



# Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Læknablaðið 2014; 100/ Fylgirit 80: 1-16.



## V. VÍSINDAÞING GEÐLÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS

Akureyri 26.-28. september 2014

Hlíðasmára 8,  
201 Kópavogi  
564 4104 – 564 4106

Útgefandi  
Læknafélag Íslands  
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn  
Engilbert Sigurðsson,  
ritstjóri og ábyrgðarmaður  
Gerður Gröndal  
Hannes Hrafnkelsson  
Magnús Gottfreðsson  
Sigurbergur Kárason  
Tómas Guðbjartsson  
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi  
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi  
Védis Skarphéðinsdóttir  
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari  
Hávar Sigurjónsson  
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari  
Sigdís Þóra Sigþórsdóttir  
sigdis@lis.is

Umbrót  
Sævar Guðbjörnsson  
saevar@lis.is

Ljósmynd á forsiðu:  
Anna Fjóra Gísladóttir

Upplag  
150

Prentun: Prentækni

© Læknablaðið  
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma  
efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu.  
Bláð 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 og Scopus.

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: 0254-1394

# V. Vísindafingur Geðlæknafélags Íslands

26.-28. september 2014 á Hótel KEA

Geðlæknafélag Íslands hefur staðið fyrir reglulegum vísindafingum síðan fyrsta vísindafingur félagsins var haldið á Akureyri árið 2005, og nú höldum við á ný til höfuðstaðar Norðurlands.

Það er afar mikilvægt að efla rannsóknir og rannsóknarvinnu innan geðlæknisfræði, ef til vill enn mikilvægara en í öðrum greinum læknisfræðinnar. Við vitum öll sem vinnum í þessu fagi hversu mikil vanþekking og klárir fordómar ríkja gegn þeim sem þjást af geðsjúkdómum og fjölskyldum þeirra. Vanþekking og fordómar ríkja svo sannarlega einnig gegn okkur sem stundum þessa grein og þeim meðferðarúrræðum sem við beitum. Við þurfum því af meira krafti en aðrir heilbrigðisstarfsmenn að sýna fram á með rökum og vönduðum rannsóknum að það sem við erum að gera getur hjálpað við að líkna og lækna þá fjölmörgu sem einhvern tíma á ævinni þjást af geðsjúkdómum.

Ef lítið er yfir sögu geðlækninga má glögglega sjá hve gríðarlegar framfarir hafa orðið í meðferð geðsjúkra á síðustu hundrað árum. Öflug vísindastarfsemi er hornsteinn þessara framfara og forsenda þess að við getum barið kröftuglega á fordómum og hjálpað enn fleirum til að rísa undan þeim þungu byrðum sem alvarlegir geðsjúkdómar eru.

Þess má geta að 13.-16. júní 2018 verður Norræna geðlæknaþingið haldið í Reykjavík, sem mun án efa veita mörgum innblástur til frekari afreka á vísindasviðinu.

Innilega velkomin og hjartans þakkir til allra þátttakenda.

Þórgunnur Ársælsdóttir  
Formaður Geðlæknafélags Íslands

## Undirbúningsnefnd

Halldóra Jónsdóttir  
Lára Björgvinsdóttir  
Magnús Haraldsson  
Sigurður Páll Pálsson  
Þórgunnur Ársælsdóttir

Ritari þingsins:  
Sigurlaug J. Sigurðardóttir

## Aðalstyrktaraðili þingsins

Janssen

## Aðrir styrktaraðilar

Actavis  
Lilly  
Lundbeck  
Novartis  
Pfizer

# V. Vísindafing Geðlæknafélags Íslands

26.-28. SEPTEMBER Á HÓTEL KEA

## FÖSTUDAGUR 26. SEPTEMBER

Mæting kl. 14:00 á Hótel KEA

15:00-15.10 **Setning þings**

Ávarp Þórgunnar Ársælsdóttur, formanns Geðlæknafélags Íslands

### ADHD og fleira

Fundarstjóri: Magnús Haraldsson

15:10-15:30 **ADHD teymi Landspítala. Úttekt á starfsemi fyrstu 18 mánuðina**

Halldóra Ólafsdóttir geðlæknir

15:30-15:50 **Notkun heilarita til greiningar á ADHD hjá fullorðnum**

Halla Helgadóttir taugasálfræðingur og Páll Magnússon sálfræðingur

15:50-16:30 **Sjúkraskrár á 21. öldinni**

Hjalti Már Björnsson, sérfræðingur í bráðalækningum

16:30-16:50 Stutt kaffihlé og brauðmeti

16:50-17:10 **Læknir í meira en 40 ár „Hvað er svo merkilegt við það?“**

Tómas Zoëga, geðlæknir

### Punglyndi og sjálfsvíg

Fundarstjóri: Halldóra Jónsdóttir

17:10-17:30 **Geðlyfjanotkun karla og kvenna á árunum 2004-2013 með samanburði við bólgueyðandi lyf (NSAID) og magalyf (PPI og H2 blokkar)**

Bjarni Sigurðsson lyfjafræðingur og doktorsnemi

17:30-17:50 **Sjálfsvígsferli hjá sjúklingum við fyrsta geðþjónustumat (interRAI Mental Health) á geðsviði. Bakgrunnur og tengdir þættir**

Sigríður Karen Bárudóttir sálfræðingur

17:50-18:10 **Efnahagshrunið á Íslandi. Möguleg áhrif á sjálfsvíg og aðra efnahagslega og félagslega þætti**

Högni Óskarsson geðlæknir

18:10-18:30 **Sjálfsmorð og þjóðarsálin**

Óttar Guðmundsson geðlæknir

19:00 Stutt gönguferð

19:45 Kvöldverður í Hofi

## LAUGARDAGUR 27. SEPTEMBER

### Geðheilbrigðisþjónusta

Fundarstjóri: Lára Björgvinsdóttir

09:00-09:15 **Opnun nýrrar bráðageðdeildar 32C – áhrif á tíðni ofbeldisatvika**

Halldóra Jónsdóttir geðlæknir

09:15-09:30 **Strok sjúklinga af geðdeildum LSH á einu ári – tíðni og aðdragandi**

Jón Snorrason geðjúkrunarfræðingur

09:30-09:45 **Samfélagsgeðþjónusta í heilsugæslu á Suðurnesjum**

Hrönn Harðardóttir geðjúkrunarfræðingur

09:45-10:00 **Tilvísanir í bráðaþjónustu BUGL**

Bertrand Lauth barna- og unglingageðlæknir

10:00-10:30 Kaffihlé og kynningar lyfjafyrirtækja

#### Meðferðir og íhlutanir

Fundarstjóri: Sigurður Páll Pálsson

10:30-10:55 **Ósérhæfð hugræn atferlismeðferð í hóp – íslenskur meðferðavísir, þróun hans og árangursmat**

Hafrún Kristjánsdóttir sálfræðingur

10:55-11:20 **Markviss fjölskyldustuðningur á bráðageðdeildum**

Eydís Sveinbjarnardóttir geðjúkrunarfræðingur

11:20-11:40 **Gagnsemi psychodýnamískrar meðferðar**

Ísafold Helgadóttir deildarlæknir

11:40-12:00 **Einelti á vinnustöðum í 10 ár**

Kristinn Tómasson geðlæknir

12:00-13:30 Hádegisverður í boði Geðlæknafélagsins á Hótel KEA

#### Gestafyrirlestur

13:30-14:10 **Rannsókn á Guðmundar- og Geirfinnsmálunum: Þáttur minnisvafa (memory distrust) í fölskum játningum**

Jón Friðrik Sigurðsson prófessor í sálfræði

14:10-14:25 Umræður

#### Geðrof og geðklofi

Fundarstjóri: Þórgunnur Ársælsdóttir

14:25-14:45 **Eykur notkun kannabis hættu á geðrofi og þróun geðklofa?**

Engilbert Sigurðsson prófessor

14:45-15:10 **Tvær slembirannsóknir með viðmiðunarhóp á áhrifum sálfélagslegra meðferða við alvarlegum geðrofssjúkdómum**

Víðir Sigrúnarson geðlæknir

15:10-15:30 **Úttekt á E-LR**

Nanna Briem geðlæknir

15:30-16:00 Kaffihlé og lyfjakynningar

16:00-16:20 **Meðferð alvarlegra geðrofssjúkdóma með clozapíni hér á landi**

Oddur Ingimarsson deildarlæknir

16:20-16:40 **Áhrif eintakabreytileika í erfðamenginu á vitræna getu**

Brynja B. Magnúsdóttir sálfræðingur

16:40-17:00 **Samspil sjúkdóma og umhverfis**

Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir félagsráðgjafi

#### Blandað efni

Fundarstjóri: Árni Jóhannesson

17:00-17:25 **Endurtekna athuganir á áráttu- og þráhyggjuröskun: Erum við einhvers vísari?**

Ragnar Pétur Ólafsson sálfræðingur

17:25-17:45 **Raförvun við alvarlegri þráhyggju-árátturöskun**

Magnús Haraldsson geðlæknir

17:45-18:05 **Notkun metýlfenídats í æð meðal íslenskra vímuefnaneytenda**

Guðrún Dóra Bjarnadóttir deildarlæknir

18:05 Vísindadagskrá slitið

Hátíðarkvöldverður á Hótel KEA sem hefst með fordrykk klukkan 19:30

Veislustjóri Óttar Guðmundsson geðlæknir

# ÚTDRÆTTIR ERINDA

## 1. ADHD-teymi Landspítala. Úttekt á starfseminni fyrstu 18 mánuðina

Halldóra Ólafsdóttir  
Geðsviði Landspítala

**Inngangur:** ADHD-teymi Landspítalans var stofnað þann 22.01.2013 sem tilraunaverkefni innan geðsviðs Landspítala með sérstakri fjárveitingu frá velferðarráðuneytinu. Tilgangur með stofnun teymisins var að stuðla að markvissari greiningum og meðferð fullorðinna með ADHD á Íslandi og vera opinberum stofnunum til ráðgjafar varðandi þennan málaflokk.

**Markmið:** Markmið þess verkefnis sem hér er kynnt er að meta þörfina fyrir starfsemi af þessu tagi og þarfir þeirra sem vísað er til greiningar. Fjallað er um uppruna tilvísana, fjölda þeirra og dreifingu yfir tímabilið. Gerð er lýsandi úttekt á þeim hópi sem teymið hefur fjallað um, bæði þeim sem fengu ADHD-greiningu og hinum sem ekki fengu hana. Lýst er kynskiptingu og aldursdreifingu, undirflokkum ADHD-greininga og hliðargreiningum, sem og greiningum þeirra sem ekki reyndust með ADHD. Hluti þeirra sem greinast með ADHD fær lyfjameðferð við ADHD hjá læknum teymisins. Lýst er lengd meðferðar og tegundum lyfja. Einnig er fjallað um hlutverk ADHD-teymisins í samskiptum við heilbrigðisyfirvöld og opinberar stofnanir. Að lokum lýst fáeinum sjúkratilvikum.

**Niðurstöður:** Fjöldi tilvísana og fjöldi þeirra sem greinst hafa bendir til þess að ríkuleg þörf sé fyrir starfseminna. Heilbrigðisyfirvöld þurfa á næstunni að meta hvort starfsemi ADHD-teymisins eigi rétt á sér og ef svo hvort staðsetja eigi innan Landspítala.

**Ályktun:** Móta þarf stefnu varðandi ADHD-greiningar og meðferð hér á landi og tryggja aðgengi og samfellu í þjónstunni.

## 2. Notkun heilarita til greiningar á ADHD hjá fullorðnum

Halla Helgadóttir taugasálfræðingur<sup>1</sup>, Páll Magnússon<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Mentis Cura, <sup>2</sup>Geðsviði Landspítala

Talið er að allt að 5% fólks á fullorðinsaldri falli undir skilgreiningar á athyglisbresti með/án ofvirkni (ADHD). Í dag er þessi taugaþroskaröskun greind með hefðbundnum klínískum aðferðum, greiningarviðtölum, matskvörðum og þroska-, félags- og sjúkrasögu. Rannsóknir sýna að röskunina megi rekja til lífeðlisfræðilegra þátta. Markmið verkefnisins er að þróa lífeðlisfræðilega aðferð til greiningar ADHD hjá fullorðnum og að fylgjast með áhrifum lyfjameðferðar.

Hvatinn að þessu verkefni er stofnun teymis á Geðsviði Landspítala til að greina ADHD hjá fullorðnum. Teymið hefur hannað greiningarferli fyrir ADHD sem er í samræmi við verklagsreglur landlæknis. Staðlaðar greiningaraðferðir af þessu tagi skapa ný tækifæri til þess að stunda rannsóknir samhliða greiningar- og meðferðarvinnu. Mentis Cura er rannsóknar- og þróunarfyrrtæki sem hefur þróað aðferðir til að greina sjúkdóma í miðtaugakerfinu með heilariti. Rannsóknir Mentis Cura í samvinnu við BUGL hafa sýnt að heilarit getur greint á milli barna sem greinst hafa með ADHD og viðmiðunarhóps með 84% nákvæmni. Ef svipaðar niðurstöður fást þegar heilarit fullorðinna eru skoðuð mætti þróa aðferð við að mæla þá lífeðlisfræðilegu þætti sem einkenna ADHD

hjá fullorðnum og gera þá tækni aðgengilega læknum og öðrum greiningaraðilum. Slík greiningaraðferð er ekki til í dag og því um nýjung að ræða sem gæti bætt hlutlægum þætti inn í greiningarferlið og þar með bætt greininguna. ADHD-teymið og Mentis Cura hafa nú hafið söfnun heilarita í gagnagrunn til greiningar á ADHD hjá fullorðnum og kynna fyrstu niðurstöður á þinginu. Verkefnið var styrkt af Vísindasjóði LSH.

## 3. Sjúkraskrár á 21. öldinni

Hjalti Már Björnsson  
Bráðasviði Landspítala

Starfsumhverfi lækna hefur breyst hratt á undanförunum árum. Sjúklingar hafa fengið aukið aðgengi að sjúkraskrá og rafræn skráning læknis í rauntíma er orðin möguleg. Einnig hefur „neytendavitund“ sjúklinga farið vaxandi, þeir gera auknar kröfur um gæði þjónustunnar og skráningu hennar.

Þegar sjúklingar eru ósáttir við þjónustu læknis hefur það einnig orðið algengara að þeir leiti réttar síns í gegnum hefðbundið kvörtunarferli eða réttarkerfi, en einnig að þjónusta heilbrigðiskerfisins sé rædd í fjölmiðlum eða opinskátt á samfélagsmiðlum.

## 4. Læknir í meira en 40 ár „Hvað er svo merkilegt við það?“

Tómas Zoëga  
Geðsviði Landspítala

Töluverður tími líður frá læknaprófi þar til sérfræðiviðurkenning er fengin. Ýmsir atburðir gerast á þeirri leið.

Gerð verður tilraun til þess að lýsa geðlækningum í rúman aldarþriðjung.

Læknapólitik er á köflum mjög hörð og óvæginn, hið sama má segja um átök við spítalastjórn. Fjallað verður stuttlega um sjónarhorn undirritaðs.

Framtíðin er óræð, en er að verulegu leyti í okkar höndum.

## 5. Geðlyfjanotkun karla og kvenna á árunum 2004-2013 með samanburði við bólgueyðandi lyf (NSAID) og magalyf (PPI og H2 blokkar)

Bjarni Sigurðsson<sup>1</sup>, Sigurður Páll Pálsson<sup>2</sup>, Magnús Jóhannsson<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Háskóla Íslands, rannsóknarstofu í lyfja- og eiturefnafræði, <sup>2</sup>Geðsviði Landspítala

**Bakgrunnur:** Kynjamunur í tíðni geðgreininga, sérstaklega með tilliti til lyndisraskana, er vel þekktur en geðlyfjanotkun eftir kyni hefur verið minna rannsökuð.

**Markmið:** Að kanna hvort kynjamunur reynist í notkun geðlyfja í heild en einnig með tilliti til aldurs og undirlyfjaflokka og bera saman við notkun á magalyfjum og bólgueyðandi lyfjum.

**Niðurstöður:** Fengin voru gögn úr lyfjagagnagrunni landlæknis á tímabilinu 2004-2013. Fjöldi einstaklinga sem notaði geðlyf, þar með talið svefn- og róandi lyf, fór úr 20,7% þjóðarinnar í 23,4% á tímabilinu. Hlutfall kvenna á móti körlum (F/M) var 1,50 árið 2004 og 1,48 árið 2013. Til samanburðar var hlutfall kynja í magalyfjanotkun 1,32 á tímabilinu



og þeim sem fengu magalyf fjölgaði úr 8,3% í 12,1%. Hins vegar fækkaði þeim sem fengu ávísað bólgueyðandi lyfjum úr 20,1% í 15,7% og hlutfall kynja var um 1,2. Kynjahlutfall meðhöndlaðra með geðlyfjum breyttist eftir aldurshópum úr  $F/M=0,60$  á aldrinum 0-18 ára í  $F/M=1,65$  fyrir 60 ára og eldri. Ef skoðaðir eru einstakir flokkar geðlyfja má sjá að kynjahlutfall er nokkuð jafnt í ódæmigerðum geðrofslyfjum ( $F/M=1,2$ ) en fyrir þunglyndislyf er þetta hlutfall 1,7 og hefur marktækt aukist á tímabilinu. Karlar eru hins vegar líklegri til að vera meðhöndlaðir með metýlfenidati á tímabilinu  $M/F=1,9$ .

**Ályktanir:** Drengir eru líklegri en stúlkur til að vera meðhöndlaðir með geðlyfjum. Hins vegar eru konur líklegri en karlar til að vera meðhöndlaðar, frá 18 ára aldri. Þessi kynjamunur og breytingar eftir aldri kalla á skýringar.

## 6. Sjálfsvígisferli hjá sjúklingum við fyrsta geðþjónustumat (interRAI Mental Health) á geðsviði. Bakgrunnur og tengdir þættir

Sigríður Karen Bárudóttir<sup>1</sup>, Halldór Kolbeinsson<sup>1</sup>, Rósa Dagbjartsdóttir<sup>1</sup>, Rakel Valdimarsdóttir<sup>1</sup>, Herdís Sveinsdóttir<sup>2</sup>, Sigurður Páll Pálsson<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Geðsviði Landspítala, <sup>2</sup>Háskóla Íslands

**Bakgrunnur:** Fræðimenn hafa vanrækt rannsóknir á sjálfsvígisferli innlagðra sjúklinga þannig að gap hefur myndast í þekkingu á sviðinu. Þörf er á ítarlegri kortlagningu á vandanum.

**Efni og aðferð:** Notað var mælitækið interRAI sem er heildrænt mat á geðhag, heilsufari, lífsstíl og félagslegri stöðu sjúklinga. Upplýsingar eru úr fyrsta mati við innlögn 246 sjúklinga á endurhæfingu geðsviðs (D13A, Sérhæfð D12, Réttar- og Öryggisdeild, Endurhæfing LR). Karlar voru 143 og konur 103. Meðalaldur 40 ár. Flestir voru atvinnulausir, ógiftir og bjuggu einir.

**Niðurstöður:** Aðalgeðgreining var oftast geðklofi (52,2%), síðan lyndisröskun (19,8%) og fíkniröskun (10,5%). Með sjálfsvígshugsanir viku fyrir mat töldust 24 sjúklingar (9,7%). Með formaðar ráðagerðir um að svipta sig lífi, mánuðinn fyrir mat, voru 20 sjúklingar (8,1%). 98 sjúklingar (39,7%) höfðu gert tilraun til sjálfsskaða og 61 (24,7%) hafði gert tilraun til sjálfsvígis með þeim ásetningi að svipta sig lífi. Aldurshópurinn 18-27 ára var líklegastur til að vera í sjálfsvígisferli. Fleiri karlar en konur voru hótandi og/eða taldir hættulegir sjálfum sér við innlögn og voru líklegri en konur til að vera nauðungarvastaðir. Karlar í sjálfsvígisferli voru líklegri til að hafa lent í afskiptum lögreglu vegna ofbeldis mánuðinn fyrir mat. Gleðileysi, depurð, vonleysi, áhugaleysi, sektarkennd og vanþóknun á sjálfum voru sterklega tengd sjálfsvígisferlinu og einnig nýleg sjálfsvígis tilraun.

**Ályktun:** Stór hópur sjúklinga sem leggst inn á Kleppi og LR er í sjálfsvígisferli við komu og þarf sérstaklega að huga að yngsta aldurshópnum. Með interRAI mati er mögulegt að fá góða mynd af vandanum og mögulega bæta forvarnir hjá þessum hópi í framtíðinni.

## 7. Efnahagshrunið á Íslandi. Möguleg áhrif á sjálfsvíg og aðra efnahagslega og félagslega þætti

Högni Óskarsson, Salbjörg Bjarnadóttir<sup>1</sup>, Sigurður P. Pálsson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Landlækniseimbættinu, <sup>2</sup>Geðsviði Landspítala

**Markmið:** Efnahagshrunið, sem hófst á Íslandi 2008 með hratt vaxandi atvinnuleysi og fjárhagsþrengingum fjölskyldna og fyrirtækja, hefur einnig haft víðtæk heilsufarsleg og önnur samfélagsleg áhrif. Markmið okkar er að tengja saman efnahagslegar afleiðingar og möguleg áhrif

á tíðni sjálfsvíga, alvarlegra umferðaróhappa, fjölskylduofbeldi og áfengisneyslu.

**Aðferðir:** Skoðað er tímabilið frá 2002 til 2012. Unnið var úr tölulegum upplýsingum frá Hagstofu Íslands, Landlækniseimbættinu, ÁTVR og Lögreglustjóra höfuðborgarsvæðisins/ Ríkislögreglustjóra. Tölur um atvinnuleysi miðast við þjóðfélagsþegna 16-74ra ára, frá ÁTVR 16 ára og upp úr, en aðrar upplýsingar eru reiknaðar sem hlutfall á hverja 100.000 íbúa. Sjálfsvígstölur eru reiknaðar sem árleg tíðni og þriggja ára meðaltöl.

**Niðurstöður:** Atvinnuleysi meira en þrefaldaðist hratt eftir hrun en hefur hjaðnað frá 2011. Einkaneysla dróst verulega saman svo og sala áfengis. Alvarlegum umferðarslysum fór fjölgandi árin fyrir hrun og náðu hámarki 2010, en hefur fækkað síðan. Fjölskylduofbeldi hefur vaxið verulega í kjölfar hruns. Sjálfsvígstíðni var fremur lág í upphafi tímabilsins, fór hægt vaxandi fram að hrundi og var svo hæst, 12,0-12,3/100.000 árin 2009-2011.

**Umræða:** Í litlu samfélagi sem Íslandi þarf að fara varlega að ályktunum. Þó er ljóst að samfara hratt vaxandi atvinnuleysi og skertri fjárhagsafkomu hefur tíðni sjálfsvíga aukist. Á sama tíma hefur orðið veruleg aukning á fjölskylduofbeldi. Alvarlegum umferðarslysum fjölgaði fram að og eftir hrun. Það hafa komið fram skýrar vísbendingar erlendis frá að efnahagsþrengingarnar sem hófust fyrir 6 árum hafi leitt til aukningar sjálfsvíga. Það er því mikilvægt að skoða þessi mál betur hérlendis og greina hvaða hópar hafa verið í mestri áhættu þannig að þróa megi árangursríkar forvarnir.

## 8. Sjálfsmorð og þjóðarsálin

Óttar Guðmundsson

Geðsviði Landspítala

Sjálfsmorð hafa verið óaðskiljanlegur hluti íslensks veruleika allt frá landnámsstíð. Skýrt frá nokkrum sjálfsvígum í Landnámu og Íslendingasögum og viðbrögðum umhverfisins. Afstaða þjóðarinnar til sjálfsvíga og sjálfsvegenda breyttist mjög með kristnitöku og vaxandi áhrifum kaþólsku kirkjunnar. Smám saman var farið að líta á sjálfsvegendur sem óbótamenn sem ekki fengu kirkjulegt leg enda höfðu þeir framið stórsynd. Með siðaskiptum voru sjálfsvegendur fordæmdir enn frekar enda litið svo á að djöfullinn sjálfur hefði verið með í ráðum. Á næstu öldum héldust þessir fordómar óbreyttir og bæði sjálfsvegendum og aðstandendum þeirra var grimmilega refsað þegar einhver féll fyrir eigin hendi.

Ýmsar heimildir greina frá afstöðu almennings til sjálfsvíga, svo sem annálar, kirkjubækur, þjóðsögur og ævisögur. Fólki stóð mikill stuggur af sjálfsvegendum enda var talið að djöfullinn hefði tekið sér bólfestu í líkama þeirra. Óttast var að þeir gengju aftur og lík þeirra skyldu husluð á víðavangi. Þessi afstaða fer ekki að breytast fyrr en á ofanverðri 19. öld þegar farið er að grafa sjálfsvegendur eins og aðra í kirkjugöfðum.

Frameftir 20. öldinni varð umræðan um sjálfsvíg opnari og stundum mátti sjá í dagblöðum frásagnir af nafngreindum einstaklingum sem höfðu fargað sér. Þessu var hætt þegar líða tók á öldina og sjálfsvíginn voru enn og aftur sveipuð miklum dularhjúp.

Sjálfsvíg eru ennþá mikið feimnismál í þjóðarvitundinni og greinilegt að fólki stendur enn mikill stuggur af þeim. Mikil þöggun er í gangi.

## 9. Opnun nýrrar bráðageðdeildar 32C – áhrif á tíðni ofbeldisatvika

Halldóra Jónsdóttir, Eyrún Thorstensen, Hilmar Thor Bjarnason  
 Geðsviði Landspítala

Móttökugeðdeildir á Landspítala við Hringbraut hafa verið reknar með sama sniði um árabíl. Síðustu árin þrjár 17-18 rúma deildir, allar lokaðar, með B-gangi fyrir sjúklinga með erfið veikindi og að auki fíknigeðdeild, einnig með B-gangi. Þrengsli hafa háð deildunum og oft hafa verið erfiðar uppákomur og ofbeldisatvik á hinum lokuðu B-göngum. Reynsla frá nágrannalöndunum hefur sýnt að ofbeldi á geðdeildum hefur minnkað með meira rými á legudeildum. Haustið 2013 var opnuð sérhæfð bráðageðdeild 32C, eftir viðamiklar breytingar á húsnæðinu, þar sem áhersla var á rými og öryggi. Markmið starfseminnar er að annast móttöku, greiningu og meðferð bráðveikra einstaklinga sem sökum veikinda sinna eru taldir hættulegir sjálfum sér, umhverfi sínu eða öðrum og þurfa aukinn stuðning í öruggu umhverfi. Þjónustan er einstaklingshæfð til skamms tíma þar sem uppvinnsla og meðferð er í samræmi við gagnreyndar aðferðir og unnið er í þverfaglegu teymi. Á deildinni er 10 sjúklingaherbergi á tveimur kynjaskiptum göngum, það eru fleiri dagstofur en áður og slökunarherbergi. Heimsóknir eru ekki leyfðar inn á deildina.

Með breyttu umhverfi, áherslu á öryggi og fyrirbyggingu erfiðra atvika, hefur alvarlegum ofbeldisatvikum fækkað. Fyrir opnun bráðageðdeildarinnar voru að meðaltali 9-13 alvarleg ofbeldisatvik á mánuði á móttökugeðdeildum. Fyrstu 8 mánuði ársins 2014 voru að meðaltali 5 alvarleg ofbeldisatvik á mánuði. Á sama tíma er aukin starfsánægja hjá 71% starfsfólks á deildinni.

Eftir fyrsta starfsár nýju bráðadeildarinnar hefur þegar dregið úr alvarlegu ofbeldi á geðdeildum LSH.

## 10. Strok sjúklinga af geðdeildum LSH á einu ári – tíðni og aðdragandi

Jón Snorrason<sup>1</sup>, Jón Friðrik Sigurðsson<sup>1,2</sup>, Guðmundur S. Sævarsson<sup>1</sup>  
 Geðsviði Landspítala<sup>1</sup>, Háskóla Íslands<sup>2</sup>

**Inngangur:** Strok sjúklinga hafa yfirleitt neikvæð áhrif á meðferð þeirra og þó langflestir skili sér aftur eru dæmi um að sjúklingar sem strjúka fyrirfari sér eða sýni öðrum ofbeldi. Strok eru íþyngjandi fyrir starfsfólk og kalla oft fram kvíða og sektarkennd hjá því.

**Markmið:** Markmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni stroka af geðdeildum Landspítala og aðdraganda þeirra. Einnig voru önnur atriði er tengjast stroki athuguð eins og hvernig sjúklingar struku, hvað þeir gerðu í stroki, hvenær þeir komu aftur og fleira.

**Aðferð:** Gögn voru skráð úr slysa- og atvikaskrár og sjúkraskýrslum sjúklinga. Tíðni- og fylgnitölur voru reiknaðar út. Notast var við forritið SPSS 11. útgáfu. Eigindlegra gagna var aflað annars vegar með viðtölum við starfsfólk og sjúklinga sem struku og hins vegar úr hjúkrunarskrá sjúklinga. Stuðst var við aðferðafræði grundaðrar kenningar.

**Niðurstöður:** Á tímabilinu 1.10.2012 – 30.9.2013 voru 86 strok skráð af geðdeildum Landspítala, en 87% þeirra áttu sér stað á helmingi allra legugeðeilda. Aðdragandi stroka mátti greina í eftirfarandi fimm atriði: Fíkn sjúklings, að vera beittur nauðung, rýmkuð á meðferðar-áætlun, atferli sjúklings gefur til kynna að hann ætli að strjúka, notar tækifæri þegar deildardyr eru opnaðar.

**Ályktanir:** Fæstir sjúklingar strjúka af geðdeildum. Helmingur sjúklinganna sem strauk gerði það einu sinni eða oftár. Atriði sem fram koma í aðdraganda stroka geta gagnast starfsfólki að einhverju leyti til að fyrirbyggja strok.

## 11. Samfélagsgeðþjónusta í heilsugæslu á Suðurnesjum

Hrönn Harðardóttir  
 Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS) þjónar yfir 21.000 manns í 5 sveitarfélögum. Hlutfall atvinnulausra, öryrkja með geðfötlun og lágtekjuþjöskuldna er hátt á þessu svæði. Helstu markmið með stofnun samfélagsgeðþjónustu á svæðinu voru að geta boðið betri geðheilbrigðisþjónustu í heimabyggð; bæta lífsgæði einstaklinga með geðraskanir á svæðinu; byggja brú á milli heilsugæslu, félagsþjónustu og sérhæfðrar geðþjónustu og um leið fækka innlögnum á geðsviði Landspítala og stytta meðallegutíma í innlögnum. HSS hóf undirbúning að stofnun teymisins með upplýsingasöfnun árið 2010. Í febrúar 2011 var samráðs-teymi stofnað með aðilum frá félagsþjónustu, geðsviði Landspítala og HSS. Teymið mat þörf á svæðinu og styrkur fékkst frá Velferðarráðuneyti til að ráða hjúkrunarfræðing. Geðteymið tók til starfa í júlí 2011 og hefur boðið þeim sjúklingum viðtöl sem metnir voru í mestri þörf fyrir þjónustu á svæðinu, ásamt því að sinna nýjum tilvísunum. Í júlí 2014 er í teyminu tveir hjúkrunarfræðingar, einn sálfræðingur og einn læknir í 2,8 stöðugildum. Starfsemi geðteymisins tekur mið af batahugmyndafræðinni. Innlögnum Suðurnesjamanna á geðsviði Landspítala fækkaði úr 163 í 116 á 12 mánaða tímabili eftir stofnun teymisins borið saman við fyrra ár (29% fækkun). Legudögum fækkaði um 53% á sama tíma, úr 1492 í 701 legudag á sama tíma. Meðallegutími styttest um 38% fyrsta árið eftir að geðteymið hóf störf, úr 10,0 dögum 2010 í 7,1 dag árið 2012. Gott samstarf við heilsugæslulækna og starfsmenn félagsþjónustunnar hefur þróast frá stofnun teymisins.

## 12. Tilvísanir í bráðaðþjónustu BUGL

Bertrand Lauth  
 Barna- og unglingageðdeild Landspítala

Fjöldi tilvísana í bráðateymi BUGL hefur aukist mikið undanfarin ár, sem og fjöldi bráðainnlagna á unglingageðdeild Landspítala, og heldur áfram að aukast. Einnig eru margar heimsóknir og innlagnir á bráðamóttöku Barnaspítala vegna geðrænna erfiðleika. Þessi þróun er frekar ný í barnageðlækningum og sérstaklega áberandi á Íslandi síðan 2010 (sbr. *málþing barnageðlæknafélags á Læknadögum 2014*).

Okkur vantar klínískar leiðbeiningar til að veita öllum góða og samræmda þjónustu og einnig skilgreina betur þær bráðatilvísanir sem ber frekar að hafna. Í nýlegri umsögn og endurskoðun af birtum greinum um efnið er ályktað að okkur vanti enn meiri skilning á vandamálum sem þessi börn eða unglingar glíma við og ástæðum þess að þau verða að neyðartilfellum. Erfitt hefur reynst að bera saman niðurstöður úr mismunandi rannsóknum: tíðni tilvísana vegna sjálfsskaðandi hegðunar hefur til dæmis verið mjög breytileg, sem og tíðni ólíkra raskana. Mælt hefur verið með ítarlegri endurskoðun af öllum bráðatilfellum, með stöðluðum aðferðum og skilningi á heildarferlum þeirra. Okkar erindi mun kynna rannsóknaráætlun á BUGL sem er í samræmi við þessi fyrir-mæli.

## 13. Ósérhæfð hugræn atferlismeðferð í hóp – íslenskur meðferðavísir, þróun hans og árangursmat

Hafrún Kristjánsdóttir, Agnes Agnarsdóttir, Baldur Heiðar Sigurðsson, Chris Evans, Daniel Þór Ólason, Engilbert Sigurðsson, Erik Brynjar Schwitz Erikson, Magnús Blöndahl Sighvatsson, Jón Friðrik Sigurðsson, Paul Salkovskis

**Bakgrunnur:** Síðustu ár hafa hópmeðferðir verið þróaðar til þess að

auka skilvirkni og hagkvæni í meðferð geðraskana. Mikill meirihluti þessararhópmeðferða hafa verið sérhæfðar fyrir einstaka raskanir. Á síðustu árum hefur áhugi á ósérhæfðum hópmeðferðum aukist, en mörgum spurningum er ósvarað um árangur þeirra. Markmið rannsóknarinnar er að meta árangur ósérhæfðar hugrænnar atferlismeðferðar í hóp (ÓHAM-H) fyrir fólk með þunglyndis og/eða kvíðaraskanir.

**Efniviður og aðferð:** Í fyrri hluta rannsóknarinnar tóku þátt 441 einstaklingar með tilfinningavanda, sem vísað var í 5 vikna ÓHAM-H. Árangur meðferðar var mældur með Becks þunglyndis- og kvíðakvörðunum og CORE-OM árangursmatslistanum. Í seinni hluta rannsóknarinnar tóku þátt 233 einstaklingar, sem vísað var í 6 vikna ÓHAM-H. Árangur var metin með PHQ-9 þunglyndiskvarðanum, GAD-7 kvíðakvarðanum og kvörðum sem meta einkenni, felmtursröskunar (PR), félagskvíða (LSAS) og almennar kvíðaröskunar (PSWQ).

**Niðurstöður:** Í fyrri hluta rannsóknar kom í ljós að þunglyndis- og kvíðaeinkenni minnkuðu á meðferðartímanum. Ekki var samvirkni milli greininga og lyfjahópa og endurtekinna mælinga, að því undanskildu að meðferðin virtist gagnast þeim sem voru á SSRI/SNRI lyfjum betur en þeim sem ekki voru á slíkum lyfjum. Í seinni hluta rannsóknarinnar kom í ljós að sértæk og almenn einkenni minnkuðu á samskonar hátt á meðferðartímanum.

**Ályktun:** ÓHAM-H er árangursrík fyrir fólk með mismunandi geðraskanir og notkun á algengum geðlyfjum truflar ekki árangur meðferðarinnar. Einnig virðist meðferðin hafa áhrif á sértæk einkenni til jafns við almenn einkenni og rennir það stoðum undir eiginleika hennar sem ósértækar meðferðar.

#### 14. Markviss fjölskyldustuðningur á bráðageðdeildum

Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir  
Geðsviði Landspítala

Kannaður var ávinningur af innleiðingu stuttra meðferðarsamræðna (SMS) við fjölskyldur bráðveikra einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma á bráðageðdeild Landspítala. Megin niðurstaða rannsóknarinnar var að sjúklingar og aðstandendur í tilraunahópi sem fengu tvær til fimm meðferðarsamræður upplifðu marktækt meiri stuðning en samanburðarhópurinn. Nýir spurningalistar voru þróaðir út frá kenningarfræðilegum grunni Calgary fjölskyldumats- og meðferðarlíkansins til að meta ávinning innleiðingar. Prófræðilegir eiginleikar spurningalistananna voru metnir í þremur aðskildum gagnasöfnunum en úrtakið í þeim öllum voru aðstandendur alvarlegra veikra einstaklinga. Nýju mælitækin mæla annars vegar fjölskyldustuðning og hins vegar tilfinningalega fjölskylduvirkni í alvarlegum veikindum. Ein af forsendum rannsóknar var að alvarlegur geðsjúkdómur hafi áhrif á alla í fjölskyldunni. Hjúkrunarfræðingum á einni bráðageðdeild á Landspítala voru kenndar stuttar meðferðarsamræður ásamt þjálfun og handleiðslu í þeim. Í kjölfarið beittu þeir stuttu meðferðarsamræðunum á sjúklinga og fjölskyldur þeirra (tilraunahópur). Samanburðarhópur á þremur öðrum bráðageðdeildum, sjúklingar og aðstandendur þeirra, fengu hefðbundna þjónustu. Einnig var viðhorf hjúkrunarfræðinga, starfandi á geðdeildum, metið með tilliti til þess að sinna aðstandendum geðsjúkra. Í ljós kom að hjúkrunarfræðingar sem höfðu tekið þátt í fræðslu- og þjálfunarnámskeiði í fjölskyldustuðningi fannst marktækt minni byrði af að sinna aðstandendum en þeim sem ekki höfðu tekið þátt í slíku námskeiði.

Draga má þá ályktun að kennsla, þjálfun og handleiðsla hjúkrunarfræðinga í stuttum meðferðarsamræðum á bráðageðdeildum bæti

þjónustuna við sjúklinga og aðstandendur þeirra. Niðurstöður þessarar rannsóknar hafa birst í fjórum ritvörðum greinum og einum ritvörðum bókarkafli. Einnig verður stuttlega sagt frá undirbúningi rannsóknar-áætlunar varðandi þverfaglegan fjölskyldustuðning á tveimur deildum á endurhæfingu geðsviðs Landspítala sem byggir á áður nefndri rannsókn.

#### 15. Gagnsemi psychodýnamískrar meðferðar

Ísafold Helgadóttir  
Geðsviði Landspítala

Psychodýnamísk meðferð er samtalsmeðferðarform sem byggir á langri klínískri reynslu og heildstæðum kenningum um sjúklegt sálarlíf (*psychopathology*) og er engin önnur hefð sem býður upp á jafnlanga þjálfun í klínískri nálgun. Meðferðin hefur löngum verið gagnrýnd fyrir skort á rannsóknarstuðningi fyrir gagnsemi hennar, líkt og önnur nýrri form virðast hafa öðlast, einkum hugræn atferlismeðferð, sem býr yfir þeim kostum með tilliti til rannsókna að vera tímabundin, með skýrar markmiðasetningar og staðlaða uppbyggingu. Meðferðaraðilar hafa fundið fyrir þörf á samtalsmeðferðarformi sem á við í flóknari tilvikum og nær viðvarandi árangri og hefur m.a. verið horft á ný til dýnamískrar meðferðar í því tilliti.

Markmið þessa fyrirlestrar er að kynna niðurstöður nýjustu rannsókna á virkni og gagnsemi psychodýnamískrar meðferðar við ýmsum geðröskunum fullorðinna. Niðurstöður þeirra benda til að dýnamísk meðferð er árangursrík meðferð og hefur áhrifastærðir sem jafnast á við áhrifastærðir annarra rannsóknastuddra meðferða. Að auki virðast áhrif meðferðarinnar vara lengi og í mörgum tilfellum aukast eftir að meðferð lýkur. Fjallað verður um áhrif bæði skammtíma- og langtímameðferðar og þau áhrif borin saman við áhrif annarra gagnreyndra meðferða.

#### 16. Einelti á vinnustöðum í 10 ár

Kristinn Tómasson  
Vinnueftirlit Ríkisins

Í ári eru liðin 10 ár frá því reglugerð um einelti nr. 1000/2004 tók gildi en hún er grundvölluð á lögum um vinnuvernd nr 46: 1980.

Með einelti er átt við ámælisverð eða síundurtekin ótilhlýðileg háttsemi, það er athöfn eða hegðun sem er til þess fallin að niðurlægja, gera lítið úr, móðga, særa, mismuna eða ógna og valda vanlíðan hjá þeim sem hún beinist að. Kynferðisleg áreitni og annað andlegt eða líkamlegt ofbeldi fellur hér undir. Undir þetta fellur ekki skoðanaágreiningur eða hagsmunaaðrekstur.

Það er ljóst að til þess að einstaklingur ákveði að kvarta undan einelti til opinbers aðila eru mál á því stigi að veruleg vanlíðan er til staðar hjá einstaklingnum og vantrú á að vinnustaðurinn geti leyst vandamálið. Það ber þó að undirstrika að vinnustaðir eiga að vera með áhættumæt og áætlun um hvernig á að taka á áhættum fyrir heilsu starfsmanna, þar með talið einelti.

Alls eru 170 mál sem hafa borist Vinnueftirlitinu frá því að einelti var skilgreint í lögum fram til loka árs 2013. Um 160 eru vegna einstakra mála. Mál þessi eru í eðli sínu fjölbreytt, koma fyrir hjá einkafyrirtækjum sem opinberum og í fjölbreyttum starfsgreinum. Mörgum þessara mála fylgir lýsing á mikilli vanlíðan þess sem kvartar og að málin séu búin að ganga lengi.

Byggt á þessu er mikilvægt að lækna þekki eðli og inntak vinnustaða eineltis og kunni að ráðleggja um viðbrögð og mikilvægi forvarna.



### 17. Rannsókn á Guðmundar- og Geirfinnsmálunum: Þáttur minnisvafa (*memory distrust*) í fólkskum játningum

Jón Friðrik Sigurðsson<sup>1,2,3</sup>, Gísli H. Guðjónsson<sup>3,4</sup>, Arndís Soffía Sigurðardóttir, Haraldur Steinþórsson, Valgerður María Sigurðardóttir  
 Geðsviði Landspítala<sup>1</sup>, Háskóla Íslands<sup>2</sup>, Háskólanum í Reykjavík<sup>3</sup>, King's College<sup>4</sup>

**Markmið:** Erindi þetta lýsir rannsókn á Guðmundar- og Geirfinnsmálunum og mikilvægi minnisvafa (*memory distrust*) í tilvikum falskra játninga. Sex einstaklingar voru sakfelldir árið 1980 og afplánuðu fangelsisrefsingu, en lík mananna tveggja, sem þau voru sakfelld fyrir að hafa myrt, hafa aldrei fundist.

**Aðferð:** Nákvæm greining var gerð á lögregluskýrslum, dómsskjölum, fangelsisdagbókum, geðheilbrigðisskýrslum um fimm hinna dómfelldu og dagbókum sem tveir þeirra rituðu á meðan á gæsluvarðhaldi stóð. Auk þessa voru tekin viðtöl við fjögur dómfelldu sem á lífi eru.

**Niðurstöður:** Fimm dómfelldu sýndu merki um minnisvafa varðandi sakarefnið. Megin skýringarþættir minnisvafans voru fullvissa lögreglu um sekt þeirra, þvingandi lögregluyfirheyrslur, löng einangrunarvist, spilliáhrif á rannsókn málanna, sálfræðilegir veikleikar (bæði stöðugir og breytilegir) og skortur á óháðum stuðningi við yfirheyrslurnar. **Ályktanir:** Þessi tvö sakamál gefa til kynna að minnisvafi, sem leiðir til falskra játninga, gerist í fimm þrepum: kveikja, líkindi, viðurkenning, endurgerð og lausn.

### 18. Eykur notkun kannabis hættu á geðrofi og þróun geðklofa?

Arnar Jan Jónsson<sup>1</sup>, Hera Birgisdóttir<sup>1</sup>, Engilbert Sigurðsson<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Læknadeild Háskóla Íslands, <sup>2</sup>Geðsviði Landspítala

Allt frá 1987 hafa gögn úr faraldsfræðirannsóknnum verið að styrkjast og styðja æ betur að kannabisreykingar auki hættu á geðrofi (*psychosis*) og geðrofið geti þróast áfram í langvinnan geðklofasjúkdóm hjá hluta slíkra einstaklinga. Á síðasta áratug hafa verið birtar margar rannsóknir sem skýra tengsl kannabis og geðrofs vegna vaxandi áhuga á þessum venslum. Í þessum fyrirlestri verður einkum fjallað um þessi tengsl. Einnig verða reifuð nokkur önnur sjónarmið sem skipta máli þegar lagt er mat á öryggi og notagildi kannabisefna í læknisfræði, en efnafræði kannabisefnasambanda er afar flókin og sum þeirra óstöðug í tilraunaglösum. Kynntar verðar helstu niðurstöður 14 ferilrannsókna á 9 rannsóknarþýðum og niðurstöður 9 tilfellaviðmiðarannsókna. Þegar niðurstöður helstu faraldsfræðirannsókna á þessu sviði eru teknar saman styðja þær ótvírætt að notkun kannabis sé sjálfstæður áhættuþáttur fyrir geðrof og að öllum líkindum einnig fyrir þróun langvinnra geðrofssjúkdóma eins og geðklofa. Um skammtaháð samband er að ræða þar sem áhættan eykst með tíðari neyslu. Einnig sýna rannsóknir að notkun kannabis á unglingsaldri hefur sterkari tengsl við geðrof en neysla sem hefst á fullorðinsárum. Frekari rannsókn er þó þörf til að skýra þetta samband enda eru geðrofssjúkdómar lengi í þróun og vandasant að mæla skýrbreytu og svarbreytu af nákvæmni og þó sérstaklega flókið samhengið á milli þeirra. Við teljum mikilvægt að auka þekkingu almennings á alvarlegum afleiðingum kannabisnotkunar og þeirri staðreynd að ekki er hægt að spá fyrir um hverjir veikist af geðrofi til skemmri tíma og hverjir til lengri tíma í hópi þeirra sem nota efnið reglulega.

### 19. Tvær slembirannsóknir með viðmiðunarhóp á áhrifum sálfélagslegra meðferða við alvarlegum geðrofssjúkdómum

Viðir Sigrúnarson  
 INM, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU

**Inngangur:** Síðastliðna tvo áratugi hefur áhersla á svokölluð sálfélagsleg úrræði í meðferð geðrofssjúkdóma aukist mikið en árangur þessara úrræða hefur lítið verið rannsakaður. Ein af algengustu sálfélagslegu meðferðunum sem notuð hefur verið síðastliðna áratugi er svokölluð „assertive community treatment“ (ACT). Notendastýrðar innlagnir (NSI) er nýtt meðferðartilboð fyrir fólk með alvarlega geðrofssjúkdóma sem hefur verið í boði í Noregi síðustu 5-10 ár (rannsókn 2).

Markmið rannsóknanna er að athuga áhrif ACT á notkun geðheilbrigðisþjónustu til lengri tíma og greining á þáttum með forspárgildi fyrri langtímahorfur þessa sjúklingahóps og að rannsaka áhrif notendastýrðra innlagna á notkun geðheilbrigðisþjónustu einu ári eftir að þátttaka í þessu úrræði hófst.

**Aðferðir:** Tvær slembirannsóknir með viðmiðunarhóp voru framkvæmdar til að kanna áhrif annars vegar ACT 12 árum eftir að meðferð lauk og hins vegar NSI til eins árs. 50 sjúklingar með nýgreindan geðklofa tóku þátt í rannsókn á áhrifum ACT, meðferð sem stóð yfir í tvö ár. 53 sjúklingar með alvarlega geðrofssjúkdóma; geðklofa og geðhvörf tóku þátt í rannsókn á áhrifum NSI sem stóð yfir í 12 mánuði.

**Niðurstöður:** Ekki fannst marktækur munur á notkun geðheilbrigðisþjónustu yfir 12 ár á milli notenda ACT þjónustu og viðmiðunarhóps en færri sjúklingar voru nauðungarvistaðir í meðferðarhóp. Skor á „brief psychiatric rating scale“ (BPRS) reyndist hafa forspárgildi fyrir aukna notkun á geðheilbrigðisþjónustu. Ekki reyndist marktækur munur á notkun geðheilbrigðisþjónustu yfir eitt ár á milli notenda NSI og viðmiðunarhóps.

**Ályktun:** Fleiri rannsóknir er þörf á áhrifum sálfélagslegra úrræða í meðferð alvarlegra geðsjúkdóma.

### 20. Úttekt á E-LR

Indíana Elín Ingólfssdóttir<sup>1</sup>, Nanna Briem<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Læknadeild Háskóla Íslands, <sup>2</sup>Geðsviði Landspítala

Endurhæfing LR (E-LR) er deild á geðsviði Landspítala sem sérhæfir sig í snemm-íhlutun (*early intervention*) geðrofssjúkdóma. Markhópurinn sem E-LR þjónustar er ungt fólk, á aldrinum 18-30 ára, með byrjandi geðrofssjúkdóm og hefur deildin verið starfrækt með þessu sniði frá 2010. Þó að þjónustan hafi yfir 7 leguplássum að ráða er megin þungi starfseminnar dagdeild þar sem boðið er upp á fjölbreytta meðferð og endurhæfingu sem er sérsniðin að þörfum hvers og eins þjónustuþega. Starfsemin hefur vaxið mikið og hratt frá 2010 og í dag eru 67 þjónustuþegar innritaðir, sem er um 500% aukning á fjórum árum. Gerð var lítil úttekt á nokkrum lýðfræðilegum, klínískum og meðferðartengdum breytum í hópi þjónustuþega E-LR sem kynntar verða. Tilgangurinn var að fá viðtækari heildarmynd af starfseminni en einnig ætlað sem undirbúningur fyrir fyrirhugað rannsóknarverkefni þar sem skoða á margvíslegar klínískar breytur.

### 21. Meðferð alvarlegra geðrofssjúkdóma með clozapíni hér á landi

Oddur Ingimarsson<sup>1</sup>, Engilbert Sigurðsson<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Geðsviði Landspítala, <sup>2</sup>Læknadeild Háskóla Íslands

**Inngangur:** Landspítalinn er þátttakandi í CRESTAR sem er fjölþjóðleg rannsókn á aukaverkunum clozapíns (Leponex) og tengingu aukaverk-

ana við erfðabreytileika. Markmið rannsóknarinnar er meðal annars að finna erfðabreytileika sem tengjast aukaverkunum í clozapín-meðferð til að hægt sé að auka öryggi meðferðarinnar og nýta lyfið fyrr í meðferðarferlinu til hagsbóta alvarlega veikum sjúklingum. Helstu aukaverkanir sem verið er að rannsaka eru sykursýki, kyrningafæð (neutropenia), Ileus og ketoacidosa.

**Efni og aðferðir:** Gerð var textaleit í sjúkraskrá 1191 sjúklings sem höfðu samþykkt þátttöku í rannsókn á erfðabreytileika og geðrofssjúkdómum að orðum sem tengjast clozapínnotkun og helstu aukaverkunum. Þar sem þessi leitarorð fundust var Clozapínnotkun staðfest og eða aukaverkun könnuð með uppfléttingu í sjúkraskrá. Samtals fundust 227 sjúklingar með staðfesta notkun á clozapíni.

**Niðurstöður:** Sjúklingar með geðklofa eða geðhvarfaklofa voru 86,8% þeirra sem höfðu notað clozapín í rannsókninni. Bipolar sjúkdómur var greiningin hjá 10,1% og 4,1% höfðu aðra greiningu. Af þeim sem byrjuðu að taka Clozapín hélt afar hátt hlutfall, 71,8%, áfram notkun þess á rannsóknartímanum. Sykursýki greindist hjá 15,4% sjúklinganna. Tæplega 12% sjúklinga reyndust í aukinni hættu á að greinast með sykursýki (HbA1c >5,9). Ileus greindist hjá 1,8% sjúklinga og fékk helmingur þeirra, 0,9%, stoma. Enginn greindist með ketoacidosis. Tveir sjúklingar eða 0,9% af hópnum greindist með alvarlega kyrningafæð (Neutrophilar <0,5). Báðir náðu sér að fullu.

**Umræða:** Clozapín er öflugasta meðferðin sem til er við geðklofa en líklega vannýtt. Alvarleg kyrningafæð fær líklega of mikla athygli miðað við aðrar aukaverkanir sem Clozapín getur valdið en enginn í rannsóknarhópnum reyndist hafa hlotið varanlegan skaða af völdum kyrningafæðar.

## 22. Áhrif eintakabreytileika í erfðamenginu á vitræna getu

Brynja B. Magnúsdóttir<sup>1</sup>, Magnús Haraldsson<sup>1,2</sup>, Engilbert Sigurðsson<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Landspítali, <sup>2</sup>Háskóli Íslands

**Inngangur:** Á síðustu árum hefur skilningur aukist á tengslum erfða og svipgerðar langvinnra sjúkdóma í heila. Sýnt hefur verið fram á áhrif eintakabreytileika (*copy number variants*) á geðrofssjúkdóma, og taugaproskaraskanir, en með eintakabreytileika er átt við að orðið hefur ýmist úrfelling eða tvöföldun á litningasvæði. Í mörgum tilfellum virðist sami eintakabreytileikinn tengjast ólíkum svipgerðum, ýmist geðklofa, einhverfu eða tengdum röskunum, en jafnframt eru einstaklingar með eintakabreytileikann sem ekki sýna nein svipgerðareinkenni. Sá hópur veitir möguleika á að rannsaka áhrif eintakabreytileikans á vitræna starfsemi án áhrifa frá sjúkdómsmyndinni.

**Aðferð:** Valdir voru 26 ólíkir eintakabreytileikar, sem allir hafa sýnt tengsl við geðrofssjúkdóma, og tilheyrðu 167 þátttakendum þeim hópi en 465 höfðu eintakabreytileika sem ekki hafa verið tengdir geðrofssjúkdómum. Alls voru 475 þátttakendur sem höfðu ekki ofangreinda eintakabreytileika í viðmiðunarhóp auk 161 sjúklings með geðklofa. Margvísleg taugasálfræðileg próf voru lögð fyrir þátttakendum ásamt greindarmati, spurningarlistum og geðgreiningarviðtali.

**Niðurstöður:** Þátttakendur sem höfðu eintakabreytileika tengda geðrofssjúkdómum sýndu frammistöðu á prófum sem lá mitt á milli viðmiðunarhóps og sjúklinga með geðklofa. Þegar ólíkir eintakabreytileikar voru bornir saman kom í ljós að þeir höfðu mjög ólík áhrif á vitræna getu, þrátt fyrir að auka allir áhættu á geðrofssjúkdómum. Sá hópur sem var með úrfellingu á 15q11.2 hafði sterka sögu um les- og talnablindu án þess að sýna taugasálfræðilega veikleika á prófum.

**Ályktanir:** Frammistaða heilbrigðra einstaklinga með eintakabreyti-

leika sem auka áhættu á geðrofssjúkdómum bendir til þess að um minni tjáningu eintakabreytileikans gæti verið að ræða hjá þessum hópi samanborið við þá sem greinast með geðklofa.

## 23. Samspil sjúkdóma og umhverfis

Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir<sup>1,2</sup>, Guðrún K. Blöndal<sup>1</sup>, Rakel Valdimarsdóttir<sup>1</sup>, Halldór Kolbeinsson<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Geðsviði Landspítala, <sup>2</sup>Háskóla Íslands

Markmið rannsóknarinnar er að fá fram upplýsingar um samspil sjúkdóma og umhverfis

Áhersla var lögð á að finna umhverfisbreytur, sem gætu sagt fyrir um heilsufar. Notað var eitt af matstækjum interRAI, samfélagsgeðþjónustumat, sem er staðlað, gagnreynt alþjóðlegt mælitæki, („interRAI Community Mental Health, (interRAI CMH)),

Matið var lagt fyrir tvo hópa og upplýsinga aflað með viðtölum heilbrigðismenntaðs aðila við einstaklinga. Úrtakið eru þeir, sem nutu þjónustu endurhæfingardeildar geðsviðs í Hátúni á árunum 1998-2010 (Hópur I, N=110). Samanburðarhópur (Hópur II, N=110) er fólk sem býr sjálfstætt án geðgreiningar.

Gildi rannsóknarinnar felst meðal annars í því að mælitækið er notað við rannsókn- og þróunarvinnu víða erlendis, sem gerir kleift að bera saman niðurstöður. Ávinningur felst meðal annars í því að hægt verði að birta niðurstöður rannsóknarinnar á fræðilegan hátt og vinna markvisst að bættum lífsgæðum fólks.

Niðurstöður benda til þess að lífsgæði fólks með geðraskanir séu lakari en annarra og ýmsar aðstæður geti haft áhrif. Marktækur munur greindist á milli hópanna í mörgum tilgreindum þáttum. Sem dæmi hafa 48% (N=93) af hópi I orðið fyrir ofbeldi, en 11% (N=63) úr hópi II. Þá eiga 41% úr hópi I í erfiðum félagslegum tengslum, en 13% úr hópi II og fjármál 38% úr hópi I eru erfið, en 17% úr hópi II.

Rannsóknarniðurstöður gefa ástæðu til að rannsaka nánar hvernig hægt er að vinna gegn félagslegri einangrun, bæta samskipti og mæta þörfum fólks með tilliti til aukinna lífsgæða.

## 24. Endurtekningar athuganir á áráttu- og þráhyggjuröskun: Erum við einhvers vísari?

Ragnar P. Ólafsson  
Heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands

Áráttu- og þráhyggjuröskun (*obsessive-compulsive disorder*) einkennist af uppáþrengjandi hugsunum og endurtekinni hegðun eða ritúölum sem auðveldlega kveikja kvíða og vanlíðan hjá fólki. Tiltölulega lítið er vitað um orsaka- og viðhaldandi þætti vandans auk þess sem rannsóknir sýna lakari árangur sálrænnar- og lyfjameðferðar í samanburði við önnur kvíðatengd vandkvæði. Það má því segja að röskunin sé krefjandi verkefni fyrir rannsakendur og meðferðaraðila að fást við. Í erindinu verða hugrænar atferliskennningar um áráttu- og þráhyggjuröskun stuttlega útskýrðar með áherslu á þátt hugsanastjórnar í þráhyggju. Gefin verða dæmi um rannsóknir á þessu sviði, meðal annars úr doktorsrannsókn höfundar þar sem kannað var samspil hugsanastjórnar og hugrænnar færni (vinnsluminni, hugræn hömlun) í tíðni uppáþrengjandi hugsana. Einnig verður skoðað hvort gagnlegt sé að samþætta sálfræðilegar og geðlæknisfræðilegar rannsóknir til að afla nýrrar þekkingar á þessu sviði. Að lokum verður stuttlega vikið að árangri sálrænnar meðferðar og lyfjameðferðar við áráttu- og þráhyggjuröskun og stöðu þeirra mála hér á landi.

## 25. Raförvun við alvarlegri þráhyggju-árátturöskun

Magnús Haraldsson<sup>1</sup>, Hjalmar Bjartmar<sup>2,3</sup>

Geðsviði Landspítalans<sup>1</sup>, Taugaskurðlækningadeild háskólasjúkrahúsins í Lundi, Svíþjóð<sup>2</sup>,  
Taugaskurðlækningadeild Landspítala<sup>3</sup>

Þráhyggju-árátturöskun er algeng og oft langvinn gedröskun sem leitt getur til verulegrar skerðingar á starfsgetu og lífsgæðum. Einkenni lýsa sér fyrst og fremst með óþægilegum kvíðavaldandi þráhyggju-hugsunum og tímafrekum og hamlandi áráttum. Gagnreynd meðferð er annars vegar með lyfjum sem hafa áhrif á serótónínboðefni heilans og hins vegar ákveðnu afbrigði hugrænnar atferlismeðferðar sem nefnist berskjöldun með svarhömlun. Þörf er á bættum meðferðarúræðum þar sem allt að helmingur einstaklinga svarar meðferð lítið eða ekki.

Í erindi þessu er lýst sjúkratilfelli konu sem árum saman hefur glímt við alvarlega þráhyggju-árátturöskun sem valdið hefur gríðarlegri skerðingu á lífsgæðum hennar. Í nokkur ár hefur verið reynd meðferð með fjölda lyfja og einnig sálfræðimeðferð en með litlum sem engum árangri. Því var ákveðið að reyna raförvun djúpt í heila (*deep brain stimulation*) sem er meðferð sem beitt hefur verið í tilfellum alvarlegrar þráhyggju-áráttu. Fór hún í aðgerð hjá sérhæfðum taugaskurðlækni sem framkvæmdi þrívíddarísetningu rafskauta í svæfingu. Aðgerðin var gerð á Landspítala í júlí 2014 og er þetta í fyrsta skipti sem slík aðgerð er framkvæmd við geðsjúkdómi hér á landi. Í erindinu verður fjallað um meðferð þráhyggju-árátturöskunar og sérstaklega fjallað um raförvun þar sem aðgerðinni og meðferðinni er lýst í máli og myndum.

## 26. Notkun methýlfeníðats í æð meðal íslenskra vímuefnaneytenda

Guðrún Dóra Bjarnadóttir<sup>1,2</sup>, Andrés Magnússon<sup>1,2</sup>, Bjarni Össurason Rafnar<sup>1,2</sup>,  
Engilbert Sigurðsson<sup>1,2</sup>, Steinn Steingrímsson<sup>2,3</sup>, Helena Bragadóttir<sup>1</sup>, Magnús  
Jóhannsson<sup>2</sup>, Magnús Haraldsson<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Geðsviði Landspítala, <sup>2</sup>Heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands, <sup>3</sup>Sahlgrenska sjúkrahúsinu Gautaborg

**Inngangur:** Notkun metýlfeníðats (MPH) á Íslandi og víða erlendis hefur aukist mikið undanfarin ár. Klínísk reynsla bendir til að samhliða þessari aukningu hafa innlagnir og afeitranir vegna misnotkunar MPH aukist.

**Markmið:** Að lýsa misnotkun MPH í æð hjá íslenskum vímuefnaneytendum. Að skoða tíðni, umfang og einkenni neyslunnar, til dæmis hvort ákveðin MPH efni eru frekar misnotuð en önnur og þá afhverju og er mismunur á vímunni á meðal MPH efnanna.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin er þversniðsrannsókn og er notast við hálfstaðlað viðtal. Sprautunotendum, sem höfðu sprautað sig í æð með einhverju vímuefni síðastliðna 30 daga og voru í meðferð var boðin þátttaka. Gagnasöfnun stóð yfir í eitt ár og alls tóku 108 einstaklingar þátt.

**Niðurstöður:** Niðurstöður sýndu að misnotkun MPH í æð er verulegt vandamál á Íslandi, eða 88% af þýðinu notaði MPH í æð undanfarna 30 daga. Sprautunotendur kusu og völdu MPH fram yfir önnur efni og er í auknum mæli efni sem sprautunotendur nota í fyrsta skipti. Flestir kjósa að nota Rítalín Uno® (79%) en fæstir Concerta® (3%).

**Ályktanir:** Neysla MPH er vaxandi vandamál á Íslandi og er orðið eitt aðalefni sem misnotað er á Íslandi. Af MPH lyfjunum er Rítalín Uno® það sem sprautunotendur kjósa að nota. Með aukinni notkun MPH er þekking á misnotkun MPH bæði nauðsynleg fyrir Ísland sem og önnur lönd.

## HÖFUNDASKRÁ

Agnes Agnarsdóttir.....	13	Hjalti Már Björnsson.....	3
Andrés Magnússon.....	26	Hjálmar Bjartmarz.....	25
Arnar Jan Jónsson.....	18	Hrönn Harðardóttir.....	11
Arndís Soffía Sigurðardóttir.....	17	Högni Óskarsson.....	7
Baldur Heiðar Sigurðsson.....	13	Indiana Elín Ingólfssdóttir.....	20
Bertrand Lauth.....	12	Ísafold Helgadóttir.....	15
Bjarni Sigurðsson.....	5	Jón Friðrik Sigurðsson.....	10, 13, 17
Bjarni Össuraron Rafnar.....	26	Jón Snorrason.....	10
Brynja B. Magnúsdóttir.....	22	Kristinn Tómasson.....	16
Chris Evans.....	13	Magnús Blöndahl Sighvatsson.....	13
Daníel Þór Ólason.....	13	Magnús Haraldsson.....	22, 25, 26
Engilbert Sigurðsson.....	13, 18, 21, 22, 26	Magnús Jóhannsson.....	5, 26
Erik Brynjar Schwitz Erikson.....	13	Nanna Briem.....	20
Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir.....	14	Oddur Ingimarsson.....	21
Eyrún Thorstensen.....	9	Óttar Guðmundsson.....	8
Gísli H. Guðjónsson.....	17	Paul Salkovskis.....	13
Guðmundur S. Sævarsson.....	10	Páll Magnússon.....	2
Guðrún Dóra Bjarnadóttir.....	26	Ragnar P. Ólafsson.....	24
Guðrún K. Blöndal.....	23	Rakel Valdimarsdóttir.....	6, 23
Hafrún Kristjánsdóttir.....	13	Rósa Dagbjartsdóttir.....	6
Halla Helgadóttir.....	2	Salbjörg Bjarnadóttir.....	7
Halldór Kolbeinsson.....	6, 23	Sigríður Karen Bárudóttir.....	6
Halldóra Jónsdóttir.....	9	Sigurður P. Pálsson.....	5-7
Halldóra Ólafsdóttir.....	1	Steinn Steingrímsson.....	26
Haraldur Steinþórsson.....	17	Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir.....	23
Helena Bragadóttir.....	26	Tómas Zoëga.....	4
Hera Birgisdóttir.....	18	Valgerður María Sigurðardóttir.....	17
Herdís Sveinsdóttir.....	6	Víðir Sigrúnarson.....	1
Hilmar Thor Bjarnason.....	9		