LÆKNABLAÐIÐ • 6. tbl. 103. árg. • Júní 2017

# Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

6/2017

103. árgangur: 265-308

2017; 103: 265-308

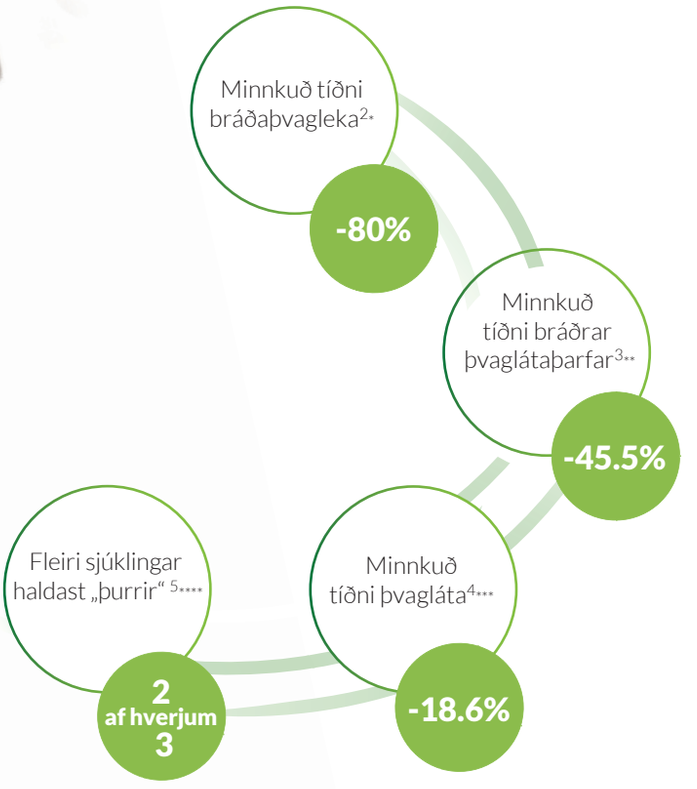
# STAÐFESTUR ÁRANGUR[1]

## Dregur úr einkennum ofvirkrar þvagblöðru[1]



**Toviaz ®** (fesoterodine) Meðferð við einkennum [aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðri þvaglátaþörf og/eða bráðaþvagleka] sem geta komið fram hjá fullorðnum sjúklingum með ofvirka þvagblöðru.






## Þegar manni er mál, þá er manni mál!

Skyndileg bráð þvaglátaþörf og bráðaþvagleki eru algengustu einkenni ofvirkrar þvagblöðru. Með Toviaz® 4 og 8mg er hægt að draga marktækt úr einkennum, borið saman við lyfleysu.[2,3]

Með Toviaz® 4 mg og Toviaz® 8 mg borið saman við lyfleysu í viku 12 ** Með Toviaz® 8 mg borið saman við lyfleysu og tolterodin ER 4 mg í viku 12 *** Færri salernisferðir með Toviaz® 8 mg en með lyfleysu **** Meðferð með Toviaz® 8 mg dró marktækt úr fjölda tilvika bráðaþvagleka í viku 12 borið saman við tolterodin ER 4mg (p= 0,017) og lyfleysu (p<0,001) **1.** Toviaz SmPC 3. ágúst 2016 **2.** Chapple C. et al. BJU Int. 2014;114:418-26. 3. Kaplan S.A. et al. BJU Int. 2010;107: 1432-1440. **4.** Chapple C. et al. Eur Urol. 2007;52(4):1204-12. **5.** Herschorn S. et al. BJU Int. 2010;105(1):58-66.

### Stytt samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Toviaz® (fesoterodine)

**TOVIAZ** 4 mg og 8 mg forðatöflur. **Innihaldslýsing:** Hver forðatafla inniheldur fesóteródín fumarat 4 mg, sem samsvarar 3,1 mg af fesóteródíni, eða fesóteródín fumarat 8 mg, sem samsvarar 6,2 mg af fesóteródíni. **Ábendingar:** TOVIAZ er ætlað til meðferðar hjá fullorðnum á einkennum (aukin tíðni þvagláta og/eða bráð þörf fyrir þvaglát og/eða bráðaþvagleki) sem fram geta komið hjá sjúklingum með ofvirka þvagblöðru (overactive bladder syndrome). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða fyrir jarðhnetum eða soja eða einhverju hjálparefnanna. Þvagteppa. Magateppa. Ómeðhöndluð (uncontrolled) þrönghornsgláka. Vöðvaslensfár. Alvarlega skert lifrarstarfsemi (Child Pugh flokkur C). Samhliðanotkun öflugra CYP3A4 hemla hjá sjúklingum með meðal til alvarlega skerðingu á nýrna- eða lifrarstarfsemi. Alvarleg sáraristilbólga. Eitrunarrisaristill (toxic megacolon). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Dags. síðustu samþykktar SmPC sem þessi stytti texti byggir á:** 3. ágúst 2016. **Markaðsleyfishafi:** Pfizer Limited. **Fyrir frekari upplýsingar um lyfið má hafa samband við Icepharma hf. Lynghálsi 13, s. 540 8000.**

**Pakkningar:**
**Lyfjaform og styrkur, pakkningastærð**
**Forðatöflur 4 mg 28 stk**
**Forðatöflur 4 mg 84 stk**
**Forðatöflur 8 mg 28 stk**
**Forðatöflur 8 mg 84 stk**

Toviaz® fesoterodin fumarat

Pierre Fabre

Verð er hægt að sjá á www.lgn.is
Greiðsluþátttaka: Já.
Stjörnumerktur texti (*) er umskrifaður og/eða styttur úr upplýsingum um lyfið, sem samþykktar voru af EMA 3. ágúst 2016. Upplýsingar um lyfið er að finna á www.serlyfjaskra.is, auk þess sem hægt er að fá hann hjá umboðsaðila Pfizer, Icepharma hf

PP170501

**Icepharma • Lynghálsi 13 • 110 Reykjavík • S: 540-8000 • www.icepharma.is**

# Reynir Arngrímsson kjörinn formaður LÍ



Það eru breytingatímar í Læknafélagi Íslands. Þær fyrstu hafa þegar litið dagsins ljós með stjórnarkjöri, því fyrsta sem fram fer með með allsherjaratkvæðagreiðslu. Hingað til hefur stjórn verið kjörin á aðalfundi þar sem eingöngu eiga sæti um 70 fulltrúar þeirra svæðafélaga sem mynda Læknafélag Íslands. Á næsta aðalfundi sem haldinn verður í haust tekur ný stjórn við taumunum en hún verður að hluta til kjörin í rafrænni kosningu þar sem 1218 læknar höfðu atkvæðisrétt.

Reyndar fór svo að sjálfkjörið var í öll embætti sem losnuðu í stjórninni nema formannsembættið. Þar buðu þrír læknar sig fram: Arna Guðmundsdóttir, Orri Þór Ormarsson og Reynir Arngrímsson. Fyrirkomulagi kjörsins svipar til frönsku forsetakosninganna þar sem kosið er aftur ef enginn fær hreinan meirihluta í fyrstu umferð. Í fyrstu umferð sem fram fór dagana 12.-17. maí var þátttakan 59,6 af hundraði og féllu atkvæði þannig að Arna hlaut 287 atkvæði (39,8%), Orri Þór 76 (1,5%) og Reynir 346 (48%). Það varð því að kjósa aftur á milli Örnu og Reynis.

Önnur umferð fór fram dagana 19.-24. maí og var þátttaka talsvert meiri, 839 félagsmenn greiddu atkvæði, eða 68,9% þeirra sem voru á kjörskrá. Þar var mjótt á munum því aðeins skildu 26 atkvæði á milli þeirra tveggja. Arna Guðmundsdóttir hlaut 387 atkvæði, eða 46,1%, en Reynir Arngrímsson var kjörinn formaður með 413 atkvæðum, eða 49,2% greiddra atkvæða. 39 skiluðu auðu, eða 4,7%.

Reynir sem er sérfræðingur í erfðalækningum tekur við formennsku á aðalfundi Læknafélags Íslands sem haldinn verður í október. Með honum koma inn í stjórn þau 5 sem sjálfkjörin voru: Björn Gunnarsson, svæfinga- og gjörgæslulæknir, gjaldkeri og meðstjórnendurnir Hjalti Már Þórisson röntgenlæknir, Jóhanna Ósk Jensdóttir heimilislæknir, María Soffía Gottfreðsdóttir augnlæknir og Ólafur Ó. Guðmundsson barnageðlæknir. Sjá nánar um stjórnarkjörið í pistli Daggar Pálsdóttur lögfræðings LÍ á bls. 302.

Á aðalfundinum í haust verður svo væntanlega tekist á um nýtt skipulag læknasamtakanna en tillögur þar að lútandi verða væntanlega afgreiddar. Þá verða enn meiri breytingar sem nánar má lesa um á bls. 288.

ÞH

## LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Forsíðu *Læknablaðsins* nú í upphafi sumars prýðir ársgömul ljósmynd tekin á horni Freyjugötu og Mímisvegar í Reykjavík. Þar var á sínum tíma til húsa Listasafn ASÍ sem nú hefur flutt starfsemi sína þaðan. Sem kunnugt er var safnhúsið byggt af Ásmundi Sveinssyni og nefnt eftir honum, Ásmundarsalur. Hann bjó þar og starfaði ásamt konu sinni, Gunnfríði Jónsdóttur, sem einnig var myndhöggvari. Síðustu misserin áður en Listasafn ASÍ flutti var starfræktur sýningarvettvangur í garðinum fyrir utan húsið sem kallaður var Stöpull Gunnfríðar Jónsdóttur. Þar sýndu listamenn útiverk og val þeirra fór þannig fram að þeir völdu sjálfir sinn eftirmann á stöplinum. Í fyrrasumar kom röðin að **Margréti Helgu Sesseljudóttur** (1988) sem var sjöundi listamaðurinn í sýningarröðinni. Hún setti upp verk sitt, **Undur sem er hógvær Guð**, 2016. Í stað þess að sitja ofan á stöplinum, eins og títt er um útiskúlptúra, umvafði verkið hann. Það myndaði sterkt þrívítt form, samsett úr ferhyrningum, bogum og hring og virtist minna á einhvern hlut eins og það ætti sér ákveðna fyrirmynd. Efnisvalið var óhefðbundið og féll ekki að hefðinni um varanleika verka í almenningsrými sem eru iðulega úr steini eða málmi. Verk Margrétar Helgu var úr mjúku og forgengilegu efni, bláleitt að lit og klætt glæru plasti sem máði út útlínur þess og ytri mörk þannig að form og efniskennd urðu mjúk og óræð. Titillinn setti svo punktinn yfir i-ið í allsherjar afbyggingu listamannsins á útilistaverkum eins og þeim sem við eigum að venjast – upphöfnum minnisvörðum karla um aðra karla. Margrét Helga útskrifaðist úr myndlistardeild Listaháskóla Íslands vorið 2010. Hún vinnur gjarnan með líkamann og skoðar tengsl hans við umhverfið, en einnig skapar hún ljóðræn verk sem búa yfir sterkri efniskennd án skírskotunar til sérstakra hugmynda eða umfjöllunarefna.



**Markús Þór Andrésson**


Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

*www.laeknabladid.is*

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

**Útgefandi**
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

**Ritstjórn**
Magnús Gottfreðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Elsa B. Valsdóttir
Gerður Gröndal
Hannes Hrafnkelsson
Magnús Haraldsson
Sigurbergur Kárason
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir

**Tölfræðilegur ráðgjafi**
Thor Aspelund

**Ritstjórnarfulltrúi**
Védís Skarphéðinsdóttir
*vedis@lis.is*

**Blaðamaður**
Hávar Sigurjónsson (í leyfi)
*havar@lis.is*
Þröstur Haraldsson

**Auglýsingastjóri og ritari**
Esther Ingólfsdóttir
*esther@lis.is*

**Umbrot**
Sævar Guðbjörnsson
*saevar@lis.is*

**Upplag**
1900

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

**Áskrift**
14.900,- m. vsk.
Lausasala
1490,- m. vsk.



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



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

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

ISSN: 0023-7213

6. tölublað • 103. árgangur • 2017

## LEIÐARAR



### 271

*Valgerður Rúnarsdóttir*

### Þarftu verkjalyf?

Læknar vilja draga úr rangri notkun ópíóíðalyfja og þurfa að ræða óábyrgar lyfjaútskriftir, taka ábyrgt á málinu og bæta í varnirnar. Við þurfum að setja leikreglur, svara kalli þegar hættumerki rísa og taka höndum saman til að stemma stigu við þeirri ógn sem stafar af lyfseðilsskyldum ávanabindandi lyfjum.



### 273

*Valtýr Stefánsson Thors*

### Nýtt fyrirkomulag í heilbrigðisþjónustu við börn - ógn við öryggi?

Með nýja greiðsluþátttökukerfinu mun þjónustan skerðast, aðgengi versna, biðtími lengjast og kostnaður aukast. Leiti foreldrar barna eldri en tveggja ára til barnalækna utan spítala eða á göngudeildir spítalanna þurfa þeir að greiða þriðjung kostnaðarins í stað 0-10% áður.

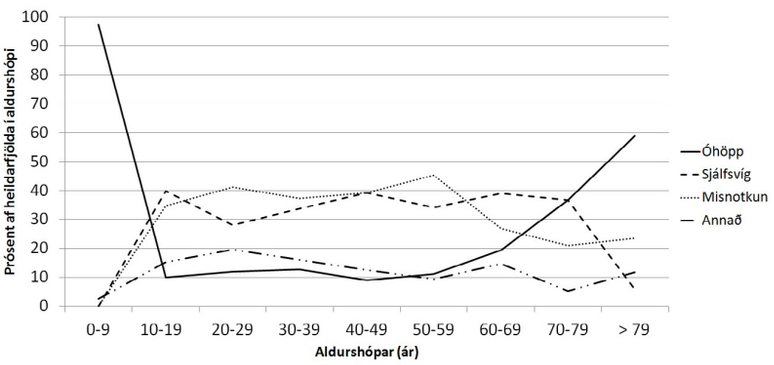
## FRÆÐIGREINAR

### 275

*Guðborg Auður Guðjónsdóttir, Anna María Þórðardóttir, Jakob Kristinsson*

### Framskyggn rannsókn á eitrunum sem koma til meðferðar á bráðamóttökum Landspítala

Tíðni koma vegna eitrana á bráðamóttökurnar var hærri nú en í fyrri rannsókn, en munurinn var ekki marktækur. Konur voru fleiri en karlar og stærsti hópurinn var ungt fólk. Misnotkun og sjálfsvígstilraunir voru algengustu ástæður eitrana. Algengustu eitrunarvaldar voru lyf og alkóhól. Meirihluti sjúklinga fékk meðferð á bráðamóttöku og útskrifaðist heim.




### 281

*Helga Guðrún Friðþjófsdóttir, Ólöf Guðný Geirsdóttir, Halldóra Jónsdóttir, Laufey Steingrímsdóttir, Inga Þórsdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Nanna Briem, Ingibjörg Gunnarsdóttir*

### Fæðuval ungra Íslendinga með geðrofssjúkdóma og þróun líkamsþyngdar þeirra á 8 til 12 mánaða tímabili

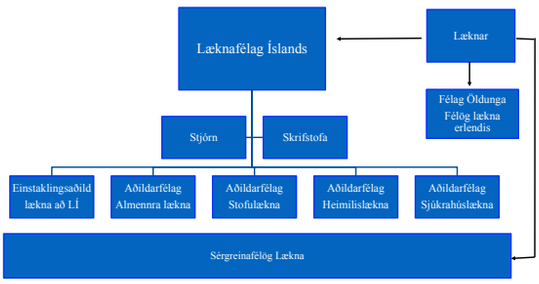
Rannsóknir benda til að einstaklingar með geðrofssjúkdóma séu líklegri til að fá efnaskiptavillu en almenningur, en henni fylgir aukin hætta á hjarta- og æðasjúkdómum. Ástæða þess er enn ekki fullkunn, en mögulegir áhrifavaldar eru streita tengd sjúkdómnum, lyfjagjöf og lífsstíll. Mataræði er þekktur áhrifaþáttur í þróun hjarta- og æðasjúkdóma, en rannsóknir hafa fundið tengsl milli mataræðis og insúlínviðnáms, blóðfituraskana og háþrýstings. Mataræði sem einkennist af lítilli neyslu á fæðutrefjum, mikilli neyslu á fínunnum kolvetnum og lágu hlutfalli ein- og fjölómettaðra fitusýra hefur verið tengt við efnaskiptasjúkdóma. Erlendar rannsóknir benda til þess að mataræði geðrofssjúklinga sé lakara en mataræði viðmiðunarhópa.

## UMFJÖLLUN OG GREINAR


**288**

### Tillaga að nýju skipuriti Læknafélags Íslands

*Þröstur Haraldsson*





**290**

### Að gera það sem maður kann ekki

*Þröstur Haraldsson*

– er grunnurinn að starfi rithöfundarins og grænlensku heilbrigðiskerfi, segir dansk-norska skáldið Kim Leine

**294**

### Samspil erfðaþátta og áfalla

*Þröstur Haraldsson*

Unnur Anna Valdimarsdóttir prófessor í lýðheilsuvísindum við HÍ stýrir mörgum og stór-um rannsóknum





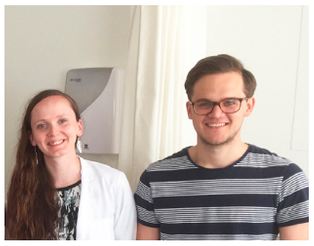
**296**

### Er skimun réttlætanleg eða ekki?

*Þröstur Haraldsson*

Það er ein fjölmargra spurninga sem rannsóknarverk-efninu *Blóðskimun til bjargar* er ætlað að svara




**298**

### Rúmlega þrítugur reiknir leystur af hólmi

*Þröstur Haraldsson*

Ingigerður Sólveig Sverrisdóttir og Sölvi Rögnvaldsson fengu Nýsköpunarverðlaun forseta Íslands fyrir framlag sitt til verkefnisins *Blóðskimun til bjargar*


## PISTLAR

### ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ


**287**

### Lagt við hlustir

*Arna Guðmundsdóttir*

Í yfirstandandi stefnumót-unarvinnu vegna félags-uppbyggingar Læknafélags Íslands hefur mikil áhersla verið lögð á að hlusta eftir ólíkum sjónarmiðum lækna.




### LÖGFRÆÐI 22.PISTILL


**302**

### Að loknum fyrstu rafrænu stjórnar-kosningum LÍ

*Dögg Pálsdóttir*





**303**

### Opið bréf til kjörnefndar LÍ

*Davíð Gíslason*




### UNDIRDEILDIR LÍ


**306**

### Frá öldungadeild Læknafélags Íslands

*Magnús B. Einarson*

Deildin var stofnuð 1994, ein yngsta deildin innan LÍ.




Colrefuz®
colchicine

# Lyf gegn þvagsýrugigt

- **Meðferð** við bráðum þvagsýrugigtarköstum
- **Fyrirbyggjandi meðferð** gegn þvagsýrugigtarkasti í upphafi meðferðar með þvagsýrulosandi lyfjum



Actavis / 619021




Sérlyfjatexti á bls. 304

**Colrefuz** (Colchicin) – 500 míkrógramma töflur / 100 stykkja pakkningar

Actavis

**Need painmeds?**

Valgerður Á. Rúnarsdóttir

Medical director at Vogur Hospital, SÁÁ
National Center of Addiction Medicine

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.06.138



**Valgerður Á. Rúnarsdóttir**

sérfræðingur í fíknlækningum

yfirlæknir sjúkrahússins Vogs hjá SÁÁ

*valgerdurr@saa.is*

RITSTJÓRNARGREIN

# Þarftu verkjalyf?

Áhugaverðar niðurstöður um eitranir á bráðamóttökum eru birtar í blaðinu. Lyf til lækninga, lyfseðilsskyld, koma við sögu í eitrunum og hafa því snúist upp í andhverfu sína og valdið skaða.

Við læknar þekkjum vandann sem af ávanabindandi lyfjum getur hlotist og rík ástæða er til að ræða umgengni við þau. Áhyggjur ná til notkunar sjúklinganna; röng notkun, milliverkanir, dreifing/sala, fara milli lækna, ólöglegur innflutningur, ofneysla og eitranir, fíknsjúkdómur og aukaverkanir.

Hins vegar er það ábyrgðarhlutinn sem snýr að okkur læknum sem við getum beinlínis haft áhrif á. Hvernig við ávísum þessum lyfjum, hverjar eru ábendingarnar, hvernig við skimum fyrir áhættuþáttum, hvað ræður lyfjavali, skammtastærðum, tímalengd meðferðar og eftirfylgd. Hvernig nýtum við okkur þau hjálpartæki sem í boði eru, klínískar leiðbeiningar, gagnagrunn Embættis landlæknis og sérhæfðar meðferðir/endurhæfingar. Við höfum ekki mikil umráð yfir ólöglegum vímuefnum en ættum líklega að hafa betur í þeim löglegu, en eigum fullt í fangi með það.

Vandi af þessum lyfjum er ekki bundinn við þá sem hafa fíknsjúkdóm, en meðal þeirra er hann þó mjög augljós. Í ársriti meðferðarsviðs SÁÁ frá 2016[1] má sjá að 32% af þeim sem koma til meðferðar á Vog fá greiningu um lyfjafíkn (árið 2015 voru það 548 einstaklingar). Lyfin eru metýlfenídat, ýmis róandi lyf og ópíóíðar. Hluti sjúklinganna er í lífshættulegri sprautuneyslu á þessum lyfjum.

Hugum að einum flokki þessara lyfja, ópíóíðunum.

Við heyrum frá nágrannaþjóðum um dauðsföll vegna ópíóíða sem er viðvarandi áhyggjuefni. Í Bandaríkjunum er talað um faraldur og uggvænlega þróun sem skekur læknasamfélagið, yfirvöld og almenning. Fjórföldun varð í sölu á lyfseðilsskyldum ópíóíðum 1999-2015, dauðsföll vegna yfirskammts ópíóíða eru >90 á dag, rúmlega helmingur vegna lyfseðilsskyldra lyfja.[2] 80% af nýjum heróínneytendum þar segjast nú hafa byrjað á verkjalyfjunum.[3] Í Bandaríkjunum hafa menn ráðist gegn vandanum á ýmsan hátt: Aukið fræðslu og kennsluefni, uppfært klínískar leiðbeiningar til lækna; aukið aðgengi að naloxón-bráðameðferð við ofskammti; aukið aðgengi að viðhaldsmeðferð við ópíóíðafíkn; gert leiðbeiningar um ávísanir ópíóíða í langvinnum verkjum (CDC klínískar leiðbeiningar, mars 2016); stuðlað að fjölbreyttari meðferð krónískra verkja (National Pain Strategy, HHS); stofnað lyfjagagnagrunna innan fylkja fyrir lækna; opnað sérhæfðar verkjagöngudeildir og endurhæfingu fyrir flóknari tilvik; stuðlað að notkun lyfja sem ekki er hægt að sprauta í æð (með naloxón), og fleira.

Menn hafa ýjað að því að breytt viðhorf hafi haft áhrif á aukningu ópíóíða. Mannúðleg, viðeigandi verkjameðferð við lífslok færðist yfir á meðferð annarra verkja, verkjakvarði 1-10 varð hluti af lífsmarkamælingu víða og ekki ásættanlegt að hafa verk. Lyfjafyrirtækin hafa einnig fengið sinn skerf af ásökunum með réttu eða röngu.

Á Íslandi höfum við ekki farið varhluta af þessum vanda. Við þekkjum alvarlegar afleiðingar misnotkunar á ópíóíðum og ekki síst afleiðingar ópíóíðafíknar. Í lok síðustu aldar fór að bera á aukningu á fíkn í ópíóíða. Strax 1999 fór af stað viðhaldsmeðferð frá sjúkrahúsinu Vogi, þar hefur hún verið rekin síðan, aðallega með buprenorphine/naloxón töflum og nær hún til rúmlega 120 einstaklinga sem flestir hafa sprautað ópíóíðum í æð. Meðferðin er gagnreynd og ráðlögð, hún krefst mikils ramma, aðhalds, sveigjanleika og tækifæra til inngripa. Auk viðhaldsmeðferðinnar voru aðgerðir Embættis landlæknis með auknu eftirliti með útskriftum lækna og lyfjagagnagrunninum og Lyfjastofnun hvati til þess að kódein yrði tekið úr lausasölu. Allt hafði þetta jákvæð áhrif og dró úr nýgengi ópíóíðafíknar í innlögnum á sjúkrahúsið Vog. Vandinn er þó viðvarandi og enn bætist í hópinn á hverju ári.

Nýjar upplýsingar frá Lyfjastofnun vekja ugg[4] þar má sjá almenna aukningu á ópíóíða-lyfjaútskriftum á Íslandi. Hún hefur aukist 2007-2016 úr 24,1 í 29,0 DDD/1000 íbúa á dag, mest er aukningin í kódein-lyfjum og oxycodonum. Sérfræðingar hjá Lyfjastofnun hafa bent yfirvöldum á að Ísland sé komið í hóp þeirra landa sem mest nota af ópíóíðum.

Hjá Embætti landlæknis eru menn einnig uggandi vegna ópíóíðanotkunar á Íslandi. Þaðan fengust upplýsingar um samvirkandi þátt þeirra í dauðsföllum sem koma til matsgerðar. Árið 2016 komu 48 slík upp, oftast af völdum blöndu af nokkrum lyfjum og áfengi, en það mældist einhver ópíóíði í 33 af þessum 48 dauðsföllum.

Læknum er umhugað um þessi mál og vilja draga úr rangri og hættulegri notkun lyfjanna. Flestir eru mjög á varðbergi en við þurfum að geta rætt óábyrgar lyfjaútskriftir, tekið ábyrgt á málinu og bætt í varnirnar ef þess er nokkur kostur. Við þurfum að setja leikreglurnar, svara kalli þegar hættumerkin rísa og taka höndum saman til að stemma stigu við þeirri ógn sem dauðsföll af lyfseðilsskyldum ávanabindandi lyfjum eru.

Tækifæri eru í að sammælast um leiðbeiningar til lækna vegna ópíóíða, eins og ábendingar, magn, lengd, endurmat, skimun fyrir áhættu á misnotkun, aukaverkunum eða fíkn, tilvísun í sérhæfð úrræði vegna flókins verkjavanda og tilvísun í sérhæfð úrræði vegna fíknsjúkdóms, nota lyfjagagnagrunn Embættis landlæknis, taka sérstaklega á meðferð langvinnra verkja og skoða sérstaklega venjur okkar í meðferð skammtímaverkja. Leyfum okkur að tala um þetta.

## Heimildir

1. Ársrit meðferðarsviðs SÁÁ 2016, 1. og 2. Hefti. Upplýsingar um heilbrigðisþjónustu SÁÁ fyrir áfengis- og vímuefnasjúklinga 1977-2015. Þórarinn Tyrfingsson tók saman saa.is/samtokin/um-saa/utgefid-efni/arsrit-saa-2007-2010/
2. cdc.gov/drugoverdose/data/
3. US Dept of Health and Human Service (HHS), Office of Surgeon General, Facing Addiction in America: the surgeon general´s report on alcohol, drugs and health. HHS, Washington DC nóvember 2016.
4. Arnórsson M. Notkun ópíóíða á Íslandi. lyfjastofnun.is/media/Tolfraedi/Opioidar.pdf - október 2016.
5. drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-crisis




# UMBREYTIR LÍFI KVENNA MEÐ VÖÐVAHNÚTA Í LEGI

ESM-MAJ17-IS-17100:1

## ESMYA® getur veitt:

- Langvarandi minnkun vöðvahnúta[1-3]
- Skjóta og viðvarandi stjórn á tíðablæðingum[* 1-2,4]
- Viðvarandi áhrif á einkenni milli meðferðarlota[3]

esmya® 5mg
úlipristal asetat

Lyfið hefur almenna greiðsluþátttöku[+]

**Heimildir:** 1. Donnez J, et al. New Engl J Med 2012;366(5):421–432. 2. Donnez J, et al Fertil Steril. 2014 Jun;101(6):1565-1573. 3. Donnez J, et al Fertil Steril. 2015 Feb;103(2):519-527. 4. Donnez J, et al. N Engl J Med 2012;366:409–20. * Innan 7 daga.

### Esmya 5 mg töflur

**Heiti virkra efna:** Hver tafla inniheldur 5 mg úlipristal asetat. **Ábendingar:** Úlipristal asetat er ætlað til meðferðar á meðalsvæsnum til svæsnum einkennum vöðvaæxlis í legi hjá fulltíða konum á barneignaraldri á undan aðgerð. Úlipristal asetat er ætlað til meðferðar með hléum á meðalsvæsnum til svæsnum einkennum vöðvaæxlis í legi hjá fulltíða konum á barneignaraldri. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Meðganga og brjóstagjöf. Blæðing frá kynfærum af óþekktum orsökum eða öðrum orsökum en vöðvaæxli í legi. Leg-, leghals-, eggjastokka- eða brjóstakrabbamein. **Markaðsleyfishafi:** Gedeon Richter Plc. Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

[+] **Upplýsingar um verð og greiðsluþátttöku má finna á vef Lyfjagreiðslunefndar, sjá www.lgn.is.**

Umboðsmaður á Íslandi: Vistor hf., sími 535 7000

vistor

**Is the new approach to providing healthcare to children a safety threat?**

Valtýr Stefánsson Thors, MD, PhD
Pediatric Infectious Diseases & Immunology,
Children´s Hospital, Barnaspitali Hringsins,
Adjunct lecturer, University of Iceland
Landspitali University Hospital

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.06.139

RITSTJÓRNARGREIN



**Valtýr Stefánsson Thors**

barnalæknir á Landspítala

*valtyr@landspitali.is*

# Nýtt fyrirkomulag í heilbrigðisþjónustu við börn – ógn við öryggi?

Íslendingar hafa réttilega verið stoltir af góðu heilbrigðiskerfi. Það er skoðun flestra að allir eigi að njóta styrks heilbrigðiskerfis þegar á þarf að halda, óháð stétt og stöðu. Þjónusta við börn og fjölskyldur þeirra hefur einnig verið góð undanfarin ár og heilsugæsla, Landspítali og læknar utan sjúkrahúsa hafa sinnt þessari þjónustu af kostgæfni.

En blikur hafa verið á lofti undanfarin ár; sífelldur niðurskurður hefur leitt til hrakandi heilbrigðiskerfis og í kjölfarið lýstu einmitt allir stjórnmálaflokkar því yfir í aðdraganda Alþingiskosninganna haustið 2016 að heilbrigðisþjónustan yrði bætt, þar með talið fyrir börn, og að þjónustan yrði gjaldfrjáls. En skjótt skipast veður á Íslandi. Það gildir ekki síður um pólitísk veðrabrigði sem oft eru mikil strax eftir kosningar.

Þann 1. maí síðastliðinn tók gildi nýtt greiðsluþátttökukerfi fyrir íslenskar barnafjölskyldur og samhliða því endurupptaka tilvísanakerfis. Frumvarpið fór mjög hljótt í gegnum Alþingi og í fjölmiðlum var það kynnt sem „nýtt heilbrigðiskerfi“, ókeypis fyrir börn. Hvatinn að þessum breytingum er vafalaust sá þyrnir í augum ráðamanna þjóðarinnar hve miklum fjármunum er varið í sérfræðiþjónustu lækna utan sjúkrahúsanna. Rökstuðningur fyrir breytingum á aðgengi barna að heilbrigðisþjónustu þarf hins vegar að uppfylla ákveðin skilyrði, og helst öll þeirra samtímis. Slíkar breytingar þurfa að fela í sér: 1) bætta þjónustu við börn og barnafjölskyldur, 2) draga verulega úr kostnaði yfirvalda við þessa þjónustu (án þess að skerða hana marktækt), 3) vera til hagræðingar veitenda heilbrigðisþjónustu við börn (aftur án þess að skerða hana marktækt) .

Þegar nýja greiðsluþátttökukerfið er skoðað nánar er ljóst að þjónustan mun í mörgum tilfellum skerðast, aðgengi versna, biðtími lengjast og kostnaður aukast. Leiti foreldrar barna eldri en tveggja ára til barnalækna utan spítala eða á göngudeildir spítalanna þurfa þeir að greiða þriðjung kostnaðarins í stað 0-10% áður. Tilvísun frá heilsugæslu er nauðsynleg til niðurfellingar á kostnaði en biðtími þar getur verið allt að nokkrum vikum. Ferlið er augljóslega mjög tafsamt og flókið. Bráðamóttaka barna á Barnaspítala Hringsins er gjaldfrjáls en er eingöngu fyrir bráðveik börn. Fátt bendir til að þessar aðgerðir hafi í för með sér sparnað fyrir yfirvöld þar sem koma á heilsugæslu er álíka dýr og koma til sérfræðings utan sjúkrahúss. Þvert á móti er líklegt að kostnaðurinn við þessar aðgerðir (starfshópar/nefndir, breytingar á tölvukerfum/gjaldskrárliðum og svo framvegis) leiki á tugum milljóna.

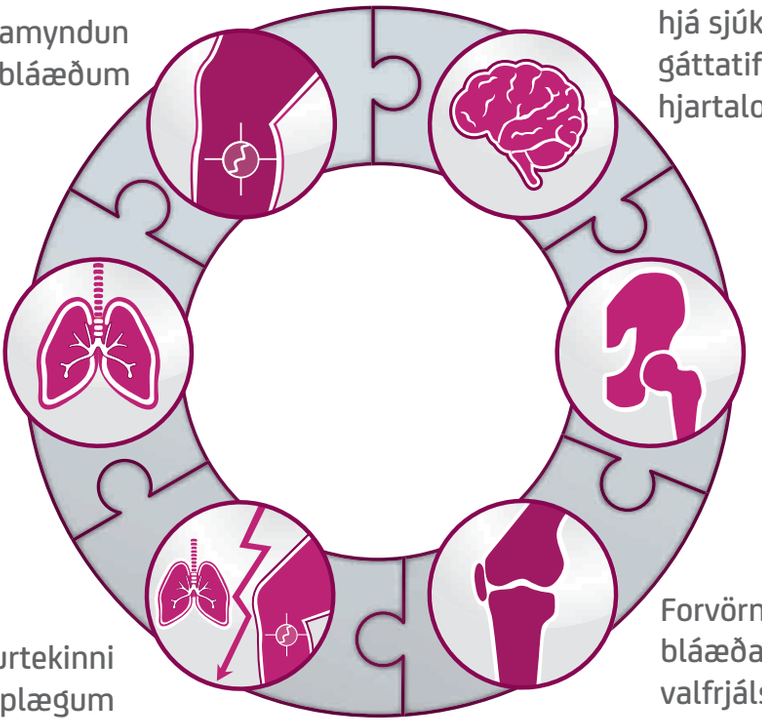
Ávinningur í hagræðingu fyrir veitendur heilbrigðisþjónustunnar er líka vandséður. Álag mun aukast á heilsugæsluna sem nú þegar er á flestum stöðum undir miklu álagi og undirmönnuð. Opnun nýrra heilsugæslustöðva, sem yfirvöld hampa mjög, færir starfsfólk úr einni stöð yfir á aðra en bætir ekki mönnunina. Að lokum, sem þó er versta afleiðingin af þessum breytingum, mun álag á Barnaspítalanum aukast verulega en þar hefur nú þegar verið 3-5% aukning á árlegum komum undanfarin ár en búast má við mun meiri aukningu á næstu mánuðum. Þetta hefur í för með sér stóraukið álag á starfsfólk og lengri biðtíma eftir læknisskoðun. Í kjölfarið verður erfiðara að sinna þeim bráðveikustu, sem réttilega eru á bráðamóttöku barna. Augljóst er að yfirvöld hafa engar fyrirætlanir um að auka við stöðugildi á Barnaspítalanum til að sinna þessu álagi. Það er óásættanlegt að hættuástand skapist á Barnaspítala Hringsins í greiningu og meðferð okkar veikustu skjólstæðinga.

Efling heilsugæslunnar á Íslandi er nauðsynleg og um það eru flestir sammála. Áðurnefndar breytingar gætu átt rétt á sér í aðstæðum þar sem heilsugæslan er sterk og reiðubúin að taka á sig aukið álag. Við ætlum hins vegar að fara íslensku leiðina, spretta af stað en gleyma að reima á okkur skóna.

Áhyggjur af kostnaði vegna sérgreinalækna eru skiljanlegar en nærtækara væri hins vegar að koma á gæðastjórnun/gæðaeftirliti á þessum kostnaði hjá Sjúkratryggingum Íslands. Þeim peningum sem fóru í fyrrnefndar aðgerðir hefði betur verið varið í að þróa kerfi sem metur gæði og nauðsyn þeirrar þjónustu sem verið er að greiða fyrir. Slíkt eftirlit getur með reglulegum úttektum fylgst með hversu vel er unnið eftir stöðlum, hversu vel komur, greiningar og viðvik eru skráð, auk annarra þátta. Þannig væri kerfi sem nú þegar virkar vel fyrir sjúklinga, einnig gert skilvirkt, gagnsætt og aðhald aukið.

Skammtímaafleiðingar þessara breytinga hafa verið útlistaðar að ofan en langtímaafleiðingarnar eru ekki síður ástæða áhyggna. Með auknu álagi á Barnaspítala Hringsins er viðbúið að margir sérfræðilæknar hverfi þaðan, en þeir vinna á bundnum vöktum, sem einatt eru erilsamar, til stuðnings við almenna lækna á vakt og sinna legudeildum og bráðamóttöku. Þar með hverfur sérþekking og nýliðun í hópnum sömuleiðis gert erfitt fyrir þar sem starfsumhverfið er orðið lakara en áður. Lokaniðurstaðan er því hin sama, lakari þjónusta við börn og fjölskyldur þeirra. Stundum er kapp best með forsjá.

# Eliquis®



Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum

Forvörn gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum

Meðferð við lungnasegareki

Forvörn gegn bláæðasegareki eftir valfrjáls mjaðmarliðskipti

Forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki

Forvörn gegn bláæðasegareki eftir valfrjáls hnéliðskipti

# Eliquis®

sýnt hefur verið fram á verkun og öryggi lyfsins í notkun við nokkrum ábendingum*[1]




* Eliquis®: Hemill með beina verkun á storkuþátt Xa, sem er ætlaður til:
- Forvarnar gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II).[1]
- Meðferðar við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE) og forvarnar gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum (báðir styrkleikar).[1]
- Forvarnar gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti (eingöngu fyrir Eliquis® 2,5 mg).[1]

Sérlyfjatexti á bls. 305

**Heimild: 1.** Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Eliquis.®

PFI-17-03-01 EUAPI759

Bristol-Myers Squibb Pfizer

# Framskyggn rannsókn á eitrunum sem komu til meðferðar á bráðamóttökum Landspítala 2012

**Guðborg Auður Guðjónsdóttir**[1] lyfja- og eiturefnafræðingur, **Anna María Þórðardóttir**[2] bráðahjúkrunarfræðingur, **Jakob Kristinsson**[1] lyfja- og eiturefnafræðingur, prófessor emeritus

## ÁGRIP

**Inngangur:** Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar á eitrunum á Íslandi frá 2001-2002 leita flestir sem þarfnast meðferðar vegna eitrunar á bráðamóttökur Landspítala. Markmið rannsóknarinnar var að afla áreiðanlegra upplýsinga um bráðar eitranir sem koma til meðferðar á bráðamóttökum Landspítala og bera niðurstöður saman við fyrri rannsókn.
**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin var framskyggn og rannsóknartímabilið eitt ár, frá 1. janúar til 31. desember 2012. Gögnum var safnað um allar eitranir vegna efna og lyfja sem komu á bráðamóttöku í Fossvogi, bráðamóttöku barna og Hjartagátt.
**Niðurstöður:** Á rannsóknartímabilinu voru 977 komur á bráðamóttökur Landspítala vegna eitrana. Konur voru 57% hópsins og karlar 43%. Aldursbilið var frá tveggja mánaða upp í 96 ára og meira en helmingur sjúklinganna var yngri en 30 ára. Meirihluti eitrananna varð á heimilum og oftast var um inntöku að ræða. Sjálfsvígstilraunir og misnotkun voru algengustu ástæður eitrunar (66%). Í 76% allra eitrananna komu lyf og/eða áfengi við sögu. Eitranir vegna annarra efna voru oftast óhappaeitranir og 35% þeirra voru vinnutengdar. Meirihluti sjúklinga (80%) var útskrifaður af bráðamóttöku eftir skoðun og meðferð, 20% voru lagðir inn á aðrar deildir, þar af var 21% hópsins lagður inn á gjörgæsludeild. Tveir sjúklingar létust (0,2%).
**Ályktun:** Tíðni koma vegna eitrana á bráðamóttökurnar var hærri nú en í fyrri rannsókn, en munurinn var ekki marktækur. Konur voru fleiri en karlar og stærsti hópurinn var ungt fólk. Misnotkun og sjálfsvígstilraunir voru algengustu ástæður eitrana. Algengustu eitrunarvaldar voru lyf og áfengi. Meirihluti sjúklinga fékk meðferð á bráðamóttöku og útskrifaðist heim. Dánartíðni var lág.

## Inngangur

Eitrun af völdum lyfja og efna er ein af mörgum ástæðum fyrir komum á bráðamóttökur á Vesturlöndum, rannsóknir hafa sýnt tíðni á bilinu 1,7-3,9 á hverja 1000 íbúa á ári.[1-4] Þó sjúklingar með eitranir séu innan við 5% af heildarfjölda sjúklinga sem leita á bráðamóttökur[3,5] er umönnun þeirra og meðferð oft mjög krefjandi. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar á innlögnum á gjörgæsludeildir Landspítala vegna sjálfsvígstilrauna 2000-2004 var lyfjaeitrun algengasta ástæðan (91%).[6]

Flestar rannsóknir sem hafa verið gerðar á tíðni og eðli eitrana á Vesturlöndum eru afturskyggnar, en erfitt er að finna eitranir afturskyggnt í skráningarkerfum sem notuð eru á sjúkrahúsum og tölum ber ekki saman eftir því hvaða aðferðum er beitt við að afla gagnanna.[7] Framskyggnar rannsóknir eru líklegri til að sýna raunhæfa mynd af tíðni og eðli eitrana hverju sinni. Á Íslandi var gerð framskyggn rannsókn á komum á sjúkrastofnanir vegna eitrana, sem tók til 29 sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva á öllu landinu frá 1. apríl 2001 til 31. mars 2002. Samkvæmt niðurstöðum hennar var tíðni eitrana 3,9 á hverja 1000 íbúa.[1] Vegna þess að eitranir virðast algengar á Íslandi miðað við önnur vestræn lönd[2,3,4] og kostnaður vegna þeirra í heilbrigðiskerfinu því umtalsverður er mikilvægt að fylgjast reglulega með tíðni þeirra og eðli.

Í rannsókninni frá 2001 kom einnig í ljós að langflestar eitranir komu á bráðamóttökur Landspítala, eða 76% allra eitrana á landsvísu, því má ætla að rannsókn á komum vegna eitrana á bráðamóttökur Landspítala gefi nokkuð raunhæfa mynd af ástandinu. Markmið rannsóknarinnar var að afla áreiðanlegra upplýsinga um bráðar eitranir sem koma til meðferðar á bráðamóttökum Landspítala, bera niðurstöður saman við eldri rannsókn og sjá hvort og hvaða breytingar hafi orðið.

## Aðferðir

Rannsóknin var framskyggn og rannsóknartímabilið eitt ár frá 1. janúar til 31. desember 2012. Meðalmannfjöldi á Íslandi árið 2012 var 320.716.[8]

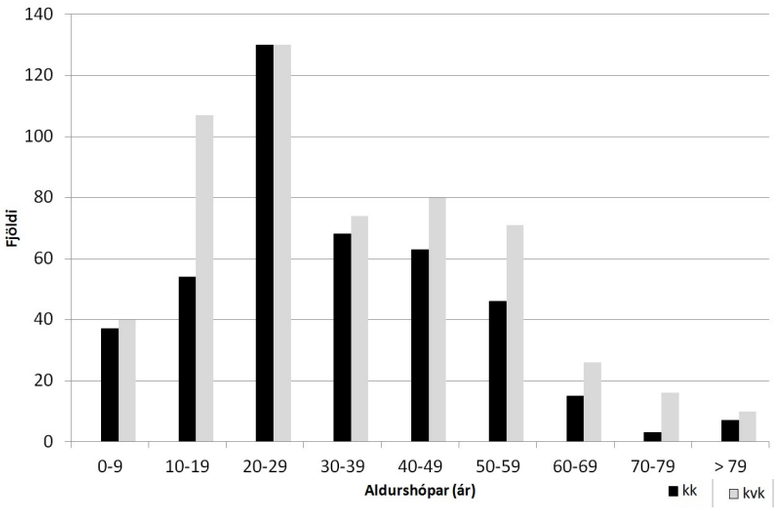
Fylgst var með komum og gögnum safnað úr rafrænni sjúkraskrá um öll tilvik þar sem leitað var á bráðamóttökurnar í Fossvogi, Hjartagátt og Barnaspítala vegna bráðra eitrana. Rannsóknin tók til allra koma vegna óhappaeitrana sem og sjálfseitrana vegna efna og lyfja og náði til allra aldurshópa. Allar ákomuleiðir voru meðtaldar, svo sem inntaka, innöndun, og hvort efni barst á húð, í augu eða í líkamann með öðrum hætti. Notuð voru ákveðin skilmerki til að finna eitranirnar, en þau voru: 1) Sjúklingur kemur vegna þess að hann telur sig hafa orðið fyrir eitrun. 2) Komið er með sjúklinginn því aðstandandi, sjúkraflutningamenn, lögregla eða aðrir telja að sjúklingurinn sé með eitrun. 3) Heilbrigðisstarfsmaður skilgreinir sjúklinginn með eitrun. Upplýsingar

Rannsóknin var unnin á bráðamóttöku Landspítala í Fossvogi.
[1]Háskóla Íslands, [2]gæða- og sýkingavarnadeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Guðborg Auður Guðjónsdóttir, *gudborgg@gmail.com*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.06.140

Greinin barst blaðinu 30. nóvember 2016, samþykkt til birtingar 28. apríl 2017.




**Mynd 1.** *Fjöldi eitrana eftir aldri og kyni.*

um sjúklingana voru færðar í Microsoft Access gagnagrunn aftengdar persónugreinanlegum upplýsingum. Upplýsingar voru skráðar um aldur og kyn sjúklinga og hvort þeir hefðu orðið fyrir eitrun áður, hvar eitrunin varð, hversu langt var síðan, ástæðu, ákomuleið, eitrunarvald (hvaða efni/lyf olli eitruninni), einkenni, meðferð, dvalartíma á bráðamóttöku og afdrif. Matareitranir og aukaverkanir lyfja voru ekki teknar með í rannsóknina.

Eitranirnar voru flokkaðar í fjóra flokka eftir ástæðu: sjálfsvígstilraunir, misnotkun, óhöpp og annað eða ekki vitað.

Leyfi fyrir rannsókninni var fengið frá Persónuvernd og framkvæmdastjóra lækninga og siðanefnd á Landspítala.

Við tölfræðiútreikninga var notað forritið MedCalc Statistical Software version 16.8 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; www.medcalc.org; 2016)

Marktæknimörk voru sett við $p<0,05$.

Við útreikninga á tíðni var notast við íbúafjölda á landinu öllu og ber því að taka það til greina þegar rýnt er í þær tölur. Þessi ákvörðun er studd af því að upptökusvæði Landspítalans er ekki vel skilgreint þegar kemur að eitrunum. Niðurstöður fyrri rannsóknar sem náði yfir landið allt sýndi að sjúklingar með alvarlegustu eitranirnar voru fluttir á Landspítala og því ónákvæmt að miða bara við höfuðborgarsvæðið.

Tíðnitölur sem settar eru fram í þessari rannsókn eiga aðeins við tíðni eitrana sem koma á bráðamóttökurnar en ekki tíðni eitrana á landinu öllu.

## Niðurstöður

*Yfirlit*

Á rannsóknartímabilinu voru komur vegna eitrana á bráðamóttökurnar 977 sem samsvarar tíðninni 3,05 á hverja 1000 íbúa á landinu öllu. Ekki var marktækur munur á tíðni koma miðað við fyrri rannsókn (kí-kvaðrat, $p=1,241$), en þá voru komur á bráðamóttökur Landspítala 825 og tíðnin 2,88 á hverja 1000 íbúa. Miðað við heildarfjölda koma á bráðamóttökurnar á þessum tveimur tímabilum[9] telst hlutfall eitrana vera annars vegar 1,1% 2012 og hins vegar 1,3% 2001.

Bak við þessar komur voru 850 einstaklingar, af þeim komu 69 tvisvar og 19 þrisvar sinnum eða oftar. Í 778 tilvikum (80%) voru sjúklingar útskrifaðir af bráðamóttöku eftir skoðun, meðferð og/eða eftirlit, en í 199 tilvikum (20%) voru sjúklingar lagðir inn á aðrar deildir og 41 þurfti á gjörgæslumeðferð að halda. Tveir sjúklingar létust, annar úr parasetamóleitrun en hinn úr ópíataeitrun.

Í 568 tilvikum (58%) urðu eitranirnar á heimilum, á vinnustöðum í 82 (8,4%) og í skólum í 7 (0,7%). Í 313 tilvikum (32%) var staðsetning óþekkt eða ekki skráð.

Íkomuleiðir voru inntaka 75%, augu 11%, inndöndun 8%, inndæling 4%, húð 4%, annað 2% og í 5% tilfella var um fleiri en eina íkomuleið að ræða.

Lyf og/eða áfengi komu við sögu í 76% tilvika. Eitranir vegna annarra efna voru oftast óhappaeitranir og 31% þeirra var vinnutengt.

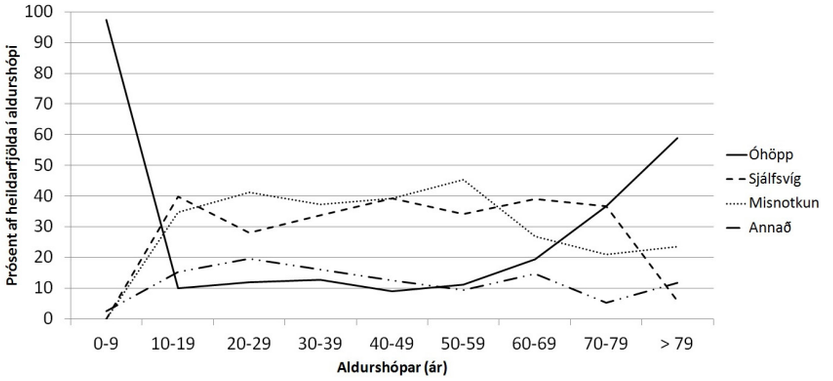
*Fjöldi eftir aldri og kyni*

Fjöldi eitrana eftir aldri og kyni er sýndur á mynd 1. Heildarfjöldi kvenna var 554 (57%) en karla 423 (43%). Meðalaldur kvenna var 33,8 ár, miðgildi 29,5 ár og aldursbil 9 mánaða – 96 ára. Meðalaldur karla var 32 ár, miðgildi 29 ár og aldursbil 2 mánaða – 88 ára. Eitranir í börnum og unglingum undir 18 ára voru 166 (17% ). Eitranir hjá 67 ára og eldri voru 46 (4,7%).

Tíðni eitrana eftir kyni og aldurshópum var reiknuð út frá íbúafjölda í hverjum aldurshópi á landinu öllu. Meðaltíðni eitrana var 3,48 á hverjar 1000 konur og 2,64 á hverja 1000 karla. Mismunurinn var tölfræðilega marktækur (kí-kvaðrat, $p<0,0001$). Hæsta tíðnin hjá báðum kynjum var í aldurshópnum 20-29 ára. Munur á kynjunum var tölfræðilega marktækur í aldurshópunum 10-19 ára ($p<0,001$), 50-59 ára ($p=0,0157$) og 70-79 ára ($p=0,0060$), í öðrum aldurshópum reyndist ekki tölfræðilega marktækur munur milli kynja.

*Ástæður*

Um var að ræða sjálfseitranir (misnotkun eða sjálfsvígstilraunir) í 649 tilvikum (66%), þar af höfðu 45% sjúklinga fyrri sögu um eitr-

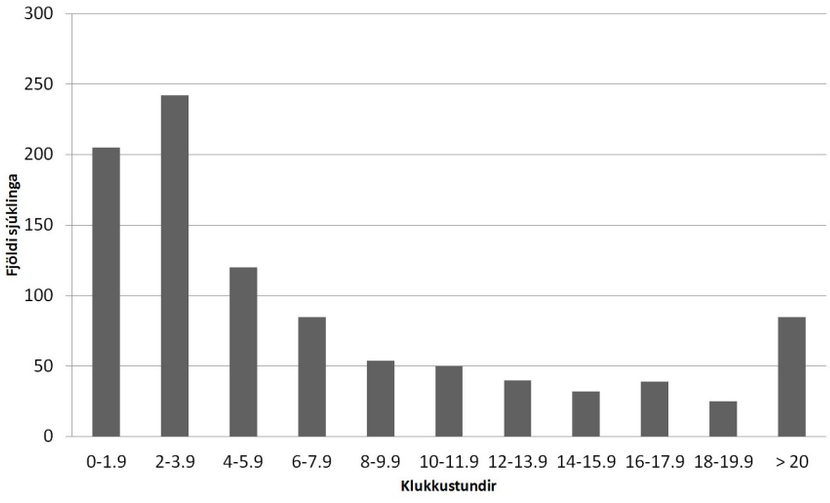



**Mynd 2.** *Mismunandi ástæður eitrana eftir aldurshópum.*

un. Sjálfsvígstilraunir voru 305 en í 344 tilvikum var um misnotkun að ræða.

Óhappaeitranir voru 271 (28%) og þar af tengdust 83 (31%) starfi viðkomandi. Í 57 tilvikum (6%) var ástæðan óþekkt. Mynd 2 sýnir mismunandi ástæður eitrana eftir aldurshópum, þannig voru óhöpp algengustu ástæður eitrana í yngsta aldurshópnum 0-9 ára og í elsta aldurshópnum eldri en 79 ára. Í öðrum aldurshópum voru sjálfseitranir algengustu ástæður eitrana.

Óhappaeitranir dreifðust nokkuð jafnt á milli kynja í öllum aldurshópum. Sjálfsvígstilraunir voru algengari hjá konum í aldurshópunum 10-19 ára (kí-kvaðrat, p=0,0015), 30-39 ára (kí-kvaðrat. p=0,0309) og 40-49 ára (kí-kvaðrat, p=0,0483). Misnotkun var algengari hjá körlum í aldurshópunum 10-19 ára (kí-kvaðrat, p=0,0107) og 30-39 ára (kí-kvaðrat, p=0,0483).




**Mynd 3.** *Dvalartími á bráðamóttökum.*

*Eitranir vegna lyfja og/eða áfengis*

Inntaka lyfja og/eða áfengis var orsök eitrunar hjá 745 sjúklingum (76% allra eitrana). Konur voru 455 (61%) og karlar 290 (39%). Í 351 tilviki (47%) var um að ræða inntöku á einu lyfi eða einungis áfengi. Fleiri en eitt lyf eða blanda af lyfjum og áfengi olli eitrun í 394 tilfellum (53%). Algengustu lyfjaflokkarnir skipt eftir ástæðu eitrunar eru sýndir í töflu I. Áfengi kom við sögu í 45% af öllum lyfjaeitrunum. Algengasti lyfjaflokkurinn var róandi lyf og svefnlyf sem kom fyrir í 26% allra lyfjaeitrana, innan þessa flokks voru bensódíasepínafleiður og bensódíasepínskyld lyf langalgengust, eða 85%. Næstalgengasti lyfjaflokkurinn var verkjadeyfandi og hitalækkandi lyf þar sem parasetamól var langalgengast, 84% eitrana í þessum lyfjaflokki. Í þriðja sæti voru ólögleg fíkniefni þar sem amfetamín var algengasta lyfið og kom fyrir í 54% tilfella, kókaín í 24% og MDMA í 18%. Ef löglegar amfetamínafleiður eru teknar með, eins og Ritalín og Strattera, fjölgar í þessum flokki um 40 tilvik, eða úr 107 upp í 147, og þar með er lyfjaflokkurinn orðinn næstalgengasti lyfjaflokkurinn. Í eitrunum vegna geðlyfja kom quetíapín oftast við sögu, eða í 61% tilfella. Í geðdeyfðarlyfjaflokknum voru sértækir serótónín-endurupptökuhemlar (SSRI) algengastir, eða 57%, síðan þríhringlaga geðdeyfðarlyf 18%. Í eitrunum vegna ópíóíða var tramadól algengast 35%, því næst morfín 27% og kódein 23%.

Hlutdeild lyfjaflokka í eitrununum var mismunandi eftir ástæðu. Algengustu lyfjaflokkar sem komu við sögu í sjálfsvígstilraunum voru róandi lyf og svefnlyf 39%, áfengi 32%, verkja- og hitalækkandi lyf 26%, geðlyf 25% og geðdeyfðarlyf 25%. Í eitrunum vegna misnotkunar voru algengustu lyfjaflokkarnir áfengi 65%, ólögleg fíkniefni 26%, róandi lyf og svefnlyf 19% og ópíöt 9%. Þegar um óhöpp var að ræða var dreifingin milli lyfjaflokka mun jafnari en hjartalyf komu oftast við sögu, eða í 29% tilfella.

*Aðrar eitranir*

Önnur efni en lyf og áfengi voru orsök 232 eitrana. Langflestar, eða 208 (90%), voru óhappaeitranir. Aðeins 9 (4%) voru sjálfsvígstilraunir, fjórar (1,7%) tengdust misnotkun en í 10 tilvikum (4,3%) var ekki vitað um ástæðu. Flestar þessara eitrana (55%) urðu á heimili eða annars staðar í frítíma en 35% þeirra urðu á vinnustað. Karlar voru fleiri en konur, eða 133 (57%) á móti 99 (43%). Algengustu efnaflokkarnir voru ertandi og/eða ætandi efni 30%, eitraðar lofttegundir 26% og lífræn leysiefni 11%.

**Tafla I.** *Algengustu lyfjaflokkar sem áttu þátt í eitrunum skipt eftir ástæðu.*

| Lyf | Sjálfvígs-tilraunir | Mis-notkun | Óhöpp | Annað | Alls |
|---|---|---|---|---|---|
| Áfengi | 97 | 220 | 5 | 10 | 332 |
| Róandi lyf og svefnlyf | 116 | 64 | 7 | 7 | 194 |
| Verkja- og hitalækkandi lyf | 77 | 20 | 6 | 13 | 116 |
| Ólögleg fíkniefni | 15 | 90 | 0 | 2 | 107 |
| Geðlyf | 74 | 23 | 3 | 4 | 104 |
| Geðdeyfðarlyf | 73 | 12 | 5 | 6 | 96 |
| Ópíöt | 30 | 31 | 7 | 6 | 74 |
| Andhistamín | 27 | 9 | 0 | 5 | 41 |
| Hjartalyf | 18 | 3 | 18 | 2 | 41 |
| Önnur lyf | 18 | 17 | 27 | 6 | 68 |

**Tafla II.** *Afdrif sjúklinga eftir útskrift af bráðamóttöku.*

| | |
|---|---|
| Útskrift heim | 778 |
| Innlögn á geðdeildir | 117* |
| Innlögn á gjörgæsludeild | 41 |
| Innlögn á barnadeild | 5 |
| Innlögn á aðrar deildir | 36 |
| Samtals | 977 |

*Þar af fóru 19 á barna- og unglingageðdeild.

*Fjöldi koma og dvalartími*

Að meðaltali kom um 81 sjúklingur á mánuði, flestir í mars (100) og fæstir í október (70). Marktækt fleiri komu á sunnudögum en aðra daga vikunnar og fæstir á miðvikudögum og fimmtudögum (fervikagreining, p=0,049)

Flestir komu milli klukkan 22 á kvöldin og eitt eftir miðnætti (18%) og fæstir milli klukkan sjö og tíu á morgnana (6%). Mynd 3 sýnir dvalartíma á bráðamóttöku sem var frá 9 mínútum upp í tvo daga og 13 klukkustundir, en miðgildi var fjórar klukkustundir og 39 mínútur og meðaltal 7 klukkustundir og 49 mínútur.

*Meðferð og afdrif*

Afdrif sjúklinga að lokinni meðferð er sýnd í töflu II. Flestir voru lagðir inn vegna lyfjaeitrana, eða 189 sjúklingar, 10 sjúklingar voru lagðir inn vegna eitrunar af völdum annarra efna, þar af fjórir á gjörgæslu.

Afeitrunarmeðferð var veitt 168 sjúklingum; 79 fengu lyfjakol, 6 voru magaskolaðir, 66 fengu augnskolun og 17 húðskolun. Sérhæft mótefni var gefið 71 sjúklingi, þar af fengu 39 mótefni við parasetamóleitrun (acetýlcýstein) og 20 við ópíataeitrun (naloxón). Í viðtal hjá geðlækni fóru 243 sjúklingar. Tveir sjúklingar (0,2%) létust, annar úr parasetamóleitrun en hinn úr ópíataeitrun. Báðir sjúklingarnir voru í slæmu ástandi við komu á bráðamóttöku annar var með lifrarbilun og í lostástandi en hinn hafði verið endurlífgaður af sjúkraflutningamönnum sem komu að honum í öndunar- og hjartastoppi.

## Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að tíðni koma vegna eitrana á bráðamóttökur Landspítala hefur lítið breyst frá fyrri rannsókn.

Meirihluti eitrana var vegna sjálfsvígstilrauna eða misnotkunar og urðu á heimilum, sem er sambærilegt við fyrri rannsókn. Áfengi, róandi lyf og svefnlyf komu oftast við sögu í eitrununum sem var einnig raunin í fyrri rannsókn. Áfengi átti þátt í 45% af lyfjaeitrununum nú en 33% í fyrri rannsókn, hvort þarna er um raunverulega aukningu að ræða eða betri skráningu er erfitt að fullyrða þar sem skráningarferlið var ekki nákvæmlega eins. Í þessari rannsókn var áfengi skráð af rannsóknaraðilum sem meðvirkandi þáttur ef það kom fram í sjúkrasögu sjúklingsins að hann hafi greinilega verið undir áhrifum áfengis. Í fyrri rannsókninni skráðu heilbrigðisstarfsmenn sem önnuðust sjúklinginn hvaða lyf og efni ollu eitruninni á sérstakt eyðublað rannsóknarinnar og hugsanlegt er að neysla áfengis hafi ekki alltaf verið skráð. Róandi lyf og svefnlyf áttu þátt í 26% lyfjaeitrana nú en 40% í fyrri rannsókn þannig að hlutdeild þeirra hefur minnkað um tæplega 15% þrátt fyrir að sala þeirra hafi aukist um 21%.[10] Ólögleg fíkniefni áttu þátt í 14,5% lyfjaeitrana og tæplega 20% ef örvandi lyf eins og Ritalín eru talin með en í fyrri rannsókn var hlutdeild ólöglegra fíkniefna 11,5%. Samkvæmt Afbrotatölfræði ríkislögreglustjóra[11] lögðu lögregla og tollgæsla hald á miklu meira magn af örvandi efnum á síðara rannsóknartímabilinu en því fyrra, sem gæti gefið til kynna aukið framboð.

Eitranir vegna geðdeyfðarlyfja voru færri nú en áður þrátt fyrir að mikið hafi verið fjallað um aukna notkun geðdeyfðarlyfja og upplýsingar frá Lyfjastofnun sýni tæplega 40% aukningu í sölu þeirra frá árinu 2001. Í eitrunum vegna geðdeyfðarlyfja var hlutdeild SSRI-lyfja meiri nú (57%) en þríhringlaga geðdeyfðarlyfja minni (18%) en 2001 þegar hlutdeild SSRI-lyfja var 45% og þríhringlaga geðdeyfðarlyfja 29%. Þetta endurspeglar sennilega aukna notkun á SSRI-lyfjunum meðan dregið hefur úr notkun á þeim síðarnefndu. Tölur frá Lyfjastofnun sýna að 45% aukning var í sölu SSRI-lyfja milli 2001 og 2012 en 64% minni sala í þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum.[10]

Ástæður eitrana eftir aldri hafa lítið sem ekkert breyst frá fyrri rannsókn. Flestar eitranir í yngsta og elsta aldurshópnum voru vegna óhappa en í aldurshópunum milli 10 og 79 ára voru sjálfsvígstilraunir og misnotkun algengustu ástæður eitrunar. Hjá börnum 12 ára og yngri voru 98% eitrana óhöpp en hjá 13-17 ára unglingum voru 80% eitrana misnotkun eða sjálfsvígstilraunir.

Ef litið er á hlutfall kynjanna voru fleiri konur í öllum aldurshópum og marktækt fleiri í þremur aldurshópum, ef tekið er tillit til heildarfjölda karla og kvenna á landsvísu. Munur á kynjunum var tölfræðilega marktækur í aldurshópunum 10-19 ára, 50-59 ára og 70-79 ára. Í öðrum aldurshópum reyndist ekki tölfræðilega marktækur munur milli kynja. Í rannsókninni frá 2001 voru fleiri konur og marktækur munur í aldurshópunum 10-19 ára, og 30-59 ára. Í báðum rannsóknunum voru fleiri konur en karlar sem komu vegna sjálfseitrana, 60% 2012 og 63% 2001. Flestar erlendar rannsóknir[2,3,4,19] sýna einnig að sjálfseitranir, sérstaklega sjálfsvígstilraunir, eru algengari meðal kvenna. Vinnutengdar eitranir vegna óhappa voru aftur á móti algengari meðal karla sem einnig var raunin í fyrri rannsókn. Í báðum rannsóknunum var fjölmennasti aldurshópurinn 20-29 ára hjá báðum kynjum.

Af öllum hópnum sem leitaði á bráðamóttökurnar vegna eitrana höfðu 30% orðið fyrir eitrun áður og 45% þeirra sem komu vegna sjálfseitrana. Þetta var mjög sambærilegt við fyrri rannsóknina þar sem tölurnar voru 28% og 37%.

Í báðum rannsóknunum urðu flestar eitranirnar á heimilum, flestir sjúklingar komu á bráðamóttöku um og eftir miðnætti og fæstir snemma á morgnana. Meirihluti sjúklinga fékk meðferð á bráðamóttöku og var útskrifaður þaðan. Innlagnir á aðrar deildir vegna eitrana voru færri árið 2012 en á fyrra rannsóknartímabilinu og helmingi færri sjúklingar voru lagðir inn á gjörgæsludeild. Þetta má ef til vill skýra með tilkomu skammverueiningarinnar á bráðamóttökunni í Fossvogi og starfsemi Eitrunarmiðstöðvarinnar þar sem skapast hefur betri aðstaða og meiri þekking á meðferð eitrana og því minni þörf á innlögn á aðrar deildir.

Dánartíðnin var lág í báðum rannsóknunum, 0,2% og 0,09% af öllum sem komu á bráðamóttöku vegna eitrunar og með því lægsta sem hefur verið birt í rannsóknum í öðrum löndum Evrópu og Bandaríkjunum. Niðurstöður rannsókna sýna að dánartíðni þeirra sem fá meðferð vegna eitrana á sjúkrahúsum er lág, eða um það bil 1% eða lægri, og að flest dauðsföll vegna eitrana verða utan sjúkrahúsa.[4,20-25] Samkvæmt upplýsingum af heimasíðu Embættis landlæknis um dánarorsakir flokkaðar eftir ICD-greiningum dóu 35 úr eitrun árið 2001 og 33 árið 2012, meðaltal var 32,5 dauðsföll á ári yfir tímabilið 1996-2014.[26] Notaðar voru sömu ICD-greiningar og voru notaðar í rannsóknum um dauðsföll af völdum eitrana á Norðurlöndunum.[27,28]

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að eitranir vegna lyfja og/eða áfengis voru í heildina alvarlegri og leiddu til fleiri innlagna á gjörgæslu. Þannig voru 37 lagðir inn á gjörgæslu vegna lyfjaeitrunar en fjórir vegna annarra efna.

Sautján prósent sjúklinga fékk afeitrunarmeðferð (lyfjakol, magaskolun, skolun húðar eða augna), 8% fengu lyfjakol og 0,6% magaskolun. Í niðurstöðum rannsóknar sem gerð var á sjálfsvígstilraunum sem komu til meðferðar á gjörgæsludeildum Landspítala 2000-2004[6] kom fram að tæplega helmingur sjúklinga með lyfjaeitrun var magaskolaður við komu á bráðamóttöku. Í þessari rannsókn voru 6 sjúklingar magaskolaðir þar af voru 5 sjálfsvígstilraunir en eitt óhapp. Í þremur tilfellum var magaskolunin gerð innan klukkustundar frá inntöku, í einu tilfelli var tími inntöku ekki þekktur og í tveimur tilfellum voru meira en þrjár klukkustundir liðnar frá inntöku. Þótt gagnrýna megi magaskolanirnar sem gerðar voru þremur klukkustundum eftir inntöku má segja að dregið hafi verulega úr magaskolunum sem er vel þar sem búið er að sýna fram á að gagnsemi þeirra er lítil sem engin nema í einstaka tilfellum.[29]

Niðurstöður rannsóknarinnar frá 2001-2002 sem náði til allra helstu sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva á landinu sýndu að 76% sjúklinga með eitrun sem leita á sjúkrastofnanir koma á bráðamóttökur Landspítala. Ef gert er ráð fyrir að hlutfallið hafi ekkert breyst er ef til vill hægt að áætla lauslega að heildarfjöldi eitrana þar sem leitað var til sjúkrastofnana á landinu öllu árið 2012, gæti hafa verið á bilinu 1200-1300.

*Styrkleikar og takmarkanir*

Styrkur rannsóknarinnar fólst í að hún var framskyggn, gögnum var safnað úr sjúkraskrám og þau skráð jafnóðum í gagnagrunn af rannsóknaraðilum sem voru við störf á bráðamóttöku, því má gera ráð fyrir að heimtur hafi verið mjög góðar. Í rannsókninni frá 2001 voru notuð sérstök eyðublöð við gagnasöfnunina sem voru útfyllt af heilbrigðisstarfsmönnum sem önnuðust sjúklingana hverju sinni. Aðferðafræði rannsóknanna var því ekki nákvæmlega sú sama sem takmarkar samanburðarhæfnina.

## Ályktun

Komum á bráðamóttökur Landspítala vegna eitrana hefur fjölgað lítillega miðað við mannfjölda frá 2001, en munurinn á tíðni er þó ekki tölfræðilega marktækur. Fólk á öllum aldri leitar á bráðamóttöku vegna eitrana, tíðnin er hæst hjá ungu fólki 18-39 ára og hærri hjá konum en körlum. Misnotkun og sjálfsvígstilraunir þar sem lyf og áfengi koma við sögu eru algengustu ástæður eitrana. Merkja má aukningu í eitrunum vegna áfengis, örvandi lyfja og fíkniefna en fækkun í eitrunum vegna geðdeyfðarlyfja, róandi og svefnlyfja. Álag á bráðamóttökurnar vegna eitrana er mest á kvöldin og fram yfir miðnætti um helgar. Meirihluti sjúklinga er útskrifaður heim eftir meðferð á bráðamóttöku og færri eru lagðir inn á gjörgæsludeild en áður vegna eitrana. Dánartíðni þeirra sem koma á bráðamóttöku með eitrun er lág.

## Heimildir


1. Kristinsson J, Palsson R, Gudjonsdottir GA, Blondal M, Gudmundsson S, Snook CP. Acute Poisonings in Iceland: A prospective nationwide study. Clin Toxicol 2008; 46: 126-32.
2. Mannaioni PF. Pattern of acute intoxication in Florence: a comparative investigation. Intensive Care Med 1991;17 Suppl 1:S24-31.
3. McCaig LF, Burt CW. Poisoning-related visits to emergency departments in the United States, 1993-1996. J Toxicol Clin Toxicol 1999; 37: 817-26.
4. Hovda KE, Bjornaas MA, Skog K, Opdahl A, Drottning P, Ekeberg O, Jacobsen D. Acute poisonings treated in hospitals in Oslo: a one-year prospective study (I): pattern of poisoning. Clin Toxicol (Phila). 2008; 46: 35-41.
5. Thomas SH, Bevan L, Bhattacharyya S, Bramble MG, Chew K, Connolly J, et al. Presentation of poisoned patients to accident and emergency departments in the north of England. Hum Exp Toxicol 1996; 15: 466-70.
6. Sverrisson KÖ, Pálsson SP, Sigvaldason K, Kárason S. Sjálfsvígstilraunir meðhöndlaðar á gjörgæsludeildum Landspítala árin 2000 – 2004. Læknablaðið 2010; 96: 101-7.
7. Blanc PD, Jones MR, Olson KR. Surveillance of poisoning and drug overdose through hospital discharge coding, poison control center reporting and the Drug Abuse Warning Network. Am J Emerg Med 1993; 11: 14-9.
8. Hagstofa Íslands: hagstofan.is – september 2016.
9. Starfsemisupplýsingar Landspítala 2001 og 2012: landspitali.is/heilbrigdisstarfsfolk/spitalinn-i- tolum/starfsemisupplysingar-lsh/ Komur á bráðamóttökur. - október 2016.
10. Upplýsingar frá Lyfjastofnun 2016.
11. Afbrotatölfræði ríkislögreglustjóra: logreglan.is/utgafa/tolfraedi/stadfestar-tolur/arlegar-uttektir/ - október 2016.
12. Walsh D, Mosbech J, Adelstein A, Spooner J, Dean G. Suicide and self-poisoning in three countries-a study from Ireland, England and Wales, and Denmark. Int J Epidemiol 1984; 13: 472-4.
13. Rygnestad T, Hauge L. Epidemiological, social and psychiatric aspects in self-poisoned patients. A prospective comparative study from Trondheim, Norway between 1978 and 1987. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1991; 26: 53-62.
14. Meredith TJ. Epidemiology of poisoning. Pharmacol Ther 1993; 59: 251-6.
15. Alsen M, Ekedahl A, Lowenhielm P, Nimeus A, Regnell G, Traskman-Bendz L. Medicine self-poisoning and the sources of the drugs in Lund, Sweden. Acta Psychiatr Scand 1994; 89: 255-61.
16. Kelly CB, Weir J, Rafferty T, Galloway R. Deliberate self-poisoning presenting at a rural hospital in Northern Ireland 1976-1996: relationship to prescribing. Eur Psychiatry 2000; 15: 348-53.
17. Townsend E, Hawton K, Harriss L, Bale E, Bond A. Substances used in deliberate self-poisoning 1985-1997: trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001; 36: 228-34.
18. Moller LR, Nielsen GL, Olsen ML, Thulstrup AM, Mortensen JT, Sorensen HT. Hospital discharges and 30-day case fatality for drug poisoning: a Danish population-based study from 1979 to 2002 with special emphasis on paracetamol. Eur J Clin Pharmacol 2004; 59: 911-5.
19. Hendrix L, Verelst S, Desruelles D, Gillet JB. Deliberate self-poisoning: characteristics of patients and impact on the emergency department of a large university hospital. Emerg Med J 2013; 30: 1 e9.
20. Jacobsen D, Frederichsen PS, Knutsen KM, Sorum Y, Talseth T, Odegaard OR. A prospective study of 1212 cases of acute poisoning: general epidemiology. Hum Toxicol 1984; 3: 93-106.
21. Lapatto-Reiniluoto O, Kivisto KT, Pohjola-Sintonen S, Luomanmaki K, Neuvonen PJ. A prospective study of acute poisonings in Finnish hospital patients. Hum Exp Toxicol 1998; 17: 307-11.
22. Burillo-Putze G, Munne P, Duenas A, Pinillos MA, Naveiro JM, Cobo J, et al. National multicentre study of acute intoxication in emergency departments of Spain. Eur J Emerg Med 2003; 10: 101-4.
23. Rygnestad T. A comparative prospective study of self--poisoned patients in Trondheim, Norway between 1978 and 1987: epidemiology and clinical data. Hum Toxicol 1989; 8: 475-82.
24. Lamminpaa A, Riihimaki V, Vilska J. Hospitalizations due to poisonings in Finland. J Clin Epidemiol 1993; 46: 47-55.
25. Pond SM, Lewis-Driver DJ, Williams GM, Green AC, Stevenson NW. Gastric emptying in acute overdose: a prospective randomised controlled trial. Med J Aust 1995; 163: 345-9.
26. Embætti landlæknis. landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/allt-talnaefni/ - október 2016.
27. Andrew E, Tellerup M, Termala AM, Jacobsen P, Gudjonsdottir GA. Poisonings in the Nordic countries in 2007: A 5-year epidemiological follow-up. Clin Toxicol 2012; 50: 210-4.
28. Andrew E, Irestedt B, Hurri T, Jacobsen P, Gudjonsdottir GA. Mortality and morbidity of poisonings in the Nordic countries in 2002, Clin Toxicol 2008; 46: 310-3.
29. American Academy of Clinical Toxicology & European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists, Position Paper: Gastric Lavage. J Toxicol Clin Toxicol 2004; 42: 933-43.

## ENGLISH SUMMARY

### A prospective study on acute poisonings presenting to the Emergency Department at Landspitali University Hospital in Iceland 2012

Guðborg Auður Guðjónsdóttir[1], Anna María Þórðardóttir[2], Jakob Kristinsson[1]

**Introduction:** The purpose of the study was to assess the incidence and type of toxic exposures presenting to the Emergency Department (ED) at Landspitali University Hospital in Iceland over one year and compare the results to another study performed eleven years before.
**Methods:** The study was prospective and included all visits due to acute poisoning to the ED between January 1, and December 31, 2012.
**Results:** A total of 977 toxic exposures were documented. Females were 554 (57%) and males 423 (43%). The age range was from 2 months to 96 years old. More than half of the patients were under 30 years old. The majority of exposures occurred in private homes and ingestion was the most common route of exposure. Deliberate poisonings accounted for 66% of all the poisonings and 76% had drugs and/or alcohol as their main cause. Exposures to chemicals other than drugs were usually unintentional and 31% of them were occupational exposures. 80% of patients received treatment and were discharged from the ED, 20% were admitted to other departments, thereof 21% to ICU. Two patients died (0.2%).
**Conclusion:** A slight but statistically unsignificant increase in incidence was observed. Females outnumbered males. Self-poisonings by ingestion of drugs and/or alcohol accounted for the majority of cases. The age range was wide, but the incidence was higher with young people. Mortality was low.

*[1]University of Iceland, Reykjavik Iceland, [2]Landspitali University Hospital, Reykjavik, Iceland.*

**Key words:** *toxicology, acute poisoning, epidemiology, self-poisoning.*

**Correspondence***: Guðborg Auður Guðjónsdóttir, gudborgg@gmail.com*

# Fæðuval ungra Íslendinga með geðrofssjúkdóma og þróun líkamsþyngdar þeirra á 8 til 12 mánaða tímabili

**Helga Guðrún Friðþjófsdóttir**[1] næringarfræðingur, **Ólöf Guðný Geirsdóttir**[1] næringarfræðingur, **Halldóra Jónsdóttir**[2] læknir, **Laufey Steingrímsdóttir**[1] næringarfræðingur, **Inga Þórsdóttir**[3] næringarfræðingur, **Hólmfríður Þorgeirsdóttir**[4] næringarfræðingur, **Nanna Briem**[2] læknir, **Ingibjörg Gunnarsdóttir**[1] næringarfræðingur

## ÁGRIP

**Tilgangur:** Tíðni lífsstílssjúkdóma er hærri meðal einstaklinga með geðrofssjúkdóma en almennings. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna fæðuval ungs fólks með geðrofssjúkdóma, en fæðuval þessa hóps hefur aldrei verið kannað hérlendis áður.
**Efniviður og aðferðir:** Þátttakendur voru þjónustuþegar Laugarássins (n=48, 18-30 ára), sem sóttu þjónustu á því tímabili sem gagnaöflun fór fram (júlí- ágúst 2016). Fæðuval og næringargildi fæðu var metið með sólarhringsupprifjun á mataræði. Niðurstöður voru bornar saman við ráðleggingar Embættis landlæknis og niðurstöður landskönnunar á mataræði 2010-2011 fyrir sama aldurshóp (n=250). Þróun líkamsþyngdar síðastliðna 8-12 mánuði var metin út frá skráðum upplýsingum í sjúkraskrá (Sögu).
**Niðurstöður:** Neysla á ávöxtum, fiski, mjólkurvörum, jurtaolíum og lýsi var marktækt lægri meðal þjónustuþega en hjá þátttakendum í landskönnun 2010-2011, en neysla á sælgæti og gosdrykkjum hærri (p<0,001). Hlutfall viðbætts sykurs af heildarorku var hærra í fæði þjónustuþega (15% á móti 12%) og hlutfall próteina lægra (16% á móti 18%) heldur en í viðmiðunarhópnum. Hlutfall ómega-3 fitusýra í fæði og neysla D-vítamíns var lægri á meðal þjónustuþega en meðal þátttakenda í landskönnun og töluvert undir ráðleggingum (0,04 ± 0,3% ómega-3 af heildarorku á móti 1,2 ± 0,6%, p<0,001 og 3,1 ± 4,2 µg D-vítamín/dag á móti 5,6 ± 6,5 µg/dag, p<0,001). Tæplega 40% þjónustuþega hafði þyngst um >5% af upphafsþyngd sinni á 8-12 mánaða tímabili.
**Ályktanir:** Fæðuval ungs fólks með geðrofssjúkdóma samræmist ekki opinberum ráðleggingum um fæðuval og er lakara en fæðuval viðmiðunarhópsins. Mikilvægt er að þróa leiðir til að bæta fæðuval og þar með næringargildi fæðu hópsins.

### Inngangur

Lífslíkur einstaklinga með geðrofssjúkdóma eru minni borið saman við þá sem ekki hafa sjúkdóminn og lifa þeir að jafnaði um 10-25 árum skemur.[1]

Rannsóknir benda til að einstaklingar með geðrofssjúkdóma, sérstaklega geðklofa, séu tvisvar til þrisvar sinnum líklegri til að fá efnaskiptavillu (sem lýsir sér meðal annars í hækkunum á blóðfitu, blóðsykri og auknu mittismáli) en almenningur[2,3] en henni fylgir aukin hætta á hjarta- og æðasjúkdómum.[4] Ástæða þess er enn ekki fullkunn, en mögulegir áhrifavaldar eru streita tengd sjúkdómnum, lyfjagjöf og lífsstíll.[5] Mataræði er þekktur áhrifaþáttur í þróun hjarta- og æðasjúkdóma, en rannsóknir hafa meðal annars fundið tengsl á milli mataræðis og insúlínviðnáms, blóðfituraskana og háþrýstings.[6] Mataræði sem einkennist af lítilli neyslu á fæðutrefjum, mikilli neyslu á fínunnum kolvetnum og lágu hlutfalli ein- og fjölómettaðra fitusýra hefur verið tengt við auknar líkur á efnaskiptasjúkdómum.[6] Erlendar rannsóknir benda til þess að mataræði einstaklinga með geðrofssjúkdóma sé lakara en mataræði viðmiðunarhópa.[7]

Rannsakendur hafa í vaxandi mæli beint sjónum sínum að því hvort það feli í sér ávinning fyrir sjúklinga með alvarlegar geðraskanir að bjóða upp á einstaklingsmiðaða næringarmeðferð, sem veitt er af næringarfræðingi eða næringarráðgjafa, ásamt ráðgjöf um hreyfingu sem viðbót við hefðbundna meðferð. Niðurstöður rannsókna á því sviði lofa góðu.[1,8,9] Ekki hefur áður verið gerð rannsókn hér á landi á fæðuvali ungs fólks með geðrofssjúkdóma og þar af leiðandi ekki til grunnur til að móta áherslur næringarmeðferðar fyrir þennan hóp hérlendis. Laugarásinn meðferðargeðdeild er sérhæfð deild innan geðsviðs Landspítala sem býður upp á þjónustu fyrir ungt fólk með fyrstu einkenni geðrofssjúkdóms. Unnið er eftir kenningum um snemmíhlutun í þverfaglegu teymi. Teymið samanstendur af geðlækni, hjúkrunarfræðingum, sálfræðingum, félagsráðgjafa, iðjuþjálfa, íþróttafræðingum, sjúkraliðum, ráðgjöfum og stuðningsfulltrúum. Meðal annars er boðið upp á fræðslu um heilbrigðan lífsstíl en enginn næringarfræðingur vinnur í teyminu í dag.[10]

Markmið rannsóknarinnar var að kanna fæðuval og næringargildi fæðu ungra Íslendinga með geðrofssjúkdóma og bera það saman við fæðuval einstaklinga á sama aldri úr almennu þýði[11] og ráðleggingar um fæðuval og neyslu næringarefna.[12]

[1]Rannsóknastofu í næringarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala, [2]geðsviði Landspítala, [3]heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands, [4]Embætti landlæknis.

Fyrirspurnum svarar Ingibjörg Gunnarsdóttir, *ingigun@landspitali.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.06.141

Greinin barst blaðinu 22. febrúar 2017, samþykkt til birtingar 12. maí 2017.

**Tafla I**. *Samanburður á neyslu algengra matvæla og fæðu úr völdum matvælaflokkum (grömm á dag). Niðurstöður eru birtar sem meðaltal og staðalfrávik (SF). Vegið meðaltal er birt fyrir þátttakendur í landskönnun.*

| Fæðuflokkar | Þjónustuþegar Laugarássins (n=48) | | Landskönnun 2010-2011 (n=250) | |
|---|---|---|---|---|
| | Meðaltal | SF | Vegið meðaltal | P-gildi |
| Mjólk og mjólkurvörur | 164 | 213 | 357 | <0,001 |
| Kornmatur, brauð og kökur | 245 | 134 | 299 | 0,565 |
| Grænmeti og ávextir, alls | 157 | 144 | 196 | 0,008 |
| Grænmeti | 89 | 87 | 86 | 0,827 |
| Ávextir, ber, hnetur og fræ | 53 | 99 | 103 | <0,001 |
| Kjöt og kjötvörur | 90 | 111 | 116 | <0,001 |
| Fiskur, fiskafurðir og skeldýr | 24 | 65 | 35 | <0,001 |
| Jurtaolíur, jurtafeiti | 1 | 3 | 2 | <0,001 |
| Fiskolíur, lýsi | 0,2 | 1,4 | 1,2 | <0,001 |
| Gosdrykkir, svaladrykkir | 591 | 576 | 381 | <0,001 |
| Snakk og poppkorn | 18 | 44 | 11 | <0,001 |
| Sælgæti | 27 | 57 | 19 | <0,001 |

SF = staðalfrávik

## Efniviður og aðferðir

Þátttakendur voru þjónustuþegar Laugarássins sem sóttu þjónustu á því tímabili sem gagnaöflun fór fram (júlí til ágúst 2016). Laugarásinn er meðferðargeðdeild sem tilheyrir geðsviði Landspítala og býður sérhæfða meðferð fyrir ungt fólk með byrjandi geðrofssjúkdóma og er algengasta greiningin geðklofi. Af þátttakendum í þessari rannsókn voru 73% með greiningu á geðklofa, hinir voru með aðra geðrofssjúkdóma. Í heildina sóttu 87 einstaklingar á aldrinum 18-30 ára þjónustu á tímabilinu, þar af voru 68 í dagdeild og 19 í göngudeild. Þjónustuþegar í göngudeildarmeðferð eru komnir lengra á veg í sinni meðferð og koma því sjaldnar á Laugarásinn, eða um það bil einu sinni í mánuði. Þjónustuþegar í dagdeildarmeðferð koma hins vegar oftar, að jafnaði 1-5 sinnum í viku. Þjónustuþegum stendur til boða að þiggja mat á Laugarásnum við komu sína þangað, en þess á milli borðar fólk heima hjá sér.

Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni voru að viðkomandi gæti rifjað upp fæðuval sitt síðasta sólarhringinn. Málastjóri hvers þátttakanda sá um að kynna rannsóknina með kynningarbréfi. Ef viðkomandi hafði áhuga á þátttöku var bókaður tími í viðtal hjá rannsakanda. Alls var 66 þjónustuþegum boðin þátttaka í rannsókninni (ekki náðist í fleiri, meðal annars vegna sumarleyfa starfsfólks og þjónustuþega), þar af vildu 18 ekki taka þátt í rannsókninni. Niðurstöður eru því birtar fyrir 48 einstaklinga, 41 karlmann og 7 konur, eða 73% af þeim þjónustuþegum sem boðin var þátttaka (55% af heildarfjölda þjónustuþega Laugarássins á því tímabili sem rannsóknin fór fram). Þátttakendur skrifuðu allir undir samþykkisyfirlýsingu vegna þátttöku í rannsókninni.

Siðanefnd Landspítala samþykkti rannsóknaráætlunina (25/2016) og framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala veitti heimild fyrir rannsókninni og aðgang að sjúkraskrám þátttakenda (44-16). Persónuvernd gerði ekki athugasemdir í tengslum við vinnslu persónuupplýsinga vegna þessarar rannsóknar (25/2016).

*Fæðuval og næringargildi fæðu*

Notuð var ein sólarhringsupprifjun á mataræði þar sem þátttakendur voru beðnir um að rifja upp allt sem þeir borðuðu og drukku deginum áður, sem er svipuð aðferð og notuð var í landskönnun á mataræði 2010-2011 en þar var notuð endurtekin sólarhringsupprifjun.[11] Þessi aðferð er talin góð til að meta meðalneyslu hópa en getur ekki gefið upplýsingar um mataræði einstaklinga þar sem mataræði einstaklings getur verið mjög breytilegt frá degi til dags.[13]

Niðurstöður um neyslu matar og drykkjar voru færðar inn í næringarútreikningaforritið ICEFOOD sem var hannað fyrir landskönnun á mataræði 2002 og endurbætt fyrir landskönnun á mataræði 2010-2011. Við næringarútreikninga var notaður bæði íslenski gagnagrunnurinn um efnainnihald matvæla, ÍSGEM, og uppskriftagagnagrunnur Embættis landlæknis (fyrrum Lýðheilsustöðvar) um samsetningu algengra rétta og skyndibita. Við útreikninga var tekið tillit til rýrnunar næringarefna við eldun.[14] Niðurstöður eru birtar um neyslu á fæðu úr helstu fæðuflokkum (g/dag), heildarorku (kkal/dag), orkugefandi næringarefni (g/dag og sem hlutfall af heildarorku) og neysla vítamína og steinefna reiknuð út. Stuðst var við sama kerfi við flokkun fæðutegunda í skilgreinda fæðuflokka og lýst er í skýrslu landskönnunar á mataræði fullorðinna Íslendinga 2010-2011.[11] Niðurstöður sólarhringsupprifjunar meðal þjónustuþega Laugarássins voru bornar saman við niðurstöður landskönnunar 2010-2011 á fæðumynstri Íslendinga á sama aldri (18-30 ára) og einnig við opinberar ráðleggingar um fæðuval, hlutfallslega skiptingu orkuefnanna og ráðlagða dagsskammta (RDS) næringarefna.[12,15] Þegar vísað er í niðurstöður landskönnunar 2010-2011 fyrir sama aldurshóp í niðurstöðukafla hér á eftir er talað um þátttakendur í landskönnun.

**Tafla II**. *Orka og orkuefandi næringarefni í fæði ásamt ráðlagðri neyslu. Niðurstöður eru birtar sem meðaltal og staðalfrávik (SF) fyrir þjónustuþega og vegið meðaltal fyrir þátttakendur í landskönnun.*

| | | Þjónustuþegar Laugarássins (n=48) | | Landskönnun 2010-2011 (n=250) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ráðlegging | Meðaltal | SF | Vegið meðaltal | P-gildi |
| Orka kcal | | 2231 | 688 | 2527 | 0,004 |
| Prótein E%* | 10-20 | 16 | 7 | 18 | 0,010 |
| Fita E% | 25-40 | 35 | 13 | 34 | 0,172 |
| Mettaðar fitusýrur E% | <10 | 13 | 5 | 13 | 0,952 |
| Einómettaðar fitusýrur E% | 10-20 | 12 | 5 | 11 | 0,055 |
| Fjölómettaðar fitusýrur E% | 5-10 | 6 | 3 | 6 | 0,716 |
| Omega – 3 fitusýrur E% | 1 | 0,04 | 0,3 | 1,2 | <0,001 |
| Kolvetni E% | 45-60 | 46 | 18 | 45 | 0,673 |
| Viðbættur sykur E% | <10 | 15 | 13 | 12 | <0,001 |
| Trefjar g/MJ | 3 g/MJ | 2,3 | 2,9 | 1,7 | 0,975 |

*E%: Hlutfall af heildarorku úr fæðu. MJ = mega joule

*Hæð, þyngd og þyngdarþróun*

Samkvæmt vinnuleiðbeiningum Laugarássins á að vigta skjólstæðinga mánaðarlega eða oftar ef ástæða þykir til. Upplýsingar um þyngd við þátttöku höfðu verið skráðar í Sögu fyrir 37 af þeim 48 þjónustuþegum Laugarássins sem samþykktu þátttöku í rannsókninni. Skilgreining á þyngd við þátttöku í þessari grein miðast við skráða líkamsþyngd þátttakenda sem næst gagnasöfnun (mælingar sem fóru fram á tímabilinu 1. apríl til 1. október 2016). Upplýsingar um hæð og þyngd þátttakanda allt að 12 mánuðum aftur í tímann voru skráðar (mælingar sem fóru fram á tímabilinu 1. október 2015 til 1. október 2016). Þyngdarþróun sem birt er í þessari grein lýsir breytingum á þyngd einstaklinga yfir að minnsta kosti 8 mánaða og allt að 12 mánaða tímabili eftir því hversu ítarlegar upplýsingar höfðu verið skráðar í Sögu. Þyngdartap er skilgreint sem >5% lækkun líkamsþyngdar á tímabilinu miðað við þyngd við þátttöku og þyngdaraukning sem >5% aukning líkamsþyngdar miðað við þyngd við þátttöku. Litið er á minni breytingar í þyngd (< ± 5%) sem eðlilegt flökt á líkamsþyngd.

*Tölfræði*

Forritið SPSS, 24. útgáfa, var notað við tölfræðiútreikninga. Í ljósi þess að kynjahlutföll voru ekki jöfn í hópunum tveimur var reiknað út vegið meðaltal fyrir þátttakendur í landskönnun (til að leiðrétta fyrir mun milli kvenna og karla er kemur að fæðuvali og næringargildi fæðis). Birt eru meðaltöl og staðalfrávik fyrir neyslu fæðutegunda og næringarefna fyrir þjónustuþega Laugarássins og vegið meðaltal neyslu þátttakenda í landskönnun. Notað var einhliða t-próf við tölfræðilegan samanburð á neyslu þjónustuþega við vegna meðalneyslu úr landskönnun. Fyrir tölfræðigreiningu var tekinn náttúrulegur lógaritmi af þeim breytum þar sem neysla þjónustuþega var ekki normaldreifð (á við um alla fæðuflokka og sumar breytur fyrir næringargildi fæðu). Hefðbundnu t-prófi (tvíhliða) var hins vegar beitt þegar kannaður var munur á aldri og líkamsþyngdastuðli hópanna tveggja, þar sem ekki var þörf á leiðréttingu vegna kynjahlutfalls í þeim tilfellum. Marktækni var skilgreind sem p<0,05.

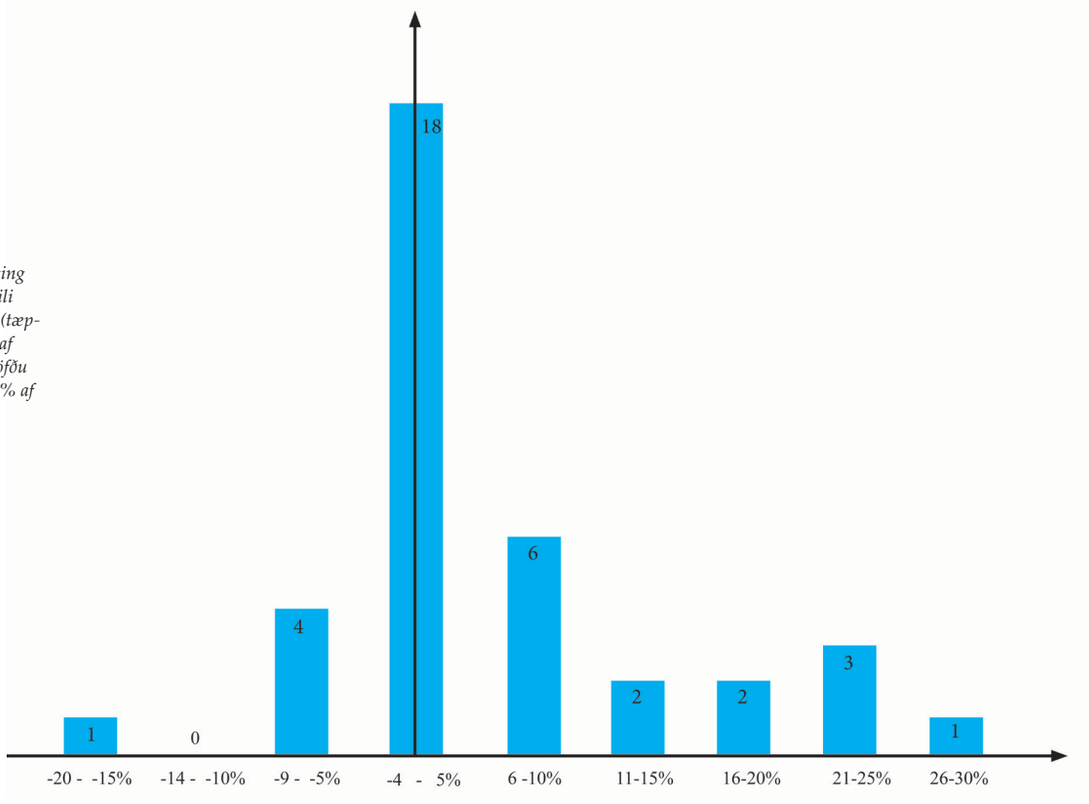
## Niðurstöður

Meðalaldur hópanna tveggja sem bornir eru saman í þessari rannsókn reyndist svipaður, eða 24,5 ± 3,5 ár meðal þjónustuþega Laugarássins og 24,7 ± 3,6 ár meðal þátttakenda í landskönnun. Meðallíkamsþyngdarstuðull þjónustuþega var hærri en þátttakenda í landskönnun (31 ± 7,2 kg/m$^2$ á móti 25 ± 4,5 kg/m$^2$, p<0,001).

Meðalneysla valinna fæðutegunda og matvæla úr mismunandi fæðuflokkum beggja hópa er sýnd í töflu I. Marktækur munur (p<0,001) var á meðalneyslu á mjólk og mjólkurvörum milli hópanna, en þjónustuþegar neyttu að meðaltali 164 g/dag en þátttakendur í landskönnun um 357 g/dag. Meðalneysla grænmetis og ávaxta var 157 g/dag hjá þjónustuþegum samanborið við 196 g/dag hjá þátttakendum í landskönnun, en sá munur lá aðallega í minni neyslu á ávöxtum meðal þjónustuþega. Neysla á fiski og fiskafurðum, jurtaolíum og lýsi var einnig minni meðal þjónustuþega samanborið við þátttakendur í landskönnun en neysla á gosdrykkjum, snakki og sælgæti reyndist vera hærri (p<0,001).

Skipting orkugefandi næringarefna (próteina, fitu og kolvetna) var í heildina í samræmi við ráðleggingar og nokkuð sambærileg milli hópanna tveggja (tafla II), en framlag próteina til heildarorkuneyslu var þó lægra meðal þjónustuþega (16% af heildarorku) samanborið við þátttakendur í landskönnun (18% af heildarorku). Hlutfall ómega-3 fitusýra í fæði var marktækt lægra á meðal þjónustuþega en meðal þátttakenda í landskönnun (0,04% af heildarorku miðað við 1,2%, p<0,001) og vel undir ráðlögðu hlutfalli sem er 1% af heildarorku. Hlutfall viðbætts sykurs var yfir þeim viðmiðum sem gefin eru fyrir hámarksneyslu í ráðleggingum hjá báðum hópum og marktækt hærri (15%) meðal þjónustuþega Laugarássins samanborið við þátttakendur í landskönnun (12%). Trefjaneysla reyndist lág í báðum hópum.

Meðalneysla vítamína og steinefna var almennt lægri meðal þjónustuþega samanborið við þátttakendur í landskönnun, en þó var meðalneysla flestra vítamína og steinefna yfir áætlaðri meðalþörf hjá báðum hópum og jafnvel hærri en ráðlagður dagskammtur fyrir sum næringarefni. Aftur á móti var meðalneysla á D-vítamíni vel undir áætlaðri meðalþörf hjá báðum hópum og marktækt lægri meðal þjónustuþega Laugarássins en meðal




**Mynd I.** *Hlutfallsleg þyngdarbreyting þjónustuþega á 8-12 mánaða tímabili (n=37). Alls höfðu 14 einstaklingar (tæplega 40%) þyngst um meira en 5% af upprunalegri þyngd sinni, þar af höfðu fjórir einstaklingar bætt við sig >20% af upphafsþyngd sinni.*

þátttakenda í landskönnun (3,1 ± 4,2 µg/dag og 5,6 ± 6,5 µg/dag, p<0,001).

Mynd I sýnir hlutfallslega þyngdarbreytingu síðastliðna 8-12 mánuði meðal þjónustuþega Laugarássins sem byggir að meðaltali á 6 mælingum fyrir hvern einstakling. Þyngd hafði verið skráð í Sögu 10 sinnum eða oftar yfir 8-12 mánaða tímabil fyrir 8 einstaklinga (af 37), sem er nokkurn veginn í samræmi við vinnuleiðbeiningar Laugarássins. Fyrir 24 einstaklinga (65%) hafði þyngd einungis verið skráð þrisvar sinnum eða sjaldnar á tímabilinu. Út frá þeim upplýsingum sem liggja fyrir um þyngdarbreytingar þjónustuþega í þessari rannsókn sést að þyngd um helmings skjólstæðinga hafði staðið í stað á því tímabili sem skráningin náði yfir. Alls höfðu 14 einstaklingar (tæplega 40%) þyngst um meira en 5% af upprunalegri þyngd sinni, þar af höfðu fjórir einstaklingar bætt við sig >20% af upphafsþyngd sinni.

## Umræða

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að fæðuval ungs fólks með geðrofssjúkdóma sé almennt lakara en fæðuval þátttakenda í landskönnun, sem er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna.[7,16] Niðurstöður sýndu að neysla hópsins er undir viðmiðum opinberra ráðlegginga, sérstaklega hvað varðar grænmeti, ávexti, mjólkurvörur, trefjar og fisk, en sykurneysla var of há.[12] Neysla á D-vítamíni reyndist undir áætlaðri meðalþörf og hlutfall ómega-3 fitusýra af heildarorku var töluvert undir ráðleggingum. Mikil áskorun felst í að takast á við þyngdarstjórnun og að bæta mataræði hjá þessum hópi sjúklinga en í ljósi þess að ungt fólk með geðrofssjúkdóma virðist viðkvæmara en aðrir hópar fyrir óhollu mataræði er mikilvægt að leita leiða til úrbóta.[5] Þess ber að geta að fæðuvali viðmiðunarhópsins í þessari rannsókn er einnig ábótavant miðað við ráðleggingar.

Þegar næringargildi fæðu þjónustuþega Laugarássins er borið saman við ráðleggingar blasir við að neysla á óhollum vörum á borð við gosdrykki, snakk og sælgæti er mikil, en einnig að hætta geti verið á skorti á tveimur næringarefnum. Annars vegar D-vítamíni og hins vegar ómega-3 fitusýrum. Neysla þessara efna var ekki bara minni meðal þjónustuþega Laugarássins í samanburði við þátttakendur í landskönnun heldur er ólíklegt að núverandi mataræði þeirra fullnægi þörf fyrir efnin. Hlutverk D-vítamíns í tengslum við beinheilsu er vel þekkt en vítamínið gegnir þó fjölþættu hlutverki í líkamsstarfsemi, meðal annars í taugakerfinu.[17] Tengsl milli lágs styrks D-vítamíns í blóði og geðrofssjúkdóma hafa sést í rannsóknum og einhver teikn eru á lofti um að einkenni sjúkdómsins gætu verið verri við lágan styrk.[18,19] Ein af þeim tilgátum sem settar hafa verið fram til að útskýra þessar niðurstöður er að D-vítamín gegni mikilvægu hlutverki við myndun á taugaboðefninu serótónín, sem meðal annars tekur þátt í ferlum tengdum félagsfærni og vitsmunagetu.[20] Einkenni geðrofssjúkdóma geta meðal annars falið í sér skerta vitsmunagetu og tilhneigingu til að draga sig í hlé félagslega. Ómega-3 fitusýrur, sér í lagi eicosapentaenoic sýra (EPA) og docosahexaenoic sýra (DHA), hafa einnig verið tengdar við framleiðslu serótóníns.[20] Ávinningur af D-vítamín- og ómega-3 fæðubótargjöf fyrir sjúklinga með geðrofssjúkdóma hefur verið rannsakaður að undanförnu og benda niðurstöður til þess að fæðubót geti dregið úr einkennum sjúkdómsins.[20] Frekari rannsókna er þörf til að unnt sé að móta klínískar leiðbeiningar

um notkun fæðubótarefna fyrir þennan hóp.[20] Hins vegar er mikilvægt að tryggja næga neyslu á D-vítamíni og ómega-3 fitusýrum í fæði einstaklinga með geðrofssjúkdóma líkt og annarra hópa samfélagsins. Í ljósi niðurstaðna rannsóknar okkar mætti færa rök fyrir því að ráðleggja þyrfti fæðubót sem gefur D-vítamín og ómega-3 fitusýrur fyrir ungt fólk með geðrofssjúkdóma á Íslandi, takist ekki að auka neyslu á feitum fiski, sem er góð uppspretta þessara efna, með einhverjum leiðum.

Neysla á ávöxtum, mjólkurvörum, fiski, jurtaolíum og lýsi var marktækt minni meðal þjónustuþega Laugarássins samanborið við þátttakendur á sama aldri í landskönnun á mataræði Íslendinga 2010-2011. Þessar vörur teljast hluti af hollu mataræði og veita líkamanum mikilvæg næringarefni á borð við fólat, kalk, joð, A-vítamín, D-vítamín og ómega-3 fitusýrur. Þó sú aðferðafræði sem notuð var í þessari rannsókn gefi okkur ekki tækifæri til að meta hversu stórt hlutfall einstaklinga uppfylli ekki þörf fyrir einstök næringarefni gefa niðurstöðurnar ákveðnar vísbendingar um að neysla þessara efna sé ef til vill lítil hjá hluta hópsins. En eins og fram kemur í aðferðakafla hentar sú aðferð sem notuð var í þessari rannsókn vel til að meta mataræði hópa en gefur ekki nógu góða mynd af mataræði einstaklinga innan hópsins. Frekari greiningar á næringarástandi með lífefnafræðilegum mælingum gætu því talist æskilegar til að fá nákvæmari mynd af næringarástandi ungs fólks með geðrofssjúkdóma.

Eins og fram kom í inngangi þessarar greinar eru einstaklingar með geðrofssjúkdóma í aukinni hættu að fá efnaskiptavillu og eru lífslíkur þeirra að jafnaði 10-25 árum styttri en almennings.[5] Ekki er að fullu þekkt hvað veldur þessari auknu hættu, en nokkrar skýringar hafa verið settar fram. Má þar nefna áhrif lyfjagjafar á efnaskipti, áhrif sjúkdómstengdrar streitu og áhrif óheilbrigðs lífernis á efnaskipti.[5,7] Hlutfall viðbætts sykurs af heildarorku fæðis þjónustuþega Laugaráss (15%) var vel yfir opinberum hámarksviðmiðum (<10%) í rannsókn okkar, sem skýrist fyrst og fremst af mikilli neyslu gosdrykkja og sælgætis. Eins og staðan er í dag er erfitt að greina orsakir og afleiðingar í flóknu samspili lyfja, streitu og lifnaðarhátta. Mikil neysla á fínunnum kolvetnum á borð við gosdrykki og sælgæti tengist meiri líkum á þunglyndi og kvíða[21] og rannsóknir benda einnig til þess að aukin streita geti haft slæm áhrif á sykurstjórn sjúklinga með sykursýki 1 sem einnig gæti átt við um aðra sjúklingahópa.[22,23] Hver svo sem ástæðan er, er mikilvægt að bregðast við og finna leiðir til að bæta fæðuval í því skyni að bæta lífsgæði og auka lífslíkur ungra einstaklinga með geðrofssjúkdóma. Nokkrar íhlutandi rannsóknir hafa verið gerðar erlendis þar sem næringarráðgjafar hafa innleitt sérstaka næringarmeðferð fyrir sjúklinga með geðrofssjúkdóma á svipuðum deildum og Laugarási. Benda þær til þess að ávinningur sé af því að veita sérhæfða næringarmeðferð fyrir þennan hóp. Mældist sá árangur meðal annars í bættu mataræði, minni þyngdaraukningu eftir upphaf lyfjagjafar og bættum blóðgildum.[1,8] Þær þyngdarupplýsingar sem til voru fyrir þjónustuþega benda til þess að þeir séu að meðaltali með hærri líkamsþyngdarstuðul en þátttakendur í landskönnun og að þó nokkrir einstaklingar væru að þyngjast mikið. Út frá fyrirliggjandi skráningum á þyngd í Sögu virðist almennt vanta nokkuð upp á að skjólstæðingar væru vigtaðir mánaðarlega eins og vinnureglur Laugarássins meðferðargeðdeildar segja til um. Ekki er hægt að greina út frá fyrirliggjandi gögnum af hverju sumir eru vigtaðir oftar en aðrir.

Styrkleiki rannsóknarinnar felst fyrst og fremst í því að mikillar nákvæmni var gætt við að fá upplýsingar um fæðuval frá þátttakendum og að svipuð aðferðafræði var notuð til að kanna fæðuval og gert var í samanburðarhópnum. Allir þátttakendur voru upplýstir um að rannsóknin væri nafnlaus og að einungis væri verið að skoða hópinn í heild og þeim greint frá mikilvægi þess að réttar upplýsingar um fæðuval hvers og eins kæmu fram. Ekki er þó hægt að líta fram hjá því að ákveðin skekkja getur komið fram við sólarhringsupprifjun á mataræði þar sem aðferðin byggir á minni þátttakenda. Eins ber að taka fram að einungis var gerð ein sólarhringsupprifjun á mataræði skjólstæðinga Laugarássins en tvær í landskönnun 2010-2011. Þessi munur á þó ekki að hafa teljandi áhrif á upplýsingar um meðalneyslu fæðutegunda og næringargildi fæðu sem birtar eru í þessari grein. Eins telst það takmarkandi þáttur að við mat á þyngdarbreytingum var ekki hægt að skilgreina tímabil breytinga nákvæmar en 8-12 mánuði aftur í tímann þannig að þær niðurstöður gefa einungis grófa, en jafnframt mjög upplýsandi mynd af þyngdarþróun þátttakenda í rannsókninni mánuðina fyrir könnunina á mataræði þeirra.

Niðurstöður rannsóknar okkar benda til þess að fæðuval og þyngdarþróun ungra einstaklinga með geðrofssjúkdóma geti ýtt undir hættu á að þeir þrói með sér langvinna sjúkdóma á borð við hjarta- og æðasjúkdóma og sykursýki. Niðurstöðurnar benda einnig til að hætta sé á skorti á D-vítamíni og ómega-3 fitusýrum. Mikilvægt er að leita leiða til að efla enn frekar þá þjónustu sem hópurinn fær á Laugarási í dag í því skyni að bæta fæðuval og minnka líkur á þyngdaraukningu samhliða annarri meðferð.

## Heimildir


1. Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S, Teasdale S, Kalucy M, Samaras K, et al. Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. Early Interv Psychiatry 2016; 10: 267-76.
2. Gouveia C, Chowdhury TA. Diabetes, schizophrenia and metabolic effects of antipsychotic drugs. Ment Health Today 2013: 24-7.
3. Burghardt KJ, Ellingrod VL. Detection of metabolic syndrome in schizophrenia and implications for antipsychotic therapy : is there a role for folate? Mol Diagn Ther 2013; 17: 21-30.
4. Holt RI. The prevention of diabetes and cardiovascular disease in people with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scand 2015; 132: 86-96.
5. Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heider D, Schindler J, Riedel-Heller S, et al. Health habits of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42: 268-76.
6. Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. JAMA 2002; 288: 2569-78.
7. Dipasquale S, Pariante CM, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. J Psychiatr Res 2013; 47: 197-207.
8. Teasdale S, Harris S, Rosenbaum S, Watkins A, Samaras K, Curtis J, et al. Individual dietetic consultations in first episode psychosis: a novel intervention to reduce cardiometabolic risk. Community Ment Health J 2015; 51: 211-4.
9. Daumit GL, Dalcin AT, Jerome GJ, Young DR, Charleston J, Crum RM, et al. A behavioral weight-loss intervention for persons with serious mental illness in psychiatric rehabilitation centers. Int J Obes 2011; 35: 1114-23.
10. Laugarásinn-meðferðargeðdeild. landspitali.is/sjuklingar--adstandendur/klinisk-svid-og-deildir/deildir/endurhaefing-lr/2016. - október 2016.
11. Þorgeirsdóttir H, Valgeirsdóttir H, Gunnarsdóttir I, Gísladóttir E, Gunnarsdóttir BE, Þórsdóttir I, et. al. Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2010-2011. Embætti landlæknis, Reykjavík 2011.
12. Grundvöllur ráðlegginga um mataræði og ráðlagðir dagskammtar næringarefna. Embætti landlæknis, Reykjavík 2014.
13. Willett W. Nutritional Epidemiology, third edition. Oxford University Press, New York 2012.
14. Steingrímsdóttir L, Valgeirsdóttir H, Halldórsson ÞI, Gunnarsdóttir I, Gísladóttir E, Þorgeirsdóttir H, et al. Kannanir á mataræði og næringargildi fæðunnar á Íslandi. Læknablaðið 2014; 100: 659-64.
15. Nordic Nutrition Recommendations. Integrating nutrition and physical activity. Nordic Council of Ministers, 2012.
16. Amani R. Is dietary pattern of schizophrenia patients different from healthy subjects? BMC Psychiatry 2007; 7: 15.
17. Lamberg-Allardt C, Brustad M, Meyer HE, Steingrimsdottir L. Vitamin D - a systematic literature review for the 5th edition of the Nordic Nutrition Recommendations. Food Nutr Res 2013; 57.
18. Cieslak K, Feingold J, Antonius D, Walsh-Messinger J, Dracxler R, Rosedale M, et al. Low vitamin D levels predict clinical features of schizophrenia. Schizophrenia Res 2014; 159: 543-5.
19. Graham KA, Keefe RS, Lieberman JA, Calikoglu AS, Lansing KM, Perkins DO. Relationship of low vitamin D status with positive, negative and cognitive symptom domains in people with first-episode schizophrenia. Early Interv Psychiatry 2015; 9: 397-405.
20. Patrick RP, Ames BN. Vitamin D and the omega-3 fatty acids control serotonin synthesis and action, part 2: relevance for ADHD, bipolar disorder, schizophrenia, and impulsive behavior. FASEB J 2015; 29: 2207-22
21. Breymeyer KL, Lampe JW, McGregor BA, Neuhouser ML. Subjective mood and energy levels of healthy weight and overweight/obese healthy adults on high-and low-glycemic load experimental diets. Appetite 2016; 107: 253-9.
22. Haghighatdoost F, Azadbakht L, Keshteli AH, Feinle-Bisset C, Daghaghzadeh H, Afshar H, et al. Glycemic index, glycemic load, and common psychological disorders. Am J Clin Nutr 2016; 103: 201-9.
23. Strandberg RB, Graue M, Wentzel-Larsen T, Peyrot M, Rokne B. Relationships of diabetes-specific emotional distress, depression, anxiety, and overall well-being with HbA1c in adult persons with type 1 diabetes. J Psychosom Res 2014; 77: 174-9


## ENGLISH SUMMARY

### Dietary intake of young Icelanders with psychotic disorders and weight development over an 8-12 months period

Helga Guðrún Friðþjófsdóttir[1], Ólöf Guðný Geirsdóttir[1], Halldóra Jónsdóttir[2], Laufey Steingrímsdóttir[1], Inga Þórsdóttir[3], Hólmfríður Þorgeirsdóttir[4], Nanna Briem[5], Ingibjörg Gunnarsdóttir[1]

**Introduction:** The prevalence of lifestyle related diseases is higher among people with psychotic disorders than the general population. The aim was to assess dietary intake of young people with psychotic disorders for the first time in Iceland.
**Material and methods:** Subjects were young people (n=48, age 18-30y) with psychotic disorders. Dietary intake was assessed by a 24-hour recall in July-August 2016, and compared with official recommendations and intake of the general public (n=250, age 18-30y). Body weight in the past eight to 12 months, was retrieved from medical records.
**Results:** Consumption of fruits, fish, dairy products, vegetable and fish oil was significantly lower among subjects when compared with the general public, while their soft drink and sweets consumption was higher ($p<0.001$). Furthermore, the contribution of added sugar was higher (15E% vs. 12E%) and protein intake lower (16E% vs. 18E%). Consumption of omega-3 fatty acids and vitamin D was lower among subjects than the general public and lower than recommended (0.04±0.3% omega-3 of total energy vs. 1.2±0.6%, $p<0.001$ and 3.1±4.2 µg vitamin D/day vs. 5.6±6.5 µg/day, $p<0.001$). Almost 40% of the subjects had gained >5% of their initial body weight in the past 8-2 months.
**Conclusion:** Diet of young people with psychotic disorders is not consistent with recommendations and is worse than the diet of their peers in the general population. It is important to find ways to improve the diet and thereby nutrient intake of the group.

*[1]Unit for Nutrition Research, University of Iceland and Landspitali University Hospital, [2]Division of Psychiatry, Landspitali University Hospital, [3]School of Health Sciences, University of Iceland, [4]Directorate of Health, [5]Division of Psychiatry, Landspitali University Hospital.*

**Key words:** *psychotic disorders, schizophrenia, recommended dietary allowances, fatty acids, omega-3, vitamin D.*

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



**Arna Guðmundsdóttir**

innkirtlalæknir

formaður Læknafélags Reykjavíkur

*arnagu@landspitali.is*

# Lagt við hlustir

Í yfirstandandi stefnumótunarvinnu vegna félagsuppbyggingar Læknafélags Íslands hefur mikil áhersla verið lögð á að hlusta eftir ólíkum sjónarmiðum mismunandi hópa lækna. Skemmst er frá því að segja að verkefninu hefur verið sýndur mikill áhugi. Okkar sem vorum skipuð í þessa vinnu beið ekki létt verk. Enginn vafi er á því að læknastéttin er á einu máli um að tímabært sé að staldra við og endurmeta bæði samstarf okkar og hagsmunagæslu. Sem betur fer virðist einnig nokkuð ljóst að í aðalatriðum er eining um hvert skuli stefnt og hvernig.

Í stýrihóp voru skipuð, auk undirritaðrar, Björn Gunnarsson læknir frá Heilbrigðisstofnun Vesturlands og Tryggvi Helgason læknir. Við fengum Kristján Vigfússon kennara og ráðgjafa frá Háskólanum í Reyjavík til liðs við okkur og tryggðum okkur þannig í senn þaulreyndan sérfræðing á sviði stefnumótunar og hlutlausan aðila til að sjá skóginn fyrir trjánum án nokkurra sérhagsmuna. Jafnframt hafa formaður og starfsmenn Læknafélags Íslands tekið þátt í þessari vinnu.

Vinnunni var í grófum dráttum skipt í þrennt. Í fyrsta lagi að ræða við sem allra flesta félagsmenn og forystumenn þeirra ásamt því að skoða fyrirkomulag systurfélaga okkar á Norðurlöndunum. Í öðru lagi yrði farið í greiningu á þeim gögnum sem aflað yrði og dregnar ályktanir af þeim. Og loks yrðu lagðar fram tillögur um breytingar á félaginu og þær kynntar og vonandi innleiddar.

Tekin hafa verið ítarleg viðtöl við formenn svæðafélaga, formenn helstu sérgreinafélaga, formenn og fulltrúa í samninganefndum LÍ og LR, núverandi og fyrrum formenn Læknafélagsins, framkvæmdastjóra, lögfræðing og annað starfsfólk félagsins og aðra þá er hafa látið sig félags- og kjaramál félagsins varða í gegnum tíðina. Auk þessa hafa verið tekin viðtöl við fólk í forsvari fyrir önnur hagsmunasamtök hér á landi. Samtals hafa verið tekin á fimmta tug viðtala og fjölmargir upplýsinga- og samráðsfundir verið haldnir. Auk þessa var sérfræðingur nefndarinnar til viðtals á Læknadögum 16.-20. janúar fyrir þá lækna sem vildu koma sjónarmiðum sínum á framfæri. Loks var öllum félagsmönnum kynnt verkefnið á vef félagsins og þeim sendur tölvupóstur og boðið að senda inn athugasemdir og tillögur um starfsemi félagsins í tengslum við þessa vinnu.

Í viðtölum var meðal annars spurt um skipulag félagsins, þjónustu, fjármál, framtíðarsýn og æskilegt hlutverk. Það er skemmst frá því að segja að almenn ánægja er með rekstur félagsins, starfsfólk og þjónustu skrifstofu. Viðmælendur töldu að félagið ætti að sinna bæði starfskjaramálum og fagmálum en hins vegar mætti skilja þessa hluta betur að í rekstrinum og skipulagi. Nánast allir sem teknir voru tali vildu breyta núverandi fyrirkomulagi sem byggir á svæðaskipulagi og miklum fjölda aðildarfélaga. Einnig var einhugur um að setja ætti félaginu skýrara hlutverk sem stefnumótandi afl gagnvart stjórnvöldum. Fram kom hjá öllum viðmælendum að gífurlega mikilvægt væri að viðhalda samtakamætti lækna en það væri grunnforsenda fyrir starfsemi félagsins.

Í gögnunum má enn fremur lesa að fleiri eru á því að viðhalda fulltrúalýðræði líkt og nú er fremur en að innleiða fyrirkomulag sem eingöngu byggði á einstaklingsaðild. Einnig má sjá vilja fyrir því að unnið verði í auknum mæli út frá heildarhagsmunum með stærri aðildareiningum þar sem valdahlutföll í félaginu yrðu jafnari en áður. Sterkari einingar sem skipulagðar væru út frá hagsmunum myndu í senn efla starfið og auðvelda daglega markmiðasetningu. Langflestir eru þeirrar skoðunar að skipulag byggt á svæðum sé úrelt og ekki að virka sem skyldi.

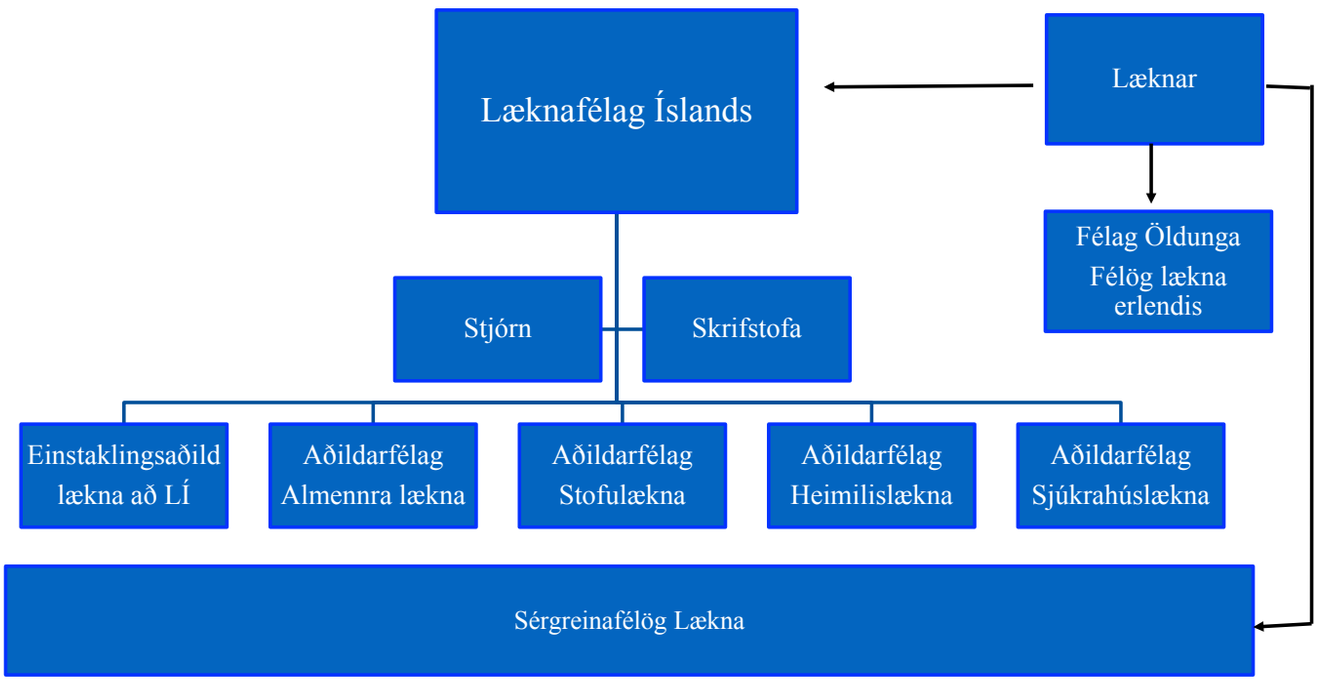
Hópurinn mun leggja til að aðildarfélög verð fjögur, félag almennra lækna, félag stofulækna, félag heimilislækna og félag sjúkrahúslækna. Þeir sem gætu tilheyrt fleiru en einu félagi verða að velja hvar þeir telja sínum hagsmunum best borgið. Þetta skiptir einkum máli hvað varðar atkvæðavægi á aðalfundi LÍ og setu í stjórn félagsins en gert er ráð fyrir að hvert aðildarfélag eigi tvo menn í stjórn, óháð fjölda félagsmanna. Atkvæðavægi á aðalfundi fer hins vegar eftir fjölda félagsmanna á svipaðan hátt og nú er. Komið hafa fram hugmyndir frá Skurðlæknafélagi Íslands varðandi lækna sem starfa að hluta á sjúkrahúsi og að hluta á stofu, um að þeir geti haft helming atkvæðavægis í hvoru aðildarfélagi, stofulækna annars vegar og sjúkrahúslækna hins vegar. Stýrihópurinn tók ekki endanlega afstöðu til þessa máls.

Ég vil ítreka þakkir mínar til allra þeirra sem gefið hafa sér tíma til að taka þátt í þessari vinnu. Þessi mikla þátttaka félagsmanna LÍ er grunnurinn að þeirri uppstokkun sem nefndin leggur til. Vel ígrunduð sjónarmið úr bæði grasrót og forystusveit lækna hafa mótað stefnuna. Þess vegna er ástæða til bjartsýni um góðar viðtökur þegar tillögurnar verða teknar til afgreiðslu á aðalfundi félagsins á haustmánuðum.

**Stjórn LÍ**

Þorbjörn Jónsson *formaður*
Orri Þór Ormarsson *varaformaður*
Björn Gunnarsson *gjaldkeri*
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
Agnar H. Andrésson
Arna Guðmundsdóttir
Hjalti Már Þórisson
Jóhanna Ósk Jensdóttir
Þórarinn Ingólfsson

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




# Tillaga að nýju skipuriti Læknafélags Íslands

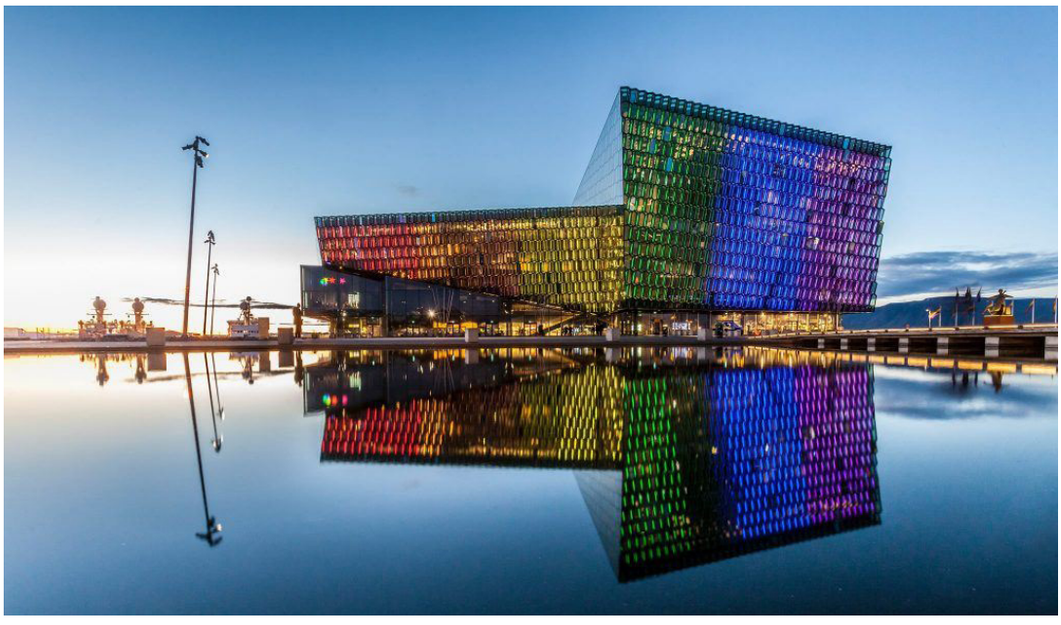
**Þröstur Haraldsson**

Í grein Örnu Guðmundsdóttur hér að framan er þeim breytingum lýst sem stýrihópur undir forystu hennar hefur lagt til á skipulagi læknasamtakanna. Tillögur hópsins voru fyrst kynntar á formannaráðstefnu LÍ nú í apríl og sá ráðgjafi hópsins, Kristján Vigfússon kennari við Háskólann í Reykjavík, að mestu um kynninguna. Meðal þess sem hann sýndi var þessi mynd af skipuriti LÍ eins og það verður ef tillögur stýrihópsins ná fram að ganga.

Lagt er til að í stað þess að grunneiningar LÍ séu svæðafélög eins og verið hefur skiptist læknar í fjögur félög eftir því hvar þeir starfa: félög almennra lækna, heimilislækna, stofulækna og sjúkrahúslækna. Hvert þessara félag skipar tvo stjórnarmenn í LÍ.

Þetta er töluverð breyting á uppbyggingu félagsins og miðast að verulegu leyti við kjarasamninga og aðra hagsmuni hinna mismunandi hópa lækna. Ljóst var á umræðum á formannaráðstefnunni að þótt sátt ríki um þetta skipulag í stórum dráttum setji margir spurningamerki við skiptingu lækna í félög og að þeir verði að velja á milli en geti ekki tilheyrt fleiri en einu. Það er ekki síst skiptingin á milli stofulækna og sjúkrahúslækna sem menn festa augun á. Fram kom á fundinum að skurðlæknar gera athugasemdir við þetta fyrirkomulag og leggja til að læknar geti skipt sér á milli félaga.

Á fundinum kom fram að nú fari þessar tillögur til umfjöllunar í stjórn LÍ og að sögn Þorbjörns Jónssonar formanns verða þær teknar til umræðu á stjórnarfundi snemma í júní. Hann kvaðst eiga von á því að stjórnin myndi gera tillögurnar að sínum. Þá tekur við kynningarferli og vinna við að semja þær lagabreytingartillögur sem þarf til þess að nýja skipulagið geti tekið gildi. Þess er vænst að því starfi verði lokið í haust svo hægt verði að taka nýtt skipulag í gagnið á aðalfundi Læknafélags Íslands í áliðnum október. Þá kemur í ljós hvert læknar vilja stefna með skipulag samtaka sinna.



# LÆKNADAGAR
## 15. – 19. JANÚAR 2018

Læknafélag Íslands verður 100 ára 2018.
Læknadagar marka upphaf afmælisins.

24
töflur í pakka

50 mg
9 mm

100 mg
12 mm

með deilistriki




Sildenafil LYFIS
sildenafil 50 mg og 100 mg

**Notkunarsvið:** Ristruflanir hjá karlmönnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Samhliðanotkun efna sem gefa frá sér köfnunarefnisoxíð (s.s. amýlnítrít) og hvers konar nítrata. Karlmönnum sem ráðið er frá því að stunda kynlíf skal ekki gefa lyfið. Sjúklingar sem tapað hafa sjón á öðru auga vegna framlægs sjóntaugarkvilla vegna blóðþurrðar án slagæðabólgu eiga ekki að nota lyfið. Sjúklingar með alvarlega skerta lifrarstarfsemi, lágþrýsting, sjúklingar sem nýlega hafa fengið heilablóðfall eða kransæðastíflu eða hafa þekktan arfgengan hrörnunarsjúkdóm í sjónhimnu mega ekki nota lyfið. ***Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.*** Markaðsleyfishafi er LYFIS ehf. Sími: 534-3500, netfang: lyfis@lyfis.is. SmPC: Janúar 2015.

LYFIS
Traust í lyfjum

# Að gera það sem maður kann ekki

## – er grunnurinn að starfi rithöfundarins og grænlensku heilbrigðiskerfi, segir skáldið og hjúkrunarfræðingurinn Kim Leine

Þröstur Haraldsson

– Skáld eiga að vera idjót. Hlutverk þeirra er að spyrja spurninga, ekki svara þeim. Ef maður á svör við öllu er betra að gerast heimspekingur eða prófessor, segir dansk-norska skáldið Kim Leine sem sótti Ísland heim í byrjun maí og ræddi um líf sitt og starf, ekki síst bækurnar sex sem hann hefur gefið út. Áhugamenn um bókmenntir þekkja eflaust best skáldsöguna *Spámennirnir í Botnleysufirði* sem kom út árið 2012 og aflaði höfundi sínum bókmenntaverðlauna Norðurlandaráðs árið eftir. Tilvitnunin hér að ofan vísar hins vegar til fyrstu bókar Leine. Hún kom út fyrir réttum áratug og nefnist *Kalak*.

Blaðamaður *Læknablaðsins* hitti Leine skömmu áður en hann tróð upp í Norræna húsinu í byrjun maí og spurði hann út í það hvort draumur hans um að verða kalak hefði ræst.

– Þú segist á einum stað hafa reynt að verða kalak og þeir hafa aldrei neitt plan B.

– Nei, plan B er bara fyrir tapara!

– Tókst þér að verða kalak?

– Nei, ekki alveg. Fyrst eftir að ég kom til Grænlands reyndi ég að tileinka mér siði innfæddra og þegar ég var á ferli innan um þá var stundum hrópað á eftir mér: kalak! Ég fór heim og fletti þessu upp í orðabók þar sem stóð að kalak þýddi ekta Grænlendingur. Vá, mér tókst að breyta sjálfsmyndinni, hugsaði ég. En svo rann upp fyrir mér að það sem stóð í orðabók útgefinni árið 1960 þýddi ekki endilega það sama á grænlensku götumáli hálfri öld síðar. Þegar ég kannaði málið betur fann ég út að kalak þýddi á nútímagrænlensku erkifífl eða bölvaður kjáni! Ég var sem sagt orðinn idjót og það er ég enn. Nú er ég nefnilega orðinn rithöfundur og þeir verða að vera idjót. Þeir vakna á hverjum degi til þess að gera það sem þeir kunna ekki. En þeir þurfa líka kjark til að spyrja spurninga. Það þurfti Grænlendinga til þess að benda mér á þetta, segir hann.

### Fimmtán ár á Grænlandi

Þeir sem hafa lesið *Spámennina í Botnleysufirði* og *Kalak* finnst eflaust ýmislegt kunnuglegt við aðalpersónuna í fyrrnefndu bókinni, prestinn Morten Falck. Hann elst upp í norsku smáþorpi og fer ungur í nám til Kaupmannahafnar. Þaðan fer hann svo til Grænlands og lendir þar í ýmsum hremmingum en endar svo aftur í Noregi. Þetta er nefnilega lífshlaup Kim Leine í grófum dráttum áður en rithöfundaferillinn hófst. Munurinn er aðallega sá að Leine lærði hjúkrun og ætlaði aldrei að verða trúboði. En er hann Dani eða Norðmaður?

– Ég er danskur ríkisborgari, fæddur og uppalinn í Noregi. Mér finnst ég vera jafnmikill Norðmaður og Dani, ég skrifa á dönsku og þýði á norsku, segir hann.

*Kalak* er sjálfsævisöguleg bók og segir frá uppvexti drengsins í norsku smáþorpi. Móðir hans er norsk og fjölskyldan tilheyrir söfnuði Votta Jehóva. Faðirinn er danskur og er eflaust að einhverju leyti að flýja þau örlög sín að faðir hans, afi Kims, var dæmdur morðingi, myrti eljara sinn árið 1938. Um þann glæp er fjallað í annarri bók Kims, *Valdemarsdag*. En þegar Kim er enn á barnsaldri skilja foreldrar hans og faðir hans flytur heim til Danmerkur. Þegar Kim er kominn á unglingsaldur gefst hann upp á að selja *Herópið* og eltir föður sinn til Kaupmannahafnar, brýst út úr tvöfaldri einangrun eins og hann segir. Þá kemst hann að því að faðir hans er kominn út úr skápnum og býr með karlmanni. Og það sem verra er: Kim verður fyrir kynferðislegri misnotkun föðurins.

Kim lýkur prófi í hjúkrun, hefur sambúð með konu og saman flytja þau ásamt börnum sínum tveimur til Grænlands. Þar fer Kim að starfa á sjúkrahúsinu í Nuuk og reynir að falla inn í líf innfæddra.




*Tveir góðir sagnamenn: Kim Leine ásamt útgefanda sínum Bjarna Harðarsyni í Norræna húsinu.*

Nokkrum árum síðar flytur fjölskyldan svo á austurströnd Grænlands þar sem Kim starfar fyrst í smáþorpum sem eru svo mörg í Grænlandi en síðustu árin þar í landi býr fjölskyldan hins vegar í Tasiilaq sem Íslendingar þekkja betur sem Angmassalik því þangað hefur Flugfélag Íslands lengi flogið með ferðamenn. Í þessum 2000 manna smábæ nær fortíðin smám saman að elta Kim uppi, hann fer að seilast í lyfjaskápinn og verður á endanum forfallinn fíkill, missir hjúkrunarréttindin og flýr til Noregs.

### Þögnin og misnotkunin eru hjón

Eftir fyrstu bækurnar tvær segist Kim hafa verið orðinn leiður á sjálfum sér og ákvað að skrifa hreinan skáldskap.

– Morten Falck er algerlega skálduð persóna. Hann er ekkert líkur mér en vandamálin – demónarnir – sem ásækja hann eru að sumu leyti áþekk mínum. Ég nennti ekki að lýsa sjálfum mér enn einn ganginn heldur vildi búa til hreina skáldsagnapersónu. Það veitir mér aukið frelsi.

Fyrsta bókin kom út þegar Leine var 45 ára en það var ekki sú fyrsta sem hann skrifaði.

– Ég skrifaði þrjár bækur sem ekki fengust útgefnar, þær voru ekki nógu góðar. Mig dreymdi lengi að verða rithöfundur en skorti alla menntun í það. Ég er menntaður hjúkrunarfræðingur og hef aldrei lært að vera rithöfundur. Það vantaði líka einhverja innri nauðsyn til að verða rithöfundur. Hún varð ekki til fyrr en ég var búinn að vera á Grænlandi og lenda þar í krísu með lyfjamisnotkun og fleiru. Þá nauðsyn hef ég reynt að rækta með mér og nýta við að skrifa skáldverk. Hún byggist á sársauka, því sem maður skammast sín fyrir og vill halda leyndu. Óttist maður að eitthvað fréttist er best að básúna því út yfir allan heiminn.

– Þú skrifar um slíka upplifun í *Kalak*, var það ekki erfitt?

– Nei, þvert á móti fylgdi því léttir því þögn og misnotkun eru hamingjusöm hjón. Ef þú rýfur þögnina hverfur misnotkunin líka. Hún lifir það ekki af að um hana sé rætt. Þögnin og misnotkunin eru gjarnan samansúrraðar og erfitt að losa um hnútana, en þegar það tekst fylgir því mikill léttir. Það getur hins vegar verið erfitt að komast á þann stað að geta það.

Þetta er þó ekki þannig að maður standi og hrópi yfir mannfjöldann. Maður situr einn við sína tölvu og skrifar og það er ekki svo erfitt.

Þegar ég var búinn sýndi ég fyrrverandi eiginkonu minni bókina, barnsmóður minni sem fór með mér til Grænlands. Hún las hana og sagði: Þetta er góð bók, þú átt að gefa hana út. Ég sýndi hana líka börnunum mínum. Svo fór hún í hendur forlagsins. Það var svo ekki fyrr en bókin var komin út sem ég þurfti að horfast í augu við fullt af fólki og ræða við það. Það kemst þó upp í vana.

### Leiftrandi frásagnargleði

Þótt Kim geri góðlátlegt grín að kunnáttuleysi sínu fer enginn í grafgötur um að hann kann vel til verka. Stíllinn er áhrifamikill og frásagnargleðin heldur lesandanum föstum.

– Já, ég elska góðar sögur og frásagnarhefðin er líka mjög sterk á Norðurlöndum. Það sem ég hugsa fyrst og fremst um er að sagan virki. Ég hef enga meðvitaða stefnu, hvorki pólitíska né bókmenntalega. Ég reyni að virkja frásagnargleðina og nauðsynina. Túlkunin kemur ekki til sögunnar fyrr en maður ferðast um og lætur taka við sig viðtöl. Þá reynir maður að rekja þræðina til baka: Hver var eiginlega meiningin með þessu? Það er ekki ljóst meðan maður er að skrifa, þá þarf sagan bara að fljóta fram sem eðlilegt sagnastreymi. Nái maður því felur sagan í sér einhvern sannleik, en hann getur maður fundið eftir á eins og lesandinn þarf að gera. Hann finnur kannski alls kyns sannindi í sögunni sem ekki hvörfluðu að mér þegar ég var að skrifa og sem ég ekki endilega sammála. En þegar lesandinn er komin með bókina í hendur er hún hans. Hún er ekki mín lengur. Lesandinn á sinn eigin sannleika og ég á ekki höfundarrétt á honum.

Krafturinn í veruleikanum á sér engan líka. Finni maður brot af veruleika og getur notað það er það mjög öflugt. Það snýst um að horfa á heiminn og hlusta á fólk og færa það inn í fagurbókmenntirnar í stað þess bara að finna upp á einhverju. Það virkar alltaf óekta, samansett. Það er meiri sannleiki í veruleikanum en í hausnum á mér. Málið er að hafa augun og eyrun opin fyrir honum. Aha, þetta get ég notað í bókina mína. Við það verður sagan trúverðugri, hún snertir fólk miklu frekar en eitthvað sem ég set saman í hausnum á mér, segir Kim.

### Hefðin og blygðunin

– Í *Kalak* kemur fram stéttamunur á spítalanum í Nuuk: dönsk menntuð yfirstétt og ómenntuð innfædd lágstétt.

– Ég fór til Grænlands til þess að breyta sjálfsmyndinni. Ég tók til mín sjálfsmynd Grænlendinga, kynntist þeim, lærði að tala málið þeirra og borða matinn þeirra. Liður í því var að setjast við borðin í matsalnum þar sem Grænlendingarnir sátu. Þeim leist ekki alveg á mig og vildu hafa mig á réttum stað en ég leit á þetta sem lið í því að breyta sjálfsmynd minni og sýna þeim samstöðu. Mér leist ekkert á þennan aðskilnað. Danir og Grænlendingar umgengust ekki mikið og Danir lærðu ekki málið, báru það litla sem þeir notuðu vitlaust fram. Til dæmis kvenmannsnafn sem rétt fram borið merkir einfaldlega kona en varð í munni Dana að saur eða hægðum. Þeim var sagt þetta hvað eftir annað en þeim var alveg sama. Það er ekki af því þetta séu vondar manneskjur heldur er hefðin svo sterk og samkvæmt henni eru Grænlendingar með lægri stöðu en Danir hærri stöðu. Við þetta bætist einhver blygðun eða sektarkennd sem segir þeim að láta Grænlendingana í friði. Við skulum bara hafa þennan huggulega danska klúbb hérna megin í matsalnum. Það eru fordómar á báða bóga.

– Samband á milli Íslendinga og Grænlendinga er ekki mikið, en myndin sem við fáum af grænlensku samfélagi er að þar ríki töluverð harka og grimmd, sjálfsvíg, morð og ofbeldi útbreitt og drykkjuskapur mikill.

– Já, danska pressan hefur lagt sitt af mörkum til þess að móta þessa mynd af Grænlendingum. Vissulega eru félagsleg vandamál veruleg á Grænlandi, en rétt að hafa í huga að áfengisneysla á mann er minni á Grænlandi en í Danmörku. Drykkjumynstur Grænlendinga er hins vegar opinskárra. Þeir fara í vínbúðina og standa svo gjarnan fyrir utan hana og drekka áfengið sem þeir voru að kaupa. Þeir eru sýnilegir en læðast ekki heim með flöskuna og drekka hana fyrir framan sjónvarpið. Grænlendingar hafa ekki neina sektarkennd yfir því að drekka í allra augsýn. Þeir drekka minna en Danir en á óhollari hátt. Þetta má þó sjá víðar eins og í Norður-Noregi, segir Kim og blaðamanni verður hugsað aftur fyrir daga bjórþambsins hér á landi.

– Þetta skapar vissulega ýmsan vanda, heldur Kim áfram. – Sifjaspell og ofbeldi er algengara á Grænlandi en í Danmörku en munurinn er alls ekki jafnmikill og ætla má af umfjöllun fjölmiðla. Þar er næstum ekkert fjallað um daglegt líf á Grænlandi nema um sé að ræða félagsleg vandamál svo þau verða margfalt umfangsmeiri í augum Dana en raunin er. Myndin af venjulegum Grænlendingi er því af drukknum manni þambandi af stút úti á götu en Danir sjá aldrei venjulegt fólk sem ýtir á undan sér barnavagni og er bláedrú. Á þessu eru Grænlendingar orðnir þreyttir og ég skil þá vel. Ég verð þó að játa á mig sök á að taka þátt í þessu. Þeir sem skrifa fagurbókmenntir eru oftast nær uppteknir af öfgunum en sýna þessu venjulega lífi sem fjöldinn lifir lítinn áhuga. Í síðustu bók minni, *De søvnløse*, reyndi ég að beina athyglinni að þessu venjulega lífi því þar er enginn verulega fullur og enginn drepur neinn eða sefur hjá.

### Ómenntað fólk að störfum

– Í þeirri bók segirðu frá atburðum á héraðssjúkrahúsi í bænum Tasiilaq á Austur-Grænlandi. Hér á Íslandi vefst það fyrir okkur að halda uppi nútímalegri heilbrigðisþjónustu í dreifbýlinu, en hvernig gengur það á Grænlandi?

## Bækur Kim Leine

Kim Leine hefur gefið út 6 bækur og af þeim eiga fjórar sögusvið sitt að verulegu eða öllu leyti á Grænlandi.

Bækurnar eru:

**Kalak**, 2007: sjálfsævisaga fram til 2004.

**Valdemarsdag**, 2008: um afa hans, morðingjann, gerist 1938 í Danmörku.

**Tunu**, 2009: gerist í grænlenskri byggð í nútíma.

**Profeterne i Evighedsfjorden/ Spámennirnir í Botnleysufirði**, 2012: Grænlandsför Mortens Falck seint á 18. öld. Íslensk þýðing: Jón Hallur Stefánsson, útg. Sæmundur 2015.

**Afgrunden**, 2015: gerist í Finnlandi og Danmörku 1918-1938.

**De søvnløse**, 2016: gerist í Tasiilaq á A-Grænlandi 2025.

– Það hvílir á þeirri staðreynd að fólk sinnir hlutum sem það hefur ekki menntun til að sinna. Í litlu þorpunum prísa menn sig sæla ef þeir ná að ráða hjúkrunarfræðing. Ef það tekst, þarf hún eða hann einnig að sinna störfum læknis og tannlæknis, dýralæknis og geðlæknis, að ógleymdri félagsþjónustu. Þessi staða er þó ekki uppi í mörgum þorpum. Oftar er eini heilbrigðisstarfsmaðurinn umsjónarmaður lyfjadreifingar og hefur enga menntun. Á stöku stað hafa menn ljósmóður eða sjúkraliða. Þetta fólk hefur litla sem enga heilbrigðismenntun en býr þó yfir reynslu og þekkir vel til á stöðunum.

Að sjálfsögðu virkar þetta kerfi ekki vel. Margir verða veikir að nauðsynjalausu af því það er enginn læknir eða annar með sérþekkingu í kallfæri. Þegar fólk fær sjúkdóma sem krefjast sérhæfðrar meðferðar er lausnin oft sú að senda það til Reykjavíkur eða Kaupmannahafnar, í einhverjum tilvikum til Nuuk þar sem meðferðarúrræðum fer fjölgandi.

Í *De søvnløse* á ein aðalpersónan krabbameinssjúka eiginkonu sem er svo heppin að njóta læknisþjónustu í bænum Tasiilaq. En þannig er það ekki í litlu þorpunum, þar er enginn læknir, ekkert röntgen eða neitt annað sem þarf. Þess vegna deyja margir vegna þess að þeir fá ekki þá hjálp sem þeir þarfnast í tíma. Þessu varð ég oft vitni að í mínu starfi. Þessar ferðir til Reykjavíkur eða Kaupmannahafnar eru dýrar og krefjast þess að sjúklingnum fylgi læknir eða hjúkrunarfræðingur. Ég hef sjálfur tekið þátt í slíkum ferðum og upplifað að þær voru of langar og erfiðar fyrir sjúklinga sem dóu áður en þeir komust í meðferð.

– Grænlendingar eru kannski vanir þessu, en gera þeir ekki kröfur um betri þjónustu?

– Jú, þeir vilja vissulega betri þjónustu, en sérstaklega í litlu þorpunum er það útbreitt viðhorf að menn kvarta ekki heldur taka því með þakklæti sem þó er gert. Fara heim með panódíl og þakka fyrir, engin beiskja. En pillurnar duga skammt og eftir viku eru þeir komnir aftur því verkirnir hafa ekkert lagast. Þá fá þeir fleiri pillur og




*Kápan af Spámönnunum, bókin er komin í kiljubrot.*

þannig líða vikur og mánuðir og allt í einu er orðið of seint að bregðast við.

Að sjálfsögðu hefur þetta áhrif á viðhorf fólks. Mér fannst forlagahyggja mjög útbreidd meðal þeirra sem bjuggu í litlu þorpunum: Það þýðir ekkert að fást um þetta, svona er lífið bara! Loftslagið og veðrið hefur líka áhrif á þetta því oft háttar þannig til að það er ekki hægt að ferðast neitt vegna veðurs, jafnvel vikum saman. Þá er ekki gott að verða veikur eða lenda í fótbroti. Þetta þurftum við Danirnir líka að venja okkur við svo maður varð sjálfur dálítið forlagatrúar við að dvelja þarna.

– Í *Spámönnunum* fá margir skyrbjúg sem einnig herjaði á Íslendinga og aðrar norðlægar þjóðir. Er hann ekki löngu liðin tíð?

– Jú, og Grænlendingar voru að heita má lausir við hann. Þeir borðuðu meðal annars hrátt kjöt og selspik sem inniheldur c-vítamín sem hverfur við suðu. Svo átu þeir rabarbara, þang og fleiri jurtir og fengu þannig nóg af c-vítamíni. Það gerðu Danir hins vegar ekki, þeir átu danskan mat en án grænmetis og fengu margir skyrbjúg.

Lungnasjúkdómar eru hins vegar útbreiddir á Grænlandi og stafa af lélegu húsnæði. Helsta ástæða þess er að margir búa í húsnæði sem það hefur byggt sjálft. Ríkið veitir fólki stuðning til að koma sér upp húsnæði og sendir því ókeypis byggingarefni. Fólk fær sendan gám með byggingarefni og eins og gengur eru sumir góðir smiðir en aðrir ekki. Þess vegna búa margir í húsum sem halda hvorki vatni né vindi og eru full af sagga. Þess vegna eru lungnasjúkdómar og aðrir smitsjúkdómar svo útbreiddir sem raun ber vitni.

Við þetta bætist veðráttan sem oft er slæm. Í Nuuk er oft langvarandi þoka, stormar og rigningar en veðrið er allt öðruvísi á austurströndinni. Þar getur sumarið verið mjög gott með sólskin og stillur í fjóra mánuði, hitinn 10-15 gráður. En á veturna og fram á vor eru þrálátir stormar og mikil úrkoma, hitinn sveiflast í kringum frostmarkið sem veldur miklu álagi á húsin og bætir ekki úr skák þar sem illa er byggt.

### Fleiri Spámenn væntanlegir

– Ertu með eitthvað í gangi núna?

– Já, ég er að skrifa framhaldið af *Spámönnunum*. Það verður þríleikur. Annað bindi verður þykkara en það fyrsta (sem er 500 síður) og þar er sögusviðið 60 árum fyrr en í því fyrsta. Árið 1728 var nýlendan Góðvon (Godthåb) stofnuð af trúboðanum Hans Egede. Dönum tókst að skapa algjört öngþveiti með aðgerðum sínum. Til dæmis tóku þeir 12 karlmenn úr Brimarhólmi og jafnmargar vændiskonur úr Spunahúsinu og gáfu þau saman í hjónaband. Það var dregið um það hver ætti að giftast hverjum. Svo voru þau sett um borð í Grænlandsfar og áttu að stofna danska nýlendu! Að sjálfsögðu gekk það ekki og innan við hálfu ári síðar lifðu bara tveir úr þessum hópi. Hans Egede er aðalpersónan í þessu bindi og við fylgjum honum fram til 1734 þegar hann flytur aftur til Danmerkur, sagði Kim Leine og það er ljóst að unnendur þessa dansk-norska skálds eiga á góðu von.

*Líf og fjör í læknadeild* hétu grínþættir sem sýndir voru í sjónvarpinu fyrir mannsaldri eða svo. Þetta var heldur hallærislegt grín en það er ekkert hallærislegt við það sem er að gerast í læknadeild Háskóla Íslands þessi misserin. Þaðan berast reglulega fréttir um að helstu vísindasjóðir veraldarinnar hafi séð ástæðu til þess að veita stóra styrki til rannsókna sem íslenskir vísindamenn þar á bæ standa fyrir. Hér verður fjallað um tvö verðug verkefni sem eiga það sameiginlegt að hafa hlotið stóra styrki frá Evrópska rannsóknaráðinu.

# Samspil erfðaþátta og áfalla

## Unnur Anna Valdimarsdóttir prófessor í lýðheilsuvísindum við HÍ stýrir mörgum og stórum rannsóknum

**Þröstur Haraldsson**

Unnur Anna Valdimarsdóttir leiðir hóp sem hlaut nýlega styrk að upphæð 240 milljónir króna til þess að rannsaka samspil erfða og heilsufarslegra afleiðinga alvarlegra sálrænna áfalla, eins og því er lýst á heimasíðu Háskóla Íslands. Unnur er prófessor í lýðheilsuvísindum og varaforseti læknadeildar HÍ og blaðamaður *Læknablaðsins* hitti hana að máli á vinnustað sínum að Sturlugötu 8.

Unnur hefur haft áhuga á og starfað að rannsóknum á sviði lýðheilsu og hvernig fólk tekst á við áföll í rúm 20 ár. Hún hóf nám í sálfræði og skrifaði BA-ritgerð um áföll, streitu og krabbamein árið 1996. Að því loknu hélt hún til Svíþjóðar í framhaldsnám og hóf doktorsnám við krabbameinsdeild Karolinska sjúkrahússins árið 1999. Hún hefur starfað að rannsóknum frá því hún byrjaði sem aðstoðarmaður í rannsóknum við sömu stofnun árið 1998. Heim komin með doktorspróf í klínískri faraldsfræði var hún ráðin dósent við læknadeild HÍ árið 2007 en skipuð prófessor árið 2012.

### Tengsl áfalla og sjúkdóma

Það er ljóst af því að ræða við Unni að hún er með mörg járn í eldinum. Þessi tiltekna rannsókn sem hún hlaut stóra styrkinn fyrir er reyndar stór hluti þess sem hún og hennar fólk starfar að þessi misserin. Þegar blaðamaður spurði hvað hún ætti við með „sínu fólki“ kom í ljós að þar var að baki hópur sem telur á þriðja tug vísindamanna hér og í Svíþjóð. Þegar hún starfaði sem nýdoktor við Karolinska Institutet tók hún þátt í stóru verkefni sem fólst í því að rannsaka um 16.000 Svía sem lentu í en lifðu af tsunami-hamfarirnar í Suðaustur-Asíu um jólin 2004. „Við höfum fylgt þessum eftirlifendum eftir með tilliti til einkenna áfallastreitu og annarra sálrænna kvilla, en erum að færa okkur yfir í að skoða einnig svefn og möguleg áhrif á líkamlega heilsu þessa hóps,“ segir hún.

„Í doktorsnáminu rannsakaði ég ekkjur sem höfðu misst mennina sína úr krabbameini. Ég skoðaði klíníska þætti á sjúkdómstímanum og hvaða áhrif þeir höfðu á aðlögun ekknanna og heilsufar eftir missinn. Núna hef ég fært mig meira yfir í að reyna að skilja hvaða áhrif áföll hafa á líkamlega heilsu. Það hefur sýnt sig að eftir áfall eins og það að greinast með krabbamein verður mikil aukning í tíðni hjarta- og æðasjúkdóma, sjálfsvíga og geðraskana meðal þeirra sem fá krabbameinsgreiningu. En meginmarkmið okkar er að skilja áhrif áfalla og streituvaldandi aðstæðna á uppkomu og framgang sjúkdóma á borð við krabbamein og hjarta- og æðasjúkdóma.

Rannsóknir okkar hafa sýnt fram á að áföll hafa áhrif á móttækileika okkar fyrir ýmsum sjúkdómum. Við sjáum hins vegar að það er aðeins minnihluti þeirra sem lenda í erfiðum áföllum sem þróar hraðar með sér alvarlega sjúkdóma, meirihlutinn virðist hins vegar komast í gegnum þessi áföll án þess að bíða heilsufarslegt tjón. Verkefni okkar nú er að reyna að skilja betur áhættuþætti heilsutaps eftir slíkar hremmingar, þar á meðal erfðaþætti,“ segir Unnur.

### Manneskjan er seig, en …

Unnur nefnir að rannsóknir hennar beinist að ýmsum áföllum; að náttúruhamförum, ofbeldi, greiningu lífshættulegs sjúkdóms, eða það að missa náinn ættingja.

„Við skoðum alla myndina og sjáum mikinn breytileika í viðbrögðum og í heilsufari þeirra sem lenda í áföllum, til dæmis foreldra sem missa barn en það er sennilega einhver mest streituvaldandi lífsviðburður sem fólk getur orðið fyrir. Þrátt fyrir að verða fyrir þessum skelfilega atburði virðast sumir foreldra hafa óskertar lífslíkur á meðan aðrir veikjast fljótt og jafnvel deyja. Við viljum skilja hvort það séu einhverjir erfðaþættir sem spá fyrir um þetta, það er að segja lífslíkur og sjúkdómsáhættu í kjölfar slíkra atburða. Á ensku er talað um „resilience“, seiglu, í þessu samhengi. Við erum seigar lífverur og flest okkar hafa einhver bjargráð til þess að komast í gegnum erfiðleika án þess að verða fyrir heilsutjóni, en sumir hafa þau



*Unnur Valdimarsdóttir. Mynd Kristinn Ingvarsson.*

ekki. Þarna eiga erfðaþættir eflaust sinn hlut. Þetta er það sem við höfum nú fengið 5 ára styrk til að skoða.

Stóri Evrópustyrkurinn er til að vinna ákveðið verkefni en inn í hann falla ýmsar rannsóknir sem við erum að vinna að. Þetta er ekki ein rannsókn heldur samsafn margra ólíkra verkefna. Að þessu starfar rannsóknarhópurinn minn sem telur um 20 manns að meðtöldum nýdoktorum og doktorsnemum auk samstarfsfólks erlendis. Þetta er öflugur hópur og ég hef alltaf verið einstaklega lánssöm með samstarfsfólk," segir hún.

Nýjasta viðurkenningin sem Unnur fékk voru verðlaun úr Verðlaunasjóði í læknisfræði og skyldum greinum sem úthlutað var á Vísindum á vordögum á Landspítala. Sá sjóður var stofnaður árið 1986 af læknunum Árna Kristinssyni og Þórði Harðarsyni sem nú eru heiðursprófessorar við HÍ. Unnur er þakklát fyrir þessi verðlaun. „Það er einstakur heiður að fá þessa merku viðurkenningu fyrir störf mín og hópsins míns, og það frá nærumhverfi okkar, fyrrum samstarfsmönnum við læknadeild og Landspítala sem voru leiðandi á sínu sviði. Þessir fjármunir munu nýtast okkur vel í því starfi sem er framundan." segir hún.

**Möguleikarnir eru miklir**

Innan læknadeildar er starfrækt Miðstöð í lýðheilsuvísindum og þar er Unnur í forsvari.

„Við erum nokkuð stór hópur kennara, vísindamanna og doktorsnema sem stundum fjölbreyttar rannsóknir sem snerta lýðheilsu í víðu samhengi. Minn fókus, og reyndar margra annarra innan hópsins, er á áföllin en aðrir rannsakendur eru til dæmis að skoða næringu og aðra lífsstílstengda þætti og enn aðrir umhverfisþætti eins og loftgæði í Reykjavík og áhrif á heilsufar. Það eru um 20 doktorsnemar við miðstöðina sem var stofnuð árið 2007 en undanfarin ár hafa um 2-3 doktorar verið útskrifaðir á ári.

Eitt þeirra verkefna sem miðstöðin er með í undirbúningi er Heilsusaga Íslendinga en það er risastórt verkefni þar sem fyrirhugað er að safna ítarlegum upplýsingum frá 30.000 íslenskum konum á næstu þremur árum. Áherslan er á áfallasögu og heilsufar einstaklinga en við spyrjum einnig um nútímalífshætti og líðan og veltum fyrir okkur samspili þessara þátta og erfða á heilsufar, þar á meðal á einkenni áfallastreituröskunar. Þessum konum verður svo fylgt eftir í lengri tíma til að sjá hvernig heilsufar þeirra þróast," segir Unnur.

Í lokin spyr ég hana hvernig henni lítist á að starfa í íslensku vísindaumhverfi.

„Hér er gott að vinna og við höfum allar forsendur til að vinna frábær vísindi. Ef ég tek bara heilbrigðisvísindin þá erum við með einstaka lýðgrundaða gagnagrunna um sjúkdóma og erfðir. Okkur vantar ákveðin gögn um lífsstíl, líðan og áfallasögu sem við ætlum að bæta úr með Heilsusögurannsókninni okkar. Möguleikarnir eru sem sagt miklir og það væri frábært ef stjórnvöld væru tilbúin að fylgja þessu eftir og veðja með okkur á þessi tækifæri. En það eru auðvitað vonbrigði að framlög til vísinda sæti stöðugum niðurskurði þrátt fyrir að hér eigi að heita góðæri. Við erum ekki að nýta þau tækifæri sem við raunverulega höfum í vísindum. Ég hef unnið að vísindum bæði austan hafs og vestan og get staðfest að við eigum frábært vísindafólk hér á landi og góðan efnivið til að vinna með, en við þurfum aukin stuðning hins opinbera til þess að geta fullnýtt þessa möguleika okkar og til þess að halda í allt þetta frábæra vísindafólk," segir Unnur Anna Valdimarsdóttir.

# Er skimun réttlætanleg eða ekki?

## Það er ein fjölmargra spurninga sem rannsóknarverkefninu *Blóðskimun til bjargar* er ætlað að svara

Þröstur Haraldsson

Sigurður Yngvi Kristinsson prófessor í blóðmeinafræði stjórnar öðrum öflugum hópi vísindamanna. Helsta verkefni hans þessi misserin er *Blóðskimun til bjargar* þar sem hartnær helmingi íslensku þjóðarinnar hefur verið boðin þátttaka í skimun fyrir mergæxli. Nýlega birtist hlemmistór mynd af Sigurði ásamt Óttari Proppé heilbrigðisráðherra á forsíðu *Fréttablaðsins* þar sem þeir félagar voru að klippa á borða til marks um opnun Blóðskimunarseturs í húsi Krabbameinsfélags Íslands við Skógarhlíð í Reykjavík.

Þangað lagði blaðamaður *Læknablaðsins* leið sína fyrir skemmstu og hitti að máli fimm starfsmenn setursins. Þeir sögðu frá því að verkefnið hefði hafist formlega um miðjan nóvember síðastliðinn með því að Guðni Th. Jóhannesson skráði til þátttöku. Þá var 148.000 manns, öllum sem búsettir eru á Íslandi og fæddir 1975 eða fyrr, boðið til þátttöku. Í lok maí höfðu 76.700 manns þáð boðið, rúmlega helmingur.

– Þetta er miklu meira en við áttum von á, segir Sigurður Yngvi, og enginn í heiminum náð viðlíka hlutfalli út heilli þjóð í rannsókn og það á aðeins hálfu ári. Við ætlum okkur ár í að safna þátttakendum. Þeir þurfa ekki að fara í blóðsýnatöku sérstaklega fyrir rannsóknina heldur fáum við leyfi til að komast í þau sýni sem tekin verða úr þeim af öðrum ástæðum næstu þrjú árin. Þeim sem greinast með forstigseinkenni eða eru komnir með krabbameinið er síðan fylgt eftir í 5-7 ár svo í heild tekur rannsóknin rúmlega 10 ár.

### 5% með forstigseinkenni

Blóðskimunarsetrið er hugsað sem móttaka fyrir þá sem greinast með forstigseinkenni.

– Við eigum von á að fá svona 6-8 manns á dag hingað til skoðunar og eftirlits. Við erum komin með um 22.000 blóðsýni og erum búin að skima um 13.000. Þar af eru um 5% með forstigseinkenni mergæxlis, segir Sigurður Yngvi.

Eins og lesendum blaðsins er væntanlega kunnugt eru skimanir af þessari gerð talsvert umdeildar og vekja upp spurningar um sjúkdómsvæðingu. Sigurður Yngvi segir hópinn vera mjög vel vitandi um þá gagnrýni og hluti rannsóknarinnar snúist í raun um að svara því hvort hún eigi við rök að styðjast.

– Við vitum að fæstir af þeim sem greinast með forstig mergæxlis þróast yfir í að fá mergæxli og hafa góðar horfur á að lifa lengi án þess að verða varir við neitt. Við ætlum að kanna hvort það er árangur af því að skima fyrir forstiginu í því skyni að greina þá sem fá mergæxli og meðhöndla þá áður en þeir fá sjálft krabbameinið. Það er í raun til vandræða hversu lítið áhrif skimunar á fólk hafa verið rannsökuð. Flestir sem eru með forstigið fá á sig þann merkimiða að þeir séu með sjúkdóm eða forstig sjúkdóms sem hefði aldrei truflað þá, þeir hefðu aldrei fengið nein einkenni.

Mikilvægur þáttur rannsóknarinnar er einmitt að skoða hvaða áhrif það hefur á kvíða, þunglyndi og lífsgæði að vera með í skimunarrannsókn. Við spyrjum ýmissa spurninga við skráningu um þessa þætti. Spyrjum svo alla þátttakendur einu sinni á ári hvernig þeim líður, hvort þeir hafi áhyggjur af heilsunni og annað slíkt. Þetta gerir okkur kleift að svara ekki aðeins spurningunni um mergæxli heldur almennt um skimunarrannsóknir í heiminum og hvort þær valdi raunverulega kvíða, þunglyndi og áhyggjum hjá fólki.

Siðferðilegur grunnur þess að við réðumst í þetta verkefni er að við gerum þessa rannsókn samhliða skimuninni. Reyndar benda þær fáu rannsóknir sem gerðar hafa verið á áhrifum skimunar til



*Rannsóknarhópurinn samanstendur auk Sigurðar Yngva af alls 17 manns, þar af eru 7 doktorsnemar, og fjölda samstarfsaðila á Landspítala, HÍ, Krabbameinsfélaginu, Íslenskri erfðagreiningu, Hjartavernd, Karolinska háskólanum í Stokkhólmi, Memorial Sloan Kettering í New York og fleiri aðilum.*
*„Lykillinn að velgengi verkefnisins er allt það frábæra fólk sem ég er svo heppinn að vinna með og auðvitað ótrúlega góðar viðtökur landsmanna á verkefninu."*
*Kristinn Ingvarsson tók þessa mynd nýlega af Sigurði Yngva og samstarfsfólki hans.*

þess að þau séu lítil sem engin. Ávinningurinn sé það mikill að ef fólk fær réttar upplýsingar eigi skimun ekki að valda kvíða eða áhyggjum. Þetta er eitt af lykilatriðum rannsóknarinnar, segir hann.

### Þrír hópar með forstig

– Mega þeir sem skrá sig til þátttöku eiga von á að fá upplýsingar um niðurstöðuna?

– Ef ekkert finnst í blóðsýninu er ekkert tilkynnt. Þeim sem greinast með forstig mergæxlis er skipt af handahófi í þrjá jafnstóra hópa:

Hópur 1 fer ekki í frekari rannsóknir eða eftirfylgni og fær ekki að vita af því.

Hópur 2 fær að vita af því og fer í léttari rannsókn og eftirfylgni.

Hópur 3 er kallaður inn og fer í frekar ítarlegar rannsóknir með tölvusneiðmynd af beinum, beinmergsprufu og þéttara eftirliti.

Hópur 1 endurspeglar því heiminn eins og hann er: 5% af almenningi er með forstig mergæxlis og við erum ekkert sérstaklega að leita að því. Þeir eru eins og lyfleysuhópur í hefðbundnum klínískum rannsóknum. Ef rannsókn okkar leiðir í ljós að það sé ávinningur að því skima fyrir forstigi mergæxlis skoðum við þessa þrjá hópa og berum þá saman. Þá höfum við samband við þá sem lentu í hópi 1 og segjum þeim að þeir séu með forstig mergæxlis og að þeir þurfi að fara í rannsóknir og eftirlit samkvæmt niðurstöðum þeirra.

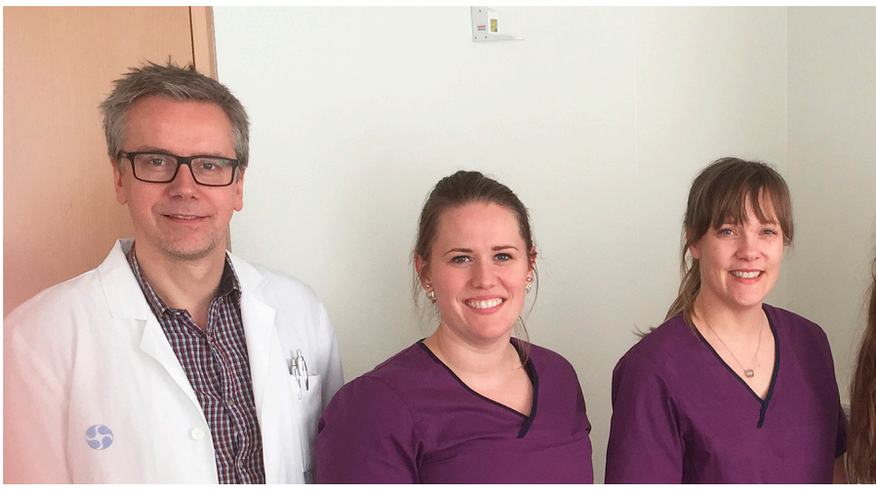
### Fátt vitað um orsakir mergæxlis

– Mergæxli er ekki ýkja algengt krabbamein en er vitað hverjir helstu áhættuþættir þess eru?

– Nei, við vitum ekki um ástæðu þess að menn fá mergæxli. Langflestir sem greinast núna virðast algerlega af handahófi, það eru engir áhættuþættir greinanlegir. Meinið tengist ekki reykingum, áfengi, umhverfi eða ættarsögu. Nú gefst okkur tækifæri til að skoða alls konar hluti með því að skima stóran hluta þjóðarinnar, ekki bara horfur þeirra sem greinast heldur líka hvað gerðist áður en þeir greindust, hvort einhverjir aðrir sjúkdómar, erfðir eða annað slíkt geti útskýrt af hverju menn fá þetta krabbamein.

Við skiptum niðurstöðum í langtímamarkmið sem er hvort skimun sé æskileg og svo skammtímaáfanga þar sem við fáum niðurstöður frekar fljótt, svo sem um algengi sjúkdómsins, erfðir, lífsgæðin og kvíðann. Þær niðurstöður ættu jafnvel að geta legið fyrir innan eins árs, segir Sigurður Yngvi.

Rannsóknin hefur hlotið mikla athygli innan og utan landsteinanna og hópurinn fengið mikið af styrkjum til rannsóknarinnar, bæði frá Rannís, Evrópska rannsóknaráðinu og alþjóðasamtökum um rannsóknir á mergæxli. – Einn samstarfsaðili okkar stendur straum af kostnaði við mælingar á forstigseinkennunum en þær geta kostað allt að hálfum milljarði króna. Samtals er því beinn og óbeinn stuðningur kominn yfir einn milljarð króna, segir Sigurður Yngvi Kristinsson.



# Rúmlega þrítugur reiknir leystur af hólmi

Ingigerður Sólveig Sverrisdóttir og Sölvi Rögnvaldsson fengu Nýsköpunarverðlaun forseta Íslands fyrir framlag sitt til verkefnisins *Blóðskimun til bjargar*

Þröstur Haraldsson

Eins og fram kemur í viðtalinu við Sigurð Yngva hefur verkefnið *Blóðskimun til bjargar* fengið góðar viðtökur hjá þjóðinni. Rannsóknir af þessu tagi eru margþættar og stundum verða til efnileg afkvæmi sem ekki voru á upphaflegri áætlun. Tveir ungir vísindamenn fengu þannig í haust Nýsköpunarverðlaun forseta Íslands fyrir þróun á reiknilíkani sem rannsóknin kallaði á.

Þau sem fengu verðlaunin voru Ingigerður Sólveig Sverrisdóttir læknir og doktorsnemi og Sölvi Rögnvaldsson nemi á BS-stigi í hagnýtri stærðfræði. Blaðamaður spurði þau hvernig það hefði borið til að þau tóku þetta að sér.

– Það kom til umræðu milli okkar Sigurðar Yngva fyrir alllöngu að það þyrfti að rannsaka fylgisjúkdóma einstaklinga með mergæxli. Þegar einstaklingur með til dæmis sykursýki og háþrýsting greinist með mergæxli þá glímir hann við fylgisjúkdóma, segir Ingigerður. – Læknar þurfa að taka tillit til þessara fylgisjúkdóma þegar ákvarða þarf krabbameinsmeðferð. Það er algengt í klínískum lyfjarannsóknum á fólki með mergæxli að það sé ekki með aðra sjúkdóma og því eru lyf sem notuð eru nú ekki prófuð á einstaklingum með fylgisjúkdóma. Þegar við fórum að skoða þetta betur sáum við að í flestum rannsóknum tengdum mergæxli er notaður gamall reiknir kenndur við Charlson til að meta fylgisjúkdóma. Hann er orðinn rúmlega þrjátíu ára gamall, búinn til 1986, og hefur verið notaður óbreyttur síðan. Miðað við þá framþróun sem orðið hefur í læknavísindum og tölvum vorum við sammála um að það væri áreiðanlega hægt að búa til reikni sem væri hæfari um að meta horfur sjúklinga með fylgisjúkdóma og þannig auð-



*Starfsfólk Blóðskimunarseturs, frá vinstri: Sigurður Yngvi Kristinsson prófessor, hjúkrunarfræðingarnir Sara Lovísa Halldórsdóttir og Guðrún Ásta Sigurðardóttir og höfundar reiknisins Ingigerður Sólveig Sverrisdóttir og Sölvi Rögnvaldsson. Auk þeirra starfa líffræðingar og fleiri læknar að rannsóknum í setrinu og í vinnuaðstöðu hópsins í Háskóla Íslands.*

velda læknum að taka ákvörðun um meðferð. Við vildum líka búa til reikni sem næði bara yfir fylgisjúkdóma mergæxlis en sá gamli er almennur áhættureiknir og á ekki við um fólk með langvinna sjúkdóma, segir hún.

Síðasta sumar bættist Sölvi svo í hópinn. – Ég komst í samband við hópinn í gegnum Sigrúnu Helgu Lund og við sóttum um styrk úr Nýsköpunarsjóði námsmanna til þess að vinna þetta verkefni með Ingigerði. Þetta er sannarlega hagnýt stærðfræði og kemur inn á mín helstu áhugasvið sem eru tölvunarfræði og tölfræði. Við Ingigerður náðum vel saman við þetta verkefni í fyrrasumar. Hún hefur allt á hreinu um læknisfræðina og er þess utan klár í tölfræði, segir Sölvi.

– Við fundum það líka að það er gott að vera fleiri við svona þróunarstarf, bætir Ingigerður við. Við köstum á milli okkar hugmyndum og þótt Sölvi sé ekki sterkur í læknisfræði kemur hann með ýmsa punkta sem ég hef ekki hugsað út í, og öfugt. Við erum leikmenn á sviði hvort annars.

– Við unnum vel saman og komumst langt á stuttum tíma, halda þau áfram. Nýsköpunarsjóður námsmanna styrkti verkefnið og í gegnum hann vorum við tilnefnd til Nýsköpunarverðlauna forseta Íslands sem við fengum í haust. Það var gaman, ekki síst að hitta Guðna Th. og fara á Bessastaði. Verðlaun eru mikil hvatning til að fylgja þessu eftir.

Nú er Sölvi laus úr prófönnum og þau eru að hefjast handa við að koma reikninum í notkun. – Eitt er að þróa hann en svo þarf að sjá til þess að hann verði nothæfur í raun. Það er spennandi verkefni að setja hann í samband við hina klínísku vinnu og sjá hvernig hann nýtist.

– Er þetta ekki viðskiptahugmynd? Sjáið þið ekki fyrir ykkur fyrirtækjarekstur?

– Nei, ég held ekki, segir Sölvi, við erum svo mikið háskólafólk að við viljum bara dreifa þekkingunni sem víðast.

– Hugmyndin er sú að reiknirinn verði aðgengilegur bæði á netinu og sem smáforrit í síma, bætir Ingigerður við. – Þá geta læknar verið með það í símanum sínum og notað það á auðveldan hátt í sinni vinnu. Það þarf ekki stærðfræðing til þess að geta notað reikninn.

– Það var hluti nýsköpunarverkefnisins, að gefa út afurð sem er aðgengileg öllum, segir Sölvi að lokum.

**Læknafélag Akureyrar heldur haustþing sitt laugardaginn 14. október í sal Menntaskólans á Akureyri.**

Höfuðatriði læknisfræði
- málþing um háls-, nef- og eyrnalækningar

Dagskrá birt í næsta tölublaði *Læknablaðsins*.

Landssjúkrahúsið

# Overlæge med speciale i neurologi til Medicinsk Center, Landssygehuset, Færøerne

En stilling som overlæge med speciale i neurologi ønskes besat 01.09.2017 eller efter aftale.

Landssygehuset i Tórshavn er centralsygehus på Færøerne med et optagelsesområde på ca. 50.000 mennesker. Landssygehuset har ca. 180 senge, fordelt på psykiatri, medicin, pædiatri, intensiv og kirurgi med gynækologi og obstetrik.

**Den Medicinske Centerledelse** består af den ledende overlæge og ledende sygeplejerske med delt fagligt og økonomisk ansvar. Medicinsk center er organiseret i 4 sengeafsnit. Derudover ambulatorier, fysioterapi, ergoterapi og sekretariat. De ansatte er fordelt på ca. 150 årsværk.

## Ansvarsområde

**Medicinsk Centerledelse** har det overordnede ansvar for centrets samlede drift. Den neurologiske overlæge er speciale ansvarlig for indlagte og ambulante patienter, nyhenvisninger, samarbejde med andre sygehuse på Færøerne og i udlandet. Det er overlægens eget ansvar at vedligeholde sin specialviden inden for specialet neurologi.

## Arbejdstilrettelæggelse

**Overlægerne** planlægger selv arbejdsfordelingen indbyrdes med vagt, stuegang og ambulatorier. Overlægen kan efter overenskomsten ikke pålægges vagt mere end hvert 3. døgn over en 3-måneders periode, hvorfor det ved vakance er praksis, at der bevilges ekstern vikar for at udtynde vagthyppigheden i nødvendigt omfang.
Vagtbelastningen er gennemsnitlig lav, ved seneste opgørelse anslået til ca. 2,5 timer. Oftest har man over weekenden tre vagter i træk, fredag til søndag, for at friholde øvrige weekender.

**Specialet neurologi** er administrativt en del af Medicinsk center, men ansvaret for den daglige drift er i vid udstrækning uddelegeret til den neurologiske overlæge. Arbejdet er tilrettelagt som dagtjeneste med efterfølgende vagt fra bolig.

## Forskning og uddannelse

Centerledelsen ser meget gerne, at forskningsaktiviteten øges, og der vil i et vist omfang kunne afsættes tid til dette. Den nuværende færøske overenskomst sikrer overlæger ret til betalt deltagelse i 4 årlige relevante kurser eller kongresser. Herudover vil man tilstræbe mulighed for lønnet klinisk ophold på relevante højt specialiserede afdelinger mindst to uger om året.

## Sekretariat

Der er til Medicinsk center tilknyttet et sekretariat samt lægesekretærer på afdelingerne såvel som i ambulatorierne. Hele det færøske sundhedssystem bruger elektronisk patientjournal, systemet Cambio Cosmic, som nyansatte læger undervises i. Al visitation og prøvesvar, kvittering etc. udføres via Cosmic og overlægerne har VPN-hjemmeadgang til elektronisk patientjournal, røntgen og mail, hvilket ofte er en fordel for vagthavende.

***Stillingen ønskes besat*** med en speciallæge i neurologi

**Yderligere oplysninger** om stillingen fås ved at kontakte vikarierende ledende overlæge, Rudi Kollslíð, Landssygehuset, FO-100 Tórshavn

**Løn- og ansættelsesforhold** i henhold til overenskomst mellem FAS og Fíggjarmálaráðið (Det Færøske Finansministerium).

## Ansøgningsfrist er 11. juni 2017.

Ansøgning, CV og eksamensbeviser skal uploades på linket nedenfor **"Søg stillingen".**
Originale uddannelsesbeviser og anbefalinger skal medbringes ved en evt. samtale.

Hvis vedkommende som bliver sat i stillingen, har arbejdet uden for Færøerne de sidste 6 måneder, skal han vise et MRSA bevis, inden han starter.

På Landssygehusets hjemmeside *www.ls.fo* kan du læse mere om os som arbejdsplads og vores vision, mission og strategimål.



# Hætt að reykja: Bentu sjúklingum þínum á árangur meðferðar með CHAMPIX®

- *Marktækt betri árangur við að hætta að reykja en með notkun búprópíons, nikótínplástra (21 mg) eða lyfleysu í vikum 9-12 og vikum 9-24*[1]
- *Ekki marktækt aukin áhætta á taugageðrænum aukaverkunum* samanborið við notkun lyfleysu við að hætta að reykja, óháð sögu um geðraskanir*[1]
- *Hjálpar til við að hætta að reykja með því að hindra verkun nikótíns og draga úr þörf fyrir reykingar*[2,3,4]
- *Þolist vel og hentar flestum fullorðnum reykingamönnum sem vilja hætta að reykja*[1,3]

PFI-16-12-01 PP-CHM-DNK-0062

**Tóbaksfíkn er ástand sem hægt er að líkja við langvinnan sjúkdóm. Yfirleitt er ávanabinding mikil, sambærileg við áfengissýki eða misnotkun vímuefna.**[5]

## Fylgstu með reynslu sjúklinga þinna, svo þú sjáir árangurinn

*Nikótínlaus leið til að hætta að reykja* [3]

CHAMPIX® VARENICLIN

**Ábending: Notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum**[3].

**Upplýsingar um CHAMPIX® (vareniclin) er að finna í blaðinu.**

Sérlyfjatexti á bls. 304

**Heimildir:**
**1.** Anthenelli RM, et al. Lancet 2016, 22. apr. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30272-0 [Rafræn útgáfa áður en prentuð útgáfa kom út]. **2.** Jorenby DE, et al. JAMA 2006;296:56-63. **3.** CHAMPIX Samantekt á eiginleikum lyfs, júlí 2016. **4.** West R, et al. Psychopharmacology 2008;197:371-377. **5.** Pisinger CH. Behandling af tobaksafhængighed - Anbefalingar til en styrket klinisk praksis. 2011 Sundhedsstyrelsen.
*16 meðalalvarlegar og alvarlegar taugageðrænar aukaverkanir, þ.m.t.: kvíði, þunglyndi, óeðlileg líðan, fjandsamleg hegðun (teljast mjög alvarlegar aukaverkanir), æsingur, árásargirni, ranghugmyndir, ofskynjanir, manndrápshugsanir, oflæti, ofsahræðsla, vænisýki, geðrof, sjálfsmorðshugsanir, sjálfsmorðshegðun og sjálfsvíg (teljast meðalalvarlegar eða alvarlegar aukaverkanir).

Læknar eru hvattir til að koma ábendingum um efni á framfæri við ritstjórn eða pistlahöfund.



**Dögg Pálsdóttir**

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

*Dogg@lis.is*

# Að loknum fyrstu rafrænu stjórnarkosningum LÍ

Á aðalfundi Læknafélags Íslands (LÍ) 2016 voru samþykktar breytingar á lögum LÍ þess efnis að stjórn félagsins yrði frá aðalfundi 2017 kosin rafrænni kosningu. Hingað til hefur stjórnin verið kosin á aðalfundi af atkvæðisbærum fulltrúum á aðalfundinum.

Við samningu lagabreytinga sem stjórn LÍ lagði fram vegna þessa var horft til laga þeirra fáu stéttarfélaga sem þegar hafa innleitt rafræna kosningu við stjórnarkjör. Engin þeirra félaga eru þó fulltrúafélög eins og LÍ. Nefnd aðalfundarins sem fjallaði um lagabreytingartillögurnar gerði allnokkrar breytingar á tillögum stjórnar, allar mikilvægar og sem allar voru samþykktar af aðalfundarfulltrúm.

Samkvæmt nýju fyrirkomulagi á kjörnefnd sem stjórn skipar að taka til starfa þegar stjórn hefur boðað til aðalfundar.

Fyrir lá að í fyrstu rafrænu stjórnarkosningunni yrði kosinn formaður, gjaldkeri og fjórir meðstjórnendur þar sem formaður LÍ síðustu 6 ár, Þorbjörn Jónsson, tilkynnti að hann gæfi ekki kost á sér til endurkjörs. Kjörnefnd sendi ítarlegan tölvupóst til félagsmanna þar sem framkvæmd og ferli kosningarinnar var lýst.

Að loknum 15 daga framboðsfresti lá fyrir að þrír læknar gáfu kost á sér til formennsku, enginn gaf kost á sér til embættis gjaldkera og 5 gáfu kost á sér í störf fjögurra meðstjórnenda. Kjörnefnd þurfti því að finna frambjóðanda í embætti gjaldkera og auglýsti að því búnu nýjan viku framboðsfrest. Að afloknum þeim fresti voru formannsframbjóðendur áfram þrír, frambjóðendurnir í fjögur störf meðstjórnenda voru sex og sjálfkjörið var í embætti gjaldkera.

Ekkert er í lögum LÍ um kynningu frambjóðenda. Kjörnefnd ákvað þríþætta kynningu: Formannsframbjóðendur voru með kynningarpistla í maíhefti *Læknablaðsins*. Kynningarefni frá öllum frambjóðendum, það er til formanns og meðstjórnenda, skyldi sent út til félagsmanna með tölvupósti og halda skyldi kynningarfund þar sem allir frambjóðendur kynntu sig og formannsframbjóðendur sætu fyrir svörum fundarmanna.

Mál þróuðust síðan á þann veg að tveir af 6 frambjóðendum til meðstjórnenda drógu framboð sín tilbaka. Varð því sjálfkjörið í þau stjórnarstörf. Kynningarefnið formannsframbjóðenda var sent út og á kynningarfundinum kynntu þeir sig og sátu fyrir svörum. Sent var beint frá fundinum.

Þegar kjörnefnd hófst handa við að taka saman kjörskrá vaknaði spurning um það hvort félagsmenn eldri en 70 ára skyldu hafa kosningarétt til stjórnarkosninga. Við lagabreytinguna á aðalfundi 2016 kom inn í 9. gr. laganna ný málsgrein svohljóðandi: *Kosningarétt hafa þeir sem eru með félagsgjöld sín í skilum miðað við síðustu mánaðamót áður en allsherjaratkvæðagreiðsluna skal halda.* Kjörnefnd þurfti að túlka þetta ákvæði því í 12. gr. laga LÍ segir: *Læknar sem eru sjötugir eða eldri, skulu vera gjaldfríir.*

Það var niðurstaða kjörnefndar LÍ að orðalagið benti til að kosningaréttur fylgdi greiðslu félagsgjalda þannig að læknar undanþegnir félagsgjöldum hefðu ekki kosningarétt. Aldarfjórðungsframkvæmd varðandi ákvörðun fulltrúafjölda aðildar- og svæðafélaga á aðalfundi LÍ studdi þessa túlkun því athugasemdalaust hefur svo lengi viðhafst það fyrirkomulag að læknar eldri en 70 ára teljast ekki með félagafjölda svæðis- og aðildarfélaga þegar fulltrúafjöldi þeirra á aðalfundi hefur verið ákvarðaður. Læknar eldri en 70 ára hafa við það aldursmark verið færðir úr aðildar- eða svæðafélagi sínu yfir í öldungadeild lækna sem telst samkvæmt lögum LÍ ekki aðildarfélag og hefur því aldrei átt fulltrúa með kosningarétt á aðalfundi félagsins. Formaður félagsins hefur frá upphafi verið boðinn á aðalfund með málfrelsi og tillögurétt, en ekki kosningarétt. Við það hefur heldur aldrei nein athugasemd verið gerð. Á kjörskrá voru því ekki læknar eldri en 70 ára.

Kjörskrá var birt 9. maí og kallað eftir athugasemdum við hana. Örfáar athugasemdir bárust, einkum frá læknum eldri en 70 ára. Þeim var send sú útskýring sem að framan greinir.

Fyrri umferð formannskosninga lauk svo að enginn frambjóðenda fékk meirihluta atkvæða og þurfti því síðari umferð formannskosninga milli þeirra tveggja sem flest atkvæði fengu. Þegar tveir sólarhringar voru eftir af síðari umferð formannskosningar barst formleg kvörtun yfir kjörskránni.

Fyrstu rafrænu stjórnarkosningu LÍ er nú lokið. Á aðalfundi 2017 tekur ný stjórn við, sem að mestu leyti var kosin samkvæmt hinu nýja fyrirkomulagi. Kjörnefnd og starfsmenn LÍ eru reynslunni ríkari og augljóst er að læra þarf af þessari reynslu.

Formleg mótmæli við kjörskránni bárust ekki fyrr en 13 dögum eftir að kjörskráin var fyrst birt og þegar tveir sólarhringar voru eftir af síðari umferð formannskosninga. Það gefur auga leið að erfitt er að bregðast við mótmælum sem berast svo seint.

Stjórn LÍ þarf í samvinnu við kjörnefnd að fara yfir reynsluna af þessari fyrstu rafrænu stjórnarkosningu hjá félaginu og mögulega leggja til lagabreytingar á næsta aðalfundi til að lög félagsins verði skýrari um þau atriði sem urðu álitamál við framkvæmdina. Allar ábendingar félagsmanna eru vel þegnar í þessu sambandi.

# Opið bréf til kjörnefndar LÍ

**Davíð Gíslason**

davidgis@simnet.is



Þann 31. mars fékk ég tölvupóst frá ykkur þar sem minnt var á rafræna kosningu á formanni LÍ. Sagt var að kjörgengir félagsmenn hefðu fengið sendan rafrænan atkvæðaseðil. Þeir sem ekki hefðu fengið slíkan seðil, en teldu sig eiga atkvæðisrétt, var bent á að hringja á skrifstofu félagsins. Einnig hvatti kjörnefndin alla félagsmenn LÍ til að kjósa. Ég hugsaði ekkert um þetta þá, en þegar kom að því að kjósa kom í ljós að ég hafði ekki fengið atkvæðaseðil. Ég hringdi því í skrifstofu LÍ og var tjáð að ég hefði ekki atkvæðisrétt þar sem ég hefði ekki greitt árgjald. Þetta svar kom mér algerlega á óvart. Ég hef fengið fjölda pósta frá félaginu og kjörstjórn, þar sem ég var látinn fylgjast með framvindu kosninganna og verið ávarpaður í þessum bréfum sem ágætur félagi. Mikilvægustu réttindi hvers einstaklings í félagasamtökum, líkt og í þjóðfélaginu sjálfu, er kosningarétturinn. Ég taldi því að það hlytu að gilda einhver undarleg sérákvæði í lögum LÍ, sem takmörkuðu þennan rétt, og fletti því upp lögunum.

Í 12. grein, sem fjallar um árgjöld segir orðrétt: *Stjórn LÍ getur ákveðið, að læknar, sem verið hafa virkir félagar í 40 ár eða hætt störfum fyrir aldurs sakir eða heilsubrests, svo og illa stæðir læknar, megi vera undanþegnir félagsgjöldum. Stjórn LÍ getur veitt öðrum félagsmönnum sams konar undanþágur. Læknar, sem eru sjötugir eða eldri, skulu vera gjaldfríir. Félagar LÍ erlendis eru undanþegnir félagsgjöldum.*

*Nú greiðir gjaldskyldur félagi ekki árgjald sitt til LÍ og er stjórn félagsins þá heimilt að svipta hann félagsréttindum, uns hann hefur greitt gjaldið, hafi hann verið aðvaraður með minnst þriggja mánaða fyrirvara.*

Getur þessi grein verið skýrar orðuð? Í lögunum er ekki orð um það að þessi undanþága frá greiðsluskyldu skerði félagsréttindi á nokkurn hátt. Aðeins þegar gjaldskyldur félagi greiðir ekki árgjald til LÍ er stjórninni heimilt að svipta hann félagsréttindum, en þó aðeins hafi hann verið aðvaraður með minnst þriggja mánaða fyrirvara. Ég er orðinn sjötugur og skal því vera gjaldfrír. Í mörgum félögum er ákvæði um ævifélaga, sem hafa þá greitt mikið til félagsins. Ákvæðið um að þeir sem hafa greitt árgjald til félagsins í 40 ár er af svipuðum toga og ákvæðið um þá sem eru orðnir sjötugir. Þeir eru félagar til æviloka.

Í 9. grein, sem fjallar um skipan og kjör stjórnar segir orðrétt:

*Kosningarétt hafa þeir sem eru með félagsgjöld sín í skilum miðað við síðustu mánaðarmót áður en allsherjaratkvæðagreiðsluna skal halda.*

Er hægt að misskilja þetta? Varla, þótt ykkur hafi tekist það. Þeir sem ekki eru með félagsgjöld sín í vanskilum eru með þau í skilum. Allir þeir sem eru undanþegnir félagsgjöldum samkvæmt 12. grein eru með félagsgjöld sín í skilum, en einnig þeir sem eru með félagsgjöld sín í vanskilum hafa réttindi félagsmanna, nema þeir hafi verið aðvaraðir með minnst þriggja mánaða fyrirvara. Í 9. grein laganna, um skipan og kjör stjórnar, er enn áréttað hverjir hafa atkvæðisrétt. Þar segir: *Stjórn félagsins er kosin í allsherjaratkvæðagreiðslu félagsmanna aðildarfélaga félagsins og þeirra sem eiga einstaklingsaðild að félaginu, sbr. 3. gr.*

Þegar ég hafði kynnt mér lögin varð ég forviða á að jafn virðulegt félag og Læknafélag Íslands hafi í forsvari einstaklinga, sem ætla að svipta stóran hóp félagsmanna þeirra helgasta rétti í félaginu. Það má vel vera að nýlega afstaðnar kosningar til formanns teljist löglegar, fyrst framkvæmd þeirra var ekki kærð áður en kosningunum lauk, en ef þessi vitleysa á að verða fordæmi fyrir stjórnarhætti í félaginu í framtíðinni verður að gera eitthvað róttækt í málinu.

Þegar ég fór að kynna mér lög Læknafélags Íslands, á netsíðu félagsins, sá ég *curiousum*, sem hvergi er að finna í lögum annarra félaga. Það á nefnilega að kjósa stjórn félagsins tvisvar. Í 9. grein er ákvæði um rafræna kosningu stjórnar og í 8. grein, um verkefni aðalfundar, segir stutt og laggott í 5. tölulið: Stjórnarkosning. Kannski má halda því fram að ég sé þarna með orðhengilshátt og að kynna eigi niðurstöður rafrænna stjórnarkosninga undir þessum tölulið, en þá er það einkennilega orðað.

Með kveðju.
*Davíð Gíslason*

CHAMPIX (vareniclin) 0,5 mg og 1 mg filmuhúðaðar töflur
**Ábendingar**: CHAMPIX er notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.
**Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.**
Markaðsleyfishafi: Pfizer Limited.
Pakkningar og verð 1. apríl 2017: Upphafspakkning (0,5 mg 11 stk+1 mg 42 stk): 12.613 kr. 8 vikna framhaldspakkning (1 mg, 112 stk): 21.821 kr.
Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 0. Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 28. júlí 2016. Stytt SmPC endurskoðað: 19. apríl 2017.
Ef óskað er eftir frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

Colrefuz®
colchicine

**Colrefuz 500 míkróg töflur. Virkt innihaldsefni:** Hver tafla inniheldur 500 míkróg af colchicini. **Ábendingar:** ***Fullorðnir:*** Meðferð við bráðri þvagsýrugigt. Fyrirbyggjandi meðferð gegn þvagsýrugigtarköstum í upphafi meðferðar með allópúrínóli og þvagsýrulosandi lyfjum. **Skammtar og lyfjagjöf:** ***Fullorðnir:*** *Meðferð við bráðum þvagsýrugigtarköstum:* Taka á 1 mg (2 töflur) í upphafi, fylgt eftir með 500 míkróg (1 tafla) 1 klst. síðar. Ekki skal taka fleiri töflur næstu 12 klst. Eftir 12 klst. má halda meðferðinni áfram, ef þörf krefur með að hámarki 500 míkróg (1 töflu) á 8 klst. fresti þar til einkenni eru horfin. Meðferðarlotu á að ljúka þegar einkenni eru gengin til baka eða þegar tekin hafa verið samtals 6 mg (12 töflur). Ekki skal taka meira en 6 mg (12 töflur) í meðferðarlotu. Þegar meðferðarlotu er lokið skal ekki hefja aðra lotu fyrr en eftir a.m.k. þrjá sólahringa (72 klst.). *Fyrirbyggjandi meðferð gegn þvagsýrugigtarkasti í upphafi meðferðar með allópúrínóli og þvagsýrulosandi lyfjum:* 500 míkróg tvisvar á dag. Lengd meðferðar skal ákveðin eftir að þættir svo sem tíðni kasta, hve lengi þvagsýrugigt hefur verið til staðar og tilvist og stærð þvagsýrugigtarhnúts (tophi) hafa verið metnir. ***Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:*** Gæta skal varúðar við notkun hjá sjúklingum með væga skerðingu á nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi skal minnka skammta eða lengja tíma á milli skammta. Hafa skal nákvæmt eftirlit með aukaverkunum colchicins hjá slíkum sjúklingum. Sjá nánar í Samantekt á eiginleikum Colrefuz varðandi sjúklinga með alvarlega skerðingu á nýrnastarfsemi. ***Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:*** Gæta skal varúðar við notkun hjá sjúklingum með væga/miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi. Hafa skal nákvæmt eftirlit með aukaverkunum colchicins hjá slíkum sjúklingum. Sjá nánar í Samantekt á eiginleikum Colrefuz varðandi sjúklinga með alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. ***Aldraðir:*** Gæta skal varúðar við notkun. ***Lyfjagjöf:*** Til inntöku. Töflurnar skal gleypa heilar með glasi af vatni. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með blóðmein. Meðganga. Brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri nema notaðar séu öruggar getnaðarvarnir. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. Sjúklingar með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Ekki skal nota colchicin hjá sjúklingum í blóðskilun vegna þess að ekki er hægt að fjarlægja það með skilun eða blóðskiptum. Ekki má nota colchicin hjá sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi sem taka P glýkópróteinhemil (P gp) eða öflugan CYP3A4 hemil. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð í smásölu** (september 2016): 500 míkróg, 100 stk. 9.879 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf. **Frekari upplýsingar:** www.actavis.is, s: 550 3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 29. júní 2016. *September 2016.*

Actavis / 619021

Actavis

Eliquis (apixaban) 2,5 mg og 5 mg filmuhúðaðar töflur.
**Ábendingar: Eliquis 2,5 mg**: Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. **Eliquis 2,5 mg og 5 mg**: Forvörn gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II). Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE), og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum**. Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Lifrarsjúkdómar sem fylgir blóðstorkukvilli og blæðingarhætta sem hefur klíníska þýðingu. Vefjaskemmdir eða kvillar ef það er talið vera áhættuþáttur fyrir verulegri blæðingarhættu. Þar með talið nýlegur eða virkur sárasjúkdómur í meltingarvegi, illkynja æxli með mikilli blæðingarhættu, nýlegir áverkar á heila eða mænu, nýleg skurðaðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, slagæða- og bláæðatenging, æðagúlar eða meiriháttar óeðlilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðru segavarnarlyfi, t.d. ósundurgreint (unfractionated) heparín, létt (low molecular weight) heparín (enoxaparin, dalteparin, o.s.frv.), heparín afleiður (fondaparinux, o.s.frv.), segavarnarlyf til inntöku (warfarín, rivaroxaban, dabigatran, o.s.frv.), nema í þeim sérstöku tilvikum þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð.
**Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.**
Markaðsleyfishafi: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG.
Pakkningastærðir og verð 1. mars 2017: 2,5 mg 60 stk.: 10.821 kr., 2,5 mg 168 stk.: 29.964 kr., 5 mg 14 stk.: 3.709 kr., 5 mg 100 stk.: 17.858 kr., 5 mg 168 stk.: 29.964 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.
Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 6. febrúar 2017. Stytt SmPC tekið saman 19. apríl 2017.
Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðsluefni (RMP) fyrir lyfið og afhent sjúklingi tiltekið fræðsluefni ætlað sjúklingum (öryggisspjald fyrir sjúklinga) áður en notkun lyfsins hefst. Ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

**Bisbetol 5 mg og 10 mg filmuhúðaðar töflur.**
**Williams & Halls ehf. ATC flokkur: C07AB07.**
**Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.**

**Heiti lyfs:** Bisbetol 5 mg og 10 mg filmuhúðaðar töflur. **Innihaldslýsing:** Hver 5 mg tafla inniheldur 5 mg af bísóprólólhemifúmarati, sem samsvarar 4,24 mg af bísóprólól. Hver 10 mg tafla inniheldur 10 mg af bísóprólólhemifúmarati, sem samsvarar 8,49 mg af bísóprólóli. **Ábendingar:** Háþrýstingur. Langvarandi stöðug hjartaöng. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: *Skert nýrna- eða lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun < 20 ml/mín.) og hjá sjúklingum með alvarlega lifrarsjúkdóma er ráðlagt að nota ekki stærri dagskammta en 10 mg af bísóprólólhemifúmarati. *Aldraðir:* Yfirleitt er ekki þörf á því að breyta skömmtum. Ráðlagt er að hefja meðferð á minnsta mögulega skammti. *Börn:* Engin reynsla er af notkun bisóprólóls hjá börnum, því er ekki hægt að ráðleggja notkun þess hjá börnum. Lyfjagjöf: Bisóprólól 5 mg filmuhúðaðar töflur eru til inntöku. Skömmtun skal aðlaga einstaklingsbundið. Ráðlagt er að hefja meðferð á minnsta mögulega skammti. Sumum sjúklingum getur dugað 5 mg á sólarhring. Venjulegur skammtur er 10 mg einu sinni á sólarhring og hámarks ráðlagður skammtur er 20 mg á sólarhring. Töflurnar skulu teknar inn að morgni. Gleypa á töflurnar með vökva og ekki má tyggja þær. Meðferðarrof: Ekki skal stöðva meðferð fyrirvaralaust. Draga skal smám saman úr skömmtum með því að helminga skammt vikulega. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Bráð hjartabilun eða við versnun hjartabilunar sem krefst inndælingar lyfs, sem hafa áhrif á samdráttarkraft hjartans, í bláæð. Hjartalost. Annarrar eða þriðju gráðu gáttasleglarof (án gangráðs). Heilkenni sjúks sínushnútar. Gúls- og gáttarof. Hægsláttur með 60 slög/mín. eða minna í upphafi meðferðar. Lágþrýstingur (slagbilsþrýstingur undir 100 mm Hg). Alvarlegur berkjuastmi eða alvarleg langvinn lungnateppa. Seinni stig teppusjúkdóms í slagæðum útlima og Raynauds heilkenni. Efnaskiptablóðsýring. Ómeðhöndlað krómfíklaæxli. Samhliðanotkun foctafenenins og slutoprids. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC):** 15. nóvember 2016. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í maí 2017:** 5 mg 100 töflur kr. 3.217; 10 mg 100 töflur kr. 5.103. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G. **Markaðsleyfishafi:** Williams & Halls ehf., Reykjavíkurvegi 62, 220 Hafnarfirði, Sími: 527-0600, www.wh.is. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá Markaðsleyfishafa.

**Bisbetol plus 5 mg/12,5 mg og 10 mg/25 mg filmuhúðaðar töflur.**
**Williams & Halls ehf. ATC flokkur: C07ABB7.**
**Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.**

**Heiti lyfs:** Bisbetol plus 5 mg/12,5 mg og 10 mg/25 mg filmuhúðaðar töflur. **Innihaldslýsing:** Hver 5 mg/12,5 mg filmuhúðuð tafla inniheldur: 5 mg bísóprólól fúmarat (samsvarar 4,24 mg af bísóprólóli) og 12,5 mg hýdróklórtíazíð. Hver 10 mg/25 mg filmuhúðuð tafla inniheldur: 10 mg bísóprólól fúmarat (samsvarar 8,49 mg af bísóprólóli) og 25 mg hýdróklórtíazíð. **Ábendingar:** Meðhöndlun frumkomins háþrýstings. Samsetta lyfið er ætlað sjúklingum með háþrýsting sem ekki hefur náðst hæfileg stjórn á með bísóprólól fúmarati eða hýdróklórtíazíði einu sér. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Gefa má samsetta lyfið (bísóprólól fúmarat 5 mg/hýdróklórótíazíð 12,5 mg) sjúklingum með háþrýsting sem ekki hefur náðst hæfileg stjórn á með bísóprólól fúmarati 5 mg eða hýdróklórtíazíði 12,5 mg einu sér. Gefa má samsetta lyfið (bísóprólól fúmarat 10 mg/hýdróklórótíazíð 25 mg) sjúklingum með háþrýsting sem ekki hefur náðst hæfileg stjórn á með bísóprólól fúmarati 10 mg eða hýdróklórtíazíði 25 mg einu sér. Mælt er með að fundinn sé hæfilegur skammtur af hvoru efni fyrir sig. Skipta má beint úr einlyfjameðferð í samsetta lyfið þegar það er talið eiga við, samkvæmt klínísku mati. *Aldraðir:* Engin skammtabreyting er nauðsynleg. Ráðlagt er að hefja meðferð á lægsta mögulega skammti. *Skert nýrna- eða lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með væga til miðlungs mikið skerta lifrarstarfsemi þarf ekki að breyta skömmtum. Engu að síður er ráðlagt að fylgjast með lifrarstarfsemi. Við væga til miðlungs mikið skerta nýrnastarfsemi dregur úr útskilnaði hýdróklórtíazíð hluta samsetta lyfsins (bísóprólól fúmarats/hýdróklórtíazíðs), og því ætti frekar að nota lægri skammtinn. *Börn:* Öryggi og verkun bísóprólól fúmarats/hýdróklórtíazíðs hjá börnum yngri en 18 ára hefur ekki verið staðfest. Engin gögn liggja fyrir. Lyfjagjöf: Gleypa á filmuhúðuðu töflurnar með vökva, án þess að tyggja þær, með morgunmat. Eftir langvarandi meðferð - sérstaklega ef blóðþurrðarsjúkdómur í hjarta er til staðar - skal draga hægt úr skömmtum bísóprólól fúmarats/hýdróklórtíazíðs (skammturinn helmingaður á 7-10 dögum), þar sem ástand sjúklings getur versnað ef notkun er skyndilega hætt. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Bráð hjartabilun eða vanstarfsemi hjarta sem krefst inndælingar í bláæð með lyfjum sem auka samdráttarkraft hjartans. Hjartalost. Annarrar eða þriðju gráðu gáttasleglarof. Heilkenni sjúks sínushnútar. Gúls- og gáttarof. Hægsláttur með einkennum. Alvarleg form teppusjúkdóms í slagæðum útlima og Raynauds heilkenni. Alvarlegur berkjuastmi eða alvarleg langvinn lungnateppa. Efnaskiptablóðsýring. Þrálát blóðkalíumlækkun. Alvarleg blóðnatríumlækkun. Óeðlileg blóðkalsíumhækkun. Alvarleg nýrnabilun með þvagþurrð eða þvagleysi (kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín og/eða serum kreatínín > 159 míkrómól/l). Alvarleg lifrarbilun, þar með talið lifrarfordá og lifrardá. Ómeðhöndlað krómfíklaæxli. Þvagsýrugigt. Brjóstagjöf. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC):** 24. nóvember 2016. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í maí 2017:** 5 mg/12,5 mg 100 töflur kr. 4.272; 10 mg/25 mg 100 töflur kr. 6.621. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G. **Markaðsleyfishafi:** Williams & Halls ehf., Reykjavíkurvegi 62, 220 Hafnarfirði, Sími: 527-0600, www.wh.is. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá Markaðsleyfishafa.

# Frá öldungadeild Læknafélags Íslands



**Magnús B. Einarson**

fráfarandi formaður öldungadeildar

*mbeinarson@simnet.is*

Öldungadeildin var stofnuð 7. maí 1994. Hún er félagsskapur lækna sem orðnir eru 60 ára og eldri. Tilgangur félagsins er að vinna að málefnum eldri lækna og viðhalda tengslum þeirra innbyrðis. Felst það starf í reglulegum fundum þar sem fram koma áhugaverðir fyrirlesarar, heimsóknum á staði og stofnanir og ferðalögum innan lands sem utan. Hefð er fyrir því að fyrirlestrar séu ekki um læknisfræðileg efni, en stundum fljóta með fyrirlestrar tengdir læknum á einhvern hátt. Fundarboð eru send í formi fréttabréfs í netpósti. Hefur það alveg gengið því okkar elstu félagar hafa haft einhver tök með að fá aðstoð við að ná í póstinn. Pósturinn fer bæði til allra lækna yfir sextugu og til skráðra félaga. Eru læknar þessir og gestir þeirra allir velkomnir á fundina. Að jafnaði hafa milli 40 og 70 manns sótt þá. Við höfum hist kl. 15.30 fyrsta miðvikudag hvers mánaðar í húsakynnum LÍ í Hlíðasmára 8 í Kópavogi. Á undan fundi eru veitingar sem hafa verið þær sömu árum saman, vínarbrauð og kaffi eða te  Síðan er fundur settur kl. 16.00 og er alltaf einhver fyrirlesari. Oftast eru fjörugar umræður í framhaldi.

Öldungadeildin hefur í öðru hverju blaði haft dálk þar sem sagt er frá ýmsu frá gamalli tíð, ýmist eigin upplifunum eða löngu látinna lækna. Þá er á innri vef Læknafélags Íslands vefsíða öldungadeildarinnar þar sem reglulega eru birtar tilkynnningar, fréttir, fundagerðir, ársskýrslur, ferðasögur og myndir.

Öldungadeildin hefur um langt árabil farið árlega í utanlandsferðir með leiðsögn og á hverju sumri hafa verið verið farnar ferðir innan lands á sögufræga staði og oftast einhverjir læknar heimsóttir í leiðinni. Þessar ferðir hafa verið fjölsóttar og mælst afar vel fyrir.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Fulltrúi öldungadeildarinnar hefur sótt aðalfundi Læknafélags Íslands og m.a. átt hlut að ályktunum. Eins var fyrir atbeina fyrrum formanns Sigurðar Þorvaldssonar rýmkað leyfi eldri lækna til að vinna á stofu.

Á 20 ára afmælishátíð félagsins sem haldin var í Skíðaskálanum í Hveradölum 2014 var Ásmundur Brekkan gerður að heiðursfélaga, en hann var einn aðalhvatamaður að stofnun öldungadeildarinnar og sá eini eftirlifandi. Hinir voru Árni Björnsson og Gunnlaugur Snædal. Á síðasta aðalfundi var svo Páll Ásmundsson gerður að heiðursfélaga. Páll hefur verið óþreytandi um langt árabil við að vinna öldungadeildinni gagn. Hefur hann ritstýrt síðum öldungadeildarinnar í Læknablaðinu og sett allt efni deildarinnar inn á innri vef Læknafélagsins og ritstýrt frá upphafi. Þá hefur hann oft annast fundarstjórn á aðalfundum og verið veislustjóri. Einnig hefur hann verið formaður stjórnar.

Stjórn öldungadeildar er kosin til tveggja ára í senn, hana má endurkjósa einu sinni (sbr. lög öldungadeildar sem sjá má á innri vefnum). Hefð er fyrir því að stjórnin sé endurkjörin og sitji þannig í fjögur ár. Á aðalfundinum í maí síðastliðnum var kosin ný stjórn, en hana skipa Kristófer Þorleifsson formaður, Jóhannes M. Gunnarsson ritari, Guðmundur Viggósson gjaldkeri, Margrét Georgsdóttir meðstjórnandi auk Kristrúnar R. Benediktsdóttur, sem á eftir eitt ár af kjörtímabili sínu sem meðstjórnandi.

Í fráfarandi stjórn voru Magnús B. Einarson formaður, Þórarinn E. Sveinsson ritari og Hörður Alfreðsson gjaldkeri. Meðstjórnendur voru Guðrún Agnarsdóttir og Kristrún R. Benediktsdóttir.

# Okkar hjartans mál

Loksins markaðssett á Íslandi

## Bisbetol og Bisbetol plus

**bísóprólól og bísóprólól hýdróklórtíazíð**
**filmuhúðaðar töflur**

Mjög sérhæfður β1-blokki (hjartasértækur).
Einungis þarf einn skammt á dag.
Bisbetol er notað gegn háþrýstingi og langvarandi stöðugri hjartaöng.
Bisbetol plus er notað til meðhöndlunar á frumkomnum háþrýstingi.






Williams&Halls

Sérlyfjatexti á bls. 305

Williams & Halls • Reykjavíkurvegur 62 • 220 Hafnarfjörður • Sími: 527 0600 • wh.is

vistor
Umboðsaðili á Íslandi

gsk

# Tökum á móti sumri




**24 klst. verkun**[1,2]




# Notkun einu sinni á dag

**Avamys** bætir marktækt svefn og getu til daglegra athafna.[3, 4]

Algengustu aukaverkanir Avamys eru blóðnasir, sáramyndun í nefi og höfuðverkur.[1]

**Relvar Ellipta** veitir 24-tíma samfellda verkun með aðeins einum skammti[2] úr handhægu innöndunartæki sem sjúklingar kjósa.[5]

Algengustu aukaverkanir Relvar Ellipta eru höfuðverkur og nefkoksbólga. Aukin tíðni lungnabólgu og beinbrota sáust hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. Relvar Ellipta ætti ekki að nota til meðferðar á bráðum astmaeinkennum eða versnunar á langvinnri lungnateppu.[2]

**AVAMYS 27,5 míkrógrömm/úðaskammt,nefúði, dreifa**
**Heiti virkra efna:** Hver úðaskammtur gefur 27,5 míkrógrömm af flútíkasónfúróati. **Ábendingar**: *Avamys er ætlað til notkunar hjá fullorðnum, unglingum og börnum (6 ára og eldri). Avamys er ætlað til meðferðar við einkennum ofnæmiskvefs.* **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi**: Glaxo Group Ltd. Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

**Relvar Ellipta 92 míkróg/22 míkróg eða Relvar Ellipta 184 míkróg/22 míkróg, innöndunarduft, afmældir skammtar**
**Heiti virkra efna:** Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 92 míkróg af flútíkasónfúróati og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) eða 184 míkróg af flútíkasónfúróati og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat). Þetta samsvarar afmældum skammti sem er 100 míkróg af flútíkasónfúróati og 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) eða 200 míkróg af flútíkasónfúróati og 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat).
**Ábendingar**: *Astmi:* Relvar Ellipta er ætlað til notkunar við reglulega astmameðferð hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri þegar notkun samsetts lyfs (langverkandi beta2-örva og barkstera til innöndunar) á við: Þegar ekki næst viðunandi stjórn á sjúkdómnum með barksterum til innöndunar og skjótvirkum beta2-örvum til innöndunar „eftir þörfum". *Langvinn lungnateppa* (aðeins Relvar Ellipta 92/22 míkróg): Relvar Ellipta er ætlað til meðferðar á einkennum langvinnrar lungnateppu hjá fullorðnum með $FEV_1$ <70% af áætluðu eðlilegu gildi (eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) og sögu um endurtekna versnun, þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi**: Glaxo Group Limited. Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

ISFFT/0001/17 Maí 2017

Avamys®
flútíkasónfúróat

**Heimildir**
1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Avamys dags. 17.12.2015.
2. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Relvar Ellipta dags. 21.04.2017.
3. Vasar M *et al. Allergy Asthma Proc* 2008; 29(3): 313-321.
4. Fokkens WJ *et al. Allergy* 2007; 62: 1078–1084.
5. Svedsater H *et al. Prim Care Respir Med.* 2014;24:14019.

RELVAR® ELLIPTA®
(flútíkasónfúróat/vílanteról)