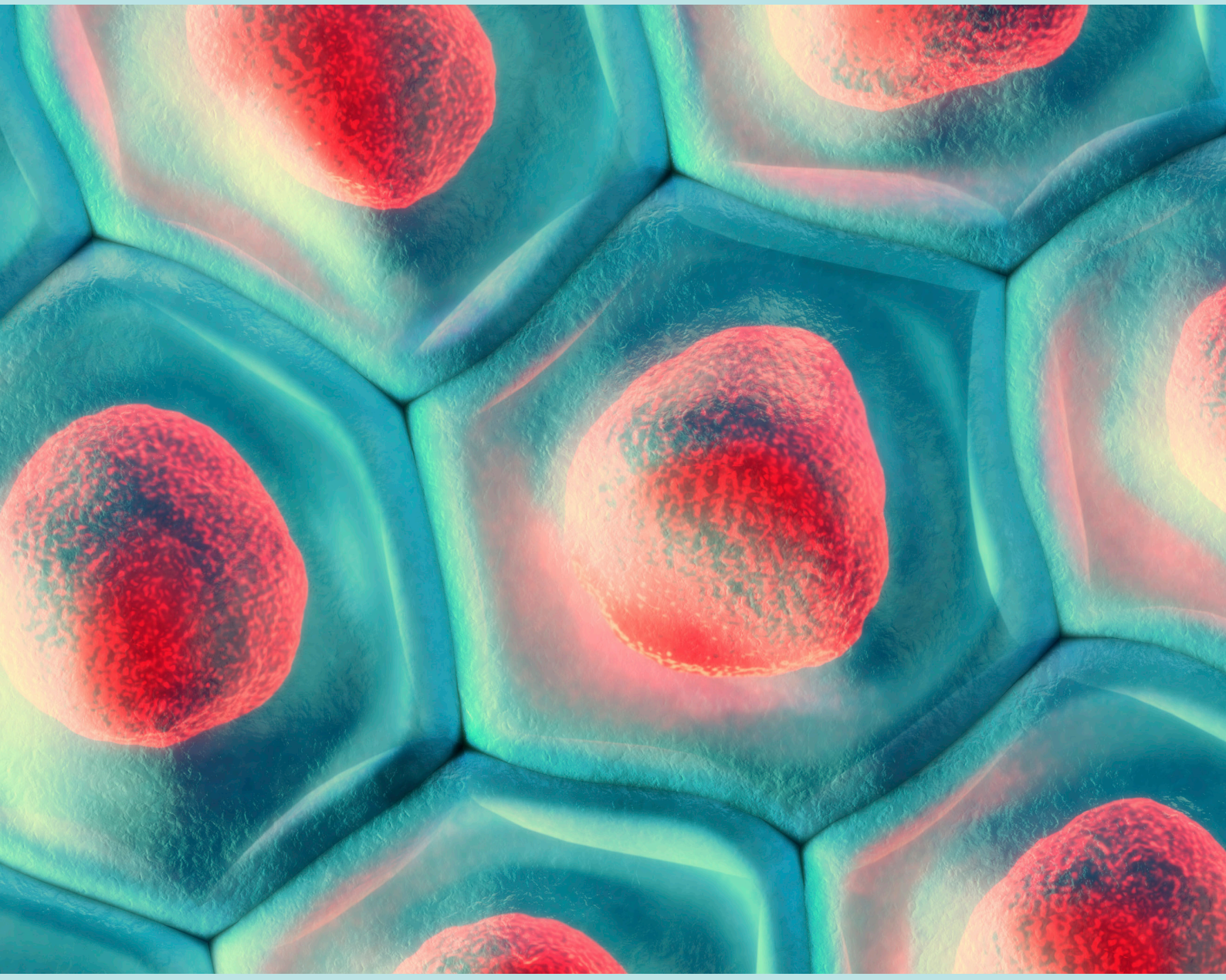
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



HAUSTVERKIN KATRÍN RAGNA KEMP / SORTUÆXLISSJÚKLINGAR FÁ VON HILDUR HELGADÓTTIR
KERECIS BALDUR TUMI OG HILMAR KJARTANSSON / SÉRGREININ MÍN JÓN HJALTALÍN ÓLAFSSON, JENNA HULD EYSTEINSDÓTTIR
„TILKYNNI, HERRA HÖFUÐSMAÐUR“ EIRÍKUR JÓNSSON / AMFETAMÍN ÓTTAR GUÐMUNDSSON

09/2023 109. árgangur: 377-428

Með útvíkkaðri ábendingu vegna hjartabilunar![1]

forxiga®
(dapagliflozin)

Forxiga breytir leiknum



Eini SGLT2-hemillinn sem hefur dregið úr dauðsföllum vegna langvarandi hjartabilunar og langvinns nýrnasjúkdóms[1]

Forxiga dregur um 15% úr hættu á dauðsfalli vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá sjúklingum með HFrEF, HFmrEF og HFpEF samanborið við lyfleysu, RRR (ARR 1,5% p = 0,01).[a]

Forxiga hægir á framgangi sjúkdómsins og lengir lifun um 39% hjá sjúklingum með langvinnan nýrnasjúkdóm samanborið við lyfleysu, RRR (ARR 5,3%, p < 0,0001).[b]

[a] Aðalendapunktur var dauðsfall af völdum hjarta- og æðasjúkdóms.
[b] Samsettur aðalendapunktur ≥ 50 % viðvarandi lækkun á eGFR, nýrnasjúkdómur á lokastigi, dauðsfall vegna hjarta- og æðasjúkdóms eða nýrnasjúkdóms.

1. Samantekt á eiginleikum Forxiga, www.serlyfjaskra.is.

Forxiga 5 mg og 10 mg filmuhúðaðar töflur

Heiti virkra efna
Dapagliflozin

Ábendingar
Sykursýki af tegund 2
Forxiga er ætlað sem meðferð hjá fullorðnum og börnum 10 ára og eldri með ófullnægjandi stjórn á sykursýki af tegund 2 til viðbótar við sérstakt mataræði og hreyfingu sem einlyfjameðferð þegar notkun metformins er ekki talin henta vegna óþols eða til viðbótar við önnur lyf til meðferðar á sykursýki af tegund 2.

Hjartabilun
Forxiga er ætlað sem meðferð hjá fullorðnum við langvarandi hjartabilun með einkennum.

Langvinnur nýrnasjúkdómur
Forxiga er ætlað sem meðferð hjá fullorðnum við langvinnum nýrnasjúkdómi.

Frábendingar
Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.

Markaðsleyfishafi
AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Svíþjóð

Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

vistor

AstraZeneca

IS/SE-13062-04-23-FO



Sigurður Guðmundsson smitsjúkdómalæknir og fyrrum landlæknir er að hætta hefðbundnum læknisstörfum enda 75 ára í september. Hann kennir áfram og situr í nefndum því hann hefur gaman að því. „Svo á ég bara svo erfitt með að segja nei.“ Mynd/gag

Ættum að ganga í takt að settu marki

„Ég bjóst alltaf við heimsfaraldri og var orðinn frekar sár að það gerðist ekki fyrr á starfsævinni,“ segir Sigurður Guðmundsson, smitsjúkdómalæknir og fyrrum landlæknir, um COVID í gamansömum tóni þegar hann sest niður fyrstur lækna í hljóðver fyrir Læknavarpið, hlaðvarp *Læknablaðsins*. Hann gerir upp ferilinn og fer yfir sviðið nú þegar hann hættir flestum störfum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég þarf ekki að bæta við CV-ið. Það er algjör óþarfi. Það les það enginn lengur,“ segir Sigurður Guðmundsson og brosir. „Markmiðið er að njóta lífsins.“

Sigurður er að hætta hefðbundnum læknisstörfum eftir gæfuríkan feril. Leiðtogi. Hann sleppir þó ekki alveg hendinni af læknisfræðinni heldur kennir við Háskólann og situr í ýmsum nefndum og ráðum.

„Lífið breytist nú samt, kannski best lýst með vísubroti Þórarins Eldjárns: *„Lífið skipti um leturgerð, lagt var upp í nýja ferð,“* segir hann eftir að hafa fyrstur lækna setið í hljóðveri fyrir Læknavarpið, hlaðvarp *Læknablaðsins*.

Fyrrum landlæknir ræðir bakgrunn, persónulega sigra, námsferilinn, framann, samhygðina og heilbrigðispólitíkina. Hann segir HIV-veiruna fyrir aldamót hafa þegar á heildina er litið, verið mest krefjandi á ferlinum.

„Ég held að við höfum enn ekki unnið úr því sem samfélag hvernig við tókum á þessu fólki sem fékk þennan skelfilega sjúkdóm,“ segir hann.

Sigurður er hins vegar ánægður með það hvernig íslensk yfirvöld tóku á COVID-faraldrinum, spáir því að veiran sé komin til að vera en er ekki eins hrifinn af viðbrögðum víða í heiminum.

„Horfum bara til Bandaríkjanna, Brasilíu, Svíþjóðar, Bretlands. Þar drógu menn lappirnar, ekki síst í Bandaríkjunum og Brasilíu, og reyndin sú að þar dóu alltof margir.“ Milljón í Bandaríkjunum, nefnir hann, í landi þar sem heilbrigðisþjónustan sé betri en víðast og fjármunir ekki vandamál.

Sigurður segir stöðuna í íslenska heilbrigðiskerfinu almennt betri nú en þegar hann kom til starfa nýútskrifaður árið 1975. „Vissulega var lífið þá einfaldara og við færri, yfirsýnin meiri og sjúklingar lágu lengur inni,“ segir hann. Streitan hafi þó síst verið minni enda unglæknir oft eini læknirinn á vakt.

Hann nefnir þau atriði sem standa vel hér á landi, og heyra má í hlaðvarpinu, en blaðamaður tíundar brotalamirnar sem hann nefnir: fráflæðið af bráðamóttökunni og of mikla rúmanýtingu á Landspítala: „Það kann ekki góðri lukku að stýra.“ Hann nefnir mönnunarvanda hjúkrunarfræðinga og mál aldraðra.

„Við komum ekki nógu vel fram við aldraða og 100 manns sem liggja inni á Landspítala á hverjum tíma og komast hvorki lönd né strönd en eiga að vera einhvers staðar annars staðar og liggja á bráðadeildum eins og á miðri járnbrautarstöð,“ lýsir hann myndrænt. „Þetta er ekki virðing við þá kynslóð sem bjó okkur til. Það er ekki flóknara en það.“

Sigurður segir að yfirvöld taki málaflokkinn ekki nægilega föstum tökum. „Það blasa risavandamál við.“ Hann nefnir fíknivandann sem vaxi og loftslagsmál sem muni breyta sjúkdómum hér á norðurhjaranum. Hann vill öflugri heilsugæslu og bendir á að heilbrigðiskerfið sé ódýrara hér en í mörgum OECD-ríkjum. Skortur á fé sé þó ekki eini vandinn.

„Okkur gengur ekki nógu vel að ganga í takt að settu marki,“ segir Sigurður og fer yfir atriði sem hugsa þurfi um til að ná árangri.

Læknablaðið hefur nú framleitt hátt í 80 hlaðvörp úr viðtölum í blaðinu. Viðtalið við Sigurð er það fyrsta þar sem leiknum er snúið við og texti unninn úr tilbúnu hlaðvarpi. Heyrið munninn á heimasíðu *Læknablaðsins*, á Soundcloud og nú einnig Spotify.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Gunnar Thorarensen
Halla Viðarsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Oddur Ingimarsson
Ólafur Árni Sveinsson

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingar
Ingvar Freyr Ingvarsson
ingvar@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
1850

Áskrift
23.400,- m. vsk.
Lausasala
2340,- m. vsk.

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Dreifing
Íslandspóstur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík

© 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

LEIÐARAR



383

Gunnar Thorarensen

Nýskapandi nálgun

Mörg frábær dæmi má finna hér á landi um spennandi og gagnlega aðkomu nýsköpunarfyrirtækja að bættri heilbrigðisþjónustu, ekki síst meðal þeirra sem sérhæfa sig í stafrænum lausnum. Þá er ekki ofsagt að Ísland sé í fararbroddi í heimi lífvísindanna, eins og nýleg dæmi um vísindalega nýsköpun í meðferð sára og augnsjúkdóma bera eftirtektarverðan vitnisburð um.



385

Tryggvi Helgason

Quis custodiet medicum?

Hver verndar lækninn? Það er okkar lækna sjálfra að sinna kollegum okkar og samstarfsfólki þegar eitthvað bjátar á og styðja ef þyngslin leggjast yfir.

FRÆÐIGREINAR

387

Ármey Valdimarsdóttir, Anna Bryndís Blöndal, Hjalti Kristinsson

Umfang undanþágulyfja á Íslandi 2020-2021. Greining og samanburður við Svíþjóð árið 2020

Á Íslandi voru samþykktar undanþágulyfjaumsóknir 49.161 árið 2020 og 46.581 árið 2021. Ástæða fyrir ávísun undanþágulyfjanna var í langflestum tilfellum sú að ekkert annað lyf var á markaði með sama ATC-númer og lyfjaform fyrir bæði árin. Lyfjaskortur var aðeins ástæða undanþágulyfja í 8,8% tilvika árið 2020 og 7,6% tilvika árið 2021. Fimmtíu mest ávísuðu undanþágulyfin voru um 70% sömu lyfin og fimm mest ávísuðu undanþágulyfin voru þau sömu bæði árin. Í Svíþjóð voru samþykktar undanþágulyfjaumsóknir 38.458, og 46% af 50 mest ávísuðu lyfjunum, voru samþykkt þar sem ekkert lyf var á markaði með sama ATC-númer og lyfjaform.

395

Inga Þórsdóttir, Birna Þórisdóttir, Alfons Ramel, Þórhallur Halldórsson

Gagnreynd þekking á lífsháttum – yfirlit um nýjar norrænar ráðleggingar um næringu og mataræði – áhersla á sjálfbærni

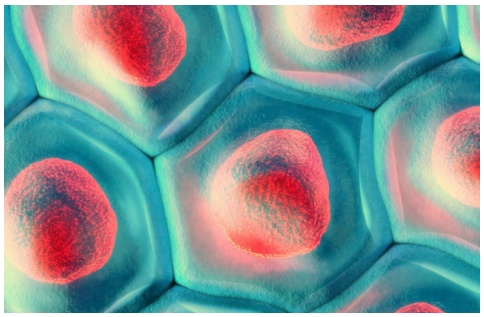
Lífshættir, venjur og aðstæður eins og matur, næring, svefn, útivera og hreyfing, auk félagslegrar virkni hafa mikil áhrif á heilsu. Það reynist þó mörgum erfitt að lifa í samræmi við það sem hollast þykir fyrir heilsu og vellíðan. Stundum staðfesta nýrri vísindagreinar ekki fyrri þekkingu. Eðlilega veltir fólk fyrir sér hvernig geti staðið á þessu og hverju eigi að trúa. Í þessari grein er leitast við að svara þessu út frá vinnu að Norrænum ráðleggingum um næringarefni og mataræði.

400

Elín Óla Klemenzdóttir, Arna Ýr Karelsdóttir, Valtýr Stefánsson Thors

Hin mörgu andlit streptókokka af grúppu A: Tilfellaröð ífarandi sýkinga af barnadeild

Á síðastliðnum mánuðum hefur nýgengi ífarandi sýkinga af völdum streptókokka farið vaxandi alls staðar í heiminum. Á Barnaspítala Hringsins greindust 20 slík tilfelli á fjögurra mánaða tímabili, en fram að því höfðu að meðaltali eitt til tvö börn greinst með ífarandi GAS-sýkingu árlega. Til þess að sýna fram á breytilega birtingarmynd þessara sýkinga hjá börnum er hér fjallað um fjögur tilfelli. Greint er frá ígerð í fleiðruholi með heilkenni sýklaeiturslosts, heilahimnubólgu, ígerð í augntótt og fellsbólgu í fæti.



Mynd Getty/Christoph Burgstedt/Science photo library

Á FORSÍÐU

HÚÐIN

Byggingarefni stærsta líffæris mannsins er sexstrendur (hexagonal) massi. Stuðlaberg er vitnisburður um þetta form og gleður augað víða, til dæmis á Hallgrímskirkju, í Dverghömrum á Síðu og á nýrri byggingu Landsbankans við hlið Hörpunnar.

VS

UMFJÖLLUN OG GREINAR

410

Nú getum við gefið sortuæxlissjúklingunum von

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Lífslíkur þeirra sem fá dreifðan sjúkdóm frá sortuæxli hafa margfaldast á einum áratug. Áður lifðu um 5% en nú 50%, segir Hildur Helgadóttir krabbameinslæknir í Svíþjóð. Hún heldur fast í íslensku ræturnar og dregur norræna sortuæxlissérfræðinga til Íslands á ráðstefnu í Hörpu í október





414

Breið sátt myndast um sjálfstæðan stofurekstur lækna

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Ríkið hefur samið við sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Umfang starfseminnar mun aukast um rúma 6 milljarða milli áranna 2022 og 2024 og niðurgreiðsla Sjúkratrygginga hækka úr 7,7 milljörðum í 12,3. Ragnar Freyr Ingvarsson, formaður Læknafélags Reykjavíkur, segir næsta skref að semja um niðurgreiðslu nýrra verka því þessi samningur nái aðeins til þeirra gömlu

416

Kerecis gengur aðeins með almennilegum vísindu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Baldur Tumi Baldursson læknir sér fram á breytt líf eftir að frumkvöðlafyrirtækið Kerecis, sem hann stofnaði með Hilmari Kjartanssyni lækni og Guðmundi Fertram Sigurjónssyni frumkvöðli, var selt fyrir 180 milljarða króna. Hann hyggst stunda vísindin áfram og sinna stofurekstri sínum



ÖLDUNGADEILDIN

413

Helga M. Ögmundsdóttir – Óttar Guðmundsson

Ferðasaga frá öldungum



SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

424-425

Húð- og kynsjúkdómalækningar



Jón Hjaltalín Ólafsson



Jenna Huld Eysteinsdóttir

BRÉF TIL BLAÐSINS

420

Óttar Guðmundsson

Allir á amfetamín, og hvað svo?

Íslendingar slá öll met í ADHD-greiningum

422

Björn Hjálmarsson

Gagnsemi og skaðsemi fordóma

Ef við vissum allt þyrftum við ekki á fordómum að halda

406

Fréttir

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

409

Katrín Ragna Kemp

Haustverkin



Þegar ég horfi á garðinn minn og bý til verkefnalista fyrir veturinn sé ég hliðstæður listans og verkefnanna hjá LÍ

BÓKIN MÍN

419

Eiríkur Jónsson

„Tilkynni, herra höfuðsmaður“



Góði dátinn Svejk er óborganleg háðsádeila á stríðsrekstur og vindhana sem belgjast upp á ófriðartímum

DAGUR Í LÍFI BÆKLUNARLÆKNIS

423

Elísabet Björgvinsdóttir



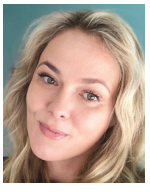
Vaknaði kl. 05:15, fór í ræktina og hljóp 10 km áður en börnin 5 vöknuðu. Djók

LIPUR PENNI

426

Eyrún Valsdóttir

Sumarið er tíminn



Köben þegar ég var 6 ára. Dýragarðurinn þar sem eftirminnilegustu hlutirnir voru risahraukarnir af flákúk og rauðu rassarnir á bavíönunum

NÝTT LYF



Vydura® 75 mg

frostþurrkuð tafla

rímegepant

MEÐHÖNDLAR OG FYRIRBYGGIR MÍGRENI

Verkjastilling einni klukkustund eftir inntöku[2]

Viðvarandi verkjastilling í 2-48 klukkustundir eftir inntöku[2]

Færri mánaðarlegir mígrenisdagar[3]

Þolist vel[2,3]

VYDURA (rímegepant) 75 mg frostþurrkuð tafla

▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi þess komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um **allar** aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **Ábendingar:** VYDURA er ætlað sem bráðameðferð hjá fullorðnum við mígreni með og án flogboða (aura) og sem fyrirbyggjandi meðferð við mígrenisköstum hjá fullorðnum sem hafa fengið að minnsta kosti 4 mígrenisköst á mánuði. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.**
Markaðsleyfishafi: Pfizer Europe MA EEIG
Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) dags. 2. júní 2023
Ef óskað er eftir frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

1. Croop R, Goadsby PJ, Stock DA, et al. Efficacy, safety, and tolerability of rimegepant orally disintegrating tablet for the acute treatment of migraine: a randomised, phase 3, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2019; 394: 737–45.
2.Croop R, Lipton RB, Kudrow D, Stock DA, et al. Oral rimegepant for preventive treatment of migraine: a phase 2/3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2021 Jan 2;397(10268):51-60

PP-NNT-GLB-0057 / PFI-23-06-05 Ágúst 2023

Nýskapandi nálgun



Gunnar Thorarensen
svæfinga- og gjörgæslulæknir,
yfirlæknir sérnáms
Landspítala.
Er í ritstjórn
Læknablaðsins

Allt er breytingum háð. Heilbrigðisþjónusta er í eðli sínu síbreytileg og kvik enda þótt læknislistin sé hefðum og vana undirorpin. Ekki þarf að líta mörg ár aftur í tímann til að sjá hvernig meðferðir og rannsóknir tóku stakkaskiptum í takt við það sem vísindin hafa leitt í ljós hverju sinni.

Framsýn og frjó hugsun er og hefur alltaf verið lykill að framþróun læknisfræðinnar en á undanförnum árum hefur slík hugsun einnig fundið sér farveg innan nýsköpunar, jafnvel þótt nýsköpun innan heilbrigðisgreina sé mögulega skemmra á veg komin en til dæmis í tæknigreinum. Eitt er þó ljóst: grundvallareiginleikar nýsköpunar eiga eftir að miðla nauðsynlegri byltingu í úrlausn þeirra áskorana sem heilbrigðisþjónusta nútímans glímir við. Af tali fjölmargra sem koma að stjórnun og veitingu heilbrigðisþjónustu í heiminum má ráða að aðferðir sem við höfum stuðst við undanfarna áratugi í skipulagi heilbrigðiskerfa standast ekki kröfurnar sem felast í flóknari meðferðarmöguleikum fyrir veikari skjólstæðinga, hlutfallslegri fjölgun aldraðra, aukinni vinnuvelferð heilbrigðisstarfsfólks og bættri öryggismenningu. Tækifærin eru ótalmörg, hvort sem litið er til stafrænna lausna, vísindalegrar nýsköpunar eða nýskapandi hugsunar, til dæmis við endurhönnun vinnuskipulags eða tilflutning verkefna.

Vísindi og nýsköpun

Kraftur vísinda og nýsköpunar er mikill. Samband vísinda og læknisfræðinnar hefur þróast í áraraðir en samband læknisfræði og annars konar nýsköpunar er öllu yngra. Nýsköpun í dag á sér oft stað án læknisfræðilegrar þekkingar eða klínískrar reynslu og læknar eru vanir að starfa í samræmi við vísindalega og gagnreynda þekkingu. Nýsköpun getur aðeins gagnast sjúklingum, heilbrigðisstarfsfólki og heilbrigðisþjónustu fyrir tilstilli trausts, greiðra samskipta og samvinnu hagaðila. Skipulagður vettvangur fyrir samskipti og greiðar samvinnuleiðir, auk þekkingar á nýskapandi hugsun og verkferlum nýsköpunarverkefna verður að vera til staðar meðal lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks. Unnið er hörðum höndum að því að bæta þessar mikilvægu forsendur nýsköpunar á víðum grundvelli, meðal annars innan Landspítala, heilbrigðisráðuneytis og á vegum háskóla-, iðnaðar- og nýsköpunarráðuneytis og er von til þess að fræðslumöguleikar lækna á vettvangi nýsköpunar og þróunar munu aukast til muna.

Mörg frábær dæmi má finna hér á landi um spennandi og gagnlega aðkomu nýsköpunarfyrirtækja að bættri heilbrigðisþjónustu, ekki síst meðal þeirra sem sérhæfa sig í stafrænum lausnum. Þá er ekki ofsagt að Ísland sé í fararbroddi í heimi lífvísindanna, eins og nýleg dæmi um vísindalega nýsköpun í meðferð sára og augnsjúkdóma bera eftirtektarverðan vitnisburð um. Í mörgum tilvikum eru læknar virkir þátttakendur eða frumkvöðlar í nýsköpunarverkefnum en í öðrum veigra skipuleggjendur sér við að falast eftir þátttöku lækna, vitandi að dagskrá þeirra er svo þétt að erfitt er að tryggja aðild þeirra að verkefnavinnu utan klínískra starfa. Þetta er áskorun af sama meiði og er uppi um þátttöku lækna í vísindavinnu og er von að þeir svari kallinu sem rennur blóðið til skyldunnar að leiðrétta þetta, þar með talið læknar sjálfir, stéttarfélag þeirra og vinnuveitendur.

Nýsköpun og öryggi í heilbrigðisþjónustu

Nýsköpun í heilbrigðisþjónustu er að vissu leyti frábrugðin nýsköpun í öðrum greinum en öryggi sjúklinga verður að tryggja við innleiðslu nýjunga í hvívetna. Öryggi er hornsteinn öflugrar heilbrigðisþjónustu. Það er mikil áskorun fyrir löggjafann og eftirlitsaðila að leita nýs jafnvægis í takt við hraðari og nýstárlegri breytingar. Eftirlitsumhverfi og regluverk verður í senn að tryggja öryggi og miðla um leið framþróun. Skýrt dæmi um slíka áskorun er að skilgreina hvað telst læknisþjónusta og hvað ekki, til að tryggja viðeigandi eftirlit á réttum stöðum. En í stað boða og banna má með skýru regluverki og öflugri fræðslu til handa öllum hagaðilum, þar með talið sjúklingum, sá fræjum gagnsæis, heiðarleika og trausts. Í réttu umhverfi getur öflug nýsköpun raunar leitt til aukins öryggis sjúklinga.

Nýsköpun í heilbrigðisþjónustu mun miðla mikilvægum og nauðsynlegum breytingum á næstu árum. Læknar eru ef til vill ekki að leita leiða til að finna hjólið upp á nýjan leik, heldur fremur að nýjum og bættum leiðum til að veita heilbrigðisþjónustu með skilvirkari hætti, nýta fjármuni svo að þeir nýtist flestum með bestum hætti og bæta heilsu og öryggi sjúklinga sinna. Til þess þurfa læknar að byggja brýr til samstarfsaðila sinna, fræðast og taka þátt í nýsköpun til framtíðar.

Mörg frábær dæmi má finna hér á landi um spennandi og gagnlega aðkomu nýsköpunarfyrirtækja að bættri heilbrigðisþjónustu, ekki síst meðal þeirra sem sérhæfa sig í stafrænum lausnum. Þá er ekki ofsagt að Ísland sé í fararbroddi í heimi lífvísindanna, eins og nýleg dæmi um vísindalega nýsköpun í meðferð sára og augnsjúkdóma bera eftirtektarverðan vitnisburð um.

Physician innovators

Gunnar Thorarensen
MD
anesthesiologist and intensive care physician,
Head of Postgraduate Medical Education
Landspitali - The National University Hospital of Iceland.
Editorial board member

doi 10.17992/lbl.2023.09.754

Orkuríkir næringardrykkir

Resource Ultra Protein er nýr og sérhæfður næringardrykkur með háu próteingildi sem hentar vel til meðferðar við sjúkdómstengdri vannæringu hjá fólki með aukna orku- og próteinþörf.

Resource Ultra Protein inniheldur hágæða prótein með 42% mysupróteini og 58% kaseini. Varan hefur náttúrulega hátt innihald af leucíni sem getur aukið vöðvamassa og aukið styrk.



Síðumúli 16 I 108 Reykjavík I Sími 580 3900 I fastus.is

FASTUS

Quis custodiet medicum?



Tryggvi Helgason
barnalæknir á Barnaspítala Hringsins, Landspítala

Á undanförnum áratugum hefur yfirvöldum verið ljóst að mannauður er eitt það mikilvægasta en jafnframt erfiðasta við að reka heilbrigðiskerfið vel. Áratuginn 2006-2015 lýsti WHO „Health Workforce Decade“ eða *Áratug heilbrigðisstarfsfólksins* og undirstrikaði þannig mannlega þáttinn í heilsubót.

Mikil umræða hefur verið undanfarin misseri um líðan í vinnu hjá læknum eins og mörgum öðrum stéttum. Á Læknadögum er farið að tala opinskátt um algengi sjálfsvíga hjá læknum og að nauðsynlegt sé að stemma stigu við þeirri þróun. Þessi umræða á sér endurspeglun annars staðar í heiminum, til dæmis eru systursamtök Læknafélagsins í Bandaríkjunum, American Medical Association, í samvinnu við aðra, búin að hrinda af stað herferð til að koma í veg fyrir að læknar taki eigið líf.[1]

Heimsfaraldur COVID-19 brá ljósi á mikilvægi þess að eiga gott heilbrigðiskerfi, hrausta lækna og heilbrigðisstarfsmenn í góðu jafnvægi. Það reyndist hins vegar ekki vera staðan að öllu leyti á Íslandi. Okkur sem störfin vinnum kom þetta ekki sérstaklega á óvart. Það hefur lengi verið varað við því að krafa um þjónustu á pari við önnur Norðurlönd, á meðan minna er sett af fjárfestingu í kerfið en þar, endar í álagspunktum. Skipulagsbreytingar á kerfinu og niðurskurður í einum hluta kerfisins hefur aukið álag á öðrum þjónustuveitendum.

Heilbrigðiskerfi þarf í grunninn að reka allan sólarhringinn. Einhverjir þurfa að vinna við bráða þjónustu við veikt fólk. Við höfum vitað um líkamsklukkuna í yfir 40 ár. Fræðin um heilsu frekar en sjúkdóma hafa verið í mikilli þróun undanfarna áratugi og sérstaklega síðustu ár. Ekki síst hefur bæst í þekkingu um ýmis stýrikerfi sem ekki voru þekkt kringum aldamótin og stýra svengd, seddu, kyrrsetu auk annars. Þekkt er til dæmis rannsókn[2] um að ruglingur í sólarhringnum valdi brenglun í efnaskiptum, minnkuðu insúlínnæmi og fleiru. Þetta gerir góða heilsu enn erfiðari fyrir vaktavinnufólk og ítrekar að þeir sem reka heilbrigðiskerfi þurfa að huga sérstaklega vel að heilsu sinna starfsmanna. Það er ekki gert með því að minnka þjónustu á daginn og ýta þörfinni yfir á vaktir, heldur einmitt að gera hið gagnstæða.

Til að minnka líkur á vanlíðan er mikilvægt að upplifa sjálfræði varðandi eigið vinnuumhverfi. Heilsugátt er mjög gott dæmi um þróun á stafrænu vinnuumhverfi lækna þar sem þróunin ræðst af tillögum notenda. Þannig eru þeir þátttakendur frekar en þiggjendur í að breyta aðstæðum sínum. Læknar eru sífellt meira launamenn en sjálfráðir eða stjórnendur, ólíkt því sem áður var, og hefur það jafnvel endað með verkföllum. Hægt er að færa rök fyrir því að það samræmist illa eiðstaf lækna, en í raun má segja að ef ekki tekst að huga að læknum og heilsu þeirra nægilega vel, fækkar þeim sem geta sinnt sjúklingum.[3]

En hvað er það sem veitir okkur móteitur gegn þessum heilbrigðisáhættum? Jú það er ánægjan af starfinu og því að geta stundað þetta merkilega fyrirbæri sem mannslíkaminn er og stutt við þá sem þurfa eða vilja bæta sína heilsu til lengri tíma. Ábyrgð þeirra sem stýra einingum heilbrigðiskerfisins er mikil og lykilatriði að breytingar á kerfum séu gerðar í samráði við lækna og aðra heilbrigðisstarfsmenn. Þeirra er að búa okkur ekki þá umgjörð að við eigum yfir höfði okkar málsókn ef álag verður of mikið, sem veldur mistökum, heldur að við getum stundað okkar starf og haft af því ánægju og gleði.

Hver verndar lækninn? Það er okkar lækna sjálfra að sinna kollegum okkar og samstarfsfólki þegar eitthvað bjátar á og styðja ef þyngslin leggjast yfir.

En hver verndar lækninn? Það er okkar lækna sjálfra að sinna kollegum okkar og samstarfsfólki þegar eitthvað bjátar á og styðja ef þyngslin leggjast yfir. Hvort sem þau eru af völdum kerfisins eða vanda hverjum sem sjúklingar deila með okkur í trúnaði. Við erum svo heppin að nú um stundir eru fjölmargir læknar hjá *Læknablaðinu* og í Læknafélögunum öllum sem falla í þann hóp að vera meðvitaðir um þessi málefni. Því bera umræðan og fjölmörg verkefni að undanförnu vitni. Vonandi verður það til þess að hægt verði að taka yfirvegaða umræðu um að vinnuaðstaða lækna verði að tryggja það að læknislistin fái að njóta sín. Þannig byggjum við okkur upp til framtíðar.

Heimildir

1. Preventing physician suicide. ama-assn.org/practice-management/physician-health/preventing-physician-suicide – ágúst 2023.
2. Wefers J, van Moorsel D, Hansen J, et al. Circadian misalignment induces fatty acid metabolism gene profiles and compromises insulin sensitivity in human skeletal muscle. Proc Natl Acad Sci USA 2018; 115: 7789-94.
3. Chima SS. Doctor and healthcare workers strike: are they ethical or morally justifiable: another view. Curr Opin Anaesthesiol 2020; 33: 203-10.

Quis custodiet medicum?

Tryggvi Helgason
paediatrician,
Landspitali - The National University Hospital of Iceland

doi 10.17992/lbl.2023.09.755

NÝ GAGNAÍLÁT

Aukið öryggi
aukin þjónusta





- Engir lyklar
- Snertilaust kort og/eða kóði opnar
- Trúnaðarstarfsmenn fá réttindi til að opna ílát
- Rafræn skráning á hver opnar ílát
- Einföld afturköllun réttinda
- Viðvörun ef ílát er skilið eftir opið

Gagnaeyðing eyðir öllum gögnum samkvæmt alþjóðlega viðurkenndu og vottuðu ferli, allt frá móttöku til eyðingar. Eyðingin sjálf gerist með tætingu og fer kurlið til endurvinnslu hjá viðurkenndum vinnsluaðila.

Hafðu samband!
Opið mánudaga - fimmtudaga 8:30 -17:00 og til 16:00 á föstudögum.

Örugg eyðing gagna

GAGNAEYÐING

Gagnaeyðing ehf. · Skútuvogi 13 · 104 Reykjavík · Sími 568 9095 · www.gagnaeyding.is · gagnaeyding@gagnaeyding.is

Umfang undanþágulyfja á Íslandi 2020-2021

– greining og samanburður við Svíþjóð árið 2020

Ármey Valdimarsdóttir[1] lyfjafræðingur
Anna Bryndís Blöndal[1,2] lyfjafræðingur
Hjalti Kristinsson[3] lyfjafræðingur

[1]Lyfjafræðideild Háskóla Íslands, [2]Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu, [3]Lyfjastofnun.

Fyrirspurnum svarar Ármey Valdimarsdóttir, *armey4@gmail.com*

Greinin barst til blaðsins 6. febrúar 2023, samþykkt til birtingar 14. júlí 2023.

ÁGRIP

INNGANGUR

Ávísun og umræða um undanþágulyf á Íslandi hefur aukist undanfarin ár. Óljóst hefur verið hverjar eru ástæður fyrir aukningunni.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Afturskyggn lýsandi rannsókn á undanþágulyfjaumsóknum sem samþykktar voru af Lyfjastofnun árin 2020 og 2021 ásamt undanþágulyfjaumsóknum frá Svíþjóð frá árinu 2020. Teknar voru saman upplýsingar um undanþágulyfjaumsóknir, skráð lyf og biðtíma eftir ATC-númerum (Anatomical Therapeutic Chemical code). Upplýsingar voru greindar og flokkaðar eftir ástæðum og umfang undanþágulyfja í löndunum tveimur borið saman.

NIÐURSTÖÐUR

Á Íslandi voru samþykktar undanþágulyfjaumsóknir 49.161 árið 2020 og 46.581 árið 2021. Ástæða fyrir ávísun undanþágulyfjanna var í langflestum tilfellum sú að ekkert annað lyf var á markaði með sama ATC-númer og lyfjaform fyrir bæði árin. Lyfjaskortur var aðeins ástæða undanþágulyfja í 8,8% tilvika árið 2020 og 7,6% tilvika árið 2021. Fimmtíu mest ávísuðu undanþágulyfin voru um 70% sömu lyfin og 5 mest ávísuðu undanþágulyfin voru þau sömu bæði árin. Í Svíþjóð voru samþykktar undanþágulyfjaumsóknir 38.458, og 46% af 50 mest ávísuðu lyfjunum, voru samþykkt þar sem ekkert lyf var á markaði með sama ATC-númer og lyfjaform.

ÁLYKTANIR

Mikið af þeim undanþágulyfjum sem ávísað er hér á landi eru þau sömu ár eftir ár. Aðeins lítill hluti var samþykktur vegna skorts. Ávísun undanþágulyfja á Íslandi árið 2020 var meiri samanborið við í Svíþjóð þegar horft er til fólksfjölda og fjölda skráðra lyfja í löndunum. Draga mætti verulega úr heildarfjölda ávísana undanþágulyfja með markaðssetningu á þeim undanþágulyfjum sem er mest ávísað.

Inngangur

Í allri heilbrigðisþjónustu eru lyf og aðgengi að lyfjum mikilvægur þáttur. Hins vegar er lyfjaskortur vandamál um allan heim og hefur verið tilkynntur skortur á nær öllum tegundum lyfja á einhverjum tímapunkti. Skilgreiningin á lyfjaskorti er þegar eftirspurn á landsvísu mætir ekki framboði. Ástæðan getur verið margvísleg og má meðal annars nefna framleiðsluvandamál og skort á hráefni[1] ásamt dreifingar- og framboðsvandamálum.[2] Þetta getur haft mikil áhrif á sjúklinga og þeir þurfa að nota önnur lyf, sem getur reynst óákjósanleg meðferð og jafnvel þurft að borga meira fyrir lyfjameðferðina.[1] Til þess að forðast neikvæð áhrif á sjúklinga er mikilvægt að bregðast við lyfjaskorti. Til þess að mæta lyfjaskorti hafa verið flutt inn lyf sem ekki hafa markaðsleyfi í landinu, öðru nafni undanþágulyf.[3] Læknar geta því, með samþykki Lyfjastofnunar, ávísað lyfi með undanþágu sem ekki hefur markaðsleyfi í landinu ef lyfið er ekki fáanlegt á markaði.[2] Slíkum lyfjum hefur þá verið veitt markaðsleyfi í öðru landi.[4] Samþykki fyrir sölu lyfs sem ekki hefur markaðsleyfi í tilteknu landi er háð því að það

sé mikilvægt fyrir heilsu þjóðarinnar.[5] Læknir ber ábyrgð á að veita sjúklingi nauðsynlegar upplýsingar, tilkynna honum að lyfið hafi ekki markaðsleyfi hér á landi og gera grein fyrir mögulegum aukaverkunum. En læknir ber alfarið ábyrgð á ávísun og verkun lyfsins ef lyfið hefur ekki markaðsleyfi í öðru EES-ríki.[6]

Þegar læknir ávísar undanþágulyfi í lyfjagátt er það um leið umsókn um heimild hjá Lyfjastofnun fyrir ávísuninni. Starfsmenn stofnunarinnar fá þá umsóknina senda í tölvukerfi stofnunarinnar og meta umsóknina. Ef hún er samþykkt, birtist umrætt lyf í lyfjagátt og er hægt að afgreiða í lyfjabúð.[7,8] Þegar markaðssett lyf skortir tímabundið er lyfjafræðingum heimilt, í sérstökum tilvikum þar sem Lyfjastofnun gefur heimild til, að breyta lyfseðli sem er upp á markaðssetta lyfið yfir í undanþágulyfið. Slík heimild er þó aðeins veitt í ákveðinn tíma og Lyfjastofnun hefur þá lagt mat á öryggi breytingarinnar.[6] Þegar lyfjafræðingar nýta slíka heimild þurfa þeir að upplýsa lyfjanotendur um að lyfið sé í erlendum pakkningum og að það hafi ekki markaðsleyfi hér á landi og gera grein fyrir mögulegum aukaverkunum ásamt öðrum nauðsynlegum upplýsingum er varða notkun lyfsins.[9] Afgreiðslutími undanþágulyfja hér á landi er að öllu jöfnu hraðar, eða að jafnaði afgreiðsla samdægurs.[10]

Í Svíþjóð þarf læknir að hafa rökstudda ástæðu fyrir ávísun á hverju og einu undanþágulyfi líkt og læknar hér á landi. Ólíkt ferlinu hér á landi sækir apótekið um heimildina til lyfjastofnunar í Svíþjóð (Läkemedelsverket, Swedish Medical Products Agency). Afgreiðslutími undanþágulyfja er nokkru lengri en á Íslandi, en 7 virkir dagar er venjulegur afgreiðslutími umsókna.[11]

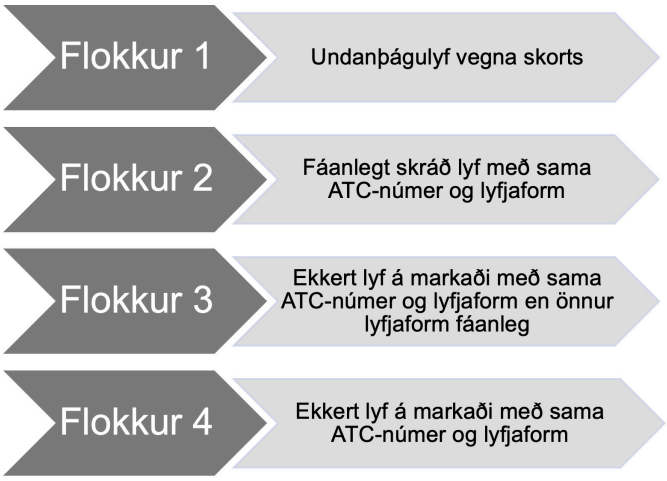
Markmið rannsóknarinnar var að greina umfang undanþágulyfja á Íslandi á árunum 2020 til 2021 til að varpa ljósi á stöðu undanþágulyfja á landinu. Greining var gerð á ástæðum fyrir þörf á ávísun undanþágulyfs. Jafnframt var markmiðið að bera stöðuna á Íslandi saman við stöðu undanþágulyfja í Svíþjóð árið 2020.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin fólst í því að leita upplýsinga um undanþágulyfjaumsóknir mannalyfja á Íslandi í IMAMED (gagnagrunnur Lyfjastofnunar). Undanþágulyfjaumsókn er umsókn um ávísun á undanþágulyfi í lyfjagátt einstaklings sem berst Lyfjastofnun frá lækni. Aflað var upplýsinga fyrir hvert vörunúmer sem samþykkt var á undanþágu og meðal annars um afskráningar, lyfjaskort og hvaða lyf eru markaðssett á Íslandi. Aðeins voru skoðuð mannalyf og aðeins þau sem ávísað var úr lyfjagátt Embættis landlæknis. Út frá gögnunum sem safnað var saman var hvert vörunúmer flokkað í viðeigandi flokk eftir því hvort sambærilegt skráð lyf var fáanlegt eða hvort skráða lyfið var í tímabundnum skorti þegar undanþágan var samþykkt. Á mynd 1 má sjá flokkana nánar.

Undanþágulyf á Íslandi

Lyfjastofnun heldur úti sérlyfjaskrá þar sem hægt er að leita eftir ATC-númerum (Anatomical Therapeutic Chemical code) lyfja sem hafa markaðsleyfi á Íslandi og eru markaðssett. ATC-



Mynd 1. *Gögnin voru sett í fjóra flokka. (ATC - Anatomical Therapeutic Chemical code)*

númer segir til um hvaða ATC-flokki viðkomandi lyf tilheyrir, hvaða líffærakerfi lyfinu er ætlað að hafa áhrif á.[12] Því var Sérlyfjaskrá notuð til þess að sjá hvort til væri skráð lyf með sama ATC-númer og lyfjaform og undanþágulyfið sem samþykkt var.

Upplýsingar um lyf sem hafa markaðsleyfi á Íslandi var að finna í lista sem ber heitið „Lyf með útgefin markaðsleyfi fyrir menn“. Á þeim lista var einnig tilgreint hvort lyfið væri markaðssett. Lyf sem áður höfðu markaðsleyfi á Íslandi en búið er að afskrá var að finna í lista sem ber heitið „Afskráð lyf og pakkningar 2017-2021“. Á þeim lista var hægt að sjá hvenær lyfið var tekið af markaði og hvenær markaðsleyfið var fellt niður. Listarnir eru aðgengilegir á heimasíðu Lyfjastofnunar.

Upplýsingar um þau lyf sem voru í tímabundnum skorti var að finna undir „Lyfjaskortsfréttir“ á heimasíðu Lyfjastofnunar. Þar var að finna lista yfir tilkynningar um lyfjaskort sem berast stofnuninni. Að auki var biðlisti lyfja hjá Sjúkratryggingum Íslands skoðaður. Horft var til þess hvenær lyfið fór á biðlista og hvenær lyfið var aftur væntanlegt.

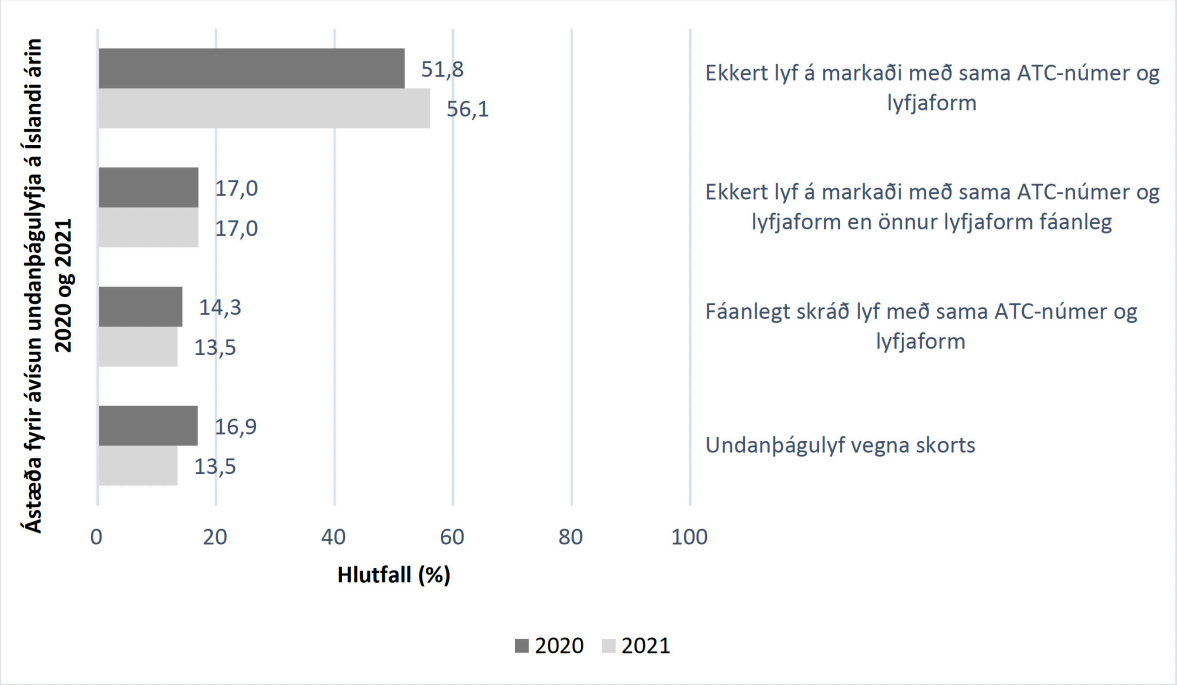
Við flokkunina var farið eftir tímabilinu sem undanþágulyfið var samþykkt og borið saman við tímabilið sem lyfið var á bið vegna lyfjaskorts, dagsetningu afskráningar á skráðu lyfi og dagsetningu þegar skráð lyf var markaðssett hér á landi.

Samþykktar umsóknir eru þær umsóknir sem Lyfjastofnun samþykkti og urðu því aðgengilegar í lyfjagátt einstaklingsins. Hvert undanþágulyf hefur sitt norræna vörunúmer og innihélt hver umsókn því eitt norrænt vörunúmer. Á bak við hverja umsókn geta þó verið margar pakkningar og er því hver ávísun eitt lyf (tegund pakkningar/vörunúmer) óháð magni eða fjölda af þeirri pakkningu.

Heildarfjöldi samþykktra vörunúmera lýsir heildarfjölda sérlyfja sem samþykkt voru, en athuga verður að ákveðin sérlyf geta verið til í ólíkum pakkningum og formum. Þá ber það sama sérlyfjaheiti en annað vörunúmer.

Undanþágulyf í Svíþjóð

Gögn um undanþágulyfjaumsóknir frá Svíþjóð voru fengin



Mynd 2. *Ástæða fyrir ávísun undanþágulyfja á Íslandi árin 2020 og 2021. Myndin sýnir hlutföll samþykktra undanþágulyfja fyrir hvern flokk. (ATC - Anatomical Therapeutic Chemical code)*

frá sænsku lyfjastofnuninni. Aflað var upplýsinga fyrir hvert vörunúmer sem samþykkt var á undanþágu líkt og gert var fyrir Ísland. Út frá gögnunum sem safnað var saman var hvert vörunúmer sett í viðeigandi flokk eftir því hvort sambærilegt skráð lyf var fáanlegt eða hvort skráða lyfið var í tímabundnum skorti þegar undanþágan var samþykkt. Notaður var skortlisti á heimasíðu lyfjastofnunar í Svíþjóð til þess að finna upplýsingar um það hvaða lyf voru í tímabundnum skorti. Að auki var að finna á skortlistanum þau lyf sem höfðu verið afskráð. Til þess að sjá hvaða lyf voru markaðssett í Svíþjóð var skoðuð FASS (Farmacevtiska specialiteter i Sverige), sænska sérlyfjaskráin, þar sem leitað var eftir ATC-númeri.

Tölfræðileg úrvinnsla

Notað var Microsoft Excel við vinnslu, flokkun gagna og tölfræðiútreikninga. Microsoft Word var notað við myndvinnslu og gerð taflna.

Niðurstöður

Rannsóknarþýðið samanstóð af undanþágulyfjaumsóknum á Íslandi á tímabilinu 1. janúar 2020 til 31. desember 2021 ásamt undanþágulyfjaumsóknum í Svíþjóð frá 1. janúar til 31. desember 2020.

Undanþágulyf á Íslandi

Umfang undanþágulyfja

Heildarfjöldi undanþágulyfjaumsókna sem ávísað var í gegnum lyfjagátt Embættis landlæknis árið 2020 var 51.607, af þeim samþykkti Lyfjastofnun 49.161 umsóknir. Árið 2021 voru 48.453 undanþágulyfjaumsóknir og af þeim samþykkti Lyfjastofnun 46.581 umsóknir (munur á milli ára 6,1%).

Af samþykktum undanþágulyfjaumsóknum var heildarfjöldi norrænna vörunúmera 993 árið 2020, en árið 2021 voru þau 1093 talsins (munur á milli ára var 10%).

Ástæða fyrir ávísun undanþágulyfja

Ástæða fyrir ávísun undanþágulyfja var skoðuð fyrir hvert norrænt vörunúmer á árunum 2020 og 2021. Skoðað var hvort fáanlegt væri skráð lyf á markaði á Íslandi eða hvort skráða lyfið hafi skort á þeim tíma sem undanþágulyfið var samþykkt. Ástæður fyrir ávísun undanþágulyfja á árunum 2020 og 2021 má sjá á mynd 2. Á myndinni sést að rétt rúmur helmingur undanþágulyfja sem ávísað er á Íslandi á sér ekkert hliðstætt lyf á markaði með sama ATC-númer og lyfjaform. Hlutfallið hækkar milli ára, úr 51,8% árið 2020 í 56,1% árið 2021. Aðeins lítill hluti undanþágulyfja var samþykktur vegna skorts og þeim fækkaði milli ára.

Undanþágulyf samþykkt vegna skorts voru samþykkt af því að skráða lyfið skorti tímabundið ásamt þeim sem voru afskráð á árinu eða árinu á undan. Afskráð lyf voru flokkuð í tvo flokka, eftir því hvort þau voru samþykkt eftir að ár var liðið frá afskráningu eða áður en ár var liðið frá afskráningu. Flest þau undanþágulyf sem samþykkt voru vegna afskráningar í báðum hópum áttu sér ekkert lyf á markaði með sama ATC-númer og lyfjaform. Þau undanþágulyf sem samþykkt voru vegna þess að skráða lyfið skorti tímabundið var 8,8% árið 2020 og 7,6% árið 2021.

Mest ávísuðu undanþágulyfin á Íslandi árin 2020 og 2021

Þau 10 lyf sem mest var ávísað af undanþágulyfjum á Íslandi sem samþykkt voru af Lyfjastofnun árið 2020 má sjá í töflu I og fyrir árið 2021 í töflu II. Það lyf sem oftast var ávísað fær sæti 1, næst oftast sæti 2 og svo framvegis. Af 10 mest ávísuðu

Tafla I. Tíu mest ávísuðu undanþágulyfin á Íslandi árið 2020. Það lyf sem oftast var ávísað fær sæti 1, næst oftast sæti 2 og svo framvegis.

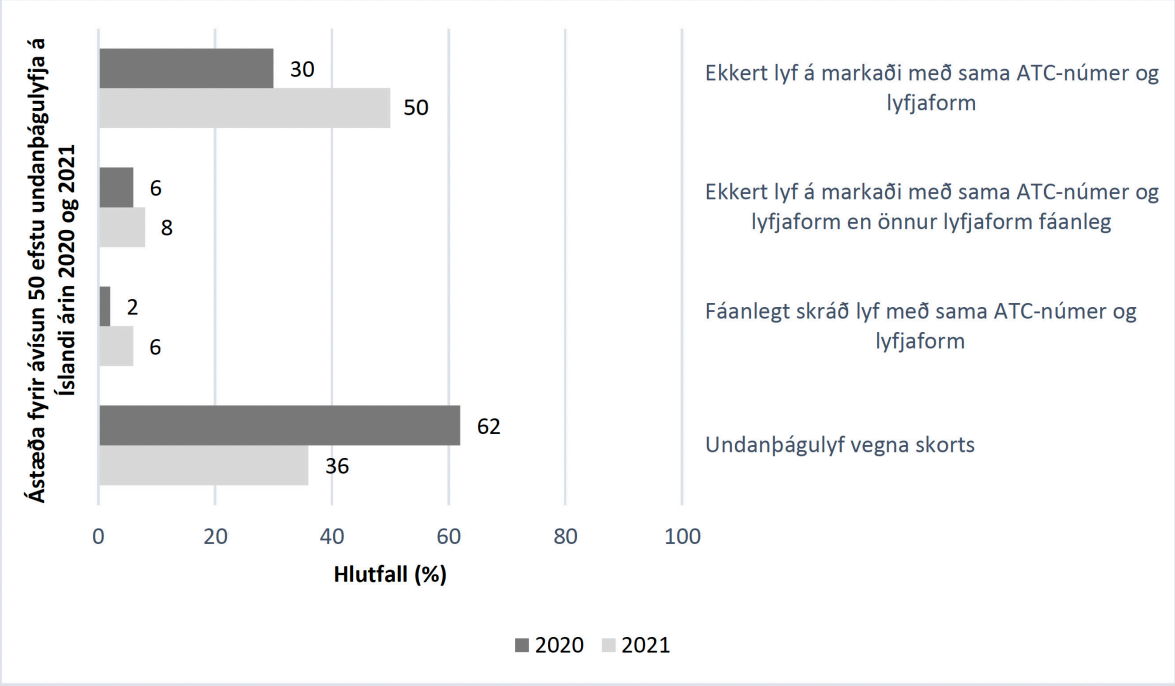
Sæti	Heiti lyfs	Virkt efni	Lyfjaform	Styrkleiki	ATC-númer	Markaðsleyfi	Markaðssett	Fjöldi ávísana
1.	**Doloproct****	Flúókortólón / lídókaín	Endaþarmsstíll	1/40 mg	C05AA08	Nei	Nei	4504
2.	**Xyloproct**	Hýdrókortisón / lídókaín	Endaþarmsstíll	5/60/400 mg	C05AA01	Nei	Nei	3242
3.	**Doloproct****	Flúókortólón / lídókaín	Endaþarmskrem	-	C05AA08	Nei	Nei	2394
4.	**Senokot****	Senna	Tafla	7,5 mg	A06AB06	Já/Nei	Já/Nei	2345
5.	**Xyloproct**	Hýdrókortisón / lídókaín	Endaþarmskrem	2,75/50 mg	C05AA01	Nei	Nei	2329
6.	**Uro-Tablinen* Nifurantin***	Nítrófúrantóín	Tafla	50 mg	J01XE01	Já	Já	2041
7.	**Co-Trimoxazole** Bactrim****	Súlfametoxazól / trímetóprím	Tafla	480 mg	J01EE01	Nei/Já***	Nei	1562
8.	**Bromam****	Brómazepam	Tafla	3 mg	N05BA08	Nei	Nei	1508
9.	**SEM mixtúra**	Blöndur	Mixtúra	2,53 mg/ml	R05DA20	Nei	Nei	1410
10.	**Nozinan** Levomepromazine Orion****	Levómeprómazín	Tafla	25 mg	N05AA02	Já/Nei	Já/Nei	1367

*Undanþágulyf sem samþykkt voru þar sem skráða lyfið skorti tímabundið.
**Undanþágulyf sem samþykkt voru þar sem skráða lyfið var afskráð árið 2019 eða 2020.
*** Fékk markaðsleyfi 28. ágúst 2020.

Tafla II. Tíu mest ávísuðu undanþágulyfin á Íslandi árið 2021.Það lyf sem oftast var ávísað fær sæti 1, næst oftast sæti 2 og svo framvegis.

Sæti	Heiti lyfs	Virkt efni	Lyfjaform	Styrkleiki	ATC-númer	Markaðsleyfi	Markaðssett	Fjöldi ávísana	Sæti 2020
1.	**Doloproct**	Flúókortólón / lídókaín	Endaþarmsstíll	1/40 mg	C05AA08	Nei/já***	Nei	4393	1.
2.	**Xyloproct**	Hýdrókortisón / lídókaín	Endaþarmsstíll	5/60 mg	C05AA01	Nei	Nei	2963	2.
3.	**Doloproct**	Flúókortólón / lídókaín	Endaþarmskrem	-	C05AA08	Nei/já***	Nei	2743	3.
4.	**Senokot****	Senna	Tafla	7,5 mg	C06AB06	Nei	Nei	2182	4.
5.	**Xyloproct**	Hýdrókortisón / lídókaín	Endaþarmskrem	2,75/50 mg	C05AA01	Nei	Nei	1965	5.
6.	**SEM mixtúra**	Blöndur	Mixtúra	2,53 mg/ml	R05DA20	Nei	Nei	1627	9.
7.	**Quinine sulfate**	Kínín	Tafla	200 mg	P01BC01	Nei	Nei	1204	11.
8.	**Levomepromazine Orion** Nozinan****	Levómeprómazín	Tafla	25 mg	N05AA02	Nei	Nei	1168	10.
9.	**Levomepromazine Orion** Methoprazine****	Levómeprómazín	Tafla	5 mg	N05AA02	Nei	Nei	1160	12.
10.	**Miralax**	Hægðalyf með osmótíska verkun	Lausnarduft	238 g	A06AD00	Nei	Nei	975	16.

**Undanþágulyf sem samþykkt voru þar sem skráða lyfið var afskráð árið 2020 eða 2021.
*** Fékk markaðsleyfi 21. október 2021.



Mynd 3. *Ástæður fyrir ávísunum 50 algengustu undanþágulyfja á Íslandi árin 2020 og 2021. Myndin sýnir hlutföll samþykktra undanþágulyfja fyrir hvern flokk. (ATC - Anatomical Therapeutic Chemical code)*

undanþágulyfjunum árið 2020 var aðeins eitt lyf samþykkt þar sem skráða lyfið skorti tímabundið, samanborið við árið 2021 þegar ekkert lyf var samþykkt þar sem skráða lyfið skorti tímabundið. Tíu mest ávísuðu undanþágulyfin árið 2021 voru öll samþykkt árið 2020.

Í töflu I og II má einnig sjá hvort undanþágulyfið hafði lyf með markaðsleyfi á Íslandi og hvort það lyf var markaðssett hér. Árið 2020 var eitt lyf sem hlaut markaðsleyfi á árinu en það var ekki markaðssett fyrr en í byrjun árs 2021. Tvö lyf voru tekin af markaði og aðeins eitt lyf hafði markaðsleyfi og var markaðssett á árinu. Árið 2021 fékk Doloproct® markaðsleyfi fyrir bæði endaþarmsstíla og krem en var ekki markaðssett. Ekkert af 10 mest ávísuðu undanþágulyfjunum árið 2021 hafði markaðssett lyf á íslenskum markaði. Fimm mest ávísuðu undanþágulyfin voru þau sömu fyrir bæði árin.

Þegar horft var til 50 mest ávísuðu undanþágulyfjanna á Íslandi sem samþykkt voru af Lyfjastofnun árin 2020 og 2021 mátti sjá að 70% lyfjanna voru þau sömu bæði árin. Á mynd 3 má sjá ástæður fyrir ávísunum 50 mest ávísuðu undanþágulyfja á Íslandi árin 2020 og 2021. Undanþágulyf sem samþykkt voru vegna skorts voru þau undanþágulyf sem voru samþykkt af því að skráða lyfið skorti tímabundið ásamt þeim sem voru afskráð á árinu eða árinu á undan. Þau undanþágulyf sem ávísað var vegna þess að skráða lyfið skorti tímabundið voru 30% árið 2020 og 10% árið 2021.

Tíu, 30 og 50 mest ávísuðu undanþágulyfin eru stór hluti af heildarfjölda samþykktra umsókna árið 2020 og 2021. Tíu mest ávísuðu lyfin voru 46,8% af samþykktum umsóknum árið 2020 samanborið við árið 2021 þegar þau voru 43,8% af samþykktum umsóknum. Þrjátíu mest ávísuðu lyfin voru 70,7% árið 2020 og 67,3% árið 2021 og 50 mest ávísuðu lyfin voru 79,5% árið 2020 og 76,2% árið 2021.

Undanþágulyf í Svíþjóð árið 2020

Lyfjastofnun í Svíþjóð samþykkti 38.458 undanþágulyfjaumsóknir árið 2020. Í heildina voru samþykkt 1797 mismunandi vörunúmer.

Í töflu III má sjá þau 10 undanþágulyf sem oftast var ávísað í Svíþjóð árið 2020. Mikill munur var á samþykktum umsóknum á sæti fjögur og fimm. Fjórum mest ávísuðu lyfin voru 19,5% af heildarfjölda samþykktra umsókna.

Þegar horft var til ástæðna fyrir ávísunum á 50 mest ávísuðu undanþágulyfin í Svíþjóð árið 2020 voru 12% undanþágulyfja samþykkt vegna þess að skráða lyfið skorti tímabundið. Þar sem ekkert lyf var á markaði með sama ATC-númer og lyfjaform var 46% af samþykktum undanþágum. Í 26% tilfella var undanþága samþykkt þar sem ekkert lyf var á markaði með sama ATC-númer og lyfjaform en annað lyfjaform var fáanlegt. Í 16% tilfella var undanþága samþykkt þar sem lyf með sama ATC-númer og lyfjaform var fáanlegt.. Meirihluti undanþágulyfja sem var mest ávísað í Svíþjóð árið 2020 voru samþykkt þar sem ekkert lyf var á markaði með sama ATC-númer og lyfjaform.

Ef heildarfjöldi samþykktra umsókna á 10, 30 og 50 mest ávísuðu lyfjunum er skoðaður fyrir árið 2020 sést að 10 algengustu lyfin voru 30,5%, 30 algengustu voru 50,5% og 50 efstu 59,4% af heildarfjölda. Fimmtíu efstu undanþágulyfin í Svíþjóð voru því meirihluti af heildarfjölda samþykktra umsókna.

Umræða

Undanþágulyf á Íslandi 2020-2021

Niðurstöður sýna að undanþágulyfjum fjölgaði en umsóknum fækkaði milli ára. Mikill meirihluti undanþágulyfja sem ávísað er á Íslandi eiga sér ekkert hliðstætt lyf á markaði með sama

Tafla III. Tíu mest ávísuðu undanþágulyfin í Svíþjóð árið 2020. Það lyf sem oftast var ávísað fær sæti 1, næst oftast sæti 2 og svo framvegis.

Sæti	Sérlyfjaheiti	Virkt efni	Lyfjaform	Styrkleiki	ATC-númer	Fjöldi ávísana
1.	**Utrogest Lugesteron 100 mg kapseli Pehmeä Utrogestan Utrogestan 100 mg Capsules**	Prógesterón	Hylki, mjúk	100 mg	G03DA04	2508
2.	**Litarex***	Litíumsítrat (tetrahýdrat)	Forðatafla	42 mg	N05AN01	1954
3.	**Frisium**	Klóbazam	Tafla	10 mg	N05BA09	1672
4.	**Catapresan**	Klónidín hýdróklóríð	Tafla	75 mcg	C02AC01	1371
5.	**Amfetamin**	Amfetamín klórfenoxýasetat, amfetamín hýdróklóríð, amfetamín fosfat, amfetamín súlfat, amfetamín tartrat	Tafla	5 mg	N06BA01	741
6.	**Propycil***	Própýlþíóúrasíl	Tafla	50 mg	H03BA02	737
7.	**Armour Thyroid**	Levótýroxín, líótýrónín	Tafla	30 mg	H03AA03	726
8.	**Litio Carbonato L.F.M. Litiumkarbonat**	Litíum karbónat	Tafla	300 mg	N05AN01	699
9.	**Liskantin Mylepsinum Mysoline Sanova Primidon Holsten**	Primidón	Tafla	250 mg	N03AA03	680
10.	**Hypovase Apo-Prazo Minipress Minipress Laboratoire Cutis Teva-Prazosin**	Prazosin hýdróklóríð	Tafla	1 mg	C02CA01	651

*Undanþágulyf sem samþykkt voru þar sem skráða lyfið var í tímabundnum skorti.

ATC-númer og lyfjaform og aðeins litlum hluta undanþágulyfja var ávísað vegna þess að skráða lyfið skorti tímabundið bæði árin. Þau undanþágulyf sem var mest ávísað bæði árin voru meira og minna sömu lyfin, og sömu lyfin skipa toppsætin ár frá ári. Þrátt fyrir mörg þúsund umsóknir er aðeins um nokkra tugi lyfja að ræða sem standa að baki heildarumfangi. Því myndi átaksverkefni með það að markmiði að hvetja til skráningar á 30-50 algengustu lyfjunum geta skilað talsverðri minnkun á heildarfjölda ávísana undanþágulyfja.

Ástæðan fyrir því að sömu lyfin eru efst ár frá ári ásamt því að meirihluti undanþágulyfja hefur ekkert skráð lyf með sama ATC-númer og lyfjaform gæti verið að markaðsleyfishafar hafi ekki áhuga á að markaðssetja ákveðin lyf hér á landi þar sem hagnaður er mögulega ekki jafn mikill og á öðrum mörkuðum eða lyfjum. Markaðsleyfishafar þurfa að greiða ýmis gjöld af þeim lyfjum sem þeir eru með markaðssett[13] og ef sala er ekki mikil á lyfjunum geta markaðsleyfishafar séð sér meiri hag í því að halda slíkum lyfjum í undanþágulyfjakerfinu fremur en að markaðssetja þau og sleppa við ýmis gjöld er fylgja markaðssetningunni. Þetta getur verið varhugavert þar sem ávísun undanþágulyfja ætti einungis að koma til þegar rík nauðsyn krefur eða sérstakar ástæður. Til dæmis þegar skortur verður á skráðum lyfjum. Út frá þessum niðurstöðum má álykta að lítill hvati sé fyrir markaðsleyfishafa til þess að markaðssetja hér á landi þau lyf sem hefur mest verið ávísað á undanþágu undanfarin ár.

Lyfjaverð gæti einnig skipt máli, en hámarksverð lyfja í heildsölu á Íslandi er ákvarðað út frá ströngum kröfum og við ákvörðun er tekið mið af lægsta verði sömu lyfja á Norðurlöndunum.[14] Í samanburði við Norðurlöndin reynist lyfjaverð á Íslandi almennt lágt,[15] sem getur valdið því að íslenskur markaður sé ekki eins áhugaverður og aðrir markaðir. Þeim mun lægra sem lyfjaverð er, því meiri hætta er á skorti og ef verðið er of lágt er einnig minni ásókn í að koma lyfjum á markað.[1]

Staða undanþágulyfja á Íslandi samanborið við Svíþjóð árið 2020

Ávísun undanþágulyfja á Íslandi er fremur mikil samanborið við Svíþjóð þegar horft er á fólksfjölda. Svíþjóð er fjölmennast Norðurlandanna en íbúar árið 2020 í Svíþjóð voru 10.327.589 íbúar[16] samanborið við Ísland þar sem voru 364.134 íbúar árið 2020.[17] Merkilegt þykir því að samþykktar undanþágulyfjaumsóknir í Svíþjóð voru færri en á Íslandi árið 2020. Lyfjaframboð í löndunum tveimur getur haft áhrif á þennan mun milli landanna. Árið 2020 voru 3556 vörunúmer markaðssett á Íslandi samanborið við 14.859 vörunúmer í Svíþjóð. Það er því ljóst að lyfjaframboð er töluvert meira í Svíþjóð og neyðast læknar því ekki jafn oft til að sækja um undanþágu fyrir lyf þegar ekkert annað stendur til boða.

Mest ávísuðu undanþágulyfin eru stór hluti af heildarfjölda samþykktra umsókna bæði í Svíþjóð og á Íslandi. Ástæður fyrir ávísun á algengustu undanþágulyfin voru mismunandi milli landa, en undanþágulyf sem ávísað var vegna skorts voru fleiri

á Íslandi en í Svíþjóð. Úrræði vegna lyfja sem skortur verður á eru líklega fleiri í Svíþjóð en á Íslandi og meiri möguleikar til að nota skráð lyf líkt og samheitalyf þar í landi. Sem dæmi má nefna að samþykktar umsóknir um mest ávísaða lyfið í Svíþjóð eru töluvert færri en á Íslandi en í Svíþjóð er það lyf fáanlegt á öðru lyfjaformi með sama ATC-númer og gæti það lyfjaform hentað meirihluta sjúklinga sem nota lyfið. Mest ávísaða undanþágulyfið á Íslandi er hins vegar ekki með neitt lyf á markaði með sama ATC-númer og lyfjaform: svo læknar hafa ekkert annað val.

Úrræði

Hvatakerfi fyrir lyf sem hafa verið í undanþágukerfinu með margar ávísanir í lengri tíma

Út frá niðurstöðum þessarar rannsóknar má sjá að ef það tækist að skrá hluta af mest ávísuðu undanþágulyfjunum, mætti fækka ávísunum undanþágulyfja um að minnsta kosti helming. Það myndi skila sér í minni óþægindum fyrir sjúklinga, lægri kostnaði vegna vinnu lækna, lyfjafræðinga og starfsfólks lyfjastofnunar. Kanna mætti hvort einhvers konar hvati eða breytingar á regluverki, hvað verð eða gjöld varðar, yrði til þess að fá umrædd lyf skráð. Það er verðugt verkefni og fer að sjálfsögðu mikið eftir því hverjar eru raunverulegar ástæður fyrir því að umrædd lyf eru ekki skráð. Augljóst er að markaðurinn virkar ekki eins og best verður á kosið fyrir þessi lyf, þar sem sömu lyfin sitja föst í efstu sætum, jafnvel þótt Lyfjastofnun hafi undanfarin ár sent út lista yfir mest ávísuðu undanþágulyfin og hvatt markaðsleyfishafa og umboðsmenn til að markaðssetja umrædd lyf. En stofnunin hefur tekið saman lista yfir mest ávísuðu lyfin og birt sem frétt á vefsíðu stofnunarinnar og sent til umboðsmanna og markaðsleyfishafa á Íslandi.[18]

Aukin heimild lyfjafræðinga til að einfalda afgreiðslu undanþágulyfja

Í dag er lyfjafræðingum heimilt að breyta hefðbundnum lyfseðli yfir í undanþágulyfið þegar Lyfjastofnun gefur heimild til.[6] Sjúklingur þarf þá ekki að fara aftur til læknis til þess eins að fá undanþágulyfseðil. Heimildin einfaldar því ferlið fyrir undanþágulyf til muna og er góð lausn fyrir sjúklinga, lyfjafræðinga og lækna. Nýlega hafa lyfjafræðingar fengið slíka heimild veitta oftar þegar mikið notuð lyf skortir í landinu og ekkert annað samheitalyf með markaðsleyfi er fáanlegt. Líklegt er að áframhaldandi veiting þessarar heimildar muni einfalda sjúklingum og heilbrigðisstarfsfólki að takast á við það þegar mikið ávísuð lyf skortir með skömmum fyrirvara og eina lausnin er útvegun á undanþágulyfi. Það mun þó líklega ekki hafa mjög mikil áhrif á heildarumfang undanþágulyfja þar sem ávísanir vegna skorts eru ekki stór hluti ávísana á undanþágulyf.

Að einfalda ferlið eða fjölga slíkum heimildum getur einnig verið varhugavert ef aðgengi að undanþágulyfjum verður þá auðveldara. Það gæti ýtt undir afskráningu lyfja í sparnaðarskyni fyrir lyfjafyrirtæki ef þau gera ráð fyrir að lyfinu verði ávísað hvort sem er. Heimildina ætti því að reyna takmarka við tilvik þar sem klárlega er um að ræða skráð lyf sem skortir tímabundið og engin önnur meðferðarúrræði í boði.

Rafrænir fylgiseðlar

Dýrt getur verið fyrir lyfjafyrirtæki að markaðssetja lyf með íslenskum upplýsingum þar sem þau einskorðast aðeins við einn lyfjamarkað en samkvæmt lyfjalögum eiga fylgiseðlar að vera á íslensku og fylgja hverri lyfjapakkningu.[19] Undanþágulyfjum fylgja ekki upplýsingar á íslensku, sem er erfitt fyrir marga sjúklinga. Í dag stendur yfir tilraunaverkefni um rafræna fylgiseðla fyrir lyf sem notuð eru á heilbrigðisstofnunum.[20] Fari svo að lyfjaregluverk í Evrópu opni fyrir sveigjanleika hvað varðar atriði eins og rafræna fylgiseðla og aðrar merkingar, verður áhugavert að sjá hvort lyfjum fjölgar á markaði hér á landi með tilheyrandi fækkun undanþágulyfja. Þá gætu lyfjafyrirtæki mögulega í meira mæli samræmt pakkningar, sama fyrir hvaða markað þær eru.

Takmarkanir og styrkleikar rannsóknarinnar

Þetta er fyrsta rannsóknin á umfangi undanþágulyfja sem gerð er á Íslandi og gefur ákveðna mynd af stöðu undanþágulyfja hér á árunum 2020-2021 samanborið við Svíþjóð árið 2020. Rannsóknin byggir á áreiðanlegum gögnum og gefur einnig aukna möguleika á frekari rannsóknum.

Helsti veikleiki rannsóknarinnar er að rannsakað var umfang undanþágulyfja út frá ályktunum um ástæður fyrir ávísunum undanþágulyfja og flokkun eftir því hvort til var sambærilegt markaðssett lyf á markaði eða hvort markaðssett lyf skorti á ákveðnum tíma. Ekki voru skoðaðar sérstaklega ástæður fyrir ávísunum undanþágulyfja á Íslandi út frá rökstuðningi læknis fyrir ávísun þeirra. Enda þótt lyf hafi verið samþykkt á sama tíma og skráða lyfið skorti tímabundið, er ekki víst að allar umsóknir um það lyf hafi verið samþykktar vegna skorts, það gæti verið önnur ástæða fyrir ávísuninni. Þetta gæti skekkt niðurstöðurnar.

Ályktun

Niðurstöður sýna að mörg þeirra undanþágulyfja sem er mest ávísað á Íslandi eru þau sömu ár eftir ár og aðeins litlum hluta undanþágulyfja var ávísað vegna þess að skráða lyfið skorti tímabundið. Á lyfjamarkaðnum hérlendis er framboðið lítið í samanburði við Svíþjóð og eru tækifæri til staðar til að draga úr ávísunum undanþágulyfja á Íslandi til hagsbóta fyrir skjólstæðinga, lækna og lyfjafræðinga.

Þakkir

Lyfjastofnun Íslands og í Svíþjóð fá þakkir fyrir að veita aðgang að þeim gögnum sem þurfti við gerð rannsóknar.

Heimildir

1. Shukar S, Zahoor F, Hayat K, et al. Drug Shortage: Causes, Impact, and Mitigation Strategies. Front Pharmacol 9. júlí 2021; 12: 693426.
2. Bochenek T, Abilova V, Alkan A, et al. Systemic Measures and Legislative and Organizational Frameworks Aimed at Preventing or Mitigating Drug Shortages in 28 European and Western Asian Countries. Front Pharmacol 2018; 8: 942.
3. Undanþágulyf. Lyfjastofnun. lyfjastofnun.is/lyf/undanthagulyf/ - nóvember 2021.
4. Donovan G, Parkin L, Wilkes S. Special unlicensed medicines: what we do and do not know about them. Br J Gen Pract 2015 2021; 65: e861-3.
5. European Commission. DIRECTIVE 2001/83/EC OF THEUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL 2012.
6. Lyfjalög nr. 100, 2020. althingi.is/lagas/nuna/2020100.html - maí 2023.
7. Reglugerð um lyfjaávísanir og afhendingu lyfja nr. 740. reglugerd.is/reglugerdir/allar/nr/0740-2020 - maí 2023.
8. Áríðandi tilkynning til apóteka. Lyfjastofnun 2022. lyfjastofnun.is/frettir/aridandi-tilkynning-til-apoteka/ - maí 2023.
9. Zitromax 500 mg og Azithromycin STADA 500 mg. Lyfjastofnun 2023. lyfjastofnun.is/lyfjaskortsfrettir/zitromax-500-mg-og-azithromycin-stada-500-mg/ - maí 2023.
10. Upplýsingar um undanþágulyf fyrir heilbrigðisstarfsfólk. Lyfjastofnun 2021. lyfjastofnun.is/lyf/undanthagulyf/upplysingar-um-undanthagulyf-fyrir-heilbrigdistarfsfolk/ - maí 2023.
11. Licens för läkemedel. Swedish Medical Products agency 2022. lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/forskrivning/licenser - maí 2023.
12. ATC flokkun. Lyfjastofnun. serlyfjaskra.is/atc - maí 2023.
13. GJALDSKRÁ fyrir markaðsleyfi, árgjöld og önnur gjöld vegna lyfja sem Lyfjastofnun innheimtir nr. 1160. Lyfjastofnun 2018. lyfjastofnun.is/wp-content/eplica_media/lyfjastofnun/B_nr_1160_2018.pdf - maí 2023.
14. Reglugerð um verðlagningu lyfja og greiðsluþátttöku í lyfjum nr. 1414. 2020. island.is/reglugerdir/nr/1414-2020 - maí 2023.
15. Haraldsson G, Friðriksson KS, Skúlason MÁ. Rannsókn á lyfjamarkaði, verðlagning heildsölulyfja á Íslandi. Skýrsla Intellecon; 2018. old.frumtok.is/Media/intellecon-rannsokn-a-lyfjamarkadi.pdf - maí 2023.
16. Staðreyndir um Svíþjóð. Norrænt samstarf 2022. norden.org/is/information/stadreyndir-um-svithjod - maí 2023.
17. Lykiltölur mannfjöldans 1703-2022. Hagstofa Íslands 2022. hagstofa.is - maí 2023.
18. Undanþágulyf sem oftast var ávísað í nóvember 2022. Lyfjastofnun 2022. lyfjastofnun.is/frettir/undanthagulyf-sem-oftast-var-avisad-i-november-2022/ - maí 2023.
19. Reglugerð um markaðsleyfi sérlyfja, merkingar þeirra og fylgiseðla nr. 545. 2018. island.is/reglugerdir/nr/0545-2018 - maí 2023.
20. Rafrænir fylgiseðlar. Lyfjastofnun 2022]. lyfjastofnun.is/lyf/rafraenir-fylgisedlar/ - maí 2023.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.09.756

Unlicensed drugs in Iceland in the years 2020 and 2021 with comparison to Sweden in 2020.

Ármey Valdimarsdóttir[1]

Anna Bryndís Blöndal[1,2]

Hjalti Kristinsson[3]

[1]Faculty of Pharmaceutical Sciences University of Iceland, [2]Development Centre for Primary Healthcare in Iceland, Faculty of Pharmaceutical Sciences, University of Iceland, [3]Icelandic Medicines Agency.

Correspondence: Ármey Valdimarsdóttir, *armey4@gmail.com*

Key words: *Unlicensed drug, exemption use drug, named-patient basis access, small market supply drugs.*

INTRODUCTION: Prescriptions of unlicensed drugs along with public discussion have increased in recent years. The cause of this increase is unclear.

MATERIAL AND METHODS: This is a retrospective descriptive study of applications of unlicensed drugs in Iceland in the years 2020 and 2021, as well as applications in Sweden for the year 2020. Information was collected on unlicensed prescription applications, registered drugs and stock-out time. Information was analyzed and categorized to describe the scope of unlicensed prescriptions in the two countries during the study time.

RESULTS: In Iceland, 49.161 applications were approved in 2020 and 46.581 in 2021. The most common reason for using unlicensed products was that no registered drug was on the market with the same ATC-number (Anatomical Therapeutic Chemical code) and formulation. Shortage of drug was the reason for unlicensed prescription in 8.8% of cases in 2020 and 7.6% in 2021. The list of the 50 most prescribed drugs included the same drugs in 70% of the cases in both years. The five most prescribed drugs were the same in both years. In Sweden, 38.458 applications were approved in 2020. Of the most prescribed unlicensed drug, 46% were as no registered drug with same ATC-number and dosage form was marketed.

CONCLUSION: Many unlicensed drugs, prescribed in Iceland, are the same year after year. Only a small part of the applications approved were due to shortage of drug. The use of drugs without marketing license in Iceland in 2020 was higher than in Sweden when adjusted for the size of the market and population. Getting the five most prescribed unlicensed drugs licensed in Iceland could reduce largely, the total of prescription of unlicensed drugs in Iceland.

Gagnreynd þekking á lífsháttum

yfirlit um nýjar norrænar ráðleggingar um næringu og mataræði – áhersla á sjálfbærni

Inga Þórsdóttir[1,2] næringarfræðingur
Birna Þórisdóttir[1,2] næringarfræðingur
Alfons Ramel[1,2] næringarfræðingur
Þórhallur Halldórsson[1,2] faraldsfræðingur

[1]Matvæla- og næringarfræðideild heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands, [2]Heilbrigðisvísindastofnun Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Inga Þórsdóttir, *ingathor@hi.is*

Greinin barst til blaðsins 4. júní 2023,
samþykkt til birtingar 15. ágúst 2023.

ÁGRIP

Fjallað er um mat á rannsóknum sem grundvöll ráðlegginga um lífshætti og sérstaklega ráðlegginga um næringu. Norrænu ráðleggingarnar um næringu og mataræði með nýrri áherslu á sjálfbærni birtust 2023. Slembaðar samanburðarrannsóknir eru taldar sterkasti grunnur gagnreyndrar þekkingar, en stundum verður þeim ekki viðkomið við rannsóknir á lífsháttum. Matstæki sem notað er sem grundvöllur norrænu ráðlegginganna 2023 metur styrk sambanda milli áhrifaþátta (næringarefna og mataræðis) og útkomu (heilsufars og umhverfis), þar sem rannsóknaraðferðir eru metnar og skipulagt gæðamat framkvæmt. Miðað við nýjustu tölur Milliríkjanefndar Sameinuðu þjóðanna um loftslagsbreytingar veldur matvælaframleiðsla losun um 31% (23-42%) gróðurhúsalofttegunda af mannavöldum á heimsvísu. Í því ljósi vinnur nú fjöldi þjóða að því að draga úr losun gróðurhúsalofttegunda með því að efla og bæta fæðutengdar ráðleggingar og auka sjálfbærni en í því felast bæði heilsu- og umhverfisáhrif. Ráðleggingarnar um næringarefni 2023 nýta samræmdar alþjóðlegar aðferðir og nýjustu upplýsingar um stærð fólks við útreikning viðmiðunargilda fyrir 36 næringarefni. Leiðbeiningar um mataræði 2023 eiga að leiða til fæðuvenja sem uppfylla þörf fólks fyrir næringarefnin og eru um leið hollar umhverfinu. Læknar og aðrar heilbrigðisstéttir geta aukið áhuga fólks á að fylgja ráðum um næringu og mataræði sem byggja á traustari og breiðari grunni en áður.

Inngangur

Bakgrunnur

Saga norrænna ráðlegginga um næringarefni hefst á sjöunda áratug síðastliðinnar aldar, en þær voru fyrst gefnar út árið 1980.[1] Með reglulegri endurskoðun á að tryggja að ráðleggingarnar taki hverju sinni mið af bestu þekkingu og með tímanum hafa komið inn áherslur á fæðutengdar ráðleggingar (það er um matinn sjálfan), hreyfingu og nú síðast á sjálfbærni. Þrátt fyrir ítarlega og ítrekaða endurskoðun hefur grunnurinn í ráðleggingunum staðist tímans tönn, sem rennir enn frekari stoðum undir vísindalegan styrk þeirra. Nú á árinu 2023 eru kynntar nýja ráðleggingar – og er það 6. endurskoðun og útgáfa þeirra.[2] Norrænu næringarráðleggingarnar eru sameiginlegur vísindalegur grunnur að ráðleggingum hvers lands fyrir sig.[1,2,3] Kjarni þeirra er grunnurinn að ráðlögðum dagsskömmtum næringarefna og viðmið fyrir orkuefni og heildarorku sem dagleg neysla á mat og drykk veitir. Hlutur fæðutengdra ráðlegginga hefur með árunum stækkað enda illa hægt að fylgja ráðleggingum um næringarefni án þess að tengja það matnum sem borðaður er.

Í næringarráðleggingunum 2023 er mikil áhersla lögð á sjálfbærni og þess vegna eru nýjar bakgrunnsgreinar um mat-

væli og fæðuflokka fyrirferðarmiklar.[2] Til vísindalegs grunns ráðlegginganna 2023 teljast yfir 100 fyrirliggjandi gæðametin kerfisbundin yfirlit, 9 ný gæðametin kerfisbundin yfirlit sérstaklega gerð fyrir norrænu næringarráðleggingarnar og 61 nýtt bakgrunnsyfirlit um næringarefni, orku, fæðuflokka og sjálfbærni.[2] Öll ný yfirlit á vegum ráðlegginganna eru ritrýnd og hafa farið í gegnum opna ritrýni. Vinna að ráðleggingunum hófst 2019 og niðurstöður birtast nú 2023. Birting hefur ekki dregist mikið á langinn þrátt fyrir COVID-19 sem bæði gerði vinnu að ráðleggingunum erfiðari og bið varð þess vegna einnig á að skýrsla Alþjóðaloftslagsráðsins lægi fyrir, en hún var mikilvæg fyrir þróun ráðlegginganna.[4]

Gagnreynd áhrif lífsháttа á heilsu

Lífshættir, venjur og aðstæður eins og matur, næring, svefn, útivera og hreyfing, auk félagslegrar virkni, hafa mikil áhrif á heilsu. Það reynist þó mörgum erfitt að lifa í samræmi við það sem hollast þykir fyrir heilsu og vellíðan. Og ekki nóg með það, því stundum staðfesta nýrri vísindagreinar ekki fyrri þekkingu. Eðlilega veltir fólk fyrir sér hvernig geti staðið á þessu og hverju eigi að trúa. Í þessari grein er leitast við að svara þessu út frá vinnu að Norrænum ráðleggingum um næringarefni og mataræði.

Almennar ástæður þess að nýjar rannsóknir staðfesta stundum ekki fyrri þekkingu eru í fyrsta lagi birtingarerfiðleikar, það er að segja að erfitt getur reynst að birta rannsóknarniðurstöður sem staðfesta fyrri þekkingu, þar sem vísindin sem slík krefjast nýrra frétta. Því verður óneitanlega til ákveðin áhersluvilla í vísindalegum birtingum. Þekkt er einnig að erfitt getur reynst að birta engin áhrif, það er að segja staðfestingu núlltilgátu. Í öðru lagi hafa hegðun og lífshættir oft fyrst og fremst áhrif til langs tíma, og rannsókn sem nær yfir skemmri tíma getur því sjaldnast sýnt þær niðurstöður sem búist er við að lífshættir leiði til. Vissulega eru mörg dæmi um að heilsufarsleg áhrif finnist fljótt, eða að áhrif á lífvísa eða áhættuþætti sjúkdóma sjáist fljótt, og af þeim ástæðum er aldrei of seint að bæta lífshætti sína ef áhugi er fyrir hendi. Dæmi um áhættuþætti sjúkdóma sem unnt er að sjá áhrif á innan fárra vikna, að minnsta kosti meðal fólks sem komið er í áhættuhóp, eru blóðlípíð og sykurþol. Fólk í áhættuhópum, sem hefur lífvísa og klínísk gildi sem unnt er að breyta og bæta, sýna þannig meiri áhrif af breyttum lífsháttum. Annað sem áhrif hefur á niðurstöður rannsókna á stökum breytum lífsháttа er ef breytan sem prófa á er fyrir, eða við upphaf rannsóknarinnar, ákjósanleg í hópnum eða samfélaginu sem er rannsakað. Dæmi um það gæti verið fyrirliggjandi mataræði með hóflegu magni af mettaðri fitu þegar prófa ætti áhrif þess að lækka það magn einangrað, sem þá hefur ekki áhrif. Að sjálfsögðu getur síðan lyfjanotkun haft áhrif á niðurstöður rannsókna á lífsháttum. Oft eru áhrifin af lífsháttum mest á það hvernig fólk eldist. Einnig má líta svo á að stundum höfum við ekki aðgengi að mælikvörðum sem sýna áhrifin af hollum lífsháttum meðal ungs fólks þó slík áhrif séu til staðar. Hér eru þó blikur á lofti með aukinni og bættri tækni eins og nýjum lífvísum sem endurspegla lífshætti. Það er ástæða til að nefna lífshætti og krabbamein í þessu sambandi, en augljóslega hefur verið ógerningur að rannsaka tengsl lífsháttа og tilurðar krabbameina á skömmum tíma.

Áreiðanlegasta rannsóknaraðferðin til að sýna fram á gagnreynd áhrif lífsháttа á heilsu hefur verið talin vera slembuð samanburðarrannsókn og helst að nokkrar slíkar rannsóknir hafi sýnt sömu niðurstöður. Aðferðin getur hentað við það að meta áhrif af sumum lífsháttum en er þó fjarri því að henta mörgum þeirra. Þetta meðal annars leiðir til mismunandi niðurstaðna og ályktana um lífshætti. Ef niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna liggja fyrir og slembaðar samanburðarrannsóknir henta ekki til að meta áhrif lífsháttа ætti að nota þekkingu frá faraldsfræðilegum rannsóknum.[5,6] Í sumum tilfellum getur það hentað betur til að meta áhrif lífsháttа. Mismunandi gerðir rannsókna sem sýna sömu eða svipaðar niðurstöður styrkja einnig stig gagnreyndrar þekkingar.[5,7]

Sjálfbærni og Norrænar ráðleggingar um mataræði og næringu

Þegar í Norrænu ráðleggingunum um næringarefni 2012 var kafli og viðmið um sjálfbært mataræði og leitast var við að fjalla um umhverfisáhrif matvælaframleiðslu og mataræðis.[8] Til þess að mataræði sé sjálfbært þarf maturinn að vera öruggur fyrir heilsuna, bæði að gæðum og magni. Auk þess þarf að lágmarka losun gróðurhúsalofttegunda, matarsóun og losun skaðlegra efna og tryggja að líffræðilegri fjölbreytni og vatnsbúskap sé ekki ógnað. Þessir þættir eru jafnframt grundvöllur þess að tryggja fæðuöryggi til framtíðar og tengsl þessara þátta innbyrðis eru mikil. Styrk og áreiðanleika þekkingarinnar um tengsl matvælaframleiðslu og mataræðis við sjálfbærni hefur fleygt fram síðastliðin ár.

Samkvæmt nýjustu samantekt Milliríkjanefndar Sameinuðu þjóðanna (IPCC) um loftslagsbreytingar eru miklar líkur á að loftslagsbreytingar hafi þegar valdið umtalsverðu tjóni, og óafturkræfu tapi vistkerfa vatns, á landi, haf- og strandsvæðum og freðhvolfs.[9] Jafnframt eru mjög miklar líkur á að staðbundið tap tegunda í hundraðatali stafi af hraðvaxandi hitahækkunum á jörðinni sem leitt hafa til fjöldadauða á landi og í sjónum. Áhrif á ákveðin vistkerfi virðast, með miðlungslíkum, nálgast að verða óafturkræf, eins og áhrif vatnafræðilegra breytinga sem verða vegna hörfunar jökla, eða greinilegra breytinga á vistkerfum til fjalla og á Norðurskautssvæðinu vegna bráðnunar sífrera.

Ljóst er að loftslagsbreytingar hafa dregið úr fæðuöryggi og haft áhrif á öryggi varðandi vatnsöflun.[9] Þótt framleiðni í landbúnaði hafi í heildina aukist, virðast loftslagsbreytingar hafa hægt á aukningunni á heimsvísu síðastliðin 50 ár, sem sýnilega hefur leitt til neikvæðra áhrifa, sérstaklega á svæðum á miðlægum- og lágum breiddargráðum. Aukinn hiti sjávar og súrnun hafa greinilega haft neikvæð áhrif á framleiðslu matvæla frá fiskveiðum og skeldýrarækt á ákveðnum hafsvæðum. Ríflega helmingur jarðarbúa býr við alvarlegan vatnsskort að minnsta kosti hluta ársins þar sem loftslagstengdar orsakir og aðrar orsakir virðast leggjast saman.

Miðað við nýjustu tölur Milliríkjanefndar Sameinuðu þjóðanna um loftslagsbreytingar veldur matvælaframleiðsla, það er framleiðsla, meðferð, dreifing, neysla matar og leifar eða matarsóun, losun um 31% (23-42%) gróðurhúsalofttegunda af mannavöldum á heimsvísu.[10] En til samanburðar má nefna

að allar flugsamgöngur valda innan við 2% losunar gróðurhúsalofttegunda af mannavöldum.[10] Í því ljósi vinnur nú fjöldi þjóða að því að minnka losun gróðurhúsalofttegunda af öllum þáttum mataræðis með því að efla og bæta fæðutengdar ráðleggingar og auka sjálfbærni, þar á meðal á heilsu, og sem betur fer virðist sem áhugi fólks á hollustunni verði meiri ef það hefur um leið jákvæð áhrif á umhverfið.

Gagnreyndar Norrænar ráðleggingar um mataræði og næringu

Nýju norrænu næringarráðleggingarnar, sem eins og áður eru unnar á vegum Norrænu ráðherranefndarinnar og meðal annars styrktar af nefndinni, beinast nú í fyrsta sinn einnig að Eystrasaltslöndunum Eistlandi, Lettlandi og Litháen.[2] Vandað er til verka þannig að meðferð og mat á rannsóknum, niðurstöðum þeirra og áreiðanleika, sé sem réttast. Samanlagður styrkleiki þeirra rannsókna sem liggja fyrir um hvert efni er metinn, eða styrkleiki gagnreyndrar þekkingar. Gæðamatið fylgir fyrirfram ákveðnu ferli með athugunum margra sérfræðinga. Ferlið felur í sér hlutlaust mat á gæðum rannsókna, kerfisbundnum yfirlitsgreinum og safngreiningum til að tryggja gæði ráðlegginganna. Stuðst er við þróaðar aðferðir til að meta styrk gagnreyndrar þekkingar. Miðað er við að ráðleggingarnar, sem settar eru fram fyrir alla aldurshópa, eigi við heilbrigt fólk. Tilgangur ráðlegginganna er ekki að meta gagnreynda þekkingu á fæðutegundum, mataræði og næringarefnum fyrir sjúklingahópa. Sömu ráðleggingar eiga þó stundum við fyrir sjúklingahópa eins og sérfræðingar vita. Ráðlagður dagsskammtur (RDS) (*recommended intake*, RI, eða *recommended dietary allowance*, RDA) næringarefna er skilgreindur, það er það magn sem rannsóknir benda til að uppfylli þörf næstum allra, það er 97-98% fólks, en við þetta er eðlilega gengið út frá meðalþörf (*average requirement*, AR) fyrir næringarefnið sem er mæld og reiknuð út frá þekktri inntöku, lífvísum, stærð og vexti þegar við á, auk lífeðlisfræðilegs hlutverks. Einnig er skilgreint hver er minnsta og mesta daglega inntaka næringarefnanna án þess að búast megi við skorti eða eitrunareinkennum. Ráðleggingarnar veita töluverðan sveigjanleika og taka tillit til þess að í hollu norrænu mataræði getur falist þó nokkur breytileiki. Æskileg hlutföll orkuefnanna próteins, fitu og kolvetna af heildarorku eru gefin upp á bili og þannig getur töluverður breytileiki í fæðuvali rúmast innan viðmiða. Fæðutengdar ráðleggingar gefa leiðbeiningar um hvernig hægt er að setja saman mataræðið á hollan hátt.

Fæðutengdar ráðleggingar styðjast bæði við að maturinn veiti þau næringarefni sem þarf og við þá gagnreyndu þekkingu sem fyrirfinnst um mataræðið sem slíkt, en rannsóknir á heildrænu mataræði eru nú algengari en áður og töluverð þekking liggur fyrir. Þetta er góð þróun rannsókna í næringarfræði enda mönnum alveg ljóst að við borðum ekki stök næringarefni sem slík heldur mat og flest okkar njóta máltíða að morgni, um miðjan dag og að kvöldi.

Í grein Katz og samstarfsmanna frá árinu 2019 var því haldið fram að flestum vísindalegum spurningum sé ekki unnt að svara með slembuðum samanburðarrannsóknum og að áhrif lífshátta á langtíma líkur á sjúkdómi og dánartölu sé sjaldnast hægt að rannsaka með slembuðum samanburðarrannsóknum.[5] Sem betur fer er þetta ekki alveg og alltaf rétt, en gagnlegt að skoða helstu vandkvæði þess að framkvæma slembaðar rannsóknir á lífsháttum. Sjá box 1 í viðauka.

Mataræði á Norðurlöndum og í Eystrasaltlöndum

Helstu niðurstöður úr nýjustu rannsóknum á mataræði á Norðurlöndum má sjá í yfirlitsgrein, fyrir Norrænar ráðleggingar um næringarefni og mataræði 2023.[11] Niðurstöður nýjustu rannsóknar á mataræði Íslendinga komu út síðar sama ár.[12] Þessar rannsóknir sýna eftirfarandi:[11,12]

- Landskannanir á mataræði sýna að þörf fyrir vítamín og steinefni er í flestum tilfellum ríflega mætt á Norðurlöndum (meðalneysla er oft meiri en ráðlagður dagsskammtur), en þessu er ekki náð á sama hátt í Eystrasaltslöndunum.[11,12]
- Lægra og stundum ónógt magn af D-vítamíni og fólati, auk járns meðal kvenna á frjósemisaldri, mátti sjá í mataræði landanna, og of hátt magn natríums miðað við ráðleggingar, hið síðastnefnda vegna saltnotkunar.[11,12] Séu nýjar niðurstöður um mataræði Íslendinga[12] bornar saman við nýju norrænu ráðleggingarnar um næringarefni[2] eru þessar niðurstöður staðfestar, en D-vítamín er nær norrænu viðmiðunum. Auk þess sést að mataræði bæði karla og kvenna hérlendis veitir of lítið af C-vítamíni, en mataræði helmings fullorðinna Íslendinga veitir minna en sem svarar meðalþörf af vítamíninu. Því má einnig bæta við að mataræði kvenna veitir of lítið af joði.[2,12]
- Hlutfallsleg skipting orku á orkuefnin í matnum var svipuð meðal Norðurlanda og Eistlands.[11] Þegar nýjustu tölur um neyslu Íslendinga eru teknar með í reikninginn sést þar þó kolvetnarýrasta og fituríkasta mataræðið.[12] Kolvetni veita í löndunum 37-46% orkunnar (ráðlagt 45-60% orkunnar), fita 34-41% orkunnar (ráðlagt 25-40% orkunnar), og prótein 15-19% orkunnar (ráðlagt 10-20% orkunnar), þegar meðalneysla 12 hópa er skoðuð, það eru karlar og konur í hverju 6 landanna.[2,11,12] Alkóhól er ekki reiknað með í útreikningum Lettlands og Litháen svo tölur þeirra eru ekki alveg sambærilegar.[11] En meðal hinna landanna 6 veitir alkóhól 2,3-5,6% orkunnar meðal karla og 0,7-3,9% orkunnar meðal kvenna.[11,12]
- Hlutfallsleg neysla mettaðrar fitu er of há í samanburði við næringarráðleggingar (að hámarki 10% orkunnar) í öllum löndunum, eða 13-16% orkunnar.[2,11,12]
- Trefjaefnaneysla er of lág í samanburði við næringarráðleggingar (25 g/dag meðal kvenna og 35 g/dag meðal karla) og lægst á Íslandi, eða 15 g daglega meðal kvenna og tæplega 16 g meðal karla.[12]
- Meginniðurstöður hvað varðar fylgni við fæðutengdar ráðleggingar í löndunum í dag er að neysla grænmetis og ávaxta er enn langt frá markmiðum.[11] Nýjar ráðleggingar um neyslu grænmetis, ávaxta og berja eru sem svarar 500-800 g/dag,[2] en neysla Íslendinga 2019-2021 er sem svarar að meðaltali 213 g/dag.[12]
- Einnig var of mikil neysla á rauðu kjöti og kjötvörum miðað við ráðleggingar.[11] Ráðlagt er nú að neyta ekki meira af rauðu kjöti en 350 g/viku eða um 50 g/dag að meðaltali.[2]

Nýjustu niðurstöður um mataræði Íslendinga sýna meðaltalsneyslu 83 g/dag.[12]

Helstu nýjungar í Norrænu ráðleggingunum 2023 – breytingar frá fyrri ráðleggingum

Í nýju ráðleggingunum um næringarefni er fylgt svokölluðum samræmdum tölum um meðalþörf fyrir vítamín og steinefni eins og mælst hefur verið til af alþjóðastofnunum.[2,13,14] Þetta þýðir að sumar tölur fyrir meðalþörf og ráðlagðan dagsskammt næringarefnis breytast og sumar hækka jafnvel þó ekki hafi orðið vart við skort við lægri neyslu. Grunnur eldri ráðlegginga byggir að miklu leyti á því sem kallað hefur verið jafnvægisrannsóknir, eða á þeirri þekkingu sem til hefur verið um skort og hörgulsjúkdóma.[8] Nýrri tölur, aðallega frá Evrópsku matvælaöryggisstofnuninni (EFSA), nota auk þessa nýja þekkingu á bæði dreifingu á þörf og útreikninga á notkun í efnaskiptum og við útskilnað.[15] Bæði fyrr og nú hefur einnig verið notuð nægileg inntaka næringarefnis samkvæmt könnunum á mataræði, en þá er meðalþörf reiknuð sem hlutfall nægilegrar inntöku í þeim ráðleggingum sem koma nú út 2023.

Mælt er með að nota tölur um meðalþörf til að meta niðurstöður kannana á mataræði, jafnframt ætti að skoða vel dreifingu neyslunnar til að meta hve margir eru í hættu á of litlu eða of miklu magni af tilteknum vítamínum og steinefnum. Einnig má nota meðalþörf til að áætla og skipuleggja mataræði hópa, en oft er þó reynt að miða við ráðlagða dagskammta við skipulag mataræðis, en eins og áður sagði er ráðlagður dagsskammtur það magn næringarefnis sem uppfyllir þörf langflestra og er þá um leið óþarflega mikið fyrir stóran hóp fólks.

Hvað orku varðar er notuð meðalorkuþörf. Tölur um stærð fólks eru uppfærðar í nýju norrænu ráðleggingunum með aðstoð rannsakenda sem varðveita gögn um slíkt á Norðurlöndum og í Eystrasaltslöndunum. Nýjustu vaxtarkúrvur frá Danmörku (2014), Finnlandi (2011), Noregi (2013), Svíþjóð (2002) og Eistlandi (2013-2021), eru notaðar fyrir börn og unglinga upp að 18 ára aldri.[2,16-22] Tölur um hæð fullorðinna eru fengnar í nýjustu könnununum á mataræði þjóðanna sem allar eru gerðar á árunum 2012-2022.[2,12,23-28] Tölur sem eru meðaltal hæðar og þyngdar barnanna við fimmtugasta hundraðshluta í kúrvunum eru notaðar upp að 6 ára aldri, en fyrir 7 ára börn og eldri og fyrir fullorðna er heilbrigð viðmiðunarþyngd reiknuð út frá hæð og líkamsþyngdarstuðli innan marka heilbrigðrar líkamsþyngdar.

Áherslan er enn meiri nú en áður á að auka hlut matar úr jurtaríkinu, bæði af heilsufars, og ekki síður af umhverfis- og sjálfbærniástæðum. Norrænu ráðleggingarnar 2023 eru meðal fyrstu opinberu ráðleggingana um mat og næringu sem taka tillit til sjálfbærni og umhverfisáhrifa í undirbúningsvinnu sinni. Danir skutust fram fyrir samstarf þjóðanna með nýjum og framsæknum fæðutengdum ráðleggingum sem hafa sömu markmið og samnorrænu ráðleggingarnar og hafa magn fæðutegunda stillt þannig að mataræðið mæti orku- og næringarefnaþörf.[29] Svipað var gert í grein um flexitarian-mataræðið, sem hefur ekki fengið næga fylgni, ef til vill vegna þessa skorts á kerfisbundnum yfirlitum um efnið og mögulega vegna lítillar samvinnu við stjórnvöld.[30]

Mat á gagnreyndri þekkingu

Erfitt er að slembiraða fólki í hópa eins og viljalausum verkfærum. Og alls ekki til langs tíma til þess að bíða eftir útkomunni, það er að segja sjúkdómi eða dauða. Til dæmis í hóp sem á að borða mikið af sykri eða ekki, rauðu feitu kjöti eða ekki, drekka alkóhól eða ekki og svo mætti lengi telja upp ýmsa lífsstílsþætti, svo sem að reykja í tilraunaskyni til samanburðar við hóp sem ekki reykir, eða í hópa sem annars vegar á að hreyfa sig mikið og hins vegar nánast ekkert, anda að sér menguðu lofti eða ekki.

Af þessu leiðir að meta þarf styrk gagnreyndrar þekkingar á þróaðri hátt sem bæði notar niðurstöður frá slembuðum prófunum og öðrum rannsóknaraðferðum. Meta þarf hvort vísindalega spurningin um lífshætti passi slembuðum samanburðarrannsóknum og spyrja sig hvort hún sé framkvæmanleg fyrir spurninguna um lífshætti og útkomu (sjúkdóm eða heilsufar) sem um ræðir og hvort hægt sé að reikna með svari. Athuga þarf hvort til séu gæðametnar mælingar sem gefa til dæmis sterkar vísbendingar um áhrif til lengri tíma. Ef slíkt er til, eins og til dæmis blóðfitugildi, getur slembuð samanburðarrannsókn átt við. Sjá box 2 í viðauka.

Styrkur gagnreyndra norrænna ráðlegginga um mataræði og næringarefni

Mest notaða skipulagða tækið við að meta styrk gagnreyndrar þekkingar er GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation). Alþjóðlega krabbameinsrannsóknastofnunin (World Cancer Research Fund, WCRF), Alþjóðaheilbrigðisstofnunin, Cochrane-samstarfið og fleiri nota GRADE-kerfið þó það sé mismikið aðlagað umræðunni og þeim þáttum sem meta skal. Gagnreynd þekking er metin í norrænu ráðleggingunum um næringarefni með aðlöguðu kerfi GRADE samkvæmt Alþjóðlegu krabbameinsrannsóknastofnuninni.[31,32] Þar er meðal annars tekið tilllit til framskyggnra faraldsfræðilegra rannsókna. Segja má þó að Katz og samstarfsfólk hafi gengið lengra í fyrrnefndri grein þar sem sett var saman ný aðferð og tekið tillit til fleiri rannsóknaraðferða en gert hefur verið í vinnu að Norrænu næringarráðleggingunum.[5] Fyrir sumar spurningarnar þar eru gerð kerfisbundin yfirlit til að byggja ráðleggingarnar á og í öðrum tilfellum notuð fyrirliggjandi aðgengileg kerfisbundin yfirlit. Sjá töflu og box 3 í viðauka.

Lokaorð

Í fyrsta sinn setja norrænu ráðleggingarnar fram tölur, byggðar á kerfisbundnum yfirlitum og öðru vísindalegu efni, sem viðmið í notkun á fæðuflokkum og hlut þeirra í heildrænu hollu og umhverfisvænu mataræði.[2] Heilbrigðisyfirvöld geta að sjálfsögðu nýtt sér þessar tölur við mótun fæðutengdra ráðlegginga í löndunum. Áhersla er nú meðal annars á enn hóflegri

neyslu á rauðu kjöti og að auka fremur notkun próteingjafa úr jurtaríkinu jafnhliða fiskneyslu. Í yfirliti „Global burden of disease“ fyrir Norrænu ráðleggingarnar kemur fram að neysla heilkornavara eins og grófs rúgbrauðs, grænmetis og ávaxta er of lítil, en of mikil á sætindum.[2] Þetta endurspeglast í ráðleggingunum. Næringarefni sem eru af skornum skammti í mataræði kvenna og karla hérlendis, eins og fólat og C-vítamín, auk trefjaefna, má finna í grænmeti, ávöxtum og berjum og í heilkornavörum. Rík ástæða er til að vinna að bættu mataræði þjóðarinnar.

Viðauki við greinina er birtur á heimasíðu Læknablaðsins.

Heimildir

1. Recommendations Nordic Council of Ministers: Nordic Nutrition Recommendations 1980. Norræna ráðherranefndin Kaupmannahöfn 1980.
2. Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023. Norræna ráðherranefndin, Kaupmannahöfn 2023. pub.norden.org/nord2023-003 - maí 2023.
3. Christensen JJ, Arnesen EK, Andersen R, et al. The Nordic Nutrition Recommendations 2022 - principles and methodologies. Food Nutr Res 2020; 64.
4. CLIMATE CHANGE 2023 - A Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. ipcc.ch/report/ar6/syr/downloads/report/IPCC_AR6_SYR_SPM.pdf - maí 2023.
5. Katz DL, Karlsen MC, Chung M, et al. Hierarchies of evidence applied to lifestyle Medicine (HEALM): introduction of a strength-of-evidence approach based on a methodological systematic review. BMC Med Res Methodol 2019; 19: 178.
6. Arnesen EK, Christensen JJ, Andersen R, et al. The Nordic Nutrition Recommendations 2022 - handbook for qualified systematic reviews. Food Nutr Res 2020; 64.
7. Arnesen EK, Christensen JJ, Andersen R, et al: The Nordic Nutrition Recommendations 2022 - structure and rationale of qualified systematic reviews. Food Nutr Res 2020; 64.
8. Nordic Council of Ministers: Nordic Nutrition Recommendations 2012. Norræna ráðherranefndin, Kaupmannahöfn 2014.
9. IPCC, 2023: Summary for Policymakers. In: Climate Change 2023: Synthesis Report. A Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change.
10. Climate Change 2022: Mitigation of Climate Change. Working Group III Contribution to the IPCC Sixth Assessment Report.
11. Lemming EW, Pitsi T. The Nordic Nutrition Recommendations 2022 - food consumption and nutrient intake in the adult population of the Nordic and Baltic countries. Food Nutr Res 2022; 66.
12. Gunnarsdóttir S, Guðmannsdottir R, Þorgeirsdóttir H, et al. Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2019-2021. Embætti landlæknis, Rannsóknastofa í næringarfræði við Háskóla Íslands, Reykjavík 2022.
13. Allen LH, Carriquiry AL, Murphy SP. Perspective: Proposed Harmonized Nutrient Reference Values for Populations. Adv Nutr 2020; 11: 469-83.
14. Pray L, Yaktine AL. Global Harmonization of Methodological Approaches to Nutrient Intake Recommendations. The National Academy Press, Washington DC 2018. nap.nationalacademies.org/catalog/25023/global-harmonization-of-methodological-approaches-to-nutrient-intake-recommendations-proceedings - maí 2023.
15. Turck D, Castenmiller J, Henauw S, et al. Dietary reference values for sodium. EFSA Journal 2019; 17.
16. Saari A, Sankilampi U, Hannila ML, et al. New Finnish growth references for children and adolescents aged 0 to 20 years: Length/height-for-age, weight-for-length/height, and body mass index-for-age. Ann Med 2011; 43: 235-48.
17. Juliusson PB, Roelants M, Nordal E, et al. Growth references for 0-19 year-old Norwegian children for length/height, weight, body mass index and head circumference. Ann Hum Biol 2013; 40: 220-7.
18. Wikland KA, Luo ZC, Niklasson A, et al. Swedish population-based longitudinal reference values from birth to 18 years of age for height, weight and head circumference. Acta Paediatr 2002; 91: 739-54.
19. https://statistika.tai.ee/pxweb/en/Andmebaas/Andmebaas__01Rahvastik__02Synnid/?tablelist=true - maí 2023.
20. Development NIfH: The Estonian National Dietary Survey (RTU) 2013-2015. Harmonized for the European Food Safety Authority and the Global Dietary Database 2014.
21. Estonian nutrition and physical activity guidlines 2015. The National Institute for Health Development, Tallinn 2017.
22. Salm E, Kaarik E, Kaarma H. The growth charts of Estonian schoolchildren. Comparative analysis. P Anthropol 2013; 22: 10-9.
23. Pedersen AN, Christensen T, Matthiessen J, et al. Danskernes kostvaner 2011-2013. DTU Fødevareinstituttet, 2015.
24. Nurk E, Nelis K, Saamel M, et al. National Dietary Survey among 11-74 years old individuals in Estonia. In EFSA Supporting Publications 2017.
25. Valsta L, Kaartinen NE, Tapanainen H, et al. Ravitsemus Suomessa - FinRavinto 2017 - tutkimus. (Nutrition in Finland – The National FinDiet 2017 Survey). The Finnish Institute for Health and Welfare (THL), Helsinki 2018.
26. Grinberga D, Velika B, P., Ivudule I, et al. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2020 (Health Behaviour among Latvian Adult Population, 2020). The Centra for Disease Prevention and Control (CDPC), Riga 2021.
27. Abel MH, Totland TH. Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapportering – Resultater fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020. Folkehelseinstituttet, Oslo 2021.
28. Amcoff EA, Barbieri HE, Lindroos AK, et al. Riksmaten – vuxna 2010-11: Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige. Livsmedelsverket, Uppsölum 2012.
29. Råd og anbefalinger til en sund og klimavenlig kost. altomkost.dk/raad-og-anbefalinger - maí 2023.
30. Willett W, Rockstrom J, Loken B, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Lancet 2019; 393: 447-92.
31. Viswanathan M, Patnode CD, Berkman ND, et al. Recommendations for assessing the risk of bias in systematic reviews of health-care interventions. J Clin Epidemiol 2018; 97: 26-34.
32. Judging the evidence. wcrf.org/diet-activity-and-cancer/global-cancer-update-programme/judging-the-evidence/ - júlí 2023.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.09.757

Evidence and lifestyle – New nordic recommendations about nutrition and diet – emphasis on sustainability

Inga Þórsdóttir[1,2]

Birna Þórisdóttir[1,2]

Alfons Ramel[1,2]

Þórhallur Halldórsson[1,2]

[1]Faculty of Food Science and Nutrition, School of Health Science, University of Iceland, [2]Health Science Institute, Unit for Nutrition Research, University of Iceland.

Correspondence: Inga Þórsdóttir, *ingathor@hi.is*

Key words: *evidence, nutrient, dietary habits, sustainability, recommendations.*

Evaluation of research as basis for recommendations about lifestyle is discussed and especially recommendations about nutrition. Nordic recommendations on nutrients and diet with emphasis on sustainability are published 2023. Randomized trials, the strongest background for evidence based knowledge, are sometimes not possible to use when studying the influence of lifestyle on health. A tool applied in the Nordic recommendations 2023 evaluates the strength of relation between exposures (nutrients and food groups) and outcomes (health and environment), where research methods are observed and an organized quality control applied. The Interngovernmental Panel on Climate Change (IPCC) estimates the share of food systems in global anthropogenic GHG emissions is 31% (23%-42%). Nations now work on cutting GHG emissions from food systems by strengthening food based dietary guidelines and including sustainability, which benefits both health and environment. The recommendations about nutrients 2023 use harmonized methods and new data on body size in the Nordics. The food based dietary guidelines 2023 meet people's requirements for nutrients and are healthy for the environment. Physicians and other health professions will have the possibility to stimulate people´s interest to adhere to the recommendations about nutrition and diet built on a stronger and broader basis than before.

Hin mörgu andlit streptókokka af flokki A: Tilfellaröð ífarandi sýkinga af barnadeild

• Sjúkratilfelli •

Elín Óla Klemenzdóttir*[1,2]
Arna Ýr Karelsdóttir*[3]
Valtýr Stefánsson Thors[1,2]

[1]Barnaspítala Hringsins, [2]Landspítala, [3]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Elín Óla Klemenzdóttir, *elino@landspitali.is*

*Elín Óla og Arna Ýr eru fyrstu höfundar

Greinin barst til blaðsins 26. maí 2023,
samþykkt til birtingar 3. júlí 2023.

ÁGRIP

Á síðastliðnum mánuðum hefur nýgengi ífarandi sýkinga af völdum streptókokka af flokki A (*Streptococcus pyogenes*) farið vaxandi alls staðar í heiminum. Á Barnaspítala Hringsins greindust 20 slík tilfelli á fjögurra mánaða tímabili, en fram að því höfðu að meðaltali eitt til tvö börn greinst með ífarandi GAS-sýkingu árlega. Til þess að sýna fram á breytilega birtingarmynd þessara ífarandi sýkinga hjá börnum voru valin fjögur tilfelli til umfjöllunar í þessari tilfellaröð. Greint er frá ígerð í fleiðruholi með heilkenni sýklaeiturslosts, heilahimnubólgu, ígerð í augntótt og fellsbólgu í fæti.

Inngangur

Streptókokkar af flokki A (GAS) (*Streptococcus pyogenes*), eru bakteríur af gerð Gram-jákvæðra kokka sem vaxa í keðjum. Rannsóknir hafa sýnt að allt að 14% barna eru einkennalausir berar[1] en GAS eru líka algengir sýkingarvaldar og geta haft margvíslegar klínískar birtingarmyndir. Algengastar eru einfaldar sýkingar eins og hálsbólga, skarlatssótt og húðsýkingar en ífarandi og alvarlegar sýkingar eins og blóðsýkingar, beina- og liðsýkingar, djúpar mjúkvefjasýkingar, heilahimnubólgur og lungnabólgur þekkjast einnig. Í kjölfar streptókokkasýkinga geta svo fylgt ýmsir ónæmisfræðilegir fylgikvillar, svo sem gigtsótt (*rheumatic fever*) og gauklabólga (*postinfectious glomerulonephritis*).[2-4]

Sýkingar af völdum GAS eru níundu algengustu dánarorsakir af völdum smitsjúkdóma í heiminum samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni[5] og þar vega ífarandi sýkingar þungt, ásamt ónæmisfræðilegum fylgikvillum. Nýgengi ífarandi sýkinga hjá börnum hefur verið á bilinu 1-3/100.000 börn árlega í vestrænum löndum[6,7] en seinni part ársins 2022 tók að bera á vaxandi nýgengi slíkra sýkinga í ýmsum Evrópulöndum og víðar í heiminum.[8,9] Á legudeild Barnaspítala Hringsins hefur einnig fjölgað innlögnum af völdum ífarandi sýkinga af völdum GAS. Samkvæmt upplýsingum frá sýkla- og veirufræðideild Landspítala hafa að meðaltali eitt til tvö börn greinst með ífarandi GAS-sýkingu á ári síðastliðin 50 ár á Íslandi en frá 1. desember 2022 til 1. apríl 2023 hafa greinst 20 slík tilfelli. Markmiðið með þessari tilfellaröð er að sýna fram á fjölbreytta birtingarmynd þessara sýkinga.

Efniviður og aðferðir

Kerfisbundið var farið yfir innlagnir á legudeild Barnaspítala Hringsins frá 1. desember 2022 til 1. apríl 2023 og borin kennsl á börn og ungmenni sem greinst höfðu með ífarandi sýkingu af völdum GAS. Við skilgreindum ífarandi sýkingu sem ræktun á GAS frá venjulega örverulausum líkamsholum eða jákvætt hraðpróf eða bakteríuræktun úr hálsi fyrir GAS, auk alvarlegra fylgikvilla eins og ígerðar í fleiðruholi. Tilfellin voru flokkuð eftir staðsetningu sýkingar og eitt tilfelli úr hverjum flokki óvenjulegra eða alvarlegra sýkinga valið til umfjöllunar. Gögn um sjúklinga voru fengin úr sjúkraskrárkerfi Landspítala. Forsjáraðilar allra barnanna undirrituðu upplýst samþykki fyrir notkun gagnanna og birtingu.

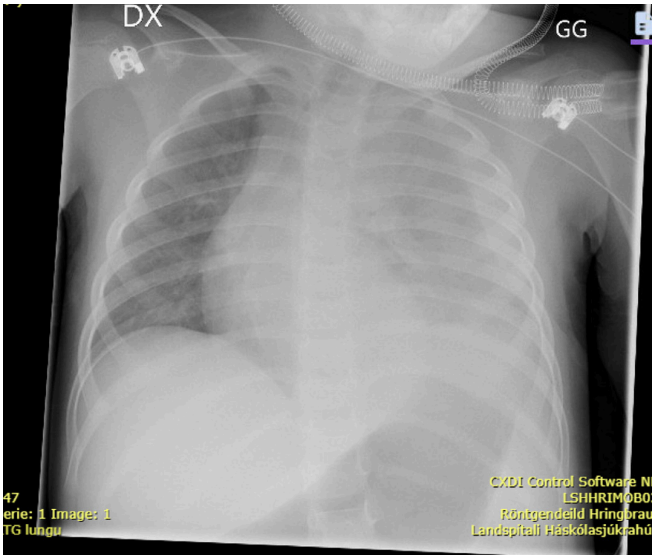
Niðurstöður

Tilfelli 1 – Ígerð í fleiðruholi og heilkenni sýklaeiturslosts

Fjögurra ára gömul stúlka kom á bráðamóttöku barna að kvöldi vegna tveggja daga sögu um hita, hálsbólgu, beinverki og vanlíðan. Fyrr um kvöldið höfðu einkenni farið versnandi, hún hafði sofið mikið og foreldrar haft áhyggjur af stynjandi öndun. Stúlkan var með vægan hósta en ekki önnur kvefeinkenni, hún drakk en hafði minnkuð þvaglát. Við komu gekk hún sjálf inn, reyndist með háan hita 40,7°C, púls var 170 slög á mínútu, öndunartíðni 38/mínútu og mettun 97% án viðbótarsúrefnis. Hún var bráðveik að sjá og með fölva í kringum varir. Útlæg háræðafylling var seinkuð, eða 5 sekúndur, og miðlæg háræðafylling þrjár sekúndur. Lungu voru bæði loftuð við hlustun en með vægt minnkuðum öndunarhljóðum neðst yfir vinstra lunga. Stúlkan stundi en erfiðaði ekki við öndun að öðru leyti. Hún var með væga stækkun á eitlum framanvert á hálsi, í koki sást mikill roði en ekki hvítar skánir. Á húð mátti sjá útbrot sem samrýmdust skarlatssótt og einnig sáust stöku húðblæðingar. Við komu voru hvít blóðkorn 7,8x10E^9/L og CRP 455 mg/L. Natríum var 127 mmól/L og kreatínín var hækkað, 95 µmól/L. Talsverð blóðsýring var til staðar með pH 7,27, kolsýra var 15 mmól/L og laktat hækkað, 5,7 mmól/L. Einnig voru blæðingarpróf (PT og APTT) lengd. Hraðpróf fyrir GAS var tekið úr hálsi og reyndist jákvætt.

Í ljósi þess að stúlkan var metin bráðveik var strax unnið að því að koma upp æðaaðgengi og gefa vökva í æð og sýklalyf (*ceftriaxone*). Rúmri klukkustund eftir komu á bráðamóttöku fór ástand stúlkunnar versnandi. Hún var slappari að sjá, húðlitur á útlimum var orðinn dökkur og stúlkan var köld viðkomu. Blóðþrýstingur mældist lágur, <80 mmHg í útfallsfasa. Þegar var unnið að því að koma upp öðrum æðalegg og fékk hún endurtekna inndælingu af vökva (*ringer acetate*). Þrátt fyrir það var blóðþrýstingur viðvarandi lágur og klínískt ástand stúlkunnar áfram versnandi. Á þessum tímapunkti vaknaði grunur um sýklaeiturslost (*toxic shock syndrome*) og clindamycin bætt við meðferð ásamt ónæmisglóbúlínum. Hringt var eftir aðstoð frá gjörgæsluteymi og stúlkan lögð inn á gjörgæslu. Rannsóknir á gjörgæslu leiddu í ljós lungnabólgu í vinstra lunga með talsverðum fleiðruvökva (mynd 1) og var stúlkan lögð í öndunarvél auk þess sem settur var fleiðrukeri þaðan sem kom graftarkenndur vökvi (*empyema*). GAS ræktaðist bæði úr blóði og fleiðruvökva.

Stúlkan var á öndunarvél í 8 sólarhringa og fluttist á barnadeild degi síðar. Fyrst um sinn gekk vel á deildinni en um fjórum sólarhringum seinna fór ástand hennar aftur versnandi með hækkandi hita, aukinni súrefnisþörf og hækkandi sýkingarmerkjum í blóði. Einnig reyndist blóðrauði lækkaður (62 g/L). Hún var því flutt aftur á gjörgæslu 5 sólarhringum eftir komu á deild þar sem hún þurfti aftur öndunarvélarmeðferð í tvo sólarhringa. Ástæða versnunar var talin versnandi sýking og vökvaofhleðsla. Stúlkan fékk blóðgjöf og sýklalyfjameðferð var breikkuð í micafungin og meropenem en ekki tókst að sýna fram á annan upprunastað sýkingar en áður var þekktur. Þessu til viðbótar fékk stúlkan kröftuga þvagræsandi meðferð og batnaði ástand hennar fljótt í kjölfarið. Stúlkan fluttist aftur á barnadeild eftir þriggja daga innlögn á gjörgæslu og útskrifast síðan heim við ágæta líðan



Mynd 1. *Röntgenmynd af lungum við innlögn á gjörgæslu. Fleiðruvökvi sést meðfram vinstra lunga ásamt samfalli á lungnavef neðarlega vinstra megin og þéttu vinstra lunga.*

5 dögum síðar. Sýklalyfjagjöf var hætt á útskriftardegi og var hún því á sýklalyfjum í 22 sólarhringa alls.

Tilfelli 2 – Fellsbólga í fæti

Fjórtán mánaða gömul stúlka með sögu um slagæðavíxlun (*transposition of the great arteries*) og aðgerð vegna þess leitaði á bráðamóttöku barna vegna hita og roða í kringum sár. Hún hafði þá fengið lítið núningssár á ökkla viku fyrr, en daginn fyrir komu fékk hún 40°C hita og roði fór að koma fram í kringum sárið (mynd 2). Að morgni komudags hafði roðinn breitt úr sér umhverfis ökklann og stúlkan verið áfram með hita og vansæl. Stúlkan var með hita við komu en lífsmörk að öðru leyti innan marka. Við skoðun var lítið þurrt sár hliðlægt á hægri ökkla og vel afmarkaður roði í kringum ökklann, upp á miðjan kálfa en ekki niður fyrir hæl. Hafði stúlkan mikil óþægindi yfir rauða svæðinu og grét við snertingu. Að öðru leyti var skoðun ómarkverð. Hraðpróf fyrir streptókokkum var neikvætt, CRP var 116 mg/L og hvít blóðkorn 12,3 x10E^9/L. Tekin var ákvörðun um innlögn og hafin sýklalyfjameðferð með cloxacillin og clindamycin vegna gruns um heimakomu (*erysipelas*). Daginn eftir innlögn hafði roði dreift enn frekar úr sér og náði hann þá niður að tám og upp að hné auk þess sem blöðrumyndun var í húð miðlægt á fótlegg rétt ofan við ökkla (mynd 3). Stúlkan var áfram með mikla verki á svæðinu og engdist um við létta snertingu, jafnvel þó hún væri skoðuð sofandi. Sýkingarmerki í blóði reyndust þá hækkandi, CRP 209 mg/L. Á þessum tímapunkti vaknaði grunur um drepmyndandi fellsbólgu (*necrotising fascitis*) í fótlegg og var fellsbólga staðfest síðar þann sama dag með segulómun (mynd 4). Stúlkan var þá flutt á skurðstofu þar sem gerðir voru fjórir skurðir á sýkta svæðinu. Þar sáust ummerki um mikla bólgu í undirhúð og felli en ekki merki um drep. Gert var GAS-hraðpróf á vökva úr vöðvahólfi í aðgerð, sem var jákvætt. Í lok aðgerðar var sett sárasuga og stúlkan flutt á gjörgæslu í kjölfarið. Þar var hún



Mynd 2. *Sár og vægur roði í kring, mynd tekin kvöldið fyrir komu á bráðamóttöku barna.*



Mynd 3. *Dreifður og útbreiddur roði umhverfis fót og fótlegg, einnig sést blöðrumyndun. Mynd tekin að morgni aðgerðardags, einum og hálfum sólarhring eftir að roði kom fram.*



Mynd 4. *Segulómun af fótlegg sem sýnir þykknuð fell og mikla bólgu.*

meðhöndluð með pensilíni og clindamycin ásamt því að fá staka gjöf af ónæmisglóbúlínum. Á gjörgæslu var hún í fjóra sólarhringa og þar af var hún tvo sólarhringa í öndunarvél, þá helst vegna opinna sára og sáraskipta. Klíniskur bati var nokkuð hraður og sárum var lokað 6 sólarhringum eftir fyrstu aðgerð. Hún lauk sýklalyfjameðferð í æð tveimur vikum eftir greiningu og útskrifaðist þá á cefalexin-mixtúru sem hún tók í viku til viðbótar. Stúlkunni hefur vegnað vel eftir útskrift.

Tilfelli 3 – Heilahimnubólga

Fjögurra ára drengur var sendur á bráðamóttöku barna frá heilsugæslu vegna gruns um heilahimnubólgu. Hafði hann þá verið lasinn í fjóra daga með uppköst, hita og vaxandi verk í höfði og eyra. Á komudegi hafði hann verið afar slappur og kvartað yfir nýtilkomnum verk aftan í hálsi. Foreldrar greindu frá því að hann þyrfti orðið aðstoð við gang og að það hafi verið erfitt að vekja hann um morguninn. Til viðbótar hafði hann lítið sem ekkert nærst dagana fyrir komu.

Við skoðun var drengurinn slappur að sjá og þögull, svaraði spurningum en vissi ekki alltaf svörin sem hann átti samkvæmt foreldrum að vera með á hreinu. Hiti var 39,7 °C, súrefnismettun 95% og púls 113 slög á mínútu. Ekkert athugavert kom fram við skoðun á hjarta, lungum eða kvið. Úr vinstra eyra lak gröftur. Drengurinn var metinn hnakkastífur og ljósfælinn. Sjáöldur voru samhverf og brugðust eðlilega við ljósi. Ekki sáust útbrot á húð. Blóðprufur sýndu hvít blóðkorn 22 x10E^9/L, CRP 193 mg/L, natríum 128 mmól/L og kolsýru 19 mmól/L. Gerð var mænuástunga, mænuvökvi var skýjaður og mældust hvít blóðkorn 1587, þar af 82% daufkyrningar, glúkósi var lágur, 2,2 mmól/L, og prótein hækkuð, 804 mg/L. Úr mænuvökva ræktuðust GAS.

Drengurinn fékk ceftriaxone og lagðist inn á legudeild Barnaspítala Hringsins. Hann var mjög vansæll og hafði mikla verki fyrstu tvo sólarhringana en á þriðja degi sýndi hann mikil batamerki og komst þá fljótt heim í leyfi á milli sýklalyfjagjafa. Í legu var tekin tölvusneiðmynd af höfði sem sýndi bólgu í vinstra miðeyra en ekki stikilsbólgu (*mastoiditis*). Drengurinn útskrifaðist við ágæta líðan eftir 9 daga innlögn og kláraði sýklalyfjameðferð um munn. Enn sem komið er hafa heyrnarmælingar verið eðlilegar og ekki hefur orðið vart við aðra fylgikvilla sýkingarinnar.

Tilfelli 4 – Ígerð í augntótt

Átta ára gamall drengur með sögu um astma og endurteknar hálsbólgur af völdum GAS kom á bráðamóttöku vegna augnsýkingar í vinstra auga. Hann hafði þá vaknað með bólgu í augnlokum vinstra megin en verið með kvefeinkenni, hósta og hita í þrjá sólarhringa. Í þeirri komu voru augnhreyfingar óskertar og drengurinn talinn vera með húðsýkingu utan augntóttar. Því var meðferð hafin með amoxicillin + klavulansýru um munn og drengurinn fór heim.

Hálfum sólarhring síðar kom drengurinn aftur á bráða-



Mynd 5. *Tölvusneiðmynd tekin á innlagnardegi sem sýnir ígerð miðlægt í vinstri augntótt og alskyggða skúta.*

móttöku, þá með hratt vaxandi einkenni. Mikill og skarplega afmarkaður roði hafði komið fram í kringum bólgna svæðið og einnig hafði drengurinn nýtilkomna verki við allar augnhreyfingar ásamt ljósfælni. Hann hafði vægan roða í koki en kverkeitlar voru eðlilegir og engar eitlastækkanir á hálsi. Drengurinn var með 38°C hita sem svaraði illa hitalækkandi meðferð en lífsmörk voru annars innan eðlilegra marka. Blóðrannsóknir sýndu CRP 89 mg/L og 14,4 x10E^9/L hvít blóðkorn. Tölvusneiðmynd af auga sýndi skútabólgu og beinhimnuígerð miðlægt í vinstri augntótt, 20 x 4 mm að stærð (mynd 5), og var hafin meðferð með ceftriaxone og clindamycin í æð. Á öðrum degi var gerð aðgerð, þar sem farið var í gegnum nasir og skúta og ígerð þannig tæmd úr augntóttinni. Úr stroki frá bæði nefi og úr skúta ræktaðist GAS. Eftir aðgerð var klínískur gangur góður og einkenni smám saman minnkandi. Clindamycin var stöðvað eftir fjóra sólarhringa en alls hlaut drengurinn 7 daga sýklalyfjameðferð í æð og síðar 10 daga til viðbótar um munn með augmentin.

Önnur tilfelli

Auk ofangreindra tilfella hafa mörg börn til viðbótar greinst með sýkingu af völdum GAS á tímabilinu. Sýkingarstaðir hafa verið fjölbreyttir. Algengastar hafa verið hálsbólgur án fylgikvilla eða minniháttar húðsýkingar, eins hafa eitlabólgur (*lymphadenitis*) verið talsvert algengar og nokkrar með umtalsverðum einkennum. Einn drengur var með fyrirferðarauknigu á hálsi vegna eitlastækkana sem orsakaði öndunarörðugleika í svefni (mynd 6) og annar drengur reyndist með kverkargrenndarkýli (*peritonsillar abscess*). Aðrar ífarandi sýk-



Mynd 6. *Bólga í eitlum og grynnri mjúkvefjum í hálsi.*



Mynd 7. *Stikilbólga, mikill roði og þroti fyrir aftan eyra sem stendur út.*

ingar hafa verið til að mynda stikilbólgur (*mastoiditis*) (mynd 7), blóðsýkingar og mjúkvefjasýkingar. Í einu tilfelli til viðbótar við fellsbólgu í fæti sem greint var frá að ofan vaknaði grunur um drepmyndandi fellsbólgu í holhönd og vöðvum í brjóstkassa hjá 12 ára stúlku með afar slæma verki og sýkingarlegar blóðprufur. Í því tilfelli reyndist vera ígerð í holhönd, margir vökvapollar í vöðvum, drep í eitlum og mikil bólga á svæðinu en ekki drep í öðrum vefjum. Hún var þó með eitrunarlost og þurfti gjörgæslumeðferð. Fjöldamörg börn með ígerð í fleiðruholi líkt og í tilfelli 1 hafa lagst inn og þurft kera ýmist öðru megin eða beggja vegna. Alls þurftu 8 af 20 börnum með ífarandi GAS-sýkingu á gjörgæslumeðferð að halda.

Umræður

Tilfellin sem hér hefur verið farið yfir eru einungis brot af þeim ífarandi sýkingum sem komið hafa upp síðastliðna mánuði en þau eru ólík og endurspegla þá breidd í birtingarmynd sýkinga af völdum GAS sem sést hefur á Barnaspítala

Hringsins á tímabilinu. Það eru nokkrir þættir sem tilfellin eiga sameiginlega, þar ber helst að nefna háan hita og hraðan gang veikinda eða skyndilega mikla versnun einkenna. Í þremur tilfellanna sem greint var frá þurfti skurðtækt inngrip til viðbótar við sýklalyfjameðferð en öll börnin voru meðhöndluð með ceftriaxone eða pensilíni og clindamycin í æð. GAS eru vel næmir fyrir pensilíni og því var stundum skipt í pensilíni eftir að niðurstöður ræktana lágu fyrir. Clindamycin hefur ábendingu í ífarandi streptókokkasýkingum og hamlar eiturefnamyndun bakteríunnar,[10] sem hefur samlegðaráhrif með bakteríudrepandi eiginleikum pensilíns.[11] Þau börn sem þurftu gjörgæslumeðferð fengu einnig ónæmisglóbúlín í þeim tilgangi að hindra virkni fjölræsivaka (*superantigen*). Vísbendingar hafa verið um að slík meðferð geti bætt horfur við heilkenni sýklasóttarlosts og er í flestum meðferðarleiðbeiningum þó rannsóknir hafi ekki sýnt fram á marktækan mun á lifun.[12,13]

Það er ýmislegt sem vert er að velta fyrir sér hvað varðar vinnulag við greiningar á streptókokkasýkingum í samhengi við þessa auknu tíðni ífarandi og alvarlegra sýkinga. Klínískar leiðbeiningar kveða á um að ekki skuli gera hraðpróf sem leitar að streptókokkum í hálsi hjá börnum undir þriggja ára aldri í ljósi hárrar beratíðni.[14] Þar kemur einnig fram að hjá eldri börnum skuli einungis taka hraðpróf ef þau uppfylla að minnsta kosti þrjú Centor-lykileinkenni (hiti >38,5°C, aumir/bólgnir eitlar á hálsi, skán á kverkeitlum, enginn hósti).[14] Það er ljóst að ekki hefur gagnast að fylgja þessum leiðbeiningum í þeim faraldri sem nú geisar. Til að mynda hefur fjöldi barna þurft á innlögn að halda vegna GAS-sýkinga sem ekki hafa náð þriggja ára aldri, auk þess sem mörg barnanna höfðu skýr einkenni veirusýkingar í upphafi veikinda. Í samræmi við þetta hefur verklagið tímabundið breyst á Barnaspítalanum og víðar og ábendingar fyrir hraðprófum verið rýmri. Þegar faraldurinn líður undir lok verður væntanlega horfið aftur til fyrri verkferla. Þá er einnig ljóst af þessum tilfellum að þegar viðlíka faraldur geisar í samfélaginu er mikilvægt að íhuga möguleika á byrjandi ífarandi GAS-sýkingu sem annars væri talinn ólíklegur sýkingarvaldur eins og í miðeyrnabólgu og heilahimnubólgu. Í þessu samhengi er einnig vert að minnast á að næmi hraðprófa er í kringum 85-95%[15] og það þarf alltaf að hafa í huga ef grunur leikur á að sýking geti verið af völdum GAS þrátt fyrir neikvætt hraðpróf. Einnig útilokar neikvætt hraðpróf fyrir GAS úr hálsi ekki GAS-sýkingu á öðrum stöðum í líkamanum.

Almennt er dánartíðni ífarandi streptókokka sýkinga hjá börnum talin vera 2-8%[7,16,17] og þrátt fyrir að þó nokkur börn hafi þurft á gjörgæslumeðferð að halda vegna þeirra síðastliðna mánuði, hefur ekkert barn látist á tímabilinu vegna GAS-sýkinga og engin staðfest einkenni langvinnra fylgikvilla. Þessu má líklega þakka hraðri greiningu, lítilli töf á upphafi meðferðar og góðu aðgengi að gjörgæslu. Því verður árangur meðferðar við þessum sýkingum að teljast almennt góður.

Orsökin að baki þessarar miklu aukningar á nýgengi ífarandi GAS-sýkinga er umhugsunarefni. Mögulegt er að nýir og meinvirkari stofnar af GAS hafi komist í dreifingu eða að samspil óvenjulegs fjölda af veirusýkingum, svo sem RSV (*respiratory syncytial virus*) og inflúensu, leiki mikilvægt hlutverk. Þekkt er að ífarandi sýkingar af völdum GAS koma gjarnan í kjölfarið á veirusýkingum – og sýnt hefur verið fram á tengsl í tíma milli faraldurs inflúensu og aukinnar tíðni GAS-sýkinga.[18] Einnig er vel þekkt samband hlaupabólu og ífarandi GAS-sýkinga[19] og því mögulegt að ef bólusetningar gegn hlaupabólu væru ekki hluti af bólusetningaskema íslenskra barna hefði faraldurinn verið enn verri en raun bar vitni. Mögulegt er að lítil útsetning barna fyrir veirusýkingum á COVID tímabilinu valdi því að ýmsar veirur nái tímabundið aukinni útbreiðslu og þar af leiðandi verði aukin hætta á ífarandi bakteríusýkingum.[20] Önnur tilgáta er að fyrri COVID-19-sýking geri fólk á einhvern hátt útsettara fyrir ífarandi bakteríusýkingum. Ljóst er að tilefni er til frekari rannsókna á algengi ífarandi sýkinga á næstu árum.

Þakkir

Höfundar kunna Sigurði Björnssyni barnaskurðlækni bestu þakkir fyrir veitta aðstoð við val á mynd 4 og úrlestur.

Heimildir

1. Rahmadhany A, Advani N, Djer MM, et al. Prevalence and predicting factors of Group A beta-hemolytic Streptococcus carrier state in primary schoolchildren. Ann Pediatr Cardiol 2021; 14: 471-5.
2. Dietrich ML, Steele RW. Group A Streptococcus. Pediatr Rev 2018; 39: 379-91.
3. Walker MJ, Barnett TC, McArthur JD, et al. Disease Manifestations and Pathogenic Mechanisms of Group A Streptococcus. Clin Microbiol Rev 2014; 27: 264-301.
4. Stevens DL. Invasive group A streptococcus infections. Clin Infect Dis 1992; 14: 2-11.
5. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, et al. The global burden of group A streptococcal diseases. Lancet Infect Dis 2005; 5: 685-94.
6. Nelson GE, Pondo T, Toews KA, et al. Epidemiology of Invasive Group A Streptococcal Infections in the United States, 2005-2012. Clin Infect Dis 2016; 63: 478-86.
7. Tapiainen T, Launonen S, Renko M, et al. Invasive Group A Streptococcal Infections in Children: A Nationwide Survey in Finland. Pediatr Infect Dis J 2016; 35: 123-8.
8. World Health Organization disease outbreak news: Increased incidence of scarlet fever and invasive Group A Streptococcus infection - multi-country. who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON429 - júlí 2023.
9. Increase in Invasive Group A streptococcal infections among children in Europe, including fatalities [press release]. European Centre for Disease Prevention and Control 2022.
10. Smieja M. Current indications for the use of clindamycin: A critical review. Can J Infect Dis 1998; 9: 22-8.
11. Yocum RR, Rasmussen JR, Strominger JL. The mechanism of action of penicillin. Penicillin acylates the active site of Bacillus stearothermophilus D-alanine carboxypeptidase. J Biol Chem 1980; 255: 3977-86.
12. Darenberg J, Ihendyane N, Sjölin J, et al. Intravenous Immunoglobulin G Therapy in Streptococcal Toxic Shock Syndrome: A European Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Clin Infect Dis 2003; 37: 333-40.
13. Tarnutzer A, Andreoni F, Keller N, et al. Human polyspecific immunoglobulin attenuates group A streptococcal virulence factor activity and reduces disease severity in a murine necrotizing fasciitis model. Clin Microbiol Infect 2019; 25: 512. e7-.e13.
14. Hálsbólga: Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu. throunarmidstod.is/leidbeiningar/strama-verkefnid/halsbolga/ - júlí 2023.
15. Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. Cochr Database Syst Rev 2016; 7: Cd010502.
16. Megged O, Yinnon AM, Raveh D, et al. Group A streptococcus bacteraemia: comparison of adults and children in a single medical centre. Clin Microbiol Infect 2006; 12: 156-62.
17. Gauguet S, Ahmed AA, Zhou J, et al. Group A streptococcal bacteremia without a source is associated with less severe disease in children. Pediatr Infect Dis J 2015; 34: 447-9.
18. de Gier B, Vlaminckx BJM, Woudt SHS, et al. Associations between common respiratory viruses and invasive group A streptococcal infection: A time-series analysis. Influenza Other Respir Viruses 2019; 13: 453-8.
19. Laupland KB, Davies HD, Low DE, et al. Invasive group A streptococcal disease in children and association with varicella-zoster virus infection. Ontario Group A Streptococcal Study Group. Pediatr 2000; 105: E60.
20. Cobo-Vázquez E, Aguilera-Alonso D, Carrasco-Colom J, et al. Increasing incidence and severity of invasive Group A streptococcal disease in Spanish children in 2019-2022. Lancet Reg Health Eur 2023; 27: 100597.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.09.758

The many faces of Group A Streptococcal infections, case-series of invasive infections in children in Iceland

Elín Óla Klemenzdóttir[1,2]
Arna Ýr Karelsdóttir[3]
Valtýr Stefánsson Thors[1,2]

[1]Childrens Hospital Hringurinn, National University Hospital of Iceland, Reykjavík, [2]National University Hospital of Iceland, Reykjavík
[3]Faculty of Medicine, Department of Health Sciences, University of Iceland, Reykjavík.

Correspondence: Elín Óla Klemenzdóttir, *elino@landspitali.is*

Key words: *GAS, abscess, meningitis, fasciitis, toxic shock syndrome.*

In recent months the incedence of invasive group A streptococcal infections (Streptococcus pyogenes) has increased worldwide. In the Children's Hospital Iceland 20 such cases were admitted during a four month period, until which time the avarage was one or two children admitted with an invasive GAS infection per year. To demonstrate the variability in the presentation of these invasive infections four cases were chosen for discussion in this case-series. Empyema with toxic shock syndrome, meningitis, orbital abscess and fascitis of the leg are reviewed.

Ólafur og vinnuhópur móta heilbrigðiskerfið

„Ég tek hattinn ofan fyrir ráðherranum að ráðast í verkið," segir Ólafur Baldursson, framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala í ársleyfi. Heilbrigðisráðherra hefur falið honum að leiða vinnuhóp um verkefnið „Framtíð læknisþjónustu á Íslandi" en það á rætur að rekja til nýs kjarasamnings lækna

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Þetta er spennandi og hefði gjarnan mátt gera fyrir löngu síðan," segir Ólafur Baldursson læknir sem mun vinna að mótun framtíðarlæknisþjónustu á Íslandi með vinnuhópi skipuðum fulltrúum frá Læknafélagi Íslands og Embætti landlæknis.

Í tilkynningu ráðuneytisins segir að Ólafur eigi að tryggja samhæfingu og samþættingu verkefnisins með viðeigandi aðkomu, samþykki og þátttöku haghafa. Það verður unnið í nánu samstarfi við Landspítala, aðrar heilbrigðisstofnanir og hagaðila og með Landsráði um mönnun og menntun heilbrigðisstarfsfólks, en á ábyrgð ráðherra innan skrifstofu inniviða í heilbrigðisráðuneyti.

„Verkefnið á uppruna sinn í bókun í síðasta kjarasamningi lækna og ríkisins. Þar er kveðið á um að vinnuaðstaða og mönnun verði skoðuð sérstaklega," segir Ólafur, sem verður í ársleyfi frá stjórnunarstörfum á Landspítala til að vinna verkið. Hann var einmitt í einu slíku og kemur frá Svíþjóð þar sem hann var í ár í stjórnunarstöðu á Karólínska.

„Ég er byrjaður að skoða gögnin," segir hann. „En eins og ég sé þetta verkefni þá fjallar það um að ná breiðri sátt um að gera gott kerfi enn betra og sjálfbært til framtíðar. Þetta er metnaðarfullt en maður spyr sig: Var þetta ekki til? Stutta svarið er eiginlega nei, og þess vegna ánægjulegt að heilbrigðisráðherra ráðist nú í þetta."

Ólafur segir alþjóðlega gæðavísa sýna að íslenska heilbrigðiskerfið sé gott en notkunin á því sé býsna mikil. „Það má alveg spyrja um skilvirkni og velta fyrir sér hvort ekki sé hægt að tengja betur saman þætti og gera það þannig skilvirkara." Því þurfi að skoða þörf fyrir þjónustu fyrst, sem sé misjöfn eftir landshlutum, og finna leiðir til að mæta henni án þess að takmarka þjónustuna. Þá þurfi að meta hvers konar mannafla þurfi til að uppfylla þörfina. „Markmiðið er að ná sem mestum gæðum og sjálfbærni til lengri tíma."

„Það er alltaf hætta á því að svona stór stjórnsýsluverkefni strandi á leiðinni. Sérstaklega hvað varðar framkvæmdina. Það eru mörg dæmi um það. Það er inni í áhættugreiningunni á þessu verkefni"

En verður hlustað? „Það er alltaf hætta á því að svona stór stjórnsýsluverkefni strandi á leiðinni. Sérstaklega hvað varðar framkvæmdina. Það eru mörg dæmi um það. Það er inni í áhættugreiningunni á þessu verkefni," segir Ólafur.

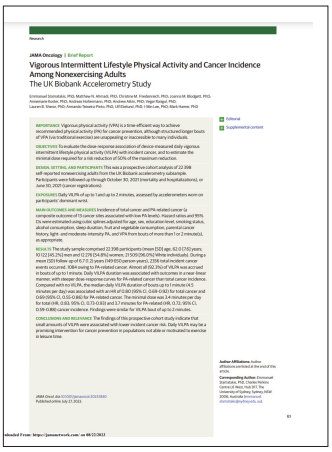
„Það er hins vegar þannig að það er löngu kominn tími til að fara í þetta verk og gefa því góðan séns. Ég mæli eindregið með því að allir geri það. Af hverju? Jú, það er til mikils að vinna. Við viljum öll reyna að tryggja gæði og sjálfbærni þessarar mikilvægu þjónustu til lengri tíma."



Ólafur Baldursson lyf- og lungnalæknir er kominn úr ársleyfi sem framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala og er á leið í annað leyfi til að meta mönnunar- og þjónustuþörf heilbrigðiskerfisins. Mynd/Rut

Ólafur segir að út frá sjónarhóli almennings, Læknafélags Íslands og stjórnsýslunnar sé árangur í svona verkefni gífurlega mikilvægur og gæti skapað ákveðinn frið til margra ára ef vel tekst til. „En þetta er margra ára verkefni og ég samþykkti að taka að mér fyrsta árið til að hefja það. Það er engin tilviljun," segir Ólafur, og að hann vilji sjá að ári hvernig gangi með framhaldið.

„Það er mikil alvara með verkefninu af hálfu ráðuneytisins og ég reikna með að allir hlutaðeigandi gefi þessu tækifæri," segir Ólafur, og að honum finnist vert að reyna á sig og nýta reynsluna sem hann hafi aflað sér. „Þetta er ekki lítið og létt verkefni og ég vona að það fái framgang og hlakka til að vinna að því með starfsfólki Læknafélagsins og ráðuneytisins."



JAMA Oncology | Brief Report

Vigorous Intermittent Lifestyle Physical Activity and Cancer Incidence Among Nonexercising Adults
The UK Biobank Accelerometry Study

Vísindagreinin í JAMA Oncology sýnir árangur af nokkurra mínútna ákafri hreyfingu. Mynd/skjáskot

Innan við 4 mínútna hreyfing getur bjargað kyrrsetufólki

Segja má að hinar svokölluðu sófakartöflur hafi unnið ákveðinn sigur í nýrri rannsókn sem birtist í sumar í tímaritinu *JAMA Oncology*.

Rannsóknin nefnist lauslega þýtt *Kröftug lífsstílshreyfing með hléum og tíðni krabbameins meðal fullorðinna sem ekki stunda líkamsrækt*. Hún sýnir að kyrrsetufólk getur dregið úr hættu á krabbameini með því að taka þátt í stuttum lotum af öflugri hreyfingu, eins og að hlaupa á eftir strætó. Þetta er frumniðurstaðan úr rannsókn á 22.398 fullorðnum sem ekki stunda hreyfingu. Þeim var fylgt eftir að meðaltali í nærri 7 ár.

„Við höfum vitað að hreyfing geti haft áhrif á krabbameinstíðni en það er frábært að sjá að styttri hreyfing hjá kyrrsetufólki geti haft svona góð áhrif," segir Sigurdís Haraldsdóttir, yfirlæknir krabbameinslækninga á Landspítala og dósent við læknadeild HÍ.

Rannsóknin sýnir að kyrrsetufólk sem stundar kröftuga hreyfingu í 3,4-3,6 mínútur á dag getur minnkað heildaráhættu á krabbameini um 17-18%. Væru mínúturnar 4,5 minnkar áhættan um 20%. Rannsóknin sýnir einnig að áhrifin eru enn meiri fyrir þau 13 krabbamein sem vitað er að tengjast hreyfingu, svo sem brjósta-, ristil- eða lungnakrabbamein. Sambandið er nánast línulegt.

Niðurstöðurnar gætu auðveldað einhverjum læknum að hvetja skjólstæðinga sína áfram, því ljóst er að hvert skref skiptir máli.



Nýi Landspítalinn rís enn

Nýtt þjóðarsjúkrahús tekur stöðugt á sig heilsteyptari mynd. Uppsteypa meðferðarkjarnans heldur áfram. Bílakjallari við meðferðarkjarnann nú steyptur upp og framkvæmdir að hefjast við hús heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands. Jarðvinna við rannsóknahúsið, sem verður rúmir 17.800 fermetrar á 5 hæðum með kjallara, fer nú fram. Einnig er unnið við bílastæða- og tæknihúsið.

Sólin baðaði framkvæmdasvæðið sunnudaginn 20. ágúst. Hvert sem litið er má sjá verk í vinnslu. Alþingi áætlar nú að kostnaðurinn við nýja spítalann verði tæpir 211 milljarðar króna, en samkvæmt frétt *Viðskiptablaðsins* var kostnaðurinn áætlaður tæpir 80 milljarðar árið 2021. Síðan þá hafi meðferðarkjarninn verið stækkaður úr 53 þúsund fermetrum í 70.000. Þakplöturnar á stöplana þrjá voru steyptar nú í sumar. *Mynd/gag*

Lausasölulyf við svefnvandamálum og kvíða

Raunhæfur kostur til að draga úr svefnlyfjanotkun



Sefitude getur stytt tímann við að sofna og bætt svefngæði. Lyfið inniheldur útdrátt úr garðabrúðurót, en róandi áhrif jurtarinnar hafa verið staðfest í klínískum samanburðar-rannsóknum. Sefitude hefur þekkta GABA virkni og hafa klínískar rannsóknir sýnt sambærilega virkni garðabrúðurótar og lágskammta oxazepam, en garðabrúðurót þolist mun betur.*

Sefitude er hvorki sljóvgandi né ávanabindandi og er skráð í sérlyfjaskrá. Sefitude er lausasölulyf og fæst í öllum apótekum.

Viðurkennt jurtalyf við svefntruflunum og vægum kvíða. Sefitude inniheldur útdrátt af garðabrúðurót (445mg/tafla) og fæst án lyfseðils. Notkun við svefntruflunum: 1 tafla ½-1 klst fyrir svefn fyrir 12 ára og eldri. Notkun við vægum kvíða: 1 tafla 1-3 sinnum á dag fyrir fullorðna og 1 tafla 1-2 á dag fyrir 12-18 ára. Hámarksskammtur fyrir 12-18 ára eru 2 töflur en 4 töflur fyrir fullorðna. Ekki ætlað yngri en 12 ára, þunguðum konum eða konum með barn á brjósti. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða öðrum innihaldsefnum. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast á serlyfjaskra.is. Dags. síðustu samþykktar um eiginleika lyfs: jan 2019. Florealis ehf, info@florealis.com.

*Ziegler G. et al. (2002). Eur. J. Med. Res. 7(11), 480-6.

FLOREALIS

Læknadagar

15.–19. janúar 2024

Takið dagana frá

Fræðslustofnun Læknafélags Íslands



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

Haustverkin

Katrín Ragna Kemp
hjartalæknir

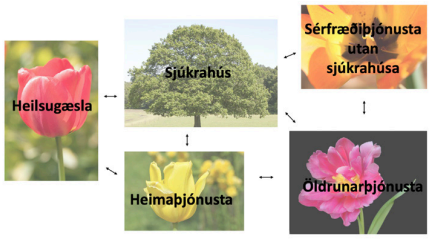


Ég er með stóran garð, sem þarf mikla umhyggju og helst eiganda með græna fingur. Eftir sumarfríið er þetta meira eins og villigarður – sem minnir mig á að kaupa þá bók.

Þegar ég horfi út í garðinn minn og bý til verkefnalista yfir það sem þarf að gera fyrir veturinn sé ég hliðstæður þess lista og verkefna sem framundan eru hjá Læknafélagi Íslands og aðildarfélögum þess.

- **Gróðursetja/færa tré og runna**
  Hvernig vil ég að garðurinn minn líti út – þarf ég kannski að ráða landslagsarkitekt? Heilbrigðisráðherra hefur ákveðið að setja af stað verkefnið „Framtíð læknisþjónustu á Íslandi“ og tengist það samkomulagi sem gert var í kringum kjarasamninga fjármála- og efnahagsráðherra og Læknafélags Íslands í júní síðastliðnum. Ólafi Baldurssyni er falið að samhæfa verkefnið með viðeigandi aðkomu hagsmunaaðila. Þetta er risavaxið verkefni og Læknafélag Íslands mun svo sannarlega leggja sitt á vogarskálarnar ásamt öðrum til að þetta verðuga verkefni skili árangri. Mikilvægt er að hvert þjónustukerfi fyrir sig skoði hvernig hægt er að bæta þjónustuna og vonandi fær grasrótin einnig að koma með tillögur um það hvernig er hægt að hagræða, betrumbæta og straumlínulaga vinnuna því svörin reynast oftar en ekki hjá „fólkinu á gólfinu”. Ólafur og fleiri munu svo auðvitað skoða það hvernig þessi kerfi vinna betur saman því heilbrigðiskerfið er stórt og flókið kerfi þar sem bilun á einum stað hefur keðjuverkandi áhrif þar sem sjúklingaflæði er á milli þeirra allra. Væri ekki frábært ef læknisþjónustan á Íslandi í framtíðinni væri einfaldlega best í heimi?

- **Setja niður haustlauka.** Núna er tíminn til að gróðursetja haustlauka og búa í haginn fyrir vorið. Til þess að heilbrigðiskerfið geti sinnt þeirri þjónustu sem því er ætlað að veita, þarf að skipuleggja og tryggja mönnun kerfisins og horfa til framtíðar. Í tengslum við nýgerðan kjarasamning fjármála- og efnahagsráðherra og Læknafélags Íslands, ákvað heilbrigðisráðherra að settur yrði á laggirnar starfshópur með það hlutverk að skilgreina hversu



marga lækna þurfi á heilbrigðisstofnanir, í þéttbýli og dreifbýli, svo að gæði heilbrigðisþjónustu og heilbrigt starfsumhverfi sé tryggt. Ráðuneytið, Embætti landlæknis og Læknafélag Íslands munu tilnefna fulltrúa í hópinn og þessi vinna verður stór hluti vinnunnar við verkefnið um framtíð læknisþjónustu á Íslandi, sem þegar hefur verið vikið að. Vonandi mun þessi vinna skila því að aðgerðaráætlun verði gerð um bætta mönnun til framtíðar.

- **Uppskeran.** Er eitthvað betra en nýupptekið smælki? Eftir fjögur og hálft ár af samningsleysi milli Sjúkratrygginga Íslands og sérgreinalækna var samþykktur 5 ára samningur milli aðila í lok júní. Mikil vinna og þrautseigja samninganefndar Læknafélags Reykjavíkur skilaði samningi sem tæp 94% félagsmanna samþykktu (tæplega 64% kosningaþátttaka). Sýnir það hversu vel tókst til við gerð samningsins. Einingaverð hækkaði eins og vera bar í takt við verðlags- og launaþróun síðustu ára. Aukagjöld, sem sérfræðilæknar urðu að leggja á því einingaverð hækkaði ekki, en sem lentu auðvitað beint á sjúklingum, falla nú niður. Geiðsluþátttaka sjúklinga í sérfræðilækniskostnaði lækkar þannig umtalsvert, nú þegar þessi samningur tekur gildi, og lækkaði raunar strax frá 1. júlí. Í þessum samningi eru einnig sett ákvæði um samráðsnefnd Læknafélags Reykjavíkur og Sjúkratrygginga sem mun skoða markvisst hvernig efla megi og bæta starfsemi sérgreinalækna í þágu sjúklinga. Þar verður áhersla lögð á nýsköpun, bætt aðgengi að þjónustu, sem og að starfsemin og læknisverkin sem unnin eru taki mið af framþróun læknisfræðinnar.

- **Frágangur.** Gott er að hreinsa lauf, stinga upp og reyta illgresi þar sem maður vill ekki að það vaxi. Það berast nær daglega fréttir af myglu og raka í opinberum byggingum, svo sem heilsugæslustöðvum, skólum, sjúkrahúsum og á hjúkrunarheimilum. Loka hefur þurft hjúkrunarrýmum vegna myglu og heilbrigðiskerfið – þessi hringrás sem heilbrigðiskerfið er – má alls ekki við því. Myglu í húsnæði þarf að útrýma með góðu og eðlilegu viðhaldi, það borgar sig.

Ekki dugir að horfa bara út um gluggann. Næg eru verkefnin ef maður vill eiga fallegan garð og öflugt heilbrigðiskerfi. Best að bretta upp ermar og koma sér að verki.

Haustverkin sem bíða Læknafélags Íslands og aðildarfélaga þess ráða miklu um hvernig mál munu þróast innan heilbrigðiskerfisins á næstu misserum og árum.

Stjórn Læknafélags Íslands

Steinunn Þórðardóttir formaður

Félag almennra lækna
Sólveig Bjarnadóttir, Teitur Ari Theódórsson

Félag íslenskra heimilislækna
Margrét Ólafía Tómasdóttir, Oddur Steinarsson

Félag sjúkrahúslækna
Theódór Skúli Sigurðsson, Magdalena Ásgeirsdóttir

Læknafélag Reykjavíkur
Ragnar Freyr Ingvarsson, Katrín Ragna Kemp

Nú getum við gefið sortuæxlissjúklingunum von

Lífslíkur þeirra sem fá dreifðan sjúkdóm frá sortuæxli hafa margfaldast á einum áratug. Áður lifðu um 5% en nú 50%, segir Hildur Helgadóttir krabbameinslæknir í Svíþjóð. Hún segir sífellt fleiri sóldýrkandi Svía fá sortuæxli. Þótt hún sjái sig ekki flytja heim heldur hún fast í íslensku ræturnar og dregur norræna sortuæxlissérfræðinga til Íslands á ráðstefnu í Hörpu í október

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við höfum horft á byltingu í krabbameinsmeðferð sortuæxla. Fyrir áratug sáum við aðeins um 5% sjúklinga með dreift melanóma lifa lengur en fimm ár, en nú 50%," segir Hildur Helgadóttir, yfirlæknir á Karólínska í Svíþjóð.

„Nýju ónæmislyfin hafa umbylt krabbameinslækningum. Þau hafa slegið í gegn," segir hún. Það að *Science* hafi valið þessi krabbameinsónæmislyf sem *Breakthrough of the year* 2013 og veitt fyrir þau Nóbelsverðlaun 2018, sýni það.

„Við byrjuðum að nota þessi lyf gegn sortuæxlum upp úr 2010, fyrst með CTLA-4 mótefnum og síðan komu PD-1 mótefnin sem eru enn betri." Nú séu lyfin ekki aðeins notuð gegn sortuæxlum heldur einnig fjölda annarra krabbameina; til dæmis gegn lungna-, nýrna-, vélindakrabbameinum og sumum ristil-, eitla og brjóstakrabbameinum.

„Við vorum ekki með nein einustu virk krabbameinslyf við dreifðu sortuæxli og því var það dauðadómur að fá sjúkdóminn. Þeir sjúklingar sem fengu meinvörp voru upp til hópa látnir eftir nokkur ár," lýsir hún og hvernig þessar slöku horfur hafi hvatt fólk til að prófa þessi lyf sem veki ónæmiskerfið og fái það til að ráðast á frumur með skemmt DNA – skemmdir sem verði meðal annars vegna sólarljóss.

„Á sama tíma komu virk marksækin lyf sem ráðast beint á frumur með slíkar DNA-skemmdir í BRAF- og MEK-genunum," lýsir Hildur. Batinn sé þó ekki gefinn. „Þótt margfalt fleiri lifi nú, nær helmingur sjúklinganna enn ekki bata. Og þar sem við keyrum líka upp ónæmiskerfið fá sjúklingar gjarnan aukaverkanir tengdar sjálfsofnæmi sem í rauninni geta lagst á öll líffæri, en oft á liði, húð, görn eða innkirtla."

Slíkar aukaverkanir geti orðið langvinnar og valdið dauðsföllum. „Við þurfum því að vanda okkur við þessar meðferðir," segir hún og lýsir því hvernig þekkingin aukist stöðugt. Þar fer hún í fararbroddi, stýrir bæði melanóma-teyminu á Karólínska og 10 manna rannsóknarhópi á sjúkrahúsinu. Það skoðar mismunandi áhrif og samsetningar nýju lyfjanna en einnig áhættuþætti og erfðir sortuæxla, faraldsfræði þeirra, forvarnir og horfur.

„Við höfum lært hvaða skaða þau geta valdið og þurft að fyrirbyggja og meðhöndla áður óþekktar aukaverkanir."

Hildur hefur búið í Svíþjóð frá árinu 2006 og klárað sérfræðinám í krabbameinslækningum 2012 og sérhæfði sig svo enn frekar. Hún vinnur nú með sortuæxli, sem oftast myndast í húð en geta einnig gert það í augum eða slímhimnu. Einnig með flöguþekju-, grunnfrumu- og önnur sjaldgæfari húðæxli sem geta dreift sér og vinnur nánast eingöngu með ónæmis- og marksækin lyf.

„Við rannsökum mismunandi samsetningar meðferða og hvaða áhrif þau hafa í mismunandi sjúklingahópum og þætti í æxlis- og blóðsýnum sem geta spáð fyrir um árangur.

„Við skoðum að bæta líka við geislameðferð á sama tíma og við gefum ónæmislyfin. Geislar eru bæði frumudrepandi en líka bólguframkallandi og við höldum að það geti líka örvað ónæmissvarið sem kemur af ónæmislyfjunum. Það er sérstakt áhugasvið rannsóknarhóps míns."

Fjöltyngd fjölskylda

Hildur horfir til Íslands. Þar er hún fædd og þar liggja ræturnar þótt hún hafi sjálf búið meirihluta lífs síns erlendis – sem barn og unglingur í Svíþjóð og seinna einnig þrjú ár í Bandaríkjunum þar sem ástin bankaði upp á. Hún var heppin því Bille hafði alist upp í Svíþjóð eins og hún.

„Hann er fæddur í Líbanon. Fjölskyldan hans kom sem flóttafólk til Svíþjóðar á svipuðum tíma og ég og mínir foreldrar fluttum út, á níunda áratugnum,



Hildur Helgadóttir hefur búið meirihluta ævinnar í Svíþjóð. Fyrst með foreldrum sínum þegar þau stunduðu sérnám í Lundi og síðan þegar hún kaus að gera það sjálf. Hildur stendur að ráðstefnu norrænna sortuæxlissérfræðinga hér á landi í október. Mynd/ Gustav Anestam

en við hittumst fyrst í sænskum hópi í Bandaríkjunum þar sem ég bjó eftir læknanámið. Ég frá Íslandi og hann frá Líbanon tölum alltaf saman á sænsku.“

Hún ætlaði ekki að verða læknir þótt foreldrarnir séu bæði læknar; Ingunn Vilhjálmsdóttir svæfingalæknir og Helgi Sigurðsson krabbameinslæknir. Streittist á móti. „Ég var alltaf að vinna að því að verða ekki læknir. Það var helsta takmarkið í lífinu en það gekk ekki,“ segir hún og hlær.

„Meira að segja þegar ég valdi læknisfræðina ætlaði ég að vera í frumurannsóknum en svo fannst mér um lítið að velja. Ætlaði í líffræði en var bent á að betra væri að vera læknir og vinna við líffræðirannsóknir,“ segir hún og lýsir því að foreldrarnir hafi eignast hana ung þegar þau voru nýbyrjuð í læknanáminu.

„Mamma seinkaði sér um tvö ár þegar ég fæddist og ég var orðin nokkuð gömul þegar hún kláraði og ég man að mér fannst þetta vera ansi mikið basl hjá þeim. Ég segi því stundum að ég hafi farið tvisvar í gegnum læknisfræðina,“ segir hún og hlær. „Ég var ekki besti eða áhugasamasti aðstoðarlæknirinn.“

Hildur gekk í Ísaksskóla fyrstu tvö skólaárin áður en fjölskyldan flutti til Lundar vegna sérnáms foreldranna, en gekk svo fyrst aftur í íslenskan skóla í 10. bekk, fór í menntaskóla, svo læknisfræði og tók kandídatsárið hér heima áður en hún flaug aftur á braut, þá til Bandaríkjanna.

„Þar fyrst rann það upp fyrir mér að ég vildi verða læknir.“ Saman hafi þau Bille ákveðið að flytja til baka til Svíþjóðar og stofna fjölskyldu. Hann vinnur nú hjá Orkustofnun Svíþjóðar, Vattenfall, og þau eiga tvær dætur.

„Frá þeim degi sem ég kom til Svíþjóðar hef ég verið rosalega ánægð,“ segir hún og segir frá því hvernig hún haldi íslenskunni að dætrunum. „Þær tala reiprennandi íslensku,“ segir hún.

„Við erum alltaf heima, bæði um jól og sumar og foreldrar mínir koma oft í heimsókn.“ Báðar dæturnar hafa búið hjá ömmu og afa nokkrar vikur í senn og fengið að sitja kennslustundir í Kársnesskóla. Líka fengið kennslu í íslensku í skólanum sínum úti.

„Sú eldri skilur líka og talar arabísku og kóresku. Við erum fjöltyngd og maðurinn minn skilur íslensku.“ Tengslin rík og nú stendur hún að því

Ég vil halda sambandi og vona að störf mín sem og ráðstefnan í október glæði samstarf og að ég nái að skila til baka því sem ég fékk. En ég hef það einfaldlega of gott og er svo sértæk í þeirri vinnu sem ég er í. Ég vil halda rannsóknarvinnunni áfram og vinna með hópnum mínum en vonast líka til að geta haldið sambandi og vera í samstarfi við kollega mína á Íslandi.



„Sortuæxli er rosalega alvarlegur sjúkdómur þótt meðferðirnar séu orðnar betri. Helmingurinn með dreifðan sjúkdóm lifir ekki af. Sumir fá aukaverkanir sem þeir þurfa að lifa með. Við þurfum því enn að stunda forvarnir.“

að norrænir sortuæxlissérfræðingar streyma til Íslands.

Dregur lækna til Íslands

15. norræni sortuæxlafundurinn verður haldinn í Hörpu dagana 11.-13. október að frumkvæði Hildar og með hjálp Berglindar Einarsdóttur og Eiríks Steingrímssonar frá Háskóla Íslands. Ráðstefnan dregur að sér sérfræðinga í sortuæxlum frá öllum Norðurlöndunum.

„Aldrei fyrr hefur einhver komið frá Íslandi,“ segir hún og að nú fái sérfræðingar hér á landi tækifæri til að mæta og mynda tengsl. „Norrænu sérfræðingarnir eru virkilega spenntir að fá að koma til Íslands og íslenska samstarfsfólkið allt verið mjög til í þetta og mun hópur þeirra kynna stöðuna hér á landi fyrir kollegunum.“

Hildur segir ekkert krabbamein hafa eins sterk tengsl við bæði umhverfi og erfðir og húðkrabbi. Ljós húð í mikilli sól sé líklegust til að þróa með sér sortuæxli. „Hæsta tíðni í öllum heiminum er í Ástralíu og Nýja-Sjálandi,“ segir hún en að tíðnin sé frekar lág hér á landi miðað við Skandinavíu og þrefalt lægri en í Svíþjóð.

„Samt erum við Íslendingar flest með enn fölari og viðkvæmari húð en margir Svíar. Tíðnin er hæst á suðvesturströnd Svíþjóðar. Þar er sólríkt og fólk mikið með báta. Sækir í sól og sjóböð. Hér er mikil sóldýrkun og Svíar æstir í að verða brúnir og fá að sóla sig. Fara til heitra landa allan ársins hring,“ segir hún.

„Það er ekki bara tilfinning heldur hafa verið gerðar rannsóknir sem sýna að Svíar kunna meira en aðrar þjóðir að meta sólbrúna húð. Tíðnin eykst og eykst. Þótt sumir séu orðnir meðvitaðri tekur langan tíma þar til við sjáum merki um að tíðnin lækki,“ segir hún um sortuæxlin og lífsstíl Svía. „Veðrið heima býður ekki upp á sama lífsstíl og í Svíþjóð.“ Þá sé UV-index talan oftast lægri á Íslandi en Svíþjóð.

Mikil herferð var farin gegn ljósabekkjum hér á landi á sínum tíma en minna hefur farið fyrir umræðunni síðustu ár. Telur Hildur þessar framfarir í meðferðum skýra það?

„Þetta er hættuleg hugsun. Sortuæxli er rosalega alvarlegur sjúkdómur þótt meðferðirnar séu orðnar betri. Helmingurinn með dreifðan sjúkdóm lifir ekki af. Sumir fá aukaverkanir sem þeir þurfa að lifa með. Við þurfum því enn að stunda forvarnir.“ Fólk þurfi að vera úti. Hreyfa sig.

„En það að fara út með það að markmiði að verða brúnn er hreint ekki æskilegt,“ segir hún. Nota þurfi sólarvörn alls staðar þar sem ekki sé hægt að klæða sólina af sér. „Fólk á ekki að vera með sólsækni, hafa það markmið að liggja á strönd eða við sundlaug.“ En á þá að hylja sig frekar en að nota sólarvörn?

„Sólarvörn þarf í raun að vera löðrandi á húðinni til að hafa þau áhrif sem hermt er. Það er því falskt öryggi að halda að við fáum næga vörn úr kreminu.“

Of sérhæfð fyrir Ísland

Viðtalið við Hildi er tekið í gegnum Teams. Hún er í vinnunni. Nóg að gera og við ánægð að fá smá innsýn í störf hennar. En sér hún fyrir sér að búa á Íslandi með þessa sérþekkingu í farteskinu?

„Ég sé það kannski ekki alveg gerast – ekki næstu árin. Samt kallar það á mig að leggja mitt af mörkum. Ég fékk gott nám. Á stóran frændgarð og þekki margt gott fólk. Margar bestu vinkonur sem ég á eru þær úr læknisfræðinni. Þegar ég kom í sérnám hafði ekki verið Íslendingur hér í Stokkhólmi í sérnámi í krabbameinslækningum í mörg ár,“ segir hún.

„En eftir að ég kom höfum við tekið á móti fjórum unglæknum. Ég vona að einhver af þeim fari til baka. Þrjú eru þegar búin og ein enn í sérnámi,“ segir hún og bendir á að hún hafi sem námsstjóri sérnámslækna í krabbameinslækningum á Karólínska mikið um það að segja hverjir komist að og vonast til að fleiri að heiman sæki um.

„Ég vil halda sambandi og vona að störf mín sem og ráðstefnan í október glæði samstarf og að ég nái að skila til baka því sem ég fékk. En ég hef það einfaldlega of gott og er svo sértæk í þeirri vinnu sem ég er í. Ég vil halda rannsóknarvinnunni áfram og vinna með hópnum mínum en vonast líka til að geta haldið sambandi og vera í samstarfi við kollega mína á Íslandi.“

Ferðalag Öldungadeildar LÍ að Kirkjubæjarklaustri

Helga M. Ögmundsdóttir
Óttar Guðmundsson



Hópmynd sem Jóhanna Þórhallsdóttir tók á hlaðinu á Seglbúðum í Landbroti.

Öldungadeild Læknafélags Íslands efndi til hópferðar austur í Skaftafellssýslu á slóðir þeirra Sveins Pálssonar læknis og sr. Jóns Steingrímssonar eldprests dagana 9. til 11. júní. Pétur Gunnarsson rithöfundur var nýbúinn að flytja erindi í félaginu um eldklerkinn svo að menn fóru uppnumdir af fróðleik í þessa ferð og bjuggust við einhverjum stórmerkjum.

Þrjátíuogtveir ferðalangar söfnuðust saman í Hlíðasmáranum í morgunsárið í úrhellisrigningu og suðvestanroki. Heitið var að venju á heilagan Þorlák Þórhallsson til góðs veðurs og haldið af stað í austurátt. Hinn helgi biskup daufheyrðist við öllum okkar bænum því að veðrið fór síversnandi eftir því sem á daginn leið. Þaulreyndur bílstjórinn hafði aldrei ekið yfir Hellisheiði í annarri eins rigningu.

Fyrsta alvörustoppið var í hellunum við Ægissíðu rétt utan við Hellu. Friðrik Erlingsson rithöfundur var leiðsögumaður hópsins og lét rigninguna engin áhrif hafa, enda best að vera neðanjarðar þegar þannig stendur á. Hann reyndi allt hvað hann gat til að selja hópnum þá hugmynd að Keltar hefðu verið fyrstir íbúa á þessu landi. Einhverjir lögðu trúnað á slík ævintýri en fjölmennur hópur Landnámuaðdáenda undir forystu formannsins gaf lítið fyrir þessar kenningar.

Næst var ekið að Keldum svo að formaðurinn gæti montað sig af Þórði kakala frænda sínum og Steinvöru systur hans. Kirkjan var skoðuð undir styrkri stjórn Drífu Hjartardóttur fyrrum alþingismanns. Þaðan var haldið á Breiðabólsstað þar sem formaðurinn hélt tölu um Tómas Sæmundsson langalangömmubróður sinn, Fjölnismenn og minningarsteininn í kirkjugarðinum. Minnst var Björns Þorvaldssonar sem veginn var á staðnum í upphafi 13du aldar.

Áfram rigndi og enn haldið í austurátt allt að Hótel Laka þar sem búist var til næturdvalar. Helga Ögmundsdóttir sagði jarðfræðisögur á leiðinni enda af nógu að taka en regnið byrgði mönnum allt útsýni.

Næsta dag höfðu áheitin á heilagan Þorlák skilað sér því að sólin skein á heiðskírum himni. Lilja Magnúsdóttir kynningarfulltrúi fyrir Skaftárhrepp leiddi okkur um hreppinn í fortíð og nútíð á vefsíðu sinni. Kirkjan var skoðuð og ferðalangar reyndu að hverfa í huganum aftur til Móðuharðinda og ímynda sér hávaðann, öskufallið og alla eymdina sem fylgdu þessum hamförum. Legsteinn Jóns í kirkjugarðinum var skoðaður og allir hugsuðu hlýlega til þessa ótrúlega hæfileikamanns sem uppskar ekki í lifanda lífi þá umbun þjóðar sinnar sem hann átti skilið. En þannig er þessu varið með svo ótal marga.

Þennan dag voru þau Sigurður Árnason læknir og bóndi að Seglbúðum og kona hans Helga Erlendsdóttir leiðsögu- og sögumenn um svæðið. Og þótt margir læknaöldungar séu ferðavanir og hafi séð margt, hafði enginn fyrr gengið á brú yfir beljandi Hverfisfljót. Þau buðu hópnum uppá hressingu að óðalssetri sínu og fór sú veisla prúðmannlega fram í alla staði.

Næsta dag var haldið heim á leið og enn lék veðrið við hópinn. Farið var í fótspor Justins Biebers og Fjaðrárgljúfur skoðuð. Komið var við í Reyniskirkjugarði í Mýrdal og legsteinn Sveins Pálssonar heimsóttur. Formaðurinn las kvæði Gríms Thomsen um læknisvitjanir Sveins yfir jökulsár á hestinum Kópi. Ferðalangar hugsuðu hlýlega til Sveins og læknisstarfa hans en ekki síður til náttúrufræðirannsókna hans. Helga Ögmundsdóttir gerði stuttlega grein fyrir þeim.

Á heimleiðinni var gerður stuttur stans í sumarhöll þeirra Gísla Einarssonar og Sigrúnar Benediktsdóttur í Fljótshlíðinni. Þau sögðust telja að Gunnar á Hlíðarenda hefði staðið við eldhúsgluggann í bústaðnum þeirra og litið yfir hlíðina þegar hann ákvað skyndilega að fara ekki í útlegð til annarra landa heldur bjóða örlögunum byrginn. Allir vita hvernig það fór. Rútan renndi í hlað í Hlíðasmára um miðaftan klukkan 1800. Menn voru glaðir í bragði og mun fróðari um þá Svein og Jón en áður. Hópurinn þakkaði heilögum Þorláki fyrir veðurblíðuna og hélt síðan hver til síns heima.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Óttar Guðmundsson
Helga M. Ögmundsdóttir
Sigurður Guðmundsson
Friðrik Yngvarsson
Gísli Einarsson

Öldungaráð
Guðmundur Viggósson
Jóhannes M. Gunnarsson
Kristófer Þorleifsson
Margrét Georgsdóttir
Reynir Þorsteinsson

Ritstjóri
Helga M. Ögmundsdóttir

Breið sátt myndast um sjálfstæðan stofurekstur lækna

Ríkið hefur samið við sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Gert er ráð fyrir að umfang starfseminnar aukist um rúma 6 milljarða milli áranna 2022 og 2024 og að niðurgreiðsla Sjúkratrygginga hækki úr tæpum 7,7 milljörðum í 12,3. Ragnar Freyr Ingvarsson, formaður Læknafélags Reykjavíkur, segir næsta skref að semja um niðurgreiðslu nýrra verka því þessi samningur nái aðeins til þeirra gömlu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Þetta er fyrst og fremst gríðarlegt réttlætismál fyrir sjúklinga sjálfstætt starfandi lækna," segir Ragnar Freyr Ingvarsson, formaður Læknafélags Reykjavíkur. Félagið hefur nú landað samningi við ríkið eftir 5 ára þrautagöngu og einhliða endurnýjun ríkisins á þeim gamla.

„Þetta er geysilega mikilvægur áfangi í réttindabaráttu fyrir þennan stóra sjúklingahóp," segir hann og vísar til þeirra 270 þúsund einstaklinga sem sæki þjónustu þeirra árlega.

„Við framkvæmum hálfa milljón læknisverka á ári – allt frá venjulegum læknisheimsóknum til inngripa, speglana og skurðaðgerða. Þetta er mikil starfsemi sem nú hefur myndast breið sátt um."

Atkvæðagreiðslu lækna um samninginn lauk í lok júní. Á kjörskrá voru 341. Atkvæði greiddu 217 læknar, eða 63,6%. Já sögðu 203, eða 93,6%, nei sögðu 11, eða 5%. Þrír læknar skiluðu auðu, eða 1,4%. „Læknar virðast sáttir við þann árangur sem við náðum."

Niðurgreiðsla ríkisins eykst svo um munar, eða um tæplega 4,7 milljarða milli áranna 2022 og 2024. Greitt verður fyrir fleiri verk auk þess sem hlutfall niðurgreiðslunnar hækkar. Einingunum fjölgar um 3,8 milljónir og almennt er miðað við að árlegur vöxtur þjónustunnar verði 1,5% samkvæmt upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands.

Hagkvæm þjónusta

Hvað hjó á hnútinn? „Við töluðum svo mikið saman að á endanum varð hinu opinbera ljóst að áherslur okkar voru réttmætar og skynsamlegar. Við gátum talað okkur niður á þessa niðurstöðu og í henni felast mörg þeirra atriða sem við höfum verið að halda á lofti síðustu árin: tryggja nýliðun, leiðrétta einingaverð og taka upp ný læknisverk," segir hann.

„Okkur virðist hafa tekist að sýna Sjúkratryggingum Íslands fram á hversu geysilega hagkvæm starfsemi okkar er fyrir samfélagið. Hún er margfalt ódýrari en sú þjónusta sem er veitt af hendi hins opinbera," segir hann. Ríkið hafi séð að hægt væri að fá tiltölulega mikla þjónustu fyrir lítið fé. Samningurinn nær þó aðeins til þeirra liða sem áður heyrðu undir samninginn.

„En við settum til hliðar fjármagn til að leiðrétta eldri liði og úrelta og til að taka inn nýjungar. Nýjungar hafa eiginlega ekki verið teknar upp í heilan áratug og það hjá stétt sem er í stöðugri framþróun." Nú verði þessir þættir teknir til skoðunar. „Við settum inn í samninginn ákvæði um öfluga samstarfsnefnd, þar sem Sjúkratryggingar og LÍ eiga tvo fulltrúa hvort. Svo munum við kalla til þau fagfélög sem við á hverju sinni til þess að gera samninginn eins nútímalegan og hann þarf að vera."

Finnst þér sem stofulæknastarfsemin hafi verið viðurkennd með þessum samningum? „Mér finnst það. Ég hefði ekki undirritað samninginn annars. Ég hefði frekar farið í hina áttina hefði hið opinbera ekki séð að sér og áttað sig á hversu mikilvæga og umfangsmikla þjónustu við veitum," segir hann.

„Við læknar verðum líka að líta í eigin barm, kannski höfum við verið léleg í að flagga þessu í gegnum árin; að láta vita hversu mikil þjónusta er veitt, hversu mikil ánægja ríkir meðal sjúklinga okkar. Bara til að nefna: Læknafélag Reykjavíkur er með 352 virka sjálfstætt starfandi lækna innan sinna raða en við veitum meiri þjónustu en læknar heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og á göngudeildum Landspítala til samans. Við gerum meira," segir hann. Komurnar séu um 2000 komur á dag, rétt tæplega 10.000 á viku.

„Það er ekki fyrr en maður áttar sig á því og grefur sig ofan í tölurnar að maður sér hversu mikið þetta er. Það þyrfti að margfalda fjármagnið ef ríkið ætlaði að taka þessa þjónustu yfir," segir



Ragnar Freyr Ingvarsson, formaður Læknafélags Reykjavíkur, fagnar því að sjálfstætt starfandi sérfræðilæknar hafi náð samningum við ríkið eftir 5 ára samningsleysi. Mynd/gag

hann og miðar þá við núverandi mun á kostnaði við þjónustuna. Hann nefnir dæmi um hagkvæmni samningsins við Sjúkratryggingar.

„Læknisheimsókn til gigtarlæknis á göngudeild Landspítala er verðmetið, samkvæmt DRG-kostnaðarkerfinu, á um 54.000 krónur árið 2022 en fyrir sömu komu eru greiddar um 18.000 til stofulæknis. Hann á svo eftir að greiða skatta og skyldur, leigu, bókhald og bara allt saman. Ristilspeglun hjá sjálfstætt starfandi er um 4-5 sinnum ódýrari en hjá hinu opinbera."

Lítill og hagkvæmur rekstur skýrir muninn að mestu en það ber auðvitað að líta til þess að kostnaðarsamari verk eru hjá hinu opinbera, eins og kennsla og rannsóknir. „Þá er stjórnun miklu umfangsmeiri hluti en hjá sjálfstætt starfandi læknum."

Telur þú að þessi samningur verði til þess að ríkið sjái tækifæri í að útvista fleiri verkefnum til sjálfstætt starfandi lækna? „Ég vona það," segir hann. „Það væri langhagkvæmast fyrir ríkið. Það væri langbest fyrir ríkið að færa sem flest verk í hendur sjálfstætt starfandi lækna. Það er að segja að ef markmiðið er að veita meiri þjónustu fyrir minna fé, þá er langódýrast að biðja okkur sjálfstætt starfandi lækna um að veita þá þjónustu."

Eru þá aukagjöld úr sögunni fyrir fólk? „Nei, það verður ekki fyrr en við höfum leiðrétt allar gjaldskrár sem þau hverfa. Þetta eru 26 sérgreinar. Það tekur tíma að fara í gegnum þetta allt saman og reikna út."

En hvaða áhrif hafa þessi aukagjöld haft á samband lækna og skjólstæðinga þeirra? „Ég held að það sé best að vísa í rannsókn Öryrkjabandalagsins. Þetta bil hefur leitt til þess að fólk hefur neitað sér um þjónustu. Það er gríðarlega alvarlegt mál," segir hann.

„Fólk sem ekki fer í reglubundið eftirlit hjá sínum lækni getur veikst og endað á bráðamóttökunni. Innan heilbrigðiskerfisins er dýrast að dúkka upp á bráðamóttökunni. Fólk ætti, nú þegar búið verður að uppfæra samninginn, að geta leitað til sérgreinalækna og þannig vonandi haldist í betra ástandi en áður. Það er okkar von."

Komin yfir þröskuldinn

En er þá togstreitunni við yfirvöld að ljúka? „Við höfum yfirstigið stærsta þröskuldinn, sem var að skrifa undir samninginn," segir Ragnar. „Þetta er kvikur samningur. Hann er breytilegur. Hann vex. Hann er tryggður í launa- og vísitölu neysluverðs en líka bundinn við fólksfjölgun. Það er mikilvægt að samningurinn vaxi á samningstímanum nú þegar Íslendingum fjölgar svona ört."

Opinn krani? „Nei, þessi mýta um opinn krana hjá stofulæknum er líklega ein mesta vitleysa sem um getur," segir Ragnar. „Þessi myndlíking hefur aldrei átt við rök að styðjast. Þetta er tilfinningalegt þvaður hjá þeim sem hafa viljað láta líta svo út að læknar séu bara að skara eld að sinni köku þegar þeir vilja sinna sinni þjónustu. Ef gögn eru skoðuð 10-15 ár aftur í tímann sést að þessi fullyrðing stenst ekki," segir hann og rökstyður frekar.

„Á síðustu 5 árum hefur þjónustan í besta falli staðið í stað og á síðasta ári rýrnaði hún um 5%. Þótt frelsið hafi verið algert og við gátum séð eins marga sjúklinga og við vildum og gátum og rukkað ríkið villt og galið þá dróst þjónustan saman," segir hann.

„Það er gríðarlega alvarlegt mál að mikilvæg læknisþjónusta skuli rýrna þegar samfélagið bæði stækkar og eldist. Nú vonum við að fólki sé gert kleift að leita til læknis þegar það þarf á því að halda og þurfi ekki að neita sér um þessa mikilvægu þjónustu."

Sérðu nú fram á nýliðun í stofurekstri? „Það vona ég innilega. Við höfum búið þannig að hnútana að læknar ættu að geta horft til þess að koma til Íslands opna stofur, göngu- og dagdeildir og veita Íslendingum þá þjónustu sem þeir eiga rétt á og þurfa."

Kerecis gengur aðeins með almennilegum vísindum

Baldur Tumi Baldursson læknir sér fram á breytt líf eftir að frumkvöðlafyrirtækið Kerecis, sem hann stofnaði með Hilmari Kjartanssyni lækni og Guðmundi Fertram Sigurjónssyni frumkvöðli, var selt fyrir 180 milljarða króna. Hann hyggst stunda vísindin áfram og sinna stofurekstri sínum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég hef alltaf verið viðgerðagaur og það er það sem læknisfræði snýst um, viðgerðir. Ég get ekki hent mér þegar ég er lasinn, ég verð bara að laga mig," segir Baldur Tumi Baldursson, húð- og kynsjúkdómalæknir, þegar við setjumst niður á stofunni hans í Hlíðasmára 9 í Kópavogi. Heimagerð COVID-glervörnin á skrifborðinu er kannski ekki besta vitnið enda farin að láta á sjá – en virkar.

Baldur Tumi er mættur í vinnunna. Rifbrotinn eftir laxveiðar og í Birkenstock-skónum, tilbúinn að taka á móti sjúklingum. Engir spítalaklossar. Hann ætlar ekki að hætta með stofuna þótt frumkvöðlastarf hans með Kerecis hafi gefið vel af sér. Salan er á meðal stærstu frétta sumarsins en danska fyrirtækið Coloplast keypti Kerecis fyrir 180 milljarða íslenskra króna.

Einstakt. Hver hefði trúað því að fiskroð, sem áður var fleygt, væri ekki aðeins svona verðmætt heldur gæti grætt sár sem áður gréru ekki? Trúði hann að fyrirtækið væri svona mikils virði?

„Ég pældi voða lítið í því þannig," svarar Baldur Tumi yfirvegað en hann var einn af þremur stofnendum árið 2008. „Nú er það þannig að ég er áratug eldri en hinir og hefði því átt að liggja meira á að fá peninginn. En það var ekki margt sem mig vantaði. Ég er læknir, ágætlega stæður, á bíl og allt," segir hann og hlær. Næstu skref séu að birta niðurstöður umfangsmikillar rannsóknar á áhrifum fiskroðsins á erfið sár.

„Það er ótvíræður munur á sáragróanda eftir meðhöndlun með vöru Kerecis í 16 vikur í samanburði við þau sem meðhöndluð eru með hefðbundnum hætti," segir Baldur Tumi og vísar í óbirta vísindagrein sem hann vinnur að með Hilmari Kjartanssyni, bráðalækni og hinum lækninum í þriggja stofnendateymi Kerecis, en Hilmar leiðir verkið.

Þeir einblíndu á slæm sár vegna sykursýki og vinna rannsóknina í samstarfi við franska dreifingaraðilann Kerecis Curae Lab í þremur löndum. Frakkarnir hafi snemma komið að borðinu í Kerecis sem stór hluthafi. Rannsóknir sem þessar eru dýrar en þeir fengu um 400 milljónir króna í styrk frá Evrópusambandinu árið 2019, svokallaðan FTI-styrk (Fast Track Innovation). Baldur Tumi segir að sambandið hafi talið mikilvægt að styrkja frumkvöðla myndarlega til að efla nýsköpun og sykursjúkum fjölgar í framtíðinni.

„Yfir 20% á Indlandi og þar í kring eru með sykursýki 2 og það stefnir í sömu átt í Bandaríkjunum," segir Baldur. „Þessi hópur fær sár þegar hann eldist. Við það bætist að almenn heilbrigðisþjónusta er að batna svo mikið á Vesturlöndum að menn lifa mun lengur en áður. Þá fær fólk frekar sár," segir hann og sáraroðið hjálpi þeim. Allt klínískt rannsóknarfólk dreymir um að gera rannsókn sem þessa. En fáir fá þetta tækifæri. „Þetta eru forréttindi. Skrifa rannsóknaráætlunina og sjá niðurstöðuna fæðast."

Þeir Hilmar hafi tekið áhættu með því að einblína á slæm sár, því vitað sé að mörg þeirra muni ekki gróa. „En með þessari rannsókn vitum við miklu meira um hvaða sár gróa ekki. Þekkingin sem hefur myndast við gerð þessarar rannsóknar er mikil."

Þrír stofnendur

Þeir Baldur Tumi og Hilmar eru kannski ekki eins þekktir og forsprakki Kerecis, Guðmundur Fertram Sigurjónsson „ofurfrumkvöðull", eins og þeir lýsa honum. Guðmundur leitaði til þeirra þegar hann hafði fengið þá hugmynd að nota fiskroð í stað spendýraafurða í sáraumbúðir. Baldur segir að það hafi einmitt verið lykillinn að velgengni Kerecis.

„Já, því þannig fengum við víðtækt einkaleyfi sem tryggði okkur að aðrir högnuðust ekki á hugmyndinni."

Kerecis. Þvílíkt ævintýri. Þeir Guðmundur kynntust í Össuri þar sem Baldur fór að vinna árið 2003. Það var þremur árum eftir að hann kom heim úr 10 ára sérnámi og starfi frá Svíþjóð og sá hann þar með eigin augum árangur nýsköpunarinnar hjá þessu íslenska stoðtækjafyrirtæki. Sjúklingar sem áður komu með sár undan gerviliðahulsunum hættu að koma þegar þeir fengu sílikonhulsu Össurar. Fyrirtækið ætlaði nú einnig að gera sáraumbúðir úr sílikoninu og gerði það.

„Guðmundur var verkefnastjóri hjá



Baldur Tumi Baldursson og Hilmar Kjartansson eru læknarnir tveir í þriggja teymi stofnenda Kerecis. Félagið hefur nú verið selt fyrir upphæð sem fæstir hefðu getað ímyndað sér, eða á 180 milljarða króna til danska félagsins Coloplast. Íslenskur fiskur hefur enn á ný sannað sig og nú í lækningaskyni. Mynd/gag

Össuri og leitaði að klínískt menntuðum einstaklingum sem væru góðir í sárum. Ég var það og hafði skrifað doktorsritgerð um sár. Ég hugsaði mig ekki tvisvar um þegar hann talaði við mig, fannst spennandi að búa til sáraumbúðir með sílikoni.“

Baldur lýsir því hvernig Össur hafi svo selt þessa sáraumbúðavörulínu sína til BSN medical árið 2008. Þá hafi Guðmundur verið fluttur til Nýja-Sjálands þar sem hann kynntist Hilmari. Þrír saman hafa þeir svo stigið hvert skrefið nær sölunni á Kerecis. Sótt um markaðsleyfi, CE-merkingu og viðurkenningu FDA.

„Það má segja að það hafi tekið fjögur ár að fá leyfin. Okkur fannst það langur tími,“ segir Baldur Tumi og hugsar til sérfræðinga FDA í Virginíu þegar fyrsta umsóknin um að setja roð í sár barst þeim. „Þeir sögðu mjög kurteislega að við þyrftum meiri gögn,“ segir hann. Þeir réðust því í rannsóknir og sáu sár sem höfðu ekki gróið gróa á viku undan fiskroðinu.

„Það var æðisleg tilfinning að lyfta umbúðunum af og sjá árangurinn,“ segir hann. Reynsla Guðmundar hafi komið sér vel í þessu ferli. „Vegna þess hversu vel Guðmundur þekkti markaðinn hafði hann sótt um kóða og við komumst því inn í tölvukerfin hjá innkaupadeildum spítalanna um leið og við fengum samþykki FDA. Við fórum síðan fljótlega að fá niðurgreiðslu tryggingafélaga í Bandaríkjunum.“

Frumkvöðlar þurfi fjártækni

En hverju mælir hann með fyrir lækna sem langar í frumkvöðlastarf. „Það er í rauninni að hafa hugmyndina og svo að hafa fjártækni með sér og sækja um einkaleyfi,“ segir hann.

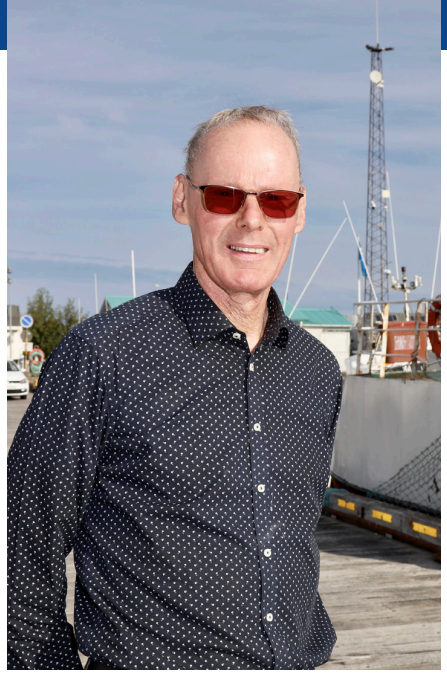
„Guðmundur er snillingur í því og við nutum þess að hann þekkti vel Ernest Kenney sem sá um einkaleyfi Össurar á sínum tíma. Eins og ég var hann til í verkefnið. Vinna hans varð til þess að við fengum almennt einkaleyfi á sárameðferðarefnum úr fiskroði, en svo afdráttarlaus einkaleyfi eru mjög sjaldgæf í þessum bransa en þetta gat hann.“ Annað sem þeir hafi tekið með sér úr Össuri hafi verið þekking á gæðakerfum.

„Starfsmaður nr. 2 sem við réðum varð gæðastjóri á Ísafirði. Þá þarftu að byggja upp gæðaskjalasafn samkvæmt ISO-stöðlum,“ segir hann, og að gæðaáherslurnar hafi aukist mikið frá stofnun Kerecis. „Ég sé ekki að það væri hægt að koma með svona nýmæli í dag. Kröfurnar eru það miklar,“ segir hann. Þeir hafi verið heppnir. Hindranirnar hafi birst og þeir náð að sveigja framhjá þeim.

„Svona fyrirtæki gengur ekki nema almennileg vísindi búi að baki. Ef svo er ekki, mun það að lokum falla. Læknar eru mjög kurteist fólk sem tekur vel á móti sölumönnum. En þeir verða að hafa staðreyndir á bak við ákvarðanir sínar. Við erum stoltir af okkar rannsóknum og núna að hafa klárað þessa fínu rannsókn sem sýnir muninn þegar notaðar eru Kerecis-vörur á mjög alvarleg sykursýkissár miðað við almenna góða meðferð.“

Kópavogsbúinn Baldur

Við snúum okkur nú að bakgrunninum.



Baldur Tumi Baldursson ætlar ekki að hætta að vinna þótt hann hætti hjá Kerecis. Hann vill fylgja vísindarannsóknunum eftir.

Kópavogsbúanum Baldri Tuma sem útskrifaðist úr MH árið 1979, læknisfræði 1985 og hóf doktorsnám á Karólínska 1994, þá sérfræðingur í húð- og kynsjúkdómalækningum. Giftur Sólveigu Önnu Bóasdóttur og tveggja barna faðir.

Ætlaðir þú alltaf að verða læknir? „Já, með einhverjum smá frávikum ætlaði ég það. Mér fannst þetta spennandi," svarar hann. „Stóru ákvarðanirnar eru yfirleitt ekki teknar eftir mikla umhugsun." Margir hafi á þeim tíma byrjað í læknisfræði til að keppa um sæti í hópnum, sýna að þeir væru góðir námsmenn. „En síðan getur fólk endalaust kvalist þegar það velur sérnám," segir Baldur Tumi og hlær.

Miklar framfarir hafi orðið í meðhöndlunum síðustu ár, þá sérstaklega við psoriasis og exemum. „Sár hafa alltaf verið mitt helsta áhugasvið." Sjálfur tekst hann á við húðsjúkdóm. Það hafi örugglega haft áhrif á valið. „En það hefur ekki haft áhrif að öðru leyti en því að þessi sjúkdómur er algengur á Íslandi, af sjaldgæfum sjúkdómi að vera, og þegar barn fæðist með sjúkdóminn er foreldrunum vísað á mig."

Fyrirtækið selt. Næstu skref óljós. Baldur Tumi þarf ekki að fylgja seldu fyrirtæki fyrstu sporin með nýjum eigendum.

„Nei, nei, ég hætti í rauninni í launaðri vinnu hjá Kerecis í lok september. Svo kemur í ljós hvort nýja eigendur vantar eitthvað," segir hann. „Ég mun þó ólíklega fara í 9-5 vinnu aftur enda orðinn 64 ára. Planið var alltaf að sinna áhugamálunum: líkamsrækt, hlaupum og skíðum. Ég vona að ég fái að fylgja vísindagreininni úr hlaði og standa að kynningu hennar, hafa samskipti við jafningja. Það er jú það sem lífið gengur út á: Viðurkenning jafningjanna," segir hann.

„Ég vil í það minnsta ekki bara hverfa af sviðinu. Ég verð því enn hér á stofunni. Það er mikilvægt að fólk fái sína hjálp."



Hilmar Kjartansson horfir fram á breytta tíma en ætlar áfram að sinna verkefnum sem snúast um meðferð brunasára, rannsóknir í Evrópu og svo öll þau mannúðarverkefni sem Kerecis heldur á lofti.

Með 20% af umframframlegð í mannúðarverkefni

„Það þurfti þrotlausa vinnu og á þessari löngu leið hefðum við getað klúðrað hlutum en við bárum gæfu til að taka réttar ákvarðanir," segir Hilmar Kjartansson, bráðalæknir og einn meðstofnenda Kerecis, í símaviðtali við *Læknablaðið*. Hann er mjög bjartsýnn á framhaldið og nýjan kafla í sögu Kerecis.

„Já, ég held að í raun og veru sé þetta aðeins fyrsti kaflinn sem var að klárast. Í gegnum Coloplast opnast markaðir í 130 nýjum löndum sem gefur sáraroðinu frá Ísafirði enn meiri möguleika á að vaxa og verða aðgengilegt mun fleirum á heimsvísu.

Bjóstu við þessu ævintýri? „Þetta var alltaf það sem við trúðum að gæti gerst. Hugmyndin var skotheld og varan virkar betur en samkeppnisvörur," segir Hilmar. „Tilgangurinn var alltaf að verða leiðandi í endurnýjun skemmdra vefja í mönnum. Það er að takast núna og það hefur verið mikill heiður að því að vera partur af svona ferðalagi þar sem vinna okkar nær til tuga eða hundruða þúsunda á ári hverju."

Hilmar er sérlega stoltur af mannúðarverkefnum Kerecis sem hann hefur leitt en 20% af umframframlegð Kerecis hefur verið nýtt til þeirra. Hermenn á stríðshrjáðum svæðum í heiminum eru nú meðal þeirra sem njóta góðs af vörunum. Þær voru þróaðar sérstaklega til þess með styrkjum frá Bandaríkjaher árin 2013, 2016 og 2019.

„Við höfum notað styrkina til að þróa roðið í stærri stærðum og gert duftútgáfu til að ná betri árangri eftir sprengjuáverka, því þá er hægt að koma roðinu í alla afkima sársins," segir hann. Nýlega sæmdi forsætisráðherra Armeníu samstarfsmann Hilmars þar ytra, Dr. Steven Jeffery, brunaskurðlækni og prófessor í sárarannsóknum við Birmingham City University (BCU), orðu fyrir framúrskarandi störf.

Jeffery og Hilmar meðhöndluðu fjölda særðra, sem höfðu fyllt her- og almennu sjúkrahúsin á staðnum í borgarastríðinu fyrir tæpum þremur árum, með sáraroðinu. *Læknablaðið* sagði frá því afreki í nóvemberblaðinu 2020.

„Það var augljóst eftir þá ferð að umfang mannúðarverkefna myndi aukast innan Kerecis. Í kjölfar þess var mikill uppgangur í sölu á brunadeildir í Bandaríkjunum og samvinna við brunalækna jókst mikið sem og samstarf við góðgerðarstofnanir sem sinna mannúðarmálum."

Þessi áhersla Kerecis gefur þeim mikla sérstöðu og sér Hilmar aukin tækifæri til góðra verka eftir söluna. „Coloplast er með aðrar vöru sem gætu líka komið að notum í verkefni okkar í Afríku, Kabúl í Afganistan og víðar. Svo ég vona að þegar fer að hausta og við að kynnast betur fólkinu í Coloplast vaxi mannúðarverkefnum enn frekar fiskur um hrygg."

Hvaða bók hefur fylgt þér lengst,
þú hefur lesið oftast eða haft mest áhrif á þig?

„Tilkynni, herra höfuðsmaður“



Eiríkur Jónsson
þvagfæraskurðlæknir

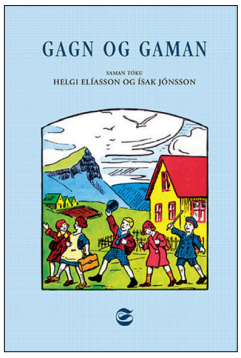
Sú bók sem sennilega hefur haft mest áhrif á mig er kennslubókin *Gagn og gaman*. Setningar úr henni hljóma enn í höfði mér. Á unglingsárum las ég bækur eins og *Nonna*, *Grím grallara* og *Sandhóla-Pétur*. Í þeirri síðastnefndu var kennd púðurgerð sem kom sér vel fyrir unga drengi. *Bob Moran* og Alistair MacLean fylgdu í kjölfarið en breyttust síðan í Pétur Gunnarsson og Þórarin Eldjárn. Alltaf þegar ég hefla blöðruhálskirtil og úr honum rúlla perlulaga steinar, sem hafa orðið þar innlyksa, dettur mér í hug smásaga Þórarins um manninn sem myndaði perlur á milli tánna og var greindur með „Ostru-heilkennið“. Læknirinn tók að sér að koma þessum perlum í verð en Hermann Kjögx gullsmiður gerði síðan úr þeim dýrar perlufestar. Sögupersónan þurfti þó að búa við fótraka, táfýlu og félagslega einangrun því að öðrum kosti dytti framleiðslan niður. Þagnarskylda læknisins tryggði að hvorki gullsmiðurinn né kúnninn vissu hvernig perlurnar komu til.

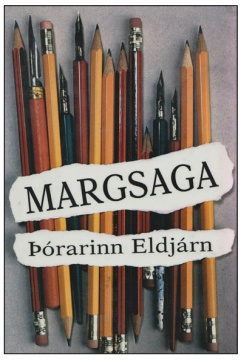
Bækur Laxness þola endurlestur alla ævi og á RÚV-sarpinum er hægt að láta skáldið lesa fyrir sig. Eftirlitsmaðurinn í *Brekkukotsannál* var mér lengi vel hulinn sjónum en ég tók svo loksins eftir honum. Hann var bóndi upp á Skaga sem fékk vitrun og seldi jörð sína til þess að geta stundað rekstur á náðhúsi í Reykjavík. Hreinlætið og natnin var slík að ekki fundust snyrtilegri kamrar þótt víðar væri leitað. Þá reyndist hann vera helsti velgjörðarmaður Garðars Hólm. Heimspeki eftirlitsmannsins gekk út á að leyfa hverjum og einum að lifa eins og hann sjálfur kýs svo fremi sem hann aftrar ekki öðrum að lifa eins og þeir vilja. Þá gerði hann heldur engan greinarmun á hetjum og litlum körlum, stórtíðindum og tittlingaskít.

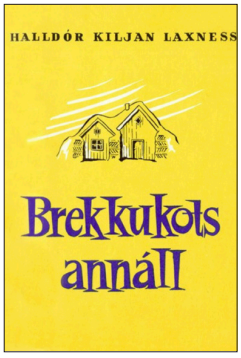
Ef ég ætti að velja eina bók úr hillunni þá er það *Ævintýri góða dátans Svejks* eftir tékkneska rithöfundinn Jaroslav Hasek en Svejk gegnir herþjónustu í fyrri heimsstyrjöldinni. Bókin er óborganleg háðsádeila á stríðsrekstur og vindhana sem belgjast upp á stríðstímum. Ekki er ljóst hvort Svejk er einfeldningur eða snillingur en framganga hans og tilsvör eru dásamleg og hægt að brúka við hin ýmsu tilvik daglegs lífs. Hann reyndi að sætta erkifjendurnar köttinn og kanarífuglinn en tókst svo illa til að kötturinn beit hausinn af fuglinum. Höfuðsmaðurinn sem Svejk þjónar lendir í miklum vandræðum vegna þessa skjaldsveins síns sem virðist þó ætíð ganga gott eitt til. Einhverju sinni þegar Svejk hefur gert svo alvarlegt axarskaft að höfuðsmaðurinn gat ekki einu sinni sagt honum frá því, maldar Svejk í móinn með þeim rökum að maðurinn læri nú einu sinni af mistökum sínum. Vísaði máli sínu til stuðnings til Adamek efnafræðings frá Daukovka sem drakk saltsýru í misgripum.

Mannlegur breyskleiki spilar stóra rullu í bókinni. Kráarfélagi Svejk sem sefur áfengisdauða vaknar og lemur í borðið segjandi: „Þessi djöfull dugar ekki lengur,“ og sofnar jafnskjótt aftur. Þá er þáttur átvaglsins og herfélaga Svejk, Baloun, óborganlegur. Þessi sísvangi maður hugsar stöðugt um mat og hámar í sig allt sem hann kemst yfir. Gilti einu hvort það var eigið nesti, félaga sinna eða höfuðsmannsins. Ýmislegt var reynt til þess að hemja hann, þar á meðal að binda hann við staur. Áhugaverðustu hugmyndina átti hins vegar Jurajda dulspekikokkur sem segir við þennan hömlulausa mann: – *Þér, Baloun, ættuð að vaka yfir hverri hreyfingu yðar svo umhverfið nái ekki valdi á yður. Í hvert skipti sem þér standið andspænis mat ættuð þér að legggja fyrir yður svofellda spurningu: - Hver er afstaða mín gagnvart þessum mat?*

Fyrir nokkrum árum var á deildinni skiptinemi, tékkneskur læknanemi frá Prag. Ég hóf náttúrulega strax að spyrja út í landa hans Svejk en sú persóna hafði hins vegar alveg farið framhjá honum. Drengurinn hringdi í angist heim til foreldra sinna sem gátu sagt honum eitt og annað af góða dátanum. Ég sagði að mér þætti það ljóður á hans ráði að þekkja ekki þennan merka samborgara sinn. Neminn sagði þá, ábúðarfullur, að lestur fagurbókmennta hefði aldrei getað fleytt honum þetta langt í læknisfræðinni.









Ég skora á Pál Matthíasson, geðlækni, að skrifa næsta pistil.

Allir á amfetamín, og hvað svo?

Óttar Guðmundsson
geðlæknir



Fyrir skemmstu bárust þær fréttir að Lisdexamfetamin eða Elvanse væri uppselt í apótekum. Ástæðan er gífurleg aukning í sölu örvandi lyfja,, aðallega vegna þess mikla fjölda fullorðinna sem hefur greinst með ADHD/ADD á síðustu árum.

Nú hafa Íslendingar slegið öll met í þessum greiningum. Neysla örvandi lyfja er þrisvar sinnum meiri en í Danmörku og Svíþjóð og sjöföld á við Finnland og forskotið eykst hratt.

Þetta er í takt við tíðarandann. Á samskiptamiðlum er rekinn áróður fyrir þessari lyfjagjöf. Sagðar eru kraftaverkasögur um undraáhrif þessara lyfja á árangur í námi og starfi, félagsfærni og frammistöðu í hjónabandi. Þetta hefur leitt til þess að fjöldi fólks leitar til Geðheilsuteymis ADHD fullorðinna þar sem biðlistar hafa myndast. Margir fara til sálfræðinga til að fá greiningu sem kostar 150-250.000 krónur og er ágætlega unnin. Geðlæknar eru svo beðnir að meta viðkomandi með tilliti til meðferðar. Ég hef ekki rekist á neinn sem hefur farið í greiningu og fengið að vita að hann væri ekki með ADHD enda er ADHD er orðið tískufyrirbæri.

Flestir eru sammála um að athyglisbrestur/ofvirkni sé einhvers konar róf og einkennin séu mismikil og stundum túlkunaratriði. Æ fleiri með lítil einkenni leita eftir greiningu og tilheyrandi lausnum á vandamálum daglegs lífs sem nú eru túlkuð sem ADHD-einkenni.

Sjúklingahópurinn hefur breyst með tímanum. Í upphafi þessa ADHD-faraldurs var aðallega um fullorðið fólk að ræða sem hafði flosnað uppúr grunnskóla og aldrei náð að fóta sig. Þau höfðu oft ágætt gagn af meðferð enda með mikil einkenni um verulegan einbeitingarskort.

Nú fá geðlæknar fólk með ADHD-greiningu sem er starfhæft með góða menntun. Einbeiting eða skortur á fókus virðist aldrei hafa verið mikið vandamál. Þetta fólk vill lyf til að geta bætt lífsgæðin og náð betur utan um lífið. Mér finnst eins og samfélagið sé að uppgötva á nýjan leik töframátt örvandi lyfja.

Ég vann um tíma á CS-móttöku (ADHD-móttöku) í Dalahéraði í Svíþjóð. Þar var greiningarferlið mun flóknara og lengra. Fyrsta meðferðarúrræðið var alltaf samtal við iðjuþjálfara sem hjálpaði viðkomandi að skipuleggja líf sitt í kringum greininguna. Lyf voru ekki gefin fyrr en í fulla hnefana að ströngum skilyrðum uppfylltum. Öll neysla annarra fíkniefna var stranglega bönnuð.

Hér er þessu öðruvísi varið. Langflestir með greiningu vilja lyf. Menn eru ekki tilbúnir að gera skipulagsbreytingar á sínu lífi til að geta lifað með greiningunni. Tískulyf samtímans er Elvanse® (lis-dexamfetamín) sem talið er betra efni en metýlfenídat. Sú flökkusaga komst á kreik að ekki væri hægt að misnota lyfið en læknar vita af biturri reynslu að það er þvættingur.

Almenn amfetamínnotkun að læknisráði er mjög áberandi í fíkniheiminum. Ég hef lengi verið læknir á meðferðarheimilinu í Krýsuvík. Stór hluti þeirra sjúklinga sem þangað kemur vegna alls konar fíknivandamála er að taka metýlfenídat eða Elvanse® að læknisráði og ólöglega vímugjafa. Menn fá því grunnlyfjagjöf útá lyfseðil og bæta svo við hana að vild efnum frá svarta markaðnum. Einkennandi fyrir hópinn eru líka vafasamar skammtastærðir. Samkvæmt sænsku lyfjabókinni FASS er hámarksskammtur af Elvanse® 70 mg/dag. Ég hef fengið inn sjúklinga í Krýsuvík með 280 mg/dag af þessum lyfjum.

Mjög margir fíklar hafa fallið vegna þessara lyfja. Þeir hafa náð því að verða edrú um tíma en fara síðan að taka til dæmis Elvanse® að læknisráði í stighækkandi skömmtum. Fljótlega eru þeir farnir að sækja í svarta markaðinn fyrir meiri og betri vímu. Þessi lyf ganga kaupum og sölum þar sem taflan af Elvanse® 70 mg kostar 4500 krónur.

Það gefur auga leið að margir fíklar eru með ADHD en er hlutverk lækna að útvega þeim amfetamín meðan þeir eru í annarri neyslu? Ef fíkill fer á þessi lyf ætti rúmlega árs edrúmennska að vera skilyrði, lyfið notað í lágmarksskammti (30 mg/dag) og þétt eftirlit með þvagprufum.

Þessi vaxandi löglega amfetamínmeðferð er stjórnlaus. Þeir læknar sem að stórum hluta sinna þessari meðferð eru sjálfstætt starfandi geðlæknar einir á stofu. Eftir einhvern tíma tekur heilsugæslan við þessum lyfjaávísunum sem verða meira og minna sjálfvirkar. Í Svíþjóð eru sérstakar CS-móttökur sem annast eftirlitið þar sem starfa læknar, hjúkrunarfræðingar, sálfræðingar og fleiri í teymisvinnu samkvæmt ákveðnu verklagi. Það er eðlilegt enda er um ávanabindandi lyf að ræða með miklar aukaverkanir á andlega og líkamlega heilsu.

Hvað er til ráða? Allir hljóta að sjá að hér stefnir í óefni og óhefta notkun á amfetamíni fyrir þá sem nenna að útvega sér auðfengna greiningu. Kannski væri ráð að líta til grannlandanna og sækja kunnáttu þaðan. Af hverju gengur þeim mun betur að koma böndum á þessi mál?

En er þetta kannski í himnalagi? Er til bóta fyrir íslenskt samfélag að hluti þegnanna sé alltaf upptjúnaður á amfetamíni? Munu hjól atvinnulífsins snúast hraðar? Hagvöxturinn aukast í takt við amfetamínneysluna? Mun ganga betur að skutla og sækja með smáörvandi í blóðinu? Þetta er allavega merkileg samfélagsleg tilraun. Setja alla á amfetamín en hvað svo?

Vilt þú bætast í ört stækkandi hóp ánægðra lækna Heilsuverndar?

Heilsuvernd er einkarekið og ört stækkandi fyrirtæki í heilbrigðisþjónustu sem hefur sérhæft sig í heilsu- og vinnuverndarstörfum, almennri heilsugæsluþjónustu og heilbrigðisþjónustu fyrir hjúkrunarheimili.

Heilsuvernd er skipuð sérhæfðu og metnaðarfullu starfsfólki sem leggur áherslu á faglega og framúrskarandi þjónustu. Heilsuvernd er starfrækt í björtu og nýju húsnæði á besta stað við Elliðaárdalinn.

Starfshlutfall er 100% eða eftir samkomulagi. Nánari upplýsingar veita: Karl Reynir Einarsson (karlreynir@hv.is) og Linda Kristjánsdóttir (linda@hv.is)
Tekið á móti umsóknum á heimasíðu Heilsuverndar **hv.is**
Umsóknarfrestur er til og með 15. september 2023.

HEILSUVERND
því hver dagur er dýrmætur

Almennur læknir

Helstu verkefni og ábyrgð

- Almenn móttaka
- Læknisfræðileg ráðgjöf
- Vinna á hjúkrunarheimilum
- Trúnaðarlæknisstörf
- Heilsufarsskoðanir
- Heilsuefling
- Þátttaka í vísinda-, þróunar og gæðastarfi

Menntunar- og hæfniskröfur

- Íslenskt lækningaleyfi
- Sérfræðimenntun í lyflækningum / heimilislækningum æskileg
- Sjálfstæði í starfi og ögguð vinnubrögð

HEILSUVERND
Heilsugæsla

Sérfræðilæknir í heimilislækningum

Helstu verkefni og ábyrgð

- Almenn læknisþjónusta heimilislæknis
- Almenn móttaka
- Heilsuefling
- Bráðaþjónusta
- Síðdegisvaktir
- Þátttaka í vísinda-, þróunar og gæðastarfi

- Jákvæðni og þjónustulund
- Góð hæfni í samskiptum og teymisvinnu
- Almenn tölvukunnátta

Félags íslenskra heimilislækna

Vísinda- og þróunarstyrkir
Haustúthlutun 2023

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna (FÍH) úthlutar styrkjum til vísinda- og þróunarverkefna á sviði heilsugæslu tvisvar á ári. Lögð er áhersla á að styrkja rannsóknir í heimilislækningum, um heimilislækningar og á forsendum heimilislækninganna sjálfra. Sjóðurinn veitir einnig sérstaka starfsstyrki til slíkrar vinnu.

Umsóknir um vorúthlutun fyrir styrkárið 2023 þurfa að berast sjóðnum **fyrir 20. október** næstkomandi. Umsóknir sem berast eftir þann tíma verða ekki teknar til greina.

Umsóknum ber að skila rafrænt til Margrétar Aðalsteinsdóttur (**margret@lis.is**), hjá Læknafélagi Íslands, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi, ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum eða framgangsskýrslu ef um endurumsókn sama verkefnis er að ræða.

Umsóknareyðublað er að finna á innra neti heimasíðu Læknafélagsins, **www.lis.is**, á heimasvæði FÍH.

Starfsstyrkir geta verið allt frá 1 til 12 mánaða í senn. Upphæð starfsstyrks miðast við fasta upphæð sem svarar til dagvinnulauna styrkþega og er þá tekið mið af menntun og starfsaldri, þó aldrei hærri en sem svarar dagvinnulaunum yfirlæknis í heilsugæslu. Sé styrkþegi starfandi á heilbrigðisstofnun innan heilsugæslunnar leggur stjórn Vísindasjóðsins til að styrkurinn verði greiddur beint til þeirrar stofnunar. Á móti komi að forsvarsmenn stofnunarinnar sjái til þess að styrkþegi haldi áfram starfi sínu, óbreyttum launum og réttindum, en fái jafnframt tíma til að sinna rannsóknarstörfum á dagtíma. Sjóðurinn veitir að jafnaði starfsstyrki til verkefna sem krefjast minnst tveggja mánaða vinnu eða meir.

Við mat á umsóknum er lögð áhersla á að rannsóknarverkefnið sé á forsendum heilsugæslunnar. Sé um vísindaverkefni að ræða er einnig lögð áhersla á tengsl rannsakenda við heimilislæknisfræði Háskóla Íslands eða aðra akademíska háskólastofnun í heimilislækningum.

Nánari upplýsingar veitir
Emil L. Sigurðsson (emilsig@hi.is)

Stjórn Vísindasjóðs FÍH

Gagnsemi og skaðsemi fordóma

Björn Hjálmarsson
læknir



Almenn hugleiðing um hugtakið fordóma

Ef við vissum allt þyrftum við ekki á fordómum að halda. Kunnátta, þekking og skilningur eru okkar bestu andsvör gegn fordómum. Trúlega eru fordómar okkur mikilvægir til þess að við getum gert okkur heilsteypta heimsmynd og sjálfsmynd. Það tekur langa ævi að kynnast háska og fjölbreytileika heimsins og mótsögnum í okkar innri veruleika. Við erum hverful, brothætt, skeikul og breysk. Við vitum ekki nóg til þess að smíða okkur heilsteypta heimsmynd og sjálfsmynd. Við notum fordóma til þess að stoppa í þekkingargötin. Fordómar geta verið gagnlegir en þeir eru skaðlegir þegar þeir valda mismunun og útskúfun hópa.

Fordómar gagnvart geðsjúkum

Fordómar gagnvart geðsjúkum eru algengur vandi á heimsvísu. Þeir valda mismunun og snúast um viðhorf, tilfinningar og neikvæða hegðun gagnvart fólki með geðröskun.[1] Fordómar gagnvart hópum valda ytri og innri útskúfun og hnignandi líkamlegu, andlegu og félagslegu heilsufari. Ytri útskúfun er þegar einstaklingur er skilinn frá hópnum eins og gerist í einelti eða annarri útilokun frá félagslegri þátttöku. Innri útskúfun er þegar einstaklingur upplifir sig ekki tilheyra hópnum lengur. Af þessu spretta erfiðar tilfinningar eins og sektarkennd, skömm, að upplifa sig niðurlægðan og minnimáttar: jafnvel smáðan og sigraðan.

Geri geðsjúkir fordóma samfélagsins að sínum, kemur það í veg fyrir að þeir leiti sér hjálpar við vanda sínum.[2] Því veldur ótti um gildislækkun. Það getur aukið geðræna sjúkdómsbyrði. Alvarlegir geðsjúkdómar verða alvarlegri en ella, beini sá geðsjúki neikvæðum og gildishlöðnum fordómum gegn sjálfum sér (*internalized stigma*). Hann fær skömm á sjálfum sér, sem er afar flókin og félagslega hlaðin tilfinning sem skerðir sjálfsmynd.[3]

Þegar sá geðveiki innhverfir samfélagslega fordóma leiðir það til hnignandi heilsufars hvað snertir atvinnuþátttöku, félagslega stöðu og fjölskyldulíf.[4] Til þess að draga úr þessum skaðlegu áhrifum fordóma á líf geðsjúkra hafa verið farnar eftirfarandi leiðir og hafa sú fyrsta og sú síðasta skilað gagnreyndum árangri.

- Sálfræðileg kennsla um innhverfða fordóma.
- Hugræn atferlismeðferð til þess að draga úr skaðlegum hugsunum um sjálfan sig sem spretta af fordómum.
- Afhjúpun á eðli geðsjúkdóms og markviss fræðsla um hann.
- Margþátta íhlutanir sem nýta sér alla ofangreinda þætti.

Vanmat á sjúkdómabyrði vegna geðsjúkdóma

Stjórnvöld virðast vanmeta sjúkdómabyrði af völdum geðsjúkdóma, sem getur átt sér eðlilegar skýringar. Vigo og félagar[5] töldu 5 orsakir fyrir þessu vanmati:

- Skörun milli taugasjúkdóma og geðsjúkdóma sem leiðir til vanmats á þeim síðarnefndu.
- Það að flokka sjálfsvíg og sjálfskaða sem sérstakan sjúkdómaflokk utan ramma geðsjúkdóma.
- Það að líta á langvinn verkjaheilkenni sem stoðkerfisvanda fremur en mögulegan geðsjúkdóm.
- Útilokun á persónuleikaröskunum frá útreikningum á sjúkdómabyrði.
- Það er ekki tekið nægilegt tillit til þess hversu geðsjúkdómar stytta mannsævina með því að ýta undir dánartíðni af völdum annarra sjúkdóma. Meðalævi þeirra sem hafa alvarlegustu geðsjúkdóma er mannsaldri skemmri en annarra.

Þegar leiðrétt er fyrir þessa þætti reiknast Vigo að geðsjúkdómar valdi 32% af þeim hluta sjúkdómabyrði sem lýtur að því að lifa við skerðingu í lífi sínu vegna sjúkdóms og 13% af ótímabærum andlátum vegna sjúkdóms (það er einstaklingar sem ná ekki meðalævi vegna geðsjúkdóms). Það er hlutverk stjórnvalda að gæta jafnræðis í fjárveitingum og úrræðum milli ólíkra sjúkdómaflokka og taka mið af sjúkdómabyrði.

Heimildir

1. Michaels PJ, López M, Rüsch N, et al. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. Psychol Soc Education 2012; 4: 183-94.
2. Gierk B, Löwe B, Murrey AM, et al. Assessment of perceived mental health-related stigma: The stigma-9 questionaire (STIG-9). Psychiatr Res 2018; 270: 822-30.
3. Tracy J, Robins R. Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. Psychol Inquiry 2004; 15: 103-25.
4. Alonso M, Guillén AI, Munoz M. Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: A systematic review. Span J Psychol 2019; 22, e27: 1-4.
5. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatr 2016; 3: 171-8.

Dagur í lífi bæklunarlæknis á Sjúkrahúsi Akureyrar

Elísabet Björgvinsdóttir



Selfie tekin fyrir tónleika með Ljótu hálfvitunum á Græna hattinum.

Vaknaði kl. 05:15, fór í ræktina og hljóp 10 km áður en börnin fimm vöknuðu. Djók.
Klukkan hringir kl. 07:30, snúsa tvisvar. Hundurinn vaknar líka, hann er að komast á kynþroska … Fann úttættan bangsa liggjandi á gólfinu, svívirtan … þessi ljónabangsi man sinn fífil fegurri … Sópa upp restinni af ljónabangsanum áður en ég kveiki á kaffivélinni.

Fyrsta vikan er að klárast eftir stutt sumarfrí. Júlí er hálfnaður og það eru 5 gráður úti … á Akureyri … það hlýtur að þýða að inferno er á næsta leyti því að það er alltaf gott veður á Akureyri.
Sendi tvö yngstu börnin gangandi á leikjanámskeið í KA. „Mamma mig vantar nesti".

„Já barnið mitt, mig vantar líka ýmislegt því Seðlabankastjóri hatar mig … Reyndu nú að græja þetta sjálfur, ég fór í Bónus í gær og keypti mat fyrir milljarð."

Maðurinn minn skutlar mér í vinnuna, það tekur 3,5 mínútur en ég bara nennti ekki að labba … yfirlæknir á ekki að þurfa að labba í vinnuna, ég ætti að vera með prívat-bílstjóra … sagði engin.

Stimpla mig inn, fer á röntgenfund og hitti kollega Ólaf Ingimarsson og afleysingalækninn okkar frá Svíþjóð, hana Elmu.

Deildarlæknirinn og kandídatinn reyna að koma röntgenkerfinu í gang … Æjá , röntgenlæknar halda ekki röntgenfundi því bæklunarlæknar skoða myndirnar sjálfir; ok Ísland.

Förum á stofugang eftir röntgenfund, inniliggjandi túristar og post-op sjúklingar.

Bæklunarlæknar á Akureyri eru mjög fjölhæfir, geta lesið EKG og túlkað blóðprufur … en bara ef það stendur texti á ritinu „abnormal EKG" og blóðprufurnar eru ekki rauðar.
Spyr Ólaf Ingimarsson sem er að skoða EKG: „Óli hvað fékkstu eiginlega í medicine á lokaprófinu, þú ert úlfur í sauðargæru, hvað er eiginlega að þér?"

Svar: „Að sjálfsögðu, Elísabet, kann maður að lesa EKG, ég les ekki þennan japanska texta, við erum læknar … Það sér hver maður að þessi sjúklingur er úr takti eða eins og maður segir á þýsku: Dieser Mann hat keinen Sinusrhytmus." Hláturskast …

Höldum áfram með stofugang. Blótum skemmtiferðaskipum og svo fer ég í pappír. Sit í pappírsvinnu og diktera vottorð … drep.

Fer svo á fund með mannauðsstjóra og staðgengli framkvæmdastjóra lækninga til að ræða framtíðina.

Rosalega er gott að vinna á SAK, bjartsýn upp á framhaldið. Fer heim og elda bjúgu.

**Fyrsta vikan er að klárast eftir stutt sumarfrí. Júlí er hálfnaður og það eru 5 gráður úti . . . á Akureyri . . . það hlýtur að þýða að inferno er á næsta leyti því að það er alltaf gott veður á Akureyri.
Sendi tvö yngstu börnin gangandi á leikjanámskeið í KA. „Mamma mig vantar nesti."**

Hvernig varð sérgrein lækna fyrir valinu? Hvar lærðu þeir?
Hvaða ráð gefa þeir ungum læknum?

Fannst fagið vera góð blanda



Jón Hjaltalín Ólafsson
húð- og kynsjúkdómalæknir

Þegar ég útskrifaðist úr læknadeild Háskóla Íslands í janúar 1976 hafði ég enn ekki ákveðið hvert framhaldið skyldi verða. Í fyrirlestrunum um húð- og kynsjúkdóma fannst mér fagið vera góð blanda lyflækninga og minniháttar skurðlækninga, auk þess voru íslensku húðlæknarnir orðnir nokkuð fullorðnir (líklega verið mun yngri en ég er í dag).

Kennslan í læknadeild í húð var góð að mínu mati. Minnisstæðastir voru Hannes Þórarinsson og Jón Guðgeirsson, báðir afbragðsmenn og góðir læknar í þokkabót!

Fjölskyldan fór til Eskilstuna nánast beint eftir útskrift og vann ég þar á smitsjúkdómadeild og síðan á fæðingadeild í tæpt ár. Að þeim tíma liðnum fluttum við til baka til Íslands þar sem ég kláraði „kandídatsárið“. Guðmundur Sverrisson heilsugæslulæknir, sem var í afleysingum á húðdeild Sahlgrenska-sjúkrahússins í Gautaborg, hafði þá samband við mig og spurði hvort ég hefði áhuga á að leysa af á húðdeildinni. Ég svaraði strax játandi, og er honum ævarandi þakklátur. Við fluttum í kjölfarið til Gautaborgar þar sem við dvöldumst í rúm 9 ár.

Sahlgrenska-sjúkrahúsið er nú stærsta sjúkrahús Svíþjóðar og mjög vinsæll staður. Á þeim tíma voru unglæknar á húðdeildinni einungis ráðnir í þrjá mánuði í senn fyrsta eina til eina og hálfa árið.

Ég fór mjög fljótlega að taka þátt í rannsóknum og eftir eitt ár kominn í eigin rannsóknarprógram með handleiðara. Ýmsar kröfur voru gerðar, meðal annars um mun meiri þekkingu á læknisfræðilegri tölfræði en kennd var í stærðfræðideild MR og læknadeild HÍ. Ég varð því að taka tölfræði við verkfræðideild Chalmers-háskólans í Gautaborg og standast próf þaðan. Það nám hefur gagnast mér mjög vel síðan.

Eftir rúm 9 ár í Svíþjóð, þar af fjögur ár sem „amanuens“ (*assistant professor*) við Gautaborgarháskóla, varði ég doktorsritgerð við Gautaborgarháskóla en verkefnið heitir „Systemic Mastocytosis“. Fljótlega eftir heimkomu til Íslands fékk ég yfirlæknisstöðu á húð- og kynsjúkdómadeild Landspítala og dósentsstöðu við læknadeild HÍ og sem forstöðumaður kennslugreinarinnar þar til ég hætti vegna aldurs, 70 ára. Ég vann alltaf í hlutavinnu á spítalanum og læknadeildinni. Þetta gerði mér jafnframt kleift að starfrækja eigin stofu að hluta til, en slíkt er ómetanlegt fyrir húðlækni fagsins vegna. Svipað fyrirkomulag tíðkast nánast alls staðar í heiminum, meðal annars í Svíþjóð! Ég hætti öllum störfum sem húðlæknir eftir 71 árs aldur.

Kennslan í læknadeild í húð var góð að mínu mati. Minnisstæðastir voru Hannes Þórarinsson og Jón Guðgeirsson, báðir afbragðsmenn og góðir læknar í þokkabót!

Mér hlotnaðist sá heiður og ánægja að vera kjörinn stjórnarmaður í Evrópusambandi húð- og kynsjúkdómalækna, EADV (European Academy of Dermatology and Venereology). Greiðandi meðlimir EADV eru nú fleiri en 9000 talsins. EADV gefur út eitt af virtustu og útbreiddustu vísindatímaritum húðlækna (*JEADV*). Fyrstu þrjú árin var ég fulltrúi Íslands í stjórn en síðan kjörinn og endurkjörinn af stjórn EADV í yfirstjórn sambandsins sem yfirmaður fjármála, í 9 ár. Í þessum ólaunuðu störfum kynntist ég mörgum af þekktustu húðlæknum heims og held enn sambandi við marga þeirra mér til mikillar ánægju.

Ég vildi hvetja alla lækna sem geta til þess að taka virkan þátt í læknasamtökum hérlendis sem erlendis.

Að lokum vildi ég segja að ég hef aldrei séð eftir að hafa valið sérgreinina húð- og kynsjúkdómar (þótt lítið fari fyrir kynsjúkdómunum).

Jenna Huld Eysteinsdóttir
húðlæknir



Starfið er mjög fjölbreytt og endalaust skemmtilegt

Þegar ég var nýútskrifuð sem læknir og búin með kandídatsárið hafði ég áhuga á mörgum undirsérgreinum, fannst margt spennandi, og þurfti smá tíma til að átta mig á hvað passaði best við mig. Eftir á að hyggja var valið kannski meira tilviljunum háð en ég gerði mér grein fyrir en ég er virkilega sátt við val mitt í dag og finnst mjög skemmtilegt í vinnunni.

Fyrst stefndi ég á barnalækningar og var svo heppin að fá stöðu á barnadeildinni. Veran þar var mjög lærdómsrík en ég fann þó fljótlega að þessi sérgrein átti ekki alveg við mig. Hafði ég þá sótt um á húðdeildinni þar sem mér hafði alltaf fundist sú sérgrein mjög spennandi í gegnum námið en vissi í rauninni ekki alveg út á hvað hún gekk og langaði að prófa hana áður en ég stefndi á hana fyrir alvöru. Ég komst ekki að þar strax og ákvað því í millitíðinni að ráða mig á kvennadeildina. Sú sérgrein kom mér mjög skemmtilega á óvart, sambland af skurðlækningum, bráðalækningum og lyflækningum, jákvæður vinnuandi og hvetjandi andrúmsloft á deildinni. Í rauninni var ég búin að ákveða að halda áfram í þeirri sérgrein þegar ég fékk óvænt stöðu á húðdeildinni. Mér fannst ég þyrfti að prófa það áður en ég tæki endanlega ákvörðun og fann þá mjög fljótlega á húðdeildinni að þessi sérgrein átti mjög vel við mig og þá var einhvern veginn ekki aftur snúið.

Ég var þrjú ár á húðdeildinni hér heima og byrjaði samtímis í doktorsnámi þar sem ég skoðaði klínísk, vefjafræðileg og ónæmisfræðileg áhrif Bláa lónsins á psoriasissjúklinga. Verkefnið var stórt í sniðum og mjög ónæmisfræðilega tengt og vann ég á þessum tíma einnig mikið á ónæmisfræðideildinni. Það er mjög erfitt að komast í sérnám í húðlækningum en það hjálpaði umsókninni mikið að ég var í doktorsnámi og ég fékk stöðu á Sahlgrenska í Gautaborg. Það hjálpaði líka vissulega til að kollegi minn, Anton Bjarnason, vann á Sahlgrenska á þessum tíma og gat gefið mér meðmæli. Dvölin þar var stórkostleg og nýr heimur opnaðist þar sem allir þessir sjaldgæfari húðsjúkdómar dúkkuðu upp reglulega. Svo var einnig miðstöð fyrir MOHS-skurðaðgerðir á Sahlgrenska, sem mér fannst mjög skemmtilegt að vinna við.

Var þrjú ár á húðdeildinni hér heima og byrjaði í doktorsnámi mjög fljótlega. Síðan fékk ég stöðu á Sahlgrenska í Gautaborg og var í 5 ár. Dvölin þar var stórkostleg og nýr heimur opnaðist.

Þegar fjölskyldan flutti svo heim árið 2015 þá var það stóra ákvörðunin hvað ég ætti að gera þegar ég kæmi heim, vinna á spítalanum, sjálfstætt eða bæði. Ég var svo heppin að aðalleiðbeinendur mínir í doktorsnáminu, Jón Hjaltalín Ólafsson og Bárður Sigurgeirsson, buðu mér að koma á Húðlæknastöðina á Smáratorgi þar sem þeir báðir störfuðu. Þar voru fyrir 6 húðlæknar og fannst mér mjög spennandi að vinna í svona stórum hópi á svona stórri göngudeild út í bæ.

Auðvitað voru þetta mikil viðbrigði í byrjun og ég þurfti svolítið að hugsa allt upp á nýtt. Hverju hafði ég mestan áhuga á og á hvað vildi ég leggja mesta áherslu út frá þessum nýju forsendum? Á Húðlæknastöðinni var löng reynsla af laserlækningum en ég hafði lítið verið að vinna við laserlækningar í Gautaborg þó að sú deild hafi verið til staðar þar á húðdeildinni. Ég lærði heilmikið af húðlæknum Húðlæknastöðvarinnar í byrjun, þá helst Jóni Þrándi Steinssyni, sem hafði langa reynslu af laserlækningum. Fann ég fljótt eftir að ég kom heim að þetta fannst mér spennandi og ákvað ég því að leggja áherslu á þennan hluta húðlæknisfræðinnar og vatt mér í það að afla mér enn dýpri þekkingar á þessu sviði með því að sækja kúrsa og námskeið í laserlækningum og kosmetískum húðlækningum.

Í dag vinn ég mjög fjölbreytt og endalaust skemmtilegt starf. Húðlækningar bjóða nefnilega upp á svo mikinn fjölbreytileika þar sem blandast saman lyflækningar í almennum húðlækningum og minni skurðaðgerðir í húðkrabbameinslækningum, og svo laserlækningar og kosmetískar húðlækningar. Mjög sátt við valið og get vel mælt með þessu starfi.



Eyrún Valsdóttir
skurðlæknir

Sumarið er tíminn

Ég var að koma úr sumarfríi. Það var einmitt í því sumarfríi sem ég fékk fyrirspurn frá ágætri konu á *Læknablaðinu* um hvort ég gæti hugsað mér að skrifa pistil undir þeim formerkjum að ég væri lipur penni. Sem ég veit ekki hvort ég er. Þannig að auðvitað fór ég strax í kvenlegt minnimennskubrjálæði og illa tímasetta fullkomnunaráráttu og bjó mig undir að afþakka. Þá kviknaði á einhverri þrjóskuröskun sem sagði mér að hætta þessum aumingjagangi og henda mér í verkið. Þessi þrjóska hefur komið mér í gegnum meira en 40 ár af lífi og sennilega sparkað mér á afturendanum í gegnum erfitt nám og ýmsar hindranir í lífinu. Svo takk þrjóskuröskun, ég elska þig!

En aftur að sumarfríinu. Mig langaði í alvöru að vera töff. Fara á einhverja afskekkta eyju í Langtíburtistan, fara um Austur-Evrópu á krumpuðum lestarmiða með bakpoka eða rífast um síðasta bananann við apa í frumskógum Suður-Ameríku. En með 10 bráðum 11 ára pre-gelgju sem lifir fyrir fótbolta og hefur smekk fyrir hinu ljúfa lífi? Þar skorti mig þrek og valdi því veginn með minnstu mótstöðuna.

Því elti ég hjörðina til Tene. Á feikilega huggulegt hótel með unglingaklúbbi sem bauð uppá Fifa-mót í leikjatölvum og fótboltavöll við hliðina sem var notaður upp til agna hvert einasta kvöld af sprækum fótboltakrökkum. Á meðan lá ég eins og hvalreki a sundlaugarbakkanum með nýju ástina í lífi mínu, sem er forláta lesbretti, og spændi upp hverja bókina á fætur annarri. Við hættum okkur nú samt út af hótelinu og úr litlu búbblunni af því það eru náttúrulega takmörk fyrir því hversu lengi er hægt að liggja á sólbekk áður en legusár myndast og vöðvatónus dettur í mínustölu. Svo við skelltum okkur á jet-ski sem var svo ótrúlega gaman að ég trúi ekki að ég hafi ekki prófað þetta fyrr. Á ströndinni köstuðum við okkur út í risaöldur Atlantshafsins og hlógum með sand í eyrunum og öðrum ónefndum stöðum.

Síðan fórum við í hvalaskoðun á litlum seglbáti þar sem meirihluti farþeganna varð heiftarlega sjóveikur. Þetta minnti óneitanlega á senu úr myndinni hans Rubens Östlund, *Triangle of Sadness*. Ég hlustaði með lokuð augun á kokhljóðasynfóníuna og þakkaði í hljóði fyrir sjómennskugen forfeðra minna. Þegar í land var komið gat vel klædda konan frá Manchester sem hékk út fyrir borðstokkinn í þrjá tíma aðeins endurtekið „never again, never again“. Við sáum þó grindhvalakálfa sem syntu sprækir í kringum bátinn og samkvæmt skipstjóranum voru þeir í pössun hjá ömmum sínum sem sjá um ungviðið meðan foreldrarnir afla fæðu. Ömmur eru sumsé líka ómissandi hjá sjávarspendýrum!

Þá var það rennibrautagarðurinn. Þar veit ég ekki hvort var skemmtilegra fyrir son minn, að fara í allar brjálæðislega bröttu beygjunar eða horfa á mömmu sína með klemmd augun að öskra út í eitt eins og vanstilltur páfagaukur. Sennilega erfitt að gera upp á milli!

En núna erum við á leið heim og sonur minn brosir út að eyrum og segir að þetta hafi verið besta frí í heimi. Ég er svo ósköp slök og ekki lengur á litinn eins og undanrenna heldur meira svona beislituð … og svo lifði ég af helvítis vatnsrennibrautirnar!

Því þetta snýst um samveru – og að búa til minningar.

Þessar hugleiðingar úr fríinu minna mig líka á að ég rifja stundum enn upp mínar sumarleyfisminningar með foreldrum mínum.

Tjaldútilegusumar á Íslandi. Gula tjaldið úr Seglagerðinni. Perubrjóstsykur og kóngabrjóstsykur í aftursæti á hvítum Citroen. Nöfn á fjöllum og ám þulin yfir hriplekum barnseyrum. Vatn úr fjallalæk sem í minningunni er besta vatn sem ég hef smakkað.

Köben þegar ég var 6 ára. Dýragarðurinn þar sem eftirminnilegustu hlutirnir voru risahraukarnir af fílakúk og rauðu rassarnir á bavíönunum. Seinkað analstig, myndu einhverjir Freudistar segja. Sjá snigla með hús á bakinu og finnast það það allra merkilegasta sem ég hafði nokkurn tíma séð. Dobermann varðhundurinn á hótelinu þar sem við gistum og ég kastaði mér um hálsinn á áður en foreldrar mínir náðu að stoppa mig. Tilkynnti svo stolt fölleitri móður minni að hann væri að mala.

Sumarfrí er ævintýri og einhvern tímann er úti ævintýri.

Og í janúar þegar myrkrið og eftirjólaþynnkan heldur okkur í heljargreipum er gott að hugsa til baka og ylja sér í sálinni. Nú, eða plana næsta ævintýri …

Alvogen

TÚFEN | TIL MEÐFERÐAR VIÐ DJÚPUM SLÍMHÓSTA

- INNIHELDUR GUAIFENESÍN
- MÁ NOTA FRÁ 6 ÁRA ALDRI
- SAFT
- SLÍMLOSANDI

Túfen 13,33 mg/ml, mixtúra, 180 ml. Virkt efni: Guaifenesín. Ábending: Túfen er ætlað til notkunar við einkennum sýkinga í efri hluta öndunarfæra og hjálpar til við að létta á djúpum hósta með því að losa slím sem auðveldar að hósta því upp og opna þannig öndunarveginn.

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. TUF.L.A.2023.0001.02

FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

alvogen.is



Sem viðbót við hámarksskammt statína sem þolist.[1]

TVÆR ÁSTÆÐUR TIL AÐ VELJA LEQVIO®

(inclisiran)



Tveir skammtar á ári.[1*]

LDL-kólesteróllækkun sem viðhelst.[1†]



*LEQVIO er gefið sem stök inndæling undir húð: sem upphafsskammtur, aftur eftir 3 mánuði og síðan á 6 mánaða fresti.[1]
†Lækkun LDL-kólesteróls hélst á milli skammta sem gefnir voru á 6 mánaða fresti.[1]

LEQVIO er ætlað fullorðnum með frumkomna kólesterólhækkun (arfblendna ættgenga og sem ekki er ættgeng) eða blandaða blóðfituröskun, sem viðbót við mataræði:

- ásamt statínum eða statínum með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ná ekki viðmiðunarmörkum LDL-kólesteróls með hámarksskammti statíns sem þolist, eða
- eitt sér eða ásamt öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða mega ekki nota statín.

Heimildir 1. Sjá SmPC, samantekt á eiginleikum LEQVIO (inclisiran)

LEQVIO® inclisiran

NOVARTIS

Leqvio 284 mg stungulyf, lausn í áfylltri sprautu
Heiti virks efnis: inclisiran. **Ábendingar:** Ætlað fullorðnum með frumkomna kólesterólhækkun (arfblendna ættgenga og sem ekki er ættgeng) eða blandaða blóðfituröskun, sem viðbót við mataræði ásamt statínum eða statínum með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ná ekki viðmiðunarmörkum LDL kólesteróls með hámarksskammti statíns sem þolist, eða eitt sér eða ásamt öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða mega ekki nota statín. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi:** Novartis Europharm Limited. **Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.**

LEQ 2023/01 06/05