

Er þörf á hugarfarsbreytingu?



**Embætti
landlæknis**
Directorate of Health

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

Notkun nokkurra algengra lyfjaflokka er meiri á Íslandi en í nágrannalöndunum og í sumum tilfellum er munurinn verulegur. Í einhverjum tilfellum á þessi munur sér langa sögu en í öðrum er um nýlega þróun að ræða. Hér eru geðlyf gerð að sérstöku umtalsefni enda eru í þeim flokki skýrustu dæmin um mikinn mun á milli landa og þar eru einnig þau lyf sem eru helst misnotuð vegna vímuvaldandi áhrifa. Hér skal þó tekið fram að geðlyf eru ekki þau einu þar sem Ísland sker sig úr meðal þjóða sem við viljum helst bera okkur saman við. Notkun geðlyfja er mun meiri á Íslandi en í nágrannalöndunum, meðal annars í eftirfarandi lyfjaflokkum: sterk verkjalyf (N02A), róandi og kvíðastillandi lyf (N05B), svefnlyf og róandi lyf (N05C), þunglyndislyf (N06A), flogaveikilyf (N03A) og örvandi lyf (N06B).^{1,2}

Langflestir eru sammála um að þetta ástand sé óheppilegt og sé merki um að notkun viðkomandi lyfja sé ekki alltaf skynsamleg. Fyrst er að greina ástandið og síðan að finna skýringar. Ef niðurstaða þeirrar greiningar er að ástandið sé óeðlilegt er næst að finna vænlegar aðferðir til úrbóta og koma þeim í framkvæmd. Hér á eftir eru viðraðar ýmsar hugmyndir sem aðeins í sumum tilfellum eiga sér tryggan vísindalegan grunn en eru meira settar fram sem grundvöllur fyrir frekari umræður og rannsóknir.

Nokkrar hugsanlegar skýringar

Algengi viðkomandi sjúkdóms sé meira á Íslandi en annars staðar. Engar vísendingar eru um að þeir sjúkdómar sem hér eru til umfjöllunar séu algengari hér á landi en í nágrannalöndunum.

Á Íslandi er brotakernt heilbrigðiskerfi sem lýsir sér meðal annars í því að sjúklingar fá ekki alltaf þá þjónustu sem þeir þurfa. Í slíku kerfi er tilhneiging að

„leysa“ vandamálin á einfaldan og fljótlegan hátt með lyfjum í stað þess að takast á við vandann á annan hátt sem oftast er vænlegra til langtímaárangurs.

Ofgreiningar og sjúkdómavæðing er sennilega hluti vandans. Hér má benda á að ofvirkni með athyglisbresti (ADHD) er ein örfárra sjúkdómsgreininga sem fólk sækist eftir að fá.

Lyfjafyrirtækin hafa í sumum tilfellum haft uppi óvönduð vinnubrögð varðandi markaðssetningu og lyfjakynningar þar sem ný lyf hafa verið feguð á ýmsan hátt án þess að innistæða væri fyrir því.

Það er lækningin sem á að stjórna lyfjagjöfni en ekki sjúklingurinn eða aðstandendur hans. Mörg dæmi eru um að einstaklingar sem misnota lyf eða selja þau blekki lækna varðandi sjúkdómsgreiningar, sjúkdómseinkenni, lyfjaval, skammta eða annað í annarlegum tilgangi.

Of mikið er um langtímaávisanir (fjölnota seðlar eða vélskömmtnun) á ávanabindandi lyf sem sum eru einungis ætluð til skammtímanotkunar. Slíkar ávisanir eru í mörgum tilvikum endurnýjaðar meira eða minna sjálfvirkir án þess að framfari nauðsynlegt endurmat á ástandi sjúklings.

Oft er ávísad óþarflega stórum pakkninum eða óþarflega miklu magni. Þetta er jafnvel gert þegar verið er að prófa sig áfram með lyfjaval og óvissa ríkir um árangur af viðkomandi lyfi. Þetta er líka gert við útskriftir eftir aðgerð á sjúkrahöfnun þar sem stundum er ávísad sterku verkjalyfi eða svefnlyfi sem mundi endast í margar vikur eða mánuði þegar kannski má búast við þörf fyrir lyfið í nokkra daga. Það eykur á þennan vanda að í ýmsum tilvikum eru ekki á markaði litlar pakknir en því er að mestu stjórnað af lyfjafyrirtækjunum.

Langflestir lækna nota lyfjagagnagrunn landlæknis reglulega og eins

og búast mátti við hefur það dregið úr læknaþápi. Þrátt fyrir þetta er enn of mikið um læknaþáp og lækna eru ekki að nota lyfjagagnagrunninn eins mikið og æskilegt væri. Ef lyfjafræðingar í apótekum verða varir við að sami sjúklingur fái sömu lyf afgreidd frá fleiri en einum lækni á sama tíma ættu þeir að hafa samband við lækna og ræða við þá áður en lyfin eru afgreidd.

Of mikið er um það að aldraðir (>60 ára) fái skammta slævandi lyfja sem eru of stórir miðað við aldur. Slíkt getur valdið syfju og sljóleika, aukið hættu á byltum og beinbrotum og skert lífsgæði verulega. Það hægir mjög á brotthvarfi lyfja með aldri og dæmi eru um að hæfilegir skammtar minnki um helming frá 40 ára til 80 ára aldurs. Þetta á einkum við þegar aldraðir eru komnir á mörg lyf og/eða langtímanotkun lyfja sem ætluð eru til skamms tíma.

Niðurstaða

Með tilkomu lyfjagagnagrunns landlæknis er auðvelt að bera saman notkun lyfja á Íslandi og hinum Norðurlöndunum. Erfiðara er að finna haldbærar skýringar á mikilli notkun sumra lyfja hér á landi. Skýringin getur legið bæði hjá læknum sem ávísa og sjúklingum sem sækja í lyf en einnig í skipulagi heilbrigðiskerfisins. Til að vinna gegn þessu ástandi þarf hugarfarsbreytingu sem nær til lækna, sjúklinga og samfélagsins alls. Til að stuðla að slíkri hugarfarsbreytingu er lykilorðið fræðsla og jafnvel breyttar og skýrari reglur sem bæta meðferð.

Heimildir

1. Lyfjagagnagrunnur Embættis landlæknis.
2. NOMESCO (nowbase.org/dal/publications)