



LÆKNARITARINN



Efnisyfirlit

Formannspistill.....	3
Útskrifaðir læknaritara.....	3
Fyrir sjúklinga, heilbrigðisstarfsmenn og samfélagið í heild!.....	5
Túrmerik.....	6
Stöðugleikakerfi axlargrindar hjá hálsverkjafólki.....	8
Dagleg samskipti.....	13
Námsstefna Félags íslenskra læknaritara.....	14
Árstíðarbundið þunglyndi.....	15
5 leiðir að vellíðan.....	16
Hjartaheilsa – <i>Kona, hugsar þú nægilega vel um hjartað þitt?</i>	17
Gómsæt kjúklingauppskrift.....	18
Sudoku.....	18
Krossgátan.....	19

Skrifstofa FÍL

BSRB húsinu
Grettisgötu 89, 105 Reykjavík

Útgefandi

Félag íslenskra læknaritara
Stofnað 1970

Ábyrgðarmaður:

Klara B Gunnarsdóttir, formaður FÍL

Ritnefnd:

Anna Erla Guðbrandsdóttir
Auður Kjartansdóttir
Ásthildur Erlingsdóttir
Sigurlaug Einarsdóttir

Greinarhöfundar:

Klara B Gunnarsdóttir, formaður FÍL
Guðrún Sigríður Jóhannesdóttir,
sérfræðingur hjá TM Software heilbrigðislausnum.
Anna Rósa Róbersdóttir, grasalæknir
Harpa Helgadóttir, sjúkraþjálfari, PhD, MTC.
Halldór Jónsson jr, bæklunarskurðlæknir, PhD.
Ásthildur Erlingsdóttir, læknaritari HVE Grundarfirði

Umbrot og prentun

Guðjón Ó – vistvæn prentsmiðja

Forsíðumynd

Rjúpa

Forsíðumyndin er tekin í landi Leirubakka í Landsveit af Skúla K Skúlasyni.



Formannspistill



Kæru kollegar.

Á síðustu 20-30 árum hefur orðið algjör bylting í tækniumhverfinu, sannkölluð tæknibylting. Fyrir þann tíma voru tölvur fjarlægjar venjulegum mönnum, til að byrja með eitthvað sem Geimferðastofnun NASA notaði en fólk grunaði ekki að tölvur yrðu að slíkum tækniundrum sem þær

eru í dag, hvort sem þær eru notaðar í daglegu starfi eða sem afþreyingartæki. Breytingar þessar hafa ekki síst snert okkar starfsumhverfi en áður fyrir voru sjúkraskrár handskrifaðar og síðar notast við ritvélur. Flutningur heilbrigðisupplýsinga á milli stofnana hefur að sama skapi gjörbreytst. Ef lækni á Akureyri vantaði gögn frá Landspítalanum voru þau send til hans með pósti og það gat tekið nokkra daga að fá gögnin í hendurnar. Breytingarnar sem hafa orðið hafa á þessum stutta tíma eru ótrúlegar. Meira að segja á þeim 15 árum sem ég hef starfað sem læknaritari hefur svo margt breyst. Sem dæmi er að samtenging sjúkraskráa er orðin raunveruleg. Við getum nálgast gögn frá mörgum stofnunum rafrænt og í því felst mikill sparnaður, bæði peningalega og vinnulega. Mikið og gott starf hefur verið unnið í samræmdri skráningu hjá notendum tölvukerfanna, sérstaklega Sögukerfinu. Það

að gögnin séu aðgengileg fyrir lækna og hjúkrunarfólk getur skipt sköpum fyrir meðferð sjúklingsins og eykur öryggi sjúklingsins til muna.

Útgangspunktur allra heilbrigðisfagstétta er öryggi sjúklingsins og við eigum alltaf að ganga út frá því að framfarir, hvort sem eru læknisfræðilegar eða tæknilegar, séu með hag sjúklingsanna að leiðarljósi. Á vef landlæknis er fjallað um öryggi og rétt sjúklingsa og þar segir að sjúklingur eigi rétt á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er völ á að veita, miðað við ástand hans og horfur á hverjum tíma. Heilbrigðiskerfið er samansett af mörgum fagstéttum sem hver og ein hefur sína færni og sína þekkingu og samvinna þessara fagaðila verður að vera markviss og góð svo þjónustan við sjúklinginn verði sem best.

Við lækningaritara höfum þannig mikilvægu hlutverki að gegna eigi heilbrigðiskerfið að virka sem skyldi og lyklatríði þess að gæði sjúkraskráningar uppfylli kröfur nútímans er menntun þeirra sem sjá um skráningu í kerfin og meðhöndla heilbrigðisupplýsingar. Nýjungar í upplýsingatækni kalla á hæfari starfsmenn og er nauðsynlegt að við reynum eftir ítrasta megni að tileinka okkur þær nýjungar með fræðslu og endurmenntun. Áfram heldur barátta okkar um að færa menntun lækningaritara á háskólastig og við megum ekki gefast upp í þeirri baráttu þó á móti blási.

Útskrifaðir lækningaritarar



Fjölbrautaskólinn við Ármúla
Lækningaritarar brautskráðir í maí 2014

Frá vinstri: Steinn Jóhannsson skólameistari, Guðrún Ósk Þrastardóttir félagi lækningaritara, Barbara Arna Hjalmsdóttir, Guðrún Ingimarsdóttir, Laufey Bára Einarsdóttir, Margrét Helga Guðmundsdóttir, Kristrún Sigurðardóttir kennslustjóri.
Á myndina vantar: Mörtu Stefánsdóttur.



Fjölbrautaskólinn við Ármúla
Lækningaritarar brautskráðir í desember 2014

Frá vinstri: Steinn Jóhannsson skólameistari Dagrún Þórný Marínardóttir, Kristrún Sigurðardóttir kennslustjóri og Klara B. Gunnarsdóttir formaður Félags íslenskra lækningaritara.
Á myndina vantar: Elínu Hólm og Sigríði Tryggvadóttur

Úrvinnsla gagna úr sjúkraskrá er yfirvöldum nauðsynleg og gefur góða mynd af því hvernig hver og ein stofnun er að standa sig í samburði við aðrar og ekki síður hvort okkar heilbrigðiskerfi er samburðarhæft við heilbrigðiskerfi annarra landa. Þess vegna finnst okkur líka mjög mikilvægt að hafa samvinnu við læknaritarar í öðrum löndum og eru árlegir NOLO fundir haldnir í þeim tilgangi. Þar koma saman fulltrúar frá stjórnun læknaritarafélaga frá öllum Norðurlöndunum og Grænlandi og þetta samstarf er okkur mikils virði. Það er bæði gagnlegt og gott að bera saman okkar störf og starfsumhverfi og þá kemur yfirleitt í ljós að við eigum fleira sameiginlegt með okkar kollegum í nágrannalöndunum en okkur grunar. Í ár verður NOLO fundurinn haldinn í Kaupmannahöfn en þarlendir læknaritarar eru okkur hinum til fyrirmyndar, fagið er virt í Danmörku og er frekar eftirsótt að komast að í nám í læknaritun þar í landi. Er það ekki síst að þakka formanni danska læknaritarafélagsins, Soile Friis sem er einstaklega dugleg og skelegg. Þess ber að geta að á næsta ári stendur til að halda norræna læknaritararáðstefnu í Finnlandi og er búið að ákveða dagsetningu en það er í lok apríl eða nánar tiltekið 27.-29. apríl 2016. Nú þurfum við allar að taka þá dagsetningu frá í tíma og sýna samstöðu og flykkjast á ráðstefnuna.

En talandi um tæknibyltingu þá var önnur bylting fyrir 100 árum sem hefur mikilvægt gildi fyrir okkur konur. Á þessu ári eru einmitt 100 ár liðin frá því að konur fengu fyrst kosningarétt á Íslandi. Til að byrja með voru það einungis konur sem voru orðnar fertugar sem máttu kjósa en fimm árum seinna setti Alþingi lög sem færðu öllum 25 ára og eldri kosningarétt, óháð kyni og atvinnu. Þá voru konur og vinnumenn orðin jafnréttá “karlmönnum”. Hið íslenska kvenfélag með Bríeti Bjarnhédinsdóttur í fararbroddi barðist mikilli hugsjónabaráttu fyrir þessum réttindum í kjölfar alþjóðlegrar kvenréttindahreyfingar erlendis undangengna áratugi. Finnskar konur fengu t.d. kosningarétt 1907 fyrstar kvenna í Evrópu. Fólk flyktist á Austurvöll sumarið 1915 til að fagna þessum merka atburði og sjálfsagt hefur enginn annar gjörningur haft jafn afgerandi áhrif á jafnan rétt kvenna og karla á Íslandi fyrr eða síðar. Fjórum árum fyrr, eða árið 1911 voru samþykkt lög á Alþingi þar sem konur fengu fullt jafnrétti á við karla til menntunar og embætta. Þessi réttindi sem okkur þykir sjálfsgöð í dag eru tilkomin vegna baráttu hugsjónamanneskja sem létu ekki deigan síga og héldu ótrauðar áfram þrátt fyrir andstöðu ráðandi aflu. Það vill stundum gleymast hvað það er ótrúlega stutt síðan og erfitt að hugsa það í dag þegar konur hafa jafna möguleika til náms að svo hafi ekki alltaf verið.

Þessi vetur hefur verið langur og erfiður. Hver lægðin hefur tekið við af annarri, veikindi verið mikil og langdregin og fréttir allar heldur neikvæðar. Þá fer maður að leita að einhverju jákvæðu í kringum sig til að vega upp á móti neikvæðum öflum og reyna að finna eitthvað skemmtilegt að hlakka til. Á þessu ári fagnar félagið okkar þeim tímamótum að vera orðið 45 ára. Við fögnum þeim tímamótum með námsstefnu hér í Reykjavík dagana 17. – 18. apríl. Venjan hefur verið að hittast að kvöldi námsstefnunnar og gera sér glaðan dag en að þessu sinni ákváðum við að hafa veglegan samhringing kvöldið fyrir aðalfund. Við vonum bara að það komi ekki að sök morguninn eftir þegar við sitjum námsstefnu félagsins í húsnæði BSRB á Grettisgötunni. Að lokum aðalfundi, eftir námsstefnuna heldur svo hver og einn heim til sín. Okkar ósk og von er að félagskonur sýni þessari námsstefnu og aðalfundinum áhuga og sýni það í verki að við viljum halda tryggð við félagið okkar. Við þurfum að vera duglegar að styðja og styrkja félagið og halda á lofti merki þeirra framsýnu dugnaðarkvenna sem komu því á stofn árið 1970. Það voru konur sem höfðu trú á framtíð læknaritarastéttarinnar og vildu veg hennar sem mestan.

Ég vil þakka fyrir þann hlýhug sem ég hef alls staðar mætt á þessu fyrsta ári mínu sem formaður félagsins. Það er mér mikið til trafala í svona starfi að eiga frekar bág með að standa fyrir framan fjölda fólks og tala en mér finnst ég hafa fengið mjög blíðar viðtökur hvar sem ég hef komið. Þetta fyrsta ár hefur verið mér lærdómsríkt og sjálfsagt hef ég reynt mikið á taugar samstarfskvenna minna í stjórn félagsins en það er bara svo margt sem er alveg nýtt fyrir mér og því hafa spurningar sem hafa dunið á þeim verið alveg óteljandi. Fyrst og fremst er ég samt glöð yfir að hafa kynnst svo mikið af frábærum konum um land allt sem ég á vonandi eftir að kynnast enn betur og halda tengslum við áfram eftir að formannsstarfinu lýkur. Nefndarkonum þakka ég sérstaklega fyrir vel unnin störf og góða mætingu á fundi vetrarins. Tilvera fagfélags eins og Félags íslenskra læknaritarar er undir okkur félagsmönnum sjálfum komin. Þess vegna þurfum við að hlúa að þessum sprota, vökva hann og næra þannig að hann geti haldið áfram að vaxa og dafna og verið það skjól sem við þurfum. Félagið er aðhald um fagið okkar en einnig tengslanet kvenna (og vonandi einhvern tíma karla) um land allt. Innilegar hamingjuóskir með 45 ára afmælið félagskonur!

*Bjartsýniskveðjur,
Klara B. Gunnarsdóttir
Formaður FÍL*

Fyrir sjúklinga, heilbrigðisstarfsmenn og samfélagið í heild!



Guðrún Sigríður
Jóhannesdóttir.

Hvers vegna eru upplýsingar skráðar í sjúkraskrá og hvert er mikilvægi vandaðrar skráningar?

Í mínum huga er ástæða til að skrá í sjúkraskrá einföld, hún er sú að við berum hag sjúklings í brjósti og viljum tryggja öryggi hans eftir fremsta megni. Einnig er mikilvægt að skrá allt sem viðkemur sjúkrasögu einstaklings í sjúkraskrá til þess að bæta

aðgengi að upplýsingum og auðvelda talningu og úrvinnslu gagna. Þá má ekki gleyma því að skráning upplýsinga í sjúkraskrá einstaklings sem fær meðferð hjá heilbrigðisstarfsmanni er skylda og varðar við lög og fyrir brot gegn lögum nr. 55/2009 um sjúkraskrár getur legið fangelsisrefsing, sbr. 23. gr. laganna.

Ég hóf störf í tölvudeild Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja (HSS) haustið 2008. Eitt af verkefnum mínum var kerfisstjórnun í sjúkraskrárkerfinu Sögu, sem er rafrænt sjúkraskrárkerfi allra heilbrigðisstofnanna á Íslandi. Önnur verkefni voru m.a. öflun upplýsinga um starfsemi HSS fyrir Velferðarráðuneytið, Landlæknisembættið og fleiri stofnanir auk þess að hafa umsjón með gerð ársskýrslu HSS. Á þessum tíma glímdi HSS við fjárhagsvanda og á hverju ári þurfti yfirstjórnin að berjast fyrir auknum fjárveitingum. Hægt og rólega kom í ljós, að mínu mati, að samræmd skráning í Sögu var lykilatriði fyrir því að þessir þættir væru réttir og að stofnunin væri samanburðarhæf við aðrar stofnanir. Ég uppgötvaði fljótt að Saga uppfyllti alla skráningarkostina sem mig vantaði og gæti veitt mér nauðsynlegar upplýsingar auk þess að gæta bæði réttar sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólks.

Á þessum tíma á HSS var skráning í Sögu ekki nógu góð né var hún samræmd milli notenda og deilda. Flestir skráðu í Sögu (en ekki á sama máta) og margar deildir voru með talningu til hliðar í Excel því stjórnendur treystu ekki skráningu notenda í Sögu. Á HSS var líka eitt heimasmíðað kerfi í notkun sem ekki var hægt að ná upplýsingum úr og þurfti því að handtelja úr því.

Ég vildi laga þetta og búa í haginn fyrir sjálfa mig svo ég gæti auðveldlega svarað fyrirspurnum og unnið tölur fyrir ársskýrslur og svo vildi ég líka bæta skráningu á stofnuninni í Sögu þannig að við gætum stólað á skýrslur sem væru teknar úr Sögu og að notendur þyrftu bara að skrá í eitt kerfi. Ég var einnig að hugsa um að starfsemi á HSS væri samanburðarhæf við aðrar stofnanir á landinu og að með bættri skráningu á minni stofnun væri Ísland einnig samanburðarhæfara við önnur lönd.

Ég las leiðbeiningar Embættis Landlæknis um lágmarksskráningu og verklagsreglur um skráningu í sjúkraskrárkerfið Sögu og benti notendum á að lesa þær en það dugði ekki til. Ég uppgötvaði fljótt að *heilbrigðisstarfsmenn þurftu meira*. Ég áttaði mig á því að það þurfti að *kenna öllu* heilbrigðisstarfsfólki á Sögukerfið, bæði nýjum notendum og gömlum notendum. Nýjir notendur fengu ekki að byrja að skrá í Sögu fyrr en eftir að hafa fengið kennslu hjá mér og ég passaði upp á að *allar fagstéttir* væru rétt stilltar í kerfinu svo skráning þeirra í Sögu væri fljótleg, þægileg og vandalaus. Það var nefnilega oft þannig að notandinn kvartaði sáran yfir Sögukerfinu en eftir að hafa fengið kennslu hjá mér þá heyrðist gjarnan: „Þetta er nú ekki svo slæmt kerfi“ eða „Ég vissi ekki að þetta væri hægt í Sögu“!

Heilbrigðisstarfsmenn þurfa ekki bara kennslu í upphafi starfs síns heldur þurfa þeir einnig reglulega upprifjun á kerfinu og kynningu á nýjungum. Sögukerfið býður upp á fjölbreytta möguleika á skráningu í sjúkraskrá og vita notendur kerfisins sjaldan af öllum þeim möguleikum sem kerfið hefur upp á að bjóða. Hver stofnun þarf að bjóða upp á námskeið fyrir notendur sem eru stíluð inn á starfsemi mismunandi deilda með mismunandi þarfir og skráningar-möguleika í huga.

Skráning læknaritara í sjúkraskrá og hlutverk þeirra á hverjum stað er eitt það mikilvægasta á hverri stofnun. Augu læknaritara eru þau síðustu sem fara yfir hverja sjúkraskrá og læknaritarar sjá um að hver sjúkraskrá sé rétt útfyllt og allt sé staðfest og frágengið. Læknaritarar þurfa því líka, eins og aðrar fagstéttir, að fá góða kennslu á kerfið þrátt fyrir að vera oft á tíðum færustu Sögunotendurnir.

Ég tel að heilbrigðisstarfsmenn séu meðvitaðri um mikilvægi nákvæmrar skráningar í sjúkraskrá og hugsanlegum afleiðingum þess þegar svo er ekki gert. Umræðan um samræmda skráningu hefur aukist og Embætti landlæknis sá til þess árið 2012 að hver heilbrigðisstofnun og heilsugæsla skipaði gæðastjóra skráningar. Gæðastjórar hafa m.a. það að hlutverk að kenna heilbrigðisstarfsfólki á Sögu og samvinna gæðastjóra og Embættis landlæknis hefur stuðlað að samræmdri skráningu um land allt. Með Sögukerfinu er hægt að koma á fót samræmdri, öruggri og ítarlegri skráningu heilbrigðisgagna og með markvissri uppbyggingu og kennslu á kerfið getum við aukið gæði og öryggi í skráningu og síðast en ekki síst stuðla að því að landsmönnum sé veitt örugg og góð heilbrigðisþjónusta.

Guðrún Sigríður Jóhannesdóttir

Sérfræðingur hjá TM Software heilbrigðislausnum

Túrmerik



Anna Rósa Róbertsdóttir.

Anna Rósa Róbertsdóttir lærði grasalækningar í Englandi og hefur starfað við ráðgjöf á eigin stofu í rúma tvo áratugi ásamt því að halda fjölda námskeiða um lækningajurtir og smyrslagerð. Hún hefur gefið út bók um íslenskar lækningajurtir, bæði á íslensku og ensku, sem notið hefur mikilla vinsælda og einnig matreiðslubókina Ljúfmeti úr lækningajurtum sem inniheldur gómsætar uppskriftir. Að auki hefur hún hannað appið Krydd og uppskriftir sem nálgast má ókeypis í snjallsímum og spjaldtölvum á App Store og Play Store. Anna Rósa tinar allar sínar lækningajurtir sjálf og handgerir vinsæl krem, smyrsl og tinktúrur sem fást í apótekum og heilsubúðum. Nánari upplýsingar má finna á www.annarosa.is

Töfrajurtin túrmerik

Það má alveg til sannsvegar færa að túrmerik (*Curcuma longa*) sé töfrajurt en notkun þess sem krydd- og lækningajurtar er ævagömul bæði á Indlandi og í Kína. Túrmerik þykir hafa óvenju fjölbreyttan lækningamátt, en undanfarna áratugi hafa margar vísindarannsóknir staðfest hefðbundna notkun þess til lækninga. Ekkert krydd er jafn vinsælt til rannsókna í heiminum í dag en túrmerik inniheldur virka efnið curcumin sem hefur sterk bólgueyðandi og andoxandi áhrif. Túrmerik hefur hefðbundið verið notað fyrir eftirfarandi kvilla:

- liða-, slit og þvagsýrugigt, liðverkir
- magabólga, magasár, vindverkir, ristilkrampi, sáraristill, offíta, gallsteinar, lifrabólga, ógleði
- hár blóðþrýstingur, hátt kólesteról, lélegt blóðflæði, gyllinæð, æðahnútar
- hósti, hálsbólga, kvef, flensa, astmi, bronkítis
- alzheimers, þunglyndi
- sár, bólur, exem og sóríasis
- áunnin sykursýki
- tíðaverkir, fyrirtíðaspenna, óreglulegar blæðingar, slímhimnuflakk, góðkynja æxli, útferð
- krabbamein

Rannsóknir á túrmerik hafa einnig sýnt að upptaka á virka efninu curcumin í meltingavegi eykst margfalt ef svartur pipar (virka efnið piperine) er tekin samhliða og eins eykur fita upptöku túrmeriks. Á Indlandi er einmitt hefðbundið að nota bæði túrmerik og pipar saman í matargerð en túrmerik gefur gula litinn í karríblöndum. Þar er einnig venja að blanda túrmerik saman við kúamjólk og drekka, ýmist sem kaldan eða heitan drykk.

Túrmerikmauk

1 dl lífrænt túrmerikduft
1 tsk svartur pipar mulinn
1 tsk ceylon-kanill
½ tsk engifer
2 dl vatn

Blandið kryddi saman og setjið ásamt vatni í skaftpott án loks. Sjóðið þar til er orðið að þykku mauki en það tekur skamma stund. Kælið og setjið í glerkrukku og geymið í ísskáp. Geymist 1-2 mánuði í ísskáp. Þetta mauk er síðan notað til að gera túrmerikmjólk eftir þörfum, en eins er tilvalið að nota það í matargerð t.d í kjöt- og fiskrétti.

Túrmerikmjólk

1-2 tsk túrmerikmauk
1 tsk lífræn ólífuoía
2 dl hrísmjólk eða möndlumjólk
1 tsk hunang eða stevia eftir smekk

Setjið öll hráefni í blandara og blandið þar til froðukennt. Drekkið 1-2 glös á dag.

Rannsóknir á túrmerik

Flestar rannsóknir á túrmerik eru gerðar á einangraða efninu curcumin, en yfir 2.700 rannsóknir hafa verið gerðar á túrmerik undanfarna áratugi. Þegar skoðaðar eru klínískar rannsóknir á túrmerik kemur ýmislegt áhugavert í ljós. Klínísk rannsókn á 50 manns með langvinnt hvítblæði (CML) leiddi í ljós að þeim sem var gefið túrmerik ásamt krabbameinslyfjum sýndu meiri árangur en þeir sem eingöngu fengu krabbameinslyf. Niðurstöður rannsóknar á 33 manns með góðkynja stækkun blöðruhálskirtils sýndu að þeir sem fengu túrmerik samhliða annari læknismeðferð náðu umtalsvert betri árangri en þeir sem ekki fengu túrmerik. Klínísk rannsókn á 107 manns með slitgigt í hnjám sýndi að túrmerik var jafn áhrifaríkt og hefðbundið verkjalyf. Önnur rannsókn á 120 manns með slitgigt í hnjám leiddi í ljós að túrmerik hafði jákvæð áhrif þrátt fyrir að búið væri að fjarlægja virka efnið curcumin. Rannsóknir á fólki með áunna sykursýki leiddi í ljós jákvæð áhrif túrmeriks við smáæðakvillum og nýrnasjúkdómum tengdum sykursýki. Klínískar rannsóknir á túrmerik hafa einnig sýnt jákvæða verkun þess á magabólgu og meltingartruflanir. Rannsókn á þremur sjúklingum með alzheimir sjúkdóminn sýndi mikla framför þeirra við inntöku á túrmerik í þrjá mánuði. Allar ofangreindar rannsóknir hafa verið klínískar þ.e. gerðar á

mönnum en þar að auki hafa verið gerðar ótalmargar rannsóknir á áhrifum túrmeriks í tilraunaglösum og á dýrum. Þessar rannsóknir hafa meðal annars leitt í ljós að túrmerik eða curcumin getur lækkað blóðsykur, kólesteról og blóðþrýsting ásamt því að hafa andoxandi áhrif og jákvæð áhrif á þunglyndi, astma, parkinson, hjarta- og æðasjúkdóma, svæðisgarnabólgu, sáraristil, slímseigjuskjúkdóma, augnsjúkdóma, gallsjúkdóma og offitu. Síðast en ekki síst hafa yfir 1.000 rannsóknir sýnt að túrmerik hefur hamlandi áhrif á vöxt kabbameinsfrumna.

Skammtar

Túrmerikduft 1-4 gr á dag. Túrmerikmalk (sjá uppskrift) 1-2 tsk einu sinni til tvisvar á dag. Túrmerikhyllki (curcumin 95%) 350 mg tvisvar á dag. Túrmerikhyllki sem fást í heilubúðum og apótekum eru annað hvort hreint túrmerikduft

eða stöðluð túrmerikhyllki þar sem curcumin er allt að 95% styrkleika. Túrmerik tinktúra (1:5) 1 tsk þrisvar á dag. Notið að vild í matargerð en í litlum skömmtum á meðgöngu. Rannsóknir hafa sýnt að fólk þolir allt að 8 gr af túrmerikdufti á dag án aukaverkana.

Varúð

Stórir skammtar af einangraða efninu curcumin teknir til langs tíma geta ert magaslímhúð og valdið bólgu eða sárum. Stórir skammtar af túrmerikdufti eða stöðluðum túrmerikhyllkjum eru ekki ráðlagðir ef kona á við ófrjósemi að stríða. Mjög stórir skammtar af túrmerik geta valdið ógleði og niðurgang. Ekki er mælt með því að taka stóra skammta af túrmerik samhliða blóðþynningslyfjum. Þekkt er að túrmerik getur valdið ertinu í húð hjá þeim sem eru í mikilli snertingu við það.



Heimildir

Akazawa N, Choi Y, Miyaki A, et al. Curcumin ingestion and exercise training improve vascular endothelial function in postmenopausal women. *Nutr Res.* 2012 Oct;32(10):795-9.

Appendino G, Belcaro G, et al. Potential role of curcumin phytochrome (Meriva) in controlling the evolution of diabetic microangiopathy. A pilot study. *Panminerva Med.* 2011 Sep;53(3 Suppl 1):43-9.

Biswas J, Sinha D, et al. Curcumin protects DNA damage in a chronically arsenic-exposed population of West Bengal. *Hum Exp Toxicol.* 2010 Jun;29(6):513-24.

Botanical Safety Handbook. 2013. AHPA (American Herbal Products Association). 2. útg. CRC Press, Florida, USA.

Cheng AL, Hsu CH, et al. Phase I clinical trial of curcumin, a chemopreventive agent, in patients with high-risk or pre-malignant lesions. *Anticancer Res.* 2001 Jul-Aug;21(4B):2895-900.

Di Mario F, Cavallaro LG, et al. A curcumin-based 1-week triple therapy for eradication of *Helicobacter pylori* infection: something to learn from failure? *Helicobacter.* 2007 Jun;12(3):238-43.

Ghalaut VS, Sangwan L, et al. Effect of imatinib therapy with and without turmeric powder on nitric oxide levels in chronic myeloid leukemia. *J Oncol Pharm Pract.* 2012 Jun;18(2):186-90.

Gupta SC, Patchva S, Aggarwal BB. Therapeutic roles of curcumin: lessons learned from clinical trials. *AAPS J.* 2013 Jan;15(1):195-218.

Khajehdehi P, Pakfetrat M, et al. Oral supplementation of turmeric attenuates proteinuria, transforming growth factor- β and interleukin-8 levels in patients with overt type 2 diabetic nephropathy: a randomized, double-blind and placebo-controlled study. *Scand J Urol Nephrol.* 2011 Nov;45(5):365-70.

Kuptniratsaikul V, Thanakhumtorn S, et al. Efficacy and safety of *Curcuma domestica* extracts in patients with knee osteoarthritis. *J Altern Complement Med.* 2009 Aug;15(8):891-7.

Lopresti AL, Hood SD, Drummond PD. Multiple antidepressant potential modes of action of curcumin: a review of its anti-inflammatory, monoaminergic, antioxidant, immune-modulating and neuroprotective effects. *J Psychopharmacol.* 2012 Dec;26(12):1512-24.

Madhu K, Chanda K, Saji MJ. Safety and efficacy of *Curcuma longa* extract in the treatment of painful knee osteoarthritis: a randomized placebo-controlled trial. *Inflammopharmacology.* 2013 Apr;21(2):129-36.

Nozomi Hishikawa, Yoriko Takahashi, et al. Effects of turmeric on Alzheimer's disease with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Ayu.* 2012 Oct-Dec; 33(4): 499-504.



REYKJALUNDUR
endurhæfing

Stöðugleikakerfi axlargrindar hjá hálsverkjafólki



Harpa Helgadóttir,
sjúkraþjálfari, PhD, MTC.



Halldór Jónsson jr.,
bæklunarskurðlæknir, PhD.

Ingangur

Talið er að röskun á stöðugleikakerfi herðablaðs geti framkallað og viðhaldið vanstarfsemi í háls- og brjóstþrygg með því að valda þrýstings-, snúnings- og skriðálagi á liðum og liðumbúnaði². Þar sem þessar truflanir eru taldar tengjast hálsverkjum og endurteknum hálsverkjaköstum, felur meðferð vegna hálsverkja hjá sjúkraþjálfara í sér mat á stöðu herðablaðs og starfsemi stöðugleikavöðva herðablaðsins með leiðréttingum þegar við á^{2, 13, 15-17, 24}. Stöðugleikakerfi herðablaðsins hefur ekki verið rannsakað hjá einstaklingum með hálsverki og hafa meðferðarúrræði fyrir þessa einstaklinga hingað til byggst á niðurstöðum rannsókna á einstaklingum með axlarverki¹⁶.

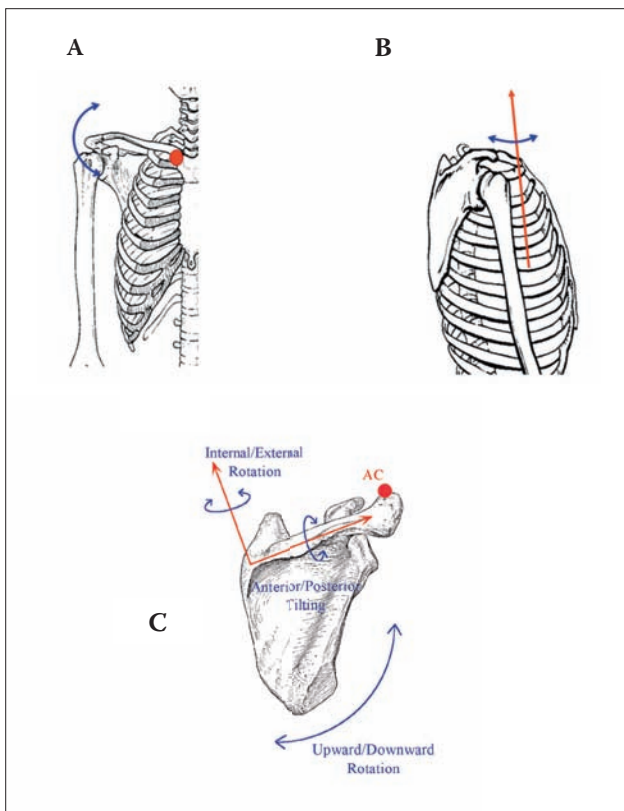
Meginmarkmið doktorsverkefnisins⁹ var að rannsaka stöðugleikakerfi herðablaðsins hjá einstaklingum með hálsverki og meta hvort að einstaklingar með hálsverki af óþekktum uppruna og einstaklingar með hálsverki eftir

hálsþnykk hafi mismunandi truflanir. Einstaklingar með hálsverki af óþekktum uppruna hafa sögu um vaxandi einkenni oft tengd lakri líkamsstöðu og slitbreytingum sem eiga sér stað vegna ofálags¹⁴. Einstaklingar með hálsverki eftir hálsþnykk hafa sögu um fjölbreytt einkenni sem tengjast árekstrinum^{6, 7, 19, 23}. Talið er að þessir tveir hópar geti haft mismunandi truflanir sem leitt geti til einkenna. Stöðugleikakerfi herðablaðs var rannsakað með því að athuga hvort til staðar væri annars vegar trufluð staða herðablaðs þegar handleggur er niður með hlið og hins vegar truflun á hreyfimyntri þegar handlegg er lyft. Kveikjumynstur stöðugleikavöðva herðablaðsins; sjalvöðva (m. trapezius) og síðusagtennings (m. serratus anterior), var einnig athugað þegar handlegg var lyft. Aukamarkmið rannsóknarinnar var mat á stöðu háls- og brjóstþryggs hjá þessum sama hóp. Tilgátan var sú að einstaklingar með hálsverki hafi truflaða stöðu á herðablaði, háls- og brjóstþrygg ásamt truflun á kveikjumynstri stöðugleikavöðva herðablaðs og að einstaklingar með hálsverki af óþekktum uppruna hafi öðruvísi truflanir en einstaklingar með hálsverki eftir hálsþnykk.

Aðferð

Staða herðablaðs, háls- og brjóstþryggjar og kveikjumynstur sjalvöðva og síðusagtennings var metið með þrívíddargreini (Polhemus 3-Space Fastrak, Colchester, VT) og yfirborðsvöðvarafrita (KINE, Hafnarfjörður, Iceland) hjá einstaklingum með hálsverki af óþekktum uppruna (n=22) og hálsverki eftir hálsþnykk vegna bílákeyrslu (n=27). Einkennalaus hópur var valinn til samanburðar (n=23). Allir þátttakendur í rannsókninni voru réttthentir. Til að geta tekið þátt í rannsókninni þurftu þátttakendur í hálsverkjahóp að vera á aldrinum 18 til 55, hafa minnst 10 stig (af 100) á hálsverkjakvarða (Neck Disability Index)³⁰ og hafa haft einkenni frá hálsþrygg í meira en 6 mánuði⁸. Þátttakendur voru annaðhvort í hóp sem samanstóð af einstaklingum með hálsverki af óþekktum uppruna og höfðu enga sögu um áverka eða hóp sem samanstóð af einstaklingum með hálsþnykk gráðu II²⁶ og höfðu ekki sögu um hálsverki fyrir slysið. Einkenni frá axlarliðum, saga um höfuðáverka eða hryggbrott og kerfisbundnir- eða geðrænir sjúkdómar útilokuðu þátttöku.

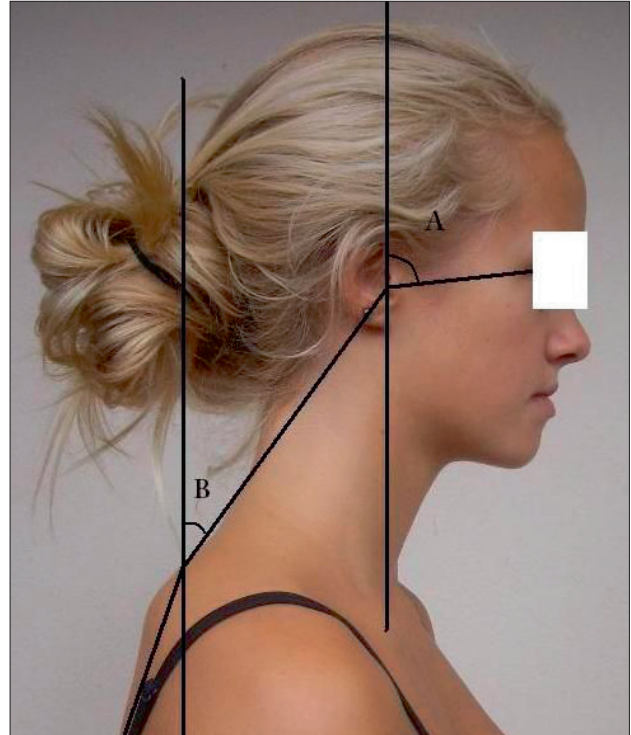
Staða herðablaðs var metin samkvæmt skilgreiningu alþjóðasambands lífaflfræðinga (The Standardization and Terminology Committee of the International Society of Biomechanics). Þetta felur í sér að staða herðablaðs er metin í þrívídd sem er lýst með tveimur snúningum viðbeins: upp/niður snúning og fram/aftur snúning og þremur snúningum



Mynd 1. Upp/niður snúningur viðbeins (A), fram/aftur snúningur viðbeins (B), upp/niður snúningur, inn/út snúningur og fram/aftur halli, herðablaðs (C).



Mynd 2. Uppsetning við mælingar. Hreyfinemi var festur við bringubein, flata hluta axlarhyrnu og á aftari hluta upphandlegs. Vöðvarafritsnemar voru festir á efri-, mið- og neðri hluta sjalvöðva og síðusagtenning. Á myndinni sjást tveir nemar á síðusagtenning: eingöngu var notast við gögn frá efri nemanum.



Mynd 3. Staða háls hryggs: Hnit voru tekin af hægri augnkrók, hlust og sjöunda háls hryggjartind. Staða efri háls hryggs var metin með því að reikna út horn lóðlínu og línu sem dregin var frá augnkrók til hlustar (A). Staða neðri háls hryggs var metin með því að reikna út horn lóðlínu og línu sem dregin var frá hlust að sjöunda háls hryggjartind (B).

herðablaðs: upp/niður snúning, inn/út snúning og fram/aftur halla (Mynd 1)^{18, 32}. Þrívíddarnemar voru festir við bringubein, ofan á flata hluta axlarhyrnu (acromion) og aftan á upphandlegg (Mynd 2). Þrívíddar skrásetjari tengdur Fastrak tækinu var notaður til að skrá hnit kennileita brjóst hryggs, viðbeins, herðablaðs og upphandlegs. Staðlaður hugbúnaður reiknaði út snúninga viðbeins og herðablaðs samkvæmt hnitum þessara kennileita. Staða herðablaðs var metin þegar handleggur var niður með hlið og þegar handlegg var lyft 30, 60, 90 og 120 gráður í plani herðablaðs¹⁸.

Staða háls- og brjóst hryggs var metin með þrívíddar skrásetjaranum sem var notaður til að skrá hnit kennileita höfuðs, háls- og brjóst hryggs. Hnit af hægri augnkrók, hlust og sjöunda háls hryggjartind voru notuð til að reikna út stöðu efri- (A) og neðri háls hryggs (B) (Mynd 3)^{5, 27}. Hnit af öðrum til ellefta brjóst hryggjartind voru notuð til að meta stöðu brjóst hryggs (MTC=mid-thoracic curve). Bogadregin lína var dregin eftir hryggjartindunum og einnig bein lína á milli annars og þess ellefta (l). Fjarlægðin á milli þessara tveggja lína þar sem hún var mest var svo reiknuð út (h) (Mynd 4)⁴.

Yfirborðsvöðvarafritsnemar voru settir á efri-, mið- og neðri hluta sjalvöðva^{10, 11} og á síðusagtenning¹ (Mynd 2). Hreyfi- og vöðvarafritsgögn voru samstillt og reiknað var út hvenær vöðvarnir virkjuðust þegar handlegg var lyft. Vöðvi taldist virkur þegar gildi hans hafði hækkað um tvö staðalfrávik frá hvíldargildi (mælt þegar handleggur var niður með hlið) í meira en 50 millisekúndur^{12, 25}. Tíminn sem leið frá því augnabliki sem handleggurinn byrjaði að lyftast og þegar hver vöðvi virkjaðist var reiknaður með tölvuforriti og birtur í sekúndum.

Þátttakandi var beðin að sitja uppréttur með handleggi niður með hliðum, horfa beint fram og halda þeirri stöðu á meðan hnit kennileita voru skráð. Hreyfi- og vöðvarafritsgögnum var svo safnað þegar handleggur var niður með hlið og þegar handlegg var lyft upp á 3 sekúndum og niður á 3 sekúndum (Mynd 2). Báða hliðar voru metnar en aðeins önnur hliðin í einu.

Meðaltöl og staðalfrávik voru reiknuð fyrir stöðu háls- og brjóst hryggs (3 breytur), herðablaðs (5 breytur) og fyrir kveikjumynstur efri- mið- og neðri hluta sjalvöðva og síðusagtennings (4 breytur), báðum megin. Einhliða línuleg ferveikagreining (one-way ANOVA) var notuð til að meta mismun á stöðu herðablaðs, háls og brjóst hryggs á milli hópa, þegar handleggur var niður með hlið og aðferðafræði “Tukey” var notuð til að ákvarða helstu áhrif ferveikagreiningar. Þríhliða ferveikagreining (three-way ANOVA) var notuð til að meta mismun á stöðu herðablaðs á milli hópa þegar handlegg var lyft. Milli-einstaklings þáttur (between subject factor) var hópur og innan-einstaklings þáttur (within subject factor) var annarsvegar hlið (hægri og vinstri) og hinsvegar lyfta handlegs (30, 60, 90 og 120 gráður). Tvíhliða ferveikagreining (two-way ANOVA) var notuð til að meta mismun á virkni sjalvöðva og síðusagtennings á milli hópa þegar handlegg var lyft. Milli-einstaklings þáttur var hópur og innan-einstaklings þáttur var hlið. Marktekstarstig fyrir öll próf var 0.05.

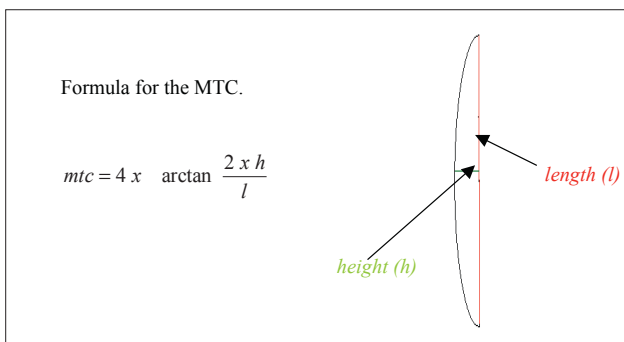
Niðurstöður

Niðurstöður sýndu breytta stöðu herðablaðs, háls hryggs og truflað kveikjumynstur síðusagtennings, hjá einstaklingum

með hálsverki. Þegar handleggur var niður með hlið sýndu einstaklingar með hálsverki marktækt minnkaðan aftursnúning hægra viðbeins og einstaklingar með hálsverki eftir bílákeyrslu minnkaðan uppsnúning vinstra herðablaðs, miðað við samanburðarhópinn. Mismunur var á uppsnúningi viðbeins og framhalla herðablaðs á vinstri hlið milli einstaklinga með hálsverki af óþekktum uppruna og eftir bílákeyrslu. Einstaklingar með hálsverki af óþekktum uppruna sýndu minnkaðan uppsnúning viðbeins miðað við samanburðarhópinn en einstaklingar með hálsverki eftir hálshnykk aukinn framhalla herðablaðs miðað við samanburðarhópinn og einstaklinga með hálsverki af óþekktum uppruna.

Þegar handlegg var lyft sýndu einstaklingar með hálsverki eftir hálshnykk aukinn uppsnúning viðbeins miðað við samanburðarhópinn þegar handleggur var í 90 og 120 gráðu lyftu og miðað við einstaklinga með hálsverki af óþekktum uppruna þegar handleggur var í 120 gráðu lyftu. Mismunur var á aftursnúningi viðbeins milli hægri og vinstri hliðar hjá öllum hópum þar sem aftursnúningur viðbeins var minni á hægri hlið samanborið við þá vinstri. Megináhrif á milli hópa voru ekki marktæk ($P = 0.072$) en tilhneigingin var þó skoðuð og sýndi að einstaklingar með hálsverki af óþekktum uppruna ($P = 0.04$) og einstaklingar með hálsverki eftir hálshnykk ($P = 0.06$) hefðu minnkaðan aftursnúning viðbeins miðað við samanburðarhópinn. Mismunur var á halla vinstra herðablaðs milli einstaklinga með hálsverki eftir bílákeyrslu og af óþekktum uppruna þar sem fyrrnefndi hópurinn hafði minnkaðan afturhalla herðablaðs en sá síðarnefndi aukinn afturhalla herðablaðs. Einstaklingar með hálsverki af óþekktum uppruna sýndu einnig marktækan mismun milli halla vinstra og hægra herðablaðs þar sem afturhalli vinstra herðablaðs var aukinn miðað við hægra herðablað.

Niðurstöðurnar sýndu einnig marktæka seinkun á virkni síðusagtennings og minnkað horn milli höfuðkúpu og háls hryggs hjá einstaklingum með hálsverki. Engin munur var á stöðu neðri hálshryggs ($P = 0.07$) og brjósthryggs ($P = 0.99$) milli hópa.



Mynd 4. Lýsing og útreikningur á stöðu brjósthryggs (MTC=mid-thoracic curve).

Umræða

Niðurstöður rannsóknanna í doktorsverkefninu sýndu breytta stöðu herðablaðs, efri hálshryggs og seinkaða virkni síðusagtennings hjá einstaklingum með hálsverki samanborið við einstaklinga sem ekki hafa hálsverki. Niðurstöður sýndu einnig mismunandi truflanir hjá einstaklingum með hálsverki af óþekktum uppruna og eftir hálshnykk.

Minnkaður aftursnúningur viðbeins hjá einstaklingum

með hálsverki er í samræmi við fyrri rannsóknir^{3, 28, 33} og bendir til minnkaðrar getu sjalvöðva að draga axlargetindina aftur eða minnkaðs eftirgefaleika og aukinnar virkni brjóstvöðva. Aukinn niðursnúningur viðbeins hjá einstaklingum með hálsverki af óþekktum uppruna er einnig í samræmi við fyrri rannsóknir²² og bendir til minnkaðrar getu efri sjalvöðva að halda axlargetindinni uppi. Aukinn niðursnúningur herðablaðs hjá einstaklingum með hálsverki eftir hálshnykk bendir einnig til minnkaðrar virkni efri sjalvöðva eða til minnkaðrar virkni síðusagtennings að viðhalda eðlilegum uppsnúningi herðablaðs. Þar sem uppsnúningur viðbeins er ekki aukinn samfara niðursnúningi herðablaðs-ins er ekkert sem bendir til styttingar eða aukinnar virkni í herðablaðslyfti (m.levator scapulae) eða tígl vöðvum (m.m. rhomboidei) þegar handleggur er niður með hlið. Þessar niðurstöður samræmast fullyrðingum Sahrman (2002)²⁴ að lágstæð axlargetind og niðursnúningur herðablaðs sé algengasta truflunin á stöðu axlargetindar þegar handleggur er niður með hlið. Þessar niðurstöður kalla á endurskoðun meðferðaráætlanana sem fela í sér teygjur fyrir efri sjalvöðva og staðfesta mikilvægi þess að greina truflanir hjá hverjum einstaklingi til að veita viðeigandi meðferð.

Mismunur var á uppsnúningi viðbeins og halla herðablaðs milli hálsverkjahópanna þar sem einstaklingar með hálsverki af óþekktum uppruna sýndu aukinn niðursnúning viðbeins og afturhalla herðablaðs, en einstaklingar með hálsverki eftir hálshnykk aukinn uppsnúning viðbeins og framhalla herðablaðs þegar handlegg var lyft. Þessar niðurstöður samræmast því sem haldið er fram að aukinn uppsnúningur viðbeins leiðir til aukins framhalla herðablaðs og öfugt þar sem að herðablaðið fylgir brjóstbaksveigjunni²⁹. Það samræmist einnig því að minnkaður uppsnúningur viðbeins þegar handleggur er niður með hlið, hjá einstaklingum með hálsverki af óþekktum uppruna, leiðir til meiri afturhalla herðablaðs. Aukinn uppsnúningur viðbeins og framhalla herðablaðs hjá einstaklingum með hálsverki eftir hálshnykk þegar handlegg er lyft bendir til minnkaðrar virkni síðusagtennings og neðri sjalvöðva að halda eðlilegum halla á herðablaði og koma í veg fyrir að axlargetindin lyftist. Aukinn framhalla getur einnig bent til minnkaðs eftirgefaleika og aukinnar virkni djúpa brjóstvöðvans (m. pectoralis minor)^{20, 21, 24}. Mismunur á stöðu og hreyfingum herðablaðs á milli hliða er talin vera vísbending um truflaða hreyfistjórn herðablaðs³¹, þessi mismunur var eingöngu marktækur hjá einstaklingum með hálsverki af óþekktum uppruna.

Einstaklingar með hálsverki sýndu breytta stöðu efri hálshryggs miðað við samanburðarhópinn en engin munur var á stöðu neðri hálshryggs og brjósthryggs. Minnkað horn milli höfuðkúpu og hálshryggs hjá sjúklingum með hálsverki bendir til skertrar getu hálshryggs til þungaburðar sem getur meðal annars orsakast af truflaðri vöðvavirkni djúpra hálsbeygjuvöðva.

Samanlagt benda niðurstöður rannsókna til illa samhæfðrar vöðvavirkni, minnkaðrar taugavöðvastjórnunar og röskunar á eðlilegum stöðugleika herðablaðs hjá einstaklingum með hálsverki. Þessar breytingar á stöðugleikakerfi herðablaðs og stöðu hálshryggjar geta verið mikilvægur þáttur í langvarandi og auknum einkennum þessara einstaklinga og ber því framvegis að hafa í huga við skoðun og meðferðaráætlanir.

Heimildir:

1. Basmajian JV, Blumenstein R. Biofeedback: Principles and Practices for Clinicians. Baltimore: Williams and Wilkins; 1989.
2. Behrsin J, Maguire K. Levator scapulae action during shoulder movement: A possible mechanism for shoulder pain of cervical origin. *Aust J Physiother.* 1986;32:101-106.
3. Braun BL. Postural differences between asymptomatic men and women and craniofacial pain patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 1991;72:653-656.
4. Bullock MP, Foster NE, Wright CC. Shoulder impingement: the effect of sitting posture on shoulder pain and range of motion. *Man Ther.* 2005;10:28-37.
5. Edmondston SJ, Chan HY, Ngai GC, Warren ML, Williams JM, Glennon S, Netto K. Postural neck pain: an investigation of habitual sitting posture, perception of 'good' posture and cervicothoracic kinaesthesia. *Man Ther.* 2007;12:363-371.
6. Elliott J, Sterling M, Noteboom JT, Darnell R, Galloway G, Jull G. Fatty infiltrate in the cervical extensor muscles is not a feature of chronic, insidious-onset neck pain. *Clin Radiol.* 2008;63:681-687.
7. Falla D, Bilenkij G, Jull G. Patients with chronic neck pain demonstrate altered patterns of muscle activation during performance of a functional upper limb task. *Spine.* 2004;29:1436-1440.
8. Hartling L, Brison RJ, Ardern C, Pickett W. Prognostic value of the Quebec Classification of Whiplash-Associated Disorders. *Spine.* 2001;26:36-41.
9. Helgadóttir H. Investigation of the stability system of the scapula in patients with cervical spine disorders: Assessment of scapular orientation and recruitment of the scapular stability muscles in patients with insidious onset neck pain and whiplash associated disorders. Reykjavik: University of Iceland, PhD Thesis; 2010.
10. Hermens HJ, Freriks B, Disselhorst-Klug C, Rau G. Development of recommendations for SEMG sensors and sensor placement procedures. *J Electromyogr Kinesiol.* 2000;10:361-374.
11. Hermens HJ, Freriks B, Merletti R, Hägg G, Stegeman D, Blok J: SENIAM 8: European recommendations for surface electromyography. www.seniam.org. Roessingh Research and Development, 2009.
12. Hodges PW, Bui BH. A comparison of computer-based methods for the determination of onset of muscle contraction using electromyography. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol.* 1996;101:511-519.
13. Janda V. Muscles and motor control in cervicogenic disorders: Assessment and management. In: Grant R, ed. Physical therapy of the cervical and thoracic spine. New York: Churchill Livingstone; 1994: 195-216.
14. Johansson H, Windhorst U, Djupsjöbacka M, Passatore M. Chronic Work-Related Myalgia: Neuromuscular Mechanisms behind Work-Related Chronic Muscle Pain Syndromes. Umeå, Sweden: Gävle University Press; 2003.
15. Jull G. Management of cervical headache. *Man Ther.* 1997;2:182-190.
16. Jull G, Sterling M, Falla D, Treleaven J, O'Leary S. Whiplash headache and neck pain: Research-based directions for physical therapies. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone, Elsevier; 2008.
17. Jull GA, Falla D, Treleaven J, Sterling M, O'Leary S. A therapeutic exercise approach for cervical disorders. In: Boyling J and Jull G, ed. Grieve's modern manual therapy: The vertebral column. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone, Elsevier science; 2004: 451-470.
18. Karduna AR, McClure PW, Michener LA, Sennett B. Dynamic measurements of three-dimensional scapular kinematics: a validation study. *J Biomech Eng.* 2001;123:184-190.
19. Kristjánsson E, Jonsson H Jr. Is the sagittal configuration of the cervical spine changed in women with chronic whiplash syndrome? A comparative computer-assisted radiographic assessment. *J Manipulative Physiol Ther.* 2002;25:550-555.
20. Ludewig PM, Cook TM. Alterations in shoulder kinematics and associated muscle activity in people with symptoms of shoulder impingement. *Phys Ther.* 2000;80:276-291.
21. Ludewig PM, Reynolds JF. The association of scapular kinematics and glenohumeral joint pathologies. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2009;39:90-104.
22. Nagasawa A, Sakakibara T, Takahashi A. Roentgenographic findings of the cervical spine in tension-type headache. *Headache.* 1993;33:90-95.
23. Nederhand MJ, Hermens HJ, IJzerman MJ, Turk DC, Zilvold G. Cervical muscle dysfunction in chronic whiplash-associated disorder grade 2: the relevance of the trauma. *Spine.* 2002;27:1056-1061.
24. Sahrman SA. Diagnosis and treatment of movement impairment syndromes. White K. St. Louis: Mosby Inc.; 2002.
25. Silfies SP, Mehta R, Smith SS, Karduna AR. Differences in feedforward trunk muscle activity in subgroups of patients with mechanical low back pain. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90:1159-1169.
26. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining "whiplash" and its management. *Spine.* 1995;15:1S-73S.
27. Straker LM, O'Sullivan PB, Smith AJ, Perry MC. Relationships between prolonged neck/shoulder pain and sitting spinal posture in male and female adolescents. *Man Ther.* 2009;14:321-329.
28. Szeto GPY, Straker LM, Raine S. A field comparison of neck and shoulder postures in symptomatic and asymptomatic office workers. *Appl Ergon.* 2002;33:75-84.
29. Teece RM, Lunden JB, Lloyd AS, Kaiser AP, Cieminski CJ, Ludewig PM. Three-dimensional acromioclavicular joint motions during elevation of the arm. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38:181-190.
30. Vernon H, Mior S. The neck disability index: a study of reliability and validity. *J Manipulative Physiol Ther.* 1991;14:409-415.
31. Warner JJ, Micheli LJ, Arslania LE. Scapulothoracic motion in normal shoulders and shoulders with glenohumeral instability and impingement syndrome: A study using Moire topographic analysis. *Clin Orthop.* 1992;285:191-199.
32. Wu G, van der Helm FCT, Veeger HEJ, Makhsous M, Van Roy P, Anglin C, Nagels J, Karduna A, McQuade K, Wang X, Werner FW, Buchholz B. ISB recommendation on definitions of joint coordinate systems of various joints for the reporting of human joint motion - Part II: shoulder, elbow, wrist and hand. *J Biomech.* 2005;38:981-992.
33. Yip CHT, Chiu TTW, Poon ATK. The relation between head posture and severity and disability of patients with neck pain. *Man Ther.* 2008;13:148-154.



Kaffihúsafundur FÍL

Eins og mörg undanfarin ár hittast lækningarar á kaffihúsafundum einu sinni í mánuði.

Í Reykjavík hittast lækningarar fyrsta fimmtudag hvers mánaðar á Kaffi Meskí í Fákafeni 9.

Á Suðurlandi hittast lækningarar á hinum ýmsu stöðum á Suðurlandinu og er staðsetning auglýst hverju sinni.

Á Akureyri hittast lækningarar Norðurlands-deildarinnar á hinum ýmsu stöðum á Norðurlandi og er staðsetningin auglýst hverju sinni.

Þetta eru mjög skemmtilegir og gefandi fundir. Það er gaman að hitta kollega sína utan vinnutíma og ræða það sem efst er á baugi hverju sinni.

Ræðst gegn verkjum



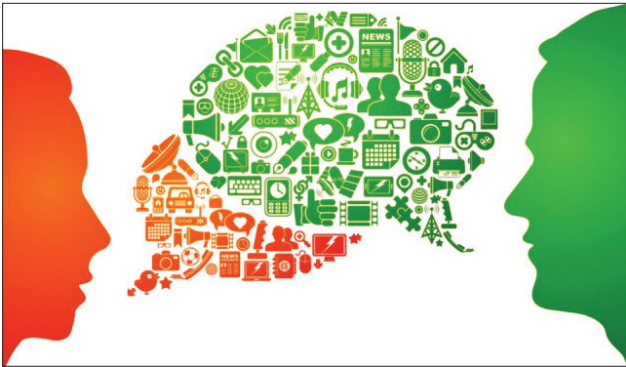
Paratabs®

– Öflugur verkjabani!

Notkunarsvið: Paratabs inniheldur virka efnið parasetamól 500 mg. Paratabs er verkjastillandi og hitalækkandi lyf. Lyfið er m.a. notað við höfuðverk, tannverk, tíðaverk, vöðvaverk og hita. **Skömmtun:** Fullorðnir og unglingar sem eru 50 kg eða þyngrir: 1 til 2 töflur á 4 til 6 klst.fresti eftir þörfum, að hámarki 6 töflur/3 g á dag. Börn og unglingar sem eru 43-50 kg að þyngd: 1 tafla á 4 klst. fresti eftir þörfum, að hámarki 5 töflur/2,5 g á dag. Börn sem eru 34-43 kg að þyngd: 1 tafla á 6 klst. fresti eftir þörfum, að hámarki 4 töflur/2 g á dag. Börn sem eru 26-34 kg að þyngd: ½ tafla á 4 klst. fresti eða 1 tafla á 6 klst.fresti eftir þörfum, að hámarki 3 töflur/1,5 g á dag. Paratabs 500 mg er ekki ætlað börnum sem eru innan við 26 kg. **Varúðarreglur:** Þeir sem hafa ofnæmi fyrir parasetamóli eða einhverju hjálparefnanna eiga ekki að nota lyfið. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrar- og nýrnastarfsemi, samhliða meðferð með lyfjum sem hafa áhrif á á lifrarstarfsemi, skort á glúkósa-6-fosfatdehýdrógenasa, rauðaloslóðleysi, ofnotkun áfengis, ofþornun og langvarandi vannæringu. Forðast skal samhliða notkun Paratabs og áfengis. Paratabs á ekki að nota samtímis öðrum lyfjum sem innihalda parasetamól. Ef teknir eru stærri skammtar en ráðlagðir hámarks-skammtar á sólarhring er hætt við alvarlegum lifrarskemmdum. Langvarandi notkun getur valdið alvarlegum og tíðum höfuðverkjum. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með astma, sem eru næmir fyrir acetylsalicylsýru. Ef hár hiti eða einkenni sýkingar eru enn til staðar eftir meðferð í meira en 3 daga, eða ef verkur er enn til staðar eftir meðferð í meira en 5 daga, skal leita til læknis. **Meðganga og brjóstgjöf:** Nota má Paratabs í ráðlögðum skömmtum á meðgöngu eða samhliða brjóstgjöf. **Aukaverkanir:** Parasetamól þolist almennt vel, aukaverkanir eru sjaldgæfar ef ráðlögðum skömmtum er fylgt. Ekki taka meira en ráðlagðan skammt. Athugið að hærri skammtar en ráðlagðir eru geta valdið mjög alvarlegum lifrarskemmdum. **Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.** Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá. Actavis Group PTC ehf. Ágúst 2014.


Actavis

Dagleg samskipti



Samskipti eru nauðsynleg í daglegu lífi og því mikilvægt að vanda til þeirra. Í samskiptum felast ekki aðeins orðaskipti, heldur raddblær, svipbrigði og líkamstjáning. Öll þessi atriði koma síðan saman í heildarupplifun þeirra sem eiga í samskiptum sín á milli. Slæm tjáskipti geta haft vond áhrif á vinnustaðabraginn og skapað kvíða, stress og vanlíðan. Vellíðan á vinnustað bendir til að þar sé stundað gott samskiptaform.



Samkvæmt Neel Burton eru nokkrar grundvallarreglur sem gott er að hafa í huga varðandi samskipti.

1. Að sýna hlýlegt viðmót og hlusta
2. Nota virka hlustun- ná augnsambandi, kinka kolla, jánka á viðeigandi stöðum og spyrja viðeigandi spurninga um það sem verið er að ræða. Í aðalatriðum vera vakandi í samræðunum.
3. Sýna samhyggð og skilning, þarft ekki að vera samála viðkomandi.
4. Fara varlega í að dæma aðra og koma skoðunum á framfæri (ef þarf) á tillitssaman hátt.

5. Best er að orða hlutina á eins skýran og einfaldan hátt og hægt er, forðast allt málskrúð. Látbragð til að undirstrika merkingu er einnig tilvalið. Í lokin er gott að athuga með skilning. Skildi ég þig rétt var...o.s.frv., þar sem einstaklingar túlka skilaboð á mismunandi hátt sem getur jafnvel farið eftir dagsforminu, er þetta ágætisregla t.d. á fundum, bæði óformlegum og formlegum.



Hér er ekki verið að leggja til að allir mæti með forskrift á blaði í vinnuna, en gott er að stoppa við og hugsa, gæti ég gert betur?

Erfiður vinnustaðabragur getur haft áhrif á vinnuframlag og aukið fjarvistir, slíkt eykur álag á aðra starfsmenn ef vandamálið verður langvinnnt. Líðan á vinnustað hefur einnig áhrif út fyrir vinnustaðinn, glaður starfsmaður kemur væntanlega kátari heim en sá sem á erfitt fyrir í vinnunni.

Verum vakandi í samskiptum, sýnum skilning og sendum bros út í daginn. :-)

*Ásthildur Erlingsdóttir, lækningaritari
og nemi í sálfræði við HA.*

Námsstefna
Félags íslenskra lækna­ritara
Húsnæði BSRB Grettisgötu 89
17. - 18. apríl 2015



Fagmennska - nákvæmni

Föstudagur 17. apríl

- Kl. 19:30 Móttaka á veitingastaðnum UNO
 Salur á efri hæð
Í tilefni 45 ára afmælis Félags íslenskra lækna­ritara

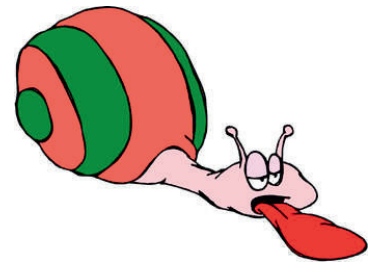
Laugardagur 18. apríl

- Kl. 10:00 Húsið opnar, skráning þátttakenda
Kaffi og meðlæti
- Kl. 10:15 Guðlaugur Birgisson sjúkraþjálfari á Reykjalundi
Langtímaárangur af offitumeðferð á Reykjalundi
- Kl. 11:15 Þórdís Elva Þorvaldsdóttir leikkona, leikskáld og rithöfundur
Netnotkun og netofbeldi
- Kl. 12:00 Hádegisverður
- Kl. 13:00 Arndís Halla Jóhannesdóttir mark- og þroskaþjálfari
Mikill hlátur og smá grátur
- Kl. 14:00 Námsstefnu lýkur
- Kl. 14:15 Aðalfundur Félags íslenskra lækna­ritara
- Kl. 16:00 Aðalfundi slitið

Námsstefnugjald kr. 8.000.-

Unnt er að sækja um styrk vegna námstefnu til stéttarféлага og/eða vinnuveitenda.

Árstíðarbundið þunglyndi



Hvað er skammdegisþunglyndi (Seasonal affective disorder/SAD)?

Orsakir þess eru ekki að fullu þekktar en þó eru sterkar vísendingar um að ástandið tengist minnkandi dagsbirtu sem valdi síðan breytingu á lífsklukkunni eða á melatónín framleiðslu. Hormónið melatónín myndast í heilakönglinum, hann byrjar að láta frá sér melatónín þegar orðið er dimmt, hámarks framleiðsla er um miðja nótt, og síðan dregur smám saman úr framleiðslunni um leið og birta eykst. Náttúrulegt magn melatóníns minnkar með aldrinum, en sú staðreynd styrkir tilgátuna því tíðni skammdegisþunglyndis virðist aukast með hækkandi aldri.

Spurningar hafa líka vaknað um hvort lækandi hitastig eigi hlut að máli. Boðefnið Serótónín er einnig talið hafa áhrif, en sú tilgáta byggist á því að ákveðin þunglyndislyf (SSRI lyf) sem auka serótónínmagnið í heilanum virka í mörgum tilfellum betur á skammdegisþunglyndi en önnur lyf. Einnig sýna rannsóknir að ef ákveðin aminosýra sem líkaminn breytir í serótónín er tekin úr fæðunni aukast líkur á þunglyndi til muna.

Algengi skammdegisþunglyndis er meira hjá konum en körlum og algengara hjá fólki sem býr lengra frá miðbaug. Eins og með aðrar gerðir þunglyndis er það algengara hjá þeim sem eiga ættingja með sjúkdóminn, einnig er líklegara að einstaklingar með þunglyndissjúkdóma hafi skammdegisþunglyndi og líði því verr á veturna.

Hvernig lýsir skammdegisþunglyndi sér?

Árstíðarbundið þunglyndi kemur oftast fram þegar hausta tekur. Einkennin eru helst aukin svefn, aukin matarlyst, löngun í sætindi, þyngdaraukning, þreyta, orkuleysi, píringur og depurð. Einstaklingur sem finnur fyrir þessum einkennum ætti alltaf að leita til heimilislæknis til að útiloka aðra sjúkdóma.



Hvað er hægt að gera?

Birta og hreyfing virðast vera lykilaríði, því meira því betra. Vekjaraklukkan sem líkir eftir dagrenningu með því að auka birtustigið smámsaman áður en hún hringir gæti nýst einhverjum. Einföld ráð eins og að draga vel frá

gluggum meðan bjart er og nýta bjartasta tímann til útveru hjálpa.

Regluleg hreyfing vinnur einnig gegn þunglyndi hvort sem hún er stunduð inni eða úti ásamt því að bæta líkamsástand. Hollt mataræði er einnig alltaf til bóta, Omega-3 fitusýrur

og D vítamín (D vit verður m.a. til í húðinni þegar sólin skín).

Ef almenn ráð duga ekki, er hægt að prufa meðferð með dagljósalampa.

Slíkt meðferð felst í að einstaklingurinn situr fyrir framan lampan í ákveðinn tímafjölda á dag í u.þ.b. 2 vikur, en það er sá tími sem talinn er nauðsynlegur til að meðferðin nái að virka. Styrkleiki lampana er mældur í lúxum og fer það eftir styrk hve langan tíma þarf að sitja við t.d. á 5000 lúxum er hæfilegur tími 1 klukkustund. Dagljóslampar fást í mörgum raftækjaverslunum, hægt er að fá þá lánaða á einhverjum heilsugæslum og einhverjar heilsugæslur bjóða upp á tímabantanir í ljósasetur. Það liggja ekki fyrir afdráttarlausar rannsóknir um árangur birtumeðferðar og mjög einstaklingsbundið er hvort meðferðin bæti líðan.



Lyfjameðferð með þunglyndislyfjum (SSRI lyfjum) getur einnig hjálpað. Jafnvel dugar að taka lyf eingöngu yfir veturinn meðan einkennin eru, þó slíkt sé alltaf einstaklingsbundið. Viðtalsmeðferð er einnig kostur og nær oft að bæta

líðan, eins og við aðrar tegundir þunglyndis.

Manninum virðist eðlislegt að hægja á taktinum á veturna. Skammdegisþunglyndi getur verið yndislegt og gott er að gleyma ekki að njóta lífsins ásamt breytileika árstíða. Þó er mikilvægt að hundska ekki einkenni vanlíðunar, vanvirkni og mögulegs þunglyndis heldur leita sér aðstoðar og lausna.

*Ásthildur Erlingsdóttir,
læknaritari og nemi í sálfræði við HA.*

SAD was formally described and named in 1984 by Norman E. Rosenthal and colleagues at the National Institute of Mental Health.



Heimildir

Rosenthal, N. E.; Sack, D. A.; Gillin, J. C.; Lewy, A. J.; Goodwin, F. K.; Davenport, Y.; Mueller, P. S.; Newsome, D. A.; Wehr, T. A. (1984). "Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy." Archives of general psychiatry 41 (1): 72–80. doi:10.1001/archpsyc.1984.01790120076010. PMID 6581756. edit

Jump up to: a b c Marshall, Fiona. Cheevers, Peter (2003). "Positive options for Seasonal Affective Disorder", p. 77. Hunter House, Alameda, Calif. ISBN 0-89793-413-X. http://en.wikipedia.org/wiki/Winter_depression



5 leiðir að vellíðan... Tekið af vef Landlæknis

Ræktaðu samskipti...

Myndaðu tengsl við fólk í kringum þig, við fjölskylduna, vini þína, samstarfsfólk og nágranna. Ræktaðu tengslin heima hjá þér, í vinnunni, í skólanum og nánasta umhverfi þínu. Líttu á þessi tengsl sem hornsteina lífs þíns og gefðu þér tíma til að hlúa að þeim. Að skapa þessi tengsl styrkir þig og auðgar líf þitt.

Hreyfðu þig...

Farðu út að ganga eða hlaupa. Njóttu útiveru. Hjólaðu. Farðu í leiki. Ræktaðu garðinn þinn. Dansaðu. Hreyfing færir þér vellíðan. Það mikilvægasta er að finna þá hreyfingu sem þú hefur gaman af og hentar líkamlegu ástandi þínu og getu.

Taktu eftir...

Vertu forvitin(n). Taktu eftir hinu óvenjulega. Taktu eftir árstíðarbreytingum. Njóttu augnabliksins, hvort sem þú ert úti að ganga, borða hádegismat eða tala við vini þína. Vertu vakandi fyrir veröldinni í kringum þig og hvernig þér líður. Að veita því athygli sem þú upplifir hjálpar þér að meta það sem skiptir þig máli.

Haltu áfram að læra...

Prófaðu eitthvað nýtt. Rifjaðu upp gamalt áhugamál. Skráðu þig á námskeið. Þrjónaðu, bara eitthvað, þarf ekki að vera flókið meistarastykki. Taktu að þér ný verkefni. Lærðu að spila á hljóðfæri eða elda uppáhaldsmatinn þinn! Settu þér markmið sem þú munt hafa gaman af að ná. Það er skemmtilegt að læra nýja hluti auk þess að það eykur sjálfstraustið.

Gefðu af þér...

Gerðu eitthvað fallegt fyrir vin eða ókunnuga manneskju. Þakkaðu einhverjum. BROSTU. Gefðu öðrum af tíma þínum. Taktu þátt í félagsstörfum. Líttu út á við sem inn á við. Að upplifa sig sem hluta af heild getur verið mjög gefandi og skapar tengsl við aðra.

5 leiðir að vellíðan er afrakstur vinnuhóps á vegum bresku ríkisstjórnarinnar (Foresight's Mental Capital and Wellbeing Project) og samtaka sem nefnast New Wconomic Foundation. Árið 2008 var þeim falið það verkefni að yfirfara rannóknir yfir 400 rannsakenda víða um heim í von um að finna gangreyndar aðgerðir til að auka hamingju og bæta almenna líðan fólks. 5 leiðir eru afrakstur þeirrar vinnu.



STÉTTARFÉLAG
Í ALMANNAPJÓNUSTU

Hjartaheilsa

Kona, hugsar þú nægilega vel um hjartað þitt?



Ég rakst á grein sem Mjöll Jónsdóttir, sálfræðingur og hjartamaki skrifar í febrúar 2014 á vef hjartalíf.is. Þar skrifar Mjöll um fyrirlestur

sem hún sat á Hilton Nordica Hótel, en þar fjallaði Barbara H. Roberts, bandarískur hjartalæknir sérstaklega um hjartaheilsu kvenna. Eins og segir í greininni stýrir Barbara hjartadeild fyrir konur á Miriam Hospital, Rode Island og stundar einnig lækningar við Albert Medical School í Brown University. Þessi kona hefur mikla reynslu og þekkingu í meðferð og greiningu á hjartasjúkdómum kvenna.

Hin nýja nálgun Dr.Roberts er að gera athugasemdir við fjarveru, ef svo er hægt að segja, kvenna frá hjartarannsóknnum. Að hennar sögn fylla karlar meirihluta þátttakenda í gegnum tíðinna í þeim rannsóknum sem hafa verið gerðar og flestir rannsakendur hafa verið karlkyns. Á vef hjartaheilla má finna þær upplýsingar að ef teknar eru saman hjarta- og æðarannsóknir á árabílnu 2006 til dagsins í dag, sé hlutfall kvenna í slíkum rannsóknum aðeins 33,5%. Þó er ekki svo að hjartasjúkdómar leggjast aðallega á karlmenn. Sjónarhornið hefur því óneytanlega haft ansi karllægan vinkil hingað til.

Í Greininni kemur skýrt fram að einkenni hjartaáfalls hjá konum eru oft önnur en karla, þó það sé ekki algilt og ekki megi hundsá hin "venjulegu einkenni" eins og slæman verk í brjóst-kassa, mikla mæði og svita. Einkenni kvenna virðast frekar vera ógleði, verkur í baki, upp í kjálka eða jafnvel öxlum. Einnig geta einkenni kvenna lýst sér í mikilli þreytu og mæði, verk í hálsi eða maga. Andleg streita er talin vera frekari áhættuþáttur kvenna en karla. Huga verður út fyrir hinn dæmigerða einkennaramma þegar konur eru annars vegar, enda eru konur stundum taldnar flóknari tilfinningaverur en karlpeningurinn]. Aðrir áhættuþættir geta síðan verið háþrýstingur á meðgöngu, sykursýki, offita og efnaskiptasjúkdómar (metabolic syndrome).



Ólík birtingarmynd á einkennum karla og kvenna kemur m.a. fram í að konur eru líklegri til að fá hjartaverk í hvíld eða svefni. Rannsóknir sýna að konur þurfa að bíða lengur eftir meðferð á spítala en karlar og veikjast oftast

seinna eins og kemur fram hjá Mjöll. Augljóst er því að þörf er á að breyta nálgun og fræðslu, ekki aðeins meðal almennings heldur einnig heilbrigðisstarfsmanna, því gömul viðmið þurfa tíma til að breytast.

Samkvæmt fyrirlestri Barböru og því sem Mjöll skrifar í greininni eru reykingar einn stærsti áhættuþátturinn í hjartasjúkdómum sem hægt er að útiloka alveg. Það er því mikils virði að byrja aldrei eða fá aðstoð við að hætta.

Það sem vakti sérstaklega áhuga minn í þessari grein var sú tilgáta að hátt LDL, oft nemt vonda kólesterólíð, sé minna mikilvægt í að spá fyrir um hjartasjúkdóma kvenna en talið

hefur verið, lágt hlutfall HDL, góða kólesterólsins, skipti þar mun meira máli. Einnig telur Barbara að ekki sé sannað að kólesteról lækandi lyf virki sem fyrirbyggjandi meðferð fyrir konur gegn hjartasjúkdómum. Þó séu einhverjar líkur á að slík meðferð hjálpi til hjá konum sem eru þegar komnar með hjartasjúkdóma. Lyfjainntöku fylgja oft aukaverkanir af ýmsu tagi sem geta skert lífsgæði. Mikilvæðasti punkturinn er þó niðurstöður rannsóknar sem komið var inn á í fyrirlestrinum, en þær sýndu ekki mun á dánartíðni vegna hjartasjúkdóma hjá konum sem voru á statin lyfjum og þeirra sem tóku inn lyfleysu. Þarna ber rannsakendum að staldra við og skoða nánar hvað veldur. Barbara telur lífsstílsbreytingu vera mun áhrifaríkari fyrir konur en inntöku statinlyfja. Slík breyting ætti að innihalda hollt mataræði eins og t.d. miðjarðarhafsmataræðið, alls ekki fara á lággölvetnað og meðalerfiða líkamsrækt í 30 mínútur daglega.

Varla er hægt að ræða hjartaheilsu kvenna án þess að minnast á Go Red átakið.



Go Red og rauði kjólinn er alþjóðlegt baráttu-merki um hjartaheilsu kvenna, tilgangur þess er að efla og fræða konur um hjarta- og æðasjúkdóma ásamt því að auka árverkni í samfélaginu. Inn á hjarta.is má finna frekari upplýsingar og fræðslu um átakið, hvað gera má til að bæta heilsu og frekari fræðslu um hjartasjúkdóma.

Mikilvægt er að konur taki ábyrgð á sinni hjartaheilsu. Daglegi göngutúrinn sem aldrei komst á dagskránnu, líkamsræktinn eða sundtúrinn sem aldrei varð að rútínu, nú er tíminn kominn. Ekki fresta lengur að huga að heilsunni. Þinn tími er núna.



Grein Mjallar sem er notuð sem grunnur og heimild í þessum pistli er skemmtileg, vel skrifuð og virkilega áhugaverð. Greinina er hægt að finna inn á hjartalíf.is og ég mæli eindregið með lestri hennar.

Tekið saman af Ásthildi Erlingsdóttur, læknafróð og nema í sálfræði.



Heimildir

Sótt 5 mars 2015 af <http://www.hjarta.is/upplýsingatorg/gored-fyrir-konur>

Sótt í apríl 2014 af <http://hjartalif.is/201306251594/hjartaheilsa-kvennamikilv%C3%A6gar-uppl%C3%BDsingar-fyrir-allar-konur>

Kjúklingaréttur með pestó og döðlum

(mjög fljótlegur og auðveldur)

- 3 kjúklingabringur, skornar í bita
- Rautt pestó 1 dós
- Döðlur eftir smekk (mjúku döðlurnar í kössunum í Bónus en hinar eru líka góðar)
- Fetaostur (krydd) 1 dós
- Kasjúhnetur magn eftir smekk

Kjúklingabringurnar skornar í bita, settar í eldfast mót. Pestóinu helt yfir og kjúklingnum velt upp úr því. Þá eru döðlunum dreift yfir (best að hafa nóg ef þeim því þær gefa gott sætt bragð). Þá er komið að fetaostinum sem er dreift yfir og smá af olíunni líka.



Að lokum er hnetunum dreift yfir fer eftir smekk hvers og eins hversu mikið. Sett í ofn í 180-200° í ca 40 mín. Borið fram með hýðishrísgrjónum (eða hvítum) og til hátíðabrigða ferskt salat með.

Þessi réttur er snilld þegar maður er í tímaþröng og þarf að redda sér einn, tveir og þrír.

Sudoku

9		5	6					3
	6		5			9		7
		8			9		5	
7			8			1	9	4
	9		7		4		3	
5	4	2			1			6
	1		3			5		
4		7			8		6	
6					5	4		9

								1
	9	4	2			1	3	
5		6	8	3				
1						3		5
	8	9					7	3
	3		1					8
					4	6	1	3
		3	7			8	2	6
	5							

Krossgátan

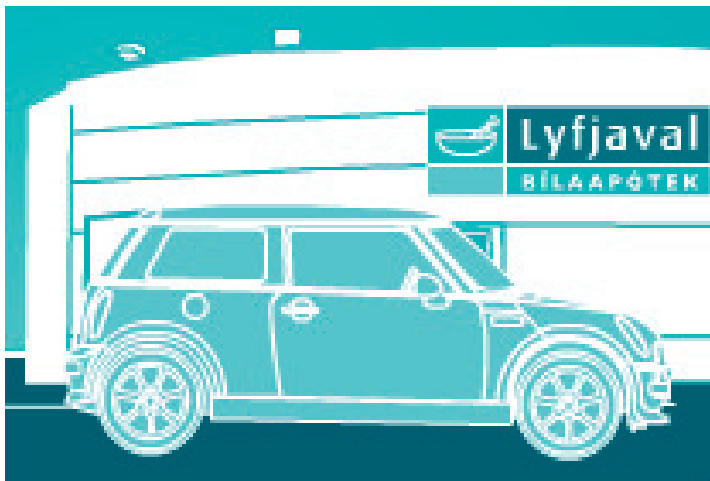
				15 MP & BH	HEMJA	Í VAFA	BURÐAR- ÁS ÞAKS		EIGA HEIMA	BOR	OFAN Á	KROPPA			
				→											
				ÞJÁLFA				YFIRHÖFN SÝNA ELLIGLÖP							
				LASLEIKI		1				FYRIR HÖND			REGLA	FLOKKA	
				ÁRSTÍÐ						KVEÐJA					
		DYMKUR	SAMTÖK	BLOSSA- LJÓS	SLÆPAST ÖHRÖÐUR					OFN BLUNDA					
SANKA SAMAN					2	SIGTA ÚA OG GRÚA					STEIN- TEGUND FÁLMI				
FRUMEFNI						ÖHREINT VATN ANDVARI						SVELGUR VOÐ			
		ADFALL GUFU- HREINSA					KORTA- BOK FUÐL						RYKKORN DRYKKUR		
PRJÓNA- VARN- INGUR					ÍLÁT SKÍR		3 GODMÖGN HNAPPUR							KOMA UNDAN	
LEIKNI					ÉTUR ALLT SMÁ- MJAKA					MINNIS- PUNKTUR	ÚTDEILDI LAND				PASTA
KRINGUM			KIND		FLANA MERKI				MÆLI- EINING Í RÖÐ						
VEF BLAÐ					4	HLUTI KYNFÆRA	SÍKI					TRAUST ANGRA			
				MATJURT			VELJA GUÐ						TVEIR EINS TVEIR EINS		
									SAMTAL Í SÍMA						
				ILMA				MÆLI- EINING							

Sægreifinn



Heimsins besta humarsúpa

**Ertu á hraðferð? Bílalúgan opin
10-23 alla daga vikunnar.**



Opið í Lyfjaval

Hæðasmára 10-23 alla daga

Álftamýri 9-18 virka daga

Mjódd 9-18:30 virka daga
laugardaga 12-16

Lyfjaval.is

**Við bjóðum MediSmart Ruby
blóðsykurmæla og strimla frítt fyrir þá
sem eru með skírteini frá TR.**



- Mjög einfaldur í notkun, stór skjár, léttur og handhægur
 - „No coding“ þarf ekki að núllstilla
- Þarf mjög lítið magn til mælinga, aðeins 0,6µl
- Mælir blóðsykur á bilinu 1,1-35 mmol/L
 - Mæling tekur aðeins 5 sek.
- Geymir 480 mælingar í minni
 - Hægt að tengja við tölvu

NÝTT



FAGLEG, TRAUST OG PERSÓNULEG ÞJÓNUSTA