

Markmiðið er markvissari lyfjaávisanir

Lyfjaeftirlit landlæknis hefur eflst til muna á síðasta ári

■ ■ ■ Hávar Sigurjónsson

Hjá landlæknisembættinu starfar nú þriggja manna teymi við lyfjaeftirlit, þau Magnús Jóhannsson læknir, Ingunn Björnsdóttir lyfjafræðingur og Ólafur B. Einarsson líffræðingur og verkefnisstjóri um lyfjagagnagrunn. Þau segja bætt lyfjaeftirlit byggjast á góðu samstarfi við lækna en rafræn sjúkra- og lyfjaskrá á landsvísu sé það sem beðið er eftir.

„Lyfjagagnagrunnurinn komst í gagnið árið 2006 og eftirlit með honum var hlutastarf okkar Matthíasar Halldórssonar aðstoðarlandlæknis þar til hann hætti störfum hjá embættinu og ég sinnti þessu einn þar til í fyrra að Magnús og Ingunn komu hingað til starfa. Með því má segja að lyfjaeftirlit byggjast á lyfjagagnagrunni hafi aukist verulega,“ segir Ólafur í upphafi. Hann segir að mikil vinna hafi farið í að byggja upp gagnagrunninn, gera hann nothæfan og skilvirkan og semja eftirlits-handbók. „Við erum enn að sniða viðmótið að þörfum eftirlitsins. Við gerum úttektir á þriggja mánaða fresti og skoðum útskriftir á lyfjum í ákveðnum flokkum, aðallega ávanabindandi lyfjum en þar undir eru 130 lyfjaheitisnúmer. Aðalvandi okkar er þó að koma trúnaðarupplýsingum til lækna þar sem við höfum ekki upplýsingar um starfsstöðvar lækna og boðleiðir eru takmarkaðar. Það eru ekki allir lækna jafn hrifnir af því að fá bréf í ábyrgðarpósti þessa efnis heim til sín.“

Magnús bætir því við að lækna skipti oft um starfsstöð og upplýsingar um slíkt séu því fljótar að úreldest. „Það er hvergi haldin skrá yfir þetta og okkar eina leið til að koma viðkvæmum upplýsingum til lækna er oft að senda þeim bréf. Slík bréf innihalda oft upplýsingar með nöfnum skjólstæðinga sem koma upp í eftirliti. Við viljum ekki senda bréf með slíkum upplýs-

ingum í almennum pósti eða á fjölmennan vinnustað þar sem læknirinn er hættur eða kemur mjög stopult á.“

Ingunn segir að ábendingar til lækna snúist oft um að tilteknir sjúklingar virðist flakka á milli lækna og fá margfalda skammta af ávanabindandi lyfjum. „Læknarnir geta ekki séð hvort sjúklingurinn hefur fengið lyfseðil með sama lyfi hjá öðrum lækni en við sjáum það og bendum þeim á það.“

Vantar samræmda sjúkra- og lyfjaskrá

Hér er auðvitað tæpt á því máli sem lækna hafa hvað hatrammast barist fyrir að komist í gagnið, en það er samræmd sjúkra- og lyfjaskrá á landsvísu. Þannig gætu þeir séð hvaða lyfjum aðrir lækna eru að ávísa og hagað sínum ávísunum í samræmi við það. „Þetta snýst ekki nema að mjög litlu leyti um misnotkun lyfja heldur einfaldlega betri læknisfræði,“ segir Magnús og leggur áherslu á að í samræmdri rafrænni sjúkra- og lyfjaskrá fyrir allt landið verði heilmikið af þessum upplýsingum. „Þar að auki væri æskilegt að lækna hefðu aðgang að lyfjagagnagrunninum í dag og gætu séð hvort sjúklingar þeirra eru að fá lyfjum ávísað annars staðar. Það er auðvitað gagnlegt, jafnvel þó þeir sæju ekki nöfn hinna lækna. Það myndi eflaust hafa áhrif á ákvörðun læknisins ef hann sæi að sjúklingurinn er að fá sama lyf hjá 13 öðrum læknum eins og dæmi eru um þó það sé ekki algengt.“

Þau segja að áherslur þeirra við lyfjaeftirlitið hafi beinst að því að finna þá einstaklinga sem eru að fá ávanabindandi lyf hjá mörgum læknum en einnig að finna þá lækna sem telja verður að ávísi slíkum lyfjum í óhófi. „Við getum varað lækna við þessum sjúklingum og haft samband við

þá sem við teljum að séu að ávísa í óhófi. Oftast er það gert í góðri trú læknisins og við getum þá hjálpað þeim að draga úr lyfjaávisunum til þessara einstaklinga.“

Þau benda á að misnotkun ávanabindandi lyfja og blekkingaleikur fíkla gagnvart læknum sé ekki séríslenskt fyrirbrigði. „Það hefur verið rannsakað í Svíþjóð að 1-2% þeirra sem fá ávísað ávanabindandi lyfjum eru að misnota þau og/eða selja öðrum.“

Eitt af því sem þau leggja áherslu á er að trúnaðarsamband læknis og sjúklings er á ábyrgð beggja. „Sjúklingur sem svíkur lyf út úr lækni með blekkingum er að brjóta trúnað. Læknirinn má ekki treysta sjúklingi í blindni og ber að leita eftir merkjum um ávana eða fíkn þegar um slík lyf er að ræða.“

Upplýsingar í lyfjaeftirliti eru ekki eingöngu komnar úr lyfjagagnagrunni. Í eftirliti eru einnig skoðaðar rannsóknarniðurstöður krufningarsýna vegna dauðsfalla sem rekja má til misnotkunar eða ofnotkunar lyfja. Þá eru innlagnir á bráðadeildir vegna eitrana eða ofskömmtunar ávanabindandi lyfja skoðaðar en vegna slíkra tilfella eru kannaðar ávisanir til fólksins 90 dögum fyrir andlát eða innlögn. „Auk þess fáum við fullt af ábendingum úr ýmsum áttum frá almenningi, lögreglu, læknum og lyfjafræðingum sem er allt mjög gagnlegt.“

Aðspurð um hvort eftirlitið beinist nær eingöngu að notkun ávanabindandi lyfja, segja þau að svo hafi verið nær eingöngu undanfarið ár. Ástæðuna megi að nokkru leyti rekja til aukinnar umræðu í samfélaginu um þetta en heilbrigðisyfirvöldum hafi verið kunnugt um vandann talsvert fyrr og ráðstafanir hafi þegar verið komnar til framkvæmda áður en umræðan hófst



„Það væri æskilegt að lækna hefðu aðgang að lyfjagagngrunninum í dag og gætu séð hvort sjúklingar þeirra fá lyfjum ávísað annars staðar. Það er auðvitað gagnlegt jafnvel þótt þeir sæju ekki nöfn hinna læknanna. Það myndi eflaust hafa áhrif á ákvörðun læknisins ef hann sæi að sjúklingurinn fær sama lyf hjá 13 öðrum læknum eins og dæmi eru um þó það sé ekki algengt,“ segja þau Ólafur, Magnús og Ingunn.

í samfélaginu fyrir alvöru um mitt síðasta ár.

„Ef við gætum sagt að notkunin á ávanabindandi lyfjum væri að minnka og/eða stórnotendum að fækka, þá gætum við beint sjónum okkar að fleiri þáttum lyfjaeftirlitsins,“ segir Ingunn. „Við höfum hins vegar ekki bolmagn til þess. Það er vitað að fjöllyfjanotkun, notkun margra lyfja samtímis, er mjög mikil á Íslandi. Sumt af því á eflaust fullan rétt á sér en við teljum að hluti þessarar notkunar stafi af lítilli yfirsýn einstakra lækna yfir heildarlyfjanotkun sjúklinga sinna.“

„Þar komum við aftur að mikilvægi rafrænnar sjúkra- og lyfjaskrár,“ skýtur Magnús inn. „Við þekkjum ótal dæmi um sjúklinga sem útskrifast af sjúkrahúsunum og fá ávísað lyfjum sem eingöngu eru ætluð til tímabundinnar notkunar. Svo dagar þetta uppi og sjúklingurinn er kannski að taka lyfin mánuðum eða jafnvel árum saman. Það eru alls kyns dæmi um ómarkvissa lyfjanotkun og að mínu mati ætti heimilislæknir að hafa nauðsynlega yfirsýn til að koma í veg fyrir svona.“

Án rafrænnar lyfjaskrár rekst hvað á annars horn og Magnús segir að við núverandi ástand fái heilsugæslan í mörgum tilfellum ekki nauðsynlegar upplýsingar frá sérfræðilæknum sem sjúklingar leita til. „Heimilislæknirinn fær ekki læknaþréf frá sérfræðingunum og hefur því ekki neina möguleika á að vita hvað þeir gera, nema með því að spyrja sjúklinginn sem kannski veit ekki eða man ekki hvaða lyf hann er að taka. Ég þekki dæmi um lækna sem hafa sent sjúklinga heim eftir öllum pilluglösnum og lyfjaumbúðum til að vita með vissu hvaða lyf þeir eru að taka. Rafræn skráning þessara upplýsinga mun eflaust leysa þennan vanda en alls ekki allan. Fíklar munu halda áfram að misnota lyf og reyna að blekkja lækna til að ávísa þeim.“

Ofnotkun annarra lyfja horfið í skuggann

Ólafur bendir á að hópurinn sem misnotar lyf sé ekki stór en kostnaður við kerfisbreytinguna, sem er fyrst og fremst hugsuð til að draga úr eða koma í veg fyrir misnotkun, sé mikill. „Það er

pólítísk ákvörðun hvort á að leggja í þann kostnað.“

Þau nefna ýmis dæmi um svik og pretti en segja ástæðuna oft einfaldlega vera mikið álag í heilsugæslunni þar sem sjálfvirkni í lyfjaafgreiðslu fer stundum úr hófi. „Óprúttir einstaklingar hafa misnotað þjónustuna sem heilsugæslan reynir að veita. Við höfum dæmi um einstaklinga sem hafa verið búnir að koma sér upp rafrænum skömmtunaryfseðlum til heils árs hjá þremur læknum. Þegar við höfðum samband við þessa lækna og náðum að stoppa þetta í samstarfi við þá, var viðkomandi einstaklingur strax búinn að koma sér upp lyfseðlum hjá tveimur öðrum læknum. Hann spilaði á þessa sjálfvirkni kerfisins af mikilli kunnáttu. Sjálfvirk endurnýjun lyfseðla inn á hjúkrunarheimilum hefur einnig verið of sjálfvirk, stundum heldur hún áfram mánuðum saman eftir að viðkomandi læknir er hættur. Við áttuðum okkur á þessari glufu fyrir rælni vegna þess að læknir sem hafði fengið takmarkaða lyfjaávísanaheimild á ákveðin lyf var enn að ávísa lyfjum á vistmenn hjúkrunarheimilis en

þá var lækurinn tengdur sjálfvirkt við skömmtunarkort sjúklings,” segir Ólafur.

„Þetta kemur líka fyrir í rafrænu gáttinni þar sem lyfjaávisanir liggja stundum vikum saman og fólk er búð að gleyma þegar það kemur í apótekið og veit þá stundum ekki hvaða lyf það er að sækja,” segir Magnús.

Þau leggja engu að síður áherslu á að rafræna lyfjaafgreiðslan sé mun öruggari og betri en handskrifaðir lyfseðlar en gallarnir við kerfið er líka nokkrir. „Það er mjög slæmt að lækur geti ekki afturkallað lyfjaávisun rafrænt og að þeir geti ekki séð hvaða önnur lyf sjúklingurinn á þar inni óútleyst frá öðrum læknum.“

Magnús nefnir lyfjaflokka sem lyfjaeftirlitið hefur ekki snúist um en mætti sannarlega beina sjónum að. „Þjóðin tekur

meira af þunglyndislyfjum en flestar aðrar þjóðir en það þarf ekki endilega að þýða að við séum að taka of mikið af þeim.

Kannski erum við komin lengra í meðhöndlun þunglyndis en aðrar þjóðir. Við notum líka meira af sýklalyfjum en flestar aðrar þjóðir. Mjög líklega erum við að nota of mikið af þeim. En þetta hefur alveg horfið í skuggann af heimsmetinu sem við eigum í ávisun metýlfenídat-lyfjanna eins og alþjóð er kunnugt.“

„Þjóðin fékk kalda vatnsgusu framan í sig í júní í fyrra þegar fjallað var um metýlfenídatnotkunina í Kastljósþáttum Sjónvarpsins,” segir Ólafur. „Við vorum búin að sjá þetta talsvert löngu fyrr. Hæsti mánuðurinn í ávisun þessara lyfja var mars 2010. Aldrei í Íslandssögunni hefur verið ávísað jafn miklu af ávanabindandi

lyfjum og sérstaklega rítalíni. Við viljum leggja sérstaklega áherslu á hversu slæm þessi misnotkun á rítalíni er. Helmingunartími lyfsins er mjög stuttur og því þurfa fíklar að sprauta sig mjög oft yfir daginn. Það eykur sýkingarhættu vegna óhreinna sprautunála margfalt. Þessu fylgir síðan, eins og komið hefur fram, stóraukin tíðni HIV-smíta og lifrabólgu C smittifella og við þessu ástandi höfum við að reynt að bregðast með markvissum hætti alveg frá haustinu 2010. Við erum ekki farin að sjá minnkun á ávisunum þessara lyfja ennþá að neinu ráði en hún hefur allavega ekki aukist síðan. Það er hins vegar ekki hægt að sætta sig við að talsvert stór hópur af ungu fólki sé kominn í verulegan vanda vegna misnotkunar lyfja sem fengin eru hjá læknum. Þar þurfa allir að vinna saman að því að leysa þann vanda og við höfum ekki orðið vör við annað en einlægum vilja til þess.“

Fjörtán dauðsföll árlega

Undanfarin ár hafa um 14 dauðsföll vegna ofskömmtunar ávanabindandi lyfja verið skráð árlega. „Hugsanlega eru þau fleiri, en sparnaður við réttarkrufningar síðustu ár hefur haft sín áhrif og enginn réttarmeinafræðingur er starfandi í landinu, heldur er fengin réttarmeinafræðingur frá Þýskalandi þegar ástæða þykir til. Það er hins vegar ástæða til að nefna að í 134 dauðsföllum vegna ávanabindandi lyfja á árabílinu 2002-2011 kom eitt ákveðið verkjalyf, tramadol, við sögu í 37 tilfellum. Þetta er morfínskipt verkjalyf sem sagt er lítið ávanabindandi og er talsvert ávísað en greinilegt að margir eru að misnota það með svona skelfilegum afleiðingum.“

Verði dauðsfall af völdum lyfjanotkunar skoðar lyfjaeftirlitið allar ávísanir á viðkomandi 90 dögum fyrir andlátíð. „Ef þar er eitthvað sem við teljum athugasemjulegt er viðkomandi lækur látinn vita. Læknar hafa almennt lýst ánægju sinni með lyfjaeftirlitið og núna er lyfjagagnagrunnurinn uppfærður á tveggja vikna fresti. Helst vildum við ná því sem næst rauntíma og að læknar hefðu beinan aðgang að grunninum.“