Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



Neyðarástand á bráðamóttöku

LEIÐARI

Af hamfaraástandi og berklasmitum – bráðamóttakan enn á ný í brennidepli

Unnur Ósk Stefánsdóttir

VIÐTAL

Tillmann Supprian sérfræðingur í öldrunar-geðlækningum

FRÆÐIGREIN

Áfengistengdum innlögnum á Landspítala hefur fjölgað mikið á síðustu árum

03/2026 112. árgangur: 101-148

Læknastofur Reykjavíkur

LÆKNASTOFUR OG SKURÐSTOFUR TIL LEIGU

Læknastofur Reykjavíkur bjóða til leigu vel útbúnar læknastofur og skurðstofur sem henta læknum á flestum sviðum heilbrigðisþjónustunnar. Við bjóðum fyrsta flokks aðstöðu sem uppfyllir allar kröfur um öryggi, gæði og þægindi, staðsett í miðbæ Reykjavíkur við Efstaleiti 27c.

Við erum með tvær glæsilegar skurðstofur og sex móttökuherbergi til leigu, bæði til skemmri og lengri tíma. Ýmis þjónusta er í boði samhliða leigu á herbergjunum, allt eftir þörfum viðkomandi, m.a.: kerfisaðgangur, móttaka / símsvörun, bókanir, faglegt heilbrigðisteymi á staðnum og önnur þjónusta.

Frábær tækifæri fyrir lækna á flestum sviðum. Sveigjanlegir samningar og sanngjörn aðstöðugjöld. Kynntu þér möguleikana hjá okkur og tryggðu þér aðstöðu sem hentar þínum þörfum.

Skannaðu kóðann til að sjá kynningarmyndbandið okkar

Endilega hafið samband í síma: 551-1225 eða 892-7863
eða sendið tölvupóst á selma@laeknastofurreykjavikur.is fyrir frekari upplýsingar



„Siðferðislegt gjaldþrot stjórnvalda í málefnum aldraðra?“

Læknablaðið ræddi við Atla Dag Sigurðsson hjúkrunarfræðing og Hilmar Kjartansson bráðalækni og fyrrum yfirlækni bráðamóttöku Landspítalans um viðbrögð við því að átta berklasmit greindust meðal starfsfólks og fjölmenns, sögulegs neyðarfundar félaga heilbrigðisstarfsfólks vegna stöðunnar.

Olga Björt Þórðardóttir

Viðmælendur segja hreint út að berklasmitin séu aðeins birtingarmynd dýpri og fjölþættari vanda, kerfisbundins innviðaskorts og vöntunar á pólitískri ábyrgð í áratugi. „Flest af þessu fólki hefur starfað hér stóran hluta starfsævi sinnar. Það er því ekkert langsótt að smit hafi átt sér stað hér,“ segir Hilmar. Viðbrögð framkvæmdastjórnar Landspítalans í fjölmiðlum hafi verið vonbrigði: „Í stað þess að lýsa þessu sem grafalvarlegu máli og sýna starfsfólki og berklasmituðum samkennd var lítið gert úr áhyggjum starfsfólks.



Hilmar Kjartansson bráðalæknir og Atli Dagur Sigurðsson hjúkrunarfræðingur. Mynd/OBÞ

Atli Dagur segir starfsfólk hafa upplifað þöggun af hálfu framkvæmdastjórnar. „Landspítalinn vill ekki vera í fréttum með þessum hætti og því átti ekkert að fréttast af smitunum. Við stigum fram,“ segir hann og bendir á að hafa farið í berklapróf á húð bæði 2018 og 2023 og verið neikvæður í bæði skiptin. „Síðan þá hef ég verið í fæðingarorlofi og heima með börnum mínum og í vinnunni. Átta smit á sama vinnustað eru ekki tilviljun. Þetta eru sterkar vísbendingar um uppruna smita. Stjórnendur geta vel sagt að þeir hafi árum saman reynt að sannfæra stjórnvöld um afleiðingar þess að svelta heilbrigðiskerfið, því þetta séu afleiðingar þess. Berklasmitin eru einn dropinn sem fyllti mælinn og sjúklingar eru einnig í hættu.“

„Við höfum öskrað okkur hás árum saman. Vandinn er fyrst og fremst að hér liggja 60 sjúklingar inni sem ættu að vera á legudeildum. Fólk dvelur hér dögum saman, oft eldra fólk í byltuhættu, í hættu á óráði og útsett fyrir smiti,“ segir Hilmar og rifjar upp að þegar hann var yfirlæknir 2016 hafi 15 rúm staðið á göngum og byrjað að flytja þau í bílageymsluna. Á þeim tíma voru hvorki til bekkir né búið að skilgreina 45 gangapláss til viðbótar eins og er í dag.

Hann kallar eftir óháðri úttekt á raunverulegum afleiðingum ástandsins. „Erlendar rannsóknir benda til þess að við sambærilegar aðstæður og eru nú á bráðadeild Landspítala, farnist sjúklingum verr, dánartíðni eykst við slíkar aðstæður, fleiri þurfa á endurhæfingu á hjúkrunarheimili að halda og hætta á óráði vex. Atli segir að fólk sem hafi legið þarna inni hafi haft samband og spurt hvort þeir ættu að fara í skimun og aðstandendur sýndu réttláta reiði yfir aðstæðunum. Hann bendir á að Vinnueftirlitið hafi gert alvarlegar athugasemdir og að brunavarnir séu ófullnægjandi þegar loka þarf aðgöngum vegna þrengsla.

Hilmar segist upplifa það að heilbrigðisstarfsfólkið sem starfar á gólfinu hafi misst trúna á því að umbætur séu á næsta leiti í málefnum aldraðra. Fyrri ríkisstjórnir hafa verið með áætlanir um mikla uppbyggingu hjúkrunarheimila, til dæmis stóð til að fjölga hjúkrunarrýmum um 540 á árunum 2019-2024 en raunin varð 69. „Skortur á hjúkrunarrýmum og úrræðum fyrir aldraða, plássleysi á sjúkrahúsinu og almennt stefnuleysi yfirvalda um hvaða verkefnum háskólasjúkrahús þjóðarinnar á aðallega að sinna.“

Að þeirra mati er kominn tími á þjóðarsáttmála um framtíð heilbrigðiskerfisins þar sem sveitarfélögin fari líka að axla ábyrgð í þessari uppbyggingu og leyfi fleiri lóðir undir þá uppbyggingu. „Dýrasti vistunarkosturinn fyrir þjóðina er að sjúklingar séu í biðplássi á þjóðarsjúkrahúsinu. Öll umræða um kostnað við uppbyggingu hjúkrunarrýma eða aukna heimaþjónustu þarf að taka tillit til þess hvað það skilar í sparnaði fyrir heilbrigðiskerfið í heild.

Núverandi ríkisstjórn hefur erft þessa innviðaskuld, sem og tækifærið til að vera ríkisstjórnin sem snýr þessari þróun við og tekst á við vandann á skilvirkan hátt með nýjum lausnum og varanlegum umbótum,“ segir Hilmar að lokum.

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
Íris Fjóla Bjarnadóttir
iris@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
2040

Áskrift
28.600,- m. vsk.
Lausasala
2.860,- 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



107

Engilbert Sigurðsson

Áfengistengdum innlögnum á Landspítala fjölgar jafnt og þétt

Sá fjölþætti heilsubrestur og sú sálfélagslega byrði sem fjölgun áfengistengdra innlagna endurspeglar kallar á samstilltar aðgerðir til að draga úr neyslu áfengis hér á landi til framtíðar.



109

Unnur Ósk Stefánsdóttir

Af hamfaraástandi og berklasmitum – bráðamóttakan enn á ný í brennidepli

Í rúman áratug hafa bráðalæknar varað við þróuninni, en verstu spár hafa því miður ræst. Við höfum kallað, fundað, skrifað og ítrekað tjáð okkur í fjölmiðlum um ástandið en haldið þó áfram að sökkva.

FRÆÐIGREINAR

110

Kristín Fjóla Jónsdóttir, Hildur Jónsdóttir, Einar S. Björnsson

Áfengistengdum innlögnum á Landspítala hefur fjölgað mikið á síðustu árum

Skaðleg áhrif áfengis eru vel þekkt og það er vitað að hluti innlagna á spítala eru vegna vandamála sem rekja má til áfengisnotkunar. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna fjölda áfengistengdra innlagna á Landspítala á árunum 2005-2022 og kanna hvort aukning hafi orðið á tímabilinu.

120

Ásdís Kristjánsdóttir, Agnar Bjarnason, Gígja Erlingsdóttir, Páll Helgi Möller

Berklasýking í sári við endaþarmsop

Berklasýking við endaþarmsop er mjög sjaldgæf birtingarmynd berkla. Hér er lýst nýlegu tilfelli 41 árs hrausts manns sem greinist með ígerð við endaþarmsop sem þarfnaðist skoðunar og tæmingar á skurðstofu. Vefjagreining sýndi bólguhnúða með drepi ásamt sýruföstum stöfum og vakti grun um berkla. Nánari uppvinnsla leiddi í ljós lungnaberkla.

124

Guðrún Margrét Viðarsdóttir, Þórhildur Halldórsdóttir

Klínísk skoðun og aðferðafræði. Uppvinnsla einkenna frá brjóstum

Á FORSÍÐU



Forsíðumyndin sýnir dökka og þrönga sýn að bráðamóttöku allra landsmanna, Landspítala, sem hefur mikið verið í fréttum undanfarið og ekki að ástæðulausu. Mynd/OBÞ

UMFJÖLLUN OG GREINAR



130

Frá jaðarfyrirbæri til byltingar í meðferð

Olga Björt Þórðardóttir

Færeysk-danski prófessorinn Peter Garred hefur fylgst með umbreytingu komplementkerfisins af eigin raun. Í lok janúar var hann fyrirlesari á málþingi sem haldið var til heiðurs íslenska ónæmisfræðingnum Kristjáni Erlendssyni. *Læknablaðið* ræddi við Peter af því tilefni.

134

Per mentis innblásin af „sænska módelinu“

Kristborg Bóel Steingrímsdóttir

Per mentis er geðlækningastofa sem býður þjónustu í almennum geðlækningum, þar á meðal greiningu og meðhöndlun taugaþroskaraskana á borð við ADHD. Þjónustan er veitt í teymisvinnu geðlækna, hjúkrunarfræðinga og sálfræðinga. Kristófer Sigurðsson, stofnandi Per mentis, er mikill talsmaður teymisvinnu innan heilbrigðiskerfisins. Hann var gestur Læknavarpins.





136

Að byggja upp mannúðlega og samþætta geðheilbrigðisþjónustu fyrir eldra fólk

Olga Björt Þórðardóttir

Fáir hafa fylgst jafn náið með geðheilsu eldra fólks og haft jafn mikil áhrif á hana og þýski geðlæknirinn Tillmann Supprian, sérfræðingur í öldrunargeðlækningum og einn helsti frumkvöðull sviðsins í Þýskalandi. Hann var með erindi á Læknadögum og *Læknablaðið* ræddi við hann.

126 FRÉTTIR

LÖGFRÆÐI 59. PISTILL

138

Gunnar Ármannsson

Heilbrigðisstarfsmenn og heimilisofbeldi: Réttindi, skyldur og nýjar lagaheimildir

142

Doktorsvörn við læknadeild Háskóla Íslands og læknadeild Lundarháskóla

Ólafur Pálsson

143

Doktorsvörn við Karolinska Institutet

Sigurður Árnason

140

14. Heilabrot *Læknablaðsins*

Krossgáta og vísnagáta

Erla Sigríður Sigurðardóttir

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

144-145

Handaskurðlækningar





Björn Pétur Sigurðsson

Sérgreinin skiptir ekki máli

Drífa Frostadóttir

„Bara læknir í höndum? Kannski bara hægri?“

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



129

Gunnar Þór Geirsson

Kristrún Frostadóttir, láttu verkin tala

Sérnám í heimilislækningum var fyrsta sérnámið í læknisfræði sem hægt var að taka alfarið á Íslandi.

BÓKIN MÍN



133

Jóhann Sigurjónsson

Hinn ljúfsári sögulokakvíði

Englar alheimsins er öndvegisbók sem ég las aftur og aftur á unglingsárum.

DAGUR Í LÍFI LÆKNIS



141

Diljá Hilmarsdóttir

Dagur í lífi sérnámsgrunnslæknis í héraði

07:50 Opna dyrnar fram á gang á sama tíma og Helga vinkona mín sem býr í íbúðinni á móti. Mikil stemning að vera í héraði með bestu vinkonu minni.

LIPUR PENNI



146

Magnús Karl Magnússon

Hugleiðingar um þróun sérnáms á Íslandi

Er líklegt að sérnám í mörgum greinum á Íslandi geti orðið sambærilegt við nám sem milljónaþjóðir í hinum vestræna heimi geta boðið?

Signal

Ertu tilbúin/n fyrir það sem koma skal?

Innleiðing hafin hjá hundruðum notenda.

Ertu nokkuð að missa af lestinni?

Signal EMOS

Svo miklu meira en bara sjúkraskrárkerfi!
Allt sem þarf til rekstursins.

Ekkert til fyrirstöðu að flytja inn gögn úr
Sögu , Leviosa eða Fiskerfum.

Pantaðu kynningu Strax!

signalmedicalsolutions.com

Áfengistengdum innlögnum á Landspítala fjölgar jafnt og þétt



Engilbert Sigurðsson
sérfræðingur í geðlækningum, yfirlæknir við geðþjónustu Landspítala, prófessor við læknadeild Háskóla Íslands

Áfengi hefur um aldir verið órjúfanlegur hluti af menningu og ómenningu flestra þjóða. Bráð áhrif á miðtaugakerfið ráða þar mestu og trompa eitrunaráhrif næsta dags, timburmennina. Um það er ekki deilt að áfengi hefur bæði bráð og langvinn skaðleg áhrif á fjölmörg líffæri. Það ætti því ekki að koma á óvart að lifrin meðhöndlar það með svipuðum hætti og náskyld eiturefni, eins og metanól, etýlenglýkól og ísóprópanól. Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* er birt rannsókn á þróun fjölda áfengistengdra innlagna á Landspítala á árunum 2005–2022.[1] Algengustu ástæður innlagna í rannsókninni voru geð- og atferlisraskanir af völdum áfengis, áfengistengdir lifrarsjúkdómar, briskirtilsbólga og sjúkdómar í taugakerfi, oftast Wernicke-heilkenni. Rannsóknin sýnir 88% aukningu í nýgengi innlagna fyrir hverja 100 þúsund íbúa á ári á þessum 17 árum. Niðurstöðurnar eru afar mikilvægar en koma því miður ekki á óvart í ljósi þróunar áfengisneyslu hér á landi á síðustu áratugum og þess heilsubrests sem þekkt er að fylgi slíkri aukningu.[2] Í því samhengi má nefna nýlega rannsókn sem sýndi nær fjórföldun á áfengistengdum lifrarsjúkdómum hér á landi frá 2001 til 2015 á sama tíma og meðalneysla áfengis á einstakling jókst um 21%.[3] Áfengi á þó þátt í meingerð mun fleiri og algengari sjúkdóma. Þar má nefna sjúkdóma í hjarta og æðakerfi, til dæmis háþrýsting, auk þess sem það er talið skýr orsakaþáttur í þróun minnst sjö krabbameina, þar á meðal brjóstakrabbameins, ristilkrabbameins, lifrarkrabbameins og fleiri krabbameina tengdum meltingarvegi.[2] Sálfélagslegu áhrifin, bæði á einstaklinga og fjölskyldur, vega þó þyngst í stóra samhenginu. Þar má nefna að regluleg notkun eða notkun umfram hófdrykkju eykur hættu á þunglyndi, kvíðaröskunum, áfallastreitu og annarri streitu, svefnröskun, annarri fíkn, heimilisofbeldi, kynferðisofbeldi, sjálfsvígstilraunum og sjálfsvígum.[4]

Ofangreind fjölgun innlagna er mikil áskorun fyrir okkur Íslendinga á tímum viðvarandi skorts á legurýmum á þjóðarsjúkrahúsinu, ekki aðeins vegna þess vaxandi álags sem heilbrigðisþjónustan glímir við, heldur einnig vegna stöðugs aðhalds og sparnaðarkröfu sem spítalinn hefur búið við og mun búa við um ófyrirséða framtíð. Áætlaður kostnaður við innlagnirnar á rannsóknartímabilinu er metinn 11 milljarðar króna.[1] Sá fjölþætti heilsubrestur og sú sálfélagslega byrði sem fjölgun áfengistengdra innlagna endurspeglar kallar á samstilltar aðgerðir til að draga úr neyslu áfengis hér á landi til framtíðar. Mikill árangur náðist fyrir og sérstaklega upp úr síðustu aldamótum í að draga úr áfengisneyslu ungmenna hér á landi með hinu íslenska forvarnarmódeli.[5] Verkefnið er flóknara – og pólitískara – þegar fullorðnir eiga í hlut og því miður hefur drykkja fullorðinna, þar á meðal aldraðra, aukist nokkuð jafnt og þétt hérlendis frá síðustu aldamótum. Afleiðingarnar blasa daglega við í störfum lögreglu, á bráðamóttöku Landspítala í Fossvogi, á bráðamóttöku geðþjónustunnar á Hringbraut, á legudeildum spítalans og öllum starfseiningum SÁÁ og heilsugæslunnar. Nú gæti einhver haldið að ekki sé nóg vitað um þær aðgerðir sem rannsóknir styðja að dragi úr drykkju áfengis og þeim skaða sem henni er samfara. Svo er þó ekki, þær eru vel þekktar og studdar af fjölmörgum rannsóknum.[2] Þær aðgerðir sem mæta rannsóknarkröfum heilbrigðisvísinda falla í fyrsta lagi undir leiðir sem tengjast sköttum og lágmarksverði og í öðru lagi takmörkun aðgengis með stýringu á fjölda þeirra staða þar sem áfengi er selt, opnunartíma og lágmarksaldri til að kaupa og neyta áfengis. Í þriðja og fjórða lagi er þekkt að bann við markaðssetningu og hins vegar ríkiseinokun á stefnumótun og aðgerðum til að stýra aðgengi að áfengi eru aðgerðir sem virka.[2] Því miður hafa engin viðbrögð verið við vaxandi sniðgöngu á gildandi lögum og reglugerðum um sölu og markaðssetningu áfengis hér á landi undanfarin ár. Eftir höfðinu – dómsmálaráðherrum síðustu ára – dansa limirnir, lögregla og dómskerfið. Það er löngu tímabært að láta reyna á lögmæti svokallaðrar netsölu og netauglýsinga á áfengi hér á landi. Ég vænti þess að núverandi ráðherrar dómsmála og heilbrigðismála séu mér sammála. Er eftir einhverju að bíða?

Sá fjölþætti heilsubrestur og sú sálfélagslega byrði sem fjölgun áfengistengdra innlagna endurspeglar kallar á samstilltar aðgerðir til að draga úr neyslu áfengis hér á landi til framtíðar.

Heimildir

1. Jónsdóttir KF, Jónsdóttir H, Björnsson ES. Áfengistengdum innlögnum á Landspítalann hefur fjölgað mikið á síðustu árum. Læknablaðið. 2026; 112(3): 110-118.
2. Gapstur SM, Mariosa D, Neamtiu L et al. The IARC Perspective on the Effects of Policies on Reducing Alcohol Consumption. N Engl J Med. 2025;392(17):1752-1759.
3. Hauksson K, Arnardottir M, Agustsson AS, et al. Increase in the incidence of alcoholic pancreatitis and alcoholic liver disease in Iceland: impact of per capita alcohol consumption. Scand J Gastroenterol. 2020;55:472–478.
4. De Aquino JP, Petrakis IL. Mental Health Issues: Alcohol Use Disorder and common co-occuring conditions. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2025.
5. Sigfúsdóttir ID, Thorlindsson T, Kristjánsson AL et al. Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. Health Promotion International 2009, 24(1), 16-25.

Marked increase in alcohol-related admissions to Landspitali

Engilbert Sigurdsson
Consultant in general adult psychiatry, Landspitali University Hospital, professor of psychiatry, University of Iceland

doi 10.17992/lbl.2026.03.880



Skoðunarbekkir sem breyta öllu

Gymna Go - Traustur og áreiðanlegur skoðunarbekkur fyrir daglega notkun á læknastofum og heilsugæslum. Tvískipt hönnun með löngu baki gerir bekkinn vel þægilegan í notkun fyrir almenna skoðun og viðtöl við skjólstæðinga. Bekkurinn er einfaldur í notkun, stöðugur og hannaður til að endast.

FASTUS
HEILSA

Höfðabakki 7, 110 Reykjavík | fastus.is

Af hamfaraástandi og berklasmitum – bráðamóttakan enn á ný í brennidepli



Unnur Ósk Stefánsdóttir
bráðalæknir,
formaður Félags bráðalækna

Félag bráðalækna fagnar um þessar mundir 20 ára afmæli. Þrátt fyrir að vera mjög ung sérgrein í alþjóðlegu samhengi hefur greinin á Íslandi sannarlega marga fjöruna sopið. Það er þó kaldhæðnislegt að á sama tíma og fagið sjálft hefur aldrei verið í eins miklum blóma – með stækkandi hópi nýrra og metnaðarfullra sérfræðinga sem brenna fyrir faginu – stöndum við frammi fyrir ástandi sem jaðrar við hamfarir.

Bráðamóttakan er hjarta heilbrigðiskerfisins. Hún er einstök deild sem sinnir öllu landinu og miðunum; hún er hliðið inn á spítalann þar sem réttur farvegur er fundinn fyrir alla sem þangað leita. Mikilvægi hennar hefur aldrei verið meira en einmitt nú, á tímum þar sem óvissa í heimsmálum og dýpkandi gjá milli stórvelda krefst þess að viðbragðsgeta þjóðarinnar sé óskert.

Starfsfólk bráðamóttökunnar býr yfir óbilandi seiglu. Við höfum nýtt útsjónarsemi okkar til að láta hlutina ganga, fundið pláss þar sem ekkert var og sinnt sjúklingum við ómögulegar aðstæður. En þessi sama seigla hefur að sumu leyti komið í bakið á okkur. Með því að „redda málunum" höfum við óafvitandi gefið stjórnvöldum svigrúm til að fresta nauðsynlegum aðgerðum.

Birtingarmyndir ástandsins eru fjölmargar, bæði fyrir starfsfólk og sjúklinga deildarinnar. Sú birtingarmynd sem hvað mest hefur verið fjallað um í fjölmiðlum eru átta berklasmit starfsfólks deildarinnar. Framkvæmdastjóri sviðsins talaði opinskátt í sjónvarpsviðtali og gerði lítið úr upplifun starfsmanna af smitunum í stað þess að nýta þetta tækifæri sem hvatningu til stjórnvalda til aðgerða.

Í rúman áratug hafa bráðalæknar varað við þróuninni, en verstu spár hafa því miður ræst. Við höfum kallað, fundað, skrifað og ítrekað tjáð okkur í fjölmiðlum um ástandið en haldið þó áfram að sökkva. Við höfum ítrekað bent á ástæður vandans en finnum samt sterkt fyrir því að almenningur og heilbrigðisstarfsfólk gerir sér ekki grein fyrir ástæðum, stærð vandans né umfangi. Vandinn er útskriftarvandi ekki aðflæðisvandi.

Í rúman áratug hafa bráðalæknar varað við þróuninni, en verstu spár hafa því miður ræst. Við höfum kallað, fundað, skrifað og ítrekað tjáð okkur í fjölmiðlum um ástandið en haldið þó áfram að sökkva.

Krafa starfsfólks bráðamóttöku um aðgerðir var gerð opinber á sameiginlegum fundi allra stéttarfélaganna sem haldinn var 11. febrúar síðastliðin. Við köllum eftir því að þingheimur allur bregðist við þessum vanda, eftirlitsstofnanir beiti valdi sínu og að stjórnendur spítalans dreifi álaginu, tali af festu og virðingu gagnvart okkar fólki og stjórn þjóðarinnar. Íslendingar verða að standa saman svo hægt sé sameiginlega að leysa þennan gríðarlega flókna vanda því þegar öllu er á botninn hvolft er þetta ekki bara vandi okkar á bráðamóttökunni heldur vandi alls heilbrigðiskerfisins og í raun einn stærsti vandi sem þjóðin hefur staðið frammi fyrir í áratugi.

On Disaster Conditions and Tuberculosis Infections – The Emergency Department Once Again in the Spotlight

Unnur Osk Stefansdottir
MD, FRCEM
Emergency Physician

doi 10.17992/lbl.2026.03.881

Áfengistengdum innlögnum á Landspítala hefur fjölgað mikið á síðustu árum

• Rannsókn •

Kristín Fjóla Jónsdóttir[1] læknanemi

Hildur Jónsdóttir[2] læknir

Einar S. Björnsson[1,3] læknir

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]almennar lyflækningar, [3]meltingarlækningar, lyflækningasviði Landspítala

Fyrirspurnum svarar Hildur Jónsdóttir, *hildurjo@landspitali.is*

Greinin barst 17. nóvember 2025,
samþykkt til birtingar 10. febrúar 2026

ÁGRIP

Inngangur

Skaðleg áhrif áfengis eru vel þekkt og það er vitað að hluti innlagna á spítala eru vegna vandamála sem rekja má til áfengisnotkunar. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna fjölda áfengistengdra innlagna á Landspítala á árunum 2005-2022 og kanna hvort aukning hafi orðið á tímabilinu.

Efniviður

Leitað var eftir ICD-10 greiningarkóðum áfengistengdra vandamála í sjúkraskrárkerfi Landspítala og upplýsingum safnað um alla þá sem höfðu fengið eina eða fleiri af þessum greiningum við útskrift af Landspítala á árunum 2005-2022.

Niðurstöður

Alls voru 2925 áfengistengdar innlagnir á Landspítala á rannsóknartímabilinu. Sjúklingar sem lögðust inn voru 1779 talsins, 1168 karlar (66%) og 611 konur (34%), miðgildi aldurs 54 ár. Áfengistengdum innlögnum fjölgaði úr 34 á hverja 100.000 íbúa árið 2005 í 64 árið 2022. Við upphaf rannsóknartímabilsins, árið 2005, var hlutfall áfengistengdra innlagna af öllum innlögnum á Landspítala 0,32% og í lok tímabils, árið 2022, hafði hlutfallið aukist í 0,95%. Miðgildi legulengdar var 6 dagar. Af innlögnunum voru 1878 skráðar með greiningum geð- og atferlisraskana af völdum áfengis, 923 með áfengistengda lifrarsjúkdóma, 457 briskirtilsbólgu og 210 með sjúkdóma í taugakerfi, þar af 144 með Wernicke-sjúkdóm.

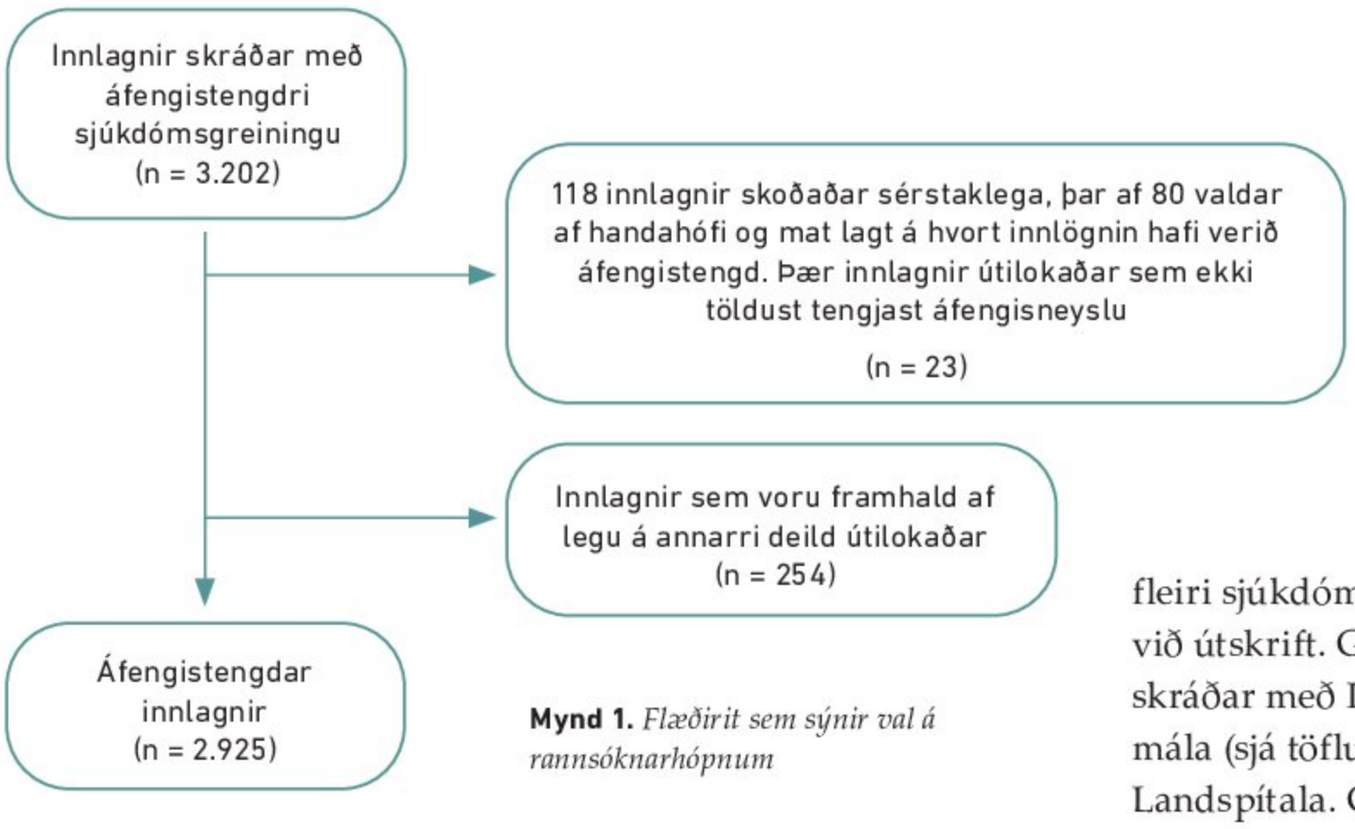
Ályktun

Áfengistengdum innlögnum fjölgaði um 88% á árunum 2005-2022. Algengustu sjúkdómsgreiningarnar voru geð- og atferlisraskanir og lifrar- og brissjúkdómar. Þetta hefur leitt til mikils kostnaðarauka fyrir heilbrigðiskerfið og samfélagið í heild.

Inngangur

Skaðleg notkun áfengis veldur mikilli sjúkdómsbyrði og hefur verið talinn orsakaþáttur í yfir 200 sjúkdómum.[1] Á heimsvísu deyja um þrjár milljónir manna á hverju ári vegna skaðlegrar notkunar áfengis en það jafngildir 5,3% af öllum dauðsföllum.[1] Auk velþekktra afleiðinga ofnotkunar áfengis á ýmis líffæri, svo sem lifur, bris, hjarta og taugakerfi, fylgir áfengisneyslu aukin hætta á áverkum sem hljótast af umferðarslysum og öðrum slysum, ofbeldi og sjálfsvígum.[1]

Tölur frá Hagstofu Íslands sýna að á milli áranna 1980 og 2016 jókst áfengisneysla á Íslandi um 73% ef horft er til alkóhóllítra á íbúa 15 ára og eldri. Mælt í hreinum vínanda á íbúa 15 ára og eldri var neyslan 4,3 lítrar árið 1980, 6,1 árið 2000 og 7,5 lítrar árið 2016.[2] Í tölum frá Embætti landlæknis um áfengisnotkun Íslendinga frá árinu 2018 til og með ársins 2022 kemur fram að á þessu fimm ára tímabili var salan 7,7 lítrar á hvern íbúa 15 ára og eldri árið 2018 en næstu tvö árin dró úr sölunni.[3] Salan jókst svo aftur og árið 2021 var hún komin upp í 8,5 lítra



Mynd 1. *Flæðirit sem sýnir val á rannsóknarhópnum*

og 8,1 lítra árið 2022.[2] Þannig hefur orðið um það bil tvöföldun á áfengisneyslu á Íslandi á síðustu áratugum, frá um það bil fjórum lítrum á mann árið 1980 til um það bil 8 lítra á mann 2022.

Það er líklegt að þessari aukningu á áfengisneyslu fylgi heilsufarslegar afleiðingar. Í skýrslu frá ríkisrekna heilbrigðiskerfinu í Bretlandi (*National Health Service*, NHS) koma fram tölur um áætlaðan fjölda áfengistengdra innlagna frá maí 2019 til apríl 2020 á spítala í Bretlandi. Þar eru notaðar tvær skilgreiningar (*measures)* á því hvað telst vera áfengistengd innlögn: breið (*broad measure*) og þröng (*narrow measure).* Undir breiðu skilgreininguna falla þær innlagnir þar sem áfengistengt vandamál var skráð sem annaðhvort aðalgreiningin (*primary diagnosis*) eða aukagreining (*secondary diagnosis*). Þessi skilgreining tekur því með þær innlagnir þar sem áfengistengt vandamál var aðalástæða innlagnarinnar og þær innlagnir þar sem áfengistengt vandamál var meðvirkandi þáttur í innlögn. Þrönga skilgreiningin telur einungis þær innlagnir þar sem áfengistengt vandamál var skráð sem aðalgreining. Þegar þrönga skilgreiningin var notuð var áætlað að um 280.000 innlagnir á spítala í Bretlandi hafi verið áfengistengdar en þær voru 1,6% af öllum innlögnum á spítala í Bretlandi það árið.[4] Það varð 2% aukning á áfengistengdum innlögnum frá árinu 2018/19 og 8% aukning frá árinu 2016-17.[4] Þegar breiða skilgreiningin var notuð voru áfengistengdu innlagnirnar 980.000 en það er 5,7% af öllum innlögnum það árið.[4] Íslenskar rannsóknir hafa sýnt fram á mikla aukningu í nýgengi á skorpulifur,[5-8] á síðustu áratugum samfara aukinni áfengisneyslu og einnig aukningu á brisbólgu af völdum áfengis.[9] Aftur á móti hefur lítið verið rannsakað hvernig aukin áfengisneysla í samfélaginu hefur haft áhrif á innlagnir vegna skaðlegrar notkunar áfengis. Ljóst er að umtalsverðan fjölda koma og innlagna á Landspítalann má rekja til skaðlegrar notkunar áfengis en óljóst er um hversu margar innlagnir er að ræða. Markmið þessarar rannsóknar var að meta umfang áfengistengdra innlagna á Landspítala á árunum 2005-2022 en slík athugun hefur ekki verið gerð áður hér á landi svo að höfundar viti til.

Efniviður og aðferðir

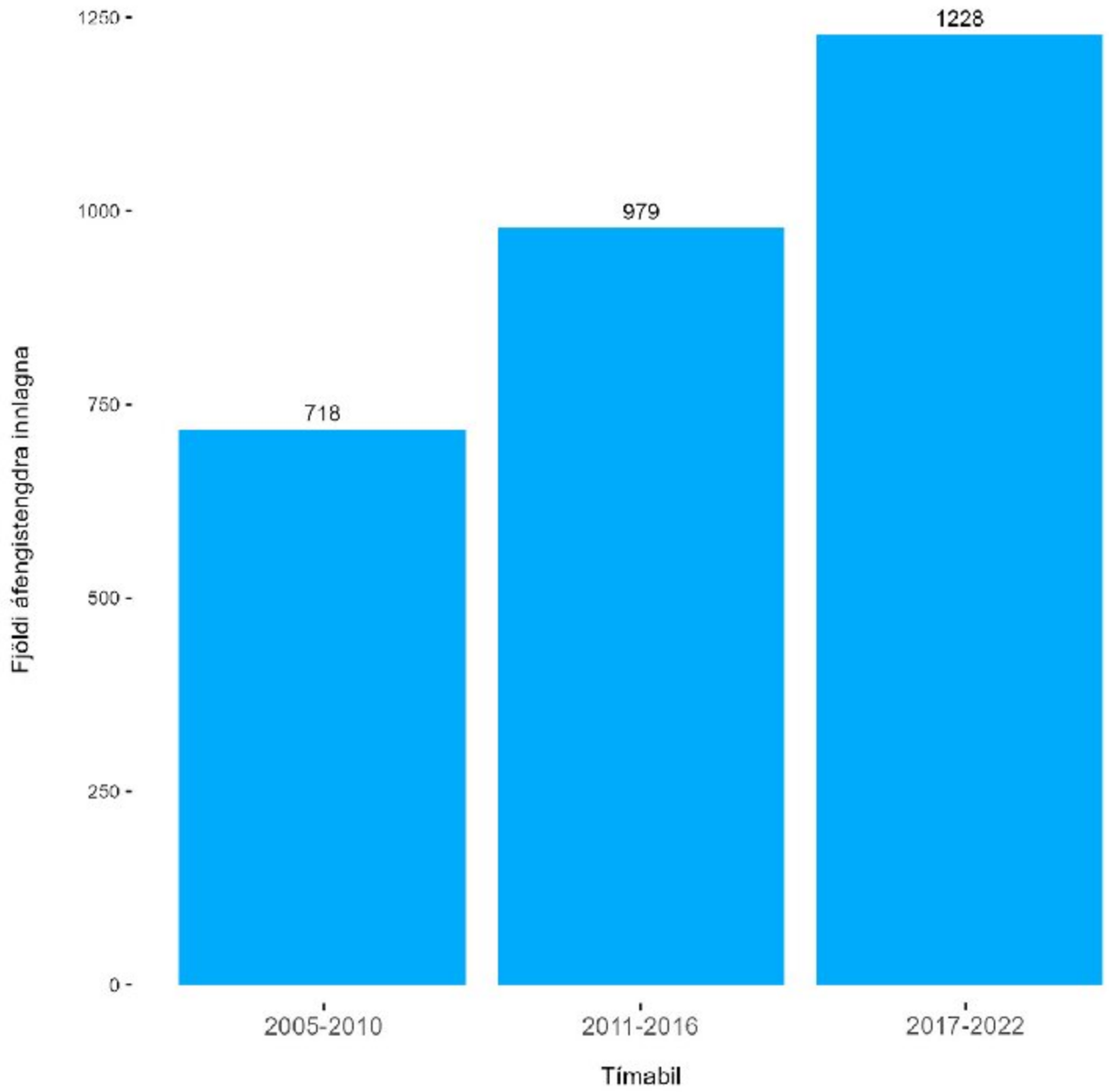
Rannsóknarþýðið samanstóð af öllum sjúklingum sem lögðust inn á Landspítala á árunum 2005-2022 og fengu eina eða fleiri sjúkdómsgreiningar áfengistengdra vandamála skráða við útskrift. Gögn um innlagnir á Landspítala sem höfðu verið skráðar með ICD-10 greiningarkóðum áfengistengdra vandamála (sjá töflu IV) á rannsóknartímabilinu fengust frá hagdeild Landspítala. Gögnin innihéldu eftirfarandi breytur fyrir hverja innlögn: kennitala, kyn og aldur sjúklings við innlögn, ár og dagsetning innlagnar, innskriftardeild, lengd legu í dögum, sjúkdómsgreiningar við útskrift, afdrif sjúklings eftir útskrift, sérgrein og lýsingu á því hvernig eftirliti var háttað eftir útskrift. Rannsóknartímabilinu var skipt upp í þrjú sex ára tímabil: 2005-2010, 2011-2016 og 2017-2022.

Til þess að meta áreiðanleika gagnanna var farið í sjúkraskrár hluta sjúklinga sem áttu innlagnir í gagnasafninu og mat lagt á það hvort innlögnin hafi verið vegna áfengistengds vandamáls eða vegna vandamáls ótengdu áfengisnotkun. Rannsakendur yfirfóru gagnasafnið og skoðuðu sérstaklega allar innlagnir þar sem vafi lék á að greiningar væru réttar. Að auki voru teknar 80 innlagnir af handahófi til sérstakrar skoðunar til að meta áreiðanleika gagnasafnsins. Eftir þessa yfirferð voru 23 innlagnir fjarlægðar úr gagnasafninu og voru það allt innlagnir sem rannsakendur höfði flaggað til yfirferðar.

Við skoðun á gögnunum kom enn fremur í ljós að hluti af innlögnunum í gagnasafninu voru ekki nýjar legur heldur framhald af legu hjá sjúklingum sem höfðu verið fluttir á milli þjónustuflokka. Slíkar aðliggjandi legur voru sameinaðar í eina legu þegar fjöldi innlagna á tímabilinu var skoðaður. Farið var yfir sjúkraskrár hluta þessara sjúklinga til þess að meta hvort sjúklingur hefði verið útskrifaður í millitíðinni eða hvort um sömu legu var að ræða. Alls voru 254 legur sameinaðar við aðra legu í skjalinu. Þegar fjöldi daga á hverri deild/þjónustusviði var skoðaður var notast við upphaflega gagnasafnið þar sem aðliggjandi legur höfðu ekki verið sameinaðar. Flæðirit sem sýnir val á rannsóknarhópnum má sjá á mynd 1.

Gögnin fengust á formi Microsoft Excel skjals. Eftir að búið var sameina aðliggjandi legur og taka út þá sjúklinga sem uppfylltu ekki þátttökuskilyrði var gögnunum hlaðið upp í tölfræðihugbúnaðinn R og Rstudio. Kí-kvaðratpróf var notað til þess að meta hvort marktækur munur væri á milli fjölda innlagna hjá körlum og konum og miðað við p-gildi <0,05. Árlegur aldursstaðlaður fjöldi áfengistengdra innlagna á hverja 100.000 íbúa var reiknaður með beinni aðferð samkvæmt Evrópustaðli (European Standard Population) frá árinu 2013. Gögn um íbúafjölda og fjölda í hverjum aldurshóp á tímabilinu voru sótt af vef Hagstofu Íslands.

Lýsandi tölfræði var beitt við framsetningu gagna og voru myndir og gröf búin til í Rstudio. Við útreikning á kostnaði við áfengistengdar innlagnir voru notaðar upplýsingar frá



Mynd 2. *Fjöldi áfengistengdra innlagna eftir tímabilum*

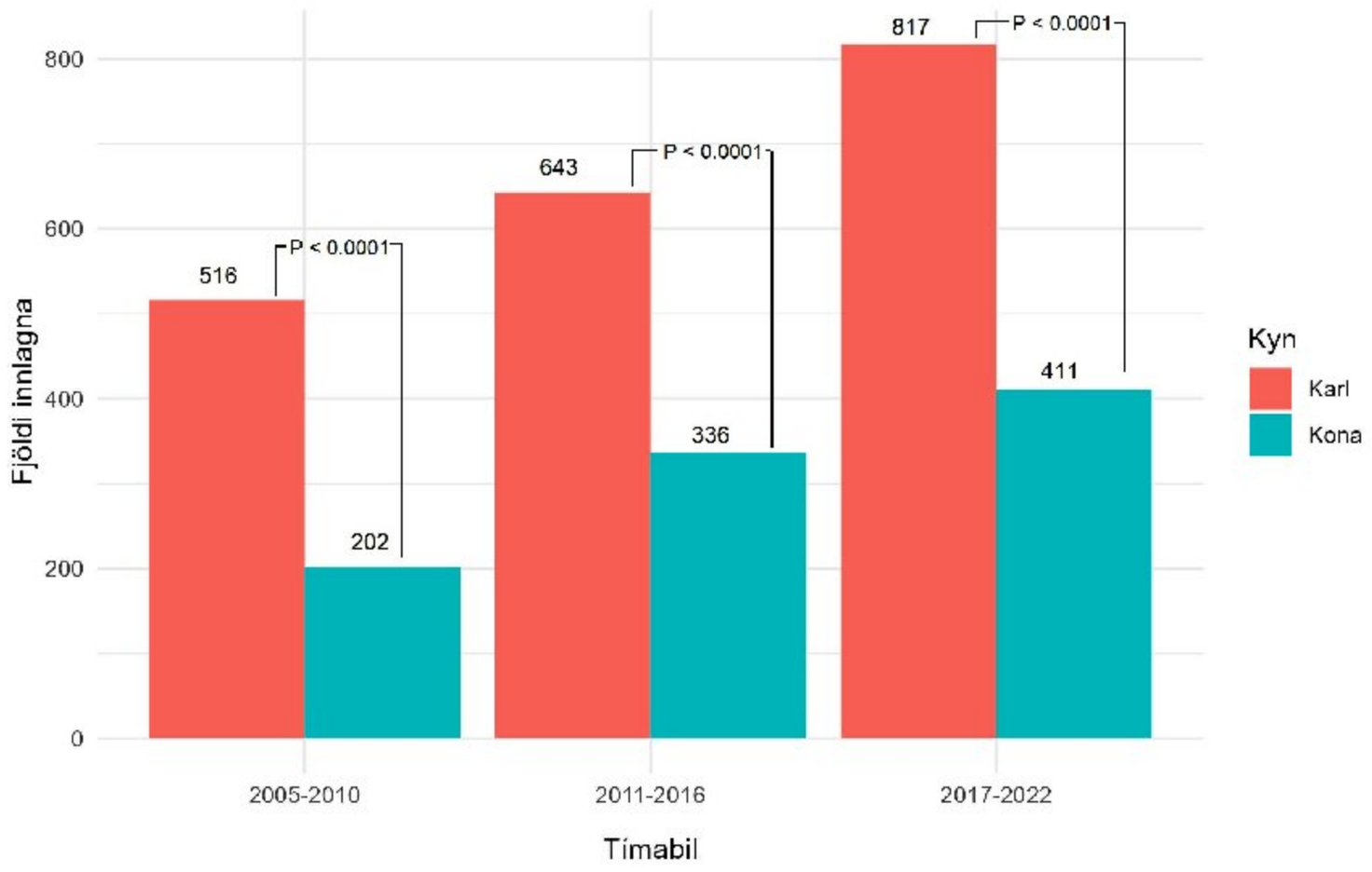
Tafla I. Fjöldi áfengistengdra innlagna, heildarfjöldi innlagna og aldursstaðlaður fjöldi áfengistengdra innlagna á Landspítalann á árunum 2005-2022.

Ár	Fjöldi áfengistengdra innlagna	Heildarfjöldi innlagna á Landspítalann	Hlutfall áfengistengdra innlagna af öllum innlögnum %	Fjöldi áfengistengdra innlagna á hverja 100.000 íbúa	Aldursstaðlaður fjöldi áfengistengdra innlagna á hverja 100.000 íbúa (95% ÖB)
2005	101	31.049	0,33	34	51 (42-63)
2006	91	27.943	0,33	30	45 (36-56)
2007	111	27.241	0,41	35	50 (41-61)
2008	106	28.563	0,37	33	49 (40-60)
2009	144	28.596	0,50	45	66 (55-78)
2010	165	27.728	0,60	51	76 (65-90)
2011	168	27.630	0,61	53	81 (69-95)
2012	180	27.317	0,66	56	81 (69-94)
2013	142	26.753	0,53	44	62 (52-73)
2014	177	26.227	0,67	54	76 (65-88)
2015	148	25.227	0,59	45	60 (51-72)
2016	164	26.252	0,62	48	70 (59-81)
2017	167	26.759	0,62	48	66 (56-77)
2018	184	25.185	0,73	52	73 (62-84)
2019	188	25.404	0,74	52	73 (63-85)
2020	209	24.656	0,85	56	80 (69-91)
2021	230	27.076	0,85	61	85 (74-97)
2022	250	26.379	0,95	64	84 (74-95)

Tafla II: Fjöldi áfengistengdra innskrifta, miðgildi legulengdar, lengsta lega og samanlagður fjöldi legudaga eftir sviðum/þjónustu.

Svið/Þjónusta	Fjöldi innskrifta	Miðgildi legulengdar í dögum	Lengsta lega í dögum	Samanlagður fjöldi legudaga
Lyflækningasvið	1.588	5 (IQR: 3-11)	172	15.833
Geðsvið	1.000	5 (IQR: 1-11)	343	11.195
Skurðlækningasvið	187	5 (IQR: 3-10)	92	1.909
Öldrun	154	30 (IQR: 16-71)	301	7.666
Gjörgæsla	186	5 (IQR: 2-11)	87	1.683
Endurhæfing	47	22 (IQR: 14-45)	213	1.643
Sjúkrahótel	17	14 (IQR: 2-21)	55	257

IQR er fjórðungsbil og sýnir bilið sem miðju 50% mælinga liggja innan.



Mynd 3: *Kynjadreifing áfengistengdra innlagna eftir tímabilum.*

hagdeild Landspítala um meðalkostnað fyrir hvern dag á legudeildum Landspítalans eftir mismunandi sviðum/þjónustu.

Niðurstöður

Áfengistengdar innlagnir á Landspítalann á árunum 2005-2022 voru alls 2925 hjá 1779 einstaklingum. Af þeim 1779 sem lögðust inn var fjöldi karla 1168 (66%) og fjöldi kvenna 611 (34%). Fjöldi innlagna á hinum þremur rannsóknartímabilum sést á mynd 2. Fjöldi áfengistengdra innlagna fyrir hvert ár fyrir sig sést í töflu I. Af 2925 áfengistengdum innlögnum á rannsóknartímabilinu áttu karlar 1976 (68%) og konur 949 innlagnir (32%) og var kynjamunurinn marktækur (χ2 (1) = 360,59, p <0,0001). Þróun kynjahlutfallanna yfir tímabilin þrjú sést á mynd 3 og í töflu 1 í viðauka. Á tímabilinu var miðgildi aldurs við innlögn 54 ár (IQR: 41-64, spönn: 13-94). Í töflu 1 í viðauka má sjá aldursdreifingu þeirra sem lögðust inn eftir sviðum/þjónustu og tímabilum. Miðgildi legulengdar var 6 dagar (IQR: 3-13, spönn: 1-379). Fyrstu fimm árin (2005-2010) var miðgildið 5 dagar (IQR: 2-13), 2011-2016 var það sex dagar (IQR: 3-13) og 2017-2022 var það einnig sex dagar (IQR: 2-13).

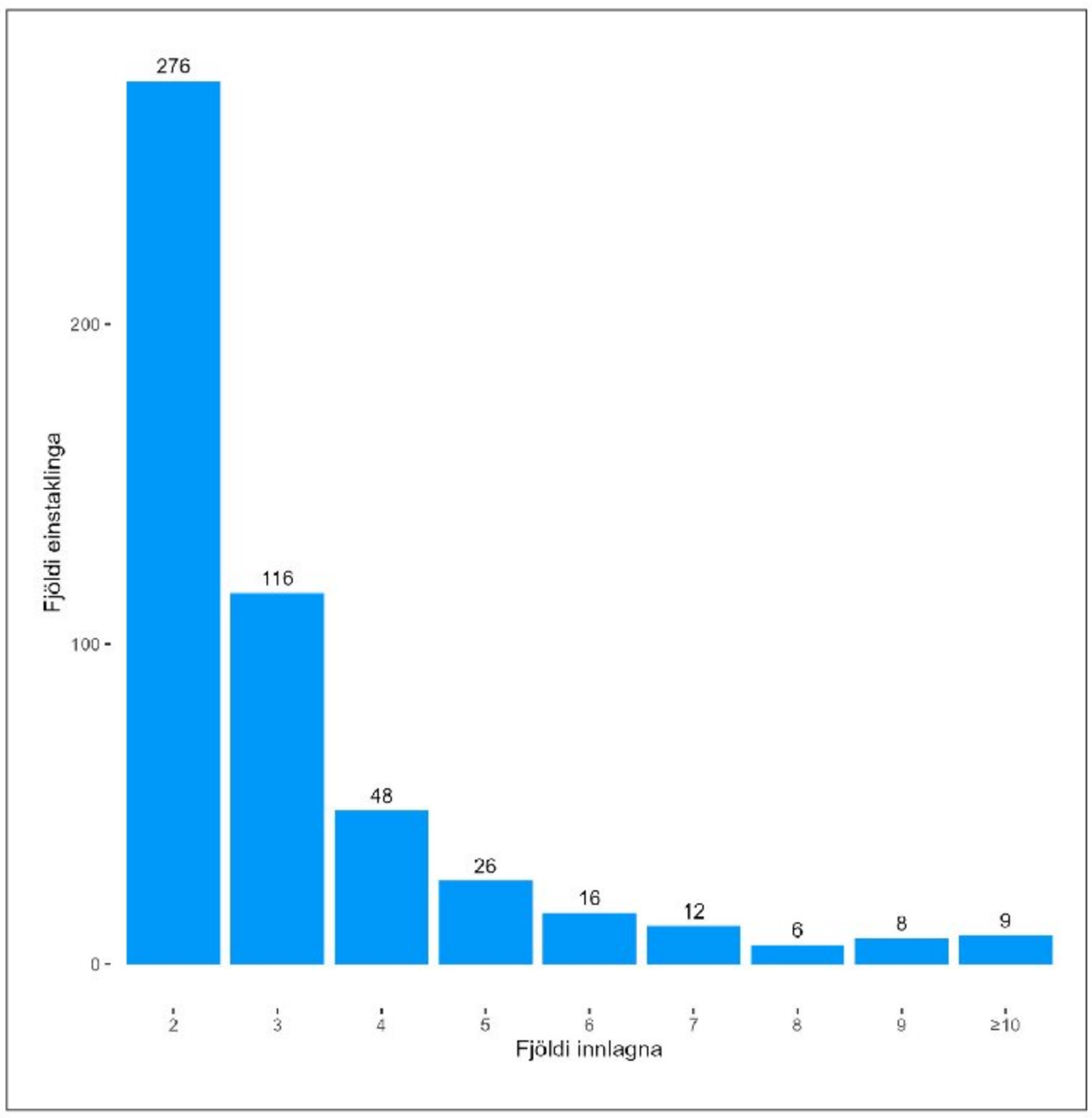
Árlegur meðalfjöldi áfengistengdra innlagna á 18 ára rannsóknartímabilinu var 48 innlagnir á hverja 100.000 íbúa. Á fyrstu 6 árum rannsóknartímabilsins (2005-2010) var árlegur meðalfjöldi 38 innlagnir á hverja 100.000 íbúa. Næstu sex árin (2011-2016) var árlegur meðalfjöldi 51 innlögn á hverja 100.000 íbúa og á síðasta tímabilinu (2017-2022) var árlegur meðalfjöldi kominn upp í 56 innlagnir á hverja 100.000 íbúa. Mestur fjöldi áfengistengdra innlagna var árið 2022 en þá voru innlagnirnar 250 talsins, það er 64 innlagnir á hverja 100.000 íbúa. Hlutfall áfengistengdra innlagna af öllum innlögnum á Landspítalann jókst einnig á rannsóknartímabilinu. Að meðaltali var þetta hlutfall 0,42% á tímabilinu 2005-2010; 0,61% 2011-2016 og 0,79% á tímabilinu 2017-2022. Árið 2005 var hlutfallið 0,33% og árið 2022 var hlutfallið komið upp í 0,95%. Aldursstaðlaður fjöldi áfengistengdra innlagna á hverja 100.000 íbúa sést í töflu 1. Við upphaf tímabilsins, árið 2005, var aldursstaðlaður fjöldi áfengistengdra innlagna 51 innlögn/100.000 íbúa og árið 2022 var fjöldinn 84 innlagnir/100.000 íbúa.

Endurteknar innlagnir

Af þeim 1779 einstaklingum sem lögðust inn vegna áfengistengdra vandamála á rannsóknartímabilinu voru 1262 sem lögðust aðeins einu sinni inn. Fjöldi þeirra sem lögðust oftar en einu sinni inn var því 517 og sést dreifing þessara einstaklinga á fjölda innlagna á mynd 4. Einstaklingar sem lögðust

Tafla III. Útreikningar á kostnaði við áfengistengdar innlagnir. Kostnaður miðast við verðlag ársins 2023. Upplýsingar um meðalkostnað fyrir hvern dag á legudeildum Landspítalans eftir mismunandi sviðum/þjónustu fengust frá hagdeild Landspítala.

Deild	Meðalkostnaður á hvern dag í krónum	Fjöldi daga á deild	Kostnaður samtals
Lyflækningadeildir	323.726 kr	15.833	5.125.553.758 kr
Geðdeildir	219.577 kr	11.195	2.458.164.515 kr
Skurðlækningadeildir	467.606 kr	1.909	892.659.854 kr
Öldrunar- og endurhæfingardeildir	136.991 kr	9.309	1.275.249.219 kr
Gjörgæslur	974.025 kr	1.683	1.639.284.075 kr
	Samtals:	**39.929**	**11.390.911.421 kr**



Mynd 4. *Fjöldi einstaklinga sem lögðust inn oftar en einu sinni á tímabilinu*

oftar en 10 sinnum inn voru 9 talsins en þeir lögðust samtals 141 sinni inn á tímabilinu.

Innskriftardeildir og legulengd

Tafla II sýnir fjölda innskrifta á mismunandi deildir Landspítalans, miðgildi legulengdar, lengstu legu og samalagðan fjölda legudaga á hvert svið/þjónustu fyrir sig. Hér voru notaðar upplýsingar þar sem aðliggjandi legur hjá sömu sjúklingum höfðu ekki verið sameinaðar og því verður orðið innskrift notað í stað innlagnar. Innskriftirnar voru alls 3179 og eru innskriftardeildirnar flokkaðar eftir 7 sviðum/þjónustu, það er geðsvið, lyflækningasvið, skurðlækningasvið, öldrun, gjörgæsla, endurhæfing og sjúkrahótel. Gróflega reiknaður kostnaður þessara innlagna, miðaður við verðlag 2023, er um 11 milljarðar króna (sjá töflu III).

Sjúkdómsgreiningar

Tafla IV sýnir fjölda innlagna sem skráðar voru með þeim áfengistengdu sjúkdómsgreiningum sem leitað var eftir. Flestar innlagnirnar voru skráðar með einni eða fleiri greiningum úr flokki geð- og atferlisraskana af völdum alkóhólnotkunar en þær voru alls 1878. Ein eða fleiri greining úr greiningarflokknum alkóhóllifrarsjúkdómur (K70.x) voru skráðar við 923 innlagnir. Þessar legur áttu 445 einstaklingar, 318 karlar og 127 konur. Greiningarkóðar bráðrar eða langvinnrar briskirtilsbólgu af völdum alkóhólnotkunar voru

Tafla IV. Fjöldi innlagna skráðar með áfengistengdum sjúkdómsgreiningum.

Sjúkdómsgreining	Fjöldi lega
Geð- og atferlisraskanir af völdum alkóhólnotkunar	
F10.1 Skaðleg notkun alkóhóls	1379
F10.2 Fíkniheilkenni af völdum alkóhólnotkunar	643
F10.9 Geð- og atferlisröskun af völdum alkóhólnotkunar, ótilgreind	9
Sjúkdómar í meltingarlíffærum	
K29.2 Alkóhólmagabólga	20
K70.0 Alkóhólfitulifur	45
K70.1 Alkóhóllifrarbólga	347
K70.2 Alkóhóltrefjun og -hersli í lifur	4
K70.3 Alkóhólskorpulifur	475
K70.4 Alkóhóllifrarbilun	68
K70.9 Alkóhóllifrarsjúkdómur, ótilgreindur	47
K85.2 Bráð brisbólga af völdum alkóhólnotkunar	270
K86.0 Langvinn brisbólga af völdum alkóhólnotkunar	200
Sjúkdómar í taugakerfi	
E51.2 Wernicke-sjúkdómur	144
G31.2 Taugakerfishrörnun af völdum alkóhóls	27
G62.1 Alkóhólfjöltaugakvilli	40
G72.1 Alkóhólvöðvakvilli	8
Aðrar greiningar	
I42.6 Alkóhólhjartavöðvakvilli	20
R78.0 Fundur alkóhóls í blóði	2
T51.0 Eituráhrif alkóhóls	16
Z71.4 Ráðgjöf og eftirlit vegna alkóhólnotkunar	17
Y90 Merki um áfengisneyslu staðfest af alkóhólmagni í blóði	7

skráðir við 457 innlagnir á rannsóknartímabilinu. Bráð briskirtilsbólga var skráð við 270 innlagnir og langvinn briskirtilsbólga við 200 innlagnir. Báðar greiningarnar voru skráðar við 13 innlagnir. Fjöldi einstaklinga sem fékk aðra hvora eða báðar þessar greiningar var 245, þar af 194 karlar og 51 kona.

Afdrif sjúklinga

Af þeim 1779 einstaklingum sem lögðust inn á rannsóknartímabilinu voru 102 (6%) andlát skráð, þar af 76 karlar og 26 konur. Miðgildi aldurs við innskrift hjá þeim sem létust var 64 ár (IQR: 55-70) og var yngsti einstaklingurinn í þeim hópi 42 ára við innlögn. Fjöldi þeirra sem lögðust inn á hjúkrunar- og/eða dvalarheimili við útskrift var 104, þar af 75 karlar og 29 konur. Miðgildi aldurs við innlögn hjá þeim sem fóru á hjúkrunarheimili var 66 ár (IQR: 59-76) og var yngsti einstaklingurinn 40 ára við innlögn á Landspítalann.

Umræður

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa mynd af umfangi þeirra áhrifa sem aukin áfengisnotkun á Íslandi hefur í för með sér fyrir Landspítalann. Ljóst er að á hverju ári leggst fjöldi sjúklinga inn vegna áfengistengdra vandamála og á 18 ára rannsóknartímabilinu tvöfaldaðist árlegur fjöldi áfengistengdra innlagna. Hlutfall áfengistengdra innlagna af öllum innlögnum á Landspítalann þrefaldaðist á tímabilinu og voru þær tæpt 1% af öllum innlögnum árið 2022. Um það bil 30% af þeim einstaklingum sem lögðust inn á Landspítalann með áfengistengd vandamál lögðust inn oftar en einu sinni á tímabilinu.

Fjöldi áfengistengdra innlagna

Þó svo að niðurstöðurnar sýni fram á mikinn fjölda áfengistengdra innlagna á Landspítalann og aukningu milli ára, þá er ýmislegt sem bendir til þess að þessar niðurstöður séu vanmat á fjöldanum. Niðurstöðurnar benda til þess að hlutfall áfengistengdra innlagna af öllum innlögnum á Landspítalann árið 2019 hafi verið 0,74% og 0,85% árið 2020. Í skýrslu NHS frá 2021 var þetta hlutfall í Bretlandi 1,8% þegar þrönga skilgreiningin var notuð og 5,7% þegar breiða skilgreiningin var notuð.[4]

Mun fleiri áfengistengdar innlagnir voru á meðal karla en kvenna á öllu rannsóknartímabilinu og er það í samræmi við hlutfall kynjanna í áfengistengdum lifrar- og brissjúkdómum þar sem tveir þriðju hlutar voru karlmenn.[5-9]

Gögn frá ríkisreknum spítölum í Danmörku benda til þess að á árunum 2000-2004 hafi áfengi verið orsakavaldur í 2,6% innlagna á spítala sem er einnig hærra en sést í þessari rannsókn. Helstu sjúkdómsgreiningarnar sem leiddu til innlagnar voru fíkniheilkenni af völdum áfengis (35%), langvinn brisbólga (13%) og skorpulifur (9%).[10] Þess ber að geta að áfengisneysla í Danmörku er mun meiri á en á Íslandi, eða rúmir 10 lítrar á mann árið 2016[1] í samanburði við rúma 7 lítra á Íslandi.[3]

Munurinn á hlutfalli áfengistengdra innlagna af öllum innlögnum í þessari rannsókn og erlendum gæti skýrst af ýmsum ástæðum, öðrum en áfengisnotkun í samfélaginu. Í fyrsta lagi gæti munurinn stafað af vanskráningu á áfengistengdum greiningarkóðum í sjúkraskrár á Landspítalanum og vantar þá mögulega í gögnin innlagnir sem rekja má til áfengisnotkunar en voru ekki skráðar með áfengistengdri sjúkdómsgreiningu. Önnur ástæða gæti verið sú að í þessari rannsókn voru ekki teknar með komur og legur á bráðamóttöku Landspítalans. Þáttur áfengisnotkunar í komum á bráðadeildir hefur verið rannsakaður víða, þar á meðal í Skotlandi,[11] Englandi,[12] Þýskalandi,[13] og Bandaríkjunum.[14] Rannsóknirnar benda til þess að töluverður fjöldi koma á bráðamóttökur sé vegna áfengistengdra vandamála og benda niðurstöður úr bandarískri rannsókn til þess að árið 2020 hafi mátt rekja um 1,8% allra koma á bráðamóttökur til áfengisnotkunar.[14] Á Landspítala dvelur hluti sjúklinga á bráðamóttökunni en innskrifast ekki á legudeildir spítalans vegna skorts á legurýmum. Leiða má líkur að því

að einhver hluti þessara sjúklinga sé með virk vandamál sem rekja megi til áfengisneyslu en þessar innlagnir eru ekki með í þessari rannsókn sökum erfiðleika við öflun þeirra gagna.

Ekki hafa verið birtar nýlegar rannsóknir á áfengistengdum innlögnum á Norðurlöndunum svo höfundar viti til en eldri rannsóknir benda til að þeim sé að fjölga. Gögn frá vefrænum (*somatic*) spítölum í Noregi sýna að á árunum 1993-2004 varð aukning á innlögnum vegna ofnotkunar áfengis en þeim fjölgaði um 29% á tímabilinu.[15] Gögnin innihéldu innlagnir vegna áfengistengds geðrofs, áfengisfíknar, skorpulifrar og eituráhrifa vegna alkóhóls.

Í danskri rannsókn frá árinu 1994 var gerð skimun á lífsstílstengdum þáttum hjá sjúklingum sem lágu inni á vefrænum deildum sjúkrahússins í Hvidovre. Rannsóknin leiddi í ljós að 29% sjúklinganna uppfylltu skilyrði þess að eiga við áfengisvandamál að stríða en aðeins 3,2% voru með áfengistengda sjúkdómsgreiningu skráða við útskrift. Af þeim sem uppfylltu skilyrði þess að eiga við áfengisvandamál að stríða lágu 32% inni á deildum lyflækningasviðs, 29% á skurðlækningasviði og af konum lágu 22% inni á kvennadeildum.[16]

Í okkar rannsókn á 18 ára rannsóknartímabili voru innlagnir vegna áfengistengds hjartavöðvakvilla aðeins 20. Líklegt er að greiningin sé vanskráð en það er einnig þekkt að mörg tilfelli áfengistengds hjartavöðvakvilla eru ógreind eða meðhöndluð á göngudeildum[17] og því er erfitt að rannsaka hlutfall þeirra sem liggja inni og eru með sjúkdóminn. Bandarískar rannsóknir benda til að ein innlögn af hverjum 1.471 innlögnum sé vegna áfengistengds hjartavöðvakvilla.[18] Rannsóknir á hjartabilun hafa sýnt að hlutfall hjartabilunartilfella sem rekja má til áfengistengds hjartavöðvakvilla í almennu þýði sé lágt, eða um 1%.[19] Þegar horft er eingöngu til ofþensluhjartavöðvakvilla án blóðþurrðar (*non ischemic dilated cardiomyopathy*) er hlutfall áfengistengds hjartavöðvakvilla um það bil 21-36% í vestrænum ríkjum.[19,20]

Styrkleikar og veikleikar rannsóknarinnar

Einn helsti styrkleiki rannsóknarinnar er sá að hún er sú fyrsta sem veitir upplýsingar um umfang áfengistengdra innlagna á Landspítalann. Hún byggir á gögnum frá löngu tímabili og gefur því góða yfirsýn yfir þær breytingar sem hafa orðið á fjölda áfengistengdra innlagna á rannsóknartímabilinu. Um er að ræða lýðgrundaða rannsókn og ekki um valbjögun að ræða eins og í mörgum erlendum rannsóknum þar sem um er að ræða tilvísunarsjúkrahús (*tertiary referral centers*).

Helsti veikleikinn er sá að mögulega vantar í gögnin þær innlagnir sem rekja má til áfengisnotkunar en voru ekki skráðar með áfengistengdri sjúkdómsgreiningu. Þannig er líklegt að það séu fleiri sjúklingar sem komust ekki í rannsóknarþýðið þrátt fyrir að hafa lagst inn með áfengistengt vandamál. Þetta hefur sést í öðrum erlendum rannsóknum[21,22] og þörf er á fleiri rannsóknum hér á landi til að kanna vanskráningu á áfengistengdum innlögnum. Ekki er hægt að útiloka að á rannsóknartímabilinu hafi átt sér stað breyting á því hvort læknar skrá sjúkdómsgreiningar áfengistengdra vandamála við útskrift en engin gögn eru til sem benda til þess. Líklegt má telja að mismunandi vinnubrögð hjá læknum sem meðhöndla þessa sjúklinga valdi því að sjúkraskrár sýni ekki rétta mynd af fjölda áfengistengdra innlagna á tímabilinu.

Annar veikleiki, sem snýr einnig að skráningu á áfengistengdum greiningum, er að sjúkdómsgreiningar voru ekki staðfestar nema að litlu leyti, en sökum mikils fjölda innlagna var það nánast ógjörningur. Þannig var ekki farið í sjúkraskrár allra þeirra sjúklinga sem valdir voru í rannsóknina. Þannig gæti sá möguleiki verið fyrir hendi að einhverjar innlagnir hafi verið taldar með þar sem ástæðu innlagnar mátti ekki rekja til áfengisnotkunar. Þó má teljast ólíklegt að það sé stór hluti tilfella í þessari rannsókn þar sem greiningarkóðarnir eru nokkuð sértækir fyrir áfengisneyslu.

Í þessari rannsókn var ekki gerður greinarmunur á því hvort innlögnin hafi fyrst og fremst verið vegna áfengistengds vandamáls eða hvort áfengistengt vandamál hafi verið samverkandi þáttur í innlögninni líkt og gert er í skýrslu NHS. Ástæðan fyrir því er sú að til þess að meta það hefði þurft að fara í sjúkraskrár allra einstaklinganna í rannsóknina þar sem sjúkraskrárkerfi Landspítalans býður ekki upp á það að skrá greiningar sem „aðalgreining“ og „aukagreining“. Auk þess er það ekki staðlað hvernig greiningar eru skráðar og ekki liggur fyrir samræmt verklag um það hvaða greining er skráð númer eitt í sjúkraskrá. Það má því segja að skilgreiningin á því hvað telst vera áfengistengd innlögn í þessari rannsókn sé nokkurs konar blanda af breiðu og þröngu skilgreiningu NHS.

Afleiðingar áfengisneyslu

Ljóst er að afleiðingar áfengisneyslu fyrir samfélagið, Landspítalann og heilbrigðiskerfið eru gífurlegar. Töluverður fjöldi þeirra sem lögðust inn á tímabilinu lögðust oftar en einu sinni inn, um hundrað manns dóu í legu og aðrir hundrað einstaklingar fóru á hjúkrunarheimili eftir innlögn og vekur athygli að meðaldur þess hóps var ekki nema 66 ár. Á rannsóknartímabilinu lágu sjúklingar með áfengistengd vandamál inni á Landspítalanum í um það bil 40.000 daga. Gróflega reiknaður kostnaður þessara innlagna, miðaður við verðlag 2023, er um 11 milljarðar króna. Ef hugmyndir um aukið aðgengi almennings að áfengi ná fram að ganga, svo sem að selja áfengi í matvöruverslunum, má gera ráð fyrir aukinni vanheilsu af völdum áfengistengdra sjúkdóma, hærri dánartíðni og auknum kostnaði sem fellur á Landspítalann og heilbrigðiskerfið í heild sinni.

Ályktanir

Áfengistengdum innlögnum á Landspítalann fjölgaði alls um 88% að teknu tilliti til íbúafjölgunar á tímabilinu 2005-2022. Þetta hefur í för með sér gríðarlegar heilsufarsafleiðingar og er kostnaðarsamt fyrir spítalann og samfélagið í heild. Með skimun og bættum úrræðum fyrir fólk með áfengisvanda er mögulegt að grípa inn í þessa þróun en rannsóknin sýnir einnig fram á mikilvægi þess að skrá áfengistengdar sjúkdómsgreiningar í sjúkraskrár þeirra sem leggjast inn vegna áfengistengdra vandamála. Þannig væri hægt að kortleggja vandamálið betur og skoða hvernig hægt er að grípa til fyrirbyggjandi aðgerða sem efla lýðheilsu og almenna hagsæld í samfélaginu.

Tafla I - viðauki. Aldursdreifing þeirra sem lögðust inn eftir sviðum/þjónustu og tímabilum og kynjaskipting eftir tímabilum.

	Miðgildi aldurs Ár (spönn)	Fjöldi yngri en 50 ára (%)	Fjöldi 50 ára og eldri (%)
Svið/Þjónusta (N = 3179)			
Lyflækningasvið	57 (19-90)	388 (24)	1200 (76)
Geðsvið	41 (15-85)	710 (71)	290 (29)
Skurðlækningasvið	58 (21-87)	58 (31)	129 (69)
Öldrun	75 (56-94)	0 (0)	154 (100)
Gjörgæsla	53 (13-86)	69 (37)	117 (63)
Endurhæfing	62 (31-86)	8 (17)	39 (83)
Sjúkrahótel	60 (25-75)	5 (29)	12 (71)
Tímabil (N = 2925)			
2005-2010	53 (17-86)	308 (43)	410 (57)
2011-2016	54 (17-90)	386 (39)	593 (61)
2017-2022	54 (13-94)	469 (38)	759 (62)
	Fjöldi karla (%)	**Fjöldi kvenna (%)**	**P-gildi**
Tímabil (N = 2925)			
2005-2010	516 (72)	202 (28)	<0,0001
2011-2016	643 (66)	336 (34)	<0,0001
2017-2022	817 (67)	411 (33)	<0,0001

Heimildir

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization.
2. Hagstofa Íslands. Áfengisneysla 1980–2024. https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Samfelag/Samfelag__heilbrigdismal__lifsvenjur_heilsa__1_afengiogreyk/HEI07202.px – nóvember 2025
3. Embætti landlæknis. Áfengis- og tóbaksnotkun 2022 – Vöktun áhrifaþátta. Talnabrunnur – Fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar. 2023;17(2).
4. NHS Digital. Statistics on Alcohol, England 2021. 2022. https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/statistics-on-alcohol/2021 – nóvember 2025
5. Gunnarsdottir SA, Olsson R, Olafsson S, et al. Liver cirrhosis in Iceland and Sweden: incidence, aetiology and outcomes. Scand J Gastroenterol. 2009;44:984-93.
6. Olafsson S, Rögnvaldsson S, Bergmann OM, et al. A nationwide population-based prospective study of cirrhosis in Iceland. JHEP Reports. 2021;3(3):100282.
7. Haraldsson HA, Olafsson S, Gottfredsson M, et al. Incidence of cirrhosis in Iceland – impact of the TraP HepC nationwide HCV elimination program. Scand J Gastroenterol. 2024;59:835-42.
8. Björnsson ES, Johannsson A, Sigurdarson SS, et al. Development of severe alcoholic liver disease in patients with alcohol addiction over four decades in Iceland: the impact of per capita use of alcohol. Scand J Gastroenterol. 2023;58:1523-33.
9. Hauksson K, Arnardottir M, Agustsson AS, et al. Increase in the incidence of alcoholic pancreatitis and alcoholic liver disease in Iceland: impact of per capita alcohol consumption. Scand J Gastroenterol. 2020;55(5):615-20.
10. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Alcohol. Scandinavian Journal of Public Health. 2008;36(1):75–91.
11. Skinner J, Carter L, Haxton C. Case management of patients who frequently present to a Scottish emergency department. Emerg Med J. 2009;26(2):103-5.
12. Hughes NR, Houghton N, Nadeem H, et al. Salford alcohol assertive outreach team: a new model for reducing alcohol-related admissions. Frontline Gastroenterol. 2013;4(2):130-4.
13. Baune BT, Mikolajczyk RT, Reymann G, et al. A 6-months assessment of the alcohol-related clinical burden at emergency rooms (ERs) in 11 acute care hospitals of an urban area in Germany. BMC Health Services Research. 2005;5(1).
14. Esser MB, Idaikkadar N, Kite-Powell A, et al. Trends in emergency department visits related to acute alcohol consumption before and during the COVID-19 pandemic in the United States, 2018-2020. Drug Alcohol Depend Rep. 2022;3:100049.
15. Rossow I. Trends in alcohol consumption and alcohol-related harms in Norway around the turn of the millennium. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2007;24(Suppl):61–72.
16. Nielsen SD, Storgaard H, Moesgaard F, et al. Prevalence of alcohol problems among adult somatic in-patients of a Copenhagen hospital. Alcohol and alcoholism 1994;29(5):583–90.
17. Manthey J, Probst C, Rylett M, et al. National, regional and global mortality due to alcoholic cardiomyopathy in 2015. Heart. 2018;104(20):1663-9.
18. Mogos MF, Salemi JL, Phillips SA, et al. Contemporary Appraisal of Sex Differences in Prevalence, Correlates, and Outcomes of Alcoholic Cardiomyopathy. Alcohol Alcohol. 2019;54(4):386-95.
19. Piano MR. Alcohol's Effects on the Cardiovascular System. Alcohol Res. 2017;38(2):219-41.
20. Bozkurt B, Colvin M, Cook J, et al. Current Diagnostic and Treatment Strategies for Specific Dilated Cardiomyopathies: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2016;134(23):e579-e646.
21. Hallgren KA, Witwer E, West I, et al. Prevalence of documented alcohol and opioid use disorder diagnoses and treatments in a regional primary care practice-based research network. J Subst Abuse Treat. 2020;110:18-27.
22. Mercurio L, Garcia A, Ruest S, et al. One Third of Alcohol Use Disorder Diagnoses are Missed by ICD Coding. Subst Use Addctn J. 2025;46(2):328-36

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2026.03.882

Alcohol related hospitalizations in Landspitali University Hospital have increased significantly in recent years

Kristin Fjola Jonsdottir[1]
Hildur Jonsdottir[2]
Einar S. Bjornsson[1,3]

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, [2]Division of General Internal Medicine, Department of Internal Medicine, Landspitali University Hospital, [3]Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Landspitali University Hospital

Correspondence: Hildur Jonsdottir, *hildurjo@landspitali.is*

Key words: *alcohol related admissions, public health, hospitalization, alcohol*

INTRODUCTION: The harmful effects of alcohol are well known but a variable proportion of hospital admissions are due to alcohol related problems. The aim of the current study was to examine the number of alcohol-related admissions to Landspitali University Hospital 2005-2022 and to investigate whether there has been an increase during the period.

METHODS: A search was undertaken for alcohol related ICD-10 diagnostic codes at the Landspítali University Hospital and information was collected on all those who had received one or more of these diagnoses upon discharge from 2005 to 2022. Relevant clinical data was obtained.

RESULTS: A total of 2925 alcohol-related admissions were found during the study period, 1779 patients were admitted, 1168 men (66%) and 611 women (34%), with a median age of 54 years. Alcohol-related admissions increased from 34 per 100,000 population in 2005 to 64 per 100,000 in 2022. At the beginning of the study period, the proportion of alcohol-related admissions of all admissions to Landspítali was 0.32% whereas at the end of the period, the proportion had increased to 0.95%. The median length of stay was 6 days. The dominating diagnoses were related to mental and behavioural disorders (n=1878), alcohol-related liver disease (n=923), alcohol-related pancreatitis (n=457), and diseases of the nervous system (n=210), of whom 144 had Wernicke's disease.

CONCLUSIONS: Alcohol-related hospitalizations increased by 88% between 2005 and 2022. The most common diagnoses were mental and behavioral disorders and liver and pancreatic diseases. This has led to a significant cost increase for the healthcare system and society as a whole.



Hlustið á Læknavarpið!

Læknablaðið er með hlaðvörp tengd ákveðnum viðtölum.
Viðtalið er þá í lengra formi í hlaðvarpinu en stytt í blaðinu sjálfu.
Hlaðvörp *Læknablaðsins*, **Læknavarpið**, eru á **Soundcloud**, **Spotify** og **Apple Podcasts**.

Nálgast má hlaðvörpin á heimasíðu blaðsins
https://www.laeknabladid.is/tolublod/hladvorp/

Góða skemmtun!

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 þrjá kafla, a) ágrip, bæði á íslensku og ensku, b) stuttan inngang, c) tilfellið sjálft og c) 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

Berklasýking í sári við endaþarmsop

• Sjúkratilfelli •

Ásdís Kristjánsdóttir[1] læknir

Agnar Bjarnason[2,3] læknir

Gígja Erlingsdóttir[4] læknir

Páll Helgi Möller[1,3] læknir

[1]Kviðarholsskurðdeild Landspítala, [2]smitsjúkdómadeild Landspítala, [3]læknadeild Háskóla Íslands, [4]meinafræðideild Landspítala

Fyrirspurnum svarar Ásdís Kristjánsdóttir, *asdikris@landspitali.is*

Greinin barst 11. desember 2025,
samþykkt til birtingar 10. febrúar 2026

Höfundar fengu samþykki sjúklings fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

ÁGRIP

Berklasýking við endaþarmsop er mjög sjaldgæf birtingarmynd berkla. Hér er lýst nýlegu tilfelli 41 árs hrausts manns sem greinist með ígerð við endaþarmsop sem þarfnaðist skoðunar og tæmingar á skurðstofu. Þar sem sárið eftir aðgerðina greri illa næstu mánuði voru tekin ný ræktunar- og vefjasýni. Vefjagreining sýndi bólguhnúða með drepi ásamt sýruföstum stöfum og vakti grun um berkla. Nánari uppvinnsla leiddi í ljós lungnaberkla. Sjúklingur fékk sex mánaða sýklalyfjameðferð og náði algjörum bata. Sárið við endaþarmsopið greri vel í kjölfar meðferðar. Berklar eru mikilvæg mismunagreining ef sár eða meinsemd við endaþarmsop eða annars staðar grær illa eða kemur endurtekið upp.

Inngangur

Berklar eru enn í dag alvarlegt og alþjóðlegt heilsufarsvandamál. Greining þeirra er þó fremur sjaldgæf á Íslandi en um það bil tíu til tuttugu tilfelli greinast hér á landi á ári hverju.[1] Algengast er að berklasýking af völdum *Mycobacterium tuberculosis* valdi lungnaberklum (*pulmonary tuberculosis*), en bakterían getur einnig sýkt önnur líffærakerfi.[2] Berklar utan lungna (*extrapulmonary tuberculosis*) voru 16% af heildartilfellum berkla á heimsvísu árið 2020 samkvæmt skýrslu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (World Health Organization, WHO).[3] Auknar líkur á því að þróa með sér sjúkdóminn eru hjá einstaklingum með HIV og við ákveðna áhættuþætti eins og vannæringu, sykursýki, reykingar og áfengisneyslu.[2]

Um 0,5-2% einstaklinga sem veikjast af berklum þróa með sér berklasýkingu í meltingarvegi (*gastrointestinal tuberculosis*) og geta allir hlutar hans sýkst.[4,5,6] Það getur verið erfitt að greina berkla í meltingarvegi vegna ósértækrar birtingarmyndar og líkinda við aðra sjúkdóma, eins og bólgusjúkdóma í meltingarvegi (*inflammatory bowel disease*) og illkynja sjúkdóma.[6,7] Berklasýkingu umhverfis endaþarmsop og á spöng hefur sjaldan verið lýst og er hún talin vera aðeins um 1% berklasýkinga í meltingarvegi.[6,8]

Hér er lýst nýlegu tilfelli á Landspítalanum.

Tilfelli

Fjörutíu og eins árs gamall hraustur maður leitaði á heilsugæslu vegna verks við endaþarmsop og gruns um gyllinæð. Hann reyndist vera með ígerð við endaþarmsop (*perianal abscess*) og var ákveðið að hefja meðferð með sýklalyfjum. Sama dag fór hann til útlanda og var þar slæmur af verkjum en batnandi af einkennum þegar ígerðin opnaðist. Við heimkomu fékk hann aftur verki við endaþarmsop og var í kjölfarið vísað á bráðamóttöku Landspítalans í Fossvogi til nánari skoðunar.

Við skoðun á bráðamóttöku var sjúklingur hitalaus og ekki bráðveikindalegur. Ígerð sást á spöng hægra megin tvo til þrjá sentímetra frá endaþarmsopi og þaðan vall gröftur út. Blóðprufur sýndu væga hækkun á hvítum blóðkornum og CRP (*C-Reactive Protein*). Þar sem einkenni höfðu ekki batnað þrátt fyrir að ígerðin hefði opnast og sýklalyf ekki skilað nægum árangri, var honum vísað til skurðlækna þar sem var ákveðið að gera skoðun í svæfingu sama kvöld. Í aðgerðarlýsingu er lýst opnu sári á spöng sem þarfnaðist ekki frekari tæmingar. Sjúklingur útskrifaðist heim samdægurs með leiðbeiningar um daglegar skolanir án sýklalyfja og var gefinn endurkomutími hjá sérfræðingi eftir þrjár vikur.

Við það tilefni var sárið enn opið og hafði lítið dregist

saman. Ákveðin var frekari eftirfylgd hjá hjúkrunarfræðingum á göngudeild. Sárið varð grynnra en lokaðist ekki á næstu fjórum mánuðum. Því var ákveðið að taka sjúkling aftur til skoðunar í svæfingu þar sem sást sár, en ekki merki um ígerð eða sýkingu. Hins vegar var tilkominn grunnur fistill við endaþarmsop sem í var settur seton-þráður. Í aðgerðinni var tekið sýni úr sárinu og það sent í almenna ræktun ásamt því að tveir vefjabitar voru sendir í meinafræðirannsókn.

Í svari meinafræðideildar sást vefur úr sári með kröftugri bráðri bólgu og hnúðabólgu (*granulomatous inflammation*) með drepi (Mynd 1). Einnig sáust fáeinir sýrufastir stafir og því vaknaði sterkur grunur um sýkingu af völdum mýkóbaktería. Í framhaldinu var haft samráð við smitsjúkdómalækni sem ráðlagði frekari uppvinnslu með röntgenmynd af lungum og nýju sýni úr sári sem var sent í berklaræktun. Lungnamyndin sýndi breytingar í báðum lungum sem voru grunsamlegar fyrir berkla og því var í framhaldinu ráðlögð tölvusneiðmynd (TS) af lungum og kviðarholi til nánari myndgreiningar.

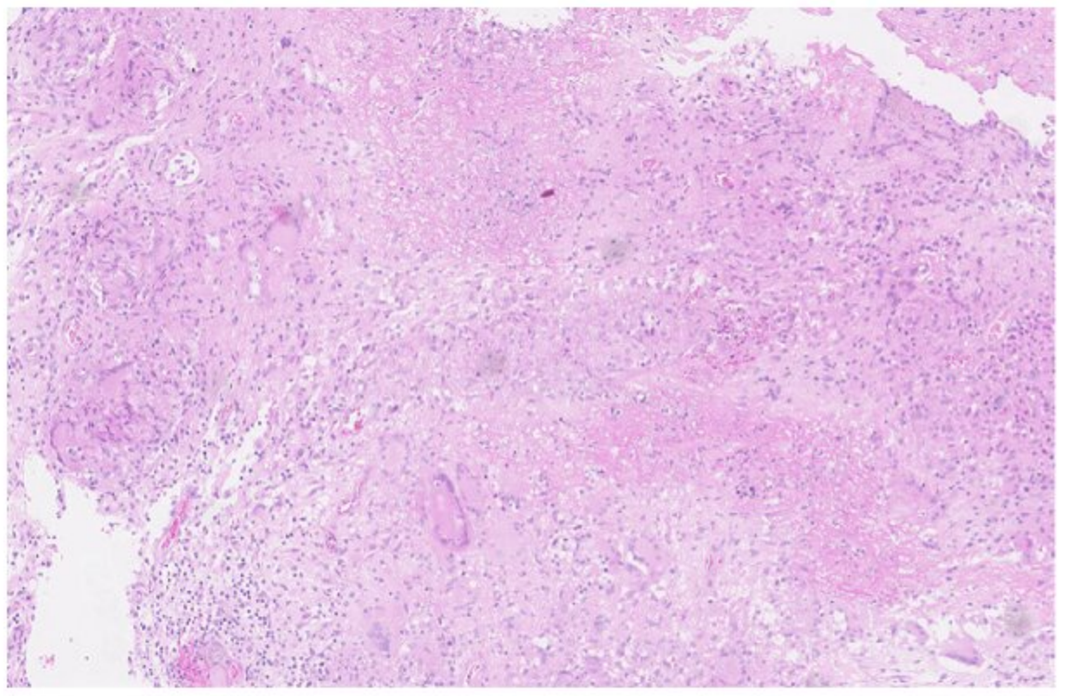
TS af lungum sýndi umtalsverðar breytingar í efri lungnablöðum, en þar sáust nokkrir íferðarflákar í báðum lungum ásamt byrjandi holumyndun (Mynd 2). TS af kviðarholi var án athugasemda. Berklar voru taldir vera líklegasta greiningin út frá þessum rannsóknum þrátt fyrir lítil einkenni. Í framhaldinu var ráðlagt að fá þrjú hrákasýni og senda í litun fyrir sýruföstum stöfum og í berklaræktun. Einnig var sent blóðsýni í HIV-rannsókn og IGRA-próf (*interferon gamma release assay*) (Quantiferon®).

Við nánari sögutöku var sjúklingi lýst sem áður hraustum manni sem bjó með eiginkonu og þremur börnum. Hann hafði ekki haft hita, hroll eða nætursvita síðastliðna mánuði. Matarlyst hafði verið góð og ekki var saga um nýlega megrun. Hann neitaði hósta, uppgangi, blóðhósta og mæði. Hann hafði enga þekkta útsetningu fyrir berklum. Sjúklingur vann hefðbundið skrifstofustarf og hafði aldrei unnið í ferðaþjónustu eða öðrum störfum sem væru líkleg til að auka hættu á berklaútsetningu. Ferðasaga gaf ekki tilefni til að gruna sérstaka hættu á útsetningu. Meðan á uppvinnslu stóð var honum ráðlagt að hafa hægt um sig, forðast fjölmenni og nota grímu.

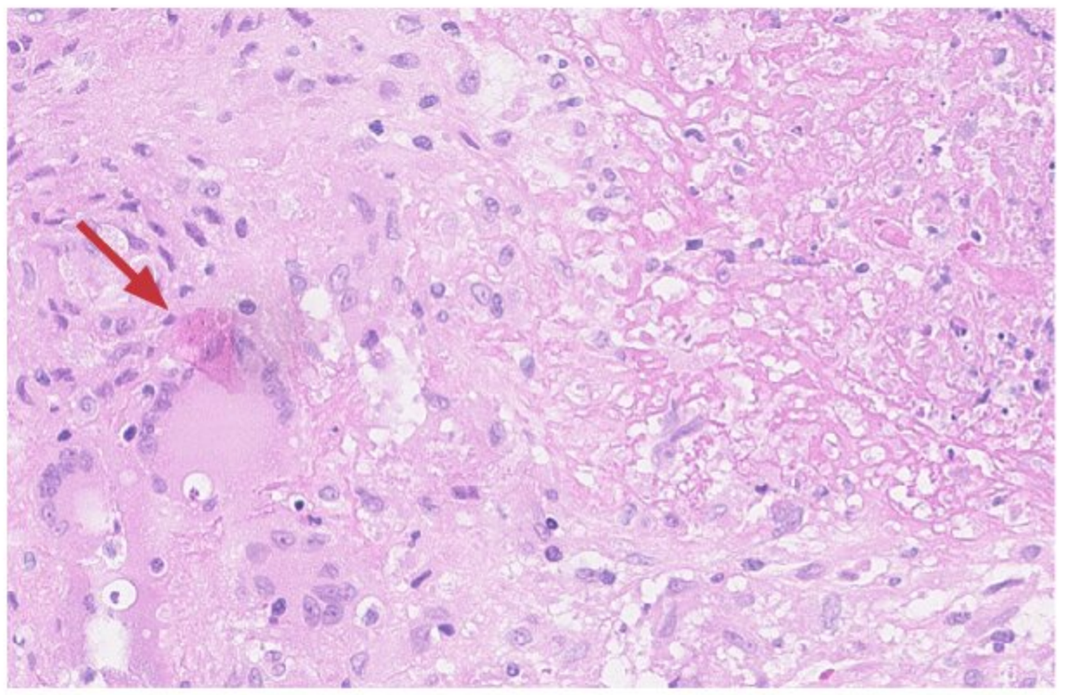
Niðurstöður litana fyrir sýruföstum stöfum í þremur hrákasýnum reyndust allar neikvæðar. Hann reyndist HIV-neikvæður en IGRA-próf var jákvætt. Í framhaldinu var ráðlögð berkjuspeglun og sýni send í frumurannsókn og ræktun. Hann var þarna algjörlega einkennalaus og ekki talinn smitandi í ljósi neikvæðra litana.

Rétt rúmum mánuði frá berkjuspegluninni tóku sýrufastir stafir að vaxa úr berkjuskoli frá báðum lungum. Staðfestingarpróf með PCR-aðferð staðfesti að um *M. tuberculosis* var að ræða og leit að ónæmisgenum fyrir rífampíni og ísóníazíði var neikvæð. Berklameðferð var því hafin samdægurs með ísóníazíði, rífampíni, ethambútóli og pýrazínamíði ásamt pyridoxíni (B6-vítamín). Næmispróf sýndu fram á vel næma berkla og var ráðlögð sex mánaða meðferð. Að lokum uxu berklar úr þremur hrákasýnum að auki. Á meðan á meðferð stóð, sem sjúklingur þoldi vel, sýndu lungnamyndir batamerki.

Sárið við endaþarmsopið greri vel eftir að lyfjameðferð var hafin en hann þurfti að gangast undir þrjár aðgerðir eftir að lyfjameðferð lauk vegna fyrrnefnds fistils. Sjúklingur hefur lokið meðferð við berklum og náð góðum bata. Hann er laus úr eftirliti.



Mynd 1a. *Smásjármynd af H&E lituðu vefjasýni frá sjúklingi sem tekið er frá sári við endaþarmsop. Hér sést drepmyndandi hnúðabólga.*

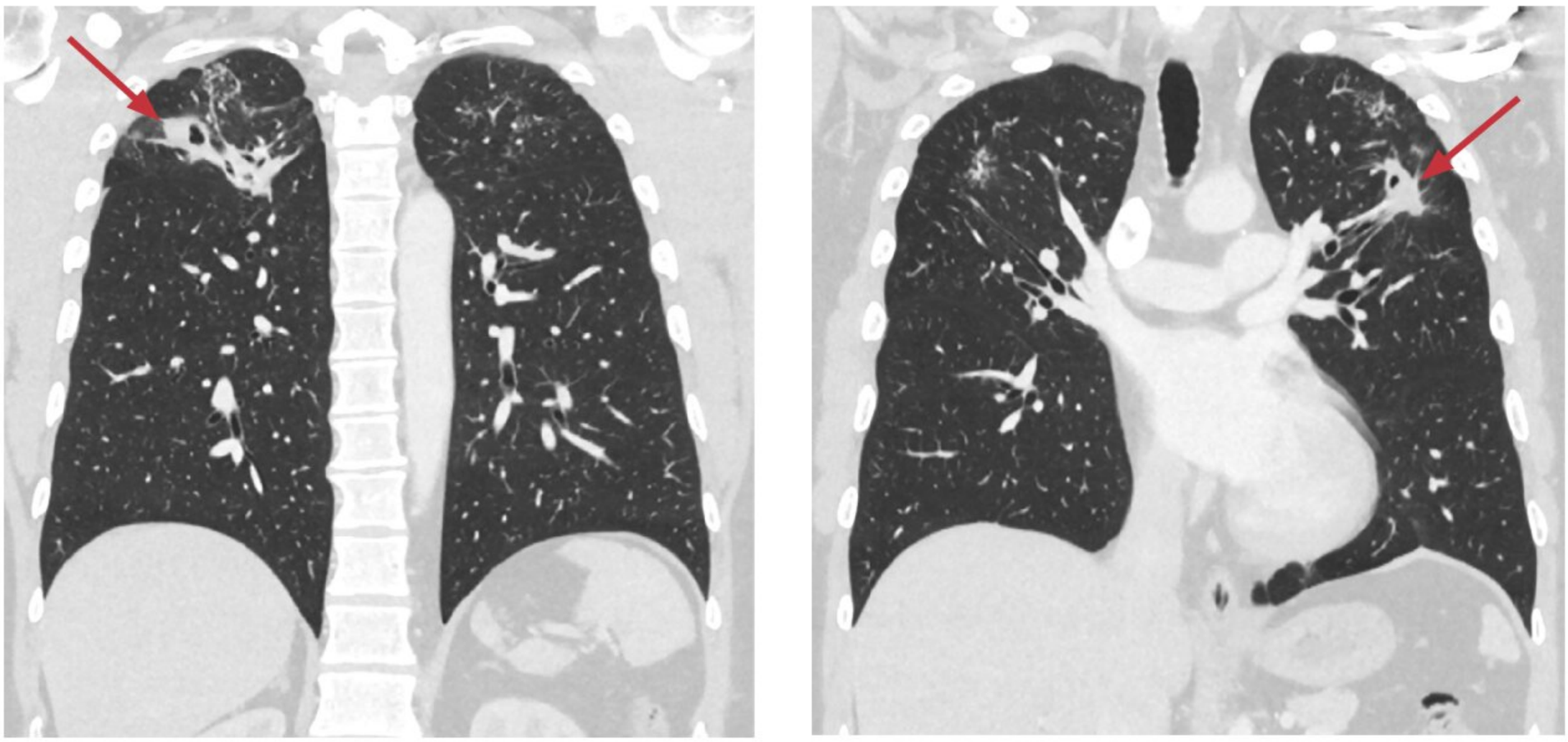


Mynd 1b. *Nærmynd þar sem rauða örin bendir á bólguhnúð* (granuloma).

Umræða

Berklasýking í meltingarvegi er eins og áður segir sjaldgæf birtingarmynd berkla utan lungna. Algengast er að svæði dausgarnar (*ileum*) og botnristils (*coecum*) sýkist en allir hlutar meltingarvegarins geta sýkst. Aðeins lítill hluti þróar með sér sjúkdóm umhverfis endaþarmsop.[6] Berklar geta sýkt alla, óháð kyni og aldri, en almennt virðist tíðni berkla og berklasýkinga umhverfis endaþarmsop vera mun hærri hjá karlmönnum á fullorðinsaldri.[2,8,9]

Berklar umhverfis endaþarmsop birtast yfirleitt samhliða eða sem afleiðing lungnaberkla.[8,9] Talið er að dreifing bakteríunnar til endaþarms sé oftast með þeim hætti að einstaklingur kyngir hráka eða vökva frá öndunarvegi (*respiratory secretions*) sem inniheldur sýrufasta stafi sem þola magasýrur og þannig nái bakterían að dreifa sér niður í meltingarveg. Aðrar mögulegar dreifingarleiðir eru með blóði hjá einstaklingum með endurvirkjun óvirkra berkla, bein dreifing frá nálægum líffærum sem eru sýkt með berklabakteríunni eða sem dreifing



Mynd 2. *Tölvusneiðmynd af lungum hjá sjúklingi sem sýnir íferðarfláka ofan til í báðum lungum með holumyndun* (cavitation) *(rauð ör).*

vessa frá nálægum eitlum hjá einstaklingum með berklasýkingu í meltingarvegi eða þvagfærum.[8,10]

Það getur verið áskorun að greina berkla umhverfis endaþarmsop og greiningin getur verið óvænt, líkt og í tilfellinu sem lýst er hér. Líklegt er að ef sjúklingur hefði ekki greinst á þessu stigi, hefði sjúkdómurinn þróast í þá átt að verða smitandi innan fárra mánaða. Bæði einstaklingar með skert ónæmiskerfi og þeir sem eru með heilbrigt ónæmiskerfi geta sýkst. Berklasýking umhverfis endaþarmsop getur líkst öðrum sjúkdómum á þessu svæði, sem getur gert greiningu erfiða. Aðrar mismunagreiningar eru til dæmis bólgusjúkdómar í meltingarvegi eins og Crohn's sjúkdómur, svitakirtlaígerð (*hidradenitis suppurativa*), sárasótt og illkynja sjúkdómar.[6,7,9,10]

Ef berklar greinast í meltingarvegi þarf að vinna sjúkling frekar upp með tilliti til lungnaberkla eða berklasýkingar í öðrum líffærakerfum. Taka þarf ítarlega sögu sem snýr að einkennum lungnaberkla, eins og hósta, hita, nætursvita og megrun, fá myndgreiningu af lungum og huga að einangrun.[8] Sömuleiðis er mikilvægt að fá TS af kviðarholi og í sumum tilfellum er rétt að gera ristilspeglun til að útiloka sýkingu í meltingarvegi.[10] Í þessu tilfelli voru sýkinga- og bólgumerki í blóði (hvít blóðkorn og CRP) yfirleitt innan eðlilegra marka á meðan á uppvinnslu stóð en í örfáum tilfellum voru þau lítillega hækkuð. Mikilvægt er að minna á að einstaklingur getur verið með útbreidda berkla en fremur eðlilegar blóðprufur líkt og í þessu tilfelli.[4] Sökk í blóði mældist alltaf innan marka hjá sjúklingi.

Hefðbundin meðferð við lyfjanæmum berklum er yfirleitt fjögurra sýklalyfja meðferð eins og veitt var í þessu tilviki, en á Íslandi eru ónæmir berklar sjaldgæfir. Meðferðin er yfirleitt sex mánaða löng. Í þeim tilfellum sem fistlar eða ígerðir eru til staðar umhverfis endaþarmsop eru skurðaðgerðir oft nauðsynlegar. Í þessu tilfelli náðist góður bati eftir að lyfjameðferð hófst.

Berklasýking ætti að vera mismunagreining þegar meinsemdir eins og sár, fistlar eða ígerðir umhverfis endaþarmsop gróa illa eða koma endurtekið upp. Þá er mikilvægt að fá vefja- og ræktunarsýni og biðja um berklaræktun frá svæðinu til að útiloka berkla eins og gert var í þessu tilfelli.[6] Þekking og opinn hugur meðhöndlandi lækna er nauðsynleg forsenda greiningar.

Heimildir

1. Ársskýrsla sóttvarna 2024. Embætti landlæknis. Júní 2025. https://island.is/smitsjukdomar-ao/farsottaskyrsla – september 2025.
2. Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789240101531 – september 2025
3. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131 – september 2025.
4. Tahiri M, Goh KL, Abbas Z, et al. Digestive Tract Tuberculosis Guideline. J Clin Gastroenterol. 2023;57(7):643-650.
5. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, et al, Harrison's Principles of Internal Medicine, 21e. McGraw-Hill Education; 2022.
6. Kentley J, Ooi JL, Potter J, et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge. Trop Med Int Health. 2017;22(8):994-999.
7. Kim SH, Kim JW, Jeong JB, et al. Differential diagnosis of Crohn's disease and intestinal tuberculosis in patients with spontaneous small-bowel perforation. Dig Surg. 2014;31(2):151-156.
8. Tago S, Hirai Y, Ainoda Y, et al. Perianal tuberculosis: A case report and review of the literature. World J Clin Cases. 2015;3(9):848-852.
9. Mathew S. Anal tuberculosis: report of a case and review of literature. Int J Surg. 2008;6(6):e36-e39.
10. Takahashi AAR, Bassaneze T, Longo KS, et al J. Primary extensive perianal cutaneous tuberculosis: A challenging diagnosis. Case report and a review of the literature. Braz J Infect Dis. 2023;27(1):102722.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2026.03.883

Perianal tuberculosis

Asdis Kristjansdottir[1]
Agnar Bjarnason[2,3]
Gigja Erlingsdottir[4]
Pall Helgi Moller[1,3]

[1]Department of General Surgery, Landspitali – University Hospital, [2]Department of Infectious Diseases, Landspitali – University Hospital, [3]Faculty of Medicine, University of Iceland, [4]Department of Pathology, Landspitali – University Hospital

Correspondance: Asdis Kristjansdottir, *asdikris@landspitali.is*

Key words: *Tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, perianal, abscess*

Perianal tuberculosis is a rare manifestation of tuberculosis. This report describes a healthy 41-year-old man diagnosed with a perianal abscess that required examination and surgical drainage under general anesthesia. The wound healed poorly over the following months, prompting repeat cultures and tissue sampling. Histological diagnosis revealed necrotizing granulomatous inflammation and acid-fast bacilli, indicating mycobacterial infection. Further investigation revealed pulmonary tuberculosis. The patient received a six-month course of anti-tuberculosis medications and recovered fully. The perianal wound healed well following treatment. Tuberculosis is an important differential diagnosis in individuals with a wound or a lesion near the anus or elsewhere that heals slowly or recurs.

Guðrún Margrét Viðarsdóttir
læknir

Þórhildur Halldórsdóttir
brjóstaskurðlæknir

Uppvinnsla einkenna frá brjóstum

Brjóst eru staðsett framan á brjóstvegg og hafa það meginhlutverk að framleiða mjólk. Mjólkurframleiðsla fer fram í mjólkurkirtlum sem liggja saman í klösum (*lobules*). Frá þeim liggja mjólkurgangar (*ducts*) sem flytja mjólkina til geirvörtunnar. Umhverfis geirvörtuna er geirvörtubaugur, litað húðsvæði sem inniheldur ýmsa kirtla (mynd 1). Innan brjóstsins er einnig að finna blóðæðar ásamt sogæðum sem liggja í eitla umhverfis brjóstið, mest í holhöndinni. Brjóstavefur er til staðar hjá öllu mannfólki, óháð kyni, en vefurinn er almennt ríkulegri hjá konum þar sem hann stækkar og þroskast fyrir tilstilli kvenhormónanna estrógens og prógesteróns.

Sjúkdómar og einkenni frá brjóstum eru fjölbreytileg, bæði góðkynja og illkynja. Góðkynja einkenni og sjúkdómar í brjóstum eru algeng, má þar til dæmis nefna eymsli, trefjakirtilæxli (*fibroadenoma*) og blöðrur (*cysts*). Þegar hnútur finnst í brjósti eru allmiklar líkur á að hann sé góðkynja, sérstaklega hjá ungu fólki.[1] Þó er mikilvægt að finna undirliggjandi orsök til að aðgreina þá sjúklinga sem reynast vera með illkynja sjúkdóm, einnig hjá yngra fólki. Brjóstakrabbamein er algengasta krabbamein kvenna, og eitt algengasta krabbamein í heiminum. Á Íslandi greinast um 270 einstaklingar á hverju ári, þar af eru 99% konur.[2] Brjóstakrabbamein uppgötvast helst á tvo vegu, ýmist í gegnum krabbameinsskimun eða vegna einkenna.

Á Íslandi fer fram skimun fyrir brjóstakrabbameini hjá konum á aldrinum 40-74 ára með reglulegri brjóstamyndatöku (*mammography*) og fá þær reglulega boð í þá skimun. Skimun er rannsókn á brjóstum hjá einkennalausum konum. Ef eitthvað athugavert sést í skimun eru konur kallaðar inn aftur til nánari skoðunar. Ef einkenni eru til staðar frá brjóstum er skimun ekki fullnægjandi rannsókn til að útiloka illkynja sjúkdóm og þarf því uppvinnslu til að finna undirliggjandi orsök.[3] Algeng einkenni frá brjóstum má sjá á mynd 2. Uppvinnsla á einkennum fer fram með þrígreiningu:

1. **Sögutaka og klínísk skoðun**
2. **Myndgreining**
3. **Sýnataka**

Sögutaka og klínísk skoðun

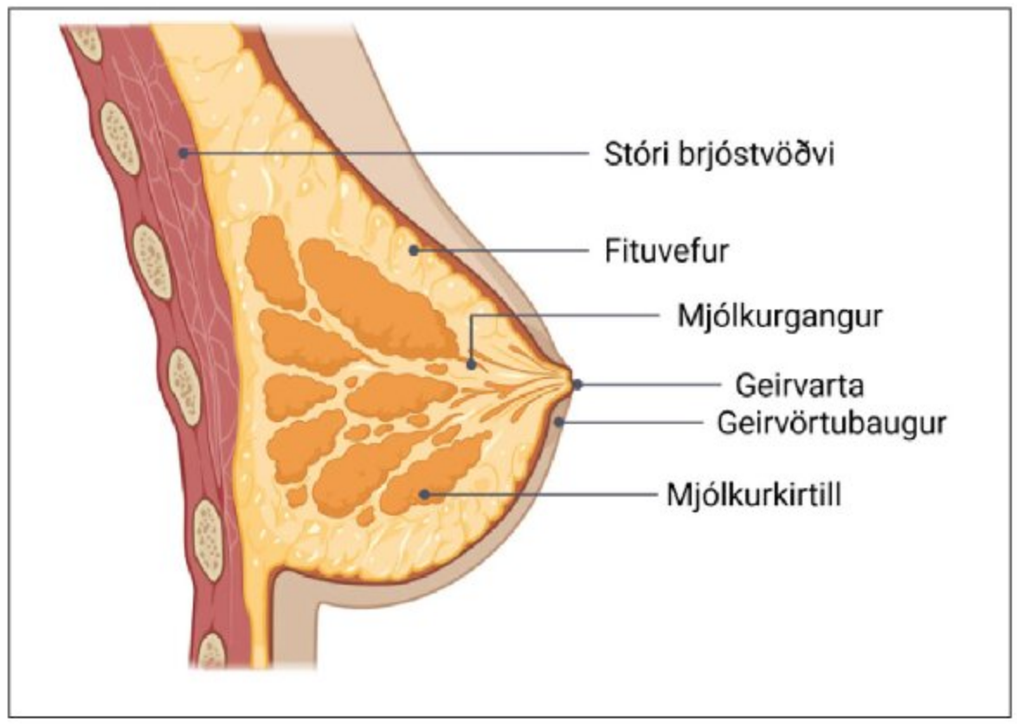
Sögutaka: Ítarleg sögutaka og klínísk skoðun eru lykilþættir í uppvinnslu sjúkdóma í brjóstum. Auk hefðbundinnar sögutöku með tilliti til einkennasögu og fyrri heilsufarssögu er mikilvægt að fá fram upplýsingar um áhættuþætti brjóstakrabbameina, svo sem fjölskyldusögu um krabbamein, aldur við upphaf tíðablæðinga og tíðahvarfa, barneignir, notkun hormónalyfja og áfengisneyslu.

Horfa: Fyrsta skref skoðunar er að horfa á brjóstin. Viðkomandi er beðinn um að afklæðast að ofan til að bæði brjóst sjáist vel og er hafður í sitjandi stöðu með handleggi í afslappaðri stöðu til að slaka á vöðvum brjóstveggjar. Algengt er að annað brjóstið sé stærra en hitt en ef stærðarmunur er nýtilkominn getur það verið merki um undirliggjandi sjúkdóm. Meta skal hvort það séu sjáanlegar breytingar eða einkenni líkt og sjást á mynd 2 til staðar. Biðja má viðkomandi um að setja hendur á mjaðmir og þrýsta handleggjum inn til að spenna brjóstvöðvana. Breytt spenna á brjóstvegg getur leitt í ljós aflaganir eða inndrætti sem ekki greinast í afslappaðri stöðu. Einnig má biðja viðkomandi um að lyfta höndum upp fyrir höfuð sem veldur togi á húðinni og getur leitt í ljós einkenni sem ekki sáust áður.

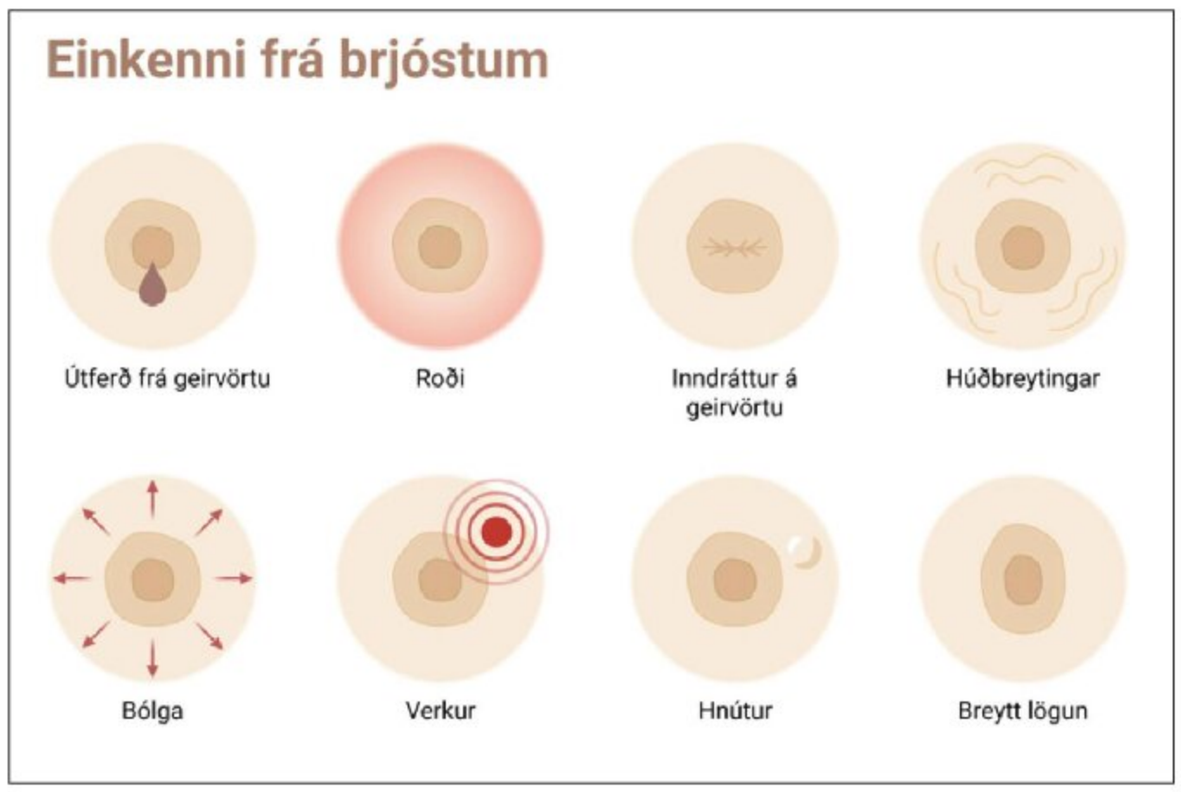
Þreifing: Næst eru brjóstin þreifuð. Byrjað er á að þreifa í sitjandi stöðu og má svo einnig þreifa í liggjandi stöðu ef erfitt reynist að þreifa breytinguna. Brjóstavefurinn nær frá öðru rifi til sjötta eða sjöunda rifs. Hefja skal þreifingu þrem fingurbreiddum neðan við viðbein, nota þrjá fingur og þrýsta þéttingsfast á brjóstavefinn með fingurgómum. Mikilvægt er að þreifa yfir allan brjóstavefinn á skipulegan hátt. Ein leið er að horfa á brjóstið eins og klukku og þreifa hvern "klukkutíma" fyrir sig. Þá er þreifað fyrst svæði sem samsvarar kl. 12, ofan frá og niður að geirvörtu. Því næst er þreifað svæði klukkan eitt og svo koll af kolli þar til allt brjóstið hefur verið þreifað (mynd 3). Nota skal hina höndina til að styðja við brjóstið svo þrýst sé gegn mótstöðu. Geirvartan er svo þreifuð með því að staðsetja hana milli tveggja fingra og þrýsta niður. Því næst er holhöndin þreifuð. Til að komast vel að holhöndinni er viðkomandi beðin um að slaka á öxl og brjóstvöðvum á meðan þú styður undir handlegg viðkomandi (mynd 4). Einnig er hægt að biðja viðkomandi um að leggja handlegg á öxl þína. Þannig opnast vel inn í holhöndina og auðveldara er að þreifa mögulega hnúta. Hitt brjóstið og holhöndin eru svo þreifuð með sömu aðferð. Ef hnútur finnst við skoðun þarf að meta stærð hans og hvort hann sé laus frá undirlagi og húð. Til að kortleggja staðsetningu hnúts er gott að nota klukkustefnu og fjarlægð frá geirvörtu til lýsingar.

Myndgreining

Næsta skref við uppvinnslu einkenna er myndgreining. Helstu myndrannsóknir sem eru notaðar eru brjóstamyndataka og ómun eftir þörfum. Senda skal röntgenbeiðni fyrir brjóstamyndgreiningu á Brjóstamiðstöð LSH eða Sjúkrahúsið á Akureyri. Í beiðninni skal taka fram einkennasögu og skoðun. Brjóstamyndataka er gullstaðall við greiningu sjúkdóma í



Mynd 1. *Líffærafræði brjósts.*



Mynd 2. *Einkenni frá brjóstum.*

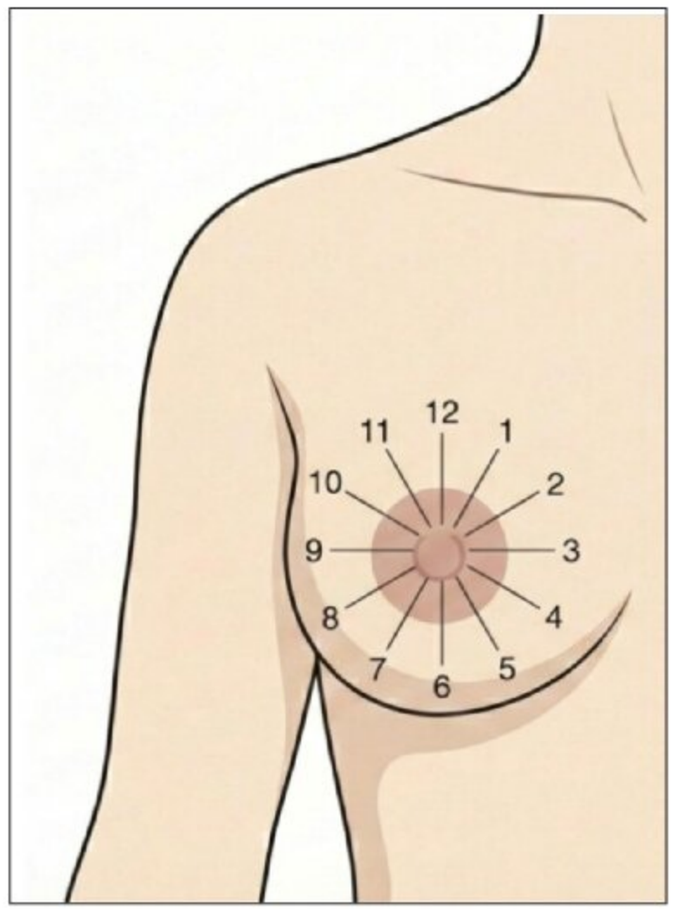
brjósti. Hún gefur góða mynd af brjóstavefnum í heild og hefur hátt næmi og sértæki við greiningu sjúkdóma í brjóstum.[3] Ómskoðun er viðbótarrannsókn við brjóstamyndatöku og er gerð til að kortleggja og meta breytingu betur og til að taka sýni. Ef um ungan einstakling er að ræða (<25 ára) er hægt að byrja með ómskoðun.

Sýnataka

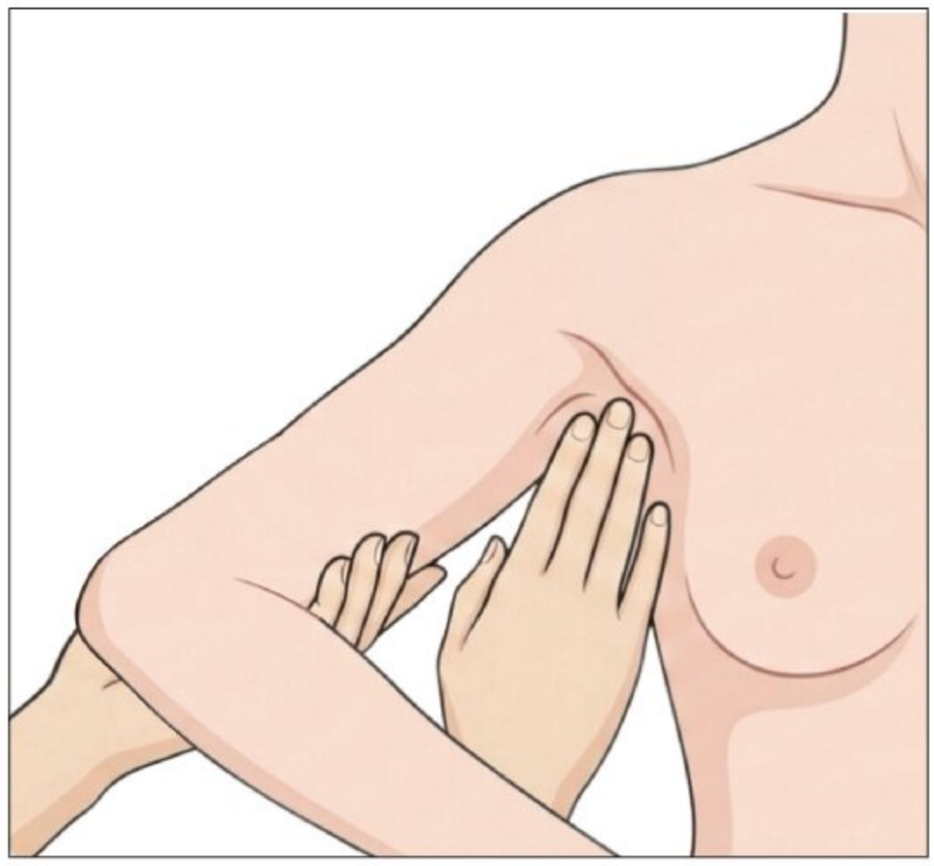
Til nánari greiningar á hnút sem sést við myndgreiningu er tekið sýni frá svæðinu. Sýnið er sent í frekari rannsóknir svo sem vefjameinarannsókn eða sýklarannsókn. Við sýnatöku á afbrigðilegu svæði í brjósti er tekið grófnálarsýni. Öll sýni sem eru tekin og send í vefjameinarannsókn eru rædd á samráðsfundi Brjóstamiðstöðvar og einstaklingum boðin tími á Brjóstamiðstöð LSH ef þörf þykir.

Lokaorð

Ýmsir sjúkdómar geta komið fyrir í brjóstum en mikilvægt er að greina á milli góðkynja og illkynja sjúkdóma. Þegar einkenni frá brjóstum eru til staðar, óháð kyni, er notast við þrígreiningu sem samanstendur af klínískri skoðun, myndrannsókn og sýnatöku.



Mynd 3. *Klukkuaðferð við þreifingu á brjósti.*



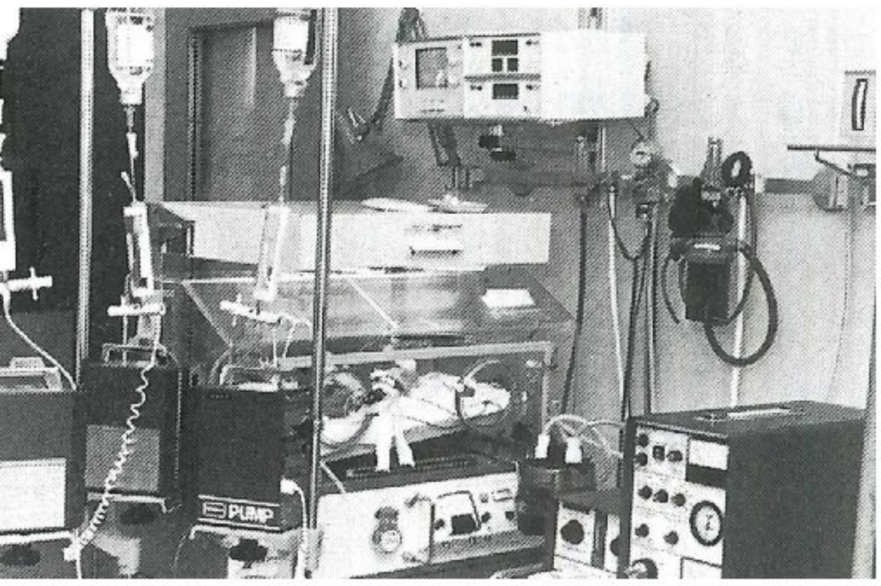
Mynd 4. *Þreifing í holhönd.*

Heimildir

1. Eberl MM, Phillips RL Jr, Lamberts H, et al. Characterizing breast symptoms in family practice. Ann Fam Med. 2008;6(6):528-33.
2. Krabbameinsfélagið. Brjóstakrabbamein – tölfræði og lífshorfur. https://www.krabb.is/krabbamein/tegundir-krabbameina/brjostakrabbamein – febrúar 2026.
3. Barlow WE, Lehman CD, Zheng Y, et al. Performance of diagnostic mammography for women with signs or symptoms of breast cancer. J Natl Cancer Inst. 2002:7;94(15):1151-9.
4. Myndir 1-4 voru búnar til á https://BioRender.com

Vökudeild Barnaspítala Hringsins 50 ára

Þórður Þórkelsson fyrrum yfirlæknir Vökudeildar





Vökudeildin fyrr og nú.



Talið frá vinstri: Gunnar Biering yfirlæknir, Ragnheiður Sigurðardóttir deildarstjóri, Karla Sigurjónsdóttir sjúkraliði og Atli Dagbjartsson nýburalæknir. Mynd tekin árið 1988.



Hörður Bergsteinsson nýburalæknir við störf á Vökudeild árið 2004.

Myndir/ÞÞ

Vökudeild Barnaspítala Hringsins hóf starfsemi sína 2. febrúar 1976 og var þá í fyrsta sinn hægt að bjóða upp á skipulagða gjörgæslumeðferð nýbura hér á landi.

Upphaf sjúkrahúsþjónustu við nýbura má rekja til opnunar Landspítalans árið 1930, því þar var fæðingadeild sem flutti í sér húsnæði 1949. Meðferð nýbura var í höndum ljósmæðra og fæðingalækna þar til barnadeild tók til starfa á spítalanum 1957, en þá komu barnalæknar fyrst að meðferð þeirra. Gunnar Biering barnalæknir réðst til starfa á fæðingadeildinni 1961 og sá hann um meðferð nýbura þar upp frá því.

Meðferðarúrræði fyrir veika nýbura voru fá á þessum tíma. Á fæðingadeildinni voru hitakassar, hægt var að gefa börnunum næringu með magaslöngu og gefa súrefni að vitum barnsins eða í hitakassa. Einnig voru gerð blóðskipti.[1]

Miklar framfarir urðu í meðferð veikra nýbura erlendis á sjöunda áratugnum. Þegar ráðist var í að stækka fæðingadeild Landspítalans var ákveðið að þar yrði sérstök gjörgæsludeild fyrir veika nýbura. Nýja fæðingadeildin opnaði í áföngum 1974-1976 og var nafninu þá breytt í Kvennadeild Landspítalans.[1]

Gunnar Biering var helsti baráttumaður fyrir stofnun Vökudeildar, með stuðningi starfsfólks fæðingadeildar og á hann jafnframt heiðurinn af nafngiftinni. „Gjörgæsla þótti fráhrindandi orð og líklegt til að vekja skelfingu foreldranna. Því var deildinni valið nafnið Vökudeild, það er deild þar sem vakað er yfir börnunum“.[1]

Deildinni var valinn staður á þriðju hæð hinnar nýju kvennadeildar, milli fæðingastofa og skurðstofa, sem var hin ákjósanlegasta staðsetning. Tilheyrði hún Barnaspítala Hringsins.

Vökudeildin hafði í upphafi á að skipa öflugu fagfólki. Tveir nýburalæknar réðust til starfa við deildina, Atli Dagbjartsson sérmenntaður í Bandaríkjunum og Hörður Bergsteinsson í Bandaríkjunum og Kanada. Fyrsti deildarstjórinn var Ragnheiður Sigurðardóttir sem hafði lært gjörgæsluhjúkrun nýbura í Skotlandi. Þau þrjú leiddu þjónustu við veika nýbura hér á landi næstu árin ásamt Gunnari Biering, sem varð yfirlæknir deildarinnar 1980.

Með tilkomu Vökudeildar var hægt að setja nýbura á öndunarvél, sem er einn mikilvægasti þáttur gjörgæslumeðferðar. Þá var hægt að fylgjast með börnum með hjartsláttar- og öndunarsírita. Einnig var farið að gefa nýburum næringu í æð.

Vökudeildin hefur alla tíð verið mjög vel tækjum búin og hafa nánast öll tækjakaup verið fjármögnuð með gjafafé. Kvenfélagið Hringurinn hefur lagt þar mest af mörkum.

Miklar framfarir hafa orðið í gjörgæslumeðferð nýbura síðastliðin 50 ár. Mesta byltingin var 1990 þegar farið var að gefa lungnablöðruseyti (*surfactant*) ofan í lungu fyrirbura með vanþroska lungu. Við það styttist tíminn á öndunarvél og lífslíkur minnstu fyrirburanna jukust. Önnur framfaraskref voru tilkoma hátíðniöndunarvéla 1994

og niturildis 1996, sem bættu meðferð og lífslíkur barna með erfiðan lungnasjúkdóm og lungnaháþrýsting.[2,3] Aukin notkun síblásturs upp úr aldamótum minnkaði þörfina fyrir öndunarvélameðferð og gjöf lungnablöðruseytis.[4] Umtalsverðar framfarir hafa orðið í hjúkrun nýbura. Áhersla er lögð á sem mesta samveru foreldra og barns, húð-við-húð meðferð, að draga úr áreiti og að útskrifa börnin fyrr en áður með góðu göngudeildareftirliti.

Ungbarnadauði hefur lengi verið sá allra lægsti hér á landi á alþjóðavísu. Árin fyrir opnun Vökudeildar létust 12 af hverjum 1000 lifandi fæddum börnum á fyrsta æviárinu, en tíðnin er komin í 2/1000. Lífslíkur minnstu fyrirburanna hafa aukist og nú lifa >90% barna fædd eftir 23-27 vikna meðgöngu og/eða eru <1000g við fæðingu[5], sem er mjög góður árangur í alþjóðlegum samanburði. Því miður greinist eitt af hverjum fimm þessara barna seinna með fötlun[5]. Það er von okkar að áframhaldandi framfarir í meðferð minnstu fyrirburanna muni bæta langtímahorfur þeirra.

Heimildir

1. Kvennadeild Landspítalans 50 ára. Afmælisrit gefið út af tilefni 50 ára afmæli kvennadeildar Landspítalans 1999.
2. Rúnarsdóttir SB, Dagbjartsson A, Pálsson G, et al. Árangur hátíðniöndunarvélameðferðar hjá börnum með alvarlega öndunarbilun. Læknablaðið. 2005;91(11):813–9.
3. Lárusdóttir E, Þórkelsson Þ. Heilkenni barnabiksásvelgingar (meconium aspiration syndrome). BS-rannsóknarverkefni 3. árs læknanema við læknadeild Háskóla Íslands, 2019.
4. Svavarsdóttir HS, Þórkelsson Þ. Meðferð á lungnasjúkdómum hjá fyrirburum með síblæstri. BS-rannsóknarverkefni 3. árs læknanema við læknadeild Háskóla Íslands, 2012.
5. Þórðarson ÞB, Þórkelsson Þ, Sigurðardóttir. S, et al. Árangur meðferðar og afdrif minnstu fyrirburanna 1990-2019. BS-rannsóknarverkefni 3. árs læknanema við læknadeild Háskóla Íslands, 2022.

Málþing til heiðurs Kristjáni Erlendssyni, sérfræðilækni í lyflækningum og klínískri ónæmisfræði

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Nú líður að starfslokum Kristjáns Erlendssonar á Landspítala, en hann er kominn á 77. aldursár. Honum til heiðurs var því haldið málþing þann 30. janúar síðastliðinn. Allt frá heimkomu úr námi frá Yale, New Haven, Connecticut í Bandaríkjunum árið 1985, hefur hann verið tengdur kennslu læknanema samhliða lækningum. Hann var kennslustjóri læknadeildar Háskóla Íslands í 31 ár, 70 ára þegar hann lauk því starfi. Hann hefur því tekið virkan þátt í þróun og breytingum læknanáms á Íslandi, til lengri tíma sem kennslustjóri og á tímabili sem varaforseti læknadeildar.

Hans áhugi innan ónæmisfræðinnar hefur tengst komplement-þáttum ónæmiskerfisins. Prófessor Peter Garred, einnig sérfræðingur í klínískri ónæmisfræði, hélt heiðurserindi um komplementkerfið og vegsemd þess í meðferð sjúkdóma fram til þessa dags, sjá viðtal í þessu tölublaði *Læknablaðsins*.

Gerður Gröndal gigtarlæknir hélt erindi um Kristján sem gigtarlækni og Björn Rúnar Lúðvíksson, sérfræðingur í ónæmisfræði, um störf Kristjáns á ónæmisfræðideild Landspítala. Þorbjörn Jónsson, yfirlæknir ónæmisfræðideildar, færði honum síðan þakkir frá deildinni með blómvendi. Guðmundur Þorgeirsson, fyrrverandi forseti læknadeildar, hélt erindi um kennsluþátt Kristjáns og að lokum hélt Jón Finnbogason, fyrrverandi formaður Gerplu, erindi um aðkomu Kristjáns að uppbyggingu fimleikafélagsins Gerplu í Kópavogi, þar sem allir meðlimir fjölskyldu Kristjáns voru virkir þátttakendur, og víðfeðmu starfi Kristjáns með Fimleikasambandi Íslands (FSÍ) og Íþróttasambandi Íslands (ÍSÍ). Jón varpaði þar fram hinni hlið Kristjáns sem sennilega ekki margir læknar þekkja til. Kristján skartar gullmerki Gerplu, FSÍ og ÍSÍ og hefur verið kjörinn heiðursfélagi Gerplu og FSÍ og eru sennilega fáir, ef nokkrir, sem geta státað af slíkum virðingarvotti innan fimleikanna. Auk alls þessa á Kristján feril sem saxófónleikari og tók þátt í „Leitin að týndu kynslóðinni“ í Hollywood í Reykjavík á sínum tíma.

En fréttir herma að Kristján sé ekki alveg hættur.



Vinstra megin á myndinni er Kristján og við hlið hans er Peter Garred, sem einnig er sérfræðingur í klínískri ónæmisfræði. Mynd/Áslákur Kristjánsson

Athyglisverð grein birt af íslenskum læknum í erlendu tímariti

Læknablaðið vinnur nú að uppsetningu nýrrar heimasíðu. Þar mun meðal annars verða mögulegt að vísa í athyglisverðar greinar sem íslenskir læknar birta í erlendum ritrýndum tímaritum. Af því tilefni vill *Læknablaðið* vísa á athyglisverða grein með titilinn „Non-fatal overdose following ingestion of encapsulated pure bromaxolam powder: A case report“ sem birt var í *Forensic Science International: Report*s og rituð af Adam Erik Bauer réttarefnafræðingi hjá Rannsóknarstofu í lyfja- og eiturefnafræði, Háskóla Íslands, Elvu Eir Grétarsdóttur sérnámslækni í svæfinga-og gjörgæslulækningum Landspítala, Valþóri Ásgrímssyni náttúrufræðingi hjá Rannsóknarstofu í lyfja- og eiturefnafræði, Háskóla Íslands, og Sigurbergi Kárasýni yfirlækni svæfinga- og gjörgæsludeilda Landspítala. Efnið byggir á athyglisverðu sjúkratilfelli sem þurfti langa legu á gjörgæslu. Ekki er allt sem sýnist og fölsuð lyf í umferð geta leitt til flókinnar meðferðar og jafnvel dauða. Hér má einnig vísa í fyrirlestur um efnið frá Fræðslufundi lyflækninga Landspítala sem finna má á innri síðu Læknafélags Íslands.

Tengill á greinina: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2665910725000283?via%3Dihu



Nýdoktorar

Læknablaðið óskar eftir upplýsingum um doktorsvarnir íslenskra lækna



Ædsta menntunarstig háskóla er doktorspróf – það er því verulega við hæfi að *Læknablaðið* fjalli um doktorsvarnir íslenskra lækna hérlendis sem erlendis eins og það hefur gert í áraraðir. *Læknablaðið* biður þá sem eru að ljúka doktorsnámi og lækna sem vita um doktorsvarnir sem eru fyrirhugaðar eða er nýlokið að senda blaðinu upplýsingar um viðkomandi lækna og doktorsvarnir á **ritstjórn@lis.is**, gjarnan með tölvupóstfangi viðkomandi aðila.

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

Kristrún Frostadóttir, láttu verkin tala



Gunnar Þór Geirsson
heimilislæknir á HSS
formaður Félags íslenskra heimilislækna

„Fastur heimilislæknir fyrir þig“ er grein sem Kristrún Frostadóttir forsætisráðherra skrifaði í nóvember 2024 fyrir alþingiskosningar sem voru á næsta leiti. Setti hún það markmið efst á blað af fimm þjóðarmarkmiðum Samfylkingar í heilbrigðismálum. Einnig setti hún tímamörk fyrir það markmið, eða tíu ár.

Er þetta raunhæft markmið? Svarið við því er já, það er raunhæft.

Það er raunhæft af því að íslenskir heimilislæknar hafa af framsýni byggt upp sérnám í heimilislækningum á Íslandi. Frumkvöðlar og hugsjónamenn í faginu lyftu grettistaki í kringum aldamótin og rituðu marklýsingu sem sérnámið byggir á og er grunnurinn að sérnáminu. Vinna sem var að miklu leyti unnin í sjálfboðavinnu og verður seint fullþökkuð.

Sérnám í heimilislækningum var fyrsta sérnámið í læknisfræði sem hægt var að taka alfarið á Íslandi. Því hefur vaxið fiskur um hrygg og vinsældir þess hafa aukist með ári hverju. Nú er svo komið að fjöldi sérnámslækna er rúmlega eitthundrað.

Stjórnvöld hafa þó aldrei stutt sérnámið sem skyldi. Heilsugæslur og heilbrigðisstofnanir út um allt land hafa tekið á sig aukakostnað við að mennta sérnámslækna í heimilislækningum. Það fylgja því nefnilega skyldur að hafa sérnámslækni. Sérnámslæknir þarf að hafa sérfræðing í heimilislækningum sem mentor. Mentor þarf að sitja námskeið og viðhalda þekkingu sinni reglulega. Það þurfa að vera reglulegir fundir, yfirferð og skráning til að tryggja að sérnámið gangi vel fyrir sig. Allt þetta tekur tíma, tíma frá móttöku sem heilsugæslan greiðir fyrir en ekki stjórnvöld.

Kennslustjórar sérnáms hafa síðan yfirsýn yfir sérnám hvers og eins heimilislæknis. Skipuleggja námsblokkir, spítalarótasjónir, rannsóknarverkefni og tryggja það að námsframvinda sé í samræmi við marklýsingu og að námslæknir uppfylli þær kröfur sem gerðar eru til hans. Allt í þeim tilgangi að búa til öflugan og frambærilegan heimilislækni.

En nú er sérnám í heimilislækningum í vandræðum. Fjöldi kennslustjóra er í engu samræmi við fjölda sérnámslækna. Stöðugildi kennslustjóra er nú 1,5 stöðugildi. Samkvæmt norrænum viðmiðum ætti stöðugildi kennslustjóra að vera á bilinu 3,5-4 stöðugildi. Fjöldi kennslustjóra nær því ekki einu sinni helmingi af viðmiðum nágrannaþjóða.

Sérnám í heimililslækningum var fyrsta sérnámið í læknisfræði sem hægt var að taka alfarið á Íslandi. Því hefur vaxið fiskur um hrygg og vinsældir þess hafa aukist með ári hverju.

Sem mentor og kennslustjóri við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja hef ég greinilega orðið var við að kennslustjórar ná ekki að sinna sínu hlutverki. Ekki er við kennslustjóra að sakast sem gera sitt besta í erfiðri stöðu.

Gæði og gott utanumhald hefur verið styrkur sérnámsins frá upphafi og hvað stærsti þátturinn í vinsældum þess. Þessi gæði eru ekki lengur til staðar þegar kennslustjórar ná ekki að sinna hlutverki sínu. Árangur síðustu ára og áratuga er í hættu. Það tekur langan tíma að byggja upp traust og gæði en skamman tíma að glata.

Nú er boltinn hjá ríkisstjórn Kristrúnar Frostadóttur og hennar heilbrigðisráðherra Ölmu Möller. Ætlið þið að stuðla að öflugu sérnám í heimilislækningum með nauðsynlegum fjölda kennslustjóra?

Var ykkur alvara þegar þið settuð ykkur það markmið að tryggja öllum Íslendingum heimilislækni eftir tíu ár?

Ef svo er, þá er forsenda þess öflugt og gott sérnám í heimilislækningum. Önnur leið er ekki fær.

Kristrún Frostadóttir og Alma Möller, þið kennið ykkur við verkstjórn. Látið þá verkin tala.

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

Frá jaðarfyrirbæri til byltingar í meðferð

Færeysk-danski prófessorinn Peter Garred hefur fylgst með umbreytingu komplementkerfisins af eigin raun. Í lok janúar var hann fyrirlesari á málþingi sem haldið var til heiðurs íslenska ónæmisfræðingnum Kristjáni Erlendssyni. *Læknablaðið* ræddi við Peter af því tilefni

■■■ Olga Björt Þórðardóttir

„Hvernig er veðrið hjá ykkur núna?“ spurði Peter blaðamanninn snemma í fjarviðtalinu frá Kaupmannahöfn, þar sem hann býr og starfar. Spurningin var sprottin af óvenju mikilli snjókomu sem hafði raskað samgöngum og daglegu lífi þar. Á sama tíma nutu Íslendingar óvenjulegrar blíðu. Peter var nýkominn úr stuttri en viðburðaríkri heimsókn og talaði hlýlega um dvölina.

Þetta var ekki í fyrsta sinn sem hann heimsótti Ísland. Hann hefur persónuleg tengsl við landið. Sem unglingur vann hann á færeyskum togara sem stundaði veiðar við Ísland á tímum þorskastríðanna og í eitt skipti lögðu þeir að bryggju í Reykjavík. „Ég var bara háseti,“ rifjar hann upp. „Kaldur vindur, saltið í loftinu og endalaust haf. Ég held að maður læri seiglu á svona sumri. Þetta var ævintýri. Ég lærði mikið um lífið á sjónum. Ísland hefur átt sérstakan stað í huga mér síðan og ég hef komið hingað nokkrum sinnum aftur.“

Komplementkerfið og áhrif þess

Í meira en heila öld var komplementkerfið nokkurs konar neðanmálsgrein í ónæmisfræði – lífefnafræðilegt smáatriði sem aðeins örfáir sérfræðingar höfðu áhuga á. Í dag er staðan allt önnur. Tugir lyfja beinast nú að kerfinu, sjúkdómar sem áður voru lífshættulegir eru orðnir meðhöndlanlegir og nýjar rannsóknir benda til þess að komplementkerfið komi við sögu í allt frá nýrnasjúkdómum til heilaþroska og geðraskana.

Peter er prófessor í klínískri ónæmisfræði við Rigshospitalet og Kaupmannahafnarháskóla. Ferill hans spannar rúmlega tvo áratugi í grunnrannsóknum, erfðafræði, þróun mótefna og klínískri yfirfærslu rannsókna. Að hans mati hefur þróunin verið nær ótrúleg. „Þegar ég byrjaði var komplement að mestu leyti fræðileg forvitni,“ segir hann. „Það var talið annaðhvort ruglingslegt eða óviðkomandi. Nú höfum við markviss líftæknilyf sem bjarga mannslífum með því að hamla kerfið á mismunandi stigum.“

Sjaldgæfur sjúkdómur sem breytti öllu

Peter rekur upphaf nútíma tímabils í komplementrannsóknum til ársins 2007, þegar fyrsta sértæka komplementhemjandi lyfið var samþykkt til meðferðar á sjaldgæfa blóðsjúkdómnum köstótt næturblóðrauðamiga (*paroxysmal nocturnal hemoglobinuria*). „Það var vendipunkturinn,“ segir hann. „Skyndilega höfðum við sönnun þess að hægt væri að breyta gangi alvarlegs sjúkdóms með því að beina meðferð beint að komplementkerfinu. Þetta var ekki lengur bara kenning.“

Síðan þá hefur sviðið vaxið hratt. Í dag eru til samþykkt lyf við nýrnasjúkdómum, sjálfsofnæmissjúkdómum og bólgusjúkdómum sem eiga það sameiginlegt að ofvirkni eða stjórnleysi í komplímentkerfinu á þátt í sjúkdómsferlinu. „Það kom okkur öllum á óvart hversu víða kerfið á í hlut,“ bætir hann við. „Við héldum að það tengdist fyrst og fremst sýkingum og blóðrofi. Nú vitum við að það snertir nánast hvert einasta líffærakerfi, jafnvel innan frumna.“

Tilviljun sem mótaði feril

Þegar hann er spurður hvernig hann sjálfur ratаði inn á þetta svið brosir hann. Sagan hófst nánast fyrir tilviljun. Doktorsverkefni hans í Ósló snerist um C3-próteinið og mótefni gegn virkjaðri mynd þess. Á þeim tíma þurftu doktorsnemar í Noregi að halda fyrirlestra til að öðlast rétt til kennslu við háskóla. Skömmu fyrir einn slíkan fyrirlestur birtist grein um nýtt prótein í lektínferli komplementkerfisins.

„Mér fannst einfaldlega að það gæti haft áhrif á andmælendur,“ segir Peter og hlær. „Svo ég las mig til og fjallaði um þetta í fyrirlestrinum. Þar hófst þetta. Ég vildi bara vera vel undirbúinn. Svo varð þetta ævistarf mitt. Stundum mótast ferill af einni grein sem maður les.“

Síðar flutti hann til Danmerkur og



Prófessor Peter Garred sérfræðingur í klínískri ónæmisfræði, hélt fyrirlestur á málþingi til heiðurs Kristjáni Erlendssyni í Hringsal Landspítala Hringbraut. Ljósmynd Ásvaldur Kristjánsson.

tók við stöðu þar sem hann rannsakaði erfðafræði ónæmissvars. Þar hóf hann þróun mælinga á mannósabindandi lektíni og skyldum sameindum. „Við fórum að raðgreina gen og áttuðum okkur á því að breytileikinn var miklu meiri en fólk hafði haldið. Sumir höfðu stökkbreytingar sem eyðilögðu próteinið, aðrir breytingar sem stýrðu tjáningu þess. Þetta var heill nýr heimur sem enginn hafði kortlagt.“ Í greinar hópsins var mikið vitnað og þær lögðu grunn að nýju undirsviði innan komplementrannsókna.

Frá rannsóknarstofu til sjúklings

Í dag starfar Peter bæði á rannsóknarstofu og í klínísku starfi. Hann sér gríðarleg tækifæri en einnig raunverulegar hindranir. „Stærsta áskorunin er alltaf að yfirfæra líffræðina í meðferð,“ segir hann. „Dýratilraunir eru eitt. Klínískar rannsóknir eru annað. Þetta er dýrt, tekur tíma og krefst samstarfs við iðnað.“ Samt telur hann að tækifærin vegi þyngra en erfiðleikarnir, sérstaklega í alvarlegu bólguástandi eins og blóðsýkingu, áverkum, brunasárum og fylgikvillum skurðaðgerða. „Í slíkum aðstæðum fer komplementkerfið á yfirsnúning og getur sjálft valdið vefjaskemmdum. Ef okkur tekst að stilla kerfið af, gætum við bjargað líffærum og mannslífum.“

Nýrnasjúkdómar séu annað svið þar sem árangur sést nú þegar. „Við erum að sjá sjúklinga sem áður hefðu þróað með sér nýrnabilun lifa nú eðlilegu lífi.“

Breytt sýn á ónæmiskerfið

Peter segir að sjálf hugmyndin um ónæmiskerfið hafi breyst á starfsferli hans. Gamla skiptingin í ósérhæft og sérhæft ónæmi virðist nú of einföld. „Við sjáum að komplement talar við allt,“ útskýrir hann. „Blóðstorkukerfið,



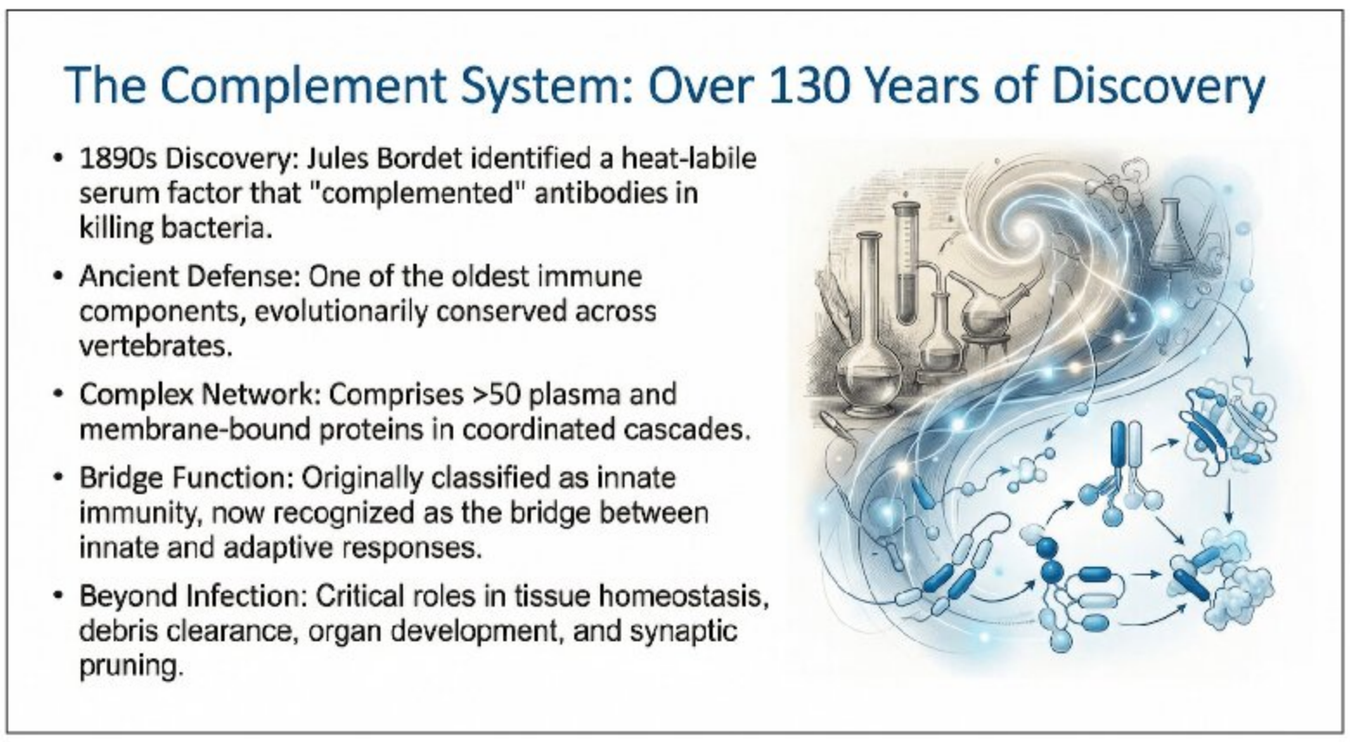
Sigurveig Þ. Sigurðardóttir fundarstjóri málþingsins býður Peter Garred í pontu. Ljósmynd/HÁS

efnaskipti frumna og jafnvel orkustjórnun T-frumna. Þetta er ekki lengur bara varnarkerfi. Þetta er stjórnunarnet.“ Hann lýsir því sem „tvíeggja sverði“. Rétt stillt verji það gegn sýkingum. Ofvirkt eða stjórnlaust valdi það skaða. „Lykillinn er jafnvægi. Það er það sem lyfin okkar reyna að ná.“

Óvænt hlutverk í heilanum

Kannski tengjast óvæntustu uppgötvanirnar hlutverki komplements í þroska og taugakerfi „Þetta kom algjörlega á óvart,“ segir hann. „Við komumst að því að komplementprótein merkja taugamót í heilanum sem á að fjarlægja. Kerfið hjálpar til við að móta heilann.“

„Hlutverk mitt er að hjálpa fólki að vaxa. Ég nota stundum líkinguna við fugl sem lærir að fljúga. Þegar hann getur flogið sjálfur er starfi mínu lokið.“



Saga komplementkerfisins er löng. Mynd úr fyrirlestri Peters Garred.



Ýmsar birtingarmyndir sjúkóma vegna röskunar í komplímentkerfinu. Mynd úr fyrirlestri Peters Garred.

Ójafnvægi gæti tengst Alzheimer-sjúkdómi, MS-sjúkdómi og jafnvel geðröskunum. „Ég hefði aldrei ímyndað mér að ónæmisfræði myndi tengjast geðlækningum þegar ég var ungur rannsakandi.“

Kennarinn

Þrátt fyrir mikla rannsóknarvinnu talar Peter hlýlega um kennslu. „Ég verð enn spenntur þegar ég geng inn á rannsóknarstofuna og sé ný gögn,“ viðurkennir hann. „Það er næstum barnaleg tilfinning. Hvað uppgötvuðum við í gær?“

Sama gildir um kennslustofuna. „Þegar nemandi spyr góðrar spurningar veit maður að eitthvað hefur kviknað. Það heldur mér gangandi.“ Hann leiðir stóran hóp ungra vísindamanna og leggur áherslu á sjálfstæði. „Hlutverk mitt er að hjálpa fólki að vaxa. Ég nota stundum líkinguna við fugl sem lærir að fljúga. Þegar hann getur flogið sjálfur er starfi mínu lokið.“ Að sjá nemendur verða sjálfstæða rannsakendur er, að hans sögn, ein ánægjulegasta reynsla starfsferilsins. „Það er miklu verðmætara en að birta eina grein í viðbót.“

Arfleifð Kristjáns

Málþingið þar sem Peter flutti fyrirlestur var haldið til heiðurs Kristjáni Erlendssyni, sem hann telur hafa haft alþjóðlega þýðingu. Fyrirlestur hans bar heitið „The Complement System: A Therapeutic Target for Immunological Disorders“ og rakti ferðalag kerfisins „frá áhugaverðri lífefnafræðilegri forvitni til raunverulegs meðferðarmarkmiðs.“ Hann rifjar upp rannsóknir sem sýndu að með því að hafa áhrif á komplementkerfið mætti bæta horfur í sjálfsofnæmissjúkdómum.

„Þessar rannsóknir lögðu grunninn að því sem við gerum í dag,“ segir hann. „Þær sýndu að komplement var ekki bara líffræðileg forvitni heldur raunverulegt meðferðarmarkmið.“

Ráð til ungra lækna

Peter hefur skýr ráð til ungra lækna og rannsakenda sem íhuga sérnám í ónæmisfræði. Sviðið vex hratt og verður sífellt mikilvægara í mörgum greinum læknisfræðinnar. „Þú þarft ekki að verða eingöngu ónæmisfræðingur. Þekking á ónæmiskerfinu nýtist í taugalækningum, skurðlækningum, gjörgæslu, nýrnalækningum. Þetta er grundvallarkerfi líkamans.“

„Við komumst að því að komplementprótein merkja taugamót í heilanum sem á að fjarlægja. Kerfið hjálpar til við að móta heilann.“

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

Hinn ljúfsári sögulokakvíði



Jóhann Sigurjónsson
svæfinga- og gjörgæslulæknir

Foreldrar mínir og ömmur mínar voru sem betur fer dugleg við að halda að mér góðum bókum þegar ég var lítill og ég hef aldrei alveg losnað við þörfina fyrir yndislestur, þó það hafi komið tímabil þar sem lítill tími og athygli hafa verið aflögu. Ég hef verið um 8 ára þegar mamma gaf mér bókina um *Elías í Kanada* eftir Auði Haralds. Það er sennilega fyrsta bókin þar sem ég hló upphátt liggjandi á koddanum, þannig að heyrðist fram í stofu. Húmorinn í Elíasar-bókunum stenst tímans tönn og ég hef kynnt syni mína fyrir þeim og það snertir einhvern streng að heyra þá hlæja með sjálfum sér að sömu blaðsíðum og ég áratugum áður. Mæli hiklaust með þeim til að vekja lestrargleði hjá yngri krökkum.

Af bókum sem hafa mótað mig gegnum tíðina má nefna:

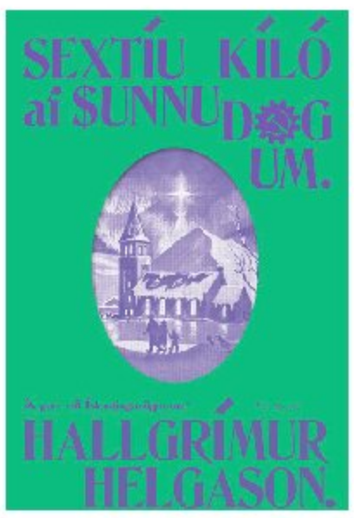
Þar sem Djöflaeyjan rís og hinar bækurnar í eyjaflokki Einars Kárasonar, sem hafa fylgt mér frá unglingsárum og mótað bæði skopskyn og viðhorf mín til breyskleika mannskepnunnar. Ætli ég hafi ekki heimsótt fjölskylduna í Thulekampi á um það bil á tíu ára fresti á síðum bókanna og alltaf verið fagnaðarfundir. Ormur Óðinsson söguhetja *Gauragangs* eftir Ólaf Hauk Símonarson kom vel orðum að tilfinningasveiflum unglingsáranna, hann hef ég þó ekki heimsótt síðan í 10. bekk.

Englar alheimsins er öndvegisbók sem ég las aftur og aftur á unglingsárum. Með einstöku skopskyni ljáir Einar Már Guðmundsson bróður sínum, og í leiðinni öðrum með geðklofa, rödd sem ég er sannfærður um að spilaði lykilhlutverk í að auka skilning Íslendinga og minnka fordóma þeirra í garð fólks með geðsjúkdóma.

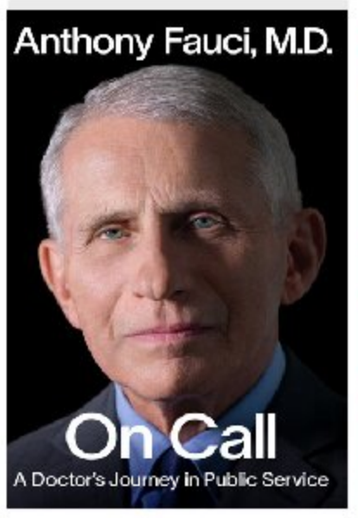
Á fullorðinsárum hef ég ekki vanið mig á að lesa sömu bækurnar endurtekið. Þess í stað hafa komið tímabil þar sem ég ósjálfrátt les bækur sem tengjast með ákveðnum þræði. Nýlega hafa valist bækur um baráttu og bjargráð lítilmagnans gagnvart ofurefli, hvort sem er í formi nýlendukúgunar, þrælahalds eða blöndu af því. Af þeim get ég nefnt:

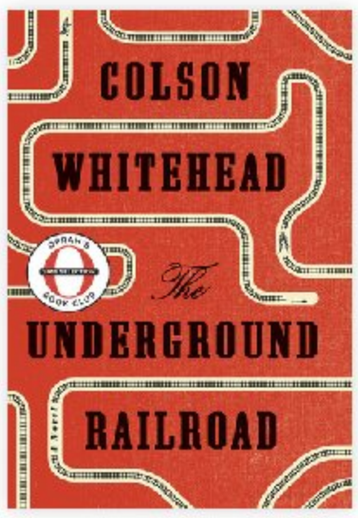
Lifandilífslækur eftir Bergsvein Birgisson er óheyrilega falleg bók um hokur og örbirgð fólks á Ströndum á 18. öld þar sem duttlungar nýlenduvaldsins gera því ókleift að lifa, í stað þess að eingöngu lifa af.

The *Underground Railroad* eftir Colson Whitehead er raunsönn og bersögul lýsing á botnlausri grimmd þrælahaldsins í Bandaríkjunum, sögð frá sjónarhóli plantekruþrælsins Coru sem í örvæntingu leggur á flótta frá suðurríkjunum.









James eftir Percival Everett er ótrúlega snjöll nálgun á sama efni þar sem sagan um Stikilsberja-Finn er sögð í fyrstu persónu þrælsins Jim, sem vitaskuld heitir James. Lesandinn fær skýra tilfinningu fyrir því hvernig þjáningaróp-in bergmála gegnum kynslóðirnar og marka líf fólks enn í dag, og hvers vegna gárur mannvonskunnar hverfa seint, ef nokkurn tímann, af yfirborði sögunnar.

Af allt öðrum toga, en ég má til með að nefna, er bókin *On Call*, sjálfsævisaga Anthony Fauci sem vart þarf að kynna fyrir lesendum *Læknablaðsins*. Ævistarf hans í eldlínu sóttvarnarmála er stórmerkilegt og þessi vel skrifaða bók ómissandi fyrir áhugasama um nútímasögu. Honum virðist óþarft að fara hnjóðsyrðum um nokkurn samferðamanna sinna í leik og starfi, og finnur leið til að bera næstum öllum vel söguna með örfáum undantekningum undir lokin.

Þar sem ég lá við sundlaugarbakka með síðustu bókina í 60 kílóa þríleiknum sendi ég svohljóðandi skilaboð á fagurkerann, hryggjarskurðlækninn og aldavin minn, Njál Vikar Smárason: „Ég fékk hana í jólagjöf og fékk sögulokakvíða um leið og ég byrjaði á henni, þess vegna kláraði ég ekki fyrr en um páska“. Það er ómetanleg aukavídd að deila yndislestri og ræða bækur við vini og vandamenn. Fyrir næsta pistil finnst mér liggja beinast við að rétta Njáli keflið.

Ég skora á Njál Vikar Smárason að skrifa næsta bókapistil.

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi *Læknablaðsins*

Per mentis innblásin af „sænska módelinu“

Per mentis er geðlækningastofa sem býður þjónustu í almennum geðlækningum, þar á meðal greiningu og meðhöndlun taugaþroskaraskana á borð við ADHD. Þjónustan er veitt í teymisvinnu geðlækna, hjúkrunarfræðinga og sálfræðinga. Kristófer Sigurðsson, stofnandi Per mentis, er mikill talsmaður teymisvinnu innan heilbrigðiskerfisins. Hann var gestur Læknavarpins og hér að neðan má sjá stutt brot úr því viðtali

Kristborg Bóel Steindórsdóttir

Kristófer útskrifaðist úr læknadeild Háskóla Íslands árið 2012. „Ég tók kandídatsárið fyrir norðan og var svo í heimilislækningum í Keflavík í hálft ár. Ég varð svona ofboðslega hrifinn af hinu svokallaða „sænska módeli“ sem snýr að teymisvinnu í heimilislækningum, þar sem hjúkrunarfræðingar, sjúkraþjálfarar og iðjuþjálfar vinna með læknunum. Ég var minna hrifinn af því þegar fagfólk vinnur aðeins hlið við hlið, frekar en saman, eða þar sem voru aðeins hreinar læknamóttökur,“ segir Kristófer sem svo flutti til Svíþjóðar til þess að taka sérnám í heimilislækningum. „Það sem gerðist þar var að ég tók þrjá mánuði á geðsviði sem hluta af mínu námi. Þar var ég undir handleiðslu Sven Rydhög sem er hálfgerð goðsögn í lyndisröskunum. Þeir losnuðu svo aldrei við mig, ég hélt áfram að taka vaktir þar út allt sérnámið,“ segir Kristófer sem svo endaði á því að taka einnig sérnám í geðlækningum.

Per mentis hefur vaxið hratt

Kristófer stofnaði geðlæknastofuna Per mentis árið 2021. En hver var aðdragandi þess? „Ég flutti aftur heim. Ég held að það kannist flestir læknar við þessa tilfinningu – jæja, það er kominn tími til að fara heim. Ég var ennþá svo ofsalega skotinn í þessari hugmyndafræði, að vinna í samstarfi, ekki bara hlið við hlið, þannig að ég sá ekkert annað í stöðunni en að skapa slíkt tækifæri,“ segir Kristófer, sem tók fyrstu skrefin í sinni sjálfstæðu vegferð með því að leigja aðstöðu hjá Sól, sálfræði- og læknaþjónustu í Kópavogi.

Í fyrstu var Kristófer eini starfsmaðurinn, ásamt heilbrigðisgagnaritara í hlutastarfi. „Boltinn fór svo að rúlla. Fyrsta árið fór í að byggja þetta hægt og rólega upp, með því að setja upp heimasíðu, skrifa kynningarefni og fleira. Það var svo í ársbyrjun 2023 að ég réð til mín fyrsta klíníska starfsmanninn, hjúkrunarfræðinginn Tönju Guðrúnu Schiöth Hjörvar, en saman bjuggum við til hjúkrunarmóttöku í geðlækningum. Þá um haustið varð okkur ljóst að vöxturinn var slíkur að við urðum að flytja í okkar eigið húsnæði,“ segir Kristófer, sem flutti starfsemina í Hafnarfjörð en svo í Síðumúlann þar sem þau eru enn í dag, nú með ellefu stofur sem mun svo fjölga í nítján í maí næstkomandi. Í dag eru tólf starfsmenn hjá Per mentis, tveir geðlæknar, þrír hjúkrunarfræðingar, fimm sálfræðingar, einn heilbrigðisgagnafræðingur og einn fjármálafulltrúi.

Tveggja arma starfsemi

Kristófer lýsir starfsemi Per mentis sem tveggja arma. „Annar þeirra snýr að almennum geðlækningum. Þar tökum við á móti tilvísunum með áherslu á lyndisraskanir, þar sem geðhvarfasýki er fyrirferðamest. Við sinnum einnig fólki með kvíðaraskanir, þráhyggju og persónuleikaraskanir. Hinn armurinn snýr svo að ADHD, en það er allt önnur móttaka. Þar höfum við í rauninni byggt upp hálfgert færiband í ADHD-greiningum, án þess þó að fórna fagmennsku á nokkurn hátt. Að því ferli koma alltaf þrjár klínískar starfsstéttir, auk heilbrigðisgagnafræðings, sem leggja mat sitt á hvern hluta þess, en þó í náinni samvinnu,“ segir Kristófer.

ADHD-ferlið aðeins um átta mánuðir hjá Per mentis

Mikil umræða hefur verið síðustu misseri um langa biðlista eftir ADHD-greiningum. Hver er staðan hjá þeim varðandi það? „Ég veit að við gerum flestar ADHD-uppvinnslur á landinu, en við fáum um fjórar til fimm skráningar á dag,

„Við erum alltaf að reyna að leysa flöskuhálsa í kerfinu og það er svolítið þannig að um leið og við leysum einn hleypum við auknu flæði á kerfið og þá bara kemur einhver annar í ljós.“



Kristófer Sigurðsson geðlæknir stofnaði Per mentis árið 2021. Í dag starfa þar 12 manns. Mynd/OBÞ

alla daga vikunnar. Við erum alltaf að reyna að leysa flöskuhálsa í kerfinu og það er svolítið þannig að um leið og við leysum einn hleypum við auknu flæði á kerfið og þá bara kemur einhver annar í ljós. Við notum heimasmíðaða hugbúnaðarlausn til þess að halda utan um flæðið, sem hefur allar vottanir og viðurkenningar sem sjúkraskráningarkerfi. Viðkomandi greiðir 30.000 krónur fyrir skimun, fyllir út átta spurningalista og tölvukerfið reiknar svo út upplýsingar og matreiðir ofan í okkur. Að því loknu er skimunarviðtal hjá hjúkrunarfræðingi og eftir það kemur í ljós hvort ástæða sé til að halda ferlinu áfram. Hjá okkur tekur það um átta mánuði frá skráningu þar til fólk labbar út úr skilaviðtali með niðurstöðu. Við myndum gjarnan vilja hafa þann tíma enn styttri en ég held þó að hann sé hvergi á landinu styttri en hjá okkur.“

Mikil umræða hefur einnig verið í samfélaginu um ofgreiningar þegar kemur að ADHD. Hver er afstaða Kristófers í því? „Ég held að bæði sé um of- og vangreiningar að ræða. Ofgreiningar hafa réttilega fengið mikinn fókus og mitt mat er að þær séu verri en vangreiningar. Það er þetta boðorð læknisfræðinnar, „do no harm“, það er betra að vangreina en ofgreina. Það hefur ríkt alger ringulreið hérlendis varðandi ADHD-greiningar. Það hefur engin raunveruleg teymisvinna verið, heldur hafa sálfræðingar bara gert sinn hluta og í framhaldi hefur fólki verið bent á að finna sér geðlækni, en einhver ár geta liðið þarna á milli. Í millitíðinni fer fólk svo á allar Facebook-síðurnar og fer að skýra allt sem það gerir út frá ADHD-hugtökum, þannig að það getur á endanum verið mjög eriftt fyrir lækna að finna einhverja punkta hvernig ástandið var upphaflega, eða að reyna að meta ástand sjúklingsins á þeim tíma sem sálfræðimatið fór fram. Ég held þó að það hafi verið skerpt á þessu með nýjum verklagsreglum hjá Landlæknisembættinu varðandi ADHD-uppvinnslur, það er skerpt á þessu með teymisvinnuna. Annað sem ég tel að megi skerpa á eru skimanir. Við erum ekki að gera neinum greiða með því að gera ADHD-uppvinnslur á fólki með neikvæða skimun, eða sleppa fólki í gegn af því að það er svo næs. Hlutverk skimunar er að sigta út þá sem klárlega myndu ekki fá greiningu, það ver bæði skjólstæðingana og ferlið. Hjá okkur eru um 56% sem fara í gegnum skimun, það er að segja fá jákvæða skimun og halda áfram, en rétt yfir 40% sem fá neikvæða skimun og fá ekki að halda áfram og það er strax eftir fyrsta viðtal,“ segir Kristófer.

Myndi frekar vilja sjá föst komugjöld

Aðspurður að því hvort tilvísun þurfi til að komast að hjá Per mentis segir Kristófer; „Fólk þarf tilvísun í alla okkar þjónustu nema í ADHD-greiningu. Að mínu mati mætti greiðsluþátttaka Sjúkratrygginga Íslands vera meiri. Ef við horfum á stofuna í heild þá greiða Sjúkratryggingar aðeins um 20% af kostnaðinum, en ég myndi frekar vilja sjá að það væru bara föst komugjöld. Það er í raun alveg galið að einhver sem kannski hefur verið óvinnufær í ár vegna geðsjúkdóms hafi ekki efni á því að koma til okkar af því það kostar 35.000 krónur. Þetta er auðvitað engu lagi líkt og hvorki hvetjandi eða gerlegt fyrir meðalmanneskju að framkvæma. Svo er hitt. Það er mikið talað um það innan heilbrigðiskerfisins að við eigum að deila með okkur verkefnum þannig að við nýtum betur aðrar starfsstéttir en þær dýrustu. Það gerum við svo sannarlega, en flestir okkar skjólstæðingar eru með tvo til þrjá meðferðaraðila. En það stendur okkur hreinlega fyrir þrifum að geta fylgt þessu módeli vegna þess hve há komugjöldin eru.“

„Ég held að bæði sé um of- og vangreiningar að ræða. Ofgreiningar hafa réttilega fengið mikinn fókus og mitt mat er að þær séu verri en vangreiningar.“

Að byggja upp mannúðlega og samþætta geðheilbrigðisþjónustu fyrir eldra fólk

Fáir hafa fylgst jafn náið með geðheilsu eldra fólks og haft jafn mikil áhrif á hana og þýski geðlæknirinn Tillmann Supprian, sérfræðingur í öldrunargeðlækningum og einn helsti frumkvöðull sviðsins í Þýskalandi. Hann var með erindi á Læknadögum og *Læknablaðið* ræddi við hann

Olga Björt Þórðardóttir

Eftir því sem Evrópubúum á efri árum fjölgar, verður geðheilsa eldra fólks sífellt stærra viðfangsefni heilbrigðiskerfa. Þörfin fyrir þjónustu sem sameinar læknisfræði, félagslega aðstoð og stuðning við fjölskyldur hefur sjaldan verið brýnni.

Starfsferill Tillmanns spannar áratugi í klínísku starfi, rannsóknum og faglegri stefnumótun. Hann hefur unnið með sjúklingum með geðklofa og Alzheimer, byggt upp þjónustunet og komið að stefnumótun á landsvísu. En þegar hann er spurður hvað hafi mótað hann mest sem lækni svarar hann einfaldlega: „Það sem breytti sýn minni var að hitta sjúklingana og fjölskyldur þeirra. Þá sá ég að þetta snerist ekki bara um heilann, heldur um líf fólks og lífsgæði.“

Frá taugafræðilegum draumum til klínísks veruleika

Tillmann valdi ekki geðlækningar strax. Í læknanámi var hann óákveðinn um sérgrein, en heillaðist að lokum af rannsóknum á geðklofa. Á þeim tíma ríkti mikil bjartsýni um að taugalíffræði og taugavísindi myndu brátt leiða í ljós skýra orsök alvarlegra geðsjúkdóma „Við trúðum því að við værum rétt við það að finna líffræðilega lykilinn að geðklofa,“ rifjar hann upp. „En árin liðu og einföld svör komu ekki.“

Þrátt fyrir miklar rannsóknir reyndust líffræðilegar skýringar ekki nægar til að útskýra margbreytileika sjúkdómsins. Þessi vonbrigði urðu vendipunktur.

Fljótlega fór Tillmann að vinna með eldra fólki með Alzheimer-sjúkdóm og þar opnaðist honum ný sýn. „Þar sá ég allt annað samhengi. Þú hittir ekki bara sjúklinginn heldur makann, börnin, fjölskylduna. Sjúkdómurinn hefur áhrif á allt líf manneskju.“ Þessi reynsla kenndi honum að geðlækningar á efri árum væru ekki aðeins spurning um greiningu og lyf, heldur um tengsl, stuðning og virðingu fyrir lífssögu fólks.

Heilabilun sem samfélagslegt verkefni

Þegar Tillmann færði sig yfir á aðra háskólasjúkrahúsdeild varð Alzheimer-sjúkdómur meginviðfangsefni hans. Hann tók þátt í að byggja upp stuðningsnet fyrir aðstandendur fólks með heilabilun, þar sem læknar, fræðimenn, félagsráðgjafar og sjálfboðaliðar unnu saman. Sérstaklega áhrifamikið þótti honum samstarf við aðstandendasamtök.

„Það voru ekki fagmenn sem stofnuðu samtökin, heldur fjölskyldur. Þær sáu að kerfið nægði ekki og ákváðu að breyta því.“ Þessi samtök urðu öflugur málsvari fyrir sjúklinga, mótuðu opinbera umræðu og höfðu áhrif á löggjöf og fjármögnun þjónustu. Fyrir Tillmann var þetta sönnun þess að árangursrík umönnun byggði á samstarfi, ekki aðeins sérfræðikunnáttu. „Læknisfræðin ein og sér dugar ekki. Við þurfum fjölskyldur og samfélagið með okkur.“

Þjónusta byggð á tengslaneti

Að mati Tillmanns er lykillinn að árangri að skipuleggja þjónustuna sem net fremur en einangraðar stofnanir. Heimilislæknar gegni þar mikilvægu hlutverki, enda þekki þeir sjúklingana gjarnan best. Hins vegar eru heilabilun og geðraskanir á efri árum oft of flóknar til að meðhöndla án sérfræðiþekkingar. „Heilsugæslan getur ekki gert allt ein. Hún þarf bakland,“segir hann.

Í Düsseldorf tók hann þátt í að þróa svæðisbundið net þar sem geðlæknar, taugalæknar, heimilislæknar, félagsráðgjafar og fulltrúar félagasamtaka starfa saman. Slík samvinna auðveldar snemmgreiningu, samhæfða meðferð og raunhæfan stuðning. „Markmiðið er að enginn detti á milli kerfa.“

Kerfið sjaldan hannað fyrir þau sem greinast ung

Tillmann bendir á að margir tengi heilabilun við mjög háan aldur, en verulegur hópur fái einkenni mun fyrr. „Við sjáum fólk á fertugs- og fimmtugsaldri sem enn er í fullu starfi og með börn heima. Kerfið er sjaldan hannað fyrir þau.“

Afleiðingarnar geti verið miklar: atvinnumissir, fjárhagsáhyggjur og breytt hlutverk í fjölskyldunni. Þessi hópur þurfi annars konar ráðgjöf og stuðning



Tillmann Supprian er sérfræðingur í öldrunargeðlækningum og einn helsti frumkvöðull sviðsins í Þýskalandi. Mynd/OBÞ

en þeir sem eru komnir á níræðisaldur. „Þetta er því ekki bara læknisfræðilegt vandamál heldur félagslegt," segir hann. „Það þarf að hjálpa fólki að skipuleggja lífið sitt."

Ótti og tafir á greiningu

Ein stærsta hindrunin í vegi þeirra sem greinast snemma er ótti. Margir vilja ekki vita hvað bíður þeirra. „Fólk heldur að greining þýði endalok. En hún getur í raun verið upphaf skipulags og stuðnings."

Tillmann leggur áherslu á að snemmgreining geri fólki kleift að taka ákvarðanir, skipuleggja framtíðina og nýta úrræði. Þrátt fyrir að engin lækning sé til geti lífsgæði batnað verulega. Hjá yngra fólki séu einkenni oft skýrð með streitu eða kulnun. Stundum eigi það við, en ekki alltaf. „Ef við skoðum ekki málið vandlega getum við misst af alvarlegri undirliggjandi orsök."

Tillmann segir að minnisdeildir (*memory clinics*) gegni lykilhlutverki í þessu samhengi. Þar starfi þverfagleg teymi sem meti bæði læknisfræðilega og félagslega þætti. „Við erum ekki bara að finna greiningu. Við erum að spyrja: Hvernig lífi lifir þessi manneskja? Hvaða stuðning þarf hún?" Margir sem leiti til slíkra deilda vegna minnisskerðingar séu í raun með þunglyndi, kvíða eða streitu. Slík vandamál séu oft meðhöndlanleg og geti gengið til baka „Það er því sannarlega jafn mikilvægt að hughreysta og að greina."

Samþætting við félagsþjónustu

Í gegnum leiðtogahlutverk sitt innan félagsins um öldrunargeðlækningar og geðmeðferð hefur Tillmann tekið virkan þátt í að móta gæðastaðla og faglega þjálfun. Mikilvægur árangur hefur verið að auka aðgengi eldra fólks að geðmeðferð.

„Lengi vel var geðmeðferð á efri árum vanrækt, byggt á þeirri forsendu að eldra fólk, sérstaklega með vitræn vandamál, myndi ekki hafa gagn af henni. Rannsóknir og klínísk reynsla hafa sýnt hið gagnstæða. Geðmeðferð getur bætt tilfinningalega líðan og lífsgæði verulega, jafnvel hjá fólki með heilabilun. Eldra fólk hefur jafnmikla þörf fyrir samtal og stuðning og aðrir," segir hann. Rannsóknir sýni að geðmeðferð geti dregið úr þunglyndi, kvíða og einangrun og bætt lífsgæði, jafnvel hjá fólki með vitræn vandamál.

Náið samstarf fagfélaga og Alzheimer-samtaka hafi enn fremur styrkt hagsmunagæslu og rannsóknir. Tillmann leggur einnig áherslu á mikilvægi sjálfstæðra, háskólatengdra rannsókna samhliða rannsóknum lyfjaiðnaðarins til að tryggja jafnvægi og gagnrýna nálgun á þróun meðferða.

Þá telur hann að eitt af því sem geri þýska kerfið sterkt sé náið samstarf við félagsþjónustu. Félagsráðgjafar leiðbeini um fjármál, dagþjónustu, lagaleg réttindi og staðbundin úrræði. „Lyfseðill leysir ekki daglegt líf. Fólk þarf hagnýtar lausnir. Þessi samþætting tryggir að greining leiði strax til raunverulegs stuðnings."

„Fólk heldur að greining þýði endalok. En hún getur í raun verið upphaf skipulags og stuðnings."

Lyfjameðferðir og siðferðislegar spurningar

Tillmann metur nýlegar framfarir í lyfjameðferð við heilabilun af varfærni. Hefðbundin lyf hafi hófleg en vel þekkt áhrif og séu nú staðalmeðferð. Nýrri mótefnameðferðir hafi vakið mikla athygli en einnig deilur. Þær gefi aðeins takmarkaðan ávinning, séu kostnaðarsamar og geti haft verulegar aukaverkanir.

„Við verðum að spyrja okkur: Hvar nýtast fjármunirnir best? Í dýrum meðferðum sem breyta litlu eða í stuðningi sem bætir daglegt líf?" Að hans mati er þetta siðferðislegt jafnvægisatriði. Of mikil áhersla á tæknilegar lausnir geti dregið athyglina frá umönnun og mannlegum þáttum.

Mannúð sem leiðarljós

Að lokum dregur Tillmann saman kjarna nálgunar sinnar: „Við megum aldrei gleyma manneskjunni á bak við greininguna. Góð þjónusta er ekki bara rétt meðferð – hún er líka virðing, hlustun og stuðningur."

Helsti lærdómurinn af reynslu hans sé skýr: „Geðheilbrigðisþjónusta fyrir eldra fólk þarf að vera heildræn, samhæfð og mannúðleg. Samstarf milli heilsugæslu, sérfræðinga, félagsþjónustu og aðstandenda er forsenda árangurs. „Þannig má byggja upp kerfi sem gerir síðari æviárin eins góð og kostur er."

Heilbrigðisstarfsmenn og heimilisofbeldi: Réttindi, skyldur og nýjar lagaheimildir[1]



Gunnar Ármannsson
lögmaður
stundakennari í heilbrigðislögfræði
við læknadeild HÍ

Breytt löggjöf um hlutverk heilbrigðisstarfsmanna

Heilbrigðisstarfsmenn eru oft fyrstu og jafnvel einu fagaðilarnir sem komast í tæri við þolendur heimilisofbeldis skömmu eftir að ofbeldi hefur átt sér stað. Áverkarnir segja sína sögu og í trúnaðarsamtali við sjúkling koma oft fram upplýsingar sem eru lykilatriði til að tryggja öryggi hans. Allt til ársins 2023 ríkti veruleg óvissa innan heilbrigðiskerfisins um hvernig ætti að meðhöndla þessar upplýsingar gagnvart lögreglu. Hvenær má rjúfa þagnarskyldu? Hvenær ber að gera það? Og hvenær vegur friðhelgi einkalífsins þyngra en verndarsjónarmið?

Með lögum nr. 43/2023, um breytingu á lögum um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012, steig löggjafinn mikilvægt skref til að eyða þessari réttaróvissu. Markmiðið var skýrt: að búa til öruggan og lögformlegan farveg fyrir samvinnu heilbrigðiskerfis og lögreglu til að vernda þolendur ofbeldis í nánum samböndum. Hér verður farið yfir í nokkrum megindráttum hvað þessar breytingar þýða í framkvæmd, hvernig þær tengjast eldri reglum um neyðarrétt og hvernig alþjóðlegar skuldbindingar móta starfsumhverfi heilbrigðisstétta.

1. Meginreglan um þagnarskyldu og nýja undantekningin

Grundvallarregla laga nr. 34/2012 um heilbrigðisstarfsmenn og laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga er hin ríka þagnarskylda. Hún er hornsteinn trausts milli sjúklings og heilbrigðisstarfsmanna. Sjúklingur verður að geta treyst því að upplýsingar um heilsufar og einkalíf fari ekki lengra.

Með lögum nr. 43/2023 um breytingu á lögum um heilbrigðisstarfsmenn, nr. 34/2012 (tilkynningar um heimilisofbeldi) var bætt við nýrri og afmarkaðri heimild í 3. mgr. 17. gr. laganna. Kjarni hennar er þessi:

1. **Heimild, en ekki skylda:** Heilbrigðisstarfsmanni er heimilt að tilkynna lögreglu um heimilisofbeldi.
2. **Skilyrðið:** Skýr beiðni verður að liggja fyrir frá sjúklingnum sjálfum.
3. **Efni tilkynningar:** Heimilt er að miðla almennum persónuupplýsingum, upplýsingum um áverka og aðstæðum sem varða ofbeldið.

Þessi breyting þýðir að heilbrigðisstarfsmaður þarf ekki lengur að velta því fyrir sér hvort samþykki sjúklings „dugi“ til að afhenda viðkvæmar upplýsingar úr sjúkraskrá til lögreglu í þessum tilgangi. Löggjafinn hefur tekið af allan vafa: ef sjúklingur biður um það, þá er það lögmætur hluti af starfi heilbrigðisstarfsmanns að aðstoða hann við að koma málinu í ferli hjá lögreglu.

2. Hvers vegna er þessi miðlun nauðsynleg?

Upplýsingar frá heilbrigðisstarfsfólki eru ekki bara formsatriði heldur geta þær ráðið úrslitum um öryggi þolanda. Lögregla þarf rökstuddan grun til að geta beitt úrræðum laga nr. 85/2011 um nálgunarbann og brottvísun af heimili. Læknisfræðileg lýsing á áverkum og fagleg skráning á frásögn sjúklings strax eftir atvik veita lögreglu þann grundvöll sem þarf til að:

1. Vísa ofbeldismanni af heimili tafarlaust.
2. Setja á nálgunarbann.
3. Hefja rannsókn á sakamáli, t.d. á grundvelli 218. gr. b. almennra hegningarlaga um ofbeldi í nánu sambandi.

Eins og fram kemur í frumvarpi með lögum og nefndaráliti velferðarnefndar, er þessi tenging milli kerfa nauðsynleg til að rjúfa ofbeldishringinn. Án þessara gagna stendur lögregla oft höllum fæti og þolandi er sendur aftur í óbreyttar aðstæður.

3. Hið flókna mat: Þegar sjúklingur vill ekki tilkynna

Flóknasta staðan sem upp kemur er þegar heilbrigðisstarfsmaður veit eða grunar sterklega að sjúklingur sé beittur ofbeldi, en sjúklingurinn hafnar því að lögregla sé kölluð til eða bannar það beinlínis.

Hér reynir á samspil tveggja reglna:

1. **Sjálfsákvörðunarréttur:** Meginreglan er sú að virða ber vilja sjúklings. Löggjafinn valdi þá leið að setja ekki á almenna tilkynningarskyldu í málum fullorðinna (ólíkt barnaverndarmálum) til að forðast að fólk veigri sér við að leita læknishjálpar.

2. **Neyðarréttur og skylda til að bregðast við:** Í 1. mgr. 17. gr. laga nr. 34/2012 um heilbrigðisstarfsmenn segir að þagnarskylda gildi ekki ef „rökstudd ástæða er til þess að rjúfa þagnarskyldu vegna brýnnar nauðsynjar“ eða ef „lög bjóða annað“.

Hér kemur 126. gr. almennra hegningarlaga til sögunnar. Hún leggur þá skyldu á hvern einstakling (þar með talda heilbrigðisstarfsmenn) að gera það sem í hans valdi stendur til að afstýra yfirvofandi alvarlegu broti, svo sem manndrápi eða stórfelldri líkamsárás. Ef heilbrigðisstarfsmaður telur sig hafa forsendur til að ætla eða hefur vitneskju um að slíkt sé í aðsigi og beinist gegn tilgreindum einstaklingi, þá víkur þagnarskyldan.

Dæmi: Ef sjúklingur kemur með áverka eftir líkamsárás sem er afstaðin, og engin augljós hætta er á ferðum í framhaldinu, gildir þagnarskyldan ef sjúklingur vill ekki kæra. Ef hins vegar aðstæður eru þannig að heilbrigðisstarfsmaður metur að líf sjúklings sé í yfirvofandi hættu fari hann heim (til dæmis vegna hótana um manndráp eða vegna stigmögnunar ofbeldis), þá ber starfsmanninum skylda til að grípa inn í til að vernda líf, óháð vilja sjúklings. Þetta er hið „brýna mat“ sem heilbrigðisstarfsmenn standa frammi fyrir.

4. Lærdómur frá Mannréttindadómstóli Evrópu

Íslenskur réttur mótast mjög af dómum Mannréttindadómstóls Evrópu (MDE). Dómar eins og Opuz gegn Tyrklandi[2] og dómur yfirdeildarinnar í máli Kurt gegn Austurríki[3] undirstrika „jákvæðar skyldur“ ríkisins.

Þessir dómar draga fram að:

- **Áhættumat verður að vera sjálfstætt:** Yfirvöld (þar með talið heilbrigðiskerfið) mega ekki treysta eingöngu á mat þolanda á hættunni. Þolendur ofbeldis vanmeta oft hættuna sem þeim er búin eða eru þvingaðir til þagnar. Heilbrigðisstarfsmenn verða að leggja sjálfstætt mat á áhættuna sem byggir á faglegri þekkingu og reynslu.
- **Aðgerðaleysi er brot:** Ríkið (og starfsmenn þess) geta borið ábyrgð ef þau vita af raunverulegri og yfirvofandi hættu á lífi en gera ekkert til að afstýra henni.
- **Virkni verndarúrræða:** Dómurinn í máli Kurt gegn Austurríki staðfesti að ríkið uppfyllir jákvæðar skyldur sínar ef yfirvöld bregðast við strax, framkvæma sjálfstætt áhættumat (*autonomous risk assessment*) og grípa til viðeigandi ráðstafana. Skráning heilbrigðisstarfsmanna er forsenda þess að slíkt mat byggist á fullnægjandi upplýsingum.

5. Samantekt og verkferlar

Fyrir heilbrigðisstarfsmenn má draga þetta saman í eftirfarandi viðmiðunarreglur:

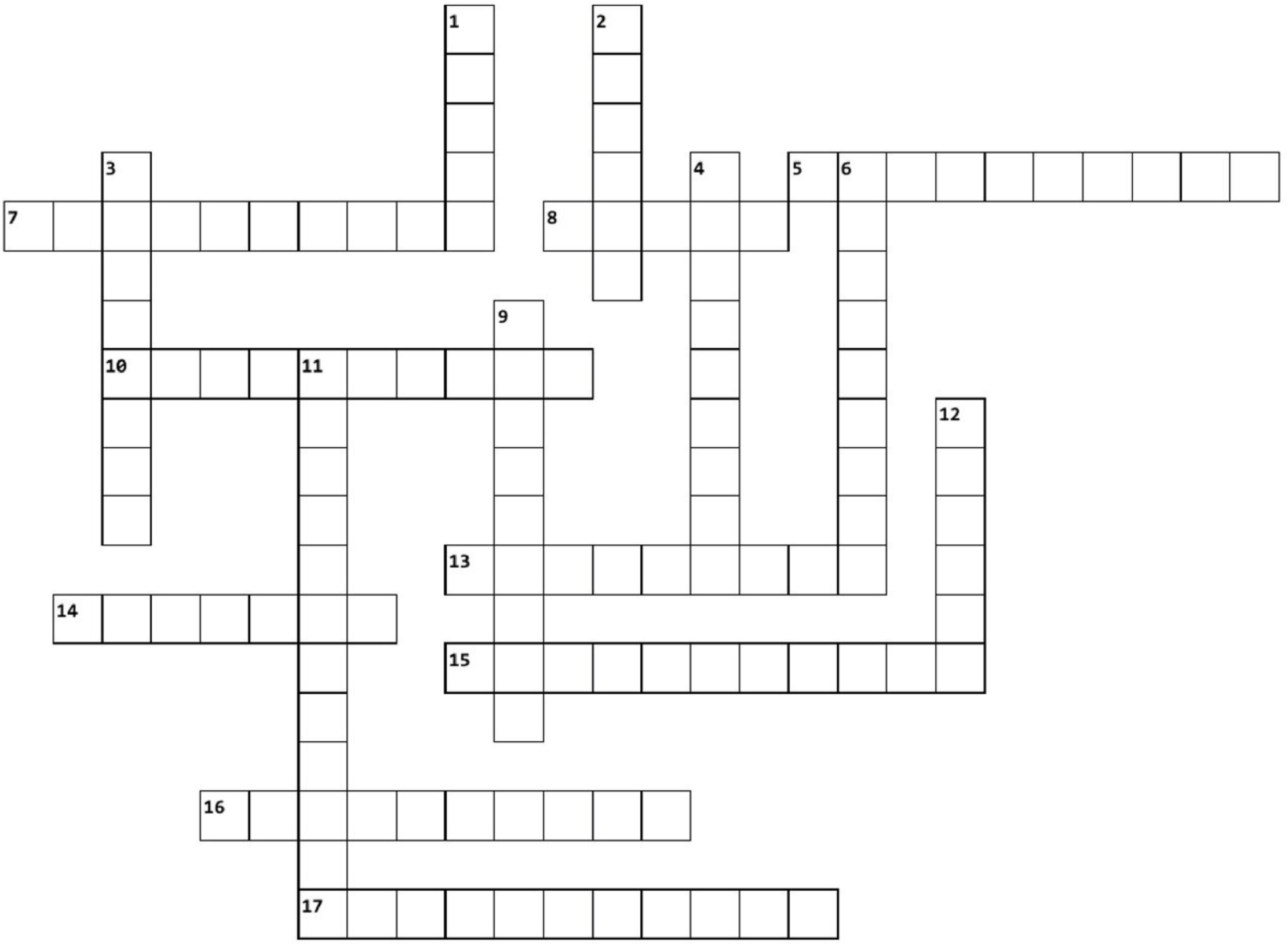
1. **Spyrja og skrá:** Alltaf skal spyrja um ofbeldi ef grunur vaknar og skrá nákvæmlega áverka og frásögn í sjúkraskrá. Þetta eru sönnunargögn framtíðarinnar.
2. **Leita eftir samþykki:** Meginreglan er að vinna með sjúklingnum. Upplýsa hann um að ný lög heimili aðstoð við að koma málinu til lögreglu og hvetja til þess. Ef beiðni fæst, er málið einfalt: Tilkynna.
3. **Meta hættu:** Ef sjúklingur hafnar aðstoð, þarf að meta hvort „brýn nauðsyn“ sé til staðar. Er lífi eða heilsu ógnað með yfirvofandi hætti? Ef svarið er já, víkur þagnarskyldan fyrir verndarskyldunni.
4. **Hlutverk heilbrigðisstarfsmannsins:** Nýju lögin eru ekki ætluð til að gera heilbrigðisstarfsmenn að lögreglumönnum, heldur til að opna dyr. Þau tryggja að þegar sjúklingur vill hjálp, þá standi þagnarskyldan ekki í vegi fyrir því að lögregla fái þau gögn sem hún þarf til að geta veitt raunverulega vernd.

Með þessum lagabreytingum og túlkun þeirra í ljósi mannréttinda er leitast við að tryggja að heilbrigðiskerfið sé ekki þögull áhorfandi að alvarlegu ofbeldi, heldur virkur þátttakandi í að tryggja öryggi skjólstæðinga sinna.

1. Umfjöllunin byggir á lengri grein höfundar sem er í ritrýniferli á öðrum vettvangi.
2. Opuz gegn Tyrklandi, 9. júní 2009 nr. 33401/02.
3. Kurt gegn Austurríki, 15. júní 2021 nr. 62903/15.

14 HEILABROT

LÆKNABLAÐSINS



Lárétt

5. Öfugur danskur faðir, réttur danskur vinur og bjölluhljóð gefst vel við gáttatifi (10)
7. Annars flokks juð gárar ruglast í lækningatæki við hættulegum takttruflunum (10)
8. Frh ölæði einfaldað felur það sem endar í hægri hluta hjartans (5)
10. Ester er umkringd af öfugum lók og belti og verður þannig fituefni (10)
13. Öfugt mat, einfaldur Pó og rugluð Edna er alvarleg afleiðing vökva í gollurshúsi (9)
14. Öfugt lak og sigtum er mikilvægt í hjartavöðvasamdrætti (7)
15. Sunnuhrútís ruglast í gangráð hjartans (11)
16. Dyraop, fyrsta flokks og að binda fast gefur stað í hjarta þar sem segar myndast (10)
17. Fákar vor vöð ruglast í afleiðingu gríðarlegrar áreynslu (11)

Lóðrétt

1. Víetnam Persíu geymir rafstraum (5)
2. Rasp í róna einfaldað felur blóðþrýstingslækkandi lyf (6)
3. Rut umlykur skafa ruglað og verður að tengipunkt (8)
4. Kvefsin fæ ruglast í svefntruflun (9)
6. Eftir Krist, enskur einn aftur og ruglað eins er gefið í ofansleglahraðtakti (9)
9. Dó mín í búta? Nei, hún jók samdrátt! (9)
11. Háfættur fugl umlykur sérislenskan staf og tölu og verður að efni sem kemur að kekkjun blóðflagna (12)
12. Annars flokks strik sjást við ómun í hjartabilun (1,5)

Vísnagáta

Roðnar ljós á rás frá þér,
réttir hjálparhönd.
Skeður, gerist, skapast hér,
skinni vafin rönd.

Heilabrot 13 – Lausnir

Lárétt:

1. EKG
4. BLOKK
5. SVT
6. QT-BIL
8. SLEGLATIF
12. ACE-HEMILL
13. PÚLSÞRÝSTINGUR
16. TOTUVÖÐVI
17. CORDARONE

Lóðrétt:

2. GÁTTAFLÖKT
3. HLÉBIL
7. TAVI
9. GREINROF
10. GANGRÁÐUR
11. AMLO
14. STATÍN
15. HOLTER

Vísa: Lausnin er sól:
Sólin, Hólmasól (dóttir Þórunnar hyrnu), draugasól, hringsól

Höfundur: Erla Sigríður Sigurðardóttir sérnámslæknir

Lausnir birtast í næsta tölublaði

Diljá Hilmarsdóttir
sérnámsgrunnslæknir

Dagur í lífi sérnámsgrunnslæknis í héraði



07:15 Fyrsta vekjaraklukkan hringir. Slekk á henni og sný mér yfir á hina hliðina, vitandi mætavel að það hringir önnur eftir fimm mínútur.

07:20 Næsta vekjaraklukka hringir. Tek upp símann og gef mér örfáar mínútur í að skoða helstu samfélagsmiðla. Virðist ekki hafa misst af neinu merkilegu í nótt frekar en aðrar nætur, samt mikilvægar fimm mínútur.

07:25 Staulast fram úr, klæði mig og fer inn á bað til að hafa mig til. Mikið sakna ég þess að fá heitan kaffibolla með flóaðri haframjólk frá unnustanum eins og hann færir mér alla morgna heima. Er frekar nýbyrjuð að drekka kaffi og því mjög kröfuhörð, hef ekki lagt í að læra á uppáhellingarvélina í íbúðinni minni hér fyrir vestan og kýs því frekar að sleppa morgunkaffinu.

07:50 Opna dyrnar fram á gang á sama tíma og Helga vinkona mín sem býr í íbúðinni á móti. Mikil stemning að vera í héraði með bestu vinkonu minni. Örkum af stað í vinnuna, sem betur fer snjóaði í nótt, vona bara að það bæti í svo það verði loksins hægt að fara á skíði.

08:00 Morgunfundur lækna, þau sem voru á vaktinni yfir helgina rapportera innlögnum. Það hefur verið nóg að gera hjá þeim og virðast þau því ansi buguð. Finn smá stress og spennu hellast yfir mig þar sem ég er með vaktina í dag, verður fróðlegt að sjá hvað hún býður upp á.

08:20–09:29 Ekkert að frétta á vaktinni svo ég kynni mér hitt og þetta á internetinu, les fréttir og skoða veðurspána eins og sönnum Ísfirðingum sæmir.

09:30 Heilagur tími á HVEST Ísafirði. Hér koma allir starfsmenn hússins saman og fá sér morgunkaffi. Stoppa reyndar stutt þar sem fyrsti skjólstæðingur dagsins lét að sjálfsögðu sjá sig á slaginu 9:30 eftir rólegan morgun.

09:40–11:59 Afgreiði sex erindi fram að hádegismat. Stoðkerfisverkir og flensueinkenni þemað að venju, allt frekar fljótafgreitt. Reyni að spæna samviskusamlega í gegnum lyfjaendurnýjanirnar á milli skjólstæðinga.

12:00 Hádegismatur, besti tími vinnudagsins. Góður matur og gott fólk, getur ekki klikkað.

12:50–16:00 Önnur sex vakterindi eftir hádegi, sama þema og áður. Reyndar ein sem ég hef meiri áhyggjur af en öðrum. Er með vikusögu um hita og hósta, talsvert slöpp að sjá. Heyri ekkert óeðlilegt við hlustun en ákveð að taka CRP sem reynist verulega hækkað. Sendi hana því beint yfir ganginn í röntgenmynd af lungum sem sýnir litla íferð. Afskaplega þægilegt hvað boðleiðirnar hér eru stuttar og hlutum fljótt komið í ferli.

17:00 Við Helga keyrum saman á vaktbílnum í líkamsræktarstöðina til að taka WOD dagsins. Vaktsíminn hringir að sjálfsögðu á slaginu 17:30 þegar tíminn á að byrja, F3 útkall. Ræði stuttlega við neyðarlínuna og sjúkraflutningafólkið, ákveðum að mæla okkur mót á sjúkrahúsinu þegar þau hafa metið aðstæður betur.

18:15 Mér verður fljótt ljóst við komu skjólstæðingsins í hús að um alvarlegt mál er að ræða. Kalla út bakvaktina og fljótlega eru röntgen, rannsókn og hjúkrunarfræðingarnir á vaktinni einnig komin í hús. Viðkomandi flyst svo brátt með sjúkraflugi til Reykjavíkur.

21:00 Kemst loksins heim. Glorsoltin eftir að hafa ekkert borðað frá því í hádeginu. Fer í kærkomna sturtu og hita upp lambakjöt í karrýsósu, mitt „go to“ þessa dagana af tilbúnu réttunum í Bónus. Hringi heim og við gefum stutt rapport frá deginum.

22:30 Í þann mund sem ég ætla að fara að sofa hringir vaktsíminn. Sama og áður, flensueinkenni. Skýst upp á heilsugæslu að meta viðkomandi, reyni að nota klíníska nefið títt umtalaða, er í stífri þjálfun.

23:30 Leggst á koddann, reyni að gleyma því hæfilega mikið að ég sé á vaktinni til að eiga auðveldara með svefn. Næ því sem betur fer og sef alla nóttina óáreitt.



Frá vinstri: Meliha C. Kapetanovic aðjúnkt prófessor við LU, Jón Þorkell Einarsson yfirlæknir gigtardeildar SUS, Jónas A. Aðalsteinsson yfirlæknir og prófessor á húðdeild, Ólafur Pálsson doktorsefni, Vinod Chandran prófessor við Háskólann í Toronto, Sædís Sævarsdóttir forseti læknadeildar HÍ, Þorvarður J. Löve prófessor við HÍ og Björn Guðbjörnsson prófessor emeritus HÍ.

Doktorsvörn við læknadeild Háskóla Íslands og læknadeild Lundarháskóla

Ólafur Pálsson

Föstudaginn 13. febrúar 2026 varði Ólafur Pálsson doktorsritgerð sína í læknavísindum við læknadeild Háskóla Íslands og læknadeild Lundarháskóla. Ritgerðin ber heitið: Að kanna bilið milli rannsókna og raunveruleika í sóragigt (*Exploring the Gap Between Clinical Trials and Real-World Practice in Psoriatic Arthritis*).

Andmælendur voru Vinod Chandran, prófessor og dósent við University of Toronto, og Jónas Aðalsteinn Aðalsteinsson, prófessor við læknadeild HÍ. Umsjónarkennari og leiðbeinandi var Björn Guðbjörnsson og meðleiðbeinandi Þorvarður Jón Löve. Umsjónarkennari og leiðbeinandi við Lundarháskóla var Meliha C. Kapetanovic og meðleiðbeinendur voru Jón Þorkell Einarsson og Johan K. Wallman. Sátu leiðbeinendur við Lundarháskóla einnig í doktorsnefnd við Háskóla Íslands.

Ólafur útskrifaðist úr Háskóla Íslands og lauk síðan kjarnanámi í lyflækningum (*Core Medical Training*) við Landspítala og varð meðlimur Royal College of Physicans (MRCP). Hann hélt til Lundar í Svíþjóð og lauk þar sérnámi í gigtarlækningum 2022. Ólafur snéri heim sama ár og hefur síðan starfað á Landspítala og á Gigtarmiðstöðinni sem gigtarlæknir og stundað kennslu læknanema við Háskóla Íslands.

Sóragigt er langvinnur bólgusjúkdómur í liðum tengdur húðsjúkdómnum psoriasis. Hann getur haft djúpar og langvinnar afleiðingar, bæði fyrir sjúklinga sem þjást af honum og fyrir samfélagið. Í verkefninu eru skoðuð gögn úr gæðagagnagrunnum líftæknilyfja.

Í fyrsta verkefninu var sýnt fram á að sjúklingar með sóragigt sem uppfylla ekki inntökuskilyrði slembiraðaðra rannsókna á líftæknilyfjum fá jafn mikinn ávinning af slíkum lyfjum eins og þeir sem uppfylla inntökuskilyrðin. Í öðru verkefninu var sýnt fram á að við upphaf líftæknilyfjameðferðar með TNF-hemlum minnkar notkunin á bólgueyðandi verkjalyfjum um 40-50%.

Markmið meðferðar við sóragigt er að upphefja öll einkenni og teikn um sjúkdóminn, ef það er hægt, með öðrum orðum að koma sjúklingum í sjúkdómshlé, helst án nokkurra aukaverkana meðferðar. Að ná og viðhalda sjúkdómshléi yfir lengri tíma, svo kölluðu viðvarandi sjúkdómshléi, hefur sýnt sig að bæta langtímahorfur í iktsýki. Í síðustu tveimur verkefnunum er skoðuð tíðni viðvarandi sjúkdómshlés og forspárþættir fyrir því bæði í Svíþjóð og á Íslandi. Þrátt fyrir gott aðgengi að lyfjameðferðum upplifir helmingur sjúklinga aldrei sjúkdómshlé og færri en þriðjungur þeirra fá viðvarandi sjúkdómshlé. Karlkyn og minni þreyta við upphaf meðferðar spá fyrir betri líkum á að ná viðvarandi sjúkdómshléi.



Hvað segir nýdoktorinn?

Afhverju vildir þú verða læknir?

Sumir þurfa að hugsa sig mikið um hvað þeir vilja læra og starfa við. Ég er einn af þeim heppnu sem þurfti aldrei að velta því fyrir mér. Ég vildi verða læknir frá barnsaldri og get engar skýringar gefið á því.

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

9.

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Stöðva smásölu áfengis utan ÁTVR (eða netpöntun eða hvað sem þetta þykist heita). Ég kann engar aðrar töfralausnir en nóg er af verkefnum. Efla heimaþjónustu til að tryggja sjálfstæða búsetu og minnka þörf á spítalavist við færniskerðingu til skemmri tíma. Byggja þak inn í kerfið á biðtíma eftir skurðaðgerðum og nýta þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsfólks svo létta megi á verkefnum sérhæfðra stofnana. Setja á fót kerfi sem tryggir að beiðnir/tilvísanir séu staðfestar, mótteknar og lesnar og að áætlaður biðtími sé skýr og aðgengilegur. Nú lauk ég doktorsnámi einnig við sænskan háskóla og þar þótti mér ein stefna áhugaverð, að doktorsnemum er kennt og skylt að miðla vísindavinnu sinni einnig til almennings og auka þannig vísindalæsi. Vísindin efla alla dáð.

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

Ég veit fátt skemmtilegra en að spila borðspil og geri það eins oft og ég get, við dætur mínar, konu og vini. Spilasafnið telur hundruð spila af öllum stærðum, gerðum og litum. Tölvuleikir og bókalestur fylgja þar á eftir.



Bókin og fallegur skógarmítill.



Frá vinstri: Elin Marsk (meðleiðbeinandi), Malou Hultcrantz (meðleiðbeinandi), Sigurður Árnason, Mervi Kanerva (andmælandi), Barbro Hedin Skogman (aðalleiðbeinandi), Åsa Laestadius (meðleiðbeinandi).

Doktorsvörn við Karolinska Institutet

Sigurður Árnason

Sigurður Árnason varði doktorsritgerð sína í læknavísindum við Karolinska Institutet þann 28. nóvember síðastliðinn. Titill doktorsritgerðarinnar er Andlitslömun og taugaborrelía barna: meðferð og horfur“ (*Facial nerve palsy and Lyme neuroborreliosis in children: treatment and outcome*).

Andmælandi var Mervi Kanerva, háls-nef- og eyrnalæknir við Háskólasjúkrahúsið í Helsinki. Í doktorsnefnd sátu Ann Hermansson, Johan Sanmartin Berglund og Maria Lundgren. Leiðbeinandi Sigurðar í verkefninu var Barbro Hedin Skogman og meðleiðbeinendur voru Elin Marsk, Åsa Laestadius og Malou Hultcrantz.

Sigurður lauk sérnámi í barnalækningum við Astrid Lindgrens barnaspítalann á Karolinska árið 2017. Sigurður stundaði einnig nám við Háskólann í Oxford árin 2022-2024 og lauk þaðan gráðu í smitsjúkdómalækningum barna (Postgraduate Diploma of Paediatric Infectious Diseases). Sigurður starfaði sem sérfræðingur í smitsjúkdómateymi Astrid Lindgrens barnaspítalans 2017-2022 og gegnir þar áfram hlutastöðu. Frá 2023 hefur Sigurður starfað sem barnalæknir hjá Domus barnalæknum og sem barnalæknir í smitsjúkdómateymi Barnaspítala Hringsins síðan 2024.

Doktorsverkefnið fjallar um andlitslömun barna og taugaborrelíu (*Lyme neuroborreliosis*) sem eru samtvinnuð fyrirbæri í löndum þar sem skógarmítlar og borrelía eru landlæg. Skógarmítlar geta borið með sér bakteríuna *Borrelia burgdorferi* sem við mítlabit getur smitast yfir í menn og valdið ýmsum sýkingum. Algengasta sjúkdómsmyndin er húðborrelía með einkennandi flökkuroða (*erythema migrans*) en sýkingin getur einnig orðið ífarandi og valdið taugaborrelíu. Algengasta einkenni taugaborrelíu hjá börnum er andlitslömun og sömuleiðis er taugaborrelía algengasta greinanlega ástæða andlitslömunar barna. Rannsóknirnar í doktorsritgerðinni fjölluðu um faraldsfræði, horfur og meðferð andlitslömunar barna í Stokkhólmsléni. Samhliða verkefnum doktorsritgerðarinnar hefur Sigurður unnið að FACE-rannsókninni í Svíþjóð (Facial nerve palsy And Cortisone Evaluation study) sem er slembuð, tvíblind, lyfleysustýrð rannsókn á börnum með andlitslömun til að kanna áhrif stera á útkomu lömunarinnar. Meðferð með sterum er gefin fullorðnum með andlitslömun eftir niðurstöður svipaðra rannsókna en sambærilegar rannsóknir hjá börnum skortir. Fyrstu niðurstaðna úr FACE-rannsókninni er að vænta 2027.

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

Það var nú aldrei ætlunin að verða læknir. Haustið sem ég „átti“ að byrja í Háskólanum datt mér hins vegar í hug að prófa klásus, sem þá var við lýði. Þó ég hafi ekki komist inn í fyrstu tilraun fannst mér eitthvað heillandi við þetta og ég hef ekki séð eftir því síðan.

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

Rannsóknarvinnan er að mestu leyti mjög skemmtileg og mjög gagnlegt sem læknir að ganga í gegnum allt ferlið frá rannsóknarspurningu að birtingu greinar. Það sem var klárlega erfiðast í doktorsverkefninu voru öll formsatriðin og skriffinnskan, það reyndi oft og tíðum verulega á.

Hvert yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Að breyta reglugerð 856/2023 frá Heilbrigðisráðuneytinu um veitingu sérfræðileyfa og undirsérgreinaleyfa. Í krafti þessarar reglugerðar taka heilbrigðisyfirvöld hér á landi í mörgum tilvikum illa á móti þeim sem snúa heim úr sérnámi í undirsérgreinum sem ekki hafa formlega viðurkenningu í því landi sem starfað var. Þetta gildir til dæmis um býsna margar undirsérgreinar í barnalæknisfræði en sú reynsla og þekking sem aflað er getur þó verið afgerandi fyrir heilbrigðisþjónustuna hér á Íslandi. Verði þessari reglugerð og viðhorfi ekki breytt er verulega hætta á mönnunarskorti í undirsérgreinum og minni teymum hér á landi.

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

Það er skemmtilegast að brasa eitthvað með fjölskyldunni í frítímanum. Annars skortir mig ekki áhugamál en ég hef áhuga á hlaupum, útiveru, skíðum, stangveiði, hjólreiðum og fleiru í þeim dúr. Þessa dagana á reyndar „Simply piano“ appið og rafmagnspíanóið hug minn allan!

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



Björn Pétur Sigurðsson
bæklunar- og handarskurðlæknir

Sérgreinin skiptir ekki máli

Einhvern tímann í verknáminu í læknadeildinni settist vandaður og virtur augnlæknir niður með okkur bekkjarbræðrum, fimm eða sex saman, í lok dags þegar um hafði hægst. Sátum við í hálfhring á rökkvaðri biðstofunni á Öldugötunni. Í stað þess að fræða okkur meira um spegil sálarinnar spurði hann okkur hvort við hefðum stillt miðið á sérgrein að námi loknu. Tveir voru snöggir til svars og sögðu digurlega frá sínu vali og rökum fyrir því. Annar stóð við það síðar. Aðrir gáfu loðnari svör. Augnlæknirinn þagði um stund, velti svörunum greinilega fyrir sér og sagði svo, nánast upp úr eins manns hljóði: „Sérgreinin skiptir ekki máli. Ef þið nennið að hlusta á einhvern lýsa raunum sínum og hafið áhuga á að hjálpa honum úr þeim verðið þið alltaf á réttum stað“.

Pabbi minn var lyflæknir og fannst öllum, og mér upphaflega líka, eðlilegt að ég veldi sömu leið, svona eins og þegar sonur sauðfjárbónda tekur smám saman við búinu. Það tók mig langan tíma að skilja að þannig þyrfti ekkert endilega að fara. Það væri alveg hægt að verða kúabóndi. Eftir útskrift varð ég deildarlæknir á svæfingadeild, lyflækningadeild í tvö ár og síðar bráðadeild í ár. Samhliða var ég á neyðarbílnum, sem þá var mannaður unglækni, og í þyrlusveit Landhelgisgæslunnar. Tíminn var frábær, ekki síður í minningunni, því þarna fékk ég í hlutverki læknis að skyggnast í heima, sem fyrr og síðar voru lokaðir. Auk ómetanlegrar reynslu við læknisstörf fékk ég á þyrlunni að fljúga lágflug þvers og kruss yfir landið, væflast einn um Surtsey og tróna á tindi Herðubreiðar án þess að hafa þurft að hafa fyrir því að ganga upp. Með neyðarbílnum fór ég í dópgreni og aðra staði sem ég hafði áður ekki vanið komur mínar á.

Eftir störf á bráðadeildinni rann smám saman upp fyrir mér að mig langaði að fylgja verkefnum úr hlaði frekar en að afhenda þau öðrum til úrvinnslu. Yfirlæknir bæklunarskurðlækningadeildar tók mér opnum örmum og eftir fyrsta daginn var niðurstaðan fengin. Um veturinn flutti Jón Karlsson, íslenskur prófessor í bæklunarskurðlækningum á Sahlgrenska sjúkrahúsinu í Gautaborg í Svíþjóð, fyrirlestur á Íslandi og gaf ég mig á tal við hann. Enginn hefur reynst mér betur á mínum ferli en Jón. Hjá honum lærði ég til bæklunarskurðlæknis, þar sem áherslan var á speglanir og slysalækningar. Við þær hef ég fengist alla tíð síðan. Mér fannst hins vegar bæði ögrandi og skynsamlegt að bæta við mig handarskurðlækningum sem undirsérgrein. Jóni tókst með seiglu að koma mér inn á annars fullmannaða handarskurðlækningadeildina í Gautaborg. Að námi loknu sneri ég til starfa á Landspítala að hálfu og á stofu á móti. Hvor vettvangurinn hefur sína kosti og galla, suma vel kunna, en gott samferðafólk er mikilvægast og það hef ég haft.

Eftir störf á bráðadeildinni rann smám saman upp fyrir mér að mig langaði að fylgja verkefnum úr hlaði frekar en að afhenda þau öðrum til úrvinnslu. Yfirlæknir bæklunarskurðlækningadeildar tók mér opnum örmum og eftir fyrsta daginn var niðurstaðan fengin.

Kostirnir við handarskurðlækningar eru margir. Verkefnin eru oft augljós og úrlausnirnar þar með líka. Árangur getur verið skýr og skjótur. Hægt er að starfa á sjúkrahúsi eða stofu eða báðum samhliða, sé áhugi fyrir hendi hjá forráðamönnum. Ekki veit ég til þess að nokkurn handarskurðlækni á Íslandi hafi skort verkefni.

Amma frænda míns, Sigurðar Einarssonar meltingarlæknis, var vön að segja: „Allt, sem þarf að gera, er skemmtilegt.“ Lækningar verða aldrei vinna. Lækningar eru forréttindi. Vinna er mótauppsláttur í janúar.

HANDASKURÐLÆKNINGAR

„Bara læknir í höndum? Kannski bara hægri?“



Drífa Frostadóttir
handaskurðlæknir
PhD

Ég hef alltaf haft mikinn áhuga á að vinna með höndunum og finna raunhæfar lausnir á flóknum vandamálum. Þegar ég lauk kandidatsárinu var val á sérgrein ekki sjálfgefið. Til að fá betri innsýn ákvað ég að starfa um tíma á bæklunardeild þar sem ég kynntist handaskurðlækningum í fyrsta sinn. Ég féll strax fyrir eðli starfsins, nákvæmninni, fjölbreyttum sjúklingahópi og þeim krefjandi vandamálum sem þurfti að takast á við. Ég naut mjög góðs samstarfs við leiðbeinanda minn, Jóhann Róbertsson, og sótti mikinn innblástur frá honum. Þetta varð til þess að ég sótti um stöðu á handaskurðdeildinni í Malmö vorið 2015, deild sem nýtur góðs orðspors bæði fyrir framúrskarandi klínískt starf og öfluga vísindastarfsemi.

Handaskurðlækningar eru oft misskildar. Ég fæ ósjaldan spurninguna: „Ertu bara læknir í höndum, kannski bara hægri hendinni?“ Það vekur gjarnan bros en raunin er sú að sérgreinin er mun víðtækari og flóknari en margir gera sér grein fyrir.

Handaskurðlækningar snúast ekki einungis um meðferð við áverkum á höndum, heldur um heildræna nálgun. Eðlileg virkni efri útlima er forsenda sjálfstæðis í athöfnum daglegs lífs og atvinnuþátttöku einstaklingsins. Sérgreinin spannar meðferð beinbrota, slitgigtar, sinaskaða og sýkinga, en einnig meðferð flókinna taugavandamála sem geta haft veruleg áhrif á hreyfingu og skyn í höndum, örmum og jafnvel öxlum. Þá felur sérgreinin jafnframt í sér greiningu og meðferð æxla, meðfæddra galla og fötlunar af völdum heilablóðfalls og heilalömunar (*cerebral paresis*).

Starfið krefst mikillar nákvæmni og skapandi hugsunar, sérstaklega þegar unnið er með flókin tilfelli á borð við úttaugaskaða þar sem markmiðið er ekki einungis að græða vef, heldur að endurheimta virkni eða skapa nýja færni sem áður var ekki til staðar. Jafnvel lítil bæting í virkni getur skipt sköpum, hvort sem um er að ræða að geta borðað sjálfur, sinnt daglegum athöfnum eða notað hendur sínar í samskiptum.

Meðferðin er þó sjaldnast bundin við skurðaðgerð eina og sér. Hún felur einnig í sér náið samstarf við sjúkraþjálfara, iðjuþjálfara og aðrar fagstéttir eftir aðgerð, auk inngripa eins og Botoxmeðferðar við spastískum vöðvum. Þetta þverfaglega samstarf er einn af helstu styrkleikum greinarinnar og undirstrikar mikilvægi þess að horfa á sjúklinginn í heild.

Handaskurðlækningar eru jafnframt sérgrein í stöðugri þróun þar sem vísindi gegna lykilhlutverki. Greinin býður upp á fjölbreytt og krefjandi tækifæri til rannsókna, bæði á forklínísku stigi og í klínísku starfi. Í mínu tilfelli leiddi þessi áhersla til doktorsnáms, sem ég lauk árið 2024, þar sem rannsóknirnar beindust að úttaugasköðum og tengdum meðferðarúrræðum. Sú reynsla hefur styrkt klíníska nálgun mína og dýpkað skilning á þeim vandamálum sem unnið er með í daglegu starfi. Jafnframt eru gerðar miklar kröfur í faginu til bæði fræðilegrar og verklegrar hæfni, sem endurspeglast í alþjóðlegum hæfniprófum á borð við European Board of Hand Surgery, sem ég lauk árið 2025.

Þessi breiða nálgun sem handaskurðlækningar bjóða upp á, ásamt sterkri tengingu milli klínískrar vinnu og rannsókna, gerir sérgreinina sérstaklega aðlaðandi fyrir lækna sem hafa áhuga á bæði verklegri færni og fræðilegri dýpt. Fagið býður upp á raunveruleg tækifæri til að taka virkan þátt í þróun nýrra meðferða og bæta árangur fyrir sjúklinga, samhliða krefjandi og afar gefandi klínísku starfi.

Handaskurðlækningar snúast ekki einungis um meðferð við áverkum á höndum, heldur um heildræna nálgun. Eðlileg virkni efri útlima er forsenda sjálfstæðis í athöfnum daglegs lífs og atvinnuþátttöku einstaklingsins.

Magnús Karl Magnússon
svæfingalæknir

Hugleiðingar um þróun sérnáms á Íslandi



Frá heimkomu úr sérnámi í svæfingalækningum í Hollandi hef ég fylgst með umræðu um sérnám hér á landi. Í upphafi var rætt um að fyrstu ár sérnáms væru hér á landi en almennt var lagt upp með að flestir sérnámslæknar dveldu meginhluta námstímans erlendis og fengju þá sinn tíma hér á landi metinn, að minnsta kosti að hluta. Nokkrar sérgreinar voru þá þegar með fullt sérnám hér heima, sem má rökstyðja með því að í þeim greinum er meiri áhersla á nærsamfélag heldur en á fjölbreytileika sem finnst á stórum háskólasjúkrahúsum erlendis.

Íslenskir sérfræðilæknar hafa jafnan verið stoltir af því hversu víðförlir þeir hafa verið og hér hefur myndast pottur hugmynda og áhugaverður grundvöllur til framfara í lækningum á Íslandi. Líklega kannast allir læknar við sögur af kollegum sem hafa snúið aftur til Íslands með hugmyndir og starfsvenjur sem þeir hafa kynnst erlendis. Oft hefur þetta leitt til töluverðra framfara í heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Sumt hefur gengið betur en annað, það er að segja að koma breyttum starfsháttum og venjum til leiðar.

Flest þeirra sem hafa haldið til útlanda til náms átta sig á þessu, víkkað sjóndeildarhringinn, stækkað tengslanetið og séð að hægt er að vinna ýmis verk á allt annan hátt en gert er á Íslandi. Mörg átta sig á hversu þroskandi getur verið að reyna sig í misframandi menningu en einnig að takmörkuð eftirspurn er eftir hverjum og einum í hinum stóra heima og það þarf að vinna sér inn traust til að sinna erfiðari tilfellum.

Ekki skal gera lítið úr þeirri reynslu sem það getur verið fyrir sérnámslækna að fá viðkynningu af hinum ýmsu sérgreinum með því að vinna á deild hér á landi í einhver misseri. Það hjálpar fólki oft að átta sig betur á starfinu sem fylgir hverri sérgrein og gerir mögulega fyrstu skrefin erlendis eilítið léttari.

Nú er hins vegar áhersla á að sérnám flytjist sem mest heim til Íslands. Í einhverjum sérgreinum virðist hafa verið lögð til hliðar krafa um að fólk fari erlendis til sérnáms á einhverjum tímapunkti. Jafnvel þó að einhvern lítinn hluta sérnáms sé skylt að taka erlendis er ekki þar með sagt að það sé með einhverjum hætti sambærilegur lærdómstími og heimamenn í hverju landi njóta. Ekki er líklegt að Íslendingar geti gengið inn á stærstu sjúkrahús erlendis og ætlast til að vera hleypt í áhugaverðustu og lærdómsríkustu tilfellin eftir að hafa verið nokkur ár á Íslandi í sérnámi. Almennt verða menn að vinna sér inn að komast að slíkum tillfellum eða að heimalönd viðkomandi sérnámslækna borgi fyrir sérnámið og þau námstækifæri sem erlendu heilbrigðisstofnanirnar geta boðið upp á. Ekki ber á því að nokkur ráðamaður hér á landi vilji standa fyrir því að slíkt verði gert, til að íslenskt sérnám standi undir nafni.

Hér má einnig velta fyrir sér álagi og fjölbreytileika tilfella á spítölum sem þjónusta milljónir íbúa samanborið við Landspítala sem þjónustar um 400 þúsund manns. Er líklegt að sérnám í mörgum greinum á Íslandi geti orðið sambærilegt við nám sem milljónaþjóðir í hinum vestræna heimi geta boðið?

Hvötum til sérmenntunar erlendis virðist heldur fækka fyrir íslenska lækna. Í fáum löndum er vinnuvika lækna jafnstutt eins og á Íslandi, samanber 36 klukkustundir á Íslandi miðað við 48 klukkustundir í Hollandi. Af hverju ættu íslenskir sérnámslæknar að leita til útlanda þegar að hægt er ljúka sérnámi á Íslandi á betri kjörum og með mun minni fyrirhöfn, eins og að læra nýtt tungumál, flytja búferlum með fjölskyldu, og svo framvegis?

Fyrir nokkrum árum hélt kollegi minn því fram að óopinber stefna ráðamanna væri sú að afmá sem flest einkenni starfsgreina heilbrigðisþjónustu. Þannig yrðu allir starfsmenn smá saman að einni starfsgrein – heilbrigðisstarfsfólk. Kannski er þróun sérnáms lækna á Íslandi liður í þessu, allir sérmenntaðir á Íslandi, á einum spítala þar sem fæstir hafa farið erlendis til að sjá hvernig hægt er að vinna með öðrum og ,oft og tíðum betri hætti. Þá fyrst geta heimamenn horft hver á annan og fullvissað sig um að verið sé að veita fyrsta flokks heilbrigðisþjónustu sem stenst allan samanburð við lækningar erlendis! Er ekki ástæða til að sérfræðilæknar myndi sér skoðun á framtíð sérnáms lækna á Íslandi?

„Er líklegt að sérnám í mörgum greinum á Íslandi geti orðið sambærilegt við nám sem milljónaþjóðir í hinum vestræna heimi geta boðið?“

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

Alvogen

RÍFLÚXÍN

Til meðferðar við brjóstsviða
og tengdum einkennum t.d.
magaóþægindum og sýrubakflæði.

- INNIHELDUR KALSÍUM- OG MAGNESÍUM KARBÓNAT
- SYKURLAUST
- PIPARMYNTUBRAGÐ
- 1-2 TUGGUTÖFLUR EFTIR ÞÖRFUM

Ríflúxín 680 mg/ 80 mg, tuggutöflur, 24 stk, 48 stk og 96 stk. Virkt efni: Kalsíumkarbónat/magnesíumkarbónat. **Ábendingar:** Til meðferðar við brjóstsviða og tengdum einkennum fyrir 12 ára og eldri. Lyfið má nota á meðgöngu og á meðan brjóstagjöf stendur. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.**
RIF.L.A.2024.0008.01

FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

alvogen.is

