Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

7-8 /2013

99. árgangur: 321-372



TURBUHALER

Turbuhaler innöndunartæki

Einfalt og auðvelt í notkun

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

Leiðbeiningar um notkun fást á næstu heilsugæslustöð eða í lyfjaverslunum

AstraZeneca

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









Vorfagnaður lækna á slóðum fortíðar – og framtíðar?







Læknar komu saman til fagnaðar í verðandi salarkynnum læknaminjasafns á Seltjarnarnesi í byrjun júní, nutu veitinga innan um hráa steinveggi og leið augsýnilega vel þótt úti rigndi. Gestgjafar voru þeir Steinn Jónsson formaður Læknafélags Reykjavíkur og Óttar Guðmundsson formaður Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar en þeir hafa talað fyrir þeirri hugmynd að samtök lækna flytji búferlum og setjist að í Nesi innan um söguna. Lífleg umræða varð á heimasíðu lækna í kringum vorfagnaðinn og sýndist sitt hverjum um þessa hugmynd. Mörgum fannst hún góð og mæltu eindregið með því að hún yrði að veruleika, öðrum óx kostnaður í augum eða höfðu aðrar athugasemdir, jafnvel hugmyndir um að flytja eitthvert annað. Eflaust verður þetta mál áfram til umræðu, en eins og kunnugt er hefur Seltjarnarnesbær sagt sig frá samkomulagi við menntamálaráðuneytið og læknafélögin um að ljúka við að koma safninu í framtíðarhorf. En hvað sem því líður skemmtu læknar sér prýðilega og nutu bæði tónlistar og góðra veitinga.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Rebekka Erin Moran (f. 1976) er bandarísk listakona búsett hér á landi og höfundur verksins sem sjá má á forsíðu Læknablaðsins að þessu sinni. **I keep forgettin' that I forgot about you** er frá árinu 2012. Verkið er skúlptúr sem sýndur er beint á gólfi, gallabuxur steyptar í gifs og bleikir sokkar. Það er eins og einhver hafi farið úr buxum og sokkum í flýti og skilið hrúguna eftir á gólfinu. Rebekka leikur sér að því að steypa hversdagslegt atvik í varanlegt form og nefnir verkið spaugilegum titli sem gæti vísað til þess að hrúgan hafi orðið til eftir ærlegt skrall. Þegar nýr dagur rennur upp er atvikum næturinnar púslað saman með sönnunargögnum eins og fatahrúgunni á gólfinu. Hversdagsleiki og daglegt líf rata gjarnan í verk Rebekku sem vinnur í ýmsa miðla og er einkum kunn fyrir tilraunir sínar með kvikmyndamiðilinn. Hún notast töluvert við 16 mm filmu sem felur bæði í sér hreyfimyndina sjálfa sem og ákveðna eiginleika skúlptúrs þar sem sýningarvélin verður hluti af heildarupplifun verksins í sýningarrýminu. Listakonan hefur iðulega nýtt sér þennan tvíþætta eiginleika í kvikmyndainnsetningum sínum. Rebekka stundaði nám í myndlist í Chicago, Bandaríkjunum, og fluttist þá búferlum til Hollands. Eftir að hafa starfað þar um nokkurt skeið dvaldi hún hluta ársins 2005 á vinnustofu á Íslandi og hefur búið hér á landi síðan. Rebekka hefur meðal annars staðið fyrir kvikmyndasýningum undir heiti Kínó klúbbsins þar sem hún hefur kynnt framsækna og listræna kvikmyndagerð. Þá hefur hún tekið þátt í fjölda sýninga hér á landi sem og alþjóðlega og þess má geta að verk hennar sem sjá má á forsíðu Læknablaðsins var nýverið hluti af samsýningu í Chicago.



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
Þröstur Haraldsson
Védís Skarphéðinsdóttir
(í leyfi)
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Sigdís Þóra Sigþórsdóttir
sigdis@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
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



327

Sigurður Guðmundsson

Hrafn Sveinbjarnarson, fyrsti íslenski læknirinn

Þann 24. ágúst verður haldin ráðstefna á Hrafnseyri við Arnarfjörð þar sem brugðið verður ljósi á ævi og störf merks manns en í ár eru liðnar 8 aldir frá því hann var veginn



329

Ólafur Guðlaugsson

Bakverkir og sýklalyf

„Út frá þeim gögnum sem fyrir liggja er alls ekki hægt að mæla með því að sýklalyf séu notuð til að meðhöndla langvarandi bakverki," segir höfundur og bregst við nýlegum skrifum

FRÆÐIGREINAR

331

Janus Guðlaugsson, Thor Aspelund, Vilmundur Guðnason, Anna Sigríður Ólafsdóttir, Pálmi V. Jónsson, Sigurbjörn Árni Arngrímsson, Erlingur Jóhannsson

Áhrif 6 mánaða fjölþættrar þjálfunar á hreyfigetu, vöðvakraft, þol og líkamsþyngdarstuðul eldri einstaklinga – Eru áhrif þjálfunar sambærileg hjá konum og körlum?

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða áhrif 6 mánaða þjálfunar og íhlutunar á hreyfigetu karla og kvenna, hvort þjálfunin hefði ólík áhrif á kynin og hver árangur þjálfunarinnar væri 6 og 12 mánuðum eftir að henni lauk

339

Sigríður Sunna Gunnarsdóttir, Arna Guðmundsdóttir, Hildur Harðardóttir, Reynir Tómas Geirsson

Sykursýki af tegund 1, meðganga og árangur blóðsykurstjórnar

Tíðni sykursýki af tegund 2 hefur aukist eins og alkunna er en það sama gildir um sykursýki af tegund 1. Hún hefur víðtæk áhrif á verðandi móður og ófætt barn hennar, en með góðri blóðsykurstjórnun má lágmarka fylgikvilla beggja

Skrifstofa Læknafélags Íslands verður lokuð vegna sumarleyfa dagana 15. júlí til 5. ágúst.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

346

Allir hlekkirnir verða að halda

Hávar Sigurjónsson

Guðmundur Þorgeirsson sem nú lætur af starfi deildarforseta læknadeildar Háskóla Íslands ræðir um menntun lækna og hvað það er sem mestu skiptir fyrir þróun læknisfræði og heilbrigðisþjónustu





350

Blóðfitulækkandi lyf eru ofnotuð

Hávar Sigurjónsson

Barbara Roberts er bandarískur hjartalæknir með sterkar skoðanir á hjartasjúkdómum og hvernig þeir koma misjafnlega niður eftir kynjum

352

Lífsstíll og mataræði haldast í hendur

Hávar Sigurjónsson

Rætt við Axel F. Sigurðsson hjartalækni sem um nokkurt skeið hefur haldið úti upplýsingasíðunni Mataræði.is





354

Aldrei leitað samráðs um frumvarpið

Hávar Sigurjónsson

Páll Matthíasson geðlæknir og framkvæmdastjóri geðsviðs Landspítalans er ómyrkur í máli um stöðu réttargeðlækninga og lagasetningar um þær

356

Lyfjamál í brennidepli – áréttingar vegna greinar

Jakob Falur Garðarsson





357

Heilsugæslan svarar kallinu

Eyjólfur Guðmundsson bregst við ritstjórnargrein Þórarins Tyrfingssonar

359

Hrafn Sveinbjarnarson – höfðingi, pílagrímur og læknir

Ásdís Egilsdóttir, Eiríkur Jónsson, Torfi H. Tulinius, Óttar Guðmundsson



Ágrip erinda sem flutt verða um Hrafn Sveinbjarnarson á ráðstefnu að Hrafnseyri 24. ágúst

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

345

Nýr ráðherra og gamlir



Orri Þór Ormarsson

„Því ætla ég, eins og á landsleiknum, að bíða með að klappa og gefa nýjum ráðherra að minnsta kosti færi á að klára upphitun."

LÖGFRÆÐI 5. PISTILL

358

Trúnaðar- og þagnarskylda lækna



Dögg Pálsdóttir

363

Höfum við efni á að setja sjötuga lækna á eftirlaun?



Steinn Jónsson

FRÁ ÖLDUNGADEILD

364

Öldungar í Toskana

Ferðasaga um frjósamar og fagrar lendur þar sem vínviðurinn dafnar

FRÁ SÉRGREIN

370

Frá Félagi íslenskra krabbameinslækna



Agnes Smáradóttir

Cervarix® veitir vörn gegn algengustu* krabbameinsvaldandi HPV- veirum: HPV- 16, 18, 31, 33 og 45[1-6]

Cervarix®

Bóluefni gegn mannapapillomaveirum, gerðum 16 og 18
(Raðbrigði, ónæmisglætt, aðsogað)



Cervarix®: hefur víxlverndandi virkni.

- Heildarvirkni *Cervarix* **er meiri en vænta má** af bóluefni sem er gegn HPV- 16 og 18.[1,3,5–8]
- *Cervarix* hefur **93% virkni gegn alvarlegum frumubreytingum í leghálsi (CIN3+),** óháð HPV- gerð í frumubreytingum.**[2,3]

CERVARIX Bóluefni gegn mannapapillomaveiru [gerðum 16 og 18] (raðbrigði, ónæmisglætt, aðsogað). **Notkun:** Til notkunar frá 9 ára aldri til að koma í veg fyrir forstigsbreytingar í leghálsi og leghálskrabbamein af völdum ákveðinna krabbameinsvaldandi mannapapillomaveira (HPV). Notkun Cervarix skal vera í samræmi við opinberar leiðbeiningar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlögð bólusetningaráætlun er þrír skammtar; 0, 1, 6 mánuðir. Ekki liggur fyrir hvort þörf er á örvunarskammti. Cervarix er ætlað til inndælingar í vöðva á axlarvöðvasvæðinu. Ekki ætlað stúlkum yngri en 9 ára, vegna skorts á upplýsingum um öryggi og ónæmingargetu hjá þessum aldurshópi. **Innihaldsefni:** 1 skammtur (0,5 ml) inniheldur: HPV 16 L1-prótein (20 míkrógrömm), HPV 18 L1 prótein (20 míkrógrömm) ónæmisglætt með AS04 sem inniheldur mónófosfóryllípíð A (50 míkrógrömm) aðsogað á álhýdroxíðhýdrat (0,5 milligrömm $Al3^{+}$). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Bráð, alvarleg veikindi með hita. Hins vegar er minniháttar sýking, svo sem kvef, ekki frábending fyrir ónæmisaðgerð. **Geymsluþol:** 4 ár. Cervarix skal gefið eins fljótt og unnt er eftir að það er tekið úr kæli. Gögn um stöðugleika benda þó til að Cervarix í stakskammtaílátum haldist stöðugt og megi gefa ef það hefur verið geymt utan kælis í allt að þrjá daga við hitastig á bilinu 8°C til 25°C eða allt að einn dag við 25°C til 37°C. **Gerð íláts og verð:** 0,5 ml sprauta 1stk. í pakkningu. Hámarks smásöluverð í febrúar 2013, kr. 17.882 Lyfseðilsskylt, R,0. ATC flokkur J07BM02. **Markaðsleyfishafi:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgía. Dagsetning endurskoðunar textans: 05/12/2011. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá** – www.serlyfjaskra.is.

References:

1. Paavonen J, Naud P, Salmerón J, *et al.* Lancet 2009; 374: 301–314. **2.** European Summary of Product Characteristics. Cervarix®. GlaxoSmithKline. **3.** Paavonen J, Naud, Salmerón J, *et al.* Abstract presented at IPVC 2010 Montreal, Canada, July 3–8, 2010. **4.** Romanowski B. Abstract presented at IPVC 2010 Montreal, Canada, July 3–8, 2010. **5.** Bosch FX, Burchell AN, Shiffman M, *et al.* Vaccine 2008; 26S: K1–K16. **6.** European Summary of Product Characteristics. Gardasil™. Sanofi Pasteur MSD, 2010. **7.** Tjalma W. Abstract presented at IPVC Montreal, Canada, July 3–8, 2010. **8.** Howell-Jones R, Bailey A, Beddows S, *et al.* Br J Cancer 2010; 103(2): 209–216.

* Vaccine efficacy is different for each of the HPV types 16, 18, 31, 33, 45 and varies in different cohorts and endpoints. ** Vaccine efficacy again CIN3+ irrespective of HPV type in lesions was 93,2% (95% CI 78,9-98,7) in the TVC-naïve cohort.3

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

gsk GlaxoSmithKline

IS/CER/0001a/13 February 2013

Hrafn Sveinbjarnarson, fyrsti íslenski læknirinn. Minning 800 árum síðar

Ráðstefna á Hrafnseyri við Arnarfjörð, 24. ágúst 2013

Sigurður Guðmundsson

læknir, sérfræðingur í lyflækningum og smitsjúkdómum, lyflækningasviði Landspítala, prófessor, læknadeild Háskóla Íslands.



siggudm@landspitali.is

„Atburðir margir, þeir er verða, falla mönnum oft úr minni en sumir eru annan veg sagðir en verið hafa og trúa því margir er logið er en tortryggja það satt er".[1] Þannig hefst Hrafns saga Sveinbjarnarsonar hin sérstaka. Þarna lýsir höfundur réttmætum efasemdum sínum um langminni lýðsins. Það var hverfult á tímum söguritara rétt eins og nú. Ekki á það síst við þegar fjallað er um pólitík, þá eins og nú.

Hrafns saga fjallar enda um pólitík. Hún er talin vera nokkurs konar pólitískt varnarrit að Hrafni látnum undir miklum áhrifum frá helgisögnum miðalda.[2] Útdráttur Hrafns sögu sem birtist í Sturlungu er styttri, ekki síst hefur höfundur Sturlungu fellt úr þeim köflum sem mest gera úr helgiljóma Hrafns, en meira fjallað um deilur hans við banamann sinn Þorvald Vatnsfirðing.[2] Sagan hin sérstaka minnir því e.t.v. á ævisögur samtímans, einkum þær sem skrifaðar eru af aðdáendum nýlátinna mikilmenna.

Því mikilmenni var Hrafn, fjölvís hæfileikamaður. Ef hann hefði fæðst nokkrum öldum síðar hefði hann vafalítið orðið okkar helsti endurreisnarmaður. Honum er svo lýst í sögunni að hafa orðið „snemmendis mikill atgervismaður. Hann var völundur að hagleik bæði að tré og að járni og skáld", en höfundur sögunnar bætir þar við af sagnfræðilegu raunsæi og heiðarleik að „þó hann hafi fátt kveðið svo að vér vitum". Þessi viðbót hlýtur að auka trúverðugleik og heilindi söguritara. Hrafni er svo áfram lýst að hann var „hinn mesti læknir og vel lærður, ... , lögspakur maður og vel máli farinn og að öllu fróður". Honum er ennfremur lýst sem miklum á velli og atgervismanni, hann var „syndur vel og við allt fimur það er hann hafðist að, bogmaður mikill og skaut manna best handskoti".[1]

Þetta er maðurinn sem við íslensir læknar viljum að sé minnst sem fyrsta íslenska lærða læknisins, mannsins sem ætti að hafa læknanúmerið 0001. Auðvitað hafa ýmsir aðrir landar okkar sinnt sjúkum, læknað og líknað á þessum tímum, þar með talið löngu fyrir hans daga. Heimildir munu þó óvissar um skólun þeirra, þó snjallir væru þeir margir. Erfitt er að minnast ekki á hvernig Þorgerður Egilsdóttir læknaði föður sinn Skallagrímsson af hugsýki og sorg í sjálfsvígshugleiðingum eftir sonarmissi. Hún beitti þar brögðum og mannlegu innsæi, aðferðafræði sem enn er beitt í nútíma læknisfræði. Kannski var Þorgerður fyrsti íslenski geðlæknirinn eða geðhjúkrunarfræðingurinn.

Í Hrafni höfum við læknar samt ákveðið tákn, hann var okkar fyrstur, og þannig viljum við hugsa til hans. Hann er okkur nauðsynlegur sem upphaf, einhvers konar ármaður. Síðan hefur okkur fjölgað, að vísu hægt næstu aldirnar en hraðar síðar, og þekking okkar vaxið og dafnað. Næsti bautasteinn læknisfræðinnar hérlendis er svo auðvitað Bjarni Pálsson, um fimm og hálfri öld síðar, sem líka á að vera okkur tákn og fyrirmynd. Þeir Hrafn og Bjarni verðskulda háan sess í hugum okkar nútímalækna, og ég held að þann sess hafi þeir báðir.

Um Hrafn, ævi hans sem höfðingja, pílagríms og læknis verður fjallað á ráðstefnu sem haldin verður á Hrafnseyri þann 24. ágúst n.k. Hún er haldin til að minnast þess að 800 ár voru í mars síðastliðnum liðin frá því að Þorvaldur Vatnsfirðingur stóð að vígi Hrafns. Á ráðstefnunni munu fimm fræðimenn fjalla um ævi hans, lækningar, kirkjuleg áhrif, skáldskapinn og pólitískar deilur. Fleiri munu einnig um hann fjalla í tali og tónum. Ágrip erinda eru birt í þessu tölublaði Læknablaðsins ásamt fjölbreyttri dagskrá. Hrafni og ævi hans hafa áður verið gerð góð skil á síðum blaðsins af þeim Erni Bjarnasyni[3,4] og Páli Ásmundssyni.[5] Hér leggja fleiri hönd á plóg, fólk með þekkingu á sagnfræði, trúarbrögðum, norrænum fræðum og lækningum tekur höndum saman og bregður skýrara ljósi á ævi og störf þessa merka manns, táknmyndar okkar lækna.

Heimildir

1. Hrafns saga Sveinbjarnarsonar hin sérstaka. Sturlunga saga II. Ritstj. Örnólfur Thorsson, Svart á hvítu 1988: 883-931.
2. Sturlunga saga, skýringar og fræði. Inngangur. Ritstj. Örnólfur Thorssson, Svart á hvítu 1988:xxviii.
3. Örn Bjarnason. Kristinn heimur miðalda og Hrafn Sveinbjarnarson. Læknablaðið 2004; 90: 167-70.
4. Örn Bjarnason. Hrafn Sveinbjarnarson – líkn og lækningar. Læknablaðið 2004; 90: 253-7.
5. Páll Ásmundsson. 800 ár frá vígi Hrafns Sveinbjarnarsonar. Læknablaðið 2013;99:164-5.

The first Icelandic physician, Hrafn Sveinbjarnarson. In memoriam – 800 years later.

Sigurður Guðmundsson
Consultant in Internal Medicine and Infectious Diseses, Landspítali University Hospital, Professor, School of Medicine, University of Iceland.

NÝTT LYF

VIÐ EINKENNUM OFVIRKRAR ÞVAGBLÖÐRU

- Nýr verkunarháttur[1,2]
- Áhrif á öll aðaleinkenni ofvirkrar þvagblöðru[1,2]
- Munnþurrkur sambærilegur og við notkun lyfleysu[1,2]

Betmiga™ 50 mg
mirabegron

Fyrsti β_3-örvinn við ofvirkri þvagblöðru

Sérlyfjatexti á bls. 344

Heimildir:
1. Khullar et al. Eur Urol 63: (2013); 283–295. **2.** Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395

Bakverkir og sýklalyf

Ólafur Guðlaugsson

Sérfræðingur í lyflækningum og smitsjúkdómum Landspítalanum



olafgudl@landspitali.is

Í mars síðastliðnum birtist grein í tímaritinu *European Spine Journal* (ESJ) um notkun á sýklalyfjum við langvarandi bakverkjum hjá sjúklingum með sértækar breytingar (Modic gerð 1) á segulómmyndum[1]. Þessi grein hlaut mikla umfjöllun í fjölmiðlum. Í sama tölublaði tímaritsins birtist önnur grein eftir sama hóp þar sem sagt var frá því að merki um bakteríur hefðu fundist í sýnum sem tekin voru úr sjúklingum með brjósklos og hefðu sumir sýnt sömu breytingar við segulómun[2]. Þessar greinar voru kynntar á sérstökum blaðamannafundi í mars þar sem jafnvel var látið í veðri vaka að Nóbelsverðlaunin væru innan seilingar. Ritaðir hafa verið leiðarar í Læknablaðið af minna tilefni.

Fyrri greinin[1] lýsir tvíblindaðri, slembaðri rannsókn sem fjallar um áhrif sýklalyfja hjá sjúklingum með bakverki og Modic 1 breytingar við segulómskoðun. Sjúklingar voru fengnir frá tveimur sérhæfðum bakgöngudeildum í Danmörku. Sjúklingahópnum var skipt í tvennt með slembun; meðferðarhóp og samanburðarhóp. Meðferðarhópurinn fékk amoxicillin/clavulanic sýru í þrjá mánuði. Engin vefjasýni eða ræktanir voru teknar. Sjúklingarnir voru ekki með merki um langvarandi sýkingar í blóðrannsóknum, né heldur þróaði neinn þeirra alvarlega klíníska sýkingu við 12 mánaða eftirfylgd. Samanburðarhópurinn fékk lyfleysu. Hóparnir voru metnir eftir 100 daga og aftur eftir eitt ár. Í heild voru bornir saman 77 sjúklingar í meðferðarhópnum og 67 sjúklingar í samanburðarhópnum. Í meðferðarhópnum fengu 65% aukaverkanir vegna sýklalyfjanna og fjórir hættu vegna alvarlegra aukaverkana. Eftir eitt ár var segulómun endurtekin. Þá voru 92% í meðferðarhópnum og 97% í samanburðarhópum ennþá með Modic 1 breytingar. Svo virðist sem meðferðarhópurinn hafi almennt verið með umfangsminni Modic breytingar eftir meðhöndlun, en ekki voru bornar saman myndir einstakra sjúklinga fyrir og eftir meðhöndlun. Ekki reyndist marktækur munur milli fjarvista frá vinnu milli hópana. Meðferðarhópurinn virtist vera við betri líðan samkvæmt ýmsum verkjakvörðum, þótt hann væri ennþá með umtalsverð einkenni. Áhugavert er hve lítinn bata samanburðarhópurinn fékk á einu ári.

Í seinni greininni[2], var spurt hvort sýking í liðþófum í hrygg valdi Modic breytingum. Rannsakaðir voru sjúklingar á göngudeild vegna brjóskloss, alls 61 sjúklingur. Þeir fóru allir í aðgerð vegna brjóskloss þar sem sýni náðist til ræktunar. Af þeim voru 28 með jákvæða ræktun; flestir með *Propionibacterium acnes*. Þá var metið hverjir í hópnum voru með einhverjar Modic breytingar (óskilgreint). Reyndist það vera meirihluti hópsins með jákvæðu ræktanirnar, eða 35 á móti 26. Þrátt fyrir að höfundar tali um tölfræðilega marktækni milli hópa, var hún fengin á annan hátt en búast hefði mátt við miðað við hönnun rannsóknarinnar. Uppsetning rannsóknarinnar og niðurstöður hennar gera höfundum í raun ekki kleift að svara þeirri rannsóknarspurningu sem þeir settu fram.

Svokallaðar Modic breytingar í segulómun eru í þessum greinum gerðar að sértækum breytingum fyrir sýkingar. Fjöldi rannsókna hefur metið þessar Modic breytingar og almennt ekki getað staðfest að þær séu sértækar fyrir bakverki, hvað þá sýkingar[3], sérstaklega í ljósi þess að þær geta horfið án meðferðar[4]. Þegar stórum hópum af sjúklingum með slæma bakverki og staðfestar Modic breytingar hefur verið fylgt eftir í langan tíma, eru einungis örfáir sem þróa með sér hefðbundnar klínískar sýkingar[5] og þá ekki með *P. acnes*. Í umræðu um þessar greinar í *British Medical Journal* (BMJ)[6] er að auki bent á hagsmunaárekstur sem ekki er gerð grein fyrir í umræddum greinum[1,2]. Tveir höfunda sitja í stjórn fyrirtækis (www.mastmedical.com) sem skráð var um leið og greinin birtist á heimasíðu ESJ í rafrænni útgáfu í febrúar. Þetta fyrirtæki gerir út á það að kenna læknum að tileinka sér og verða „MAST certified doctor" gegn greiðslu. „MAST" stendur fyrir „Modic Antibiotic Spine Therapy". „MAST" meðhöndlun virðist á heimasíðunni snúast um að nýta þessa nýju meðferðarnálgun – segulómun og sýklalyf – til að meðhöndla langvarandi bakverki. Þeir læknar sem fá þessa vottun eru síðan auglýstir þar sérstaklega. Sjúklingum sem skoða síðuna er hjálpað að finna „MAST certified" lækna með aðstoð „Google Maps©".

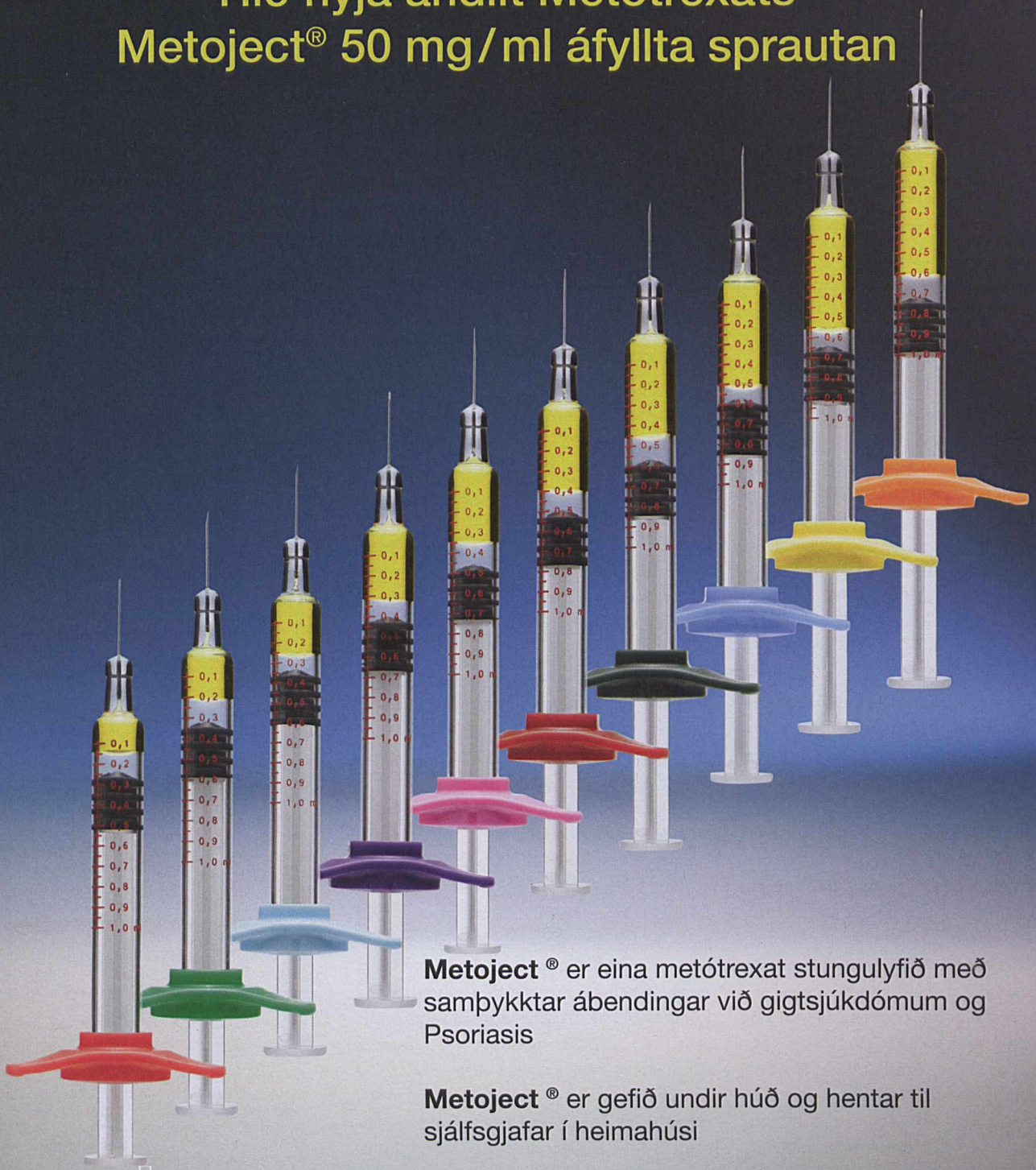
Það má því segja að höfundarnir séu í besta falli á hálum ís þegar þeir setja fram og kynna með pompi og pragt nýja hugmyndafræði um eðli og orsakir mjóbaksverkja, sem gengur gegn niðurstöðum fjölda rannsókna og viðtekinni þekkingu á sýkingum í beinum. Engar langtímarannsóknir styðja hugmyndir hópsins, hvorki um tilvist, tilurð, gang né árangur þeirrar meðferðar sem haldið er á lofti. Því má ekki gleyma að langtímameðferð með sýklalyfjum er ekki og verður aldrei án aukaverkana fyrir suma sjúklinga og slík meðferð eykur hættu á þróun ónæmis í bakteríum. Því er þörf á vel unnum rannsóknum til að rannsaka betur þær hæpnu niðurstöður sem settar eru fram í þessum greinum. Út frá þeim gögnum sem fyrir liggja er alls ekki hægt að mæla með því að sýklalyf séu notuð til að meðhöndla langvarandi bakverki.

1. Albert HB, Sorensen JS, Christensen BS, Manniche C. Antibiotic treatment in patients with chronic low back pain and vertebral bone edema (Modic type 1 changes): a double-blind randomized clinical controlled trial of efficacy. Eur Spine J 2013;22:697-707.
2. Albert HB, Lambert P, Rollason J, et al. Does nuclear tissue infected with bacteria following disc herniations lead to Modic changes in the adjacent vertebrae? Eur Spine J 2013;22:690-6.
4. Quattrocchi CC, Alexandre AM, Della Pepa GM, Altavilla R, Zobel BB. Modic changes: anatomy, pathophysiology and clinical correlation. Acta Neurochir Suppl 2011;108:49-53.
3. Kovacs FM, Arana E, Royuela A, et al. Vertebral Endplate Changes Are Not Associated with Chronic Low Back Pain among Southern European Subjects: A Case Control Study. Am J of Neuroradiol 2012;33:1519-24.
5. Ohtori S, Koshi T, Yamashita M, et al. Existence of pyogenic spondylitis in Modic type 1 change without other signs of infection: 2-year follow-up. Eur Spine J 2010;19:1200-5.
6. McCartney M. Antibiotics for back pain: hope or hype? BMJ 2013;346:f3122.

Back pain and antibiotics

Ólafur Guðlaugsson
Consultant in internal medicine and infectious diseases at Landspitali University Hospital

Hið nýja andlit Metótrexats
Metoject® 50 mg/ml áfyllta sprautan



Metoject ® er eina metótrexat stungulyfið með samþykktar ábendingar við gigtsjúkdómum og Psoriasis

Metoject ® er gefið undir húð og hentar til sjálfsgjafar í heimahúsi

Metoject ® er eina metótrexat stungulyfið sem hægt er að ávísa með lyfseðli og fá afgreitt í apóteki

medac autoimmune

Umboðsaðili Medac GmbH á Íslandi:
Williams & Halls ehf.
Reykjavíkurvegur 62, 220 Hafnarfirði
www.wh.is

Sérlyfjatexti á bls. 368

Áhrif 6 mánaða fjölþættrar þjálfunar á hreyfigetu, vöðvakraft, þol og líkamsþyngdarstuðul eldri einstaklinga

– Eru áhrif þjálfunar sambærileg hjá konum og körlum?

Janus Guðlaugsson íþróttafræðingur[1], **Thor Aspelund** tölfræðingur[2,3], **Vilmundur Guðnason** læknir[2,3], **Anna Sigríður Ólafsdóttir** næringarfræðingur[1], **Pálmi V. Jónsson** læknir[3,4], **Sigurbjörn Árni Arngrímsson** þjálfunarlífeðlisfræðingur[1], **Erlingur Jóhannsson** lífeðlisfræðingur[1]

ÁGRIP

Inngangur: Góð hreyfigeta hefur umtalsverð áhrif á sjálfstæði og vellíðan eldra fólks. Slök hreyfigeta getur aftur á móti skert athafnir daglegs lífs. Markmið þessarar rannsóknar var að skoða áhrif 6 mánaða þjálfunar og íhlutunar á hreyfigetu karla og kvenna, hvort þjálfunin hefði ólík áhrif á kynin og hver árangur þjálfunarinnar væri 6 og 12 mánuðum eftir að henni lauk.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var gerð á 117 einstaklingum á aldrinum 71–90 ára sem höfðu tekið þátt í Öldrunarrannsókn Hjartaverndar. Snið rannsóknarinnar var víxlað með handahófskenndu vali í tvo hópa. Rannsóknin var gerð á þremur 6 mánaða tímabilum að loknum grunnmælingum. Sex mánaða þjálfun var þreytt af þjálfunarhópi (hópi 1) á fyrsta tímabili meðan seinni þjálfunarhópur (hópur 2) var til viðmiðunar. Hópur 2 tók síðan þátt í sams konar þjálfun á öðru tímabili en formleg þjálfun rannsóknaraðila var ekki lengur til staðar fyrir hóp 1. Sex mánuðum eftir að þjálfun hjá hópi 2 var lokið voru mælingar endurteknar í fjórða skiptið.

Niðurstöður: Eftir 6 mánaða íhlutun varð 32% bæting á daglegri hreyfingu karla ($p<0,001$) og 39% hjá konum ($p<0,001$). Á hreyfigetu karla varð um 5% bæting ($p<0,01$) og 7% hjá konum ($p<0,001$). Fótkraftur karla jókst um 8% ($p<0,001$) og kvenna um 13% ($p<0,001$). Bæði karlar og konur bættu hreyfijafnvægi um 10% ($p<0,001$), gönguvegalengd jókst hjá báðum kynjum um 5–6% ($p<0,001$) og líkamsþyngdarstuðull kynjanna lækkaði um tæplega 2% ($p<0,001$). Enginn kynjamunur var af áhrifum þjálfunar. Heildaráhrif þjálfunar á hreyfigetu og hreyfijafnvægi héldust í allt að 12 mánuði eftir að íhlutun lauk.

Ályktun: Fjölþætt þjálfun hefur jákvæð áhrif á hreyfigetu eldri einstaklinga, kynin bregðast á sambærilegan hátt við þjálfun og varðveita áunnar breytingar í hreyfigetu í allt að 12 mánuði. Rannsóknin bendir eindregið til þess að hófleg kerfisbundin þjálfun fyrir þennan aldurshóp ætti að vera hluti af hefðbundinni heilsugæslu aldraðra.

Inngangur

[1]Rannsóknastofa í íþrótta- og heilsufræði, menntavísindasviði Háskóla Íslands, [2]Hjartavernd, [3]Læknadeild Háskóla Íslands, [4]Landspítali Háskólasjúkrahús, Reykjavík

Með hækkandi aldri hefur skert hreyfigeta áhrif á slysatíðni, endurheimt bata eftir veikindi eða slys og dánartíðni.[1] Í rannsókn Leveille og félaga[1] kemur einnig fram verulegur munur á daglegri hreyfingu eldri karla og kvenna þar sem konur hreyfa sig minna. Þrátt fyrir að konur nái hærri lífaldri en karlar er hreyfigeta eldri kvenna minni en karla og þær búa oftar við meiri fötlun.[1,2] Lakari hreyfigeta eldri kvenna í samanburði við karla er viðfangsefni sem rannsaka þarf betur.[2]

Að viðhalda hreyfigetu skiptir sköpum fyrir eldri einstaklinga. Til að viðhalda hreyfigetu og góðri heilsu er mikilvægt, jafnt fyrir hina eldri sem hina yngri, að stunda skipulagða þjálfun þar sem tíðni, ákefð og tímalengd æfinga eru lykilþættir.[3,4] Einnig má snúa skertri hreyfigetu á ákveðnu stigi til betri vegar með markvissri þjálfun.[1,2,5] Sýnt hefur verið fram á að þátttaka í skipulagðri þol- og kraftþjálfun, þar sem æskileg ákefð þjálfunar, þjálfunarmagn og tíðni æfinga eru höfð að leiðarljósi, getur haft jákvæð áhrif á öldrunarferlið og aukið lífsgæði.[3,6] Á síðustu áratugum hefur komið í ljós að lýðgrunduð inngrip (*population-based strategies*), þar sem inngrip eru almenn, eru mun áhrifaríkari í lýðheilsulegu tilliti en aðferðir sem byggja á áhættuskimun og sértækri íhlutun.[7] Flokka má þessa íhlutunarrannsókn undir víðtækt lýðgrundað inngrip.

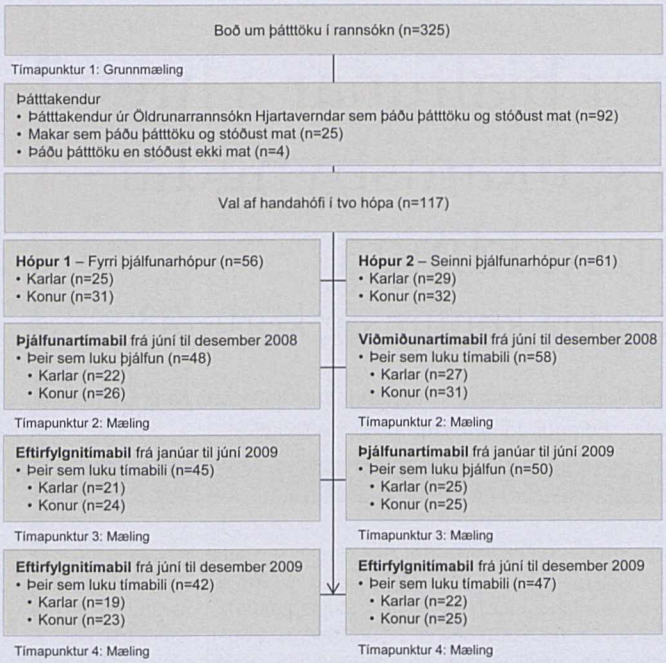
Fyrirspurnir: Janus Guðlaugsson
janus@hi.is

Greinin barst 18. mars 2013, samþykkt til birtingar 11. júní 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Vöðvaafl er skilgreint sem hæfileiki vöðva til að mynda afl snögglega en vöðvakraftur er skilgreindur sem magn af krafti sem vöðvi eða vöðvahópur getur framleitt með einum hámarkssamdrætti.[8] Minnkandi vöðvaafl og vöðvakraftur í neðri útlimum líkamans er oft skýringin á takmarkaðri hreyfigetu fólks í eldri aldurshópum.[4] Aftur á móti hefur aukinn vöðvakraftur í kjölfar kraftþjálfunar verið tengdur við aukna hreyfigetu, betra jafnvægi og minni fallhættu.[4,9] Jafnvægi má skilgreina sem ferli þar sem einstaklingur hefur stjórn á líkama sínum í uppréttri stöðu eða á hreyfingu. Greina má jafnvægi í stöðujafnvægi (*static balance*) og hreyfijafnvægi (*dynamic balance*) þar sem einstaklingur viðheldur jafnvægi meðan hann færir sig úr stað.[8]

Markmið þessarar rannsóknar var að greina áhrif 6 mánaða fjölþættrar þjálfunar (6-MFÞ) á karla og konur á aldrinum 71 til 90 ára og kanna hvort þjálfunaráhrif á heilsufarsbreytur yrðu mismunandi milli kynja. Auk þess var markmiðið að rannsaka hvort íhlutunaráhrifin vöruðu jafn lengi hjá báðum kynjum eftir að þjálfunartíma lauk. Grein úr sömu rannsókn hefur birst í tímaritinu *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*[10] þar sem fjallað var um áhrif þjálfunarinnar án þess að gerð væri grein fyrir áhrifunum á kynjamun sem er meginmarkmið þessarar greinar.



Mynd 1. *Flæðirit rannsóknar.*

Efniviður og aðferðir

Snið rannsóknar og þátttakendur

Snið rannsóknar var víxlað þar sem þátttakendum (n=117) var skipt af handahófi í tvo hópa, þjálfunarhóp 1 (H-1; n=56) og þjálfunarhóp 2 (H-2; n=61) (mynd 1). Að loknum grunnmælingum fór þjálfunar- og rannsóknartími fram í þremur 6 mánaða tímabilum.[10] H-1 hóf þjálfun sem stóð yfir í 6 mánuði meðan H-2 virkaði sem viðmiðunarhópur á sama tíma. Eftir 6-MFÞ hjá H-1 voru mælingar endurteknar hjá báðum rannsóknarhópum (tímapunktur 2). Afskiptum rannsakenda af þjálfun H-1 lauk á þessum tímapunkti. Næstu 6 mánuði tók H-2 þátt í samskonar þjálfun og H-1. Eftir þjálfunartíma H-2 voru mælingar endurteknar hjá báðum hópum (tímapunktur 3) og lauk þá afskiptum rannsóknaraðila af þjálfun H-2. Sex mánuðum eftir að H-2 lauk sinni þjálfun voru mælingar endurteknar í fjórða sinn á báðum hópum (tímapunktur 4) (mynd 1).

Þátttakendur í þessari rannsókn voru heilbrigðir einstaklingar sem höfðu áður tekið þátt í Öldrunarrannsókn Hjartaverndar *(AGES Reykjavik Study)*.[11] Þeim sem höfðu náð ≥23 stigum úr MMSE-prófi (*Mini Mental State Examination*), ≥17 stigum úr DSST-prófi (*Digit Symbol Substitution Test*) og ≥7 stigum úr SPPB-hreyfifærniprófi (*The Short Physical Performance Battery Test*)[12] var boðið að taka þátt í þessari íhlutunarrannsókn.

Af þeim 325 eldri einstaklingum sem höfðu náð 70 ára aldri þáðu 96 að taka þátt í rannsókninni. Af þeim uppfylltu 92 kröfur um þátttöku. Þá var mökum einnig boðin þátttaka og þáðu það 25 einstaklingar. Helstu ástæður fyrir að hafna þátttöku voru of langur og bindandi rannsóknartími, áhugaleysi og veikindi maka. Þátttakendur fylltu út spurningalista um almenna heilsutengda þætti sem trúnaðarlæknir fór yfir í öryggisskyni og samþykkti þátttöku með tilliti til þeirrar þjálfunar sem framundan var. Allir þátttakendur rituðu undir upplýst samþykki. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar og samþykkt af Vísindasiðanefnd (VSNb20080300114/03-1).

Þjálfun og íhlutanir

Íhlutun fólst í 6 mánaða fjölþættri þjálfun með áherslu á daglega þolþjálfun og kraftþjálfun tvisvar sinnum í viku. Þessu til stuðnings voru fjórir fyrirlestrar um eftirfarandi þætti; heilsutengda öldrun, þolþjálfun, kraftþjálfun og skipulag þjálfunar, auk þriggja fyrirlestra um næringu.

Þolþjálfun var fólgin í daglegri göngu á 6 mánaða þjálfunartíma. Tímalengd hverrar æfingar jókst stig af stigi, frá 20 mínútna æfingum fyrstu vikuna í rúmlega 40 mínútur síðustu vikurnar. Meðalþjálfunartími á tímabilinu var áætlaður um 35 mínútur á dag en það er sá tími sem sérfræðingar á sviði öldrunar áætla að þurfi til að viðhalda starfsemi hjartans, æða- og lungnakerfisins.[13] Kraftþjálfun fór fram í líkams- og heilsuræktarstöð tvisvar sinnum í viku, á þriðjudögum og föstudögum. Kraftþjálfun var einstaklingsmiðuð og innihélt 12 æfingar fyrir helstu vöðvahópa líkamans. Sérhæfð kraftþjálfunartæki voru notuð og var þjálfunin ávallt undir leiðsögn íþróttafræðinga. Markmið fyrri hluta þjálfunartímans voru fólgin í kennslu, aðlögun og þjálfun á vöðvaþoli, en vöðvaþol er hæfileiki vöðvanna til að endurtaka oft samdrátt án þess að þreyta myndist.[8] Þjálfun á vöðvaafli var meginmarkmiðið á seinni þremur mánuðum þjálfunartímans.[10]

Á íhlutunartíma voru skipulagðir þrír stuttir fyrirlestrar um næringu fyrir báða hópa. Einstaklingar í H-2 fengu einnig einstaklingsviðtöl og ráðgjöf um næringu á seinna þjálfunartímabili og tvær kennslustundir í eldhúsi. Fyrirlestrar voru byggðir á ráðleggingum um mataræði fyrir eldri aldurshópa frá Lýðheilsustöð og Landlæknisembætti.[14] Frekari upplýsingar um íhlutun rannsóknarinnar er að finna í fyrri grein.[10]

Mælingar

Hæð var mæld með 0,1 cm nákvæmni með viðurkenndum hæðarmæli (*Seca 206*) og þyngd með 0,1 kg nákvæmni með viðurkenndum þyngdarmæli sem innihélt stillanlegan kvarða (*Seca HV120*). Líkamsþyngdarstuðull (LÞS) var reiknaður út með því að deila hæð í öðru veldi (m^2) í líkamsþyngd (kg). Til að mæla líkamlega hreyfigetu var SPPB-prófið notað en hreyfijafnvægi var mælt með 8-feta gönguprófi (*8-foot up-and-go test*). Kraftur var mældur í sérhönnuðu kraftmælingatæki (*adjustable dynamometer chair*) og þol mælt með 6 mínútna gönguprófi (6MW). Dagleg hreyfing var mæld með hreyfimælum (*actigraph accelerometers*). Eingöngu var notast við gögn úr mælum sem höfðu mælt hreyfingu í minnst einn helgardag og tvo virka daga, minnst 8 klukkustundir hvern dag. Lýðfræðilegum og klínískum rannsóknarniðurstöðum var safnað af þjálfuðum rannsakendum. Frekari upplýsingar um mælingar rannsóknarinnar er að finna í fyrri grein.[10]

Tölfræðileg úrvinnsla

Aðhvarfsgreining fyrir endurteknar mælingar var notuð við tölfræðigreiningu á gögnunum. Til þess að gera grein fyrir fylgni á milli mælinga á sama einstaklingi var notaður slembiþáttur (*random effect*). Notuð var sjálfsaðhverf samfylgni (*first order autoregressive covariance*) milli mælinga. Stikar fyrir hvort kyn fyrir sig voru hafðir í líkaninu til að endurspegla væntigildi á hverjum tímapunkti fyrir H-1 (I): μ_{I1}, μ_{I2}, μ_{I3}, μ_{I4}, og H-2 (D): μ_{D1}, μ_{D2}, μ_{D3}, μ_{D4} (samtals 16 stikar). Leiðrétt var fyrir aldri. Allir þátttakendur

Tafla I. *Grunnupplýsingar um þátttakendur sem var skipt í fyrri þjálfunarhóp (Hópur 1) og seinni þjálfunarhóp (Hópur 2).*

	Karlar	Konur	
	Hópur 1 (n=25)	Hópur 1 (n=31)	Kynja-
Mælingar	Hópur 2 (n=29)	Hópur 2 (n=32)	munur
og gildi	Meðaltal ± SD (Bil)	Meðaltal ± SD (Bil)	p-gildi
Aldur (ár)			
Hópur 1	81,9 ± 4,8 (75–90)	79,9 ± 4,6 (73–89)	0,09
Hópur 2	79,0 ± 4,3 (71–88)	77,8 ± 3,8 (72–85)	0,05
LÞS (stig)			
Hópur 1	26,9 ± 4,6 (22,5–45,9)	28,2 ± 5,7 (20,6–43,2)	0,49
Hópur 2	27,1 ± 2,9, (20,1–32,2)	27,7 ± 3,8 (22,9–36,3)	0,77
SPPB (stig)			
Hópur 1	10,0 ± 1,6 (7–12)	10,2 ± 1,4 (7–12)	0,88
Hópur 2	9,9 ± 1,5 (7–12)	10,0 ± 1,0 (7–12)	0,98
Jafnvægi (stig)			
Hópur 1	3,2 ± 0,9 (2–4)	3,4 ± 0,8 (2–4)	0,70
Hópur 2	3,2 ± 0,9 (1–4)	3,3 ± 0,9 (1–4)	0,71
Ganga 4 m (s)			
Hópur 1	3,5 ± 0,7 (2,6–5,1)	3,8 ± 1,0 (2,3–8,4)	0,01
Hópur 2	3,5 ± 0,6 (2,8–4,9)	3,6 ± 0,4 (2,7–4,4)	0,61
Stóll (s)			
Hópur 1	12,9 ± 2,8 (7,8–16,9)	12,7 ± 2,4 (7,7–18,0)	0,94
Hópur 2	13,2 ± 2,8 (9,0–19,6)	13,1 ± 2,4 (8,4–19,9)	0,91
8 feta hreyfijafnvægi (s)			
Hópur 1	6,1 ± 1,2 (4,4–9,0)	6,7 ± 1,6 (4,6–13,2)	0,01
Hópur 2	6,5 ± 1,3 (4,4–9,7)	6,5 ± 0,9 (4,6–9,2)	0,70
Fótkraftur (Newton)			
Hópur 1	394,4 ± 81,6 (212,2–547,5)	275,1 ± 71,6 (127,1–386,6)	<0,001
Hópur 2	396,2 ± 75,0 (209,8–585,9)	271,7 ± 62,2 (150,0–405,4)	<0,001
6MW (m)			
Hópur 1	465,4 ± 91,7 (255,0–638,0)	437,6 ± 76,4 (274,0–656,0)	0,03
Hópur 2	466,5 ± 72,7 (300,0–612,0)	453,7 ± 57,3 (333,0–562,0)	0,25
PA (cpm)			
Hópur 1	288,7 ± 144,8 (103,4–588,5)	235,8 ± 98,0 (100,1–445,9)	0,05
Hópur 2	248,1 ± 113,6 (105,8–537,4)	259,3 ± 92,0 (109,4–480,7)	0,67

Gildi eru sýnd í fjölda þátttakenda (n), meðaltölum með staðalfrákviki (SD), bili og tölfræðilegum mun milli hópa (p-gildi).
SD = staðalfrávik. LÞS = líkamsþyngdarstuðull. SPPB = hreyfifærnipróf (Short Physical Performance Battery Test).
s = sekúndur. 6MW = 6 mínútna gönguþróf. m = metrar. PA = dagleg hreyfing.
cpm = slög á mínútu.

höfðu að minnsta kosti grunnmælingu skrásetta og mælingu að lokinni íhlutun. Samanburður milli tímapunkta var metinn með línulegum tengslum út frá stikum líkans. Dæmi um slíkt er eftirfarandi: Munur milli hópa á grunnmælingum (tímapunktur 1) var metinn sem $\mu_{I1} - \mu_{D1}$. Áhrif þjálfunar H-1 (tímapunktur 1 til 2) voru metin sem $\mu_{I2} - \mu_{I1}$. Breyting milli endurtekinna mælinga (tímapunktur 1 og 2) var metin hjá H-2 sem $\mu_{D2} - \mu_{D1}$. Áhrif þjálfunar hjá H-2 voru metin sem $\mu_{D3} - \mu_{D2}$. Heildaráhrif íhlutunar hjá báðum hópum voru metin sem $(\mu_{I2} - \mu_{I1} + \mu_{D3} - \mu_{D2})/2$ og heildaráhrif rannsóknar fyrir alla tímapunkta hjá báðum hópum á tímapunkti 4 voru metin sem $(\mu_{I4} - \mu_{I1} + \mu_{D4} - \mu_{D1})/2$. Að því loknu var kannað hvort munur væri milli kynja á þessum línulegum tengslum. Greining á hlutfallslegum mun var gerð þannig að útkomum var logra-varpað. Túlkun stika verður þá prósentumunur í útkomu fyrir breytingu um hverja einingu í skýribreytu eftir að búið er að varpa niðurstöðum til baka. Niðurstöður voru greindar með notkun á *SAS MIXED model procedure* í *SAS/STAT* hugbúnaðinum, útgáfu 9.2.

Niðurstöður

Þátttakendur og brottfall

Samtals 48 þátttakendur (85,7%), 22 karlar og 26 konur úr H-1 luku þjálfunartímabili en 50 þátttakendur (82%), 25 karlar og 25 konur, luku þjálfunartímabili hjá H-2 (tafla I). Helstu ástæður fyrir brottfalli voru veikindi maka og tímaskortur vegna fjölskylduaðstæðna. Marktækur munur ($p<0,05$) kom í ljós á aldri þeirra 98 þátttakenda sem luku þjálfun (78,9 ± 4,5) og þeirra 19 sem ekki luku þjálfun (82,6 ± 3,5).

Íhlutunar- og viðmiðunartímabil

Tafla II sýnir þjálfunaráhrif íhlutunar hjá H-1 og breytingar á viðmiðunartímabili hjá H-2.

Niðurstöður bæði karla og kvenna í H-1 sýndu um 6% bætingu á heildarstigafjölda SPPB-prófs ($p<0,05$), rúmlega 8–9% bætingu í 4 mínútna göngu ($p<0,01$) og tæplega 13% bætingu í stólæfingu ($p<0,001$). Í 8-feta hreyfijafnvægi mældist 9–10% bæting ($p<0,001$) og LÞS lækkaði um tæplega 2% hjá bæði körlum og konum ($p<0,01$). Í 6MW jókst gönguvegalengd hjá körlum um tæplega 10% ($p<0,001$) og hjá konum um rúmlega 6% ($p<0,001$). Tæplega 14% bæting varð á fótkrafti kvenna ($p<0,001$) en rúmlega 5% hjá körlum ($p=0,112$). Hreyfing H-1 á íhlutunartímabili jókst hjá báðum kynjum um 15–16% en niðurstöður voru ekki tölfræðilega marktækar. Munur á áhrifum þjálfunar á kynin var ekki tölfræðilega marktækur (tafla II).

Niðurstöður frá viðmiðunartímabili H-2 má einnig sjá í töflu II. Karlar í H-2 bættu árangur sinn um 7% í heildarstigafjölda SPPB-prófs ($p=0,002$) miðað við grunnmælingu en hjá konum var niðurstaðan óbreytt. Þessi breyting á SPPB-prófi milli kynja var marktæk ($p=0,01$). Í jafnvægisprófi SPPB varð ávinningur hjá körlum um 14% ($p=0,03$) en konunum hrakaði um 7%, þó versnunin hafi ekki verið tölfræðilega marktæk ($p=0,21$). Kynjamunur var þó tölfræðilega marktækur, körlum í hag ($p=0,02$). Krafti í fótvöðvum hrakaði um 7% hjá körlum ($p=0,01$) auk þess sem bæði karlar og konur hreyfðu sig minna á þessu tímabili, karlar um 18% ($p=0,02$) og konur um 14% ($p=0,05$) (tafla II).

Eftirfylgnitímabil H-1 og íhlutunartímabil H-2

Tafla III sýnir niðurstöður á fyrra eftirfylgnitímabili H-1 og á íhlutunartímabili H-2. Konur í H-1 bættu árangur sinn í stólæfingu SPPP-prófs á tímabilinu um 7% ($p=0,01$) og karlar hreyfðu sig 16% minna ($p=0,03$) á tímabilinu í samanburði við lok þjálfunartímabils. Annar munur hjá hvoru kyni fyrir sig var ekki til staðar en um 1,8% kynjamunur kom fram á LÞS ($p=0,03$), þar sem stuðullinn hækkaði hjá körlum en lækkaði hjá konum.

Á þjálfunartímabili H-2 komu fram sambærilegar jákvæðar breytingar við þær sem komu fram að loknu þjálfunartímabili H-1, auk þess sem kynin brugðust á sambærilegan hátt við þjálfuninni. Þessar niðurstöður eru að finna í töflu III.

Tafla II. *Hlutfallsleg breyting frá grunnmælingum á mældum þáttum hjá körlum og konum og próf fyrir kynjamun á íhlutunar- og viðmiðunartímabili.*

	Hópur 1				Hópur 2			
	Íhlutunartímabil		Munur		Viðmiðunartímabil		Munur	
Mælingar og gildi	Karlar Áhrif † (95% ÖB)	Konur Áhrif † (95% ÖB)	Kyn Áhrifamunur † (95% ÖB)	p-gildi fyrir kynjamun	Karlar Áhrif † (95% ÖB)	Konur Áhrif † (95% ÖB)	Kyn Munur † (95% ÖB)	p-gildi fyrir kynjamun
LÞS (kg/m²)	-1, 6 (-2,7, -0,4)**	-1,8 (-2,9, -0,8)***	0,3 (-1,3, 1,9)	0,74	-1,0 (-2,0, 0,1)	-0,4 (-1,3, 0,6)	-0,6 (-2,0, 0,8)	0,40
SPPB (stig)	5,8 (0,8, 11,1)*	5,8 (1,2, 10,6)*	0,0 (-6,4, 6,9)	0,99	7,2 (2,5, 12,1)**	-0,7,0 (-4,7, 3,5)	7,9 (1,6, 14,7)	0,01
Jafnvægi (stig)	3,4 (-9,3, 18,0)	0,3 (-11,1, 13,0)	3,1 (-13,7, 23,2)	0,73	13,9 (1,0, 28,4)*	-7,0 (-16,9, 4,1)	22,4 (3,8, 44,3)	0,02
Ganga 4 m (s)	-9,3 (-14,5, -3,7)**	-8,1 (-13,0, -3,0)**	-1,2 (-8,9, 7,0)	0,76	-4,2 (-9,3, 1,1)	-6,4 (-11,0, 1,6)*	2,3 (-5,0, 10,2)	0,54
Stóll (s)	-12,8 (-17,9, -7,4)***	-12,7 (-17,3, -7,8)***	-0,1 (-7,9, 8,3)	0,97	-5,2 (-10,2, 0,0)	-3,4 (-8,2, 1,6)	-1,9 (-8,9, 5,7)	0,62
8-feta hreyfi-jafnvægi (s)	-10,1 (-15,1, -4,8)***	-9,3 (-13,9, -4,4)***	-0,9 (-8,3, 7,1)	0,82	-0,9 (-6,0, 4,5)	2,7 (-2,2, 7,8)	-3,5 (-10,2, 3,7)	0,33
Fótkraftur (Newton)	5,3 (-1,2, 12,2)	13,8 (7,4, 20,7)***	-7,5 (-15,2, 0,9)	0,08	-7,0 (-12,2, -1,5)*	-3,4 (-8,5, 1,9)	-3,7 (-11,0, 4,3)	0,35
6MW (m)	9,6 (5,5, 13,9)***	6,3 (2,6, 10,1)***	3,1 (-2,1, 8,6)	0,25	1,6 (-1,8, 5,2)	-2,7 (-5,8, 0,4)	4,5 (-0,3, 9,5)	0,07
PA (cpm)	15,7 (-3,4, 38,6)	15,0 (-2,0, 35,0)	0,6 (-20,9, 28,0)	0,96	-17,5 (-20,9, 28,0)*	-14,4 (-26,6, -0,3)*	-3,6 (-22,8, 20,3)	0,75

Gildin eru sýnd sem meðaltöl 95% vikmarka (95% ÖB) hjá körlum og konum, munur á áhrifum íhlutunar í prósentum (%) og tölfræðilegri marktækni (p-gildi); *p<0,05, ** p <0,01, *** p <0,001.
Niðurstaðan er sýnd með leiðréttingu fyrir aldri þar sem gögnum var logra-varpað.
† Hlutfall í prósentum (%) af gögnum sem var logra-varpað. LÞS = líkamsþyngdarstuðull. SPPB = hreyfifærnipróf (Short Physical Performance Battery Test).
s = sekúndur. 6MW = 6 mínútna gönguþróf. m = metrar. PA = dagleg hreyfing. cpm = slög á mínútu

Þjálfunaráhrif beggja hópa og heildaráhrif til lengri tíma

Tafla IV sýnir sameiginleg áhrif þjálfunar þátttakenda úr báðum hópum, karla annars vegar (n=41) og kvenna hins vegar (n=48) sem luku við 6-MFÞ. Niðurstöður sýna tölfræðilega marktækan jákvæðan mun hjá báðum kynjum á öllum útkomubreytum fyrir utan jafnvægi hjá konum.

Tafla V sýnir heildaráhrif íhlutunar á hvort kynið fyrir sig, breytingar frá upphafi (tímapunktur 1) til loka rannsóknar (tímapunktar 4) og hvort munur á áhrifum þjálfunar á kynin sé til staðar við lok rannsóknar. LÞS lækkaði hjá báðum kynjum á tímabilinu, hjá körlum um 1,9% (p=0,007) og hjá konum um 2,6% (p<0,001). Bæði karlar (p<0,001) og konur (p<0,001) sýndu rúmlega 11% framfarir á heildarniðurstöðum á SPPB-prófi og í 4 mínútna göngu sýndu karlar 17% framfarir (p<0,001) og konur 19% (p<0,001). Í stólæfingu SPPB-prófsins voru framfarirnar rúmlega 20% hjá báðum kynjum (p<0,001) og 13–14% bæting varð í 8-feta hreyfijafnvægi (p<0,001) hjá kynjunum. Marktækur munur kom fram á gönguvegalengd karla í 6MW en vegalendin jókst um

Tafla III. *Hlutfallsleg breyting á mældum þáttum hjá körlum og konum og próf fyrir kynjamun á eftirfylgni- og íhlutunartímabili.*

	Hópur 1				Hópur 2			
	Eftirfylgnitímabil		Munur		Íhlutunartímabil		Munur	
Mælingar og gildi	Karlar Áhrif † (95% ÖB)	Konur Áhrif † (95% ÖB)	Kyn Munur † (95% ÖB)	p-gildi fyrir kynjamun	Karlar Áhrif † (95% ÖB)	Konur Áhrif † (95% ÖB)	Kyn Munur † (95% ÖB)	p-gildi fyrir kynjamun
LÞS (kg/m²)	0,9 (-0,3, 2,1)	-0,9 (-2,0, 0,2)	1,8 (0,2, 3,5)	0,03	-1,6 (-2,7, -0,6)**	-1,7 (-2,8, -0,6)**	0,1 (-1,5, 1,6)	0,93
SPPB (stig)	3,0 (-2,0, 8,3)	3,5 (-1,3, 8,4)	-0,4 (-7,0, 6,6)	0,90	3,4 (-1,2, 8,3)	7,9 (3,1, 12,9)**	-4,2 (-10,1, 2,2)	0,20
Jafnvægi (stig)	4,6 (-8,8, 19,8)	1,0 (-11,1, 14,6)	3,6 (-14,0, 24,7)	0,71	-1,6 (-13,1, 11,4)	12,5 (-0,4, 27,0)	-12,5 (26,5, 4,1)	0,13
Ganga 4 m (s)	1,1 (-4,9, 7,4)	-1,1 (-6,5, 4,7)	2,1 (-6,0, 11,0)	0,62	-1,8 (-7,1, 3,5)	-1,9 (-7,1, 3,7)	0,1 (-7,5, 8,2)	0,98
Stóll (s)	-3,0 (-8,8, 3,2)	-7,1 (-12,3, -1,7)*	4,4 (-4,0, 13,6)	0,31	-8,7 (-13,7, -3,5)**	-10,7 (-15,6, -5,5)***	2,2 (-5,6, 10,6)	0,59
8-feta hreyfijafnvægi (s)	-1,1 (-6,7, 4,9)	-0,6 (-5,9, 5,0)	0,5 (-8,1, 7,8)	0,91	-10,0 (-14,7, 5,0)***	-10,0 (-14,7, -5,1)***	0,1 (-7,2, 7,9)	0,99
Fótkraftur (Newton)	-1,6 (-7,7, 4,9)	-5,1 (-10,6, 0,8)	3,7 (-5,0, 13,2)	0,42	11,1 (4,7, 18,0)***	11,6 (5,3, 18,2)***	-0,4 (-8,3, 8,2)	0,93
6MW (m)	-1,8 (-5,6, 2,2)	-2,8 (-6,3, 0,9)	1,0 (-4,3, 6,7)	0,71	1,4 (-2,2, 5,1)	5,7 (2,1, 9,5)**	-4,1 (-8,8, 0,9)	0,10
PA (cpm)	-16,1 (-28,2, -2,0)*	-6,0 (-19,4, 9,6)	-10,8 (-28,3, 11,0)	0,31	51,1 (30,0, 75,7)***	68,1 (44,5, 95,5)***	-10,1 (-27,4, 11,3)	0,33

Gildin eru sýnd sem meðaltöl 95% vikmarka (95% ÖB) hjá körlum og konum, munur á áhrifum íhlutunar í prósentum (%) og tölfræðilegri marktækni (p-gildi); *p<0,05, ** p <0,01, *** p <0,001.
Niðurstaðan er sýnd með leiðréttingu fyrir aldri þar sem gögnum var logra-varpað. † Hlutfall í prósentum (%) af gögnum sem var logra-varpað. LÞS = líkamsþyngdarstuðull.
SPPB = hreyfifærnipróf (Short Physical Performance Battery Test). s = sekúndur. 6MW = 6 mínútna gönguþróf. m = metrar. PA = dagleg hreyfing. cpm = slög á mínútu.

Tafla IV. *Hlutfallsleg breyting á mældum þáttum hjá körlum og konum beggja hópa sem luku þjálfun og próf fyrir kynjamun að loknu íhlutunartímabili.*

	Karlar Áhrif † (95% ÖB)	Konur Áhrif † (95% ÖB)	Kyn Munur † (95% ÖB)	p-gildi fyrir kynjamun
LÞS (kg/m²)	-1,6 (-2,4, -0,8)***	-1,8 (-2,5, -1,0)***	0,2 (-0,9, 1,3)	0,77
SPPB (stig)	4,6 (1,2, 8,2)**	6,8 (3,5, 10,3)***	-2,1 (-7,0, 2,6)	0,37
Jafnvægi (stig)	0,9 (-7,9, 10,4)	6,2 (-2,5, 15,7)	-5,0 (-16,1, 7,6)	0,42
Ganga 4 m (s)	-5,6 (-8,6, -1,7)**	-5,0 (-8,6, -1,3)**	-0,6 (-6,0, 5,2)	0,84
Stóll (s)	-10,8 (-14,4, -7,0)***	-11,7 (-15,1, -8,1)***	1,0 (-4,5, 6,9)	0,72
8 feta hreyfijafnvægi (s)	-10,0 (-13,5, -6,4)***	-9,7 (-13,0, -6,2)***	-0,4 (-5,7, 5,1)	0,88
Fótkraftur (Newton)	8,2 (3,6, 13,0)***	12,7 (8,2, 17,4)***	-4,0 (-9,6, 1,9)	0,18
6MW (m)	5,4 (2,7, 8,2)***	6,0 (3,4, 8,7)***	-0,5 (-4,1, 3,1)	0,77
PA (cpm)	32,2 (17,6, 48,7)***	39,0 (24,5, 55,2)***	-4,9 (-19,0, 11,7)	0,54

Gildin eru sýnd sem meðaltöl 95% vikmarka (95% ÖB) hjá körlum og konum, munur á áhrifum íhlutunar í prósentum (%) og tölfræðilegri marktækni (p-gildi); *p<0,05, ** p <0,01, *** p <0,001. Niðurstaðan er sýnd með leiðréttingum fyrir aldri þar sem gögnum var logra-varpað.
† = Hlutfall í prósentum (%) af gögnum sem var logra-varpað.
LÞS = líkamsþyngdarstuðull. SPPB = hreyfifærnipróf (Short Physical Performance Battery Test). s = sekúndur. 6MW = 6 mínútna gönguþróf. m = metrar.
PA = dagleg hreyfing. cpm = slög á mínútu.

4,5% (p=0,04) og kvenna um 3,7% (p=0,07) á þessum tíma. Enginn munur fannst á áhrifum þjálfunar á tímapunkti 4 milli kynjanna.

Umræða

Helstu niðurstöður þessarar rannsóknar voru hin jákvæðu áhrif sem þessi 6 mánaða þjálfun hafði á daglega hreyfingu, hreyfigetu, hreyfijafnvægi, vöðvakraft, þol og LÞS karla og kvenna á aldrinum 71 til 90 ára. Þjálfunaráhrifin voru hliðstæð hjá báðum kynjum auk þess sem ending áunninna breytinga í hreyfigetu til lengri tíma, allt að 12 mánuðum, er athyglisverð.

Skert hreyfigeta, sem meðal annars má meta með 8-feta hreyfijafnvægi og SPPB-prófi, hefur sterka tengingu við veikleika í stoðkerfi neðri hluta líkamans, sér í lagi vöðvakraft, og eykur líkur á því að eldri einstaklingar detti.[15] Slíkur veikleiki leiðir auk þess af sér minni hreyfigetu og fötlun.[5,15] Niðurstöður þessarar rannsóknar eru því áhugaverðar en hún sýnir sambærilegan ávinning hjá körlum og konum á hreyfigetu og hreyfijafnvægi í lok 6-MFÞ. Þá er ávinningur enn til staðar 12 mánuðum eftir að þjálfun rannsóknaraðila lýkur.

SPPB-prófi er skipt í þrjú próf; mat á jafnvægi, að standa fimm sinnum upp úr stól og 4 mínútna göngu þar sem gengið skal á eðlilegum gönguhraða. Prófin þrjú hafa sérstakt matskerfi en saman mynda þau eitt heildarmat. Með skírskotun til sérfræðinga[5,15] sem rannsakað hafa þýðingu á breytingum SPPB-prófs, sýna niðurstöður þessarar rannsóknar umtalsverðar jákvæðar breytingar, bæði í heildarniðurstöðum SPPB, að standa upp úr stól og 4 mínútna göngu. SPPB mælingin, þar sem staðið er upp úr stól, mælir vel vöðvakraft í fótum.[16] Á sama tíma og karlar og konur í H-1 bæta sig á þjálfunartíma, hrakar körlum í H-2 á viðmiðunartímabili. Þeir bæta sig aftur á móti eftir að þeir fá samskonar þjálfun og H-1 auk þess sem dagleg hreyfing þeirra eykst eftir að hafa hrakað á viðmiðunartímabili. Þessar góðu niðurstöður má tengja við þá þjálfun sem stunduð var, ekki síst kraftþjálfunina, en í rannsóknum hefur komið í ljós að vöðvakraftur hefur sterk línuleg tengsl við heildarniðurstöður SPPB-prófs og almenna hreyfigetu.[16-19] Í rannsókn Teixeira-Salmela og félaga[20] á 4 mínútna göngu eftir 7 mánaða þjálfun eldri aldurshópa voru niðurstöður sambærilegar og í okkar rannsókn en aftur á móti tapaðist ávinningur í þeirri rannsókn á einum mánuði eftir að þjálfun lauk. Talið er að 4 mínútna gönguþróf SPPB prófsins sé mjög gott mælitæki til að greina breytingu á hreyfigetu eldri aldurshópa auk þess sem prófið hefur mikilvægt forspárgildi um hæfni til að ráða við athafnir daglegs lífs (ADL).[5,20] Í þessari rann-

Tafla V. *Hlutfallsleg breyting á mældum þáttum hjá körlum og konum beggja hópa og próf fyrir kynjamun í lok rannsóknar.*

	Karlar Áhrif † (95% ÖB)	Konur Áhrif † (95% ÖB)	Kyn Munur † (95% ÖB)	p-gildi fyrir kynjamun
LÞS (kg/m²)	-1,9 (-3,3, -0,5)**	-2,6 (-3,9, -1,3)***	0,7 (-1,2, 2,6)	0,46
SPPB (stig)	11,6 (6,6, 16,8)***	11,4 (6,8, 16,3)***	0,2 (-5,9, 6,6)	0,96
Jafnvægi (stig)	9,6 (-1,5, 22,0)	8,3 (-1,9, 19,5)	1,2 (-12,5, 17,1)	0,87
Ganga 4 m (s)	-17,5 (-22,1, -12,6)***	-19,5 (-23,7, -15,0)***	2,4 (-5,3, 10,8)	0,55
Stóll (s)	-20,6 (-25,4, -15,4)***	-21,8 (-26,3, -17,1)***	1,6 (-6,8, 10,8)	0,72
8-feta hreyfijafnvægi (s)	-14,2 (-19,1, -9,0)***	-12,6 (-17,3, -7,7)***	-1,8 (-9,4, 6,5)	0,66
Fótkraftur (Newton)	0,7 (-6,0, 7,9)	2,2 (-4,1, 8,9)	-1,4 (-10,3, 8,2)	0,76
6MW (m)	4,5 (0,1, 9,0)*	3,7 (-0,3, 8,0)	0,7 (-5,0, 6,7)	0,82
PA (cpm)	-0,2 (-15,0, 17,1)	-1,1 (-18,8, 14,7)	0,9 (-18,8, 25,4)	0,93

Gildin eru sýnd sem meðaltöl 95% vikmarka (95% ÖB) hjá körlum og konum, munur á áhrifum íhlutunar í prósentum (%) og tölfræðilegri marktækni (p-gildi); *p<0,05, ** p <0,01, *** p <0,001. Niðurstaðan er sýnd með leiðréttingum fyrir aldri þar sem gögnum var logra-varpað.
† = Hlutfall í prósentum (%) af gögnum sem var logra-varpað. LÞS = líkamsþyngdarstuðull. SPPB = hreyfifærnipróf (Short Physical Performance Battery Test). s = sekúndur.
6MW = 6 mínútna gönguþróf. m = metrar. PA = dagleg hreyfing. cpm = slög á mínútu.

sókn juku bæði kynin gönguhraða sinn eftir 6-MFÞ. Sú breyting hélst stöðug til loka rannsóknar.

Í rannsókn Galvao og félaga[21] kom í ljós að eldri konur hefðu meiri möguleika til að bæta vöðvakraft sinn en karlar. Það er í takt við niðurstöður okkar þar sem aukning á vöðvakrafti í fótum var meiri hjá konum en hjá körlum eftir 6-MFÞ, þótt munur milli kynja hafi ekki verið tölfræðilega marktækur. Þá má gera ráð fyrir að lífsstílsbreytingar sem þátttakendur tileinkuðu sér meðan á íhlutun stóð og eftir að henni lauk eigi einnig drjúgan þátt í að viðhalda áunnum breytingum.[10]

Í 6MW jókst gönguvegalengd beggja kynja og munur á áhrifum þjálfunar var ekki marktækur. Rannsókn Huang og félaga[22] bendir til að slíkar niðurstöður séu staðfesting á því að auka megi þol eldri aldurshópa með markvissri þjálfun, óháð kyni. Hin jákvæðu áhrif hreyfingar á hreyfigetu og almenna heilsu eldri aldurshópa eru einnig þekkt, en draga má úr dánartíðni, sjúkdómum og örorku með reglubundinni hreyfingu.[23] Þessar niðurstöður sýna á skýran hátt tengsl markvissrar þjálfunar við aukna hreyfigetu beggja kynja. Niðurstöður grunnmælinga okkar eru einnig í takt við aðrar rannsóknir sem sýna að eldri karlar hreyfi sig meira en eldri konur.[23,24] Sé aftur á móti litið á niðurstöður í lok rannsóknar er sá munur ekki lengur til staðar. Sex mánaða íhlutun hefur að líkindum haft jákvæð áhrif á hreyfingu þessa aldurshóps, ekki síst hjá konunum.

LÞS karla og kvenna lækkaði marktækt eftir 6 mánaða þjálfun. Sú breyting varðveittist út rannsóknartímann. Rannsókn Jenkins [25] bendir á að því hærri sem LÞS er, þeim mun meiri líkur eru á að skert hreyfigeta geri vart við sig meðal eldri einstaklinga. Þá dregur úr ADL eftir því sem LÞS verður hærri.[2] Við lok rannsóknartíma var LÞS þátttakenda lægri en í upphafi rannsóknar og því má líta á 6-MFÞ sem fyrirbyggjandi þátt í að viðhalda hreyfigetu aldurshópsins, ekki síst þar sem kraftur tapaðist ekki á rannsóknartíma og hreyfigeta efldist.

Takmarkanir þessarar rannsóknar má tengja við brottfall þátttakenda sem var um 20%. Þeir sem hættu þátttöku voru marktækt eldri og ekki eins vel á sig komnir og þeir sem luku öllu rannsóknarferlinu. Helsti styrkur þessarar rannsóknar var rannsóknarsniðið. Það gaf H-2 einnig tækifæri til þátttöku í þjálfun og næringarfræðslu að loknu viðmiðunartímabili. Verklag af þessum toga í rannsóknum er viðeigandi fyrir þennan aldurshóp með tilliti til þeirrar þekkingar sem til er um minnkandi hreyfigetu með hækkandi aldri.[2] Styrkur rannsóknarinnar liggur einnig í hóflegri, einfaldri og einstaklingsmiðaðri þjálfun þar sem ákefðin var eitt lykilatriða, en hún hefur að mati sérfræðinga sterka tengingu við ávinning þjálfunar.[26]

Hin jöfnu áhrif þjálfunar á kynin, framfarir beggja kynja að lokinni 6-MFÞ og niðurstöður 12 mánuðum eftir að íhlutun lauk sýna hvað markviss þjálfun getur leitt af sér. Niðurstöðurnar sýna á skýran hátt að hægt er að hafa jákvæð áhrif á hreyfigetu þessa aldurshóps með markvissri en hóflegri þjálfun. Rannsóknin bendir eindregið til þess að þjálfun af þessum toga eigi að vera hluti af hefðbundinni heilsugæslu aldraðra þar sem líklegt er að hún skili sér í sparnaði í heilbrigðiskerfinu.[27,28] Þetta atriði á ekki síst við um eldri konur sem þurfa á meiri aðstoð og þjónustu að halda en karlar frá heilbrigðisyfirvöldum.[29,30]

Heildaráhrif rannsóknarinnar staðfesta einnig að reglubundin hreyfing og heilbrigður lífsstíll getur haft þýðingarmikið forvarnargildi til að viðhalda ADL. Íslenskir læknar og erlendir sérfræðingar styðja slíkar íhlutanir þegar þeir benda á að lýðgrunduð inngrip eða íhlutanir af þessum toga séu áhrifaríkari í lýðheilsufræðilegu tilliti en aðferðir sem byggja á áhættuskimun.[7,31]

Ályktun

Þar sem enginn marktækur munur kom í ljós á áhrifum þjálfunar á kynin er hægt að ályktа að eldri karlar og konur sem eru við nokkuð góða heilsu bregðist á sambærilegan hátt við fjölþættri þjálfun og að þau geti varðveitt áunnar jákvæðar breytingar á sambærilegan hátt í allt að 12 mánuði með áframhaldandi sjálfstæðri þátttöku. Einnig má ályktа að einstaklingsmiðuð þjálfunaráætlun þar sem sérstök áhersla er lögð á tíðni, tímalengd og ákefð æfinga geti aukið hreyfigetu einstaklinga af báðum kynjum sem náð hafa mjög háum aldri. Gera má ráð fyrir að þjálfun af þessum toga komi í veg fyrir ótímabæra skerðingu á hreyfigetu. Rannsóknin bendir eindregið til þess að hófleg kerfisbundin þjálfun fyrir þennan aldurshóp eigi að vera hluti af hefðbundinni heilsugæslu aldraðra þar sem líklegt er að þjálfun af þessum toga hafi áhrif á mörg líffæri og líffærakerfi[32], geti skilað sér í sparnaði í heilbrigðiskerfinu[27,28] og þannig orðið hvati fyrir lækna að ávísa hreyfingu í formi hreyfiseðla.

Þakkir

Höfundar þakka fólkinu sem tók þátt í rannsókninni fyrir skilning þess og samvinnu. Þakkir eru jafnframt færðar þeim sem unnu að rannsókninni og eftirtöldum aðilum sem styrktu hana: RANNÍS, Rannsóknasjóður Háskóla Íslands, líkams- og heilsuræktarstöðin World Class Laugar, líkams- og heilsuræktin Máttur á Selfossi, Samband sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu, Hjartavernd, Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Verkamannafélagið Hlíf í Hafnarfirði, Dvalarheimili aldraðra sjómanna (DAS) í Reykjavík, Lýðheilsustöð, mennta- og menningarmálaráðuneytið og Knattspyrnusamband Íslands.

Heimildir

1. Leveille SG, Penninx BW, Melzer D, Izmirlian G, Guralnik JM. Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* Jan 2000;55(1):S41-50.
2. Balzi D, Lauretani F, Barchielli A, et al. Risk factors for disability in older persons over 3-year follow-up. *Age Ageing.* Jan 2010;39(1):92-8.
3. Hollmann W, Struder HK, Tagarakis CV, King G. Physical activity and the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* Dec 2007;14(6):730-9.
4. Puthoff ML, Nielsen DH. Relationships among impairments in lower-extremity strength and power, functional limitations, and disability in older adults. *Phys Ther.* Oct 2007;87(10):1334-47.
5. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med.* Mar 2 1995;332(9):556-61.
6. Goodpaster BH, Park SW, Harris TB, et al. The loss of skeletal muscle strength, mass, and quality in older adults: the health, aging and body composition study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* Oct 2006;61(10):1059-64.
7. Andersen K, Gudnason V. [Chronic non-communicable diseases: a global epidemic of the 21st century]. *Laeknabladid.* Nov 2012;98(11):591-5.
8. Jones CJ, Rose DJ. *Physical Actiivity Instrutction of Older Adults*: Human Kinetics; 2005.
9. Hess JA, Woollacott M. Effect of high-intensity strength-training on functional measures of balance ability in balance-impaired older adults. *J Manipulative Physiol Ther.* Oct 2005;28(8):582-90.
10. Gudlaugsson J, Gudnason V, Aspelund T, et al. Effects of a 6-month multimodal training intervention on retention of functional fitness in older adults: A randomized-controlled cross-over design. *Int J Behav Nutr Phys Act.* Sep 10 2012;9(1):107.
11. Harris TB, Launer LJ, Eiriksdottir G, et al. Age, Gene/Environment Susceptibility-Reykjavik Study: multidisciplinary applied phenomics. *Am J Epidemiol.* May 1 2007;165(9):1076-87.
12. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol.* Mar 1994;49(2):M85-94.
13. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* Aug 2007;39(8):1435-45.
14. Lýðheilsustöð. National recommendations on diet and intake of nutrients. *Lydheilsustod (The Public Health Institute of Iceland).* 2006;Reykjavik, Iceland.
15. Kwon S, Perera S, Pahor M, et al. What is a meaningful change in physical performance? Findings from a clinical trial in older adults (the LIFE-P study). *J Nutr Health Aging.* Jun 2009;13(6):538-44.
16. Reid KF, Naumova EN, Carabello RJ, Phillips EM, Fielding RA. Lower extremity muscle mass predicts functional performance in mobility-limited elders. *J Nutr Health Aging.* Aug-Sep 2008;12(7):493-8.
17. Hunter GR, McCarthy JP, Bamman MM. Effects of resistance training on older adults. *Sports Med.* 2004;34(5):329-48.
18. Lambert CP, Evans WJ. Adaptations to aerobic and resistance exercise in the elderly. *Rev Endocr Metab Disord.* May 2005;6(2):137-43.
19. Visser M, Kritchevsky SB, Goodpaster BH, et al. Leg muscle mass and composition in relation to lower extremity performance in men and women aged 70 to 79: the health, aging and body composition study. *J Am Geriatr Soc.* May 2002;50(5):897-904.
20. Teixeira-Salmela LF, Santiago L, Lima RC, Lana DM, Camargos FF, Cassiano JG. Functional performance and quality of life related to training and detraining of community-dwelling elderly. *Disabil Rehabil.* Sep 2 2005;27(17):1007-12.
21. Galvao DA, Newton RU, Taaffe DR. Does sex affect the muscle strength and regional lean tissue mass response to resistance training in older adults? *International Journal of Sport and Health Science* 2006;4:36-43.
22. Huang G, Shi X, Davis-Brezette JA, Osness WH. Resting heart rate changes after endurance training in older adults: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc.* Aug 2005;37(8):1381-6.
23. Harris TJ, Owen CG, Victor CR, Adams R, Cook DG. What factors are associated with physical activity in older people, assessed objectively by accelerometry? *Br J Sports Med.* Jun 2009;43(6):442-50.
24. Gardner AW, Montgomery PS. Differences in Exercise Performance and Leisure-time Physical Activity in Older Caucasians and African-Americans. *Clin Med Geriatr.* Nov 19 2008;1:1-7.
25. Jenkins KR. Obesity's effects on the onset of functional impairment among older adults. *Gerontologist.* Apr 2004;44(2):206-16.
26. Paterson DH, Jones GR, Rice CL. Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Can J Public Health.* 2007;98 Suppl 2:S69-108.
27. van Dongen JM, Proper KI, van Wier MF, et al. Systematic review on the financial return of worksite health promotion programmes aimed at improving nutrition and/or increasing physical activity. *Obes Rev.* Dec 2011;12(12):1031-49.
28. Baicker K, Cutler D, Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. *Health Aff (Millwood).* Feb 2010;29(2):304-11.
29. Murtagh KN, Hubert HB. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *Am J Public Health.* Aug 2004;94(8):1406-11.
30. Kinsella K, He W. An Aging World: 2008. In: U.S. Department of Health and Human Services NIoH, National Institute on Aging, U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau, ed. *International Population Reports.* Washington, DC2009.
31. Mozaffarian D, Capewell S. United Nations' dietary policies to prevent cardiovascular disease. *BMJ.* 2011;343:d5747.
32. Talbot LA, Metter EJ, Fleg JL. Leisure-time physical activities and their relationship to cardiorespiratory fitness in healthy men and women 18-95 years old. *Med Sci Sports Exerc.* Feb 2000;32(2):417-25.

ENGLISH SUMMARY

The effects of 6 months' multimodal training on functional performance, strength, endurance, and body mass index of older individuals. Are the benefits of training similar among women and men?

Gudlaugsson J[1], Aspelund T[2,3], Gudnason V[2], Olafsdottir AS[1], Jonsson PV[3,4], Arngrimsson SA[1], Johannsson E[1]

Introduction: Good functional performance in elderly people greatly improves their c changes of independence and well-being. Conversely, bad functional performance can impair their capability of managing the activities of daily life.. The main goal of this study was to investigate the effects of a 6-months' multimodal training intervention on the physical performance of males and females, possible gender differences and the outcome 6 and 12 months after its completion. .

Material and methods: This study examined 71–90 year old healthy seniors (n=117) participating in the AGES Reykjavik Study. It was a randomized and controlled cross-over trial, conducted in three 6-months' phases (time-points). After enrollment and baseline assessments, the study group was divided in two. Group 1 received 6-months' training while group 2 served as a control. In the second 6 months' phase, group 1 received no formal training while group 2 did. In the third phase, neither group received training. The groups' physical conditions were assessed after each phase.

Results: After 6-months' training, 32% improvement was seen in physical activity among males ($p<0.001$) and 39% among females ($p<0.001$). In physical performance, 5% improvement was seen for males ($p<0.01$) and 7% for females ($p<0.001$). Strength increased by 8% for males ($p<0.001$) and 13% for females ($p<0.001$). For both sexes, about 10% increase was seen in dynamic balance in the 8-foot up-and-go test ($p<0.001$) and 5–6% in walking distance for both sexes in the six minutes walking test ($p<0.001$). For both sexes, body mass index decreased by about 2% ($p<0.001$). No difference was seen between the sexes.in the training results. Both sexes retained long-term effects of the training on physical performance and dynamic balance for at least 12 months.

Conclusions: Multimodal training intervention has positive effects on physical performance in older individuals, the sexes respond similarly to the training and retain achieved improvement for at least 12 months. The research indicates that moderate and systemic training for this age group could be a part of conventional health service for this age group.

Keywords: *Aging, training, functional performance, muscle strength, six-minute walking test*

Correspondence: *Janus Guðlaugsson, janus@hi.is*

[1]Center for Research in Sport and Health Sciences, University of Iceland, [2]Icelandic Heart Association, Kopavogur, Iceland, [3]Faculty of Medicine, University of Iceland, [4]Department of Geriatrics, Landspitali – University Hospital, Reykjavik, Iceland



Sýklabaninn



Azithromycin Actavis

– Vinnur gegn bakteríusýkingum

Filmuhúðaðar töflur, 500 mg, 2ja og 3ja stykkja pakkningar

Sérlyfjatexti á bls. 369

Actavis

Sykursýki af tegund 1, meðganga og árangur blóðsykurstjórnunar

Sigríður Sunna Gunnarsdóttir[1] læknanemi, Arna Guðmundsdóttir[2] læknir, Hildur Harðardóttir[1,3] læknir, Reynir Tómas Geirsson[1,3] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Sykursýki af tegund 1 (SST1) hefur víðtæk áhrif á verðandi móður og ófætt barn hennar, en með góðri blóðsykurstjórnun má lágmarka fylgikvilla beggja. Markmið rannsóknarinnar var mat á útkomu meðgöngu hjá konum með SST1 á Íslandi með hliðsjón af blóðsykurstjórnun.

Efniviður og aðferðir: Afturskyggn rannsókn á meðgöngum kvenna með SST1 á árunum 1999-2010. Upplýsingar fengust úr mæðra- og fæðingarskrám um alvarleika sjúkdómsins, gildi sykurtengds blóðrauða (hemóglóbín A1c) fyrir og á meðgöngu, fæðingarmáta og fylgikvilla.

Niðurstöður: Á tímabilinu voru 93 meðgöngur hjá 68 konum (47% frumbyrjur). Meðalaldur var 29 ár og meðaltími frá greiningu sykursýki var 16 ár (miðgildi 19, bil <1-35 ár). Augnbotnabreytingar voru hjá 57%, langvinnur háþrýstingur og skjaldkirtilsjúkdómar hjá 13%, en nýrna- og taugaskemmdir hjá <10%. Meðal HbA1c fyrir meðgöngu var 7,8% en lækkaði í 7,5% á fyrsta og 6,3% á þriðja meðgönguþriðjungi. Konur <25 ára höfðu verri blóðsykurstjórnun á fyrsta þriðjungi en 25-35 ára ($p<0,04$) og >35 ára konur ($p=0,02$). Fæðing var framkölluð hjá 40% og 65% fæddu með keisaraskurði. Meðal meðgöngulengd var 37^{+2} vikur. Tvö börn fæddust andvana. Fyrirburar voru 28%. Meðfædd missmíð var hjá 9% nýburanna (hjartagallar algengastir). Sykursýkiheilkenni greindist hjá þriðjungi nýburanna og fjórðungur fékk nýburagulu, sem tengdist verri blóðsykurstjórnun.

Ályktanir: Konur með sykursýki 1 bættu flestar blóðsykurstjórnun, sem varð góð eða viðunandi undir lok meðgöngu eins og sást af lækkandi HbA1c gildum. Keisarafæðing var mun algengari en í almennu þýði og meira var um fylgikvilla og meðfædda missmíð meðal nýburanna. Til að lágmarka fylgikvilla þarf að bæta sykurstjórnun fyrir þungunina og halda henni góðri.

Inngangur

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Lyflækningadeild og [3]Kvennadeild, Landspítali háskólasjúkrahús, Reykjavík.

Fyrirspurnir: Reynir Tómas Geirsson
reynirtg@landspitali.is

Greinin barst 6. febrúar 2013, samþykkt til birtingar 26. júní 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Tíðni sykursýki á Íslandi fer vaxandi eins og í öðrum vestrænum löndum. Þar ber mest á sykursýki af tegund 2 (SST2), en sykursýki af tegund 1 (SST1) er einnig að aukast, þó ekki sé vitað hvað veldur því.[1,2] SST1 og SST2 fyrir þungun fóru úr 0,81% í 1,82% á árunum 1999-2005 og þó meðgöngusykursýki sé algengasta sykurefnaskiptatruflunin á meðgöngu, er fyrirverandi sykursýki nú um 21% allrar sykursýki á meðgöngu en var áður 10%.[3]

SST1 getur haft víðtæk áhrif á heilsu verðandi móður og ófædda barnsins. Þungaðar konur með fyrirverandi sykursýki eru oftar með háþrýsting og fá frekar meðgöngueitrun. Ef æðasjúkdómur er til staðar er konan líklegri til að eignast fyrirburu, barn með vaxtarskerðingu eða verða fyrir burðarmálsdauða.[4,5] Meðgangan getur haft áhrif á framvindu fylgikvilla sykursýkinnar. Við slæma sykurstjórnun aukast líkur á æðakvillum, svo sem í augnbotnum, og hjá um 5% kvennanna sést versnandi nýrnastarfsemi á vaxandi prótínmigu, sem hefur forspárgildi varðandi vaxtarskerðingu fósturs og meðgöngueitrun.[6-8] Á meðgöngu eykst insúlínmótstaða í vefjum sem leiðir til þess að aukið insúlín þarf þegar líður á meðgönguna. Þetta krefst nákvæms eftirlits alla meðgönguna og hækkandi insúlínskammta.[9] Mæla þarf blóðsykur 6-8 sinnum á dag, fyrir og eftir máltíðir og fyrir svefn og halda honum sem næst eðlilegum mörkum[10] til að að halda langtímablóðsykri (HbA1c) sem næst eðlilegu gildi, sem er 4-6%. Í klínískum leiðbeiningum alþjóðlegra sykursýkissamtaka (International Diabetes Federation) eru gildi undir 6,5% hið almenna markmið fyrir sykursjúka og það sama á við um konur á meðgöngu, ekki síst á fyrstu stigum þungunar.[11,12]

Sé sykurstjórnun ekki vel sinnt fyrir meðgöngu aukast líkur á fósturláti og meðfæddri missmíð fósturs á fyrstu vikum meðgöngu þegar líffæramyndun á sér stað, einkum hjarta- og miðtaugakerfisgöllum.[13,14] Seinna eru verulegar líkur á að barnið verði of þungt miðað við meðgöngulengd ef sykurstjórnun er slæm (ofvöxtur, fæðingarþyngd ≥4500g eða >90. hundraðsmark).[4,15] Þessi stóru börn hafa oft einkennandi útlit, sykursýkiheilkenni nýbura, vegna ofvaxtar í vefjum sem eru insúlínnæmir. Ofvöxtur eykur svo líkur á fylgikvillum í fæðingu eins og axlaklemmu, verri framgangi fæðingar, súrefnisþurrð í fæðingu og fósturdauða.[16,17] Inngrip í meðgöngu- og fæðingarferlið eru því mun algengari en almennt gerist, einkum framkölluð fæðing og fæðing með keisaraskurði.[14,15,18] Með góðri blóðsykurstjórnun má lágmarka fylgikvilla móður og barns enda þótt áhættan verði líklega aldrei alveg jafn lág og í almennu þýði.[11,19] Með aukinni þekkingu á mikilvægi góðrar blóðsykurstjórnunar og vegna betra meðgöngueftirlits hefur tíðni fósturdauða á seinni hluta meðgöngu lækkað mikið, auk þess sem meðgöngu lýkur oftast fyrir 40 vikur. Konur með SST1 fara einnig oftar í sjálfkrafa sótt fyrir tímann og framköllun fæðingar er algengari en í almennu þýði.[20]

Markmið rannsóknarinnar var að kanna útkomu meðgöngu með samanburði við almennt þýði á árunum 1999-2010, og meta árangur blóðsykurstjórnunar og tengsla HbA1c við fylgikvilla hjá móður og barni.

Tafla I. *Barnshafandi konur með sykursýki af tegund 1 á árunum 1999-2010. Nefnari miðast við fjölda mæðra þar sem gögn fundust.*

Aldur (ár)	
Miðgildi (bil)	26 (17-44)
Ár frá greiningu sykursýki	
Miðgildi (bil)	19 (<1-35)
Smáæðaskemmdir	
Augnbotnabreytingar, n (%)	51/89 (57,3)
Nýrnaskemmdir, n (%)	8/88 (9,1)
Taugaskemmdir, n (%)	4/88 (4,5)
Langvinnur háþýstingur, n (%)	12/89 (13,3)
Skjaldkirtilsjúkdómar, n (%)	12/88 (13,5)
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m^2)	
Meðaltal (sf)	27,2 (4,1)
Miðgildi (bil)	26,4 (20,9-39,6)
Meðal meðgöngulengd (vikur $^{+dagar}$, mörk)	37^{+2} (23^{+0}-41^{+6})
Frumbyrjur, n (%)	43/92 (47)
Fyrirburafæðingar, n (%)	26 (28)

sf = staðalfrávik

Tafla II. *Blóðsykurstjórnun kvenna með sykursýki af tegund 1 fyrir, á fyrsta og lokaþriðjungi meðgöngu samkvæmt HbA1c-gildum. Meðaltal, staðalfrávik og miðgildi af HbA1c-gildum.*

	HbA1c fyrir meðgöngu	HbA1c á 1. þriðjungi	HbA1c á 3. þriðjungi	Lækkun HbA1c frá 1. þriðjungi
1999-2010	n=54	n=75	n=80	n=65
Meðaltal % (sf)	7,8 (1,5)	7,5 (1,3)	6,3 (0,8)	1,2 (1,3)
Miðgildi % (bil)	7,7 (5,1-12,7)	7,2 (4,9-12,0)	6,3 (4,6-8,2)	–

n = fjöldi mæðra þar sem gögn fundust, sf = staðalfrávik

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og náði til allra meðganga kvenna með SST1 á árunum 1999-2010. Leitað var eftir ICD-10 greiningarnúmerinu O24.0 í Fæðingaskráningunni og reyndust 165 fæðingatilkynningar hafa þetta númer. Skráningin var röng í 71 tilviki þar sem konurnar reyndust vera með sykursýki af tegund 2 eða meðgöngusykursýki, þannig að úrtakið var 94 konur með SST1 sem fæddu einbura. Ein fjölburameðganga var undanskilin (góð útkoma fyrir móður og börn). Aðrar upplýsingar fengust úr sjúkraskrám Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri þar sem allar konurnar fæddu.

Skráður var aldur móður við fæðingu barns, fyrri barneignir hennar, tala fósturláta (ekki með í úrvinnslu vegna ófullkominnar skráningar), hversu lengi hún hafði verið með sykursýki, aldur við greiningu, fylgikvillar sykursýki, upplýsingar um blóðsykurstjórnun samkvæmt HbA1c gildum, tíðni fylgikvilla á meðgöngu og í fæðingu og grunnupplýsingar um nýburann. Hæð og þyngd móður í fyrstu mæðraskoðun var ávallt skráð fyrir 16. viku. Líkamsþyngdarstuðull (body mass index, BMI) var metinn og kjörþyngd skilgreind sem 19-24,9 kg/m^2, ofþyngd 25-29,9 kg/m^2 og offita 30 kg/m^2 eða meira. Síðasta mæling á lokaþriðjungi meðgöngu var notuð til að meta þyngdaraukningu á meðgöngu. Til að meta HbA1c breytingar var fundin síðasta mæling á sex mánuðum fyrir meðgöngu, fyrsta mæling á fyrsta þriðjungi og síðasta mæling á þriðja þriðjungi meðgöngu.

Meðgöngulengd við fæðingu var miðuð við ómskoðun við 12 eða 20 vikur. Fyrirburafæðing var skilgreind sem fæðing eftir 22 en fyrir 37 vikur. Skráð var upphaf fæðingar (sjálfkrafa sótt, framkölluð fæðing, fæðing með valkeisaraskurði), fæðingarmáti (eðlileg fæðing, sogklukku- eða tangarfæðing, val- eða bráðakeisaraskurður), kyn barns, fæðingarþyngd og -lengd, líkamsþyngdarstuðull nýbura (ponderal index), Apgar stig við fimm mínútur og fjöldi barna með Apgar ≤6 við fimm mínútna aldur. Þá var athugað hvort barn var með fyrirburaandnauð (respiratory distress syndrome), vot lungu (transient tachypnea), loftbrjóst, blóðsýklasótt (sepsis) eða aðrar sýkingar, meðfædda missmíð, gulu, sykursýkiheilkenni nýbura og hvort það varð fyrir axlaklemmu í fæðingu. Meðalþyngd barna í almennu þýði á árunum 1999-2010 eftir meðgöngulengd og fjöldi fyrirburafæðinga á Landspitalanum var fenginn úr Fæðingarskráningunni.

Leyfi vegna rannsóknarinnar fengust hjá Persónuvernd, Vísindasiðanefnd, Landlæknisembættinu og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri.

Tölfræðiúrvinnsla

Meðaltal með staðalfráviki, miðgildi með bili, ásamt hlutföllum, voru notuð þar sem við átti. Notast var við forritin Excel® og SPSS® (19. útgáfa, Chicago, IL, USA). Flokkabreytur voru bornar saman með Fischer´s prófi. Óparað t-próf var notað til að bera saman samfelldar breytur og flokkabreytur. Athugað var hvort raðbreytur væru normaldreifðar með því að skoða gögnin með Kolmogorow-Smirnov prófi. Gerð voru bæði ópöruð t-próf og Mann-Whitney próf til samanburðar ef gögnin voru ekki normaldreifð. Línuleg aðhvarfsgreining var gerð til að bera saman samfelldar breytur en lógístísk aðhvarfsgreining til að bera saman við tvíkosta útkomur. Í báðum tilvikum var notuð einþátta og fjölþátta aðhvarfsgreining. Árabilin 1999-2004 og 2005-2010 voru borin saman til að meta breytingar á nokkrum rannsóknarþáttum. Tölfræðileg marktækni miðaðist við $p<0,05$.

Niðurstöður

Meðgöngur voru 93 hjá 68 konum og því fæddu árlega að meðaltali um átta konur með SST1 (meðaltal 7,8; bil 3-14). Í töflu I er hópnum lýst. Meðalaldur var 29 ár og tæpur helmingur voru frumbyrjur. Meðaltími með sykursýki var 15,5 ár. Meðalmeðgöngulengd við fæðingu var 37^{+2} vikur og 28% voru fyrirburafæðingar (n=26, þar af 10 valkeisarafæðingar og ein framkölluð fæðing). Konur í kjörþyngd voru 38%, 42% í ofþyngd og 21% með offitu (samtals 63%

Tafla III. *Samanburður á blóðsykurstjórnun mismunandi aldurshópa kvenna með sykursýki af tegund 1 á meðgöngu.*

Aldur	HbA1c á 1. þriðjungi	HbA1c á 3. þriðjungi
	Meðaltal % (sf)	Meðaltal % (sf)
<25 ára (n=18)	8,2 (1,7)[a,b]	6,4 (0,9)
25-35 ára (n=64)	7,4 (1,2)[a]	6,3 (0,7)[c]
>35 ára (n=9)	6,9 (0,6)[b]	6,1 (0,8)[c]

n = fjöldi mæðra sem gögn fundust um, sf = staðalfrávik. Marktækur munur með ópöruðu t-prófi milli hópa þar sem a, b og c merkir hópa sem bornir eru saman:
[a]p = 0,039; [b]p = 0,020; [c]p = 0,020.

Tafla IV. *Fæðingarmáti kvenna með sykursýki af tegund 1 á árunum 1999-2010 í samanburði við almennt þýði á sama tímabili.*

	Konur með SSTI n=93 n	%	Allar fæðingar 1999-2010 n=93 %
Framkölluð fæðing	36	40	16*
Eðlileg fæðing	28	30	76
Fæðing með sogklukku og/eða töng	4	4	7
Fæðing með keisaraskurði	61	65	17
Valaðgerð	30	32	7
Bráðaaðgerð	31	33	10

*1999-2010 í Reykjavík

Tafla V. *Nýburakvillar hjá börnum mæðra með sykursýki af tegund 1.*

	n	%
Sykursýkiheilkenni (diabetic fetopathy)	31	36
Gula	20	23*
Sýkingar	7	8
Blóðsýklasótt (sepsis)	4	5
Öndunarfærakvillar		
Fyrirburaandnauð (Respiratory distress syndrome)	3	4
Vot lungu (transient tachypnea)	5	6
Loftbrjóst	1	1
Fósturköfnun (asphyxia)	2	2**
Axlaklemma (viðbeinsbrot)	2	2

Upplýsingar frá Fæðingarskráningunni um almennt þýði 1999-2009: * = 5%, ** = 1%.

yfir kjörþyngd), en engin kvennanna var undir kjörþyngd. Ekki var marktækur munur á líkamsþyngdarstuðli milli áranna 1999-2004 og 2005-2010 (p = 0,36). Ekki fundust heldur tengsl á milli aldurs og BMI í línulegri aðhvarfsgreiningu (B = -0,039; ß = -0,49, p = 0,65). Konurnar þyngdust að meðaltali um 13 kg (staðalfrávik 5 kg, bil 2-27 kg). Af fylgikvillum sykursýki reyndust augnbotnabreytingar algengastar, síðan langvinnur háþrýstingur og skjaldkirtilsjúkdómar, nýrna- og taugaskemmdir. Um 13% (n = 12/89) af öllum konunum voru með háþrýsting fyrir þungun, rúm 5% (n = 5/88) fengu háþrýsting á meðgöngu og 19% (n = 18/88) fengu meðgöngueitrun. Þegar skoðað var samband blóðþrýstingskvilla og þyngdar reyndust 3% kvenna í kjörþyngd vera með langvinnan háþrýsting en 9% fengu meðgöngueitrun. Meðal kvenna í ofþyngd voru 16% með langvinnan háþrýsting og 16% fengu meðgöngueitrun, en samsvarandi tölur fyrir þær offeitu voru 28%.

Upplýsingar um tegund insúlínmeðferðar voru aðgengilegar í 89 meðgöngum. Á árunum 1999-2004 voru flestar konurnar á mannainsúlíni, en 2005-2010 voru langflestar á insúlínhliðstæðum sem gefnar eru með einnota pennum eða insúlíndælu. Tafla II sýnir blóðsykurstjórnun fyrir og á fyrsta og þriðja þriðjungi meðgöngu hjá hluta kvennanna. HbA1c mæling fyrir hvert tímabil var ekki til hjá öllum konunum. Hægt var að reikna breytingu á HbA1c frá fyrsta yfir á þriðja þriðjung hjá 65 kvennanna og reyndist lækkun að meðaltali um 1,2 prósentustig (16% lækkun). Þegar borin voru saman árin 1999-2004 og 2005-2010 var ekki marktækur munur á blóðsykurstjórnun fyrir þungun og á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Á þriðja þriðjungi var HbA1c hins vegar marktækt lægra á fyrra tímabilinu. Konur yngri en 25 ára voru með marktækt hærra HbA1c á fyrsta þriðjungi, í samanburði við 25-35 ára (p = 0,039) og konur yfir 35 ára aldri (p = 0,02) (Tafla III). Samband aldurs og blóðsykurstjórnunar var staðfest með einþátta línulegri aðhvarfsgreiningu. Niðurstöðurnar sýndu að fyrir hvert ár í aldri var HbA1c að jafnaði 0,09 prósentustigum lægra á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Á þriðja þriðjungi var HbA1c að jafnaði 0,04 prósentustigum lægra fyrir hvert ár í aldri. Líkamsþyngdarstuðull, tímalengd frá greiningu sykursýki, augnbotnabreytingar og nýrnaskemmdir höfðu ekki áhrif á þetta samband.

Fæðing var framkölluð í 40% tilvika, 30% fæddu án inngripa, en 4% með töng og/eða sogklukku. Fæðing var með keisaraskurði í 65% tilvika, þar af 32% með val- og 33% með bráðaaðgerð (Tafla IV).

Á tímabilinu fæddust tvö andvana börn eftir 22 og 24 vikna meðgöngulengd. Því var burðarmálsdauði 21,3/1000 fædd börn, en í almennu þýði á sama tímabili 5,3/1000. Alls fæddust átta börn með meðfædda missmíð (9%). Þar af voru fimm með hjartagalla (6%). Aðrir gallar voru opleysi vélinda, óskriðið eista og innanrás (hypospadiasis). Ekki fannst samband milli blóðsykurstjórnunar samkvæmt HbA1c gildum og meðfæddra missmíða, hvorki með ópöruðu t-prófi né aðhvarfsgreiningu fyrir tvíflokkunarbreytu. Algengustu nýburakvillarnir voru sykursýkiheilkenni og gula. Sjaldgæfari kvillar voru blóðsýklasótt, öndunarfærakvillar, fósturköfnun og viðbeinsbrot (Tafla V). Konur sem áttu börn með sykursýkiheilkenni og/eða gulu reyndust vera með marktækt hærra meðal-HbA1c á þriðja þriðjungi meðgöngu heldur en hinar (Tafla VI).

Tafla VII sýnir samanburð á meðalþyngd og líkamsþyngdarstuðli barna mæðra með sykursýki af tegund 1 og barna í almennu þýði miðað við meðgöngulengd. Samband var á milli þyngdarbreytinga móður og þyngdar nýbura. Fyrir hvert kílógramm sem móðirin þyngdist var barnið tæplega 42g þyngra. Þyngdarauking móður var þó ekki sterkur forspárþáttur fyrir þyngd nýbura.

Tafla VI. *Samanburður á meðaltali í blóðsykurstjórnun milli kvenna með sykursýki af tegund 1 sem fæddu börn með og án sykursýkiheilkennis og gulu hjá nýburum.*

	Sykursýkiheilkenni			Ekki sykursýkiheilkenni			p-gildi
	n	HbA1c %	sf	n	HbA1c%	sf	
Fyrir meðgöngu	20	**8,2**	1,1	33	**7,6**	1,7	0,148
Á fyrsta þriðjungi	27	**7,7**	1,0	45	**7,5**	1,5	0,389*
Á þriðja þriðjungi	27	**6,6**	0,8	50	**6,2**	0,7	0,013
	Gula			Ekki gula			
Fyrir meðgöngu	14	**8,0**	1,6	39	**7,7**	1,5	0,581
Á fyrsta þriðjungi	17	**7,5**	1,1	55	**7,6**	1,4	0,706**
Á þriðja þriðjungi	15	**6,7**	0,7	62	**6,2**	0,8	0,018

n = fjöldi mæðra sem gögn fundust um, sf = staðalfrávik. Óparað t-próf notað, en Mann-Whitney próf til staðfestingar gaf *0,074 og **0,947

Tafla VII. *Fæðingarþyngd og þyngdarstuðull (ponderal index) nýbura kvenna með sykursýki af tegund 1 eftir meðgöngulengd í samanburði við fullburða börn í almennu þýði 1999-2009.*

Meðgöngulengd	Þyngd (g) Meðaltal (bil)	Þyngdarstuðull Miðgildi (bil)	Meðalþyngd í almennu þýði (g)
<37 vikur (n=23)	3118 (1740-4880)	26,6 (22,2-75,0)	–
37-38 vikur (n=14)	4092 (2250-5560)	29,1 (10,4-25,5)	3119
38-39 vikur (n=30)	3992 (2850-5070)	28,4 (22,8-33,4)	3390
39-40 vikur (n=20)	3827 (1890-5050)	27,7 (21,4-33,8)	3618
40-41 vika (n=3)	3512 (3450-3555)	24,5 (24,4-25,3)	3792
41-42 vikur (n=1)	3550	26,7	3949

n = fjöldi barna. Þyngdarstuðull, ponderal index (PI) = kg/m^3

Umræða

Þegar niðurstöðurnar eru bornar saman við aðrar rannsóknir er mikilvægt að hafa í huga að hópurinn var lítill og þar af leiðandi erfiðara að álykta um atriði eins og tíðni fylgikvilla og samband þeirra við blóðsykurstjórnun. Hópurinn er samt þverskurður af konum á barneignaaldri með SST1 í heilu þjóðfélagi og tíðni fylgikvilla sykursýki var áþekk því sem sést hefur á Íslandi.[21] Meðalaldur var sá sami og hjá fæðandi konum almennt á árunum 1999-2010 (Hagstofa Íslands, www.hagstofa.is) og fjöldi frumbyrja aðeins lítillega hærri.

Á óvart kom hve hátt hlutfall kvennanna voru of þungar eða of feitar, því sjúklingar með SST1 eru oftar í eðlilegum holdum en þeir sem hafa SST2. Í mars 2008 var tekið úrtak 19,8% barnshafandi kvenna í mæðravernd á höfuðborgarsvæðinu og líkamsþyngdarstuðull þeirra reiknaður (óbirtar niðurstöður; Jóna Dóra Kristinsdóttir, ljósmóðir, tilgreint með leyfi). Meðaltalið var 25,0 kg/m^2, samanborið við 27,2 kg/m^2 í SST1 rannsóknarhópnum. Í úrtakinu frá 2008 voru 44% í ofþyngd eða með offitu, en í þessari rannsókn var sama hlutfall 62%. Konur með SST1 virðast því vera þungar miðað við aðrar konur, sem er áhyggjuefni því þar með aukast líkur á fleiri heilsufarsvandamálum, einkum háþrýstingi og tengdum fylgikvillum í og utan meðgöngu. Þriðjungur kvennanna þyngdist of mikið, en hæfileg þyngdaraukning á meðgöngu fyrir konur í kjörþyngd er 12-15 kg.[22,23] Fyrri íslensk rannsókn sýndi tengsl vaxandi þyngdar mæðra við blóðþrýstingstengda fylgikvilla meðgöngu.[24] Eins og í öðrum rannsóknum fannst samband milli þyngdaraukningar móður og meiri þyngdar barnsins.[24,25]

Fyrirverandi háþrýstingur sást hjá áttundu hverri þessara ungu kvenna, líklegast vegna undirliggjandi æðasjúkdóms samfara sykursýkinni eða ofþyngd/offitu. Þetta eykur hættu á meðgöngueitrun[8], sem hluti kvennanna fékk í ofanálag eins og viðbúið var[24], einkum hjá þeim sem voru þyngri. Konur í ofþyngd voru mun líklegri til að vera með langvinnan háþrýsting. Tíðnin meðal þeirra sem voru í ofþyngd var fimmföld og níföld hjá þeim offeitu miðað við þær sem voru í kjörþyngd. Hið sama sást varðandi meðgöngueitrun þar sem tíðnin meðal kvenna í ofþyngd var nær tvöföld og þreföld hjá þeim offeitu, miðað við konur sem voru í kjörþyngd. Sömu tilhneigingu hefur áður verið lýst í almennu íslensku þýði en hlutfallið var mun lægra en hjá konum með SST1. Meðal kvenna í ofþyngd í þeirri rannsókn fengu um 3% langvinnan háþrýsting og tæp 4% meðgöngueitrun en samsvarandi tölur fyrir þær offeitu voru 10%.[24] Til mikils er að vinna fyrir verðandi mæður, sykursjúkar sem aðrar, að halda kjörþyngd.

Til að draga úr líkum á meðgöngueitrun er mælt með gjöf lágra skammta af asetýlsalicýlsýru þegar líkur eru auknar á meðgöngueitrun, sem á við um konur með sykursýki[26], en hefja þarf meðferðina fyrir 16. viku meðgöngu. Offita íslensku kvennanna er líkleg skýring á tiltölulega hárri tíðni meðgöngueitrunar sem sást hjá aðeins 13% kvenna í sambærilegri hollenskri rannsókn.[15] Í Svíþjóð voru 2% SST1 kvenna með háþrýsting fyrir meðgöngu og 14% fengu meðgöngueitrun, en 18% í danskri athugun.[4,27]

Langtímasykurstjórnun er oft metin með mælingu á sykurtengdum blóðrauða, en sú rannsókn er í eðli sínu afturskyggn og háð hröðum líffræðilegum breytingum á meðgöngu. Notagildi mælingarinnar til blóðsykurstjórnunar er því takmarkaðra í þungun en utan hennar og yfirleitt er stuðst við daglegar blóðsykurmælingar.[9,12] Í erlendum klínískum leiðbeiningum er mælt með að HbA1c sé haldið undir 6,5% fyrir og á meðgöngu.[12] Þetta náðist ekki á Íslandi þar sem HbA1c var að jafnaði um 20% yfir markinu í upphafi meðgöngu, en á lokaþriðjungi var meðaltalsgildið komið niður í 6,3%. Ekki var munur á blóðsykurstjórnun á fimm ára tímabilunum, enda þótt á því seinna væru flestar konurnar á insúlín hliðstæðum og insúlíndælum sem talin eru betri meðferðarúrræði.[28] Blóðsykurstjórnun versnaði í öfugu hlutfalli við lífaldur. Konur yngri en 25 ára voru með marktækt hærra HbA1c á fyrsta þriðjungi heldur en þær sem voru eldri, þó breytingar á HbA1c væru í samræmi við það sem áður hefur verið sýnt.[9] Yngri konurnar eru hugsanlega ekki eins móttækilegar fyrir erfiðri sykursýkimeðferð, meðan þær eldri gætu hafa hugað betur að sykurstjórnun í aðdraganda þungunarinnar. Í sumum nágrannlöndum virðast konur ná betri tökum á blóðsykurstjórnun fyrir þungun en hér.[15,27]

Inngrip í fæðingu voru mun tíðari hjá konunum með SST1 en í almennu þýði á sama tímabili. Fæðing var oftar framkölluð og eðlilegar fæðingar meira en helmingi færri en almennt. Nær 2/3 kvennanna fæddu með keisaraskurði, ýmist val- eða bráðaaðgerðum. Aukin tíðni fylgikvilla móður og fósturs/barns gæti skýrt þessa auknu inngripatíðni. Þegar barn er áætlað mjög stórt, eða yfir 4500g, er gjarnan mælt með valkeisaraskurði til að forðast fæðingarskaða. Þröskuldur fyrir inngripi er því lægri en hjá konum án sykursýki. Í samanburði við Danmörku, Holland og Svíþjóð[4,15,27] reyndist Ísland vera með hæstu tíðni keisaraskurða, en börnin voru að meðaltali um 1000g þyngri en börn í almennu þýði á 37.-39. viku. Einungis fjórar konur fæddu eftir að 40 vikum var náð, en rúmur fjórðungur fæddi fyrirburа. Tíðni fyrirburafæðinga á Landspítalanum var 7,6% á sama árabili (upplýsingar frá Fæðingaskráningunni).

Burðarmálsdauði var 21,3/1000 samanborið við 4-5/1000 á Íslandi á sama tímabili. Andvana börnin tvö fæddust eftir stutta meðgöngu í kjölfar mikilla erfiðleika móður við blóðsykurstjórnun. Varasamt er að draga miklar ályktanir um burðarmálsdauða út frá þessu litla þýði, en dauðsföllin minna engu að síður á auknar hættur samfara meðgöngu þegar móðirin er með SST1. Nýlegar rannsóknir hafa sýnt að tíðni burðarmálsdauða er enn mun hærri en í almennu þýði þrátt fyrir bætta blóðsykurstjórnun.[4,14,15]

Annað vandamál tengt slæmri sykurstjórnun er aukin tíðni meðfæddra missmíða. Nýgengi hjartagalla á Íslandi var 1,7% á árunum 1990-1999[29], en í þessari rannsókn var tíðni hjartagalla 6%. Átta börn fæddust með alvarlega missmíð, en almennt er tíðnin á bilinu 2-3%. Tengsl slæmrar blóðsykurstjórnunar á fyrsta þriðj-

ungi meðgöngu við auknar líkur á fósturgalla eru vel þekkt, þó merki um það sæjust ekki með vissu í þessari rannsókn. Sykursýkiheilkenni og gula voru algengustu nýburakvillarnir. Rúmur þriðjungur barnanna var með sykursýkiheilkenni og tæplega fjórðungur fékk gulu, en aðeins 5% barna í almennu þýði fékk gulu á þessum árum (upplýsingar frá Fæðingaskráningunni). Nýburagulan verður vegna fjölgunar á rauðum blóðkornum sem viðbragð við súrefnisskorti og niðurbrot þess umframmagns eykur líkur á nýburagulu.[30] Konurnar sem áttu barn með sykursýkiheilkenni og/eða gulu voru með marktækt verri blóðsykurstjórnun á þriðja þriðjungi meðgöngu. Tíðni fyrirburaandnauðar var hins vegar lág eða 3,5% samanborið við 2,8% í almennu þýði og tíðni fósturköfnunar var 2,2% samanborið við 1,1% (upplýsingar frá Fæðingaskráningunni). Samanburður á tíðni meðfæddrar missmíði á Íslandi og í Danmörku, Svíþjóð og Hollandi sýndi ekki teljandi mun[4, 15, 27], en gula var álíka algeng og í Hollandi.[15]

Styrkur rannsóknarinnar er að hún náði til allra kvenna með SST1 í einu landi og að söfnun gagna úr sjúkraskrám var á einni hendi sem ætti að hafa lágmarkað ósamræmi. Veikleikar fólust í takmörkunum afturskyggnrar rannsóknar og smæð þýðisins. Sjúkraskrár vantaði hjá nokkrum konum auk gagna fyrir nokkrar breytur, svo sem HbA1c fyrir meðgöngu. Insúlínmeðferð var breytt á tímabilinu. Loks var skráning í sjúkraskrár ekki einsleit og ICD-10 greiningarnúmerin gátu verið misskráð. Staðla þarf betur skráningu á mælingum, meðal annars hæð og þyngd, blóðsykurmælingum og HbA1c. Koma ætti á sérstakri skrá um konur með SST1, SST2 og meðgöngusykursýki til að tryggja áreiðanlega upplýsingasöfnun og þar með umbætur í meðferð og sem besta útkomu meðgöngu fyrir móður og barn. Barneignaaldur og meðganga ætti að vera tækifæri til þess að bæta meðvitund um nauðsyn heilbrigðra lífshátta og góðrar blóðsykurstjórnunar fyrir getnað, á meðgöngu og eftir hana. Niðurstöðurnar staðfesta þekkt og víðtæk áhrif SST1 á móður og barn í íslensku þýði og sýna að þörf er á aðgerðum til að bæta blóðsykurstjórnun á öllum stigum meðgöngu, þó árangur hafi náðst í að bæta blóðsykurstjórnunina og útkoman hafi í heild verið góð. Fræða þarf ungar konur með SST1 um þýðingu góðrar blóðsykurstjórnunar, meðal annars gegnum skipulagða þjónustu til þessa aldurshóps með tilliti til getnaðarvarna og barneigna. Hvetja þarf þær til að skipuleggja barneignir, nota öruggar getnaðarvarnir og huga vel að heilsu sinni fram að þungun.

Þakkir

Anna Haarde, skrifstofustjóri kvenna- og barnasviðs LSH, Guðrún Garðarsdóttir, ritari Landsskráningar fæðinga, kvenna- og barnasviði LSH, Ingibjörg Richter, kvenna- og barnasviði. Hugbúnaðarlausnir og starfsfólk sjúkraskráasafns Landspítalans í Vesturhlíð fá þakkir fyrir hjálp við öflun gagna. Thor Aspelund, tölfræðingi er þökkuð aðstoð við tölfræðiúrvinnslu.

Heimildir

1. Patterson CC, Gyürüs E, Rosenbauer J, Cinek O, Neu A, Schober E, et al. Trends in childhood type 1 diabetes incidence in Europe during 1989–2008: evidence of non-uniformity over time in rates of increase. Diabetologia. 2012;55(8):2142-7.
2. Bergsveinsson J, Aspelund T, Guðnason V, Benediktsson R. Algengi sykursýki af tegund tvö á Íslandi 1967-2002. Læknablaðið. 2007;93(5):397-402.
3. Lawrence J, Contreras R, Chen W, Sacks D. Trends in the Prevalence of Preexisting Diabetes and Gestational Diabetes Mellitus Among a Racially/Ethnically Diverse Population of Pregnant Women, 1999-2005. Diabetes care. 2008;31(5):899-904.
4. Persson M, Norman M, Hanson U. Obstetric and Perinatal Outcomes in Type 1 Diabetic Pregnancies: A large, population-based study. Diabetes care. 2009;32(11):2005-9.
5. Gonzalez-Gonzalez NL, Ramirez O, Mozas J, Melchor J, Armas H, Garcia-Hernandez JA, et al. Factors influencing pregnancy outcome in women with type 2 versus type 1 diabetes mellitus. Acta Obst Gynecol Scand. 2008;87(1):43-9.
6. Rosenn BM, Miodovnik M. Medical complications of diabetes mellitus in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2000;43(1):17-31.
7. Chew EY, Mills JL, Metzger BE, Remaley NA, Jovanovic-Peterson L, Knopp RH, et al. Metabolic control and progression of retinopathy. The Diabetes in Early Pregnancy Study. National Institute of Child Health and Human Development Diabetes in Early Pregnancy Study. Diabetes care. 1995;18(5):631-7.
8. Landon MB. Diabetic nephropathy and pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2007;50(4):998-1006.
9. Garcia-Patterson A, Gich I, Amini SB, Catalano PM, de Leiva A, Corcoy R. Insulin requirements throughout pregnancy in women with type 1 diabetes mellitus: three changes of direction. Diabetologia. 2010;53(3):446-51.
10. Castorino K, Jovanovic L. Pregnancy and diabetes management: advances and controversies. Clin Chem. 2011;57(2):221-30.
11. Taylor R, Davison JM. Type 1 diabetes and pregnancy. BMJ. 2007;334(7596):742-5.
12. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline on Pregnancy and Diabetes. Brussels: International Diabetes Federation; 2009.
13. Åberg A, Westbom L, Källén B. Congenital malformations among infants whose mothers had gestational diabetes or preexisting diabetes. Early Hum Develop. 2001;61(2):85-95.
14. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health:Pregnancy in Women with Type 1 and Type 2 Diabetes in 2002–03, England,Wales and Northern Ireland. CEMACH, London. 2005.
15. Evers IM, de Valk HW, Visser GH. Risk of complications of pregnancy in women with type 1 diabetes: nationwide prospective study in the Netherlands. BMJ. 2004;328(7445):915.
16. Hawdon JM. Babies born after diabetes in pregnancy: what are the short- and long-term risks and how can we minimise them? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2011;25(1):91-104.
17. Mathiesen ER, Ringholm L, Damm P. Stillbirth in diabetic pregnancies. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2011;25(1):105-11.
18. Feig DS, Razzaq A, Sykora K, Hux JE, Anderson GM. Trends in Deliveries, Prenatal Care, and Obstetrical Complications in Women With Pregestational Diabetes. Diabetes care. 2006;29(2):232-5.
19. Kinsley B. Achieving better outcomes in pregnancies complicated by type 1 and type 2 diabetes mellitus. Clin therapeut. 2007;29 Suppl D(Journal Article):S153-60.
20. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 60, March 2005. Pregestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol. 2005;105(3):675-85.
21. Kristinsson JK, Stefansson E, Jonasson F, Gislason I, Bjornsson S. Systematic screening for diabetic eye disease in insulin dependent diabetes. Acta ophthalmol. 1994;72(1):72-8.
22. Thorsdottir I, Torfadottir JE, Birgisdottir BE, Geirsson RT. Weight gain in women of normal weight before pregnancy: complications in pregnancy or delivery and birth outcome. Obstet Gynecol. 2002;99(5 Pt 1):799-806.
23. IOM. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington, DC: National Academies Press; 2009.
24. Elíasdóttir ÓJ, Harðardóttir H, Þórkelsson Þ. Áhrif þyngdar verðandi mæðra á meðgöngu, fæðingu og nýbura. Læknablaðið. 2010;96(11):691-6.
25. Nielsen GL, Dethlefsen C, Møller M, Sørensen HT. Maternal glycated haemoglobin, pre-gestational weight, pregnancy weight gain and risk of large-for-gestational-age babies: a Danish cohort study of 209 singleton Type 1 diabetic pregnancies. Diabet Med. 2007;24(4):384-7.
26. Visintin C MM, Almerie MQ, Nherera LM, James D, Walkinshaw S. Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance. BMJ; 2010.
27. Jensen DM, Damm P, Moelsted-Pedersen L, Ovesen P, Westergaard JG, Moeller M, et al. Outcomes in Type 1 Diabetic Pregnancies. Diabetes care. 2004;27(12):2819-23.
28. de Valk HW, Visser GHA. Insulin during pregnancy, labour and delivery. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2011;25(1):65-76.
29. Stephensen SS, Sigfusson G, Eiriksson H, Sverrisson JT, Torfason B, Haraldsson A, et al. Congenital cardiac malformations in Iceland from 1990 through 1999. Cardiol Young. 2004;14(4):396-401.
30. Widness JA, Susa JB, Garcia JF. Increased erythropoiesis and elevated erythropoietin in infants born to diabetic mothers and in hyperinsulinemic rhesus fetuses. Clin Invest. 1981;67(3):637-42.

ENGLISH SUMMARY

Diabetes of type 1, pregnancy and glycemic control

Gunnarsdottir SS, Gudmundsdottir A, Hardardottir H, Geirsson RT

Introduction: Type 1 diabetes has wide-ranging effects for expectant mothers and their unborn children. Optimal blood sugar control minimizes complications for both. We assessed maternal and neonatal outcome in relation to glycemic control.

Material and methods: Retrospective evaluation of pregnancies among type 1 diabetic women in Iceland during 1999-2010, with information collected from maternity and newborn records on disease severity, HbA1c values before and during pregnancy, delivery mode and complications.

Results: There were 93 pregnancies among 68 women (47% primigravid). Mean age was 29 years and mean time from diabetes diagnosis 16 years (median 19, range <1-35 years). Retinal changes affected 57%, chronic hypertension and thyroid disease 13%, kidney disease and neuropathy <10%. Mean HbA1c before pregnancy was 7.8% declining to 7.5% in first and 6.3% by third trimester. Women <25 had worse first trimester blood sugar control compared to those 25-35 ($p<0.04$) and >35 years ($p=0.02$). Delivery was induced in 40% and the cesarean section rate was 65%. Mean gestation was 37^{+2} weeks. There were two stillbirths. Preterm deliveries were 28%. Congenital anomalies affected 9% of newborns (mostly cardiac). One-third of newborns developed diabetic fetopathy, one-quarter jaundice, both associated with worse maternal bloodsugars.

Conclusions: Most women with type 1 diabetes improved blood sugar control during pregnancy, which became good or acceptable by the last trimester by HbA1c values. Cesarean section was over three times more frequent than in the general population. Neonatal complications and congenital anomalies were also more common. To minimize complications improved control of bloodsugar is needed before and throughout pregnancy.

Key words: *Pregnancy, diabetes mellitus/type 1, hemoglobin A/glycosylated, congenital abnormalities, diabetes complications, pregnancy outcome, cesarean section, infant/newborn, pre-eclampsia*

Correspondence: *Reynir Tómas Geirsson, reynirg@landspitali.is*
Department of Obstetrics and Gynecology, Women's Clinic, Landspítali University Hospital, Hringbraut, 101 Reykjavík.

Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur
Astellas Pharma Europe B.V., Holland
ATC flokkur: G04BD12
Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

Betmiga™
mirabegron

Heiti lyfs: Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar**: Hver tafla inniheldur 25 mg eða 50 mg af mirabegroni. **Ábendingar**: Meðferð við einkennum, þ.e. bráðaþörf, aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðaþvagleka sem geta komið fyrir hjá fullorðnum sjúklingum með heilkenni ofvirkrar þvagblöðru. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir (þ.m.t. aldraðir sjúklingar):* **Ráðlagður skammtur er 50 mg einu sinni á sólarhring**, með eða án matar. *Skert nýrna- og lifrarstarfsemi:* Betmiga hefur ekki verið rannsakað hjá sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi (GFR < 15 ml/mín./1,73 m2 eða sjúklingum á blóðskilun) eða verulega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh flokkur C) og því er ekki mælt með notkun þess hjá þessum sjúklingahópum. Hér á eftir eru gefnir upp ráðlagðir skammtar fyrir einstaklinga með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi, með og án samhliða notkunar öflugra CYP3A hemla. *Skerðing á nýrnastarfsemi (væg: GFR 60 til 89 ml/mín./1,73 m2; í meðallagi: GFR 30 til 59 ml/mín./1,73 m2; veruleg: GFR 15 til 29 ml/mín./1,73 m2):* Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum, er notkun Betmiga ekki ráðlögð. Hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er skammtur 50 mg. Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. *Skert lifrarstarfsemi (væg: Child-Pugh flokkur A; í meðallagi: Child-Pugh flokkur B):* Ekki mælt með notkun Betmiga hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, án hemils. Hjá sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi er skammtur 50 mg. Minnka skal skammt í 25 mg hjá þeim sjúklingum sem eru með vægt skerta lifrarstarfsemi og eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. *Kyn:* Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammta með tilliti til kynferðis. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun mirabegrons hjá börnum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. *Lyfjagjöf:* Töfluna á að taka einu sinni á sólarhring, með vökva. Töfluna á að gleypa heila og hana má ekki tyggja, kljúfa eða mylja. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is** *Markaðsleyfishafi:* Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Holland. *Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:* 19. febrúar 2013. *Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu í júlí 2013:* Forðatöflur 30 stk: 25mg kr. 9.540, 50mg kr. 9.540; 90 stk 25mg kr. 24.678, 50mg kr. 24.678 *Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar:* R *Greiðsluþátttaka:* G. *Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:* Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar á vefsíðunni: www.serlyfjaskra.is.

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

Nýr ráðherra og gamlir

Orri Þór Ormarsson

Höfundur er barnaskurðlæknir á Landspítala og í stjórn Læknafélags Íslands.



otormarsson@hotmail.com

Nú kveðjum við vinstristjórnina og Guðbjart Hannesson með henni. Ég ætla ekki að dæma störf fráfarandi ráðherra enda tel ég að sá dómur yrði réttari með aukinni fjarlægð í tíma. Það er þó ljóst að ytri aðstæður hefðu getað verið honum hagstæðari.

Við tekur hægristjórn með Kristján Þór Júlíusson sem heilbrigðisráðherra. Nýja stjórnin fer af stað með það að leiðarljósi að það verður að eyða peningum til að eignast þá og ætlar að lækka skatta á fjölskyldur og fyrirtæki til þess að auka tekjur ríkissjóðs. Það verður síðan að koma í ljós hvort þessar lækkanir gefi af sér auknar skatttekjur sem nýst geta til að styrkja heilbrigðiskerfið. Vinstrimenn, sem nú eru enn og aftur komnir á hliðarlínuna, benda á leiðindastaðreyndir eins og að það þarf að eiga peninga til að byrja með til þess að geta síðan eytt þeim.

Nú er aftur komið eiginlegt heilbrigðisráðuneyti með sérstökum heilbrigðisráðherra og af því tilefni leit ég stuttlega yfir farinn veg í stjórnun heilbrigðismála. Leiðin lá á veraldarvefinn.

Frá því að lög um Stjórnarráð Íslands frá 1969 gengu í gildi í janúar 1970 hefur verið starfandi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti. Málefni þessa ráðuneytis höfðu áður verið vistuð á ýmsum stöðum, heilbrigðismálin aðallega í dóms- og kirkjumálaráðuneytinu. Frá 1970 hafa verið 16 ráðherrar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og seinna heilbrigðisráðuneytisins í alls 24 ríkisstjórnum allt þar til velferðarráðuneytið var stofnað í janúar 2011. Framsóknarflokkurinn hefur farið með málaflokkinn í 16 ár, Sjálfstæðisflokkurinn í 10 ár, Alþýðubandalagið í 7 ár, Alþýðuflokkurinn í 5 ár, Vinstri grænir í 2 ár og Samfylking í 1 ár, en við það bætast svo árin hans Guðbjarts sem velferðarráðherra.

Matthías Bjarnason gegndi lengst allra starfi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, í rúm 6 ár, en Ingibjörg Pálmadóttir átti lengstan samfelldan feril sem heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra í tæp 6 ár.

Menntun ráðherranna hefur verið af ýmsum toga. Það hafa verið verkfræðingar, múrarar, símvirkjar, menn með samvinnuskólapróf (alltaf traust) og menn með stúdentspróf. Þeir sem hafa haft menntun á heilbrigðissviði eru tvær konur, þær Ingibjörg Pálmadóttir hjúkrunarfræðingur og Siv Friðleifsdóttir með BS-próf í sjúkraþjálfun. Með þeim er rétt að minnast á þriðju konuna, sem gegndi þessu starfi, Ragnhildi Helgadóttur lögfræðing (ráðherra 1985-7). Hún er dóttir Helga Tómassonar fyrrverandi yfirlæknis á Kleppspítala en margir þekkja hann af einlægu og opinskáu áliti hans á Jónasi frá Hriflu.

Lengsta námið erlendis á Magnús Kjartansson (ráðherra 1971-4) að baki en hann var við verkfræðinám í Danmarks Tekniske Højskole og Polyteknisk Læreanstalt 1938-40, við norrænunám í Hafnarháskóla 1940-3 og síðar við háskólana í Lundi og Stokkhólmi. Flestir aðrir hafa meira svona skroppið úr landi, til dæmis var Álfheiður Ingadóttir við nám í þýsku og fjölmiðlun við Freie Universität í Vestur-Berlín 1976-7 og fyrir þá sem undrast, já það var Vestur-, ekki Austur-Berlín. Það er áberandi að fáir hafa dvalist lengi erlendis en sú víðsýni og reynsla sem við það fæst er gott veganesti fyrir hvern sem er.

Það er ljóst að fólk með fjölbreyttan bakgrunn hefur verið við stjórnvölinn í þessum málaflokki. Það sem að endingu ræður hversu vel hverjum tekst til mótast sennilega, eins og svo oft, meira af mannkostum en bakgrunni.

Í ágætri grein sem Þröstur Haraldsson skrifaði í síðasta Læknablað er farið yfir stöðuna í dag með nýrri ríkisstjórn. Það er sumar í lofti þó að það sé veðurfræðilegt haust þegar þetta er skrifað og með nýjum ráðherra koma nýjar væntingar.

Á landsleik Íslendinga og Slóvena um daginn gerðist það snemma í seinni hálfleik að margir áhorfendur byrjuðu að klappa ákaft án þess að ég sæi neitt sérstakt tilefni til þess inni á vellinum. Það var ekki fyrr en mér var litið á hliðarlínuna að ég sá ástæðuna fyrir klappinu, Eiður Smári var að hita upp. Væntingarnar voru miklar.

Undirritaður fór nýverið á fund nýs ráðherra ásamt Þorbirni Jónssyni formanni LÍ og Sólveigu Jóhannsdóttur framkvæmdastjóra LÍ. Við áttum við hann stutt spjall, kynntum honum helstu áherslumál okkar auk þess sem við stungum að honum ítarefni. Við, eins og aðrir, höfum væntingar. Þær lúta að því að því sem hefur þróast á verri veg síðustu ár verði snúið við og sé að marka stefnuyfirlýsingu nýrrar ríkisstjórnar stendur það til. Gallinn á gjöf Njarðar er að hluti af viðsnúningnum er að auka þarf fjármagn til málaflokksins og þar eins og áður stendur hnífurinn í kúnni. Því ætla ég, eins og á landsleiknum, að bíða með að klappa og gefa nýjum ráðherra að minnsta kosti færi á að klára upphitun.

Stjórn LÍ

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

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

Allir hlekkirnir verða að halda

Hávar Sigurjónsson

„Þegar ég tók við starfi deildarforseta Læknadeildar var tiltölulega nýbúið að gera talsvert stórtækar breytingar á fyrirkomulagi námsins. Róttækar breytingar af því tagi hafa því ekki átt sér stað í minni deildarforsetatíð. Við höfum fylgt þeim breytingum eftir en samtímis hafa verið ýmsar blikur á lofti, fjárveitingar til deildarinnar skornar niður og við reynt eftir föngum að halda í horfinu þrátt fyrir það," segir Guðmundur Þorgeirsson prófessor og fráfarandi forseti Læknadeildar.

Guðmundur segir þó mestu máli skipta þegar rætt er um hlutverk læknadeildar og fyrirkomulag kennslu í nútímalæknisfræði að sameina þá miklu og löngu sögu sem læknisfræðin hvílir á og þær hröðu breytingar sem eiga sér stöðugt stað í þeim vísindaheimi sem læknavísindin tilheyra.

„Mér er ofarlega í huga arfurinn sem læknisfræðin byggir á og hann nær allt aftur til Hippokratesar sem læknaeiðurinn er kenndur við. Þar eru lagðar ákveðnar línur sem okkur ber ótvírætt skylda til að hafa í heiðri; að læknum beri að hafa hagsmuni skjólstæðingsins ávallt í fyrirrúmi og þeir skuli leggja sig alla fram í þjónustu við hann, hver sem hann er. Manngreinarálit er bannorð. Læknaeiðurinn kveður einnig á um eitt hið mikilvægasta í nútímalæknisfræði sem er að læknar viðhaldi stöðugt þekkingu sinni og auki hana. Krafan um símenntun nær aftur til Hippokratesar og ekki síður krafan um að læknir skuli veita öðrum hlutdeild í þekkingu sinni, fræða og kenna; sá boðskapur er í fullu gildi.

Á hinn bóginn er framgangur læknavísindanna svo hraður að talað er um að þekking í læknisfræði tvöfaldist á átta árum. Hillulíf fræðanna er því ekki alltaf langt í dag. Þar þurfum við að vera vel vakandi og spyrja okkur stöðugt hvernig skipuleggja skuli nám í læknisfræði í svo hraðbreytilegum heimi. Við því er ekkert eitt eða endanlegt svar. Um allan heim er tekist á við þetta."

Í miðjum straumi nýrrar þekkingar

Guðmundur segir að mikilvægi hinna sígildu fræða verði þó ekki minna en áður þó ný þekking komi stöðugt fram. „Krafan um nákvæma anatómíska þekkingu hefur kannski aldrei verið meiri eftir því sem tækni til nákvæmrar myndgreiningar fleygir fram. Að sama skapi þurfa læknar í dag að hafa á valdi sínu alla þætti hinnar klínisku aðferðar, taka sögu sjúklings af öryggi og tengja hana við niðurstöður alls kyns rannsókna og klínískrar skoðunar. Samhliða þessu stöndum við í miðjum straumi nýrrar þekkingar á sviði sameindafræðilegrar læknisfræði, þar sem tvinnast saman frumulíffræði, lífefnafræði og erfðafræði í nýrri þekkingu sem kallar á hagnýtingu. Kannski verður þetta best sagt með orðum fyrrum deildarforseta læknadeildar Harvard háskóla sem heimsótti okkur fyrir allmörgum árum, sem sagði að mikilvægast fyrir læknadeild í dag væri að útskrifa fólk sem hefði þekkingu og þroska til að taka ábyrgð á eigin símenntun."

Og Guðmundur dregur þetta saman með þeim orðum að skipulag læknanáms í dag verði að vera í stöðugri endurskoðun og leggja verði mikla áherslu á kennslu í vísindalegum vinnubrögðum og aðferðafræði svo læknar séu færir um að sinna eigin símenntun eftir að formlegu námi lýkur.

Læknadeild Háskóla Íslands hefur þá sérstöðu að sögn Guðmundar að vera einn allra minnsti læknaskóli í veröldinni og sá sem sinnir minnsta málsvæðinu. „Það er almennt sagt að eina og hálfa milljón íbúa þurfi til að standa að einum læknaskóla. Við erum aðeins einn fimmti hluti þess. Þó eru einnig viðurkenndar undantekningar frá þessari almennu reglu sem byggjast á menningarlegri sérstöðu, litlum málsvæðum og sögulegum forsendum. Engu að síður leggur smæðin á okkur vissar kröfur. Við þurfum að geta sýnt fram á að við séum að mennta lækna sem standast alþjóðlegar kröfur. Fyrir tæpum áratug tókum við upp þá reglu að láta alla nemendur okkar gangast undir staðlað ameríska læknapróf í klínískum greinum. Úr þessu fáum við margháttaðar upplýsingar. Við sjáum hvernig íslenskir læknanemar standa sig í samanburði við erlenda læknanema. Við sjáum hvernig einstakar námsgreinar eru á vegi staddar og við sjáum hvernig skipulag námsins stenst samanburð við nám í erlendum læknaskólum. Niðurstaðan úr þessu hefur verið mjög jákvæð. Við erum alltaf yfir meðaltalinu og erum alltaf með hóp nemenda sem er í fremstu röð og fáir lenda neðarlega. Af þessu erum við mjög stolt og leggjum metnað okkar í að viðhalda þessum árangri."

Styrkleikar og veikleikar

Guðmundur segir samkeppnisprófin sem haldin eru á hverju vori fyrir væntanlega læknanema skila þeim mjög góðum nemendum en það setji líka strangar kröfur á deildina. „Við verðum að mæta þessum góðu nemendum með eins góðum námstækifærum og okkur er mögulegt og fá þeim verkefni við hæfi. Það virðist hafa tekist til þessa. Valmöguleikar nemenda í náminu eru stöðugt að aukast, bæði hvað varðar rannsóknarverkefni þriðja árs nemenda og valtími sjötta árs nema þar sem þau fara gjarnan erlendis til vinnu eða námskynningar. Ný tækifæri felast í möguleikum á tvöfaldri prófgráðu frá læknadeild, þ.e. bæði kandidatsgráðu í læknisfræði og meistara- eða doktorsgráðu í hinum ýmsu vísindum. Ögrun okkar kennaranna og nemendanna felst í því að



„Mér er ofarlega í huga arfurinn sem læknisfræðin byggir á og hann nær allt aftur til Hippokratesar sem læknaeiðurinn er kenndur við. Þar eru lagðar ákveðnar línur sem okkur ber ótvírætt skylda til að hafa í heiðri," segir Guðmundur Þorgeirsson prófessor og forseti Læknadeildar HÍ.

að taka inn nýjungar án þess að vanrækja hið sígilda og hina siðferðilegu kröfu sem í starfinu felst."

Meðal þeirra breytinga sem merkja má í kennslunni er að sögn Guðmundar, að draga úr fyrirlestrahaldi og lítt virkri þátttöku nemenda. „Þetta er hin alþjóðlega stemmning í læknakennslu í dag; að í stað þessa sé lögð áhersla á vinnu- og rannsóknarhópa nemenda og mikla verklega kennslu. Seinni þrjú ár læknanámsins felast að miklu leyti í samþættingu fræðilegrar kennslu og verklegrar kennslu og þjálfunar á spítaladeildum og innan heilsugæslunnar."

Einn helsta styrkleika íslenska læknanámsins segir Guðmundur einmitt vera hversu ríkuleg tækifæri læknanemarnir fá til verklegrar kennslu og návígi við sjúklinga og sérfræðinga á hinum ýmsu deildum spítala. „Erlendir gestanemar okkar tiltaka þetta gjarnan sem einn helsta kost námsdvalar hér."

Veikleikana segir Guðmundur felast í smæðinni og fæðinni. „Það leiðir eiginlega af sjálfu sér að hér eru færri tækifæri til rannsókna og vísindastarfa en við erlenda háskóla og háskólasjúkrahús. Engu að síður höfum við á að skipa mjög öflugum vísindamönnum í læknisfræði sem hafa nýtt sér tækifærin sem þó bjóðast hér, til hins ítrasta, með oft á tíðum einstaklega góðum árangri."

Ekki verður hjá því komist að ræða í þessu samhengi um vanda Landspítalans sem háskólasjúkrahúss þar sem mannfæð og fjárskortur undanfarin ár hefur haft merkjanleg áhrif á kennslu og þjálfun læknanema og unglækna.

„Landspítalinn er mikilvægasta stofnun okkar í kennslu og þjálfun læknanema. Þaðan berast fréttir nánast á hverjum degi af hremmingum inni á deildunum bæði hvað varðar fjármuni, mönnun og ofálag. Undirmönnun lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks dregur úr aðstöðu og tækifærum til að sinna akademíska hlutverkinu. Hvort sem um er að ræða óformleg samtöl sérfræðinga við læknanema um einstök tilfelli sem oft er dýrmætasta kennslan, eða formlega kennslu, á það allt undir högg að sækja við þessar aðstæður. Það er því eitt mikilvægasta verkefnið að vinna okkur út úr þessu. "

Keðja sem ekki má slitna

Guðmundur grípur til þeirrar líkingar að heilbrigðiskerfið og þar með talin menntun heilbrigðisstarfsfólks sé ein órofa keðja. „Allir hlekkirnir verða að halda. Hvort sem um er að ræða Landspítalann, heilsugæsluna eða Læknadeildina. Landspítalinn gegnir vissulega lykilhlutverki en mikilvægi heilsugæslunnar er engu að síður stórt. Það er misskilningur að tefla lítilli heilsugæslustöð úti á landsbyggðinni gegn Landspítalanum sem keppinaut eða jafnvel andstæðingi. Á báðum stöðum verða allir að geta treyst því að þar séu hæfir læknar sem geti mætt því sem að höndum ber af þekkingu og árvekni. Sérfræðingar Landspítalans treysta því að sjúklingar sem til þeirra eru sendir séu rétt greindir til að ekki sé verið að sóa tíma og mannafla. Á sama hátt er þekkingu og vandvirkni einyrkjans á heilsugæslustöð á landsbyggðinni á glæ kastað ef hann getur

ekki komið sjúklingi sínum á stofnun sem meðhöndlar hann samkvæmt nýjustu þekkingu og tækni. Læknadeildin gegnir síðan því hlutverki að mennta læknana fyrir hvorar tveggja aðstæður og allar aðrar sem hugsanlega geta mætt læknunum í starfi hans."

Á sama hátt segir Guðmundur að keðja fræðslu og þekkingar milli sérfræðinga og læknanema verði að vera heil og órofin eins og hann benti á í upphafi samtalsins með tilvitnun í læknaeiðinn.

„Það hefur verið gengið svo langt í niðurskurði á Landspítalanum, allt í því góða augnamiði að ná rekstrar- og launakostnaði niður, að einingar innan hans eru orðnar mjög viðkvæmar. Staðan á mörgum deilda Landspítalans er einfaldlega þannig að þar vantar bæði mannskap og nothæfan tækjabúnað og þetta er hnignun sem er gríðarlega mikilvægt að verði snúið við. Það er allra hagur, hvort sem talað er um læknanema, unglækna eða sérfræðinga en þó fyrst og fremst almenning í landinu sem treystir á þjónustuna. Samkeppnishæfni okkar við erlenda spítala snýst ekki eingöngu um launakjör. Hún snýst líka um starfsaðstöðu læknanna og möguleikana sem ungum metnaðargjörnum sérfræðingum standa til boða þegar þeir snúa hingað heim eftir langt sérnám erlendis. Það hefur verið styrkur okkar að geta boðið þessu fólki fjölbreytta möguleika í starfi og við megum ekki glata því. Hér eru sterkar samstarfsstofnanir í rannsóknum, Íslensk erfðagreining, Krabbameinsfélagið, Hjartavernd og fleiri. Á undanförnum árum hefur styrkst hér í sessi óformlegt skipulag rannsóknarmála sem ég tel að geti orðið mjög farsælt. Í því skipulagi eru þrjú meginlög rannsókna, sameinda-/frumulíffræði (Lífvísindasetur), lýðheilsurannsóknir (Lýðheilsustofnun) og klínískar rannsóknir (klínisk rannsóknarsetur á Landspítala og í heilsugæslu). Þvert eða lóðrétt á þessi lög koma síðan rannsóknir í líffærakerfum eða sjúkdómaflokkum, krabbameinsrannsóknir, hjarta- og æðarannsóknir og margt fleira sem nýtur góðs af öllum þremur rannsóknarlögunum og segja má að út úr þessu fáum við öflugan hóp lífvísindamanna sem reiðir sig meðal annars á grunngögn og þekkingu þeirra stofnana sem ég nefndi áður. Þessi framsetning og skipulag lífvísindarannsókna er höfundarverk Magnúsar Karls Magnússonar prófessors sem tekur við af mér í starfi deildarforseta. Þetta er jákvæð skipuleg hugsun og við erum að sækja í okkur veðrið á þessu sviði."

Við ljúkum þessu samtali með því að skyggnast inn í framtíðina. „Menntun snýst alltaf um framtíðina en byggir á þekkingu nútímans og reynslu fortíðar. Við þurfum að varðveita hin háleitu siðrænu markmið sem eru arfur fortíðar en augljóslega sígild og við þurfum að takast á við nýja þekkingu sem okkur ber skylda til að hagnýta í þágu sjúklinganna. Augljós viðfangsefni næstu ára verða meðal annars að styrkja menntun og þekkingaröflun í dreifbýlislækningum (rural medicine), styrkja undirbúning læknanema undir þátttöku í nýsköpunarstarfi og styrkja brúarsmíð frá grunnvísindum til hagnýtingar (translational research), til dæmis að hagnýta hina miklu nýju þekkingu í erfðafræði sem Íslendingar hafa lagt drjúgan skerf til. Mikilvægast er þó að búa unga fólkið eins vel og mögulegt er undir að takast á við hið óvænta, það sem er á bak við ystu sjónarrönd og við vitum ekki hvað er," segir Guðmundur Þorgeirsson.

Yfirlæknir myndgreiningardeildar Krabbameinsfélags Íslands

Krabbameinsfélag Íslands óskar eftir að ráða yfirlækni í myndgreiningu á myndgreiningardeild Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins.

Starfshlutfall er 100% eða eftir samkomulagi. Umsækjendur skulu hafa lækningaleyfi á Íslandi og fullgild réttindi í myndgreiningu (röntgen/geislagreiningu). Æskilegt er að viðkomandi umsækjandi hafi menntun og/eða reynslu af brjóstamyndum (mammógrafíu), stjórnun og forvarnarstarfi eftir því sem við á.

Yfirlæknir stjórnar m.a. framkvæmd á hópleit með brjóstamyndum og sérrannsóknum.

Laun eru samkvæmt kjarasamningi Læknafélags Íslands og fjármálaráðherra fyrir hönd ríkissjóðs. Nánari upplýsingar um stöðuna veitir Kristján Oddsson sviðsstjóri leitarsviðs í síma 540 1900 (netfang ko@krabb.is). Öllum umsóknum verður svarað.

Umsóknir ásamt ferilskrá sendist til Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins, Skógarhlíð 8, 105 Reykjavík merkt **„Yfirlæknir"** eða með tölvupósti á netfangið ko@krabb.is fyrir 1.ágúst 2013.

Krabbameinsfélagið

Krabbameinsfélag Íslands
Skógarhlíð 8
105 Reykjavík

Sími 540 1900
www.krabb.is
krabb@krabb.is

Selincro®
nalmefen

Lundbeck

„Ég hef fengið nóg“ hljómar svo miklu betur en „Þú hefur fengið nóg“



Áfengi breytir boðefnastarfsemi heilans og hvernig hann vinnur. Ef einstaklingur á erfitt með að hafa stjórn á áfengisneyslu, gæti það verið merki um áfengisfíkn.

Sérlyfjatexti á bls.369

„Blóðfitulækkandi lyf eru ofnotuð“

Hávar Sigurjónsson

Bandaríski hjartalæknirinn Barbara Roberts kom hingað til lands og hélt fyrirlestur þann 18. júní um forvarnir hjarta- og æðasjúkdóma með sérstakri áherslu á konur. Roberts er þekkt í heimalandi sínu fyrir störf sín og skrif á sviði hjartalækninga og er höfundur tveggja þekktra bóka um hjarta- og æðasjúkdóma, *How to Keep From Breaking Your Heart – What Every Woman Needs to Know about Cardiovascular Disease* (2003) og *The Truth about Statins – Risks and Alternatives to Cholesterol Lowering Drugs* (2012).

Barbara Roberts er fædd 1944 og er að mörgu leyti brautryðjandi á sínu sviði. Hún varð fyrst kvenna til að starfa sem sérfræðingur í hjartalækningum á Rhode Island fylki í Bandaríkjunum, og hefur hlotið viðurkenningar á borð við Hjartalæknir ársins 2003 á Rhode Island, Kennari ársins 2003 við læknadeild Brown Unversity auk fjölda annarra titla og viðurkenninga sem of langt mál yrði upp að telja en sjálf er hún hógvær og segist stoltust af þeim árangri að beina athygli læknasamfélagsins að þeirri staðreynd að birtingarmynd hjartasjúkdóma hjá konum er oft á tíðum allt önnur en hjá körlum. „Það er stundum talað um dæmigerð einkenni og þá er átt við karlana og síðan er talað um ódæmigerð einkenni og þá er vísað til kvenna. Ég gæti sagt þér margar sögur um rangar greiningar hjartasjúkdóma hjá konum og sorgleg afleiðing þess er að við erum enn að horfa á hærri dánartíðni meðal kvenna en karla af völdum hjartasjúkdóma. Það stafar oft af því að konur greinast ekki fyrr en of seint, einkennin eru svo „ódæmigerð“.“

Barbara Roberts veitir forstöðu Women›s Cardiac Center við Miriam Hospital og er klíniskur prófessor við lækndeild Brown University á Rhode Island.

Einkenni hjá konum sögð ódæmigerð

Hún segir að á námsárum sínum í læknadeild hafi kransæðasjúkdómar verið sagðir karlasjúkdómur. „Hinn dæmigerði sjúklingur var miðaldra karlmaður og einkennin voru skýr. Ég var síðan búin að starfa í nokkur ár sem hjartalæknir og sinnti konum sem sannarlega áttu á hættu að fá hjartasjúkdóma en einkennin voru ekki dæmigerð. Þegar ég síðan prófaði þær fyrir hjartasjúkdómum kom sannleikurinn í ljós. Mörg einkennanna höfðu verið meðhöndluð sem kvíði, þunglyndi eða öldrun en reyndust svo vera einkenni um hjartasjúkdóm. Ég var að sjálfsögðu ekki eini læknirinn sem veitti þessu athygli og í Bandaríkjunum fór í gang herferð um aldamótin síðustu til að fræða konur um hjartasjúkdóma og einkenni þeirra. Konur eiga jafnmikið á hættu og karlar að fá hjartasjúkdóma og staðreyndin er sú að í Bandaríkjunum hafa fleiri konur dáið árlega úr hjartasjúkdómum síðan 1984 en karlar.“

Barbara vísar í samtali okkar í ýmsar stórar faraldsfræðilegar rannsóknir máli sínu til stuðnings og bendir meðal annars á að konur þrói með sér hjartasjúkdóma 10-15 árum síðar en karlar. „Við vitum í rauninni ekki af hverju þetta stafar, sumir benda á að ákveðin kvenhormón verndi konur framan af ævinni, en það hefur ekki verið sannað. Sjálf hef ég tilhneigingu til að telja það stafa af líkamlegum yfirburðum kvenna en þar er ég líklega ekki alveg hlutlaus,“ segir hún sposk og það er greinilegt að kímnin er aldrei langt undan.

Talið berst nú að forvörnum og þar á mataræði ekki svo lítinn þátt í að móta lýðheilsu heilla þjóða og jafnvel heimshluta. Barbara hefur sterkar skoðanir á þessu og segir að bandarísku hjartasamtökin (American Heart Association) og fleiri virðulegar opinberar stofnanir á sviði heilbrigðis og lýðheilsu hafi gert stórkostleg mistök í lok 8. áratugar síðustu aldar þegar fita var gerð að helsta óvini hjartans og æðakerfisins.

„Í Bandaríkjunum fór matvælaiðnaðurinn eftir þessum tilmælum og setti sykur og salt í matvörur sínar í staðinn. Ekki nóg með það heldur hefur matvælaiðnaðurinn bókstaflega hreinsað matvælin af næringarefnum og sett fáein inn í staðinn; verst er þó að megnið af því sem bandarískur almenningur lætur ofan í sig er ekki raunverulegur matur, heldur verksmiðjuframleidd vara sem er dulbúin sem matvæli. Ég þykist vita að ástand þessara mála sé betra hér á Íslandi. Ég tel að fitusnautt mataræði sé sérstaklega slæmt fyrir konur þar sem það lækkar HDL kólesteról sem oft er kallað góða kólesterólið, en lágt HDL er einn af stærstu áhættuþáttum hjartasjúkdóma fyrir konur. Á hinn bóginn eru rannsóknir sem sýna að slæma kólesterólið LDL er ekki eins slæmt fyrir konur og talið hefur verið en karlarnir þurfa að gæta sín á því. Almennt séð er kólesteról af báðum tegundum ekki stór áhættuþáttur fyrir hjartasjúkdóma hjá báðum kynjum. Þetta er hinsvegar ekki það sem framleiðendur blóðfitulækkandi lyfja vilja heyra.“

Miðjarðarhafsmataræðið minnkar áhættu

Barbara segir ýmsar rannsóknir á matarkúrum og mataræði hafa sýnt neikvæðar niðurstöður. Af þeim megi draga þá ályktun að óhollt sé að fara á sérstakan matarkúr. „Að baki þessum niðurstöðum liggur sú staðreynd að nánast allir matarkúrar eða mataræði sem rannsökuð hafa verið eru fitusnauðir. Þá hafa rannsóknir sýnt að fjölómettaðar fitusýrur eru ekki allar jafngóðar en eldri rannsóknir sem enn er verið að vitna í gerðu engan greinarmun á þessu.



„Við þekkjum mörg dæmi þess að sjúklingar sem taka blóðfitulækkandi lyf breyta í engu lífsstíl sínum eða mataræði vegna þess að lyfin sjá um að lækka blóðfituna," segir Barbara Roberts sérfræðingur í hjartasjúkdómum kvenna.

Þegar á hinn bóginn er litið til þess hvar í heiminum fólk lifir lengst og hjartasjúkdómar eru fátíðir þá er margt sem staðfestir að hið svokallaða hefðbundna Miðjarðarhafsmataræði dragi úr áhættunni að fá hjartasjúkdóma."

Miðjarðarhafsmataræðið byggir á neyslu grænmetis, ávaxta, heilkorna, ólífuolíu, osta, fisks og hvíts kjöts en rautt kjött er lítið notað og sjaldan sem aðaluppistaða í máltíð. Mjólkurvörur aðrar en ostar eru lítið notaðar. Roberts leggur þó áherslu á að þetta sé hinn hefðbundni matseðill svæðisins og mataræði íbúanna hafi spillst af alþjóðlegum áhrifum. „Þú finnur MacDonalds á hverju götuhorni á Ítalíu í dag."

Spurningin er hinsvegar hvernig hinn almenni borgari eigi að haga sínum daglegu innkaupum til að borða sem best og hollast og forðast áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma.

Barbara vitnar þá í bandaríska blaðamanninn Michael Pollen sem ráðleggur fólki að kaupa einungis vörur í stórmarkaðnum sem raðað er á jaðarinn, út við veggina. „Þar er ferskvörunni komið fyrir. Það sem er í miðjunni, er yfirleitt verksmiðjuvara í kössum, pökkum eða pokum, gersneydd næringarefnum en hlaðin aukaefnum. Vara með síðasta söludag nokkrum mánuðum eða árum síðar getur varla kallast matur. Það er hinsvegar nauðsynlegt að borða kolvetni en fólk þarf að gæta að því hvers konar kolvetni það lætur ofan í sig. Góðu kolvetnin koma úr grænmeti, grófu korni, rótarávöxtum og jafnvel kartöflum."

Ofnotkun blóðfitulækkandi lyfja

Þegar talið berst að bókum Barböru segir hún mér sögu af konu á miðjum aldri sem hún fékk til sín og hafði gengið með ógreinda sykursýki og hjartasjúkdóm um árabil án þess að leita læknis. „Í fyrstu hélt ég að hún hefði ekki leitað til læknis vegna þess að hún ætti sér sögu um slæma reynslu af læknum en þegar ég spurði hana þá svaraði hún einfaldlega; mér fannst ég ekki vera veik. Þá áttaði ég mig á því að þessa konu og þúsundir annarra hefði verið hægt að lækna ef hún hefði komið í reglulega skoðun fyrir hjartasjúkdómum og sykursýki. Þess vegna skrifaði ég bókina *How to keep from breaking your Heart*. Hina bókina *The Truth About Statins* skrifaði ég til að vekja athygli á því hversu ótrúlega sterk tök lyfjaiðnaðurinn hefur á hjartalækningum og hversu mikil ofnotkun blóðfitulækkandi lyfja er. Læknar ávísa þessum lyfjum samkvæmt klínískum leiðbeiningum sem ég vil meina að lyfjaframleiðendur hafi áhrif á með ýmsum hætti, ekki síst með því að stýra beint og óbeint hvernig niðurstöður rannsókna á þessu sviði eru meðhöndlaðar."

Barbara segir einfaldlega að blóðfitulækkandi lyf séu gríðarlega ofnotuð og gagnsemi þeirra stórlega ofmetin. Aðspurð um hvers vegna lyfin séu notuð í svo miklum mæli svarar hún hiklaust: „Vegna þess að lyfjaiðnaðurinn veltir 29 milljörðum dollara á ári í sölu á þessum lyfjum."

Hún segir að samhliða því takmarkaða gagni sem blóðfitulækkandi lyf gera þá fylgi notkun þeirra ýmsar óþægilegar aukaverkanir. „Af þeim má nefna vöðvaverki og minnisleysi, auknar líkur á lifrar- og nýrnaskemmdum og fósturskemmdir hjá ófrískum konum svo eitthvað sé nefnt. Ég ráðlegg engri konu á barneignaraldri að taka blóðfitulækkandi lyf. Þá draga blóðfitulækkandi lyf úr getu einstaklingsins til að auka þol hjarta- og æðakerfisins."

Hún leggur engu að síður áherslu á að í vissum tilfellum eigi blóðfitulækkandi lyf fullkominn rétt á sér. „Það er hinsvegar röng nálgun að mæla kólesteról í blóði viðkomandi og setja hann beint á blóðfitulækkandi lyf ef hann er yfir viðmiðunarmörkum. Kólesterólið eitt og sér er ekki sá áhættuþáttur að réttlæti lyfjagjöfina. Við þekkjum líka mörg dæmi þess að sjúklingar sem taka blóðfitulækkandi lyf breyta í engu lífsstíl sínum eða mataræði vegna þess að lyfin sjá um að lækka blóðfituna."

Hún segir að lokum að forvarnir og fræðsla um áhættuþætti hjartasjúkdóma fyrir bæði karla og konur, sérstaklega konur, sé lykilatriðið í baráttunni gegn þessum vágesti sem að verulegu leyti sé lífsstílssjúkdómur sem byggist á slæmu mataræði og ónógri hreyfingu. „Við erum einnig á villigötum í meðhöndlun hjartasjúkdóma með því að telja kólesteról aðalóvininn."

Lífsstíll og mataræði haldast í hendur

Hávar Sigurjónsson

Mataræði.is er upplýsingasíða sem Axel F. Sigurðsson hjartalæknir stofnaði í janúar 2012 og heldur úti af mikilli ósérhlífni með fjölbreyttum upplýsingum um mataræði, næringu, hreyfingu, matarkúra og fleira sem snýr að heilbrigðum lífsstíl. Helsti kostur þessara upplýsinga er hversu hlutlægar og yfirvegaðar þær eru; bent er á kost og löst án þess að taumur eins sé dreginn á kostnað annars. Lesandanum er látið eftir að draga sínar ályktanir.

„Þrátt fyrir að dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hafi farið lækkandi á síðustu árum gera þessir sjúkdómar enn í dag miklar kröfur til heilbrigðiskerfisins. Í dag lifa einstaklingar með hjartasjúkdóma oft mun lengur en áður og því má gera ráð fyrir að hjartasjúklingar séu fleiri í dag en áður var. Hollari lífsstíll, aðgerðir og betri lyfjameðferð ráða mestu um að horfur hafa batnað," segir Axel í upphafi samtals okkar sem fer fram á stofu hans í Hjartamiðstöðinni í Holtasmára. „Það sem virðist þó skipta mestu máli og hefur komið fram í rannsóknum Hjartaverndar er minna vægi áhættuþátta. Þar eiga minnkaðar reykingar stóran þátt, einnig hafa blóðfitugildi Íslendinga lagast, sem líklega má rekja til hollara mataræðis, og við erum betur í stakk búin til að takast á við háan blóðþrýsting. Því hefur hins vegar verið spáð að þessi jákvæða þróun muni snúast við á næstu árum vegna aukinnar offitu meðal þjóðarinnar enda eru hjarta- og æðasjúkdómar ásamt áunninni sykursýki þeir sjúkdómar sem fylgja henni. Niðurstöður norrænnar könnunar sem birt var í vetur sýna að Íslendingar eru með hæsta líkamsþyngdarstuðulinn af Norðurlandaþjóðunum þannig að það er kannski ekki svo langt í að við förum að sjá hækkandi tölur um nýgengi hjarta- og æðasjúkdóma ásamt sykursýki og öðrum fylgikvillum offitunnar að öðru óbreyttu."

Vantaði haldgóðar upplýsingar

Axel segir að upphaf þess að hann opnaði síðuna Mataræði.is megi rekja til fyrirspurna sjúklinga hans um hvernig þeir gætu tileinkað sér bættan lífsstíl og betra mataræði. „Ég var í rauninni að taka saman upplýsingar og fróðleik fyrir sjúklingana mína sem ég sjálfur taldi áreiðanlegar. Sumir hafa nú gert góðlátlegt grín að mér fyrir þessa síðu þar sem ég hef ekki beinlínis verið þekktur fyrir áhuga á mat og mataræði í gegnum tíðina. Ég hef lengi vel, eins og margir kollegar mínir, haft mestan áhuga á að greina sjúkdóma og lækna veikt fólk. Lengst af gaf ég mér því oft lítinn tíma til að ræða mataræði við sjúklingana mína, þó ég vissi auðvitað innst inni að heilbrigður lífsstíll skiptir miklu máli. Síðan er oft tímafrekt að fara yfir þessa hluti og árangurinn er vandmældur.

Á síðustu árum hefur áhugi minn á forvörnum og heilbrigðum lífsstíl aukist umtalsvert. Ég reyni nú af fremsta megni að fara yfir þessa hluti með mínum sjúklingum. Hins vegar komst ég fljótt að því að það er erfitt fyrir fólk að afla sér áreiðanlegra og vandaðra upplýsinga um mataræði og heilbrigðan lífsstíl. Áður fyrr, þegar sjúklingar spurðu mig út í mataræði, voru svörin nokkuð stöðluð: „Þú skalt forðast feitar mjólkurvörur, ekki borða mettaða fitu og kólesteról en almennt skaltu bara gæta hófs í því hvað þú borðar."

Í dag kveðst Axel nálgast þetta á annan hátt. „Ég bið sjúklinginn að lýsa því fyrir mér hvað og hvernig hann borðar. Ég áttaði mig á því að gæti ekki ráðlagt fólki um mataræði nema ég vissi hvað það borðaði. Í framhaldi af þessu gef ég svo ráð og bendi á lesefni. Þetta var í raun kveikjan að heimasíðunni. Mér fannst hreinlega vanta vandað lesefni sem ég gat bent fólki á."

Mataræði.is hefur þó sannarlega gagnast fleirum en sjúklingum Axels þar sem heimsóknir á viku skipta hundruðum og fjölmargir hafa nýtt sér upplýsingar þaðan með góðum árangri.

Sykurflóðið skapaði offitufaraldur

„Ábendingar mínar til sjúklinga minna felast í því að þeir geti lesið sér til um það sem hentar þeim og þeirra ástandi. Sumir eru of þungir, sumir þurfa að lækka kólesterólið, aðrir vilja auka hreyfinguna og upplýsingarnar sem ég hef dregið saman og pistlarnir sem ég hef skrifað beindust í upphafi að þessu. Ég áttaði mig hinsvegar fljótt á því að þessi málefni höfðuðu til mun breiðari hóps, og ég komst að því að almenningur hafði miklu meiri áhuga á því að lesa sér til um mataræði og heilbrigðan lífsstíl en ég hélt. Efnið á síðunni nær því til fleiri þátta en mataræðis eingöngu og því eru þar upplýsingar um hreyfingu, forvarnir og heilbrigðan lífsstíl og margt annað sem skiptir heilsu okkar máli."

Axel tekur undir það sjónarmið að áherslur í lýðheilsu séu að breytast. „Þetta má glögglega sjá hjá Þjóðverjum og Svíum til dæmis. Boðskapurinn um að fita sé hættuleg hefur hugsanlega leitt okkur á villigötur. Frá því þessar áherslur litu dagsins ljós fyrir næstum 40 árum hefur tíðni offitu farið vaxandi. Áherslan á fitusnauð matvæli hefur hugsanlega beint og óbeint aukið neyslu á sykri enda er algengt að fitusnauð matvæli séu braðgbætt með ýmis konar sykurtegundum. Fitusnauður matur er bragðvondur en úr því má bæta með sykri.

Margir halda því beinlínis fram að þetta hafi skapað offitufaraldurinn. Ég treysti mér þó alls ekki til að fella slíkan áfellisdóm. Hins vegar hefur tíðni offitu aukist hratt hér á landi síðustu 20 árin. Á sama tíma hefur fituneysla landsmanna minnkað í samræmi við manneldismarkmið."

Í dag eru flestir sérfræðingar, bæði næringarfræðingar og læknar, sammála því að ofneysla sykurs sé mikið áhyggjuefni. Á síðustu misserum hefur lágkolvetnamataræði notið vinsælda á Vesturlöndum enda er það oft árangursríkt fyrir þá sem þurfa að léttast. Sá sem benti fyrstur á þetta var bandarískur hjartalæknirinn Robert Atkins sem gaf út sína frægu bók „The Atkins Diet Revolution" árið 1972. Kenningar hans um að taka út kolvetni og borða mikla fitu hafa síðan verið mistúlkaðar á marga vegu en það er vitað að þeir



„Þegar nánar er skoðað má segja að Atkinskúrinn sé að mörgu leyti mjög skynsamlegt mataræði ef því er fylgt eftir alla leið," segir Axel F. Sigurðsson hjartalæknir sem heldur úti síðunni www.mataraedi.is

sem eru of feitir og fara eftir leiðbeiningum hans léttast verulega í kjölfarið. Lengi vel voru hjartalæknar mjög andsnúnir þessum hugmyndum og töldu að neysla á svo mikilli fitu myndi hækka kólesterólið upp úr öllu valdi og valda meiri skaða en ella. Atkins var í rauninni skotinn í kaf af sínum eigin kollegum. Það er að nokkru leyti ósanngjarnt þar sem Atkins skipti matarkúrnum í nokkur þrep og það er einungis í fyrsta þrepinu sem öll kolvetni eru tekin út. Þau eru síðan tekin inn aftur en í miklu minna mæli en áður. Menn einblíndu á fyrsta þrepið í gagnrýni sinni. Þegar þetta er skoðað nánar má segja að Atkinskúrinn, eins og hann er settur upp í dag, sé að mörgu leyti mjög skynsamlegt mataræði ef því er fylgt eftir alla leið."

Mataræði þarf að klæðskerasauma

Þegar Axel er spurður hvort hann geti mælt með einhverju ákveðnu mataræði segir hann spurninguna erfiða. „Það sem hentar einum hentar nefnilega ekki öllum. Það þarf að klæðskerasauma þetta að nokkru leyti. Og það þýðir heldur ekki að segja fólki hvað það má borða og hvað ekki. Það verður að vilja þetta sjálft. Þá haldast lífsstíll og mataræði þétt í hendur. Ef fólk byrjar að hreyfa sig og upplifir bætta líkamlega líðan eru allar líkur á að það vilji frekar breyta mataræði sínu til hins betra.

Þegar kemur að hjartasjúkdómum og hvernig á að forðast þá benda rannsóknir til að hið svokallaða Miðjarðarhafsmataræði sé mjög gagnlegt. Einnig hafa rannsóknir sýnt að svokallað DASH mataræði getur haft verndandi áhrif þegar kemur að hjarta-og æðasjúkdómum.

Svokallað Paleo mataræði (steinaldarmataræði) er gríðarlega vinsælt víða um heim í dag, ekki síst í Bandaríkjunum. Þar er fólki ráðlagt að borða eingöngu það sem hægt er að veiða og tína, og forðast landbúnaðarvörur og unnin matvæli. Ein rökin sem notuð eru fyrir þessu mataræði eru þau að maðurinn hafi neytt slíks mataræðis stærstan hluta tilvistartíma síns hér á jörðinni. Allar aðferðir til að hafa áhrif á matvæli með nútímatækni matvælaiðnaðarins eru samkvæmt þessum kenningum ónáttúrulegar. Þar til landbúnaður kom til sögunnar fyrir um 10 þúsund árum borðaði maðurinn ekki kornvörur, baunir, kartöflur, mjólk eða unnar sykurvörur.

Ég ráðlegg hinsvegar engum að fara á lágkolvetnamataræði nema viðkomandi sé að glíma við offitu, sé með of háan blóðþrýsting og yfirvofandi sykursýki. Ég hef hinsvegar líka fengið til meðferðar einstaklinga sem eru grannir en með mjög háa blóðfitu og hafa kannski að auki fjölskyldusögu um hjarta- og æðasjúkdóma. Þessum einstaklingi hentar alls ekki lágkolvetnamataræði með háu fituinnihaldi. Það þarf því að skoða þetta í hverju tilfelli fyrir sig. Um slíkt ástand hefur talsvert verið fjallað og er stundum kallað Normal weight obesity, offita án ofþyngdar. Þá er hlutfall fitu í líkamanum mjög hátt þrátt fyrir að einstaklingurinn sé grannur á að líta. Þessu ástandi fylgir veruleg hætta á hjarta- og æðasjúkdómum."

Axel segir augljóst að líkamleg hreyfing sé lykilatriði til að halda góðri heilsu. „Það á við um alla, hvort sem þeir eru feitir eða grannir, ungir eða gamlir. Ég verð stundum var við það viðhorf hjá eldra fólki að óþarft sé að hreyfa sig en ég horfi á fullorðið fólk sem líður vel líkamlega og andlega og sé að þetta er fólkið sem er að fara reglulega í gönguferðir og sund. Það hafa allir gott af að hreyfa sig en fyrir marga er þetta dálítill þröskuldur sem þarf að komast yfir. Fólk finnur sér oft einhverja afsökun til að hreyfa sig ekki. Sumir virðast halda að vinnutengd hreyfing sé nægileg. Ég fæ til mín iðnaðarmenn sem segjast vera stöðugt á ferðinni í vinnunni og þeir þurfi ekki að hreyfa sig utan hennar. Samt skora þeir mjög lágt í þolprófi lungna og hjarta."

Við sláum botninn í þetta spjall með þeim orðum Axels að læknar séu almennt að verða meðvitaðri um gildi forvarna og heilbrigðs mataræðis og lífsstíls. „Það var lítið fjallað um næringarfræði þegar ég var í læknanámi en mér skilst að það sé að aukast. Það má gjarnan hleypa forvarnafræðunum meira inn í læknanámið þó fræðsla til sjúklinga um þessi efni sé tímafrek og árangurinn láti oft á tíðum bíða talsvert eftir sér. Það er samt mjög mikilvægt og fullkomlega þess virði."

Aldrei leitað samráðs um frumvarpið

Hávar Sigurjónsson

Á Alþingi í vetur lagði innanríkisráðherra fram frumvarp til nýrra hegningarlaga sem mætt hefur mikilli gagnrýni sérfræðinga á sviði réttargeðlækninga. Páll Matthíasson framkvæmdastjóri Geðsviðs Landspítalans er með (sterkan) bakgrunn í réttargeðlækningum og er aðalhöfundur ítarlegra og alvarlegra athugasemda sem Landspítalinn gerði við frumvarpið.

Páll segir ýmislegt í nýlega framkomnu frumvarpi til hegningarlaga um öryggisráðstafanir fanga, sem innanríkisráðherra lagði fram og er samið af refsiréttarnefnd innanríkisráðuneytisins, valda sér verulegum áhyggjum.

„Hegningarlögin eru orðin rúmlega 70 ára gömul og hafa verið í endurskoðun hjá refsiréttarnefnd í nokkur ár. Í því ferli hefur aldrei verið leitað samráðs við Geðsvið Landspítalans eða nokkra geðlækna hvað varðar fyrirkomulag öryggisráðstafana en þeim er einkum beitt þegar um fanga með geðsjúkdóma er að ræða. Það er miður að öll þessi vinna sé í rauninni til einskis því þegar ég og kollegar mínir fá loksins að sjá frumvarpið þá er það komið í umfjöllun allsherjarnefndar Alþingis. Það sætir reyndar furðu að allsherjarnefnd sendi frumvarpið til umsagnar út um allar trissur en ekki til Landspítalans, sem má gera ráð fyrir að beri í rauninni hitann og þungann af afleiðingum frumvarpsins. En þar er vonandi vangá um að kenna. Spyrja má hvers vegna refsiréttarnefnd ákveður að vinna í algeru tómarúmi án samráðs við sérfræðinga á sviði réttargeðlækninga."

Frumvarpið tekið til endurskoðunar

Páll bætir við að hann hafi því verið tilneyddur til að skrifa ítarlegar athugasemdir við frumvarpið fyrir hönd Geðsviðs Landspítalans og haft samráð við ýmsa samstarfsmenn sína sem sérfróðir eru á þessu sviði. „Þetta eru Sigurður Páll Pálsson yfirlæknir réttargeðdeildar Landspítalans, Engilbert Sigurðsson prófessor í geðlæknisfræði og Kristinn Tómasson formaður Geðlæknafélags Íslands sem einnig hefur mikla reynslu sem meðdómandi við Héraðsdóm Suðurlands. Þá höfðum við samráð við samtök sjúklinga eins og Hugarafl og Geðhjálp. Allir þessir aðilar deildu áhyggjum mínum og sendu inn athugasemdir. Það verður að segja þáverandi innanríkisráðherra til hróss að hann sá sóma sinn í að draga frumvarpið til baka eftir að athugasemdir okkar höfðu komið fram og í framhaldinu var okkur boðið á fund með ráðuneytinu þar sem ákveðið var að nefndin myndi skoða málið áfram. Ég bauð fram samstarf geðlækna við endurskoðun og lagfæringu á þeim kafla frumvarpsins er snýr að öryggisráðstöfunum vegna geðsjúkra fanga. Ég tel í rauninni ekki nægilegt að refsiréttarnefnd fari heim og endursemji frumvarpið án ítarlegs samráðs við sérfræðinga á sviði réttargeðlækninga. Annmarkarnir á frumvarpinu bera með sér slíkt þekkingarleysi á málaflokknum að nauðsynlegt er að við tökum virkan þátt í að semja þessi lög."

Að sögn Páls eru gildandi lög í sumu svo úrelt og gamaldags að þeim hafi ekki verið fylgt til hins ítrasta um langa hríð. „Með nýja frumvarpinu er gefið í skyn að verið sé að þrengja heimildir til frelsissviptingar og öryggisvörslu geðsjúkra fanga en þegar grannt er skoðað er í praxís væntanlega verið að víkka heimildirnar og með því brjóta mannréttindi á viðkomandi einstaklingum. Athugasemdir okkar byggja á faglegum, rekstrarlegum og mannréttindalegum rökum.

Stærsti gallinn við frumvarpið er að þekking réttargeðlækninga styður einfaldlega ekki nálgun frumvarpsins að málaflokknum. Það er til dæmis afar umdeilt að beita langtímaþvingun til að lækna fíknivanda enda er árangurinn af því nær enginn. Frekar ætti að afnema allar heimildir ríkisvaldsins til að svipta fíkla frelsi til lengri tíma, líkt og gert er í Englandi, en setja á sama tíma aukinn kraft í fíknimeðferð."

Engin lækning til við barnagirnd eða siðblindu

Þá leggur Páll áherslu á að engin árangursrík lækning sé til við afbrigðilegri kynhegðan, þar með talinni barnagirnd. „Það er afar mikilvægt að hafa í huga að barnagirnd er í grunninn ekki heilbrigðisvandamál heldur löggæsluvandamál. Geðheilbrigðisstarfsfólk getur vissulega komið að stuðningi við einstaklinga haldna barnagirnd eftir að þeir nást, sem og við fórnarlömbin, en það er misráðið og á misskilningi byggt að leggja fólk inn á sjúkrahús til „meðhöndlunar" á barnagirnd. Ekki verður fyrirséð hvenær slíkri meðferð ætti að ljúka þar sem heimildir fyrir gagnsemi meðferðar eru misvísandi og batahorfur afar óvissar."

Til að leggja áherslu á fáránleika þessarar nálgunar segir Páll að meðferðarvistun við barnagirnd þar sem „bati" viðkomandi er metinn reglulega, sé ámóta gáfuleg og að loka mann sem er 175 sentimetrar á hæð inni á geðdeild og segja að honum verði sleppt þegar hann verði orðinn 2 metrar. „Og hann lengist ekki frekar þótt hann sé mældur á sex mánaða fresti."

Þá segir Páll: „Andfélagsleg persónuleikaröskun og siðblinda eru varanlegir ágallar í persónuleika fólks. Meðferðarárangur veldur miklum vonbrigðum." Ekki bætir úr skák að jafnvel eru „vísbendingar um að sérhæfð meðferð gegn slíku skili ekki árangri en auki mögulega getu siðblindingja til að fela áform sín."

Fólk sem haldið er alvarlegum geðsjúkdómum getur hins vegar framið glæpi í sturlunarástandi og er þá metið ósakhæft. „Í slíkum tilfellum skilar geðlæknisfræðileg meðferð yfirleitt þeim árangri að einkenni batna og hættan af einstaklingnum minnkar eða hverfur alveg," segir Páll. „Hins vegar hefði oft mátt hjálpa þessum einstaklingum fyrr. Á réttargeðdeild Landspítalans eru ósakhæfir einstaklingar sem hefðu aldrei framið þau ofbeldisverk sem leiddu til dóms hefðu þeir fengið viðeigandi stuðning frá upphafi.

Það er mikill munur á einstaklingum með alvarlega, meðhöndlanlega geðsjúkdóma og öðrum. Geðlæknar hafa þekkingu á greiningu fjölmargra vandkvæða, en aðeins meðferðarúrræði sem gagnast gagnvart alvarlegum geðsjúkdómum, en í afar takmörkuðum mæli eða alls ekki gagnvart andfélagslegri persónuleikaröskun, siðblindu, afbrigðilegri kynhegðan, þroskahömlun og einhverfu.



„Geðlæknar hafa aðeins meðferðarúrræði sem gagnast gagnvart alvarlegum geðsjúkdómum, en í afar takmörkuðum mæli eða alls ekki gagnvart andfélagslegri persónuleikaröskun, siðblindu, afbrigðilegri kynhegðan, þroskahömlun og einhverfu," segir Páll Matthíasson framkvæmdastjóri Geðsviðs Landspítalans.

Fíknivanda er hægt að vinna með ef einstaklingurinn vill hjálp, annars er frekar um líknandi meðferð og skaðaminnkun að ræða."

Sakhæfir og ósakhæfir eiga ekki saman

Kjarni málsins að sögn Páls felst annars vegar í úreltri nálgun frumvarpsins að hlutverki geðlækninga í öryggisgæslu sakhæfra fanga þar sem alltof frjálslega er farið með hugtakið geðdeild og hins vegar eru dómurum gefnar rýmkaðar heimildir til að dæma sakhæfa einstaklinga til vistar á geðdeild sem geðlæknar segja skýrt að sé ekki á þeirra færi að hjálpa, en um leið íþyngja geðheilbrigðisþjónustunni með verkefnum annarra, á tímum þegar sérhæft geðheilbrigðisstarfsfólk vantar.

„Kostnaður við vistun einstaklings á geðdeild er einnig margfaldur miðað við að vista hann í fangelsi en það er þó ekki aðalgallinn heldur sá að með því skerðast möguleikar annarra sjúklinga til hefðbundinnar meðferðar, truflun verður á meðferðarstarfsemi þar sem reynslan sýnir að vera slíks einstaklings, sem ekki er til meðferðar, á almennri geðdeild truflar starfsemina verulega.

Ef hugmyndin er frekar að vista sakhæfa einstaklinga á réttargeðdeild þá eru alvarlegir annmarkar á henni fyrir utan plássleysi og margfaldan kostnað. Reynslan hér heima og erlendis sýnir ótvírætt að ekki fer saman að vista sakhæfa einstaklinga og ósakhæfa á réttargeðdeild. Ástæðan er sú að ósakhæfu einstaklingarnir eru mjög viðkvæmir vegna veikinda sinna og stundum fötlunar og þeir sakhæfu færa sér þetta í nyt og kúga stundum sjúklinga með langvinna geðrofssjúkdóma og jafnvel starfsfólkið líka. Það má nefna að strax árið 1886 tók Broadmoor réttargeðspítalinn í Bretlandi fyrir innlagnir sakhæfra úr fangelsum eftir uppþot og morð innan spítalans. Það væri sannarlega tímaskekkja ef við gerðum hið gagnstæða meira en öld síðar."

Hawaii-yfirlýsing geðlækna (siðareglur geðlækna) veldur því einnig að geðlæknar þurfa að huga að siðferðilegum grunni meðferðar. „Sú yfirlýsing kom á sínum tíma til sem svar við misnotkun Sovétmanna á geðlækningum í pólitískum tilgangi, en hún á einnig fullt erindi ef ætlun dómstóla er að misnota geðlækningar. Í henni segir skýrt að geðlæknar mega ekki taka þátt í nauðung á einstaklingi nema hann geti ekki veitt upplýst samþykki og að meðferð þurfi til að forða hættu. Þar er sem sagt gerð krafa um að meðferð hafi góða von um að skila árangri til að nauðung megi beita."

Úrelt meðferðarstefna

Páll segir að lokum að í greinargerð með frumvarpinu sé vísað til skipulags réttargeðlækninga og hegningarlaga á Norðurlöndum, einkum Noregi og Danmörku. „Í því samhengi er rétt að benda á tvennt: á Norðurlöndunum er því miður víða pottur brotinn i mannréttindamálum fanga og sem dæmi má nefna að hingað hafa endurtekið komið nefndir fagfólks frá Noregi til að sjá hvernig við förum að því að nauðungarvista svona fáa geðsjúka og hvernig á því standi að hér skuli frá 1932 ekki hafa verið notaðar spennitreyjur. Einnig varðandi það atriði er gaman að segja frá því að ég sat núna í maí fyrir svörum hjá danskri þingnefnd um það hvernig Danir geti tekið íslenska kerfið sér til fyrirmyndar til að draga úr nauðung í kerfinu hjá sér. Hitt atriðið er kostnaðarlegs eðlis. Í Danmörku eru tvöfalt fleiri legurými miðað við höfðatölu en á Íslandi og í Noregi eru þau þrefalt fleiri.

Auknar heimildir íslenskra dómara til að dæma fólk til vistar á geðdeildum munu óhjákvæmilega leiða til mjög aukinnar þarfar fyrir pláss á geðdeildum. Það mun því annaðhvort rýra mjög rétt almennings til meðferðar á geðdeild, eða leiða til mikillar aukningar leguplássa, með miklum og ófyrirséðum tilkostnaði, enda stofnkostnaður mikill og legudagar á geðdeildum miklu dýrari en á stofnunum, heimilum – eða í fangelsum."

„Í grunninn," segir Páll „virðist í frumvarpi refsiréttarnefndar innanríkisráðuneytisins upprisin hin svokallaða meðferðarstefna í refsirétti. Þetta er stefna sem var vinsæl frá 19. öld og fram undir 1970, einkum á Norðurlöndum og gekk út frá því að glæpir séu í eðli sínu merki sjúkleika sem þurfi að lækna. Því sé ekki endilega horft á alvarleika afbrots heldur meinta þörf afbrotamanns fyrir meðferð. Vandinn er að þetta er aðför að mannréttindum og arfavitlaust meðferðarlega. Ég skal nefna dæmi sem Jónatan Þórmundsson prófessor emeritus, einn helsti andstæðingur meðferðarstefnunnar í refsirétti á Íslandi, gaf í einni af bókum sínum, bókinni „Viðurlög við refsingum" frá 1992. Þar benti hann á að samkvæmt þessari stefnu geti 18 ára unglingur sem brýtur rúðu lent í margra ára „meðferð" á stofnun, af því dómarinn telur hann eiga svo bágt og hann þurfi að „laga". Vandinn er sá að þar sem engin meðferð sem treysta má á, er til við rúðubrotum eða undirliggjandi hegðunarröskunum, þá er hættan sú að einstaklingurinn sleppi seint, sé forhertari en áður yfir þeim óréttí sem hann hefur verið beittur og að í raun hafi hann fengið þyngri refsingu fyrir rúðubrotið heldur en ef hann hefði framið alvarlegt afbrot. Meðferðarstefnudrauginn, sem er líklega angi af „sjúkdómsvæðingaræði" nútímasamfélagsins þarf að kveða niður með öllum ráðum," segir Páll að lokum.

Lyfjamál í brennidepli – áréttting vegna greinar

Jakob Falur Garðarsson
framkvæmdastjóri
Frumtaka, samtaka framleiðenda frumlyfja



Gerður Gröndal og Einar S. Björnsson skrifuðu nýlega ágæta grein í Læknablaðið (5. tbl. 99. árg.) undir yfirskriftinni *Lyfjamál í brennidepli*. Í greininni fjalla þau um notkun S-merktra lyfja. Þar er réttilega fjallað um nýlega skýrslu vinnuhóps velferðarráðherra og þá niðurstöðu að aðhaldi hafi verið beitt til hins ýtrasta undanfarin ár og að ekki sé unnt að ná frekari sparnaði í þessum flokki nema með því að takmarka enn frekar aðgengi að lyfjunum eða bókstaflega að taka sjúklinga af þeim. Einnig fjalla Gerður og Einar nokkuð um þá staðreynd að upptaka nýrra lyfja, til dæmis krabbameinslyfja, hafi verið mjög takmörkuð hér á landi undanfarin ár. Almennt er grein þeirra góð og sanngjörn greining á stöðu S-merktra lyfja hér á landi. Það er þó rétt að staldra við eitt atriði greinarinnar, en það er umfjöllun um verð lyfjanna og sú fullyrðing að „verð á sumum dýrum lyfjum á Íslandi er mun hærra en á Norðurlöndunum". Þessari fullyrðingu sinni til staðfestingar nefna greinarhöfundar óskýrt dæmi um lyf við sortuæxli „þar sem útboð á Íslandi gaf 2% afslátt en raunafsláttur í Noregi var 20%".

Óumdeilt er, til dæmis með vísan til ágætrar skýrslu Ríkisendurskoðunar um þróun lyfjakostnaðar 2008-2010, að „verð á þeim lyfjum sem seld eru hér á landi sé nú sambærilegt verði sömu lyfja á hinum Norðurlöndunum". Þá er ekki síður mikilvægt að hafa hugfast, að almennt verð S-merktra lyfja hér á landi er ákvarðað af Lyfjagreiðslunefnd, byggt á reglugerð útgefinni af velferðarráðherra þar sem skýrt er kveðið á um að verðið hér á landi skuli ekki vera hærra en lægsta verð í samanburðarlöndunum fjórum, en þau eru Danmörk, Finnland, Noregur og Svíþjóð. Með öðrum orðum er verðið á hinum íslenska örmarkaði aldrei hærra en lægsta verð Norðurlandanna.

Greinarhöfundar vísa í afslætti. Afslættir eru ekki opinberir og eru trúnaðarmál í viðskiptum milli kaupanda og seljanda. Umræða um afslætti með þeim hætti sem greinarhöfundar viðhafa er brot á samningum og ekki í takt við þær venjur sem hafðar hafa verið uppi varðandi útboð fyrir hönd LSH. Þá er rétt að hafa í huga að prósentutala afsláttar, ein og sér, segir ekkert um endanlegt verð, sem þó hlýtur að vera það sem máli skiptir.

Skýrsla Ríkisendurskoðunar dregur upp skýra mynd af stöðunni á lyfjamarkaði í dag. Fyrir liggur að stjórnvöld hafa með ákvörðunum sínum þrýst lyfjaverði í mörgum tilvikum niður á lægsta verð á Norðurlöndum, á sama tíma og opinber gjaldtaka hefur farið vaxandi. Þessar ákvarðanir hafa í einhverjum tilfellum leitt til þess að lyf hafa verið tekin af markaði hér á landi. Þá hefur stefna stjórnvalda gert það að verkum að ný lyf koma ekki á markað eða eru ekki tekin í notkun hér á landi til jafns við það sem gerist í helstu samanburðarlöndum okkar. Þessi staðreynd dregur óhjákvæmilega úr gæðum heilbrigðisþjónustunnar.

Eitt stærsta verkefni heilbrigðisyfirvalda hlýtur að vera að tryggja aðgengi sjúklinga að bestu mögulegu meðferð hverju sinni. Sú staða sem nú er uppi varðandi upptöku nýrra lyfja hér á landi er því alvarleg og mikilvægt að hagsmunaaðilar innan heilbrigðiskerfisins taki höndum saman við að tryggja það fjármagn sem til þarf svo að heilbrigðiskerfi okkar verði áfram í fremstu röð.

HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTURLANDS

Yfirlæknir heilsugæslustöðvarinnar í Grundarfirði

Laus er til umsóknar staða yfirlæknis heilsugæslustöðvarinnar í Grundarfirði.
Sérfræðimenntun í heimilislækningum eða staðgóð reynsla af störfum á heilsugæslusviði er skilyrði. Lögð er áhersla á aukna samvinnu starfsstöðva Heilbrigðisstofnunar Vesturlands á norðanverðu Snæfellsnesi. Nú þegar er samstarf um bakvaktir heilsugæslulækna í Grundarfirði og Snæfellsbæ.

Umsóknarfrestur er til 15. júlí 2013. Upplýsingar gefa: Þórir Bergmundsson, framkvæmdastjóri lækninga, s. 432 1000, netfang *thorir.bergmundsson@hve.is* og Guðjón S. Brjánsson, forstjóri í s. 432 1010, netfang *gudjon.brjansson@hve.is*

Heilsugæslustöðin er hluti af Heilbrigðisstofnun Vesturlands sem tók til starfa 1. janúar 2010 og samanstendur að auki af starfsstöðvum í Borgarnesi, Stykkishólmi, Grundarfirði, Ólafsvík, Búðardal, Hólmavík og Hvammstanga.

Í Grundarfirði búa um 900 manns og í Snæfellsbæ tæp 1800. Á stöðinni starfar heilsugæslulæknir, hjúkrunarfræðingar, ljósmóðir og ritarar. Bakvakt 2 sjúkraflutningamanna er á staðnum.

Heilsugæslan svarar kallinu

Eyjólfur Guðmundsson
heimilislæknir



Mér var það sérstakt ánægjuefni að lesa ritsjórnargrein Þórarins Tyrfingssonar yfirlæknis SÁÁ í síðasta Læknablaði þar sem fram kemur að heilbrigðisstarfsfólk SÁÁ hafi nú fengið aukin tækifæri til samskipta við aðra heilbrigðisstarfsmenn auk sóknarfæra til að koma enn frekar að kennslu heilbrigðis- og velferðarstétta. Nýlegur samstarfssamningur Háskóla Íslands, Íslenskrar erfðagreiningar og SÁÁ hafi í þessu sambandi skipt sköpum.

Ég hef undanfarin ár skrifað fjölda greina og haldið erindi um mikilvægi samvinnu meðferðarstarfs SÁÁ og heilsugæslunnar og því er það sérlega ánægjulegt að yfirlæknir SÁÁ (bein tilvitnun): „**kalli nú á heilsugæsluna til aukinnar samvinnu í kennslu í forvörnum og stuðningi til betri eftirfylgni með vímuefnafíklum**". Nú er sem sagt staðan sú að við köllum orðið hvor á annan sem þýðir að skapast hefur grundvöllur til að leggja drög að skipulögðu samstarfi. Frá stofnun SÁÁ 1977 hafa samtökin sjálfstætt annast árangursríka meðferð og endurhæfingu vímuefnafíkla af aðdáunarverðri ósérhlífni og eljusemi og unnið ómetanlegt starf við að útrýma fordómum um áfengissýki sem í hugum Íslendinga er nú sjúkdómur eins og hver annar. Þessi þróun hefur skapað góðan grundvöll til meiri samvinnu við heilsugæsluna þannig að hægt er að nýta betur þá möguleika sem heilbrigðiskerfið hefur upp á að bjóða án þess að það leiði til kostnaðarauka. Viðhorfskönnun var gerð meðal heimilislækna fyrir nokkrum árum og kom þá skýrt fram almenn jákvæðni stéttarinnar í garð meðferðarinnar (97%) en einnig var lögð áhersla á mikilvægi þess að læknabréf bærust heimilislækni ef skjólstæðingur hefði farið í áfengismeðferð (91%). Einnig kom fram verulegur áhugi heimilislækna á að kynnast meðferðarstarfinu betur og þá sérstaklega til að auka færni í greiningu áfengissýki.

Eitt af meginverkefnum í heilbrigðisþjónustu framtíðarinnar verður að tryggja sjúklingum með langvinna sjúkdóma, þar á meðal vímuefnasjúkdóma, samfellu í þjónustu. Fyrirkomulag í heilbrigðisþjónustu sem byggir á skipulegri samvinnu meðferðarinnar og heilsugæslunnar gerir samspil vímuefnasjúkdóma og algengra líkamlegra og geðrænna sjúkdóma ljósara og örvar um leið eðlilega þróun þekkingar á vímuefnasjúkdómum. Rík áhersla hefur verið lögð á lykilhlutverk heilsugæslunnar við að fyrirbyggja þann skaða sem af misnotkun áfengis og vímuefna hlýst. Betri hlutdeild og skilningur heimilislækna á þeirri framvindu og atburðarás sem áfengismeðferð er, mun stuðla að aukinni færni í íhlutun og greiningu vímuefnasjúkdóma, auk þess að skila betri stuðningi í endurhæfingarferlinu. Sjúklingar sem áður hafa farið í áfengismeðferð eru tíðir gestir í heilsugæslunni og hefur heilsugæslan alla tíð verið mikilvægur hlekkur í endurhæfingu vímuefnasjúklinga. Heimilislæknirinn leggur á ráðin um frekari endurhæfingu, sinnir nauðsynlegum vottorðaskrifum auk tengsla við aðra sérfræðilækna og félagsþjónustuna. Aðstandendur leita oft til læknis með óljós einkenni streitu og líkamlegar kvartanir þar sem tengsl áfengissýki sem fjölskyldusjúkdóms eru undirliggjandi en dulin. Betri þekking á eðli áfengissýki sem fjölskyldusjúkdóms er til dæmis mjög mikilvæg sem hluti nálgunar heilsugæslunnar í mæðra- og ungbarnavernd.

Ásókn vímuefnasjúklinga í ávanabindandi lyfseðilsskyld lyf, einkum kvíðastillandi lyf, svefnlyf og verkjalyf, er veruleg og mikilvægt að heilsugæslulæknar séu á varðbergi og upplýsi um ranga og skaðlega notkun slíkra lyfja. Notkun svefnlyfja og kvíðastillandi lyfja er of mikil á Íslandi og mun meiri en á Norðurlöndunum. Vitundarvakningar er þörf innan heilbrigðiskerfisins til að stemma stigu við þessari óhollu og varasömu notkun.

Ég legg til að gerður verði samstarfssamningur milli SÁÁ og heilsugæslunnar og óska eftir fundi um nánari útfærslu sem fyrst. Samningurinn þarf ekki að kosta neitt en gæti hugsanlega leitt til aukinna fjárframlaga til SÁÁ í því skyni að bæta starfsaðstöðuna til að sinna læknabréfum. Vel mætti hugsa sér að sérstök fjárveiting gerði heimilislæknum kleift að taka námstímabil hjá SÁÁ (til dæmis viku eða jafnvel lengra tímabil) til að kynnast nánar meðferðarstarfinu. Í áðurnefndri viðhorfskönnun kom fram að margir heimilislæknar vilja gjarnan kynna sér meðferðarstarfið af eigin raun.

Öldungadeild
Læknafélags Íslands

22.-25. ágúst.

Fyrirhuguð er fjögurra daga ferð um Vestfirði 22.-25. ágúst.
Gist verður á Hótel Ísafirði í tvær nætur og á nýja Fosshótelinu á Patreksfirði eina nótt. Fararstjóri verður Magnús Jónsson. Nákvæm ferðatilhögun er í vinnslu.

HEIMSENDINGAR
UM ALLT LAND



Lyfjaskömmtun
Enn hagkvæmari kostur 2013

Í nýju greiðsluþátttökukerfi lyfja á árinu 2013 verður lyfjaskömmtun Lyfjavers enn hagkvæmari kostur og þar njóta viðskiptavinir bestu kjara.
Fylgist vel með á Lyfjaver.is

LYFJAVER
APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS



ÖLDRUNARLÆKNINGAR

Deildarlæknir í starfsnámi og/eða endurmenntunarstaða

Starf deildarlæknis í öldrunarlækningum er laust til umsóknar. Um er að ræða fjölbreytt starf á hinum ýmsu þjónustuþáttum öldrunarlækna. Staðan er námsstaða sem veitist til eins árs en möguleiki er á skemmri ráðningu. Starfið er gott innlegg til sérnáms í öldrunarlækningum, heimilislækningum, lyflækningum og fleiri greinum.

Starfsvettvangur er á Landakoti og í Fossvogi. Vaktir eru á Landakoti. Einnig getur staðan verið góð endurmenntunarstaða fyrir starfandi heimilislækna.

Helstu verkefni og ábyrgð

Deildarlæknir hlýtur þjálfun og reynslu á öllum sviðum öldrunarlækninga, við heildrænt mat, meðferð og greiningu á bráðaöldrunarlækningadeild, endurhæfingardeild og heilabilunardeild svo og við göngudeild og ráðgjöf.

Hæfnikröfur

» Almennt íslenskt lækningaleyfi
» Íslenskukunnátta
» Lipurð og hæfni í mannlegum samskiptum

Nánari upplýsingar

» Umsóknarfrestur er til og með 20. júlí 2013.
» Starfshlutfall er 100% og veitist starfið frá 1. september 2013 eða eftir samkomulagi.
» Upplýsingar veitir Pálmi V Jónsson, yfirlæknir, netfang palmivj@landspitali.is, sími 543 9891.
» Umsókn fylgi náms- og starfsferilskrá ásamt afriti af prófskírteinum og lækningaleyfi.
» Umsóknargögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast Pálma V. Jónssyni, yfirlækni, LSH öldrunarlækningar K4 Landakoti.

Laun samkvæmt samningi viðkomandi stéttarfélags og fjármálaráðherra. Sótt er um starfið rafrænt á; www.landspitali.is, undir „laus störf". Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin. Tekið er mið af jafnréttisstefnu LSH við ráðningar á spítalanum. Nánari upplýsingar um forsendur ráðningar er að finna á heimasíðu Landspítala.

Umhyggja • Fagmennska • Öryggi • Framþróun

Læknar eru hvattir til að koma á framfæri við ritstjórn eða pistlahöfund ábendingum um efni sem þeir vilja að fjallað verði um.

Trúnaðar- og þagnarskylda lækna



Dögg Pálsdóttir
lögfræðingur
Læknafélags Íslands

DoggP@lis.is

Trúnaðar- og þagnarskyldan er ein mikilvægasta skyldan sem læknar undirgangast. Hún er hvort tveggja í senn lagaskylda og siðferðisskylda því hún á sér stoð í siðareglum lækna og almennri löggjöf. Í 13. gr. siðareglna lækna segir að lækni sé óheimilt að skýra frá nokkru um sjúkling nema með samþykki hans eða eftir úrskurð dómara eða samkvæmt lagaboði. Meginreglan er því sú að til að aflétta trúnaðar- og þagnarskyldu þarf samþykki sjúklingsins.

Frá þessu er sú undantekning að í löggjöf getur verið mælt fyrir um frávik frá trúnaðar- og þagnarskyldunni og á grundvelli lagaákvæða er dómara heimilt að mæla svo fyrir að læknir svari spurningum fyrir dómi þó ekki liggi fyrir samþykki sjúklingsins.

Um trúnaðar- og þagnarskyldu lækna er fjallað í III. kafla laga um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 og 17. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012. Í 12. gr. laga um réttindi sjúklinga segir að starfsmaður í heilbrigðisþjónustu skuli gæta fyllstu þagmælsku um allt sem hann kemst að í starfi sínu um heilsufar sjúklings, ástand, sjúkdómsgreiningu, horfur og meðferð ásamt öðrum persónulegum upplýsingum. Þagnarskyldan helst þó að sjúklingur andist og þó að starfsmaður láti af störfum. Mæli ríkar ástæður með því getur starfsmaður látið í té upplýsingar með hliðsjón af vilja hins látna og hagsmunum hlutaðeigandi. Sé starfsmaður í vafa getur hann borið málið undir landlækni. Í 13. gr. sömu laga er fjallað um undanþágur frá þagnarskyldunni. Samþykki sjúklings eða forráðamanns leysir starfsmann undan þagnarskyldu. Þar kemur einnig fram að þagnarskyldan nái ekki til atvika sem starfsmanni í heilbrigðisþjónustu ber að tilkynna samkvæmt öðrum lagaákvæðum. Í þeim tilvikum beri starfsmanni skylda til að koma upplýsingum um atvikið á framfæri við þar til bær yfirvöld. Í 17. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn er ákvæði efnislega samhljóða þagnar- og trúnaðarskylduákvæðunum í lögum um réttindi sjúklinga.

Tilkynningarskyldan er mikilvægt frávik frá trúnaðar- og þagnarskyldunni. Í lögum um réttindi sjúklinga er vísað í ákvæði barnaverndarlaga í þessu sambandi enda er í 17. gr. barnaverndarlaga nr. 80/2002 fjallað um tilkynningarskyldu þeirra sem afskipti hafa af börnum. Læknar eru ein þeirra starfsstétta, sem tilkynningarskyldan nær til. Læknum ber að gera barnaverndarnefnd viðvart ef ætla má að aðstæður barns séu þannig að það búi við óviðunandi uppeldisaðstæður, verði fyrir ofbeldi eða annarri vanvirðandi háttsemi eða sé sjálft að stofna heilsu sinni og þroska í alvarlega hættu. Ákvæði um tilkynningarskyldu, sem gengur framar trúnaðar- og þagnarskyldu er víðar að finna í löggjöf. Í 1. mgr. 9. gr. sóttvarnalaga nr. 19/1997 segir að læknir sem kemst að því í starfi sínu að einstaklingur hefur smitast af smitsjúkdómi sem samkvæmt lögunum er tilkynningarskyldur eða hefur rökstuddan grun um að svo sé, skuli þegar í stað tilkynna það sóttvarnalækni. Í 3. mgr. 79. gr. laga um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á vinnustöðum nr. 46/1980 segir að læknir, sem kemst að því eða fær grun um að starfsmaður eða hópur starfsmanna hafi atvinnusjúkdóm, atvinnutengdan sjúkdóm eða hafi orðið fyrir öðrum skaðlegum áhrifum vegna starfa sinna, skuli án ástæðulausrar tafar tilkynna það til Vinnueftirlits ríkisins.

Í 44. gr. barnaverndarlaga er ennfremur sérstök upplýsingaskylda lögð á heilbrigðis- og sjúkrastofnanir, sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn og ýmsa fleiri um það að láta barnaverndarnefnd í té, endurgjaldslaust, eftir að tekin hefur verið ákvörðun um könnun máls, upplýsingar og afrit af nauðsynlegum gögnum um heilsu barns, foreldra þess og annarra heimilismanna, þar á meðal upplýsingar um ástand viðkomandi og batahorfur auk annarra upplýsinga sem nefndin telur að skipt geti máli fyrir úrlausn málsins. Í skýringum með ákvæðinu kemur fram að þessi upplýsingaskylda gangi framar þagnarskyldu hlutaðeigandi aðila.

Á úrskurð dómara reynir þegar kemur að vitnaskyldu lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna. Um vitnaskylduna er fjallað í 3. mgr. 18. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn. Þar segir að heilbrigðisstarfsmaður verði ekki leiddur fram sem vitni í einkamálum gegn vilja sjúklings nema ætla megi að úrslit málsins velti á vitnisburði hans eða málið sé mikilvægt fyrir málsaðila eða þjóðfélagið, hvort tveggja að mati dómara. Í slíkum tilvikum beri heilbrigðisstarfsmanni að skýra frá öllu sem hann veit og telur að hugsanlega geti haft áhrif á málið. Slíkur vitnisburður fer fram fyrir luktum dyrum. Um vitnaskyldu lækna í opinberum málum er fjallað í 119. gr. laga um meðferð sakamála nr. 88/2008. Meginreglan hér er hin sama, vitni er óheimilt án leyfis þess sem í hlut á að svara spurningum um einkahagi manns sem vitninu hefur verið trúað fyrir í starfi. Ákvæðið tilgreinir nokkrar starfsstéttir, m.a. lækna. Telji dómari að vitnisburður geti ráðið úrslitum um niðurstöðu máls getur hann þrátt fyrir meginregluna ákveðið að vitni skuli svara spurningum um tiltekin atriði enda séu ríkari hagsmunir af því að spurningunum verði svarað en trúnaði haldið. Ef dómari er í vafa getur hann áður en hann tekur ákvörðun lagt fyrir vitnið að tjá sér í trúnaði hvers efnis svarið yrði. Í skýringum með ákvæðinu kemur fram að þegar dómari tekur ákvörðun leggur hann annars vegar mat á trúnaðarsambandið og eðli þess og hins vegar á alvarleika málsins. Því alvarlegri sem sakargiftir eru, þeim mun líklegra væri að trúnaði yrði aflétt og því ríkari sem trúnaður er, þeim mun líklegra væri að hann héldi.

Það er mikilvægt að læknar og sjúklingar geri sér grein fyrir tilvist þessara mikilvægu frávika frá trúnaðar- og þagnarskyldunni.

Hrafn Sveinbjarnarson – höfðingi, pílagrímur og læknir



Ráðstefna á Hrafnseyri við Arnarfjörð 24. ágúst 2013

Hrafn Sveinbjarnarson er talinn fyrstur lærðra íslenskra lækna. Hann fæddist að öllum líkindum 1166 og var af læknum kominn. Hann var miklum mannkostum búinn, bjó stórbúi á Eyri við Arnarfjörð og var þar goðorðsmaður. Af lækningum hans fór miklum sögum. Hann nam þær í fyrstu af föður sínum, en síðan fór hann suðurveg til St. Gilles eða Ílansborgar á Spáni þar sem Jóhannesarriddarar kenndir við Jóhannes skírara helguðu líf sitt aðhlynningu sjúkra og særðra. Þaðan fór Hrafn til Rómar og er líkum að því leitt að hann hafi numið við læknaskólann í Salerno skammt sunnan Rómar, en þar var líklega fyrsti læknaskóli heims, stofnaður á 9. öld. Hrafn átti í deilum við Þorvald Vatnsfirðing Snorrason árum saman, og varð hann Hrafni að bana í mars 1213, fyrir réttum 800 árum. Synir Hrafns hefndu föðurmorðins 12 árum síðar með því að brenna inni Þorvald Vatnsfirðing.

Ráðstefna um Hrafn verður haldin á Hrafnseyri 24. ágúst n.k. og eru hér að neðan ágrip erinda sem þar verða flutt. Annar leiðari þessa tölublaðs Læknablaðsins er jafnframt helgaður Hrafni.

Lækningar og sáluhjálp. Um viðhorf til lækninga í Hrafns sögu Sveinbjarnarsonar

Ásdís Egilsdóttir

Ásamt jarteinum íslensku dýrlinganna er *Hrafns saga Sveinbjarnarsonar* mikilvægasta heimildin um sjúkdóma, lækningar og viðhorf til lækninga á miðöldum á Íslandi. Í upphafi þeirrar gerðar Hrafns sögu sem varðveitt er sérstök segir frá því hvernig hæfileikinn til lækninga kom inn í ætt Hrafns. Það gerðist „af guðs miskunn" fyrir tilstilli Ólafs helga. Sá munur er einkum á frásögnum Hrafns sögu og jarteinum að Hrafn er læknir að störfum í lifanda lífi en ekki dýrlingur sem ákallaður er með bænum. Í öllum tilvikum er þó ljóst að læknirinn eða dýrlingurinn vinnur verk sín ekki af eigin rammleik. Hinn eiginlegi læknir er Guð og veraldlegur læknir getur veitt mönnum líkn fyrir hans náð. Þetta kemur skýrt fram í lengstu lækningasögunni í Hrafns sögu þar sem Hrafn læknar mann af steinsótt. Áður en Hrafn gerir aðgerð á sjúklingnum leitar hann til presta og *pater noster* (faðir vor) er sungið fimm sinnum meðan sjálf aðgerðin er framkvæmd. Þannig er annar læknir að störfum ásamt Hrafni. Sá munur er einnig á jarteinum og Hrafns sögu að meiri áhersla er á hinum veraldlega lækni og hlutdeild hans í Hrafns sögu. Í jarteinum beinist athyglin meira að þeim sem þurfa á hjálp að halda. Dýrlingurinn er þá oftast látinn og orðinn meðalgöngumaður milli Guðs og manna. Mikilvægustu jarteinir dýrlinga eru endurómur af Spádómsbók Jesaja 35, 5 – 6 og sögum af lækningum Krists í guðspjöllunum. Þannig er frá því greint í *Jarteinabók Þorláks helga* frá 1199 að blindur maður hafi fengið sýn og daufur heyrn fyrir meðalgöngu dýrlingsins. Athyglisvert er að ekki er frá því greint að Hrafn hafi læknað blinda eða heyrnarlausa. Eina lækningin í Hrafns sögu sem gæti átt sér samsvörun í biblíulegum undirstöðujarteinum er sagan um Þorgils nokkurn „er tók vitfirring". Lýsingin á Hrafni í Hrafns sögu minnir um margt á heilagra manna sögur en dýrlingur varð hann þó ekki. Ef svo hefði verið er líklegt að bætt hefði verið við biblíulegum jarteinum og lýsingar á lækningum Hrafns hefðu tekið á sig blæ jarteina. Jarteinir voru ekki einungis skráning á sjúkdómum og lækningum við þeim heldur voru þær vitnisburður um mátt Guðs og áttu að minna á upprisuna á dómsdegi. Þannig voru þær um leið sífelld áminning um mikilvægi sáluhjálpar. Höfundi Hrafns sögu er umhugað um sáluhjálp eins og títt er um miðaldahöfunda. Sagt er um Hrafn Sveinbjarnarson að hann hafi ekki metið lækningar sínar til fjár og að hann hafi alið önn fyrir fátækum sjúklingum þar til þeir höfðu náð heilsu. Sagan gefur þó til kynna að Hrafn hafi ekki verið launalaus. Laun hans voru í formi sáluhjálpar, því Kristur veitti honum „andliga lækning á dauðadegi hans". Honum er lýst sem örlátum og hjálpsömum manni sem gaf öllum þeim sem komu á heimili hans mat og húsaskjól. Þá er sagt að hann hafi látið flytja alla yfir Arnarfjörð sem á þurftu að halda, einnig átti hann skip á Barðaströnd og lét flytja menn á því yfir Breiðafjörð: „Ok af slíkri rausn Hrafns var sem brú væri á hvárum tveggjum firðinum fyrir hverjum er fara vildi". Brúarsmíði taldist til kristilegra dyggða á miðöldum. Fégjafir til brúarsmíði jafngiltu því að gefa fé til kirkju. Brúin kom ferðalöngum milli staða og yfir torfærur. Í táknheimi miðaldakristninnar vísaði brúin sálum hinna látnu á hinn rétta veg til Guðs. Hrafns saga dregur fram að hæfileikinn til að lækna sé þeginn af Guði og lækningarnar eru þannig liður í guðrækni Hrafns. Hann kemur sjúkum til hjálpar og getur vænst sáluhjálpar fyrir góðverk sín.

Þvagfæraskurðlæknirinn Hrafn Sveinbjarnarson

Eiríkur Jónsson

Í sögu Hrafns segir af læknislist hans. Hann læknar meðal annars sjúka með aðferðum sem kuklarar allra alda gætu verið stoltir af. Þá stekkur allt í einu fram, eins og skrattinn úr sauðarleggnum, fullsköpuð aðgerðarlýsing. Hún er einstök í íslenskum fornbókmenntum og þótt víðar væri leitað. Hrafn sker til þvagblöðrusteins sem hann hefur áður fært niður og skorðað af í þvagrás karlmanns sem þjáðist af steinsótt. Aðgerðarlýsingin er nákvæm og fylgir bestu þekkingu þess tíma. Steinsótt hefur fylgt mannkyninu og ráð við henni verið kunn meðal elstu siðmenninga. Hippókrates tekur það til að mynda sérstaklega fram, að engir nema þeir sem hafa þar til bæra þekkingu skeri til steins. Fram eftir öldum var skorið eftir steinum um þvagrás eða með spangarskurði sem verður að teljast mjög torfarin leið til þvagblöðrunnar enda lágu margir sjúklinganna í valnum eftir slíka meðferð. Steinskurðarmenn voru því sérhæfðir farandlæknar í evrópskum borgum á miðöldum og hurfu gjarnan af vettvangi í skjóli nætur af augljósum ástæðum. Um síðir hugkvæmdist læknum að skera ofan lífbeins (sectio alta) til þess að ná í blöðrusteina enda er sú leið greiðari til þvagblöðrunnar. Í samanburði við spangarskurð er þvagrásarskurður mun auðveldari og hættuminni. Það varð þó að tryggja að steinninn færðist ekki upp til þvagblöðrunnar eftir að hann var skorðaður af og því ráð að hnýta fyrir ofan hann. Einnig var húð limsins áður dregin niður með því að toga forhúðina fram og hnýta þar einnig. Sú hnýting var gerð til þess að húðin á skurðsvæðinu drægist til baka eftir skurðinn sem tryggði betri lokun skurðsársins. Hjá umskornum karlmönnum varð hins vegar að hnýta framan við steininn á sjálfum limnum. Hvaðan kom Hrafni eða söguritara hans þessi þekking? Smáatriði í aðgerðarlýsingunni, svo sem niðurfærsla á steininum frá blöðru til þvagrásar, aðgerðarlýsing sem virðist eiga við aðgerð á umskornum karlmanni, og vera Hrafns á Norður-Spáni leiða hugann til hins mikla Albucasis af Cordóba. Sá var uppi þremur öldum fyrr og skrifaði þrjátíu binda verk um læknisfræði. Verkið var þýtt á latínu um miðja tólftu öld og hafði mikil áhrif á evrópska læknisfræði næstu aldirnar. Í einu binda þess, um skurðlæknisfræði og skurðáhöld, er nær samhljóða aðgerðarlýsing og Hrafn er sagður hafa framkvæmt. Jafnframt því að lýsa fyrstur niðurfærslu þvagblöðrusteins til þvagrásar fann Albucasis upp áhald og aðferð til þess að bora í steininn um þvagrásina og brjóta sundur án skurðar en sú aðferð barst til Íslands tæpum 800 árum eftir daga Hrafns.

Skurðlæknisfræði er farsælust í réttum hlutföllum fræða og færni. Fór hvort tveggja saman forðum daga á Eyri og þá undir áhrifum márans Albucasis? Hafi svo verið þá var Arnfirðingurinn Samúel í Selárdal ekki fyrstur þeirra héraðsbúa að leita í smiðju Andalúsíumanna.

Höfðingi nýrra tíma. Hrafn Sveinbjarnarson í samtíð sinni

Torfi H. Tulinius

Hrafn Sveinbjarnarson var höfðingi á sunnanverðum Vestfjörðum á áratugunum kringum 1200. Þá urðu miklar breytingar á skipan valds í íslensku samfélagi. Héraðsríki höfðu smám saman orðið til á Suðurlandi, þar sem Haukdælir réðu vestan Þjórsár en Oddaverjar fyrir austan. Svínfellingar virtust hafa öll völd á Austurlandi. Ásbirningar stýrðu Skagafirði, um leið og þeir seildust til áhrifa í Eyjafirði. Þórður Sturluson skapaði sér veldi á Snæfellsnesi og Snorri bróðir hans í Borgarfirði, en komst líka yfir staði og goðorð annars staðar. Þriðji bróðirinn, Sighvatur, hafði farið með erfðaveldi þeirra bræðra í Dölunum en lét Sturlu syni sínum það eftir þegar hann flutti norður í Eyjafjörð til að hasla sér völl á nýtilkomnu valdasvæði mága sinna af Ásbirningaætt. Þessar breytingar í átt að héraðsríkjum höfðu áhrif á stöðu rótgróinna goðaætta á Vestfjörðum, þeirra Vatnsfirðinga með Þorvald Snorrason í broddi fylkingar, og Seldæla sem lutu forystu Hrafns. Þessa nýju tíma ber að hafa í huga til að skilja átökin sem leiddu til dauða Hrafns fyrir átta hundruð árum. Margt bendir til þess að Hrafn hafi ætlað að feta svipaða slóð og reyna að breyta erfðagoðorði sínu í héraðsríki. Eins og margir höfðingjar, fær hann annað goðorð að gjöf og líkt og þeir reynir hann að fyrirbyggja að líklegir keppinautar komist til áhrifa á því svæði sem hann hefur helgað sér. Vaxandi spenna milli þeirra Þorvalds skýrist vafalítið af því að sá síðarnefndi taldi veldi sínu ógnað af uppgangi Hrafns. Sennilega gerir *Hrafns saga* minna úr ágengni Seldælsins í frásögninni af deilum þeirra Þorvalds. Að minnsta kosti er ekki ólíklegt að Hrafn hafi gerst nærgöngulli við þingmenn Vatnsfirðingsins en sagan greinir frá til að sýna hver væri valdamestur á Vestfjörðum.

Hrafn var líka höfðingi nýrra tíma í samskiptum sínum við kirkju og kristni. Hann vingaðist við biskupinn í Orkneyjum og þá af honum verðmæta gripi. *Hrafns saga* segir einnig frá ferðum hans til helgra staða í Evrópu. Síðast en ekki síst er mikið gert úr vináttu Hrafns og Guðmundar Hólabiskups. Hrafn var því af þeirri tegund leikra höfðingja sem unnu náið með kirkjunni. Höfundur sögunnar dregur jafnframt fram að Hrafni var í mun að þjóna vel þeim sem undir hann voru settir. Hann sá þurfamönnum fyrir mat, greiddi fyrir samgöngum á valdasvæði sínu og stundaði lækningar án endurgjalds. Um leið og hann aflaði sér vinsælda styrkti það ímynd hans sem trúrækinn höfðingi sem lifði í góðri sátt við guð og fulltrúa hans á jörðinni, heilaga kirkju.

Þótt sókn Hrafns til valda virðist í mótsögn við þessa ímynd, var það varla svo í hugum samtímamanna hans, þegar kirkjan og leikir höfðingjar hvarvetna í Evrópu tömdu sér nýja samskiptahætti.

Barátta góðs og ills á Vestfjörðum

Óttar Guðmundsson

Sturlunga er merkileg bók sem dregur upp fremur dapurlega mynd af íslenskum höfðingjum á 12. og 13. öld. Sagan einkennist af endalausum bræðra- og frændvígum þar sem fjölskyldur og vinir berast á banaspjótum og drepa hver annan miskunnarlaust. Í lok 13. aldar er búið að vængstýfa helstu fjölskyldur landsins með því að drepa fegurstu ættarlaukana. Kristileg lífsgildi voru sjaldnast höfð í hávegum þótt finna megi undantekningar frá þeirri reglu. Fremstan í þeim hópi verður að telja Hrafn Sveinbjarnarson höfðingja að Eyri við Arnarfjörð á Vestfjörðum. Sagan fer um hann fögrum orðum og lýsir dýrlingi fremur en dauðlegum manni. Hann var læknir góður eins og hann átti kyn til og tók ekkert fyrir læknisstörf sín. Hrafn var bóngóður og hjálpsamur og stuðlaði meira að segja að bættum samgöngum á Vestfjörðum. Hann var miskunnsamur gagnvart fjandmönnum sínum og kunni að fyrirgefa í anda Krists. Það er erfitt fyrir geðlækni að geðgreina slíkt valmenni.

Helsti fjandmaður Hrafns, Þorvaldur Snorrason Vatnsfirðingur er algjör andstæða hans. Þorvaldur leitar ásjár hjá Hrafni í fyrstu en fljótlega vex með þeim ágreiningur sem runninn er undan rifjum Þorvaldar. Hann eflir ófrið við Hrafn og reynir að ráða hann af dögum sem mistekst. Eftir eina slíka tilraun á Hrafn alls kostar við Þorvald en kýs að gefa honum grið, fyrirgefa honum og leysa hann út með gjöfum. Þetta magnaði að sjálfsögðu aðeins hatur Þorvaldar á lækninum og fer svo að Þorvaldi tekst að koma Hrafni á óvart og handtekur hann. Hrafn biður sér griða og lofar öllu fögru en Þorvaldur lætur taka hann af lífi.

Enginn vafi er á því að Þorvaldur Snorrason Vatnsfirðingur er persónuleikaraskaður siðblindur og ákaflega sjálfmiðaður maður. Sagan segir að einhverju sinni hafi hann legið með tveimur frillum sínum í lokrekkju þegar fjandmenn hans reyndu að brenna hann inni. Hann er narsissískur og hégómlegur, öfundsjúkur, afbrýðisamur, viðkvæmur og barnalegur eins og reyndar er títt um höfðingja á öllum tímum. Sennilega hefðu nútímageðlæknar greint hann með fjölmargar aðrar persónuleikaraskanir auk siðblindunnar.

Sagan af Hrafni og Þorvaldi er frásögn af viðureign tveggja ólíkra manna þar sem Þorvaldur er jafn illur og Hrafn er góður. Kannski má segja að illmennska Þorvaldar dragi góðmennsku og göfuglyndi Hrafns fram og fyrir vikið verði hann enn betri og heilagri enda eru þeir á sitt hvorum jaðri mannkostalitrófsins. Sýkópatinn tekst á við heiðarlegt göfugmenni.

Í þessari glímu fer svo að hið illa sigrar. Hrafn hefði getað leyst öll sín vandamál gagnvart Þorvaldi og þeim Vatnsfirðingum með því að drepa hann þegar hann átti þess kost. Hann valdi að hafa kristna siðfræði að leiðarljósi og galt fyrir þá yfirsjón með lífi sínu. Píslarsaga og dauðdagi Hrafns minnir á endalok Frelsarans sem dó á kvalafullan hátt með fyrirgefningarboðskap sinn á vörunum. Fleiri höfðingjar Sturlungaaldar deila þessari beisku reynslu með Hrafni. Sturla Sighvatsson kaus að þyrma lífi Gissurar Þorvaldssonar og glataði fyrir vikið öllu ríki sínu og lífinu.

Boðskapur sögunnar er því býsna einfaldur. Treystu engum og síst óvinum þínum. Dreptu fjandmenn þína án nokkurrar miskunnar ef þú hefur færi á því. Kristin siðfræði er góðra gjalda verð en hún leiðir þig einungis í dauðann meðan fjandmenn þínir njóta lífsins með frillum sínum í hlýju lokrekkjunnar.



Hrafn Sveinbjarnarson
– höfðingi, pílagrímur og læknir
Ráðstefna á Hrafnseyri við Arnarfjörð,
24. ágúst 2013

08:55 – 09:35	Flug: Reykjavík-Ísafjörður
09:45 – 10:45	Rútuferð: Ísafjörður-Hrafnseyri
10:40 – 11:10	Kaffi/meðlæti Thor Vilhjálmsson í fótsporum Hrafns á pílagrímsvegum. Brot úr kvikmynd Erlends Sveinssonar „Draumurinn um Veginn“ sýnd í kapellu
11:10 – 11:15	Setning ráðstefnu. Valdimar J. Halldórsson staðarhaldari Kynnir: Þorsteinn Jóhannesson yfirlæknir
11:15 – 11:45	Höfðingi nýrra tíma. Hrafn Sveinbjarnarson í samtíð sinni. Fyrirlesari: Torfi H. Tulinius
11:45 – 11:55	Umræður
11:55 – 12:40	Matur
12:30 – 13:00	Thor Vilhjálmsson í fótsporum Hrafns á pílagrímsvegum. Brot úr kvikmynd Erlends Sveinssonar „Draumurinn um Veginn“ sýnd í kapellu
13:00 – 13:30	Undrin í skáldskap Hrafns sögu. Fyrirlesari: Guðrún Nordal
13:30 – 13:40	Umræður
13:40 – 14:10	Lækningar og sáluhjálp. Viðhorf til lækninga í Hrafns sögu Sveinbjarnarsonar. Fyrirlesari: Ásdís Egilsdóttir
14:10 – 14:20	Umræður
14:20 – 14:50	Þvagfæraskurðlæknirinn Hrafn Sveinbjarnarson. Fyrirlesari: Eiríkur Jónsson
14:50 – 15:00	Umræður
15:00 – 15:10	Guðrún P. Helgadóttir og fræðivinna hennar Jón Jóhannes Jónsson
15:10 – 15:30	Kaffi
15:30 – 16:15	Dýrlingur á faraldsfæti. Revía í tali og tónum. Óttar Guðmundsson og Diabolus In Medica Jóhanna V. Þórhallsdóttir, Aðalheiður Þorsteinsdóttir, Páll Torfi Önundarson, Jón Sigurpálsson
16:15	Ráðstefnuslit
16:30 – 17:30	Rúta: Hrafnseyri – Ísafjörður
18:05 – 18:45	Flug: Ísafjörður – Reykjavík

Fekari upplýsingar veitir Valdimar J. Halldórsson staðarhaldari, sími: 456 8260 og 845 5518.
Sjá einnig: www.facebook.com/#!/hrafnseyri

Höfum við efni á að setja sjötuga lækna á eftirlaun?

Steinn Jónsson
Höfundur er formaður
Læknafélags Reykjavíkur



Á undanförnum árum hefur starfandi læknum á Íslandi fækkað um 12%. Í vissum sérgreinum blasir við neyðarástand vegna þess að reyndir sérfræðilæknar hafa verið settir skilyrðislaust á eftirlaun þó svo að þeir séu ennþá í fullu fjöri og geti lagt mikið til sinna sérgreina. Á sama tíma eru verkefni að aukast og sífellt eru gerðar meiri kröfur um frítíma. Ungir sérfræðilæknar leita nú síður til landsins vegna betri launa og vinnuaðstæðna erlendis.

Það er vel þekkt að fólk er misjafnlega vel á sig komið á ýmsum aldursskeiðum og dæmi eru um að fólk haldi fullu starfsþreki og andlegri getu langt fram yfir hefðbundinn eftirlaunaaldur. Meðalaldur þjóðarinnar hefur verið að hækka og mikilvæg þekking um orsakir andlegrar og líkamlegrar hrörnunar er nú orðin mörgum kunn, ekki síst læknum. Fólk tekur mið af þessu í lífsvenjum sínum, stundar útivist og hreyfingu, borðar hollan mat og forðast reykingar og óheilbrigt líferni. Framfarir í læknisfræði eru tvímælalaust lykilatriði í þessarri þróun með aukinni áherslu á forvarnir og batnandi árangri meðferðar.

Þess vegna er það orðin áleitin spurning hvers vegna ekki hefur orðið breyting á viðhorfinu til eftirlaunaaldurs. Eldra fólk hefur mikla starfsreynslu og yfirsýn og getur þess vegna sinnt ábyrgðarmiklum störfum og leiðbeint yngra fólki. Ekki er hægt að ætlast til þess að eldri læknar standi vaktir eða vinni í framlínunni, en þeir geta lagt sitt af mörkum í starfsemi heilbrigðiskerfisins og verið yngra fólki góð fyrirmynd.

Það er sérlega óskynsamlegt við núverandi aðstæður að halda óbreyttri stefnu og setja alla lækna skilyrðislaust á eftirlaun við tiltekinn aldur. Betra væri að taka upp sveigjanlegt kerfi og einstaklingsbundna nálgun. Það mætti gera með virku símenntunarkerfi og reglulegu hæfnismati sem væri leiðbeinandi eða gæti skorið úr um hæfni manna. Slíkt kerfi mætti ná til allra lækna, ekki aðeins þeirra eldri. Þannig reglur eru til staðar í löndum þar sem læknisfræðin stendur með miklum blóma svo sem í Bretlandi, Bandaríkjunum, Danmörku og Þýskalandi. Íslensk stjórnvöld ættu að íhuga þetta mál vandlega og breyta þessu kerfi sem fyrst.

HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTURLANDS

Yfirlæknir Heilsugæslustöðvarinnar á Akranesi

Laus er til umsóknar staða yfirlæknis Heilsugæslustöðvarinnar á Akranesi.
Sérfræðimenntun í heimilislækningum er skilyrði ásamt staðgóðri reynslu af stjórnunarlegum verkefnum.

Leitað er að áhugasömum og metnaðarfullum einstaklingi sem er reiðubúinn að takast á við endurskipulag og þróun nútímalegrar þjónustu á heilsugæslusviði þar sem leiðarljós er lýðheilsa og forvarnir.

Staða heilsugæslulæknis

Laus er til umsóknar staða heilsugæslulæknis við Heilsugæslustöðina á Akranesi. Sérfræðimenntun í heimilislækningum er æskileg eða staðgóð reynsa af læknisstörfum á heilsugæslusviði.

Umsóknarfrestur um bæði störfin er til 15. júlí 2013. Upplýsingar gefa: Þórir Bergmundsson, framkvæmdastjóri lækninga, s. 432 1000, netfang *thorir.bergmundsson@hve.is* og Guðjón S. Brjánsson, forstjóri í s. 432 1010, netfang *gudjon.brjansson@hve.is*

Heilsugæslustöðin er hluti af Heilbrigðisstofnun Vesturlands sem tók til starfa 1. janúar 2010 og samanstendur að auki af starfsstöðvum í Borgarnesi, Stykkishólmi, Grundarfirði, Ólafsvík, Búðardal, Hólmavík og Hvammstanga.

Þjónustusvæði heilsugæslustöðvarinnar er Akraneskaupstaður og Hvalfjarðarsveit og íbúafjöldi er um 7,600. Á stöðinni starfa 4-5 heilsugæslulæknar auk 7 hjúkrunarfræðinga í ungbarna- og mæðravernd, heimahjúkrun, skólahjúkrun, heilsueflandi móttöku og öðrum almennum og sérstökum verkefnum. Næringarfræðingur, sálfræðingar og iðjuþjálfi starfa í tengslum við heilsugæslustöðina. Við stöðina er starfar sérhæft fagfólks við greiningu hegðunar- og þroskafrávika barna.



Hér hlýðir hópurinn á leiðsögukonu á hinu sporöskjulagaða Piazza Anfiteatro í Lucca sem áður var hringleikatorg á rómverska tímanum.



Rústir af rómversku leikhúsi í Volterra.



Sankti Péturskirkjan er áberandi kennileiti í Portovenere.

Öldungar í Toskana

Texti og myndir:
Páll Ásmundsson



Sólsetur í Flórens. Dómkirkjan og klukkuturn hennar blöstu við af þaki hótels okkar.

Þátttakendur voru 34 auk fararstjórans Kristins R. Ólafssonar. Flogið var til Písa og ekið þaðan beint til Lucca en þar gistum við fyrstu þrjár næturnar.

Lucca

Lucca er falleg borg og unun að ganga um og skoða fjölda miðaldabygginga. Etrúskar lögðu drög að borginni sem varð rómversk nýlenda 180 fyrir Krist. Á 12. öld varð hún sjálfstætt borgríki og græddi um tíma vel á silkiverslun. Napóleon lagði hana undir sig 1805 og fól systur sinni yfirráð yfir borginni næstu 10 árin. Hún var síðan innlimuð í ítalska konungsríkið. Myndarlegur virkisveggur kringum borgina mun vera frá endurreisnartímanum.

Cinqueterre og Portovenere

Farið var í dagsferð til þessara staða sem í raun eru í héraðinu Liguriu og teljast til ítölsku Rivierunnar. Hið fyrrnefnda er brött klettaströnd með 5 þorpum sem „hanga" utan í bröttum hlíðum. Eitt þorpanna er Vernazza og þaðan sigldum við í leiðindaveðri suður með ströndinni að sannkallaðri friðarhöfn, Portovenere. Allt þetta svæði er á heimsminjaskrá UNESCO.

Pisa, Bolgheri, Volterra

Frá Lucca var haldið áleiðis til næsta næturstaðar, Siena. Á leiðinni var höfð viðkoma á þremur stöðum.



Fyrst var gerður stuttur stans í Písa.

Öll munum árla rísa,
upp- því nú skulum -lýsa
hvort það er satt
að halli undir flatt
heimsfrægi turninn í Písa.

Að því staðfestu var haldið til Bolgheri, lítils þorps 60 km sunnan við Písa. Aðkeyrslan liggur um fögur göng ævagamalla kýprustrjáa. Þarna fórum við í vínsmökkun og skoðuðum þorpið. Næst lá leiðin til borgarinnar Volterra sem stendur uppi á lágu fjalli. Þar var mikilvægur etrúskabær. Rómverjar réðu þar lengi, síðar Flórensmenn og varð borgin hluti af Toskanahertogadæminu.

Siena

Þar var gist eina nótt og farin skoðunarferð um borgina. Siena varð tæpast borg fyrr en Rómverjar komu til sögunnar. Velgengi fór vaxandi á 12. öld og náði

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar:
Magnús Einarsson formaður, Þórarinn Sveinsson ritari, Hörður Alfreðsson gjaldkeri, Guðmundur Oddsson, Guðrún Agnarsdóttir.

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

Umsjón síðu: Páll Ásmundsson

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



Útsýni úr Uffizisafninu niður eftir Arno. Vecchiobrúin er næst 6 brúa sem sjást á myndinni. Efst á Vecchiobrúnni og næst til hægri sjást glöggt göng þau sem liggja frá Palazzo Vecchio um Uffizi, yfir Vecchiobrúna að Palazzo Pitti. Um þau fór fyrirfólkið milli hallanna tveggja.



Dómkirkjan í Siena.



Dómkirkjan í Mílanó

hámarki á 13. og 14. öld undir yfirráðum Flórens. Hnignun varð eftir að svarti dauði lagði meirihluta íbúanna að velli 1348. Meðal mannvirkja frá velmegunartímanum má nefna aðaltorgið Piazza del Campo og dómkirkjuna.

Via Chiantigiana

Frá Siena var haldið áleiðis til Flórens um svonefndan Chiantiveg sem hlykkjast um hæðir og dali hins mikla vínræktarhéraðs. Hvarvetna blöstu við vínekrur sem enn voru skammt á veg komnar. Stansað var í tveimur vinalegum smábæjum, Radda og Greve.

Flórens

Hér var gist í 4 nætur. Borgin er meðal helstu menningarfjársjóða heims. Hér er talin vagga renaissance tímabilsins er markaði endalok miðalda. Árið 59 fyrir Krist reistu Rómverjar herstöðina Florentia í mýrlendi á bökkum Arnofljóts. Hér var smábær fram á 10. öld er vegur hennar tók að vaxa. Þótt aðeins þriðjungur borgarbúa lifði af svarta dauða 1348 náði veldi og menning Flórens hvað hæstum hæðum fljótlega eftir plágunа og þá undir yfirráðum Mediciættarinnar sem ríkti í nærfellt 300 ár.

Mílanó og heim

Frá Flórens fórum við um Appenínafjöllin til Mílanó þar sem við gistum síðustu nóttina. Lítill tími gafst til skoðunar en flestir náðu að skoða dómkirkjuna miklu og Teatro alla Scala. Heim var flogið með fyrsta flugi Icelandair þetta sumar.

Ingólfur Gíslason og Lapi



Ingólfur Gíslason

„Lapi er og Lapi verður listamannakrá" orti Davíð Stefánsson. Hann, ásamt þeim Ingólfi Gíslasyni lækni og Ríkarði Jónssyni myndhöggvara, kom til Flórens rétt fyrir jól 1920 og dvöldu þeir félagar um hríð í borginni. Í bók sinni Læknisævi *segir Ingólfur frá téðri krá. Buca Lapi, eins og hún raunar heitir, fyrirfinnst enn og er nú matsölustaður í dýrari kantinum. Nokkrir í hópnum okkar snæddu þar og létu vel af, en söknuðu sjálfsagt fjörsins sem áður var. Er hópurinn gekk þar framhjá söng Sveinn Einarsson fyrrverandi Þjóðleikhússtjóri eitt erindi ljóðsins staðnum og Davíð til heiðurs. En Ingólfi Gíslasyni segist svo frá:*

Geta verður um veitingastað einn í Firenze, sem „Lapi" nefnist. Virðist vera tízka meðal ferðamanna að koma þangað stöku sinnum á kvöldin. Þetta var kjallari, eigendur þrír bræður, sem sjálfir veittu gestum beina. Einn stóð í hvítum klæðum við eldstæði og sauð og steikti mat, en hinir báru veitingarnar út meðal gestanna. Voru þeir allir háværir mjög, ávörpuðu þá, sem inn komu, og buðu þá velkomna, og auðséð var á öllu, að þeir vildu, að gestirnir skemmtu sér vel. Báðu flestir um rauðvín og ávexti og neyttu þess með góðri lyst. Hljóðfærasveitin var þrír menn, spilaði einn á stóra harmóniku, en annar á guitar, sá þriðji hafði víst ekkert hljóðfæri, en þeir sungu allir undir ýms fjörug lög; sungu þá gestirnir oft með. Stundum söng einhver af gestunum einsöngva. Man ég einkum eftir einum góðum sænskum söngmanni, sem söng snilldarlega tvö eða þrjú sænsk lög, en hinir þögðu náttúrlega á meðan, en spiluðu bara undir. Ekki höfðu ítölsku



söngmennirnir þarna neitt á móti því að fá rauðvínsglas hjá gestunum, þegar þeim hafði tekizt upp við eitthvert lagið. Þegar á kvöldið leið, ruddu veitingamennirnir stundum borðum frá í miðjum salnum, svo unga fólkið gæti fengið sér snúning, og lét það þá ekki standa á sér.



Nýir læknar boðnir velkomnir





Nýútskrifaðir læknakandídatar voru boðnir velkomnir í Læknafélag Íslands við hefðbundna, hátíðlega móttöku í húsakynnum Læknafélagsins við Hlíðasmára þann 20. júní. Þorbjörn Jónsson formaður Læknafélags Íslands bauð ungu læknana velkomna í félagið en síðan fluttu ávörp Guðmundur Þorgeirsson forseti Læknadeildar og Steinn Jónsson formaður Læknafélags Reykjavíkur. Eftir að viðstaddir höfðu notið veitinga og hlýtt á hamingjuóskir til handa hinum nýju kandidötum undirrituðu hinir nýútskrifuðu læknar heitorð læknа, Hippokratesareiðinn, í sérstaka bók LÍ sem geymir nöfn útskrifaðra íslenskra lækna áratugi aftur á síðustu öld.

Læknakandídatar 2013

Andri Wilberg Orrason
Arnar Þór Tulinius
Auður Elva Vignisdóttir
Benedikt Friðriksson
Bjarki Steinn Traustason
Bryndís Ester Ólafsdóttir
Cecilia Elsa Línudóttir
Dagrún Jónasdóttir
Elín Arna Aspelund
Elín Björk Tryggvadóttir
Elín Helga Þórarinsdóttir
Eyrún Baldursdóttir
Fríður Finna Sigurðardóttir
Gígja Erlingsdóttir
Guðríður Anna Grétarsdóttir
Hafsteinn Óli Guðnason
Halldór Reynir Bergvinsson
Hannes Bjarki Vigfússon
Haukur Týr Guðmundsson
Hildigunnur Úlfsdóttir
Hjörleifur Skorri Þormóðsson
Ingibjörg Anna Ingadóttir
Jóhanna Gunnlaugsdóttir
Kolbeinn Hans Halldórsson
Kristján Baldvinsson
Kristrún Erla Sigurðardóttir
Marteinn Ingi Smárason
Ragna Sif Árnadóttir
Rakel Ingólfsdóttir
Rebekka Guðrún Rúnarsdóttir
Signý Ásta Guðmundsdóttir
Sigurveig Þórarinsdóttir
Sindri Aron Viktorsson
Sólborg Erla Ingvarsdóttir
Sólveig Sigurðardóttir
Stefán Guðmundsson
Steinþór Runólfsson
Svava Guðmundsdóttir
Telma Huld Ragnarsdóttir
Valgerður Dóra Traustadóttir
Valgerður Þorsteinsdóttir
Þóra Soffía Guðmundsdóttir
Þórunn Halldóra Þórðardóttir



Barneignir
ekki á dagskrá



Benidette

– Getnaðarvörn til inntöku

Hver tafla inniheldur 150 µg af desógestreli og 20 µg af etinýlestradíóli.

Sérlyfjatexti á bls. 368

Actavis

Benidette – Getnaðarvörn til inntöku

Benidette 150 µg/20 µg, töflur. **Virkt innihaldsefni:** Hver tafla inniheldur 150 µg af desógestreli og 20 µg af etinýlestradíóli. Hjálparefni með þekkta verkun: 1 tafla inniheldur 58 mg af vatnsfríum laktósa.
Ábendingar: Getnaðarvörn til inntöku. **Skammtar og lyfjagjöf:** Benidette er til inntöku.
Töflurnar á að taka daglega á u.þ.b. sama tíma sólarhringsins, með dálitlum vökva ef þarf, í þeirri röð sem fram kemur á pakkningunni. Taka á eina töflu á dag í 21 dag samfellt. Gert er 7 daga töfluhlé áður en byrjað er á næsta spjaldi. Í töfluhléinu verða yfirleitt blæðingar sem byrja venjulega á 2. eða 3. degi eftir að síðasta tafla hefur verið tekin og þeim lýkur e.t.v. ekki fyrr en byrjað er á næsta spjaldi. Hvernig byrjað er að nota Benidette: *Engin hormónagetnaðarvarnarlyf hafa verið tekin áður (mánuðinn á undan).* Byrja á að taka töflurnar á fyrsta degi tíðahrings (þ.e. á fyrsta degi tíðablæðinga). Það má byrja á 2.-5. degi, en fyrstu 7 dagana sem töflurnar eru teknar í fyrsta tíðahring er ráðlagt að nota jafnframt aðra getnaðarvörn án hormóna. *Þegar skipt er frá samsettum getnaðarvarnarlyfjum með hormónum (samsettum getnaðarvarnartöflum, skeiðarinnleggi eða forðaplástri).* Best er að byrja að taka Benidette daginn eftir að síðasta virka getnaðarvarnartaflan úr fyrri tegund getnaðarvarna er tekin (síðasta taflan sem inniheldur virku efnin) en í síðasta lagi daginn eftir venjulegt töfluhlé eða inntöku síðustu lyfleysutöflunnar (töflur sem ekki innihalda virk efni). Ef notað hefur verið skeiðarinnlegg eða forðaplástur er best að hefja notkun Benidette sama dag og innlegg er fjarlægt eða plástur er fjarlægður. Konan getur einnig byrjað í síðasta lagi á þeim degi sem hefja á notkun á nýjum hring eða plástri. *Við skipti frá hreinum gestagenlyfjum (míni-pillu, stungulyfi, lyfi í vef eða lykkju í legi sem hefur að geyma gestagen).* Skipta má frá míni-pillu hvaða dag sem er (við skipti frá lyfi í vef (implant) eða lykkju í legi, þann dag sem vefjalyfið eða lykkjan er fjarlægð; við skipti frá stungulyfi, þegar gefa hefði átt stungulyfið næst). Í öllum þessum tilvikum er ráðlagt að nota getnaðarvörn án hormóna samtímis fyrstu 7 dagana, sem töflurnar eru teknar. *Eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu.* Hægt er að byrja að taka töflurnar strax. Sé það gert er ekki nauðsynlegt að nota aðra getnaðarvörn samtímis. *Eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu.* Ráðlagt er að byrja notkun lyfsins á 21.-28. degi eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu. Sé byrjað seinna að nota lyfið er jafnframt ráðlagt fyrstu 7 dagana sem lyfið er tekið að nota aðra getnaðarvörn án hormóna. Hafi konan þegar haft samfarir skal útiloka þungun áður en byrjað er að taka Benidette eða bíða eftir fyrstu blæðingum. Ef gleymst hefur að taka töflur: Getnaðarvörn minnkar ekki **ef færri en 12 klst.** hafa liðið frá því að gleymdist að taka töflu. Taka skal töfluna um leið og munað er eftir því og halda síðan áfram töflutöku eins og áður. Getnaðarvörn getur minnkað **ef fleiri en 12 klst.** hafa liðið frá því að gleymdist að taka töflu. Í þeim tilvikum skal fylgja eftirfarandi tveimur grundvallarreglum: 1. Aldrei má fresta töflutöku lengur en sem nemur 7 dögum. 2. 7 daga samfellda töflutöku þarf til þess að ná nægilegri bælingu undirstúku-heiladinguls-eggjakerfis-öxuls.
Því má gefa eftirfarandi almennar ráðleggingar:
1. vika. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir því, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun taflnanna haldið áfram á venjulegum tíma. Aðra getnaðarvörn án hormóna, t.d. verjur, skal nota samhliða næstu 7 daga. Hafi konan haft samfarir síðastliðna 7 daga skal hafa í huga möguleika á þungun. Því fleiri töflur sem hafa gleymst og því nær töfluhléi sem það er, þeim mun meiri hætta er á þungun.
2. vika. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun taflnanna haldið áfram á venjulegum tíma. Hafi töflurnar verið teknar inn á réttan hátt í 7 daga, áður en gleymdist að taka töflu, er ekki nauðsynlegt að gera aðrar ráðstafanir til getnaðarvarnar. Sé það hins vegar ekki raunin eða ef fleiri en ein tafla hefur gleymst, skal ráðleggja konum að nota aðra getnaðarvörn næstu 7 daga.
3. vika. Hætta er á að öryggi sé minna þar sem komið er nálægt töfluhléi. Þó er hægt að koma í veg fyrir að öryggi minnki með því að breyta inntöku taflnanna. Ef farið er eftir öðrum af eftirtöldum tveimur valkostum er því ekki nauðsynlegt að gera aðrar ráðstafanir til getnaðarvarnar, að því tilskildu að allar töflurnar hafi verið teknar inn á réttan hátt síðustu 7 daga áður en gleymdist að taka töfluna. Ef svo er ekki, er ráðlagt að fylgja fyrri valkosti auk þess að nota aðra getnaðarvörn samtímis næstu 7 daga. 1. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir því, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun lyfsins haldið áfram eins og áður. Byrja skal á næsta töfluspjaldi strax og lokið er við töflurnar af fyrra spjaldinu, þ.e.a.s. ekkert töfluhlé er haft á milli spjalda. Líklegt er að blæðingar verði ekki fyrr en lokið er töku seinna töfluspjaldsins, en blettablæðingar eða milliblæðingar geta orðið meðan á töku þessara taflna stendur. 2. Einnig getur verið ráðlegt að hætta að taka töflur af töfluspjaldi sem er í notkun. Þá skal gera allt að 7 daga töfluhlé að meðtöldum þeim dögum sem gleymdist að taka töflurnar og byrja síðan á næsta töfluspjaldi. Hafi gleymst að taka töflur og blæðingar verða ekki í næsta venjulega töfluhléi, á að hafa í huga möguleika á þungun. **Frábendingar:** Ekki á að nota samsettar getnaðarvarnartöflur í eftirfarandi tilvikum. Komi þau fyrst fram við notkun getnaðarvarnartaflna, skal notkun þeirra hætt strax: Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Segamyndun eða saga um segamyndun í bláæð (segamyndun í djúpbláæðum, lungnablóðrek). Segamyndun eða saga um segamyndun í slagæð (t.d. heilablóðfall, hjartadrep) eða fyrirboðar um segamyndun (t.d. hjartaöng eða skammvinn heilablóðþurrð). Heilablóðfall eða saga um heilablóðfall. Alvarlegir áhættuþættir, einn eða fleiri, um segamyndun í slagæðum: sykursýki með fylgikvillum í æðum. Alvarlegur háþrýstingur. Alvarleg röskun á fitupróteinmagni í blóði. Arfgeng eða önnur þekkt tilhneiging til segamyndunar í bláæðum eða slagæðum svo sem þol gegn virku C-próteini (APC), skortur á andtrombíni III, skortur á C-próteini, skortur á S-próteini, of mikið hómósystín í blóði eða andfosfólípíð mótefni (anticardiolipin-mótefni, lúpus storkuvari). Brisbólga eða saga um brisbólgu samhliða alvarlegri hækkun á þríglýseríðum í blóði. Alvarlegur lifrarsjúkdómur eða saga um slíkt hafi niðurstöður úr lifrarprófum ekki orðið eðlilegar aftur. Lifraræxli (góðkynja eða illkynja) eða saga um slíkt. Illkynja kynhormónaháð æxli (t.d. í kynfærum eða brjóstum) eða grunur um slíkt. Blæðingar frá leggöngum af óþekktum orsökum. Saga um mígreni með staðbundnum, taugafræðilegum einkennum.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkning og hámarksverð í smásölu (júní 2013): 150/20 mcg, 63 stk.: 2.852 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf. Frekari upplýsingar: www.actavis.is, s. 550-3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 13.5.2013. *Maí 2013.*

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 316081

ATC flokkur: L01BA01
Samantekt á eiginleikum lyfs – Styttur texti
Heiti lyfs: Metoject 50 mg/ml stungulyf, lausn, áfyllt sprauta. **Innihaldslýsing:** Hver ml inniheldur 50 mg af metótrexati (sem metótrexat tvínatríum). Ein 0,15 ml (0,20 ml; 0,25 ml; 0,30 ml; 0,35 ml; 0,40 ml; 0,45 ml; 0,50 ml; 0,55 ml; 0,60 ml) áfyllt sprauta inniheldur 7,5 mg af metótrexati (10 mg; 12,5 mg; 15 mg; 17,5 mg; 20 mg; 22,5 mg; 25 mg; 27,5 mg; 30 mg). **Ábendingar:** Metoject er ætlað til meðferðar á: Virkri iktsýki hjá fullorðnum sjúklingum. Fjölliðagigtarformi af alvarlegri, virkri sjálfvakinni barnaliðagigt, þegar svörun við bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID) hefur reynst ófullnægjandi. Alvarlegum þrálátum psoriasis sem dregur úr starfsgetu, og svarar ekki nægjanlega vel öðrum meðferðum svo sem ljósameðferð, PUVA og retínóíðum, og alvarleg psoriasis liðbólga hjá fullorðnum sjúklingum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Aðeins læknar sem þekkja hina mismunandi eiginleika lyfsins og verkunarmáta þess skulu ávísa Metoject. Metoject er sprautað **einu sinni í viku**. *Fullorðnir með iktsýki:* Meðmæltur upphafsskammtur er 7,5 mg af metótrexati einu sinni í viku, gefið annað hvort undir húð, í vöðva eða í æð. Upphafsskammtinn má auka smám saman um 2,5 mg á viku, eftir virkni sjúkdómsins hverju sinni og þoli sjúklingsins. Almennt ætti ekki að nota hærri vikuskammt en 25 mg. *Börn og unglingar með fjölliðagigtarform af alvarlegri, virkri sjálfvakinni barnaliðagigt:* Meðmæltur skammtur er 10-15 mg/m^2 líkamsyfirborðs (BSA)/**einu sinni í viku.** Í þeim tilvikum þegar meðferðin er þrálát, má auka vikuskammtinn í 20 mg/m^2 líkamsyfirborðs/**einu sinni í viku**. *Psoriasis vulgaris og psoriasis liðbólga:* Mælt er með að gefa prufuskammt 5 – 10 mg parenteralt einni viku fyrir meðferð til að greina sérkennilegar aukaverkanir. Meðmæltur upphafsskammtur er 7,5 mg af metótrexati **einu sinni í viku**, gefið annað hvort undir húð, í vöðva eða í æð. Auka á skammtinn smám saman, en hann ætti almennt ekki að vera hærri en 25 mg af metótrexati á viku. *Aldraðir:* Íhuga skal lægri skammta hjá öldruðum sjúklingum vegna skertrar lifrar- og nýrnastarfsemi auk þess sem fólínsýrubirgðir minnka með auknum aldri. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir metótrexati eða einhverju hjálparefnanna; skert lifrarstarfsemi; áfengissýki; alvarlega skert nýrnastarfsemi (kreatínúthreinsun lægri en 20 ml/mín.); fyrirliggjandi blóðmein (vanþroski í beinmergsvef, hvítfrumnafæð, blóðflagnafæð eða verulegt blóðleysi); alvarlegar, bráðar eða langvinnar sýkingar svo sem berklar, HIV eða önnur einkenni ónæmisbrests; sár í munnholi og þekkt virkt maga- eða skeifugarnarsár; þungun, brjóstagjöf; samhliða bólusetning með lifandi bóluefnum.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is
Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC): 2. nóvember 2012. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í mars 2013:** 7,5 mg kr. 4.783; 10 mg kr. 5.054; 12,5 mg kr. 5.611; 15 mg kr. 5.456; 17,5 mg kr. 5.949; 20 mg kr. 6.040; 22,5 mg kr. 6.392; 25 mg kr. 6.308; 27,5 mg kr. 6.586; 30 mg kr. 6.919. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkur:** Lyfseðilsskylt lyf. Ávísun lyfsins er bundin við sérfræðinga í gigtarlækningum og húðsjúkdómum (R Z). **Greiðsluþátttaka:** SÍ greiðir lyfið að fullu.
Markaðsleyfishafi: medac, Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH,Fehlandtstraße 3, 20354 Hamburg, Þýskaland.
Umboðsaðili á Íslandi: Williams & Halls ehf., Reykjavíkurvegi 62, 220 Hafnarfirði, Sími: 527-0600, www.wh.is

metoject®

medac

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 (maí 2013):** 500 mg, 2 stk.: 2.466 kr., 3 stk.: 3.127 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. *Maí 2013.*

Actavis

Selincro 18 mg filmuhúðaðar töflur. Virkt innihaldsefni: nalmefen 18,06 mg (sem hýdróklórið díhýdrat).
Markaðsleyfishafi: H. Lundbeck A/S
Ábendingar: Selincro er ætlað til að draga úr áfengisneyslu hjá fullorðnum sjúklingum sem haldnir eru áfengissýki og hafa mikla heilsufarslega áhættu af drykkju (DRL), eru án líkamlegra fráhvarfseinkenna og þurfa ekki bráða afeitrun. Einungis á að ávísa Selincro ásamt samfelldum sálfélagslegum stuðningi sem beinist að meðferðarheldni og að draga úr áfengisneyslu. Einungis á að hefja Selincro meðferð hjá sjúklingum sem hafa áfram mikla heilsufarslega áhættu af drykkju tveimur vikum eftir upphafsmat. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar: sem eru að taka ópíóíð verkjalyf; sem haldnir eru ópíóíðafíkn eða hafa nýlega verið það; með bráð ópíóíða fráhvarfseinkenni; sem grunaðir eru um nýlega neyslu ópíóíða; með alvarlega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh skilgreining); með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (eGFR <30 ml/mín. á 1,73 m^2); sem nýlega hafa fengið bráð fráhvarfseinkenni vegna áfengis (að ofskynjunum, krömpum og drykkjuóráði (delirium tremens) meðtöldu). **Skammtar:** Taka á Selincro eftir þörfum. Sjúklingur á að taka eina töflu hvern þann dag sem hann finnur fyrir hættu á áfengisneyslu, helst 1-2 klst. fyrir þann tíma sem búast má við að drykkjan hefjist. Hafi sjúklingur hafið áfengisneyslu án þess að taka Selincro, á hann að taka eina töflu eins fljótt og auðið er. Hámarksskammtur Selincro er ein tafla á dag. Taka má Selincro með eða án fæðu. Selincro er til inntöku.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is
Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í heildsölu (júní 2013): 7 stk.:, 14 stk.:, 28 stk..
Sjúkratryggingar taka almennt ekki þátt í kostnaði við lyfið. Lyfið er lyfseðilskylt. Dagsetning síðustu endurskoðunar textans: 25. febrúar 2013.
Fulltrúi markaðsleyfishafa á Íslandi sem veitir upplýsingar um lyfið: Lundbeck Export A/S, útibú á Íslandi. Hverafold 1-3, 112 Reykjavík. Sími 414 7070 Email: bsig@lundbeck.com.

Krabbameinslækningar á Íslandi



Agnes Smáradóttir

formaður Félag íslenskra krabbameinslækna

Krabbameinslækningar á Íslandi eru ung sérgrein. Fyrstu sérhæfðu krabbameinslæknarnir hófu störf á Íslandi á árunum 1977-78. Félag íslenskra krabbameinslækna var stofnað árið 1983. Á heimasíðu Læknafélags Íslands eru 22 læknar skráðir með krabbameinslækningar sem sérgrein. Helmingur þeirra starfar á Landspítalanum. Þar eru tvær sérhæfðar deildir sem sjá um meðferð krabbameinssjúklinga, Lyflækningar krabbameina og Geislameðferðardeild. Á legudeildinni eru 14 rúm en meginhluti meðferðarinnar fer fram á dag- og göngudeild þar sem árið 2012 voru um 14.300 komur, auk þess voru 11.000 komur á Geislameðferðardeild. Á Akureyri er starfrækt dag- og göngudeild sem sinnir flestum sem greinast með krabbamein á Norðausturlandi. Á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja er starfandi krabbameinslæknir en þar er lítil göngudeild þar sem 5-10 sjúklingar fá lyfjameðferð í viku hverri.

Á Íslandi greinast um 1430 manns með krabbamein árlega. Sumir eru meðhöndlaðir hjá skurðlæknum eingöngu. Aðrir koma til krabbameinslækna í lyf- og/eða geislameðferð. Þá sinna sérhæfðir kvensjúkdómalæknar skurð- og krabbameinslyfjameðferð á krabbameini í kynfærum kvenna.

Miklar breytingar hafa orðið á krabbameinslækningum á síðastliðnum áratugum. Á fyrstu árunum voru meðferðarúrræði fá og lyfjameðferð þung fyrir sjúklinga sem voru oft kvaldir af aukaverkunum sem stundum háðu þeim árum saman. Síðan þróuðust aðferðir, ný frumudrepandi lyf komu á markað og bylting varð þegar lyfjum fjölgaði sem gerði það mögulegt að draga úr og fyrirbyggja aukaverkanir krabbameinslyfja. Á síðustu árum hafa síðan orðið miklar breytingar í meðhöndlun krabbameina. Með aukinni þekkingu á undirliggjandi orsökum þessara sjúkdóma hafa ný lyf komið á markað sem hafa sérhæfða verkun á vaxtarferla í illkynja frumum. Vefjagreining meinanna er orðin mun flóknari og mikilvægt er nú að greina hinar ýmsu stökkbreytingar í frumum æxlanna. Ný lyf sem virkja ónæmiskerfið gegn illkynja frumum eru komin á markað og bólusetning gegn sumum krabbameinum virðist á næsta leiti.

Lífslíkur þeirra sem greinast með krabbamein hafa tvöfaldast frá því að Krabbameinsskrá hóf skipulagða skráningu 1954. Á því eru ýmsar skýringar, svo sem almennt heilbrigði, krabbamein greinist yfirleitt fyrr og aðgengi að meðferð er með því betra sem þekkist. Á meðan aðrar þjóðir hafa þurft að setja í reglugerðir hve langur tími má líða frá greiningu þar til meðferð hefst (til dæmis tveir mánuðir í Bretlandi) hefur slíkt ekki reynst nauðsynlegt hér þar sem flestir sem greinast með krabbamein og er vísað til krabbameinslæknis fá tíma að jafnaði innan 2ja vikna. Blikur eru hinsvegar á lofti þar sem krabbameinslæknum er starfa á Landspítala fer fækkandi.

Aðgengi að nýjum lyfjum hefur verið takmarkað. Gríðarlegur lyfjakostnaður er alþjóðlegt vandamál og það er ábyrgð okkar að nota ný lyf með varúð og í samræmi við viðurkenndar alþjóðlegar klínískar leiðbeiningar. Yfirvöld hafa viljað bera sig saman við Bretland í þeim málum en einnig er litið til Norðurlanda varðandi notkun nýrra krabbameinslyfja á Íslandi.

Krabbamein er í raun fjölmargir flóknir sjúkdómar. Hjá sumum krabbameinum er orsök vel þekkt en hjá öðrum minna. Á undanförnum áratugum hefur geisað faraldur krabbameina þar sem meginorsök er reykingar. Mjög góður árangur hefur náðst í tóbaksvörnum, þá fyrst og fremst í að draga úr sígarettureykingum. Erum við jafnvel farin að sjá nú 2013 að tíðni lungnakrabbameins virðist hafa náð hámarki. Hinsvegar eru blikur á lofti með stórfelldri aukningu á notkun íslensks neftóbaks í munni íslenskra ungmenna. Vissulega hafa engar rannsóknir verið gerðar á Íslandi en undirliggjandi orsakir krabbameina sem tengjast tóbaki eru vel þekktar vegna langvarandi ertingar, bólguástands og frumubreytinga sem verða vegna þeirra mörgu krabbameinsvaldandi efna sem eru í tóbaki, en sjáanleg aukning á tíðni krabbameina kemur ekki fram fyrr en áratugum síðar. Það er því rík ástæða til að sporna við hverskyns tóbaksnotkun hjá æsku landsins.

Félag íslenskra krabbameinslækna er fámennt félag en að jafnaði hafa verið haldnir aðalfundir árlega. Haldin hafa verið málþing í samvinnu við önnur sérgreinafélög um nýjungar í greiningu og meðferð en miklar framfarir eru einnig á sviðum skurðlækninga, myndgreininga, meinafræði og annarra sérgreina lyflækninga, svo sem lungnalækninga þar sem má nefna notkun berkjuómsjár. Verkefnin framundan eru mörg og spennandi. Von mín er að við getum haldið áfram að þróa krabbameinslækningar á Íslandi í samræmi við það sem best gerist í löndum í kringum okkur og viðhaldið þannig okkar góða árangri í meðhöndlun þessara sjúkdóma.

Heimildir

Krabbameinsskrá
Læknatalið
Starfsemi Landspítala í tölum

Þakkir
Sigurður Árnason krabbameinslæknir

Ibuxin

Ibuprofen

nýtt 800 mg



800 mg sterkari töflur

ratiopharm

LYFIS
Traust í lyfjum

Ibuxin filmuhúðaðar töflur: **400 mg** – 100 stk.; **600 mg** – 30 stk., 100 stk.; **800 mg** – 30 stk., 100 stk.

Notkunarsvið: Liðagigt, barnaliðagigt, hrygggikt, liðbólga í kjölfar sýkingar og psoriasisliðagigt. Liðhrörnun. Vefjagigt. Bráður verkur vegna þvagsýrugigtar. Aðrir bandvefssjúkdómar sem þarfnast meðferðar með bólgueyðandi verkjalyfjum. Bráður verkur í stoðkerfi og verkur í kjölfar slyss. Verkur eftir aðgerð og verkur og bjúgur vegna tannaðgerða. Tíðaverkur. Meðferð við miklum tíðablæðingum hjá konum sem nota lykkju. Fyrirbyggjandi meðferð og meðferð við mígreniköstum. Tímabundnir verkir og hiti. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Alvarleg skerðing á hjartastarfsemi. Síðasti þriðjungur meðgöngu. Sjúklingar með einkenni astma eða ofnæmis er tengist notkun acetylsalicylsýru eða annarra bólgueyðandi gigtarlyfja. Aðstæður sem valda hættu á magablæðingu (s.s. hjá sjúklingum sem fá meðferð með segavarnarlyfjum, sjúklingum með dreyrasýki, blóðflagnafæð eða skerta lifrarstarfsemi). Fyrri magablæðingar eða rof í tengslum við meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum. Brátt magasár eða blæðing vegna slíks sárs eða saga um endurtekin magasár/blæðingu. **Skömmtun:** Fullorðnir og unglingar eldri en 12 ára: Skammturinn er einstaklingsbundinn. Við flestum ábendingum er fullnægjandi skammtur 400-600 mg þrisvar eða fjórum sinnum á dag. Í alvarlegum eða bráðum tilvikum má nota skammt sem er 800 mg þrisvar á dag. Stakur skammtur má ekki í neinum tilvikum fara yfir 1.600 mg. Venjulega nægir 2.400 mg dagsskammtur og ekki má taka meira en 3.200 mg á dag. Sjá nánar í SmPC. Börn (yngri en 12 ára): Dagsskammturinn er 20-40 mg/kg líkamsþyngdar í 3-4 skömmtum. Stakur hámarksskammtur er 10 mg/kg. Lyfið er ekki ætlað börnum sem eru innan við 20 kg. Sjá nánar í SmPC. ***Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.*** Markaðsleyfishafi er ratiopharm GmbH. Umboðsaðili á Íslandi: Medical ehf. Sími: 534-3500, netfang: lyfis@lyfis.is. Lyfið er lyfseðilsskylt (R) og er með greiðsluþátttöku. Pakkningastærðir og hámarksverð: **400 mg – 100 stk.:** 1.789 kr.; **600 mg – 30 stk.:** 1.535 kr., **100 stk.:** 2.005 kr.; **800 mg – 30 stk.:** 1.859 kr., **100 stk.:** 2.978 kr. SmPC: Nóvember 2012.

Hver sem ástæðan er, hver sem árstíðin er

Avamys®
flútíkasónfúróat
Meðferð við ofnæmiskvefi[1]



Dregur úr og fyrirbyggir einkenni ofnæmiskvefs[1]*

* Notist eingöngu í nef

AVAMYS nefúði, dreifa. Hver úðaskammtur gefur 27,5 mikrógrömm af flútíkasónfúróati. Ábendingar: Avamys er ætlað til notkunar hjá fullorðnum, unglingum og börnum (6 ára og eldri). Avamys er ætlað til meðferðar við einkennum ofnæmiskvefs. **Skammtar og lyfjagjöf:** 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 í 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. **MARKAÐSLEYFISHAFI:** Glaxo Group Ltd, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS, Bretland. **Fulltrúi markaðsleyfishafa:** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland. Sími 530 3700. Dagsetning endurskoðunar textans: apríl 2013. **Upplýsingar um aukaverkanir, millíverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –www.serlyfjaskra.is**

Pakkningar og verð (maí 2013)
Avamys nefúði 27,5 mcg/sk 120 skammtar R,G 2.651 kr

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

Heimildir:
1. www.serlyfjaskra.is.

gsk GlaxoSmithKline

2013 16 FF 00010412