Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



Læknadagar 2026

LEIÐARI

Sérnám í undirgreinum lyflækninga, vogun vinnur, vogun tapar
Sigurður Guðmundsson

FRÆÐIGREIN

Læknar og almenningur saman gegn sýklalyfjaónæmi – lykillinn að árangri

VIÐTAL

Urs Fischer prófessor
Frá vísindaþekkingu til innleiðingar: framtíð meðferðar heilablóðfalla í Evrópu

02/2026 112. árgangur: 53-100









Læknastöðin Hamraborg leitar að sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum til að slást í hópinn

Kvensjúkdómalækningastofa er starfrækt á hæðinni
en einnig starfa þar hjúkrunarfræðingar, sálfræðingar og heilsunuddarar.

Til leigu nýstandsett og mikið endurnýjuð glæsileg skrifstofu-/ meðferðarherbergi á 5. hæð við Hamraborg 1, á útsýnisstað miðsvæðis í Kópavogi, í alfaraleið.

Stærðir herbergja eru annars vegar 17,1 m^2 (hentar sérstaklega vel fyrir geðlækna og matslækna) og hins vegar 27 m^2 (hentar vel fyrir kvensjúkdómalækna, bæklunarlækna, gigtarlækna, hjartalækna, nýrnalækna, taugalækna, æðaskurðlækna, almenna skurðlækna og meltingarlækna).

Aðgengi fatlaðra er gott um lyftu sem er nýleg.
Laust frá 1. febrúar. VSK leggst ekki við leigufjárhæð.
Ritaraþjónusta er í boði fyrir þá sem þess óska.

Nánari upplýsingar gefur **Helgi Már Karlsson**,
löggiltur fasteigna-, fyrirtækja og skipasali, löggiltur leigumiðlari
Sími **897-7086** – netfang: **helgi@jofur.is**

Fasteignasalan Jöfur,
Suðurlandsbraut 4a, 2. hæð, 108 Reykjavík.

JÖFUR
ATVINNUHÚSNÆÐI

Olga Björt Þórðardóttir

Lýðgrunduð skimun gegn krabbameini að hefjast

Þrjú þúsund Íslendingar fæddir árið 1956 fengu í síðasta mánuði boð á Heilsuveru um þátttöku í öðrum prófunarfasa í skimun fyrir ristil- og endaþarmskrabbameini hér á landi. Sunna Guðlaugsdóttir og Helgi Birgisson ræddu við *Læknablaðið*

Þátttakendum er gefinn kostur á að fá sjálfkrafa sent FIT – hægðasýnatökusett í pósti. Nýbúar og fólk af landsbyggðinni fengu einnig boð. Hægðasýni jákvæð fyrir blóði fara sjálfkrafa inn í tilvísanagátt þar sem speglunarstöðvar grípa einstaklingana og bjóða þeim ristilspeglun innan mánaðar.

Þessi prófunarfasi er framhald af þeim fyrsta sem fór fram í fyrra þegar 200 einstaklingum var boðin þátttaka. Ef þátttakendur svöruðu ekki boðun fengu þeir hálfum mánuði seinna sent sýnatökusett (FIT) með leiðbeiningum til að senda til Landspítala til rannsóknar. „Við erum með ákveðin viðmið og miðum nú við lág gildi því viljum með því grípa sem flest. Miðað við erlendar tölur ættum við að sjá um 8% FIT-jákvæðar niðurstöður en reyndin var einungis 5,1% í fyrri prófunarfasanum," segir Sunna. Gert er ráð fyrir að um 80 einstaklingar verði nú í þörf fyrir ristilspeglun.



Sunna Guðlaugsdóttir, sérfæðingur í meltingarsjúkdómum hjá Meltingarsetrinu og Landspítala.



Helgi Birgisson, yfirlæknir Krabbameinsskrár og séfræðingur í ristil- og endaþarmsskurðlækningum.

Þetta þverfaglega skimanaferli sem nú er að hefjast hefur verið lengi í bígerð og alls hafa fimm heilbrigðisráðherrar komið að því. Á þessum tíma hafa skimanir verið færðar úr þriðja geiranum (Krabbameinsfélaginu) yfir í opinbera kerfið með stofnun á Samhæfingarmiðstöðvar krabbameinsskimana (SKS) árið 2021. Sunna hefur fylgt þessu verkefni frá upphafi; fyrst sem verkefnastjóri hjá Krabbameinsfélaginu, síðar í fagráði Landlæknis og síðast í faghópi SKS, en Helgi kom inn í þetta eftir stofnun SKS. Helgi leggur áherslu á að Embætti landlæknis hafi mælt með skimunum fyrir ristils- og endaþarmskrabbameinum frá síðustu aldamótum. „Meiningin er að þau sem hafa farið í ristilspeglun á undanförnum 8 árum eiga ekki að þurfa að fara í svona skimun."

Ekki búið að semja við Sjúkratryggingar Íslands

Ekki er búið að semja við Sjúkratryggingar Íslands um að fjármagna skimunarspeglanir. Sunna segir að það þurfi að klára fljótt svo að ekki verði hnökrar á ferlinu. Helgi tekur undir það og bætir við að í raun verði ekki farið í formlegar skimanir úr prófunarfasanum fyrr en þetta atriði verður á hreinu.

Spurð um hvernig prófunarfasinn gekk í fyrra, segja Sunna og Helgi að heilt yfir hafi það ferli gengið nokkuð vel. „Ferlið var frá febrúar til júní og hringt var þátttakendur til að tryggja eftirfylgni og fá mikilvæga endurgjöf. Reiknað var með að 15 af 200 væru jákvæð með blóð í hægðum og færu í ristilspeglun, en þau reyndust aðeins sjö og einn afþakkaði ristilspeglun. Svarþátttaka var 70% og því góð." Miðað við tilmæli frá WHO eigi að vera að lágmarki 65% svarhlutfall. Sunna segir að þær þrjár stöðvar sem voru beðnar um að sinna skimunarspeglunum hafi þó ekki náð að skila markmiði sínu. Við ætluðum að afla reynslu á speglunarskráninguna og þann tíma sem tekur að spegla en tilfellin fóru því miður nánast öll bara á eina speglunarstöð. Þörf er á fleiri tilfellum og nýjum prófunarfasa til að reynslan verði marktæk. Endurgjöf frá skjólstæðingum var hins vegar góð, eða 98,5% mjög ánægð og sögðu leiðbeiningar skýrar, ferlið gott og reynslan líka."

Helgi bendir á að fyrst og fremst hafi ekki nógu mörg sýni verið FIT-jákvæð til að sannreyna og mikilvægt sé að ná til nýbúa hér á landi. Hann hefur um tíma verið í samnorrænum hópi sem hefur gert samantekt á skimunum á Norðurlöndum og þar sést lækkun á nýgengi ristil- og endaþarmskrabbameina meðal Dana. Hugsanlega megi rekja það til skimana.

Sunna áréttar að Íslendingar hefðu getað verið fyrstir Norðurlandaþjóða ef hægt hefði verið að flýta ferlinu. „Þetta er þriðja algengasta krabbameinið. Það er svo sorglegt að ristilspegla einstaklinga, komna með klínísk einkenni þegar mögulega hefði verið hægt að greina þá fyrr einkennalausa með skimun og ná að lækna þá. Tilfellum hér á landi fjölgar enn því að þjóðin eldist og aldurshóparnir þar sem ristil- og endþarmskrabbameinin eru algengust stækkar." „Það sem er einnig alvarlegt er að við sjáum skýra aukningu í nýgengi ristil- og endaþarmskrabbameina meðal þeirra sem eru 50 ára og yngri. Það er líklegast að aukninguna megi tengja við breyttan lífsstíl," segir Helgi.

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



59
Oddur Ingimarsson
Algengi örorku er að aukast á Íslandi

Í örorku- og endurhæfingarvottorðum er orðið mun meira um veikindi þar sem oft reynist erfitt að meta hversu mikil skerðingin til að sinna vinnu er. Samspil veikinda, félagslegrar stöðu og fjárhagslegra hvata til að stunda vinnu er flókið.



61
Sigurður Guðmundsson
Sérnám í undirgreinum lyflækninga, vogun vinnur, vogun tapar

Niðurstaðan er að áhugavert er að huga að sérnámi í undirgreinum lyflækninga. Umræða hefur samt verið af skornum skammti og við því þarf að bregðast.

FRÆÐIGREINAR

62
Ólafur Ó. Guðmundsson, Guðmundur Helgi Hjaltalín, Haraldur Jóhannsson
Þróun sjúkdómsgreininga í læknisvottorðum vegna endurhæfingar og örorku

Hlutfall einstaklinga með örorku- eða endurhæfingarlífeyri á Íslandi hefur aukist verulega frá árinu 2000. Markmið rannsóknarinnar var að greina þróun sjúkdómsgreininga sem leiddu til örorku- eða endurhæfingarlífeyris, með áherslu á greiningar sem jukust mest, og meta þróun eftir kyni, aldri og uppruna.

69
Karl G. Kristinsson
Læknar og almenningur saman gegn sýklalyfjaónæmi – lykillinn að árangri

Sýklalyfjaónæmi er orðið ein helsta ógnin við lýðheilsu í heiminum í dag. Þrátt fyrir framfarir í læknisfræði hefur þróun sýklalyfja ekki haldið í við hraða þróun og útbreiðslu fjölónæmra baktería sem eykst stöðugt. Vandinn er stærstur í löndum þar sem sýklalyfjanotkun er mikil og aðgangur að hreinu vatni og hreinlæti takmarkaður.

74
Ellen María Gunnarsdóttir, Ásgeir Þór Másson, Páll Helgi Möller
Lendarkviðslit – Petit-kviðslit

Lendarkviðslit eru sjaldgæf tegund kviðslita sem flest eru staðsett í efri og neðri lendarþríhyrningum. Neðra lendarkviðslit er einnig nefnt Petit-kviðslit. Hér verður farið yfir tilfelli konu sem greindist með Petit-kviðslit og var meðhöndluð á kviðarholsskurðdeild Landspítala.

78
Dóra Lúðvíksdóttir, Gunnar Gunnarsson
Klínísk skoðun og aðferðafræði. Hvenær gerum við öndunarmælingar?



Á FORSÍÐU

Að venju lagði Fræðslustofnun lækna undir sig Hörpu í heila viku af janúarmánuði. Mynd forsíðunnar að þessu sinni er úr Kaldalóni, einum af sölum Hörpu. Dagskrá Læknadaga var smekkfull af spennandi efni og aðsókn var góð. Mynd/OBÞ

UMFJÖLLUN OG GREINAR

86

„Eldri sjúklingar koma sjaldnast með eitt einangrað vandamál“

Olga Björt Þórðardóttir

Antony Johansen prófessor er víða viðurkenndur sem einn af lykil-áhrifavöldum í umbreytingu meðferðar við mjaðmarbrotum í Bretlandi, þar sem samhæfð, þverfagleg meðferðarlíkön hafa helmingað dánartíðni og verulega bætt horfur eldri sjúklinga. *Læknablaðið* ræddi við hann.





88

„Okkar hugmyndafræði hefur ekki rúmast innan kerfisins“

Kristborg Bóel Steindórsdóttir

Grænahlíð er sérhæft fjölskyldumiðað geðheilbrigðisúrræði fyrir börn og ungmenni á aldrinum 0-25 ára og fjölskyldur þeirra. Lögð er áhersla á snemmtæka íhlutun og byggir meðferðin á nýjustu rannsóknum á áhrifum áfalla á taugaþroska, líðan og hegðun barna. Anna María Jónsdóttir, geðlæknir er stofnandi Grænuhlíðar.



90

Frá vísindaþekkingu til innleiðingar: framtíð meðferðar heilablóðfalla í Evrópu

Olga Björt Þórðardóttir

Urs Fischer prófessor flutti erindi á Læknadögum í Hörpu um víðtækari skuldbindingu við að yfirfæra áratuga rannsóknir á heilablóðfalli yfir í daglega klíníska starfsemi, allt frá stórum háskólasjúkrahúsum til afskekktra svæða. *Læknablaðið* hitti Urs.

80-82

Læknadagar 2026

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Besta vísindagreinin og besta sjúkratilfellið 2025

Yfirlit yfir doktorsritgerðir við Læknadeild HÍ 2024-5

LÖGFRÆÐI 58. PISTILL

92

Dögg Pálsdóttir

Ekki gera ekki neitt

93

14. Heilabrot *Læknablaðsins*

Krossgáta og vísnagáta

Erla Sigríður Sigurðardóttir

95

Doktorsvörn við Karolinska Institutet í Stokkhólmi

Dagur Ingi Jónsson

ÖLDUNGADEILDIN

94

Halldóra Ólafsdóttir

Hugleiðingar við starfslok

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

85

Teitur Ari Theodórsson

Af styttingu vinnuvikunnar og áhrifum á sérnám lækna

Til þess að mæta styttingu vinnuvikunnar hafa fleiri sérnámslæknar verið ráðnir inn og dreifast því námstækifærin á fleiri hendur.



BÓKIN MÍN

96

Þorbjörg Karlsdóttir

Gluggi yfir í annan heim

Sumar bækur tek ég fram aftur og aftur og nýt þess að lesa í hvert sinn. Til þessa heyra ljóðabækurnar hennar Gerðar Kristnýjar.



DAGUR Í LÍFI LÆKNIS

97

Björn Vilhelm Ólafsson

Ríkasti kandídatinn

15:30 Rapport í kvöldvaktina, flókni sjúklingurinn tekinn upp og ég jafn týndur og áður. Kemur svo loks að því að ég útskrifa sjálfan mig heim.



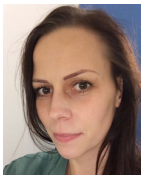
LIPUR PENNI

98

Ólöf Birna Margrétardóttir

Sofandi að feigðarósi?

Þeir sem taka ákvarðanir um það hvernig sjúkrahús eru rekin eru sjaldnast læknar. Ef þeir eru læknar þá eru það iðulega kollegar sem hafa ekki komið nálægt sjúklingavinnu í fjölda ára og hafa algjörlega tapað tengingunni við vinnuna á gólfinu.



MEDOR

Í mars 2026 mun MEDOR sameinast systurfélagi sínu Stoð undir nafninu

STOÐ



Við veitum aðgengi að þekkingu og lausnum sem styrkja heilbrigðiskerfið og rannsóknir og efla þannig störf fagfólks og bæta líf einstaklinga

www.medor.is
medor@medor.is
Draghálsi 14 - 16
S: 565 2885
www.stod.is
stod@stod.is

Algengi örorku er að aukast á Íslandi



Oddur Ingimarsson
geðlæknir, viðskiptafræðingur og lektor við læknadeild Háskóla Íslands

Ný íslensk rannsókn í þessu tölublaði *Læknablaðs–ins* sýnir að hlutfall einstaklinga á örorku- og endurhæfingarlífeyri hækkaði um 49% frá 2000 til 2024, eða úr 6,3% í 9,4%, meðal fólks á vinnualdri. Þar kemur jafnframt fram að það hefur orðið breyting á tímabilinu á sjúkdómsmynd þeirra sem fara á örorku- eða endurhæfingarlífeyri. Mest hefur fjölgað greiningum á þunglyndi og kvíða, verkjavanda, ADHD og einhverfu. Í janúar 2025 voru 2/3 af hópnum með geðgreiningar en tæplega helmingur með greiningar tengdar stoðkerfi. Einnig hefur orðið aukning í greiningum eftirstöðva veirusýkinga, streitu og alvarlegrar kulnunar. Niðurstöðurnar varpa ljósi á þróun sjúkdómsbyrði samfélagsins á tímabilinu, þar sem algengi langvinnra og flókinna sjúkdóma sem oft tengjast geðhag og lífsstíl hefur verið að aukast. Einnig kemur fram að einstaklingar sem flytja til landsins frá Evrópu eru síður með framfærslu af örorku- eða endurhæfingarlífeyri og hefur það minnkað vöxtinn í örorku- og endurhæfingarlífeyri.

Í örorku- og endurhæfingarvottorðum er orðið mun meira um veikindi þar sem oft reynist erfitt að meta hversu mikil skerðingin til að sinna vinnu er. Samspil veikinda, félagslegrar stöðu og fjárhagslegra hvata til að stunda vinnu er flókið. Kemur þetta vel fram hjá einstæðum íslenskum mæðrum á aldrinum 30-39 ára, en undirritaður fékk gögn um tíðni örorku frá Tryggingastofnun í hópnum. Örorka eykst þar eftir fjölda barna á þeirra framfæri. Hlutfall örorku hjá einstæðum mæðrum er 25% ef börn eru 1-2, 36% ef börn eru 3, en er 51% ef börn eru 4 eða fleiri. Auk örorkulífeyris er greiddur barnalífeyrir sem er um 48 þúsund á barn og er hann ekki skattskyldur. Örorka hjá einstæðum mæðrum kann að skýra að hluta til af hverju örorka- og endurhæfingarlífeyrir er mun hærri hjá konum en körlum, en í rannsókninni kemur fram að hlutfallið var 61% hjá konum og 39% hjá körlum árið 2025.

Á tímabilinu 1997-2024 hækkaði hæsti örorkulífeyrir um 18% umfram launavísitölu.[1] Nýtt örorkukerfi var tekið upp 1. september 2025 og samhliða því voru greiðslur hækkaðar. Á vef Tryggingastofnunar má finna reiknivél lífeyris en nú eru örorku- og endurhæfingargreiðslur hjá einstaklingum sem búa einir hærri en lægstu laun þó að ekki sé talin með aldurstengd uppbót, barnalífeyrir né heldur mögulegar greiðslur frá lífeyrissjóðum.[2]

Frumvarp um að fella úr gildi heimild lífeyrissjóða til að lækka lífeyri á grundvelli greiðslna Tryggingastofnunar var ekki samþykkt á síðasta þingi. Samþykki slíks frumvarps hefði þýtt að tekjur margra lífeyrisþega hefðu orðið hærri við að fara á örorku en við að snúa aftur til vinnu. Þó að frumvarpið hafi ekki verið samþykkt er staðan þannig að margir hafa ekki fjárhagslegan hvata til að snúa aftur til vinnu eftir veikindi. Fólk með allt að 900 þúsund krónur í laun, sem er talsvert hærra en miðgildi launa,[3] stendur í reynd frammi fyrir því að það hagnast ekki fjárhagslega á því að snúa aftur til vinnu eftir veikindi, eigi þau rétt á framreikningi hjá lífeyrissjóði.[4] Einnig getur fólk hækkað í tekjum við að fara á hlutaörorku og vera í hlutastarfi heldur en að snúa aftur til vinnu í fullt starf.[5]

Í núverandi örorkukerfi fær stór hluti fólks jafnháar og í einhverjum tilfellum hærri tekjur á örorku en það fengi með því að snúa aftur til vinnu eftir veikindi, en slíkt eykur óhjákvæmilega líkurnar á örorku. Haldi hlutfall fólks sem hefur framfærslu af örorku- eða endurhæfingarlífeyri áfram að vaxa á næstu árum, er hætta á að núverandi uppbygging samtryggingarkerfisins verði ósjálfbær til lengri tíma. Á það sérstaklega við ef efnahagsáföll verða með auknu atvinnuleysi en slíkt getur stuðlað að því að fleiri færist af vinnumarkaði yfir í bótakerfið.

Í örorku- og endurhæfingarvottorðum er orðið mun meira um veikindi þar sem oft reynist erfitt að meta hversu mikil skerðingin til að sinna vinnu er. Samspil veikinda, félagslegrar stöðu og fjárhagslegra hvata til að stunda vinnu er flókið.

Það er nauðsynlegt að gera breytingar á örorkukerfinu þannig að það verði fjárhagslega hagstæðara að snúa aftur til vinnu eftir veikindi en að hafa framfærslu af örorkulífeyri. Stöndum vörð um samtryggingarkerfið.

Heimildir

1. Fjármála og efnahagsráðuneytið. Minnisblað: Svar við fyrirspurn velferðarnefndar; 2025.www.althingi.is/altext/erindi/156/156-1410.pdf – janúar 2026
2. Fjármála og efnahagsráðuneytið. Minnisblað til efnahags- og viðskiptanefndar; 2025. www.althingi.is/altext/erindi/156/156-1307.pdf – janúar 2026
3. Hagstofan. Regluleg mánaðarlaun að jafnaði 758 þúsund krónur árið 2024; 2025.
4. Ingimarsson O. Minni hvatar til vinnu – meiri örorka. Morgunblaðið; 9. júlí 2025.
5. Ingimarsson O. Algengi örorku og fjárhagslegir hvatar til atvinnuþátttöku. Læknablaðið. 2025;111(09): 292-293

The prevalence of disability is increasing in Iceland

Oddur Ingimarsson
psychiatrist, business economist and assistant professor at the University of Iceland

doi 10.17992/lbl.2026.02.875



Vinnum með þeim bestu

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

FASTUS
HEILSA

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

Sérnám í undirgreinum lyflækninga, vogun vinnur, vogun tapar



Sigurður Guðmundsson
læknir, sérfræðingur í lyflækningum og smitsjúkdómum, prófessor emeritus

Skipulagt framhaldsnám í almennum lyflækningum hófst á Landspítalanum fyrir áratug í samvinnu við Royal College of Physicians í Bretlandi. Sú samvinna hefur tekist mjög vel, og nú þegar hafa allmargir útskrifast.

Hvað með framhaldið? Nú mun vera hafin umræða og undirbúningur að sérnámi í fáeinum undirgreinum lyflækninga á Landspítalanum. Virða ber og hrósa mönnum fyrir þann metnað sem að baki liggur. Ekki er eins auðhlaupið að því að komast í sérnám erlendis og áður, að minnsta kosti til Skandinavíu. Það má hins vegar ekki vera eini hvatinn að umræðu um sérnám, hann þarf líka að vera akademískur. Svo er öllum hollt að hleypa heimdraganum. Hins vegar hefur heimurinn breyst og aðgengi að upplýsingum, fundum, fagfélögum, og hvers kyns faglegum samskiptum hefur snarbreyst á undanförnum einum eða tveimur áratugum. Þörf þess að flestir læknar njóti framhaldsmenntunar erlendis er ef til vill ekki eins brýn og áður.

En hver eru þá helstu skilyrði þess að nám í tiltekinni grein virki og vel takist til? Erum við undirbúin?

Greinin þarf að sinna fjölbreyttum og stórum hópi, öflugar stoðgreinar þurfa að vera til staðar, og nægur mannafli, tími og áhugi til að sinna bæði sjúklingum og kennslu. Vinnan verður sem sé að vera hluti af kennslunni og kennslan hluti af vinnunni. Góðar göngudeildir þurfa að vera til staðar og ekki síður öflug vísindastarfsemi þar sem námslæknum sem komnir eru áleiðis gefst tækifæri til rannsókna.

Nám kostar peninga. Stjórnvöld hafa kallað eftir að háskólanemum í ýmsum greinum heilbrigðisvísinda verði fjölgað. Hins vegar hefur lítið bólað á fjármunum, og reyndar liggur fyrir um 1% aðhaldskrafa í fjárlögum 2026.

Við höfum margt til að bera til að sérnám í undirgreinum geti blómstrað, en hins vegar erum við fá, kannski of fá til að sérnámið geti orðið sjálfbært. Það er okkar stóri Akkilesarhæll. Ef aðeins yrðu 1-2 námslæknar á hverjum tíma í hverri grein myndi það vega upp á móti fleiri námslæknum á stærri stöðum. Kannski er ég líka að hætta mér út á hálan ís með því að segja að á Landspítala hafi ekki fyllilega náðst að þróa og þroska eitthvað sem við getum kallað „kennsluanda“ í daglegum störfum, og skýringin ef til vill mannfæð og tímaskortur sem af henni stafar, en einnig er áhugi manna á að miðla fróðleik misjafn. Enginn getur heldur kallast sérfræðingur í einhverri grein án þess að hafa kynnst sjaldgæfum sjúkdómum og birtingarmynd þeirra. Líkur þess eru að sjálfsögðu meiri i stærri samfélögum.

Ekki er eins auðhlaupið að því að komast í sérnám erlendis og áður, að minnsta kosti til Skandinavíu. Það má hins vegar ekki vera eini hvatinn að umræðu um sérnám, hann þarf líka að vera akademískur.

Niðurstaðan er að áhugavert er að huga að sérnámi í undirgreinum lyflækninga. Umræða hefur samt verið af skornum skammti og við því þarf að bregðast. Æskilegt er að nokkur samstaða náist um málið, um lágmarkskröfur til deilda, innihald náms og marklýsingu. Reyndar eru aðstæður hinna ýmsu undirgreina mjög misjafnar. Alls ekki ætti að huga að lengri tíma hérlendis en einu ári. Starfsemin þarf að vera fjölbreytt, efla þarf kennsluanda og fólk þarf að vera stolt af starfseminni, hún má ekki vera byrði. Tryggja þarf stuðning stjórnvalda og nægа fjármuni sem tryggi mönnun. Þar stendur kannski hnífurinn í kúnni. Ganga þarf frá tengslum við erlend sjúkrahús sem taki við námslæknum, og jafnvel þurfum við vera tilbúin að greiða laun þeirra. Getum við ekki tryggt ofangreint er verr af stað farið en heima setið. Gangi það hins vegar eftir, er hugmyndin mjög spennandi, en við þurfum að vanda okkur, hér megum við ekki magalenda. Við getum ekki gert ráð fyrir að „þetta reddist“.

Subspeciality training in Iceland, pros & cons.

Sigurdur Gudmundsson
MD, PhD
Consultant in Internal Medicine
and Infectious Diseses,
Professor Emeritus

doi 10.17992/lbl.2026.02.876

Þróun sjúkdómsgreininga í læknisvottorðum vegna endurhæfingar og örorku

• Yfirlitsgrein •

Ólafur Ó. Guðmundsson tryggingayfirlæknir
Guðmundur Helgi Hjaltalín kerfisfræðingur
Haraldur Jóhannsson læknir

Höfundar starfa allir hjá Tryggingastofnun

Fyrirspurnum svarar Ólafur Ó. Guðmundsson, *olafur.gudmundsson@tr.is*

Greinin barst 25. júlí 2025,
samþykkt til birtingar 6. janúar 2026

ÁGRIP

Inngangur

Hlutfall einstaklinga með örorku- eða endurhæfingarlífeyri á Íslandi hefur aukist verulega frá árinu 2000. Markmið rannsóknarinnar var að greina þróun sjúkdómsgreininga sem leiddu til örorku- eða endurhæfingarlífeyris, með áherslu á þær greiningar sem jukust mest, og meta þróun eftir kyni, aldri og uppruna.

Efniviður og aðferðir

Byggt var á fyrstu sjúkdómsgreiningu í læknisvottorðum vegna örorku- og endurhæfingarlífeyris hjá Tryggingastofnun árin 2000, 2012 og 2024. Þær sjúkdsómsgreiningar sem jukust mest, kvíði og þunglyndi, mjúkvefjaraskanir, taugaþroskaraskanir, offita, verkir, lasleiki og þreyta, streita og kulnun, þreytuheilkenni eftir veirusýkingu og eftirstöðvar COVID-19 (rannsóknarhópur), voru skoðaðar í samanburði við allar aðrar sjúkdómsgreiningar (samanburðarhópur). Gögn voru greind eftir aldurshópum, kyni og uppruna samkvæmt Þjóðskrá.

Niðurstöður

Hlutfall einstaklinga með örorku- eða endurhæfingarlífeyri á Íslandi af mannfjölda 18-66 ára jókst úr 6,3% í 9,4% frá 1. janúar 2000 til 1. janúar 2024. Hlutfallsleg aukning sjúkdómsgreininga í rannsóknarhópi var 179%, samanborið við 26% aukningu í samanburðarhópi. Kvíði, þunglyndi, verkja- og taugaþroskaraskanir voru algengastar. Mest var hlutfallsleg aukning taugaþroskaraskana í yngri aldurshópnum og þá jókst offtita verulega á síðasta tímabilinu, sérstaklega hjá konum. Konur voru í meirihluta í flestum flokkum. Hlutfallslega fleiri lífeyrisþegar voru með íslenskan uppruna í yngri hópnum en utan Evrópu í eldri hópnum.

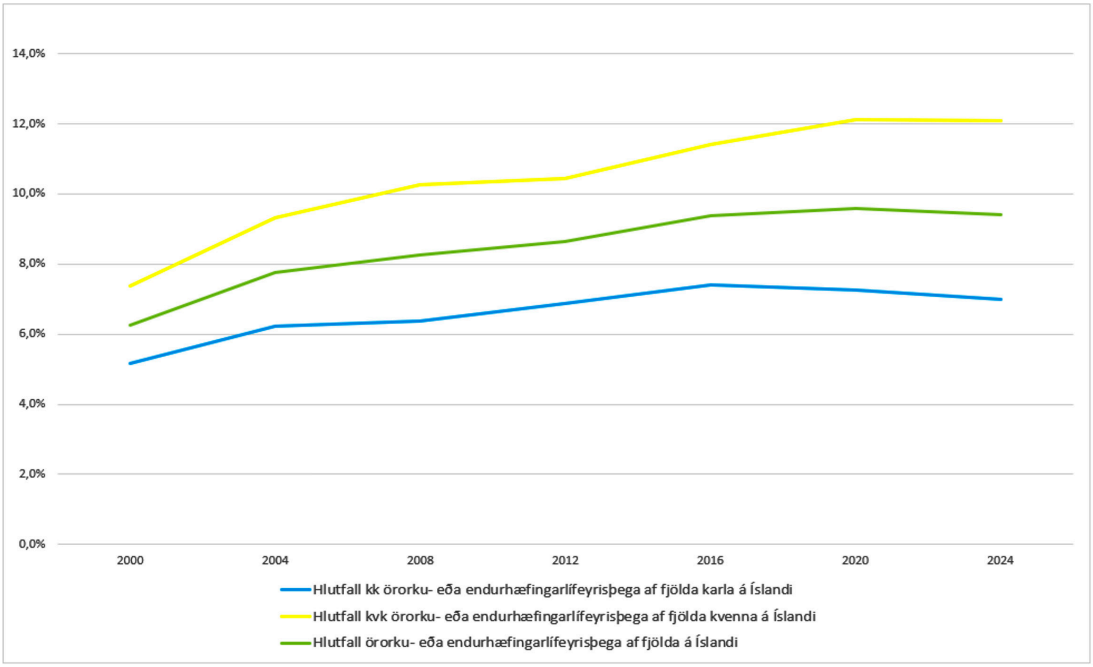
Ályktun

Stöðugt hærra hlutfall örorku- og endurhæfingarlífeyrisþega af mannfjölda kallar á aukna áherslu á snemmtæka íhlutun, meðferðar- og endurhæfingarúrræði sem taka á heilsufarsvanda sem leiðir til skertrar starfsgetu, sérstaklega hjá yngra fólki með geðheilsuvanda, verkjaheilkenni og offitu. Þá kallar aukning í greiningum eftirstöðva veirusýkinga, streitu og kulnunar á sérhæfð úrræði.

Inngangur

Hlutfall einstaklinga með endurhæfingar- og örorkumat á Íslandi hefur aukist verulega á undanförunum áratugum. Árið 1962 voru 4,7% landsmanna á örorkulífeyri,[8] árið 1996 var hlutfallið 5,0%[16] en árið 2020 höfðu 9,4% einstaklinga á aldrinum 18-66 ára örorku- eða endurhæfingarlífeyrismat í gildi.[7]

Geðraskanir og stoðkerfissjúkdómar eru langalgengustu sjúkdómaflokkarnir sem leiða til örorku á Íslandi.[7,15] Í nýlegri rannsókn á fyrstu sjúkdómsgreiningu í læknisvottorðum Tryggingastofnunar (TR) á tímabilinu 2000-2019 var örorka vegna geðraskana 27,4% hjá konum og 33,5% hjá körlum en örorka vegna stoðkerfissjúkdóma var 37,0% hjá konum og 19,4% hjá körlum.[7] Í bandarískri rannsókn voru 10,4% á vinnutengdri örorku (*work disability*) á árunum 2011-2013 þar sem algengustu ástæðurnar voru stoðkerfisverkir og gigtsjúkdómar ásamt þunglyndi og kvíða.[18] Um það bil einn af hverjum sjö einstaklingum á vinnualdri í OECD-löndum skilgreinir sig með fötl-



Mynd 1. *Hlutfall örorku- og endurhæfingarlífeyrisþega af mannfjölda 18-66 ára 1. janúar 2000–2024, allir og eftir kyni.*

un, og þetta hlutfall er einnig verulegt og vaxandi meðal ungs fólks (8% árið 2019).[22]

Kvíði og þunglyndi eru vel þekktar geðraskanir, en á síðustu árum hefur þekking á taugaþroskaröskunum, sérstaklega ADHD og einhverfurófsröskunum, aukist verulega.[5,6] Í nýlegri íslenskri rannsókn kom fram að algengi ADHD greininga sé um það bil tvö- til þrefalt hærra en í rannsóknum erlendis.[21]

Vefjagigt er algeng miðlæg verkjanæmisröskun sem einkennist af þreytu, svefntruflunum og sálrænum einkennum.[1,3] Langvinn þreyta og verkir geta tengst miðlægu ofurnæmi (*central sensitization*), sem er sameiginlegur þáttur í sjúkdómum eins og vefjagigt og síþreytuheilkenni.[10] Sjúkdómsmyndir miðlægs verkjaheilkennis geta haft mismunandi birtingarmyndir og fjölþættar orsakir sem meðal annars hafa verið tengdar veirusýkingum.[13]

Langvinnt þreytuheilkenni (CFS/ME) einkennist af langvarandi þreytu, skertri virkni og vanlíðan eftir áreynslu. Algengi CFS/ME er óljóst og líklegt að margir séu ógreindir. Veirufaraldrar, svo sem SARS og COVID-19, hafa verið tengdir við aukningu á tilfellum CFS/ME.[2,9,11,13,14]

Offita er áhættuþáttur margra sjúkdóma og hefur algengi hennar þrefaldast á heimsvísu frá 1975.[12]

Í þessari rannsókn sem hér er birt var skoðuð þróun þeirra sjúkdómsgreininga sem jukust mest á tímabilinu 2000 til 2024 í samanburði við allar aðrar sjúkdómsgreiningar í læknisvottorðum TR vegna umsókna um örorku- og endurhæfingarlífeyri. Markmið hennar var að greina þróun algengustu sjúkdómsgreininga í þessum læknisvottorðum með áherslu á aldur, kyn, árangur endurhæfingar og lýðfræðilega samsetningu íbúa, þar á meðal uppruna eftir heimsálfu í ljósi aukins hlutfalls innflytjenda á Íslandi.

Efniviður og aðferðir

Byggt var á sjúkdómsgreiningum í læknisvottorðum vegna umsókna um endurhæfingar- eða örorkulífeyri, fengnum úr gagnagrunnum TR. Læknar TR röðuðu sjúkdómsgreiningum eftir mikilvægi með tilliti til skertrar starfsgetu umsækjenda. Með tilkomu rafrænna læknisvottorða (2018) fór röðun sjúkdómsgreininga óbreytt úr læknisvottorðinu í gagnagrunn TR. Algengi vísar til allra lífeyrisþega með gilt mat á tilteknum tímapunkti (1. janúar í byrjun hvers tímabils), hvort sem um var að ræða örorku- eða endurhæfingarlífeyrismat. Vegna fjölgunar innflytjenda á tímabilinu var ákveðið að bera saman hlutfall þeirra með íslenskan uppruna við annars vegar evrópskan uppruna (annan en íslenskan) og hins vegar með uppruna utan Evrópu. Við mat á uppruna er byggt á skráðu ríkisfangi og flokkað eftir tímalengd frá komu til landsins, innan við og lengur en 5 ár, flokkað á fimm aldursbil.

Sjúkdómsgreiningarnar voru flokkaðar og settar fram í sjö flokka þeirra sjúkdómsgreininga sem mest jukust á tímabilinu í samanburði við aðrar. Flokkarnir og viðeigandi ICD-10 greiningarkóðar eru eftirfarandi:

1. Kvíði og þunglyndi (F32, F33, F34, F40, F41, F42)
2. Mjúkvefjaraskanir (M79)
3. Taugaþroskaraskanir, ADHD og einhverfuróf (F90,F84)
4. Offita (E66)
5. Verkir, lasleiki og þreyta (R52, R53)
6. Streita og kulnun (Z73)
7. Þreytuheilkenni eftir veirusýkingu og eftirstöðvar COVID-19 (G93.3, U09)

Tafla I. Algengi sjúkdómsgreininga vegna örorku- og endurhæfingarlífeyris á árunum 2000, 2012 og 2024.

Fjöldi einstaklinga með örorku- eða endurhæfingarlífeyrir	Í gildi 1. jan.			Í gildi 1. jan.		
	Karlar			Konur		
	2000	2012	2024	2000	2012	2024
Aldursbil og flokkun	**Fjöldi (%)**	**Fjöldi (%)**	**Fjöldi (%)**	**Fjöldi (%)**	**Fjöldi (%)**	**Fjöldi (%)**
18-49 ára	2.442 (3,7)	3.358 (4,7)	4.970 (5,0)	3.072 (4,7)	4.848 (6,9)	7.231 (8,4)
Annað	2.178 (3,3)	2.697 (3,7)	3.387 (3,4)	2.428 (3,7)	3.091 (4,4)	4.483 (5,2)
Kvíði og þunglyndi	186 (0,3)	373 (0,5)	710 (0,7)	425 (0,7)	1.073 (1,5)	1.510 (1,7)
Mjúkvefjaraskanir	7 (0,0)	43 (0,1)	51 (0,1)	164 (0,3)	549 (0,8)	467 (0,5)
Offita	10 (0,0)	15 (0,0)	65 (0,1)	26 (0,0)	37 (0,1)	146 (0,2)
Taugaþroskaraskanir (ADHD+einhverfuróf)	58 (0,1)	224 (0,3)	692 (0,7)	23 (0,0)	82 (0,1)	427 (0,5)
Þreytuheilkenni eftir veirusýkingu, eftirstöðvar covid	2 (0,0)	(0,0)	13 (0,0)	1 (0,0)	(0,0)	39 (0,0)
Verkir, lasleiki og þreyta	1 (0,0)	4 (0,0)	38 (0,0)	5 (0,0)	15 (0,0)	85 (0,1)
Streita og kulnun	(0,0)	2 (0,0)	14 (0,0)	(0,0)	1(0,0)	74 (0,1)
50-66 ára	2.055 (10,0)	3.764 (12,0)	4.638 (12,0)	3.220 (15,7)	5.721 (18,6)	7.753 (20,7)
Annað	1.867 (9,1)	3.265 (10,4)	3.903 (10,1)	2.597 (12,7)	3.933 (12,8)	5.565 (14,8)
Kvíði og þunglyndi	165 (0,8)	394 (1,3)	428 (1,1)	402 (2,0)	820 (2,7)	909 (2,4)
Mjúkvefjaraskanir	4 (0,0)	62 (0,2)	74 (0,2)	169 (0,8)	896 (2,9)	861(2,3)
Offita	14 (0,1)	25 (0,1)	115 (0,3)	33 (0,2)	38 (0,1)	205 (0,5)
Taugaþroskaraskanir (ADHD+einhverfuróf)	1 (0,0)	8 (0,0)	51 (0,1)	3 (0,0)	15 (0,0)	55 (0,1)
Þreytuheilkenni eftir veirusýkingu, eftirstöðvar covid	2 (0,0)	(0,0)	15 (0,0)	3 (0,0)	(0,0)	29 (0,1)
Verkir, lasleiki og þreyta	2 (0,0)	9 (0,0)	37 (0,1)	11 (0,1)	18 (0,1)	91 (0,2)
Streita og kulnun	(0,0)	1 (0,0)	15 (0,0)	2 (0,0)	1(0,0)	38 (0,1)
Samtals	4.497 (5,2)	7.122 (6,9)	9.608 (7,0)	6.292 (7,4)	10.569 (10,4)	14.984 (12,1)

Mannfjöldi samkvæmt Þjóðskrá TR	Karlar			Konur		
Aldurbil	2000	2012	2024	2000	2012	2024
18-49 ára	66.555	72.199	98.840	64.912	70.526	86.361
50-66 ára	20.609	31.453	38.605	20.477	30.730	37.49
Samtals	87.164	103.652	137.445	85.389	101.256	123.854

*Fyrsta sjúkdómsgreining allra með örorku- eða endurhæfingarlífeyri í gildi 1. janúar 2000, 2012, og 2024, flokkað á tvískipt aldursbil. Samanburður valinna sjúkdómsgreininga (sjá texta) við allar aðrar sjúkdómsgreiningar (Annað). Efri hluti sýnir fjöldatölur og hlutfall allra með örorku- eða endurhæfingarlífeyri af mannfjölda 1. janúar hvers árs.
Neðri hluti sýnir mannfjölda samkvæmt þjóðskrá sem hlutfall byggist á.

Tafla II. Hlutfall af mannfjölda samkvæmt þjóðskrá með örorku- eða endurhæfingarlífeyri 1. janúar 2025, flokkað eftir uppruna og árafjölda frá komu til Íslands.

	Ísland (%)	Evrópa (%)	Þar af	Þar af	Utan Evrópu (%)	Þar af	Þar af	Samtals (%)
Aldursbil			Meira en 5 ár frá komu til Íslands (%)	Minna en 5 ár frá komu til Íslands (%)		Meira en 5 ár frá komu til Íslands (%)	Minna en 5 ár frá komu til Íslands (%)	
18-29	5,8	1,0	2,9	0,2	2,7	4,6	1,2	4,3
30-39	9,9	1,8	3,1	0,3	4,2	6,5	1,7	6,8
40-49	12,8	4,3	6,4	0,6	8,2	10,0	3,9	10,2
50-59	14,6	7,3	10,5	0,9	15,2	16,9	7,2	13,3
60-66	21,0	18,4	23,4	2,9	25,3	26,6	16,9	20,9
Samtals	**12,0**	**3,6**	**6,5**	**0,4**	**7,3**	**10,6**	**2,5**	**9,6**

Í gildi 1. jan.		
Karlar og konur		
2000	2012	2024
Fjöldi (%)	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)
5.514 (4,2)	8.206 (5,7)	12.201 (6,6)
4.606 (3,5)	5.788 (4,1)	7.870 (4,2)
611 (0,5)	1.446 (1,0)	2.220 (1,2)
171 (0,1)	592 (0,4)	518 (0,3)
36 (0,0)	52 (0,0)	211 (0,1)
81(0,1)	306 (0,2)	1.119 (0,6)
3 (0,0)	0 (0,0)	52 (0,0)
6 (0,0)	19 (0,0)	123 (0,1)
0 (0,0)	3 (0,0)	88 (0,0)
5.275 (12,8)	9.485 (15,3)	12.391 (16,3)
4.464 (10,9)	7.198 (11,6)	9.468 (12,4)
567 (1,4)	1.214 (2,0)	1.337 (1,8)
173 (0,4)	958 (1,5)	935 (1,2)
47 (0,1)	63 (0,1)	320 (0,4)
4 (0,0)	23 (0,0)	106 (0,1)
5 (0,0)	0 (0,0)	44 (0,1)
13 (0,0)	27 (0,0)	128 (0,2)
2 (0,0)	2 (0,0)	53 (0,1)
10.789 (6,3)	17.691 (8,6)	24.592 (9,4)

Karlar og konur		
2000	2012	2024
131.467	142.725	185.201
41.086	62.183	76.098
172.553	204.908	76.098

Niðurstöður

Fjöldi endurhæfingarlífeyrisþega 1. janúar 2000 var 465 en þeir voru orðnir 4.092 1. janúar 2024 (um 1,6% af mannfjölda), aukningin er 780%.

Fjöldi örorkulífeyrisþega 1. janúar 2000 var 10.324 en þeir voru orðnir 20.500 1. janúar 2024 (um 7,8% af mannfjölda), aukningin er um 99%.

Hlutfall einstaklinga af mannfjölda með örorku- eða endurhæfingarlífeyri jókst hjá yngri aldurshópnum (18-49 ára) úr 4,2% í 6,6% á tímabilinu 2000–2024 og hjá þeim eldri (50-66 ára), úr 12,8% í 16,3%. Hjá yngri konum jókst hlutfallið úr 4,7% í 8,4% en minna hjá körlum, fór úr 3,7% í 5,0%. Í eldri aldurshópnum fór hlutfall kvenna úr 15,7% í 20,7% og karla úr 10% í 12% (tafla I).

Þegar fjöldi einstaklinga með sjö völdu fyrstu sjúkdómsgreiningarnar (rannsóknarhópur) er skoðaður sem hlutfall af mannfjölda, sést 179% aukning í fjölda sjúkdómsgreininga rannsóknarhóps en aðeins 26% aukning sjúkdómsgreininga samanburðarhóps (tafla I).

Langflestir fengu kvíða- og þunglyndisgreiningar, í báðum aldurshópum karla og kvenna (tafla I). Í þeim hópi voru eldri konur flestar, lítil breyting verður frá 2000 (12,7%) til 2012 (12,8%) en 5.565 konur voru með þá fyrstu greiningu árið 2024 og hlutfallið af öllum konum á sama aldursbili komið í 14,8%.

Mjúkvefjaraskanir (fyrst og fremst vefjagigt) jukust mest í hópi eldri kvenna frá 2000-2012 (úr 0,8% í 2,9%) en breytist lítið eftir það (tafla I).

Af þeim sem voru með örorku- eða endurhæfingarlífeyri í janúar 2025 voru 66% með geðröskunargreiningu, 47% með sjúkdómsgreiningu tengda stoðkerfisvanda og 29% voru með sjúkdómsgreiningu úr báðum þessum greiningarflokkum

Á tímabilinu frá 2012 til 2024 jókst algengi offitu mikið hjá báðum kynjum og aldurshópum en helmingi fleiri konur en karlar fengu þá sjúkdómsgreiningu 2024 heldur en 2012 (tafla I).

Taugaþroskaraskanir (ADHD/einhverfurófsraskanir) jukust mest í yngri aldurshópi beggja kynja á síðasta tímabilinu, samanlagt fengu 1.119 einstaklingar (0,6%) þær fyrstu greiningar en voru tólf árum áður 306 (0,2%) (tafla I) en 81(0,1%) árið 2000.

Þreyta og þrekleysi eftir veirusýkingu (G93.3) var afar sjaldgæf greining en mikil hækkun 2024 skýrist fyrst og fremst af eftirstöðvum COVID-19 (U09) (tafla I). Það ár eru 68 konur með þessar fyrstu sjúkdómsgreiningar og 28 karlar.

Verkir, lasleiki og þreyta sem sjúkdómsgreiningar í læknisvottorðum hafði fjölgað verulega árið 2024, meira hjá konum en körlum (tafla I). Þannig voru samanlagt 16 konur með þær sem fyrstu sjúkdómsgreiningu 2000 en 176 árið 2024, samanborið við þrjá karla 2000 og 75 árið 2024.

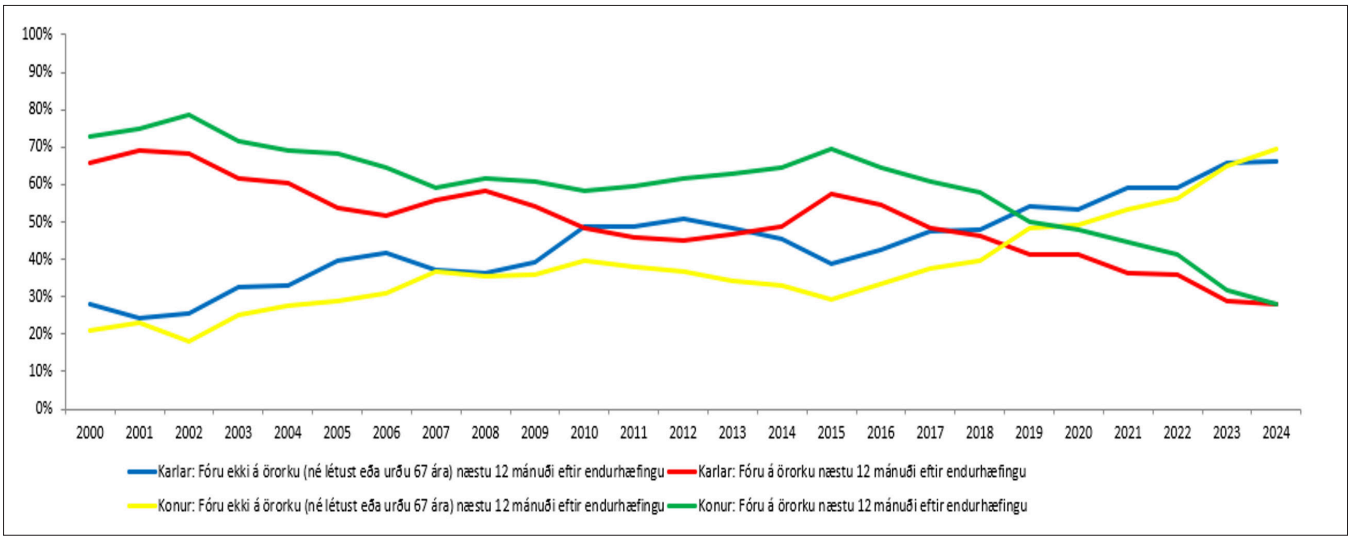
Streita og kulnun er sjúkdómsgreiningaflokkur (Z73) sem var nær óþekktur í læknisvottorðum fram til 2012 en kemst vel á kortið 2024, sérstaklega meðal kvenna (tafla I). 29 karlar voru með þá fyrstu greiningu árið 2024 og 112 konur (0,1%).

Fjöldi karla með örorku- eða endurhæfingarlífeyri frá 2000 til 2024 jókst minna en kvenna (mynd 1) en konur fóru úr því að vera 58% hópsins í 61% á tímabilinu. Endurhæfingarlífeyrisþegum fjölgaði verulega á meðan nýgengi örorku drósti lítillega saman um leið og mannfjöldi jókst hlutfallslega hraðar en áður.

Hlutfall einstaklinga með örorku- eða endurhæfingarlífeyri af mannfjölda 18–66 ára jókst úr 6,3% árið 2000 í 9,4% árið 2024 (mynd 1). Konur voru í hærra hlutfalli en karlar á öllum tímabilum. Fjölgun kvenna var meiri (138%) en karla (114%) á sama tímabili.

Tafla II sýnir mismunandi hlutfall örorku- eða endurhæfingarlífeyris á fimm aldursbilum eftir uppruna flokkaðan í Ísland, Evrópu (utan Íslands) og allan annan uppruna, utan Evrópu. Í heildina er hlutfallið 9.6%, fyrir Ísland 12,0%, fyrir Evrópu 3,6% og 7,3% utan Evrópu. Hlutfallslegur munur á hópum þeirra með erlendan og íslenskan uppruna dregst saman 5 árum frá komu til landsins, þannig voru fleiri lífeyrisþegar með íslenskan uppruna í yngri hópnum (18-49 ára) en utan Evrópu í eldri hópnum (50-66 ára). Hlutfallið hækkar skarpt á aldursbilinu 60-66 ára og er 25,3% hjá þeim með uppruna utan Evrópu, 21,0% í hópi íslensks uppruna og 18,4% hjá þeim með annan evrópskan uppruna.

Á mynd 2, sem sýnir hlutfall endurhæfingarlífeyrisþega



Mynd 2. *Afdrif endurhæfingarlífeyrisþega (karla og kvenna) 12 mánuðum eftir að endurhæfingu lauk.*

sem fær örorkulífeyri innan árs eftir lok tímabils endurhæfingar, sést að það hefur lækkað verulega frá 2016 og var komið undir 30% árið 2024.

Umræða

Í þessari rannsókn voru sjúkdómsgreiningar í læknisvottorðum sem fjölgaði umfram aðrar á rannsóknartímabilinu skoðaðar sérstaklega, hjá konum og körlum, hjá yngri (18-49 ára) og eldri (50-66 ára). Skoða þurfti fjöldaþróun sjúkdómsgreiningahópsins í ljósi þess að rannsóknarhópurinn stækkaði á tímabilinu (hlutfallslegur fjöldi, tafla I).

Breytingar á sjúkdómsbyrði á tímabilinu endurspeglast í auknu algengi hinna völdu sjúkdómsgreininga sem rúmlega fjórfaldaðist á tímabilinu í samanburði við tæplega tvöföldun annarra sjúkdómsgreininga sem hafðar eru til samanburðar.

Kvíði og þunglyndi eru langalgengustu fyrstu greiningar í læknisvottorðunum með litla hlutfallslega breytingu eftir tímabilum (tafla I). Þar á eftir koma mjúkvefjaraskanir (vefjagigt) sem jukust verulega frá 2000 til 2012, sérstaklega í eldri aldurshóp kvenna, en breytist hlutfallslega lítið eftir það. Í nýlegri rannsókn á einstaklingum með króníska verki kom í ljós að um 40% höfðu klínískt marktækt þunglyndi og kvíða[20] sem stemmir við að þessar greiningar fara oft saman í læknisvottorðum.

Hlutfallsleg aukning miðað við mannfjölda var mikil í hópi þeirra með raskanir tengdar taugaþroska, ADHD og einhverfurófsraskanir, sérstaklega í yngri aldurshópnum þar sem karlar voru fjölmennari (tafla I).

Sjúkdómsgreiningarflokkarnir verkir, lasleiki og þreyta, streita og kulnun ásamt offitu eiga það sameiginlegt að vera tiltölulega sjaldgæfar sjúkdómsgreiningar framan af öld en taka stökk í nýjustu læknisvottorðunum (2024). Líklegt er að þessum greiningum hafi líka fjölgað hjá þeim sem ekki sóttu um lífeyrisgreiðslur hjá Tryggingastofnun og mikilvægt að geta mætt þörfum þessa hóps áður en starfsgeta skerðist.

Þreytuheilkenni eftir veirusýkingu (G93.3) var sjaldséð greining en eykst nokkuð á árinu 2024 ásamt greiningu á eftirstöðvum Covid-19 sýkingar (U09) sem kom til eftir upphaf þess faraldurs 2020, sérstaklega hjá þeim sem voru á endurhæfingarlífeyri. Fjöldinn var mestur í hópi yngri kvenna (tafla I). Of snemmt er að segja til um hlutfall varanlega skertrar starfsgetu vegna langvarandi afleiðinga Covid-19 sýkingar en í desember á árinu 2023 voru 24 einstaklingur á endurhæfingarlífeyri með U09 sem fyrstu greiningu og sjö með örorkulífeyri.

Þegar mismunandi hlutfall á örorku- eða endurhæfingarlífeyri eftir uppruna (tafla II) er skoðað þarf að taka tillit til aldurssamsetningar og dvalartíma á Íslandi. Þeir sem eru af erlendum uppruna eru að meðaltali yngri en hópurinn af íslenskum uppruna. Á aldursbilinu 30-39 ára eru 59,5% af mannfjölda í þjóðskrá af íslenskum uppruna, en á aldursbilinu 60-66 ára er hlutfallið komið í 87,6%. Þar sem hlutfall á örorku- eða endurhæfingarlífeyri fer hækkandi eftir aldri, þá er hlutfall þeirra sem eru af íslenskum uppruna hærra þegar allir aldurshóparnir eru teknir saman en þegar sundurliðað er eftir aldursbilum má sjá verulegan hlutfallslegan mun sem minnkar eftir 5 ára búsetu hér á landi. Þannig eru einstaklingar á aldrinum 50-66 hlutfallslega flestir á örorku- og endurhæfingarlífeyri upprunnir utan Evrópu eftir meira en 5 ár hérlendis, og á aldrinum 60-66 ára er hlutfallið hærra hjá þeim af evrópskum uppruna, öðrum en íslenskum (tafla II).

Til að meta árangur endurhæfingar er hlutfall þeirra skoðað sem fara á örorku innan 12 mánaða eftir að endurhæfingu er lokið (mynd 2). Á síðustu árum fjölgaði verulega í hópi þeirra sem fóru í endurhæfingu og á sama tíma lækkaði stöðugt hlutfall endurhæfðra sem fóru á örorku. Frá 2016 er hlutfallsleg lækkun stöðug og í lok rannsóknartímabils voru yfir 70% þeirra sem luku endurhæfingu ekki komnir á örorkulífeyrir ári seinna. Þessi þróun gæti bent til að áhersla Tryggingastofnunar á endurhæfingu áður en að örorkumati kemur hafi skilað árangri því ekki hafa verið gerðar breytingar á skilyrðum endurhæfingarlífeyris á tímabilinu en samt sem áður er ekki hægt að útiloka að sjúkdómsbyrði hópsins sem fer á endurhæfingarlífeyri eftir 2016 hafi verið minni.

Umframfjölgun þeirra sjúkdómsgreininga í læknisvottorðunum sem hér voru skoðaðar sérstaklega er umhugsunarefni fyrir lækna. Ekki er hægt að fullyrða að sá heilsufarsvandi sem sjúkdómsgreiningarnar endurspegla leiði frekar til

óvinnufærni eftir því sem nær dregur í tíma því hlutfall þeirra hjá þeim sem eru vinnufærir var ekki skoðað.

Mæta þarf þessum sjúklingahópum með viðunandi meðferðar- og endurhæfingarúrræðum til stuðnings samfélagslegri þátttöku. Sérstaklega þarf að efla endurhæfingarúrræði vegna geðheilsuvanda, streitu og kulnunar, verkjatengds heilsufarsvanda og vegna langvarandi eftirstöðva veirusýkinga.

Ýmsa fyrirvara þarf að hafa við túlkun á þessum tölum. Þótt gert sé ráð fyrir því að fyrsta sjúkdómsgreining í kerfi TR endurspegli þá greiningu sem vegi þyngst í heilsubyrði umsækjanda er óvíst að svo sé. Taka þarf því tölunum með þeim fyrirvara þar sem flestir höfðu fleiri en eina sjúkdómsgreiningu. Tölurnar endurspegla engu að síður notkun þessara sjúkdómsgreininga hjá læknum sem votta heilsufar umsækjenda, eins og sjá mátti í samanburði allra sjúkdómsgreininga í læknisvottorðunum (ekki birt hér).

Heimildir

1. Berwick R, Barker C, Goebel A, et al. The diagnosis of fibromyalgia syndrome. Clin Med (Lond). 2022; 22(6): 570-574.
2. Carfi A, Bernabei R, Landi F, et al. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 2020; 324(6): 603-605.
3. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. JAMA. 2014; 311(15): 1547-1555.
4. Clayton EW. Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: an IOM report on redefining an illness. JAMA. 2015; 313(11): 1101-1102.
5. Davidovitch M, Shmueli D, Rotem RS, et al. Diagnosis despite clinical ambiguity: physicians' perspectives on the rise in Autism Spectrum disorder incidence. BMC Psychiatry. 2021; 21(1): 150.
6. Gascon A, Gamache D, St-Laurent D, et al. Do we over-diagnose ADHD in North America? A critical review and clinical recommendations. Journal of Clinical Psychology. 2022; 78(12): 2363-2380.
7. Guðmundsson OO, Hjaltalín G, Eggertsson H, et al. Sjúkdómsgreiningar, endurhæfing og þróun örorku 2000-2019. Læknablaðið. 2021; 107(12): 575-580.
8. Guðnason, S. Disability in Iceland. Prentsmiðja Jóns Helgasonar.
9. Marshall, M. The lasting misery of coronavirus long-haulers. Nature. 2020; 585(7825): 339-341.
10. Mohabbat AB, Mohabbat NML, et al. Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome in the Age of COVID-19. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2020; 4(6): 764-766.
11. Moldofsky H, Patcai J. Chronic widespread musculoskeletal pain, fatigue, depression and disordered sleep in chronic post-SARS syndrome; a case-controlled study. BMC Neurol. 2011; 11, 37.
12. Muller TD, Bluher M, Tschop M H, et al. Anti-obesity drug discovery: advances and challenges. Nat Rev Drug Discov. 2022; 21(3): 201-223.
13. Neumeister MW, Neumeister EL. Fibromyalgia. Clin Plast Surg. 2020; 47(2): 203-213.
14. Sudre CH, Murray B, Varsavsky T, et al. Author Correction: Attributes and predictors of long COVID. Nat Med. 2021; 27(6): 1116.
15. Thorlacius S, Herbertsson, TÞ. Hve lengi eru menn öryrkjar á Íslandi? Læknablaðið. 2005; 91(6): 501-504.
16. Thorlacius S, Stefánsson SB, Ólafsson S. Changes in the prevalence of disability pension in Iceland 1976-1996. Scand J Public Health. 2002; 30(4): 244-248.
17. Thorlacius S., Stefánsson SB, Ranavaya MI, et al. Vefjagigt og kvíðaröskun. Læknablaðið. 2002; 88(11): 815-818.
18. Theis KA, Roblin DW, Helmick CG, et al. Prevalence and causes of work disability among working-age U.S. adults, 2011–2013, NHIS, Disability and Health Journal. 2018; 11(01): 108-115.
19. OECD. Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices, OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/disability-work-and--inclusion_1eaa5e9c-en.html
20. Aaron RV, Ravyts SG, Carnahan ND, et al. Prevalence of Depression and Anxiety Among Adults With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2025; 8(3):e250268.
21. Ingimarsson O, Guðbrandsdóttir KG, Lauth BAM, et al. Rannsókn. Hátt algengi ADHD-lyfjameðferðar bendir til að ADHD sé ofgreint á Íslandi. Læknablaðið. 2024;110(9): 402-410.
22. Disability, work and inclusion : mainstreaming in all policies and practices. Organization for Economic Cooperation & Development (OECD). París 2022.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2026.02.877

Development of diagnoses in medical certificates for rehabilitation and disability

Olafur O. Gudmundsson[1]
Gudmundur Helgi Hjaltalin[1]
Haraldur Johannsson[1]

[1]Social Insurance Administration

Correspondence: Olafur O. Gudmundsson, *olafur.gudmundsson@tr.is*

Key words: *medical certificate, diagnosis, rehabilitation, disability, development*

INTRODUCTION: The proportion of individuals receiving disability or rehabilitation pensions in Iceland has increased significantly since the year 2000. The aim of this study was to analyze the development of medical diagnoses leading to disability or rehabilitation pensions, with a focus on the diagnoses that increased the most, and to assess trends by gender, age, and origin.

MATERIALS AND METHODS: The study was based on the primary medical diagnoses recorded in disability and rehabilitation pension certificates at the Social Insurance Administration (Tryggingastofnun) in the years 2000, 2012, and 2024. The diagnoses that showed the greatest increase—anxiety and depression, soft tissue disorders, neurodevelopmental disorders, obesity, pain, malaise and fatigue, stress and burnout, post-viral fatigue syndrome, and post-Covid conditions (study group)—were compared with all other diagnoses (comparison group). Data were analyzed by age group, gender, and origin according to the National Registry.

RESULTS: The proportion of individuals receiving disability or rehabilitation pensions in Iceland, relative to the population aged 18–66, increased from 6.3% to 9.4% between January 1, 2000, and January 1, 2024. The relative increase in diagnoses within the study group was 179%, compared to a 26% increase in the comparison group. Anxiety, depression, pain disorders, and neurodevelopmental disorders were the most common. The largest relative increase in neurodevelopmental disorders occurred in the younger age group, while obesity rose significantly during the last period, particularly among women. Women were the majority in most categories. Proportionally more pension recipients were of Icelandic origin in the younger group but those from outside Europe in the older group.

CONCLUSION: The steadily increasing proportion of disability and rehabilitation pension recipients calls for greater emphasis on early intervention, treatment, and rehabilitation measures that address health issues leading to reduced work capacity, particularly among younger individuals with mental health problems, pain syndromes, and obesity. Additionally, the rise in diagnoses related to post-viral infections, stress, and burnout highlights the need for specialized interventions.

Læknar og almenningur saman gegn sýklalyfjaónæmi – lykillinn að árangri

• Yfirlitsgrein •

Karl G. Kristinsson læknir

Sýkla- og veirufræðideild, Landspítali, Læknadeild Háskóla Íslands

Fyrirspurnum svarar Karl G. Kristinsson, *karl@landspitali.is*

Greinin barst 2. október 2025,
samþykkt til birtingar 25 nóvember 2025.

ÁGRIP

Sýklalyfjaónæmi er orðið ein helsta ógnin við lýðheilsu í heiminum í dag. Þrátt fyrir framfarir í læknisfræði hefur þróun sýklalyfja ekki haldið í við hraða þróun og útbreiðslu fjölónæmra baktería sem eykst stöðugt. Vandinn er stærstur í löndum þar sem sýklalyfjanotkun er mikil og aðgangur að hreinu vatni og hreinlæti takmarkaður. Fjölónæmar og nær al-ónæmar iðrabakteríur, svo sem *Escherichia coli* og *Klebsiella pneumoniae*, eru í dag helstu áhyggjuefnin. Á Norðurlöndum er staðan enn góð, en Íslendingar sem ferðast til landa með mikið ónæmi eða leita þar heilbrigðisþjónustu eru í aukinni hættu á að smitast og bera slíkar bakteríur til baka. Notkun sýklalyfja, magasýruhemjandi lyfja og neysla mengaðra matvæla og drykkjarvatns eru lykiláhættuþættir. Greinin fjallar um hvernig draga má úr áhættu, meðal annars með ábyrgri notkun sýklalyfja, hreinlæti, vönduðu vali á mat og drykk, og varúð gagnvart heilbrigðisþjónustu utan Norðurlandanna. Íslenskt samfélag hefur sérstöðu með litla notkun sýklalyfja í landbúnaði og lága útbreiðslu ónæmra baktería, en innflutt matvæli geta verið áhættuþáttur. Læknar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn gegna lykilhlutverki í fræðslu til almennings og skjólstæðinga, þannig að viðhalda megi lágri sjúkdómsbyrði vegna ónæmra baktería hérlendis og sporna gegn útbreiðslu þessa „þögla faraldurs“.

Inngangur

Ónæmi baktería fyrir sýklalyfjum hefur farið hratt vaxandi síðustu áratugi. Nú er svo komið að sýklalyfjaónæmi er orðin ein helsta ógnin við lýðheilsu í heiminum og nýlega hvatti Allsherjarþing Sameinuðu þjóðanna þjóðir heims til brýnna aðgerða til að sporna við frekari útbreiðslu þess.[1] Í mörgum löndum Asíu og Afríku hefur sjúkdómsbyrði aukist mikið og dánartíðni hækkað umtalsvert vegna sýklalyfjaónæmis.[2,3] Þróun nýrra sýklalyfja hefur ekki náð að halda í við hraða þróun sýklalyfjaónæmis. Vegna þess leggja Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin og Evrópusambandið mikla áherslu á að aðildarlöndin vinni markvisst að því að draga úr þessari ógn. Öll lönd skulu vera með aðgerðaáætlun til að sporna við útbreiðslu sýklalyfjaónæmis.[4] Ríkisstjórnin samþykkti slíka aðgerðaáætlun fyrir Ísland í júlí 2024, en hún er til fimm ára.[5]

Landsáætlunin gegn sýklalyfjaónæmi er mikilvæg, en það er ekki síður mikilvægt að heilbrigðisstarfsmenn og almenningur leggi sitt af mörkum. Það skiptir máli að smitast ekki af bakteríum sem eru ónæmar fyrir mikilvægum sýklalyfjum. Sumir eru líklegri en aðrir til að smitast af slíkum bakteríum og fá sýkingar sem geta haft afdrifaríkar afleiðingar. Mikilvægt er að læknar þekki helstu áhættuþættina og hvernig megi draga úr þeim. Markmið þessarar greinar er er að fara yfir atriði sem geta dregið úr líkum þess að einstaklingar smitist af bakteríum sem eru ónæmar fyrir mörgum og mikilvægum sýklalyfjum, einkum í tengslum við ferðalög til útlanda.

Hvað er sýklalyfjaónæmi og hvar er það útbreitt?

Sýklalyfjaónæmi verður til þegar bakteríur þróa með sér hæfileika til verða ónæmar fyrir sýklalyfjum. Með því að verða ónæmar geta þær lifað, fjölgað sér og sýkt einstaklinga sem eru að taka inn viðkomandi sýklalyf. Ónæmið getur orðið til með stökkbreytingum á erfðaefninu, en einnig geta ónæmar bakteríur flutt ónæmiserfðaefni yfir í næmar bakteríur með svokölluðum erfðaflutningum, eins og til dæmis tengiæxlun með plasmíðaflutningi. Langflestar bakteríur eru ónæmar fyrir einhverjum sýklalyfjum, en það kemur ekki að sök á meðan næmi er enn til staðar fyrir öðrum flokkum sýklalyfja. Með tímanum og áframhaldandi útsetningu fyrir sýklalyfjum hafa einstakar bakteríur þróað með sér ónæmi fyrir mörgum sýklalyfjum samtímis. Talað er um að bakteríur séu fjölónæmar

(*multiresistant*) ef þær eru ónæmar fyrir þremur eða fleiri sýklalyfjaflokkum. Svo eru til nær alónæmar bakteríur (*extensively resistant*), sem eru ónæmar fyrir öllum sýklalyfjaflokkum nema einu eða tveimur sýklalyfjum og alónæmar bakteríur (*pan resistant*), sem eru ónæmar fyrir öllum sýklalyfjum sem eru í boði.[6]

Á líkama heilbrigðra manna eru fleiri bakteríur en líkamsfrumur og eru þessar bakteríur hluti af eðlilegri örveruflóru mannsins. Langmest af þessum bakteríum eru í þörmunum og er grunngerð örveruflórunnar sambærileg og í öðrum spendýrum þótt hún sé mismunandi eftir tegundum og fæðu. Ónæmar bakteríur geta verið hluti af eðlilegu örveruflórunni og gera þar engan skaða nema þær valdi sýkingum. Þetta á til dæmis við um iðrabakteríur eins og *E. coli* og húðbakteríur eins og *Staphylococcus aureus*.

Hvar er helst að finna sýklalyfjaónæmar bakteríur?

a) Þjóðfélagshópar og stofnanir

Notkun sýklalyfja er driffjöðurin í myndun og útbreiðslu sýklalyfjaónæmis. Það kemur því ekki á óvart að fjölónæmar bakteríur er helst að finna þar sem sýklalyfjanotkun er mikil, eins og á sjúkrahúsum. Þar hafa þróast ónæmar bakteríur eins og methisillín-ónæmir stafýlókokkar (MÓSA), vankómýsin-ónæmir enterókokkar (VÓE) og Gram-neikvæðar stafbakteríur (*Enterobacterales*, *Pseudomonas* og *Acinetobacter*) sem mynda breiðvirka beta-laktamasa (BBL). Aldraðir einstaklingar með langvinna sjúkdóma búa margir á hjúkrunarheimilum, en þurfa þó stundum að leggjast inn á sjúkrahús. Vegna tíðra innlagna einstaklinga af hjúkrunarheimilum inn á sjúkrahús og meiri sýklalyfjanotkunar en hjá yngri aldurshópum, er sýklalyfjónæmi útbreiddara þar en í þjóðfélaginu. Leikskólar geta einnig aukið á útbreiðslu ónæmra baktería. Yngstu börnin á leikskólum fá tíðar öndunarfærasýkingar og við þeim eru iðulega gefin sýklalyf. Náin samskipti barnanna stuðla síðan að dreifingu örvera. Vegna þessa eru fjölónæmar öndunarfærabakteríur eins og pneumókokkar algengar í börnum á leikskólaaldri.[7]

b) Lönd og landsvæði

Mikill munur á sýklalyfjanotkun milli landa og landsvæða endurspeglast í miklum mun á útbreiðslu sýklalyfjónæmra baktería.[8] Auk þess skipta aðstæður gríðarlega miklu máli, einkum aðgengi að hreinu ómenguðu drykkjarvatni, hreinlæti, fráveitur og nábýli við húsdýr og búfé. Vegna þessa er í aðgerðum gegn sýklalyfjaónæmi lögð áhersla á svokallaða Einnar heilsu nálgun (*One Health approach*), það er að einblína ekki á notkun og ónæmi í mönnum, heldur skoða heildarmyndina með útbreiðslu ónæmis í dýrum, umhverfi, matvælum og fóðri.[9] Því miður tíðkast víðast hvar í landbúnaði í heiminum að sýklalyf séu notuð til vaxtarörvunar. Þá er sýklalyfjum blandað í fóður heilbrigðra dýra til að fá meiri vöxt á hverja fóðureiningu. Þessi siður veldur því að í mörgum löndum er meira notað af sýklalyfjum í dýrum en mönnum (notkun sýklalyfja til vaxtarörvunar var bönnuð í Evrópusambandinu árið 2006).[10]

Þær bakteríur sem valda mestum áhyggjum eru nær-alónæmar Gram-neikvæðar stafbakteríur (til dæmis *E. coli* og *Klebsiella pneumoniae*) sem lifa sem hluti eðlilegu örveruflórunnar í þörmum manna og dýra, en eru jafnframt algengir og alvarlegir sýkingavaldar hjá mönnum.[11] Talið er að ein helsta uppspretta nær-alónæmra baktería sé í fátækrahverfum stórborga, þar sem skortur er á hreinu drykkjarvatni, hreinlætisaðstöðu og fráveitum, ásamt mikilli nálægð við húsdýr og nær óheftri notkun sýklalyfja.[9] Menn og dýr deila umhverfi sem iðulega mengast af ónæmum bakteríum (saurmengun beint og óbeint). Þar sem mikið er af sýklalyfjaónæmum iðrabakteríum í dýrum er að jafnaði einnig mikið af þeim í mönnum og umhverfi.

Á Norðurlöndunum er lítið notað af sýklalyfjum í dýrum og mönnum, en Íslendingar nota nokkuð meira af sýklalyfjum í mönnum en hin Norðurlöndin.[12] Sýklalyfjaónæmi er einna minnst í heiminum á Norðurlöndunum, og á það við bæði um menn og dýr. Mun meiri útbreiðslu sýklalyfjaónæmra baktería er að finna í Suður- og Austur Evrópu, en einna mesta útbreiðslu er að finna í Asíu, Mið-Austurlöndum og Norður-Afríku.[8] Sjá einnig mynd 1. Þeir sem búa í löndum með mikla útbreiðslu sýklalyfjaónæmis eru mun líklegri til að bera í sér ónæmar bakteríur en þeir sem búa í Evrópu.[13]

Einstaklingar sem hafa greinst með nær-alónæmar eða alónæmar bakteríur á Íslandi, hafa nær allir nýlega verið að ferðast í löndum með mikið sýklalyfjaónæmi og/eða þurft að leggjast inn á sjúkrahús í þeim löndum. Því miður eru þó farin að greinast einstök tilfelli sem ekki er hægt að tengja við ferðalög til útlanda.[12]

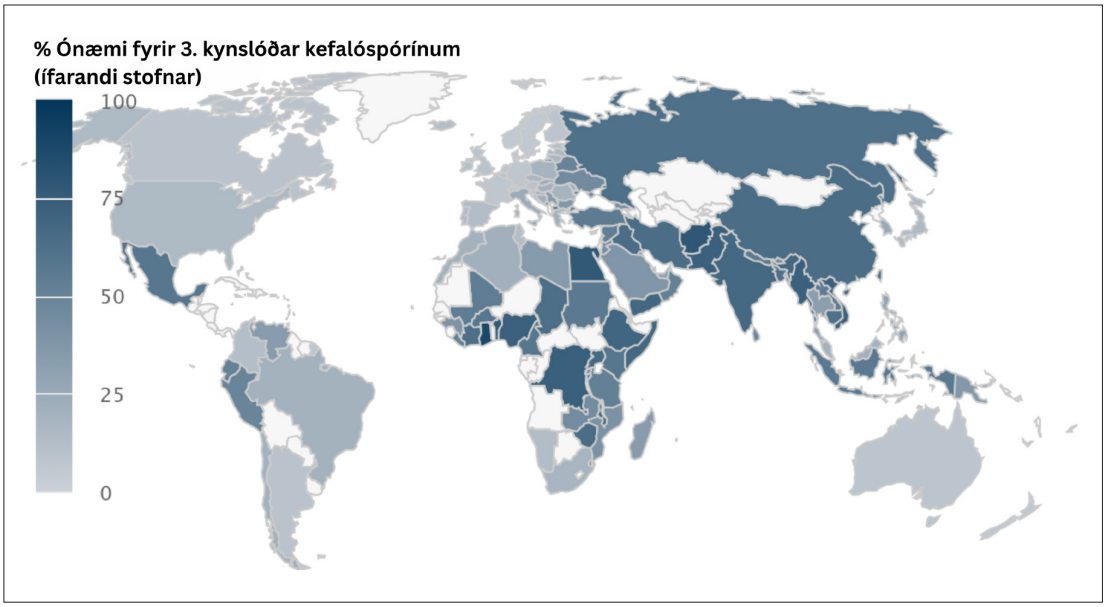
Að draga úr áhættunni

Mikilvægt er að læknar geti frætt skjólstæðinga sína um þær áhættur sem stafa af sýklalyfjaónæmi. Hvaða leiðbeiningar geta læknar veitt almenningi og sínum skjólstæðingum? Meta þarf hvort rétt sé að mæla gegn því að einstaklingar í ákveðnum áhættuhópum ferðist til svæða með mikið sýklalyfjaónæmi og hvort benda þurfi á áhættuna af tilteknum matvælum. Þetta getur til dæmis átt við ónæmisbælda einstaklinga, einstaklinga með endurteknar þvagfærasýkingar og einstaklinga sem eru að fara í skurðaðgerð fljótlega eftir heimkomu.

Notkun sýklalyfja

Sýklalyf hafa bjargað fleiri mannslífum en nokkur önnur lyf (bóluefni undanskilin), en jafnframt er notkun sýklalyfja einn stærsti áhættuþáttur þess að bera fjölónæmar bakteríur í líkamanum. Við inntöku dreifast sýklalyfin um allan líkamann en hafa ekki aðeins staðbundin áhrif á sýkingastað. Áhrifin geta því verið umtalsverð á eðlilegu örveruflóruna, einkum í þörmunum. Næmum bakteríum fækkar og tómarúmið er fyllt með bakteríum ónæmum fyrir viðkomandi sýklalyfi. Viðkomandi sýklalyf getur líka fjölgað bakteríum ónæmum fyrir öðrum sýklalyfjum, vegna þess að bakteríur bera iðulega í sér ónæmisgen fyrir mörgum sýklalyfjum samtímis.

Í Evrópu er að jafnaði ekki leyfilegt að kaupa sýklalyf án ávísunar frá lækni. Þótt notkun sýklalyfja við flestum ábendingum sé skýr, þá er hún á gráu svæði fyrir mikilvægar og algengar ábendingar eins og efri loftvegasýkingum, þar á



Mynd 1. *Hlutfall* E. coli *stofna frá ífarandi sýkingum (blóði og mænuvökva) með ónæmi fyrir þriðju kynslóðar kefalóspórínum, eftir löndum. Fyrir flest löndin eru upplýsingarnar frá árinu 2023, en einstaka lönd eru með eldri gögn þar sem nýrri upplýsingar voru ekki tiltækar.*[36]

meðal bráðri miðeyrnabólgu. Sýklalyf eru ofnotuð við slíkum ábendingum og er mikilvægt að draga úr þeirri notkun eins og hægt er.[14]

Ferðalög og dvöl í útlöndum

Ferðalög og dvöl í löndum með útbreitt sýklalyfjaónæmi fela í sér aukna áhættu á því að smitast og þá um leið að sýkjast af ónæmum bakteríum.[15] Áhættan eykst eftir því sem dvöl í viðkomandi landi er lengri og útbreiðsla ónæmis er meiri. Við höfum mestar áhyggjur af nær-alónæmum iðrabakteríum eins og til dæmis *E. coli*. Þessar bakteríur smitast helst með menguðum matvælum og menguðu vatni/umhverfi. Smitleiðir þessara iðrabaktería eru því nokkuð sambærilegar og hjá sýklum sem valda iðrasýkingum og matareitrunum, eins og Salmonella, Campylobacter, ýmsar gerðir *E. coli*, Nóróveirur og fleiri. Til þess að draga úr áhættunni á því að smitast af fjölónæmum iðrabakteríum er best að fara eftir sömu leiðbeiningum og gefnar eru til að forðast ferðamannaniðurgang. Hreinlæti og hreint ómengað neysluvatn skipta þar mestu máli, einkum á svæðum þar sem eru erfiðleikar á því að fá hreint vatn og ástunda hreinlæti. Fylgja skal eftirfarandi leiðbeiningum eins vel og því verður við komið. Leiðbeiningarnar eru samantekt úr mörgum erlendum leiðbeiningum, meðal annars frá Bandarísku sóttvarnarmiðstöðinni (CDC).[16]

1. Þar sem vatn er ekki talið öruggt þarf að drekka úr öruggum lokuðum/innsigluðum ílátum, hvort sem um er að ræða vatn, safa eða gosdrykki. Nota ætti sams konar vatn til þess að bursta tennurnar. Ef þú ert ekki viss um að ísmolarnir séu gerðir úr öruggu vatni skal sleppa þeim. Heitt kaffi og te ættu að vera í lagi.
2. Velja skal matinn af kostgæfni. Borða aðeins nýeldaðan heitan vel soðinn eða steiktan mat. Borða aðeins ávexti sem hægt er að taka utan af (til dæmis bananar og appelsínur). Ekki borða ferskt ósoðið grænmeti. Ekki borða mat sem staðið hefur lengi, einkum ef hann var ókældur. Velja virta/góða veitingastaði frekar en að kaupa mat af götusölum. Gæta þess að maturinn sé fulleldaður. Aðeins neyta mjólkurafurða sem hafa verið gerilsneyddar. Varast hrá eða linsoðin egg. Athugið að hvorki krydd í mat né áfengi (etanól) í drykkjum drepur bakteríurnar.
3. Hreinlæti er mikilvægt. Þvo sér vel um hendur með sápuvatni fyrir mat og eftir salernisferðir. Hentugt er að hafa með sér handspritt (með að minnsta kosti 60% etanóli) til að nota ef aðstæður bjóða ekki upp á annað.
4. Ekki synda í vatni sem er líklegt til að vera mengað, hvort sem er í vötnum, ám eða tjörnum. Sjór getur líka verið varasamur þar sem strendur eru mengaðar.
5. Lyfjanotkun (sýklalyf og magasýruhemjandi lyf). Ekki taka sýklalyf í forvarnarskyni og ekki heldur við vægum niðurgangi, aðeins ef þess gerist þörf vegna mikilla veikinda og þá helst að læknisráði. Notkun sýklalyfja eykur talsvert líkurnar á því að smitast af ónæmum bakteríum (einkum breiðvirk sýklalyf eins og kínólón (til dæmis Ciprófloxacín)).[17] Nýlegar rannsóknir hafa einnig sýnt að lyf sem að draga úr sýrumyndun í maga (til dæmis prótónpumpuhemlar eins og ómeprazól, esómeprazól, lansóprazól og rabeprazól) auka marktækt líkurnar á því að smitast af ónæmum bakteríum og því að fá ferðamannaniðurgang.[18,19] Þetta kemur ekki á óvart því magasýran er mikilvæg vörn gegn iðrasýkingavöldum. Þeir sem þurfa ekki á slíkum lyfjum að halda ættu að íhuga að stöðva notkun þeirra. Þessi lyf eru ofnotuð og margir eru að taka þau af þarflausu.[20]

Lækna- og tannlæknatúrismi

Einn af helstu áhættuþáttum þess að greinast með nær-alónæmar bakteríur á Íslandi er notkun heilbrigðisþjónustu er-

lendis, einkum í löndum með mikið sýklalyfjaónæmi. Vegna þess eru einstaklingar sem hafa dvalið á eða starfað á sjúkrahúsi erlendis síðustu sex mánuði skimaðir fyrir fjölónæmum bakteríum við komu á sjúkarhús hérlendis.[21] Sambærilegar reglur eru í gildi á hinum Norðurlöndunum. Þó skimunarleiðbeiningar sóttvarnalæknis miðist við dvöl lengur en 24 klukkustundir, er aukin áhætta tengd styttri komum, einkum ef þær eru endurteknar.[22] Þess vegna er mikilvægt að velta fyrir sér áhættunni af því að fara til útlanda til að leita sér læknismeðferða og/eða tannlækninga. Ákveðin áhætta fylgir því að leita lækninga í löndum með aðra gæðastaðla og löggjöf, en rannsóknir hafa einnig sýnt að dvöl á sjúkrahúsum utan Norðurlandanna felur í sér aukna áhættu á því að smitast af fjölónæmum bakteríum.[23-25] Því miður vantar rannsóknir sem meta áhættuna af því að smitast af fjölónæmum bakteríum á erlendum tannlæknastofum. Nýlegar rannsóknir frá Finnlandi könnuðu áhættuna af því að dvelja á sjúkrahúsi og/eða fara í aðgerð á sjúkrahúsi utan Finnlands.[23] Þótt áhættan á því að greinast með fjölónæmar bakteríur eftir heimkomu sé langmest hjá þeim sem komu frá Asíu, Afríku og Suður Ameríku, þá var líka aukin áhætta hjá þeim sem komu frá Evrópu, einkum hjá þeim sem komu frá löndum Austur- og Suður-Evrópu.

Flestir Íslendingar sem leita sér tannlækninga erlendis fara til Ungverjalands, Póllands eða Tyrklands, en þar eru methisillín-ónæmir *Staphylococcus aureus* (MÓSA) mjög algengir. Sýnt hefur verið fram á að tannlæknar sem bera MÓSA geta smitað sjúklinga sem þeir eru að meðhöndla.[26] Það má því ætla að það séu meiri líkur á því að smitast af MÓSA á ungverskum, pólskum og tyrkneskum tannlæknastofum en á íslenskum. Norðmenn mæla gegn því að einstaklingar leiti sér lækninga/tannlækninga utan Noregs (Folkehelseinstitutet).[27] Mikilvægt er að fólk þekki þessar áhættur og taki upplýsta ákvörðun, sé verið að íhuga utanlandsferð vegna lækninga, sérstaklega án tilvísunar frá lækni og til fjarlægra landa.[28]

Matvæli

Matvæli og vatn eru mikilvægustu uppsprettur smits af völdum fjölónæmra iðrabaktería (til dæmis *E. coli*) hjá einstaklingum utan sjúkrahúsa. Líkurnar á þannig smiti eru langmestar í löndum þar sem ónæmið er útbreitt, eins og minnst er á hér að framan. Hins vegar hefur alþjóðleg verslun og flutningur á matvælum aukist gríðarlega á síðustu árum og áratugum og innflutt matvæli eru stór hluti matvæla sem eru á boðstólum í matvöruverslunum á Íslandi. Þetta á einkum við um vörur sem ekki eru framleiddar hér eða eru ódýrari en vörur sem hægt er að framleiða hér. Allir ættu að vera meðvitaðir um þessa áhættu þegar þeir kaupa sér í matinn, en þó sérstaklega aldraðir einstaklingar, einstaklingar með langvinna sjúkdóma og/eða eru á ónæmisbælandi meðferð eða taka magasýruhemjandi lyf að staðaldri (ómeprazól og skyld lyf).

Þau matvæli sem geta verið menguð af iðrabakteríum eru helst kjöt af búfé. Mikilvægt er að þau séu meðhöndluð á réttan hátt, og þá sérstaklega kjúklingar sem mengast mikið við slátrun. Kjúklingar og kjöthakk eiga að vera steikt/soðin í gegn. Gæta skal sérstakrar varúðar með matvæli sem borðuð eru fersk (ákveðnar tegundir grænmetis og ávaxta, einkum salöt) og matvæli sem eru líklegri en önnur til að innihalda nær al-ónæmar iðrabakteríur (fiskeldisafurðir frá Asíu, Afríku og Suður-Ameríku, sem ekki hafa verið hitameðhöndlaðar, sérstaklega risarækjur).[29,30] Vatnsþvottur eða skolun á salati skilar mjög takmörkuðum árangri og tryggir ekki að meinvaldandi og sýklalyfjaónæmar bakteríur séu fjarlægðar.[31] Nýleg skýrsla Matvælastofnunar Evrópu (EFSA, European Food and Safety Authority), sýndi fram á hratt vaxandi útbreiðslu nær-alónæmra baktería (karbapenemasa-myndandi *Enterobacterales*) í evrópskum landbúnaði og innfluttum fiskeldisafurðum.[32]

Á Íslandi er notað einna minnst af sýklalyfjum í landbúnaði í Evrópu, og því líklega í öllum heiminum. Það endurspeglast í mjög lágu hlutfalli ónæmra baktería í íslenskum landbúnaði.[33] Nær-alónæmar bakteríur hafa ekki fundist í íslenskum landbúnaði. Íslenskt salat er framleitt í gróðurhúsum meðan að mest allt innflutt grænmeti er ræktað utandyra á ökrum þar sem hætt er við saurmengun og því mengun með fjölónæmum bakteríum. Mikilvægt er að almenningur sé upplýstur um þá umframáhættu sem getur falist í kaupum á matvælum frá löndum utan Norðurlandanna.

Lokaorð

Staðan varðandi sýklalyfjaónæmi er enn frekar góð á Íslandi, þar sem dánartíðni og sjúkdómsbyrði hefur verið lægri en í flestum öðrum löndum.[34] Mikilvægt er að viðhalda þeirri stöðu sem allra lengst og er landsáætlun ríkisstjórnarinnar veigamikill þáttur þess. Flestir íslenskir læknar sem ekki hafa starfað erlendis nýlega eru með litla reynslu af sýkingum af völdum nær-alónæmra baktería. Það þarf hins vegar ekki að fara langt til að komast á staði þar sem staðan er mun verri og alvarleg. Sýklalyfjaónæmi er dauðans alvara og í raun þögull faraldur sem hefur valdið mun fleiri dauðsföllum en COVID-19. Áætlað hefur verið að sýklalyfjaónæmi hafi tengst um fimm milljónum dauðsfalla árið 2021 og ef ekkert verður að gert munu fleiri deyja beint eða óbeint af völdum sýklalyfjaónæmis árið 2050 en deyja af völdum krabbameins.[8,35]

Læknar gegna mikilvægu hlutverki í því að fræða sína skjólstæðinga og almenning um heilbrigt líferni og þar með talið hvernig varast skuli helstu áhættuþætti sýklalyfjaónæmis. Með því geta læknar hægt á þróun sýklalyfjaónæmis og dregið úr líkum þess að fólk smitist af fjölónæmum bakteríum sem er erfitt eða jafnvel ekki hægt að meðhöndla.

Meginskilaboð

Læknar gegna lykilhlutverki í fræðslu um sýklalyfjaónæmi og hvernig megi draga úr áhættunni á því. Með því að efla vitund sjúklinga og almennings um varfærni í sýklalyfjanotkun, áhættu í tengslum við heilbrigðisþjónustu erlendis, ferðalög til útlanda og neyslu tiltekinna matvæla, geta þeir verið virkir þátttakendur í því að viðhalda þeirri hagstæðu stöðu sem enn ríkir á Íslandi.

Heimildir

1. Releases UNMCaP. General Assembly Adopts Political Declaration on Antimicrobial Resistance, Demanding Immediate Action for Safeguarding Ability to Treat Disease, Enhance Food Security, https://press.un.org/en/2024/ga12642.doc.htm – ágúst 2025
2. Duguid RC, Ashley EA, Turner P, et al. Antimicrobial resistance among children in Southeast Asia: a systematic review. BMJ Public Health 2025; 3: e001312. 20250501.
3. Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet 2022; 399: 629–655.
4. Antimicrobial Resistance Division (AMR) NAPaMaEN, Surveillance, Prevention and Control (SPC). WHO implementation handbook for national action plans on antimicrobial resistance: guidance for the human health sector.(2022) https://www.who.int/publications/i/item/9789240041981. – ágúst 2025
5. Heilbrigðisráðuneytið, Umhverfis-, orku- og loftslagsráðuneytið, Atvinnuvegaráðuneytið. Aðgerðaáætlun gegn sýklalyfjaónæmi staðfest.(2024) https://www.stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stok-frett/2024/08/09/Adgerdaaaetlun-gegn-syklalyfjaonaemi-stadfest/. – ágúst 2025
6. Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, et al. Multidrug-resistant, extensively drug--resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. Clin Microbiol Infect. 2012;18(3):268-81.
7. Kristinsson KG. Epidemiology of penicillin resistant pneumococci in Iceland. Microb Drug Resist 1995;1(2):121–125.
8. Collaborators GBDAR. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990-2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. Lancet. 2024;404:1199–1226.
9. Nadimpalli ML, Marks SJ, Montealegre MC, et al. Urban informal settlements as hotspots of antimicrobial resistance and the need to curb environmental transmission. Nat Microbiol 2020;5: 787–795.
10. Castanon JIR. History of the use of antibiotic as growth promoters in European poultry feeds. Poult Sci. 2007;86(11):2466–2471.
11. Sati H, Carrara E, Savoldi A, et al. The WHO Bacterial Priority Pathogens List 2024: a prioritisation study to guide research, development, and public health strategies against antimicrobial resistance. Lancet Infect Dis. 2025 Sep;25(9):1033-1043.
12. Embætti landlæknis L, Matvælastofnun, Tilraunastöð H.Í. Keldum og Umhverfisstofnun. Sýklalyfjanotkun og sýklalyfjanæmi baktería hjá mönnum og dýrum á Íslandi 2024, https://assets.ctfassets.net/8k0h54kbe6bj/6okNaME7OZr1VnUPh3xj5U/58ac521164775ec726941a62f8c470f2/S%C3%83_klalyfjask%C3%83_rsla_2024.pdf – október 2025
13. Bezabih YM, Sabiiti W, Alamneh E, et al. The global prevalence and trend of human intestinal carriage of ESBL-producing Escherichia coli in the community. J Antimicrob Chemother. 2021;76:22–29.
14. Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, et al. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial. JAMA. 2006; 296:1235–1241.
15. Arcilla MS, van Hattem JM, Haverkate MR, et al. Import and spread of extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae by international travellers (COMBAT study): a prospective, multicentre cohort study. Lancet Infect Dis. 2017;17: 78–85.
16. US Centers for Disease Control and Prevention. Medical Tourism: Travel to Another Country for Medical Care. (2023) https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/medical-tourism. – nóvember 2025
17. Kantele A, Laaveri T, Mero S, et al. Antimicrobials increase travelers' risk of colonization by extended-spectrum betalactamase-producing Enterobacteriaceae. Clin Infect Dis. 2015; 60: 837–846.
18. Willems RPJ, van Dijk K, Ket JCF, et al. Evaluation of the Association Between Gastric Acid Suppression and Risk of Intestinal Colonization With Multidrug-Resistant Microorganisms: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2020; 180: 561–571.
19. Neal KR, Scott HM, Slack RC, et al. Omeprazole as a risk factor for campylobacter gastroenteritis: case-control study. BMJ. 1996; 312: 414–415.
20. Shanika LGT, Reynolds A, Pattison S, et al. Proton pump inhibitor use: systematic review of global trends and practices. Eur J Clin Pharmacol. 2023;79:1159–1172.
21. Skimun, smitrakning og sýkingavarnir vegna sýklalyfjaónæmra baktería í heilbrigðisþjónustu: Leiðbeiningar sóttvarnalæknis. Október 2019. https://island.is/sykingavarnir--heilbrigdisthjonusta/leidbeiningar – september 2025.
22. Khawaja T, Kirveskari J, Johansson S, et al. Patients hospitalized abroad as importers of multiresistant bacteria-a cross-sectional study. Clin Microbiol Infect. 2017;23:673. e671–673 e678.
23. Kajova M, Khawaja T, Kangas J, et al. Import of multidrug-resistant bacteria from abroad through interhospital transfers, Finland, 2010-2019. Euro Surveill. 2021(03);26(39):2001360.
24. Stenhem M, Ortqvist A, Ringberg H, et al. Imported methicillin-resistant Staphylococcus aureus, Sweden. Emerg Infect Dis. 2010;16:189–196.
25. Samuelsen O, Overballe-Petersen S, Bjornholt JV, et al. Molecular and epidemiological characterization of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in Norway, 2007 to 2014. PloS one. 2017;12:e0187832.
26. Larsen T, Kjerulf A, Petersen A, Rhod Larsen A. Multiresistente stafylokokker paa tandklinikken. Tandlægebladet 2012; 116: 952–957.
27. Folkehelseinstituttet. Viktige råd for god reise. (2025). https://www.fhi.no/sm/smittevern-rad-ved-reiser/viktige-rad-for-god-reise/#planlagt-helsebehandling-i-utlandet. – nóvember 2025
28. Olsvik O, Lund BK. Ferðamennska í tannlækningum - lýðheilsu stefnt í hættu. Tannlæknablaðið 2019; 37: 8–14.
29. Hamza D, Dorgham S, Ismael E, et al. Emergence of beta-lactamase- and carbapenemase-producing Enterobacteriaceae at integrated fish farms. Antimicrob Resist Infect Control 2020;9:67. 20200519.
30. Ramirez-Castillo FY, Guerrero-Barrera AL, Avelar-Gonzalez FJ. An overview of carbapenem-resistant organisms from food-producing animals, seafood, aquaculture, companion animals, and wildlife. Front Vet Sci. 2023;10:1158588. 20230615.
31. Uhlig E, Olsson C, He J, et al. Effects of household washing on bacterial load and removal of Escherichia coli from lettuce and "ready-to-eat" salads. Food Sci Nutr 2017; 5:1215–1220.
32. Allende A, Alvarez-Ordóñez A, Bortolaia V, et al. Occurrence and spread of carbapenemase-producing Enterobacterales (CPE) in the food chain in the EU/EFTA. Part 1: 2025 update. Efsa Journal. 2025; 23.
33. European Food Safety A uthority (EFSA), European Centre for Disease P revention and Control (ECDC). The European Union summary report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2021-2022. EFSA J. 2024;22:e8583.
34. Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, et al. Burden of AMR Collaborative Group. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic--resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. Lancet Infect Dis. 2019;19(1):56-66.
35. O'Neill J. Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. (2014). https://wellcomecollection.org/works/rdpck35v/items?shouldScrollToCanvas=true – ágúst 2025.
36. One Health Trust. ResistanceMap: Antibiotic resistance. 2026. https://resistancemap.onehealthtrust.org/AntibioticResistance.php. – janúar 2026.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2026.02.878

Doctors and the public together against antimicrobial resistance – the key to success.

Karl G. Kristinsson

Department of Clinical Microbiology, Landspitali University Hospital, Iceland, University of Iceland, Faculty of Medicine

Correspondence: Correspondence Karl G. Kristinsson, karl@landspitali.is

Key words: *antibiotic resistance, public health, travel medicine, physician role, risk factors, Nordic countries*

Antimicrobial resistance is now one of the leading threats to global public health. The development of new antibiotics has not kept pace with the rapid emergence and spread of multidrug-resistant bacteria, whose prevalence continues to rise. The burden is greatest in countries with high antibiotic use and limited access to clean water and sanitation. Multidrug- and extensively-resistant enteric bacteria, particularly *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*, are of greatest concern. While the situation in the Nordic countries remains favorable, Icelanders traveling to high-prevalence regions or seeking medical care abroad are at increased risk of acquiring and importing these bacteria. Major risk factors include antibiotic exposure, use of acid-suppressing drugs, and consumption of contaminated food and water. This article outlines strategies to reduce these risks including prudent antibiotic use, strict hygiene, careful food and beverage choices, and caution when accessing healthcare outside the Nordic region. The Icelandic society is in a unique position, with minimal use of antibiotics in agriculture and a low prevalence of resistant bacteria. Physicians have a pivotal role in educating patients and the public, thereby maintaining Iceland's low disease burden from resistant bacteria and helping to curb the spread of this "silent pandemic".

Lendarkviðslit – Petit-kviðslit

• Sjúkratilfelli og umfjöllun um sjúkdóminn •

Ellen María Gunnarsdóttir[1] læknir
Ásgeir Þór Másson[1] læknir
Páll Helgi Möller[1,2] læknir

[1]Kviðarholsskurðdeild Landspítala, [2]Læknadeild Háskóla Íslands

Fyrirspurnum svarar Ellen María Gunnarsdóttir, *ellenmgun@gmail.com*

Greinin barst 4. september 2025,
samþykkt til birtingar 11. nóvember 2025

ÁGRIP

Lendarkviðslit eru sjaldgæf tegund kviðslita sem flest eru staðsett í efri og neðri lendarþríhyrningum. Neðra lendarkviðslit er einnig nefnt Petit-kviðslit. Hér verður farið yfir tilfelli konu sem greindist með Petit-kviðslit og var meðhöndluð á kviðarholsskurðdeild Landspítala.

Inngangur

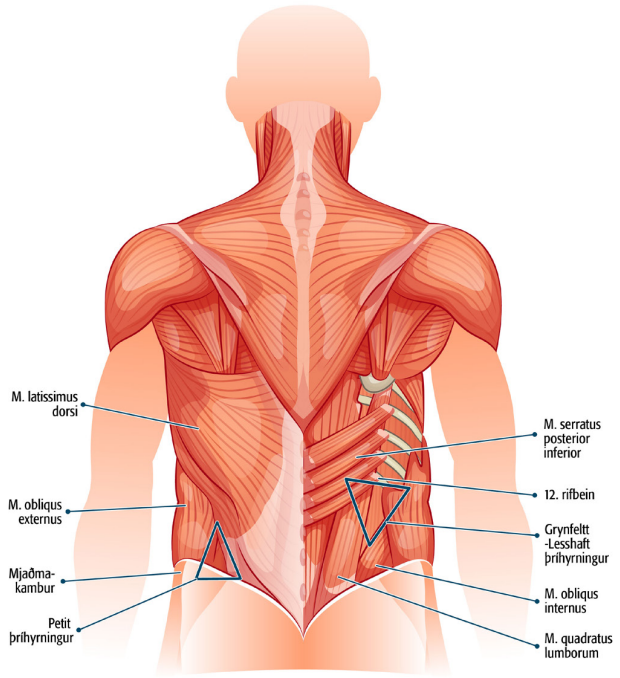
Til eru margar mismunandi tegundir kviðslita og þekkja flestir til dæmis nára- og naflakviðslit og einkenni þeirra. Lendarkviðslit (*lumbar hernia*) eru hins vegar sjaldgæf en engu að síður mikilvæg mismunagreining hjá sjúklingum með fyrirferð á lendarsvæði. Lendarkviðslitum er gjarnan skipt í efri og neðri lendarkviðslit. Neðra lendarkviðslit eða Petit-kviðslit er nefnt eftir franska líffræðingnum Jean Louis Petit (1674-1750) sem var fyrstur til að lýsa líffræðilegum landamerkjum þess. Landamerkin eru mjaðmakambur (*iliac crest*) að neðan, ytri skávöðvi kviðar (*m. obliqus externus abdominis*) hliðlægt og bakbreiðarvöðvi (*m. latissimus dorsi*) miðlægt, en saman mynda þau Petit-þríhyrninginn. Efra lendarkviðslit myndast í Grynfeltt-Lesshaft-þríhyrningnum sem afmarkast að ofan af tólfta rifi og neðri aftari sagarvöðva (*m. serratus posterior inferior*), hliðlægt af innri skávöðva kviðar (*m. obliqus internus abdominis*) og miðlægt af ferhyrnuvöðva lendar (*m. quadratus lumborum*) (mynd 1).[1,2,3] Um 95% lendarkviðslita koma fram í fyrrgreindum þríhyrningum en einnig hefur dreifðum lendarkviðslitum verið lýst sem koma yfirleitt fram í kjölfar áverka, fyrri skurðaðgerða eða sýkinga.[4] Hér verður farið yfir tilfelli af Petit-kviðsliti hjá konu á miðjum aldri.

Tilfelli

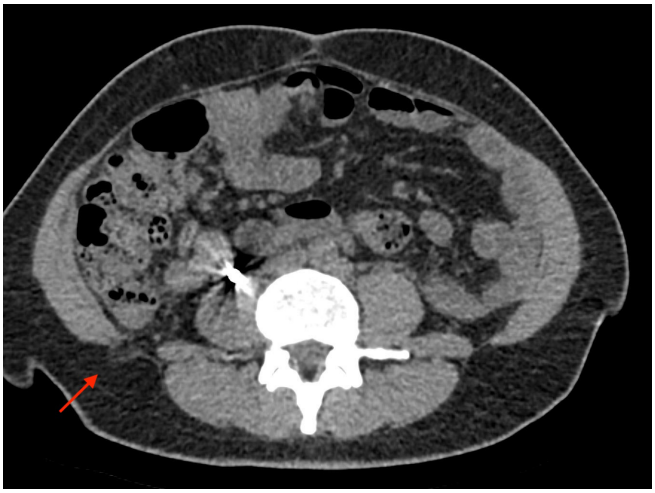
Um var að ræða 48 ára gamla áður hrausta konu frá Gíneu sem var vísað til kviðarholsskurðlækna vegna lendarkviðslits. Í heilsufarssögu kom fram að hún hafði áður farið í skurðaðgerðir vegna nárakviðslits beggja vegna og þrívegis farið í keisaraskurð. Þá hafði hún fengið stóra blæðingu hægra megin í aftanskinu (*retroperitoneum*) árið 2014, stuttu eftir þriðja keisaraskurðinn. Æðaþræðing sýndi sýndargúlp (*pseudoaneurysm*) á hægri kynkirtilsslagæð (*gonadal artery*) og var gerð slagæðastíflun (*embolization*). Að öðru leyti var hún hraust, tók engin lyf að staðaldri og hafði enga markverða áverkasögu.

Sjúklingurinn var með tveggja ára sögu um óþægindi í hægri síðu og baki. Auk þess fann hún fyrirferð á samsvarandi svæði sem kom fram þegar leið á daginn, sérstaklega eftir langa vinnudaga.

Hún leitaði í fyrstu til lýtalæknis og vaknaði þá grunur um fituæxli (*lipoma*). Fengin var ómskoðun af kviðvegg og hægri síðu þar sem lýst var kviðsliti í hægri síðu með rúmlega 1 cm kviðslitsopi og um 5 cm kviðslitssekk. Til nánari kortlagningar var gerð tölvusneiðmynd af kvið sem sýndi lendarkviðslit sem gæti samrýmst Petit-kviðsliti og innihélt fituvef frá aftanskinu (mynd 2). Í framhaldi var henni vísað til skurðlæknis á stofu



Mynd 1. *Staðsetning og landamerki lendarkviðslita*



Mynd 2. *Tölvusneiðmynd af kviðarholi sýnir neðra lendarkviðslit sem inniheldur fituvef frá aftanskinu.*

en vegna óvanalegrar staðsetningar var henni vísað áfram á göngudeild kviðarholsskurðlækninga á Landspítala. Þar gaf hún söguna sem lýst er að ofan. Við skoðun var enga fyrirferð að finna á hægri síðu eða baki.

Þar sem um einkennagefandi kviðslit var að ræða var ákveðið að taka hana til valkvæðrar skurðaðgerðar. Aðgerðin var gerð í kviðsjá þar sem farið var meðal annars í gegnum áður óþekkt naflakviðslit. Tvö önnur 5 mm op voru sett, annars vegar í miðlínu strax fyrir ofan lífbein og hins vegar hliðlægt vinstra megin í kvið. Byrjað var á að losa hægri hluta ristilsins hliðlægt. Þar á bak við, í aftanskinu, sást kviðslitsop sem var um 1-2 cm í þvermál og fituvefur sem gekk inn í það. Opið afmarkaðist af ytri skávöðva kviðar (*m. obliqus externus abdominis*) og bakbreiðarvöðva (*m. latissimus dorsi*). Allur fituvefur í kringum kviðslitsopið var fjarlægður til að auðveldara væri að koma fyrir neti og festa það. Sett var 12 cm hringlaga Symbotex™ net sem komið var fyrir utan lífhimnunnar (*preperitoneal*) og það síðan fest með smáum sjálfeyðandi skrúfum (Vicryl®) (mynd 3). Sárinu í lífhimnunni var lokað með V-Loc™ saum og að því loknu var vöðvafelli í nafla og skurðsárum lokað.

Að lokinni aðgerð útskrifaðist sjúklingurinn samdægurs. Engir snemmbúnir fylgikvillar komu upp og við eftirlit mánuði eftir aðgerð hafði hún jafnað sig að mestu leyti. Hún fann þó ennþá fyrirferð þar sem kviðslitið var áður en við skoðun var ekki merki um endurkomu.

Umræða

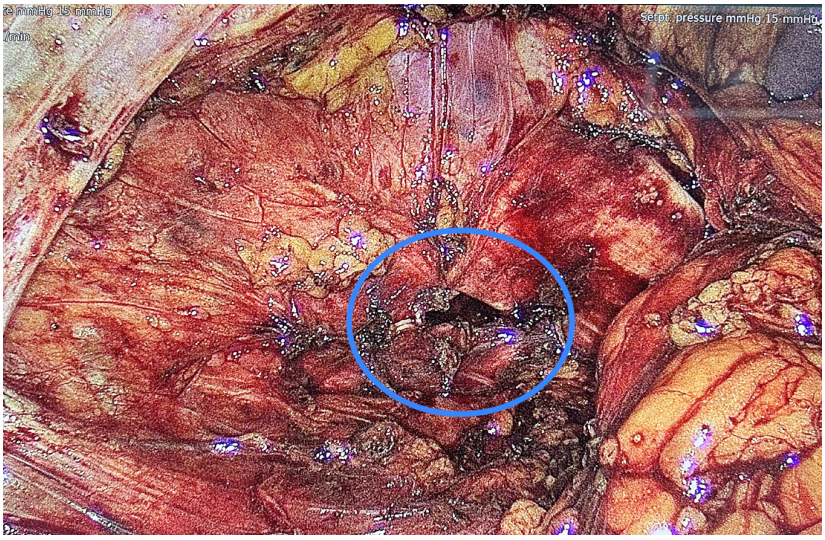
Lendarkviðslit eru sjaldgæf og hefur einungis verið greint frá um 300 tilfellum frá því að fyrsta tilfellinu var lýst árið 1672. Því byggjast flestar greinar á umfjöllun fárra tilfella.[5] Í kringum 66% lendarkviðslita koma fram hjá körlum og eru flest þeirra áunnin, eða um 80%, en önnur eru meðfædd.[3,4] Sömu áhættuþættir eru fyrir því að mynda lendarkviðslit eins og önnur kviðslit. Þessir þættir eru meðal annars aukinn þrýstingur í kviðarholi, reykingar, hækkandi aldur, vöðva- og bandvefssjúkdómar og mikið þyngdartap. Þá spilar líkamsbygging og stærð á þríhyrningum einnig hlutverk í áhættu á myndun lendarkviðslits.[5,6]

Algengasta birtingarmynd lendarkviðslits er mjúk fyrirferð sem stækkar við aukinn þrýsting í kviðarholi. Einnig er algengt að sjúklingar kvarti undan verkjum eða óþægindum í mjóbaki. Í um 30% tilvika gengur innihald kviðslitsins ekki til baka inn í kviðarholið og er þá talað um að kviðslitið sé innklemmt (*incarceration*). Oftast er um að ræða fituvef sem er innklemmdur en einnig er þekkt að hluti garnar eða þvagvega gangi út í kviðslitið, sem getur leitt til garnastíflu, þvagteppu, blóðmigu eða verkja sem líkjast nýrnasteinaverkjum.[1,5]

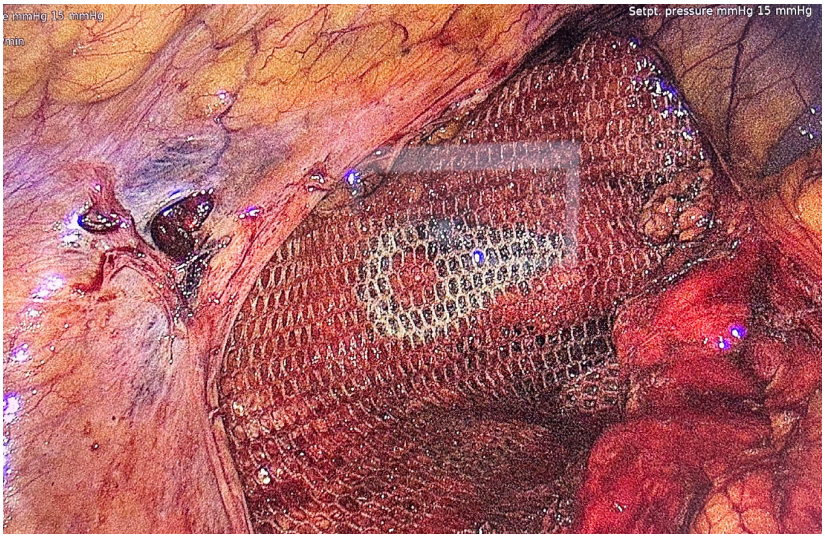
Greining lendarkviðslita getur verið krefjandi þar sem einkenni eru oft óljós og benda frekar til annarra mismunagreininga. Helstu mismunagreiningar eru fituæxli, sarkmein, fyrirferð í nýra, ígerð og margúll.[1,5] Mælt er með tölvusneiðmynd af kviðarholi ef grunur vaknar um Petit-kviðslit hvort heldur sem er til greiningar eða útilokunar á öðrum greiningum. Einnig gagnast tölvusneiðmynd til undirbúnings fyrir skurðaðgerð.[6,7]

Eins og við aðrar tegundir kviðslita þá er náttúrulegur gangur lendarkviðslita sá að þau stækka með tímanum og verða meira einkennagefandi. Ef merki eru um innklemmt lendarkviðslit eða blóðflæðisskerðingu þá er mælt með bráðaaðgerð. Annars eru flestir sammála því að gerð sé viðgerð á kviðslitinu í valaðgerð nema frábending fyrir aðgerð sé til staðar.[1,5,8]

Viðgerð á lendarkviðsliti er hægt að framkvæma opið eða í kviðsjá.[3,9] Mikið hefur verið notast við þekkingu og reynslu á meðferð annarra algengra tegunda kviðslita við meðferð lendarkviðslita.[1,5] Viðgerð með neti (t.d. polypropylene) er sú



Mynd 3a. *Frá aðgerð. Kviðslitsopið þegar búið var að losa hægri ristil hliðlægt.*



Mynd 3b. *12 cm hringlaga SymbotexTM neti komið fyrir utan lífhimnunnar.*

skurðaðgerð sem flestir skurðlæknar hafa tileinkað sér, ýmist með kviðsjártækni eða í opinni aðgerð. Það er vel þekkt að endurkomutíðni kviðslita er lægri þegar notað er net. Aðgerðir þar sem ekki er sett net, eins og flipaviðgerðir eða viðgerð einvörðungu með saumum, hafa ekki sýnt ásættanlegan árangur og því eru þær sjaldan framkvæmdar.[3,9]

Kostir kviðsjáraðgerðar umfram opna aðgerð eru minni verkir og minni verkjalyfjanotkun, styttri sjúkrahúslega og sjúklingar eru fljótari að komast í fyrra líkamlegt horf. Almennt er mælt með kviðsjáraðgerð þegar kviðslit eru undir 5 cm að stærð. Hjá einstaklingum með kviðslit sem eru stærri en 5 cm þarf bæði að meta einstaklinginn og áhættuþætti hans með tilliti til þess hvort framkvæma eigi opna aðgerð eða kviðsjáraðgerð. Mælt er með að íhuga opna aðgerð fyrir stærri kviðslit sem tengd eru sögu um áverka, dreifð kviðslit eða þegar um er að ræða endurkomu á kviðsliti eftir kviðsjáraðgerð.[1,5,8] Í tilfellinu var um að ræða kviðslit minna en 5 cm og því ákveðið að gera við það með neti í kviðsjá í samræmi við það sem mælt er með.

Sjúklingurinn hafði sögu um meðgöngur sem áhættuþátt fyrir myndun á kviðsliti. Þá hafði hún einnig sögu um skurðaðgerðir vegna nárakviðslita beggja vegna auk þess að naflakviðslit uppgötvaðist í aðgerðinni. Í ljósi þess má velta því fyrir sér hvort hún sé með óþekktan bandvefssjúkdóm en engar rannsóknir hafa verið gerðar hjá henni til að skoða þann möguleika. Þá er einnig áhugavert að blæðingin sem sjúklingurinn hlaut í aftanskinu eftir meðgöngu reyndist vera sömu megin og lendarkviðslitið. Því er hugsanlegt að þrýstingur frá blæðingunni hafi veikt bakhluta kviðveggjarins og þannig stuðlað að kviðslitinu.

Heimildir

1. van Steensel S, Bloemen A, van den Hil LCL, et al. Pitfalls and clinical recommendations for the primary lumbar hernia based on a systematic review of the literature. Hernia 2019; 23: 107-117.
2. Loukas M, Tubbs RS, El-Sedfy A, et al. The clinical anatomy of the triangle of Petit. Hernia 2007; 11: 441-444.
3. Heemskerk J, Leijtens JWA, van Steensel S. Primary lumbar hernia, review and proposal for standardized treatment. J Abdom Wall surg. 2023; 2: 11754
4. Stamatiou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, et al. Lumbar hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. Am Surg. 2009; 75: 202-207.
5. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, et al. Controversies in the current management of lumbar hernias. Arch Surgery. 2007; 142: 82–88.
6. Suarez S, Hernandez JD. Laparoscopic repair of a lumbar hernia: report of a case and extensive review of the literature. Surg Endosc. 2013; 27: 3421–3429.
7. Baker ME, Weinerth JL, Andriani RT, et al. Lumbar hernia: diagnosis by CT. AJR Am J Roentgenol. 1987; 148: 565–567.
8. Moreno-Egea A, Alcaraz AC, Cuervo MC. Surgical options in lumbar hernia: laparoscopic versus open repair. A long-term prospective study. Surg Innov. 2013; 20: 331–344.
9. Arca MJ, Heniford BT, Pokorny R, et al. Laparoscopic repair of lumbar hernias. J Am Coll Surg. 1998; 187: 147–152.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2025.02.879

Lumbar hernia – Petit hernia. A case report and discussion of the disease

Ellen Maria Gunnarsdottir[1]
Asgeir Thor Masson[1]
Pall Helgi Moller[1,2]

[1]Department of General Surgery, Landspitali University,
[2]Faculty of Medicine, University of Iceland

Correspondance Ellen Maria Gunnarsdóttir,
ellenmgun@gmail.com

Key words: *lumbar hernia, Petit hernia, Laparoscopy, prosthetic mesh*

Lumbar hernia is a rare type of abdominal wall hernia that are located in the superior or inferior lumbar triangle. Inferior lumbar hernia is also known as Petit hernia. We report a case of a 48 year old woman who was diagnosed with Petit hernia and underwent a laparoscopic mesh reinforcement.

Dóra Lúðvíksdóttir
lungnalæknir

Gunnar Guðmundsson
lungnalæknir

Hvenær gerum við öndunarmælingar?

Inngangur

Öndunarmælingar eru mikilvægar við greiningu og eftirlit á lungnasjúkdómum. Einfaldasta og jafnframt algengasta öndunarmælingin er fráblástursmæling (*spirometry*). Enski skurðlæknirinn John Hutchinson (1811-1861) er talinn upphafsmaður nútíma öndunarmælinga og taldi hann að öndunarmælingar gætu spáð fyrir um lífslíkur manna.[1] Framingham rannsóknin rúmum hundrað árum síðar staðfesti þetta.[2]

Hvað er fráblástursmæling?

Fráblástursmæling er rannsóknaraðferð til að mæla hve miklu lofti einstaklingur andar að sér og frá sér á ákveðnum tíma. Mæld er öndunargeta lungna bæði lungnarúmmál og flæði lofts.[3]

Hvaða upplýsingar gefur fráblástursmæling?

1. Heildarfráblástursgeta (*forced vital capacity*) FVC
2. Einnar sekúndu fráblástursgeta FEV_1
3. Hlutfallið á milli þessara tveggja stærða FEV_1/FVC

Mælingin greinir þrengingar í berkjum sem geta verið tímabundnar eða viðvarandi og gefur vísbendingar um berkjuauðertni (breytilegt loftflæði). Fráblástursmæling er nauðsynlegur þáttur í greiningu og stigun astma og langvinnrar lungnateppu og millivefslungnasjúkdóma og æskilegt er að mæla bæði með og án berkjuvíkkandi lyfja. Marktæk hækkun eftir berkjuvíkkun er 10% hækkun á FEV_1 eða FVC.[3]

Mælingin veitir einnig upplýsingar um breytingar á öndunarstarfsemi yfir lengri tímabil og svörun við lyfjameðferð.

Hverjar eru ábendingar fyrir fráblástursmælingu?

Greining orsaka öndunarfæraeinkenna og mat á öndunarstarfsemi

1. Öndunarfæraeinkenni, svo sem hósti, mæði, andþyngsli eða surg.
2. Reykingafólk yfir 40 ára aldri.
3. Meta áhrif ýmissa lungnasjúkdóma á öndunarfærastarfsemi.
4. Greina einstaklinga sem eru í hættu á að fá öndunarfærasjúkdóma.
5. Meta áhættu fyrir skurðaðgerð.
6. Meta horfur þekktra öndunarfærasjúkdóma.
7. Meta ástand fyrir/eftir endurhæfingu.

Eftirlit með öndunarfærasjúkdómum

1. Meta áhrif meðferðar, til dæmis lyfjameðferðar eða skurðaðgerðar.
2. Fylgjast með sjúkdómsgangi.
3. Fylgjast með einstaklingum sem eru útsettir fyrir loftmengun.
4. Meta lungnastarfsemi einstaklinga sem taka lyf sem geta haft aukaverkanir á lungun, til dæmis krabbameinslyf.



Mynd 1. *Nefklemma er mikilvæg við framkvæmd öndunarmælinga.*

Frábendingar fyrir öndunarmælingu

Helstu frábendingar eru: Blóðhósti, loftbrjóst, nýleg kransæðastífla eða segarek til lungna, stór æðagúll í ósæð og nýleg augnaðgerð.

Framkvæmd

Áður en fráblástursmæling er framkvæmd þarf að mæla hæð og þyngd. Ef gera á mælingu með og án berkjuvíkkandi lyfja þarf að hætta töku innöndunarlyfja 6-48 klukkustundum fyrir mælingu, allt eftir verkunarlengd lyfjanna. Mikilvægt er að hvetja sjúkling áfram meðan á mælingu stendur.

1. Sjúklingur bítur í munnstykki og andar eðlilega nokkur andartök með nefklemmu á nefi (mynd 1).
2. Hann dregur síðan djúpt að sér andann og blæs hratt frá sér í 6 sekúndur.
3. Að lokum andar hann rólega að sér og frá sér einu sinni.
4. Endurtaka á mælinguna þrisvar sinnum og er sú mæling notuð sem hefur hæstu gildin og er tæknilega rétt.

Túlkun niðurstaðna öndunarmælinga

Er mælingin tæknilega rétt?

Til að átta sig á því hvort niðurstöður öndunarmælingar séu marktækar þarf að kanna gæði mælingarinnar. Í fyrsta lagi má skoða tímalengd fráblásturs. Æskilegt er að fráblástur hafi varað í sex sekúndur. Ef það hefur ekki náðst getur rannsóknin sýnt óeðlilega lágan heildarfráblástur (FVC). Þá er mikilvægt að skoða vel flæðilykkju mælingar. Í vel heppnaðri mælingu er ekkert hik í byrjun og góður toppur næst á mælingunni. Frá

toppi er síðan nokkuð bein lína að enda. Hik í byrjun getur lækkað gildi, sem og hósti í byrjun fráblásturs en hósti seinna í fráblæstri skiptir minna máli.

Löng hefð er fyrir því að kalla gildi sem eru minna en 80% af spáðu gildi óeðlilegar.

Úrlestur

- Hvernig er lögun kúrvunar? Teppulaga? Herpulaga? Eðlileg?
- Hvað er FVC? >80% eðlileg mæling <80% bendir til herpu.
- Hvað er FEV_1? >80% eðlileg mæling <80% bendir til teppu.
- Hvað er FEV_1/FVC ? >70% eðlileg mæling <70% bendir til teppu
- Ef FVC er lækkað og FEV_1/FVC er eðlilegt þarf að gera lungnarúmmálsmælingu til að staðfesta herpu.
- Blönduð mynd lækkað FVC, lækkað FEV_1/FVC og lækkað FEV1.
- Teppan er væg ef FEV_1/FVC <0,7 en FEV_1 >80%, meðalmikil FEV1 50-79%, mikil FEV_1 30-49% og alvarleg FEV_1 <30%.

GLI

Global Lung Function Initiative (GLI) hafa sett fram gildi sem byggjast á alþjóðlegum gögnum frá heilbrigðum einstaklingum.[3,4] Hægt er að finna þessi gildi á heimasíðunni GLI Lung Function Calculator (gli-calculator.ersnet.org). Fundin eru lægri mörk eðlilegra gilda (*lower limit of normal-LLN*) og z-skor sem er fjöldi staðalfrávika frá eðlilegum gildum. LLN byggir á að nota fimmta hundraðshlutamark dreifingar mælinga í heilbrigðu þýði. (Tafla I) Kostir þessa eru taldir margir og minnka líkur á röngum sjúkdómsgreiningum.

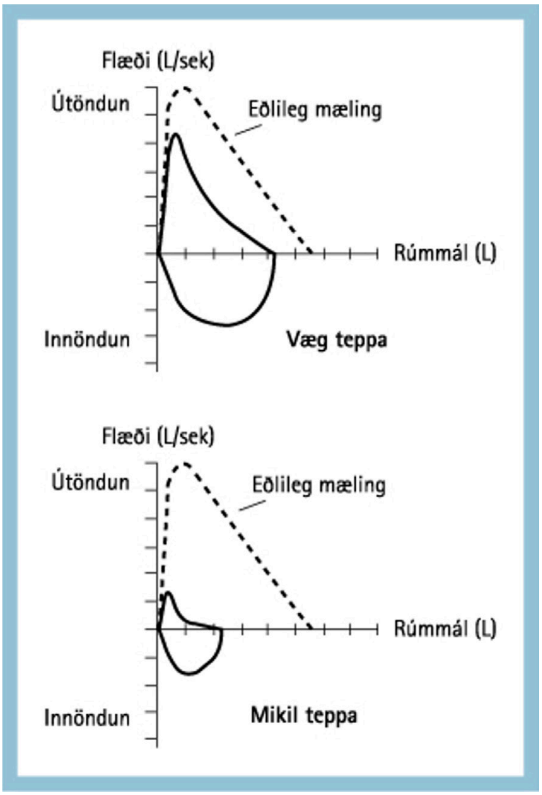
Tafla I.

Flokkun öndunarmælinga	Z-skor
Væg	-1,65 til -2,5
Meðal	-2,51 til -4,0
Alvarleg	Meiri en -4,1

Samantekt

Fráblástursmæling er rannsóknaraðferð til að mæla hve miklu lofti einstaklingur andar að sér og frá sér á ákveðnum tíma og er nauðsynlegur þáttur í greiningu og eftirliti lungnasjúkdóma. Margir gigtarsjúkdómar hafa einnig áhrif á lungun bæði vegna bólgubreytinga í lungunum sjálfum eða vegna aukins stífleika í brjóstvegg. Taugasjúkdómar geta einnig skert öndunargetu vegna minni vöðvastyrkleika.

Öndunarmælingar eru meðal annars gerðar á flestum heilsugæslustöðvum, lungnarannsóknarstofu Landspítala, Sjúkrahúsinu á Akureyri og hjá lungnalæknum á sérfræðistofum.



Mynd 2. *Eðlileg öndunarmæling og öndunarmæling með teppu.*

Skerðing á öndunarstarfsemi vegna teppu

- Orsakast af þrengingum í berkjum eða samfalli í litlum loftvegum.
- Einkennist af lækkun á FEV_1/FVC hlutfalli <0,7 og lækkun á FEV_1.
- Dæmi um lungnasjúkdóma með teppu eru langvinn lungnateppa og astmi.

Skerðing á öndunarstarfsemi vegna herpu

- Lungun eru minni en eðlilegt telst.
- Þetta getur átt við um lungnavefinn sjálfan eða að lungun þenjast ekki eðlilega út vegna þátta utan lungnanna (til dæmis vegna vöðvaslappleika, aflögunar á brjóstvegg eða ofþyngdar).
- Til að staðfesta herpu þarf að mæla heildarlungnarúmmál (TLC).
- Dæmi um lungnasjúkdóma með herpu eru millivefslungnasjúkdómar.

Heimildir

1. Petty TL. John Hutchinson's Mysterious Machine Revisited. CHEST. 2002;121(5):219S - 223S.
2. Marcus EB, Curb JD, MacLean CJ, et al. Pulmonary Function as a Predictor of coronary heart disease. Am J Epidemiol. 1989;129(1):97–104,
3. Stanojevic S, Kaminsky DA, Miller MR, et al. ERS/ATS technical standard on interpretive strategies for routine lung function tests. Eur Respir J. 2022;60(1):2101499.
4. Hall GL, Filipow N, Ruppel G, et al. Official ERS technical standard: Global Lung Function Initiative reference values for static lung volumes in individuals of European ancestry. Eur Respir J. 2021;57(3):2000289.

Læknadagar í ár voru vel heppnaðir og mæting með því besta hingað til. *Læknablaðið* fór á stúfana og smellti nokkrum myndum af þátttakendum. Við opnun Læknadaga stýrði Bogi Ágústsson spjalli Steinunnar Þórðardóttur formanns Læknafélags Íslands og frú Höllu Tómasdóttur forseta Íslands um stöðu mála í heilbrigðiskerfinu og almenna líðan fólks, sérstaklega barna og aldraðra.



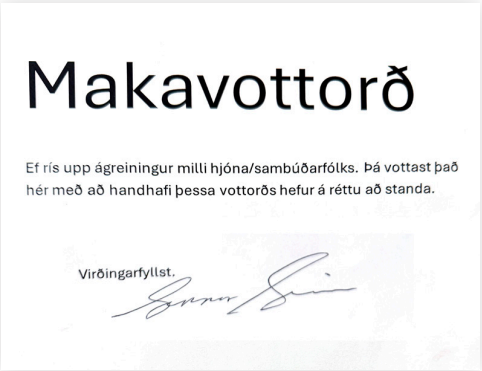
Steinunn Þórðardóttir, frú Halla Tómasdóttir forseti Íslands og Bogi Ágústsson. Mynd/Sigríður Björnsdóttir

Heimilislæknar vöktu athygli á vottorðafargani lækna



Frá vinstri: Gunnar Þór Geirsson formaður Félags íslenskra heimilislækna, Jón Torfi Halldórsson, Guðbjörg Vignisdóttir og Þórunn Anna Karlsdóttir. Mynd HÁS





Heimilislæknar hafa til lengri tíma vakið athygli á þeirri ótrúlegu vinnu sem læknar eyða í gerð ýmissa vottorða. Tími sem oft væri betur nýttur í að sinna skjólstæðingum heilbrigðisþjónustunnar á annan hátt. Vel er þekkt að löng bið er eftir tíma hjá heimilislæknum á flestum heilsugæslustöðvum og mikilvægt að finna lausnir til að minnka vinnu lækna við annað en að sinna sínum skjóstæðingum á sem bestan og faglegastan hátt. Á Læknadögum stóðu heimilislæknar fyrir skemmtilegri uppákomu til að vekja athygli á málefninu. Á bás þeirra í Hörpu mátti nálgast hin ýmsu vottorð. Hér má sjá tvö vottorð undirrituð af formanni Félags íslenskra heimilislækna, sem eyddi dýrmætum tíma sínum í að votta málefni sem undirstrikuðu vottorðafárið í vinnu hans sem og allra lækna og já, það má í alvöru finna titilinn: **Vottorðavottorð**, í sjúkraskrárkerfinu Sögu sem víðast er notað í heilbrigðisþjónustunni.





Myndir/HÁS

Á Læknadögum er nauðsynlegt að taka pásu til þess að ræða málin. Það gerðu einmitt þeir Börkur Aðalsteinsson, Óttar Guðmundsson og Sigurður Guðmundsson.

Agnes Smáradóttir, Rafn Hilmarsson, Helgi Hafsteinn Helgason og Valgerður Rúnarsdóttir.





Dagur Friðrik Kristjánsson, Harpa Rún Ingólfsdóttir, Helga Líf Káradóttir, Sunna Kristín Hannesdóttir og Jónas Aðalsteinsson.





Mæðginin Margrét Gunnlaugsdóttir verkefnastjóri Læknadaga og Andri Ólafsson samskiptastjóri Landspítala. Anna Margrét Guðmundsdóttur heimilislæknir á milli þeirra.

Halldór Kolbeinsson, Engilbert Sigurðsson og Tómas Zoëga.

Frá vinstri: Þóra Óskarsdóttir, Heiðrún Ósk Reynisdóttir og Selma Rún Bjarnadóttir.





Þau Jón Steinar Björnsson og Guðrún Aspelund gáfu sér tíma til að fá sér kaffisopa á milli fyrirlestra.



Glíman var vel heppnuð í ár og uppskar mikinn hlátur fundargesta. Fremst frá vinstri: Liðið Hafþór og stelpurnar: Hafþór Ingi Ragnarsson, Elín Metta Jenssen og Erna Milunka Kojic og liðið Telma og strákarnir: Emil Ólason, Þorsteinn Markússon og Telma Huld Ragnarsdóttir. Fyrir aftan frá vinstri: Alexander Gabríel Guðfinnsson og Arna Björt Bragadóttir sem skipuðu dómnefnd og Marta Ólafsdóttir spyrill.

Frá vinstri eru Berglind Bergmann sérnámslæknir, Sigríður Björnsdóttir innkirtlalæknir, Katrín Þórarinsdóttir formaður Fræðslustofnunar og Margrét Gunnlaugsdóttir verkefnastjóri Læknadaga. Þær fengu þakkir fyrir vel unnin störf við skipulagningu Læknadaga. Mynd/OBÞ



Viðurkenningu fyrir besta sjúkratilfellið 2025 hlutu Hjalti Már Björnsson og Aaron Palomares sem veita hér viðurkenningarskjali viðtöku. Mynd/OBÞ



Helga Eyjólfsdóttir tekur við viðurkenningu fyrir bestu vísindagrein ársins 2025 frá Helgu Ágústu Sigurjónsdóttur, ritstjóra Læknablaðsins. *Mynd/OBÞ*

■■■ Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Besta vísindagreinin og besta sjúkratilfellið 2025

Við hátíðlega lokaathöfn á lokadegi Læknadaga 23. janúar 2026 voru veittar viðurkenningar fyrir bestu vísindagreinina og besta sjúkratilfellið birt í *Læknablaðinu* árið 2025, 111. árgangi blaðsins. Þetta var gert fyrst á 110 ára afmælismálþingi blaðsins sem haldið var á Læknadögum 2025, svo þetta var í annað sinn sem það er gert og verður haldið áfram.

Ritstjórn fékk til liðs við sig Karl Andersen prófessor, formann Vísindaráðs Landspítala til að velja bestu vísindagreinina. Margar greinar komu til greina en val á bestu vísindagreininni var samhljóða. Greinin uppfyllir öll skilyrði góðrar vísindagreinar. Rannsóknarspurningin er skýr og rannsóknin, sem var yfirgripsmikil, bætir mikilvægri þekkingu við það fræðiefni sem fjallað var um og fyrir íslenskt heilbrigðiskerfi. Rannsóknin var unnin af þverfaglegum hópi úr efni frá Minnismóttöku Landspítala.

Markmið rannsóknarinnar var að skoða áhættu einstaklinga með væga vitræna skerðingu á að vera með sjúkdóm sem leiðir til heilabilunar.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að tæpur helmingur einstaklinga með væga vitræna skerðingu greinist með heilabilun innan tveggja ára og því þurfi að taka umkvörtun um breytingar á minni eða annarri færni mjög alvarlega, jafnvel þótt einfalt skimunarpróf gefi eðlilega niðurstöðu.

Vísindagreinin ber titilinn: „Væg vitræn skerðing – forstig heilabilunar eða eðlileg öldrun?“

Helga Eyjólfsdóttir öldrunarlæknir tók við viðurkenningunni fyrir hönd rannsóknarhópsins sem var:

Helga Eyjólfsdóttir læknir, Þorkell Elí Guðmundsson læknir, Unnur Diljá Teitsdóttir doktorsnemi, Pétur Henry Petersen prófessor, Kristinn Johnsen eðlisfræðingur, Magnús Jóhannsson, sálfræðingur, Ólöf Birna Ólafsdóttir, dósent, Sveinn Hákon Harðarson, dósent, Einar Stefánsson læknir, Margrét Sturludóttir læknir, Ísak Örn Ívarsson klínískur rannsakandi, María K. Jónsdóttir sálfræðingur og Jón Snædal, læknir.

Fyrir val á besta sjúkratilfellinu fékk ritstjórn til liðs við sig Sigurð Guðmundsson prófessor emeritus. Mörg sjúkratilfelli bárust blaðinu árið 2025 og komu mörg þeirra til greina. Sjúkratilfellið sem fékk viðurkenninguna er áhugavert og lýsir bráðri atburðarrás sem brugðist var fagmannlega við. Einstakt við sjúkratilfellið er einnig hvernig meðferðin, sem átti sér stað eftir greiningu á sjúkrahúsi utan höfuðborgarsvæðisins, í sjúkrabíl á leið á Landspítala, var vel undirbúin og faglega leyst til bjargar lífi sjúklingsins. Viðbrögð hlutaðeigandi í þessu bráða tilfelli voru án efa lífsbjargandi. Sjúkratilfellið er vel skrifað og lærdómsríkt.

Sjúkratilfellið ber titilinn: „Bráð lokun öndunarvegar utan sjúkrahúss vegna blæðingar í aftankoksbil“.

Aaron Palomares sérnámslæknir í bráðalækningum og Hjalti Már Björnsson yfirlæknir á Bráðamóttöku Landspítala rituðu sjúkratilfellið og tóku við viðurkenningu *Læknablaðsins*.

Læknablaðið óskar öllum höfundum til hamingju með viðurkenninguna.

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Vísindastarfsemi á Íslandi

Yfirlit yfir doktorsritgerðir við Læknadeild HÍ 2024-5

Málþing Læknadeildar á Læknadögum 2026



Nýdoktorarnir svöruðu spurningum frá áhugasömum úr sal. Frá vinstri talið eru Hrönn Harðardóttir, Hrafnhildur Gunnarsdóttir, Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen, Arnar Snær Ágústsson, Steindór Oddur Ellertsson, Inga Lára Ingvarsdóttir, Martin Ingi Sigurðsson (fyrir hönd Maríu Sigurðardóttur) og Hans Tómas Björnsson (fyrir hönd Salvarar Rafnsdóttur).



Frá vinstri: Hrönn Harðardóttir, Hrafnhildur Gunnarsdóttir, Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen og Hildur Jónsdóttir kennslustjóri lyflækninga.



Frá vinstri: Arnar Snær Ágústsson með heiðursvísindamanni málþingsins, Vilmundi Guðnasyni, Sigurdísi Haraldsdóttur og Sædísi Sævarsdóttur forseta Læknadeildar sem stýrði málþinginu.

Á málþingi læknadeildar Háskóla Íslands sem Sædís Sævarsdóttir forseti læknadeildar stýrði, hélt hópur lækna sem vörðu doktorsritgerðir sínar við skólann á árunum 2024-2025 erindi um rannsóknarverkefni sín. Hópurinn var fjölbreyttur með efni frá ýmsum fögum læknisfræðinnar.

Fundargestir voru áhugasamir um vísindin og vörpuðu fram góðum spurningum, sem skapaði góðar umræður. Forseti læknadeildar fékk síðan nýdoktorana til að svara spurningum um skoðanir þeirra um hvað mætti betur fara til að tryggja áframhaldandi og vaxandi vísindastarfsemi lækna. Flestir læknanna gerðu vísindarannsóknir sínar samhliða sérnámi í læknisfræði og var þeim ofarlega í huga að skapa þyrfti meiri tíma til rannsóknanna, tryggja frekara vísindafé og meta vísindanámið til sérnámsins eins og gert er víðast erlendis. Tveir nýdoktorar voru erlendis og fluttu leiðbeinendur þeirra erindi fyrir þeirra hönd.

Heiðursvísindamaður málþingsins var Vilmundur Guðnason, prófessor emeritus, forstjóri Hjartaverndar. Hann flutti skemmtilegt og áhugavert erindi um hvað varð til þess að hann gerðist vísindamaður og stiklaði síðan á stóru um rannsóknir sínar sem birtar hafa verið í þýðingarmiklum, ritrýndum erlendum tímaritum, sem og *Læknablaðinu*.

Niðurstöður eftirfarandi doktorsritgerða voru flutt:

- Heilsuefling fyrir liðskiptaaðgerð: Áhrif á skurðsýkingar og heilsufar. Samvinna sjúkrahúss og heilsugæslu: Martin Ingi Sigurðsson fyrir hönd Maríu Sigurðardóttur nýdoktors
- Áhrif blóðþynningar- og bólgueyðandi lyfja á horfur einstaklinga með ristil- og endaþarmskrabbamein: lýðgrunduð rannsókn: Arnar Snær Ágústsson
- Þáttur streituviðbragða við greiningu lungnakrabbameins í þróun sjúkdómsins: Hrönn Harðardóttir
- Hjarta- og lungnadælur: Ábendingar og snemm- og síðbúinn árangur: Inga Lára Ingvarsdóttir
- Lýðgrunduð rannsókn á frumkomnu aldósterónheilkenni á Íslandi: Frá greiningu til mótefnalitunar og erfðarannsókna: Hrafnhildur Gunnarsdóttir
- Áhrif utangenaerfða á kælisvar spendýrafrumna: Hans Tómas Björnsson fyrir hönd Salvarar Rafnsdóttur
- Afleiðing heilahristings hjá íþróttakonum – möguleg vanstarfsemi í heiladingli og áhrif á andlega líðan og taugasálfræðilega virkni: Lára Ósk Eggertsdóttir Claessen
- Notkun gervigreindar til greiningar og forspár fyrir horfur sjúklinga í heilsugæslu: Steindór Oddur Ellertsson.

Lunds universitet grundades 1666 och rankas återkommande som ett av världens främsta lärosäten. Här finns omkring 46 000 studenter och 8 600 medarbetare i Lund, Helsingborg och Malmö. Vi förenas i vår strävan att förstå, förklara och förbättra vår värld och människors villkor.

INSTITUTIONERNA FÖR KLINISKA VETENSKAPER SÖKER

Universitetslektor

I NEUROLOGI FÖRENAD MED ANSTÄLLNING SOM SPECIALISTLÄKARE/ÖVERLÄKARE

Ansök senast 2026-03-31
ref nr PA2025/1658

För mer information se
www.lu.se/ledigajobb

LUNDS UNIVERSITET

GÖTEBORGS UNIVERSITET

56 000 studenter och 6 600 medarbetare gör Göteborgs universitet till en stor och inspirerande arbetsplats. Stark forskning och attraktiva utbildningar lockar forskare och studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

PROFESSOR I OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI

förenad med anställning som överläkare

Ref nr: **PAR 2025/712**
Sista ansökningsdag: **2026-02-19**
För mer information se vår hemsida:
www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/lediga-jobb

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

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

Af styttingu vinnuvikunnar og áhrifum á sérnám lækna



Teitur Ari Theodórsson
formaður Félags almennra lækna

Með innleiðingu styttingar vinnuvikunnar urðu miklar breytingar á vinnutilhögun lækna. Læknar voru áður dagvinnumenn með 40 tíma vinnuviku og unnu svo vaktir til viðbótar. Nú er vinnuskipulag lækna orðið líkara öðrum stéttum sem vinna utan dagvinnumarka. Þannig telst í raun allur vinnutími upp í 36 tíma vinnuskyldu, hvort sem það er dag-, kvöld- eða næturvinna. Þar sem um ræðir grundvallarbreytingu á vinnutilhögun lækna er augljóst og eðlilegt að byrjunarörðugleikar verði fyrir hendi.

Innleiðing samningsins hefur gengið misjafnlega eftir vinnustöðum og kemur ýmislegt þar til áhrifa. Þar sem innleiðingin hefur gengið verr en annars staðar er því oft haldið fram að samningurinn einfaldlega henti ekki tiltekinni sérgrein, sviði eða stofnun. Eflaust er eitthvað til í því, en þegar betur er að gáð kemur þó yfirleitt í ljós að þar sem innleiðing hefur gengið illa hefur í mörgum tilvikum ekki verið viðhaft nægilegt samráð við læknana sjálfa. Á þeim stöðum þar sem vel hefur gengið hefur víðtækt samráð verið haft til þess að tryggja góða útkomu. Var það líka hugsunin með samningnum, læknar áttu auðvitað að fá að koma að skipulagningu vinnu sinnar en ekki bara vera tilkynnt um breytta vinnutilhögun.

Vandamál hafa einnig komið upp er tengjast þverrandi námstækifærum sérnámslækna. Til þess að mæta styttingu vinnuvikunnar hafa fleiri sérnámslæknar verið ráðnir inn og dreifast því námstækifærin á fleiri hendur. Þó vinnuvikan hafi í raun einungis styst um 10% er raunstytting á mörgum sviðum líklega meiri þar sem sérnámslæknar unnu víða lengri en 40 tíma vinnuvikur. Mögulega þarf í framtíðinni ekki einungis að horfa til lengdar vinnuvikunnar þegar ákvarða á fjölda sérnámslækna heldur einnig að taka tillit til bolmagns sviða og deilda til þess að veita sérnám. Þannig má standa vörð um það góða sérnám sem veitt er hér á landi.

Annar óvæntur fylgifiskur styttingar vinnuvikunnar er að nú eru læknar stundum heima í styttingu. Er þetta staða sem hefur í raun ekki þekkst hingað til þar sem læknar voru áður dagvinnumenn og því allir í vinnu á virkum dögum. Því er í fyrsta sinn hægt að manna veikindi á dagvinnutíma. Þó virðist það ekki mikið gert. Heyrst hefur að áhugi vinnuveitanda á að manna þessi veikindi sé takmarkaður. Mun ódýrara er að kalla lækni ekki inn úr styttingu og leyfa hinum að hlaupa hraðar. Þessu eiga læknar að taka fastar á, sjálfsagt ætti að vera að kalla lækni inn, verði veikindi, líkt og hjá öðrum stéttum. Ekki er okkar framlag minna en þeirra.

Innleiðing samningsins hefur gengið misjafnlega eftir vinnustöðum og kemur ýmislegt þar til áhrifa. Þar sem innleiðingin hefur gengið verr en annars staðar er því oft haldið fram að samningurinn einfaldlega henti ekki tiltekinni sérgrein, sviði eða stofnun.

Í öllu falli þá hefur innleiðing nýs kjarasamnings gengið vel og í raun ótrúlegt að einungis séu liðnir tíu mánuðir frá því að glæný vinnutilhögun hóf innreið sína. Áfram verða þó eflaust einhver vandamál sem vonandi munu koma til með að slípast til með tímanum. Mikilvægt er þó að hafa áfram hugfast að forsenda árangursríkrar innleiðingar nýrrar vinnutilhögunar er og verður samráð við læknana sjálfa.

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

„Eldri sjúklingar koma sjaldnast með eitt einangrað vandamál“

Antony Johansen prófessor er víða viðurkenndur sem einn af lykiláhrifavöldum í umbreytingu meðferðar við mjaðmarbrotum í Bretlandi, þar sem samhæfð, þverfagleg meðferðarlíkön hafa helmingað dánartíðni og verulega bætt horfur eldri sjúklinga. *Læknablaðið* ræddi við hann

Olga Björt Þórðardóttir

Antony hélt erindi á Læknadögum í Hörpu. Hann er sérfræðingur í öldrunarlækningum sem hefur í yfir þrjá áratugi starfað á mörkum lyflækninga, skurðlækninga og endurhæfingar. Þótt fagleg nálgun hans byggist staðfastlega á gagnreyndri þekkingu, gæðamati og skipulagi heilbrigðisþjónustu, er drifkraftur hans djúpmannlegur. Hann vill tryggja að mjög aldraðir og veikburða einstaklingar fái tímanlega, árangursríka meðferð á forsendum virðingar þegar þeir eru hvað berskjaldaðastir. Þetta var fyrsta heimsókn Antony til Íslands og hann er áhugasamur um að snúa aftur næsta sumar til að kynnast landinu betur.

Frá Cardiff til Cambridge og aftur til baka

Antony fæddist á Englandi og ólst upp í Cardiff í Suður-Wales. Hann lauk þar skólagöngu sinni áður en hann hélt til læknanáms við Cambridge-háskóla. Eftirnafn hans vekur oft vangaveltur um skandinavískan uppruna. Hann útskýrir að það hafi verið tekið upp af langafa hans sem fæddist í Þýskalandi en var skipstjóri á sænsku seglskipi, Charlotte frá Gautaborg, og sagðist vera sænskur þegar hann fluttist til Bretlands árið 1887.

Eftir læknanám og störf í Oxford, Southampton og London sneri hann aftur til Cardiff, þar sem hann hefur nú búið og starfað í meira en þrjátíu ár. Hann segir að sú samfella, hafi verið lykilatriði í þeim kerfisbreytingum sem hann hefur komið að. Að bæta umönnun eldri borgara sé ekki verkefni sem leysist hratt; það krefst þolinmæði, þrautseigju og djúps skilnings á því hvernig sjúkrahús starfa í raun.

Ævi helguð öldrunarlækningum

Ólíkt mörgum læknum sem velja sér sérgrein síðar á ferlinum, vissi Antony snemma að hann vildi starfa með eldri sjúklingum. Jafnvel sem læknanema fannst honum öldrunarlækningar standa upp úr sem bæði vitsmunalega krefjandi og siðferðislega mikilvægar. Þegar hann var í námi gengu ungir læknar í gegnum margar sérgreinar áður en þeir festu sig við eitt svið. Sú víðtæka reynsla telur hann hafa verið mótandi. Hún hafi gert honum kleift að skilja hvernig mismunandi líffærakerfi, félagslegar aðstæður og skipulag sjúkrahúsa fléttast saman, einkum hjá öldruðum með flókin vandamál.

„Eldri sjúklingar koma sjaldan með eitt einangrað vandamál. Þeir koma með marga sjúkdóma, lyfjanotkun, félagslegar áskoranir og veikleika. Þú getur ekki veitt þeim góða meðferð ef þú horfir aðeins á einn hluta heildarinnar.“

Að uppgötva vandann á bæklunardeildum

Vendipunkturinn á ferli hans kom þegar hann sneri aftur til Cardiff á síðari stigum sérnáms. Þá hafði hann þróað með sér áhuga á endurhæfingu og fór á bæklunardeildir í leit að sjúklingum sem gætu haft gagn af sérhæfðu mati öldrunarlæknis.

Það sem hann fann var mikið áhyggjuefni. Margir sjúklingar með mjaðmarbrot höfðu annaðhvort ekki farið í aðgerð eða hafði versnað verulega eftir hana. Sumir voru með mikla verki, aðrir ringlaðir og margir taldir þurfa að vera rúmliggjandi. Í stað þess að vera fluttir á endurhæfingardeildir dvöldu þeir áfram á bæklunardeildum, oft án fullnægjandi læknaeftirlits.

Í stað þess að flytja sjúklingana til endurhæfingar ákvað Antony að sinna þeim á bráðabæklunardeildunum. Hann hóf beina umönnun sjúklinga, þróaði verklagsreglur og vann náið með hjúkrunarfræðingum, skurðlæknum, sjúkraþjálfurum og öðru starfsfólki að því að bæta daglega umönnun. „Þar varð ljóst að vandinn var ekki skurðaðgerðin sjálf, heldur allt sem var í kringum hana.“

Að mæla það sem skiptir máli

Lykilskref í að bæta umönnun var að læra hvernig ætti að mæla hana. Undir áhrifum frá sænsku landsskráningunni fyrir mjaðmarbrot aðstoðaði Antony við að koma á fót gæðamatskerfi í Cardiff sem lagði minni áherslu á tæknilega þætti skurðaðgerða og meiri á upplifun og bata sjúklingsins.

Safnað var gögnum um hverjir lögðust inn, hvað fór úrskeiðis, hvað gekk vel og hvaða inngrip skiptu máli. Með tímanum þróaðist þetta staðbundna gæðamat í landskerfi og í dag liggja fyrir ítarleg gögn um hvern einasta sjúkling sem lagður er inn með mjaðmarbrot í



Antony er sérfræðingur í öldrunarlækningum sem hefur í yfir þrjá áratugi starfað á mörkum lyflækninga, skurðlækninga og endurhæfingar. Mynd/OBÞ

Bretlandi. Þessi gögn umbreyttu starfsháttum. Þau gerðu kleift að greina tafir, skörð í þjónustu og óútskýrðan mun milli sjúkrahúsa. Enn mikilvægara var þó að þau gerðu árangur sýnilegan.

Af hverju mjaðmarbrot skipta máli

Antony heldur því fram að mjaðmarbrot séu eitt mikilvægasta heilbrigðisvandamál samtímans. Í Bretlandi einum saman verða um 80 þúsund einstaklingar fyrir mjaðmarbroti á hverju ári. Þessir sjúklingar fylla yfir fjögur þúsund sjúkrarými á hverjum tíma og kostnaður við meðferð þeirra nemur milljörðum punda.

Dánartíðni er há og fyrir þau sem lifa af geta afleiðingarnar verið lífsbreytandi. Aðeins um helmingur sjúklinga nær aftur fyrra sjálfstæði. Það sem geri mjaðmarbrot sérstaklega mikilvæg sé þó hversu skýrt skilgreind greiningin er. Ólíkt mörgum öðrum sjúkdómum ríkir lítil óvissa um hvað um er að ræða. Þessi skýrleiki gerir ástandið kjörið til gæðamats, rannsókna og kerfisumbóta.

Betri umönnun er ódýrari umönnun

Ein þrálátasta mýtan í heilbrigðiskerfum segir Antony vera að meðferð mjög aldraðra sé bæði dýr og tilgangslaus. „Það er vanrækslan sem kostar peninga," segir hann. „Fólk deyr ekki hratt. Það lifir af, en lifir við slæma heilsu og þarf langvarandi umönnun."

Í Bretlandi hafa samhæfð meðferðarkerfi fyrir mjaðmarbrot sýnt fram á að góð umönnun bætir ekki aðeins árangur heldur sparar einnig fé. Landsleiðbeiningar sýndu að bestu starfshættir styttu legutíma, juku sjálfstæði og spöruðu um 5.500 pund á hvern sjúkling. Þessi gögn leiddu til innleiðingar svokallaðs „best practice tariff", þar sem sjúkrahús fá aukið fjármagn ef þau uppfylla skilgreinda gæðastaðla, þar á meðal skjóta skurðaðgerð, mat öldrunarlæknis, skimun fyrir óráði, næringarmat og snemmkomna hreyfingu. Dánartíðni innan eins mánaðar frá mjaðmarbroti hefur lækkað úr um tólf prósentum í sex prósent.

Veikleikar, óráð og falin áhætta

Meginánhersla í starfi Johansen hefur verið óráð (delirium) sem kemur fram hjá um þriðjungi sjúklinga eftir mjaðmarbrot. Það er algengt, íþyngjandi og oft fyrirbyggjanlegt, en engu að síður yfirsést. Orsakir eru samverkandi, þar á meðal verkir, lyf, sýkingar, blóðmissir, ofþornun og framandi sjúkrahúsumhverfi. Sjúklingar með heilabilun eða fyrirliggjandi vitræn vandamál eru sérstaklega viðkvæmir.

Í Bretlandi er reglubundin skimun fyrir óráði nú staðalmeðferð hjá sjúklingum með mjaðmarbrot. Antony telur að þessi nálgun eigi að ná til allra sjúkrahúsa. „Óráð segir þér að eitthvað sé að. Ef þú leitar að því geturðu meðhöndlað það. Ef þú hunsar það versnar ástand sjúklinganna."

Ein þrálátasta mýtan í heilbrigðiskerfum segir Antony vera að meðferð mjög aldraðra sé bæði dýr og tilgangslaus. „Það er vanrækslan sem kostar peninga," segir hann. „Fólk deyr ekki hratt. Það lifir af, en lifir við slæma heilsu og þarf langvarandi umönnun."

Endurhæfing, næring og að koma fólki á fætur

Skurðaðgerð ein og sér endurheimtir ekki sjálfstæði. Snemmbær hreyfing, sjúkraþjálfun og fullnægjandi næring eru lykilþættir í bataferlinu. Eldri sjúklingar eiga oft erfitt uppdráttar í sjúkrahúsum þar sem matur er framandi og daglegar venjur raskast. Léleg inntaka næringar leiðir fljótt til slappleika, depurðar og frekari hnignunar. „Þú verður að koma fólki fram úr rúmi, gefa því að borða og fá það til að hreyfa sig," segir Antony. „Annars skaparðu vítahring heilsutaps."

Þótt ekki sé hægt að koma í veg fyrir allar byltur segir Antony að draga megi úr hættu á frekari brotum. Meðferð við beinþynningu sé lykilatriði í annars stigs forvörnum og í Bretlandi er mælt með að lyf eins og zoledronsýra séu gefin áður en sjúklingar útskrifast. Frá árinu 2023 hefur árangur Antony við að gera þessa nálgun að staðalmeðferð um allt Bretland komið í veg fyrir mun fleiri mjaðmarbrot en verða á hans eigin sjúkrahúsi á hverju ári.

„Okkar hugmyndafræði hefur ekki rúmast innan kerfisins“

Grænahlíð er sérhæft fjölskyldumiðað geðheilbrigðisúrræði fyrir börn og ungmenni á aldrinum 0-25 ára og fjölskyldur þeirra. Lögð er áhersla á snemmtæka íhlutun og byggir meðferðin á nýjustu rannsóknum á áhrifum áfalla á taugaþroska, líðan og hegðun barna. Anna María Jónsdóttir, geðlæknir og stofnandi Grænuhlíðar, segir mikilvægt að heilbrigðiskerfið fari að horfa í sömu átt varðandi geðheilbrigðisvanda barna

Kristborg Bóel Steindórsdóttir

Anna María ætlaði sér ekki upphaflega að verða geðlæknir heldur fæðingalæknir. Eftir að hafa unnið á kvennadeildinni komst hún að því að áhuginn lá frekar á andlegri heilsu skjólstæðinganna og í kjölfarið skipti hún um stefnu. „Mér þótti áhugaverðast að tala við konurnar og sá að margar þeirra upplifðu andlega erfiðleika í tengslum við meðgönguna eða upplifðu neikvæða fæðingareynslu. Á þessum tíma var engin sérhæfð geðheilbrigðisþjónusta fyrir akkúrat þennan hóp. Ég sóttist því eftir að vinna hjá Halldóru Ólafsdóttur geðlækni sem sinnti veikustu konunum sem þörfnuðust innlagnar á geðdeild Landspítalans. Eftir að ég fór að vinna í geðinu fannst mér það allt svo áhugavert.“

Eftir að hafa svo starfað á Hvíta bandinu með hópmeðferðarform ákvað Anna María að fara í sérnám í hópmeðferð og útskrifaðist sem hópsálgreinir frá Institute of Group Analysis í London árið 2007. Hún starfaði svo á fullorðinsgeðdeildum og einnig í fjögur ár á barna- og unglingadeild ytra og fékk snemma áhuga á forvörnum.

„Hópmeðferðarnámið hafði mikil áhrif á viðhorf mitt til vanda barna og þar var talað um millikynslóðaflutning á geðrænum- og félagslegum vanda sem jók áhuga minn á fjölskyldumiðaðri nálgun. Að minnsta kosti helmingur þeirra sem glíma við geðrænan vanda á fullorðinsárum hafa verið með einhver einkenni fyrir 14 ára aldur og mér fannst ástæða til að vinna með þá þekkingu. Það sem mér fannst takmarkandi þáttur í geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn var skortur á svigrúmi til þess að vinna með foreldrana þó svo að vandi barnanna væri augljós afleiðing af einhverju sem foreldrarnir voru að glíma við. Niðurstöður tímamótarannsóknar um afleiðingar áfalla í æsku sem var birt árið 1998 sýndu fram á að línulegt samband er á milli fjölda áfalla fyrir 18 ára aldur og áhættu á andlegum og líkamlegum sjúkdómum á fullorðinsárum. Rannsóknin hefur verið endurtekin í yfir 40 löndum, meðal annars á Íslandi, og niðurstöður eru mjög sambærilegar á milli landa. Þetta kveikti hjá mér mikinn áhuga og varð innblástur alls þess sem ég hef gert síðan í starfi,“ segir Anna María.

Starfsaldur teymisins rúm 270 ár

Þegar Anna María flutti heim kynntist hún hópi kvenna með svipaða sýn og áhuga á forvörnum. Saman stofnuðu þær Miðstöð foreldra og barna árið 2008 og veittu þjónustu fyrir foreldra á meðgöngu og fyrsta ár eftir fæðingu. Miðstöðin var svo tekin inn í heilsugæsluna árið 2020 og er í dag hluti af Geðheilsumiðstöð barna.

„Upphaflega hugmyndin var að Miðstöðin myndi þjónusta börn til 18 ára aldurs en fjármagnið leyfði það ekki. Þegar breytingar urðu og starfsemin flutti til heilsugæslunnar vissi ég að enn væri sama þörf fyrir upphaflegu hugmyndina og var það kveikjan að stofnun Grænuhlíðar sem varð svo að veruleika árið 2022,“ segir Anna María en bætir við að dóttir sín, Sólrún Erlingsdóttir, barnasálfræðingur, hafi átt stóran þátt í tilurð Grænuhlíðar og starfar hún sem sálfræðingur og framkvæmdastjóri Grænuhlíðar í dag.

Sem stendur er Anna María eini geðlæknirinn innan Grænuhlíðar en tekur fagnandi á móti fleirum. „Ég auglýsi hér með eftir fleiri geðlæknum, sérstaklega einhverjum sem hafa reynslu af því að vinna með börnum og fjölskyldum. Teymið okkar samanstendur af þrettán frábærum sérfræðingum, við erum með sálfræðinga, iðjuþjálfa, fjölskyldumeðferðarfræðinga, félagsráðgjafa og listmeðferðarfræðing. Þetta er mjög öflugur hópur sem hefur starfað víða í heilbrigðis, barnaverndar- og skólakerfinu og samanlagður starfsaldur hans er rúm 270 ár!“

Anna María segir að nauðsynlegt sé að líta heildrænt á geðheilbrigðisvanda barna og fjölskyldna þeirra. „Þess vegna er þörf á þjónustu eins og veitt er í Grænuhlíð, úrræði þar sem hægt er að meðhöndla fjölskyldur í heild, í stað þess að horfa aðeins á líðan eins einstaklings. Víða í heilbrigðisþjónustu er áhersla lögð á að greina og meðhöndla einkenni fremur en rót vandans eins og gert er í Grænuhlíð. Þegar barni er vísað til okk-

ar opnast dyrnar fyrir alla fjölskylduna og við leggjum áherslu á að kortleggja vanda barns og fjölskyldunnar í heild. Í sumum tilfellum er gert taugasálfræðilegt mat hjá börnum þegar það er talið viðeigandi og einnig hjá foreldrum ef þörf krefur. Einnig er lyfjameðferð í boði, en það er aldrei eina úrræðið sem beitt er. Við viljum vera með snemmtæk inngrip, en samkvæmt rannsóknum geta slíkar forvarnir sparað upp undir þrítugfaldan kostnað sem annars hlytist af þjónustu í ýmsum þjónustukerfum við þessar fjölskyldur fram að 18 ára aldri barnsins."

Leitast við að sinna bráðaþjónstu sem best

Anna María segir Grænuhlíð leitast við að sinna bráðum erindum sem allra best. „Þegar við erum með einstaklinga í meðferð sem við teljum að þurfi bráða-inngrip eða þéttari eftirfylgd erum við ínáanlegar í síma og bókum aukaviðtöl ef þörf krefur, en það gefur þó auga leið að við erum ekki með vaktþjónustu og getum því ekki lofað því að hitta fólk strax ef eitthvað kemur uppá. Í þeim tilfellum beinum við okkar skjólstæðingum á bráðaþjónustu geðdeildar Landspítalans og Barna- og unglingageðdeild og við leggjum okkur fram að vera í góðri samvinnu við þessa þjónustuaðila þannig að okkar skjólstæðingar upplifi eins samfellda þjónustu og mögulegt er."

Vonast til að ná samningi við Sjúkratryggingar fyrir alla sérfræðinga

Ekki þarf tilvísun frá fagaðila til þess að komast að í þjónustu hjá Grænuhlíð og hægt er að fylla út þjónustubeiðni á heimasíðunni. „Því er um svokallaða lágþröskuldaþjónustu að ræða og sem stendur erum við ekki með neina biðlista. Við höfum fengið tilvísanir frá barnavernd, félagsþjónustunni, skólakerfinu, heilsugæslunni og sjálfstætt starfandi sérfræðingum. Allar þjónustubeiðnir eru svo teknar fyrir á fundum þar sem teymið ákveður í sameiningu hver tekur matsviðtal og hvernig málið verður unnið," segir Anna María.

Aðeins hluti sérfræðinga Grænuhlíðar er með samning við Sjúkratryggingar. „Við erum með umsókn í gangi um samstarfssamning við Sjúkratryggingar Íslands og vonumst til þess að ná samningi fyrir alla sérfræðinga Grænuhlíðar sem fyrst, þannig að okkar skjólstæðingum sé ekki mismunað eftir því hvaða sérfræðiaðstoð þarf hverju sinni. Það sem hefur skort í kerfinu er skilningur á því að fjölskyldur og börn sem hafa upplifað mikla erfiðleika, oft í langan tíma, þurfa langvarandi inngrip. Ef tengslavandi er til staðar innan fjölskyldunnar verða áhrif áfalls mun meiri. Í slíkum tilfellum þarf oft að byrja á því að styrkja tengslin áður en áfallavinna getur hafist og það hefur skort skilning á því í kerfinu," segir Anna María.

„Ég er að fylgja bæði hjartanu og vísindunum"

Aðspurð um stefnu og framtíðarsýn Grænuhlíðar segir Anna María: „Okkar stefna er að halda áfram að efla okkar starfsemi. Það er okkar draumur að allir geti horft í sömu átt varðandi áhrif áfalla og tilfinningatengsla á líðan og taugaþroska barna. Við höfum orðið vör við aukinn áhuga og þekkingu á mikilvægi þessarar nálgunar og myndum vilja sjá heilbrigðis- og skólakerfið meira áfalla- og tengslamiðað."

Anna María segir vegferðina ekki alltaf hafa verið auðvelda en þó erfiðisins virði: „Ég er að fylgja bæði hjartanu og vísindunum. Árangurinn og viðbrögð okkar skjólstæðinga segja okkur að þetta virki. Þetta hefur verið mikill barningur og er enn. Ég vinn mjög langa daga en

„Ég er að fylgja bæði hjartanu og vísindunum. Árangurinn og viðbrögð okkar skjólstæðinga segja okkur að þetta virki. Þetta hefur verið mikill barningur og er enn."



Anna María Jónsdóttir, geðlæknir og stofnandi Grænuhlíðar. Mynd/aðsend

á uppkomin börn og get leyft mér það. Auðvitað væri að öllu leyti auðveldara að vinna hjá obinberri stofnun og ég vona svo sannarlega að stjórnvöld átti sig á mikilvægi okkar starfsemi. Það er alls ekki mín hugsjón að vera sjálfstætt starfandi, en það er mín hugsjón að vinna eftir nýjustu þekkingu og vísindum og fylgja nálgun sem hefur sýnt sig að virkar best fyrir skjólstæðingana.

Við myndum gjarnan vera hluti af kerfinu, en okkar hugmyndafræði hefur ekki rúmast innan kerfisins. Það sem gefur okkur styrk til þess að berjast fyrir þessari þjónustu er góður starfsandi í teyminu sem byggir á okkar starfsánægju og þeim árangri sem við sjáum hjá skjólstæðingum okkar. Við erum með fjölskyldur sem hafa verið í barnaverndarkerfinu, geðheilbrigðiskerfinu eða með börn á biðlistum í mörg ár. Þetta er fólk sem upplifir loksins að það sé að fá alla þjónustu á einum stað, sem skiptir sköpum þar sem erfitt er að hendast á milli staða og fá kannski misvísandi skilaboð frá hverjum meðferðaraðila af því þeir eru ekki að tala saman. Í Grænuhlíð er öll þjónusta á sama stað og fólk upplifir öryggi, að það sé gripið."

Frá vísindaþekkingu til innleiðingar: framtíð meðferðar heilablóðfalla í Evrópu

Urs Fischer prófessor flutti erindi á Læknadögum í Hörpu um víðtækari skuldbindingu við að yfirfæra áratuga rannsóknir á heilablóðfalli yfir í daglega klíníska starfsemi, allt frá stórum háskólasjúkrahúsum til afskekktra svæða. *Læknablaðið* hitti Urs

Olga Björt Þórðardóttir

Urs er forstöðumaður og yfirlæknir taugalækningadeildar háskólasjúkrahússins í Bern og hefur lengi starfað við klínískar meðferðir og rannsóknir og evrópska heilbrigðisstefnu. Fyrirlestur hans er hluti af því að tryggja að árangursríkustu meðferðir nútímalækninga nái til þeirra sjúklinga sem geta notið góðs af þeim.

„Ég hafði aldrei komið til Íslands áður og var mjög forvitinn að sjá þetta fallega land," segir hann. Með aðeins nokkra daga á milli klíníska skyldna í Sviss vonaðist hann til að fá að minnsta kosti smjörþef af íslenskri náttúru. Heimsóknin endurspeglaði jafnframt þau sterku faglegu tengsl sem hann hefur byggt upp víðs vegar um Evrópu í gegnum árin, þar á meðal langvarandi samstarf við íslenska taugalækna innan evrópskra verkefna á sviði heilablóðfalls.

Leiðin inn í taugalækningar og heilablóðfallalækningar

Leið Urs inn í læknisfræði var ekki fyrir fram ákveðin. Hann segir að í framhaldsskóla hafi áhugasvið hans verið víðtækt, allt frá félagsvísindum til stærðfræði og líffræði. „Ef maður hefur of mörg áhugamál endar maður oft sem læknir," sagði hann kátur og benti á að læknisfræði væri nægilega víðfeðmt svið til að rúma bæði fræðilega forvitni og hagnýta nálgun.

Hann laðaðist í fyrstu að geðlækningum vegna áhuga síns á heilanum og geðheilbrigði, en áttaði sig fljótlega á því að hann mat einnig mikils hinn beina, verklega þátt í umönnun sjúklinga. Taugalækningar varð sú sérgrein sem sameinaði þessa þætti best. „Taugalækningar eru svo heillandi vegna þess að þær fjalla um heilann. Hann er áhugaverðasta líffæri mannslíkamans, jafnvel þótt hjartalæknar segi annað,"segir Urs og hlær.

Það sem dró hann þó endanlega að lækningu heilablóðfalla var ekki síst sýnilegur árangur meðferðar. Í þjálfun sinni eftir útskrift úr læknadeild árið 2000 og sérfræðinám, fyrst í lyflækningum og síðar í taugalækningum, varð hann var við hve hratt sjúklingum með brátt heilablóðfall gat batnað með réttari meðferð. „Í heilablóðfalli sérðu oft strax bata á bráðamóttökunni," útskýrði hann. „Það eru fá svið í læknisfræði þar sem áhrif meðferðar eru jafn bein."

Klínísk álitamál og slembiröðuð gögn

Þessi hraði árangur dró jafnframt fram óleyst álitamál og eitt þeirra varð mótandi fyrir feril Urs: hvenær ætti að hefja blóðþynningarmeðferð eftir blóðþurrðarslag hjá sjúklingum með gáttatif? Of snemmtæk meðferð jók hættu á blæðingu, en of löng bið setti sjúklinga í hættu á endurteknu heilaslagi „Mér var virkilega illa við að vera í þessari stöðu. Ég þurfti daglega að taka ákvarðanir án fullnægjandi gagna, einfaldlega vegna þess að ég bar ábyrgðina."

Í stað þess að sætta sig við þessa óvissu ákvað Urs að takast á við vandann með kerfisbundnum hætti. „Ég sagði: allt í lagi, gerum slembiraðaða klíníska rannsókn og svörum þessari spurningu á réttan hátt." Þessi hvöt – að umbreyta daglegri, klínískri óvissu í skipulagðar rannsóknir – hefur síðan orðið einkennandi fyrir störf hans sem klínískur vísindamaður.

ELAN-rannsóknin, sem var framkvæmd víða í Evrópu, á Indlandi og í Japan, gaf skýrt svar. Snemmtæk blóðþynning jók ekki blæðingarhættu og dró úr endurteknum blóðþurrðartilfellum. Fyrir Urs voru alþjóðleg viðbrögð við niðurstöðunum afar ánægjuleg. „Fólk um allan heim var í nákvæmlega sama vanda," sagði hann.

Klínískur vísindamaður með evrópskt hlutverk

Í dag lýsir Urs sér fyrst og fremst sem klínískum vísindamanni, knúnum áfram af því sem hann kallar leiðarstef ósvaraðra spurninga. Rannsóknarhugmyndafræði hans byggir á því að greina mikilvægustu klínísku vandamálin og leysa þau með vönduðum rannsóknum og stórum gæðaskrám. „Það sem raun-

verulega knýr mig áfram er að svara spurningum sem skipta máli í daglegri klínískri starfsemi.“

Á sama tíma leggur Urs stöðugt áherslu á að rannsóknargögn ein og sér dugi ekki. „Rannsóknir eru merkingarlausar ef við getum ekki innleitt þær.“ Þessi sannfæring liggur að baki þátttöku hans í Evrópsku slagsamtökunum (European Stroke Organisation) þar sem hann hefur gegnt stöðu framkvæmdastjóra og nú er forseti. Hún skýrir einnig lykilhlutverk hans í þróun og framgangi aðgerðaráætlunar gegn slagi í Evrópu (Stroke Action Plan for Europe - SAPE).

SAPE bregst við mótsögn sem er kjarni nútíma meðferðar heilablóðfalla. Annars vegar eru meðferðir eins og æðainngrip með segabrottnámi meðal árangursríkustu inngripa í sögu læknisfræðinnar. Hins vegar er aðgengi að þessum meðferðum enn ójafnt, bæði milli evrópskra ríkja og innan þeirra. „Við höfum framúrskarandi meðferðir, en þær eru enn óaðgengilegar mörgum sjúklingum. Það er óásættanlegt.“

Byrði heilablóðfalls og nauðsyn forvarna

Þrátt fyrir lækkandi dánartíðni er heilablóðfall enn næstalgengasta dánarorsök í Evrópu og helsta orsök varanlegrar fötlunar hjá fullorðnum. Urs er afdráttarlaus um hvaða viðbrögð séu mikilvægust. „Forvarnir og aftur forvarnir. Þær eru mun hagkvæmari en bráð meðferð.“

Helstu breytanlegu áhættuþættirnir séu háþrýstingur, háar blóðfitur, offita, reykingar, ofneysla áfengis og svefntruflanir. Áhættuþáttinn aldur sé hvorki hægt né æskilegt að hafa stjórn á. „Öldrun evrópskra samfélaga þýðir að fjöldi heilablóðfalla mun halda áfram að aukast, þótt meðferð batni. Greining fylgisjúkdóma sé því lykilatriði. Að mati Urs krefjast árangursríkar forvarnir landsbundinna áætlana gæðaskráa fyrir heilablóðföll sem fjármagnaðar eru af ríkinu eða tryggingaaðilum og vottunarkerfa fyrir heilablóðfallseiningar og -miðstöðvar.

Sviss veitir þar fordæmi. „Að tengja vottun við endurgreiðslur var lykilatriði.“ Sjúkrahús sem uppfylla ekki skilgreind gæðaviðmið fá ekki greitt fyrir



Urs Fischer er forstöðumaður og yfirlæknir taugalækningadeildar háskólasjúkrahússins í Bern. Mynd/OBÞ

meðferð við heilablóðföllum, sem skapar öfluga hvata til að bæta gæði, gagnasöfnun og ábyrgð.

Bylting innæðaaðgerða

Fáar framfarir hafa umbreytt meðferð heilablóðfalla jafn rækilega og segabrottnám. Urs lýsir henni sem einni áhrifaríkustu meðferð í sögu læknisfræðinnar. „Fjöldi sem þarf að meðhöndla er um 2,6,“ útskýrir hann. „Við erum að draga úr fötlun, ekki dánartíðni. Það skiptir sérstaklega miklu máli fyrir eldri sjúklinga.“

Urs vill þó vera raunsær. Verulegur hluti sjúklinga sitji enn eftir með fötlun þrátt fyrir árangursrík inngrip sem undirstriki þörfina fyrir áframhaldandi nýsköpun í tækjum, aðferðum og viðbótarmeðferðum. Aðgengi sé áfram helsta áskorunin. Kannanir innan SAPE hafi leitt í ljós sláandi ójöfnuð víðs vegar um Evrópu.

Segaleysandi meðferð í breyttu landslagi

Segaleysandi meðferð gegnir áfram lykilhlutverki í bráðri meðferð heilablóðfalls, jafnvel á tímum segabrottnámsmeðferðar. Ný lyf, eins og tenekteplasi, bjóði upp á hagnýta kosti, svo sem gjöf í einum skammti. „Það einfaldar meðferðina til muna, sérstaklega í forspítalaumhverfi eða á afskekktum svæðum.“

Urs lítur á segaleysandi meðferð sem svið í stöðugri þróun með áframhaldandi umræðu um tímasetningu og framkvæmd. „Eigum við að gefa segaleysandi lyf fyrir segabrottnámsinngrip, meðan á því stendur eða jafnvel eftir á?“ spurði hann. Sértækari myndgreining hafi orðið lykilatriði við að svara slíkum spurningum. Rannsóknir eins og tölvusneiðmynd með gegnumflæðismælingu fyrir og á meðan meðferð stendur geri læknum kleift að greina bjarganlegan heilavef og víkka meðferðarglugga. Takmarkað aðgengi að slíkri myndgreiningu hamli þó enn meðferðartíðni í sumum löndum.

Heilablæðingar og siðferðisleg mörk

Framfarir í meðferð heilablæðinga hafa verið hægar og flóknar. Skurðaðferðir með lágmarks inngripum sýni lofsverðan árangur er varðar yfirborðsblæðingar í heilaberki, en djúpar blæðingar séu áfram erfiðar viðfangs. Þrýstingsléttandi skurðaðgerðir geti aukið lífslíkur en leiði oft til alvarlegrar fötlunar. „Þetta setur okkur í siðferðilegan vafa,“ segir Urs. „Er það raunverulegur árangur frá sjónarhóli sjúklingsins að lifa af með fötlun? Hann leggur áherslu á þörfina fyrir nákvæmari skurðargerðir með minna inngripi og að forvarnir, einkum blóðþrýstingsstjórnun, séu áfram áhrifaríkasta leiðin til að draga úr heilablæðingum.

Snjalltæki, gervigreind og farsímatækni bjóði síðan upp á verkfæri til að greina gáttatif, fylgjast með blóðþrýstingi og hvetja til hreyfingar. „Við erum nú þegar með þessi tæki í vösunum. Við þurfum bara að nýta þau betur.“

Ekki gera ekki neitt



Dögg Pálsdóttir
framkvæmdastjóri LÍ og lögfræðingur

Læknafélag Íslands (LÍ) hefur um árabil staðið fyrir málþingi á Læknadögum, oftast um einhver lögfræðileg efni sem talin eru gagnleg fyrir félagsmenn.

Á nýliðnum Læknadögum 2026 var málþing félagsins haldið í samvinnu við embætti landlæknis og þar fjallað um eftirlitshlutverk embættisins undir yfirskriftinni: *Kvartanir, atvik og eftirlit með störfum lækna: Hvað gerir landlæknir?*

Í lögum um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007 er fjallað um embætti landlæknis, verkefni þess, vinnulag og úrræði.

Í 4. gr. laganna eru meginhlutverk embættisins talin upp í 15 stafliðum. Meðal þeirra eru að hafa eftirlit með heilbrigðisþjónustu, heilbrigðisstarfsmönnum og lyfjaávísunum. Þá skal embættið sinna kvörtunum almennings vegna heilbrigðisþjónustu. Í lögunum eru einnig fyrirmæli um það að til embættisins skuli tilkynna alvarleg atvik og hvernig embættið skuli rannsaka slík mál.

Alvarleg atvik eru skilgreind í lögunum sem *óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu sem valdið hefur eða hefði getað valdið sjúklingi alvarlegu tjóni, svo sem dauða eða varanlegum örkumlum.* Óvænt atvik skilgreina lögin sem *óhappatilvik, mistök, vanræksla eða önnur atvik í heilbrigðisþjónustu sem valdið hafa sjúklingi tjóni eða hefðu getað valdið sjúklingi tjóni.*

Hafi eitthvað farið úrskeiðis hjá heilbrigðisstarfsmanni í störfum hans getur embætti landlæknis beitt viðkomandi eftirlitsúrræðum sem eru samkvæmt 14. og 15. gr. laga nr. 41/2007 tilmæli um úrbætur, áminning eða svipting starfsleyfis að fullu eða tímabundið. Um eftirlitsúrræðin er ítarlega fjallað í III. kafla laganna.

Á málþinginu fóru læknar og lögfræðingar, sem starfa hjá embætti landlæknis, yfir það með hvaða hætti embættið sinnir þeim lögbundnu verkefnum, sem því eru falin, og rakin hafa verið hér að framan. Skýrt kom fram hversu mikilvægt það er að læknar, sem fá bréf frá embætti landlæknis vegna kvörtunarmáls, tilkynningarmáls eða eftirlitsmáls, sem stofnað hefur verið, sinni því að svara bréfum, sem frá embættinu berast. **Það versta sem læknir gerir í slíkri stöðu er að gera ekki neitt.** Undirstrikað var að alltaf er hægt að óska eftir fresti, ef lækni finnst hann þurfa rýmri tíma til svara eða ef upplýsingaöflun, sem hann metur nauðsynlega, er tímafrek.

Hér er vert að minna á það, sem fram kom hjá lögfræðingum LÍ, sem héldu erindi á málþinginu, að LÍ aðstoðar félagsmenn, sem fá bréf frá landlækni. Þetta er mjög mikilvæg þjónusta. Miklu skiptir að félagsmenn séu meðvitaðir um þessa þjónustu LÍ og leiti til félagsins í þessum kringumstæðum. Aðstoð LÍ getur falist í að gera drög að bréfi til að svara embættinu, fara yfir drög að bréfi sem félagsmaður er sjálfur búinn að gera og stundum, ef mál eru að mati félagsins fordæmisgefandi, að taka að sér beina hagsmunagæslu fyrir félagsmann.

Fram kom hjá starfsmönnum embættis landlæknis að oftast lýkur þessum málum með því að læknir eða annar heilbrigðisstarfsmaður upplýsir málið með viðunandi hætti. Það er algengasta niðurstaða þessara bréfaskipta. Ef engu er svarað liggur í augum uppi að embættið fær ekki skýringar á því sem um er spurt. Þá þarf embættið að halda áfram að knýja á um svör, með þeim leiðum sem embættinu eru færar.

Á málþinginu fór Ólafur Þór Ævarsson geðlæknir yfir það hvað það er mikilvægt að læknar sem eru í þessum kringumstæðum leiti sér stuðnings. Meðferð mála hjá embætti landlæknis tekur alltof langan tíma, fyrst og fremst vegna manneklu hjá embættinu. Það er mjög bagalegt og staðreynd sem LÍ hefur margsinnis gert athugasemd við, bæði við embættið sjálft og heilbrigðisráðuneytið. Löng málsmeðferð hjá embættinu tekur á, skapar óvissu fyrir lækninn og er streituvaldandi. Þess vegna er svo mikilvægt að leita sér stuðnings. *Læknar fyrir lækna* er þjónusta sem LÍ hefur staðið fyrir um árabil. Hún felst í jafningjastuðningi, sem hefur sýnt sig að vera gagnlegur.

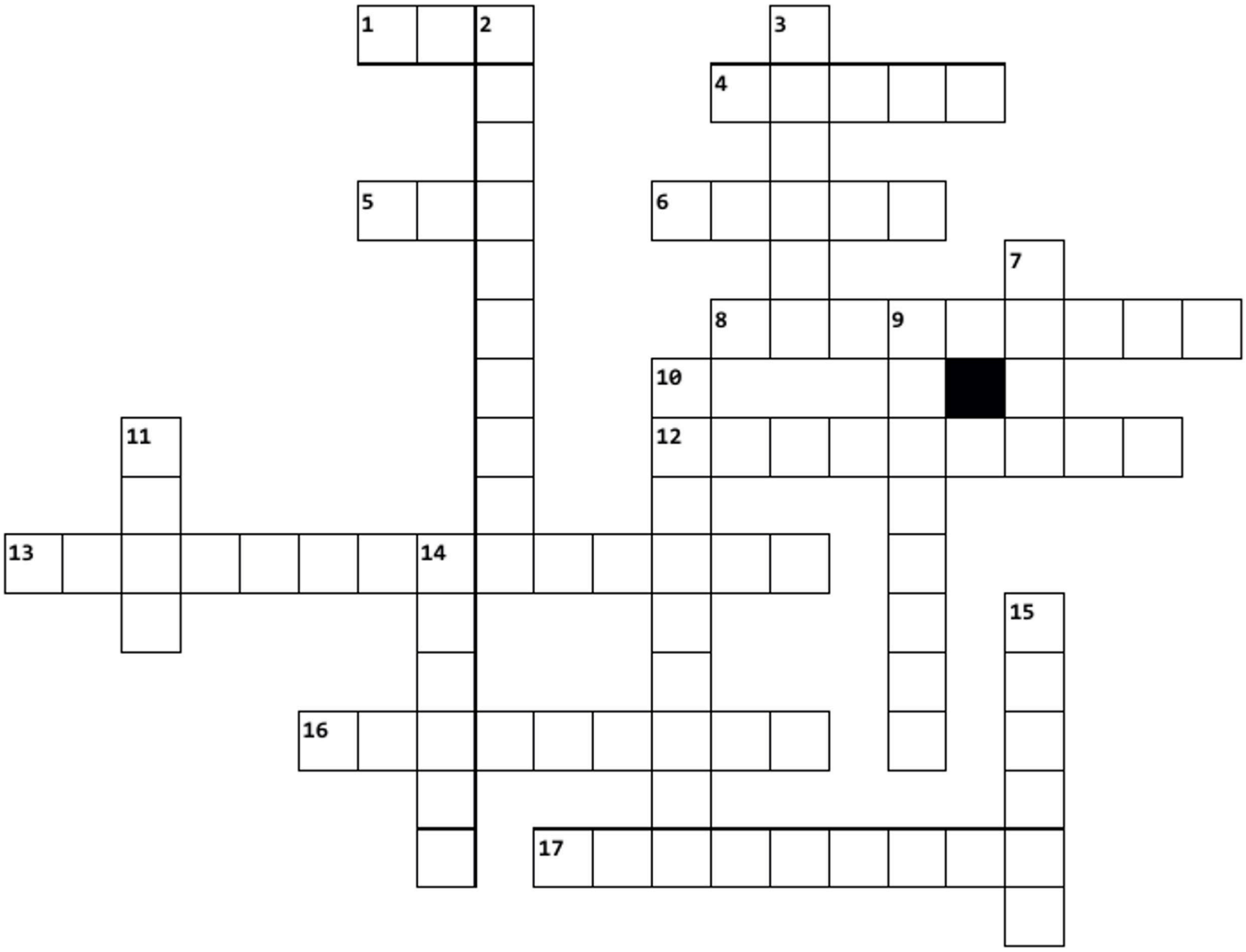
Málþingið á nýliðnum Læknadögum var fjölsótt, Góðar og gagnlegar umræður spunnust í lok þess. LÍ telur þetta málþing og þær upplýsingar sem þar komu fram skipta máli fyrir félagsmenn. Þess vegna var ákveðið að taka málþingið upp. Upptaka af málþinginu er aðgengileg á innri vef heimasíðu LÍ. Félagsmenn eru hvattir til að horfa á upptökuna.

Í ávarpi sínu við setningu málþings LÍ á nýliðnum Læknadögum sagði Steinunn Þórðardóttir formaður LÍ:

> Algengt er að læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki sé mjög brugðið fái þau erindi frá embættinu og voru Læknafélagið og embættið sammála um að samtal á borð við það sem við munum eiga hér í dag geti dregið úr þeirri upplifun. Mikilvægt sé að undirstrika að hlutverk embættisins er fyrst og fremst að tryggja öryggi sjúklinga og gæði heilbrigðisþjónustu en ekki að leita að sökudólgum eða blórabögglum í einstaka heilbrigðisstarfsmönnum.

Þetta er auðvitað kjarni þessa máls. Eftirlit með heilbrigðisþjónustu á að tryggja gæði heilbrigðisþjónustunnar og efla öryggi sjúklinga eins og frekast er kostur. Það breytir því þó ekki að það er erfitt að fá bréf frá embætti landlæknis. Þess vegna er mikilvægt að muna, ef slíkt bréf berst, að LÍ veitir læknum lögfræðiaðstoð til að svara bréfinu og að félagið getur einnig tryggt þeim jafningjastuðning.

14 HEILABROT
LÆKNABLAÐSINS



Lárétt
1. Hvalrek Grundafjarðar felur rannsókn á hjarta (3)
4. Fjölbýlishús eða takttruflun? (5)
5. Sænsk sjónvarpsstöð eða hraðsláttur? (3)
6. Quentin Tarantino í einföldum bíl lengist við töku geðrofslyfja (2,3)
8. Lítill enskur fótur, tónn og fit aftur á að stuða (9)
12. Áfallaatburðir í æsku og bremsa getur valdið ofsabjúg (3,6)
13. Erfiði, Sameinuðu Þjóðirnar, öfug gylta, Sn og ruglað urg verður reiknaður frá slag- og hlébilsþrýsting (14)
16. Speni í þágufalli, farvegir yfir vatnsföll og sex tengist hjartablöðkum (9)
17. Enskur kjarni umlykur ruglaðan og einfaldan dróna og verður dreypi við hraðtakti (9)

Lóðrétt
2. Flag át kött, ruglast og verður hjartsláttaróregla (10)
3. B aftur fer inn í ruglaða enska hæð og verður tímabil fyllingar (6)
7. Fjórir og at aftur er meðferð við ósæðarlokuþrengslum (4)
9. Fag og slit verður leiðslutruflun (8)
10. Rangur gáð ruglast í meðferð við hægtakti (9)
11. Áttu mola? Nei, bara ruglaðan kalsíum ganga hemil (4)
14. Besta tínan geymir kólesteróllækkandi lyf (6)
15. Tóm og ruglað ert verður hjartasíriti (6)

Vísnagáta

Stjarnan bjarta, skæra skín,
á skeri er hnáta borin.
Með vikum máni vex og dvín,
vappið flækir sporin.

Heilabrot 13 – Lausnir

Lárétt:
3. TETRACAIN
4. ILEUS
7. FÍLAPENSILL
8. METFORMIN
10. FAL
11. ATRÓPÍN
13. SLEGILL
16. CK
17. LORDOSA

Lóðrétt:
1 MAGNESÍUM
2. GALLBLAÐRA
5. LÍFHIMNA
6. EPALS
9. SNELLEN
12. LUCAS
15. IOP

Vísa: Lausnin er blað: dagblað, rakvélablað, hnífsblað, pappírsblað

Höfundur: Erla Sigríður Sigurðardóttir sérnámslæknir

Lausnir birtast í næsta tölublaði

Hugleiðingar við starfslok



Halldóra Ólafsdóttir
geðlæknir

Timinn er skrýtinn skepna. Þegar ég lít til baka yfir 45 ár í geðlækningum er eins og þetta tímabil hafi liðið eins og örskot. Það reyndist mér erfiðara en ég hafði haldið að hætta störfum þótt á árunum þar á undan hafi verið nota-legt að geta unnið minna eftir því sem ellitengdir heilsubrestir fóru að herja á. Þegar ég að lokum kvaddi síðasta sjúklinginn sat eftir tómarúm, sorg og söknuður. Við læknar höldum gjarnan að við störfum við að hjálpa fólki og vonandi er gagn af starfi okkar en þó ekki eins oft og við vildum óska. En hvað gerir starfið, samstarfsfólkið og sjúklingarnir fyrir okkur? Því verður hver að svara fyrir sig en hvað mig varðar var starfið tímafrekt, krefjandi, stundum þreytandi, alltaf forvitnilegt og jafnvel spennandi. Það sem gaf mér mest var að starfa náið með sjúklingum enda hafði ég lagt mig sérstaklega eftir viðtalsmeðferð í sérnáminu. Hver sjúklingur var ný áskorun, átti sína eigin sögu og persónuleika sem mótast hafði til dæmis af arfgengi, ýmiss konar áföllum og lífsmáta þvert á hinar ýmsu geðgreiningar. Enn í dag höfum við geðlæknar litlar líffræðilegar rannsóknir sem geta leiðbeint okkur varðandi greiningar og meðferð þannig að vinnan varð oft eins og að leysa flókna ráðgátu, rétt eins og gerist í bestu krimmum.

Geðlækningar urðu með tímanum ekki eingöngu vinnan mín heldur helsta og jafnvel eina áhugamálið. Mig grunar að ég hafi átt þessa sérvisku sameiginlega með hluta af því ágæta fagfólki í geðfræðum sem ég bar gæfu til að vinna með til lengri eða skemmri tíma.

Bylting varð í geðlæknisfræði um miðja síðustu öld með tilkomu raflostmeðferðar og geðlyfja, sem gjörbreytti horfum og líðan fjölda sjúklinga. Á starfsævi minni hefur margt þokast í rétta átt. Gamla freudíska viðtalsmeðferðin sem ég lærði hefur vikið fyrir nýrri afbrigðum sem hafa verið sannprófuð og skila umtalsverðum árangri. Þekkingu á starfsemi heilans, einkum boðefnakerfum, hefur fleygt fram. Nýrri lyf hafa færri aukaverkanir en þau eldri, sum hafa aðra verkun og eru mikilvæg viðbót í meðferð. Nýjar aðferðir lofa góðu, svo sem ketamín og heilaörvun. Framfarir hafa orðið varðandi sálfélagslegan stuðning við sjúklinga og aðstandendur, má til dæmis nefna „jafningjastuðning“; þeir sem náð hafa ásættanlegum bata af geðsjúkdómum miðla þar af reynslu sinni til þeirra sem standa mitt í auga stormsins. Sú nálgun hefur lengi reynst vel í baráttunni við fíknisjúkdóma og við ýmsa aðra sjúkdóma, svo sem krabbamein. Snemmgreining geðrofssjúkdóma, skjót inngrip og öflugri þjónusta við þann hóp sjúklinga hefur skilað árangri. Greiningar og lyfjameðferð á ADHD hafa verið í veldisvexti, mörgum til gagns en stundum ofgreint og ofmeðhöndlað. Tíðni sjálfsvíga hefur staðið í stað, þrátt fyrir margvíslegar tilraunir og „átakaverkefni“ til að draga úr þeim skelfilega vanda.

Þjónusta við sjúklinga með erfiðar lyndis- og kvíðaraskanir virðist vera brotakenndari en áður og mætti þar vera meiri samfella og langtímasýn. Fáir geðlæknar starfa nú orðið á stofu en þeir gátu hér áður fyrr sinnt þessum hóp sjúklinga eins lengi og þurfti og með minni tilkostnaði en gertist á stofnunum.

Sumir af bestu geðlæknum sem ég þekki stunduðu sérnám sitt hérlendis. Það er þó umhugsunarefni hversu fáir geðlæknar hafa sótt framhaldsnám erlendis hin síðari árin. Ég tel að geðlæknisfræðin hér á landi geti orðið of „innræktuð“, fái fagið ekki reglulega innspýtingu og hvatningu af þeirri þekkingu og færni sem best gerist í fjölmennari samfélögum.

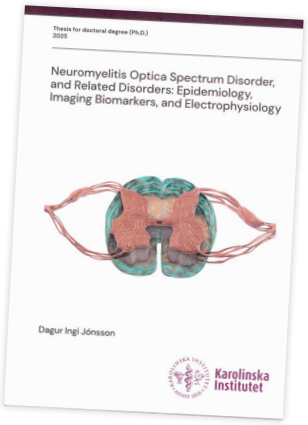
Að lokum má vitna í Freud: „Lífeðlisfræði og lífefnafræði munu að líkindum leiða til þekkingar sem okkur getur ekki dreymt um á þessu stigi og því kollsteypt öllum kenningum okkar.“* Meira en heilli öld síðar tek ég undir þau orð og tel að framtíð geðlækninga muni byggjast á bættri þekkingu á taugalífeðlis- og lífefnafræði heilans.



Ég ætla að panta blóðgjöf. Við skiptum B-neikvæðu blóðinu þínu út fyrir B-jákvætt. Sjáum hvort það læknar þunglyndið.

* Lauslega þýtt úr “Beyond the Pleasure Principle”, S. Freud 1920:





Dagur Ingi með handleiðurum. Frá vinstri: Lou Brundin, Dagur Ingi Jónsson og Ellen Iacobaeus.

Doktorsvörn við Karolinska Institutet í Stokkhólmi

Dagur Ingi Jónsson

Föstudaginn 12. desember 2025 varði Dagur Ingi Jónsson doktorsritgerð sína við Karolinska Institutet. Ritgerðin bar nafnið: Sjóntauga- og mænubólgu heilkenni og tengd heilkenni: faraldsfræði, myndgreiningar lífkenni og raflífeðlisfræði (*Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder, and Related Disorders: Epidemiology, Imaging Biomarkers, and Electrophysiology*).

Andmælandi var Markus Axelsson, taugalæknir og dósent við Háskólann í Gautaborg. Í doktorsnefnd sátu Thomas Frisell, Susanna Brauner og Magnus Vrethem. Handleiðarar voru Ellen Iacobaeus, Lou Brundin, Tobias Granberg og Ólafur Árni Sveinsson.

Dagur Ingi lauk kandidatsprófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands 2011. Hann lauk sérnámi í taugalækningum 2019 og í klínískri taugalífeðlisfræði 2023, hvoru tveggja frá Karolinska Háskóla-sjúkrahúsinu, þar sem hann starfar nú sem sérfræðilæknir í klínískri taugalífeðlisfræði.

Um verkefnið

Bólga í mænu getur orsakað varanlega fötlun en einnig verið fyrstu teiknin um alvarlegan bólgusjúkdóm í miðtaugakerfinu. MS er þeirra algengastur en framþróun í mælingu mótefna hefur afhjúpað nýja og óvanalegri sjúkdóma þar sem helst er að nefna sjóntauga- og mænubólgu heilkenni (NMOSD) og sjúkdóm tengdan mótefnum gegn sykurhvítum í mýelini fágriplufrumna (MOGAD). Í fimm verkefnum var mænubólga og ofannefndir sjúkdómar skoðaðir frá ólíkum sjónarhornum.

Tvö stærstu verkefnin voru að kortleggja algengi, orsakir og horfur mænubólgu í Stokkhólmi og algengi NMOSD í Svíþjóð. Rannsóknarhópurinn fann um það bil 25 tilfelli af mænubólgum á hver milljón lífsár og sáum að helmingur tilfellanna leiddi til MS-greiningar. NMOSD reyndist vera mjög sjaldgæfur sjúkdómur með tíðni undir einu tilfelli á hver milljón lífsár.

Margir NMOSD- og MOGAD-sjúklingar geta fengið ónæmisbælingu með rituximab sem fyrirbyggjandi meðferð. Þriðja verkefnið var að skoða árangur meðferðarinnar og voru niðurstöðurnar tvíþættar. Annars vegar svara margir sjúklingar með MOGAD-meðferðinni illa og halda áfram að fá bólguköst. Hins vegar eru alvarlegar sýkingar algengar í sjúklingahópunum.

Í fjórða verkefninu voru Virchow-Robin rými á MR myndum af heila sjúklinga með MS, NMOSD og MOGAD borin saman við fríska einstaklinga. Rýmin taka þátt í hreinsun restafurða frá heilanum og eru talin mikilvæg í meingerð bólgusjúkdóma í miðtaugakerfi. MOGAD-sjúklingar reyndust hafa mestan fjölda sýnilegra rýma, sem vekur ástæðu til frekari skoðunar í þeim sjúklingahópi.

Síðasta verkefnið var framskyggn tilraun til að nota taugalífeðlisfræðilegar mælingar við að greina á milli mænubólgu og blóðþurrðar í mænu, greininga sem getur verið erfitt að aðskilja í klínísku starfi. Í rannsóknarhópunum sást brottfall svars á hreyfihrifriti (MEP) í að minnsta kosti einum vöðva í ganglimum hjá flestum þeirra með blóðþurrð en engum með mænubólgu. Vegna óalgengis sjúkdómanna (sérstaklega blóðþurrðar í mænu) er rannsóknin of lítil til að staðhæfa um nothæfi aðferðarinnar en gefur von um að gagn sé að hafa.

Hvað segir nýdoktorinn?

Af hverju vildir þú verða læknir?

Þetta var allt frekar praktísk hugmynd sem stafaði af áhuga á mjúkum raunvísindum og að leysa vandamál.

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

Svona 7,5. Erfiðast var að halda áfram þegar markið virðist svo langt í burtu.

Hvað yrði þitt fyrsta verk sem heilbrigðisráðherra?

Setja fimmtu regluna úr House of God í forgrunn: „placement comes first“.

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

Með þrjá krakka í þúsund tómstundum bjargar það alveg tilverunni að þykja einmitt skemmtilegast að fá að taka þátt í lífi þeirra.

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



Þorbjörg Karlsdóttir
heimilislæknir

Gluggi yfir í annan heim

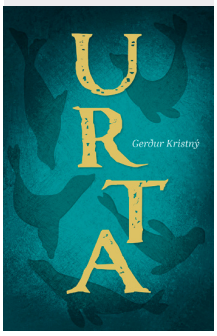
Ég hef alltaf verið bókaormur. Þegar ég var barn fór mamma með mig á bókasafnið, þar sem ég man eftir að hafa eytt löngum stundum í barnadeildinni, að fá lánaðar hinar og þessar bækur og prófa mig áfram. Ég gleypti í mig Enid Blyton, Þorgrím Þráinsson og allt þar á milli.

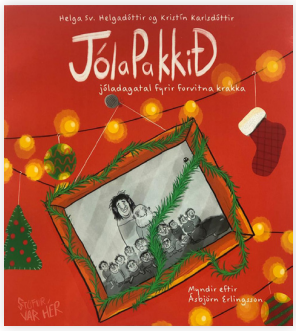
Það er kannski þetta sem veldur því að ég er enn í dag hálfgerð alæta á bækur. Þær geta þjónað mismunandi hlutverkum, sumar bækur les ég aðallega til að gleyma mér, aðrar les ég hægt, nýt þess að velta mér uppúr þeim. Enn aðrar geta vakið hjá manni forvitni, kennt manni eitthvað nýtt eða endurvakið eitthvað sem maður hafði gleymt.

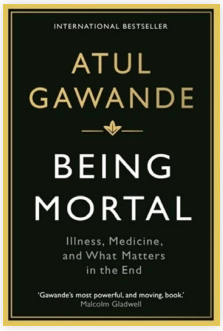
Ég les enn talsvert mér til yndis, stofnaði bókaklúbb á mínum vinnustað og bókaskiptimarkað. Allt að sjálfsögðu af einskærri sjálfsgæsku, enda ég sjálf sennilega sú sem hef mest gaman af. Ég reyni líka að smita syni mína af bókabakteríunni og fyrir jólin lásum við stórskemmtilega bókajóladagatalið um *Jólapakkið* eftir Kristínu yngri systur mína og Helgu móðursystur mína. Ég mæli eindregið með bókajóladagatali sem samveru á aðventunni.

Síðasta bók sem ég lauk við að lesa hafði mikil áhrif á mig, það var bókin *Being Mortal* eftir indversk-ameríska skurðlækninn Atul Gawande. Umfjöllunarefni bókarinnar er eitthvað sem á við okkur öll. Nefnilega sú staðreynd að við erum öll á sömu vegferð, við munum öll einhvern daginn kveðja þetta líf á einn hátt eða annan. Gawande bendir á mikilvægi upplifunar okkar af síðasta æviskeiðinu, hvað réttu spurningarnar eru mikilvægar til að gefa okkur möguleika á að forgangsraða rétt. Sem heimilislæknir stend ég oft frammi fyrir þessum erfiðu spurningum, að hjálpa sjúklingum og aðstandendum að átta sig á því í hvað stefnir og hverju þau vilja forgangsraða á þeim tíma sem gefst. Ég mæli eindregið með lestri þessarar bókar við alla í klínísku starfi, en efni hennar á þó sannarlega ekki bara við heilbrigðisstarfsfólk.

Sumar bækur tek ég fram aftur og aftur og nýt þess að lesa í hvert sinn. Til þessa heyra ljóðabækurnar hennar Gerðar Kristnýjar. Nú síðast bókin *Urta* sem







fjallar um formóður Gerðar sem var 19 barna móðir og ljósmóðir á Ströndum. Þrátt fyrir kuldann og einangrunina er í ljóðum Gerðar er alltaf einhver hlýja sem skilar sér beint inn í sálina þegar maður þarf mest á því að halda.

Ég gæti talið upp ótal bækur sem hafa mótað mig, sem lifa með mér og sem hafa gefið mér nýtt sjónarhorn á lífið, en læt hér við sitja. Bækur eru gluggi yfir í annan heim. Nýtið tækifærið og gægist inn!

Ég skora á eiginmann minn, Jóhann Sigurjónsson, að skrifa næsta bókapistil.

Björn Vilhelm Ólafsson

sérnámsgrunnslæknir

Ríkasti kandídatinn



Alltaf hægt að treysta á góðan mat á Sigló, nema reyndar á sunnudögum, þá er allt lokað.

07:00 Vekjaraklukkan hringir nokkrum sinnum til að minna á sig, daginn og veginn. Stekk loks af stað um 7:30, hoppa í sturtuna og velti fyrir mér á hvorum Benzinum ég ætti að fara á í vinnuna. Geymi morgunmatinn fram að hádegi, gríp einn Monster úr vínkælinum og dríf mig af stað á þeim nýrri, vopnaður aðgangskorti og nælu sem segir að ég sé læknir.

08:00 Náði ljósunum vel svo stimpilgjaldið verður rétt og morgunfundurinn á lyflækningasviði í Fossvogi, hressandi. Farið yfir sjaldgæf og áhugaverð tilfelli, greiningin að þessu sinni nýlega nýnefndur sjúkdómur.

08:20 Stillum upp í sókn, andstæðingarnir hafa yfirtölu þennan morguninn sem og aðra. Setjum okkar yngsta mann í brúna hjá aldursforseta vikunnar með aldursmun sem spannar tímann frá lokum seinni heimstyrjaldarinnar til dagsins í dag. Á meðan tek ég að mér einföld og flóknari verk í bland. Glöggva mig á nótum góðra kollega, „Sjúklingur yngri en aldur segir til um," „Sjúklingur segist aldrei hafa gengist undir hnífinn, sný athygli hans að stóru miðlínuöri sem hvorugt okkar getur skýrt."

09:00 Leifturhraður stofugangur, enda lifir Parkinson's lögmálið góðu lífi. Hitti níræðan sjúkling með fljótandi fætur, hver ætli sé meðferðin við því þessa dagana? Sérfræðingurinn grípur tækifærið til að babbla um þvagræsimeðferð enn einu sinni. Allnokkrir með flensuna, en það er allt í lagi því flestir fá herbergi. Rifja upp: Tamiflu? er það enn notað?

10:30 Hripa niður upphaf dagála, kem heitum boltum áleiðis á aðra og svara spurningum sem hafa borist í gegnum tölvukerfið. Hitti fyrir nýtt fólk og passa mig að minnast á Siglufjörð allavega tvisvar í von um að fá stig fyrir að vera þaðan.

12:10 Samráð margra sérfræðinga um flókinn sjúkling á sér stað, á meðan kinka ég kolli á viðeigandi tímum og þykist fylgja sögunni og hugsanaferlum, áður en ég skottast í bröns. Eitt og hálft kíló koltvísýrings, eins gott að ég kom á rafmagninu. Hitti fyrir fyrrum bekkjarsystkini og blanda geði eftir fremsta megni. Uppnefndur í gríni „ríkasti kandídatinn" af sérfræðingi.

13:00 Legg mig fram við skrifin, dagnótur, læknabréf, bréf til sjúklinga og beiðni um heimasjúkraþjálfun, svo fátt eitt sé nefnt. Útskriftir heim, í bland við útskriftir annað eða pseudóútskriftir eins og ég kýs að kalla það. Lyflæknir veltir fyrir sér hvað þarf að sækja marga fundi til að lækna sjúkling. Ég spyr hann upp á djókið hvort hann haldi að hann sé skurðlæknir, en honum finnst það ekki fyndið.

15:30 Rapport í kvöldvaktina, flókni sjúklingurinn tekinn upp og ég jafn týndur og áður. Kemur svo loks að því að ég útskrifa sjálfan mig heim.

16:00 Bíll veisluþjónustunnar bilaður, þarf að leggja land undir fót og rifja upp löngu gleymda takta í stálsmíði. Hver þarf svo sem sílsa?

19:00 Elda mjólkurgraut fyrir tvo, góður vinur í mat.

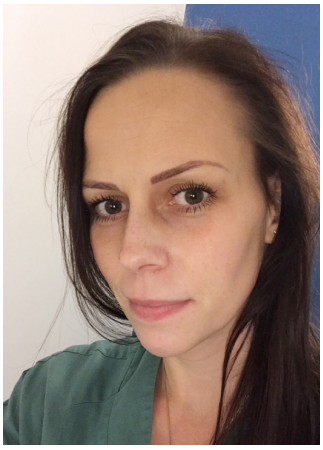
20:00 Hringi í betri helminginn, hún er erlendis þessa dagana, farið að styttast í próf í þessum vísindum óvissunar og list líkinda -WO. Rifjum upp GOLD leiðbeiningar, C BIG K DROP, I GET SMASHED og fleira spennandi.

21:00 Eyði iðulega kvöldinu í sjónvarpsgláp, tölvuleiki eða léttar trésmíðar, hver fann upp gólflista?

22:50 Leggst á koddann og minnist þess að kandídatar eru víst ekki lengur til, heldur aðeins sérnámsgrunnslæknar.

Ólöf Birna Margrétardóttir
skurðlæknir

Sofandi að feigðarósi?



Nú eru komin 11 ár síðan við fluttum til Gautaborgar til að fara í sérnám. Við byrjuðum bæði ferilinn á Sahlgrenska, eiginmaðurinn á lyflækningasviði og ég á skurðsviði. Þegar ég lít til baka skil ég ekki hvernig við fórum að þessu. Nýtt land, nýtt tungumál, nýr vinnustaður, þrjú börn á leikskólaaldri. Þetta var erfitt en íslenska seiglan kom okkur langt. Við kláruðum sérnám fyrir nokkrum árum. Eftir rúmlega átta ár á Sahlgrenska söðlaði ég um og færði mig á Högsbo närsjukhus (HN). Þar er göngudeild ólíkra sérgreina, skurðstofur, blóðsýnataka og röntgen. Skurðsviðið sinnir sjúklingum með gallsteina, kviðslit, æðahnúta og endaþarmsvandamál. Sjúkrahúsið er opið á dagvinnutíma og þar eru gerðar valkvæðar aðgerðir. Sjúkrahúsið er glænýtt og tilheyrir Sjukhusen i Väster sem eru rekin af Västra Götalandsregion.

HN hefur verið starfandi í tvö ár. Kostnaðurinn við byggingu sjúkrahússins var mikill. Augu stjórnmálamanna hafa verið á HN í ljósi þess og háværar kröfur um framleiðni. Ekki hefur verið tekið tillit til þess að það tekur mikið á að flytja starfsemi heils sjúkrahúss á nýjan stað. Á sama tíma átti framleiðnin að aukast. Skurðstofurnar urðu níu í stað þriggja. Þegar sjúkrahúsið tók til starfa var ekki fullmannað á skurðstofunum en samt átti að framleiða af fullum krafti. Í haust varð ljóst að sjúkrahúsið næði ekki settum markmiðum. Ákveðið var að leigja út eina hæð til Sahlgrenska fyrir göngudeildastarfsemi. Núverandi starfsemi á umræddri hæð verður dreift um sjúkrahúsið þrátt fyrir að skipulagið á hæðunum bjóði ekki upp á það. Starfsfólkið hefur mótmælt fyrir daufum eyrum. Hvers vegna geta stjórnendur ekki endurskoðað markmið sem voru óraunhæf frá upphafi? Hvers vegna fær HN ekki möguleikann að vaxa og dafna til fulls? Þessir sömu stjórnendur hafa fylgt ákveðnu „konsepti“ hvernig skal unnið á sjúkrahúsinu. Meðal annars er byggingin skipulögð í opnum rýmum og það sem Svíinn kallar „aktivitetsbaserat arbetssätt“. Þá á starfsmaðurinn að velja sér nýja vinnustöð á hverjum degi. Læknarnir mótmæltu, þetta vinnulag hentar ekki í okkar starfi. Það er óskilvirkt að þurfa að færa sig um set daglega fyrir utan skort á ró og næði til að sinna krefjandi sjúklingavinnu. Okkur var gert að gefa þessu séns, sem við og gerðum. Niðurstaðan varð sú sama – þetta hentar ekki. Enginn hlustar.[1,2]

Flestir læknar vilja vinna klínískt. Læknum sem eru í stjórnunarstöðum innan sjúkrahúsa fer fækkandi.[3] Þeir sem taka ákvarðanir um það hvernig sjúkrahús eru rekin eru sjaldnast læknar. Ef þeir eru læknar þá eru það iðulega kollegar sem hafa ekki komið nálægt sjúklingavinnu í fjölda ára og hafa algjörlega tapað tengingunni við vinnuna á gólfinu. Ákvarðanir eru teknar út frá tölum á pappír án þess að það sé hlustað á þá sem eiga að koma hlutunum í verk. Læknar hafa misst völdin yfir sinni vinnu með því að leyfa öðrum að taka stjórnina. Það er bara eitt í stöðunni. Við getum ekki treyst öðrum til að skipuleggja vinnuna okkar, það er fullreynt. Við verðum að muna að þegar sjúklingunum vegnar ekki vel þá er það á okkar ábyrgð. Það er enginn sem hengir millistjórnandann sem tók ákvörðun sem reynist sjúklingahópi illa eða verkefnastjórann sem setti fjármuni í gæluverkefni til að „laga“ tölur á pappír. Við verðum að grípa inn í, sjúklinganna vegna en einnig fyrir okkur sjálf. Við læknar getum ekki látið þetta viðgangast lengur, við höfum verið sofandi of lengi. Ég skora hér með á alla kollega að kasta sér í þær stjórnunarstöður sem bjóðast, þó það sé á kostnað klínískrar vinnu. Breytingin hefst hjá okkur sjálfum. Tökum stökkið og öxlum ábyrgð, ábyrgðin sem er frá upphafi okkar!

Þeir sem taka ákvarðanir um það hvernig sjúkrahús eru rekin eru sjaldnast læknar. Ef þeir eru læknar þá eru það iðulega kollegar sem hafa ekki komið nálægt sjúklingavinnu í fjölda ára og hafa algjörlega tapað tengingunni við vinnuna á gólfinu.

Heimildir

1. Bygg om Högsbo närsjukhus – vi läkare kan inte arbeta i öppna kontorslandskap. Göteborgs-posten. 2025. – janúar 2026. https://www.gp.se/3f2208cf-808d-49b8-ac45-0dfe153d7271
2. Skyddsombud larmar om arbetsmiljön på nybyggda Högsbo närsjukhus. 2025. – janúar 2026. https://lakartidningen.se/nyheter/skyddsombud-larmar-om-arbetsmiljon-pa-nybyggda-hogsbo-narsjukhus/
3. Vårdens ledarskap Chefsenkäten 2022. Sveriges läkarförbund. – janúar 2026. rapport-vardens-ledarskap-2022.pdf

Ánægja er ...

... að veita góða þjónustu

Sjóvá hefur verið efst tryggingafélaga í Íslensku ánægjuvoginni 9 ár í röð.



ÍSLENSKA ÁNÆGJUVOGIN

Karen Rut Robertsdóttir
Viðskiptavinur og starfsmaður
Sjóvá til 4 ára

Sjóvá | sjova.is | 440 2000 | sjova@sjova.is

SJÓVÁ

Auglýsing