LÆKNABLAÐIÐ • 1. tbl. 100. árg. • Janúar 2014

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

1/2014

100. árgangur: 1-64

2014; 100:1-64

Ný meðferð fyrir sjúklinga með sykursýki tegund 2

Ný leið til að lækka umframmagn af glúkósa - fjarlægir hann[1]

Nýtt!



Eina meðferðin sem fjarlægir umframmagn af glúkósa um nýrun[1]

LÆKKAR BLÓÐSYKUR HbA_{1c}[1]

FJARLÆGIR um 70 g af glúkósa daglega. Getur leitt til þyngdartaps[1]

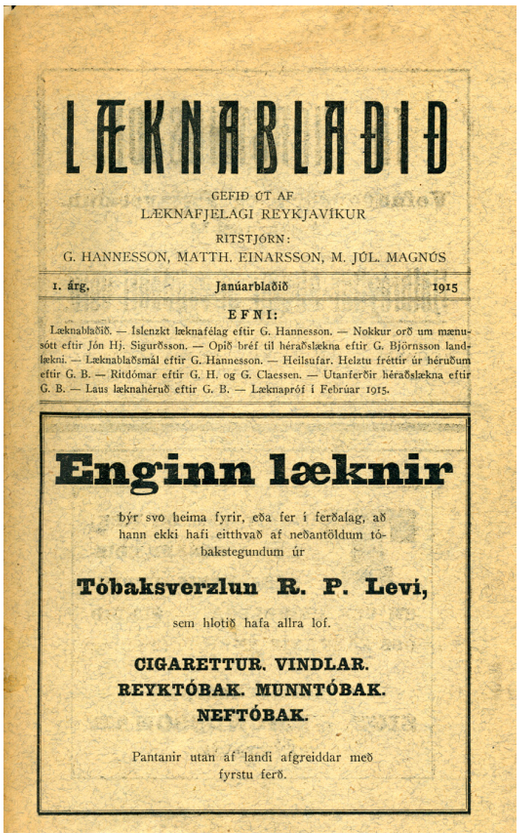
[1] Heimild: Sérlyfjaskrártexti Forxiga (dapagliflozin), apríl 2013.

12-2013-01

AstraZeneca

forxiga® (dapagliflozin)

Sérlyfjatexti á bls. 60



LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF
LÆKNAFJELAGI REYKJAVÍKUR
RITSTJÓRN:
G. HANNESSON, MATTH. EINARSSON, M. JÚL. MAGNÚS

1. árg. Janúarblaðið 1915

EFNI:

Læknablaðið. — Íslenzkt læknafélag eftir G. Hannesson. — Nokkur orð um mænusótt eftir Jón Hj. Sigurðsson. — Opið bréf til héraðslækna eftir G. Björnsson landlækni. — Læknablaðsmál eftir G. Hannesson. — Heilsufar. Helztu fréttir úr héruðum eftir G. B. — Ritdómar eftir G. H. og G. Claessen. — Utanferðir héraðslækna eftir G. B. — Laus læknahéruð eftir G. B. — Læknapróf í Febrúar 1915.

Enginn læknir

býr svo heima fyrir, eða fer í ferðalag, að hann ekki hafi eitthvað af neðantöldum tóbakstegundum úr

Tóbaksverzlun R. P. Levi,

sem hlotið hafa allra lof.

CIGARETTUR. VINDLAR.
REYKTÓBAK. MUNNTÓBAK.
NEFTÓBAK.

Pantanir utan af landi afgreiddar með fyrstu ferð.

Læknablaðið - 100. árgangur

Hér til vinstri gefur að líta fyrsta tölublað fyrsta árgangs *Læknablaðsins* með sinni frægu tóbaksauglýsingu á kápunni, Læknablaðið 1915; 1: 1. Þeirra tímamóta að blaðið á nú 100 ára óslitna útgáfusögu verður minnst með ýmsum hætti eins og Engilbert Sigurðsson ritstjóri og ábyrgðarmaður rekur í leiðara sínum. Á kápu 100. árgangs verða myndir úr Ljósmyndasafni Íslands og Reykjavíkur, og frá Minjasafni Akureyrar, sem eiga rætur í lífi og starfi lækna í gegnum tíðina. Jón Ólafur Ísberg mun setja á þær heilbrigðissögulegan vinkil og staðsetja í tíma og rúmi. Aftast í hverju tölublaði verður opnaður gluggi inn í gömul blöð og skyggnst inn í það margvíslega efni sem þar er að finna.

Innan skamms verða allir árgangar blaðsins gerðir aðgengilegir á timarit.is og jafnast það í nútímanum á við það að eiga allt *Læknablaðið* innbundið í bókasafni sínu eins og margir læknar áttu í eina tíð og eiga sumir enn.

Það er komið hálfgert óorð á menningu þessa dagana, en með sanni má þó segja að helsti gagnabanki fyrir læknamenningu síðustu 100 ára sé *Læknablaðið*. Til hamingju læknar að hafa tekist gefa blaðið út með sóma frá upphafi, til óyggjandi vísindalegs gagns fyrir land og þjóð, og til félagslegs ávinnings fyrir stéttina í heild.

Védís Skarphéðinsdóttir

Landspítali

Landspítalinn var tekinn í notkun 20. desember 1930 en þá voru þrír sjúklingar lagðir þar inn. Spítalinn var að sögn ráðherra, Jónasar Jónssonar frá Hriflu, stærsta og dýrasta hús á Íslandi og í blaði hans, *Tímanum*, sagði: „Með stofnun landspítala hefur íslenska þjóðin stigið langt spor fram á leið í heilbrigðis- og menningaráttina.“ Lengi höfðu verið uppi hugmyndir um að byggja landspítala en það var ekki fyrr en konur tóku sig til og hófu söfnun fjár, í tilefni af nýfengnum kosningarétti árið 1915, sem málið komst á rekspöl. Með elju og þrautseigju tókst þeim að safna töluverðu af peningum en ekki síður var barátta þeirra fyrir breyttum hugsunarhætti varðandi heilbrigðismál mikilvæg. Fé var fyrst veitt til byggingar landspítala árið 1925 og framkvæmdir hófust það ár og 15. júní 1926 lagði Alexandra Danadrottning hornstein að byggingunni. Um ári síðar var húsið orðið fokhelt og þá hófust framkvæmdir innanhúss. Konurnar létu ekki staðar numið þótt markmiði þeirra um landspítala væri náð og minningarsjóður fékk fjárframlög til að styðja rekstur spítalans.

Guðjón Samúelsson húsameistari teiknaði spítalann sem er í nýklassískum stíl, eins og margar aðrar opinberar byggingar á þessum árum. Á spítalanum áttu að vera fimm deildir, það er handlæknis-, lyflæknis, röntgen- og fæðingardeild, en bað- og nuddeild var ekki tilbúin þegar spítalinn var tekinn í notkun. Eldhús og geymslur ásamt röntgendeild voru á jarðhæð, á fyrstu hæð var lyflækningadeildin ásamt skrifstofum og fleiru, handlækningadeild var á annarri hæð, en þar voru meðal annars tvær skurðstofur, og fæðingardeild á þeirri þriðju. Hjúkrunarfræðinemar bjuggu á heimavist sem var undir súð en fjölmargt starfsfólk bjó í spítalanum. Gert var ráð fyrir fleiri deildum síðar og betri aðstöðu til kennslu og rannsókna en það biði þess tíma að byggt yrði sérstakt starfsmannahús. Spítalinn gat tekið á móti 100 sjúklingum og á fyrsta starfsárinu komu þangað um 950 sjúklingar.



Á myndinni á kápu þessa blaðs sem líklega er tekin um 1935 er Landspítalinn mest áberandi. Karl Chr. Nielsen (1895-1951) tók myndina en hann var nokkurs konar Reykjavíkurljósmyndari alþýðunnar á árunum 1920-1950. Hann lærði ljósmyndun á ljósmyndastofu Carls Ólafssonar á árunum 1914-1916 en vann lengstum verkamannastörf og myndaði einkum mannlíf hversdagsleikans.
Til vinstri á myndinni er Kennaraskólinn sem byggður var árið 1908 en arkitekt þess húss var Erlendur Einarsson sem um tíma gegndi starfi húsameistara og var lengi samstarfsmaður Guðjóns Samúelssonar. Til hægri við spítalann er verið að byggja húsið á horni Barónsstígs og Mímisvegar. Járnbrautarteinarnir á myndinni lágu eftir malarási sem var á milli Norðurmýrar og Vatnsmýrar og var gamla þjóðleiðin úr Reykjavíkurkaupstað til suðurs. Járnbrautin lá úr malarnámunni á Skólavörðuholti og tengdist járnbrautinni sem lá frá Öskuhlíðinni niður að Reykjavíkurhöfn. Myndin sýnir glöggt hvað Landspítalinn var stórt og reisulegt hús í samtíma sínum.

Jón Ólafur Ísberg

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
Hannes Hrafnkelsson
Magnús Gottfreðsson
Sigurbergur Kárason
Tómas Guðbjartsson
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir
Þórunn Jónsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Sigdís Þóra Sigþórsdóttir
sigdis@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1750

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

Prentun, bókband og pökkun
Prenttækni ehf.
Vesturvör 11
200 Kópavogi

© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild, án leyfis.

Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar (höfundar, greinarheiti og útdrættir) í eftirtalda gagnagrunna: Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition og Scopus.

The scientific contents of the Icelandic Medical Journal are indexed and abstracted in Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition and Scopus.

ISSN: 0023-7213

LEIÐARAR



7

Engilbert Sigurðsson

Læknablaðið 100 ára

Afmælisbarnið ber háan aldur vel enda er efni þess í stöðugri endurskoðun. Á þessum merku tímamótum er rétt að minnast þeirra sem ruddu brautina.



9

Þorbjörn Jónsson

Er gefið of mikið blóð á Íslandi?

Blóðhlutagjöf má líkja við lyfjagjöf, jafnvel líffæragjöf, og mikilvægt er að ekki sé gripið til slíks nema full ástæða sé til.

FRÆÐIGREINAR

11

Karl Erlingur Oddason, Tómas Guðbjartsson, Sveinn Guðmundsson, Sigurbergur Kárason, Kári Hreinsson, Gísli H. Sigurðsson

Má bæta notkun blóðhluta á gjörgæsludeildum? Samanburður við klínískar leiðbeiningar

Þriðjungi sjúklinga á gjörgæsludeildum Landspítalans voru gefnir blóðhlutar, oftast rauðkornaþykkni. Um 6% rauðkornagjafa og að minnsta kosti 14% blóðvökvagjafa og þriðjungur blóðflögugjafa fylgdu ekki leiðbeiningum. Ljóst er að fækka má óþarfa blóðhlutagjöfum á gjörgæsludeildum Landspítala þótt niðurstöðum svipi til erlendra rannsókna.

19

Guðrún Þuríður Höskuldsdóttir, Ólöf Guðný Geirsdóttir, Inga Dóra Kristjánsdóttir, Hjördís Jóhannesdóttir, Bára Benediktsdóttir, Bryndís Guðjónsdóttir, Ingibjörg Magnúsdóttir, Sólrún Rúnarsdóttir, Pálmi V. Jónsson fyrir InterRAI ED rannsóknarhópinn

Eldra fólk á bráðamóttöku: íslenskar niðurstöður úr fjölþjóðarannsókn InterRAI

Öldrunarheilkenni og færnitap hrjáði meirihluta eldra fólks sem leitaði á bráðadeild. Taka þarf tillit til þessa við hönnun á bráðadeildum og þróun verkferla er lúta að þjónustu við eldra fólk svo hámarka megi skilvirkni, öryggi og gæði.

27

Helga Lárusdóttir, Helga Sævarsdóttir, Laufey Steingrímsdóttir, Ludvig Á. Guðmundsson, Eiríkur Örn Arnarson

Áhrif meðferðarinnar „Njóttu þess að borða“ á heilsu og líðan kvenna sem flokkast með offitu

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin skilgreinir offitu sem heimsfaraldur og mesta lýðheilsuvanda nútímans. Algengi offitu fullorðinna hefur tvöfaldast frá árinu 1980. Þá voru 4,8% karla og 7,9% kvenna talin hafa líkamsþyngdarstuðul hærri en 30 kg/m² en árið 2008 voru 9,8% karla og 13,8% kvenna yfir þeim mörkum. Líkamsþyngdarstuðull er hæstur í Bandaríkjunum, á Nýja-Sjálandi og í Ástralíu.

100. ÁRGANGUR LÆKNABLAÐSINS

34

Stefán B. Matthíasson

Tilurð Læknadaga

Á tímum hagræðingar og aðhalds í ríkisfjármálum getum við vonandi sem flest, eftir að hafa sótt næstu Læknadaga, tekið okkur í munn orð Hannesar Finnbogasonar eftir fyrsta haustþing læknafélaganna árið 1961: „Er það vissa mín, að fé því hafi ekki öllu verið á glæ kastað þar sem þeir sem námskeiðið sóttu muni í mörgum tilfellum lækna með betri árangri á miklu hagkvæmari hátt en áður, öllum aðilum til hagsbóta.“

UMFJÖLLUN OG GREINAR

40

Vel heppnuð íðorðasmíð

- rætt við Magnús Snædal um starf Orðanefndar læknafélaganna

Hávar Sigurjónsson

„Ég sagði við Örn Bjarnason að þegar ýmsar stéttir eru farnar að bæta fræðingur í starfsheiti sitt ég gæti kannski farið að titla mig læknisfræðing eftir þetta.“





44

Læknirinn ánægður í sænsku eldhúsi

Hávar Sigurjónsson

Ragnar Freyr Ingvarsson býr í Lundi, stundar sérnám í gigtarlækningum og er höfundur bókarinnar *Læknirinn í eldhúsinu.*

53

Betrisvefn.is – Dæmi um nýsköpun í kjölfar Læknadaga

Össur Ingi Emilsson

Læknadagar skapa grundvöll fyrir fagfólk til að deila þekkingu sinni og getur orðið uppspretta nýrra verkefna, betrisvefn.is er gott dæmi.



52

Ótæmandi uppspretta – um gagnabankann Medline og leitarvélina PubMed

Hávar Sigurjónsson

Það þóttu tíðindi þegar *Læknablaðið* komst á Medline árið 2005. Hvað þýðir það?



48

Glæsileg dagskrá Læknadaga 2014

Gunnar Bjarni Ragnarsson í viðtali við Hávar Sigurjónsson

„Markmiðið er að dagskráin höfði til sem flestra en hinn félagslegi þáttur er ekki síður mikilvægur.“



50

Bókaumfjöllun:

Sigrún og Friðgeir – Ferðasaga

Auðólfur Gunnarsson

Margt í sögunni rifjar upp minningar úr eigin reynsluheimi frá því ég var við nám í skurðlækningum og rannsóknir í Bandaríkjunum.

54

Læknadagar í Hörpu 2014 – yfirlit dagskrár

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



39

Eru breytingar framundan á landslagi sjálfstætt starfandi lækna?

Magnús Baldvinsson

Ef SÍ ætlar að ná hagkvæmari samningum um læknisverk er þá ekki hætta á að kjör lækna skerðist ef á milli þeirra og SÍ kemur þriðji aðili?



43

Áttavilltar ályktanir

Andrés Magnússon

Fjölmargir hafa ályktað um fjárhagsvanda Landspítala en því miður eru það marklausar yfirlýsingar þegar ekki er bent á hvaðan fjármunirnir eiga að koma.

47

Minningarorð: Oddur Árnason, 1921-2013

Páll Sigurðsson



62

Úr fórum Læknablaðsins – 1915-2014

Auglýsingar í tímans rás

Védís Skarphéðinsdóttir

Framfaraskref í meðferð við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli (BPH)



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

DUODART®
(dútasteríð/tamsúlósín HCl) hylki
Finndu muninn

IS/DUTT/0001/12

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

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

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

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

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

GlaxoSmithKline

Læknablaðið 100 ára

Engilbert Sigurðsson

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



engilbs@landspitali.is

Allt hefur sinn tíma segir í gömlum texta. *Læknablaðið* hefur komið út óslitið frá ársbyrjun 1915 og er því nú að hefja sitt 100. útgáfuár. Afmælisbarnið ber háan aldur vel enda er efni þess í stöðugri endurskoðun. Á þessum merku tímamótum er rétt að minnast þeirra sem ruddu brautina. Eldhuginn Guðmundur Hannesson ýtti *Læknablaðinu* úr vör og markaði djúp spor í sögu þess í upphafi síðustu aldar. Hann handskrifaði sjálfur fjölmörg tölublöð af því sem hann nefndi „fyrirrennara íslensks læknablaðs", hektógraferaði og sendi læknum í norður- og austuramtinu á árunum 1902 til 1904. Síðar stóð Guðmundur fyrir reglulegri útgáfu *Læknablaðsins* og var kjörinn í ritstjórn þess frá 1915 til 1921. Blaðið hefur alla tíð verið skrifað á íslensku. Á seinni árum hafa þó ágrip og myndefni verið birt á íslensku og ensku. Árlega eru gefin út 12 tölublöð, en júlí- og ágústblaðið kemur út sameinað í júlí. Nær allt efni blaðsins er birt í opnum aðgangi á netinu.

Læknablaðið hefur um árabil fylgt alþjóðlegum viðmiðum um kröfur til fræðigreina. Það fékkst metið með sama hætti til rannsóknarstiga í Háskóla Íslands og sambærileg erlend tímarit eftir að fræðigreinar blaðsins fengust skráðar í gagnagrunn Medline/Pubmed árið 2005. Á síðustu árum hafa fræðigreinarnar og tilvitnanir í þær einnig verið skráðar á vefi Science Citation Index, Journal Citation Report/Science Edition, Scopus og Google Scholar. Með því að hvika hvergi frá kröfum til fræðilegs efnis hefur tekist að halda skráningu blaðsins í ofangreinda grunna. Samhliða þróun efnis, útlits og rafræns aðgengis þarf ávallt að huga að tengslum við lækna í hinum ýmsum sérgreinum og kynna blaðið fyrir námslæknum og læknanemum. Margir þeirra stíga þar sín fyrstu spor á ritvellinum.

Ritstjórn hefur ákveðið að minnast aldarafmælisins með ýmsum hætti í 100. árgangi. Þar munu fléttast saman þræðir úr fortíð og nútíð. Forsíðan verður með breyttu sniði. Sögulegar myndir af læknum og lykilstofnunum íslenskrar heilbrigðisþjónustu verða í öndvegi. Í hverju tölublaði verða birtar sérstakar afmælisgreinar. Í tilefni þess að Læknadagar fara í hönd ríður Stefán B. Matthíasson á vaðið og rekur sögu þeirra. Í seinni tölublöðum munu meðal annars birtast greinar um þróun læknismenntunar á Íslandi; um mikilvæg skref á sviði lýðheilsu og heilsugæslu; lykiláfanga í þróun klínískra rannsókna og sögð verður saga merkra frumkvöðla í læknastétt hér á landi. Rausnarlegur styrkur Læknafélags Íslands gerir okkur kleift að skanna og setja á netið þá eldri árganga sem til þessa hafa ekki verið aðgengilegir á netinu. Lyfjastofnun hefur veitt leyfi til birtingar lyfjaauglýsinga frá árunum 1915 til 1990 samhliða öðru skönnuðu efni. Þróun auglýsingatextanna er merk heimild um veröld sem var. Þeir endurspegla þekkingarstig og tíðaranda, og þær elstu hafa að auki ótvírætt skemmtigildi. Á vordögum mun *Læknablaðið* standa fyrir málþingi og afmælisveislu.

Að mati undirritaðs hefur *Læknablaðið* á síðustu árum gegnt mikilvægara hlutverki í umræðu um heilbrigðismál á Íslandi en nokkru sinni fyrr. Fjölmiðlar fá nú efnisyfirlit þess sent með tölvupósti um leið og blaðið kemur út. Almenningur á greiðan aðgang að efni blaðsins á netinu, enda sýna fréttamenn leiðurum og öðru efni blaðsins iðulega mikinn áhuga. Prentútgáfan vegur sem fyrr þungt í tekjuöflun blaðsins. Markviss kynning lækna á grafalvarlegri stöðu heilbrigðisþjónustu hér á landi í leiðurum blaðsins og í öðrum fjölmiðlum á síðasta ári stuðlaði að kröfu almennings og síðan þingheims um endurreisn þjónustunnar. Heilbrigðismál urðu fyrir vikið að kosningamáli í fyrsta sinn í manna minnum síðastliðið vor og varð umræðan mikilvægt leiðarljós við gerð fjárlaga. Hún skapaði einnig sátt á Alþingi nú í desember um fyrstu skrefin til endurreisnar heilbrigðisþjónustunnar eftir tveggja áratuga viðvarandi hagræðingu, sparnað og niðurskurð. Niðurstaða fjárlaga fyrir árið 2014 kveikir von í brjóstum margra um að forsendur hafi loks skapast til að snúa við þróun sem hefur gengið of nærri þreki starfsfólks. Sáttin á Alþingi um að uppbygging þjónustunnar sé hafin og haldi áfram á næstu árum mun hvetja íslenska lækna erlendis til að íhuga að snúa nú heim að loknu sérnámi. Þar ræður þó niðurstaða fyrirliggjandi kjarasamninga vitaskuld einnig miklu. Verulegur vandi er fyrirséður í nýliðun heilsugæslulækna hér á landi sem bregðast verður við.[1] Ungir heilsugæslulæknar hafa bent á að mikilvægt sé að draga úr miðstýringu og bjóða fjölbreyttari rekstrarform í heilsugæslunni, líkt og gefist hefur vel í nágrannalöndunum, eigi þeir að ílendast hér að námi loknu.[2] Yfirlýsingar heilbrigðisráðherra benda til þess að brýning þeirra fari saman við áherslur hans.

Að lokum þetta: *Læknablaðið* á að sameina lækna. Þakkir færi ég öllum þeim sem hafa í gegnum tíðina helgað blaðinu krafta sína og gert það að því öfluga fræði- og félagsriti sem það er í dag. Þær þakkir færi ég starfsfólki, en ekki síður höfundum fræðigreina, íslenskum læknum. Framtíð blaðsins er í ykkar höndum.

1. Sigurjónsson H. „Þekking okkar á málaflokknum er ekki nýtt". Segir Þórarinn Guðnason um þátttöku sérfræðilækna við stefnumótun heilbrigðisþjónustu. Læknablaðið 2012; 98: 40-2.
2. Georgsdóttir GJ. Hálffullt glas. Læknablaðið 2013; 99: 577.

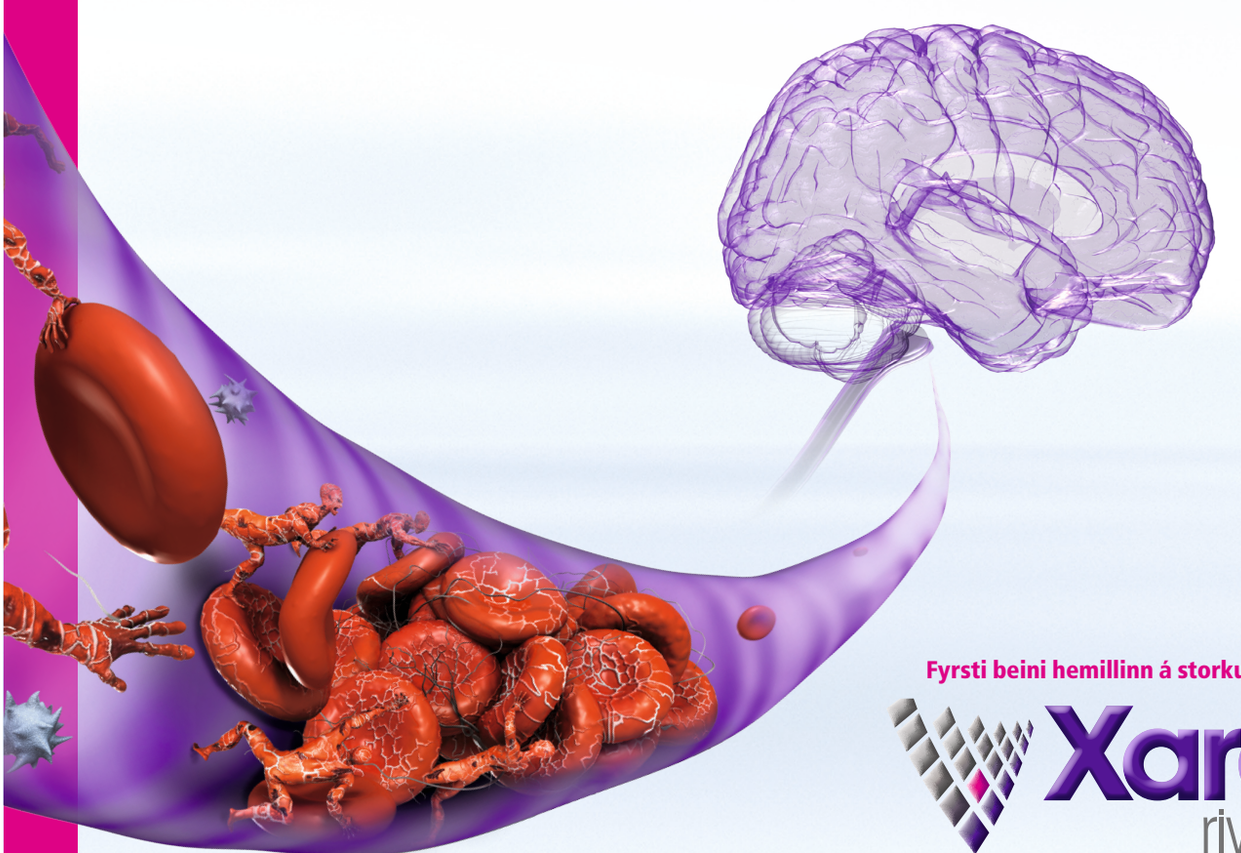
The Icelandic Medical Journal celebrates its 100th volume

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

IS/DUTT/0001/12

Xarelto® (rivaroxaban) – fyrirbyggir heilablóðfall og segarek hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti*[1]

- Varnar heilablóðfalli og segareki að lágmarki til jafns við warfarín[2]
- Sambærileg blæðingarhætta og í meðferð með warfaríni en marktækt færri innankúpublæðingar og dauðsföll vegna blæðinga[2]
- Ein tafla á dag[1]



Fyrsti beini hemillinn á storkuþátt Xa til inntöku

Xarelto® rivaroxaban

*svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast.

Heimildir 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Xarelto. 2. Patel MR et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365:883-891.

L.IS.04.2013.0033

Bayer HealthCare

Sérlyfjatexti á bls. 57

Er gefið of mikið blóð á Íslandi?

Þorbjörn Jónsson

sérfræðingur í ónæmisfræði og blóðgjafarfræði og formaður Læknafélags Íslands



thorbjor@landspitali.is

Víðast hvar í heiminum er vaxandi eftirspurn eftir blóðhlutum. Á sama tíma er víða minnkandi framboð. Þetta krefst þess dregið sé úr ónauðsynlegum blóðhlutagjöfum til sjúklinga. Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* birtist athyglisverð grein um notkun blóðhluta á gjörgæsludeildum Landspítalans á árinu 2010.[1] Meginniðurstaða höfunda er að fækka megi umtalsvert blóðhlutagjöfum. Rannsókn Karls Erlings Oddasonar og samstarfsmanna leiddi í ljós að á gjörgæsludeildum Landspítala mætti líklega fækka rauðkornagjöfum um 6%, blóðvökvagjöfum um 14% og blóðflögugjöfum um þriðjung.[1] Rannsóknin var afturskyggn en vonandi verður henni fylgt eftir síðar á framskyggnan hátt. Þær tölur sem greinarhöfundar nefna um mögulega ofnotkun blóðhluta eru svo háar að sú spurning hlýtur að vakna hvernig koma megi þessu máli í betra horf.

Blóðhlutagjöf má líkja við lyfjagjöf, jafnvel líffæragjöf, og mikilvægt er að ekki sé gripið til slíks nema full ástæða sé til. Í fyrsta lagi þarf að hafa í huga að hluti sjúklinga fær aukaverkanir, stundum alvarlegar og jafnvel lífshættulegar. Sumar rannsóknir benda þar að auki til þess að aðhaldssemi við gjöf á blóði geti haft hagstæð áhrif á afdrif ákveðinna sjúklingahópa.[2,3] Í öðru lagi er blóð takmörkuð auðlind sem þarf að nýta á eins skynsamlegan hátt og unnt er. Og í þriðja lagi eru blóðhlutar dýrir í framleiðslu, þannig að ofnotkun hefur í för með sér umtalsverðan kostnað fyrir heilbrigðiskerfið.

Eins og fyrr var nefnt er blóð takmörkuð auðlind í samfélaginu og það er ekki útlit fyrir að gerviblóð eða önnur lyf muni leysa það af hólmi á næstu árum eða áratugum. Í Blóðbankanum eru á ári hverju framleiddar um 20.000 einingar af blóði, þar af 15.000 af rauðkornaþykkni, 2000-3000 blóðflögueiningar og álíka margar blóðvökvaeiningar. Þrátt fyrir aukna þörf fyrir blóð hefur virkum blóðgjöfum fækkað undanfarin ár. Með virkum blóðgjöfum er átt við þá sem koma oft og með reglulegu millibili í blóðbanka til að gefa blóð. Árið 2005 voru 7200 virkir blóðgjafar á Íslandi en árið 2012 voru þeir einungis 6500, þeim hafði fækkað um tæplega 10%. Blóðbankinn áætlar nú að það þurfi um 1500 nýja virka blóðgjafa á Íslandi. Fækkun blóðgjafa er verulegt áhyggjuefni þegar þörf fyrir gjafablóð fer vaxandi vegna framfara í læknisfræði og fjölgunar aldraðra.[4] Þar á ofan bætist að vegna öryggissjónarmiða eru sífellt meiri kröfur gerðar til heilbrigðis blóðgjafa. Undanfarin 20 ár hefur Íslendingum fjölgað um 23% og meðaldur þjóðarinnar hefur hækkað umtalsvert. Einstaklingum í elstu aldurshópunum hefur fjölgað hlutfallslega mest og sú þróun mun væntanlega halda áfram um ófyrirsjáanlega framtíð. Það er því hætt við að ójafnvægi geti skapast milli söfnunar og notkunar blóðs ef ekki verður við brugðist.

Hvaða lærdóm getum við dregið og hvernig er hægt að bregðast við niðurstöðum þeirrar rannsóknar sem hér er til umræðu? Það vekur óneitanlega athygli við lestur greinarinnar að rauðkornaþykkni var síður ofnotað en bæði blóðflögur og blóðvökvi. Með öðrum orðum, notkun rauðkornaþykknis samrýmdist betur klínískum leiðbeiningum og viðmiðum en gjöf blóðvökva og blóðflagna. Það kann að einhverju leyti að stafa af því að nú eru 9 ár liðin frá því að klínískar leiðbeiningar um gjöf rauðkornaþykknis voru fyrst gefnar út á íslensku á Landspítalanum en sambærilegar leiðbeiningar fyrir blóðvökva og blóðflögur komu ekki út fyrr en árið 2012.[5] Skýrar, einfaldar og aðgengilegar íslenskar klínískar leiðbeiningar fyrir lækna eru því líklegar til að stuðla að góðum vinnubrögðum og aðhaldssemi við gjöf blóðhluta. Á Landspítala er nú verið að setja á stofn nefnd um blóðhlutanotkun. Hlutverk hennar verður meðal annars að fylgjast með blóðhlutanotkun, efla fræðslu og stuðla að bættum vinnubrögðum á þessu sviði. Sambærilegar nefndir hafa skilað góðu starfi víða erlendis og við hljótum að binda miklar vonir við starf hennar. Annað sem rannsókn Karls Erlings og félaga[1] leiddi í ljós var að á köflum var skráning ófullnægjandi. Til dæmis má nefna að við gjöf á blóðvökva virðast blóðstorkupróf ýmist ekki hafa verið gerð eða niðurstöður þeirra innan eðlilegra marka í samtals 14% tilvika. Það er allhá tala sem getur bent til að læknar þurfi á stundum að skerpa vinnubrögð sín.

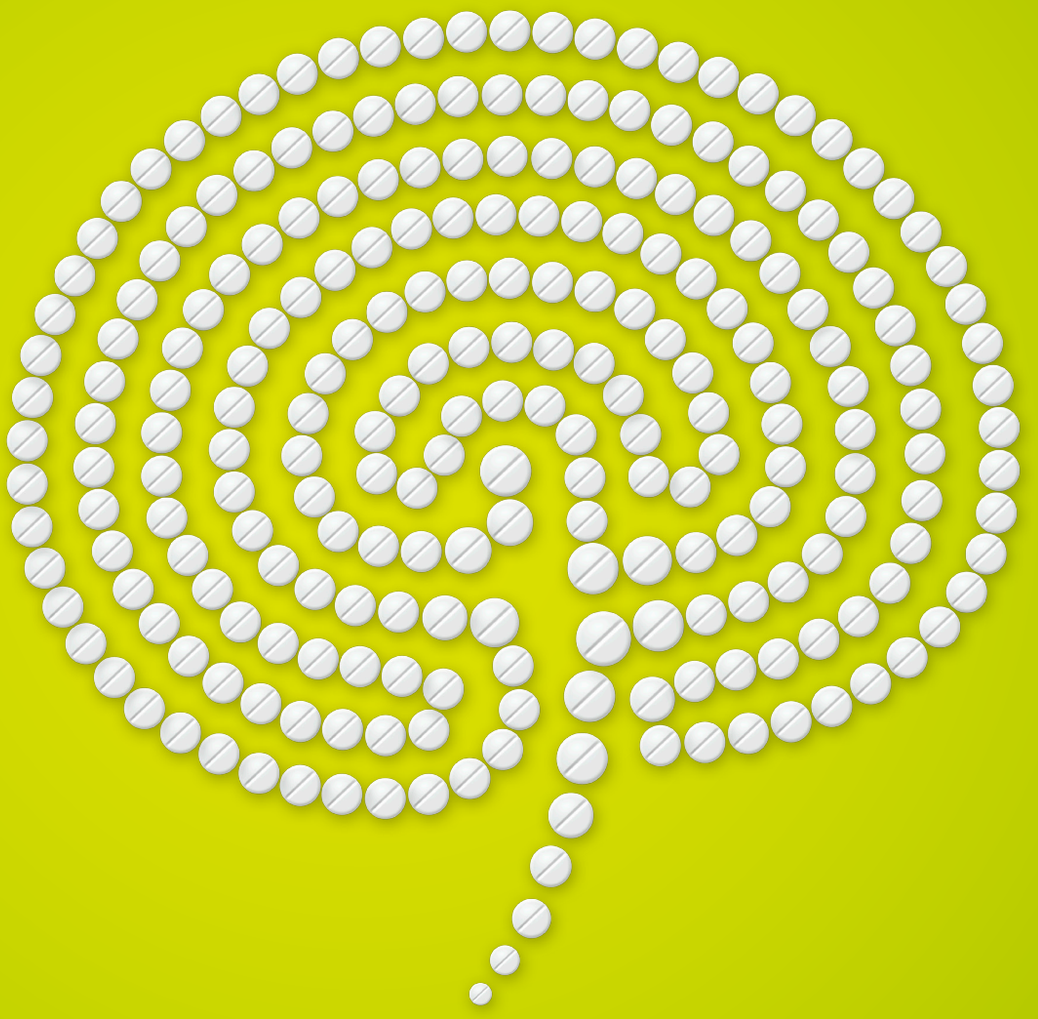
Gjöf blóðhluta er ávallt á ábyrgð læknis og byggist á klínísku mati hans hverju sinni. Góðar aðgengilegar klínískar leiðbeiningar, bætt skráning á ábendingum blóðhlutagjafa og framskyggnar rannsóknir á notkun blóðhluta á Íslandi eru þættir sem stuðlað geta að bættri blóðhlutanotkun hér á landi. Og þar með að því að jafnvægi haldist milli söfnunar blóðs og notkunar í framtíðinni.

Heimildir

1. Oddason KE, Guðbjartsson T, Guðmundsson S, Kárason S, Hreinsson K, Sigurðsson GS. Má bæta notkun blóðhluta á gjörgæsludeildum? Samanburður við klínískar leiðbeiningar. Læknablaðið 2014; 100: 11-7.
2. Retter A, Wyncoll D, Pearse R, Carson D, McKechnie S, Stanworth S, et al. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. Br J Haematol 2013; 160: 445-64.
3. Carson JL, Grossman BJ, Kleinman S, Tinmouth AT, Marques MB, Fung MK, et al. Red blood cell transfusion: A clinical practice guideline from the AABB. Ann Int Med 2012; 157: 49-58.
4. Ali A, Auvinen M-K, Rautonen J. The ageing population poses a global challenge for blood services. Transfusion 2010; 50: 584-8.
5. Hreinsson K, Guðmundsson S, Steingrímsdóttir H, Birgisson G, Jóhannesson AJ. Klínískar leiðbeiningar um notkun blóðhluta á Landspítala. landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/BRUNNURINN/Kliniskar-leidbeiningar/Blodhlutar/klin_leid_notkun_blodhluta_sept_2012.pdf – desember 2013.

Transfusion and blood collection in Iceland

Jonsson Th,
MD, PhD, Specialist in Immunology and Transfusion Medicine



Betri boðleiðir

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 312131



Nemdatine

– Lyf við Alzheimers-sjúkdómi

Actavis

Sérlyfjatexti á bls. 60

Má bæta notkun blóðhluta á gjörgæsludeildum?

Samanburður við klínískar leiðbeiningar

Karl Erlingur Oddason[1,2,3] læknir, **Tómas Guðbjartsson**[2,4] læknir, **Sveinn Guðmundsson**[2] læknir, **Sigurbergur Kárason**[1,4] læknir, **Kári Hreinsson**[1] læknir, **Gísli H. Sigurðsson**[1,4] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Blóðhlutagjöf er mikilvægur hluti gjörgæslumeðferðar, en þar sem aukaverkanir geta fylgt gjöf þeirra er vaxandi áhersla lögð á aðhaldssemi við gjöf blóðhluta. Þessar áherslur endurspeglast í nýlegum klínískum leiðbeiningum á Landspítala en upplýsingar um umfang blóðhlutagjafa á gjörgæsludeildum spítalans skortir og einnig hversu vel leiðbeiningum er fylgt. Tilgangur rannsóknarinnar var því að kanna notkun blóðhluta á gjörgæsludeildum Landspítala og fylgni við klínískar leiðbeiningar.

Aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn og náði til allra fullorðinna sjúklinga sem fengu blóðhluta á gjörgæsludeildum Landspítala á 6 mánaða tímabili 2010. Skráðar voru upplýsingar um blóðhluta ásamt gildi blóðrauða, próþrombíntíma og blóðflagna við blóðhlutagjöf. Niðurstöður voru bornar saman við klínískar leiðbeiningar á Landspítala.

Niðurstöður: Af 598 gjörgæslusjúklingum fengu 202 (34%) blóðhluta, í rúmlega helmingi tilfella eftir skurðaðgerð. Flestum, eða 179 (30%), var gefið rauðkornaþykkni, 107 (18%) fengu blóðvökva, 51 (9%) blóðflögur en 34 sjúklingar (6%) fengu allar þrjár tegundirnar. Blóðrauði við rauðkornagjöf var að meðaltali 87 g/L, en í 6% tilfella mældist hann yfir 100 g/L. Próþrombíntími var að meðaltali 20,4 sekúndur við blóðvökvagjöf en í 9% tilfella var blóðvökvi gefinn þegar próþrombíntími var eðlilegur og blóðstorkugildi var ekki til staðar í 5% tilvika. Blóðflögur við blóðflögugjöf voru að meðaltali 82 þús/μL en í 33% tilfella yfir 100 þús/μL.

Ályktanir: Þriðjungi sjúklinga á gjörgæsludeildum Landspítalans voru gefnir blóðhlutar, oftast rauðkornaþykkni. Um 6% rauðkornagjafa og að minnsta kosti 14% blóðvökvagjafa og þriðjungur blóðflögugjafa voru utan viðmiða núgildandi leiðbeininga. Ljóst er að fækka má óþarfa blóðhlutagjöfum á gjörgæsludeildum Landspítala enda þótt niðurstöðum svipi til erlendra rannsókna.

Inngangur

[1]Svæfinga- og gjörgæsludeild, [2]skurðlækningadeild Landspítala, [3]Blóðbanki Landspítala, [4]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnir: Gísli H. Sigurðsson

gislihs@landspitali.is

Greinin barst 5. júní 2013, samþykkt til birtingar 6. nóvember 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Blóðhlutagjöf er mikilvægur hluti af meðferð á gjörgæslu.[1-6] Rauðkornaþykkni, ferskfrosinn blóðvökvi og blóðflögur eru algengustu blóðhlutar sem gefnir eru.[1,7,8] Samkvæmt erlendum rannsóknum má gera ráð fyrir að allt að helmingur sjúklinga á gjörgæsludeildum fái blóðhluta meðan þeir dveljast þar;[1-6] í 40% tilfella rauðkorn[1,2] og í 15-25% tilfella blóðvökva og/eða blóðflögur.[1,4,7]

Þótt ávinningur blóðhlutagjafa sé ótvíræður geta fylgt þeim ýmsar aukaverkanir.[5,8] Því er mikilvægt að vega ávinning sjúklings af blóðhlutagjöf á móti áhættu vegna hugsanlegra aukaverkana.[8] Ennfremur er mikilvægt að halda niðri kostnaði við heilbrigðisþjónustu því með skynsamlegri notkun blóðhluta má spara stórar upphæðir.[9] Auk þess er blóð af skornum skammti sem fara þarf með af ráðdeild, en með vaxandi fjölda eldra fólks má gera ráð fyrir aukinni eftirspurn.[10]

Klínískar leiðbeiningar eru mikilvægur þáttur í því að stuðla að réttri notkun blóðhluta. Þó benda erlendar rannsóknir til þess að klínískum leiðbeiningum sé ekki fylgt nema í 29-48% tilfella við gjöf blóðvökva, í 37-53% tilvika fyrir blóðflögur, og í 2-11% fyrir rauðkornagjafir.[1,7,11,12] Í nýjum leiðbeiningum er líkt og áður lögð áhersla á að horfa ekki á blóðgildi eitt og sér heldur meta ávinning á móti hugsanlegri áhættu blóðhlutagjafa.[13-16]

Markmið gjafa á rauðkornum er að bæta súrefnisflutning til vefja.[4,13] Almennt er talið að blóðrauði undir 70 g/L (viðmiðunarmörk 135-171 g/L) sé réttmæt ábending fyrir gjöf rauðkornaþykknis til að tryggja nægjanlegt súrefnisframboð til vefja.[5,13] Hjá sjúklingum með brátt kransæðaheilkenni er miðað við hærra gildi og talið mikilvægt að halda blóðrauðagildi hærra en 80 g/L.[5,13] Við blóðrauða á bilinu 70-90 g/L ræður klínískt mat hvort gefa skuli rauðkorn, til dæmis hvort virk blæðing sé til staðar með losti, líffæraskaði eða hjartabilun á grunni kransæðasjúkdóms.[5,13,17] Blóðþurrðarsjúkdómur í útlimum getur verið ábending fyrir rauðkornagjöf þótt blóðrauðagildi mælist yfir 90 g/L.[13] Í öðrum tilfellum er sjaldan ástæða til að gefa sjúklingi með blóðrauða yfir 90 g/L rauðkornaþykkni nema um mikla og virka blæðingu sé að ræða, en í slíkum tilvikum er leitast við að halda blóðrauða í kringum 100-110 g/L.[13]

Blóðvökvi er aðallega gefinn við blæðingar þegar til staðar er blóðstorkutruflun, bráð blóðstorkusótt (*disseminated intravascular coagulation*: DIC) eða lifrarbilun.[13] Við gjöf blóðvökva er lögð áhersla á að styðjast við niðurstöður blæðingarprófa samhliða klínísku mati.[13,17] Við miklar blæðingar er leitast við að halda blæðingarprófum innan 50% hækkunar frá viðmiðunargildi.[13]

Blóðflögur eru oftast gefnar til að fyrirbyggja blæðingar þegar framleiðsla blóðflagna er skert, til dæmis við bráða blóðstorkusótt eða krabbameinslyfjameðferð.[13,17] Samkvæmt klínískum leiðbeiningum er mælt með því að halda blóðflögugildi yfir 50 þús/μL við skurðaðgerðir nema við aðgerðir á heila og mænu þar sem blóðflögum er oft haldið yfir 100 þús./μL [13,17] og á

Tafla I. *Ástæður innlagnar hjá þeim sjúklingum sem fengu blóðhluta.*

	Fjöldi sjúklinga sem fengu blóðhluta n=202 (%)	Rauðkorn 828 (%)[2]	Blóðvökvi 747 (%)[2]	Blóðflögur 147 (%)[2]
Skurðsjúklingar[1]	107 (53)	416 (50)	451 (60)	74 (50)
Opin hjartaaðgerð	55 (27)	173 (21)	234 (31)	37 (25)
Kviðarholsaðgerð	24 (12)	179 (22)	166 (22)	35 (24)
Æðaskurðaðgerð	10 (5)	31 (4)	26 (3)	2 (1)
Aðrar aðgerðir	18 (9)			
Aðrar innlagnarástæður[1]	99 (49)	520 (63)	395 (53)	105 (71)
Lost/sýklasótt	36 (18)	307 (37)	266 (36)	71 (28)
Öndunarfærasjúkdómar	23 (11)	91 (11)	102 (14)	28 (19)
Meltingarsjúkdómar	21 (10)	270 (33)	219 (29)	57 (39)
Hjarta- og æðasjúkdómar	18 (9)			
Annað	21 (10)			

Aftari dálkar sýna fjölda og hlutfall blóðhlutaeininga sem gefnar voru hverjum undirhópi.
[1]Innlagnarástæður gátu verið fleiri en ein.
[2]Heildarfjöldi eininga gefinn á rannsóknartímabili.

Tafla II. *Upplýsingar um tegundir blóðhluta, fjölda sjúklinga sem fengu hverja tegund, hversu margar einingar á tilteknum sólarhringum/lotum og við hvaða rannsóknargildi (vegið meðaltal, staðalfrávik).*

	Fjöldi gjörgæslusjúklinga n=598 (%)	Einingar	Sólar-hringar /lotur	Blóðgildi við gjöf
Rauðkorn	179 (30)	828	365	Blóðrauði 87 ± 12 g/L
Blóðvökvi	107 (18)	747	186	Próþrombíntími 20,4 ± 11 sekúndur
Blóðflögur	51 (9)	147	106	Blóðflögugildi 82 ± 49 þús./µL

bilinu 75 til 100 þús/µL við virka og stóra blæðingu.[13] Gjöf blóðflagna á sjaldan við þegar þær mælast yfir 100 þús/µL. Oft er þó gripið til blóðflögugjafa við hærri blóðflögugildi en segir í leiðbeiningum, eins og við skerta virkni blóðflagna, til dæmis vegna notkunar blóðflöguhemjandi lyfja (svo sem asetýlsalisýlsýru og clópídrógels) eða truflunar á starfsemi þeirra af völdum hjarta- og lungnavélar.[1,18]

Árið 2004 voru gefnar út klínískar leiðbeiningar fyrir gjafir rauðkorna á Landspítala. Árið 2012 voru gefnar út endurskoðaðar leiðbeiningar og var þá jafnframt bætt við leiðbeiningum um gjafir blóðvökva og blóðflagna.[13] Kaflarnir um blóðvökva og blóðflögur styðjast við rannsóknir og alþjóðlegar klínískar leiðbeiningar sem þegar voru til staðar og notaðar á Landspítala til viðmiðunar á rannsóknartímabilinu árið 2010.[13] Hverfandi áherslumunur er á alþjóðlegum leiðbeiningum frá árinu 2010 og leiðbeiningum Landspítala frá 2012.[14]

Upplýsingar um notkun blóðhluta á íslenskum gjörgæsludeildum liggja ekki fyrir, né heldur hvernig klínískum leiðbeiningum er fylgt. Tilgangur þessarar rannsóknar var því að kanna notkun blóðhluta á gjörgæsludeildum Landspítala árið 2010 og hvernig hún samræmist nýlegum klínískum leiðbeiningum spítalans frá 2012.

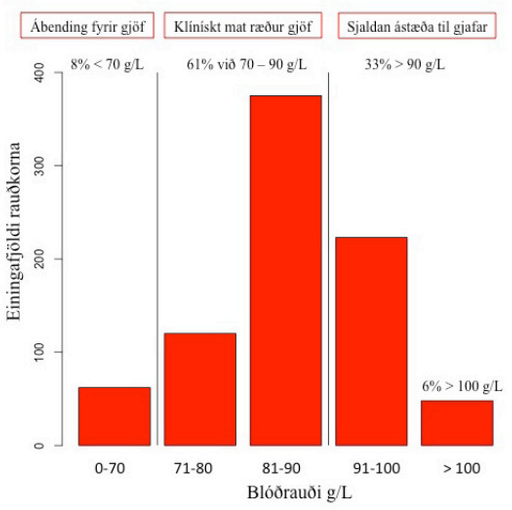
Efniviður og aðferðir

Rannsóknin náði til allra sjúklinga 18 ára og eldri sem fengu blóðhluta á gjörgæsludeildum Landspítalans við Hringbraut og í Fossvogi á 6 mánaða tímabili frá 1. júní til 30. nóvember 2010. Áður en rannsóknin hófst lágu fyrir leyfi frá Siðanefnd Landspítalans (66/2010), Persónuvernd (2010121171AMK) og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala (08.12.2010 Tilv. 16).

Farið var afturskyggnt í gegnum tvö skráningarkerfi, annars vegar rafræna skrá yfir allar gjörgæslulegur á Landspítala og hins vegar upplýsingakerfi Blóðbanka Landspítala, ProSang. Allir sem lögðust inn á gjörgæsludeildir á rannsóknartímabilinu voru fundnir í rafrænni skrá yfir gjörgæslulegur. Þar voru einnig fengnar upplýsingar um meðalaldur og legutíma sjúklinga. Sjúklingum var flett upp í upplýsingakerfi Blóðbankans og athugað hvort pantaðir hefðu verið blóðhlutar fyrir þá þremur dögum fyrir gjörgæsludeildarlegu og þar til legu lauk. Því næst var athugað hvort blóðhlutar hefðu verið gefnir samkvæmt sjúkraskrám og skráningarblöðum gjörgæsludeilda.

Klínískar upplýsingar um þá sjúklinga sem fengu blóðhluta var safnað úr sjúkraskrám, meðal annars innlagnarskrám, dagálum og skráningarblöðum gjörgæsludeilda. Hjá sjúklingum sem fengu blóðhluta var skráð ástæða innlagnar, heilsufar sjúklings fyrir innlögn, aldur, kyn og legutími á gjörgæsludeild. Einnig var skráður heildarfjöldi gefinna blóðhluta fyrir hvern sjúkling og athuguð var samsetning blóðhluta innan sama sólarhrings. Ekki var safnað upplýsingum úr sjúkraskrám um þá sjúklinga sem ekki fengu blóðhluta. Þegar sjúklingi var gefinn blóðhluti var sólarhringurinn skilgreindur sem ein blóðgjafalota. Miðað var við vaktaskipti að morgni kl. 8 nema þegar blóðhlutar virtust gefnir af sömu ástæðu og í framhaldi gjafa frá fyrri sólarhring/lotu. Reiknaður var fjöldi og gerð blóðhluta sem gefnir voru sama einstaklingi á hverjum sólarhring/lotu. Lægsta blóðrauðagildi (g/L) fyrir rauðkornagjöf, hæsta gildi próþrombíntíma (sekúndur) (eða annarra blóðstorkuprófa þegar próþrómbíntími var ekki til staðar) fyrir blóðvökvagjöf og lægsta blóðflögugildi (þús/µL) fyrir blóðflögugjöf í hverjum sólarhring/lotu var síðan skráð. Bæði var stuðst við blóðrauðagildi frá klínískri lífefnafræðideild Landspítala og blóðgasmælingum sem gerðar voru á gjörgæsludeildunum tveimur. Reiknað var vegið meðaltal (vægi fór eftir því hve margar einingar sömu tegundar blóðhluta voru gefnar á sólarhring/lotu). Blóðhlutar sem gefnir voru á skurðstofu eða legudeild fyrir, eftir eða á meðan sjúklingar lágu á gjörgæsludeild, voru ekki teknir með í rannsóknina.

Rannsóknargildi fyrir blóðhlutagjöf gjörgæslusjúklinga á rannsóknartímabilinu árið 2010 voru borin saman við þau markgildi sem sett eru fram í klínískum leiðbeiningum Landspítalans um blóðhlutagjöf frá september 2012.[13] Ákveðið var að bera niðurstöður saman við nýjar klínískar leiðbeiningar Landspítala frá 2012 en áherslum þeirra svipar til alþjóðlegra leiðbeininga frá árinu 2010 og leiðbeininga Landspítala um gjafir rauðkorna frá 2004. Blóðrauði yfir 100 g/L við gjöf rauðkornaþykknis var talinn utan viðmiða leiðbeininga þegar mikil og virk blæðing var ekki til staðar. Allar gjafir blóðflagna við blóðflögur yfir 100 þús./µL og gjafir blóðvökva þegar engin blóðstorkupróf voru til staðar eða við eðlilegan próþrombíntíma (12,5-15,0 sekúndur) voru taldar utan viðmiða leiðbeininga. Upplýsingar voru skráðar í Microsoft Excel og reikniforritið R (útgáfa 2.12.1, The R Foundation for Stat-



Mynd 1. *Dreifing blóðrauða (g/L) við gjöf rauðkorna. Lóðréttar línur sýna hlutfall rauðkornaeininga sem voru gefnar við blóðrauða undir 70 og yfir 90 g/L. Texti í rauðum kössum ofan stöpla er samkvæmt klínískum leiðbeiningum Landspítala frá árinu 2012.*

istical Computing) notað fyrir lýsandi og greinandi tölfræði. Athugað var hvort gögn væru normaldreifð með Saphiro-prófi og meðaltöl og staðalfrávik reiknuð fyrir normaldreifð gögn, annars voru gefin upp miðgildi með fjórðungsmörkum. Blóðrauði við gjöf rauðkorna var skoðaður sérstaklega með tilliti til fjölda gefinna eininga rauðkornaþykknis á sólarhring/lotu.

Samanburður á blóðgildum undirhópa var gerður með línulegri aðhvarfsgreiningu. Leiðrétt var fyrir bjagandi breytum sem reyndust hafa áhrif á blóðgildi samkvæmt útilokunaraðferð. Líkan tvö af blandaðri aðhvarfsgreiningu var notað til að leiðrétta fyrir endurteknum blóðhlutagjöfum hjá sama einstaklingi. Tölfræðileg marktækni miðast við p-gildi undir 0,05.

Niðurstöður

Sjúklingar og innlagnarástæður

Alls lögðust 598 sjúklingar inn á báðar gjörgæsludeildir Landspítala á þessu 6 mánaða tímabili og var legutími þeirra á deildinni að meðaltali 2,9 dagar.

Í töflu I eru skráðar ástæður innlagnar hjá þeim gjörgæslusjúklingum sem fengu blóðhluta. Í mörgum tilvikum eru skráðar fleiri en ein ástæða innlagnar. Í meira en helmingi tilvika (53%) var ein ástæða innlagnar á gjörgæsludeild eftirmeðferð vegna skurðagerðar, oftast opinnar hjartaaðgerðar (27%) eða aðgerðar á kviðarholi (11%, tafla I). Aðrar algengar innlagnarástæður voru lost eða sýklasótt (18%), sjúkdómar í öndunarfærum (11%), meltingarvegi (10%) eða hjarta- og æðakerfi (9%). Hjá helmingi sjúklinga (49%) var saga um blóðþurrðarsjúkdóm í hjarta við innlögn, hjá 16% sjúklinga var saga um sykursýki, 10% höfðu nýrnabilun og 7% lungnaþembu. 39 sjúklingar (19%) höfðu ekki undirliggjandi sjúkdóma aðra en þá sem leiddu til innlagnar á gjörgæsludeild.

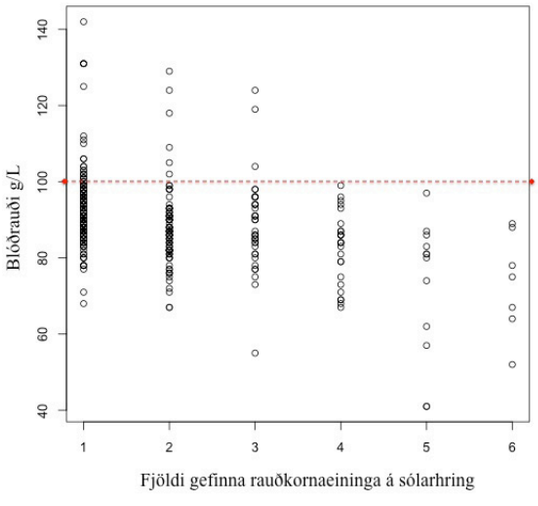
Af 598 sjúklingum sem lágu á gjörgæsludeildum á rannsóknartímanum fengu 202 (34%) blóðhluta; 117 af 258 sjúklingum (45%) sem lágu á gjörgæsludeild Landspítala við Hringbraut og 85 af 340 (25%) sjúklingum á gjörgæsludeild Landspítala í Fossvogi. Meðalaldur þeirra 202 sjúklinga sem fengu blóðhluta var 68 ± 15 ár (miðgildi 70 ár, bil 23-93), 63% voru karlar og að meðaltali var legutími þeirra 5,6 ± 9 dagar (miðgildi 2 dagar, bil 1-66).

Tafla III. *Samanburður á blóðgildum við gjöf blóðhluta hjá helstu undirhópum þeirra 202 sjúklinga sem fengu blóðhluta. Notað var líkan tvö af blandaðri línulegri fjölbreytugreiningu.*

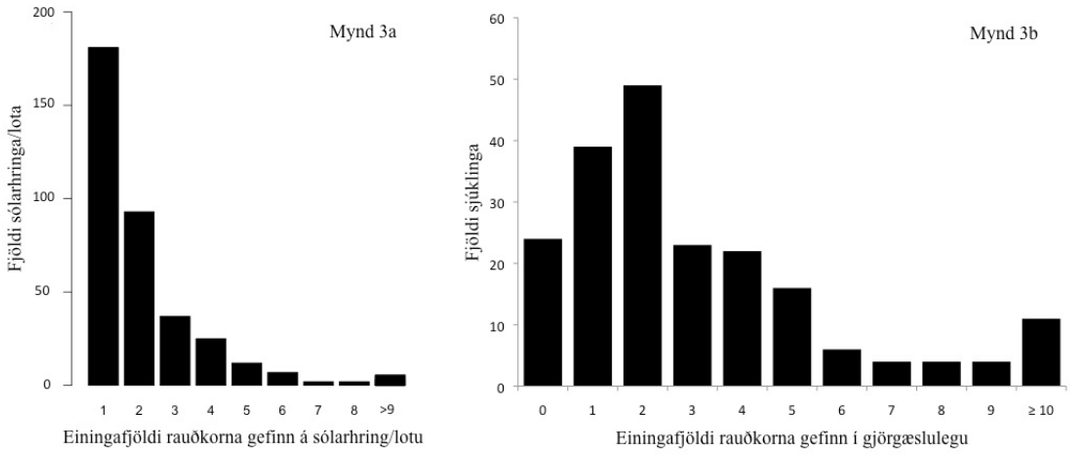
	Já[2]	Nei[2]	p-gildi
Rauðkorn (n=179)[1] meðaltal blóðrauða ± staðalfrávik g/L			
Skurðaðgerð (n=90)	89 ± 9	84 ± 14	0,006*
Opin hjartaaðgerð (n=45)	90 ± 8	86 ± 13	0,07
Blóðþurrðarsjúkdómur í hjarta (n=87)	88 ± 9	86 ± 14	0,07
Eldri en 70 ára (n=95)	88 ± 9	90 ± 13	0,07
Lost/sýklasótt (n=31)	90 ± 14	89 ±10	0,049*
Blóðmeinasjúkdómur (n=11)	82 ± 15	90 ± 11	<0,001*
Blóðvökvi (n=107)1 meðaltal próþrombíntíma ± staðalfrávik sekúndur			
Skurðaðgerð (n=69)	17,4 ± 5	26,7 ± 20	0,003*
Opin hjartaaðgerð (n=41)	16,6 ± 2	22,4 ± 16	0,02*
Skorpulifur (n=6)	20,7 ± 9	24,6 ±14	0,07
Blóðflögur (n=51)1 meðaltal blóðflögugildis ± staðalfrávik þús/µL			
Opin hjartaaðgerð (n=21)	125 ± 40	63 ± 40	<0,001*
Blóðmeinasjúkdómur (n=9)	41 ± 38	89 ± 45	<0,001*

Leiðrétt var fyrir breytum samkvæmt útilokunaraðferð.
[1]Heildarfjöldi sjúklinga sem fékk blóðhlutategund á rannsóknartímabili.
[2]Já/nei með tilliti til undirhóps í fremsta dálki.

Á þessu hálfa ári voru alls 1722 blóðhlutar gefnir 202 sjúklingum (að meðaltali 8,5 ± 20 blóðhlutar, bil 4-143) á 439 sólarhringum/lotum. Af þeim sjúklingum sem fengu blóðhluta fengu flestir rauðkornaþykkni, eða 179 (30%) talsins, 107 (18%) var gefinn ferskfrystur blóðvökvi og 51 (9%) fengu blóðflögur (tafla II). 34 sjúklingar fengu allar tegundir blóðhluta á meðan á gjörgæslulegu stóð (eða 6% allra gjörgæslusjúklinga).



Mynd 2. *Blóðrauði við gjöf rauðkorna skoðaður með tilliti til fjölda gefinna eininga rauðkorna á sama sólarhring/lotu. Hringir tákna því sólarhring/lotu sem rauðkorn voru gefin og lægsta blóðrauða sem mældur var innan þess sólarhrings/lotu. Rauð brotalína sýnir gjafir rauðkorna við blóðrauða yfir 100 g/L þegar ástæða til gjafar rauðkorna er einungis mikil virk blæðing.*



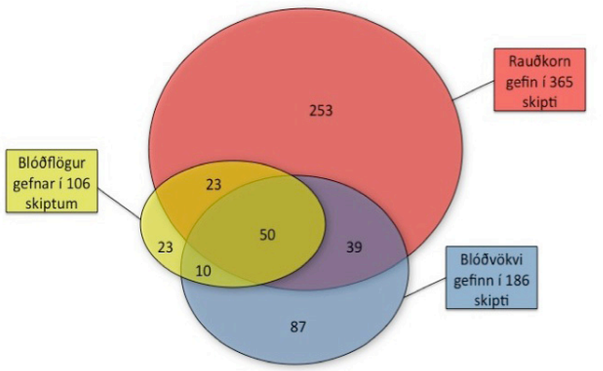
Mynd 3. *Fjöldi rauðkornaeininga (samtals 838 einingar) sem gefnar voru saman á sólarhring/lotu (samtals 365 sólarhringar/lotur). Oftast voru rauðkornaeiningar gefnar stakar. (b). Heildarfjöldi rauðkornaeininga sem voru gefnar þeim 202 gjörgæslusjúklingum sem fengu blóðhluta í legu. Súlan lengst til vinstri sýnir þá sjúklinga sem fengu blóðvökva og/eða blóðflögur en ekkert rauðkornaþykkni.*

Rauðkornagjöf

Blóðrauði fyrir gjöf var að meðaltali 87 ± 12 g/L (tafla II) (miðgildi 88 g/L, fjórðungsmörk 76-100 g/L). Blóðrauði mældist yfir 90 g/L við gjöf rauðkornaþykknis í 33% tilfella. Alls voru 48 einingar (6%) rauðkornaþykknis gefnar sjúklingi með blóðrauðagildi yfir 100 g/L (mynd 1) og 16 einingar (2%) þegar gildi var yfir 110 g/L. Þegar rauðkornaþykkni var gefið sjúklingi með blóðrauðagildi yfir 100 g/L voru að hámarki gefnar þrjár einingar innan sama sólarhrings/lotu (mynd 2). Við gjöf rauðkorna var stök eining gefin í helmingi sólarhringa/lota (181 sólarhringur/lota) og því 181 (22%) rauðkornaeining gefin stök (mynd 3). Blóðvökvi var gefinn samhliða rauðkornaþykkni á 89 sólarhringum/lotum af 365 (24%) og blóðflögur einnig 50 sinnum (14%) (mynd 4).

Blóðvökvagjöf

Próþrombíntími við gjöf blóðvökva var að meðaltali 20,4 ± 7 sekúndur (tafla II) (miðgildi 17,4 sek, fjórðungsmörk 14,4-20,5 sek). Mæling á próþrombíntíma lá fyrir við gjöf 657 blóðvökvaeininga (88%) og var próþrombíntími undir 20,5 sekúndum við gjöf í 82% tilfella. Í 9% tilfella var blóðvökvi gefinn við eðlilegan próþrombíntíma (12,5-15,0 sekúndur) (mynd 5). Önnur storkupróf en próþrombíntími voru mæld í 7% tilfella og ekkert storkupróf fannst í 5% tilfella.



Mynd 4. *Yfirlit yfir þá blóðhluta sem gefnir voru á samtals 439 sólarhringum/lotum. Hægt er að sjá hversu oft sjúklingar fengu mismunandi tegundir blóðhluta, en í 50 sólarhringum/lotum voru gefnar allar þrjár tegundirnar. Sjá nánar í texta.*

Blóðflögugjöf

Blóðflögugildi við gjöf blóðflagna var að meðaltali 82 ± 49 þús/μL (tafla II) (miðgildi 73 þús/μL, fjórðungsmörk 10-136 þús/μL). Í 75% tilvika var blóðflögugildi yfir 50 þús/μL, þar af voru 33% blóðflagna gefnar sjúklingum með blóðflögugildi yfir 100 þús/μL (mynd 6). Hjá þeim sjúklingum sem gengist höfðu undir opna hjartaaðgerð voru blóðflögur að meðaltali gefnar við hærra blóðflögugildi, eða 125 þús/μL borið saman við 63 þús/μL hjá öðrum (p<0,001), (tafla III).

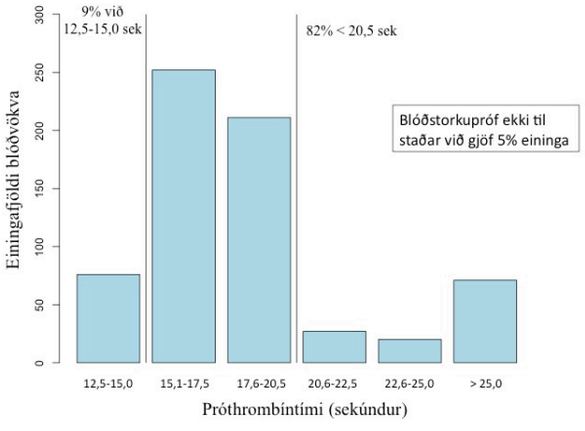
Gjafir utan viðmiða leiðbeininga

Allar gjafir rauðkorna við blóðrauða yfir 100 g/L (6%) voru taldar utan viðmiða leiðbeininga. Þá reyndust 14% gjafa blóðvökva (blóðstorkupróf ekki til staðar eða próþrombíntími innan marka viðmiðunargildis við gjöf) og 33% blóðflögugjafa (blóðflögugildi yfir 100 þús/μL) utan viðmiða leiðbeininga.

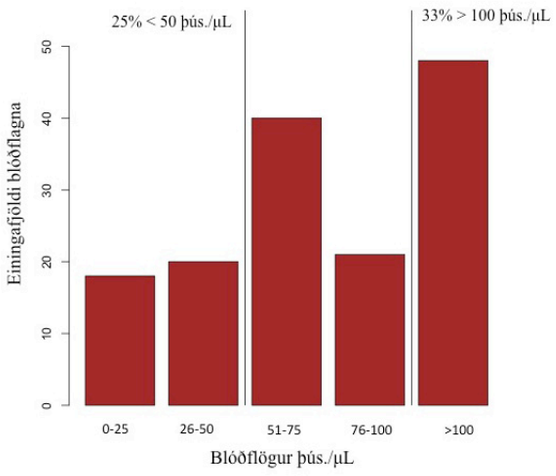
Umræður

Rúmlega þriðjungur (34%) gjörgæslusjúklinga á Landspítala fékk blóðhluta á rannsóknartímabilinu. Þótt þessar niðurstöður séu svipaðar og í erlendum rannsóknum[1-6] er ljóst að talsvert af blóðhlutum var ekki gefið í samræmi við klínískar leiðbeiningar. Þar sem aðgengi að blóði er takmarkað og blóðhlutagjafir bera með sér ákveðna áhættu fyrir sjúklinga er mikilvægt að sýna aðhaldssemi í gjöf þeirra. Árlega eru í kringum 20.000 blóðhlutar framleiddir í Blóðbankanum (13-14.000 einingar rauðkorna, 4-5000 einingar blóðvökva og 2000-2400 blóðflögueiningar). Þessi rannsókn sýnir að á ársgrundvelli megi gera ráð fyrir að gjörgæsludeildir Landspítala noti um það bil 3500 einingar en það svarar til 15-20% af ársnotkun blóðhluta á Íslandi.

Meðallegutími sjúklinga sem fengu blóðhluta var umtalsvert lengri en gjörgæslusjúklinga almennt, eða 5,6 dagar borið saman við 2,9 daga. Þetta er vísbending um að sjúklingar sem fengu blóðhluta hafi verið veikari en hinir sem ekki fengu þá en mat á alvar-



Mynd 5. *Dreifing próþrombíntíma (sekúndur) við gjöf blóðvökva. Lóðréttar línur sýna hlutfall blóðvökvaeininga gefið við próþrombíntíma undir 20,5 sek eða viðmiðunargildi (12,5-15,0 sekúndur) próþrombíntíma.*



Mynd 6. *Dreifing blóðflögugilda (þús/µL) við gjöf blóðflagna. Lóðréttar línur sýna hve margar einingar af blóðflögum voru gefnar við gildi undir 50 þús/µL og yfir 100 þús/µL.*

leika veikinda skortir þó í þessari rannsókn. Á hinn bóginn hafa nokkrar erlendar rannsóknir bent á það að gjöf blóðhluta er sjálfstæður áhættuþáttur sýkinga og lengri legutíma, sem er rakið til ónæmisbælandi áhrifa blóðhluta.[19]

Samanburður á niðurstöðum þessarar rannsóknar og erlendra rannsókna er ýmsum vandkvæðum bundinn þar sem sjúklingaþýði eru mismunandi.[20] Þessi rannsókn er samantekt á blandaðri gjörgæslu (skurð- og lyflæknissjúklingar) með stóru tilvísunarþýði og tekur því til nánast allrar þjóðarinnar. Á Íslandi er gjörgæsludeildin á Sjúkrahúsi Akureyrar sú eina utan Landspítala en alvarlega veikir sjúklingar eru stundum sendir þaðan á gjörgæsludeildir Landspítalans. Auk þess eru hágæsludeildir ekki til staðar hér á landi og sjúklingar sem eru taldir of veikir fyrir almenna legudeild því vistaðir á gjörgæsludeildum. Niðurstöður okkar eru því bornar saman við fjölsetra rannsóknir með stóru blönduðu þýði.

Alls fengu 30% gjörgæslusjúklinga rauðkornaþykkni, sem er álíka hátt hlutfall og á svipuðum gjörgæsludeildum erlendis.[1,2] Meðaltal blóðrauða fyrir gjöf rauðkornaþykknis á gjörgæsludeildum Landspítala var 87 g/L sem verður að teljast hátt miðað við klínískar leiðbeiningar. Alls voru 33% rauðkornaþykkna gefin við blóðrauða yfir 90 g/L borið saman við 10-30% í erlendum rannsóknum,[1, 2] en í erlendum rannsóknum er meðaltal blóðrauða við gjöf á bilinu 78 til 86 g/L.[1, 3, 4, 6] Líkt og í leiðbeiningunum á Landspítala mæla flestar erlendar klínískar leiðbeiningar með gjöf rauðkornaþykknis þegar mælt gildi blóðrauða er lægra en 70 g/L og aðeins í undantekningartilvikum yfir 90 g/L.[5,13,14,17] Allar gjafir rauðkorna við blóðrauða yfir 110 g/L (2%) teljast því utan viðmiða leiðbeininga jafnvel þó um virka blæðingu sé að ræða. Við gjafir rauðkorna þegar blóðrauði var yfir 100 g/L (6%) voru aldrei fleiri en þrjár einingar gefnar á sama sólarhring/lotu. Því er ólíklegt að um mikla virka blæðingu hafi verið að ræða og þessar gjafir því sennilega utan viðmiða leiðbeininga (mynd 2). Í stórri evrópskri rannsókn var í 11% tilvika ekki tilgreind ástæða fyrir inngjöf rauðkornaþykknis og í tveimur áströlskum rannsóknum var talið að 2-3% rauðkornagjafa væru utan viðmiða klínískra leiðbeininga.[1,2,21] Í slembaðri rannsókn frá árinu 1999 var sýnt fram á að sjúklingum með blóðþurrðarsjúkdóm í hjarta farnaðist betur þegar reynt var að halda blóðrauða yfir 80 g/L, samanborið við 70 g/L.[5] Í okkar rannsókn var ekki marktækur munur á blóðrauða fyrir gjöf rauðkornaþykknis hjá sjúklingum sem ekki voru með blóðþurrðarsjúkdóm í hjarta og þeim sem voru með slíkan sjúkdóm (tafla III).

Alls fengu 18% gjörgæslusjúklinga blóðvökva, sem er tiltölulega lágt hlutfall miðað við 26-29% á svipuðum gjörgæsludeildum erlendis.[1,12] Þessi munur gæti stafað af annars konar sjúklingaþýði á gjörgæsludeildum á Íslandi miðað við þær erlendu stofnanir sem hafðar eru til samanburðar. Aðrar venjur varðandi vökvagjöf geta einnig skýrt þennan mun, því blóðvökvi er sumstaðar notaður til að auka blóðrúmmál.[22] Í klínískum leiðbeiningum er lenging á blæðingarprófum um 50% (próþrombíntími 20,5 sekúndur) oft talin merki um auknar líkur á blæðingu.[1,12,13] Rútínu blóðstorkupróf eins og APTT og PT meta einkum virkni storkuþátta en ekki aðra þætti storkukerfisins eins og fíbrínógenforða, blóðflöguvirkni, blóðrauða eða sýrustig blóðs. Þau koma því að takmörkuðu gagni við mat á blæðingum hjá alvarlega veikum sjúklingum.[23] Rannsóknir á ferskfrystum blóðvökva sýna að gjafir utan viðmiða leiðbeininga eru á bilinu 29-48%.[1,12] Skortur á blæðingarprófi (5%) eða eðlilegt blæðingarpróf (9%) við gjöf blóðvökva í þessari rannsókn var talið utan viðmiða klínískra leiðbeininga, óháð ástæðu gjafar.[1] Erfiðara var að túlka aðrar gjafir blóðvökva með tilliti til klínískra leiðbeininga þar sem ástæðu gjafar vantaði.

Í þessari rannsókn fengu 9% gjörgæslusjúklinga blóðflögur borið saman við 11% í ástralskri og 26% í breskri rannsókn.[1,7] Í 75% tilfella voru blóðflögur gefnar við blóðflögugildi yfir 50 þús/µL (mynd 5) og engin þessara gjafa tengdist aðgerðum á miðtaugakerfi. Þar sem upplýsingar vantar er erfitt að ráða í hversu margar gjafir á gildi yfir 50 þús/µL voru vegna mikilla virkra blæðinga. Til samanburðar má nefna að í tveimur erlendum rannsóknum voru blóðflögur gefnar við blóðflögugildi yfir 50 þús/µL í 37% og 53% tilvika og voru taldar utan viðmiða klínískra leiðbeininga, óháð ástæðu gjafar.[1,7]

Í þessari rannsókn fengu sjúklingar eftir opna hjartaskurðaðgerð blóðflögur við hærri blóðflögufjölda en aðrir gjörgæslusjúklingar (125 þús./µL á móti 63 þús./µL, p=<0,001) (tafla III). Mögueg skýring á þessum mun er að margir þessara sjúklinga eru á blóðflöguhemjandi lyfjum en einnig gætu letjandi áhrif hjarta- og lungnavélar á blóðflöguvirkni haft áhrif.[24]

Klínískar leiðbeiningar eru mikilvægar til að minnka blóðhlutanotkun.[25,26] Þær virðast þó ekki vera nægur hvati til að viðhalda gagnreyndri blóðhlutagjöf.[27] Mikilvægt er að stunduð sé markviss eftirfylgni við notkun blóðhluta.[14] Nýskipuð nefnd um blóðhlutanotkun á Landspítala mun gegna lykilhlutverki í þeim efnum og skoða kosti þess að skrá með framskyggnum hætti hver raunveruleg ábending blóðhlutagjafar er. Það er umhugsunarvert að á Íslandi er ekki með formlegum hætti skráð ábending eða ástæða blóðhlutagjafar, líkt og gert er víða erlendis. Slíkt eykur aga og rekjanleika í klínískum ákvörðunum sem tengjast blóðhlutanotkun.[25] Sýnt hefur verið fram á að samanburður klínískra leiðbeininga við ástæðu blóðhlutagjafar og blóðgildis fyrir blóðhlutapöntun minnkar blóðhlutanotkun hjá gjörgæslusjúklingum án þess að auka dánartíðni eða legulengd.[26,28] Ennfremur hafa nýlegar rannsóknir sýnt að blóðhlutagjöfum sem ekki samrýmast leiðbeiningum fækkaði um helming þegar framvirk skráning var tekin upp.[27,29] Blóðhlutanotkun er því víða orðin gæðavísir á sjúkrahúsum erlendis (*patient blood management*) og væri æskilegt taka upp slíka skráningu hér á landi.[14]

Rétt er að benda á að klínískar leiðbeiningar um blóðhlutagjafir eru einungis að hluta gagnreyndar og byggja að miklu leyti á áliti sérfræðinga, sérstaklega hvað varðar blóðvökva- og blóðflögugjafir.[1,4,5] Ennfremur eru alvarlega veikir sjúklingar á gjörgæsludeildum sjaldnast aðgreindir frá minna veikum.[14] Leiðbeiningar geta því verið í ósamræmi við viðeigandi meðferð alvarlega veikra sjúklinga.[12,16] Þetta gæti að hluta skýrt blóðhlutagjafir utan viðmiða klínískra leiðbeininga á gjörgæsludeildum þótt aðrir þættir skipti vafalítið einnig máli, svo sem vandkvæði við að breyta klínískri hegðun heilbrigðisstarfsfólks þrátt fyrir nýjar gagnreyndar upplýsingar (*clinicians resistance to change*).[14] Notkun blóðhluta ræðst samt endanlega af mati læknis þar sem klínískar leiðbeiningar eru hafðar til hliðsjónar.

Flestar erlendar rannsóknir sem fjalla um blóðhlutagjafir á gjörgæsludeildum hafa aðeins rannsakað eina eða tvær tegundir blóðhluta. Styrkur þessarar rannsóknar er að lagt var mat á notkun allra tegunda blóðhluta hjá fullorðnum gjörgæslusjúklingum á Landspítala. Rannsóknin gefur því góða mynd af blóðhlutanotkun á gjörgæsludeildum hér á landi. Helsti veikleiki rannsóknarinnar er hins vegar sá að hún er afturskyggn og því erfitt að kanna ástæður blóðhlutagjafa þar sem þær eru sjaldnast skráðar í sjúkraskrár. Þetta gerir erfiðara um vik að leggja nákvæmt mat á hversu vel klínískum leiðbeiningum var fylgt, ekki síst hvað varðar blóðvökvagjafir.

Lokaorð

Gjörgæsludeildir eru hlutfallslega stórir notendur blóðhluta bæði hér á landi og erlendis. Þessi rannsókn sýnir að miðað við erlendar rannsóknir fékk svipað hlutfall gjörgæslusjúklinga hér á landi rauðkornaþykkni, eða um þriðjungur, en færri blóðvökva- og blóðflöguhluta. Um 6% rauðkorna og að minnsta kosti 14% blóðvökva og 33% blóðflagna voru gefnar utan viðmiða klínískra leiðbeininga. Niðurstöðurnar benda til þess að óþarfa blóðhlutagjöfum á gjörgæsludeildum Landspítala megi fækka líkt og á gjörgæsludeildum erlendis. Áhugavert væri að gera framskyggna rannsókn á blóðhlutagjöfum gjörgæsludeilda. Sú rannsókn yrði mikilvægt skref að framvirkri skráningu blóðhlutagjafa sem ætti að skila sér í auknu öryggi og betri horfum sjúklinga á Landspítalanum. Um leið væri hægt að skoða áhrif klínískra leiðbeininga um blóðhlutagjafir fyrir og eftir útgáfu þeirra.

Þakkir fá læknarnir Alma Möller, Kristinn Sigvaldason og Elín Maríusdóttir, Sigrún Helga Lund tölfræðingur ásamt starfsfólki gjörgæsludeilda Landspítala. Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Landspítala Háskólasjúkrahúss.

Heimildir

1. Westbrook A, Pettila V, Nichol A, Bailey MJ, Syres G, Murray L, et al. Transfusion practice and guidelines in Australian and New Zealand intensive care units. Intensive Care Med 2010; 36: 1138-46.
2. Vincent JL, Baron JF, Reinhart K, Gattinoni L, Thijs L, Webb A, et al. Anemia and blood transfusion in critically ill patients. JAMA 2002; 288: 1499-507.
3. Corwin HL, Gettinger A, Pearl RG, Fink MP, Levy MM, Abraham E, et al. The CRIT Study: Anemia and blood transfusion in the critically ill--current clinical practice in the United States. Crit Care Med 2004; 32: 39-52.
4. Napolitano LM, Kurek S, Luchette FA, Anderson GL, Bard MR, Bromberg W, et al. Clinical practice guideline: red blood cell transfusion in adult trauma and critical care. J Trauma 2009; 67: 1439-42.
5. Hebert PC, Wells G, Blajchman MA, Marshall J, Martin C, Pagliarello G, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. N Engl J Med 1999; 340: 409-17.
6. Sakr Y, Lobo S, Knuepfer S, Esser E, Bauer M, Settmacher U, et al. Anemia and blood transfusion in a surgical intensive care unit. Crit Care 2010; 14: R92.
7. Vlaar AP, in der Maur AL, Binnekade JM, Schultz MJ, Juffermans NP. A survey of physicians' reasons to transfuse plasma and platelets in the critically ill: a prospective single-centre cohort study. Transfus Med 2009; 19: 207-12.
8. Kor DJ, Gajic O. Blood product transfusion in the critical care setting. Curr Opin Crit Care 2010; 16: 309-16.
9. Carson JL, Carless PA, Hebert PC. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. Cochrane Database Syst Rev 2012; 4: CD002042.
10. Ali A, Auvinen MK, Rautonen J. The aging population poses a global challenge for blood services. Transfusion 2010; 50: 584-8.
11. Schofield WN, Rubin GL, Dean MG. Appropriateness of platelet, fresh frozen plasma and cryoprecipitate transfusion in New South Wales public hospitals. Med J Aust 2003; 178: 117-21.
12. Lauzier F, Cook D, Griffith L, Upton J, Crowther M. Fresh frozen plasma transfusion in critically ill patients. Crit Care Med 2007; 35: 1655-9.
13. Hreinsson K. Klínískar leiðbeiningar um notkun blóðhluta á Landspítala. Landspítali, Reykjavík 2012. lsh.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/BRUNNURINN/Kliniskar-leidbeiningar/Blodhlutar/klin_leid_notkun_blodhluta_sept_2012.pdf. - janúar 2013.
14. Goodnough LT, Levy JH, Murphy MF. Concepts of blood transfusion in adults. Lancet 2013; 381: 1845-54.
15. Marik PE, Corwin HL. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: a systematic review of the literature. Crit Care Med 2008; 36: 2667-74.
16. Sigurdsson GH, Rasmussen LS. Indications for blood transfusion. Are we using the right transfusion trigger? Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56: 267-9.
17. NHAMR C. Clinical practice guidelines on the use of blood components (red blood cells, platelets, fresh frozen plasma, cryoprecipitate). Canberra 2001. nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp77syn.htm - október 2010.
18. McGrath T, Koch CG, Xu M, Li L, Mihaljevic T, Figueroa P, et al. Platelet transfusion in cardiac surgery does not confer increased risk for adverse morbid outcomes. Ann Thorac Surg 2008; 86: 543-53.
19. Vamvakas EC, Blajchman MA. Transfusion-related mortality: the ongoing risks of allogeneic blood transfusion and the available strategies for their prevention. Blood 2009; 113: 3406-17.
20. Murthy S, Wunsch H. Clinical review: International comparisons in critical care - lessons learned. Crit Care 2012; 16: 218.
21. French CJ, Bellomo R, Finfer SR, Lipman J, Chapman M, Boyce NW. Appropriateness of red blood cell transfusion in Australasian intensive care practice. Med J Aust 2002; 177: 548-51.
22. Perner A. Preferences for colloid use in Scandinavian intensive care units. Acta Anaesthesiol Scand 2008; 52: 750-8.
23. Chowdary P, Saayman AG, Paulus U, Findlay GP, Collins PW. Efficacy of standard dose and 30 ml/kg fresh frozen plasma in correcting laboratory parameters of haemostasis in critically ill patients. Br J Haematol 2004; 125: 69-73.
24. Velik-Salchner C, Maier S, Innerhofer P, Kolbitsch C, Streif W, Mittermayr M, et al. An assessment of cardiopulmonary bypass-induced changes in platelet function using whole blood and classical light transmission aggregometry: the results of a pilot study. Anesth Analg 2009; 108: 1747-54.
25. Wilson K, MacDougall L, Fergusson D, Graham I, Tinmouth A, Hebert PC. The effectiveness of interventions to reduce physician's levels of inappropriate transfusion: what can be learned from a systematic review of the literature. Transfusion 2002; 42: 1224-9.
26. Brandt MM, Rubinfeld I, Jordan J, Trivedi D, Horst HM. Transfusion insurgency: practice change through education and evidence-based recommendations. Am J Surg 2009; 197: 279-83.
27. Damiani G, Pinnarelli L, Sommella L, Farelli V, Mele L, Menichella G, et al. Appropriateness of fresh-frozen plasma usage in hospital settings: a meta-analysis of the impact of organizational interventions. Transfusion 2010; 50: 139-44.
28. Rehm JP, Otto PS, West WW, Grange JJ, Halloran BG, Lynch TG, et al. Hospital-wide educational program decreases red blood cell transfusions. J Surg Res 1998; 75: 183-6.
29. Pentti J, Syrjala M, Pettila V. Computerized quality assurance of decisions to transfuse blood components to critically ill patients. Acta Anaesthesiol Scand 2003; 47: 973-8.

ENGLISH SUMMARY

Inappropriate use of blood components in critical care?

Oddason KE[1,2,4], Gudbjartsson T[2,4], Gudmundsson S[3,4], Karason S[1,4], Hreinsson K[1], Sigurdsson GH[1,4]

Introduction: Due to potential risk of blood transfusions, clinical guidelines emphasize restrictive use of blood components. However, numerous studies indicate that adherence to guidelines is often less than optimal. Furthermore, information regarding use of blood transfusion in intensive care units (ICUs) and compliance to clinical guidelines is lacking. We studied the use of blood components in two adult ICUs in Iceland and the compliance to clinical guidelines.

Materials and methods: All adult patients that received blood components in both ICUs at Landspitali during 6 months in 2010 were studied. Hematology and coagulation parameters as well as indications for administration were compared with hospital guidelines.

Results: 202 patients (34%) received blood components, half of them after surgery. 30% received red-blood cells (RBCs), 18% fresh frozen plasma (FFP) and 9% platelets. The mean hemoglobin value before RBC transfusion was 87 g/L, but in one third of cases it exceeded 100 g/L. FFP was transfused at a normal prothrombin time in 9% of cases. No coagulation parameters were available before transfusion of 5% of FFP. Mean platelet count before transfusion of platelets was 82 x10^9/L and in 34% of cases it exceeded 100 x10^9/L.

Conclusion: One third of patients received blood components during their ICU stay, most commonly RBCs. At least 6% of RBCs, 14% of FFPs and 33% of platelets were not transfused according to recent guidelines at Landspítali. Although our results are in line with findings of other studies it appears that the use of blood components in Icelandic ICUs can be improved.

Key words: *Blood transfusion, intensive care unit, red blood cells, fresh frozen plasma, platelets, transfusion clinical guidelines.*

Correspondence: *Gísli H. Sigurðsson, gislih@landspitali.is*

[1]Departments of Anaesthesia & Intensive Care and [2]Surgery, and [3]Blood Bank, Landspítali University Hospital, [4]Faculty of Medicine, University of Iceland

cloxabix
Celecoxib

Góður liðstyrkur
til meðferðar við gigt



cloxabix

Cloxabix (celecoxib) er notað til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar, iktsýki, og hryggiktar



Portfarma

Sérlyfjatexti á bls. 59

Williams&Halls

Eldra fólk á bráðadeild: íslenskar niðurstöður úr fjölþjóðarannsókn InterRAI

Guðrún Þuríður Höskuldsdóttir[1] læknir, **Ólöf Guðný Geirsdóttir**[1] næringarfræðingur, **Inga Dóra Kristjánsdóttir**[2] hjúkrunarfræðingur, **Hjördís Jóhannesdóttir**[2] hjúkrunarfræðingur, **Bára Benediktsdóttir**[2] hjúkrunarfræðingur, **Bryndís Guðjónsdóttir**[2] hjúkrunarfræðingur, **Ingibjörg Magnúsdóttir**[2] hjúkrunarfræðingur, **Sólrún Rúnarsdóttir**[2] hjúkrunarfræðingur, **Pálmi V. Jónsson**[1,3] læknir fyrir InterRAI ED rannsóknarhópinn[4]

ÁGRIP

Inngangur: Eldra fólki sem sækir bráðadeild sjúkrahúsa fer fjölgandi. Eldra fólk er að jafnaði með útbreiddar aldurstengdar breytingar í líffærum, marga sjúkdóma og er á fjölda lyfja, auk líkamlegs og/eða vitræns færnitaps. Þjónustuþarfir þessa fólks eru oft flóknar. Markmið rannsóknarinnar var að lýsa færni og öldrunarheilkennum eldra fólks á bráðadeild Landspítala með samanburði við bráðadeildir í 6 öðrum löndum.

Efniviður og aðferð: Notuð var framskyggn lýsandi rannsókn á fólki (≥75 ára) sem sótti bráðadeildir í nokkrum löndum, þar með talið á Íslandi. Skimtæki InterRAI fyrir bráðadeildir var nýtt af hjúkrunarfræðingum til að meta einstaklingana.

Niðurstöður: Metnir voru 202 einstaklingar á bráðadeild Landspítala í Fossvogi, þar af voru 55% konur. Einbúar voru 48% og 34% áttu fyrri komur á bráðadeild innan 90 daga. Við komu á bráðadeild voru 59% með líkamlegt eða vitrænt færnitap; 13% sýndu merki um vitræna skerðingu og 36% voru ógöngufærir án eftirlits. Ættingjar fundu fyrir álagseinkennum í 28% tilvika en 11% upplifðu yfirþyrmandi álag. Í kjölfar komu á bráðadeild lögðust 46% inn á sjúkrahús. Í samanburði við erlendu niðurstöðurnar sést að heldur fleiri af íslensku þátttakendunum bjuggu einir og álagseinkenni ættingja voru heldur meiri (28% á móti 18%). Hlutfall innlagðra á sjúkradeild var lægra á Íslandi og fleiri fóru í endurhæfingu á Íslandi miðað við heildarhópinn.

Ályktun: Öldrunarheilkenni og færnitap hrjáði meirihluta eldra fólks sem leitaði á bráðadeild. Taka þarf tillit til þessa við hönnun á bráðadeildum og þróun verkferla er lúta að þjónustu við eldra fólk svo hámarka megi skilvirkni, öryggi og gæði.

Inngangur

[1]Rannsóknarstofu Háskóla Íslands og Landspítala í öldrunarfræðum, [2]bráðadeild Landspítala, [3]læknadeild Háskóla Íslands, [4]sjá eftirmála.

Fyrirspurnir: Pálmi V. Jónsson, palmivj@landspitali.is

Auknar lífslíkur fólks á Vesturlöndum leiða til þess að eldra fólk er sífellt stærri hluti þeirra sem leita eftir heilbrigðisþjónustu.[1,2] Eldra fólk er líklegra til að hafa marga sjúkdóma og stríða við langvinn veikindi sem leiða af sér líkamlegt og vitrænt færnitap, auk skertrar félagslegrar færni. Aukning á komum eldra fólks á bráðadeildir er umfram mannfjöldahlutfall þess og aukningin sést um víða veröld, þrátt fyrir mismunandi bráðadeildalíkön.[3,4] Eldra fólk er líklegra til að hafa alvarlega sjúkdóma, að koma í sjúkrabíl og að vera innlagt í kjölfar heimsóknar á bráðadeild.[5-8] Hár lífaldur tengist lengri dvöl á bráðadeild og auknum kostnaði við innlögn.[1,5,9] Jafnframt er eldra fólk útsettara fyrir aukaverkunum, með hærri tíðni vangreininga, á fleiri endurkomur á bráðadeild og það verða fleiri mistök við lyfjagjafir miðað við yngra fólk með sambærilega sjúkdómsbyrði.[10-13] Eftir því sem öldruðum hefur fjölgað á bráðadeildum hefur því verið haldið fram að það þurfi að endurhanna bráðadeildarhúsnæði og verkferla sem kallar á ítarlegan skilning á klínískum og sálfélagslegum þörfum eldra fólks sem sækir bráðadeildir.[14-16]

Helstu sjúkdómsgreiningum og heilkennum eldra fólks sem sækir á bráðadeild hefur verið lýst en lýsandi rannsóknir á færni og sálfélagslegum þáttum eru takmarkaðar. Þær rannsóknir sem til eru benda til að um fjórðungur eldra fólks hafi breytingar á vitrænni getu, einn sjötti hluti hafi hugsanleg einkenni þunglyndis og tveir þriðju hafi eitthvert færnitap.[17-21] Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á fleiri en einum stað og engin alþjóðleg samanburðarrannsókn hefur verið birt.

Þessi rannsókn tekur til eldra fólks sem sækir bráðadeildir í nokkrum löndum og er liður InterRAI í því að þróa matstæki sem lýsir þörfum og áhættu þessa hóps. Hér er lýst niðurstöðum rannsóknarinnar á Íslandi með heildarhópinn til viðmiðunar.

Efniviður og aðferðir

Safnað var fjölþjóðlegu, lýsandi þýði einstaklinga 75 ára og eldri sem leitaði á bráðadeild. Samtals var safnað gögnum frá 13 bráðadeildum í Ástralíu, Belgíu, Kanada, Þýskalandi, Íslandi, Indlandi og Svíþjóð. Til að ná tölfræðilegri marktækni var það skilyrði sett að þær bráðadeildir sem tækju þátt í rannsókninni yrðu að minnsta kosti að fá 100 einstaklinga úrtak. Leitast var við að velja bráðadeildir sem væru dæmigerðar fyrir viðkomandi land. Bráðadeildirnar voru að mestu staðsettar í þéttbýli með mikinn fjölda heimsókna en fáeinar þeirra voru úr dreifbýli en með mikinn fjölda heimsókna.

Rannsóknin var samþykkt af vísindasiðanefnd og Persónuvernd á Íslandi ásamt sambærilegum stofnunum í öðrum löndum. Aflað var upplýsts samþykkis frá þátttakendum og frá ættingjum þegar það átti við. Aldursmarkið 75 ára og eldri var valið þar sem fyrri rannsóknir hafa sýnt að fólk eldra en 75 ára er í mestri hættu á að fá fylgikvilla og hljóta skaða af veikindum

Greinin barst 7. september 2013, samþykkt til birtingar 17. nóvember 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Tafla I. *Lýsing á þátttakendum.*

	Öll löndin N=2282 (%)	Ísland n=202 (%)
Land		
Ástralía	283 (12,4)	
Belgía	385 (16,9)	
Kanada	532 (23,3)	
Þýskaland	549 (24,1)	
Ísland	202 (8,9)	
Indland	98 (4,3)	
Svíþjóð	233 (10,2)	
Kyn (karlar)	939 (41,2)	90 (44,8)
Aldur (meðaltal (stfr))	83,2 (5,5)	82,7 (4,5)
Býr ein(n)	922 (40,6)	96 (47,8)
Nánasti aðstandandi undir álagi	378 (18,3)	46 (27,7)
Fjölskyldan er buguð vegna veikinda einstaklingsins	366 (17,7)	19 (11,4)
Sjúklingur kemur frá annarri stofnun	163 (7,2)	0 (0)
Fjöldi koma á bráðadeild		
Aldrei síðustu 90 daga	1468 (64,5)	132 (65,7)
Einu sinni síðustu 90 daga	518 (22,8)	47 (23,4)
Tvisvar eða oftar síðustu 90 daga	290 (12,7)	22 (10,9)
Fjöldi daga frá síðustu sjúkrahúslegu		
Aldrei síðustu 90 daga	1649 (72,5)	140 (69,6)
31-90 dagar síðan	293 (12,9)	26 (12,9)
Innan síðustu 30 daga	331 (14,6)	34 (16,9)

* stfr=staðalfrávik

sínum.[22] Alvarlega veikir einstaklingar og þeir sem talið var að ekki myndu lifa 24 klukkustundir frá komu á bráðadeild voru útilokaðir. Úrtakið var hentugleikaúrtak og var þátttakenda aflað mest að deginum en einnig að kvöldi á tímabili sem spannaði frá tveimur vikum til tveggja mánaða, mismunandi eftir stöðum; tæpa tvo mánuði á Íslandi. Rannsóknir benda til að einstaklingar eldri en 65 ára sem sækja á bráðadeild séu líklegastir til að koma að morgni og síðdegis.[3] Alls tóku 2282 manns þátt í rannsókninni, þar af 202 á Íslandi (sjá töflu I).

Aðferð

Formlegt mat var framkvæmt af hjúkrunarfræðingum á bráðadeild Landspítala í Fossvogi og sambærilegu fagfólki erlendis. InterRAI-matstækið fyrir bráðadeildir (InterRAI ED) var notað en það er stutt og staðlað matstæki sem er ætlað til skimunar á viðfangsefnum og til stuðnings við ákvörðunartöku um innlögn eða útskrift heim (sjá viðauka). InterRAI-tækið metur færni og getu þess sem metinn er á mörgum lykilsviðum strax við komu á bráðadeild og breytingar á þessum þáttum á síðustu þremur dögum.[23] Þó að InterRAI-matstækið hafi ekki verið formlega reynt á bráðadeild fyrr, má ætla að áreiðanleiki þess sé góður, þar sem áreiðanleiki sömu breyta í InterRAI-fjölskyldu matstækja, þar með talið á bráðasjúkrahúsi, hefur reynst ágætur.[24-26] Allir matsaðilar fengu dags námskeið þar sem þeir voru þjálfaðir í notkun tækisins og farið yfir verklagsreglur rannsóknarinnar. Matið var framkvæmt á viðeigandi eyðublaði og slegið inn í rannsóknargagnagrunn. Auk hins staðlaða mats var aflað upplýsinga um vinnugreiningar, tímalengd á bráðadeild, tilvísanir á aðra þjónustu og útskrift frá bráðadeild eða sjúkrahúsi ef einstaklingur hafði verið innlagður. Tímalengd framkvæmdar matsins var skráð. Í lokin voru matsaðilar beðnir um þeirra skoðun á því hvort þörf væri fyrir víðtækara heildrænt öldrunarmat.

Eftirfylgd

Öllum þátttakendum var fylgt eftir 28 daga eftir fyrra viðtal. Eftirfylgdin var þríþætt: símleiðis til sjúklings eða nánasta ættingja, skoðun á rafrænni sjúkraskrá og könnun á dánarskrá. Á Íslandi var rafræn sjúkraskráning (Sagan) notuð til að skoða einstaklinga sem lögðust inn frá bráðadeild, þá var legutími og afdrif eftir útskrift skráð. Einnig var aflað upplýsinga um hvort sjúklingur ætti endurkomu á bráðadeild og hver dvalarstaðurinn væri, það er á sjúkrahúsi eða á hjúkrunarheimili.

Gagnavinnsla

Lýsandi tölfræði var beitt. Eftir því hver dreifing var á breytu var viðeigandi tölfræðisamanburði á meðalgildum beitt fyrir samfelld gögn og Kí kvaðrat-próf var notað fyrir ósamfelld gögn, þar sem p-gildi <0,05 var talið marktækt gildi. Tölfræði var metin í SPSS-forritinu, útgáfu 20 (SPSS, Inc., Chicago, IL). Öll hlutföll voru reiknuð sem prósenta af öllum einstaklingum með gögn fyrir viðkomandi breytu.

Niðurstöður

Lýðfræðilegir þættir íslensku þátttakendanna í samanburði við heildarhópinn eru sýndir í töflu I. Metnir voru 202 einstaklingar. Einn lést innan sólarhrings, tveir á næstu 28 dögum, þannig eru komuupplýsingar skráðar fyrir 201 einstakling og eftirfylgdarupplýsingar fyrir 199. Að meðaltali voru þátttakendur 12,5 (±3) klukkustundir á bráðadeild, allt frá tæpum tveimur klukkustundum og upp í tæpar 24 klukkustundir. Konur í íslenska þýðinu voru 55%, meðalaldur 83,1 ár, og 61% kvennanna bjuggu einar. Karlar voru 45%, meðalaldur þeirra 82,7 ár og 42% bjuggu einir. Margir höfðu á síðustu 90 dögum komið áður á bráðadeild (34%) og sjúkrahús (30%). Hvað 28% einstaklinganna snerti, fann nánasta fjölskylda og vinir fyrir álagseinkennum, svo sem erfiðleikum, reiði og/eða depurð, en í 11% tilvika voru aðstandendur bugaðir af veikindum einstaklingsins. Af heildarhópnum komu 7% af öðrum stofnunum en enginn af íslenska hópnum kom frá öðrum stofnunum, sem gæti skýrt að einhverju leyti mun á íslensku niðurstöðunum miðað við heildarhópinn. Af þeim matsaðilum sem svöruðu töldu 80,9% að nægilegar upplýsingar hefðu fengist með InterRAI-mælitækinu.

Færni og einkenni

Færni einstaklinganna fyrir og við komu á bráðadeild er lýst í töflu II. Alls voru 59% þeirra með vitræna og/eða færniskerðingu við athafnir daglegs lífs (ADL) við komu á bráðadeild. Af þeim sem voru með færniskerðingu við komu á bráðadeild voru 22% með eina færniskerðingu og 10% með skerðingu á öllum fimm þáttum hvað varðar vitræna og/eða ADL-færniskerðingu. Af þeim sem

Tafla II. *Færni.*

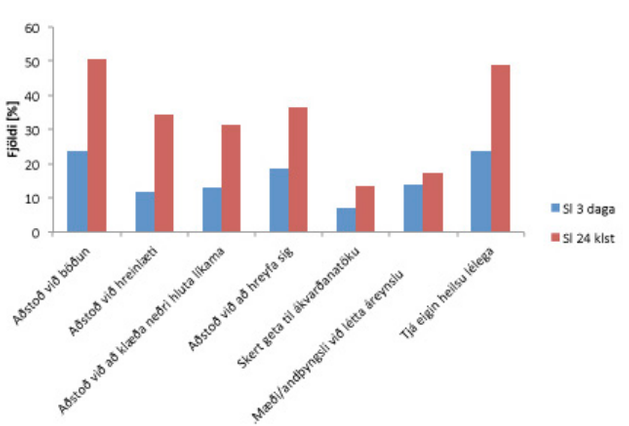
Fyrir veikindi	Öll löndin, N=2282 (%)	Ísland, n=201 (%)
Böðun - Þarf aðstoð	909 (39,8)	48 (23,9)
Persónulegt hreinlæti - Þarf aðstoð	539 (23,7)	24 (11,9)
Neðri hluti líkamans klæddur - Þarf aðstoð	649 (28,5)	26 (12,9)
Hreyfifærni - Þarf aðstoð	586 (25,8)	37 (18,4)
Vitræn geta fyrir daglegar athafnir - Þarf aðstoð	454 (20,0)	14 (7,0)
Við veikindi		
Böðun - Þarf aðstoð	1380 (60,9)	102 (50,7)
Persónulegt hreinlæti - Þarf aðstoð	960 (42,3)	69 (34,3)
Neðri hluti líkamans klæddur - Þarf aðstoð	1115 (49,1)	63 (31,3)
Hreyfifærni - Þarf aðstoð	1115 (49,1)	73 (36,3)
Vitræn geta fyrir daglegar athafnir - Þarf aðstoð	579 (25,5)	27 (13,4)
IADL-lyfjagjöf - Þarf aðstoð	889 (39,1)	60 (29,8)

*Almennar athafnir daglegs lífs (IADL).

voru hvorki með andlega né líkamlega færniskerðingu fyrir komu, fundu 44% fyrir andlegri og/eða líkamlegri færniskerðingu við komu á bráðadeild, þar af 28% hvað varðar tvo eða fleiri færniþætti.

ADL-færnitap fyrir komu á bráðadeild var algengt í öllum fjórum atriðum sem metin voru og voru erfiðleikar við böðun algengastir. Erfiðleikar höfðu oft aukist mjög við komu á bráðadeild, sérstaklega göngugeta, 18% áttu í gönguerfiðleikum fyrir bráðaveikindi en 36% við komu á bráðadeild. Umsjá með lyfjainntöku þurftu 30% einstaklinganna. Á undanförnum þremur mánuðum höfðu 43% dottið og 46% fundu fyrir verkjum daglega síðustu þrjá daga fyrir komu á bráðadeild. Þyngdartap sást hjá 35%, skilgreint sem 5% þyngdartap á síðastliðnum 30 dögum eða 10% á undanförnum 180 dögum, sem er vísbending um aukna áhættu á vannæringu.

Við komu á bráðadeild sýndu 15% merki um skerðingu á vitrænni getu við daglega ákvarðanatöku, en af þeim höfðu 7% vitræna skerðingu að einhverju marki áður en bráðaveikindi gerðu vart við sig. Skyndileg breyting á vitrænni getu, með ofskynjunum eða ranghugmyndum hafði orðið hjá 10% þeirra sem komu á bráðadeild en það getur bent til óráðs.



Mynd 1. *Færni og heilsufar fyrir og við komu á bráðadeild.*

Tafla III. *Niðurstöður um afdrif þátttakenda eftir útskrift af bráðadeild.*

	Öll löndin, N=2282 (%)	Ísland, n=202 (%)
Útskrift af bráðadeild		
Legudeild	1364 (60,2)	91 (45)
Aðrar sjúkrastofnanir (til dæmis endurhæfing/ líknardeild)	72 (3,2)	3 (1,5)
Hjúkrunarheimili	46 (2)	0 (0)
Heim	685 (30,2)	93 (46)
Með heimaþjónustu	90 (4)	5 (2,5)
Látnir	8 (0,4)	2 (1)
Upplýsingar skortir	17 (0,7)	8 (4)
Fjöldi daga á legudeild		
Miðgildi (spönn)	7 (0-336)	6 (0-49)
Útskrift af legudeild	(n=1364)	(n=91)
Aðrar sjúkrastofnanir (til dæmis endurhæfing/ líknardeild)	78 (5,7)	19 (20,9)
Hjúkrunarheimili	154 (11,3)	1 (1,1)
Heim	815 (59,7)	64 (70,3)
Með heimaþjónustu	123 (9,0)	0 (0)
Látnir	121 (8,9)	1 (1,1)
Upplýsingar skortir	73 (5,3)	6 (6,6)

Afdrif

Af íslenska heildarhópnum útskrifuðust 46% af bráðamóttöku beint heim á ný en 46% lögðust á sjúkradeild (sjá töflu III). Af þeim sem útskrifuðust heim voru 26% með tvo eða fleiri þætti andlegrar og/eða líkamlegrar færniskerðingar við komu á bráðadeild. Til samanburðar voru 63% þeirra sem lögðust inn á bráðadeild með tvo eða fleiri þætti andlegrar og/eða líkamlegrar færniskerðingar. Línuleg tengsl voru með fjölda andlegra- og líkamlegra færniskerðingaþátta og líkum á innlögn á bráðadeild, bæði þeirra sem höfðu færniskerðingu fyrir komu á bráðadeild (p=0,001) og þeirra sem fundu fyrir færniskerðingu við komu á bráðadeild (p=0,001). Ekki var marktækur munur á innlögnum einstaklinga á sjúkradeild eftir því hvort þeir bjuggu einir eða fjölskylda þeirra upplifði mikið álag.

Af þeim sem voru útskrifaðir heim af bráðadeild, komu 35%, eða 33 einstaklingar, aftur á bráðadeild innan 28 daga, þar af komu 13 tvisvar sinnum eða oftar. Af þessum 33 einstaklingum lögðust 20 inn á sjúkradeild á eftirfylgdartímanum. Línuleg tengsl sáust með hækkandi skori InterRAI-mælitækisins og líkum á endurkomu á bráðmóttöku (p=0,040). Enginn kynjamunur sást á endurkomum.

Þegar íslensku niðurstöðurnar eru skoðaðar í samanburði við heildarhópinn sést að heldur fleiri af íslensku þátttakendunum bjuggu einir (48% á móti 41%), álagseinkenni nánustu ættingja voru heldur meiri (28% á móti 18%), þó svo að ADL og vitræn

geta fyrir veikindi og í veikindum væru heldur betri. Hlutfall innlagðra á sjúkradeild var 45% á Íslandi en 60% í heildarhópnum. Hins vegar fóru fleiri í endurhæfingu á Íslandi, eða 19% miðað við 6% í heildarhópnum.

Umræða

Þetta er stærsta alþjóðlega rannsókn sem birt hefur verið um þetta efni og gefur heildarmynd af eldra fólki sem sækir þjónustu á bráðadeildir sjúkrahúsa og hvernig því farnast. Niðurstöðurnar sýna að meirihluti þessa hóps er hrumur og háður öðrum. Undirliggjandi veikindi eru algeng og endurkomur nokkuð algengar á bráðadeild en ekki var spurt um nýlegar komur á heilsugæslu eða til annarra lækna. Vitræn skerðing og takmarkanir á færni í athöfnum daglegs lífs eru sérlega algengar. Í samræmi við rannsóknir á sjúkrahúsum var skerðing á líkamlegri færni tengd bráðaveikindum, þannig að meirihluti rannsóknarþýðisins var háður hjálp við komu á bráðadeild.[27-29] Vitræn skerðing var einnig algengari, með nýtilkominni breytingu á vitrænni getu hjá sumum, sem gæti bent til óráðs. Þegar á heildina er litið virtist sem meira en þrír fjórðu hlutar hópsins hafi að minnsta kosti eitt öldrunarheilkenni. Þetta mynstur sést hjá öllum vestrænum þjóðum.

Nýtilkomið ADL-færnitap, sérstaklega hjá þeim sem búa einir, er talsverður þröskuldur fyrir útskrift heim. Ef einstaklingur er vitrænt skertur eða með skerta færni þegar lega á bráðasjúkradeild er fullnægjandi með hliðsjón af þeim sjúkdómi er leiddi til bráðrar innlagnar, er þörf fyrir endurhæfingu í framhaldinu. Þar sem þessi staða er algeng er mikilvægt að hafa greiðan aðgang að heildrænu öldrunarmati og tilheyrandi greiningarvinnu ásamt meðferð á bráðalegudeild og loks framhaldsendurhæfingu fyrir þá sem greinast með endurhæfingarþarfir. Niðurstöðurnar sýna að fylgni er með færniskerðingu sem sést á hækkandi skori á InterRAI-mælitækisins og þörf á innlögn, sem sýnir að einfalt tæki eins og InterRAI-mælitækið getur hjálpað við ákvarðanatöku á bráðadeild.

Þessar niðurstöður og aðrar frá einstökum þjóðum benda til að eldra fólk sem kemur á bráðadeild hafi mjög ólíkar þarfir samanborið við yngra og miðaldra fólk vegna færnitaps, sérstaklega með tilliti til vitrænnar getu og tjáningar. Því þarf ítarlegri upplýsingasöfnun en ella og mikilvægt leita eftir upplýsingum hjá nánustu ættingjum eða umönnunaraðilum. Auk þess er mikil hætta á vangreiningum hjá þessum aldurshópi.[3, 30] Fyrri veikindi og færnitap eru líkleg til að breyta birtingarmynd bráðra sjúkdóma. Þá er líklegra að gamalt fólk dvelji lengur á bráðadeild en yngra fólk.[30]

Rannsóknin hefur takmarkanir sem einkum réðust af því að fjármögnun hennar var takmörkuð og því var ekki hægt að tryggja að um tilviljunarúrtak væri að ræða. Vegna þessa einskorðaðist rannsóknin við dag- og kvöldtíma á virkum dögum, en ekki nætur eða helgar. Niðurstöður annarra rannsókna benda til þess að bjögun rannsóknarinnar ætti ekki að vera tiltakanleg vegna þessa.[3] Ekki var heldur hægt að tryggja að þjálfaðir matsaðilar væru alltaf tiltækir. Því var ekki hægt að taka alla einstaklinga sem komu í röð á bráðadeild. Einnig duttu einstakar vaktir út vegna skorts á þjálfuðum matsaðilum. Að þessu slepptu var rannsóknaráætlunin samræmd til þess að tryggja samræmda gagnaöflun. Rannsóknin skoðaði einkum færni og öldrunarheilkenni. Það hefði verið upplýsandi að skrá sjúkdómsgreiningar einstaklinganna til hliðsjónar við niðurstöður InterRai-matsins. Hins vegar eru greiningar á bráðadeild oft bráðabirgðagreiningar og til að fá nákvæmar greiningar þarf að fara í ítarlegri vinnu sem fjármögnun leyfði ekki. Þrátt fyrir þessar takmarkanir gefur rannsóknin fjölþjóðlega innsýn sem hingað til hefur ekki fengist.

Á meðan eldra fólk dvelur á bráðadeild myndast sérstakar þarfir. Vitræn skerðing, þar með talið óráð, tengt takmarkaðri sjálfsbjargargetu og göngulagstruflunum, eru áhættuþættir fyrir byltur og legusár. Ef dvöl á bráðadeild dregst á langinn, eins og þessi rannsókn virðist benda til að hendi oft, þarf að efla hjúkrunarmönnun til eftirlits, legusáravarna, til að tryggja vökvainntöku og til að aðstoða fólk á salerni. Líklega er þörf á ráðgjöf frá sérfræðingi með reynslu af öldrunarlækningum. Algengi öldrunarheilkenna er slíkt að mikil þörf er fyrir að starfsfólk á bráðadeild, læknar, hjúkrunarfræðingar og aðrir starfsmenn, hafi sérstaka þjálfun í greiningu og umönnun eldra fólks.

Algengt viðhorf á bráðadeild er að fyrst og fremst eigi að greina og meðhöndla alvarlega sjúkdóma og slys en að öldrunarþjónusta sé utan við það sem bráðadeild tilheyri. Ef þessum sjónarmiðum er haldið á lofti verða sérstök sérhæfð öldrunarteymi og jafnvel sérhæfðar öldrunarbráðadeildir réttlætanlegar. Mikilvægt er að sérhæfing og tillegg til þjónustu við eldra fólk sé til staðar á bráðadeild til að mæta bráðaþörfum eldra fólks eins og annarra. Slík aðstaða þarf að taka mið af eiginleikum og eðli bráðasjúkdóma eldra fólks og því hversu mikið færnitap er meðfylgjandi, hvort öldrunarheilkenni eru til staðar, eðli þeirra, áhættu á frávikum og löngum dvalartíma á bráðadeild.

Rannsóknin sýnir að færnitap og öldrunarheilkenni hrjá meirihluta eldra fólks sem leitar á bráðadeild, óháð rannsóknarlandi, skipulagi heilbrigðisþjónustu og menningu. Þessi staðreynd er ákveðin vísbending um að vert sé að huga sérstaklega að verkferlum og hönnun húsnæðis með tilliti til þarfa eldra fólks sem nú leitar sífellt oftar á bráðadeildir vestrænna sjúkrahúsa.

InterRAI® ED rannsóknarhópurinn

*InterRAI er alþjóðlegur samstarfshópur rannsakenda frá yfir 30 löndum sem hefur það markmið að bæta lífsgæði og umönnun fólks með langvinn veikindi og/eða fötlun með því að þróa heildræn matstæki fyrir alla hluta þjónustukeðjunnar. Matstækin eru nýtt til að safna og túlka samræmd hágæðagögn sem lýsa eiginleikum fólks og afdrifum á ýmsum sviðum heilbrigðis- og félagsþjónustu. Markmiðið er að bæta ákvarðanatöku og stefnumótun með sannreyndum hætti og fjölnýta gögnin í klínísku starfi, þróa gæðavísa, túlka umönnunarþyngd og stuðla að rannsóknum, sjá: www.InterRAI.org

Andrew P. Costa, PhD, School of Public Health and Health Systems, University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Kanada
Michael G. DeGroote, School of Medicine, McMaster University, Hamilton, Ontario, Kanada
John P. Hirdes, PhD, School of Public Health and Health Systems, University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Kanada
George A. Heckman, MD, MSc, School of Public Health and Health Systems, University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Kanada
Aparajit B. Dey, MD, Department of Geriatric Medicine, All India Institute of Medical Sciences, Nýju-Delhí, Indlandi
Pálmi V. Jónsson, MD, Department of Geriatrics, Landspítali University Hospital; Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavík, Íslandi
Prabha Lakhan, RN, PhD, Centre for Research in Geriatric Medicine, The University of Queensland, Brisbane, Queensland, Ástralíu
Gunnar Ljunggren, MD, PhD, Public Healthcare Services Committee Administration, Stockholms County Council, Stokkhólmi; Medical Management Centre, Department of Learning, Informatics, Management and Ethics, Karolinska Institutet, Stokkhólmi, Svíþjóð
Fredrik Sjostrand, MD, PhD, Karolinska Institutet, Department of Clinical Science and Education, Södersjukhuset; Section of Emergency Medicine, Södersjukhuset AB, Stokkhólmi, Svíþjóð
Walter Swoboda, MD, Institute for Biomedicine of Aging, University of Erlangen Nürnberg, Klinikum Nürnberg, Þýskalandi
Nathalie IH Wellens, PhD, Department of Public Health, Centre for Health Services and Nursing Research, KU Leuven, Belgíu
Leonard C. Gray, MD, PhD, Centre for Research in Geriatric Medicine, The University of Queensland, Brisbane, Queensland, Ástralíu

Viðauki. *Breytur í InterRAI ED-mælitæki.*

Mælieining	Skýring
Vitræn skerðing	Skerðing á getu einstaklingsins til að taka ákvarðanir um þætti í daglegu lífi. Á ekki við þegar einstaklingurinn getur skipulagt daginn á reglulegan, skynsamlegan og öruggan hátt
Skerðing á persónulegum athöfnum daglegs lífs (ADL)	InterRAI-matið notar getu einstaklingsins til að baða, snyrta, klæða og hreyfa sig til að meta hvort hann geti séð um sig sjálfur. Skerðingin er síðan flokkuð eftir því hversu mikla aðstoð þarf til að klára verkið (duga vísbendingar, þarf stjórnun eða fulla aðstoð)
Skerðing á almennum athöfnum daglegs lífs (IADL)	InterRAI-matið notað getu einstaklingsins til að komast upp og niður stiga og til að sjá um lyfin sín til að meta IADL-færni. Skerðinging er síðan flokkuð eftir því hversu mikla aðstoð þarf til að klára verkið (umsjón, létta eða fulla aðstoð)
Mæði eða andþyngsli	Einstaklingurinn tjáir sjálfur hvort hann finnur fyrir mæði eða andþyngslum. Þetta er síðan flokkað eftir því hvenær þessi einkenni koma fram (við mikla áreynslu, meðalmikla áreynslu, við venjuleg heimilisstörf eða til staðar í hvíld)
Eigið mat á heilsu (*self reported health*)	Einstaklingurinn er spurður: „Hvernig metur þú heilsu þína almennt?“ Svarmöguleikar eru mjög góða, góða, sæmilega, lélega eða vildi ekki svara
Óstöðug heilsa (*unstable health*)	Undirliggjandi sjúkdómar eða heilsufarsbrestir sem valda sveiflum í vitrænni getu, ADL-færni, skapi eða hegðun
Bráðar breytingar á geðheilsu	Skörp, ófyrirsjáanleg breyting á hegðun (svo sem eirðarleysi, þreyta, meðvitundarskerðing eða breytt túlkun á umhverfinu)
Skapgerðarbreytingar	Einstaklingurinn er spurður hvort hann hafi upplifað eftirfarandi síðastliðna þrjá daga: minni áhuga á hlutum sem venjulega vekja áhuga, kvíða, eirðarleysi, óróleika, sorg, depurð, vonleysi
Ofskynjanir	Á við ranga skynjun á umhverfinu, hvort sem hún er meðvituð eða ekki, svo sem heyrnar-, lyktar-, sjón-, bragð- eða tilfinningaofskynjanir
Ranghugmyndir	Meinloka eða þráhyggja sem ekki er hægt að leiðrétta, svo sem mikilmennskuhugmyndir, vænisýki, ofsóknarkennd eða líkamlegar ranghugmyndir
Skertur skilningur	Einstaklingur sýnir endurtekið erfiðleika með að vinna úr upplýsingum eða skilja samskipti
Hegðunareinkenni	Hegðun sem getur verið skaðleg einstaklingnum eða truflandi fyrir aðra, svo sem óviðeigandi tjáning (munnleg eða líkamleg), óviðeigandi eða truflandi hegðun á almannafæri, óviðeigandi kynferðisleg hegðun
Nánasti aðstandandi undir álagi	Nánasti aðstandandi einstaklingsins tjáir álag, reiði, þunglyndiseinkenni eða árekstra í tengslum við umönnun
Fjölskyldan er buguð vegna veikinda einstaklingsins	Fjölskylda eða vinir gefa til kynna að þeir eigi erfitt með að takast á við veikindi einstaklingsins
Byltur	Ein eða fleiri byltur síðastliðna 90 daga. Bylta er skilgreind sem óviljandi breyting á líkamsstöðu þannig að einstaklingurinn lendi á gólfinu, jörðinni eða lægri fleti
Verkir	Ónotaleg skynjunar- eða tilfinningaleg upplifun sem tengist oftast yfirvofandi eða raunverulegum vefjaskaða. Verkjaupplifun er flokkuð eftir tíðni: engir verkir, verkir en ekki síðastliðna þrjá daga, verkir einu sinni til tvisvar á síðastliðnum þremur dögum eða daglega síðastliðna þrjá daga. Styrkur verkjarins er flokkaður sem: enginn verkur, mildur, meðalslæmur, slæmur eða óbærilegur verkur
Skert inntaka á fæðu eða vökva	Merkjanleg minnkuð inntaka fæðu eða matar síðastliðna þrjá daga miðað við venjulega
Þyngdartap	Tap á meira en 5% þyngdar á síðustu 30 dögum eða meira en 10% á síðastliðnum 180 dögum
Skaði vegna áverka	Brot eða meiriháttar skaði vegna slyss (svo sem bílslyss) eða árásar (svo sem stungu eða byssuskots)
Þörf fyrir ítarlegt öldrunarmat	Mat rannsakanda á því hvort einstaklingurinn þurfi ítarlegt öldrunarmat, sem er skilgreint sem ítarlegt þverfaglegt mat á mörgum þáttum: líkamlegum, félagslegum, vitrænum, umhverfis- og færniþáttum

Heimildir

1. George G, Jell C, Todd BS. Effect of population ageing on emergency department speed and efficiency: a historical perspective from a district general hospital in the UK. Emerg Med J 2006; 23: 379-83.
2. Xu KT, Nelson BK, Berk S. The changing profile of patients who used emergency department services in the United States: 1996 to 2005. Ann Emerg Med 2009; 54: 805-10, e1-7.
3. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med 2002; 39: 238-47.
4. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents-a population-based study. J Am Geriatr Soc 2010; 58: 510-7.
5. Lowenstein SR, Crescenzi CA, Kern DC, Steel K. Care of the elderly in the emergency department. Ann Emerg Med 1986; 15: 528-35.
6. Lowthian JA, Cameron PA, Stoelwinder JU, Curtis A, Currell A, Cooke MW, et al. Increasing utilisation of emergency ambulances. Aust Health Rev 2011; 35: 63-9.
7. Lowthian JA, Jolley DJ, Curtis AJ, Currell A, Cameron PA, Stoelwinder JU, et al. The challenges of population ageing: accelerating demand for emergency ambulance services by older patients, 1995-2015. Med J Aust 2011; 194: 574-8.
8. Strange GR, Chen EH. Use of emergency departments by elder patients: a five-year follow-up study. Acad Emerg Med 1998; 5: 1157-62.
9. Bond M, Erwich-Nijhout M, Phillips D, Baggoley C. Urgency, disposition and age groups: a casemix model for emergency medicine. Emerg Med 1998; 10: 103-10.
10. Caplan GA, Brown A, Croker WD, Doolan J. Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department--the DEED study. Discharge of elderly from emergency department. Age Ageing 1998; 27: 697-702.
11. Chin MH, Wang LC, Jin L, Mulliken R, Walter J, Hayley DC, et al. Appropriateness of medication selection for older persons in an urban academic emergency department. Acad Emerg Med 1999; 6: 1232-42.
12. Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Al SG, Code CC, Caughey SC, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. Can Med Assoc J 2004; 170: 1235-40.
13. Lewis LM, Miller DK, Morley JE, Nork MJ, Lasater LC. Unrecognized delirium in ED geriatric patients. Am J Emerg Med 1995; 13: 142-5.
14. Peterson LK, Fairbanks RJ, Hettinger AZ, Shah MN. Emergency medical service attitudes toward geriatric prehospital care and continuing medical education in geriatrics. J Am Geriatr Soc 2009; 57: 530-5.
15. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De TG, Dessi-Fulgheri P. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. Intern Emerg Med 2007; 2: 292-301.
16. Schumacher JG. Emergency medicine and older adults: continuing challenges and opportunities. Am J Emerg Med 2005; 23: 556-60.
17. Gerson LW, Blanda M, Dhingra P, Davis JM, Diaz SR. Do elder emergency department patients and their informants agree about the elder's functioning? Acad Emerg Med 2001; 8: 721-4.
18. Gerson LW, Counsell SR, Fontanarosa PB, Smucker WD. Case finding for cognitive impairment in elderly emergency department patients. Ann Emerg Med 1994; 23: 813-7.
19. Hustey FM, Meldon SW. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. Ann Emerg Med 2002; 39: 248-53.
20. Kumar A, Clark S, Boudreaux ED, Camargo CA, Jr. A multicenter study of depression among emergency department patients. Acad Emerg Med 2004; 11: 1284-9.
21. Wilber ST, Blanda M, Gerson LW. Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients? Acad Emerg Med 2006; 13: 680-2.
22. Downing A, Wilson R. Older people's use of Accident and Emergency services. Age Ageing 2005; 34: 24-30.
23. Hirdes JP, Curtin-Telegdi N, Poss JW, Gray L, Berg K O, Stolee P, et al. interRAI Contact Assessment: Screening Level Assessment for Emergency Department and Intake from Community/Hospital Assessment Form and User's Manual. interRAI, Washington DC 2009.
24. Gray L, Bernabei R, Berg K, Finne-Soveri H, Fries BE, Hirdes JP, et al. Standardizing Assessment of Elderly People in Acute Care: The interRAI Acute Care Instrument. J Am Geriatr Soc 2008; 56: 536-41.
25. Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, Frijters DH, Finne-Soveri H, Gray L, et al. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: A 12-country study of an integrated health information system. BMC Health Serv Res 2008; 8: 277.
26. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet 2007; 370: 1453-7.
27. Mudge A, Laracy S, Richter K, Denaro C. Controlled trial of multidisciplinary care teams for acutely ill medical inpatients: enhanced multidisciplinary care. Intern Med J 2006; 36: 558-63.
28. Fortinsky RH, Covinsky KE, Palmer RM, Landefeld CS. Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1999; 54: M521-6.
29. Lakhan P, Jones M, Wilson A, Courtney M, Hirdes J, Gray LC. A prospective cohort study of geriatric syndromes among older medical patients admitted to acute care hospitals. J Am Geriatr Soc 2011; 59: 2001-8.
30. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. Ann Emerg Med 2010; 56: 261-9.

ENGLISH SUMMARY

Old people in the Emergency Department; Icelandic results from the InterRAI multinational ED study

Hoskuldsdottir GTh, Geirsdottir OG, Kristjansdottir ID, Johannesdottir H, Benediktsdottir B, Guðjonsdottir B, Magnusdottir I, Runarsdottir S, Jonsson PV on behalf of InterRAI ED Group

Introduction: Old people attend emergency departments (ED´s) in increasing numbers. Old people have age related changes in all organ systems and tend to have multiple chronic diseases, be on multiple medications and often have physical and cognitive functional impairments. Hence, they have complex health and social service needs. The purpose of this study was to describe function and geriatric syndromes of old people who present at Landspitali Emergency Department, Iceland, with comparison to ED´s in six other countries.
Material and methods: A prospective descriptive study of people (>75 year´s) attending ED´s in seven countries, including Iceland. The InterRAI assessment tool for ED´s was used by nurses to assess participants.
Results: At Landspitali ED, 202 individuals were assessed, of whom 55% were women. Of the 202 individuals, 34% attended the ED within 90 days and of those 48% lived alone. On admission to the ED, 59% had physical or cognitive functional impairment; 13% had only cognitive impairment and 36% were unable to walk without assistance. Caregiver distress was identified in 28% and 11% felt overwhelming burden. From the ED, 46% were admitted to the hospital. Compared with foreign results greater number of Icelandic participants lived alone and caregiver's distress was slightly higher (28% vs. 18%). Fewer individuals in Iceland were admitted to a hospital and Iceland had higher admission rate to rehabilitation compared with the overall group.
Conclusion: Geriatric syndromes and functional impairment afflicted majority of old people who attended the Landspitali ED. These observations should be taken into account in ED design and care planning for old people to maximize efficiency, safety and quality.

Correspondence: *Pálmi V. Jónsson, palmivj@landspitali.is*

Key words: *InterRAI ED, old, emergency department, screening tool, outcome.*

NÝTT LYF!

IS-LIX-13-12-04



Bættu Lyxumia við og bættu virknina

- **GLP-1 viðtakaörvi sem hefur áhrif á blóðsykurshækkun eftir máltíðir gefinn einu sinni á dag[1,2]**
- **Marktæk lækkun á HbA1c með greinileg áhrif á blóðsykurshækkun eftir máltíð[3-6]**
- **Jákvæð áhrif á líkamsþyngdina[3-6]**

Lyxumia®
lixisenatid

SANOFI DIABETES

Heimildir: 1. Lyxumia Sérlyfjaskrártexti, 4. október 2013. **2.** Vidal et.al, Lixisenatide-A new Glucagon-like Peptide 1 Receptor Agonist in the treatment of Type 2 Diabetes. European Endocrinology, 2013,9(2); 76-81. **3.** Fonseca, Alvardo-Ruiz, Raccah et al, Efficacy and safety of the Once-Daily GLP-1 Receptor Agonist Lixisenatide in Monotherapy. Diabetes Care 2012 Jun; 35(6): 1225-31. **4.** Ahrén, Dimas, Miossec et al, Efficacy and safety of Lixisenatide Once-Daily Morning or Evening Injections in Type 2 Diabetes Inadequately Controlled on Metformin. Diabetes Care 2013 Sep; 36(9): 2543-50. **5.** Riddle, Aronson, Home et al, Adding Once-Daily Lixisenatide for Type 2 Diabetes Inadequately Controlled by Established Basal Insulin. Diabetes Care 2013 Sep; 36(9) 2489-96. **6.** Riddle, Forst, Aronson et al, Adding Once-Daily Lixisenatide for type 2 Diabetes Inadequately Controlled With Newly Initiated and Continously Titrated Basal Insulin Glargine. Diabetes Care. 2013 Sep; 36(9):2497-503.

Sérlyfjatexti á bls. 61

jaydess®
13,5 MG LEVONORGESTREL

BAYER



Ég hef ekki verið á pillunni í 2 ár, 3 mánuði og 4 daga

og samt verið yfir 99% örugg um að verða ekki þunguð



Ný getnaðarvörn

- Jaydess® er smálykkja sem veitir örugga vörn gegn þungun í allt að 3 ár
- Lítil og auðveld í uppsetningu[1]
- Lítið magn hormóna og verkun að mestu staðbundin
- Rannsökuð hjá konum sem hafa fætt barn sem og þeim sem ekki hafa fætt barn
  - -Jaydess® er ekki fyrsta val fyrir konur sem ekki hafa fætt barn, vegna takmarkaðrar klínískrar reynslu

Upplýsa ber notendur um hættu á utanlegsfóstri og einkenni þess

1. Gemzell-Danielsson K, et al. Fertil steril 2012; (97): 616-622. e3.

Sérlyfjatexti á bls. 61

LIS.12.2013.0047

Áhrif meðferðarinnar „Njóttu þess að borða“ á heilsu og líðan kvenna sem flokkast með offitu

Helga Lárusdóttir[3] hjúkrunarfræðingur, **Helga Sævarsdóttir**[3] hjúkrunarfræðingur, **Laufey Steingrímsdóttir**[1,2,4] næringarfræðingur, **Ludvig Á. Guðmundsson**[5] læknir, **Eiríkur Örn Arnarson**[1,2] sálfræðingur

ÁGRIP

Inngangur: Offita er eitt stærsta lýðheilsuvandamál heimsins og tíðnin hefur aukist síðustu 20-30 árin. Offita hefur áhrif á líkamlega og andlega heilsu og eykur dánartíðni. Fá gagnreynd meðferðarúrræði fyrir of feita einstaklinga bjóðast hérlendis.
Efniviður og aðferðir: Rannsakendur skipulögðu 15 vikna hópmeðferð, „Njóttu þess að borða“, og var tilgangur rannsóknarinnar að forprófa það fyrir konur sem flokkast með offitu. Meðferðin byggir á hugrænni atferlismeðferð og beinir sjónum sérstaklega að þjálfun svengdarvitundar. Þægindaúrtaki 20 kvenna á aldrinum 19-44 ára með líkamsþyngdarstuðul 30-39,9 kg/m², var skipt af handahófi í hóp A og B. Hópur A hlaut meðferð meðan hópur B var til samanburðar. Víxlrannsóknarsniði var beitt og hópur B varð íhlutunarhópur. Áhrif meðferðar á heilsu þátttakenda voru metin fyrir, á meðan og eftir meðferð og í 6 og 12 mánaða eftirfylgd. Mæld var þyngd, líkamsþyngdarstuðull, fituhlutfall og fitumagn, blóðþrýstingur, serum kólesteról, þríglýseríð, háþéttni fituprótein og serum 25-hydroxy D-vítamín (25(OH)D). Einnig voru lagðir fyrir kvarðar sem meta lífsgæði (SF-36 og OP), þunglyndi (BDI-II) og kvíða (BAI) auk spurningalista um bakgrunn þátttakenda og mat á meðferðinni.
Niðurstöður: Marktæk lækkun varð hjá hópunum á þyngd (p=0,001), líkamsþyngdarstuðli (p=0,001), fituhlutfalli (p=0,010), fitumagni (p=0,002), neðri mörkum blóðþrýstings (p=0,005) og hækkun á gildi 25-OHD-vítamíns í sermi (p=0,008) eftir meðferð. Einkenni þunglyndis og kvíða lækkuðu (p<0,001 og p<0,004). Lífsgæði jukust samkvæmt OP-kvarða (p=0,006) og andleg heilsa batnaði (MCS) (p=0,012) á SF-36. Meðalþyngdartap var 3,7 kg eftir meðferð og hélst árangur við eftirfylgd.
Ályktun: Meðferðin „Njóttu þess að borða“ lofar góðu sem valkostur innan grunnheilbrigðisþjónustu, til að bæta andlega heilsu og lífsgæði kvenna sem eru of feitar, auk þess að hjálpa þeim að grennast.

Inngangur

[1]Háskóli Íslands, [2]Landspítali, [3]Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, [4]Rannsóknastofa í næringarfræði, [5]Reykjalundur endurhæfing,

Fyrirspurnir: Eiríkur Örn Arnarson

eirikur@lsh.is

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur skilgreint offitu sem heimsfaraldur og einn mesta lýðheilsuvanda 21. aldar, vegna algengis hennar, heilsufarsáhrifa og kostnaðar.[1] Algengi offitu fullorðinna í heiminum hefur nær tvöfaldast frá árinu 1980. Þá voru 4,8% karla og 7,9% kvenna talin hafa líkamsþyngdarstuðul hærri en 30 kg/m² en árið 2008 voru 9,8% karla og 13,8% kvenna yfir þeim mörkum. Meðal hátekjuþjóða er líkamsþyngdarstuðull hæstur í Bandaríkjunum, á Nýja-Sjálandi og í Ástralíu.[2]

Á Íslandi hefur svipuð þróun átt sér stað. Í könnun Lýðheilsustöðvar árið 2007 á heilsu og líðan Íslendinga á aldrinum 18-79 ára, reyndist hlutfall kvenna yfir kjörþyngd (>25 kg/m²) vera 53,5% en karla 66,6%. Niðurstöður benda til að meira en helmingur íslensku þjóðarinnar sé yfir kjörþyngd og um 21% of feitir (>30 kg/m²).[3,4]

Orsakir offitu eru margslungnar en oftast er um samspil atferlis, umhverfis, félagslegra, efnahagslegra og erfðaþátta að ræða.[1,5] Daglegt líf hefur breyst mikið síðustu áratugi og munar talsvert um tækniframfarir í hvers kyns störfum, svo sem í heimilishaldi, ferðamáta og athöfnum daglegs lífs sem krefjast minni orku en áður.[6] Umhverfisþættir hafa áhrif á matarvenjur og hreyfingu fólks, svo sem aðgengi og framboð fæðu og tækifæri til hreyfingar svo og félagslega þátttöku og virkni.[7]

Streita og kvíði eru talin geta haft áhrif á matarvenjur og holdafar. Þeir sem borða þegar þeim líður illa eru oft yfir kjörþyngd.[8]

Offita hefur áhrif á flest líffærakerfi og lífsgæði. Hún er talin einn aðaláhættuþáttur hjarta- og æðasjúkdóma og áunninnar sykursýki.[1] Einnig er hún talin áhættuþáttur vissra krabbameina, slitgigtar, kæfisvefns, verkja í stoðkerfi og margvíslegra andlegra, félagslegra og tilfinningalegra vandamála.[1,9]

Rannsóknir hafa leitt í ljós marktækt lægri styrk 25-hydroxy D-vítamíns 25(OH)D í sermi þeirra sem eru yfir kjörþyngd.[10]

Á Íslandi hafa ekki verið gefnar út klínískar leiðbeiningar fyrir fullorðna með offitu en ýmis úrræði eru í boði. Á Reykjalundi er boðið upp á meðferð fyrir fólk með annars stigs offitu (>35 kg/m²) með eftirtektarverðum árangri.[11] Heilsustofnun NLF í Hveragerði, Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað og endurhæfingardeildin í Kristnesi bjóða einnig upp á meðferð við offitu. Einnig má nefna ráðgjöf hjúkrunarfræðinga og lækna á heilsugæslustöðvum, Heilsuborg, sjálfstætt starfandi sálfræðinga, íslensku vigtarráðgjafana, OA-samtökin og margskonar átaksnámskeið líkamsræktarstöðva.

Greinin barst 22. júní 2013, samþykkt til birtingar 28. nóvember 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

LÍS.12.2013.0047

Hópur	Ágúst-Desember 2010	Janúar-Apríl 2011	Júní 2011	Október 2011	Desember 2011	Apríl 2012
A	Meðferð ↔		Eftirfylgd (6 mánuðir)		Eftirfylgd (12 mánuðir)	
B	Bíður/samanburður ↔	Meðferð ↔		Eftirfylgd (6 mánuðir)		Eftirfylgd (12 mánuðir) Lok rannsóknar

Mynd 1. *Tímabil meðferðar (15 vikur) og eftirfylgdar (12 mánuðir).*

Undanfarin ár hefur færst í vöxt að beita hugrænni atferlismeðferð samhliða annarri meðferð við þyngdarstjórnun og sýna rannsóknir að árangursríkt sé að bæta henni við meðferð til að breyta lífsstíl sem beinist að mataræði og hreyfingu.[12] Hugræn atferlismeðferð er sú sálfræðimeðferð sem er í hvað örustum vexti og mest rannsökuð í dag.[13] Hún var upphaflega þróuð sem þunglyndismeðferð en komið hefur í ljós að hún er einnig árangursrík til að takast á við kvíða, átröskun og fleira.[14] Helsti kostur hennar er talinn felast í langtímaárangri og fallvörn.[13] Vísbendingar eru um að samtvinnun meðferðarforma skili góðum árangri.[5]

Þjálfun svengdarvitundar (*Appertite Awareness Training*) er þróuð af Lindu W. Craighead og samstarfsaðilum sem gáfu út meðferðarhandbók árið 2006, sem var íslenskuð árið 2012.[15] Þjálfun svengdarvitundar byggir á hugrænni atferlismeðferð og leggur áherslu á að fylgja merkjum líkamans um svengd og seddu. Meðferðin var upphaflega þróuð til að takast á við lotuát og hefur sýnt góðan árangur við því[16] en einnig reynst gagnleg sem forvörn gegn þróun átraskana hjá háskólanemum.[15,17] Rannsakendum þótti áhugavert að rannsaka hve vel þjálfun svengdarvitundar nýttist hópi of feitra kvenna án tillits til lotuáts. Í þjálfun svengdarvitundar er lögð áhersla á að gera greinarmun á svengd og löngun í mat og á hvern hátt tilfinningar og umhverfisáhrif hafa áhrif á matarlöngun. Lögð er áhersla á mikilvægi þess að sættast við líkamann og reynt að rjúfa tengsl sjálfsmyndar og líkamsþyngdar.[15] Konur sem eru of feitar eru líklegri til að bæta heilsutengda áhættuþætti þegar þær sættast við þyngd og læra að þekkja magamál sitt.[18]

Slökun hefur verið beitt samhliða hugrænni atferlismeðferð með góðum árangri.[14] Reglubundin slökun lækkar blóðþrýsting, dregur úr súrefnisþörf líkamans, vöðvaspennu og kvíða og hægir á öndun og hjartslætti.[19] Bandarísk rannsókn leiddi í ljós að í 5 vikna meðferð of feitra kvenna dró þriggja vikna þjálfun í reglubundinni slökun marktækt úr áti af tilfinningalegum toga í samanburði við hóp sem ekki lærði slökun.[20] Hreyfing hefur löngum verið notuð til að hafa stjórn á þyngd vegna þess hve mikilvæg hún er talin til að viðhalda árangri. Hreyfing er ekki síður mikilvæg vegna jákvæðra áhrifa á andlega og líkamlega heilsu.[21]

Að framansögðu má vera ljóst að offita er flókinn vandi sem ógnar lýðheilsu Íslendinga. Rannsakendur telja fá úrræði bjóðast í grunnheilbrigðisþjónustu og því var meðferðin „Njóttu þess að borða“ þróuð. Ákveðið var að hún yrði hópmeðferð þar sem hún er talin hagkvæmari og álitin skila jafnvel betri árangri en einstaklingsmeðferð, og hópur veitir aðhald og stuðning.[22] Við skipulagningu meðferðar var haft í huga hve erfitt reynist að viðhalda þyngdartapi eftir meðferð[23] og að léttast er ekki eina forsenda jákvæðra áhrifa á heilsu.[15,24] Meðferðin er 15 vikna hópmeðferð fyrir konur með líkamsþyngdarstuðul 30-39,9 kg/m². Í meðferðinni er fléttað saman hugrænni atferlismeðferð, þjálfun svengdarvitundar, hreyfingu, slökun og ráðleggingum um mataræði. Tilgangur rannsóknar var að rannsaka áhrif framangreindrar meðferðar hjá konum með líkamsþyngdarstuðul á bilinu 30-39,9 kg/m² og var tilgáta rannsakenda að meðferðin hefði jákvæð mælanleg áhrif á andlega og líkamlega heilsu þeirra.

Efniviður og aðferðir

Þægindaúrtaki 20 kvenna var skipt af handahófi í tvo hópa, A (n=10) og B (n=10). Starfsmenn heilsugæslu í Árbæ, Mjódd og Mosfellsumdæmi öfluðu þátttakenda sem voru konur á aldrinum 19-44 ára, með líkamsþyngdarstuðul á bilinu 30-39,9 kg/m². Frábendingar voru þungun, brjóstagjöf, þátttaka í öðrum úrræðum til að stjórna þyngd, nýgreind sykursýki og alvarleg líkamleg fötlun.

Áhrif meðferðar á hóp A voru rannsökuð (ágúst-desember 2010) en hópur B var til samanburðar, síðan var víxlrannsóknarsniði beitt og hópur B fékk meðferð (janúar-apríl 2011). Eftirfylgd var 6 og 12 mánuðum eftir meðferð hjá hvorum hópi fyrir sig (mynd 1).

Markmið meðferðar þar sem hugrænni atferlismeðferð, þjálfun svengdarvitundar, hreyfingu, slökun og ráðleggingum um mataræði er fléttað saman var að þátttakendur breyttu lífsstíl varanlega til að draga úr afleiðingum offitu. Þátttakendum var kennt að skynja betur tilfinningu um svengd og seddu, takast á við niðurrifshugsanir, setja sér markmið, takast á við ytra áreiti og tilfinningalegt át. Einnig að bæta stjórn á mataræði, auka þekkingu á áhrifum næringar, hreyfingar og slökunar auk þess að stuðla að

120 mínútur	Hópefli/spjall	Þema/fræðsla	Heimavinna	Hreyfing
Hóptími Laugardaga 9:30-11:30	15 mínútur Spurningar Hópefli Spjall	40 mínútur Fræðsla um ákveðið viðfangsefni	10 mínútur Kynning á næsta heimaverkefni	45 mínútur Gönguferð 25 mínútur Teygjur 10 mínútur Slökun 10 mínútur

Mynd 2. *Skipulag hóptíma í meðferðinni „Njóttu þess að borða“.*

breyttum lífsstíl til frambúðar. Þyngdartap var kynnt sem árangur af að breyta lífsstíl og borða eftir „venjulegu leiðinni“ sem þjálfun svengdarvitundar leggur áherslu á. Hvorki voru þátttakendur beðnir að telja hitaeiningar né settar strangar reglur um mat heldur var áhersla á að skrá svengd og seddu.

Meðferðin fór fram í 14 hóptímum og þremur einstaklingstímum. Hverjum hóptíma var skipt upp í hópefli/spjall, fræðslu, fyrirlögn heimavinnu og hreyfingu (mynd 2) en í einstaklingstímum voru framkvæmdar mælingar og markmið sett.

Eftirfarandi mælingar voru framkvæmdar fyrir, eftir meðferð og við eftirfylgd: hæð, þyngd, blóðþrýstingur, fituhlutfall og fitumagn. Einnig voru tekin blóðsýni og kólesteról, þríglýseríð, HDL og 25(OH)D mælt í sermi. Einkenni kvíða, þunglyndis og lífsgæði voru mæld og tvær síðarnefndu mælingarnar ásamt þyngd mældar reglulega á meðferðartímanum.

Rannsakendur bjuggu til spurningalista með lýðfræðilegum upplýsingum sem þátttakendur svöruðu í upphafi og í lok rannsóknar voru þeir beðnir að meta meðferðina „Njóttu þess að borða“ með 9 atriða kvarða.

Líkamlegar mælingar

Við hæðarmælingu var notuð veggföst mælistika (Ka-We) með stöðluðum kvarða. Þátttakendur sneru baki í vegg, hælar, sitjandi og herðar snertu vegg og handleggir hafðir slakir. Hæð var skráð með 0,1 sm nákvæmni. Þátttakendur voru vigtaðir í léttum fatnaði á tölvuvog (Seca). Líkamsþyngdarstuðull (kg/m²) var reiknaður út frá hæð og þyngd.

Við blóðþrýstingsmælingu var notaður kvikasilfursblóðþrýstingsmælir (Standby®). Notuð var viðeigandi armbandsstærð eftir mælingu á upphandlegg þátttakenda. Lesið var af mælinum með 5 mm nákvæmni en mældur var þrýstingur á báðum handleggjum og hærra gildi skráð.

Fituhlutfall og fitumagn voru mæld með rafleiðnitæki (*Biodynamics*) en tækið mælir viðnám gegn leiðni rafstraums í líkama og út frá því er reiknað vatns- og fitumagn líkamans. Lífeindafræðingar frá rannsóknastofu Landspítala tóku og mældu blóðsýni.

Sálfræðilegar mælingar

Þunglyndis- og kvíðaeinkenni voru metin með þunglyndis- og kvíðakvörðum Becks (BDI-II, BAI). Báðir eru 21 atriða sjálfsmatskvarðar og heildarstig hvors geta verið á bilinu 0-63, þeir hafa verið þýddir og staðlaðir hér á landi og teljast áreiðanlegir og réttmætir.[25,26]

Almenn lífsgæði voru metin með margreyndum stöðluðum sjálfsmatskvarða fyrir almenna heilsu og byrði langvinnra sjúkdóma og nefnist „Könnun á heilsufari“ SF-36v1®. Reiknuð eru meðalstig fyrir andlega (*mental component summary; MCS*) og líkamlega (*physical component summary*; PCS) heilsu[28] á bilinu 0-100 þar sem 50 stig eru talin endurspegla eðlilegt ástand, en fleiri stig vísbending um meiri lífsgæði. Innri áreiðanleiki spurningalistans mældist góður í samanburðarrannsókn í 11 löndum.[27] Upplýsingar um lífsgæði tengd offituvanda fengust með OP-kvarða, sem er sænskur sjálfsmatskvarði með 8 spurningum um daglegar athafnir metnar á fjögurra punkta kvarða.[28] Stig eru á bilinu 0-100 og há einkunn bendir til minni lífsgæða. OP er stuttur og áreiðanlegur kvarði og talinn gagnlegur í klínískri vinnu til að skima fyrir sálfélagslegu ójafnvægi.[28]

Leyfi

Vísindasiðanefnd veitti leyfi (VSN 10-019-S1) fyrir rannsókninni og Persónuvernd var tilkynnt um hana. Leyfi fékkst hjá framkvæmdastjóra lækninga Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis og yfirlæknum heilsugæslustöðvanna þriggja.

Tölfræði

Gögn voru greind með tölfræðiforritunum Excel 2010 og SPSS 19.0 (SPSS, Chicago, IL. USA). Lýsandi tölfræði var beitt og meðaltöl og staðalfrávik fundin. Dreifing var skoðuð með Kolmogorov-Smirnov prófi. Þar sem úrtak var ekki normaldreift var notast við stikalaust próf (*non-parametric*) (Wilcoxon) til að meta árangur námskeiðs. Til að bera saman íhlutunarhóp og samanburðarhóp voru hópmeðaltöl borin saman með stikalausu prófi (Mann-Whitney). Miðað var við 5% marktektarkröfu ($p \leq 0,05$).

Niðurstöður

Greint er frá niðurstöðum fyrir og eftir meðferð hjá hópunum A (n=9) og B (n=9), þeir eru síðan sameinaðir (A+B) og breytingar skoðaðar hjá öllum þátttakendum (N=18). Breytingar hjá hópunum bentu í sömu átt en með sameiningu þeirra náðist meiri styrkur við tölfræðilega úrvinnslu. Átján af 20 konum luku námskeiðinu og komu í 6 mánaða eftirfylgd. Sautján mættu í 12 mánaða eftirfylgd. Að lokinni eftirfylgd þurfti að útiloka barnshafandi konu og aðra sem fór í magaminnkun. Eftir stóðu 15 í lokaútreikningum og mættu 11 í loka blóðsýnatöku en 9 í blóðsýnatöku í fyrri eftirfylgd.

Hóparnir voru svipaðir með tilliti til bakgrunnsbreyta (tafla I). Í hópi B voru fleiri með háskólamenntun (78%) samanborið við hóp A (33%) og færri með læknisfræðilega greiningu eða tóku lyf (37%) miðað við hóp A (67%). Ekki reyndist marktækur munur á neinum breytum hópanna í upphafi, fyrir utan einkenni þunglyndis sem voru marktækt fleiri ($p=0,04$) í hópi A.

Líkamlegar mælingar

Meðalþyngdartap þátttakenda (N=18) var 3,7 kg ($p=0,001$) (tafla II) og spönn -10,4 til +2 kg. Hópur A (n=9) léttist að meðaltali um 3,0 kg við meðferð ($p=0,03$) en samanburðarhópur um 0,5 kg ($p=0,42$). Hópur B (áður samanburðarhópur) léttist að meðaltali um 4,4 kg ($p=0,01$) við meðferð.

Við eftirfylgd breyttist meðalþyngd þátttakenda (N=15) lítið (tafla III), sjö héldu áfram að léttast, tveir stóðu í stað og sex þyngdust.

Fituhlutfall þátttakenda (N=18) lækkaði að meðaltali um 1,2% ($p=0,01$) og meira hjá hópi A, 1,6% ($p=0,04$), en hjá hópi B 0,7% ($p=0,37$). Fitumagnið minnkaði að meðaltali um 2,6 kg ($p=0,002$) (tafla II). Árangur hélst við eftirfylgd (tafla III). Að meðaltali lækkuðu efri mörk blóðþrýstings um 2mmHg ($p=0,37$) og neðri mörk um 3mmHg ($p=0,01$) hjá báðum hópum. Eftir námskeið varð

Tafla I. *Bakgrunnur þátttakenda.*

	Hópur A (n=9)		Hópur B (n=9)		Hópar A og B (N=18)	
	meðaltal (stfr)	spönn	meðaltal (stfr)	spönn	meðaltal (stfr)	spönn
Aldur	35,2 ± 8,3	21-42	37,0 ± 5,1	29-40	36,2 ± 6,7	21-42
Barnafjöldi	2,2 ± 1,5	0-5	1,8 ± 0,9	0-3	2,0 ± 1,3	0-5
	n	%	n	%	n	%
Reykja	2	22	0	0*	2	11
Í vinnu	8	89	9	100	17	94
Taka lyf	6	67	4	50*	10	59**
Læknisfr. greining	6	67	3	37*	9	53**
Menntun						
Skyldunám	3	33	0	0	3	17
Framhaldskólastig	3	33	2	22	5	28
Háskólastig	3	33	7	78	10	55

*n=8 **N=17

marktæk hækkun á meðalgildi 25(OH)D um 7,4 nmól/L (p=0,01). Í 6 mánaða eftirfylgd hafði gildi 25(OH)D hækkað marktækt um 18,9 nmól/L (p=0,01) (tafla III). Engar marktækar breytingar urðu á gildum kólesteróls, þríglýseríðs eða HDL (tafla II).

Sálfræðilegar mælingar

Marktækt dró úr einkennum þunglyndis hjá hópunum meðan á námskeiðunum stóð (mynd 3 og 4) og í hópi A+B minnkuðu þau um 13,1 stig að meðaltali (p≤0,001) en jukust um 2,5 stig í 12 mánaða eftirfylgd (tafla II og III). Einkenni þunglyndis minnkuðu marktækt um 14,1 stig (p=0,01) í hópi A en breyting hjá samanburðarhópi nam einu stigi (p=0,57). Við samanburð á íhlutunar- og samanburðarhópi dró marktækt úr einkennum þunglyndis (p=0,004) hjá íhlutunarhópi.

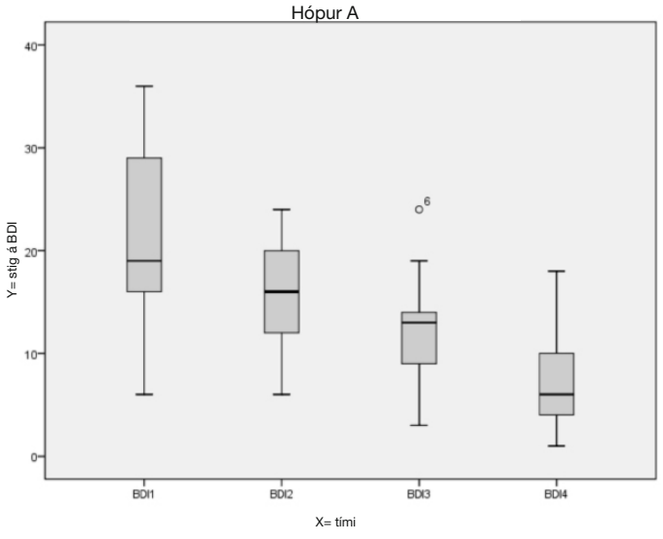
Kvíðaeinkennum fækkaði hjá báðum hópum á námskeiðum og tölfræðilega marktækt í hópi B og hópi A+B. Árangur hélst við eftirfylgd (tafla III). Á OP-lífsgæðakvarða fækkaði stigum beggja hópa eftir námskeiðið, en lækkunin reyndist einungis tölfræðilega marktæk hjá hópi B og A+B. Við eftirfylgd varð ekki marktæk breyting.

Á SF-36v1® varð hækkun á meðalgildi fyrir andlega (MCS) og líkamlega heilsu (PCS) hjá báðum hópum og var hækkunin marktæk á MCS í hópi A+B (p= 0,01) (tafla II).

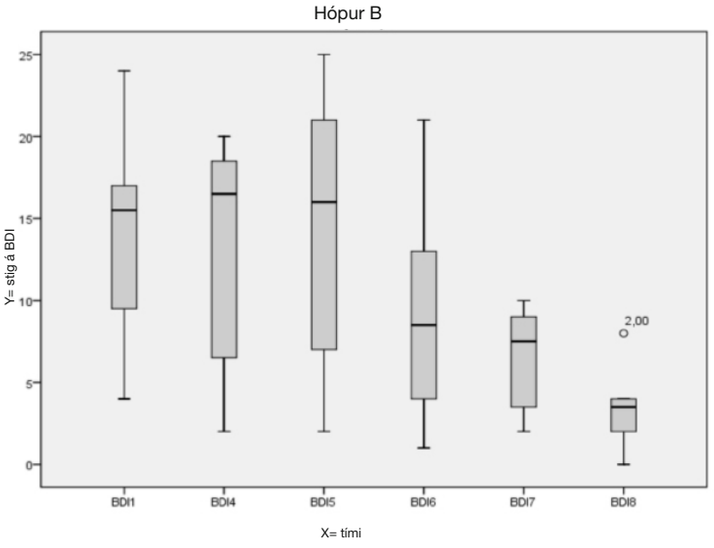
Þátttakendur gáfu námskeiðinu meðaltalseinkunnina 9,3 á kvarðanum 1-10. Öllum þátttakendum bar saman um að skipulag námskeiðs hefði verið mjög gott eða gott og hefði uppfyllt væntingar að miklu eða öllu leyti.

Umræður

Markmið rannsóknar var að rannsaka áhrif námskeiðsins „Njóttu þess að borða“ á heilsu kvenna sem eru of feitar. Tölfræðilega marktækur bati náðist hjá meðferðarhópunum á holdafarsmælingum, neðri mörkum blóðþrýstings, sermisgildi 25(OH)D, þunglyndis- og kvíðaeinkennum, lífsgæðum á OP- kvarða og MCS (SF36). Þegar hópur A (n=9) var borinn saman við samanburðarhóp (n=10) kom í ljós marktæk fækkun einkenna þunglyndis og hélst árangur í 6 og 12 mánaða eftirfylgd. Niðurstöður styðja tilgátu rannsakenda um að meðferðin hafi jákvæð mælanleg áhrif á andlega og líkamlega heilsu þátttakenda.



Mynd 3. *Þróun þunglyndiseinkenna (á BDI-II) hjá hópi A, mælt með mánaðar millibili frá upphafi meðferðar til loka.*



Mynd 4. *Þróun þunglyndiseinkenna (á BDI-II) hjá hópi B. Fyrstu tveir kassarnir (box plot) sýna þróun einkenna meðan hópurinn var samanburðarhópur og hinir seinni fjórir þróun meðan á meðferð stóð.*

Tafla II. *Niðurstöður mælinga fyrir og eftir meðferð og P-gildi hjá hópi A+B, hópi A og hópi B.*

	Hópur A+B (N=18)			Íhlutunarhópur A ágúst - desember 2010 (n=9)			Íhlutunarhópur B janúar - apríl 2011 (n=9)		
	Fyrir námsk. meðaltal (stfr)	Eftir námsk. meðaltal (stfr)	p-gildi	Fyrir námsk. meðaltal (stfr)	Eftir námsk. meðaltal (stfr)	p-gildi	Fyrir námsk. meðaltal (stfr)	Eftir námsk. meðaltal (stfr)	p-gildi
Þyngd (kg)	104,0 ± 9,4	100,3 ± 11,1	0,001*	105,7 ± 11,0	102,7 ± 12,3	0,03*	102,3± 7,8	97,8 ± 9,8	0,01
LÞS (kg/m²)	37,1 ± 2,8	35,6 ± 3,4	0,001*	37,2 ± 2,7	36,0 ± 3,6	0,03*	37 ± 3,0	35,2 ± 3,2	0,01
Fituhlutfall (%)	41,7± 2,2	40,5 ± 2,9	0,01*	42,1± 1,7	40,5 ± 3,1	0,04	41,2 ± 2,6	40,5 ± 3,0	0,37
Fitumagn (kg)	43,4 ± 5,4	40,8 ± 6,8	0,002*	44,6± 5,6	41,7 ± 7,3	0,04	42,3 ± 5,3	39,9 ± 6,5	0,02
Þunglyndi (BDI-II)	18,6 ± 9,4	5,5 ± 4,6	0,00*	21,7 ± 9,4	7,6 ± 5,5	0,01	15,4 ± 8,8	3,3 ± 2,2	0,01
Kvíði (BAI)	8,3 ± 7,1	4,3 ± 4,9	0,004*	9,4 ± 7,6	5,9 ± 7,7	0,07	7,1 ± 6,7	2,8 ± 3,3	0,02
Lífsgæði (OP)	51,3 ± 24,3	32,7 ± 18,9	0,01*	55,2 ± 22,2	35,2 ± 22,2	0,09	47,4 ± 27,0	30,3 ± 15,8	0,03
Lífsgæði (SF36,PCS)	49,2 ± 9,1	49,8 ± 6,6	0,88	44,2 ± 8,6	46,5 ± 5,5	0,31	52,8 ± 7,7	53,1 ± 6,3	0,21
Lífsgæði (SF36,MCS)	38,8 ± 10,5	48,3 ± 10,5	0,01*	39,3 ± 8,1	43,2 ± 11,9	0,11	39,2 ± 12,4	53,4 ± 5,8	0,05
BÞ-efri mörk (mmHg)	118 ± 6,8[1]	116 ± 6,2[1]	0,37	119 ± 5,1	120 ± 4,4	0,68	117 ± 8,1	113 ± 6,1	0,07
BÞ-neðri mörk (mmHg)	80 ± 6,6[1]	77 ± 6,2[1]	0,01*	82 ± 7,2	79 ± 6,9	0,04*	79 ± 6,3	76 ± 5,5	0,06
Kólesteról (mmól/L)	4,9 ± 0,7[1]	4,9 ± 0,6[1]	0,98	4,7 ± 0,7[2]	4,9 ± 0,5[2]	0,20	5,1 ± 0,6	4,9 ± 0,8	0,29
Þríglýseríð (mmól/L)	1,3 ± 0,7	1,3 ± 0,8	0,59	1,4 ± 0,8	1,3 ± 0,7	0,87	1,3 ± 0,7	1,3 ± 0,9	0,59
HDL (mmól/L)	1,3 ± 0,4	1,3 ± 0,4	0,54	1,4 ± 0,4	1,4 ± 0,4	0,91	1,2 ± 0,3	1,2 ± 0,4	0,41
25 (OH)D (nmol/L)	30,2 ± 9,6	37,6 ± 12,4	0,01*	31 ± 10,8	34,3 ± 13	0,44	29 ± 8,7	40,8 ± 12	0,01*

*munur telst marktækur ef $p \leq 0,05$, [1]N=17, [2]n=8, A+B = meðferðarhópar sameinaðir, A = meðferðarhópur 1, B= samanburðarhópur sem síðar varð meðferðarhópur 2, LÞS=líkamsþyngdarstuðull, BÞ=blóðþrýstingur.

Um 83% þátttakenda léttust á meðferðartíma, að meðaltali um 4,7 kg, spönn þyngdarbreytinga var -10,4 til +2 kg og allt að 12% af upphafsþyngd. Samanborið við aðrar rannsóknir[12,18,29] telst árangur ásættanlegur og áhugaverður því ekki var lögð áhersla á þyngdartap heldur breyttan lífsstíl og bætta heilsu. Það er talið bæta heilsu of feitra kvenna að hvetja þær til að breyta matarvenjum, hlusta á líkamann og sættast við sjálfar sig hvort sem þær léttast eða ekki.[15,18,24] Við mat þátttakenda á meðferðinni voru þeir sem ekki léttust ánægðir með námskeiðið vegna jákvæðra breytinga á lífsstíl og töldu að meðferðin hefði hjálpað þeim að hætta að þyngjast. Tengsl líkamsþyngdar og sjúkdóma eru ekki aðeins tilkomin vegna beinna áhrifa aukinnar líkamsfitu á þróun ákveðinna sjúkdóma heldur eru lítil hreyfing og lélegt mataræði talin hafa áhrif á holdafar og sjúkdóma.[3] Neðri mörk blóðþrýstings lækkuðu marktækt, að meðaltali um 3mmHg, að lokinni meðferð sem er jákvætt þar sem hár blóðþrýstingur eykur líkur á dauðsföllum vegna hjarta- og æðasjúkdóma.[1] Lækkunin var þó mun minni en hjá Rapoport og félögum en þeir sáu 8mmHg lækkun á neðri mörkum blóðþrýstings eftir 12 vikna meðferð.[29]

Í upphafi rannsóknar voru 89% þátttakenda með gildi 25(OH)D í sermi undir viðmiðunarmörkum (>45 nmól/L) en talið er að offita auki líkur á lágu gildi 25(OH)D.[30] Þátttakendur með lægsta gildi 25(OH)D í þessari rannsókn reyndust vera með hæsta líkamsþyngdarstuðul. Rannsóknir hafa sýnt að það að léttast tengist hækkuðu gildi 25(OH)D[31] en einnig var þátttakendum ráðlagt að taka D-vítamín. Við árs eftirfylgd voru meðalgildi 25(OH)D innan eðlilegra marka hjá öllum þátttakendum nema þremur. Það sáust ekki marktækar breytingar á blóðfitugildum eftir meðferð enda voru þau gildi innan eðlilegra marka í upphafi rannsóknar (tafla I). Athygli vekur hve háa einkunn þátttakendur fengu á þunglyndiskvarða við upphaf rannsóknar og eftirtektarverð lækkun á meðferðartíma sem hélst við árs eftirfylgd (tafla III). Stigafjöldi í upphafi var hærri að meðaltali en hjá Rapaport[30] þar sem þátttakendur voru eingöngu konur. Þunglyndi er talið algengara meðal kvenna en karla með offitu, óháð aldri, kynþætti, hjúskaparstöðu, menntun, tóbaksnotkun og notkun þunglyndislyfja.[32] Í upphafi voru 78% þátttakenda með einkenni þunglyndis (BDI-II ≥14) en í lokin voru allir þátttakendur að einum undanskildum með „væg

Tafla III. *Hópur A+B. Niðurstöður mælinga fyrir og eftir meðferð, 6 og 12 mánaða eftirfylgd.* Hópur A+B, N=15.

	Fyrir námskeið meðaltal (stfr)	Eftir 15 vikur meðaltal (stfr)	Eftir 6 mánuði meðaltal (stfr)	Eftir 12 mánuði meðaltal (stfr)
Þyngd (kg)	103,5 ± 10,06	99,32 ± 11,59*	99,66 ± 13,07	99,34 ± 11,45
LÞS (kg/m²)	36,43 ± 2,63	34,94 ± 3,24*	35,07 ± 3,95	34,93 ± 3,06
Fituhlutfall %	41,94 ± 1,90	40,25 ± 3,06*	40,38 ± 3,71[2]	40,85 ± 2,72[1]
Fitumagn (kg)	43,45 ± 5,63	40,12 ± 7,43*	40,08 ± 8,50[2]	40,62 ± 7,07[1]
Þunglyndi (BDI-II)	18,47 ± 8,58	4,47 ± 3,44*	6,6 ± 9,37	6,93 ± 6,96
Kvíði (BAI)	8,06 ± 6,10	3,20 ± 3,21*	3,26 ± 3,58	3,73 ± 3,53
Lífsgæði (OP)	51,47 ± 23,43	31,47 ± 18,4*	30,29 ± 22,01	29,47 ± 21,57
25 (OH)D (nmol/L)	30,31 ± 8,15	39,24 ± 13,54*	58,15 ± 20,57[3]*	50,73 ± 19,39[2]

*munur telst marktækur ef $p \leq 0,05$, [1]N=12, [2]N=11, [3]N=9, A+B=meðferðarhópar sameinaðir, LÞS=líkamsþyngdarstuðull.

eða engin einkenni“ þunglyndis (BDI-II ≤13). Lækkun á BDI-II kvarða er í samræmi við niðurstöður hliðstæðra rannsókna.[5,11,29]

Niðurstöður OP-kvarða benda til að meðferðin hafi dregið úr sálfélagslegu álagi, aukið lífsgæði og styrkt sjálfsmynd og eru niðurstöðurnar í samræmi við aðrar rannsóknarniðurstöður.[11] Niðurstöðurnar benda til að fleiri þættir en þyngd hafi áhrif á sálfélagslegt álag og lífsgæði hinna of feitu, en rannsóknir hafa sýnt að aukin lífsgæði haldist eftir meðferð þó þátttakendur þyngist.[33]

Niðurstöður á SF-36 benda til bættra almennra lífsgæða. MCS batnaði marktækt hjá hópi A+B. Þessar niðurstöður eru ekki að öllu leyti í samræmi við fyrri rannsóknir. Áhrif offitu hafa verið talin meiri á líkamlega heilsu[34] og tengd undirþáttum PCS.[35] Bætt lífsgæði mæld með MCS eftir meðferð gætu skýrst að hluta af slakari andlegri heilsu þátttakenda í upphafi sem batnaði á meðferðartímanum. Við eftirfylgd 6 og 12 mánuðum eftir að meðferð lauk hélst árangur sem náðst hafði á meðferðartímanum en talið er mikilvægt að meta langtímaáhrif til að meta hvort meðferð skili raunverulegum árangri.[24] Rannsóknir sýna að hætt er við að meirihluti þátttakenda þyngist á ný eftir að meðferð lýkur[24] og því er helsta áskorun þeirra sem skipuleggja meðferð fyrir fólk sem flokkast með offitu að árangur meðferðar haldist. Niðurstöður rannsóknar eru jákvæð vísbending um árangur meðferðar og í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna.[11, 12, 29]

Það styrkir rannsóknina að nota samanburðarhóp, beita víxlrannsóknarsniði og að hafa árs eftirfylgd.

Helsti veikleiki rannsóknarinnar er lítið úrtak og því erfitt að sýna fram á tölfræðilega marktækni eða yfirfæra niðurstöður á stærra þýði. Meðferðaraðilar voru þeir sömu og lögðu fyrir kvarða og því ekki hægt að útiloka þóknunaráhrif. Meðferðartíminn var einnig stuttur og erfitt að meta áhrif annarra þátta í umhverfi þátttakenda sem hugsanlega geta haft áhrif á árangur þeirra.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin telur ákjósanlegt og hagkvæmt að bjóða meðferð við offitu í heilsugæslu.[1] Rannsóknir benda til þess að of þungar konur hafi áhuga á að mæta í lífsstílsmeðferð á heilsugæslustöð[36] og að heilsugæslan sé góður vettvangur fyrir meðferð við offitu og ofþyngd.[12] Niðurstöður þessarar rannsóknar styðja það. Hér er í fyrsta sinn lögð áhersla á þjálfun svengdarvitundar í offitumeðferð hér á landi. Það er ýmislegt fleira en þyngdartap sem hefur áhrif á bætta heilsu og líðan þátttakenda í offitumeðferð. Það að bæði þyngdartap og bætt andleg líðan héldust í 12 mánaða eftirfylgd er sérstaklega þýðingarmikið.

Með því að bjóða meðferðina „Njóttu þess að borða“ í heilsugæslunni má leggja lóð á vogaskálarnar til að draga úr offitu og afleiðingum hennar. Meðferðin leiddi til marktækra breytinga á þyngd, líkamsþyngdarstuðli, fituhlutfalli, fitumagni, neðri mörkum blóðþrýstings, gildi D-vítamíns, þunglyndis- og kvíðaeinkennum, lífsgæðum mældum með OP og einstökum þáttum lífsgæða mældum með SF-36. Árangur hélst við 6 og 12 mánaða eftirfylgd. Meðferðin lofar góðu sem úrræði fyrir konur sem flokkast með offitu og hún virðist vera þátttakendum að skapi og það dregur úr líkum á brottfalli. Mikilvægt er að fylgja rannsókninni eftir með fleiri rannsóknum á árangri meðferðar fyrir stærra og fjölbreyttara þýði.

Þakkir

Við þökkum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins sem lánaði okkur húsnæði og tækjabúnað og greiddi kostnað við greiningu blóðsýna. Einnig þökkum við Reykjalundi sem lánaði okkur rafleiðnitæki til fitumælinga. B-hluti Vísindasjóðs íslenskra hjúkrunarfræðinga og Forvarnarsjóður Lýðheilsustöðvar styrktu rannsóknina.

Heimildir

1. Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization. Italy 2011.
2. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. Lancet 2011; 377: 557-67.
3. Valdimarsdóttir M, Jónsson SH, Þorgeirsdóttir H, Gísladóttir E, Guðlaugsson JÓ, Þórlindsson Þ. Líkamsþyngd og holdafar fullorðinna Íslendinga 1990-2007. Lýðheilsustöð, Reykjavík 2009.
4. Þorgeirsdóttir H, Valgeirsdóttir H, Gunnarsdóttir I, Gísladóttir E, Gunnarsdóttir BE, Þórsdóttir I, et al. Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2010-2011. Helstu niðurstöður. Embætti landlæknis, Matvælastofnun og Rannsóknastofa í næringarfræði 2011.
5. Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. Eur J Cardiovasc Nurs 2006; 5: 102-14.
6. Lanningham-Foster L, Nysse LJ, Levine JA. Labor saved, calories lost: The energetic impact of domestic labor-saving devices. Obes Res 2003; 11: 1178-81.
7. Gibney MJ. Public health nutrition. Blackwell Science, Oxford 2004.
8. Ozier AD, Kendrick OW, Leeper JD, Knol LL, Perko M, Burnham J. Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. J Am Diet Assoc 2008; 108: 49-56.
9. Birgisson G, Guðmundsson L. Offitumeðferð á Reykjalundi. Sjúkraþjálfarinn 2005; 32: 22-4.
10. Wortsman J, Matsuoka LY, Chen TC, Lu ZR, Holick MF. Decreased bioavailability of vitamin D in obesity. Am J Clin Nutr 2000; 72: 690-93.
11. Hannesdóttir S, Guðmundsson L, Jóhannson E. Heilsufarslegar breytingar sjúklinga í atferlismiðaðri offitumeðferð. Læknablaðið 2011; 97: 597-602.
12. Eichler K, Zoller M, Steurer J, Bachmann LM. Cognitive-behavioural treatment for weight loss in primary care: a prospective study. Swiss Med Wkly 2007; 137: 489-95.
13. Beck AT, Dozois DJ. Cognitive therapy: current status and future directions. Ann Rev Med 2011; 62: 397-409.
14. Westbrook D, Kennerley H, Kirk J. An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy, Skills and Applications (Vol. 3).: SAGE Publications Ltd, London 2008.
15. Craighead LW. The Appetite awareness workbook, how to listen to your body & overcome bingeing, overeating & obsession with food. New Harbinger Publication Inc, Oakland 2006. [Einarsdóttir HR, Björgvinsdóttir L. þýddu. Þekktu þitt magamál. Skrudda ehf, Reykjavík 2012.]
16. Allen HN, Craighead LW. Appetite monitoring in the treatment of Binge Eating Disorder. Behav Therapy 1999; 30: 253-72.
17. Brown AJ, Smith LT, Craighead LW. Appetite Awareness as a mediator in eating disorders prevention program. Eat Disord 2010; 18: 286-301.
18. Bacon L, Stern JS, Van Loan MD, Keim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. J Am Diet Assoc 2005; 105: 929-36.
19. Arnarson EÖ. Slökun - til að vinna gegn spennu. Heilbrigðismál 2007; 1: 25-27.
20. Manzoni GM, Pagnini F, Gorini A, Preziosa A, Castelnuovo G, Molinari E, et al. Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. J Am Diet Assoc 2009; 109: 1427-32.
21. Christiansen T, Bruun JM, Madsen EL, Richelsen B. Weight loss maintenance in severely obese adults after an intensive lifestyle intervention: 2- to 4-year follow-up. Obesity 2007; 15: 413-20.
22. Paul-EbhohimhenV, Avenell A. A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus Induvidual Treatments for Adult Obesity. Obes Facts 2009; 2: 17-24.
23. Cooper Z, Doll HA, Hawker DM, Byrne S, Bonner G, Eeley E, et al. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. Behav Res Ther 2010; 48: 706-13.
24. Crerand CE, Wadden TA, Foster GD, Sarwer DB, Paster LM, Berkowitz RI. Changes in obesity-related attitudes in women seeking weight reduction. Obesity (Silver Spring) 2007; 15: 740-7.
25. Sæmundsson BR. Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Becks Anxiety Inventory 2009. (MS-ritgerð, Háskóla Íslands); Reykjavík 2009.
26. Arnarson TO, Olafsson DT, Smari J, Sigurdsson JF. The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II): psychometric properties in Icelandic student and patient populations. Nord J Psychiatry 2008; 62: 360-5.
27. Ware JE, Jr. SF-36 health survey update. Spine 2000; 25: 3130-9.
28. Karlsson J, Taft C, Sjostrom L, Torgerson JS, Sullivan M. Psychosocial functioning in the obese before and after weight reduction: construct validity and responsiveness of the Obesity-related Problems scale. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27: 617-30.
29. Rapoport L, Clark M, Wardle J. Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. Int J Obes Relat Metab Disord 2000; 24: 1726-37.
30. Lagunova Z, Porojnicu AC, Lindberg F, Hexeberg S, Moan J. The Dependency of Vitamin D Status on Body Mass Index, Gender, Age and Season. Anticancer Res 2009; 29: 3713-20.
31. Mason C, Xiao LR, Imayama I, Duggan CR, Bain C, Foster-Schubert KE, et al. Effects of weight loss on serum vitamin D in postmenopausal women. Am J Clin Nutr 2011; 94: 95-103.
32. de Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. Psychiatry Res 2010; 178: 230-5.
33. Kaukua J, Pekkarinen T, Sane T, Mustajoki P. Health-related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification: a 2-y follow-up study. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27: 1072-80.
34. Huang IC, Frangakis C, Wu AW. The relationship of excess body weight and health-related quality of life: evidence from a population study in Taiwan. Int J Obesity 2006; 30: 1250-9.
35. Fabricatore AN, Wadden TA, Sarwer DB, Faith MS. Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. Obes Surg 2005; 15: 304-9.
36. Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. Patient Educ Couns 2008; 70: 31-9.

ENGLISH SUMMARY

The effectiveness of the treatment program „Enjoy eating“ on health and mood in obese women

Larusdottir H, Saevarsdottir H, Steingrimsdottir L, Gudmundsson L, Arnarson EO

Introduction: Obesity is one of the greatest public health challenges world wide and its prevalence has increased during the past 20-30 years. Obesity is related to physical and mental health and increased mortality. There are few evidence-based treatment options for the obese available in Iceland.

Material and methods: The purpose of this pilot study was to develop a 15 week group program based on Cognitive Behavior Therapy and Appetite Awareness Training for young obese women. The participants were randomly allocated to two groups, A and B, in a convenience sample of 20 women, aged 19-44 with a BMI 30-39.9 kg/m². Group A attended the program while group B served as a control in a crossover design where group B subsequently participated in the program. The effectiveness of the program was evaluated before, during and at the end of the program and at six and twelve month follow-up. Information was collected on body weight, BMI, body fat and body fat mass, blood pressure, cholesterol, triglyceride, high density lipoprotein and 25(OH) D, quality of life (SF-36 and OP scale), symptoms of depression (BDI-II) and anxiety (BAI). Additionally participants completed a questionnaire on demographics and their view on participating in the program was assessed.

Results: Participants reduced their weight (P=0.001), BMI (P=0.001), body fat (P=0.010), body fat mass (P=0.002), diastolic blood pressure (P=0.005) and vitamin D status improved (P=0.008). Symptoms of depression and anxiety decreased (P<0.001 and P<0.004). Quality of life measured with OP scale improved (P=0.006) and the mental component summary (MCS) (P=0.012) of the SF-36 scale. The mean weight loss was 3.7 kg following intervention which was maintained at follow up.

Conclusion: „The enjoy eating“ program is a promising health promotion approach in the health care sector for obese women to improve mental health, quality of life and loose weight.

Correspondence: *Eiríkur Örn Arnarson, eirikur@lsh.is*

Key words: *Obesity, cognitive behavior therapy, appetite awareness training, program, mood.*

[1]University of Iceland [2]Landspitali University Hospital [3]Primary Health Care of the Capital Area [4]Unit for Nutrition Research [5]Reykjalundur Rehabilitation Centre

LÆKNABLAÐIÐ hefur komið út síðan 1915 og í þessum 100. árgangi blaðsins eru yfirlitsgreinar sem ritstjórnin hefur kallað eftir af því tilefni. Höfundar greinanna skrifa um ýmis málefni sem snerta lækna, félagsleg, söguleg og fræðileg.

Tilurð Læknadaga

Stefán B. Matthíasson
heimilislæknir

Mér er bæði ljúft og skylt vegna aðkomu minnar að fræðslumálum lækna á árunum 1985-2001 að skrifa nokkur orð um tilurð janúarnámskeiðs Námskeiðs- og fræðslunefndar LÍ (Læknafélags Íslands) og LR (Læknafélags Reykjavíkur) og framhaldsmenntunarráðs læknadeildar Háskóla Íslands, Læknadaga. Fyrsta námskeiðið var haldið 1995 og er það upphaf Læknadaga þó að námskeiðið bæri ekki það nafn fyrr en árið 2000. Bakhjarl þess var framlag Námssjóðs lækna til fræðslustarfsemi læknafélaganna. Saga námssjóðsins hefur ekki verið skrifuð svo mér sé kunnugt um og munu þessi skrif mín því miður ekki bæta neinu við það sem áður hefur verið birt. Það var okkur í fræðslunefndinni alveg ljóst að við vorum aðeins að taka við keflinu og bera það um tíma og njóta þess sem áður hafði verið gert. Það kom oft upp í hugann hve mikið hafði gerst hjá læknafélögunum á 7. áratugnum sem hafði skilað góðu í viðhaldsmenntun lækna. Víst er að það var engin tilviljun heldur unnið að því hörðum höndum. Árið 1961 kom fé frá „heilbrigðisstjórninni“ og Tryggingastofnun ríkisins til LÍ, til þess að halda fyrsta haustnámskeið læknafélaganna „fyrir praktíserandi lækna og héraðslækna“ (*Læknablaðið* 1961; 45: 189) og fé var tryggt úr ríkissjóði til að standa straum af slíkum námskeiðum næstu árin. Árið 1962 var Námssjóður lækna stofnaður í samningum við Sjúkrasamlag Reykjavíkur. Námssjóður sjúkrahúslækna var stofnaður 1966, læknar semja um námsferðir til útlanda 1966. Árið 1960 var skipulagsskrá fyrir Domus Medica staðfest af forseta Íslands (*Læknablaðið, Handbók lækna* 1983; 2) og Domus Medica var tekið í notkun 1966.

Stefán sat í aðalstjórn LR 1982-84, í Námskeiðs- og fræðslunefnd LÍ og LR 1985-98, formaður frá 1988, - í stjórn Fræðslustofnunar lækna 1997-2001, formaður. Í stjórn sjálfseignarstofnunar Domus Medica 1994-96. Fulltrúi LÍ í framhaldsmenntunarráði læknadeildar Háskóla Íslands 1991-98. Í siðanefnd LÍ, varamaður 2000-2001, og aðalmaður 2001-2012. Kjörinn heiðursfélagi Læknafélags Íslands á aðalfundi LÍ í september 2008.

Árið 1985 hafði Námskeiðs- og fræðslunefndin verulegar fjárhæðir frá Námssjóði lækna til ráðstöfunar í fræðslustarfsemi lækna og fundaraðstöðu í Domus Medica sem hún mátti ráðstafa að vild.

Reglugerð um Námssjóð lækna frá 1.1. 1975 var birt í *Læknablaðinu, Handbók lækna* 1981-82; 1. Þar kom fram að verið var að sameina „Námssjóð lækna sem stofnaður var samkvæmt ákvæðum 16. greinar samnings Læknafélags Reykjavíkur og Sjúkrasamlags Reykjavíkur frá 18. apríl 1962 og Námssjóðs sjúkrahúslækna sem stofnaður var vegna þeirra lækna sem sögðu sig úr launakerfi opinberra starfsmanna í maí 1966 eins og segir í reglugerð þess sjóðs“. Í 5. grein, 2. málsgrein reglugerðarinnar stendur: „Stjórn sjóðsins er heimilt að veita námskeiðs- og fræðslunefndum LR og LÍ styrki til fræðslustarfsemi á vegum félaganna sem nemur allt að 10% af óskiptum höfuðstól næsta árs á undan.“

Höfuðstóll sjóðsins var myndaður af hluta framlags félagsmanna hans og ónýttum rétti þeirra til úttektar úr honum, auk ávöxtunar af inneignum hans. Þannig hafði árið 1985 safnast upp góður höfuðstóll sem Námskeiðs- og fræðslunefnd LR og LÍ mátti nýta til fræðslustarfsemi félaganna. Árlega sóttu mörg sérgreinafélög lækna og einstök svæðafélög um styrki til nefndarinnar. Kom ekki til þess á meðan ég sat í nefndinni að neita þyrfti slíkri umsókn.

Hætt var að greiða í sjóðinn 1995 og voru sjóðfélögum greiddar út inneignir í honum. Þá stóð eftir það fé sem sjóðurinn hafði eignast með starfsemi sinni. Á aðalfundi LÍ sama ár, sem haldinn var í Hlíðasmára í Kópavogi, var samþykkt ályktun til stjórna LÍ og LR um „að Námssjóður lækna verði áfram til. Stjórnir félaganna skipi starfshóp til að gera tillögur um breytingar á reglugerð og tilgangi sjóðsins til samræmis við breyttar aðstæður lækna, enda verði meginmarkmiðum sjóðsins haldið.“ Í framhaldi skipuðu stjórnirnar nefnd sem í voru Atli Dagbjartsson sem var formaður hennar, Árni Björnsson, Haukur Magnússon og Steinn Jónsson. Nefndin fylgdi ályktunartillögunni eftir og lagði til að sjóðurinn yrði lagður niður og eignir hans yrðu stofnfé nýrrar stofnunar, Fræðslustofnunar lækna. Samdi nefndin tillögu að reglugerð fyrir hana. Var fyrsta reglugerð Fræðslustofnunar lækna samþykkt á aðalfundi LÍ sem haldinn var í Borgarnesi 26. og 27. september 1997. Þar varðveittist vel tilgangur Námssjóðs lækna, að styrkja fræðslustarf læknafélaganna.

Árið 1985 var ég tilnefndur í Námskeiðs- og fræðslunefnd LÍ og LR á sameiginlegum fundi stjórna félaganna og 1988 skipaður formaður hennar. Hlutverki nefndarinnar lýsir Pétur Lúðvígsson, þáverandi formaður nefndarinnar, þannig í viðtali við *Læknablaðið* (Fréttabréf 1984; 2: 12. tbl.). „Fræðslunefndin gegnir í rauninni þríþættu hlutverki. Í fyrsta lagi sér hún um að halda haustnám-



Árið 1998 stillti fyrsta stjórn Fræðslustofnunar sér upp í tunnunni hjá Læknafélaginu í Hlíðasmára 8 í Kópavogi. Þau eru frá vinstri: Ari Jóhannesson, Margrét Oddsdóttir (látin), Stefán B. Matthíasson, Ludvig Guðmundsson og Hannes Petersen.

skeið læknafélaganna, sem annað hvert ár eru nokkru viðameiri en hitt árið þegar læknum er gefinn kostur á að flytja erindi um rannsóknir sínar. Annað hlutverk nefndarinnar er að halda uppi faglegum fræðslufundum á vegum félaganna og hið þriðja er að styðja og styrkja fræðslustarfsemi annarra félaga lækna, sérgreinafélaga og svæðafélaga.“

Viðtalið speglar þau umræðuefni og áskoranir sem fræðslunefndin stóð þá frammi fyrir. Mikil gróska var í fræðslustarfsemi lækna og mikið framboð á fundum. Reglulegir fundir voru á spítölunum, sérgreinafélögin héldu fundi og vísindaþing fyrir félagsmenn sína og nýstofnað Félag íslenskra heimilislækna var mjög virkt í símenntun fyrir sína félagsmenn. Árlega voru haldin hér á landi stór norræn læknaþing einhverra sérgreinafélaga. Læknar nýttu rétt sinn til að sækja sér símenntun til útlanda á þing eða námskeið. Aðsókn að almennum fræðslufundum á vegum nefndarinnar var því misjöfn og aðsókn að haustnámskeiðum hafði minnkað. Þau voru haldin í september ár hvert og höfðu verið best sótt af heimilis- og heilsugæslulæknum og unglæknum. Landsbyggðarlæknar áttu auðveldast með að fá afleysingu í september og voru í auknum mæli farnir að nýta þann mánuð til að sækja sér viðhaldsmenntun erlendis. Læknum sem kynntu rannsóknarverkefni sín með frjálsum erindum í tengslum við námskeiðið fækkaði og voru sjaldan að flytja þau erindi þar í fyrsta sinn.

Nefndin gat veitt öðrum samtökum lækna styrki og aðstöðu fyrir fræðslustarfsemi og voru það helst svæðafélögin og sérgreinafélögin sem sóttu um slíkt. Gott samband var milli stjórna læknafélaganna og nefndarinnar. Stjórnirnar og aðalfundir LÍ tóku fræðslumál félaganna til umræðu. Að frumkvæði þeirra hélt nefndin meðal annars námskeið um stjórnun fyrir lækna og námskeið í bráðalækningum utan sjúkrahúsa.

Læknar höfðu í kjarasamningum skapað sér nauðsynlega og góða möguleika til símenntunar. Læknafélögin vildu á allan hátt styðja við símenntun félagsmanna sinna innanlands, meðal annars í gegnum Námskeiðs- og fræðslunefndina. Nefndin hafði góðar forsendur til þess vegna fjárframlaga frá Námssjóði lækna og fundaraðstöðu í Domus Medica eins og áður segir. Í umræddu viðtali við Pétur segir hann þegar hann er að ræða um fræðslufundi lækna: „Eitt af hlutverkum fræðslunefndarinnar ætti að vera að samhæfa þessa fræðslustarfsemi betur og við höfum áhuga á því að vinna að því.“ Ég hafði verið í stjórn LR 1982-84 og þekkti því vel til umræðu um fræðslumálefni læknafélaganna. Á sameiginlegum fundi stjórnar LR og LÍ á þeim tíma hafði Þorvaldur Veigar Guðmundsson þáverandi formaður LÍ lýst því yfir að hann vildi helst sjá eitt sameiginlegt símenntunarþing fyrir alla lækna. Taldi hann að það myndi skila læknum mestu. Almennt vildu læknar að símenntunin væri sýnileg og löngu voru komnar fram hugmyndir um að hún væri líka staðfest af samtökum lækna.

Fyrsta haustnámskeið læknafélaganna var haldið í september 1961. Læknaþing árið 1961 hafði samþykkt áskorun til aðalfundar LÍ, sem haldinn var 30. júní til 1. júlí 1961, í kjölfar þingsins um að koma á námskeiði fyrir almenna lækna. Tillögumenn að ályktuninni voru þeir Óskar Þórðarson verðandi formaður LÍ (formaður 1961-1965) og Sigurður Sigurðsson þáverandi landlæknir. Voru þeir kosnir á aðalfundinum í undirbúningsnefnd fyrir gerð tillögu um slíkt námskeið ásamt Hannesi Finnbogasyni, sem var haldið árið 1961. Hannes sat það og skrifar skemmtilega grein um það í *Lækna-*

blaðið, (1961; 45: 189). Í greininni þakkar Hannes fyrir fjárhagslega aðstoð frá „heilbrigðisstjórninni“ og Tryggingastofnun ríkisins „sem gerði LÍ kleift að koma námskeiði þessu á.“ Síðan heldur hann áfram: „Er það vissa mín að fé því hafi ekki með öllu verið á glæ kastað, þar sem þeir sem námskeiðið sóttu muni í mörgum tilfellum lækna með betri árangri á miklu hagkvæmari hátt en áður, öllum aðilum til hagsbóta.“ Er hægt að tjá sig betur um gildi símenntunar en Hannes gerir með þessum orðum? LÍ stefndi að því að halda slík námskeið einu sinni á ári. Í ársskýrslu stjórnar LÍ fyrir starfsárið 1961-1962 sem birt er í *Læknablaðinu (*1962; 46: 182) kemur fram: „að nú er heimild til að styrkja framvegis slík námskeið og á Kjartan Jóhannsson, læknir og alþingismaður, skyldar þakkir stéttarinnar fyrir það.“ Í einhver ár var slíkur styrkur veittur.

Þessi námskeið voru síðan haldin árlega þar til 1994 að þau voru felld niður vegna fyrirhugaðs námskeiðs í janúar 1995, „Læknadaga“.

Á árunum 1980-1986 voru á aðalfundum LÍ samþykktar sex sinnum ályktanir um að komið yrði á fót framhaldsmenntun lækna á Íslandi. Það er hlutverk Háskóla Íslands að annast grunnmenntun og framhaldsmenntun lækna. Vilji var hjá LÍ að auka samvinnu við Háskóla Íslands og var samþykkt á aðalfundi 1990 ályktun til stjórnarinnar þess efnis.

Deildarfundur í læknadeild Háskóla Íslands 31. maí 1989 samþykkti að koma á fót framhaldsmenntunarráði læknadeildarinnar. „Verksvið ráðsins skal vera að hafa umsjón með framhaldsnámi og námskeiðum hérlendis hvort heldur þau teljast til skyldunáms eða annars framhaldsnáms“ segir í fundargerðinni. Fyrsti formaður ráðsins var Tómas Helgason prófessor. Í umræðu um hlutverk ráðsins kemur fram í fundargerð þess frá 4. júlí 1990 „að ekki væri almennt fyrirhugað að mennta menn til enda (sérfræðinámsins – innskot SBM) hér heima, heldur aðeins að hanna góðan ramma sem verið gæti lykill að frekara námi erlendis.“ Ráðið boðaði til fundar með fulltrúum læknafélaganna í apríl 1991 til þess að ræða samvinnu þessara aðila um framhaldsnámið. Báðir aðilar, læknadeild og LÍ, vildu góða samvinnu um framhaldsnámið. Haukur Þórðarson formaður LÍ varpaði fram þeirri tillögu að formaður Námskeiðs- og fræðslunefndar LÍ og LR kæmi inn í ráðið og var það samþykkt.

Aukið samstarf læknasamtakanna og læknadeildar í framhaldsmenntunarráði í byrjun 10. áratugarins hristi lækna saman og skapaði ný viðhorf til viðhaldsmenntunar innanlands. Viðhaldsmenntun lækna var fyrst og fremst skipulögð af sérgreinafélögum lækna hvort heldur innan- eða utanlands. Aðsókn að haustnámskeiðunum hafði enn dregist saman. Lítill áhugi var hjá aðilum að taka þátt í lyfja- og áhaldasýningum sem voru í tengslum við námskeiðið. Framboð á erindum og spjöldum til kynningar á vísindastarfi lækna í tengslum við haustnámskeiðið annað hvert ár minnkaði. Í framhaldsmenntunarráði gerjaði viljinn til fræðslustarfsemi innanlands. Fulltrúar fagsviða í læknadeild sem sátu í framhaldsmenntunarráði læknadeildarinnar voru í miklu samstarfi við sérgreinafélög lækna til að vinna að gerð staðla fyrir framhaldsnámið í viðkomandi sérgrein og sérgreinarnar þurftu að tryggja góða menntun í sínu fagi. Fyrir tíma framhaldsmenntunarráðs höfðu sjúkrahúsin haft námskeið fyrir bæði yngri (kandídata) og eldri aðstoðarlækna (súperkandídata) í námi hjá þeim. Með tilkomu ráðsins komust á vegum þess á fót námskeið fyrir alla lækna í sérnámi í samvinnu við Námskeiðs- og fræðslunefnd LÍ og LR og voru þau leidd af Sigurði Guðmundssyni. Voru þetta fjögurra til fimm daga námskeið og mjög metnaðarfull. Þau voru haldin í janúar. Frá árinu 1994 höfðu þau endað með prófi sem deildarlæknum var boðið að taka. Var það bandarískt próf sem lagt var fyrir námslækna í lyflæknisfræði í Bandaríkjunum og Kanada. Námskeiðs- og fræðslunefnd LÍ og LR bar allan kostnað af þessum námskeiðum og vegna gæða þeirra vildi hún gera þau aðgengileg öllum læknum. Framhaldsmenntunarráð samþykkti það árið 1994 og tilnefndi Sigurð Guðmundsson og Margréti Oddsdóttur (1955-2009) til samstarfs um að halda í janúar árið 1995 einnar viku námskeið sem myndi enda með umræddu bandarísku prófi fyrir deildarlækna.

Haustnámskeiðið og læknaþing 1993 höfðu verið í tengslum við 75 ára afmæli LÍ og tókust með ágætum. Nefndin ákvað að fella niður haustnámskeiðið árið 1994 og skipuleggja í staðinn námskeið með framhaldsmenntunarráði í janúar 1995. Skyldi það vera haldið sem símenntunarþing fyrir alla lækna um leið og það væri framhaldsmenntunarnámskeið fyrir deildarlækna. Janúar var ekki góður kostur fyrir innlent námskeið vegna mögulegra truflana á samgöngum. Hins vegar var lítið af öðrum innlendum og alþjóðlegum læknaþingum í gangi á þeim tíma, sem var kostur. Einnig var áhugi á að nýta samræmda bandaríska prófið fyrir deildarlækna en það var haldið í janúar ár hvert. Gat það nýst bæði fyrir þá einstaklinga sem tóku það og fyrir sérgreinafélögin og framhaldsmenntunarráð til mats á framhaldsnáminu hér á landi. Undirbúningsnefndin var skipuð undirrituðum, Sigurði Guðmundssyni og Margréti Oddsdóttur sem sat í Námskeiðs- og fræðslunefnd LÍ og LR og var einnig framkvæmdastjóri framhaldsmenntunarráðs læknadeildarinnar.

Námskeiðið var haldið 16. – 20. janúar 1995 og þótti takast mjög vel. Landsbyggðarmenn kvörtuðu ekki og þeir sem áttu heimangengt sættu lagi milli lægða til þess að sækja námskeiðið. Námskeiðs- og fræðslunefnd LÍ og LR hafði náð samkomulagi við stjórn LR um að halda árshátíð félagsins í lok námskeiðsvikunnar. Vildi nefndin umbuna fyrirlesurum og fundarstjórum á námskeiðinu með boðsmiðum á árshátíðina og auka þannig veg hennar og samveru lækna en önnur veraldleg umbun var ekki. Mæltist það vel fyrir og hefur verið gert síðan.

Janúarnámskeiðin fengu ekkert ákveðið nafn fyrr en árið 2000. Þá höfðu þau dafnað það vel að okkur fannst þau standa undir því að bera heitið „Læknadagar“.

Fyrsta námskeiðið var svo umfangsmikið að þrátt fyrir góða aðstoð skrifstofu læknafélaganna óskaði námskeiðs- og fræðslunefndin eftir því að fá ákveðinn starfskraft til aðstoðar við skipulag næstu fræðsluviku. Til undirbúnings og í næstu framkvæmdanefnd fyrir námskeiðsvikuna í janúar 1996 var ráðin þáverandi starfsmaður *Læknablaðsins* og núverandi starfsmaður læknafélaganna, Margrét Aðalsteinsdóttir. Margrét hefur síðan komið að öllum Læknadögum sem framkvæmdastjóri og er burðarstólpi þeirra. Nú eru Læknadagar í umsjá Fræðslustofnunar lækna eingöngu. Læknadagar eru samt enn símenntunarnámskeið fyrir alla íslenska lækna og fræðslunámskeið fyrir unglækna og kandídata. Frá árinu 1996 hafa sérgreinafélögin fengið boð um að halda námskeið eða málþing fyrir félagsmenn sína á Læknadögum en hafa efnistök þannig að þau höfði til sem breiðasts hóps lækna.



Árið 2013 var nokkrum forkólfum Læknadaga í gegnum tíðina stillt upp í tunnunni hjá Læknafélaginu: Sigurður Guðmundsson, Margrét Aðalsteinsdóttir og Stefán B. Matthíasson.

Með skilningi vinnuveitenda okkar og samtakamætti lækna hafa Læknadagar þróast vel vegna góðrar þátttöku. Höldum áfram að skapa sem flestum möguleika á að sækja þá.

Á tíðum hagræðingar og aðhalds í ríkisfjármálum má vona að við getum sem flest, eftir að hafa sótt næstu Læknadaga, tekið okkur í munn áður tilvitnuð orð Hannesar Finnbogasonar eftir fyrsta haustþing læknafélaganna 1961 „er það vissa mín, að fé því hafi ekki öllu verið á glæ kastað, þar sem þeir sem námskeiðið sóttu muni í mörgum tilfellum lækna með betri árangri á miklu hagkvæmari hátt en áður, öllum aðilum til hagsbóta.“

Þegar ég settist niður nú í jólamánuðinum og rifjaði upp þann tíma sem ég hef átt ásamt öðrum í starfi að fræðslumálum fyrir lækna, finnst mér það alltaf hafa verið skemmtilegt. Allan tímann var eitthvað nýtt í vændum eða unnið að því að gera betur í starfi nefndanna. Áhugi og stuðningur stjórna LÍ og LR var alltaf mikill og einlægur. Formenn félaganna hlífðu sér ekki í neinu til þess að taka ábyrgð með okkur á því sem við gerðum. Starfsmenn félaganna, þáverandi framkvæmdastjóri, Páll Þórðarson heitinn, sem og aðrir, voru allir tilbúnir að hjálpa til, hvort sem það þurfti að vinnast hratt eða ekki. Sama var að segja um starfsmenn *Læknablaðsins* um það sem að þeim sneri. Tryggð starfsmanna við félagið er einnig aðdáunarverð og auðveldar allt félagsstarf. Margrét Aðalsteinsdóttir, gjaldkeri félaganna og starfsmaður Fræðslustofnunar lækna, er nú að koma að skipulagi Læknadaga í 19. skipti sem framkvæmdastjóri þeirra. Með henni í framkvæmdanefndinni fyrir Læknadaga er nýr formaður Fræðslustofnunarinnar, Gunnar Bjarni Ragnarsson, sem er að koma að skipulagi Læknadaga í annað sinn. Fyrra skiptið var 1999 þegar hann var fulltrúi Félags ungra lækna í nefndinni.

Læknadagar hafa vaxið og dafnað af því að þeir eru vel sóttir. Tökum höndum saman um að halda því áfram til að geta notið þeirra. Ég óska þeim í framkvæmdanefndinni og okkur læknum til hamingju með glæsilega dagskrá sem bíður okkar í Hörpu á Læknadögum 2014.

Læknablaðinu óska ég velfarnaðar á afmælisárinu.

FYRIRBYGGJANDI GEGN HEILASLAGI

FYRIRBYGGJANDI MEÐFERÐ GEGN HEILASLAGI OG SEGAREKI Í SLAGÆÐUM HJÁ FULLORÐNUM SJÚKLINGUM MEÐ GÁTTATIF, SEM EKKI TENGIST HJARTALOKUM, MEÐ EINN EÐA FLEIRI ÁHÆTTUÞÆTTI*

PRADAXA® (DABIGATRAN)

EINA NÝJA SEGAVARNARLYFIÐ TIL INNTÖKU SEM BYGGIR Á LANGTÍMAUPPLÝSINGUM

LENGUR EN 4 ÁR[1]

Hætta á heilaslagi vegna blóðþurrðar minnkar um 25% samanborið við warfarín[2]

Hætta á heilaslagi og segareki minnkar um 35% samanborið við warfarín[2]



Boehringer Ingelheim

Pradaxa® dabigatran

Transforming anticoagulation

*Einhvern tíma fengið heilaslag, tímabundna blóðþurrð í heila eða segarek í slagæð; Útfallsbrot vinstri slegils < 40%; Hjartabilun með einkennum, NYHA (New York Heart Association) flokkur II; Aldur ≥75 ár; Aldur ≥65 ár og jafnframt eitt af eftirfarandi: sykursýki, kransæðasjúkdómur eða háþrýstingur. Ráðlagður skammtur er Pradaxa 150 mg, 2 sinnum á dag. Pradaxa 110 mg, 2 sinnum á dag fyrir sjúklinga > 80 ára og sjúklinga sem eru samhliða á meðferð með verapamili.
Sjá nánari upplýsingar í styttri samtekt á eiginleikum lyfsins á bls. XX

Heimildir: 1) Connolly SJ et al. The Long Term Multi-Center Observational Study of Dabigatran Treatment in Patients with Atrial Fibrillation (RELY-ABLE®) study. Circulation 2013; doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.112.001139 **2)** Connolly SJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2009; 361:1139-51.

Sérlyfjatexti á bls. 58

PRA-13-01-75, August 2013

Eru breytingar framundan á landslagi sjálfstætt starfandi lækna?

Magnús Baldvinsson
sérfræðingur í læknisfræðilegri myndgreiningu



magnus.baldvinsson@simnet.is

Í gegnum árin hafa sjálfstætt starfandi læknar í Læknafélagi Reykjavíkur gert samning við Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) eða forvera þeirrar stofnunar. Þetta hefur byggst á því að hver einstakur læknir hefur haft samning uppá ákveðin læknisverk sem tilheyra hans sérgrein. Hin síðustu ár hefur þetta þróast þannig að margir læknar hafa safnast saman, oft eftir nokkurs konar sérgreinaskiptingu í stærri stöðvar eins og Læknastöðina Glæsibæ, Læknasetrið og Orkuhúsið. Þó svo að þetta hafi gert læknum kleift að ráðfæra sig hvor við annan, innan og utan sinnar sérgreinar, og samnýta dýran tækjabúnað má segja að það sé að fullu ríkjandi einyrkjafyrirkomulag. Þetta fyrirkomulag er ekki frekar en flest önnur gallalaust.

Til dæmis má hugsa sér sjúkling sem kemur í aðgerð sem krefst svæfingar. Hann fær þá í raun rukkun frá tveimur læknum sem vinna hvor eftir sinni gjaldskrá. Reyndar getur sú staða komið upp að annar vinni eftir samningi en hinn ekki. Er þá sjúklingurinn sjúkratryggður að hluta? Við þessar aðstæður getur slík læknastöð orði hálf óvirk þegar hagsmunir læknanna, sjúklinganna og stöðvarinnar fara ekki saman. Einnig má segja að þegar SÍ gerir samning við marga einyrkja er ekki hægt að krefjast mikilla skyldna til dæmis um opnunartíma, staðsetningu og kannski nákvæmlega hvaða læknisverk er greitt fyrir.

Til eru samningar SÍ við nokkur fyrirtæki eins og Salastöðina, Röntgen Domus og fleiri. Í nýgerðum samningum SÍ við LR er opnað fyrir að fara í fleiri slíka samninga. Það verður ekki túlkað öðruvísi en að það sé vilji SÍ að gera slíkt.

Aukin þjónusta og/eða lægri kostnaður hljóta að vera hvati SÍ fyrir þessari áherslu.

Nýlega var í fréttum kynning á metnaðarfullri áætlun um uppbyggingu stærstu lækna- og heilsumiðstöðvar Íslands í fyrrum húsakynnum skemmtistaðarins Broadway. Það ber að fagna því framtaki sem er áhugavert og getur aukið möguleika lækna á að vinna utan stóru sjúkrahúsanna og hafa hugsanlega aðgengi að legudeild.

Í nágrannalöndunum er algengt að aðilar sem ekki eru læknar komi að rekstri og fjármagni einkarekna heilbrigðisþjónustu en það er nýlunda hér. Reynsla mín af því að vinna hjá slíkum fyrirtækjum í Noregi er að læknar hafa lítil áhrif og krafan um mikil afköst er rík.

Það vaknar upp sú spurning að ef ætlun SÍ er að ná hagkvæmari samningum um læknisverk hvort ekki sé hætta á að kjör lækna skerðist ef á milli þeirra og SÍ kemur þriðji aðili?

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.

Fræðsludagur heimilislækna – AstraZeneca dagurinn 1. mars 2014

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

Öldrunarlæknar og endurhæfingarlæknar eru sem fyrr hjartanlega velkomnir.

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

Dagskrá hefst kl. 9.00

Nánari dagskrá verður send læknum sérstaklega.

Fræðslunefnd FÍH
AstraZeneca

PRA-13-01-75, August 2013



ICD-10 og íðorðasöfnin sem komu út 1995 og 1996 að tilstuðlan Orðabókarsjóðs læknafélaganna.

Vel heppnuð íðorðasmíð

– rætt við Magnús Snædal um starf Orðanefndar læknafélaganna

Hávar Sigurjónsson

„Það mun hafa verið Baldur heitinn Jónsson prófessor í íslensku sem stakk upp á mér við Örn Bjarnason snemma árs 1984," segir Magnús Snædal prófessor í málvísindum sem um 12 ára skeið var ritstjóri *Íðorðasafns lækna*, *Líffæraheita*, *Fósturfræðiheita*, *Vefjafræðiheita*, og *Alþjóðlegrar tölfræðiflokkunar sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála* ICD-10.

„Íðorðaþýðingar og nýyrðasmíð var á þeim tíma ekki neitt sérstakt hugðarefni mitt og ég held að Baldur hafi einfaldlega vitað að ég var á lausu og þess vegna stungið upp á mér í þetta starf, sem reyndist síðan töluvert meira umfangs en ég gerði mér grein fyrir í upphafi. Örn Bjarnason var þá byrjaður að undirbúa útgáfu *Íðorðasafnsins* og hafði farið yfir fyrstu stafkaflana í *Goads Medical Dictionary* og tínt út það sem honum fannst ástæða til að hafa með og sett þýðingar við ef til voru. Síðan var fundur vikulega ásamt orðanefndinni sem í voru á þeim tíma Bjarni Þjóðleifsson og Magnús Jóhannsson ásamt Erni og við fórum yfir þetta. Þannig var þetta unnið til að byrja með en síðan snerist það við þannig að ég tíndi saman það sem ég fann í öðrum heimildum og Örn fékk það og bætti við eða strikaði út eftir atvikum."

Hófst um miðjan áttunda áratuginn

Í formála að fyrsta útgefna stafkafla *Íðorðasafnsins* (1985) segir Örn Bjarnason fyrrverandi ritstjóri *Læknablaðsins* og formaður Orðanefndar læknafélaganna svo frá aðdraganda útgáfunnar:

„Fyrir tæpum áratug (1976) kom það til tals milli ritstjóra Læknablaðsins að nauðsyn bæri til að hefja útgáfu íðorða, að kynna ný orð og hugtök. Við Bjarni Þjóðleifsson tókum því þess vegna fegins hendi, þegar stjórn Læknafélags Íslands, fól okkur, að sækja þing málnefnda sérgreinafélaga og stéttarfélaga sem haldið var á vegum Íslenskrar málnefndar haustið 1977 og höfum við sótt þau þing, sem haldin hafa verið á tveggja ára fresti.

Síðla árs 1977 var hafist handa um að kanna þann efnivið sem tiltækur var. Í upphafi var ætlunin að vinna að einhvers konar bættri Nomina Clinica. Frá því var fljótlega horfið og sá kostur valinn, að vinna út frá enskum orðaforða, stafkaflanum A og svo skyldi tekinn fyrir stafkaflinn B og síðan koll af kolli. Verkið vannst að sjálfsögðu afar hægt og það var ekki fyrr en á árinu 1983, að það sást fyrir endann á þessum fyrsta áfanga.

Frá formlegri stofnun orðanefndar var gengið 1983 og bættist þá í hópinn Magnús Jóhannsson og hefir skipun nefndarinnar verið óbreytt síðan. Fyrsta verk nefndarinnar var að svipast um eftir starfsmanni. Nutum við aðstoðar Baldurs Jónssonar prófessors og fékk starfsemin inni hjá Íslensku málstöðinni. Snemma árs 1984 samþykktu stjórnir LR og LÍ þá ráðagerð, að Magnús Snædal málfræðingur yrði ráðinn til þess að ritstýra Íðorðasafni lækna."

„Síðar bættust Eyjólfur Þ. Haraldsson, Guðjón S. Jóhannesson, Helgi Þ. Valdimarsson og Jóhann Heiðar Jóhannsson í orðanefndina," segir Magnús.

Læknisfræðilegt fagmál

Uppruna læknisfræðiheita má í langflestum tilvikum rekja til grísku eða latínu að sögn Magnúsar. „Íðorðafræðin leggja áherslu á samræmi milli tungumála. Ákjósanlegast er að greið leið skilnings



„Fagmál eru alþjóðleg og tilheyra samfélögum sem eru öðruvísi tilkomin en málsamfélög," segir Magnús Snædal málfræðingur sem ritstýrði Íðorðasafni lækna um árabil.

sé á milli tungumálanna og hægt sé að treysta því að íðorðið samsvari sér á milli þeirra. Það er mikilvægt að átta sig á því að íðorðaforðinn er ekki bundinn þjóðtungu nema að hálfu leyti, það er hvað útlitið varðar. Fagmál læknisfræðinnar er læknisfræðilegt, en ekki enskt, grískt eða latneskt. Þegar íðorðaforði er fluttur af einu tungumáli yfir á annað er reynt eins og kostur er að skipta eingöngu um útlit en innihald á helst að vera óbreytt. Stundum er sagt að íðorðasmíð felist að miklu leyti í beinum, ef ekki hráum, þýðingum, einkum úr ensku. Þessi gagnrýni er út í hött því þetta á að vera svona að því gefnu að erlenda heitið sé viðeigandi."

- Hver var staða læknisfræðiheita á íslensku á þessum tíma?

„Hún var frekar bág satt að segja. Það voru til tvö orðasöfn Guðmundar Hannessonar, *Læknisfræðiheiti* og *Líffæraheiti*. Það síðarnefnda hafði Jón Steffensen endurskoðað og gefið út aftur. Svo var til orðasafn úr líffræði og annað úr uppeldis- og sálarfræði en lítið umfram það. Þetta var sem sé viðameira en ég gerði mér grein fyrir í upphafi. Og íðorðasmíð er í rauninni allt annars eðlis en orðasöfnun í almenna orðabók."

Magnús vísar hér til greinar sem hann birti í *Málfregnum* (1992; 6: 2) þar sem hann segir eftirfarandi: „Í íðorðastarfinu er ákveðið hvert táknið á að vera og hvernig á að nota það en í almennu orðabókarstarfi þurfa menn að komast það því hver táknin eru og hvernig þau eru notuð." Síðar í sömu grein segir Magnús: „Fagmál eru alþjóðleg og tilheyra samfélögum sem eru öðruvísi tilkomin en málsamfélög, það er „samfélögum" um starfsgrein eða fræðigrein."

Íðorð eru oft samsett úr tveimur eða fleiri orðstofnum og þá kemur upp sú krafa að merkinguna megi ráða af samsetningunni; að hið samsetta orð hafi merkinguna fólgna í sér. „Helst viljum við að orðin séu bæði stutt og auðskiljanleg en það er ekki alltaf hægt og samsettu orðin í íðorðafræðunum geta orðið bæði löng og strembin. Samsett og afleidd orð hafa oftast þann kost að orðhlutarnir vísa í eitthvað sem við þekkjum. Stundum geta þau þó verið falskir vinir og haft allt aðra merkingu sem íðorð og þá er ekki hægt að komast hjá því að læra orðin og læknisfræðilega merkingu þeirra. Þegar rætt er um merkingu íðorða snýst umræðan ekki um íðorðið sjálft, heldur þýðingu þeirrar aðgreiningar sem gerð er í veruleikanum. Formgerðin sem íðorðaforðinn birtir á því að þjóna tæknilegum eða vísindalegum markmiðum. Þekking og skilningur á íðorðaforða krefst því alltaf þekkingar á hlutunum."

ICD-10 útgáfan er langviðamesta orðasafn yfir sjúkdóma og heilbrigðisvandamál sem gefið hefur verið út á íslensku til þessa. Verkið unnu auk ritstjórans Magnúsar, Jóhann Heiðar Jóhannsson og Örn Bjarnason. Útgáfan var þrekvirki á sínum tíma og gerð samkvæmt samningi milli heilbrigðis- og tryggingaráðuneytisins og Orðabókarsjóðs læknafélaganna. Fram að því var að sögn Magnúsar sneitt hjá mjög sjaldgæfum sjúkdómum og læknisfræðilegum fyrirbærum í íðorðasafninu, ekki var talin ástæða til að þýða eða finna íslensk orð yfir slíkt en við útgáfu ICD-10

varð ekki hjá því komist. „Allt varð að komast yfir á íslensku. *Íðorðasafnið* var auðvitað ómetanlegt hjálpargagn við þessa vinnu," segir hann.

Útgáfan er sérlega gagnleg fyrir þær sakir að ensku heitin standa ávallt andspænis þeim íslensku og hún nýtist því vel þeim sem lært hafa ensku heitin eingöngu, svo sem þeim sem stundað hafa sérnám erlendis. Hið sama má einnig segja um *Líffæraheitin*, *Fósturfræðiheitin* og *Vefjafræðiheitin* sem komu út ári fyrr (1995). Þar eru birt samhliða íslensku þýðingunni hin alþjóðlegu heiti auk þess sem latnesk-íslensk og íslensk-latnesk orðaskrá fylgja á eftir.

Málstol upphaf orðarunu

Um mikilvægi íslenskra íðorða í læknisfræði þarf ekki að fjölyrða. Magnús tekur heilshugar undir þau orð Jóhanns Heiðars Jóhannssonar að sjálfsögð krafa sé að læknir noti íslensk læknisfræðiorð í samtölum við sjúklinga sína eða í fræðsluefni fyrir almenning (*Læknablaðið* 2013; 99: 522-4). „Það er í rauninni tilgangurinn á bakvið þetta starf að til séu orð á íslensku yfir flestallt það sem læknar fást við í störfum sínum. Þetta á að sjálfsögðu við um annað heilbrigðisstarfsfólk líka, því ýmsar fleiri stéttir en læknar læra líffærafræði, fósturfræði og sjúkdómaheiti svo eitthvað sé nefnt. Hvað læknana varðar er þetta sérlega mikilvægt þegar haft er í huga að þeir stunda sérnám víða um heim og koma til baka með sérgreinaorðaforðann þaðan og þannig getur ýmis misskilningur eða skortur á skilningi orðið til."

Magnús segir að áhugi læknastéttarinnar á íslensku íðorðasafni hafi birst með margvíslegum hætti. „Þetta er í fyrsta lagi það sérhæft mál að áhuginn er einstaklingsbundinn fremur en að hann fari eftir sérgreinum eða kynslóðum. Ég hef fundið áhugasama einstaklinga í öllum sérgreinum og á öllum aldri. Það voru kannski ekki mjög margir einstaklingar sem höfðu samband við okkur meðan á útgáfu *Íðorðasafnsins* stóð en þeir sem gáfu sig fram voru margir hverjir ágætlega öflugir. Einnig fengum við góð viðbrögð frá mörgum þegar leitað var til sérgreinafélaganna vegna útgáfu ICD-10. Síðan er allstór hópur sem lætur sér nægja að fylgjast með og lætur ánægju sína í ljós þegar tækifæri gefst. Einhverjir höfðu sjálfsagt efasemdir um fyrirtækið en ég varð ekki mikið var við það."

Aðspurður um hvað honum sé minnisstæðast frá starfinu fyrir Orðanefnd læknafélaganna segir Magnús að það sé vissulega ýmislegt en upp í hugann komi glíma við þýðingu orðsins *abasia* sem hafi þvælst fyrir honum lengi vel. „Þetta orð táknar missi hæfileikans til að ganga vegna bilunar í miðtaugakerfinu þótt ganglimir séu alheilir. Ekki sýndist mér auðvelt að finna orð í íslensku yfir það. Eftir heilmiklar vangaveltur skaut upp orðinu *gangstol* en það var hið gamla og gróna orð *málstol* sem vísaði veginn. En það var eins og við manninn mælt að þegar þetta var komið til þá opnuðust margar dyr þar sem hægt var að nota orðið *stol* með ýmsum forliðum. Þetta lýsir íðorðasmíðinni kannski ágætlega þegar orð og orðstofnar verða uppspretta heilla flokka eða kerfa með ýmsum for- og viðskeytum."

Það er ekki úr vegi að spyrja Magnús hvort hann sé ekki með fróðari mönnum um hugtök læknisfræðinnar eftir 12 ára starf að íðorðasmíðinni. „Ég hafði nú einhvern tíma á orði við Örn Bjarnason þegar hinar ýmsu stéttir voru að bæta orðinu *fræðingur* í starfsheiti sitt að ég gæti kannski farið að titla mig læknisfræðing eftir þetta. En ætli ég haldi ekki áfram að vera málfræðingur þótt íðorðastarfið með læknum hafi vissulega verið skemmtilegt og fræðandi."

Öldungadeild
Læknafélags Íslands

Öldungar á nýju ári

Miðvikudaginn 8. janúar

Páll Theodórsson eðlisfræðingur:
Moldin geymir sögu landnáms – Íslendingabók Ara fróða geymir forn minni

Fyrir um fjórum áratugum sýndu um 30 kolefni-14 aldursgreiningar að búseta hófst í Kvosinni í Reykjavík skömmu eftir aldamótin 700 e. Kr. Þessum traustu niðurstöðum var og er enn hafnað af fornleifafræðingum sem telja aldurinn alltof háan. Frá síðustu aldamótum hefur mátt finna í skýrslum þeirra margar niðurstöður sem staðfesta aldursgreiningarnar. Rit fornleifafræðinga sýna þó að þeir trúa enn á tímatal Ara fróða.

Utanlandsferð

Utanlandsferðin í ár verður dagana **14.-22. maí til eyjunnar Manar** þar sem gist verður í þrjár nætur, síðan farið til Írlands og gist eina nótt í Down Patrick, eina nótt í Limerick og þrjár nætur í Dublin. Í lokin verður tekin ferja til Wales, ekið til London og flogið heim sama dag. Fararstjóri og leiðsögumaður verður vinur okkar, Magnús Jónsson sagnfræðingur. Skráning hefst 10. janúar. Meira um það síðar.

Fundir Öldungadeildar eru í Hlíðasmára 8 og hefjast kl. 16, en kaffi er reitt fram kl. 15.30.

Stjórn Öldungadeildarinnar óskar svo
öllum læknum og mökum þeirra árs og friðar.

Áttavilltar ályktanir

Andrés Magnússon
geðlæknir



andresm@landspitali.is

Öll námskeið í fyrirbyggjandi læknisfræði, embættislækningum og félagslækningum kenna að þar sem fátækt er einn orsakavaldur sjúkdóma þá hlýtur læknisfræði líka að vera félagsleg fræðigrein. Fjöldamargar rannsóknir hafa sýnt fram á að fátækt og mikil misskipting auðs er heilsuspillandi.[1] Allir læknanemar og læknar eru þessu sammála; læknar eiga að bregðast við þegar aðstæður í samfélaginu verða heilsuspillandi.

Á Íslandi hefur það sama gerst og alls staðar þar sem bólur og fjármálakreppur ríða yfir, fátækt almennings vex en mikill auður safnast á fárra hendur. En þrátt fyrir ágætt nám í félagslækningum hefur læknum láðst að láta í sér heyra. Sú staða sem nú er komin upp í heilbrigðiskerfinu var algerlega fyrirsjáanleg og var oft rædd áður en tekin voru lán til þess að fresta hruninu (lán sem nú eru að komast á gjalddaga). Samt má ekki segja upphátt að vandi Landspítalans sé bein afleiðing hrunsins, það er orðið tabú.

Fjölmargir virðulegir aðilar hafa ályktað um fjárhagsvanda Landspítalans, bæði prófessoraráð, læknaráð, hjúkrunarráð og fleiri. Krafist er aukinna fjárframlaga frá „skilningslausum ráðamönnum þjóðarinnar“. En því miður eru þetta algerlega marklausar og ábyrgðarlausar yfirlýsingar þegar ekki er bent á hvaðan þessir fjármunir eiga að koma. Á að minnka fjárframlög í staðinn til menntamála eða dómsmála? Eða á að hækka skatta? Skattar greiðast af millistéttinni, en flestir starfsmenn Landspítalans tilheyra þeirri stétt; er verið að fara fram á aukna skatta á sjálfan sig?

Í Íslandssögunni eru engin dæmi þess að landsmenn hafi nokkurn tíma risið upp gegn óréttlæti eða kúgun. Þetta er einstakt meðal þjóða Evrópu. Halldór Laxness lýsir þessu þannig: „Það er álitið að fáar þjóðir hafi þolað kúgun og yfirgang af meiri kurteisi og undirgefni en Íslendingar. Um aldaraðir, allt fram á þennan dag, lifðu þeir í skilningsríkri sáttfýsi við kúgun, án þess að gera nokkru sinni tilraun til uppreistar. Engri þjóð var byltingarhugtakið jafn framandi. Æfinlega voru Íslendingar reiðubúnir að kyssa þann vöndinn er sárast beit …“.[2] Í stað þess að segja meiningu sína við kúgarana, þögðu Íslendingar, fóru heim af þeirra fundi og lömdu konuna og spörkuðu í hundinn. Íslendingum er genetískt lífsins ómögulegt að snúa spjótum sínum til baka að árásaraðilanum.

Ályktanir virðulegra ofannefndra samkunda á Landspítalanum beinast að eiginkonum og hundum þessa lands. Vandi Landspítalans er ekki til kominn vegna þess að skattar eru of lágir á Íslandi, eða af því að „skilningslausir ráðamenn“ setja of mikið fjármagn til annarra þátta velferðarsamfélagsins, vandinn er til kominn vegna bólunnar/hrunsins. Ég spurði samstúdent minn og sveitunga þegar hann varð fjármálaráðherra 2009 hví ekki væri byrjað á því að ná í fjármagnið til þeirra sem prettuðu það af fólkinu. Svarið var: „Ég held þeir eigi öngva peninga.“ Annað hefur komið á daginn.

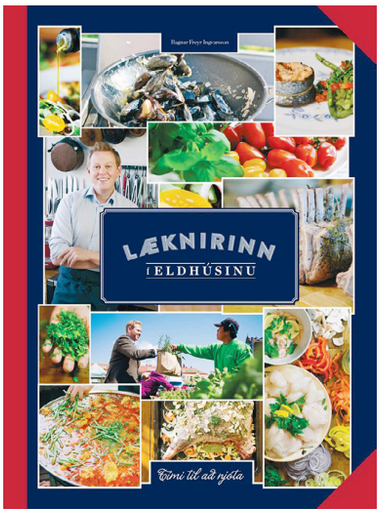
Of langt mál er að rekja hér hversu óréttmætar eignir auðmanna Íslands eru; Ísland var orðið skuldugasta ríki heims þegar árið 2004, og með allt í áhættufjárfestingum; peningamagn í umferð var fjórfaldað á örfáum árum, það er gjaldmiðillinn var þynntur fjórfalt. Stjórnmálamenn, Seðlabanki og fjölmiðlar héldu hlífiskildi yfir bönkunum og leyndu því fyrir þjóðinni hversu illa bankarnir stóðu. Bankamenn nýttu leyndina til þess að fá óvitandi landsmenn til þess að veðja á móti sér að krónan myndi styrkjast. Bara eitt krónuveðmál eins bankaeiganda var uppá þrjá nýja háskólaspítala. Lífeyrissjóður læknanna tapaði mörgum milljörðum á krónuveðmálum meðan stjórnarmaður í lífeyrissjóði þeirra græddi stórfé á sama tíma á að veðja öfugt, að krónan myndi styrkjast. Þetta er ástæðan fyrir versnandi heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Erlendis eru læknar oft í broddi fylkingar að vinna gegn heilsuspillandi félagslegu óréttlæti, líkt og okkur er kennt að gera í félagslækninganáminu. Næsta ályktun frá Landspítalanum um úrbætur á fjárhagsvanda spítalans ætti að enda á: „Kostnaðinn af þessum umbótum skal greiða með því að lagður verði 95% skattur á allar eignir tilkomnar vegna hagnaðar af krónuveðmálum og útgreidds hagnaðar úr fyrirtækjum sem skömmu síðar fóru á hausinn. Ef ekki er lagastoð fyrir þessu ákvæði verði sett lög sem leyfa það; ef það brýtur gegn stjórnarskrá verði gerðar nauðsynlegar breytingar á stjórnarskrá þannig að slík lög megi setja.“ Svona einfalt er þetta í raun og veru.

1. Leon DA, Walt G. Poverty, inequality and health: an international perspective. Oxford University Press 2001.
2. Laxness HK. Ósigur ítalska loftflotans í Reykjavík 1933. Rauðir pennar. Mál og menning, Reykjavík 1938: 114-24.

Læknirinn ánægður í sænsku eldhúsi

Hávar Sigurjónsson

Ragnar Freyr Ingvarsson hefur verið búsettur um þriggja ára skeið í Lundi í Svíþjóð og stundað sérnám í gigtarlækningum. Hann var áður orðinn vel þekktur meðal matgæðinga hér heima fyrir skemmtilegt blogg sitt um matargerð og sú ástríða hefur einungis magnast síðan og birtist nú fyrir jólin í bókinni *Læknirinn í eldhúsinu* þar sem Ragnar Freyr eldar allar uppáhaldsuppskriftir sínar, bæði þær sem þegar hafa birst á blogginu og fjölmargar nýjar og áður óséðar. Hann liggur heldur ekki á skoðunum sínum á kjörum íslenskra lækna og kostum þess að búa og starfa í Svíþjóð.



Læknablaðið sló á þráðinn til Ragnars Freys þar sem hann hefur undanfarið ár staðið í ströngu í doktorsnámi í gigtarlækningum og eldað veislurétti á hverju kvöldi fyrir fjölskyldu og vini.

Við hefjum samtalið með því að spyrja hvernig það hafi komið til að hann ákvað að gefa út matreiðslubók samhliða námi og starfi í læknisfræðinni.

„Ég byrjaði að vinna að bókinni fyrir rúmu ári síðan, í byrjun nóvember 2012. Þá hafði Tómas Hermannsson útgefandi Sagna samband við mig í gegnum Facebook og spurði hvort ég hefði ekki áhuga á því að gefa út bók. Og það hélt ég nú. Þannig að þá var bara hafist handa. Ég safnaði saman uppáhaldsuppskriftunum af blogginu mínu – rúmlega 130 – og svo bætti ég um 80-90 uppskriftum við af því sem mér datt í hug. Svo var bara að bretta upp ermarnar og byrja að elda – ég hafði bara úr kvöldum og helgum að spila þar sem ég er í fullu starfi á gigtardeildinni á Háskólasjúkrahúsinu í Lundi."

Enginn á einkaleyfi á uppskriftum

Verkefnið var þó ekki alveg svona einfalt því Ragnar Freyr eldaði aftur allar uppskriftirnar sem birst höfðu á blogginu til að hægt væri að taka góðar myndir af tilbúnum réttunum og skrá hráefnalistann nákvæmlega. Hann segir uppskriftirnar allar sínar eigin enda sé það eðli uppskriftar að þegar kokkurinn hefur farið um hana höndum þá er hún hans.

„Margar uppskriftanna eru sígildar eins og til dæmis spaghetti bolognese. Ég á erfitt með að segja að sú uppskrift sé frá mér komin en engu að síður þá er þetta mín túlkun á sígildri uppskrift – ég hef lesið hundruðir uppskrifta sem margar eru ólíkar og hver með sínu lagi og svo hef ég líka erft uppskrift frá móður minni. Við þetta hef ég svo bætt beikoni sem ég geri sjálfur þannig að útkoman er eitthvað sem ég get kallað mína eigin uppskrift, en hugmyndin er það auðvitað ekki.

Margar uppskriftir í bókinni eru algjörlega mínar eigin, en svo eru líka margar uppskriftir innblásnar frá öðrum og svo breytir maður einhverju lítillega. Þar með er uppskriftin orðin mín. Það verður eins með mínar uppskriftir – eldi einhver eftir mér þá er í raun uppskriftin orðin hans – það á engin einkaleyfi á uppskriftum."

Þeir sem hafa fylgst grannt með bloggi Ragnars munu eflaust kannast við hluta uppskriftanna, segir hann og alveg ljóst að oftar en ekki hefur verið fjör í eldhúsinu. „Þarna kennir margra nýrra grasa, eitthvað sem ég hef verið að viða að mér síðustu misseri og svo bara eitthvað sem mér datt í hug á meðan ég var að vinna bókina. Þegar maður er á fullu í svona vinnu og hefur nóg að gera, þá einhvern veginn verður maður frjórri, hugmyndirnar bara streyma til manns."

Þú hefur væntanlega eldað alla réttina sem eru í bókinni?

„Svo sannarlega – hver einasti réttur í þessari bók var eldaður af mér í eldhúsinu mínu heima í Lundi. Og það sem meira er, þá var þessi bók elduð „before a live studio audience", því alltaf beið fjölskyldan mín, gestir og/eða ættingjar eftir því að fá að borða. Og ég fékk eiginlega bara eitt tækifæri til að elda hvern rétt, jólin eru jú bara einu sinni á ári! Þannig að ég fékk bara það tækifæri. Þannig að það var eins gott að vera í góðu formi."

Frönsk matargerðarlist í uppáhaldi

Er eitthvað þema í bókinni með sérstakri áherslu á tiltekin hráefni eða þjóðir eða landsvæði?

„Þema bókarinnar er alvöru matur eldaður frá grunni fyrir fjölskyldu, vini og ættingja. Að varpa ljósi á hversu mikilvægur matur er og hversu mikilvægt það er að borða saman! Þeir sem glugga í bókina munu taka eftir því að ég er undir miklum áhrifum frá franskri matargerð. Ég hóf vegferð mína í eldhúsinu heima í



„Ég var við framhaldsnám í lyflækningum á Landspítalanum í tæp þrjú ár 2005-2008, tímabil sem ég myndi kalla gullöld lyflækningaprógrammsins," segir Ragnar Freyr Ingvarsson sérfræðingur í gigtarlækningum sem starfar í Lundi í Svíþjóð.

Löngulíð og þaðan lá leiðin til Ítalíu, fór þangað í brúðkaupsferð og svo nokkur ár í röð eftir það. Seinna meir fór ég að horfa til fleiri landa eins og Spánar, Norður-Afríku, fleiri Evrópuríkja eins og Þýskalands og Austurríkis og svo Frakklands, sem er í sérstöku uppáhaldi hjá mér, ég er geysihrifinn af öllu frönsku! Frönsk matargerð er hápunkturinn í evrópskri matargerð, þar sem bæði ást á góðum hráefnum og góð aðferðafræði fer saman til að fá það besta út úr hráefninu."

Áttu þér uppáhaldsuppskrift?

„Það eru margar dásamlegar uppskriftir í bókinni, eiginlega er alla mína uppáhaldsrétti að finna á þessum síðum en þó eru nokkrir sem ég hef valið að geyma til framtíðarinnar.

En ætli uppáhaldsrétturinn minn úr þessari bók sé ekki porchetta italiana, sem er eins og nafnið gefur til kynna frá Ítalíu. Ótrúlegt en satt þá er þetta ekki mjög þekkt uppskrift utan Ítalíu. Ég rakst á þessa uppskrift í kjötborðinu hjá uppáhalds kjötkaupmanninum mínum hérna. Eftir að hafa séð þetta kjötstykki sem er í raun svínasíða rúlluð upp með ýmsum kryddjurtum fór ég á stúfana að leita mér að uppskriftum og fann ansi margar sem mér leist vel á. Úr varð mín eigin útgáfa. Þar set ég grísalund inn í miðjuna, nudda svínasíðuna með Marsala víni, kryddjurtum, fennel og sítrónuberki áður en þetta er svo bundið upp í stóra pylsu sem er langelduð inn í ofni. Kjötið verður svo meyrt að það algerlega bráðnar í munni."

Er ekkert mál að hrista eina matreiðslubók framúr erminni samhliða sérnámi í læknisfræði?

„Ég mun seint segja að þetta hafi ekki verið neitt mál því ég lauk sérnámi í gigtlækningum skömmu eftir að ég hóf vinnunni við bókina og svo stjórnunarnámi rétt eftir áramótin síðustu. Ég hef þó, eðli sérgreinarinnar minnar vegna, getað varið kvöldum og öllum helgum í þetta verkefni undanfarið ár."

Ragnar Freyr lætur ekki þar við sitja því í byrjun þessa árs hóf hann doktorsnám í gigtlækningum en segir þó að því hafi miðað heldur hægt vegna bókarinnar. „Ég var þó að ljúka við fyrstu greinina sem ég vona að við getum sent frá okkur snemma á næsta ári í ritrýnt tímarit."

Gullöld lyflækninganáms að baki

Ekki verður hjá því komist að nota tækifærið og spyrja Ragnar Frey um reynsluna af því að búa og starfa sem sérnámslæknir í Svíþjóð í kjölfar kreppu hér uppi á Íslandi.

„Ég naut þeirra forréttinda að stunda læknanám á Íslandi í faðmi góðra lækna og fagfólks á spítala sem þrátt fyrir smæð sína er afbragðs sjúkrahús. Ég var líka við framhaldsnám í lyflækningum á Landspítalanum í tæp þrjú ár, á tímabili sem ég myndi kalla gullöld lyflækningaprógrammsins. Þar var góð mönnun og nægur tími gafst til að sinna bæði sjúklingum og námi sínu í góðu og hvetjandi umhverfi. Því miður hefur hallað verulega undan fæti og eftir því sem ég kemst næst

stendur þetta nám núna á algerum brauðfótum eða er jafnvel komið á hnén. Án mannauðs er engin almennileg kennsla eða möguleiki á því að þroskast í starfi.“

Hver er helsti munur þess að starfa í Svíþjóð og á Íslandi að þínu mati?

„Stærð samfélagsins skiptir jú höfuðmáli. Ég get nefnt sem dæmi að ég naut góðs af því að greina, eða koma að, meðferð allra sjúklinga sem greindust með Wegeners-sjúkdóm á Íslandi á árunum 2005-2008. Ætli þeir hafi ekki verið 3-4 á þessum tíma. Á fyrstu vikunni minni sem deildarlæknir á gigtardeildinni í Lundi voru 5 sjúklingar inniliggjandi samtímis með ólíkar birtingarmyndir af þessum alvarlega sjúkdómi. Núna sinni ég að miklu leyti einvörðungu sjúklingum með þennan og skylda sjúkdóma. Reynslan sem safnast verður ekki metin til fjár. Þá var vaktaskylda í mínu námi hérna mjög takmörkuð sem gaf mér nægan tíma til að stunda sjálfsnám, sinna fjölskyldunni minni og sinna öðrum áhugamálum. Ég verð líka að nefna að umgjörð þess að vera læknir í Svíþjóð er gerólík starfinu heima því hérna er ég með ritara sem sinnir nær allri pappírsvinnu og tímabókunum, þannig að ég get varið tíma mínum í það sem skiptir mestu máli – að sinna sjúklingum.“

Hverjir eru stærstu kostirnir við að vera í sérnámi í Svíþjóð?

„Svíar eru sérstaklega ánægðir með Íslendinga því fyrri kynslóðir hafa skilið eftir sig gott orðspor sem mín kynslóð nýtur góðs af. Vonandi náum við að gera hið sama fyrir þá sem koma á eftir okkur.

Hérna gefst mikill tími í sjálfsnám og eiginlega er lagt á manns eigin herðar að sinna sínu námi og tryggja að maður fái sinn faglega framgang. Við höfum handleiðara, sækjum reglubundin námskeið sem part af okkar námi og síðan tökum við árlega stöðupróf til að meta hvort við þróumst sem læknar eins og kröfur gera ráð fyrir. Skipulag náms og vinnu er mikið en Svíar leggja mikla vinnu í að strúktúr náms og vinnu sé skipulagt í þaula langt fram í tímann!“

Eru einhverjir gallar?

„Svíarnir eiga það til að vera heldur formfastir og eru oft pappírspésar af guðsnáð. Fyrir þá sem ekki hafa aga í að stunda sjálfsnám og tryggja sína menntun er hægt að moða áfram án þess að fá það besta sem námið hefur upp á að bjóða. En hafi maður bein í nefinu ætti ekkert að stöðva mann. Annars hef ég yfir litlu að kvarta.“

Bágborin kjör og léleg tæki heilla ekki

Stefnir þú að því að flytja heim til Íslands aftur að loknu sérnámi?

„Eins og stendur er það með öllu óljóst. Kjör íslenskra lækna eru ákaflega bágborin samanborið við það sem mér býðst hér. Grunnlaunin á Íslandi eru einungis 40-50% af því sem ég hef í Lundi í dag. Þá er tækjabúnaður á Landspítala ekki upp á marga fiska. Um daginn voru öll tölvusneiðmyndatæki á spítalanum biluð. Það er ekki hægt að stunda nútímalæknisfræði án svona grunnbúnaðar. Hérna í Lundi hef ég aðgang að tveimur PET-CT tækjum og öll þróun sem verður á mínu sviði og mörgum öðrum er háð því að svona tækjabúnaður sé til staðar. Svona tæki hefur aldrei verið til á Íslandi.“

Um stefnu íslenskra stjórnvalda í heilbrigðismálum segir Ragnar Freyr einfaldlega: „Íslensku stjórnmálamennina skortir algerlega framtíðarsýn á hvert skal stefna. Þingmenn tala um að mennta lækna á smáspítölum úti á landi. Heimurinn er bara ekki svona einfaldur í dag. Þetta var kannski hægt á 5. áratug síðustu aldar en þessi umræða á 21. öldinni er hreinlega út í hött.

Þá er verið að skera niður fjárveitingar til rannsókna en með því er verið að drepa niður mikið af þeirri þekkingarsköpun sem til þessa hefur þó þurft að róa lífróður til að halda gangandi. Hérna er rannsóknarvinna hluti af minni vinnu og það þykir nánast skammarlegt að vera ekki vinna í einhverjum rannsóknarverkefnum. Háskólasjúkrahús verður að hlúa að þessum þáttum jafnríkulega og því ber skylda til að hlúa að sjúklingum og kennslu fagstétta,“ segir Ragnar Freyr Ingvarsson sem þrátt fyrir alvöru málsins er léttur í bragði og hyggur gott til glóðarinnar að taka til hendinni í eldhúsinu að loknum vinnudeginum á sjúkrahúsinu.

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

Oddur Árnason

læknir í Gautaborg,

f. 29. júní 1921, d. 30. október 2013



Látinn er í Gautaborg Oddur Árnason læknir, 92 ára að aldri. Hann fæddist að Holtsmúla í Landmannahreppi og ólst þar upp. Hann fór seint til náms og tók stúdentspróf frá Menntaskólanum á Akureyri 1946. Ég varð ekki var við að hann byrjaði í læknadeild það haust en ég hitti hann í fyrsta hluta í læknisfræði einu eða tveimur árum seinna.

Oddur lauk kandídatsprófi í læknisfræði 1954, fór það sumar til Gautaborgar og bjó þar til æviloka. Oddur gekk í hjónaband 1948 og kvæntist Huldu Ágústsdóttur hárgreiðslumeistara. Ég þekkti til hennar því faðir hennar var verksmiðjustjóri Rafmagnsveitunnar við Elliðaár. Hulda rak ásamt öðrum stóra hárgreiðslustofu í Reykjavík og seldi hana þegar þau fluttu til Gautaborgar.

Þegar Oddur kom til Gautaborgar hafði ég verið þar í eitt og hálft ár og hafði þá fengið fasta leiguíbúð. Þar sem Guðrún kona mín var heima að ljúka kandídatsprófi bauð ég Oddi og Huldu að búa með mér í íbúðinni í hálft ár. Þau höfðu ekkert húsnæði og þáðu boðið. Oddur og Hulda voru gott sambýlisfólk. Ég var með bíl sem var þægilegt fyrir Odd því hann var þá samferða mér í vinnuna á hverjum morgni.

Á þessum árum var ekkert sjónvarp og maður sat heima á kvöldin, ýmist við lestur eða skriftir því þá var tengslanetið í gegnum bréf og ég þurfti að skrifa eitt til tvö bréf í hverri viku auk þess sem ég þurfti að lesa mér til í mínu fagi.

Þennan vetur fórum við saman eina ferð til Kaupmannahafnar því Huldu langaði til að hitta bróður sinn sem var þar í brúðkaupsferð með Gullfossi með seinni konu sinni. Jólin 1954 fórum við og heimsóttum Tryggva Þorsteinsson sem þá var læknir á litlu sjúkrahúsi í Kungsbacka, litlum bæ skammt utan við Gautaborg.

Oddur byrjaði strax þegar hann kom til Gautaborgar að ganga á deildir á Sahlgrenska sjúkrahúsinu. Hann gekk fyrst á þær deildir sem hann þurfti til að fá lækningaleyfi á Íslandi. Það tók hann eitt ár að ljúka því.

Fljótlega eftir að ég kynntist Oddi komst ég að því að hann virtist ekki ætla sér að fara til Íslands eftir framhaldsnám. Hann stefndi greinilega að því að vera í Gautaborg og verða þar heila- og taugaskurðlæknir, sem þótti ekki fýsilegt þá því það leit ekki út fyrir að stofnuð yrði taugadeild á Íslandi á næstunni.

Oddur og Hulda eignuðust þrjú börn á árunum 1955-1963. Oddur hafði hugsað sér að þau tækju upp ættarnafn og skírði hann þau öll Lunan. Það nafn fékk hann af bóndabæ afa síns og nafna því hann bjó að Lunansholti í Holtum. Börnin hafa þó ekki notað það sem ættarnafn heldur skrá sig Árnason.

Ég fór heim í ársbyrjun 1956. Árið 1959 þegar við Guðrún höfðum komið okkur sæmilega fyrir í Reykjavík fannst okkur að við þyrftum að fara aftur út og læra meira. Þá skrifaði ég Oddi og spurði hvort hann vildi koma heim í 4-6 mánuði og taka að sér stöðu mína á Slysavarðstofu Heilsuverndarstöðvarinnar og praxís minn í Reykjavík. Ég hafði fengið loforð Vilmundar landlæknis fyrir því að hann fengi bráðabirgðalækningaleyfi hér því hann hafði ekki lokið að fullu kandídatsári og ekki verið 6 mánuði úti á landi eins og þá var skylda. Oddur tók þessu, kom heim og leysti mig af í nokkra mánuði frá júlí 1959. Ég lánaði honum bíl minn, hann var bíllaus og þurfti að vitja sjúklinga minna. Þá var meira um heimsóknir til sjúklinga en nú er. Ég held að Oddi hafi ekki líkað vel að starfa í Reykjavík. Að minnsta kosti breytti þessi dvöl hans ekki afstöðu hans til að koma aftur heim.

Oddur reyndi fljótt að fá aðstoðarlæknisstarf á heila- og skurðdeildinni í Gautaborg. Hann starfaði einnig í nokkur ár á gjörgæslu- og svæfingadeildinni þar. Með tímanum fékk hann aðstoðarlæknisstarf á heila- og skurðdeildinni. Þegar kom fram á árið 1962 var hann búinn að vera um 5 ára tíma á þeirri deild sem aðstoðarlæknir. Hann fékk lækningaleyfi í Svíþjóð 1962 og á Íslandi ári síðari. Sérfræðingsleyfi í tauga- og heilaskurðlækningum í Svíþjóð fékk hann 1975. Oddur var síðustu árin aðstoðaryfirlæknir á heila- og taugaskurðdeild Sahlgrenska þar til hann hætti störfum vegna aldurs á árinu 1987.

Oddur keypti sér húsnæði í Gautaborg á Fredriksdahlsgatan og bjó þar í mörg ár. Síðan var hann í leiguíbúðum Sahlgrenska á Gullheiðinni og keypti síðan íbúð þar. Við Guðrún hittum Odd og Huldu síðast þegar við vorum í Gautaborg vorið 2000. Hann var þá hættur störfum og var fyrst og fremst að sinna esperantó sem hann hafði lært á Íslandi ungur maður þegar það var kennt í ríkisútvarpinu eins og ýmis önnur mál. Þeirri kunnáttu hélt hann við, og betur eftir að hann fór á eftirlaun. Eftir að börnin fóru að heiman lærði Hulda að mála með olíulitum og við sáum mörg verka hennar í heimsókninni.

Við Oddur skiptumst ekki á bréfum síðustu árin en sendum jólakort á hverju ári. Jólin 2011 kom ekki jólakort frá Oddi svo ég hringdi hann. Hann sagði mér þá að hann hefði fengið titring í hendur um það leyti sem hann varð níræður og gæti ekki skrifað. Við því væri engin önnur lækning en bolli af sterku kaffi eða rauðvínsglas. Eftir þetta samtal heyrði ég ekki í Oddi og las um andlát hans í tilkynningu í *Morgunblaðinu*.

Oddur Árnason er eini íslenski læknirinn sem ég veit um sem starfaði á háskólasjúkrahúsi í Svíþjóð alla sína starfsævi að undanskildum fjórum mánuðum á Íslandi og 6 mánuðum á skurðdeild utan Sahlgrenska, en það þurfti hann að gera til að fá sænskt lækningaleyfi. Þegar ég var í Svíþjóð komust menn yfirleitt ekki á háskóladeildirnar í launuð störf fyrr en eftir mörg ár á öðrum sjúkrahúsum og langt komnir í sérgrein. Oddi tókst með þrautseigju sinni að komast inn á heila- og skurðdeildina og enda þar í yfirlæknisstarfi.

Við Guðrún sendum börnum og afkomendum Odds hugheilar samúðarkveðjur.

Páll Sigurðsson
fyrrum ráðuneytisstjóri

Glæsileg dagskrá Læknadaga 2014

Hávar Sigurjónsson

Læknadagar 2014 eru framundan með viðamikilli og fjölbreyttri dagskrá. Gunnar Bjarni Ragnarsson sérfræðingur í krabbameinslækningum er framkvæmdastjóri Fræðslustofnunar Læknafélags Íslands og stýrir sínum fyrstu Læknadögum, en hann tók við keflinu af Örnu Guðmundsdóttur í fyrra.

Gunnar Bjarni segir að þrátt fyrir sívaxandi umfang Læknadaga, þétta 5 daga dagskrá frá morgni til kvölds, taki hann við svo góðu búi að ekki sé hægt að kvarta. „Arna Guðmundsdóttir og Margrét Aðalsteinsdóttir ásamt stjórn Fræðslustofnunar hafa komið þessari fræðsluhátíð okkar lækna í slíkt fyrirmyndarhorf að það er ánægjulegt að taka við Læknadögunum. Ég nýt krafta Margrétar áfram við skipulagið og undirbúninginn og margir hafa verið í stjórninni í nokkur ár sem er mikilvægt til að reynsla þeirra nýtist áfram. Við höfum átt í farsælli samvinnu við Iceland Travel um framkvæmd ráðstefnunnar og að lokum má ekki gleyma því að læknar á Íslandi gera ráðstefnuna mögulega með framlagi sínu."

Umsóknir um málþing og fyrirlestra hafa aldrei verið fleiri en í ár svo úr vöndu var að ráða að sögn Gunnars Bjarna. „Við fengum fjölda mjög góðra umsókna um erindi, svo dagskráin er að okkar mati bæði fjölbreytt og mjög vönduð. Þetta sýnir hve áhuginn á Læknadögum er mikill og hann fer vaxandi. Við finnum ekki fyrir kreppu í þessu starfi. Markmið okkar er að dagskráin höfði til sem flestra lækna, svo að allir finni þar eitthvað við sitt hæfi, en hinn félagslegi þáttur Læknadaganna er ekki síður mikilvægur en sá faglegi, enda er þetta fyrir marga eina tækifærið á árinu til að hitta kollega í öðrum sérgreinum og kynnast því sem er efst á baugi á þeirra sviði."

Næring í víðustu samhengi

Hefð hefur skapast fyrir því að helga fyrsta dag Læknadaganna ákveðnu þema og í ár er fjallað um næringu í sem víðustu samhengi. „Tvö stór málþing eru tileinkuð efninu og er yfirskrift hins fyrra *Nútímamataræði og kúrar.* Hið síðara er titlað: *Þegar almennu ráðleggingarnar duga ekki* og á þeim báðum fjalla læknar og næringarfræðingar um lífsstíl og áhrif mataræðis á heilsufar og sjúkdóma. Þá verður athyglisverður hádegisverðarfundur um ræktun matjurta í þéttbýli. Annar hádegisfundur sem vekja má athygli á er fyrirlestur undir nafninu *Hvernig á að halda góðan fyrirlestur?* en þar gefst gott tækifæri til að kynnast aðferðum við góða framsögu."

Opnunarhátíð Læknadaganna með ávarpi og skemmtiatriði fer fram kl. 16.10 og segir Gunnar að nokkur leynd hvíli yfir skemmtiatriði dagsins. „Það er enn í undirbúningi en ég get þó upplýst að ástir og örlög koma þar eitthvað við sögu enda finnst okkur mörgum sem ástalíf innan heilbrigðiskerfisins hafi gleymst að miklu leyti á þessum síðustu og verstu tímum."

Gunnari Bjarna vefst skiljanlega tunga um tönn þegar hann er beðinn að nefna nokkra helstu fyrirlestra og málþing Læknadaga. „Það er eiginlega ekki hægt að gera upp á milli þeirra og helst vildi ég telja upp alla dagskrána. En til að gefa hugmynd um fjölbreytnina má nefna tvö málþing um mismunandi krabbamein og meðferðir þeirra, vinnubúðir um faraldsog líftölufræði fyrir klíníska lækna, málþing um langvinna streitu, afleiðingar höfuðhögga meðal íslenskra ungmenna, gigt og verkjameðferð, meðferð sprautufíkla, nýjungar í augnlækningum, meðferð og greining geðhvarfa og geðklofa, staðgöngumæðrun, kjaramál lækna, líðan og heilsa lækna, og er þá aðeins fátt eitt nefnt af því sem er í boði."

Holsjárspeglun í beinni útsendingu

Forvitnileg nýjung felst í því að sýnd verður holsjárskoðun í „beinni" útsendingu frá speglunareiningu meltingarsjúkdómadeildar Landspítalans og verða framkvæmdar tvær holsjárskoðanir á vélinda, maga og skeifugörn annars vegar og ristli hins vegar. Í framhaldinu af því verður svo málþing um skimun ristilkrabbameina, Tíðni ristilkrabbameina eykst svo líkja má við faraldur. Sýnt hefur verið fram á að skimun fyrir ristilkrabbameinum bjargar mörgum mannslífum og í rauninni er til skammar að skipulögð skimun hafi ekki verið tekin upp á Íslandi.

Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar veltir fyrir sér spurningunni *Var Jón Sigurðsson með sýfilis?* og einnig mun Óttar Guðmundsson skoða geðhöfn stjórnmálamanna, húmor Ólafs Thors og geðhvörf Churchills.

Erlendir fyrirlesarar eru á annan tuginn og segir Gunnar Bjarni að á vegum Fræðslustofnunar komi 11 erlendir fyrirlesarar og þrír íslenskir læknar sem búsettir eru erlendis verða einnig með fyrirlestra. „Til viðbótar eru nokkrir erlendir fyrirlesarar á morgunverðar-, hádegis- og síðdegisfyrirlestrum í boði lyfjafyrirtækja. Í þessu samhengi má einnig nefna að á fimmtudeginum og föstudeginum verða vinnubúðir sem breski heimilislæknirinn Iona Heath tekur þátt í að skipuleggja ásamt Stefáni Hjörleifssyni. Hún verður einnig með hádegisfyrirlestur á föstudeginum undir yfirskriftinni *Divided we fail*."

Gunnar Bjarni bendir á að fjallað sé um stöðu lækna, kjaramál og vinnuaðstæður frá ýmsum hliðum á nokkrum málþingum. „Við beinum athyglinni að læknunum sjálfum, en ekki bara viðfangsefnum þeirra. Það er þarft og gagnlegt að líta í eigin barm og taka stöðuna, ekki síst núna í ljósi umræðna um stöðu íslenska heilbrigðiskerfisins."

Samstarf við lyfjafyrirtæki er í mótuðum farvegi að sögn Gunnars Bjarna. „Lyfjafyrirtæki geta sótt um að halda fundi utan hefðbundinnar dagskrár, snemma á morgnana, í hádeginu og eftir klukkan 16 á daginn. Þetta er eftirsótt og er fullskipað alla dagana. Þá geta lyfjafyrirtækin sótt um sýningarpláss á Læknadögum og verið með kynningar á vörum sínum og starfsemi. Framlag lyfjafyrirtækjanna er mjög mikilvægur þáttur í kostun Læknadaga en taka verður skýrt fram að þetta hefur ekki áhrif á dagskrána



„Áhuginn á Læknadögum er mikill og hann fer vaxandi," segir Gunnar Bjarni Ragnarsson framkvæmdastjóri Fræðslustofnunar Læknafélags Íslands.

sjálfa og almennt er vilji læknastéttarinnar og lyfjafyrirtækjanna að kynningin sé meira í formi ráðgjafar en í beinni sölumennsku. Það er einnig í samræmi við nýlegan samning Læknafélags Íslands og Frumtaka um samskipti lækna og lyfjafyrirtækja.

Í ár er Vistor aðalstyrktaraðili Læknadaga og það ríkir gagnkvæmur skilningur á mikilvægi þess stuðnings og hvernig honum skuli háttað. Það er alveg ljóst að án stuðnings lyfjafyrirtækja væru Læknadagar ekki í því formi sem þeir eru, þó við reynum að sjálfsögðu að gæta aðhalds í kostnaði á öllum póstum."

Fræðslukvöld fyrir almenning

Ein nýjung er að á miðvikudagskvöldi verða Læknadagar opnaðir almenningi. Haldið verður málþing um lífsstílssjúkdóma. Þarna gefst almenningi kostur á að fræðast af læknum og öðrum fagmönnum og vonandi mun þetta festa sig í sessi sem jákvæð kynning á störfum heilbrigðisstétta.

Á Læknadögum að þessu sinni verður einnig tekin upp skráning á hádegisverðarfundi á vegum Fræðslustofnunar. „Síðustu ár hefur Fræðslustofnun boðið upp á hádegismat sem allir gátu fengið sér. Kostnaðurinn við það var orðinn mjög mikill og því nauðsynlegt að takmarka hann bara við þá sem hafa skráð sig á hádegisfundi. Ég vil hvetja alla sem hafa áhuga til að skrá sig tímanlega svo öruggt sé að þeir komist að."

Spekingaglíma á sínum stað

Meðal þess sem Gunnar Bjarni segir að lögð verði aukin áhersla á er að fleiri málþing og fyrirlestrar verða tekin upp á myndbönd þannig að þeir sem ekki eiga kost á því að sækja Læknadaga geti kynnt sér efnið á netinu síðar. „Þetta nýtist að sjálfsögðu öllum, líka þeim sem vilja rifja upp tiltekið efni og geta sótt það á netið. Þá erum við einnig með þann möguleika opinn að halda fjarfundi þar sem fyrirlesarar sem okkur þykir fengur í að hafa með okkur en eiga ekki heimangengt á þessum tíma halda fyrirlestur sinn í gegnum fjarfundabúnað. Þetta var gert í fyrra með góðum árangri en reyndist ekki þörf á í ár. Þá má einnig nefna að sótt hefur verið um að Læknadagar 2014 veiti endurmenntunarpunkta (CME-punkta). Við erum einnig að vinna þeirri hugmynd brautargengi að innan Læknadaganna verði styttra fræðsluþing fyrir almenna lækna á ensku. Þetta er hugmynd Örnu Guðmundsdóttur forvera míns, og gæti orðið valkostur fyrir erlenda lækna sem eru að leita sér endurmenntunar og vilja heimsækja Ísland í leiðinni. Ég býst helst við að það væri áhugi fyrir þessu á Norðurlöndum og það væri til dæmis mjög gaman ef læknar sem starfa á Grænlandi og í Færeyjum gætu komið. En þetta er allt í mótun og verður að kynna vel. Þetta ræðst að miklu leyti af fjárhagslegum forsendum og áhuga erlendra kollega okkar."

Gunnar Bjarni segir að ekki verði skilið við dagskrá Læknadaga án þess að nefna lokahófið með sinni hefðbundnu spekingaglímu sem margir bíða eftir í ofvæni. „Gunnar Guðmundsson lungnalæknir tilkynnti í fyrra að hann myndi ekki stýra glímunni lengur, en maður kemur í manns stað og Kristján Guðmundsson háls-, nef- og eyrnalæknir tekur við stjórninni. Við leggjum mikla áherslu á vel sé haldið utan um þetta atriði." Að lokinni glímu verður svo kokdillir í boði Fræðslustofnunar.

Árshátíð Læknafélags Reykjavíkur fer fram í Hörpu á laugardagskvöldið undir veislustjórn Benedikts Sveinssonar. Þar kemur sonur hans, Bergur Ebbi, einnig við sögu og ætla þeir feðgar að halda uppi fjörinu ásamt hljómsveitinni Buffi. Góða skemmtun.

Sigrún og Friðgeir – Ferðasaga

Auðólfur Gunnarsson

kvensjúkdómalæknir



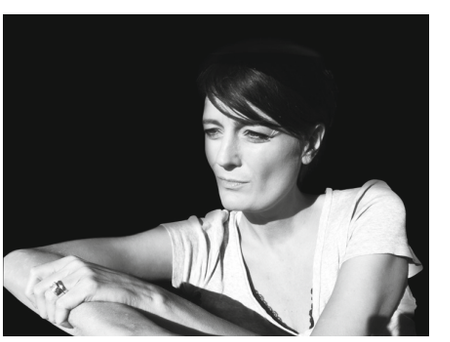
augun@hotmail.com

Ég hef verið beðinn að skrifa pistil í *Læknablaðið* í tilefni þessarar bókar, sem er mér ljúft og skylt.

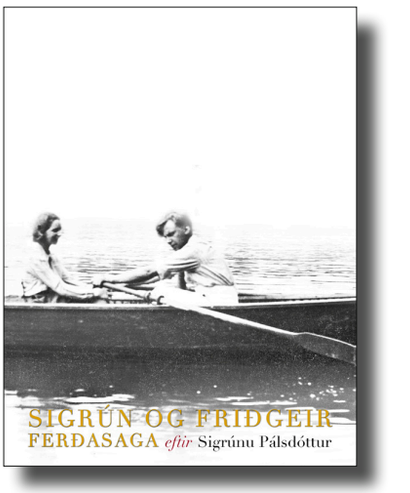
Bókin greinir frá ævi læknishjónanna Sigrúnar Briem og Friðgeirs Ólasonar, sem sigldu til framhaldsnáms í Ameríku í byrjun heimsstyrjaldarinnar síðari, árið 1940. Þau fórust ásamt þremur börnum sínum með Goðafossi, sem skotinn var niður af þýskum kafbáti á Faxaflóa 10. nóvember 1944.

Oft er spurt, hvar varstu staddur þegar einhver voðaatburður gerðist. Ekki man ég það, enda aðeins 7 ára gutti norður í landi þar sem pabbi var prestur. Þessi atburður greyptist þó inn í vitund mína, þótt barn væri. Sorgleg örlög ungu læknishjónanna snerti heimili mitt meira en ella þar sem um fjölskyldutengsl var að ræða. Amma mín Þóra og Sigurður faðir Sigrúnar voru systrabörn og Guðrún ömmusystir mín var gift Eggerti bróður Sigurðar, sem bjó í næsta nágrenni í Tjarnargötunni, og þriðja systirin Guðný bjó búi sínu suður í Skerjafirði þar sem Briem-fjölskyldurnar geymdu hesta sína og riðu út á sunnudögum.

Þau Sigrún og Friðgeir komu sitt úr hvorri áttinni og höfðu alist upp við ólíkar aðstæður. Sigrún var Reykjavíkurmær sem ólst upp við góð efni og aðstæður í Tjarnargötunni þar sem þrír Briem-bræður höfðu byggt sér hús. Friðgeir var fæddur og ólst upp fyrstu æviárin í Skjaldabjarnarvík, afskekktum bæ nyrst á Ströndum, og síðan á Ísafirði. Hann útskrifaðist stúdent frá MA en Sigrún frá MR. Ekki höfðu margar konur lagt fyrir sig læknanám á undan Sigrúnu og ekki ljóst hvað varð til þess að þessi fíngerða Reykjavíkurdama lagði út á þá grýttu braut. Friðgeir var hins vegar vanur harðræðinu. Að loknu læknanámi og stuttum héraðslæknisstörfum Friðgeirs, sigldu þau til Bandaríkjanna til framhaldsnáms út í óvissuna. Lárus Einarsson prófessor í líffærafræði í Árósum hafði heimsótt Friðgeir á Breiðumýri og kveikt áhuga hans á vísindarannsóknum, en hann hafði stundað rannsóknir bæði austanhafs og vestan, meðal annars á lækningamætti vítamína. Hann mun hafa boðið Friðgeiri og Sigrúnu að koma til Árósa í framhaldsnám og til rannsóknarstarfa. Íslenskir læknar höfðu fram til þessa sótt sér framhaldsnám og reynslu til Evrópu, en nú lokaði stríðið þeirri leið að mestu. Því fóru flestir íslenskir námsmenn nú vestur um haf til framhaldsnáms. Sigrún og Friðgeir munu hafa verið einna fyrst íslenskra lækna til að leita sér framhaldsnáms í Vesturheimi. Þau komust fljótt að því að ekki var auðhlaupið að því að fá inni á amerískum háskólasjúkrahúsum án þess að hafa gengið í gegnum ákveðið ráðningaferli og með próf frá íslenskum læknaskóla sem fáir vissu deili á. Þeim bauðst starf bráðalækna á læknabílum sem gerðir voru út frá Knickerbocker-spítala í Harlem í New York, sem þá var illræmt blökkumannahverfi. Það má því segja að þau hafi steypt sér út í djúpu laugina án þess að kunna að synda sökum reynsluleysis, og aðstæður hljóta að hafa verið þeim mjög framandi. Bílstjórar læknabílanna urðu þeirra bestu vinir og hjálparhellur. Það minnir mann á fyrstu bæjarvaktirnar í Reykjavík þegar gamalreyndir bílstjórar gáfu góð ráð, enda þekktu þeir bæinn bæði utan og innan.



Sigrún Pálsdóttir (f. 1967) sagnfræðingur, ritstjóri Sögu, tímarits Sögufélags, og höfundur bókarinnar Þóra biskups og raunir íslenskrar embættismannastéttar sem JPV gaf út árið 2010. Sigrún og Friðgeir – Ferðasaga er önnur bók höfundar, JPV 2013.



Sigrún og Friðgeir – Ferðasaga byggist á bréfum og dagbókum hjónanna frá því þau sigla til Bandaríkjanna 1940 og þar til þau stíga á skipsfjöl ásamt þremur litlum börnum sínum í New York áleiðis heim 1944. Fjöldi ljósmynda sviðsetur dramatísk og dýrmæt augnablik í lífi fjölskyldunnar allt þar til tundurskeyti frá þýskum kafbáti hæfir Goðafoss eftir að hann hefur beygt fyrir Garðskaga. Allir um borð hafa landsýn en örlögin haga því svo að aðeins 19 manns komast á leiðarenda en 24 farast með skipinu og var það stærsta blóðtaka fyrir Íslendinga í seinni heimsstyrjöldinni.

Sigrún stefndi á sérnám í barnalækningum, en Friðgeir í heilbrigðisvísindum og rannsóknarstörf. Um síðir fengu þau með aðstoð vestur-íslensks læknis í Kanada ólaunaðar námsstöður á kennsluspítölum í Winnipeg, Sigrún á barnaspítala og Friðgeir á lyfjadeild. Sigrúnu líkaði vel á barnaspítalanum, en hún saknaði mjög sonarins sem þau skildu eftir á Íslandi hjá vinafólki í Djúpuvík á Ströndum. Það endaði með því að Friðgeir sigldi eftir honum til Íslands og komst klakklaust til baka, en Goðafoss slapp naumlega frá árás þýsks kafbáts í þeirri ferð. Það mun hafa verið hjónunum í Djúpuvík mjög þungbært að sjá á eftir drengnum, en þau áttu ekki barn. Nokkru síðar eignuðust þau kjördóttur, Maríu Guðmundsdóttur ljósmyndara og fyrirsætu, er reyndist þeim góð dóttir sem létti þeim lífið.

Með aðstoð góðra manna fékk Friðgeir styrki til rannsóknarstarfa á þekktum vísindastofnunum í Bandaríkjunum. Því fluttu hjónin aftur til New York í þann mund sem Bandaríkin soguðust inn í heimsstyrjöldina. Þaðan fóru þau síðan til Nashville í Tennessee, þar sem Friðgeir lauk meistaraprófi í heilbrigðisvísindum með rannsóknum á vítamínum frá Vanderbilt-háskólanum, en Sigrún starfaði þar sem skólalæknir. Vegna góðrar frammistöðu fékk Friðgeir síðan inngöngu í Harvardháskólann í Boston og hlaut þar doktorsgráðu með rannsóknum á áhrifum



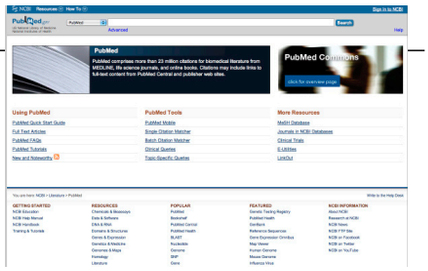
Á góðri stund, hjónin með krakkana sína þrjá og Helga Briem, bróður Sigrúnar.
Í texta við myndina segir í bókinni: „Mér þótti mjög gaman að sjá þau, og eru þau bæði einstakar manneskjur og eiga tvo svo sæta stráka.“ Helgi Briem í bréfi til móður sinnar, Álfheiðar Helgadóttur.

A-vítamíns á vöxt krabbameinsæxla, fyrstur Íslendinga í september 1944. Í Boston fékk Sigrún vinnu á fæðingardeildinni á Boston Lyingin-sjúkrahúsinu. Í millitíðinni höfðu þau eignast annan dreng og í Boston fæddist þeim stúlka. Sigrún hafði ekki lokið sérnámi í barnalækningum. Hún var undir miklu álagi og þráði að flytjast heim til Íslands með börnin. Friðgeir eygði kennslustöðu við Harvardskólann. Hvorugt þeirra átti að neinu vissu að hverfa á Íslandi og atvinnumöguleikar við þeirra hæfi þar takmarkaðir. Nú hillti undir lok heimsstyrjaldarinnar og tök Þjóðverja á Atlantshafinu dvínandi og árásarhætta kafbáta þeirra minnkandi. Þau ákváðu því að flytja heim, þrátt fyrir óvissa atvinnumöguleika. Hinn 15. október 1944 létu þau úr höfn í New York með Goðafossi í skipalest áleiðis til Skotlands. Ferðin þangað gekk áfallalaust. Þaðan sigldi síðan Goðafoss í fararbroddi lítillar skipalestar áleiðis til Íslands. Fram kom í samræðum skipverja á leiðinni að einni stúlkunni hafði verið spáð því að hún ætti eftir að lenda í alvarlegu sjóslysi en bjargast, og ungum háseta hafði verið sagt í andaglasi ári áður að hann mundi lenda í hryllilegu sjóslysi hinn 10. nóvember og var ráðlagt að hætta til sjós. Við Reykjanes lentu skipin í óveðri og skipalestin tvístraðist. Að morgni 10. nóvember sigldi Goðafoss, sem kominn var inn á Faxaflóa, fram á enskt olíuskip úr skipalestinni sem orðið hafði fyrir tundurskeyti og stóð í björtu báli. Skipshöfn Goðafoss bjargaði 19 skipverjum, mikið skömmduðum og skaðbrenndum úr björgunarbátum. Sigrún og Friðgeir hlynntu að þeim eins og kostur var. Skömmu síðar hæfði annað tundurskeyti Goðafoss og hann liðaðist í sundur og sökk á skömmum tíma úti fyrir Garðskaga. Því sem þá skeði er vel lýst í bókinni eftir heimildum þeirra er af komust. Illa gekk að losa björgunarbáta og hjónin lentu í sjónum ásamt börnunum. Allir reyndu að hjálpa hver öðrum og ekki síst börnunum en það tókst ekki. Hafrótið og niðursogið sem fylgdi sökkvandi skipinu hreif þau með sér í hyldýpið. Þannig drukknuðu 24, þar á meðal Sigrún og Friðgeir og börnin þeirra öll. Sú saga komst á kreik að lík bræðranna hefði rekið á fjöru haldandi í hendur. Hið rétta er að þau rak á strönd Snæfellsness í nokkurra metra fjarlægð hvort frá öðru sem má furðulegt kallast. Þeir voru þeir einu sem hafið skilaði aftur. Hin öll hvíla enn í hinni votu gröf sem þeim var búin.

Margt í Ferðasögu Sigrúnar og Friðgeirs rifjar upp minningar úr eigin reynsluheimi frá því að ég var við framhaldsnám í skurðlækningum og við rannsóknir í Bandaríkjunum tæpum 30 árum síðar. Þá var aukin þekking á ónæmisfræði sem gerði líffæraflutninga mögulega og vonir stóðu til að hún nýttist til að lækna krabbamein og fleiri sjúkdóma. Þá var önnur styrjöld í gangi, Víetnamstríðið. Það er sennilega fyrsta styrjöld sem tapast vegna útsendinga sjónvarps, sem færði heim í stofu myndir af voðaverkum sem unnin voru af báðum aðilum. Þá var herskylda í Bandaríkjunum og almenningur sem upphaflega var hliðhollur styrjöldinni, áttaði sig á grimmd og tilgangsleysi stríðsins og snérist öndverður gegn því að senda syni sín á vígvöllinn.Þegar ég vann á Hermannaspítalanum í Minneapolis, kynntist ég áþreifanlega afleiðingum stríðsins á unga menn sem komu illa særðir og oft örkumla af vígvellinum.

Varla getur nokkuð verið átakanlegra fyrir foreldra en að horfa á hafið hrifsa til sín börn þeirra án þess að geta rönd við reist, nema ef vera skyldi að sjá þeim misþyrmt eða þau drepin í stríðsátökum. Það viðgengst þó enn víða um heim, án þess að mikið sé að gert.

Þegar ég flutti heim frá Bandaríkjunum með fjölskyldu og hafurtask, kusum við að fylgja búslóðinni um borð í Fjallfoss, sem var flutningaskip með klefa fyrir farþega. Þetta var ódýrara en flug og ferðin átti að verða hvíld og afslöppun eftir erfiðan tíma. Það fór þó nokkuð á annan veg. Eftir eins dags siglingu frá Norfolk mættu okkur borgarísjakar með Grænlandsstraumnum og við tók niðdimm þoka og hafrót. Skipstjórinn, sem var gamalreyndur, stóð sjálfur við stjórnvölinn og stýrði skipinu milli ísjakanna í þokunni. Á meðan gátum við hjónin vart risið úr rekkju sökum sjóveiki og synirnir þrír léku lausum hala í fylgd skipsáhafnarinnar. En þá var ekkert stríð í gangi og engir kafbátar í hafdjúpinu, aðeins höfrungar sem fylgdu skipinu. Að lokum létti þokunni og lægði. Í björtu og fögru veðri sigldum við inn Faxaflóann og heilu og höldnu í höfn í Reykjavík. Það fór ekki hjá því að árásin á Goðafoss 31 ári áður og örlög þeirra sem með honum fórust, kæmi upp í hugann. Á slíkum stundum hlýtur maður að þakka almættinu og minnast þess að enginn ræður sínum næturstað, hvað þá skapadægri.



Slóðin á Medline er ncbi.nlm.nih.gov/pubmed en einfaldast er í upphafi að gúggla Medline og velja Home-PubMed-NCBI. Þá opnast þessi síða sem veitir aðgang að stærsta gagnabanka veraldar í læknisfræði.

Ótæmandi uppspretta

Gagnabankinn Medline og leitarvélin PubMed

Hávar Sigurjónsson

Það þóttu tíðindi þegar *Læknablaðið* íslenska komst á Medline. Hvað þýðir það? Jú, að fræðigreinar er birtast í *Læknablaðinu* eru skráðar og aðgengilegar í stærsta læknisfræðilega gagnabanka í veröldinni þar sem hægt er að nálgast allar nýjustu upplýsingar um læknisfræðilegar rannsóknir, svo framarlega sem birt hefur verið grein, ein eða fleiri, í viðurkenndum tímaritum. Það skiptir því máli fyrir útgáfuna ekki síður en höfundinn/höfundana að tímaritið sé á Medline.

Medline rekur upphaf sitt aftur til ársins 1850 er landlæknir Bandaríkjanna setti á stofn herlæknisfræðilegt bókasafn. Fimmtán árum síðar var kornungur læknir, John Shaw Billings, skipaður yfirbókavörður og undir hans stjórn óx bókasafnið úr nokkrum þúsundum titla í að verða stærsta læknisfræðilega bókasafn veraldar með 116.000 titla árið 1895. Billings var afar framsýnn maður og eitt af hans verkum var að tryggja bókasafninu áskriftir að læknisfræðilegum tímaritum þess tíma og árið 1879 hófst árleg útgáfa yfirlitsskrár er nefndist Index Medicus. Medline mætti í rauninni lýsa sem hinni stafrænu útgáfu Index Medicus. Árið 1956 var herbókasafninu breytt í Læknisfræðilegt Landsbókasafn (National Library of Medicine) sem skilgreinir sjálft sig sem stærsta líf- og læknisfræðilega bókasafn veraldar. Árið 1997 var stigið merkilegt skref í sögu safnsins er þáverandi forseti Bandaríkjanna, Bill Clinton, ákvað að Medline skyldi verða aðgengilegt án gjalds fyrir alla jarðarbúa, og hefur það verið þannig síðan.

Gataspjöld og segulbönd

Medline hefur þróast í áranna rás og tölvuvæðing þess hefur um margt verið í fararbroddi á hverjum tíma þó eflaust þætti tækni 8. áratugarins sein í svifum í dag. Þá voru allar upplýsingar geymdar á gataspjöldum og segulböndum og afgreiðslutími beiðna um afrit af greinum var að jafnaði tvær vikur. Umsækjandinn þurfti þá að vita nafn höfundar og titil greinar ef niðurstaða átti að fást af leitinni. Í dag er þessu öðruvísi farið og helstu ókostir leitar að ef ekki er skilgreint nægilega nákvæmlega hverju leitað er eftir, er hætt við að upp komi tugir þúsunda möguleika enda gríðarlegur fjöldi greina sem leitarvélin hefur aðgang að. Nú eru 5600 tímarit skráð í Medline og nær leitarvélin í dag aftur til ársins 1946 en stöðugt er verið að tölvutaka eldri árganga læknisfræðilegra rita til að auka sögulegt gagn af gagnbankanum. Um 22 milljónir leitarorða eru í gagnabankanum og árlega bætast 800.000 við. Magnið þarf þó ekki að valda verulegum áhyggjum þar sem ýmis hjálpartæki eru í boði á heimasíðu PubMed sem er hinn opinberi aðgangur að Medline.

Strangar kröfur

Nefnd sérfræðinga metur hvert tímarit sem talið er eiga erindi á Medline. Kröfurnar beinast fyrst og fremst að gæðum þeirra vísindalegu vinnubragða sem liggja að baki þeim greinum sem tímaritið birtir. Hver grein er síðan skráð af sérfræðingum Medline undir ýmsum leitarorðum er nefnast MeSH (Medical Subject Headings). Leitarorðin falla undir kerfi sem í grunninn er enn óbreytt frá því höfundur þess, John Billings, hóf útgáfu Index Medicus. Hann var sannarlega framsýnn náungi.

Aðalskráning greina í Medline tekur til viðeigandi leitarorða eins og til dæmis sjúkdóma, einkenna, líkamlegra hugtaka og lyfja. Hverri aðalskráningu fylgir síðan fjöldi undirskráninga, svo þegar leitað er má bæta við undirleitarorði með skástriki til að þrengja leitina. Einfalt dæmi er að ef slegið er inn leitarorðið „influenza" birtast 33.000 svör en þegar slegið er inn „influenza/heat" fækkar þeim í 12.000. Öllum greinum frá 1975 fylgir útdráttur á ensku hafi hann á annað borð fylgt greininni frá upphafi. Hægt er að leita eftir orðum úr texta þó hætt sé við að niðurstöður geti orðið ansi margar í fyrstu umferð en þá er um að gera að þrengja leitina frekar.

Einfalt að leita

Þegar leitað er á Medline er einfaldast að byrja á því að gúggla Medline og velja *Home-PubMed-NCBI*. Þá opnast heimasíða PubMed með leitargluggann efst á síðunni. Ef vitað er nákvæmlega hverju leita skal eftir, er ekki eftir neinu að bíða og/eða skrifa viðeigandi leitarorð í gluggann og senda vélina í leit innan um allar milljónirnar af möguleikum. Sá sprettur tekur að jafnaði innan við 10 sekúndur. Ef hins vegar leitandinn er ekki viss hverju leitað skal eftir eða hefur svolítinn tíma aflögu til að kynna sér möguleika PubMed og Medline er rakið að velja úr listanum lengst til vinstri *PubMed quick Guide* eða *PubMed Tutorials* og kynna sér hversu fjölbreyttir möguleikar til upplýsinga gefast í gegnum þessa síðu.

PubMed og Medline eru eflaust gagnlegust þeim sem stunda vísindalegar rannsóknir og vilja kynna sér nýjustu niðurstöður á tilteknu sviði. Upplýsingarnar takmarkast þó engan veginn við það og gríðarlegt magn upplýsinga um nánast allt er snýr að heilbrigðismálum er að finna í iðrum Medline. Kjarni málsins er einfaldlega sá að stærsta læknisfræðilega bókasafn heimsins er aðgengilegt ókeypis með einum músarsmelli hvaðan sem er úr veröldinni. Klikk.

Þessi samantekt er byggð á þremur nýlegum greinum í sænska læknablaðinu:

Theander S, Jensen J, Nilsson PM. Medline – en skattkammare för läkare och forskare. Så skapades databasen med över 20 miljoner medicinska referenser. Läkartidningen 2013; 110: 1878-9.

Theander S, Jensen J. Att söka i Medline – en kurs för nybörjare. Läkartidningen 2013; 110: 1879-83.

Theander S, Jensen J, Nilsson PM. Medlines tillväxt speglar utvecklingen av medicinskt vetande. Läkartidningen 2013; 110: 1880-3.

Betrisvefn.is – Dæmi um nýsköpun í kjölfar Læknadaga

Össur Ingi Emilsson

stjórnarmaður í fræðslunefnd Félags almennra lækna og meðlimur í undirbúningsnefnd Læknadaga.

ossuri@landspitali.is



Læknadagar eru íslenskum læknum vel kunnir. Þeir hafa verið haldnir ár hvert í janúar í meira en áratug. Aðsóknin hefur verið góð og dagskráin vönduð og yfirgripsmikil. Aðalhlutverk þeirra er að veita læknum innlendan vettvang fyrir símenntun. Minna er hins vegar rætt um hlutverk þeirra í að stuðla að framþróun og nýsköpun í íslensku heilbrigðiskerfi. Þetta hlutverk er ekki síður mikilvægt og verður hér rakið dæmi þess.

Á Læknadögum 2013 var fyrsti dagur þingsins helgaður svefnleysi, eðli, greiningu og meðferð. Þessir fyrirlestrar voru vel sóttir og sköpuðust miklar umræður um þetta algenga vandamál sem talið er að hrjái um 10-20% fólks á hverjum tíma.[1] Í erindum sem fjölluðu um meðferð svefnleysis kom fram að bensódíasepín og skyld svefnlyf eru aðallega gagnleg við meðhöndlun svefnleysis til skamms tíma, en við langtímameðferð tapast þessi ávinningur og fylgikvillar fara að vega þyngra. Betri árangur fæst með hugrænni atferlismeðferð við svefnleysi (HAM-S), auk þess sem áhrifin vara lengur en meðferðin stendur yfir. Samkvæmt samantekt bandarískra svefnlækningafélagsins frá 2006 fá um 70% bata af HAM-S, sem viðhelst í að minnsta kosti 6 mánuði að lokinni meðferð.[2]

Enginn ágreiningur virtist vera meðal fyrirlesara og fundargesta um gagnsemi HAM-S. Hins vegar var ljóst að ekki hefur verið auðvelt að komast í slíka meðferð, sérstaklega fyrir fólk sem býr utan höfuðborgarsvæðisins. Mörgum sjúklingum kann að þykja erfið sú tilhugsun að þurfa að fara til sálfræðings til að þiggja meðferðina. Einnig er slík meðferð kostnaðarsöm, og stendur það efnaminni sjúklingum oft fyrir þrifum.

Þessi vandi einskorðast ekki við Ísland.[3] Fram kom í umræðum að vegna þessa væri farið að bjóða erlendis upp á HAM-S í gegnum vefforrit. Slík forrit, sem eru hönnuð af fagfólki, leiða sjúklinginn gegnum meðferðina á gagnvirkan hátt. Sjúklingurinn svarar spurningum um svefnvandann og út frá þeim eru gefnar meðferðarleiðbeiningar. Forritið leiðir sjúklinginn áfram í gegnum meðferðina eftir því hvernig svör hans þróast, oft með einhverri aðkomu fagfólks. Rannsóknir á þessari nálgun hafa sýnt að jafnvel þó ekkert fagfólk komi beint að meðferðinni (fyrir utan hönnun forritsins) þá hafi hún samt sem áður marktæk áhrif, en líklegast ekki eins mikil og einstaklings- eða hópmeðferð á stofu þó enn vanti góðar rannsóknir með beinum samanburði.[4, 5]

HAM-S gegnum netið er því hentug nálgun að algengu vandamáli, sem ætti að geta gagnast stórum hópi sjúklinga með vægari sjúkdóm. Meðferðin er ódýrari en hefðbundin HAM-S, aðgengilegri (sérstaklega fyrir sjúklinga utan höfuðborgarsvæðisins) og gæti mögulega minnkað lyfjanotkun. Því má færa rök fyrir því að þessi nálgun gæti nýst mörgum og dregið úr kostnaði í heilbrigðiskerfinu og í samfélaginu vegna svefnleysis.

Málþingið var vel sótt, meðal annars af tveimur nýútskrifuðum læknum með mikla kunnáttu í uppsetningu vefsvæða. Að málþinginu loknu hófu þeir samtal við sálfræðing með sérhæfingu í HAM-S sem hafði flutt erindi á málþinginu. Þau höfðu öll áhuga á hlutverki vefforrita í meðferð og eftirfylgd sjúklinga en höfðu ekki haft bolmagn til að hefja slíkt verkefni hvert í sínu lagi. Með því að ná saman fyrir tilstuðlan þessa málþings gátu þau hins vegar í sameiningu sett á laggirnar nýja vefsíðu, betrisvefn.is, sem býður upp á HAM-S gegnum netið og hefur nú verið tekin í notkun. Meðferðin tekur 12 vikur og skiptist í 6 vikna virka meðferð og 6 vikna eftirfylgd. Á fyrstu þremur mánuðunum sem meðferðin hefur verið í boði hefur 61 skráð sig á síðunni. Takist að festa meðferðina í sessi mun það vonandi leiða til þess að fleiri Íslendingar fái betri og virkari meðferð við svefnleysi en áður.

Læknadagar skapa vettvang fyrir kynningu innanlands á nýjustu þekkingu í læknisfræði, og auðvelda læknum að viðhalda þekkingu sinni. Erindi frá heilbrigðisstéttum, öðrum en læknum, þegar við á, auka enn frekar á gæðin. Þar fæst grundvöllur fyrir fagfólk með svipuð áhugasvið til að hittast og deila þekkingu sinni, sem getur orðið uppspretta nýrra hugmynda og verkefna og er betrisvefn.is gott dæmi. Það er því ljóst að Læknadagar þjóna mikilvægu hlutverki og hvetja til framþróunar og nýsköpunar í íslenskri heilbrigðisþjónustu.

Gleðilega Læknadaga!

Heimildir

1. Buysse, DJ. Insomnia. JAMA 2013; 309: 706-16.
2. Morin, CM, Bootzin, RR, Buysse, DJ, Edinger, JD, Espie, CA, Lichstein, KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia:update of the recent evidence (1998-2004). Sleep 2006; 29: 1398-414.
3. Williams J, Roth A, Vatthauer K, McCrae CS. Cognitive behavioral treatment of insomnia. Chest 2013; 143: 554-65.
4. Espie CA. «Stepped care»: a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. Sleep 2009; 32: 1549-58.
5. Cheng, SK, Dizon, J. Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis. Psychother Psychosom 2012; 81: 206-16.

LÆKNADAGAR Í HÖRPU 2014

Yfirlit dagskrár

Mánudagur 20. janúar

09:00-12:00

Norðurljós	**Næring í víðu samhengi: Nútímamataræði og kúrar**
Kaldalón	**Söfnun persónuauðkenna sjúklinga í heilbrigðisskrár**

12:10-13:00 **HÁDEGISVERÐARFUNDIR**

Norðurljós	**Er ræktun matjurta í þéttbýli lýðheilsumál?**
Kaldalón	**Hvernig á að halda góðan fyrirlestur/presentation?**
Ríma	**Var Jón Sigurðsson með sýfilis?** *Fundur á vegum Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar*

13:10-16:10

Norðurljós	**Næring í víðu samhengi:** **Þegar almennu ráðleggingarnar duga ekki**

16:10

Norðurljós	**Setning Læknadaga**

Þriðjudagur 21. janúar

07:30-08:45

Kaldalón	**Sykursýki tegund 2** Málþing á vegum AstraZeneca

09:00-12:00

Ríma	**Líf eftir aflimun**
Kaldalón	**Brjóstakrabbamein - staðan í faginu**
Silfurberg B	**Skorpulifur**
Stemma	**Faralds- og líftölfræði fyrir klíníska lækna – vinnubúðir**

12:10-13:00 **HÁDEGISVERÐARFUNDIR**

Ríma	**Helstu langtímavandamál fyrirbura**
Silfurberg B	**Húðsjá: Ný notkunarsvið og ábendingar**
Kaldalón	**Svefnleysi og kvíði** *Hádegisverðarfundur á vegum Pfizer*

13:10-16:10

Ríma	**Sortumein**
Kaldalón	**Langvinn streita: ógnin að innan**
Silfurberg B	**Holsjárskoðun (speglun) í „beinni“**
Stemma	**Liðskoðun – vinnubúðir**

16:20-18:00

Kaldalón	**Faraldur ristilkrabbameins – verður ekkert aðhafst?** *Málþing á vegum Roche og Merck*
Silfurberg B	**Pneumókokkasýkingar - Gjörbreytt framtíðarsýn!** Málþing á vegum GlaxoSmithKline

Miðvikudagur 22. janúar

07:30-08:45

Silfurberg B	**Lungnabólga er allstaðar** *Málþing á vegum AstraZeneca*

09:00-12:00

Kaldalón	**Afleiðingar höfuðhögga meðal íslenskra ungmenna**
Ríma	**Öldrunargeðdeild - óþarfa bruðl?**
Silfurberg B	**Gigt er ekki bara liðbólgur – utanliðaeinkenni gigtarsjúkdóma**
Kaldalón	**Þróun og notagildi upplýsingatækni í heilbrigðisþjónustu**

12:10-13:00 **HÁDEGISVERÐARFUNDIR**

Ríma	**Siðfræði í bráðum veikindum. Umræða um sjúkratilfelli**
Silfurberg B	**Húmor Ólafs Thors og geðhvörf Churchills**
Kaldalón	**Medical treatment of Alzheimer´s disease, risks and benefits** *Hádegisverðarfundur á vegum Actavis*

13:10-16:10

Silfurberg B	**Tvö þúsund sprautufíklar og heilbrigðiskerfið**
Silfurberg A	**Nýjungar í augnlækningum**
Kaldalón	**Áverkar á börnum**

Í bílastæða-kjallara Hörpu	**Fyrstu viðbrögð læknis á slysstað – vinnubúðir**

16:20-18:00

Silfurberg B	**Lækningaminjasöfn hér og nú** Málþing á vegum Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar
Kaldalón	**Sérhæfð lækning** *Málþing á vegum Roche*

Fimmtudagur 23. janúar

09:00-12:00

Silfurberg B	**Svimi - einn hringur enn**
Kaldalón	**Geðhvörf og geðklofi: Greining, meðferð og mikilvæg skref til bata**
Ríma	**Fyrirferð á hálsi**

12:10-13:00	**HÁDEGISVERÐARFUNDIR**
Ríma	**Meðferð góðkynja stöðusvima BPPV**
Silfurberg B	**Burðarmæður**
Kaldalón	**Nýir meðferðarmöguleikar við astma** *Hádegisverðarfundur á vegum Norpharma*

13:10-16:10

Kaldalón	**Nýjungar í gáttatifi**
Silfurberg B	**Kjaramál lækna**
Ríma	**The Oral Cavity: A Window Into the Body**
Stemma	**Guided by general practice (Leiðsögn heimilislæknis) - vinnubúðir**

16:20-18:00

Kaldalón	**Þörf málefni þvagblöðrunnar** *Málþing á vegum Astellas*

Föstudagur 24. janúar

07:30-08:45

Kaldalón	**GLP-1 receptor agonists 2014: tailoring the diabetes treatment** *Málþing á vegum Sanofi*

09:00-12:00

Ríma	**Góð og örugg heilbrigðisþjónusta. Verklag Embættis landlæknis við eftirlit og gæðaþróun**
Silfurberg B	**Langvinnir stoðkerfisverkir árið 2014: Breyttar áherslur í skilningi og meðferð**
Kaldalón	**Allur á iði, úti á þekju: ADHD hjá fullorðnum. Sérislenskt vandamál?**
Stemma	**Skaðsemi læknisverka - vinnubúðir**

12:10-13:00	**HÁDEGISVERÐARFUNDUR**
Silfurberg B	**Divided we fail**

13:10-16:10

Kaldalón	**Líðan og heilsa lækna**
Ríma	**Nýjungar í greiningu og meðferð ósæðarsjúkdóma**
Silfurberg B	**Urgent mental health interventions for children and adolescents: a growing need?**

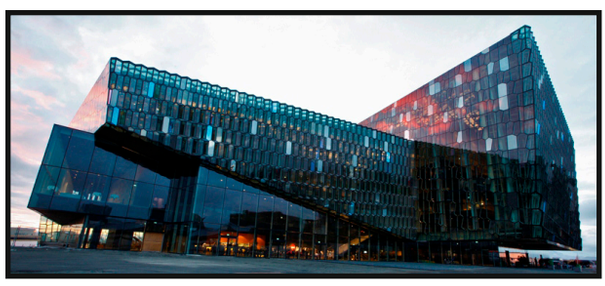
16:20-17:20

Norðurljós	**Lokadagskrá: GLÍMA**

17:20	**Kokdillir**

Vistor Aðalstyrktaraðili Læknadaga

ÁRSHÁTÍÐ LR Í HÖRPU



25. JANÚAR 2014



Iceland Travel Ráðstefnur er samstarfsaðili Læknadaga til margra ára.

Iceland Travel Ráðstefnur sérhæfir sig í skipulagningu, undirbúningi og utanumhaldi ráðstefna og funda.

Nánari upplýsingar um þjónustu okkar er hægt að nálgast í síma 585-4200 eða á heimasíðunni www.conferences.is.

Iceland Travel
RÁÐSTEFNUR

Skútuvogur 13 a
104 Reykjavík
conferences@icelandtravel.is | **conferences.is**
Sími 585-4200

– A sense of security when you need it most

Sørlandet Hospital HF is the biggest knowledge economy employer in the region, with over 5,000 employees spread across various institutions in the counties of Vest-Agder and Aust-Agder. We are responsible for specialist health services in the areas of physical health care, psychiatric care and addiction treatment. The main tasks of the specialist health service are treating patients, training healthcare personnel, performing research and educating patients and their families.





Kristiansand-Norway

Consultant – Breast and Endocrine Surgery – Surgical Department

Full-time permanent position

The surgical department in Kristiansand has a vacancy for a breast and endocrine surgeon. This section is responsible for all breast and endocrine surgery in the counties of Vest-Agder and Aust-Agder, which means that it serves a population of almost 300,000 people. We work very closely with the centre for cancer care at the hospital. The cancer unit provides chemotherapy and radiation therapy, as well as palliative care. There are good opportunities for research work at the breast and endocrine section.

The successful applicant will form part of the section's team of three consultants (the other two are already working at the section). The section also has two training posts for registrars. The work will involve performing operations, outpatient clinics and ward work. Rota to be agreed. We are looking for a specialist in breast and endocrine surgery, or alternatively a surgeon who is expected to qualify as a specialist within a year. Experience of plastic surgery would be an advantage.

Information: Head of Department Alf Ole Tysland, tel. +47 38 07 36 46 or Clinical Head of Section Eivind Stenehjem, tel. +47 38 07 38 13.

Application deadline: 15 February 2013

Applications and CVs are recorded electronically via our application software.
Further information, including the full job advertisement, can be found at www.sshf.no/jobbsok

frantz.no

SØRLANDET SYKEHUS

Bayer HealthCare

Xarelto® rivaroxaban

Xarelto (stytt samantekt á eiginleikum lyfs)
Innihaldslýsing: Xarelto 15 mg og 20 mg: Hver filmuhúðuð tafla inniheldur 15 mg eða 20 mg rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast.
Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúpbláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Skammtar og lyfjagjöf**: *Fyrirbyggjandi við heilablóðfalli og segareki:* Ráðlagður skammtur er 20 mg einu sinni á sólarhring, sem er einnig ráðlagður hámarksskammtur.Meðferð með Xarelto á að halda áfram til langs tíma þar sem ávinningur sem fyrirbyggjandi við heilablóðfalli og segareki vinnur upp hættuna á blæðingu.Ef skammtur hefur gleymst á sjúklingurinn að taka Xarelto án tafar og halda síðan áfram næsta dag og taka lyfið einu sinni á sólarhring eins og lagt var upp með. Ekki skal taka tvöfaldan skammt sama daginn til að vinna upp skammt sem gleymst hefur að taka. *Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum, meðferð við segareki í lungum og fyrirbyggjandi við endurteknu segareki í djúpbláæðum og segareki í lungum:*Ráðlagður skammtur við upphafsmeðferð við bráðri segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum er 15 mg tvisvar á dag fyrstu þrjár vikurnar og síðan 20 mg einu sinni á dag fyrir framhaldsmeðferð og fyrirbyggjandi við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum, eins og mælt er fyrir hér: Dagur 1 – 21: 15 mg tvisvar á dag. Hámarks dagsskammtur er 30 mg. Dagur 22 og eftir það: 20 mg einu sinni á dag. Hámarks dagsskammtur er 20 mg. Lengd meðferðar skal vera einstaklingsbundin eftir vandlega áætlun á ávinningi meðferðar gegn hættunni á blæðingu. Stuttur meðferðartími (a.m.k. 3 mánuðir) á að byggja á tímabundnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, slysi, hreyfingaleysi) og lengri meðferðartími á að byggja á langvinnum áhættuþáttum eða segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum af óþekktum orsökum. Gleymist skammtur meðan verið er að taka 15 mg tvisvar á dag (dagur 1 - 21) skal sjúklingurinn taka Xarelto tafarlaust til að tryggja töku á 30 mg af Xarelto á dag. Í þessu tilfelli má taka tvær 15 mg töflur í einu. Daginn eftir skal sjúklingurinn halda áfram að taka 15 mg tvisvar á dag eins og venjulega og mælt var með. Gleymist skammtur þegar einn skammtur er tekinn daglega (dagur 22 og eftir það), skal sjúklingurinn taka Xarelto tafarlaust og halda áfram næsta dag með því að taka skammtinn einu sinni á dag eins og mælt var með. Ekki má tvöfalda skammt sama daginn til að bæta upp fyrir gleymdan skammt. *Skipti frá K vítamín hemli yfir í Xarelto:* Fyrir sjúklinga sem fá fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki, skal stöðva meðferð með K vítamín hemli og hefja meðferð með Xarelto þegar INR er ≤ 3,0. Fyrir sjúklinga sem fá meðferð gegn segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum eða fyrirbyggjandi meðferð gegn endurteknum tilvikum, skal stöðva meðferð með K vítamín hemli og hefja meðferð með Xarelto þegar INR er ≤ 2,5. Þegar sjúklingar eru fluttir af meðferð með K vítamín hemli yfir í Xarelto, munu INR gildi vera falskt hækkuð eftir að Xarelto hefur verið tekið inn. Mæling á INR gefur ekki rétta mynd af blóðstorkuvirkni Xarelto og á því ekki að nota það. *Skipti frá Xarelto yfir í K vítamín hemil:* Möguleiki er á ófullnægjandi blóðþynningu við skipti af Xarelto yfir á K vítamín hemla. Tryggja skal samfellda viðunandi blóðþynningu á meðan breytt er um blóðþynningarlyf. Gæta skal að því að Xarelto getur leitt til hækkunar á INR. Hjá sjúklingum sem breyta frá Xarelto yfir í K vítamín hemil, skal gefa K vítamín hemilinn þar til INR er ≥2,0. Fyrstu tvo dagana af skiptitímabilinu, skal nota hefðbundinn upphafsskammt af K vítamín hemlinum og síðan skammt af K vítamín hemli samkvæmt INR prófi. Á meðan sjúklingar eru bæði á Xarelto og K vítamín hemli, skal ekki athuga INR fyrr en 24 klst. eftir fyrri skammt en áður en næsti skammtur af Xarelto er tekinn. Þegar inntöku Xarelto hefur verið hætt, þurfa að líða að minnsta kosti 24 klst. eftir síðasta skammt áður en INR próf verður áreiðanlegt. *Skipti frá blóðþynningu í æð yfir í Xarelto:* Hefja skal gjöf Xarelto hjá sjúklingum sem fengu blóðþynningu í æð 0 til 2 klst. áður en næsta gjöf í æð skal gefin (t.d. heparín með lágan mólþunga) eða þegar hætt er að gefa stöðugt innrennsli í æð (t.d. ósundurgreint heparín í æð). *Skipti frá Xarelto yfir í blóðþynningarlyf í æð:* Gefa á fyrsta skammt af blóðþynningarlyfinu þegar taka ætti næsta skammt af Xarelto. Sérstakir sjúklingahópar: *Skert nýrnastarfsemi:* Takmarkaðar klínískar upplýsingar um sjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 15 - 29 ml/mín.) sýna marktæka hækkun á þéttni rivaroxabans í plasma, því skal gæta varúðar þegar Xarelto er notað hjá þeim sjúklingum. Notkun er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með kreatínín úthreinsun < 15 ml/mín.
Hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30-49 ml/mín.) eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 15-29 ml/mín.) eiga eftirfarandi skammtar við: Sem fyrirbyggjandi við heilablóðfalli eða segamyndun hjá sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms, er ráðlagður skammtur 15 mg einu sinni á dag. Sem meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og sem fyrirbyggjandi við endurteknum tilvikum segamyndunar í djúpbláæðum og segareks í lungum skal meðhöndla sjúklinga með 15 mg tvisvar á dag fyrstu 3 vikurnar.Eftir það er ráðlagður skammtur 20 mg einu sinni á dag. Íhuga skal að minnka skammta úr 20 mg einu sinni á dag í 15 mg einu sinni á dag ef áætluð blæðingahætta sjúklingsins er talin vega þyngra en hætta á endurteknum tilvikum segamyndunar í djúpbláæðum og segareks í lungum. Ráðleggingar um notkun 15 mg skammts byggja á lyfjahvarfalíkani og hafa ekki verið rannsakaðar við þessar klínísku aðstæður. Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með vægt skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 50-80 ml/mín.). *Skert lifrarstarfsemi*: Xarelto er ekki ætlað sjúklingum með lifrarsjúkdóm með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur með Child Pugh B og C. *Börn:* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Xarelto hjá börnum á aldrinum 0 til 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. Því er ekki mælt með notkun Xarelto fyrir börn yngri en 18 ára. Leiðbeiningar um notkun: Til inntöku. Taka skal töflurnar með mat**. Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegur áverki á heila eða mænu, nýleg aðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, þekktir æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlpur, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran, etexilat, apixaban o.s.frv.), nema verið sé að skipta um meðferð, í eða úr meðferð með rivaroxabani eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. Lifrarsjúkdómur ásamt blóðstorkutruflunum og klínískt mikilvægri blæðingarhættu þar með taldir lifrarbólgusjúklingar með Child Pugh B og C. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst en efnið má nálgast hjá fulltrúa markaðsleyfishafa (sjá frekari upplýsingar hér á eftir). Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R, E. **Pakkningar og hámarkssmáöluverð (ágúst 2013):** 15 mg í þynnupakkningum: 28 töflur (16.454 kr.), 42 töflur (23.923 kr.), 98 töflur (52.003 kr.), 100 töflur (53.007 kr.). 20 mg í þynnupakkningum: 28 töflur (16.454 kr.), 98 töflur (52.003 kr.) og 100 töflur (53.007 kr.). **Markaðsleyfishafi:** Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Þýskaland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Vinsamlegast hafið samband við fulltrúa markaðsleyfishafa í síma 540 8046 ef óskað er eftir fræðsluefni ætlað læknum og/eða sjúklingum eða ef óskað er frekari upplýsinga um lyfið. Dagsetning endurskoðunar textans: ágúst 2013. **Heimildir:** Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC), ágúst 2013. Sérlyfjaskrártexta í heild sinni má nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar: www.serlyfjaskra.is

Pradaxa® dabigatran

Transforming anticoagulation

Pradaxa, 110 mg, hörð hylki. Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: B01AE07. Samantekt á Eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

Heiti lyfs: Pradaxa 110 mg hörð hylki. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hvert hart hylki inniheldur 110 mg af dabigatran etexílat (sem mesílat). **Ábendingar:** Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri af eftirfarandi áhættuþáttum: Sjúklingur hefur áður fengið heilaslag, tímabundna blóðþurrð í heila eða segarek í slagæðar. Útfallsbrot vinstri slegils < 40%. Hjartabilun með einkennum ≥NYHA (New York Heart Association) flokkur 2. Aldur ≥75 ára. Aldur ≥65 ára og jafnframt eitt af eftirfarandi: sykursýki, kransæðasjúkdómur eða háþrýstingur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Forvörn gegn VTE: Sjúklingar eftir valfrjáls hnéliðskipti: Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 220 mg einu sinni á dag, taka skal 2 hylki sem innihalda 110 mg. Meðferð skal hefja innan 1-4 klst. eftir að aðgerð lýkur með inntöku á einu hylki og halda áfram með 2 hylki einu sinni á dag í samtals 10 daga. Sjúklingar eftir valfrjáls mjaðmarliðskipti: Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 220 mg einu sinni á dag, taka skal 2 hylki sem innihalda 110 mg. Meðferð skal hefja innan 1-4 klst. eftir að aðgerð lýkur með inntöku á einu hylki og halda áfram með 2 hylki einu sinni á dag í samtals 28-35 daga. Fyrir eftirfarandi hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa 150 mg tekin einu sinni á sólarhring sem 2 hylki af 75 mg: Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun (CrCL) 30-50 ml/mín). Sjúklingar sem fá samhliða verapamil, amíódarón, kínidín. Sjúklingar 75 ára og eldri. Fyrir báðar aðgerðirnar á við að ef ekki er tryggt að blæðingar hafi verið stöðvaðar skal fresta því að hefja meðferðina. Ef meðferð er ekki hafin á aðgerðardegi skal hefja meðferðina með 2 hylkjum einu sinni á dag. Mat á nýrnastarfsemi (forvörn gegn VTE): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aðferðin sem er notuð til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín) meðan á klínísku þróunarferli fyrir Pradaxa stóð var Cockgroft-Gault aðferðin. Jafnan er eftirfarandi: Fyrir kreatínín í mol/l: (1,23 (140-aldur [ár]) þyngd [kg] (0,85 ef kona))/(kreatínín í sermi [mol/l]). Fyrir kreatínín í mg/dl: ((140-aldur [ár]) þyngd [kg] (0,85 ef kona))/(72 kreatínín í sermi [mg/dl]). Mælt er með þessari aðferð þegar meta þarf CrCL hjá sjúklingum bæði áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (forvörn gegn VTE):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL < 30 ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Takmörkuð reynsla er hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín). Meðhöndla skal þessa sjúklinga með varúð. Ráðlagður skammtur er 150 mg tekið einu sinni á dag tvö hylki af 75 mg. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum P-glýkóprótein hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamili (forvörn gegn VTE):* Minnka skal skammta í 150 mg af Pradaxa tekinn sem tvö 75 mg hylki einu sinn á sólarhring hjá sjúklingum sem fá meðferð með dabigatran etexílat og amíódaróni, kínidíni eða verapamili samhliða. Við þessar aðstæður á að taka Pradaxa og þessi lyf á sama tíma. Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með dabigatran etexílati og verapamili, skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í 75 mg á sólarhring. *Aldraðir (forvörn gegn VTE):* Hjá öldruðum sjúklingum (>75 ára) er takmörkuð klínísk reynsla. Meðhöndla skal þessa sjúklinga með varúð. Ráðlagður skammtur er 150 mg tekið einu sinni á dag sem 2 hylki af 75 mg. Þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>75 ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL, áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Skert lifrarstarfsemi (forvörn gegn VTE):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá klínískum rannsóknum sem rannsökuðu forvörn gegn VTE við valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. Engin reynsla er af meðferð hjá þessum undirhópi sjúklinga og er því ekki mælt með notkun Pradaxa hjá þessum sjúklingahópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Líkamsþyngd (forvörn gegn VTE):* Takmörkuð klínísk reynsla er af notkun lyfsins við ráðlagða skammta hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg eða >110 kg. Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta en mælt er með nákvæmu eftirliti. *Kyn (forvörn gegn VTE):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skipt um meðferð frá (forvörn gegn VTE): Pradaxa meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:* Mælt er með því að bíða í 24 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er af Pradaxa yfir á segavarnarlyf til inndælingar. *Meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í Pradaxa:* Gefa á dabigatran etexílat 0-2 klst. áður en kominn er tími til að taka næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í blóði (UFH)). *Börn (forvörn gegn VTE):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendingunni: Forvörn gegn VTE hjá sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. *Gleymdur skammtur (forvörn gegn VTE):* Mælt er með því að halda áfram að taka daglegan skammt dabigatrans á sama tíma næsta dag. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti (SPAF): Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 300 mg tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Meðferð ætti að vera langvarandi. Fyrir eftirfarandi tvo hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring: Sjúklingar 80 ára og eldri. Sjúklingar sem fá verapamil samhliða. Velja skal sólarhringsskammt af Pradaxa, sem er 300 mg eða 220 mg, út frá einstaklingsmati með tilliti til hættu á segareki og blæðingarhættu fyrir eftirfarandi hópa: Sjúklingar á aldrinum 75-80 ára. Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði. Aðrir sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu. Gefa á sjúklingum fyrirmæli um, að ef upp kemur óþol gegn dabigatrani, að ráðfæra sig strax við meðferðarlæknir til að skipta yfir á aðra viðunandi meðferðarmöguleika til fyrirbyggingar á heilaslagi og segareki í slagæðum tengt gáttatifi. *Aldraðir (SPAF):* Sjúklinga á aldrinum 75-80 ára skal meðhöndla með 300 mg sólarhringsskammti sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar hættan á segareki er lítil og blæðingarhætta er mikil getur læknirinn metið einstaklingsbundið að skammtur verði 220 mg sem á að taka sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Sjúklinga sem eru 80 ára og eldri á að meðhöndla með sólarhringsskammti sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring, vegna aukinnar blæðingarhættu hjá þessum sjúklingahópi. Þar sem sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>75 ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL, áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Sjúklingar í blæðingarhættu (SPAF):* Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu. Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu. Storkupróf getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota 220 mg skammt sem er teknir sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar klínískt mikilvæg blæðing á sér stað skal gera hlé á meðferð. Hjá sjúklingum með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði má íhuga skammtinn 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring vegna aukinnar hættu á meiriháttar blæðingu í meltingarvegi. Mat á nýrnastarfsemi (SPAF): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aðferðin sem er notuð til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín) meðan á klínísku þróunarferli fyrir Pradaxa stóð var Cockgroft-Gault aðferðin. Jafnan er eftirfarandi: Fyrir kreatínín í mol/l: (1,23 (140-aldur [ár]) þyngd [kg] (0,85 ef kona))/(kreatínín í sermi [mol/l]). Fyrir kreatínín í mg/dl: ((140-aldur [ár]) þyngd [kg] (0,85 ef kona))/(72 kreatínín í sermi [mg/dl]). Mælt er með þessari aðferð þegar meta þarf CrCL hjá sjúklingum bæði áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (SPAF):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL < 30 ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með litla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL ≤80 ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín) er ráðlagður skammtur einnig 300 mg, teknir sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í 220 mg, sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum P-glýkóprótein (P-gp) hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamili (SPAF):* Ekki er þörf á aðlögun skammta við samhliða notkun með amíódaróni eða kínidíni. Minnka skal skammt í 220 mg, teknir sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, hjá sjúklingum sem fá samhliða dabigatran etexílat og verapamil. Í slíkum tilvikum á að taka Pradaxa og þessi lyf á sama tíma. *Líkamsþyngd (SPAF):* Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta en mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg. *Kyn (SPAF):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skert lifrarstarfsemi (SPAF):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá rannsóknunni sem fólst í rannsókn á fyrirbyggingu á heilaslagi og segareki í slagæðum sem tengist gáttatifi. Engin reynsla liggur fyrir af meðferð hjá þessum sjúklingahópi og er því ekki mælt með notkun Pradaxa hjá þessum sjúklingahópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Skipt um meðferð frá (SPAF): Pradaxa meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:* Mælt er með því að bíða 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er frá dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar. *Meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í Pradaxa:* Gefa á dabigatran etexílat 0-2 klst. áður en kominn er tími til að taka næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í blóði (UFH)). *Pradaxa meðferð í K-vítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftirfarandi hátt: CrCL ≥50 ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥30-< 50 ml/mín, byrja notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að Pradaxa getur haft áhrif til hækkunar INR (International Normalized Ratio), ætti ekki að mæla INR fyrr en a.m.k. 2 sólarhringar eru liðnir frá því að Pradaxa meðferð var hætt. *VKA í Pradaxa meðferð:* Hætta skal meðferð með VKA. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er 2,0. *Rafvending (SPAF):* Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur. *Börn (SPAF):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendingunni: Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum. *Gleymdur skammtur (SPAF):* Skammt af dabigatran etexílati sem gleymst hefur má taka allt að 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. Lyfjagjöf *(forvörn gegn VTE og SPAF):* Pradaxa á að gleypa í heilu lagi með vatni með eða án matar. Gefa skal sjúklingum fyrirmæli um að opna ekki hylkið vegna þess að það getur aukið hættuna á blæðingu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (CrCL < 30 ml/mín). Virk blæðing af klínískri þýðingu. Sár eða sjúkdómsástand, ef það er talið verulegur áhættuþáttur fyrir meiri háttar blæðingu. Þetta getur falið í sér núverandi eða nýlega sáramyndun í meltingarvegi, illkynja æxli með mikla blæðingar-hættu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega skurðaðgerð á heila, mænu eða augum, nýlega blæðingu innan höfuðkúpu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um þá, æðamissmið, æðagúlpa eða meiri háttar afbrigðileika æða. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum t.d. óþáttuðu heparini (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir kringumstæðum þar sem verið er að skipta úr eða í meðferð með Pradaxa eða þegar óþáttað heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri blóðæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun. Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyclosporini, itrakónazóli, takrolímus og dronedaroni. Gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmeðferðar. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Mikilvægar öryggisupplýsingar:** Markaðsleyfi lyfsins er háð sérstökum skilyrðum. Lyfinu fylgir fræðsluefni fyrir lækna og öryggiskort fyrir sjúklinga sem sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér og kynnt það sem við á fyrir sjúklingi ásamt því að afhenda honum öryggiskort ætlað sjúklingum til varðveislu. Fyrir frekari upplýsingar og/eða pöntun á fræðsluefni skal hafa samband við umboðsmann Boehringer Ingelheim á Íslandi, Vistor hf., sími: 535 7000 eða í gegnum www.pradaxa.is. **Markaðsleyfishafi:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Þýskaland. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 07/2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð: (Des. 2013)** Pradaxa 110 mg, 10 stk 3.754 kr; Pradaxa 110 mg, 60 stk 17.283 kr; **Afgreiðslutilhögun:** R einungis afgreitt með lyfseðli. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G sjá nánar á upplýsingarvef lyfjastofnunnar www.lgn.is.

Pradaxa, 150 mg, hörð hylki. Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: B01AE07. Samantekt á Eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

Heiti lyfs: Pradaxa 150 mg hörð hylki. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hvert hart hylki inniheldur 150 mg af dabigatran etexílat (sem mesílat). **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri af eftirfarandi áhættuþáttum: Sjúklingur hefur áður fengið heilaslag, tímabundna blóðþurrð í heila eða segarek í slagæðar. Útfallsbrot vinstri slegils < 40%. Hjartabilun með einkennum ≥NYHA (New York Heart Association) flokkur 2. Aldur ≥75 ára. Aldur ≥65 ára og jafnframt eitt af eftirfarandi: sykursýki, kransæðasjúkdómur eða háþrýstingur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 300 mg tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Meðferð ætti að vera langvarandi. Fyrir eftirfarandi tvo hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring: Sjúklingar 80 ára og eldri. Sjúklingar sem fá verapamil samhliða. Velja skal sólarhringsskammt af Pradaxa, sem er 300 mg eða 220 mg, út frá einstaklingsmati m.t.t. hættu á segareki og blæðingarhættu fyrir eftirfarandi hópa: Sjúklingar á aldrinum 75-80 ára. Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði. Aðrir sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu fyrir eftirfarandi hópa: Sjúklingar á aldrinum 75-80 ára. Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði. Aðrir sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu. Gefa á sjúklingum tengt gáttatifi. *Aldraðir (SPAF):* Sjúklinga á aldrinum 75-80 ára skal meðhöndla með 300 mg sólarhringsskammti sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar hættan á segareki er lítil og blæðingarhætta er mikil getur læknirinn metið einstaklingsbundið að skammtur verði 220 mg sem á að taka sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Sjúklinga sem eru 80 ára og eldri á að meðhöndla með sólarhringsskammti sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring, vegna aukinnar blæðingarhættu hjá þessum sjúklingahópi. Þar sem sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>75 ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Sjúklingar í blæðingarhættu (SPAF):* Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu. Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu. Storkupróf getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota 220 mg skammt sem er teknir sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar klínískt mikilvæg blæðing á sér stað skal gera hlé á meðferð. Hjá sjúklingum með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði má íhuga skammtinn 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring vegna aukinnar hættu á meiriháttar blæðingu í meltingarvegi. Mat á nýrnastarfsemi (SPAF): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aukin skilyrði hjá sjúklingum með vægja til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára: Meta skal nýrnastarfsemi a.m.k. einu sinni á ári, eða oftar eftir þörfum, við ákveðnar klínískar aðstæður meðan á meðferð með Pradaxa stendur þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aðferðin sem er notuð til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín) meðan á klínísku þróunarferli fyrir Pradaxa stóð var Cockgroft-Gault aðferðin. Jafnan er eftirfarandi: Fyrir kreatínín í mol/l: (1,23 (140-aldur [ár]) þyngd [kg] (0,85 ef kona))/ (kreatínín í sermi [mol/l]). Fyrir kreatínín í mg/dl: ((140-aldur [ár]) þyngd [kg] (0,85 ef kona))/ (72 kreatínín í sermi [mg/dl]). Mælt er með þessari aðferð þegar meta þarf CrCL hjá sjúklingum bæði áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (SPAF):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL < 30 ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með litla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL ≤80 ml/mín). Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 30-50 ml/mín) er ráðlagður skammtur einnig 300 mg, tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Hinsvegar hjá sjúklingum í mikilli blæðingarhættu skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í 220 mg, sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Náið klínískt eftirlit er ráðlagt hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum P-glýkóprótein (P-gp) hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamili (SPAF):* Ekki er þörf á aðlögun skammta við samhliða notkun með amíódaróni eða kínidíni. Minnka skal skammt í 220 mg, teknir sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, hjá sjúklingum sem fá samhliða dabigatran etexílat og verapamil. Í slíkum tilvikum á að taka Pradaxa og þessi lyf á sama tíma. *Líkamsþyngd (SPAF):* Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta en mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg. *Kyn (SPAF):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skert lifrarstarfsemi (SPAF):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá rannsóknunni sem fólst í rannsókn á fyrirbyggingu á heilaslagi og segareki í slagæðum sem tengist gáttatifi. Engin reynsla liggur fyrir af meðferð hjá þessum sjúklingahópi og er því ekki mælt með notkun Pradaxa hjá þessum sjúklingahópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Skipt um meðferð frá (SPAF): Pradaxa meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:* Mælt er með því að bíða 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er frá dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar. *Meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í Pradaxa:* Gefa á dabigatran etexílat 0-2 klst. áður en kominn er tími til að taka næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í blóði (UFH)). *Pradaxa meðferð í K-vítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftir-farandi hátt: CrCL ≥ 50 ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥ 30-< 50 ml/mín, byrja notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að Pradaxa getur haft áhrif til hækkunar INR (International Normalized Ratio), ætti ekki að mæla INR fyrr en a.m.k. 2 sólarhringar eru liðnir frá því að Pradaxa meðferð var hætt. *VKA í Pradaxa meðferð:* Hætta skal meðferð með VKA. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er 2,0. *Rafvending (SPAF):* Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur. *Börn (SPAF):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendingunni: Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum. *Gleymdur skammtur (SPAF):* Skammt af dabigatran etexílati sem gleymst hefur má taka allt að 6 klst. áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við 6 klst. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. *Lyfjagjöf (SPAF):* Pradaxa á að gleypa í heilu lagi með vatni, með eða án matar. Gefa skal sjúklingum fyrirmæli um að opna ekki hylkið vegna þess að það getur aukið hættuna á blæðingu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (CrCL < 30 ml/mín). Virk blæðing af klínískri þýðingu. Sár eða sjúkdómsástand, ef það er talið verulegur áhættuþáttur fyrir meiri háttar blæðingu. Þetta getur falið í sér núverandi eða nýlega sáramyndun í meltingarvegi, illkynja æxli með mikla blæðingarhættu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega skurðaðgerð á heila, mænu eða augum, nýlega blæðingu innan höfuðkúpu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um þá, æðamissmið, æðagúlpa eða meiri háttar afbrigðileika æða. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum t.d. óþáttuðu heparini (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir kringumstæðum þar sem verið er að skipta úr eða í meðferð með Pradaxa eða þegar óþáttað heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri blóðæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun. Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyclosporini, itrakónazóli, takrolímus og dronedaroni. Gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmeðferðar. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Mikilvægar öryggisupplýsingar:** Markaðsleyfi lyfsins er háð sérstökum skilyrðum. Lyfinu fylgir fræðsluefni fyrir lækna og öryggiskort fyrir sjúklinga sem sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér og kynnt það sem við á fyrir sjúklingi ásamt því að afhenda honum öryggiskort ætlað sjúklingum til varðveislu. Fyrir frekari upplýsingar og/eða pöntun á fræðsluefni skal hafa samband við umboðsmann Boehringer Ingelheim á Íslandi, Vistor hf., sími: 535 7000 eða í gegnum www.pradaxa.is. **Markaðsleyfishafi:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Þýskaland. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 07/2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð (Des. 2013)**: Pradaxa 150 mg, 60 stk. 17.283 kr.; Pradaxa 150 mg, 180 stk. 47.408 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R, einungis afgreitt gegn lyfseðli. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G. Sjá nánari upplýsingar á vef Lyfjagreiðslunefndar: www.lgn.is

Boehringer Ingelheim

Cloxabix 100 mg og 200 mg hylki, hörð. Williams & Halls ehf. ATC flokkur: M01AH01. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Heiti lyfs: Cloxabix 100 mg og 200 mg hylki, hörð. **Innihaldslýsing:** Hvert hylki inniheldur celecoxib 100 mg eða 200 mg. Hjálparefni með þekkta verkun: Cloxabix hylki innihalda laktósa. Hvert 100 mg hylki inniheldur 74,9 mg af laktósa og hvert 200 mg hylki inniheldur 149,8 mg af laktósa. **Ábendingar:** Cloxabix er ætlað til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar, iktsýki, og hryggiktar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Vegna þess að hætta á hjarta- og æðasjúkdómum af völdum celecoxibs getur hugsanlega aukist með auknum skömmtum og aukinni meðferðarlengd, á meðferðartími að vera eins stuttur og mögulegt er og nota á minnsta virkan sólarhringsskammt. Endurmeta á reglulega þörf sjúklings fyrir linum einkenna og svörun við meðferð, einkum hjá sjúklingum með slitgigt. *Slitgigt:* Ráðlagður sólarhringsskammtur er yfirleitt 200 mg tekinn einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Hjá sumum sjúklingum með ófullnægjandi linun einkenna getur verið ávinningur í því að nota 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. *Iktsýki:* Ráðlagður upphafssólarhringsskammtur er 200 mg skipt í tvo skammta. Síðar meir má, ef þörf krefur, auka skammtinn í 200 mg tvisvar á sólarhring. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. *Hryggikt:* Ráðlagður sólarhringsskammtur er 200 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Hjá fáeinum sjúklingum með ófullnægjandi linun einkenna getur verið ávinningur í því að nota 400 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. Ráðlagður hámarksskammtur á sólarhring, fyrir allar ábendingarnar, er 400 mg. Taka má Cloxabix með eða án matar. *Aldraðir (> 65 ára)*: Eins og hjá fullorðnum er ráðlagður upphafsskammtur 200 mg á sólarhring. Síðar meir má, ef þörf krefur, auka skammtinn í 200 mg tvisvar á sólarhring. Gæta skal sérstakrar varúðar hjá öldruðum sem eru innan við 50 kg að líkamsþyngd. *Skert lifrarstarfsemi*: Hefja skal meðferð með helmingi ráðlagðs skammts hjá sjúklingum með staðfesta í meðallagi skerta lifrarstarfsemi sem hafa 25-35 g/l af albúmíni í sermi. Hvað þennan sjúklingahóp varðar liggur einungis fyrir reynsla frá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi*: Reynsla af notkun celecoxibs handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er takmörkuð og skal því meðhöndla slíka sjúklinga með varúð. *Börn:* Celecoxib er ekki ætlað börnum. *Sjúklingar með skert CYP2C9 umbrot*: Gæta skal varúðar við gjöf celecoxibs handa sjúklingum, sem vitað er um eða þar sem grunur leikur á að um skert CYP2C9 umbrot sé að ræða, byggt á arfgerð eða fyrri sögu/reynslu með öðrum CYP2C9 hvarfefnum, þar sem hættan á skammtaháðum aukaverkunum eykst. Íhuga skal að minnka minnsta ráðlagðan skammt um helming. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Þekkt ofnæmi fyrir súlfonamíðum. Virkt ætisár eða blæðingar í meltingarvegi. Sjúklingar sem hafa fengið astma, bráða nefslímubólgu, nefsepa (nasal polyps), ofsabjúg, ofsakláða eða annars konar ofnæmi eftir notkun asetýlsalisýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) þar með talda cyclooxygenasa-2 (COX-2) hemla. Meðganga og konur sem geta orðið þungaðar, nema notuð sé örugg getnaðarvörn. Hjá þeim tveimur dýrategundum sem hafa verið rannsakaðar hefur komið í ljós að celecoxib getur valdið vansköpunum. Hugsanleg áhætta fyrir þungaðar konur er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Brjóstagjöf. Alvarlega skert lifrarstarfsemi (albúmín í sermi < 25 g/l eða Child-Pugh 10). Sjúklingar með áætlaða kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín. Bólgusjúkdómur í þörmum. Hjartabilun (congestive heart failure (NYHA II-IV)). Staðfestur hjartasjúkdómur vegna blóðþurrðar, sjúkdómar í útlægum slagæðum og/eða heilaæðasjúkdómur. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC):** 29. janúar 2013. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í nóvember 2013:** 100 mg 20 hylki kr. 5.115; 100 mg 100 hylki kr. 9.429; 200 mg 20 hylki kr. 4.358; 200 mg 100 hylki kr. 17.198. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G.. **Markaðsleyfishafi:** Williams & Halls ehf., Reykjavíkurvegi 62, 220 Hafnarfirði, Sími: 527-0600, www.wh.is. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá Markaðsleyfishafa.

Nemdatine – *Lyf við Alzheimers-sjúkdómi*

Nemdatine 10 mg og 20 mg filmuhúðaðar töflur. **Virkt innihaldsefni:** Hver 10 mg filmuhúðuð tafla inniheldur 10 mg af memantínhýdróklóríði, samsvarandi 8,31 mg af memantíni. Hver 20 mg filmuhúðuð tafla inniheldur 20 mg af memantínhýdróklóríði, samsvarandi 16,62 mg af memantíni.
Ábendingar: Meðferð sjúklinga sem haldnir eru miðlungs til alvarlegum Alzheimers-sjúkdómi.
Skammtar og lyfjagjöf: Eingöngu læknir sem hefur reynslu af greiningu og meðferð Alzheimers-vitglapa skal hefja meðferð og hafa umsjón með henni. Aðeins skal hefja meðferð ef kostur er á tilsjónarmanni sem hefur reglulegt eftirlit með lyfjatöku sjúklingsins. Greiningu skal framkvæma samkvæmt núgildandi leiðbeiningum. Endurmeta skal þol fyrir memantíni og skömmtun reglulega, helst innan þriggja mánaða frá upphafi meðferðar. Eftir það á að endurmeta klínískan ávinning af memantíni og hversu vel sjúklingurinn þolir meðferðina reglulega samkvæmt gildandi klínískum leiðbeiningum. Halda má viðhaldsmeðferð áfram meðan ávinningur er af meðferðinni og sjúklingurinn þolir meðferð með memantíni. Þegar vissa fyrir lækningalegum áhrifum er ekki lengur til staðar eða ef sjúklingurinn þolir ekki meðferðina ætti að íhuga að hætta henni. Skammtar: *Fullorðnir:* Skammtaaðlögun: Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg á sólarhring, aukinn skref fyrir skref á fyrstu 4 vikum meðferðar þar til hann nær ráðlögðum viðhaldsskammti sem hér segir.
Vika 1 (dagur 1-7): Sjúklingurinn skal taka eina 5 mg filmuhúðaða töflu á sólarhring í 7 daga.
Vika 2 (dagur 8-14): Sjúklingurinn skal taka eina 10 mg filmuhúðaða töflu á sólarhring í 7 daga.
Vika 3 (dagur 15-21): Sjúklingurinn skal taka eina 15 mg filmuhúðaða töflu á sólarhring í 7 daga.
Frá 4. viku: Sjúklingurinn skal taka eina 20 mg filmuhúðaða töflu á sólarhring. Viðhaldsskammtur: Ráðlagður viðhaldsskammtur er 20 mg á sólarhring. *Aldraðir:* Klínískar rannsóknir benda til þess að ráðlagður skammtur fyrir sjúklinga yfir 65 ára aldri sé 20 mg á sólarhring eins og lýst var hér að framan. *Börn og unglingar:* Ekki er mælt með notkun Nemdatine hjá börnum undir 18 ára aldri vegna skorts á upplýsingum um öryggi og virkni. *Skert nýrnastarfsemi:* Hjá sjúklingum með lítillega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 50–80 ml/mín.) er ekki þörf á að breyta skammtinum. Hjá sjúklingum með miðlungs skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30–49 ml/mín) á dagskammturinn að vera 10 mg. Ef lyfið þolist vel eftir a.m.k. 7 daga meðferð má auka skammtinn í allt að 20 mg/sólarhring samkvæmt venjulegu skammtaaðlögunarskema. Hjá sjúklingum með mjög skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 5–29 ml/mín) á dagskammturinn að vera 10 mg. *Skert lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með vægt eða miðlungs skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh A og Child- Pugh B) er ekki þörf á að breyta skammtinum. Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun memantíns hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Ekki er mælt með lyfjagjöf Nemdatine hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Lyfjagjöf: Gefa skal Nemdatine einu sinni á sólarhring og taka lyfið á sama tíma á hverjum degi. Taka má filmuhúðuðu töflurnar með eða án fæðu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.
Pakkningar og hámarksverð í smásölu (desember 2013): 10 mg, 28 stk.: 6.334 kr., 10 mg, 98 stk.: 14.123 kr., 10 mg, 100 stk.: 14.390 kr., 20 mg, 28 stk.:11.785 kr., 20 mg, 98 stk.: 29.155 kr., 20 mg, 100 stk.: 29.695 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC efh. **Frekari upplýsingar:** www.actavis.is, s: 550 3300.
Dagsetning nýjustu samantektar um eiginleika lyfsins: Október 2013.
Desember 2013.

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 312131

Forxiga **10 mg filmuhúðaðar töflur.** AstraZeneca. A 10 BX 09. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS – Styttur texti SPC

AstraZeneca

Innihaldslýsing: Hver tafla inniheldur dapagliflozin propanediol einhýdrat sem jafngildir 10 mg af dapagliflozini. Hjálparefni með þekkta verkun: Hver tafla inniheldur 50 mg af vatnsfríum laktósa. **Ábendingar:** Forxiga er ætlað fullorðnum, 18 ára og eldri, með sykursýki af tegund 2, til þess að bæta stjórn á blóðsykri sem: **Einlyfjameðferð:** Þegar sérstakt mataræði og hreyfing eingöngu hefur ekki nægt til að ná stjórn á blóðsykri hjá sjúklingum sem álitið er að metformin henti ekki vegna óþols. **Samsett viðbótarmeðferð:** Ásamt öðrum blóðsykurslækkandi lyfjum, þ.m.t insúlíni, þegar þau ásamt sérstöku mataræði og hreyfingu veita ekki nægjanlega stjórn á blóðsykri. **Skammtar og lyfjagjöf: Skammtar:** *Einlyfjameðferð og samsett viðbótarmeðferð:* Ráðlagður skammtur er 10 mg af dapagliflozini einu sinni á sólarhring í einlyfjameðferð og sem samsett viðbótarmeðferð með öðrum blóðsykurslækkandi lyfjum, þ.m.t. insúlíni. Þegar dapagliflozin er notað samhliða insúlíni eða lyfjum sem örva insúlínseytingu, eins og súlfónýlúrealyfi, skal íhuga að minnka skammt insúlíns eða lyfs sem örvar insúlínseytingu til að minnka líkur á blóðsykursfalli. **Sérstakir sjúklingahópar:** *Skert nýrnastarfsemi:* Verkun dapagliflozins er háð nýrnastarfsemi, og verkun er minni hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi og er líklega engin hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Ekki er ráðlagt að nota Forxiga hjá sjúklingum með miðlungsmikið til verulega skerta nýrnastarfsemi (sjúklingar með kreatínínúthreinsun [CrCl] < 60 ml/mín. eða áætlaðan gaukulsíunarhraða [eGRF] < 60 ml/mín./1,73 m2). Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með vægt skerta nýrnastarfsemi. *Skert lifrarstarfsemi:* Ekki er þörf á aðlögun skammta hjá sjúklingum með vægt eða miðlungsmikið skerta lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi er ráðlagður upphafsskammtur 5 mg. Ef hann þolist vel, má stækka skammtinn í 10 mg. *Aldraðir (≥ 65 ára):* Almennt er ekki þörf á aðlögun skammta á grundvelli aldurs. Taka skal tillit til nýrnastarfsemi og hættu á vökvaskorti. Vegna takmarkaðrar reynslu af meðferð sjúklinga, 75 ára og eldri, er ekki ráðlagt að hefja meðferð með dapagliflozini. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun dapagliflozins hjá börnum á aldrinum 0 til <18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. **Lyfjagjöf:** Forxiga má taka inn einu sinni á sólarhring, með eða án fæðu, hvenær dagsins sem er. Töflurnar á að gleypa í heilu lagi.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**

Markaðsleyfishafi: BristolMyers Squibb/AstraZeneca EEIG, BristolMyers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex, UB8 1DH, Bretland.
Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000.
Textinn var síðast samþykktur 25. október 2013. Ath. textinn er styttur. Sjá nánar undir Lyfjaupplýsingar á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is

Pakkningar og verð: Forxiga 10mg, 28 stk. : kr. 10.821; 10mg, 98 stk. : kr. 31.693. **Desember 2013. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka:G.**

forxiga (dapagliflozin)

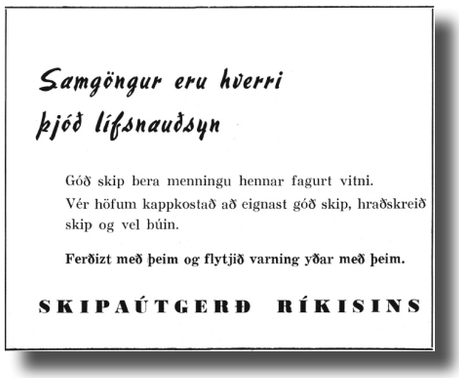
Lyxumia®
lixisenatid

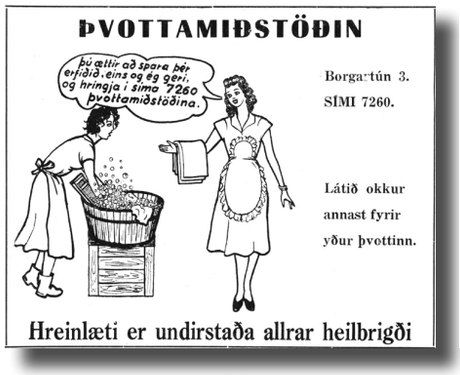
Lyxumia 10 og 20 míkrógrömm stungulyf, lausn. sanofi-aventis groupe. ATC-kóði: A10BX10
Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC
Virk innihaldsefni og styrkleikar: 10 míkrógrömm (míkróg): Hver skammtur (0,2 ml) inniheldur 10 míkróg af lixisenatidi (0,05 mg í hverjum ml). 20 míkróg: Hver skammtur (0,2 ml) inniheldur 20 míkróg af lixisenatidi (0,1 mg í hverjum ml). Hjálparefni með þekkta verkun: Hver skammtur inniheldur 54 míkrógrömm af metakresóli. **Ábendingar:** Lyxumia er ætlað til meðferðar fullorðinna með sykursýki af tegund 2, til þess að ná stjórn á blóðsykri í samsettri meðferð með sykursýkilyfjum til inntöku og/eða grunninsúlíni, þegar þau lyf ásamt sértæku fæði og hreyfingu hafa ekki nægt til þess að ná viðundandi blóðsykursstjórn. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Upphafsskammtur: Meðferð er hafin með 10 míkróg af Lyxumia, einu sinni á sólarhring í 14 sólarhringa. Viðhaldsskammtur: Fastur viðhaldsskammtur 20 míkróg af Lyxumia einu sinni á sólarhring, er gefinn frá og með 15. degi. Lyxumia er gefið einu sinni á sólarhring, innan einnar klukkustundar fyrir fyrstu máltíð dagsins eða fyrir kvöldverð. Ef skammtur af Lyxumia gleymist skal gefa það með inndælingu innan klukkustundar fyrir næstu máltíð. Þegar Lyxumia er bætt við yfirstandandi meðferð með metformíni, má halda skammtinum af metformíni óbreyttum. Þegar Lyxumia er bætt við yfirstandandi meðferð með súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni, má íhuga að minnka skammtinn af súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni til þess að draga úr hættu á of lágum blóðsykri. Lyxumia má ekki gefa í samsettri meðferð með grunninsúlíni og súlfónýlúrealyfi, vegna aukinnar hættu blóðsykursfalli. Notkun Lyxumia krefst ekki sérstaks eftirlits með blóðsykri. Hins vegar getur verið nauðsynlegt að hafa eftirlit með blóðsykri eða að sjúklingurinn hafi sjálfur eftirlit með blóðsykri, þegar það er notað í samsettri meðferð með súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni, til þess að aðlaga skammtana af súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni. Sérstakir sjúklingahópar: Aldraðir sjúklingar (≥65 ára): Engin þörf er á aðlögun skammta vegna aldurs. Klínísk reynsla hjá sjúklingum ≥75 ára er takmörkuð. Skert nýrnastarfsemi: Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með væga skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun: 50-80 ml/mín.). Takmörkuð reynsla er af meðferð hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun: 30-50 ml/mín.) og nota skal Lyxumia með varúð hjá þessum sjúklingahópi. Engin reynsla er af meðferð hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun: minni en 30 ml/mín.) eða nýrnasjúkdóm á lokastigi og því er ekki mælt með notkun Lyxumia hjá slíkum sjúklingum. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Börn: Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun lixisenatids hjá börnum og unglingum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi. Lyfjagjöf: Lyxumia á að gefa með inndælingu undir húð á læri, kvið eða upphandlegg. Lyxumia má ekki gefa í bláæð eða vöðva. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða fyrir einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –** www.serlyfjaskra.is. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** Október 2013. **Markaðsleyfishafi:** sanofi-aventis groupe, París, Frakklandi. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu desember 2013:** 10 og 20 míkróg 2 áfylltir pennar: kr. 18.268, 10 míkróg 1 áfylltur penni: kr. 9.484, 20 míkróg 1 áfylltur penni: kr. 18.268. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar:** R **Greiðsluþátttaka:** O

SANOFI DIABETES

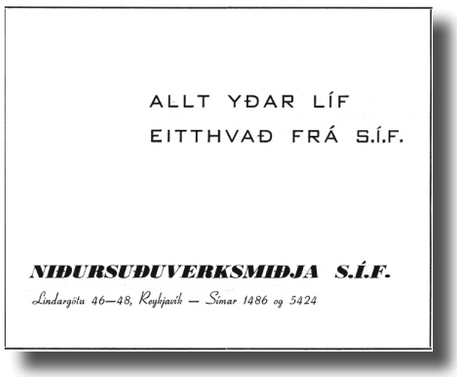
jaydess®
13,5 MG LEVONORGESTREL

▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila.
Jaydess 13,5 mg leginnlegg. Innihaldslýsing: Leginnleggið inniheldur 13,5 mg af levónorgestreli. **Ábendingar:** Getnaðarvörn í allt að 3 ár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Jaydess er sett í legholið. Setja á Jaydess upp í legholið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga. Setja má nýtt innlegg í stað Jaydess hvenær sem er á tíðahring. Einnig má setja Jaydess upp strax eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Uppsetningu eftir fæðingu á að fresta þar til legið hefur að fullu dregist saman, en þó skal ekki setja innleggið upp fyrr en sex vikum eftir fæðingu. Ef legminnkun seinkar verulega, skal íhuga að bíða þar til 12 vikur eru frá fæðingu. Ef uppsetning er erfið og/eða óvenju mikill verkur eða blæðing eru til staðar við uppsetningu eða eftir hana, á strax að gera viðeigandi ráðstafanir til að útiloka rof (perforation), svo sem læknisfræðilega skoðun og ómskoðun. Jaydess er fjarlægt með því að toga varlega í þræðina með töng. Ef þræðirnir sjást ekki og ómskoðun sýnir að innleggið sé í legholi, má fjarlægja það með því að nota mjóa töng. Þá getur þurft að víkka leghálsinn eða nota önnur skurðaðgerðarinngrip. Sé þungunar ekki óskað, á að fjarlægja innleggið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga, að því tilskildu að konan hafi reglulegar tíðablæðingar. Sé innleggið fjarlægt á öðrum tíma tíðahringsins og konan hefur haft kynmök þá vikuna, á hún á hættu að verða þunguð nema nýtt innlegg sé sett upp strax eftir að hitt hefur verið fjarlægt. Eftir að Jaydess hefur verið fjarlægt, skal athuga hvort innleggið sé óskemmt. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Jaydess hefur ekki verið rannsakað hjá konum með skerta lifrarstarfsemi. Konur með bráða lifrarkvilla eða æxli í lifur mega ekki nota Jaydess. *Börn:* Öryggi og virkni lyfsins hefur ekki verið rannsakað hjá konum yngri en 18 ára. Lyfið er ekki ætlað til notkunar fyrir fyrstu tíðablæðingar. Lyfjagjöf: Heilbrigðisstarfsmaður á að setja upp leginnleggið að viðhafðri smitgát. Jaydess kemur ásamt uppsetningarbúnaði í sæfðum umbúðum, sem ekki á að rjúfa fyrr en þess er þörf fyrir uppsetningu. Endursæfið ekki. Jaydess er eingöngu einnota. Notið ekki ef þynnupakkningin er skemmd eða hefur rofnað. Setjið leginnleggið ekki upp eftir fyrningardagsetninguna sem fram kemur á öskjunni og þynnupakkningunni. **Frábendingar:** Þungun. Bráður eða endurtekinn bólgusjúkdómur í grindarholi eða aðstæður sem tengjast aukinni hættu á sýkingum í grindarholi. Bráð bólga í leghálsi eða leggöngum. Legslímubólga eftir barnsburð eða sýking eftir fósturlát á síðustu 3 mánuðum. Ofvöxtur þekjuvefs í leghálsi þar til hann gengur til baka. Illkynja breytingar í legi eða leghálsi. Progestagenháð æxli, t.d. brjóstakrabbamein. Óeðlileg blæðing frá leggöngum af óþekktum orsökum. Meðfæddur eða áunninn afbrigðileiki í legi, þ.á m. góðkynja bandvefsæxli sem geta haft áhrif á uppsetningu og/eða fjarlægingu leginnleggsins (þ.e. geta skekkt legholið). Bráðir lifrarsjúkdómar eða lifraræxli. Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriðið má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarkssmásöluverð (1.október 2013): Jaydess leginnlegg: 24.495 kr. Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R.0. **Markaðsleyfishafi:** Bayer AB, Svíþjóð. Stytt samantekt á eiginleikum lyfs 28. júní 2013. Nánari upplýsingar um lyfið má nálgast hjá umboðsaðila á Íslandi, Icepharma hf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími: 540 8000.













Auglýsingar í tímans rás

Védís Skarphéðinsdóttir

Alla tíð hafa auglýsingar skipt verulegu máli fyrir *Læknablaðið* einsog sést best af kápunni á fyrsta tölublaðinu 1915. Af fjölda þeirra í blaðinu sést hvernig þjóðarhagur hefur verið. Úr þeim má lesa mikinn tíðaranda, í málfari, stíl, efnistökum og innihaldi. Það er langur vegur frá heimatilbúnum dálkaauglýsingum um 1950 til lyfjaauglýsinga ársins 2013.

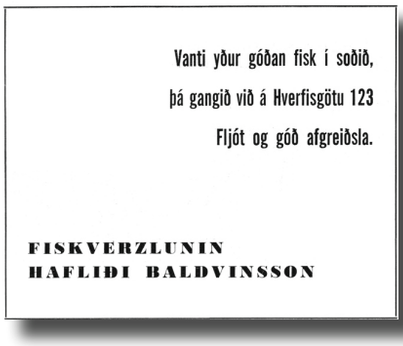
Hér á síðunni eru birtar af handahófi auglýsingar úr 36. árgangi blaðsins árið 1951. Þá var þérað í auglýsingum og bundið mál með spaugsömu ívafi höfðaði betur til neytandans en óbundið: Allt yðar líf, eitthvað frá S.Í.F.

Það eru ekki gefin mörg símanúmer (þau eru fjögurra stafa!) og bílaeign landsmanna allt annars staðar á skalanum en nú: Hafliði fiskkaupmaður hvetur fólk til að ganga við hjá sér, - til að fá í soðið, - allur matur var soðinn í vatni um miðja öldina. Það hefði flokkast sem bilun eða matargerðaráráttuþrjóskuröskun að baka fisk árið 1951. Ópal og kók er svo sem óbreytt útlits, en hann fær sér kók og hún prjónar sokka, ehmm, hvað eru mörg R í því? Það þarf heldur engan langhund með CocaCola, lógóið talar sjálft.

Á þessum tíma eru ný fyrirtæki að rísa í eigu ríkisins, og þau bera stolt nafn eigandans, - það er enginn vafi með eignarhaldið, Tóbakseinkasala ríkisins með neftóbak einsog hver vill, og Skipaútgerð ríkisins er með tilfinningaþrunginn texta, lýðveldið er nýfengið og kalda stríðið handan við hornið, og lífsnauðsyn að þjappa sér saman sem þjóð. Góður skipakostur fyrir fólk og farangur staðfestir menningu landsins og gerir það lífvænlegra, ferðizt með þeim. Þarna er zetan líka gjaldgengur íbúi þessa samfélags. James Bond er í vinnu hjá Sjóvátryggingafélaginu, hann er æsilegur sölumaður með hraustlegt letur sem hallar aðeins til að ýta undir styrkleikann og sveifluna í innihaldinu, og með eina upphrópunarmerkið sem sást á kreiki í auglýsingum þessa árs. Það er fjölskyldufaðirinn sem tryggir líf sitt hjá Bond, meira að segja strax sem er tvítekið og gæti því þýtt strax!

Teikningin og textinn frá Þvottamiðstöðinni tekur af öll tvímæli: sú sem þvær sjálf bograr yfir bala með gamaldags svuntu og innskeif í stígvélum með ógreitt stutt hár og sútarsvip, en sú sem sendir óhreina tauið í Þvottamiðstöðina er upprétt, snýr fram með þvottinn samanbrotinn, með rosaflotta svuntu og spariskó og skart, og er nýgreidd. Þarf frekari vitnanna við?





HARPA

www.harpa.is

Taktu næstu ákvörðun í Hörpu

Ráðstefnuhús miðja vegu milli heimsálfa



Vinsamlegast hafðu samband og fáðu upplýsingar um sali, rými eða fundarherbergi — radstefnur@harpa.is

Sigurvegari Mies van der Rohe verðlaunanna 2013

Brandenburg



Auktu lífsgæði sjúklinganna þinna og gerðu þeim kleift að anda léttar með SERETIDE DISKUS, einnig þeim sjúklingum sem eru með miðlungsmikla LLT.[3,4] Meðferð með SERETIDE DISKUS (í 3 ár) hægði á árlegri versnun lungnastarfsemi (FEV_1) sem nemur 55 ml/ári til 39 ml/ári.[2,4†]

Seretide Diskus innöndunarduft, afmældir skammtar. Hver skammtur af Seretide Diskus gefur: 50 míkróg af salmeteróli (sem salmeterólxínafóat) og 100, 250 eða 500 míkróg af flútíkasónprópíónati. **Ábendingar:** *Astmi:* Seretide Diskus er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn astma, þar sem samsett meðferð (langverkandi berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við: þegar ekki næst nægileg stjórn á sjúkdómnum með notkun barkstera til innöndunar og stuttverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja eða þegar viðunandi stjórn á sjúkdómnum næst með notkun barkstera til innöndunar og langverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja. *Langvinn lungnateppa:* Seretide Diskus er ætlað til meðferðar á einkennum hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu með FEV1 < 60% af áætluðu eðlilegu gildi (fyrir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) sem hafa umtalsverð einkenni þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum og sögu um endurtekna versnun. **Skammtar og lyfjagjöf:** Seretide Diskus er eingöngu ætlað til innöndunar. Ráðlagðir skammtar: *Astmi:* Fullorðnir og unglingar 12 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 100 míkróg flútíkasónprópíónat, tvisvar sinnum á dag, eða einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 250 míkróg flútíkasónprópíónat, tvisvar sinnum á dag, eða einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 500 míkróg flútíkasónprópíónat, tvisvar sinnum á dag. Börn 4 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 100 míkróg flútíkasónprópíónat, tvisvar sinnum á dag. Hámarksskammtur af flútíkasónprópíónati í Seretide Diskus, sem skráður er fyrir börn, er 100 míkróg tvisvar á dag. Upplýsingar varðandi notkun Seretide Diskus hjá börnum yngri en 4 ára, liggja ekki fyrir. *Langvinn lungnateppa:* Einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 500 míkróg flútíkasónprópíónat, tvisvar sinnum á dag. **Frábendingar:** Seretide Diskus er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir virku efnunum eða hjálparefninu **Markaðsleyfishafi:** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland, Sími 530 3700, Dagsetning endurskoðunar textans: 1. febrúar 2012. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –www.serlyfjaskra.is.**
Pakkningar og verð (maí 2013). Seretide Diskus 50/100 míkróg/skammt innöndunarduft, 60 afmældir skammtar. R,G 6.442 kr. Seretide Diskus 50/250 míkróg/skammt innöndunarduft, 60 afmældir skammtar. R,G 9.940 kr. Seretide Diskus 50/500 míkróg/skammt innöndunarduft, 60 afmældir skammtar. R,G 12.728 kr.

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

Heimildir:
1. Anthonisen NR et al. JAMA 1994; 272: 1497-1505. 2. IRF. Reanalyse af TORCH. November 2009. www.irf.dk. 3. Calverley P et al. New Engl J Med. 2007; 356: 775-789. 4. Celli BR et al. Am J Respir Crit Care Med. 2008; 178: 332-338.

GlaxoSmithKline

SERETIDE DISKUS 50/500 er ætlað til meðferðar hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu, með FEV_1 <60% af áætluðum gildum og sögu um endurteknar versnanir.
† Árleg versnun lungnastarfsemi. Niðurstöður úr greiningu (post-hoc) á 5.434 sjúklingum úr TORCH rannsókninni. SERETIDE DISKUS vs. viðmiðunarhópur (p<0,05).[1]

Maí 2013 IS/SFC/0001b/13

IS_SFC_0001b_13_Seretide_Advert_A4_May2013.indd 1 28.05.2013 07:01:56