Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

2/2013

99. árgangur: 61-112

Einu sinni á dag

Seroquel Prolong®

quetiapine *forðatöflur*
50 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg & 400mg



AstraZeneca

Sérlyfjatexti á bls. 107



Samningur um samskipti og siðareglur

Þann 23. janúar undirrituðu Læknafélag Íslands, Frumtök, Félag atvinnurekenda og Samtök verslunar og þjónustu fyrir hönd félagsmanna sinna og aðildarfyrirtækja samning um samskipti milli lækna, lyfjafyrirtækja og fyrirtækja sem flytja inn lyf.

Samningurinn var undirritaður á Læknadögum í Hörpu. Samningurinn formfestir samskipti lækna og lyfjafyrirtækja með það fyrir augum að aðilar njóti faglegs sjálfstæðis, svo hægt verði að bæta meðferð við sjúkdómum. Sjá nánar um samninginn á heimasíðu Læknafélags Íslands, www.lis.is

Á myndinni eru frá vinstri: Andrés Magnússon framkvæmdastjóri Samtaka verslunar og þjónustu, Jakob Falur Garðarsson framkvæmdastjóri Frumtaka, Þorbjörn Jónsson formaður Læknafélags Íslands og Almar Guðmundsson framkvæmdastjóri Félags atvinnurekenda.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Grjótið sem sjá má á myndinni á forsíðu Læknablaðsins er hluti af safni ljósmynda eftir myndlistarmanninn **Bjarka Bragason** (f. 1983). Hann hafði upp á því á sérstökum stað þegar hann gróf í húsarústum í skóglendi í Dessau í Þýskalandi. Saga staðarins er áhugaverð en þar reisti hinn kunni Bauhaus-arkitekt, Walter Gropius, heimili sitt á þriðja áratugnum. Hið framúrstefnulega hús hans var eyðilagt í seinna stríði og þegar áhugi vaknaði á að endurbyggja það í tíð Þýska alþýðulýðveldisins fékkst ekki leyfi til þess frá yfirvöldum. Þess í stað reis dæmigert hús sem líktist hverju öðru húsi í þýskum bæ fyrr og síðar. Það hús heyrir nú einnig sögunni til eftir að það var jafnað við jörðu. Bjarki var á þessum slóðum í fyrrasumar og svipaðist um eftir grjóti í rústum húsanna tveggja. Eins og gefur að skilja er nánast ómögulegt að greina hvað kann að hafa tilheyrt hvoru og liggur afrakstur þessarar óhátíðlegu fornleifarannsóknar listamannsins ekki ljós fyrir. Heiti verksins endurspeglar óvissuna, **Eiginlega eins og þeir eru, næstum því þar sem þeir voru (2013)**. Það samanstendur af uppstækkuðum myndum af grjóti og steinlímsbrotum sem raðað er af mikilli natni á sérstakar grindur. Þótt uppistaða verksins byggist á getgátum einum endurspeglar það vangaveltur um framvindu sögunnar og skilning okkar á henni. Nærtækt væri að skoða uppbyggingu gamla miðbæjar Reykjavíkur í þessu ljósi þar sem hús eru reist í gömlum stíl, gömul eða horfin hús endurreist í upprunalegum stíl og enn önnur í svokölluðum tilgátustíl. Verk Bjarka hefur þó stærri skírskotun. Það er upplýsandi um breytilegt viðhorf til liðinna atburða frá einum tíma til annars og að söguna má að miklu leyti skrá og endurskrifa allt eftir því frá hvaða sjónarhóli hún er skoðuð. Í verkum sínum veltir Bjarki fyrir sér þessum sjónarhóli, bæði í tíma og rúmi, sem og með hliðsjón af pólitísku og samfélagslegu samhengi. Hann sýnir fram á að einu virðist gilda hvort viðfangsefni er fyrir framan nefið á okkur eða sveipað hulu óminnis - leiðir okkar til túlkunar eru alltaf afstæðar.



Markús Þór Andrésson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8,
201 Kópavogi
564 4104 – 564 4106

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn
Engilbert Sigurðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Anna Gunnarsdóttir
Gylfi Óskarsson
Hannes Hrafnkelsson
Sigurbergur Kárason
Tómas Guðbjartsson
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir
Þórunn Jónsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Dögg Árnadóttir
dogg@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1700

Áskrift
12.400,- m. vsk.
Lausasala
1240,- m. vsk.

Prentun, bókband og pökkun
Oddi,
umhverfisvottuð
prentsmiðja
Höfðabakka 3-7
110 Reykjavík

© 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

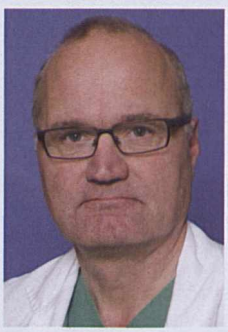


67

Engilbert Sigurðsson

Hætta á neyðarástandi á Landspítala

Niðurstaða sérfræðinga hefur ávallt orðið sú að hagkvæmast sé að byggja við Hringbraut. Nú þegar öll leyfi liggja fyrir þarf að hefjast handa án tafar.



69

Kristinn Sigvaldason

Næringarþörf sjúklinga á sjúkradeildum

Næringarmeðferð er stór hluti af heildarmeðferð sjúklinga og rannsóknum á þessu sviði hefur vaxið fiskur um hrygg.

FRÆÐIGREINAR

71

Dagný Ösp Vilhjálmsdóttir, Harpa Hrund Hinriksdóttir, Fríða Rún Þórðardóttir, Inga Þórsdóttir, Ingibjörg Gunnarsdóttir

Orku- og próteinneysla sjúklinga á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að sjúklingar á hjarta- og lungnaskurðdeild fullnægi ekki áætlaðri orku- og próteinþörf sinni samkvæmt klínískum leiðbeiningum Landspítala, jafnvel ekki á 5. degi eftir aðgerð. Niðurstöðurnar eru í samræmi við erlendar rannsóknir.

77

Kristín Pétursdóttir, Þráinn Rósmundsson, Pétur H. Hannesson, Páll Helgi Möller

Garnasmokkun hjá börnum á Íslandi

Þessi rannsókn staðfestir það sem hefur komið fram í erlendum rannsóknum að garnasmokkun er algengust í ungum börnum þar sem drengir eru í meirihluta. Fjöldi tilfella var mestur á milli 4 og 10 mánuða aldurs og er þetta svipað og sést í Evrópu (3-9 mánuðir) og í heiminum öllum (4-7 mánuðir).

83

Gunnar Guðmundsson

Sjúkratilfelli. Öndunarfæraeinkenni hjá sundmanni

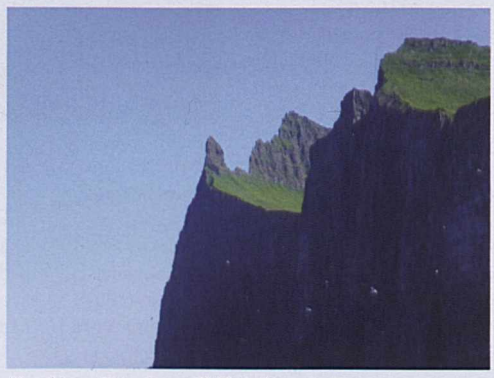
Hér er fjallað um ungan íslenskan keppnismann í sundi sem hafði veruleg öndunarfæraeinkenni við áreynslu og greindist með astma. Astmi sem kemur mest fram við áreynslu er tiltölulega algeng gerð astma sem mikilvægt er að greina og meðhöndla á réttan hátt.

86

Ritrýnar Læknablaðsins 2010 og 2011

Orlofsbæklingur – ein leiðrétting

Athugið að 13. viku sumars lýkur föstudaginn 30. ágúst en ekki 31. ágúst, og sama dagsetning gildir um upphaf 14. viku.



Hornbjarg, Jörundur og Kálfatindar

UMFJÖLLUN OG GREINAR



88

Rafræn sjúkraskrá á landsvísu. Miklar breytingar í farvatninu – segir Ingi Steinn Ingason

Hávar Sigurjónsson

Landlæknir tók við þessu kefli í mars 2012, hverjum einstaklingi skal fylgja ein skrá frá vöggu til grafar, sjúkraskrá sé heildstæð og samtengd fyrir allt landið.

100

Enginn sá hrunið fyrir – af fundi um lífeyrissjóðsmál

Hávar Sigurjónsson

101

Er reyklaust tóbak lyf að mati lækna?

Pétur Heimisson, Eyjólfur Þorkelsson





102

Tveir læknar hlutu Nóbelsverðlaunin í efnafræði 2012

Magnús Karl Magnússon, Guðmundur Þorgeirsson





105

Fundurinn um Almenna lífeyrissjóðinn

Benedikt Ó. Sveinsson



92

Tengsl á milli ofbeldis og langvinnra grindarholsverkja – rætt við Þóru Steingrímsdóttur

Hávar Sigurjónsson

Það flókna er að ofbeldi hefur sjaldnast í för með sér beinan líkamlegan skaða.

94

Markmiðið er að njóta lífsins þrátt fyrir verki – um HAM-meðferð á Reykjalundi

Rúnar Helgi Andrason sálfræðingur lýsir meðferðinni

Hávar Sigurjónsson





96

Læknadagar 2013: Öflugt og vandað vísindaþing

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



87

Læknar – hvað eigum við sameiginlegt?

Guðrún Jóhanna Georgsdóttir

Samkvæmt könnun finnst 72% félagsmanna LÍ vera of mikið eða allt of mikið álag í vinnunni.

FRÁ ÖLDUNGADEILD



104

Ég og Vilmundur landlæknir

Hörður Þorleifsson

FRÁ SÉRGREIN



110

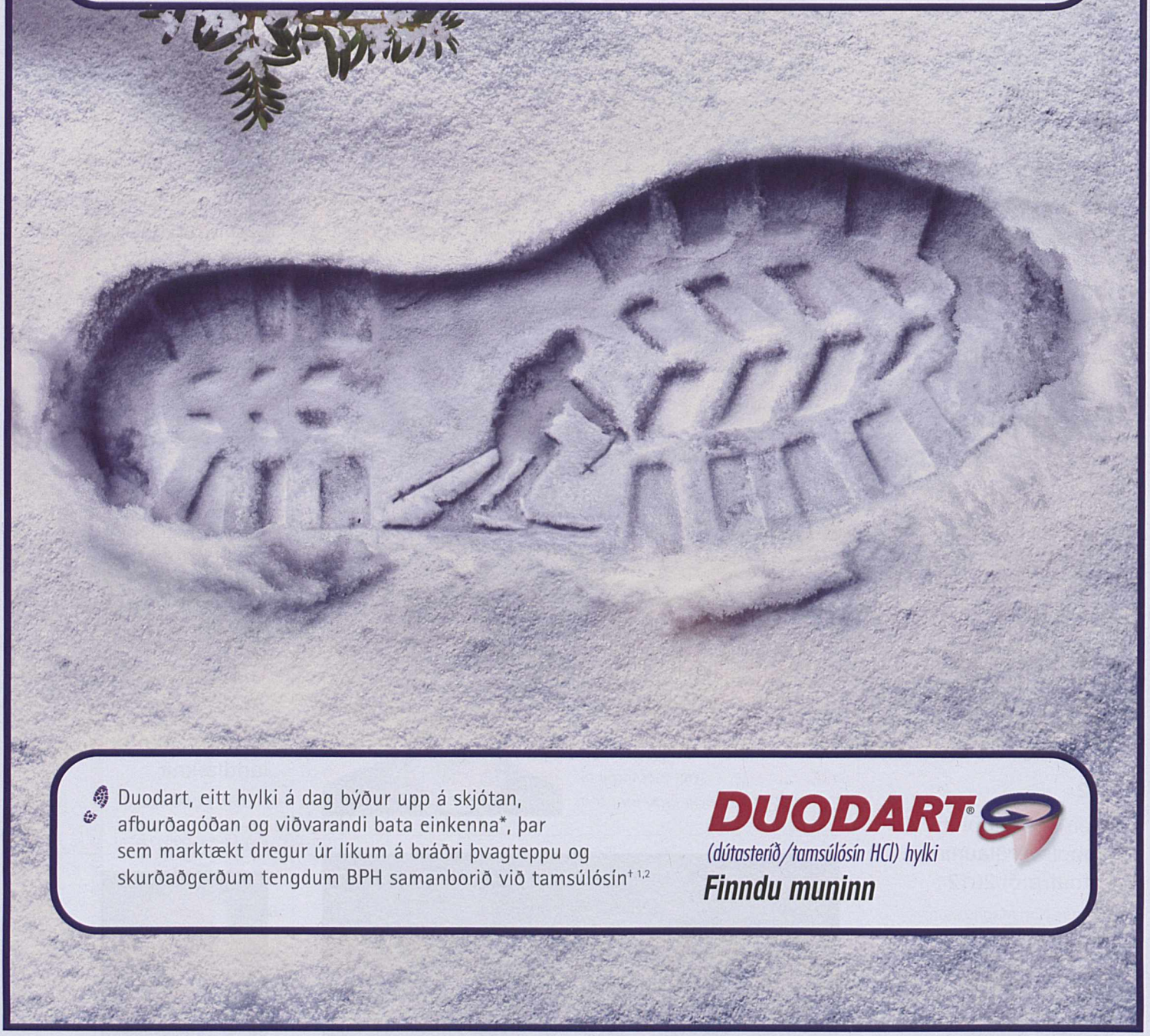
Frá Félagi íslenskra heimilislækna

„Hver er heimilislæknirinn þinn?“

Þórarinn Ingólfsson

Rammasamningur frá 2008 er enn ekki farinn að virka.

Framfaraskref í meðferð við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli (BPH)



Duodart, eitt hylki á dag býður upp á skjótan, afburðagóðan og viðvarandi bata einkenna*, þar sem marktækt dregur úr líkum á bráðri þvagteppu og skurðaðgerðum tengdum BPH samanborið við tamsúlósín† [1,2]

DUODART®
(dútasteríð/tamsúlósín HCl) hylki
Finndu muninn

IS/DUTT/0001/12

Styttur Sérlyfjaskrártexti: Duodart 0,5 mg/0,4 mg hörð hylki. Hvert hart hylki inniheldur 0,5 mg dútasteríð og 0,4 mg tamsúlósínhýdróklóríð. **Ábendingar:** Meðferð við miðlungsmiklum eða verulegum einkennum af völdum góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli (benign prostatic hyperplasia, BPH). Draga úr hættu á bráðri þvagteppu (acute urinary retention, AUR) og þörf fyrir skurðaðgerð hjá sjúklingum með miðlungsmikil eða veruleg einkenni af völdum góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur af Duodart er eitt hylki (0,5 mg/0,4 mg) til inntöku u.þ.b. 30 mínútum eftir sömu máltíðina á hverjum degi. Hylkin skal gleypa heil og hvorki tyggja þau né opna. **Frábendingar:** Ekki má nota Duodart hjá: konum, börnum eða unglingum, sjúklingum með ofnæmi fyrir dútasteríði, öðrum 5-alfa-redúktasahemlum, tamsúlósíni, soja, jarðhnetum eða einhverju öðru hjálparefnanna, sjúklingum með sögu um réttstöðulágþrýsting. sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –www.serlyfjaskra.is, Markaðsleyfishafi:** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland, Sími 530 3700, **Dagsetning endurskoðunar textans:** 28. mars 2012. Pakkningar og verð (nóvember 2012) Duodart 0,5 mg/0,4 mg hörð hylki. 30stk. R, E 6.430 kr

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

Ráðlagður skammtur af Duodart er eitt hylki (0,5 mg/0,4 mg) til inntöku u.þ.b. 30 mínútum eftir sömu máltíðina á hverjum degi.
Hylkin skal gleypa heil og hvorki tyggja þau né opna.

* Samanborið við einlyfjameðferð með dútasteríði eða tamsúlósíni
† Enginn marktækur munur var milli samsettrar meðferðar og dútasteríð einlyfjameðferðar (RRR 19.6%, p=0.18)

References:
1. Duodart, samantekt á eiginleikum lyfs.
2. Roehrborn CG *et al. Eur Urol* 2010; 57: 123-131.

GlaxoSmithKline

Hætta á neyðarástandi á Landspítala

Engilbert Sigurðsson

ritstjóri og ábyrgðarmaður Læknablaðsins, prófessor í geðlæknisfræði við læknadeild Háskóla Íslands, yfirlæknir við geðsvið Landspítala

engilbs@landspitali.is



Stundum er haft á orði að veikur maður eigi aðeins eina ósk. Þegar sjúkdómar ógna lífi og einhver von er um lækningu, er það reynsla lækna að hinn sjúki og aðstandendur vilja allt til vinna að lækning takist, jafnvel þegar lífshorfur eru taldar í mánuðum en ekki árum. Lífstaugin er sterk. Það er betra að vera lifandi en dauður í huga flestra. Sem betur fer er það lítill hluti hverrar þjóðar sem á ástvini sem glíma við alvarleg veikindi eða horfast í augu við nálægð dauðans á hverjum tíma. Margir eiga því erfitt með að átta sig á hve ófullnægjandi húsnæði og starfsumhverfi á Landspítala er orðið. Það er raunar alls ekki sjálfgefið að þjóð sem telur aðeins 320 þúsund manns hafi forsendur til að reka háskólasjúkrahús með nægum mannauði til að geta greint og meðhöndlað langflesta sjúkdóma sem ógna lífi og heilsu manna. Sífellt fleira bendir nú til að þessar forsendur kunni að bresta hér á landi á næstu mánuðum.

Margs konar ógnir steðja nú að mannauði Landspítala. Sumar má leysa með bættum kjörum, aðbúnaði og vinnutíma. Þær lausnir kosta þó allar meiri fjármuni en eru í sjónmáli í fjárlögum ársins 2013. Eftir aðeins fjórar vikur, hinn 1. mars, munu uppsagnir 20% hjúkrunarfræðinga spítalans taka gildi nema lausn finnist með fjármögnun stofnanasamnings. Vert er þó að geta þess að könnun mannauðssviðs Landspítala á árinu 2012 sýndi mun meiri óánægju meðal sérfræðilækna og almennra lækna en hjúkrunarfræðinga á Landspítala.[1] Hjá læknunum voru nær öll svör á rauðu, með öðrum orðum á svokölluðu aðgerðastigi.

Aðrar ógnir eru þess eðlis að þær verða ekki leystar með stofnanasamningum eða í kjarasamningum. Flestir landsmenn vita vegna mikillar umræðu á síðastliðnu ári að tækjakostur Landspítala úreldist hratt. Staða tækja ógnar nú þegar getu lækna til skjótrar greiningar og meðferðar svo sem á hjartasjúkdómum í Fossvogi.[2] Einnig veldur það óhagræði og stundum meðferðartöf að almenn bráðamóttaka spítalans hefur eingöngu verið rekin í Fossvogi í nokkur ár þótt barnaspítali, hjartadeild og fleiri deildir sem annast meðferð og aðgerðir á sjúklingum með bráð mein í brjóstholi og kviðarholi séu á Hringbraut.

Árin 2007 til 2009 sat undirritaður í húsnæðisnefnd Landspítala. Það var lærdómsríkt en lýjandi. Nefndin gekk um nær allar byggingar spítalans til að forgangsraða því litla fjármagni sem bauðst til viðhalds ár hvert. Þær skipta tugum og eru dreifðar um borgina. Leki og rakavandamál eru útbreiddur vandi vegna ónógs viðhalds. Stórar álmur eins og A-álma Landspítala í Fossvogi halda ekki vatni. Það eykur smithættu. Í A-álmunni er smitsjúkdómadeildin sem er, líkt og aðrir deildir spítalans, með allt of fá einbýli. Flestir eru á tvíbýli og daglegt brauð að sjúklingar liggi á gangi. Það torveldar mjög varnir gegn smitandi veirum og bakteríum. Flestir verða að deila klósetti með öðrum, sem eykur líkur á smiti með tilheyrandi niðurgangsfaröldrum og tímabundnum lokunum deilda.

Rannsóknarstofur spítalans hafa verið reknar í lekum húskofum í bráðabirgðahúsnæði í rúm 36 ár. Sumar þeirra eru raunar í míglekum húsum eins og sú sem greinir berklabakteríur og aðrar hættulegar og smitandi bakteríu- og veirusýkingar í Ármúla. Í geðdeildarbyggingunni við Hringbraut er leki einnig langtímavandi þótt húsið sé aðeins 35 ára gamalt. Enginn með réttu ráði léti hús sitt grotna niður með þeim hætti sem Landspítali hefur mátt sætta sig við á síðasta áratug.

Nú hefur komið í ljós að myglusveppir hafa komið sér vel fyrir vegna leka á þriðju hæð gamla spítalans við Hringbraut. Ýmislegt bendir til þess að myglan skýri langvinn og alvarleg einkenni sem starfsmenn með aðsetur á hæðinni hafa fundið fyrir í efri loftvegum. Heilsutjónið virðist mest hjá þeim sem hafa varið þar mestum tíma og hafa til dæmis þurft að sofa þar á vöktum. Sumir þeirra munu líklega þurfa ævilanga bólgumeðferð við loftvegasjúkdómi að sögn lækna sem hafa meðhöndlað þá. Vatn leitar gjarna niður á við. Gjörgæslan er í sömu álmu á næstu hæð fyrir neðan. Það kostar mikið fjármagn að verja hana og þétta og þurrka þykka veggi í þessari gömlu byggingu, reynist það gerlegt. Starfsfólk Landspítala hefur sýnt fádæma langlundargeð í þrengingum síðasta áratugar. Heilsuspillandi starfsumhverfi kann að verða kornið sem fyllir mælinn hjá sumum.

Húsnæðismál sameinaðs háskólasjúkrahúss hafa verið rædd og metin í meira en áratug. Nefnd á vegum Jóns Kristjánssonar, þáverandi heilbrigðisráðherra, skilaði skýrslu um málið í janúar 2002. Niðurstaðan þá og við endurskoðun sérfræðinga hefur ávallt orðið sú að hagkvæmast sé að byggja við Hringbraut. Nú þegar öll leyfi fyrir byggingunni liggja fyrir þarf að hefjast handa án tafar. Á þessari stundu er mikil óvissa um hvernig hægt verður að brúa bilið á Hringbraut þar til nýr spítali rís. Ég spái að bráðabirgðaskúrum muni fjölga á lóðinni á árinu. Eiga þeir eftir að standa í 36 ár eins og bráðabirgðahúsnæði rannsóknarstofa spítalans?

Heimildir

1. Sigurjónsson H. Vaxandi óánægja meðal sérfræðinga Landspítala. Læknablaðið 2012; 98: 600-2.
2. Jónsdóttir Þ. Tækjabúnaður Landspítala: umhyggja – fagmennska – öryggi – framþróun? Læknablaðið 2012; 98: 447.

Risk of a crisis developing at Landspítali

Engilbert Sigurðsson,
Editor-in-Chief of Læknablaðið,
The Icelandic Medical Journal,
Professor of Psychiatry,
School of Health Sciences,
University of Iceland,
Consultant Psychiatrist,
Landspítali University Hospital.

Sárabót



Esomeprazol Actavis

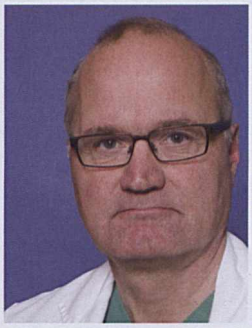
- Öflugur prótónpumpuhemill

Sýruþolin hylki, hörð – 20 og 40 mg, 28 og 98 stk.

Sérlyfjatexti á bls. 108

actavis

Næringarþörf sjúklinga á sjúkradeildum



Kristinn Sigvaldason

yfirlæknir gjörgæsludeild
Landspítala Fossvogi

krisig@landspitali.is

Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* eru birtar niðurstöður rannsóknar á næringarinntöku sjúklinga á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala þar sem metið var hversu vel næringarmarkmiðum var náð.[1] Óhætt er að hrósa rannsóknaraðilum fyrir framkvæmd þessarar rannsóknar þar sem það er umfangsmikið og erfitt verk að mæla nákvæmlega alla næringarinntöku 60 sjúklinga á sjúkradeild í 5 daga, yfirheyra þá sem tóku þátt og vigta alla matarafganga frá hverjum og einum. Niðurstöðurnar benda til þess að nokkuð sé í land með að settum næringarmarkmiðum sé náð hjá sjúklingum á skurðlækningadeild og svo virðist sem umtalsverður hluti matar lendi í ruslinu. Rannsóknir á næringarinntöku sjúklinga á sjúkrahúsum eru afar mikilvægar en þessum þætti sjúkrahúsdvalar hefur ekki verið nægur gaumur gefinn til þessa. Að þetta sé skoðað vísindalega og á vandaðan hátt er því mjög jákvætt og ánægjulegt að sjá hvað næringarstofa Landspítala hefur verið öflug á síðustu árum að skoða þessi mál og vinna að stöðlum í mati á næringarástandi og skimun fyrir vannæringu.

Næringarástand skiptir töluverðu máli í meðferð flestra sjúkdóma og hefur bein áhrif á horfur sjúklinga.[2] Nýlegt þyngdartap og saga um minnkaða fæðuinntöku síðustu vikurnar fyrir innlögn eru sérstaklega mikilvægir þættir. Við innlögn á sjúkrahús er því mjög mikilvægt að sjúkrasaga innihaldi upplýsingar um næringarástand og að skimað sé fyrir vannæringu en þarna vantar mikið upp á í dag. Vannæring eykur tíðni fylgikvilla eins og sýkinga sem geta verið sjúklingnum hættulegar og jafnframt mjög kostnaðarsamar fyrir þjóðfélagið þar sem sjúkrahúslega verður oftast lengri. Það er því mjög mikilvægt að vitundarvakning verði um þessi mál meðal heilbrigðisstarfsfólks, ekki síst lækna. Með góðri og markvissri næringarmeðferð er hægt að hafa talsverð áhrif á horfur sjúklinga sem þurfa innlögn á sjúkrahús vegna alvarlegra veikinda eða slysa.

Á skurðlækningadeildum er sérstaklega mikilvægt að huga vel að næringarmálum, því meðferðinni fylgja óhjákvæmilega föstutímabil vegna rannsókna og skurðaðgerða og oft eru notuð lyf, svo sem verkjalyf, sem trufla starfsemi garna. Allt getur þetta truflað starfsemi garna en með því að gefa næringu í görnina eykst blóðflæði í slímhúðinni og starfseminni er betur viðhaldið. Mat á næringarástandi við innlögn er því afar mikilvægt og að gerð sé næringaráætlun í tengslum við sjúkrahúsdvölina og fylgst sé vel með hvernig markmiðum er náð. Mæta þarf orkuþörf einstaklinga, sem er 20-25 kkal/kg/dag samkvæmt klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga á Landspítala. Matið er þó einstaklingsbundið, aldraðir og langveikir þurfa minna og þeir sem gengist hafa undir stórar skurðaðgerðir eða lent í slysum þurfa hugsanlega meira. Ef ekki gengur að næra fólk á venjulegan hátt er mælt með sondunæringu um meltingarveg og þannig reynt að ná markmiðum en ef það gengur ekki er völ á mjög góðum næringarlausnum til að gefa í æð. Sennilega er þó betra að reyna með öllum tiltækum ráðum að næra sjúklinga um meltingarveg og bíða með gjöf næringar í æð í 7 daga frá byrjun alvarlegra veikinda eða skurðaðgerðar.[3] Þetta var niðurstaða stórrar rannsóknar sem birt var í *New England Journal of Medicine* fyrir um ári síðan. Niðurstöður annarrar nýlegrar rannsóknar benda til þess að bæta megi horfur sjúklinga með aukinni próteingjöf.[4] Samkvæmt klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga á Landspítala er mælt að því að gefa 1,2-1,5 g/kg af próteinum á dag. Niðurstöður margra rannsókna benda til þess að þessum markmiðum sé þó sjaldan náð. Þetta er líka niðurstaða þeirrar rannsóknar sem birtist í þessu tölublaði *Læknablaðsins* og kom einnig fram í niðurstöðum næringarrannsóknar hjá gjörgæslusjúklingum á Landspítala.[5] Það virðist því vera erfitt að ná settum markmiðum í inntöku próteina á sjúkrahúsum, hvort sem það er með venjulegri fæðuinntöku eða með gjöf næringarlausna. Þarna má hugsanlega gera betur ef hægt er að auka próteininntöku sjúklinga með einhverjum leiðum. Ýmislegt bendir til þess að hægt sé að bæta horfur sjúklinga ef fyrrgreindum markmiðum í próteininntöku er náð og að það sé mikilvægara en að ná settum markmiðum í orkugjöf.[5]

Ef marka má niðurstöður þessara rannsókna er þörf á próteinríkara fæði á sjúkrahúsum. Forsenda góðrar næringarmeðferðar er vandað mat á næringarástandi og það er vel framkvæmanlegt eins og sést á þeirri rannsókn sem hér er til umfjöllunar. Það ætti að vera hluti af uppvinnslu sjúklinga sem þurfa innlögn á sjúkrahús vegna alvarlegra veikinda eða slysa. Huga þarf vel að mataræði sjúklinganna, hafa matinn lystugan og sníða að þörfum hvers og eins. Næringarmeðferð er stór hluti af heildarmeðferð sjúklinga og rannsóknum á þessu sviði hefur vaxið fiskur um hrygg. Margt er þó ennþá óljóst og þörf er á frekari rannsóknum. Niðurstöður rannsóknarinnar ættu því að vera höfundum og öðrum hvatning til frekari dáða á þessu sviði.

Heimildir

1. Vilhjálmsdóttir DÖ, Hinriksdóttir HH, Þórðardóttir FR, Þórsdóttir I, Gunnarsdóttir I. Orku- og próteinneysla skurðsjúklinga á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala. Læknablaðið 2013; 99: 71-6.
2. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. Clin Nutr 2009; 28: 484-91.
3. Casaer MP, Mesotten D, Hermans G, Wouters PJ, Schetz M, Meyfroidt G, et al. Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults. N Engl J Med 2011; 365: 506-17.
4. Weijs PJ, Stapel SN, de Groot SD, Driessen RH, de Jong E, Girbes AR, et al. Optimal protein and energy nutrition decreases mortality in mechanically ventilated, critically ill patients: a prospective observational cohort study. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2012; 36: 60-8.
5. Kristinsson B, Sigvaldason K, Kárason S. Orkunotkun og næring gjörgæslusjúklinga. Læknablaðið 2009; 95: 491-7.

Nutrition in hospitalized patients

Kristinn Sigvaldason M.D.
Chief of Intensive Care Unit
Landspítali University Hospital
Fossvogur

NÝ ÁBENDING!

Fyrir einstaklinga með stinningarvandamál, sem hafa einkenni góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli.

Cialis™
tadalafil

5 mg einu sinni á dag

Tveir sjúkdómar. Ein meðferð.

- Ræður bót á bæði stinningarvandamálum og einkennum góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli hjá einstaklingum með báða sjúkdómana.[1]
- Verkunin byggir á auknu blóðflæði til getnaðarlims, blöðruhálskirtils og þvagblöðru.[1]
- Meðferðin þolist vel en hún felur í sér daglega notkun á 5 mg Cialis.[1]



1. Cialis - Samantekt á eiginleikum lyfs

Sérlyfjatexti á bls. 107

Lilly

Orku- og próteinneysla sjúklinga á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala

Dagný Ösp Vilhjálmsdóttir[1], MS-nemi í næringarfræði, **Harpa Hrund Hinriksdóttir**[1], MS-nemi í næringarfræði, **Fríða Rún Þórðardóttir**[2], næringarfræðingur, **Inga Þórsdóttir**[1], næringarfræðingur, **Ingibjörg Gunnarsdóttir**[1], næringarfræðingur

ÁGRIP

Tilgangur: Að meta orku- og próteinneyslu sjúklinga á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala og bera saman við áætlaða orku- og próteinþörf. Markmiðið var einnig að meta næringarástand sama sjúklingahóps.
Efniviður og aðferðir: Þátttakendur voru sjúklingar sem lögðust inn á hjarta- og lungnaskurðdeild. Orku- og próteininnihald 5 aðalmáltíða sem framreiddar eru frá eldhúsi Landspítala er þekkt. Þegar liðnar voru að minnsta kosti 48 klukkustundir frá aðgerð voru allir matarafgangar, ásamt millibitum, vigtaðir og skráðir í þrjá daga samfellt. Orku- og próteinþörf var áætluð út frá neðri mörkum gilda í klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga (25-30 hitaeiningar/kg líkamsþyngdar/sólarhring og 1,2-1,5 grömm/kg líkamsþyngdar/sólarhring, miðað við kjörþyngd). Næringarástand (líkur á vannæringu) var metið með gildismetnu 7 spurninga skimunareyðublaði þar sem 0-2 stig gefa til kynna litlar líkur á vannæringu, 3-4 stig ákveðnar líkur á vannæringu og ≥5 stig miklar líkur á vannæringu.
Niðurstöður: Niðurstöður eru birtar fyrir 61 sjúkling. Orkuneysla var að jafnaði 19±5,8 hitaeiningar/kg líkamsþyngdar/sólarhring. Meðalpróteinneysla reyndist vera 0,9±0,3 grömm/kg líkamsþyngdar/sólarhring. Þorri þátttakenda (>80%) náði ekki lágmarksviðmiðum fyrir orkuneyslu annars vegar og próteinneyslu hins vegar og átti það við um alla skráningardagana þrjá. Við mat á næringarástandi reyndust 14 sjúklingar (23%) annaðhvort vera vannærðir (≥5 stig) eða í hættu á vannæringu (3-4 stig). Orku- og próteinneysla þeirra var að jafnaði nær áætlaðri orku- og próteinþörf en neysla þeirra sjúklinga sem voru vel nærðir (0-2 stig), sem að hluta til mátti rekja til almennari notkunar næringardrykkja.
Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að áætlaðri orku- og próteinþörf sjúklinga á hjarta- og lungnaskurðdeild sé ekki fullnægt, jafnvel ekki á 5. degi eftir aðgerð, ef fylgja á klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga á Landspítala. Huga þarf betur að næringu inniliggjandi sjúklinga, allt frá vönduðu mati á næringarástandi til viðeigandi næringarmeðferðar.

Inngangur

[1]Rannsóknastofu í næringarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala, [2]eldhúsi og matsal Landspítala.

Niðurstöður íslenskra rannsókna benda til þess að tíðni vannæringar sé 20-60% á Landspítala, mismunandi eftir sjúklingahópum.[1-5] Vannæring meðal sjúklinga er talin tengjast aukinni tíðni fylgikvilla,[6-12] auk þess sem legutími sjúklinga sem eru vannærðir við innlögn er lengri en þeirra sem betur eru nærðir.[9,10,13,14] Fylgikvillum og lengri legutíma fylgir mikill kostnaður.[15]

Í klínískum leiðbeiningum The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) og American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) er mælt með skipulagðri skimun fyrir vannæringu.[15,17] Í mars árið 2011 voru gefnar út klínískar leiðbeiningar um næringu sjúklinga á Landspítala þar sem mælt er með að skimað sé fyrir vannæringu við innlögn allra sjúklinga.[19]

Fyrirspurnir: Ingibjörg Gunnarsdóttir
ingigun@landspitali.is

Ein og sér hefur skimun fyrir vannæringu takmarkað gildi og mælt er með því að fylgst sé með því að orku- og próteinþörf inniliggjandi sjúklinga sé mætt.[18-20] Það er mikilvægt til að unnt sé að grípa til viðeigandi ráðstafana og koma í veg fyrir að næringarástand versni í sjúkrahúsvistinni. Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á orku- og próteinneyslu sjúklinga á Íslandi og aldrei sérstaklega meðal inniliggjandi sjúklinga á skurðdeildum. Fyrri rannsóknir benda þó til þess að næringarmeðferð sé oft á tíðum ekki nægilega markviss. Til að mynda var orku- og próteinneysla lungnasjúklinga á Landspítala ekki fullnægjandi til þess að leiðrétta slæmt næringarástand[2] og rannsókn sem gerð var á gjörgæsludeild Landspítala benti til þess að sjúklingar fengju aðeins 67% af áætlaðri orkuþörf sinni.[21] Próteingjöf var einnig minni en æskilegt getur talist samkvæmt klínískum leiðbeiningum um næringu gjörgæslusjúklinga.[21,22]

Æskilegt er að skurðsjúklingar séu byrjaðir að borða almennt fæði einum til þremur dögum eftir aðgerð og stefna ætti að orku- og próteinjafnvægi á þriðja til 5. degi eftir aðgerð.[19,20] Markmið rannsóknarinnar var að meta orku- og próteinneyslu inniliggjandi sjúklinga á hjarta- og lungnaskurðdeild á Landspítala og bera saman við áætlaða orku- og próteinþörf. Markmiðið var einnig að meta næringarástand sama sjúklingahóps.

Greinin barst 29. október 2012, samþykkt til birtingar 19. janúar 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur

Þátttakendur voru allir sjúklingar sem lögðust inn á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala á tímabilinu júní-desember 2011. Þar sem markmið rannsóknarinnar var að meta orku- og próteinneyslu þátttakenda á þriðja til 5. degi eftir skurðaðgerð var skilyrði að áætluð innlögn væri að minnsta kosti 5 dagar. Eins var skilyrði að áætlað væri að sjúklingar gætu nærst að minnsta kosti að hluta til um munn meðan á innlögn stæði. Deildarstjórar á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala aðstoðuðu rannsakendur við val á þátttakendum. Leitað var eftir upplýstu samþykki sjúklinga fyrir þátttöku í rannsókninni. Alls hóf 81 sjúklingur þátttöku í rannsókninni, 54 hjartaskurðsjúklingar, 15 lungnaskurðsjúklingar, auk 12 sjúklinga sem lögðust inn á deildina

Tafla I. *Einkenni þátttakenda í rannsókninni (meðaltöl og staðalfrávik).*

	Allir n=61	Karlar n=41	Konur n=20
Aldur (ár)	61,9 ± 17,8	60,1 ± 19,1	64,5 ± 14,7
Þyngd (kg)	80,5 ± 18,0	83,1 ± 18,3	75,3 ± 16,6
Hæð (m)	1,72 ± 0,09	1,76 ± 0,07	1,65 ± 0,09
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m^2)	27,3 ± 5,3	27,0 ± 5,5	27,7 ± 4,9

vegna rifbrota eða annarra brjóstholsáverka. Upplýsingar um kyn, aldur, þyngd, hæð og ástæðu innlagnar voru fengnar úr sjúkraskrám sjúklinga.

Rannsóknaráætlun hlaut samþykki siðanefndar Landspítala (erindi 29/2011), lækningaforstjóra Landspítala (tilv. 16, 04.05.2011) og tilkynning vegna vinnslunnar var send til Persónuverndar (tilvísunarnúmer: S5264).

Orku- og próteinneysla

Næringargildi, þar með talið orku- og próteininnihald, allra máltíða sem framreiddar eru frá eldhúsi Landspítala hefur verið áætlað með aðstoð íslenska gagnagrunnsins um efnainnihald matvæla.[23] Daglegar máltíðir eru 5 talsins; morgunverður, hádegisverður, síðdegishressing, kvöldverður og kvöldhressing. Þannig var hægt að áætla orku- og próteininnihald hverrar máltíðar fyrir sig sem borin var fram fyrir þátttakendur í rannsókninni. Við lok hverrar máltíðar voru matarbakkar þátttakenda færðir inn í býtibúr þar sem rannsóknaraðilar vigtuðu (Philips Essence HR 2393) allan mat og drykk sem skilinn var eftir á bakkanum. Vigtun og skráning fór fram í þrjá daga samfellt fyrir hvern þátttakanda. Neysla matar og drykkjar sem ekki tilheyrðu aðalmáltíðum dagsins (millibitar) var skráð sérstaklega, þar með talið neysla næringardrykkja. Skráning á neyslu millibita var fyrst og fremst í höndum starfsfólks deildarinnar, en eins fóru rannsakendur yfir skráninguna með þátttakendum til að ganga úr skugga um að ekkert hefði gleymst. Rannsakendur voru á deildinni þegar meginmáltíðir dagsins voru bornar fram og voru þar af leiðandi í góðum tengslum við þátttakendur í rannsókninni. Fæðisskráning hófst með skráningu morgunverðar þegar liðnar voru að minnsta kosti 48 klukkustundir frá aðgerð. Neyslan endurspeglar því orku- og próteinneyslu á þriðja til 5. degi eftir aðgerð. Niðurstöður fæðuskráningar voru færðar inn í næringarútreikningaforritið Kostplan (AIVO AB, Stockholm, 1996, útgáfa 1,0) sem geymir næringarefnainnihald allra máltíða sem bornar eru fram á Landspítala. Næringarefnainnihald uppskrifta byggir á íslenska gagnagrunninum um næringarefnainnihald matvæla.[23]

Áætluð orku- og próteinþörf

Upplýsingar um hæð og þyngd þátttakenda voru fengnar úr sjúkraskrá. Ef margar mælingar höfðu verið gerðar á líkamsþyngd þátttakanda á mismunandi tímum var miðað við þyngd við innskrift, fyrir aðgerð. Orku- og próteinþörf var áætluð samkvæmt klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga á Landspítala.[19] Í klínísku leiðbeiningunum er áætlað að orkuþörf sé á bilinu 25-30 hitaeiningar á hvert kíló líkamsþyngdar á sólarhring og próteinþörf 1,2-1,5 grömm á hvert kíló líkamsþyngdar á sólarhring. Útreikningar í þessari grein miðast við neðri mörk áætlaðrar orku- (25 hitaeiningar/kg/sólarhring) og próteinþarfar (1,2 g/kg). Þar sem viðmiðin eiga einungis við ef viðkomandi sjúklingur er í kjörþyngd, var þyngd sjúklinga með líkamsþyngdarstuðul >25 kg/m^2 leiðrétt áður en jöfnunni var beitt. Þetta þýðir að í stað raunverulegrar líkamsþyngdar í kílóum var sú líkamsþyngd sem samsvaraði líkamsþyngdarstuðli 25 kg/m^2 notuð við áætlun orku- og próteinþarfar.

Mat á næringarástandi

Næringarástand sjúklinga var metið með 7 spurninga gildismetnu eyðublaði sem mælt er með að notað sé við mat á næringarástandi sjúklinga.[1,2,19] Eyðublaðið inniheldur spurningar um líkamsþyngdarstuðul, ósjálfrátt þyngdartap, lystarleysi, skurðaðgerð og aðra þætti sem tengjast næringarástandi. Stig eru gefin eftir svörun spurninga og fyrir þann sjúklingahóp sem rannsóknin náði til gefa 0-2 stig til kynna litlar líkur á vannæringu (skilgreindir sem „vel nærðir" í niðurstöðum þessarar greinar), 3-4 stig bera vott um ákveðnar líkur á vannæringu (skilgreindir sem „í hættu á vannæringu" í niðurstöðum) og ≥5 stig gefur til kynna sterkar líkur á vannæringu (skilgreindir sem „vannærðir" í niðurstöðum).[1]

Úrvinnsla

Skráning gagna var gerð í Excel (Microsoft Office Excel, útgáfa 2007) en við tölfræðilegar greiningar var stuðst við tölfræðiforritið SPSS (IBM, Statistical Package for the Social Sciences, útgáfa 20). Orku- og próteinjafnvægi vel og vannærðra sjúklinga var borið saman með t-prófi. Tölfræðileg marktækni var sett við $p<0,05$.

Niðurstöður

Helsta ástæða fyrir brottfalli var ófullkomin skráning mataræðis, annaðhvort vegna þess að skráning einstakra máltíða hafði misfarist, eða að sjúklingur útskrifaðist fyrr en áætlað var. Einn hætti þátttöku áður en rannsókn lauk og upplýsingar um hæð eða þyngd vantaði fyrir þrjá einstaklinga. Tafla I sýnir aldur, þyngd og hæð þeirra þátttakenda sem greiningarnar byggja á (n=61) auk líkamsþyngdarstuðuls. Rannsóknin luku alls 39 hjartaskurðsjúklingar og 12 lungnaskurðsjúklingar, auk 10 sjúklinga sem lagðir voru inn af ýmsum ástæðum. Ekki var marktækur munur á áætlaðri orku- og próteinþörf þátttakenda né metinni orku- og próteinneyslu eftir sjúklingahópum og því var ákveðið að birta niðurstöðurnar fyrir allan hópinn saman.

Neysla 84% þátttakenda í rannsókninni var minni en sem svarar 25 hitaeiningum á hvert kíló líkamsþyngdar á dag (miðað við kjörþyngd) sem eru neðri mörk áætlaðrar orkuþarfar inniliggjandi sjúklinga (tafla II). Neysla 89% þátttakenda var minni en 1,2 grömm af próteinum á hvert kíló líkamsþyngdar á dag, sem eru neðri mörk æskilegrar próteinneyslu samkvæmt klínískum leiðbeiningum.[19] Hvorki reyndist marktækur munur á orkuneyslu né próteinneyslu þátttakenda á þriðja og 5. skráningardegi. Á 5. degi eftir aðgerð náðu einungis 18% þátttakenda að fullnægja áætlaðri orkuþörf ef miðað er við neðri mörk (25 hitaeiningar/kg/dag) áætlaðrar orkuþarfar inniliggjandi sjúklinga. Enginn þeirra sjúklinga sem tóku þátt í rannsókninni fékk næringu í æð eða gegnum sondu.

Meðalorkuinnihald máltíðanna 5 sem framreiddar voru til þátttakenda í rannsókninni frá eldhúsi Landspítala var 1747 hitaeiningar á dag og veittu þær að jafnaði 79 grömm af próteinum á dag. Eins og sjá má í töflu II var heildarorkuneysla dagsins 1370

Tafla II. *Áætluð orku- og próteinþörf þátttakenda og metin orku- og próteinneysla (meðaltöl og staðalfrávik).*

	Allir	Karlar	Konur
Orka	n=61	n=41	n=20
Áætluð þörf (hitaeiningar/dag)[1]	1782 ± 212	1848 ± 183	1646 ± 205
Meðalneysla (hitaeiningar/dag)	1370 ± 422	1384 ± 438	1342 ± 395
Meðalneysla (hitaeiningar/kg/dag)	19 ± 5,8	19 ± 5,7	20 ± 6,2
Prótein			
Áætluð þörf (grömm/dag)[2]	86 ± 10	89 ± 8,8	79 ± 9,8
Meðalneysla (grömm/dag)	61 ± 20	62 ± 21	57 ± 17
Meðalneysla (grömm/kg/dag)	0,9 ± 0,3	0,8 ± 0,3	0,9 ± 0,3

[1]Miðað við lágmarks orkuþörf, 25 hitaeiningar/kg/sólarhring, samkvæmt klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga á Landspítala.[19]
[2]Miðað við lágmarks próteinþörf, 1,2 g/kg/sólarhring, samkvæmt klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga á Landspítala.[19]

Tafla III. *Samanburður á orku- og próteinneyslu vel nærðra sjúklinga (litlar líkur á vannæringu samkvæmt mati á næringarástandi) og þeirra sem annaðhvort reyndust vannærðir eða í hættu á vannæringu (meðaltöl, staðalfrávik og %).*

	Litlar líkur á vannæringu n=47	Ákveðnar eða sterkar líkur á vannæringu n=14	P-gildi
Orkuneysla (hitaeiningar/dag)	1343 ± 427	1519 ± 396	0,028*
Orkuneysla (hitaeiningar/kg/dag)	18 ± 5,3	22 ± 6,8	0,001*
Hlutfall af orkuþörf[1]	72,0	88,0	
Próteinneysla (grömm/dag)	60 ± 19	66 ± 18	0,069
Próteinneysla (grömm/kg/dag)	0,8 ± 0,2	1,0 ± 0,3	0,009*
Hlutfall af próteinþörf[2]	66,7	83,3	

[1]Miðað við lágmarks orkuþörf, 25 hitaeiningar/kg/sólarhring, samkvæmt klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga á Landspítala.[19]
[2]Miðað við lágmarks próteinþörf, 1,2 g/kg/sólarhring, samkvæmt klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga á Landspítala.[19]

hitaeiningar á dag. Þar af veittu aukabitar, það er annar matur heldur en sá sem kom frá eldhúsi, að jafnaði um 300 hitaeiningar á dag. Af þeim 1747 hitaeiningum sem máltíðir eldhússins gáfu, var um það bil 1070 hitaeininga neytt og rúmlega 700 hitaeiningum hent í ruslið. Þetta þýðir að einungis 60% hitaeininga og próteina í máltíðunum 5 nýttist sjúklingunum.

Við mat á næringarástandi reyndust 14 sjúklingar (23%) annaðhvort vera vannærðir ≥5 stig (n=7) eða í hættu á vannæringu 3-4 stig (n=7). Orku- og próteinneyslu þátttakenda eftir næringarástandi má sjá í töflu III. Orku- og próteinneysla þeirra sem voru vannærðir eða í hættu á vannæringu var að jafnaði nær áætlaðri orku- og próteinþörf en orku- og próteinneysla vel nærðra sjúklinga (0-2 stig), sem að hluta til má rekja til almennari notkunar næringardrykkja.

Umræður

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að sjúklingar á hjarta- og lungnaskurðdeild fullnægi ekki áætlaðri orku- og próteinþörf sinni samkvæmt klínískum leiðbeiningum Landspítala, jafnvel ekki á 5. degi eftir aðgerð. Niðurstöðurnar eru í samræmi við erlendar rannsóknir.[18] Einnig er sláandi hversu stór hluti þess fæðis sem framreitt er endar í ruslinu. Þrátt fyrir að fáar innlendar rannsóknir hafi áður verið gerðar á orku- og próteinneyslu inniliggjandi sjúklinga hafa þær allar bent í sömu átt, það er að næringarmeðferð innan spítalans sé ábótavant.[1,21,24] Huga þarf betur að næringu inniliggjandi sjúklinga, allt frá mati á næringarástandi til viðeigandi næringarmeðferðar.

Vannæring hefur lengi verið þekkt vandamál meðal skurðsjúklinga, bæði erlendis og hérlendis.[1, 25,26] Frá því í ársbyrjun 2012 hefur verið mögulegt að skima fyrir vannæringu í Sögukerfinu, rafrænni sjúkraskrá sem notuð er á Landspítala og víðar. Innleiðing skimunar fyrir vannæringu er þó enn sem komið er skammt á veg komin á Landspítala. Vannæring meðal sjúklinga getur haft áhrif á líkamlega virkni, minnkað batalíkur og aukið tíðni fylgikvilla, en við það eykst sjúkdómsbyrði og dánartíðni.[9,26,27] Vannæring veikir einnig ónæmiskerfið[28] og getur truflað starfsemi meltingarvegar.[29] Skert næringarástand inniliggjandi sjúklinga hefur auk þess verið tengt veikingu og rýrnun vöðva, sérstaklega öndunarvöðva.[30,31] Hjá eldra fólki getur skert næringarástand haft áhrif á lífsgæði.[32] Viss vitundarvakning um mikilvægi skimunar fyrir vannæringu og markvissrar næringarmeðferðar virðist hafa orðið síðastliðin ár. Hins vegar benda niðurstöður rannsókna, bæði þeirrar sem hér er kynnt og eldri innlendra og erlendra rannsókna, til þess að orku- og próteinþörf inniliggjandi sjúklinga sé almennt ekki fullnægt.[1,18,21,24] Aukinni tíðni fylgikvilla og lengri legutíma fylgir mikill kostnaður[15] og bætt næringarmeðferð innan sjúkrastofnana tengist því bæði gæðum þjónustunnar og hagrænum áhrifum.

Í klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga er áætlað að orkuþörf inniliggjandi sjúklinga (annarra en gjörgæslusjúklinga) sé á bilinu 25-30 hitaeiningar á hvert kílógramm líkamsþyngdar á sólarhring. Próteinþörfin er áætluð 1,2-1,5 grömm á hvert kíló líkamsþyngdar á sólarhring. Þrátt fyrir að miðað hafi verið við neðri mörk áætlaðrar orku- og próteinþarfar í þessari rannsókn, var orku- og próteinneyslan skilgreind ófullnægjandi hjá allflestum þátttakendum (allt að 90%), jafnvel á 5. degi eftir aðgerð. Lítil orku- og próteinneysla skurðsjúklinga hefur einnig sést í erlendum rannsóknum.[33] Einungis um 60% af þeim hitaeiningum sem 5 aðalmáltíðir dagsins gáfu nýttust sjúklingunum. Benda niðurstöðurnar til þess að eftirlit og viðbrögð við því að sjúklingar klári ekki þann mat sem borinn er fram séu ekki eins og best verður á kosið. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna þó hærri orku- og próteinneyslu sjúklinga sem voru greindir vannærðir eða í hættu á vannæringu en meðal vel nærðra sjúklinga og fengu þeir einnig oftar næringarríka millibita á borð við næringardrykki. Þetta bendir til þess að starfsfólk geri sér að hluta til grein fyrir vandanum. Niðurstöður rannsóknarinnar sem hér er kynnt benda þó til þess að næring sem í boði var fyrir sjúklingana hafi fullnægt bæði orku- og próteinþörf þátttakenda hefði hennar verið neytt. Áskorun framtíðar snýr fyrst og fremst að því að meta hvers vegna svo stór hluti fæðunnar endar í ruslinu. Ástæðu þessa er ekki hægt að greina út frá þeim gögnum sem aflað var í þeirri rannsókn sem hér er kynnt. Af hugsanlegum skýringum má til dæmis nefna viðhorf til sjúkrahúsmáltíða, skort á mannafla á deildum til að aðstoða sjúklinga við að borða og lystarleysi í kjölfar aðgerðar eða lyfjagjafa. Þess ber að geta að verið er að endurskoða matseðla sjúklinga á Landspítala þar sem hugað er sérstaklega að auknu framboði á orkuþéttara fæði og hagstæðari skammtastærðum.

Ein af skýringum þess að eftirlit með næringu sjúklinga hefur til þessa verið ábótavant er skortur hefur verið á einföldum gildismetnum leiðum til að meta orku- og próteinneyslu sjúklinga. Unnið hefur verið að því undanfarin misseri að þróa og gildismeta einfalt skráningarblað til áætlunar á orku- og próteinneyslu sjúklinga. Af praktískum ástæðum og vegna mikils kostnaðar er ekki unnt að vigta allan mat sem sjúklingar neyta og því þarf að vera til einfaldari og ódýrari leið. Gildismat eyðublaðsins leiddi í ljós að það er talið fullnægjandi til að áætla neyslu sjúklinga, sérstaklega þeirra sem borða lítið.[32,34] Eyðublaðið má einnig nýta við gæðastjórnun, til dæmis við að meta orku- og próteinneyslu sjúklinga á ákveðnum deildum og bera saman við áætlaða orku- og próteinþörf. Eins er hægt að nýta eyðublaðið til áætlunar á hlutfalli matar sem fer í ruslið og til að aðlaga skammtastærðir samkvæmt því svo að draga megi úr sóun.

Nauðsynlegt er að nefna að þeir mælikvarðar sem notaðir voru í þessari rannsókn hafa sínar takmarkanir. Við áætlun á orkuþörf var stuðst við mjög einfaldan mælikvarða samkvæmt klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga.[19] Hann þykir henta mjög vel í klínísku starfi, þar sem tiltölulega auðvelt er að áætla orkuþörf sjúklinga. Flóknari jöfnur eru til[35,36] sem bæði taka tillit til hæðar og kyns, auk líkamsþyngdar. Notkun annarra jafna við áætlun á orkuþörf þátttakenda í þessari rannsókn breytti ekki meginniðurstöðu hennar um að orkuneysla væri vel innan við áætlaða orkuþörf. Af öðrum annmörkum má nefna að ákveðin ónákvæmni felst í því að einungis matar- og drykkjarafgangar voru vigtaðir en ekki sá skammtur sem borin var á borð fyrir sjúklinginn. Hins vegar er ólíklegt að sú skekkja sé það stór að hún hafi áhrif á þær ályktanir sem dregnar eru af niðurstöðum þessarar rannsóknar.[34]

Í ljósi alvarlegra afleiðinga vannæringar sjúklinga og kostnaðar sem af henni getur hlotist fyrir heilbrigðiskerfið, er nauðsynlegt að heilbrigðisstarfsmenn sameinist um að finna leiðir til að vinna bug á vandamálinu. Skimun fyrir vannæringu mun ein og sér þó ekki leysa þetta vandamál heldur er teymisvinna næringarfræðinga eða næringarráðgjafa, hjúkrunarfræðinga, lækna, lyfjafræðinga og annarra er koma að umönnun sjúklinga gríðarlega mikilvæg. Þar er samvinna, eftirlit og markviss eftirfylgni lykillinn að góðum árangri. Frekari rannsóknir á næringarástandi ýmissa sjúklingahópa eru einnig mjög aðkallandi.

Þakkir

Höfundar þakka Rannveigu Björnsdóttur, Ernu Sif Óskarsdóttur og Dagnýju Rut Pétursdóttur fyrir aðstoð við gagnasöfnun og úrvinnslu. Lilju Ásgeirsdóttur, Kolbrúnu Gísladóttur og öðru starfsfólki á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala fyrir velvilja og aðstoð við rannsóknina. Verkefnið var kostað af styrkjum til Ingibjargar Gunnarsdóttur frá Vísindasjóði Landspítala.

ENGLISH SUMMARY

Energy and protein intake of patients at the Department of Cardiothoracic surgery, Landspítali - The National University Hospital of Iceland

Vilhjalmsdottir DO[1], Hinriksdottir HH[1], Thordardottir FR[2], Thorsdottir I[1], Gunnarsdottir I[1,3]

Objective: The aim was to estimate energy and protein intake of patients at the Department of Cardiothoracic surgery, Landspítali the National University Hospital of Iceland. Another aim was also to assess their nutritional status.

Methods: The energy and protein content of meals served by the hospital's kitchen is known. Starting at least 48 hours after surgery, all leftover food and drinks were weighed and recorded for three consecutive days. Energy and protein requirements were estimated according to clinical guidelines for hospital nutrition at Landspítali (25-30 kcal/kg/day and 1.2-1.5 g/kg/day, respectively). Nutritional status was estimated using a validated seven question screening sheet.

Results: Results are presented for 61 patients. The average energy intake was 19±5.8 kcal/kg/day. Protein intake was on average 0.9±0.3 g/kg/day. Most patients (>80%) had an energy and protein intake below the lower limit of estimated energy and protein needs, even on the fifth day after sugery. According to the nutritional assessment 14 patients (23%) were defined as either malnourished or at risk for malnutrition. This group was closer than the well-nourished group to meeting their estimated energy- and protein needs. The use of nutrition drinks was more common among malnourished patients and those at risk of malnutrition than the well-nourished patients.

Conclusion: The results suggest that the energy and protein intake of patients is below estimated requirements, even on the fifth day after surgery. Attention must be paid to malnutrition and nutrition in general in the hospital wards.

Key words: *patients, hospital food service, energy intake, protein intake, malnutrition.*

Correspondence: *Ingibjörg Gunnarsdóttir, ingigun@landspitali.is*

[1]Unit for Nutrition Research at the University of Iceland and Landspítali the National University Hospital, Reykjavík, Iceland [2]Hospital Food and Nutrition Services, Landspítali the National University Hospital, Reykjavík, Iceland [3]Faculty of Food Science and Nutrition, School of Health Sciences, University of Iceland, Reykjavík, Iceland.

Heimildir

1. Thorsdottir I, Eriksen B, Eysteinsdottir S. Nutritional status at submission for dietetic services and screening for malnutrition at admission to hospital. Clin Nutr 1999; 18: 15-21.
2. Thorsdottir I, Gunnarsdottir I, Eriksen B. Screening method evaluated by nutritional status measurements can be used to detect malnourishment in chronic obstructive pulmonary disease. J Am Diet Assoc 2001; 101: 648-54.
3. Thorsdottir I, Jonsson PV, Asgeirsdottir AE, Hjaltadottir I, Bjornsson S, Ramel A. Fast and simple screening for nutritional status in hospitalized, elderly people. J Hum Nutr Diet 2005; 18: 53-60.
4. Geirsdottir OG, Thorsdottir I. Nutritional status of cancer patients in chemotherapy; dietary intake, nitrogen balance and screening. Food Nutr Res 2008; 52: doi: 10.3402/fnr.v52i0.1856.
5. Ramel A, Jonsson PV, Bjornsson S, Thorsdottir I. Vitamin D deficiency and nutritional status in elderly hospitalized subjects in Iceland. Public Health Nutr 2009; 12: 1001-5.
6. Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MA. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. Am J Clin Nutr 2005; 82: 1082-9.
7. Putwatana P, Reodecha P, Sirapo-ngam Y, Lertsithichai P, Sumboonnanonda K. Nutrition screening tools and the prediction of postoperative infectious and wound complications: comparison of methods in presence of risk adjustment. Nutrition 2005; 2: 691-7.
8. Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krahenbuhl L, Meier R, et al. EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clin Nutr 2008; 27: 340-9.
9. Schiesser M, Muller S, Kirchhoff P, Breitenstein S, Schafer M, Clavien PA. Assessment of a novel screening score for nutritional risk in predicting complications in gastrointestinal surgery. Clin Nutr 2008; 27: 565-70.
10. Amaral TF, Antunes A, Cabral S, Alves P, Kent-Smith L. An evaluation of three nutritional screening tools in a Portuguese oncology centre. J Hum Nutr Diet 2008; 21: 575-83.
11. Schiesser M, Kirchhoff P, Muller MK, Schafer M, Clavien PA. The correlation of nutrition risk index, nutrition risk score, and bioimpedance analysis with postoperative complications in patients undergoing gastrointestinal surgery. Surgery 2009; 145: 519-26.
12. Ozkalkanli MY, Ozkalkanli DT, Katircioglu K, Savaci S. Comparison of tools for nutrition assessment and screening for predicting the development of complications in orthopedic surgery. Nutr Clin Pract 2009; 24: 274-80.
13. Kyle UG, Kossovsky MP, Karsegard VL, Pichard C. Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: a population study. Clin Nutr 2006; 25: 409-17.
14. Stratton RJ, King CL, Stroud MA, Jackson AA, Elia M. ‚Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. Br J Nutr 2006; 95: 325-30.
15. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003; 22: 415-21.
16. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Nutritional support in adults, oral nutritional support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006. nice.org.uk – mars 2010.
17. Mueller C, Compher C, Ellen DM. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2011; 35: 16-24.
18. van Bokhorst-de van der Schueren MA, Roosemalen MM, Weijs PJ, Langius JA. High waste contributes to low food intake in hospitalized patients. Nutr Clin Pract 2012; 27: 274-80.
19. Fridriksdottir A, Jonsdottir B, Gunnarsdottir I, Kristinsson JO, Sigvaldason K, Moller PH. Klínískar leiðbeiningar um næringu sjúklinga 2011; landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=28242 – desember 2012
20. Braga M, Ljungqvist O, Soeters P, Fearon K, Weimann A, Bozzetti F. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: surgery. Clin Nutr 2009; 28: 378-86.
21. Kristinsson B, Sigvaldason K, Kárason S. Orkunotkun og næring gjörgæslusjúklinga. Læknablaðið 2009; 95: 491-7.
22. Kreymann KG, Berger MM, Deutz NE, Hiesmayr M, Jolliet P, Kazandjiev G, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. Clin Nutr 2006; 25: 210-23.
23. Matís ohs. matis.is/ISGEM/is/ - desember 2012.
24. Thorsdottir I, Gunnarsdottir I. Energy intake must be increased among recently hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease to improve nutritional status. J Am Diet Assoc 2002; 102: 247-9.
25. Ben-Ishay O, Gertsenzon H, Mashiach T, Kluger Y, Chermesh I. Malnutrition in surgical wards: a plea for concern. Gastroenterol Res Pract 2011; 2011.
26. Lim SL, Ong KC, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. Clin Nutr 2012; 31: 345-50.
27. Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP. Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 1856-61.
28. Chandra RK. Nutrition and the immune system, an introduction. Am J Clin Nutr 1997; 66: 460-3.
29. Reynolds JV, O'Farrelly C, Feighery C, Murchan P, Leonard N, Fulton G, et al. Impaired gut barrier function in malnourished patients. Br J Surg 1996; 83: 1288-91.
30. Arora NS, Rochester DF. Respiratory muscle strength and maximal voluntary ventilation in undernourished patients. Am Rev Respir Dis 1982; 126: 5-8.
31. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr 1987; 11: 8-13.
32. Crogan NL, Pasvogel A. The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. J. Gerontol. A Biol Sci Med Sci 2003; 58: 159-64.
33. Leistra E, Willeboordse F, van Bokhorst-de, van der Schueren MA, Visser M, Weijs PJ, et al. Predictors for achieving protein and energy requirements in undernourished hospital patients. Clin Nutr 2011; 30: 484-9.
34. Bjornsdottir R, Oskarsdottir ES, Thordardottir FR, Ramel A, Thorsdottir I, Gunnarsdottir I. Validation of a plate diagram sheet for estimation of energy and protein intake in hospitalized patients. Clin Nutr 2012; 26. pii: S0261-5614(12)00278-6.
35. Roza AM, Shizgal HM. The Harris Benedict equation reevaluated: resting energy requirements and the body cell mass. Am J Clin Nutr1984; 40: 168-82.
36. da Rocha EE, Alves VG, Silva MH, Chiesa CA, da Fonseca RB. Can measured resting energy expenditure be estimated by formulae in daily clinical nutrition practice? Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2005; 8: 319-28.

Við sykursýki af tegund 2



Taktu á undirrót sykursýkinnar!

Þegar bæði HbA_{1C} og líkamsþyngd skipta máli

Victoza® (líraglútíð) einu sinni á dag ásamt töflumeðferð:

- Marktæk lækkun HbA_{1C}[1]
- Marktækt þyngdartap[1]

novo nordisk®

Heimild: 1. Pratley RE et al. Int J Clin Pract 2011; 65(4): 397-407.

VICTOZA® (LIRAGLÚTÍÐ)

Sérlyfjatexti á bls. 109

Garnasmokkun hjá börnum á Íslandi

Kristín Pétursdóttir[1] læknanemi, Þráinn Rósmundsson[1,2] læknir, Pétur H. Hannesson[1,3] læknir, Páll Helgi Möller[1,4] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Garnasmokkun kallast það þegar hluti af görn smokrast inn í sjálfa sig og er algengasta ástæða garnastíflu hjá börnum á aldrinum þriggja mánaða til þriggja ára. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna nýgengi, aldur, kyn og einkenni garnasmokkunar hjá börnum á Íslandi, greiningartækni, árangur meðferðar, endurkomu og dánartíðni.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn þar sem safnað var gögnum úr sjúkraskrám barna sem höfðu fengið garnasmokkun á Íslandi á 25 ára tímabili (1986-2010). Sjúklingar voru fundnir með því að leita í rafrænu sjúkraskrárkerfi Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri.

Niðurstöður: Alls greindust 67 börn með garnasmokkun á tímabilinu, 44 drengir (66%) og 23 stúlkur (34%). Börnin voru á aldrinum þriggja mánaða til 11 ára (miðgildi 8 mánuðir). Nýgengi garnasmokkunar var 0,4 tilfelli á hver 1000 börn yngri en eins árs. Garnasmokkunin var algengust á mótum smágirnis og ristils og var staðsett þar í 94% tilvika og í 70% tilvika var orsökin óþekkt. Helsta greiningaraðferðin var skuggaefnisinnhelling um endaþarm sem var jafnframt helsta meðferðarúrræðið. Hlutfall skuggaefnisinnhellinga þar sem leiðrétting tókst var 62%. Tæplega helmingur barnanna gekkst undir skurðaðgerð og var framkvæmt hlutabrottnám á görn hjá 6 börnum eða 9% allra sjúklinganna. Þrjú börn eða 4% fengu endurtekna garnasmokkun.

Ályktanir: Árangur meðferðar við garnasmokkun er góður á Íslandi en æskilegt er að snúa við þeirri þróun sem hér sést, að innhellingum sé að fækka og skurðaðgerðum að fjölga á rannsóknartímanum.

Inngangur

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]barnaskurðdeild, [3]myndgreiningadeild og [4]skurðlækningadeild Landspítala.

Garnasmokkun (*intussusception*) er ástand sem myndast þegar garnahluti smokrast inn í aðliggjandi hluta garnarinnar. Þó að garnasmokkun sé ekki algengt sjúkdómsástand er það algengasta ástæða garnastíflu hjá börnum á aldrinum þriggja mánaða til þriggja ára. Garnasmokkun veldur bláæðastasa og bjúg og ef ástandið er ekki greint og meðhöndlað getur það leitt til lokunar slagæða, dreps og rofs á görn.[1]

Hjá ungum börnum er garnasmokkun oftast staðsett á mótum smágirnis og ristils og er orsök hennar óþekkt í um 90% tilvika. Talið er að stækkaður eitilvefur vegna sýkingar og bólgu sé orsökin í mörgum þessara tilfella.[1] Í einungis 10% tilvika er ástæðan þekkt og er þá oftast um að ræða „leiðandi punkt" í þarmaveggnum sem dregur garnasmokkunina áfram en líkurnar á því aukast með aldri.[2] Það eru margar vel þekktar ástæður fyrir „leiðandi punkti". Helstar eru: Meckels-sarpur (*Meckel's diverticulum*), garnasepar, góðkynja og illkynja æxli. Ýmsir undirliggjandi sjúkdómar geta aukið hættuna á garnasmokkun, eins og Henoch Schönlein purpura, slímseigjusjúkdómur (*cystic fibrosis*) og Peutz-Jeghers-heilkenni.[1]

Fyrirspurnir: Páll Helgi Möller
pallm@landspitali.is

Mikill munur er á nýgengi milli landa. Nýgengi í Evrópu er 0,4-2,2 tilfelli á hver 1000 börn yngri en eins árs.[3,4] Garnasmokkun getur komið fyrir á hvaða aldri sem er en fjöldi tilfella nær hámarki milli 5 og 9 mánaða og einungis 10-25% tilfella koma fyrir eftir tveggja ára aldur.[1] Um 60-70% tilfella finnast hjá drengjum en orsök þess er ekki þekkt.[1,2,5]

Greinin barst 10. september 2012, samþykkt til birtingar 16. janúar 2012.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Hjá flestum börnum undir tveggja ára aldri með hefðbundna garnasmokkun á mótum smágirnis og ristils er klíníska myndin skyndilegir kveisukenndir kviðverkir og uppköst sem með tímanum verða galllituð.[2,6] Kviðverkjaköstin standa yfirleitt yfir í nokkrar mínútur með 10-20 mínútna hléum.[7] Á milli kasta getur barnið verið algjörlega einkennalaust.[2] Önnur einkenni eru blóð í hægðum sem getur verið eins og rautt slím blandað hægðum, pylsulaga fyrirferð í efri hægri fjórðungi eða á uppmagálssvæði (*epigastrium*), þaninn kviður, lost og lífhimnubólga.[1,6]

Kviðaryfirlit er að jafnaði fyrsta rannsókn hjá þessum sjúklingum og er notuð til að útiloka rof á görn og til greiningar á garnastíflu. Víða er skuggaefnisinnhelling um endaþarm hefðbundin rannsókn til greiningar á garnasmokkun hjá börnum og er aðferðin jafnframt notuð til að meðhöndla sjúkdóminn. Ómun er nú einnig notuð til greiningar á mörgum sjúkrastofnunum.[8]

Ef ekki tekst að leiðrétta garnasmokkunina með skuggaefnisinnhellingu þarf að framkvæma skurðaðgerð þar sem hún er leiðrétt og leiðandi punktur fjarlægður sé hann til staðar. Einnig þarf aðgerð ef grunur er um drep eða rof á görn.[2]

Dauðsföll vegna garnasmokkunar eru nú orðin sjaldgæf í þróuðum löndum en dánartíðni í mörgum vanþróuðum ríkjum er þó enn há, eða allt að 55%.[3,5,9] Endurtekin garnasmokkun verður hjá um 4% barna.[2]

Aldrei áður hefur verið gerð rannsókn á faraldsfræði garnasmokkunar á Íslandi. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna faraldsfræðilega þætti sjúkdómsins hjá börnum hér á landi, svo sem nýgengi, aldur, kyn og einkenni. Einnig að kanna hvaða greiningartækni og meðferð var notuð, árangur greiningar og meðferðar, fylgikvilla, endurkomu, dánartíðni og bera niðurstöðurnar saman við erlendar rannsóknir.

Efniviður og aðferðir

Gerð var afturskyggn rannsókn þar sem safnað var gögnum úr sjúkraskrám barna sem greindust með garnasmokkun á Íslandi yfir 25 ára tímabil, eða frá 1. janúar 1986 til 31. desember 2010. Sjúklingar voru fundnir með því að leita að ICD-greiningarnúmerum garnasmokkunar í rafrænu sjúkraskrárkerfi Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri. Meðferð garnasmokkunar er einungis veitt á þessum tveimur sjúkrastofnunum og því má leiða að því líkur að rannsóknin nái til allra barna á Íslandi sem greindust með sjúkdóminn á ofangreindu tímabili. Börn voru skilgreind sem einstaklingar undir 18 ára aldri.

Hver sjúkraskrá var yfirfarin til þess að staðfesta að um garnasmokkun væri að ræða. Í þeim tilfellum þar sem ekki var hægt að staðfesta garnasmokkun með myndgreiningarrannsóknum eða skurðaðgerð var tekin afstaða til sögu klínískra einkenna og sjúklingur annaðhvort útilokaður eða tekinn með í rannsóknina (n=7).

Alls fundust 79 tilfelli í tölvukerfum Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri með útskriftargreininguna garnasmokkun. Af þeim voru 9 sjúklingar útilokaðir úr rannsókninni af eftirfarandi ástæðum; sjúkraskrá fannst ekki (n=1), ICD-greining var ekki rétt (n=2) og grun um garnasmokkun var ekki hægt að staðfesta með myndgreiningarrannsókn, skurðaðgerð né klínískri greiningu (n=6). Eftir stóðu því 70 tilfelli garnasmokkunar hjá 67 börnum en þrjú þeirra fengu garnasmokkun tvisvar. Þessi endurteknu tilfelli voru útilokuð úr rannsókninni.

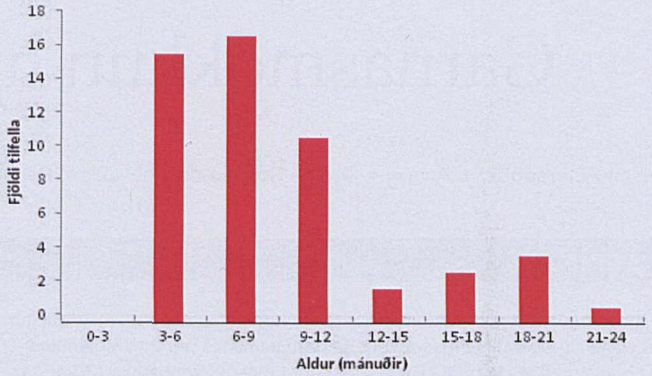
Þau atriði sem meðal annars voru skráð úr sjúkraskrám voru aldur, kyn, orsakir, rannsóknir og meðferð garnasmokkunar. Reiknað var aldursstaðlað nýgengi með mannfjöldatölum frá Hagstofu Íslands.

Skuggaefnisinnhelling var talin hafa tekist ef skuggaefni sást flæða inn í smágirni og/eða einkenni sjúklings hurfu við innhellinguna. Seinkuð greining var talin hafa átt sér stað ef börn voru greind seinna en á innlagnardegi.

Öll gögn voru skráð inn í tölvufærðan gagnagrunn. Lýsandi tölfræði var notuð til að lýsa rannsóknarþýðinu. Nafnabreytum var lýst með tölum og prósentum og þegar gerður var samanburður á hópum var notast við kí-kvaðratspróf. Notast var við línulega aðhvarfsgreiningu fyrir hlutföll þegar skoðað var hvernig meðferð þróaðist yfir rannsóknartímabilið. Tölfræðileg marktækni var miðuð við $p<0,05$.

Tafla I. *Einkenni garnasmokkunar.*

	Fjöldi (%)
Kviðverkir	41 (61)
Uppköst	50 (75)
Niðurgangur	18 (27)
Óværð	25 (37)
Blóð í hægðum	24 (36)
Fyrirferð í kvið	10 (15)
Hægðatregða	2 (3)
Hiti ≥ 38,0°C	20 (30)
Þaninn kviður	6 (9)
Uppköst og kviðverkir	29 (43)
Þrenning einkenna (kviðverkir, uppköst og blóð í hægðum)	12 (18)



Mynd 1. *Aldursdreifing barna undir tveggja ára aldri sem fengu garnasmokkun 1986-2010.*

Áður en rannsóknin hófst fengust öll tilskilin leyfi frá Vísindasiðanefnd, Persónuvernd og framkvæmdastjórum lækninga við Landspítala og Sjúkrahúsið á Akureyri.

Niðurstöður

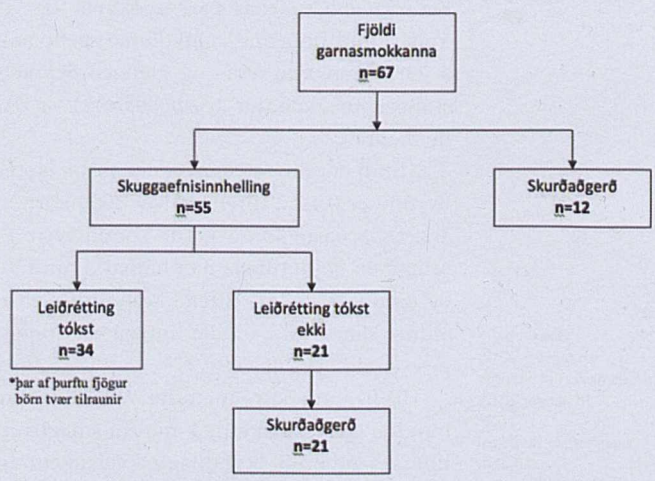
Alls fengu 67 börn garnasmokkun á tímabilinu, 44 drengir (66%) og 23 stúlkur (34%). Miðgildi aldurs var 8 mánuðir og var yngsta barnið þriggja mánaða og það elsta 11 ára. Flest börnin voru á fyrsta aldursári, eða 67%, og komu 84% tilfella fram fyrir tveggja ára aldur (mynd 1). Einungis greindust fjögur börn eldri en fjögurra ára.

Nýgengi á rannsóknartímarbilinu (1986-2010) var að meðaltali 0,4 tilfelli á hver 1000 börn undir eins árs aldri.

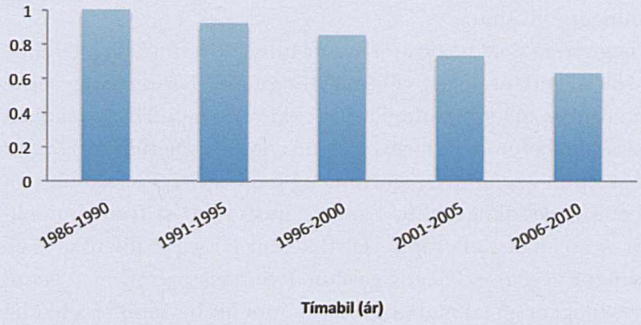
Algengustu einkennin voru uppköst og kviðverkir. Klassísk þrenning einkenna er talin vera kviðverkir, uppköst og blóð í hægðum og kom hún einungis fyrir í 18% tilfella. Tíðni einkenna má sjá í töflu I.

Langflest tilfelli garnasmokkunar voru staðsett á mótum smágirnis og ristils eða 63 (94%). Tvö tilfelli voru í smágirni en ekkert tilfelli í ristli. Í þremur tilfellum var staðsetning garnasmokkunarinnar óþekkt.

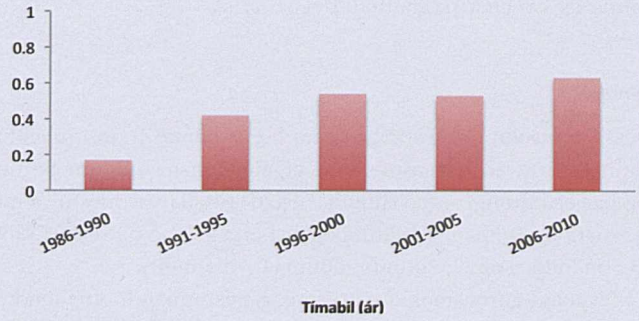
Orsök garnasmokkunar var óþekkt hjá 47 börnum (70%). „Leiðandi punktur" var til staðar hjá 20 börnum og voru þeir allir góðkynja. Þar af voru 11 börn með stækkaðan eitilvef sem greindur var við aðgerð. Sjá má orsakir og tíðni þeirra í töflu II.



Mynd 2. *Ferli meðferðar hjá börnum með garnasmokkun.*



Mynd 3. *Hlutfall barna sem fór í skuggaefnisinnhellingu vegna garnasmokkunar.*



Mynd 4. *Hlutfall barna sem fór í skurðaðgerð vegna garnasmokkunar.*

Skuggaefnisinnhelling var oftast notuð til greiningar, eða hjá 82% barnanna, og ómun var notuð hjá 18% barnanna. Þessar rannsóknaraðferðir gátu hvor um sig staðfest greininguna í 75% tilfella þegar þær voru notaðar (tafla III). Í engu tilfelli var loft notað við innhellingu. Kviðaryfirlit var notað hjá 75% barnanna en í engu tilviki gat kviðaryfirlit staðfest greiningu garnasmokkunar. Rannsóknin var þó gagnleg og á 76% kviðaryfirlita komu fram teikn sem gætu bent til garnasmokkunar, svo sem merki um garnastíflu. Aðrar rannsóknir sem notaðar voru hjá börnum voru tölvusneiðmynd, ristilspeglun og skuggaefnisrannsókn á smágirni (*passage*).

Í 7 tilfellum þar sem grunur var um garnasmokkun hurfu einkenni eftir skuggaefnisinnhellingu án þess að sýnt hafi verið fram á hana og var það talið staðfesta greininguna ásamt klassískum einkennum. Greining þeirra barna var því byggð á einkennum en ekki á myndgreiningarrannsóknum.

Skoða má ferli meðferðar á mynd 2. Alls fóru 55 börn (82%) í skuggaefnisinnhellingu og þar af var meðferðin árangursrík í 62% tilfella. Alls gengust 33 börn (49%) undir opna skurðaðgerð. Annars vegar brátt (n=12) og hins vegar í kjölfar skuggaefnisinnhellingar þar sem ekki tókst að leiðrétta garnasmokkunina (n=21). Hjá 6 börnum (9%) þurfti að framkvæma hlutabrottnám á görn. Hjá flestum barnanna var ástæða hlutabrottnáms fylgikvilli garnasmokkunar, svo sem drep og rof á görn en 5 börn fengu drep í görn og af þeim fékk eitt rof á görn. Hjá einu barni var framkvæmt hlutabrottnám á görn vegna fyrirferðar.

Ekkert barn fékk rof á görn í kjölfar skuggaefnisinnhellingar. Ekkert barn lést vegna garnasmokkunar á rannsóknartímabilinu.

Hlutfall barna sem fór í innhellingu lækkaði jafnt og þétt yfir tímabilið úr 100% fyrstu 5 árin í 63% síðustu 5 árin. Nam lækkunin því 1,9% á ári (p=0,0003; 95% öryggisbil: -0,015 – -0,02) (mynd 3). Hlutfall barna sem fór í skurðaðgerð vegna garnasmokkunar á rannsóknartímabilinu jókst hins vegar úr 17% fyrstu 5 árin í 62% síðustu 5 árin, og nam aukningin því 2% á ári (p=0,027; 95% öryggisbil: 0,004 – 0,037) (mynd 4). Ekki varð marktæk breyting á árangri innhellinga yfir tímabilið (p=0,2; 95% öryggisbil: -0,03 – -0,009) (mynd 5).

Tafla II. *Orsakir garnasmokkunar.*

	Fjöldi (%)
Óþekkt orsök	47 (70)
Stækkaður eitilvefur	11 (16)
Innverptur botnlangi	1 (1)
Meckelssarpur	5 (7)
Blaðra í garnavegg	1 (1)
Briskirtilsvefur í görn	1 (1)
Ofnæmispurpuri (*Henoch Schönlein purpura*)	1 (1)

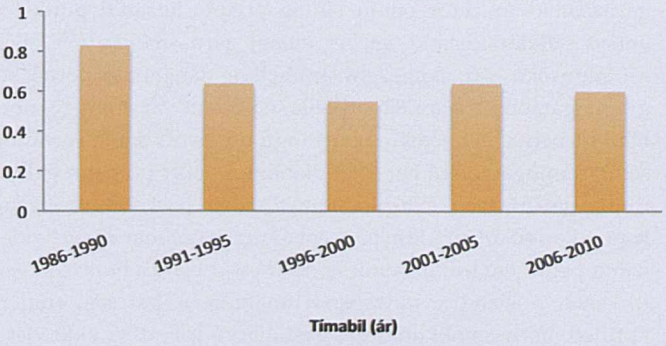
Tafla III. *Greiningaraðferðir.*

Greiningartækni sem var notuð	Fjöldi (%)*	Næmi %
Kviðaryfirlit	50 (75)	0
Ristilinnhelling	55 (82)	75
Ómun	12 (18)	75
Annað**	9 (13)	56

*Hlutfall af heildarfjölda sjúklinga (67).
**Annað: Tölvusneiðmynd, skuggaefnisrannsókn á smágirni (*passage*) og ristilspeglun.

Börn greindust með garnasmokkun allt frá fyrsta til 20. dags innlagnar. Langflest börn, eða 79%, greindust á innlagnardegi. Greining var seinkuð hjá 11 börnum (16%), eða gerð á öðrum til 7. degi innlagnar. Þrjú börn (4%) sem greindust á 8. til 20. degi innlagnar lágu inni vegna annars sjúkdómsástands en garnasmokkun þróaðist á meðan á innlögn stóð. Ekki reyndist munur á því hvaða meðferð börnin fengu, það er skurðaðgerð eða skuggaefnisinnhellingu eingöngu, eftir því hvenær börnin greindust en í báðum hópum var miðgildi greiningardags einn dagur.

Lengd sjúkrahúslegu var allt frá einum degi upp í 39 daga. Flest börn lágu inni í tvo daga en miðgildi sjúkrahúslegu voru fjórir dagar. Börn sem fóru í skurðaðgerð lágu lengur inni miðað við þau sem eingöngu fóru íinnhellingu, miðgildi 7 og þrír dagar.



Mynd 5. *Hlutfall innhellinga þar sem tókst að leiðrétta garnasmokkunina.*

Þrjú börn fengu endurtekna garnasmokkun á rannsóknartímabilinu og var endurkomutíðni því 4,5%.

Umræða

Þessi rannsókn staðfestir það sem hefur komið fram í erlendum rannsóknum að garnasmokkun er algengust í ungum börnum og þar eru drengir í meirihluta.[1,5] Fjöldi tilfella var mestur á milli fjögurra og 10 mánaða aldurs og er þetta svipað og sést í Evrópu (3-9 mánuðir) og í heiminum öllum (4-7 mánuðir).[3,5]

Nýgengi garnasmokkunar er mjög mismunandi eftir löndum. Nýgengi á hver 1000 börn undir eins árs aldri er sambærilegt hér (0,4) og í Evrópu og Bandaríkjunum (0,4-2,2).[3-5,9]

Einkenni garnasmokkunar á Íslandi eru þau sömu og lýst er í erlendum rannsóknum en algengustu einkennin voru uppköst og kviðverkir.[5] Tíðni einkenna er hins vegar mjög mismunandi milli erlendra rannsókna og er líklegt að það orsakist af mismunandi skráningu í sjúkraskrá. Hin klassíska þrenning einkenna, kviðverkir, uppköst og blóð í hægðum, sem talin er hafa hátt forspárgildi fyrir garnasmokkun, kom einungis fyrir í 18% tilfella og því má ekki treysta á hana eingöngu. Þótt flest barnanna hafi verið greind á innlagnardegi var seinkun á greiningu hjá hluta þeirra. Mjög mikilvægt er að greina garnasmokkun eins fljótt og auðið er svo hægt sé að koma í veg fyrir drep og rof á görn. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á að seinkuð greining minnki árangur innhellinga og auki líkur á því að sjúklingur fari í skurðaðgerð og gangist undir hlutabrottnám.[10] Einkenni geta verið ósértæk og óhefðbundin og verður að hafa þessa mismunagreiningu í huga við kviðverki hjá ungum börnum þar sem garnasmokkun er algengasta orsök garnastíflu á aldrinum þriggja mánaða og fram til þriggja ára.[1]

Algengasta staðsetning garnasmokkunar á mótum smágirnis og ristils er í samræmi við erlendar rannsóknir.[1,2]

Orsök garnasmokkunar var óþekkt í tveimur þriðju hluta tilfella og er það í samræmi við þær erlendu rannsóknir þar sem stækkaður eitilvefur er talinn með sem orsök, líkt og gert er í þessari rannsókn.[5] Langalgengasta þekkta orsökin í þessari rannsókn var „leiðandi punktur" vegna stækkaðs eitilvefs sem sást í 16% tilvika en næst algengasti „leiðandi punkturinn" var Meckelssarpur sem kom fyrir hjá 7% barna og er þetta í samræmi við aðrar rannsóknir.[5]

Í dag mæla margir höfundar með notkun ómunar til greiningar í stað skuggaefnisinnhellingar.[8,11] Þeir benda á hátt næmi og sértækni rannsóknarinnar, hún feli ekki í sér inngrip og útsetji sjúklinginn ekki fyrir jónandi geislun. Auk þess að greina garnasmokkun getur ómun einnig greint „leiðandi punkt" og annað sjúkdómsástand sem er ótengt garnasmokkun.[2,8] Í þessari rannsókn var skuggaefnisinnhelling langoftast notuð sem greiningaraðferð, eða í 82% tilfella, en ómun var einungis notuð hjá 18% barna. Þetta vekur spurningu um hvort ómun sé vannýtt sem greiningaraðferð hér á landi. Ómun hefur þó þann galla að röntgenlæknir með reynslu af rannsókninni þarf að vera aðgengilegur allan sólarhringinn, þar sem árangur ómunar er sérstaklega háður þeim sem framkvæmir hana.[8] Þessar bjargir hafa ekki verið til staðar á Íslandi á rannsóknartímanum og þar sem einungis fá tilfelli garnasmokkunar greinast á ári á Íslandi er ekki víst að nægileg reynsla skapist til þess að rannsóknaraðferðin nái fullu greiningargildi sínu.

Hægt er að nota nokkrar aðferðir til meðhöndlunar sjúkdómsins. Hér á landi er notast við innhellingu með baríumskuggaefni. Leiðrétting með loftþrýstingi hefur ekki verið notuð hér á landi en þessi aðferð hefur ýmsa kosti og er víða notuð. Aðferðin er fljótvirk með stuttum gegnumlýsingartíma og því lægri geislaskammti en innhelling með skuggaefni.[8] Notkun ómstýrðrar saltvatnsinnhellingar er að aukast í Evrópu. Helsti kostur þessarar aðferðar er að sjúklingur verður ekki fyrir geislun. Því mæla margir með henni því æskilegt er að takmarka geislaskammt hjá börnum.[8] En líkt og þegar notast er við ómun til greiningar er árangurinn háður þeim sem framkvæmir rannsóknina.[8]

Árangur leiðréttingar með baríuminnhellingu er svipaður og sýnt hefur verið fram á með öðrum aðferðum, það er loftinnhellingu í gegnumlýsingu eða ómstýrðri saltvatnsinnhellingu.[8] Hér á landi eru tilfelli tiltölulega fá og óvíst hvort ástæða er til að taka upp nýjar aðferðir þar sem óvissa um árangur fylgir því að taka upp nýja aðferð í stað gamalreyndrar aðferðar.

Í þessari rannsókn var skuggaefnisinnhelling fyrsta meðferð hjá stærstum hluta barnanna (82%) og var hún árangursrík í 62% tilvika. Þetta er innan þeirra marka sem sést hafa erlendis þar sem árangurinn er mjög mismunandi (55-90%) og notast er við mismunandi aðferðir við innhellinguna.[8] Tíðni skurðaðgerða er sömuleiðis mjög mismunandi erlendis og í nýlegri evrópskri yfirlitsgrein var hún 10-68% en meðalskurðtíðnin var 19%.[3] Þrátt fyrir að árangur innhellinga hér á landi sé innan þess sem víða sést, verður 49% skurðtíðni að teljast hátt hlutfall og hlýtur það að vera markmið okkar að ná betri árangri í greiningu og meðferð með fækkun skurðaðgerða. Skurðaðgerðir eru mun meira inngrip og endurspeglast það í lengri legutíma þeirra sem fóru í skurðaðgerð miðað við þá sem fóru eingöngu í innhellingu. Sú þróun sem sést í þessari rannsókn, að innhellingum sé að fækka og skurðaðgerðum að fjölga, verður því að teljast óæskileg. Skýringin á fjölgun skurðaðgerða á tímabilinu er ekki sú að árangur innhellinga sé að verða lakari, því hann helst nokkuð jafn yfir tímabilið, heldur virðist orsökin vera að fleiri börn fari beint í aðgerð án undanfarandi innhellingar. Ástæður þessa eru ekki ljósar en skýringanna getur verið að leita í nokkrum samverkandi þáttum. Það má velta því fyrir sér hvort þetta stafi af því að áherslur barnaskurðlækna hafi breyst og hvort aukinnar tregðu gæti hjá röntgenlæknum til að framkvæma innhellingu. Hlutfall barna sem þurftu að gangast undir hlutabrottnám á görn var ekki hærra en gerist annars staðar, eða 9%.[3,9,10,12]

Fylgikvillar vegna garnasmokkunar voru drep og rof á görn en 9% barna fengu þessa fylgikvilla. Hins vegar fékk ekkert barn rof vegna skuggaefnisinnhellingar, sem styður áframhaldandi notkun þeirrar meðferðar. Tíðni rofs vegna innhellingar í erlendum rannsóknum er á bilinu 0,4-0,7%.[8]

Í þessari rannsókn dó ekkert barn. Þetta er í samræmi við það sem sést annars staðar, en dánartíðni hefur farið lækkandi í þróuðum löndum.[3]

Endurkomutíðni í þessari rannsókn var 4,5% sem er svipað og sést erlendis.[2]

Kostur þessarar rannsóknar er að á Íslandi eru einungis tveir stórir spítalar sem eru búnir tækjum og þekkingu röntgenlækna

og skurðlækna til að meðhöndla garnasmokkun. Því ætti þessi rannsókn að ná til allra tilfella garnasmokkunar sem hafa komið upp hér á landi á umræddu tímabili. Veikleiki rannsóknarinnar er að hún er afturskyggn. Rannsóknin er því háð þeirri skráningu sem framkvæmd var í sjúkraskrá á hverjum tíma og er ekki um að ræða staðlaða skráningu.

Þakkarorð

Við þökkum Sigríði Pálu Konráðsdóttur ritara fyrir góða aðstoð. Kristján Þór Magnússon faraldsfræðingur fær bestu þakkir fyrir kennslu og góð ráð og Sigrún Helga Lund fyrir hjálp við tölfræðiúrvinnslu.

Heimildir

1. Waseem M, Rosenberg HK. Intussusception. Pediatr Emerg Care 2008; 240: 793-800.
2. Stringer MD, Pablot SM, Brereton RJ. Paediatric intussusception. Br J Surg 1992; 79: 867-76.
3. Huppertz HI, Soriano-Gabarro M, Grimprel E, Franco E, Mezner Z, Desselberger U, et al. Intussusception among young children in Europe. Pediatr Infect Dis J 2006; 25 (1 Suppl): S22-29.
4. Buettcher M, Baer G, Bonhoeffer J, Schaad UB, Heininger U. Three-year surveillance of intussusception in children in Switzerland. Pediatrics 2007; 120: 473-80.
5. Bines JE IB. Acute Intussusception in Infants and Children: A Global Perspective. Vaccines and Biologicals. World Health Organization Department of Vaccines and Biologicals 2002.
6. Cera SM. Intestinal intussusception. Clin Colon Rectal Surg 2008; 21: 106-13.
7. Le Masne A, Lortat-Jacob S, Sayegh N, Sannier N, Brunelle F, Cheron G. Intussusception in infants and children: feasibility of ambulatory management. Eur J Pediatr 1999; 158: 707-10.
8. del-Pozo G, Albillos JC, Tejedor D, Calero R, Rasero M, de-la-Calle U, et al. Intussusception in children: current concepts in diagnosis and enema reduction. Radiographics 1999; 19: 299-319.
9. Tate JE, Simonsen L, Viboud C, Steiner C, Patel MM, Curns AT, et al. Trends in intussusception hospitalizations among US infants, 1993-2004: implications for monitoring the safety of the new rotavirus vaccination program. Pediatrics 2008; 121: e1125-1132.
10. Blanch AJ, Perel SB, Acworth JP. Paediatric intussusception: epidemiology and outcome. Emerg Med Australas 2007; 19: 45-50.
11. Sorantin E, Lindbichler F. Management of intussusception. Eur Radiol 2004; 14 Suppl 4: L146-154.
12. Cochran AA, Higgins GL 3rd, Strout TD. Intussusception in traditional pediatric, nontraditional pediatric, and adult patients. Am J Emerg Med 2010; 29: 523-7.

ENGLISH SUMMARY

Intussusception in children in Iceland

Pétursdóttir K, Rósmundsson Th, Hannesson PH, Möller PH

Introduction: Intussusception occurs when a proximal portion of the bowel invaginates into the distal bowel. It is the most common cause of intestinal obstruction in children between 3 months and 3 years. This study aimed to assess patient profile, clinical presentation, diagnostic methods, treatment and outcome in children diagnosed with intussusception in Iceland.

Material and methods: We conducted a retrospective chart review of all children diagnosed with intussusception in Iceland during a 25 year period (1986-2010). Patients were identified from a medical record database in Iceland's two main hospitals, Landspítali and Akureyri Hospital.

Results: A total of 67 children aged 3 months to 11 years (median age 8 months) were diagnosed with intussusception. Male to female ratio was 3:2. The mean incidence of intussusception was 0.4 cases per 1000 children <1 year old. Intussusception was idiopathic in 70% of patients and occurred in the ileocolic region in 94%. Barium contrast enema was the most common diagnostic test. Barium enema reduction was attempted in 82% of patients and successful reduction rate was 62%. Surgical treatment was required in 49% of patients and involved resection of bowel in 9%. Three children had recurrent intussusception.

Conclusion: The results of treatment for intussusception in Iceland are good. The decline of enemas performed and the rise in surgical treatment observed over the study period is a reason for concern. In this regard there is room for improvement.

Key words: *Intussusception, children, etiology, symptoms, treatment.*

Correspondence: *Páll Helgi Möller, pallm@landspitali.is*

University of Iceland and Landspítali The National University Hospital of Iceland



Sýklabaninn



Azithromycin Actavis

– Vinnur gegn bakteríusýkingum

Filmuhúðaðar töflur, 500 mg, 3 stk.

Sérlyfjatexti á bls. 108

actavis

Sjúkratilfelli:
Öndunarfæraeinkenni hjá sundmanni

Gunnar Guðmundsson [1,2,3] læknir

ÁGRIP

Ungur keppnissundmaður leitaði læknis vegna öndunarfæraeinkenna sem tengdust sundiðkun. Hann reyndist hafa eðlilegt öndunarpróf. Hann greindist með astma með berkjuauðreitniprófi og var settur á viðeigandi meðferð. Gefið er yfirlit yfir reglur íþróttahreyfingarinnar um greiningu astma, hvaða astmalyf eru á bannlista og hvernig er sótt um undanþágu frá þessum reglum. Farið er yfir greiningarpróf astma. Fyrir utan öndunarpróf fyrir og eftir berkjuvíkkun er stuðst við berkjuauðreitnipróf og áreynslupróf. Þá er gefið yfirlit yfir meingerð astma hjá sundmönnum og hvernig hann er talinn tengjast klór sem notaður er sem sótthreinsiefni í sundlaugum og algengi astma meðal keppnisfólks í sundi er skoðað.

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]lungnadeild Landspítala, [3]Læknasetrinu.

Fyrirspurnir: Gunnar Guðmundsson
ggudmund@landspitali.is

Greinin barst 24. nóvember 2012, samþykkt til birtingar 22. janúar 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Tilfelli

Í framhaldi af skoðun hjá heimilislækni á heilsugæslustöð leitaði 18 ára gamall karlmaður til lungnasérfræðings. Um var að ræða keppnismann í sundi sem synti allt að 14 kílómetra á dag og æfði 11 sinnum í viku. Æfingar fóru fram í innisundlaug sem er sérhönnuð til æfinga og keppni. Vatnið í lauginni var klórblandað. Í sundinu upplifði hann erfiðleika við að anda djúpt en hann var hvorki með hósta né slímuppgang. Einkenni drógu úr færni hans sem keppnissundmanns. Hann reykti ekki og var almennt hraustur. Meðganga og fæðing höfðu verið eðlileg og hann hafði ekki verið með tíðar öndunarfærasýkingar né astma sem barn. Hann var ekki með þekkt ofnæmi og það var ekki skýr ættarsaga um astma.

Almenn líkamsskoðun var eðlileg. Öndunarmæling var gerð og er sýnd í töflu 1. Hún var eðlileg og breyttist ekki eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs.

Röntgenmynd af lungum var eðlileg. Berkjuauðreitnipróf með metakólíni sýndi að sá styrkur metakólíns sem orsakaði 20% lækkun á FEV_1 (forced expiratory volume in one second = hratt útöndunarrúmmál) á fyrstu sekúndu var 0,65 mg/ml. Þannig er um að ræða kröftuglega jákvætt próf.

Meðferð var hafin með salbútamól-diskus fyrir áreynslu eftir þörfum og flútícasón-diskus 250 mcg 1 sog tvisvar á dag. Hann fann fyrir nokkurri bót á einkennum með notkun lyfjanna en ekki nægjanlegri og því var hafin meðferð með samsettu lyfi með butesóníð og formóteról.

Tafla I. *Öndunarmælingar.*

	1. koma	2. koma	3. koma
FVC*	128	132	129
FEV_1*	117	114	119
Hlutfall**	76	72	76

FVC (forced vital capacity = hröð fráblástursgeta)
FEV_1 (forced expiratory volume in one second = hratt útöndunarrúmmál)
*Prósentur af spáðu gildi
**Hlutfall milli gilda sjúklings

Endurteknar öndunarmælingar eru sýndar í töflu I og voru þær óbreyttar.

Hann dró síðan úr sundiðkun og sneri sér meira að hlaupum undir berum himni. Við það fann hann minna fyrir einkennum frá öndunarfærum. Hann fór síðan aftur að synda meira í innisundlaug og við það fékk hann aftur meiri öndunarfæraeinkenni.

Umræður

Þessi ungi maður var talinn með astma sem hafði tengsl við sund í klórblandaðri innisundlaug. Ekki var hægt að styðjast við klínísk einkenni eingöngu heldur þurfti að staðfesta greiningu með prófunum. Ekki fékkst fram marktæk breyting á öndunarprófi eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs. Berkjuauðreitnipróf var jákvætt og einkenni minnkuðu við notkun innandaðra astmalyfja auk þess sem þau voru minni við áreynslu við aðrar aðstæður en í innisundlaug. Þegar hann fór að synda oftar og lengri vegalengdir jukust einkenni aftur.

Leiðbeiningar um verklag við greiningu astma hjá íþróttafólki voru gefnar út árið 2012.[1] Dóra Lúðvíksdóttir og Reynir Björn Björnsson eru höfundar í samvinnu við Embætti landlæknis og Landspítala. Áreynsluastmi er skilgreindur sem tímabundin þrenging á berkjum við áreynslu hjá einstaklingi með astma[1-5] en áreynslubundin berkjuþrenging er skilgreind sem skerðing á fráblæstri eftir áreynslu hjá einstaklingum sem jafnvel hafa ekki astmagreiningu.[1-6] Einkenni frá öndunarfærum eru ekki talin nægileg til að greina astma hjá íþróttafólki heldur þarf að gera próf sem sýna fram á berkjuauðreitni eða að gildi fráblástursgetu batna eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfja.[1-3] Þannig er algengast að byrjað sé á öndunarmælingu með og án berkjuvíkkandi lyfja. Þá er viðkomandi látinn anda að sér tveimur sogum af salbútamól, eða samtals 400 mcg. Síðan er öndunarmæling endurtekin eftir 5-15 mínútur. Ef breyting á FEV_1 er 12% eða meira er talið að um astma sé að

ræða því berkjuvíkkun á sér stað.[1] Mæla má breytileika í hámarksútöndunarflæði (*peak flow*) ef öndunarmælir er ekki aðgengilegur.[1]

Ef berkjuvíkkun á sér ekki stað eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs við öndunarmælingu er nauðsynlegt að gera áreynslupróf eða berkjuauðreitnipróf til að staðfesta að um astma sé að ræða.[1-3] Það berkjuauðreitnipróf sem gert er hér á landi er metakólínpróf og er með prófinu fundinn sá styrkur metakólíns sem orsakar 20% lækkun á FEV_1 (PC20). Miðað er við jákvætt próf ef PC20 er lægra en eða jafnt og 4 mg/ml ef viðkomandi er ekki á innúðasterum en lægra en eða jafnt og 16 mg/ml ef viðkomandi hefur notað innöndunarstera í einn mánuð eða lengur.[1] Metakólínpróf eru gerð á göngudeild lungna- og ofnæmisdeildar Landspítala. Önnur berkjuauðreitnipróf sem væri hægt að nota en eru ekki í boði hér á landi eru próf með þurru eða köldu lofti.[7-9] Einnig er hægt að gera berkjuauðreitnipróf með mannitóli.[7-9] Ef gert er áreynslupróf er miðað við að farið sé eftir leiðbeiningum European Respiratory Society og jákvætt próf er talið ef FEV_1 lækkar um 10% eða meira eftir áreynslu.[1-4]

Á heimasíðu Íþrótta- og ólympíusambands Íslands er að finna leiðbeiningar um notkun efna á lista Alþjóðalyfjaeftirlitsins yfir bönnuð efni og aðferðir í lækningaskyni. Nýjar og uppfærðar lyfjareglur tóku gildi 1. janúar 2009.[10] Alþjóðalyfjareglurnar eiga að vernda grundvallarrétt íþróttamanna til að taka þátt í lyfjalausum íþróttum og stuðla þannig að heilbrigði, sanngirni og jafnrétti fyrir íþróttamenn um allan heim, eins og segir á heimasíðunni. Um þrjá hópa íþróttamanna er að ræða samkvæmt reglunum: 1) Íþróttamenn í skráðum lyfjaprófunarhópi þurfa að skila inn fyrirfram öllum umsóknum um undanþágur vegna lækninga. 2) Íþróttamenn sem keppa með landsliðum, spila í efstu deild og hæfir eru til keppni í meistaramótum sérsambanda eru í öðrum hópi. Þeim ber að skila öllum undanþágubeiðnum fyrirfram. Undantekning frá því er ef um innöndunarastmalyf er að ræða. 3) Fyrir íþróttamenn á öðrum stigum er nóg að sækja afturvirkt um undanþágur fyrir notkun efna af bannlista. Varðandi lyf sem notuð eru gegn astma eru öll beta-2-adrenvirk lyf bönnuð nema salbútamól, formoteról og salmeteról sem innöndunarlyf upp að ákveðnum hámarksskömmtum á sólarhring. Innöndunarbarksterar eru ekki á bannlista og ekki samsett innöndunarlyf sem innihalda barkstera og formóteról eða salmeteról.

Fyrir þá sem sækja þurfa um undanþágu vegna notkunar innöndunarastmalyfja er mikilvægt að umsókn sé vel unnin og greining gerð á réttan hátt.[10] Samkvæmt alþjóðlegum reglum um undanþágur vegna lækninga eru nokkur atriði sem sjúkraskrá vegna astmameðhöndlunar ber að innihalda að lágmarki. Koma þarf fram sjúkrasaga og skoðun með áherslu á öndunarfæri. Niðurstöður öndunarmælinga með berkjuvíkkun þarf að liggja fyrir og niðurstöður metakólínprófs ef marktæk berkjuvíkkun (breyting á FEV_1 12% eða meira) hefur ekki átt sér stað. Ekki er minnst á áreynslupróf í þessum leiðbeiningum, né sagt nánar frá hlutverki mælinga á breytileika í hámarksútöndunarflæði.

Astmi sem kemur fram við sundiðkun er vel þekktur.[2,4,11] Klór er notaður við sótthreinsun sundlauga til að halda bakteríum í skefjum. Klóramín eru efni sem myndast þegar klór oxar svita og þvag sem sundlaugargestir bera með sér í laugina. Einnig myndast lofttegundin þríklóríð (NCl_3). Bæði þessi efni geta verið ertandi fyrir öndunarfærin.[12] Einkenni tengd sundiðkun geta komið bæði frá efri og neðri loftvegum. Þannig eru nefbólgur algengar.[13] Rannsóknir hafa sýnt að allt að 76% keppnisfólks í sundi er með áreynsluastma eða áreynslubundna berkjuþrengingu.[2,3,4,6] Margir þeirra eru einkennalausir. Einnig hefur verið sýnt að allt að 60% keppnissundfólks er með jákvætt berkjuauðreitnipróf.[9,14] Talið er að hraðari og dýpri öndun þegar synt er af krafti geti haft áhrif á þekjuvef öndunarfæranna.[2-5,14] Skemmdir á þekjunni ásamt osmósubreytingum leiða til losunar bólgumiðla sem geta virkjað ónæmiskerfið og komið af stað ferli viðgerða eða trefjunar í þekjuvefnum. Talið er að þrátt fyrir að loftið sem sundmenn anda að sér sé bæði hlýtt og rakt samanborið við það loft sem skíðamenn og aðrir vetraríþróttamenn anda að sér, vegi klórinn upp á móti og því geti áreynsluastmi eða áreynslubundin berkjuþrenging komið upp hjá sundmönnum.[2,3] Algengt er að sundmenn séu með óeðlilega lágt hlutfall FEV_1 á móti FVC en engin einkenni um astma. Þetta getur stafað af því að þeir sem æfa sund sem unglingar geta haft mjög stór lungu og þannig haft mjög hátt FVC en FEV_1 verður ekki eins hátt.[15] Sundmaðurinn í þessu sjúkratilfelli virðist hafa mjög stór lungu.

Lyfjameðferð astma hjá sundmönnum er eins og hjá öðrum með astma.[2,4] Þannig eru notuð stuttvirk betaadrenvirk lyf fyrir áreynslu eftir þörfum og getur það verið nægileg meðferð hjá þeim sem eru með vægan astma. Innúðasterar eru notaðir hjá öllum nema þeim sem eru með vægan astma og langvirk betaadrenvirk lyf eru notuð hjá þeim sem svara ekki vel innúðasterum og þá eru gjarna notuð samsett lyf.[2,4] Mikilvægt er að klórnotkun sé haldið í lágmarki í sundlaugum og að allt sé reynt til að draga úr myndun efna sem erta loftvegina.[12] Þar má nefna rækilegan þvott áður en haldið er til laugar. Þá er góð loftræsting í sundlaugum mikilvæg.

Hér hefur verið fjallað um ungan íslenskan keppnismann í sundi sem hafði veruleg öndunarfæraeinkenni við áreynslu og greindist með astma. Astmi sem kemur mest fram við áreynslu er tiltölulega algeng gerð astma sem mikilvægt er að greina og meðhöndla á réttan hátt.

Heimildir

1. Lúðvíksdóttir D, Björnsson RB. Leiðbeiningar um greiningu astma hjá íþróttafólki. Embætti landlæknis 2012. landlaeknir.is/utgefid-efni/skjal/item16547 - nóvember 2012.
2. Bougault V, Boulet LP. Airway dysfunction in swimmers. Br J Sports Med 2012; 46: 402-6.
3. Carlsen KH, Anderson SD, Bjermer L, Bonini S, Brusasco V, Canonica W, et al. Exercise-induced asthma, respiratory and allergic disorders in elite athletes: epidemiology, mechanisms and diagn osis: part I of the report from the Joint Task Force of the European Respiratory Society (ERS) and the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) in cooperation with GA2LEN. Allergy 2008; 63: 387-403.
4. Fisk MZ, Steigerwald MD, Smoliga JM, Rundell KW. Asthma in swimmers: a review of the current literature. Phys Sportsmed 2010; 38: 28-34.
5. Päivinen MK, Keskinen KL, Tikkanen HO. Swimming and asthma: factors underlying respiratory symptoms in competitive swimmers. Clin Respir J 2010; 4: 97-103.
6. Khan DA. Exercise-induced bronchoconstriction: burden and prevalence. Allergy Asthma Proc 2012; 33: 1-6.
7. Castricum A, Holzer K, Brukner P, Irving L. The role of the bronchial provocation challenge tests in the diagnosis of exercise-induced bronchoconstriction in elite swimmers. Br J Sports Med 2010; 44: 736-40.
8. Pedersen L , Winther S, Backer V, Anderson SD, Larsen KR. Airway responses to eucapnic hyperpnea, exercise, and methacholine in elite swimmers. Med Sci Sports Exerc 2008; 40: 1567 -72 .
9. Bougault V, Turmel J, Boulet LP. Bronchial challenges and respiratory symptoms in elite swimmers and winter sport athletes: Airway hyperresponsiveness in asthma: its measurement and clinical significance. Chest 2010; 138 (2 Suppl): 31S-37S.
10. Alþjóðalyfjareglur ÍSÍ. isi.is/pages/lyfjaeftirlit1/althjodalyfjareglurnar/ – nóvember 2012.
11. Romberg K, Tufvesson E, Bjermer L. Asthma is more prevalent in elite swimming adolescents despite better mental and physical health. Scand J Med Sci Sports 2012; 22: 362-71.
12. Florentin A, Hautemanière A, Hartemann P. Health effects of disinfection by-products in chlorinated swimming pools. Int J Hyg Environ Health 2011; 214: 461-9.
13. Boulet LP. Cough and upper airway disorders in elite athletes: a critical review. Br J Sports Med 2012; 46: 417-21.
14. Bougault V, Turmel J, St-Laurent J, Bertrand M, Boulet LP. Asthma, airway inflammation and epithelial damage in swimmers and cold-air athletes. Eur Respir J 2009; 33: 740-6.
15. Silvestri M, Crimi E, Oliva S, Senarega D, Tosca MA, Rossi GA, et al. Pulmonary function and airway responsiveness in young competitive swimmers. Pediatr Pulmonol 2012; DOI: 10.1002/ppul.22542.

ENGLISH SUMMARY

Case report: Respiratory symptoms in a competitive swimmer

Gudmundsson G

A young competitive swimmer consulted a physician because of respiratory symptoms. He was found to have a normal spirometry. Bronchial asthma was diagnosed based on bronchial challenge test and appropriate treatment started. An overview is given on the rules of the National Sports Association on the treatment of asthma, which asthma medications are banned and how to apply for an exemption. Diagnostic studies for asthma are reviewed. In addition to spirometry before and after bronchodilatation, bronchial challenge tests and exercise tests are used. An overview of pathophysiology of swimmer's asthma is given and how it is connected to chloride that is used as a disinfectant. The incidence of asthma among competitive swimmers is reviewed.

Key words: *asthma, sports, diagnosis, swimming.*

Correspondence: *Gunnar Guðmundsson, ggudmund@landspitali.is*

Landspítali, The National University Hospital of Iceland. Faculty of Medicine University of Iceland

Ritrýnar Læknablaðsins 2010 og 2011

Ekkert vísindarit sem vill rísa undir nafni getur verið án ritrýna – þeir gera það að verkum að fræðigreinarnar verða áreiðanlegri og innihaldsríkari. Ritrýnar eiga að fara eftir leiðbeiningum blaðsins um aðferðir og nálgun, og skila greinargerð sem nýtist höfundum uppbyggilega, þeir verða að segja bæði kost og löst. Fræðiefni blaðsins er blindað og hefur verið um áratugabil, ritrýnar vita ekki hverjir eru höfundar efnis og höfundar fá ekki vitneskju um hverjir ritrýna greinar þeirra. Þetta er viðtekin venja við útgáfu vísindaefnis og á að virka einsog dómgæsla í íþróttaleik. *Læknablaðið* birtir greinar um allar tegundir læknisfræði og þarf því liðsmenn úr öllum deildum til að geta staðið við fyrirheit um að tveir til þrír aðilar ritrýni hverja grein. – *Læknablaðið* getur seint fullþakkað ritrýnum sínum sem standa vaktina um vísindalegt innihald félagsblaðs síns. Hér er birtur listi yfir þá sem lögðu blaðinu óeigingjarnt lið sitt á árunum 2010 og 2011.

Védís Skarphéðinsdóttir

Aðalsteinn Guðmundsson
Alexander Smárason
Andrés Magnússon
Anna Birna Almarsdóttir
Anna Þórisdóttir
Arnar Geirsson
Auður Þóra Árnadóttir
Árni Kjalar Kristjánsson
Ásbjörn Jónsson
Ásgeir Haraldsson
Ástráður Heiðarsson
Baldur Tumi Baldursson
Birgir Jóhannsson
Björn Gunnarsson
Björn Magnússon
Björn Rúnar Lúðvíksson
Bolli Þórsson
Bryndís Sigurðardóttir
Brynjar Viðarsson
Brynjólfur Mogensen
Davíð O. Arnar
Einar S. Björnsson
Eiríkur Jónsson
Elfar Úlfarsson
Elínborg Guðmundsdóttir
Elísabet Benedikz
Erla Björnsdóttir
Erla Grétarsdóttir
Erla Gerður Sveinsdóttir
Felix Valsson
Finnbogi Jakobsson
Fritz Berndsen
Gísli Einarsson
Gísli Ingvarsson
Gísli Jónsson
Guðjón Birgisson
Guðjón Kristjánsson
Guðlaug Þorsteinsdóttir
Guðlaug Þórsdóttir
Guðmundur Daníelsson
Guðmundur Vikar Einarsson
Guðmundur Geirsson
Guðmundur Þorgeirsson
Guðrún Aspelund
Guðrún Svanborg Hauksdóttir
Guðrún Sigmundsdóttir
Gunnar Auðólfsson
Gunnar Mýrdal Einarsson
Gunnar B. Gunnarsson
Gunnar Bjarni Ragnarsson
Gunnar Valtýsson
Gunnlaugur Sigfússon
Gylfi Óskarsson
Halla Fróðadóttir
Halla Skúladóttir
Halldóra Ólafsdóttir
Halldóra Þórarinsdóttir
Hannes Hrafnkelsson
Hans Jakob Beck
Haraldur Sigþórsson
Helga Hansdóttir
Helga Á. Sigurjónsdóttir
Helgi Birgisson
Helgi Sigurðsson
Hildur Einarsdóttir
Hilma Hólm
Hjalti Már Þórisson
Hjörtur Kristjánsson
Hrefna Guðmundsdóttir
Hulda Brá Magnadóttir
Hörður S. Harðarson
Inga Sif Ólafsdóttir
Ingvar Þóroddsson
Jóhann Heiðar Jóhannsson
Jón Hrafnkelsson
Jón Gunnlaugur Jónasson
Jón Steinar Jónsson
Jón Snædal
Jónas Geir Einarsson
Karl Andersen
Karl G. Kristinsson
Kolbeinn Guðmundsson
Kristín Huld Haraldsdóttir
Kristinn Sigvaldason
Kristinn Tómasson
Kristján Skúli Ásgeirsson
Kristján Dereksson
Kristján Erlendsson
Kristján Kárason
Kristján Þ. Magnússon
Kristján Oddsson
Kristján Óskarsson
Laufey Tryggvadóttir
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Ludvig Guðmundsson
Magnús Haraldsson
Magnús Karl Magnússon
Margrét Birna Andrésdóttir
Margrét Árnadóttir
María Ingibjörg Gunnbjörnsdóttir
María Heimisdóttir
Már Kristjánsson
Meredith Cricco
Ófeigur Tryggvason
Ólafur Baldursson
Ólafur Már Björnsson
Ólafur Skúli Indriðason
Ólafur Gísli Jónsson
Ólafur Samúelsson
Ólafur Sveinsson
Óskar Einarsson
Páll Hallgrímsson
Páll Ingvarsson
Páll Matthíasson
Páll Torfi Önundarson
Pétur B. Júlíusson
Ragnar Bjarnason
Ragnar Danielsen
Ragnar P. Ólafsson
Ragnheiður Harpa Arnardóttir
Reynir Tómas Geirsson
Runólfur Pálsson
Sigríður Björnsdóttir
Sigrún Arnardóttir
Sigrún Reykdal
Sigurbergur Kárason
Sigurður Guðmundsson
Sigurður Páll Pálsson
Sigurður Þór Sigurðarson
Sigurður Thorlacius
Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
Sóley Þráinsdóttir
Sólveig Jónsdóttir
Stefán Hjörleifsson
Steinn Jónsson
Sveinn Geir Einarsson
Thor Aspelund
Torfi Fjalar Jónasson
Tryggvi Helgason
Unnur Steina Björnsdóttir
Unnur Anna Valdimarsdóttir
Viðar Eðvarðsson
Vigdís Pétursdóttir
Vilhjálmur Ari Arason
Þorbjörn Jónsson
Þorkell Guðbrandsson
Þorsteinn Gíslason
Þóra Steingrímsdóttir
Þórarinn Guðnason
Þórður Herbert Eiríksson
Þórður Harðarson
Þórður Þórkelsson
Þórgunnur Ársælsdóttir
Þórhallur Ágústsson
Þórólfur Guðnason
Örnólfur Valdimarsson

Læknar – hvað eigum við sameiginlegt?

Guðrún Jóhanna Georgsdóttir
gjgeorgs@gmail.com



Mér varð það ljóst í læknanáminu í Kaupmannahöfn að læknir er alls ekki alltaf það sama og læknir. En þrátt fyrir það hafa mér fundist læknar úr alls kyns sérgreinum eða ýmsum þjóðum eiga margt sameiginlegt.

Strax í læknanáminu og einnig síðar fannst mér skína í gegn að þeir sem sækja í þetta starf hefðu almennt áhuga á að stuðla að bættu heilbrigði, hver á sinn hátt. Flestir læknar eru miklir áhugamenn um starf sitt og tileinka allstóran hluta frítíma síns læknisfræðinni á einn eða annan hátt.

Ég verð þó að viðurkenna að ég hef stundum þurft að rifja upp hvað mér hefur fundist stéttin eiga sameiginlegt. Sérstaklega þegar ég hef unnið að félagsstörfum og kjaramálum lækna, þar sem það kemur fram að við störfum að mörgu leyti við mjög ólíkar aðstæður og það eru ólíkir þættir sem hafa áhrif á kjör okkar og starfsaðstæður.

Niðurstöður könnunarinnar sem Davíð Þórisson gerði á facebook-vefnum nú í janúarbyrjun um það hvort læknar ætluðu sér að flytja heim staðfesta enn og aftur að þessi hópur á margt sameiginlegt. Könnuninni svöruðu 147 íslenskir læknar búsettir erlendis. Svör flestra sem völdu að skrifa athugasemdir við niðurlag setningarinnar: „Ég mun flytja til Íslands vegna þess að ....“ voru hjá nánast öllum að það væri vegna fjölskyldunnar. Aðeins einn læknir nefnir þar að hann muni flytja heim vegna þess að hann vilji sérstaklega starfa við íslenska heilbrigðisstofnun. Þannig gæti maður dregið þá ályktun að læknar ættu það sameiginlegt að setja fjölskylduna ofarlega á lista. Mér þótti líka athyglisvert að margir kollegar deila því með mér að sakna íslenskrar náttúru þegar þeir dveljast langdvölum erlendis.

Það var áhugavert í könnuninni að þar svöruðu ekki einungis nýútskrifaðir læknar sem voru nýfluttir út, heldur voru sérfræðingar 39% svarenda. Þá kom í ljós að aðeins þriðjungur svarenda voru nokkuð vissir um að þeir myndu flytja heim á næstu 10 árum.

Tillögur manna að niðurlagi setningarinnar „Það sem ég vil sjá breytast á Íslandi til að ég íhugi heimflutning er ...“ sýna að kjörin skipta mestu máli. Einnig nefndu margir bætta starfsaðstöðu, betri mönnun lækna á stofnunum og meiri virðingu yfirmanna fyrir starfi lækna. Reyndar nefndu nokkrir nýja ríkisstjórn og nýjan Landspítala, það er því aldrei að vita nema þessar tölur breytist eftir kosningarnar í vor. Ofangreindar niðurstöður hljóta að teljast frábærar fyrir fjölskyldur okkar lækna en á sama tíma geta þær vart talist góðar fyrir íslenskt heilbrigðiskerfi.

Það vakti nýlega athygli mína að upplýsingar um niðurstöður starfsánægjukönnunar Landspítala á síðasta ári voru ekki birtar í heild. Því fór ég þess á leit við spítalann að fá nánari upplýsingar um niðurstöðurnar og langar mig að deila með ykkur þeim niðurstöðum sem mér þóttu athyglisverðar. Það skal tekið fram að þær niðurstöður sem ég fékk frá Landspítala eru meðaltal félagsmanna LÍ. Það má því leiða líkur að því að niðurstöður fyrir yfirlækna hafi almennt híft upp meðaltalsniðurstöðurnar.

Þar kom meðal annars fram að einungis 33% félagsmanna töldu að þeir hefðu tíma til að ljúka verkefnum sínum þannig að þeir væru sáttir við þau. Þá töldu aðeins 22% að tækjakostur á þeirra deild væri viðunandi.

Það virtist einnig vera sameiginlegt með þeim læknum sem svöruðu könnuninni að þeim finnst vera of mikið eða allt of mikið álag í vinnunni en 72% félagsmanna svöruðu á þá lund. Þá voru niðurstöðurnar sambærilegar þegar spurt var um það hvort að streita væri of mikil eða allt of mikil í vinnunni en 67% félagsmanna töldu svo vera.

Í niðurstöðum kom fram að 41% töldu að á undanförnu ári hefðu þættir í starfi þeirra og/eða starfsumhverfi stuðlað að langvarandi þreytu. Um þriðjungur taldi að ofangreindir þættir hefðu stuðlað að líkamlegum álagseinkennum. Jafnframt kom fram að 36% töldu að á undanförnu ári hefðu þættir í starfi þeirra og/eða starfsumhverfi stuðlað að starfsleiða.

Vert er að nefna að svörun meðal lækna í könnuninni var því miður frekar dræm, en þetta eru engu að síður sláandi niðurstöður. Það skal talið stjórnendum Landspítala til tekna að hafa framkvæmt slíka starfsumhverfiskönnun, ólíkt mörgum öðrum heilbrigðisstofnunum.

Þegar niðurstöður félagsmanna LÍ eru skoðaðar sérstaklega kemur í ljós að þær eru nær undantekningarlaust lægri en fyrir spítalann í heild. Þá er sérstaklega athyglisvert, í ljósi óánægju hjúkrunarfræðinga, að niðurstöður þeirra félagsmanna eru mun betri en félagsmanna LÍ.

Eftir að hafa skoðað þessar niðurstöður vona ég bara að ef ég þarf að rifja upp hvað við læknar eigum sameiginlegt eftir 10 ár, að það verði ekki það að læknum finnist þeir vera undir allt of miklu álagi og starfi við slök starfsskilyrði.

Stjórn LÍ

Þorbjörn Jónsson, *formaður*
Orri Þór Ormarsson, *varaformaður*
Magnús Baldvinsson, *gjaldkeri*
Salome Á. Arnardóttir, *ritari*
Björn Gunnarsson
Guðrún Jóhanna Georgsdóttir
Magdalena Ásgeirsdóttir
Þórarinn Ingólfsson
Þórey Steinarsdóttir

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

Rafræn sjúkraskrá á landsvísu

Miklar breytingar í farvatninu

Hávar Sigurjónsson

„Tölvukerfi fyrir sjúkrahús og heilsugæslu eiga sér orðið talsvert langa sögu," segir Ingi Steinar Ingason verkefnistjóri rafrænnar sjúkraskrár hjá Embætti landlæknis. Ingi Steinar hefur öðrum fremur yfirsýn yfir þróun tölvukerfa fyrir skráningu gagna og upplýsinga um sjúklinga innan íslenska heilbrigðiskerfisins. Hann hefur unnið við þróun og umsjón þessara kerfa síðastliðin 20 ár.

„Fyrir 20 árum voru nokkur ólík kerfi í gangi hingað og þangað um landið og innan heilbrigðiskerfisins var byrjað að ræða hvort ekki væri mögulegt að taka í notkun heildstæðara kerfi," segir Ingi Steinar. „Útbreiddast var Egilsstaðakerfið sem var eftiráskráningarkerfi þar sem allt var fyrst skráð á pappír og síðan slegið inn í tölvukerfið. Medicus var einnig nokkuð útbreiddur en önnur kerfi uppsett á færri stöðum. Rekstur flestra þessara kerfa gekk illa og fyrirtækin voru að fara á hausinn og allt varð þetta til þess að fyrirtækið Gagnalind var stofnað í þeim tilgangi að setja upp og þjónusta nýtt kerfi. Strax á þessum tíma var líka rætt um að koma á laggirnar sérstöku heilbrigðisneti."

Heilbrigðisráðuneytið gerði síðan samning við Gagnalind um að tölvuvæða alla heilsugæsluna á Íslandi. Þetta þótti stór samningur á sínum tíma en strax í upphafi gætti tortryggni í garð verkefnisins vegna þess að þarna var einkafyrirtæki sem hafði gert mjög stóran samning við ríkið.

„Mitt mat er að þessi tortryggni hafi haft hamlandi áhrif á þróun kerfisins, sem birtist meðal annars í því hversu litlu fjármagni hefur verið veitt til verkefnisins síðan."

Ingi Steinar segir að þetta sé upphaf hins margnefnda Sögukerfis sem enn er við við lýði en hefur gengið í gegnum ótal breytingar og uppfærslur síðan.

Starfað við Sögu frá upphafi

„Ég kom til starfa hjá Gagnalind vorið 1993 og við hófum strax að þarfagreina verkefnið og vorum eins og gráir kettir inni á heilsugæslustöðvunum næsta árið, tókum meira að segja upp á myndbönd dagleg störf lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks til að átta okkur sem best á því hvað þau væru að gera og hverjar þarfirnar væru. Gagnalind sameinaðist síðan öðru fyrirtæki og það svo öðru og alltaf fylgdi Sögukerfið með í kaupunum. Í samningunum við ríkið eru klásúlur um að ef fyrirtækið færi á hausinn eignaðist ríkið kerfið en þannig gerast hlutirnir ekki; fyrirtæki sameinast, skipt er um kennitölu eða nýtt fyrirtæki stofnað á rústum hins eldra."

Eftir mikla forvinnu með ýmsum hópum lækna og heilbrigðisstarfsfólks innan heilsugæslunnar er fyrsta gerð Sögunnar sett upp árið 1997.

„Strax í kjölfarið byrja menn að hugsa hvort ekki sé hægt að nota kerfið líka á sjúkrahúsunum og smám saman verða til ýmsar lausnir í kerfinu fyrir sjúkrahús en í rauninni hefur aldrei verið farið í grunnvinnuna varðandi það hvernig þurfi að bæta Sögukerfið til að það geti nýst sjúkrahúsunum að fullu líka," segir Ingi Steinar. „Staðan hefur í rauninni alltaf verið sú að Sagan hefur verið í notkun inni á sjúkrahúsunum samhliða ýmsum öðrum kerfum sem þar eru rekin en greining og aðlögun fór aldrei fram. Sögukerfið styður ekki nægjanlega vel við starfsemi á sjúkrahúsum að mínu mati. Óánægjan sem var mjög hávær fyrir 4-5 árum stafaði af því að fólkið var þvingað til að nota kerfi sem ekki var lagað að þeim aðstæðum sem það vann við. Svo var reynt að breyta kerfinu til að það hentaði þessum aðstæðum betur og þá kvörtuðu heilsugæslulæknarnir yfir því að það væri að breytast í spítalakerfi."

Eitt helsta umkvörtunarefnið er að hin ýmsu kerfi eru ekki samhæfð. Að ekki sé hægt að ná í upplýsingarnar í gegnum einn og sama aðganginn. Til að öðlast fulla yfirsýn verði læknir að fara inn í mörg mismunandi kerfi og ekki er víst að



Ingi Steinar Ingason verkefnistjóri Rafrænnar sjúkraskrár hefur unnið við tölvukerfi heilbrigðiskerfisins frá upphafi tölvuvæðingar heilsugæslunnar.

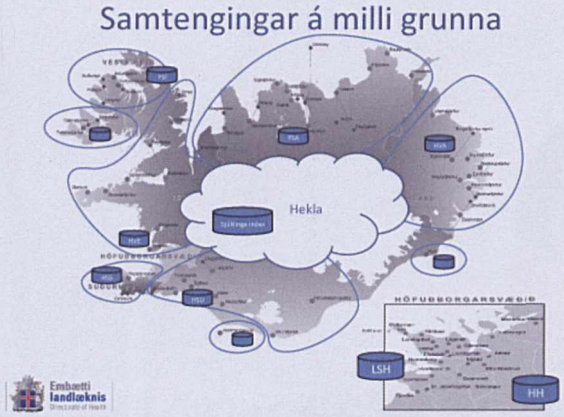
upplýsingarnar séu tæmandi þrátt fyrir það.

„Þetta er náttúrulega það sem ein heildstæð rafræn sjúkraskrá á landsvísu á að leysa," segir Ingi Steinar og segir að sannarlega sé vel mögulegt að koma slíku kerfi á. Það kosti einfaldlega peninga.

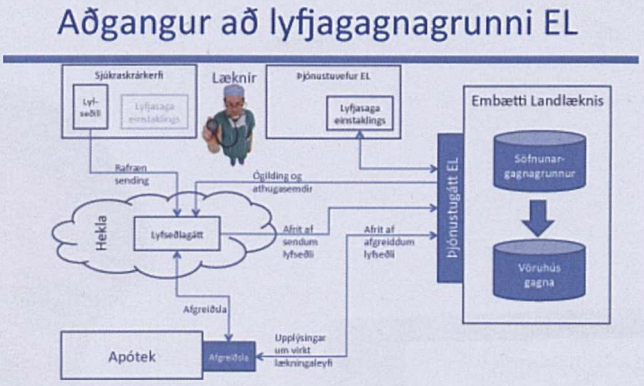
Sextíu kerfi á Landspítala

„Enn í dag er mjög misjafnt hvað stofnanirnar eru að nota mörg kerfi. Á flestum heilbrigðisstofnunum er nánast eingöngu notast við Sögukerfið. Á Landspítala eru 60 kerfi í notkun og fyrir nokkrum árum var algengt að menn væru með 10-12 kerfi opin í einu. Þessu var breytt fyrir um þremur árum þegar Heilsugáttin varð til en þar getur læknirinn nálgast allar helstu upplýsingar um sjúkling án þess að opna hvert kerfi fyrir sig. Þetta hefur gjörbreytt stöðunni en þó verður að viðurkenna að kerfin tala enn ekki nægilega vel saman. Það á sérstaklega við um lyfjakerfin en þar er kerfi fyrir lyfjagjafir inniliggjandi sjúklinga sem hefur lent á hrakhólum með þróun og þjónustu. Þetta kerfi talar ekkert við Sögukerfið og það gekk ekki nægjanlega vel að tengja það við Heilsugáttina og er ennþá umhendis að ná að samræma lyfjagjöf fyrir sjúkling sem verið hefur inniliggjandi en er síðan útskrifaður með breytingar á lyfjum og öfugt. Þetta er slæmur þröskuldur í kerfinu."

Ingi Steinar segir að einn vandinn við Sögukerfið sé að það er upphaflega hugsað fyrir einstakar heilsugæslustöðvar. „Sameining Sögugrunna á landsbyggðinni reynir á þolmörk kerfisins og í ákveðnum tilfellum ræður það tæplega við verkefnið. Dæmi um þetta er á Norðurlandi þar sem kerfi margra sjálfstæðra stofnana hefur verið sameinað í eitt sem hýst er á FSA en tengist síðan í vestur til Sauðárkróks og austur til Húsavíkur. Öðruvísi horfir við á Vesturlandi þar sem einn kerfisstjóri á Akranesi stýrir öllu kerfinu enda er þar um eina stofnun að ræða eftir sameiningar þar. Ef halda á áfram að sameina þarf að taka mikið til í kerfinu. Við þurfum líka að huga að öryggi rafrænna sjúkraskráa, ef allar sjúkraskrár landsmanna eru hýstar á einum stað. Í eldgosunum á Suðurlandi fór ljósleiðarinn í sundur þar og lítið þarf til dæmis að koma upp fyrir norðan og sunnan til að Austurland detti alveg úr tölvusambandi. Spurningin er hvort við sættum okkur við að allt aðgengi heils heilbrigðisumdæmis að rafrænum sjúkraskrám sé háð því að einn strengur fari ekki



Nýi lyfjagagnagrunnurinn er rauntímagrunnur, læknar munu geta skoðað óafgreidda lyfseðla í lyfseðlagáttinni, séð stöðu á fjölnota lyfseðlum og alla afgreidda lyfseðla.



Með tengingu Heklukerfisins við hina ýmsu upplýsingagrunna segir Ingi Steinar að gamall draumur um heilbrigðisnet muni rætast.

sundur. Þetta er ein af ástæðum þess að ég mæli ekki með því að sameina grunnanna meira en orðið er. Ég vil samtengja þá sem er allt annað en sameining. Þegar skoðað er hvernig heilbrigðiskerfi landsins hefur þróast blasir við að heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni þurfa að vera í sambandi við Landspítala og öfugt. Vissulega er þörf fyrir tengingar á milli Norður- og Austurlands eða Suðurlands og Vesturlands svo dæmi séu tekin en hún er miklu minni en hitt. Mest flæði sjúklinga út fyrir heilbrigðisumdæmi er beint á Landspítala og það er einfaldlega mjög sjaldgæft að sjúklingur sem er of veikur til að vera á sjúkrahúsinu í Vestmannaeyjum sé sendur á Selfoss. Hann er sendur beint á Landspítala."

Ingi Steinar segir að nú sé stefnan sem sagt sú að tengja rafrænar sjúkraskrár á landsvísu saman þannig að þeir sem sinna sjúklingum hafi aðgang að nauðsynlegum upplýsingum þegar á þarf að halda. Þetta er gert með kerfi sem nefnist Hekla og er eins konar rafræn samskiptagátt þar sem allar sjúkrastofnanir landsins geta átt samskipti sín á milli á öruggan hátt. „Þetta kerfi hefur verið notað með góðum árangri síðustu árin sem burðarlag fyrir rafræna lyfseðla og ýmsar aðrar gagnasendingar í heilbrigðiskerfinu en Heklan er nú í eigu Embættis landlæknis." Með þessu segist Ingi Steinar loksins vera farinn að sjá að gamall draumur manna um heilbrigðisnet sé að fara að rætast.

Rafræn sjúkraskrá á landsvísu

Embætti landlæknis tók við þróun rafrænnar sjúkraskrár í mars 2012 og vinnur samkvæmt þeirri stefnu velferðarráðuneytisins að hverjum einstaklingi fylgi ein sjúkraskrá frá vöggu til grafar, og að sjúkraskrá sé heildstæð og samtengd fyrir allt landið.

Ingi Steinar segir að tvær leiðir sé hægt að fara varðandi rafræna sjúkraskrá. „Annars vegar er hægt að taka upp algerlega nýtt kerfi, en hins vegar að byggja á kerfum sem til eru. Fyrri leiðin kallar á útboð fyrir allt landið, kostnaður er talinn vera á bilinu 6-12 milljarðar króna og það tekur 5-7 ár að koma slíku kerfi í gagnið og 2-3 ár frá því að ákvörðun er tekin til fyrstu innleiðingar. Þetta er risastórt verkefni, og bæði kostnaðar- og áhættusamt.

Síðari leiðin er að byggja á þeim kerfum sem til eru, og vinna að samtengdri sjúkraskrá í smærri skrefum og þá er kostnaðurinn er 0,6-1,2 milljarðar til að komast á ásættanlegan stað. Embætti landlæknis vinnur núna eftir þessari leið og hún nýtist í að minnsta kosti þrjú ár þó farið verði í útboð á nýju kerfi. Útboðsleiðin verður samt sem áður áfram til frekari skoðunar og umræðu. Í þeirri leið sem nú er unnið eftir erum við að tala um að púsla betur saman því sem til er og bæta við eftir þörfum. Til viðbótar við áðurnefndar sameiningar grunna og samtengingar á milli þeirra er lausnamengið miðlægir landsgrunnar og rafrænar sendingar upplýsinga á milli aðila í gegnum Heklu. Dæmi um miðlæga landsgrunna eru bólusetningarskrá, sem rekin hefur verið miðlæg í nokkur ár, og lyfjagagnagrunnur þar sem rafrænn aðgangur er nú að komast í gagnið fyrir lækna."

Með samtengingum í gegnum Heklu er hægt að sækja upplýsingar á milli gagnagrunna, svo sem um persónuupplýsingar, ofnæmi, virk lyf, greiningar, meðferð, mælingar, komur og innlagnir, og textasýn fyrir komur og innlagnir eða önnur skrán-

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

ingaratriði. Þá segir Ingi Steinar að verið sé að skoða hvort Embætti landlæknis geti ekki greitt fyrir opnun á aðgangi að Heilsugátt fyrir aðila utan Landspítala.

„Með aðgangi að nýja lyfjagagnagrunninum, sem er rauntímagrunnur, geta læknar fljótlega í fyrsta skipti skoðað óafgreidda lyfseðla í lyfseðlagáttinni, séð stöðu á fjölnota lyfseðlum og séð alla afgreidda lyfseðla. Upplýsingarnar takmarkast við þrjú ár aftur í tímann en einnig er unnið að aðgangi fyrir almenning. Samhliða þessari vinnu er unnið að ýmsum endurbótum á lyfseðlagáttinni, til dæmis munu læknar geta ógilt lyfseðla í gáttinni, þeir fá aðvörun ef sending lyfseðils tekst ekki eða gleymist, birting upplýsinga á lyfseðli hjá lækni og apóteki verður samræmd og undanþágulyfseðlum verður komið í rafrænt umhverfi."

Að sögn Inga Steinars er þetta allt liður í þeirri þróun rafrænnar upplýsingamiðlunar innan heilbrigðisþjónustunnar sem ætlað er að vinna að sameiningu og samhæfingu þeirra margvíslegu og flóknu upplýsinga sem unnið er með.

„Verið er að innleiða nýja útgáfu af Sögukerfinu sem felur í sér breytingalista upp á 82 blaðsíður. Það er margt nýtt í þessari útgáfu og henni verður fylgt eftir um allt landið með kynningu fyrir heilbrigðisstarfsfólk. Unnið er að sérstökum Road Map-samningi um Sögukerfið til næstu þriggja ára þar sem betra notendaviðmót, yfirsýn og leitarmöguleikar verða meginmarkmiðin. Við höfum einnig verið að vinna að þróun RAI-kerfisins en á síðasta ári var RAI-mælitæki fyrir heimaþjónustu og hjúkrunarheimili klárað og á þessu ári verður unnið að ýmsum verkefnum, en samþætting RAI-kerfa við önnur kerfi er stærsta verkefnið."

Ingi Steinar nefnir að lokum ýmis önnur verkefni, svo sem tengingu ytri kerfa einsog RISK og EXPEDA inn í Sögu, sjúklingagátt og miðlæga mæðraskrá. „Ég gæti nefnt fleira en látum þetta nægja að sinni," segir Ingi Steinar að lokum.

Heilbrigðisstofnun Suðurlands

Yfirlæknir sjúkrasviðs

Heilbrigðisstofnun Suðurlands auglýsir lausa til umsóknar stöðu yfirlæknis við sjúkrasvið HSu á Selfossi.

Staðan er laus frá 1. júní 2013 eða eftir samkomulagi. Stöðuhlutfall er 100% eða samkomulag, auk vakta.

Starfskjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.

Leitað er eftir lækni með sérmenntun í lyflækningum og áhersla er lögð á hæfileika á sviði samskipta, samvinnu og sjálfstæðra vinnubragða. Stjórnunarmenntun og/eða reynsla er kostur.

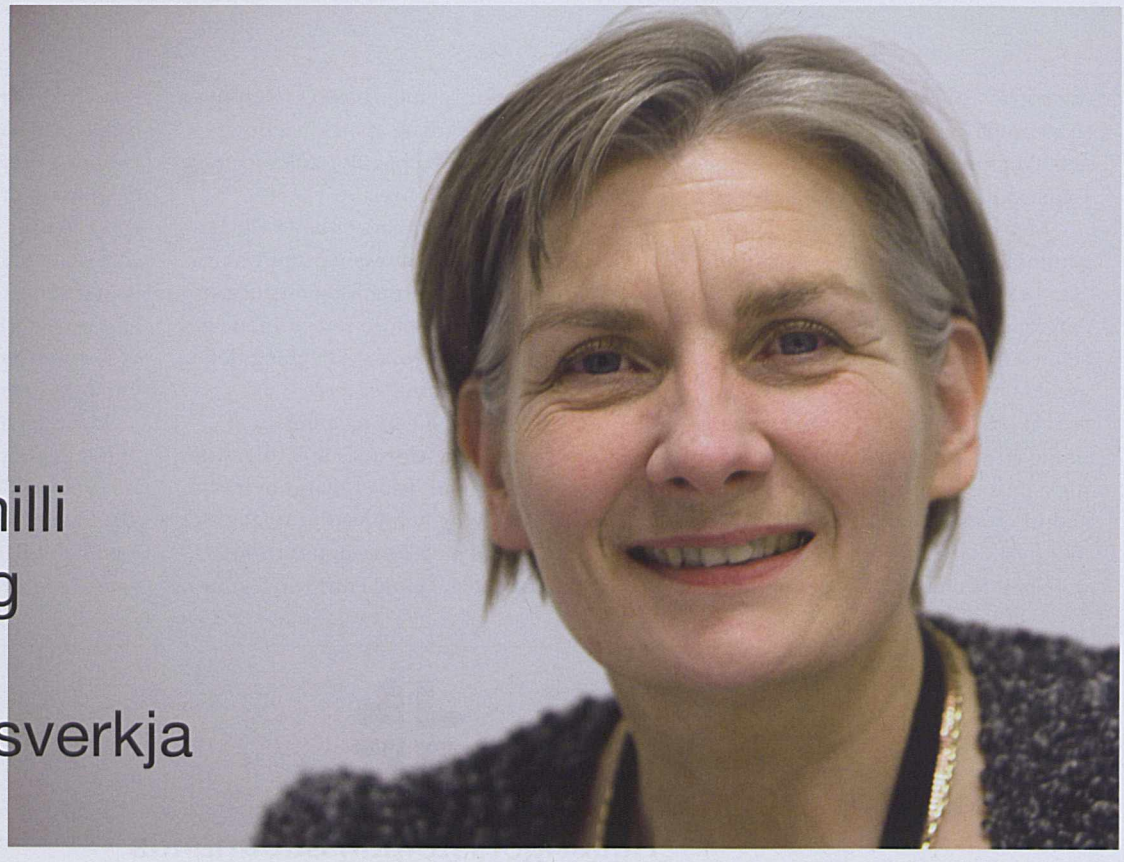
Umsóknarfrestur er til 1. mars 2013.

Upplýsingar veitir Óskar Reykdalsson, framkvæmdastjóri lækninga, í síma 868-1488 eða á netfanginu *oskar@hsu.is.*

Umsóknir með upplýsingum um menntun og starfsreynslu sendist Óskari Reykdalssyni, framkvæmdastjóra lækninga.

Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.

Heilbrigðisstofnun Suðurlands var stofnuð 1. sept. 2004 við sameiningu heilsugæslustöðva á Suðurlandi og Heilbrigðisstofnunarinnar á Selfossi. Þjónustusvæði stofnunarinnar nær til um 20.000 íbúa á Suðurlandsundirlendinu.
Um er að ræða 8 heilsugæslustöðvar, eitt sjúkrahús á Selfossi með 28 legu- og dagdeildarrúmum og 40 hjúkrunarrúmum. Stofnunin sinnir ennfremur heilbrigðisþjónustu á Litla-Hrauni.
Alls eru um 225 stöðugildi við Heilbrigðisstofnun Suðurlands.



„Það er í sjálfu sér mjög skiljanlegt að konur sem þolað hafa kynbundið ofbeldi fái líkamleg einkenni á grindarholssvæðinu," segir Þóra Steingrímsdóttir fæðinga- og kvensjúkdómalæknir.

Tengsl á milli ofbeldis og langvinnra grindarholsverkja

Hávar Sigurjónsson

„Það eru ótvíræð tengsl á milli ofbeldis, misnotkunar, slæmrar fæðingarreynslu og langvinnra grindarholsverkja," segir Þóra Steingrímsdóttir fæðinga- og kvensjúkdómalæknir en hún flutti erindi um efnið á málþingi um langvinna grindarholsverki á Læknadögum.

Ýmsar rannsóknir hafa verið gerðar á tengslum þessara þátta að sögn Þóru en þó geta orsakirnar verið mjög flóknar og af sálrænum og líkamlegum toga hvað í bland við annað. „Það gerir greininguna oft mun erfiðari og inngrip með aðgerðum eða lyfjum koma að litlu gagni þegar svo er ástatt," segir hún.

Þóra segir staðfest að kona sem mátt hefur þola ofbeldi og/eða misnotkun fyrr á ævinni sé líklegri til að upplifa erfiða fæðingu. „Erfið fæðing er hins vegar mjög mikil einkaupplifun og í starfi mínu hef ég séð konur fara ótrúlega yfirvegaðar í gegnum það sem ég myndi kalla erfiða fæðingu og strax daginn eftir eru þær brosandi út að eyrum og alsælar með fæðinguna. Í öðrum tilfellum upplifa konur eðlilega fæðingu sem mjög erfiða og þá spyr maður sig af hverju það geti stafað."

Misskilin tillitsemi við sjúklinginn

Eitt af því sem gerir þetta flókið er að sjaldnast er um að ræða beinan líkamlegan skaða af völdum ofbeldis. „Skaðinn er af sálrænum toga og jafn alvarlegur sem slíkur. Það er í sjálfu sér mjög skiljanlegt að konur sem þolað hafa kynbundið ofbeldi fái líkamleg einkenni á grindarholssvæðinu. Það er einnig mjög skiljanlegt að konur með slíka reynslu í farteskinu óttist fæðingu. Það er einnig eðlilegt, ef engar beinar líkamlegar orsakir finnast fyrir verkjum í grindarholi, að leiða hugann að því hvort konan sé í ofbeldissambandi eða hafi verið beitt ofbeldi fyrr á ævinni. Það getur líka verið mjög erfitt að koma þeirri hugmynd að orsök á framfæri við sjúklinginn. Staðreyndin er sú að það er erfitt þó það ætti ekki að vera það og líklega stafar það af misskilinni tillitsemi við sjúklinginn eða jafnvel ótta við viðbrögð hans. Við óttumst kannski að með því að segja orsakir líkamlegra verkja vera sálrænar, hljómi það eins og læknirinn taki ekki fullt mark á kvörtunum konunnar; sé í rauninni að segja að þetta sé ímyndun en ekki raunverulegir verkir."

Þóra segir að þegar stigið sé yfir þennan þröskuld í samskiptum læknis við sjúkling og konan beinlínis spurð að því hvort hún hafi verið eða sé beitt ofbeldi, þá sé algengasta svarið einfaldlega nei. „Hvort sem það er sannleikanum samkvæmt eða ekki þá eru möguleikarnir fleiri en einn þó svarið sé nei.

Ef konan svarar með já verður eftirleikurinn yfirleitt mun auðveldari. En maður á að spyrja og þó svarið sé nei er rétt að spyrja aftur síðar því það getur vel verið að það þurfi fleiri en eina heimsókn til að konan treysti lækninum fyrir þessari reynslu. Erfiðast fyrir konur er sennilega að horfast í augu við og segja frá sifjaspellum og misnotkun á barnsaldri, þá er einnig erfitt að viðurkenna að maður sé í ofbeldissambandi og í báðum dæmum er það sjálfsásökunin og skömmin sem konan upplifir sem heldur aftur af henni. Auðveldara er að opna umræðuna ef ofbeldissambandi er lokið eða ef um einstakt tilfelli ofbeldis er að ræða."

Þóra nefnir tilfelli sem hún hafði reynslu af í starfi sínu við kvennadeild sjúkrahússins í Uppsölum. „Þar kom inn kona vegna einhverra smámuna sem auðvelt var að laga en skýrslan hennar var þverhandarþykk og

þar sá ég að hún hafði komið ótal sinnum á bráðadeild og farið í hverja aðgerðina á fætur annarri vegna bráðra kviðverkja en aldrei hafði neitt fundist. Ég tók einnig eftir því að konan hafði ekki komið í 5 ár svo ég spurði hana hvort hún hefði flutt burt hvers vegna hún hefði ekki komið svo lengi vegna kviðverkjanna. Hún svaraði því til að hún hefði loksins komist að því að orsökin var sifjaspellin sem hún hafði orðið fyrir í æsku og þegar hún fékk viðeigandi meðferð á öðrum vettvangi leystist þetta vandamál. Þetta opnaði augu mín fyrir því hversu alvarlegt þetta getur verið."

Fæðingarhræðsla og kynbundið ofbeldi

Þóra segir að konum sem gengið hafa í gegnum erfiða fæðingarreynslu bjóðist að koma í viðtal á sérstakri móttöku (Ljáðu mér eyra á kvennadeild Landspítala) og þær koma helst þegar önnur fæðing er framundan. „Það er reynsla okkar og á sambærilegum stöðum í nágrannalöndunum að nær helmingur þeirra kvenna sem lýsa erfiðri fæðingarreynslu hafa samkvæmt okkar mati gengið í gegnum eðlilega fæðingu og án vandkvæða. Upplifunin er allt önnur en mat okkar læknanna og ljósmæðranna. Þessar konur eru mjög hræddar við að fæða aftur og eru mjög líklegar til að hafa verið hræddar við fyrstu fæðinguna líka og fara því með neikvæðu hugarfari inn í fyrstu fæðinguna. Það er einnig mjög vel staðfest að tengsl eru á milli fæðingarhræðslu og kynbundins ofbeldis sem konan hefur orðið fyrir. Sumum konum finnst lausnin vera að barnið fæðist með keisaraskurði en það er oftast slæmur valkostur í þessari stöðu, þar sem heilsufarslegar afleiðingar keisara eru mun verri (að minnsta kosti líkamlegar) en eftir eðlilega fæðingu, til dæmis er meiri hætta á krónískum kviðverkjum. Eftir því sem keisaraskurðir verða fleiri hjá sömu konu margfaldast þessar líkur á fylgikvillum. En keisaraskurður er ekki alltaf og skilyrðislaust verri kostur en fæðing um leggöng, þegar fæðingarhræðslan er bugandi. Stundum eigum við ekki annars úrkosta, en slíkt val þarf að undirbúa vel."

Þóra segir að tíminn sem sé til umráða til að vinna úr svona flóknum málum með konum sem ganga með barn og óttast fæðinguna vera ansi nauman. „Við höfum 6 mánuði frá því konan kemur fyrst í skoðun og þar til hún á að fæða. En því fyrr sem hægt er að taka á vandanum, því betra auðvitað og við höfum ýmis úrræði til að aðstoða konur í þessum aðstæðum en við verðum að gera okkur grein fyrir því að það tekur meira en nokkra mánuði að vinna úr vanda sem á sér kannski áratugalanga forsögu."



Markmiðið er að njóta lífsins þrátt fyrir verki

Hávar Sigurjónsson

Á Reykjalundi hefur um allnokkurt skeið verið boðið upp á hugræna atferlismeðferð í tengslum við meðferð við þrálátum verkjum og að sögn Rúnars Helga Andrasonar sálfræðings hefur þetta gefið góða raun. Rúnar kynnti þetta meðferðarúrræði á málþingi á nýafstöðnum Læknadögum.

„Hugræn atferlismeðferð (HAM) var tekin upp sem meðferðarúrræði á Reykjalundi árið 1997. Þá var HAM að ryðja sér til rúms hér á landi og fáir þekktu út á hvað meðferðin gekk. Nú er ástandið hins vegar gjörbreytt og langflestir hafa heyrt þessarar meðferðar getið, auk þess sem sérhæfing hefur aukist til muna," segir Rúnar.

Á verkjasviði Reykjalundar hefur meðferðin verið þróuð sérstaklega með tilliti til þrálátra verkja og er nú í boði sem sérhæft og gagnlegt meðferðarúrræði.

„Sé litið til sögunnar var HAM upphaflega þróað sem meðferðarúrræði við þunglyndi og í fyrstu var það notað þannig á Reykjalundi. Sjúklingar fengu 12 tíma einstaklingsmeðferð og um mitt ár 2003 fór af stað rannsókn á árangri þessarar HAM-meðferðar. Þeirri rannsókn lauk árið 2008 og þá var farið að rýna í niðurstöður og skoða bæði form og inntak meðferðarinnar sjálfrar. Rannsóknin var mjög ítarleg og niðurstöður hennar merkilegar en við drógum meðal annars þann lærdóm af henni að meðferðina þyrfti að aðlaga betur að sérstökum aðstæðum sjúklinganna hér á Reykjalundi."

Læra að lifa með verkjunum

Að sögn Rúnars eru algengustu verkir sem sjúklingar á Reykjalundi fást við ýmiss konar bakverkir og hálsverkir en geta þó verið af ýmsum öðrum toga. Ávallt er samt um króníska verki að ræða sem þurfa stöðugrar meðferðar við. „Sjúklingarnir verða allflestir að læra að lifa með verkjunum og endurhæfingin gengur út á að gera líf þeirra sem bærilegast þrátt fyrir þá."

Hann segir meginbreytinguna hafa falist í því að hefja hópmeðferð í stað einstaklingsmeðferðar og leggja áherslu á verki sem viðfangsefni. „Við vildum einfalda meðferðina, vinna með sjúklingana í hópum og stytta tímann. Við höfum verið að þróa þessa meðferð undanfarin 3-4 ár og með þeim breytingum sem hafa verið gerðar náum við til mun fleiri einstaklinga en áður. Þegar tölfræðin er skoðuð kemur í ljós að rúmlega 90% þeirra sem koma í endurhæfingu á verkjasviði fara í hugræna atferlismeðferð og á síðasta ári voru 26 hópar keyrðir í gegn. Hver hópur hittist 6 sinnum og í hverjum þeirra eru 4-6 sjúklingar. Við leggjum megináherslu á lífsgæði einstaklingsins þrátt fyrir verki, að lifa með verkjunum fremur en að afneita þeim. Það er reyndar mikilvægt að minnast á það að HAM-meðferðin er hluti af heildrænni meðferð sem sjúklingar á verkjasviði njóta. Þeir kynnast því allskonar öðrum úrræðum og má nefna slökun og streitustjórnun, virkniþjálfun, iðjuþjálfun, sjúkraþjálfun og margt fleira. Fyrir vikið þurfum við ekki að hugsa fyrir þessu í HAM-meðferðinni heldur getum einbeitt okkur að mjög sérhæfðum lausnum sem byggja á HAM-hugmyndafræðinni."

Aðspurður um hvað sé beinlínis lagt fyrir sjúklingana í meðferðinni segir Rúnar að fyrsta skrefið sé að beina athygli þeirra að því hvernig hugsun okkar getur haft áhrif á líðan. „Neikvæðar hugsanir og líkamleg vanvirkni gera verkina mun verri. Þeir sem hugsa stöðugt um hvernig verkirnir hindra þá í því að gera alls kyns hluti og eyðileggja fyrir þeim lífið gera verkina að aðalatriði í lífi sínu. Við viljum fá fólk til að skoða hugsanir sínar gagnvart verkjunum. Þetta snýst ekki um að afneita þeim, enda eru þeir staðreynd, en með því að virkja heilann og þar með hugsunina

Fræðsludagur heimilislækna – AstraZeneca dagurinn 2. mars 2013

Hinn árlegi fræðsludagur heimilislækna verður haldinn á Nordica Hótel fyrsta laugardag í mars.

Öldrunarlæknar og endurhæfingarlæknar eru sem fyrr hjartanlega velkomnir.

Fræðsludagurinn er sem áður skipulagður af FÍH og styrktur af AstraZeneca.

Dagskrá hefst kl. 9.00

Nánari dagskrá verður send læknum sérstaklega.

Fræðslunefnd FÍH

AstraZeneca



„Hugræn atferlismeðferð við þrálátum verkjum er að skila mjög góðum árangri," segir Rúnar Helgi Andrason sálfræðingur á Reykjalundi.

við önnur viðfangsefni fær verkurinn ekki jafn mikla athygli og áður. Þetta byggir á hliðskenningunni (*Gate Control Theory*) sem felst í því að skilja hvernig heilinn skynjar verkinn og hvernig við getum haft áhrif á það. Markmiðið er að geta notið lífsins þrátt fyrir verkina. Það er mjög streituvaldandi að vera í stöðugri afneitun gagnvart þeim og verst er að gefast upp fyrir þeim og láta þá stjórna lífi manns. Einfalt dæmi um þetta er að hugsa sér einstakling sem liggur heima hjá sér uppi í rúmi og getur því einbeitt sér 100% að verkjunum. Ef hann fer út að ganga með vini sínum dreifist athyglin, þriðjungur hennar fer í að gæta þess að hrasa ekki, einn þriðji athyglinnar snýst um samtal við vininn og þá fær verkurinn aðeins þann þriðjung sem útaf stendur. Við biðjum sjúklingana að halda skrá yfir virkni sína, hversu mikla ánægju þeir höfðu af því sem þeir aðhöfðust og hversu mikla verki þeir upplifðu á meðan. Þetta er í rauninni kynning á atferlisþætti meðferðarinnar, hversu mikil áhrif atferli okkar hefur á líðanina. Síðan tökum við hugræna þáttinn inn í myndina þar sem við sýnum hvernig afstaða okkar til verkjanna mótar líðan okkar."

Að taka jákvæða afstöðu til aðstæðna

„Í þriðja tíma biðjum við fólk að skrá hugsanir sínar þegar það lendir í ýmiss konar aðstæðum. Hvaða afstöðu tekur þú til þeirra aðstæðna sem þú lendir í? Í fjórða tíma höldum við áfram með þetta og hvetjum sjúklingana til að endurmeta afstöðu sína, túlka aðstæður á annan hátt, lesa annað úr hegðun sinni og annarra. Oftast er þetta spurning um að breyta neikvæðri afstöðu í uppbyggilega afstöðu og átta sig á því hvernig afstaða okkar til hlutanna hefur áhrif á það hvernig okkur líður. Við spyrjum því hvort afstaðan sé gagnleg eða niðurbrjótandi. Í fimmta tímanum köfum við enn dýpra, skoðum þau gildi sem fólk hefur tekið með sér út í lífið úr uppeldinu og lífshlaupi sínu almennt. Það er til dæmis algengt á Íslandi að fólk skilgreini sig útfrá vinnu og vinnuframlagi. Margir sem hafa orðið að hætta að vinna eða draga úr vinnu, eiga erfitt með að endurmeta stöðuna á jákvæðan hátt ef gildismatið liggur þarna. Það er reyndar bæði flókið og einstaklingsbundið að vinna með undirliggjandi kjarnaviðhorf eða gildi og ekki svigrúm til að fylgja þessu eftir í svona stuttri meðferð, svo við stígum varlega til jarðar þarna. Í síðasta tímanum er síðan upprifjun á efninu og lögð áhersla á bakslagsvarnir með því að greina helstu hættumerki sem geta komið upp í framtíðinni. Hvaða aðstæður, hugsanir og hegðun þarftu að varast og hvernig ætlarðu að bregðast við ef slíkt kemur upp."

Rúnar lýsir þessu sem stuttum og hnitmiðuðum pakka. „Við keyrum þetta í gegn á þremur vikum og það hefur gefið góða raun. Þessi meðferð er að skila mjög góðum árangri sem hluti af þeirri heildarmeðferð sem verkjasvið Reykjalundar býður uppá. Vissulega er þetta meðferð af því tagi sem kallar á þverfaglega nálgun og virka þátttöku sjúklingsins. Sumir umbreytast algerlega í endurhæfingunni og segjast hafa öðlast nýtt líf. Það er mjög hvetjandi. Hugræn atferlismeðferð er mjög gagnleg meðferð en ég legg áherslu á að hún er hluti af mjög heildrænni nálgun. Samhliða er unnið með lífsstíl, hreyfingu, áhugamál, mataræði og fleira. Tilgangurinn er að kenna sjúklingnum aðferðir til að bera ábyrgð á sjálfum sér og stjórna eigin líðan og hegðun."



Undirbúningsnefnd Læknadaganna var klappað lof í lófa fyrir vel unnið starf. Frá vinstri: Össur Ingi Emilsson, Gunnar Bjarni Ragnarsson, Ólafur H. Samúelsson, Gerður Gröndal, Arna Guðmundsdóttir og Margrét Aðalsteinsdóttir.

Læknadagar 2013

Öflugt og vandað vísindaþing

Árlegum Læknadögum í Hörpu lauk föstudaginn 25. janúar eftir fimm daga törn; að vanda rak spekingaglíman endahnútinn á þétta og fjölbreytta dagskrána sem staðið hafði sleitulaust frá því í bítið á morgnana og fram á kvöld alla dagana. Læknafélag Reykjavíkur efndi síðan til árshátíðar á laugardagskvöldið með glæsilegum matseðli, gamanmálum og dansi.

„Ég er mjög sátt við þessa síðustu Læknadaga sem ég stýri," sagði Arna Guðmundsdóttir en hún tilkynnti á síðasta ári að hún vildi láta af starfi sem framkvæmdastjóri Fræðslustofnunar Læknafélags Íslands. Við starfinu tekur Gunnar Bjarni Ragnarsson sem starfaði við hlið Örnu að skipulagi þessara Læknadaga og kvaðst hann taka við góðu búi. „Læknadagar eru í góðum farvegi og hafa fest sig í sessi hér í Hörpu. Húsið hentar okkur mjög vel og ég geri ekki ráð fyrir breytingum á fyrirkomulagi þeirra. Ég sé fyrir mér að við munum leggja enn frekari áherslu en áður á tæknilegu hliðina og munum reyna að taka upp á myndbönd sem mest af fyrirlestrum og málþingum



Gísli Vigfússon og Haukur Hjaltason höfðu margt að spjalla.



Margrét Aðalsteinsdóttir og Arna Guðmundsdóttir ánægðar með árangurinn.



Engilbert Sigurðsson, Arna Guðmundsdóttir, Þorbjörn Jónsson, Magnús Karl Magnússon, María Heimisdóttir, Georg Bjarnason og Ásgeir Bjarnason.



Tveir höfðingjar. Tryggvi Ásmundsson og Steinn Jónsson.



Geðlæknarnir Páll Matthíasson, Guðrún Geirsdóttir, Sigurlaug Karlsdóttir, Ómar Hjaltason og Halldóra Ólafsdóttir.

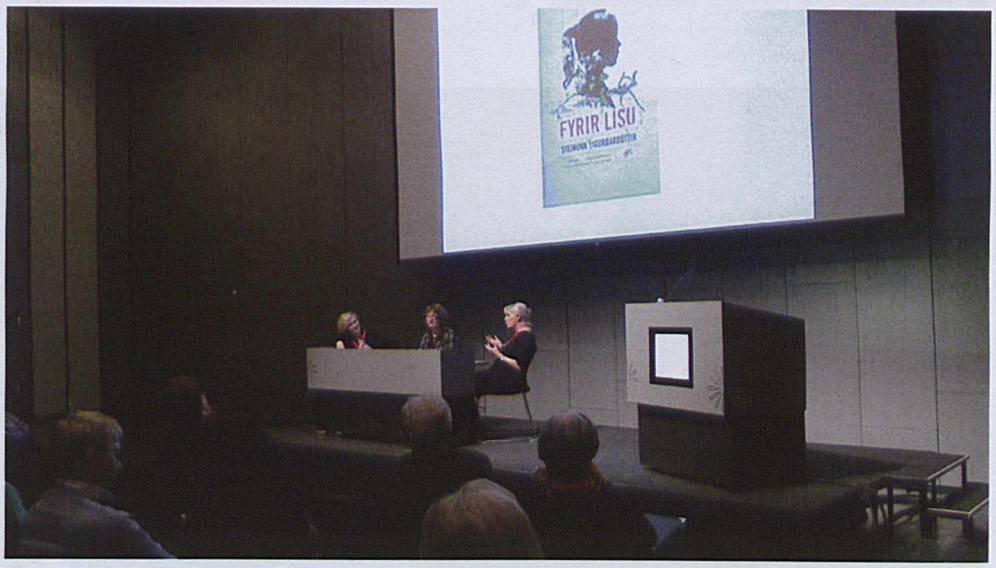


Deildarlæknarnir Hulda Ásbjörnsdóttir, Ásgeir Þór Másson og Guðbjörg Jónsdóttir.

svo hægt sé að leggja efnið út á vef Læknafélagsins í kjölfar Læknadaganna. Þá stefnum við að því að hafa hluta Læknadaganna á ensku til að þeir hafi aukið aðdráttarafl fyrir erlenda kollega okkar."

Að sögn Margrétar Aðalsteinsdóttur á skrifstofu Læknafélagsins sem sinnt hefur framkvæmd Læknadaganna var aðsókn heldur minni í ár en í fyrra. „Það á sér þó eðlilegar skýringar, nokkuð var um forföll vegna veikinda, en þrátt fyrir það voru um 800 manns skráðir og verður það að teljast nokkuð góð aðsókn."

Af þeim þátttakendum sem *Læknablaðið* ræddi við á göngum Hörpu á milli málþinga og fyrirlestra þá nefndu þeir fjölbreytnina



Þessar þrjár náðu vel saman á Læknadögum: Hrönn Harðardóttir geðlæknir, Dagný Kristjánsdóttir bókmenntafræðingur og Bryndís Benediktsdóttir heimilislæknir - þær slógu botninn í málþing um sjúklinginn og læknislistina í bókmenntum með því að ræða tvær nýjustu bækur Steinunnar Sigurðardóttur, Jójó og Fyrir Lísu, en í þeim bókum er kynferðisleg misbeiting og grafalvarlegar afleiðingar hennar í brennidepli. Símamynd: Védís.



A-liðið: Hjalti Már Þórisson, Guðrún Eiríksdóttir og Arnar Geirsson.

sem stærsta kost Læknadaganna og vildu einnig undirstrika gæði fyrirlestranna. „Við eigum orðið mjög sterkan og breiðan hóp öflugra vísindamanna í læknisfræði," sagði einn viðmælanda og fleiri tóku undir það. Erlendir fyrirlesarar juku einnig á fjölbreytni og gæði dagskrárinnar. Er það samdóma álit allra viðmælanda að Læknadagarnir séu öflugt og vandað vísindaþing sem þó tekur sig ekki alltof hátíðlega því í bland við alvöru vísindanna var brugðið á leik í upphafi með endursögn Óttars Guðmundssonar og félaga um geðveiki í Brennu-Njálssögu og síðan með fróðleik og gríni í lokin með Spekingaglímu undir stjórn Gunnars Guðmundssonar.



Glímustjórinn Gunnar Guðmundsson brosti breitt og sagði þetta verða sína síðustu keppni.



Ómar Sigurvin Gunnarsson, Maríanna Garðarsdóttir og Svanur Sigurbjörnsson skipuðu B-lið spekingaglímunnar.



Óttar Guðmundsson renndi sér yfir Njálssögu með tóndæmum úr íslenskri dægurtónlist ásamt Jóhönnu Þórhallsdóttur söngkonu og hljómsveit, Aðalheiði Þorsteinsdóttur, Gunnari Hrafnssyni og Kjartani Guðnasyni.



Arna Guðmundsdóttir afhenti Gunnari Bjarna Ragnarssyni Læknadagana til umsjónar og voru bæði jafn ánægð.



Nordic Specialist Course in Palliative Medicine 2013-2015

Lokadagur umsókna – 15. mars 2013

Samnorrænt sérfræðinám lækna í líknarmeðferð
Lífið, samtök um líknarmeðferð á Íslandi, hefur í samvinnu við norræn sérfræðifélög líknarlækna staðið fyrir sérfræðinámi í líknarmeðferð fyrir lækna frá og með haustinu 2003. Sjötta námskeiðið hefst haustið 2013. Námið er tveggja ára fræðilegt nám sem skipt er í 6 fimm daga námskeið:

1. Introduction to palliative medicine and to course projects.
   Symptom management in palliative care.
   Þrándheimi, 23.-27. september 2013
2. The imminently dying. Audit in palliative care.
   Helsinki, 27.-31. janúar 2014
3. Communication I. Ethics. Teamwork.
   Malmö, 5.-9. maí 2014
4. Decision making in palliative medicine. Emergencies in palliative medicine. Complementary and alternative treatments. Organisation of palliative care in the Nordic countries. Teaching. Follow up on course projects.
   Bergen, 22.-26. september 2014
5. Communication II. Pain. Follow up on course projects.
   Kaupmannahöfn, 26.-30. janúar 2015
6. Management and organisation. Palliative care in non-malignant diseases.
   Presentation of research projects. Examination and evaluation.
   Stokkhólmi, 20.-24. apríl 2015

Námskeiðunum fylgja heimaverkefni, þátttakendur þurfa að skila afmörkuðu rannsóknarverkefni og skriflegt próf er í lokin. Kennt er á ensku. Tveir Íslendingar eiga þátttökurétt. Vefsíða: *nscpm.org*

Öll námskeiðin kosta 4020 evrur, auk húsnæðis og fæðis. Áhugasamir hafi samband við Valgerði Sigurðardóttur, yfirlækni á líknardeild Landspítala í Kópavogi, sem gefur allar frekari upplýsingar, sendir út umsóknareyðublöð og er tilbúin að aðstoða við styrkumsóknir. Sími: 543 6337, valgersi@landspitali.is

Líknarlækningar eru viðkennd sérfræðigrein í Bretlandi, Ástralíu og Bandaríkjunum, í nokkrum Austur-Evrópulöndum og í Asíu. Þær eru þegar viðurkenndar sem undirsérfræðigrein í Svíþjóð og Noregi og námskeiðið samsvarar þeirri fræðilegu þekkingu sem þar er krafist. Námið er einungis ætlað þeim sem hafa lokið sérnámi í læknisfræði þannig að líknarlækningarnar verða undir- eða viðbótarsérgrein.



Upplýsingafundur um skýrslu vinnuhóps Læknafélags Íslands um Almenna lífeyrissjóðinn var vel sóttur og greinilegt að margir höfðu áhuga á að heyra nánar um málefni sjóðsins í kjölfar skýrslunnar.

Enginn sá hrunið fyrir

Hávar Sigurjónsson

Læknafélag Íslands efndi til upplýsingafundar um skýrslu vinnuhóps LÍ um Almenna lífeyrissjóðinn þann 10. janúar síðastliðinn. Stjórn LÍ skipaði vinnuhópinn á síðasta ári í kjölfar stórrar skýrslu um málefni lífeyrissjóðanna í landinu er fjallaði um fjárfestingastefnu, ákvarðanir og lagalegt umhverfi lífeyrissjóðanna í aðdraganda hrunsins. Sú skýrsla kom út í febrúar 2012, var 700 blaðsíður og vakti talsverða athygli. Komst Þorbjörn Jónsson formaður LÍ svo að orði er hann setti fundinn að hann hefði orðið undrandi hversu ákveðið og harkalegt orðalag skýrsluhöfunda hefði verið.

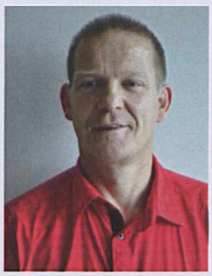
Ekki þarf að fjölyrða um tilefni fundarins að öðru leyti en því að Almenni lífeyrissjóðurinn tapaði nær 30 milljörðum í hruninu og í kjölfarið hafa lífeyrisréttindi lækna verið skert um tæp 25%.

Vinnuhópurinn sem stjórn LÍ skipaði skilaði skýrslu sinni í haust og byggði hana að mestu á þeim kafla stóru skýrslunnar sem fjallaði um málefni Almenna lífeyrissjóðsins. Vinnuhópinn skipuðu Andrés Magnússon, Orri Þór Ormarsson og Sverrir Jónsson. Ekki er ætlunin að rekja efni þeirrar skýrslu hér enda má lesa hana í heild á heimasíðu Læknafélagsins www.lis.is ásamt svörum stjórnar Almenna lífeyrissjóðsins við þeirri gagnrýni sem sett er fram í skýrslunni. Fundinum var fyrst og fremst ætlað að upplýsa félagsmenn um stöðu mála, fara yfir söguna og hugsanlega lægja þær öldur reiði og gremju sem fylgdu í kjölfar fregna af hinu mikla tapi sjóðsins og skerðinga á réttindum sjóðfélaga.

Andrés Magnússon hafði framsögu fyrir nefndina og rakti skýrslu hennar efnislega og sagði að erfitt væri að fjalla um þetta mál án þess að umræðan yrði persónuleg og beindist að stjórnendum Almenna lífeyrissjóðsins en þó væri mikilvægt að ræða málið opinskátt án persónulegra ávirðinga. Gunnar Baldvinsson framkvæmdastjóri Almenna lífeyrissjóðsins og Sigurbjörn Sveinsson formaður stjórnar sjóðsins höfðu framsögu fyrir hönd sjóðsins og sögðu skýrsluna bæði fulla af rangfærslum og að ýmis ummæli í henni væru persónulega meiðandi fyrir stjórnendur sjóðsins. Er bent á svar stjórnar Almenna lífeyrissjóðsins sem liggur á heimasíðu Læknafélags Íslands og greinargerð Gunnars Baldvinssonar til frekari glöggvunar á skýringum sjóðstjórnenda. Má segja að kjarni skýringa þeirra felist í því að enginn hafi séð efnahagshrunið fyrir og allir unnið eftir bestu sannfæringu og samvisku og ávallt með hagsmuni sjóðfélaga að leiðarljósi. Sigurbjörn kynnti þá ályktun stjórnar sjóðsins að kalla til lögfræðing er rannsaka skyldi trúverðugleika þeirra ásakana er fram kæmu í báðum skýrslunum.

Fundurinn var vel sóttur og höfðu menn á orði að líklega yrðu umræður bæði heitar og langar. Svo reyndist þó ekki vera og var sáttatónn í fundarmönnum er tjáðu sig í pontu. Tryggvi Ásmundsson sem talsvert hefur gagnrýnt stjórnendur Almenna lífeyrissjóðsins sagði að þeir yrðu að geta tekið því að vera skammaðir en líklega væri best að horfa fram á veginn og hann kvaðst sjá lítinn tilgang í því að fenginn yrði lögfræðingur með tilheyrandi kostnaði til að rannsaka málið enn frekar. Undir þetta tóku aðrir er tjáðu sig en annað mál er hvort stjórn Almenna lífeyrissjóðsins ályktar á annan hátt í kjölfar fundarins.

Er reyklaust tóbak lyf að mati lækna?





Pétur Heimisson
heimilislæknir
petur@hsa.is

Eyjólfur Þorkelsson
almennur læknir
eyjolfur.thorkelsson@gmail.com

Frumvarpi um breytingar á lögum um tóbaksvarnir og lögum um verslun með áfengi og tóbak (þingskjal 641, 499. mál) er sérstaklega ætlað að sporna gegn tóbaksnotkun ungs fólks. Efnislega eru undirritaðir sammála frumvarpinu og því hugsi yfir umsögn sem Lúðvík Ólafsson lækningaforstjóri og Þorsteinn Blöndal yfirlæknir gáfu í nafni Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Þrennt kom okkur einkum á óvart:

1. Umsögnin er algjörlega andstæð okkar mati á frumvarpinu, og ekki bara okkar heldur líka mati landlæknis, Hjartaverndar og Krabbameinsfélagsins.
2. Annar þeirra sem undirrita hana er einn ötulasti klíníski tóbaksvarnalæknir síðustu áratuga.
3. Umsögnin er gefin í nafni þess vinnustaðar sem hýsir flesta heimilislækna landsins og er okkur spurn hvort þeir séu almennt sammála mati Lúðvíks og Þorsteins.

Inntak umsagnarinnar er andstaða við bann á reyklausu tóbaki, sbr. „... hvers vegna verið er að banna, vegna heilsufarsáhrifa, allt munntóbak sem er saklausara en reyktóbak sem er leyfð vara." og „Vel hreinsað efni eins og sænska snusið hefur mun lægri sjúkdómatíðni í för með sér en annað minna hreinsað munntóbak." Sérkennilegust er þó setningin: „Þó ekki sé verið að mæla með tóbaksnotkun yfirleitt eða nikótínfíkn verður ekki hægt að fullyrða annað en að ávinningur sé í því fyrir hvern og einn að nota alfarið munntóbak í stað reykinga."

Þetta kemur hornrétt á það sem við töldum viðurkennda þekkingu, nefnilega:

1. Reyklaust tóbak á fyrst og síðast að bera saman við „náttúrlegt ástand" - tóbaksleysi en ekki tóbaksreykingar. Það er alkunna að reykingar eru sennilega sú hættulegasta iðja sem þekkist og er því flest hættuminna en reykingar, jafnvel þó verulega skaðlegt sé.
2. Afleiðingar af notkun reyklauss tóbaks eru óþekktar. Annað er ekki hægt að fullyrða, og allt tal um skaða eða skaðleysi byggir ekki á sannreyndum vísindum. Afar fáar haldgóðar rannsóknir hafa verið gerðar á notkun þess og langtímaáhrifum en þær hafa þó bent meðal annars til hærri dánartíðni af kransæðastíflu og aukinnar tíðni krabbameins í meltingarfærum. Þessu voru gerð góð skil í „kerfisbundnu yfirliti" (*systematic review*) sem unnið var fyrir norsk heilbrigðisyfirvöld 2005 (Virkninger af snusbruk, Dybing E, et al.)
3. Nokkrar rannsóknir töluðu fyrir reyklausu tóbaki sem leið til reykleysis. Þær voru margar hannaðar af Swedish Match (stórum snusframleiðanda) sem þó var svo forhert að láta leppa eins og fyrirtæki Lars Ramström vinna þær og aðkomu SM var hvergi getið. Gunilla Bolinder (sænskur doktor í reyklausu tóbaki) upplýsti þetta eftirminnilega á alþjóðlegu tóbaksvarnarþingi um árið og ótrúlegt að nokkur gleymi því sem á annað borð vissi. Árangurinn af snusi sem leið til reykleysis er þannig í besta falli óviss. Dæmi sýna einnig að allt eins líklegt er að notendur munntóbaks reyki einnig.
4. Helsti markhópur framleiðenda munntóbaks er ekki fólk á miðjum aldri sem vill hætta að reykja heldur ungt fólk með litla eða enga reykingasögu. Í munntóbakið blanda framleiðendur efnum til að bæta bragð, gefa góða lykt og auðvelda upptöku nikótíns. Ekki eru nema 30 ár síðan sígarettuframleiðendur gerðu nákvæmlega hið sama í nákvæmlega sama tilgangi – laða nýja notendur að.
5. Notendur munntóbaks eru mun útsettari fyrir nikótíni en reykingamenn. Að jafnaði eru þeir með í vörinni í um 9-12 klukkustundir daglega; vel þekkt er að sumir nota það jafnvel í svefni.

Vel má vera að þessi sjónarmið okkar byggi ekki á nýjustu rannsóknum. Við biðjum því Lúðvík og Þorstein að upplýsa okkur:

1. Hver er heilsufarsleg áhætta (AR) munntóbaksnotkunar og hver er hlutfallsleg áhætta (RR) þegar borið er saman við tóbaksleysi?
2. Hvað sýna rannsóknir um árangur af munntóbaki sem meðferð til reykleysis?
3. Hvernig kemur snusið út borið saman við nikótínlyf ellegar vareniclín og búprópíon?
4. Hvert er NNT (*number-needed-to-treat*) ef ávísað er munntóbaki?
5. Nú þegar menn eru í fúlustu alvöru farnir að ræða „end-game" í tóbaksvörnum, það er að sígarettur hverfi af markaði, er þá rökrétt að hampa annarri tegund af tóbaki – og að það séu læknar sem geri það?

Við lýsum eftir skoðunum lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna á þessu máli.

Egilsstöðum, á þorra 2013

Tveir læknar hlutu Nóbels-verðlaunin í efnafræði 2012



Magnús Karl Magnússon
prófessor í lyfja- og eiturefnafræði og forstöðumaður rannsóknarstofu í lyfja- og eiturefnafræði við læknadeild HÍ
magnuskm@hi.is



Guðmundur Þorgeirsson
yfirlæknir á Landspítala og prófessor í lyflæknisfræði og deildarforseti læknadeildar HÍ

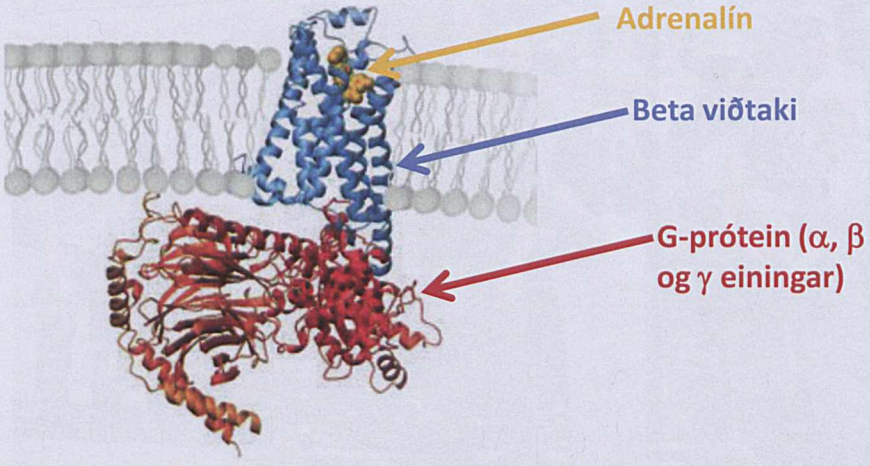
Nóbelsverðlaunin í efnafræði 2012 voru veitt fyrir rannsóknir á G-próteintengdum viðtökum og féllu í skaut tveimur bandarískum læknum, Robert J. Lefkowitz, prófessor í lyflæknisfræði og lífefnafræði við Duke-háskóla, og Brian K. Kobilka, prófessor í sameinda- og frumulífeðlisfræði og hjartasjúkdómafræði við Stanford-háskóla.

Í tilkynningu Konunglegu sænsku vísindaakademíunnar segir: „Líkaminn er fínstillt kerfi þar sem billjónir frumna eiga samskipti. Sérhver fruma býr yfir viðtökum sem skynja umhverfið og gera frumunni kleift að bregðast við nýjum aðstæðum. Robert Lefkowitz og Brian Kobilka fá Nóbelsverðlaunin í efnafræði fyrir uppgötvanir sem marka tímamót með því að varpa ljósi á það hvernig viðtakar úr ákveðinni fjölskyldu viðtaka, svokallaðra G-próteintengdra viðtaka, vinna sitt verk." Síðar í tilkynningunni segir: „Á síðasta ári (2011) urðu önnur tímamót þegar Kobilka og samstarfsmönnum hans tókst að ná mynd af β-adrenerga viðtakanum á því augnabliki sem hann binst hormóni og virkjast og sendir síðan boð inn í frumuna (mynd 1). Þessi mynd er efnafræðilegt meistaraverk – árangur áratuga rannsóknarvinnu."

Saga svokallaðra G-próteintengdra viðtaka er nátengd sögu lífeðlisfræði og frumulíffræði 20. aldar. Þessi fjölskylda telur um eitt þúsund viðtaka á yfirborði frumunnar.[1] Þeir skynja umhverfi frumunnar með bindingu við hormón og boðefni og þeir skynja einnig utanaðkomandi boð í formi ljóss eða lyktar. Um 40% allra lyfja skila verkun sinni í gegnum þessa mikilvægu fjölskyldu frumuviðtaka.

Robert Lefkowitz, læknir við lyflæknisdeild Duke-háskóla, hefur verið í fararbroddi vísindamanna við rannsóknir á G-próteintengdum viðtökum allt frá lokum sjöunda áratugs síðustu aldar. Árið 1970 birti hann greinar sem lýstu einangrun adrenvirkra viðtaka sem leyfðu nákvæmar mælingar á bindingu hormóns og viðtaka.[2] Árið 1980 setti hann ásamt samstarfsmönnum fram módel yfir það hvernig viðtakaörvun ætti sér stað. Módelið var kallað „ternary complex módel" eða þríþætt samstæða[3] og gerir ráð fyrir að miðlun örvunar verði í gegnum bindingu þriggja sameinda þegar viðtakinn örvast, það er áverkunarefnis, viðtaka og G-próteins. Þeir spáðu því að binding áverkunarefnis við viðtakann myndi valda breytingu í byggingu viðtakans á innra borði frumuhimnunnar sem síðan leiddi til bindingar við G-prótein. Slík binding örvaði G-próteinið og leiddi til boðflutnings inn í frumuna. Þetta módel hefur grundvallað skilning manna á samskiptum áverkunarefna og þessarar víðfeðmu viðtakafjölskyldu síðustu áratugi. G-próteinið er tímastillt boðefnissameind sem við örvun viðtaka bindur GTP í stað GDP en eftir GTP-bindinguna getur prótеinið örvað fjölda innri boðkerfa, meðal annars myndun á c-AMP. En G-próteinið hefur líka innbyggðan tímastilli, svokallaðan GTP-asa, sem klýfur GTP í GDP og við það slekkur sameindin á sér.

Brian Kobilka, læknir og vísindamaður við Stanford-háskóla, hóf vísindaferil sinn á rannsóknarstofu Lefkowitz um miðjan níunda áratuginn. Um það leyti hafði sameindaerfðafræðin hafið innreið sína í frumulíffræði og rannsóknarstofa Lefkowitz var í fararbroddi á sviði sameindaerfðafræði viðtaka. Það taldist til stórafreka er þeim tókst að einangra og raðgreina beta-1 viðtakann. Með samanburði við nýlega raðgreindan rhodopsin-viðtaka greindu þeir grundvallareiningu



Mynd 1. *Módel af kristallamynd þríþættrar samstæðu (ternary complex) sem er mynduð af adrenalíni (gult), beta-viðtaka (blár) og G-próteini (rautt). Byggir á kristallamyndatöku á því augnabliki þegar áverkunarefni binst viðtaka. Þessi binding leiðir til breyttrar afstöðu á innra borði viðtakans sem leiðir til bindingar og örvunar á G-próteininu.*

viðtakans, 7 mismunandi vatnsfælnar a-helix einingar sem gætu teygt sig gegnum frumuhimnuna. Þessi sameindarbygging einkennir alla G-próteintengda viðtaka og leggur grunn að skilningi á þessari stóru viðtakafjölskyldu, meðal annars því hvernig viðtakinn miðlar boðum sínum. Eftir að Kobilka hóf sinn sjálfstæða vísindaferil við Stanford-háskóla hefur hann lagt geysimikið af mörkum, sérstaklega hvað varðar skilning á þrívíddarbyggingu G-próteintengdra viðtaka. Sú vinna hefur dýpkað skilning á því hvernig binding áverkunarefnis við viðtaka leiðir til breytinga á þrívíddarbyggingu viðtakans og nær sá skilningur til hlutverks einstakra sameinda. Miklar framfarir í lyfjafræði hafa fylgt í kjölfarið, til dæmis aðferðir til að þróa áverkunarefni, viðtakahindra og jafnvel ný lyf sem geta örvað eða hindrað mismunandi boðferli í gegnum sama viðtaka. Eitt nýjasta vísindaafrek Kobilka var einmitt að ná mynd í nákvæmri upplausn af þrívíddarbyggingu hinnar þríþættu samstæðu, sem Lefkowitz hafði spáð fyrir um rúmum 30 árum fyrr. Þetta var mikið afrek enda lifir slík samstæða örstutt auknablik en skilningur á nákvæmri uppbyggingu hennar er lykill að skilningi á því flókna ferli sem boðskipti gegnum frumuhimnuna er.

Það er tímanna tákn að skilningur á nákvæmum efna- og frumusamskiptum mannslíkamans sé kominn á það stig að verðskulda Nóbelsverðlaun í efnafræði. Hraði framfaranna er slíkur að á ferli eins vísindamanns, Robert Lefkowitz, hefur þekkingin þróast úr óljósri mynd af boðskiptum sem vekja lífeðlisfræðilega svörun í mannslíkamanum yfir í þrívíddarskilning á afstöðu einstakra sameinda í boðskiptum frumunnar.

Heimildir

1. Fredriksson R, Lagerström MC, Lundin LG, Schiöth HB. The G-protein-coupled receptors in the human genome form five main families. Phylogenetic analysis, paralogon groups, and fingerprints. Mol Pharmacol 2003; 63: 1256-72.
2. Lefkowitz RJ, Roth J, Pastan I. Radioreceptor assay of adrenocorticotropic hormone: new approach to assay of polypeptide hormones in plasma. Science 1970; 170: 633-5.
3. De Lean A, Stadel JM, Lefkowitz RJ. A ternary complex model explains the agonist-specific binding properties of the adenylate cyclase-coupled beta-adrenergic receptor. J Biol Chem 1980; 255: 7108-17.
4. Dixon RA, Kobilka BK, Strader DJ, Benovic JL, Dohlman HG, Frielle T, et al. Cloning of the gene and cDNA for mammalian beta-adrenergic receptor and homology with rhodopsin. Nature 1986; 321: 75-9.
5. Rasmussen SG, DeVree BT, Zou Y, Kruse AC, Chung KY, Kobilka TS, et al. Crystal structure of the beta2 adrenergic receptor-Gs protein complex. Nature 2011; 477: 549-55.

Vorið 2013

Fundirnir eru í Hlíðasmára 8 í Kópavogi.
Kaffi að venju fyrir fund sem hefst kl. 16.00.

6. febrúar
Júlíus Sólnes
Náttúruvá á Íslandi

6. mars
Agnar Sturla Helgason
Saga Íslendinga.
Vitnisburður erfðafræðinnar.

3. apríl
Jóhann Sigurjónsson
Breytingar á lífríki hafsins

8. maí
Gísli Már Gíslason
Tjörnin í Reykjavík
Aðalfundur, stjórnarskipti

16.-25. maí 2013
Ferðalag Öldungadeildar til TOSCANA á Ítalíu.

Öldungadeild
Læknafélags Íslands



Íberíuför

Í Öldungadeild LÍ hefur verið hefð fyrir því að fara í tvær ferðir, innanlands og utan á ári hverju. Dagana 26. maí til 9. júní 2012 ferðaðist 39 manna hópur á vegum deildarinnar um norðurhluta Íberíuskagans. Fararstjóri var Kristinn R. Ólafsson. Ferðin hófst í Oporto í Portúgal en lauk í Barselóna. Fjöldi fallegra og sögufrægra staða var skoðaður. Almenn ánægja var með ferðina. Myndina tók Hjörleifur Guttormsson 1. júní en þá var hópurinn staddur fyrir utan Guggenheimsafnið í borginni Bilbao. Fánaberinn er fararstjórinn.

Ég og Vilmundur landlæknir



Hörður Þorleifsson

Að loknu prófi úr læknadeild í júní 1954 fór ég á fund Vilmundar Jónssonar landlæknis til að forvitnast um starf í héraði, en hálfs árs vinnuskylda í héraði fylgdi kandídatsári. Vilmundur var ræðinn og þægilegur í viðmóti. Hann sagði mér að héraðslæknirinn á Hvammstanga væri að fara í námsfrí í hálft ár og gæti ég farið þangað ef okkur Brynjúlfi Dagssyni semdi. En að þeim tíma loknum ætti ég að fara norður á Strandir í Árnes því að þar vantaði lækni. Ég, með þrjú börn, eins árs tvíburadrengi og þriggja ára dreng, taldi öll tormerki á því. Þá sagði Vilmundur: „Þá tölum við ekki um þetta frekar." Síðan fór hann að tala um daginn og veginn og læknanámið. Eftir hálftíma dvöl kvaddi hann mig með virktum. Ég hringdi til Brynjúlfs Dagssonar á Hvammstanga og náðum við samkomulagi um að ég starfaði fyrir hann í hálft ár. Ég fór til Vilmundar og sagði honum tíðindin. Hans fyrstu viðbrögð voru: „Svo farið þér í Árnes." Ég sagði honum að ég hefði ekki gefið ádrátt um það. Þá sagði Vilmundur orðrétt: „Þér eruð dirty character, Hörður." Þóttist ég sjá að hann hefði notið þess að segja þessa setningu. Síðan ræddum við saman um ýmis dægurmál í hér um bil 30 mínútur þar til hann sleit samtalinu og kvaddi mig.

Í febrúarbyrjun 1956 fékk ég veitingu fyrir Hvammstangahéraði. Ég var samviskan uppmáluð og sendi landlæknisembættinu mánaðarlega skýrslu um sóttarfar og sjúkdóma. Ég hafði eyðublaðið í töskunni og strikaði við, á réttum stað, hvert tilfelli sem ég sá. Nú liðu fáir mánuðir. Þá kom bréf frá Vilmundi landlækni: „Herra héraðslæknir, undanfarna mánuði hafið þér sent embættinu mánaðarlega skýrslu um sóttarfar og sjúkdóma áritað eins og hafnarverkamenn rita á tunnubotna við út- og uppskipun vara. Vinsamlega sendið embættinu eftirleiðis skýrslurnar áritaðar með serkneskum tölustöfum." Fannst mér ég sjá fyrir mér glettnissvip hans er hann reit bréfið.

Síðar heimsótti Vilmundur mig á Hvammstanga ásamt Grétari Fells, ritara sínum, og lá vel á þeim. Landlæknisembættið var nú ekki fjölmennara þá.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar:
Sigurður E. Þorvaldsson formaður, Jón Hilmar Alfreðsson ritari, Tryggvi Ásmundsson gjaldkeri, Bjarni Hannesson, Guðmundur Oddsson

Öldungaráð
Hörður Þorleifsson, Jóhann Gunnar Þorbergsson, Höskuldur Baldursson, Kristín Guttormsson, Leifur Jónsson, Páll Ásmundsson

Umsjón síðu: Páll Ásmundsson

Vefsíða:
http://innri.lis.is/oldungadeild-li

Af sænskum „selum“

Af „Öldungadeildum“ á Norðurlöndum sýnist mér hvað mest líf í Sveriges Äldre Läkare eða SÄL innan vébanda Sveriges Läkarförbund. Meðlimir eru vel á 3. þúsund og er félaginu skipt í svæðisfélög. Haldinn er vor- og haustfundur í aðalfélaginu og er annar þeirra aðalfundur. Svæðisfélögin halda svo fáeina fundi á ári, oftast með fræðandi fyrirlestrum. „Selirnir“ eins og þeir kalla sig halda úti myndarlegu blaði sem kemur út fjórum sinnum á ári. Í því er lögð áhersla á stöðu eldri lækna innan samfélagsins og læknastéttarinnar. Loks standa selirnir fyrir ferðum víða um heim, árið 2013 til fjögurra landa.

Heimasíða SÄL er: **www.slf.se/sal**

PÁ

Öldungasíðan

Þessi síða Öldungadeildar LÍ er hin tuttugasta í *Læknablaðinu*. Sú fyrsta birtist í septemberblaðinu 2010. Í byrjun var síðan í hverju blaði en 2012 í öðru hverju blaði og mun svo verða um sinn. Undantekningarlítið hefur okkur verið ætluð ein blaðsíða.

Á fyrstu öldungasíðunni var þess getið að henni væri ætlað að flytja fréttir og fróðleik. Viðruð var sú von að efnið höfðaði til fleiri en aldraðra lækna. Hefur mér heyrst að það hafi að nokkru ræst. Hvatt var til að félagar legðu henni til efni. Heimtur hafa reynst dræmari en vænst var. Auk mín hafa sjö félagar hlýtt kallinu, þar af einn fjórum sinnum. Efni síðunnar hefur verið allfjölbreytt en misgott eins og gengur. Birst hafa minningabrot, ferðasögur, sögulegir pistlar, efni úr gömlum Læknablöðum, ferðasögur og ljóð.

Öldungasíðunni verður því aðeins langra lífdaga auðið að á henni birtist áhugavert efni. Það á ekki að vera verk eins manns að tína það saman. Ég ítreka ákall mitt til félaga minna að leggja síðunni til efni í bundnu sem óbundnu máli, frumsamið sem endursagt, gaman sem alvöru.

Ég veit að þið lumið á því.

PÁ

Fundurinn um Almenna lífeyrissjóðinn

Benedikt Ó. Sveinsson
læknir

ben@centrum.is

Þann 10. janúar síðastliðinn boðaði stjórn Læknafélags Íslands til félagsfundar um málefni Almenna lífeyrissjóðsins. Tilefnið var að kynna fyrir okkur læknum niðurstöður faghóps lækna sem hafði tekið að sér fyrir stjórn LÍ að rýna í úttektarskýrslu rannsóknarnefndar lífeyrissjóða sem út kom í byrjun árs 2012. Faghópurinn, undir formennsku Andrésar Magnússonar læknis, tók að sér að kanna hvað fór úrskeiðis við gríðarlegt tap Almenna lífeyrissjóðsins í og við bankahrunið mikla. Fram kom á fundinum að tap sjóðsins hefði numið allt að 30 milljörðum. Faghópurinn notaði úttektarskýrslu rannsóknarnefndarinnar sem meginheimild og reyndi í niðurstöðu sinni að skrifa og útskýra á „mannamáli“ þau atriði skýrslunnar sem lúta að Almenna lífeyrissjóðnum og varða hagsmuni okkar lækna í þessu máli.

Fagna ber framgöngu stjórnar LÍ í að hrinda þessu máli í framkvæmd, enda hefur mikil reiði kraumað undir niðri hjá mörgum sjóðfélögum að sjá skyldusparnað sinn rýrna svo sem raun ber vitni. Fundurinn var vel kynntur og vel sóttur, en þar höfðu framsögu fulltrúar LÍ og Almenna lífeyrissjóðsins. Þar fengust svör við mörgum spurningum sem varpa betra ljósi á það sem úrskeiðis fór og hvert skal stefnt í framtíðinni.

Ræður frummælenda voru skýrar og málefnalegar, en á köflum nokkuð tilfinningahlaðnar því gagnrýnin var stundum beitt, sem snerti fínar taugar þeirra er í hlut áttu. Það sem vakti hins vegar sérstaka athygli mína á þessum fundi og er tilefni þessa pistils er síðari ræða formanns Almenna lífeyrissjóðsins og aðkoma hans að málinu í heild. Er umræður hófust eftir framsöguerindi steig á ný í ræðustól félagi okkar og fyrrverandi formaður LÍ, Sigurbjörn Sveinsson sem nú er formaður Almenna lífeyrissjóðsins. Hann fór mikinn, varði gjörðir sjóðsins og andmælti aðkomu LÍ og faghóps okkar læknanna að þessu máli. Las hann síðan upp og varpaði upp á skjá bókun frá stjórnarfundi í Almenna lífeyrissjóðnum, sem hann sagði að hefði verið samþykkt samhljóða deginum áður. En sú bókun gengur út á það að fá óvilhallan lögfróðan einstakling með bókhaldsþekkingu til að rýna í og gera úttekt á þeirri gagnrýni og vinnubrögðum sem faghópur okkar lækna og stjórn LÍ var að kynna á fundinum.

Veit félagi Sigurbjörn ekki sinn vitjunartíma í þessu máli? Sem fyrrverandi formaður LÍ og nú óbreyttur félagsmaður í LÍ og fyrrum stjórnarmaður í Almenna lífeyrissjóðnum og nú starfandi formaður Almenna lífeyrissjóðsins er hann fullkomlega vanhæfur til að fást við þessi mál fyrir hönd stjórnar Almenna lífeyrissjóðsins gagnvart stjórn LÍ og læknahópnum í heild. Í mínum huga hefði hann átt að víkja sæti strax er erindi þetta barst Almenna lífeyrissjóðnum til að koma í veg fyrir þá togstreitu sem nú virðist ríkja milli stjórnar LÍ og stjórnar Almenna lífeyrissjóðsins.

Tillagan sem hann kynnti á fundinum og var samþykkt samhljóða í stjórn Almenna lífeyrissjóðsins er aðeins til að auka flækjustigið í málinu og viðhalda tortryggni félagsmanna LÍ í garð Almenna lífeyrissjóðsins. Mál er að linni.

Reykjavík, 14. janúar 2013

Targin (stytt samantekt á eiginleikum lyfs)
Targin 5 mg/2,5 mg: Hver forðatafla inniheldur 5 mg af oxýkódon hýdróklóríði sem jafngilda 4,5 mg af oxýkódoni, 2,73 mg af naloxón hýdróklóríð tvíhýdrati sem jafngilda 2,5 mg af naloxón hýdróklóríði og 2,25 mg af naloxóni. Targin 10 mg/5 mg: Hver forðatafla inniheldur 10 mg af oxýkódon hýdróklóríði sem jafngilda 9,0 mg af oxýkódoni, 5,45 mg af naloxón hýdróklóríð tvíhýdrati sem jafngilda 5,0 mg af naloxón hýdróklóríði og 4,5 mg af naloxóni. Targin 20 mg/10 mg Hver forðatafla inniheldur 20 mg af oxýkódon hýdróklóríði sem jafngilda 18,0 mg af oxýkódoni, 10,9 mg af naloxón hýdróklóríð tvíhýdrati sem jafngilda 10,0 mg af naloxón hýdróklóríði og 9 mg af naloxóni. Targin 40 mg/20 mg: Hver forðatafla inniheldur 40 mg af oxýkódon hýdróklóríði sem jafngilda 36,0 mg af oxýkódoni, 21,8 mg af naloxón hýdróklóríð tvíhýdrati sem jafngilda 20,0 mg af naloxón hýdróklóríði og 18,0 mg af naloxóni. **Ábendingar:** Miklir verkir sem ekki næst nægileg stjórn á nema með ópíóíð verkjalyfjum. Ópíóíð mótlyfinu naloxóni er bætt í til að vinna gegn hægðatregðu af völdum ópíóíða með því að blokka verkun oxýkódons við ópíóíð viðtaka staðbundið í þörmum. **Skömmtun:** Virkni Targin við verkjastillingu er sambærileg við forðalyfjaform oxýkódon hýdróklóríðs. Skammtinn á að laga að því hversu miklir verkirnir eru og hve næmur hver sjúklingur er. Targin á að gefa eins og hér segir nema því sé ávísað á annan hátt: *Fullorðnir:* Venjulegur upphafsskammtur fyrir sjúklinga sem ekki hafa fengið ópíóíða áður er 10 mg/5 mg af oxýkódon hýdróklóríði/naloxón hýdróklóríði á 12 klukkustunda fresti. Gefa má sjúklingum sem nú þegar fá ópíóíða stærri upphafsskammta af Targin og ræðst það af fyrri reynslu þeirra af ópíóíðum. Targin 5 mg/2,5 mg er ætlað til skammtastillingar þegar verið er að hefja ópíóíðmeðferð og aðlögunar á einstaklingsbundnum skammti. Hámarksdagsskammtur Targin er 80 mg af oxýkódon hýdróklóríði og 40 mg af naloxón hýdróklóríði. Ef þörf er á stærri skammti af Targin á að íhuga að gefa til viðbótar oxýkódon hýdróklóríð forðalyf með sama tíma milli skammta, að teknu tilliti til 400 mg hámarksdagsskammts af oxýkódon hýdróklóríð forðalyfi. Sé gefinn viðbótarskammtur af oxýkódon hýdróklóríði getur það dregið úr jákvæðum áhrifum naloxón hýdróklóríðs á þarmastarfsemi. Eftir algjöra stöðvun á meðferð með Targin og skipti yfir í annan ópíóíða í kjölfarið má búast við að þarmastarfsemi versni. Sumir sjúklingar sem taka Targin samkvæmt reglulegri tímaáætlun þurfa skjótverkandi verkjalyf sem hjálparmeðferð við bráðaverkjum. Targin er forðalyfjaform og því ekki ætlað til meðferðar við bráðaverkjum. Til meðferðar við bráðaverkjum á einn skammtur af hjálparmeðferð að vera um einn sjötti hluti sambærilegs dagsskammts af oxýkódon hýdróklóríði. Ef þörf er fyrir meira en tvo bráðaskammta á dag þarf líklega að hækka skammt Targin Hækka skal skammtinn á 1-2 daga fresti með 5 mg/2,5 mg tvisvar á dag eða ef þurfa þykir 10 mg/5 mg af oxýkódon hýdróklóríði/naloxón hýdróklóríði þar til skammtur er orðinn stöðugur. Markmiðið er að koma á sértækum skammti fyrir hvern sjúkling um sig tvisvar á dag sem viðheldur nægri verkjastillingu og lámarksnotkun bráðalyfja svo lengi sem þörf er fyrir verkjameðferð. Targin er tekið í ákvörðuðum skammti tvisvar á dag í samræmi við ákveðna tímatöflu. Þótt samstillt skömmtun (sami skammtur kvölds og morgna) samkvæmt ákveðinni tímatöflu (á 12 klukkustunda fresti) eigi vel við flesta sjúklinga, getur verið að sumum sjúklingum henti mismunandi skömmtun sem sniðin er að verkjum þeirra, en slíkt fer eftir verkjum hvers og eins. Almennt gildir að velja á minnsta skammt sem virkar. Hjá sjúklingum sem eru ekki með krabbameinstengda verki er yfirleitt nóg að gefa dagsskammta sem nema allt að 40 mg/20 mg af oxýkódon hýdróklóríði/naloxón hýdróklóríði, en þörf getur verið á stærri skömmtum. *Börn og unglingar (undir 18 ára aldri):* Ekki er mælt með notkun Targin fyrir börn og unglinga yngri en 18 ára þar sem engar upplýsingar liggja fyrir um öryggi og verkun. *Aldraðir sjúklingar:* Aðlaga skal skammt eftir því hversu miklir verkirnir eru og næmi hvers sjúklings um sig. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Í klínískri rannsókn var sýnt fram á að plasmaþéttni oxýkódons jafnt sem naloxóns er hækkuð hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Þetta átti enn frekar við um naloxónþéttni en oxýkódonþéttni. Ekki er enn vitað um klínískt gildi hlutfallslega mikilla naloxónáhrifa á sjúklinga með skerta lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar þegar Targin er gefið sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi. Targin er ekki ætlað sjúklingum með miðlungi mikla eða mikla skerðingu á lifrarstarfsemi. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:* Í klínískri rannsókn var sýnt fram á að plasmaþéttni oxýkódons jafnt sem naloxóns er hækkuð hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Þetta átti enn frekar við um naloxónþéttni en oxýkódonþéttni. Ekki er enn vitað um klínískt gildi hlutfallslega mikilla naloxónáhrifa á sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi. Gæta skal varúðar þegar Targin er gefið sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Aðferð við lyfjagjöf*: Targin á að taka í fyrirfram ákveðnum skammti tvisvar á dag samkvæmt fastri tímaáætlun. Forðatöflurnar má taka með eða án matar með nægum vökva. Targin verður að gleypa í heilu lagi, hvorki má brjóta þær né tyggja. *Tímalengd notkunar:* Targin á ekki að gefa lengur en brýna nauðsyn ber til. Sé þörf fyrir langtíma verkjameðferð vegna eðlis og alvarleika sjúkdóms, verður að fylgjast vel og reglulega með sjúklingi til þess að ákvarða hvort og hversu mikil þörf er á frekari meðferð. Þegar sjúklingur þarf ekki lengur ópíóíðmeðferð er ráðlegt að minnka skammt smám saman. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna; Allar þær aðstæður þar sem ekki á að nota ópíóíða; Alvarleg öndunarbæling með súrefnisskorti í vefjum og/eða koltvísýringshækkun (hypercapnia); Alvarleg, langvarandi lungnateppa; Hægri hjartabilun (cor pulmonale); Alvarlegur astmi; Þarmalömun sem er ekki af völdum ópíóíða; Miðlungi mikil eða alvarlega skert lifrarstarfsemi. **Varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði:** Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í Sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka:** R, X, O. **Pakkningar og hámarkssmásöluverð 1. janúar 2013:** Targin forðatöflur 5mg/2,5mg: 28stk. Kr. 3.497. Targin forðatöflur 5mg/2,5mg: 98stk. Kr. 9.587. Targin forðatöflur 10mg/5mg: 28stk. Kr. 5.370. Targin forðatöflur 10mg/5mg: 98stk. Kr.15.944. Targin forðatöflur 20mg/10mg: 28stk. Kr. 9.768. Targin forðatöflur 20mg/10mg: 98stk. Kr. 26.345. Targin forðatöflur 40mg/20mg: 28stk. Kr. 18.384. Targin forðatöflur 40mg/20mg: 98stk. Kr. 49.719. **Markaðsleyfishafi:** Norpharma A/S Slotsmarken 15, 2970 Hørsholm, Danmörk. **Nánari upplýsingar fást hjá umboðsaðila á Íslandi:** Icepharma hf. Lynghálsi 13, 210 Reykjavík. S:540 8000. **Dagsetning endurskoðunar textans (SmPC):** 9. Nóvember 2011. **Upplýsingar síðast teknar saman: 13. desember 2012.**

Cialis
tadalafil

Lilly

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs.

CIALIS er fáanlegt sem 2,5 mg, 5 mg, 10 mg og 20 mg filmuhúðaðar töflur til inntöku. Virkt innihaldsefni er tadalafil. **Ábendingar:** 1) Til meðferðar við ristruflunum hjá fullorðnum körlum. Til þess að tadalafil verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. CIALIS er ekki ætlað konum. 2) Til meðferðar við merkjum og einkennum góðkynja stækkunar blöðruhálskirtils hjá fullorðnum karlmönnum (BPH) (á einungis við um 5 mg töflur). **Skammtar:** *Til meðferðar við ristruflunum hjá fullorðnum körlum:* Ráðlagður skammtur er venjulega 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir með eða án matar. Þeir sjúklingar sem ekki fá viðunandi verkun af tadalafil 10 mg geta reynt að taka 20 mg. Taka skal lyfið minnst 30 mínútum fyrir samfarir. Hámarksskammtur er einu sinni á sólarhring. Tadalafil 10 mg og 20 mg er ætlað til notkunar fyrir væntanlegar samfarir og er ekki ráðlagt til samfelldrar daglegar notkunar. Hjá sjúklingum, sem gera ráð fyrir tíðri notkun á CIALIS (þ.e. a.m.k. tvisvar í viku), skal íhuga hvort skömmtun einu sinni á dag með lægsta skammti af CIALIS gæti verið hentugri, byggt á vali sjúklingsins og mati læknisins. Hjá þessum sjúklingum er ráðlagður skammtur 5 mg einu sinni á dag á u.þ.b. sama tíma dags. Skammtinn má lækka í 2,5 mg einu sinni á dag byggt á einstaklingsbundnu þoli. Endurmeta skal reglulega hvort þessi skömmtun einu sinni á dag sé viðeigandi. *Góðkynja stækkun blöðruhálskirtils hjá fullorðnum karlmönnum.* Ráðlagður skammtur er 5 mg sem tekinn er daglega á um það bil sama tíma dags með eða án matar. Fyrir fullorðna karlmenn sem fá meðferð bæði við góðkynja stækkun blöðruhálskirtils og ristruflunum er ráðlagður skammtur einnig 5 mg daglega sem tekinn er á sama tíma dags. Sjúklingar sem ekki þola 5 mg tadalafil sem meðferð við góðkynja blöðruhálskirtli eiga að íhuga aðra meðferð þar sem ekki hefur verið sýnt fram á verkun 2,5 mg tadalafils sem meðferð við góðkynja stækkun blöðruhálskirtils. *Notkun hjá öldruðum mönnum:* Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir aldraða sjúklinga. *Notkun hjá körlum með skerta nýrnastarfsemi:* Ekki er þörf á skammtabreytingu fyrir sjúklinga með væga til miðlungs skerta nýrnastarfsemi. Ráðlagður hámarksskammtur fyrir sjúklinga með alvarlega skerta nýrnastarfsemi er 10 mg. Skömmtun einu sinni á dag er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. *Notkun hjá körlum með skerta lifrarstarfsemi:* Ráðlagður skammtur er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um öryggi af notkun CIALIS meðal sjúklinga með alvarlega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh Class C); ef ávísuð skal læknirinn sem ávísar meðferðinni vandlega meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu. Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun stærri skammta en 10 mg af tadalafili meðal sjúklinga með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Skömmtun einu sinni á dag hefur ekki verið metin hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi; þar af leiðandi ef ávísuð þá skal læknirinn sem ávísar meðferðinni vandlega meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu. *Notkun hjá körlum með sykursýki:* Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir sjúklinga með sykursýki. *Börn:* CIALIS er ekki ætlað einstaklingum undir 18 ára aldri. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Tadalafil jók blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata í klínískum rannsóknum. Talið er að það stafi af samanlögðum áhrifum nítrata og tadalafils á nitur oxíð/cGMP ferilinn. Þess vegna má ekki nota CIALIS samhliða neinni tegund lífrænna nítrata. Lyf til meðferðar á ristruflunum, þar með talið CIALIS, á ekki að gefa körlum með hjartasjúkdóm sem ráðið er frá því að stunda kynlíf. Læknar skulu íhuga þá áhættu sem er af kynlífi fyrir sjúklinga með undirliggjandi hjartasjúkdóm. Eftirtaldir sjúklingahópar með hjarta- og æðasjúkdóma tóku ekki þátt í klínískum rannsóknum og eru þessir sjúkdómar því frábending fyrir notkun tadalafils: sjúklingar sem höfðu fengið hjartadrep á síðustu 90 dögum, sjúklingar með hvikula hjartaöng eða hjartaöng við samfarir, sjúklingar með hjartabilun af gráðu 2 eða hærri samkvæmt flokkun NYHA (New York Heart Association) á síðustu 6 mánuðum, sjúklingar með takttruflanir sem hafa ekki svarað meðferð, lágþrýsting (< 90/50 mm Hg), eða háþrýsting sem hefur ekki svarað meðferð, sjúklingar sem fengið hafa heilablóðfall á síðustu 6 mánuðum. Sjúklingar sem hafa tapað sjón á öðru auga vegna framlægs sjóntaugarkvilla vegna blóðþurrðar án slagæðabólgu (non-arteritic anterior ischaemic optic neuropathy (NAION)), hvort sem það er talið tengjast notkun hemla fosfódíesterasa af gerð 5 (PDE5 hemla) eða ekki, eiga ekki að nota CIALIS. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – wwww.serlyfjaskra.is. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþáttaka:** R,0. **Pakkningar og hámarkssmásöluverð: (des. 2012)** Cialis 2,5 mg (28 stk.) 19.606 kr. Cialis 5,0 mg (28 stk.) 19.606 kr. Cialis 10 mg (4 stk.) 9.438 kr. Cialis 20 mg (4 stk.) 9.467 kr. Cialis 20 mg (8 stk.) 17.885 kr. **Markaðsleyfishafi:** Eli Lilly Nederland B.V.Grootslag 1-5, NL-3991 RA, Houten Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. **Dagsetning endurskoðunar textans:** nóvember 2012 . **Heimildir:** Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC), okt. 2012. Sérlyfjaskrártexta í heild sinni má nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar: www.serlyfjaskra.is. Vinsamlega hafið samband við umboðsaðila, Icepharma hf, sími 540 8000 ef óskað er eftir frekari upplýsingum um lyfið.

Seroquel Prolong 50 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg og 400 mg forðatöflur. AstraZeneca. N 05 AH 04. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS – Styttur texti SPC

AstraZeneca

Innihaldslýsing: Hver tafla inniheldur 50 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg eða 400 mg quetiapin (sem quetiapinfúmarat). **Ábendingar:** Seroquel Prolong er ætlað sem meðferð við geðklofa, þ.m.t. til að koma í veg fyrir bakslag hjá geðklofasjúklingum sem eru í stöðugu ástandi og hafa fengið viðhaldsmeðferð með Seroquel Prolong; sem meðferð við geðhvarfasjúkdómi (bipolar disorder) (meðferð við miðlungsalvarlegri til mjög alvarlegri geðhæð, sem meðferð við alvarlegum geðlægðarlotum í geðhvarfasjúkdómi og til að koma í veg fyrir endurkomu (recurrence) hjá sjúklingum með geðhvarfasjúkdóm) hjá sjúklingum þar sem geðhæðar- eða geðlægðarlotur hafa svarað meðferð með quetiapini); sem viðbótarmeðferð við alvarlegum geðlægðarlotum hjá sjúklingum með alvarlegt þunglyndi (Major Depressive Disorder [MDD]) sem hafa ekki svarað þunglyndismeðferð nógu vel (sub-optimal). Læknar skulu hafa öryggi notkunar Seroquel Prolong í huga áður en meðferð hefst. **Skammtar og lyfjagjöf:** Mismunandi skammtaleiðbeiningar eiga við hverja ábendingu. Því þarf að tryggja að sjúklingar fái skýrar upplýsingar um rétta skammta fyrir sinn sjúkdóm. Seroquel Prolong á að gefa einu sinni á sólarhring, án matar. Töflurnar á að gleypa heilar, hvorki má skipta þeim, tyggja þær né mylja. ***Fullorðnir:*** *Til meðferðar við geðklofa og miðlungsalvarlegum til mjög alvarlegum geðhæðarlotum í geðhvarfasjúkdómi:* Seroquel Prolong á að gefa að minnsta kosti einni klukkustundu fyrir máltíð. Dagsskammtur við upphaf meðferðar er 300 mg á fyrsta degi og 600 mg á öðrum degi. Ráðlagður dagsskammtur er 600 mg, hins vegar má auka skammtinn í 800 mg á dag ef það er klínískt réttlætanlegt. Breyta skal skammtinum innan virka skammtabilsins 400 – 800 mg/sólarhring, háð klínískri svörun og þoli sjúklings. Í viðhaldsmeðferð við geðklofa er ekki þörf á að stilla skammta. *Til meðferðar á geðlægðarlotum í geðhvarfasjúkdómi:* Gefa á Seroquel Prolong að kvöldi, fyrir svefn. Heildardagsskammtur fyrir fyrstu fjóra daga meðferðar er 50 mg (dagur 1), 100 mg (dagur 2), 200 mg (dagur 3) og 300 mg (dagur 4). Ráðlagður sólarhrings-skammtur er 300 mg. Í klínískum rannsóknum sáust engin viðbótaráhrif hjá þeim sem fengu 600 mg á sólarhring samanborið við þá sem fengu 300 mg. Ávinningur getur komið fram við 600 mg skammt hjá einstaka sjúklingi. Læknar með reynslu af meðferð geðhvarfasjúkdóms skulu hefja meðferð með stærri skömmtum en 300 mg. Klínískar rannsóknir hafa gefið til kynna að íhuga megi að minnka skammt í allt að 200 mg í einstaka sjúklingi ef grunur um þolmyndun er til staðar. *Til að koma í veg fyrir endurkomu í geðhvarfasjúkdómi:* Til að koma í veg fyrir endurkomu geðhæðar-, geðlægðar- eða blandaðra lotna í geðhvarfasjúkdómi eiga sjúklingar sem svarað hafa Seroquel Prolong sem bráðameðferð að halda áfram meðferð með sama skammt af Seroquel Prolong gefinn að kvöldi til. Aðlaga má skammt Seroquel Prolong eftir klínískum viðbrögðum og þoli hvers sjúklings fyrir sig, á skammtabilinu 300 til 800 mg/sólarhring. Mikilvægt er að lægsti skammtur sem veiti verkun sé notaður í viðhaldsmeðferð. *Viðbótarmeðferð við alvarlegum geðlægðarlotum í alvarlegu þunglyndi (MDD):* Gefa á Seroquel Prolong að kvöldi, fyrir svefn. Sólarhringsskammtur við upphaf meðferðar er 50 mg á degi 1 og 2, og 150 mg á degi 3 og 4. Verkun gegn þunglyndi sást við 150 mg og 300 mg/sólarhring í stuttum klínískum rannsóknum á viðbótarmeðferð (með amitriptýlíni, búprópíóni, citalopram, duloxetíni, escitalopram, fluoxetíni, paroxetíni, sertralíni og venlafaxíni) og við 50 mg/sólarhring í stuttum klínískum rannsóknum á einlyfjameðferð. Aukin hætta er á aukaverkunum við stærri skammta. Því þurfa læknar að tryggja að minnsti virki skammtur, byrja skal á 50 mg/sólarhring, sé notaður til meðferðar. Meta skal þörfina á að stækka skammtinn úr 150 mg/sólarhring í 300 mg/sólarhring hjá hverjum sjúklingi fyrir sig. **Skipt úr Seroquel filmuhúðuðum töflum:** Hjá sjúklingum sem fá meðferð með fleiri en einum skammti daglega af Seroquel filmuhúðuðum töflum má skipta yfir í meðferð með jafngildum skömmtum af Seroquel Prolong einu sinni á dag til að einfalda skömmtun. Nauðsynlegt getur verið að stilla skammta einstaklingsbundið. ***Aldraðir:*** Eins og við á um önnur geðrofslyf og þunglyndislyf, skal gæta varúðar við notkun Seroquel Prolong handa öldruðum, einkum í upphafi meðferðar. Verið getur að breyta þurfi skömmtum Seroquel Prolong hægar og lækningalegur dagsskammtur getur verið minni en hjá yngri sjúklingum. Úthreinsun quetiapins úr plasma var að meðaltali 30-50% hægari hjá öldruðum en hjá yngri sjúklingum. Hefja á meðferð hjá öldruðum með 50 mg/sólarhring. Auka má skammtinn um 50 mg/sólarhring þar til viðunandi skammti er náð, háð klínískri svörun og þoli viðkomandi sjúklings. Hjá öldruðum sjúklingum með alvarlegar geðlægðarlotur í alvarlegu þunglyndi (MDD), skal hefja meðferð með 50 mg/sólarhring á 1.-3. degi, og auka skammt í 100 mg/sólarhring á degi 4 og 150 mg/sólarhring á degi 8. Nota skal minnsta virka skammt, byrja skal á 50 mg/sólarhring. Ef stækka þarf skammt í 300 mg/sólarhring, en það skal byggt á mati fyrir hvern sjúkling fyrir sig, á ekki að gera það fyrr en á 22. degi meðferðar. Verkun og öryggi hafa ekki verið metin hjá sjúklingum eldri en 65 ára með geðlægðarlotur þegar um geðhvarfasjúkdóm er að ræða. ***Börn og unglingar:*** Ekki er mælt með notkun Seroquel Prolong fyrir börn og unglinga yngri en 18 ára þar sem ekki liggja fyrir nægjanlegar upplýsingar til að styðja notkun þess hjá þessum aldurshópi. **Skert nýrnastarfsemi:** Ekki er nauðsynlegt að breyta skammti hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. **Skert lifrarstarfsemi:** Quetiapin umbrotnar að miklu leyti í lifur. Því skal gæta varúðar við notkun Seroquel Prolong hjá sjúklingum sem vitað er að eru með skerta lifrarstarfsemi, sérstaklega í upphafi meðferðar. Upphafsskammtur ætti að vera 50 mg/sólarhring hjá sjúklingum sem vitað er að eru með skerta lifrarstarfsemi. Skammtinn má auka daglega um 50 mg/sólarhring þar til viðunandi skammti er náð, háð klínískri svörun og þoli viðkomandi sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Samhliða notkun cýtókróm P450 3A4 hemla, eins og HIV-próteasa hemla, azól sveppalyfja, erytromycins, claritromycins og nefazodons er frábending. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**

Markaðsleyfishafi: AstraZeneca A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 2300 København S, Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.Sími: 535-7000.
Textinn var síðast samþykktur 13.júní 2012. Ath. textinn er styttur. Sjá nánar undir Lyfjaupplýsingar á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is

Pakkningar og verð: Seroquel Prolong forðatöflur 50 mg, 10 stk.: kr. 3.265; 50 mg, 100 stk.: kr. 22.266; 150 mg, 30 stk.: kr. 13.612; 150 mg, 100 stk.: kr. 41.179; 200 mg, 100 stk.: kr. 37.399; 300 mg, 10 stk.: kr. 7.548; 300 mg, 100 stk.: kr. 62.813; 400 mg, 100 stk.: kr. 72.254. **Janúar 2013. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 0**
Markaðsleyfishafi: AstraZeneca A/S, Roskildevej 22, 2620 Albertslund, Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.Sími: 535-7000.

Einu sinni á dag
Seroquel Prolong®
forðatöflur
quetiapine 50 mg, 200 mg, 300 mg & 400 mg

Azithromycin Actavis – *500 mg filmuhúðaðar töflur*

Azithromycin Actavis 500 mg filmuhúðaðar töflur. **Virkt innihaldsefni:** Hver tafla inniheldur 500 mg af azitrómýcíni (sem tvíhýdrat). **Ábendingar:** Azitrómýcín er ætlað gegn eftirtöldum bakteríusýkingum af völdum örvera sem eru næmar fyrir azitrómýcíni: Bráð skútabólga af völdum baktería (greind með viðeigandi hætti), bráð miðeyrabólga (greind með viðeigandi hætti), kokbólga, eitlubólga, bráð versnun langvinnrar berkjubólgu (greind með viðeigandi hætti), væg til miðlungi alvarleg lungnabólga sem smitast utan sjúkrahúss, sýkingar í húð og mjúkvefjum sem eru vægar til miðlungi alvarlegar, t.d. hárslíðursbólga, húðbeðsbólga, heimakoma, bólga í þvagrás og leghálsi af völdum *Chlamydia trachomatis*, án fylgikvilla. Hafa skal í huga opinberar leiðbeiningar um viðeigandi notkun sýklalyfja. **Skammtar og lyfjagjöf:** Azithromycin Actavis skal gefa í einum skammti á dag. Hér á eftir er gefin upp meðferðarlengd fyrir mismunandi sýkingar. Töflurnar má taka með eða án fæðu. Töflurnar skal taka með ½ glasi af vatni. Börn og unglingar með líkamsþyngd yfir 45 kg, fullorðnir og aldraðir: Heildarskammturinn er 1.500 mg, gefinn sem 500 mg einu sinni á dag í 3 daga. Að öðrum kosti má gefa sama heildarskammtinn (1.500 mg) á 5 dögum, 500 mg fyrsta daginn og 250 mg á dögum 2 til 5. Ef um er að ræða bólgu í þvagrás og leghálsi af völdum *Chlamydia trachomatis*, án fylgikvilla, er skammturinn 1.000 mg í stökum skammti til inntöku. Börn og unglingar með líkamsþyngd undir 45 kg: Azithromycin Actavis töflur henta ekki sjúklingum sem eru með líkamsþyngd undir 45 kg. Önnur lyfjaform eru fáanleg fyrir þennan hóp sjúklinga. Aldraðir sjúklingar: Nota má sömu skammta handa öldruðum sjúklingum og handa fullorðnum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með væga til miðlungi alvarlega skerðingu á nýrnastarfsemi (gauklasíunarhraði 10 -80 ml/mín.). Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með væga til miðlungi alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir azitrómýcíni, erýtrómýcíni, öðrum sýklalyfjum af flokki makrólíða eða ketólíða eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð í smásölu (desember 2012):** 500 mg, 3 stk.: 3.217 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC. Frekari upplýsingar: www.actavis.is, s: 550 3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 30. ágúst 2012. *Desember 2012.*

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 212171

Esomeprazol Actavis – *20 og 40 mg, 28 og 98 stk.*

Esomeprazol Actavis 20 mg og 40 mg sýruþolið hylki, hart. Hvert hylki inniheldur 20 mg eða 40 mg esomeprazol (sem magnesíum- tvíhýdrat). Ábendingar: Esomeprazol Actavis hylki eru til notkunar við: Vélindisbakflæðissjúkdómi (gastroesophageal reflux disease [GERD]):
- meðferð á ætandi vélindisbakflæðisbólgu
- langvarandi meðferð til að koma í veg fyrir að vélindisbólga taki sig upp að nýju
- meðferð á einkennum vélindisbakflæðis-sjúkdóms (GERD)

Í samsetningu með viðeigandi sýklalyfjum til upprætingar á Helicobacter pylori og
- til að græða *Helicobacter pylori* tengt skeifugarnarsár
- til að koma í veg fyrir endurtekin magasár hjá sjúklingum með *Helicobacter pylori* tengd sár

Sjúklingar sem þurfa samfellda meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID) Til að græða magasár tengd meðferð með bólgu-eyðandi gigtarlyfjum (NSAID). Til að koma í veg fyrir maga- og skeifugarnarsár tengd meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID) hjá sjúklingum í áhættuhópi. Framhaldsmeðferð eftir innrennsli í æð sem er ætlað að koma í veg fyrir endurteknar blæðingar úr magasárum. Meðferð við Zollinger Ellison heilkenni **Skammtar og lyfjagjöf:** Mismunandi eftir ábendingum. Sjá nánari upplýsingar í fullri samantekt um eiginleika lyfs á www.serlyfjaskra.is. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir esomeprazoli, benzimidazolsamböndum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. Esomeprazol á ekki að nota með nelfinaviri. **Upplýsingar um sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun, milliverkanir, aukaverkanir og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is.** **Pakkningastærðir:** Sýruþolin hylki, hörð: 20 mg, 28 stk., 20 mg, 98 stk., 40 mg, 28 stk., 40 mg, 98 stk. **Sjá upplýsingar um verð og greiðsluþátttöku í lyfjaverðskrá. Afgreiðslutilhögun:** R. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf. Reykjavíkurvegi 76-78, 220 Hafnarfjörður. **Frekari upplýsingar:** www.actavis.is, s. 550-3300. **Dagsetning síðustu samþykktar um eiginleika lyfsins:** Febrúar 2012. *Desember 2012.*

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 212141

Styttur Sérlyfjaskrártexti: Avamys (flútíkasónfúróat) nánari upplýsingar er að finna á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is[1].
Avamys nefúði, dreifa, hver úðaskammtur inniheldur 27,5 míkrógrömm af flútíkasónfúróati. **Ábendingar:** Avamys er ætlað til meðferðar við einkennum ofnæmiskvefs. **Skammtar og lyfjagjöf:** Avamys-nefúði er eingöngu til notkunar í nef. Til að ná hámarksárangri af meðferðinni er mælt með reglulegri notkun. **Fullorðnir og unglingar (12 ára og eldri):** Ráðlagður upphafsskammtur er tveir úðaskammtar í hvora nös einu sinni á dag. Þegar fullnægjandi stjórn á einkennum hefur náðst gæti minni skammtur, einn úðaskammtur í hvora nös nægt til viðhaldsmeðferðar. Skammturinn skal stilltur á minnsta skammtinn sem viðheldur fullnægjandi stjórn á einkennum. **Börn (6 til 11 ára):** Ráðlagður upphafsskammtur er einn úðaskammtur hvora nös einu sinni á dag. Sjúklingar sem sýna ekki fullnægjandi svörun við einum úðaskammti í hvora nös einu sinni á dag geta notað tvo úðaskammta í hvora nös einu sinni á dag. Þegar fullnægjandi stjórn á einkennum hefur náðst er mælt með því að minnka skammtinn niður í einn úðaskammt í hvora nös, einu sinni á dag. **Börn yngri en 6 ára:** Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum yngri en 6 ára. Öryggi og verkun hjá þessum hópi hafa ekki verið vel staðfest. **Aldraðir sjúklingar og sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi**: Engin þörf er á aðlögun skammta hjá þessum hópum. **Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:** Engin þörf er á aðlögun skammta þegar um væga eða miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða. Engar upplýsingar liggja fyrir um sjúklinga með mikið skerta lifrarstarfsemi. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Flútíkasónfúróat umbrotnar verulega í fyrstu umferð um lifur, því er líklegt að almenn útsetning fyrir flútíkasónfúróati, gefnu um nef, sé aukin hjá sjúklingum með alvarlegan lifrarsjúkdóm. Áhrif á líkamann í heild geta komið fram vegna notkunar barkstera í nef. Hugsanleg altæk áhrif geta verið Cushing-heilkenni, einkenni sem líkjast Cushing-heilkenni, bæling á nýrnahettum, vaxtarskerðing hjá börnum og unglingum, drer í auga, gláka og enn sjaldnar ýmis sálræn áhrif og áhrif á hegðun þ.m.t. skynhreyfiofvirkni, svefntruflanir, kvíði, þunglyndi eða árásarhneigð. Greint hefur verið frá hægari vexti hjá börnum, sem fengu 110 míkrógrömm af flútíkasónfúróati daglega í eitt ár. Því skulu börn fá lægsta virka skammt sem veitir viðunandi stjórn á sjúkdómseinkennum. Meðferð með stærri skömmtum en ráðlagðir eru af barksterum í nef, getur leitt til klínískt marktækrar bælingar á nýrnahettum. Ef einhver ástæða er til að ætla að starfsemi nýrnahettna sé skert verður að gæta varúðar þegar sjúklingar eru teknir af barksterum með almenna verkun og settir á flútíkasónfúróat. Avamys inniheldur bensalkóníumklóríð. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Brotthvarf flútíkasónfúróats gerist hratt með verulegum umbrotum í fyrstu umferð um lifur, fyrir tilstilli cýtókróm P450 3A4. Samhliða gjöf rítónavírs ekki ráðlögð vegna hættunnar á aukinni almennri útsetningu fyrir flútíkasónfúróati. Gæta skal varúðar þegar flútíkasónfúróat er gefið samhliða öflugum CYP3A4-hemlum þar sem ekki er hægt að útiloka aukna þéttni í líkamanum í heild. **Frjósemi, meðganga og brjóstagjöf:** Engar fullnægjandi niðurstöður liggja fyrir varðandi notkun flútíkasónfúróats hjá þunguðum konum. Flútíkasónfúróat skal aðeins nota á meðgöngu ef ávinningur fyrir móðurina er meiri en möguleg áhætta fyrir fóstrið eða barnið. Ekki er vitað hvort flútíkasónfúróat skilst út í brjóstamjólk hjá konum. Hjá konum með barn á brjósti ætti gjöf flútíkasónfúróats einungis að koma til greina ef væntanlegt gagn fyrir móðurina er meira en hugsanleg áhætta fyrir barnið. **Aukaverkanir:** *Mjög algengar*: blóðnasir. *Algengar:* höfuðverkur, saramyndur í nefi. *Sjaldgæfar:* verkur í nefi, óþægindi í nefi (þ.m.t. sviði, erting og særindi í nefi), þurrkur í nefi. *Mjög sjaldgæfar:* ofnæmisviðbrögð, m.a. bráðaofnæmi, ofsabjúgur, útbrot og ofsakláði. *Tíðni ekki þekkt:* vaxtarskerðing. **Ofskömmtun:** Ólíklegt er að bráð ofskömmtun þarfnist annarrar meðferðar en eftirlits. **Afgreiðslutilhögun**: lyfseðilsskylt, R, E, ATC flokkur: R01AD12. **Pakkningar og verð:** Úðatæki, 120 skammtar, hámarkssmásöluverð 1. september 2012, kr 2.820 **Markaðsleyfishafi:** Glaxo Group Ltd, Greenford, Middlesex, UB6 0NN, Bretland.
Dagsetning endurskoðunar textans: 20-07-2012. IS/FF/0001b/12

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

VICTOZA®
(LIRAGLÚTÍÐ)

Victoza 6 mg/ml stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna.
NovoNordisk. A 10 BX 07. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS – Styttur texti SPC

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 metformíni eða súlfónýlúrealyfi hjá sjúklingum með ófullnægjandi stjórn á blóðsykri þrátt fyrir stærsta þolanlegan skammt af metformíni eða súlfónýlúrea einu sér, eða í samsettri meðferð með metformíni og súlfónýlúrealyfi eða metformíni og tíazólidíndíóni hjá sjúklingum sem hafa ófullnægjandi stjórn á blóðsykri þrátt fyrir tveggja lyfja meðferð. **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 tíazólidíndíóni. Halda má áfram að gefa óbreyttan skammt af metformíni og tíazólidíndíóni. Victoza má bæta við meðferð með súlfónýlúrealyfi sem er þegar til staðar eða við samsetta meðferð með metformíni og súlfónýlúrealyfi. Þegar Victoza er bætt við meðferð með súlfónýlúrealyfi má íhuga að minnka skammt súlfónýlúrealyfsins 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 gæti á hinn bóginn reynst nauðsynlegt að sjúklingur fylgdist sjálfur með blóðsykri til að stilla af skammtastærð súlfónýlúrealyfsins. 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 væga skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun 60-90 ml/mín.). Mjög takmörkuð reynsla er af meðferð hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun 30-59 ml/mín.) og engin reynsla er af meðferð hjá sjúklingum með verulega skerðingu á nýnastarfsemi (kreatínínúthreinsun minni en 30 ml/mín.). Sem stendur er ekki hægt að mæla með notkun Victoza hjá sjúklingum með miðlungsmikla eða verulega skerðingu á nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklingum með nýrnabilun á lokastigi. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Reynsla af meðferð hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi, á hvaða stigi sem er, er of takmörkuð til að hægt sé að mæla með notkun Victoza hjá sjúklingum með væga, miðlungsmikla eða verulega skerðingu á 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. **Umboðsaðili á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. Sími: 535-7000.

Textinn var síðast samþykktur í október 2012. 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 6mg/ml. Hver penni er því 15 skammtar miðað við 1,2 mg/skammt eða 10 skammtar miðað við 1,8mg/skammt.

Afgreiðslutilhögun (afgreiðsluflokkun): R **Verð (samþykkt hámarksverð, 1. janúar 2013):** 6 mg/ml, 3ml x 2 pennar. Kr: 22.761
Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: * Hefur fulla greiðsluþátttöku.

novo nordisk®

„Hver er heimilislæknirinn þinn?“



Þórarinn Ingólfsson
formaður Félags
íslenskra heimilislækna
Thorarinn.Ingolfsson@heilsugaeslan.is

Þessa spurningu kannast flestir við sem leitað hafa til heilbrigðisstofnana og annarra með sín vandamál. Oft verður hins vegar fátt um svör og heilsugæslustöðin í nágrenni heimilisins eða í sveitarfélaginu nefnd til sögunnar. Þangað eru þá sendar beiðnir um heilsufarsupplýsingar og læknabréf sem oft innihalda mikilvægar upplýsingar um frekari meðferð og eftirfylgni upp á von og óvon um að einhver taki við málinu. Hættan er augljós að slík skilaboð misfarist þegar ábyrgðin er sett á stofnun en ekki nafngreindan lækni sem þekkir til viðkomandi. Það er skylda allra sem að þessum málum koma að gera allt sem hægt er til að koma í veg fyrir slíkt. Það er á ábyrgð stjórnmálamanna og embættismanna heilbrigðiskerfisins að kerfið virki eins og til er ætlast. Er þá ónefnt hið persónulega samband læknis og sjúklings sem er afar mikilvægt fyrir flesta sem leita til læknis. Sérstaklega á þetta við um eldra fólk, barnafjölskyldur og fólk með langvinna sjúkdóma.

Í orði kveðnu eru flestir sammála um að hugmyndafræði heimilislækninga sé besta fyrirkomulagið fyrir borgarana. Hugmyndafræðin gengur út á að fólk hafi til taks nafngreindan vel menntaðan heimilislækni sem það treystir og getur náð í þegar á þarf að halda. Heilbrigðispólítíkusar og embættismenn heilbrigðiskerfisins tala gjarnan fyrir því í ræðum að heilsugæslan skuli vera „fyrsti viðkomustaðurinn“. Gefnar hafa verið út ótal skýrslur á vegum ráðuneytis heilbrigðismála og svo virðist sem flestir séu sammála um að slíkt kerfi sé farsælast heilsufarslega og skynsamleg ráðstöfun fjármuna ríkisins. Þrátt fyrir þetta eru tugþúsundir Íslendinga án nafngreinds heimilislæknis, þúsundir „skráðir á stöð“ og mikill skortur á heimilislæknum á landsbyggðinni. Listunin sem svo hefur verið nefnd þegar fólk á sér nafngreindan lækni, þynnist óðfluga út og þeir sem eru þó svo heppnir að eiga sér heimilislækni komast ekki að vegna þess að hann er að sinna öðrum. Það er ekkert launungarmál að það ríkir almenn óánægja með aðgengi að heimilislæknum. Það heyrir maður víða í samfélaginu. Fagfélag heimilislækna hefur ítrekað óskað eftir því við heilbrigðisyfirvöld að vera haft með í ráðum án þess að hafa erindi sem erfiði.

Heilbrigðisyfirvöld líta gjarnan til Skandinavíu þegar rædd eru velferðar- og heilbrigðismál og er það hárrétt hjá þeim. Þetta eru þjóðirnar sem stjórnmálamenn og við Íslendingar viljum gjarnan hafa sem fyrirmynd. Núverandi ráðherra heilbrigðismála hefur að auki oft í ræðum nefnt Bretland sem gott fordæmi þar sem það fyrsta sem fólki sem þangað flytur er boðið er að velja sér heimilislækni. Allt er gott um þetta að segja. Hitt gleymist þessum stjórnmálamönnum, en það er að líta nánar á hvað þessar þjóðir hafa gert til að slíkt geti verið mögulegt.

Danir og Norðmenn hafa langa hefð fyrir sjálfstæðum rekstri um heimilislæknamóttökuna. Svíar hafa síðustu ár fylgt í kjölfarið og boðið læknum að reka sínar stöðvar sjálfir með samning við ríkið og gefist vel. Norðmenn innleiddu 2001 svokallað fastlæknakerfi þar sem stjórnvöld í samvinnu við fagfélag lækna heimilislæknavæddu alla þjóðina. Frá 2008 hafa verið framkvæmdar mælingar á ánægju notenda með opinbera þjónustu í Noregi og hafa norskir heimilislæknar vermt efsta sætið í 5 ár í röð, nú síðast með 81 stig af 100 mögulegum.

Á síðasta aðalfundi Læknafélags Íslands var einróma samþykkt ályktun sem hljóðar svo:

„Aðalfundur LÍ haldinn á Akureyri 18.-19. október 2012 skorar á stjórnvöld að viðurkenna rétt sérfræðinga í heimilislækningum til að starfa sjálfstætt og stuðla þannig að fjölbreyttari rekstrarformum innan heilsugæslunnar sem gefið hafa góða raun á hinum Norðurlöndunum.“

Ályktunin er til marks um samstöðu lækna um það hvernig heilbrigðiskerfið á að líta út í framtíðinni og viðurkenning á að hvorugir geta án hinna verið, sérgreinalæknar og sérfræðingar í heimilislækningum. Báðum er fullkomlega ljóst að heilbrigðisþjónustan til framtíðar byggir á góðri og hnökralausri samvinnu fyrsta og annars stigs þjónustunnar. Í júní 2008 var undirritaður rammasamningur við heimilislækna um sjálfstæðan rekstur en þrátt fyrir að sýnt hafi verið fram á sparnað af slíku hafa heilbrigðisyfirvöld ekki enn gefið kost á að starfa eftir honum. Þvert á móti hafa tilburðir þriggja síðustu heilbrigðisráðherra verið í átt að meiri miðstýringu eða þess að gera engar breytingar. Afleiðingarnar eru flótti lækna úr heimilislækningum og mikil neikvæðni lækna gagnvart starfsaðstöðunni á Íslandi og tregða við að flytjast heim eftir nám eins og síðustu fréttir sýna.

Heilbrigðisyfirvöld þurfa nú að gera upp hug sinn varðandi heilbrigðiskerfið til langs tíma og ganga til samvinnu við læknafélögin um útfærsluna. Slíkt væri fyrsta skrefið til gera læknisstarfið aðlaðandi á Íslandi og bæta mönnunina.

Nú nálgast kosningar og verður fróðlegt að fylgjast með hvort stjórnmálamenn spyrja kjósendur: „Hver er heimilislæknirinn þinn?“

NÝJUNG!

TARGIN®
OXÝKÓDON/NALOXÓN

Eina sterka ópíóíð lyfið sem vinnur einnig gegn hægðatregðu af völdum ópíóíða[1]



TARGIN® ábending: Miklir verkir sem ekki næst nægileg stjórn á nema með ópíóíð verkjalyfjum. Ópíóíð mótlyfinu naloxóni er bætt í til að vinna gegn hægðatregðu af völdum ópíóíða með því að blokka verkun oxýkódons við ópíóíð viðtaka staðbundið í þörmum[2]

Norpharma þakkar gestum fyrir komuna á málþing um nýjung í verkjameðferð á Læknadögum.

Sérlyfjatexti á bls. 106

1. Clemens et al. Expert Opin. Pharmacother; 11(2): 1-14, 2010
2. www.serlyfjaskra.is

DK201301-tar-ann-is-ndk


Avamys®
flútíkasónfúróat
Meðferð við ofnæmiskvefi[1]
Hver sem ástæðan er,
hver sem árstíðin er
0079902
Avamys®
120
doser
GlaxoSmithKline
Dregur úr og fyrirbyggir einkenni ofnæmiskvefs[1]*
Sérlyfjatexti á bls. 109
* Notist eingöngu í nef
IS/FF/0001a/12