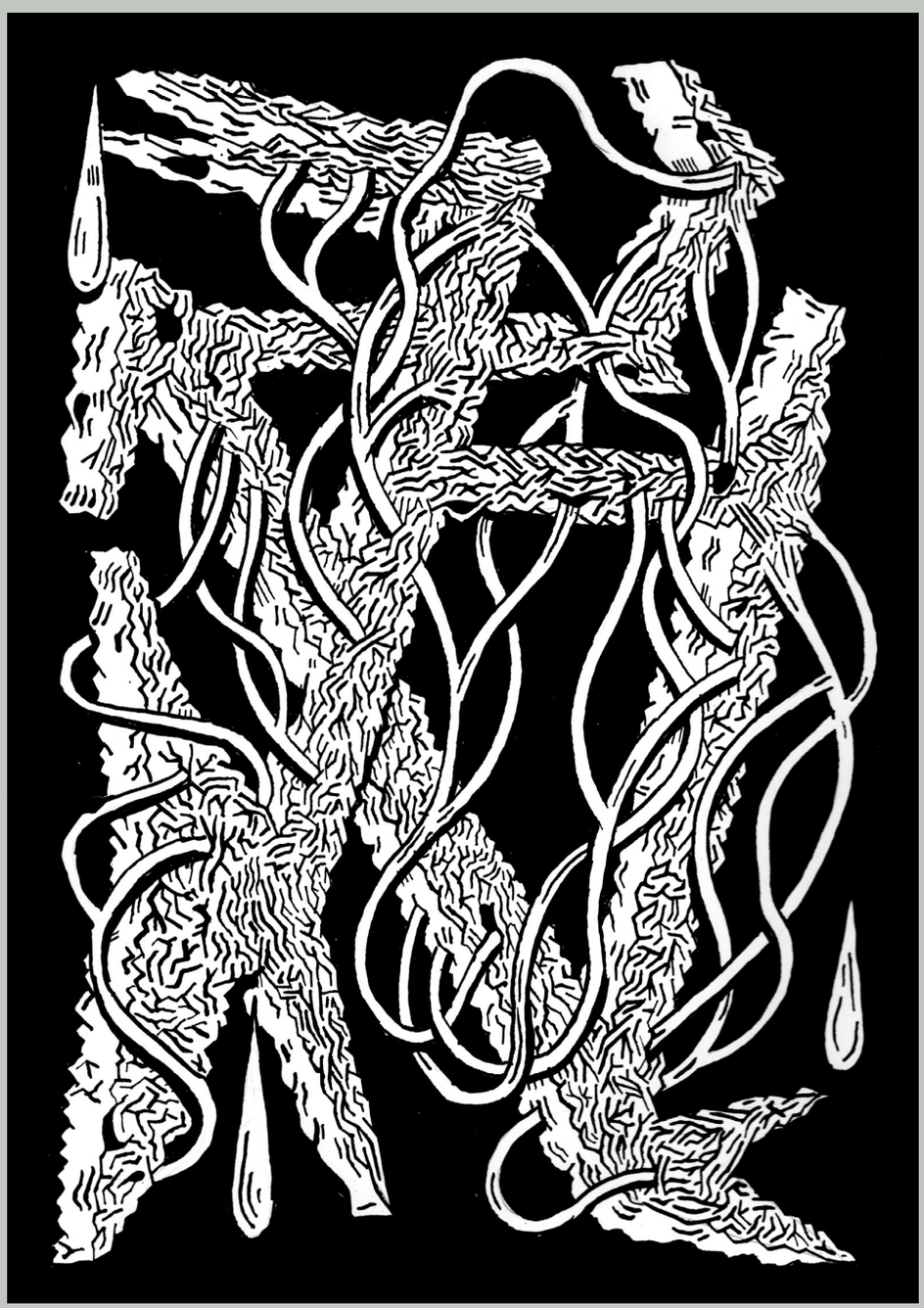
LÆKNABLAÐIÐ • 7.-8. tbl. 103. árg. • Júlí/ágúst 2017

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

7-8/2017

103. árgangur: 309-356

2017; 103: 309-356

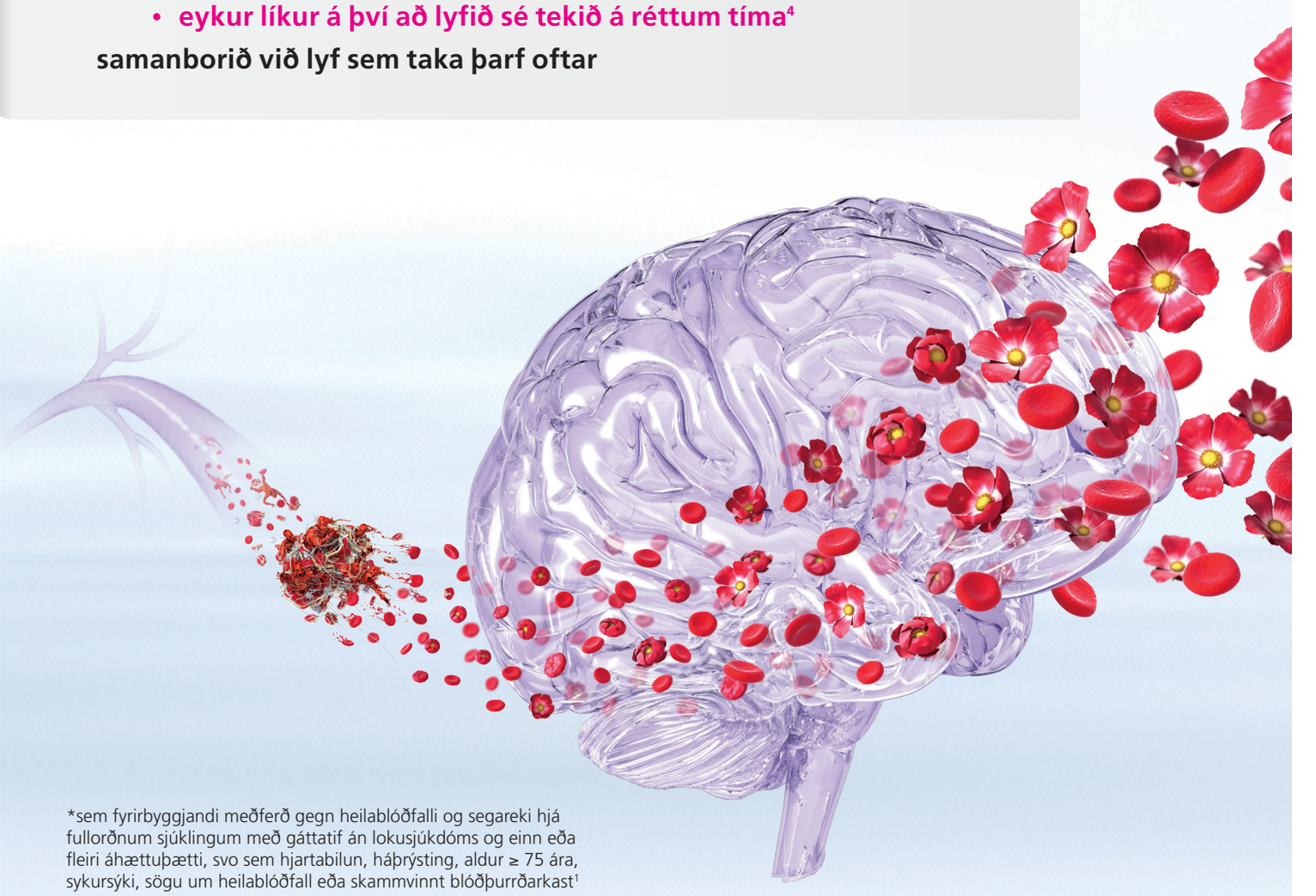
Fyrsti beini hemillinn á storkuþátt Xa til inntöku

Xarelto®
rivaroxaban

Ein tafla á dag*[1]

- Varnar heilablóðfalli og segareki að lágmarki til jafns við warfarín[2]
- Sambærileg blæðingarhætta og í meðferð með warfaríni en marktækt færri innankúpublæðingar og dauðsföll vegna blæðinga[2]
- Að taka lyf einu sinni á dag við hjarta- og æðasjúkdómum
  - eykur líkur á því að lyfið sé leyst út af sjúklingi[3]
  - eykur líkur á því að sjúklingur taki lyfið[4]
  - eykur líkur á því að lyfið sé tekið á réttum tíma[4]

  samanborið við lyf sem taka þarf oftar



*sem fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast[1]

Öryggisupplýsingar: Eins og almennt gildir um segavarnarlyf og blóðflöguhemla verður að nota rivaroxaban með varúð hjá sjúklingum með aukna blæðingarhættu.[1]
Algengar aukaverkanir (≥1/100 til <1/10): Blæðingar: Í tannholdi, margúll, flekkblæðing, blóðnasir, blóðhósti, blæðing í auga, blæðingar í húð og undirhúð, blæðing eftir aðgerðir, blæðing í meltingarvegi, blæðing í þvag- og kynfærum. Aðrar: Blóðleysi, verkir í meltingarfærum og kvið, meltingartruflanir, ógleði, harðlífi, niðurgangur, uppköst, lágur blóðþrýstingur, kláði, útbrot, verkir í útlim, sundl, höfuðverkur, skert nýrnastarfsemi, hækkun á transamínasa, sótthiti, bjúgur í útlimum, skertur almennur styrkur og orka, marmyndun, rennsli úr sárum.[1]
Ekki er mælt með notkun Xarelto hjá sjúklingum með gervihjartalokur.[1]

Sérlyfjatexti á bls. 343

BAYER

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Xarelto. 2. Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 365:883-891.
3. Bae JP et al. Am J Manag Care 2012; 18:139-146. 4. Coleman CI et al. Curr Med Res Opin 2012; 28:669-680.

L.IS.11.2014.0086

Nýr kjarasamningur lækna samþykktur

Þann 6. júní síðastliðinn var undirritaður nýr kjarasamningur milli Læknafélags Íslands og fjármála- og efnahagsráðherra. Samningurinn var lagður fram til atkvæðagreiðslu meðal þeirra lækna sem starfa samkvæmt honum og lauk henni mánudaginn 19. júní. Samningurinn var samþykktur með 65% atkvæða.

Alls voru á kjörskrá 926 læknar en af þeim tóku 524 þátt í atkvæðagreiðslunni, eða 56,6%. Af þeim sögðu já 341, eða 65,1%. Nei sögðu 164, eða 31,3%. 19 skiluðu auðu, eða 3,63%.

Kjarasamningurinn verður birtur á heimasíðu Læknafélags Íslands en launahækkanir samkvæmt honum gilda frá 1. maí síðastliðnum og verða greiddar með júnílaunum þann 1. júlí. Gildir það um 5% hækkun hjá almennum læknum, 2% hækkun hjá sérfræðingum og yfirlæknum, auk þess sem grunnlaun kandídata hækka í 470.000 krónur á mánuði.

ÞH

Dagskrá Læknagolfsins

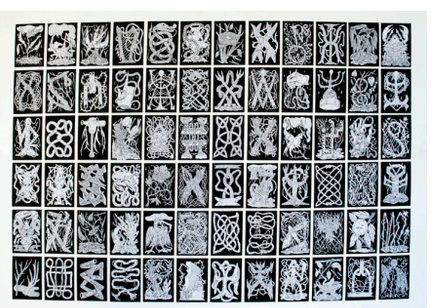


Framundan eru tvö golfmót á vegum Læknagolfsins og að auki einvígi við lögmenn og tannlækna. Eftir síðasta mótið í Garðabænum 18. ágúst verður útnefndur „punktameistari“ golfsumarsins 2017. Þann heiður (farandbikar) hlýtur sá keppandi sem flesta punkta fær samtals úr mótum sumarsins. Þrjú bestu mótin telja. Skráið ykkur sem fyrst á golf.is

Dags	Staðsetning	Fyrirkomulag	Styrktaraðili
19. júlí	Brautarholtsvöllur Kjalarnesi	Punktar með og án forgjafar. Rástímar frá 13:30. Bókun á golf.is undir mótaskrá	Fastus
18. ágúst	Leirdalur Garðabæ (GKG)	Punktar með og án forgjafar. Rástímar frá 13:30. Bókun á golf.is undir mótaskrá	Lyfja
27. ágúst	Oddur Urriðaholti (Heiðmörk)	Einvíg við lögmenn. Holukeppni með forgjöf. Ræst út á öllum teigum kl. 08:30	
3. sept.	Nesvöllur Seltjarnarnesi	Einvíg við tannlækna. Holukeppni með forgjöf. Ræst út á öllum teigum kl. 08:30	Lyf & Heilsa

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Arnar Ásgeirsson er fæddur árið 1982 og lauk framhaldsnámi í myndlist frá Gerrit Rietveld Akademíunni í Amsterdam árið 2009. Verk Arnars á forsíðu er hluti af viðamikilli röð teikninga sem hann silkiþrykkir í takmörkuðu upplagi. Yfirskrift þeirra er *Transmutants and Emotional Curves*, 2017. Listamaðurinn lýsir þessum 72 teikningum sem ólíkum tilfinningaflækjum, verkefni sem byrjaði smátt en vatt upp á sig. Fyrirhuguð er útgáfa bókar með myndunum og stuttum textum sem eiga við hvert verk. Teikningarnar eiga það sameiginlegt að sækja í myndmál gróðurs og náttúru og þannig kallast þær á við kunnuglegar allegóríur um undirmeðvitund og sálarlíf. Þar mætti nefna hugmyndir föður greiningarsálfræðinnar, Carls Gustavs Jungs, um vísun til skógarins þegar rætt er um tilfinningar. Arnar hefur fengist við áþekkar grafískar teikningar með sínum einkennandi stíl, línuteikningu og skyggingu sem minnir á myndmál teiknimyndasöguhöfunda. Verkin eru ýmist fígúratíf eða hálfabstrakt eins og jurtavafningarnir sem hér um ræðir. Önnur verk Arnars eru af ólíkum toga og útfærð í ýmsa miðla, meðal annars skúlptúrar og vídeó. Þar er listamaðurinn líka á andlegum og tilfinningalegum nótum, til dæmis þar sem hann styðst við dáleiðslu og tekst á við spurningar um lífshamingju. Loks ber að nefna áhuga Arnars á verkum annarra listamanna en hann hefur gjarnan vísað í höfundarverk annarra þar sem hann veltir upp spurningum um uppruna hugmynda, gildi frumsköpunar og hins einstaka listaverks. Þá vekja verk hans vangaveltur um eðli, hlutverk og vægi listsköpunar og listnautnar. Þær pælingar setur hann fram á sýningu undir heitinu *Happy People* sem hann stýrir og stendur út júlímánuð í Nýlistasafninu í Marshallhúsinu við Reykjavíkurhöfn.



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

7.-8. tölublað • 103. árgangur • 2017

LEIÐARAR



315

Kristinn R. Þórisson

Ný tækni – nýir tímar

Greind er merkilegt fyrirbæri. Þessi lífeðlislegu upplýsingaferli sem við köllum í daglegu tali „hugsun" gera þér, lesandi góður, kleift að lesa þessar línur – og mér að skrifa þær.



317

Reynir Arngrímsson

Miklar kröfur gerðar til lækna

Á aðalfundi LÍ í haust eiga að liggja fyrir tillögur um framtíðarskipulag í félagsmálum lækna og mikilvægt að sem flestir myndi sér skoðun á þeim. Stefnum að víðtækri samstöðu um uppbyggingu og skipulag félags okkar.

FRÆÐIGREINAR

319

Sara Skúlína Jónsdóttir, Sigríður Ólafsdóttir, Hrefna Guðmundsdóttir

Tilkynntar aukaverkanir lyfja á Íslandi á árunum 2013 til 2016. Samanburður við tilkynningar frá Norðurlöndunum

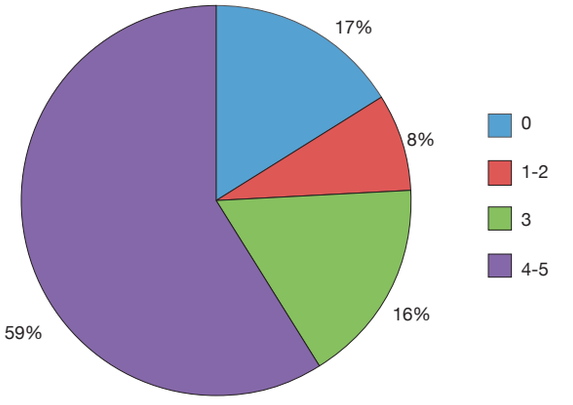
Mikill breytileiki er á fjölda tilkynntra aukaverkana á Íslandi milli ára á tímabilinu. Í samanburði við hin Norðurlöndin er dreifing aukaverkana eftir ATC-flokkum lyfja önnur og hlutfall alvarlegra aukaverkana lágt. Sölutölur skýra ekki þennan mismun.

325

Margrét Edda Örnólfsdóttir, Ebba Margrét Magnúsdóttir, Jón R. Kristinsson, Reynir Tómas Geirsson

Læknisfræðilegt mat vegna gruns um kynferðisofbeldi gegn stúlkum

Engin samræmd og alþjóðlega viðurkennd skilgreining er til á kynferðisofbeldi gegn börnum. Öll kynferðisleg samskipti milli barns og fullorðins aðila má skoða sem ofbeldi, þar sem barn hefur hvorki þroska né skilning til að samþykkja athafnir sem miða að kynferðislegri örvun einstaklings sem hefur yfirburði gagnvart barninu. Kynferðisbrot gegn börnum eru umfangsmikið vandamál og rótgróið í mannlegu samfélagi.



Hlutfallsdreifing alvarleikastiga hjá 120 stúlkum sem fóru í læknisskoðun í Barnahúsi (hver stúlka er talin einu sinni og miðað við grófasta brot sem lýst var).

331

Hrafnkell Stefánsson, Kristinn Sigvaldason, Hilmar Kjartansson, Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Fjórföld hækkun á blóðfitum í bráðu ástandi ketónsýringar – sjúkratilfelli

Hér er lýst tilfelli 23 ára konu sem leitaði á bráðamóttöku Landspítala vegna kviðverkja. Blóðvökvi reyndist það fituríkur að ekki var unnt að mæla blóðhag. Hún var með hraða og djúpa öndun (Kussmaul-öndun) og acetonlykt úr vitum.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



337

Hver á að gera hvað, hvernig og hvar?

Þröstur Haraldsson

– Það eru spurningarnar sem stjórnmálamenn verða að svara til þess að uppbygging heilbrigðiskerfisins skili árangri, segir Óttarr Proppé heilbrigðisráðherra.

340

Heilsugæsla og hollusta á Höfða

Þröstur Haraldsson

– Lengi verið baráttumál heimilislækna að fá að starfrækja eigin stofur, segir Þórarinn Ingólfsson formaður Félags íslenskra heimilislækna sem nýlega hóf starfsemi Heilsugæslunnar Höfða.





344

Ísland næstbesta land í heimi?

Þröstur Haraldsson

Thor Aspelund prófessor í líftölfræði segir grein í Lancet gefa trúverðuga mynd af einum mælikvarða um gæði íslensks heilbrigðiskerfis.



346

Kandídatar ársins 2017

Védís Skarphéðinsdóttir

Alls 70 kandídatar eru nú lausir úr viðjum námsins og komnir út á akurinn.

348

Sérnám á Íslandi hækkar staðalinn og bætir heilbrigðiskerfið

Þröstur Haraldsson

Rætt við Reyni Tómas Geirsson formann mats- og hæfisnefndar sem vinnur að því að meta og staðfesta íslenskt sérnám í mörgum greinum læknisfræðinnar.



PISTLAR



335

Aldarafmæli Læknafélags Íslands 2018

Birna Jónsdóttir

LÍ verður 100 ára 14. janúar 2018, undirbúningur afmælishalds er í fullum gangi.

ÖLDUNGAR

352

Ferð öldungadeildar LÍ að Veiðivötnum 9.-10. júní 2017

Páll Ásmundsson

Í förinni voru 42 auk bílstjóra og fyrri daginn slóst í för sem leiðsögumaður Guðni Ágústsson fyrrum alþingismaður og ráðherra.



EMBÆTTI LANDLÆKNIS 19. PISTILL

354

Áhrif lyfjagagnagrunns á ávísanir tauga- og geðlyfja

Magnús Jóhannsson, Jón Pétur Einarsson, Anna Björg Aradóttir, Ólafur B. Einarsson

Hvenær er lyfjanotkun skynsamleg og hvenær ekki?

KONTOR REYKJAVÍK

Alvogen



FÆST NÚ ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI

VALABLIS | TIL MEÐFERÐAR VIÐ FRUNSUM

- INNIHELDUR VALACÍKLÓVÍR
- ÓÞARFI AÐ KOMA VIÐ SÝKT SVÆÐI
- TVEIR SKAMMTAR Á 12 TÍMUM
- FYRSTA LYFIÐ TIL INNTÖKU FÁANLEGT Í LAUSASÖLU
- EKKI SJÁANLEG MEÐFERÐ Á VÖRUM

Valablis 500 mg filmuhúðaðar töflur. Ábendingar: Valablis er notað til að meðhöndla frunsur hjá heilbrigðum einstaklingum með eðlilega nýrnastarfsemi sem eru 18 ára og eldri og hafa áður verið greindir með ábléstur (frunsur) af lækni og þurfa endurtekna meðferð vegna ábléstura. Lyfið virkar með því að drepa eða stöðva vöxt veira sem kallast herpes simplex. Dagsetning endurskoðunar textans: 8. febrúar 2017. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.**

FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

alvogen.is



Dawn of a New Era

Computer scientist, professor at the Reykjavík University.

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.0708.142



Kristinn R. Þórisson

Höfundur er prófessor í tölvunarfræði
við Háskólann í Reykjavík,
og stjórnandi Vitvélastofnunar Íslands

thorisson@gmail.com

RITSTJÓRNARGREIN

Ný tækni – nýir tímar

Greind er merkilegt fyrirbæri. Þessi lífeðlislegu upplýsingaferli sem við köllum í daglegu tali „hugsun“ gera þér, lesandi góður, kleift að lesa þessar línur – og mér að skrifa þær.

En hvað er hugsun? Hugsun er framleidd í heilanum, og til að veran geti talist vitiborin þarf hún að geta framleitt fjölda vel valdra hugsana í réttri röð – hugsanakeðjur sem geta ekki aðeins náð settum markmiðum heldur líka sett sér sín eigin markmið og undirmarkmið í ljósi aðstæðna og þarfa hverju sinni. Og til að læra þurfa þessi hugsanaferli að batna með reynslunni. Hugsun er ein af fjölmörgum afleiðingum lagskiptra ferla, þar sem ferli í hverju lagi nýta og bæta virkni ofan á þau sem fyrir eru. Talið er nokkuð víst að efsta lagið – það er það sem við í daglegu tali köllum „greind“, beinist að meðferð upplýsinga sem við ýmist höfum beinan aðgang að þegar við hugsum, til dæmis um hvar við settum húslyklana, og upplýsinga sem við höfum nánast engan aðgang að, eins og til dæmis hvernig vöðvunum er stjórnað þegar við grípum bolta.

Til að öðlast góðan vísindalegan skilning á greind þarf að gera grein fyrir því sem gerist í hverju þessara laga. Það hefur reynst erfitt, hvort sem er ofan frá og niður eða að neðan og upp. Hugsanafær heili *homo sapiens* er samsettur úr margra ára þjálfun 10E[11] taugafrumna, sem hver byggir á efnafræðilegum, lífeðlislegum og rafeðlislegum ferlum, og eru tengdar saman í flókið net taugafrumnaklasa. Saman myndar þetta heildstætt kerfi sem að langstærstum hluta er, frá vísindalegu sjónarmiði, ennþá eitt stórt spurningarmerki.

Gervigreind er sprottin af þessum meiði: Um aldamótin 1900 var „computer“ ekki nafn á tæki heldur starfsheiti þeirra sem sátu og reiknuðu allan daginn í huganum. Hugmyndin er í grunninn einföld: Ef hugsun er upplýsingafyrirbæri er ekkert sem mælir gegn því að búa til vél sem hugsar.

Síðan eru liðin mörg ár. Framfarir á þessu sviði síðasta áratug, sérstaklega hvað varðar flokkunarkerfi (*classifiers*), nánar tiltekið djúptauganet (tegund gervitauganeta), hafa lækkað kostnað við að þjálfa vélar í greiningu flókinna mynstra. Og þar sem gagnamagn heims vex veldislega getur slík sjálfvirkni í vöru og þjónustu af öllum tegundum og gerðum ekki bara sparað, heldur líka búið til glæný tækifæri. Heilbrigðisgeirinn er þarna engin undantekning. Það er mikilvægt – í raun þjóðþrifamál – að koma gervigreindartækni sem fyrst inn í atvinnugeirann á Íslandi, því ef greind liggur að baki öllu sem mannskepnan hefur áorkað í vísindum og tækni síðustu 2000 árin, er sjálfgefið að efling hennar verði allveruleg þegar hugsandi vélar fara að hjálpa til. Það er hins vegar ekki á allra færi að ráða til sín gervigreindarsérfræðinga „bara til að prófa", og þar koma stofnanir eins og Vitvélastofnun Íslands inn í myndina en hún aðstoðar fyrirtæki við að þróa frumgerðir og koma sér upp þekkingu á þessu sviði.

Á Íslandi höfum við náð aðeins lengra en hin Norðurlöndin hvað varðar gervigreind: Töluverð reynsla er komin á samstarf Vitvélastofnunar við atvinnuveginn og verulega aukinn áhugi síðasta árið og Gervigreindarsetur HR sem stofnað var fyrir rúmum 10 árum þjálfar fjölda nemenda í gervigreind og skyldum fögum á ári hverju. Hin Norðurlöndin hafa verulega reynslu af stofnunum sem vinna að hagnýtum rannsóknum í samstarfi við atvinnuveginn, og háskólarannsóknarsetrum af öllum tegundum og gerðum, þó ekki með megináherslu á sjálfvirkni og gervigreind.

Til að halda forskotinu og flýta rannsóknum á sviðinu vil ég benda vísindasamfélaginu á að auka áherslu á rannsóknir á *lagskiptum kerfum;* framfarir á því sviði myndu hafa veruleg jákvæð áhrif á ekki bara gervigreind heldur líka tölvunarfræði, stærðfræði, líffræði og verkfræði. Ekkert vit er að rannsaka hagkerfi, vistkerfi og greind einungis með verkfærum 18. aldar – bókum, blöðum, pennum og tölfræði: Eins og stjarneðlisfræðingar og veðurfræðingar vita mætavel eru tölvulíkön haldbærasti kosturinn til að prufukeyra kenningar um flókin kerfi og finna götin í þekkingunni. Þess vegna er líka nauðsynlegt að kenna *smíði* – tölvulíkanasmíði. Þetta vissu upphafsmenn cybernetics líka – til dæmis Ross Ashby, Norbert Wiener, og Heins von Foerster – jafnvel fyrir tíma tölvunnar.

En eru vélar nútímans virkilega „greindar" á sama hátt og þú og ég? Svarið er stutt: Nei. Það er margt sem skilur á milli. Þegar þú, lesandi góður, hugsar um hugsun þá ertu að gera eina af afleiðingum gríðarlegs magns flókinna lagskiptra ferla að viðfangsefni þeirra sjálfra – með „sjálfsskoðun“. Þetta er kannski ekki eins flókið og það hljómar – þegar við skiljum umheiminn býr hugurinn til líkön af því sem berst inn fyrir skilningarvitin; sjálfsskoðun er hið sama nema hvað líkönin fjalla þá um líkönin sjálf. Í Gervigreindarsetri HR teljum við sjálfsskoðun gegna lykilhlutverki í skilningi. Við höfum á þeim forsendum smíðað vélar sem skilja með þá yfirtilgátu að leiðarljósi að *raunveruleg (gervi-) greind* krefjist *raunverulegs skilnings*.[1]

Notkun gervigreindar í meðferð gríðargagna fyrirtækja á hug allra um þessar mundir, og það er skiljanlegt. Margir tala þar um byltingu og það má vel vera. En byltingin er bara rétt að byrja.

1. Thórisson KR, Kremelberg D, Steunebrink BR, Nivel E. About Understanding. In B. Steunebrink et al. (eds.), Proc. 9th Intl. Conf. on Artificial General Intelligence (AGI-16). New York City 2016: 106-11.



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. 353

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).

Considerable demands on the medical profession

Reynir Arngrímsson, MD, PhD
Chairman of the Executive Board of the Medical Council
Professor of Clinical Genetics/Genetic Medicine, University of Iceland
Dept. Genetics and Molecular Medicine
Landspítali University Hospital, 101 Reykjavík

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.0708.143

RITSTJÓRNARGREIN



Reynir Arngrímsson

prófessor í klínískri erfðafræði/
erfðalæknisfræði, Háskóla Íslands.
formaður læknaráðs Landspítala

formaður Læknafélags Íslands
frá okt. 2017

reynirar@landspitali.is

Miklar kröfur gerðar til lækna

Vorið 2017 hefur verið viðburðaríkur tími í sögu Læknafélags Íslands. Nú síðast er undirritun nýs kjarasamnings sem félagsmenn hafa samþykkt. Eitt helsta verkefni LÍ er og verður að gæta hagsmuna félagsmanna sinna. Til lækna eru gerðar miklar kröfur og meiri en til annarra stétta heilbrigðiskerfisins. Á þessu er meðal annars tekið í málflutningi fyrir kærunefnd jafnréttismála sem felldi úrskurð sinn þann 18. maí 2017 í máli Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga gegn Landspítala.[1] Þar kemur fram að þó staða hjúkrunardeildarstjóra og yfirlæknis sé sú sama í skipuriti, séu þau í meginatriðum ekki samanburðarhæf. Þannig sé grunnkrafa í starfi hjúkrunardeildarstjóra hjúkrunarleyfi en að baki því sé fjögurra ára háskólanám. Að baki sérfræðiviðurkenningu læknis er hins vegar að lágmarki 11-14 ára nám, 6 ár í háskóla, eins árs kandídatsár og fjögurra til 7 ára viðbótarnám erlendis. Þá er bent á að í lögum sé gerður greinarmunur á ráðningarferli í þessi störf. Samkvæmt 35. gr. laga nr. 40/2007 skuli bera umsóknir um yfirlæknisstörf undir sérstaka nefnd sem skipuð sé af heilbrigðisráðherra, það er stöðunefnd lækna. Sambærilegar kröfur eru ekki gerðar í lögum varðandi umsækjendur um störf hjúkrunardeildarstjóra. Löggjafinn gerir því að þessu leyti strangari kröfur til umsækjenda um yfirlæknisstöður. Í starfslýsingu yfirlækna er líka sérstaklega tilgreint að þeim beri að sinna klínískri vinnu samhliða stjórnun og akademískri vinnu. Sambærilega skyldu er ekki að finna í starfslýsingu hjúkrunardeildarstjóra. Þarna skilur verulega á milli þessara tveggja hópa stjórnenda. Þá má einnig benda á að á Landspítala eru jafnframt gerðar strangari kröfur um ráðningarferli sérfræðilækna en hjúkrunarfræðinga. Sérstök stöðunefnd læknaráðs veitir umsögn um alla umsækjendur um fastar læknastöður en slíks er ekki krafist við ráðningar hjúkrunarfræðinga. Þá er mikilvægt að hafa í huga að læknar, sérstaklega yfirlæknar, bera verulega ábyrgð í stefnumótun heilbrigðiskerfisins. Þetta endurspeglast meðal annars í kostnaðaráhrifum ákvarðana um dýra og læknisfræðilega meðferð og lyfjagjöf og þeim er ætlað að vera leiðandi í uppbyggingu þjónustu sinnar sérgreinar. Loks má nefna kröfur sem eru íþyngjandi hvað varðar starfslok þegar ákveðnum aldri er náð. Starfsævi lækna er því stutt miðað við flestar aðrar starfsstéttir sem meðal annars ræðst af kröfum sem settar eru fram í lögum um nám og færni í starfi. Það er því eðlilegt að fylgja fast eftir kröfum um eðlilega launasetningu til samræmis við þessar staðreyndir og að það endurspeglist í kjarasamningum. Þá er mikilvægt að tekið sé tillit til stuttrar starfsævi í framlögum launagreiðanda til lífeyris og uppsöfnuð réttindi við starfslok. Nú eru að ganga í garð breytingar á reglum um lífeyrisréttindi opinberra starfsmanna og þó þau hafi ekki bein áhrif á lækna er rétt að fylgjast með þeirri þróun. Læknar þurfa að vera virkir í að gæta hagsmuna sinna í lífeyrissjóði og gæta þess hvernig farið er með ævisparnaðinn.

Margt kallar nú á endurskoðun á skipulagi og teymisvinnu innan heilbrigðiskerfisins. Teymisvinna má ekki leiða til þess að ábyrgðarsvið lækna verði óljóst, né að öryggi sjúklingsins eða gæðum þjónustunnar sé stefnt í hættu. Fagleg læknisfræðileg ábyrgð má ekki færast úr höndum lækna, svo sem varðandi lyfjaávísanir, meðferðarákvarðanir eða stjórnun á læknisfræðilegum rannsóknarstofum.

Framundan í starfi LÍ eru mörg krefjandi og áhugaverð verkefni. Á næsta ári fögnum við 100 árum í sögu félagsins. Afmælishátíðin er í undirbúningi og hefst með Læknadögum í janúar og árshátíð. Á afmælisárinu þurfum við að sýna hversu sterka liðsheild læknar mynda og fagna þessum áfanga sameiginlega. Þegar ný stjórn LÍ tekur við að afloknum næsta aðalfundi má búast við að við horfum á breytt landslag í skipulagi læknasamtakanna. Undirbúningur að þeim breytingum er í höndum núverandi stjórnar LÍ. Á aðalfundinum í haust er markmiðið að fyrir liggi tillögur um framtíðarskipulag í félagsmálum okkar. Mikilvægt er að sem flestir læknar taki þátt í þeim undirbúningi og umræðum og myndi sér skoðun á tillögunum. Við skulum stefna að sem víðtækastri samstöðu um uppbyggingu og skipulag félags okkar.

1. Úrskurður kærunefndar jafnréttismála. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga gegn Landspítala. Mál nr. 6/2016. urskurdir.is/felagsmala/kaerunefndjafnrettismala/mal-nr-6-2016-1 – júní 2017.

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

Colrefuz®
colchicine

Lyf gegn þvagsýrugigt

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



Actavis / 619021



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

Sérlyfjatexti á bls. 347

Actavis

Tilkynntar aukaverkanir lyfja á Íslandi á árunum 2013 til 2016. Samanburður við tilkynningar frá Norðurlöndum

Sara Skúlína Jónsdóttir[1] læknir, **Sigríður Ólafsdóttir**[2] lífefnafræðingur, **Hrefna Guðmundsdóttir**[1,2] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Niðurstöður rannsókna á takmörkuðum hópi fólks liggja til grundvallar upplýsingum um aukaverkanir nýrra lyfja á markaði. Aukaverkanatilkynningar gegna mikilvægu hlutverki í uppfærslu þessara upplýsinga sem ná þá til breiðari hóps sjúklinga. Markmið þessarar rannsóknar var að skoða fjölda og eðli aukaverkanatilkynninga á Íslandi og bera saman við nágrannalöndin.

Efniviður og aðferðir: Farið var yfir aukaverkanatilkynningar í gagnagrunni Lyfjastofnunar árin 2013 til 2016 og þær bornar saman við upplýsingar úr ársskýrslum lyfjastofnana í Svíþjóð, Noregi og Danmörku fyrir árin 2013 til 2015. Samanburðurinn tók til fjölda og flokkunar tilkynntra aukaverkana eftir alvarleika og eftir ATC-flokkum lyfjanna. Sala lyfja í þessum löndum var skoðuð.

Niðurstöður: Fjöldi aukaverkanatilkynninga á Íslandi var á bilinu 36-104 tilkynningar á hverja 100.000 íbúa á ári. Heildarfjöldi tilkynninga á Norðurlöndunum var 58-133 á 100.000 íbúa á ári. Innan við 10% tilkynninga á Íslandi flokkuðust sem alvarlegar aukaverkanir meðan þetta hlutfall var frá 38-64% á hinum Norðurlöndunum. Hérlendis voru aukaverkanatilkynningar mun algengari í ATC-flokki A, en fátíðari í flokkum B, J og L, heldur en á hinum Norðurlöndunum. Sala lyfja eftir ATC-flokkum var sambærileg milli landanna.

Ályktun: Mikill breytileiki er á fjölda tilkynntra aukaverkana á Íslandi milli ára á tímabilinu. Í samanburði við hin Norðurlöndin er dreifing aukaverkana eftir ATC-flokkum lyfja önnur og hlutfall alvarlegra aukaverkana lágt. Sölutölur skýra ekki þennan mismun.

Inngangur

Upplýsingar um verkun og aukaverkanir nýrra lyfja byggja á niðurstöðum rannsókna á útvöldum, tiltölulega fámennum og oft fremur þröngt skilgreindum sjúklingahópi sem endurspeglar ekki notendur lyfsins eftir að það er komið á markað. Þar má til dæmis nefna að fæst lyf eru prófuð á börnum, ungmennum og öldruðum en engu að síður eru lyf notuð við meðhöndlun þessara hópa. Fjöllyfjanotkun eykst gjarnan með aldri og því aukast líkur á auka- og milliverkunum lyfja.[1] Sökum alls þessa þarf að fylgjast grannt með verkun og öryggi allra nýrra lyfja á markaði. Lyf sem eru undir sérstöku eftirliti eru merkt með svörtum þríhyrningi í samantektum á eiginleikum lyfs (SmPC, *Summary of Product Characteristics*) í Sérlyfjaskrá. Einnig skiptir miklu máli að fylgjast með eldri lyfjum þar sem sjúklingahópar eru síbreytilegir hvað varðar sjúkdómsbyrði og samhliða notkun annarra lyfja. Í þessu tilliti er sérstök áhersla lögð á að fylgjast með öllum alvarlegum sem og nýjum eða óvæntum aukaverkunum. Alvarlegar aukaverkanir teljast þær aukaverkanir sem leiða til dauða, sjúkrahúsvistar eða lengingar á sjúkrahúsvist, lífshættulegs ástands, fötlunar eða fósturskaða.[2] Mikilvægt er að slíkar tilkynningar berist lyfjastofnunum og að þær séu skráðar í miðlægan gagnagrunn Lyfjastofnunar Evrópu, EudraVigilance.[3] Tilkynningarnar sem skráðar eru í EudraVigilance liggja meðal annars til grundvallar uppfærðu SmPC lyfja í Sérlyfjaskrá, auk bættra upplýsinga í ýmsum upplýsingaveitum um lyf og í klínískum leiðbeiningum.[4] Lyfjaupplýsingar í Sérlyfjaskrá eru þannig í fyrstu byggðar á klínískum rannsóknum en eru síðan sífellt uppfærðar eftir að lyfið er markaðssett, meðal annars á grundvelli tilkynninga um aukaverkanir til lyfjastofnana Evrópulanda.

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða fjölda og flokkun aukaverkanatilkynninga á Íslandi og bera saman við nágrannalöndin Noreg, Svíþjóð og Danmörku.

Efniviður og aðferðir

Farið var yfir tilkynntar aukaverkanir á Íslandi árin 2013 til 2016. Samanburður var gerður við fjölda og eðli tilkynninga frá Noregi, Svíþjóð og Danmörku fyrir árin 2013 til 2015. Upplýsingar um tilkynntar aukaverkanir á Íslandi fengust úr gagnagrunni Lyfjastofnunar og upplýsingar fyrir Norðurlöndin fengust úr ársskýrslum lyfjastofnana í Noregi, Svíþjóð og Danmörku.[5-7] Upplýsingar um fólksfjölda fengust frá hagstofum[8-11] þessara landa. Fjöldi tilkynntra aukaverkana var leiðréttur fyrir íbúafjölda og borinn saman miðað við hverja 100.000 íbúa. Tilkynningar til

Rannsóknin var unnin á Lyfjastofnun og á Landspítala.
[1]Lyflækningasviði Landspítala, [2]Lyfjastofnun.

Fyrirspurnum svarar Hrefna Guðmundsdóttir, *Hrefna.Gudmundsdottir@lyfjastofnun.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.0708.144

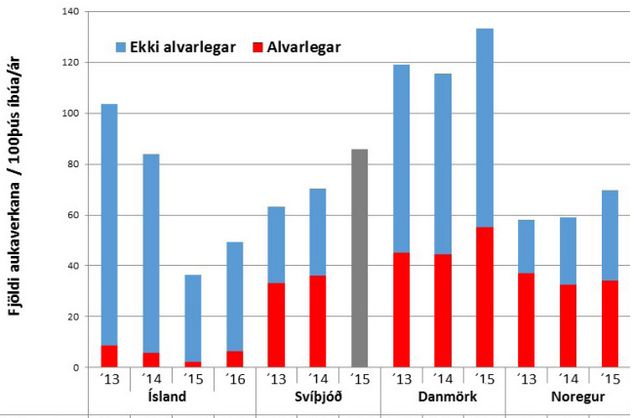
Greinin barst blaðinu 16. október 2016, samþykkt til birtingar 19. júní 2017.

Tafla I. *ATC-flokkun lyfja.*

A	Meltingarfæra- og efnaskiptalyf
B	Blóðlyf
C	Hjarta- og æðasjúkdómalyf
D	Húðlyf
G	Þvagfæralyf, kvensjúkdómalyf og kynhormónar
H	Hormónalyf, önnur en kynhormónar
J	Sýkingalyf
L	Æxlishemjandi lyf og lyf til ónæmistemprunar
M	Vöðvasjúkdóma- og beinagrindarlyf
N	Tauga- og geðlyf
P	Sníklalyf
R	Öndunarfæralyf
S	Augn- og eyrnalyf
V	Ýmis lyf

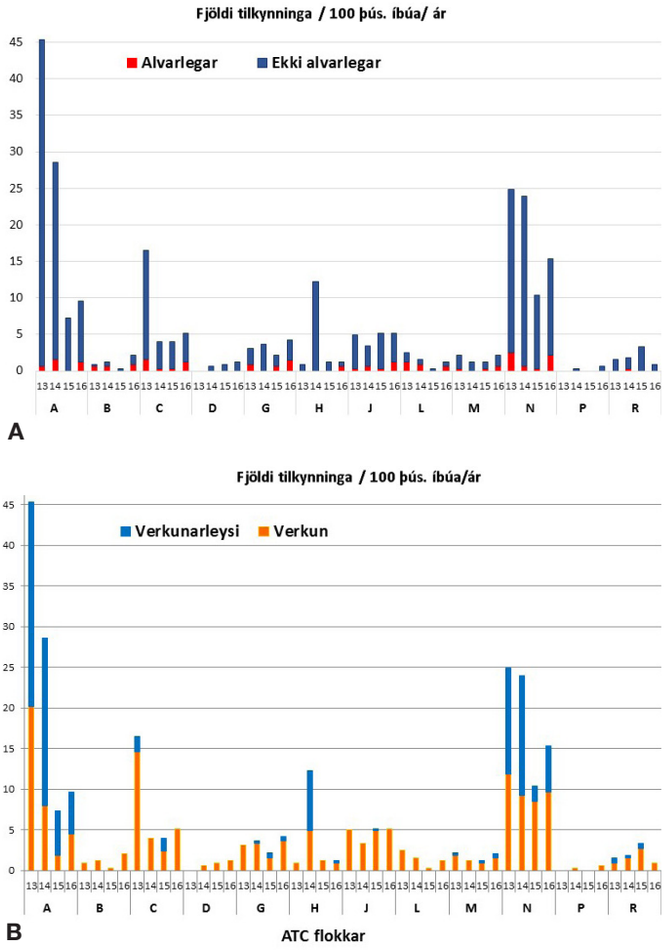
Lyfjastofnunar vegna fæðubótarefna eða vítamína voru fjórar yfir allt tímabilið og 6 voru vegna dýralyfja, en þær tilkynningar voru ekki hafðar með í úrtaki þessarar rannsóknar. Upplýsingar um dreifingu aukaverkanatilkynninga eftir ATC-flokkun lyfja (tafla I) fyrir Noreg og Svíþjóð fengust úr ársskýrslu Lyfjastofnunar Noregs og með tölvupósti frá deildarstjóra lyfjagátarteymis Lyfjastofnunar Svíþjóðar þann 9. nóvember 2015. Ekki fengust upplýsingar frá Danmörku varðandi dreifingu aukaverkanatilkynninga yfir ATC-flokka.

Aukaverkanir voru flokkaðar í alvarlegar og ekki alvarlegar samkvæmt skilgreiningu ICH (The International Council for Harmonisation).[12] Þannig flokkast aukaverkanir sem alvarlegar leiði þær til dauða, lífshættulegs ástands, innlagnar á spítala eða lengingar á spítaladvöl, valdi viðvarandi fötlun eða fæðingargöllum. Sölutölur markaðssettra lyfja í Svíþjóð, Danmörku og Íslandi fyrir árin 2013 til 2016 fengust frá Nomesco (Nordic Medico-Statistical Committee).[13,14] Borinn var saman fjöldi seldra dagsskammta (DDD, defined daily dose), samkvæmt skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, WHO (World Health Organisation) í hverjum ATC-flokki.[15]



	Ísland				Svíþjóð			Danmörk			Noregur		
	´13	´14	´15	´16	´13	´14	´15	´13	´14	´15	´13	´14	´15
Ekki alvarlegar	95,1	78,0	34,3	43,0	30,0	34,1	85,8	73,9	71,1	78,1	20,9	26,6	35,6
Alvarlegar	8,7	5,8	2,1	6,3	33,3	36,2		45,3	44,4	55,1	37,1	32,5	34,2

Mynd 1. *Fjöldi aukaverkanatilkynninga á hverja 100 þús. íbúa á ári á Íslandi, í Svíþjóð, Danmörku og Noregi. Samantektin nær yfir árin 2013 til 2015 fyrir öll löndin og 2016 fyrir Ísland. Litur súlna tilgreinir fjölda tilkynntra aukaverkana fyrir hverja 100 þús. íbúa, sem flokkast sem alvarlegar (rauður), ekki alvarlegar (blár) og óþekktur alvarleiki (grár) ef alvarleiki aukaverkana lá ekki fyrir.*



Mynd 2. *Fjöldi tilkynntra aukaverkana á hverja 100.þús. íbúa á Íslandi árin 2013 til 2016 eftir ATC-flokkun lyfja. A) Hlutfall tilkynninga sem flokkuðust sem alvarlegar (rauður) og ekki alvarlegar aukaverkanir (blár) er sýnt fyrir hvern ATC-flokk. B) Hlutfall tilkynninga, sem voru vegna skorts á verkun (grænt) eða annarra aukaverkana (appelsínugult) er sýnt fyrir hvern ATC-flokk.*

Niðurstöður voru unnar í Excel. Leyfi fyrir rannsókninni fékkst frá forstjóra Lyfjastofnunar, Persónuvernd og vísindasiðanefnd.

Niðurstöður

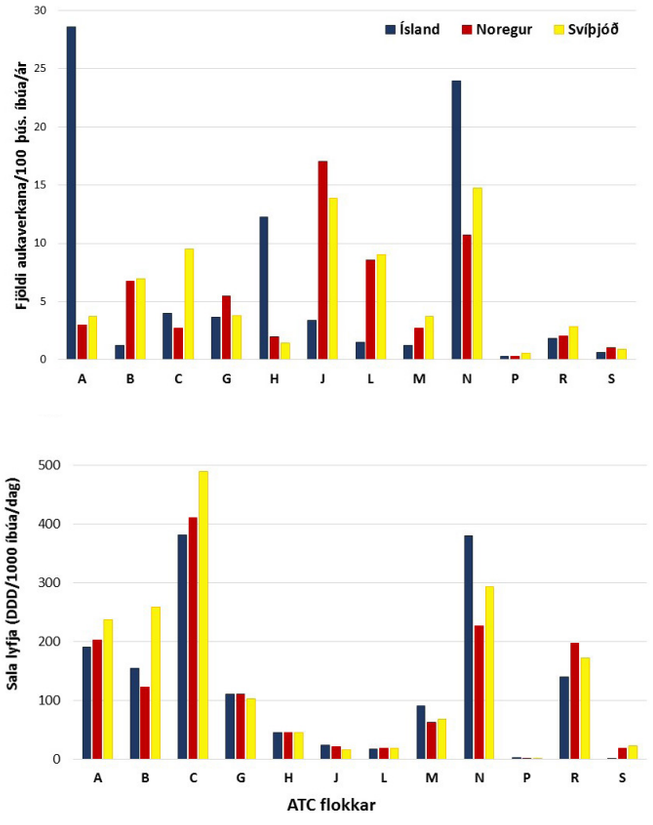
Heildarfjöldi aukaverkanatilkynninga á Íslandi minnkaði úr 103 árið 2013 niður í 36 á hverja 100.000 íbúa árið 2015 en jókst síðan árið 2016 upp í 49 tilkynningar á hverja 100.000 íbúa á ári (mynd 1). Meðalaldur sjúklinga yfir tímabilið var 49,9 ± 10,0 ár. Kyn var skráð í 89,8% tilkynninga og voru konur 69,2% tilfella (tafla II). Flestar aukaverkanatilkynningar komu frá læknum. Aukaverkanatilkynningum frá læknum fækkaði úr 78 í 21 tilkynningu á hverja 100.000 íbúa frá 2013-2015. Fjölda tilkynninga frá almenningi fækkaði úr 15 í 9 tilkynningar fyrir hverja 100.000 íbúa á sama tímabili. Ekki lágu fyrir upplýsingar um tilkynnanda fyrir árið 2016.

Hlutfall tilkynninga vegna skorts á verkun lyfs var 39% af heildarfjölda tilkynninga á tímabilinu. Þeim fækkaði hins vegar umtalsvert frá 2014-2016, eða úr 52% í 25%. Til ársins 2015 voru innan við 10% af tilkynntum aukaverkunum alvarlegar (tafla II og mynd 1) og leiddu flestar þeirra, eða 62%, til sjúkrahúsinnlagnar.

Tafla II. *Almennar upplýsingar um aukaverkanir sem voru tilkynntar til Lyfjastofnunar á árunum 2013 til 2016.*

		Meðaltal	2013	2014	2015	2016
Aldur ± staðalfrávik		49,9 ± 10,0	52,6 ± 17,4	50,1 ± 16,7	44,4 ± 22,5	48,7 ± 21,3
Konur (%)		69,2	71,7	65,1	67,8	71,4
Fjöldi tilkynninga*		68,3 ± 31,3	104	84	36	49***
Skortur á verkun (%)		39,3	39,5	51,7	29,2	25,0
Alvarlegar (%)		8,2	8,4	6,2	5,8	12,8
Hver tilkynnir, (%)	Almenningur	17,3	14,3	16,8	27,0	
	Læknir	65,0	74,3	57,9	56,8	
	Aðrir**	17,3	10,5	25,3	16,2	

* Fjöldi miðað við 100 þúsund íbúa
** Aðrir heilbrigðisstarfsmenn og markaðsleyfishafar
*** Ellefu tilkynningar af 164 (óleiðrétt fyrir íbúafjölda) voru vegna lyfja undir sérstöku eftirliti. Fjórar þessara tilkynninga flokkuðust alvarlegar.



Mynd 3. *Fjöldi tilkynntra aukaverkana og sölutölur lyfja í hverjum ATC- flokki á Íslandi (IS), Noregi (NO) og í Svíþjóð (SE) árið 2014. A) Fjöldi tilkynntra aukaverkana á hverja 100 þúsund íbúa. B) Seldir skilgreindir dagsskammtar (DDD) á hverja 1000 íbúa á dag.*

Á tímabilinu var tilkynnt um 6 dauðsföll sem rekja mátti til aukaverkana lyfja en þau tengdust ekki ákveðnum ATC-flokki.

Tilkynntar aukaverkanir voru algengastar í ATC-flokki A, eða frá 20-44% af heildarfjölda aukaverkanatilkynninga árin 2013 til 2016 (mynd 2). Stærsti hluti þeirra tilkynninga, eða 79-96%, var úr flokki A02BC (prótónpumpuhemlar). Aukaverkanatilkynningar voru næst algengastar í ATC-flokki N, eða 24-28% á tímabilinu. Tilkynningar um alvarlegar aukaverkanir dreifðust nokkuð jafnt yfir ATC-flokka lyfja og var enginn einn lyfjaflokkur mest áberandi (mynd 2A). Mest bar á skorti á verkun í ATC-flokkum A og N, sérstaklega árin 2013 og 2014 (mynd 2B). Flest þessara lyfja tilheyrðu ATC-flokkum A02BC (prótónpumpuhemlar) og N03AX (önnur flogaveikilyf).

Heildarfjöldi tilkynntra aukaverkana í Danmörku, Svíþjóð og Noregi jókst lítillega á árunum 2013 til 2015 (mynd 1). Hlutfall alvarlegra aukaverkana var á bilinu 38-64%. Flestar aukaverkanir sem voru tilkynntar í Svíþjóð og Noregi tilheyrðu ATC-flokkum J og N (mynd 3A). Dreifing tilkynntra aukaverkana í Noregi og Svíþjóð eftir ATC-flokkun lyfja var svipuð árið 2013 miðað við árið 2014.

Umræða

Söfnun upplýsinga um aukaverkanir og úrvinnsla þeirra er mikilvægur hlekkur í eftirliti sem hefur það að markmiði að bæta notkun og auka öryggi lyfja. Samantekt á fjölda tilkynntra aukaverkana til Lyfjastofnunar á árunum 2013 til 2016 sýnir að hlutfall alvarlegra aukaverkana af heildartilkynningum var mjög lágt, eða innan við 10% í heildina samanborið við 38-64% hjá viðmiðunarlöndunum. Við stöndum því afar höllum fæti miðað við önnur Norðurlönd þegar kemur að því að fylgjast með alvarlegum aukaverkunum lyfja.

Rannsóknir sýna að almennt eru innan við 10% aukaverkana tilkynntar.[16] Fjöldi tilkynntra aukaverkana þarf því ekki að endurspegla algengi eða eðli aukaverkana í hinu almenna þýði. Í gegnum árin hafa færri tilkynningar borist frá Íslandi en hinum Norðurlöndunum miðað við íbúafjölda. Tilkynningum fjölgaði jafnt og þétt fram til ársins 2006 þegar tæplega 25 tilkynningar bárust á hverja 100.000 íbúa.[17,18] Þetta var álitið vera árangur af átaki Lyfjastofnunar sem hófst árið 1999 þar sem læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk var hvatt í ræðu og riti til að tilkynna aukaverkanir lyfja.

Um tíma var krafa frá Sjúkratryggingum Íslands (SÍ) að aukaverkanir eða skortur á verkun lyfs væri tilkynnt til Lyfjastofnunar áður en sótt var um lyfjaskírteini fyrir dýrara lyfi í sama flokki. Þetta teljum við meginskýringuna á því að fjöldi tilkynninga jókst úr 24 í 95 á 100.000 íbúa frá árinu 2006 til ársins 2013 þegar sem flestar tilkynningar bárust Lyfjastofnun. Þessi krafa SÍ var dregin til baka í febrúar árið 2013[19] og fækkaði smám saman tilkynntum aukaverkunum og niðurfelling kröfunnar útskýrir líklega fáar tilkynningar árið 2015. Í kjölfarið hefur Lyfjastofnun lagt áherslu á að vekja lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk til vitundar um mik-

ilvægi þess að tilkynna aukaverkanir, meðal annars með aðkomu sinni að Læknadögum, með kynningum á heilbrigðisstofnunum, með samvinnu við Landspítala og með endurbótum á vefeyðublaði til að tilkynna aukaverkanir. Í framhaldinu jókst fjöldi tilkynntra aukaverkana úr 36 árið 2015 í 49 tilkynningar á hverja 100.000 íbúa árið 2016, eða um 27%.

Meginhluti tilkynntra aukaverkana á Íslandi árin 2013 og 2014 flokkaðist undir „ekki alvarlegar" aukaverkanir. Stór hluti þessara tilkynninga var vegna skorts á verkun og einskorðaðist að mestu við fáa ATC-flokka, það er A, N og H. Við rekjum þessar tilkynningar einnig til kröfu SÍ um að tilkynna skort á verkun áður en sótt var um lyfjaskírteini. Við höfum því miður ekki upplýsingar um fjölda tilkynninga vegna skorts á verkun hjá hinum Norðurlöndunum og er það einn af göllum þessarar rannsóknar. Við teljum hins vegar að fjöldi tilkynninga vegna skorts á verkun sé sennilegasta skýringin á að fjöldi tilkynninga í ATC-flokkum A, N og H er mun hærri en á hinum Norðurlöndunum.

Þegar litið er á dreifingu aukaverkanatilkynninga yfir ATC-flokkana sést að algengast er að tilkynntar séu aukaverkanir fyrir lyf í ATC-flokkum A og N á Íslandi. Í Noregi og Svíþjóð eru tilkynningar um aukaverkanir lyfja í ATC-flokki N algengastar, en þær eru fátíðar fyrir lyf í ATC-flokki A. Í samanburði við Ísland eru mun fleiri aukaverkanir tilkynntar fyrir lyf í ATC-flokkum B, J og L í Noregi og Svíþjóð.[20,21] Það er því ljóst að aukaverkanir eru að miklu leyti tilkynntar fyrir aðra lyfjahópa á Íslandi heldur en á hinum Norðurlöndunum.

Áberandi er hversu lítill hluti tilkynntra aukaverkana á Íslandi er vegna alvarlegra aukaverkana miðað við í nágrannalöndunum. Vegna fárra tilkynninga um alvarlegar aukaverkanir á Íslandi er ekki hægt að draga ályktun um hvaða lyf leiða oftast til alvarlegra aukaverkana hér á landi. Í Svíþjóð voru flestar tilkynningar um alvarlegar aukaverkanir árið 2014 vegna notkunar (raðað eftir fjölda tilkynntra aukaverkana) warfaríns (B01AA03), enalaprils (C09AA02), rívaroxabans (B01AF01), infliximabs (L04AB02), alendrónsýru (M05BA04), inflúensu bóluefnis (J07BB02), parasetamóls (N02BE01), metýlfenídats (N06BA04), etanercepts (L04AB01) og oxazepams (N05BA04).[21] Algengast var að lyf úr þremur ATC-flokkum tengdust dauðsföllum í Noregi,[20] en 88% dauðsfalla af völdum lyfja tengdust ATC-lyfjaflokkum B, L og N árið 2015. Blóðlyf (ATC-flokkur B) áttu þátt í 39% dauðsfalla, æxlishemjandi lyf og lyf til ónæmistemprunar (ATC-flokkur L) 30% dauðsfalla og lyf með áhrif á taugakerfið (ATC-flokkur N) 19% dauðsfalla. Því virðast ATC-flokkar B, L og N vera sérlega áberandi þegar kemur að tilkynningum vegna alvarlegra aukaverkana í Noregi og Svíþjóð en á Íslandi eru slíkar tilkynningar fátíðar í öllum ATC-flokkum og þar með talið þeim sem að ofan eru nefndir.

Í ljósi þessa er áhugavert að bera saman sölutölur lyfja yfir ATC-flokka hjá þessum löndum með það í huga að færri aukaverkanir lyfs í einu landi, og þar með tilkynningar þeirra, gætu einfaldlega skýrst af minni notkun lyfjanna þar en annars staðar. Það virðist þó ekki sennileg skýring hér þar sem sölutölur ATC-lyfjaflokkanna virðast mjög sambærilegar milli landanna. Því er aftur líklegra að það vanti upp á að aukaverkanir séu tilkynntar hér á landi og það jafnvel þó þær teljist alvarlegar.

Að sama skapi er vert að skoða sérstaklega sölu á lyfjum í ATC-flokkum B, L og N í Svíþjóð og Noregi þar sem tilkynningar vegna alvarlegra aukaverkana virðast áberandi í þeim flokkum. Sjá má að lyf í ATC-flokkum B og N eru með þeim söluhæstu í Svíþjóð og Noregi. Því er ekki óeðlilegt að fjöldi aukaverkana, og þar með talið alvarlegra, sé meiri heldur en hjá lyfjum í ATC-flokkum með lægri sölu. Sama gildir þó ekki um lyf í ATC-flokki L, en í þessum flokki eru meðal annars krabbameinslyf og nýju líftæknilyfin. Sala þeirra í Noregi og Svíþjóð er mun minni en lyfja í flestum öðrum ATC-flokkum.[13,14] Fjöldi alvarlegra aukaverkana lyfja í ATC-flokki L eru því væntanlega ekki afleiðing af almennri og viðtækri notkun þeirra heldur fremur því að lyfjameðferðin beinist gegn alvarlegum undirliggjandi sjúkdómum þar sem fórnarkostnaðurinn af öflugri lyfjum getur verið í formi algengari og/eða alvarlegri aukaverkana. Hér ber þó að hafa þann fyrirvara á að ekki var gerður samanburður á einstökum lyfjum eða ATC-undirflokkum. Einnig er rétt að hafa í huga að sölutölur lyfja þurfa ekki endilega að endurspegla notkun lyfjanna.

Til að unnt sé að meta ávinning og áhættu lyfjameðferðar á Íslandi er mikilvægt að fylgst sé með notkun lyfja, ásamt aukaverkunum og milliverkunum þeirra hérlendis. Ítarlegri upplýsingar um þessa þætti leiða af sér hnitmiðaðri lyfjanotkun og bætta meðferð sjúklinga. Segja má að heilbrigðisstarfsfólki beri þannig siðferðileg skylda til að tilkynna allar markverðar aukaverkanir sem þeir verða varir við. Í Noregi og Danmörku ber læknum lagaleg skylda til að tilkynna um allar alvarlegar og óvæntar aukaverkanir[22,23] en á Íslandi er þetta ekki bundið í lög. Vorið 2015 voru hins vegar gerðar breytingar á lyfjalögum nr. 93/1994 þar sem lagðar voru skyldur á herðar Lyfjastofnunar og innlendra markaðsleyfishafa lyfja um að halda skrá um tilkynntar aukaverkanir og færa inn í gagnagrunn Lyfjastofnunar Evrópu, EudraVigilance.[24] Þessi gagnagrunnur er öllum opinn[25] og upplýsingarnar sem þar er að finna eru aðgengilegar áður en þær rata inn í samantekt á eiginleikum lyfja. Ísland nýtur hér góðs af samstarfi þjóða og er því æskilegt að við leggjum einnig okkar af mörkum í þessu sameiginlega eftirliti með aukaverkunum. Auk þess má ekki gleyma því að breytileiki í erfðamengi og umhverfi getur haft áhrif á verkun og aukaverkanir lyfja og því er ekki síður gagnlegt fyrir okkur sem þjóð að hafa sem bestar upplýsingar um okkar þýði.[26]

Hlutfallslega margar tilkynningar um verkunarleysi en fáar tilkynningar um alvarlegar aukaverkanir hérlendis bendir til þess að gæðum tilkynninga sé almennt ábótavant. Hugsanlegt er að íslenskir heilbrigðisstarfsmenn séu síður meðvitaðir um mikilvægi þess að tilkynna aukaverkanir, telji sitt framlag ekki skipta máli í alþjóðasamhengi og/eða að skráning einfaldlega gleymist. Erlendar rannsóknir hafa bent til þess að hugsanlegar ástæður fyrir fáum aukaverkanatilkynningum séu að aukaverkanir séu ekki greindar rétt, skortur sé oft á samvinnu við lyfjagátarteymi stofnana og hugsanlega geti verið um hagsmunaárekstra að ræða.[27] Þá má einnig velta fyrir sér hvort og hversu mikil áhrif breytingar á reglugerðum og/eða lagasetningum hafi, sérstaklega í ljósi þess hversu fáar alvarlegar aukaverkanir eru tilkynntar hérlendis þar sem tilkynningaskyldan er ekki lögbundin. Fræðsla til heilbrigðisstarfsmanna og almenn umræða um lyfjagát eru helstu tækin sem eru notuð til að fjölga tilkynntum aukaverkunum.[28-30]

Helstu annmarkar þessarar rannsóknar er að hún er afturskyggn og ýmsar mikilvægar heilsutengdar upplýsingar eru ýmist ekki til staðar eða er ekki hægt að sannreyna, til dæmis sjúkdóms-

greiningar, almenna lyfjanotkun, aldur og kyn. Samanburður upplýsingum milli Norðurlandanna takmarkast sömuleiðis af skorti á upplýsingum (til dæmis tilkynntar aukaverkanir lyfja eftir ATC-flokkun í Danmörku, upplýsingum um verkunarleysi í nágrannalöndunum, og fleira) og að ekki var unnið með hrá gögn frá nágrannalöndunum. Aðferðir lyfjastofnana við að ná í, fylgja eftir og skrá tilkynntar aukaverkanir geta verið með mismunandi hætti eins og sést í samanburði alvarlegra aukaverkana milli þessara landa. Að lokum er ekki hægt að bera saman tilkynntar aukaverkanir milli Norðurlandanna út frá mikilvægum þáttum eins og aldri, kyni, og ítarlegri lyfja- og heilsufarssögu. Engu að síður teljum við að þessi samantekt varpi skýrara ljósi á þann mun sem er til staðar milli landanna og að nauðsynlegt sé að auka fjölda og gæði tilkynntra aukaverkana á Íslandi.

Heilbrigðisyfirvöld, menntastofnanir og sjúkrahús gegna lykilhlutverki í að stuðla að bættri yfirsýn vegna lyfjanotkunar, þar með talið vegna aukaverkana lyfja á markaði. Leita þarf leiða til að bæta eftirlit með aukaverkunum hér á landi.

Þakkir

Höfundar þakka öllum þeim sem tilkynntu aukaverkanir. Starfsfólk Lyfjastofnunar fær þakkir fyrir alla aðstoð. Sérstakar þakkir fá Brynja Ásdís Einarsdóttir og Ásdís Björk Friðgeirsdóttir fyrir yfirlestur handrits og aðrar ábendingar, einnig Særún B. Níelsdóttir og Hafdís Birna Baldursdóttir fyrir aðstoð við hreinsun gagna, Mímir Arnórsson fyrir aðstoð við upplýsingaöflun og Sindri Kristjánsson fyrir ráðgjöf varðandi lögfræðileg efni.

Heimildir

1. Maher RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf 2014; 13: 57-65.
2. ich.org/fileadmin/Public Web Site/ICH Products/Guidelines/Efficacy/E2D/Step4/E2D Guideline.pdf - júní 2017.
3. eudravigilance.ema.europa.eu - maí 2016.
4. serlyfjaskra.is - maí 2016.
5. legemiddelverket.no - maí 2016.
6. lakemedelsverket.se - maí 2016.
7. laegemiddelstyrelsen.dk - maí 2016.
8. ssb.no - maí 2016.
9. scb.se - maí 2016.
10. dst.dk - maí 2016.
11. hagstofa.is - maí 2016.
12. ich.org/products/guidelines/efficacy/efficacy-single/article/clinical-safety-data-management-definitions-and standards-for-expedited-reporting.html - júní 2016.
13. 2015 Health Statistics for the Nordic Countries - júlí 2016.
14. 2016 Health statistics for the Nordic Counctries. norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1034907/FULLTEXT04.pdf - júní 2017.
15. whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/ - maí 2016.
16. Hazell L, Shakir SA. Under-reporting of adverse drug reactions : a systematic review. Drug Safety 2006; 29: 385-96.
17. Jóhannsson M, Ágústsdóttir E. Tilkynningar um aukaverkanir lyfja á Íslandi á árunum 1999 til 2004. Læknablaðið 2006; 92: 283-7.
18. Jacobsen EI. Tilkynningar um aukaverkanir lyfja auka öryggi í notkun þeirra. Læknablaðið 2007; 93: 865-9.
19. lyfjastofnun.is/utgefid-efni/frettir/nr/2578 - september 2016.
20. legemiddelverket.no/Nyheter/Bivirkninger/Lists/Page Attachments/Bivirkningsrapport-for-2015-%E2%80%93-hva-kan-vi-l%C3%A6re/NO/Bivirkningsrapport%202015.pdf - júní 2016.
21. lakemedelsverket.se/upload/nyheter/2015/Inrapporterade_biverkningar_2014_HoSjv_konsumenter_2015-05-07.pdf - júní 2016.
22. lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2013-11-21-1745 - ágúst 2016.
23. laegemiddelstyrelsen.dk/~/media/7363B356A45441C8B9BB259D39A22EBB.ashx. - september 2016.
24. ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/general/general_content_000679.jsp&mid=WC0b01ac05800250b5 - september 2016.
25. adrreports.eu/en/index.html - september 2016.
26. Daly AK. Pharmacogenomics of adverse drug reactions. Genome Med 2013; 5: 5.
27. Vallano A, Cereza G, Pedros C, Agustí A, Danés I, Aguilera C, et al. Obstacles and solutions for spontaneous reporting of adverse drug reactions in the hospital. Br J Clin Pharmacol 2005; 60: 653-8.
28. Abjaude SAR, Mieli SF, Magalhães ZR, Pereira LRL. Factors that Motivate Healthcare Professionals to Report Adverse Drug Events: A Systematic Review. Pharmaceut Med 2017; 31: 13-20.
29. Vallano A, Pedros C, Agusti A, , Cereza G, Danés I, Aguilera C, et al. Educational sessions in pharmacovigilance: What do the doctors think? BMC Res Notes 2010; 3: 311.
30. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. BMJ 2000; 320: 759-63.

ENGLISH SUMMARY

Adverse drug reaction reports in Iceland from 2013 to 2016. A comparison with other Nordic countries

Sara Skúlína Jónsdóttir[1], Sigríður Ólafsdóttir[2], Hrefna Guðmundsdóttir[1,2]

Introduction: Information regarding adverse drug reactions (ADRs) of new medications is based on clinical studies of selected populations. The reporting of ADRs from real-life use following the marketing of new active substances is instrumental for the continuous evaluation of their benefit-risk balance. The aim of this study was to determine the number and nature of ADR reports in Iceland and compare with other Nordic countries.

Materials and methods: Reports of ADRs from 2013 to 2016 were examined using the Icelandic Medicines Agency´s database. The total number and seriousness of ADRs by ATC-classification of drugs were compared with data published in the 2013 to 2015 annual reports from the Swedish, Danish and Norwegian Medicines Agencies. Comparison of sales between countries was examined.

Results: The number of ADR reports in Iceland was between 36 to 104 per 100 thousand inhabitants/year, with less than 10% defined as serious. This compares to 58 to 133 ADR reports per 100 thousand inhabitants in the other Nordic countries, with 38% to 64% of ADRs classified as serious. In Iceland, ADR reports were more common for medications in ATC-class A and less common for classes B, J and L compared to the other Nordic countries. Sales of medications were comparable between these nations.

Conclusion: There is great variability in the number of ADRs reported annually in Iceland. The drugs reported are within different ATC-classes and the proportion of serious ADRs is low compared to the other Nordic countries. This is not explained by different sales volumes.

[1]*Landspitali University Hospital of Iceland,* [2]*Icelandic Medicines Agency*

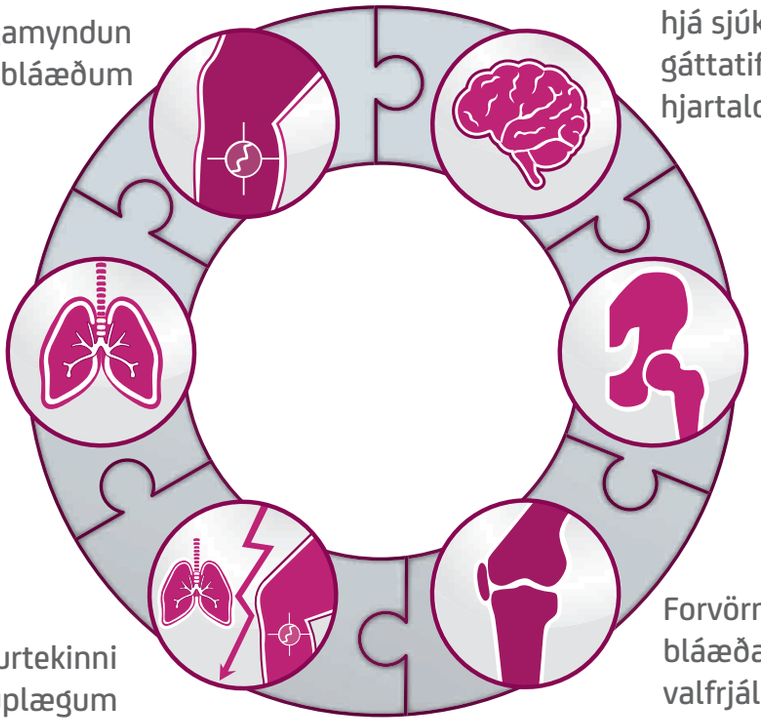
Key words: *adverse drug reaction, pharmacovigilance, ADR reporting, side effects.*

Correspondence: *Hrefna Guðmundsdóttir, Hrefna.Gudmundsdottir@lyfjastofnun.is*

Eliquis®

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

Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum



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]

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

Bristol-Myers Squibb Pfizer

PFI-17-03-01 EUAPI759

Sérlyfjatexti á bls. 333

Læknisfræðilegt mat vegna gruns um kynferðisofbeldi gegn stúlkum

Margrét Edda Örnólfsdóttir[1] læknir, **Ebba Margrét Magnúsdóttir**[1,2] læknir, **Jón R. Kristinsson**[2,3] læknir, **Reynir Tómas Geirsson**[1,4] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Kynferðisofbeldi gegn börnum hefur verið falið vandamál. Læknisskoðun er æskileg til að leita áverka, útiloka sýkingar, safna réttarlæknisfræðilegum gögnum og tryggja velferð barnsins. Samantekt var gerð á framkvæmd og niðurstöðum læknisfræðilegs mats á Landspítala og í Barnahúsi.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn og lýsandi fyrir árin 2001-2010. Upplýsingum um staðlaðar skoðanir var safnað í Barnahúsi og úr læknabréfum og matsblöðum á Landspítala um aldur, kyn, biðtíma frá tilvísun að skoðun og skráð frábrigði á ytri kynfærum. Lýsingar á frábrigðum voru flokkaðar með tilliti til tengsla við kynferðisofbeldi í samræmi við læknisfræðilegt flokkunarkerfi Adams. Upplýsingar um alvarleikastig meintra kynferðisbrota fengust frá Barnahúsi.

Niðurstöður: Fjöldi læknisskoðana/-mats var 224 hjá 220 stúlkum á aldrinum 1-17 ára. Í gögnum um 218 staðlaðar skoðanir hjá stúlkum voru fullnægjandi skoðanir 201 (92%). Flestar skoðanir fóru fram innan mánaðar frá tilkynningu (meðalbiðtími 28 dagar; bil 1-166). Meyjarhaftslýsingar voru í 24 tilvikum metnar sem mögulegt kynferðislegt ofbeldi, þar með talið 21 tilvik „rofins meyjarhafts“ hjá stúlku sem var ekki kynferðislega virk. Tvö kynfæravörtutilvik greindust (1%) og ein klamýdíusýking (0,5%). Hjá stúlkum sem ekki voru kynferðislega virkar voru skoðanir eðlilegar hjá 85% (165/193); 28 sýndu hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis eða höfðu frábrigði með óljósa/umdeilda þýðingu. Efsta alvarleikastigi var lýst hjá 71 stúlku.

Ályktun: Meirihluti læknisskoðananna voru hjá ókynþroska stúlkum, töldust ekki bráðatilvik, og niðurstaðan innan eðlilegra marka. Hugsanleg ummerki um kynferðisofbeldi voru hjá einni af 8. Frábrigðum frá eðlilegri skoðun var sjaldan lýst og sýkingar sjaldgæfar. Vanda þarf aðferðir og verkferla við valkvæðar og bráðar læknisskoðanir vegna gruns um kynferðisofbeldi.

Inngangur

Engin samræmd og alþjóðlega viðurkennd skilgreining er til á kynferðisofbeldi gegn börnum. Öll kynferðisleg samskipti milli barns og fullorðins aðila má skoða sem ofbeldi, þar sem barn hefur hvorki þroska né skilning til að samþykkja athafnir sem miða að kynferðislegri örvun einstaklings sem hefur yfirburði gagnvart barninu.[1-3] Kynferðisbrot gegn börnum eru umfangsmikið vandamál og rótgróið í mannlegu samfélagi.[4] Vegna eðlis brotanna og leyndar sem oftast hvílir yfir þeim er erfitt að fá rétta mynd af umfangi og tíðni þeirra. Einungis hluti mála kemur til kasta yfirvalda.[5] Samantektir rannsókna á Vesturlöndum benda til að 15-30% stúlkna og 5-15% drengja verði fyrir einhverri tegund kynferðisofbeldis og 5-10% stúlkna og 1-5% drengja sæti grófara kynferðisofbeldi.[5,6] Læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki ber að tilkynna allan grun um slík brot til barnaverndarnefnda og telst tilkynningaskyldan æðri lögum um þagnarskyldu (Barnaverndarlög, nr. 80/10. maí 2002, althingi.is).

Á árinu 2010 bárust barnaverndaryfirvöldum 9259 tilkynningar vegna meintra brota á 16., 17. og 18. grein barnaverndarlaga.[7] Þar af voru 441 tilvik (4,8%) þar sem grunur var um kynferðisofbeldi. Þetta var lægra hlutfall en í Bretlandi, Bandaríkjunum og víðar.[5] Í könnun meðal framhaldsskólanema árið 2004 sögðust 13,6% stúlkna og 2,8% drengja hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi fyrir 18 ára aldur.[8] Stúlkur 7-13 ára voru stærsti þolendahópurinn. Þetta samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna sem benda til að meirihluti þolenda séu ókynþroska stúlkur.[5,9] Önnur rannsókn benti til að 17% Íslendinga hefðu sætt einhverri tegund kynferðisofbeldis á barnsaldri.[10] Langur tími getur liðið frá því að kynferðisofbeldi á sér stað uns einstaklingur greinir frá því.[11] Afleiðingarnar geta verið alvarlegar fyrir þolendur, bæði í kjölfar ofbeldisins og síðar á ævinni,[12] þar með talið ótti og hegðunarvandamál,[13] þunglyndi, kvíðaraskanir, áfengis- og lyfjamisnotkun[14] og erfið meðgöngu- og fæðingarreynsla.[15]

Barnahús hóf starfsemi í nóvember 1998 á vegum Barnaverndarstofu sem fer með stjórn barnaverndarmála í umboði velferðarráðuneytisins. Þar hefur málefnum barna sem grunur leikur á að hafi sætt kynferðisofbeldi verið sinnt, meðal annars með sérhannaðri aðstöðu til læknisskoðana frá 1999.[16] Hluti búnaðarins er ljóslampi með stækkunargleri sem tengdur er myndbandsupptökutæki (*video-colposcope*). Til undantekninga heyrir ef svæfa þarf börn fyrir skoðun, sem áður var venja. Barnalæknir og kvensjúkdómalæknir hafa séð um flestar læknisskoðanirnar í nær aldarfjórðung og þróað hefur verið verkferli í samvinnu lækna og barnaverndaryfirvalda, þar með talin stöðluð skráning kynfæraskoðunar sem þessi rannsókn byggir á. Markmiðum læknisskoðananna er lýst á mynd 1. Slík samræmd vinnubrögð hafa eflst í þróaðri ríkjum og mun meiri áhersla verið lögð á sérfræðikunnáttu.[17,18]

[1]Kvennadeild, [2]Barnahúsi Reykjavík, [3]Barnaspítala Hringsins, kvenna- og barnasviði, Landspítala, [4]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Ebba Margrét Magnúsdóttir, *ebbamag@landspitali.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.0708.145

Greinin barst blaðinu 15. nóvember 2016, samþykkt til birtingar 20. júní 2017.



Mynd 1. *Markmið læknisfræðilegs mats þegar grunur leikur á að barn hafi sætt kynferðisofbeldi. (Samantekt, MEÖ. Byggt meðal annars á óbirtri skýrslu um kynferðisofbeldi gegn börnum eftir Þóru F. Fischer og Jón R. Kristinsson).*

Tilgangur rannsóknarinnar var að lýsa starfi lækna í þessari móttöku á 10 ára tímabili og meta hvort og hve oft frábrigði við skoðun hefðu bent til kynferðisofbeldis.

Efniviður og aðferðir

Gerð var afturskyggn rannsókn á niðurstöðum skipulagðra læknisskoðana á Landspítala og í Barnahúsi vegna gruns um kynferðisofbeldi á árunum 2001-2010. Farið var yfir skráningar um læknisskoðanir stúlkubarna á kvenna- og barnasviði Landspítala og skoðuð læknabréf til barnaverndaryfirvalda og matsblöð kvensjúkdómalæknis um niðurstöður kynfæraskoðunar sem safnað hafði verið í læsta skjalageymslu á vegum samstarfslækna Barnahúss á kvenna- og barnadeildum Landspítala. Upplýsingar um fjölda læknisskoðana í Barnahúsi, sem skráðar voru í gögnum á Landspítala, voru bornar saman við ársskýrslur Barnaverndarstofu til að athuga samræmi skráninga milli Landspítala og Barnahúss. Leitað var upplýsinga um biðtíma frá tilvísunum barnaverndarnefnda í Barnahús þar til skoðun var framkvæmd. Skoðaðar voru lýsingar á frábrigðum á ytri kynfærum og endaþarmi, þar með talið mat á meyjarhafti, og niðurstöður rannsókna. Gagnasöfnun og úrvinnsla fór fram á kvennadeild Landspítala. Upplýsingar um stúlkur <18 ára sem komu á neyðarmóttöku Landspítala vegna nauðgana á tímabilinu, fengust þaðan til fjöldasamanburðar, en rannsóknin tók ekki til meintra brota (nauðgana) hjá stúlkum sem þangað leituðu.

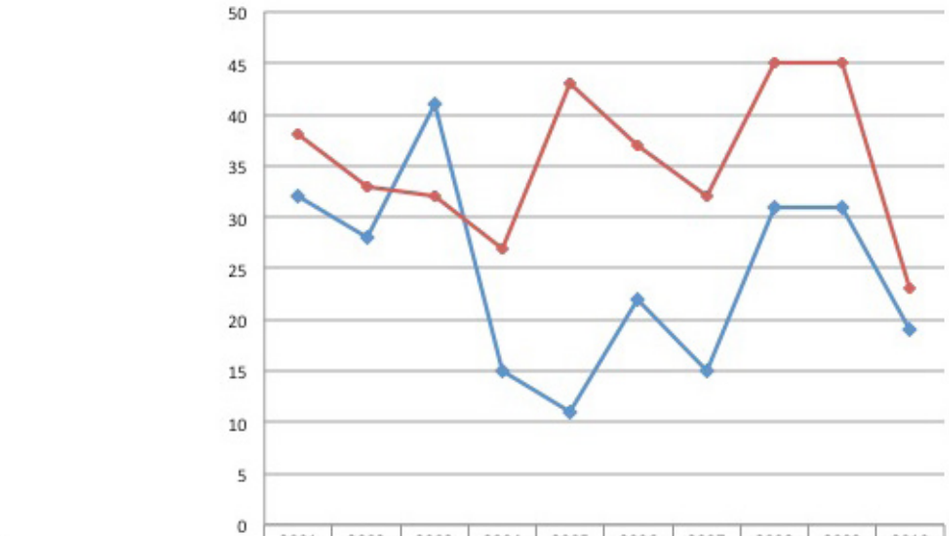
Varðandi gögn á Landspítala var stuðst við bandarískt flokkunarkerfi (Adams Classification System),[19] sem skapar grundvöll fyrir samræmda túlkun á frábrigðum með tilliti til hugsanlegra, óljósra eða ósértækra tengsla við kynferðisofbeldi. Niðurstöðurnar eru flokkaðar í: 1) eðlilegan fjölbreytileika; 2) ósértækar niðurstöður; 3) niðurstöður með óljósa þýðingu; og 4) hugsanleg ummerki um kynferðisofbeldi. Öll tilvik þar sem læknir mat meyjarhaftið sem „rofið" voru flokkuð sem hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis hjá stúlkum sem voru ekki kynferðislega virkar. Flokkunin var einungis byggð á lýsingum í læknabréfi og matsblaði kvensjúkdómalæknis. Í Barnahúsi er notuð flokkun sem tekur til alvarleikastigs meintra brota. Þau eru 5 og hvert þeirra er skráð sem *til staðar* eða *ekki til staðar* (mynd 2). Flokkunin var unnin af sálfræðingunum Þorbjörgu Sveinsdóttur og Jóhönnu Kristínu Jónsdóttur og byggir að hluta á eldri flokkun (óbirt) sem gerð var fyrir Barnaverndarstofu í tengslum við rannsókn á afdrifum kynferðisbrotamála gegn börnum á Íslandi árin 1995-1997.[20] Brot eru ekki flokkuð þegar barn er yngra en 3½ árs eða þegar grunur um kynferðisofbeldi vaknar af öðrum orsökum en frásögn barnsins sjálfs. Flokkunin er háð huglægu mati á framburði barns og tekur því einungis mið af þeim brotum sem barn lýsir. Grófleiki brota eykst með hækkandi alvarleikastigi á kvarða frá 1-5. Ef barn greinir ekki frá ofbeldi í viðtali er það flokkað sem alvarleikastig 0. Í sumum tilvikum var ekki unnt að flokka brotin, til dæmis ef gerandi var óþekktur eða aldur hans ekki kunnur. Við úrvinnslu gagna var alvarleikastigum skipt í þrjá flokka til einföldunar: væg (stig 1-2), gróf (stig 3) og alvarleg brot (stig 4-5). Einungis var tekið mið af grófasta brotinu þegar brotum á fleiri en einu stigi var lýst. Reynt var að tryggja samræmi í mati á alvarleikastigi fyrir öll árin. Fyrir sum börn fengust ekki upplýsingar um alvarleikastig, þar sem þau fóru einungis í læknisskoðun en ekki í viðtal í Barnahúsi, framburður barnanna lá ekki fyrir eða var ómarktækur vegna ungs aldurs. Nokkur börn voru skráð í læknisskoðun þó ekki væru til gögn um þau á Landspítala. Einungis var stuðst við niðurstöður skoðana sem upplýsingar lágu fyrir um á kvennadeild, kvenna- og barnasviði Landspítala, í samræmi við fengin leyfi.

Leyfi fengust frá vísindasiðanefnd (VSN 11-170), Persónuvernd og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala. Auk þess gerði læknaneminn (MEÖ) sérstakan starfssamning við Barnahús. Upplýsingum var safnað úr skjalageymslu á Landspítala og í Barnahúsi. Engin persónuauðkenni eða atriði úr læknaskýrslum sem tengdust þolanda eða öðrum málsaðilum voru vistuð eða notuð við úrvinnslu gagna. Frumgögnum úrvinnslunnar hefur verið eytt.

Niðurstöður

Í Barnahúsi voru tiltæk gögn um alls 245 skoðanir á 237 börnum (þar af 17 hjá drengjum). Meðalfjöldi skoðana á ári var 24,5 (miðgildi 25; 15-41 á ári). Fleiri skoðana í Barnahúsi var getið í gögnum Landspítala en í ársskýrslum Barnaverndarstofu, þó flest árin væri samræmi nokkuð gott, einkum eftir 2005. Meðalaldur við skoðun var 8,1 ár og aldursbil frá eins árs til 17 ára. Flest börnin, bæði drengir og stúlkur, voru á aldrinum 3-5 ára. Aldursdreifing var svipuð fyrir bæði kyn. Fáar stúlkur og engir drengir eldri en 14 ára voru skoðaðir í Barnahúsi eða á kvennadeild Landspítala. Einungis einn drengur undir þriggja ára aldri var skoðaður á tímabilinu. Á neyðarmóttöku Landspítala komu hins vegar fleiri einstaklingar undir 18 ára en í Barnahús á svo til öllum árum tímabilsins (mynd 2).

Alls voru 220 stúlkur skoðaðar á tímabilinu í 224 læknisskoðunum (fjórar stúlkur skoðaðar á ólíkum árum rannsóknartímabilsins en einungis ein skoðun á ári talin, n=224 tilvik). Aldur var þekktur í 223 tilvikum og var meirihluti stúlknanna 3-14 ára. Fjöldi skoðana hjá yngstu stúlkunum nærri tvöfaldaðist á tímabilinu, en færri skoðanir voru gerðar hjá eldri stúlkum á síðari 5 árunum, einkum í aldurshópnum 12-14 ára. Biðtími eftir læknisskoðun var skráður hjá 205 stúlkum og var í flestum tilvikum innan við mánuður



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Skoðanir í Barnahúsi	32	28	41	15	11	22	15	31	31	19
Skoðanir á Neyðarmóttöku	38	33	32	27	43	37	32	45	45	23

Mynd 2. *Samanburður á fjölda skoðana á börnum vegna gruns um kynferðisofbeldi í Barnahúsi og vegna nauðgana/kynferðisofbeldis á neyðarmóttöku Landspítala á rannsóknartímabilinu 2001-2010.*

(131/205=64%, miðgildi 21 dagur, bil 0-166), en í 12% tilvika liðu meira en tveir mánuðir.

Gögn um niðurstöður úr 218 stöðluðum skoðunum barnalæknis og kvensjúkdómalæknis hjá 213 stúlkum voru tiltæk. Skoðun taldist fullnægjandi í 201/218 skipti (92%). Í 17 tilvikum tókst fullnægjandi skoðun ekki í Barnahúsi vegna tíðablæðinga eða samvinnuerfiðleika við stúlkuna. Í 5 tilvikum var þörf á frekari skoðun. Tvær stúlkur voru skoðaðar í svæfingu, ein á Barnaspítala Hringsins og ein var endurmetin utan Landspítala, en niðurstöður þessara skoðana voru ekki tiltækar. Bestur árangur náðist í framkvæmd skoðana hjá aldurhópnum 6-8 ára (100%). Andstaða við skoðun var algengari hjá eldri stúlkum.

Fyrir fullnægjandi skoðanir (201) voru frekari lýsingar á læknisskoðun metnar. Lýsingar á meyjarhafti voru skoðaðar á matsblaði kvensjúkdómalæknis. Í 179/201 tilviki var lögun meyjarhafts lýst. Algengast var skeifu/U-laga meyjarhaft (n=82), 20 stúlkur voru með hringlaga meyjarhaft og í 39 tilvikum var meyjarhaft talið lokað. Annarri lögun var lýst í 9 skoðunum: það er að segja fellingaríku, V-laga eða óreglulegu eða það sást ekki vegna samvaxta ytri skapabarma.

Fjölbreytileika/frábrigðum á meyjarhafti var lýst í 8 skoðunum (8/201=4%). Í tveimur tilvikum var getið um ójöfnu (1%), hringlaga gat á meyjarhafti sást í einni skoðun (0,5%), þrisvar var skarð í meyjarhafti (1,5%), þar af einnig separ í einni skoðun. Örvefsmyndanir í neðri hluta meyjarhafts sáust hjá tveimur stúlkum (1%). Í 8 tilvikum var meyjarhaftsopi lýst sem áberandi víðu og í þremur þeirra tilvika var jafnframt getið um þunna (n=2) eða horfna (n=1) aftari brún meyjarhafts. Í einu tilviki voru brúnir sagðar óreglulegar auk þess sem skarð og separ sáust, en í fjórum tilvikum var frekari lýsing ekki til staðar. Rofnu meyjarhafti var lýst í 29 skoðunum (14,5%). Í 8 tilvikum var um kynferðislega virkar stúlkur að ræða en í 21 tilviki (21/201=10,5%) var meyjarhaft metið sem rofið að fullu eins og eftir samfarir eða innþrengingu hjá stúlkum sem sögðust ekki vera kynferðislega virkar.

Tafla I. *Óeðlilegar niðurstöður rannsókna úr 201 skoðun vegna gruns um kynferðisofbeldi.*

	(n)	(%)
Þvagfærasýking	3	1,5
Klamýdíusýking (*Chlamydia trachomatis*)	1	0,5
Kynfæravörtur (*Condyloma acuminata*)	2	1
Sveppasýking í skeið	2	1
Skeiðarsýklun (bacterial vaginosis)	1	0,5

Öðrum frábrigðum á ytri kynfærum og endaþarmi var lýst í 47 tilvikum (47/201=23%), svo sem roða á ytri kynfærum (n=28), sári (n=4) og sprungum (n=2). Í einu tilviki var greint frá mari en hvergi lýst bólgu, húðbreytingum eða óeðlilegri endaþarmsspennu. Í 21 tilviki voru önnur frábrigði skráð, svo sem fæðingarblettir og valbrá, hvítleit útferð og grunur um sveppasýkingu, samvöxtur á ytri skapabörmum (n=3) eða merki um örvef og/eða gamla áverka (n=6). Tvisvar staðfesti vefjagreining kynfæravörtur (*Condyloma acuminata*) (1%, n=2/201). Þvagrannsókn reyndist óeðlileg í 6 tilvikum, þar með talin þvagfærasýking hjá þremur stúlkum (3/201=1,5%). PCR-mælingar voru gerðar á 192 þvagsýnum (192/201=95,5%). Engin tilfelli lekanda (*Neisseria gonorrhea*) greindust, en eitt sýni var jákvætt fyrir klamýdíu (*Chlamydia trachomatis)* (1/201=0,5%). Skeiðarsýklun (*bacterial vaginosis*) var greind hjá einni stúlku og sveppasýking hjá tveimur. Aðrar rannsóknir, svo sem húðstrok (n=5), blóðsýni (n=2) og þungunarpróf (n=1), gáfu eðlilega/neikvæða niðurstöðu (tafla I).

Upplýsingar um alvarleikastig voru skráð hjá 181 stúlku en þar af átti alvarleikastig ekki við hjá 62, til dæmis sökum aldurs, óþekkts geranda eða kynferðislegs leiks. Af 120 stúlkum þar sem alvarleikastig átti við og lá fyrir, greindu 24 frá brotum á fleiri en einu stigi, þar af á tveimur alvarleikastigum hjá 20, en fjórar stúlkur skýrðu frá brotum af öllum stigum. Í 21 tilviki þar sem stúlkur greindu ekki frá eða neituðu að hafa sætt kynferðisofbeldi var

Tafla II. *Aldursdreifing hjá 181 stúlku fyrir hvert alvarleikastig kynferðisbrota á rannsóknartímanum.*

Alvarleikastig	0	1-2	3	4-5	Óflokkað	Alls (n)	(%)
<3 ára	0	0	0	0	11	11	6
3-5 ára	7	2	7	5	30	51	28
6-8 ára	5	2	3	14	7	31	17
9-11 ára	5	3	6	17	10	41	23
12-14 ára	3	1	1	28	4	37	20
15-17 ára	0	1	2	7	0	10	6
Alls (n)	20	9	19	71	62	181	
%	11	5	10	39	34		

samt talin ástæða til læknisskoðunar. Hlutfallsdreifing þekktra alvarleikastiga er sýnd á mynd 3, en algengast var að stúlkur greindu frá broti á alvarleikastigi 4-5, sem tekur til munnmaka og innþrengingar, alls 71 stúlka. Tafla II sýnir aldursdreifingu fyrir hvera alvarleikaflokk hjá 181 stúlku en upplýsingar vantaði um aldur einnar. Eldri stúlkur greindu oftar frá grófari brotum.

Mat samkvæmt flokkunarkerfi Adams[19] var gert hjá 193 stúlkum sem voru ekki kynferðislega virkar. Mat á lýsingum á meyjarhafti sýndi að í 24 tilvikum var um að ræða mögulegt kynferðislegt samneyti eða lýsingarnar studdu grunsemdir úr frásögn barnsins. Í þeim flokki voru meðal annars öll tilvik þar sem meyjarhaft var sagt „rofið".[21] Í tveimur skoðunum voru tengsl meyjarhaftsfrábrigða við kynferðisofbeldi óljós (skörð í meyjarhafti). Engin skoðunarlýsing á ytri kynfærum og endaþarmi flokkaðist sem „hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis" en tvö tilvik voru flokkuð sem „óljós/umdeild þýðing". Við mat á heildarniðurstöðu skoðunar voru þannig 24 tilvik þar sem um hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis var að ræða (24/193=12,5%), en hjá 2% (4/193) voru frábrigði með óljósa/umdeilda þýðingu (tafla III).

Af stúlkum þar sem niðurstaða læknisskoðunar var talin óeðlileg og að ummerki kynferðisofbeldis gætu verið til staðar, höfðu flestar greint frá brotum af alvarleikastigi 4-5 (15/19=79%), en alvarleikastig lá ekki fyrir í öllum tilvikum. Frábrigði sem hugsanlega gátu bent til kynferðisofbeldis eða höfðu óljósa þýðingu, fundust þó einnig hjá stúlkum sem ekki höfðu greint frá ofbeldi eða þar sem ekki var unnt að ákvarða alvarleikastig, en hjá engri þeirra stúlkna, sem greindi frá brotum á alvarleikastigum 1-3, reyndist skoðun óeðlileg.

Umræða

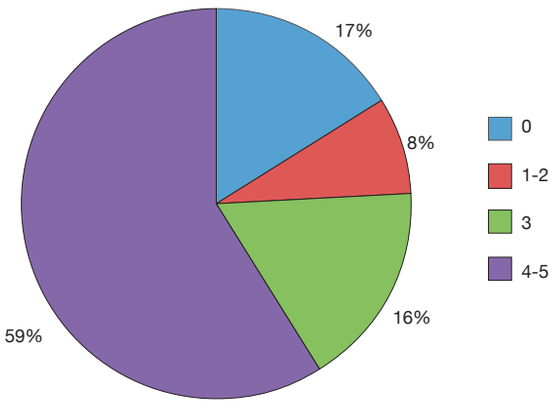
Á áratugnum 2001-2010 voru árlega framkvæmdar í Barnahúsi 11-41 læknisskoðun vegna gruns um kynferðisofbeldi, flestar á ókynþroska stúlkum. Langoftast sýndi skoðunin eðlilegar niðurstöður. Frábrigði sem hugsanlega tengdust kynferðisofbeldi, voru fá. Sýnatökur og áþekkar rannsóknir voru flestar eðlilegar og sýkingar sjaldgæfar. Orsakir misræmis við samanburð gagna um læknisskoðanir á Landspítala og í Barnahúsi má rekja til ofeða vanskráninga á báðum stöðum, en ætla má að gögn um allar skoðanir sem gerðar voru hafi verið að finna á Landspítala. Rannsóknin ætti því að gefa nokkuð raunsanna mynd af umfangi og eðli læknisskoðana sem tengjast grun um kynferðislegt ofbeldi gagnvart stúlkubörnum.

Tilkynningar ríflega fjórfölduðust á tímabilinu sé horft til undanfarandi áratugar,[7] sem endurspeglar vaxandi vitund um vandann. Á rannsóknaráratugnum varð meiri þungi í samfélagsumræðu um kynferðisofbeldi og skilningur á eðli, tilgangi, markmiðum og takmörkunum skoðana hjá börnum jókst hjá fagfólki. Fæst þeirra barna sem sinnt er í Barnahúsi hafa náð kynþroska og kynferðisofbeldið sem þau eru talin hafa sætt er misgróft. Rannsóknin tók hins vegar ekki til stúlkna sem leituðu á neyðarmóttöku Landspítalans. Þau brot eru annars eðlis og oftast bráð, stúlkurnar eru flestar eldri og kynþroska. Þar er tilgangur læknisskoðunar að miklu leyti réttarlæknisfræðilegur,[7] en í Barnahúsi er umönnun barnsins og sögutakan forgangsatriði. Vægi framburðar barnsins er nú talinn mikilvægasti greiningarþátturinn, enda eru áverkar, sýkingar og aðrar líkamlegar afleiðingar kynferðisofbeldis sjaldgæfar, bæði í okkar og erlendum rannsóknum.[21,22] Að öllum líkindum hefur of mikil áhersla verið lögð á læknisfræðilegu greininguna áður,[22] en sem betur fer er þess sjaldnast krafist af læknum að þeir sanni eða afsanni hið meinta ofbeldi.

Að frátöldum nauðgunum eru ókynþroska stúlkubörn meginþolendur kynferðisofbeldis.[5,9,10] Fjögur af hverjum 5 skoðuðum börnum voru á aldrinum 3-14 ára. Jákvætt var að langflestar skoðanirnar voru gerðar með stöðluðum hætti og af barnalækni og kvensjúkdómalækni sameiginlega. Æskilegt er að læknisskoðun fari fram við bestu mögulegu aðstæður við fyrsta tækifæri og sú var oftast raunin. Áverkar á svæðinu gróa hins vegar á nokkrum dögum og skilja sjaldan eftir sig ummerki.[23-25] Þetta gerir staðhæfingar um orsakasamband erfiðar. Varanlegar breytingar af völdum

Tafla III. *Mat á heildarniðurstöðu skoðunar með tilliti til tengsla við kynferðisofbeldi.*

	Fjöldi (n)	Hlutfall (%)
Engin frábrigði	119	62
Eðlilegur fjölbreytileiki	12	6
Ósértæk frábrigði	34	18
Óljós þýðing	4	2
Hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis	24	12
Alls	193	



Mynd 3. *Hlutfallsdreifing alvarleikastiga hjá 120 stúlkum sem fóru í læknisskoðun í Barnahúsi (hver stúlka er talin einu sinni og miðað við grófasta brot sem lýst var).*

gamalla áverka geta þó sést og rennt stoðum undir fullyrðingar um kynferðislegt ofbeldi, en skortur á sjáanlegum ummerkjum eða jákvæðum rannsóknarniðurstöðum útilokar slíkt ekki.[25] Samræmdar aðferðir í viðtölum og við skoðun stúlkna, eins og gert er í Barnahúsi, skipta því miklu. Aðeins í undantekningartilvikum ætti að þurfa að svæfa stúlku, svo sem ef grunur er um aðskotahlut í leggöngum.[2]

Margt sem áður var talið styðja fullyrðingar um kynferðisofbeldi hefur reynst vera eðlilegur líffærafræðilegur fjölbreytileiki.[21] Á fyrri áratugum var oft talið að lögun meyjarhafts gæfi vísbendingu um að innþrenging eða samfarir hefðu átt sér stað. Nú er talið að lítið sé upp úr því að leggja, enda lögun og stærð meyjarhafts mjög mismunandi. Fjölbreytileiki meyjarhafts hefur reynst áþekkur við grun um kynferðisofbeldi og hjá öðrum stúlkum.[26-28] Meyjarhaftsopi var í 8 tilvikum í okkar rannsókn lýst sem „óeðlilega eða áberandi víðu“, en mælingar á því teljast ekki nothæfar til mats á því hvort kynferðisofbeldi hafi átt sér stað.[25,28,29] Þó lögun meyjarhaftsins hafi þannig ekki sértækt gildi við mat á kynferðisofbeldi, er það hluti heildarmats þar sem taka þarf tillit til aldurstengdra breytinga.[30,31] „Rofnu meyjarhafti“ var lýst í 21 skoðun þar sem þetta útlit var talið merki um innþrengingu hjá stúlkum sem sögðust ekki kynferðislega virkar. Þar sem staðla vantar í læknisskoðun er erfitt að meta hvað felst í lýsingunni „rofið meyjarhaft“ en í rannsókninni var það túlkað sem hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis. Til að framkvæma skoðunina sem best þarf fullkomna aðstöðu og sérþjálfað starfsfólk til að hámarka líkur á réttmætri túlkun.[31] Lýsingar á frábrigðum geta einnig verið misjafnar eftir skoðunarstellingu.[32] Kynfæravörtur eða klamýdíusýking eru ótvíræðari einkenni, en sjaldgæf hjá ókynþroska börnum.[33] Þau sáust hér í minni mæli en í erlendum rannsóknum.[34]

Einungis var tiltækt alvarleikastig fyrir 120 af þeim 220 stúlkum (55%) sem skoðaðar voru í Barnahúsi á tímabilinu. Þetta skýrist bæði af takmörkunum flokkunarkerfisins og ágöllum í skráningu skoðananna. Rannsóknir hafa sýnt að stúlkur sem greina frá innþrengingu fá frekar læknisskoðun en aðrar[35] og skoðunarniðurstaða er oftar óeðlileg hjá þeim.[23] Í okkar rannsókn var 71 stúlka skoðuð sem greint hafði frá tilraun til innþrengingar eða munnmökum. Því má fullyrða að að minnsta kosti þriðjungur stúlkna sem fóru í læknisskoðun hafi greint frá grófu ofbeldi, og þá oftar eldri stúlkurnar, eins og erlendis.[23] Í 14,5% tilfella voru frábrigði metin sem hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis eða höfðu óljósa/umdeilda þýðingu þó stúlkan greindi ekki frá slíku, sem er hærra hlutfall en í áþekkum erlendum rannsóknum.[23] Þó áverkar og ummerki um kynferðisofbeldi í valkvæðum skoðunum greinist ekki oft, dregur það ekki úr mikilvægi staðlaðra læknisskoðana við bestu aðstæður.[17,18]

Árið 2007 var kynferðislegur lögaldur barna hækkaður í 15 ár, en með því var lagt bann við kynferðismökum við börn undir þeim aldri (lög nr. 61/27, mars 2007, um breytingar á almennum hegningarlögum nr. 19/140). Kynferðisbrot gegn eldri börnum geta þannig átt meira skylt við nauðgun eða kynferðisofbeldi gegn fullorðnum einstaklingi. Oft er sterk krafa af hálfu fjölskyldu barnsins um að skoðun fari fram án tafar,[36] enda fylgir frásögn barns af kynferðisofbeldi gjarnan mikil geðshræring. Þrátt fyrir það er í mörgum tilvikum ráðlegt að bíða átekta, enda niðurstöður skoðunar áreiðanlegri ef hún er framkvæmd af sérfræðilæknum við bestu aðstæður.[17,18,37] Erlendar rannsóknir benda til þess að önnur heilsufarsvandamál barna, sem koma í skoðanir sem þessar, séu algeng og ekki alltaf meðhöndluð sem skyldi.[38] Læknisskoðanirnar geta í þessu sambandi haft mikið gildi fyrir börnin og forráðamenn þeirra, sem fá staðfestingu á því að barnið sé líkamlega heilbrigt og að varanlegur líkamlegur skaði hafi ekki orðið. Þá geta þær einnig útilokað sjúkdóma og meðfæddir gallar greinst.[19] Jafnframt gefst tækifæri til sérfræðimats á líkamlegum og tilfinningalegum þroska og heilsufari barnsins. Læknirinn getur því verið hlutlaus rannsakandi og matsaðili og skoðun falið í sér greiningu og meðhöndlun, mat, gagnasöfnun og aðhlynningu. Reynslan á Íslandi hefur sýnt að Barnahús gegnir lykilhlutverki við að tryggja besta mögulega ferli við þessar erfiðu kringumstæður. Það er gleðiefni að barnahús hafa verið opnuð víða erlendis að íslenskri fyrirmynd á undanförnum árum.

Þakkarorð

Starfsfólki og forráðamönnum Barnahúss er þökkuð margvísleg hjálpsemi og liðsinni.

Heimildir

1. Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. J Pediatr Adolesc Gynecol 2004; 17: 191-7.
2. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005; 116: 506-12.
3. Heimasíða umboðsmanns barna. barn.is/adalsida/mala-flokkar/ofbeldi/kynferdisofbeldi/ - júní 2012.
4. Kaplan R. The Medical Response to Child Sexual Abuse: An Historical Overview, in Medical Response to Child Sexual Abuse: A Resource for Professionals Working with Children and Families, STM Learning, Inc. USA 2011: 1-8.
5. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009: 373: 68-81.
6. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2009; 29: 328-38.
7. Ársskýrsla Barnaverndarstofu 2008-2010. Barnaverndarstofa, Reykjavík 2010.
8. Könnun á kynhegðun ungs fólks á Íslandi og kynferðislegri misnotkun á börnum. Samstarfsverkefni Barnaverndarstofu og Rannsóknar og greiningar 2006. bvs.is/files/file425.pdf - ágúst 2012.
9. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). Child Abuse Negl 2009; 33: 331-42.
10. Ólafsdóttir H. Börn þvinguð til kynlífs - Rannsókn á kynferðislegri misnotkun á börnum. Í: Hinn launhelgi glæpur - kynferðisbrot gegn börnum. Ólafsdóttir SÍ ritstj. Háskólaútgáfan, Reykjavík 2011.
11. Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. Child Abuse Negl 2007; 31: 111-23.
12. Johnson CF. Child sexual abuse. Lancet 2004; 364: 462-70.
13. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. Psychol Bull 1993; 113: 164-80.
14. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse, Comparative Quantification of Health Risks. Í: Comparative Quantification of Health Risks, Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL ritstjórar. World Health Organization, WHO, Genf, Sviss, 2004: 1851-941.
15. Gisladottir A, Gudmundsdottir B, Bjarnadottir RI, Jonsdottir E, Aspelund T, Cnattingius S, et al. Risk factors and health during pregnancy among women previously exposed to sexual violence. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93: 351-8.
16. Skýrsla um starfsemi Barnaverndarstofu og barnaverndarnefnda 1995-1999, fjórði hluti. Barnaverndarstofa. Reykjavík 2000. bvs.is/files/file57.pdf.
17. Gavril AR, Kellogg ND, Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. Pediatrics 2012; 129: 282-9.
18. Adams JA, Starling SP, Frasier LD, Palusci VJ, Shapiro RA, Finkel MA, et al. Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. Child Abuse Negl 2012; 36: 383-92.
19. Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse: 2011 update. J Child Sex Abus 2011; 20: 588-605.
20. Sveinsdóttir Þ. Framburður barna í Barnahúsi og lyktir mála. Hvað hefur áhrif á birtingu ákæra og sakfellingar í málum barna sem grunur leikur á að hafi sætt kynferðislegu ofbeldi. Háskóli Íslands, Reykjavík 2011.
21. Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loiselle J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. Pediatrics 2000; 106: 100-4.
22. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. Child Abuse Negl 2002; 26 :645-59.
23. Berkowitz CD. Healing of genital injuries. J Child Sex Abus 2011; 20: 537-47.
24. Finkel MA. Anogenital trauma in sexually abused children. Pediatrics 1989; 84: 317-22.
25. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused? JAMA 2008; 300: 2779-92.
26. Heger AH, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T, McConnell G, Morahan M. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: Review of hymenal morphology and nonspecific findings. J Pediatr Adolesc Gynecol 2002; 15: 27-35.
27. Adams JA, Botash AS, Kellogg N. Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158: 280-5.
28. Stewart ST. Hymenal characteristics in girls with and without a history of sexual abuse. J Child Sex Abus 2011; 20:5 21-36.
29. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. Pediatrics 2002; 109: 228-35.
30. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. J Pediatr 2002; 140: 600-7.
31. Adams JA. Basic Anatomy of the Genitalia and Anus, in Medical Response to Child Sexual Abuse: A Resource for Professionals Working with Children and Families. STM Learning, Inc. USA 2011: 9-40.
32. Boyle C, McCann J, Miyamoto S, Rogers K. Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: a descriptive study. Child Abuse Negl 2008; 32: 229-43.
33. Unger ER, Fajman NN, Maloney EM, Onyekwuluje J, Swan DC, Howard L, et al. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study. Pediatrics 2011; 28: e658-65.
34. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM, et al. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. Pediatrics 2009; 124: 79-86.
35. Walsh WA, Cross TP, Jones LM, Simone M, Kolko DJ. Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination? The impact of Children's Advocacy Centers. Child Abuse Negl 2007; 31:1053-68.
36. Anderst J, Kellogg N, Jung I. Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. Pediatrics 2009; 124: e403-9.
37. Kellogg ND. Non-Emergent Medical Examination Procedures and Techniques, in Medical Response to Child Sexual Abuse: A Resource for Professionals Working with Children and Families. 2011, STM Learning. MO, USA: 75-84.
38. Girardet R, Giacobbe L, Bolton K, Lahoti S, McNeese M. Unmet health care needs among children evaluated for sexual assault. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160:7 0-3.

ENGLISH SUMMARY

Medical evaluation for suspected sexual violence against girls

Margrét Edda Örnólfsdóttir[1], Ebba Margrét Magnúsdóttir[1,2], Jón R. Kristinsson[2,3], Reynir Tómas Geirsson[1,4]

Introduction: Sexual violence against children is a hidden problem. Medical examination and evaluation is needed to search for possible injuries, exclude infections, procure legal evidence and ensure the child´s welfare. We assessed medical evaluations done at Landspitali University Hospital and in the Reykjavik Children's House, a specialized clinic for childhood abuse cases.

Material and methods: Retrospective descriptive analysis was performed on the standardized medical examinations. Age, sex, waiting time from reported violence until examination and recorded aberrant external genitalia findings were noted, and classified by the medically-oriented Adams system. Offence severity stages were assigned.

Results: Medical examination cases numbered 224 for 220 girls aged 1-17 years. Records were available on 218 standarized examinations among girls; 201 were adequate (92%). Most were conducted within a month (medium waiting-time 28 days; range 1-166). Hymenal changes were in 24 cases possibly associated with sexual violence, including 21 in a girl not sexually active. Two girls had human papillomavirus warts (1%) and one chlamydial infection (0.5%). Medical examination was normal in 85% (165/193) of girls who were not sexually active; 24 had possibly experienced sexual violence and four results were uncertain/controversial. For 71 offence severity was serious.

Conclusion: Most examinations were conducted on prepubertal girls, were not a matter of urgency and showed normal results. Possible relation to sexual violence was described for one in eight. Infections were rare. When child sexual abuse is suspected, care with methodology and procedures is needed, both for elective and acute medical examinations.

[1]Women´s Clinic, [2]Children´s House, Reykjavík, [3]Children´s Hospital, Division of Women and Children, Landspítali University Hospital, 101 Reykjavík, [4]Faculty of Medicine, University of Iceland.

Key words: *Violence, child sexual abuse, children, external genitalia, injuries, severity grading.*

Correspondence: *Ebba Margrét Magnúsdóttir, ebbamag@landspitali.is*

Fjórföld hækkun á blóðfitum í bráðu ástandi ketónsýringar – sjúkratilfelli

Hrafnkell Stefánsson[1] læknir, **Kristinn Sigvaldason**[2] læknir, **Hilmar Kjartansson**[3] læknir, **Helga Ágústa Sigurjónsdóttir**[4,5] læknir

ÁGRIP

Veruleg hækkun á blóðfitum er þekktur en sjaldgæfur fylgikvilli ketónblóðsýringar. Hér er lýst tilfelli 23 ára konu sem leitaði á bráðamóttöku Landspítala vegna kviðverkja. Blóðvökvi reyndist það fituríkur að ekki var unnt að mæla blóðhag. Hún var með hraða og djúpa öndun (Kussmaul-öndun) og aceton-lykt úr vitum. Hún reyndist hafa insúlínháða sykursýki með ketónblóðsýringu (ketoacidosis). Veitt var hefðbundin meðferð með vökva í æð, insúlíni og kalíum gjöf og leiðréttust gildi blóðsykurs og blóðfitu hratt. Mögulegar skýringar á háum blóðfitugildum eru nýlegar mataræðisbreytingar ásamt undirliggjandi, ógreindri sykursýki. Sjúkratilfellið undirstrikar mikilvægi þess að hafa í huga ólíkar birtingarmyndir ketónblóðsýringar.

Inngangur

Ketónblóðsýring er lífshættulegt sjúkdómsástand sem sést fyrst og fremst hjá sjúklingum með insúlínháða sykursýki. Skilmerki insúlínháðrar sykursýki með ketónblóðsýringu eru blóðsykur yfir 13,9 mmól/L (er oftast hærri), pH-gildi blóðs undir 7,30 eða kolsýra undir 18 mmól/L, ásamt ketónum í blóði eða þvagi.[1] Helstu áhættuþættir fyrir ketónblóðsýringu hjá sjúklingum með þekkta sykursýki eru slæm meðferðarheldni og sýkingar.[2]

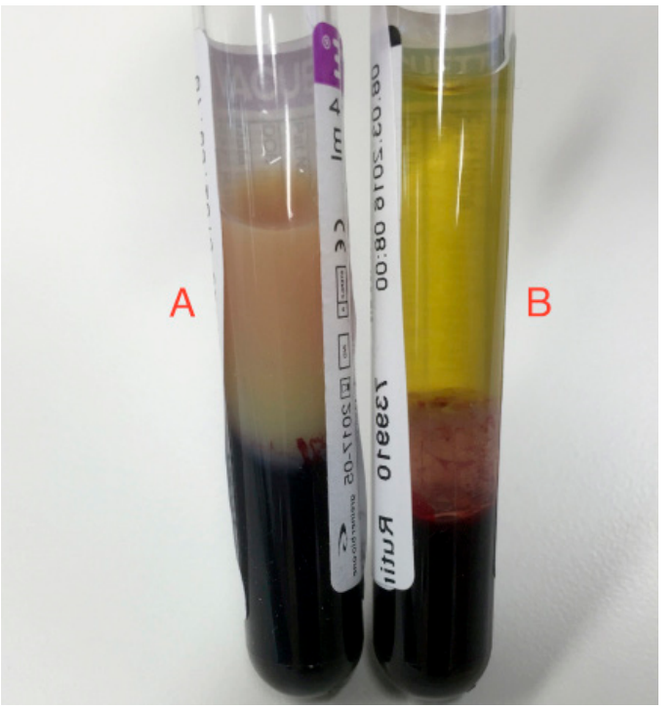
Um það bil 6% af sjúklingum sem koma inn á bráðamóttökur í ketónblóðsýringu eru með ógreinda sýkursýki.[3] Þeir sjúklingar sem koma inn í ketónblóðsýringu með ógreinda sykursýki hafa verri horfur en þeir sjúklingar sem hafa áður þekkta sykursýki.[4] Helstu einkenni ketónblóðsýringar eru þorsti, tíð þvaglát, þreyta og slen, ógleði og uppköst, djúp öndun (Kussmaul-öndun), óráð, meðvitundarskerðing og aceton-lykt úr vitum (sæt lykt).

Alvarlegustu fylgikvillar ketónblóðsýringar tengjast oft meðferð sjúkdómsins sjálfs og eru helst rafjónatruflanir í blóði og heilabjúgur tengdur þeim.[5] Aðrir fylgikvillar eins og svæsin hækkun á blóðfitum er þekkt en afar sjaldgæf.[6]

Tilfelli

Áður hraust 23 ára gömul kona leitar á bráðamóttöku vegna kviðverkja og uppkasta sem staðið höfðu í rúman sólarhring. Verkjunum lýsti hún sem dreifðum og verulega slæmum. Einnig hafði hún í nokkrar vikur fundið fyrir auknum þorsta og tíðum þvaglátum.

Við komu var hún hitalaus, blóðþrýstingur var 150/75 mmHg, púls 135 slög á mínútu og öndunartíðni verulega hröð (>30 á mínútu). Hún kvartaði um mikla kviðverki og fékk verkjastillingu með morfíni.



Mynd 1. *A: Fituríkt sermiglas hjá sjúklingi. B: Eðlilegt sermiglas sem búið er að skilja niður.*

Teknar voru blóðprufur en blóðvökvi reyndist það fituríkur að ekki var unnt að mæla blóðhag (mynd 1). Heildarkólesteról mældist 23,2 mmól/L, þríglýseríð 38,6 mmól/L og blóðsykur mældist 23,0 mmól/L.

Sjúklingi versnaði stuttu eftir komu og við endurmat reyndist hún vera með áberandi Kussmaul-öndun og verulega aceton-lykt úr vitum. Ekki sáust nein merki um fituhnúta eða fituútfellingar á augnloki (*xanthoma* og *xanthelasma*).

[1]Heilsugæslunni Efstaleiti, [2]svæfinga og gjörgæsludeild, [3]bráðadeild, [4]innkirtla- og efnaskiptadeild Landspítala, [5]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Hrafnkell Stefánsson, *hrafnkell.stefans@gmail.com*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.0708.146

Birt með leyfi sjúklings

Greinin barst blaðinu 24. apríl 2017, samþykkt til birtingar 22. júní 2017.

Mæld voru bláæðar blóðgös sem sýndu blóðsýringu, pH 7,06 og í þvagi mældust ketónar og glúkósi. Sjúklingur fékk upphafsmeðferð með vökvagjöf og þegar kalíumgildi lá fyrir var hafin meðferð með insúlíni og vökvagjöf með viðbættu kalíum og var hún lögð inn á gjörgæsludeild Landspítala.

Við nánari sögutöku kom í ljós að sjúklingur hafði breytt miklu í mataræði og meðal annars sleppt allri kjöt- og fiskneyslu undanfarið tæpt ár og aukið neyslu kolvetna. Líkamsþyngd hafði lækkað um 20 kg á 6 mánuðum fyrir komu og var líkamsþyngdarstuðull (Body Mass Index, BMI) 23,3 (hæð 175 cm og þyngd 71,4 kg). Á þremur dögum leiðréttust blóðfitugildi í eðlilegt horf með hefðbundinni meðferð við insúlínháðri sykursýki með ketónblóðsýringu, án nokkurrar sérstakrar blóðfitulækkandi meðferðar. Kviðverkir hurfu án frekari meðferðar. Hún útskrifaðist af spítalanum eftir 5 daga legu og hélt áfram með hefðbundna insúlínmeðferð. Ekki var um neina ættarsögu um sykursýki eða ættlæga kólesterólhækkun að ræða og hún reyndist við nánari skoðun ekki hafa neina aðra fylgikvilla sykursýki. Í eftirfylgd tveimur mánuðum seinna voru blóðfitugildi hennar enn eðlileg og langtímablóðsykur (Hb1Ac) kominn úr 12,2% í 8,6% og síðan rúmum þremur mánuðum seinna var hann kominn í 5,7%.

Umræða

Veruleg hækkun á blóðfitum er þekktur en sjaldgæfur fylgikvilli ketónblóðsýringar. Væg hækkun á blóðfitum getur sést hjá allt að 50% sjúklinga með bráða ketónsýringu.[7,8] Svæsin hækkun á þríglýseríðum, skilgreind sem plasma þéttni yfir 22,4 mmól/L, er mun sjaldgæfari og sést hjá minna en 1% sjúklinga með ketónsýringu.[6] Alvarleg brisbólga getur fylgt verulegri hækkun á þríglýseríðum en reyndist ekki vera til staðar í þessu tilfelli.[9] Í flestum tilfellum er ekki talin þörf á sérstakri blóðfitulækkandi meðferð og leiðréttast blóðfitugildi með hefðbundinni meðferð við ketónblóðsýringu.[8] Kviðverkir sjúklings hurfu við leiðréttingu efnaskiptabreytinganna og reyndust ekki tengjast brisbólgu. Bráðir kviðverkir eru þekktir við hækkaðan blóðsykur með ketónblóðsýringu með eða án brisbólgu. Það vekur eftirtekt hversu alvarlegir kviðverkir sjúklings voru og undirstrikar mikilvægi þessarar mismunagreiningar við bráða kviðverki.

Verulega hátt fituinnihald sermis leiddi til lengri úrvinnslutíma á rannsóknarniðurstöðum. Slík töf getur valdið bæði vandamálum í greiningu sjúkdóms og meðferð þar sem klínískar leiðbeiningar mæla með bið á gjöf insúlíns þangað til niðurstöður kalíumgildis í blóði liggja fyrir. Þetta kom þó ekki að sök þar sem sjúklingurinn fékk rétta greiningu og viðeigandi meðferð tiltölulega fljótt frá komu á bráðamóttöku. Svipuðum tilfellum þar sem greining á ketónblóðsýringu tafðist vegna undirliggjandi mikillar hækkunar á blóðfitum hefur áður verið lýst.[9]

Ekki er ljóst af hverju sumir sjúklingar fá mikla hækkun á blóðfitum í tengslum við ketónsýringu en ekki aðrir. Talið er að insúlínskortur leiði til aukins niðurbrots á fitufrumum sem auki myndun VLDL í lifur sem leiðir svo til hækkunar á kólesteróli og þríglýseríðum.[10]

Próteinið lípóprótein lípasi (LPL) sem myndast fyrst og fremst í fitu og vöðvafrumum stjórnar niðurbroti þríglýseríða. Rannsóknir hafa sýnt að skortur eða genabreytileiki á þessu próteini getur leitt til mikillar hækkunar á blóðfitum í tengslum við ketónblóðsýringu.[11] Einnig er talið að virkni próteinsins minnki við insúlínskort sem gæti skýrt hve margir í ketónblóðsýringu mælast með væga hækkun á blóðfitum.[7]

Sjúklingur hafði breytt mataræði sínu umtalsvert um það bil ári fyrir komu með því að hætta allri kjöt- og fiskneyslu. Við nánari skoðun á hennar mataræði reyndist hún borða hátt hlutfall af kolvetnum og lágt hlutfall próteina. Hefðbundnar mataræðisráðleggingar handa sykursjúkum hafa lagt áherslu á lágt hlutfall af fitu en nýlegar rannsóknir benda til þess að lágt kolvetnishlutfall í fæði gagnist sumum betur til megrunar þegar slíks er þörf.[12,13] Rannsóknir hafa sýnt að þeir sem borða hærra hlutfall af kolvetnum mælast með hærri kólesteról og þríglýseríðgildi í blóði.[14]

Möguleg skýring á háum blóðfitugildum hjá sjúklingi eru nýlegar lífsstílsbreytingar (aukin kolvetnaneysla og minnkuð próteinneysla) í bland við undirliggjandi sykursýki. Genamæling á LPL-próteininu hefur ekki verið framkvæmd hjá sjúklingi. Hafa þarf í huga sykursýki og ketónsýringu hjá sjúklingum með mikla hækkun á blóðfitum. Sjúkratilfellið undirstrikar mikilvægi þess að vera á varðbergi gagnvart hinum ólíku birtingarmyndum ketónblóðsýringar og einnig mikilvægi þess að þekkja mismunandi einkenni þeirra vel.

Heimildir

1. Misra S, Oliver NS. Diabetic ketoacidosis in adults. BMJ 2015; 351: h5660.
2. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. Diabetes Care 2009; 32: 1335-43.
3. Dhatariya KK, Nunney I, Higgins K, Sampson MJ, Iceton G. National survey of the management of Diabetic Ketoacidosis (DKA) in the UK in 2014. Diabet Med 2016; 33: 252-60.
4. Venkatesh B, Pilcher D, Prins J, Bellomo R, Morgan TJ, Bailey M. Incidence and outcome of adults with diabetic ketoacidosis admitted to ICUs in Australia and New Zealand. Crit Care 2015; 19: 451.
5. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Barrett EJ, Kreisberg RA, Malone JI, et al. Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes. Diabetes Care 2001; 24: 131-53.
6. Karagianni C, Stabouli S, Roumeliotou K, Traeger-Synodinos J, Kavazarakis E, Gourgiotis D, et al. Severe hypertriglyceridaemia in diabetic ketoacidosis: clinical and genetic study. Diabet Med 2004; 21: 380-2.
7. Howard BV. Lipoprotein metabolism in diabetes mellitus. J Lipid Res 1987; 28: 613-28.
8. Fulop M, Eder HA. Plasma triglycerides and cholesterol in diabetic ketosis. Arch Int Med 1989; 149: 1997-2002.
9. Aboulhosn K, Arnason T. Acute pancreatitis and severe hypertriglyceridaemia masking unsuspected underlying diabetic ketoacidosis. BMJ Case Rep 2013.
10. Fulop M, Eder H. Severe hypertriglyceridemia in diabetic ketosis. Am J Med Sci 1990; 300: 361-5.
11. Radhakutty A, Shen J, Hooper AJ, Miller SA, Burnett JR, Mah PM, et al. Quantification and genotyping of lipoprotein lipase in patients with diabetic lipaemia. Diabet Med 2014; 31: 1702-7.
12. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2007; 30 Suppl 1:S48-65.
13. Foster GD, Wyatt HR, Hill JO, McGuckin BG, Brill C, Mohammed BS, et al. A randomized trial of a low-carbohydrate diet for obesity. N Engl J Med 2003; 348: 2082-90.
14. Nordmann AJ, Nordmann A, Briel M, Keller U, Yancy WS, Jr., Brehm BJ, et al. Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Int Med 2006; 166: 285-93.

ENGLISH SUMMARY

Severely increased serum lipid levels in diabetic ketoacidosis – case report

Hrafnkell Stefánsson[1], Kristinn Sigvaldason[2], Hilmar Kjartansson[3], Helga Ágústa Sigurjónsdóttir[4,5]

Severe hypertriglyceridemia is a known, but uncommon complication of diabetic ketoacidosis.

We discuss the case of a 23-year-old, previously healthy, woman who initially presented to the emergency department with abdominal pain. Grossly lipemic serum due to extremely high triglyceride (38.6 mmol/L) and cholesterol (23.2 mmol/L) levels were observed with a high blood glucose (23 mmol/L) and a low pH of 7.06 on a venous blood gas.

She was treated successfully with fluids and insulin and had no sequale of pancreatitis or cerebral edema. Her triglycerides and cholesterol was normalized in three days and she was discharged home on insulin therapy after five days.

Further history revealed a recent change in diet with no meat, fish or poultry consumption in the last 12 months and concomitantly an increase in carbohydrate intake which might have contributed to her extremely high serum lipid levels. This case demonstrates that clinicians should be mindful of the different presentations of diabetic ketoacidosis.

[1]General Practice trainee Landspítali University Hospital, [2]Anesthesic Dept. Landspítali University Hospital, [3]Emergency Ward Landspítali University Hospital, [4]Dept. of Endocrinology Landspítali University Hospital, [5]University of Iceland, School of Health Sciences, Faculty of Medicine.

Key words: *diabetic ketoacidosis, hypertriglyceridemia, hyperlipidemia, vegan diet, carbohydrate diet.*

Correspondence: *Hrafnkell Stefánsson, hrafnkell.stefans@gmail.com*

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.

Heilbrigðisstofnun Vestfjarða

VIRÐING + SAMVINNA + TRAUST + JÁKVÆÐNI

LAUSAR STÖÐUR LÆKNA VIÐ HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTFJARÐA



Heilbrigðisstofnun Vestfjarða (HVest) óskar eftir að ráða lækna til starfa við stofnunina á Ísafirði. Um er að ræða eftirtaldar stöður:

Á sjúkrasviði;

Staða skurðlæknis við sjúkrahúsið, sem sinnir almennum skurðlækningum á skurðdeild og göngudeild auk bakvaktar fyrir skurðdeild og fæðingardeild. Hann sinnir einnig slysamóttöku í samvinnu við aðra lækna stofnunarinnar og ráðgjöf. Íslenskt lækningaleyfi og sérfræðiviðurkenning í almennum skurðlækningum er skilyrði. Staðan er laus frá 1. ágúst 2017 eða eftir nánara samkomulagi.

Staða lyflæknis við sjúkrahúsið, sem sinnir almennum lyflækningum á lyflækningadeild og göngudeild lyflækninga ásamt og kemur að ýmsum þáttum heilsugæslu. Hann tekur þátt í bakvöktum í samvinnu við aðra lækna stofnunarinna og veitir ráðgjöf til annarra lækna og deilda s.s. hjúkrunarheimili. Íslenskt lækningaleyfi og sérfræðiviðurkenning í almennum lyflækningum er skilyrði. Staðan er laus nú þegar eða eftir nánara samkomulagi.

Staða yfirlæknis á sjúkrasviði, en sú staða getur hvort heldur verið á hendi starfandi skuðlæknis eða lyflæknis. Yfirlæknir ber ábyrgð á starfsemi og er yfirmaður sjúkrasviðs og er næsti yfirmaður er framkvæmdastjóri lækninga.

Á Heilsugæslusviði;

Staða heilsugæslulæknis, til að sinna almennri móttöku við Heilsugæsluna á Ísafirði, sem og við heilsugæsluna í Bolungarvík og heilsugæsluselin í Súðavík, á Suðureyri, Flateyri og Þingeyri. Viðkomandi tekur þátt í forvöktum og bakvöktum samkvæmt vaktskema í samvinnu við aðra lækna stofnunarinnar. Íslenskt lækningaleyfi er skilyrði og sérfræðiviðurkenning í heimilislækningum er æskileg.

Sérnámsstaða í heimilislækningum,

Við heilsugæslu HVest á norðanverðum Vestfjörðum, með aðalstarfsstöð á Ísafirði. Námið verður byggt á marklýsingu fyrir sérnámslækna í heimilislækningum og þeim reglum er um námið gilda. Þátttaka í vöktum eftir samkomulagi. Íslenskt lækningaleyfi og samþykki kennslustjóra í heimilislækningum er skilyrði.
Næsti yfirmaður er yfirlæknir heilsugæslusviðs.

Störfin bjóða upp á mikla fjölbreytni og möguleika á að móta nýja stofnun, með jákvæðni, sveigjanleika, áreiðanleika og hæfni í mannlegum samskiptum. Áhersla er lögð á sjálfstæði í vinnubrögðum, faglegan metnað, frumkvæði og góða samskiptahæfni. Íslenskukunnátta og ökuréttindi eru áskilin.

- Kjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.
- Umsóknum skal skilað á eyðublöðum sem fást á vef Embættis landlæknis; www.landlæknir.is á netfangið ; hallgrimur@hvest.is eða til HVEST, framkvæmdastjóra lækninga, Torfnesi, 400 Ísafirði
- Starfshlutfall allra ofangreindra starfa er 100% eða eftir nánara samkomulagi.
- Umsóknarfrestur er til 28. júlí 2017.
- Nánari upplýsingar veita; Hallgrímur Kjartansson yfirlæknir og framkvæmdastjóri lækninga, netf.; Hallgrimur@hvest.is s: 897 8340/450 4500 og Kristín B.Albertsdóttir, forstjóri, netf. kba@hvest.is s: 866 8696/ 450 4500.

Þjónustusvæði heilsugæslunnar á Ísafirði nær yfir norðanverða Vestfirði, þ.e. Ísafjörð, Bolungarvík, Súðavík, Suðureyri, Flateyri og Þingeyri. Á Ísafirði er sjúkrahús sem sinnir almennri sjúkrahússþjónustu, s.s. almennri skurð- og lyflæknisþjónustu, auk fæðingarþjónustu. Lögð er áhersla á þverfaglega samvinnu fagfólks.
Á Ísafirði og í nágrenni búa um 5000 manns. Helstu atvinnugreinar eru opinber þjónusta, sjávarútvegur, ferðaþjónusta og verslun. Góðir leik- og grunnskólar eru í bænum ásamt öflugum framhaldsskóla. Einstök náttúra einkennir svæðið, íþróttalíf er fjölbreytt og gróskumikið menningarstarf fer fram allt árið um kring,sérstaklega á sviði tónlistar.

Aldarafmæli Læknafélags Íslands 2018



Birna Jónsdóttir

röntgenlæknir
formaður afmælisnefndar LÍ

birna@rd.is

Undirbúningur er hafinn að afmælishaldi Læknafélags Íslands, LÍ sem verður 100 ára 14. janúar 2018. Til stendur að það verði gert á margvíslegan hátt á víð og dreif allt árið. Við skipulag afmælishalds hefur verið haft að leiðarljósi að læknar gleðjist saman, skemmti hver öðrum og minni í leiðinni á sig í samfélaginu á jákvæðan máta. Afmælisnefnd var skipuð sem unnið hefur hugmyndir um fjölbreytta viðburði sem dreifast eiga yfir árið 2018. Fyrst og fremst vakir fyrir okkur að færa stærstu viðburði í starfi félagsins í hátíðarbúning. Einnig vildum við búa til ný og skemmtileg atriði. Nefndarstarf hefur verið í náinni samvinnu við stjórn LÍ, framkvæmdastjóra, formann Fræðslustofnunar og ritstjórn Læknablaðsins.

Læknadagar

Læknadagar gefa eftir setningarhátíðina 15. janúar og flyst öll dagskrá í Eldborgarsal Hörpu seinnipart mánudags. Von er á hrífandi atriðum beint frá læknum en einnig fáum við góða gesti.

Ætlunin er að hafa þrisvar í Læknadagavikunni opna kvölddagskrá í Hörpu, Norðurljósasal, þar sem almenningi verður gefinn kostur á einhverju af því besta sem í boði hefur verið undanfarin ár. Við höfum vilyrði fyrir endurflutningi á Kaldalónsdagskránni sem þótti takast einkar vel í janúar síðastliðnum til að nefna dæmi. Vonandi tekst okkur líka að halda opinn fræðslufund norðan heiða, HOF hefur verið nefnt í því samhengi en ekki er komin dagsetning.

LÍ tekur við kefli LR hvað varðar árshátíðarhald sem verður með sérstöku hátíðaryfirbragði 20. janúar.

Læknablaðið

Læknablaðið hyggur á greinaflokk í öllum tölublöðum ársins þar sem læknar og mál félagsins gömul og ný, og jafnframt í öðru ljósi en hefðbundið er, verða reifuð. Forsíðumynd og annar leiðari þessara blaða verða tileinkaðir félaginu auk greina, ljósmynda og viðtala.

Fjölbreytt félagslíf

Smærri viðburðum verður dreift yfir bjartari tíma ársins, til dæmis göngum, golfi, fjallaferðum og garðveislu. Ýmis félagasamtök meðal lækna hafa verið virkjuð til dæmis öldungadeild, en þátttaka enn fleiri er vel þegin. Á vegum öldungadeildar er hópur sem tekið hefur að sér að nafngreina einstaklinga sem eru á ljósmyndum úr eigu félagsins, sem nú eru komnar á Þjóðskjalasafn. Þarna er nokkurt safn árgangshópa sem myndaðir voru á seinni hluta 20. aldar. Ætlunin er að setja upp ljósmyndasýningu seinni hluta 2018. Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar FÁSL hefur einnig lýst sig fúst til samstarfs um afmælishaldið.

Innra starf

Siðfræðiþing á vegum LÍ verður haldið í tengslum við ársfund World Medical Association, WMA sem haldinn verður í Reykjavík í október.

Aðalfundur LÍ er samkvæmt venju 21. aldarinnar á haustdögum. Afmælisnefnd væntir sérlega höfðinglegs kvöldverðar með góðum gestum í þeim fundarhöldum en útfærsla verður á vegum stjórnar.

Við sem stöndum að skipulagningu með stjórn lögðum til að fagmenn kæmu að útfærslu stærri viðburða. Ætlunin er að bæta fánaeign félagsins og einnig að útfæra kennimerki svo prenta mætti það á nytjahluti og gera okkur sýnilegri. Í haust á að verða til viðburðadagatal og við viljum hafa hirðljósmyndara með okkur í skipulögðum atriðum. Afmælisnefndin vill svo skila af sér uppgerðu ári í myndum ekki síðar en á Læknadögum 2019.

Með félagskveðju,
fyrir hönd afmælisnefndar,
Birna Jónsdóttir

Ljósmyndir úr eigu félagsmanna LÍ óskast!

Í tilefni aldarafmælis Læknafélagsins kallar *Læknablaðið* eftir ljósmyndum frá félagsmönnum af viðburðum úr starfi félagsins. Myndum af nefndum, ferðum, hópum, ráðstefnum, útskriftarhópum, og öðru sem væri gaman fyrir aðra félagsmenn að sjá og skoða. Á afmælisárinu 2018 er fyrirhugað að birta í hverju tölublaði myndir úr eigu félagsmanna LÍ og búa þannig til myndasafn lækna.

Ritstjórn blaðsins vonar að félagar bregðist vel við og að inn muni snjóa mörgum ljómandi góðum myndum með myndatexta sem skýri myndefnið vel, ásamt mannanöfnum, staðsetningu og ártali, – að því gefnu að það sé þekkt.

Hver á að gera hvað, hvernig og hvar?

– Það eru spurningarnar sem stjórnmálamenn verða að svara til þess að uppbygging heilbrigðiskerfisins skili árangri, segir Óttarr Proppé heilbrigðisráðherra

Þröstur Haraldsson

Það myndast alltaf dálítil spenna í kringum nýja heilbrigðisráðherra. Hvernig gengur þeim að fóta sig innan um alla sérfræðingana í þessu viðamikla kerfi? Kunna þeir einhver skil á því sem þeir eru að gera? Hver eru viðhorf þeirra til helstu álitamála sem heilbrigðiskerfið glímir við á hverjum tíma? Þessar spurningar hafa sjaldan verið háværari þegar núverandi ráðherra tók við í janúarmánuði. Óttarr Proppé hefur ekki svo kunnugt sé mikla reynslu af störfum á sviði heilbrigðismála, þekktur pönkari og hljómlistarmaður og starfaði lengi við bóksölu.

Það var með þessar spurningar sem blaðamaður *Læknablaðsins* fór til fundar við heilbrigðisráðherra og formann Bjartrar framtíðar í Skógarhlíð þar sem ráðuneyti hans deilir húsi með Útlendingastofnun. Áður hafði Óttarr mætt fullum sal af læknum á Landspítala í mars og sloppið nokkuð vel frá því eins og frá var greint hér í blaðinu í apríl. Þá sagðist hann vera staddur í brattri lærdómskúrvu, er hún ekki farin að verða viðráðanlegri?

– Jú, auðvitað fær maður fljótt tilfinningu fyrir þessu sviði, heilbrigðiskerfinu sem er rosalega flókið og stórt. Það þjónar fólki um allt land og þar er stunduð mjög ólík starfsemi, fæðingarstofur, hjúkrunarheimili, starfsemi Lyfjastofnunar og allt þar á milli. Fyrir pólitíkus sem kemur bratt inn í þetta kerfi, eins og ég gerði með litla reynslu, þá getur það virkað sem ókleifur veggur að átta sig á því. En neyðin kennir naktri konu að spinna og grænum pólitíkus að læra þannig að það hefur gengið mjög vel að ná utan um þetta, segir hann.

Hryggjarstykkið í kerfinu

– Það hefur verið afar fróðlegt fyrir mig að setja mig inn í, ekki bara hvaða starfsemi er stunduð á hverjum stað heldur hvernig hún virkar á allt ferlið, heldur Óttarr áfram. – Ég hef stundum sagt í gamni en jafnvel líka dálítilli alvöru að maður verði að muna að starf mitt er að vera heilbrigðisráðherra en ekki veikindaráðherra. Kerfið er dálítið gírað inn á að veita fólki þjónustu þegar eitthvað bjátar á. Þá er ekki síður mikilvægt að hafa í huga að ábyrgð mín felst í að stuðla ekki bara að minni veikindum heldur að auknu heilbrigði, lýðheilsa og forvarnir skipta miklu máli. Eftir því sem ég hitti fleira fagfólk verð ég þess áskynja að það eru mjög margir að hugsa á þeim nótum – um lífsgæði fólks og heilbrigði, tengsl hreyfingar og næringar, kvíða og þess háttar við heilsu og heilsuleysi. Það finnst mér mjög spennandi og gaman að vinna með.

– Hvernig hefur fólk tekið þér?

– Afskaplega vel. Það hefur slegið mig hversu mikill styrkur er í starfsfólkinu, bjartsýni og ástríða fyrir verkefnunum



Heilbrigðisráðherra í góðum gír á stóru norrænu heimilislæknaþingi um daginn í fleytifullri Hörpu. Frá vinstri: Þórarinn Ingólfsson formaður Félags íslenskra heimilislækna, Óttarr, Dagur B. Eggertsson læknir og borgarstjóri, og Emil Sigurðsson heimilislæknir. Myndina tók Arnaldur Halldórsson.

þótt menn horfist í augu við ýmis vandamál. Það er hryggjarstykkið í kerfinu. Í pólitíkinni tölum við gjarnan um uppbyggingu heilbrigðiskerfisins og eigum þar bæði við byggingu nýs spítala en ekki síður mönnun kerfisins. Það eru ekki mörg ár síðan öll ljós blikkuðu vegna stöðunnar í heimilislækningum. Þar lítur staðan betur út en núna virðist vera viðvarandi skortur á hjúkrunarfræðingum víðsvegar í kerfinu, ekki bara á spítalanum heldur líka í heimaþjónustunni og hvar sem maður kemur. Það eru víða áskoranir en almennt er fólk ákveðið í að byggja upp, þróa kerfið áfram og gera það betra. Það er því ákveðinn lúxus að koma inn í starf heilbrigðisráðherra og upplifa að almenningur er meðvitaður um þörfina á uppbyggingu og þrýstir á um hana og pólitíkin eiginlega öll líka. Pólitískar deilur snúast því ekki um að draga saman seglin og spara heldur hversu hratt eigi að auka þjónustuna. Í því felast mikil tækifæri en einnig ábyrgð að gera hlutina vel og standast væntingar.

Upp úr skúffunum

– Þú sagðist ekki ætla að skipa marga starfshópa heldur byggja á þeim úttektum og tillögum sem leyndust í skúffum ráðuneytisins. Hvernig hefur það gengið?

– Þar leynast ýmsar góðar hugmyndir sem mikil vinna hefur verið lögð í. Við höfum verið að vinna okkur út úr kreppu eftirhrunsáranna. Nú er hún frá og þá er mikilvægt að setja fram heildstæða stefnu í heilbrigðismálum, skilgreina hvaða þjónustu við viljum veita, hvernig og hvar. Mér sýnist að um það ríki eining að við höfum látið fyrsta stig þjónustunnar, heilsugæsluna, lýðheilsu- og lífsstílshlutann, drabbast niður á síðustu áratugum. Í stjórnarsáttmálanum og fjármálaáætlun ríkisins tölum við alveg skýrt um nauðsyn þess að styrkja heilsugæsluna og að það verði skýrara að hún verði fyrsta aðkoma fólks að kerfinu. Ef maður skoðar tölfræði um þá sem leita beint til bráðaþjónustu spítala kemur á óvart hversu hátt hlutfall þeirra hefði getað fengið lausn sinna mála hjá heilsugæslunni. Sami vandi birtist líka í því sem kallað er fráflæðisvandi Landspítalans – eitt af þessum nýju orðum sem ég hef orðið að venja mig við. Þar blasir við nauðsyn þess að við ákveðum hvar við viljum veita þjónustu. Þar erum við að veita hana á allt of dýrum stað sem hægt ætti að vera að gera annars staðar.

Verkefnið *Upp úr skúffunum* beinist ekki síst að þessu. Það gengur vel undir stjórn Sigrúnar Gunnarsdóttur aðstoðarkonu minnar. Þau eru að skoða þær skýrslur sem teknar hafa verið saman og samræma þær hugmyndir sem þar er að finna. Í haust verður farið af stað í stefnumótun á þessum grunni, auk þess sem við lítum til þess sem nágrannalönd okkar eru að gera. Í þeirri vinnu verður bæði unnið þverpólitískt og einnig þvert á hópa innan kerfisins. Þarna er verið að skoða krabbameinsáætlun, stefnu í málefnum aldraðra, geðheilbrigðisáætlun sem samþykkt var á Alþingi og fleira. Þessi stefnuplögg hafa verið unnin á löngum tíma með aðkomu margra svo það er óþarfi að nýr ráðherra þurfi alltaf að finna upp hjólið, en skipulagið er grunnatriði í því að gera vel.

– Við megum ekki gleyma því að við erum lítið samfélag og höfum oft ekki mikinn fjölda sérfræðinga í afmörkuðum fögum og heldur ekki margar stofnanir til þess að gera sömu hluti. Það leiðir stundum til þess að við höfum ekki samanburð.

Gera og græja-karlinn

– Ekki alls fyrir löngu var viðtal við Jósep Blöndal lækni í Stykkishólmi í útvarpi. Hann var gagnrýninn á heilbrigðisráðuneytið og sagði að viðhorf þess væri á þessa leið: Ef þið haldið ykkur innan fjárlagaheimilda er okkur slétt sama hvað þið gerið.

– Það er náttúrlega dálítið sérstakt að vera pólitískt kjörinn í embætti heilbrigðisráðherra þar sem kerfið byggir á fagfólki, sérfræðingum sem þekkja fögin sín mjög vel. Það er aldrei hægt að ætlast til þess að ráðherra hafi djúpan faglegan skilning. En það er Alþingi sem ákvarðar fjárveitingar, ekki fjármálaráðuneytið eins og oft heyrist. Velferðarráðuneytið er vel mannað. Hér eru um 100 starfsmenn sem er náttúrlega alveg hlægilega lítið miðað við umfang kerfisins og það sem gengur og gerist í öðrum löndum. Ráðuneytið býr hins vegar að því að í undirstofnunum þess býr mikil þekking og hæfni, Sjúkratryggingum, Lyfjastofnun og Embætti landlæknis. Síðastnefnda embættið er hinn faglegi hluti og það hefur verið að þróast.

En þessi gagnrýni kemur úr ýmsum áttum og við þurfum að taka hana alvarlega. Gera-og-græja-karlinn hefur verið dálítið ráðandi. Við komum einhvern veginn upp aðstöðu til að gera hlutina en eftirlit og gæðakröfur eru oft með þeim hætti að við treystum því bara að fólk vinni vel og standi sig. Þetta kemur til dæmis fram í McKinsey-úttektinni á Landspítalanum þar sem bent er á að það þurfi að herða á gæðaeftirliti. Þetta á víða við en ég held að það sé ekki vegna illvilja í ráðuneytinu eða meðal stjórnenda heldur höfum við leyft þessu að drabbast.

– Jósep nefndi líka deilur milli stofnana sem ráðuneytið tæki ekki á.

– Við megum ekki gleyma því að við erum lítið samfélag og höfum oft ekki mikinn fjölda sérfræðinga í afmörkuðum fögum og heldur ekki margar stofnanir til þess að gera sömu hluti. Það leiðir stundum til þess að við höfum ekki samanburð. Það er vandi í kerfinu sem við þurfum að vera meðvituð um að við getum ekki alltaf leyst. Ég held að sameining heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni hafi verið mikið heillaskref, ég finn þegar ég heimsæki þær að þær eru að verða nokkuð sterkar einingar sem halda úti mörgum starfsstöðvum og flókinni og fjölbreyttri þjónustu. Það þýðir jafnframt að það er meira horft á heildina og þjónustu jafnað yfir svæði sem áður var misjöfn eftir stöðum.

Þarna þarf ráðuneytið að móta skýrari stefnu um það hver á að gera hvað og hvar. Pólitíkin ber þá ábyrgð að setja fram stefnu og útskýra hvað hún vill. Heilbrigðisstofnanirnar starfa ekki í tómarúmi heldur undir handarjaðri ráðuneytisins og undir faglegu eftirliti Embættis landlæknis. Auðvitað myndast hagsmunir og tog í öllum kerfum þar sem fjármunir, starfsemi og starfsfólk kemur við sögu og þar er stjórnun lykilatriði. Það verða aldrei allir ánægðir en stofnanir sem starfa á tilteknu svæði bera ábyrgð á starfseminni á öllu svæðinu. Ég hafna því að bara vegna þess að ég bý í Hafnarfirði og starfa í Reykjavík sé mér sama um aðra staði á landinu. Mín ábyrgð er á öllu kerfinu um allt land. Ég má ekki einskorða hana við það sem mér finnst persónulega.

Fjármálaáætlun endurskoðuð árlega

– Ríkisfjármálaáætlun til næstu 5 ára var samþykkt á vordögum eftir töluverðar umræður þar sem margir gagnrýndu stjórnina fyrir að vera nauma á fé og trega til að hækka skatta.

– Almennt séð höfum við fengið tvær meginathugasemdir við fjármálaáætlunina. Annars vegar að útgjaldaaukningin sé ekki nógu mikil og hins vegar að það sé ekki nógu mikið aðhald í ríkisfjármálum. Við lifum á miklum þenslutímum, samanber nýleg ummæli Seðlabankastjóra, og það hvílir á okkur mikil ábyrgð að halda þenslunni í skefjum. Við höfum þessa tilhneigingu að kynda undir og búa til stórar sveiflur. Það er lagaskylda að leggja fram endurskoðaða 5 ára fjármálaáætlun á hverju ári. Sú aðferðafræði er stórt skref í þá átt að jafna sveiflur og sýna meiri langtímahugsun í fjármálum ríkisins.

Ég skil það þegar fólk í heilbrigðiskerfinu eða annars staðar sér að það væri hægt að nota meiri fjármuni en merki eru gefin um. Það er alltaf hægt að bæta við sig fjármunum. En í fjármálaáætluninni er verið að auka framlög til heilbrigðis- og velferðarmála meira en til nokkurra annarra málaflokka. Yfir þetta 5 ára tímabil er það um 20% raunhækkun til heilbrigðismála sem er auðvitað meira en ekki neitt. Og það er ofan á þá 10% hækkun samkvæmt fjárlögum ársins 2017 sem við fengum í heimanmund þegar við tókum við. Samkvæmt spánum sem við styðjumst við verður heldur þyngra fyrir fæti árið 2018 en svo ætti það að verða auðveldara eftir því sem líður á tímabilið. Þótt við viljum gjarnan styrkja kerfin okkar megum við ekki gleyma því að 10% hækkun á framlögum milli ára eru mjög miklar breytingar.

Það hefur líka verið gagnrýnt að stór hluti aukningarinnar sé vegna byggingar nýja Landspítala. Það er rétt, en sú bygging er líka stærsta verkefni okkar í uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar og er orðið 10-15 árum á eftir áætlun. Við þurfum að sinna því og það mun breyta mjög miklu. Ég get tekið undir að það væri hægt að vinna hraðar.

– Stafar sú óánægja ekki af síendurteknum loforðum um að halda því framlagi utan sviga? Átti sala Landsímans ekki að standa undir nýjum spítala á sínum tíma?

– Jú, það er að mörgu leyti rétt. Umræðan hefur snúist um þetta sérátak sem ekki á að koma niður á rekstri kerfisins að öðru leyti. En byggingin verður ekki fjármögnuð með sparnaði í heilbrigðiskerfinu, þetta er viðbót og það er líka verið að bæta í annars staðar í kerfinu. Bygging nýs Landspítala er heldur ekki upphaf og endir alls. Heilbrigðisþjónustan er fjölbreytt og þar er gífurleg þróun í getu til meðferðar og aðgerða, lyfjum og tækjabúnaði og það mun hafa mikil áhrif á heilbrigðisþjónustuna. Þótt nýtt hátæknisjúkrahús sé nauðsynlegt stöðvast þróunin ekki þegar við klippum á borðann á nýjum Landspítala.

Hjúkrunarheimili og áherslumál

– Á fundinum í vor nefndir þú að fleiri hjúkrunarheimili væru á teikniborðinu.

– Já, samkvæmt fjármálaáætluninni er áætlað að ráðast í nýtt átak í byggingu þeirra. Þörfin er slík að það vantar fleiri heimili, þjóðin er að eldast. En við vitum að með breyttum lífsstíl eru hjúkrunarheimili bara hluti af þjónustu við aldraða. Aukin og fjölbreyttari heimaþjónusta er ekki síður mikilvæg, svo ekki sé minnst á lýðheilsuþætti og heilsueflingu til þess að gera öldruðum kleift að halda heilsu lengur. Þar eru margir sprotar í gangi en við þurfum að herða okkur.

Ég hef tvö áherslumál sem eru annars vegar geðheilbrigðismál og framkvæmd áætlunar um þau sem Alþingi samþykkti. Geðheilbrigðisþjónusta er alltaf að verða mikilvægari til þess að auka getu fólks til þátttöku í samfélaginu. Þetta er algengasta orsök nýgengis örorku og þarna er hægt að gera mjög mikið með tiltölulega litlum fjármunum miðað við margt annað.

Hins vegar er það þróun fjarheilbrigðisþjónustu. Þar þurfum við að taka betur á. Á þessu sviði hefur mikið verið að gerast í Evrópu, Kanada, Nýja-Sjálandi og víðar. Möguleikarnir eru miklir á að veita meiri og betri þjónustu en við gerum nú, auk þess sem fjarþjónusta er ódýrari því læknar og annað fagfólk getur sinnt fólki hraðar og betur með þessari tækni. Reynsla Nýsjálendinga er sú að fjarþjónusta sé ekki bara fyrir þá sem búa afskekkt heldur nýtist hún ekki síður þeim sem búa í borgarsamfélögum. Bara það að geta haft samband við fagfólk án þess að þurfa að mæta á staðinn og bíða á biðstofunni sparar bæði tíma og kostnað fyrir báða aðila.

Aðgengi og jöfnuður skiptir mestu

– Ég get ekki sleppt þér án þess að minnast á heitt mál úr hinni pólitísku umræðu: einkarekstur eða ekki. Málefni Klíníkurinnar og stofnun nýrra einkarekinna heilsugæslustöðva. Er einkarekstur framtíðin?

– Nú erum við farnir að ræða pólitík. Annars vegar vil ég segja að þetta er þróun sem hefur verið að eiga sér stað á löngum tíma, en það hefur eiginlega engin ákvörðun í þessa veru verið tekin af mér sem heilbrigðisráðherra. Það gildir um Klíníkina, starfsemi hennar hefur verið óbreytt í nokkur ár og engin ný ákvörðun tekin um hana. Nýju heilsugæslustöðvarnar eru stofnsettar eftir útboð sem átti sér stað í tíð síðustu ríkisstjórnar.

– En skoðanakannanir sýna að massífur meirihluti almennings er á móti þessu.

– Það sem ég hef verið að segja er að það skorti heildstæða stefnu í heilbrigðismálum. Þegar ég tala við fólk í pólitík skynja ég miklu minni skoðanamun en oft er gefið í skyn. Oft er því haldið fram að menn skiptist í tvo andstæða hópa, þá sem vilja einkavæða allt eða ríkisvæða allt. Þetta er ekki svona einfalt. Um 30% heilbrigðisþjónustu í landinu er veitt af einkaaðilum öðrum en hinu opinbera sem er svipað hlutfall og í Kanada og öðrum nágrannaríkjum okkar. Stærsti hlutinn af þessu eru sjálfseignarstofnanir sem reka til dæmis hjúkrunarheimili, félög á borð við SÁÁ, Krabbameinsfélagið og Reykjalund. Hluti af þessu eru auðvitað sjálfstætt starfandi sérfræðingar, læknastöðvar á borð við Domus Medica og þess háttar. Þetta er auðvitað einkarekin heilbrigðisþjónusta. Nýju heilsugæslustöðvarnar eru reknar á samningi við ríkissjóð og Alþingi setti þeim það skilyrði að ekki yrðu teknar arðgreiðslur út úr rekstri þeirra.

Ég held að þegar fólk tjáir sig um einkarekstur í heilbrigðiskerfinu sé það fyrst og fremst að hugsa um aðgengi að þjónustu og að hún sé rekin út frá almannahag, að menn geti ekki keypt sig fram fyrir á biðlistum og að ekki sé skortur á þjónustu við ákveðna hópa. Ég hef engan hitt sem er ósammála þessu prinsippi, hvorki til hægri né vinstri. Við viljum að íslensk heilbrigðisþjónusta sé á ábyrgð hins opinbera, fjármögnuð og undir eftirliti hins opinbera, en að hvert einasta verk sé unnið af opinberum starfsmönnum er ekki endilega meginatriði.

Ég hef oft þurft að segja það að ég hef engan áhuga á að gera einhverjar róttækar breytingar í þá veru að auka einkarekstur eða einkaþjónustu, í það minnsta ekki fyrr en búið verður að mynda breiða, heildstæða stefnu um slíkar breytingar. Það gildir í báðar áttir svo ég hef ekki áhuga á að breyta hlutum sem virka vel í heilbrigðiskerfinu, svo sem rekstri sjálfseignarstofnana á þjónustu við aldraða eða sérhæfðri þjónustu SÁÁ og Krabbameinsfélagsins, sagði Óttarr Proppé heilbrigðisráðherra.

Heilbrigðisþjónustan er fjölbreytt og þar er gífurleg þróun í getu til meðferðar og aðgerða, lyfjum og tækjabúnaði og það mun hafa mikil áhrif á heilbrigðisþjónustuna. Þótt nýtt hátæknisjúkrahús sé nauðsynlegt stöðvast þróunin ekki þegar við klippum á borðann á nýjum Landspítala.

Heilsugæsla og hollusta á Höfða

– Lengi verið baráttumál heimilislækna að fá að starfrækja eigin stofur, segir Þórarinn Ingólfsson formaður Félags íslenskra heimilislækna sem nýlega hóf starfsemi Heilsugæslunnar Höfða

Þröstur Haraldsson

Á leiðinni upp Ártúnsbrekkuna velti blaðamaður því fyrir sér af hverju búið væri að stofnsetja nýja heilsugæslustöð á Höfðanum. Þetta frekar hráslagalega iðnaðarhverfi þar sem skiptast á steypustöðvar og bílasölur rímaði einhvern veginn ekki alveg við hugmyndir sem maður hefur af hlýlegri heilsugæslu í friðsælu íbúðahverfi. Svo lagði ég bílnum utan við hús þar sem áður voru seldir bílavarahlutir og þar var komið stórt skilti fyrir fjölmargar stofnanir sem allar hafa heilsu og hollan lífsstíl að markmiði. Af hverju hér, Þórarinn Ingólfsson formaður Félags íslenskra heimilislækna og einn af eigendum Heilsugæslunnar Höfða?

– Við sóttumst eftir að fá að vera í Austurbænum, var svarið sem ég fékk. – Hér eru greiðar samgöngur um allt höfuðborgarsvæðið og spennandi tímar framundan í þessu hverfi sem breytir fljótlega um svip. Mér heyrist á borgarstjóra að hér eigi að byggja 17.000 manna íbúðabyggð í kringum okkur og ég spái því að eftir svona fjögur eða fimm ár verði Bíldshöfðinn orðinn eftirsóttasta gatan í bænum og í hjarta hennar verður Heilsugæslan Höfða, bætir hann við brosandi og býður mig velkominn.

Rammgert hús

Húsið er rammgert, enda byggt fyrir Hampiðjuna. Það er tvær hæðir og lofthæðin á þeirri efri töluverð. Á milli hæða er gólfplatan hálfur metri að þykkt svo hægt væri að aka þar um á „payloader“ og flytja til botnvörpur og loðnunætur. Það eru því traustar undirstöður sem reksturinn hvílir á – í þeim skilningi. Á neðri hæðinni er komið apótek og þar stendur til að opna matvöruverslun og veitingastað. Á þeirri efri er svo heilsugæslan og fleira.

– Hér opnuðum við með pompi og pragt þann 1. júní, segir Þórarinn. Þremur vikum seinna voru 4400 manns búnir að skrá sig hjá læknum stöðvarinnar og kvaðst hann mjög ánægður með hversu margir hefðu skráð sig hjá þeim.

– Það hefur ekki verið kynnt mikið en um síðustu áramót breyttist fyrirkomulag heilsugæslunnar þannig að fólk getur nú sótt þjónustu heimilislækna þangað sem það óskar en er ekki lengur bundið við að sækja hana í sínu hverfi. Þú getur fylgt þínum lækni, enda er fólkið sem hingað kemur úr ýmsum hverfum, Grafarvogi, Breiðholti, Árbænum og Vesturbænum, einnig úr Mosfellsbæ, Garðabæ og Hafnarfirði, Grindavík og Suðurnesjum.

Margir eru að fylgja sínum lækni því fólk metur það mikils að geta haldið sama lækni, enda er það einmitt orðin stefna heilbrigðisyfirvalda og Sjúkratrygginga að hver og einn hafi skráðan heimilislækni, segir Þórarinn.

Forsaga málsins hefur verið nokkuð löng. Ríkisstjórn Sigmundar Davíðs ákvað að bjóða út rekstur þriggja heilsugæslustöðva sem reknar yrðu af starfsfólkinu. Fyrir réttu ári voru tilboð opnuð og í september var skrifað undir samninga við tvo hópa lækna sem buðu í reksturinn. Annar var undir forystu Thorbjörns Andersen læknis en sá hópur ætlar að stofna heilsugæslu í Urriðahvarfi í Kópavogi. Hinn er hópur Þórarins sem er að hreiðra um sig við Bíldshöfðann.

Tíu læknar og ýmsir fleiri

– Hér verðum við 10 læknar. Átta eru þegar byrjaðir, einn kemur seinna í sumar og loks ein kona sem er í Svíþjóð og byrjar næsta vor. Starfsemi heilsugæslunnar er móttaka lækna og hjúkrunarfræðinga á fólki í vanda, heilsuvernd, ungbarnaeftirlit, mæðravernd, bólusetningar og öll hefðbundin heilsugæsla. Við teljum okkur vera með úrvalsstarfsfólk. Læknarnir eru allir sérfræðingar í heimilislækningum, blandaður hópur ungra nýútskrifaðra lækna innan um gamla hauka eins og mig og fleiri sem eru búnir að vera 30 ár í bransanum. Hér eru ljósmæður og hjúkrunarfræðingar með langa reynslu af heilsugæslu og aðrir sem hafa reynslu af starfi á sjúkrahúsum og öðru.

Ætlunin er að í öllu húsinu verði heilsutengd starfsemi. Hér á efri hæðinni er Röntgen Domus að innrétta myndgreiningardeild sem verður opnuð seinna í sumar og það sama má segja um Heilsuborg sem Erla Gerður Sveinsdóttir veitir forstöðu. Það er líkamsræktarstöð með áherslu á lífsstíl og að hjálpa fólki sem er með heilsubrest tengdan lífsstílssjúkdómum. Þau eru með 12 sálfræðinga, 10 sjúkraþjálfara, lækna, hjúkrunarfræðinga, næringarfræðinga og ýmiss konar námskeið og úrræði. Hún hefur verið í Faxafeni en er löngu vaxin því plássi yfir höfuð. Hér í húsinu verða líka stofur fyrir



Þórarinn tyllti sér á nýja vorgræna bekkinn á stofu sinni á Höfða. Mynd: ÞH

sjálfstæða starfsemi lækna úr ýmsum öðrum sérgreinum, gigtarlækna, húðlækna, geðlækna og fleiri. Þeir leigja húsnæði hjá Heilsuborg og flytja inn í haust. Hér verður því hægt að bjóða upp á mjög breiða þjónustu.

Bryddað upp á nýjungum

– Okkur leist nú bara miðlungi vel á það í fyrstu að fara inn í verksmiðjuhúsnæði, en þegar menn fara í hönnunarvinnu er hægt að leysa flesta hluti. Okkur finnst hafa tekist að blanda saman þessu hráa verksmiðjuandrúmslofti og mýkri gildum. Við höfum líka notað tækifærið til að brydda upp á nýjungum í starfseminni.

Við tókum þá stefnu að koma upp herbergjum þar sem hjúkrunarfræðingar geta tekið við fólki um leið og það kemur, tekið sögu þess og fundið út um hvað málið snýst. Í sumum tilvikum geta þeir afgreitt málin strax en annars er fólkið sent áfram til okkar læknanna. Auðvitað er kallaður til læknir ef viðkomandi fer fram á það, en með þessu móti teljum við okkur geta stytt biðtímann eftir þjónustu.

Auk þess að geta boðið upp á breiðari þjónustu vonumst við til að fá út úr þessu betra fagumhverfi. Heimilislækningar eru í raun frekar einmanaleg vinna þótt maður sé alltaf að hitta fólk. Menn eru einir inni á sinni skrifstofu og sækja næsta sjúkling endalaust alla daga vikunnar. Hér höfum við skipulagt sameiginlegt skrifstofurými þar sem læknarnir vinna hlið við hlið. Þangað inn er alltaf opið og við erum í stöðugu sambandi við hjúkrunarfræðinga sem eru með sín herbergi en bjóðum líka upp á hefðbundin viðtöl.

Það hefur verið dálítið feimnismál fyrir lækna að leita til annarra lækna. Í Noregi voru sumir heimilislæknar sérstaklega merktir sem „læknar fyrir lækna“ ef þeir tóku á móti öðrum læknum með vandamál. Þannig er það hjá okkur, enda teljum við að læknar eigi ekkert síður að vera með heimilislækni en annað fagfólk.

Hér er fólk ekki skráð á stöðina heldur fær hver og einn sinn persónulega lækni sem hefur yfirsýn yfir mál sjúklingsins. Þróunin er hins vegar sú að heilsuvandi fólks verður æ flóknari svo það er liðin tíð að læknir einn á stofu geti ráðið fram úr öllum vanda. Við þurfum á því að halda að annað heilbrigðisstarfsfólk sé virkara í þjónustu við sjúklinga sem á móti þurfa líka að skilja að það þarf ekki alltaf að vera læknir sem sinnir þeim. Það er til annað fagfólk sem þeir geta treyst. Þannig ætlum við að gera þetta. Við erum mjög vel mönnuð og eigum að geta sinnt um 15.000-20.000 manns þegar allt verður komið í fullan gang.

Við ætlum líka að stofna teymi utan um þá sjúklinga sem eiga við flókinn heilsubrest að etja en þeim fer fjölgandi í takt við það að þjóðin er að eldast. Í stað þess að fólk þurfi að fara á marga staði til þess að fá þjónustu gerum við því kleift að fá hana á einum stað. Við veitum einnig fjölskylduráðgjöf og aðstoðum börn með



Svona lítur framhlið húss Heilsugæslunnar Höfða út. Stöðin er á 2. hæð hægra megin en vinstra megin á sömu hæð er verið að innrétta húsnæði Heilsuborgar og Röntgen Domus. - Mynd ÞH.

athyglisbrest og tilfinningavanda. Við erum með sálfræðinga á okkar snærum og sjúkraþjálfara til að hjálpa fólki með hreyfingu.

Þetta er því mjög breið nálgun, en á að sjálfsögðu eftir að þróast. Þetta er gríðarlega spennandi og hér brosa allir breitt, segir Þórarinn.

Formaður á lokaári

En eins og nefnt var í upphafi er Þórarinn formaður Félags íslenskra heimilislækna og tók sem slíkur á móti 1500 manna hópi heimilislækna sem þinguðu í Hörpu um miðjan júní.

– Ég er raunar á síðasta ári sem formaður, er búinn að sitja í þrjú kjörtímabil og held að flestir séu sammála mér um að nú sé komið nóg. Nú er afstaðið afar vel heppnað norrænt heimilislæknaþing. Þessi þing eru haldin annað hvert ár í löndunum til skiptis svo það líða 10 ár á milli þess sem þau eru haldin hér. Ég leyfi mér að segja – af miklu lítillæti – að þetta hafi verið langflottasta þingið sem haldið hefur verið. Það var metþátttaka, aldrei fleiri erindi, gæðin mikil og aðalfyrirlesarar á heimsmælikvarða. Þetta var líka fyrsta pappírslausa þingið, allt á rafrænu formi.

Það er heilmikið að gerast í stéttinni og ungt fólk að opna augun fyrir því að heimilislækningar veita mikla möguleika. Það er ekki lausn á öllum vanda að byggja hátæknisjúkrahús, við verðum að auka þjónustu við fólk í grasrótinni og nýta svo tæknina þar sem hún á við. Þema norræna þingsins var að hluta til þetta, að við værum komin svolítið framúr okkur sjálfum með oflækningum, ofgreiningum og oftrú á skimununum.

– Hvað hefur borið hæst í félaginu á þessum 6 formannsárum þínum?

– Fyrir utan það að félagið eflir heimilislækningar á allan hátt og styrkja rannsóknir sem þeim tengjast, þá hefur borið hæst þetta gamla baráttumál okkar að fá að reka sjálfir stofurnar okkar, eins og við erum að gera hér á Bíldshöfða. Við höfum furðað okkur á því að okkur hafi verið neitað um þetta. Sjálfur rak ég mína eigin stofu í 12 ár í Noregi en þar og í Danmörku er reglan sú að heimilislæknar reka stofur sínar, gjarnan nokkrir saman, með þjónustusamningi við hið opinbera. Í Svíþjóð er um það bil helmingur heilsugæslunnar einkarekinn og Finnarnir eru að fara inn á sömu braut. Það er undarlegt að upplifa stjórnmálamenn og fræðimenn sem eru iðnir við að benda á Norðurlöndin í samanburði en horfa algerlega framhjá því að heimilislækningarnar þar eru einkareknar með samningi við starfsfólkið. Samt er velferðin hvergi þróaðri en í þessum löndum.

Ég er ekki að segja að opinbera heilsugæslan hafi staðið sig illa, en það hentar ekki öllum að starfa þar og til þess að virkja kraftinn í starfsfólkinu og geta boðið upp á góða þjónustu verðum við að opna fyrir val um rekstrarform. Þetta hefur verið baráttumál okkar og það hefur að hluta til verið leyst með þessu útboði á heilsugæslu. Ég veit að fleiri vilja prófa þetta en það hefur ríkt einhver

tregða gagnvart því að leyfa það og það finnst mér mjög miður. Við megum ekki, af hugmyndafræðilegum ástæðum, neita fólki um þjónustu því þetta snýst um hag almennings.

Vantar fleiri námsstöður

– Hvernig gengur að manna stöður, er skortur á heimilislæknum?

– Já, það er enn skortur á þeim hér á landi. Áhuginn hefur glaðnað en við höfum ekki nógu margar námsstöður. Það er hægt að ljúka sérnámi hér á landi en margir hafa líka farið utan og við vonumst auðvitað til að þeir skili sér heim að lokum. En þetta hefur bara ekki dugað því aldurssamsetning íslenskra heimilislækna er svo óhagstæð að stórir hópar fara á eftirlaun á næstu árum og við höfum ekki undan að mennta nýja. Núna útskrifum við 20 á ári en þurfum 60-80 til þess að halda í horfinu og mæta fólksfjölguninni. Velferðarráðuneytið þarf því að girða sig í brók og fjölga námsstöðum.

Svo getum við vonandi fengið hjálp frá öðru heilbrigðisstarfsfólki við að róa bátnum eins og ég lýsti áðan. Þetta verður enn mikilvægara ef menn ætla að standa við þau orð að auka aðgengið og gera heilsugæsluna að fyrsta viðkomustað fólks í heilbrigðiskerfinu. Þær breytingar eru gerðar að sænskri fyrirmynd en það vantar töluvert upp á að þeim fylgi sama fjármagnið og þar. Við eigum að gera það sama og Svíar en fyrir miklu minni pening. Það gengur auðvitað ekki upp.

Breytingar á Læknafélaginu

– Nú hafa verið lagðar fram tillögur um að breyta uppbyggingu Læknafélags Íslands eins og fram hefur komið hér í blaðinu. Hvernig líst heimilislæknum á þær?

– Okkur líst vel á að FÍH fái beinan aðgang að félaginu. Við höfum lengi verið þeirrar skoðunar að það væri nauðsynlegt fyrir þróun félagsins. Við munum því styðja þessar breytingar á aðalfundi LÍ í október í þeirri fullvissu að rödd heimilislækna verði heldur sterkari en hingað til. Við höfum ýmislegt til málanna að leggja. Svæðaskiptingin hefur leitt til þess að mikil samvinna er á milli heimilis- og sérgreinalækna á landsbyggðinni. Nú söfnum við öllum heimilislæknum undir eitt merki þegar kemur að aðalfundi og málefnum LÍ. Ég held þó að svæðafélögin muni lifa áfram sem samveru-, félags- og fræðsluvettvangur lækna.

Ég hef haft áhyggjur af því að þessar breytingar gætu orðið landsbyggðinni erfiðar og að rödd hennar verði veikari, en við erum þess meðvituð í FÍH að þar er uppruni okkar: sveitalæknirinn með töskuna sína snjáðu. Á móti þessu vinnur að héruðin hafa verið að stækka og því fylgja ýmsir kostir, svo sem að það ætti að vera auðveldara fyrir lækna að fá afleysingu. Það hefur því miður ekki gerst ennþá og enn eru stórir hlutar landsins ómannaðir. Það þýðir að þeir eru mannaðir verktökum sem koma annars staðar frá og stoppa oft stutt við. Þá vantar samfellu í þjónustuna, auk þess sem læknirinn í hinum smærri byggðum gegnir oft mikilvægu hlutverki öðru en því að lækna fólk. Þeir gegna öryggishlutverki, eru oft virkir í menningarlífinu, sinna öldrunarmálum og ýmsu öðru. Þegar héruðum er þjónað af verktökum, oft ungum og reynslulitlum læknum, verður þjónustan ekki sú sama. Hún er miklu lakari, get ég fullyrt, þótt verktakarnir séu ágætis fólk og bjargi byggðunum með því að koma.

Þetta er mesta áskorun okkar núna: að fá unga fólkið okkar til að fara út á land. Kannski þurfum við að veita fólki fríðindi ef það vill gerast sveitalæknar. Það gerðu Bretarnir og ekki eru sveitahéruðin þeirra ýkja afskekkt. Þessu þurfa stjórnmálamenn og þeir sem móta heilbrigðisstefnuna að velta fyrir sér," sagði Þórarinn Ingólfsson formaður Félags íslenskra heimilislækna.

BAYER

Xarelto® rivaroxaban

Xarelto 15 mg/20 mg filmuhúðaðar töflur

▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu til Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is. **Virkt efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúpbláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Frábendingar:** • Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. • Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. • Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðingu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. • Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. • Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur af flokki Child Pugh B og C. • Meðganga og brjóstagjöf. **Markaðsleyfishafi:** Bayer AG. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími: 540 8000. Ítarlegar upplýsingar um lyfið, fylgiseðil og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs eru birt á vef Lyfjastofnunar Evrópu http://www.ema.europa.eu og á vef Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is.
Heimild: Samantekt á eiginleikum lyfs, 05/2017.

Ísland næstbesta land í heimi?

Thor Aspelund prófessor í líftölfræði segir grein í *Lancet* gefa trúverðuga mynd af einum mælikvarða um gæði íslensks heilbrigðiskerfis

Þröstur Haraldsson

Í maí birtist í hinu virta breska læknablaði *Lancet* grein sem vakti talsverða athygli hér á landi. Viðbrögðin voru hins vegar með nokkrum ólíkindum. Í greininni var því nefnilega haldið fram að árangur heilbrigðisþjónustu væri með því besta sem gerist á Íslandi, ef frá er talið dvergríkið Andorra á landamærum Frakklands og Spánar. Yfirleitt þykir Íslendingum hólið frekar gott en í þetta sinn einkenndust viðbrögðin af undrun, vantrú og tortryggni.

Arna Guðmundsdóttir, formaður Læknafélags Reykjavíkur, boðaði til félagsfundar til þess að rýna í niðurstöðurnar sem kynntar voru í þessari viðamiklu grein. Hún fór ekki yfir bæjarlækinn að sækja vatnið þegar hún leitaði að sérfræðingi til að fjalla um málið á fundinum, en hún er gift einum helsta sérfræðingi landsins í líftölfræði, Thor Aspelund prófessor við læknadeild Háskóla Íslands. Hann fór víða í framsögu sinni um *Lancet*-greinina enda af miklu að taka.

Titill greinarinnar í Lancet:

Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 (Lancet online May 18, 2017)

Upphaf greinarinnar:
„National levels of personal health-care access and quality can be approximated by measuring mortality rates from causes that should not be fatal in the presence of effective medical care (ie, amenable mortality"

Íslensk þýðing:
Gæði og aðgengi að heilbrigðisþjónustu í ríkjum heims er hægt að áætla með því að skrá dánartíðni af völdum sjúkdóma sem ættu ekki að vera banvænir þar sem skilvirk læknisþjónusta er fyrir hendi (það er viðráðanleg dauðsföll).

Gömul en endurbætt aðferðafræði

Að baki þessari grein stendur hópur vísindamanna undir forystu Christopher J. L. Murray í Institute for Health Metrics and Evaluation í Háskólanum í Washingtonfylki. Rannsóknaráætlunin ber heitið Global Burden of Disease Study (GBD) og byggir á samstarfi við yfir 1800 vísindamenn í 127 ríkjum. Stofnendur og kostendur stofnunarinnar í Washington eru hjónin Bill og Melinda Gates.

Thor sagði í upphafi að þótt einhverjir hefðu vefengt aðferðafræði greinarhöfunda væri hún alls ekki ný heldur hefði verið notuð talsvert oft til að bera saman árangur heilbrigðiskerfa. Þessi þáttur heitir á ensku „amenable mortality" sem á íslensku gæti útlagst sem „viðráðanleg dauðsföll". Víðara hugtak er „preventable mortality" sem mætti þýða sem „dauðsföll sem hægt er að fyrirbyggja".

Á þessu tvennu er sá munur, að sögn Thors, að síðarnefnda hugtakið, fyrirbyggjanleg dauðsföll, tekur með í reikninginn heilsueflingu, lífsstílsbreytingar, skimun og annað sem dregið getur úr dauðsföllum, en viðráðanleg dauðsföll miðast einvörðungu við ótímabær dauðsföll hjá fólki undir 75 ára aldri sem hægt er að gera kröfu til að heilbrigðiskerfið geti afstýrt miðað við þá getu sem það býr yfir.

Til þess að skýra þetta enn betur sýndi Thor kökurit þar sem þessir tveir flokkar eru bornir saman. Í flokknum „viðráðanleg dauðsföll" eru það helst hjarta- og æðasjúkdómar, krabbamein í brjósti, ristli og endaþarmi, háþrýstingur og lungnabólga, en í flokknum „fyrirbyggjanleg dauðsföll" eru til viðbótar atvik á borð við lungnakrabba, slys, áfengisneyslu, sjálfsvíg. Þetta eru algengustu tegundir dauðsfalla sem falla undir þessa flokka en í *Lancet*-greininni eru allir sjúkdómar sem umrædd vísitala er byggð á – 32 að tölu – taldir upp. Svo beita rannsakendur stöðlun fyrir áhættumun milli landa út frá 79 áhættuþáttum og fá út eina vísitölu fyrir hvern sjúkdóm á bilinu 0-100.

Það er þessi stöðlun sem er mikilvæg nýjung í *Lancet*-greininni Eins og segir um aðferðafræði: T*o isolate the effects of personal health-care access and quality, we risk-standardised cause-specific mortality rates for each geography-year by removing the joint effects of local environmental and behavioural risks.* Þetta gerir samanburðinn á heilbrigðiskerfunum markvissan þar sem búið er að leiðrétta fyrir mun á áhættuþáttum. Það er þá ekki munur í reykingatíðni eða hreyfingu sem skýrir mun í árangri á milli landa.

HAQ visitalan

Vísitalan sem birtist í umræddri *Lancet*-grein er nefnd á ensku *Healthcare Access and Quality Index* (HAQ) sem þýða má sem Vísitala gæða og aðgengis að heilbrigðisþjónustu. Samkvæmt henni er bestu heilbrigðisþjónustuna að fá í þessum löndum:

1. Andorra – **95** stig
2. Ísland – **94**
3. Sviss – **92**

4.-9. Svíþjóð, Noregur, Austurríki, Finnland, Spánn og Holland – **90**

10.-12. Lúxemborg, Japan og Ítalía – **89**

Þess má geta að Danir lenda í 24. sæti þessa lista, Bretland í 30. sæti og Bandaríkin í 35. sæti. Það síðastnefnda skýtur óneitanlega skökku við ef haft er í huga hversu stórum hluta þjóðartekna er varið til heilbrigðismála í löndunum. Banda-



Thor Aspelund líftölfræðingur. Mynd Kristinn Ingvarsson.

ríkjamenn verja langstærstum hluta til heilbrigðismála en virðast ekki fá nóg fyrir peninginn samkvæmt þessum mælikvarða. Á fundinum voru menn sammála um að skýringin á þessari útkomu væri fyrst og fremst mikill ójöfnuður í landinu sem birtist ekki hvað síst í aðgangi fólks að heilbrigðisþjónustu.

Thor vitnaði í ýmsar fleiri vísitölur, þeirra á meðal European Health Consumer Index, fyrir 2015, þar sem mæld er ánægja notenda heilbrigðisþjónustu. Einnig skýrslu sem OECD gaf út árið 2011 og greindi frá dauðsföllum vegna „viðráðanlegra“ sjúkdóma í 31 aðildarlandi OECD árið 2007. Alls staðar er Ísland meðal efstu þjóða. Það er því góð fylgni milli kannana hvað stöðu landsins varðar.

Meðhöndlun eða áhættuþættir?

Það sem skýrir þennan góða árangur Íslendinga og fleiri þjóða eru einkum aukin þekking og framfarir í meðhöndlun krabbameins og hjarta- og æðasjúkdóma. Lífslíkur þjóða hafa víða aukist en ástæður þess eru mjög ólíkar. Í fátækari ríkjum heims hefur verið glímt við afleiðingar hungurs og vannæringar, malaríu, kóleru og smitsjúkdóma á borð við berkla og HIV meðan heilbrigðiskerfi Vesturlanda hafa einkum glímt við krabbamein og hjarta- og æðasjúkdóma. Thor sýndi graf af heimasíðu GBD-hópsins sem sýnir að lífslíkur Íslendinga hafa aukist um 5 ár á árunum 1990-2015. Þar af hefur fækkun dauðsfalla af völdum þessara tveggja sjúkdómaflokka lengt þær um þrjú ár.

Thor varpaði upp grafi frá Hjartavernd sem sýndi dauðsföll vegna kransæðasjúkdóma hér á landi á árunum 1981-2006. Þar sést að árið 1981 dóu 247 Íslendingar á aldrinum 25-74 ára af völdum kransæðasjúkdóma en árið 2006 voru það 79 sem hlutu þau örlög. Hefði dánartíðnin af þessum sökum haldist óbreytt hefðu 374 látist úr kransæðasjúkdómum árið 2006. Framfarir í meðhöndlun og aðrar breytingar hafa því fækkað dauðsföllum af völdum þessa algenga sjúkdóms um 295 á ári! Og þessi þróun hefur haldið áfram síðan.

Thor fékk þá spurningu úr sal hvort vitað væri hvað valdi þessari þróun. Eru það breytingar á áhættuþáttum eða framfarir í meðferð? Hann sýndi annað graf frá Hjartavernd þar sem fram kom að framfarirnar eru að þremur fjórðu hlutum (72,5%) að þakka breytingum á áhættuþáttum, einkum lækkun kólesteróls og blóðþrýstings, auk samdráttar í reykingum. Liðlega fjórðungur (26%) framfaranna skýrist af bættri meðhöndlun, lyfjum og meiri þekkingu á kransæðasjúkdómum. 1,4% er af óþekktum ástæðum. Síðan þessi rannsókn var gerð hefur heldur hægt á breytingum á áhættuþáttum og sumir þeirra raunar aukist, einkum offita og sykursýki 2. Mynstur þessara ástæðna er misjafnt eftir löndum og þróunin virðist vera í þá átt að tveir helstu þættirnir, áhættuþættir og meðferð, verði álíka stórir.

Varasamt að tala kerfið niður

Niðurstaða Thors var sú að greinin í *Lancet* byggðist á áralöngum rannsóknum á heilbrigðiskerfum í 195 löndum heims og fylgni við aðra gæðavísa renndi stoðum undir þá ályktun að niðurstöður hennar væru trúverðugar. Mikilvægt væri að átta sig á því að samanburðurinn væri eftir efnahagslegri stöðu landa, það væri ekki verið að bera saman rík Vesturlönd og fátæk þróunarlönd, eða epli og appelsínur eins og sumir hafa haldið fram.

„Við erum í A-flokki og samanburðurinn er þar. Það eru engin ódýr stig, þvert á móti. Staða Íslands á þessum lista er verðskulduð því hér er dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma og krabbameins lág hjá fólki undir 75 ára aldri, að teknu tilliti til samsetningar áhættuþátta. Það dugir þó ekki til að allir hætti að reykja og fari að hreyfa sig. Það þarf öflugt heilbrigðiskerfi til að bjarga mannslífum og það gerir okkar kerfi,“ sagði hann.

Hann bætti því við að sterk fylgni væri á milli HAQ-vísitölunnar og hlutfalls af þjóðarframleiðslu sem varið er í heilbrigðismál. „Ísland er núna með 8,7% sem gæti verið nálægt hættumörkum og því miður virðist fjárhagsáætlun stjórnvalda til 2022 ekki gera ráð fyrir því að þetta hlutfall hækki.“

Gerður var góður rómur að erindi Thors á fundinum og að því loknu urðu nokkrar umræður um ástæður þess hversu neikvæð viðbrögðin við *Lancet*-greininni hefðu verið. Kannski hitti Ársæll Jónsson naglann á höfuðið þegar hann sagði að þetta væri í anda máltækisins: Enginn er búmaður nema hann berji sér. Það getur verið erfitt að útmála þann vanda sem íslenskt heilbrigðiskerfi á sannarlega við að etja og hrósa samtímis þeim árangri sem það nær! Slík staða reynir á forystumenn og hvort þeir séu færir um að veita jákvæða og hvetjandi forystu. Verst væri ef þeir féllu í þá gryfju að tala kerfið niður.



Stór og glaðvær og bráðmyndarlegur hópur kandídata gefur góða von um öfluga heilbrigðisþjónustu á næstu áratugum!

Kandídatar ársins 2017

Það er óræk vitni um að það sé alveg að fara að fara að bresta á sumarfrí þegar fundarsalur Læknafélagsins í Hlíðasmára fyllist af ungu prúðbúnu og skælbrosandi fólki sem er boðið velkomið í hóp lækna. Þetta er útskriftarboð og viðeigandi rafmögnuð gleðistund, - öll plögg klár, deildarforseti kemur askvaðandi með bókina með læknaeiðnum, snittuframleiðandinn mætir með nokkur bretti af kræsingum og það er alltaf á nippinu með að blómin gleymist!

Alls voru 70 kandídatar boðnir í hóf til Læknafélagsins á dögunum til að fagna útskrift úr læknadeild. Læknadeild Háskóla Íslands útskrifaði 47 kandídata í júní og tvo í febrúar. Síðustu ár hafa íslensk ungmenni sótt sér læknismenntun víðar, - og í ár komu 13 kandídatar frá Ungverjalandi, 6 frá Danmörku, einn frá Svíþjóð og einn frá Póllandi. Kynjahlutföll voru 38 stelpur og 32 strákar, - sem sagt jafnara en oft áður.

Þorbjörn Jónsson formaður bauð alla velkomna háa og lága, og ítrekaði við unga fólkið að þessi áfangi væri sá merkasti sem þau næðu í lífinu, - ekkert myndi toppa það að ná kandídatsprófi, hvorki barnsfæðingar né brúðkaup.

Kandídatar meðtóku þetta og röðuðu sér síðan stillt og prúð upp fyrir myndatöku og skráðu svo nöfn sín í þá bók sem geymir sjálfan læknaeiðinn, og öll nöfn íslenskra lækna eru rituð.

Engilbert Sigurðsson forseti læknadeildar þakkaði kandídötum góða viðkynningu og bað þau að minnast þess að lífið væri núna, það að njóta dagsins væri mikilvægast af öllu og ekki eftir neinu að bíða með það. Kristján Erlendsson, Páll Matthíasson og Ólafur Ólafsson ávörpuðu líka viðstadda og óskuðu hinum útskrifuðu alls hins besta í hinum krefjandi en gefandi heimi læknisstarfsins.

Texti og myndir Védís.

Læknablaðið óskar nýútskrifuðum kandídötum til hamingju með áfangann!

Aaron Palomares	*Ungverjaland*
Aðalsteinn Hjörleifsson	
Andrea Bára Stefánsdóttir	
Anna Kristín Gunnarsdóttir	
Anna Mjöll Matthíasdóttir	
Arna Reynisdóttir	*Ungverjaland*
Arnar Freyr Óskarsson	
Arnljótur Björn Halldórsson	
Aron Hjalti Björnsson	*Ungverjaland*
Atli Þengilsson	
Benedikt Halldórsson	*Ungverjaland*
Berglind Bergmann Sverrisdóttir	
Bryndís María Theodórsdóttir	*Danmörk*
Daníel Arnarson	
Emelie Pitkänen Fungbrant	*Svíþjóð*
Emil Þór Kristinsson	*Ungverjaland*
Erna Hinriksdóttir	
Erna Sif Óskarsdóttir	
Eva Hrund Hlynsdóttir	
Eyrún Arna Kristinsdóttir	
Eva Lind Ingadóttir	*Ungverjaland*
Finnbogi Ómarsson	
Guðmundur Dagur Ólafsson	
Guðrún Katrín Oddsdóttir	
Gunnar Björn Ólafsson	
Hallgrímur Óskar Hallgrímsson	*Ungverjaland*
Haukur Kristjánsson	
Helga Rún Garðarsdóttir	
Helga Magnúsdóttir	
Helgi Guðmundur Ásmundsson	
Helgi Kristjánsson	
Hildur Arnardóttir	*Danmörk*
Hilmar Þór Dagsson	*Ungverjaland*
Hrafnhildur Gunnarsdóttir	
Hrafnkell Óskarsson	
Ingibjörg Heiðdal	*Danmörk*
Indriði Einar Reynisson	
Jóhanna Rún Rúnarsdóttir	*Pólland*
Jón Halldór Hjartarson	
Jón Magnús Jóhannesson	
Karen Lind Óladóttir	*Ungverjaland*
Klara Guðmundsdóttir	
Linda Björk Kristinsdóttir	
Margrét Guðný Ásbjarnardóttir	
Margrét Hlín Snorradóttir	
Nils Daníelsson	*Danmörk*
Oddný Ómarsdóttir	*Ungverjaland*
Oddur Björnsson	
Páll Óli Ólason	
Perla Steinsdóttir	
Pétur Rafnsson	
Sara Magnea Arnarsdóttir	
Sigríður María Kristinsdóttir	
Sigrún Birna Hafsteinsdóttir	*Danmörk*
Sigrún Lína Pétursdóttir	
Sigurður Jón Júlíusson	
Stefán Árni H. Guðjohnsen	
Steinar Orri Hafþórsson	
Steinn Thoroddsen Halldórsson	
Steinþór Árni Marteinsson	
Una Emilsdóttir	*Danmörk*
Unnur Lilja Úlfarsdóttir	
Unnur Tara Jónsdóttir	*Ungverjaland*
Unnur Ósk Stefánsdóttir	*Ungverjaland*
Viktoría Hróbjartsdóttir	*Ungverjaland*
Yrsa Yngvadóttir	
Ýmir Óskarsson	
Þórhildur Helga Guðjónsdóttir	
Útskrifuðust í febrúar:	
Hildur Þóra Franklín	
Samúel Sigurðsson	



Unga fólkið hlýðir á boðskap sér eldri og reyndari.



Engilbert minnti á að líf vort hratt fram hleypur, hafandi enga bið einsog Hallgrímur Pétursson kvað forðum.



Þorbjörn formaður bauð viðstadda velkomna.



Kristján Erlendsson, Páll Matthíasson, Óskar Reykdalsson, Sigurbjörn Sveinsson og Kristófer Þorleifsson fögnuðu nýjum kollegum.



Kristján sagðist hlakka til að vinna með þessu góða nýútskrifaða fólki.

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

Sérnám á Íslandi hækkar staðalinn og bætir heilbrigðiskerfið

Rætt við Reyni Tómas Geirsson formann mats- og hæfisnefndar sem vinnur að því að meta og staðfesta íslenskt sérnám í mörgum greinum læknisfræðinnar

Þröstur Haraldsson

Eins og lesendum þessa blaðs er kunnugt er meginreglan í námi lækna sú að þegar almennu læknanámi lýkur þurfa ungir læknar að fara til útlanda og læra sérgreinina sem þeir hyggjast stunda. Fram til þessa hafa fáar undantekningar verið á þessu, en útlit er fyrir því að það breytist á næstu árum. Innan ekki svo langs tíma gæti verið hægt að stunda sérnám hér á landi að hluta eða öllu leyti í 10-12 sérgreinum, jafnvel fleirum.

Eins og fram kom í maíhefti *Læknablaðsins* var gefin út ný reglugerð um framhaldsnám og starfsréttindi lækna vorið 2015. Þar er kveðið á um þau stig sem læknar ganga í gegnum að loknu almennu læknanámi: kandídatsárið, sérnám í aðalgrein og oft nám í undirsérgrein. Inga Sif Ólafsdóttir sagði frá þeim breytingum sem gerðar hafa verið á kandídatsárinu – sem nú heitir reyndar starfsnám – og nú er röðin komin að mats- og hæfisnefndinni sem viðurkennir reglur um sérfræðinám lækna hér á landi.

Þar er formaður Reynir Tómas Geirsson prófessor emerítus í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum. Hann var tilnefndur í nefndina af Háskóla Íslands, Leifur Bárðarson af Landlæknisembættinu og Elínborg Bárðardóttir af Læknafélagi Íslands. *Læknablaðið* hitti Reyni Tómas að máli og innti hann eftir starfi nefndarinnar og hvað liði framgangi sérfræðináms hér á landi.

Sérnám í boði frá 1995

– Mikil og góð vinna hefur verið lögð í það að byggja upp sérnám hér á landi af hálfu sérgreinanna sem hafa eða ætla að koma því upp, segir Reynir Tómas. Hér hefur verið haldið uppi sérnámi fyrir lækna í tveimur greinum. Félag íslenskra heimilislækna og Heilsugæslan eiga sér 22 ára langa og farsæla sögu við að byggja upp sérnám í heimilislækningum á Íslandi og árið 2003 var fyrst boðið upp á sérnám fyrir geðlækna á geðdeild Landspítala. Nýja reglugerðin sem við störfum eftir breytir stöðu þessa sérnáms verulega, hún setur þetta nám í fastari búning. Nú verða námslæknar að vera á viðurkenndum námsstað og það verður að vera fyrir hendi marklýsing sem segir fyrir um það hvernig námið eigi að vera. Sú marklýsing þarf að taka mið af því hvernig þessu námi er háttað í nágrannalöndum okkar í Evrópu og að einhverju leyti í Norður-Ameríku. Þessar tvær greinar eru nú komnar með nýjar marklýsingar og það er búið að gera úttekt á geðsviðinu sem námsstað og samþykkja nýja marklýsingu fyrir nám í geðlækningum. Samþykktarferlið er í gangi varðandi nýju marklýsinguna fyrir heimilislækningar, en það er heldur tímafrekara að taka út námsstaðina sem eru á heilsugæslustöðvum um allt land. Okkur ber svo að endurmeta stöðuna á hverjum stað á fjögurra ára fresti, segir hann.

Starf mats- og hæfisnefndarinnar hófst árið 2015 og fyrsta stóra verkefnið var að þýða og ganga frá marklýsingu fyrir starfsnámið en hún var að mestu leyti fengin að láni frá Bretlandi. Talið var nauðsynlegt að þessi marklýsing væri á íslensku og aðeins væri ein marklýsing fyrir starfsnámið. Kandídatsárið bætist þannig við læknanámið og hefur það markmið að sá sem hefur hlotið grunnþekkingu í læknisfræði verði að enn betri fagmanni sem læknir, segir Reynir Tómas.

Alþjóðasamstarf gerir kröfur

Og hann heldur áfram: – Í fyrravor sendum við bréf til allra þeirra sérgreinafélaga sem höfðu lýst vilja til að hafa sérnám á Íslandi. Geir Gunnlaugsson fyrrverandi landlæknir hafði gert úttekt á því sumarið 2015 og komist að því að 14 sérgreinar og sérgreinafélög vildu koma upp fyrsta hluta sérnáms á Íslandi auk heimilislækninga og geðlækninga sem buðu fullt sérnám. Nú stefnir í að 13 greinar bjóði upp á slíkt nám og þær verða með eins til þriggja ára byrjunarnám sem síðan yrði lokið erlendis.



Reynir Tómas Geirsson. Mynd ÞH.

Við þurfum að byggja upp kerfi sem stenst samjöfnuð við það sem gerist í nágrannalöndum okkar. Við eigum í samstarfi við Evrópu og Norðurlöndin og þar eru í vaxandi mæli gerðar kröfur um opinbera staðfestingu stjórnvalda á náminu. Þess vegna þarf að taka út námsstaðina og viðurkenna þá ásamt marklýsingunum. Við báðum því allar sérgreinarnar sem lýstu yfir vilja til að halda uppi sérnámi að fara yfir 21 atriði sem tíunduð voru í bréfi sem við sendum þeim í fyrravor. Í vetur höfum við svo rætt við formenn sérgreinafélaganna, forsvarsmann fræðasviðsins og kennslustjóra námsins um fyrirkomulag námsins, meðal annars til að tryggja að það standist gæðakröfur og að hægt sé að veita kennslu á nógu breiðum grunni. Þetta virðist vera að gerast hjá flestum þessara sérgreina, þótt sumar þurfi meiri undirbúning en aðrar.

Sérgreinarnar sem voru byrjaðar að bjóða sérnám höfðu valið mismunandi leiðir. Sumar hafa gert sína eigin námsskrá eða marklýsingu með hliðsjón af því sem gerist í öðrum löndum, svo sem geðlæknarnir og heimilislæknarnir. Aðrir hafa tekið upp erlenda marklýsingu, og lyflæknar voru búnir að því áður en nefndin tók til starfa í samvinnu við Royal College of Physicians í Bretlandi. Við höfum tekið það nám út og samþykkt þriggja ára sérnám í lyflækningum. Aðrar greinar sem eru að taka upp breskar marklýsingar eru bráðalækningar, skurðlækningar, svæfinga- og gjörgæslulækningar og fæðinga- og kvensjúkdómalækningar. Bæklunarlæknar ætla að nota sænska fyrirmynd, barnalæknar munu sennilega styðjast við breskt módel og barna- og unglingageðlæknar ætla að styðjast við evrópskar reglur frá systursamtökum sínum. Aðrar sérgreinar með nám í mótun eru meinafræði, myndgreining og augnlækningar.

Það sem núna liggur fyrir er að klára úttektir og samþykktarferli fyrir allar þessar sérgreinar. Við vonumst til þess að geta í haust samþykkt námsstaði og marklýsingar fyrir að minnsta kosti 10-12 samþykktar sérgreinar á Íslandi og í framhaldi af því gætu fleiri bæst við, segir Reynir Tómas.

Mönnunin víðast hvar góð

– Er nógu mikið til af fagmönnum til að halda þessu námi úti?

– Í öllum stóru sérgreinum læknisfræðinnar er svarið já. Það eru til litlar sérgreinar þar sem þeir eru of fáir. Við höfum sett viðmið um fjölda sérfræðinga á hverri deild og í heilsugæslunni til þess að geta sinnt krefjandi kennslu af þessu tagi. Það þurfa að vera nógu margir sérfræðilæknar til þess að styðja við námslækninn á hverri stöð. Það gengur til dæmis ekki að hafa bara einn sérfræðilækni á heilsugæslustöð til að kenna. Það þurfa að vera fleiri tiltækir. Við höfum samt ákveðið að vera nokkuð víðsýn í þessu. Það eru til dæmis staðir í heilsugæslunni þar sem læknar með annars konar sérfræðimenntun geta stutt við faglækninn, en meginreglan er sú að það þurfi að vera að minnsta kosti tveir og helst þrír á hverjum stað.

En það lyftir stöðunum óneitanlega mikið að hafa námslækni og gott skipulag gerir sérnámið á Íslandi mun eftirsóknarverðara fyrir unga lækna. Í sumum tilvikum er það þó vandamál að á spítölunum er ekki hægt að sjá allt sem þarf að læra. Bæklunarlæknar senda til dæmis sína námslækna í Orkuhúsið til þess að þeir fái betri reynslu af liðspeglunum og skyldum aðgerðum.

– Hver ber ábyrgð á því að námslæknar fái þá menntun sem þeir eiga tilkall til?

– Kennslustjórinn ber ábyrgð á skipulagi námsins en hver og einn námslæknir hefur sinn lærimeistara eða mentor. Að auki eru allir sérfræðingar á viðkomandi deild eða stofnun klínískir kennarar. Menn eiga að hitta lærimeistarann með reglubundnu millibili og færa loggbók um allt sem þeir gera. Hún er svo yfirfarin og skapar grunn fyrir að sýna hvað námslæknirinn hefur verið að gera og að hann hafi kynnst þeim margvíslegu atriðum sem þarf að sinna í viðkomandi sérgrein. Í marklýsingunni eru tilgreind inntökuskilyrði og menn eiga að vera kallaðir í viðtal ekki síðar en eftir eitt ár til að leggja mat á hvort viðkomandi finni sig í sérgreininni. Af og til gerist það að sérgrein hentar lækninum af einhverjum ástæðum ekki. Þessu verða menn að taka, þetta er hluti af matinu.

Kostnaðurinn skilar sér til baka

– Eitthvað hlýtur þetta nám að kosta?
– Já, við höfum komist að raun um það að svona sérnám verður ekki rekið á spítölunum eða í heilsugæslunni án þess að það kosti eitthvað. Það þarf að hafa kennslustjóra á hverri deild sem er með sérnám og ætla honum tíma til að sinna því, ekki undir einu dagsverki á viku á stærri spítalaeiningum, til dæmis á lyflækningadeild Landspítala þar sem sérnámslæknar geta verið yfir 40 talsins. Einnig þarf að vera ritari kennslustjóranum til aðstoðar. Þetta rekst ekki áfram á áhuganum einum saman. Ef svona stjórnun á að vera aukaverk verða menn bara þreyttir og missa áhugann á að drífa námið nægilega vel áfram. Það þarf fastmótað kerfi sem tengist menntasviði spítalans og innan heilsugæslunnar þarf sérnámið líka að fá fastari grunn í því sem hefur verið kallað þróunarstofa heilsugæslunnar. Stjórnvöld verða að koma inn með fjármagn til að kosta stöður kennslustjóra og ritara.

Á móti sparast ýmislegt. Við verðum með unga og áhugasama námslækna í tvö eða þrjú ár á spítölunum eða í heilsugæslunni sem kosta minna en sérfræðilæknar. Þeir hækka líka staðalinn því það þarf að vinna þannig að sérnámslæknarnir læri réttu og gagnreyndu handbrögðin, aðferðirnar og fagmennskuna. Það þarf að þróa sérgreinarnar áfram út af kennslunni, sömuleiðis vísinda- og rannsóknastarf og gæðaverkefni sem nemendurnir þurfa að hafa með höndum. Á þessu græðir samfélagið og þar með ríkið, heilsugæslan og stóru spítalarnir eða aðrar kennslueiningar. Það myndast oft margra ára gat sem spítalinn þarf að brúa meðan ungir læknar eru erlendis í sérnámi. Nú er von til þess að þeir verði í mun meiri mæli hér heima í 2-3 ár í sérnámi eftir starfsnámið, fari síðan utan í 2-4 ár til að ljúka því og breikka reynsluna, og komi svo aftur, en séu ekki 6-10 ár í burtu eins og oft hefur verið reyndin. Sumir verða auðvitað lengi erlendis, sérstaklega þeir sem vilja ná ákveðnum akademískum framgangi og þjálfun í leiðtogahlutverki framtíðarinnar.

Viðurkenning námsins er brýn

Það er á Reyni Tómasi að heyra að reglugerðin hafi lagt grunninn að framfaraskrefi fyrir íslenskt heilbrigðiskerfi.

– Já, ég held að við séum á mjög réttri leið með þessa reglugerð. Við höfum fundið fyrir skilningi og velvilja í ráðuneytinu og þessi nefnd er dálítið sérstök að því leyti að hún hefur ákveðin „völd“. Við eigum að viðurkenna námsstaði og við getum tekið þá viðurkenningu til baka ef staðirnir virka ekki rétt. Við höfum ýmislegt að segja um það hvernig marklýsingarnar eru og hvernig þær eru notaðar. Þegar við höfum viðurkennt einhvern stað sem námsstað eða marklýsinguna sem gilda, er tilkynning um það send í ráðuneytið sem væntanlega fellst á mat nefndarinnar, sé það rökstutt. Svo sendir ráðuneytið tilkynningu til Embættis landlæknis þar sem hún birtist á heimasíðunni. Þar með er námið með opinbera viðurkenningu og að fullu viðurkenningarhæft á erlendum deildum, í það minnsta í Evrópu. Þetta er mikilvægt vegna þess að það eru ferli í gangi í Evrópu þar sem þessa er krafist í auknum mæli, auk þess sem viðurkenning á námsferlum er hvati til þess að við gerum þetta nægilega vel.

Fyrri tilraunir með að koma upp sérnámi hafa oft ekki haft nægilega góðan grunn hér á landi, nema hjá heimilis- og geðlæknum. Í öðrum greinum vantaði því miður oft upp á að hægt væri að sýna fram á nægilega gott skipulag sérnáms sem háð er gæðaeftirliti. Menn hafa verið að koma til starfa á erlendum spítölum með falleg bréf frá sínum yfirmönnum, en ekki var unnt að sýna fram á hvað hafði verið gert í framhaldsnáminu og hvaða reynslu menn höfðu öðlast. Þetta þurfum við að byggja upp með betri hætti, – það kostar en skilar sér til baka til samfélagsins, segir Reynir Tómas Geirsson að lokum.

Staða sérfræðilæknis laus til umsóknar

Staða sérfræðilæknis á sjúkrahúsinu Vogi er laus til umsóknar. Starfið, reynsla og þjálfun, nýtist læknum í flestum sérgreinum.Starfshlutfall er 100% en hlutastarf kemur til greina. Staðan er laus nú þegar eða eftir samkomulagi.

Helstu verkefni og ábyrgð
Þátttaka í daglegri læknisþjónustu með vaktaskyldu á Sjúkrahúsinu Vogi og öðrum starfsstöðum SÁÁ. Fjölbreytt og gefandi starf við fíknlækningar. Samskipti og þjónusta við sjúklinga, kennsla og þverfagleg samvinna á sérhæfðu sjúkrahúsi.

Hæfniskröfur

- Fullgild sérfræðiréttindi
- Góð færni í mannlegum samskiptum og skipulögð vinnubrögð

Kjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands. Umsóknum skal skilað á Sjúkrahúsið Vog, Stórhöfða 45, 110 Reykjavík eða í tölvupósti á saa@saa.is

Nánari upplýsingar veitir
Valgerður Rúnarsdóttir, forstjóri
s. 824 7602, netfang: valgerdurr@saa.is

Haustþing Læknafélags Akureyrar verður haldið laugardaginn 14. október í sal Menntaskólans á Akureyri

Höfuðatriði læknisfræðinnar

málþing um háls,- nef,- og eyrnalækningar

Dagskrá þingsins:

08:30-09:00 Skráning	
09:00-09:10 Setning þings	Valur Þór Marteinsson formaður
09:10-09:20 Kynning	Hannes Petersen HNE læknir
09:20-09:40 Ég er með kökk í hálsinum	Kristján Guðmundsson HNE læknir
Hvað gera.....	
09:40-09:50 Lyflæknar við bakflæði	Guðjón Kristjánsson meltingarlæknir
09:50-10:00 Skurðlæknar við bakflæði	Sigrún Benediktsdóttir sérnámslæknir
10:00-10:10 HNE læknar við bakflæði	Hannes Petersen HNE læknir
10:10-10:40 Kaffihlé	
10:40-11:00 Nú er nefið snúið	Einar Thoroddsen HNE læknir
11:00-11:20 Nú er nefið bólgið	Einar Hjaltested HNE læknir
11:20-11:40 Nýjungar í nefholuaðgerðum	Erlingur H. Kristvinsson HNE læknir
11:45-12:00 Samantekt morguns	Allir fyrirlesarar
12:00-13:00 Matarhlé	
13:00-13:20 Er hnúturinn á hálsi krabbamein?	Friðbjörn Sigurðsson krabbameinslæknir
13:20-13:40 Hvað gerum við með hnúta á hálsi?	Birgir Briem HNE læknir
13:40-13:50 Yfirlit yfir svima	Einar Hjaltested HNE læknir
13:50-14:15 Svimi og geðveiki	Sigurður Stefánsson HNE læknir
14:15-14:45 Uppvinnsla svima hjá öldruðum	Bergþóra Baldursdóttir sjúkraþjálfari
14:45-15:15 Kaffihlé	
15:15-15:45 Svimi og stoðkerfi	Hannes Petersen HNE læknir
15:45-16:00 Samantekt eftirmiðdags	Allir fyrirlesarar

Þátttökugjald er 8000 kr. Nemar greiða 3000 kr.

Skráning: haustthing2017@gmail.com



Frá Hraunvötnum. Ljósm. P.Á.

Ferð öldungadeildar LÍ að Veiðivötnum 9.-10. júní 2017

Páll Ásmundsson

Haldið var frá Reykjavík árdegis. Í förinni voru 42 auk bílstjóra og fyrri daginn slóst í för sem leiðsögumaður Guðni Ágústsson fyrrum alþingismaður og ráðherra. Reyndist hann hinn skemmtilegasti og lét marga góða sögu fjúka auk ómælds fróðleiks. Fyrst var ekið um Þrengsli og Eyrarbakka til Stokkseyrar en þar skoðuðum við Veiðisafnið. Undruðumst við þann fjölda uppstoppaðra dýra sem þar er að finna, allt frá ljónum til hvítabjarnar.

Nú var ekið að Austari-Meðalholti í Flóa. Þar hefur bóndinn og listamaðurinn Hannes Lárusson ásamt konu sinni Kristínu endurbyggt torfbæ þann sem hann fæddist í. Hér er allt af natni gert og gaman að setjast inn á rúm í gömlu baðstofunni og lifa sig inn í gamla tíma. Þarna er einnig frábært safn ljósmynda af gömlum torfbæjum.

Héðan var ekið upp að Selfossi og að kirkjunni í Laugardælum. Þar messaði Guðni yfir okkur og sagði frá Bobby Fischer sem þar er jarðaður fyrir kirkjudyrum. Að því búnu var haldið í aðalstöðvar Mjólkursamsölunnar. Þar gæddum við okkur á skyri og rjóma og gæðaostum meðan við hlustuðum á fyrirlestur um fyrirtækið.



Hluti hópsins við skálann í Veiðivötnum. Ljósm. P.Á.

Frá Selfossi var haldið að upptökum Flóaáveitunnar nálægt Brúnastöðum, fæðingarstað Guðna. Áveitan var grafin á árunum 1922-1928 og var þá mannvirki á heimsmælikvarða, um 300 km löng, að mestu handgrafin. Skoðuðum við flóðgáttina sem hleypir vatninu úr Hvítá og þótti mikið til koma.

Frá Brúnastaðaflötum héldum við að brugghúsinu í Ölvisholti og fengum að smakka á nokkrum þeirra 7 bjórtegunda sem þar eru framleiddar meðan við fræddumst um bjórgerð. Héldu menn þaðan glaðir og reifir. Guðni kvaddi nú hópinn og var þökkuð frábær leiðsögn.

Var nú ekið um Skeið og Hreppa allt að Hafinu norðan við Búrfell en þar hefur Landsvirkjun reist tvær vindmyllur til raforkuframleiðslu. Áform eru um að reisa þarna „vindmyllugarð“ með allt að 58 myllum með 200 MW framleiðslugetu. Um þetta fræddi okkur ungur verkfræðinemi á vegum Landsvirkjunar. Virtist okkur sem þetta væri kjörinn staður fyrir slíkan skóg og tiltölulega lítil sjónmengun yrði af honum.

Nú var haldið rakleiðis upp í Hrauneyjar þar sem eru tvö hótel á vegum Friðriks Pálssonar. Hópnum var skipt niður á hót-

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Kristófer Þorleifsson formaður, Jóhannes M. Gunnarsson ritari, Guðmundur Viggósson gjaldkeri. Kristrún Benediktsdóttir, Margrét Georgsdóttir.

Öldungaráð
Bergþóra Ragnarsdóttir, Hörður Alfreðsson, Magnús B. Einarson, Reynir Þorsteinsson, Snorri Ingimarsson, Þórarinn E. Sveinsson.

Umsjón síðu
Páll Ásmundsson
Vefsíða: http://innri.lis.is/oldungadeild-li



Hekla gnæfir yfir Bjólfell séð frá Svínhaga. Ljósm. P.Á.



Flóðgátt Flóaáveitunnar. Ljósm. P.Á.

elin en ágætur kvöldverður var snæddur á Hótel Hálandi.

Morguninn eftir höfðum við fengið nýjan leiðsögumann, Gylfa Pál Hersi jarðeðlisfræðing hjá ÍSOR, sem fylgdi okkur seinni daginn. Reyndist hann jafnágætur og Guðni þótt ekki séu þeir líkir.

Ekið var af stað kl. 10 sem leið liggur inn í Veiðivötn. Þótt ekki væri formlega búið að opna veginn þangað voru landverðir þegar komnir á staðinn og í óðaönn að gera klárt fyrir sumarið. Fært var um helstu vegi við vötnin en víða ófært milli vatna. Að ráði landvarða var fyrst ekið að Hraunvötnum sem eru efsti hluti vatnanna og að margra áliti sá fegursti.

Veiðivötn eru álitin hafa fengið núverandi mynd í gosi sem varð kringum árið 1477. Gosið varð í lægð sem liggur frá norðaustri til suðausturs og er hluti af Bárðarbungukerfinu. Gosið byrjaði með þeytigosi með gífurlegu gjóskumagni. Síðan tók við hraungos úr mörgum gígum er olli myndun fjölda gervigíga þar sem hraunið rann yfir votlendi. Úr varð hin fjölbreytilega fegurð sem við nú dáumst að.

Er við höfðum skoðað Hraunvötn um sinn var ekið að Fossvötnum en þaðan var svo ekið að skálanum við Tjaldvatn. Þar bauðst okkur að setjast inn og snæða nesti okkar. Þegar allir voru mettir var enn ekið af stað, fyrst upp á ölduna ofan við skálann og notið góðs útsýnis yfir svæðið en síðan ekið vatnahring hinn minni og svæðið síðan yfirgefið. Þóttist enginn svikinn af dvölinni í Veiðivötnum. Veðrið var indælt en mý var nokkuð til ama.



Gamli bærinn í Austari Meðalholti. Ljósm. P.Á.

Með stuttu stoppi í Hálendismiðstöðinni í Hrauneyjum var nú ekið niður að Svínhaga á Rangárvöllum en þar býr býflugnabóndinn Gísli Vigfússon sæfingalæknir ásamt konu sinni Sigríði Níelsdóttur. Var okkur þar tekið af mikilli gestrisni og sýndi Gísli okkur býflugnabúið og aldintrjárækt er hann stundar auk fiskeldis.

Kvöddum við þau hjón með þökkum og héldum til Reykjavíkur. Voru allir hæstánægðir með frábærlega skipulagða ferð.

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.

Áhrif lyfjagagnagrunns á ávísanir tauga- og geðlyfja

Magnús Jóhannsson læknir *magjoh@hi.is,* **Anna Björg Aradóttir** sviðsstjóri,
Jón Pétur Einarsson lyfjafræðingur, **Ólafur B. Einarsson** sérfræðingur

Embætti landlæknis
Directorate of Health

Lyf eru öflug tæki sem geta gert mikið gagn sé þeim beitt af skynsemi. En hvenær er lyfjanotkun skynsamleg og hvenær ekki? Ein af mörgum nothæfum aðferðum er að bera heildarnotkun lyfs eða lyfjaflokks á Íslandi saman við notkun í nálægum löndum. Ef mismunur er mikill á milli landa kallar það á skýringar.

Tauga- og geðlyfjanotkun hefur verið að aukast mikið á Íslandi undanfarin ár en árið 1996 voru seldir 178 dagsskammtar á 1000 íbúa á dag en árið 2015 voru þeir 380.[1,2] Árið 1996 var notkun þessara lyfja meiri bæði í Svíþjóð og í Danmörku en á Íslandi en í dag er notkunin mest á Íslandi. Á 20 árum hefur átt sér stað aukning um 113% á Íslandi og er notkun tauga- og geðlyfja orðin næstum 30% meiri en í Svíþjóð sem kemur næst á eftir Íslandi af Norðurlandaþjóðunum.

Aðgengi lækna að lyfjagagnagrunni á að geta komið í veg fyrir að einstaklingar sæki sömu lyfin hjá mörgum læknum. Grunnurinn auðveldar læknum að hafa yfirsýn og utanumhald yfir lyfjaávísanir skjólstæðinga sinna. Aðgangurinn var opnaður að hluta árið 2015 en 2016 er fyrsta heila árið sem grunnurinn var opinn öllum læknum og fagna ber því hve margir nota grunninn.

Töflur I-IV sýna fjóra helstu lyfjaflokka tauga- og geðlyfja og þann fjölda einstaklinga sem fékk lyfjunum ávísað í tilteknu magni fyrstu 5 mánuði áranna 2014-2017.[3] Eins og sést eru ópíóíðar eini flokkurinn þar sem dró úr heildarfjölda einstaklinga árið 2017 miðað við árið á undan. Til að útskýra tölurnar betur fengu 272 einstaklingar ávísað 500 til 999 dagsskömmtum (DDD) af svefnlyfjum þessa fyrstu 5 mánuði ársins 2017 sem þýðir að þeir fengu um 3-6 dagsskammta á dag að meðaltali. Læknar eru að nýta upplýsingar úr grunninum og það dregur úr fjölda einstaklinga sem fá ávísað stórum skömmtum svefnlyfja og verkjalyfja. Þessa fyrstu mánuði ársins 2016 fengu 136 einstaklingar yfir 500 dagsskammta af ópíóíðum en í ár voru þeir 109. Fjöldi einstaklinga sem fær ávísað þunglyndis- og örvandi lyfjum eykst verulega og virðist tilkoma lyfjagagnagrunns hafa lítil áhrif á notkun þessara lyfja.

Enn eru margir sem fá ávísað of stórum skömmtum af tauga- og geðlyfjum á Íslandi, miðað við klínískar leiðbeiningar. Þá er heildarfjöldi einstaklinga sem fá lyfin mun meiri hér á landi en þekkist á hinum Norðurlöndunum (tafla V). Munurinn er mestur fyrir ADHD-lyf en þrefalt fleiri fá ávísað lyfjunum hér en í Svíþjóð og ekki er vitað hvort munurinn sé vegna þess að fleiri séu greindir eða hvort meira sé verið að nota önnur úrræði en lyf í hinum löndunum. Hvort aðgengi lækna að lyfjasögu sjúklinga komi til með að færa lyfjanotkun nær því sem þekkist meðal hinna Norðurlandanna á eftir að koma betur í ljós en fyrstu vísbendingar gefa til kynna að það gerist aðeins að takmörkuðu leyti.

Tafla I. *Fjöldi einstaklinga sem leysti út svefnlyf í tilteknu magni.*

Hópur (DDD)	2014	2015	2016	2017
0 - 499	27.240	27.098	27.325	27.394
500 - 999	318	308	306	272
1000 - 1499	32	15	14	10
1500 - 1999	4	3	5	1
Heildarfjöldi	27.594	27.424	27.650	27.677

Tafla II. *Fjöldi einstaklinga sem leysti út örvandi lyf í tilteknu magni.*

Hópur (DDD)	2014	2015	2016	2017
0 - 499	5745	6408	7615	8617
500 - 999	285	303	339	368
1000 - 1499	7	9	6	8
1500 - 1999	0	0	0	0
Heildarfjöldi	6037	6720	7960	8993

Tafla III. *Fjöldi einstaklinga sem leysti út þunglyndislyf í tilteknu magni.*

Hópur (DDD)	2014	2015	2016	2017
0 - 499	31.666	33.427	35.849	37.723
500 - 999	921	1134	1073	1206
1000 - 1499	39	45	31	41
1500 +	3	3	2	2
Heildarfjöldi	32.629	34.609	36.955	38.972

Tafla IV. *Fjöldi einstaklinga sem leysti út ópíóíða í tilteknu magni.*

Hópur (DDD)	2014	2015	2016	2017
0 - 499	18.034	19.090	20.178	19.788
500 - 999	127	119	117	86
1000 - 1499	11	9	12	14
1500 +	11	6	7	9
Heildarfjöldi	18.183	19.224	20.314	19.897

Hvert ár í töflum I-IV er frá 1. janúar til 31. maí.

Tafla V. *Fjöldi notenda á hverja 1000 íbúa helstu tauga- og geðlyfja árið 2016.*

	ADHD-lyf	Þunglyndislyf	Svefnlyf	ópíóíðar
Ísland	30,63	139,32	103,68	102,51
Svíþjóð*	10,45	96,25	84,01	76,60
Danmörk**	7,89	72,93	42,70	77,70

*http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel. **http://medstat.dk/

Heimildir

1. Notkun lyfja á Íslandi 1990-1996 og samanburður á Norðurlöndunum, Rit heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Október 1997.
2. Nomesco 2016.
3. Lyfjagagnagrunnur landlæknis.

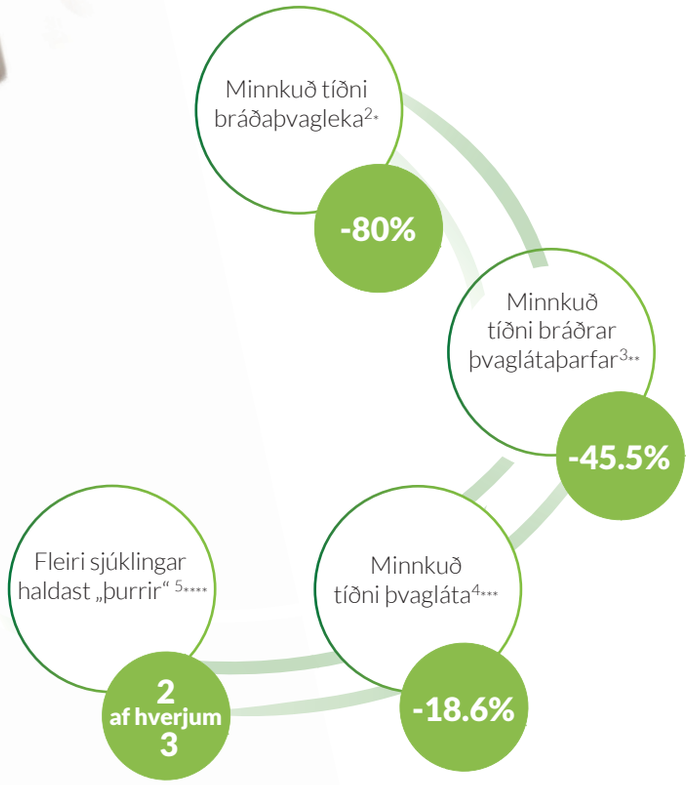
STAÐFESTUR ÁRANGUR[1]

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

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 vilanteróli (sem trífenatat) eða 184 míkróg af flútíkasónfúróati og 22 míkróg af vilanteróli (sem trífenatat). Þetta samsvarar afmældum skammti sem er 100 míkróg af flútíkasónfúróati og 25 míkróg af vilanteróli (sem trífenatat) eða 200 míkróg af flútíkasónfúróati og 25 míkróg af vilanteróli (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.

IS/FFT/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)