hæsta sem gerist í heiminum í dag.[3-5,13] Skýrist aukningin hugsanlega að hluta af „Hringja og hnoða“ átakinu sem hófst 2002. Hins vegar gæti hlutfallið verið mun hærra og þarf að auka vitund landsmanna um mikilvægi grunnendurlífgunar. Rannsaka þarf betur áhrif grunnendurlífgunar hér á landi til að sjá ástæður þess að grunnendurlífgun skilar sér ekki í aukinni lifun. Verið gæti að það þyrfti stærra þýði, en eins þyrfti að athuga gæði þeirrar grunnendurlífgunar sem er framkvæmd.

Hlutfall þeirra sem útskrifast með vitræna skerðingu eftir heppnaða endurlífgun er svipað og í síðast uppgjöri, sjá töflu IV. Athygli vekur að 8 af þeim 11 sem voru með vitrænna skerðingu við útskrift höfðu annaðhvort ekki vitni að hjartastoppi eða fengu ekki grunnendurlífgun og að einungis einn einstaklingur var með meira en væga skerðingu á vitrænni getu. Hafa rannsóknir sýnt að færni einstaklinga með vitræna skerðingu eftir hjartastopp er þó góð og batnar þegar frá líður.[24]

Hlutfall þeirra sem komast lifandi inn á gjörgæslu/legudeild hefur verið að aukast miðað við fyrri uppgjör, úr 31-33% frá árunum 1987-96 til 41% frá árunum 1999-2002 og nú 45% frá árunum 2004-2007. Marktækur munur reyndist vera milli tímabilanna 1987-96 og 1999-2007 (p=0,001). Virðist því árangur þjónustunnar vera að batna. Hugsanlegt er að þetta tengist betri menntun og reynslu neyðarbílslækna og fjölgun sérhæfðra sjúkraflutningamanna með bráðatæknamenntun.[23] Einnig getur verið að aukin áhersla í endurlífgunarleiðbeiningum á hjartahnoð á kostnað öndunaraðstoðar og lyfjagjafar eigi þátt í þessari þróun.[8] Útkallstími milli uppgjöra er svipaður, 6,3 mínútur nú miðað við 6,1 mínútur árin 1999-2002 en hins vegar gæti aukin farsímaeign hafa stytt ómælanlega hluta af heildarviðbragðstíma frá því einstaklingur hnígur niður þar til sérhæfð hjálp berst, en farsímaeign höfuðborgarbúa var 9% árið 1996 en hátt í 100% árið 2006.[25] Útkallstími hér á landi er ekki styttri miðað við erlendar niðurstöður, sem hafa verið á bilinu 5,1-7,2 mínútur.[3,26,27] Er hugsanlegt að góð lifun hér á landi skýrist af háu hlutfalli grunnendurlífgunar, reynslu neyðarbílslækna og sjúkraflutningsmanna ásamt góðri þjónustu á Landspítala.[20,23,27]

Meiri líkur eru á að þeir sem reynast í sleglatifi/sleglahraðtakti lifi að innlögn og útskrifist miðað við fyrri rannsóknir. Af þessum hópi útskrifuðust 43% á rannsóknartímabilinu miðað við tæplega 30% í síðustu rannsóknum. Eins lifa 64% þessara einstaklinga að innlögn á gjörgæslu- eða legudeild nú, miðað við 56% í síðustu rannsókn.

Veikleikar rannsóknarinnar

Ekki var til staðar nákvæm tímaskráning á hjartastoppi, það er hversu langur tími leið frá hjartastoppi þar til hringt var á Neyðarlínu. Ekki var heldur hægt að meta í rannsóknargögnunum hversu langur tími leið frá komu sjúkrabíls á vettvang þar til fyrsta rafstuð var gefið.

Einn helsti galli rannsóknarinnar er stærð þýðis. Vegna lítils tölfræðilegs styrks í svo smáu þýði þyrfti að stækka rannsóknarhópinn til að geta sýnt fram á mismun í horfum ef hann er raunverulega til staðar.

Lokaorð

Meginniðurstöður rannsóknarinnar eru áframhaldandi góður árangur endurlífgana utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu. Lifun sjúklinga var betri þegar vitni varð að hjartastoppinu samanborið við þau tilvik þegar ekkert vitni var til staðar. Lifun sjúklinga sem lögðust inn á gjörgæslu/legudeild með sleglatif/sleglahraðtakt sem fyrsta takt var marktækt aukin. Líklegt er að bætt þjónusta á Landspítala með stöðugri hjartaþræðingarvakt og kælingu eftir hjartastopp skýri bættan árangur.

Bestu þakkir fær Bjarki Þór Elvarsson við raunvísindadeild Háskóla Íslands, en hann sá um tölfræði við vinnslu greinarinnar.

ENGLISH SUMMARY

Results of pre-hospital cardiac resuscitation in the Reykjavik area 2004-2007

Mogensen BA[1], Bjornsson HM[2], Thorgeirsson G[1], Haraldsson GE[2], Mogensen B[2]

Introduction In the Reykjavik area, a physician staffed ambulance responded to cardiac arrests from 1982-2007. The aim of this study was to assess the outcome of attempted pre-hospital cardiac resuscitations in the period from 2004-2007 and compare to previous studies.
Material and methods: All cases of attempted prehospital resuscitations in cardiac arrests of presumed cardiac etiology. Data was gathered according to the Utstein template.
Results: Of a total of 289 cases in cardiac arrest, resuscitation was attempted in 279 and 200 of those were presumed to have a cardiac etiology. Men were 76% of the patients and the average age was 67.7 years. Average response time was 6.3 min. One hundred and seven (54%) survived to hospital admission and 50 (25%) survived to discharge compared to 16-19% in previous studies (p=0.16). The presenting rhythm was ventricular fibrillation/ventricular tachycardia (VF/VT) in 50% of the cases, 30% was in asystole and 20% in pulseless electrical activity (PEA). Of those admitted to intensive care unit/ department and had ventricular fibrillation on the first rhythm strip 70% were discharged during 2004-2007 compared to 49% during 1999-2002 (p=0.01). Bystander CPR was provided in 62% of witnessed cases compared to 54% in a previous study (p=0.26). One hundred and twenty (60%) were witnessed cases of which 37 (31%) survived to hospital discharge compared to 5 (8%)of non witnessed cases (p<0.01).
Conclusion: One in every four cardiac arrest patients in the Reykjavik area survives to discharge. This is similar to previous studies in the area (16-19%) and high compared to international studies 3-16%. Survival of those admitted to intensive care unit/ department and had ventricular fibrillation on the first rhythm strip was significantly higher compared to previous studies. Survival was found to be significantly higher if the cardiac arrest was witnessed.

[1]Department of Cardiology, Landspítali – The National University Hospital of Iceland, [2]Department of Emergency Medicine, Landspítali - The National University Hospital of Iceland.

Key words: *prehospital, cardiac arrest, resuscitation, survival.*

Correspondence: *Brynjólfur Árni Mogensen, billimogens@gmail.com*

Heimildir

1. Björnsson HM, Marelsson S, Magnússon V, Sigurðsson G, Þorgeirsson G. Endurlífgunartilraunir utan sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu 1999-2002. Læknablaðið 2006; 92: 591-7.
2. Sigurðsson G, Þorgeirsson G. Sérhæfð endurlífgun utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu 1991-1996. Læknablaðið 2000; 86: 669-73.
3. Nichol G, Thomas E, Callaway CW, Hedges J, Powell JL, Augderheide TP, et al. Regional variation in out-of-hospital cardiac arrest incidence and outcome. JAMA 2008; 300: 1423-31.
4. McNally B, Robb R, Mehta M, Yellano K, Valderrama AL, Yoon PW, et al. Emory University, Atlanta, Georgia. Out-of-Hospital Cardiac Arrest Surveillance-Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival (CARES), United States, October 1, 2005-December 31, 2010. MMWR Surveill Summ 2011: 60: 1-19.
5. SassonC, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2010; 3: 63-81.
6. International Guidelines 2000. A consensus on Science. Resuscitation 2000; 46: 3-15.
7. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation 2010; 81: e1-e332.
8. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2005; 112: IV-1-IV-203.
9. Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arres: the Utstein style. Circulation 1991; 84: 960-75.
10. Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Outcome Reports. Circulation 2004; 110: 3385-97.
11. Stiell IG, Nesbitt LP, Nichol G, Maloney J, Dreyer J, Beaudoin T, et al. Comparison of the Cerebral Performance Category score and the Health Utilities Index for survivors of cardiac arrest. Ann Emerg Med 2009; 53: 241-8.
12. hagstofa.is - apríl 2011.
13. Herlitz J, Bahr J, Fischer M, Kusima M, Lezow K, Þorgeirsson G. Resuscitation in Europe: a tale of five European regions. Resuscitation 1999; 41:121-31.
14. Guðjónsson H, Baldvinsson E, Oddsson G, Ásgeirsson E, Kristjánsson H, Harðarson T. Results of attempted cardiopulmonary resuscitation of patients dying suddenly outside the hospital in Reykjavik and surrounding area 1976-1979. Acta Med Scand 1982; 212: 247-51.
15. Einarsson O, Jakobsson F, Sigurðsson G. Adcanced cardiac life support in the prehospital setting: the Reykjavik experience. J Int Med 1989; 225: 129-35.
16. Blængsdóttir GH, Þorgeirsson G. Endurlífganir utan spítala á Reykjavíkursvæðinu 1987-1990. Læknablaðið 1994; 80: 381-6.
17. Therapeutic Hypothermia After Cardiac Arrest. An adcisory Statement by the Adcanced Life Support Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation 2003; 108: 118-21.
18. Hypothermia after cardiac arrest study group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. N Engl J Med 346; 8: 549-56.
19. Björnsson S, Valsson F. Áhrif kælingar á einkenni frá heila eftir hjartastopp. Læknablaðið 2003; 90: 609-13.
20. Libungan BG, Eyjólfsson K, Þorgeirsson G. Bráðar kransæðaþræðingar á Íslandi – Árangur á fyrsta ári sólarhringsvaktar. Læknablaðið 2008; 94: 103-7.
21. Sigfússon N, Sigurðsson G, Agnarsson U, Guðmundsdóttir II, Stefánsdóttir I, Sigvaldason H, et al. Breytingar á tíðni kransæðasjúkdóma á Íslandi. Læknablaðið 2001; 87: 889-96.
22. Aspelund T, Gudnason V, Magnusdottir BT, Andersen K, Sigurdsson G, Thorsson B, et al. Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25-74 between the years 1981-2006. PLoS One 2010; 5: e13957.
23. Gold LS, Eisenberg MS. The effect of paramedic experience on survival from cardiac arrest. Prehosp Emerg Care 2009; 13: 341-4.
24. Cronberg T, Lilja G, Rundgren M, Friberg H, Widner H. Long-term neurological outcome after cardiac arrest and therapeutic hypothermia. Resuscitation 2009; 80: 1119-23.
25. pfs.is - apríl 2011.
26. Rea TD, Eisenberg MS, Becker LJ, Murray JA, Hearne T. Temporal trends in sudden cardiac arrest: a 25-year emergency medical services perspective. Circulation 2003; 107: 2780.
27. Eckstein M, Stratton SJ, Chan LS. Cardiac Arrest Resuscitation Evaluation in Los Angeles: CARE-LA. Ann Emerg Med 2005; 45: 504.

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. febrúar 2015):50+5míkróg. 120 úðaskammtar: 7.182 kr, 125+5 míkróg 120 úðaskammtar: 9.492 kr, 250+5 míkróg. 120 úðaskammtar: 12.116 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.



HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis #101122

Erlibelle

– Getnaðarvörn til inntöku

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

Actavis

Sérlyfjatexti á bls. 177



Brintellix® (vortioxetín)

– nýtt þunglyndislyf með fjölþætta verkun til meðferðar á alvarlegum þunglyndisköstum hjá fullorðnum[1]

Verkunarháttur[1]
Brintellix (vortioxetín) er nýtt þunglyndislyf með fjölþætta verkun.

Verkun[1]
Verkun Brintellix (vortioxetín) hefur verið rannsökuð samkvæmt klínískri áætlun með fleiri en 6.700 sjúklingum.

Vitsmunaleg færni[2,3]
Brintellix (vortioxetín) bætir vitsmunalega færni marktækt samanborið við lyfleysu hjá sjúklingum með alvarlegt þunglyndi (MDD).

Þolanleiki[1,4,5,6]
Brintellix (vortioxetín) þolist vel.

10mg

Skammtar[1]
Upphafs- og viðhaldsskammtur Brintellix (vortioxetín) er 10 mg einu sinni á dag fyrir fullorðna yngri en 65 ára.

IS-BRIN-2014.11-00001504

1) Brintellix (vortioxetín) samantekt á eiginleikum lyfsins, sjá www.serlyfjaskra.is.
2) Katona C et al. Int Clin Psychopharmacol. 2012; 27(4): 215-223.
3) McIntyre RS et al. Int. J. Neuropsychopharmacology 2014 doi:10. 1017/S1461145714000546.
4) Alvarez E et al. Int J Neuropsychopharmacol. 2012; 15(15): 589-600.
5) Baldwin DS et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2012; 22(7): 482-491.
6) Boulenger JP et al. J Psychopharmacol. 2012; 26(11): 1408-1416.

Sérlyfjatexti á bls. 178

Lundbeck

vistor

Vistor hf Hörgatún 2 210 Garðabær

Algengi og margbreytileiki andlegs ofbeldis og reynsla af vanrækslu í æsku á Íslandi

Jónína Einarsdóttir[1] mannfræðingur, **Geir Gunnlaugsson**[2] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Uppeldisaðferðir foreldra sem fela í sér ofbeldi geta haft skaðleg áhrif á heilaþroska barna og heilsu þeirra og hegðun til lengri eða skemmri tíma. Umfang og margbreytileiki ofbeldisins er mikilvægur áhrifaþáttur og vanræksla er ein alvarlegasta birtingarmynd þess. Markmið rannsóknarinnar er að skoða algengi og umfang andlegs ofbeldis og vanrækslu sem fullorðnir Íslendingar segja að þeir hafi reynslu af í æsku og hvernig hún hefði áhrif á mat þeirra á uppeldi sínu.

Efniviður og aðferðir: Slembiúrtak einstaklinga 18 ára og eldri úr Þjóðskrá Íslands. Viðmælendur voru beðnir um að meta uppeldi sitt og svara spurningum um reynslu af 8 mismunandi formum andlegs ofbeldis og reynslu af vanrækslu í æsku.

Niðurstöður: Af 966 viðmælendum svöruðu 663 (69%) að þeir hefðu reynslu af einu eða fleiri af 8 formum andlegs ofbeldis. Þeir sem voru yngri en 30 ára voru 2,9 sinnum líklegri til að segja frá slíkri reynslu borið saman við þá sem voru eldri (95% CI 1,9-4,3). Meiri líkur voru á því að viðkomandi teldi uppeldi sitt slæmt eða ásættanlegt borið saman við gott eftir því sem svör um reynslu af andlegu ofbeldi voru fjölbreyttari ($p<0,0001$) og umfangsmeiri ($p<0,0001$). Samtals 105 (11%) töldu sig hafa verið vanræktir í æsku. Marktækt fleiri karlar en konur höfðu reynslu af andlegu ofbeldi ($p=0,0020$) en konur af vanrækslu ($p=0,0440$).

Ályktun: Rúmlega 2/3 af fullorðnum Íslendingum segja frá reynslu af einu eða fleiri af 8 formum andlegs ofbeldis í æsku og rúmlega 1/10 af vanrækslu. Uppeldisaðferðum má breyta, meðal annars með fræðslu, félagslegum stuðningi og lagasetningu.

Inngangur

[1]Félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands, [2]Háskólanum í Reykjavík.

Fyrirspurnir: Jónína Einarsdóttir

je@hi.is

Foreldrar hafa það hlutverk að veita börnum sínum gott uppeldi, vernda þau og veita þeim leiðsögn. Hvað telst gott uppeldi er breytilegt og það sama á við um réttmæta ögun sem einkennist gjarnan af umbun og refsingum.[1] Rannsóknir sýna að harkalegar uppeldisaðferðir foreldra eða ábyrgra forsjármanna og erfiðar félagslegar aðstæður geta haft neikvæð áhrif á heilaþroska barna.[2-4] Ofbeldi gegn börnum, sérstaklega þegar það er fjölþætt og viðvarandi, hefur margvísleg önnur neikvæð áhrif á heilsu og hegðun í æsku og á fullorðinsárum og getur leitt til ótímabærra dauðsfalla.[5-11] Harkalegar skammir og svívirðingar geta jafnvel haft neikvæð áhrif á heilaþroska barna.[12] Þær geta leitt til aukinnar árásargirni, afbrotahegðunar, erfiðleika í samskiptum og þunglyndis, sérstaklega á unglingsárum.[13] Þá sýna rannsóknir að sjálfsmat fullorðinna og barna á gæðum uppeldis foreldra sinna gefur vísbendingar um tengsl geðræns vanda og uppeldisaðferða.[14,15]

Algengt er að flokka ofbeldi gegn börnum í 5 tegundir, það er andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi, það að börn verði vitni að ofbeldi heima fyrir og vanrækslu.[16] Andlegt ofbeldi og vanræksla eiga það sameiginlegt að vera lítt rannsakaðar tegundir ofbeldis og á skilgreiningarvandi þátt í því.[17-19] Fleiri en eitt heiti eru notuð fyrir andlegt ofbeldi, svo sem sálfræðilegt og tilfinningalegt ofbeldi.[6,17] Samkvæmt skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunar Sameinuðu þjóðanna (WHO) felur andlegt ofbeldi bæði í sér einstaka atburði og endurtekið mynstur samskipta. Það felur meðal annars í sér að barn sé niðurlægt, hrætt, því hótað, mismunað, hæðst að því, það sé kyrrsett eða beitt öðrum formum höfnunar eða fjandsamlegrar meðferðar af hálfu forsjáraðila og án þess að fela í sér líkamlegt ofbeldi.[20] Vanræksla er skilgreind af WHO sem bæði einstakur eða endurtekinn atburður þegar foreldri eða annar fjölskyldumeðlimur lætur vera að sinna þroska og velferð barns, óháð aðstæðum hvað varðar líkamlega og andlega heilsu, næringu, húsaskjól, öryggi og menntun þess.[20] Þá hafa mismunandi form vanrækslu verið tilgreind, þar á meðal líkamleg, tilfinningaleg og menntunarleg vanræksla og vanræksla vegna umsjónar og eftirlits.[19,21]

Áætlað er að um það bil tíunda hvert barn verði fyrir andlegu ofbeldi eða sé vanrækt í hátekjuríkjum.[16] Algengi andlegs ofbeldis er þó mjög breytilegt eftir rannsóknum (frá 0,07% til 93%). Oftast er enginn afgerandi kynjamunur en þó hafa einstaka rannsóknir fundið að stúlkur verða oftar fyrir andlegu ofbeldi en drengir.[22] Þær fáu rannsóknir sem gerðar hafa verið á algengi vanrækslu einkennast af mismunandi aðferðafræði og skilgreiningum. Við safngreiningu rannsókna (*meta analysis review*) var niðurstaðan að 16,3% barna hefðu orðið fyrir líkamlegri vanrækslu og 18,4% fyrir tilfinningalegri vanrækslu og var kynjamunur ekki marktækur.[19]

Erlendis er vanræksla algengasta tegund ofbeldis sem tilkynnt er til barnaverndaryfirvalda.[18,19] Á Íslandi er oftast tilkynnt um vanrækslu við umsjón og eftirlit barna, fylgt eftir af tilkynningum um líkamlegt og andlegt ofbeldi.[21,23] Nýlega voru birtar niðurstöður um

Greinin barst 8. ágúst 2014, samþykkt til birtingar 9. febrúar 2015.

Höfundur hefur útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

Tafla I. *Spurningar til þátttakanda (n=966) um reynslu af andlegu ofbeldi í æsku.**

Spurning	Fjöldi svara, n
Manstu til þess þegar þú varst að alast upp að foreldrar þínir eða aðrir forsjáraðilar hafi ...	
gert grín að þér eða hætt þig?	961
hótað þér?	956
hafnað þér?	960
sett þig í skammarkrókinn eða einangrun?	959
hrætt þig á einhvern hátt, t.d. með Grýlu, fjörulalla, löggunni eða öðru slíku?	960
tekið af þér eitthvað eftirsóknarvert, t.d. bannað þér að leika við vini, horfa á sjónvarp, eða fá sælgæti eða leikföng?	955
mismunað þér gagnvart systkinum þínum, ef þú átt systkini?	960
hótað því að segja hinu foreldrinu frá því þegar það kæmi heim ef þú hegðaðir þér ekki vel?	870

*Svarmöguleikar voru aldrei, einu sinni, nokkrum sinnum, oft eða mjög oft. Sumir vildu ekki svara eða svöruðu veit ekki.

algengi líkamlegs ofbeldis gegn börnum á Íslandi.[24] Hér verða kynntar niðurstöður, byggðar á sama úrtaki úr þjóðskrá, um algengi andlegs ofbeldis og vanrækslu og áhrif þess á mat á gæðum uppeldis.

Efniviður og aðferðir

Spyrlar á vegum Félagsvísindastofnunar Háskóla Íslands hringdu í 1500 manna slembiúrtak 18 ára og eldri úr þjóðskrá á tímabilinu 19. október til 10. nóvember 2010.[24] Alls tóku 977 þátt í könnuninni (65,1%) en hún var hluti af svokölluðum spurningavagni Félagsvísindastofnunar.

Fyrst var spurt hvort viðmælandi hefði fengið gott, ásættanlegt eða slæmt uppeldi. Þá fylgdu spurningar um reynslu af 6 formum líkamlegs ofbeldis (24) og 8 formum andlegs ofbeldis (tafla I). Þau form andlegs ofbeldis sem spurt var um falla undir alþjóðlegar skilgreiningar hugtaksins[20] eða komu fram í eigindlegri rannsókn.[25] Í hverri spurningu gat viðmælandinn valið á milli 5 valkosta, það er *aldrei, einu sinni, nokkrum sinnum, oft* eða *mjög oft*, og voru svörunum gefin stig eftir umfangi reynslunnar (0 til 4). Spurt var um geranda, það er hvort faðir, móðir eða einhver annar forsjáraðili hafi beitt ofbeldinu. Að lokum voru viðmælendur spurðir: „Upplifðir þú einhvern tíma þá tilfinningu þegar þú varst barn að þú værir vanrækt(ur) af foreldrum þínum eða forráðamönnum?“ með svarmöguleikunum *já* eða *nei*. Ef svarið var *já* var gefinn kostur á því að lýsa vanrækslunni nánar.

Meðalaldur viðmælenda var 46,3 ár (miðgildi 46,0; spönn 18-94). Elsti viðmælandinn var fæddur árið 1916 og þeir yngstu árið 1992. Bakgrunni viðmælenda hafa áður verið verið gerð skil,[24] en hann endurspeglar íslenska þjóð hvað varðar kyn, hjúskaparstöðu, búsetu, menntun og tekjur. Svarhlutfall í aldurshópnum 60 ára og eldri var þó heldur lægra en í hinum aldurshópunum (61% borið saman við 65-67% í öðrum aldurshópum).

Við tölfræðilega úrvinnslu var notast við SPSS (v20,0 fyrir Windows) og JMP v6 fyrir Macintosh. Lýsandi tölfræði var notuð og marktektarprófið kí-kvaðrat notað til að meta hvort tölfræðilega marktækur munur (p<0,05) væri á hlutföllum mismunandi hópa.

Tafla II. *Þátttakendur sem segja frá reynslu af andlegu ofbeldi.*

		Andlegt ofbeldi	
	n	Svöruðu nei, n (%)	Svöruðu já, n (%)
Yngri en 30 ára	210	34 (16)	176 (84)
30-49 ára	329	78 (24)	251 (76)
50-69 ára	328	132 (40)	196 (60)
70 ára og eldri	99	59 (60)	40 (40)

Línuleg aðhvarfsgreining var notuð til að meta áhrif bakgrunnsbreyta. Líkindahlutfall (OR) var reiknað með lógistískri aðhvarfsgreiningu með 95% öryggisbili (CI).

Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar. Ekki er um persónugreinanleg gögn að ræða og vilji til að svara spurningunum var tekinn sem upplýst samþykki um þátttöku.

Niðurstöður

Svör um reynslu af andlegu ofbeldi

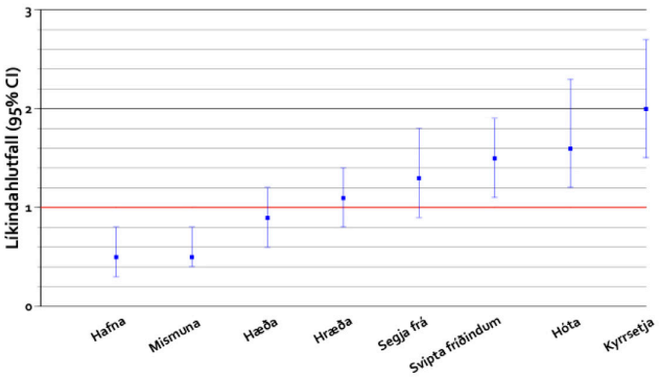
Af 977 einstaklingum sem tóku þátt í rannsókninni svöruðu 11 (1%) spurningu um reynslu af andlegu ofbeldi annaðhvort „veit það ekki“ eða neituðu að svara. Af 966 viðmælendum gáfu 663 (69%) upp að þeir hefðu að minnsta kosti einu sinni verið beittir einu eða fleiri af 8 tilgreindum formum andlegs ofbeldis. Af þeim sögðust 247 (37%) hafa reynslu af einu formi, 304 (46%) af 2-3 formum og 112 (17%) af 4-8 formum andlegs ofbeldis, þar af 7 þeirra af 7-8 formum slíks ofbeldis.

Enginn marktækur munur var á bakgrunni viðmælenda sem sögðu að þeir hefðu reynslu af andlegu ofbeldi og þeirra sem sögðu ekki frá slíkri reynslu, nema hvað varðar aldur (tafla II) og kyn. Meðalaldur þeirra sem gáfu upp reynslu af andlegu ofbeldi var 42,8 ár (miðgildi 42) en 53,9 ár (miðgildi 55) hjá þeim sem sögðust ekki hafa slíka reynslu (p=0,0001). Rúmlega 4/5 þeirra sem voru yngri en 30 ára sögðust hafa reynslu af andlegu ofbeldi borið saman við rétt um 2/5 þeirra sem voru 70 ára og eldri. Þeir sem voru yngri en 30 ára voru 2,9 sinnum líklegri til að gefa upp að þeir hefðu verið beittir andlegu ofbeldi borið saman við þá sem voru eldri (95% CI 1,9-4,3).

Sérstaklega var spurt um 8 form andlegs ofbeldis (tafla III). Algengasta svarið var að hafa verið hræddur með einhverju (32%), til dæmis með Grýlu eða lögreglu. Yngri viðmælendur gáfu upp meiri reynslu en þeir eldri af því að hafa verið hræddir (p<0,0001),

Tafla III. *Reynsla þátttakenda af mismunandi formum andlegs ofbeldis.*

	Svöruðu já, n (%)	Svör um tíðni reynslu, n (%)		
Form refsingar		Einu sinni, n (%)	Nokkrum sinnum, n (%)	Oft eða mjög oft, n (%)
Hræða	308 (32)	24 (2)	231 (24)	53 (6)
Hæða	143 (15)	10 (1)	98 (10)	35 (4)
Hóta	163 (17)	14 (2)	108 (11)	41 (4)
Hafna	92 (10)	19 (2)	36 (4)	37 (4)
Kyrrsetja	273 (28)	30 (3)	207 (22)	36 (4)
Taka af	279 (29)	18 (2)	206 (21)	55 (6)
Mismuna	111 (12)	5 (1)	68 (7)	38 (4)
Segja frá	132 (15)	12 (1)	90 (10)	30 (4)



Mynd 1. *Líkindahlutfall drengja (95% CI) borið saman við stúlkur á því að segja frá reynslu af mismunandi formum af andlegu ofbeldi.*

kyrrsettir (p<0,0001), sviptir fríðindum (p<0,0001) eða verið hótað að fjarverandi foreldri/forsjáraðila yrði sagt frá ósæmilegri hegðun (p=0,0065). Ekki var tölfræðilega marktækur munur á aldri og svörum um aðra reynslu viðmælenda.

Karlar voru 1,5 sinnum líklegri til að segja frá reynslu af einu eða fleiri formum andlegs ofbeldis í æsku borið saman við konur (95% CI=1,2-2,0), en tölfræðilega marktækur munur var á svörum þeirra (mynd 1). Þannig voru konur líklegri til að segja frá reynslu af tveimur af 8 formum andlegs ofbeldis og karlar af þremur, en ekki var marktækur kynjamunur á þremur formum.

Meintir gerendur andlegs ofbeldis voru bæði mæður og feður (n=259) eða eingöngu móðir (n=244) eða faðir (n=74). Aðrir meintir gerendur voru ættingjar, til dæmis afi, amma eða fósturforeldri (-móðir/-faðir) og í einstaka tilvikum aðrir ásamt öðru hvoru foreldrinu. Ekki var tölfræðilega marktækur munur á reynslu kynja af andlegu ofbeldi hvort sem meintur gerandi var eingöngu móðir eða faðir (OR=1,4; 95% CI 0,9-1,4).

Samtals 368 (56%) af þeim sem sögðu að þeir hefðu reynslu af andlegu ofbeldi upplýstu einnig um líkamlegt ofbeldi. Þeir sem höfðu verið beittir andlegu ofbeldi voru 2,8 sinnum líklegri til að hafa orðið fyrir líkamlegu ofbeldi (95% CI 2,1-3,8) borið saman við þá sem sögðu ekki frá slíkri reynslu.

Vanræksla

Af 977 einstaklingum sem tóku þátt í rannsókninni töldu 105 (11%) sig hafa verið vanrækta í æsku en 6 svöruðu „veit það ekki“ og 15 vildu ekki svara spurningunni. Enginn tölfræðilega marktækur munur (p=0,5695) var á aldri þeirra sem töldu sig hafa verið vanræktir og þeirra sem töldu sig ekki hafa verið vanræktir (tafla IV). Meðalaldur þeirra sem sögðu að þeir hefðu verið vanræktir var 45,3 ár (miðgildi 47; spönn 18-83). Konur voru 1,5 sinnum líklegri til að telja sig hafa verið vanræktar í æsku borið saman við karla (95% CI 1,0-2,3). Enginn tölfræðilega marktækur munur var á uppgefinni reynslu af vanrækslu í æsku og öðrum bakgrunnsbreytum. Þeir sem töldu sig hafa verið vanræktir í æsku voru 4,4 sinnum líklegri til að hafa orðið fyrir andlegu ofbeldi en þeir sem töldu sig ekki hafa verið vanræktir (95% CI 2,3-8,3). Marktækur munur var á svörum um reynslu þeirra af öllum formum andlegs ofbeldis borið saman við þá sem töldu sig ekki hafa verið vanrækta. Sterkast var sambandið við upplifun svaranda á því að hafa verið hafnað (OR 12,6; 95% CI 7,8-20,8) og hafa verið mismunað (OR 9,8; 95% CI 6,2-15,7). Ellefu (11%) af þeim sem upplifðu vanrækslu í æsku töldu sig ekki hafa neina reynslu af andlegu ofbeldi en 5 þeirra sögðust hafa verið beittir líkamlegu ofbeldi.

Tafla IV. *Þátttakendur sem töldu sig vanrækta í æsku.*

	n	Svöruðu nei, n (%)	Svöruðu já, n (%)
Yngri en 30 ára	209	189 (90)	20 (10)
30-49 ára	327	286 (87)	41 (13)
50-69 ára	323	285 (88)	38 (12)
70 ára og eldri	97	91 (94)	6 (6)

Lýsingar á vanrækslu fjölluðu um foreldra og forsjáraðila sem voru veikir, drykkfelldir, mikið fjarverandi eða fráskildir og lítil tengsl við föður. Viðmælendur lýstu ennfremur mikilli ábyrgð í æsku og skorti á daglegri umönnun og stuðningi við nám.

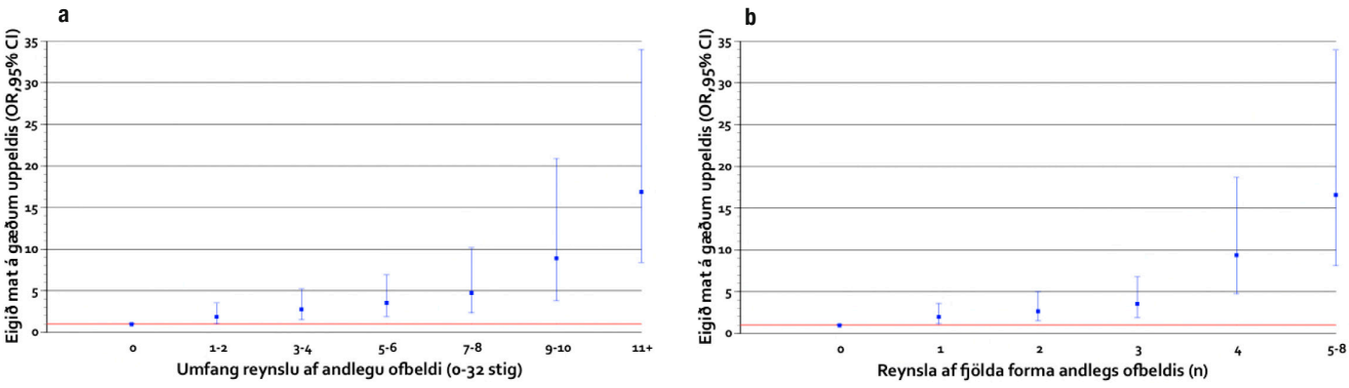
Mat á gæðum uppeldis

Af 963 viðmælendum sem lögðu mat á uppeldi sitt töldu 807 (84%) að það hefði verið gott, 139 (14%) ásættanlegt og 17 (2%) slæmt. Eftir því sem viðmælendur gáfu upp fjölbreyttari reynslu af andlegu ofbeldi, þeim mun meiri líkur voru á því að þeir teldu uppeldi sitt slæmt eða ásættanlegt borið saman við gott (mynd 2a). Viðmælendur sem gáfu upp reynslu af fjórum eða fleiri formum andlegs ofbeldis voru 6,2 sinnum líklegri til að meta uppeldi sitt sem ásættanlegt eða slæmt borið saman við þá sem sögðu ekki frá slíkri reynslu eða reynslu af 1-3 formum andlegs ofbeldis (95% CI 4,0-9,2).

Umfang uppgefinnar reynslu af andlegu ofbeldi var metið á grunni samlagningar stiga sem svörum viðmælenda voru gefin fyrir hvert hinna 8 forma andlegs ofbeldis (mynd 2b). Meðaltal stiga var 3,4 (miðgildi 2; spönn 0-32) og voru viðmælendur sem fengu fjögur stig eða meira 3,4 sinnum líklegri til að meta uppeldi sitt sem ásættanlegt eða slæmt borið saman við þá sem fengu 0-3 stig (95% CI 2,4-4,8). Tölfræðilega marktækur munur var á mati viðmælenda á gæðum uppeldis síns og umfangi uppgefinnar reynslu þeirra af öllum formum andlegs ofbeldis sem voru til skoðunar, að kyrrsetningu undanskilinni. Enginn munur var á bakgrunni þátttakenda hvort sem þeir höfðu enga reynslu af andlegu ofbeldi (0 stig) eða mikla reynslu (11 stig eða meira), nema hvað yngri þátttakendur sögðu frá umfangsmeiri og fjölbreyttari reynslu en þeir eldri (p=0,0001).

Af þeim 103 sem upplifðu vanrækslu í æsku og svöruðu spurningu um gæði uppeldis, töldu 12 (12%) að uppeldi þeirra hefði verið slæmt og 42 (41%) ásættanlegt. Þeir sem upplifðu vanrækslu í æsku voru 8,5 sinnum líklegri til að telja sig hafa fengið slæmt eða ásættanlegt uppeldi borið saman við þá sem töldu sig ekki hafa verið vanrækta (95% CI 5,5-13,3). Þeir voru einnig líklegri til að segja frá reynslu af umfangsmeiri og fjölbreyttari formum ofbeldis en þeir sem höfðu enga slíka reynslu (p=0,0001).

Mat á gæðum uppeldis var háð aldri viðmælanda (p=0,0282). Yngstu og elstu viðmælendurnir voru líklegri til að telja uppeldi sitt gott borið saman við þá sem voru á aldrinum 30-69 ára (p=0,0013).



Mynd 2. *Líkindahlutfall (95% CI) þess að þátttakandi meti uppeldi sitt ásættanlegt eða slæmt fremur en gott eftir uppgefinni reynslu hans/hennar af fjölda forma andlegs ofbeldis (2a) og umfangi þess (2b).*

Samtals 271 (28%) viðmælandi taldi sig eingöngu hafa reynslu af andlegu ofbeldi en 202 (21%) hvorki af líkamlegu né andlegu ofbeldi eða vanrækslu. Ekki var tölfræðilega marktækur munur á mati uppeldis þessara tveggja hópa viðmælenda (p=0,6416). Þeir sem gáfu upp að hafa eingöngu reynslu af andlegu ofbeldi voru 1,2 sinnum líklegri til að meta uppeldi sitt ásættanlegt eða slæmt borið saman við þá sem sögðu ekki frá slíkri reynslu, en munurinn var ekki tölfræðilega marktækur (95% CI 0,6-2,4).

Við aðhvarfsgreiningu án leiðréttingar voru 3,6 (95% CI 2,2-6,0) sinnum meiri líkindi til að þeir sem höfðu orðið fyrir andlegu ofbeldi mætu uppeldi sitt sem ásættanlegt eða slæmt borið saman við þá sem sögðu ekki frá slíkri reynslu. Með leiðréttingu fyrir aldri, kyni og svörum um reynslu af líkamlegu ofbeldi sáust þessi tengsl áfram (OR 3,8; 95% CI 2,2-6,4).

Umræða

Hér eru kynntar niðurstöður rannsóknar um svör fullorðinna Íslendinga um reynslu sína af andlegu ofbeldi og vanrækslu í æsku og mat þeirra á gæðum uppeldis síns. Tæplega 70% allra viðmælenda sögðu frá reynslu af einu eða fleiri af 8 tilgreindum formum andlegs ofbeldis. Eftir því sem reynslan var sögð fjölbreyttari jukust líkur á því að viðmælandinn mæti gæði uppeldis síns sem slæmt eða ásættanlegt fremur en gott. Upplýsingar um aukið umfang reynslu af slíku ofbeldi leiddi einnig til sömu niðurstöðu, að kyrrsetningu undanskilinni. Rúmlega einn af hverjum 10 viðmælendum taldi sig hafa upplifað vanrækslu í æsku og voru þeir marktækt líklegri til að segja frá reynslu af andlegu og líkamlegu ofbeldi borið saman við þá sem ekki töldu sig hafa verið vanrækta í æsku.

Viðmælendur voru beðnir um að rifja upp liðna atburði og því er hætta á gleymsku eða misminni. Rannsóknir sýna þó að upplýsingar sem fást með slíkum hætti eru nokkuð áreiðanlegar og endurspegla reynslu viðkomandi, nema hvað minningar eru stundum vantaldar.[17,26] Því er ekki útilokað að algengi andlegs ofbeldis sé hærra í raun en niðurstöður okkar benda til. Hafa ber þó í huga að spurt var um hvort foreldrar eða aðrir forsjáraðilar hefðu beitt viðkomandi einu eða fleiri af 8 tilgreindum formum andlegs ofbeldis en ætla má að það hafi minnt viðmælendur á tiltekin atvik í æsku.

Hvað telst gott uppeldi er breytilegt og það sama á við um réttmæta ögun. Því geta skilin á milli refsinga og ofbeldis stundum verið óljós í hugum fólks. Í þessari rannsókn var stuðst við alþjóðlegar skilgreiningar á andlegu ofbeldi[20] og niðurstöður eigindlegrar rannsóknar hér á landi[25] og leitað upplýsinga um reynslu viðmælenda af mismunandi birtingarmyndum þess. Huglægt mat þeirra hefur því áhrif á svörin. Það vekur þó athygli að eftir því sem viðmælendur gefa upp fjölbreyttari og umfangsmeiri reynslu, þeim mun verr meta þeir uppeldi sitt og er það í samræmi við aðrar rannsóknir.[14,15] Algengi vanrækslu í þessari rannsókn er svipað og áætlað hefur verið fyrir hátekjuríki[16] og lýsingar viðmælenda á henni eru í góðu samræmi við skilgreiningu WHO á hugtakinu.[20] Þetta bendir til þess að þær niðurstöður sem hér eru kynntar endurspegli algengi og umfang andlegs ofbeldis gegn börnum og vanrækslu hér á landi.

Það er umhugsunarefni að þeir sem voru yngri en 30 ára voru nær þrisvar sinnum líklegri til að segja frá reynslu af andlegu ofbeldi en þeir sem voru eldri. Yngri viðmælendur sögðu frá meiri reynslu af því að vera hræddir, kyrrsettir, sviptir fríðindum eða verið hótað að fjarverandi foreldri yrði sagt frá ósæmilegri hegðun borið saman við eldri viðmælendur. Enginn marktækur munur var aftur á móti á aldri og svörum viðmælenda um reynslu af háði, hótun, höfnun eða mismunun. Þetta má skýra með breyttum hugmyndum um hvað sé ofbeldi og hvað sé refsing en einnig gleymsku þeirra sem eldri eru. Eins er mögulegt að yngri viðmælendur hafi í reynd oftar verið beittir uppeldisaðferðum sem falla undir andlegt ofbeldi en þeir sem eldri eru, sem er andstætt þróun líkamlegs ofbeldis gegn börnum.[24] Hugsanlega endurspegla þessar niðurstöður einnig breyttar áherslur í uppeldi. Eftir að efasemdir um ágæti líkamlegra refsinga breiddust út um og eftir 1970 urðu uppeldisaðferðir sem fela í sér kyrrsetningu barns og sviptingu fríðinda vinsælar,[27] en hafa ber í huga að þær geta falið í sér andlegt ofbeldi gagnvart barni.

Rannsóknir sýna venjulega ekki kynjamun hvað varðar reynslu af andlegu ofbeldi en einstaka rannsóknir hafa sýnt að stúlkur verða frekar fyrir slíku ofbeldi.[22] Í þessari rannsókn reyndust karlar marktækt líklegri til að segja frá andlegu ofbeldi í æsku en uppgefin reynsla kynjanna af mismunandi formum var ekki sú sama (mynd 1). Engar rannsóknir fundust sem skoða kynjamun gerenda andlegs ofbeldis en í þessari rannsókn var ekki tölfræði-

lega marktækur munur á því hvort meintur gerandi væri móðir eða faðir.

Frásögn af reynslu af öllum formum andlegs ofbeldis var tölfræðilega marktæk við upplifun af vanrækslu. Þeir sem sögðu frá vanrækslu voru nær 13 sinnum líklegri til að segja frá höfnun í æsku og nær 10 sinnum líklegri til að finnast að þeim hafi verið mismunað í systkinahópi borið saman við aðra viðmælendur. Þetta er í samræmi við rannsóknir sem sýna að í meira en helmingi tilfella á sér stað annað ofbeldi samhliða vanrækslu, og þá oftast andlegt ofbeldi.[18,19]

Viðmælandur sem töldu sig hafa verið vanræktir í æsku voru 8,5 sinnum líklegri til að telja sig hafa fengið slæmt eða ásættanlegt uppeldi borið saman við þá sem töldu sig ekki hafa upplifað vanrækslu. Sterk tengsl eru milli mats viðmælenda á gæðum uppeldis í æsku og uppgefinni reynslu þeirra af andlegu ofbeldi. Líkindi á því að viðmælendur mætu uppeldi sitt sem ásættanlegt eða slæmt jukust eftir því sem reynsla þeirra var fjölbreyttari af mismunandi formum og umfangi andlegs ofbeldis (mynd 2). Þó sú rannsókn sem hér er kynnt geti ekki lagt mat á áhrif uppgefinnar reynslu af ofbeldi á heilsu og líðan þátttakenda, sýna niðurstöður rannsókna að neikvæð áhrif ofbeldis á heilsu og hegðun þolenda er í beinu sambandi við umfang ofbeldis sem þeir verða fyrir.[8,9,29] Vert er að hafa í huga að einstaka atburður hefur venjulega ekki afgerandi áhrif á þroska barns og framtíð þess og því er mikilvægt að skoða einnig félagslegar aðstæður þess.[15]

Uppeldisaðferðir geta haft skaðleg áhrif á heilsu í æsku og fram á fullorðinsár (2,3,7–16,29) en þeim má breyta, meðal annars með fræðslu, félagslegum stuðningi og lagasetningu.[16,20] Mikilvægt er að vernda börn fyrir neikvæðum áhrifum uppeldisaðferða sem fela í sér ofbeldi, þar með talið andlegt ofbeldi og vanrækslu. Snemmtæk íhlutun, sem felur meðal annars í sér almenna foreldrafræðslu og stuðning við fjölskyldur, vinnur gegn neikvæðum afleiðingum óhagstæðra uppeldisskilyrða barna og er þjóðhagslega hagkvæm.[30] Mæðravernd og ung- og smábarnavernd í heilsugæslu og mismunandi skólastig geta verið heppilegur vettvangur fyrir slíka fræðslu og aðgerðir til að verja börn gegn ofbeldi og afleiðingum þess. Mikilvægt er að hafa samráð við börn og unglinga í slíkri vinnu.

Þakkir

Þakkir fá þátttakendur sem deildu reynslu sinni um uppeldi sitt og reynslu af andlegu ofbeldi og vanrækslu, Björg Helgadóttir og Stefán Hrafn Jónsson fyrir aðstoð við tölfræðilega úrvinnslu, og Jónína Margrét Guðnadóttir og Sigríður Egilsdóttir fyrir yfirlestur og málfræðilega ráðgjöf.

Heimildir

1. Einarsdóttir J, Ólafsdóttir STh, Gunnlaugsson G. Heimilisofbeldi gegn börnum á Íslandi: Höggva-hýða-hirta-hæða-hóta-hafna-hrista-hræða. Miðstöð heilsuverndar barna og Umboðsmaður barna, Reykjavík 2004.
2. Belsky J, de Haan M. Annual Research Review: Parenting and children's brain development: the end of the beginning. J Child Psychol Psychiatry 2011; 52: 409-28.
3. Euser AS, Evans BE, Greaves-Lord K, Huizink AC, Franken IHA. Parental rearing behavior prospectively predicts adolescents' risky decision-making and feedback-related electrical brain activity. Dev Sci 2013; 16: 409-27.
4. Hanson JL, Hair N, Shen DG, Shi F, Gilmore JH, Wolfe BL, et al. Family poverty affects the rate of human infant brain growth. PloS One 2013; 8: e80954.
5. Felitti MD, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 1998; 14: 245-58.
6. Garbarino J. The Emotionally Battered Child. In: C Henry Kempe: A 50 Year Legacy to the Field of Child Abuse and Neglect. Krugman RD and Korbin JE. (eds.). Springer 2013: 57-61.
7. Gould F, Clarke J, Heim C, Harvey PD, Majer M, Nemeroff CB. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. J Psychiatr Res 2012; 46: 500-6.
8. Leeb RT, Lewis T, Zolotor AJ. A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. Am J Lifestyle Med 2011; 5: 454-68.
9. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2012; 9: e1001349.
10. Hoeve M, Dubas JS, Gerris JRM, van der Laan PH, Smeenk W. Maternal and paternal parenting styles: Unique and combined links to adolescent and early adult delinquency. J Adolesc 2011; 34: 813-27.
11. Schimmenti A, Bifulco A. Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. Child Adolesc Ment Health 2015; 20: 41-8.
12. Tomoda A, Sheu Y-S, Rabi K, Suzuki H, Navalta CP, Polcari A, et al. Exposure to parental verbal abuse is associated with increased gray matter volume in superior temporal gyrus. NeuroImage 2011; 54: S280-S286.
13. Wang M-T, Kenny S. Longitudinal links between fathers' and mothers' harsh verbal discipline and adolescents' conduct problems and depressive symptoms. Child Dev 2014; 85: 908-23.
14. Lennertz L, Grabe HJ, Ruhrmann S, Rampacher F, Vogeley A, Schulze-Rauschenbach S, et al. Perceived parental rearing in subjects with obsessive–compulsive disorder and their siblings. Acta Psychiatr Scand 2010; 121: 280-8.
15. Young R, Lennie S, Minnis H. Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. J Child Psychol Psychiatry 2011; 52: 889-97.
16. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009; 373: 68-81.
17. Baker AJL. Adult recall of childhood psychological maltreatment: Definitional strategies and challenges. Child Youth Serv Rev 2009; 31: 703-14.
18. Mennen FE, Kim K, Sang J, Trickett PK. Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. Child Abuse Negl 2010; 34: 647-58.
19. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013; 48: 345-55.
20. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO, Genf 2006.
21. Arnardóttir L. Réttindi barna á Íslandi: Ofbeldi og forvarnir. Unicef, Reykjavík 2013.
22. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van IJzendoorn MH. The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. J Aggress Maltreatment Trauma 2012; 21: 870-90.
23. Barnaverndarstofa. Samanburður á fjölda tilkynninga til barnaverndarnefnda og fjölda umsókna um þjónustu til Barnaverndarstofu árin 2012 og 2013. Barnaverndarstofa, Reykjavík 2014: 15.
24. Gunnlaugsson G, Einarsdóttir J. Reynsla fullorðinna Íslendinga af líkamlegum refsingum og ofbeldi í æsku. Læknablaðið 2013; 99: 235-9.
25. Gunnlaugsson G, Einarsdóttir J. Að hemja hundrað flær á hörðu skinni … Ofbeldi og refsingar barna. In: Jóhannesson GÞ, Björnsdóttir H, (Eds). Þjóðarspegillinn 2010. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, Reykjavík 2010: 51-8.
26. Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45: 260-73.
27. Taylor TK, Biglan A. Behavioral family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy makers. Clin Child Fam Psychol Rev 1998; 1: 41-60.
28. Blanchflower DG, Oswald AJ. Well-being over time in Britain and the USA. J Public Econ 2004; 88: 1359-86.
29. Annerbäck E-M, Sahlqvist L, Svedin CG, Wingren G, Gustafsson PA. Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—Associations with health and risk behaviors. Child Abuse Negl 2012; 36: 585-95.
30. Heckman JJ. Giving kids a fair chance. Mit Press, Cambridge MA 2013.

ENGLISH SUMMARY

Prevalence and diversity of emotional abuse and neglect in childhood in Iceland

Jonina Einarsdottir[1], Geir Gunnlaugsson[2]

Introduction: Parenting styles that include abuse can harm the development of the child's brain with a long or short-term impact on his/her health and behaviour. The scope and diversity of abuse are important determinants, and neglect is one of its most serious manifestations. The aim of the study is to examine the prevalence and diversity of emotional abuse and neglect reported by adult Icelanders in their childhood, and how such experience had influenced their evaluation of their upbringing.
Materials and methods: Icelanders 18 years and older were randomly selected from the national population register. They were invited to express their perception of their upbringing, and answer questions regarding their experience of 8 specific forms of emotional abuse in childhood, and neglect.
Results: Of 966 interviewees, 663 (69%) had experienced one or more of the 8 forms of emotional abuse. Those younger than 30 years were 2.9 times more likely to have such an experience compared to those who were older (95% CI 1.9 to 4.3). The perception of upbringing as bad or acceptable compared to good was significantly related to the number of forms of emotional abuse applied (p <0.0001) and the scope of its application (p<0.0001). In total 105 (11%) considered that they had experienced neglect in childhood. Significantly more men than women had experienced emotional abuse (p= 0.0020), whereas women reported neglect (p=0.0440).
Conclusion: More than 2/3 of adult Icelanders report experience of one or more out of 8 different forms of emotional abuse and 1/10 report neglect. Parenting styles can be changed, e.g. with education, social support, and legislation.

[1]Faculty of Social and Human Sciences, University of Iceland, [2]Reykjavik University, Iceland.

Key words: *child, parenting, prevalence, psychological violence, maltreatment.*

Correspondence: *Jónína Einarsdóttir, je@hi.is*

Bayer HealthCare

Xarelto® rivaroxaban

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

Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu til Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is. **Innihaldslýsing:** Hver filmuhúðuð tafla inniheldur 15 mg eða 20 mg rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúpbláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: *Fyrirbyggjandi við heilablóðfalli og segareki:* Ráðlagður skammtur er 20 mg einu sinni á sólarhring, sem er einnig ráðlagður hámarksskammtur. Meðferð með Xarelto á að halda áfram til langs tíma þegar ávinningur sem fyrirbyggjandi við heilablóðfalli og segareki vinnur upp hættuna á blæðingu. Ef skammtur hefur gleymst á sjúklingurinn að taka Xarelto án tafar og halda síðan áfram næsta dag og taka lyfið einu sinni á sólarhring eins og lagt var upp með. Ekki skal taka tvöfaldan skammt sama daginn til að vinna upp skammt sem gleymst hefur að taka. *Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum, meðferð við segareki í lungum og fyrirbyggjandi við endurteknu segareki í djúpbláæðum og segareki í lungum:* Ráðlagður skammtur við upphafsmeðferð við bráðri segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum er 15 mg tvisvar á dag fyrstu þrjár vikurnar og síðan 20 mg einu sinni á dag fyrir framhaldsmeðferð og fyrirbyggjandi við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum, eins og mælt er fyrir hér á eftir. Dagur 1-21: 15 mg tvisvar á dag. Hámarks dagsskammtur er 30 mg. Dagur 22 og eftir það: 20 mg einu sinni á dag. Hámarks dagsskammtur er 20 mg. Lengd meðferðar skal vera einstaklingsbundin eftir vandlega áætlun á ávinningi meðferðar gegn hættunni á blæðingu. Stuttur meðferðartími (a.m.k. 3 mánuðir) á að byggja á tímabundnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, slysi, hreyfingaleysi) og lengri meðferðartími á að byggja á langvinnum áhættuþáttum eða segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum af óþekktum orsökum. Gleymist skammtur meðan verið er að taka 15 mg tvisvar á dag (dagur 1 - 21) skal sjúklingurinn taka Xarelto tafarlaust til að tryggja töku á 30 mg af Xarelto á dag. Í þessu tilfelli má taka tvær 15 mg töflur í einu. Daginn eftir skal sjúklingurinn halda áfram að taka 15 mg tvisvar á dag eins og venjulega og mælt var með. Gleymist skammtur þegar einn skammtur er tekinn daglega (dagur 22 og eftir það), skal sjúklingurinn taka Xarelto tafarlaust og halda áfram næsta dag með því að taka skammtinn einu sinni á dag eins og mælt var með. Ekki skal taka tvöfaldan skammt sama daginn til að vinna upp skammt sem gleymst hefur að taka. *Skipti frá K vítamín hemli yfir í Xarelto:* Fyrir sjúklinga sem fá fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki, skal stöðva meðferð með K vítamín hemli og hefja meðferð með Xarelto þegar INR (International Normalized Ratio) er ≤ 3,0. Fyrir sjúklinga sem fá meðferð gegn segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum eða fyrirbyggjandi meðferð gegn endurteknum tilvikum, skal stöðva meðferð með K vítamín hemli og hefja meðferð með Xarelto þegar INR er ≤ 2,5. Þegar sjúklingar eru fluttir af meðferð með K vítamín hemli yfir í Xarelto, munu INR gildi vera falskt hækkuð eftir að Xarelto hefur verið tekið inn. Mæling á INR gefur ekki rétta mynd af blóðstorkuvirkni Xarelto og á því ekki að nota það. *Skipti frá Xarelto yfir í K vítamín hemil:* Möguleiki er á ófullnægjandi blóðþynningu við skipti af Xarelto yfir á K vítamín hemla. Tryggja skal samfellda viðunandi blóðþynningu á meðan breytt er um blóðþynningarlyf. Gæta skal að því að Xarelto getur leitt til hækkunar á INR. Hjá sjúklingum sem breyta frá Xarelto yfir í K vítamín hemil, skal gefa K vítamín hemilinn þar til INR er ≥ 2,0. Fyrstu tvo dagana af skiptitímabilinu, skal nota hefðbundinn upphafsskammt af K vítamín hemlinum og síðan skammt af K vítamín hemli samkvæmt INR prófi. Á meðan sjúklingar eru bæði á Xarelto og K vítamín hemli, skal ekki athuga INR fyrr en 24 klst. eftir fyrri skammt en áður en næsti skammtur af Xarelto er tekinn. Þegar inntöku Xarelto hefur verið hætt, þurfa að líða að minnsta kosti 24 klst. eftir síðasta skammt áður en INR próf verður áreiðanlegt. *Skipti frá blóðþynningu til inndælingar yfir í Xarelto:* Hjá sjúklingum sem fá blóðþynningu með inndælingu skal hætta gjöf hennar og hefja gjöf Xarelto 0 til 2 klst. áður en næst hefði átt að gefa inndælingu lyfsins (t.d. heparín með lágan mólþunga) eða þegar hætt er að gefa blóðþynningarlyf með stöðugu innrennsli (t.d. ósundurgreint heparín í æð). *Skipti frá Xarelto yfir í blóðþynningarlyf til inndælingar:* Gefa á fyrsta skammt af blóðþynningarlyfi til inndælingar þegar taka hefði átt næsta skammt af Xarelto.
Sérstakir sjúklingahópar: *Skert nýrnastarfsemi:* Takmarkaðar klínískar upplýsingar um sjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi (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 töfluna 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 blóðatenginga, 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 (warfarin, 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 öryggiskort 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.

Audi
Vorsprung durch Technik

Besti bíllinn.

**Audi A3 var valinn besti bíll ársins 2014*
af blaðamönnum frá 22 löndum.**



Verð frá kr. 4.890.000,-

Eyðsla: 4,7l í blönduðum akstri, 109 CO_2. Vél: 1,4 TFSI COD, 150 hö.

WORLD CAR OF THE YEAR
2014 WORLD CAR AWARDS

HEKLA · Laugavegi 170-174 · Reykjavík · sími 590 5000 · www.audi.is

*World Car Awards 2014, New York: www.wcoty.com

NÚ SAMÞYKKT
við meðferð á DVT og PE
ásamt forvörn gegn endurteknum DVT og PE hjá fullorðnum[1].

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[2]

Minni tíðni meiriháttar blæðinga samanborið við warfarin[2]

PFI150202

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[2].

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)[1].
- Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum(DVT) og lungnasegareki (PE) og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum.

▼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.

Sérlyfjatexti á bls. 180

Sjá frekari upplýsingar um lyfið á www. lyfjastofnun.is

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

Pfizer

„Vér mótmælum allir!“

Tinna H. Arnardóttir

læknir á skurðdeild
Landspítala



tinna.harper@gmail.com

Svo hljóðuðu orðin er mælt voru á þjóðfundi sem danska ríkisstjórnin boðaði til í Reykjavík þann 9. ágúst árið 1851. Stjórnin hafði lagt fram frumvarp um nýja stjórnskipun þar sem réttur Íslendinga virtist vera nær enginn og lítið tillit tekið til óska þeirra. Hinir íslensku fulltrúar lögðu fram annað frumvarp og er konungsfulltrúa líkaði það ekki leysti hann fundinn upp í nafni konungs. Er fundi var slitið mótmælti Jón Sigurðsson lögleysu fulltrúa Danakonungs en flestir fundarmenn risu úr sætum og mæltu nálega einum rómi: „Vér mótmælum allir!“

Þessum sögufrægu orðum skaut upp í kollinn á mér þegar kjarabarátta lækna var nýafstaðin, einkum vegna þeirrar algjöru og órofnu samstöðu sem myndaðist. Slík samstaða verður að teljast einstök þegar um ræðir eins stóran og mislitan hóp fagmanna í eins afdrifaríkum aðgerðum og verkfall er. Sérstaklega í ljósi þess að í fyrsta sinn í Íslandssögunni kaus læknastéttin að nýta þann takmarkaða verkfallsrétt sem verið hefur til staðar í hartnær 30 ár. Margir læknar hafa verið með öllu andvígir hugmyndinni um verkfall, enda bryti það í bága við svarinn eið um að skjólstæðingurinn kæmi ofar öllu. Hins vegar risu menn úr sætum nú og mótmæltu flestir einum rómi. Samstaðan var jafnvel enn viðameiri. Stærstur hluti landsmanna stóð með læknastéttinni sem kom læknum og líklega ráðamönnum nokkuð í opna skjöldu. Hvað olli þessu?

Líklega er svarið margþætt. Ef til vill var þolinmæði lækna þrotin eða fólki blöskraði aðgerðar- og áhugaleysi stjórnvalda til samningsgerðar. Var óánægjan með kjörin kannski aðaldrifkrafturinn? Læknar hafa verið seinþreyttir til vandræða og þrátt fyrir mikla óánægju með kjör í gegnum tíðina hefur ekki áður komið til greina að fara í verkfall. Kjör lækna á Íslandi hafa aldrei verið upp á marga fiska ef marka má skrif lækna síðustu ár, áratugi og árhundruð, svo svarið er eflaust ekki svo einfalt. Líklega vógu staðreyndirnar um spekileka og manneklu víða þungt. Voru það raunverulega áhyggjur lækna af framtíð heilbrigðiskerfisins sem gerðu útslagið? Vel vandaður undirbúningur átti eflaust sinn þátt í samstöðunni, bæði fyrir kröfugerðina og útfærslu verkfallsins, en öryggi skjólstæðinga þótti lítt ógnað. Vönduð umfjöllun í fjölmiðlum gegndi í mínum huga tvímælalaust veigamiklu hlutverki í fenginni samstöðu meðal læknastéttarinnar sem og í stuðningi almennings en upplýsingaflæði um spekileka og ástand heilbrigðiskerfisins skilaði sér í trú manna að hér yrði að spyrna við fótum áður en illa færi. Fólk sá verkfall lækna sem ábyrgðarfyllri kost en ófullnægjandi samningar og þannig hafi jafnvel þeir sem gátu áður ekki hugsað sér að fara í verkfall, kosið með verkfallsaðgerðunum. Fulltrúar okkar komu í hvívetna fram af aðdáunarverðri fagmennsku og yfirvegun, án þess þó að draga úr alvarleika ástandsins. Greinaskrif og umfjöllun í fjölmiðlum var almennt vönduð, upplýsandi og fagmannleg og þetta skilaði sér ótvírætt í þeim meðbyr sem læknar fundu fyrir af hálfu þjóðarinnar. Þjóðfélagið virtist vel upplýst um ástand heilbrigðismála og mannekluvandamál og vera meðvitað um launamál lækna og þá yfirvinnutíma sem lágu að baki heildartölum. Upphrópanir í fjölmiðlum um prósentutölur virtust ekki ná tilætluðum árangri og þótti mönnum ljóst að þar væri verið að reyna að slá ryki í augu fólks. Raddir sem bölvuðu verkfalli lækna voru fáheyrðar. Þvert á móti virtist fólk sýna aðgerðunum fullan skilning en hváði yfir aðgerðarleysi stjórnvalda. Samstaðan var einstök, ekki aðeins meðal lækna heldur meðal þjóðarinnar allrar. Að lokum er hugsanlegt að tiltölulega nýtilkominn samfélagsmiðill á vefnum hafi haft sitt að segja þar sem lokaður hópur lækna nær og fjær gat fylgst með framvindu og lagt til málanna.

Hvað sem olli hélst samstaðan órofin þar til samningar voru undirritaðir og læknar hafa nú sýnt ráðamönnum þjóðarinnar að þeir geta staðið saman og myndað sterka heild. Stjórnvöld urðu þess áskynja að vilji þjóðarinnar væri að heilbrigðismál yrðu sett í forgang og að koma þyrfti til móts við kröfur lækna. Stuðningur almennings vóg þungt í þrýstingi á stjórnvöld og hugsanlega varð vendipunktur í samningaviðræðum þegar stjórnvöld áttuðu sig á því að bæði væri samstaða lækna sterk og vilji þjóðarinnar skýr.

Stórt skref hefur verið tekið í kjarabaráttu lækna sem vonandi markar fyrsta skrefið í átt að viðreisn heilbrigðiskerfisins. Verkefnin eru enn mörg og aðkallandi og því er mikilvægt að við sofnum ekki á verðinum. Viðhöldum þéttri samstöðu og höldum áfram að vera sýnileg í fjölmiðlum á faglegan og uppbyggilegan hátt. Barátta okkar hefur skilað auknum fjármunum í heilbrigðiskerfið og yfirlýsing um uppbyggingu heilbrigðiskerfisins hefur verið undirrituð.

Ef svo fer sem horfir getur undirrituð vel hugsað sér að flytja aftur heim að sérnámi loknu, og er það í fyrsta sinn.

Stjórn LÍ 2015

Þorbjörn Jónsson, *formaður*
Orri Þór Ormarsson, *varaformaður*
Magnús Baldvinsson, *gjaldkeri*
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
Arna Guðmundsdóttir
Björn Gunnarsson
Hildur Svavarsdóttir
Þórarinn Ingólfsson

Fulltrúi FAL er Tinna Harper Arnardóttir

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

Tónlistin tók við af læknisferlinum

Hávar Sigurjónsson

Helgi Júlíus Óskarsson sérfræðingur í hjartaþræðingum og kransæðaútvíkkunum hefur verið búsettur í Bandaríkjunum allt frá árinu 1986. Glæsilegur læknisferill hans tók óvænta stefnu fyrir 9 árum þegar hann greindist með Parkinsonsjúkdóminn. Helgi lagði þó ekki árar í bát heldur sneri sér að tónlistinni og hefur á undanförnum árum gefið út 5 hljómdiska með tónlist sinni og vakið verðskuldaða athygli.

Helgi útskrifaðist úr læknadeild HÍ árið 1983 og var að eigin sögn óákveðinn með val á sérgrein. „Ég var eitt ár á Akureyri og tvö ár á Landspítalanum sem súperkandídat eins og það var kallað en 1986 hóf ég sérfræðinám í lyflækningum á Loyola University Medical Centre í Chicago. Þar var ég í þrjú ár, en fór síðan til sérnáms í hjartalækningum og hjartaþræðingum við University of Iowa Hospitals and Clinics í Iowa. Þar var ég í fjögur ár en þurfti að færa mig til Nebraska í tvö ár til að fá græna kortið en fór síðan aftur til Iowa þar sem ég vann næstu þjú ár. Haustið 1998 fluttist ég síðan til High Point í Norður-Karólínu þar sem ég og félagi minn frá Iowa settum á stofn einkaklínik í hjartalækningum auk þess að vinna á sjúkrahúsi borgarinnar. Meðan ég dvaldi í Iowa og Nebraska varði ég miklum tíma í rannsóknavinnu og kennslu. Vann þó ávallt mikla klíníska vinnu með, þá sérstaklega við hjartaþræðingar og kransæðaútvíkkanir. Eftir að ég flutti til Norður-Karólínu vann ég mikið við almennar hjartalækningar. Síðustu fjögur árin í starfi kynnti ég mér nýjustu tækni í myndgreiningu hjarta og setti á stofn og stýrði myndgreiningarþjónustu sem bauð upp á segulómskoðun af hjarta og tölvusneiðmyndir af kransæðum. Þessi ár í Bandaríkjunum voru pökkuð með svakalegri vinnu, en þetta var geysilega skemmtilegur tími. Þegar ég greinist síðan með Parkinsonsjúkdóminn árið 2006 urðu breytingar sem urðu á endanum til þess að ég hætti að vinna við hjartalækningar."

„Sjúkdómatryggingin bjargaði mér"

Dvalartími Helga og fjölskyldu hans í Bandaríkjunum spannar nær 25 ár, frá 1986 til 2010, en þá fluttu þau í raunar heimili sitt til Íslands en verða þó að dvelja ákveðinn lágmarkstíma á hverju ári í Bandaríkjunum til að viðhalda ríkisborgararétti og tryggingaréttindum.

„Ég greindist með Parkinson árið 2006, 48 ára gamall. Í fyrstu hafði þetta lítil áhrif á vinnugetu mína en þegar komið var fram á árið 2009 ákvað ég að hætta. Mín aðalsérgrein var hjartaþræðingar, þar sem aðgerðir voru oft gerðar undir miklu álagi. Ég fór að taka eftir því að þegar spenna kom upp við aðgerð fór ég að skjálfa í hnjánum og í höndunum. Ég var farinn að þurfa að einbeita mér að því að stjórna höndunum sem höfðu áður unnið sína vinnu sjálfkrafa. Mér fannst líka að ég væri ekki með fulla athygli við það sem ég var að gera við sjúklinginn. Þegar svona var komið vissi ég að þetta væri búið. Ef eitthvað hefði komið fyrir í aðgerð hjá mér eftir að sjúkdómsgreiningin lá fyrir hefði lögsókn gert algerlega útaf við mig. Ég steinhætti því að gera aðgerðir. Taugalæknirinn minn hafði strax í upphafi ráðlagt mér að hætta að vinna þar sem vinnuálagið og spennan sem fylgir hjartalækningum hefði slæm áhrif á framgang sjúkdómsins. Hann spurði hvort það væri ekki eitthvað annað skemmtilegt





Örlögin settu Helga stólinn fyrir dyrnar við læknisstarfið er hann greindist með Parkinson svo hann tók aftur til við tónlistina. „Allt í einu hafði ég tíma í fyrsta sinn frá því ég var tvítugur," segir Helgi sem hefur sent frá sér 5 geisladiska með eigin músík.

sem ég gæti hugsað mér að gera meðan ég gæti, en hann dró upp fremur dökka mynd af sjúkdómshorfum mínum þar sem almenna reglan um Parkinson mun vera sú að ef fólk fær greiningu fyrir fimmtugt fær sjúkdómurinn yfirleitt hraðan framgang og margir eru komnir í hjólastól innan 10 ára. Þetta leit því alls ekki vel út. En ég var þó vel settur að því leyti að hafa tryggt mig nokkuð vel fyrir svona áföllum og gat því hætt að vinna sæmilega áhyggjulaus um afkomu mína."

Helgi lýsir því sposkur hvernig hann þráaðist við að kaupa þessa tryggingu á sínum tíma og það hafi í rauninni verið þrjóska tryggingasalans sem réði úrslitum á endanum. „Hann þurfti beinlínis að nauða í mér til að fá mig til að kaupa sjúkdómatryggingu og ég svaraði alltaf að ég væri svo hraustur að þetta væri algjör óþarfi. Hann kvaðst hafa heyrt það áður og sjúkdómatrygging væri mun skynsamlegri ráðstöfun en líftrygging. Á endanum lét ég undan og sé svo sannarlega ekki eftir því. Þetta var nokkuð dýr trygging og meðan allt lék í lyndi fann ég vel fyrir því að greiða iðgjaldið mánaðarlega. En það kom að því að það borgaði sig."

Hefur gefið út 5 hljómdiska

Sjúkdómurinn kemur þó ekki veg fyrir að Helgi sinni lækningum í öðru samhengi og hann hefur á síðustu árum leyst af á heilsugæslustöðvum á Austurlandi í stuttan tíma í senn. „Konan mín, Bjarngerður Björnsdóttir, er ættuð úr Skriðdalnum og við höfum haft ánægju af því að dvelja endrum og sinnum fyrir austan. Fyrst eftir að ég kom heim tók ég líka þátt í segulómskoðun á hjarta sem var alger sjálfboðavinna og gert fyrst og fremst fyrir ánægjuna."

Tónlistin hefur alltaf blundað í Helga þó hún hafi lengst af setið á hakanum vegna anna við læknisstörfin. „Móðir mín keypti handa mér gítar þegar ég var 8 ára og setti mig í nám til Jóns Páls jassista. Hann var svakalega kröfuharður og ég var alveg að guggna á þessu námi þegar hann tók sig upp og flutti til Svíþjóðar. Þá sá ég mér leik á borði og lýsti því yfir að ég vildi engan annan kennara en hann og myndi ekki hefja gítarnám aftur fyrr en hann flytti heim frá Svíþjóð. Sannleikurinn var sá að ég var búinn að fá miklu meira en nóg af tímunum hjá Jóni Páli. Lengra varð því gítarnámið ekki. Svo fór ég að gutla við gítarinn aftur á gagnfræðaskólaárunum, sérstaklega þegar ég áttaði mig á því það hafði visst aðdráttarafl gagnvart stelpunum að getað spilað á gítar í partíum. Ég var þó ekki að semja nein lög að ráði, eitthvað þó á menntaskólaárunum."

Hljómsveitarbransinn heillaði Helga ekki svo hann var aldrei í rokkhljómsveit. „Ég var bara ekkert hrifinn af rokktónlist. Hlustaði aðallega á melódíska popptónlist, Bítlana og Stevie Wonder. Í dag hlusta ég mest á jass og klassíska tónlist. Í læknadeildinni var lítill tími til að stunda tónlist og ég notaði helst gítarinn til að fá útrás eftir langar setur við lestur."

Það var því ekki fyrr en örlögin settu Helga stólinn fyrir dyrnar við læknisstarfið að hann tók aftur til við tónlistina. „Allt í einu hafði ég tíma, í fyrsta sinn frá því ég var tvítugur. Ég kunni ekki að skrifa nótur svo ég samdi beint á gítarinn. Ég keypti mér lítið upptökutæki og byrjaði að taka upp melódíurnar sem ég var að semja. Þetta var skemmtilegt og lögin byrjuðu að hrannast upp. Frændi minn sem er klassískur tónlistarmaður heyrði lögin hjá mér og hvatti mig til að gefa þau út. Ég spurði bara hvort hann kynni annan brandara

en hann sat við sinn keip. Svo dreymdi mig eina nóttina að ég væri að spila lögin mín með KK og þegar ég sagði konunni minni frá draumnum sagði hún að ég ætti endilega að tala við hann og leyfa honum að heyra lögin mín. Ég gerði það og KK tók mér afskaplega vel og sagði að lögin væru mjög frambærileg og hann skyldi koma mér í samband við einhvern góðan mann sem gæti hjálpað mér. Tveimur dögum seinna hringir hann og segir að hann hafi fundið rétta manninn fyrir mig, Svavar Knút að nafni. Ég hafði aldrei heyrt hann nefndan en féllst á að hitta hann og við náðum svona vel saman strax frá upphafi. Svavar Knútur er afskaplega vænn drengur og hann hjálpaði mér með fyrstu tvo diskana."

Í takt við þjóðarpúlsinn

Síðan hafa þrír diskar bæst við útgáfuna og óhætt að segja að Helgi sé ekki við eina fjölina felldur í tónlistinni því fyrstu tveir diskarnir voru að hans sögn blanda af þjóðlaga-, popp- og kántrítónlist. Á þriðja disknum var reggítónlist í öndvegi, þar á eftir kom blúsdiskur og svo bættist rólegur melódískur diskur í safnið síðastliðið haust. Helgi er núna að undirbúa fyrir upptökur á disk með fönktónlist. Hann er einnig að vinna að rokkdiski. „Ég fór fyrst að hafa gaman af rokki þegar yngsti sonur minn fór á kaf í það. Við rokkum og blúsum saman þegar hann kemur í heimsókn en honum finnast lögin mín óttalega væmin og vill helst ekki vera að velta sér upp úr þeim. Hann er harður rokkari." Helgi kveðst eiga efni á nokkra diska í viðbót sem eru af ýmsu tagi, blús, reggí, popp, rokk og kántrí. Þrátt fyrir að sjúkdómur Helga hafi gengið hægar fram en spáð var í upphafi hefur hann sannarlega haft sín áhrif. „Ég get ekki lengur spilað á gítarinn nema í svona klukkutíma eftir að ég tek lyfin mín. Þetta er engin spilamennska til að hrópa húrra fyrir en nóg til þess að ég get komið frá mér hugmyndum. En ég hef nýtt mér tölvutæknina og er að semja tónlistina mína með tölvuforriti svo ég er ekki háður gítarnum til þess. Það er mikill kostur.

Sjúkdómurinn birtist þannig hjá mér að vöðvar stífna og hreyfingar verða hægari. Ég fæ ekki þennan dæmigerða skjálfta sem margir tengja við Parkinson. Ég á líka erfitt með að syngja núorðið svo ég er hættur að koma fram."

Textagerð er snar þáttur í að vinna lögin og Helgi semur talsvert sjálfur af þeim. „Konan mín hefur líka gert mjög góða texta fyrir mig og einnig hefur Sigurður Albertsson skurðlæknir á Akureyri verið mér drjúgur. Ég sem yfirleitt lögin fyrst og svo verða textarnir til á eftir. Ég hef sáralítið gert af því að semja lög við texta."

Með tilkomu Helga í tónlistarlíf landsins hefur borið svolítið á umræðu um það hvort læknar sem stétt séu músíkalskari en aðrir. Helgi vill ekki tjá sig mikið um það, en hefur þó komið á fót tónleikaröð sem hefur verið haldin á Kaffi Rósenberg. Þar hafa komið fram hinir ýmsu læknar og áhangandi tónlistarmenn. Þetta framtak hefur mælst vel fyrir og tónleikarnir verið vel sóttir. „Ég ætla að leggja áherslu á að fá yngri kynslóðirnar með úr röðum unglækna og læknanema á þessu ári." Helgi segir líka að hann sé í góðri samvinnu við aðra tónlistarmenn úr læknastétt, til dæmis Hauk Heiðar, Michael Clausen, Svein Rúnar og fleiri.

Tónlist Helga hefur sannarlega hitt á þjóðarpúlsinn því tvö lög af þriðja diski hans, *Kominn heim*, urðu gríðarvinsæl; hrunlagið hans, *Stöndum saman*, sungið af Valdimar Guðmundssyni, var eitt vinsælasta og mest spilaða lagið á Rás tvö árið 2012. Lagið *Þú ert mín* var valið vinsælasta lagið á Bylgjunni sama ár.

Ég spyr Helga í lokin hvort honum hafi aldrei dottið í hug að senda lag inn í Júróvisjónkeppni RÚV. Hann hristir höfuðið og segir alla umgjörð þeirrar keppni með þeim hætti að hann sjái ekki tilgang með því. „Þetta er vinsældakeppni og gæði laganna eru nánast aukaatriði. Það er verið að velja krúttlegasta flytjandann og stórir hópar vina og ættingja sameinast um að hringja inn atkvæði til stuðnings sínum manni. Þetta er fyrirkomulag sem höfðar ekki til mín. Enda hef ég nóg að gera í tónlistinni án þess," segir hann að lokum og framundan er lokahnykkurinn við frágang sjötta disksins sem inniheldur fönkaða popptónlist.



Lyxumia®
lixisenatid

Þegar sjúklingar með sykursýki tegund 2 ná ekki tilsettum markmiðum með notkun grunninsúlíns getur GLP-1-viðtakaörvi verið valkostur í stað skjótvirks insúlíns[1]



Viltu bæta GLP-1-viðtakaörva við insúlínmeðferðina? Veldu Lyxumia[1]▼

- Þarf einungis að nota einu sinni á dag[1]
- lækkar blóðsykur eftir máltíð[1]

SANOFI DIABETES

Ábending: Lyxumia er ætlað til meðferðar fullorðinna með sykursýki af tegund 2, til þess að ná stjórn á blóðsykri í samsettri meðferð með sykursýkilyfjum til inntöku og/eða grunninsúlíni, þegar þau lyf ásamt sértæku fæði og hreyfingu hafa ekki nægt til þess að ná viðunandi blóðsykursstjórn.[1]

Sérlyfjatexti á bls. 181

Heimildir: 1. Lyxumia SPC 22.10.2014.

IS-LIX-14-12-01

„Þurfum að vera stöðugt á varðbergi“

– segir Magnús Gottfreðsson smitsjúkdómalæknir

Hávar Sigurjónsson

„Á undanförnum áratugum höfum við orðið óþyrmilega vör við nýja smitsjúkdóma og orsakir þess ekki alltaf ljósar,“ segir Magnús Gottfreðsson sérfræðingur í smitsjúkdómum á Landspítalanum.

Félag smitsjúkdómalækna stóð fyrir málþingi á Læknadögum í janúar undir yfirskriftinni „Nýir smitsjúkdómar“ og var það fjölsótt og greinilegt að mikill áhugi er fyrir upplýsingum um efnið.

„Nýir smitsjúkdómar eru stöðugt að uppgötvast og eru gefin út alþjóðleg tímarit eingöngu helguð þessi efni,“ segir Magnús. „Sumir þessara nýju sjúkdóma vekja áhyggjur og ótta hjá almenningi. Í mörgum tilfellum er þetta afleiðing af árekstrum mannsins við vistkerfið þar sem snerting verður við örverur, oft frá dýraríkinu, sem menn hafa ekki myndað mótefni gegn. Einnig hafa loftslagsbreytingar sitt að segja, en útbreiðsla skordýra er nátengd hita- og rakastigi umhverfisins. Ferðalög manna heimshorna á milli eru orðin tíðari og ódýrari en áður þekktist. Þetta leiðir til þess að nýir sjúkdómar geta breiðst hratt út, - sjúkdómar sem áður fyrr hefðu aðeins valdið staðbundnum vanda og dáið út af sjálfu sér. Að þessu samanlögðu blasir við sú mynd að reglulega koma fram nýir og stundum sérkennilegir smitsjúkdómar sem við höfum ekki næga þekkingu á. Málþingið var hugsað sem kynning fyrir lækna á nokkrum þessara sjúkdóma. Þarna var engan veginn tæmandi yfirsýn, en við völdum þá sjúkdóma til kynningar sem hafa sérstaka þýðingu hér á landi eða í stærra samhengi.“

Fyrsti fyrirlesari málþingsins var dr. Cecile Viboud, vísindamaður við Fogarty International Center, National Institute of Health, Bethesda, en hún fjallaði um inflúensu. „Inflúensa er algjört ólíkindatól, á hverju ári koma fram nýir stofnar af veirunni, oftast fremur lítið breyttir frá árinu á undan, en nóg til að komast undan vörnum líkamans og valda faröldrum eins og allir Íslendingar kannast við. Síðan koma fram alveg nýir stofnar nokkrum sinnum á hverri öld og þá verða heimsfaraldrar, stundum alvarlegir og er engin leið að spá fyrir um hvenær og hvernig næsti faraldur muni líta út. Viboud er heimsþekkt fyrir rannsóknir sínar á sviði faraldsfræði inflúensu og kynnti mjög áhugaverðar niðurstöður, meðal annars hvernig nýir stofnar dreifa sér og aðferðir til að kortleggja það í rauntíma. Einnig ræddi hún stuttlega um nýja stofna af fuglaflensu í Kína sem mikilvægt er að fylgjast grannt með.“

Skógarmítill getur verið varasamur

Sigurður Guðmundsson flutti mjög áhugaverðan fyrirlestur um ebólu og sem betur fer virðist vera að rofa til í þróun bóluefna og baráttu gegn útbreiðslu veirunnar. Síðan flutti Ólafur Guðlaugsson fyrirlestur um Lyme-sjúkdóm á Íslandi, en það efni tengist umræðunni um skógarmítla og hvort þeir stofnar mítla sem fundist hafa hér á landi beri í sér bakteríuna sem veldur sjúkdómnum. „Í erindi Ólafs kom fram að ekkert tilfelli Lyme-sjúkdóms hefur greinst hérlendis sem rekja má til smits innanlands en hins vegar hafa íslenskir læknar í vaxandi mæli greint fólk með Lyme-sjúkdóm sem hefur í öllum tilvikum smitast erlendis. Ólafur kallaði eftir því að haft yrði samband við sig ef grunur léki á smiti hér innanlands,“ segir Magnús.

Ekki hefur verið rannsakað hvort skógarmítillinn íslenski ber Borreliubakteríuna sem veldur Lyme-sjúkdómi, að sögn Magnúsar, en erlendar rannsóknir hafa sýnt að aðeins lítið hlutfall mítla ber bakteríuna í sér. „Vitaskuld er þó rétt að hafa allan vara á sér ef fólk verður fyrir biti,“ segir Magnús. „Annar mítill íslenskur, sem hér á landi hefur verið kallaður lundalús, getur bitið lundaveiðimenn en ekkert bendir til að slíku biti fylgi veikindi á borð við Lyme-sjúkdóm.“

Magnús segir mikilvægt fyrir fólk að vera meðvitað um smithættu af völdum mítla ef það hyggst ferðast eða dvelja á svæðum þar sem þeir eru landlægir. „Til viðbótar við Lyme-sjúkdóm getur ein tegund heilabólguveiru smitast með mítlum en fyrir henni er hægt að bólusetja og sjálfsögð forvörn ef fólk hyggur á ferðalög.“

Rétt er að undirstrika að ef Lyme-sýking greinist snemma er tiltölulega auðvelt að lækna hana með sýklalyfjum, að sögn Magnúsar. „Það er þó þrennt sem getur komið í veg fyrir greiningu í tíma og það er í fyrsta lagi að fólk gerir sér ekki grein fyrir að hafa orðið fyrir biti, í öðru lagi að einkennin geta verið dálítið lúmsk og í þriðja lagi að staðfestingarprófið er ekki alveg áreiðanlegt í öllum tilfellum.“

Nýir hitabeltissjúkdómar

Bryndís Sigurðardóttir smitsjúkdómalæknir ræddi á málþinginu um Dengue og Chikungunya sem eru veirusjúkdómar sem moskítóflugur bera með sér. Útbreiðslusvæði þeirra hafa verið að færast út frá hitabeltislöndum og margir kenna um hnattrænni hlýnun. „Sem dæmi má nefna að Dengue hefur fundist í Flórída. Hinn sjúkdómurinn uppgötvaðist fyrir meira en hálfri öld en hefur nýlega vakið athygli vegna ört vaxandi faraldra. Þróun bóluefnis gegn Dengue hefur miðað vel í klínískum prófunum en gegn Chikungunya er ekki til neitt bóluefni enn.



„Minni kynslóðanna nær ekki langt aftur þegar um gamla sjúkdóma er að ræða, fólk þekkir ekki lengur alvöru málsins ef það hefur ekki þurft að horfast í augu við afleiðingar sjúkdómanna," segir Magnús Gottfreðsson sérfræðingur í smitsjúkdómum.

Einkenni þessara sjúkdóma eru ekki mjög sértæk og lýsa sér með háum hita, bein- og liðverkjum og stundum útbrotum. Mjög erfitt eða ómögulegt er að greina á milli þeirra út frá einkennum. Staðfesting byggir algjörlega á greiningu á rannsóknarstofu. Engin lyf eru þekkt sem bæla veirufjölgunina og er því stuðningsmeðferð helsta úrræðið. Veikin gengur yfir en getur þó skilið eftir sig langvinna fylgikvilla, svo sem langvinnar liðbólgur."

Af smitsjúkdómum sem komið hafa fram á síðustu áratugum og haft gríðarleg áhrif á heimsbyggðina nefnir Magnús HIV og alnæmi sem besta dæmið. „Þessi sjúkdómur hefur ekki aðeins haft áhrif á læknisfræðina heldur á samfélög manna um heim allan. HIV hefur breytt sýn manna í svo margvíslegum skilningi, allt frá grunnrannsóknum á sviði sameindaveirufræði til klínískrar læknisfræði, lyfjaþróunar og yfir í pólitíska umræðu um misskiptingu og menntun á heimsvísu. Þá má nefna annað dæmi, SARS–heilkenni sem kom fram í árslok 2002 og lýsti sér með alvarlegri lungnabólgu og öndunarbilun og hafði mikil áhrif en tókst ótrúlega vel að bæla niður. Erindi Birgis Jóhannssonar á málþinginu fjallaði einmitt um skyldan sjúkdóm, MERS, sem kom fram á Arabíuskaganum árið 2012 og lýsir sér með mjög alvarlegri öndunarfærabilun líkt og SARS. Veirurnar sem valda SARS og MERS eru afbrigði Koronaveira sem almennt eru tiltölulega meinlitlar í mönnum, en þarna hafa komið fram tvö afbrigði sem valda alvarlegum sýkingum, flestöllum á óvart. Líklegast er talið að MERS-veiran hafi smitast frá leðurblökum – hugsanlega með milligöngu úlfalda – og yfir í menn, þó ekki séu öll kurl komin til grafar varðandi uppruna hennar."

Lyfjaónæmir berklar eru áhyggjuefni

Haraldur Briem sóttvarnalæknir fjallaði um viðbrögð alþjóðasamfélagsins við nýjum smitsjúkdómum en þar skiptir mestu að eftirlit og viðbrögð séu samræmd því það hefur lítið að segja þó eitt land bregðist við ef aðrir loka augunum fyrir vandamálinu. Ef lönd hafa ekki nægilega sterka innviði er hætt við að smitsjúkdómar geti breiðst út, eins og vel er þekkt úr sögunni. Gott dæmi um þetta er útbreiðsla berkla í fyrrum Sovétríkjunum eftir fall kommúnismans. „Þá veiktust allir innviðir, til dæmis berklavarnir, meðferð berklasjúklinga og eftirlit. Á mjög skömmum tíma voru komnir fram lyfjaþolnar berklabakteríur vegna þess að berklasjúklingar tóku lyfin sín stopult eða luku ekki meðferð. Þannig stuðlaði ástandið að þróun ónæmra berklabaktería sem hafa dreifst víða."

Magnús er ómyrkur í máli þegar hann lýsir því ástandi sem skapaðist á 10. áratug síðustu aldar þegar fjölónæmir berklar náðu sér á strik í Rússlandi og fyrrum Sovétlýðveldunum.

„Fólk með berklasmit og ósmitaðir voru vistuð saman í fangelsum og sjúkrahúsum án viðeigandi meðferðar eða sóttvarna. Fólkið hóstaði hvert ofan í annað og þannig var stuðlað að hámarksútbreiðslu sem hélt áfram eftir útskrift, því þá var veikt ómeðhöndlað fólk úti í samfélaginu sem stóð kannski á götuhornum í stórborgunum og hóstaði framan í samborgarana. Þetta dæmi minnir á hversu mikilvægt er að ná til þeirra sem stjórna ef takast á að hindra útbreiðslu alvarlegra sjúkdóma og að alþjóðasamfélagið hafi með sér samstarf í því efni."

Magnús segir að nýlega sé komin út skýrsla Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, WHO, um stöðu berkla í heiminum og hún sé um margt jákvæðari en fyrri skýrslur. „Flestöll lönd í heiminum taka nú þátt í

skráningu berklatilfella og upplýsingagjöfin er betri en áður. Dauðsföllum af völdum berkla hefur einnig fækkað. Aðaláhyggjuefnið í dag er uppgangur lyfjaónæmra stofna berklabaktería og þar er ekkert land stikkfrí. Þrátt fyrir einangrun landsins höfum við fengið nokkra einstaklinga hingað til lands sem eru sýktir af lyfjaónæmum berklum og þurfum að vera áfram á varðbergi fyrir slíku. Eystrasaltsríkin hafa verið að berjast við lyfjaónæma berkla og staðið sig vel með aðstoð alþjóðasamfélagsins, meðal annars í gegnum sjóðinn Global Fund sem styður baráttuna gegn HIV, berklum og malaríu á heimsvísu."

Magnús hefur nýlega tekið þátt í að meta árangurinn af þessu starfi á vegum WHO. Hann fór í lok síðasta árs til Aserbaídsjan til að taka út greiningu og meðferð þar í landi á HIV-smituðum. „Það var mjög lærdómsríkt að koma þangað og meðal annars heimsóttum við risastórt fangelsi sem hýsti nokkur þúsund fanga. Þar var berklasmit svo útbreitt að fangelsið rekur sinn eigin berklaspítala. Á berklaspítalanum þar voru nærri 70 sjúklingar í meðferð vegna virkra berkla, sem er ansi há tala ef við berum saman við Ísland, en hér á landi erum við að jafnaði með einn eða tvo berklasjúklinga á spítalanum og geta jafnvel liðið vikur og mánuðir á milli tilfella. Af þessum 70 sjúklingum voru um þriðjungur með fjölónæma berkla sem ekki er hægt að meðhöndla með venjulegum hætti og jafnframt voru tveir sjúklingar með ofurónæma berkla sem engin meðferð bítur á. Í slíkum tilfellum hverfur læknisfræðin aftur til upphafs síðustu aldar þegar nánast engin virk úrræði stóðu til boða."

Alvara málsins er augljós og varla hægt að hugsa það til enda ef slíkar ofurbakteríur leika lausum hala í samfélaginu, en samkvæmt WHO dó um ein og hálf milljón manna úr berklum í heiminum árið 2013.

Vel upplýst fólk tekur óupplýstar ákvarðanir

Magnús segir að í heimsókninni hafi einnig komið fram menningarmunur á viðhorfi til HIV-smitaðra og hvernig best sé að ná til þeirra sem eru í smithættu. Eins og þekkt er viðurkennir Rússland og sum fyrrum Sovétlýðveldi ekki samkynhneigð og þar er beitt gamaldags úrræðum þegar kemur að forvörnum og meðferð fíkniefnaneytenda. Lönd í slíkri stöðu eru því berskjaldaðri fyrir útbreiðslu HIV. „Þannig er tilhneiging til að líta fram hjá veigamiklum smitleiðum og sjúkdómurinn getur breiðist hratt út. Það er líka rétt að minna á að HIV er ólæknandi þó komin séu fram lyf sem halda sjúkdómnum mun betur niðri en áður var. Í dag eru um 30 milljónir manna í heiminum smitaðar af HIV. Afar jákvætt er að í fyrsta skipti í mörg undanfarin ár hefur alþjóðasamfélaginu tekist að stöðva vaxandi nýgengi HIV-smits. Þar munar fyrst og fremst um samræmdar aðgerðir í löndum Afríku sunnan Sahara."

Mikilvægasta dæmið um sjúkdóm sem tekist hefur að útrýma er bólusótt en Magnús nefnir lömunarveiki sem annan sjúkdóm sem vel hafi gengið að ráða niðurlögum á. „Það hafa þó verið blikur á lofti varðandi lömunarveikina en ný tilfelli hafa greinst á stríðshrjáðum svæðum í heiminum og svæðum sem eru í höndum trúarofstækismanna."

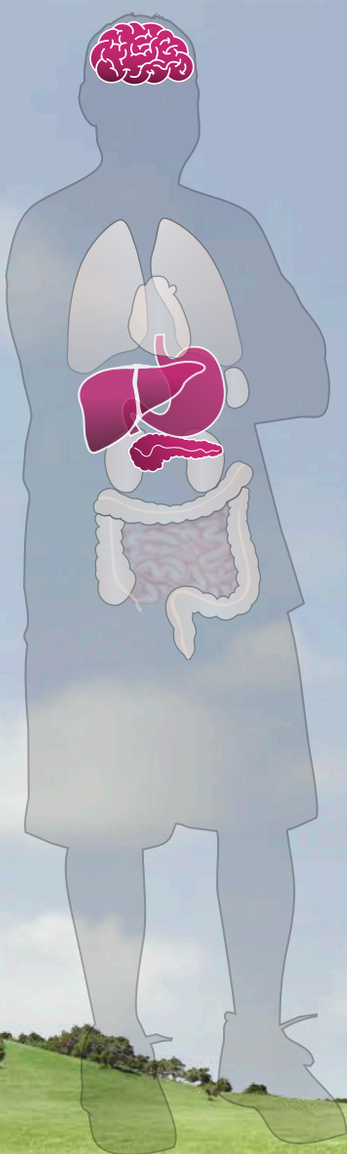
Að endingu beinist talið að andstöðu við bólusetningar á Vesturlöndum, sem nokkuð hefur verið fjallað um undanfarin ár. „Ýmsir slæmir sjúkdómar sem bólusett hefur verið gegn með góðum árangri hafa blossað upp í nágrannalöndum okkar vegna þess að fólk hefur látið blekkjast af óprúttnum og rakalausum áróðri sem beinist meðal annars að ungbarnabólusetningum. Þar má nefna mislingafaraldra sem komið hafa upp í Bretlandi, Þýskalandi, Frakklandi og nú síðast í Kaliforníu í Bandaríkjunum og stafar eingöngu af andstöðu foreldra við að bólusetja börn sín. Þarna er oft um að ræða vel menntað, tekjuhátt forréttindafólk sem hefur þó tekið mark á ósönnum fullyrðingum um tengsl bólusetninga við einhverfu og valið að láta ekki bólusetja börnin sín. Mislingar eru gríðarlega smitandi og geta valdið varanlegum heilaskemmdum með krömpum og heilabólgu. Þarna stöndum við frammi fyrir andstæðu þess sem ég nefndi áður um hrun innviðanna í samfélaginu, því ekki er hægt að kvarta yfir heilbrigðiskerfi þessara landa eða skorti á upplýsingum. Þetta sýnir að minni kynslóðanna hrekkur mjög skammt þegar um sjúkdóma af þessu tagi er að ræða, fólk þekkir ekki lengur alvöru málsins ef það hefur ekki þurft að horfast í augu við afleiðingar sjúkdómanna og kannski þurfum við að brenna okkur á þessu með reglulegu millibili. Sorglegt ef það er raunin."



Sykursýki tegund 2

Hvers vegna meðhöndlun við einkennum

þegar hægt er að ráðast gegn undirliggjandi orsökum?



Victoza (líraglútíð) leiðir til allt að:[1]

1,5%

lækkunar á HbA_{1c}

frá 8,4 % HbA_{1c} til 6,9 % HbA_{1c}

&

3,7 kg

þyngdartaps

Matarlyst

Victoza dregur úr matarlyst, sem leiðir til minnkaðrar fæðuneyslu.[2]

Lifur

Victoza hamlar seytingu glúkagons og dregur úr útskilnaði glúkósa frá lifur.[2,3]

Briskirtill

Victoza virkjar betafrumurnar sem losa insúlín þegar blóðsykur er hár.[2,3]

Magi

Victoza seinkar magatæmingu og veitir því aukna mettunartilfinningu.[2,3]

IS/LR/0414/0179

novo nordisk®

Sérlyfjatexti og heimildir á bls. 179

VICTOZA®
líraglútíð

Golfferðir íslenskra lækna til Skotlands

Steinn Jónsson

lungnalæknir,
formaður Golfklúbbsins Borgar á Landspítala



steinnj@landspitali.is

Saga golfsins á Íslandi er ekki ýkja löng, fyrstu golfklúbbarnir voru Golfklúbbur Reykjavíkur 1934, Golfklúbbur Akureyrar 1935 og Golfklúbbur Vestmannaeyja 1938. Nýlega hafa verið gefnar út bækur um sögu golfsins hér og kemur þar fram að það voru tveir læknar, þeir Valtýr Albertsson og Gunnlaugur Einarsson, sem voru forvígismenn að stofnun GR og frumkvöðlar í uppbyggingu golfsins hérlendis.[1] Þeir kynntust golfinu á námsárum í Danmörku og fluttu golfáhugann með sér til Íslands. Saga golfsins á Íslandi tengist því nokkuð læknum bæði fyrr og nú.

Tilgangur þessarar greinar er ekki að rekja þá sögu heldur að fjalla um tiltekinn þátt en það eru golfferðir íslenskra lækna til Skotlands. Golfið er upprunnið í Skotlandi og heimildir segja að fyrst hafi verið leikið golf þar í námunda við Edinborg á átjándu öld. Í Skotlandi er því mikil golfhefð og þar eru margir af frægustu golfvöllum heims.

Fyrstu skipulögðu golfferðir Íslendinga til útlanda voru og til Skotlands í kringum 1970 en þá flaug Flugfélag Íslands til Glasgow og Kaupmannahafnar. Læknar voru ekki upphafsmenn þessara ferða heldur aðrir áhugamenn um golf, meðal annarra bræðurnir Vilhjálmur og Tómas Árnasynir lögfræðingar, og aðilar í ferðaþjónustunni, þeir Birgir Þorgilsson sem þá starfaði hjá FÍ og Sigurður Matthíasson hjá Loftleiðum. Læknar tóku snemma þátt í þessum ferðum en meðal þeirra fyrstu sem fóru til Skotlands til að spila golf voru Sigurður Þ. Guðmundsson og Jón Þorgeir Hallgrímsson. Á þessum fyrstu árum var gist á Hotel Marine sem er frægt kennileiti í strandbænum North Berwick skammt frá Edinborg.

Frá árinu 1987 hefur hópur lækna farið árvisst í golf til Skotlands í fyrstu viku maímánaðar. Meðal eftirminnilegustu manna í fyrstu ferðunum var Knútur Björnsson lýtalæknir sem var um árabil einn fremsti kylfingur af eldri kynslóð á landinu. Knútur var ættaður úr Vestmannaeyjum og náfrændi Sveins Ársælssonar fyrrverandi Íslandsmeistara í golfi. Knútur var mjög flinkur golfari og var Íslandsmeistari eldri kylfinga um tíma. Hann var sérstaklega góður í stutta spilinu, þ.e. vippum og púttum, og fáir höfðu roð við honum á því sviði.

Margt skemmtilegt er haft eftir Knúti á golfvellinum en hans frægasta setning er þó vafalaust: „Golfið byrjar við annað högg." Þessi regla vísar til þess að ekki sé allt fengið með löngu upphafshöggi heldur skipti oft meira máli að annað högg sé nákvæmt og komi boltanum inn á flöt. Önnur gullvæg regla Knúts var: „Taktu alltaf járninu meira en þú heldur að þú þurfir." Þessi regla er umdeild en þýðir að golfarinn geti ekki reiknað með að tiltekið járn skili alltaf hámarkshögglengd. Að lokum mun Knútur hafa haft þá reglu þegar taka þyrfti víti að: „Maður bakkar aldrei lengra en maður þarf." Knútur var eftirminnilegur læknir og golfsnillingur en hann lést árið 2014, 84 ára að aldri.

Kristinn Jóhannsson hjartaskurðlæknir hefur lengi verið meðal fremstu golfara í læknastétt og var um tíma í landsliði Íslands eldri en 55 ára. Kristinn hefur undanfarin ár verið fararstjóri í golfferðum lækna til Skotlands og séð um að útvega hópnum rástíma á frægum völlum. Íslenski læknahópurinn er þekktur á East Lothian svæðinu undir nafninu The Johannsson group. Í golfferðum lækna eru alltaf fjórir í holli og keppa tveir á móti tveimur í punktakeppni án forgjafar, gjarnan upp á bjór eða eitthvað þaðan af betra. Kristinn er mikill keppnismaður og tapar sjaldan slíkri keppni. Þó man ég að eitt sinn gekk hálfilla hjá Kidda, mikið krafs í glompum, og gerðist hann þá þögull en sagði svo loksins á bílastæðinu eftir hringinn: „Ég er farinn héðan og kem aldrei hingað aftur."



Ræðuhöld í lokahófi. Sigurður Þ. Guðmundsson lætur ljós sitt skína. Jón Þ. Hallgrímsson situr við hlið hans.

Svavar Haraldsson bæklunarskurðlæknir er einn af tryggustu Skotlandsförum í hópi lækna og fór fyrst í golf þar 1974. Hann kynntist golfinu á Akureyri þar sem hann byrjaði sem kylfusveinn og vallarstarfsmaður hjá GA á unglingsárum og spilaði þá á Íslandsmótum í landsliðsflokki. Svavar er mjög högglangur og „klappar létt 250 metra" í upphafshöggunum. Svavar hefur mikið dálæti á Skotlandi og skoskum golfhefðum og þekkir betur til þar en flestir.

Það svæði sem íslenskir læknar hafa farið á er eins og áður segir East Lothian svæðið sem er suðaustur af Edinborg og sunnan við Firth of Forth. Oftast hefur verið haldið til í North Berwick. Helstu vellir þar um slóðir sem við leikum á eru North Berwick West Links, Glen (áður East Links), Royal Dunbar, Gullane, Longniddrie, Kilspindie, Haddington og að lokum Muirfield þar sem British Open er haldið með reglulegu millibili. Muirfield er talinn einn af erfiðustu völlum í heimi og það þykir toppurinn í atvinnumannaheimi golfsins að vinna British Open á Muirfield. Hinum megin við flóann eru svo St. Andrews og Carnustie frægastir valla en ekki hefur verið spilað á þeim í þessum ferðum. Á kvöldin er farið út að borða á fínum veitingahúsum í North Berwick og nágrannabæjum þar sem veitingamenn taka fagnandi á móti okkur fastagestum sínum.

Í fyrsta sinn sem undirritaður fór til Skotlands vorið 1996 voru margir góðir kylfingar með í ferðinni. Má þar nefna auk Knúts, Kristins og Svavars þá Guðmund Arason, Hörð Bergsteinsson, Þráin Rósmundsson, Brynjólf Mogensen, Ársæl Jónsson, Ásgeir Jónsson, Ólaf Örn



Fallegur dagur í North Berwick. Knútur Björnsson og Kristinn Jóhannsson á 18. teig á East Links. 17. flöt í baksýn og í fjarska sést Bass Rock, kennileiti bæjarins. Kona Kristins, Sigrún Einarsdóttir, tók myndina árið 1987.



Þrír snillingar við klúbbhúsið á Muirfield, Svavar Haraldsson, Kristinn Jóhannsson og Guðmundur Arason. Myndina tók Alan Brown, kvensjúkdómalæknir og félagi í Honorary Company of Edinburgh Golfers árið 2000.

Arnarson, Gunnar Sigurðsson, Reyni Þorsteinsson, Pétur Skarphéðinsson og síðast en ekki síst Sigurð Þ. Guðmundsson og Jón Þorgeir Hallgrímsson sem voru alltaf kallaðir Siggi og Jorri. Þeir voru perluvinir og herbergisfélagar og mjög skemmtilegir á golfvellinum hvor á sína vísu. Jón Þorgeir hafði gaman af því að sletta þýsku og eru sum orðatiltæki hans ennþá rifjuð upp við hentug tækifæri. Ef menn áttu óvenju gott og langt upphafshögg greip Jón stundum til þýska hernaðarfrasans: „Wir schlagen gegen England.“ Ef menn hins vegar lentu óvænt í glompu brosti Jón góðlátlega og sagði: „Aha, Bunker hinein!“

Í þessari ferð vorum við Ásgeir Jónsson að spila saman í liði á móti Sigga og Jorra á Kilspindie en ég var tiltölulega nýbyrjaður í golfi. Á 6. braut sem er 240 metra par 4 hola sló ég í upphafshöggi óvænt inn á flöt með 4 járni, að vísu í nokkrum meðvindi. Jorri leit þá til himins og andvarpaði: „Guð hjálpi okkur ef þessi maður lærir einhvern tímann að spila golf.“ Þeir voru yndislegir félagar og forréttindi að hafa kynnst þeim í golfinu. Sigurður lést árið 2007 langt fyrir aldur fram en Jón Þorgeir er enn við góða heilsu og lagði á ráðin við skrif þessarar greinar.

Lengi vel var golfið aðeins karlaíþrótt og konur komu þar hvergi nærri. Þetta hefur verið hvað langlífast í Skotlandi og er mönnum í fersku minni skilti þar í landi þar sem á stóð: „No women or dogs allowed“. Þetta hefur nú allt breyst og eru konur nú velkomnar á alla velli í Skotlandi nema Muirfield sem liggur undir miklu ámæli út af þessu. Golfið er ekki síður íþrótt kvenna en karla og orðið mikið hjónasport. Fremsti golfari í læknastétt á



Galvaskir golfarar fyrir framan Maitlandfield Hotel í Haddington 1996. Frá vinstri: Ólafur Einarsson, Svavar Haraldsson, Jón Þorgeir Hallgrímsson, Ingimar Hjálmarsson, Kristinn Jóhannsson, Sigurður Þ. Guðmundsson, Ólafur Alexander Ólafsson (Alli málari), Sigríður Birna Ólafsdóttir, Brynjólfur Mogensen, Kristmundur Ásmundsson, Þórhildur Sigtrygggsdóttir, Hrafnkell Óskarsson, Hörður Bergsteinsson, Guðmundur Arason, Halldóra Axelsdóttir, Þráinn Rósmundsson og Ólafur Z. Ólafsson.

Íslandi er reyndar án efa Ásgerður Sverrisdóttir fyrrverandi Íslandsmeistari kvenna.

Í hópi Skotlandsfara er talað í velviljuðum tón um „spúsugolfið“ þó það megi ekki taka allt yfir hjá mönnum. Í þessari minni fyrstu ferð 1996 var lokahóf og haldnar nokkrar tækifærisræður. Nokkrar eiginkonur höfðu komið með og sumar þeirra meira að segja spilað. Í lokahófinu tók einn félaganna til máls og lýsti ánægju sinni með þessa þróun og velti upp þeim möguleika hvort ekki ætti að hafa konurnar með í þessar ferðir og fara til Spánar. Þá þyrmdi yfir Svavar Haraldsson og hann sagði alvöruþrunginn yfir borðið: „Ef við förum til Spánar og konurnar koma með, þá er þetta búið“. Hin seinni ár hafa þetta eingöngu verið karlaferðir og gjarnan spilaðar 36 holur á dag.

Aldurinn er reyndar heldur að færast yfir hópinn en engan bilbug er á mönnum að finna. Tilhlökkunin byrjar fljótlega eftir að ferð lýkur og stendur óslitið fram að næstu ferð. Á seinni árum hafa bæst í hópinn ungir og efnilegir golfarar en það verður m.a. verkefni þeirra að halda þessari skemmtilegu hefð gangandi. Fyrir þá sem vilja kynna sér svæðið nánar fylgir hér áhugaverð krækja.

golfeastlothian.com/home.asp

1. Sæmundsdóttir G, Lúðvíksson SJ. Golf á Íslandi. Forlagið Reykjavík 2012.

„Ávísun á hreyfingu verði aðgengilegt meðferðarúrræði fyrir alla lækna”

– segir Jón Steinar Jónsson

Hávar Sigurjónsson

„Markmið okkar er að ávísun á hreyfingu verði aðgengilegt meðferðarúrræði fyrir alla lækna á Íslandi og hugsanlega fleiri heilbrigðisstéttir. Að meðferðin sé byggð á eins traustum fótum þekkingarlega eins og kostur er. Að meðferðarheldni verði að meðaltali 60-70% og að aukin virkni sjúklinga haldist eftir að meðferð lýkur,“ segir Jón Steinar Jónsson heilsugæslulæknir í Garðabæ, einn ötulasti talsmaður hreyfiseðlanna hérlendis um árabil.

„Vísbendingar um neikvæð áhrif hreyfingarleysis á ýmsa algenga sjúkdóma Vesturlandabúa hafa komið fram í mörgum faraldsfræðilegum rannsóknum á síðustu áratugum. Á undanförnum árum hafa rannsóknir á hreyfingu sem meðferð fært okkur mikilvæg gögn og þekkingu sem gefa tækifæri til að nýta í heilbrigðisþjónustunni í dag. Flestir eru líklega sammála um mikilvægi hreyfingar í heilsueflandi skyni fyrir almenning og fáir efast sennilega um mikilvægi hreyfingar sem meðferð eða hluta af meðferð við mörgum algengum sjúkdómum. Hreyfing sem meðferðarúrræði innan íslenska heilbrigðiskerfisins hefur ekki verið markvisst skipulagt hingað til en skjólstæðingum vissulega verið gefin ráð um hreyfingu og í vissum tilvikum vísað í ýmis þjálfunar- eða endurhæfingarúrræði. Ávísun á hreyfingu, hreyfiseðill, er meðferðarúrræði sem markvisst hefur verið unnið að undanfarin fjögur ár og skipulega er nú unnið að innleiðingu þess á Íslandi,“segir Jón Steinar sem á sæti í hópnum sem stýrir verkefninu. Hann stóð jafnframt fyrir málþingi á nýafstöðnum Læknadögum þar sem fjallað var um hreyfiseðlana frá ýmsum hliðum.

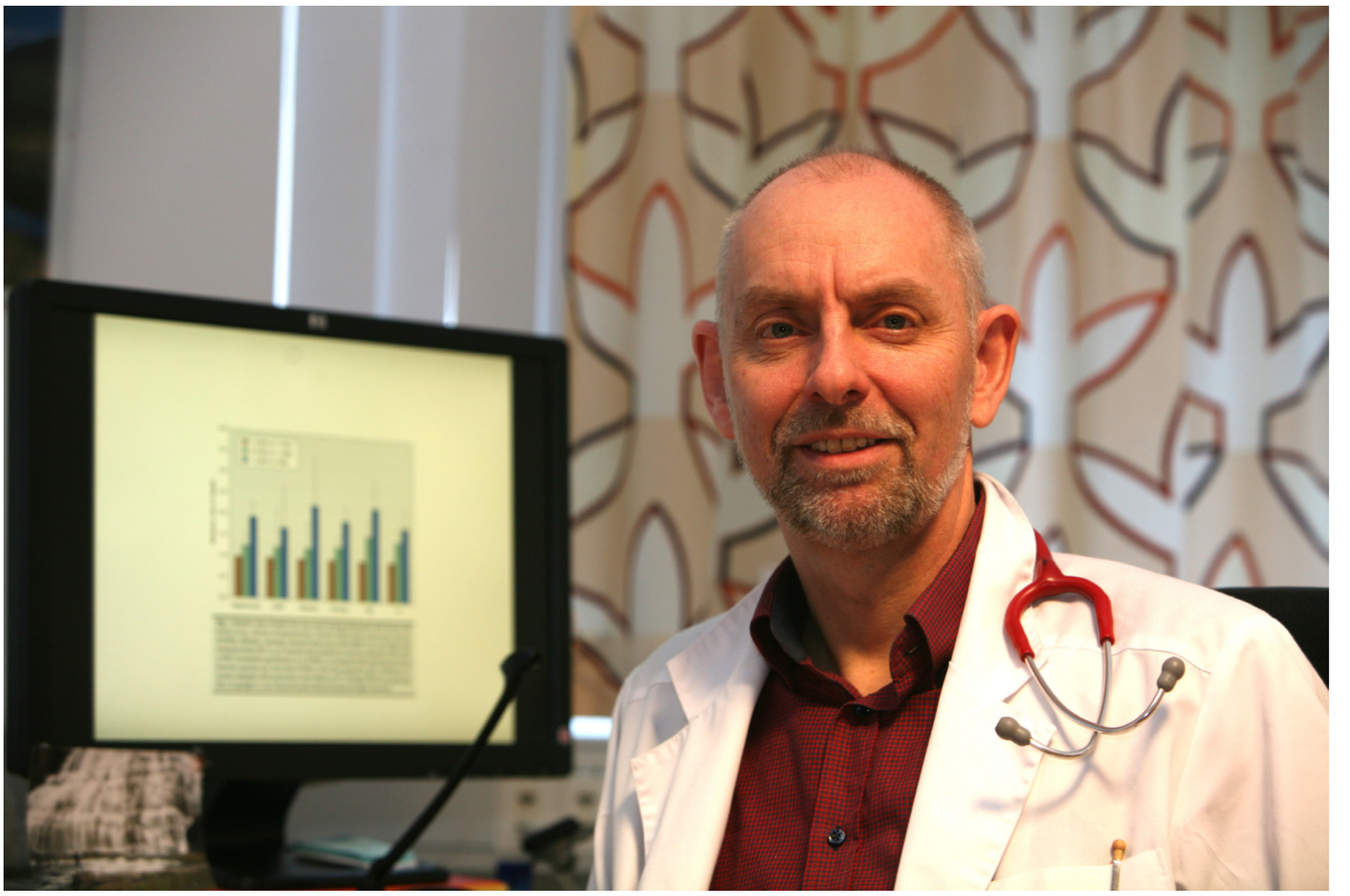
Hreyfingarleysi er þekktur áhættuþáttur

„Það hefur lengi verið þekkt að hreyfingarleysi er mikilvægur áhættuþáttur ýmissa sjúkdóma. Og að regluleg hreyfing getur haft umtalsverð áhrif á horfur þeirra sem glíma við þessa sjúkdóma. Margar faraldsfræðilegar rannsóknir þar sem þol eða upplýsingar um hreyfingu er ein af breytunum gefa þetta til kynna. Þrátt fyrir þessa vitneskju höfum við Íslendingar látið það eiga sig að byggja upp hreyfingu sem markvisst meðferðarúrræði í líkingu við það sem grannar okkar á Norðurlöndum hafa gert á undanförnum árum. Það er mikill munur á því að ráðleggja sjúklingi almennt um hreyfingu eða ávísa hreyfingu sem meðferð,“ segir Jón Steinar.

„Hreyfiseðlaverkefnið á Íslandi er sprottið úr grasrótinni og er svar við hinni augljósu þörf á að byggja upp markvisst úrræði fyrir lækna og aðra heilbrigðisstarfsmenn til að beita hreyfingu sem meðferð við þeim sjúkdómum þar sem hún á við. Þar erum við sérstaklega að tala um svokallaða lýðsjúkdóma: hjarta- og æðasjúkdóma, fullorðinssykursýki, langvinna lungnateppu, slitgigt og vefjagigt, þráláta verki, vægt þunglyndi, offitu og fleiri sjúkdóma. Það verður æ algengara að sami einstaklingur sé með fleiri en einn slíkan sjúkdóm sem hreyfingin hefur áhrif á og hún verður þannig í vissum skilningi „breiðvirk“ meðferð. Lífsstíll fólks hefur gríðarlega þýðingu varðandi tilurð og framgang ýmissa sjúkdóma. Mikilvægir þættir eru reykingar, rangt mataræði, of mikill matur og hreyfingarleysi. Á Íslandi hefur tekist vel upp í baráttu við reykingafaraldurinn á síðari hluta 20. aldarinnar. Mjög markvissar lýðheilsuaðgerðir skiluðu árangri hérlendis sem við getum verið stolt af þó uppbygging úrræða í meðferð við reykingum hafi ekki verið eins markviss og tilefnið gefur til. Ýmsum lýðheilsuaðgerðum, áróðri og fræðslu hefur verið beitt hérlendis til að minnka hreyfingarleysi meðal almennings. Með tilkomu hreyfiseðlisins verður nú byggt upp heildstætt meðferðarúrræði, ávísun á hreyfingu þar sem hreyfing ætti að vera að minnsta kosti hluti af þeirri meðferð sem er ávísað.“

Þróa og prófa viðurkennt verkfæri

„Árið 2006 var farið af stað með tilraunaverkefni á heilsugæslustöðinni í Garðabæ í samvinnu við ýmsa aðila í bænum, þar sem hreyfingu var beitt sem meðferðarúrræði. Þetta lognaðist reyndar útaf en frá árinu 2011 hefur markvisst verið unnið að uppbyggingu og þróun hreyfiseðla á Íslandi. Auður Ólafsdóttir og Héðinn Jónsson sjúkraþjálfarar og ég tókum höndum saman og fengum til ráðgjafar Ingibjörgu Jónsdóttur lífeðlisfræðing í Gautaborg, en hún stýrir streiturannsóknarstöðinni þar í borg og hefur tekið þátt í að innleiða



„Markmið okkar var ekki að sanna eða afsanna að hreyfing væri gagnleg heldur að þróa og prófa verkfæri sem væri nothæft, einfalt, hagkvæmt og hefði góða meðferðarheldni," segir Jón Steinar Jónsson heilsugæslulæknir sem stýrt hefur verkefni um innleiðingu hreyfiseðla.

hreyfiseðla (Fysiskt aktivitet på recept, FaR) í Vestur-Svíþjóð. Við fengum styrk frá heilbrigðisráðuneytinu til að hrinda af stað tilraunaverkefni á 5 heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu. Við þróuðum aðferðir og verkferla og höfðum til viðmiðunar reynslu nágranna okkar á Norðurlöndum fyrst og fremst Svía. Markmið okkar var ekki að sanna eða afsanna að hreyfing væri gagnleg heldur að þróa og prófa verkfæri sem væri nothæft, einfalt, hagkvæmt og hefði góða meðferðarheldni. Heilbrigðisráðherra, Kristján Þór Júlíusson, hefur sýnt málinu mikinn áhuga og í framhaldi af þessu tilraunaverkefni var ákveðið að koma á hreyfiseðlum, ávísun á hreyfingu, sem úrræði í öllu heilbrigðiskerfinu á Íslandi. Skipaður var stýrihópur á vegum heilbrigðisráðuneytisins sem hefur yfirumsjón með verkefninu fyrir hönd ráðuneytisins en í honum sitja Valgerður Gunnarsdóttir úr heilbrigðisráðuneytinu, Hannes Hrafnkelsson heilsugæslulæknir fyrir hönd heilsugæslunnar og Guðlaug Björnsdóttir frá Sjúkratryggingum Íslands. Verkefnisstjórn skipa sjúkraþjálfararnir Auður og Héðinn og ég. Unnið er eftir þriggja ára innleiðingaráætlun sem tekur yfir árin 2014-2016. Samkvæmt henni var gert ráð fyrir innleiðingu hreyfiseðla í heilsugæslunni og á heilbrigðisstofnunum á landsbyggðinni 2014. Fyrsta fasa þeirrar innleiðingar lauk í desember síðastliðnum. Árið 2015 er ráðgert að innleiða hreyfiseðla hjá þeim sjálfstætt starfandi læknum á stofum sem hafa áhuga á að nýta sér úrræðið og að lokum er ráðgerð innleiðing á stóru sjúkrahúsunum, Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri. Á árinu 2016 er gert ráð fyrir frekari eftirfylgd og úrfærslu og þróun. Markmiðið er að þeim tíma loknum að hreyfiseðlar hafi náð vissri fótfestu og verði sjálfsagður hluti af úrræðum í íslensku heilbrigðiskerfi," segir Jón Steinar.

„Við höfum mætt miklum áhuga meðal lækna og annarra fagstétta á þessu verkefni. Það er hins vegar alveg ljóst að svona meðferðarúrræði nær ekki fótfestu á einu eða tveimur árum. Þetta tekur sinn tíma og ég þekki það af eigin reynslu að hreyfing sem meðferð færist smám saman framar í huga læknisins í meðferðarmöguleikunum við ýmsum algengum sjúkdómum. Bæði mun það taka tíma fyrir læknana að vera vakandi fyrir þessu úrræði og það tekur líka sinn tíma fyrir sjúklinga og almenning að átta sig á því að heilbrigðisþjónustan geti ávísað hreyfingu sem meðferð með þessum hætti."

Breyting á hugarfari og lífsstíl

Jón Steinar segir að þrátt fyrir að læknarnir hafi tekið hreyfiseðlunum mjög vel þá sé mjög mismunandi hversu mikið þeir nota úrræðið og einnig er það mismunandi á milli einstakra heilsugæslustöðva. „Að ávísa hreyfiseðli er vissulega tímafrekara en mörg önnur úrræði sem læknar hafa úr að velja. Þegar vel gengur og sjúklingurinn uppgötvar hve mikið

hann getur sjálfur lagt af mörkum í meðferðinni og upplifir betri líðan fylgjandi reglulegri hreyfingu, er það mjög gefandi fyrir bæði lækninn og sjúklinginn.

Grundvallaratriði varðandi hreyfiseðla er áhugi beggja aðila, bæði læknisins og sjúklingsins. Það þarf oft grundvallarbreytingu á hugarfari sjúklings til að virkja hann í hreyfingu. Hreyfingarleysi er landlægt hér sem annars staðar á Vesturlöndum og rannsóknir benda til að meirihluti íbúa hreyfi sig minna en almennt er ráðlagt og allstór hluti stundar enga hreyfingu. Okkar sjúklingar eru langflestir í þessum hópum og þurfa því hvatningu og stuðning við að breyta lífsstíl og byrja að ástunda reglulega hreyfingu.“

Jón Steinar segir sjúklinga sem þurfa á hreyfingu að halda vera ólíka innbyrðis og þurfa á mismunandi ráðleggingum að halda.

„Það má skipta sjúklingunum í þrjá hópa þegar kemur að hreyfingu. Einn hópurinn er alls ekki til í að takast á við sinn sjúkleika með reglulegri hreyfingu, annar segist þegar vera að hreyfa sig og því ekki þurfa á aðstoð að halda og þriðji hópurinn er tilbúinn að fá aðstoð við að nýta hreyfingu sem meðferð með aðferðafræði hreyfiseðilsins. Staðreynd er að fólk er almennt ekki mjög upplýst um hversu stór áhættuþáttur hreyfingarleysi er og hversu mikil áhrif regluleg hreyfing getur haft á sjúkdóminn og horfur sjúklingsins. Það þarf því að koma til miklu meiri og markvissari fræðsla um gildi hreyfingar fyrir heilsu fólks, sérstaklega sem hluta af meðferð sjúkdóma. Líklega þarf sameinað átak margra aðila í samfélaginu, fjölmiðla, heilbrigðisyfirvalda, félagasamtaka og aðila á vinnumarkaði til að upplýsa um þetta. Hreyfingarleysi er einn af stærstu áhættuþáttum fyrir vanheilsu á Íslandi í dag. Langflestir okkar sjúklinga eru að hefja skipulagða hreyfingu í fyrsta skipti í mörg ár og þurfa því mikla hvatningu til að gera svo mikla breytingu á lífsstíl sínum.“

Hreyfistjórinn skipuleggur hreyfinguna

„Hreyfiseðillinn er settur upp eins og tilvísunareyðublað sem læknirinn fyllir út og er aðgengilegur í Sögukerfinu fyrir þá sem eru tengdir við það. Læknirinn setur inn ábendingar til hreyfistjórans, sjúkraþjálfarans sem læknirinn bókar sjúklinginn í viðtal hjá. Hreyfistjórarnir eru um 20 talsins í 3,5 stöðugildum, víða um landið og eru allt mjög reyndir sjúkraþjálfarar með sérstaka þjálfun í svokölluðum áhugahvetjandi samtölum. Slíkt viðtal er lykilatriði. Þetta viðtal er í rauninni eina skiptið sem hreyfistjórinn og sjúklingurinn hittast. Hreyfistjórinn leggur mat á líkamlegt ástand sjúklingsins og útfrá því, þeim sjúkdómi sem hrjáir viðkomandi, og út frá hans aðstæðum og áhugahvöt gerir hreyfistjórinn einstaklingsmiðaða áætlun um hreyfingu fyrir sjúklinginn. Til að gera sem besta áætlun, sem tekur mið af bestu þekkingu, hefur hreyfistjórinn til hliðsjónar mjög ítarlegt sænskt rit, FYSS (*Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*). Þar hafa verið teknar saman upplýsingar og gögn um bestu „uppskrift“ hreyfingar sem meðferð tiltekinna sjúkdóma. Meðal annars tímalengd hreyfingar, tíðni og ákefð. Meðferðin er þannig miðuð við bestu fáanlega þekkingu sem er í boði í dag. FYSS-bókin kom fyrst út árið 2003, endurútgefin 2008 og ný útgáfa með nýjustu heimildum mun koma út á þessu ári. Hreyfistjórinn stofnar síðan aðgang fyrir sjúklinginn að forriti sem við höfum þróað á þessum árum í samvinnu við tölvunarfræðing, og er eins og konar hreyfidagbók sjúklingsins. Þar færir hann inn með einföldum hætti þegar hann hreyfir sig samkvæmt forskriftinni og hreyfistjórinn fylgist með og gefur ráðleggingar og hvatningu eftir því sem áætluninni vindur fram. Ef sjúklingurinn fer undir 70% af áætluninni lætur forritið hreyfistjórann vita og hann hefur þá samband við sjúklinginn. Markmiðið við hönnun forritsins var að það væri ofureinfalt í notkun, myndrænt og hvetjandi. Það hefur reynst mjög vel og það eru fáir sem ekki geta notað það en einnig er hægt að skrá hreyfingu í gegnum ákveðið símanúmer. Hreyfistjórinn sendir lækninum skýrslu á þriggja mánaða fresti um hreyfinguna en rétt er að undirstrika að ávísandi læknir er að sjálfsögðu ábyrgur fyrir hinu læknisfræðilega eftirliti.

Hreyfiseðlinum fylgir ekki fjárhagslegur ávinningur svo sem kort í líkamsrækt. Við erum í langflestum tilfellum með einstaklinga sem eru að fara úr engri hreyfingu í einhverja hreyfingu. Göngur, sund, sundleikfimi, hjólreiðar eru oftast hreyfiúrræðin sem beitt er. Það er viss skortur á tiltölulega léttum hreyfiúrræðum í hópum en við bindum vonir við að þeim fjölgi.“

Jón Steinar nefnir að lokum að samfélagslegi þátturinn við að gera borgurunum kleift að stunda hreyfingu í sínu nærumhverfi sé gríðarlega mikilvægur. „Skipulag borga og bæja með möguleika til gönguferða, hjólreiða, sundiðkunar og almenningssamgangna eru stór þáttur í að skapa aðstæður fyrir sjúklinga til að stunda hreyfingu sem hluta af meðferð. Þar hefur sannarlega margt verið gert og í tengslum við innleiðingu hreyfiseðla á landsbyggðinni höfum við átt fundi með bæjaryfirvöldum víða um land og mætt miklum áhuga þeirra á þessum málum. Það á eftir að ráða miklu um framtíð hreyfiseðla að samfélögin komi til móts við þarfir þeirra íbúa sem sannarlega geta bætt heilsu sína með reglulegri hreyfingu.“

Læknar eru hvattir til að koma á framfæri við ritstjórn eða pistlahöfund ábendingum um efni.



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

DoggP@lis.is

Að loknu verkfalli

Það fór svo að samningar milli samninganefndar ríkisins og lækna tókust ekki áður en ný lota verkfalla hófst hinn 5. janúar síðastliðinn. Læknafélag Íslands náði niðurstöðu í sínum kjaraviðræðum aðfaranótt 7. janúar síðastliðinn eftir tveggja daga verkfall. Réttum sólarhring síðar samdi Skurðlæknafélag Íslands svo boðuð verkföll þess hófust aldrei á nýju ári. Samhliða nýjum kjarasamningum við lækna undirrituðu LÍ og SKÍ yfirlýsingu með stjórnvöldum um framtíð heilbrigðiskerfisins. Í yfirlýsingunni er meðal annars lögð áhersla á að launakjör lækna, vinnuálag og vaktafyrirkomulag sé samkeppnisfært við nágrannalöndin að teknu tilliti til þeirrar sérstöðu sem íslenska heilbrigðiskerfið býr við. Eins og margoft kom fram í kjarabaráttunni á liðnu hausti höfðu launakjör lækna leitt til þess að almennir læknar fóru fyrr út til sérnáms, þeir snéru seinna til Íslands að loknu sérfræðinámi og sífellt fjölgaði í þeim hópi sem ekki snéri til baka. Þess er vænst að nýr kjarasamningur skapi mun betri möguleika en áður á því að læknar komi til starfa á ný hér á landi að sérfræðinámi loknu.

Kynning

LÍ kynnti nýgerðan kjarasamning á nokkrum fundum, fyrst 9. janúar á einum fjölmennasta fundi sem haldinn hefur verið í sögu félagsins. Á fimmta hundrað félagsmenn sóttu fundinn. Samningurinn var einnig kynntur á smærri fundum. Í Hlíðasmára var fundur mánudaginn 12. janúar og var sendur út á netinu. Þegar mest var fylgdust 155 með útsendingunni en auk þess voru liðlega 50 manns mættir á fundinn. Þá var efnt til fundar á Sjúkrahúsinu á Akureyri 13. janúar og á Heilbrigðisstofnun Austurlands á Egilsstöðum 14. janúar. Báðir fundirnir voru vel sóttir. Félag íslenskra heimilislækna stóð fyrir sérstökum kynningarfundi fyrir sína félagsmenn. Sama gerði Félag almennra lækna.

Kosning

Rafræn atkvæðagreiðsla um samning LÍ hófst mánudaginn 12. janúar og stóð hún til miðnættis föstudaginn 16. janúar. Niðurstaða atkvæðagreiðslunnar var afgerandi. Liðlega 80% þátttaka var í atkvæðagreiðslunni. Samtals 669, eða 91,1%, samþykktu kjarasamninginn, nei sögðu 49 (6,7%) og 16 (2,2%) skiluðu auðu. Hjá SKÍ varð niðurstaðan svipuð. Liðlega 92% þátttaka var í atkvæðagreiðslnni. Samtals 72, eða 85,71%, samþykktu kjarasamningin, nei sögðu 9 (10,71%) og 3 (3,57%) skiluðu auðu.

Margt í hinum nýja kjarasamningi er flókið. LÍ bauð því læknum að koma með launaseðla sína á Læknadaga sem haldnir voru 19.-23. janúar síðastliðinn. Starfsmenn félagsins fóru yfir launaseðla lækna og sögðu þeim hvernig þeir myndu raðast í nýja launatöflu. Fjölmargir læknar notfærðu sér þessa þjónustu og fór aðsóknin vaxandi eftir því sem leið á vikuna. LÍ stóð einnig fyrir málþingi um kjaramál á Læknadögum, líkt og það hefur gert síðustu tvö ár. Þar var nýr kjarasamningur ræddur á fjölmennum fundi.

Eins og fram hefur komið gildir nýr kjarasamningur frá 1. júní 2014. Fyrir lá því að leiðrétta þyrfti laun lækna sjö mánuði aftur í tímann. Þá tók ný og stærri launatafla gildi frá 1. janúar 2015. Við undirritun kjarasamningsins taldi samninganefnd ríkisins að ómögulegt yrði að leiðrétta launin og raða læknum í nýja launatöflu við launaútreikning 1. febrúar. Það tækist ekki fyrr en við launagreiðslu 1. mars. Síðar kom þó í ljós að þetta yrði mögulegt og fór svo að læknar fengu laun sín leiðrétt og greidd samkvæmt nýjum kjarasamningi hinn 1. febrúar síðastliðinn.

Leiðbeiningar hjá LÍ

LÍ tók því saman leiðbeiningar til lækna til að auðvelda þeim að skoða hvort allar launaleiðréttingar hefðu skilað sér á launaseðlinum. Einnig bauð LÍ félagsmönnum að fara yfir launaseðla til að skoða hvort réttilega hefði verið greitt. Stór hópur lækna hefur notfært sér þessa þjónustu. Skemmst er frá því að segja að vel hefur tekist til við framkvæmd hins nýja kjarasamnings og hefur hún að mestu verið hnökralaus. LÍ hefur þó fundið nokkur dæmi þess að læknum hafi ekki verið réttilega raðað í nýja launatöflu. LÍ hvetur félagsmenn, sem ekki eru vissir um hvort launum þeirra hafi réttilega verið breytt samkvæmt nýjum kjarasamningi að hafa samband við skrifstofu félagsins.

Næsti áfangi í nýjum kjarasamningi gengur í gildi 1. júní næstkomandi þegar allir læknar eiga að hækka um einn launaflokk. Á sama tíma tekur gildi þýtt kerfi viðbótarþátta sem gefur læknum möguleika á launaflokkahækkunum vegna viðbótarverkefna sem þeir taka að sér ofan á hefðbundnar daglegar vinnuskyldur. Stofnanir skulu ljúka sinni vinnu vegna þessa hinn 15. apríl næstkomandi og kynna fyrir samningsaðilum. Samninganefnd LÍ mun að sjálfsögðu fylgjast grannt með því hvernig tekst til með framkvæmd þessa sem og annarra áfanga kjarasamningsins.

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)

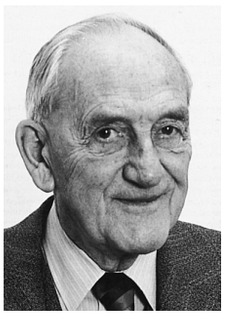
NOR150201

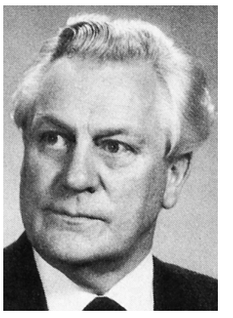
norpharma

Sérlyfjatexti á bls. 142

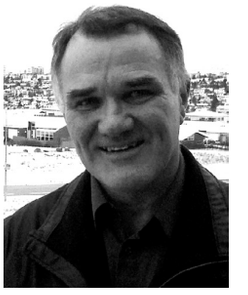
Heimildir: 1. Adams, N. P. et al. Copyright© 2010, The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2. Bodzenta-Lukaszyk, A. et al. Respiratory Medicine (2011) 105, 674-682 3. Samantekt á eiginleikum lyfs (spc) www.serlyfjaskra.

Formenn félagsins frá upphafi


Jón Steffensen


Gunnlaugur Snædal


Halldór Baldursson


Atli Þór Ólason


Óttar Guðmundsson

Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar 50 ára

Óttar Guðmundsson
geðlæknir, formaður félagsins

ottarg@landspitali.is

Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar var stofnað þann 18. desember 1964. Fyrsti fundurinn var haldinn í 1. kennslustofu Háskóla Íslands. Undirbúningsnefnd, sem hafði starfað að stofnun félagsins, sendi út fundarboð sem Jón Steffensen prófessor undirritaði. Fram kemur í fundargerðarbók að Læknafélag Reykjavíkur hafði frumkvæði að stofnun félagsins.

Á fundinum var Gunnlaugur Snædal skipaður fundarstjóri og Ólafur Bjarnason fundarritari.

Jón Steffensen flutti ávarp og fór yfir tilgang og hlutverk félagsins. Hann hafði um nokkurt skeið starfað í ritstjórn tímaritsins *Medicinhistorisk Årbok* og Jón taldi að Ísland ætti að taka þátt í þeirri útgáfu. Þá ræddi hann um mikilvægi ýmissa heimildarita um sögu læknisfræðinnar á Íslandi og varðveislu íslenskra handrita um læknisfræðileg efni. Loks fjallaði Jón um varðveislu lækningaminja og var tíðrætt um Nesstofu í því sambandi.

Á fundinum voru lög félagsins samþykkt en tillaga að þeim hafði verið send út með fundarboði.

Í fyrstu stjórn félagsins voru kosnir Jón Steffensen læknir formaður, Ólafur Bjarnason læknir ritari, Birgir Einarsson apótekari gjaldkeri, og endurskoðendur Páll V.G. Kolka fyrrum héraðslæknir og Sverrir Magnússon apótekari.

Félagið hefur æ síðan starfað af miklum krafti undir forystu Jón Steffensens, Gunnlaugs Snædals, Halldórs Baldurssonar og Atla Þórs Ólasonar auk núverandi formanns. Helsta baráttumál félagsins hefur allt frá stofnun þess verið að koma upp Lækningaminjasafni úti á Nesi. Sá draumur virtist vera að verða að veruleika en steytti á skeri og framkvæmdir stöðvuðust nokkuð skyndilega fyrir tveimur til þremur árum síðan. Húsið stendur síðan tómt og tæplega fokhelt, munúðarlaust og umkomulaust úti á Seltjarnarnesi. Það er ennþá stefnumál okkar að húsið verði notað í samræmi við fyrri áætlanir og samninga.

Félagið stóð á nýafstöðnum Læknadögum fyrir veglegri afmælisdagskrá þar sem rætt var um heilsufar og Skaftárelda 1783.

Vonandi tekst íslenskum læknum að halda áfram starfi FÁSL. Nauðsynlegt er að vera meðvitaður um söguna til að geta skilið nútímann.

Stofnendur félagsins:
Jón Steffensen, Ólafur Bjarnason, Gunnlaugur Snædal, Theódór Skúlason, Karl Sig. Jónasson, Halldór Hansen eldri, Kristján Eldjárn, Magnús Már Lárusson, Jakob Benediktsson, Þórarinn Guðnason, Ernst Daníelsson, Árni Guðmundsson, Sigurður E. Þorvaldsson, Eggert Ó. Jóhannsson, Þórarinn Sveinsson, Birgir Einarsson, Tómas Á. Jónasson, Þórður Þórðarson, Jón Þorsteinsson, Baldur Johnsen, Bergsveinn Ólafsson, Páll Kolka, Pétur H.J. Jakobsson, Guðmundur Björnsson, Magnús Ólafsson, Stefán Bogason, Gísli Fr. Petersen, Óskar Þórðarson, Jón R. Árnason, Guðjón S. Jóhannesson, Eggert Steinþórsson, Stefán Ólafsson, Magnús Þorsteinsson, Gunnar Guðmundsson, Víkingur H. Arnórsson, Sigurður Samúelsson, Ólafur Jóhannsson, Ófeigur J. Ófeigsson, Stefán P. Björnsson, María Hallgrímsdóttir, Örn Bjarnason, Bjarni Bjarnason, Niels Dungal, Bjarni Kornráðsson, Einar Ólafur Sveinsson, Sverrir Magnússon, Jón Sigtryggsson, Snorri Hallgrímsson.



Berglind María Jóhannsdóttir læknir og Elín Edda Sigurðardóttir læknanemi með viðurkenningarskjöl sín. Með þeim á myndinni eru Runólfur Pálsson, formaður Félags íslenskra lyflækna, Rafn Benediktsson, formaður vísinda- og dómnefndar þingsins, og læknarnir Árni Kristinsson og Þórður Harðarson. Mynd: ljósmyndari Landspítala, Þorkell Þorkelsson.

Verðlaun á þingi Félags íslenskra lyflækna

Runólfur Pálsson
læknir
runolfur@landspitali.is

Á XXI. þingi Félags íslenskra lyflækna sem fram fór í Reykjavík 21.-22. nóvember í haust voru að venju veitt verðlaun fyrir framúrskarandi vísindarannsókn ungs læknis og læknanema úr Verðlaunasjóði í læknisfræði sem læknarnir Árni Kristinsson og Þórður Harðarson stofnuðu. Hlutskörpust ungra lækna varð Berglind María Jóhannsdóttir, deildarlæknir við lyflækningasvið Landspítala og doktorsnemi við læknadeild Háskóla Íslands, er hlaut verðlaunin fyrir rannsókn sína á áhrifum æðakölkunar og blóðfitu á langvinnan nýrnasjúkdóm, sem hún vann undir handleiðslu Hrefnu Guðmundsdóttur nýrnalæknis. Úr röðum læknanema varð Elín Edda Sigurðardóttir, læknanemi á 5. ári, fyrir valinu fyrir rannsókn sína á áhrifum greiningar og eftirfylgni góðkynja einstofna mótefnahækkunar á lifun sjúklinga með mergæxli, sem hún vann undir leiðsögn Sigurðar Yngva Kristinssonar prófessors.



Practical og **Congress Reykjavík** hafa nú sameinað krafta sína undir merkjum **CP Reykjavík**. Við erum frísklegt og skapandi þjónustufyrirtæki sem skipuleggur **viðburði**, **ferðir og ráðstefnur** fyrir innlenda og erlenda viðskiptavini.

RÁÐSTEFNUR / VIÐBURÐIR / HVATAFERÐIR

cp
REYKJAVÍK
www.cpreykjavik.is

Sjálfvirkni í lyfjaávísunum

Magnús Jóhannsson
læknir
magnus@landlaeknir.is

Ólafur B. Einarsson
sérfræðingur

Lárus S. Guðmundsson
lyfjafræðingur

Veigamesta verkefni lyfjateymis Embættis landlæknis er að stuðla að skynsamlegri lyfjanotkun í landinu. Þetta er verkefni sem lýkur í sjálfu sér aldrei og á sér margar hliðar. Starfsemin er einkum þríþætt, upplýsingamiðlun sem byggir á lyfjagagnagrunni embættisins, fræðsla og almennt eftirlit með lyfjaávísunum.

Ofnotkun eða vannotkun lyfja?

Færa má rök fyrir því að sum lyf séu ofnotuð en að önnur lyf ætti að nota meira (í vannotkun fléttast áhrif lágrar meðferðarheldni en það er efni í annan pistil). Til að leggja mat á þetta er oftast gripið til þess að gera samanburð við aðrar þjóðir. Einkum berum við okkur saman við hin Norðurlöndin. Samanburður af þessu tagi er þó engan veginn einhlítur enda getur meiri notkun lyfs á Íslandi en í öðru landi stafað af ofnotkun hér, vannotkun í samanburðarlandinu eða hvoru tveggja. Þá geta samfélög verið ólík, til dæmis hvað varðar aldurssamsetningu, þjónustu eða algengi sjúkdóma. Mat á því hvort notkun tiltekins lyfs eða lyfjaflokks sé eðlileg er þess vegna erfitt og samanburður á notkun milli landa er einungis hluti af því mati.

Sjálfvirkar endurnýjanir lyfjaávísana

Gera má ráð fyrir að nokkuð sé um endurnýjanir lyfjaávísana sem séu óþarfar. Eðlilegt er að sum lyf séu endurnýjuð án mikilla heilabrota eða skoðunar á sjúklingi en önnur lyfjameðferð krefst þess að hún sé endurskoðuð reglulega með skoðun á sjúklingi og í samráði við hann.

Skömmtun

Í reglugerð um skömmtun lyfja nr. 850/2002 er fjallað um handskömmtun í lyfjabúðum og um vélskömmtun hjá vélskömmtunarfyrirtækjum. Skömmtun lyfja er til mikilla þæginda fyrir vissa hópa sjúklinga, bæði þá sem eru í heimahúsi og aðra sem eru á hjúkrunar- og dvalarheimilum af ýmsu tagi, en skömmtun getur einnig skapað vandamál.

Ef hakað er við reit á lyfjaávísun þar sem stendur „Afgreiðist í skammtaöskju“, og gildistími lyfseðils er ekki takmarkaður með því að fylla í viðeigandi reit, þá fer lyfjaávísunin í skömmtun í heilt ár, óháð því hvaða magni er ávísað. Það sem afhent er einstaklingi hverju sinni er oftast samkomulagsatriði milli sjúklings og lyfjabúðar og getur verið viku-, mánaðar- en þó aldrei meira en tveggja mánaða skammtur. Ef læknirinn vill takmarka þann tíma sem skömmtunin er í gangi er mikilvægt að hann fylli út viðeigandi reit og vilji hann takmarka það magn sem afhent er hverju sinni þarf hann að tilgreina það á ótvíræðan hátt. Þetta síðastnefnda atriði getur skipt miklu máli vegna þess að flest lyf, þar með talin eftirritunarskyld og önnur ávanabindandi lyf, geta farið í skömmtun. Það sem kemur einkum í veg fyrir að lyf geti farið í skömmtun er áhrif á geymsluþol, það er lyf sem ekki þola að vera utan upprunalegra umbúða (til dæmis ljósnæm lyf) svo og sum lyfjaform (til dæmis plástrar og innúðalyf).

Þegar skömmtunarlyfjaávísanir renna út er haft samband við sjúkling eða lækni til að fá endurnýjun sem viðkomandi læknir á að framkvæma. Dvalarheimili nota skömmtunarkort sem gilda þar til annað er ákveðið.

Þeir einstaklingar sem stunda læknaráp og misnota ávanabindandi lyf eru stundum með lyfin í skömmtun hjá einum lækni en fara þar að auki til annarra lækna til að fá stakar lyfjaávísanir á sömu lyf. Í slíkum tilvikum getur lækna skort upplýsingar um heildarlyfjanotkun einstaklings og hér gildir það sama um skömmtun, fjölnota- og staka lyfseðla. Ef grunsemdir vakna um misnotkun, geta læknar fengið slíkar upplýsingar með því að hafa samband við Embætti landlæknis og áður en langt um líður munu þeir sjálfir geta sótt slíkar upplýsingar í lyfjagagnagrunn Embættis landlæknis.

Skömmtun lyfja er kerfi sem er mjög gagnlegt fyrir vissa sjúklingahópa en allir sem að því koma þurfa að vanda sig sérstaklega til að auka öryggi lyfjaávísana.

Niðurlag

Höfundum er kunnugt um dæmi þess að lyf sem ætluð voru til meðferðar á skammtíma vandamálum „gleymdust“ í kerfinu og voru endurnýjuð, jafnvel árum saman að þarflausu. Þar skorti gagnrýna endurskoðun á lyfjameðferð sem þarf að fara fram reglulega. Læknar og lyfjafræðingar sem koma að skömmtun lyfja þurfa að vanda sérstaklega til verka til að allt gangi fyrir sig eins og til er ætlast. Eins og sést í meðfylgjandi töflu er talsvert um að sjúklingar fái ávísað ávanabindandi lyfjum frá fleiri en einum lækni í vélskömmtun.

Taflan sýnir fjölda einstaklinga sem fengu ávísað einhverjum lyfjum sem teljast ávanabindandi í vélskömmtun frá fleiri en einum lækni, á hverju ári. Þó að einstaklingur fái skammtað frá fleiri en einum lækni þarf ekki að vera neitt athugavert við það en utanumhald verður erfiðara fyrir vikið.

Fjöldi lækna	2012	2013	2014
2	1464	1552	1631
3	228	265	274
4	46	54	62
5	11	10	4
6	3	2	1
7	0	1	0
8	0	0	1

Frá prófborði í hérað



Sigurgeir Kjartansson er fæddur 7. mars 1938 í Þórisholti í Mýrdal. Hann lauk stúdentsprófi frá Menntaskólanum á Laugarvatni 1958 og varð cand. med. frá Háskóla Íslands í febrúar 1965. Hann stundaði sérnám í almennum skurðlækningum og æðaskurðlækningum við Memorial Hospital í Worcester og Massachusetts General Hospital í Boston í Massachusetts. Sérfræðingsleyfi í almennum skurðlækningum 1972 og æðaskurðlækningum 1973. Starfaði á Landakotsspítala, Borgarspítala og síðan Landspítala til ársins 2007. Þá var hann dósent í klínískri handlæknisfræði við HÍ 1977-94.



Í kaffi hjá læknishjónunum á Hvammstanga. Frá vinstri: Erla Þórarinsdóttir, Sigursteinn Guðmundsson, Birgitte D. Vilhelmsdóttir, Halla Sigurjóns, Sigurgeir Kjartansson, Þórarinn Ólafsson (hægra auga), Guðrún Katrín Þorbergsdóttir, síðar forsetafrú og Þóra Þórarinsdóttir. Ljósmyndari: Björn Blöndal.

Á útskriftardegi þann 6. febrúar 1965 lét prófessor Sigurður Samúelsson þessi orð falla í hátíðlegu ávarpi: „Jæja, nú eruð þið tilbúnir að sinna læknisstörfum. Ykkur er hér með hleypt á sjúklingana.“ Þetta var okkar vegarnesti.

Eftir prófið var ég aðstoðarlæknir hjá Sigursteini Guðmundssyni á Blönduósi. Það var góður skóli, þessa þrjá mánuði.

Ég fékk að vinna sjálfstætt, en naut ráðlegginga Sigursteins, sem var 10 árum eldri og reyndur héraðslæknir með þjálfun í kvenlækningum frá Giesen í Þýskalandi.

Halla konan mín fékk afnot af tannlæknatækjum, komin með hálfs árs reynslu hjá Jónasi Thorarensen. Ef draga þurfti tennur, fór fólk frekar til okkar en Höllu sem var bundin taxta tannlæknafélagsins. Okkar þjónusta var niðurgreidd.

Vitjun upp í Blöndudal varð mér minnisstæð. Sem ég ek í hlað stendur bóndinn þar yfir dauðri kind. Dánarorsök var honum ókunn og engir áverkar sáust. Ég stakk upp á að kanna þetta nánar. Við krufðum hana á staðnum. Lungun voru bjúgsollin, hjartað stækkað og vinstri slegill næfurþunnur.

Síðan gengum við í bæinn og þágum kaffi. Ég skoðaði konuna, ekki mösulbeina, og við hlustun hafði hún lungnabjúg og háþrýsting.

Ég setti hana á viðeigandi lyf. Ég fékk ekki af mér að tala um svipmót einkenna hennar við dánarorsök ærinnar.

Síðar var ég kallaður út í sveit. Þar var maður með ákafan höfuðverk. Skoðaði ég hann, en fékk ekki haldgóða skýringu utan háþrýsting, sem ég meðhöndlaði. Seinna um daginn var hringt, honum hafði versnað. Sigursteinn lagði hann inn, sendi suður í sjúkraflugi eftir að hafa ráðgast við lækna Landspítala. Var hann í framhaldi sendur til Kaupmannahafnar, skorinn vegna heilablæðingar og bjargaðist.

Bóndi leitaði til mín vegna kindar sem hafði rekið löppina milli rimla í fjárhúsinu og leggbrotnað. Bjóst hann við að þurfa að farga henni, lambfullri þarna á útmánuðum. Ég brá við, setti brotið, steypti löppina í gips upp fyrir hækil. Eftir sex vikur tókum við gipsið með nokkurri eftirvæntingu. Ekki er hægt að meta blóðvæðingu klaufa eins og fingra, hvort tveggja viðkvæmt fyrir þröngu gipsi. Löppin var í fínasta lagi, hún stakk varla við.

Á frídegi fórum við í heimsókn til Þórarins Ólafssonar læknis á Hvammstanga og þágum góðar veitingar hjá þeim Guðrúnu Katrínu.

Við ókum fyrir Vatnsnes með viðkomu hjá séra Sigurði Norland í Hindisvík. Þágum þar kaffi og meðlæti sem ráðskona hans reiddi fram. Presturinn gaf mér að skilnaði kvæðabók sína.

Það herjaði flensufaraldur sem bar upp á tíma Húnavökunnar. Ég fór út á Skaga að bólusetja. Íbúum var smalað saman að Höfnum og Hofi. Fólkið þusti hvaðanæva að, en það skipti engum togum, viku seinna var allur Skaginn lagstur í flensu. Fengum nú lítið þakklæti fyrir þessa læknisþjónustu. Það kom upp álitamál hvort halda ætti Húnavökuna á þessum tíma. Ég talaði við landlækni. Eins og ég

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Magnús B. Einarson formaður, Þórarinn Sveinsson ritari, Hörður Alfreðsson gjaldkeri, Guðrún Agnarsdóttir, Kristrún Benediktsdóttir.

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

Umsjón síðu
Páll Ásmundsson
Vefsíða: http://innri.lis.is/oldungadeild-li

lýsti þessu sá hann ekki annað en rétt væri að fresta vökunni.

Ung kvennaskólastúlka kom inn til fæðingar löngu fyrir tímann. Barnið var pasturslítið og átti í öndunarerfiðleikum, sem títt er um fyrirbura.

Sigursteinn fór á Sauðárkrók og fékk súrefniskassa. Á meðan hætti barnið að anda. Blés ég í það lífi nokkrum sinnum. Bjuggumst við varla við að hún ætti sér lífs von.

Það þótti viðeigandi að gefa barninu nafn. Prófasturinn Þorsteinn í Steinnesi skírði barnið „skemmri skírn“. Þuldi ritningagreinar yfir óvitanum, en gerðist boðorðalengri en æskilegt var. Stoppaði öndun í tvígang og þurfti að blása hana áður en hann lauk lestrinum. Hún fór síðan í kassann og fór nokkuð batnandi upp úr því.

Aðalsteinn sonur okkar þá 3ja ára, fylgdist með barninu nær daglega. Einn dag kom hann niður með óðagoti og kallaði: „Mamma, mamma, búrið er opið og barnið er sloppið út.“ Hafði krílið verið sett í bað. Stúlkan, sem hlaut nafnið Sigurbjörg, útskrifaðist á barnadeildina fyrir sunnan og spjaraði sig vel, er nú gift kona með fjölskyldu í Bandaríkjunum.

Okkur leið vel fyrir norðan, bæði vön sveitalífi. Það var góð aðstaða á sjúkrahúsinu. Sigursteinn tók botnlanga og lagaði kviðslit í etersvæfingu sem Anna Reiners gaf á maska. Eftir aðgerðir fengum við kaffi og bakkelsi hjá frú Birgitte.

Sigursteinn leiddi mig gegnum botnlangatökur. Ég hafði fyrir nokkra reynslu frá Hvítabandinu, þar sem Andrés Ásmundsson gaf stúdentum gjarnan hlutdeild í aðgerðum.

Afkoma okkar Höllu var dágóð, unnum stundum hvort á sinni stofu og biðstofugestir gaukuðu gjarnan smáaurum að frumburðinum. Héraðslæknisstörf áttu vel við mig, hefði sjálfur vel getað hugsað mér þau í ár eða svo. Halla var ekkert á því, vildi drífa mig í sérnám án tafar og við það stóð.

Það tíðkaðist að læknar færu út í hérað beint frá prófborðinu og störfuðu sem slíkir ævina út.

Sigurgeir Kjartansson



Frá stjórn Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar

Dagana 12.-16. ágúst 2015 verður norræna þingið um sögu læknisfræðinnar haldið hér á landi. Þetta þing, sem er hið 25. í röðinni, er haldið annað hvert ár og var síðast á Íslandi árið 2005. Það þing heppnaðist mjög vel og varð mikil lyftistöng fyrir félagið okkar. Rétt er að geta þess að þó að þingið sé norrænt þá koma gestir víðar að á það. Eins og hefð er fyrir, þegar þingið er haldið hér á landi, leggjum við land undir fót og förum með þinggesti í dagsferð. Förinni er nú heitið til Vestmannaeyja þar sem við hlýðum á fyrirlestra um baráttuna við ungbarnadauðann í Vestmannaeyjum og fjöllum um áhrif eldgosa á söguna. Þá gefst einnig tækifæri til að skoða landslag og gosminjar í Vestmannaeyjum.

Stjórn FÁSL hvetur áhugasama samlanda til að koma á þingið og ennþá er mögulegt að senda inn ágrip til flutnings. Skráðir meðlimir í FÁSL fá ráðstefnugjald á lægra verði. Allar frekari upplýsingar koma fram á heimasíðu þingsins og slóðin á hana er: https://events.artegis.com/event/sagalaek2015

Þeir sem vilja leita frekari upplýsinga um skráninguna og þingið eru beðnir að senda póst á: *conferences@icelandtravel.is*

Óttar Guðmundsson, formaður FÁSL

HEILSUGÆSLAN

Barnalæknir á Þroska- og hegðunarstöð Heilsugæslunnar

Laust er til umsóknar starf sérfræðings í barnalækningum eða barna- og unglingageðlæknis við Þroska- og hegðunarstöð. Um er að ræða allt að 100% starfshlutfall eftir nánara samkomulagi. Æskilegt er að viðkomandi getið hafið störf sem fyrst eða eftir nánara samkomulagi. Þroska- og hegðunarstöð er miðlæg sérhæfð starfseining innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Stöðin er mönnuð þverfaglegum starfshópi sem sinnir m.a. greiningu, ráðgjöf, meðferð, fræðslu, rannsóknum, framþróun og starfsþjálfun í tengslum við börn sem hafa frávik í þroska, hegðun og/eða líðan. Markhópur starfseminnar eru börn að 18 ára aldri og foreldrar þeirra.

Helstu verkefni og ábyrgð

Starf barnalæknis/barna- og unglingageðlæknis felst einkum í greiningu, ráðgjöf og meðferð barna með þroska- og hegðunarvanda í þverfaglegu samstarfi við aðra sérfræðinga stöðvarinnar. Boðið er upp á fjölbreytt starf í örvandi starfsumhverfi og góðum starfsanda.

Hæfnikröfur

Leitað er að umsækjanda sem er sérfræðingur í barnalækningum eða barna- og unglingageðlækningum. Til greina kemur að ráða sérfræðing í heimilislækningum með áhuga á greiningu og meðferð vegna þroska- og hegðunarfrávika barna eða lækni í sérfræðinámi í áðurnefndum sérgreinum. Mikilvægur eiginleiki er færni í mannlegum samskiptum og áhugi og vilji til að starfa í þverfaglegu teymi.

Frekari upplýsingar um starfið

Laun eru samkvæmt kjarasamningi Læknafélags Íslands og fjármálaráðherra fyrir hönd ríkissjóðs.
Umsókn skal fylgja ítarleg náms- og starfsferilsskrá. Jafnframt skal leggja fram staðfestar upplýsingar um læknismenntun og fyrri störf, ásamt staðfestu afriti af opinberu starfsleyfi. Umsækjendum sem uppfylla hæfnikröfur verður boðið í viðtal og byggir ráðning á frammistöðu í viðtali, umsögnum og innsendum gögnum. Gögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast Svövu Þorkelsdóttur, mannauðsstjóra Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Álfabakka 16, 109 Reykjavík.

Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin. Tekið er mið af jafnréttisstefnu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins við ráðningu í störfin. Umsókn getur gilt í 6 mánuði.

Sækja skal um störfin á starfatorg.is eða á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins undir „laus störf".

Umsóknarfrestur er til og með 9. mars. 2015

Nánari upplýsingar um starfið veitir Gyða Haraldsdóttir forstöðumaður Þroska- og hegðunarstöðvar í síma 585-1350 eða *gyda.haraldsdottir@heilsugaeslan.is*

HH Þroska- og hegðunarstöð Heilsugæslunnar
Þönglabakkia 1, 109 Reykjavík

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.



Flekkefjord - Norge

Overlege - Gynekologi og obstetrikk - Gynekologisk/Fødeavdeling

Gynekologisk/Fødeavdeling ved Sørlandets sykehus HF Flekkefjord har har ledig 100 % st. vikariat i et år som overlege innen gynekologi og obstetrikk. Tiltredelse er ønskelig fra 27.07.2015

Søker må ha gode kommunikasjonsferdigheter og må beherske norsk / skandinavisk språk både muntlig og skriftlig.

Opplysninger: Avdelingsleder Katrin Jahnke, tlf. +47 38 32 51 46

Søknadsfrist: 24.03.2015

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

Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.

frantz.no

SØRLANDET SYKEHUS

Volvat Medisinske Senter AS eies av Capio AB og er et av landets ledende private helseforetak. I dag har Volvat fire medisinske sentre. I Oslo, Bergen, Fredrikstad og Hamar. Vi har mer enn 25 års erfaring med drift av helsetjenester. Alle våre sentre har et bredt spekter av medisinske tjenester med allmennleger, legevakt og spesialister innenfor de fleste medisinske fagområder. Les mer om oss på www.volvat.no

Har du lyst til å være med på å bygge opp en ny gastrolab?

Vi søker Gastroenterolog

Ved Medisinsk avdeling, Volvat Majorstuen

Volvat Medisinske Senter er i sterk vekst og har stor etterspørsel innen mange av våre tjenester. Ved denne seksjonen er det allerede tilknyttet indremedisiner, gastroenterolog, gastrokirurg og klinisk ernæringsfysiolog.

Nøkkeloppgaver Gastroenterolog: Utredning og behandling av lidelser i gastrointestinal kanalen. Endoskopering.

Kvalifikasjoner Stillingen krever norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning, samt gode norskkunnskaper.

Vi kan tilby Konkurransedyktig betingelser og godt tverrfaglig miljø

Elektronisk søknad Søknad sendes elektronisk via vårt rekrutteringssystem.

Søknadsfrist Snarest. Utlyst dato 22.01.2015. Vårref 50

Kontaktperson Avdelingsleder, Unni Gisletun tlf 90 55 09 80

▼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 ١٥٠ mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar hættan á segareki er lítil og blæðingarhætta er mikil getur læknirinn metið ein**staklingsbundið að skammtur verði 220 mg sem á að taka sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Sjúklinga sem eru 80 ára og eldri á að meðhöndla með sólarhringsskammti 220 mg sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, vegna aukinnar blæðingarhættu hjá þessum sjúklingahópi. **Þar sem sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>٧٥ ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út** kreatínínúthreinsun (CrCL), áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL **<** ٣٠ ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Sjúklingar í blæðingarhættu (SPAF, DVT/PE):* Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu. **Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu.** Storkupróf getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. **Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota ٢٢٠ mg skammt sem er tekinn sem eitt** 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar klínískt mikilvæg blæðing á sér stað skal gera hlé á meðferð. Hjá sjúklingum með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði má íhuga skammtinn 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring vegna aukinnar hættu á meiriháttar blæðingu í meltingarvegi. Mat á nýrnastarfsemi (SPAF, DVT/PE): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL **áður en meðferð með** Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL **<** ٣٠ ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aukin skilyrði hjá sjúklingum með 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 ٣٠٠ mg, tekinn sem eitt ١٥٠ mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í ٢٢٠ mg, sem eitt** ١١0 mg hylki tvisvar á sólarhring. Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum Pglýkóprótein (P-gp) hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni* **eða** *verapamíli (SPAF, DVT/PE):* Ekki er þörf á aðlögun skammta við samhliða notkun með amíódaróni eða kínidíni. Minnka skal skammt í 220 mg, tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, hjá sjúklingum sem fá samhliða dabigatran etexílat og verapamíl. Í slíkum tilvikum á að taka Pradaxa og þessi lyf á sama tíma. *Líkamsþyngd (SPAF, DVT/PE):* Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta en mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg. *Kyn (SPAF, DVT/PE):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skert lifrarstarfsemi (SPAF, DVT/PE):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá **þátt**töku í aðalrannsóknunum. Engin reynsla liggur fyrir af meðferð hjá þessum sjúklingahópi og er því ekki mælt með notkun Pradaxa hjá þessum sjúklingahópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Skipt um meðferð frá (SPAF, DVT/PE): Pradaxa meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:* Mælt er með því að bíða 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er frá dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar. *Meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í Pradaxa:* Gefa á dabigatran etexílat 0-2 klst. **áður en kominn er tími til að taka næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í bláæð (UFH)).** *Pradaxa meðferð í Kvítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftirfarandi hátt: CrCL **≥** ٥٠ ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥ 30< 50 ml/mín, byrja notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að Pradaxa getur hækkað INR mun INR endurspegla betur verkun VKA eftir að meðferð með Pradaxa hefur verið hætt í a.m.k. 2 daga. Þangað til skal túlka INR með varúð. **Úr** *VKA í Pradaxa meðferð:* Hætta skal meðferð með VKA. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er < 2,0. *Rafvending (SPAF, DVT/PE):* Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur. *Börn (SPAF):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendingunni: Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum. Börn (DVT/PE): Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun hjá börnum.

Ekki er hægt að ráðleggja ákveðna skammta á grundvelli fyrirliggjandi upplýsinga. *Gleymdur skammtur (SPAF, DVT/PE):* Skammt af dabigatran etexílati sem gleymst hefur má taka allt að 6 klst. **áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við ٦ klst**. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. *Lyfjagjöf (SPAF, DVT/PE):* Pradaxa **má taka með eða án matar.** Pradaxa á að taka í heilu lagi með glasi af vatni, til að auðvelda flutning lyfsins niður í maga. Gefa skal sjúklingum fyrirmæli um að opna ekki hylkið vegna þess að það getur aukið hættuna á blæðingu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (CrCL **< ٣٠ ml/mín).** Virk blæðing af klínískri þýðingu. Sár eða sjúkdómsástand, ef það er talið verulegur áhættuþáttur fyrir meiri háttar blæðingu. Þetta getur falið í sér núverandi eða nýlega sáramyndun í meltingarvegi, illkynja æxli með mikla blæðingarhættu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega skurðaðgerð á heila, mænu eða augum, nýlega blæðingu innan höfuðkúpu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um þá, æðamissmíð, **æðagúlpa eða meiri háttar afbrigðileika æða**. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum t.d. óþáttuðu heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir **sérstökum** kringumstæðum þar sem verið er að skipta úr eða í meðferð með Pradaxa **eða þegar óþáttað** heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er **líklegt að hafi áhrif á lifun.** Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyklosporini, itrakónazóli og dronedaroni. Gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmeðferðar. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Mikilvægar öryggisupplýsingar:** Markaðsleyfi lyfsins er háð sérstökum skilyrðum. Lyfinu fylgir fræðsluefni fyrir lækna og öryggiskort fyrir sjúklinga sem sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér og kynnt það sem við á fyrir sjúklingi ásamt því að afhenda honum öryggiskort ætlað sjúklingum til varðveislu. Fyrir frekari upplýsingar og/eða pöntun á fræðsluefni skal hafa samband við umboðsmann Boehringer Ingelheim á Íslandi, Vistor hf., **sími:** ٧٠٠٠ 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 (Feb 2015)**: Pradaxa 150 mg, 60 stk. 16.394 kr.; Pradaxa 150 mg, 180 stk. 44.767 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R, einungis afgreitt gegn lyfseðli. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G Sjá nánari upplýsingar á www.lgn.is

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 fitupróteinum í blóði (dyslipoproteinaemia), meðfædd eða áunnin aukin hætta á segamyndun í blá- eða slagæðum, svo sem APC-mótstaða, andtrombín III skortur, C próteinskortur, S próteinskortur, hómósysteinhækkun í blóði og andfosfólípíð-mótefni (mótefni andkardíólípíns, lúpusandstorkuþáttur). Alvarlegur lifrarsjúkdómur eða saga um slíkt, þar til lifrarpróf eru orðin eðlileg, lifraræxli (góðkynja eða illkynja) eða saga um slíkt, illkynja sjúkdómdómur sem vitað er eða talið að sé kynhormónaháður (t.d. í kynfærum eða brjóstum), blæðing frá leggöngum af óþekktri orsök, saga um mígreni með einkennum frá augntaugum, ofnæmi fyrir virku efnunum levónorgestreli eða etinýlestradíóli eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð í smásölu (október 2014):** 0,15 mg / 0,03 mg, 63 stk.: 2.065 kr. **Afgreiðsluflokkun:** R. **Greiðsluþátttaka**: 0. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf.
Frekari upplýsingar: www.actavis.is, s. 550-3300.
Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins: 1.5.2014. *Október 2014.*

Actavis

HVITA HÚSIÐ / SÍA · Actavis 410122

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

Brintellix 5, 10, 15 og 20 mg filmuhúðaðar töflur. H. Lundbeck A/S. ATC flokkur N06AX26.

Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SmPC.

Virkt innihaldsefni: vortioxetín hýdróbrómíð sem svarar til 5, 10, 15 eða 20 mg af vortioxetíni (vortioxetine).

Ábendingar: Brintellix er ætlað til meðferðar á alvarlegum þunglyndisköstum hjá fullorðnum. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Samhliða meðferð með ósérhæfðum mónóamín oxidasa hemlum (MAO-hemlum) eða sérhæfðum MAO-A hemlum. Skammtar: Byrjunarskammtur Brintellix og sá skammtur sem mælt er með er 10 mg af vortioxetíni einu sinni á dag fyrir fullorðna yngri en 65 ára. Tekið skal mið af svörun sjúklings, en skammtinn má auka í allt að 20 mg af vortioxetíni einu sinni á dag eða minnka niður í ◦ mg af vortioxetíni einu sinni á dag að lágmarki. Eftir að þunglyndiseinkennin hverfa, er mælt með því að meðferðin haldi áfram í a.m.k. 6 mánuði, til að tryggja að árangurinn gegn þunglyndi haldist. Meðferð hætt: Sjúklingar á Brintellix meðferð geta hætt að taka lyfið snögglega án þess að þörf sé á að minnka skammtana smám saman. Sérstakir sjúklingahópar: *Aldraðir sjúklingar:* Ávallt skal nota lægsta virkan skammt, 5 mg af vortioxetíni einu sinni á dag sem byrjunarskammt hjá sjúklingum ≥ 65 ára. Gæta skal varúðar við meðhöndlun sjúklinga ≥ 65 ára með stærri skömmtum en 10 mg af vortioxetíni einu sinni á dag, en takamarkaðar upplýsingar eru til um þá. *Cýtókróm P450 hemlar:* Íhuga má að minnka vortioxetínskammtinn ef öflugum CYP2D6 hemlum (t.d. búprópíón, kínídín, flúoxetín, paroxetín) er bætt við Brintellix meðferð en tekið skal mið af svörun sjúklings. *Cýtókróm P450 virkjar:* Íhuga má að aðlaga vortioxetínskammtinn ef breiðvirkum CYP2D6 virki (t.d. rífampicín, karbamazepín, fenýtóín) er bætt við Brintellix meðferð en tekið skal mið af svörun sjúklings. *Börn:* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Brintellix hjá börnum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. Lyfjagjöf: Brintellix er ætlað til inntöku. Taka má filmuhúðuðu töflurnar með eða án fæðu.

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

Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu (febrúar 2015): 5 mg, 28 stk.: 5.404 kr.; 10 mg, 28 stk.: 9.731 kr., 98 stk.: 30.304 kr.; 15 mg, 28 stk.: 14.061 kr.; 20 mg, 28 stk.: 18.451 kr., 98 stk.: 58.065 kr. Sjúkratryggingar taka almennt ekki þátt í kostnaði við lyfið. Lyfið er lyfseðilskylt. Dagsetning síðustu samþykktar SmPC sem þessi stytti texti er byggður á: 16. desember 2014.

Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 535 7000. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.

strattera™
atomoxetin HCl

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs
Heiti lyfs: STRATTERA 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg eða 100 mg hörð hylki.
Hvert hart hylki inniheldur atomoxetinhýdróklóríð sem jafngildir 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg eða 100 mg af atomoxetini. **Ábendingar:** Strattera er ætlað til meðhöndlunar á athyglisröskun með ofvirkni (ADHD) hjá börnum, 6 ára eða eldri, hjá unglingum og hjá fullorðnum sem hluti af heildarmeðferð. Meðferð verður að hefja af lækni með sérþekkingu á meðhöndlun ADHD, svo sem barnalækni, barna- og unglingageðlækni eða geðlækni. Sjúkdómsgreining skal gerð samkvæmt gildandi DSM viðmiðum eða leiðbeiningum í ICD. Hjá fullorðnum þarf að staðfesta að einkenni ADHD, sem voru til staðar í æsku, séu enn til staðar. Mat þriðja aðila er ákjósanlegt og ekki á að hefja Strattera meðferð ef staðfesting á einkennum ADHD í æsku liggur ekki fyrir. Ekki er hægt að greina ADHD eingöngu á tilvist eins eða fleiri einkenna. Sjúklingar þurfa að vera með ADHD sem er a.m.k. miðlungi alvarlegt eins og sést af a.m.k. miðlungi mikilli röskun á virkni við a.m.k. tvenns konar aðstæður (t.d. félagslegri, menntunarlegri og starfrænni virkni), sem hefur áhrif á marga þætti daglegs lífs, samkvæmt klínísku mati.
Skammtar og lyfjagjöf: Skammtar: Strattera má taka í einum skammti að morgni. Sjúklingar sem fá ekki viðunandi klíníska svörun þegar tekinn er einn Strattera skammtur á dag gætu haft gagn af því að taka lyfið tvisvar á dag í jöfnum skömmtum að morgni og síðdegis eða snemma kvölds. *Börn:* Skammtar fyrir börn upp að 70 kg: Upphafsskammtur Strattera á að vera um 0,5 mg/kg á sólarhring. Upphafsskammti á að viðhalda að lágmarki í 7 daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er um 1,2 mg/kg/dag (háð þyngd sjúklings og hvaða styrkleikar atomoxetins eru fáanlegir). Enginn ávinningur hefur komið fram af skömmtum hærri en 1,2 mg/kg/dag. Í sumum tilfellum getur verið viðeigandi að halda meðferð áfram eftir að sjúklingur er orðinn fullorðinn. Skammtar fyrir börn yfir 70 kg: Upphafsskammtur Strattera á að vera 40 mg á dag. Upphafsskammti á að viðhalda að lágmarki í 7 daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er 80 mg. Enginn ávinningur hefur komið fram af skömmtum hærri en 80 mg. Ráðlagður hámarksskammtur er 100 mg á dag. *Fullorðnir:* Upphafsskammtur Strattera á að vera 40 mg á dag. Upphafsskammti á að viðhalda að lágmarki í 7 daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er 80 mg til 100 mg á dag. Ráðlagður hámarksskammtur er 100 mg á dag.
Sérstakir sjúklingahópar: *Skert lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með miðlungs skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh Class B) á að lækka upphafsskammt og markskammt í 50% af venjulegum skammti. Hjá sjúklingum með mikið skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh Class C) á að lækka upphafsskammt og markskammt í 25% af venjulegum skammti. *Skert nýrnastarfsemi:* ADHD sjúklingar með lokastigs nýrnabilun eða nýrnabilun á lægri stigum mega því fá Strattera í venjulegum skömmtum. Atomoxetin getur aukið á háþrýsting hjá sjúklingum með lokastigs nýrnasjúkdóm. *Börn yngri en 6 ára:* Strattera á ekki að gefa börnum yngri en 6 ára. Lyfjagjöf: Til inntöku. Strattera má taka án tillits til máltíða. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Ekki skal nota atomoxetin með mónóamín oxidasa hemli (MAO-hemill). Ekki skal nota atomoxetin innan minnst tveggja vikna eftir að meðferð með MAO-hemli er lokið. Meðferð með MAO-hemli skal ekki hafin innan tveggja vikna eftir að meðferð með atomoxetini er lokið. Ekki skal nota atomoxetin hjá sjúklingum með þrönghornsgláku þar sem notkun atomoxetins var tengd við aukna tíðni ljósopsstækkunar í klínískum rannsóknum. Ekki má nota atomoxetín hjá sjúklingum með alvarlega hjarta og æðasjúkdóma eða sjúkdómum sem tengjast blóðæðum eða blóðnæringu til heila. Ekki skal nota atomoxetin hjá sjúklingum með krómfíklaæxli (pheochromocytoma) eða sögu um krómfíklaæxli.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.
Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu (febrúar 2015): Strattera 10 mg 28 stk: 18.445 kr, Strattera 18 mg 28 stk: 18.445 kr, Strattera 25 mg 28 stk: 18.445 kr, Strattera 40 mg 28 stk: 18.445 kr, Strattera 60 mg 28 stk: 18.445 kr, Strattera 80 mg 28 stk: 24.395 kr, Strattera 100 mg 28 stk: 27.964 kr.
Ávísunarheimildir og afgreiðsluflokkur: R merkt. **Greiðsluþátttaka SÍ:** 0.
Markaðsleyfishafi: Eli Lilly Danmark A/S. **Dags. SmPC:** 6. febrúar 2015.
Ef frekari upplýsinga um lyfið er óskað skal hafa samband við **umboðsaðila Eli Lilly á Íslandi:** Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Sími: 540 8000.
Mikilvægt er að læknir hafi kynnt sér leiðbeiningar til lækna um mat og eftirlit á áhættu vegna hjarta- og æðasjúkdóma við ávísun Strattera fyrir ávísun lyfsins.

Lilly

Victoza 6 mg/ml stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna

c **NovoNordisk. A 10 BX 07. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS – Styttur texti SPC** ATC-nr.: A10B X07

T1 **Innihaldslýsing:** Einn ml af lausn inniheldur 6 mg af liraglútíði. Einn áfylltur lyfjapenni inniheldur 18 mg af liraglútíði í 3 ml.
Ábendingar: Victoza er ætlað til meðferðar á fullorðnum með sykursýki af tegund 2 til að ná stjórn á blóðsykri í samsettri meðferð með blóðsykurslækkandi lyfjum til inntöku og/eða grunninsúlíni þegar þau, ásamt mataræði og hreyfingu, veita ekki fullnægjandi stjórn á blóðsykri. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Til að auka þol meltingarfæra er upphafsskammturinn 0,6 mg af liraglútíði á sólarhring. Eftir a.m.k. viku á að auka skammtinn í 1,2 mg. Búast má við því að sumir sjúklingar hafi ávinning af því að auka skammtinn úr 1,2 mg í 1,8 mg og með hliðsjón af klínískri svörun má auka skammtinn í 1,8 mg eftir a.m.k. eina viku til að bæta blóðsykurstjórnun enn frekar. Ekki er mælt með sólarhringsskömmtum sem eru stærri en 1,8 mg. Victoza má bæta við metformín meðferð sem er þegar til staðar eða við samsetta meðferð með metformíni og tíazólidíndióni. Halda má áfram að gefa óbreyttan skammt af metformíni og tíazólidíndióni. Victoza má bæta við meðferð með súlfónýlúrealyfi sem er þegar til staðar eða við samsetta meðferð með metformíni og súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni. Þegar Victoza er bætt við meðferð með súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni má íhuga að minnka skammt súlfónýlúrealyfsins eða grunninsúlínsins til að draga úr hættu á blóðsykurslækkun. Ekki er nauðsynlegt að sjúklingur fylgist sjálfur með blóðsykri til að stilla af skammtastærð Victoza. Við upphaf samsettrar meðferðar með Victoza og súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni gæti á hinn bóginn reynst nauðsynlegt að sjúklingur fylgdist sjálfur með blóðsykri til að stilla af skammtastærð súlfónýlúrealyfsins eða grunninsúlínsins.
Sérstakir sjúklingahópar: *Aldraðir sjúklingar (> 65 ára):* Ekki er þörf á skammtaaðlögun vegna aldurs. Reynsla af meðferð er takmörkuð hjá sjúklingum sem eru ≥ 75 ára.
Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með vægt eða miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun 60 90 ml/mín. og 30 59 ml/mín., talið í sömu röð). Engin reynsla er af meðferð hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun minni en 30 ml/mín.). Sem stendur er ekki hægt að mæla með notkun Victoza hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklingum með nýrnabilun á lokastigi. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Reynsla af meðferð hjá sjúklingum ameð skerta lifrarstarfsemi, á hvaða stigi sem er, er of takmörkuð til að hægt sé að mæla með notkun Victoza hjá sjúklingum með vægt, miðlungsmikið eða verulega skerta lifrarstarfsemi. *Börn:* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Victoza hjá börnum og unglingum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. *Lyfjagjöf:* Ekki má gefa Victoza í bláæð eða í vöðva. Victoza á að gefa einu sinni á sólarhring hvenær dagsins sem er, óháð máltíðum og það má gefa undir húð á kvið, læri eða upphandlegg. Skipta má um stungustað og tímasetningu án þess að aðlaga skammta. Hins vegar er mælt með því að gefa Victoza inndælingu á u.þ.b. sama tíma dags þegar búið er að finna hentugasta tíma dagsins.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is

Markaðsleyfishafi: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danmörk. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535 7000. Textinn var síðast samþykktur í desember 2014. Ath. textinn er styttur. Sjá nánar undir Lyfjaupplýsingar á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is
Pakkningastærð(ir): Tveir pennar í pakka. Hver penni inniheldur 3 ml lausn með 6 mg/ml. Hver penni er því 15 skammtar miðað við 1,2 mg/skammt eða 10 skammtar miðað við 1,8 mg/skammt.
Afgreiðslutilhögun (afgreiðsluflokkun): R **Verð (samþykkt hámarksverð, 1. febrúar 2015):** 6 mg/ml, 3 ml x 2 pennar. 21.116 kr.
Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: O. Merkt lyf.

Heimildir

1. Pratley R, Nauck M, Bailey T, *et al;* for the 1860-LIRA-DPP-4 Study Group. One year of liraglutide treatment offers sustained and more glycaemic control and weight reduction compared with sitagliptin, both in combination with metformin, in patients with type 2 diabetes: a randomised, parallel-group, open-label trial. Int J Clin Pract. 2011; 65(4):397-407.

2. Flint A, Kapitza C, Zdravkovic M. The once-daily human GLP-1 analogue liraglutide decreases appetite and energy intake in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Obes Metab. In press. Version 15; 2012

3. Victoza® (liraglutid) SPC, April 2014

IS/LR/0414/0179

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

Betmiga™ mirabegron

Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. Astellas Pharma Europe B.V., Holland.. ATC flokkur: G04BD12
Samantekt á eiginleikum lyfs – Styttur texti SPC
Heiti lyfs: Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar**: Hver tafla inniheldur 25 mg eða 50 mg af mirabegroni. **Ábendingar**: Meðferð við einkennum, þ.e. bráðaþörf, aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðaþvagleka sem geta komið fyrir hjá fullorðnum sjúklingum með heilkenni ofvirkrar þvagblöðru. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir (þ.m.t. aldraðir sjúklingar):* Ráðlagður skammtur er 50 mg einu sinni á sólarhring, með eða án matar. *Skert nýrna- og lifrarstarfsemi*: Betmiga hefur ekki verið rannsakað hjá sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi (GFR < 15 ml/mín./1,73 m2 eða sjúklingum á blóðskilun) eða verulega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh flokkur C) og því er ekki mælt með notkun þess hjá þessum sjúklingahópum. Hér á eftir eru gefnir upp ráðlagðir skammtar fyrir einstaklinga með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi, með og án samhliða notkunar öflugra CYP3A hemla. *Skerðing á nýrnastarfsemi (væg: GFR 60 til 89 ml/mín./1,73 m2; í meðallagi: GFR 30 til 59 ml/mín./1,73 m2; veruleg: GFR 15 til 29 ml/mín./1,73 m2):* Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum, er notkun Betmiga ekki ráðlögð. Hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er skammtur 50 mg. Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. *Skert lifrarstarfsemi (væg: Child-Pugh flokkur A; í meðallagi: Child-Pugh flokkur B):* Ekki mælt með notkun Betmiga hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, án hemils. Hjá sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi er skammtur 50 mg. Minnka skal skammt í 25 mg hjá þeim sjúklingum sem eru með vægt skerta lifrarstarfsemi og eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. *Kyn:* Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammta með tilliti til kynferðis. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun mirabegrons hjá börnum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. *Lyfjagjöf:* Töfluna á að taka einu sinni á sólarhring, með vökva. Töfluna á að gleypa heila og hana má ekki tyggja, kljúfa eða mylja. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is** *Markaðsleyfishafi:* Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Holland. *Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:* 19. nóvember 2014. *Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu í febrúar 2015:* Forðatöflur, þynnupakkning 30 stk: 25mg kr. 9.310 , 50mg kr. 9.310; 90 stk: 25mg kr. 23.865, 50mg kr. 23.865. Forðatöflur, glas 90 stk: 50 mg kr. 23.864. *Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar:* R *Greiðsluþátttaka:* G. *Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:* Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar á vefsíðunni: www.serlyfjaskra.is.

astellas Leading Light for Life

▼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.

Lyxumia 10 og 20 míkrógrömm stungulyf, lausn. sanofi-aventis groupe. ATC-kóði: A10BX10

▼**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.**

Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

Virk innihaldsefni og styrkleikar: *10 míkrógrömm (míkróg):* Hver skammtur (0,2 ml) inniheldur 10 míkróg af lixisenatidi (0,05 mg í hverjum ml). *20 míkróg:* Hver skammtur (0,2 ml) inniheldur 20 míkróg af lixisenatidi (0,1 mg í hverjum ml). Hjálparefni með þekkta verkun: Hver skammtur inniheldur 54 míkrógrömm af metakresóli. **Ábendingar:** Lyxumia er ætlað til meðferðar fullorðinna með sykursýki af tegund 2, til þess að ná stjórn á blóðsykri í samsettri meðferð með sykursýkilyfjum til inntöku og/eða grunninsúlíni, þegar þau lyf ásamt sértæku fæði og hreyfingu hafa ekki nægt til þess að ná viðundandi blóðsykursstjórn. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Upphafsskammtur: Meðferð er hafin með 10 míkróg af Lyxumia, einu sinni á sólarhring í 14 sólarhringa. Viðhaldsskammtur: Fastur viðhaldsskammtur 20 míkróg af Lyxumia einu sinni á sólarhring, er gefinn frá og með 15. degi. Lyxumia er gefið einu sinni á sólarhring, innan einnar klukkustundar fyrir hvaða máltíð dagsins sem er. Ákjósanlegt er að notkun Lyxumia í tengslum við máltíð verði fyrir sömu máltíð dag hvern, þegar hentugasta máltíðin hefur verið valin. Ef skammtur af Lyxumia gleymist skal gefa það með inndælingu innan klukkustundar fyrir næstu máltíð. Þegar Lyxumia er bætt við yfirstandandi meðferð með metformíni, má halda skammtinum af metformíni óbreyttum. Þegar Lyxumia er bætt við yfirstandandi meðferð með súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni, má íhuga að minnka skammtinn af súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni til þess að draga úr hættu á of lágum blóðsykri. Lyxumia má ekki gefa í samsettri meðferð með grunninsúlíni og súlfónýlúrealyfi, vegna aukinnar hættu blóðsykursfalli. Notkun Lyxumia krefst ekki sérstaks eftirlits með blóðsykri. Hins vegar getur verið nauðsynlegt að hafa eftirlit með blóðsykri eða að sjúklingurinn hafi sjálfur eftirlit með blóðsykri, þegar það er notað í samsettri meðferð með súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni, til þess að aðlaga skammtana af súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni. *Sérstakir sjúklingahópar: Aldraðir sjúklingar (≥65 ára):* Engin þörf er á aðlögun skammta vegna aldurs. Klínísk reynsla hjá sjúklingum ≥75 ára er takmörkuð. *Skert nýrnastarfsemi:* Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með væga skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun: 50-80 ml/mín.). Takmörkuð reynsla er af meðferð hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun: 30-50 ml/mín.) og nota skal Lyxumia með varúð hjá þessum sjúklingahópi. Engin reynsla er af meðferð hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun: minni en 30 ml/mín.) eða nýrnasjúkdóm á lokastigi og því er ekki mælt með notkun Lyxumia hjá slíkum sjúklingum. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun lixisenatids hjá börnum og unglingum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi. Lyfjagjöf: Lyxumia á að gefa með inndælingu undir húð á læri, kvið eða upphandlegg. Lyxumia má ekki gefa í bláæð eða vöðva. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða fyrir einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 22. október 2014. **Markaðsleyfishafi:** sanofi-aventis groupe, París, Frakklandi. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir:** Upphafspakkning: Einn 10 µg penni og einn 20 µg penni, viðhaldspakkning: Tveir 20 µg pennar. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar:** R**. Leyfilegt hámarksverð í smásölu (samþykkt verð 1. desember 2014):** Upphafspakkning:16.373 kr. Viðhaldspakkning: 16.373 kr. **Greiðsluþátttaka:** 0.

Spiriva Respimat 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn

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

Heiti lyfs: Spiriva Respimat 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver gefin úðun er 2,5 míkrógrömm tíótrópíum (2 úðanir eru einn lyfjaskammtur), sem samsvarar 3,124 míkrógrömmum af tíótrópíumbrómíðeinhýdrati. Hver gefin úðun er sá skammtur sem farið hefur í gegnum munnstykkið og sjúklingurinn fær. **Ábendingar:** Langvinn lungnateppa (LLT): Tíótrópíum er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). Astmi: Spiriva Respimat er ætlað sem viðbót við berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð hjá fullorðnum sjúklingum með astma sem fá viðhaldsmeðferð með samsetningu af innöndunarstera (>800 míkróg budesonid/sólarhring eða jafngildum innöndunarstera) og langverkandi β_2-örva og sem hafa fengið eina eða fleiri alvarlegar versnanir undangengið ár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Rörlykjuna má aðeins setja í og nota með Respimat innöndunartæki. Tvær úðanir úr Respimat innöndunartæki jafngilda einum lyfjaskammti. Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna er 5 míkrógrömm af tíótrópíum, gefið með tveimur úðunum úr Respimat innöndunartækinu, einu sinni á sólarhring, alltaf á sama tíma sólarhringsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Í astmameðferð mun fullur ávinningur lyfsins koma í ljós eftir nokkra skammta. Sérstakir hópar: Aldraðir sjúklingar geta notað tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með miðlungs eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun ≤ 50 ml/mín.). Sjúklingar með skerta lifrastarfsemi mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Börn: *Langvinn lungnateppa (LLT):* Notkun Spiriva Respimat á ekki við hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri. *Slímseigjusjúkdómur (cystic fibrosis):*Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi Spiriva Respimat. *Astmi:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á verkun og öryggi Spiriva Respimat hjá börnum og unglingum. Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta lyfjagjöf skal læknir eða faglærður heilbrigðisstarfsmaður sýna sjúklingi hvernig nota eigi úðatækið. **Frábendingar:** Spiriva Respimat er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir tíótrópíumbrómíði, atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ipatrópíum, oxítrópíum eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**. **Markaðsleyfishafi**: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Strasse 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Þýskaland. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 07.01.2015. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð: (Feb 2015)** Spiriva Resp 2,5 mcg/sk, 60 stk 9.600 kr**.Afgreiðslutilhögun:** R einungis afgreitt með lyfseðli**.Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G merkt sjá nánar á www.lgn.is



Maríanna Garðarsdóttir
formaður félagsins
marianna@landspitali.is

Röntgenlæknar eftirsóttur starfskraftur

Félag íslenskra röntgenlækna var stofnað 6. október árið 1957 og telur nú um 40 meðlimi en röntgenlæknar starfandi erlendis eru ekki allir félagar. Hlutverk félagsins er fyrst og fremst að vera fagfélag og vettvangur félagsmanna til skoðanaskipta og þróunar fagsins. Félagið er þátttakandi í erlendu samstarfi, einkum á vettvangi Evrópusamtaka röntgenlækna og Norræna röntgenlæknafélagsins og er það samstarf okkur mjög mikilvægt.

Félagsmenn starfa víða, á Landspítala og á Sjúkrahúsinu á Akureyri, í Röntgen Domus Medica - læknisfræðilegri myndgreiningu og hjá Íslenskri myndgreiningu í Orkuhúsinu. Einnig starfa röntgenlæknar hjá Leitarstöð Krabbameinsfélags Íslands. Nokkur fjöldi félagsmanna er búsettur erlendis og starfar þar og einnig starfa nokkrir félagsmenn að hluta til hér á landi og að hluta til erlendis eða við fjargreiningu fyrir myndgreiningardeildir sem staðsettar eru í öðrum löndum.

Viðfangsefni félagsmanna eru margvísleg, þar ber auðvitað hæst úrlestur röntgenmynda og tölvusneiðmyndarannsókna ásamt segulómrannsóknum og túlkun ísótóparannsókna. Röntgenlæknar framkvæma ómskoðanir, ástungur til sýnatöku og jafnvel meðferðir og læknisaðgerðir, svo sem æðarannsóknir og víkkun þrengsla í æðakerfi og innæðafóðringu og einnig meðferð góðkynja og illkynja æxla með hita eða lyfjum. Einnig sinna félagsmenn fjarmyndgreiningu innanlands þannig að stór hluti landsmanna nýtur myndgreiningarþjónustu þótt ekki séu röntgenlæknar staðsettir nema á stærri stöðum. Röntgenlæknar fara frá Landspítala austur á Selfoss og upp á Akranes hluta úr viku til að framkvæma ómskoðanir en úrlestur fer fram alla daga vikunnar. Myndgreiningu er sinnt að vissu marki af öðrum læknum en sérfræðingum í myndgreiningu og hafa þeir hlotið viðeigandi þjálfun í sérnámi sínu eða eftir að því lauk. Má þar meðal annars nefna fósturómskoðanir, rannsóknir á þvagfærum og meltingarfærum og myndatöku á kransæðum og víkkun á þrengslum í kransæðum.

Með aukinni notkun tölvutækninnar hefur starfsvettvangur röntgenlækna breyst. Röntgenlæknar eru eftirsóttur starfskraftur víða um lönd og er auðvelt að haga starfsaðstæðum eftir óskum hvers og eins, hvort sem hugurinn stendur til starfa á myndgreiningardeildum sjúkrahúsa eða á einkareknum myndgreiningardeildum hérlendis eða erlendis. Ekki er lengur nauðsynlegt að starfa í sama landi og myndgreiningarrannsóknir eru framkvæmdar, heldur er hægðarleikur að sinna fjarmyndgreiningu sitjandi heima á Fróni. Ferðalög eru einnig auðveldari og eru atvinnumöguleikar óþrjótandi,



einkum á Norðurlöndum, og vel hægt að vinna hlutastarf í öðrum löndum samhliða vinnu hér eða jafnvel eingöngu. Tækifæri til endurmenntunar og símenntunar eru einnig góð og eru Íslendingar aufúsugestir í þessari sérgrein líkt og öðrum á bestu stöðum í löndunum í kringum okkur, hvort sem er í framhaldsnámi eða til viðbótarþjálfunar.

Félagsmenn sinna kennslu læknanema í Háskóla Íslands og einnig þjálfun læknanema í klínísku námi og deildarlækna í sérnámi, bæði við Landspítalann og í Röntgen Domus Medica. Eins og í öðrum fámennum stéttum eru kennslustöður fáar en til skamms tíma hafði fræðigreinin yfir að ráða prófessorsstöðu við læknadeild Háskóla Íslands. Sú staða var auglýst fyrir nokkrum árum en ráðning gekk ekki eftir, sem er bagalegt fyrir framþróun kennslugreinarinnar þar sem kennsla og rannsóknir hafa setið á hakanum vegna manneklu. Gera þarf bragarbót á og hefja fagið til þeirrar sjálfsögðu virðingar sem það nýtur í öðrum löndum.

Hlutverk röntgenlækna í greiningu og meðferð sjúkdóma ásamt eftirliti er mikilvægt. Sumar myndgreiningarrannsóknir eru túlkaðar að hluta af læknum sem hafa kallað eftir myndunum en þegar kemur að greiningu flókinna sjúkdóma og samþættingu upplýsinga og klínískra einkenna er mikilvægt að röntgenlæknir komi að vandanum. Myndgreiningarrannsóknum fjölgar ár frá ári og eru nú orðnar mikilvægari grunnur fyrir sjúkdómsgreiningu en fyrir fáum árum síðan. Nýjar aðferðir til myndgreiningar og sjúkdómsgreiningar koma stöðugt fram og verður engan veginn séð fyrir endann á þeirri þróun. Því þurfa félagsmenn ekki að óttast skort á viðfangsefnum og getur hver og einn helgað sig þeim áhugasviðum innan fagsins sem hann eða hún kýs, því verkefnin eru og verða næg. Sem röntgenlæknar erum við ekki nægilega sýnileg en við þurfum að taka virkari þátt í ákvarðanatöku og meðferð sjúklinga og vera gjarnan sýnilegri út á við og hafa þannig áhrif á stefnumótun, til dæmis með því að þrýsta á um tækjakaup og endurnýjun tækja og hvetja til þess að ný tækni í myndgreiningu verði tekin upp hér á landi.

Norræna félagið heldur norrænt þing annað hvert ár. Nú er nokkuð um liðið síðan þing var haldið síðast hér á landi, en það var árið 2002. Norrænt þing var haldið í Bergen 2013 og verður næst í Malmö í september. Árið 2017 er svo komið að Íslandi. Þingið verður haldið í Hörpu dagna 29. júní til 1. júlí og búist er við um 500 þátttakendum. Þótt norrænu þingin séu ekki stór eru þau mikilvægur vettvangur til samskipta innan fagsins og gefa tækifæri til heimsókna til hinna Norðurlandanna. Síðasta þing þótti vel heppnað og hafa áhugasamir gestir nú þegar miklar væntingar, enda sívaxandi áhugi á Íslandi og á því að sækja landið heim.


Munnþurrkur sambærilegur lyfleysu[1,2]
Það er hægt að lifa við ofvirka þvagblöðru á annan hátt
Betmiga® 50 mg▼
mirabegron
Fyrsti ß3-örvinn við einkennum ofvirkrar þvagblöðru
Heimildir: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295.
2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395.
Sérlyfjatexti á bls. 179

Ný samsett berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð gegn einkennum hjá fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu.





ANORO® ELLIPTA®

(umeclidinium/vílanteról)

Anoro® Ellipta® 55 míkróg/22 míkróg innöndunarduft, afmældir skammtar

Virk innihaldsefni: Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 65 míkróg af umeclidiniumbrómíði sem jafngildir 55 míkróg af umeclidiniumi og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat). Hjálparefni með þekkta verkun: Hver skammtur inniheldur u.þ.b. 25 mg af laktósa (sem einhýdrat). Ábendingar: ANORO er ætlað til notkunar sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð gegn einkennum hjá fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: *Fullorðnir:* Ráðlagður skammtur er ein innöndun af ANORO 55/22 míkróg einu sinni á dag á sama tíma dag hvern til að viðhalda berkjuvíkkun. *Sérstakir sjúklingahópar:* Aldraðir sjúklingar: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum eldri en 65 ára. Skert nýrnastarfsemi: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Skert lifrarstarfsemi: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með væga eða miðlungsalvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. Notkun ANORO hefur ekki verið rannsökuð hjá sjúklingum með alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi og skal gæta varúðar við notkun þess. *Börn:* Notkun ANORO við ábendingunni langvinnri lungnateppu á ekki við hjá börnum (yngri en 18 ára). Lyfjagjöf: ANORO er aðeins til innöndunar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Aukaverkanir**: Nefkoksbólga (9%) var algengasta aukaverkunin sem greint var frá við notkun umeclidiniums/vílanteróls í klínískum rannsóknum. Aðrar algengar aukaverkanir (≥1/100 til 1/10): Höfuðverkur, þvagfærasýking, skútabólga, kokbólga, efri öndunarfærasýking, hósti, verkur í munnkoki, munnþurrkur og hægðatregða.**Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð** í smásölu **(október 2014):** 1 innöndunartæki, 30 skammtar. R, G, 11.683 kr. **ATC-flokkur:** R03AL03. **Markaðsleyfishafi:** Glaxo Group Limited. Fulltrúi markaðsleyfishafa er GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14, 105 Rvk. Sími 530 3700. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 08.05.2014

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

Theravance

IS/UCV/0005/14a Október 2014