

Tengsl þrálátra líkamlegra einkenna við þunglyndi og kvíða hjá þeim sem leituðu til heilsugæslu

Sigrún Ólafsdóttir Flóvenz¹ sálfræðingur

Elín Broddadóttir¹ sálfræðingur

Sturla Brynjólfsson¹ sálfræðingur

Agnes Sigríður Agnarsdóttir² sálfræðingur

Paul M. Salkovskis³ sálfræðingur

Jón Friðrik Sigurðsson^{1,4} sálfræðingur

¹Sálfræðideild Háskólans í Reykjavík, ²Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins,

³sálfræðideild háskólans í Oxford, ⁴læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Sigrún Ólafsdóttir Flóvenz, sigrunola@ru.is

Inngangur

Einkenni sem ekki eiga sér þekktar líffræðilegar orsakir eru algeng meðal þeirra sem leita heilbrigðisþjónustu. Fræðileg umfjöllun um slík einkenni markast af ósamræmi í notkun skilgreininga og hugtaka. Mörg hugtök hafa verið notuð um slík einkenni, svo sem óútskýrð einkenni (*medically unexplained symptoms*) og starfræn einkenni (*functional symptoms*) og þær skilgreiningar sem notaðar hafa verið eru ólíkar hvað varðar fjölda, tímalengd og alvarleika einkenna. Heilkenni sem byggjast á óútskýrðum líkamlegum einkennum hafa verið skilgreind innan flestra greina læknisfræðinnar, til dæmis iðraólga (*irritable bowel syndrome*), vefjagigt (*fibromyalgia syndrome*), síþreyta (*chronic fatigue syndrome*), óútskýrðir brjóstverkir (*non-cardiac chest pain*) og þrálátir verkir (*chronic pain syndrome*).

Gagnið af því að greina á milli ólíkra óútskýrða einkenna og heilkenna hefur verið dregin í efa.¹ Algengt er að fólk þjáist af fleiri en einni gerð óútskýrðra líkamlegra einkenna og óútskýrðra heilkenna og mikil skörun er á milli þeirra hvað varðar skilgreiningu, birtingu einkenna og tengsla við önnur heilsufarsvandamál.¹ Ennfremur benda rannsóknir til þess að til lengri tíma verði breytingar á hvaða einkenni fólk upplifir og á ólíkum tímum trufla sumar einkennagerðir meira en aðrar.²

Alþjóðlegt flokkunarkerfi sjúkdóma og skyldra heilbrigðis-

ÁGRIP

INNGANGUR

Þrálát líkamleg einkenni sem ekki eiga sér þekktar líkamlegar orsakir geta skert færni til að sinna athöfnum daglegs lífs. Markmið rannsóknarinnar var að meta algengi slíkra einkenna meðal fólks sem sækir heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu, tengsl þeirra við færniskerðingu og einkenni þunglyndis, almenns kvíða og heilsukvíða, og meta hlutfall sjúklinga sem líklega hafi gagn af sálfræðimeðferð við þrálátum líkamlegum einkennum.

EFNIVÍÐUR OG AÐFERÐIR

Spurningalistar sem meta þrálát líkamleg einkenni, færniskerðingu og einkenni þunglyndis, almenns kvíða og heilsukvíða voru lagðir fyrir 106 þátttakendur á tveimur heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu.

NIÐURSTÖÐUR

Tuttugu og níu (27,4%) þátttakendur reyndust vera með þrálát líkamleg einkenni og voru sterk tengsl á milli þeirra og einkenna geðraskana. Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni voru 8 sinnum líklegri til að vera með einkenni þunglyndis og almenns kvíða en þátttakendur án þeirra, fjórum sinnum líklegri til að vera með einkenni heilsukvíða og 13 sinnum líklegri til að vera með færniskerðingu yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Rúmlega helmingur þátttakenda með þrálát líkamleg einkenni voru með tvær eða fleiri gerðir einkenna en þreyta og vöðvavandamál var algengasta gerðin. 65% þátttakenda greindu frá þrálátum líkamlegum einkennum og sálrænum einkennum yfir klínískum viðmiðunarmörkum.

ÁLYKTUN

Algengi þrálátra líkamlegra einkenna meðal notenda heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna. Sama má segja um tengsl þeirra við einkenni þunglyndis og kvíða. Líklegt er að tveir þriðju heilsugæslusjúklinga með slík einkenni myndu njóta góðs af sálfræðilegri meðferð. Hugræn atferlismeðferð við þrálátum líkamlegum einkennum gæti gert þessum hópi gagn en í slíkri meðferð er unnið sérstaklega með samspil sálrænna og líkamlegra einkenna.

vandamála³ (ICD) og *Handbók um greiningu og upplýsingar geðsjúkdóma*⁴ (DSM) innihalda greiningarflokka sem ætlað er að ná utan um umrædd einkenni en bæði nöfnum og skilgreiningum var breytt talsvert með tilkomu nýrra útgáfa. ICD-11 og DSM-5 innihalda greiningarnar *Bodily distress disorder*³ og *Somatic symptom disorder*⁴ sem báðar fela í sér að til staðar séu þrálát, hamlandi líkamleg einkenni sem valda vanlíðan. Skilmerki *Bodily distress disorder* krefjast þess að fólk sé mjög upptekið af einkennum sínum og skilmerki *Somatic symptom disorder* þess að óhóflegar eða óhjálplegar hugsanir, tilfinningar eða hegðun séu til staðar. Í ICD-11 og DSM-5 er ekki gerð krafa um að líkamlegu einkennum séu óútskýrð eins og gert var í eldri greiningarkerfum og er því hægt að greina raskanirnar samhliða þekktum sjúkdómum.

Þrálát líkamleg einkenni (*persistent physical symptoms*) er nýlegt regnhlífarhugtak sem nær yfir ólíkar gerðir óútskýrðra heilkenna og einkenna sem valda færniskerðingu og vanlíðan. Fólk sem þjáist af þrálátum líkamlegum einkennum kann betur við þetta hugtak en önnur,⁵ auk þess sem það samræmist vel nýjum skilgreiningum á starfrænum greiningum í ICD-11 og DSM-5. Hér verða óútskýrð einkenni rædd undir þessu regnhlífarhugtaki og eru þrálát líkamleg einkenni skilgreind sem líkamleg einkenni sem ekki finnst líffræðileg útskýring á en skerða verulega getu til að sinna athöfnum daglegs lífs. Þetta þýðir að orsakir einkennanna finnast ekki þrátt fyrir ítarlega skoðun og einkennin stafa ekki af þekktum sjúkdómum, geðröskunum eða notkun lyfja eða vímuefna. Einkennin geta tengst mörgum líkamskerfum eða líkams hlutum, og er skipt í eftirfarandi 7 gerðir: svefnvandi, langvarandi verkir, þreyta og vöðvavandamál, svo sem eymsli, skjálfti eða máttleysi; meltingartengd vandamál, vandamál frá hjarta og brjóstholi, svimi og svipuð vandamál, svo sem óstöðugleiki, yfirlíðstilfinning eða vera ringlaður og vandamál tengd tíðahring.

Þrálát líkamleg einkenni eru algeng á öllum sviðum og stigum heilbrigðiskerfisins. Erlendar rannsóknir benda til þess að um það bil þriðjungur heilsugæslusjúklinga,^{6,7} einn þriðji til tveir þriðju sjúklinga sem leita til sérfræðilækna^{8,9} og um fimmtungur sjúklinga sem ítrekað sækja sérfræðipjónustu séu með eitt eða fleiri þrálát líkamleg einkenni.^{10,11}

Þrálát líkamleg einkenni tengjast slakri líkamlegri og geðrænni heilsu. Þau hafa háa fylgni við þunglyndi og kvíðaraskanir¹² en rannsóknir benda til þess að á bilinu 40–60% fólks með slík einkenni uppfylli greiningarskilmerki fyrir þunglyndi eða kvíða.^{6,13–15} Sterkt samband hefur fundist á milli þráláttra líkamlegra einkenna og skertrar færni til að sinna athöfnum daglegs lífs, þar með talið skertrar vinnugetu.^{14,16} Þessi færniskerðing virðist sambærileg færniskerðingu sem fylgir mörgum alvarlegum langvinnum sjúkdómum^{17,18} og ekki er hægt að rekja hana einungis til samsláttra við geðraskanir eða sjúkdóma.^{17,19} Ennfremur tengjast þrálát líkamleg einkenni auknu atvinnuleysi^{20,21} og auknum líkum á varanlegri örorku.^{19,22}

Þrálátum líkamlegum einkennum fylgir mikil notkun heilbrigðisþjónustu^{17,20,21} og hár sjúkrakostnaður.¹⁸ Aukin notkun heilbrigðisþjónustu er til staðar á öllum stigum hennar¹⁵ og eykst hún með fjölda og alvarleika einkenna.^{15,22} Fólk með

Þrálátum líkamlegum einkennum fylgir mikil notkun heilbrigðisþjónustu og hár sjúkrakostnaður, færniskerðing og vanlíðan.

þrálát líkamleg einkenni notar heilbrigðisþjónustu að meðaltali meira en fólk með einkenni sem eiga sér þekkta orsök, en í sumum rannsóknum hefur þessi munur mælst tvöfaldur.¹⁵ Sjúklingar með þrálát líkamleg einkenni fara í gegnum óþarflega miklar læknisrannsóknir og ýmisskonar meðferðarúræðum er beitt sem skila takmörkuðum árangri.^{11,21} Þessi mikla notkun heilbrigðisþjónustu virðist þó ekki draga úr einkennum eða vanlíðan.²³

Sýnt hefur verið fram á gagn af hugrænni atferlismeðferð við ákveðnum gerðum þráláttra líkamlegra einkenna, svo sem iðraólgu,²⁴ síþreytu²⁵ og vefjagigt,²⁶ en slíkar meðferðir eru í flestum tilfellum mjög sérhæfðar. Æskilegt væri að veita gagnreynda meðferð snemma í sjúkdómsferlinu og kjörð væri að bera kennsl á og meðhöndla slík einkenni innan heilsugæslunnar. Erfitt gæti þó reynst að gera sérhæfðar meðferðir aðgengilegar sjúklingum, sérstaklega í litlum samfélögum. Beiting sérhæfðra meðferða myndi krefjast margra sérþjálfaðra meðferðaraðila auk þess sem sjúklingar með margvísleg einkenni þyrftu að fara í fleiri en eina meðferð til þess að fá bót meina sinna. Ein leið til að takast á við þetta væri notkun ósérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar en slík meðferð tekur á sameiginlegum og sértækum þáttum mismunandi þráláttra líkamlegra einkenna ásamt sálrænum einkennum sem þeim fylgja. Ósérhæfð meðferð hefur þegar verið notuð með góðum árangri fyrir lyndis- og kvíðaraskanir innan heilsugæslunnar.²⁷ Verið er að þróa slíka meðferð fyrir þrálát líkamleg einkenni og stendur til að árangursprófa hana á Íslandi í náninni framtíð. Í slíkri meðferð er unnið með samspil líkamlegra og sálrænna einkenna og er slík meðferð því líklegust til að nýtast þeim sem kljást við bæði þrálát líkamleg einkenni og sálrænan vanda.

Markmið rannsóknarinnar voru í fyrsta lagi að meta algengi þráláttra líkamlegra einkenna meðal fólks sem sækir heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu, hversu mörg slík einkenni fólk upplifir og hvaða gerðir einkenna fólk upplifir. Í öðru lagi að meta hvernig þrálát líkamleg einkenni tengjast einkennum þunglyndis, almenns kvíða og heilsukvíða ásamt færniskerðingu. Í þriðja lagi að meta hversu hátt hlutfall heilsugæslusjúklinga með þrálát líkamleg einkenni myndu líklega hafa gagn af sálfræðilegri meðferð við einkennum sínum.

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur

Þátttakendur voru 106 manns sem komu á Heilsugæslu Sel-tjarnarness og Vesturbæjar (65) og Heilsugæsluna Mjódd (41). Af þeim voru 68 konur (64%) og 38 karlar (36%) á aldrinum 18 til 85 ára og meðalaldurinn var 46 ár (SF=18). Meirihluti þátttakenda (84%) kom á heilsugæsluna til að hitta lækni, 12% komu til að hitta hjúkrunarfræðing, 2% í mæðravernd og 2% í sálfræðipjónustu.

Mælitæki

The Persistent Physical Symptom Checklist (PPSC) er nýr spurningalisti þróaður af Paul Salkovsis og samstarfsfélögum og var íslenska útgáfan þróuð samhliða þeirri ensku. Íslensku útgáfu listans er að finna í viðauka. Í spurningalistanum er spurt út

í 7 gerðir þráláttra líkamlegra einkenna, það er svefnvanda, verki, þreytu og vöðvavandamál, meltingartengd vandamál, vandamál frá hjarta og brjóstholi, svima og svipuð vandamál og vandamál tengd tíðahring. Spurt er hvort þátttakendur hafi upplifað þessar 7 gerðir einkenna í 6 mánuði eða lengur (fyrir utan svefnvanda en þá er miðað við einn mánuð), hvort orsök þeirra sé þekkt, hver hún er og hversu mikið einkennin trufla daglegt líf á 9 punkta stiku frá „alls ekkert“ að „að mjög miklu leyti“. Talið er að þátttakendur séu með ákveðna einkennagerð ef einkennin hafa verið til staðar í langan tíma, orsök þeirra er ekki þekkt og þau skerði færni til að sinna daglegu lífi töluvert.

The Patient Health Questionnaire²⁸ (PHQ-9) samanstendur af 9 spurningum sem meta alvarleika þunglyndiseinkenna. Spurt er hversu oft þátttakendur hafi upplifað þunglyndiseinkenni á seinustu tveimur vikum og eru svörin á fjögurra punkta Likert-kvarða frá „alls ekki“ að „nánast alla daga“. Heildarstigafjöldi spannar 0-27 stig þar sem 5-9 stig gefa til kynna mild þunglyndiseinkenni, 10-14 nokkur þunglyndiseinkenni, 15-19 nokkuð alvarleg þunglyndiseinkenni og 20-27 alvarleg þunglyndiseinkenni. Í samræmi við niðurstöður Kroenke og samstarfsfélaga²⁸ voru nokkur, nokkuð alvarleg og alvarleg þunglyndiseinkenni, það er 10 stig eða hærra, notuð sem viðmiðunargildi fyrir klínísk mörk þunglyndis.

The Generalized Anxiety Disorder²⁹ (GAD-7) eru 7 spurningar sem meta alvarleika einkenna almenns kvíða. Spurt er hversu oft þátttakendur hafi upplifað kvíðaeinkenni á seinustu tveimur vikum og eru svörin á fjögurra punkta Likert-kvarða frá „aldrei“ að „nánast alla daga“. Heildarstigafjöldi spannar 0-21 þar sem 5-9 stig merkja mild kvíðaeinkenni, 10-14 eru nokkur kvíðaeinkenni og 15-21 eru alvarleg kvíðaeinkenni. Í samræmi við Spitzer og samstarfsfélaga²⁹ voru nokkur og alvarleg kvíðaeinkenni, það er 10 stig eða hærra á spurningalistanum, notuð sem viðmiðunargildi fyrir klínísk mörk almenns kvíða.

The Short Health Anxiety Inventory³⁰ (SHAI) er styttri útgáfa spurningalista sem metur kvíðaeinkenni tengd heilsu á síðustu 6 mánuðum. Listinn er 14 spurningar sem hver samanstendur af fjórum staðhæfingum sem þátttakendur merkja við að eigi best við þá. Stigafjöldi SHAI spannar 0-42 þar sem 18 stig eða hærra bendir til þess að manneskjan glími við heilsukvíða.³⁰

The Work and Social Adjustment Scale³¹ (WSAS) eru 5 spurningar sem mæla færniskerðingu eða hversu mikið daglegt líf fólks truflast vegna heilsufarsvandamála. Hér voru þátttakendur beðnir um að meta truflun vegna þráláttra líkamlegra einkenna. Þátttakendur svara á 9 punkta Likert-kvarða frá 0 „Alls ekkert“ að 8 „Að mjög miklu leyti“. Heildarstigafjöldi spannar 0-40 þar sem 10-19 merkja nokkra færniskerðingu og 20 og hærra merkja alvarlega færniskerðingu. Hér var nokkur eða alvarleg færniskerðing, það er 10 stig eða meira á spurningalistanum, notað sem viðmiðunargildi fyrir klíníska færniskerðingu.

Framkvæmd

Rannsóknin fór fram á Heilsugæslunni Mjódd og Heilsugæslu Seltjarnarness og Vesturbæjar. Einn rannsakenda var staðsettur í tvo daga á biðstofu hvorrar heilsugæslustöðvar í janúar og febrúar 2018 og lagði spurningalista 5 fyrir þátttakendur eftir að móttökuritari kynnti rannsóknina fyrir þeim. Rannsakandi beindi

þátttakendum í rými þar sem þeir höfðu næði til að svara spurningalistanum fyrir bókaðan tíma. Þátttakendur settu útfyllta spurningalista í umslög og skiluðu í lokað box. Allir sem voru 18 ára og eldri og komu á heilsugæsluna þessa daga voru beðnir um þátttöku, en engum upplýsingum var safnað um þá sem afþökkuðu þátttöku. Rannsóknin var samþykkt af vísindanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Háskóla Íslands, Vísindasíðanefnd og Persónuvernd (VSNb201700019/03.01).

Tölfræðileg úrvinnsla

IBM SPSS Statistics 21 forritið var notað við tölfræðilega úrvinnslu. Algengi þráláttra líkamlegra einkenna í úrtakinu ásamt fjölda einkenna og algengi tiltekinnna einkennagerða voru metin. Kannað var hvort fylgni væri milli fjölda þráláttra líkamlegra einkennagerða við heildarstigafjölda á spurningalistum um einkenni þunglyndis, kvíða, heilsukvíða og færniskerðingar. Óháð t-próf var notað til að meta hvort marktækur munur væri á meðaltölum heildarstigafjölda á spurningalistum um færniskerðingu og einkenni þunglyndis, almenns kvíða og heilsukvíða meðal þeirra sem hafa þrálát líkamleg einkenni og þeirra sem ekki hafa slík einkenni. Hægt var að gera ráð fyrir jafnri dreifingu í hópunum hvað varðar einkenni þunglyndis (PHQ-9) og heilsukvíða (SHAI) en ekki var hægt að ganga út frá því hvað varðar kvíðaeinkenni (GAD-7) og færniskerðingu (WSAS). Kíkvaðrat-próf voru notuð til að kanna tengsl milli þráláttra líkamlegra einkenna og mælinga á þunglyndiseinkennum, einkennum almenns kvíða og færniskerðingar. Vegna smárra hópa var Fishers exact test notað til að kanna tengsl þráláttra líkamlegra einkenna við heilsukvíðaeinkenni og alvarlega færniskerðingu. Að lokum, til að meta hversu margir heilsugæslusjúklingar myndu líklega hafa gagn af sálfræðilegri meðferð við þrálátum líkamlegum einkennum, var hlutfall þátttakenda sem sýndu merki um bæði þrálát líkamleg einkenni og sálræn einkenni yfir klínískum viðmiðunarmörkum metið.

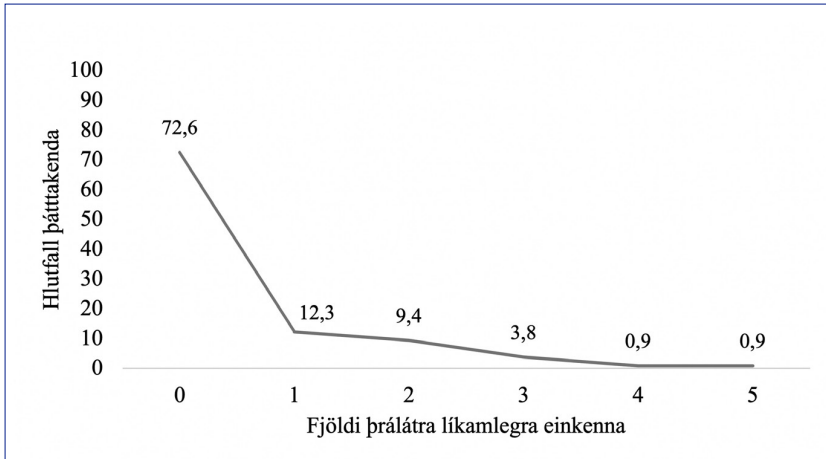
Niðurstöður

Algengi, fjöldi og gerð þráláttra líkamlegra einkenna

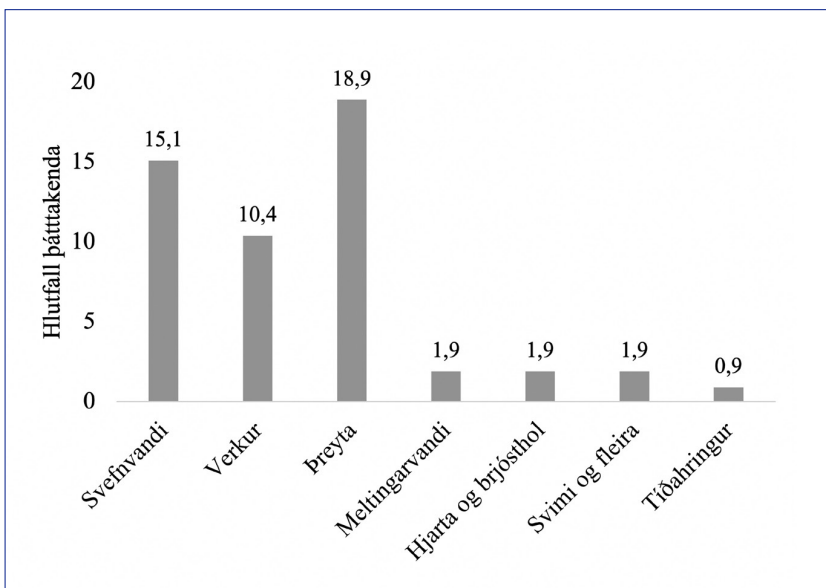
Rúmlega fjórðungur þátttakenda (29; 27,4%) skýrði frá einu eða fleiri þrálátum líkamlegu einkennum samkvæmt PPSC spurningalistanum, en meirihlutinn (77; 72,6%) skýrði ekki frá slíkum einkennum. Enginn munur var á kynjahlutfalli þeirra sem greindu frá þrálátum líkamlegum einkennum og þeim sem ekki greindu frá slíkum einkennum, $\chi^2(1)=0,032$, $p=0,857$. Ekki var marktækur munur á aldri þátttakenda með þrálát líkamleg einkenni ($M=41,38$, $SF=15,61$) og þeirra sem ekki höfðu slík einkenni ($M=47,69$, $SF=18,72$), $t(93)=-1,485$, $p=0,141$. Ekki var munur á algengi þráláttra líkamlegra einkenna á heilsugæslustöðvunum tveimur, $\chi^2(1)=0,123$, $p=0,726$.

Mynd 1 sýnir hlutfall þátttakenda sem skýrðu frá engri, einni, eða fleiri af sjö gerðum þráláttra líkamlegra einkenna. Fimmtán prósent þátttakenda skýrðu frá tveimur eða fleiri gerðum þráláttra líkamlegra einkenna, hærra hlutfall en skýrði aðeins frá einni einkenngærð (12%).

Fjöldi þráláttra líkamlegra einkenna sem þátttakendur skýrðu frá hafði marktæka fylgni við þunglyndiseinkenni $r_{PHQ-9}=0,45$,



Mynd 1. Hlutfall þátttakenda sem skýra frá engri, einni eða fleiri gerðum þráláttra líkamlegra einkenna.



Mynd 2. Algengi ólíkra gerða þráláttra líkamlegra einkenna.

$p < 0,001$, kvíðaeinkenni $r_{\text{GAD-7}} = 0,50$, $p < 0,001$, einkenni heilsukvíða $r_{\text{SHAI}} = 0,37$, $p < 0,001$ og færniskerðingu $r_{\text{WSAS}} = 0,58$, $p < 0,001$.

Á mynd 2 má sjá algengi ólíkra gerða þráláttra líkamlegra einkenna. Algengasta gerð einkenna var þreyta og vöðvavandamál sem hrjáðu tæplega fimmtung þátttakenda. Næstalgengasta gerð einkenna var svefnvandi og þrálátir verkir þar á eftir. Aðrar gerðir hrjáðu undir 2% þátttakenda. Meirihluti þátttakenda (87%) sem skýrðu frá tveimur eða fleiri gerðum einkenna þjáðist af þreytu og vöðvavandamálum með öðrum einkennagerðum.

Tengsl við einkenni geðraskana

Tafla I sýnir meðaltöl og staðalfrávik heildarstigafjölda á spurningalistum um þunglyndi (PHQ-9), almennan kvíða (GAD-7), heilsukvíða (SHAI) og færniskerðingu (WSAS) eftir því hvort þátttakendur skýrðu frá þrálátum líkamlegum einkennum eða ekki. Þátttakendur með eitt eða fleiri þrálát líkamleg einkenni greindu að meðaltali frá marktækt fleiri einkennum þunglyndis, almenns kvíða, heilsukvíða og færniskerðingar heldur en þátttakendur sem ekki skýrðu frá slíkum einkennum.

Tafla II sýnir fjölda og hlutfall þátttakenda, með og án þráláttra líkamlegra einkenna, sem fá stigafjölda yfir klínískum við-

miðunargildum þunglyndiseinkenna (PHQ-9), einkenna almenns kvíða (GAD-7), einkenna heilsukvíða (SHAI) og færniskerðingar (WSAS). Þar sést að hlutfall þeirra sem mælast með geðeinkennum yfir klínískum mörkum er mun hærra á meðal þeirra sem greina frá þrálátum líkamlegum einkennum en þeim sem ekki greina frá slíkum einkennum. Marktæk tengsl voru á milli þráláttra líkamlegra einkenna og stigafjölda yfir klínískum viðmiðunargildum á öllum spurningalistunum. Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni voru 8 sinnum líklegri til að vera með einkenni þunglyndis og almenns kvíða yfir klínískum mörkum en þátttakendur án þeirra og fjórum sinnum líklegri til að vera með einkenni heilsukvíða yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Einnig voru þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni líklegri til að greina frá færniskerðingu yfir klínískum viðmiðunargildum en þátttakendur án þeirra. Þegar strangari viðmið fyrir færniskerðingu (≥ 20 stig) voru notuð kom í ljós að 40% þátttakenda með þrálát líkamleg einkenni voru með alvarlega færniskerðingu, en einungis 5% þátttakenda án þeirra. Fólk með þrálát líkamleg einkenni var því 13 (95% ÖB=3,26-54,55) sinnum líklegra til að vera með alvarlega færniskerðingu en þátttakendur án slíkra einkenna.

Tafla I. Meðaltöl og staðalfrávik heildarstigafjölda á PHQ-9, GAD-7, SHAI og WSAS eftir því hvort þátttakendur greindu frá þrálátum líkamlegum einkennum eða ekki.

Mælitæki	Þátttakendur án þrálátra líkamlegra einkenna			Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni			t	Cohens d
	N	M	SF	N	M	SF		
PHQ-9	77	4,95	4,55	29	11,75	5,73	-6,36*	1,31
GAD-7	75	4,04	3,85	29	9,21	5,74	-5,31*	1,04
SHAI	68	8,31	5,59	27	12,63	5,15	-3,48*	0,80
WSAS	63	4,97	6,90	25	16,52	11,44	-5,81*	1,22

*p<0.001. N=fjöldi, M=Meðaltal, SF=Staðalfrávik

Tafla II. Fjöldi og hlutfall þátttakenda, með og án þrálátra líkamlegra einkenna, yfir klínískum viðmiðunargildum á PHQ-9, GAD-7, SHAI og WSAS spurningalistunum. Fjöldi (%).

Mælitæki	Allir þátttakendur	Þátttakendur án þrálátra líkamlegra einkenna	Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni	χ^2	LH [95% ÖB]
PHQ-9 _{≥10}	26 (24,5)	10 (13,0)	16 (55,2)	20,251***	8,24 [3,07–22,16]
GAD-7 _{≥10}	18 (17,3)	6 (8,0)	12 (41,4)	16,281***	8,11 [2,66–24,74]
SHAI _{≥18}	10 (10,5)	4 (5,9)	6 (22,2)	-**	4,57 [1,18–17,77]
WSAS _{≥10}	29 (33,0)	14 (22,5)	15 (60,0)	11,561***	5,25 [1,94–14,22]
PHQ-9 _{≥10} , GAD-7 _{≥10} eða SHAI _{≥18}	35 (33,0)	16 (20,8)	19 (65,0)	19,064***	7,24 [2,85–18,60]

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. ^aFishers exact test, LH=líkindahlutfall (odds ratio), ÖB=öryggisbil.

Heilsugæslusjúklingar sem hafa gagn af sálfræðimeðferð

Neðst í töflu II má sjá fjölda og hlutfall þátttakenda með og án þrálátra líkamlegra einkenna sem greina frá þunglyndis-, kvíða- eða heilsukvíðaeinkennum yfir klínískum viðmiðum samkvæmt PHQ-9, GAD-7 og SHAI. Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni voru mun líklegri til að upplifa einkenni þunglyndis, almenns kvíða eða heilsukvíða yfir klínískum viðmiðum heldur en þátttakendur án slíkra einkenna. Metið var hverjir myndu líklega hafa gagn af sálfræðilegri meðferð við einkennum sínum og 65% þátttakenda með þrálát líkamleg einkenni greindu frá sálrænum einkennum yfir klínískum mörkum samkvæmt spurningalistunum.

Umræða

Megintilgangur rannsóknarinnar var að meta algengi þrálátra líkamlegra einkenna og kanna tengsl þeirra við færniskerðingu og einkenni þunglyndis, almenns kvíða og heilsukvíða á meðal fólks sem sækir heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu. Rúmlega fjórðungur þátttakenda greindi frá þrálátum líkamlegum einkennum og tengdust þau aukinni færniskerðingu og einkennum yfir klínískum mörkum þunglyndis og kvíða. Niðurstöðurnar benda til að tveir af hverjum þremur sem upplifa þrálát líkamleg einkenni hafi þunglyndis- og/eða kvíðaeinkenni yfir klínískum mörkum og myndu því sennilega hafa gagn af sálfræðilegri meðferð.

Þessar niðurstöður samræmast fyrri rannsóknum á algengi þrálátra líkamlegra einkenna og samslætti við geðraskanir. Erlendar rannsóknir benda til þess að um það bil þriðjungur fólks sem sækir heilsugæsluþjónustu sé með slík einkenni.^{5,6} Nýleg rannsókn kannaði algengi þrálátra líkamlegra einkenna með sama mælitæki, það er PPSC-spurningalistunum, meðal 1100 heilsugæslunot-

enda á Englandi en niðurstöður hennar verða birtar á næstunni. Sú rannsókn áætlaði algengi þrálátra líkamlegra einkenna 31,1%, sem samræmist vel niðurstöðum þessarar rannsóknar.

Erlendar rannsóknir sýna að algengt sé að fólk þjáist af fleiri einni gerð þrálátra líkamlegra einkenna og að fleiri einkennum fylgi aukin færniskerðing.¹ Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu sama mynstur en um helmingur þátttakenda sem greindu frá þrálátum líkamlegum einkennum var með tvær eða fleiri gerðir einkenna. Ennfremur benda niðurstöðurnar til þess að því fleiri einkennagerðir sem fólk upplifir, því alvarlegri verði færniskerðingin og þunglyndis- og kvíðaeinkennin. Algengasta gerð einkenna var þreytu- og vöðvandanámál sem einnig samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna.⁶

Endurtekið hefur verið sýnt fram á sterk tengsl milli þrálátra líkamlegra einkenna og algengra geðraskana^{5-8, 12-15, 18, 19, 21, 22} og samræmist þessi rannsókn þeim niðurstöðum. Þátttakendur með þrálát líkamleg einkenni voru 8 sinnum líklegri til að vera með einkenni þunglyndis og almenns kvíða yfir viðmiðunarmörkum en þátttakendur án slíkra einkenna og fjórum sinnum líklegri til að vera með einkenni heilsukvíða yfir klínískum viðmiðum. Enn sterkari tengsl reyndust vera á milli þrálátra líkamlegra einkenna og færniskerðingar en þátttakendur með slík einkenni voru 5 sinnum líklegri til að vera með nokkra færniskerðingu en þátttakendur án slíkra einkenna og 13 sinnum líklegri til að vera með alvarlega færniskerðingu.

Vegna mikils samslættar milli þrálátra líkamlegra einkenna og alvarlegra einkenna þunglyndis eða kvíða er líklegt að í það minnsta tveir af hverjum þremur sjúklingum sem leita til heilsugæslu og hafa þrálát líkamleg einkenni myndu hafa gagn af sálfræðilegri meðferð við einkennum sínum, en það er um fimmtingur allra þeirra sem leita til heilsugæslunnar. Þetta gef-

ur sterklega til kynna að í heilsugæslu sé þörf fyrir meðferð við þrálátum líkamlegum einkennum en rannsóknir sýna að hugræn atferlismeðferð sé árangursríkt úrræði við slíkum einkennum.²³⁻²⁵

Einnig bendir algengi þess að hafa tvær eða fleiri gerðir einkenna til þess að gagnlegt sé að meðferðin sé ósérhæfð og taki bæði á sameiginlegum og sértækum þáttum einkennagerðanna.

Við túlkun niðurstaðna verður þó að hafa í huga að úrtakið var lítið og þátttakendur voru ekki valdir með slembiröðun. Þó að um hentugleikaúrtak sé að ræða voru heilsugæslustöðvarnar tvær valdar með hliðsjón af því að hverfin sem þær þjóna eru ólík hvað varðar félags- og efnahagslega stöðu íbúanna. Annar annmarki rannsóknarinnar er að hún byggist á sjálfsmati um þrálát líkamleg einkenni og orsakir þeirra. Í framhaldinu væri áhuga-vert að staðfesta niðurstöður okkar með harðgerðari aðferðum, svo sem greiningarviðtölum með stöðluðum mælitækjum og mati sérfræðinga á orsökum einkenna.

Lítið er vitað um algengi þráláttra líkamlegra einkenna á Íslandi en þessar niðurstöður gefa vísbendingu um að ákveðinn hópur fólks sem sækir heilbrigðisþjónustu á höfuðborgarsvæðinu sé með slík einkenni. Niðurstöðurnar benda til að þessi hópur gæti verið allt að þriðjungur þeirra sem leita til heilsugæslu en það sam-

ræmist niðurstöðum erlendra rannsókna.^{6,7} Þessi hópur glímir við alvarlega færniskerðingu, er líklegri til að upplifa þunglyndi og kvíðaeinkenni yfir klínískum viðmiðum og vegna þessa alvarlegu sálrænu einkenna gæti sálfræðimeðferð verið inngrip sem gagnast þessum hópi. Gagnlegt væri því að bera kennsl á þennan hópur með skilvirkum hætti innan heilsugæslunnar og vísa áfram í sálræna meðferð. Þróun ósérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar við þrálátum líkamlegum einkennum er hafin og er prófun á henni fyrirhuguð meðal fólks í starfsendurhæfingu, þar sem hátt hlutfall fólks upplifir þrálát líkamleg einkenni og alvarlegan sálrænan vanda. Mikilvægt er að prófa meðferðina einnig meðal notenda heilsugæslunnar og kanna hvort hægt sé að grípa inn í áður en einkennin verða alvarleg. Einnig er mikilvægt að kanna hve stór hluti fólks með þrálát líkamleg einkenni myndi þiggja slíka meðferð.

Þakkar

Við viljum þakka þátttakendum rannsóknarinnar, starfsfólki á heilsugæslustöðvunum og sérstaklega móttökuriturum sem kynntu rannsóknina fyrir þátttakendum og yfirlæknum sem gerðu rannsóknina mögulega.

Greinin barst til blaðsins 13. október 2020.
samþykkt til birtingar 11. janúar 2021.

Heilmildir

- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet* 1999; 354: 936-9.
- Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, et al. The prognosis of bodily distress syndrome: a cohort study in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37: 560-6.
- World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018. icd.who.int/browse11/l-m/en - nóvember 2020.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Fifth edition. American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
- Marks EM, Hunter MS. Medically Unexplained Symptoms: an acceptable term? *Br J Pain* 2015; 9: 109-14.
- Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2009; 119: 52-8.
- Jackson JL, Passamonti M. The Outcomes Among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 1032-7.
- Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, et al. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68: 207.
- Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialties. *J Psychosom Res* 2001; 51: 361-7.
- Reid S, Wessely S, Crayford T, et al. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *Br Med J* 2001; 322: 767.
- McGorm K, Burton C, Weller D, et al. Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: prevalence, characteristics and referral pattern. *Fam Pract* 2010; 27: 479-86.
- Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JGM, et al. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2015; 78:116-22.
- Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, et al. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics* 2011; 52: 263-71.
- Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 191-9.
- Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and cost independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 903-10.
- Carlier IVE, Wiltens DHA, Rood YR van, et al. Treatment course and its predictors in patients with somatoform disorders: A routine outcome monitoring study in secondary psychiatric care. *Clin Psychol Psychother* 2018; 25: 550-64.
- Harris A, Orav E, Bates D, et al. Somatization Increases Disability Independent of Comorbidity. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 155-61.
- Rask TM, Ørnboel TE, Rosendal TM, et al. Long-Term Outcome of Bodily Distress Syndrome in Primary Care: A Follow-Up Study on Health Care Costs, Work Disability, and Self-Rated Health. *Psychosom Med* 2017; 79: 345-57.
- den Boeft M, Twisk JWR, Hoekstra T, et al. Medically unexplained physical symptoms and work functioning over 2 years: their association and the influence of depressive and anxiety disorders and job characteristics. (Report). *BMC Fam Pract* 2016; 17: 46
- Park J, Gilmour H. Medically unexplained physical symptoms (MUPS) among adults in Canada: Comorbidity, health care use and employment. *Health Rep* 2017; 28: 3.
- Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, et al. Patient characteristics and frequency of bodily distress syndrome in primary care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2015; 65: e617.
- Rask MT, Rosendal M, Fenger-Grøn M, et al. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37: 53-9.
- Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, et al. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998; 76: 417-26.
- Li L, Xiong L, Zhang S, et al. Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2014; 77: 1-12.
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Rooke SE, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 736-45.
- Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, et al. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain* 2010; 151: 280-95.
- Kristjánsdóttir H, Sigurðsson BH, Salkovskis P, et al. Effects of a Brief Transdiagnostic Cognitive Behavioural Group Therapy on Disorder Specific Symptoms. *Behav Cogn Psychother* 2019; 47: 1-15.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1092-7.
- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, et al. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32: 843.
- Mundt J, Marks I, Shear M, et al. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 461-4.

VIÐAUKI: Spurningar um líkamleg einkenni. Listi birtur við greinina á heimasíðu blaðsins. [laeknabladid.is](#)

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17792/ibl.2021.02.620

Prevalence of persistent physical symptoms and association with depression, anxiety and health anxiety in Iceland

Sigrún Ólafsdóttir Flóvenz¹Elín Broddadóttir¹Sturla Brynjólfsson¹Agnes Sigríður Agnarsdóttir²Paul M. Salkovskis³Jón Friðrik Sigurðsson^{1,4}

¹Department of Psychology, Reykjavik University, ²Primary Health Care of the Capital area, Iceland, ³Department of Experimental Psychology, University of Oxford, ⁴Faculty of Medicine, University of Iceland

Correspondence: Sigrún Ólafsdóttir Flóvenz, signunola@ru.is

Key words: medically unexplained symptoms, functional symptoms, primary care, functional impairment.

INTRODUCTION: Persistent physical symptoms that are medically unexplained can result in significant functional impairment. The aim of this study was to estimate the prevalence of persistent physical symptoms among people seeking primary healthcare in Reykjavík, Iceland, how they relate to functional impairment, symptoms of depression, general anxiety and health anxiety, and estimate the proportion of people with such symptoms who would likely benefit from psychological treatment.

MATERIALS AND METHODS: Questionnaires measuring persistent physical symptoms, functional impairment, and symptoms of depression, general anxiety and health anxiety were administered to 106 patients attending two primary healthcare clinics.

RESULTS: The prevalence of persistent physical symptoms was 27.4% among the primary care patients and they had a strong relationship to symptoms of mental disorders. Participants with persistent physical symptoms were 8 times more likely to have clinical levels of depression and general anxiety than participants without such symptoms, 4 times more likely to have clinical levels of health anxiety and 13 times more likely to have clinical levels of functional impairment. At least two-thirds of participants with persistent physical symptoms would likely benefit from psychological treatment.

CONCLUSION: The prevalence of persistent physical symptoms among health care patients in the capital area of Iceland is in line with previous studies. Similarly, the strong relationship between persistent physical symptoms and symptoms of depression and anxiety corresponds to previous studies. It is likely that at least two out of three patients with persistent physical symptoms would benefit from psychological treatment. Transdiagnostic cognitive behavioural therapy for persistent physical symptoms might be particularly useful as it focuses on the interplay between physical and mental symptoms.



Xarelto 2,5 mg filmuhúðaðar töflur

Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lýfshins komist fljótt og örugglega til skila. Tilkynna skal Lyfjastofnun um allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **Virkt efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Xarelto, gefið ásamt asetylísalísýru einni sér eða asetylísalísýru auk clopidogrelis eða ticlopidins, er ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar gegn blóðsega af völdum æðakökunar (atherothrombotic events) hjá fullorðnum sjúklingum eftir brátt kransæðahelkenni (acute coronary syndrome) með hækkuðum lífrættum (biomarkers) fyrir hjartakvilla. Xarelto, gefið ásamt asetylísalísýru, er ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar gegn blóðsega af völdum æðakökunar (atherothrombotic events) hjá fullorðnum sjúklingum með kransæðsjúkdóm (coronary artery disease) eða útslagæðakvilla með einkennum (symptomatic peripheral artery disease) í mikilli hættu á blóðþurrð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnum. Virk blæðing sem hefur klínískri þýðingu. Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hættu er á blæðingu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðingu, þekktu æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, mismiði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparínur), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynnngarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. Meðferð samhliða blóðflögumjandi lyfjum við bráðu kransæðahelkenni hjá sjúklingum sem áður hafa fengið heillaslag eða skammvinnna blóðþurrð í heila (TIA). Samhliða meðferð við kransæðsjúkdómi eða útslagæðakvilla með asetylísalísýru hjá sjúklingum með sögu um heillaslag með blæðingu eða örðregi (lacunar stroke) eða einhverja tegund heillaslags innan síðasta mánaðar. Lífransjúkdómur með blóðstorkuflitnum og blæðingarhættu sem hefur klínískri þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulífur af flokki Child Pugh B og C. Meðgangna og brjóstgjöf. **Markaðsleyfshafi:** Bayer AG. **Heimild:** Unnið í mars 2020 úr Samantekt á eiginleikum lýfs (nóvember 2019). **Nálágast má upplýsingar um lyfið og samantekt á eiginleikum þess, fylgiseðil, verð og greiðsluþáttöku á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðslufni ætlað læknun og sjúklingum áður en notkun lýfshins hefst. Athenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Vinsamlegast hafið samband við umboðsaðila lýfshins (Icelandica hf.) í síma 540 8000 ef óskað er eftir fræðslufni fyrir lyfið.**

BAY200302



Eliquis (apixaban) 2,5 mg og 5 mg filmuhúðaðar töflur.

Ábendingar: Eliquis 2,5 mg: Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. Eliquis 2,5 mg og 5 mg: Forvörn gegn heillaslagi og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatíf sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heillaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýsting, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II). Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE), og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnum. Virk blæðing sem hefur klínískri þýðingu. Vefjaskemmdir eða kvillar ef það er talið vera áhættuþáttur fyrir verulegri blæðingarhættu. Þar með talið nýlegur eða virkur sárásjúkdómur í meltingarvegi, illkynja æxli með mikilli blæðingarhættu, nýlegir áverkar á heila eða mænu, nýleg skurðaðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, slagæða- og bláæðatenging, æðagúlar eða meiriháttar óeðlilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðru segavarnarlyfi, t.d. ósundurgreint (unfractionated) heparín, léttu (low molecular weight) heparín (enoxaparin, dalteparin, o.s.frv.), heparín afleiður (fondaparínur, o.s.frv.), segavarnarlyf til inntöku (warfarín, rivaroxaban, dabigatran, o.s.frv.), nema í þeim sérstöku tilvikum þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum, ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð eða þegar ósundurgreint heparín er gefið meðan á brennsluáðgerð með hjartaþræðingu vegna gáttatífs stendur.

Nálágast má upplýsingar um lyfið og samantekt á eiginleikum þess, fylgiseðil, verð og greiðsluþáttöku á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

Markaðsleyfshafi: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG.

Samantekt á eiginleikum lýfs (SmPC) dags. 11. janúar 2021.

Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðslufni (RMP) lyfir lyfið og tiltekið fræðslufni ætlað sjúklingum (öryggisspald fyrir sjúklinga) áður en notkun lýfshins hefst. Ef óskað er eftir fræðslufni eða frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icelandica hf., Lynghalsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.