

Ritstjórnargrein

Tækniþróun og nýjungar í heilbrigðiskerfinu

Vancouverhópurinn er samstarfshópur læknisfræðitímamarkaðs sem hefur haft frumkvæði að þemaheftum um málefni sem brenna á læknum og heilbrigðisstofnunum. Læknablaðið hefur tekið þátt í þessu samstarfi frá upphafi og enn er blásið til sóknar.

Í nóvember eru blöð Vancouverhópsins helguð nýjungum í læknisfræði. Læknablaðið hefur af þessu tilfelli og komandi árpúsundaskiptum ákveðið að fjalla um nýtt svið sem hefur verið að hasla sér völlu bæði innan sjúkrastofnana og til hliðar við þær, það er heilbrigðistækni.

Heilbrigðistækni sem skilgreina má sem þróun og hagnýtingu nýrrar tækni í læknisfræði hefur verið að ryðja sér til rúms á Íslandi svo eftir hefur verið tekið. Mest hefur borið á nýjum fyrirtækjum og frumkvöðlum sem af þrautseigju hafa komið af stað nýrri starfsgrein, en einnig hefur átt sér stað mikið þróunarstarf innan sjúkrastofnana sem hafa verið uppspretta þeirrar grósku sem við erum að sjá. Ljóst er að störf margra Íslendinga geta, ef vel er á haldið, byggst á þróunarstarfi þessara fyrirtækja og einstaklinga. Samstarf þessara aðila og heilbrigðisstofnana er því mikilvægt og algjör forsenda þess að árangur náist á þessu sviði.

Í þessu tölublaði er rudd braut fyrir ítarlegri umfjöllun um heilbrigðistækni, þróun hennar innan heilbrigðiskerfisins og innan nýrra fyrirtækja sem Læknablaðið mun beita sér fyrir að kynna í næstu tölublöðum. Var ákveðið að fara þá leið fremur en að fjalla um svo viðamikil efni í einu hefti. Er það merki um hina miklu grósku sem ríkir á þessu sviði og má þar nefna framleiðslu lækningatækja, stöðtækjagerð, lyfjaframleiðslu, hugbúnaðargerð og líftækni.

Í þessu hefti er viðtal við Helga Kristbjarnarson lækni, stofnanda Flögu sem er fyrirtæki sem vart þarf að kynna lengur. Hins vegar skip-

ar það fyrirtæki þann sess að vera eitt af þeim fyrstu sem lækni stofnar um hugmynd sem hann og fjölskylda hans þróuðu í framhaldi af starfi hans við svefnrannsóknir á geðdeild Landspítalans. Hér er dæmi um það hvernig áráði og dugur hafa skilað sér í nýjum starfsvettvangi, ekki eingöng fyrir frumkvöðulinn heldur einnig fjölda annarra einstaklinga en starfsmenn Flögu eru nú 50.

Í blaðinu er einnig athyglisverð grein um heilbrigðistækni sem þróuð hefur verið inni á sjúkrastofnun og varðar nýtingu upplýsingatækni við fjarlækningar. Grein Þorgeirs Pálssonar og Ásmundar Brekkan er vonandi aðeins sú fyrsta af mörgum sem eiga eftir að birtast í Læknablaðinu um það hvernig nýjungar hafa breytt eða geta breytt starfsemi heilbrigðisstofnana, aukið aðgengi sjúklinga að heilbrigðisþjónustu og haft áhrif á læknisstarfið á komandi árum. Það er athyglisvert að velta fyrir sér hvaða áhrif fjarlækningar geta haft á þróun læknisfræðinnar í dreifbýlu landi eins og Íslandi. Tilhneigingin hefur verið samþjöppun sérhæfðrar þjónustu á höfuðborgarsvæðinu, þannig að fólk úr dreifbýli hefur í sívaxandi mæli þurft að taka sér ferð á hendur til að leita eftir slíkri þjónustu. Án efa hafa þættir svo sem aðgengi að heilbrigðisþjónustu áhrif á búsetuþróun svo ekki sé minnst á þann gífurlega kostnað til dæmis vegna tapaðra vinnustunda sem hlýst af því einu að sjúklingar þurfi að ferðast á milli landshluta.

Það er því athyglisvert að lesa grein Þorgeirs og Ásmundar um nýtingarmöguleika upplýsingatækni við fjarlækningar og flutning gagna og möguleika sem skapast við að veita sérhæfða þjónustu í heimabyggð sjúklingsins, þó svo að um miðlæga þjónustuuppbyggingu sé að ræða á sérhæfðum öndvegissetrum í læknis-

fræði. Slík þróun hlýtur að vera jákvæð svo framarlega sem tryggt er að angar öndvegissetranna nái til hinna dreifðu byggða með nýjustu tækni í upplýsingamiðlun. Mikilvægt er að vandað sé til skipulagningar í þessu framfaramáli. Einnig er það umhugsunarefni hvort ekki sé rétt að koma upp landshlutaöndvegissetrum á ákveðnum sviðum læknisfræðinnar. Þau þurfa ekki öll að vera á höfuðborgarsvæðinu. Og þegar tæknin virðist nú vera fyrir hendi er það aðeins skipulag og vilji sem þarf til að hrinda þessu í framkvæmd.

Þróun heilbrigðistækni hefur ekki farið framhjá læknum og það er ánægjulegt til þess að vita að á nýliðnum aðalfundi Læknafélags Íslands var samþykkt ályktun um að félagið stofnaði til heilbrigðisverðlauna, sem veitt skulu fyrirtækjum sem skara fram úr og hafa sýnt frumkvæði í starfi. Vonandi eiga þau eftir að verða fyrirtækjum og stofnunum hvatning á þessu sviði og Læknafélaginu til sóma.

Reynir Arngrímsson

PULMICORT TURBUHALER Draco, 880157

INNÚDADUFT; R 03 B A 02 R B

Hver úðastaukur inniheldur 200 úðaskammta. Hver úðaskammtur inniheldur: Budesonidum INN 100 míkrog, 200 míkrog eða 400 míkrog. **Eiginleikar:** Lyfið er afbrigði af prednisólóni (sykursteri). U.þ.b. 20-40% af gefnum skammti kemst til lungna eftir innöndun. Af því magni, sem kynnt er, verður u.þ.b. 90% óvirkt eftir fyrstu umferð um lifur. Lyfið hefur því litlar almennar sterverkanir. Hámarksþéttni í plasma eftir innöndun á 1 mg af búdesóníði er u.þ.b. 3,5 nmól/l og næst eftir um 20 mínútur. **Ábendingar:** Asthma bronchiale. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefni lyfsins. **Meðganga og brjóstagjöf:** Forðast ber að gefa lyfið meðan á meðgöngu stendur nema brýna nauðsyn beri til. Ef ekki er hægt að komast hjá gjöf sykurstera á meðgöngu, er mælt með notkun innúðalyfs vegna lítilla almennra áhrifa þess miðað við sykurstera til inntöku.

Aukaverkanir:

Algengar (>1%): Öndunarvegur: Sveppasýkingar í munni og koki. Erting í hálsi. Hósti, hæsi.

Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Húð: Ofsakláði, útbrot, húðbólgur svo og aukin tíðni marbletta. Öndunarvegur: Berkjukrampi.

Í einstaka tilvikum hafa taugaveiklun, órói og þunglyndi komið fram við notkun á búdesoníði sem og öðrum sykursterum. Til að draga úr hættu á sveppasýkingum og almennum sterverkunum er ráðlagt að skola lyfið vel úr munni og koki með vatni strax eftir notkun.

Milliverkanir: Samtímis gjöf címetíðins veldur vægri hækkuð á blóðgildum búdesoníðs og aðgengi þess. Líklega hefur þetta þó ekki klíníska þýðingu.

Varúð: Varúð þegar sjúklingar með lungnaberkla og sveppa- og veirusýkingar í öndunarvegi eru meðhöndlaðir. Skammtastærðir handa fullorðnum: Í byrjun meðferðar á astma eða þegar verið er að reyna að ná astma-sjúklingi af barksterum gefnum til inntöku, er skammtur 200-1.600 míkrog á sólarhring, skipt í 2-4 skammta.

Viðhaldsskammtur er einstaklingsbundinn og reynt að finna þann skammt, sem heldur einkennum alveg niðri. Oftast er þó nóg að gefa lyfið kvöld og morgna, en ef dagsskammtur er lágur (200-400 míkrog) er mögulegt að gefa lyfið einu sinni á sólarhring. Ef astmi versnar má auka skammtatíðnina. Nokkrar vikur geta liðið þar til full verkun fæst. Sé mikil slímsöfnun í berkjum kann að vera, að lyfið nái ekki til berkju-slímhúðar og er þá ráðlagt að gefa sterakúr til inntöku í stuttan tíma (ca. 2 vikur) samhliða notkun lyfsins. **Athugið:** Þar sem nýting búdesoníðs er betri með Turbuhalerúðatæki en með þrýstingsinnúða, kann að vera unnt að lækka skammta, þegar skipt er um lyfjaform.

Skammtastærðir handa börnum: Börn 6-12 ára: 200-800 míkrog daglega, skipt í 2-4 skammta. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 6 ára.

Pakkningar og verð:

Innúðaduft 100 míkrog/úðaskammt:

200 skammta úðastaukur. – 5.796,- kr.

Innúðaduft 200 míkrog/úðaskammt:

200 skammta úðastaukur. – 7.776,- kr.

Innúðaduft 400 míkrog/úðaskammt:

200 skammta úðastaukur. – 12.310,- kr.

50 skammta úðastaukur (sjúkrahúspakkning) – 4.043,- kr.

Hverri pakkningu lyfsins skal fylgja leiðarvísir á íslensku með leiðbeiningum um notkun úðatækisins og varnaðarorð.

Greiðslufyrirkomulag: B

Sjá ítarlegri upplýsingar um lyfið í texta Sérlyfjaskrár 1999

Umboð á Íslandi:

Pharmaco hf.

AstraZeneca

Hörgatúni 2, 210 Garðabær

Sími: 535-7151 Fax: 565-7366