Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



Viðtal við þrjá íslenska skurðlækna í Svíþjóð: „Stefna okkar er að halda áfram að stækka.“

LEIÐARI

Að sækja um sérnám í Bandaríkjunum
Kristín Haraldsdóttir
Hafþór Ingi Ragnarsson

FRÆÐIGREIN

Heimilisofbeldi á Íslandi: Kynjamunur, tengsl við áfalla-streituröskun, þunglyndi, kvíða, streitu, hamingju og félagslegan stuðning

BRÉF TIL BLAÐSINS

Heilahristingur – ný skilgreining frá árinu 2023
Ólöf Bjarnadóttir

11/2025 111. árgangur: 457-516

Auglýsing

Lagasetning á nýundirritaða samninga

Sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsfólk hefur harðlega gagnrýnt frumvarp um breytingar á lögum um sjúkratryggingar og segja ekkert samráð hafa verið haft við hagsmunaaðila við vinnslu þess. Ragnar Freyr Ingvarsson, sérfræðilæknir og formaður Læknafélags Reykjavíkur, kallar eftir því að frumvarpið verði dregið til baka og málin rædd

Kristborg Bóel Steindórsdóttir

„Við erum ekki orðlaus, heldur slegin yfir þessu samráðsleysi. Segja má að þetta séu bara ofríkisstilburðir, ég veit ekki til þess að aðrar stéttir hafi lent í viðlíka framkomu í samskiptum sínum við ríkið," segir Ragnar Freyr.

Ragnar Freyr segir frumvarpið bæði flókið og langt og snúi að mörgum þáttum varðandi sjúkratryggingar landsmanna. „Og þarna eru veigamiklar breytingar á stöðu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsfólks, meðal annars kröfur um breytt rekstrarform sem felur í sér gríðarlegan kostnað. Einnig er verið að hafa áhrif á innra skipulag fyrirtækja, þannig að ríkið er að reyna að stjórna því hvernig við rekum fyrirtækin. Þá yrðum við krafin um upplýsingar um rekstur og bókhald sem ekki gert við önnur fyrirtæki sem eiga í samningssambandi við ríkið," segir Ragnar Freyr.

Ragnar Freyr segir þau atriði sem snúa að valdheimild ríkisins þegar samningsleysi ríkir enn alvarlegri. „Samningsleysi hefur nánast verið reglan frekar en hitt síðastliðin fimmtán árin, en við sérfræðilæknar höfum samtals í átta ár verið án samnings. Með þessu ætlar ríkið að taka sér algert vald í setningu gjaldskráa, takmarka þjónustu og heildarendurgreiðslur. Ekki nóg með það, heldur ætlar það einnig að banna læknum að bregðast við slíku samningsleysi og í raun fara fram á þegnskylduvinnu. Aldrei nokkru sinni hafa jafn íþyngjandi kröfur verið lagðar á viðsemjanda ríkisins."



Ragnar Freyr Ingvarsson, formaður Læknafélags Reykjavíkur.

Fjöldi útgefinna reikninga um 10.000 á dag

Ragnar Freyr segir fyrirhugaðar lagabreytingar mikla aðför að sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsfólki og eini möguleikinn í stöðunni yrði að öllum samskiptum við Sjúkratryggingar Íslands yrði slitið. „Ef úr verður, munu sjúklingar þurfa að leggja út fyrir allri heilbrigðisþjónustu sem þeir þiggja hjá sjálfstætt starfandi læknum. Við verðum að hætta að senda reikninga fyrir hönd sjúklinga til Sjúkratrygginga. Til að setja í samhengi, þá sinna sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn um 10.000 sjúklingum á dag og hver og einn sjúklingur yrði þá að innheimta endurgjald hjá Sjúkratryggingum. Ráðherra virðist því vera að teikna upp tvöfalt heilbrigðiskerfi, sem enginn hefur áhuga á – hvorki við, ríkið né sjúklingarnir. En, það segir sig sjálft að við munum ekki sitja undir þessu, við látum ekki bjóða okkur svona vinnubrögð. Við verðum tilneydd að hætta samskiptum við Sjúkratryggingar. Hið opinbera verður svo að finna út úr því hvernig sjúklingar fá endurgreitt."

Eins og þruma úr heiðskýru lofti

Ragnar Freyr segir að ekkert samráð hafi verið haft við hagsmunaaðila við gerð frumvarpsins. „Það eru aðeins tvö ár síðan ríkið gerði samninga við okkur sem fagnað var sérstaklega af forsætisráðherra, heilbrigðisráðherra og fleirum. Svo ætla þau að skella lögum á eigin samninga, ég hef aldrei heyrt um slíkt áður. Að auki hlýtur það að vera brot á jafnræðisreglu stjórnarskrárinnar að setja sérlög einungis á heilbirigðisstéttir. Ég er í forsvari fyrir þann hluta kerfisins sem þó allavega virkar sæmilega, heilsugæslan stendur á brauðfótum og spítalinn tekst á við miklar áskoranir, kannski er það þá jafnræðið sem sóst er eftir, að hafa alla á hnjánum?"

Ragnar Freyr kallar eftir því að ráðherra dragi frumvarpið til baka og boði til fundar þar sem málin verði rædd. „Það var ekkert samtal við okkur, þetta kom heldur ekki fram í samstarfsnefnd, bara eins og þruma úr heiðskíru lofti. Öll fyrrgreind atriði voru rædd við samningaborðið þar sem komist var að niðurstöðu, allt var til lykta leitt og ríkið samþykkti. Þá má líka spyrja sig: Er eitthvað að marka samninga ríkisins? Ef þú gerir samning við ríkið, má þá eiga von á því að lög verði sett á? Ég hef aldrei heyrt um svona, þarna eru fetuð ný skref í algera óvissuátt."

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Geir Hirlekar
Hallgerður Lind Kristjánsdóttir
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Ólöf Jóna Elíasdóttir
Sigurður Sverrir Stephensen
Örvar Arnarson

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Rósa Steinunn Sturludóttir
rosa@lis.is

Blaðamenn
Olga Björt Þórðardóttir
Kristborg Bóel Steindórsdóttir

Auglýsingar
Ingvar Freyr Ingvarsson
ingvar@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
2040

Áskrift
24.900,- m. vsk.
Lausasala
2.490,- 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



463

Oddur Ingimarsson

Heimilisofbeldi er algengt og alvarlegt lýðheilsuvandamál

Ný íslensk rannsókn í þessu tölublaði ***Læknablaðsins*** sýnir að 15% fullorðinna, eða 20% kvenna og 10% karla, hafa orðið fyrir heimilisofbeldi. Þetta sýnir hversu algengt heimilisofbeldi er í raun og veru og alls ekkert jaðarfyrirbæri.



465

Kristín Haraldsdóttir
Hafþór Ingi Ragnarsson

Að sækja um sérnám í Bandaríkjunum – Reynsla tveggja deildarlækna á skurðsviði

Þrátt fyrir fyrirsögn þessa pistils höfðu undirritaðir deildarlæknar ætlað sér til Skandinavíu í sérnám, eða þar til um síðustu áramót. Í janúar síðastliðnum var því sú ákvörðun tekin að bretta upp ermar og skrá sig í Step-prófin og sækja um sérnám vestanhafs.

FRÆÐIGREINAR

466

Rannveig Sigurvinsdóttir, Erla Katrín Jónsdóttir, Karen Birna Þorvaldsdóttir, Bryndís Björk Ásgeirsdóttir

Heimilisofbeldi á Íslandi: Kynjamunur, tengsl við áfallastreituröskun, þunglyndi, kvíða, streitu, hamingju og félagslegan stuðning

Markmið þessarar rannsóknar er að kanna tíðni heimilisofbeldis á Íslandi meðal kvenna og karla á aldrinum 18 til 80 ára, og rannsaka tengsl heimilisofbeldis við einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu, og hvernig það tengist hamingju og félagslegum stuðningi. Eftir okkar bestu vitund þá er þetta fyrsta rannsóknin sem hefur skoðað þessa þætti saman í íslensku landsúrtaki ásamt því að bera saman upplifun karla og kvenna.

473

Karl F. Gunnarsson, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir, Marianne E. Klinke, Hjalti Már Björnsson

Höfuðáverkar á Íslandi: Greining á komum á Landspítala vegna höfuðáverka árin 2010-2023

Höfuðáverkar eru meðal algengustu ástæðna fyrir komu á bráðamóttöku á heimsvísu. Um 6% allra bráðamóttökukoma á Landspítala á fyrsta áratug þessarar aldar mátti rekja til höfuðáverka sem er sambærilegt við tölur erlendis frá. Áætlað er að um 2,1 milljón einstaklinga verði fyrir höfuðáverkum árlega í Evrópu sem leiði til um 57,000 dauðsfalla.

482

Auður Gunnarsdóttir, Elsa Björk Valsdóttir

Svæsin graftarmyndandi svitakirtlabólga meðhöndluð með frumusnauðu fiskroði – sjúkratilfelli

Graftarmyndandi svitakirtlabólga (***hidradenitis suppurativa***) er langvinnur sjúkdómur sem skerðir mjög lífsgæði vegna endurtekinna sýkinga, verkja og illa lyktandi vessa. Nú til dags eru erfiðari tilfelli oftast meðhöndluð með líftæknilyfjum. Þegar grípa þarf til skurðaðgerðar er um að ræða umfangsmikið brottnám á húð og lokun með tilfærðri húð eða flipum. Í þessu tilfelli er fjallað um sjúkling með svæsinn sjúkdóm á báðum rasskinnum sem var fyrir á fullum skömmtum af líftæknilyfi.

488

Sigrún Reykdal

Klínísk gagnsemi af smásjárskoðun á blóðstrokum



Mynd/aðsend

Á FORSÍÐU

Á forsíðunni er mynd af þeim Steinarri Björnssyni og Þórði Ægi Bjarnasyni að framkvæma aðgerð við nárakviðsliti. Þeir eru að setja myndavélina inn, áður en sjálf kviðslitsaðgerðin hefst. Speglunaraðgerðirnar gera þeir með þrívíddartækni og þess vegna eru þeir með þrívíddargleraugu á sér.

Steinarr og Þórður hafa ásamt félaga sínum Þórarni Kristmundssyni rekið klíníkina Kirurgicentrum Skåne í Malmö í Svíþjóð síðan 2021. Þeir segja frá tilurð klíníkurinnar og samstarfins í hlaðvarpi *Læknablaðsins*.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



496

„Ástríðan mín snýst um að bæta líf barna“

Olga Björt Þórðardóttir

Eftir rúman áratug í Svíþjóð hefur Harpa Kristinsdóttir skapað sér öfluga starfsreynslu sem barna- og ofnæmislæknir og gegnir nú lykilhlutverkum í kennslu og klínískri þjónustu. Í viðtali við ***Læknablaðið*** segir hún starf sitt bæði gefandi og krefjandi og að ástríðan fyrir fagi sínu sé drifkrafturinn sem haldi henni á tánum.

498

„Stefna okkar er að halda áfram að stækka“

Kristborg Bóel Steingrímsdóttir

Skurðlæknarnir og félagarnir Steinarr Björnsson, Þórður Ægir Bjarnason og Þórarinn Kristmundsson hafa rekið klíníkina Kirurgicentrum Skåne í Malmö í Svíþjóð síðan 2021. Þeir segja góða sátt ríkja í samfélaginu um fjölbreytt rekstrarform heilbrigðisstofnana og mikill velvilji sé hjá hinu opinbera að auka það enn frekar. Þeir segja frá vegferð sinni í Læknavarpinu og í blaðinu má sjá stutta samantekt úr því viðtali.





500

Að brúa bilið milli vísinda og samkenndar

Olga Björt Þórðardóttir

Á á 21. ráðstefnu Evrópusamtaka öldrunarlækna (EuGMS) í Reykjavík í september var Cynthia Carlson með fyrirlestur. Þar fjallaði hún um nýjustu greiningartæki í Alzheimer-rannsóknum, sérstaklega hraða þróun blóðsýna sem gætu gjörbreytt aðgengi að snemmbærri greiningu.

FRÉTTIR

490-493

BRÉF TIL BLAÐSINS

502

Ólöf Bjarnadóttir

Heilahristingur

504

Anna Margrét Halldórsdóttir, Kristján Orri Helgason

Evrópudagur vitundarvakningar um sýklalyf 18. nóvember

AÐSENT EFNI

506

Agnes Smáradóttir, Sigurdís Haraldsdóttir

OECI-vottun – leiðin að alþjóðlegri gæðavottun í greiningu og meðferð krabbameina

503

11. Heilabrot *Læknablaðsins*
Krossgáta og vísnagáta

508

Doktorsvörn frá Háskóla Íslands
María Sigurðardóttir

509

Doktorsvörn frá Háskóla Íslands
Arnar Snær Ágústsson

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

512-513 Krabbameinslækningar



Agnes Smáradóttir

Krabbameinslækningar – hverjum dettur það í hug!



Þóra Rún Úlfarsdóttir

Fag í sífelldri þróun

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

495



Hildur Jónsdóttir

Hver gerir hvað?

Þegar kemur að útskrift sjúklings er ég ekki alltaf viss um hver tekur að sér hvaða eftirfylgd: Er það sjúkrahúsið sjálft, sérfræðingur á stofu eða heilsugæslan?

BÓKIN MÍN

510



Ingólfur Kristjánsson

Þroskasaga bókaorms

Að læra að lesa er að mörgu leyti hliðstætt því að læra að ganga. Þetta gefur tækifæri til þess að kanna heiminn.

DAGUR Í LÍFI LÆKNIS

511



Árni Johnsen

Dagur í lífi sérnámslæknis

12:00 Hádegismatur. Tók með mat í nestisboxi að heiman, matlåda, eins og sænsk lög gera ráð fyrir.

LIPUR PENNI

514



Gunnar Þór Gunnarsson

Hin hliðin á lækninum

Það var mikil tónlist í Berlín, ég náði 20-30 tónleikum með djass, samtímatónlist og klassík. Þetta varð ein allsherjar samtenging fyrir mig í tíma og rúmi, stundum ljúfsár.

Auglýsing

Heimilisofbeldi er algengt og alvarlegt lýðheilsuvandamál



Oddur Ingimarsson
geðlæknir og lektor við læknadeild Háskóla Íslands

Heimilisofbeldi er alvarlegt lýðheilsuvandamál sem hefur víðtæk neikvæð áhrif á andlega, líkamlega og félagslega heilsu þolenda auk barna á heimilinu. Fjölmargar rannsóknir hafa sýnt fram á sterk tengsl heimilisofbeldis hjá konum við einkenni áfallastreituröskunar (PTSD), þunglyndi, kvíða, skert lífsgæði og minni hamingju.[1] Heimilisofbeldi tengist einnig aukinni hættu á langvinnum líkamlegum heilsufarsvandamálum eins og hjarta- og æðasjúkdómum og stoðkerfisverkjum. Þrátt fyrir mikið kynjajafnrétti á Íslandi og Norðurlöndunum er hlutfall heimilisofbeldis samt hátt og kann það að koma einhverjum á óvart að við höfum ekki náð meiri árangri þar.[2] Oft leita þolendur sér ekki aðstoðar en meðal helstu hindrana sem koma í veg fyrir það eru skömm, ótti við gerendur, fjárhagslegar áhyggjur og skortur á aðgengilegum úrræðum.[3] Þar að auki getur félagsleg einangrun, skortur á trausti til kerfisins og flókin áfallatengd einkenni gert það að verkum að þolendur sjá ekki fram á raunhæfa leið út úr aðstæðunum.

Ný íslensk rannsókn í þessu tölublaði *Læknablaðsins* sýnir að 15% fullorðinna, eða 20% kvenna og 10% karla, hafa orðið fyrir heimilisofbeldi. Þetta sýnir hversu algengt heimilisofbeldi er í raun og veru og alls ekkert jaðarfyrirbæri. Um fjórðungur þolenda náði klínískum mörkum fyrir áfallastreituröskun og um 15% fyrir alvarlegt þunglyndi, kvíða eða streitu. Þetta þýðir að stór hluti þolenda býr við verulegan geðheilbrigðisvanda sem líklega krefst meðferðar. Heimilisofbeldi tengdist minni fjölskyldustuðningi bæði hjá körlum og konum. Hjá körlum var þetta sérstaklega áberandi en þeir fengu síður stuðning frá fjölskyldu eftir að hafa orðið fyrir ofbeldi. Karlmenn virðast eiga erfiðara en konur með að ræða við aðra um erfiðar aðstæður og líðan. Þetta er áhyggjuefni en félagslegur stuðningur er afgerandi verndandi þáttur gegn vanlíðan hjá körlum og konum. Um 39% þolenda svöruðu að alvarlegasta tilvik heimilisofbeldis hefði átt sér stað þegar þau voru yngri en 18 ára. Undirstrikar þetta að stór hluti upplifir ofbeldi á mótunarárum lífsins sem getur haft mjög langvarandi neikvæð áhrif á andlega og líkamlega heilsu.

Heilbrigðiskerfið gegnir lykilhlutverki í skimun, fræðslu, stuðningi og tengingu þolenda heimilisofbeldis við úrræði.[4] Nauðsynlegt er að heilbrigðisstarfsfólk sé vakandi fyrir einkennum heimilisofbeldis og skimi fyrir því eins og með annan heilbrigðisvanda. Ef grunur er um heimilisofbeldi þá þarf að spyrja markvisst með opnum spurningum. Einkenni geta til dæmis verið tíð notkun á heilbrigðisþjónustu, að maki kemur með og víkur ekki frá, gamlir og nýir áverkar sem viðkomandi gerir lítið úr, forðast augnsamband, og snertifælni.

Á Landspítalanum er starfandi teymi (móttaka heimilisofbeldis) sem sérhæfir sig í að taka á móti þolendum heimilisofbeldis. Teyminu er ætlað að sinna þolendum á landinu öllu og veita heilbrigðisstarfsfólki á öllum heilbrigðisstofnunum ráðgjöf. Sumir fagaðilar treysta sér ef til vill ekki til að ræða heimilisofbeldismál á dýptina og er ekkert endilega alltaf þörf á því en bara það að þolendur opni sig og séu til í að þiggja samtal frá starfsmanni í teyminu getur skipt sköpum um að fá hjálp. Heilbrigðisstarfsfólk getur haft samband við teymið í gegnum vaktaða rás í heilsugátt „Móttaka heimilisofbeldis“ eða með því að hringja í vaktsíma í gegnum skiptiborð Landspítala. Önnur úrræði sem hægt er að leita til eru meðal annars Kvennaathvarfið, Bjarkarhlíð, Stígamót, 1717, Bjarmahlíð og Aflið á Akureyri og svo 112 í neyðartilfellum. Einnig er til meðferð fyrir gerendur heimilisofbeldis og má þar nefna Heimilisfrið en meðferðin gengur meðal annars út á að gerendur taki ábyrgð á eigin ofbeldisfullri hegðun.

Ný íslensk rannsókn í þessu tölublaði Læknablaðsins sýnir að 15% fullorðinna, eða 20% kvenna og 10% karla, hafa orðið fyrir heimilisofbeldi. Þetta sýnir hversu algengt heimilisofbeldi er í raun og veru og alls ekkert jaðarfyrirbæri.

Þögnin í kringum heimilisofbeldi viðheldur vandanum en með því að tala um það opnum við leiðir til að fá hjálp.

Heimildir

1. White SJ, Sin J, Sweeney A, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse. 2024;25(1):494-511.
2. Gracia E, Merlo J. Intimate partner violence against women and the Nordic paradox. Soc Sci Med. 2016;157:27-30.
3. Thorvaldsdottir KB, Halldorsdottir S, Saint Arnault DM. Understanding and Measuring Help-Seeking Barriers among Intimate Partner Violence Survivors: Mixed-Methods Validation Study of the Icelandic Barriers to Help-Seeking for Trauma (BHS-TR) Scale. Int J Environ Res Public Health. 2021;19(1):104.
4. Miller E, McCaw B. Intimate Partner Violence. N Engl J Med. 2019;380(9):850-7.

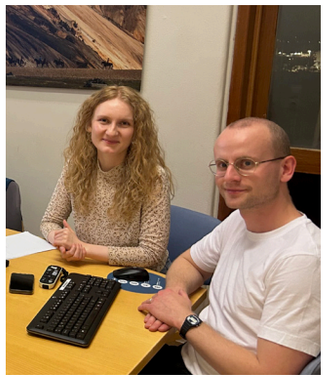
Domestic Violence: A Serious, Widespread Health Problem

Oddur Ingimarsson, Psychiatrist and Assistant Professor at the University of Iceland

doi 10.17992/lbl.2025.11.860

Auglýsing

Að sækja um sérnám í Bandaríkjunum: Reynsla tveggja deildarlækna á skurðsviði



Kristín Haraldsdóttir
sérnámslæknir

Hafþór Ingi Ragnarsson
sérnámslæknir

Draumurinn um að verða fullnuma sérfræðilæknir í skurðlækningum á Íslandi rætist ekki án þess að leggja land undir fót. Almennt má gera ráð fyrir að flestir sem stefna á sérnám í Bandaríkjunum taki þá ákvörðun snemma í sínu námi og hefji undirbúning vegna þess, með rannsóknarvinnu, skiptinámi og próftöku fyrir United States Medical Licensing Examination (USMLE), svonefnd Step-próf, og svo framvegis. Til frekari skýringar er Step 1-próf úr pre-klínískri læknisfræði á meðan Step 2 er próf úr klínískri læknisfræði. Prófin eru krossapróf byggð upp úr sjö til átta 40 spurninga blokkum sem gefin er klukkustund til að svara. Ekki er hægt að taka þessi próf á Íslandi heldur eru próftökustaðir víða í borgum Evrópu og að sjálfsögðu í Bandaríkjunum.

Þrátt fyrir fyrirsögn þessa pistils höfðu undirritaðir sérnámslæknar ætlað sér til Skandinavíu í sérnám, eða þar til um síðustu áramót. Í janúar síðastliðnum var því sú ákvörðun tekin að bretta upp ermar og skrá sig í Step-prófin og sækja um sérnám vestanhafs. Við tók mikill undirbúningur á stuttum tíma. Öll pre-klínísk læknisfræði rifjuð upp; Krebs-hringurinn, lysosomal storage sjúkdómar, heme-synthesesa og fleira. Í þessum efnum var keyptur aðgangur að USMLE-miðuðum spurningabanka, okkar besta vini. Í maí vorum við svo lokuð inni í herbergi í París í átta klukkustundir og svöruðum 280 spurningum um grunnvísindi læknisfræðinnar. Strax að loknu Step 1-prófi tók við lærdómur fyrir Step-2, það er klínísku fræðin. Okkur til ama var lítil skurðlæknisfræði til prófs en lyf-, barna- og geðlæknisfræðin úr læknadeild og frá kandidatsárinu rifjaðist blessunarlega hratt upp. Teljum við okkur nú, þó við segjum sjálf frá, vera orðin þokkalega færa medicinera af deildarlæknum á kírúrgíu að vera. Í júní síðastliðnum þreyttum við Step-2 í Englandi. Okkar reynsla var sú að seinna prófið reyndist léttara, þó fleiri spurningar væru undir og próftíminn klukkustund lengri, enda próftökuformið gott.

Síðsumars tókum við svo læknisfræðilegt enskupróf sem er komið í stað verklega prófsins sem áður hefur verið nýtt til þess að meta klíníska enskufærni umsækjanda. Það próf var heppilega hægt að taka í gegnum fjarfundarbúnað á Íslandi. Þó nokkrar kröfur voru þó um próftöku umhverfi og nýttust Landspítala lök til að hylja það sem ekki mátti sjást í mynd.

Að loknum prófum hefst gerð umsóknar, sem er nokkuð tímafrekt ferli ef vel á að vera. Okkar reynsla er sú að lítið er fjallað um tímann sem fer í gerð hennar, og viljum við því sérstaklega deila því áfram að vanmeta alls ekki þá vinnu í ferlinu. Umsóknin er gerð í vefrænu umhverfi frá sérnámsskrifstofu Bandaríkjanna, ERAS, þar sem búin er til eiginleg rafræn ferilskrá. Þangað er líka hlaðið inn meðmælabréfum sem við vorum svo heppin að fá frá reyndum skurðlæknum sem lærðu list sína í Bandaríkjunum.

Erfiðast reyndist okkur, og við teljum flestum Íslendingum, að semja kynningarbréf. Okkur Íslendingum er ekki eðlislægt að tala um eigið ágæti – hvað þá til að selja okkur sem spennandi framtíðar samstarfsfélaga.

Þessa umsókn sendum við svo núna í lok september á fjölda sérnáms prógramma sem eru valin á grunni Íslendingatengsla, staðsetningar, orðspors og fleira. Við þetta ferli fengum við mikla hjálp fjölda íslenskra lækna sem eiga miklar þakkir skildar. Við tekur tímabil þar sem prógrömm bjóða völdum umsækjendum viðtöl og vonum við það besta í þeim efnum.

Ferlið sem hér hefur verið lýst er í senn auðmýkjandi og lærdómsríkt. Vonir okkar standa til þess að verða bænheyrð í mars og að við fáum boð um sérnámsstöðu. Ef það verður ekki reyndin, er jafnframt mikilvægt að minna sig á að við þörfnumst drauma í heimi hér.

Þrátt fyrir fyrirsögn þessa pistils höfðu undirritaðir sérnámslæknar ætlað sér til Skandinavíu í sérnám, eða þar til um síðustu áramót. Í janúar síðastliðnum var því sú ákvörðun tekin að bretta upp ermar og skrá sig í Step-prófin og sækja um sérnám vestanhafs.

Onward & Beyond

Kristin Haraldsdottir
MD

Hafthor Ingi Ragnarsson
MD

doi 10.17992/lbl.2025.11.861

Heimilisofbeldi á Íslandi:
Kynjamunur, tengsl við áfallastreiturröskun, þunglyndi, kvíða, streitu, hamingju og félagslegan stuðning

• Rannsókn •

Rannveig Sigurvinsdóttir[1] PhD

Erla Katrín Jónsdóttir[1] MSc

Karen Birna Þorvaldsdóttir[2] PhD

Bryndís Björk Ásgeirsdóttir[1] PhD

[1]Sálfræðideild Háskólans í Reykjavík, [2]Háskólinn á Akureyri.

Fyrirspurnum svarar Rannveig Sigurvinsdóttir, *rannveigs@ru.is*

Greinin barst 17. febrúar 2025,
samþykkt til birtingar 1. október 2025

ÁGRIP

Tilgangur

Fyrri rannsóknir hafa sýnt að heimilisofbeldi tengist verri líðan þolenda og fram á mikilvægi félagslegs stuðnings. Íslenskar rannsóknir hefur vantað um þetta efni, sérstaklega með samanburði karla og kvenna. Markmið rannsóknarinnar er að skoða hvernig heimilisofbeldi meðal íslenskra karla og kvenna tengist einkennum áfallastreiturröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu og hvernig það tengist hamingju og félagslegum stuðningi.

Efniviður og aðferðir

Dregið var slembiúrtak úr Þjóðskrá og 1766 manns tóku þátt í símakönnun (meðalaldur 49 ár). Spurt var hvort viðkomandi hefði upplifað heimilisofbeldi einhvern tíma á ævinni og spurt um núverandi einkenni áfallastreiturröskunar (PCL-5), þunglyndi, kvíða og streitu (DASS-21) auk hamingju og félagslegs stuðnings frá fjölskyldu og vinum. Könnuð voru tengsl heimilisofbeldis við einkenni áfallastreiturröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu, auk hamingju og félagslegs stuðnings, og hvort þau væru ólík eftir kyni.

Niðurstöður

15% þátttakenda höfðu orðið fyrir heimilisofbeldi, og sú reynsla var algengari meðal kvenna (20%) en karla (10%). Þolendur heimilisofbeldis voru með marktækt fleiri einkenni áfallastreiturröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu og minni hamingju en aðrir, en þau áhrif voru ólík eftir kyni. Hjá konum tengdist heimilisofbeldi fleiri einkennum áfallastreiturröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu og tengdist minni hamingju, og minni félagslegum stuðningi frá fjölskyldu og vinum. Hjá körlum tengdist heimilisofbeldi einungis auknum einkennum áfallastreiturröskunar, þunglyndi og streitu auk minni hamingju, en tengdist ekki kvíða. Meðaltöl allra hópa flokkuðust þó undir viðmiðum fyrir klíníska vanda. Heimilisofbeldi tengdist minni fjölskyldustuðningi hjá körlum, en ekki minni vinastuðningi.

Ályktun

Hluti íslensku þjóðarinnar hefur orðið fyrir heimilisofbeldi og sú reynsla tengist ýmsum einkennum áfallastreiturröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu og tengist minni hamingju, en þau áhrif fara að einhverju leyti eftir kyni. Félagslegur stuðningur hafði neikvæð tengsl við einkenni áfallastreiturröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu en jákvæð tengsl við hamingju og því er mikilvægt að auka félagslegan stuðning.

Inngangur

Heimilisofbeldi, einnig kallað ofbeldi í nánum samböndum, felur í sér ofbeldi gagnvart einhverjum sem er manni nákominn, skyldur eða tengdur, og ofbeldið getur valdið líkamlegum, sálrænum eða kynferðislegum skaða. Birtingarmyndir ofbeldisins geta verið líkamlegar, andlegar, fjárhagslegar, kynferðislegar eða falið í sér stjórnandi hegðun.[1] Rannsóknir sýna að heimilisofbeldi er algengt, en 23% kvenna í Norður-Evrópu hafa upplifað ofbeldi af hendi maka einhvern tíma á ævinni.[2] Íslenskar rannsóknir hafa sýnt svipaða tíðni, en árið 2010 höfðu 22% kvenna í landsúrtaki verið beittar ofbeldi í nánu sambandi frá 16 ára aldri, og 1-2% höfðu orðið fyrir heimilisofbeldi á síðastliðnu ári.[3] Meðal íslenskra ungmenna höfðu 24,6% nemenda í 9. og 10. bekk upplifað ofbeldi og átök á heimili árið 2009.[4] Þolendakannanir lögreglunnar hafa sýnt svipaðar niðurstöður en 2% þátttakenda árið 2023 (bæði karlar og konur) höfðu orðið fyrir hótunum, líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi af hendi maka síðastliðið ár.[5] Tíðni heimilisofbeldis gegn körlum hefur verið mæld á bilinu 3,4% til 20,3%, og líkamlegt ofbeldi á bilinu 9,7% til 31,2%[6,7] en þeir eiga oft á tíðum

erfiðara með að leita sér hjálpar vegna ofbeldisins, mögulega vegna fordóma og staðalímynda.[8] Líkt og erlendis, þá eru ákveðnir samfélagshópar á Íslandi útsettari fyrir ofbeldi en aðrir, eins og fatlað fólk[9] og hinsegin fólk.[10]

Heimilisofbeldi getur haft mikil áhrif á heilsu og líðan þolenda. Safngreiningar (*meta-analyses*) hafa sýnt að kvenkyns þolendur heimilisofbeldis eru líklegri en aðrir til að greinast með þunglyndi,[11,12] áfallastreituröskun (*post-traumatic stress disorder*) og til að upplifa sjálfsvígshugsanir.[12] Svipað mynstur má sjá meðal karla.[13] Fáar íslenskar rannsóknir hafa skoðað heilsuáhrif heimilisofbeldis sérstaklega, en eigindleg viðtöl við kvenkyns þolendur heimilisofbeldis á Íslandi hafa varpað ljósi á alvarleika slíks ofbeldis og mikil neikvæð áhrif þess á andlega og líkamlega heilsu þolenda.[14] Þar að auki eru íslensk ungmenni sem hafa upplifað átök á heimili sínu (*family conflict*), líklegri til að upplifa meiri reiði, þunglyndi og sjálfsskaða en önnur ungmenni.[4,15]

Þolendur heimilisofbeldis geta leitað aðstoðar hjá fagaðilum eða hjá fólki í nærumhverfi sínu. Til dæmis komu 1454 fullorðnar konur á Landspítala vegna heimilisofbeldis á árunum 2005 til 2014, þar af flestar á bráðamóttöku (92,6%). Algengustu áverkar voru á andliti, höfði eða hálsi (37,1%) og í 37,8% tilfella var um endurkomur að ræða. Heildarkostnaður spítalans af þessum heimsóknum var rúmlega 116 milljónir króna.[16] Konur sem eru útsettar fyrir heimilisofbeldi geta einnig leitað sér aðstoðar hjá Kvennaathvarfinu, en árið 2023 dvöldu 214 konur og börn þar og tekin voru 1445 ráðgjafaviðtöl.[17] Sumir þolendur leita sér þó ekki faglegrar aðstoðar, jafnvel þótt þeir upplifi alvarlegt ofbeldi og áverka. Stuðningur frá vinum og fjölskyldu skiptir miklu máli fyrir þolendur heimilisofbeldis, en fólk með góðan stuðning frá fjölskyldu er ólíklegra til að vera útsett fyrir heimilisofbeldi[18] og félagslegur stuðningur getur hvatt fólk til að leita sér faglegrar aðstoðar.[19] Þar að auki dregur félagslegur stuðningur úr neikvæðum áhrifum ofbeldisins á lífsgæði,[20] líkamlega og andlega heilsu.[21]

Markmið rannsóknarinnar

Markmið þessarar rannsóknar er að kanna tíðni heimilisofbeldis á Íslandi meðal kvenna og karla á aldrinum 18 til 80 ára, og rannsaka tengsl heimilisofbeldis við einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu, og hvernig það tengist hamingju og félagslegum stuðningi. Samkvæmt okkar bestu vitund þá er þetta fyrsta rannsóknin sem hefur skoðað þessa þætti saman í íslensku landsúrtaki ásamt því að bera saman upplifun karla og kvenna. Byggt á fyrri þekkingu, er fyrri tilgáta rannsóknarinnar að þátttakendur sem hafa upplifað heimilisofbeldi mælist með fleiri einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu, og minni hamingju, en aðrir þátttakendur. Seinni tilgátan er að félagslegur stuðningur muni hafa neikvætt samband við einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu, og jákvætt samband við hamingju. Þessi sambönd verða prófuð með tilliti til kynjamunar, en ekki voru settar fram tilgátur hvað varðar kynjamun vegna skorts á fyrri þekkingu á því efni.

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur

Þátttakendur rannsóknarinnar voru 1766 talsins og komu úr slembiúrtaki íslensku þjóðarinnar á aldrinum 18 til 80 ára. Kynjaskipting var nær jöfn (52,7% konur og 47,3% karlar) og meðalaldur var 49 ár (sf=16,1 ár). Nær helmingur (43,7%) þátttakenda hafði lokið háskólanámi og flestir (73,1%) áttu maka. Gögnum var aðeins safnað á íslensku og því gat aðeins íslenskumælandi fólk tekið þátt. Af þeim sem tóku afstöðu til könnunarinnar voru 64,4% sem tóku þátt (sjá ítarlegri upplýsingar um gagnaöflun í birtri grein).[22] Fyrri greiningar hafa sýnt að úrtakið endurspeglar þjóðina vel hvað varðar menntun, aldur, kyn og hjúskaparstöðu.[23]

Framkvæmd

Gögn notuð í þessari grein koma frá fyrstu fyrirlögn úr langtímarannsókninni: Geðheilsa karla og kvenna á Íslandi. Einstaklingar í úrtakinu fengu bréf í pósti til að kynna rannsóknina og sérþjálfaðir spyrlar hringdu í kjölfarið og lögðu fyrir könnun í gegnum síma. Þátttakendur fengu upplýsingar um rannsóknina og gátu spurt spyrla frekar um hana. Ef ofbeldið var yfirstandandi, voru spyrlar þjálfaðir til að benda þátttakendum á viðeigandi úrræði sem gætu aðstoðað viðkomandi. Þátttakendur gáfu svo munnlega upplýst samþykki fyrir þátttöku sinni í símtalinu við spyrilinn. Rannsóknin hlaut leyfi Vísindasiðanefndar (VSN-18-136) og gögnum var safnað frá 2019 til 2021.

Mælitæki

Heimilisofbeldi

Þátttakendur fengu eftirfarandi spurningu: „Hefur þú orðið fyrir heimilisofbeldi, það er einhvers konar ofbeldi af hendi fjölskyldumeðlims eða maka?“ Þátttakendur voru einnig spurðir hvort þeir hafi aðra aðkomu að heimilisofbeldi og svarkostir gáfu þátttakendum kost á því að lýsa reynslu sinni með því að velja eitt af eftirfarandi: „Varð vitni að því,“ „fékk vitneskju um að það hafi komið fyrir náinn fjölskyldumeðlim eða vin,“ „upplifði það sem hluta af starfi mínu“ eða „hefur ekki komið fyrir mig“. Loks voru þátttakendur spurðir um aldur sinn þegar ofbeldið átti sér stað. Ef um fleiri en eitt tilvik var að ræða, þá voru þátttakendur beðnir að tilgreina aldur sinn þegar alvarlegasta ofbeldið átti sér stað. Þessum upplýsingum var safnað sérstaklega út frá því hvort viðkomandi hafði sjálfur orðið fyrir ofbeldi, verið vitni að því, fengið vitneskju um það eða upplifað sem hluta af starfi sínu. Þessi spurning var lögð fyrir í kjölfarið á mælitækinu Life Experiences Checklist,[24] þar sem spurt er um fjölmargar tegundir áfalla, en ekki spurt beint um heimilisofbeldi. Rannsakendur bættu því þessari spurningu sérstaklega við.

Áfallastreituröskun

Einkenni áfallastreituröskunar voru metin með mælitækinu PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)[25] sem miðast við greiningarviðmið fyrir áfallastreituröskun samkvæmt DSM-5 grein-

Tafla I. Tíðni heimilisofbeldis eftir kynjum.

	Allir þátttakendur	Konur	Karlar	χ^2	p
Sjálf(ur) orðið fyrir heimilisofbeldi	247 (15,7%)	190 (20,7%)	84 (10,2%)	36,63	0,001
Orðið vitni að heimilisofbeldi	211 (12,1%)	121 (13,2%)	90 (10,9%)	2,13	0,144
Fengið vitneskju um að hefði komið fyrir náinn fjölskyldumeðlim eða vin	436 (25,0%)	284 (31,0%)	152 (18,4%)	36,43	0,001
Upplifað sem hluta af starfi sínu	102 (5,9%)	73 (8,0%)	29 (3,5%)	15,57	0,001

ingarkerfinu.[25] Mælitækið samanstendur af 20 spurningum, þar sem þátttakendur svara hversu oft síðastliðinn mánuð þeir hafi upplifað hvert einkenni á kvarðanum 0 (ekki neitt) til 4 (mjög mikið), og svör geta því verið á bilinu 0 til 80. PCL-5 hefur sýnt góðan innri áreiðanleika og réttmæti[25] og áreiðanleiki í þessu úrtaki var mjög góður (α=0,93). Algengustu viðmiðunarmörk fyrir áfallastreituröskun eru 33 stig og hærra, sem voru notuð í þessari rannsókn.[26]

Þunglyndi, kvíði og streita

Einkenni þunglyndis, kvíða og streitu voru metin með Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21).[27] Mælitækið samanstendur af 21 staðhæfingu um tilfinningalegt ástand síðustu tvær vikurnar, þar sem sjö atriði falla á hvern undirliggjandi þátt (þunglyndi, kvíða og streitu). Þættirnir hafa sýnt réttmæti og góðan innri áreiðanleika.[28] Svarmöguleikar eru á Likert-kvarða sem tekur gildin 0 (átti alls ekki við mig) til 3 (átti mjög vel við mig eða mestallan tímann) og eru atriðin lögð saman. Tala fyrir hvern undirkvarða DASS-21 er svo tvöfölduð svo hún sé sambærileg mælitækinu í fullri lengd (DASS-42) og sama viðmiðunartafla notuð til að túlka niðurstöðuna.Áreiðanleiki undirkvarðanna í þessu úrtaki var góður: Þunglyndi (α=0,87), kvíði (α=0,70), og streita (α=0,79). Alvarlegt eða mjög alvarlegt þunglyndi (*severe or extremely severe depression)* telst vera hærra en 20 stig, alvarlegur eða mjög alvarlegur kvíði telst vera hærri en 14 stig og alvarleg eða mjög alvarleg streita hærra en 25 stig.[27] Í niðurstöðukafla þá miða meðaltöl í töflu II við DASS-21 útgáfu kvarðans, en til að flokka fólk eftir því hvort það teldist vera með mikið þunglyndi, kvíða og streitu (tafla III) þá voru þessi meðaltöl tvöfölduð, þar sem viðmiðunarmörk byggjast á DASS-42 útgáfunni.

Hamingja

Þátttakendur svöruðu eftirfarandi spurningu: „Þegar á heildina er litið, hversu hamingjusöm/hamingjusamur eða óhamingjusöm/óhamingjusamur ert þú á kvarðanum 0 til 10?“ Hærri tala táknar meiri hamingju en þessi mælikvarði er sambærilegur því sem hefur verið notað í öðrum rannsóknum.[29]

Félagslegur stuðningur

Félagslegur stuðningur var metinn með mælitækinu Social Support – Friends and Family Scales, sem hefur sýnt góða próffræðilega eiginleika meðal ungmenna á Íslandi.[30] Mælitækið hefur verið aðlagað fyrir fullorðna[31] og þátttakendur svöruðu sex spurningum: Hversu auðvelt eða erfitt þeir áttu með að fá umhyggju og hlýju, eiga samræður um persónuleg málefni og fá aðstoð við dagleg verk frá annars vegar vinum og hins vegar fjölskyldu á kvarðanum 1 (mjög erfitt) til 4 (mjög auðvelt) þegar þeir svöruðu könnuninni. Stig þátttakenda úr spurningum voru lögð saman og heildarstig fyrir hvora breytu eru því 3-12 stig, fyrir fjölskyldustuðning og vinastuðning. Áreiðanleiki í þessu úrtaki var góður (fjölskylda: α=0,74, vinir: α=0,75).

Tölfræðileg úrvinnsla

Notað var kí-kvaðrat-próf til að skoða kynjamun í tíðni heimilisofbeldis. T-próf óháðra hópa var notað til að meta hvort marktækur munur væri á einkennum áfallastreituröskunar, þunglyndi, kvíða, streitu, hamingju og félagslegum stuðningi milli þeirra sem höfðu upplifað heimilisofbeldi og þeirra sem ekki höfðu slíka reynslu. Pearson-fylgni var notuð til að meta tengsl félagslegs stuðnings við einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndi, kvíða, streitu og hamingju. Gögnin uppfylltu forsendur tölfræðiprófa, notuð voru marktæktarmörk $p<0,05$ og ekki var sérstaklega leiðrétt fyrir fjölda samanburða, þar sem niðurstöður voru allar á þannig að heimilisofbeldi tengdist verri líðan, líkt og gert hefur verið í fyrri rannsóknum.[32] Gögnin voru greind með tölfræðiforritinu SPSS (28. útgáfa).

Niðurstöður

Tafla I sýnir fjölda og hlutfall þátttakenda sem höfðu orðið fyrir heimilisofbeldi einhvern tíma á ævinni, eftir kyni. Kí-kvaðrat-próf sýndu að algengara var að konur hefðu sjálfar orðið fyrir heimilisofbeldi, fengið vitneskju um það eða upplifað það sem hluta af starfi sínu, samanborið við karla. Af þeim sem svöruðu spurningu um hvenær alvarlegasta tilvik heimilisofbeldis átti sér stað, voru 103 (38,9%) yngri en 18 ára á þeim tíma.

Tafla II sýnir meðaltöl fyrir einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndi, kvíða, streitu og hamingju, félagslegan stuðning frá vinum og fjölskyldu fyrir hópinn í heild og eftir kyni. T-próf óháðra hópa sýndu að þolendur heimilisofbeldis voru með marktækt fleiri einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndis, kvíða, streitu og minni hamingju og minni stuðning frá fjölskyldu en aðrir þátttakendur. Hjá konum þá tengdist heimilisofbeldi fleiri einkennum áfallastreituröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu, minni hamingju og minni félagslegum stuðningi. Hjá körlum þá tengdist heimilisofbeldi auknum einkennum áfallastreituröskunar, þunglyndis og streitu og minni hamingju, en hafði ekki tengsl við kvíða. Meðaltöl allra

Tafla II. Tengsl heimilisofbeldis við einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu, hamingju og félagslegan stuðning, eftir kynjum.

	Allir þátttakendur						Konur						Karlar					
	Heimilisofbeldi (n=274)		Ekki heimilis-ofbeldi (n=1468)		t-próf		Heimilis-ofbeldi (n=190)		Ekki heimilisofbeldi (n=726)		t-próf		Heimilisofbeldi (n=84)		Ekki heimilis-ofbeldi (n=742)		t-próf	
	M	SF	M	SF	p	d	M	SF	M	SF	p	d	M	SF	M	SF	p	d
Áfallastreituröskun	20,65	16,31	11,66	12,05	0,001	0,70	21,40	16,72	12,70	12,22	0,001	0,65	18,85	15,25	10,68	11,82	0,001	0,67
Þunglyndi	9,10	4,88	5,14	3,06	0,001	0,58	9,20	4,87	5,14	3,05	0,001	0,58	8,88	4,92	5,12	3,07	0,001	0,57
Kvíði	5,00	3,04	3,36	2,44	0,001	0,32	5,52	3,25	3,14	2,28	0,001	0,47	3,82	2,42	3,56	2,57	0,663	0,05
Streita	11,22	4,62	8,30	3,62	0,001	0,39	11,36	4,81	8,04	3,59	0,001	0,43	10,92	4,17	8,54	3,66	0,007	0,32
Hamingja	7,45	1,90	8,16	1,35	0,001	0,49	7,55	1,90	8,30	1,28	0,001	0,53	7,25	1,90	8,03	1,4	0,001	0,53
Stuðningur fjölskylda	9,64	2,28	10,32	1,63	0,001	0,39	9,77	2,4	10,44	1,61	0,001	0,38	9,35	1,99	10,19	1,64	0,001	0,50
Stuðningur vinir	9,56	2,06	9,71	1,78	0,239	0,07	9,74	2,08	10,14	1,64	0,003	0,23	9,17	1,96	9,30	1,81	0,542	0,07

Athugasemd. Áfallastreita var mæld með PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5. Þunglyndi, kvíði og streita voru mæld með DASS-21 (Depression, Anxiety, and Stress Scales), hér hafa gildi undirkvarða DASS-21 verið tvöfölduð til að auðvelda samanburð við mæltiækið í fullri lengd (DASS-42). Hamingja var mæld á skalanum 0-10 og stuðningur frá fjölskyldu og vinum var mældur með Social Support – Friends and Family Scales.

Tafla III. Hlutfall þátttakenda sem ná viðmiðunarmörkum fyrir áfallastreituröskun og undirkvörðum DASS fyrir mikið þunglyndi, kvíða og streitu, eftir kyni og heimilisofbeldi.

	Konur					Karlar				
	Heimilisofbeldi (%)	Ekki heimilisofbeldi (%)	χ^2	p	CV	Heimilisofbeldi (%)	Ekki heimilisofbeldi (%)	χ^2	p	CV
Áfallastreituröskun (PCL > 33)	25,30	9,00	29,96	0,001	0,21	22,50	5,80	24,71	0,001	0,20
Alvarlegt þunglyndi (DASS > 20)	14,70	3,40	34,95	0,001	0,20	16,00	3,50	25,59	0,001	0,18
Alvarlegur kvíði (DASS > 14)	9,70	2,70	18,34	0,001	0,14	3,70	4,60	0,15	0,700	0,01
Alvarleg streita (DASS > 25)	12,60	2,80	30,12	0,001	0,18	5,00	3,60	0,42	0,420	0,02

CV=Cramer´s V. * p<0,05, ** p<0,001

hópa voru þó undir klínískum viðmiðum. Heimilisofbeldi tengdist einnig minni fjölskyldustuðningi hjá körlum, en ekki vinastuðningi. Línuleg aðhvarfsgreining sýndi marktæka samvirkni á milli heimilisofbeldis og kyns á kvíða, þar sem ekkert samband var á milli heimilisofbeldis og kvíða fyrir karla (B=0,13, p=0,660), en fyrir konur þá tengdist heimilisofbeldi meiri kvíða (B=1,19, p<0,001). Slík samvirkni var ekki marktæk fyrir einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndi, streitu eða hamingju, þar sem heimilisofbeldi tengdist fleiri einkennum áfallastreituröskunar, þunglyndi, kvíða, streitu og minni hamingju hjá báðum kynjum.

Viðmiðunarmörk voru skoðuð fyrir áfallastreituröskun og fyrir alvarlegt eða mjög alvarlegt þunglyndi, kvíða og streitu (Tafla III). Á meðal kvenna var hlutfall þátttakenda sem náðu viðmiðunarmörkum alltaf hærra fyrir þolendur heimilisofbeldis samanborið við aðra. Fyrir karla voru þolendur aðeins líklegri til að ná viðmiðum um alvarlegt eða mjög alvarlegt þunglyndi og áfallastreituröskun, en ekki fyrir kvíða og streitu. Konur (13,0%) voru líklegri en karlar (7,7%) til að ná viðmiðunarmörkum fyrir áfallastreituröskun, x^2 (1,N=1314)=9,75, p=0,002. Hinsvegar var ekki munur á kynjunum hvað varðar viðmiðunarmörk alvarlegs þunglyndis (5,3%), kvíða (4,3%) eða streitu (4,3%).

Tafla IV sýnir fylgni á milli helstu breyta rannsóknarinnar, þar sem fylgnitölur fyrir konur eru í efra horni hægra megin og fyrir karla í neðra horni vinstra megin. Fyrir bæði kyn þá tengdist félagslegur stuðningur frá vinum og fjölskyldu færri einkennum áfallastreituröskunar, þunglyndi, kvíða og streitu, og meiri hamingju.

Umræða

Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta tíðni heimilisofbeldis á Íslandi og hvernig slík reynsla tengdist einkennum áfallastreituröskunar, þunglyndi, kvíða, streitu, hamingju og félagslegum stuðningi, eftir kyni. Hjá konum, þá var tíðni heimilisofbeldis (20,7%) sambærileg við fyrri rannsóknir á Íslandi, þar sem 22% kvenna höfðu verið beittar ofbeldi í nánum samböndum[3] og í Evrópu,[2] þar sem um 23% kvenna höfðu upplifað slíkt á ævinni. Um 10% karla höfðu slíka reynslu í þessari rannsókn. Þó hafa fyrri rannsóknir sýnt að um 3,44% til 20,3% karla hafa upplifað slíkt ofbeldi,[6,7] en eftir því sem við best vitum hefur þetta ekki verið metið meðal fullorðinna karla í íslensku landsúrtaki áður. Einnig var nokkuð um að þátttakendur hefðu haft aðra aðkomu að heimilisofbeldi, til dæmis með því að verða vitni að því eða fá vitneskju um að

Tafla IV. Pearson-fylgni á milli breytna rannsóknarinnar. Tölur fyrir konur eru í efra horni hægra megin og tölur fyrir karla eru í neðra horni vinstra megin.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Heimilisofbeldi	1	0,27**	0,23**	0,19**	0,17**	- 0,21**	- 0,15**	- 0,09*
2. Áfallastreituröskun	0,21**	1	0,34**	0,58**	0,66**	- 0,48**	- 0,33**	- 0,25**
3. Þunglyndi	0,17**	0,62**	1	0,59**	0,68**	- 0,63**	- 0,41**	- 0,38**
4. Kvíði	0,02	0,62**	0,52**	1	0,61**	- 0,35**	- 0,23**	- 0,19**
5. Streita	0,10*	0,61**	0,59**	0,54**	1	- 0,48**	- 0,33**	- 0,27**
6. Hamingja	- 0,16**	- 0,60**	- 0,60**	- 0,33*	- 0,47**	1	0,46**	0,35**
7. Stuðningur - fjölskylda	- 0,15**	- 0,39**	- 0,39**	- 0,26**	- 0,32**	0,46**	1	0,50**
8. Stuðningur - vinir	- 0,02	- 0,37**	- 0,37**	- 0,30**	- 0,33**	0,39**	0,53**	1

*p<0,05, **p<0,001

það hefði komið fyrir náinn fjölskyldumeðlim eða vin, en slík reynsla var einnig algengari meðal kvenna.

Líkt og erlendar rannsóknir hafa sýnt,[11,12] þá tengist heimilisofbeldi fleiri einkennum áfallastreituröskunar, þunglyndi, kvíða, streitu og minni hamingju, þó svo að þessi einkenni hafi að meðaltali verið innan eðlilegra marka. Konur sem höfðu orðið fyrir heimilisofbeldi voru að meðaltali með marktækt fleiri einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu en aðrar konur. Niðurstöður fyrir karla sýndu það sama, fyrir utan kvíðaeinkenni, þar sem karlar sem höfðu orðið fyrir heimilisofbeldi voru með marktækt fleiri einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndis og streitu en aðrir karlar. Fyrri rannsóknir hafa staðfest þessar niðurstöður, en karlkyns þolendur heimilisofbeldis í Bandaríkjunum voru með fleiri einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndis og hærri blóðþrýsting samanborið við almennt úrtak karla, þegar stjórnað hafði verið fyrir bakgrunnsbreytum, fyrri áföllum, félagslegum stuðningi og notkun vímuefna.[13]

Í þessari rannsókn voru kvenkyns þolendur heimilisofbeldis líklegri en aðrar konur til að ná viðmiðum fyrir áfallastreituröskun og alvarlegt eða mjög alvarlegt þunglyndi, kvíða eða streitu. Karlkyns þolendur voru einnig líklegri en aðrir karlar til að ná slíkum viðmiðum þegar kom að áfallastreituröskun og þunglyndi. Þessar niðurstöður eru nokkuð sláandi, en um það bil fjórðungur þolenda heimilisofbeldis náði viðmiðum fyrir áfallastreituröskun og í kringum 15% hópsins náði viðmiðum fyrir alvarlegt þunglyndi, kvíða og streitu. Þessar tölur varpa ljósi á þann alvarlega geðheilsuvanda og vanlíðan sem stór hluti þolenda heimilisofbeldis finnur fyrir og sýnir mikilvægi þess að veita þessum hóp, þá þjónustu og stuðning sem hann þarf. Erlendar yfirlitsgreinar hafa einnig sýnt fram á þessi áhrif, en kvenkyns þolendur heimilisofbeldis voru þrisvar sinnum líklegri til að greinast með áfallastreituröskun og tvisvar sinnum líklegri til að ná viðmiðum fyrir alvarlegt þunglyndi og alvarlegan kvíða en aðrar konur.[12] Samfélagsleg áhrif heimilisofbeldis á heimsvísu eru líka gífuleg, en skráð dauðsföll vegna heimilisofbeldis voru 86 þúsund árið 2019 og sjúkdómsbyrði þeirra var metin allt að 8,5 milljónir tapaðra heilbrigðra ára (*disability adjusted life years*, DALY).[33]

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að heimilisofbeldi tengist fleiri einkennum áfallastreituröskunar, þunglyndi, kvíða, streitu og minni hamingju, en að áhrifin fari þó að einhverju leyti eftir kyni. Fyrri rannsóknir hafa sýnt að ofbeldi í nánum samböndum hafi sterkara samband við þunglyndi meðal kvenna en karla,[34] en okkar niðurstöður gefa til kynna að heimilisobeldi hafi veikari tengsl við kvíða og streitu meðal karla en meðal kvenna. Tiltölulega fáar rannsóknir hafa borið þessi áhrif heimilisofbeldis saman milli karla og kvenna, en ein möguleg skýring eru ólík bjargráð kynjanna, en karlkyns þolendur heimilisofbeldis nota oft bjargráð sem einkennast oft af forðun, sem getur komið í veg fyrir að þeir fái þann stuðning sem þeir þurfa að til að takast á við afleiðingar ofbeldisins.[35]

Félagslegur stuðningur hafði marktæk tengsl við færri einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndis, kvíða og streitu og meiri hamingju, bæði hjá körlum og konum, líkt og fyrri rannsóknir hafa sýnt.[20,21] Þessar niðurstöður sýna skýrt að stuðningur skiptir töluvert miklu máli fyrir þolendur. Fyrri rannsóknir hafa sýnt að algengt sé að karlar og konur grípi til mismunandi bjargráða í streituvaldandi aðstæðum, vegna ólíkrar félagsmótunar kynjanna. Þannig leiti konur frekar til annars fólks til að eiga við erfiðar aðstæður eða líðan, sem er sjaldgæfara meðal karla. Þær eru einnig líklegri til að nota tilfinningamiðuð bjargráð (*emotion focused coping)* og lausnamiðuð bjargráð (*problem focused coping*) en karlar.[36] Ýmis meðferðarinngrip eins og hópameðferð geta haft jákvæð áhrif á félagslegan stuðning, og þar með á öryggi og líðan þolenda.[37,38]

Takmarkanir þessarar rannsóknar eru að aðeins var litið til karla og kvenna, en ekki fleiri kynja. Þar að auki var gögnum safnað í símakönnun til að hámarka svarhlutfall, en það er mögulegt að fólk hafi ekki viljað tala um erfiða reynslu við spyril. Svarhlutfall gæti einnig verið betra (64,4%) en þátttakendahópurinn endurspeglar íslensku þjóðina vel[23] og niðurstöður eru svipaðar fyrri rannsóknum. Einnig var notað sjálfsmatsmælitæki frekar en greiningarviðtal. Spurningin sem þátttakendur fengu um heimilisofbeldi spurði beint hvort fólk hefði orðið fyrir heimilisofbeldi, í stað þess að gefa dæmi um hegðun sem myndi falla undir hugtakið, en slík nálgun getur vanmetið tíðni að einhverju leyti. Þar að auki er óljóst

hver gerandi ofbeldisins er (til dæmis maki, foreldri, systkini og fleiri), hvort þátttakendur búa enn við ofbeldisaðstæður og hvort þátttakendur hafi leitað sér faglegrar aðstoðar vegna ofbeldisins.

Þrátt fyrir þessa annmarka, er þetta að okkar vitund fyrsta fræðigreinin á íslensku sem skoðar heimilisofbeldi í landsúrtaki og tengsl þess við einkenni áfallastreituröskunar, þunglyndi, kvíða, streitu og hamingju ásamt tengslum félagslegs stuðnings við fyrrnefndar geðheilsubreytur, eftir kyni. Þegar á heildina er litið eru niðurstöður mjög svipaðar erlendum rannsóknum, og gefa skýrt til kynna hversu mikilvægt er að veita þessum hópi bæði faglega aðstoð og stuðning. Í framhaldinu er mikilvægt að skoða sérstaklega hvort ákveðnir samfélagshópar geti orðið fyrir sérstaklega miklum áhrifum ofbeldis[9,10] og jafnvel beina sjónum sérstaklega að þeim hópi þolenda heimilisofbeldis sem flokkast með alvarlegan vanda á matslistunum. Fagleg aðstoð getur í einhverjum tilvikum verið nauðsynleg fyrir þolendur heimilisofbeldis en niðurstöðurnar sýna líka eindregið hvað nærumhverfi þolenda skiptir miklu máli fyrir líðan þeirra og heilsu. Því er mikilvægt að hvetja fólk til umræðu og umhugsunar um þetta samfélagsvandamál og hvernig má best styðja við þau sem hafa orðið fyrir því.

Þakkir

Við viljum þakka öllum þeim sem tóku þátt í rannsókninni og spyrlunum sem söfnuðu gögnunum. Rannsóknin var styrkt af Rannsóknarsjóði Rannís, styrknúmer 184687-05.

Heimildir

1. World Health Organization.Violence Info – Intimate partner violence. https://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence/ - jan. 2025.
2. Violence Against Women Prevalence Estimates 2018: Global, Regional and National Prevalence Estimates for Intimate Partner Violence Against Women and Global and Regional Prevalence Estimates for Non-Partner Sexual Violence Against Women. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Karlsdóttir E, Arnalds ÁA. Reykjavík: Rannsókn á ofbeldi gegn konum: Reynsla kvenna á aldrinum 18-80 ára á Íslandi [Internet]. Rannsóknastofnun í barna og fjölskylduvernd; 2010. https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/ritogskyrslur2011/26012011_Ofbeldi_a_konum.pdf
4. Sigurvinsdottir R, Asgeirsdottir BB, Sigfusdottir ID, et al. The impact of sexual abuse, family violence/conflict, spirituality and religion on anger and depressed mood among adolescents. J Interpers Violence. 2017;
5. Embætti ríkislögreglustjóra. Reynsla landsmanna af afbrotum og viðhorf til lögreglu. rannsoknir-og-uttektir - jan. 2025.
6. Costa D, Soares J, Lindert J, et al. Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. Int J Public Health. 2015 May;60(4):467–78.
7. Kolbe V, Büttner A. Domestic Violence Against Men—Prevalence and Risk Factors. Dtsch Ärztebl Int. 2020 Aug;117(31–32):534–41.
8. Bates EA. "No one would ever believe me": An exploration of the impact of intimate partner violence victimization on men. Psychol Men Masculinities. 2020;21(4):497–507.
9. Snæfríðar- og Gunnarsdóttir H, Traustadóttir R. Ofbeldi gegn fötluðum konum og aðgengi þeirrra að stuðningsúrræðum. Reykjavík: Rannsóknarsetur í fötlunarfræðum; 2020. https://fel.hi.is/sites/fel.hi.is/files/2020-08/ofbeldi_gegn_fotludum_konum_og_adgengi_theirra_ad_studningsurraedum.pdf
10. Gústafsdóttir G, Guðjónsdóttir G, Þórólfsson Æ. Ofbeldi í fjölskyldum og nánum samböndum hinsegin fólks. Félagsvísindastofnun HÍ; 2024. https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit--skyrslur-og-skrar/Ofbeldi_i_fjolskyldum_og_nanum_sambondum_hinsegin_folks.pdf?
11. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, et al. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ Open. 2018 July 28;8(7):e019995.
12. White SJ, Sin J, Sweeney A, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse. 2024 Jan;25(1):494–511.
13. Hines DA, Douglas EM. Health Problems of Partner Violence Victims: Comparing Help-Seeking Men to a Population-Based Sample. Am J Prev Med. 2015 Feb 1;48(2):136–44.
14. Halldorsdottir S. In the jaws of death: Surviving women's experience of male intimate terrorism. J Adv Nurs. 2023;79(4):1426–36.
15. Sigurvinsdottir R, Gisladottir B, Asgeirsdottir BB, et al. Sexual Attraction and Non-Suicidal Self-Harm: The Role of Stressors and Psychological Mediators. Arch Sex Behav. 2024 Apr 1;53(4):1293–306.
16. Jónasdóttir D, Thorsteinsdottir T, Ásgeirsdóttir TL, et al. Women and intimate partner violence: Prevalence of hospital visits and nature of injuries in the Icelandic population. Scand J Public Health. 2021 May 1;49(3):260–7.
17. Samtök um kvennaathvarf. Ársskýrsla 2023. Reykjavík: Samtök um kvennaathvarf; 2023. arsskyrslur bls. 4.
18. Wright EM. The Relationship Between Social Support and Intimate Partner Violence in Neighborhood Context. Crime Delinquency. 2015 Dec 1;61(10):1333–59.
19. Hedge JM, Sianko N, McDonell JR. Professional Help-Seeking for Adolescent Dating Violence in the Rural South: The Role of Social Support and Informal Help-Seeking. Violence Women. 2017 Oct 1;23(12):1442–61.
20. Beeble ML, Bybee D, Sullivan CM, et al. Main, mediating, and moderating effects of social support on the well-being of survivors of intimate partner violence across 2 years. J Consult Clin Psychol. 2009;77(4):718–29.
21. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, et al. Social Support Protects against the Negative Effects of Partner Violence on Mental Health. J Womens Health Gend Based Med. 2002 June;11(5):465–76.
22. Jónsdóttir EK, Sigurvinsdottir RS, Ásgeirsdóttir BB. Associations among posttraumatic growth, demographic characteristics, posttraumatic stress symptoms, and trauma type, with a focus on sexual violence. J Trauma Stress. 2023;36(5):849–60.
23. Einarsdottir TS, Asgeirsdottir BB, Sigurvinsdottir R, et al. Prevalence of trauma exposure and PTSD symptoms among the Icelandic population: gender and regional differences. Scand J Public Health. 2024:1;52(8):968–77.
24. US Department of Veterans Affairs. Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp -júní 2025.
25. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, et al. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. J Trauma Stress. 2015;28(6):489–98.
26. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, et al. Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in veterans. Psychol Assess. 2016;28(11):1379–91.
27. Lovibond SH, Lovibond PF. Depression Anxiety Stress Scales.(1995). https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft01004-000 -janúar 2025
28. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol. 2005;44(2):227–39.
29. Rajkumar RP. Cultural values and changes in happiness in 78 countries during the COVID-19 pandemic: An analysis of data from the World Happiness Reports. Front Psychol. 2023; 14:1090340.
30. Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Karlsson T, et al. The Perceived Parental Support (PPS) Scale: Validity and Reliability in the 2006 Youth in Europe Substance Use Prevention Survey. Child Indic Res. 2011 July 1;4(3):515–28.
31. Jónsdóttir EK, Valborgarson A, Ásgeirsdóttir BB, et al. Mental health and sociodemographic influences during COVID-19: Longitudinal findings from Iceland. J Psychiatr Res. 2025 Feb 1;182:243–52.
32. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FAH, et al. Rosuvastatin to Prevent Vascular Events in Men and Women with Elevated C-Reactive Protein. N Engl J Med. 2008 Nov 20;359(21):2195–207.
33. Xiong P, Chen Y, Shi Y, et al. Global burden of diseases attributable to intimate partner violence: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2025 Feb 1;60(2):487–513.
34. Spencer C, Mallory AB, Cafferky BM, et al. Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. Psychol Violence. 2019;9(1):1–17.
35. Lysova A, Dim EE. "I Thought About Killing Myself, but a Part of Me Insisted on Getting Help": Coping Experiences of Male Survivors of Intimate Partner Violence. J Fam Violence. https://doi.org/10.1007/s10896-025-00847-8
36. Graves BS, Hall ME, Dias-Karch C, et al. Gender differences in perceived stress and coping among college students. PLOS ONE. 2021 g;16(8):e0255634.
37. Karakurt G, Koç E, Katta P, et al. Treatments for Female Victims of Intimate Partner Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. Front Psychol [Internet]. 2022 Feb 4 [cited 2025 Jan 30];13. Available from: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.793021/full
38. Ogbe E, Harmon S, Bergh RV den, et al. A systematic review of intimate partner violence interventions focused on improving social support and/ mental health outcomes of survivors. PLOS ONE. 2020 ju;15(6):e0235177.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2025.11.862

Domestic violence in Iceland: Gender differences, associations with post-traumatic stress disorder, depression, anxiety, stress, happiness and social support

Rannveig Sigurvinsdóttir[1]
Erla Katrín Jónsdóttir[1]
Karen Birna Þorvaldsdóttir[2]
Bryndís Björk Ásgeirsdóttir[1]

[2]Department of Psychology, Reykjavik University, [2]University of Akureyri

Correspondence: Rannveig Sigurvinsdóttir, *rannveigs@ru.is*

Key words: *Domestic violence, post-traumatic stress disorder, depression, anxiety, stress, happiness, social support, sex differences*

Previous research: has shown that domestic violence is related to more symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, stress and anxiety, and lower happiness, and that social support can be crucial for survivors. However, limited research has been carried out on this topic in Iceland, particularly comparing men and women. The purpose of the current study is to examine the relationship between domestic violence victimization and symptoms of PTSD, depression, anxiety and stress, as well as happiness in a sample of Icelandic men and women, and to examine the role of social support.

Material and methods: A random sample was drawn from the Icelandic National Register and 1766 individuals responded to a survey (mean age 49 years). They were asked questions about lifetime domestic violence victimization, as well as questions about their current symptoms of PTSD, depression, anxiety, stress and happiness, and social support from friends and family. We tested relationships between victimization, symptoms of PTSD, depression, anxiety and stress, happiness and social support, as well as whether they were moderated by gender.

Results: 15% of participants had experienced domestic violence, which was more common among women (20%) than men (10%). Domestic violence survivors had significantly greater symptoms of PTSD, depression, anxiety and stress and lower happiness than non-victimized people, but this effect depended on sex. Women survivors reported significantly greater symptoms of PTSD, depression, anxiety andstress and lower happiness, and poorer social support than other women, and men survivors reported greater symptoms of PTSD, depression and stress, lower happiness and lower family support than other men. It should be noted that all group means were below clinical cutoff scores. Social support was related to lower symptoms of PTSD, depression, anxiety and stress, as well as greater happiness.

Conclusion: A considerable portion of the Icelandic population has experienced domestic violence, which is related to greater symptoms of PTSD, depression, anxiety and stress, and lower happiness. It is important to systematically intervene to boost social support, especially among survivors of domestic violence.

Höfuðáverkar á Íslandi:
Greining á komum á Landspítala vegna höfuðáverka árin 2010-2023

• Rannsókn •

Karl F. Gunnarsson[1,2] lektor

Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir[3,4] prófessor

Marianne E. Klinke[3,4] prófessor

Hjalti Már Björnsson[5,6] dósent

[1]Námsbraut í Sjúkraþjálfun, Háskóli Íslands, [2]Landspítali – öldrunar og endurhæfingarsvið [3]Hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideildar, [4]Landspítali – Kennslu og rannsóknardeild, [5]Læknadeild, Háskóli Íslands, [6]Landspítali – Bráðalækningar

Fyrirspurnum svarar Karl Gunnarsson, *karlfg@hi.is*

Greinin barst 28. maí 2025,
samþykkt til birtingar 23. september 2025

ÁGRIP

Bakgrunnur

Höfuðáverkar eru meðal algengustu ástæðna fyrir komu á bráðamóttöku og geta haft víðtækar afleiðingar fyrir einstaklinga og heilbrigðiskerfi. Markmið rannsóknarinnar var að greina tíðni, orsakir, alvarleika og kynjamun í höfuðáverkum á Landspítala á tímabilinu 2010-2023.

Aðferðarfræði

Afturskyggn rannsókn sem tók til allra koma á bráðamóttöku Landspítala vegna höfuðáverka á tímabilinu 2010-2023. Gögnum var safnað úr heilbrigðisgagnagrunni Landspítala, byggt á ICD-10 og NOMESCO skráningum. Áverkaskor (ISS/AIS) voru reiknuð fyrir allar greiningar. Gerð var lýsandi tölfræði, Poisson aðhvarfsgreining, Kí-kvaðrat próf og Kruskal-Wallis próf með eftirágreiningum.

Niðurstöður

Alls voru 81.111 komur vegna höfuðáverka, á tímabilinu 2010-2023, að meðaltali 5794 árlega. Komum á bráðamóttöku Landspítala vegna höfuðáverka fækkaði á tímabilinu úr 19,4 að meðaltali á dag niður í 13. Nýgengi lækkaði marktækt yfir tímabilið (5,6% árlega á landsvísu), en hlutfall innlagna hækkaði úr þremur í fimm prósent. Algengustu greiningar voru mjúkpartaáverkar og heilahristingur. Vægum og miðlungs alvarlegum áverkum fækkaði en alvarlegum áverkum fjölgaði yfir rannsóknartímabilið. Karlar voru oftar með væga og alvarlega áverka, en konur oftar með miðlungs alvarlega áverka. Flestir áverkar meðal barna reyndust vægir. Dánartíðni breyttist ekki. Flest áverkatilvik voru vegna slysa og óhappa, ofbeldi var tíðara meðal 15-29 ára.

Ályktun

Þrátt fyrir fækkun tilfella með höfuðáverka á undanförnum árum eru höfuðáverkar enn verulegt lýðheilsuvandamál. Mikilvægt er að efla skráningu og öflun faraldsfræðilegra gagna sem nýtast við stefnumótun, sérstaklega fyrir viðkvæma aldurshópa. Vaxandi þörf er á samþættri þjónustu fyrir bæði aldraða og ungt fólk í áhættuhópum.

Inngangur

Höfuðáverkar eru meðal algengustu ástæðna fyrir komu á bráðamóttöku á heimsvísu.[1] Um 6% allra bráðamóttökukoma á Landspítala á fyrsta áratug þessarar aldar mátti rekja til höfuðáverka[2] sem er sambærilegt við tölur erlendis frá.[3] Áætlað er að um 2,1 milljón einstaklinga verði fyrir höfuðáverkum árlega í Evrópu sem leiði til um 57,000 dauðsfalla.[4] Heildarkostnaður vegna höfuðáverka er metinn á um 400 milljarða Bandaríkjadala á ári, eða um 0,5% af heimsframleiðslu, einkum vegna tapaðrar framleiðni og mikilla heilbrigðisútgjalda.[5,6]

Nýgengi höfuðáverka á Íslandi dróst saman á árunum 1970-2013 samkvæmt fyrri rannsóknum hérlendis.[2,7] Rannsókn Eyrúnar Gísladóttur og fleiri[2] á um 35.000 komum á bráðamóttöku Landspítala á árunum 2000-2005 og 2008-2009, sýndi 3.818 höfuðáverka á hverja 100.000 íbúa í Reykjavík. Flestir áverkarnir voru mjúkvefjaskemmdir (65%), næst algengastir augnáverkar (15%) og svo höfuðkúpu- eða taugaskaði (14%). Helstu orsakir voru föll og önnur slys, einkum meðal barna

og aldraðra. Þó gæti heildartalan verið vanmetin þar sem vægir áverkar sem ekki leiddu til komu á Landspítala birtust ekki í gögnunum. Í annarri rannsókn,[7] sem náði yfir 15 ára tímabil, reyndist innlögnum á gjörgæslu vegna höfuðáverka fækka úr 14 í 12 á hverja 100.000 íbúa. Á sama tímabili fækkaði umferðarslysum en fallslys urðu algengari, sérstaklega meðal eldri sjúklinga sem reyndust hafa verri horfur þrátt fyrir lægra alvarleikastig. Um 42% höfðu alvarlegan heilaáverka og dánartíðni þeirra var 18%. Glasgow Coma Scale (GCS) reyndist óáreiðanlegt forspárgildi í þessum sjúklingahópi samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar.

Höfuðáverkar spanna breitt svið, frá vægum mjúkvefjaáverkum til alvarlegra heilaskaða.[2] Um 80-90% höfuðáverka teljast vægir, en í 20-50% tilfella þeirra sem hljóta heilaskaða leiðir það til skertra lífsgæða.[8-10] Afleiðingarnar ná yfir bæði líkamlega og sálfélagslega færni, meðal annars aukna áhættu á geðröskunum, heilabilun og öðrum taugahrörnunarsjúkdómum,[6] auk fjölþættra félagslegra og fjárhagslegra áskorana.[11-14] Skortur er hins vegar á heildstæðum rannsóknum sem fanga alla flóru höfuðáverka, sem dregur úr getu fagfólks til að bæta greiningu, meðferð og forvarnir.[3,15] Þetta á við um Ísland líkt og önnur lönd, þar sem nákvæm og reglubundin skráning lýðheilsugagna er grundvöllur markvissrar skipulagningar heilbrigðisþjónustu og forvarna.[15,16]

Rannsókn okkar miðaði að því að gera ítarlega úttekt á öllum komum á bráðamóttöku Landspítala vegna höfuðáverka, með sérstakri áherslu á orsakir, umfang og afleiðingar áverkanna. Slíkar upplýsingar eru lykill að markvissari íhlutunum, bættri þjónustu og skýrari forvarnastefnu, auk þess sem þær geta reynst nytsamlegur leiðarvísir fyrir framtíðarskipulag í íslenska heilbrigðiskerfinu.

Efniviður og aðferðir

Úrtak

Rannsóknin náði til allra einstaklinga sem komu á bráðamóttökur Landspítala (Hringbraut og Fossvogi) árin 2010–2023. Lýðfræðilegum upplýsingum var safnað um aldur, kyn, ICD-10 greiningar, orsakir, lengd komu, innlagnir, búsetu og afdrif. Rannsóknin var framkvæmd með leyfum frá Vísindarannsóknanefnd og Siðanefnd Landspítala (7/2022) og Persónuvernd (7/2022).

Aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og byggði á aðferð Eyrúnar Gísladóttur og félaga (2014). Úr rafrænni sjúkraskrá í gegnum Vöruhús gagna á Landspítala voru fundnar allar komur sjúklinga með skráða höfuðáverka samkvæmt ICD-10 greiningunum: mjúkpartaáverka (S00, S01, S08, T00, T01, T20, T33, S09.0, S09.1, S09.2, S09.8, S09.9, T28), augnáverka (T15, S05, T26), höfuðbeinaáverka (S02, S03, T02, T03), innankúpu- og heilataugaáverka (S04, S06, S07) og fjöláverka með áverka á höfði (T07, S09.7). Sjá má flokka og greiningarkóða í fylgiskjali ásamt öllum breytum rannsóknarinnar. Ólíkt rannsókn Eyrúnar Gísladóttur og félaga var í þessari rannsókn ekki stuðst við eina aðalgreiningu ICD-10 heldur voru allar ICD-10 greiningar hverrar komu notaðar við skilgreiningu úrtaks og úrvinnslu ganga. Með þessu var reynt að gefa breiðari mynd af tíðni allra skráðra höfuðáverka á rannsóknartímabilinu og tengdum lýðheilsuupplýsingum. Áverkaskor, (Injury Severity Score, ISS)[17] og áverkastig (Abbreviated Injury Scale AIS),[18] voru fengin úr vöruhúsi gagna. Heildaráverkaskor voru sjálfvirkt skráð í tölvukerfi Landspítala,[19] sem veitir yfirlit yfir alvarleika áverka hjá öllum þátttakendum. Niðurstöður Glasgow Coma Scale (GCS) voru ekki tiltæk úr vöruhúsi gagna.

Á rannsóknartímabilinu fór sjálfvirkri skráningu heildaráverkaskora fækkandi frá og með 2018. Höfundar endurreiknuðu því áverkaskor fyrir allar áverkatengdar ICD-10 greiningar samkvæmt verkferli Landspítala[19] til að tryggja samræmi og áreiðanleika. Tvær breytingar voru þó gerðar frá verkferli: 1) í stað þess að fá summu þriggja hæstu áverkaskora, þriggja mismunandi líkamssvæða, var einungis notast við heildarsummu allra höfuðáverkatengdra ICD-10 greininga nefndar hér fyrir ofan. 2) Þrír áverkaflokkar voru notaðir í stað 6 við greiningu til einföldunar við greiningu, lítill (0-3 stig), miðlungs (4-8 stig) og alvarlegur (9 og yfir). Flokkarnir mikill, alvarlegur og lífshættulegur voru sameinaðir.

Að lokum voru orsakir höfuðáverka, samkvæmt Norræna orsakaskráningarkerfinu um orsakir slysa, óhappa og ofbeldis (Nordic Medico-Statistical Committee, NOMESCO), skoðaðar yfir rannsóknartímabilið.

Úrvinnsla

Upplýsingar um íbúafjölda voru fegnar frá Hagstofu Íslands til viðmiðunar við greiningu á nýgengi höfuðáverka eftir árum rannsóknartímabilsins, kyni og aldurshópum. Lýsandi greining (*descriptive analysis*) var gerð á öllum breytum úr fylgiskjali til að fá yfirsýn yfir dreifingu og einkenni höfuðáverka. Nýgengi var skoðað út frá tveimur sjónarmiðum: Annarsvegar var nýgengi í Reykjavík greint til að auðvelda samanburð við niðurstöður rannsóknar Eyrúnar Gísladóttur og félaga. Hins vegar miðað við heildaríbúafjölda á landinu öllu. Við nýgengisgreiningar var notuð Poisson aðhvarfsgreining þar sem breyting á fólksfjölda milli ára var notuð sem hliðrun (*offset*).[7] Samanburður heildaráverkaskors á milli ára, kynja og aldurshópa var fenginn með Kruskal-Wallis greiningu, ásamt Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) prófunum. Til að meta breytingar í tíðni áverkaflokka yfir rannsóknartímabilið (ár × áverkaflokkur) var notað kí-kvaðrat-próf og í kjölfarið framkvæmd eftirágreining á staðlaðri leif (*standardized residual)* fyrir hvern reit (sjá Töflu V). Við túlkun voru notuð viðmið $|z|>2$ ($p<0,05$) og $|z|>3$ ($p<0,01$). Marktækni var skilgreind við alpha 0,05 í öllum öðrum tölfræðigreiningum rannsóknarinnar. Marktæknileiðréttingar voru framkvæmdar á bæði stikalausum og stikabundnum tölfræðiprófum þegar um margflokka samanburð var að ræða.

Niðurstöður

Fjöldi og nýgengi

Fjöldi íbúa á Íslandi jókst á rannsóknartímabilinu, úr 317.630 (2010) í 387.758 (2023). Fjöldi koma á bráðamóttöku Landspítala yfir sama tímabil voru 1.351.151. Í töflu I má sjá að á rannsóknartímabilinu 2010-2023 voru alls 81.111 komur á bráða-

Tafla I. Allar komur á bráðamóttökur Landspítala vegna höfuðáverka árin 2010-2023

Ár	Komur alls	% koma á LSH	Per 100 þúsund	n	Mjúkparta-áverkar	Augn-áverkar	Höfuðbeina-áverkar	Innankúpu- og heilataugaáverkar	Fjöláverkar á höfði	1+ flokkur
2010	7079	7,7	2229	6549	5288	857	522	996	4	558
2011	6647	6,9	2087	6157	4790	772	500	1097	13	508
2012	6872	6,9	2150	6293	5090	764	504	1098	4	557
2013	6306	6,5	1959	5782	4700	695	418	921	14	417
2014	6271	6,4	1926	5751	4656	690	467	978	13	503
2015	6233	6,2	1894	5693	4476	734	461	1075	16	510
2016	6368	6,1	1915	5834	4541	772	489	1096	18	526
2017	6145	5,8	1816	5674	4436	716	432	1047	23	480
2018	5683	5,5	1631	5250	3986	643	475	1039	13	448
2019	4874	5,2	1365	4554	3405	582	342	871	7	317
2020	4132	5,1	1135	3859	2897	565	318	660	9	304
2021	4992	5,4	1354	4651	3525	535	441	885	14	395
2022	4782	5,2	1271	4475	3463	476	408	827	22	389
2023	4727	5,0	1219	4399	3361	508	407	801	19	349
Alls	**81.111**	**6,0**		**60.030**	**58.614**	**9309**	**6184**	**13.391**	**189**	**6261**
Allar komur Reykvíkinga á bráðamóttökur Landspítala vegna höfuðáverka										
2010	3896	4,3	3317	3568	2924	475	268	522	2	283
2011	3630	3,8	3076	3323	2678	389	257	586	6	276
2012	3811	3,9	3230	3477	2909	386	255	581	2	307
2013	3541	3,6	2978	3216	2690	365	238	483	6	224
2014	3310	3,4	2751	3036	2527	328	232	485	8	255
2015	3348	3,3	2769	3010	2487	382	234	508	8	262
2016	3339	3,2	2748	3028	2466	368	239	524	10	260
2017	3164	3,0	2589	2887	2362	340	219	485	13	243
2018	2807	2,7	2248	2585	2021	299	229	465	7	208
2019	2396	2,5	1881	2226	1735	266	145	398	3	143
2020	2089	2,6	1610	1941	1510	260	158	324	7	160
2021	2558	2,8	1934	2353	1861	246	230	407	5	187
2022	2449	2,7	1819	2282	1816	232	196	392	10	184
2023	2321	2,5	1673	2162	1657	250	205	367	10	160
Alls	**42.659**	**3,2**		**31.092**	**31643**	**4586**	**3105**	**6527**	**97**	**3152**

Skýring: Tafla I sýnir nýgengi (per 100.000 íbúa) fyrir landið allt og til samanburðar fyrir Reykjavík á rannsóknartímabilinu. 1+ flokkur eru gögn þar sem sjúklingur var með áverkaskráningu í fleiri en einum af yfirflokkunum í töflunni. % koma á LSH er hlutfall koma á bráðamóttöku af öllum komum á bráðaþjónustueiningar Landspítala. n er fjöldi einstaklinga.

móttöku vegna höfuðáverka, árlega voru komur að meðaltali 5794±924 (meðaltal ± staðalfrávik). Komum og innlögnum fækkaði lítillega eða stóðu í stað hjá öllum aldurshópum nema hjá einstaklingum 70 ára og eldri en sú aukning var ekki tölfræðilega marktæk. Komur á bráðamóttöku vegna höfuðáverka voru að meðaltali 6,0±0,8% allra koma á bráðamóttöku Landspítala. Sjá má í töflu I að nýgengi lækkar á rannsóknartímabilinu fyrir allt landið og Reykjavík. Þegar allar komur á bráðamóttöku voru skoðaðar mátti sjá marktæka lækkun, úr 19,4 komum á dag að meðaltali árið 2010 niður í 13,0 að meðaltali dag hvern árið 2023 (β=-0,058, SE=0,004, p<0,001). Veldisstuðullinn sem sýnir hlutfall nýgengis var 0,944. Það gefur til kynna að fyrir hvert ár lækkaði nýgengi um stuðulinn 0,944 eða um 5,6% á rannsóknartímabilinu. Í Reykjavík varð einnig tölfræðilega marktæk fækkun á komum á bráðamóttöku (β=-0,048, SE=0,002, p<0,001). Veldisstuðullinn var 0,953 og því lækkaði nýgengi um 4,7% á rannsóknartímabilinu. Sama greining var gerð fyrir innlagnir.

Bráðainnlagnir koma fram á töflu II og má sjá að á rannsóknartímabilinu voru 3947 innlagnir en árlega voru innlagnir að meðaltali 282±32. Marktæk fækkun um rúm 2% (IRR=0,979, β=-0,021, SE=0,003, p<0,001) var á innlögnum sjúklinga af landinu öllu á tímabilinu. Sömu þróun mátti sjá á innlögnum Reykvíkinga, en þar varð marktæk fækkun (β=-0,024, SE=0,003, p<0,001) um 2% (IRR=0,976) á rannsóknartímabilinu. Aftur á móti má sjá í töflu II að hlutfall innlagna, út frá komum vegna

Tafla II. Allar innlagnir á Landspítala vegna höfuðáverka, árin 2010-2023

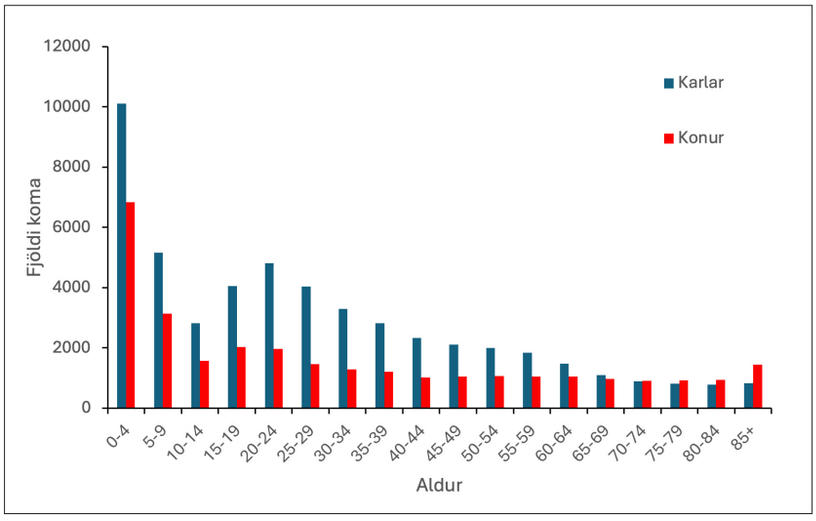
Ár	Innlagnir	% koma á BMT	Per 100 þúsund	n	Mjúkparta-áverkar	Augn-áverkar	Höfuðbeina-áverkar	Innankúpu- og heilataugaáverkar	Fjöláverkar á höfði	1+ flokkur
2010	257	3,6	81	253	142	6	74	109	2	64
2011	301	4,5	95	293	156	13	73	127	3	62
2012	315	4,6	99	312	175	12	83	133	3	76
2013	261	4,1	81	258	135	10	58	118	5	59
2014	274	4,4	84	266	146	4	64	117	6	53
2015	305	4,9	93	303	170	4	69	108	4	49
2016	332	5,2	100	323	208	7	58	121	3	56
2017	320	5,2	95	316	184	8	68	134	3	66
2018	316	5,6	91	311	173	7	73	128	2	58
2019	258	5,3	72	256	141	2	60	99	1	40
2020	238	5,8	65	235	153	5	46	72	1	35
2021	236	4,7	64	233	132	4	58	92	1	48
2022	270	5,6	72	262	161	6	70	105	3	66
2023	264	5,6	68	262	155	5	56	95	4	43
Alls	**3947**	**4,87**		**3755**	**2231**	**93**	**910**	**1558**	**41**	**775**
Allar innlagnir Reykvíkinga á Landspítala vegna höfuðáverka										
2010	121	3,1	103	119	70	2	32	47	1	26
2011	152	4,2	129	147	86	10	28	60	1	27
2012	154	4,0	131	152	93	7	34	59	1	33
2013	141	4,0	119	141	73	8	30	65	1	32
2014	142	4,3	118	137	90	3	21	54	3	24
2015	160	4,8	132	158	96	2	30	52	2	21
2016	165	4,9	136	160	107	3	29	52	1	24
2017	160	5,1	131	158	99	3	35	56	2	30
2018	139	5,0	111	138	77	2	27	53	1	20
2019	125	5,2	98	125	68	1	21	52	1	16
2020	123	5,9	95	122	88	2	22	36	1	22
2021	114	4,5	86	113	74	3	27	29	0	18
2022	143	5,8	106	137	94	4	35	50	1	36
2023	117	5,0	84	117	74	2	17	39	1	14
Alls	**1956**	**4,6**		**1838**	**1189**	**52**	**388**	**704**	**17**	**343**

Skýring: Tafla II sýnir nýgengi (per 100.000 íbúa) innlagna fyrir landið allt og til samanburðar fyrir Reykjavík á rannsóknartímabilinu. 1+ flokkur eru gögn þar sem sjúklingur var með áverka skráningu í fleiri en einum af yfirflokkunum í töflunni. % af komum er hlutfall innlagna af öllum komum á bráðamóttöku vegna höfuðáverka úr töflu I. n er fjöldi einstaklinga.

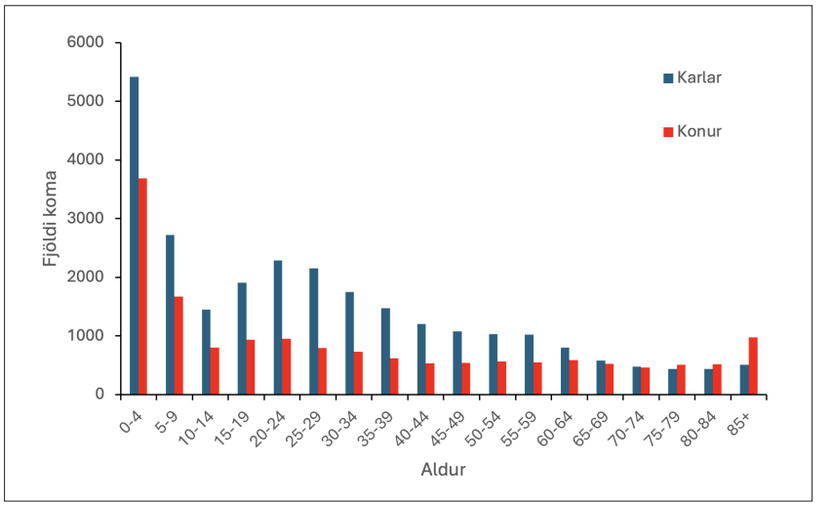
höfuðáverka á bráðamóttöku, jókst úr rúmum 3% (2010) í um 5% (2023) á rannsóknartímabilinu. Þessi aukning var ekki tölfræðilega marktæk.

Á mynd 1 (landið allt) og mynd 2 (Reykjavík) má sjá komur á bráðamóttöku eftir aldri og kyni. Flestar komur voru meðal barna fimm ára og yngri og svo einstaklinga 18 til 24 ára. Einnig komu karlar oftar en konur á bráðamóttöku á tímabilinu.

Tafla III sýnir orsakaskráningu höfuðáverka meðal einstaklinga sem leituðu á bráðamóttöku Landspítalans. Gögnin eru flokkuð eftir aldurshópum og staðsetningu (allar komur á landsvísu og í Reykjavík), byggt á NOMESCO. Val á aldursflokkum var byggt á rannsókn Eyrúnar Gísladóttur og félaga. Höfuðáverkar vegna slysa og annarra óhappa voru algengasta orsökin í öllum aldurshópum, bæði á landsvísu (86,3%) og í Reykjavík (85,4%). Í aldurshópnum 0-9 ára var þetta hlutfall sérstaklega hátt, eða 98,8% á landsvísu og 98,6% í Reykjavík. Hjá einstaklingum 75 ára og eldri var sambærilegt hlutfall, eða 94,1% á landsvísu og 94,1% í Reykjavík. Í aldurshópnum 15-29 ára var hlutfall áverka sem rekja má til slagsmála eða ofbeldis hærra miðað við aðra aldurshópa, með 24,1% á landsvísu og 26,3% í Reykjavík. Orsakir tengdar sjúkdómum eða ástandi án beins samhengis við meinsemd af ytri orsök komu einnig fram, með hæstu hlutföllum hjá elsta aldurshópnum (5,1% á landsvísu og 5,2% í Reykjavík). Önnur orsök áverka, eins og sjálfsskaði og sjálfsvígstilraunir, voru sjaldgæf. Þessi tilfelli voru aðallega til staðar í aldurshópnum 15-29 ára (0,3% á landsvísu og 0,3% í Reykjavík). Áverkar tengdir lögmætri



Mynd 1. *Komur á Landspítala eftir aldri, frá öllum landshlutum.*



Mynd 2. *Komur Reykvíkinga eftir aldri á Landspítala.*

íhlutun, vímuefnum eða kynferðislegu ofbeldi voru mjög fátíðir í öllum aldurshópum.

Flokkun höfuðáverka

Á rannsóknartímabilinu var greiningin mjúkpartaáverkar algengust á bráðamóttökunni og hjá innlögðum einstaklingum. Þar á eftir komu innankúpu- og heilataugaáverkar og höfuðbeinaáverkar, bæði á bráðamóttöku og hjá innlögðum einstaklingum. Hjá þeim einstaklingum sem lögðust inn voru greiningar á mjúkpartaáverkum einnig algengastar og svo innankúpu- og heilataugaáverkar, svo höfuðbeinaáverkar (sjá töflur I og II). Algengasti innankúpuáverkinn var heilahristingur, með 11.947 tilfelli á landsvísu, þar af 5.850 í Reykjavík. Af þessum tilfellum leiddu 672 til innlagnar á landsvísu og 298 í Reykjavík (sjá nánar í töflu IV).

Áverkaskor var greint á þrjá vegu: milli aldurshópa, milli ára og milli kynja. Niðurstöður Kruskal-Wallis prófsins sýndu tölfræðilega marktækan mun á áverkaskorum milli aldurshópa (χ^2=142, df=5, p< 0,001, ε^2=0,0175), þar sem DSCF-samanburðarpróf sýndi að börn á aldrinum 0-9 ára höfðu lægra áverkaskor samanborið við alla aðra aldurshópa. Stigvaxandi munur sást milli unglinga (10-14 ára) og fullorðinna aldurshópa, með hæstu áverkaskorin hjá 30-50 ára og 51-74 ára, en munurinn milli elsta aldurshópsins (75+ ára) og 51-74 ára reyndist ekki tölfræðilega marktækur. Kí-kvaðrats prófun benti til marktækra breytinga á alvarleika áverka yfir rannsóknartímabilið (χ^2(26, N=81,111) =194, p<0,001, Cramers V=0,03). Vægir áverkar voru tíðari á fyrri hluta rannsóknartímabilsins, en færri á síðari hlutanum. Alvarlegir áverkar voru hins vegar færri á fyrstu árum en tíðari á seinni hluta rannsóknartímabilsins. Miðlungs alvarlegir áverkar voru færri á fyrstu árum rannsóknartímabilsins (2010-2013), jukust um mitt rannsóknartímabilið en fækkaði svo aftur við lok tímabilsins (sjá töflu V). Marktækt samband var milli kyns og alvarleika áverkans (χ^2(2)=607, p<0,001) hjá sjúklingum sem voru ekki lagðir inn í kjölfar komu á bráðamóttöku. Karlar voru marktækt fleiri með væga áverka, en konur voru marktækt fleiri með miðlungs áverka. Enginn marktækur kynjamunur sást í flokki alvarlegra áverka. Að lokum var marktækt samband milli kyns og miðlungs áverka á meðal innlagðra sjúklinga (χ^2(2)=40,9, p<0,001). Karlar voru marktækt fleiri í flokkunum vægir og miklir áverkar, en konur voru marktækt fleiri með miðlungs áverka.

Afdrif einstaklinga voru skilgreind sem andlát innan 90 daga eftir komu á bráðamóttöku með skráða ICD-10 greiningu

Tafla III. Orsakir áverka á höfði samkvæmt Norræna orsakaskráningarkerfinu um orsakir slysa, óhappa og ofbeldis, hlutfall af hundraði.

Allar komur							
	0-9 ára, n=22.403 (%)	**10-14 ára, n=3900 (%)**	**15-29 ára, n=17.242 (%)**	**30-50 ára, n=14.657 (%)**	**51-74 ára, n=10.550 (%)**	**75+ ára, n=5120 (%)**	**Heild, n=73.848 (%)**
Slys og önnur óhöpp	98,77	91,85	71,87	78,44	88,66	94,11	86,33
Slagsmál/ofbeldi	0,22	6,15	24,14	16,11	5,46	0,21	10,01
Sjúkdómur og ástand án beins samhengis við meinsemd af ytri orsök	0,86	1,51	2,64	3,94	4,82	5,07	2,78
Ástæður samskipta ekki nánar tilgreindar	0,13	0,36	0,96	0,98	0,83	0,47	0,63
Sjálfsskaði og sjálfsvígstilraun	-	0,08	0,25	0,32	0,11	0,02	0,14
Lögmæt íhlutun og hernaðaraðgerðir	-	-	0,06	0,10	0,01	-	0,04
Víma af efnum	-	0,03	0,05	0,05	0,03	-	0,03
Ástæður samskipta, aðrar tilgreindar	0,01	0,03	0,02	0,02	0,03	0,04	0,02
Ekki skráð	-	-	0,01	0,03	0,05	0,08	0,02
Kynferðisleg árás	-	-	0,01	0,01	-	-	-
Reykjavík							
	0-9 ára, n=12.073 (%)	**10-14 ára, n=2010 (%)**	**15-29 ára, n=8475 (%)**	**30-50 ára, n=7686 (%)**	**51-74 ára, n=5637 (%)**	**75+ ára, n=3068 (%)**	**Heild, n=38.947 (%)**
Slys og önnur óhöpp	98,57	89,95	69,64	76,43	86,87	94,05	85,41
Slagsmál/ofbeldi	0,30	7,61	26,31	17,82	6,67	0,16	10,70
Sjúkdómur og ástand án beins samhengis við meinsemd af ytri orsök	0,97	1,89	2,67	3,97	5,25	5,24	2,94
Ástæður samskipta ekki nánar tilgreindar	0,13	0,40	0,92	1,04	0,94	0,46	0,65
Sjálfsskaði og sjálfsvígstilraun	-	0,10	0,31	0,52	0,12	0,03	0,19
Lögmæt íhlutun og hernaðaraðgerðir	-	-	0,06	0,09	0,02	-	0,03
Víma af efnum	-	0,05	0,02	0,08	0,05	-	0,03
Ástæður samskipta, aðrar tilgreindar	0,02	-	0,04	0,03	0,02	-	0,02
Ekki skráð	-	-	0,01	0,03	0,05	0,07	0,02

Tafla IV. Fjöldi innankúpu- og heilataugaáverka eftir komum og innlögnum

	Allar komur (n)			**Reykjavík (n)**		
	Fjöldi	**Innlagnir**	**hlutfall af fjölda (%)**	**Fjöldi**	**Innlagnir**	**hlutfall af fjölda (%)**
Heilahristingur	11.947	672	6	5850	298	5
Áverkainnanbastsblæðing	663	451	68	311	212	68
Áverkainnanskúmsblæðing	328	240	73	151	112	74
Staðbundinn heilaáverki	149	86	58	69	39	57
Innankúpuáverki, ótilgreindur	147	93	63	71	43	61
Utanbastsblæðing	101	83	82	46	37	80
Dreifður heilaáverki	86	58	67	34	23	68
Aðrir innankúpuáverkar	68	48	71	29	22	76
Áverki á heilataugum	22	3	14	9	1	11
Áverkahjarnabjúgur	11	6	55	3	1	33

Skýring: Tafla IV sýnir fjölda tilfella af innankúpu- og heilataugaáverkum meðal einstaklinga sem leituðu á bráðamóttöku Landspítalans, auk fjölda innlagna með skráða áverka af þeirri tegund.

Tafla V. Fjöldi koma á bráðamóttöku, skipt eftir áverkaflokkum og niðurstöður eftiráprófs (staðlaðar leifar) sem sýna breytingu í tíðni áverkaflokka höfuðáverka yfir rannsóknartímabilið.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Fjöldi koma á bráðamóttöku														
Vægir	5870	5325	5505	5189	5067	4937	5027	4844	4398	3824	3300	3904	3750	3743
Miðlungs	1092	1231	1222	1011	1068	1187	1200	1144	1131	918	716	947	889	842
Miklir	117	91	145	106	136	109	141	157	154	132	116	141	143	142
Staðlaðar leifar														
Vægir	6,96	0,773	0,779	5,23	2,163	-1,1	-1,664	-1,86	-4,59	-2,31	0,194	-2,8	-2,35	-0,99
Miðlungs	-5,9	1,156	-0,49	-4,23	-2,075	2,24	1,832	1,31	3,87	1,57	-1,150	1,85	1,1	-0,34
Miklir	-3,58	-5,083	-0,85	-3,2	-0,49	-2,81	-0,24	1,64	2,39	2,19	2,449	2,79	3,52	3,568

Skýring: Stöðluð leif er z-gildi sem sýnir hversu mikið fjöldinn sem raunverulega mælist víkur frá fjölda sem búast mætti við (miðað við núlltilgátuna um óháð samband). Gróf viðmið: >2 marktæk frávik (p<0,05), >3 marktæk frávik (p<0,01). Jákvæð leif þýðir fleiri tilfelli en búist var við. Neikvæð leif þýðir færri tilfelli en búist var við.

með höfuðáverka samkvæmt sjúkraskrá. Samkvæmt þessari skilgreiningu létust 83 innan 90 daga eftir komu á bráðamóttöku, af þeim létust 58, sjö dögum eða skemur frá komu á bráðamóttöku. Á rannsóknartímabilinu voru andlát, 90 dögum eða skemur frá komu á Landspítala, álíka mörg á milli ára.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að á tímabilinu 2010-2023 voru 81.111 komur á bráðamóttöku Landspítala vegna höfuðáverka. Að meðaltali komu 5.794 á ári eða tæplega 16 einstaklingar dag hvern. Marktæk lækkun varð á nýgengi höfuðáverka bæði á landsvísu og í Reykjavík. Einnig voru innlagnir vegna höfuðáverka marktækt færri, þrátt fyrir að hlutfall innlagna af komum hafi hækkað lítillega. Algengustu höfuðáverkarnir voru mjúkpartaáverkar, innankúpu- og heilataugaáverkar, og höfuðbeinaáverkar. Heilahristingur var algengasti innankúpuáverkinn, en blæðingar innan höfuðkúpunnar voru næstalgengastar með háa innlagnartíðni. Athygli vekur að fjölmargir voru með skráningu í fleiri en einum flokki höfuðáverka.

Niðurstöður sýna hlutfallslega aukningu á innlögnum miðað við komur á bráðamóttöku vegna höfuðáverka, sem gæti tengst öldrun þjóðarinnar og aukinni tíðni fallslysa aldraðra í samræmi við fyrri íslenska rannsókn.[20] Slíkt mátti einnig sjá þegar meðalaldur þeirra sem lögðust inn var skoðaður yfir rannsóknartímabilið. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að fallslys úr lágri hæð eru vaxandi orsök höfuðáverka meðal eldra fólks.[5] Sú þróun kallar á markvissari íhlutanir í forvörnum og viðeigandi úrræði fyrir þennan viðkvæma hóp. Aukinheldur komu áhugaverðar niðurstöður fram varðandi áverkaskor sem sýndu marktækan mun bæði milli ára, aldurshópa og kynja. Fækkun varð á komum þeirra sem voru með væga og miðlungs alvarlega áverka samkvæmt áverkaskori Landspítala. Á sama tíma fjölgaði á áverkum sem flokkast sem miklir, þar sem komum einstaklinga með slíka áverka fjölgaði á síðari hluta rannsóknartímabilsins. Þetta er varhugaverð þróun sem innlendir rannsakendur hafa bent á áður.[7] Aftur á móti er mikilvægt að taka fram að þó þessar niðurstöður hafi verið tölfræðilega marktækar var áhrifastærð lítil og mikilvægt að meta niðurstöðunnar með þær upplýsingar í huga.

Niðurstöður þessarar rannsóknar styðja fyrri rannsóknir sem hafa sýnt að börn á aldrinum 0-9 ára sé fjölmennur í heimsóknum á bráðamóttöku og að áverkar þeirra að jafnaði vægari en þeirra sem eldri eru.[21] Stigvaxandi aukning á alvarleika áverka með hækkandi aldri, með marktækt hærri áverkaskor hjá miðaldra og eldri aldurshópum, er einnig í samræmi við niðurstöður fyrri rannsókna sem sýna að aldraðir eru viðkvæmari fyrir áverkum.[7,20] Aftur á móti er þörf á frekari og dýpri rannsóknum á breytingum í alvarleika áverka. Þessar niðurstöður benda þó á nauðsyn þess að vinna að markvissum og aldurstengdum forvarnaraðgerðum.

Kynjamunur í alvarleika höfuðáverka reyndist marktækur. Þegar komur án innlagnar voru skoðaðar voru karlar oftar með væga áverka, en konur með hærra hlutfall miðlungsalvarlega áverka. Meðal innlagðra sjúklinga var aukinn fjöldi karla bæði í flokki vægra og alvarlegra áverka, konur voru marktækt fleiri með miðlungsáverka. Fyrri rannsókn á áverkum eldra fólks sýndi að karlar hlutu frekar áverka utanhúss en konur innan heimilis,[20] sem gæti sýnt að aðstæður við áverkann gætu verið samtvinnaðar alvarleika áverka. Kynjamunur gæti verið mismikill eftir alvarleika áverka, sem kallar á frekari rannsóknir á undirliggjandi orsökum og aðstæðum. Mögulega getur þessi munur einnig tengst ólíku leitarmynstri til heilbrigðisþjónustu milli kynja eða raunverulegum mun á eðli áverka.

Almennt séð gæti lægra nýgengi höfuðáverka endurspeglað árangur í forvarnastarfi og aukna samfélagslega vitund, til dæmis aukna notkun hjálma og öryggisbúnaðar í umferðinni, auk bættrar löggjafar og fræðsluherferða sem beinast að áhættuhópum. Hins vegar er vert að skoða hvort þessi fækkun geti einnig skýrst að hluta af breytingum á aðgengi að heilbrigðisþjónustu eða skráningarvenjum. Til dæmis einkenndist árið 2020 af miklum takmörkunum vegna COVID-19 faraldursins, sem líklega hafði áhrif á komur á bráðamóttöku vegna höfuðáverka. Aukinheldur varð umtalsverð breyting á starfsemi Landspítala á rannsóknartímabilinu. Fjöldi legurýma á Landspítala og hjúkrunarrýma á höfuðborgarsvæðinu hefur engan veginn haldið í við mannfjöldaþróun og fjölgun aldr-

aðra. Á sama tíma hefur geta heilsugæslunnar og Læknavaktarinnar til að sinna minni háttar áverkum verið efld, sem gæti skýrt að hluta lækkandi nýgengi á bráðamóttöku.

Að lokum má nefna að karlar voru oftar meðhöndlaðir vegna höfuðáverka en konur, sem er í samræmi við alþjóðlegar rannsóknir sem tengja slíkan mun við áhættumeiri hegðun karla[5]. Enn fremur voru höfuðáverkar vegna slagsmála og ofbeldis tíðari meðal ungra karlmanna, sem er áhyggjuefni og undirstrikar mikilvægi sértækra forvarnaraðgerða. Sérlega athyglisvert er að sjá í töflu III hvernig orsakir höfuðáverka tengjast aldri, þar sem hlutfall ofbeldis er verulega hærra í aldurshópnum 15-29 ára (24-26%) samanborið við yngri og eldri aldurshópa. Þetta bendir til þess að forvörnum gegn ofbeldi mætti beina sérstaklega að þessum aldurshópi.

Takmarkanir rannsóknarinnar.

Rannsóknin nær eingöngu til þeirra einstaklinga sem komu á bráðamóttöku Landspítala vegna höfuðáverka. Þannig má búast við að talsverðum fjölda vægari tilfella hafi verið sinnt á heilsugæslu eða að viðkomandi hafi ekki leitað heilbrigðisþjónustu. Einkum á þetta við um þá einstaklinga sem ekki búa á höfuðborgarsvæðinu. Þar sem eina heila- og taugaskurðdeild Íslands er á Landspítala má þó búast við að flest tilvik alvarlegri höfuðáverka hafi ratað inn í rannsóknina.

Mikilvægt er að nefna að skráning ICD-10 sjúkdómsgreininga er einnig háð takmörkunum. Til dæmis gæti skráning á vægari höfuðáverkum hafa verið mismunandi eftir læknum. Einnig gætu höfuðáverkar hafa verið skráðir jafnvel þótt meginástæða komu hafi verið önnur en höfuðáverki. Enn fremur takmarkar minni sjálfvirk skráning heildaráverkaskora frá og með 2018 samanburð á milli ára. Þótt rannsakendur hafi endurreiknað áverkaskor úrtaksins, þá er það einnig takmörkun að skrá áverkaskor eftir á. Þessi nálgun var ákveðin þar sem skráning á GCS er ófullnægjandi og illa aðgengileg í núverandi sjúkraskrá. Mikilvægt er að útfæra skráningakerfi höfuðáverka með aukinni sjálfvirkni og bættu aðgengi að gögnum svo unnt sé að bera saman alvarleika höfuðáverka á milli ára, en ekki síður að geta á einfaldari hátt greint stöðu höfuðáverka á Íslandi samanborið við nágrannalönd okkar.

Að lokum er mikilvægt að taka fram að ekki er hægt að segja til um hvort andlát í gagnasafni rannsóknarinnar hafi verið að völdum höfuðáverkana þar sem gögn okkar voru ekki tengd við dánarmeinaskrá. Þörf er á frekari rannsóknum um eðli og áhrif höfuðáverka og þá sér í lagi til að greina frekar áverkaferli, tengsl áfengis, vímuefna og lyfjanotkunar við höfuðáverka. Að auki telja höfundar mikilvægt að framkvæma, í framtíðarrannsóknum, nánari greiningar á orsökum höfuðáverka á meðal eldri einstaklinga og hver áhrif höfuðáverka eru á lífsgæði fólks á Íslandi, þvert á aldurshópa.

Samantekt

Höfuðáverkar eru umtalsvert heilbrigðisvandamál á Íslandi. Komur vegna höfuðáverka eru 6% af öllum komum á bráðamóttökur Landspítala. Það er um 16 einstaklingar á dag og eina innlögn annan hvern dag vegna höfuðáverka. Komum vegna höfuðáverka fækkaði á rannsóknartímabilinu um 32,9%, úr að meðaltali 19,4 niður í 13,0 tilfelli á dag. Var sú fækkun öll vegna vægari og miðlungs alvarlegra áverka en lítilsháttar fjölgun varð á alvarlegri áverkum á rannsóknartímabilinu. Mikilvægt er að viðhalda og efla skráningu gagna til að skilja betur umfang, orsakir og afleiðingar höfuðáverka á Íslandi. Jafnframt er mikilvægt að bæta skráningu áverkaskora svo hægt sé að greina breytingar í alvarleika milli ára og bera Ísland saman við önnur lönd. Niðurstöður rannsóknarinnar má nota við þróun klínískra leiðbeininga og forvarnarstarfs, sérstaklega með áherslu á aldurshópa sem eru berskjaldaðir. Mikilvægt er að efla rannsóknir á langtímaáhrifum höfuðáverka á Íslandi, þar sem afleiðingarnar ná langt út fyrir bráðameðferð og geta haft alvarlegar afleiðingar fyrir einstaklinga, fjölskyldur þeirra og samfélagið í heild.

Heimildir

1. Joiner A. Traumatic brain injury. In: Cone DC, Brice JH, Delbridge TR, Myers JB, editors. Emergency medical services: Clinical practice and systems oversight. 3rd ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2021. Chapter 30.
2. Gísladóttir EH, Kárason S, Sigvaldason K, et al. Komur á bráðamóttöku Landspítala vegna áverka á höfði. Læknablaðið. 2014;100(6):331-335.
3. Yates PJ, Williams WH, Harris A, et. al. An epidemiological study of head injuries in a UK population attending an emergency department. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006;77(5):699-701.
4. Brazinova A, Rehorcikova V, Taylor MS, et al. Epidemiology of traumatic brain injury in Europe: a living systematic review. Journal of Neurotrauma. 2021;38(10):1411-1440.
5. Humphreys I, Wood RL, Phillips CJ, et al. The costs of traumatic brain injury: a literature review. Clinicoecon Outcomes Res. 2013;5:281-287.
6. Maas AIR, Menon DK, Manley GT, et al. Traumatic brain injury: Progress and challenges in prevention, clinical care, and research. Lancet Neurol. 2022;21(11):1004-1060.
7. Jonsdottir GM, Lund SH, Snorradottir B, et al. A population-based study on epidemiology of intensive care unit treated traumatic brain injury in Iceland. Acta Anaesthesiol Scand. 2017.
8. Ciurli P, Formisano R, Bivona U, et al. Neuropsychiatric disorders in persons with severe traumatic brain injury: prevalence, phenomenology, and relationship with demographic, clinical, and functional features. J Head Trauma Rehabil. 2011;26(2):116-126.
9. Nelson LD, Temkin NR, Dikmen S, et al. Recovery after mild traumatic brain injury in patients presenting to US level I trauma centers: a Transforming Research and Clinical Knowledge in Traumatic Brain Injury (TRACK-TBI) study. JAMA Neurology. 2019;76(9):1049-1059.
10. Alderman N, Wood RL. Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. NeuroRehabilitation. 2013;32(4):761-770.
11. Silver JM, Kramer R, Greenwald S, et al. The association between head injuries and psychiatric disorders: findings from the New Haven NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. Brain Injury. 2001;15(11):935-945.
12. Corrigan JD, Vuolo M, Bogner J, et al. Do state supports for persons with brain injury affect outcomes in the 5 years following acute rehabilitation? Health Place. 2021 Nov;72:102674.
13. Mamman R, Grewal J, Garrone JN, et al. Biopsychosocial factors of quality of life in individuals with moderate to severe traumatic brain injury: a scoping review. Qual Life Res. 2024 Apr;33:877–901.
14. Maas AIR, Menon DK, Adelson PD, et al. Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. The Lancet Neurology. 2017;16(12):987-1048.
15. Heilbrigðisráðuneytið. Hinn þögli faraldur: Þjónusta við fólk með ákominn heilaskaða. Reykjavík: Heilbrigðisráðuneytið; 2019.
16. Heilbrigðisráðuneytið. Endurhæfing: Tillögur að endurhæfingarstefnu. Reykjavík: Heilbrigðisráðuneytið; 2020. ISBN: 978-9935-477-92-7.
17. Baker, S. P., O'Neill, B., Haddon, W., et al. The Injury Severity Score: A method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. Journal of Trauma. 1974;14(3):187-196
18. Association for the Advancement of Automotive Medicine. (2008). The Abbreviated Injury Scale 2005 - Update 2008. Barrington, IL: AAAM.
19. Mogensen, B. Slysagreiningar, áverkastig og áverkaskor. Reykjavík: Landspítali Háskólasjúkrahús; 2002.
20. Gudnadottir M, Thorsteinsdottir TK, Mogensen B, et al. Accidental injuries among older adults: An incidence study. Int Emerg Nurs. 2018 Sep;40:12–17.
21. Thorsteinsdottir SK, Thorsteinsdottir T, Gunnarsson KF. Paediatric traumatic brain injuries: A descriptive analysis of incidence, visits, cause, and admission rates in Iceland from 2010 to 2021. Int Emerg Nurs. 2025 Mar;79:101572.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2025.11.863

Head injuries in Iceland: Analysis of visits to Landspítali University Hospital for head injuries, 2010–2023

Karl F. Gunnarsson[1,2]
Thordis Katrin Þorsteinsdottir[3,4]
Marianne E. Klinke[3,4]
Hjalti Mar Bjornsson[5,6]

[1]Department of Physical Therapy, University of Iceland, [2]Landspítali - National University Hospital of Iceland, Department of Geriatrics and Rehabilitation, [3]Faculty of Nursing and Midwifery, University of Iceland, [4]Landspítali – National University Hospital of Iceland, Department of Education and Research, [5]Faculty of Medicine, University of Iceland, [6]Landspítali – National University Hospital of Iceland, Department of Emergency Medicine

Correspondence: Karl Gunnarsson, karlfg@hi.is

Key words: *Head Injuries, Emergency Medicine, Epidemiology, Emergency Services, Emergency Nursing*

Background: Head injuries are among the most common reasons for emergency department visits and can have long-term consequences for patients and the healthcare system. The aim was to study the incidence, causes, severity, and sex differences of head injuries at Landspítali during 2010–2023.

Methods: A retrospective study including all presentations of head injury between 2010 and 2023 to the Landspítali emergency department. Data were retrieved from the hospital's health database according to ICD-10 and NOMESCO. Injury scores (ISS/AIS) were calculated for all diagnoses. Descriptive statistics, Poisson regression analysis, chi-square, and Kruskal–Wallis tests with post hoc analyses were performed.

Results: Head injuries accounted for 81,111 presentations, during the period from 2010 until 2023, averaging 5,794 per year. The daily average decreased from 19.4 to 13 cases. Incidence declined significantly (5.6% annually), but the proportion of admissions rose from three to five percent. The most common diagnoses were soft-tissue injuries and concussions. Mild and moderate injuries decreased, and severe injuries increased across the research period. Men more often had mild and severe injuries, whereas women more often had moderate injuries. Most injuries among children were mild. Ninety-day mortality remained stable. Most injury events were due to accidents and mishaps; violence was more frequent among those aged 15–29 years.

Conclusion: Despite the reduction in head injury cases in recent years, head injuries remain a substantial public health problem. Strengthened epidemiological data collection is needed to support policymaking, especially for vulnerable age groups. There is a growing need for integrated services for both older adults and young people in risk groups.

Læknablaðið kallar eftir umfjöllun um sjúkratilfelli

Ritstjórn vill virkja lækna í öllum greinum til að senda blaðinu forvitnileg og lærdómsrík sjúkratilfelli. Sjúkratilfellin fara í gegnum ScholarOne, fá ritrýni, vísindalega viðurkenningu, doi-númer og skráningu á PubMed

Sjúkratilfelli eru fyrst og fremst vettvangur til að kynna fátíða sjúkdóma eða sjaldgæfa birtingarmynd sjúkdóma og meðferð við þeim. Mikilvægt er að tilfellið sé lærdómsríkt og hafi kennslugildi fyrir hinn almenna lækni fremur en þröngan hóp sérfræðinga. Æskilegt er að auðga kynninguna með myndefni, verði því við komið. Sjúkratilfellum er oftast skipt í kafla, a) ágrip, bæði á íslensku og ensku, b) stuttan inngang, c) tilfellið sjálft og d) umræðu. Í lýsingu á tilfellinu þarf að greina frá birtingarmynd og einkennum sjúklingsins, helstu atriðum í sögu og skoðun, niðurstöðum rannsókna og í hverju meðferðin fólst. Einnig er mikilvægt að nefna hvernig sjúklingnum reiddi af. Í umræðukaflanum þarf að útskýra af hverju þetta tiltekna tilfelli var valið til birtingar. Umræðuna þarf að tengja tilfellinu og draga fram sérstöðu þess með vísun í aðrar rannsóknir eða tilfelli. Koma þarf skýrt fram hvað hægt sé að læra af þessu tilfelli. Sjúkratilfelli mega ekki vera lengri en 2500 orð og ágripið skal ekki vera lengra en 100 orð. Hægt er að birta samtals 3 myndir og/eða töflur og vísa í allt að 15 heimildir. Sjúkratilfellum þurfa að fylgja 4-6 lykilorð á ensku.

Handritaviðtökukerfi *Læknablaðsins* í ScholarOne: https://mc.manuscriptcentral.com/laeknabladid

Svæsin graftarmyndandi svitakirtlabólga meðhöndluð með frumusnauðu fiskroði

• Sjúkratilfelli og umfjöllun um sjúkdóminn •

Auður Gunnarsdóttir[1] læknir

Elsa Björk Valsdóttir[2,3] læknir

[1]Landspítali, göngudeild húð- og kynsjúkdóma, [2]Landspítali, kviðarholsskurðdeild, [3]Læknadeild Háskóla Íslands

Fyrirspurnum svarar Auður Gunnarsdóttir, *audurgun@landspitali.is*

Höfundar fengu samþykki sjúklingsins fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

Greinin barst 7. mars 2025,
samþykkt til birtingar 15. september 2025

ÁGRIP

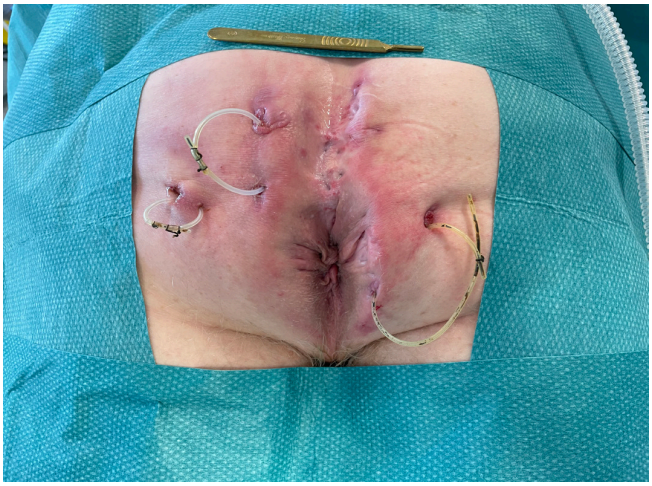
Graftarmyndandi svitakirtlabólga (*hidradenitis suppurativa*) er langvinnur sjúkdómur sem skerðir mjög lífsgæði vegna endurtekinna sýkinga, verkja og illa lyktandi vessa. Nú til dags eru erfiðari tilfelli oftast meðhöndluð með líftæknilyfjum. Þegar grípa þarf til skurðaðgerðar er um að ræða umfangsmikið brottnám á húð og lokun með tilfærðri húð eða flipum. Í þessu tilfelli er fjallað um sjúkling með svæsinn sjúkdóm á báðum rasskinnum sem var fyrir á fullum skömmtum af líftæknilyfi. Ákveðið var að reyna meðferð með sárahreinsun og frumusnauðu fiskroði til að forðast umfangsmikla skurðaðgerð. Meðferð gekk vel, sjúklingur er einkennalaus hægra megin 21 mánuði eftir aðgerð og með minniháttar einkenni vinstra megin 7 mánuðum eftir seinni aðgerð þar. Hann er mjög sáttur við ástand sitt.

Inngangur

Graftarmyndandi svitakirtlabólga, sem kallast ýmist *hidradenitis suppurativa* (hér eftir kallaður *HS*) eða *acne inversa* á erlendu máli, er langvinnur og þrálátur bólgusjúkdómur sem lýsir sér með sársaukafullum meinsemdum í húð.[1] Fyrst myndast hnúðar sem svo grafa sig dýpra ofan í húðina og verða að graftarkýlum. Þessir hnúðar geta svo myndað göng sín á milli og eftir langt bólguferli með tilheyrandi verkjum verður mikil örmyndun með stórum fílapenslum. Meinmyndunin byrjar í vanþroska hársekkjum sem stíflast og valda staðbundinni bólgu. HS sjúkdómurinn kemur helst fram í húðfellingum (húð við húð) þar sem svitamyndun og núningur verður. Þannig eru holhendur og nárar algeng sjúkdómssvæði en sjúkdómurinn getur líka náð fram á bringu og undir brjóst, sem og milli læra, út á rasskinnar og upp að endaþarmi. HS hefur misalvarlegar birtingarmyndir og þar af leiðandi ólík áhrif á líf sjúklinga. Flestir hafa væg einkenni, eru jafnvel ógreindir og þurfa sjaldnast hjálp lækna.[2] Konur og einstaklingar með dökka húðgerð eru líklegri til að fá sjúkdóminn. HS kemur oftast fram á kynþroskaskeiði eða barneignaraldri en getur líka komið fram á seinni æviárum.[2] HS er ólæknandi en ýmsar meðferðir finnast sem geta aukið lífsgæði. Meðferðir eru ýmist af lyflæknisfræðilegum toga, þar á meðal líftæknilyf og/eða skurðinngrip. Þannig getur teymi mismunandi sérgreina komið að meðhöndlun HS-sjúklinga.[3] HS er algengari sjúkdómur en ætla mætti og er oftast greindur klínískt með ítarlegri sögutöku og skoðun. Meðal orsakaþátta eru erfðir, reykingar, efnaskiptavilla (*metabolic syndrome*) og offita. Skortur á persónulegu hreinlæti hefur engin áhrif á tilurð sjúkdómsins og hann er ekki smitandi. Sjúklingar geta þó oft upplifað sig óhreina og illa lyktandi vegna vessa sem kemur úr graftarkýlum og forðast að sýna bert hold. Þetta getur leitt til félagslegrar einangrunar.[4]

Tilfelli

Sjúklingurinn er 63 ára karlmaður sem var vísað til ristilskurðlækna haustið 2022 vegna margra ára sögu um endurteknar sýkingar í báðum rasskinnum. Hann var með sögu um



Mynd 1. *Upphafsmynd áður en að meðferð hófst. Hægra megin fundust fleiri gangar en sá sem er með gúmmíteygju í. Opin sjást rétt ofan við endaþarmsopið og upp eftir rassaskorunni og yfir til hægri.*



Mynd 2. *Lokamynd tekin 16 mánuðum eftir að meðferð hófst eða tveimur og hálfum mánuði frá síðustu aðgerð. Allir gangar hafa verið opnaðir og öll sár eru að fullu gróin.*

reykingar, langvinna lungnateppu og öndunarfærasýkingar ásamt ósæðargúli, meðhöndluðum með stoðneti. Þá var hann einnig með sögu um iktsýki sem var greind árið 2006. Hann var í upphafi meðhöndlaður með sterum og svo metótrexati. Árið 2007 var bætt við adalimumabi en því skipt út fyrir rituximab árið 2021 sem var gefið í æð tvisvar á ári. Þeirri meðferð var haldið áfram samhliða tilfallandi sýklalyfjakúrum en nokkrum sinnum þurfti að fresta lyfjagjöf vegna sýkinga. Hann hafði áður verið grunaður um tvíburabróður eða fistla frá endaþarmi og þurfti að tæma graftarkýli oftar en einu sinni á skurðstofu, hafði fengið meðferð með gúmmíteygjum (*setons*) í fistilganga og reynt hafði verið að loka göngum með leiser, allt án árangurs. Undanfarin ár höfðu komið til endurteknar sýkingar sem opnuðust án inngrips. Til að komast nær greiningu var fengin segulómun af grindarholi, þar sáust fjöldi fistla í húð á báðum rasskinnum en engin augljós tenging við endaþarm. Skoðun í svæfingu staðfesti að endaþarmurinn tengdist ekki fistlakerfinu. Hann var því greindur með svæsna graftarmyndandi svitakirtlabólgu með fistlamyndun árið 2023. Fyrsta skref í meðhöndlun var að setja gúmmíteygjur í alla stærri fistilganga (mynd 1), einn vinstra megin og þrjá hægra megin. Ekki var samgangur milli kerfanna yfir miðlínu. Einn fistlanna hægra megin lá alveg við endaþarmsopið. Mikilvægi þess að hætta að reykja var áréttað við sjúkling og hefur hann haldið reykbindindi að mestu. Næst voru kannaðir möguleikar á meiri eða annarri meðferð með líftæknilyfjum en húðlæknir taldi ekki vera svigrúm til þess. Þá var ljóst að frekari skurðmeðferð þyrfti til. Brottnám á allri einkennaberandi húð hefði þýtt stóra aðgerð og það hefði þurft að fara mjög nálægt endaþarmsopinu. Svo stórt inngrip hefði haft töluverða áhættu í för með sér fyrir þennan sjúkling. Því voru kannaðir meðferðarmöguleikar með minna inngripi og úr varð að reyna meðferð með frumusnauðu fiskroði frá Kerecis. Vandlega var farið yfir það með sjúklingi að slík meðferð væri utan viðurkenndra ábendinga fyrir notkun roðsins. Meðferðin var gerð í tveimur skrefum, í því fyrra, haustið 2023, var hægri rasskinnin meðhöndluð og síðar sú vinstri, í febrúar 2024. Allir fistilgangar voru opnaðir og skafnir og töluvert af örvef skorið burt. Þrjú sár mynduðust þegar búið var að opna og tengja alla ganga hægra megin. Sárin voru fyllt af kurluðu frumusnauðu fiskroði. Roði var bætt í sárin á dögum 14, 26 og 38 eftir aðgerð, alls fjórum sinnum. Á degi 42 eftir aðgerð á hægri rasskinn voru öll sár gróin. Vinstri rasskinn var meðhöndluð á sama hátt, þar myndaðist eitt sár. Roði bætt í sárið á dögum 10 og 20 eftir aðgerð og taldist það gróið 44 dögum eftir aðgerð. Vinstra megin kom upp sýking þrisvar eftir aðgerð, um það bil fjórum vikum, 6 vikum og 12 vikum eftir aðgerð, og þurfti í fyrri tvö skiptin að opna lítinn graftarpoll utar á rasskinninni en ekki var hægt að sýna fram á fistilgang. Í þriðja skiptið hafði sárið tæmt sig sjálft en gefin voru sýklalyf um munn og í þetta sinn fannst loksins gangur frá pollinum að örinu eftir fyrri aðgerð. Því var gerð enduraðgerð vinstra megin níu mánuðum eftir fyrri aðgerðina á þeirri hlið, bætt í roði á degi 9, og á degi 70 var þetta að fullu gróið. Þegar þetta er skrifað, 21 mánuði eftir aðgerð hægra megin og sjö mánuðum eftir seinni aðgerð vinstra megin, er sjúklingur nær einkennalaus (minniháttar einkenni vinstra megin). Hann er mjög sáttur við ástand sitt (mynd 2), er verkjalaus, örin eru mjúk og teygjast vel þegar hann hreyfir sig og hann á ekki í erfiðleikum með að sitja.

Tafla I. Hurley-flokkun

Stig I - vægur HS	Einn eða fleiri stakir bólguhnúðar eða ígerðir, án sínusganga eða örmyndunar
Stig II - miðlungs HS	Endurteknar ígerðir með göngum og/eða örum, margar aðskildar meinsemdir innan sama svæðis
Stig III - svæsinn HS	Margar ígerðir og samtengdir gangar með mikilli öramyndun, allt svæði undirlagt

Umræða

Sjúkdómsmynd

Líkt og sumar aðrar sjúkdómsgreiningar í húðlæknisfræði er nafnið á HS villandi. Nafnið kemur upprunalega frá grísku orðunum „hidros" sem þýðir sviti og „aden" sem þýðir kirtlar. Það er vissulega rétt að gröftur *(suppurativa)* er hluti af sjúkdómsmyndinni en aukin þekking á meinmyndun sjúkdómsins hefur leitt í ljós að hann á ekki upptök sín í svitakirtlum *(apocrine sweat glands)* heldur í hársekkjunum sjálfum og fitukirtlum *(sebaceous glands)* tengdum þeim.[3] Sjúkdómurinn kemur samt sem áður fram á líkamssvæðum sem eru rík af bæði hárum og svitakirtlum og þar sem mikill núningur verður. Veikleiki í byggingu hársekkja veldur því að keratín, byggingarefni hárs og húðar, hleðst upp og veldur stíflu í hársekknum. Það myndast eins konar blaðra klædd yfirhúð *(epidermis)* með innihaldi sem er blanda af keratíni, húðfitu og svita. Blaðran, sem í fyrstu inniheldur ekki bakteríur, getur rutt sér leið innan um fituvef og tekið sér ílangt form eftir húðfellingarmynstrinu. Venjulegar húðbakteríur komast svo inn í blöðruna og valda bólgu og þar með þrýstingsaukningu svo blaðran rofnar og þá vætlar út gröftur. Yfirhúðin sem þekur blöðruna að innan veldur því að blaðran fellur saman en eyðist ekki og þá getur ferlið byrjað upp á nýtt. Ónæmiskerfið sendir af stað bólgufrumur, meðal annars átfrumur *(macrophages)* sem seyta bólgumiðlum eins og TNF-alfa og hvítfrumuboðum *(interleukin)*.[1,5] Því dýpra sem bólgan byrjar, því meiri verða viðbrögðin. Ferlið endar svo með djúpri öra- og fílapenslamyndun.[3]

Greining

Töf á greiningu HS getur verið mikil en til er að fólk sé allt að 7-10 ár að fá rétta greiningu.[5,6] Þar getur ónóg þekking lækna á sjúkdómnum spilað inn í. Mismunagreiningar fyrir HS geta verið hársekkjabólga *(folliculitis)*, djúp hársekkjabólga *(furunculosis)*, hefðbundin graftarkýli (*abscess*), tvíburabróðir, fistlar við endaþarm, Crohn's-sjúkdómur í húð, þekjulíkisbelgur (*epidermoid cyst*) og *Hailey-Hailey*-sjúkdómur. Klínísk skoðun og ítarleg sögutaka skiptir mestu við greiningu. Skjót greining er mikilvæg svo hægt sé að grípa inn í sem fyrst og setja af stað meðferðaráætlun áður en vandamálin verða of umfangsmikil. Taka húðsýnis er sjaldnast gagnleg. Endurteknar (oftar en tvisvar á ári) djúpar og sársaukafullar hnúða- og kýlamyndanir á dæmigerðum líkamssvæðum ættu að leiða líkum að um HS gæti verið að ræða. Einnig fjölskyldusaga um sjúkdóminn og neikvætt bakteríustrok (það er eðlileg húðflóra) úr kýlum.[3]

Orsakir og áhættuþættir

Þó oft séu engir áhættuþættir til staðar við greiningu HS þá geta þeir verið ýmist erfða- eða umhverfistengdir. Ættarsaga er til staðar hjá um 40% sjúklinga og þekktar eru ensímstökkbreytingar sem gera sjúkdómsmynd HS mjög hvimleiða.[5,7] Rannsóknir hafa sýnt að offita, sem getur aukið núning húðar við föt og aukið svitamyndun, og reykingar auka líkur á HS. Talið er að hormónaóregla hafi áhrif á HS þó fleiri rannsóknir þurfi til að sanna það. Þá hafa fundist ýmis tengsl HS við aðra sjúkdóma, ekki síst aðra ónæmis- og bólgusjúkdóma, til dæmis bólgusjúkdóma í meltingarfærum (IBD), þá sérstaklega Crohn's-sjúkdóm. Að auki eru sjúklingar með HS líklegri til að þróa með sér efnaskiptavillu og þar af leiðandi sykursýki, kólesterólhækkun, fitulifur, háþrýsting og hjarta- og æðasjúkdóma.[2] Þá hafa einnig fundist tengsl HS við vefjagigt, síþreytu, mígreni og iðraólgu (IBS).[8]

HS er nokkuð algengur sjúkdómur en erlendar heimildir segja algengi hans 1-4%. Þá mætti áætla að 4-16 þúsund Íslendingar séu með HS.[8,9] Allt að þrisvar sinnum fleiri konur þjást af HS en karlar, og sjúkdómurinn er líka algengari meðal fólks með dökka húðgerð. HS kemur oftast fram á kynþroskaskeiði eða barneignaraldri þó hann geti komið fram seinna á ævinni. Eins og vænta má eru þetta viðkvæm æviskeið til að greinast með ólæknandi kvalafullan sjúkdóm. Líkt og með marga aðra húðsjúkdóma getur HS valdið andlegri vanlíðan og félagslegri einangrun og skert þannig lífsgæði fólks. Rannsóknir hafa sýnt að HS veldur mikilli lífsgæðaskerðingu í samanburði við aðra íþyngjandi húðsjúkdóma eins og psoriasis, bólur *(acne)* og atópískt exem (*Dermatology Life Quality Index*).[2,4]

Flokkun

Til er ýmis flokkun á HS og er algengust svokölluð Hurley-flokkun sem skiptist í þrjú stig eftir alvarleika (tafla I). Yfirleitt breytist Hurley-stigun ekki þótt sjúklingi líði mun betur á meðferð. Þess vegna eru aðrar flokkanir gjarnan notaðar í klínískum rannsóknum þar sem þær gefa nákvæmari mynd af gangi sjúkdómsins fyrir og eftir meðferð. Ein slík er Sartorius score þar sem gefin eru stig eftir fjölda svæða sem eru undirlögð af sjúkdómnum, fjölda bólguhnúða, öra og sinusganga ásamt fjarlægð á milli þeirra.[3]

Meðferð

Meðferð HS er einstaklingsmiðuð og gott samband sjúklings og læknis er mikilvægt. Sjúkdómurinn er krefjandi fyrir sjúklinga og því eru fræðsla og meðferðarleiðbeiningar mikilvægir hlutar meðferðar svo sjúklingar upplifi aukna stjórn á sjúkdómnum og þurfi ekki alltaf að leita læknis við versnun. Sjúkdómsgangur HS einkennist af því að nýjar breytingar bætast við þær gömlu og sjúkleikinn eykst því stöðugt ef ekki er gripið inn í. Til viðbótar við lyfjameðferðir og skurðaðgerðir eru lífstílsbreytingar eins og reykleysi og þyngdartap gagnlegar.

Lyfjameðferð

Staðbundin meðferð er alltaf fyrsta meðferð í vægum til miðlungs alvarlegum HS (Hurley I-II). Mismikið er til af rann-

sóknum til stuðnings lyfja sem notuð eru en meginvirkni þeirra er almennt sýklahemjandi og bólguminnkandi áhrif. Clindamycin er helsta útvortis sýklalyfið sem notað er við HS. Af öðrum vökvalausnum og kremum sem notuð eru má nefna klórhexidínspritt, povidon-joð, resorcinol, pyrithione-zink, vetnisperoxíð, azelaic-sýru og retínóíða. Mörg þessara efna fást þó ekki á Íslandi.[10] Háskammta staðbundin sterainnspýting í blöðrur eða bólguhnúða hefur skjóta verkun, yfirleitt innan sólarhrings.[11] Töflumeðferð er ýmis konar. Af sýklalyfjum eru tetracýklín fyrsta meðferð (til dæmis doxýcýklín) og næst kemur samsett meðferð með clindamycíni og rífampicíni. Báðar meðferðir hafa bæði bólgueyðandi og bakteríudrepandi virkni og eru gefnar til lengri tíma (vikur-mánuðir) í senn. Sýklalyfið dapsón hefur mesta virkni í Hurley I-II og er einungis á færi reyndra sérfræðinga að ávísa lyfinu. Blóðsykurslækkandi lyf og andhormónalyf geta sýnt virkni með öðrum meðferðum þegar efnaskiptavilla eða hormónaóregla eru hluti af sjúkdómsmyndinni. Þar má nefna metformín, spírónólaktón, fínasteríð og getnaðarvarnarpillu (til dæmis cyproterone acetate).[10] Lítil rannsókn sýndi að sjúklingar með Hurley I og II hefðu ávinning af inntöku sinks.[12] Tímabundin bólgueyðandi meðferð um munn geta verið verkjalyf eins og COX hemlar (til dæmis celecoxíb) og sykursterar í háum skömmtum. Forðast skal þó að nota sykurstera til lengri tíma vegna fjölda mögulegra aukaverkana sem þeim fylgja. Að auki ber að nefna A-vítamín afleiður (retínóíða) eins og acitretín og ísótretínóín þó fáar rannsóknir styðji notkun þeirra við HS. Þessi lyf eru helst notuð í Hurley I-II, og sem meðferð annarra samhliða sjúkdóma, til dæmis ísótretínóín ef viðkomandi hefur bólur í andliti til viðbótar við HS.[10]

Síðust á lista eru líftæknilyfin sem hafa gjörbylt meðferð við mörgum bólgusjúkdómum sem áður var erfitt að meðhöndla. Þau eru notuð í HS þegar sjúkdómurinn er illviðráðanlegur, eða Hurley III, og er meðferðin ævilöng. Einnig eru líftæknilyf notuð hjá sjúklingum sem stefna hratt í að verða Hurley III þrátt fyrir hefðbundna meðferð við Hurley II. Við notkun líftæknilyfja við HS verða fæstir einkennalausir heldur minnka lyfin oft einkenni sjúkdómsins niður að Hurley II og bæta mikið líðan þó að sumir sjúklingar verði enn einkennaminni eða jafnvel einkennalausir. Þau líftæknilyf sem hafa verið samþykkt eða bíða samþykktar hjá FDA (Matvæla- og lyfjaeftirlit Bandaríkjanna) eru TNF-alfa hemlar (adalimumab, infliximab) og IL-17 hemlar (secukinumab, bimekizumab).[13]

Skurðmeðferð

Skurðinngrip við meðferð HS eru misyfirgripsmikil og er meginmarkmið þeirra að fjarlægja bólguvef, ýmist niður að heilbrigðri leðurhúð *(dermis)* eða fitu *(subcutis)* svo bólguferlið taki sig síður upp að nýju. Ábending eru endurtekin graftarkýli og gangamyndanir sem svara illa lyfjameðferð. Algeng er svokölluð *deroofing* aðgerð þar sem, eins og orðið gefur til kynna, þak bólguganga er skorið burt, blaðra tæmd og opnum sárbotninum frá leðurhúð leyft að gróa með annarrar gráðu sárgróanda.[11] Í þessu sjúkratilfelli var sett kurlað frumusnautt fiskroð í sárbotna, sem hefur marga kosti, meðal annars að flýta gróanda.[14] Önnur svipuð aðgerð er *mini-deroofing* þar sem notaður er 5-8mm hringlaga hnífur *(punch)* til að opna kýli og svo skafa *(currette)* til að ná burt flöguþekjuklæddri blöðrunni. Kostur þessara aðgerða er að þær má gera í staðdeyfingu utan skurðstofu. Einnig að varðveitt er sem mest af heilbrigðum vef í kring og þannig verður síður strekking á húðinni og sár gróa nokkuð fallega. Eftir þessar aðgerðir eru sár nokkrar vikur til mánuði að gróa og þarfnast vel útfærðra umbúðaskipta. Að auki eru líka framkvæmdar stærri skurðaðgerðir *(excision)* í svæfingu á skurðstofu þar sem skorið er niður að heilbrigðri fitu. Skurðbrúnir eru ýmist hafðar opnar, þeim er lokað á hefðbundinn hátt *(primary closure)* ef vefur í kring leyfir, gerð húðágræðsla eða flipar. Rannsókn sem tók saman 55 greinar með nær fjórum þúsundum HS-tilfella sýndi að endurkomutíðni var hærri og fylgikvillar fleiri eftir hefðbundnar skurðaðgerðir samanborið við *deroofing*.[15] Annað mögulegt inngrip við HS er frysting *(cryoinsufflation)* með fljótandi köfnunarefni. Ýmist er köfnunarefninu sprautað með nál inn í göng eða á sár eftir að búið er að opna kýli með *mini-deroofing* aðferð *(cryopunch)*.[11] Að síðustu má nefna leiser og PDT-lampa *(photodynamic therapy)*. Leiserar eru af mörgum mismunandi gerðum en eru dýrir og þarfnast mikillar þjálfunar við notkun. Sem dæmi er koltvíoxíð-leiser notaður til að skera burt bólginn vef og háreyðingarlaser eyðileggur hársekki. Við notkun PDT-lampa er sérstakt ljósnæmt efni borið á meðhöndlað svæði eða efninu sprautað inn í göng áður en lýst er á það og við það minnkar bólga.[16]

Frumusnautt fiskroð

Frumusnautt fiskroð er framleitt á Íslandi úr þorskroði. Það er notað í stað mannshúðar í sáraméðferð (*dermal xenograft*). Bygging roðsins er mjög svipuð mannshúð og þar sem það er engin þekkt hætta á veirusmiti milli fiska og manna þarf ekki að meðhöndla það með sterkum efnum fyrir notkun. Roðið styður innvöxt fruma frá sjúklingi og hvetur til nýæðamyndunar. Auk þess benda rannsóknir til þess að fitusýrur í roðinu, sérstaklega omega-3, hafi bólgueyðandi verkun.[14] Ábendingar fyrir notkun roðsins eru fyrst og fremst við meðferð sára, bæði bráðasára eins og brunasára sem og langvinnra sára af ýmsum toga. Þar má nefna sár vegna sykursýki, blóðþurrðar, þrýstings og skurðaðgerða.[17]

Lokaorð

Í þessu sjúkratilfelli var lýst hvernig frumusnautt fiskroð hjálpaði að græða svæsin sár með fistlamyndunum á rasskinnum á grunni graftarmyndandi svitakirtlabólgu. Mikilvægt er að þekkja til HS-sjúkdómsins og koma sjúklingi í rétta meðferð sem er ýmist á grunni lyfjameðferðar eða skurðinngrips nema hvoru tveggja sé.

Heimildir

1. Agnese ER, Tariche N, Sharma A, et al. The Pathogenesis and Treatment of Hidradenitis Suppurativa. Cureus. 2023;15(11):e49390.
2. Preda-Naumescu A, Ahmed HN, Mayo TT, et al. Hidradenitis suppurativa: pathogenesis, clinical presentation, epidemiology, and comorbid associations. Int J Dermatol. 2021;60(11):e449–58.
3. Vinkel C, Thomsen SF. Hidradenitis Suppurativa: Causes, Features, and Current Treatments. J Clin Aesthet Dermatol. 2018;11(10):17–23.
4. Kouris A, Platsidaki E, Christodoulou C, et al. Quality of Life and Psychosocial Implications in Patients with Hidradenitis Suppurativa. Dermatology [Internet]. 2017.5;232(6):687–91.
5. Chu YL, Yu S. Hidradenitis Suppurativa: An Understanding of Genetic Factors and Treatment. Biomedicines. 2024;12(2):338.
6. Saunte DM, Boer J, Stratigos A, et al. Diagnostic delay in hidradenitis suppurativa is a global problem. Br J Dermatol [Internet]. 2015. 1;173(6):1546–9.
7. Bruinsma RL, Fajgenbaum K, Yang Y, et al. Assessment of familial risk in patients with hidradenitis suppurativa. Br J Dermatol. 2021;184(4):753–4.
8. Prens LM, Bouwman K, Troelstra LD, et al. New insights in hidradenitis suppurativa from a population-based Dutch cohort: prevalence, smoking behaviour, socioeconomic status and comorbidities. Br J Dermatol. 2022;186(5).
9. Jemec GBE, Kimball AB. Hidradenitis suppurativa: Epidemiology and scope of the problem. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2015;73(5, Supplement 1):S4–7. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962215020009
10. Frew JW, Hawkes JE, Krueger JG. Topical, systemic and biologic therapies in hidradenitis suppurativa: pathogenic insights by examining therapeutic mechanisms. Ther Adv Chronic Dis. 2019/03/12. 2019;10:2040622319830646.
11. Gomez J, Fonjungo F, Chen SX, et al. In-office Procedures for Dermatologists Managing Hidradenitis Suppurativa. Curr Dermatol Rep . 2024;13(4):281–92.
12. Brocard A, Knol AC, Khammari A, et al. Hidradenitis suppurativa and zinc: a new therapeutic approach. A pilot study. Dermatology. 2007;214(4):325–7.
13. Charrow A, Santiago-Soltero K, Porter M. Biologics in hidradenitis suppurativa: Progress and new directions. J Am Acad Dermatol. 2024. 1;91(6):S27–30.
14. Kim TH, Park J, Jeong H, et al. The Utility of Novel Fish-Skin Derived Acellular Dermal Matrix (Kerecis) as a Wound Dressing Material. Journal of Wound Management and Research. 2021. 28;17:39–47.
15. Saylor DK, Brownstone ND, Naik HB. Office-Based Surgical Intervention for Hidradenitis Suppurativa (HS): A Focused Review for Dermatologists. Dermatol Ther (Heidelb). 2020;10(4):529–49.
16. Danby FW, Hazen PG, Boer J. New and traditional surgical approaches to hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol. 2015;73(5):S62–5.
17. Tickner A, Aviles F, Kirsner R, et al. Consensus recommendations for optimizing the use of intact fish skin graft in the management of acute and chronic lower extremity wounds. Wounds. 2023 Nov;35(11):E376–90.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2025.11.864

Severe hidradenitis suppurativa treated with acellular fish skin – A case report and discussion of the disorder

Audur Gunnarsdottir[1]
Elsa Bjork Valsdottir[2,3]

[1]Landspitali University Hospital, Department of Dermatology and Venereology, [2]Landspitali University Hospital, Department of General Surgery, [3]Faculty of Medicine, University of Iceland

Correspondence: Audur Gunnarsdottir, *audurgun@landspitali.is*

Key words: *Hidradenitis suppurativa, biologics, deroofing, acellular fish skin*

Hidradenitis suppurativa is a chronic, debilitating disease due to recurrent infections, pain and foul smelling drainage. Presently, severe cases are treated with biologics. When surgery is needed it is usually extensive, requiring skin transplantation or flaps for closure. This case report presents a patient with severe disease on both buttocks, already treated with biologics. It was decided to attempt treatment with debridement and acellular fish skin to avoid extensive surgery. The treatment was successful, the patient is symptom-free on the right side 21 months after surgery and has minimal symptoms on the left side 7 months after surgery. He is contentwith the results.

Tímamótarannsókn í baráttunni við sýklalyfjaónæmi

61% kvenna með þvagfærasýkingu náðu fullum bata með Lyngonia*



Tvíblind, slembiröðuð samanburðarrannsókn með lyfleysu sem leidd var af læknum Háskólasjúkrahúsa í Þýsklandi sýndi fram á að með notkun Lyngonia* sem upphafsmeðferð við þvagfæra-sýkingum hjá konum fækkaði sýklalyfjaávísunum um 63,6%.

Lyngonia er ætlað til meðferðar við endurteknum þvagfæra-sýkingum hjá konum. Lyfið hefur bakteríudrepandi verkun og verkar staðbundið í þvagrás. Fæst án lyfseðils.

Virka efnið: Arbútín. Hver tafla inniheldur 361-509 mg af þurrum útdrætti af *Arctostaphylos uva-ursi* (sortulyngslauf), sem jafngildir 105 mg af hýdrókínónafleiðu reiknað sem vatnsfrítt arbútín. **Ábending:** Jurtalyf sem hefð er fyrir, notað til að draga úr einkennum vægrar, endurtekinnar sýkingar í neðri hluta þvagfæra, svo sem brunatilfinningu við þvaglát og/eða auknum þvaglátum hjá konum, eftir að alvarleg veikindi hafa verið útilokuð af lækni. Þetta lyf er jurtalyf sem hefð er fyrir og tilgreinda ábendingin fyrir notkun þess er eingöngu byggð á langri sögu um notkun lyfsins. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum eða truflun á nýrnastarfsemi. **Markaðsleyfishafi:** Florealis ehf. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) dags. 04. maí 2022. Ef óskað er eftir frekari upplýsingum er hægt að hafa samband á info@florealis.com. Rannsóknin var framkvæmd samkvæmt gildandi reglum um klíníska rannsóknir.

Heimild: Ildikó G, *et al*. *Clin Microbiol Infect*. 2021; 27 (10): 1441-1447.
*Lyngonia er markaðssett undir heitinu Arctuvan í Þýskalandi.

FLOREALIS

Vísinda- og þróunarstyrkir

Haustúthlutun 2025

Félags íslenskra heimilislækna

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 haustúthlutun fyrir **styrkárið 2025** þurfa að berast sjóðnum **fyrir 21. nóvemb**er næstkomandi. Umsóknir sem berast eftir þann tíma verða ekki teknar til greina.

Umsóknum ber að skila rafrænt til sjóðsins á netfangið mot@hi.is, ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum og 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 6 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
Margrét Ólafía Tómasdóttir (mot@hi.is)

Stjórn Vísindasjóðs FÍH

Klínísk gagnsemi af smásjárskoðun á blóðstrokum

Sigrún Reykdal
yfirlæknir rannsóknarstofu blóðmeinafræði, Landspítala

Skoðun á blóðstroki er mikilvægur þáttur í greiningu blóðsjúkdóma, auk þess sem greina má merki um til dæmis efnaskiptasjúkdóma, næringarskort, bólgusjúkdóma og ýmsar sýkingar út frá blóðstroki. Í síðustu viku kom inn einstaklingur með 200 þúsund hvít blóðkorn og mergbilun en í slíkum tilvikum þarf strax að skoða blóðstrokið, því af því ræðst frekari uppvinnsla og meðferð. Einnig má ekki bíða með smásjárskoðun ef grunur er um alvarlegt bróðrofsblóðleysi (*hemolytic anemia*).

Í lok 19. aldar voru menn farnir að skoða blóð í smásjá og lita en það var ekki fyrr en 1953 sem Wallace Coulter kom fram með aðferð fyrir sjálfvirka frumuteljara.[1] Fyrir þann tíma voru allar mælingar á blóðgildum gerðar í höndum og voru mjög tímafrekar. Frumuteljararnir styðjast við viðnámsmælingar við mat á stærð og talningu fruma og ljósbrotsmælingar fyrir blóðrauða og korn í umfrymi.

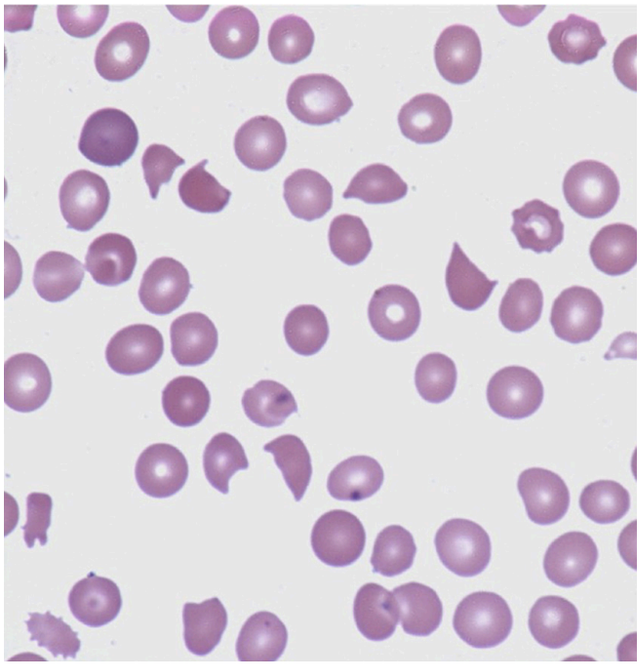
Sjálfvirku frumuteljararnir eru hins vegar ekki fullnægjandi til að greina lögun rauðra blóðkorna eins og til dæmis tætlur af rauðum blóðkornum (*schistocytar*), target-frumur og sigðfrumur en breytingar á lögun rauðra blóðkorna skipta miklu máli fyrir greiningu mismunadi tegunda blóðleysis. Sjálfvirku tækin gefa viðvörun, svokölluð flögg, við ýmsar breytingar á blóðmyndinni eins og aukningu á forstigum kyrningahvítfruma, normóblasta, blasta og reaktívra eitilfruma. Ef þessi flögg koma fram eru gerð blóðstrok fyrir smásjárskoðun. Einnig eru á rannsóknarstofunni ákveðnar vinnureglur fyrir gerð blóðstroka, til dæmis ef heildarfjöldi hvítra blóðkorna er <2,5 eða >30x10^9/l, Hb<70 eða >180 g/l og blóðflögur <100x10^9/l og ekki merki um kekkjun eða >1000x10^9/l.[2] Ef þessum skilyrðum er fullnægt eru gerð blóðstrok en í fyrra voru þessar reglur endurskoðar og höfum við fækkað smásjárskoðunum.

Ástæður fyrir smásjárskoðununum koma því í mörgum tilvikum frá rannsóknarstofunni en klínískar ábendingar fyrir smásjárskoðun eru meðal annars óútskýrt blóðleysi, blóðflögufæð og/eða hvítkornafæð. Oft er um að ræða grun um illkynja blóðsjúkdóma og flöggin á frumuteljaranum gefa þar oft sterkar vísbendingar. Smásjárskoðun er einnig mjög mikilvæg ef grunur um blóðrofsblóðleysi (*microangiopathic hemolytic anemia*, MAHA) eins og til dæmis sega og blóðflögufæðarpurpura (*thrombotic thrombocytopenic pupura*, TTP) og einnig til að greina dreifða blóðstorknun (*disseminated intravascular coagulation*, DIC), Miðjarðarhafsblóðleysi (*thalassemia*), sigðfrumublóðleysi og galla í frumuhimnu rauðra blóðkorna eins og arfgengan hnattrauðkornakvilla (*spherocytosis*). Einnig er blóðstrok gagnlegt við greiningu á ýmsum arfgengum blóðflögusjúkdómum og sýkingum eins og malaríu og einkyrningssótt.

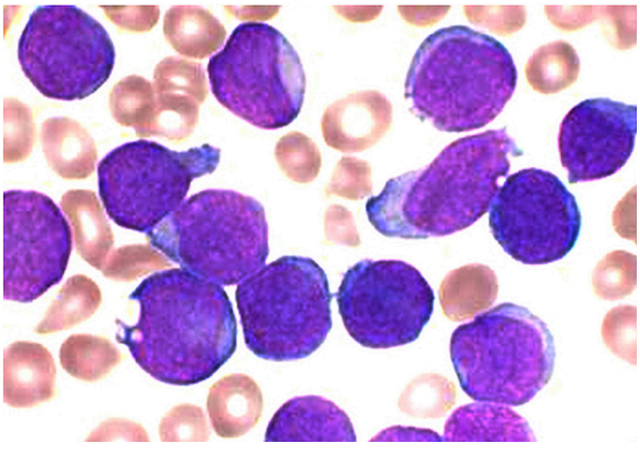
Í rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum fyrir fimm árum á þremur sjúkrahúsum, tveimur háskólasjúkrahúsum (Emory University Hospital, Atlanta og UMMC, Minneapolis) og einu ríkisreknu sjúkrahúsi (Highland Hospital, Oakland) var athugað hvort niðurstöður af skoðun á blóðstroki hafði klíniskt gildi fyrir meðferð sjúklinganna og hvort smásjárskoðun hefði gefið viðbótarupplýsingar miðað við mælingu á blóðhag.[3] Helmingur af smásjárskoðunum var gerður til mats á rauðu blóðmyndinni en í færri tilvikum (24%) var beðið um smásjárskoðun vegna hækkunar eða lækkunar á hvítum blóðkornum. Hins vegar voru meiri líkur á viðbótarupplýsingum við smásjárskoðun vegna brenglunar á hvítum blóðkornum, eða í 25% tilvika samanborið við 19% fyrir rauð blóðkorn og 13% fyrir blóðflögur. Ekki var munur milli stofnana í þessari rannsókn.

Á síðasta ári voru gerðar að meðaltali rúmlega 21.000 mælingar á blóðhag á mánuði hér á Landspítala en það er algengasta rannsóknin sem er gerð á rannsóknarkjarna. Að meðaltali voru gerð 880 blóðstrok/deilitalningar (*diff*) á mánuði og eru það 4% af heildarfjölda mælinga á blóðhag. Í dag eru blóðstrokin skönnuð í tölvu og gervigreind nýtt til að flokka blóðkornin (*CellaVision*) en þessi aðferð er ekki alltaf fullnægjandi við mat á rauðu blóðmyndinni og þá er blóðstrokið skoðað í smásjá. Lífeindafræðingar skoða blóðstrokin á tölvuskjánum í samráði við blóðmeinafræðing eftir því sem við á. Einnig er hægt að biðja um álit sérfræðings á blóðstroki og er þá alltaf gert blóðstrok. Oft eru blóðgildin orðin eðlileg þegar beiðni um álit kemur til okkar en gott er að endurtaka blóðhag ef um væg veikindi er að ræða. Eins er hægt að gera skimpróf fyrir sigðfrumublóðleysi sem gefur í raun meiri upplýsingar en blóðstrok þar sem sigðfrumublóðleysi er ennþá sjaldgæft hérlendis.

Í mínu sérnámi í Bandaríkjunum, fyrir allmörgum árum, var lögð áhersla á smásjárskoðun á blóði og merg og hefur mér alltaf fundist sú greiningarvinna mjög skemmtileg. Á vissan hátt má líta á skoðun á blóðstroki sem nauðsynlega kunnáttu fyrir blóðlækninn eins og lungnarannsóknir fyrir lungnalækninn og hjartaómskoðun fyrir hjartalækninn. Þessi þekking er



Mynd 1. *Rauðblóðkornatætlur (schistocytar) við blóðrofsblóðleysi. Mynd/ASH Image Bank)*



Mynd 2. *Bráða mergfrumu hvítblæði. (Mynd: Ash Image Bank)*

þó víða á undanhaldi en í Bandaríkjunum er ennþá ætlast til að blóðlæknar hafi kunnáttu til að meta blóðstrok.[4]

Ég tel að í framtíðinni verði ennþá þörf fyrir smásjárskoðun á bóðstrokum en þó er líklegt að aukin sjálfvirkni muni einfalda greiningarvinnuna. Frumuflæðisgreining (*FlowDiff*) á perifer-blóði í tengslum við sjálfvirku frumuteljarana er fljótleg aðferð[1] til að greina nánar hvítu blóðkornin en hjálpar ekki við mat á rauðu blóðmyndinni. Við FlowDiff eru notuð átta mótefni og hefur verið sýnt fram á gott samræmi við hefðbundna smásjárskoðun.[5] Hér á Landspítala er alltaf gefið upp véladiff nema tækið flaggi brenglunum á blóðmynd og þá er gert blóðstrok, eins og komið hefur fram hér á undan, og er það gert eftir ákveðnum reglum. Þegar beðið er um álit sérfræðings á blóðstroki er mikilvægt að hafa í huga hver vandamálin eru, ef vægar breytingar eru á blóðmynd, er ekki líklegt að blóðstokið sé gagnlegt. Ef um er að ræða langvarandi breytingar eða skyndilega breytingu og grunur er um illkynja blóðsjúkdóm eða alvarlegt blóðrofsblóðleysi, þarf hins vegar að skoða blóðstrokið strax.

Heimildir

1. Ward PCJ. The CBC at the Turn of the Millennium: An Overview. Clinical Chemistry. 2000, 46,8:1215.
2. Vinnureglur við smásjárskoðun á LSH: https://quality.ccq.cloud/gridfs/attachments/5c667290da38105cccceb072?download=true
3. Beckman AK, Ng VL, Jaye DL et al. Clinician-ordered peripheral blood smears have low reimbursement and variable clinical value: a three institution stydy, with suggestions for operational efficiency. Diagnostic Pathology. 2020;15:112.
4. Chase ML, Drews R, Zumberg MS, et al. Consensus recommendations on peripheral blood smear review: defining curricular standards and fellow competency. Blood Advances. 2023, Vol 7;13: 3244.
5. Dimopoulos K, Bonneau D, Hannibal J. FlowDiff: a simple, flow cytometry-based approach for performing a leukocyte differential count. Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation. 2024;84(8: 493.

Læknadagar

19.- 23. janúar 2026

Takið dagana frá

Fræðslustofnun Læknafélags Íslands



Fyrsti læknirinn sem gegnir embætti heilbrigðisráðherra á aðalfundi Læknafélags Íslands

Alma Möller gaf góðan tíma til spurninga og umræðna sem féll vel í fundargesti

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Aðalfundur Læknafélags Íslands (LÍ) í Stykkishólmi 2.-3.október staðfesti formannskjör Steinunnar Þórðardóttur. Tryggvi Helgason barnalæknir var fundarstjóri sagði afar ánægjulegt að bjóða núverandi heilbrigðisráðherra, Ölmu Möller, velkominn; fyrsta lækninn sem gegni því embætti. Fundargestir lýstu ítrekað ánægju sinni með það í fyrirspurnum sínum, að Alma, verandi læknir, hefði tekið að sér þetta erfiða verkefni að vera heilbrigðisráðherra.

Alma vill skilgreina hvar verkin eru unnin

Alma Möller, glöð í bragði, sagði að þó hún sé fyrsti læknirinn sem gegnir þessu ráðherraembætti, hafi læknir áður verið ráðherra. Jóhann Sæmundsson læknir var félagsmálaráðherra í utanþingsstjórn í 4 mánuði (ekki kosinn) 1942-3 eins og fram kom í erindi Ólafs Þ. Harðarsonar sem ritað var í tilefni 100 ára afmælis LÍ 2018. Í erindi sínu sagðist Alma vilja skilgreina betur hvað hver sérgrein læknisfræðinnar gerir og hvar; sjúkrahús, sérfræðilæknar á stofu og heimilislæknar í heilsugæslu sem dæmi. Hún vill skýra verkaskiptingu innan heilbrigðiskerfisins, rétt meðferð á réttum stað á réttum tíma. Samvinna þyrfti að vera milli þjónustustiga og nefndi sjálfstætt starfandi stöðvar inn í þessa samvinnu. Í máli hennar kom fram að fjárlög væru aðhaldsöm samtímis aukinni eftirspurn eftir þjónustu, meðal annars vegna fleiri eldri einstaklinga, sem væri gleðilegt, og að fleiri einstaklingar væru með langvinna sjúkdóma. Kröfur notenda væru oft óraunhæfar og virði þjónustu; árangur deilt með kostnaði, væri eftirsóknarvert.

Lýðheilsa hennar hjartans mál

Alma vill fyrirbyggja sjúkdóma, hvetja til reglulegrar hreyfingar, að borða hollt, gæta að svefninum, neyta ekki áfengis eða tóbaks. Hún sagði lýðheilsu meira í umræðunni á fundum hennar erlendis – fleiri að „fatta“ þetta.



Tryggvi Helgason barnalæknir var fundarstjóri með stakri snilld.



Alma Möller heilbrigðisráðherra sagði lýðheilsu forsendu hagsældar og velsældar í samfélaginu.

Vill stytta biðlista og auka aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu og heilsugæslu

Alma ræddi mikilvægi geðheilbrigðismála, uppbyggingu öldrunarþjónustu og að bæta þyrfti starfsaðstæður lækna, nýta ætti þekkingu lækna sem best. Alma var spurð út í „task shifting“ sem virðist koma frá öðrum starfsstéttum og þann raunveruleika að stoðþjónustu vanti fyrir lækna. Hún sagði gervigreindina mundu taka yfir skrifin – vísaði í Nýsköpunarráðstefnu í heilbrigðiskerfinu sem haldin var deginum áður (1/10) þar sem fyrirtæki kynnti tvo unga lækna taka sjúkraskýrslu – gervigreindin skrifaði og vinsaði út það sem skipti ekki máli, eins og veiðiferðina sem bar á góma. Alma nefndi mönnun, framtíð rafrænna kerfa, nýsköpun, netöryggi, heilbrigðisviðbúnað, mikilvægi alþjóðlegs samstarfs og uppbyggingu til framtíðar.

Mönnunarvandinn, grunnnám og sérnám íslenskra lækna erlendis

Ítrekað kom mönnunar vandinn fram í fyrirspurnum lækna, sem og sérnám lækna, og endurtekið var nefnt að ekki verði hægt að sinna sérnámi í öllum greinum læknisfræðinnar á þessu litla landi. Spurt var hvort ráðherra teldi sérnámi lækna borgið, sem fram færi á Íslandi. Ölmu virtist ljóst að svo væri ekki varðandi allt sérnám. Einnig var spurt hvort ráðherra væri ljóst hve erfiðlega gengi fyrir lækna að komast í sérnám á Norðurlöndunum. Alma sagðist meðvituð um þetta – legið væri yfir þessu í ráðuneytinu. Hún sé búin að ræða þetta við landlækni Svíþjóðar, heilbrigðisráðherra Svíþjóðar og Victoriu krónprinsessu. Landlæknirinn bendi á heilbrigðisráðherrann, sem aftur bendi á háskólasjúkrahúsin – sem benda á landlækni. Alma ætlar að senda erindi í Norrænu ráðherranefndina til að samtengja þessar kröfur. Jón Magnús Kristjánsson aðstoðarmaður ráðherra, svaraði að sama sé á Íslandi, lokið skal sérnámsgrunni (BT) áður en sérnám sé hafið. Hugmynd sé um stutt BT – það er háð kennnslustjóra á hverju sjúkrahúsi (3-6 mán) sem einnig meti hver fyrir sig hversu mikið af sérnámi íslenskra lækna á Íslandi sé metið til sérnáms í Svíþjóð. Svíar séu að fara úr gamla kerfinu í nýtt og BT-stöðurnar því fáar, sem muni lagast.

Ráðuneytið sé í samræðum við framkvæmdastjóra lækninga á Skáni. Jón Magnús er með erindið á sínu borði.

Löðunarnefndin

Alma var spurð hvort ráðuneytið hafi hugsað út í mögulegan samning við læknanema í Slóvakíu og víðar til að þau skuldbindi sig til að vinna á Íslandi að námi loknu og hvort nefndin sem stefnt er að því að fari erlendis í lok október til að laða „heim“ lækna viti hvar þá vanti. Hún sagði nefndina með allar upplýsingar. Alma nefndi einnig að hún hefði áhuga á að koma á námi i héraðslækningum, læknir fari frekar í hérað, sé viðkomandi vel undirbúinn. Alma nefndi einnig fjarlækningar sem æskilegan kost.

Ferilvaktir lækna og ný lög um starfsemi sérfræðilækna

Spurt var um ferilvaktir lækna sem ætti að leggja niður á Sjúkrahúsinu á Akureyri (SAK) án samvinnu eða boðunar á hvað komi í staðinn. Alma sagði málið á borði forstjóra SAK og hún hafi sagt sig frá málinu í vikunni á undan, vegna tengsla. Alma var spurð út í ný drög frá Sjúkratryggingum Íslands (SÍ), þar sem fram komi stefna um einhliða útgáfu gjaldskrár stofulækna; samningur sem loks var gerður eftir 5 ára samningsleysi sé nú í húfi tveimur árum síðar – þessu eigi að lauma inn með lagasetningu. Alma benti læknum á að senda erindi um ábendingar, málið sé í samráðsgátt og taki tíma. Hún sagði einnig að ekki stæði til að skaða þjónustu og láta sjúklingana líða.

Mismunandi beiðnir fyrir blóðprufur og myndgreiningu

Aðspurð sagði Alma að verið væri að sameina þrjár mismunandi leiðir til að fara í blóðrannsókn og myndgreiningu á höfuðborgarsvæðinu sem valdi óþarfa vinnu fyrir lækna, sem þurfi ítrekað að gera mismunandi beiðnir, samráðsgátt væri í smíðum varðandi þetta.

Landlæknir og lýðheilsa

María Heimisdóttir landlæknir kom einnig að mikilvægi lýðheilsu og sagði greinilegt að hún og ráðherra væru með svipað efni í erindum sínum, eins og hinar velþekktu áskoranir heilbrigðiskerfisins. Hún fjallaði um fjórðu iðn-



Stjórn LÍ stóð sig með mikilli prýði við skipulagningu og framkvæmd fundarins

byltinguna varðandi gagnavinnslu, gervigreind og upplýsingatækni og kom inn á forgangsröðun og mikilvægi þess að hlúa betur að starfsaðstæðum lækna. Aðspurð sagði María mikilvægt að finna farveg fyrir klínískar leiðbeiningar sem allir hafi aðgang að. Þær miði að því að fækka hnökrum og endurtekningum í vinnu lækna. Varðandi sameinaða sjúkraskrá og hvar hún væri stödd, sagði hún Embætti landlæknis hafa formlega ábyrgð en ráðherra hafa tekið ákvörðun um að sameina undir einn hatt stafræna lausn þar sem allir sameini krafta sína. Þegar sé byrjað að sameina gagnagrunnana fyrir sjúkraskrárkerfið Sögu alls staðar.

Faghlutverk Læknafélags Íslands

Að loknum hefðbundnum aðalfundarstörfum og samþykkt ályktana, voru framsöguerindi varðandi mögulegt faghlutverk LÍ.

Royal College of Physicians

Tómas Þór Ágústsson framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala fjallaði um starfsemi Royal College of Physicians (RCP), stofnað árið 1518 af Hinrik VIII konungi Englands. Markmið RCP er að mennta, bæta og hafa áhrif til betri heilsu og heilbrigðisþjónustu. Bæta þannig þjónustu við sjúklinga. RCP sér um menntun og símenntun, forvarnir og lýðheilsu. Tómas Þór benti á að eðlilegt væri að LÍ hefði meira með faglega hlið lækna að gera, ekki bara fjárhag og samninga.

Að velja skynsamlega

Margrét Ólafía Tómasdóttir formaður félags íslenskrar heimilislækna hélt erindi um herferðina „Að velja skynsamlega“ (*choosing wisely*) sem hófst í Bandaríkjunum árið 2012. Kanadamenn tóku forystu um 2 árum seinna sem þeir hafa haldið. Íslenskt heilbrigðiskerfi stundi of mikið lágvirði þjónustu. Norðmenn og Svíar hafi tekið herferðina að sér en séu á byrjunarreit. Mikilvægt sé að þetta komi frá grasrótinni, læknum sjálfum með samstarfi við aðrar heilbrigðisstéttir og sjúklingasamtök, og sé ekki framkvæmt í sparnaðarskyni heldur til að forðast að valda sjúklingi tjóni. Aðferðin veki traust hjá sjuklingnum og henni fylgi fræðsla fyrir sjúklinga Hver sérgrein semur fimm ráðleggingar um mismunandi rannsóknir og meðferðir sem ástæða sé að forðast. Hvernig getum við útfært þetta á Íslandi? Bæta skráningu til að meta árangur. Hópur á vegum LÍ taki að sér að koma með ráðleggingar.

Starf sérgreinafélaga og hvernig LÍ getur stutt við það

Anna Björg Jónsdóttir öldrunarlæknir sagði 23 sérgreinafélög á heimasíðu LÍ. Sérgreinafélögin væru lítil, félagsstarfið byggði á sjálfboðavinnu með enga yfirbyggingu (enginn með starfsmann í vinnu). Sérgreinafélög þurfi aðstoð til að hafa virka heimasíðu, samtöl við fjölmiðla, halda ráðstefnur og fundi. LÍ er í félagi evrópskra læknafélaga (UEMS) og sérgreinarnar eiga rétt á að hafa fulltrúa þar. Efla þurfi fagfélögin til að styrkja LÍ.

Hópavinna

Að lokum var fjallað um og svarað spurningum í hópavinnu; varðandi það hvort LÍ eigi að vera fagfélag og stéttarfélag, hvernig styðja megi við lækna sem eru, sem hópur, sterkir faglegir talsmenn og áhrifaaðilar í heilbrigðismálum, hvert hlutverk sérgreinafélaga eigi að vera og hvernig LÍ eigi að koma að því, hver eigi að sinna þeirri vinnu hjá LÍ, hversu mikið fjármagn eigi að setja í verkefnið og hvaðan það eigi að koma. Þetta verður að einhverju leyti notað til framhaldsvinnu um starfsemi og markmið LÍ.

Byltum fjölgar þrátt fyrir framfarir í læknisfræði

Byltur hjá eldra fólki eru eitt algengasta og alvarlegasta heilsufarsvandamál meðal aldraðra. Um 30% fólks yfir sextugt dettur á hverju ári og hlutfallið eykst með aldri. Afleiðingarnar geta verið margvíslegar, allt frá beinbrotum og hræðslu við að hreyfa sig, til skerts sjálfstæðis og minni lífsgæða. Samt eru byltur ekki óhjákvæmilegar. Með markvissum aðgerðum sem taka mið af bæði líkamlegum og hugrænum þáttum er hægt að draga verulega úr áhættu.

Olga Björt Þórðardóttir



Dr. Manuel Montero-Odasso er prófessor í öldrunarlækningum og taugalækningum. Mynd/OBÞ

Einn fremsti sérfræðingur heims á þessu sviði er dr. Manuel Montero-Odasso, prófessor í öldrunarlækningum og taugalækningum við Western University í Ontario í Kanada. Hann hefur verið leiðandi í gerð alþjóðlegra leiðbeininga um forvarnir gegn byltum (World Falls Guidelines), sem samþykktar voru árið 2022, og hafa nú þegar verið innleiddar í fjölda landa. *Læknablaðið* ræddi við hann um hvað skiptir mestu máli við framkvæmd þessara leiðbeininga og hvaða hindranir mæta heilbrigðiskerfum þegar kemur að því að koma góðum hugmyndum í framkvæmd.

Innleiðing alltaf flókin og krefjandi

„Innleiðing er alltaf flókin, erfið og krefjandi," segir Montero-Odasso. „Við erum þó ánægð með að sjá að nokkur lönd – þar á meðal Ástralía, Holland, sumar borgir í Belgíu og Noregi – hafa þegar náð að innleiða ráðleggingar okkar í fullri framleiðslu og stjórnun."

Hann bendir á að þessi lönd hafi átt það sameiginlegt að þau voru þegar með skipulagðar forvarnir gegn byltum. „Það gerir allt miklu auðveldara. Ef þú ert þegar með slíka áætlun, þá geturðu einfaldlega kynnt ný gögn og nýjar leiðbeiningar fyrir þeim sem bera ábyrgð og þá er auðsóttara að taka þær upp. Þannig tókst þetta í Hollandi," segir hann.

En í öðrum löndum er þetta erfiðara. „Í Kanada, þar sem ég starfa, er staðan flóknari. Við erum ekki með eina samræmda landsáætlun, heldur fer framkvæmdin eftir hverri stofnun eða hverju fylki. Til dæmis er Ontario, sem er stærsta fylkið með um tíu milljónir íbúa, nú að þróa sína eigin fylkisáætlun um forvarnir gegn byltum," útskýrir hann. „Þannig þarf að vinna á tveimur stigum: annars vegar á stefnumótandi stigi, þar sem settar eru almennar ráðleggingar, og hins vegar á vettvangi heilbrigðisþjónustu, þar sem áætlunin er framkvæmd í raun."

Forgangsröðun og lykilþættir

Aðspurður um hvað hann telji mikilvægast að byrja á við framkvæmd alþjóðlegu leiðbeininganna, leggur Montero-Odasso áherslu á einfaldar, almennar aðgerðir sem ná til margra. „Við getum skipt því í tvö svið," segir hann. „Á pólitísku eða stefnumótandi stigi þarf að tryggja að boðskapurinn sé skýr: hreyfing er besta forvörnin. Reglulegar æfingar fyrir fólk yfir sextugt, sem bæta jafnvægi og styrk í fótum, eru áhrifaríkasta aðgerðin, sérstaklega fyrir þau sem eru í lítilli eða meðal áhættu."

Hann bætir við að á einstaklingsstigi þurfi að gera byltumat að hluta af reglubundnum heilsufarsskoðunum. „Ég myndi segja að ef við gætum innleitt aðeins eina stefnu, þá ætti hún að vera sú að hjúkrunarfræðingar eða læknar spyrji alla eldri einstaklinga reglulega um byltur," segir hann. „Þetta þarf að vera hluti af árlegri heilsuskoðun. Ef einstaklingur hefur dottið, eða er hræddur við að detta, þá ætti að fylgja því ráðgjöf og forvarnaráætlun."

Samkvæmt rannsóknum hans munu um 30% fólks yfir 65 ára aldri detta á einu ári, og af þeim sem detta, munu allt að 75% hljóta einhvers konar meiðsli. „Jafnvel smávægileg meiðsli geta skapað ótta við að detta aftur og sá ótti leiðir til hreyfingarleysis og mögulega fötlunar," segir hann.

Samþætting við aðrar matsaðferðir

Spurður um hvernig megi tengja byltumat við aðrar greiningar í öldrunarlækningum, eins og mat á heilabilun, lyfjanotkun og líkamlegri hrörnun, segir Montero-Odasso að þetta sé lykilatriði. „Byltur eru ekki aðeins líkamlegt vandamál. Þær endurspegla samverkandi þætti – hreyfifærni, jafnvægi, athygli og lyfjanotkun," útskýrir hann. „Við vitum nú að hugræn skerðing hefur mikil áhrif á byltuhættu. Þess vegna ætti byltumat að vera samþætt öðrum öldrunarmatsmælingum, svo sem mati á vitrænni getu og lyfjalista. Með því getum við greint áhættu fyrr og gripið inn með viðeigandi stuðningi."

Forvörnin besta meðferðin

Að lokum leggur hann áherslu á að það sé mikilvægt að horfa á byltur sem vandamál sem hægt er að koma í veg fyrir, en ekki sem eðlilegan hluta öldrunar. „Stærstum hluta langvinnra sjúkdóma í heiminum fækkar hlutfallslega ef miðað er við mannfjölda. Byltur eru meðal fárra heilsufarsvandamála sem eru að aukast, þrátt fyrir allar framfarir í læknisfræði. Þess vegna er forvörn meðferðin, því þegar fólk verður fyrir byltum gæti það verið orðið of seint."



Alma Möller heilbrigðisráðherra ávarpaði þingið og það var gerður sérstakleg góður rómur að hennar innleggi.

Evrópuþing öldrunarlækna í Hörpu 24.-26. september

Anna Björg Jónsdóttir

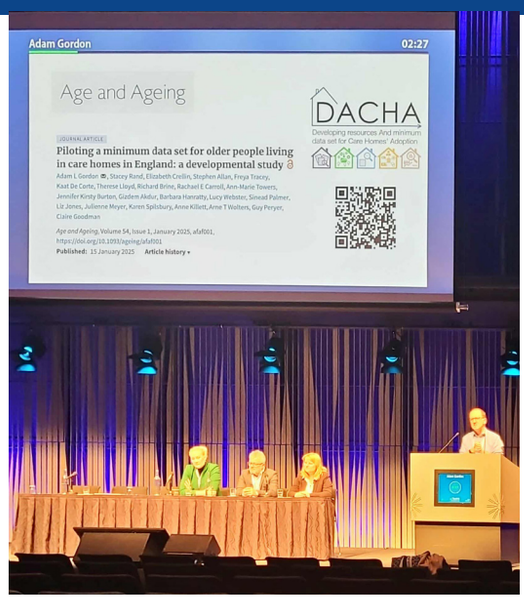
Evrópuþing öldrunarlækna (EuGMS 2025) fór fram í Reykjavík í lok september síðastliðinn og er það í fyrsta sinn sem þessi stóra ráðstefna er haldin á Íslandi en hún er haldin árlega á mismunandi stöðum í Evrópu. Þingið er einn helsti vettvangur öldrunarlækna og annarra fagstétta í öldrunarþjónustu ásamt vísindamönnum á sviði öldrunarlækninga og öldrunarfræða til að hittast og deila rannsóknum og reynslu. Evrópuþingið í ár var sérlega vel sótt af tæplega 2000 þátttakendum frá 71 landi og endaði sem annað fjölmennasta þingið til þessa. Það ríkti almenn gleði og ánægja meðal gesta þrátt fyrir að veðrið hafi ekki verið það allra besta og margir skelltu sér bæði í morgunsund í Sundhöll Reykjavíkur og morgunskokk í miðborg Reykjavíkur.

Íslenskt samfélag stendur frammi fyrir sömu áskorunum og önnur Evrópulönd, þ.e. fjölgun eldri einstaklinga með fjölveikindi. Þetta krefst þetta nýrrar hugsunar, aukinnar samþættingar og nýrra lausna í heilbrigðis- og félagsþjónustu. Á þinginu var meðal annars rætt um það hvernig ætti að laða ungt fólk að sérgreininni og fjölga öldrunarlæknum í Evrópu.

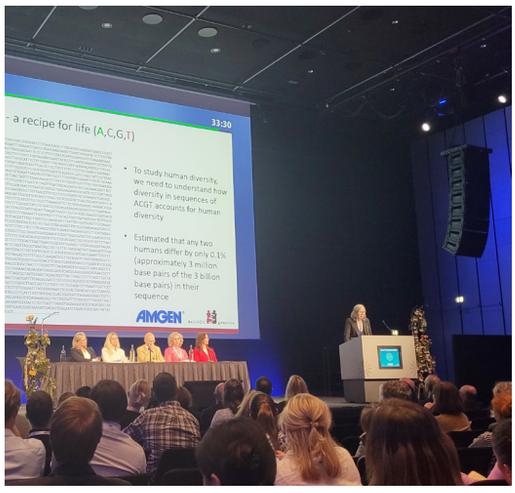
Sérstök áhersla var á samfélagslegar áskoranir sem fylgja fjölgun eldri einstaklinga með fjölveikindi og hrumleika og mikilvægi fjölbreyttrar þjónustu, og þau málefni voru sannarlega rædd í þaula í fundarsölum og á göngum Hörpu.

Einnig var fjallað um nýjustu rannsóknir, meðferðarmöguleika og stefnumótun á sviði heilabilunarsjúkdóma og þar voru tveir aðalfyrirlesarar, Cynthia M. Carlsson og Unnur Þorsteinsdóttir, með afar áhugaverða fyrirlestra á því sviði.

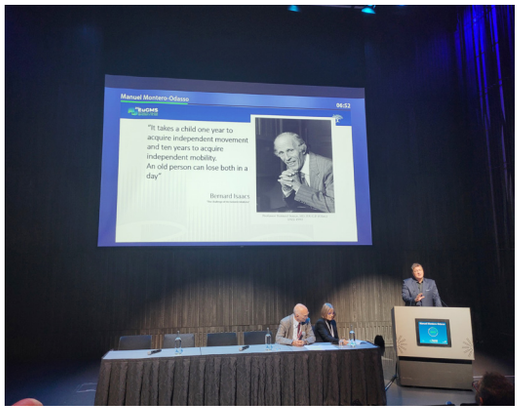
Það var Félagi íslenskra öldrunarlækna sérstaklega mikil ánægja að vera gestgjafar þingsins og kynna fyrir gestum þingsins bæði framúrskarandi faglegt starf íslenskra öldrunarlækna og íslenska menningu.



Á málþingi um gæði heilbrigðisþjónustu á hjúkrunarheimilum töluðu Steinunn Þórðardóttir, Daniela Fialová og Adam Gordon.



Unnur Þorsteinsdóttir hélt opnunarfyrirlestur þingsins um erfðafræði langlífis og langvinnra sjúkdóma.



Manuel Montero-Odasso ræðir um mikilvægi hreyfingar.

Læknadagar í Hörpu
19.-23. janúar 2026

YFIRLIT DAGSKRÁR

Mánudagur 19. janúar

09:00-12:00 Áfengi í alfaraleið: Hin falda sjúkdómsbyrði
09:00-12:00 Genalækningar- framtíðin er núna
09:00-12:00 Þegar klíníkin kennir best. Áhugaverð sjúkratilfelli

12:10-13:00 Hádegisfundir:
– Fölsuð lyf
– Moldin geymir
– Læknar fyrir lækna – er þörf fyrir kollegastuðning?
– Blóðfitur – Hittum prófessorinn
– Húðsjúkdómar – Hittum prófessorinn

13:10-16:10 Skál eða skaði? Áfengi og lýðheilsa í brennidepli – lykillinn að heilbrigðri framtíð
13:10-16:10 Höfuðverkir; greining og meðferð

13:10-16:10 Heilbrigðisþjónusta án skaða-umhverfisáhrif heilbrigðisþjónustu með áherslu á lyfin

16:20 Opnunarhátíð Læknadaga

Þriðjudagur 20. janúar

09:00-12:00 Slag – hver mínúta skiptir máli
09:00-12:00 Æðaflækjur
09:00-12:00 Hættum aldrei að læra

12:10-13:00 Hádegisfundir
Fyrirlestrar á vegum styrktaraðila

13:10-16:10 Algeng vandamál á sviði meltingarlækninga, klínísk nálgun
13:10-16:10 Lengi býr að fyrstu gerð: Afleiðingar sálrænna áfalla í æsku og snemmtæk inngrip
13:10-16:10 Lyfjarýni
13:10-16:10 Vinnubúðir- Hvernig býr maður til klíníska gagnagrunn? - Frá framtíðarsýn til gagnadrifinna nýjunga

Miðvikudagur 21. janúar

09:00-12:00 Endurhæfing í 50 ár
09:00-12:00 Lungnalækningar 2026. Algeng vandamál og nýjungar í meðferð
09:00-12:00 Vísindastarf á Íslandi. Yfirlit yfir doktorsritgerðir við Læknadeild HÍ 2024-2025

12:10-13:00 Hádegisfundir
Fyrirlestrar á vegum styrktaraðila

13:10-16:10 Ferskasta úr fræðunum. Nýtt og áhugavert úr mismunandi sérgreinum.
13:10-16:10 Bráðalyflækningar
13:10-16:10 Berklar
13:10-16:10 Vinnubúðir – Styrkjaumsóknir

Fimmtudagur 22. janúar

09:00-12:00 Innkirtlasjúkdómar á meðgöngu
09:00-12:00 Á dýptina - Rannsóknir, óþarfalækningar og vöndum valið! Málþing FAL
09:00-12:00 Lögfræðimál

12:10-13:00 Hádegisfundir
Fyrirlestrar á vegum styrktaraðila

13:10-16:10 Lyfjanotkun á meðgöngu
13:10-16:10 Mikilvægar mismunagreiningar og dýrkeyptar yfirsjónir – Getur gervigreindin hjálpað? Málþing FAL
13:10-16:10 Myndgreining – Nálgun heimilislæknisins
13:10-16:10 Vinnubúðir – Gigt

16:20-17:20 Kjaramálafundur LÍ

Föstudagur 23. janúar

09:00-12:00 Ristil- og endaþarmskrabbamein á Íslandi
09:00-12:00 Öldrun og geðheilsa
09:00-12:00 Húðkrabbamein

12:10-13:00 Hádegisfundir
– Kappræður
– Lækningar í Sturlungu
– Mat á vökvajafnvægi

13:10-16:10 Framkvæmd einstaklingssniðinnar heilbrigðisþjónustu
13:10-16:10 Réttu skrefin eftir mjaðmabrot
13:10-16:10 Selíak sjúkdómur
13:10-16:10 Vinnubúðir – Líkamsskoðun

16:20 Lokadagskrá Læknadaga
Glíman – fjör og glens
Kokdillir

Heildardagskrá Læknadaga 2026 með upplýsingum um fyrirlestra og fyrirlesara er að finna á heimasíðu LÍ og Facebook og Instagram síðum Læknadaga. Fylgist með fleiri spennandi nýjungum þar!

Dagskráin er birt með fyrirvara um breytingar

Takið dagana frá

Fræðslustofnun Læknafélags Íslands

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

Hver gerir hvað?



Hildur Jónsdóttir
formaður Félags sjúkrahúslækna

Læknisþjónusta á Íslandi er veitt á fjölda ólíkra staða um allt land og eru aðstæður og verkefni mismunandi.

Myndin er skýr í fjarlægð

Lög um heilbrigðisþjónustu (40/2007) og reglugerð um heilbrigðisumdæmi og hlutverk, starfsemi og þjónustu heilsugæslustöðva, heilbrigðisstofnana og sjúkrahúsa (1111/2020) skilgreina þrjú þjónustustig.

Fyrsta stigs þjónustu á til dæmis að veita á heilsugæslum og hjúkrunarheimilum, annars stigs þjónustu á heilbrigðisstofnun eða starfsstofu heilbrigðisstarfsmanns og þriðja stigs þjónusta er veitt á sjúkrahúsi og krefst sérstakrar kunnáttu, háþróaðrar tækni, aðgengi að gjörgæslu og dýrum lyfjum.

Megindrættirnir eru nokkuð ljósir og við erum trúlega öll sammála um að einstaklingur með ketónblóðsýringu þarf þriðja stigs þjónustu en þegar hafin er meðferð við sykursýki er það vanalega gert á fyrsta þjónustustigi.

En óskýr þegar nær dregur

Þetta er allt gott og blessað en í mínu daglega starfi sem læknir duga þessar breiðu skilgreiningar ekki alveg þegar á reynir.

Ég er sjúkrahúslæknir og starfa á lyflækningasviði Landspítala og sinni fyrst og fremst sjúklingum í innlögn. Þegar kemur að útskrift sjúklings er ég ekki alltaf viss um hver tekur að sér hvaða eftirfylgd: Er það sjúkrahúsið sjálft, sérfræðingur á stofu eða heilsugæslan? Hvernig veit ég í hvaða hendur er best að setja minn skjólstæðing í framhaldi innlagnar?

Ég viðurkenni fúslega að ég hef litla innsýn inn í hvernig hvers kyns sérgreinalæknar starfa á stofu og veit ekki hvernig verkum er skipt milli annars og þriðja þjónustustigs í hverri sérgrein. Hvaða gigtsjúklingar eiga til dæmis best heima á göngudeild Landspítalans og hverjir á stofu sérfræðings?

Það sama á við um heilsugæsluna, þar vann ég þrjá mánuði á kandídatsárinu en hef ekki stigið þar inn fæti síðan nema til að leita sjálf heilbrigðisþjónustu. Er alveg klárt hverju heilsugæslan á að sinna en ekki læknir á stofu? Hvenær er viðeigandi að heimilislæknir vísi skjólstæðingi með tiltekið vandamál til áframhaldandi meðferðar á annað eða jafnvel þriðja þjónustustig? Er þetta gert eins allstaðar?

Þegar kemur að útskrift sjúklings er ég ekki alltaf viss um hver tekur að sér hvaða eftirfylgd: Er það sjúkrahúsið sjálft, sérfræðingur á stofu eða heilsugæslan? Hvernig veit ég í hvaða hendur er best að setja minn skjólstæðing í framhaldi innlagnar?

Ég hef gert nokkra leit í undirbúningi þessa pistils að leiðbeiningum hvað þetta varðar en ekki fundið. Það má vel vera að hér sé ég að afhjúpa fáfræði mína en á þeim fjórum árum sem liðin eru síðan ég hóf störf sem sérfræðingur á Landspítala hef ég ekki rekist á aðrar leiðbeiningar en *„grá svæði innlagna“* á Landspítala. Eru þessar skilgreiningar til?

Er ekki best að myndin sé í fókus?

Þetta flækjustig er óþarft og veldur óþarfa álagi í kerfi sem er þegar undir mikilli pressu. Aukavinna verður til á báðum endum þegar sendar eru óviðeigandi tilvísanir, þegar hringja þarf mörg símtöl til að komast að því hvert á að vísa skjólstæðingi og getur seinkað viðeigandi meðferð. Núningur getur orðið á milli kollega sem eru ósammála um hver sinnir hverju og síðast en ekki síst gerir þetta vegferð skjólstæðinga okkar í gegnum kerfið erfiðari og sendir misvísandi skilaboð.

Er því ekki alveg upplagt að útbúa sameiginlegar verklagsreglur, aðgengilegar öllum, til að leggja línurnar og auðvelda bæði skjólstæðingum okkar og okkur sjálfum lífið?

Stjórn Læknafélags Íslands Steinunn Þórðardóttir formaður **Félag almennra lækna** Teitur Ari Theodórsson, Thelma Kristinsdóttir
Félag íslenskra heimilislækna Margrét Ólafía Tómasdóttir, Oddur Steinarsson **Félag sjúkrahúslækna** Hildur Jónsdóttir, Jóhanna Guðrún Pálmadóttir
Læknafélag Reykjavíkur Ragnar Freyr Ingvarsson, Katrín Ragna Kemp

„Ástríðan mín snýst um að bæta líf barna“

Eftir rúman áratug í Svíþjóð hefur Harpa Kristinsdóttir skapað sér öfluga starfsreynslu sem barna- og ofnæmislæknir og gegnir nú lykilhlutverkum í kennslu og klínískri þjónustu. Hún segir starfið bæði gefandi og krefjandi og að ástríðan fyrir fagi sínu sé drifkrafturinn sem heldur henni á tánum – hvort sem um er að ræða störf með sjúklingum, kennslu eða þróun nýrra meðferða sem geta breytt lífi barna með alvarlegt ofnæmi. *Læknablaðið* ræddi við Hörpu

Olga Björt Þórðardóttir

Það eru tæp tólf ár síðan Harpa Kristinsdóttir og eiginmaður hennar, Kjartan Dór Kjartansson, ákváðu að flytja til Gautaborgar. Kjartan, sem er verkfræðingur, og Harpa höfðu þá unnið sig í gegnum námið á Íslandi með ungt barn á heimilinu, en elsti sonur þeirra var aðeins eins árs þegar þau héldu utan.

„Við ætluðum okkur í raun ekki endilega að vera svona lengi, en lífið fór að raða spilunum þannig að við sáum fram á spennandi verkefni og tækifæri hér. Nú eru börnin okkar þrjú orðin á aldrinum þriggja til tólf ára og við höfum bæði komið okkur vel fyrir faglega og fjölskyldulega,“ segir Harpa.

Læknisfræðin sem köllun

Áhugi Hörpu á læknisfræði kviknaði ekki snemma en hún segist alltaf hafa haft gaman af því að læra annars vegar og sjá tækifæri í því að geta hjálpað fólki, hins vegar. „Mamma mín, Ingibjörg, vann sem skurðhjúkrunarfræðingur og hún hefur alltaf verið fyrirmynd mín á svo margan hátt. Ég fylgdist með henni hlaupa á vakt í akút tilfelli á Landspítalanum, oft á ólíkum tímum sólarhringsins, og sá hversu mikinn metnað hún lagði í starfið. Hún var alltaf svo glöð þegar hún kom heim að hafa komið að gagni. Hún litaði því þetta val mitt líka að verða læknir; að vinna starf sem væri bæði krefjandi og gefandi,“ útskýrir Harpa.

Faðir hennar, Kristinn, rak ljósmyndaframköllunarfyrirtæki. Hún á fjögur systkini, þrjú alsystkini og eitt hálf-. Þau hafa öll farið í langskólanám og öll búið erlendis en Harpa er sú eina sem valdi heilbrigðisvísindin. Þau hafa reyndar öll snúið aftur heim nema Harpa.

Á þriðja ári í læknisfræðinni fékk hún tækifæri til að vinna rannsóknarverkefni á Íslandi með barnaofnæmislæknunum Sigurveigu Þ. Sigurðardóttur og Michael Val Clausen, um fæðuofnæmi hjá börnum á Íslandi. „Þau eru svo drífandi og gott að vinna með þeim. Þar vaknaði áhuginn á þeirri grein og ég hafði fundið að það er gefandi að vinna með börn, svo að ég valdi barnalækningar fyrst. Ég hafði svo alltaf barna- og ofnæmislækningarnar á bak við eyrað sem framhaldsgrein og áhuginn minn eftir rannsóknarvinnuna á Íslandi leiddi mig svo inn á þá braut,“ segir hún.

Spennandi tímar í ofnæmislækningum

Harpa starfar á barnaspítalanum í Gautaborg þar sem hún sinnir bæði almennum barnalækningum og ofnæmislækningum. Hún lýsir stöðunni í ofnæmislækningum sem „gríðarlega spennandi“ vegna hraðrar þróunar nýrra lyfja og meðferða. „Við erum að sjá alveg nýja möguleika með líftæknilyfjum sem hjálpa börnum með astma og ofnæmi. Það allra nýjasta er afnæming fyrir börn með kröftug mjólkur-, jarðhnetu- eða eggjaofnæmi. Markmiðið er að byggja upp þol þannig að þau geti lifað eðlilegra lífi,“ segir hún.

Meðferðin felst í því að börnin fá mjög litla skammta daglega af því sem þau eru með ofnæmi fyrir, og magn ofnæmisvaldsins er aukið smám saman þar til líkaminn bregst ekki lengur við. „Meðferðin stendur yfir í rúm þrjú ár og á þeim tíma er markmiðið að hækka þröskuldinn sem veldur ofnæmisviðbragði. Mörg börn geta eftir meðferðina þolað litla skammta af fæðutegundinni sem þau fyrir meðferðina fengu ofnæmisviðbrögð við að borða og sum börn geta borðað stóra skammta án þess að fá ofnæmisviðbrögð. Þetta er byltingarkennd nálgun og við erum að sjá fyrstu niðurstöðurnar núna,“ bætir hún við.

Fjölbreytt hlutverk – frá klínísku starfi til kennslu

Auk þess að starfa klínískt er Harpa yfirlæknir í 20% hlutfalli á dagdeild barnaspítalans og sinnir fjölda annarra verkefna. Hún er kennslustjóri barna- og ofnæmislækninga í héraðinu, situr í verklagsregluhópum sem móta leið-



Harpa og Sunneva, yngri dóttir hennar, á ársfundi barnaofnæmislækna í Svíþjóð. Hún var í fæðingarorlofi en hún stýrði umræðum hluta af degi og litlan þurfti að vera með en stóð sig eins og hetja. Þegar Harpa var á sviðinu þá annað hvort svaf Sunneva vært í vagninum sínum eða sat stillt í fanginu á vinnufélögum hennar.



Fjölskyldan í hjólaferð Les Gets. Þau stunda mikið fjallahjólreiðar og stóru krakkarnir æfa og keppa mikið. Allar helgar á vorin og haustin fara í að keyra í hjólakeppnir um allt vestra Gautalandshéraðið og á sumrin hafa þau farið í lengri ferðir til Evrópu.

beiningar fyrir landið allt og tekur þátt í gæðaúttektum á sérnámi barnalækna um alla Svíþjóð. Hún er ein nokkurra sem eru í þessu ráði sem skipað er barnlæknum sem taka út sérnámið. Um er að ræða kröfu frá yfirvöldum á fimm ára fresti og ráðið skilar skýrslu um hvað vel er gert og hvað mætti betur fara. Hún segir þetta mjög skemmtilegt og hikaði ekki við að grípa tækifærið þegar hún var beðin um að taka að sér að vera í þessu ráði.

„Það er ekki bara gefandi og lærdómsríkt að kynnast sérfræðingum í ráðinu sjálfu, sem koma víðs vegar að í landinu, heldur einnig að fara á alla þessa spítala og sjá hvað er gert vel og taka þá vitneskju með sér. Auk þess efli ég mikilvægt tengslanet. Ég á mjög erfitt með að segja nei þegar kemur að verkefnum sem tengjast vinnunni," segir hún hlæjandi. „En þetta gefur mér líka mikið. Ég kynnist frábæru fólki og fæ tækifæri til að læra af bestu sérfræðingum landsins."

Þá heldur hún reglulega námskeið fyrir lækna í sérnámi og fyrirlestra á heilsugæslum, auk þess sem hún situr í ráði um skynsamlega lyfjanotkun barna. „Markmiðið er alltaf að bæta lífsgæði barna með ofnæmi og astma," leggur hún áherslu á.

Dæmigerður dagur í annasömu lífi

Dagur Hörpu hefst á morgunfundi með barnalæknum spítalans. Þar á eftir tekur við sjúklingamóttaka, vinna á legudeild, dagdeild, teymisfundir eða stjórnunarfundir – allt eftir verkefnum dagsins. „Við sérfræðingarnir róterum á legudeild og dagdeild spítalans. Ég er líka oft ráðgefandi sérfræðingur fyrir lækna inni á spítalanum, á heilsugæslum og á barnamóttökum sem geta hringt til mín með fyrirspurnir hvað varðar ofnæmi og astma hjá börnum. Oft er ég að leiðbeina læknanemum og læknum í sérnámi og halda fyrirlestra eða málstofur. Svo er mikið um fundi, bæði innan spítalans og með sérfræðingahópum víðs vegar að," útskýrir hún.

Á stóru heimili með þremur börnum þarf góða verkaskiptingu. „Við Kjartan höfum fundið taktík sem virkar og hjálpumst að," segir Harpa. „Fjölskyldan okkar er öll á Íslandi þannig að við höfum þurft að skapa okkar eigið stoðkerfi hér úti. Það hefur gengið vel en krefst vissulega skipulags."

„Vonandi getum við á næstu árum hjálpað börnum með fleiri tegundir fæðuofnæmis og bætt lífsgæði þeirra verulega."



Harpa Kristinsdóttir barna- og ofnæmislæknir.

Björt framtíðarsýn

Þegar hún horfir fram á veginn sér Harpa fyrir sér áframhaldandi þróun í meðferð ofnæmis barna. „Vonandi getum við á næstu árum hjálpað börnum með fleiri tegundir fæðuofnæmis og bætt lífsgæði þeirra verulega. Það er þetta sem knýr mann áfram – að vita að maður getur skipt sköpum," segir hún að lokum.

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi *Læknablaðsins*



„Stefna okkar er að halda áfram að stækka“

Skurðlæknarnir og félagarnir Steinarr Björnsson, Þórður Ægir Bjarnason og Þórarinn Kristmundsson hafa rekið klíníkina Kirurgicentrum Skåne í Malmö í Svíþjóð síðan 2021. Þeir segja góða sátt ríkja í samfélaginu um fjölbreytt rekstrarform heilbrigðisstofnana og mikill velvilji sé hjá hinu opinbera að auka það enn frekar. Þeir segja frá vegferð sinni í Læknavarpinu og hér að neðan má sjá stutta samantekt úr því viðtali

Kristborg Bóel Steindórsdóttir

Þeir Þórður og Þórarinn útskrifuðust með embættispróf úr læknisfræði frá Háskóla Íslands árið 2000 og Steinarr árið 2001. Leið þeirra allra lá síðar til Svíþjóðar til frekara náms og starfa. Árið 2012 settu þeir Steinarr og Þórarinn á laggirnar einkarekna æðahnútaklíník og á svipuðum tíma fór Þórður af stað með eigin starfsemi og leigði meðal annars aðstöðu hjá þeim. Eftir að hafa unnið saman í því formi í nokkur ár stóðust þeir félagar ekki mátið að sameina krafta sína og úr varð klíníkin Kirurgicentrum Skåne.

Framkvæma um 3500 aðgerðir árlega

Segja má að Kirurgicentrum sé eins og lítið sjúkrahús, en þar starfa fimm fastráðnir skurðlæknar, auk fleiri skurðlækna sem koma inn sem verktakar. Aðrir fastráðnir starfsmenn eru kringum 30, á borð við hjúkrunarfræðinga, sjúkraliða og ritara. Fyrirtækið framkvæmir í dag nánast allar æðahnútaaðgerðir á Skáni, auk þess að þar eru einnig gerðar gallblöðruaðgerðir, kviðsslitsaðgerðir, skjaldkirtilsaðgerðir og efnaskiptaaðgerðir, eða alls um 3500-4000 aðgerðir á ári.

Starfsemin byggist í fyrsta lagi á þessum stóra æðahnútasamningi sem gildir til ársins 2030, í öðru lagi á samningum um gall-, kviðslits- og skjaldkirtilsaðgerðir og í þriðja lagi á efnaskiptaaðgerðum sem sjúklingar borga sjálfir. „Þessir stóru æðahnútasamningar hafa gert okkur kleift að byggja upp starfsemina og fjárfesta frekar í kringum hana. Hið opinbera býður út þessa þjónustusamninga miðað við Evrópulög sem gilda einnig á Íslandi núna. Þetta byggir allt á svo kallaðri þjónustutryggingu, það er að sjúklingar eiga rétt á að komast til sérfræðings innan þriggja mánaða frá greiningu og því að ákvörðun hefur verið tekin um aðgerð,“ segir Steinarr og Þórður bætir við: „Segja má að heilbrigðisþjónustan skiptist í þrjú stig. Í fyrsta lagi nýtir hið opinbera sínar eigin deildir. Ef biðtíminn þar er meiri en þrír mánuðir, er tekið til þjónustusamninga, til dæmis hjá okkur. Ef við hins vegar fáum fleiri sjúklinga en við megum taka miðað við okkar samninga og biðtíminn hjá okkur verður lengri en þrír mánuðir, á sjúklingurinn rétt á þjónustu annars staðar samkvæmt þessari þjónustuábyrgð og þá taka við aðrar stofur sem geta verið hvar sem er í Svíþjóð, já eða Evrópu.“

Steinarr segir fyrirkomulagið hafa gefist mjög vel í Svíþjóð og mikil viðhorfsbreyting hafi orðið þar gagnvart einkarekinni starfsemi og fjölbreyttu rekstarformi. „Hið opinbera hefur gefið út að þetta hafi gengið vel og að þeir vilji enn auka við þetta fjölbreytta rekstrarform, þar sem einkareknar einingar einbeiti sér að mikilli framleiðslugetu, gæðum og sjúklingaánægju. En að sama skapi eru á okkur miklar kvaðir, við þurfum að sýna fram á að við getum sinnt þessum sjúklingahópi vel. Ef svo er ekki, getur hið opinbera tekið af okkur samninginn. Þannig að áhættan fyrir þá að útvista aðgerðum til einkarekinna starfsstöðva er mjög lítil,“ segir Steinarr.

Vona að sama fyrirsögnin verði ekki enn á *Læknablaðinu* árið 2050

Hver er helsti munur milli landanna í tengslum við fjölbreytt rekstrarform heilbrigðisstofnana?

„Við höfum fylgst vel með því sem hefur verið að gerast á Íslandi varðandi fjölbreytt rekstrarform undanfarin ár. Mér finnst stundum að ég sé í tímahylki þegar ég fylgist með fréttum á Íslandi. Ég rakst á forsíðu *Læknablaðsins* frá árinu 1982 og þar var fyrirsögnin að helsti vandi íslenska heilbrigðiskerfisins væri fráflæðisvandi og biðlistar, bara nákvæmlega sami vandinn og núna. Það er sérstakt fyrir okkur að búa í landi sem er eitt það sósaldemokratískasta heimi og sjá að hér er verið að nýta sér fjölbreytt rekstrarform og einkareknar



Frá vinstri: Þórarinn Kristmundsson, Steinarr Björnsson og Þórður Ægir Bjarnason, keppendur í Toughest Malmö. Mynd/aðsend

starfsstöðvar í miklum mæli og um það ríkir góð sátt í samfélaginu og mikil jákvæðni hjá hinu opinbera að auka það. Það er skrýtin þessi kredda sem hefur verið á Íslandi, að þetta hafi ekki fengið meiri meðbyr, það virðist reyndar eitthvað vera að gerast núna, svo virðist sem verið sé að gera þjónustusamninga til fleiri ára sem er mikilvægt fyrir einkareknar starfsstöðvar. Maður vonar bara að þetta sé virkilega að breytast og sjái ekki forsíðufrétt um það í *Læknablaðinu* árið 2050 að helsti vandinn sé ennþá fráflæði og biðlistar. Evrópulögin gilda einnig um Ísland og ein besta leiðin til þess að uppfylla þau er að auka þessa starfsemi," segir Steinarr og Þórarinn bætir við; „Gæðin verða líka meiri, það gefur auga leið. Við framkvæmum um 1000 kviðslitsaðgerðir á ári, átta aðgerðir á dag. Slík framleiðni næst aldrei á stórum sjúkrahúsum, en því meira sem þú gerir af því sama, því betri verður árangurinn og vandamálin minni. Auk þess er það betra fyrir samfélagið, að aðgerðir sem þessar sem hægt er að gera út í bæ, séu ekki að hindra til dæmis krabbameinsaðgerðirnar á spítalanum," segir Steinarr.

Læknanemar styrkja starfsemina

En hvernig er það í slíku rekstrarformi, hafa þeir verið að fá til sín læknanema? „Já, við höfum fengið til okkar nema í talsverðum mæli og erum með fyrstu einkareknu einingunum sem hafa verið að sinna því í einhverjum mæli hér á Skáni. Við höfum verið með sérnámslækna í æðaskurðlækningum síðan 2017 og erum núna með fjórða árs læknanema frá Lundarháskóla tvo daga í viku. Við höfum alltaf tekið vel í þetta og viljum gjarnan hafa læknanema til að styrkja okkar starfsemi og okkur faglega. Það hefur einnig verið krafa frá hinu opinbera að við tilboðsbeiðni liggi fyrir lýsing á því hvernig starfseiningin ætli sér að sinna kennslu og vísindastarfi," segir Steinarr.

Ekkert útilokað í samstarfsmöguleikum við Ísland

Hver er framtíðarsýnin með Kirurgicentrum, kæmi til greina að færa starfsemina til Íslands með einhverjum hætti? „Í augnablikinu erum við að einbeita okkur að því sem er að gerast hér í Svíþjóð. Stefna okkar er að halda áfram að stækka, en það eru í raun engin takmörk á því hvað við getum gert, höfum til dæmis möguleika á því að fara út í bæklunarlækningar ef við viljum það," segir Þórarinn og Steinarr bætir við; „Landslagið virðist aðeins vera að breytast á Íslandi í þessum efnum, ef þjónustusamningar verða gerðir til lengri tíma væri alveg hægt að skoða það, eða þá fara í samstarf við aðila sem myndu vilja nýta okkar reynslu. Svo gæti einnig verið að það komi útboð á Íslandi þar sem við gætum tekið á móti íslenskum sjúklingum hingað til okkar. Annars viljum við bara hvetja þá sem hafa áhuga, að koma í heimsókn og skoða þetta hjá okkur. Við tökum vel á móti öllum og sendum góðar kveðjur til Íslands, sérstaklega til okkar góðu mentora á Landspítalanum sem sumir hverjir hjálpuðu okkur að koma þessu af stað hérna og eiga mikla þakkir skildar," segir Steinarr að lokum.

Mér finnst stundum að ég sé í tímahylki þegar ég fylgist með fréttum á Íslandi. Ég rakst á forsíðu *Læknablaðsins* frá árinu 1982 og þar var fyrirsögnin að helsti vandi íslenska heilbrigðiskerfisins væri fráflæðisvandi og biðlistar, bara nákvæmlega sami vandinn og núna.

Að brúa bilið milli vísinda og samkenndar

Þegar dr. Cynthia Carlsson steig á svið í Hörpu á 21. ráðstefnu Evrópusamtaka öldrunarlækna (EuGMS) í Reykjavík í september, fundu áheyrendur fljótt að hér talaði manneskja sem sameinar tvo heima: vísindi og mannúð, nýsköpun og samkennd, rannsóknarstofuna og heilsugæsluna. Sem prófessor í Alzheimer-sjúkdómnum við Wisconsin-háskólann í Madison og forstöðukona Alzheimer-stofnunarinnar í Wisconsin, hefur Cynthia varið starfsævi sinni í að leggja áherslu á þetta. *Læknablaðið* ræddi við hana í Hörpu

Olga Björt Þórðardóttir

Í fyrirlestri sínum fjallaði Cynthia um nýjustu greiningartæki í Alzheimer-rannsóknum, sérstaklega hraða þróun blóðsýna sem gætu gjörbreytt aðgengi að snemmbærri greiningu. En undir tæknilegu yfirborðinu lágu dýpri skilaboð: að greiningartæki séu aðeins jafn verðmæt og líf þeirra sem þau geta hjálpað við að bæta.

Að gera greiningar þýðingarmiklar

Að mati Cynthiu er aukin nákvæmni Alzheimer-greininga bæði vísindalegur sigur og hagnýt áskorun. „Helsta ástæðan fyrir því að við notum þessi próf núna," útskýrir hún, „er að hjálpa sjúklingum og fjölskyldum þeirra að skipuleggja framtíðina – að skilja hvað er að gerast og undirbúa það sem er fram undan."

Á Alzheimer-stofnuninni í Wisconsin hefur teymi hennar unnið að því að samþætta lífsýnamælingar við heilbrigðiskerfi á vettvangi samfélagsins. Aðgengi að blóðsýnum hefur gjörbreytt umhverfinu. „Sumir sjúklingar okkar þurftu áður að keyra fimm klukkustundir til að fara í PET-skanna," segir hún. „Núna getum við tekið einfalt blóðsýni. Það er bylting, sérstaklega fyrir fólk sem býr í dreifbýli."

Hún leggur þó áherslu á að ekki séu allir sem fari í slíkar mælingar gjaldgengir í nýjustu meðferðir. „Það þýðir þó ekki að prófið sé gagnslaust," bætir hún við. „Margir hugrænir erfiðleikar tengjast öðrum ómeðhöndluðum heilsuvandamálum. Að greina þau getur stöðvað hnignun eða jafnvel bætt starfshæfni. Fyrir fjölskyldur skiptir það gífurlegu máli að vita hvort um Alzheimer sé að ræða eða eitthvað annað."

Afstaða hennar byggist á því raunsæi að læknisfræði eigi ekki aðeins að efla þekkingu, heldur einnig að styrkja og styðja við sjúklinga og aðstandendur til að taka upplýstar ákvarðanir.

Köllun sem tengist fjölskyldu og missi

Áhugi Cynthiu á öldrunarlækningum kviknaði löngu fyrir læknanámið. Sem unglingur fylgdist hún með báðum ömmum sínum missa heilsuna á ólíkan hátt – önnur með heilabilun en hin hélt vitsmunum sínum en missti líkamlegt atgervi. „Það var eins og að upplifa tvær tegundir af missi," rifjar hún upp. „Önnur amma mín hafði umönnunaraðila sem hjálpaði henni að halda áfram að gera það sem hún elskaði, á meðan afi minn varð skyndilega að verða umönnunaraðili fyrir hina; hlutverk sem hann hafði aldrei gegnt áður. Þessar andstæður fengu mig til að hugsa djúpt um hvað það þýðir að lifa innihaldsríku lífi þótt heilsan bregðist."

Hún ákvað að verða læknir aðeins fimmtán ára gömul. „Áður vildi ég verða arkitekt," segir hún hlæjandi, „en eftir að ég fylgdist með heilabilun ömmu minnar vissi ég að ég vildi fara í læknisfræði. Ég vissi ekki einu sinni hvað öldrunarlækningar voru, ég vissi bara að mig langaði að vinna með eldra fólk." Þessi snemmmótaða samkennd er enn grunnurinn að viðhorfi hennar til starfs síns. „Öldrunarlækningar snúast um jafnvægi," segir hún. „Þær snúast um að skilja manneskjuna í heild; heilsuna, fjölskylduna og gildin, en ekki bara sjúkdóminn."

Samspil vísinda og klínískrar umönnunar

Með tímanum hefur Cynthia séð að rannsóknir og klínísk umönnun eru tvær hliðar á sama peningi. „Ég hélt einu sinni að rannsóknir væru eitthvað sem gerðist í öðrum heimi – fjarri heilsugæslunni," segir hún. „En þegar þú hittir sjúklinga daglega, áttarðu þig á því að þeir eru í raun bestu kennararnir." Viðbrögð sjúklinga hafi oft haft áhrif á rannsóknaraðferðir hennar. „Stundum segir skjólstæðingur: ‚þessi spurning á spurningalistanum er hræðileg,' segir hún og hlær. „Og þeir geta sannarlega haft rétt fyrir sér og þá breytum við."

Teymi hennar leggur áherslu á að halda þátttakendum virkum með því að deila niðurstöðum og framvindu rannsókna. „Við viljum að þeir finni að þeir séu hluti af rannsóknarferlinu, ekki bara viðfangsefni."

Þar sem öldrunarlækningar snerta jafnan fjölskyldur, hittir Cynthia einnig fullorðin börn sjúklinga sinna, fólk sem hefur fylgst með foreldri fá heilabilun og velti gjarnar fyrir sér eigin áhættu. „Mörg þeirra taka þátt í forvarnarverkefnum okkar af því að þau hafa upplifað Alzheimer úr eigin umhverfi," segir hún.



Cynthia lýsir íslenskum læknum sem „stórhuga, mjög persónulegum og tengslamiðuðum, en líka frumlegum.“ Framlag Íslands til erfðafræði og klínískra rannsókna sé stórkostlegt miðað við íbúafjölda.

„Þau vilja því gera eitthvað fyrirbyggjandi. Jafnvel þótt það hjálpi þeim ekki beint, þá vona þau að það hjálpi börnunum þeirra. Þessi tilfinning fyrir arfleifð knýr vinnu okkar mikið áfram.“

Norðurlandasamvinna og innblástur frá Íslandi

Starfsferill Cynthiu hefur orðið ríkari vegna norrænna tengsla. Samband hennar við Ísland nær aftur til þess tíma þegar hún var í sérnámi í lyflækningum við Wisconsin-háskóla, þegar nokkrir íslenskir læknar stunduðu sama nám. „Það var dásamlegt að vinna með þeim,“ segir hún hlýlega. „Þeir voru klárir, íhugulir og höfðu sérstaka sýn á umönnun sjúklinga. Fyrir svo lítið land, á Ísland ótrúlega marga hæfileikaríka lækna og vísindamenn.“ Hún lýsir íslensku læknunum sem „stórhuga, mjög persónulegum og tengslamiðuðum, en líka frumlegum. Framlag Íslands til erfðafræði og klínískra rannsókna er stórkostlegt miðað við íbúafjölda.“

Tengsl hennar við Svíþjóð eru enn dýpri. Hún er gift sænsk-amerískum sagnfræðingi og hefur árum saman heimsótt Svíþjóð og unnið með sænskum vísindamönnum.

„Í fjölskyldu eiginmanns míns eru nokkrir læknar og svo ég hef lært mikið um sænska heilbrigðiskerfið í gegnum þá,“ segir hún. Sérstaklega nefnir hún prófessor Henrik Zetterberg og að samstarf sitt við hann hafi verið umbreytandi. „Við höfum unnið saman í nær tuttugu ár,“ útskýrir hún. „Í byrjun vorum við bókstaflega að senda sýni á milli Wisconsin og Svíþjóðar. Henrik hjálpaði okkur að byggja upp innviði til að greina lífssýni á staðnum. Slík alþjóðleg samvinna hefur verið lykill að framförum á þessu sviði.“

Í fyrra heimsótti Cynthia og fjölskylda Ísland í fyrsta sinn saman. „Það var töfrum líkast,“ segir hún. „Miðjubarnið mitt lærir hönnun og var heillað af íslenskri fagurfræði. Yngsti sonurinn er mikill aðdáandi Bjarkar og elskar að læra um alls konar tónlist um allan heim. Við vorum aðeins þrjá daga, en við urðum öll ástfangin af Íslandi.“

Breytt hlutverk kvenna í læknisfræði

Þegar Cynthia lítur yfir feril sinn minnist hún sérstaklega þeirra kvenna sem ruddu brautina.

„Þær börðust fyrir hlutum sem við tökum sem sjálfsögðum í dag, eins og sveigjanlegum vinnuskilyrðum og foreldraorlofi,“ segir hún. Einn kvenkyns leiðbeinandi veitti henni ráð sem hún gleymir aldrei, þegar hún ætlaði í 80% starfshlutfall eftir barnsburð: „Ætlarðu að vinna 80%, eða 100% fyrir 80% laun?“„Hún hvatti mig til að vera raunsæ en að passa líka upp á tímann minn og orkuna,“ segir Cynthia. „Slík leiðsögn var ómetanleg.“

Hún hefur einnig séð hve mikið hefur breyst. „Þegar ég byrjaði í læknanámi var forysta enn mjög karllæg og konur lentu í ýmsu misjöfnu tengdu því. Nú sjáum við fleiri konur stýra deildum, reka rannsóknarstofur og móta stefnur. Það er mjög hvetjandi.“

Til næstu kynslóðar kvenlækna hefur hún skýr skilaboð: „Hugsið til langs tíma. Læknisfræði er langhlaup, ekki sprettthlaup. Það koma stundir þar sem þið upplifið hlutdrægni eða sjálfsefa, en látið það ekki skilgreina ykkur. Berið hag ykkar sjálfra og annarra kvenna fyrir brjósti. Konur koma oft með aðra sýn í heilbrigðisþjónustu, sjá hluti sem aðrir taka ekki eftir. Það er mikilvægur styrkur.“

Listin við öldrunarlækningar

Ef til er list í öldrunarlækningum, þá telur Cynthia hana felast í samkennd og forgangsröðun. „Góður öldrunarlæknir þarf að skipuleggja út frá ýmsum flækjustigum,“ útskýrir hún. „Eldri sjúklingar glíma oft við margs konar sjúkdómsástand, taka margs konar lyf og búa við margvíslega félagslega þætti. Það verður að samræma læknisfræðileg markmið þeirra við það hverjir þeir eru sem einstaklingar og þarfir hvers og eins. Það er kjarninn í starfinu.“

Að hennar mati er mesta umbunin við starfið sitt að hjálpa fólki að geta lifað sem innihaldsríkustu lífi, ekki bara lengra. „Við tölum oft um líftíma, en það sem skiptir mestu máli er heilsutíminn, árin sem lifuð eru við góða heilsu, sjálfstæði og tilgang.“

Forvarnir, lýðheilsa og mannúð

Þrátt fyrir áherslu á greiningaþróun, trúir Cynthia því að framtíð heilabilunarmeðferða byggist jafn mikið á forvörnum og meðferð. „Við höfum mörg spennandi tæki til að greina sjúkdóm snemma,“ segir hún, „en öflugustu inngripin eru enn þau einföldu: að styðja sjúklinga til að vera virka, taka lyfin sín, borða hollt og halda áhættuþáttum í skefjum.“ Hún bendir á að lýðheilsurannsóknir sýni nú hægt sé að koma í veg fyrir um 40% heilabilunartilvika og æðasjúkdóma með breytingum á lífsstíl. „Það eru ótrúleg tækifæri,“ segir hún. „Þar til við höfum fullkomnar meðferðir eru þessi hagnýtu, daglegu úrræði enn okkar bestu verkfæri.“

Heilahristingur – ný skilgreining frá árinu 2023

Ólöf Bjarnadóttir
tauga- og endurhæfingarlæknir



Mikilvægt er að greina heilahristing við ýmsar aðstæður svo ráðleggja megi rétta meðferð. Heilahristingur eða vægur heilaskaði gerist þegar meðvitundartruflun er <30 mínútur, minniskerðing eftir áverka varir <24 klukkustundir og 30 mínútum eftir áverka er GCS>13. Truflað heilastarfsemi er mest fyrst og gengur yfir, en sumir hafa langvinn einkenni. Eftir yfirferð vísindagreina með Delphi-aðferð og sameiginlegu áliti sérfræðinga birtist í mars 2023 ný skilgreining á vegum Bandaríska endurhæfingarþingsins (ACRM) á vægum heilaskaða.[1]

Í þessari skilgreiningu eru tvær mikilvægar breytingar:
1. Greint er á milli klínískra merkja, sem er hlutlæg breyting á lífeðlisfræðilegri heilastarfsemi, og einkenna, sem er huglæg tilfinning viðkomandi um breytta heilsu. **2.** Öflun réttmætra upplýsinga um brátt ástand viðkomandi fyrstu 72 klukkustundir eftir áverkann. Frá þeim tíma eru skoðaðar upplýsingar í sjúkraskrá, atburðasögu eða spurningarlista, svo sem SCAT (The Sport Assessment Concussion Tool), sem skoðast á hliðarlínunni. Einkenni er koma síðar eru ekki hluti af greiningunni.

Skilgreiningin er sett upp með 6 viðmiðum samanber hér að neðan.

1. Orsök áverka (sennilegur)

Fyrsta skrefið er mat á því hvort áverki er trúverðug orsök heilaáverka og hvort krafturinn við áverkann sé líklegur til að trufla lífeðlisfræðilega heilastarfsemi. Styrkur krafts sem veldur heilaáverka er ekki skilgreindur, en samkvæmt upplýsingum má ætla að kraftur meira en 50G valdi heilaskaða.[2]

2. Klínísk merki, eitt eða fleiri

Klínískt merki (*clinical sign*) er sjálfstætt greiningarmerki og skoða skal eftirfarandi: **a.** Meðvitundarleysi. **b.** Hugræn breyting. **c.** Minnisleysi algjört eða að hluta. **d.** Önnur bráð merki við taugaskoðun, svo sem sýnileg jafnvægistruflun, krampi, síspenna.

3. Bráð einkenni, tvö eða fleiri

Einkenni (*symptoms*) eru talin óljós, ekki lýsandi og geta verið af öðrum ástæðum en heilaskaða og því ekki sjálfstætt greiningarmerki. Skoða skal eftirfarandi: **a.** Finnast vera ruglaður, illa áttaður, óskýr hugsun, vankaður. **b.** Höfuðverkur, ógleði, sundl, jafnvægistruflun, sjóntruflun, ljós- eða hljóðnæmleiki. **c.** Vera hægur, „heilaþoka“, einbeitingar- og/eða minniserfiðleikar. **d.** Óeðlilegur óstöðugleiki lundar, pirringur.

4. Klínísk skoðun/rannsóknarniðurstöður, eitt atriði eða fleiri

Ýmis klínísk próf hafa verið rannsökuð til dæmis á vitrænum þáttum, jafnvægi, augnhreyfingum (VOMS), en það skortir vísindalegar upplýsingar um tengsl þessara þátta við heilaskaða.

Skoða skal eftirfarandi þætti: **a.** Vitræn truflun skoðuð með tölvumati á vitrænum þáttum **b.** Truflun á jafnvægisprófum innan 24 klukkustunda frá skaða **c.** Truflun augnhreyfinga eða einkenni við ögrun á andar-augnhreyfikerfinu **d**. Hækkun lífmerkja í blóði sem merki um skaða á heilavef (microRNA). Sá þáttur er enn til rannsóknar en möguleiki að setja hann inn í skilgreiningu síðar.

5. Óeðlileg myndgreining.

Ef myndgreining sýnir áverka í heilavef má setja sjúkdómsgreininguna vægur heilaskaði með jákvæðri myndgreiningu (*complicated mild* TBI).

6. Ekki betur skýrt af öðrum þáttum.

Mikilvægt er að greiningarlæknir skoði möguleika annarra þátta sem gætu útskýrt hegðun, eins og áfengis- eða fíkniefnanotkun, blóðþrýstingsfall, blóðsykurfall fyrir áverka, miklir verkir, hálstognun, andlegir þættir svo sem kvíðakast, oföndun eða annað getur gefið ýmis einkenni.[3]

Greining á vægum heilaskaða/heilahristingi er sett þegar:

Kraftur á líkama/höfuð er líklegur til að valda skaða og þarf eitt eða fleiri af eftirfarandi viðmiðum að vera til staðar- (viðmið 1):

- **i** Klínísk merki um heilaskaða (viðmið 2), eitt eða fleiri
- **ii** Einkenni (viðmið 3) tvö eða fleiri ásamt einu atriði við skoðun eða rannsókn (viðmið 4) sem merki um heilaskaða
- **iii** Óeðlileg myndgreining (viðmið 5)

Að lokum skulu einkenni ekki betur útskýrð af öðrum þáttum (viðmið 6).

Mögulegur heilaskaði er greindur þegar greiningarskilmerki eru óljós vegna truflandi þátta, svo sem streitu eða fjöláverka.

Þessi skilgreining er talin gera greiningu heilahristings réttari og meðferð hnitmiðaðri.[4]

Heimildir

1. Silverberg ND, Iverson GL, members ABISIGMTTF, et al. The American Congress of Rehabilitation Medicine Diagnostic Criteria for Mild Traumatic Brain Injury. Arch Phys Med Rehabil. 2023;104(8):1343-55.
2. Weaver CS, Sloan BK, Brizendine EJ, Bock H. An analysis of maximum vehicle G forces and brain injury in motorsports crashes. Med Sci Sports Exerc. 2006;38(2):246-9.
3. Silverberg ND, Iaccarino MA, Panenka WJ, et al. Management of Concussion and Mild Traumatic Brain Injury: A Synthesis of Practice Guidelines. Arch Phys Med Rehabil. 2020;101(2):382-93.
4. Sergeyenko Y, Andreae ME, Segal M. Diagnosis and Management of Mild Traumatic Brain Injury (mTBI): A Comprehensive, Patient-centered Approach. Curr Pain Headache Rep. 2025;29(1):19.



Vinnum með þeim bestu

Í áratugi höfum við hjá Fastus heilsu stutt okkar besta fólk
í heilbrigðisgeiranum með því að útvega tæki, búnað og lausnir sem skipta máli
– svo þau geti sinnt okkur þegar mest á reynir, við bestu mögulegu aðstæður.

FASTUS
HEILSA

Sími 5803900 | fastusheilsa.is | Höfðabakki 7, 110 Reykjavík

Evrópudagur vitundarvakningar um sýklalyf 18. nóvember

Vaxandi útbreiðsla karbapenemasa-myndandi ónæmra sýkla er áhyggjuefni

Anna Margrét Halldórsdóttir
yfirlæknir á sóttvarnasviði
Embættis landlæknis

Kristján Orri Helgason
sérfræðingur í sýklafræði og
smitsjúkdómum, Landspítala

Sýklalyfjaónæmi er vaxandi vandamál sem nú þegar torveldar meðhöndlun sýkinga og í framtíðinni er hætta á að ekki verði hægt að meðhöndla einfaldar eða alvarlegar sýkingar með sýklalyfjum. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur lýst því yfir að sýklalyfjaónæmi sé ein mesta ógn sem steðji að heilbrigði mannkyns í dag.

Hlutfall ónæmra baktería hjá mönnum hefur verið lágt á Íslandi miðað við mörg lönd en árin 2023 og 2024 fjölgaði þó þeim tilfellum ónæmra sýkla sem eru tilkynningarskyldir til sóttvarnalæknis, einkum sýklum sem framleiða breiðvirka beta-laktamasa (BBL).[1] Sérstakar áhyggjur vekur aukning á **karbapenemasa-myndandi *Enterobacterales* (CPE)** og þá helst *Escherichia coli* og *Klebsiella pneumoniae*.

Karbapenemasar (KPC, NDM, VIM, OXA-48 o.fl.) eru beta-laktamasa-ensím sem geta brotið niður öll beta-laktam-sýklalyf, penisillín, kefalósporín og karbapenem-lyf. Karbapenemasa-myndandi sýklar eru með allra ónæmustu bakteríum og geta verið nær alónæmir. Gen sem skrá fyrir karbapenemasa eru oft borin á plasmíðum sem dreifast auðveldlega milli baktería og þannig milli fólks.

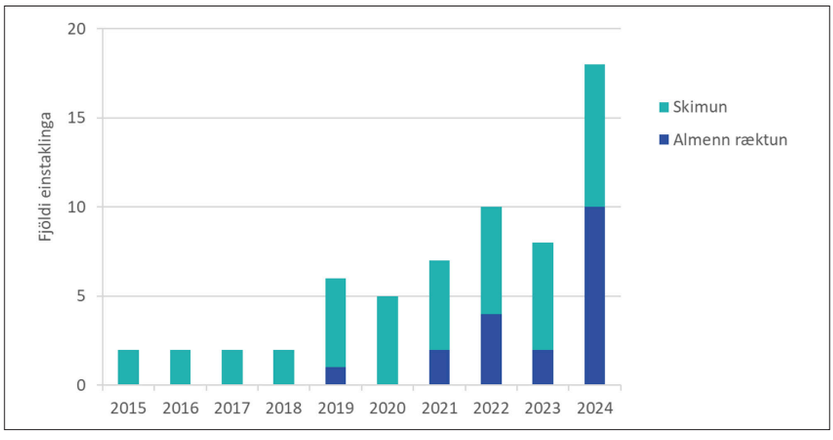
Á ESB/EES svæðinu hafa CPE verið að aukast síðustu ár, meðal annars blóðsýkingar af völdum karbapenem-ónæmra *K.pneumoniae*. Þetta eru alvarlegar sýkingar sem erfitt er að meðhöndla og sérstakt áhyggjuefni er vaxandi útbreiðsla **ofurmeinvaldandi stofna** (*hypervirulent*) sem eru auk þess karbapenem-ónæmir.[2]

Árið 2015 greindust karbapenemasa-myndandi *E. coli* stofnar í fyrsta sinn á Íslandi hjá tveimur einstaklingum sem höfðu legið á sjúkrahúsi erlendis.[1] Árin 2015-2018 greindust tveir einstaklingar árlega með CPE á Íslandi, en árin 2019–2023 greindust fimm til tíu árlega, samhliða því að tilfelli fóru að greinast án tengingar við sjúkrahús erlendis (sjá mynd). Þar af voru tveir einstaklingar þar sem innlent smit var rakið til inntöku Staklox, en Dicillin/Staklox sýklalyfjahylki í dreifingu í Danmörku og á Íslandi árið 2022 reyndust menguð af NDM-5/OXA-48-myndandi sýklum.[3]

Árið 2024 greindust átján einstaklingar með CPE hérlendis, sem er metfjöldi (sjá mynd). Í um helmingi tilvika voru engin tengsl við sjúkrahúslegu erlendis og hjá nokkrum var engin ferðasaga. Hjá tíu greindist CPE óvænt við ræktun, oftast frá þvagsýnum, jafnframt því sem fyrsta blóðsýking af völdum CPE greindist á Íslandi. Því virðist sem CPE sé að taka sér bólfestu hérlendis og landslagið er að breytast með tilliti til áhættuþátta, sem var áður fyrr nánast eingöngu sjúkrahúsdvöl erlendis.

En hvað er hægt að gera til þess að koma í veg fyrir frekari útbreiðslu CPE og annarra ónæmra sýkla? Vissir áhættuþættir sýkinga af völdum ónæmra sýkla eru þekktir. Íslensk rannsókn á þvagfærasýkingum af völdum ESBL-myndandi *E. coli* leiddi í ljós að meðal áhættuþátta var notkun sýklalyfja, sérstaklega cíprófloxacíns.[4] Á Íslandi eru tækifæri til að minnka sýklalyfjanotkun en notkun breiðvirkra sýklalyfja er þó minni en víðast innan ESB/EES. Notkun prótón-pumpuhemla (magasýruhemjandi lyfja) var einnig sterkur áhættuþáttur, en magasýra er mikilvæg vörn gegn sýklun með ónæmum bakteríum og iðrasýkingvöldum. Vinna þarf gegn óþarfa notkun prótónpumpuhemla, sem virðast víða ofnotaðir.

Ljóst er að ónæmir sýklar eru alvarleg ógn við lýðheilsu vegna takmarkaðra meðferðarmöguleika og mögulegra dauðsfalla. Setja þarf í forgang sýklalyfjagæslu, sýkingavarnir og alþjóðlegt samstarf til að stemma stigu við útbreiðslu ónæmra sýkla. Aðeins með markvissum og víðtækum aðgerðum ásamt eftirfylgni er hægt að sporna gegn útbreiðslu sýklalyfjaónæmra baktería, en nýsamþykkt aðgerðaáætlun íslenskra stjórnvalda gegn sýklalyfjaónæmi er mikilvægur áfangi og leiðarvísir til framtíðar.[5]

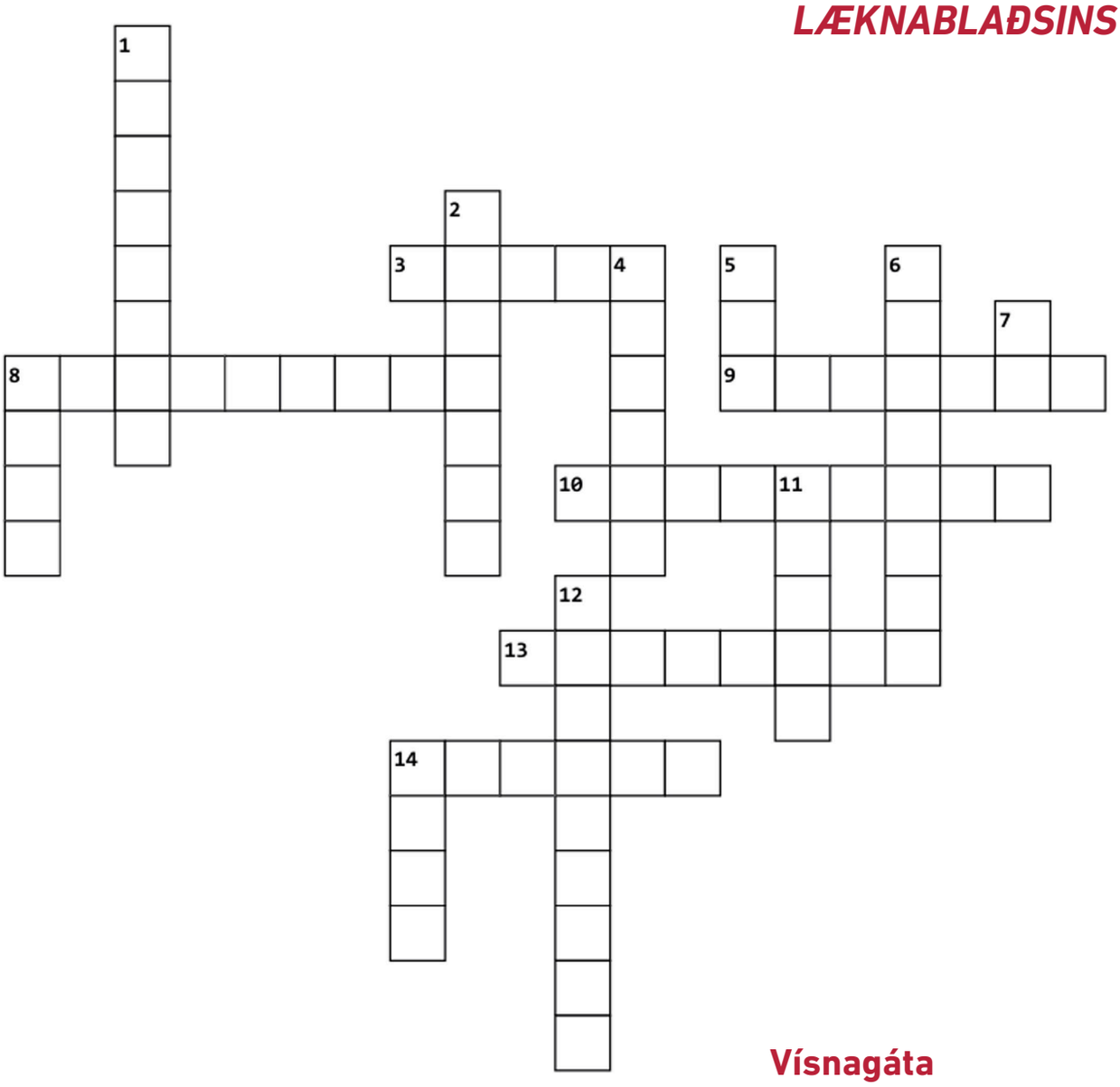


Fjöldi einstaklinga sem greindust í fyrsta sinn með karbapenemasa-myndandi Enterobacterales *(CPE) sýkla á Íslandi eftir ári og tegund rannsóknar árin 2015-2024. Vaxandi greining með almennri ræktun gefur til kynna meiri útbreiðslu utan hefðbundinna áhættuþátta, eins og sjúkrahúsdvalar erlendis. Upplýsingar frá sýkla- og veirufræðideild Landspítala.*

Heimildir

1. Sýklalyfjanotkun og sýklalyfjanæmi baktería hjá mönnum og dýrum á Íslandi 2024. Skýrsla unnin í samstarfi við Lyfjastofnun, Landspítala, Matvælastofnun, Tilraunastöð Háskóla Íslands í meinafræði að Keldum og Umhverfisstofnun. Ritstjóri: Anna Margrét Halldórsdóttir. Rafræn útg.: Embætti landlæknis – sóttvarnalæknir. September 2025.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Carbapenem-resistant Enterobacterales, third update – 3 February 2025. ECDC: Stockholm; 2025.
3. Agergaard CN, Porsbo LJ, Sydenham TV, et al. Contaminated dicloxacillin capsules as the source of an NDM-5/OXA-48-producing Enterobacter hormaechei ST79 outbreak, Denmark and Iceland, 2022 and 2023. Eurosurveillance. 2023;28(9):2300108.
4. Halldorsdottir AM, Hrafnkelsson B, Einarsdottir K et al. Prevalence and risk factors of extended-spectrum beta-lactamase producing E. coli causing urinary tract infections in Iceland during 2012-2021. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2024;43(9):1689-97.
5. Aðgerðaáætlun gegn útbreiðslu sýklalyfjaónæmis. Heilbrigðisráðuneytið 2024.

HEILABROT
LÆKNABLAÐSINS



Vísnagáta

Út á hafið horfi þá
hýsir þræði granna.
Fjandmann pírir pirruð á,
prýði hagra manna.

Lárétt

3. R fer í flug og verður að hugarjórtri (5)
8. Járn og öfugt kúahljóð í stein er bólga í vöðvasin (9)
9. Söngtónn og tófubæli er tegund af höfuðverk (7)
10. Krónan okkar með teygju má athuga með skúffuprófi (9)
13. Lofaði rugluðu taggi og varð liðbólgusjúkdómur (8)
14. Blómhaus geymir myndgreiningartæki (6)

Lóðrétt

1. Hálshnykkur eða kvikmynd um trommara? (8)
2. Skræðan ruglast og liggur þá um hjartað (7)
4. Fortel brenglast og verður flokkun á miðandlitsbrotum (6)
5. Sálfræðimeðferð eða rokkhljómsveit? (3)
6. Glefs frá tröllkarli eða skyndilegt tak? (8)
7. Pétur Nikulásson eftir þörfum (2)
8. Fleira og er krampaástand (4)
11. Flaug eða framhandleggsbein? (5)
12. Örn ól svar brenglast og verður besta forvörnin við húðkrabbameini (9)
14. Upphrópun og úrræði er ruglástand sem getur birst við bráð veikindi (4)

Heilabrot 10 – Lausnir

Lárétt:
3. LIÐSKÁL
7. HÁSINARROF
9. PLANTAR
10. GAMMA NAGLI
11. BIPOLAR
12. ULNARIS
16. METATARSAL
17. AIRWALKER

Lóðrétt:
1. MALLET FINGUR
2. SAM SPELKA
4. BÁTSBEIN
5. DORSAL
6. HRYGGUR
8. SINASKEIÐABÓLGA
13. LIÐHLAUP
14. VOLAR
15. LISFRANC

Vísa: Lausnin er skál: matarskál, liðskál, skál fyrir mat, brjóstaskál

Höfundur: Erla Sigríður Sigurðardóttir sérnámslæknir

Lausnir birtast í næsta tölublaði

OECI vottun – leiðin að alþjóðlegri gæðavottun í greiningu og meðferð krabbameina



Agnes Smáradóttir
yfirlæknir lyflækninga krabbameina, Landspítala



Sigurdís Haraldsdóttir
krabbameinslæknir, yfirlæknir á Landspítala

Á undanförnum árum hefur krabbameinsgreiningum fjölgað verulega á Íslandi, aðallega vegna hækkandi aldurs og fjölgunar þjóðarinnar, og er spáð 57% fjölgun tilfella fram til ársins 2040.[1] Með auknu álagi á heilbrigðiskerfið verður sífellt mikilvægara að tryggja að þjónustan sé skilvirk, örugg og í samræmi við alþjóðleg gæðaviðmið. Þrátt fyrir mikinn faglegan metnað og stöðugar umbætur innan einstakra eininga, hefur skort á samræmd viðmið og yfirsýn.

Í því ljósi hófst undirbúningur að því að fá alþjóðlega vottun fyrir krabbameinsþjónustu Landspítala fyrir fjórum árum. Markmiðið er að efla gæði krabbameinsþjónustu á öllum sviðum, allt frá greiningu til meðferðar, sem og efla forvarnir, menntun og rannsóknir. Tryggja þarf nauðsynlega yfirsýn og samhæfingu allra aðila og setja fram og framfylgja viðmiðum, meðal annars um biðtíma þjónustu. Vottun myndi gefa starfinu mikilvægan gæðastimpil og undirstrika það að á Íslandi fer fram þjónusta, menntun og vísindastarf af háum gæðum. Mikilvægt er að tryggja að íslensk krabbameinsþjónusta standi jafnfætis bestu stofnunum í Evrópu svo við getum tekið fullan þátt í evrópsku samstarfi, sjúklingum okkar til heilla. Sömuleiðis er mikilvægt að efla samvinnu við norrænar krabbameinsstofnanir um rannsóknir og meðferð. Krabbameinsáætlun Íslands sem fyrst var gefin út af heilbrigðisráðuneytinu 2016 og síðar framlengd til 2030 tekur til stofnunar krabbameinsmiðstöðvar og enn fremur er rætt um hana í nýlega samþykktri þingsályktunartillögu um aðgerðaáætlun í krabbameinsmálum 2025-2029. Vottunarferli samræmist einnig stefnu Landspítalans.

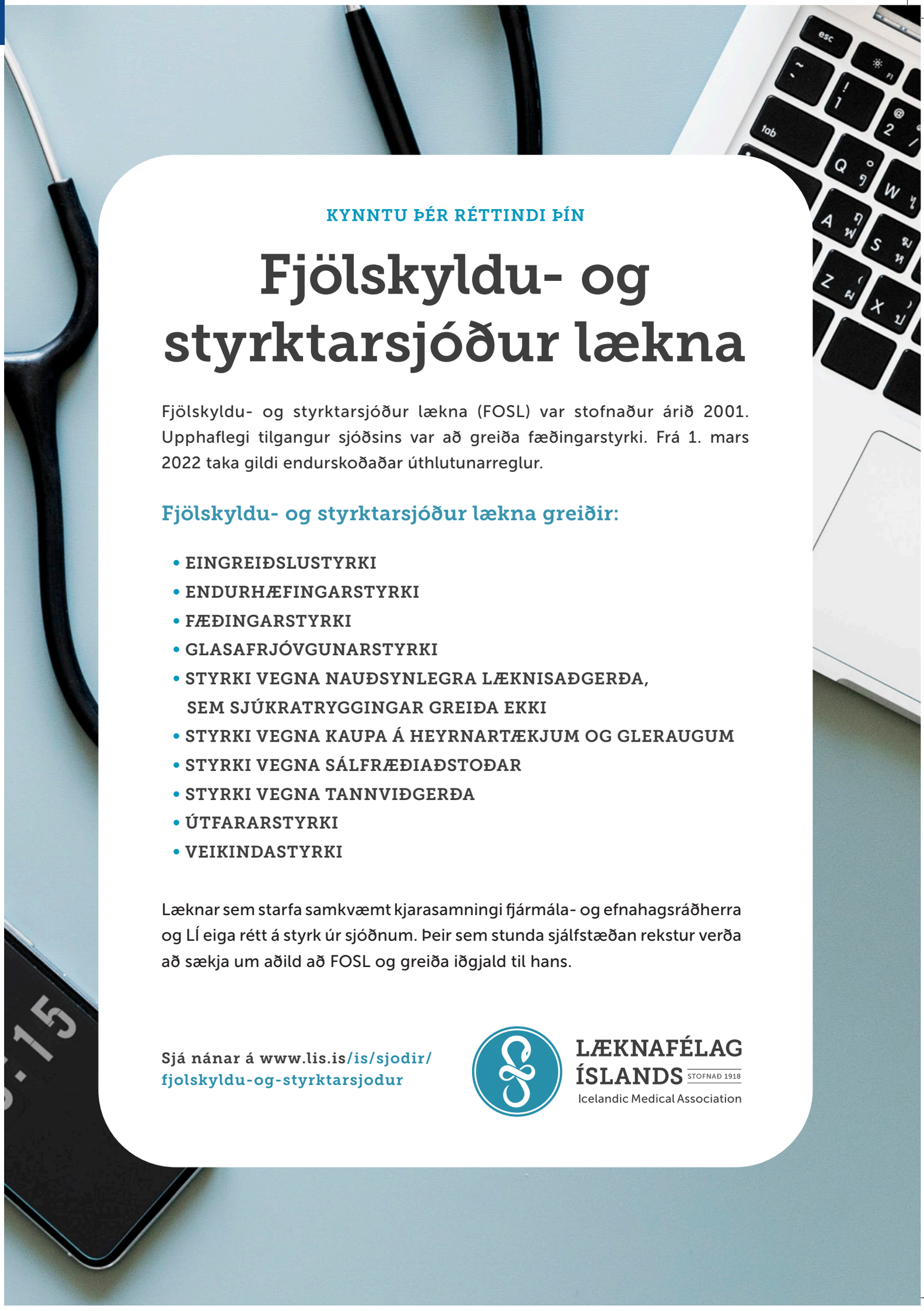
Organisation of European Cancer Institutes (OECI)[3] var stofnuð árið 1979 með það að markmiði að efla samvinnu milli krabbameinsstofnana í Evrópu, deila þekkingu og samræma meðferðir samkvæmt bestu þekkingu hvers tíma. Í gegnum árin hefur stofnunin þróað staðla sem ná yfir alla þætti krabbameinsþjónustu á sviði forvarna, meðferðar, menntunar og rannsókna með það að markmiði að tryggja gæði og skilvirkni þjónustu við krabbameinssjúklinga. Nú hafa Norðurlöndin öll, að Íslandi undanskildu, eignast eina eða fleiri vottaðar krabbameinsmiðstöðvar. Simon Oberst, gæðastjóri OECI, heimsótti Landspítalann á árlegu málþing krabbameinsþjónustunnar í mars 2025 og kynnti vottunarferlið og hitti framkvæmdastjórn spítalans. Heimsóknin var mikil hvatning til að halda áfram á þessari vegferð.

Vottunarstaðall OECI tekur til níu mismunandi kafla, þar með talið stjórnskipulags, gæðakerfis, þátttöku og valdeflingu sjúklinga, þverfaglegs samstarfs, forvarna og skimunar, greininga og meðferðar, sem og rannsókna og menntunar. Stýrihópur hefur starfað undanfarna mánuði og verkefnastjóri heldur nú utan um vinnu við að yfirfara staðla OECI, hvað við uppfyllum nú þegar og hvað þarf að bæta. Til að samræma innleiðingu vottunar og eftirfylgni með gæðaviðmiðum OECI er nauðsynlegt að stofna formlega krabbameinsmiðstöð innan Landspítala. Þar kæmu saman fulltrúar úr klínískri starfsemi sem sinna uppvinnslu, greiningu og meðferð, sem og vísindamenn frá Landspítala og Háskóla Íslands. Stjórn krabbameinsmiðstöðvar myndi hafa það hlutverk að móta stefnu, hafa yfirsýn yfir innleiðingu og framfylgni staðlaðra ferla og tryggja að vottunin skili raunverulegum umbótum í þjónustu og rannsóknum. Vottun þarf svo að endurnýja á fimm ára fresti til að halda henni.

Krabbameinsrannsóknir eru undirstaða framfara í greiningu og meðferð. Sem hluti af OECI-vottun er gert ráð fyrir öflugri rannsóknarstarfsemi og virku samstarfi milli háskólasamfélags og heilbrigðiskerfisins. Miðstöð krabbameinsrannsókna myndi veita aukna yfirsýn og auðvelda samstarf og sókn í alþjóðlega styrki. Ljóst er að spennandi tímar eru framundan og unnið verður að því að fá OECI-vottun á næstu 2-3 árum.

Heimildir

1. Guðmundsdóttir EM, Ólafsdóttir E, Kristinsdóttir NM, et al. Spá um nýgengi og algengi krabbameina á Íslandi til ársins 2040. Læknablaðið. 2024 Jul;110(7):354-359.
2. Tillaga að íslenskri krabbameinsáætlun. https://www.stjornarradid.is/gogn/rit-og-skyrslur/stakt-rit/2017/07/07/Tillaga-ad-islenskri-krabbameinsaaetlun-til-arsins-2020-Notendamidud-thjonusta-i-ondvegi/ - September 2025.
3. Tillaga til þingsályktunar um aðgerðaáætlun í krabbameinsmálum 2025–2029. https://www.althingi.is/altext/156/s/0088.html. September 2025
4. Organization of European Cancer Institutes, OECI. https://www.oeci.eu/. September 2025.



KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna (FOSL) var stofnaður árið 2001. Upphaflegi tilgangur sjóðsins var að greiða fæðingarstyrki. Frá 1. mars 2022 taka gildi endurskoðaðar úthlutunarreglur.

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna greiðir:

- EINGREIÐSLUSTYRKI
- ENDURHÆFINGARSTYRKI
- FÆÐINGARSTYRKI
- GLASAFRJÓVGUNARSTYRKI
- STYRKI VEGNA NAUÐSYNLEGRA LÆKNISAÐGERÐA, SEM SJÚKRATRYGGINGAR GREIÐA EKKI
- STYRKI VEGNA KAUPA Á HEYRNARTÆKJUM OG GLERAUGUM
- STYRKI VEGNA SÁLFRÆÐIAÐSTOÐAR
- STYRKI VEGNA TANNVIÐGERÐA
- ÚTFARARSTYRKI
- VEIKINDASTYRKI

Læknar sem starfa samkvæmt kjarasamningi fjármála- og efnahagsráðherra og LÍ eiga rétt á styrk úr sjóðnum. Þeir sem stunda sjálfstæðan rekstur verða að sækja um aðild að FOSL og greiða iðgjald til hans.

Sjá nánar á www.lis.is/is/sjodir/fjolskyldu-og-styrktarsjodur

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS STOFNAÐ 1918
Icelandic Medical Association





Með Maríu Sigurðardóttur eru andmælendur. Henni til vinstri handar er dr. Ib Jammer, sérfræðingur við Haukeland háskólasjúkrahúsið í Bergen og til þeirrar hægri dr. Þorvaldur Ingvarsson, prófessor við Læknadeild, HÍ. (Mynd/Gunnar Sverrisson)

Doktorsvörn við Háskóla Íslands

María Sigurðardóttir

Föstudaginn 26. september 2025 varði María Sigurðardóttir doktorsritgerð sína í læknavísindum við Læknadeild Háskóla Íslands. Ritgerðin ber heitið: Heilsuefling fyrir liðskiptaaðgerð: Áhrif á skurðsýkingar og heilsufar. Samvinna sjúkrahúss og heilsugæslu (*Preoperative Optimization in Total Joint Arthroplasty: Infection Risk and Health Effect. Cooperation of Hospital and Primary Health Care*).

Andmælendur voru dr. Ib Jammer, sérfræðingur við Haukeland háskólasjúkrahúsið í Bergen og dr. Þorvaldur Ingvarsson, prófessor við Læknadeild, HÍ.

Umsjónarkennari var prófessor Sigurbergur Kárason og meðleiðbeinandi var prófessor Martin Ingi Sigurðsson. Auk þeirra sátu dr Yngvi Ólafsson og prófessor Emil Lárus Sigurðsson, í doktorsnefnd.

Sædís Sævarsdóttir, prófessor og deildarforseti Læknadeildar, stjórnaði athöfninni sem fór fram í Hátíðasal Háskóla Íslands

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

Mig langaði til að geta hjálpað fólki í veikindum sínum.

Hversu erfitt er að verða doktor, á skalanum 1-10?

Ég myndi segja átta.

Hvert yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Efla þjónustu heilsugæslunnar og þjóðarsjúkrahússins við almenning í landinu.

Hvað er skemmtilegast að gera þegar þú ert ekki í vinnunni?

Njóta lífsins með fjölskyldunni, fara í ræktina, á skíði, spila golf og fara í góða göngutúra.

Ágrip

Liðskiptaaðgerðir á neðri útlimum vegna slitgigtar bæta lífsgæði sjúklinga verulega, en sýkingar í aðgerðarsvæðinu geta haft alvarlegar afleiðingar, aukið dánartíðni og kostnað. Til að draga úr slíkri hættu hefur áhugi aukist á heilsueflingu mótanlegra áhættuþátta fyrir aðgerð, svo sem ofþyngdar, sykursýki, blóðskorts, vannæringar, reykinga og þrekleysis. Markmið þessa verkefnis var að innleiða heilsueflandi ferli til að fækka fylgikvillum eftir liðskiptaaðgerðir og kanna áhrif á almenna heilsu. Í viðmiðunarhópi 738 sjúklinga sást samband milli ofþyngdar, sykursýki/röskunar á sykurstjórnun og grunnra skurðsárasýkinga. Í rannsóknarhópi 746 sjúklinga jókst vitund og vilji til lífsstílsbreytinga, með framförum í þyngd, næringu, sykursýki og D-vítamín gildum í bið eftir aðgerð. Eftir aðgerð greindust sjúklingar í rannsóknarhópnum sjaldnar með grunnar sýkingar (OR 0,64) og aðgerðartengda fylgikvilla (11,3% á móti 15,7%). Langtímaáhrif á liðsýkingar, almennt heilsufar og dánartíðni reyndust hins vegar ómarktæk. Niðurstöðurnar benda á mikilvægi þess að gera framsæjar rannsóknir á árangri heilsueflandi ferla og jafnframt að meta áhrif utanaðkomandi þátta á meðferðarárangur.



Á myndinni eru talið frá vinstri Sædís Sævarsdóttir, dr. Martti Färkkilä, nýdoktor Arnar Snær Ágústsson og dr. Richard Goldberg.

Doktorsvörn við læknadeild Háskóla Íslands

Arnar Snær Ágústsson

Föstudaginn 3. október 2025 varði Arnar Snær Ágústsson doktorsritgerð sína við Læknadeild Háskóla Íslands. Ritgerðin ber heitið: Áhrif blóðþynningar- og bólgueyðandi lyfja á horfur einstaklinga með ristil- og endaþarmskrabbamein: lýðgrunduð rannsókn (*Impact of anticoagulation and immunosuppressive drugs on the prognosis of patients with colorectal cancer: a population-based study*).

Andmælendur voru dr. Martti Farkkila, prófessor emeritus við Háskólann í Helsinki, og dr. Richard Goldberg, prófessor við West Virginia University School of Medicine í Bandaríkjunum.

Umsjónarkennari og leiðbeinandi var Einar Stefán Björnsson, prófessor og meðleiðbeinandi var Jóhann Páll Hreinsson, sérfræðingur. Auk þeirra sátu í doktorsnefnd Ásgerður Sverrisdóttir, sérfræðingur, Helgi Birgisson, sérfræðingur, Sigrún Helga Lund, prófessor og Sigurdís Haraldsdóttir, prófessor.

Nýgengi ristils- og endaþarmskrabbameina fer vaxandi og greinast þau oftast vegna blæðingartengdra einkenna. Blóðþynningarlyf hafa verið tengd við aukna blæðingar frá slíkum æxlum, en óljóst er hvort það endurspeglar raunverulega fjölgun tilfella eða einfaldlega fleiri greiningar vegna blæðinga. Lítið hefur verið rannsakað hvort blóðþynningarlyf geti stuðlað að snemmgreiningu og þar með bætt horfur.

Áhrif hjartamagnýls á lifun sjúklinga með krabbamein hafa verið umdeild, og óvíst hvort og með hvaða hætti lyfið hefur verndandi áhrif. Ekki hefur verið kannað hvort notkun stera eða bólgueyðandi lyfja (DMARDs) fyrir greiningu geti haft áhrif á lifun sjúklinga með ristils- og endaþarmskrabbamein, þó báðir þessi lyfjaflokkar hafi tengst bættri lifun í há-áhættuhópum.

Nýttir voru lýðgrundaðir gagnagrunnar frá Krabbameinsskrá, Lyfjagagnagrunni Embættis landlæknis, Dánarmeinaskrá og Blóðþynningargagnagrunni. Myndaður var samræmdur gagnagrunnur yfir alla einstaklinga með ristils- og endaþarmskrabbamein á Íslandi á árunum 2000–2019, með ítarlegum klínískum upplýsingum úr sjúkraskrám þeirra.



Blóðþynningarlyf tengdust hlutfallslega oftar blæðingum orsökuðum af ristilkrabbameinum og sepum í ristli.

Notkun blóðþynningarlyfja tengdist oftar blæðingartengdum einkennum við greiningu og betri krabbameinssértækri lifun, en verri heildarlifun. Ekki fannst marktækur munur á stigun sjúkdómsins. Þannig virðast blóðþynningarlyf auka líkur á greiningu vegna blæðinga, en ekki er hægt að fullyrða að snemmgreining sé skýringin á betri lifun.

Hjartamagnýl tengdist betri lifun, einkum vegna færri sjúklinga sem greindust með stig IV sjúkdóm (16% vs. 24%), sem bendir til að hjartamagnýl hafi hindrandi áhrif á meinvörp hjá ristilkrabbameinum.

Sterar höfðu ekki marktæk áhrif á lifun og hópur DMARD-notenda var of fámennur til að draga ályktanir af niðurstöðum.

Hvað segir nýdoktorinn?

Það er stórkostleg tilfinning að verja doktorsritgerð eftir margra ára strit – svolítið eins og að komast á toppinn á erfiðu fjalli. Spretthlauparinn ég hefði seint trúað því að ég gæti lokið svona langhlaupi.

Af hverju vildir þú verða læknir?

Ég ákvað að verða læknir sjö ára gamall, eftir harða samkeppni við draumastörf eins og ofurhetja, rokkstjarna og næsti Harry Potter. Í minniháttar tilvistarkreppu sem þrettán ára fannst mér fátt annað geta skipt jafn miklu máli fyrir nærumhverfið og að vera læknir. Þegar fólk hefur heilsu hefur það marga bolta á lofti – en þegar heilsan bregst snýst allt um að ná henni aftur.

Hversu erfitt er að verða doktor, á skalanum 1-10?

Stundum er þetta þægilegur fjarki, en stundum tíu þegar mörg verkefni með skamman fyrirvara og skamman skilafrest rekast á. Í heildina er rannsóknarnám bæði erfitt og gefandi – reynsla sem ég er þakklátur og auðmjúkur fyrir og mun nýtast mér beint í klínísku starfi.

Hvert yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Það er bæði erfitt og vanþakklátt starf, og ég vona að mér auðnist að halda mér utan hins pólitíska sviðs á starfsævinni.

Hvað er skemmtilegast að gera þegar þú ert ekki í vinnunni?

Matarboð, snúðakaffi og kakóhittingar með vinum og fjölskyldu eru efst á listanum. Hreyfing er nauðsynleg, en ég hef líka unun af því að lesa góðar bækur og missa mig í nýjustu Netflix-æðunum. Nokkuð hefðbundið … nema kannski karaoke-hittingarnir, þeir eru algjör nauðsyn!

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

Þroskasaga bókaorms

Af ferðalagi, kynnum af fjölbreyttu fólki, stöðum og bókmenntalegri kynleiðréttingu



Ingólfur Kristjánsson
heimilis- og endurhæfingarlæknir

Ég vil þakka Hjördísi Harðardóttur fyrir það að skora á mig að skrifa pistil í pistlaröðina „Bókin mín“. Þetta gefur mér tækifæri til þess að rifja upp 60 ára ferðalag mitt með bókinni.

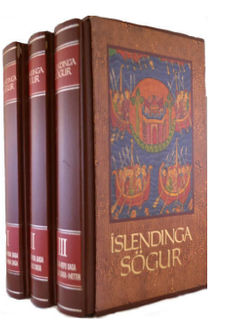
Að læra að lesa er að mörgu leyti hliðstætt því að læra að ganga. Þetta gefur tækifæri til þess að kanna heiminn. Sumir fara aldrei neitt. Aðrir hefja á einhverjum tímapunkti þaulhugsað ferðalag. Þeir eru líka til, menn eins og ég, sem rekur frá ströndinni og berast tilviljanakennt frá bók til bókar.

Í foreldrahúsum kynntist ég Bombí Bitt, Sabatini og hraktist um á Heiðarvegum með Landpóstunum.

Í skóla var ýmiss konar skyldulesning. Sumt heillaði annað ekki.







Íslendingasagnaútgáfu Svarts á hvítu eignaðist ég upp úr þrítugu. Þetta var heildstæð útgáfa Íslendingasagnanna og -þáttanna. Ég las þetta allt á einu og hálfu ári eins og hverjar aðrar bókmenntir. Margir fælast „endalausar ættartölur“ Íslendingasagnanna. Með því að skauta yfir þær og glöggva mig á þeim eftir þörfum opnaðist fyrir mér verulega áhugaverður heimur. Auk Egils og Skallagríms og þeirra félaga Gunnars og Njáls voru allir kolbítarnir, Hávarður Ísfirðingur, í sinni áfallastreituröskun, auk Grettis Ásmundarsonar að glíma við drauga og tröllskessur. Heillandi veröld.

Um nokkurra áratuga skeið átti ég erfitt með að ná valdi á því sem í Brekkukoti Kiljans var kallað „danskir rómanar“. „Þegar við töluðum um danska rómani, er einsog hafi vakað fyrir okkur einhver óljós hugmynd um Dostojevski og þá sagnamenn aðra sem virðast hafa misst niður einhver ósköpin af tjöru, sem síðan vellur einhvernveginn formlaust, eftir þýngdarlögmálinu útí smugur og oní dældir“(HKL, *Brekkukotsannáll*). En þetta kom svo smám saman. Var ég fyrir rest farinn að lesa alls konar „fagurbókmenntir“ að því er ég hélt. Var alveg óttalaus á þessum akri þar til vinur minn og vinnufélagi tjáði mér það að það væri alveg óþolandi að hlusta á rausið í mér. Ég væri sem sé farinn að tala eins og prófessor í kvennabókmenntum. Hér dygði ekkert minna fyrir karl á mínum aldri en „bókmenntaleg kynleiðréttíng“! Síðan benti hann mér á literatúr sem átti að koma mér á rétta braut. Þessar bækur áttu það sameiginlegt að vera allt ævisögur karlmanna sem allir voru sönn íslensk athafnaskáld risin upp úr fátækt. Þarna las ég ævisögu Jóhannesar á Borg, Guðmundar á Brjánslæk, Óla í Álsnesi, *Virka daga* (Sæmundur Sæmundsson hákarlaskipstjóri) og sögu Péturs Hoffmanns Salómonssonar, svo eitthvað sé nefnt. Fæðingarsögu Jóhannesar á Borg í fjárhúsi á Akureyri má líta á sem spegilmynd af fæðingarsögu Jesú Krists. Guðmundur á Brjánslæk var berklasjúklingur á Vífilsstöðum frostaveturinn mikla 1918. Svo mikil trú var á hreinu lofti þar að hitinn á sjúkrastofunum, þar sem sjúklingarnir lágu undir tveimur brekánum, fór niður í tuttugu stiga frost. Hann hélt því fram að fleiri hefðu dáið úr meðferðinni en sjúkdómnum.

Ég er beðinn að svara því hvort bókin hafi breytt lífsskoðun minni og hvort bóklestur hafi haft áhrif á líf mitt og starf. Þessu er ómögulegt að svara því þessi samfylgd við bókina hefur varað megnið af mínu lífi. Ég hef hinsvegar trú á því að það auki kjark og víðsýni að kynnast þeim hugarheimi sem fjölbreyttar bókmenntir hafa að geyma.

Skora á lestrarhestinn, endurhæfingar- og heimilislækninn, Kristján Guðmundsson að skrifa næsta pistil í „Bókin mín“.

Árni Johnsen

Sérnámslæknir í háls- nef og eyrnalækningum

Sólarhringsvakt í Uppsölum



Árni Johnsen klár á vaktina!

06:15 Vakna við útvarpsvekjaraklukkuna, P1 í Sveriges Radio. Fer í sturtu og helli upp á kaffi.

06:30 Svara tölvupóstum, sem flestir tengjast annaðhvort mínu doktorsverkefni eða rannsóknum annarra á klíníkinni. Áður en ég fékk fastráðningu sagði ég „já“ við öllum beiðnum um aðstoð með tölfræði í rannsóknum, til að festa betur rætur. Sit uppi með það núna.

07:15 Borða morgunmat.

07:30 Hjóla í vinnuna, eins og sænsk lög gera ráð fyrir.

07:45 Morgunfundur. Fundinn sitja allir læknar á klíníkinni, sirka 30 talsins, deildarstjórar göngudeildar, legudeildar og aðgerðarstjórar skurðstofunnar. Læknir á næturvakt stýrir fundinum, fer yfir innlagnir síðasta sólarhrings, sjúklinga á gjörgæslu og skurðstofuprógramm dagsins.

08:00 Ég hef síðustu mánuði verið á nef- og kinnholu teyminu. Geng stuttan stofugang með teyminu á sjúklingana sem við ópereruðum í gær. Lengstur tími fer í að labba fram og til baka milli bygginga, göngudeildin, legudeildin og skurðstofur eru allar í sitt hvoru húsinu.

08:30 „Fika“, eins og sænsk lög gera ráð fyrir.

08:50 Mitt skemalagða verkefni fyrir hádegi er „dagbakjour 2.“ Til okkar koma margir sérnámslæknar í heimilislækningum í 8 vikna lotum. Þeirra verkefni eru að manna HNE-bráðamóttökuna eða að sinna eigin göngudeild. Mitt hlutverk er að handleiða þau sem eru með eigin göngudeild. Í Uppsölum eru fáir sjálfstætt starfandi HNE-læknar og því mikið af „almennu HNE“ á sjúkrahúsinu.

12:00 Hádegismatur. Tók með mat í nestisboxi að heiman, „matlåda“, eins og sænsk lög gera ráð fyrir.

12:50 Eftir hádegi er ég með „kandidatmottagning“. Læknanemar hjá okkur sinna eigin göngudeild undir handleiðslu. Sjúklingarnir eru fullorðnir, hraustir og með eitt einfalt HNE-vandamál, til dæmis eyrnasuð eða endurteknar hálsbólgur. Læknanemarnir taka sögu sjálfir, kynna sjúklinginn fyrir mér með SBAR, og skoða sjúklinginn undir minni handleiðslu. Ég ræði við sjúklinginn, skoða og tek ákvörðun um áframhaldandi meðferð og uppvinnslu.

16:00 Ég er á næturvakt í nótt. Tek við rapporti frá dagvaktinni og þeim sem var á legudeildinni um daginn.

16:30 Fer upp á legudeild. Þar erum við með eitt herbergi til að sinna bráðaerindum utan dagvinnu. Í dag náðist ekki að skoða tvo sjúklinga á dagvaktinni og nokkrir bætast við um kvöldið.

19:30 Klára síðasta sjúklinginn sem var bókaður í bráðatíma. Tek stuttan flettifund með hjúkrunarfræðingum legudeildarinnar og leysi úr þeim málum sem ekki geta beðið til morguns.

20:00 Borða kvöldmat. Tók því miður ekki með tvær matlådor. Neyðist til að kaupa mat í kaffiteríunni.

20:30 Fer upp á vaktherbergi, svara nokkrum konsúltum í síma, kíki á einn legudeildarsjúkling og einn sjúkling sem var vísað til okkar af „stóru bráðamóttökunni.“

22:00 Sofna uppi á vaktherbergi þó klukkan sé ekki margt. Á vöktum reyni ég að fylgja reglum skurðlæknisfræðinnar. „Eat when you can eat“ og „Sleep when you can sleep.“ Sú þriðja, „Don’t mess with the pancreas“, hefur ekki nýst mér sérstaklega mikið.

23:40 Símtal frá kandídat á bráðamóttökunni. Eldri kona með skyndilegan svima, einkenni passa ekki við vestibular neuritis, skoðun passar ekki við vestibular neuritis. Vinnugreining: vestibular neuritis. Afþakka frekari aðkomu þar til orsök í miðtaugakerfi hefur verið útilokuð.

05:40 Hjúkrunarfræðingur á legudeildinni hringir, erindið leyst símleiðis.

07:15 Fer á fætur. Með betri næturvöktum, svaf fleiri tíma en heima hjá mér.

07:45 Stýri morgunfundi.

08:00 Labba út eftir þennan rúmlega 24 klukkustunda vinnudag og hjóla heim.

Hvernig valdirðu sérgrein þína? Hvar lærðir þú og hvaða ráð viltu gefa ungum læknum?

Krabbameinslækningar – hverjum dettur það í hug!



Agnes Smáradóttir
yfirlæknir lyflækninga krabbameina

Þegar ég var í sérnámi í almennum lyflækningum í Bandaríkjunum, heillaðist ég af blóð- og krabbameinslækningum. Mér fannst fagið mjög fjölbreytt og tengdist flestum undirsérgreinum lyflækninga. Þá sá maður og upplifði hversu náið samstarf var við hjúkrunarfræðinga, aðra heilbrigðisstarfsmenn sem oftar en ekki þekktu sjúklingana og fjölskyldur þeirra mjög vel. Ég held að margir utan heilbrigðiskerfis geri sér ekki grein fyrir hversu gefandi það er að starfa við þetta fag. Vissulega koma oft erfiðir tímar en það að starfa svo náið með öðrum er bæði styrkjandi og nærandi.

Ég útskrifaðist úr Læknadeild Háskóla Íslands 1995. Leiðin lá á kandidatsár á „Borgarspítalanum“ eða Landspítalanum Fossvogi. Það var afar skemmtilegur tími. Ég fékk síðan áframhaldandi stöðu á lyflækningadeildinni en skipti yfir á barnadeildina í Fossvogi 1998 þar sem ástæðan fyrir því að ég fór í læknisfræði í upphafi var að verða barnalæknir. Ég fann fljótt að það að starfa með fullorðnum átti betur við mig. Helstu fyrirmyndir á þeim tíma voru sérfræðingar sem nýlega voru komin úr sérnámi erlendis, svo sem Óskar Einarsson, Runólfur Pálsson og Friðbjörn Sigurðsson, auk Hugrúnar Ríkarðsdóttur sem var frábær kennari og mikil fyrirmynd og stefndi ég að smitsjúkdómalækningum barna eða fullorðinna. Þá kom Hákon Hákonarson til starfa á barnadeildinni í Fossvogi meðan ég starfaði þar og var afar góður kennari og hvatti mann til dáða. Öll höfðu þau verið í sérnámi í Bandaríkjunum, sem varð til þess að ég fór í sérnám þangað.

Árið 1999 fór ég ásamt eiginmanni mínum og þriggja ára syni til Connecticut og hóf sérnám í almennum lyflækningum við Háskólann í Connecticut (UCONN). Við upphaf sérnáms í almennum lyflækningu stóð hugur minn til smitsjúkdómalækninga en á námstímanum kynntist ég fyrir tilviljun náið starfi krabbameinslækna og sú starfsgrein heillaði mig eins og fram hefur komið. Árin í Bandaríkjunum voru afar lærdómsrík og fjölskyldan undi sér vel.

Ég lauk sérnáminu í almennum lyflækningum 2002 og tók sérfræðingspróf sama ár og hóf nám í undirsérgrein, „fellowship“ í krabbameinslækningum og blóðmeinafræði og var áfram við UCONN. Sérnámið var vel skipulagt og skiptist á milli þessara tveggja sérgreina. Einu sinni í mánuði voru kvöldfyrirlestrar þar sem boðið var uppá kvöldmat með grunnvísindateyminu á UCONN, efni fyrirlestrana, „fannst okkur“ alltaf það sama, verið að rannsaka samspil ónæmiskerfisins og sortuæxla, og gengu rannsóknir út á það hvort hægt væri að örva ónæmiskerfið til að ráðast á sortuæxlisfrumur. Skemmst er frá því að segja að niðurstöður voru alltaf frekar mikil vonbrigði en það átti sannarlega eftir að breytast. Á námstímanum rannsakaði ég samspil krabbameinslyfja og storkukerfisins og tók þátt í fjölmörgum vísindaverkefnum.

Ég held að margir utan heilbrigðiskerfis geri sér ekki grein fyrir hversu gefandi það er að starfa við þetta fag. Vissulega koma oft erfiðir tímar en það að starfa svo náið með öðrum er bæði styrkjandi og nærandi.

Ég lauk sérnámi 2005 og tók sérfræðingspróf sama ár. Eftir sex ára dvöl í Bandaríkjunum fluttum við aftur til Íslands þar sem ég hafði fengið stöðu við krabbameinsdeildina á Landspítalanum.

Nú í haust eru 20 ár frá því að ég hóf störf sem sérfræðingur. Stórfelldar framfarir hafa orðið í krabbameinslækningum á þessum árum og bylting hefur orðið í meðferð margra krabbameina með tilkomu nýrra lyfjaflokka sem gjörbreyta meðferðarmöguleikum auk framfara í greiningu krabbameina og í öðrum greinum sem koma að meðferð þeirra.

Ég hvet lækna sem eru að hugsa um sérnám að íhuga krabbameinslækningar. Mikilvægt er að hafa góðan grunn í almennri lyflæknisfræði. Þetta er spennandi fag í örri þróun og fullt af tækifærum bæði í klínísku starfi og vísindum til að vaxa sem læknir, vísindamaður og manneskja.

KRABBAMEINSLÆKNINGAR

Fag í sífelldri þróun



Þóra Rún Úlfarsdóttir
krabbameinslæknir

Áður en ég hóf læknanámið starfaði ég í sex mánuði sem sjálfboðaliði á sjúkrahúsi í Suður-Afríku. Það var mikil lífsreynsla og styrkti enn frekar áhuga minn á heilbrigðismálum og manneskjunni sjálfri í víðara samhengi. Ég ákvað að hefja læknanámið í Danmörku, fyrst við háskólann í Árósum og síðar í Kaupmannahöfn. Á námsárunum fékk ég einnig að kynnast heilbrigðisstarfi á afskekktum stað með allt öðrum áskorunum en ég hafði áður kynnst þegar ég vann eitt sumar sem læknanemi í Nuuk á Grænlandi.

Ég útskrifaðist úr læknadeild Háskólans í Kaupmannahöfn árið 2013. Þá var ég komin fimm mánuði á leið með annað barnið mitt og tími til kominn að flytja aftur heim. Á þeim tíma var ég ekki viss um hvaða sérgrein hentaði mér best en komst fljótlega að því á kandidatsárinu að lyflækningar áttu vel við mig. Sama ár og ég klára kandidatsárið var verið að taka upp nýtt og metnaðarfullt sérnámsprógram í almennum lyflækningum á Landspítalanum. Þar starfaði ég sem deildarlæknir í rúm þrjú og hálft ár. Sem hluta af náminu í lyflækningum starfaði ég á krabbameinsdeildinni og göngudeild krabbameina. Mér fannst sérgreinin ótrúlega fjölbreytt og verkefnin oft flókin, en á sama tíma mjög gefandi. Það heillaði mig hvernig hið læknandi og líknandi fléttast saman í þessu fagi, ekki aðeins baráttan við sjúkdóminn heldur líka viðleitnin til að varðveita vonina og lífsgæðin. Á þessum árum urðu einnig miklar framfarir í krabbameinslækningum, einkum með tilkomu ónæmismeðferða sem fyrir marga sjúklinga með útbreiddan sjúkdóm leiddu til lengri lifunar og langvarandi sjúkdómsstjórnunar – eitthvað sem áður þótti óhugsandi. Krabbameinslækningar voru ört vaxandi og spennandi sérgrein. Það var góður andi á deildinni og ég sóttist eftir æ lengri viðveru þar í náminu og áttaði mig smám saman á því að þetta væri mín sérgrein. Ég fékk góða leiðsögn og stuðning frá reyndum og frábærum kollegum, meðal annars Örvari Gunnarssyni, Agnesi Smáradóttur, Ásgerði Sverrisdóttur, Óskari Þ. Jóhannssyni og Helga Sigurðssyni.

Ég hélt út í sérnám í krabbameins- og geislalækningum við háskólasjúkrahúsið í Lundi í Svíþjóð. Ég starfaði mestmegnis í Lundi, en einnig í Malmö, Helsingborg, Varberg og Halmstad. Í náminu hafði ég hvað mestan áhuga á krabbameinum í meltingarfærum og tók þátt í rannsóknum samhliða klínísku starfi þar sem við skoðuðum gildi ákveðinna þátta fyrir horfur einstaklinga með krabbamein í neðri meltingarvegi og meinvörp í lífhimnu sem hafa gengist undir meðferð með CRS/HIPEC.

Dvölin úti var í heildina fimm og hálft ár. Þetta voru lærdómsrík og mótandi ár og ég kynntist mörgum frábærum krabbameinslæknum og vísindamönnum sem hafa orðið mér miklar fyrirmyndir og er ómetanlegt að geta leitað til.

Eftir eitt ár sem sérfræðilæknir í Svíþjóð snérum við fjölskyldan aftur heim til Íslands í ágúst 2024. Árin fram að því höfðu einkennst af mörgum flutningum og var þetta í sjötta skiptið sem búslóðin var flutt yfir Atlantshafið.

Dvölin úti var í heildina fimm og hálft ár. Þetta voru lærdómsrík og mótandi ár og ég kynntist mörgum frábærum krabbameinslæknum og vísindamönnum sem hafa orðið mér miklar fyrirmyndir og er ómetanlegt að geta leitað til.

Í dag starfa ég sem krabbameinslæknir á Landspítalanum við Hringbraut með áherslu á krabbamein í meltingarfærum og lungum, sem og ólæknanlegum krabbameinum á höfuð- og hálssvæði. Vinnan er mjög fjölbreytt og skemmtileg en oft krefjandi. Fagið er þverfaglegt og byggir á nánu samstarfi margra sérgreina. Framfarir geta verið hraðar og þá geta meðferðarmöguleikar breyst ört og ný þekking getur haft bein áhrif á líf sjúklinga, sem gerir sérgreinina síbreytilega og afar spennandi.



Gunnar Þór Gunnarsson
hjartalæknir

Berlín, Virchow, segulómun, tónlist eða „þangað og heim aftur“, hjartalæknir í námsleyfi

Veturinn 2023-2024 var ég þeirrar ánægju aðnjótandi að fara í námsleyfi til að læra segulómskoðun á hjarta. Hafði lengi gengið með í maganum að gera eitthvað nýtt, verða mér úti um nýja þekkingu fyrir ellina. Hjartamyndgreining hefur verið mér hugleikin, hjartaómskoðanir lærði ég í sérnáminu á sínum tíma og tölvusneiðmyndir af kransæðum hjá Birni Flygenring við Minneapolis Heart Institute. Nú lá leiðin að Deutsches Herzzentrum der Charité í Berlín á hjartasegulómskoðunarkúrs undir stjórn dr. Sebastian Kelle. Þriggja mánaða staðar- og fjarnám. Charité sjúkrahúsið er gamalt og virt, þar starfaði hinn merki Rudolf Virchow (já, þessi með þrennuna) á 19. öld.

Það var mikil tónlist í Berlín, ég náði 20-30 tónleikum með djass, samtímatónlist og klassík. Þetta varð ein allsherjar samtenging fyrir mig í tíma og rúmi, stundum ljúfsár. Það væri gaman að lýsa því öllu en hámark þessa pistils er 600 orð.

Fyrstu helgina var Jazzfest Berlin 60 ára. Ég var svo ákafur að ég keypti miða á tónleika sem voru kvöldið áður en ég lenti. Það var Mary Halvorson, með merkari gítarleikurum og tónskáldum af yngri kynslóðinni, og Sylvie Courvoisier á píanó. Hafði áður séð þær í New York á The Stone sem John Zorn heldur úti, ekki ósvipaður staður og Cafe Oto í London og Mengi í Reykjavík. Ég hafði einnig séð Mary í Osló með septett þegar ég fór á fundi um ættgenga kólesterólhækkun, rabbaði þá við hana eftir tónleika og hún áritaði plötur sem ég keypti.

Næstu daga ráku hverjir tónleikarnir aðra með ungum straumbreytum sem ég þekkti lítið og öldnum frumkvöðlum sem ég hef fylgt áratugum saman. Ég náði miða á Irreversible Entaglements, bandaríska sveit með rapparanum og skáldinu Moor Mother. Þá komu Loop eyrnartapparnir sér vel. Moor Mother hafði ég séð áður í litlum klúbbi í útjaðri New Orleans sem Spider Stacy, úr The Pouges rekur, þegar ég var á hjartaráðstefnu. Spider Stacy sá ég síðan á tónleikum í Glasgow í maí í ár þegar afgangur af The Pouges hélt upp á 40 ára afmæli meistaraverksins *Rum, sodomy and the lash*. Þá var ég á æðakölkunarráðstefnu.

Hápunktur Jazzfest Berlin voru tónleikar og viðtal við Henry Threadgill, eitt merkasta tónskáld síðustu 100 ára. Í viðtali lýsti hann uppvextinum í Chicago, hvernig hann féll í flestum fögum sem kennd voru fyrir hádegi þegar hann var í „highschool“ vegna þess að hann laumaðist út á kvöldin og var á djassklúbbum fram á morgun. Hvernig hann slapp í byrjun við vígvöllinn í Víetnam-stríðinu og varð stjórnandi herhljómsveitar í Fort Worth en síðan sendur í fremstu víglínu eftir að hafa samið og flutt of framúrstefnulegt verk. Hvernig hann sem ungur maður kynntist, Joseph Jarman, Roscoe Mitchell, Anthony Braxton, Fred Anderson og fleiri sem komu að stofnun AACM.

Það var mikil tónlist í Berlín, ég náði 20-30 tónleikum með djass, samtímatónlist og klassík. Þetta varð ein allsherjar samtenging fyrir mig í tíma og rúmi, stundum ljúfsár.

Hápunktur ferðarinnar var þó ekki í Berlín heldur í Hamborg. Átrúnaðargoð mitt, Bill Frisell, var heila helgi í hinni stórkostlegu Elbphilharmonie í Hamborg. Ég náði miðum á alla fjóra tónleikana. Ég man enn tilfinninguna þegar ég keypti og hlustaði á Quartet plötuna 1996, tók af matarpeningum fjölskyldunnar á námsárunum í Gautaborg. Síðan þá hef ég eignast allar plötur hans. Þessa helgi var hann með ferna mismunandi tónleika, með tveimur af tríóum sínum, gestunum Immanuel Wilkins (saxófónn), Ambrose Akinmusire (trompet) og Harmony-kvartettnum.

Af klassíska sviðinu risu hæst tónleikar þar sem á dagskrá var *Missa solemnis* eftir Beethoven og tónlist eftir hið gleymda naumhyggju tónskáld Julius Eastman (1940-1990) með hinum frábæra barítón Davóne Tynes í aðalhlutverki.

Svo lærði ég sitthvað um segulómskoðanir á hjarta. Allt tengist þetta, „von Herzen, möge es wieder zu Herzen gehen“, sagði Beethoven.

Auglýsing

Auglýsing