Tímarit um

lyfjafræði

2 tbl. 2007

Efnisyfirlit:

„Mér finnst æðislegt að hafa ekkert að gera". Viðtal við Guðbjörgu Kristinsdóttur ..... bls. 3
Lyfjafræði á Íslandi í 75 ár – LFÍ ..... bls. 8 - 20
´87 árgangurinn – Hvar eru þau nú? ..... bls. 9
Návígið ..... bls. 14
Aðalfundur LFÍ 2007 ..... bls. 15
Orðið er laust - Að styrkja eða fjölga í her! ..... bls. 16
Formannsþankar ..... bls. 17
ISPOR 2006 ..... bls. 18
Lyfjabókin 2007 ..... bls. 21
Útskriftarárgangur 2006 ..... bls. 25
Félagsfundur á Akureyri 2007 ..... bls. 27
Forskriftarlyf - verk- og vindeyðandi dropar ..... bls. 28
Munnþurrkur - verkefni á vegum Lyfju ..... bls. 31
Námskeið í heilsuhagfræði ..... bls. 35
Námskeið í lyfjafræðilegri umsjá ..... bls. 36
Tóbakið sigrað - ráðgjöf í apótekum Lyf og heilsu ..... bls. 38

Nokkur orð frá útgáfustjóra

Heimir Þór Andrason

Nú er sumarið á næsta leyti og alþingiskosningar í nánd, þegar þetta er ritað. Maður bíður nokkuð spenntur eftir úrslitum þeirra og myndun ríkisstjórnar í framhaldinu og ekki síst hvernig stóra Lyfjastefnan kemur til framkvæmdar á næstu árum. Mikil vinna hefur verið lögð í hana á þverfaglegan hátt og því vænti maður mikils af henni.

En þá að léttara tali og efni blaðsins. Fyrst ber að nefna viðtal við Guðbjörgu Kristinsdóttur, sem byggði upp skráningarkerfi lyfja hér á landi. Ingunn Björnsdóttir hitti þessa kjarnakonu og komst að því að hún hefur aldeilis markað spor sín í sögu lyfjamála hér á landi og þótt víðar væri leitað.

Í þessu blaði er fjallað um tvö verkefni innan lyfjabúða, annars vegar í Lyfju og hins vegar í Lyf og heilsu. Það er alltaf áncegjulegt að lesa um verkefni sem þessi þar sem þekking lyfjafræðinga nýtist í almannaþágu.

Við höldum síðan áfram að rifja upp sögu lyfjafræðinnar hér á landi síðastliðin 75 ár í tilefni afmælisársins okkar, með áherslu á Lyfjafræðingafélag Íslands að þessu sinni. Þessu tengt er skemmtileg umfjöllun um fyrsta árganginn sem útskrifaðist með kandidatsgráðu árið 1987.

Gleðilegt sumar.

Heimir Þór Andrason
útgáfustjóri Tímarits um lyfjafræði

Tímarit um lyfjafræði

2. tölublað 2007, 42. árgangur

Útgefandi:
Lyfjafræðingafélag Íslands
Lyfjafræðisafninu við Nesstöð
Pósthólf 252, 172 Seltjarnarnes
Sími: 551 6166
Fax: 561 6182

Útgáfustjóri:
Heimir Þór Andrason
Sími: v/453 5700, h/567 8623
Fax: v/453 6784
Netfang: heimir@lyfja.is

Ritstjórn:
Heimir Þór Andrason, útgáfustjóri
Anna Ingibjörg Gunnarsdóttir
Ásdís Björk Friðgeirsdóttir
Elín Ingibjörg Jacobsen
Ingunn Björnsdóttir
Lárus Steinþór Guðmundsson
Magnús Júlíusson

Hönnun og uppsetning:
Ice-Art, sími: 659 5060
Netfang: einarmagnus@btnet.is

Ljósmynd á forsíðu:
Einar Magnús Magnússon

„Mér finnst æðislegt að hafa ekkert að gera"

Viðtal við Guðbjörgu Kristinsdóttur

Blaðamaður tók hús á Guðbjörgu Kristinsdóttur seinnipart dags á fallegum sólskinsdegi rétt eftir páska. Guðbjörg er sest í helgan stein í Hegranesinu og ætlunin var að athuga hvernig hún kynni því, en þó aðallega að fá þessa atorkusömu konu til að lýsa starfsferli sínum, - sem segja má að sé jafnframt saga lyfjaskráningar á Íslandi.

Guðbjörg bauð uppá kaffi eða te og kleinur, og á meðan hún var að taka það til var spjallað um daginn og veginn eins og gengur, - áður en til alvörunnar kom. Í þessu stutta spjalli um daginn og veginn hrukku upp úr Guðbjörgu mörg gullkorn, og tvö þeirra fá að fljóta með hér í byrjun. Það fyrra fékk blaðamanninn til að glenna upp augun í undrun, en það var eftirfarandi: "Mér finnst æðislegt að hafa ekkert að gera, mér finnst það bara þvílíkur lúxus". Það seinna kom minna á óvart: "Að hafa gott fólk í vinnu er þvílíkt lán, - það er bara ómetanlegt", þar sem það er raunar líka vitað að sumu af þessu góða fólki fannst ekki verra en svo að starfa með Guðbjörgu að það elti hana á milli vinnustaða.

Guðbjörg Kristinsdóttir.

Lyfjafræðinámið

Þegar byrjað var að kenna lyfjafræði í Háskólanum, var kennslan felld undir læknadeild. Faðir Guðbjargar var þá prófessor í farmakólógíu, en hann hafði áður verið skólastjóri Lyfjafræðingaskólans, sem var forveri lyfjafræðideildarinnar. Hann var því prófessor við deildina þegar Guðbjörg sjálf var í Háskólanum "sem var náttúrulega ekkert ógurlega þægilegt fyrir mig". Þegar Guðbjörg átti að fara í verknám vildi enginn ráða hana sem nema, en Sigurður Ólafsson í Reykjavíkurapóteki, "sá mæti maður", réði hana, þótt hann segði henni fyrsta daginn að hann hefði ekkert viljað ráða hana. Þau urðu þó svo góðir vinir að hann sagði henni seinna að hún gæti fengið vinnu hjá sér hvenær sem hún vildi, þannig að ætla má að hann hafi ekki séð eftir að ráða þennan nema í vinnu. Guðbjörg eignaðist eldri son sinn um það leyti sem hún hóf nám í lyfjafræði.

Guðbjörg á í fórum sínum fyrstu fundargerðabók Lyfjafræðingaskóla Íslands. Hún hyggst afhenda þessa bók síðar, en segir vera mikið af persónulegum upplýsingum í þessari bók, um fólk sem enn sé lifandi og þess vegna hafi hún dregið að afhenda hana.

Lyfjaverslun ríkisins

Fyrstu kynni Guðbjargar af lyfjaframleiðslu voru hjá Lyfjaverslun ríkisins, þegar hún var krakki. Lyfjaverslunin var þá að bíða eftir húsnæði, og töfludeildin var í kjallaranum á húsinu sem Guðbjörg átti heima í, og er henni minnisstætt frá þessum tíma þegar Jón Edwald var að bræða fyrir hálsinn á ampúllum. Hún vann einnig í Lyfjaversluninni í sumarafleysingum á unglingsárunum, og „maður naut engra forréttinda þar, nema síður væri. Maður fór yfirleitt að vinna daginn eftir að skóla lauk, og svo vann maður bara allt sumarið". Guðbjörg þekkti því nokkuð til lyfjaframleiðslu þegar hún hóf nám í lyfjafræði.

Guðbjörg byrjaði að vinna 1. júní 1966 í Lyfjaverslun ríkisins og bar þar ábyrgð á framleiðslunni í töfludeildinni í 5 ár. Guðbjörg var þar yngsti starfsmaðurinn þegar hún hóf störf, og voru flestir talsvert eldri. Hún lét vel af samstarfinu þar, og kvað fólkið þar hafa viljað allt fyrir sig gera og „þar tók maður þátt í öllu, líka að skúra". Guðbjörg hafði þar sem sé hjálpað konu sem var með

> „þar tók maður þátt í öllu, líka að skúra"

liðagigt og átti erfitt með að vinda tusku, af því að ekki var hægt að gera neitt annað á meðan verið var að þrífa. Guðbjörg hætti svo að vinna hjá Lyfjaverslun þegar hún eignaðist yngri son sinn.

Guðbjörg Kristinsdóttir (GK) á skrifstofu Lyfjanefndar á Laugavegi 116, mynd tekin 1990.

Lyfjaskráningar og Sérlyfjaskrá

Fyrstu afskipti Guðbjargar af lyfjaskráningum voru að hún var fengin til að lesa próförk að lyfsölulögum frá 1963, og þar eru fyrstu ákvæðin um að eigi að hefja lyfjaskráningu. Haustið 1967 byrjaði Guðbjörg að vinna fyrir lyfjaskrárnefnd, og var það í byrjun hlutastarf, unnið á kvöldin og um helgar, með fullri vinnu í Lyfjaverslun.

Eftir að yngri sonurinn fæddist fór Guðbjörg í hálft starf hjá lyfjaskrárnefnd og vann eitthvað í Reykjavíkur apóteki með, til að viðhalda apóteksreynslunni sem hún hafði fengið á námsárunum. Guðbjörg viðhélt reyndar apóteksreynslunni sem hún hafði öðlast á námsárunum í lyfjafræðinni með fleiri aðferðum, leysti til dæmis af bæði á Patreksfirði og í Vestmannaeyjum. Á Patreksfirði hefur vinnan líklega verið heldur of róleg fyrir hana, því að á meðan hún var þar gat hún jafnframt prófarkalesið Sérlyfjaskrána. Í framhaldi af þessu kom fram að Guðbjörg var ritstjóri Sérlyfjaskrárinnar í 20 ár.

> „Ég er bara svo gamaldags, að ef maður tekur að sér eitthvert starf þá gerir maður það sem maður getur til að skila því eins vel og maður hefur getu og vit til"

Árið 1976 var lyfjaskrárnefnd breytt í lyfjanefnd. Lyfjanefndin sjálf sá að sögn Guðbjargar um faglegu hliðina, það er að segja matið á lyfjunum, en hún sá hins vegar um afgreiðslu allra ákvarðana nefndarinnar; auk þess um áletranir á lyfin, yfirferð á að öll tilskilin gögn væru með umsóknum og beiðnir um fyllri gögn ef á þurfti að halda, sem og skjalavistun og geymslu á umsóknargögnum og því um líkt.

Þegar skráningar lyfja á Íslandi byrjuðu voru fylgigögn með skráningu svo fyrirferðalítil að nánast mátti segja að sáralítilla fylgigagna væri krafist, - en fylgigögnin áttu eftir að bólgna út og þegar pappírsflóðið var mest fylgdu um það bil 500 A4 möppur með umsókn um skráningu nýs sérlyfs. Fyrirferðin er orðin minni nú, þótt lesmálið hafi ekki minnkað, - nú eru umsóknirnar nefnilega geymdar á geisladiskum.

Fyrstu lyfin sem voru skráð voru þau lyf sem þegar voru á markaði, og gafst umboðsmönnum og framleiðendum tækifæri á að senda inn umsóknir og þá var nánast einungis krafist upplýsinga um samsetningu lyfsins. Það var gefin út sérstök lyfjaverðskrá, en síðar var farið að gefa út Sérlyfjaskrá og þar var verðið jafnframt tilgreint. 1969 kom reglugerð um að gefa út Sérlyfjaskrá sem jafnframt var lyfjaverðskrá II og lyfjagreiðsluskrá. Guðbjörg sá um útgáfu Sérlyfjaskrárinnar fyrstu 20 árin, en Axel Sigurðsson reiknaði út verðin. Á þessum árum var þetta allt handgert og sent inn í Gutenberg, og jólin hjá Guðbjörgu fóru gjarnan í að lesa próförk að Sérlyfjaskránni. Aðspurð hvort hún hefði þá lagt svona gjörsamlega allt í vinnuna, svaraði hún: „ég er bara svo gamaldags, að ef maður tekur að sér eitthvert starf þá gerir maður það sem maður getur til að skila því eins vel og maður hefur getu og vit til". Guðbjörg lét þess þarna getið í framhjáhlaupi að í sambandi við Evrópuskráningarnar á lyfjum, sem nú eru við lýði, að þá væri allt á tímamörkum, og þá yrði maður að klára.

Í ársbyrjun 1979 gengu í gildi lög, þar sem í fyrsta skipti var kveðið á um að fram ættu að koma ábendingar og fleira í Sérlyfjaskránni, þótt ábendingar kæmu fram í Sérlyfjaskránni aðeins fyrr, - en í Sérlyfjaskrá 1977 komu fyrstu ábendingarnar fram. Sú leið var valin að taka upp ábendingar, frábendingar og skammta og annað slíkt fyrir nýskráðu lyfin jafnóðum, og bæta við textum fyrir áður skráð lyf smám saman. Rólega gekk að fá textana fyrir áður skráðu lyfin inn, þannig að 15 árum síðar voru enn ekki komnir textar um öll lyfin í skránni. Ákvæði voru um að endurskoða skyldi skráningu á 5 ára fresti, þannig að þá voru teknir saman listar yfir öll lyf og lyfjaform sem verið höfðu á skrá í 5, 10, 15, 20 eða 25 ár og lagðir fyrir nefndina. Nefndin fór yfir listana og ákvað hvort ástæða væri til að biðja um gögn og einnig hvort lyf væru hugsanlega orðin úrelt. Í flestum tilvikum fengu lyfin að standa áfram, og mundi Guðbjörg einungis eftir örfáum tilvikum þar sem óskað var eftir einhverjum nýjum klíniskum gögnum. Mjög lítið var um að lyf væru tekin af skrá vegna þess að þau þættu úrelt, og lyf voru heldur aldrei tekin beint af skrá, heldur voru alltaf einhverjar viðræður við framleiðandann áður. Ef lyf var talið vafasamt eða ekki eiga rétt á sér lengur var alltaf beðið um gögn til að auðvelda nefndinni ákvarðanatöku. Þannig átti framleiðandinn alltaf möguleika á að sýna fram á notagildi og öryggi lyfsins.

Löngu seinna var byrjað með það kerfi að formlega væri sótt um endurskráningu, - en þó áður en Guðbjörg hætti störfum hjá lyfanefnd. Guðbjörg var, áður en hún hætti

hjá lyfjanefnd, búin að útbúa lista yfir hvernig staðið skyldi að endurskráningu lyfja og hafði haft samband við Norðurlöndin til að fá að vita hvernig þau ætluðu að standa að þessu. Norðurlöndin stóðu að þessu á mismunandi hátt, og Guðbjörg valdi sænsku leiðina, að taka fyrir einn ATC flokk í einu, t.d. öll sýklalyf á sama tíma, öll eyrnalyf, öll hjartalyf o.s.frv. Þetta taldi hún heppilegustu leiðina til að auðvelda vinnuna. Erfiðlega gekk að koma af stað þýðingum á textum yfir á íslensku, en það verk var á hendi umboðsmanna. Fá þurfti texta frá framleiðendum og misdjúpt var á þessum textum.

GK og Jónína S. Jónasdóttir við þá rúmlega 400 kassa af skráningagögnum sem fylgdu með þegar skrifstofa Lyfjanefndar flutti yfir á Eiðistorg á Seltjarnarnesi 1990. Ef rýnt er í myndina má sjá kassa númer 381 til hægri á mynd.

Þegar ákveðið var að fara út í þá uppsetningu á Sérlyfjaskránni sem er grunnurinn að Sérlyfjaskránni eins og hún er í dag, valdi Guðbjörg að fara eftir norska Felleskataloget, þar sem henni þótti hann aðgengilegastur. Guðbjörg var á þessum tíma í hálfu starfi hjá lyfjanefnd, og stuttu síðar bættist við eiturefnanefnd líka, og svo hafði hún þetta tímafreka starf að setja upp Sérlyfjaskrána, þar til viðbótar. Þetta var samtals meira en fullt starf, en þó gekk seint að fá í gegn að starfið væri skráð sem fullt starf, sem er bagalegt þegar að því kemur að eftirlaunagreiðslur hefjist.

Á Norðurlöndunum standa lyfja-framleiðendur undir kostnaði við Sérlyfjaskrárnar (FASS, Felleskataloget og Lægemiddelkataloget) en þurftu samþykki Lyfjastofnana landanna fyrir öllum textum. Sérlyfjaskráin íslenska er hins vegar á ábyrgð og kostnað íslenskra stjórnvalda.

Norrænt samstarf og alþjóðasamstarf

Í eina tíð var danska lyfjaskráin löggilt á Íslandi, Pharmacopoea, Danica '48, fyrst Dan. '33 og enn fyrr Pharmacopoea Danica 1907. Síðan var Norræna Pharmacopoean í gildi frá 1963, og faðir Guðbjargar var fulltrúi Íslands í þessum lyfjaskrárnefndum. Þegar Ísland gerðist aðili að Evrópsku lyfjaskránni, þá var það að sumu leyti skref afturábak, því að Norræna Pharmacopoean var æði framarlega. Árlega var haldin ráðstefna norrænna skráningaryfirvalda, kölluð Nordisk Farmacikongress, og einhvern tíma þegar hún var haldin í Finnlandi kom þangað fulltrúi frá Brussel, og talaði um lyfjamálin þar. Hann hélt því fram að Norðurlöndin hefðu ekki haft eins mikil áhrif í neinum

Í boði hjá Ragnhildi Helgadóttur þá heilbrigðisráðherra. Á mynd frá vinstri, GK, Ingibjörg Magnúsdóttir hjúkrunarfræðingur, þá deildarstjóri í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti (Htr.), Páll Sigurðsson þá ráðuneytisstjóri í Htr. (faðir Ingibjargar Pálsdóttur sem starfar nú hjá Lyfjastofnun) og lengst til hægri Ólafur Ólafsson þá landlæknir. Mynd tekin 1986.

málaflokki í Evrópusambandinu eins og lyfjamálunum. Þetta taldi Guðbjörg vera vegna norrænu samvinnunnar, og að Norræna lyfjanefndin, sem í voru 2 fulltrúar frá hverju landi, hefði verið búin að semja svo ítarlegar leiðbeiningar meðal annars um hvaða kröfur ætti að gera til skráningargagna. Guðbjörgu þótti nokkuð merkilegt að bera saman Evrópuplaggið og Norrænu-lyfjanefndar-plaggið, það eina sem hafði í raun breyst í Evrópuplagginu voru lítillegar breytingar á númeraröðinni á upptalningu skráningargagnanna.

> „Hann hélt því fram að Norðurlöndin hefðu ekki haft eins mikil áhrif í neinum málaflokki í Evrópusamband-inu eins og lyfjamálunum."

Ísland fékk í mörg ár matsgerðir frá Danmörku, Svíþjóð og Noregi, sem og matsgerðir frá Finnlandi ef þær voru á ensku. Guðbjörg tjáði nú blaðamanni hver norðurlandaþjóðanna henni hefði fundist fremst í að vinna þessar matsgerðir og sagði svo dæmissögu af matsgerð frá öðru landi. Hún var skrifuð af þarlendum prófessor og Guðbjörg kvað hafa verið dálítið gaman að lesa hana, mest fyrir það að draga mátti faglegheitin í efa. „Hann klykkti út með því að segja að þetta væri alveg ótrúlega óinteressant lyf". Allar þessar matsgerðir fengu skráningaryfirvöld á Íslandi, og gátu nýtt sér, en það fól í sér að stundum voru matsgerðir frá 3 löndum um eitt og sama lyfið, og þeim bar ekkert endilega saman. Stundum voru skráningaryfirvöld landanna ekki tilbúin að samþykkja sömu ábendingar og

Teodor Canbäck fulltrúi Svía í norrænu farmakopeu nefndinni (norrænu lyfjaskrárnefndinni) ásamt GK. Þess má geta að Teodor og Kristinn Stefánsson faðir GK sátu saman í þessari nefnd um árabil. Mynd tekin á Nordisk farmacikongress í Stokkhólmi 1979.

ekki tilbúin að samþykkja sömu skammtastærðir, og þá varð að meta hvað yfirvöld á Íslandi vildu gera. Á tímabili voru í gangi samvinnuverkefni milli Norðurlandanna, þannig að lyfjunum var skipt á milli landanna. Ísland var einnig þátttakandi í þessu samstarfi og miðað við höfðatölu tók Ísland á sig svipaða vinnu og hin löndin. Þá gat til dæmis verið að Svíar tækju eiturefnafræðina, Norðmenn klínikkina og Danmörk kemíuna, eða eitthvað slíkt, og þá átti að því loknu að liggja fyrir lokaútgáfa matsgerðar, en þá var það samt æði oft að hin löndin þurftu aðeins að betrumbæta, bæta sínum fingraförum á hlutina.

„Hann klykkti út með því að segja að þetta væri alveg ótrúlega óinteressant lyf"

Guðbjörg fékk Evrópuráðsstyrk 1979 til að kynna sér skráningarmál í Noregi, Svíþjóð og Hollandi. Hollendingar gátu raunar ekki tekið á móti henni, því að fyrirvarinn var ekki nægilega langur fyrir þá, en hún kynnti sér málin í Noregi og Svíþjóð. Hún skilaði skýrslu til Evrópuráðsins. Hún taldi sig hafa haft mikið gagn af þessu, það hefði verið mikils virði fyrir sig að sjá að hennar vinnulag var alveg sambærilegt við starfsemina í Noregi og Svíþjóð.

Frá 1976 fór hún á Norræna fundi. Hún þurfti aðeins að komast inn í sænskuna til að byrja með, og henni fannst oft erfitt að vera ein fyrir Íslands hönd. Á allra fyrstu fundina fór hún með Þorkatli Jóhannessyni, sem hún segist reyndar hafa lært heilmikið af. Yfirmenn skráningarmála á Norðurlöndunum hittust 1-2svar á ári og auk þess voru 60-70 manna ráðstefnur á hverju ári. Hún var auk þess í vinnunefndum á vegum Norrænu lyfjanefndarinnar, til dæmis í um 25 ár í nefnd sem sá um áletranir á lyfjaumbúðir. Hún var einnig í nefnd um norræn vörunúmer og var auk þess stundum með á fundum um ATC flokkunarkerfið. Ingolf Petersen var annars fastafulltrúinn í ATC nefndinni. Guðbjörg var hins vegar fastafulltrúi í nefndarstarfi um flokkunarkerfi dýralyfja.

Árið 1982 fór Guðbjörg á ráðstefnu fyrir lyfjamálayfirvöld, sem Alþjóða-heilbrigðismálastofnunin hélt í Róm. Þar hafði fulltrúum frá 3 löndum verið boðið að halda erindi um lyfjaskráningar í litlu landi; Íslandi, Lúxemborg og Sri Lanka. Enginn kom frá Sri Lanka, og fulltrúinn frá Lúxemborg sagði mjög lítið, vísaði í að þeir létu Belgíu og Hollandi um sín skráningarmál. Guðbjörg sagði hvernig unnið væri að þessum málum á Íslandi, og frá Norðurlandasamstarfinu sem við nytum góðs af og þótti ráðstefnugestum þetta samstarf mjög athyglivert.

„Idiot-proof leiðbeiningar um lyfjaskráningar"

Eitt af því sem Guðbjörgu þykir vænst um að hafa gert, þótt henni þætti það á sínum tíma erfitt, var að fara fyrir alþjóða heilbrigðismálastofnunina (WHO) til Tanzaníu 1991, og leiðbeina þeim um hvernig þeir ættu að standa að lyfjaskráningu, fátæku landi með lítið bolmagn. Henni fannst hræðilegt að koma til Tanzaníu og hélt áfram: „Það var tvennt sem bjargaði lífi mínu. Annars vegar var það Hollendingur sem vann í heilbrigðisráðuneytinu þar, lyfjafræðingur. Hann tók á móti mér á flugvellinum og ók mér út um allt". Hann hafði mikinn áhuga á því sem Guðbjörg var að gera, því að það sem kæmi út úr hennar skýrslu yrði grundvöllur að því hvort hann fengi áfram starf. Hann átti nokkur apótek í Hollandi, en hafði fólk í vinnu þar. Hitt var að viku áður en Guðbjörg kom til Tanzaníu flutti skólasystir hennar ásamt manni sínum til Dar-es-salam. Hjónin voru bekkjarsystkini Guðbjargar úr gagnfræðaskóla og samstúdentar og konan auk þess aðstoðarlyfjafræðingur. Maður hennar var að vinna þarna og þau bjuggu í nokkrum löndum Afríku í um 20 ár. Hjá þeim komst Guðbjörg í tölvu og maðurinn las yfir fyrir hana. Rafmagnið var alltaf að fara þarna, þannig að tölvuvinnan var ekki auðveld.

„...fékk svo þá athugsemd um það bil hálfu ári seinna að þetta væri einhver besta skýrsla sem þeir hefðu nokkurn tíma fengið."

Fólk er skuldbundið til að skila skýrslu um svona störf til WHO, og hún gerði það og fékk svo þá athugsemd um það bil hálfu ári seinna að þetta væri einhver besta skýrsla sem þeir hefðu nokkurn tíma fengið. Þessi umsögn barst til

Guðbjörg Alfreðsdóttir lyfjafræðingur, Per Manell lyfjafræðingur (einn aðalhöfundur Swedis, gagnagrunnskerfis sem Svíar hönnuðu fyrir sínar lyfjaskráningar og gáfu Lyfjanefnd). GK er til hægri á myndinni, sem var tekin á FIP í Istanbul 1990.

ráðuneytisins, en ekki minnist Guðbjörg nú þess að hafa fengið klapp á bakið þaðan fyrir þessa vinnu. Hún skýrði það með því að „Íslendingar eru svo passívir". Skýrslan var svo gefin út, vegna þess að WHO taldi hana svo góða að rétt væri að nota hana víðar í þróunarlöndum.

> „...þarna hefði hún verið búin að skrifa „idiot-proof" leiðbeiningar um lyfjaskráningar."

Mörgum árum seinna, þegar Einar Magnússon var í Víetnam, komst hann að því að þessi skýrsla var í notkun þar. Guðbjörg sagði að þarna hefði hún verið búin að skrifa „idiot-proof" leiðbeiningar um lyfjaskráningar. Hún fór nokkrum sinnum á ráðstefnur um lyfjamál á vegum alþjóða-heilbrigðismálastofnunarinnar, og meðal annars eftir þessa skýrslu fór hún á ráðstefnu í Hollandi og „hitti einhverja þeldökka kalla sem ég hafði hitt í Tanzaníu og svo skildi ég ekkert í því að aðrir dökkir sem voru þarna, þeir voru alltaf að hneigja sig þegar ég mætti þeim á göngunum". Hún tók eftir því að þeir gerðu þetta ekki við aðra ráðstefnuþátttakendur. Svo komst hún að því að áður en ráðstefnan var haldin hafði fulltrúum frá þróunarlöndum verið boðið á námskeið í lyfjaskráningum, og þar var skýrslan notuð sem kennslugang. Tanzaníumennirnir höfðu svo sagt hinum námskeiðsþátttakendunum hver Guðbjörg væri. Í þessari vinnu með lyfjaskráningu í þróunarlöndunum hafði Guðbjörg búið að reynslunni af því að byggja upp skráningarkerfi á Íslandi, þar sem hún hafði hvorki haft hjálpartæki né aðstoð. Hún gladdist mjög yfir að hafa getað þarna gert alþjóðasamfélaginu gagn. Í Tanzaníu höfðu þeir sem áttu að koma skráningunum á haft tvö herbergi til umráða. „Það var engin tölva þar. Það var enginn litteratúr og þeir sátu þarna bara með lappirnar uppi á borði. Það voru engin ritföng þarna". Hún hitti síðar Ameríkana sem vissi að hún hafði verið í Tanzaníu og spurði hana hvernig þeim gengi að nota tölvuforritin sem hann hafði verið að senda þeim. Tanzaníumennirnir höfðu sagt honum að það gengi mjög vel, og Guðbjörg varð þess vegna að hryggja Ameríkanann með að það hefði ekki verið nein tölva þarna. Í öðru herberginu var sími, og Guðbjörg bað einu sinni um að fá að hringja, og komst þá að því að síminn var ekki í sambandi.

Skipt um starfsvettvang

Sindri Sindrason hafði um nokkurt skeið lagt að Guðbjörgu að koma yfir til Pharmaco, og ástæðan fyrir að hún skipti um starfsvettvang var að breytingar voru fyrirhugaðar, það er aukin Evrópusamvinna og Guðbjörg var ekki tilbúin til að bera ábyrgð á að það starf gengi snuðrulaust. Hún hafði skrifað nefndarmönnum í lyfjanefnd bréf í febrúar 1995, skýrslu um stöðu mála og hugmyndir og tillögur til úrbóta. Í skýrslunni gerði hún grein fyrir hvað framundan væri, breyttar reglur og kröfur um að umsóknir verði afgreiddar innan ákveðinna tímamarka, fylgiseðlar ættu að vera með hverju lyfi, og að ný verkefni kæmu, til dæmis í sambandi við samhliða innflutning lyfja, skráningu náttúrulyfja og fleira og svo ákvæðin um formlega endurskráningu á 5 ára fresti. Hún hafði einnig áhyggjur af þeim breytingum sem fyrirhugaðar voru á norrænu samstarfi, þannig að ljóst var að draga myndi úr að matsgerðir varðandi ný lyf myndu berast frá skráningaryfirvöldum annarra Norðurlandaþjóða, vegna aðildar Dana, Finna og Svía að Evrópusambandinu.

Guðbjörg kvað það versta við aðildina að Evrópuskráningunni vera að við þyrftum að þýða texta

GK á Stjörnufáki í Hvítárnesi 1984.

um lyf sem aldrei yrðu sett á markað á Íslandi. Við þetta væri mjög mikill kostnaður, sem umboðsmaðurinn þyrfti að bera. Um væri að ræða tugi blaðsíðna fyrir hvert lyf. Gera þyrfti breytingar á þessum textum líka, eins og öðrum. Sem dæmi nefndi Guðbjörg insúlín í 40 eininga styrkleika, sem hún sagði að væri ekki á markaði á Norðurlöndunum, en þó væru til þýddir textar fyrir þau lyf, vegna Evrópuskráningarinnar. Guðbjörg sagði að bara vegna þessarar reynslu af óhemju skrifræði vildi hún ekki að Íslendingar gengju í Evrópusambandið.

Þegar Guðbjörg kom til starfa í skráningardeild Pharmaco voru þar 2 manneskjur í fullu starfi en nú eru allt að 15 manns starfandi við skráningar hjá Vistor. Í Lyfjastofnun hefur líka fjölgað mjög mikið. „Ja, maður veit ekkert hvað það eru margir sem vinna vel". Hún kvaðst vita um fólk á báðum stöðum sem ynni mjög vel.

Yfirmaður með aðstoðarlyfja-fræðingspróf

Guðbjörg er með aðstoðarlyfjafræðingspróf, en var samt yfirmaður nánast alla sína starfsævi. Hún sagði að þegar hún var búin með aðstoðarlyfjafræðingsprófið hefði faðir hennar verið orðinn veikur, og hún hefði sjálf átt barn, sem hún hefði eignast mánuði eftir að hún byrjaði í háskólanum. Hún kvaðst ekki vera alin upp við að skulda og vera upp á aðra kominn. Faðir hennar dó í september 1967 og mánuði seinna var hún byrjuð að vinna fyrir lyfjaskrárnefndina. Ekki var um neitt annað að ræða en vinna. Þegar kennsla til kandídatsprófs byrjaði við Háskóla Íslands hafði hún rætt við Vilhjálm Skúlason hvort hún ætti að fara í nám til kandídatsprófs. Hann taldi hana ekkert hafa með það að gera, hún kynni miklu meira en hún kæmi til með að læra þar. Guðbjörg velti aðeins vöngum yfir hvort það hefði verið skynsamlegt hjá sér að fara að ráðum Vilhjálms, en sagði svo: "Maður lærir náttúrulega mest á því að vinna". Hún kvaðst vön því að þurfa að finna út úr hlutunum sjálf. Einnig lét hún þess getið að sem yfirmaður hefði hún alltaf verið til í að borga fyrir unna vinnu, en ekki meira.

Þegar ráða átti starfsmann í stað hennar við starfslok óskaði Guðbjörg eftir því við ráðningarstofuna að ráða manneskju sem komin væri yfir fertugt.

Guðbjörg sagði einnig frá konu, Jónínu S. Jónasdóttur, sem kom fimmtug út á vinnumarkað og fór að vinna undir stjórn Guðbjargar. Jónína átti að fara að vinna á rafmagnsritvél og slíkan grip hafði hún aldrei áður unnið með. Hún reyndist mjög góður starfsmaður, fluggreind, nákvæm og dugleg, og mjög góð í íslensku. Jónína vann í 20 ár undir stjórn Guðbjargar. Þegar ráða átti starfsmann í stað hennar við starfslok óskaði Guðbjörg eftir því við ráðningarstofuna að ráða manneskju sem komin væri yfir fertugt. Þetta var svo óvenjuleg beiðni að ráðningarstofan bað Guðbjörgu um að koma, svo að fólk þar gæti séð þessa konu sem setti fram svona óskir.

Í helgan stein

Þegar hér var komið, kom allt í einu athugasemd frá Guðbjörgu, sem flutti viðtalið yfir á nýjar brautir: „Rosalega er maður orðinn gamall". Blaðamaður spurði þá nánar út í hvernig Guðbjörgu þætti að vera komin á eftirlaun, en hún hafði raunar tjáð sig lítillega um það atriði fyrir viðtalið. Hún svaraði nú að hún teldi að það skipti mjög miklu máli hvernig maður hætti í vinnu. „Ég valdi það sjálf. Ég var nú reyndar búin að segja það fyrir löngu, að ég vonaði að ég bæri gæfu til að hafa vit á að hætta áður en ég færi að verða, þú veist, fólk vildi fara að losna við mig. Að maður stæði ekki undir þeim væntingum eða kröfum sem gerðar eru". Margir höfðu sagt við hana að hún gæti ekkert hætt að vinna, að hún sem væri alltaf vinnandi, hvernig hún eiginlega ætlaði að fara að því að hætta. „En það er bara ekkert mál. Ég bara ýtti þessu frá mér, þessum kafla í lífi mínu, sem var að vísu langur. Honum var bara lokið". Guðbjörg byrjaði á að fara í hestaferð, og í slíkum ferðum útilokar maður að hennar sögn allt annað, síðan tók við ýmislegt stúss og svo fór hún til Vestmannaeyja og Ameríku að heimsækja syni sína. Þar á eftir fór hún að láta mála og þrífa, málaði stofuna og gerði upp baðherbergið, og núna fer hún gjarnan í útreiðartúr seinni partinn á daginn, og er í hesthúsinu og útreiðartúr frá kl. 1 til 5 á daginn.

„Mér bara finnst það ekkert mál að hafa hætt. Ég get ekki hugsað mér að fara að vinna aftur. Mér finnst þetta algjört lúxuslíf, og það sem kom mér kannski mest á óvart var það að tíminn er svo ofboðslega fljótur að líða. Ég hélt að dagarnir yrðu langir og tíminn yrði svo lengi að líða ef maður hefði ekkert við að vera. Suma dagana geri ég akkúrat ekki nokkurn skapaðan hlut. Mér finnst það bara alveg æðislegt."

Blaðamaður gat ekki varist þeirri hugsun að líklega ætti Guðbjörg það bara alveg inni að hafa það náðugt eftir starfslok, - en jafnframt skaut upp þeirri hugsun að þetta „ekkert að gera" væri hugsanlega skilgreiningaratriði.

Ingunn Björnsdóttir

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1932 LFÍ stofnað og Aksel Kristensen kjörinn formaður LFÍ.

1934 Rætt um útgáfu félagsblaðs á aðalfundi en tillagan felld.

1936 Guðni Ólafsson kjörinn formaður LFÍ.

1937 Sverrir Magnússon kjörinn formaður LFÍ.

1938 Guðni Ólafsson kjörinn formaður LFÍ.

1940 Sverrir Magnússon kjörinn formaður LFÍ. Eftirlauna- og styrktarsjóður lyfjafræðinga stofnaður.

1942 Fyrsti kjarasamningurinn samþykktur. Magnús Jónsson útnefndur heiðursfélagi LFÍ.

1944 Sigurður Ólafsson kjörinn formaður LFÍ.

1945 Karl Lúðvíksson kjörinn formaður LFÍ. Fyrsti launasamningurinn gerður. LFÍ fær aðild að NFU.

1947 Birgir Einarsson kjörinn formaður LFÍ.

´87 árgangurinn –
Hvar eru þau nú?

Fyrsti árgangurinn í nýju námi í lyfjafræði við Háskóla Íslands, til cand. pharm. prófs, hóf nám haustið 1982. Um var að ræða nýtt skipulag á 5 ára námi. Námsskráin var enn að þróast, sem skapaði nokkra óvissu um gæði námsins, m.a. töldu ýmsir úr lyfjafræðingastétt mjög mikilvægt að nemar tækju hluta námsins erlendis til að fá aukna víðsýni. Félag lyfjafræðinema var því mjög virkt í því að krefjast svara við spurningum um gæði, skipulag og innihald námsins. Haldnir voru heitir fundir þar sem nemar lýstu áhyggjum sínum og ræddu leiðir til úrbóta.

Á þriðja ári voru upphaflegu nemarnir frá 1982 orðnir fjórir. Þá bættust í hópinn aðstoðarlyfjafræðingar sem höfðu nú tækifæri til að ljúka cand.pharm. prófi frá HÍ. Þarfir þessara tveggja hópa voru ólíkar t.d. hvað varðaði skipulag stundaskrár. Fyrirlestrar sem nemar þurftu að sækja voru dreifðir um bæinn. Lyfjafræðideild var til húsa á efri hæð íþróttahúss HÍ en þar var kennslustofa, þrjár tilraunastofur og skrifstofur kennara. Fyrirlestrar voru í ýmsum byggingum Háskólans. Auk þess voru fyrirlestrar og verklegir tímar í lífefnafræði í Ármúla 1a og í örverufræði á Grensásvegi þar sem líffræðideildin var til húsa, og víðar.

Vorið 1987 úrskrifuðust 11 lyfjafræðingar með cand. pharm. próf úr Háskóla Íslands, fyrsti árgangurinn. Hér á eftir má sjá hvað þessi hópur hefur tekið sér fyrir hendur frá útskrift. Óhætt er að segja að hann hafi látið til sín taka á flestum sviðum lyfjafræðinnar á Íslandi, má þar nefna apótek, sjúkrahús, rannsóknir, lyfjaframleiðslu, markaðssetningu lyfja, Lyfjastofnun og Háskóla Íslands.

Andri Jónasson

Gömul mynd

Nýleg mynd

Ég var aðstoðarlyfjafræðingur í Ingólfs Apóteki 1977-1987, lyfjafræðingur þar 1987-1996. Leyfishafi í Apótekinu Skeifunni 1996-1998, Hagkaupi, lyfjabúð Skeifunni, 1998-1999, Hagkaupi, lyfjabúð Mosfellsbæ (síðar Apótekinu Mosfellsbæ, síðar Lyfjum og heilsu Mosfellsbæ), 1999-2002, Apótekaranum Nóatúni 2002-2006. Leyfishafi í Skipholtsapóteki (Lyf og Heilsa Skipholti) frá 2006. Aðstoðarlyfjafræðingur og frá 1987 lyfjafræðingur á Elli- og hjúkrunarheimilinu Grund í Reykjavík (síðar Dvalar- og hjúkrunarheimilinu Grund) og Dvalarheimilinu Ás í Hveragerði frá júní 1980.

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1949 Sigurður Ólafsson kjörinn formaður LFÍ.

1950 Sigurður Magnússon kjörinn formaður LFÍ.

1951 Matthías Ingibergsson kjörinn formaður LFÍ.

1952 Sigurður Ólafsson kjörinn formaður LFÍ.

1953 Valborg Elísabet Hermannsdóttir Stenager kjörin formaður LFÍ.

1954 Kjartan Gunnarsson kjörinn formaður LFÍ.

Elín Ingibjörg Jacobsen

Gömul mynd

Nýleg mynd

Að námi loknu starfaði ég í Nesapóteki, Seltjarnarnesi 1987-1988. Síðan í Reykjavíkur Apóteki 1988-1990, aðallega í framleiðsludeildinni á 4. hæð. 1991 fluttist ég til Vestmannaeyja. Í Vestmannaeyjum starfaði ég sem lyfjafræðingur á Sjúkrahúsi Vestmannaeyja 1992-1996, í Apóteki Vestmannaeyja 1995-1997 og sem kennari við Framhaldsskólann í Vestmannaeyjum frá 1997-2000. Einnig var ég lyfjafræðingur á Dvalarheimili aldraðra í Vestmannaeyju, Hraunbúðum. Lyfjafræðingur í Apóteki Landspítalans frá 2000-2006 en fór þá í ársleyfi þaðan og til starfa í Lyfjastofnun. Mun snúa aftur í Apótek Landspítalans í haust.

Elín Kristjánsdóttir

Ég var lyfjafræðingur í Apóteki Norðurbæjar frá útskrift til mars 1998 og síðan lyfsali þar frá apríl 1998 til febrúar 2000. Lyfjafræðingur í Apótekinu Spönginni mars 2000 til október 2000. Lyfsali í Lyfju Garðatorgi frá nóvember 2000 og er enn starfandi þar.

Gömul mynd var ekki til

Nýleg mynd

Guðlaug Björg Björnsdóttir

Gömul mynd var ekki til

Nýleg mynd

Frá kandidatsprófinu hef ég starfað við eftirfarandi: lyfjafræðingur í apótekinu Lyfjabergi frá maí 1987 til ágúst 1987, lyfjafræðingur í Árbæjarapóteki frá september 1987 til mars 1990, lyfjafræðingur hjá Lyfjanefnd ríkisins frá mars 1990 til mars 1997 og við lyfjafræðingsstörf í skráningardeild Vistor (áður Pharmaco – PharmaNor) frá mars 1997. Ég mun hætta störfum hjá Vistor í júlí 2007 og hefja stöf í skráningardeild Actavis í ágúst 2007.

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1955 Ólafur Ólafsson kjörinn formaður LFÍ.

1956 Oddur C. S. Thorarensen kjörinn formaður LFÍ og Kjartan Gunnarsson kjörinn formaður LFÍ síðar sama ár. Eftirlauna- og styrktarsjóði lyfjafræðinga breytt í Lífeyrissjóð apótekara og lyfjafræðinga.

1958 Vilhjálmur G. Skúlason kjörinn formaður LFÍ.

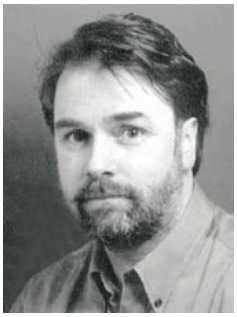
1959 Jón O. Edwald kjörinn formaður LFÍ.

1960 Ólafur B. Guðmundsson kjörinn formaður LFÍ

Guðmundur Þór Jónsson

Ég starfaði á Landspítalanum á rannsóknarstofu í óncæmisfræði janúar 1988-desember 1988, í Keflavíkur Apóteki janúar 1989-maí 1995, í Garðs Apótek júní 1995-maí 1999, í Apótekinu Skeifunni júní 1999-apríl 2000 og hjá Lyfjum og heilsu frá maí 2000, nú í Dómus.

Gömul mynd var ekki til



Nýleg mynd

Guðríður Einarsdóttir

Gömul mynd var ekki til

Nýleg mynd

Eftir útskrift 1987 vann ég í Holts Apóteki til 1990. Þá í Kópavogs Apóteki frá 1990 – 1994 og í Laugavegs Apóteki frá 1994-1996. Árið 1996 stofnaði ég Skipholts Apótek, þann 13. september það ár. Var ég leyfishafi þar allan tímann sem ég var með apótekið, en ég seldi það Lyf og heilsu árið 2004. Skipholts Apótek er með þá sérstöðu á markaðnum að vera eina apóekið sem býður upp á óhefðbundnar lækningar. Ég hef því kynnt mér mjög mikið allt um vítamin, hómópatalyf, ilmkjarnaolíur og blómadropa. Ég hef sótt margar sýningar erlendis og einnig heimsótt fyrirtæki. Er með umboð fyrir öll hómópatalyf sem leyfð eru í dag á Íslandi. Árið 2006 hætti ég í Skipholts Apóteki og fór að vinna í Lyf og heilsu Glæsibæ.

Hafrún Friðriksdóttir

Ég bjó í Svíþjóð 1987-1989 og vann hjá Gacell laboratories. Vann í HÍ frá 1990-1992. Útskrifaðist sem Doktor í lyfjafræði frá HÍ 1997. Þá hóf ég störf hjá Omega Farma 1997 sem þróunarstjóri og gegndi þeirri stöðu í nokkur ár. Í dag starfa ég hjá Actavis sem forstöðumaður þróunarmála Actavis í Evrópu.

Gömul mynd

Nýleg mynd

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1962 Ólafur Ólafsson kjörinn formaður LFÍ.	**1964** Ásgeir Ásgeirsson kjörinn formaður LFÍ.	**1965** Axel Sigurðsson kjörinn formaður LFÍ.

Jónína Freydís Jóhannesdóttir

Gömul mynd

Nýleg mynd

Eftir nám í lyfjafræði 1987 fór ég að vinna í Dalvíkur apóteki. Dalvíkur apótek opnaði síðan nýtt apótek, útibú á Ólafsfirði. Þar vann ég til ársins 1991. Þá fór ég til Reykjavíkur í Mastersnám í lífrænni efnafræði við Háskóla Íslands. Með námi vann ég við rannsóknir á Raunvísindastofnun Háskóla Íslands og var stundakennari við HÍ. Ég lauk Mastersnáminu 1994 og hélt áfram að vinna á Raunvísindastofnun til ársins 1995. Þá lá leiðin aftur norður og nú til Akureyrar á heimaslóðirnar. Vann sem lyfjafræðingur í Apótekaranum, Hafnarstræti (Stjörnu-apótek, Lyf og heilsa, Hafnarstræti) frá 1995-2003, þar af lyfsali (apótekari) frá ágúst 1996 til febrúar 2003. Vegna umfangsmikilla breytinga á apótekinu og óþægilegra vinnuaðstæðna fannst mér óhjákvæmilegt að hætta að vinna í Apótekaranum árið 2003. Þó var vinnan þar alltaf skemmtileg. Þessar aðstæður leiddu til þess að ég fór í samstarf með Torfa Rafni Halldórssyni lyfjafræðingi um að stofna fyrirtækið Pharmarctica á Grenivík á árinu 2003. Pharmarctica er Lyfja- og snyrtivörufyrirtæki sem byggir alla sína framleiðslu á hæstu gæðastöðlum. Torfi Rafn var framkvæmdastjóri fyrirtækisins til að byrja með. Hann hætti störfum rúmu ári eftir að fyrirtækið var stofnað og hef ég því verið framkvæmdastjóri Pharmarctica frá september 2004.

Rúna Hauksdóttir Hvannberg

Menntun:
Cand. Pharm. frá Lyfjafræðideild, HÍ 1987
Msc. BioPharm. frá King´s College, University of London 1989
Markaðs- og útflutningsfræði frá Endurmenntun HÍ.
MS. Heilsuhagfræði, frá Viðskipta- og hagfræðideild, HÍ 2005

Störf :
Hef verið sjúkrahúslyfjafræðingur í Englandi, markaðsstjóri Lyfjaverslunar ríkisins og síðan framkvæmdastjóri markaðssviðs Lyfjaverslunar Íslands. Ég sat einnig í stjórn Lyfjaverslunar Íslands hf og gegndi markaðs- og sölustjóra starfi hjá Eli Lilly útibúi á Íslandi. Er nú

Gömul mynd

Nýleg mynd

verkefnastjóri við Lyfjafræðideild, Háskóla Íslands og stundakennari við sömu deild, prófdómari í Viðskipta- og hagfræðideild HÍ og sjálfstætt starfandi ráðgjafi.

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1966 Tímarit um lyfjafræði gefið út. Vilhjálmur G. Skúlason fyrsti ritstjóri TUL.

1967 Lyfjafræðingar í apótekum fóru í verkfall sem ríkisstjórnin setti lög á til að stöðva. Menningasjóður lyfjafræðinga stofnaður. Aksel Kristensen útnefndur heiðursfélagi LFÍ. Áslaug Hafliðadóttir kjörin í fyrstu stjórn Menningarsjóðs.

1968 Almar Grímsson kjörinn formaður LFÍ.

1969 Bókasafn á vegum LFÍ tekur til starfa. Herbergi tekið til leigu undir skrifstofu LFÍ að Suðurlandsbraut 6.

1971 Rósa Tómasdóttir kjörin formaður LFÍ. LFÍ fær aðild að FIP.

1972 Werner Rasmusson kjörinn formaður LFÍ. Helga Vilhjálmsdóttir kemur með frumhugmynd að merki LFÍ.

1974 Helga Vilhjálmsdóttir kjörin formaður LFÍ. Eggert Sigfússon útfærir hugmynd Helgu að merki LFÍ. Reynir Eyjólfsson ritstjóri TUL.

Þorbjörg Kolbrún Kjartansdóttir

Ég starfaði á Rannsóknastofu Háskóla Íslands í lyfjafræði frá júní 1987 til nóvember 1994. Hóf þá störf hjá Lyfjanefnd ríkisins, síðar Lyfjastofnun, eftir sameiningu við Lyfjaeftirlit ríkisins. Aðjúnkt við læknadeild HÍ frá 1990 til 2005. Sæti í Lyfjagreiðslunefnd frá júní 2005. Diplóm í opinberri stjórnsýslu 2006.

Gömul mynd

Nýleg mynd

Þuríður Erla Sigurgeirsdóttir

Gömul mynd

Nýleg mynd

Útskrifaðist sem Exam Pharm frá HÍ 1979 og Cand Pharm frá HÍ 1987. Vann sem aðstoðarlyfjafræðingur í Pharmaco hf. frá 1979-1986. Vann sem aðstoðarlyfjafræðingur frá hausti 1986 í Laugavegsapóteki og síðan sem lyfjafræðingur þar eftir útskrift frá 1987-1997. Starfaði á Borgarspítalanum og síðan LSH frá 1997-2006, sem lyfjafræðingur og yfirlyfjafræðingur. Starfa nú sem lyfjafræðingur í Lyfjavali í Hæðarsmára.

Elín Ingibjörg Jacobsen tók saman.

MERCK SHARP & DOHME

Návígið

Ásdís Björk Friðgeirsdóttir

Diskurinn í spilaranum? Enginn sérstakur, nýjustu diskarnir með Damien Rice, Belle and Sebastian og Muse.

Besti sjónvarpsþáttur allra tíma? Friends.

Lesefnin á náttborðinu? Your pregnancy bible, með komandi barn í huga:-)

Fallegasta plantan? Ég á nú erfitt með að gera upp á milli, en Íris hefur alltaf verið í uppáhaldi hjá mér.

Hvaða lyf myndirðu vilja finna upp? Lyf gegn mannvonsku.

Eiga lyfjafræðingar að hafa heimild til að ávísa lyfjum? Það er spennandi að prófa það að einhverju leyti en þá þyrfti að breyta mikið lyfjafræðináminu til samræmis við það, a.m.k. frá því hvernig námið var þegar ég var út í Haga.

Mottó? Don´t worry, be happy.

Dulinn hæfileiki? Það er nú eins gott að vera ekki að uppljóstra hver hann er :-)

Hvað myndirðu vilja vera ef þú værir ekki lyfjafræðingur? Garðyrkjufræðingur, ljósmyndari eða eitthvað tengt ferðamennsku.

Hvaða eitt lyf tækirðu með þér á eyðieyju? Thyroxín.

Ein góð uppskrift í lokin
Dökkur marengsbotn er mulinn á fat. 3 Snickers-stykki eru söxuð og dreift yfir. 1 pela af þeyttum rjóma dreift þar yfir. 4 kókosbollur kramdar yfir og loks bláberjum og jarðarberjum dreift yfir allt saman.
Best að láta þetta standa í ísskáp í ca 3 klst fyrir borðhald.

Leifur Franzson

Diskurinn í spilaranum? Pink Floyd - The Wall - gargandi snilld !

Besti sjónvarpsþáttur allra tíma? Soap (Löður).

Lesefnin á náttborðinu? Ferðaáætlun Útivistar, Draumalandið og Vín, þrúgur gleðinnar.

Fallegasta plantan? Í „réttu" umhverfi eru allar plöntur fallegar.

Hvaða lyf myndirðu vilja finna upp? E-ð til að meðhöndla eða koma í veg fyrir offitu.

Eiga lyfjafræðingar að hafa heimild til að ávísa lyfjum? Almennt nei, en í vel skilgreindum undantekningartilfellum já.

Mottó? Ef þú segir alltaf nei þá gerist ekki neitt.

Dulinn hæfileiki? Ekki fundið hann ennþá, en ef til vill tekst mér að veiða fisk á flugu í sumar.

Hvað myndirðu vilja vera ef þú værir ekki lyfjafræðingur? Líklega e-ð sem snýr að ferðamennsku og útivist.

Hvaða eitt lyf tækirðu með þér á eyðieyju? Myndi láta magnýl duga.

Ein góð uppskrift í lokin
Í mínum matartilbúningi nota ég hvorki salt né pipar, en það er EKKKKERT sem nokkrir dropar af soyjasósu geta ekki bragðbætt.

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1976 Guðmundur Steinsson kjörinn formaður LFÍ. Jakob L. Kristinsson ritstjóri TUL.

1978 LFÍ og Apótekarafélag Íslands stofnuðu sameiginlega minjanefnd. LFÍ, Apótekarafélag Íslands og

Lífeyrissjóður apótekara og lyfjafræðinga kaupa húsnæði að Öldugötu 4

Aðalfundur LFÍ 2007

Aðalfundur LFÍ fór fram föstudagskvöldið 23. mars. Fundarstjóri var Finnbogi Rútur og var dagskráin samkvæmt lögum félagsins. Nokkrar breytingatillögur voru bornar fram, bæði við starfsáætlun þessa árs og einnig lagabreytingar. Góðar umræður sköpuðust um þessar tillögur sem meðal annars fólu í sér að formaður væri í launuðu starfi á vegum félagsins og að styrkveitingar úr fræðslusjóði yrðu gerðar opnari. Nánari upplýsingar um síðasta ár er að finna í Skýrslum og reikningum v/2006.

Kosið var í nokkur embætti. Alls bárust 89 atkvæði þannig að kjörsókn var 23%. Unnur Björgvinsdóttir var endurkjörin sem formaður félagsins, Jóna Valdís Ólafsdóttir tekur sæti Þóru Jónsdóttur í stjórn, Sesselja Ómarsdóttir kemur ný inn í Sjóðastjórn og Brynleifur B. Björnsson í Kjaranefnd.

Anna Birna Almarsdóttir og Rúna Hauksdóttir kynntu stuttlega nýtt áhugavert verkefni, Rannsóknastofnun um lyfjamál við Háskóla Íslands. Boðið var upp á léttar veitingar að fundi loknum.

Heimir Þór Andrason
Myndir: Heimir Þór og Lárus St. Guðmundsson

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1979 Jóhannes Skaftason kjörinn formaður LFÍ. Útgáfa fréttabréfs á vegum LFÍ hefst. Vísir að handbók LFÍ fyrir lyfjafræðinga kemur út. Kristján Linnet kemur með endanlega útgáfu að merki LFÍ.

1980 Kristján Linnet kjörinn formaður LFÍ. Þórdís Kristmundsdóttir ritstjóri TUL.

Orðið er laust

AÐ STYRKJA EÐA FJÖLGA Í HER!

Stefanía Guðlaug

Maður tekur nú alltaf áskorunum, er það ekki? Ég hef ákveðið að halda svolítið áfram á sömu línu í „Orðið er laust" og Nína Björk, sem skoraði á mig í síðasta blaði, þar sem hún fjallaði um stéttarvitund lyfjafræðinga.

Mig langaði að koma á framfæri vandamáli sem hefur mikið verið rætt um í lyfjafræðideild Háskólans í Oslo; „rekrutering av nye og flinke studenter". Ég er sem sagt búin að taka doktorsnámið mitt í Oslo, útskrifaðist síðastliðið vor. Með náminu, sem tók 6 ár, var 50% kennsluskylda svo ég fékk góða innsýn í kennslu, stjórnun og uppbyggingu lyfjafræðideildarinnar hérna.

Þegar ég fór að kíkja á þetta þá finnst ekki orð yfir vandamálið á íslensku; recruiting (enska); rekrutering (norska); styrkja eða fjölga í her (ensk-íslenska orðabók Arnar og Örlygs). Ég veit ekki hvort það er vegna þess að þetta vandamál finnst ekki á Íslandi, ég hef allavega heyrt að eitthvað hafi fjölgað í árgöngunum síðan ég tók lyfjafræðina, útskrifaðist árið 2000. En í Noregi er þetta vandamál. Nemar eru minna og minna farnir að sækja í lyfjafræðina.

Áhugi prófessoranna á kynningu námsins/starfsins hefur verið lítill og hefur mikið verið rætt um það hver eigi að „fórna" tíma sínum í þetta starf. Afleiðingin hefur verið að færri nemar sækja í námið og kröfur til nemendanna sem sækja um hafa því einnig þurft að hopa til þess að fylla upp í plássin við deildina. Hæstráðendur sjá heldur ekki að þetta sé orðið vandamál því við getum ennþá fyllt upp í nemendakvótann okkar. Einnig leiðir þetta áhugaleysi yfirvalda í deildinni til að kynning til almennings á námi/starfi lyfjafræðinga er lítið sem ekkert og þar af leiðandi veit almenningur lítið sem ekkert um hvað það þýðir að vera lyfjafræðingur eða til hvers lyfjafræðingar eru „notaðir", nema þá einna helst sjúkdóma- og lyfhrifafræði (pharmacology) þegar maður á að fara að greina og meðhöndla blettaskalla í fermingarveislum.

Og þá erum við komin aftur að grein Nínu Bjarkar í síðasta tímariti TUL sem höfðaði til stéttarvitundar lyfjafræðinga. Ég vil endilega hvetja okkur áfram í þessari baráttu og benda á þetta vandamál þannig að hægt sé að grípa til aðgerða áður en fer fyrir lyfjafræðideildinni okkar eins og hérna í Noregi. Ég tel einnig að „styrking eða fjölgun í hernum" við lyfjafræðideildina leiði til betri þekkingar almennings á stéttinni og stuðli þannig að aukinni stéttarvitund.

Mig langar til að enda þessa grein á orðum litla frænda míns sem kynnti mig stoltur fyrir fóstrunni sinni á leikskólanum sem „frænkan sem bjó í útlöndum og var vísindamaður", miklu meiri áhersla á „vísindamaður" en hitt. Það er spurning hvort mér hafi ekki tekist eitthvað að auglýsa og efla vitund um stéttina.....

Stefanía Guðlaug Baldursdóttir.

ÉG SKORA Á HELGU GARÐARSDÓTTUR AÐ SKRIFA „ORÐIÐ ER LAUST" Í NÆSTA TÖLUBLAÐ TUL.

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1981 Einar Magnússon kjörinn formaður LFÍ.

1982 Lyfjafræðingatal gefið út. Dagur lyfjafræðinnar fyrst haldinn. Dr. Jens Gunnar Hald útnefndur heiðursfélagi LFÍ.

1983 Hildur Steingrímsdóttir kjörin formaður LFÍ.

1984 Stéttarfélag íslenskra lyfjafræðinga (SÍL) stofnað. Jakob L. Kristinsson ritstjóri TUL.

1985 Lyfjafræðisafnið stofnað.

Formannsþankar

Það hefur ýmislegt gerst hjá okkur í LFÍ frá því ég skrifaði síðustu formannsþanka. Aðalfundurinn var ágætlega sóttur og greinilegt að félagsmenn vilja breytingar. Í kjölfar aðalfundar sá ný stjórn félagsins ástæðu til að boða til aukaaðalfundar þar sem stjórnin treysti sér ekki til að starfa samkvæmt ákvörðun aðalfundar. Félagsmenn höfðu misjafnar skoðanir á boðun aukaaðalfundar og töldu sumir hann vanvirðingu við þá félagsmenn sem sátu aðalfundinn og tóku þátt í atkvæðagreiðslu.

Unnur Björgvinsdóttir, formaður LFÍ.

Það er eðlilegt að ekki séu allir alltaf sammála og mér þótti mjög áncegjulegt að fá viðbrögð félagsmanna, þó ekki vœru allir á eitt sáttir. Ég vildi bara óska þess að félagsmenn sœju ástœðu til að viðra skoðanir sínar á störfum okkar aðeins oftar. Ég ætla svo sem ekki að rœða þessa fundi frekar, en vil bara benda á að aðalfundur er œðsta vald í málefnum félagsins og stjórn verður að hlýða ákvörðun aðalfundar. Þess vegna var boðað til aukaaðalfundar þegar stjórn treysti sér ekki til að starfa skv. samþykktum aðalfundar.

Miðvikudagurinn 25. apríl var stór dagur hjá okkur lyfjafrœðingum. Þennan dag var undirritaður samningur um Rannsóknarstofnun um lyfjamál við Háskóla Íslands (RUL). LFÍ er einn af stofnaðilum RUL eins og samþykkt var á aðalfundi LFÍ. Það var mjög áncegjulegt að sjá hversu margir félagsmenn voru viðstaddir undirritunina. Það verður spennandi að fylgjast með störfum RUL og stofnunin á án efa eftir að auka hróður lyfjafrœðinga og stuðla að faglegri umrœðu um lyfjamál á Íslandi. RUL mun í samvinnu við frœðslu-og skemmtinefnd LFÍ skipuleggja endurmenntunarnámskeið fyrir félagsmenn og verða fyrstu námskeiðin haldin í haust.

Í kjölfar aðalfundar hefur stjórnin haldið nokkra fundi og við erum byrjuð að vinna í mörgum verkefnum. Heimasíðan okkar er ekki ennþá orðin nógu lifandi, en það er eitt af forgangsverkefnum okkar að breyta því. Umfjöllun um stofnun RUL er dœmi um það hvernig við viljum að heimasíðan virki. Myndskreytt frétt um undirrtun stofnsamningsins var komin inn á heimasíðuna samdœgurs.

Það er spennandi ár framundan og mörg verkefni sem þarf að vinna. Eins og ég nefndi í síðustu formannsþönkum er það mín skoðun að formaður félagsins þurfi að vera með fasta viðveru á skrifstofu félagsins og það er ætlunin að af því verði mjög fljótlega. Þetta er kannski ekki stórt skref, en er fyrsta skrefið í átt að nýju fyrirkomulagi í stjórn félagsins.

Að lokum vil ég bara hvetja félagsmenn til að halda áfram að hafa skoðun á störfum félagsins, bœði þegar þeim þykir eitthvað vera vel gert og eins ef eitthvað má betur fara.

Hlakka til að sjá ykkur öll á menningarkvöldi í Hafnarborg að kvöldi 13. júní.

Unnur Björgvinsdóttir
formadur@lfi.is

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1986 Fjós og hlaða við Nesstofu á Seltjarnarnesi keypt undir starfsemi Lyfjafræðisafnsins. Þá var kaupverðið, 2,5 milljónir króna, að fullu greitt með söfnunarfé frá lyfjafræðingum og fyrirtækjum í þeirra eigu.

1987 Guðbjörg Edda Eggertsdóttir kjörin formaður LFÍ. Ingibjörg Böðvarsdóttir og Sverrir Magnússon útnefnd heiðursfélagar LFÍ. Lyfjafræðisafnið fékk afhent húseignina við Nesstofu.

1988 Haukur Ingason ritstjóri TUL.

1989 LFÍ setur sér siðareglur. Fæðingaorlofssjóður stofnaður.

1990 Lífeyrissjóðurinn lagður niður. Lífeyrissjóðurinn sameinast Lífeyrissjóði verslunarmanna.

ISPOR 2006

ISPOR (International Society of Pharmacoeconomics and Outcome) eru alþjóðleg samtök sem hafa það takmark að efla þá vísindagrein sem kölluð hefur verið á íslensku lyfjahagfræði (pharmacoeconmics) og fjallar um hagkvæma og skilvirka notkun lyfja fyrir samfélag og þegna.

Samtökin voru stofnuð 1995 og hafa vaxið mjög hratt. Félagar eru einstaklingar, stofnanir, háskólar og styrktaraðilar frá öllum heimshornum.

Einstaklingsaðilar eru flestir úr röðum lyfjafræðinga en einnig eru hagfræðingar og læknar fyrirferðarmiklir. Starfsvettvangur félaga eru háskólar, lyfjaiðnaður, opinber stjórnsýsla, tryggingafyrirtæki og ráðgjafafyrirtæki.

Markmið samtakanna er að koma lyfjahagfræði á framfæri með ráðstefnuhaldi, útgáfustarfsemi, fjarkennslu og hvetja til rannsókna og kynna niðurstöður fyrir heilbrigðisstarfsfólki, yfirvöldum og almenningi.

Ráðstefnur

Frá upphafi hefur ISPOR staðið fyrir öflugu ráðstefnuhaldi. Alþjóðlegar ráðstefnur hafa verið haldnar í Bandaríkjunum ellefu sinnum og verður sú tólfta haldin í Arlington í Virgíníu nú í maí. Í Evrópu eru einnig haldnar ráðstefnur árlega, nú síðast í Kaupmannahöfn síðastliðið haust. Næsta Evrópuráðstefna verður í Dublin 20.-23. október n.k. Með þátttöku í ISPOR-ráðstefnu fylgir félagsaðild til eins árs. Síðustu ár hefur ráðstefnuhald einnig færst til annarra heimshluta bæði Asíu og Suður-Ameríku.

Útgáfustarfsemi

ISPOR stendur fyrir umfangsmikilli útgáfustarfsemi. Tímaritið Value in Health kemur út 6 sinnum á ári og er netútgáfa þess opin í gegnum hvar.is. Þá fá félagar fréttabréf, ISPOR-Connection, sem kemur út annan hvern mánuð. Gefin er einnig út eins konar orðabók Health Care Cost, Quality, and Outcomes: ISPOR Book of Terms (áður ISPOR Lexicon), skýringar á hagfræðilegum hugtökum, sem er gott hjálpartæki fyrir þá sem lesa vilja greinar um lyfjahagfræði. Á heimasíðunni www.ispor.org er að finna margvíslegan fróðleik.

Fjarkennsla

ISPOR stendur fyrir fjarkennslunámskeiðum sem eiga að auka færni og þekkingu nemenda í lyfjahagfræðilegum rannsóknum á sviði klínískrar lyfjafræði, hagfræði og lífsgæða (quality-of-life) með aðstoð netsins.

Fjarkennslunámskeiðin eru ætluð heilbrigðisstarfsfólki og rannsakendum í heilbrigðisvísindum, einnig starfsfólki sjúkratrygginga og heilbrigðisyfirvalda og ekki síst neytendum heilbrigðisþjónustu.

Forseti samtakanna nú er Dr. Michael F. Drummond prófessor við háskólann í York sem er mörgum Íslendingum kunnugur og hélt erindi hér á landi fyrir nokkrum árum.

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1991 Finnbogi Rútur Hálfdanarson kjörinn formaður LFÍ.

1992 Hús Lyfjafræðisafnsins vígt. LFÍ flytur í húsnæði Lyfjafræðisafnsins. LFÍ er meðal stofnfélaga að EuroPharm Forum og Almar Grímsson er fyrsti forseti þess. Axel Sigurðsson, Áslaug Hafliðadóttir, Erling Edwald, Ingibjörg Böðvarsdóttir og Kristín Einarsdóttir sæmd gullmerki LFÍ fyrir söfnun muna tengdum lyfjafræði á Íslandi fyrir Lyfjafræðisafnið.

1993 Mímir Arnórsson kjörinn formaður LFÍ. Stefán J. Sveinsson ritstjóri TUL.

1994 Norræna lyfjafræðiráðstefnan haldin í fyrsta sinn á Íslandi.

Kaupmannahöfn 28.-31. október 2006

Ráðstefnan var haldin á Radisson SAS Falconer hótelinu á Friðriksbergi sem margir Íslendingar þekkja undir nafninu Falkoner Centret. Þátttakendur voru um eitt þúsund frá 52 löndum og þar af einn frá Íslandi.

Yfirskrift ráðstefnunnar var „Asking Critical Questions", sem vísar til þess að þegar lyfjameðferð er ákveðin er ástæða til að íhuga vel hvort valinn hafi verið sá kostur sem vænlegastur er til að skila hámarksárangri með sem minnstum tilkostnaði.

Eins og venja hefur verið var námskeið á undan ráðstefnunni þar sem kynnt voru grundvallarhugtök lyfjahagfræðinnar og nýjungar í aðferðum sem við hana eru notaðar.

Á ráðstefnunni sjálfri var boðið upp á: 3 umræðufundi, 8 pallborðsumræður, 28 vinnuhópa, 64 stutt erindi og yfir 600 veggspjöld. Þetta efni er meira en svo að hægt sé að komast yfir allt á þremur dögum enda ekki ætlast til þess og margt fer fram samtímis. Af öllum þeim fjölda erinda og veggspjalda sem fyrir augu og eyru bar á þessum þremur dögum sem ráðstefnan stóð yfir er erfitt að velja úr til að segja lesendum frá í stuttri grein.

Þrjú erindi vöktu athygli mína vegna þess hve kunnuglega þau komu mér fyrir sjónir.

1. *Írsk rannsókn gerð af Usher, Tilson og Barry sem allir starfa hjá National Center of Pharmacoeconomics í Dublin. Rannsókn þeirra gekk út á að kanna hvaða áhrif lyfjaval á sjúkrahúsum hefur á ávísanavenjur lækna í almennri heilbrigðisþjónustu. Rannsókn þeirra beindist að prótónpumpuhemlum og í stuttu máli var niðurstaða þeirra sú að heimilislæknar voru líklegri til að ávísa þeim lyfjum sem notuð voru á sjúkrahúsunum fremur en að skipta yfir í ódýrari valkosti þegar sjúklingar voru útskrifaðir ef þess var kostur.*

Það er alkunna bæði hér á landi sem annars staðar í heiminum að lyfjaframleiðendur gefa ríflegan afslátt af lyfjaverði til sjúkrastofnana, sem getur munað tugum prósenta, í þeim tilgangi að styrkja markaðshlutdeild sína í almenna hluta heilbrigðiskerfisins. Þetta getur haft þau áhrif að lyfjakostnaður samfélagsins verður hærri en þörf krefur.

Það vekur líka upp spurningu hvor siðlegt sé að sjúkrastofnanir taki tilboðum um lyfjakaup þar sem afsláttur getur numið allt að 95%.

2. *Dönsk rannsókn um vélskömmtun lyfja gerð af Søndergaard, Grundgaard, Sørensen og Hansen. Höfundar eru frá danska lyfjafræðingaháskólanum, Háskólanum í Óðinsvéum og Rannsóknarsetri í heilbrigðisvísindum í Óðinsvéum. Rannsóknin beindist að breytingum á lyfjakostnaði við gildistöku löggjafar um lyfjaskömmtun í Danmörku. Niðurstaða rannsóknarinnar var sú að með vélskömmtun lyfja jókst lyfjakostnaður vegna gjaldtöku skömmtunarfyrirtækja eða lyfjabúða en annar heilbrigðiskostnaður minnkaði sem lá í færri innlögnum á sjúkrahús og styttri legutíma.*

Það hefur oft verið talað um að 10-25% innlagna á sjúkrahús stafi af röngum lyfjagjöfum eða lyfjaskömmtum. Eins og gefur að skilja þá fylgir þessu ómældur kostnaður. Samkvæmt rannsókninni mætti draga úr þessum afleidda kostnaði með aukinni lyfjaskömmtun þó svo að kostnaðurinn við hana sé einhver.

Núverandi fyrirkomulag beinlínis hvetur til þess að læknar ávísi ekki minni lyfjaskömmtum en til þriggja mánaða vegna þess að það getur verið hagkvæmara fyrir sjúklinginn.

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

1995 Guðbjörg Edda Eggertsdóttir sæmd gullmerki LFÍ fyrir ötult starf fyrir félagið.

1996 Vísindasjóður LFÍ tekur til starfa. Ólafur Ólafsson ritstjóri TUL.

1997 Siðanefnd LFÍ kosin fyrst.

1998 LFÍ opnaði heimasíðu á netinu.

1999 Guðrún Kjartansdóttir kjörin formaður LFÍ. Stefán R. Gissurarson ritstjóri TUL.

2000 Finnbogi Rútur Hálfdanarson kjörinn formaður LFÍ. SÍL lagt niður. Dr. Vilhjálmur G. Skúlason útnefndur heiðursfélagi LFÍ og sæmdur gullmerki LFÍ. Pétur Magnússon ritstjóri TUL.

3. *Portúgölsk rannsókn gerð af Cristóstomo o. fl. Center for Health Studies and Research í Lissabon. Rannsókn þeirra beindist að sóun á lyfjum vegna stórra pakkninga og of stórra lyfjaávísana. Samkvæmt rannsókninni fór 25% af kostnaði við bólgueyðandi lyf í súginn, 29% við gigtarlyfjum og yfir 40% við kortikosteróíða.*

Líklegt er að kostnaður við vélskömmtun lyfja sé aðeins brot af þeim fjármunum sem brenna uppi í lyfjaskápum heimilanna engum til hagsbóta auk þess sem lyfjaúrgangur verður sífellt meira umhverfisvandamál. Það er því líklegt

að betri nýting á lyfjum leiði frekar til lægri kostnaðar fyrir samfélagið en handaflsaðgerðir stjórnvalda til lækkunar á lyfjaverði eins og tíðkast á Íslandi. Þá myndi skilvirkara endurgreiðslufyrirkomulag lyfja draga úr lyfjasóun.

Lokaorð

Eitt grundvallaratriði hagfræðinnar er að peningar eru takmörkuð auðlind. Nýta þarf því þá fjármuni sem ætlaðir eru til heilbrigðisþjónustu og þar með talið til lyfjanotkunar á sem skynsamastan hátt. Margir telja lyfjafræðinga í lykilstöðu og framlag þeirra til samfélagsins mikilvægt í þessum efnum vegna menntunar sinnar og aðstöðu í störfum. Þekking á þessu sviði verður ekki til af engu frekar en annað í þessum heimi. Vera kann að okkar litla samfélag bjóði ekki upp á mikla möguleika til rannsókna en það ætti þá að ýta undir það að við sækjum þekking og reynslu til annarra þjóða. Til þess eru ráðstefnur á borð við ISPOR ákjósanlegur vettvangur.

Um leið og ég þakka Frœðslusjóði Lyfjafrœðingafélags Íslands fyrir veittan styrk til að sœkja þessa ráðstefnu vil ég hvetja íslenska lyfjafrœðinga til að sœkja faglegar ráðstefnur því það er hagkvœmasta leiðin sem við höfum til að víkka faglegan sjóndeildarhring okkar.

Mímir Arnórsson

Saga lyfjafræðinnar í 75 ár

2002 Sigríður Pálína Arnardóttir kjörin formaður LFÍ. Baldur Ingimarsson, Ólafur Björn Guðmundsson og Werner Rasmusson sæmdir gullmerki LFÍ fyrir störf að framgangi lyfjafræðinnar og lyfjaiðnaðar á Íslandi.

2003 Ingunn Björnsdóttir ritstjóri TUL.

2004 Lárus Steinþór Guðmundsson tók við sem formaður LFÍ.

2005 Unnur Björgvinsdóttir kjörin formaður LFÍ. Lyfjafræðingatal gefið út.

Jón Valgeirsson ritstjóri TUL.

2006 TUL á rafrænu formi. Heimir Þór Andrason ritstjóri TUL.

2007 Lyfjafræðingafélag Íslands 75 ára.

Lyfjabókin 2007

Lyfja hefur gefið út nýja og endurbætta útgáfu Lyfjabókarinnar – handbókar um lyf á Íslandi, og var Siv Friðleifsdóttur, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, afhent fyrsta eintak hennar við athöfn á dögunum.

Í nýju Lyfjabókinni er að finna ítarlegar upplýsingar um öll lyfseðilsskyld lyf sem seld eru í apótekum hér á landi með 919 myndum af lyfjum auk ýmiss fróðleiks um náttúrulyf, steinefni og heilsumál almennt. Leitast var við að hafa alla framsetningu skýra og einfalda og eru myndir af lyfjunum í raunstærð.

Siv Friðleifsdóttur, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, var afhent fyrsta eintak hennar við athöfn á dögunum. „Ég óska Lyfju til hamingju með þessa glæsilegu bók," segir Siv Friðleifsdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra. „Bókin er í anda þess sem við í ráðuneytinu höfum lagt áherslu á í okkar lyfjastefnu, sem er bætt aðgengi almennings að auðskiljanlegum upplýsingum. Mér finnst frábært framtak að birta í bókinni myndir af lyfjunum í raunstærð sem mun nýtast vel til að stuðla að auknu öruggi við lyfjanotkun. Þessu framlagi ber að fagna."

Upplýsingarnar í Lyfjabókinni eru einnig aðgengilegar á heimasíðu Lyfju; www.lyfja.is.

zolpidem

STILNOCT®

Mest notaða svefnlyfið í heiminum![1]

Binst sérhæft við omega-1 viðtaka í heila[2, 3]
- ekkert aukabragð[4]

sanofi aventis

Because health matters

Hörgatún 2 - 210 Garðabær - Sími 535 7000 - sanofi-aventis@vistor.is

ICLZOL06.02.01 / Stofa 108

Tilvísanir:

1) Sanofi-Synthelabo, Internal data based on IMS data - MAT ágúst 2003.2) Sérlyfjaskrá 2003 3)Holm K et al. Drugs 2000;59 (4):865-889 4) Tsutsui S. et al. The Journal of International Medical Research. 2001; 29:163-177.

1. HEITI LYFS: Stilnoct. 2. VIRK INNIHALDSEFNI OG STYRKLEIKAR: Zolpidem 10 mg. Um hjálparefni sjá 6.1. 3. LYFJAFORM: 10 mg: Hvítar filmuhúðaðar, tafarlaus losun (immediate release), aflangar töflur til inntöku.4. KLÍNÍSKAR UPPLÝSINGAR: 4.1 Ábendingar: Tímabundið svefnleysi. 4.2 Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærðir handa fullorðnum: Ávallt ber að nota lægsta skammt, sem komist verður af með. Yngri en 65 ára: 10 mg fyrir svefn. Ef sá skammtur reynist ófullnægjandi, má hækka hann í 15-20 mg. Eldri en 65 ára: Byrjunarskammtur er 5 mg, sem má auka í 10 mg, ef þörf krefur.Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum. Zolpidem virkar hratt og skal þess vegna tekið inn rétt áður en gengið er til náða eða þegar komið er upp í rúm. Mælt er með 5 mg skammti fyrir aldraða og veiklaða sjúklinga þar sem þeir geta verið sérstaklega næmir fyrir áhrifum zolpidems. Þar sem úthreinsun og umbrot zolpidems er minna hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi skal byrjunarskammtur vera 5 mg og sérstakrar varúðar gætt hjá eldri sjúklingum. Hjá fullorðnum (yngri en 65 ára) má aðeins auka skammtinn í 10 mg ef klíniskt svörun er ekki nægjanleg og þegar lyfið þolist vel. Eins og við notkun allra svefnlyfja er langtímanotkun ekki ráðlögð og ætti meðhöndlunartímabil ekki að vera lengra en 4 vikur. Í ákveðnum tilfellum getur þó reynst nauðsynlegt að hafa meðhöndlunartímann lengri en 4 vikur; þetta skal ekki gera án þess að endurmeta ástand sjúklings. 4.3 Frábendingar: Notkun zolpidem er frábending hjá sjúklingum með ofnæmi fyrir zolpidemi, kæfisvefn, vöðvaslensfár, alvarlega lifrarbilun, bráða- og/eða alvarlega öndunarbilun. Zolpidem á ekki að ávísa handa börnum þar sem gögn eru ekki fyrirliggjandi. 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun: Ef mögulegt skal greina ástæðu svefnleysis og meðhöndla undirliggjandi þættir áður en svefnlyf er gefið. Ef svefnleysið lagast ekki eftir 7-14 daga meðhöndlun getur það bent til geðrænna eða líkamlegra kvilla og skal reglulega endurmeta sjúklinginn af kostgæfni. 4.4.1. Ákveðnir sjúklingahópar Aldraðir: Sjá ráðlagðar skammtastærðir. Öndunarbilun: Þar sem svefnlyf geta dregið úr öndunarhvatningu, skal gæta varúðar ef zolpidem er gefið sjúklingum með öndunarbilun. Hins vegar, hafa bráðabirgðarannsóknir ekki leitt í ljós öndunarbælandi áhrif hjá heilbrigðum einstaklingum eða hjá þeim sem eru með væga eða meðalvæga langvinna teppulungnasjúkdóma. Geðrænir sjúkdómar: Svefnlyf eru ekki ráðlögð til meðferðar á geðrænum sjúkdómum. Þunglyndi: Þó að ekki hafi verið sýnt fram á nein klínisk mikilvæg lyfhrif og lyfjahvarfa milliverkanir við SSRI (sjá 4.5 Milliverkanir), eins og hjá öðrum róandi lyfjum/svefnlyfjum, skal gæta varúðar við gjöf zolpidems hjá sjúklingum sem hafa einkenni þunglyndis. Skert lifrarstarfsemi: Sjá ráðlagðar skammtastærðir. 4.4.2. Almennar upplýsingar Læknar sem ávísa lyfinu eiga að taka tillit til eftirfarandi almennra upplýsinga sem tengjast áhrifum sem sjást eftir gjöf svefnlyfja. Minnisleysi Róandi lyf/svefnlyf geta valdið framvirku minnisleysi. Slíkt ástand kemur oftast fram mörgum klst. eftir inntöku lyfsins og til að draga úr hættu eiga sjúklingar að fullvissa sig um að þeir nái 7-8 klst. af ótrufluðum svefni. Geðræn og þverstæð (paradoxical) viðbrögð Viðbrögð eins og eirðarleysi, aukið svefnleysi, órósemi (agitation), pirringur, árásargirni, ranghugmyndir, bræði, martraðir, ofskynjanir, óviðeigandi atferli og aðrar atferlisaukaverkanir geta komið fram þegar róandi lyf/svefnlyf eru notuð. Í slíkum tilfellum ber að hætta meðferð. Þessar svaranir koma oftar fram hjá öldruðum. Þol Dregið getur úr svæfandi áhrifum róandi lyfja/svefnlyfja eftir nokkra vikna samfellda notkun. Ávanabinding Notkun róandi lyfja/svefnlyfja getur leitt til líkamlegrar og andlegrar ávanabindingar. Hætta á ávanabindingu eykst með hækkandi skammti og lengd meðferðar; einnig er hættan meiri hjá sjúklingum með sögu um geðsjúkdóma og/eða misnotkun áfengis og lyfja. Þessir sjúklingar eiga að vera undir eftirliti, ef þeir fá róandi lyf. Ef líkamleg ávanabinding myndast, koma fráhvarfseinkenni fljótlega fram ef skyndilega er hætt að taka lyfið. Þessi einkenni geta verið höfuðverkur eða vöðvaverkir, mikil angist og spenningur, eirðarleysi, rugl og pirringur. Í alvarlegum tilfellum geta eftirfarandi einkenni komið fram: óraunveruskyn (derealization), sjálfshvarf (depersonalization), ofnæm heyrn, dofi og smástingir í útlimum, ofurnæmi fyrir ljósi, hávaða og líkamlegri snertingu, ofskynjun eða krampaköst. Bakslag svefnleysis Stuttvarandi heilkenni, þar sem einkennin sem leiddu til meðferðar með róandi lyfi/svefnlyfi, geta endurtekið sig í enn alvarlegri mynd, þegar meðferð svefnlyfsins er hætt. Önnur einkenni geta einnig komið fram svo sem breytingar á hugarástandi, kvíði og eirðarleysi. Mikilvægt er að sjúklingnum sé gert grein fyrir möguleika á bakslagi, þá er hægt að lágmarka kvíða fyrir slíkum einkennum, ef þau koma fram þegar meðferð lyfsins er hætt. Í tilfellum þar sem stuttverkandi róandi lyf/svefnlyf eru notuð, er ýmislegt sem bendir til þess að fráhvarfseinkenna geti orðið vart milli inntöku skammta, sérstaklega ef skammturinn er hár. 4.5 Milliverkanir Notist ekki: Samhliða áfengisneyslu..Slævandi áhrif geta aukist þegar lyfið er tekið samhliða alkóhóli. Þetta hefur áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla. Taka ber tilliti til: Samhliða gjöf miðtaugakerfisbælandi lyfja. Aukning á miðtaugakerfisbælingu getur átt sér stað við samtímis notkun sterkra geðlyfja (neuroleptika), svefnlyfja, kvíðastillandi/róandi lyfja, þunglyndislyfja, ávanabindandi verkjalyfja (ópíóíðar), flogaveikilyfja, svæfingalyfja og róandi andhistamínlyfja. Hinsvegar, hafa engin klíniskt marktæk milliverkanaáhrif á lyfhrif eða lyfjahvörf SSRI þunglyndislyfja (flúoxetín og sertralín) komið fram. Áhrif vellíðunar geta aukist með vanabindandi verkjastillandi lyfjum, sem getur leitt til aukinnar líkamlegar vanabindingar. Efni sem hamla ákveðin lifrarensím (sérstaklega cýtókróm P450) geta aukið áhrif sumra svefnlyfja. Zolpidem er niðurbrotið af mörgum lifrarcýtókróm P450 ensímum: aðallega ensímið CYP3A4 með aðstoðar CYP1A2. Lyfhrif zolpidems minnka þegar það er gefið samhliða rifampicíni (sem örvar CYP3A4). Hinsvegar þegar zolpidem var gefið með ítrakónazóli (CYP3A4 hemill) breyttust lyfhrif og lyfjahvörf ekki marktækt. Klínisk þýðing þessara niðurstaðna er óþekkt. Annað: Þegar zolpidem var gefið með warfaríni, dígoxíni, ranitidíni eða címetidíni sáust engar marktækar lyfjahvarfa milliverkanir.4.6 Meðganga og brjóstagjöf: Þrátt fyrir að dýratilraunir hafi ekki sýnt vansköpun eða fósturskemmandi áhrif, hefur öryggi lyfsins á meðgöngu ekki verið staðfest. Eins og öll önnur lyf skal forðast notkun zolpidems á meðgöngu sérstaklega á fyrsta þriðjungi. Ef lyfið er gefið konu á barneignaraldri, á að upplýsa hana um að hafa samband við lækni ef hún óskar eftir, eða heldur, að hún sé þunguð. Ef nauðsynleg er að gefa zolpidem á síðasta hluta meðgöngu eða í

fæðingu, getur nýburinn orðið fyrir lyfjafræðilegum áhrifum lyfsins og áhrif svo sem hitalækkun, minnkuð vöðvaspenna og væg öndunarbæling geta komið fram. Smá magn af zolpidemi finnst í brjóstamjólk. Því eiga konur með barn á brjósti ekki að nota zolpidem. 4.7 Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla: Vara skal ökumenn og stjórnendur véla, eins og við notkun annarra svefnlyfja, um mögulega hættu á syfju morguninn eftir meðferðina. Til þess að halda þessari hættu í lágmarki er mælt með fullum nætursvefni (7-8 klst.). 4.8 Aukaverkanir: Vísbendingar eru um skammtaháð samband milli aukaverkana, sem tengjast notkun zolpidems, sérstaklega ákveðin áhrif á miðtaugakerfi. Eins og ráðlagt er í kafla 4.2, ættu þær að vera færri, ef zolpidem er tekið rétt áður en gengið er til náða eða þegar komið er upp í rúm. Þær koma oftast fram hjá eldri sjúklingum. Syfja yfir daginn, minnkuð árvekni, rugl, þreyta, höfuðverkur, svimi, vöðvaslappleiki, skortur á samhæfingu vöðva eða tvísýni. Oftast koma þessar aukavekanir fram við upphaf meðferðar. Einstaka sinnum hefur verið greint frá öðrum aukaverkunum s.s. meltingartruflunum, breytingu á kynhvöt og húðsvörunum. Minnisleysi: Framvirkt minnisleysi getur komið fram við notkun meðferðarskammta, hættan eykst við hærri skammta. Áhrif minnisleysis getur tengst óviðeigandi athöfnum. Geðræn og þverstæð viðbrögð: Viðbrögð eins og eirðarleysi, órósemi, pirringur, árásargirni, ranghugmyndir, bræði, martraðir, ofskynjanir, óviðeigandi atferli, svefnganga, og aðrar atferlisaukaverkanir geta komið fram þegar zolpidem er notað. Þessi viðbrögð koma oftar fram hjá öldruðum. Ávanabinding: Þegar zolpidem er notað samkvæmt ráðleggingum um skömmtun, meðferðarlengd og varúðarráðstöfunum, er hætta á fráhvarfseinkennum eða bakslagi í lágmarki. Hinsvegar hafa fráhvarfseinkenni og bakslag komið fram hjá sjúklingum sem hafa sögu um misnotkun áfengis eða lyfja eða eru með geðtruflanir og hafa notað zolpidem í meira magni en ráðlagðir skammtar segja til um. Þunglyndi: Þunglyndi, sem þegar er til staðar, getur komið fram á meðan zolpidem er notað. Þar sem svefnleysi getur verið einkenni þunglyndis þarf að endurmeta sjúklinga ef svefnleysið heldur áfram. 4.9 Ofskömmtun: Í tilkynningum um ofskömmtun á zolpidemi einu sér, hefur skerðing á meðvitund spannað frá höfga í létt dá. Einstaklingar hafa náð sér fullkomlega eftir 400 mg ofskömmtun af zolpidemi. Tilvik ofskömmtunar þar sem zolpidem ásamt mörgum öðrum miðtaugakerfisbælandi lyfjum (þ.á m. alkóhóli) hafa endað með alvarlegum einkennum, og jafnvel dauða. Veita skal almenna einkenna- og stuðningsmeðferð. Ef ekki er talið til bóta að skola maga, skal gefa lyfjakol til að draga úr frásogi. Ekki skal gefa róandi lyf jafnvel þótt örvun komi fram. Íhuga má notkun flúmazeníls ef mjög alvarleg einkenni koma fram. Hinsvegar, getur gjöf flúmazeníls ýtt undir einkenni frá taugakerfi (krampar). 5. LYFJAFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR: 5.1 Lyfhrif: Flokkun eftir verkun: Svefnlyf og róandi lyf (hypnotica og sedativa), ATC flokkur: N 05 CF 02. Zolpidem er ímídazópýridín sem aðallega binst omega-1 viðtaka undirtegund (einnig þekkt sem benzódíazepín-1 undirtegund) sem samsvarar GABA-A viðtökum sem innihalda alpha-1 undireiningar, hinsvegar bindast benzódíazepínin bæði omega-1 og omega-2 undirtegundunum. Stilling á klóranjóna göngum í gegnum þennan viðtaka leiðir til sérvirkra róandi áhrifa sem sjást við gjöf zolpidems. Þessum áhrifum er snúið við af flúmazeníli sem hefur gagnstæða verkun benzódíazepíns. Í dýrum: Sértæk binding zolpidems við omega-1 viðtaka getur útskýrt nær algjöra vöntun á vövaslakandi og krampastillandi áhrifum hjá dýrum við svæfandi skammta. Þessi áhrif sjást venjulega hjá benzódíazepínum sem eru ekki sértækir fyrir omega-1. Hjá mönnum: Zolpidem minnkar/dregur úr svefntöf og fjölda uppvaknana, það eykur lengd svefnsins og eykur svefngæði. Þessi áhrif eru tengd hefðbundnu heilarafriti, sem er öðruvísi hjá benzódíazepínunum. Í rannsóknum sem mældu prósentuhlutfall tíma sem eytt var í hverju svefnstigi, hefur almennt verið sýnt að zolpidem viðheldur svefnstigunum. Við ráðlagða skammta hefur zolpidem engin áhrif á REM-svefn (draumsvefn). Viðhald djúps svefns (stig 3 og 4 – hægur-bylgjusvefn) gæti verið vegna sérhæfðrar bindingar zolpidems við omega-1. Öll þekkt áhrif zolpidems ganga til baka við gjöf flúmazeníls sem hefur gagnstæða verkun við benzódíazepín. 5.2 Lyfjahvörf: Zolpidem bæði frásogast hratt og svæfandi verkun hefst fljótt. Hámarksplasmaþéttni næst eftir 0,5 og 3 klst. Eftir inntöku er aðgengi um 70% vegna miðlungs mikilla fyrstu hringrásar áhrifa í lifur. Helmingunartími er stuttur, meðaltalsgildið er 2,4 klst. (±0,2 klst.) og verkunarlengd er allt að 6 klst. Við lækningalega skammta eru lyfjahvörf zolpidems línuleg og breytast ekki við endurtekna gjöf. Prótein binding er 92,5% ± 0,1%. Dreifingarrúmmál hjá fullorðnum er 0,54%±0,02 l/kg og lækkar í 0,34±0,05 l/kg hjá öldruðum. Öll umbrotsefnin eru lyfjafræðilega óvirk og útskiljast í þvagi (56%) og í saur (37%). Auk þess trufla þau ekki plasmabindingu zolpidems. Athuganir hafa sýnt að ekki er hægt að úthreinsa zolpidem með himnuskilun. Þar sem plasmastyrkur zolpidems hjá öldruðum og hjá þeim sem eru með skerta lifrarstarfsemi eykst, getur þurft að breyta skömmtum hjá þeim. Hjá sjúklingum með skerta nýrnarstarfsemi, hvort sem þeir eru í himnuskilun eða ekki, er meðalmikil lækkun á útskilnaði. Engin áhrif eru á aðrar lyfjafræðilegar stærðir. 6. LYFJAGERÐARFRÆÐILEGAR UPPLÝSINGAR: 6.1 Hjálparefni: Mjólkursykur, örkristallaður sellulósi, metýlhýdroxýprópýlsellulósi, natríumsterkjuglykóllat, magnesíumstearat. Samsetning filmuhúðar: Metýlhýdroxýprópýlsellulósi, títaníum tvíoxíð (E171), pólýoxýetýleneglýkól 400. 6.2 Ósamrýmanleiki: Ekki þekktur. 6.3 Geymsluþol: 5 ár. 6.4 Sérstakar varúðarreglur við geymslu: Geymist við stofuhita. 6.5 Gerð íláts og innihald: Þynnupakkningar. 6.6 Leiðbeiningar um notkun og meðhöndlun < og förgun>: Engin sérstök fyrimæli. 7. HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS: Sanofi-Synthelabo AB, Box 141 42, 167 14 Bromma, Svíþjóð. Umboðsaðili á Íslandi: Vistor hf – Hörgatúni 2 – 210 Garðabæ. 8. NÚMER Í SKRÁ EVRÓPUSAMBANDSINS YFIR LYF: MTnr. 880059 (IS) 9. DAGSETNING FYRSTU ÚTGÁFU MARKAÐSLEYFIS/ENDURNÝJUNAR MARKAÐSLEYFIS: Lyfið var fyrst skráð: 1. október 1992. Markaðsleyfi var endurnýjað 16. september 2002. Gildistími markaðsleyfis: 16. september 2002 til 16. september 2007. 10. DAGSETNING ENDURSKOÐUNAR TEXTANS: 27. febrúar 2003. Pakkningastærðir og hámarksverð úr apóteki eru: 10 mg 20 stk 890 kr; 10 mg 100 stk (sjúkrahússpakkning) 2.610 kr..

Útskriftarárgangur 2006

Hér kemur kynning á fjórum lyfjafræðingum sem útskrifuðust árið 2006 ásamt ágripi af lokaverkefni þeirra.

Anna Bryndís Blöndal

Anna Bryndís útskrifaðist af náttúrufræðibraut frá Fjölbrautarskólanum í Garðabæ árið 1999. Hóf hún nám í lyfjafræði árið 2001. Samhliða námi sínu starfaði hún hjá Lyf og heilsu Hamraborg og Lyfju Smáratorgi. Anna starfar nú hjá Landspítala-Háskólasjúkrahúsi við Hringbraut. Maðurinn hennar heitir Haraldur Líndal Pétursson og eiga þau saman tvö börn, Pétur Breka 6 ára og Köru Kristínu 3 ára.

Metýlfenídatnotkun barna á grunnskólaaldri, tengsl við lýðfræðilega og félagslega þætti

Leiðbeinandi: Anna Birna Almarsdóttir.

Tilgangur: Mikil umræða hefur verið á undanförnum árum um notkun Ritalins® (metýlfenídats) meðal barna. Markmið rannsóknarinnar var fyrst og fremst að bæta við þekkingu á hvað einkennir börn og unglinga lýðfræðilega og félagslega sem notað hafa metýlfenídat í samanburði við aðra sem ekki nota lyfið.

Efniviður og aðferðir: Gögn voru fengin úr könnun sem fyrirtækið Rannsóknir & greining lagði fyrir í efstu bekkjum grunnskóla á Íslandi árið 2003. Safnað var saman þekkingu um notkun metýlfenídats meðal barna og unglinga og þáttum sem tengjast metýlfenídatnotkun. Notast var við tölfræðiforritið SPSS 13.0 við úrvinnslu gagna. Gerð var einvíð, tvívíð lýsandi greining og tvíundargreining til að kanna samband metýlfenídatnotkunar samkvæmt lyfseðli læknis við ýmsa lýðfræðilega og félagslega þætti. Smíðuð voru þrjú líkön: eitt líkan sem innihélt alla þá þætti sem rannsaka átti og tvö minni líkön.

Niðurstöður: Þeir einstaklingar sem sögðust taka Ritalin® samkvæmt lyfseðli læknis voru 120 nemendur (3,4%) og hinir voru notaðir sem viðmið, samtals 3.385 nemendur. Niðurstöður tvíundargreiningarinnar sýndu sex þætti sem hafa tölfræðilega marktæk tengsl við metýlfenídatnotkun unglinga. Það að vera strákur (OR=3,814 p<0,001) og fjölskylduátök, þar sem rifist er alvarlega við foreldra og/eða ef ofbeldi er heima fyrir þar sem fullorðinn á hlut (OR=2,921 p<0,001). Í kjölfarið virtust þeir sem hafa tekið fíkniefni vera líklegri til að vera ávísað metýlfenídati (OR=2,005, p<0,05). Það að foreldrar búi saman helmingaði líkur á því að vera ávísað metýlfenídati (OR=0,568 p<0,05). Reiði og vanlíðan virtust meiri meðal þeirra sem nota lyfið og jók líkur á því að vera ávísað metýlfenídati (OR=1,083 p<0,05). Þessu til viðbótar voru einkunnir verri meðal þessa hóps og betri einkunnir minnkuðu líkur á ávísun metýlfenídats (OR=0,951 p<0,05). Í tveimur minni líkönum komu fram fleiri tölfræðilega marktækir þættir, annars vegar höfuðborgarsvæðið sem jók líkur um 60% (OR=1,624 p<0,05) og hins vegar sjálfsálit en það virtist minna meðal notendahóps og jók líkur á því að vera ávísað metýlfenídati (OR=1,040 p<0,05).

Ályktun: Hægt er að sjá út frá þessari rannsókn að svipaðir þættir voru tengdir metýlfenídatnotkun hérlendis eins og sést hafa í erlendum rannsóknum.

Ásta Friðriksdóttir

Ásta útskrifaðist af náttúrufræðibraut Fjölbrautarskólans í Breiðholti í desember 1998. Haustið 2001 hóf hún nám í lyfjafræði við Háskóla Íslands. Með því námi starfaði Ásta í Lyfjavali Mjódd og Lyfjavali bílaapóteki. Eftir útskrift starfaði hún í Lyfjavali bílaapóteki en byrjaði að vinna hjá Vistor hf haustið 2006 sem sölufulltrúi hjá AstraZeneca. Sambýlismaður Ástu er Bjarki Traustason, vörustjóri hjá EJS.

Skráning lyfjasögu sjúklings, mat á lyfjatengdum vandamálum og nothæfi eigin lyfja

Ásta Friðriksdóttir[1], Anna Birna Almarsdóttir[1], Anna Ingibjörg Gunnarsdóttir[2] og Þórunn Kristín Guðmundsdóttir[2].

1) Lyfjafræðideild Háskóla Íslands, 2) Landspítali - háskólasjúkrahús, sjúkrahúsapótek.

Inngangur: Rannsóknir sýna að lyfjafræðingar taka nákvæmari lyfjasögu en aðstoðarlæknar og greina frekar lyfjatengd vandamál, sem fækkar lyfjaávísunarvillum og leiðir til markvissari lyfjameðferðar. Til að skrá nákvæma lyfjasögu er m.a. hægt að nota eigin lyf sjúklinga en sumstaðar erlendis nota sjúklingar sín eigin lyf í sjúkrahúsinnlögn. Lyfin eru þá metin nothæf út frá ákveðnum viðmiðum og sýna rannsóknir að gæði þeirra eru almennt góð.

Efniviður og aðferðir: Sjúklingar sem lögðust inn á skurðdeildir 12-E, 12-G, 13-D og 13-G á Landsspítala Háskólasjúkrahúsi á 6 vikna tímabili í gegnum innskriftarmiðstöð tóku þátt (N=222). Rannsakandi tók viðtal við 134 sjúklinga eftir aðgerð og skráði lyfjasögu, lyfjatengd vandamál og mat gæði eigin lyfja sjúklinga. Lyfjasaga tekin af aðstoðarlækni í innskriftarmiðstöð var skráð úr sjúkraskrá og borin saman við lyfjasögu rannsakanda. Misræmi þar á milli sem og lyfjatengd vandamál voru greind og flokkuð. Farið var yfir eigin lyf sjúklinga og þau dæmd nothæf eða ónothæf m.t.t. notkunar í sjúkrahúsinnlögn.

Helstu niðurstöður: Í ljós kom 331 misræmi milli rannsakanda og aðstoðarlæknis hvað varðaði lyfseðilskyld lyf, en 804 misræmi ef náttúrulyf, náttúruvörur og lausasölulyf voru einnig tekin með. Af 267 eigin lyfjum sjúklinga voru 90,6% talin nothæf í sjúkrahúsinnlögn. Alls greindust 165 lyfjatengd vandamál hjá 79 sjúklingum. Flest þeirra tengdust óæskilegri verkun lyfs (39%) og lélegri meðferðarheldni (16%).

Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að lyfjafræðingar taki mun ítarlegri lyfjasögu en aðstoðarlæknar. Gæði eigin lyfja sjúklinga sem koma í valaðgerðir á LSH við Hringbraut eru almennt góð og nothæf í innlögn. Rúmlega helmingur þessara sjúklinga upplifir lyfjatengd vandamál sem styður mikilvægi lyfjafræðilegrar umsjár.

Bergþóra S. Snorradóttir

Bergþóra útskrifaðist frá Kvennaskólanum í Reykjavík árið 2001 og hóf nám við lyfjafræðideild Háskóla Íslands um haustið sama ár. Á námstímanum starfaði hún við LSH í Fossvogi og við Hringbraut og sem aðstoðarlyfjafræðingur hjá Lyf og heilsu. Bergþóra hóf doktorsnám í lyfjafræði við HÍ árið 2006 og er auk þess í aukavinnu hjá Lyf og heilsu.

Sílikon sem matrixkerfi fyrir bólgueyðandi lyf

Leiðbeinendur: Már Másson, prófessor í lyfjaefnafræði.

Meðleiðbeinandi: Pálmar I. Guðnason, efnafræðingur og verkefnastjóri í Þróunardeild Össurar hf.

Inngangur: Matrixkerfi eru kerfi þar sem lyfi er dreift um óniðurbrotshæfa fjölliðumatrixu. Matrixkerfi eru útbúin með því að blanda saman lyfi við fjölliðu og mynda æskilega lögun, með því að setja blönduna í þar til gerð mót. Þegar um matrixkerfi er að ræða fæst losun samkvæmt Higuchi lögmáli, losun er í réttu hlutfalli við kvaðratrót af tíma.

Efniviður og aðferðir: Rannsakað var notagildi sílikons sem matrixkerfi fyrir bólgueyðandi lyf (NSAID). Þrjár gerðir af sílikonum voru notaðar í matrixkerfi fyrir íbúprófen, ketóprófen, díklófenak, naproxen og díflúnisal. Skoðuð voru áhrif lyfjanna á herslu sílikonmatrixanna og efniseiginleika sílikonmatrixkerfa. Losun lyfja úr sílikonmatrixkerfum var mæld í Frans flæðisellum og metin áhrif ýmissa þátta á losunina. Losunarferlarnir voru bestaðir með fræðilegum jöfnum og skilgreind frávik frá þeim fræðilegum ferlum.

Niðurstöður og ályktanir: Niðurstöðurnar leiddu í ljós að hersla á sílikonum er háð gerð utanaðkomandi efna. Losun lyfja úr sílikonmatrixkerfum sem útbúin voru í þessari rannsókn fylgja lögmáli Higuchi nema hjá díflúnisali. Losun er breytileg eftir því hvaða lyf er um að ræða, íbúprófen > ketóprófen > naproxen > díklófenak > díflúnisal. Sýklódextrín móttökufasi hentar vel til flæðimælinga og fosfat buffer salin kom sambærilega út úr flæðimælingum en etanól og metanól henta ekki. Fyrstu mælingar benda til að hækkað hitastig auki losun og að hægt sé að hafa áhrif á losun með ýmis konar meðhöndlun á sílikonmatrixum. Teygni sílikonmatrixkerfanna breytist lítið hvort sem kerfin séu með eða án lyfja.

Greta María Pálsdóttir

Greta útskrifaðist frá Menntaskólanum í Reykjavík árið 2001. Hún starfaði tvö sumur í Lyf og heilsu Fjarðarkaupum og eftir þriðja árið starfaði hún við skráningaferladeild hjá Actavis þar sem hún hóf störf að námi loknu.

Lífvirknileidd einangrun efnasambanda úr lækja-bleðlu - antimalaríuvirkni

Leiðbeinandi: Elín Soffía Ólafsdóttir, prófessor í Lyfja- og efnafræði náttúruefna.

Inngangur: Soppmosar *(Hepaticae)* tilheyra mosafylkingunni *(Bryophyta)* og eru um 6.000 tegundir til af þeim sem gróflega er hægt að skipta í tvo flokka, þalplöntulíka- og lauflíka-soppmosa eftir útliti. Vísbendingar eru til um að íslenskar soppmosategundir gætu innihaldið virk efni gegn malaríu.

Tilgangur: Markmið verkefnisins var að kanna hvort íslenskar soppmosategundir innihaldi virk efni gegn malaríu.

Niðurstöður: Vísbendingar voru um að íslenskar soppmosategundir gætu innihaldið virk efni gegn malaríu og hér voru því könnuð áhrif etanólextrakta fimm tegunda soppmosa í *in vitro* antimalaríuprófi. Það voru lækjableðla *(Jungermannia exsertifolia)* með IC_{50} 34 µg/mL, lækjaleppur *(Scapania undulata)* með IC_{50} 18 µg/mL, lækjalindi *(Chiloscyphus polyanthos)* með IC_{50} 15 µg/mL og klettaglysja *(Leiocolea bantriensis)* með IC_{50}<12,5 µg/mL sem eru allir lauflíkir soppmosar úr bleðlumosabálk *(Jungermanniales)* og stjörnumosi *(Marchantia polymorpha)* með IC_{50} 18 µg/mL sem er þalplöntulíkur og tilheyrir stjörnumosabálki *(Marchantiales)*. Klettaglysja sýndi mesta virkni en ekki var unnt að vinna með hana áfram þar sem henni var aðeins safnað í litlu magni.

Lækjableðla var könnuð nánar og sýndi etýlasetathluti metanólextrakts hennar meiri virkni en eter- og etanól-extraktar hennar gegn malaríu, þó allir væru virkir.

Lækjableðla var einnig rannsökuð með það fyrir augum að einangra og byggingarákvarða virk innihaldsefni og var áhersla lögð á að finna bisbíbensýla í etýlasetathluta metanólextrakts. Etýlasetathlutinn var þáttaður niður með SPE súlu, magnbundinni þunnlagsgreiningu og magnbundinni HPLC. Ekki tókst hér að byggingarákvarða nein efni þar sem þau voru öll í mjög litlu magni.

Mulinn þurrkaður mosi lækjableðlu, lækjalepps og klettaglysju dróst að segli þegar hann var leystur í eter. Hugsanleg skýring gæti verið sú að soppmosarnir innihaldi magnetít og fróðlegt væri að rannsaka þessa segulmögnun nánar.

Ekki vannst tími til að greina efnainnihald eterextrakts íslensku lækjableðlunnar í þessari rannsókn, en áhugavert væri að rannsaka hvort í því er að finna sömu eða svipaða terpena og lýst hefur verið úr eterextrakti erlendrar lækjableðlu og hvort efnin reynist virk gegn malaríusníklinum.

Klettaglysja sýndi mestu virknina gegn malaríusníklinum í *in vitro* prófinu og væri því mjög áhugavert að rannsaka þessa tegund soppmosa nánar.

Félagsfundur á Akureyri
10. febrúar 2007

Fundurinn var haldinn í kennslustofu á FSA (fjórðungssjúkrahúsi Akureyrar) og hófst kl.17. Mæting: 3 komu frá Reykjavík og 9 frá Akureyri og nágrenni.

Fundurinn byrjaði á því að formaður fór yfir það sem félagið hafði gert frá því síðasti fundur var haldinn á Akureyri í febrúar 2006 og hvað væri helst framundan í starfseminni.

Síðan tók Jóhann Lenharðsson við og kynnti "Lyfjastefnu til 2012" en stóra nefndin, svokallaða, hefur lokið störfum og nefndarmönnum hefur verið send lyfjastefna sem trúnaðarskjal. Í trúnaðarskjalinu kom fram að einhverjar af ábendingum og óskum LFÍ hafa verið teknar til greina og allt útlit er fyrir að við fáum að taka þátt í ýmsum vinnuhópum ef lyfjastefnan kemst í framkvæmd. Við eigum eftir að sjá hvort núverandi ráðherra má vera að því að gera eitthvað meira í málinu fyrir kosningar. Jóhann hafði áður kynnt lyfjastefnu fyrir félagsmönnum á fundi í Reykjavík.

Þegar Jóhann hafði lokið máli sínu tók Roberto Estevez við og svaraði spurningum um kjaramál. M.a. var rætt um reynslu af markaðslaunakerfi og hvort ætti að halda áfram á þeirri braut í næstu kjarasamningum. Í þessari umræðu komu m.a. fram sjónarmið um að hafa einhver lágmarkslaun þó engar launatöflur yrðu, ekki ætti að hafa ákveðnar % hækkanir sem viðmið ef markaðslaun yrðu ofan á, og margt fleira, og hvort ekki mætti losna við klausuna "nema um annað sé samið" í ákvæðum um yfirvinnulaun. Spurt var hvort afnema ætti launaleynd, hvort lyfsöluleyfishafar væru með of lág laun miðað við almenna lyfjafræðinga og við hvaða stétt við ættum að miða okkur í launamálum. Fram kom það sjónarmið að stéttarfélagið ætti að hugsa um þá sem eiga erfitt með að athafna sig í markaðslaunakerfi, hinir sæju um sig sjálfir.

Að loknum fjörlegum umræðum bauð Actavis til kvöldverðar á veitingastaðnum Strikinu.

Unnur Björgvinsdóttir

Forskriftarlyf

Verk- og vindeyðandi dropar hafa verið framleiddir eins lengi og elstu menn muna þar til tinktúruframleiðsla lagðist af í Lyfjaverslun Ríkisins. Þeir voru mjög vinsælir alla tíð. U.þ.b. 15 dropar í matskeið af vatni eftir þörfum.

Framleiðsluforskrift — Apótek

Lyfjaheiti	Tinctura eccoprotica	Framleiðsla hafin	Framleiðslu lokið

Útfyllt dags.	Yfirfarið dags.	Forskriftarsafn	Framl. magn	Líftími/fyrning	Framleiðslunúmer
				8 ár	

	Efni	Magn	Vigt nr.	Vörunúmer	Vigtað af	Séð
I	Aloe pulveratum	875 g				
I	Rhizoma rhei conc.	250 g				
I	Agaricus albus	155 g				
I	Radix gentianae	310 g				
I	Radix angelica	60 g				
I	Rhizoma zedvariae	60 g				
I	Spiritus dilutus	9000 g				
II	Aether	2000 g				
III	Camphora	750 g				

Vinnulýsing:
I blandað saman og haft í bleyti í nokkra daga, pressað og síað. I er blandað saman við uppleyst II + III.

Merking
Verk- og vindeyðandi dropar

	Umbúðir	KH		Spiritus færður í áfengisbók	
	Pakkningastærð	30 ml		Fært í eftirritunarskrá	
	Fjöldi			Fært í fyrningarskrá	
	Geymslustaður			FL: dags.:	GEL: dags.:

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 605062

Atacor – *Fellir kólsterólið*

Atorvastatin 10, 20 og 40 mg

actavis
hagur í heilsu

Atacor - Atorvastatin 10, 20 og 40 mg

Atacor 10 mg, 20 mg og 40 mg. filmuhúðaðar töflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver filmuhúðuð tafla inniheldur: 10 mg, 20 mg eða 40 mg atorvastatín (sem atorvastatín kalsíum). **Ábendingar:** Atacor er notað sem viðbót við mataræðisbreytingu til að lækka of hátt heildarkólesteról, LDL-kólesteról, apólípóprótein B eða þríglýseríð hjá sjúklingum með kólesterólhækkun af ókunnri orsök, ættgenga kólesterólhækkun, blandaða blóðfituhækkun (svo sem IIa- og IIb-gerð skv. flokkun Fredericksons), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með sérstöku mataræði eða öðrum ráðstöfunum en lyfjagjöf. Til viðbótar annarri blóðfitulækkandi meðferð, t.d. með öðrum LDL-kólesteróllækkandi lyfjum, eða ef aðrar ráðstafanir hafa ekki reynst árangursríkar til lækkunar á heildarkólesteróli og LDL-kólesteróli hjá sjúklingum með arfhreina (homozygot), ættgenga kólesterólhækkun. **Skammtar og lyfjagjöf:** Sjúklingur á að byrja á stöðluðu kólesteróllækkandi mataræði áður en honum er gefið Atacor og ætti að halda því áfram meðan á meðferð með Atacor stendur. Skammta á að ákveða fyrir hvern einstakling með tilliti til upphaflegs LDL-kólesterólgildis, markmiða meðferðarinnar og svörunar sjúklings. Venjulegur upphafsskammtur er 10 mg einu sinni á sólarhring. Skammta skal aðlaga með 4 vikna millibili eða sjaldnar. Hámarksskammtur er 80 mg einu sinni á sólarhring. Sólarhringsskammt á að taka í einu lagi en hann má taka hvenær sem er sólarhringsins með eða án fæðu. *Kólesterólhækkun eingöngu og blönduð (samsett) blóðfituhækkun:* Hæfilegur skammtur handa flestum sjúklingum er 10 mg Atacor á sólarhring. *Arfblendin ættgeng kólesterólhækkun:* Upphafsskammtur er 10 mg Atacor á sólarhring. Skammta skal ákveða fyrir hvern einstakling og aðlaga með 4 vikna millibili í allt að 40 mg á sólarhring. Síðan má auka skammt annaðhvort í 80 mg hámarksskammt á sólarhring eða gefa 40 mg af atorvastatín einu sinni á sólarhring og gallsýrubindandi lyf samtímis. *Arfhrein ættgeng kólesterólhækkun:* 10-80 mg á sólarhring, til viðbótar annarri blóðfitulækkandi meðferð (t.d. öðrum LDL-kólesteróllækkandi lyfjum), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með annarri meðferð. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:* Nýrnasjúkdómar hafa hvorki áhrif á plasmaþéttni né verkun atorvastatíns á blóðfitu og þarf því ekki að breyta skömmtum. *Aldraðir:* Verkun og öryggi af notkun ráðlagðra skammta hjá sjúklingum eldri en 70 ára er svipuð og hjá öðrum fullorðnum. *Börn og unglingar:* Notkun hjá börnum á að vera undir eftirliti sérfræðings. Reynsla af notkun lyfsins hjá börnum er takmörkuð og bundin við lítinn hóp sjúklinga (á aldrinum 4–17 ára) með alvarlega afbrigðilega blóðfituhækkun eins og arfhreina ættgenga kólesterólhækkun. Ráðlagður upphafsskammtur fyrir þennan hóp er 10 mg atorvastatín á sólarhring. Eftir svörun og þoli má auka skammtinn í 80 mg á sólarhring. Ekki er búið að meta upplýsingar um öryggi varðandi þroska hjá þessum hópi. **Frábendinga**r: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virkur lifrarsjúkdómur eða óskýrð viðvarandi hækkun á transamínösum í sermi þar sem hækkunin er meiri en þreföld efri mörk meðalgilda. Vöðvakvilli. Meðganga og brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri sem nota ekki getnaðarvarnir. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** *Áhrif á lifur:* Rannsaka skal lifrarstarfsemi áður en meðferð hefst og síðan reglulega meðan á meðferð stendur. Gera skal prófanir á lifrarstarfsemi sjúklinga ef merki eða einkenni um hugsanlegar lifrarskemmdir koma fram. Hækki transamínasagildi skal fylgjast með sjúklingum þar til gildi verða eðlileg. Hækki transamínasar meira en þrefalt miðað við efri mörk meðalgilda er mælt með því að minnka skammta eða stöðva Atacorgjöf. Nota skal Atacor með varúð hjá sjúklingum sem neyta mikils magns áfengis og/eða hafa fengið lifrarsjúkdóm. *Áhrif á beinagrindarvöðva:* Atorvastatín, eins og aðrir HMG CoA redúktasa-hemlar, getur í einstaka tilvikum haft áhrif á beinagrindarvöðva og valdið vöðvaþrautum, vöðvaþrota og vöðvakvillum sem geta leitt til rákvöðvalýsu, sem er lífshættulegt ástand og einkennist af hækkuðu CPK-gildi (meiri en tíföld efri mörk mæligilda), vöðvarauða í blóði og vöðvarauðamigu sem getur valdið nýrnabilun. Atorvastatín á að nota með varúð hjá sjúklingum sem eru útsettir fyrir rákvöðvalýsu. Mæla á (CPK-gildi) áður en meðferð með statínum hefst þegar um er að ræða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, skjaldvakabrest, sögu um arfgenga vöðva-kvilla, sögu um vöðvakvilla eftir fyrri notkun statína eða fíbrata, lifrarbilun og/eða þegar um mikla alkóhólneyslu er að ræða. CPK-gildi skal einnig mæla áður en meðferð er hafin hjá öldruðum (70 ára og eldri). Meta á þörf fyrir slíka mælingu út frá fyrrgreindum páttum. Í þessum tilvikum þarf að íhuga vandlega hugsanlegt gagn umframáhættu meðferðarinnar og mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti. Ef CPK-gildi er mark-tækt hátt (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á ekki að hefja meðferð. *Mælingar kreatínfosfókínasa (CPK):* Ekki á að mæla CPK í kjölfar erfiðra æfinga eða ef einhver þáttur er til staðar sem líklegur er til að hækka CPK-gildið, þar sem það gerir túlkun erfiða. Ef CPK-gildi er marktækt hátt (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á að endurtaka mælingu eftir 5–7 daga til staðfestingar. Meðan á meðferð stendur þarf að gera sjúklingum grein fyrir mikilvægi þess að tilkynna strax ef þeir finna fyrir vöðvaverkjum, krömpum eða máttleysi sérstaklega ef lasleiki eða hiti fylgir. Ef þessi einkenni koma fram meðan á atorvastatín-meðferð stendur á að mæla CPK-gildi og ef það reynist marktækt hækkað (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á að hætta meðferð. Ef einkenni frá vöðvum eru alvarleg eða valda daglegum óþægindum á að hugleiða að hætta meðferð, jafnvel þótt CPK-gildi reynist ekki vera hærri en fimmföld efri mörk mæligilda. Ef einkenni hverfa og CPK-gildi verður eðlilegt má hugleiða að hefja meðferð atorvastatíns eða annars statíns, þá með lægsta skammti og undir nákvæmu eftirliti. Ef klínísk merki um hækkað CPK-gildi (meira en tíföld efri mörk mæligilda) eða rákvöðvalýsu eða ef grunur um rákvöðvalýsu koma fram á að hætta meðferð atorvastatíns. **Milliverkanir:** Hætta á vöðvakvilla við notkun HMG CoA redúktasa hemla eykst ef ciklósporín, fíbröt, makrólíðsýklalyf þ.m.t. erytrómýsín, azól-sveppalyf eða níasín eru tekin inn samtímis og hefur í örfáum tilvikum leitt til rákvöðvalýsu auk skertrar nýrnastarfsemi af völdum vöðvarauðamigu. Íhuga þarf vandlega hugsanlegan ávinning umfram áhættu við samtímis notkun. *Cýtokróm P450 3A4 hemlar:* Atorvastatín umbrotnar fyrir áhrif cýtókróm P450 3A4. Milliverkanir geta átt sér stað þegar Atacor er gefið samtímis cýtókróm P450 3A4 hemli og skal gæta varúðar þegar atorvastatín er gefið samtímis slíkum lyfjum því það getur leitt til aukinnar plasmaþéttni atorvastatíns. Við samtímis gjöf atorvastatíns 10 mg einu sinni á sólarhring og erytrómýsíns (500 mg fjórum sinnum á sólarhring) eða klarítrómýsíns (500 mg tvisvar sinnum á sólarhring), en það eru þekktir cýtókróm P-450 3A4 hemlar, kom fram hækkun á plasmaþéttni atorvastatíns. Klaritrómýsín jók C_{max} atorvastatíns um 56% og AUC um 80%. Atorvastatín og niðurbrotsefni þess eru hvarfefni P-glýkópróteins. Hemlar P-glýkópróteins (t.d. ciklósporín) geta aukið aðgengi atorvastatíns. Samtímis gjöf atorvastatíns 40 mg og ítrakónazóls 200 mg á sólarhring leiddi til þrefaldrar hækkunar á AUC atorvastatíns. Samtímis notkun atorvastatíns og próteasa hemla sem eru þekktir CYP3A4 hemlar leiddu til aukinnar plasmaþéttni atorvastatíns. Greipaldinsafi inniheldur eitt eða fleiri efni sem hamla CYP3A4 og geta leitt til aukinnar plasmaþéttni lyfja sem eru umbrotin fyrir tilstilli CYP3A4. AUC atorvastatín jókst um 37% og AUC hins virka orthohýdroxý-umbrotsefnis minnkaði um 20,4% eftir inntöku 240 ml af greipaldinsafa. Hinsvegar veldur mikið magn greipaldinsafa (meira en 1,2 l á dag í fimm daga) 2,5 faldri aukningu á AUC atorvastatíns og 1,3 faldri aukningu á AUC virkra HMG-CoA redúktasa hemla (atorvastatín og virk umbrotsefni). Því er ekki ráðlagt að drekka mikið magn af greipaldinsafa meðan á atorvastatín meðferð stendur. *Cýtókróm P450 3A4 örvar:* Áhrif efna sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rífampisín eða fenýtóín) á Atacor eru ekki þekkt. Hugsanlegar milliverkanir annarra hvarfefna þessa ísóensíms eru óþekktar, en þær ætti að hafa í huga þegar um lyf með þröngan lækningafræðilegan stuðul er að ræða, t.d. lyf við hjartsláttartruflunum af flokki III, þ.m.t. amíódarón. *Gemfíbrózíl/Fíbröt:* Hætta á atorvastatín hvötuðum vöðvakvilla getur aukist við samtímis gjöf fíbrata. Niðurstöður *in vitro* rannsókna benda til þess að gemfíbrózíl hindri glúkúróneringu atorvastatíns og getur þannig hugsanlega valdið aukinni plasmaþéttni atorvastatíns. *Dígoxín:* Endurteknir skammtar dígoxíns og atorvastatíns 10 mg samtímis höfðu ekki áhrif á stöðuga plasmaþéttni dígoxíns. Hinsvegar jókst þéttni dígoxíns um 20% við samtímis notkun dígoxíns og atorvastatíns 80 mg daglega. Þessa milliverkun má skýra með hindrun á himnuflutningspróteininu P-glycóprótein. Fylgjast skal náið með sjúklingum á dígoxínmeðferð. *Getnaðarvarnalyf til inntöku:* Við samtímis notkun atorvastatíns og getnaðarvarnalyfja til inntöku jókst þéttni noretíndróns og etinýlestradíóls. Hafa skal þessar hækkanir á þéttni í huga þegar skammtar getnaðarvarnalyfja til inntöku eru ákveðnir. *Kólestípól:* Plasmaþéttni atorvastatíns og virkra umbrotsefna þess lækkaði (u.þ.b. 25%) þegar kólestípól var gefið með Atacor. Verkun á blóðfitu varð hins vegar meiri þegar atorvastatín og kólestípól voru gefin saman en þegar efnin voru gefin hvort fyrir sig. *Sýrubindandi lyf:* Við samtímis gjöf atorvastatíns og sýrubindandi mixtúra, sem innihalda magnesíum og álhýdroxíð, lækkaði plasmaþéttni atorvastatíns og virkra umbrotsefna þess u.þ.b. 35%; lækkun á LDL-kólesteróli breyttist hins vegar ekki. *Warfarín:* Við samtímis notkun atorvastatíns og warfaríns styttist prótrombíntími lítillega fyrstu daga meðferðarinnar en varð aftur eðlilegur innan 15 daga. Engu að síður skal fylgjast náið með sjúklingum á warfarín-meðferð þegar atorvastatíni er bætt við. *Fenazón:* Við samtímis notkun atorvastatíns og fenazóns um nokkurt skeið komu aðeins lítil eða engin sýnileg áhrif á úthreinsun fenazóns í ljós. *Címetidín:* Í einni rannsókn á címetidíni og atorvastatín m.t.t. milliverkana komu engar slíkar í ljós. *Amlódipín:* Samtímis notkun atorvastatíns 80 mg og amlódipíns 10 mg hafði ekki áhrif á lyfjahvörf atorvastatíns við stöðuga blóðþéttni. *Önnur lyf:* Í klínískum rannsóknum sáust engar klínískt marktækar milliverkanir þegar atorvastatín var gefið samtímis blóðþrýstingslækkandi lyfjum eða blóðsykurslækkandi lyfjum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Meðganga og brjóstagjöf eru frábendingar við notkun Atacor. Konur á barneignaraldri verða að nota örugga getnaðarvörn meðan á meðferðinni stendur. Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi við notkun atorvastatíns á meðgöngu og við brjóstagjöf. Rannsóknir á dýrum benda til þess að HMG-CoA redúktasa-hemlar geti haft áhrif á þroska fósturvísa og fóstra. Ekki er vitað hvort atorvastatín eða umbrotsefni þess skiljast út í brjóstamjólk hjá mönnum. **Akstur og notkun véla:** Atacor hefur engin áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla svo vitað sé. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir sem búast má við eru einkenni frá meltingarfærum þar á meðal hægðatregða, vindgangur, meltingartruflanir og kviðverkir sem venjulega lagast við áframhaldandi meðferð. Innan við 2% sjúklinga hættu þátttöku í klínískum rannsóknum vegna aukaverkana. Eftirfarandi listi yfir aukaverkanir er byggður á niðurstöðum klínískra rannsókna og aukaverkunum sem skráðar hafa verið eftir markaðssetningu lyfsins. *Algengar (>1/100, <1/10):* Hægðatregða, vindgangur, meltingartruflun, ógleði, niðurgangur, ofnæmi, svefnleysi, höfuðverkur, sundl, breytt húðskyn, snertiskynsminnkun, húðútbrot, kláði, vöðvaþrautir, liðverkir, þróttleysi, brjóstverkur, bakverkur, bjúgur á útlimum. *Sjaldgæfar (>1/1.000, <1/100):* Lystarleysi, uppköst, blóðflagnafæð, hárlos, of hár eða of lágur blóðsykur, brisbólga, minnisleysi, úttaugakvilli, eyrnasuð, ofsakláði, vöðvakvilli, getuleysi, lasleiki, þyngdaraukning. *Mjög sjaldgæfar (>1/10.000, <1/1.000)*; Lifrarbólga, stíflugula, vöðvaþroti, rákvöðvalýsa. *Koma örsjaldan fyrir (<1/10.000):* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur, útbrot með blöðrum (þ.m.t. regnbogaroðasótt, Steven-Johnsons heilkenni og drep í húðþekju). **Ofskömmtun:** Engin sérstök meðferð er til við ofskömmtun Atacor. Sé um ofskömmtun að ræða skal sjúklingur meðhöndlaður eftir einkennum og fá nauðsynlega stuðningsmeðferð. Fylgjast skal með lifrarstarfsemi og CPK-gildum í sermi. Vegna mikillar bindingar við plasmaprótein er þess ekki að vænta að blóðskilun auki úthreinsun atorvastatíns marktækt. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu (1. júní 2006):** Filmuhúðaðar töflur 10 mg, 100 stk.: 9358 kr., 20 mg, 100 stk.: 12.746 kr., 40 mg, 100 stk.: 15.741 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluheimild:** E. **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf., Reykjavíkurvegi 76-78, 220 Hafnarfirði. *Maí 2006.*

actavis
hagur í heilsu

Munnþurrkur

- verkefni á vegum Lyfju

Munnþurrkur getur komið fram við ákveðna sjúkdóma eða sem aukaverkun við töku tiltekinna lyfja. Munnþurrkur einkennist af sviða í munni og erfiðleikum við tal, tyggingu og kyngingu. Tennur skemmast hraðar og vandamál geta skapast í slímhúð munns og tannholdi. Tíðni sveppasýkinga eykst við munnþurrk og hann torveldar notkun gervitanna.

Við hjá Lyfju og í Apótekinu erum sífellt að leita leiða til þess að veita viðskiptavinum okkar betri upplýsingar og ráðgjöf. Þeir viðskiptavina okkar sem fá lyf þar sem munnþurrkur er skráður sem algeng aukaverkun, fá upplýsingar um það hjá starfsfólki okkar við afhendingu lyfja. Að auki fær viðskiptavinurinn með sér heim blöðung þar sem fjallað er nánar um munnþurrk og fylgikvilla hans. Munnþurrksblöðungur Lyfju og Apóteksins þjónar þeim tilgangi að koma mikilvægum upplýsingum á framfæri, fræðsla er mikilvæg þegar fyrirbyggja á óþægindi og fylgikvilla munnþurrks. Algengt er að fólk geri sér ekki grein fyrir því að það sé með munnþurrk, þrátt fyrir að fram komi á fylgiseðli lyfs að það geti valdið munnþurrki. Margir átta sig ekki á hverjar afleiðingar munnþurrks geta verið. Það er svo að oft er ekki hægt að breyta lyfjameðferð til þess að losna við munnþurrk og því er fræðsla mikilvæg til þess að fyrirbyggja fylgikvilla og draga úr óþægindum.

Hvað er munnvatn og hvað gerir það?

Munnvatnið smyr og skolar munninn, stuðlar að réttu sýrustigi í munninum og inniheldur verndandi efnasambönd fyrir tennur og umhverfi þeirra.

Best er að borða ekki á milli mála og leyfa munninum að jafna sig vel eftir hverja máltíð.

Munnvatnið myndast í þremur pörum munnvatnskirtla sem tengjast munnholi; þeir eru kjálkabarðskirlar, vangakirtlar og tungudalskirtlar. Kirtlarnir seyta stöðugt einhverju munnvatni til þess að munnurinn, þar með talið tunga og varir, haldist rakur. Við áreiti eins og lykt eða bragð af mat, snertingu tungu við mat eða jafvel við hugsun um mat eykst seyti kirtlanna til muna.

Ýmis efni eru í munnvatni en vatn er um 99.5% af rúmmáli þess. Vatnið gegnir því hlutverki að bleyta og leysa upp fæðuna og gerir þar með bragðlaukunum kleift að skynja bragð af henni. Önnur uppleyst efni mynda 0.5% af munnvatninu. Slím er eitt þeirra og gerir slímið fæðuna mjúka og hála svo auðvelt sé að kyngja henni. Sölt í munnvatni hlutleysa fæðuna en þar er einnig að finna amýlasa sem er fyrsta meltingarensímið sem fæðan kemst í snertingu við. Amýlasi brýtur fjölsykruna mjölva niður í tvísykruna maltsykur. Í munnvatni er einnig ensímið lýsósým sem drepur gerla og ver á þann hátt slímhúð munnsins gegn sýkingum og vinnur gegn tannskemmdum. Kirtlarnir seyta munnvatni í einhvern tíma eftir að fæðu hefur verið kyngt og er það til að skola munnholið og koma jafnvægi á sýrustig í munninum en það er mjög mikilvægt fyrir tannheilsu okkar. Best er að borða ekki á milli mála og leyfa munninum að jafna sig vel eftir hverja máltíð.

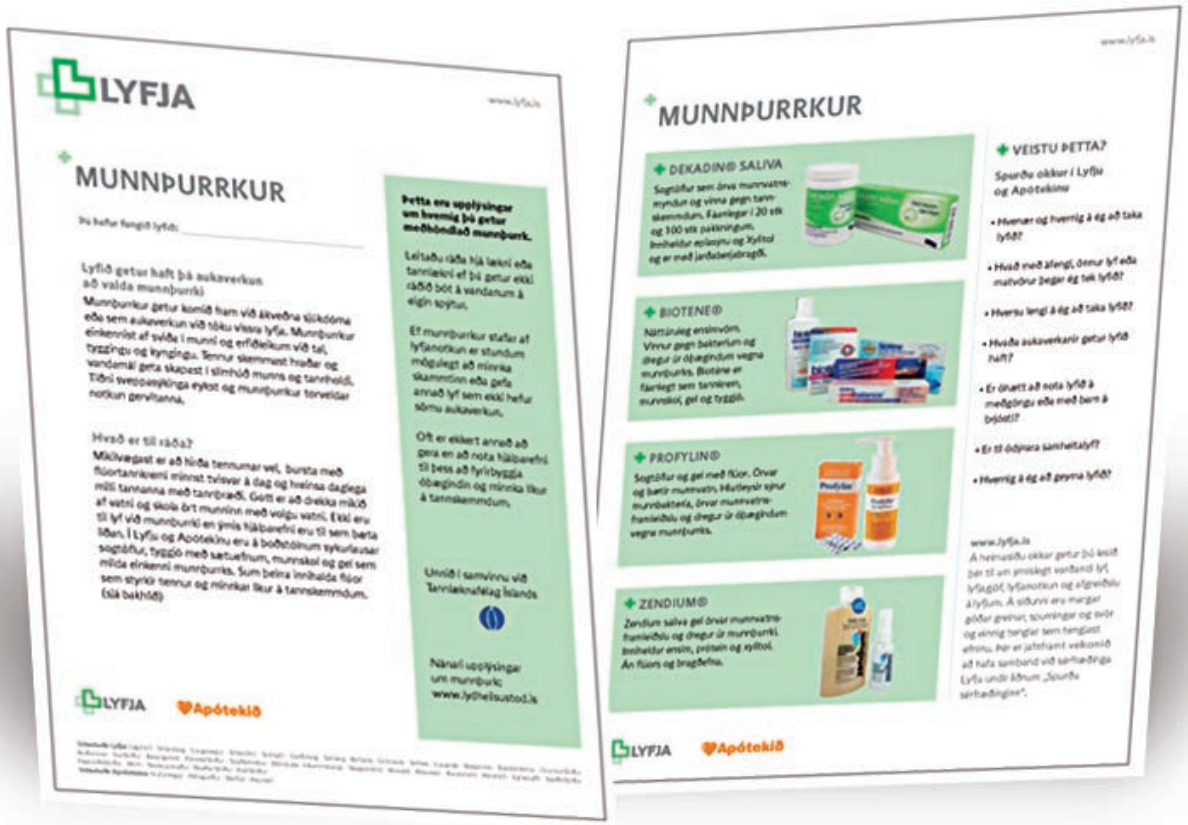
Eðlileg munnvatnsframleiðsla er > 0.3 ml/mín óörvuð og > 0.7 ml/mín örvuð.

Hvað veldur munnþurrki?

Sjúkdómar, hár hiti, vannæring, ýmis lyf og fasta draga úr munnvatnsframleiðslu. Geislameðferð við krabbameini og áverkar eða sjúkdómar í munnvatnskirtlum skerða einnig munnvatnsframleiðslu. Geislameðferð á andlits- og hálssvæði getur haft þau áhrif að mjög dregur úr framleiðslu á munnvatni eða að hún stöðvast nánast alveg tímabundið eða til lengri tíma. Sum krabbameinslyf hafa þau áhrif að bæði dregur úr munnvatnsframleiðslu, munnvatnið breytist og verður seigt og virkar því ekki sem skyldi. Þessi lyf hafa einnig skaðleg áhrif á frumur í munnslímhúð og valda tímabundinni fækkun hvítra blóðkorna. Einkenni eru einstaklingsbundin og eru t.d. háð lyfjategund, hvernig lyf er gefið, skammtastærð og fjölda lyfjameðferða. Mörg algeng geðlyf, róandi lyf og ofnæmislyf geta valdið munnþurrki.

Mörg algeng geðlyf, róandi lyf og ofnæmislyf geta valdið munnþurrki.

Hæfileg munnvatnsframleiðsla hefur mikið að segja fyrir heilbrigði munnsins og góða líðan. Munnþurrkur getur bæði valdið óþægindum og gert að verkum að tennur skemmast hraðar. Margir finna fyrir sviða í munni og eiga í erfiðleikum með tal og við að tyggja og kyngja. Þetta er ekki bara vandamál fyrir þá sem eru tenntir, því munnþurrkur getur torveldað notkun gervitanna eins og áður sagði.



Framhlið munnþurrksblöðungs Lyfju og Apóteksins vinstra megin.
Á bakhlið eru nefnd dæmi um hjálparefni og hvernig þau virka.

Ef ekki er hægt að fyrirbyggja munnþurrk, er mikilvægt að draga úr óþægindum vegna hans og er ýmislegt hægt að gera til þess að bæta líðanina.

Ráð við munnþurrki

Besta ráðið er að stunda góða tannhirðu. Mikilvægt er að drekka mikið af vatni og skola munninn oft með volgu vatni. Tannburstun er einfaldasta og áhrifaríkasta leiðin til að fjarlægja sýkla og matarleifar af tönnum. Mælt með því að nota mjúkan tannbursta og flúortannkrem, mikilvægt er að skipta reglulega um tannbursta. Bursta skal tennurnar minnst tvisvar á dag með flúortannkremi. Í tannkremi er flúor sem natríumflúoríð NaF en flúoríðið veldur umbreytingu á kalkfosfati í tönnum yfir í flúorapatít sem er mun sterkara efni gagnvart sýklasúrum úr-gangsefnum. Best er að skola ekki munninn eftir tannburstun, það nægir að skyrpa, þannig verkar flúorinn lengur til varnar tannskemmdum. Ef skolað er, er mælt með því að setja ögn af tannkremi aftur á burstann og bursta létt yfir tennurnar í lokin. Daglega þarf að hreinsa milli tannanna með tannþræði, tannholdið er viðkvæmt og því þarf að beita lagni með tannþráðinn. Sápuefni í tannkremi geta haft ertandi áhrif á munnslímhúð hjá þeim sem eru viðkæmir, t.d. í kjölfar geisla- og/eða lyfjameðferðar og er mælt með sápulausu tannkremi í slíkum tilfellum (Zendium).

Best er að skola ekki munninn eftir tannburstun, það nægir að skyrpa, þannig verkar flúorinn lengur til varnar tannskemmdum.

Mælt er með því að drekka a.m.k. 8 glös á dag af vatni eða óscætum/ósúrum drykkjum. Það er góð regla að hafa ávallt drykk við höndina og dreypa oft á en hafa í huga að kolsýrðir drykkir geta þurrkað og ert slímhúðina. Gosdrykkir, ávaxtadrykkir, sætt tyggigúmmí, brjóstsykur og annað sælgæti veldur tannskemmdum á undrahröðum tíma og ætti aldrei að nota sætindi til að lina munnþurrk. Ráðlagt er að takmarka neyslu á koffíni og alkóhóli.

Hjálparefni

Það finnast engin lyf við munnþurrki en til eru ýmis hjálparefni sem bæta líðan og draga úr munnþurrki. Ef varir eru þurrar er mælt með því að nota varasalva.

Örvun munnvatnsframleiðslu

Gott er að tyggja sykurlaust tyggjó í u.þ.b. 10 mínútur eftir máltíð til þess að örva framleiðslu munnvatns. Í apótekum fæst einnig flúorbætt tyggjó. Til eru munnsogstöflur sem örva munnvatnsframleiðslu og inniheldur ein tegund þeirra flúor.

Rakagefandi efni - gervimunnvatn

Nota má munnskol og er mælt með bakteríudrepandi munnskoli sem ekki inniheldur alkóhól. Til eru munnskol, úðar, gel og munnsogstöflur sem gagnast vel. Gott getur verið að smyrja smyrsli (hlaupi) á munnslímhúð fyrir nóttina þannig að tungan límist síður við góminn og mýkja varir með varasalva. Umrædd efni geta einnig dregið úr óþægindum í slímhúð undir gervitönnum.

Laus tanngervi – gervitennur

Við munnþurrk minnkar festa gervitanna og tíðni sveppasýkinga vex. Mælt er með að fólk leiti ráða hjá tannlækni vegna erfiðleika sem tengjast notkun gervitanna vegna munnþurrks.

Aðalheiður Pálmadóttir
Cand.pharm, MBA
Forstöðumaður Verslana- og Markaðssviðs Lyfju hf.

Heimildir:
www.lyfja.is
www.lydheilsustod.is

Texti frá Hólmfríði Guðmundsdóttir, tannlækni verkefnastjóra tannverndar Lýðheilsustöð og Dr. Peter Holbrook, prófessor tannlæknadeild Háskóla Íslands

Þuríður Þorbjarnardóttir. „Hvaðan kemur munnvatnið?“. Vísindavefurinn 21.10.2002. http://visindavefur.hi.is/?id=2805. (Skoðað 9.4.2007)

Hermann Þórðarson. „Hver eru helstu áhrif flúors á manninn?“. Vísindavefurinn 28.6.2004. http://visindavefur.hi.is/?id=4380. (Skoðað 10.4.2007)

TEKJUVERND

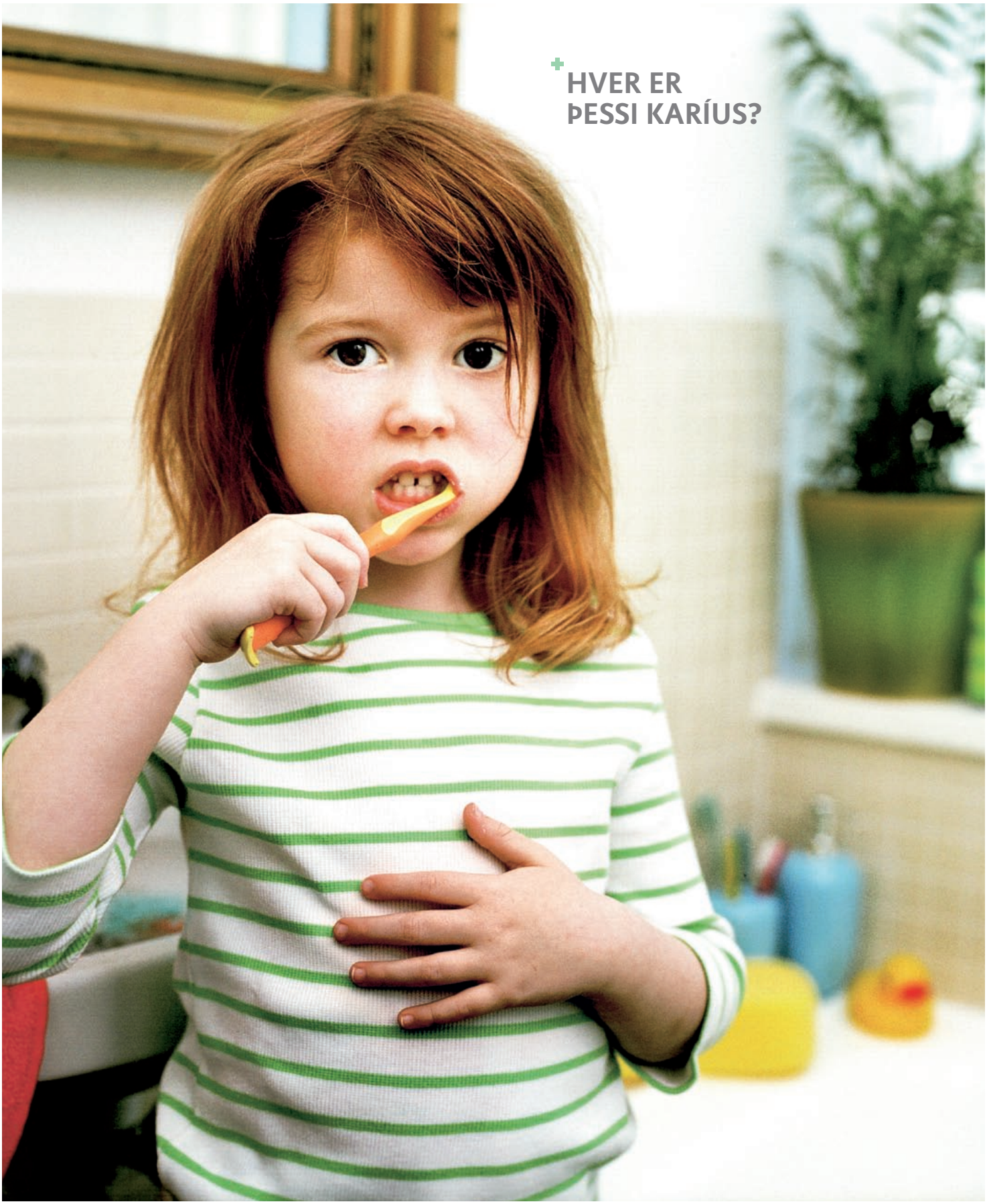
Haltu þínu striki með Tekjuvernd Kaupþings

Kannaðu málið og bókaðu fund hjá ráðgjafa á kaupthing.is
eða í næsta útibúi Kaupþings.

KAUPÞING

LYFJA
- Lifið heil

www.lyfja.is



HVER ER ÞESSI KARÍUS?

ÍSLENSKA AUGLÝSINGASTOFAN/SIA.IS LYF 34576 10/2006

Í uppvextinum lærum við að bera virðingu fyrir okkur sjálfum, þótt sumir gleymi góðum siðum á fullorðinsárum. En börn hafa eðlislæga þörf fyrir mikla hreyfingu, fjölbreytt mataræði – og ekki síst mikinn kærleika og umhyggju. Þau verða líka að læra að koma sér upp góðum venjum varðandi hreinlæti, snyrtingu og þrifnað; skrámur og sár þarf að þrífa, plástur á réttan stað – og þá er allt aftur gott. Það er líka skemmtilegra að koma snemma á góðu og reglulegu sambandi við tannburstann. Aðrir góðir siðir fylgja þá auðveldar í kjölfarið og þá er hægt að komast hjá kynnum við Karíus eða bróður hans – en lifa heil.

Námskeið í heilsuhagfræði
fyrir lyfjafræðinga

Rúna lýsir heilsuhagfræði fyrir lyfjafræðingum.

Rúna Hauksdóttir hélt þriggja kvölda námskeið í heilsuhagfræði dagana 27. febrúar, 1. og 6. mars. Námskeiðið var haldið fyrir lyfjafræðinga LFÍ og samanstóð af fyrirlestrum, greinalestri og verkefnavinnu.

Rúna (önnur frá hægri) fer yfir verkefni með einum af vinnuhópum námskeiðsins, (f.v.) Jónu Valdísi Ólafsdóttur, Önnu Ingibjörgu Gunnarsdóttur og Sigríði Eysteinsdóttur.

Fjallað var um yfirlit yfir heilsuhagfræði, kostnað vegna sjúkdóma, lyfjahagfræðilegar úttektir og tæki stjórnvalda til þess að hafa áhrif á kostnað í heilbrigðiskerfinu og þá sérstaklega lyfjakostnað.

Samkvæmt Rúnu skiptist kostnaður vegna sjúkdóma upp í beinan, óbeinan og óáþreifanlegan kostnað.

Beinn kostnaður segir Rúna að teljist til dæmis sjúkdómsgreining, rannsóknir og viðtöl, meðferðarkostnaður, lyf, aðgerðir, launakostnaður vegna umönnunar o.fl..

Óbeinn kostnaður teljist til dæmis virði á tíma aðstandenda, framleiðnitap vegna meðferðar og/eða örorku.

Óáþreifanlegur kostnaður teljist svo til að mynda skert lífsgæði sjúklings og aðstandenda.

Einar Magnússon, Kristín Konráðsdóttir og Daníel Gunnarsson rýna í vísindagreinar um lyfjahagfræði.

Rúna fjallaði um heilsutengd lífsgæði en þar er algengast að nota mælieininguna QUALY (quality adjusted life years) þar sem áhrif meðferðar til lengingar lífs og áhrif meðferðar á lífsgæði eru mæld.

Námskeiðið var þarft innlegg í endurmenntun lyfjafræðinga og veitir það lyfjafræðingum haldbær tæki til þess að taka þátt í umræðu um útgjöld/fjárfestingu í heilbrigðiskerfi landsmanna og hvernig meta má árangur lyfjameðferðar.

Samdóma álit þátttakenda var að námskeiðið heppnaðist mjög vel.

Myndir og texti: Lárus St. Guðmundsson

Námskeið í lyfjafræðilegri umsjá

Hefuru áhuga á að veita sjúklingum þínum lyfjafræðilega umsjá? Ekki viss hvernig þú átt að byrja?

Ég hef um nokkurt skeið fylgst með þróun og rannsóknum í lyfjafræðilegri umsjá og þá sérstaklega kynnt mér störf Dr. Lindu Strand og samstarfsmanna hennar við Peters Institute of Pharmaceutical Care við Minnesota háskóla. Ég vissi að þau væru að undirbúa nýtt námskeið í lyfjafræðilegri umsjá í fjarnámi á internetinu og sló því strax til þegar ég sá það auglýst. Námskeiðið heitir "Pharmaceutical Care Certificate Program" og er kennt í samstarfi við Continuing Pharmacy Education hjá University of Minnesota (http://ce.pharmacy.umn.edu).

Námsbókin er eftir þau Cipolle, Strand og Morley og heitir "Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide, 2nd edition" (2004). Önnur námsgögn eru á netinu í formi stuttra kennslufyrirlestra, myndbanda, erinda og verkefna.

Kennarar eru Robert J. Cipolle PharmD, Linda Strand PharmD, PhD og ýmsir aðrir leiðbeinendur.

Námskeiðinu er skipt í þrjá hluta:

Fyrsti hluti: Kynning á lyfjafræðilegri umsjá

Fyrsti hlutinn er hannaður fyrir lyfjafræðinga, stjórnendur, kennara og nemendur sem hafa áhuga á að læra hvað starfsemi lyfjafræðilegrar umsjár gengur út á, áhrif og lykilatriði þess að koma á slíkri starfsemi, og þeirri færni sem þarf til að geta veitt lyfjafræðilega umsjá.

Í þessum hluta námskeiðsins er lyfjafræðileg umsjá skilgreind og farið vel yfir grunnhugtök lyfjafræðilegrar umsjár eða "stóru myndina" sem felur í sér mat, gerð meðferðarácætlunar og eftirfylgni. Farið er yfir helstu atriði sem ný starfsemi þarf að fylgja og þau skref sem þarf að taka til að koma slíkri starfsemi á laggirnar. Hægt er að skrá sig á námskeiðið hvenær sem er á netinu. Ácætlað er að námskeiðið taki 4 vikur (sjá tafla 1), þó er hægt að fara í gegnum námsefnið á eigin hraða. Krossapróf eru tekin í lok hverrar viku eða námskeiðshluta. (Tafla 1).

Tafla 1: skipulag og námsefni fyrsta hluta

Week 1	An Overview of Pharmaceutical Care
Week 2	Experiencing the Practice
Week 3	Getting Started in Practice
Week 4	No new materials. Time provided to complete quizzes.

Annar hluti: Að læra að veita lyfjafræðilega umsjá

Annar og þriðji hluti eru fyrir þá lyfjafræðinga sem vilja læra í smáatriðum alla þá færni sem þarf til að veita lyfjafræðilega umsjá og eru fastráðnir í því að beita þeirri færni þegar slík umsjá er veitt og skrá hana á skipulegan hátt.

Tafla 2: skipulag og námsefni annars hluta

Week 1	Level 2	Module 1: Understanding the Patient's Role
Week 2		Module 2: Understanding the Pharmacist's Responsibility
Week 3		Module 3: Identifying Drug Therapy Problems
Week 4		Module 4: Conducting an Assessment Interview
Week 5		Module 5: Constructing a Care Plan
Week 6		Module 6: Conducting Follow-Up Evaluations
Week 4		No new materials. Time provided to complete quizzes.

Annar hluti er eingöngu fyrir lyfjafræðinga sem hafa lokið fyrsta hlutanum. Þessi hluti undirbýr þig sem lyfjafræðing til að veita lyfjafræðilega umsjá. Í hverri viku er bókaður tími með tveimur nýjum sjúklingum til að æfa sig, læra þá færni og afla þekkingar sem þarf til að bera ábyrgð á að: meta lyfjatengdar þarfir sjúklings, útbúa meðferðarácætlun til að koma til móts við þær þarfir og fylgja þeim eftir. Þessi hluti er mun meira krefjandi en fyrsti hlutinn, en er mjög lærdómsríkur í starfi og ýtir þér af stað til að framkvæma, þ.e. að fara

og tala við sjúklinga um lyfjanotkun þeirra. Hér lærir þú einnig bóklega hlutann í hnotskurn, samhliða því að æfa þig verklega með sjúklingaviðtölum sem taka 30-45 mínútur hvert viðtal. Byrjað er að taka viðtöl við vini, kunningja, fjölskyldumeðlimi eða sjúklinga sem þú þekkir vel til að æfa viðtalstækni og mannleg samskipti fyrst með einhverjum sem þú treystir vel. Skila þarf skýrslu með 10 sjúkratilfellum á sérstökum eyðublöðum, skrá reynslu sína eftir viðtal við hvern sjúkling í dagbók og skila 3 verkefnum eftir 3 netfundi með öðrum kollegum sem eru að taka námskeiðið með þér, þar sem valin sjúkratilfelli eru kynnt og rædd. Þessi hluti spannar 6 vikur og er einungis boðið upp á hann nokkrum sinnum á ári (Tafla 2).

Þriðji hluti: Að veita og skrá lyfjafræðilega umsjá

Í þessum þriðja og síðasta hluta námskeiðsins, lærir þú að skrá upplýsingar um sjúklinga þína rafrænt í Assurance tölvukerfi, sem þróað hefur verið til að halda utanum starfsemina. Þegar búið er að læra á tölvukerfið, skráir þú tvo sjúklinga í tölvukerfið úr öðrum hluta og síðan bókar þú tíma með 48 nýjum sjúklingum, veitir þeim lyfjafræðilega umsjá samkvæmt aðferðafræðinni í öðrum hluta og skráir veitta umsjá í tölvukerfið. Þessi hluti er hinn eiginlegi verklegi hluti og spannar 5-8 vikur, eftir því hversu marga sjúklinga þú nærð að hitta í hverri viku og hversu vel gengur að skrá upplýsingar í tölvukerfið. Þegar búið er að taka samtals 50 sjúklingaviðtöl og skrá umsjá þeirra í Assurance er námskeiðinu lokið. Kennarar og leiðbeinendur fara síðan yfir skráningu sjúklinga þinna og gefa þér einkunn. Að því loknu útskrifast þú sem “Pharmaceutical Care Practioner”.

Lokaorð

Ég taldi mig hafa ágætis þekkingu á hvað lyfjafræðileg umsjá er áður en ég tók þessi námskeið og hef notað þau fræði við störf mín sem lyfjafræðingur um nokkurt skeið. Námskeiðið gaf mér þó algjörlega nýja sýn á hvað lyfjafræðileg umsjá er í raun og veru í framkvæmd og ég lærði það ekki fyrr en ég byrjaði að tala á skipulegan hátt við sjúklinga um lyfjanotkun þeirra og beita aðferðafræði starfseminnar í heild sinni. Ég fékk góðfúslegt leyfi til þess að taka sjúklingaviðtölin á vinnutíma á þeim tveimur legudeildum Landspítala – háskólasjúkrahúss þar sem ég starfa, en aðrir hlutar námskeiðsins voru unnir heima. Það var gott að finna að hér gat ég nýtt mér í hnotskurn þá þekkingu og starfsreynslu sem ég þegar hafði til að greina lyfjatengd vandamál og leysa þau við umönnun sjúklinganna. Að auki öðlaðist ég betri færni í viðtalstækni og í samskiptum við sjúklinga og aðra ummönnunaraðila þeirra eins og t.d. lækna og hjúkrunarfræðinga. Ég lærði einnig að umönnun sjúklinga tekur tíma, sjúklingar eru að fást við mörg lyfjatengd vandamál sem lyfjafræðingar geta leyst og fyrirbyggt til að tryggja hámarksárangur lyfjameðferðar.

Allir hlutar námskeiðsins, sem og námskeiðið í heild sinni, er mjög vel skipulagt, námsgögn eru framúrskarandi og aðgengileg, samskipti við kennara og leiðbeinendur eru mjög góð og allur sá stuðningur sem þau veittu var frábær.

Ég hvet alla lyfjafræðinga sem hafa áhuga á lyfjafræðilegri umsjá að skrá sig sem allra fyrst á fyrsta hluta námskeiðsins, til að kynnast af eigin raun hvað lyfjafræðileg umsjá gengur út á. Síðan hvet ég þá lyfjafræðinga sem ætla sér að annast sjúklinga og veita þeim lyfjafræðilega umsjá, að halda áfram og klára námskeiðið. Hér er að finna svörin við spurningunum hér að ofan.

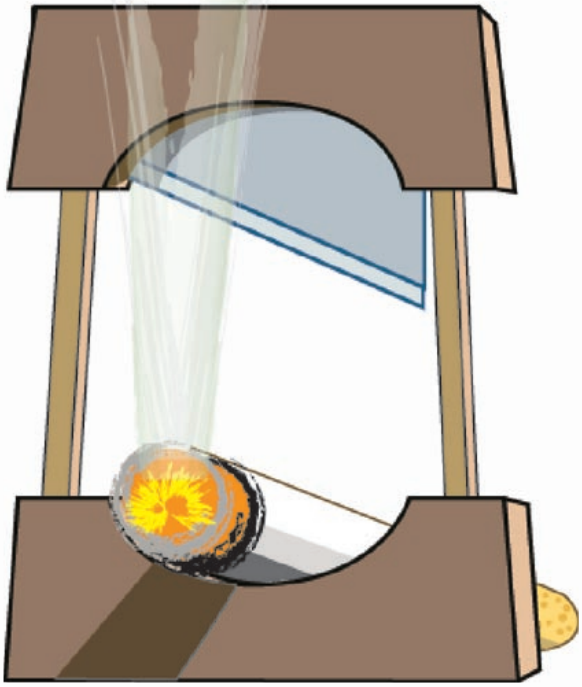
Sjá nánari lýsingu á námskeiðinu, sem og öðrum námskeiðum sem hægt er að taka á netinu frá Minnesota háskóla http://ce.pharmacy.umn.edu/courses

Ég vil þakka Vísindasjóði LFÍ fyrir veittan stuðning.

Þórunn K. Guðmundsdóttir.

Sjúkrahúsapótek LSH

Tóbakið sigrað
- ráðgjöf í apótekum Lyf og heilsu



Tóbaksnotkun er ein alvarlegasta ógn nútímans við heilbrigði einstaklinga. Við bjóðum nú í apótekum Lyf og heilsu upp á sérhæfða ráðgjöf fyrir reykingafólk sem vill hætta að reykja. Um er að ræða einkaviðtöl og ráðgjöf sem fer fram í tuttugu apótekum um land allt. Ráðgjöfin hentar einnig þeim sem vilja hætta að nota munntóbak og minnka eða hætta notkun nikótínlyfja.

Reykingamönnum gefst kostur á því að panta viðtalstíma í apóteki Lyf og heilsu í sínu nágrenni. Viðtalstími tekur að jafnaði 30 mínútur og kostar hann aðeins 500 krónur. Hvert viðtal hefur ákveðið þema, s.s. hvernig hefur tóbak áhrif á líkamann og hvernig við getum náð árangri í reykbindindi. Fjallað er um næringafræði, hollt mataræði og mikilvægi hreyfingar. Umfjöllun er einnig um óbeinar reykingar og sjúkdóma þeim tengdum. Boðið er upp á mælingar er segja til um líkamlegt ástand reykingamannsins. Þátttakendur fá afhent fræðsluefni til aflestrar og eftirfylgni er með árangri þeirra.

Verkefnið er alþjóðlegt og eru markmið alþjóðahei lbrigðsstofnunarinnar (WHO) höfð að leiðarljósi um reyklausa veröld. Markmið Lyf og heilsu með þessari þjónustu er að auka lífsgæði landsmanna og taka þátt í forvarnarstarfi.

Stuðningur mikilvægur

Stuðningur og ráðgjöf geta gert gæfumuninn í baráttunni við tóbakið. Mikilvægt er að vera vel undirbúinn og setja sér markmið. Gott er að ákveða daginn, sem hætta skal reykingum, og segja fjölskyldu og vinum frá ákvörðuninni, panta tíma hjá ráðgjafa og breyta umhverfinu. Einnig er gott að losa sig við öskubakka og reyklykt úr bíl og heimili.

Helstu einkenni sem koma fram þegar reykingum er hætt, eru:

Áköf löngun til að reykja, hósti, svengd, óþægindi í kvið, breyting á hægðum, svefntruflanir, svimi og sveiflur í skapi. Mikilvægt er að drekka vökva, stunda líkamsrækt, borða ávexti og grænmeti í stað sælgætis, auka trefjar í fæðu og segja vinum og vandamönnum frá líðan sinni. Flestir þyngjast innan við 5 kg þegar reykingum er hætt. Það er hreystimerki að vera ekki of grannur og í flestum tilfellum má gleðjast yfir þyngdaraukningu. Hreinn ilmur, reyklaus föt, fallegri húð, ferskur andardráttur, hvítari tennur, vellíðan og aukið sjálfstraust gera menn meira aðlaðandi.

Nikótín

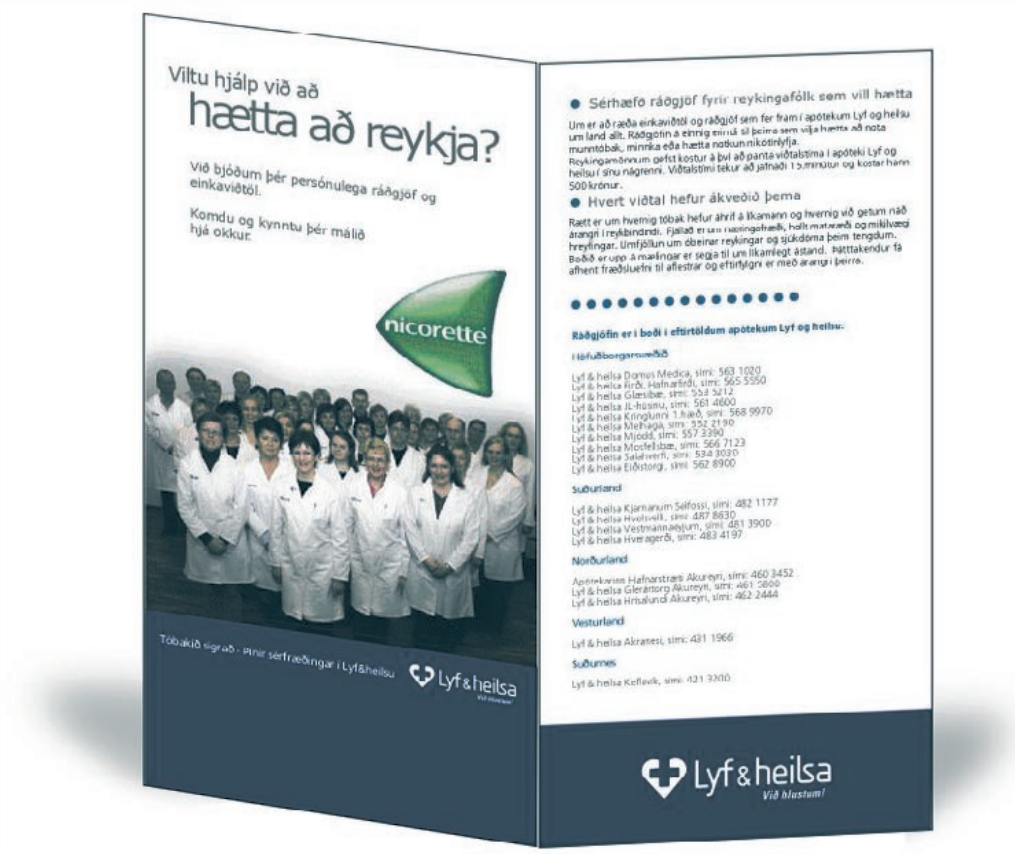
Nikótínið í tóbakinu er efnið sem við sækjumst eftir en það er mjög vanabindandi bæði andlega og líkamlega. Nikótín er örvandi efni, hefur bein áhrif á heilann og bætir einbeitinguna. Það hefur áhrif á hjarta- og æðakerfi, hárceðar dragast saman, hjartslátturinn verður hraðari og blóðþrýstingur eykst. Einnig eykur nikótín magasýrur og hefur áhrif á blóðfitu.

Sígarettureykur

Í sígarettureyk er fjöldinn allur af hættulegum efnum. Að minnsta kosti 400 efnasambönd í tóbaksreyk eru skaðleg og hættuleg heilsunni. Má þar nefna kolmónoxíð sem binst blóðrauða í stað súrefnis og minnkar súrefnisbindingu í blóði, og það veldur einnig auknu álagi á hjarta- og æðakerfi. Blásýra finnst í sígarettureyk, leysiefnum, skordýraeitri og tjöru, svo fátt eitt sé nefnt.

Kolmónoxíð

Kolmónoxíðmæling á útöndunarlofti er góður mælikvarði á reykingavenjur reykingamanna. Þegar maður hættir að reykja minnkar styrkur kolmónoxíðs í útöndunarlofti á nokkrum dögum. Þannig er hægt að sjá strax mælanlegan árangur af reykbindindi. Kolmónoxíð er lofttegund sem er í útblæstri bíla og baneitrað, eins og þekkt er.



Því er mikilvægt að huga að matarræði, borða grænmeti og ávexti í stað súkkulaðirúsína.

Þegar reykingum er hætt er mikilvægt að huga að andlega, líkamlega og félagslega þættinum. Margir upplifa söknuð þegar hætt er reykingum. Að setjast niður með góðum vini og fá sér sígarettu, kaffi og létt spjall finnst sumum einstök vellíðan.

Allir geta hætt að reykja en það er erfitt. Nikótínið er mjög ávanabindandi, álíka vanabindandi og kókaín og heróín. Mikilvægt er að vera ákveðinn í því að vilja hætta reykingum áður en hafist er handa.

Ráðgjöfin

Í ráðgjöfinni skýrum við frá þeim lyfjum sem eru á markaði hér til þess að fá hjálp í því að ná árangri í reykbindindi. Mjög einstaklingsbundið er hvernig fólk óskar sér bata. Þó nokkrir koma í ráðgjöfina án þess að nota lyf í baráttunni við tóbakið. Ráðgjöfin ein stendur undir sínu.

Þeir sem komið hafa til okkar nú eru að stórum hluta fólk á miðjum aldri sem fundið hefur líkamleg einkenni; frá lungum, hjarta- og æðakerfi. Staðreyndin er sú að þegar reykingum er hætt, nær einstaklingur fljótt því heilbrigði sem hann hafi aldrei reykt. Einkenni ganga oftast til baka. Við tölum ekki um að vera fallinn í reykbindindi, mikilvægt er að reyna aftur. Það er til mikils að vinna að stuðla að reyklausri þjóð.

Verkefnið er áncegjulegt, það er gaman að fá ráðgjafarþáttinn inn í daglega vinnu í apótekunum. Viðtölin fara fram á morgnana, þá er meira næði og betri tími fyrir ráðgjafa að sinna viðtölunum. Ráðgjafar hafa allir lesið sér vel til um verkefnið og hafa undir höndum staðlað efni sem þeir styðjast við. Ráðgjöfin er í boði allt árið um kring og því aðgengileg einstaklingum þegar þeim hentar.

Við höfum kynnt verkefnið á heilsugæslustöðvum og hafa viðbrögð verið jákvæð. Einnig var verkefnið kynnt fyrir landlækni, Lýðheilsustöð og Krabbameinsfélagi.

Sigríður Pálína Arnardóttir

Sjúkdómar

Reykingar eru skaðlegar og geta leitt til alvarlegra sjúkdóma, svo sem hjarta- og æðasjúkdóma, lungnakrabbameins, beinþynningar, lungnaþembu, magasára, astma og fleiri sjúkdóma. Reykingamenn minnka því verulega ævilíkur sínar.

Óbeinar reykingar

Óbeinar reykingar eru einnig skaðlegar. Óbeinar reykingar kallast það þegar reyklaus einstaklingur andar að sér reyk frá öðrum. Þær auka hættu á ýmsum sjúkdómum. Hættan á að fá astma og ofnæmi er tvöfalt meiri hjá börnum, sem þurfa að þola óbeinar reykingar. Reykingar eru því verulegt umhverfisvandamál.

Þann 1. júní 2007 munu öll veitingahús á Íslandi verða reyklaus samkvæmt lögum nr. 83/2006 sem eru lög um breytingar á lögum nr. 6/2002.

Allir geta hætt að reykja

Aldrei er of seint að hefja reykbindindi. Við það verður húðin frískari og andardrátturinn léttari. Ef reykingum er hætt fyrir 35 ára aldur geta lungun hreinsað sig að verulegu leyti og tíu árum eftir að reykingum er hætt eru líkurnar á að fá lungnakvef og blóðtappa ekki meiri en hjá þeim sem aldrei hafa reykt. Samfara reykbindindi er mjög gott að stunda líkamsrækt og breyta um lífstíl. Gott er að forðast þær athafnir sem minna mann á reykingarnar. Þegar maður hættir að reykja hægir á brennslu líkamans.