



Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



Geðlæknafélag
Íslands



VI. VÍSINDAÞING GEÐLÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS

Borgarnesi 30. SEPTEMBER – 2. OKTÓBER 2016

Aðalstyrktaraðili
Vísindapings
Geðlæknafélags Íslands

Janssen

PHARMACEUTICAL COMPANIES

OF *Johnson+Johnson*



Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

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
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson
í leyfi

Auglýsingastjóri og ritari
Sigdís Þóra Sigþórsdóttir
sigdis@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1800

Prentun, bókband og pökkun
Prenttækni ehf.
Vesturvör 11
200 Kópavogi



Áskrift
12.900,- m. vsk.
Lausasala
1290,- m. vsk.

© 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 and 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

VI. Vísindapening Geðlæknafélags Íslands

30. september - 2. október 2016 á Hótel Borgarnesi

Hjartanlega velkomin á sjötta vísindapening Geðlæknafélags Íslands, sem verður haldið að þessu sinni í Borgarnesi. Vísindapeningin okkar hafa verið mikilvægur vettvangur til að deila þekkingu og efla rannsóknir í geðlæknisfræði á Íslandi, og um leið að hittast, skoða fallega náttúru og gleðjast saman. Undirbúningsnefndin, undir forystu Halldóru Jónsdóttur geðlæknis, hefur að venju unnið mikið og gott starf, og er óhætt að segja að dagskráin verði áhugaverð og upplýsandi, vonandi fyrir sem flesta. Þá er sérlega ánægjulegt að fjöldi læknanema sem tekur þátt í dagskránni hefur farið vaxandi, enda viljum við gjarnan efla áhuga unga fólksins á þessu áhugaverða og gefandi fagi innan læknisfræðinnar. Engum dylst mikilvægi góðrar geðheilsu í lífinu, og sem betur fer hefur orðið vakning undanfarin ár um þennan mikilvæga málaflokk. Sérstaklega er það unga fólk sem nú er orðið ófeimnara við að ræða opinskátt um geðræn veikindi og um leið leita sér aðstoðar. Geðræn veikindi eru annar algengasti heilbrigðisvandi í Evrópu og ein algengasta orsök örorku. Þörfin á framförum í faginu, betri og markvissari meðferðarúrræðum og aðgengilegri meðferð er mikil, einnig að efla forvarnir og rannsóknir á forvörnum.

Bestu þakkir til allra þátttakenda og skipuleggjenda og góða skemmtun!

Þórgunnur Ársælsdóttir
formaður Geðlæknafélags Íslands

Ljósmynd á kápu: Ólafur Már Björnsson

Undirbúningsnefnd

Guðrún Dóra Bjarnadóttir
Halldóra Jónsdóttir
Magnús Haraldsson
Lára Björgvinsdóttir
Sigurður Páll Pálsson
Þórgunnur Ársælsdóttir

Ritari þingsins:

Sigurlaug J. Sigurðardóttir

Aðalstyrktaraðili þingsins

Janssen

Aðrir styrktaraðilar

Actavis Lyfís

VI. Vísindafing Geðlæknafélags Íslands

30. SEPTEMBER – 2. OKTÓBER

FÖSTUDAGUR 30. SEPTEMBER

Mæting kl. 13:00 á Hótel Borgarnes
13:30-13:40 Setning þings
Ávarp Þórgunnar Ársælsdóttur, formanns Geðlæknafélags Íslands

Almenn geðheilsa, þunglyndi og sjálfsvíg
Fundarstjóri Halldóra Jónsdóttir

13:40-14:00	Almenn geðheilsa og lyf Kristinn Tómasson, geðlæknir
14:00-14:20	Rannsókn á nýgengi sjálfsvíga á Íslandi, 1911-2014 Sigurður Páll Pálsson, geðlæknir
14:20-14:40	Greining þunglyndis karla í samfélaginu og tengsl þess við kortisól og testósterón Bjarni Sigurðsson, lyfjafræðingur
14:40-15:00	Rannsókn á nýrri meðferð við þunglyndi Sigurður Páll Pálsson, geðlæknir
15:00-15:20	Höfum við gengið til góðs götuna fram eftir veg? Tölt á eftir tiskustraumum geðlæknisfræðinnar Halldóra Ólafsdóttir
15:20-15:50	Stutt kaffihlé og samlokur. Kynningar lyfjafyrirtækja

Blandað efni um íþróttafólk, transfólk, eldra fólk og HAM
Fundarstjóri Þórgunnar Ársælsdóttir

15:50-16:10	Átraskanir og líkamsmynd hjá íslensku íþróttafólki Petra Lind Sigurðardóttir, sálfræðingur
16:10-16:30	Algengi þunglyndis og kvíða hjá íslenskum atvinnuönnum í handbolta, fótbolta og körfubolta Hafrún Kristjánsdóttir, sálfræðingur
16:30-16:50	Mat á árangri og virkum þáttum ósértækrar hugrænnar atferlismeðferðar með einliðasniði (<i>single case experimental design</i>) Magnús Blöndal, sálfræðingur
16:50-17:10	Íslensk þýðing, staðfæring, normasöfnun og réttmætisathugun Addenbrooke-prófsins fyrir spjaldtölvu (<i>t-ACE</i>): Fyrstu niðurstöður María K. Jónsdóttir, sálfræðingur
17:10-17:30	Breyttar áherslur í málefnum transfólks Óttar Guðmundsson, geðlæknir
17:30-17:50	Íslenskt transfólk Elsa Bára Traustadóttir, sálfræðingur

18:30 Kvöldverður í Landnámssetrinu

20:00 Sýning á Sögulofti Landnámssetursins

– Thors saga Jensen

Guðmundur Andri Thorsson
segir frá langafa sínum

(skráning nauðsynleg)

LAUGARDAGUR 1. OKTÓBER

<p>Geðrof, geðklofi og nauðungaraðgerðir Fundarstjóri Guðrún Dóra Bjarnadóttir</p>		15:05-15:25	Tilvísanir í bráðaþjónustu barna- og unglíngageðdeildar (BUGL): rannsóknarniðurstöður og ályktanir Bertrand Lauth, barna- og unglíngageðlæknir
09:00-09:20	Íslenska geðrofsrannsóknin Halldóra Jónsdóttir, geðlæknir	15:25-15:45	Kaffihlé og lyfjakynningar
09:20-09:40	Geðrofslyf, fyrsta meðferð. Könnun á sjúkdómsgreiningu og vali lyfja Alexander Elfarsson, kandídat	<p>Fíkni sjúkdómur Fundarstjóri Sigurður Páll Pálsson</p>	
09:40-10:00	Meðferð geðklofa með clozapíni á Íslandi Oddur Ingimarsson, geðlæknir	15:45-16:05	Læknarap á Íslandi. Ásókn í ávanabindandi lyf á árunum 2004-2013 Finnbogi Ómarsson, læknanemi
10:00-10:30	Kaffihlé og kynningar lyfjafyrirtækja	16:05-16:25	Misnotkun örvandi lyfseðilsskyldra lyfja og ADHD einkenni meðal háskólanema á Íslandi Bergljót Gyða Guðmundsdóttir, sálfræðingur
10:30-10:50	Vitrænt mat og endurhæfing ungs fólks eftir geðrof Ólína Viðarsdóttir, sálfræðingur	16:25-16:45	Handbrögð íslenskra sprautufíkla við neyslu metýlfenídats Guðrún Dóra Bjarnadóttir, geðlæknir
10:50-11:10	Tengsl átkastaröskunar og lyfjameðferðar hjá ungu fólki með geðrofssjúkdóma í endurhæfingu á geðsviði Helga Alfreðsdóttir, læknanemi	16:45-17:05	Trap Hep C á Íslandi – átaksverkefni til að meðhöndla alla á Íslandi sem hafa virka Lífarráðgjöf C veirusýkingu Valgerður Rúnarsdóttir, fíknilæknir
11:10-11:30	Þvingandi meðferðir í formi nauðungarlyfjagjafa á geðdeildum - sjúklingar í áhættuhóp Eyrún Thorstensen, geðhjúnarfræðingur	<p>Blandað efni Fundarstjóri Magnús Haraldsson</p>	
11:30-11:50	Af nauðungaraðgerðum, staðan í nágrennalöndum og þróun næstu ára Páll Matthíasson, geðlæknir	17:05-17:25	ADHD erfðarannsókn Ólafur Ó. Guðmundsson, barna- og unglíngageðlæknir
12:00-13:30	Hádegisverður á Hótel Borgarnesi Gestafyrirlestur	17:25-17:45	Kynning á MA-verkefni í Fjölskyldumeðferð: Beita dáleiðslu í parameðferð út frá hugmyndafræði Miltons H. Erickson Annetta A. Ingimundardóttir, iðjuþjálf
13:30-14:10	Hegðunartruflanir í Alzheimer-sjúkdómi Anton Pétur Þorsteinsson, prófessor	17:45-18:05	Félagslegt vinnumhverfi og taka geðlyfja Kristinn Tómasson, geðlæknir
14:10-14:25	Umræður	18:05	Vísindadagskrá slitið
<p>Geðheilbrigðisþjónusta Fundarstjóri Lára Björgvinsdóttir</p>		<p>Hátíðarkvöldverður á Hótel Borgarnesi sem hefst með fordrykk klukkan 19:30</p>	
14:25-14:45	Horft yfir sviðið – þróun geðheilbrigðisþjónustu á Íslandi 2000-2016 Engilbert Sigurðsson, prófessor	<p>Veislustjóri <i>Ingólfur Sveinn Ingólfsson</i></p>	
14:45-15:05	Samstarfsverkefni BUGL og Sjúkrahússins á Akureyri um þjónustu á norðurlandi fyrir börn og unglínga með geðrænan vanda Dagbjörg Sigurðardóttir, barna- og unglíngageðlæknir		

ÚTDRÆTTIR ERINDA

1. Almenn geðheilsa og lyf

Kristinn Tómasson

Vinnueftirliti ríkisins

Inngangur: Notkun lyfja er algeng við sértækum greiningum og ákveðnum vandamálum. Sum eru án einkenna en önnur meðferð miðar að núverandi einkennum. Markmið hér er að skoða tengsl milli almennrar geðheilsu, mældrar með „hvernig metur þú almennt andlega heilsu þína“ og lyfjameðferðar í þverskurði.

Aðferðir: Safnað hefur verið gagnasafni sem ber heitið Heilsa og líðan árið 2007, 2009 og 2012 og má finna útlistun á því á vef Landlæknis. Skoðuð voru tengsl þessarar spurningar við notkun lyfja við astma, háum blóðþrýstingi, blóðfitum, gigt, bakverkjum, magasári, sýkingum höfuðverkjum, skjaldkirtilssjúkdómi, svefnis, kvíða og þunglyndi eins og fram kemur í gagnasafninu frá 2012. Þá er í aðhvarfsgreiningu skoðuð þessi tengsl, að teknu tilliti til kyns, aldurs, líkamsþyngdarstuðuls samtímis með og án lyfja við geðeinkennum.

Niðurstöður: Í stóra líkaninu má sjá að þeir sem nota lyf vegna verkjasjúkdóma og geðeinkenna hafa sterkustu tenginguna við mat á almennri andlegri heilsu. Í þessu líkani eru kyn og líkamsþyngdarstuðull áhrifabreytur. Þetta módel „skýrir“ 16 prósent af breytileikanum í almennri andlegri heilsu. Þegar hins vegar meðhöndlun vegna geðeinkenna er tekin frá líkaninu, þá eru astmi, blóðfitu, gigt og bakverkir, magasár og sýkingar tengd lægra mati á almennri andlegri heilsu. Þetta módel „skýrir“ 5 prósent af breytileikanum í almennri andlegri líðan. Hér eru aldur og líkamsþyngdarstuðull áhrifabreytur.

Ályktun: Gamla spurningin um tengsl blóðfitulyfja við geðheilsu er samkvæmt þessu ekki alveg útkljáð og er áminning um hvernig algeng lyf geta haft áhrif á almenna líðan. Kalla þarf eftir betri þekkingu um áhrifaþætti almennrar geðheilsu.

2. Rannsókn á nýgengi sjálfsvíga á Íslandi, 1911-2014

Sigurður Páll Pálsson¹, Högni Óskarsson², Lilja Sigrún Jónsdóttir³

¹Geðsviði Landspítala, ²Embætti landlæknis, ³Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins

Markmið: Rannsaka nýgengi sjálfsvíga frá 1911-2014.

Niðurstöður: Sjálfsvíg voru 2135 á 105 árum, 11,1 per 100000 (Karlar 16,7/100000 en konur 5,3 /100000). Sé staðlað miðað við 15 ára og eldri er nýgengi 15,2 (Karlar 23,6 en konur 7,3). Sjálfsvíg eru sjaldgæf hjá yngri en 15 ára og nær einungis meðal drengja(16/1). Nýgengi hjá yngri en 15 ára var 0,34 per 100000. Kynjahlutfall (Karlar/konur) var yfir allt tímabilið 3,2 en var 2,5 í upphafi síðustu aldar. Aldraðir karlar (75+) höfðu hæsta nýgengið fyrstu 3 áratugi síðustu aldar (hæst á árabílinu 1911-1920 (82 per 100000) en lækkaði niður í 8,2 á árabílinu 1971-1980. Á árabílinu 2009-2014 jókst nýgengið í 39,2. Þó þetta sé marktæk aukning miðað við áratugin á undan þá var nýgengið 39,8 á árabílinu 1961-70.

Nýgengi sjálfsvíga karla, 15-24 ára, var 29,9 per 100000 bæði árabílin 1981-1990 og 1991-2000. Nýgengið var 23,4 árabílið 2001-2008 og hafði lækkað í 15,2 á árabílinu 2009-2014. Nýgengi sjálfsvíga 25-34 ára karla var 29,6 á árabílinu 2009-2014 sem er það hæsta fyrir þann aldurhóp á öllu tímabilinu. Konur í aldurhóp 55-64 höfðu yfirleitt hæst nýgengi sjálfsvíga.

Nýgengi sjálfsvíga var hæst hjá körlum árið 1966 (47,0) en árin 1983 (42,3), 2000 (40,4) og 1984 (38,2) fylgja þar á eftir. Nýgengi sjálfsvíga kvenna var hæst árið 2013 (22,8) en árin 1915 (15,9), 1987 (15,4), 1949 (14,3) fylgja þar á eftir.

Ályktun: Miklar sveiflur eru í sjálfsvígum milli ára. Ungir karlar og eldri karlar er sá aldurshópur sem fylgjast þarf best með.

3. Greining þunglyndis karla í samfélaginu og tengsl þess við kortísól og testósterón

Bjarni Sigurðsson¹, Sigurður Páll Pálsson², Magnús Jóhannsson¹

¹Rannsóknarstofu í lyfja- og eitufufræði, læknadeild HÍ, ²Geðsviði Landspítala

Bakgrunnur: Kynjamunur hefur verið áberandi í faraldsfræðilegum rannsóknum á lyndisröskunum þar sem kvíðasjúkdómar og þunglyndi hafa verið algengari meðal kvenna en hegðunarraskanir og misnotkun á áfengi og/eða annarra vímuefna hafa verið algengari meðal karla. Sjálfsvíg eru mun algengari meðal karla, en sjálfsvíg eru talin vera form árásgirni sem beinist inn á við. Einnig er talið að sjálfsvíg tengist geðsjúkdómum í meirihluta tilfella. Lýst hefur verið sérstöku „þunglyndi karla“ sem einkennist af lágu þoli gegn álagi, árásgirni, hvatvísi og misnotkun áfengis og annara vímuefna.

Markmið og aðferðir: Að bæta greiningu og þannig meðferð á þunglyndi meðal karla. Í fyrsta lagi með því að meta í samfélagsrannsókn næmi og sértækni og um leið gildi Gotlands-skalan (GMD) við mat á hugsanlegu þunglyndi meðal karla, samanborið við Becks-skalan (BDI) og mat geðlæknis (DSM-IV). Í öðru lagi að kanna möguleg tengsl kortísóls og testósteróns við þunglyndi karla.

Niðurstöður: GMD-skalin reyndist gildur til skimunar fyrir þunglyndi karla og algengi á þunglyndi karla reyndist herra en fyrri rannsóknir höfðu gefið til kynna (14-15%). Þunglyndir karlar voru líklegri til að vera með hækkað kortísól og testósterón í munnvatni að kvöldi. Marktækt samband reyndist milli hækkunar á kortísóli og testósteróni sem gæti skýrt ytri einkenni hegðunarröskunar hjá þunglyndum körlum.

Samantekt: Niðurstöðurnar gefa vísbendingu um að þunglyndi sé vangreint hjá körlum. Jafnframt styðja niðurstöðurnar skimun fyrir þunglyndi karla með GMD-skalanum í klínísku starfi. Frekari rannsóknir og einkum langtímarannsóknir þarf að gera á sambandi kortísóls og testósteróns í meingerð þunglyndis karla þó mæliniðurstöður gefi til kynna að þær styðji við greiningu.

4. Rannsókn á nýrri meðferð við þunglyndi

Guðrún Ágústa Sigurðardóttir¹, Peter Michael Nielsen², August Wang¹

¹Center of Psychiatry, Amager Kaupmannahöfn, ²Dep. of Neurology Glostrup

Bakgrunnur: Rannsóknir sýna að hefðbundnar meðferðir við þunglyndi hafa ekki nægilega góða virkni og því er þörf á nýjum meðferðarformum.

Markmið: Um er að ræða opna slembirannsókn sem skoðar möguleika, gæði, virkni og aukaverkanir HALFMIS-meðferðar, sem viðbótarmeðferð við þunglyndi. HALFMIS (High Amplitude Low Frequency Music Impulse Stimulation) er ný meðferð þróuð af dönskum taugalæknum.

HALFMIS örvar taugakerfið með bæði tónlist og titringi (vibroacoustic therapy). Sjúklingur situr í sérhönnuðum stól og hlustar á sársamda tónlist í 20 mínútur og finnur um leið bassabylgjur lagsins sem titring gegnum stólbakið. Kenningin er að þessi titringur örvi Vagus taugina gegnum Pacinikerfið í kvið, en bæði Vagus-örvun (VNS, vagus nerve stimulation) og tónlistarmeðferð hafa báðar verið notaðar við geð- og taugasjúkdómum á síðustu áratugum.

Aðferð: 33 sjúklingar með greininguna F32-F33 (ICD-10) hafa tekið þátt í rannsókninni. 16 sjúklingar fengu HALFMIS seríu sem viðbótarmeðferð, en í einni HALFMIS seríu eru átta 20 mínútna meðferðir sem er dreift yfir 4 til 6 vikur. Þunglyndiseinkenni eru metin út frá Hamilton skala (HAM-D17) fyrir og eftir meðferð og niðurstöður bornar saman við 17 manna viðmiðunarhóp sem aðeins fékk hefðbundna þunglyndis-meðferð á sama tímabili.

Niðurstöður: Meðaltal þunglyndiseinkenna beggja hópa (total Hamilton score) lækkaði á rannsóknartímabilinu. HALFMIS hópurinn úr 20,4 í 14,0 og samanburðarhópurinn úr 19,1 í 17,2. Ljóst er að það var meiri lækun og betri einstaklingssvörum við þunglyndis-meðferð þar sem boðið var upp á HALFMIS sem viðbótarmeðferð.

Ályktun: HALFMIS er örugg og árangursrik viðbótarmeðferð við þunglyndi og án sýnilegra aukaverkana.

5. Höfum við gengið til góðs götuna fram eftir veg? Tölt á eftir tiskustrauum geðlæknisfræðinnar

Halldóra Ólafsdóttir

Geðsviði Landspítala

Sagt er frá eigin reynslu geðlæknis sem starfað hefur í áratugi við geðlækningar. Lýst er þeim breytingum sem hafa orðið á á skilningi okkar á eðli og orsökum geðsjúkdóma og á meðferð geðsjúkdóma, auk þess sem vikið er að ýmsum álitamálum og átökum innan fagsins. Þá er fjallað um nýja sjúkdóma sem litið hafa dagsins ljós og aðra sem hafa horfið af sjónarsviðinu. Að lokum er komið inn á þær breytingar sem orðið hafa á starfsumhverfi, afstöðu til sjúklinga og samvinnu milli fagstétta.

6. Átröskunareinkenni og líkamsímynd á meðal íslensks íþróttafólks

Petra Lind Sigurðardóttir¹, Hafrún Kristjánsdóttir², Sigurlaug María Jónsdóttir³, Guðlaug Þorsteinsdóttir³

¹Læknadeild Háskóla Íslands, ²Háskólanum í Reykjavík, ³geðsviði Landspítala

Samanborið við almennt þýði er tíðni átraskana og óánægju vegna líkamsímynda mun hærrí á meðal íþróttafólks. Ýmsar ástæður geta legið þar að baki eins og pressa frá þjálfurum og liðsfélögum eða þyngdartakmarkanir innan íþróttagreina og kröfur um sífellt bættu frammistöðu. Átraskanir eru mun algengari meðal íþróttakvenna en karla, á meðan raskanir á líkamsímynd eru algengari meðal karla. Margt bendir til þess að tegund íþróttagreina spili þar inn í og hafa rannsóknir bent á að átraskanir meðal íþróttafólks eigi sér frekar stað í þyngdarafstengdum íþróttgreinum og innan fagurfræðilegra greina á meðan þættir sem tengjast líkamsímynd eru alengari í greinum sem einblína á stærð og styrkleika.

Meginmarkmið rannsóknarinnar var að skima fyrir átröskunareinkennum, á meðal íþróttafólks hér á landi, 18 ára og eldra. Úrtakið samanstóð af 1113 íþróttamönnum, 376 körlum og 737 konum. Íþróttafólkið stundaði 20 mismunandi íþróttagreinar sem skipt var í fimm mismunandi tegundir þ.e. fagurfræðilegar greinar, boltagreinar, þyngdarafsl-

greinar, þolgreinar og vaxtarækt. Skilyrði fyrir þátttöku var að íþróttafólkið keppti á hæsta keppnisstigi í sinni íþrótt hérlendis. Upplýsingar varðandi ofangreinda þætti voru fengnar með eftirfarandi listum sem meta líkamsímynd þátttakenda (BSQ), átröskunareinkenni (EDE-Q) og lotugræðgi (BULIT-R).

Nánast engar rannsóknir hafa verið gerðar á þessu viðfangsefni hérlendis og fáar erlendar rannsóknir hafa borið margvíslegar íþróttir saman. Gera má ráð fyrir að rannsóknin leiði í ljós upplýsingar sem hægt er að byggja á í komandi rannsóknum á þessu sviði og um leið stuðla að fræðslu til íþróttafélaga, þjálfara og íþróttafólks um málefni sem varða neikvæða þætti íþróttaiðkunar.

7. Algengi þunglyndis og kviða hjá íslenskum atvinnumönnum í handbolta, fótbolta og körfubolta

Hafrún Kristjánsdóttir¹, Jose M. Saavedra¹, Margrét Lára Viðarsdóttir²

¹Physical Activity, Physical Education, Health and Sport Research Centre (PAPESH) – Háskólanum í Reykjavík, ²sálfræðisviði Háskólans í Reykjavík

Bakgrunnur: Íþróttamenn, sérstaklega afreksíþróttamenn, eru yfirleitt líkamlega hraustir og oft eru þeir settir á stall af þeim sökum er sú ályktun dregin að andleg heilsa þeirra sé mjög góð og þeir séu ónæmir fyrir andlegum vandamálum (Schaal, et al., 2011). Raunin er hins vegar sú að íþróttamönnum hættir til að þróa með sér þunglyndi og kviða af margvíslegum ástæðum (Schaal, et al., 2011). Rannsóknir hafa sýnt að geðræn vandamál eru í það minnsta jafn algeng á meðal íþróttamanna og almennings (Gouttebauge et al., 2014; Gulliver et al., 2014; Schaal, et al., 2011). Markmið þessarar rannsóknar var að meta algengi þunglyndis- og kviðaeinkenna hjá íslenskum atvinnumönnum í handbolta, fótbolta og körfubolta.

Aðferð: Tveir spurningalistar voru lagðir fyrir 127 atvinnumenn í áðurnefndum íþróttum, Patient Health Questionnaire (PHQ-9), sem er spurningalisti sem metur þunglyndiseinkenni og alvarleika þeirra og General Anxiety Disorder – 7 (GAD-7) sem metur kviðaeinkenni og alvarleika þeirra. Svarhlutfall var 85%.

Niðurstöður: Niðurstöður sýndu að 23,1% atvinnumannanna mældust með væg kviðaeinkenni, 17,5% með miðlungs alvarleg einkenni og 2% með alvarleg einkenni. Væg þunglyndiseinkenni mældust hjá 33,7% atvinnumannanna, miðlungs til alvarleg einkenni hjá 2,8% þeirra og alvarleg einkenni hjá 3,7% þeirra.

Ályktanir. Nokkuð stór hluti íslenskra atvinnumanna í handbolta, fótbolta og körfubolta glímur við þunglyndis- og/eða kviðaeinkenni.

8. Mat á árangri og virkum þáttum ósértækrar hugrænnar atferlismeðferðar með einliðasniði (*single case experimental design*)

Magnús Blöndahl Sighvatsson^{1,2,3}, Jón Friðrik Sigurðsson^{1,2,3}, Paul Salkovskis⁴, Engilbert Sigurðsson^{1,2}, Heiðís B. Valdimarsdóttir^{4,5}, Fanney Þórsdóttir²

¹Landspítala, ²Háskóla Íslands, ³Háskólanum í Reykjavík, ⁴Háskólanum í Bath, ⁵Mount Sinai læknaskólinn

Markmið: Virkir þættir í Hugrænni atferlismeðferð (HAM) (*mechanisms of change in CBT*) eru því miður lítið rannsakaðir og gögn um virka þætti í hugrænni meðferð við fleiri en einni röskun (*transdiagnostic*) eru ekki til. Salkovskis (1996) hélt því þó fram að einn slíkur þáttur væri til; að kenna þurfi sjúklingi annan raunhæfari valmöguleika (kenning B) en það bjagaða mat á aðstæðum sem sjúklingur er með þegar hann kemur til meðferðar (kenning A). Markmið rannsóknarinnar var að meta þessa tilgátu og nota til þess einliðasnið (Barlow, Nock og Hersen, 2008) sem

rannsóknaraðferð, nánar tiltekið ósamhliða margfalt grunnlínusnið á milli einstaklinga (*non-concurrent multiple baseline across subjects*). Með slíkra aðferðarfræði því fæst góð tilraunastjórn yfir óháðum og háðum breytum.

Aðferð: Árangur og virkur þáttur meðferðarinnar var metinn með ósamhliða margföldu grunnlínusniði á milli fimm einstaklinga (þriggja sem greindir voru með áratu – og þráhyggjuröskun; eins sem var greindur með alvarlegt þunglyndi og eins sem var greindur með felmturröskun). Í öllum tilfellum var notast við sjálfsmatskvarða í mati á árangri meðferðar og virkum þætti.

Niðurstöður: Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til að hjá þessum 5 einstaklingum stýri (*mediate*) virkur þáttur skv. tilgátu Paul Salkovskis árangri ósértækrar hugrænnar atferlismeðferðar. Þessar frumniðurstöður gefa því vísbendingar um að til sé ósértækur virkur þáttur í hugrænni meðferð sem stýri árangri meðferðar ólíkra geðraskana.

9. Íslensk þýðing, staðfæring, normasöfnun og réttmætisathugun Addenbrooke prófsins fyrir spjaldtölvu (**t-ACE**): Fyrstu niðurstöður

María K. Jónsdóttir^{1,2}, Brynhildur Jónsdóttir¹, Una Sólveig Jóakimsdóttir²
¹Landspítala, ²Háskólanum í Reykjavík

Addenbrooke Cognitive Examination (ACE) er hugrænt skimunarpróf fyrir eldri borgara sem metur athygli/áttun, minni, mál, sjónúrvinnslu og stýringu. Nýjasta útgáfa ACE er fyrir spjaldtölvu (ACE-III Mobile) sem meðal annars eykur áreiðanleika skorunar. Leyfi hefur fengist til að þýða prófið og kallast það t-ACE (þ.e. tölvu-ACE) á íslensku. Hér verða kynntar fyrstu niðurstöður úr normasöfnun og réttmætisathugun.

Normasöfnun: Normum hefur verið safnað frá 80 heilbrigðum sjálfboðaliðum á aldrinum 65 til 85 ára (meðalaldur = 73,5; *sf* = 5,1). Konur voru 46 (58%). Menntunarstig hópsins var hátt. Háskólapróf höfðu 41,3 %; 26,3 % stúdentspróf/iðmenntun og 32,5% höfðu minni menntun. Heildarstig hópsins á t-ACE voru 92,7 (*sf* = 5,1), af 100 mögulegum, en heildarstig á MMSE voru 28,6 (*sf* = 1,4). Samband var á milli menntunar og frammistöðu á t-ACE ($F(2,79) = 15,98$ $p < 0,001$) en samband aldurs og t-ACE var ómarktækt að teknu tilliti til menntunar. Ekki var kynjamunur á frammistöðu.

Fyrstu niðurstöður normasöfnunar eru í samræmi við erlend viðmið fyrir heilbrigða hópa með svipaða menntun.

Réttmætisathugun: Réttmætisathugun á t-ACE er hafin með sam- anburði við taugasálfræðileg próf og samanburði á greiningarhæfni t-ACE og MMSE. Þátttakendur eru sjúklingar á Landakoti (göngudeild og legudeildum). Nú hafa 60 einstaklingar tekið þátt (63,3% konur). Meðalaldur er 76,2 ár (*sf* = 8,2). Háskólapróf höfðu 20,0%; 50,0% stúdentspróf/iðmenntun og 30,0% minni menntun. Heildarstig réttmætis- hópsins á t-ACE eru 71,8 (*sf* = 11,3) en heildarstig á MMSE 24,6 (*sf* = 3,2). Frekari niðurstöður verða kynntar á þinginu (t.d. ROC-greining og samband undirþáttu t-ACE við taugasálfræðipróf).

10. Breyttar áherslur í málum transfélks

Óttar Guðmundsson, Elsa Bára Traustadóttir
¹Geðsviði Landspítala

Miklar breytingar hafa orðið í málefnum transfélks á Íslandi sem og í öðrum löndum. Mikil aukning er sjáanleg og þá sérlega í hópi ungra kvenna. Æ fleiri börn leita aðstoða transteyma Landspítala og nú hefur verið tekin upp meðferð með hormónablokkandi lyfjum til að seinka

kynþroska. Ný hugtök hafa orðið ráðandi í umræðunni, s.s. gender fluid, gender neutral og non-binary eða binary. Transfélk er ekki lengur annaðhvort karlar eða konur heldur hefur fjöldi þeirra sem telja sig tilheyra hvorugu kyninu fjölgað til muna.

Transsamfélagið er orðið mun pólitískara en áður. Það er barist fyrir því að transsexualismi verði ekki lengur geðgreining. Þess er krafist að greiningarhluti ferilsins verði lagður af og einungis byggt á upplýstu samþykki þessara einstaklinga. Menn vilja geta ráðið nafni sínu að vild og skráðu kyni í Þjóðskrá. Intersex einstaklingar hafa blandast inn í þessa baráttu og berjast líka fyrir viðurkenningu á sjálfsvörðunarrétti sínum. Þetta hefur í för með sér auknar kröfur til transteyma vegna þess að meðferðin verður að vera mun sveigjanlegri. Þessar breytingar hafa valdið auknu álagi á transteymi spítalans sem verður stöðugt að mæta nýjum kröfum þessa hóps.

11. Íslenskt transfélk

Steinunn Birna Sveinbjörnsdóttir¹, Elsa Bára Traustadóttir², Óttar Guðmundsson², Anna Guðmundsdóttir³

¹Læknadeild Háskóla Íslands, ²geðsviði, ³lyflækningasviði Landspítala

Fjölgun einstaklinga sem leita til transteymisins hefur aukist milli ára. Breyttar aðstæður í samfélaginu, umræða um transfélk og réttindabaráttu þeirra hefur ef til vill hvatt þá sem eiga við kynáttunarförum að stríða til þess að leita sér aðstoðar.

Fyrir á árinu vann 3. árs læknanemi BS-verkefni úr þeim gögnum sem til eru í sjúkraskrá, undir handleiðslu lækna og sálfræðings í transteymi Landspítala. Í ljós kom m.a. að kynjahlutföll og aldursdreifing séu önnur og félagslega staða transfélks á Íslandi er lakari að ýmsu leyti en í þeim löndum sem við berum okkur gjarnan saman við.

Menntunarstig transfélks hér á landi er lægra en það sem má sjá í rannsókn ENIGI og það er einnig lægra en þegar á heildina er litið í íslensku samfélagi. Hlutfall þeirra sem lifa á framfærslu ríkisins er mun hærra hjá transfélki en það sem gengur og gerist í samfélaginu og á það sérstaklega við um transkonur. Transkonur eru eldri þegar þær leita sér aðstoðar hjá transteyminu og virðast vera verr staddar félagslega. Transfélk á Íslandi er því félagslega útsettur hópur með lágt menntunar- stig og laka félagslega stöðu.

Greiningarferlið hefur tekið miklum breytingum á undanförmum tveimur árum. Þar hefur aukning þeirra sem telja sig ekki einungis tilheyra einu kyni og kenna sig non-binary eða kynsegin vegið þungt. Annar þáttur er mikil aukning ungs fólks sem lifir afar einangraðri til- veru og er á einhverfurófi eða grunur er um að sé á einhverfurófi þó að það hafi ekki verið greint með formlegum hætti.

Transteymi LSH fæst því í auknum mæli við flókin greiningarmál á sama tíma og bæði siðferðislegar spurningar og pólitískur þrýstingur.

12. Íslenska geðrofsrannsóknin

Halldóra Jónsdóttir^{1,2}, Nanna Briem¹

¹Geðsviði Landspítala, ²læknadeild Háskóla Íslands

Tilgangur: *Laugarásinn* meðferðargeðdeild hefur á síðustu 5 árum fest sig í sessi sem enduræfingarúrræði fyrir ungt fólk með fyrsta geðrof. Á *Laugarásnum* fer fram sérhæfð meðferð fyrir ungt fólk á aldrinum 18-30 ára, sem hefur fengið sitt fyrsta geðrof. Á Íslandi búa aðeins 335.000 manns og markmiðið er að meirihluti ungs fólks á Íslandi, sem þróar með sér geðrof, fái meðferð á *Laugarásnum*. Rannsóknin er framsýn og mark- miðið er að safna gögnum um mismunandi þætti fyrsta geðrofs, meðferð

hjá þessum einstaklingum og hvað hefur áhrif á horfur.

Efni og aðferðir: Öllum þeim einstaklingum sem koma til meðferðar á *Laugarásnum* er boðið að taka þátt í rannsókninni og skrifa undir samþykki. Gögnum um geðheilsu, líkamlega heilsu, einkenni, lyfjameðferð og fíkniefnanotkun verður safnað. Gögn um mismunandi þætti meðferðarinnar verða skráð og allir gangast undir MRI af höfði og fara í taugasálfræðilegt próf. Verið er að skoða heppilegan gagnagrunn til að skrá gögnin í.

Niðurstöður: Söfnun gagna hófst á þessu ári og því eru ekki komnar niðurstöður á þessum tímamarki. Það er von okkar að geta kynnt niðurstöður á Norræna geðlæknaþinginu 2018.

Ályktun: Um er að ræða langtíma framsýna rannsókn sem hófst á þessu ári. Að mati rannsakenda er hér um að ræða einstakt tækifæri til rannsókna á þessu sviði. Ástæðan er smæð þjóðarinnar og sú staðreynd að *Laugarásinn* er eina meðferðarþrógrammið á Íslandi fyrir þá sem fá fyrsta geðrof. Markmiðið er að meirihluti íslenskra ungmenna sem fá geðrof fari í gegnum meðferðina þar og taki þátt í rannsókninni.

13. Fyrsta meðferð hjá ungu fólki með geðrof

Alexander Elvarsson², Halldóra Jónsdóttir^{1,2}, Nanna Briem¹

¹Geðsviði Landspítala, ²Læknadeild Háskóla Íslands

Inngangur: Laugarásvegur meðferðargeðdeild er sérhæft úrræði fyrir ungt fólk með 1. geðrof. Þar er kjörið tækifæri til að fylgjast með sjúkdómsgangi og meðferð hjá þessum hópi.

Markmið: Að kanna fyrstu geðrofslyfjagjöf hjá þjónustugegum Laugarásins, hvar geðrofslyfjagjöf var sett inn á árunum 2009-2015 og hver var sjúkdómgreiningin. Einnig að kanna tímalengd fyrstu geðrofslyfjagjafar og hvort ráðleggingum um undibúning geðrofslyfjameðferðar var fylgt.

Aðferðir: Gögnum var safnað á Kleppi og Laugarásnum. Notast var við Sögu, Heilsugátt og Therapy í gagnasöfnun. Lyfjasaga var skoðuð og hvort víðeigandi blóðprufur hafi verið teknar þegar geðrofslyfjagjöf var hafin (blóðsykurmælingar, blóðfitumælingar). Líkamsþyngd við fyrstu geðrofslyfjagjöf og í lok árs 2015 var einnig skoðuð. Tímalengd fyrstu geðrofslyfjagjafar var skoðuð á tvo vegu. Annarsvegar með dag-skömmtum reiknuðum út frá lyfseðlum og hinsvegar tímalengd milli fyrsta geðrofslyfs og annars geðrofslyfs. Einnig var kannað hve margir af rannsóknarhópnum hafa notað Metformin. Excel, Word og SPSS voru nýtt við úrvinnslu gagna.

Niðurstöður: Alls var gögnum safnað fyrir 125 einstaklinga. Hlutfallslega voru fleiri karlmenn en konur í þýðinu. Mikill munur var á fjölda daga milli fyrsta geðrofslyfs og annars geðrofslyfs annarsvegar og dag-skammta af fyrsta geðrofslyfi með tilliti til lyfseðla hinsvegar (438 dagar á móti 132 dögum). Olanzapine var mest notað sem fyrsta geðrofslyf og flestir sem byrjuðu á því lyfi voru á því lengur en í 30 daga. Flestir sem byrjuðu á Olanzapine skiptu um geðrofslyf.

Ályktun: Niðurstöður benda til þess að Olanzapin sé mest notaða geðrofslyfið hjá einstaklingum með 1. Geðrof hér á landi, en einnig að meirihluti þeirra sem taka lyfið skipti síðar um geðrofslyf.

14. Meðferð geðklofa með clozapíni hér á Íslandi

Oddur Ingimarsson^{1,2}, Magnús Haraldsson^{1,2}, Halldóra Jónsdóttir^{1,2}, James MacCabe³, Engilbert Sigurðsson^{1,2}

¹Geðsviði Landspítala, ²Læknadeild Háskóla Íslands, ³Institute of Psychiatry, London, UK

Inngangur: Clozapín er eina geðrofslyfið sem hefur ábendingu fyrir meðferð geðklofa sem svarar illa meðferð með geðrofslyfjum. Markmið rannsóknarinnar er að lýsa notkun clozapíns á Íslandi og þá sérstaklega með tilliti til kyrningafæðar (*neutropenia*).

Efni og aðferðir: Gerð var textaleit í sjúkraskrá 1191 sjúklings sem höfðu samþykkt þátttöku í rannsókn á erfðabreytileika og geðrofssjúkdómum að orðum sem tengjast clozapín notkun og helstu aukaverkunum. Þar sem þessi leitarorð fundust var clozapínnotkun staðfest. Samtals fannst 201 sjúklingur með geðklofa þar sem hægt var að staðfesta notkun á clozapíni og 410 sjúklingar með geðklofa sem höfðu aldrei notað það.

Niðurstöður: Meðalaldur við upphaf clozapínmeðferðar var 37,8 ár. Eftir 20 ára meðferð voru ennþá 71,2% sjúklinga á clozapínmeðferð. U.þ.b. 17% sjúklinga á clozapíni voru einnig á forðasprautum. Við áætlum að 16% sjúklinga með geðklofa hafi reynt clozapínmeðferð. Meðferð með meira en einu geðrofslyfi var mjög algeng eða í 66% tilvika. Kyrningafæð var hins vegar ekki algengari hjá þeim sem voru á clozapín borið saman við sjúklinga á öðrum geðrofslyfjum.

Umræða: Clozapín er öflugasta meðferðin sem til er við geðklofa en er líklega vannýtt. Alvarleg kyrningafæð fær of mikla athygli miðað við aðrar aukaverkanir sem clozapín getur valdið en enginn í rannsóknarhópnum reyndist hafa hlotið varanlegan skaða af völdum kyrningafæðar. Líklega tengist stór hluti af kyrningafæð hjá sjúklingum á clozapíni ekki clozapíni meðferð. Það er tífalt líklegra að látast í bílslysi hér á landi en vegna kyrningafæðar hjá þeim sem nota clozapín til lengri tíma (40 ár).

15. Vitrænt mat og endurhæfing ungs fólks eftir geðrof

Ólína Viðarsdóttir^{1,2}, Brynja B. Magnúsdóttir^{1,3}, David Roberts⁴, Elizabeth W. Twamley⁵, Berglind Guðmundsdóttir^{1,2}, Engilbert Sigurðsson^{1,2}

¹Háskóli Íslands, ²Landspítali, ³Háskólinn í Reykjavík, ⁴The University of Texas Health Science Center at San Antonio, ⁵University of California, San Diego and VA San Diego Healthcare System

Geðrofssjúkdómar hefjast oftast snemma á lífsleiðinni og hafa því mikil áhrif á tækifæri fólks til náms og starfa á lífsleiðinni auk þess að skerða lífsgæði. Stór hluti þeirrar skerðingar tengist skerðingu á vitrænni getu. Skerðing á vitrænum þáttum (s.s. athygli, minni, stýrifærni og félagslegum skilningi) er partur af sjúkdómsmynd flestra þeirra sem greinast með geðrofssjúkdóma, kemur fram snemma í sjúkdómsferlinu og helst nokkuð stöðug í gegnum sjúkdómsferlið. Mat á vitrænni getu hefur meira forspárgildi um daglega færni og lífsgæði sjúklinga til lengri tíma en sjúkdómseinkenni. Því hefur áherslan á mat á vitrænni getu aukist verulega við greiningu og meðferð geðrofssjúkdóma.

Markmið þessa rannsóknarverkefnis er að innleiða og framkvæma vitrænt mat og síðar, byggt á því mati, gera árangursmat á vitrænni endurhæfingu með félagsþjálfun (VEF), á snemmihlutunargeðdeild Landspítala sem sérhæfir sig í meðferð geðrofssjúkdóma. Lagt verður mat á vitræna getu, líðan, færni í daglegu lífi og lífsgæði og munu niðurstöður munu varpa ljósi á stöðu þessa hóps en einnig nýttast sem grunnlína fyrir árangursmat á VEF. Þeir 40 þátttakendur sem mælast með vanda á að minnsta kosti tveimur vitrænum þáttum verður boðið að taka þátt í meðferðinni. VEF er einstaklingsmiðuð hópmeðferð þar sem þrjú gagnreynd meðferðarform vitrænnar endurhæfingar eru sameinuð með því markmiði að bæta vitræna ferla sem talið er að geti aukið

félagsfærni, færni í daglegu lífi og þannig bætt lífsgæði fólks.

Árangur verður metin strax eftir að meðferð líkur en einnig 10 mánuðum síðar til að kanna hvort að árangur haldist þegar frá líður sem og bera kennsl á þætti sem gætu haft jákvæð eða neikvæð áhrif á langtímaárangur meðferðarinnar.

16. Tengsl átkastaröskunar og lyfjameðferðar hjá ungu fólki með geðrofssjúkdóma í endurhæfingu á geðsviði

Helga María Alfreðsdóttir¹, Nanna Briem², Guðlaug U. Þorsteinsdóttir³, Sigurður Páll Pálsson⁴

¹Læknadeild Háskóla Íslands, ²Laugarásinn meðferðargeðdeild, ³Hvíta bandið, átröskunarteymi geðdeilda, ⁴Öryggis- og réttargeðdeild Landspítala

Inngangur: Þekkt er að geðrofslyfjameðferð valdi þyngdaraukningu hjá sjúklingum og þá sérstaklega annarrar kynslóðar lyfin. Tengsl átröskunarhegðunar og geðrofslyfjameðferðar er ekki þekkt. Átkastaröskun (*binge eating disorder*, BED), einkennist af endurteknum lotum af átköstum án losunarhegðunar eða sveltis og hefur nýlega verið skilgreind sem sérstök átröskun í DSM-5 flokkuninni. Markmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni átkastaröskunar hjá fólki á geðrofslyfjameðferð og hvort eitthvað einkenni þann hóp.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var framskyggn og var upplýsingum safnað með viðtali og úr sjúkraskrá. Þátttakendur voru þjónustuþegar á Laugarásnum meðferðargeðdeild sem er deild fyrir ungt fólk með geðrofssjúkdóma. Tekin voru viðtöl við 29 manns. Vegna smæðar rannsóknarinnar voru ekki framkvæmd tölfræðiþróf.

Niðurstöður: Úrtakið skiptist í 23 karlmenn og 6 konur og var meðalaldur 23,5 ár. Flestir, eða %65,5 (19), voru með greininguna geðklofa (*schizophrenia*). Farið var með 9 einstaklinga í gegnum greiningarviðmiðin fyrir átkastaröskun. Tíðni átkastaröskunar í úrtakinu mældist 12%, eða 3 einstaklingar, sem allir voru karlmenn. Um þriðjungur úrtaksins var í yfirþyngd skv. líkamspýngdarstuðli BMI og allir þeir sem uppfylltu greiningarviðmið fyrir átkastaröskun voru í offituflokki.

Ályktanir: Erfitt er að álykta um tengsl BED og geðrofslyfjameðferðar vegna smæðar rannsóknarinnar. En vissulega er tíðni BED í úrtakinu hærri en í almennu þýði þar sem tíðnin er um 2%. Einnig sýndu fleiri þátttakendur átkastahegðun en uppfylltu ekki greiningarviðmið fyrir BED. Mögulega eru niðurstöðurnar vísbending en þörf væri á frekari rannsóknum til þess að skoða frekar tengslin milli geðrofslyfjameðferðar og BED.

17. Þvingandi meðferðir í formi nauðungarlyfjagjafa á geðdeildum. Sjúklingar í áhættuhópi

Eyrún Thorstensen
Geðsviði Landspítala

Nauðungarlyfjagjafir geta verið nauðsynlegar til að meðhöndla ofbeldisfulla hegðun sjúklinga á geðdeildum en eru umdeildar. Tilgangur rannsóknar er að varpa ljósi á umfang og tímasetningar nauðungarlyfjagjafa og einkenni sjúklinga sem fá slíka meðferð. Rannsóknin er megindleg lýsandi afturvirk fylgnirannsókn og voru rannsóknargögn fengin úr sjúkraskrá. Úrtak rannsóknarinnar voru allir inniliggjandi sjúklingar á geðdeildum Landspítala almanaksárin 2014 og 2015 (N=2025). Konur voru 977 (48,2%) og karlar 1048 (51,8%). Meðalaldur úrtaks var 39,5 ár (SF=16,08) og spannaði aldur frá 16-88 ára. Úrtakinu var skipt í tvo hópa. Í hópi 1 voru þeir sem fengu nauðungarlyfjagjöf (n=192, 9,5%) og í hópi 2 þeir sem ekki fengu slíka meðferð (n=1833, 90,5%). Heildarfjöldi nauð-

ungarlyfjagjafa var 999 talsins fyrir bæði árin 2014 og 2015. Að meðaltali voru gefnar 41,63 (SF=22,58) nauðungarlyfjagjafir á mánuði á tímabilinu. Niðurstöður sýndu að nauðungarlyfjagjafir voru mismunandi eftir tíma sólarhring, vikudögum og mánuðum. Hlutfall karla var hærra í hópi 1 en í hópi 2 (p=0,026) og hlutfall sjúklinga með geðrofssjúkdóm (F20-29) var hærra í hópi 1 en í hópi 2 (p<0,0001). Hópur 1 var með marktækt fleiri innlagnir og legudaga að meðaltali en hópur 2 (p<0,0001). Ekki kom fram marktækur munur milli hópanna varðandi aldur og komur á bráðaþjónustudeildir (p>0,05). Niðurstöður rannsóknarinnar benda til ákveðinna einkenna þeirra sem fá nauðungarlyf og geta nýst til að auðkenna áhættuþætti varðandi nauðungarlyfjagjafir bæði fyrir klíniska þjónustu við sjúklinga og skipulag geðdeilda.

18. Nauðungarmeðferð á Íslandi

Páll Matthíasson
Landspítala

Nauðungarvistanir eru afar fátíðar á Íslandi samanborið við önnur lönd Norður-Evrópu. Að auki hafa ólanir sjúklinga ekki tíðkast á íslenskum geðdeildum frá því á 4. áratug síðustu aldar. Orsakir þessa verða reifaðar og borin saman þvingunarúrræði og tíðni þvingana hérlendis og í nágrannalöndum. Evrópunefnd um varnir gegn pyntingum og ómannúðlegri meðferð (CPT-nefndin) hefur komið með athugasemdir varðandi nauðung á geðdeildum og verða þær ræddar. Möguleg áhrif sáttmála Sameinuðu Þjóðanna um réttindi fatlaðra á löggjöf um nauðungarvistanir verða rædd.

19. Hegðunartruflanir í Alzheimer-sjúkdómi

Anton Pétur Þorsteinnsson
University of Rochester School of Medicine and Dentistry

Hegðunartruflanir eru algengar í heilabilun og sá þáttur sjúkdómsins sem kemur verst niður á sjúklingum, fjölskyldumeðlimum og umönnunaraðilum. Í þessum fyrirlestri munum við fara yfir mismunandi hegðunartruflanir, og nota æsing/óróa sem dæmi um þá erfiðleika sem felast í lýsingu og skilgreiningu á atferlinu, bakgrunni, sjúkdómsmati, meðferðarvísu með og án lyfjagjafa og klínískum rannsóknum á þessu sviði.

Í lok fyrirlestrar munu áheyrendur:

1. Geta lýst æsing/óróa í heilabilun og tengdum hugrænum sjúkdómum.
2. Hafa þekkingu á meðferðarmöguleikum byggðum á fræðilegu mati.
3. Vita um lyf í þróun á þessu sviði.

20. Horft yfir sviðið – þróun geðheilbrigðisþjónustu á Íslandi 2000-2016

Engilbert Sigurðsson^{1,2}
¹Læknadeild Háskóla Íslands, ²geðsviði Landspítala

Krafan um gott aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu er óumdeild í samfélagi okkar í dag. Sigurður Guðmundsson fyrrverandi landlæknir steig mikilvægt skref í þessu tilliti með því að velja þunglyndi sem fyrsta algenga sjúkdómmin af 12 sem voru til umfjöllunar í kynningarátaki í fjölmiðlum í heilan mánuð hver árið 2000. Í hönd fóru tvær bólar, sú litla 2001-2002 og sú stóra 2004-2008. Bankahrun, gjaldyriskreppa og gjaldyrishöft fylgdu í kjölfarið og holuðu innviði heilbrigðiskerfisins.

Nú er þriðja bólan á þessari öld, ferðamannabólan, farin að setja mark sitt á samfélag okkar og náttúru landsins og allt virðist stefna í áframhaldandi stækkun hennar. Líklegt er að afleiðingarnar verði skortur á vinnuafli, einkum ófaglærðra, og vaxandi húsnæðisvandi geðfatlaðra og annarra tekjulágra einstaklinga. Sem fyrr er óvissa um næstu skref í uppbyggingu Landspítala og mikið fé skortir til endurbóta á helstu byggingum spítalans. Í fyrirlestrinum verður rakið hvernig þjónusta vegna geðraskana hefur þróast hér á landi frá síðustu aldamótum í skólum, á vinnustöðum, í starfsendurhæfingu, í heilsugæslunni á höfuðborgarsvæðinu og úti á landi, á Sjúkrahúsinu á Akureyri og á geðsviði Landspítala. Um mitt ár 2014 var skipaður 7 manna styrihópur um mótun geðheilbrigðisstefnu og aðgerðaáætlunar sem lauk störfum og skilaði tillögum 1. apríl 2016. Helstu verkefni næstu ára, að mati fyrirlesara, verða tíunduð og þau borin saman við endanlegar tillögur styrihópsins eftir að heilbrigðisráðherra hafði farið um þær höndum. Líkur á efndum verða metnar í ljósi áætlunar um ríkisfjármál til næstu fimm ára sem ríkisstjórnin hefur nýverið samþykkt.

21. Samstarfsverkefni BUGL og Sjúkrahússins á Akureyri um þjónustu á norðurlandi fyrir börn og unglunga með geðrænan vanda

Dagbjörg B. Sigurðardóttir, Vilborg Guðnadóttir, Unnur Heba Steingrimsdóttir, Sigurður R. Levy

Barna og unglिंगageðeild Landspítala

Að tilstuðlan heilbrigðisráðherra var í maí 2014 undirritaður samningur milli Sjúkrahússins á Akureyri (SAK) og Landspítala til tveggja ára með það að markmiði að styrkja þjónustu við börn og unglunga með geðrænan vanda og fjölskyldur þeirra. Undanfarna áratugi hefur einungis einn barna og unglिंगageðlæknir verið starfandi á Akureyri og séð um sjúkdómsgreiningar og meðferð fyrir allstórt svæði. Á SAK er barnageðeildareining þar sem lækurinn hefur starfað ásamt sálfræðingi. Aðengi að þessari þjónustu hefur ekki verið stöðugt þar sem lækurinn hefur sinnt öðrum verkefnum samhliða. Því hefur skort bráðþjónustu á Norðurlandi og gegnum tíðina hafa skjólstaðingar þurft að leita á BUGL með aðkallandi vandamál.

Markmið samningsins var að koma á þverfaglegum vinnuhópi með starfsfólki á SAK til að bæta úrræði hvað þetta varðar og hjálpa SAK að verða sjálfbært um að sinna bráðþjónustu við börn og fjölskyldur þeirra.

Þverfaglegt teymi frá BUGL sem samanstóð af tveimur sérfræðingum í barna og unglिंगageðlækningum, tveimur geðhjúkrunarfræðingum, sálfræðingi, félagsráðgjafa og iðjuþjálfá sinnti þessari vinnu fyrir hönd Landspítala og komið var á þverfaglegum hópi á SAK sem samanstóð af barnasálfræðingi, tveimur barnalæknum, geðhjúkrunarfræðingi, iðjuþjálfá og félagsráðgjafa.

Í lok samningstíma hafði þetta teymi SAK útfært, og aðlagð það verklag BUGL sem snýr að bráðþjónustu að sínum aðstæðum og þörfum. Teymið ræður nú við að afgreiða stærstan hluta af sínum málum án aðkomu BUGL og heildartilvísunum á BUGL hefur fækkað frá Norðurlandi.

22. Tilvísanir í bráðþjónustu barna- og unglिंगageðeildar (BUGL): rannsóknarniðurstöður og ályktanir

Bertrand Lauth^{1,2}, Ellen Sif Sævarsdóttir³

¹Læknadeild Háskóla Íslands, ²barna- og unglिंगageðeild Landspítala (BUGL), ³sálfræðideild Háskóla Íslands

Bakgrunnur: Fjöldi tilvísana í bráðateymi barna- og unglिंगageðeildar (göngudeild BUGL) hefur aukist mikið undanfarin ár, sem og fjöldi bráðainnlagna á unglिंगageðeild (legudeild BUGL), Klínískar leiðbeiningar vantar til að veita öllum góða og samræmda þjónustu og einnig skilgreina betur þær bráðatilvísanir sem ber frekar að hafna. Mælt hefur verið með ítarlegri endurskoðun af öllum bráðatilfellum, með stöðluðum aðferðum og skilningi á heildarferlum þeirra

Markmið: Markmið þessarar rannsóknar var að greina tilvísanir 308 barna og unglunga á aldrinum 7-18 ára sem leituðu í bráðþjónustu BUGL árið 2013.

Aðferð: Rannsóknin var afturvirk og notast var við upplýsingar úr sjúkraskrá en gögnin sjálf eru ópersónugreinanleg. Miðað var við fyrri rannsóknir við upplýsingasöfnun og tveir bráðakvarðar notaðir við mat á réttmæti bráðatilfella.

Niðurstöður: Rannsóknin skilgreinir hóp þeirra barna og unglunga sem leita í bráðageðþjónustu og gefur upplýsingar um tilvísendur, tilvísunarastæður, algengustu greiningarflokka, helstu áföll og álagsþætti sjúklinga, fyrri komur og innlagnir, biðlista, núverandi meðferðar- og þjónustuaðila utan stofnunar, meðferðarþörf. Rannsóknin greindi einnig hvort ákveðnir þættir voru líklegri en aðrir til þess að tengjast meðferðartíma, bráðainnlögnum, sjálfsvígstilraunum, sjálfsskaða og sjálfsvígshugleiðingum. Bráðakvarðar sem mátu réttmæti bráðatilfella gáfu til kynna að um helmingur mála væru óviðeigandi bráðatilfelli (meira en erlendis) en vissulega var oftast um alvarleg tilfelli eða krísuástand að ræða.

Ályktanir: BUGL er 3. línu stofnun og ætti þar af leiðandi sjaldnast að vera fyrsti viðkomustaður inn í geðheilbrigðiskerfið. Rýna þarf í ástæður aukningar í bráðageðþjónustu.

23. Læknarap á Íslandi. Ásókn í ávanabindandi lyf á árunum 2004-2013

Finnbogi Ómarsson¹, Magnús Jóhannsson^{1,2}

¹Læknadeild Háskóla Íslands, ²rannsóknarstofu í lyfja- og efnafræði

Inngangur: Með því að ganga á milli lækna, er mögulegt að afla margra lyfjaávisana fyrir ávanabindandi lyfjum. Markmið rannsóknarinnar er að kanna umfang og eðli læknaraps með tilliti til ávanabindandi lyfja á Íslandi á tímabilinu 2004-2013.

Efni og aðferðir: Lýsandi, afturskyggn lyfjanotkunarrannsókn. Lyfjagagnagrunnur landlæknis var samkeyrður við þjóðskrá fyrir fullorðna einstaklinga, sem leystu út ávísanir fyrir ávana- eða viðmiðunarlyfjum frá 10 eða fleiri læknum á ári á tímabilinu 2004-2013. Ávanabindandi lyfjaflokkar, sem kannaðir voru, voru ópíöt, róandi-, svefn-, og örvandi lyf en viðmiðunarlyfin prótónupumpuhemlar, beta-blokkar og bólgueyðandi verkjalyf. Upplýsingar um kyn, aldur og sérgrein þeirra lækna, sem ávísuðu einstaklingum sem fengu ávísanir frá fleiri en 20 læknum, fengust einnig úr lyfjagagnagrunni.

Niðurstöður: 2203 einstaklingar leituðu til 10 eða fleiri lækna og leystu út ávísanir fyrir ávanabindandi lyfjum á einhverjum árunum 2004-2013. Af þeim voru 153 einstaklingar sem leituðu til 20 eða fleiri lækna á tímabilinu og fengu umrædd lyf. Fjöldi læknarapara á tímabilinu 2004-2013 hélst stöðugur, flestir rápuðu í eitt ár og leystu út ávísanir úr þrem-

24. Misnotkun örvandi lyfseðilsskyldra lyfja og ADHD-einkenni meðal háskólanema á Íslandi

Bergljót Gyða Guðmundsdóttir
University of Rhode Island, Þjónustumiðstöð Breiðholts

Bakgrunnur: Misnotkun örvandi lyfseðilsskyldra lyfja er velþekkt meðal háskólanema í grunnnámi í Bandaríkjunum en hefur lítið verið rannsökuð utan Bandaríkjanna. Þrátt fyrir að Ísland skrifi upp á mesta magn metýlfenídats í heiminum hefur möguleg misnotkun þessara lyfja ekki verið rannsökuð meðal íslenskra háskólanema.

Aðferð: Algengi misnotkunar örvandi lyfseðilsskyldra lyfja og tengsl hennar við ýmsar sálfélagslegar breytur voru könnuð. Úrtakið samanstóð af N=521 háskólanemum í grunnnámi á Íslandi og fór rannsóknin fram með netkönnun.

Niðurstöður: Algengi misnotkunar örvandi lyfseðilsskyldra lyfja í úrtakinu í heild var um það bil 13%; þar af 11% meðal þátttakenda sem fengu ekki skrifað upp á örvandi lyf en 42% meðal þeirra sem fengu skrifað upp á örvandi lyf. Bætt námsframmistaða var algengasta ástæða misnotkunar meðal þátttakenda. Helstu áhættuþættir misnotkunar voru karlkyn, kvíðaekenni og ADHD einkenni. Engin marktæk tengsl fundust milli meðaleinkunnar og misnotkunar.

Umráða: Niðurstöður þessarar rannsóknar hafa þýðingu fyrir lýðheilsustefnu á Íslandi, sérstaklega meðal íslenskra háskólanema. Forvarnir og íhlutun sem miða að því að draga úr streitu og styðja háskólanema til náms gætu reynst vel við að draga úr misnotkun örvandi lyfseðilsskyldra lyfja.

25. Handbrögð íslenskra sprautufikla við neyslu metýlfenídats

Guðrún Dóra Bjarnadóttir^{1,2}, Andrés Magnússon³, Bjarni Össurarson Rafnar^{1,2}, Engilbert Sigurðsson^{1,2}, Steinn Steingrímsson⁴, Helena Bragadóttir¹, Magnús Jóhannsson⁵, Valþór Asgrímsson³, Ingibjörg Snorradóttir³, Magnús Haraldsson^{1,2}
¹Geðsviði Landspítala, ²heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands, ³rannsóknarstofu í lyfja- og eitrefnafræði Háskóla Íslands, ⁴Sahlgrenska sjúkrahúsinu í Gautaborg

Inngangur: Metýlfenídat (MPH) er örvandi lyf notað við ofvirkni og athyglisbrestir og hérlendis eru til fjórar tegundir: Rítalín®, Rítalín Uno®, Concerta® og Metýlfenídat Sandoz®. Misnotkun MPH um munn eða nef er þekkt en sprautuneysla MPH hefur lítið verið rannsökuð. Nýleg rannsókn okkar sýndi að vímuefnaneytendur nota síst Concerta® og var kenning okkar sú að vímuefnaneytendur þurfa bæði meiri tíma til að meðhöndla og ná minna af MPH úr Concerta® töflum.

Efniviður og aðferðir: Alls tóku fjórir vímuefnaneytendur og 12 heilbrigðir þátttakendur þátt. Rannsakendur fylgdust með þegar vímuefnaneytendur meðhöndluðu töflurnar á þann hátt að efnin þeirra var tilbúin til sprautunotkunar. Heilbrigðir þátttakendur gerðu slíkt hið sama eftir að hafa lesið um aðferðirnar sem vímuefnaneytendurir notuðu. Magn MPH var mælt á rannsóknarstofu með high-performance liquid chromatography.

Niðurstöður: Báðir hópar náðu meira en 50% úr Rítalín® og Rítalín Uno® en undir %20 úr Concerta® ($p < 0,0001$) en munur á milli hópa var ekki marktækur. Auk þess notuðu báðir hópar meiri tíma í meðhöndla Concerta® miðað við Rítalín® og Rítalín Uno®. Fyrstu niðurstöður sýna einnig að seigja Concerta® er meiri en fyrir hin efnin.

Ályktanir: Þetta er fyrsta rannsóknin sem mælir magn MPH sem vímuefnaneytendur ná úr MPH töflum. Báðir hópar tóku lengri tíma að meðhöndla og náðu minnsta magninu úr Concerta®. Heilbrigðir þátttakendur náðu svipuðu magni og reyndir vímuefnaneytendur sem gefur til kynna að auðvelt er að læra hvernig á meðhöndla MPH lyf til sprautunotkunar.

26. Trap Hep C á Íslandi. Átaksverkefni til að meðhöndla alla á Íslandi sem hafa virka Lífurabólgu C veirusýkingu

Valgerður Rúnarsdóttir
Sjúkrahúsinu Vogu

Samstarf LSH, SÁÁ og Landlæknis, styrkt af heilbrigðisráðuneyti og með styrk og gjöf frá lyfjaframleiðanda. Ábyrgðamaður Sigurður Ólafsson meltingarsérfræðingur

Á Íslandi er lífrabólga C fyrst og fremst sjúkdómur þeirra sem sprauta vímuefnum í æð. Smitið er blóðborið með sýktum áhöldum til sprautuneyslu, þrátt fyrir forvarnir, aðgang að hreinum nálum, upplýst samfélag, og meðferða, fíknmeðferð, viðhaldsmeðferð, hepc meðferð og opið heilbrigðiskerfi. Meðferð lífrabólgu C sem forvörn, þar sem allir smitaðir fá meðferð, er einstakt tækifæri og einsdæmi. Það þykir gerlegt á Íslandi vegna okkar einstöku stöðu. Gríðarlega mikil skimun hefur verið gerð hjá sprautufiklum, sérstaklega hjá SÁÁ og þessi hópur er þekktur og greindur, 800-1000 manns. Það er ólíkt mörgum nágrenna löndum þar sem <50% smitaðra eru þekktir.

Meðferðarumhverfið er gjörbreytt með nýjum lyfjum í dag. Til er auðveld og mjög áhrifamikil meðferð við þessum alvarlegum sjúkdómi, en hún er ennþá mjög dýr. Með gjöf frá lyfjafyrirtæki er þetta meðferðar-átak mögulegt. Starsti hjallinn er að fá samvinnu og meðferðarheldni, en ákveðinn mikilvægur undirhópur getur verið brottgengur og erfiður, þar með talinn sjúklingahópur í virkri neyslu og/eða með alvarlegar geðraskanir. Áfram er skimun, greining og tengsl við heilbrigðisþjónustuna mikilvægust til að steinninn fari að rúlla. Þetta krefst samvinnu margra aðila.

Verkefnið gengur vel, hófst í febrúar 2016, í ágúst höfðu 400 einstaklingar farið í undirbúningsmat, 340 hafið meðferð og 230 lokið henni.

Áhrif lífrabólgu C smits eru margvísleg á einstaklinginn, þetta inngríp getur haft víðtæk áhrif til betri heilsu, líkamlegrar og geðrænnar. Einnig á fíknisjúkdóminn og ýmsa áhættuhegðun. Þess er vænst að átakið dragi úr byrði og kostnaði samfélagsins með lækun á nýgengi og algengi sjúkdómsins.

27. ADHD-erfðarannsókn

Ólafur Ó. Guðmundsson^{2,1}, Bragi Walters¹, Hreinn Stefánsson¹, Daníel Guðbjartsson¹, Brynja Magnúsdóttir³, Engilbert Sigurðsson^{3,4}, Kári Stefánsson^{1,4}
Íslenski erfðagreiningu¹, BUGL², geðsvið³, Háskóla Íslands⁴

Inngangur: Allt frá aldamótum hefur verið leitað að undirliggjandi erfðabáttum athyglisbrests og ofvirkni í samstarfi við ÍE í ljósi þess að rannsóknir benda til að yfir 70% breytileika svipgerðarinnar megi rekja til erfðabátta.

Markmið: Í erindinu verður gerð grein fyrir stöðu þessa flókna verkefnis þar sem markmiðið er að finna þá breytileika í erfðaefninu sem tengjast ADHD (og fylgiröskunum) með marktækum hætti.

Aðferð: Þær aðferðir sem í dag teljast líklegastar til að finna þessa erfðabætti eru annars vegar að reikna fjölgena áhættu mat (PRS, Polygenic Risk Score), byggt á tölfraði frá Psychiatric Genomics Consortium (PGC), fyrir rannsóknarþýðið og skoða forspárgildi þess í ADHD hópnun miðað við samanburðarhóp og hins vegar að prófa eintakabreytileika (CNV, Copy Number Variations) í ADHD hópnun. Vitað er að eintakabreytileikar eru mikilvægur áhættuþáttur í þróun ýmissa taugaþroskaraskana og geðsjúkdóma og sumir hafa hærrí tíðni í geðröskunum (t.d. geðklofa og einhverfu). Slíkir breytileikar verða prófaðir í ADHD hópnun til að finna út að hve miklu leiti þessir sjúkdómar deila erfðafraðilegum áhættuþáttum. Síðastliðin ár hefur

gagnagrunnur rannsóknarinnar verið uppfærður (greiningarlistar frá Landspítala og Þroska- og hegðunarstöðinni, og úr lyfjagagnagrunnum Embættis landlæknis og Sjúkratrygginga) og er nú svo komið að yfir 9000 einstaklingar eru komnir á lista og meir en helmingur þeirra (um 5600) er arfgerðagreindur (genotyped) með örflögutækni. Innköllun á þeim einstaklingum sem ekki hafa áður tekið þátt í rannsókninni er hafin hjá Þjónustumiðstöð rannsóknarverkefna til frekari greiningu á svipgerð og erfðabáttum.

28 Beiting dáleiddslu í parameðferð út frá hugmyndafræði Milton H. Erickson

MA-verkefni við Háskóla Íslands

Annetta A. Ingimundardóttir

Geðsviði Landspítala, Háskóla Íslands

Víða um heim hefur áhugi aukist hjá meðferðaraðilum og almenningi á dáleiddslu í kjölfar rannsókna og umræðna sem sýna vaxandi árangur sem nást hefur með klíniskri dáleiddslu. Dáleiddsla hefur nýst vel sem aðferð í meðferð við lausn á ýmsum vandamálum, bæði sálrænum og sálíkamlegum.

Rannsóknaraðferð sem valin var í meistaraverkefni mitt var starfendarannsókn. Megininntak starfendarannsókna er að skoða hvernig rannsakandi geti bætt starfshætti og lært af því ferli sem rannsóknin býður upp á.

Markmið rannsakanda var að skoða upplifun rannsakanda af því að beita dáleiddslu í parameðferð út frá hugmyndafræði Milton H. Ericksons með þörum sem eiga í samskiptavanda. Í rannsóknarferlinu fólst einnig skoðun rannsakanda af eigin upplifun í að tileinka sér dáleiddslu sem nýja aðferð í parameðferð. Rannsóknin byggðist á ígrund og sjálfsrýni í rannsóknar gögn út frá fræðiramma. Meðal annars var skoðað hvernig ómeðvitaður daleiddandi dans fór á stað í samskiptum milli einstaklinganna í parasamböndunum, dans sem getur verið jákvæður eða neikvæður, allt eftir í hvaða samhengi dansinn myndast.

Þrjú pör tóku þátt í rannsókninni og mætti hvert par í 5 meðferðarviðtöl þar sem daleiddsla var hluti af meðferðinni. Öll viðtölin voru tekin upp á myndband, auk þess sem rannsakandinn hélt dagbók um rannsóknina.

Í niðurstöðum rannsóknar kemur fram að meðferðin snerist um þrjú meginþemu, tengsl, daleiddslu og ábyrgð.

29. Félagslegt vinnuumhverfi og taka geðlyfja

Kristinn Tómasson

Vinnuettirliti ríkisins

Inngangur: Vinnuumhverfi hefur verið að breytast mikið í árána rás og samhliða hefur félagslegt vinnuumhverfi fengið meiri athygli. Notkun geðlyfja er algeng og áhugavert því að skoða hvaða samspil í þverskurði er á milli félagslegs vinnuumhverfis og notkunar geðlyfja.

Aðferðir: Safnað hefur verið gagnasafni sem ber heitið Heilsa og líðan árið 2007, 2009 og 2012 og má finna útlitun á því á vef Embættis landlæknis. Hér eru skoðuð tengsl 8 mismunandi spurninga um sálfélagslegt vinnuumhverfi og notkunar lyfja við þunglyndi, kvíða og öðrum geðsjúkdómum að teknu tilliti til aldurs, kyns og hæstu prófgráðu. Alls svöruðu þessu spurningum 3532 einstaklingar á vinnumarkaði.

Niðurstöður: Það að hafa of mikið að gera, verða gera eitthvað öðruvísi en maður vill, hafa ekki bjargráð við verkefnum, glíma við ósamræmanlegar kröfur frá aðilum, gætir yfirmaður réttlætis í framkomu og valda samskipti við yfirmann streitu er allt tengt töku lyfja við kvíða. Einvörðungu síðasti þátturinn er tengdur þunglyndi. Stuðningur og hjálp frá vinnufélögum og hvort yfirmaður er fús að hlusta á vandamálin er ekki tengt töku geðlyfja.

Ályktun: Neikvæðar álagsbreytur í mati fólks á sálfélagslegu vinnuumhverfi tengjast töku kvíðalyfja. Meðan jákvæðir þættir eru hlutlausir en ekki verndandi. Við starfsendurhæfingu einstaklingsins og áhættumat vinnustaðarins virðist því þurfa að leggja áherslu á að breyta og laga þessa neikvæðu þætti.

HÖFUNDASKRÁ

Alexander Elvarsson.....	13	Hreinn Stefánsson.....	27
Andrés Magnússon.....	25	Högni Óskarsson.....	2
Annetta A. Ingimundardóttir.....	28	Ingibjörg Snorradóttir.....	25
Anton Pétur Þorsteinsson.....	19	James MacCabe.....	14
Arna Guðmundsdóttir.....	11	Jose M. Saavedra.....	7
August Wang.....	4	Jón Friðrik Sigurðsson.....	8
Berglind Guðmundsdóttir.....	15	Kári Stefánsson.....	27
Bergljót Gyða Guðmundsdóttir.....	24	Kristinn Tómasson.....	1, 29
Bertrand Lauth.....	22	Lilja Sigrún Jónsdóttir.....	2
Bjarni Sigurðsson.....	3	Magnús Haraldsson.....	14, 25
Bjarni Össurason Rafnar.....	25	Magnús Jóhannsson.....	3, 23, 25
Bragi Walters.....	27	Magnús Blöndahl Sighvatsson.....	8
Brynhildur Jónsdóttir.....	9	Margrét Lára Viðarsdóttir.....	7
Brynja B. Magnúsdóttir.....	15, 27	Maria K. Jónsdóttir.....	9
Dagbjörg B. Sigurðardóttir.....	21	Nanna Briem.....	12, 13, 16
David Roberts.....	15	Oddur Ingimarsson.....	14
Daníel Guðbjartsson.....	27	Ólafur Ó. Guðmundsson.....	27
Elizabeth W. Twamley.....	15	Ólína Viðarsdóttir.....	15
Ellen Sif Sævarsdóttir.....	22	Óttar Guðmundsson.....	10, 11
Elsa Bára Traustadóttir.....	10, 11	Paul Salkovskis.....	8
Engilbert Sigurðsson.....	8, 14, 15, 20, 25, 27	Páll Matthíasson.....	18
Eyrún Thorstensen.....	17	Peter Michael Nielsen.....	4
Fanney Þórsdóttir.....	8	Petra Lind Sigurðardóttir.....	6
Finnbogi Ómarsson.....	23	Sigurður R. Levy.....	21
Guðlaug U. Þorsteinsdóttir.....	6, 16	Sigurður Páll Pálsson.....	2, 3, 16
Guðrún Dóra Bjarnadóttir.....	25	Sigurlaug María Jónsdóttir.....	6
Guðrún Ágústa Sigurðardóttir.....	4	Steinn Steingrímsson.....	25
Hafrún Kristjánsdóttir.....	6, 7	Steinunn Birna Sveinbjörnsdóttir.....	11
Halldóra Jónsdóttir.....	12-14	Una Sólveig Jóakimsdóttir.....	9
Halldóra Ólafsdóttir.....	5	Unnur Heba Steingrímisdóttir.....	21
Heiðís B. Valdimarsdóttir.....	8	Valgerður Rúnarsdóttir.....	26
Helena Bragadóttir.....	25	Valþór Ásgrímsson.....	25
Helga María Alfreðsdóttir.....	16	Vilborg Guðnadóttir.....	21

Xeplion 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg og 150 mg stungulyf, forðadreifa. Janssen-Cilag. ATC flokkur: N05AX13. Samantekt á eiginleikum lyfs – stytur texti SPC.

Heiti virkra efna: Paliperidon palmitat. Ábendingar: Xeplion er ætlað sem viðhaldsmeðferð við geðklofa hjá fullorðnum sjúklingum sem náð hafa jafnvægi við meðferð með paliperidoni eða risperidoni. Hjá ákveðnum fullorðnum sjúklingum með geðklofa, sem hafa áður svarað meðferð með paliperidoni til inntöku eða risperidoni, má nota Xeplion, þó svo að jafnvægi hafi ekki náðst áður með meðferð til inntöku, ef geðrofseinkenni eru væg til í meðallagi mikil og þörf er á meðferð með langverkandi stungulyfi. **Skammtar:** Ráðlagt er að hefja meðferð með Xeplion með 150 mg skammti á 1. meðferðardegi og 100 mg viku síðar (á 8. degi), í bæði skiptin gefið í axlarvöðva til að ná fljótt meðferðarþéttni. Þriðja skammt skal gefa einum mánuði eftir seinni upphafsskammt. Ráðlagður mánaðarlegur viðhaldsskammtur er 75 mg. Sumum sjúklingum gæti gagnast betur minni eða stærri skammtar á ráðlögðu skammtabili, sem er 25 til 150 mg, allt eftir þolanleika og/eða verkun hjá hverjum sjúklingi. Sjúklingar sem eru í yfirþyngd eða of feitir þurfa hugsanlega skammta í efri mörkunum. Á eftir öðrum upphafsskammti er hægt að gefa mánaðarlega viðhaldsskammta í annaðhvort axlarvöðva eða þjóvöðva. Viðhaldsskammtinn má aðlaga mánaðarlega. Þegar slíkar skammtaáðlaganir eru gerðar, ætti að hafa í huga forðalyfseiginleika Xeplion, því að full áhrif viðhaldsskammtanna verða hugsanlega ekki ljós fyrr en eftir nokkra mánuði. **Þegar skipt er frá paliperidoni til inntöku eða risperidoni til inntöku:** Hætta má meðferð með paliperidoni til inntöku eða risperidoni til inntöku, þegar meðferð með Xeplion hefst. Sumir sjúklingar gætu haft hag af því að hætta meðferðinni smám saman. Meðferð með Xeplion á að hefja eins og lýst er hér fyrir framan. **Þegar skipt er frá langverkandi risperidon stungulyfi:** Þegar skipt er frá langverkandi risperidon stungulyfi skal sjúklingur hefja meðferð með Xeplion í stað næstu áætluðu sprautu. Síðan ætti að halda áfram gjöf Xeplion með mánaðar millibili. Ekki er þörf á að gefa skammt með inndælingu í vöðva aftur eftir eina viku í upphafi (á 1. og 8. degi) eins og lýst er hér að framan. Hjá sjúklingum sem áður hafa náð jafnvægi á mismunandi skömmtum af langverkandi risperidon stungulyfi, er hægt að ná svipaðri útsetningu fyrir paliperidoni við jafnvægi með viðhaldsmeðferð með mánaðarlegum skammti af Xeplion samkvæmt eftirfarandi: **Fyrri skammtur risperidon stungulyfs:** 25 mg á tveggja vikna fresti - **Xeplion skammtur til inndælingar:** 50 mg mánaðarlega; **Fyrri skammtur risperidon stungulyfs:** 37,5 mg á tveggja vikna fresti - **Xeplion skammtur til inndælingar:** 75 mg mánaðarlega; **Fyrri skammtur risperidon stungulyfs:** 50 mg á tveggja vikna fresti - **Xeplion skammtur til inndælingar:** 100 mg mánaðarlega. Ef meðferð með geðrofslyfjum er hætt, ætti að gera það í samræmi við viðeigandi upplýsingar um ávísun lyfsins. Ef lyfjagjöf með Xeplion er hætt, verður að taka tillit til forðaverkunar þess. Endurmeta skal reglulega þörf sjúklingsins fyrir að halda áfram á þeirri lyfjameðferð sem hann er á við utanstrýtueinkennum. **Aldraðir:** Verkun og öryggi hjá öldruðum > 65 ára hefur ekki verið staðfest. Almennt er mælt með að Xeplion skammtar fyrir aldraða sjúklinga með eðlilega nýrnastarfsemi séu þeir sömu og fyrir yngri fullorðna sjúklinga með eðlilega nýrnastarfsemi. Þó gæti verið nauðsynlegt að aðlaga skammta hjá öldruðum sjúklingum vegna hugsanlegrar skertrar nýrnastarfsemi. **Börn:** Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Xeplion hjá börnum og unglíngum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. **Lyfjagjöf:** Xeplion er eingöngu ætlað til notkunar í vöðva. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu, risperidoni eða einhverju hjálparefnum. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.**

Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu (1. september 2016): Forðadreifa 50 mg; 43.628 kr., forðadreifa 75 mg; 61.585 kr., forðadreifa 100 mg; 68.478 kr., forðadreifa 150 mg; 109.957 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** 100 (Sjúkratryggingar greiða lyfið að fullu). **Markaðsleyfishafi:** Janssen-Cilag International NV. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 7000-535. Texti SmPC var síðast samþykktur 25. maí 2016. Ath. textinn er stytur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is.

XEPLION®

Við geðklofa einu sinni í mánuði¹



Marktæk áhrif strax á 8. degi²⁻³ frá upphafi meðferðar

Heimildir

- 1 Xeplion - Samantekt á eiginleika lyfs.
- 2 Pandina GJ *et al.* *J Clin Psychopharmacol* 2010;30:235-244.
- 3 Kramer M *et al.* *Int J Neuropsychopharmacol* 2010;13:635-647.

Umboðsaðili á Íslandi:



janssen Neuroscience

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

XEPLION®
PALIPERIDONPALMITAT