

GEÐVERND

RIT GEÐVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

42. ÁRGANGUR - 2013





TOYOTA

ALWAYS A
BETTER WAY

NÝR AURIS HYBRID SKAPAÐUR FYRIR ÞIG



Nýr Auris Hybrid er eins og skapaður utan um þig. Stílhreinn, fallegur og hugvitsamlega hannaður með þægindi, öryggi og sparneytni í fyrirrúmi. Aksturinn er hreinasta nautn og Touch-kerfið með bakkmyndavél, snertiskjá, akstursthöfu og tengingu við farsíma opnar fyrir þér umheiminn með aðgangi að tónlistinni þinni og möguleikanum á kortaleiðsögn um íslenska vegi með Touch & Go. Hybrid-kerfið tvinnar saman rafmótor og bensínvél sem notar aðeins 3,8 lítra á hundraðið í blönduðum akstri. Sjö loftpúðar auka síðan enn frekar á öryggi þitt og farþega þinna.

Fáðu nánari upplýsingar á www.toyota.is
Erum á Facebook - Toyota á Íslandi

HYBRID



Toyota Kaupúni
Kaupúni 6
Garðabæ
Sími: 570-5070

Toyota Akureyri
Baldursnesi 1
Akureyri
Sími: 460-4300

Toyota Reykjanesbæ
Njarðarbraut 19
Reykjanesbæ
Sími: 420-6600

Toyota Selfossi
Fossnesi 14
Selfossi
Sími: 480-8000

*Allar upplýsingar eru birtar með fyrirvara um villur.



GEDVERND

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

42. ÁRGANGUR - 2013

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

42. ÁRG. – 2013

RITSTJÓRI: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, ÁBYRGÐARMAÐUR: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON

RITNEFND: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, BRYNJAR EMILSSON, SVEINBJÖRG J. SVAVARSDÓTTIR OG SYLVÍA
INGIBERGSDÓTTIR

LJÓSMYNDIR: KJARTAN VALGARÐSSON

ÚTGEFANDI: GEDVERNDARFÉLAG ÍSLANDS, UPPLAG: 2.500 EINTÖK,

AÐSETUR: HÁTÚNI 10, 105 REYKJAVÍK, SÍMI: 552 5508. NETFANG: GEDVERND@INTERNET.IS

UMBROT: STILLA

PRENTUN: PRENTMET

STJÓRN GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS:

EYDÍS SVEINBJARNARDÓTTIR, FORMAÐUR - KRISTÍN GYÐA JÓNSDÓTTIR, VARAFORMAÐUR
VÍÐIR ARNAR KRISTJÁNSSON, GJALDKERI - PÁLL BIERING, BRÉFRITARI – GUNNLAUG THORLACIUS,
FUNDARITARI - MARGRÉT JÓNSDÓTTIR, MEÐSTJÓRNANDI - SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, MEÐSTJÓRNANDI

FRAMKVÆMDASTJÓRI: KJARTAN VALGARÐSSON

MYND Á FORSIÐU: EGGERT PÉTURSSON

Ýmsar tilkynningar

Minningarkort Geðverndarfélags Íslands
fást á skrifstofu félagsins, sími skrifstofunnar er 552 5508.
Félögum og öðrum, sem áhuga kunna að hafa, er bent á að eldri árgangar
af Geðvernd fást á skrifstofu félagsins í Hátúni 10, 105 Reykjavík,
og á www.gedvernd.is

Efnisyfirlit

Frá ritstjóra	Bls. 5
Bjarni Össurason Fráhvarfsmeðferð	Bls. 6-10
Valgerður Rúnarsdóttir og Þórarinn Týrfingsson Fíkn í sterk verkjalyf og viðhaldsmeðferð við ópíóíða fíkn	Bls. 11-14
Guðrún Dóra Bjarnadóttir og Magnús Haraldsson Rítalín: Vaxandi vandamál meðal sprautufíkla á Íslandi	Bls.15-17
Soffía Eiríksdóttir, Bríet Birgisdóttir, Sveinbjörn Kristjánsson Héðinn Svarfdal Björnsson, Helga Sif Friðjónsdóttir Áhugahvetjandi samtal - breyting til hins betra	Bls. 18-21
Katrín Guðný Alfreðsdóttir Búsetuúrræði fyrir heimilislausar konur, skaðaminnkandi nálgun	Bls. 22-26
Helgi Héðinsson og Hjördís Tryggvadóttir Hugræn atferlismeðferð við áfengis- og vímuefnavanda og geðrænum vanda á fíknigeðdeild Landspítala.	Bls. 27-31
Gunnlaug Thorlacius Þjónusta við þungaðar konur í neyslu á Landspítala	Bls. 32-35
AA - samtökin Alcoholics Anonymous	Bls. 36
Frá stjórn Geðverndarfélags Íslands	Bls. 37-39



Minningargjöf

um _____

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



Minningargjöf

um _____

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,





Frá ritstjóra

Þema blaðsins er að þessu sinni tengt fíkniröskunum. Af mörgu var að taka en ritstjóri vill benda á að þegar hefur verið birt í fyrra tölublaði grein eftir Bjarna Össurarson um vímuefnavanda hjá ungu fólki. forvarnir, greining og meðferð (1 . t b l . • 35; 2 0 0 6)

Fyrsta fræðigreinin er gott yfirlit yfir fráhvarfsmeðferð. Önnur fræðigreinin lýsir ágætlega meðferð opióða fíknar. Fræðigreinar þrjú og fjögur eru um Ritalín fíkn og Áhugahvetjandi samtal sem leið til bata. Grein fimm segir frá búsetuúrræðum fyrir konur í fíknivanda þar sem beitt er hugsun skaðaminnkandi nálgunar. Í grein sex er sagt frá reynslu Teiga þar sem beitt er hugmyndafræði hugrænnar atferlismeðferðar við dagmeðferð fíknar. Í grein sjö er um þjónustu og skyldur samfélagsins við konur í neyslu. Í grein átta er sagt frá upphafi og hugmyndafræði AA samtakanna en þau hafa mikla reynslu hvað varðar meðferð og forvarnir við fíknisjúkdóminn.

Að lokum er efni frá stjórn Geðverndarfélagssins og verkefni og atburðir ársins raktir. Vonandi tekst okkur áfram að vinna ötullega að geðverndarmálum. Geðverndarfélag Íslands hefur alla tíð haft þá stefnu að fræða breiðan lesendahóp um geðverndarmál. Allir höfundar lögðu sig fram og metnaður höfunda var til fyrirmynda. Ég vil þakka þeim fyrir störf sín sem unnin eru með öðrum föstum störfum án nokkurrar umbunar. Einnig vil ég þakka ritrynum en vegna reglna um slík störf er ekki hægt að geta þeirra hér. Stjórn og starfsmönnum Geðverndarfélagssins vil ég þakka en þeir hafa lagt á sig mikla vinnu.

Góð fræðsla og aukin þekking er grundvöllur framfara og umbóta fyrir geðsjúka og aðstandendur þeirra. Með von um að efni blaðsins nýtist leikum sem lærdum

Sigurður Páll Pálsson
Ritstjóri Geðverndar

Fráhvarfsmeðferð

Inngangur

Meðferð fíknivanda er gjarnan skipt í bráðameðferð og eftirmeðferð. Tilgangur bráðameðferðarinnar er að hjálpa einstaklingnum að stöðva neyslu og koma um leið í veg fyrir alvarlega fylgikvilla í því ferli. Mikilvægur hluti bráðameðferðar er lyfjagjöf til að minnka áhrif sk. fráhvarfseinkenna en einnig til að tryggja svefn og meðhöndla geðræn einkenni eins og geðrof. Bráðameðferðin fer ýmist fram á legudeild eða í göngudeild eftir alvarleika hverju sinni. Þegar bráðameðferð lýkur á einstaklingurinn að hafa náð nægilegu jafnvægi til að hefja hina eiginlegu meðferð fíknivandans.

Ekki er hægt að ítreka nógsamlega að fíkn er langvinnur kvilli. Fráhvarfsmeðferð á því ekki að vera krísumeðferð heldur vel skipulögð meðferð í ákveðnum ramma. Heilbrigðis-starfsmenn lenda oft í aðstæðum þar sem einstaklingur kemur brátt í viðtal, jafnvel þegar með fráhvarfseinkenni, og þrýstir á um að fá tafarlaust fráhvarfsmeðferð. Slík meðferð getur hreinlega verið hættuleg, t.d. þegar skrifuð eru út róandi lyf fyrir fólk í mikilli neyslu. Ekki er mælt með að heilbrigðisstarfsmenn gangi inn í slíkt nema líf einstaklingsins sé í bráðri hættu. Oftast eru fráhvarfseinkenni ekki lífshættuleg, fólk hefur fengið þau áður og ekkert er að því að ráðleggja áframhaldandi neyslu meðan mál eru faglega metin og sett í viðeigandi farveg. Þannig þarf að skoða aðstæður hvers og eins, hvað er raunhæft að reyna og hvað ekki. Sumir þurfa að leggjast inn og geta þá þurft að bíða einhverja daga. Almenn er æskilegt að vera í samvinnu við ættingja ef hægt er. Við upphaf meðferðarinnar þarf svo að liggja fyrir skýr samningur við einstaklinginn og áætlun þar sem hlutverk og skyldur hvers og eins eru skilgreindar (t.d. stuðningsviðtöl og þvagprófun fyrir fíkniefnum).

Í þessari grein verður fjallað um lyfjameðferð í bráðafasa fíknimeðferðar sem í daglegu tali nefnist fráhvarfsmeðferð. Þar sem meðhöndlun ópiatfíknar er tekin fyrir annars staðar í blaðinu er hér áhersla lögð á áfengi, róandi lyf, örvandi efni og kannabis. Reynt verður að setja fram klíniska nálgun sem getur vonandi nýst heilbrigðisstarfsfólki í daglegri vinnu. Fyrir hvert vímuefnanna verður lýst fráhvarfseinkennum, lyfjameðferð og við hvaða aðstæður er raunhæft að framkvæma bráðameðferð.



Þol og fráhvarfseinkenni

Öllum efnum sem valda fíknihelkenni hjá mönnum er sameiginlegt að ræsa sk. *mesolimbic- dopamin* kerfið í heilanum (stundum nefnt fíknikerfið) en limbiska kerfið sér meðal annars um ýmsa þætti tilfinninga og minnis. Kerfið á upptök í *nucleus accubens* og losar boðefnið dopamín inn í *ventral tegmental area* og víðar. Við losun dopamíns upplifir notandinn vellíðan. Kerfið er þróunarlega gamalt og talið mikilvægt til að læra og hvetja hegðun. Ræsingin er ýmist bein, eins og við notkun amfetamíns, eða óbein í gegnum önnur kerfi eins og á við um opiata. Því meira og hraðara sem aðgengi fíkniefnisins er að heilanum, því meiri er losun dopamíns og því meiri vellíðan. Reyndar hefur komið í ljós að ræsing kerfisins (há fíklum) verður ekki aðeins við að fá fíkniefnið í heilann heldur einnig áður og þá gjarnan í tengslum við einhverja sk. kveikju. Kveikjur eru aðstæður sem tengjast sterkt fíknihæðuninni, t.d. innri vanlíðan. Þessi kveikjutengda ræsing fíknikerfisins kemur svo fram sem sterk fíknitilfinning hjá einstaklingnum og á mikinn þátt í að hefja og viðhalda fíknihæðun (1). Að auki við þessa sameiginlegu ræsinguna á fíknikerfinu hafa fíkniefni svo mismikil áhrif á önnur boðefnakerfi í heilanum (t.d. GABA og glutamat).

Annað einkenni efna sem valda fíknihelkenni er myndun þols á áhrif efnanna og þróun fráhvarfseinkenna. Þol verður hvoru tveggja til fyrir aukið niðurbrot efnanna (t.d. í lífur) og þannig minnkað aðgengi í heila en einnig fyrir beina aðlögun í heilanum eins og fækkun viðtaka fyrir efninu (2). Einstaklingurinn þarf sífellt að auka neyslu til að fá sömu áhrif. Þegar svo neyslu er skyndilega hætt er fyrra jafnvægi ekki lengur til staðar og fram koma fráhvarfseinkenni sem litast af þeim boðefnakerfum sem eiga í hlut hverju sinni. Fráhvarfseinkenni eru yfirleitt óþægileg og því myndast sterk löngun til neyslu og stjórnlaus vítahringur fer af stað. Fráhvarfsmeðferð felur í sér að brjóta upp þennan vítahring og stuðla að myndun fyrra jafnvægis án alvarlegra fylgikvilla.

Mikilvægt er að hafa í huga að þol og fráhvarfseinkenni eru ekki alltaf tengd fíknihæðun. Þannig geta efni eins og kaffein valdið fráhvarfseinkennum án þess að vera skilgreint sem fíkniefni, kaffein veldur hins vegar ávana. Eins getur myndast ávani með þoli og fráhvarfseinkennum við notkun ákveðinna lyfja í lækningarlegum skömmtum t.d. eftir notkun benzodiazepín lyfja við kvíða og opiatalyfja við verkjum. Í greiningarkerfum í dag er ekki gerður munur á ávana (dependence) og fíkn

(addiction) heldur falla bæði hugtökin undir „substance dependence“ (tafla 1). Í næstu útgáfu á Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) er ætlunin að skilja betur á milli þessara tveggja hugtaka enda hefur slík skipting heilmikla þýðingu fyrir klíniska nálgun (3). Einstaklingar sem eru háðir lyfjum en sýna ekki fíknihæðun hafa oft meiri áhuga og getu til að taka á vandanum og þá jafnvel með minna innngripi og ramma en ella (t.d. í göngudeild).

tremens). Fráhrvarfseinkenni koma fram innan 24 klst eftir að áfengisneyslu er hætt og hafa yfirleitt náð hámarki eftir þrjú sólahringa. Hætta á krampa og rugli er sömuleiðs mest fyrstu þrjú sólahringana eftir að neyslu er hætt (6).

Lyf sem notuð eru við áfengisfráhvörfum auka virkni GABA og eru benzodiazepín (BDZ) lyfjaflokkurinn kjörlyf í þessari meðferð. Sýnt hefur verið fram á að BDZ minnka fráhrvarfseinkenni og einnig líkur á krömpum og þróun ruglástands (7, 8, 9). Almenn er reglan að nota langvirkandi BDZ og hefur chlórdiazepoxide (Librium®,

	Ávani	Fíkn
1. Sterk löngun (craving)	<u>Stundum</u> og þá til að forðast einkenni	<u>Alltaf</u> og þá til að komast í vímu
2. Þolmyndun	Já	Já
3. Fráhrvarfseinkenni	Já	Já
4. Stjórnleysi	Nei	Já
5. Vanræksla annarra þátta lífsins	Nei	Já
6. Áframhaldandi neysla þrátt fyrir skaða	Nei	Já

Tafla 1: Munur á ávana (dependence) og fíkn (addiction).

Áfengi

Áfengi er okkar aðal vímuefni og lang stærsti skaðvaldurinn. Á Vesturlöndum er áætlað að þjóðfélagslegur skaði vegna áfengisneyslu sé u.þ.b. fjórum sinnum meiri en vegna annarra fíkniefna (4). Almenn talað er gott samband milli heildar áfengisdrykkju og drykkjuvanda á landsvísi og við Íslendingar höfum verið að auka áfengisneyslu mikið á síðustu tuttugu árum þó aðeins hafi dregið úr eftir hrun 2008.

Áfengi hefur víðtæk áhrif í heilanum í gegnum mörg boðefnakefi og verður ekki öllu gert skil hér. Mikilvægast varðandi efni þessarar greinar er að virkni GABA eykst og virkni glutamats minnkar (5). Heildaráhrif eru slæving/kvíðastilling og við langvarandi áfengisneyslu svarar heilinn með því að tempru GABA næmi en auka áhrifamátt glutamats. Þegar neyslu áfengis er svo skyndilega hætt er heilinn í ofvirku ástandi („hyperexcited state“) og fram koma fráhrvarfseinkenni (tafla 2). Einkenni eru mis mikil hjá einstaklingum og mikilvægt að athuga að ofskynjanir og ranghugmyndir geta komið fram án þess að einstaklingurinn sé í ruglástandi. Auk fráhrvarfseinkenna er einnig stórlega aukin hætta á alsherjar krömpum (*grand mal*) og ruglástandi (*delirium*

Risolid®) verið lang mest notað á Íslandi. Áhrifin af chlórdiazepoxide eru jöfn og örugg og tiltölulega minni hætta á misnotkun miðað við önnur lyf af þessum flokki. Stundum fer chlórdiazepoxide illa í fólk og getur þannig t.d. valdið dettni hjá eldra fólki. Oxazepam (Sobril®) hefur reynst vel í þessum tilvikum og sömuleiðis er mælt með notkun þessa lyfs ef lifrarstarfsemi er alvarlega skert. Mælt hefur verið með einkennamiðaðri innleiðingu á BDZ þ.e. einkennum sjúklings er fylgt vel eftir í byrjun meðferðar og lyfin titruð inn eftir þróun einkenna. Þessi leið er örugg og lyfjaskammtar verða yfirleitt minni en krefst um leið öflugrar hjúkrunar (10). Á fíknigeðdeild Landspítalans er notuð blönduð innleiðing þ.e. áætlaðir eru líklegir skammtar fjórum sinnum á dag (yfirleitt 25-50mg x4/24tímum af chlórdiazepoxide) en síðan er fylgst náið með lífsmörkum fyrsta sólahringinn og skammtar aðlagðir. Niðurröppun tekur oftast um 10 daga, skammti er haldið óbreyttum í 2-3 sólahringa og síðan trappað niður.

Varðandi önnur lyf eru niðurstöður misvísandi. Lítið samræmi er milli rannsókna og erfitt að bera saman. Þó hefur karbamazepín reynst virkt í að slá á fráhrvarfseinkenni en óljóst er með vörn gegn krömpum og rugli. Líklega er hægt að nota þetta lyf meira en gert er í dag, sérstaklega við mildum einkennum (10). Önnur

lyf eins og klónidín eru ekki notuð á fíknigeðdeildinni.

Auk sérhæfðrar lyfjameðferðar á að gefa öllum sem koma úr mikilli áfengisnotkun væna skammta af thiamín (B1-vítamín) til að minnka líkur á þróun s.k. *Wernicke*-sjúkdóms. Ekki verður farið á dýptina varðandi thiamínbúskap og hættur af thiamínskortri í áfengisnotkun en bent á nýlega grein í Læknablaðinu sem gefur góða yfirsýn á þennan þátt meðferðarinnar (11). Á fíknigeðdeild Landspítala fá allir sem eru að koma úr teljandi áfengisneyslu 200mg thiamín í vöðva tvisvar á dag fyrstu þrjá sólahringana en ef minnsti grunur er um þróun *Wernicke*-sjúkdóms eru gefnir 500mg skammtar í æð þrisvar á sólahring.

Að lokum er mikilvægt að hafa í huga að samfara áfengisfíkn er almennt líkamlegt ástandi oft bágborið. Því er mikilvægt að vera vakandi fyrir og útiloka aðrar orsakir t.d. krampa eða rugleinkenna sem þurfa sérhæfða meðferð. Þannig eru áfengiskrampar og *delirium tremens* í raun útilokunargreiningar. Þegar nota þarf geðrofslyf er almenna reglan að beita s.k. lágskammta lyfjum (t.d. haloperíðol, risperíðal) sem lækka krampaþröskuld tiltölulega minnst.

Við mat á hvort eigi að reyna fráhrvarfsmeðferð í göngudeild eða í innlögn á spítala eru nokkrir mikilvægir þættir sem huga þarf að. Langt drykkjutímabil, stórtæk drykkja, fyrri saga um krampa/rugl, lélegt stuðningsnet eða fjölfíkn eru þannig vísar sem beina meðferð inn á spítala. Styttra gengin áfengisfíkn er hæglega hægt að meðhöndla í göngudeild og er slík meðferð mikið notuð í nágrannalöndum okkar.

Ofvirkni í sjálfráða taugakerfinu
Hækkaður púls
Hækkaður blóðþrýstingur
Sviti
Handskjálfti
Ógleði/uppköst
Kvíði
Óeirð („agitation“)
Svefnleysi
Ofskynjanir

Tafla 2: Fráhrvarfseinkenni áfengis

Róandi lyf

Nú orðið skipa þennan flokk nær eingöngu lyf af BDZ gerð þar sem þau reyndust miklu mun öruggari í notkun en eldri lyf. BDZ lyf verka á GABA kerfið, eru kvíðastillandi og valda um leið stigvaxandi slævingu. Þessi lyf eru mikilvæg í meðferð kvíða en vegna tilhneingingar til þolmyndunar og hættu á þróun fíknar er mælt með að þau séu f. o. f. notuð í bráðameðferð kvíða og í stuttan tíma í senn. Reynslan hefur þó sýnt að langtímanotkun er algeng. Mikilvægt er að áreita að lang flestir nota lyfin eðlilega og lenda ekki í neinum vandræðum, jafnvel eftir langvarandi notkun. Einnig er stór hópur

sem verður háður lyfjunum, fær fráhrvarfseinkenni ef þeir hætta skyndilega, en nota lyfin engu að síður í jöfnum skömmtum án vandræða (háðir – „dependent“). Að lokum er ákveðinn hópur fólks sem fer að misnota lyfin til að komast í vímu, í sífellt stækkandi skömmtum og með tilheyrandi fíknihæðun.

Þolmyndun fyrir verkan BDZ lyfja er algeng og þannig finna flestallir sem hætta lyfjatöku fyrir sk. „rebound“ kvíða. Að auki er svo langur listi af líkamlegum og andlegum fráhrvarfseinkennum og aðeins þau helstu talin upp í töflu 3 (12). Viss samsvörun er við einkenni áfengisfráhrvarfs og þannig getur verið hætta á alvarlegum fylgikvillum eins og krömpum, rugli og jafnvel geðrofi. Það sem þó skilur frá áfengisfráhrvarfi er tímamismunur, þ.e. oft líður lengri tími þar til BDZ fráhrvarfseinkenni koma fram (1-2 vikur) og eins geta

Andleg einkenni
Kvíði/viðbrigðni
Svefnleysi/martraðir
Punglyndiseinkenni
Skert einbeiting
Líkamleg einkenni
Hækkaður púls
Sviti
Preyta
Vöðvakrampar
Breytt skynjun
Viðkvæmni fyrir hljóði og ljósi
Depersonalization/derealization

Tafla 3: Fráhrvarfseinkenni BDZ lyfja

BDZ fráhrvörf varað miklu lengur og er þá talið í vikum og mánuðum.

Menn hafa ekki komið sér saman um skýrar reglur varðandi hvernig standa skuli að BDZ fráhrvarfsmeðferð. Klínískar leiðbeiningar eru til en þær eru mjög almennar (13). Þannig er tilhneingingin að klínísk reynsla stýri miklu um aðferðir hjá hverjum og einum og er eins með eftirfarandi punkta. Almenna reglan er að skipta yfir á langvirkandi BDZ, chlórdiazepoxide eða diazepam, og nota til þess „konversión“ töflur sem eru aðgengilegar á netinu. Í samráði við sjúklinginn er áætlaður byrjunarskammtur og lengd meðferðar. Þegar átt er við „dependence“ án fíknihæðunar og skammturinn ekki risavaxinn er einfaldlega byrjað á sama skammti og minnka smátt og smátt. Yfirleitt gengur vel fyrri hluta niðurtröppunar en þegar skammtar minnka þarf oft að hægja á. Niðurtröppun getur tekið langan tíma ef sjúklingurinn hefur verið lengi á lyfinu – oft á bilinu 8 vikur til 6 mánuði. Slíka niðurtröppun er hægt að reyna í göngudeild t.d. í skömmtun í apóteki og fylgja sjúklingnum vel eftir í reglulegum viðtölum. Þegar um er að ræða BDZ fíkn („addiction“) með misnotkun á

stórum skömmtum er okkar reynsla að yfirleitt er hægt að byrja niðurtröppun í skömmtum sem eru talsvert lægri en skammtar sem misnotaðir hafa verið. Síðan er mismunandi hvað mikill tími er tekinn í ferlið en oft er reynt að taka styttri niðurtröppun og gjarnan á deild. Það er þó ekkert heilagt í þessu og oft þarf að endurskoða plön og markmið á leiðinni. Í allri niðurtröppun á BDZ í göngudeild er mikilvægt að halda vel utan um sjúklinginn, BDZ fráhvörf eru óþægileg og erfitt að þola svo vikum og jafnvel mánuðum skipti. Oft er tilefni til notkunar þunglyndislyfja og eru þá helst notuð svonefnd SSRI-lyf. Á fíknigeðdeild eru krampalyfin pregabalin (Lyrica®) og gabapentin ekki notuð lengur vegna hættu á misnotkun.

Örvandi efni

Amfetamín hefur verið aðal örvandi fíkniefnið á Íslandi til langs tíma öfugt við mörg önnur vestræn lönd þar sem neysla kókaíns hefur verið ráðandi. Reyndar hafa orðið þær breytingar á allra síðustu árum að faraldur methylphenidate-misnotkunar hefur riðið yfir landið og sér ekki fyrir endann á honum (14). Öll þessi efni virka í grunninn eins þ.e. auka kröftuglega magn dopamín í fíknikerfinu en hafa lítil áhrif á önnur boðefni. Neytendur þróa með sér öflugan fíknivítahring og fráhvafseinkenni. Einkennin eru f.o.f. andleg og koma fram strax á fyrsta sólahringi eftir að neyslu er hætt. Í byrjun er mikil óeirð, fíkn, pirringur, tilfinningasveiflur og „paranoia“. Í þessu ástandi er mikilvægt að hjálpa sjúklingnum að ná svefni og takist það réna einkenni tiltölulega fljótt. Þá taka við langvinnari einkenni sem eru helst almennur kvíði, einbeitingarleysi, þunglyndiseinkenni, tilfinningaflatneskja, þreyta og hungur (15).

Margs konar lyfjagjöf hefur verið reynd við fráhvafseinkennum örvandi efna. Í stuttu máli er ekki til nein sérhæfð meðferð enn sem komið er (13). Klínísk reynsla á fíknigeðdeild hefur kennt okkur að chlorpromazine 25-50mgx3 getur hjálpað mikið við óeirð, fíkn og tilfinningasveiflum, sérstaklega í byrjun. Þessi lyfjagjöf hefur einnig góð áhrif á „paranoiu“ (vænissýki, aðsóknarkennd). Stundum eru notaðir litlir skammtar af chlórdiazepoxide og einnig háskammta geðrofslyf (Truxal®, Nozinan®) til svæfingar.

Fráhvafsmæðferð alvarlegrar fíknar í örvandi efni, sérstaklega þegar efnin eru notuð í æð, þarf að fara fram í innlögn á deild. Þegar vandinn er ekki langt genginn og góður stuðningur heima fyrir er hægt að reyna meðferð á göngudeild og þá með góðu eftirliti og reglulegum þvagprófunum.

Kannabis

Á heimsvísu er Cannabis algengast ólöglega fíkniefna. Það er unnið úr plöntunni *Cannabis Sativa* og inniheldur mörg efnafræðilega skyld efni - s.k. kannabínóða. Einn þeirra, *delta-9-tetrahydrocannabinol* (THC), veldur hinum eftirsóknarverðu hughrifum. THC ræsir dópamín fíknikerfið en hefur einnig áhrif í gegnum hið s.k. endógen kannabínóíð kerfi mannsins. Þannig framleiðum við sjálf okkar eigin kannabínóíð boðefni sem

verka í gegnum kannabínóíðtæki í heila, úttaugum, ónæmiskerfi og víðar.

Lengi hefur verið ljóst að kannabis getur valdið fíkn en tiltölulega stutt er síðan rannsakendur staðfestu þolmyndun og fráhvafseinkenni (16). Allir sem hafa unnið með kannabisneytendum vita þó að fráhvafseinkennin geta verið talsvert svæsin og haft veruleg áhrif á viðleitni manna til að hætta. Meðal sjúklinga okkar eru þrjú helst einkenna mikill pirringur, svefnleysi og svitaköst. Einnig

Spenna/pirringur
Kvíði
Svitaköst
Svefnleysi
Þreyta
Skert einbeiting

Tafla 4: Fráhvafseinkenni kannabis

er fíkn, breytt matarlyst, kvíði og reiði algeng einkenni (17, tafla 4). Einkenni vara gjarnan í 1-2 tvær vikur en léttir svo smám saman.

En sem komið er hefur ekki verið sýnt fram á að ákveðin lyfjagjöf bæti horfur þeirra sem hætta kannabisnotkun. Skortur er á góðum rannsóknum en til marks um aukna meðvitund á þessum vanda stendur fyrir dyrum „Cochrane review“ sem getur vonandi fært einhver svör (18). Menn eru byrjaðir að prófa sig áfram með lyfjum sem verka á „endógen kannabínóíð“ sjálf sem eru lofandi (19).

Eins og við fráhvafseinkennum örvandi efna eru á fíknigeðdeildinni notuð lyf sem geta hjálpað „symptomatískt“. Þannig reynist chlorpromazine mörgum mikil hjálp með tilfinningasveiflur og pirring. Sömuleiðis er mikilvægt að hjálpa til með svefn.

Kannabisfráhvörf eru óþægileg en ekki í sjálfu sér hættuleg andlegri eða líkamlegri heilsu. Þannig getur meðferð oft farið fram í göngudeild – sérstaklega ef ekki er um aðra neyslu að ræða og einstaklingurinn hefur góðan stuðning. Cannabis er lengi í líkama sem minnkar þýðingu þvagprófa nema mælt sé magn efnisins.

Niðurlag

Fráhvafseinkenni reynist oft erfiður hjalli. Lyfjameðferð þessa einkenna er mikilvægur hluti bráðameðferðar ekki síst þegar átt er við áfengi og róandi lyf þar sem hætta er á lífshættulegum fylgikvillum. Slík lyfjameðferð er þó sjaldan nóg ein sér og ætti alltaf að byggja á góðu faglegu mati, heildrænni nálgun og í vel skilgreindum ramma.

Heimildir:

1. Volkow ND et al. (2011) Addiction: Beyond dopamin reward circuitry, PNAS, vol 108, no 37, 15037-15042.
2. Brust JCM (2004) Neurobiological aspects of substance abuse, Elsevier ISBN 0-7506-7313-3, bls 5
3. O'Brien C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V, Addiction May;

- 106(5), 866-867
4. Murray CJL, Lopez AD. (1997) Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study, Lancet 349: 9063: p1436
 5. Nutt D. (1999) Alcohol and the brain. Pharmacological insight for psychiatrists. Br J Psychiatry 175: 114-9
 6. Schuckit MA (2000) Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment, Kluwer Academic, bls 101
 7. Michael F. (1997) Pharmacological management of alcohol withdrawal. JAMA, 278: 144-151
 8. Amato L et al. (2010) Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane database of systematic reviews.
 9. Amato L et al (2011) Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the alcohol withdrawal syndrome. The Cochrane database of systematic reviews.
 10. Kosten TR, O'Connor PG (2003) Management of drug and alcohol withdrawal. N Engl J Med, 348: 1786-95
 11. Þórarinnsson BL et al. (2011) Wernicke-sjúkdómur meðal áfengissjúkra. Læknablaðið, 97: 21-28
 12. Lader M (2011) Benzodiazepines revisited – will we ever learn? Addiction 106:2086-2109
 13. Strang J et al (2007) Drug use and dependence: UK guidelines on clinical management, Dept. of Health http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf
 14. Bjarnadóttir GD (2013) Óbirtar niðurstöður.
 15. McGregor C et al (2008) Psychometric evaluation of the amphetamine cessation symptom assessment, J Subst Abuse Treatment, 34:443-449
 16. Budney AJ, Hughes JR (2006) The cannabis withdrawal syndrome, Current opinion psychiatry, 19(3);233-8
 17. Gorelick DA et al (2012) Diagnostic criteria for cannabis withdrawal syndrome, Drug and Alc Dependence 123; 141-147
 18. Marshall KS et al (2011) Pharmacotherapies for cannabis withdrawal, The Cochrane database of systematic reviews (protocol)
 19. Crippa JA et al (2013) Cannabidiol for the treatment of cannabis withdrawal syndrome: a case report, J Clin Pharm Ther, 38(2); 162-4

Bjarni Össurson er sérfræðingur í geðlækningum og fíkniröskunum.



Minningarsjóður

Kjartans B. Kjartanssonar auglýsir

NÁMSSTYRK

3. grein skipulagsskrár Minningarsjóðs Kjartans B Kjartanssonar
hljóðar svo:

Tilgangur sjóðsins er að veita námsstyrki til þeirra, sem leggja í framhaldsnám vegna geðverndarstarfa eða meðferðar geðsjúkra, svo sem lækna, hjúkrunarkvenna, félagsráðgjafa, sálfræðinga og sjúkravinnukennara.

Stjórn sjóðsins auglýsir hér með eftir umsóknum um styrki.
Umsóknum skal skila til Geðverndarfélags Íslands, Hátúni 10, 105
Reykjavík, fyrir 1. febrúar 2014.

Úthlutun fer fram á aðalfundi Geðverndarfélags Íslands í mars 2014.

Stjórn Minningarsjóðs Kjartans B. Kjartanssonar

Valgerður Rúnarsdóttir og Þórarinn Tyrfingsson

Fíkn í sterk verkjalyf og viðhaldsmeðferð við ópíóíða fíkn

Fíknsjúkdómur er langvinnur heilasjúkdómur sem orsakast af erfða- og umhverfisþáttum. Hann hefur alvarlegar líkamlegar, andlegar og félagslegar afleiðingar (1). Vímuefnin og fíkniefnin eru mörg og mismunandi. Ein tegund þeirra eru ópíumefni sem eru ólögleg vímuefni eins og heróín og jafnframt morfínskyld lyf sem fást gegn lyfseðli (ópíóíðar). Hérlandis er ópíumefnafíkn fyrst of fremst í slík lyf og er talsverður vandi eins og víða annars staðar og vaxandi. Misnotkun þessara lyfja getur leitt til ávanabindingar og jafnframt fíknar. Við hvoru tveggja þarf meðhöndlun, afeitrun við líkamlegri ávanabindingu og viðhaldsmeðferð til langvarandi meðferðar við alvarlegum vanda, eins og sprautufíkn. Slík meðferð þarf stöðugt umhverfi og einstaklingsmiðaða áætlun með tækifærum til inngrips og eftirlits. Hjá SÁÁ hefur verið slík meðferð í 14 ár og eru rúmlega 80 manns sem hana þiggja í dag.



Um fíknsjúkdóminn

Fíkn í ópíóíða lýsir sér eins og fíkn í önnur fíkniefni, með mikilli löngun í efnið, það að nota meira en ætlað er, einnig lengur og oftar. Fíknin einstaklingur heldur áfram eða endurtekur þrátt fyrir slæmar afleiðingar, hann langar til að hætta, hugsar um það, fer jafnvel í bindindi en fellur aftur í neysluna. Fíknsjúkdómur er greindur eftir ákveðnum skilmerkjum (2).

Þeir sem nota þessa tegund lyfja, sterk verkjalyf, sem fíkniefni, missa í raun tökin og nota meira en ætlast er til eða lengur en þörf er á eða oftar en til stóð. Þetta getur undið fljótt uppá sig og orðið mikill vandi. Þeir sem eru líkamlega háðir slíkum lyfjum þurfa tíma til að trappa út lyfin þegar til stendur að hætta notkun þeirra. Annars koma fram líkamleg fráhvörf sem eru afar óþægileg og geta orðið mikil, mjög sársaukafull og erfið. Kvíði, nefrennsli, ógleði/uppköst, niðurgangur, kviðverkir og beinverkir eru dæmi um fráhvarfseinkenni frá ópíóíðum. Þau geta staðið lengi, allt upp í vikur og mánuði ef neyslan hefur verið mikil og langvinn.

Á Íslandi er ópíóíða fíkn fyrst og fremst í morfínskyldu lyfin (náttúrulegir ópíumalkalóíðar) (3). Dæmi um slík lyf eru kódein, tramadol, hýdromorfón, oxýkódón, ketógan, morfín (contalgin), fentanyl og fleiri. Þessi lyf eru mikilvæg og góð til þeirrar lækisfræðilegu virkni sem þau eru ætluð til. Þau eru hins vegar einnig ávanabindandi og fíkniefni og því varasöm þeim sem hafa fíknsjúkdóm.

Vandi af fíkn og rangri notkun þessara lyfja er vel þekktur hér sem annars staðar. Misnotkun sterkra verkjalyfja hefur margfaldast t.d. í Bandaríkjunum (4).

Fíkn í ávanabindandi lyf sem eru lyfseðilskyld og skrifuð út til lækninga er stór hluti vanda þeirra sem leita á Vog vegna fíknsjúkdóms. Árið 2012 komu um 550 einstaklingar á Vog sem fengu greiningu í slík lyf, róandi lyf, örvandi lyf og sterk verkjalyf.

Alvarlegar afleiðingar hafa hlotist af ofneyslu sterkra verkjalyfja. Sum þeirra eru samsett lyf og geta valdið lífshættulegum skaða í ofmagni einmitt þess vegna. Dæmi eru samsettu lyfin með kódeini, þar sem ofneysla parasetaólís sem getur valdið lífshættulegum lifrarskaða og ofneysla ibuprofens getur m.a. valdið nýrnaskaða. Ofneysla morfínskyldra lyfja er einnig lífshættuleg þar sem hún getur valdið mikilli syfju, dái, öndunarstoppi og dauða. Hluti neytendanna sprautar morfínskyldum lyfjum í æð sem vímuefni. Við það eykst lífshætta mikið vegna hættu á ofskammti, bakteríusýkingum, aðskotaefnum og losti, blóðtappa o.fl. Veirusýkingar eins og Lifrabólga C og B og HIV eru auk þess fylgifyfar sprautuneyslu, en þær smitast einnig milli einstaklinga með blóði og áhöldum til sprautuneyslu. Á Íslandi er sem betur fer gott aðgengi að nálum og sprautum þar sem þær má kaupa fyrir lágt verð í öllum apótekum og jafnvel fá ókeypis hjá RKÍ og fleiri stöðum, en það dugur ekki til þegar fíknin og dómgreindarleysið sem víman veldur er annars vegar. Þá eru teknar slæmar ákvarðanir og afdrifaríkar, eins og að deila áhöldum til sprautuneyslu þrátt fyrir betri vitund og fyrirætlanir.

Lyfjameðferð við ópíóíðafíkn, viðhaldsmeðferð

Á Íslandi hefur verið boðið upp á viðhaldsmeðferð við ópíóíðafíkn frá 1999, einungis veitt hjá SÁÁ. Nú eru rúmlega 80 manns sem sækja slíka meðferð. Við fíknsjúkdómnum almennt er til fágóð lyf en sálfélagslegar meðferðir margs konar eru megin uppistaðan í meðferð við fíkn. Frá því er þó ein undantekning, sem er einmitt lyfjameðferð við ópíóíðafíkn, svo kölluð viðhaldsmeðferð. Til eru lyf sem hafa sannanlega dregið úr dauðsföllum og skaða, auk þess að koma mörgum fíklum í bata til heilbrigðs lífs. Á lyfjameðferð hefur verið hægt að fækka dauðsföllum, fækka blóðbornu veirusmiti eins og lifrabólgu C og HIV sýkingum (5).

Lyfjameðferð við ópíóíðafíkn hefur komið fíklum til bata í líf án vímuefna og hindrað fall í vímuefnið aftur. Það er mikill ávinningur. Besti möguleikinn er lyfjameðferð samhliða sálfélagslegri meðferð sem vinnur gegn falli og að uppbyggingu og endurhæfingu. Viðhaldsmeðferðin á að minnka fíkn í vímuefnið, koma í veg fyrir fráhvörf og gera einstaklingnum kleift að fá þann stöðugleika andlega og líkamlega að hann geti unnið að endurhæfingu frá fíknisjúkdómnum. Víðast hvar er aðgengi að meðferð fyrir fíkla takmarkað og fá mun færri meðferð en þurfa á henni að halda. („treatment gap“) (6). Þar erum við á Íslandi betur sett en flestar aðrar þjóðir sem við berum okkur saman við. Aðgengi að meðferð er talið eitt það mikilvægasta í allri nálgun á þeim fjölbætta vanda sem fíknisjúkdómurinn er.

Lyfin sem um ræðir í viðhaldsmeðferð eru í dag tvö, methadone og buprenorphine. Þau hafa langan helmingunartíma, eru ekki skjótvirk og hæfa því til viðhaldsmeðferðar. Þau eru reyndar einnig notuð til fráhrarfsmeðferðar til að hjálpa sjúklingum frá líkamlegri ávanabindingu en sú meðferð lýtur öðrum lögmálum, getur stundum verið beinlínis hættuleg og er ekki til umræðu hér. Naltrexone forðalyf er einnig notað í vaxandi mæli víða um heim við ópíóíðafíkn en styttri reynsla er komin á það (7).

Methadone hefur lengri sögu sem lyf við ópíóíðafíkn heldur en buprenorphine og hefur verið notað víða í heiminum lengi. Reynsla og rannsóknir af methadone hafa sannað gildi þess. Það er ekki hættulaust og dauðsföll hafa orðið vegna ofskammta af methadone. Methadone er agonisti á μ -viðtakann og hefur því fulla virkni sem ópíóíði og hefur sömu hættur í ofskammti. Það er gefið í töflu formi eða sem mixtúra.

Buprenorphine er lyf sem hefur verið notað við ópíóíða fíkn lengi í Evrópu (Frakklandi frá 1996) og Ástralíu, en styttra í Bandaríkjunum (2002) og Kanada (2011) (8-11). Það hefur bæði agonista og antagonista virkni á μ -viðtakann og er því minna hættulegt varðandi dauðaskammta. Það er þak á virkninni því efnið bæði blokkar og virkjar viðtakann. Auk þess er lyfið til sem lyfjablanda, buprenorphine og naloxone saman sem hindrar misnotkun efnisins í æð. Naloxone hefur skjótari og meiri virkni á μ -viðtakann og blokkar hann ef efnið kemst í blóðið. Það frásogast ekki um munn en lyfið er einmitt gefið sem tungurótartafla eða filma.

Viðhaldsmeðferð má gefa sem líkandi eða skaðaminnkandi meðferð þar sem dregið er úr hættu á dauða eða alvarlegum afleiðingum fíknar. Hana má einnig gefa til lækningar á fíkn með heilbriggt líf og bata á lyfi sem markmið. Hún getur einnig verið einhvers konar áfangi til að bæta líf fíknis einstakling tímabundið eða í átt að öðru markmiði. Hún er því mjög einstaklingshæfð. Önnur meðferð samhliða er afar mikilvæg og bætir við möguleika flestra.

Ísland:

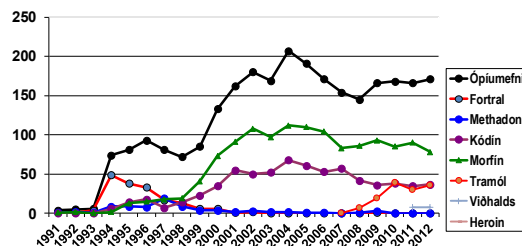
Á Íslandi er ópíóíða fíkn fyrst og fremst í lyfseðilskyld lyf. Það er ekki einsdæmi. Sá vandi er vel þekktur í öðrum

löndum og er vaxandi vandamál.

Hjá SÁÁ hefur verið haldið vel utan um skráningu sjúklinga sem leggjast inn á Vog. Þar má sjá hvernig ópíóíða neysla kom til sögunnar á Íslandi sem vandi sem leiddi til innlagnar á Vog í meðferð við fíkn (mynd 1).

Ópíumefnagreiningar á Sjúkrahúsinu Vogu

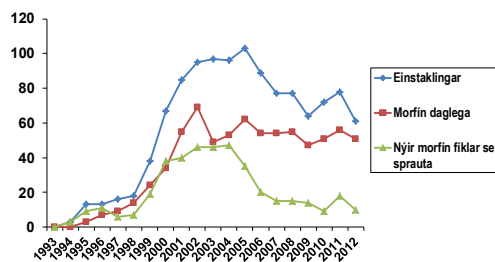
Einstaklingar 1991-2012



Mynd 1. Fjöldi einstaklinga sem lögðust inn á vog með ópíóíðafíkn 1991-2012 (Þórarinn Tyrfingsson, SÁÁ)

Þessi vandi var orðinn ljós í lok síðustu aldar (12). Þá voru sprautufíklar að nota þessi tilteknu fíkniefni í vaxandi mæli og dauðsföll hlutust af og var hér í fjölmiðlaumræðu (mynd 2). Það var ljóst að þörf var á sérhæfðu inngripi og meðferð með viðhaldsmeðferð hófst hjá SÁÁ 1999. Frá byrjun var notað buprenorphine en jafnframt hefur methadone verið notað þó í mun minna mæli. Með samstilltu átaki, viðhaldsmeðferð hjá SÁÁ sem tók út virka sprautufíkla og kom í átt til bata, lyfjagagnagrunnur landlæknis sem tók á óeðlilegum útskriftum lyfseðla á eftirritunarskyldum lyfjum, og breytingu á reglum sem tóku allt kódein úr lausasölu, þá mátti sjá mikilvægar og góðar breytingar (Mynd 2).

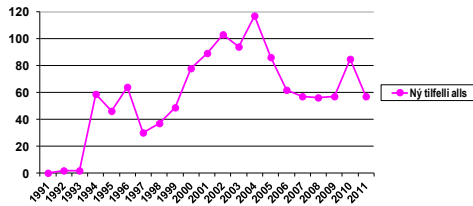
Sjúklingar sem sprautu morfíni í æð á Sjúkrahúsinu Vogu 1993 - 2012



Mynd 2. Fjöldi sprautufíkla sem sprautu ópíóíðum og lögðust inn á Vog 1993-2012 (Þórarinn Tyrfingsson, SÁÁ)

Ópíóíða fíkn dróst saman og nýjum einstaklingum með þann vanda fækkaði í innlögnum á Vog, sérstaklega sprautufíklum sem sprautuðu morfíntöflum í æð (mynd 3). Þetta var mikill ávinningur.

Ný tilfelli af ópióíðafíkn á Sjúkrahúsinu Vogu 1991-2012

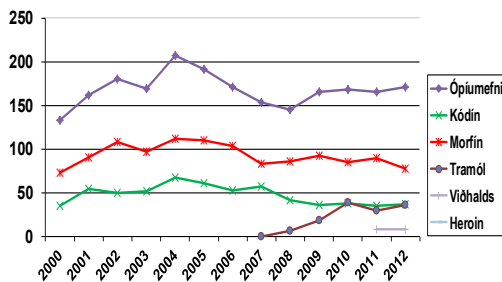


Mynd 3. Fjöldi nýrra sprautufikla á ári sem sprautu ópióíðum og lögðust inn á Vog 1993-2012 (Þórarinn Tyrfingsson, SÁÁ)

Ennþá er þó ópióíða vandinn til staðar á Íslandi sem fíkn í lyfseðilskyld lyf. Hópurinn sem sprautar morfíni í æð er veikur og þungur í velferðarkerfinu öllu. Hann þarf mikla þjónustu í heilbrigðiskerfinu og félagslega kerfinu. Enn bætist í hóp þeirra sem þurfa á viðhaldsmeðferð að halda, með henni geta þeir náð hléi í neysluna og byrjað bata.

Ópiúmefnagreiningar á Sjúkrahúsinu Vogu

Einstaklingar 1991-2012



Mynd 4. Fjöldi einstaklinga sem lögðust inn á Vog með ópióíðafíkn 2000-2012 (Þórarinn Tyrfingsson, SÁÁ)

Allflestir eru á buprenorphine/naloxone tungurótar-töflum. Fjölgað hefur stöðugt í hópnum frá 1999. Nú, 2013, telur hann rúmlega 80 og 30% eru konur. Langflestir eru sprautufiklar á morfínylf, flestir hafa jafnframt verið órvandiefnafiklar og kannabisfiklar. Margir voru smitaðir af Hep C við upphaf meðferðar og nokkrir HIV smitaðir hafa komið inn í meðferðina allra síðustu ár. Skimanir fyrir blóðbornum sýkingum eins og HIV og HepC/B, eftirfylgni og tilvísanir vegna smits eru einmitt hluti af meðferðinni hjá SÁÁ.

Viðhaldsmeðferð SÁÁ hefur frá upphafi verið mjög einstaklingshæfð. Þar eru einstaklingar á líkandi eða skaðaminnkandi meðferð og aðrir sem hafa verið í góðum bata frá fíknisjúkdómnum lengi. Sumir eru löngu orðnir nýtir þjófélagsþegnar sem sinna sínum skyldum við fjölskyldu og samfélagið. Þeir sem fara á viðhaldsmeðferð eru fyrst og fremst þeir sem sprautu í

æð og eiga endurteknar tilraunir til bata og bindindis. Þeir eiga allir nokkurra ára sögu um alvarlega neyslu með alvarlegum afleiðingum fyrir þá sjálfa og þeirra nánustu. Meðferðin hefst nær alltaf með innlögn á Vog, afeitrun frá áfengi og vímuefnum eftir því sem við á og einnig frá ópióíðum. Sumir sjúklingar hafa þó komið frá geðdeild LSH eftir undirbúning þaðan og í samstarfi við SÁÁ. Skammta þarf buprenorphine og methadone með mikilli varúð í upphafi og aðlaga að þöli sjúklingsins. Ef samstarfsvilji og áhugahvöt leyfa er það samkomulag að hefja viðhaldsmeðferð sem getur þýtt langt samstarf. Flestir fara í fulla innliggjandi meðferð að Staðarfelli eða Vík í upphafi, oftast er þá um að ræða s.k. Víkingameðferð eða Kvennameðferð þar sem eftir fjögurra vikna innliggjandi meðferð tekur við 12 mánaða meðferð í göngudeildum SÁÁ. Meðferðin hefur oftast en ekki hátt markmið fyrir einstaklinginn, þ.e.a.s. bindindi frá öllum vímuefnum, bata á viðhaldsmeðferðarlyfi. Samstarfið er mikið, skuldbinding sjúklingsins mikil. Hann þarf að mæta tvisvar í viku á Vog til að sækja lyf til að byrja með (daglega ef hann er á methadone) og hittir þá hjúkrunarfræðing. Hann þarf að skila þvagprufum í vímuefnaleit og koma í læknaviðtal á 2-6 vikna fresti á Vog. Eftir því sem mánuðir og ár líða og vel gengur, eru skyldur sjúklingsins minni og hann fær skammt til lengri tíma. Lyfið hefur verið sjúklingum að kostnaðarlausu, greitt af SÁÁ. Ef vandi kemur upp, sjúklingur neytir vímuefna, er hræddur við að falla, er ekki að sinna sinni bataáætlun, er alltaf inngríp. Ef sjúklingur er til samstarfs og vill aðstoð, þá er alltaf gerð ný áætlun, ný plön, inngríp í göngudeild, með meiri ráðgjöf, tilvísun í sérfræðiaðstoð eða jafnvel innlögn á Vog. Það er ekki óeðlilegt að til slíkra aðgerða komi, hras og föll eru viðbúin sérstaklega í upphafi batans. Þá er mikilvægast af öllu að gefast ekki upp heldur auka aðstoðina, auka meðferðina, bæta því við sem gæti aðstoðað viðkomandi til að ná betri líðan. Það er ekki eftirsóknarvert fyrir neinn að vera virkur í sinni vímuefnaneyslu og því stjórnleysi og afleiðingum sem af því hljóttast og því mikilvægt að gefast ekki upp heldur gefa í.

Meðferðin getur verið ævilangt. Sumir hafa viljað lækka skammtinn og jafnvel fara af lyfinu í rólegheitum eftir að hafa verið í bata og stöðugleika í mörg ár. Það er þá gert hægt, jafnvel á nokkrum árum.

Lyfið buprenorphine gengur líka kaupum og sölum á götunni þótt það sé ekkert sem bendi til þess að það sé eftirsótt vímuefni hérlendis. Það er þó þekkt sem talsvert vandamál á ólöglegum markaði erlendis. Einstaklingar, sem ekki eru á viðhaldsmeðferð, hafa komið inn á Vog með reynslu af þessu lyfi, jafnvel notað það sjálfir til að meðhöndla fráhvörf heima. Flestir á viðhaldsmeðferð geta þó ekki séð af lyfinu sínu til annarra nema vera komnir sjálfir í neyslu og þessi dreifing er oftast tímabundin á okkar litla Íslandi, þar sem aðhaldið er nokkuð mikið.

Á þessum tíma sem viðhaldsmeðferðin hefur verið hjá SÁÁ hefur fjöldi sjúklinga náð bata. Margir hafa líka byrjað meðferð og hellst úr lestinni eða hætt, en fjölmargir hafa náð undraverðum árangri. Tugir einstaklinga hafa verið í

bata í meira en 5 ár á lyfinu, flestir þeirra hætt að reykja sígarettur líka, margir fengið meðferð við lifrabólgu C, komist aftur á vinnuþéttu eða skóla og farnir að sinna sér og sínum með sóma. Nokkur börn hafa fæðst hjá mæðrum á þessari meðferð með buprenorphine og gengið vel. Enginn úr hópnun hefur fengið HIV smit á meðan þeir eru í viðhaldsmeðferðinni eða látist úr ofskammti.

Þótt lyfjameðferð við óþjófíðafíkn hafi sannað sig er mælt með samhliða sálfræði/félagslegri meðferð fyrir fíknjúðkómenn til betri árangurs. Fyrir einstaklinginn er hans hagur að stefna í sem mestan bata frá fíkn sem mögulegt er. Gera honum kleift að lifa lífi sem hann óskar með þeim tækifærum og möguleikum sem eðlilegt er. Þetta tækifæri er á Íslandi en svo er ekki alls staðar. Víða er mjög takmarkað af fíknmeðferð nema einmitt lyfin sem eru þá oft gefin með litlu inngripi að öðru leyti. Oft er því um önnur markmið fyrir einstaklinginn að ræða.

Viðhaldsmeðferð er dýr og flókin. Það þarf mikið umhald, ramma og möguleika til inngrips og meiri aðstoðar eftir þörfum. Hún er ekki fyrsta meðferð við óþjófíðafíkn enda skuldbindingin mikil og samvinnu þörf. Hún þarf að gagnast sjúklingnum að hans mati og hans meðferðarteymi. Hugsanlega er meðferðin upphaf ævilangrar meðferðar.

Að lokum

Viðhaldsmeðferð við óþjófíðafíkn er viðamikil og flókin. Það er mjög mikilvægt að haldið sé utan um hana þar sem samhliða eru möguleikar á inngripi ef með þarf, almennri meðferð við fíkn jafnframt, eftirliti og reglum, sveigjanleika og einstaklingsaðlögun, aðgangi að skimun fyrir smitsjúkdómum og ýmsum fylgikvillum. Á Íslandi er þetta tækifæri einstakt og samkomulag um þetta fyrirkomulag með viðhaldsmeðferð. Samvinna milli lækna Landspítala og lækna SÁÁ hefur verið góð og miðast við að þjóna þessum sjúklingum sem best, t.d. geðdeild, meltingardeild og smitsjúkdómadeild. Umgjörðin varðandi útskrift á viðhaldsmeðferðarlyfjum er einnig mikilvæg og samvinna er við Landlækni varðandi eftirlit með útskriftum annarra ávinabindandi lyfja til þessa hóps. Þetta er viðkvæmt fyrirkomulag en enn sem komið er hefur það gengið vel með samkomulagi og samvinnu stofnana sem málið varða. (SÁÁ, Lyfjastofnun, Landlæknir, Landspítali).

Innan þessa kerfis sem hér hefur verið rekið hjá SÁÁ í viðhaldsmeðferð, rúmast bæði líkn/skaðaminnkun og bati þar sem allri neyslu vímuefna er hætt, þ.e. bati á lyfi. Líknandi meðferð er og hefur verið hluti af fíknmeðferð. Þar er þjónustan og markmiðið til að gera líf veiks einstaklings bærilegra og/eða hættuminna. Stundum verður það til að ná fram von um meiri bata eða hugarfarsbreytingu, og stundum er eingöngu um að ræða líkn og hlutabata sem ekki er von til að breytist en gerir lífið skaplegra fyrir einstaklinginn og jafnvel fjölskyldu hans. Þannig þarf þetta að vera áfram, sveigjanlegt, margþætt og einstaklingshæft.

Heimildir:

1. Ries RK, Miller SC, Flellin DA, Saitz R. Principles of Addiction Medicine 4th ed. American Society of Addiction Medicine. 2009
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). The American Psychiatric Association. Criteria of opioid dependence
3. Lyfjastofnun, <http://serlyfjaskra.is/ATC>
4. H Westley Clark. Office-Based Practice and Opioid-Use Disorders. N Engl J Med 349;10. 4.sept 2003:928-30
5. W. Ling, D Smith. Buprenorphine: blending practice and research. Journal of Subst Abuse Treatment;23 2002:87-92
6. Mary Jeanne Kreek, Journal of Subst Abuse Treatment; 23 2002: 93-105
7. Comer SD, Sullivan MA, Yu E, Rothenberg JL, Kleber HD, Kampman K, Dackis C, O'Brien CP. Injectable, sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: a randomized, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry.2006 Feb;63(2):210-8.
8. David M. Peneta R. Sustained -Release Opiate Blockers for Treating Heroin and Amphetamine Dependence. Am J Psychiatry; May 2012: 169:5,
9. Karl A Sporer. Education and debate Strategies for preventing heroin overdose. BMJ Vol 326; 22 Feb 2003, 326: 442-4
10. Fudala, Paul J.; Bridge, T. Peter; Herbert, Susan. Office-Based Treatment of Opiate Addiction with a Sublingual Tablet Formulation of Buprenorphine and Naloxone. N ENGL J MED 349;10 Sept 4, 2003; 949-58
11. Karine Barrau. Comparison of methadone and high dosage buprenorphine users in French care centres Addiction 2001 96: 1433-1441
12. Tyrfinngsson, Þórarinn. Ársrit SÁÁ 2007-2010

Þórarinn Tyrfinngsson og Valgerður Rúnarsdóttir eru yfirlæknar á Vogji.



Guðrún Dóra Bjarnadóttir og Magnús Haraldsson

Rítalín: Vaxandi vandamál meðal sprautufíkla á Íslandi

Undanfarinn áratug hefur notkun methýlfenidats (MPH) aukist víða um heim og þá sér í lagi á Íslandi (1-2). Bandaríkjamenn eru þeir helstu sem framleiða MPH og jókst framleiðsla á því á árunum 1990 til 2000 úr 1.768kg í 14.957kg (3). Helst sú aukning í hendur við hina miklu vitundarvakningu sem hefur átt sér stað í greiningu á ofvirkni og athyglisbresti (ADHD) (4-5). MPH er talið vera það lyf sem best gagnast í meðferð ADHD samkvæmt leiðbeiningum NICE (*National Institute of Clinical Excellence*) í Bretlandi (6). Algengi ADHD er talið vera 4-6% meðal barna á heimsvísu og 2-4% meðal fullorðinna (7-10). Í skýrslu alþjóðlegrar stofnunar sem hefur eftirlit með ávanabindandi lyfjum (*International Narcotics Control Board*) kom fram að MPH notkun á Íslandi per íbúa var sú mesta í heiminum árið 2011 (11). Einnig sýndi rannsókn Dr. Helgu Zöega og kollega að notkun MPH per íbúa var tífalt meiri á meðal barna á Íslandi árin 2007-2009 borið saman við hin Norðurlöndin (12-13). Reyndar var notkunin orðin svo mikil á Íslandi að nefnd á vegum Sameinuðu þjóðanna sem fjallar um ávanabindandi efni (*Nations International Narcotics Board*) sá tilefni til þess að spyrjast fyrir um ástæður þess. Árið 2009 fengu um 2.700 börn og unglingar yngri en 20 ára ávísað MPH og um 1.500 fullorðnir 20 ára og eldri á Íslandi (14). Notkun á MPH jókst um 51% á árunum 2006-2009 án þess að drægi úr notkun annarra lyfja sem einnig eru notuð við ADHD og hefur kostnaður Sjúkratrygginga Íslands vegna MPH stórukist undanfarin ár. Samkvæmt þeirra tölum nærri þrefaldaðis kostnaður vegna MPH á árunum 2006-2011 og fjöldi einstaklinga sem leysir út MPH jókst úr tæplega 3000 í tæplega 4700 á árunum 2006-2011 (14). Vaxandi notkun MPH síðustu ár hefur vakið áhuga heilbrigðisstétta, fjölmiðla og stjórnmálamanna á Íslandi sem og erlendis (2, 15, 16).

Hvað er misnotkun?

Til að hægt sé að greina misnotkun þarf einstaklingurinn að uppfylla eitt eða fleiri greiningarskilmerki yfir 12 mánaða tímabil.

*Neyslan þarf að hafa hamlandi áhrif á þann hátt að einstaklingurinn uppfyllir ekki skyldur sínar á heimili, í skóla eða í vinnu.

*Einstaklingurinn þarf að komast í kast við löginn vegna neyslunnar.

*Einstaklingurinn notar vímuefnin á hættulegan hátt, t.d. ekur undir áhrifum.

*Einstaklingurinn heldur áfram neyslu þrátt fyrir endurtekin félagsleg- og samskiptavandamál.

Misnotkun lyfja er þegar lyfin eru ekki notuð á þann hátt sem læknir ávísar. Til dæmis að taka lyf oftar á dag, taka stærri skammta, taka/kaupa lyf sem er ávísað á annan aðila.

Hvað er MPH og er hægt að misnota það?

MPH er virka efnið í lyfjunum Rítalín Uno, Rítalín og Concerta sem m.a. eru gefin við ADHD. Rítalín Uno og Concerta eru forðalyf og hafa langvarandi verkun en Rítalín hefur stuttan verkunartíma. MPH er örvandi efni, líkt og t.d. amfetamín og kókaín. Amfetamín tæmir út dópamín og noradrenalín úr taugaendum og hindrar endurupptöku þeirra en kókaín og MPH hindra einungis endurupptökuna (17). Helmingunartími MPH og amfetamíns í líkamanum er mun lengri en kókaíns og því hafa menn dregið þá ályktun að kókaín sé meira ávanabindandi en MPH og amfetamín þar sem einstaklingurinn þarf að nota kókaín oftar til að komast/ vera í vímu (18-19). Kókaín og MPH hafa svipaðan verkunarmáta og því má gera ráð fyrir að MPH gefi svipað „rush“ og kókaín.

Flestar rannsóknir á misnotkun ADHD lyfja eru gerðar í bandarískum menntaskólum en þess ber að geta að þar eru amfetamínskyld lyf einnig notuð sem ADHD lyf. Árið 2002 sýndi bandarísk rannsókn (*National Survey On Drug Use and Health* (NSDUH)) að um 21 milljón einstaklinga 12 ára og eldri höfðu misnotað að minnsta kosti eitt lyfseðilsskyld örvandi lyf og tæplega 3 milljónir höfðu einungis misnotað ADHD lyf (3). Í yfirlitsgrein, þar sem teknar voru saman upplýsingar um misnotkun menntaskólanema í Bandaríkjunum, kom fram að 5,8% höfðu tekið MPH án þess að hafa fengið það uppáskrifað frá lækni (20-21). Ástæðan sem oftast var gefin fyrir misnotkun á lyfjunum var sú að viðkomandi var að reyna að standa sig betur í námi en þó var hluti sem notaði ADHD lyfin til að komast í vímu eða nálgast þau í þeim tilgangi að selja þau til annarra (21-23). Rannsakað hefur verið hvort MPH notkun á yngri árum sporni við eða auki líkurnar á misnotkun örvandi lyfja síðar á ævinni. Þær rannsóknir sem til eru virðast ekki benda til

Þess að MPH notkun á yngri árum leiði til misnotkunar á örvandi lyfjum síðar á ævinni (19). Þvert á móti sýna rannsóknir að ef einstaklingur er greindur með ADHD þá hefur lyfjagjöf verndandi áhrif á að viðkomandi þrói með sér fíknisjúkdóm síðar á ævinni (19-24). Fram að þessu hafa rannsóknir bent til þess að erfiðara sé að misnota MPH forðalyf á borð við Ritalín Uno og Concerta en stuttverkandi MPH (25-26). Misnotkun MPH í æð hefur lítið verið rannsökuð þrátt fyrir að slík misnotkun hafi verið þekkt frá árinu 1963 (26-30).

Viðbrögð stjórnvalda vegna aukinnar misnotkunar MPH á Íslandi

Vegna þess hversu mikil aukning hefur orðið á MPH lyfjagjöfum á Íslandi og vitað er að lyfið er misnotað lagði Velferðarráðuneytið til árið 2011 að stofnaður yrði hópur fagfólks til þess að koma með tillögur um aðgerðir til að stemma stigu við misnotkun MPH lyfja og annarra lyfseðilsskyldra lyfja (31). Hópurinn skilaði skýrslu þar sem meðal annars er lagt til að leyfi til að skrifa upp á MPH verði einskorðað við geðlækna, barna- og unglingageðlækna, barnalækna og taugalækna og það sé forsenda fyrir greiðslubátttöku Sjúkratrygginga Íslands að þessar fagstéttir sækji um lyfjaskírteini vegna MPH lyfja. Lyfjaskírteinin munu innihalda læknanúmer þeirra lækna sem eru ábyrgir fyrir lyfjagjöfinni og heimilislæknis viðkomandi eftir að sjúklingur hefur fengið staðfesta greiningu frá ofangreindum fagstéttum. Landlæknisembættið hefur nýlega gefið út leiðbeiningar um greiningu og meðferð ADHD hjá börnum og fullorðnum þar sem lögð er áhersla á ítarlega upplýsingasöfnun um einkenni bæði í bernsku og á fullorðinsárum (32). Í kjölfarið var stofnað sérstakt ADHD teymi á göngudeild geðdeildar LSH sem mun sinna uppvinnslu og greiningu fólks sem talið er að geti verið með ADHD og annan flókinn heilsufarsvanda. Einnig hefur Landlæknisembættið hert eftirlit með útgefnum MPH lyfseðlum og hefur gert læknum kleyft að skoða útskriftargagnagrunn Landlæknis án fyrirbyggjandi vilýrðis sjúklings.

Rannsókn á MPH meðal íslenskra sprautufíkla

Lítið hefur verið ritað um neyslu MPH í æð. Hvorki eru til lýsandi greinar um neyslumynstrið né um afleiðingar neyslunnar (2). Því er mikilvægt að afla upplýsinga um algengi og umfang hennar á sem flestum stöðum í heiminum. Á síðustu árum hafa komið fram sterkar vísbendingar um að MPH sprautufíkn sé vaxandi vandamál á Íslandi og sé jafnvel það lyf sem sprautufíklar velja fram yfir önnur efni. Sprautuneysla og fylgikvillar hennar eru dýr fyrir þjóðfélagið og fyrir einstaklinginn sjálfan. Líkurnar á að smitast af alvarlegum sjúkdómi á borð við HIV eða lifrabólgu C eru miklar. Tíðni HIV hefur nærri tvöfaldast síðan 2009, úr 13 smitum í 23 smit (33). Alls voru 56 lifrabólgu C smit skráð árið 2006, 105 árið 2009 og 74 smit voru staðfest árið 2011 (33).

Undanfarnin tvö ár hafa höfundar þessarar greinar unnið að rannsókn á MPH misnotkun meðal íslenskra

sprautufíkla. Markmið rannsóknarinnar var að athuga tíðni, umfang og einkenni notkunar á MPH í æð hjá íslenskum vímuefnaneytendum. Einnig var aflað upplýsinga um neyslumynstrið í æð, t.d. hversu oft MPH var sprautað á dag og skammtastærðir sem notaðar voru. Skoðað var hvaða efni var notað í æð undanfarna 30 daga, hvaða MPH efni sprautufíklarnir völdu og hvort munur var á MPH vímu miðað við önnur örvandi efni. Safnað var upplýsingum um áhættuhegðun, fráhrarfseinkenni og mögulegar andlegar og líkamlegar hliðarverkanir af MPH sprautunotkun. Rannsóknin er þversniðsrannsókn þar sem tekið er eitt hálfstaðlað viðtal við hvern sjúkling á öllum meðferðarstofnunum á Íslandi. Alls tóku 108 einstaklingar þátt í rannsókninni en gagnasöfnun stóð yfir í eitt ár. Einu skilyrðin fyrir þátttöku var að einstaklingurinn hafi verið í meðferð og hafi sprautað sig með einhverju efni í æð undanfarna 30 daga fyrir meðferð. Að því best er vitað hefur þessari neyslu ekki verið lýst áður, hvorki hér á landi né annars staðar. Aukin þekking á þessu vandamáli og leiðum til að draga úr fylgikvillum þess er nauðsynleg fyrir Ísland sem og önnur lönd.

Fyrstu niðurstöður rannsóknarinnar sýna að rúmlega helmingur þátttakanda eru karlmenn og meðalaldur er í kringum 30 ára. Fjórðungur hópsins er heimilislaus. Meðaltími sprautufíknar er um 10 ár og að meðaltali hafa tæplega þrjú lyf verið notuð í æð á síðustu 30 dögum. Meirihluti hópsins hefur farið í 10 eða fleiri meðferðir og samanlögð lengd edrútímabíla er í kringum 5 ár. Um fjórðungur hefur ekki klárað grunnskólapróf og nærri allir þátttakendur eru á bótum. Áhættuhegðun sem hefur leitt til dóms er algeng meðal hópsins og um þriðjungur hefur deilt nálum með öðrum undanfarna 30 daga. Stór hluti hópsins hefur misnotað MPH, bæði í æð og ekki í æð (tekið það í gegnum munn eða nef) og velja það lyf fram yfir önnur örvandi efni.

Af hverju er MPH misnotkun svona mikil á Íslandi miðað við annars staðar í heiminum?

Höfundar vita ekki með vissu af hverju MPH misnotkun á Íslandi er svo gríðarmikil eins og raun ber vitni en ýmsar getgátur hafa verið settar fram. Í fyrsta lagi hefur því verið varpað fram að gæði annarra örvandi efna á Íslands séu hugsanlega verri en í nágrannalöndum okkar. Rannsókn Jakobs Kristinssonar prófessors í eiturefnafræði á amfetamíni sem handlagt hefur verið á Íslandi sýnir hins vegar að íslenskt amfetamíni er svipað en aðeins lakara að gæðum en amfetamín í Kaupmannahöfn árið 2005 (munleg heimild, 2013). Í öðru lagi hefur því verið kastað fram að framboð MPH á Íslandi sé meira en annarra örvandi efna og sýnir nýútgefin skýrsla frá Ríkislögreglustjóra að framboð amfetamíns hefur aukist á Íslandi (34). Í þriðja lagi hafa menn velt því fyrir sér hvort bankahrúnið á Íslandi og gjaldeyrishöft hafi haft áhrif á neyslu MPH. Gögn úr rannsókninni gefa þó til kynna að neysla MPH hefur farið vaxandi frá því upp úr aldamótum. Loks hefur götuverð MPH aukist jafnt og þétt meðan verð annarra ólöglegra fíkniefna hefur haldist

tíltölulega stöðugt sem gefur til kynna að eftirspurn MPH sé mikil (35).

Hvað er til ráða?

Mikilvægt er að skoða betur og fylgja eftir þessu tíltölulega nýja vandamáli sem enn sem komið er virðist vera einskorðað við Ísland. Með aukinni vitundarvakningu um ADHD á heimsvísu og tilheyrandi lyfjagjöf með örvandi lyfjum þurfa fagaðilar að vera á varðbergi fyrir misnotkun lyfjanna. Ólíkt amfetamíni og kókaini eru MPH lyf lyfseðilsskyld og því má spyrja af hverju við höfum ekki náð betri tókum á misnotkun MPH. Tíminn verður að leiða það í ljós hvort að þær aðgerðir sem Velferðaráðuneytið lagði til skili tilætluðum árangri eða hvort grípa þurfi til annarra og enn róttækari aðgerða.

Heimildir:

- Scheffler RM, Hinshaw SP, Modrek S, et al. The global market for ADHD medications. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(2):450-7.
- Kaye S, Darke S. The diversion and misuse of pharmaceutical stimulants: what do we know and why should we care? *Addiction*. 2012;107(3):467-77.
- Kroutil LA, Van Brunt DL, Herman-Stahl MA, et al. Nonmedical use of prescription stimulants in the United States. *Drug Alcohol Depend*. 2006;84(2):135-43.
- Asherson P, Chen W, Craddock B, et al. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: recognition and treatment in general adult psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2007;190:4-5.
- Okie S. ADHD in adults. *N Engl J Med*. 2006;354(25):2637-41.
- Nice Guidelines. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Institute of Clinical Excellence, 2008.
- Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, et al. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*. 2003;2(2):104-13.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
- Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007;190:402-9.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716-23.
- Report of the International Narcotics Control Board for 2012. Vienna:United Nations: International Narcotics Control Board., 2012.
- Zoëga H, Baldursson G, Hrafnkelsson B, et al. Psychotropic drug use among Icelandic children: a nationwide population-based study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009;19(6):757-64.
- Zoëga H, Furu K, Halldórsson M, et al. Use of ADHD drugs in the Nordic countries: a population-based comparison study. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;123(5):360-7.
12. fréttablað lyfjagjaldar. Sjúkratryggingar Íslands, 2010.
- Halldórsson M. Ritalin for better or worse[Editorial]. *Laeknabladid*. 2010;96(9):519.
- Castle L, Aubert RE, Verbrugge RR, et al. Trends in medication treatment for ADHD. *J Atten Disord*. 2007;10:335-42.
- Heal DJ, Cheetham SC, Smith SL. The neuropharmacology of ADHD drugs in vivo: insights on efficacy and safety. *Neuropharmacology*. 2009;57(7-8):608-18.
- Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, et al. Role of dopamine in the therapeutic and reinforcing effects of methylphenidate in humans: results from imaging studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2002;12(6):557-66.
- Kollins SH. Comparing the abuse potential of methylphenidate versus other stimulants: a review of available evidence and relevance to the ADHD patient. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 Suppl 11:14-8.
- Wilens TE, Adler LA, Adams J, et al. Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(1):21-31.
- Upadhyaya HP, Rose K, Wang W, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder, medication treatment, and substance use patterns among adolescents and young adults. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005;15(5):799-809.
- Rabiner DL, Anastopoulos AD, Costello EJ, et al. The misuse and diversion of prescribed ADHD medications by college students. *J Atten Disord*. 2009;13(2):144-53.
- McCabe SE, Teter CJ, Boyd CJ. Medical use, illicit use, and diversion of prescription stimulant medication. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2006;38:43-56.
- Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, et al. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 2003;111(1):179-85.
- Spencer TJ, Biederman J, Ciccone PE, et al. PET study examining pharmacokinetics, detection and likeability, and dopamine transporter receptor occupancy of short- and long-acting oral methylphenidate. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):387-95.
- McCormick TJ, McNeel T. Acute psychosis and Ritalin abuse. *Tex State J Med*. 1963;59:99-100.
- Lucas A, Weiss M. Methylphenidate hallucinosis. *JAMA*. 1971;217:1079-81.
- Spensley J, Rockwell DA. Psychosis during methylphenidate abuse. *N Engl J Med*. 1972;286(16):880-1.
- Wiley R. Abuse of methylphenidate (Ritalin). *New Engl J Med*. 1971;285:464.
- Parran TV, Jasinski DR. Intravenous methylphenidate abuse. Prototype for prescription drug abuse. *Arch Intern Med*. 1991;151(4):781-3.
- Tillögur um aðgerðir til að stemma stigu við misnotkun methylfenidat-lyfja og annarra lyfseðilsskyldra lyfja. Velferðaráðuneytið, 2011.
- Vinnulag við greiningu og meðferð athyglisbrest með ofvirkni (ADHD). Landlæknisembættið, 2012.
- Tilkynningaskýldir sjúkdómar. Landlæknisembættið, 2012.
- Mat ríkislögreglustjóra á skipulagðri glæpastarfsemi og hættu á hryðjuverkum. Ríkislögreglustjórnin, 2013.
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann 2013 [cited 2013]. Available from: <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/samtokin/frettir/nr/178800/>.

Guðrún Dóra Bjarnadóttir er deildarlæknir í sérfræðinámi í geðlæknum auk doktornáms.
Magnús Haraldsson er geðlæknir með doktorgráðu og dósent við Háskóla Íslands.

Soffía Eiríksdóttir, Bríet Birgisdóttir, Sveinbjörn Kristjánsson
Héðinn Svarfdal Björnsson og Helga Sif Friðjónsdóttir

Áhugahvetjandi samtal - breyting til hins betra

Inngangur

Heilsa telst til grundvallar lífsgæða mannsins og er mikilvæg auðlind sérhvers samfélags. Á lífsleiðinni stöndum við jafnan frammi fyrir að vega og meta kosti og galla þess að breyta hegðun til að bæta heilsu og ekki er sjálfgefið að ávinningurinn sé talinn fórnarinnar virði.

Þannig er hegðun sem hefur skaðleg áhrif á heilsu algengasta orsök ótímabærra sjúkdóma og dauða á heimsvísu (1). Árlega má rekja 35 milljónir eða 60% allra dauðsfalla í heiminum til langvinnra sjúkdóma eins og hjarta- og æðasjúkdóma, krabbameins og sykursýki. Meirihlutinn er lífstíllsjúkdómar sem unnt er að fyrirbyggja með breyttum lífstíl og hegðun. Sé rynt í tölur til framtíðar má búast við stóru auknum útgjöldum og byrði þeirra vegna, bæði fyrir heilbrigðisþjónustu og fyrir samfélög í heild. En ábyrgðin liggur ekki einungis hjá einstaklingnum sjálfum. Skapa þarf skilyrði til að eiga kost á að velja heilbrigða lífshætti og lífsviðhorf eigi að snúa þessari þróun við (1).

Heilbrigðisstéttir eru þar í fremstu línu. Í starfi sínu ná þær til breiðs hóps og geta haft áhrif á fjölbreyttum vettvangi. Þannig ræðir hjúkrunarfræðingur við móður ungabarns um mataræði fjölskyldu, bráðalæknir við slasaðan mann um áfengi í kjölfar ölvunarakturs og sálfræðingur leiðbeinir um áhættuhegðun og átröskun í fjölskylduráðgjöf (2). En ólíkar þarfir og áskoranir einstaklinga passa oft illa inn í þröngan ramma hefðbundinnar nálgunar heilbrigðisstétta. Velviljuðum tilmælum og fræðslu um heilsuhegðun er gjarnan mætt með andstöðu og rökræðum í stað árangurs og ánægju. Því er aukinn áhugi innan heilbrigðisstétta á árangursríkum aðferðum til að takast á við ólík heilsufarsvandamál og heilsuhegðun með jafnræði og virðingu (1, 2).

Breytingarferlið

Blendnar tilfinningar eru eðlilegur hluti af breytingarferlinu og einstaklingar vega og meta kosti þess og galla að breyta sér (3). Þetta ferli getur verið erfitt, það tekur tíma og krefst stuðnings. Áhugahvöt (staða vilja/ákefðar til breytinga) skiptir hér lykilmáli þar sem hún er hið virka afl sem knýr einstaklinginn áfram til breytinga (4, 5). Því eru aðferðir sem leitast við að viðurkenna einstaklinginn eins og hann er og efla innri áhugahvöt líklegri til þess að kalla fram jákvæða hegðunarbreytingu (6). Þar hefur Áhugahvetjandi samtal (motivational interviewing) verið



mikilvægt innlegg, en aðferðin er einstaklingsmiðuð, leiðbeinandi og byggir á samvinnu til að draga fram og styrkja áhugahvöt til hegðunarbreytinga (7).

Áhugahvetjandi samtal þróaðist í upphafi í gegnum starf með einstaklinga í áfengis- og vímuefnavanda (7) en niðurstöður fjölda rannsókna sýna að það er einnig kostnaðarvirkt, árangursríkt og hefur notagildi á breiðu sviði heilsufarsvandamála og heilsuhegðunar (8, 9, 10, 11). Áhugahvetjandi samtal er til dæmis nytsamlegt til að auka meðferðarhaldni með tilliti til langvinnra sjúkdóma eins og sykursýki, til að bæta tannheilsu, þyngdarstjórnun, mætingu í krabbameinsskimun og með góðum árangri innan fangelsisstofnana svo eitthvað sé nefnt (6, 12). Á Íslandi hefur Áhugahvetjandi samtal verið notað í einhverjum mæli innan áfengis- og vímuvarna. Líkt og erlendis er aukinn áhugi á aðferðinni og notkun hennar á fleiri sviðum heilbrigðiskerfisins.

Áhugahvetjandi samtal

Áhugahvetjandi samtal er einstaklingsmiðuð leið sem byggir á samvinnu og leiðbeiningu til að kalla fram og styrkja innri áhugahvöt einstaklinga til breytinga (7). Aðferðin er lifandi, í stöðugri þróun og skilgreiningar hennar og áherslur breytast í samræmi við aukna þekkingu og rannsóknir. Aðferðin hefur gefist vel til að vinna með einstaklingum sem eru á báðum áttum varðandi breytingu eða eru tregir til og nýtist sú vinna til að færa einstakling áfram í breytingarferlinu.

Áhugahvetjandi samtal byggir á samvinnu í stað innrætingar og leitast er eftir að kalla fram og efla innri áhugahvöt til hegðunarbreytinga og skapa þannig jákvæða breytingu á styttri tíma en almennt er talið mögulegt. Þungamiðja þess er að kanna og leysa tvíbendi hjá skjólstæðingnum og er fagaðili meðvitað stýrandi í að ná því markmiði. En þó aðferðin sé stýrandi eru sjálfstæði og valfrelsi skjólstæðings virt. Mótspyrna er einnig virt í stað þess að vinna gegn henni. Öll samskipti minna á dans frekar en glímu (13).

Margar fræðilegar hefðir innan sálfræðinnar mótuðu hugmyndafræði og aðferðir Áhugahvetjandi samtals og er einstaklingsmiðuð sálfræðimeðferð Rogers (14) þar fremst í flokki. Kenningar mannúðarsálfræðinnar um að manneskjan búi yfir innri öflum til jákvæðra breytinga, sé skapandi og hafi grundvallarþrá til að þroskast eru ávallt hafðar að leiðarljósi. Viðurkenning, jafnræði og jákvæðni skapa aðstæður fyrir skjólstæðinginn til að fullgera sína möguleika og speglanir eru notaðar

markvisst í meðferðarskyni til að miðla samhygð (7, 13).

Andi Áhugahvetjandi samtals

Hinn sanni kraftur Áhugahvetjandi samtals hvílir í andanum (spirit) en ekki í tækni sem er frekar notuð til að beina samtalinu að markmiðshegðun. Andinn er þannig jafn mikilvægur og tónlist við texta lags, án tónlistar (andans) er textinn (tæknin) aðeins orð á blaði (15). Ef Áhugahvetjandi samtali er sérstök nærvera við einstaklinginn (a way of being with people), þá hlýtur andi samtalsins að byggja á því að skilja og upplifa hið „mannlega eðli“ sem hefur áhrif á að fólk er eins og það er. Til þess að hjálpa fagaðilum að skilja og ná anda Áhugahvetjandi samtals er lagt upp með þrjá grundvallarþætti; samvinnu, framköllun (á áhugahvöt) og stuðningi við sjálfstæði (7, 13, 15, 16).

Samvinna (collaboration). Til að skapa skilyrði fyrir þá hegðunarbreytingu sem stefnt er að byggja samskipti Áhugahvetjandi samtals á jafnræði milli tveggja einstaklinga sem báðir búa yfir mikilvægri vitneskju í tengslum við tiltekið vandamál. Samvinna byggir á trausti og stuðningi til að drifkraftar skjólstæðings nái að blómstra án þvingana eða fordóma. Traustið gefur fagaðila meiri möguleika á að öðlast dýpri skilning á sjónarmiðum og gildum skjólstæðings án þess er hætta á að heildarmyndin komi ekki fram (13).

Framköllun (evocation). Hlutverk fagaðila er ekki að innræta eða afhjúpa. Skjólstæðingurinn býr sjálfur yfir lausnunum og fagaðili leitast við að kalla þær fram og greiða fyrir birtingu þeirra. Til þess þarf að finna og vekja innri áhugahvöt til hegðunarbreytinga hjá skjólstæðing (13,16).

Sjálfstæði (autonomi). Áhugahvetjandi samtali leitast við að styðja sjálfstæði skjólstæðings. Það birtist í virðingu fyrir vali hans og frelsi til ákvörðunartöku og trú á getu hans til breytinga. Ábyrgð á breytingum liggur ávallt hjá skjólstæðingnum sem hefur frjálst val um að nýta sér ráð og upplýsingar fagaðilans (13).

Fjórar meginreglur Áhugahvetjandi samtals

Hugmyndafræði Áhugahvetjandi samtals er ekki flókin en það getur verið erfitt að ná góðri færni í aðferðinni. Til að feta sig áfram þarf að skilja hvaða þættir eru líklegir til að leiða til jákvæðra hegðunarbreytinga og vinna út frá þeim. Því eru settar fram fjórar meginreglur sem miða að frekari sérhæfni fagaðila (13).

Að sýna samhygð (express empathy). Samhygð er viðurkenning fagaðila á einstaklingi eins og hann er. Hún grundvallast á forvitni og löngun til að skilja aðstæður út frá heimsmynd viðkomandi án þess að dæma eða gagnrýna. Samhygð snýst ekki um að vera sammála skoðunum einstaklings heldur að viðurkenna þær, skilja og virða. Viðurkenning veitir frelsi til að breyta hegðun andstætt skilningsleysi sem stöðvar ferli breytinga. Speglnir eru notaðar markvisst til að miðla samhygð, þannig má koma til skila dýpri skilningi en með því sem sagt er berum orðum.

Að þróa misræmi (develop discrepancy).. Með því að þróa meðvitund á misræmi milli tiltekinnar hegðunar einstaklings og þeirra gilda og markmiða sem eru honum

mikilvæg má efla innri hvöt til breytingar sem sprottin er hjá einstaklingnum sjálfum en ekki vegna þvingana eða ytri áhrifa. Markmið hér er að hjálpa einstaklingi að leysa úr eigin tvíþendni í átt til jákvæðrar hegðunarbreytingar

Að berast með viðnámi (roll with resistance). Viðnám er það þegar einstaklingur ver óbreytt ástand. Ef fagaðili ræðst beint gegn viðnámi einstaklings og hvetur staðfastlega til breytinga, þrátt fyrir mótþróa, er hætta á að sú hegðun sem einstaklingur þarf að verja festist frekar í sessi. Ef fagaðili lætur berast með viðnámi þegar það kemur fram, og hlustar, gefst tækifæri til að skoða það sem liggur að baki og um leið opnast möguleikar til að koma að nýjum upplýsingum og sjónarmiðum. Í þessu felst einnig virðing fyrir einstaklingnum og getu hans til að vera virkur aðili í lausn vandamálsins.

Að efla trú á eigin getu (support self-efficacy). Öflugasti hvati hegðunarbreytinga er trú á eigin getu. Þrátt fyrir að einstaklingur hafi vilja til að breyta mun hann ekki gera það ef hann hefur ekki trú á að hann geti breytt. Hlutverk fagaðila er því að aðstoða einstaklinginn til að öðlast eða auka trú á eigin getu þannig að hann finni von og styrk til að yfirvinna þær hindranir sem á vegi hans verða.

Aðferðarfræði Áhugahvetjandi samtals

Þó að höfundar áhugahvetjandi samtals leggi mikla áherslu á anda samtalsins er stuðst við ákveðna aðferðafræði til að byggja upp og auka árangur samtalsins (15). Mörg verkfæri Áhugahvetjandi samtals eru sótt í smiðju hugrænnar atferlismeðferðar (13). Með aðferðunum er leitast við að fá skjólstæðinginn til þess tjá sig meira og fara dýpra ofan í vangaveltur eða vandamál sín. En einnig að skoða það sem þegar hefur komið fram og tryggja að fagaðili hafi skilið skjólstæðing rétt.

Opnar spurningar. Opnar spurningar eru eins og lykll að fjársjóðskistu. Sé lykllinum snúið rétt má fá fram fjölbreyttar og ýtarlegar upplýsingar um helstu áhyggjuefni skjólstæðings. Með opnum spurningum er leitað eftir ígrundun og lengri svörum skjólstæðings þar sem hvatt er til tjáningar hans. Spurningarnar eru settar fram til að leita eftir upplýsingum, gefa skjólstæðingi færi á að koma með sínar skoðanir eða til að hvetja til sjálfsskoðunar. Forsenda þess að skjólstæðingur geti tjáð sig um áhyggjuefni sín er að byggja á þeim anda og trausti sem skapast hefur milli hans og fagaðila.

Speglun. Speglun er einn af mikilvægustu þáttum Áhugahvetjandi samtals en jafnframt sá erfiðasti. Speglun eru viðbrögð fagaðila við ummælum skjólstæðingsins. Við speglun getur komið fram ný merking eða efni í samtalinu, en í grunninn grípur speglun það sem skjólstæðingur hefur sagt og miðlar þeim skilningi aftur til hans. Þær þjóna þeim tilgangi að miðla dýpri og margbrotnari mynd af ummælum skjólstæðingsins.

Yfirlýstur stuðningur. Tilgangurinn með að lýsa yfir stuðningi er að byggja upp trú á eigin getu með því að taka eftir styrkleikum og viðleitni skjólstæðings til að breyta hegðun. Stuðningurinn getur falist í hrósi, þakklæti og tjáningu um að fagaðili skilji sjónarmið skjólstæðings.

Samantekt. Samantekt er notuð til þess að fara yfir

Það sem skjólstæðingur hefur sagt og til að kanna hvort fagaðili hafi skilið skjólstæðing rétt. Einnig er samantekt vel til þess fallin að draga fram lykilþætti samtalsins og tengja saman umræðuþætti sem hvetja skjólstæðing til að skoða hluti og hugmyndir í nýju ljósi.

Breytingatal

Aðferðarfræði áhugahvetjandi samtals miða að því að leiðbeina skjólstæðingnum að skoða tvíþendi og hugsanlegar ástæður til að breyta hegðun. Aðferðafræðina er nauðsynlegt að nota til að stuðla að breytingatali (13).

Mikilvægasta hlutverk fagaðila er að þekkja breytingatal og fylgja því eftir þegar það kemur fyrir. Öll tjáning einstaklingsins um þrá til að breyta, getu, nauðsyn og skuldbindingu tengdri tiltekinni breytingu, flokkast undir breytingatal. Einstaklingar eru líklegri til að breyta þegar þeir tala um það sjálfir frekar en þegar einhver annar (eins og fagaðili, vinur eða ættingi) leggur það til. Við þekkjum þetta sjálf, þegar við ræðum um vandamál okkar við einhvern annan hefur lausnin meira gildi fyrir okkur þegar hún kemur frá okkur sjálfum. Í Áhugahvetjandi samtali er breytingatal andstæða viðnáms. Hlusta þarf vel eftir tíðni og styrk breytingatals þar sem ekki má knýja fram skuldbindingu of fljótt áður en einstaklingur er tilbúinn en það getur valdið mótþróa og aukið viðnám (17, 13).

Kennsla og þjálfun í notkun Áhugahvetjandi samtals

Færni fagaðila til að beita Áhugahvetjandi samtali er mikilvæg og getur spáð fyrir um árangur skjólstæðings. Þannig getur fagaðili, sem er samkvæmur hugmyndafræði þess, haft jákvæð áhrif á útkomu skjólstæðings og því er markviss kennsla lykilatriði til að koma henni rétt til skila (18).

Rannsóknir á mismunandi kennsluáðferðum Áhugahvetjandi samtals hafa sýnt að kennsla sem byggir á persónulegri leiðsögn (coaching) og markvissri endurgjöf (feedback) skilar góðum langtíma árangri (19). Sjálfsnám eða stuttar kennslustundir gefa hins vegar lítinn og skammvinnan árangur þar sem aðferðin hefur ekki náð að festast í sessi (19). Því ætti kennslan að ná yfir lengri tíma þannig að fagaðilar geti beitt aðferðinni við raunverulegar aðstæður á meðan þeir eru að ná færni í aðferðinni. Reynsla fagaðila sýnir að ein erfiðasta hindrunin við að tileinka sér hugmyndafræði Áhugahvetjandi samtals er að fara úr sérfræðingshlutverkinu og læra að hlusta á virkan hátt (20).

Aðferðin hefur rutt sér til rúms í auknum mæli á mörgum sviðum innan heilbrigðiskerfisins þar sem fagaðilar eru úr ýmsum stéttum og hafa fengið mismikla kennslu í notkun þess. Því er áframhaldandi þjálfun mikilvæg til þess að andi samtalsins víki ekki fyrir tækninni í annasömu umhverfi heilbrigðisstétta (11). Í kjölfar útbreiðslunnar komu fram auknar kröfur um að geta metið árangur samtala, kannað gæði þeirra og frammistöðu fagaðila. Teresa Moyers og félagar (21) hönnuðu slíkt mat sem heitir Motivational Interview

Treatment Integrity (MITI) en það er einfalt og hagkvæmt í notkun. Það má nota til kennslu og við þjálfun fagaðila auk þess að meta færni við notkun Áhugahvetjandi samtals (22, 23). MITI 3.1.1. er nýjasta útgáfa matsins og metur líkt og áður meðferðarskil við notkun Áhugahvetjandi samtals og gefur fagaðilum endurgjöf á færni (21). Á Íslandi er í dag notast við útgáfu 3.0 en unnið er að uppfærslu matsins hérlendis í samræmi við nýjustu útgáfu.

Lokaorð

Rannsóknir undanfarna áratugi hafa sýnt fram á að Áhugahvetjandi samtali sé gagnreynd aðferð sem er þægileg, fljótleg, nytsamleg til að aðstoða fólk að breyta margvíslegri hegðun og getur samrymst öðrum aðferðum eða meðferðum. Til að innleiðing Áhugahvetjandi samtals í heilbrigðiskerfinu sé árangursrík er nauðsynlegt að starfsfólk fari á faglega uppbyggð námskeið sem byggja á sannreyndum aðferðum. Slík námskeið eru gjarnan blanda af fræðilegum fyrirlestrum og verklegri þjálfun, ásamt faglegri endurgjöf (þ.e. kóðun á samtölum). Handleiðsla og eftirfylgni þjálfara þegar grunnkunnátta er til staðar hjá þátttakendum er mikilvæg til að innleiðingin skili hvað bestum árangri (24). Heilbrigðisyfirvöld mættu gjarnan leggja upp með markvissa stefnu um að vinna eigi eftir hugmyndafræði Áhugahvetjandi samtals og skiptir stuðningur yfirmanna stofnananna eða sviða þar sköpum.

Heimildir

1. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO Press, Genf 2008.
2. Rollnick, S., Butler, C. C., McCambridge, J., Kinnery, P., Elwyn, G., Resnicow, K. Consultations about changing behaviour. *British Medical Journal* 2005; 331(7522): 961-963.
3. DiClemente, C. C., Velasquez, M. M. Motivational interviewing and the stages of change í R. W. Miller, og S. Rollnick (ritstjórar), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2.útgáfa., bls. 201-216). Guilford press, New York 2002.
4. Manthey, T. Training MI in a Vocational Rehabilitation Context. *MINT Bulletin* 2009; 15(1): 9-13.
5. Finch, J., Nofziger, B., Panzano, P., Seffrin, B., Weaver, N., Bunt, E. The effect of motivation on job search and work outcomes and the demand for supported employment services. *New Research In Mental Health 2004-2005 Biennium*, Columbus, 2005; 17: 57-65.
6. Emmons, K. M., Rollnick, S. Motivational interviewing in health care settings: Opportunities and limitations. *American Journal of Preventive Medicine* 2001; 20(1): 68-74.
7. Miller, W. R., Rollnick, S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2009; 37: 129-140.
8. Burke, B. L., Arkowitz, H., Menchola, M. The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71: 843-861.
9. Hettema, J., Steele, J. Miller, W. R.. Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005; 1(1): 91-111.

10. Rubak, S., Sandbæk, A. og Lauritzen, T. Christensen, B.. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice* 2005; 55(513): 305.
11. Resnicow, K., Dilorio, C., Soet, J., Borrelli, B., Hecht, J. Ernst, D. Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychology* 2002; 21(5): 444-451.
12. Forsberg, L. Motiverande samtal - bättre än råd (Motivational interviewing – better than counselling). *Läkartidningen* 2006; 103: 3178-3180.
13. Miller, W. R. Rollnick, S.. *Motivational interviewing: Preparing people for change (2.útgáfa)*. New York. The Guilford Press 2002.
14. Rogers, C. R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Koch, S, (ritstjóri). *Psychology: The study of science formulations and the person and the social contexts* (bls. 184-256). McGraw-Hill, New York 1959.
15. Rollnick, S. Miller, W. R.. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995; 23(4): 325-334.
16. Moyers, T. B. History and happenstance: How motivational interviewing got its start. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2004; 18(4): 291-298.
17. Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. Palmer, M. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 2003; 71: 862-878.
18. Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M. Daeppen,. Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2009; 37(2): 151-159.
19. Miller, W. R., Yahne, C., Moyers, T. B., Martinez, J. Pirritano, M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 2004; 72: 1050-1062.
20. Soderlund, L. L., Nilsen, P. Kristensson, M. Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal* 2008; 67(2): 102-109.
21. Moyers, T.B., Martin, T., Manuel, J. K., Miller, W.R., & Ernst, D. (2010). *Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1 : Revised Global Scales*. Sótt 25.10.2013 af http://casaa.unm.edu/download/MITI3_1.pdf
22. Miller, W. R. Mount, K. A.. A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001; 29(4): 457-471.
23. Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L., Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2005; 28(1): 19-26.
24. Miller R, Rose G: Towards a theory of motivational interviewing. *American Psychologist* 2009; 64:527-537.

Höfundar:

Soffía Eiríksdóttir er hjúkrunarfræðingur með MPH gráðu.

Briet Birgisdóttir er hjúkrunarfræðingur með MPH gráðu.

Sveinbjörn Kristjánsson, Ph.D (doktorgráðu).

Héðinn Svarfdal Björnsson er með MA, M.Phil gráðu

Helga Sif Friðjónsdóttir er með Ph.D, MN gráður og deildarstjóri hjúkrunar á 33A LSH



Katrín Guðný Alfreðsdóttir

Búsetuúrræði fyrir heimilislausar konur Skaðaminnkandi nálgun

Lífsskilyrði og lífshættir þjóða eru að miklu leyti mótuð af velferðarstefnu þeirra og stefnumótun í ólíkum málaflokkum. Jákvæð sjálfsmynd byggir meðal annars á því að einstaklingur hafi einhverju hlutverki að gegna í samfélaginu og að baki honum sé traust tengslanet fjölskyldu og vina (1). Þeir sem eru heimilislausir búa ekki við þessar aðstæður. Þeir eru ekki virkir þátttakendur í hinu almenna samfélagi og hafa sjaldnast þýðingarmiklu hlutverki að gegna. Vegna stöðu sinnar er sjálfsmynd þeirra brotin og þeir eiga í erfiðleikum með að taka á flóknum vanda sínum (2, 3).

Þeir sem standa höllum fæti í þjóðfélaginu er viðkvæmur hópur sem hefur oft einangrast og hefur ekki getu eða hæfileika til að sækja sér nauðsynlega þjónustu. Í rannsókn sem Helga Þórey Björnsdóttir (3) gerði á meðal heimilislausra í Reykjavík kom fram það stöðu- og hlutverkaleysi sem heimilislausir glíma við á götunni. Staða þeirra hefur breyst mikið frá því sem áður var þegar þeir áttu heimili. Flutningur hefur átt sér stað á milli félagslegra rýma, frá því að eiga heimili í að verða heimilislaus. Með flutningnum fær fólk aðra stöðu sem er ný, veik og valdalaus félagsleg staða. Í nýja rýminu reynir fólk að skapa sér persónulega stöðu í gegnum fyrri félagslega stöðu sína. Þátttakendur í rannsókninni lögðu áherslu á valdleysi sitt sem stuðlar að stöðnun hjá þeim og afskiptaleysi stjórnvalda af stöðu þeirra. Hópurinn hefur einangrast félagslega og á sjaldan í samskiptum við annað fólk utan hópsins eða opinberar stofnanir stöðu sinnar vegna.

Abraham Maslow sem var einn af upphafsmönnum mannúðarsálfræðinnar setti fram kenningu um þarfapýramíða sem hann skipti í fimm þrep og taldi vera grunnþarfir mannsins (4). Hann taldi að hegðun og hvatning mannsins réðist af þeim þörfum sem ekki eru uppfylltar. Maslow taldi að ef grunnþörfum mannsins um fæði, klæði og húsnæði væri ekki fullnægt kæmist maðurinn ekki á næsta þrep og næði því ekki lengra í lífi sínu.

Aðrir fræðimenn hafa talið að til viðbótar séu grunnþarfir mannsins þátttaka, að tilheyra og að hafa val um stöðu sína (5).

Heimilisleysi á Íslandi

Á Íslandi hefur heimilislaust fólk verið falinn hópur. Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á heimilislausum hér á landi



og því hafa ekki verið til nákvæmar tölur um fjölda heimilislausra á landinu (6). Sumarið 2009 kortlagði Reykjavíkurborg fjölda heimilislausra einstaklinga í Reykjavík. Upplýsingar fengust frá þeim opinberu aðilum og hjálparsamtökum sem koma að málefnum þessa hóps. Kortlagningin náði yfir þriggja mánaða tímabil og leiddi í ljós að í Reykjavík á þeim tíma voru 100 einstaklingar taldir heimilislausir á aldrinum 18 ára til 75 ára en ekki var vitað um fæðingarár tveggja einstaklinga sem töldust utangarðs í kortlagningunni. Að auki bjó 21 einstaklingur í langtímabúsetuúrræði. Þessir einstaklingar voru taldir með þar sem nokkur hluti þeirra fellur undir þá skilgreiningu í kortlagningunni að vera utangarðs. Fjórdungur hópsins voru konur eða 29 konur alls sem er sambærilegt hlutfall við tölur frá Norðurlöndunum. Það eru hins vegar eftirtektarverðar tölur því fyrri tölur um fjölda heimilislausra kvenna í Reykjavík hafa verið mun lægri. Í janúar árið 2005 voru einungis fimm konur taldar heimilislausar í Reykjavík, Kópavogi og Hafnarfirði.

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar kortlagði aftur árið 2012 fjölda heimilislausra einstaklinga í Reykjavík (7). Í þeirri könnun kom fram fjölgun frá fyrri könnun árið 2009 þar sem einstaklingarnir voru orðnir 179 þar af 64 konur og 112 karlar, ekki var vitað um kyn þriggja einstaklinga. Af 179 einstaklingum sem féllu undir skilgreininguna að vera heimilislaus voru 29 einstaklingar í langtímabúsetuúrræðum. Flestir höfðu verið heimilislausir í 2 ár og lengur bæði árin 2009 og 2012. Einstaklingarnir voru á aldrinum 18 ára til 75 ára. Fjölgun var mest í yngsta aldurshópnum þeir sem voru á aldrinum 18-30 ára. Fækkun var hins vegar í aldurshópnum 30-50 ára frá fyrri könnun. Einstaklingarnir áttu flestir uppruna sinn á Íslandi eða 160 manns. Einstaklingar af erlendum uppruna voru 19, fjölmennastir voru Pólverjar, 12 sem er aukning frá fyrri könnun.

Í kortlagningunni árið 2009 voru sex einstaklingar sem taldir voru heimilislausir af erlendum uppruna frá fjórum þjóðlöndum þar af voru þrjár frá Póllandi (6).

Í samræmi við það að fáar rannsóknir hafa verið gerðar á heimilislausu fólki á Íslandi eru til fáar skilgreiningar á því hvað heimilisleysi er. Í kjölfar umræðu á Alþingi árið 2004 um aðstæður heimilislausra á Íslandi ákvað þáverandi félagsmálaráðherra að koma saman samráðshópi til að fjalla um málefni þessa hóps (2). Samráðshópurinn skilgreindi heimilisleysi á þennan hátt:

„ Húsnæðislaus er sá sem ekki hefur aðgang að hefðbundnu húsnæði, hann hefur ekki húskjól að staðaldri á sama stað og gistir þar sem kostur er hverja nótt, þar með talið gistiskýli, á gistiheimili eða inni á öðru fólki. Þeir sem koma úr tímabundnu húskjöli, svo sem úr fangelsi eða úr vímuefnaeðferð, eiga sögu um margháttaða húsnæðis- og félagslega erfiðleika og ekki tryggt húskjól einum til tveimur mánuðum áður en þeir fara úr hinu tímabundna húsnæði, eru taldir hér með.“

Heimilisleysi getur varað í stuttan tíma hjá þeim sem eiga við tímabundinn vanda að stríða. Aðrir glíma við mörg langvarandi flókin vandamál sem hindra aðgang þeirra að viðunandi húsnæði. Þessi langtímavandi getur leitt til varanlegs húsnæðisleysis. Orsakir heimilisleysis eru margar og mismunandi. Í skýrslu samráðshóps Félagsmálaráðuneytisins frá árinu 2005 (2) og í skýrslu Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar frá árinu 2012 (7) kemur fram að helstu orsakir heimilisleysis hér á landi er ofneysla áfengis og vímuefna, geðrænir erfiðleikar og almennur heilsuþættur. Bæði hér á landi og erlendis verður starfsfólk athvarfa og þeirra heimila sem hýsa heimilisláusa æ meira vart við að þeir sem eru heimilisláusir glíma við geðræna sjúkdóma. Það bendir til að heilbrigðiskerfið sinni ekki þessum einstaklingum nægjanlega og veita þá þjónustu sem nauðsynleg er til að takast á við vanda þeirra (8).

Heimilisláusir er hópur fólks sem er utangarðs í samfélaginu og mætir oft miklum fordómum (3). Vegna aðstæðna sinna á heimilisláust fólk iðulega erfitt með að sækja sér þá heilbrigðis- og félagsþjónustu sem í boði er. Vandinn getur falist í lélegu aðgengi að heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir hópinn. Fordómar eru ríkjandi í garð heimilisláusra einstaklinga, litið er á þá sem utangarðsmenn sem geti verið ofbeldisfullir og jafnvel eigi ekki skilið að njóta þeirrar opinberu þjónustu sem í boði er. Sjálfsmynd einstaklings sem er heimilisláus er yfirleitt léleg og það getur dregið úr honum að fara inn á þjónustumiðstöð eða heilsugæslu og leita sér aðstoðar. Jafnframt getur það verið hindrun fyrir þennan hóp að þurfa að pantast viðtal, standast tímaáætlanir og skuldbindingar og uppfylla þær kröfur sem gerðar eru til þess að fá þjónustu (2, 3, 9).

Að vera heimilisláus er erfitt fyrir alla þá sem lifa við þær aðstæður. Það er talið erfiðara fyrir konur en karla að vera heimilisláus því þær eru varnarminni gegn kynferðislegu, líkamlegu og andlegu ofbeldi (10).

Niðurstöður úr rannsókn sem Velferðarsvið Reykjavíkurborgar framkvæmdi sumarið 2012 á þörfum og vilja utangarðsfólks í Reykjavík endurspeglar að heimilisláusir er fjölbreyttur hópur með ólíkar þarfir (11). Þátttakendur í rannsókninni voru 18 talsins, 10 karlar og 8 konur. Fólk var á aldrinum 21- 70 ára sem allir voru heimilisláusir á þeim tíma sem rannsóknin var framkvæmd. Þrátt fyrir að flestir glímdu við áfengis- og vímuefnavanda þá var hópurinn ólíkur, neysla þeirra ólík og þeir vildu ekki þurfa að vera saman þó þeir glímdu við sama vanda.

Áhugaverðar niðurstöður úr rannsókninni eru þær að 16 þátttakendur töldu að einhverja ákveðna þjónustu vantaði við utangarðsfólk. Flestir nefndu einhvers konar húsnæði þar sem hægt væri að vera allan sólarhringinn ólíkt því sem er í boði í dag. Þær hugmyndir að húsnæði sem komu fram var að fá langtíma leiguhúsnæði með sólarhringsþjónustu. Húsnæði þar sem ríkti friður og væri heimilislegt og hægt væri að sofa á hvaða tíma sólarhringsins sem er. Fram komu óskir um að umsjónarmaður hefði eftirlit með húsnæðinu. Einnig komu fram hugmyndir um húsnæði þar sem ekki væri leyfð áfengis- eða vímuefnaneysla til þess að einstaklingarnir gætu hvílt sig og endurnært sig (11).

Sambærilegar niðurstöður fengust úr rannsókn Helgu Þóreyjar Björnsdóttur (3). Þátttakendur þeirrar rannsóknar töldu brýnna að fá langtímaláusn á vanda sínum í stað þess að fá einnar nætur skjól.

Búsetuúrræði

Samkvæmt könnun Reykjavíkurborgar frá árinu 2012 hefur fjöldi heimilisláusra í Reykjavík aukist (7). Fjöldi gistirýma sem stendur þessum hópi til boða eru alls ekki nógu mörg. Á vegum Reykjavíkurborgar og hjálparsamtaka eru í boði 57 rými þar sem ekki er krafist bindindis til að fá gistingu. Þar af eru 28 rými í neyðarathvarfi og 29 rými í langtíma búsetuúrræðum. Fyrir konurnar eru átta rými í Konukoti sem er neyðarathvarf fyrir heimilisláusar konur. Ekki er krafist þess að konurnar séu allsgáðar þegar þær koma í Konukot en neysla áfengis- og vímuefna er ekki leyfð í húsinu. Einnig eru fimm einstaklingsherbergi á Mýrinni sem er heimili fyrir konur sem eru enn í neyslu áfengis- og vímuefna. Algengt er að konurnar séu með tvöfalda greiningu, það er áfengis- og vímuefnavanda og aðra geðræna kvilla. Karlar hafa aðgang að 20 rýmum í Gistiskýlinu við Þingholtstræti sem einnig er neyðarathvarf og 16 rýmum í öðrum búsetuúrræðum. Við Eyjaslóð eru fjögur smáhýsi bæði fyrir karla og konur þar sem geta búið fjórir til átta einstaklingar í senn. Fjölmörg áfangenheimili eru fyrir þá sem átt hafa við áfengis- og vímuefnavanda að stríða og eru í virkri endurhæfingu og þurfa á tímabundnu húsnæði að halda.

Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar

Skaðaminnkun (e. harm reduction) er stefna sem notuð er meðal annars við íhlutun og þjónustu með virkum áfengis- og vímuefnaneytum. Áhersla er lögð á að hvetja einstaklinga til að halda lífi, viðhalda heilsu og bæta heilsufar sitt. Hugmyndafræðin var fyrst kynnt í Hollandi árið 1970 og var sett fram sem annar eða andstæður valkostur við ríkjandi meðferðarúrræði sem krafðist algjörs bindindis af hálfu einstaklingsins. Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar vísar til meðferðarúrræða sem hafa það að markmiði að draga úr þeim neikvæðu áhrifum sem áfengis og vímuefnaneysla hefur á heilsufar og félagslega- og fjárhagslega stöðu einstaklings (13,14).

Vímuefni og notkun þeirra hafa fylgt manningnum í gegnum aldirnar og svo mun líklega verða áfram. Í ljósi þess er óraunsað að stefna að vímuefnalausum samfélagi (12). Aðferð skaðaminnkandi nálgunar er talin vera raunsa nálgun til að draga úr þeim skaða sem áfengis- og vímuefnaneysla veldur í stað þess að ætla að uppræta öll vímuefni og koma í veg fyrir neyslu. Áhersla er lögð á afleiðingar neyslunnar í stað þess að beina sjónum eingöngu að neytandanum og neyslu hans. Undir skaðaminnkun má fella allar stefnur og verkefni sem stefna að því að draga úr vanda tengdum áfengis- og vímuefnanotkun án þess að krefjast bindindis (13,14).

Það er þekkt að margir sem eiga við áfengis- og vímuefnavanda að stríða vilja ekki eða geta ekki hætt neyslu sinni þrátt fyrir að hún valdi þeim heilsufarslegum skaða (13). Þeir sem aðhyllast hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar telja að samspil líffræðilegra, andlegra og félagslegra þátta hafi þau áhrif á einstaklinginn að hann misnoti áfengis- og vímuefni. Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar lítur svo á að vandinn sé ekki sá sami hjá öllum og því sé brýnt að bjóða einstaklingsmiðuð úrræði. Það er mikilvægt að kynna fyrir fagfólki og áfengis- og vímuefnaneytendum hugmyndir um og möguleikann á því að minnka áhættuna á frekari skaða sem neytandinn getur valdið sjálfum sér og öðrum. Það er talið æskilegt að hafa valkost og bjóða uppá þjónustu sem veitir áfengis- og vímuefnaneytenda meira öryggi og betri heilsu án þess að krefjast bindindis af honum. Samkvæmt hugmyndafræðinni er það ekki valkostur að manneskjur þjáist eða deyi af völdum einhvers sem hægt var að koma í veg fyrir (13,14).

Í nálgun hugmyndafræði skaðaminnkunar er áhersla á að sýna fjölskyldum neytendanna sem og þeim sjálfum umhyggju og tillitsemi. Það ber að koma fram við áfengis- og vímuefnaneytendur af virðingu, sýna þeim þolinmæði og samþykkingu alla einstaklinga eins og þeir eru en dæma þá ekki af hegðun sinni og gjörðum. Hugmyndafræðin leggur áherslu á að draga úr þeirri skömm sem hefur fylgt því að eiga við áfengis- og vímuefnavanda að stríða. Samkvæmt hugmyndafræðinni tapa áfengis- og vímuefnaneytendur ekki mannréttindum sínum með neyslu sinni. Þeir eins og aðrir eiga rétt á heilsugæslu, félagsþjónustu og öðru því sem stendur til boða í hverju samfélagi. Þeir sem aðhyllast skaðaminnkun mæla á móti neikvæðum viðhorfum og framkomu í garð áfengis- og vímuefnaneytenda. Þeir telja að neikvæð framkoma sé viðhöfð og réttlætt í skjóli þess að verið sé að framfylgja lögum og reglum til að koma í veg fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu. Fylgjendur skaðaminnkunar leggja áherslu á að áfengis- og vímuefnaneytandi sé ekki siðlaus afbrotamaður heldur þegn sem velji sér þessa lífshætti. Ávinningurinn af því að beita skaðaminnkandi nálgun er meðal annars sá að aðferðin getur hentað breiðum hópi fólks með ólíkan vanda. Með skaðaminnkandi nálgun er talið að hægt sé að ná til jaðarhópa samfélagsins og þeirra sem eiga erfitt með að nýta sér félags- og heilbrigðisþjónustu (13,14).

Búsetuúrræði byggð á hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar

Í Kanada, Bandaríkjunum og Bretlandi meðal annarra bjóða hafa þau viðhorf verið ríkjandi að ekki sé hægt að taka manneskju beint af götunni og veita henni varanlegt húsnæði (15,16). Þess í stað þarf einstaklingurinn að ganga í gegnum röð af úrræðum í þjónustukeðju. Fyrsta þrepið er gistiskýli, annað þrepið er húsnæði þar sem einstaklingurinn fær sálfræðiþjónustu eða áfengis- og vímuefnaaðferð og undirbúning fyrir sjálfstæða búsetu. Lokatakmarkið er að allri áfengis- og vímuefnaneyslu sé hætt og skilyrði fyrir búsetunni er algjört bindindi. Ef þátttakandi fellur á bindindinu hefur það þær afleiðingar að hann þarf að fara til baka á fyrra stig í keðjunni og vinna sig upp aftur. Nú hafa nýjar aðferðir verið kynntar sem byggja á hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar til að veita heimilislausum einstaklingum varanlega búsetu. Kannanir sem gerðar hafa verið í þessum löndum hafa sýnt að skaðaminnkandi nálgun hefur reynst vel til að mæta hópi heimilislausra og bjóða þeim húsnæði án þess að þurfa að fara í gegnum þjónustukeðju. Þar sem unnið er eftir þessari hugmyndafræði hefur það ekki neikvæðar afleiðingar fyrir einstakling ef hann fellur á áfengis- og vímuefnabindindi. Horft er á styrkleika hvers og eins frekar en veikleika og tækifæri nýtt til að gleðjast yfir jákvæðum breytingum sem verða á hegðun einstaklings og neysluvenjum hans (14,15).

Gerð var samanburðarkönnun í New York á árunum 1993 til 1997 meðal heimilislausra einstaklinga sem fengu ólík búsetuúrræði (16). Tilraunahópurinn kom beint af götunni og fékk varanlega búsetu með stuðningi. Ekki var krafist bindindis af þeim eða sett önnur skilyrði nema að þátttakandi þurfti að hitta starfsmann verkefnisins tvisvar sinnum í mánuði til að taka þátt í fjárhags- og framvinduáætlun sinni. Verkefnið var unnið af frjálsum félagsamtökum sem lögðu sig fram við að mæta þörfum heimilislausra sem glímdu við áfengis- og vímuefnavanda og geðrænan vanda. Starfsaðferðir samtakanna byggja á hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar og að uppfylla þá þörf sem þau telja vera eina af grunnþörfum mannsins að einstaklingur hafi húsnæði áður en önnur þjónusta er veitt. Samanburðarhópurinn fékk hefðbundna meðferð og fór í gegnum þjónustukeðju áður en hann fékk varanlegt húsnæði. Eftir tæplega fimm ár voru 88% þeirra sem voru í tilraunahópnum enn í sinni búsetu. Stór hluti þeirra eða 65% höfðu leitað sér aðstoðar vegna áfengis- og vímuefnavanda síns eða geðrænna vandamála og 27% þeirra voru í hlutastarfi eða tímabundinni vinnu. Þegar samanburðarhópurinn var skoðaður voru einungis 47% þátttakenda enn í þeirri búsetu sem þeir höfðu fengið úthlutað við upphaf rannsóknarinnar. Þátttakendur í tilraunahópnum tóku fram að eftir að hafa fengið varanlega búsetu jafnvel í fyrsta sinn á ævinni án íþyngjandi skilyrða var til mikils að vinna að halda í hana. Ein af niðurstöðum rannsóknarinnar var að heimilislausir geta tekið á áfengis- og vímuefnavanda sínum og eru viljugri til þess þegar þeir þurfa ekki að lifa við þær erfiðu aðstæður sem heimilisleysi er.

Lokaorð

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar og frjáls félagasamtök hafa unnið mikið og gott starf til að bæta stöðu og auka lífsgæði heimilislausra einstaklinga í Reykjavík (17). Þrátt fyrir það fjölga heimilislausu fólki í Reykjavík, aldur þeirra fer lækkandi og heilsu þeirra hrakar (7).

Í gegnum aldirnar má finna lög, reglur, skyldur og rétt manna til að veita fólki aðstoð eða þiggja aðstoð vegna stöðu sinnar. Hjálp til þeirra sem minna mega sín var í formi samhjálpar og ölmusu (1). Þeir sem þurftu á fátækraaðstoð að halda, sem var velferðarþjónusta fyrri tíma, töpuðu borgaralegum réttindum sínum með því að þiggja aðstoð óháð því hvað olli vanda þeirra. Um aldamótin 1900 var farið að huga að því að breyta ríkjandi viðhorfum til þeirra sem stóðu höllum fæti og taka tillit til þess hvað orsakaði slæma stöðu þeirra. Enn var þó talið rétt að svipta fólk öllum rétti sínum ef það orsakaði fátækt sína sjálft með slæmri hegðun, áfengisdrykkju eða vesaldómi (1,18). Árið 1991 voru sett gildandi lög um félagsþjónustu sveitarfélaga (19). Með nýjum lögum var lögð áhersla á að velferðarþjónusta væri réttur íbúanna en ekki ölmusa. Mörg sveitarfélög skilyrða hins vegar enn þjónustu sína og krefjast þess að einstaklingur misnoti ekki áfengi og vímuefni eða hafi farið í meðferð og sé í bataferli.

Þeir sem misst hafa stjórn á áfengis- og vímuefnaneyslu sinni og í kjölfarið misst fjölskyldu sína, atvinnu og húsnæði þurfa langvarandi aðstoð og fjölbreytt úrræði til að fóta sig í samfélaginu á ný. Hafa verður í huga að þarfir áfengis- og vímuefnaneytanda eru misjafnar því margir glíma við fjölbættan langvarandi vanda. Mikilvægt er að skapa ásættanlegar aðstæður með stuðningi og endurhæfingu fyrir þá einstaklinga sem vilja ná félagslegri færni og vera þátttakendur í samfélaginu. Einnig verður að veita umönnun og skapa viðunandi líffskilyrði fyrir þá sem geta ekki hætt neyslunni þrátt fyrir endurteknar meðferðir. Þessir einstaklingar eiga rétt á að fá grunnþörfum sínum fullnægt með fæði, klæði og húsnæði eins og aðrir þegnar samfélagsins. Mikilvægt er að samvinna sé við notendur þjónustunnar og að þeir séu þátttakendur í framtíðaráætlunum sínum. Í þessari vinnu verður að tryggja að mannréttindahugsun sé höfð að leiðarljósi og að ölmusuhugsun verði útrýmt. Það þarf að tryggja gagnkvæma virðingu og skilning allra á því að einstaklingur tapar ekki réttindum sínum þó hann sé í virkri neyslu áfengis og eða vímuefna.

Flest varanleg búsetuúrræði sem standa heimilislausu fólki til boða hindra það í að taka á raunverulegum vanda sínum. Fólkið er stítt í vátahring sem erfitt er að rjúfa við núverandi aðstæður. Skilyrði sem sett eru til að fá varanlega búsetu með stuðningi er algjört bindindi og því nær fólk ekki meðan það býr á götunni. Mikilvægt er að greina vanda hvers og eins og byggja upp langtímaúrræði í stað skammtíma neyðaraðstoðar sem viðheldur ástandinu. Með

hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar er hægt að mæta einstaklingnum þar sem hann er staddur með virðingu og reisu og veita honum það úrræði sem hann sjálfur telur að henti sér best. Við réttar aðstæður í samfélaginu geta flestir einstaklingar bætt aðstæður sínar, aukið lífsgæði sín og verið þátttakendur í samfélaginu á einn eða annan hátt. Brýnt er að breyta vinnulagi til að færa fólki val, vald og bæta sjálfsmynd heimilislausra. Það er verkefni framtíðarinnar að finna leiðir til að hámarka hagnað íbúanna sem eru bestu lífsgæði öllum til handa.

Heimildir:

1. Stefán Ólafsson. Íslenska leiðin. Almannatryggingar og velferð í fjölþjóðlegum samanburði. Reykjavík: Tryggingastofnun Ríkisins og Háskólaútgáfan; 1999.
2. Félagsmálaráðuneytið. Skýrsla samráðshóps um heimilislausu. Aðstæður heimilislausra í Reykjavík og tillögur til úrbóta. http://www.velferðarraduneyti.is/media/acrobat-skjol/skyrsla_heimilislausir.pdf. ; Október, 2005.
3. Helga Þórey Björnsdóttir. „Við útgangarnir“: Sjálfsmyndin í orðræðum heimilislausra fólks. Óbirt MA- ritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild; 2004.
4. Weinbach, R. W. The Social Worker as Manager. A Practical Guide to Success (5. útgáfa). USA: Pearson Education, Inc; 2008.
5. Payne, M. Modern Social Work Theory. Great Britain: Palgrave Macmillan; 2005.
6. Elin Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir. Utangarðsfólk í Reykjavík: Kortlagning og rannsókn. Velferðarsvið Reykjavíkurborgar; 2009.
7. Erla Björg Sigurðardóttir. Kortlagning á fjölda og höfum utangarðsfólks í Reykjavík: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar. http://www.reykjavik.is/Portaldata/1/Resources/velferðarsvið_nytt/Kortlagning_fjoelda_og_hoegum_utangar_sf_lks.pdf; september 2012.
8. International Federation of Social Workers –European Region. Policy statement on Homelessness; 2008.
9. WHO. How can health care system effectively deal with major health care needs of homeless people. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74682/E85482.pdf; Janúar, 2005.
10. Wenzel, S. L. Help for Homeless women. <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/06/15/AR2006061501538.html> ; júní, 2006.
11. Elin Sigríður Gunnsteinsdóttir og Tinna Sigurðardóttir. Kortlagning á þörfum og vilja utangarðsfólks í Reykjavík: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar. http://www.reykjavik.is/Portaldata/1/Resources/velferðarsvið_rannsoknir_kannanir/Sk_rsla_um_notendasamr_vi_utangar_sf_lks_Loka_tg_fa.pdf; Október, 2012.
12. Helgi Gunnlaugsson. Vímuefni og samfélag. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), Fikniefni og forvarnir-Handbók fyrir heimil og skóla (bls. 78-84). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum; 2001.
13. International Harm Reduction Association. What is harm reduction. http://www.ihra.net/files/2010/05/31/IHRA_HRStatement.pdf; e.d.
14. Tatarsky, A Harm Reduction Therapy. A new treatment for drug and alcohol problems. USA: Rowman and Littlefield Publishers, Inc; 2007.
15. Canada Mortgage and Housing Corporation. Homelessness, Housing and Harm Reduction: Stable Housing for Homeless People with Substance Use Issues. <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/64031.pdf>; September 2005.
16. Tsemberis, S. og Eisenberg, R. F. Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities. <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=84342>; April, 2000.
17. Erla Björg Sigurðardóttir. Stöðumat á stefnu Reykjavíkurborgar í málafleum utangarðsfólks: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar. http://www.reykjavik.is/Portaldata/1/Resources/velferðarsvið_rannsoknir_kannanir/Kortlagning_fjoelda_og_hoegum_utangar_sf_lks.pdf ; September 2012.
18. Gísli Ágúst Gunnlaugsson. Ómagar og Utangarðsfólk. Fátækramál Reykjavíkur 1786-1907. Reykjavík: Sögufélag; 1982.
19. Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.

Katrín Guðný Alfreðsdóttir er félagsráðgjafi á göngudeild fíknigeðsviðs LSH og sjálfbodaliði hjá Rauða Krossinum á Frú Ragnheiði og Konukoti. Einnig er höfundur starfandi flugfreyja hjá Icelandair.



Minningarsjóður Ólafíu Jónsdóttur auglýsir

STYRK TIL RANNSÓKNA

á sviði geðverndar.

Umsóknum skal skila til Geðverndarfélags Íslands, Hátúni 10, 105
Reykjavík, fyrir 1. febrúar 2014.

Úthlutun fer fram á aðalfundi Geðverndarfélags Íslands í mars 2014.

Stjórn Minningarsjóðs Ólafíu Jónsdóttur

Helgi Héðinsson og Hjördís Tryggvadóttir

Hugræn atferlismeðferð við áfengis- og vímuefnavanda og geðrænum vanda á fíknigeðdeild Landspítala

Inngangur

Teigur, dagdeild fíknimeðferðar á geðsviði Landspítala, er meðferðarúrræði þar sem veitt er einstaklingsmiðuð hópmeðferð við flóknum áfengis- og vímuefnavanda. Tilgangur þessarar greinar er að veita innsýn í það starf sem unnið er á Teigi og greina frá þeirri stefnu sem meðferðin er byggð á.

Árið 2004 var tekin ákvörðun um að áfengis- og vímuefnameðferð á Landspítala yrði byggð á hugrænni atferlismeðferð. Þeir sem komu að þessari ákvörðun voru Hannes Pétursson sviðstjóri geðsviðs, Óttar Guðmundsson geðlæknir, Jón Friðrik Sigurðsson forstöðusálfræðingur á geðsviði, Pétur Tyrfingsson sálfræðingur og Bjarni Össurason geðlæknir. Ýmsar ástæður voru fyrir ákvörðun um að breyta um meðferðarstefnu. Á þessum tíma var nýr forstöðusálfræðingur tekinn til starfa og eitt af hans stefnumálum var að efla hugræna atferlismeðferð á sviðinu. Það var einnig stefna sviðsins að auka vægi raunprófaðrar meðferðar (evidence based) og að fagfólk stýrði innihaldi meðferðar fyrir þennan skjólstæðingahóp í meira mæli en áður hafði verið. Einnig var litið til þess að þeir sem leita sér aðstoðar vegna áfengis- og vímuefnavanda glíma gjarnan líka við annan geðrænan vanda sem mikilvægt er að vinna með samhliða eða í tengslum við fíknivandann.

Hafist var handa við að undirbúa nýju meðferðina sumarið 2004 og fyrstu skjólstæðingarnir innrituðust í meðferðina á haustdögum. Fyrstu þrjú árin var meðferðarprógrammið í mikilli og stöðugri þróun. Þegar hafist var handa við verkið var mjög lítið til af efni um hugræna atferlismeðferð í hópi við áfengis- og vímuefnavanda. Það sem einnig flækti málin var að ákveðið var að halda áfram að reka dagdeild en ekki staka vikulega hoptíma eins og algengt er í hugrænni atferlismeðferð. Það var því mikið verk að búa allt efni til og fylla dagskrá dagdeildar í sex vikur. Það hallar sennilega ekki á neinn þegar sagt er að Pétur Tyrfingsson sálfræðingur hafi borið hita og þunga af þessari vinnu fyrstu mánuðina. Ása Guðmundsdóttir, Hjördís Tryggvadóttir og Sigurbjörg Ludvigsdóttir unnu með Pétri í upphafi þessarar þróunarvinnu. Haustið 2005 var ytra skipulagi meðferðarinnar komið í það form sem það er í enn í dag en innihaldið hefur verið og er í stöðugri þróun. Á síðasta ári voru gerðar breytingar á meðferðinni og hún stytt og er meðferðin í dag fimm vikur alla virka

daga vikunnar.

Fíknigeðdeild Landspítala tekur við tilvísunum sem berast bæði frá öðrum deildum spítalans og utan úr bæ eins og frá heimilislæknum, félagþjónustu, barnavernd og sjálfstætt starfandi fagfólki. Fyrsta skrefið er venjulega að hjálpa fólki að stöðva neysluna og er það gert annað hvort í innlögn á deild 33A á geðsviði eða á göngudeild fíknigeðdeildar sé þess kostur. Meðferðin á Teigi stendur fólki til boða eftir að afeitrun er lokið hvar sem hún fer fram.

Tengsl vímuefnavanda og geðræns vanda

Rannsóknir sýna að áfengis- og vímuefnavandi er þrálátur vandi (1). Í samantekt á útkomu úr 68 rannsóknum kom í ljós að einungis 34% þátttakenda náði að halda sig alveg frá vímugjöfum eða nota þá án vandræða í kjölfar meðferðar (2). Ljóst er að mikið svigrúm er til að bæta áfengis- og vímuefnameðferðir þannig að betri árangur náist.

Mjög algengt er að áfengis- og vímuefnavandi og annar geðrænn vandi fylgjist að sem flækir heildarvandann og gerir meðferð erfiðari. Samkvæmt gögnum frá National Institute on Drugs Abuse í Bandaríkjunum (3) er áætlað að sex af hverjum tíu sem eiga við áfengis- og vímuefnavanda að stríða séu einnig með glíma við einhvern annars konar geðrænan vanda. Samkvæmt umfangsmikilli breskri rannsókn á fólki í áfengis- og vímuefnameðferð voru um 68% til 80% þátttakenda með einhverja lyndis- eða kvíðaröskun (4). Talið er að fólk með vímuefnaraskanir sé tvisvar til þrisvar sinnum líklegra til að glíma einnig við depurðarvanda miðað við almennt þýði en tengslin eru enn sterkari hjá þeim sem eru að glíma við geðraskanir eins og oflæti og geðklofa (5, 6). Jafnframt er hæsta tíðni sjálfsviga hjá fólki með vímuefnavanda ef undan er skilið alvarlegt þunglyndi (7).

Árið 2005 var tekið MINI geðgreiningarviðtal við 85 manns sem voru að hefja meðferð á Teigi og kom í ljós hátt hlutall geðræns vanda samhliða áfengis- og vímuefnavanda. Um 27% skjólstæðinga uppfylltu greiningarskilmerki fyrir yfirstandandi alvarlega geðlægd og 20% fyrir endurtekna alvarlega geðlægd, 26% fyrir félagsfælni og 35% fyrir almenna kvíðaröskun. Um 46% voru metnir í einhverri sjálfsvígshættu (8). Í annarri rannsókn með 81 manns sem var að hefja meðferð á Teigi voru 40% skjólstæðinga með alvarleg eða mjög

alvarleg einkenni þunglyndis samkvæmt DASS-21 (*Depression Anxiety and Stress Scale-21*) og 30% með alvarleg eða mjög alvarleg einkenni kvíða (9).

Ein ástæða þess að áfengis- og vímuefnavandi og annar geðrænn vandi er oft samofinn er að neysla vímuegjafa er kröftug leið til að hafa áhrif á líðan til skamms tíma. Þegar fram í sækir skapar neyslan aukinn vanda og geðrænt ástand versnar. Þannig verður til vítahringur þar sem versnandi líðan leiðir til áframhaldandi neyslu og þannig koll af kalli. Í ljósi þess hversu algengur geðrænn vandi er í hópi fólks með áfengis- og vímuefnavanda og þess hversu margir fara aftur í neyslu eftir meðferð má velta því fyrir sér hvort bæta mætti árangur ef unnið er með heildarvanda skjólstæðinga í meðferðinni í stað þess að einblína á áfengis- og vímuefnavandann.

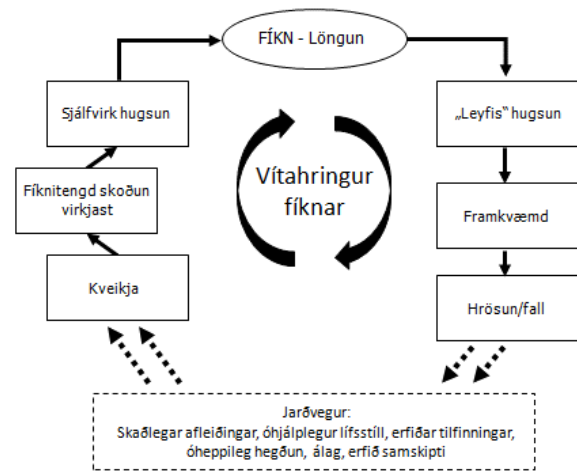
Áhugahvetjandi samtal

Algennt er að fólk sé tvístigandi með þá ákvörðun um að hætta neyslu vímuegjafa. Þegar staðið er frammi fyrir þessari ákvörðun er fólk almennt meðvitað um skaðlegar afleiðingar og aðrar gildar ástæður til að láta af notkuninni en á sama tíma meðvitað um ýmsar ástæður fyrir því að breyta ekki, til dæmis ef allir í vinnuhópnum nota vímuegjafa, viðkomandi telur sig ekki ráða við fíknina eða trúir því að notkun vímuegjafans sé besta leiðin til að deyta erfiðar tilfinningar. Áhugi fyrir því að hætta neyslu sveiflast þar af leiðandi mikið frá einum tíma til annars og er togstreita sem myndast eðlilegur undanfari breytinga. Eitt af því sem er hjálplegt að gera er að skoða neysluna frá mörgum hliðum og meta kosti og galla þess að hætta eða halda áfram (10, 11).

Áhugahvetjandi samtal (*Motivational interviewing*) er meðferðarnálgun sem felur í sér að mæta skjólstæðingi þar sem hann er staddur og notaðar eru ákveðnar tegundir af spurningum til að leiða skjólstæðinginn í átt að því að sjá vanda sinn í raunhæfu ljósi og vekja hjá honum löngun til að gera breytingar. Jafnframt að styrkja trú á eigin getu og vekja von um að slíkar breytingar séu mögulegar (10). Áhugahvetjandi samtal er einn af hornsteinum meðferðarinnar á Teigi en hinn hornsteinninn er hugræn atferlismeðferð.

Hugræn atferlismeðferð

Hugræn atferlismeðferð (*Cognitive behavioural therapy*) er það form af sálfræðimeðferð sem hvað mest hefur verið rannsakað og stendur í dag á traustum fræðilegum grunni (12, 13). Meðferðin byggist á þeirri grunnforsendu að aðstæður okkar og umhverfi stjórni ekki því hvernig okkur líður heldur séu það hugsanir og túlkun okkar á aðstæðum sem hafi áhrif á líðan okkar, bæði tilfinningalega og líkamlega og hvernig við hegðum okkur í kjölfarið. Þessir þættir hafa síðan allir áhrif hver á annan. Í hugrænni atferlismeðferð vinna meðferðaraðili og skjólstæðingur saman að því að kortleggja vandann og komast að því hvað þurfi að breytast til að bæta líðan. Meðferðaraðili notar þá ákveðna samtalstækni til að aðstoða skjólstæðing í þessari vinnu. Sú samtalstækni kallast sókratísk aðferð þar sem opnar spurningar eru



Mynd 1

Hugrænt líkan Beck o.fl. (1) fyrir vímuefnavanda sem aðlagð var að meðferðinni á Teigi.

notaðar til að hjálpa skjólstæðingum að skoða vanda sinn á raunsæjan og hlutlausan hátt (14).

Þegar fólk á við geðrænan vanda og ýmsa aðra erfiðleika að stríða þá kemur oft í ljós að það hefur þróað með sér þjagað mat (hugsanir) á sjálfum sér og sínu umhverfi. Auk þess hefur það þróað með sér óhjálplegt hegðunarmynstur sem viðheldur vandanum. Í meðferð eru sjálfvirkar hugsanir sem stuðla að vanlíðan og vandanum í heild sinni kortlagðar og er skjólstæðingnum kennt að bera kennsl á hugsanirnar þegar þær koma og honum jafnframt kennt að bregðast við þessum hugsunum á nýjan hátt. Það er gert með því að staldra við og endurmeta hugsanirnar þegar tækifæri gefst, það er „hvernig get ég hugsað þetta á annan hátt?“. Á þennan hátt æfir skjólstæðingurinn sig í því að sjá hlutina frá öðrum og oft raunhæfu eða ýktu tilfinningaviðbrögðin. Samhliða þessu er óæskileg hegðun kortlögð og skjólstæðingurinn æfir sig í því að halda aftur af vanabundnu hegðuninni og byrjar að þróa með sér nýtt og hjálplegra hegðunarmynstur sem stuðlar að bættri líðan (15). Það krefst staðfestu og eftirfylgni að tileinka sér nýja og hjálplegri hugsun og hegðun þar sem sú gamla er oft kyrfilega föst í sessi. Það skiptir því miklu máli að skjólstæðingar sinni þeirri verkefnavinnu sem fylgir hugrænni atferlismeðferð og haldi áfram að æfa nýju hættina eftir að eiginlegri meðferð lýkur svo árangurinn gangi ekki aftur til baka (16, 17). Hér er traust meðferðarsamband og sameiginlegur skilningur meðferðaraðila og skjólstæðings á vandanum lykilatriði í því að vel gangi.

Meðferðin á Teigi

Til grundvallar þeirri meðferðarvinnu sem unnin er á Teigi er hugrænt líkan sem er upprunalega fengið frá bandaríska geðlækninum Aaron Beck og félögum (18, 19). Líkanið sem sjá má á mynd 1 snýr að birtingarmynd

vandans í nútíðinni og hvernig vandinn viðheldur sér í eins konar vítahring. Liggur þetta líkan til grundvallar þeirri vinnu sem fer fram í hópmeðferðinni. Það eina sem er frábrugðið módeli Beck o.fl. er að dálknum „jarðvegur“ var bætt inn og hefur hann fyrst og fremst meðferðarlegt gildi frekar en kenningarlegt.

Til að útskýra þátt jarðvegsins er nauðsynlegt að hafa í huga að meðferð við áfengis- og vímuefnavanda snýst aðeins að hluta til um að vinna með fíknina sjálfa. Það sem miklu skiptir þegar lítið er til edrúmennsku er hvernig unnið er með það sem liggur til grundvallar fíknarinnar eða eykur líkur á fíkn. Hér er átt við ýmislegt í lífsstíl, lífsreynslu, félagslegri stöðu og geðræn einkenni. Þegar mikið er í ólestri á þessum sviðum getur verið erfitt að vera edrú. Í samþættri meðferð er eðli málsins samkvæmt mikið unnið með það sem er í jarðveginum samhliða vinnu með fíkn.

Til að útskýra vítahringinn á einfaldan hátt verður tekið dæmi um mann að nafni Sigurður sem er 30 ára. Átti hann við áfengisvanda að stríða til margra ára ásamt því að vera með félagskvíða frá því hann var barn og var hann lagður í einelti í skóla. Þessi reynsla hafði þau áhrif að hann forðaðist að tjá skoðanir sínar og lét lítið fyrir sér fara af ótta við að vera gagnrýndur. Hann var byrjaður að þróa með sér kvíða fyrir félagslegum aðstæðum. Um 16 ára aldur prófaði hann áfengi í fyrsta skiptið og fann kvíðann hjaðna. Þegar hann var undir áhrifum áfengis gat hann tjáð sig innan um fólk og mótuðust við þetta fíknitengdar skoðanir eins og „ég þarf áfengi til að geta talað innan um fólk“ og „áfengi er besta leiðin til að takast á við kvíða“. Á nokkrum árum var Sigurður orðinn háður því að vera undir áhrifum áfengis til að vera innan um fólk ásamt því að drekka þegar hann var einn heim. Langvarandi drykkja leiddi til þess að hann var í litlu samband við vini og fjölskyldu og var atvinnulaus. Sigurður var búinn að reyna í tvö ár að verða edrú en án árangurs áður en hann byrjaði í meðferð. Til að skilja af hverju hann fékk sér áfengi þrátt fyrir að reyna vera edrú var teiknaður upp vítahringurinn hans. Jarðvegurinn hjá Sigurður einkenndist af vanlíðan og þá sérstaklega út af kvíða, óreglulegum svefni og mataræði, litlum samskiptum og félagslegri einangrun. Upp úr jarðveginum spruttu kveikjur að fíkn og var kvíði algeng kveikja hjá honum. Þegar hann upplifði óþægilegan kvíða virkjaðist gjarnan fíknitengda skoðunin hans um að áfengi væri besta leiðin til að takast á við kvíða og komu sjálfvirkar hugsanir í kjölfarið eins og „væri gott að fá sér einn eða tvo bjóra“ og „verð að losna við þennan kvíða“. Þessar hugsanir gáfu til kynna löngun hans í áfengi og fíkn. Þegar hann var kominn með fíkn þurfti hann að taka ákvörðun um hvort hann ætti að fá sér áfengi þrátt fyrir ýmsar slæmar afleiðingar. Hann þurfti því að gefa sér „leyfi“ til að fá sér. Hann hugsaði þá gjarnan „ég fæ mér bara smá bjór til að létta á kvíðanum en svo ekkert meira“, „bara í kvöld og svo hætti ég aftur á morgun“ og „það þarf enginn að komast að þessu“. Þegar leyfishugsanirnar voru komnar þá var næsta skrefið að fá sér áfengi. Drykkjan hafði slæm áhrif á

Sigurð sem gerði það að verkum að jarðvegur hans varð frjór fyrir áframhaldandi neyslu. Drykkjan hafði neikvæð áhrif á jarðveginn sem jók líkurnar á að áfengisneyslan héldi áfram og þannig viðhélst vítahringur Sigurðar.

Í hugrænni atferlismeðferð við áfengis- og vímuefnavanda felst vinnan í að kortleggja vítahringinn og kenna aðferðir til að grípa inn í og rjúfa hann. Það er gert með því að vinna verkefni sem tengjast mikilvægum þáttum vítahringins og með því að læra um þátt hugsana og hegðunar í því að viðhalda vandanum. Stór hluti meðferðarinnar á Teigi felst í þjálfun í að taka eftir óhjálplegum hugsunum og að vinna með þær. Mikilvægt er að hafa í huga að áður en eiginleg meðferðarvinna hefst er nauðsynlegt að skjólstæðingur hafi fengið aðstoð við að stöðva neysluna, sé kominn yfir verstu fráhvörfin og lágmarksstöðuleika í líðan sé náð.

Með sambærilegum aðferðum er unnið með þau vandamál sem eru í jarðveginum með þau markmið að bæta almenna líðan, lífsgæði og draga úr líkum á að vítahringur neyslu virkist. Í tilviki Sigurðar þá væri mikilvægt fyrir hann að vinna sérstaklega með kvíðavandann þar sem kvíðinn hefur verið að kveikja hjá honum löngun í áfengi. Aukinn skilningur og stjórn á kvíða myndi auðvelda honum að takast á við áfengisvandann.

Stór hluti skjólstæðinga Teigs telja geðrænan vanda eins og kvíða og þunglyndi vera sinn meginvanda eða hluta af honum. Meðferðin á Teigi er samþætt meðferð að því leyti að markvisst er unnið með áfengis- og vímuefnavanda og geðrænan vanda á sama tíma, af sömu meðferðaraðilinum (integrated treatment model). Í dag er talið að samþætt meðferð henti best fyrir þenna skjólstæðingahóp. Hún hefur ýmsa kosti fram það sem tíðkast hefur þegar áfengis- og vímuefnavandinn er meðhöndlaður fyrst og meðferð við geðrænum vanda kemur síðar (20, 21).

Uppbygging meðferðarinnar

Hér að framan hefur verið gerð grein fyrir þeim tveimur megin stoðum sem meðferðin á Teigi er byggð á. Nú verður uppbyggingu dagdeildarprógrammsins lýst stuttlega.

Meðferðin á Teigi er hópmeðferð þar sem sálfræðingur og áfengis- og vímuefnaráðgjafi fylgja hverjum hópi eftir út vikunnar fimm. Í hópmeðferðartímum er bæði fræðsla og yfirferð verkefna sem skjólstæðingar vinna heima. Reynt er að gæta þess að verkefni allra séu tekin til umræðu en þó eins og hver ræður við í hópi.

Allir skjólstæðingar Teigs fá sinn meðferðaraðila sem er annað hvort sálfræðingur eða áfengis- og vímuefnaráðgjafi. Í vikulegum einstaklingsviðtölum sem veitt eru samhliða hópmeðferðinni gefst tækifæri til að vinna með vandmál sem henta síður í hópi. Sem dæmi má nefna áföll, sjálfvígshugsanir, barnaverndarmál og annað sem skjólstæðingurinn vill ekki ræða um fyrir fram aðra í meðferðinni.

Vika 1. Meðferðin hefst formlega með því að allir skjólstæðingar fá í hendurnar handbók með fræðslu og

verkefnum sem unnið er eftir í meðferðinni. Í upphafi meðferðarinnar er lögð megin áhersla á að hver og einn kortleggi sinn vanda og á sama tíma styrki í sessi ákvörðunina um að hætta neyslu. Mikilvægt er að skjólstæðingar fái skýra sýn á þau vandamál sem þeir standa frammi fyrir, bæði þau sem brýn nauðsyn er að vinna með í meðferðinni og önnur sem tekur lengri tíma að leysa. Jafnframt er mikilvægt að skjólstæðingar átti sig á styrkleikum sínum og byrji að leiða hugann að því sem þeir vilja öðlast, en þessi þættir geta veitt mikilvæga hvatning til að halda áfram þótt á móti blási. Hér er notað verkefni sem kallast Kostir og gallar neyslu og edrúmennsku en í því eru dregnar upp ólíkar hliðar neyslunnar. Einnig er unnið með Jarðveg neyslunnar á fyrstu viku.

Vika 2. Fræðsla um hugræna atferlismeðferð og hvernig megi nota ákveðnar aðferðir og tæki til að bæta líðan og draga úr fíkn. Hugsanaskrá er eitt þessara tækja. Með notkun hugsanaskrár þjálfast fólk í að vera sér meðvitandi um líðan sína og þær hugsanir og aðstæður sem tengjast henni og hvernig megi hafa áhrif þar á. Lögð er fyrir hugsanaskrá um fíkn sem heimaverkefni og er unnið með hugsanaskrár og aðrar aðferðir hugrænnar atferlismeðferðar til loka meðferðarinnar. Í þessari viku kortleggja skjólstæðingar einnig helstu kveikjur að fíkn og heppileg viðbrögð við henni.

Vika 3. Markmiðasetning og fræðsla um óhjálplegar fíknitengdar skoðanir og verkefni gert í kjölfarið. Áfram eru hugsanaskrár notaðar til að vinna með erfiða líðan. Fræðsla um Núvitund (Mindfulness) (22) hefst og er einu sinni í viku síðustu þrjár vikurnar. Núvitund er nýjasti þáttur meðferðarinnar. Markmiðið er að auka færni í að taka eftir og vera sér meðvitandi um það sem er að gerast innra með okkur og í umhverfinu án þess að dæma og án þess að bregðast við á vanabundinn og oft óhjálplegan hátt.

Vika 4. Fyrri hluti af fallvörnum. Þar er unnið með að kortleggja þætti sem geta verið til marks um að farið sé að halla undan fæti í edrúmennsku, svokölluðum hættumerkjum og bjargráðum við þeim. Hér er áfram lögð áhersla á mikilvægi jarðvegsins sem lýst var áður, það er að halda áfram að byggja upp og tileinka sér hjálplegan og heilbrigðan lífsstíl sem er grunnur að áframhaldandi edrúmennsku og tilfinningalegu jafnvægi. Áfram unnið með hugsanaskrár.

Vika 5. Seinni hluti fallvarna þar sem skjólstæðingar meðal annars búa til sín eigin fallvarnakort eða bjargráðakort. Farið er yfir allan vítahring neyslunnar sem unnið hefur verið með í meðferðinni. Hver skjólstæðingur setur sinn vítahring niður fyrir sér og veltir fyrir sér hættum og bjargráðum. Vikunni lýkur með formlegri útskriftarathöfn.

Tveir þættir meðferðarinnar dreifast á allar fimm vikurnar, fræðsla og morgunfundir. Fræðslan vegur mikið í meðferðinni og koma bæði áfengis- og vímuefnaráðgjafar og sálfræðingar Teigs að þeirri fræðslu ásamt lækni og hjúkrunarfræðingi af fíknigeðdeild Landspítala. Skjólstæðingar fá fræðslu um

þunglyndi, kvíða, reiði, svefn, samskipti, fjölskylduna og áhrif vímuefna á heilann, áhrif efna á heilann og er hverju sinni hvatt til opinna umræðna um fræðsluefnið. Morgunfundir eru á hverjum degi áður en eiginlegt hópmeðferðarstarf hefst. Markmið þessara funda er að allir skjólstæðingar komi saman og geti rætt stuttlega um það hvernig gengur. Í upphafi fundanna er nokkurra mínútna slökun.

Þegar fimm vikna meðferð lýkur er boðið upp á Batabrautina sem er stuðnings- og eftirfylgdarúrræði einu sinni í viku í 12 vikur og er í umsjón áfengis- og vímuefnaráðgjafa Teigs. Aðra hverja viku er upprifjun úr mikilvægum þáttum meðferðarinnar. Annars er orðið frjálst og skjólstæðingar hvattir til að ræða það sem brennur á þeim eins og hvernig staðan er í dag, líðan, helstu hindranir í batanum, lausnir á vandamálum, lífsstíll, framfarir og margt fleira.

Samantekt

Fólk með áfengis- og vímuefnavanda glímur gjarnan líka við annan geðrænan vanda. Vandinn er oft samofinn og er mikilvægt að í meðferð sé unnið með hvoru tveggja þegar fólk leitar sér hjálpar. Meðferðin á Teigi er fimm vikna dagdeildarþrógramm sem byggir á hugrænni atferlismeðferð ásamt því að stuðst er við aðferðir og hugmyndafræði áhugahvetjandi samtals. Meðferðin er hópmeðferð og er fyrst og fremst fyrir fólk með áfengis- og vímuefnavanda og annan geðrænan vanda. Lögð er áhersla á að heildarvandi hvers og eins sé kortlagður og að meðferðin sé eins einstaklingsmiðuð og kostur er. Meðferðin hefur verið í stöðugri þróun frá 2004 með það megin markmið að sinna sem best fólki með fjölþættan vanda.

Heimildir:

1. Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. og Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental health disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
2. Riley, D.M., Sobell, L.C., Leo, G.I., Sobell, M.B. og Klajnerm F. (1987). Behavioral treatment of alcohol problems: a review and a comparison of behavioral and non-behavioral studies. Í W. Cox (Ritstj.), *Treatment and Prevention of Alcohol Problems: A Resource Manual*. New York: Academic Press.
3. National Institute on Drugs Abuse (2007, október). Comorbid drug abuse and mental illness: a research update from the National Institute on Drug Abuse. Sótt 2. október 2013 frá <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/comorbid.pdf>
4. Weaver, T., Madden, Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., ... Ford, C. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183, 304-313.
5. Anthony, J.C. og Helzer, J.E. (1991). Syndromes of drug abuse and dependence. Í L. Robins og D. Regier (Ritstj.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. New York: Free Press.
6. Helzer, J.E., Burnam, M.A. og McEvoy, L.T. (1991). Alcohol abuse and dependence. Í L. Robins og D. Regier (Ritstj.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. New York: Free Press.
7. Sadock, B.J. og Sadock, V.A. (2007). *Synopsis of Psychiatry* (10.útgáfa).

Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

8. Gisli Hannes Guðjónsson, Jón Friðrik Sigurðsson og Hjördís Björg Tryggvadóttir (2005). [Tíðni og alvarleiki geðrænna vandamála hjá skjólstaðingum fíknigeðdeildar Landspítala]. Óbirt gögn.
9. Ásta Rún Valgerðardóttir, Helgi Héðinsson og Hjördís Björg Tryggvadóttir (2010). [Árangursmat á áfengis- og vímuefnaðferð á Teigi: Forrannsókn]. Óbirt gögn.
10. Rollnick, S., Miller, W.R. og Butler, C.C. (2008). Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. New York: Guilford Press.
11. Mitcheson, L., Maslin, J., Meynen, T., Morrison, T., Hill, R. og Wanigaratne, S. (2010). Applied Cognitive and Behavioural Approaches to the Treatment of Addiction: A Practical Guide. West Sussex: John Wiley & Sons.
12. Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. og Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
13. Magnús Blöndahl Sighvatsson, Hafrún Kristjánsdóttir, Engilbert Sigurðsson og Jón Friðrik Sigurðsson (2011). Gagnsemi hugrænnar atferlismeðferðar við lyndis- og kvíðaröskunum hjá fullorðnum. *Læknablaðið*, 97, 613-619.
14. Baldur Heiðar Sigurðsson og Þórður Örn Arnarson (2010). Af hverju spyrja sálfræðingar alltaf: „Hvað finnst þér?“. Nokkrir einkennandi þættir samtalsáferða hugrænnar atferlismeðferðar. *Rit Geðverndarfélags Íslands*, 39(1), 9-14.
15. Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
16. Kazantzis, N., Deane, F.P. og Ronan, K.R. (2000). Homework assignment in cognitive and behavioral therapy: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 189-202.
17. Mausbach, B.T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V. og Patterson, T.L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: an updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 429-438.
18. Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. og Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. London: Guilford Press.
19. Liese, B.S. og Franz, R.A. (1996). Treating substance use disorders with cognitive therapy: lessons learned and implications for the future. Í P.M. Salkovskis (Ritstj.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
20. Graham, H.L. (2004). *Cognitive-Behavioural Integrated Treatment (C-BIT): A Treatment Manual for Substance Misuse in People with Severe Mental Health Problems*. West Sussex: John Wiley & Sons.
21. Ziedonis, D.M. (2004). Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS Spectrums*, 9(12), 892-904.
22. Bowen, S., Chawla, N. og Marlatt, G.A. (2011). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide*. New York: Guilford Press.

Helgi Héðinsson er sálfræðingur á Teigi, fíknigeðdeild Landspítala.

Hjördís Tryggvadóttir er sálfræðingur og teymisstjóri á Teigi, fíknigeðdeild Landspítala.



Gunnlaug Thorlacíus

Þjónusta við þungaðar konur í neyslu á Landspítala

Á undanförunum árum hefur áhersla á þjónustu við þungaðar konur sem glíma við fíknivanda verið aukin. Vandamál þessa hóps hafa verið að koma upp á yfirborðið í auknum mæli og hefur ýmislegt verið gert til að bregðast við. Árið 2002 voru gerðar breytingar á barnaverndarlögum auk þess sem unnið hefur verið að því að samræma verklag þeirra stofnana sem sinna þunguðum konum. Árið 2011 var svo stofnað foreldra- og meðgönguteymi (FMB teymi) í samvinnu geðsviðs og kvenna- og barnasviðs sem hefur gert þennan hóp að skilgreindum áhætt hópi m.t.t. foreldrafærni. Teymið heyrir undir almenna göngudeild og vinnur náið með öðrum deildum geðsviðs auk deilda kvenna- og barnasviðs.

Endurskoðun barnaverndarlaga með það fyrir augum að vernda rétt ófæddra barna

Árið 1997 skipaði þáverandi félagsmálaráðherra nefnd sem var falið að endurskoða barnaverndarlögin. Gerðar voru nokkrar breytingar á lögnum og þau samþykkt frá Alþingi vorið 2002. Eitt af því sem er nýlunda í þessum lögum er að þar var bætt inn í 21. grein laganna málsgrein sem gefur heimild til að hefja rannsókn máls vegna tilkynninga sem varða þungaðar konur. Auk þess má í 30. grein laganna finna frekari ákvæði um möguleg inngríp barnaverndarnefndar í slíkum málum. Þar kemur fram að ef rannsókn barnaverndarnefndar leiðir í ljós að þunguð kona kunni að stofna eigin heilsu eða lífi og heilsu ófædds barns síns í augljósa hættu með lífverni sínu, og er þar m.a. átt við neyslu vímugjafa, skuli barnaverndarnefnd beita úrræðum eftir því sem við á í samráði við hina þunguðu konu, og eftir atvikum gegn vilja hennar í samráði við lögráðamann hennar (1). Frá árinu 2002 hefur nokkrum sinnum þurft að beita nauðungarúrræðum samkvæmt 30. grein laganna og hafa þá gjarnan vaknað spurningar um orðalag textans. Fagfólk á þessu sviði hefur velt því fyrir sér hvar þau úrræði, sem barnaverndarnefndir hafa yfir að ráða samkvæmt lögum séu, en í lögnum segir að ekki náist samvinna við hina verðandi móður geti barnaverndarnefnd "sett fram kröfu um sviptingu lögræðis samkvæmt ákvæðum lögræðis laga í því skyni að koma konunni til aðhlyningar og meðferðar á viðeigandi stofnun" (1). Það gefur auga leið að eigi að vista konu gegn vilja hennar þarf að gera það á stofnun sem hefur til þess aðstöðu. Í slíkum tilfellum hefur verið horft til

geðdeilda og konurnar ýmist lagðar inn á almenna móttökudeild eða móttökudeild fíknimeðferðar á geðsviði Landspítalans. Slík nauðungarinngríp eru ekki algeng en reynsla undanfarinna ára á geðsviði LSH gefur til kynna að ein kona sé lögð inn gegn vilja á meðgöngu um það bil annað hvert ár, í langflestum tilfellum vegna fíknivanda. Mikilvægt er að hafa í huga að samráð í málum sem þessum er afar mikilvægt og því er gengið nokkuð langt í viðleitni til að fá verðandi foreldra til samvinnu og til að hafa áhrif á þá þjónustu sem veitt er. Langflestar verðandi mæður vilja vera góðar mæður og eru þar af leiðandi þakklátar fyrir þann stuðning sem þeim er veittur á meðgöngu.

Samvinna Landspítala og heilsugæslunnar

Í fyrra beitti hópur fagfólks á Landspítala sér fyrir því að gerðar yrðu verklagsreglur sem næðu yfir þjónustu við þungaðar konur sem hafa sögu um misnotkun vímugjafa. Verklagsreglurnar voru unnar á kvenna- og barnasviði en lögð var áhersla á samvinnu við geðsvið LSH, heilsugæsluna og barnaverndaryfirvöld. Með vímuefnanotkun er átt við notkun áfengis, ólöglegra vímugjafa og ávanabindandi lyfja og ná verklagsreglurnar yfir allt barneignarferlið. Barneignarferlið nær yfir meðgöngu, fæðingu, sængurlegu og útskrift til ung- og smábarnaverndar í heilsugæslu (2). Markmiðið með samræmdu vinnulagi er að skerpa á verkaskiptingu milli stofnana og bæta þjónustu við konur með sögu um fíknisjúkdóm og börn þeirra. Skýrt verklag tryggir að farið sé að lögum og dregur úr líkum á að gengið sé á rétt ófæddra barna til bestu mögulegu lífsskilyrða eins og kveður á um í lögum (1). Áhersla er lögð á að fá verðandi mæður til samvinnu og reynt að tryggja þeim viðeigandi meðferð ef þörf er á. Gerð er lyfjaleit í þvagi með reglubundnum hætti á meðgöngunni til að gefa móðurinni tækifæri til að sýna fram á að hún noti ekki vímugjafa. Slík leit er gerð á forsendum barnsins en verklagið er í senn öryggisnet fyrir móðurina og barnið, ef hún hrasar þá er hægt að grípa fljótt inn í og lágmarka þann skaða sem annars getur orðið (2). Við lyfjaleit í þvagi er notast við Innovacon Multi-Drug próf en það skimar fyrir benzodíasepínum, ópíötum, kókaini, amfetamíni, kannabísefnum, og MDMA (methylenedioxymetamphetamine/ecstasy). Gallinn við þessi próf er að þau nema ekki methylphenidate í þvagi

Þannig að ef grunur er um neyslu rítalíns eða skyldra efna hefur þurft að senda þvagprufu í frekari rannsókn og er kostnaður við slíka aðgerð mun meiri en við hefðbundna lyfjaleit. Þess ber að geta að fjöldi þungaðra kvenna sem nota methylphenidate hefur aukist á undanförunum árum. Sé fíknisjúkdómur virkur er reynt að bjóða upp á meðferð og stuðning á meðgöngu og lengur ef óskað er. Á meðgöngu er lögð áhersla á samvinnu allra sem koma að meðferð konunnar og reynt að gera flæði upplýsinga sem allra best. Meðferðaraðilar eru látnir vita um leið og barn fæðist og er það gert til að tryggja eftirfylgd og áframhaldandi stuðning við fjölskyldurnar.

Gátlisti kvennadeilda fyrir umönnun kvenna með vímuefnavanda í barneignarferli

Meðganga

Tilvísun í FMB teymi.

Munnleg fræðsla um áhrif vímuefna á fóstur.

Afhenda bæklinga um áhrif vímuefna á fóstur.

Samþykki konu fyrir vímuefnaleit í þvagi og skráning samþykkis í sjúkraskrá.

Kynna barnaverndarlögin.

Félagsráðgjafi (ef ekki í FMB teymi).

Skimanir fyrir HIV, lifrabólgu B og C.

Þvagsýni fyrir klamydíu og lekanda.

Sendu upplýsingar til heimilislæknis konunnar og/eða yfirhjúkrunarfræðings á viðkomandi heilsugæslustöð um að meðgönguvernd verði á Landspítala.

Viðtal við svæfingarlækni (ef kona er á viðhaldsmeðferð).

Fundur ásamt meðferðaraðilum og gerð áætlun fyrir fæðingu og sængurlegu.

Áætlun fyrir fæðingu og sængurlegu send á fæðingardeild og til barnalækna.

Fæðing

Athuga hvort þarf vímuefnaleit.

Skimanir fyrir HIV, lifrabólgu B og C.

Athuga bréf um áætlun fyrir fæðingu, sængurlegu og eftirfylgd. Láta fylgja í sængurlegu.

Sængurlega

Athuga hvort þarf vímuefnaleit.

Áætlun fyrir sængurlegu fylgir frá fæðingardeild

Brjóstgjöf – frábendingar?

Láta FMB teymi vita af fæðingu: fmb@landspitali.is

Láta barnavernd vita af fæðingu

Félagsráðgjafi

Bréf til ung- og smábarnaverndar í heilsugæslu fyrir útskrift.

Hringja til ung- og smábarnaverndar í heilsugæslu fyrir útskrift.

Getnaðarvarnir – hefja meðferð fyrir útskrift eða bóka tíma.

Fylgja eftir heilsufarsvandamálum (t.d. lifrabólgu) og bóka tíma í eftirfylgd (einnig fyrir nýburann).

Meðferð vegna fíknivanda á Landspítala

Ef þunguð kona óskar aðstoðar á Landspítala við að ná tökum á neyslu vímuefna er reynt að bregðast fljótt og

vel við. Þungaðar konur eru einn af forgangshópum þegar kemur að innlögnum á deild 33A en sú deild býr yfir sérhæfingu á fíknisjúkdómum og hefur reynslu af afeitrun kvenna á meðgöngu (3). Í alvarlegustu tilfellum hefur þurft að vista konur gegn vilja þeirra á deildinni og er það alltaf gert með aðkomu barnaverndaryfirvalda. Í slíkum tilfellum er 30. grein barnaverndarlaganna notuð til að rökstyðja beiðni um nauðungarvistun eða sjálfræðissviptingu samkvæmt 4. grein lögræðis laga (4). Í framhaldi er konum boðið upp á fíknimeðferð á Teigi eða áframhaldandi stuðningi á göngudeild fíknimeðferðar. Göngudeild fíknimeðferðar hefur unnið náið með FMB teymi sem getur fylgt móður og barni eftir út fyrsta árið í lífi barnsins sé þess óskað.

FMB teymi: Foreldrar – Meðganga – Barn

FMB teymið er samstarfsverkefni geðsviðs og kvenna- og barnasviðs. Undirbúningur að stofnun teymisins hófst árið 2009 og það varð formlega til í byrjun árs 2011. Flestir starfsmenn teymisins eru ráðnir til annarra starfa á spítalanum en hafa með fengnu leyfi sinna yfirmanna getað sinnt þessari sérhæfingu samhliða öðrum störfum. Markhópur FMB teymis eru foreldrar sem glíma við alvarlegan geðheilsuvanda á meðgöngu og/eða tengslavanda við barn fyrsta árið eftir fæðingu þess. Um er að ræða tímabundið inngrip sem er hugsað sem sérhæft viðbótarúrræði við aðra þjónustu geðsviðs og kvenna- og barnasviðs við þennan hóp. Nálgun er þverfagleg og fjölskyldumiðuð og lögð áhersla á að vinna með tengslamyndun foreldra og barns. Börn sem eiga foreldra sem glíma við geðsjúkdóma, fíknivanda eða tengslaröskun í frumbersku eru í sérstakri áhættu m.t.t. tengslavanda. Reynt er að tryggja samvinnu allra þeirra stofnana sem koma að málum fjölskyldnanna s.s. heilsugæslu og barnavernd. Aukin samvinna hefur m.a. orðið til þess að auka gagnkvæman skilning starfsfólks geðsviðs og barnaverndarstarfsmanna á vinnu hver annarra.

Markhópurinn er ekki nýr í þjónustu geðdeildarinnar, þar sem þessi hópur hafði áður fengið þjónustu á almennri göngudeild og geðdeildum Landspítalans. Með tilkomu teymisins hefur þjónustan við þennan hóp orðið sérhæfðari og meiri og ný úrræði hafa orðið til. Lögð hefur verið áhersla á að efla sérhæfingu og samræma vinnubrögð starfsmanna teymisins. Á síðustu árum hefur fagfólk innan heilbrigðiskerfisins beint sjónum sínum í fjölmarga þætti í þroskaferli barna. Á geðsviði má t.d. nefna tilkomu úrræðisins „Fjölskyldubru“ sem er fyrir foreldra með geðræna sjúkdóma og börn þeirra á skólaaldri. Fram til þessa hefur vantað úrræði fyrir fjölskyldur yngstu barnanna frá 0-5 ára, þar sem yngstu börnin sem BUGL hefur sinnt fram til þessa eru 4-5 ára. Rannsókn sem gerð var á biðlista inn á Barna- og unglingageðdeild Landspítalans fyrir nokkrum árum leiddi í ljós að u.þ.b 50% barna sem þurfa þjónustu BUGL eiga foreldra með geðrænan vanda (5). Þjónusta FMB teymisins hefur því augljóslega mikið forvarngildi.

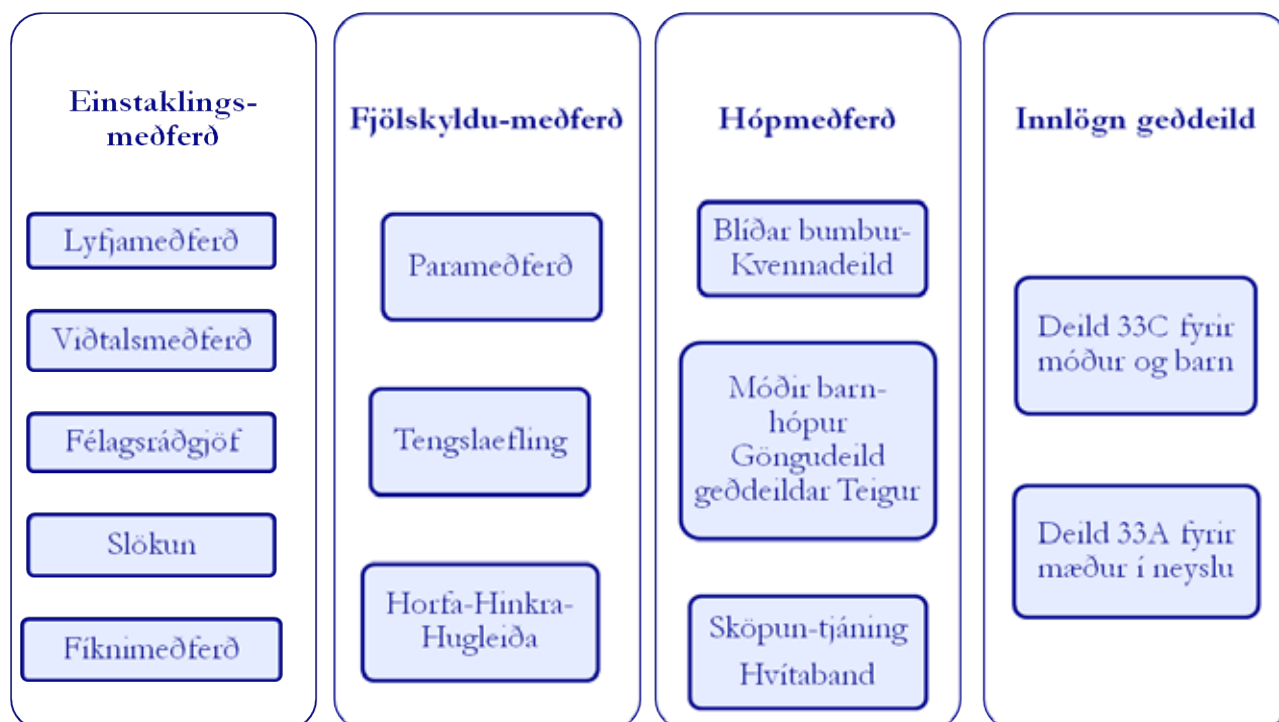
Grunnur starfseminnar

Erlendar rannsóknir hafa sýnt að alvarlegur heilsufarsvandi getur hlotist af því ef kona glímir við geðsjúkdóm á meðgöngu eða í kringum fæðingu. Í verstu tilfellum getur slíkt ástand leitt til sjálfsvígs móður og aukinnar tíðni ungbarnadauda, hvort sem er af óútskýrðum orsökum eða vegna vofveiflegra dauðsfalla ungbarna. Einnig hefur verið bent á að feður séu í aukinni hættu á að verða þunglyndir á þessum tíma (6). Margar rannsóknir hafa leitt í ljós að góð umönnun í frumbersku hefur áhrif á líkamlegan, hugrænan, félagslegan og tilfinningalegan þroska barna. Foreldrar sem glíma við fíknivanda eru líklegri til að rækta foreldrahlutverkið verr og fjölskyldur í þessum hópi eru mun oftari til meðferðar hjá barnaverndaryfirvöldum vegna gruns um vanrækslu barna. Almenn er því haldið fram að farsæl tengsl og góð umönnun fyrstu 3 árin hafi áhrif á velferð og geðheilsu á fullorðinsárum. Börn sem eru útsett fyrir tengslavanda geta orðið fyrir óafturkræfum skaða sem leiðir jafnvel til vandamála síðar á lífsleiðinni. Tengslavandi getur birst í hegðunartruflunum, slakri færni við að takast á við daglegt líf og í verstu tilfellum geðröskunum (7). Í nágrannalöndum okkar hafa verið þróuð sérhæfð úrræði fyrir þennan hóp og hafa starfsmenn FMB teymis sótt sér fyrirmyndir til Bretlands, Skotlands, Danmerkur, Noregs og Finnlands. Uppbygging geðheilbrigðisþjónustu fyrir þennan markhóp er mun lengra á veg komin þar en hér á landi. Lögð hefur verið áhersla á að byggja upp og þróa þjónustu á þeim þekkingargrunni sem þegar er til og býður FMB teymið upp á úrræði þar sem ekki aðeins er unnið með geðrænan vanda foreldris, heldur einnig með foreldrahæfni og tengslamyndun við barnið þegar þess er þörf. Einnig hefur verið lögð áhersla á þverfaglega

samvinnu innan teymisins um einstök mál þegar það á við og þverstofnanalega samvinnu þegar um er að ræða flókin mál, þar sem heilsugæslan, félagsþjónustan og jafnvel barnavernd koma að málum fjölskyldunnar. Inngrip með faglegri hjálp þegar taugakerfi barnsins er enn í hröðum vexti og mikilli mótun (frá móðurkviði til 3 ára aldurs) getur haft mikla þýðingu (7). Það er því mikilvægt að til sé úrræði sem gefur fjölskyldum tækifæri til að leita sér aðstoðar snemma því það getur skipt sköpum hvað velferð og heilbrigði fjölskyldunnar varðar. Teymið hefur lagt áherslu á að bjóða upp á fjölbreytt meðferðarúrræði s.s. fræðslu, tengslaeflingu, stuðning í foreldrahlutverki, stuðning við að hætta neyslu, aðstoð við að rétta af félagslega stöðu, hópmeðferðarúrræði auk einstaklings- og fjölskyldumeðferðar. Mynd 1. sýnir skipulag FMB teymis.

Sérstök áhersla á þjónustu við konur með fíknisjúkdóm

Eftir að farið var að sinna þunguðum konum með geðrænan vanda á markvissari hátt og í náinni samvinnu sviðanna tveggja, kvenna- og barnasviðs og geðsviðs kom í ljós að verulega skorti sérstakt meðferðarúrræði fyrir þungaðar konur og nýorðnar mæður sem hafa glímt við fíknivanda. Reynt hefur sýnt að ekki er heppilegt að fara af stað með blandaða meðferðarhópa sem samastanda af konum með fíknisögu og þeim sem hafa annars konar vanda sem leitt getur til tengslaröskunar. Lengi hefur staðið til að fara af stað með sérstakt dagdeildarúrræði fyrir þessar konur byggt á hópmeðferð og lífsfærniþjálfun en ekki orðið af því enn. Mikilvægt er að konum í þessari stöðu sé boðin þjónusta sem miðar að því að taka á fíkninni um leið og nýju hlutverki hinar



verðandi móður er gefið vægi. Þjónusta FMB teymisins byggir á að konan vilji nýta sér meðferðina og getur því aldrei verið úrræði sem fjölskyldur eru þvingaðar til að þiggja. Sumar kvinnana eiga að baki sára reynslu af samskiptum við barnaverndaryfirvöld þar sem hefur jafnvel þurft að grípa til alvarlegra inngripa á borð við forsjársviptingar. Þessar konur þora oft ekki að leyfa sér að tengjast hinu ófædda barni og það getur verið vandi sem þarfnast aðstoðar fagfólks við að vinna á eftir að barnið er fætt. Á þessu ári fékk teymið góðan liðsauka frá göngudeild fíknimeðferðar þegar tveir hjúkrunarfræðingar fengu svigrúm til að skilgreina visst hlutfall vinnu sinnar innan FMB teymisins og hefur það skilað góðum árangri.

Að lokum

Eins og fram hefur komið hefur verið lögð áhersla á að bæta verklag er snýr að þjónustu við þungaðar konur sem glíma við fíknivanda. Skýrar reglur hafa verið settar í mæðravernd og sá hópur sem ákjósanlegt þykir að sé undir sérstöku eftirliti vegna áhættusamrar meðgöngu verið skilgreindur. Einnig hafa verið gerðar verklagsreglur fyrir mæðravernd á heilsugæslu sem er ætlað að tryggja öryggi og velferð móður og barns. Með sameiginlegu teymi geðsviðs og kvinnadeilda er reynt að tryggja stuðning við fjölskyldur eftir fæðingu með það fyrir augum að draga úr líkum á bakslagi m.t.t. fíknivanda og treysta örugg tengsl milli foreldra og barna. FMB teymið hefur vaxið og dafnað frá því það var stofnað og tilvísunum fjölgað nokkuð milli ára. Hingað til hefur teymið ekki haft fjármagn til starfseminnar og þrátt fyrir að teymið hafi á að skipa tíu manns í um fimm stöðugildum er aðeins eitt þeirra eyrnamerkt teyminu. Teymið er eins og áður sagði skipað fagfólki sem allt á það sameiginlegt að hafa sýnt þessum málaflökki áhuga og hefur notið velvilja yfirmanna sinna til að helga sig þessari vinnu. Húsnæðismál hafa verið í ólestri en allir meðferðaraðilar teymisins hafa þurft að deila einu herbergi sem er í senn fundarherbergi og meðferðarherbergi fyrir fjölskyldu og hópmeðferð auk tengslaeflandi meðferðar. Nú hafa teyminu hins vegar borist þau góðu tíðindi að í lok árs 2013 stefnir í að það fái samastað í gömlu saumastofunni á Kleppi. Við tekur vinna við að gera húsnæðið þannig úr garði að hægt sé að bjóða upp á meðferð þar fyrir ungarbörn og vonir teymisméðlima standa til að enn geti starfsemin vaxið og dafnað og hægt verði að bjóða upp á bestu mögulega meðferð fyrir þennan markhóp á svipaðan hátt og gert er í þeim löndum sem við berum okkur saman við.

Heimildir:

1. Barnaverndarlög 80/2002.
2. Gæðahandbók Kvenna- og barnasviðs. (e.d.). Reykjavík: Landspítali.
3. Landspítali (2009). Skýrsla starfshóps um vímuefnamál. Reykjavík: Landspítali
4. Lögræðislög 71/1997.
5. Kristinn Tómasson og Ólafur Ó. Guðmundsson. (2002). Quality of life and mental health

of parents of children with mental health problems. Nordic Journal of Psychiatry, 56, 413-417.

6. Lewis, G. (ritstj). (2004). Why Mothers Die 2000-20002. London. ROCC Press.
7. Gerhardt, S. (2004). Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby's Brain. London: Brunner-Routledge

Gunnlaug Thorlacius er félagsráðgjafi og teymisstjóri í FMB teymi.



AA samtökin

A. A. samtökin (*Alcoholics Anonymous*) voru stofnuð af þeim Dr. Bob og Bill Wilson árið 1935.

Báðir höfðu átt við nokkurn vanda að etja vegna áfengisdrykkju og leitað leiða til að hætta án mikils árangurs.

Bill, sem var verðbréfamiðlari í New York, hafði komist í kynni við samtök sem kölluð voru Oxford hreyfingin. Vinur hans, sem hafði einnig kynnst þeim samtökum og náð því að stöðva drykkju með aðstoð þeirra, fékk Bill til að prófa aðferðir þeirra með sæmilegum árangri.

Þeir Bill og Bob hittust í fyrsta sinn þegar Bill hafði samband við hann er hann var í viðskiptaferð í borginni þar sem Dr Bob bjó. Í raun byggðist þessi heimsókn Bill á grunnhugmynd AA en hún er sú að alkóhólista sé nauðsyn á að eiga samskipti við aðra alkóhólista í því skyni að halda sig frá áfenginu.

Þessi fundur varð upphafið að því starfi sem AA samtökin byggja á í dag um allan heim.

AA samtökin á Íslandi voru stofnuð árið 1954 á Föstudaginn langa.

AA samtökin eru svokölluð sjálfshjálparsamtök sem byggja á ákveðnum hugmyndum og aðferðum en eru í raun ekki meðferðarúrræði í þeim skilningi.

Þau reka engar meðferðarstöðvar og halda hvorki skrár yfir félagana eða gera árangurskannanir af neinu tagi. Þau nýta sér heldur ekki lyf eða læknisfræðilega aðstoð nema því aðeins að einstaklingarnir geri það sjálfir og er það það þá án samráðs eða afskipta AA.

Einstaka sjúklingum var komið á Bláa Bandið á sínum tíma, sem var sjúkrahús, og síðar á Flókadeild Kleppsspítalans en þessar stofnanir voru algerlega óháðar samtökunum. Samtökin eru sjálfstæð heild og byggja tilvist sína á aðlöðun fremur en áróðri eins og segir í erfðavenjum þeirra.

Það þýðir að hver sem er getur gerst félagi í AA og þarf ekki að gefa neina skýringu eða kynna sig á einn eða annan hátt. Hann getur því hætt, farið og eða skipt um deild að vild og án afskipta nokkurs annars. Innan samtakanna ríkir nafnleynd og eru þeir sem stunda AA beðnir að virða það og geta ekki um aðra þá sem mæta á AA fundi.

Samtökin samanstanda af AA deildum sem hver og einn getur stofnað til hvar sem er og án þess að tilkynna það neinum. Þau hafa engar reglur, eingöngu ábendingar og tilmæli. Hver deild er sjálfstæð og óháð öðrum deildum.

AA samtökin bjóða upp á svokölluð 12 reynsluspor fyrir fólk til að tileinka sér en sporin eru ábendingar fremur en aðferð eða skilyrði. 12 svokallaðar erfðavenjur sem AA samtökin byggja á eru einnig tilmæli en þá um hvernig standa beri að deildum og viðhaldi þeirra fremur en reglur.

Starfsemi AA deildar fer fram með þeim hætti að haldnir eru fundir, í flestum tilvikum vikulega, þar

sem valin er svonefnd þjónustunefnd af meðlimum deildarinnar. Þessi nefnd stjórnar deildinni, setur fundi, sér um kaffi og safnar samskotafé sem síðan rennur til reksturs skrifstofu AA samtakanna. Fundirnir einkennast af því að fundarmenn taka þátt með því að tjá sig um sig og sín mál á sinn hátt án afskipta hinna og má segja að hjálpin sé fölgin í því að viðurkenna "vanmátt" sinn gagnvart drykkjunni og minna sig á að viðkomandi verður að halda vöku sinni með því að mæta á fundi og minna sig stöðugt á.

Ýmiskonar stuðning er að finna innan samtakanna svo sem prentað mál líkt og AA bókin þar sem sett eru fram þau sjónarmið sem samtökin byggja á og 12 spora bókin sem inniheldur 12 reynsluspor samtakanna sem fólk er ráðlagt að kynna sér og vinna eftir.

Bæklingar ýmiskonar eru einnig gefnir út og eitt og annað fólk til áminningar.

Trúnaðarmannakerfi fyrirfinnst einnig sem virkar þannig að viðkomandi velur sér einhvern til stuðnings og til að aðstoða sig við hvaðeina sem snertir hann og hans göngu innan samtakanna. Þetta trúnaðarmannasamband er afar breytilegt og er með sínum hætti fyrir hvern og einn.

AA samtökin reka síðan skrifstofu sem gefur út fundarskrár og annað prentað efni og stendur með því undir rekstri skrifstofunnar og þeirri útgáfu sem hún stundar.

Haldnar eru ráðstefnur árlega þar sem farið er yfir starfið að svo miklu leyti sem hægt er og einnig er samband haft við AA skrifstofur erlendis og upplýsingum um fundi og starf samsvarandi samtaka látnar í té ef leitað er eftir. Erfitt er að gera sér grein fyrir umfangi AA samtakanna en starfandi eru um það bil 100 deildir víðs vegar um landið. Hver deild getur haft innan sinna raða allt frá 5 og upp í 50 manns en algengast mun vera 7 til 15 einstaklingar.

Höfundar þessarar greinar njóta nafnleyndar og trúnaðar líkt og er innan AA samtakanna.

Fréttir af starfi stjórnar

Geðverndarfélagið hélt aðalfund sinn 13. apríl sl. Fyrir utan venjuleg aðalfundarstörf flutti gestur fundarins, Björk Vilhelmsdóttir, borgarfulltrúi erindi sem fjallaði um búsetuúrræði Reykjavíkurborgar fyrir geðfatlaða.

Engar breytingar urðu á stjórn félagsins. Endurkjörin voru í stjórn **Eydís K Sveinbjarnardóttir**, formaður, og aðrir í stjórn voru kosin Gunnlaug Thorlacius, **Kristín Gyða Jónsdóttir**, **Margrét Jónsdóttir**, **Sigurður Páll Pálsson**, **Páll Biering** og **Víðir Arnar Kristjánsson**. Skoðunarmenn voru kosin þau **Kristinn Tómasson** og **Björg Guðmundsdóttir**.

Geðverndarfélag Íslands telur að nauðsynlegt sé að félagið fari í markvissa hagsmunagæslu fyrir búsetumál geðfatlaðra. Þau eru að lenda aftur í hnút eftir að Straumhvarfaverkefni lauk við yfirfærslu málaflokksins frá ríki til sveitarfélaga. Í þessu sambandi var mikilvægt að bjóða Björk Vilhelmsdóttur á aðalfund félagsins.

Nokkrir úr stjórn félagsins fóru á ráðstefnuna **Nordic**



Björk Vilhelmsdóttir, formaður Velferðarráðs Reykjavíkur flytur erindi um búsetumál geðfatlaðra.

Forum sem haldin var í Stokkhólmi 22. – 24. maí sl. Nordic Forum hefur notið styrkja Norrænu ráðherranefndarinnar undanfarin ár til að vinna að málefnum barna í vanda, sérstaklega barna sem eiga veika foreldra. Nú er svo



Stjórn Geðverndarfélags Íslands. Frá vinstri: Sigurður Páll Pálsson, Eydís Kristin Sveinbjarnardóttir, Páll Biering, Margrét Jónsdóttir, Kristín Gyða Jónsdóttir, Gunnlaug Thorlacius, Víðir Arnar Kristjánsson.

komið að Nordic Forum nýtur ekki styrkja lengur til að halda sameiginlega fundi og ráðstefnur. Fulltrúar Norðurlandanna hafa samt ákveðið að halda samstarfinu áfram með því m.a. að halda úti heimasíðu, skrifa skýrslu og fræðigreinar um störf Nordic Forum frá 2003-2013. Einnig munu fulltrúarnir halda áfram að eiga samstarf um að halda innanlandsráðstefnur um málefni barna í vanda í hverju Norðurlandanna fyrir sig á næstu árum. Geðverndarfélag Íslands mun leggja áherslu á að vinna að málefnum barna sem eiga geðsjúka foreldra. Við erum töluvert á eftir öðrum Norðurlöndum að sinna þessum börnum innan okkar heilbrigðis – og velferðarkerfis. Geðverndarfélag Íslands mun því halda ráðstefnu á árinu 2014 þar sem farið verður yfir aðstæður og úrræði barna sem eiga foreldra með geðsjúkdóma og/eða félagslegan vanda.

Á ráðstefnu Nordic Forum árið 2012 ræddi **Tytti Solantaus** barnageðlæknir um málefni barna sem ættu foreldra í fangelsum. Hún taldi að það væri málefni sem Nordic Forum þyrfti að setja á oddinn á næstu árum. Nauðsynlegt væri að hvetja til rannsókna og umbóta í þjónustu við þennan hóp barna og ungmenna á öllum Norðurlöndum. Það sem stóð upp úr á ráðstefnunni í Stokkhólmi voru málefni þessara barna. Peter Scharff Smith, rannsakandi og fræðimaður hjá dönsku Mannréttindaskrifstofunni fór yfir nýjar rannsóknir á þörfum þessara barna og fjölskyldna. Í erindi hans kom skýrt fram hvað þessi málaflokkur er stutt á veg kominn hvað varðar kortlagningu á þörfum barna sem eiga foreldra í fangelsum. Einnig kom fram í erindi hans hversu mikilvægt það er að innleiða ný gagnreynd



Peter Scharff

vinnubrögð í fangelsum Norðurlandanna til að bæta hag þessara barna. Þeir sem hafa áhuga á að kynna sér þetta nánar geta náð í skýrslu frá 2011 undir nafninu „Children of imprisoned parents“ sem **Peter Scharff Smith** og **Lucy Gampell** ritstýrðu.



Fulltrúar stjórnar GÍ með styrkþegum minningarsjóða Kjartans B Kjartanssonar og Ólafíu Jónsdóttur.



Aðalfundargestir

Tveir minningarsjóðir eru í vörslu og umsjón félagsins, **Minningarsjóður Ólafíu Jónsdóttur** og **Minningarsjóður Kjartans B Kjartanssonar**. Stjórnir sjóðanna auglýstu eftir styrkjum á síðasta ári og barst fjöldi umsókna. Hlutverk Ólafíusjóðs er að styrkja rannsóknir á geðsjúkdómum og hlutverk Kjartanssjóðs er að styrkja nám.

Styrk úr Minningarsjóði Kjartans B. Kjartanssonar hlaut að þessu sinni **Annetta Austmann**, til að leggja stund á framhaldsnám í fjölskyldumeðferð. **Páll Biering**, stjórnarmaður í minningarsjóðnum afhenti henni styrkinn.

Minningarsjóður Ólafíu Jónsdóttur veitt 3 styrki að þessu sinni. **Guðrún Dóra Bjarnadóttir**, geðlæknir, fékk styrk til rannsóknar á notkun methýlfenidats í æð meðal íslenskra fíkniefnaneytenda. **Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir** hlaut styrk til rannsóknar á málefnum geðsjúkra og þjónustu við þá, og **Miðstöð foreldra og barna** fékk styrk til rannsóknar á nýrri nálgun í heilbrigðisþjónustu fyrir nýorðna foreldra: nýburamat sem er gagnreynd nálgun til að efla tengslamyndun foreldra og barns.

Sigrún Júlíusdóttir, formaður stjórnar Minningarsjóðs Ólafíu Jónsdóttur, afhenti styrkina.

Samtals veittu sjóðirnir þrjár milljónir króna í styrki. Tímaritið kom út að venju með fjölbreyttu efni. Félagið hefur þá stefnu að fræða breiðan lesendahóp um geðverndarmál. Athygli er vakin á því að hægt er að nálgast tímaritin á vefsíðu félagsins, www.gedvernd.is.



Sigrún Júlíusdóttir, formaður stjórnar Minningarsjóðs Ólafíu Jónsdóttur, í ræðustól.

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM AÐILUM VEITAN STUÐNING:

Reykjavík

A. Wendel ehf, Tangarhöfða 1
 A.P.Málun ehf, Fannafold 50
 Aðalvík ehf, Ármúla 15
 Amadeus, hársnyrtistofa, Laugavegi 62
 Arev verðbréfafyrirtæki hf, Bankastræti 5
 Arkis arkitektar ehf, Katrinartúni 2
 ASK Arkitektar ehf, Geirsgötu 9
 Árbæjarapótek ehf, Hraunbæ 115
 Árni Reynisson ehf, Skipholti 50d
 Ársól snyrtistofa, Efstalandi 26
 Áræði ehf, Seljugerði 10
 B. Ingvarsson ehf, Bildshöfða 18
 Bernhöftsbakarí ehf, Bergstaðastræti 13
 Betra púst ehf, Skógarhlíð 10
 Bílasmiðurinn hf, Bildshöfða 16
 Bláðamannafélag Íslands, Síðumúla 23
 Blómasmiðjan ehf, Efstalandi 26
 Bókhaldsþjónustan Vík, Síðumúla 12
 Brauðhúsið ehf, Efstalandi 26
 BSI bifreiðaverkstæði ehf, Ásgarði 4
 Danica sjávarafurðir ehf, Suðurgötu 10
 Davíð G. Diego, Gautavík 31
 Delí ehf, Bankastræti 14
 Efling stéttarfélag, Sættúni 1
 Egill Árnason ehf, Suðurlandsbraut 20
 Eignamiðlunin ehf, Síðumúla 21
 Ellen Ingvadóttir lögg. skjalabýðandi og dómtúlkur, Skipholti 50b
 Fasteignasalan Húsið, Suðurlandsbraut 50
 Fatabúðin ehf, Skólavörðustíg 21a
 Felgur smiðja ehf, Axarhöfða 16
 Fiskmarkaðurinn ehf, Aðalstræti 12
 Fjölbrautaskólinn við Ármúla, Ármúla 12
 Gallabuxnabúðin Kringlunni, Kringlunni 4-12
 Garðs Apótek ehf, Sogavegi 108
 Gáski sjúkrahjálfun ehf, Þönglabakka 1 Mjódd
 Geiri ehf, umboðs- og heildverslun, Bildshöfða 16
 Gjögur hf, Kringlunni 7
 Grandakaffi ehf, Grandagarði 101
 Guðmundur Arason ehf, Skútuvogi 4
 Guðmundur Jónasson ehf, Borgartúni 34
 Gullkúnnst Helgu skartgripaverslun, Laugavegi 13
 Gullsmiður Eyjólfur Kúld, Hjallavegi 25
 Gummi Valgeirs ehf, Dalhúsum 61
 Hagi ehf-Hilti, Stórhöfða 37
 Halldór Jónsson ehf, Skútuvogi 11
 Hármíðstöðin, Hrisateigi 47
 Hársnyrtistofa Dóra, Langholtsvegi 128
 Herrafataverslun Birgis ehf, Fákafeni 11
 Herrafatav. Kormáks og Skjaldar, Laugavegi 59
 Hjá Jobba sf, Skeifunni 17
 Hótel Leifur Eiríksson ehf, Skólavörðustíg 45
 Hótel Óðinsvæ, Þörsögötu 1
 Hótel Örkin, sjómannaheimili, Brautarholti 29
 Hreysti ehf, Skeifunni 19
 Hugsjá ehf, Ármúla 36
 Höfðakaffi ehf, Vagnhöfða 11
 Höfði eignarhaldsfélag ehf, Suðurlandsbraut 20
 Iðnó ehf, Vonarstræti 3
 Init ehf, Grensásvegi 50
 Intellecta ehf, Síðumúla 5
 Íbúðagisting.is, Síðumúla 14

Ísbúðin Erluís, Fákafeni 9
 Íslandspóstur hf, Stórhöfða 29
 Ísmar ehf, Síðumúla 28
 Katla skrifstofa og verksmiðja, Kletthálsi 3
 Kauphöll Íslands hf, Laugavegi 182
 Kjöreign ehf, Ármúla 21
 Kóráll sf, Vesturgötu 55
 Kristján Þ. Haraldsson, Jakaseli 19
 Krydd og Kaviar ehf, Smiðshöfða 8
 Kvikk þjónustan ehf, Vagnhöfða 5
 Landssamtök líffeyrissjóða, Sættúni 1
 Lášhúsið ehf, Bildshöfða 16
 Lindsay A H ehf, ferðamannavörur, Grundarstíg 7
 Litir og föndur, Skólavörðustíg 12 & Smiðjuvegi 5
 Ljósmyndastofan Svipmyndir, Hverfisgötu 50
 Loftstokkahreinsun.is, s: 567 0882 & 893 3397, Garðhúsum 6
 Lyfjaver ehf, Suðurlandsbraut 22
 Mennta- og menningarmálaráðuneytið, Sölvhólgötu 4
 Menntaskólinn í Reykjavík, Lækjargötu 7
 Menntaskólinn við Hamrahlíð, Hamrahlíð 10
 Mótor og Mía, tískuverslun, Kringlunni 4-12
 Nói-Sírius hf, Hesthálsi 2-4
 Nýi ökuskólinn ehf, Klettagörðum 11
 Orkuvirki ehf, Tunguhálsi 3
 Ólafur Þorsteinsson ehf, Vatnagörðum 4
 Ósal ehf, Tangarhöfða 4
 P&S Vatnsvirkjar ehf, Álíheimum 50
 Pixel ehf, Brautarholti 10-14
 Plastco ehf, Skútuvogi 10c
 Pottþétt ehf, Bärugötu 2
 Promennt ehf, Skeifunni 11b
 Rafey ehf, Hamrahlíð 33a
 Rafka ehf, Suðurlandsbraut 16
 Rafneisti ehf, Sólheimum 23
 Rafsvið sf, Þorláksgaísla 100
 Reykjavíkurborg, Ráðhúsinu
 Réttungverker ehf, Hamarshöfða 10
 Réttur lögmansstofa, Klapparstíg 25-27
 Safalinn ehf, Dugguvogi 3
 Samleið ehf, Fiskislóð 81
 Saumastofa Íslands, Dugguvogi 2
 Segull ehf, Hólmaslóð 6
 SFR stéttarfélag í almannaþjónustu, Grettisgötu 89
 Sírus ehf, Grandagarði 1a
 Sjónarlind, bókabúð, Bergstaðastræti 7
 Sónn ehf, Faxafeni 12
 Sportlíf-fæðubótarefni, Álíheimum 74
 Sprettur-þróun og stjórnum ehf, Laugavegi 26
 Stilling ehf, Kletthálsi 5
 Sundagarðar ehf, Sundagörðum 10
 Suzuki bílar hf, Skeifunni 17
 Svanur Ingimundarson málarí, Fiskavísl 13
 Sveinsbakarí, Arnarbakka 4-6
 SVP-Samtök verslunar og þjónustu, Borgartúni 35
 Tálnakönnun hf, Borgartúni 23
 Tannréttingar sf, Snorrabraut 29
 Teiknistofan Arkitektar, Brautarholti 6
 Triton ehf, Hafnarstræti 20
 Umslag ehf, Lág múla 5
 Útfararstofa Kirkjugarðanna ehf, Vesturhlíð 2
 Útfaraþjónusta Rúnars Geirmundss., Fjarðarásí 25

Veðiþjónustan Strengir, Smáraríma 30
 Verkfræðistofan VIK ehf, Laugavegi 164
 Verslun Jóns og Óskars Laugavegi,
 Kringlunni og Smáralind
 Verslunin Rangá, Skipasundi 56
 Við og Við sf, Gylfahlöt 3
 VSÓ Ráðgjöf ehf, Borgartúni 20
 Wilson's Pizza, Gnoðarvogi 44
 Ögurvík hf, Tysögötu 1
Seltjarnarnes
 Prentsmiðjan Nes ehf, Hrólfsskálavör 14
 Tannlæknastofa Ragnars Ó Steinarssonar ehf,
 Eiðistorgi 15
 Vökvatæki ehf, Bygggördum 5
 Kópavogur
 Allianz á Íslandi hf, Digranesvegi 1
 Á. Guðmundsson ehf, Bæjarlind 8-10
 Átak ehf, bílaleiga, Smiðjuvegi 1
 Harðbakur ehf, Ísalind 2
 Hellur og garðar ehf, Kjarrhólma 34
 Hvellur-G. Tómasson ehf, Smiðjuvegi 30
 Iðnaðarlausnir ehf, Skemmuvegi 6
 Ísfix ehf, Smiðjuvegi 6, græn gata
 Íshúsið ehf, Smiðjuvegi 4a
 Íslenskt sjávarfang ehf, Bakkabraut 2
 Jón Eldon múrari
Kópavogsbær
 Ljósavakinn ehf, Vesturvör 30b
 Loft og raftæki ehf, Hjallabrekku 1
 Lögmansstofa Guðmundar Þórðarsonar og
 fasteignasala Kópavogs, Hamraborg 14a
 Mótaverk ehf, Auðbrekku 6
 Ólafssynir ehf, Fagrahjalla 84
 Rafbreidd ehf, heimilistækjavíðgerðir, Akralind 6
 Rafmiðlun hf, Ögurvharfi 8
 Rafvirkni ehf, Akralind 9
 Reynir bakari, Dalvegi 4
 Ræsting BT ehf, Skjólbraut 2
 Suðurverk hf, Hlíðasmára 11
 Tryggingamiðlun Íslands ehf, Hlíðasmára 11
 Veitingaþjónusta Lárúsar Loftssonar, Nýbýlavegi 32
 Þorvar Hafsteinsson, Gulaþingi 66
 Ökukennsla EK ehf, Goðakór 1
Garðabær
 AP-Prif ehf, Skeiðarás 12
 Fagval ehf, Smiðsbúð 4
 Garðabær, Garðatorgi 7
 Geislatækni ehf-Laser-þjónustan, Suðurhrauni 12c
 Ísafoldarprentsmiðja ehf, Suðurhrauni 1
 K.C. Málun ehf, Löngulínu 2
 Marás ehf, Miðhrauni 13
 Samhentir-Kassagerð ehf, Suðurhrauni 4
 Versus bílaréttingar og málun, Suðurhrauni 2
 Öryggisgirðingar ehf, Suðurhrauni 2
Hafnarfjörður
 Ás, fasteignasala ehf, Fjarðargötu 17
 Byggingafélagið Sandfell ehf, Reykjavíkurvegi 89
 Dalakofinn tískuverslun, Fjarðargötu 13-15
 DS lausnir ehf, Rauðhelli 5
 EÓ-Tréverk sf, Háabergi 23
 Ferskfiskur ehf, Bæjarhrauni 8
 Flnsborgarskólinn, Brekkugötu 19

Hagstál ehf, Brekkutröð 1
 Hlaðbær-Colas hf, malbikunarstöð, Gullhelli 1
 Hópbílar hf, Melabraut 18
 Hraunhamar ehf, Bæjarhrauni 10
 Hvalur hf, Reykjavíkurvegi 48
 Hyggir ehf, endurskoðunarstofa, Reykjavíkurv. 66
 Ican-Beykireykt þorsklifur ehf, Fornubúðum 5
 Lagnameistarinn ehf, Móabarði 36
 Netorka hf, Bæjarhrauni 14
 Rafgeymasalan ehf, Dalshrauni 17
 Saltkaup hf, Cuxhavengötu 1
 Stoð hf, stoðtækjasmíði, Trönuhrauni 8
 Tannlæknastofa Harðar V Sigmarssonar sf, Reykjavíkurvegi 60
 Umbúðamiðlun ehf, Fornubúðum 3
 Verkalyðsfélagið Hlíf, Reykjavíkurvegi 64
 Víðir og Alda ehf, Reykjavíkurvegi 52a
 VSB verkfræðistofa ehf, Bæjarhrauni 20

Álftanes
 Eldvarnarþjónustan ehf, Sjávargötu 13

Reykjanesbær
 Bergnet ehf, Hafnargötu 36
 DMM Lausnir ehf, Hafnargötu 91
 Fjölbrautaskóli Suðurnesja, Sunnubraut 36
 Langbest ehf, Keilisbraut 771 Ásbrú
 Nettó - Samkaup hf, Krossmóa 4
 Plastgerð Suðurnesja ehf, Framnesvegi 21
 Reiknistofa fiskmarkaða hf, lðavöllum 7
 Reykjanesbær, Tjarnargötu 12
 Suðurflug ehf, Keflavíkurlflugvelli
 Útfarþjónusta Suðurnesja, Vesturbraut 8
 Verkalyðs- og sjómannafélag Keflavíkur
 Verslunarmannafélag Suðurnesja, Vatnsnesvegi 14
 Vélasmiðja Ása og Óla ehf, Fitjabraut 26
 www.svitan.is, Túngötu 10

Grindavík
 Marver ehf, Stafholti
 Veitingastofan Vör ehf, Hafnargötu 9
 Vísir hf, Hafnargötu 16
 Þorbjörn hf, Hafnargötu 12

Mosfellsbær
 A-Marine ehf, Björtuhlið 11
 Ísfugl ehf, Reykjavegi 36

Akranes
 Bifreiðastöð Þórðar Þ. Þórðarsonar, Dalbraut 6
 JG tannlæknastofa sf, Kirkjubraut 28
 Practica, bókhaldsþjónusta, Kirkjubraut 28
 Sjúkraþjálfun Georgs Janussonar, Kirkjubraut 28

Borgarnes
 Ferðaþjónustan Nes, www.nesreykholt.is,

Reykholtsdal
 Framköllunarþjónustan ehf, Brúartorgi 4
 J.K. Lagnir ehf, Brákarsundi 7
 Sæmundur Sigmundsson ehf, Brákarbraut 20
 Þjónustumiðstöðin Húsafelli ehf, Húsafelli 3

Stykkishólmur
 Helgafellssveit, Birkilundi 43

Ólafsvík
 Steinunn ehf, Bankastræti 3

Reykholahreppur
 Reykhólahreppur, Mariutröð 5a

Ísafjörður
 Fræðslumiðstöð Vestfjarða, Suðurgötu 12
 Hafnarbúðin, Hafnarhúsinu
 Skipsbækur ehf, Móholti 1
 Tæknipjónusta Vestfjarða ehf, Aðalstræti 26

Vélsmiðjan Þristur ehf, s: 456 4750, Sindragötu 8

Bolungarvík
 Bolungarvíkurkaupstaður, Aðalstræti 12
 Glaður ehf, Traðarstig 1
 Sérleyfisferðir Bolungarvík-Ísafjörður, Aðalstræti 20
 Sigurgeir G. Jóhannsson ehf, Hafnargötu 17

Suðureyri
 Berti G ÍS-161, Eyrargötu 4

Patreksfjörður
 Heilbrigðisstofnunin Patreksfirði, Stekkum 1

Hólmavík
 Grundarás ehf, Lækjartúni 13
 Strandabyggð, Höfðagötu 3

Árneshreppur
 Hótel Djúpvavík ehf, Árneshreppi
 Hvammstangi
 Húnabing vestra, Hvammstangabraut 5

Blönduós
 Húnavatnshreppur, Húnavöllum

Sauðárkrúkur
 Kaupfélag Skagfirðinga, Ártorgi 1
 Sjúkraþjálfun Sigurveigar ehf, Aðalgötu 20b
 Sveitarfélagið Skagafjörður, Skagfirðingabraut 21
 Ráðhúsi
 Vörumiðlun ehf, Eyrarvegi 21

Varmahlíð
 Akrahreppur Skagafirði

Akureyri
 Akureyrarbær, Geislagötu 9
 Ásbyrgi - Flóra ehf, Tryggvabraut 24
 Baugsbót ehf, bifreiðaverkstæði, Frostagötu 1b
 Bautinn og Smiðjan, veitingasala, Hafnarstræti 92
 Blikkrás ehf, Óseyri 16
 Dragi ehf, Syðri-Tjörnum
 Fótaaðgerðastofa Eddu, Víðilundi 22
 Friðrik Páll Jónsson, háls-, nef- og eyrnalæknir, Austurbergi
 Kælismiðjan Frost ehf, Fjölnisgötu 4b
 Mól og sandur Akureyri, Súluvegi
 Ossi ehf, Frostagötu 4c
 Pipulagningaþjónusta Bjarna F Jónassonar ehf, Melateigi 31
 Samherji Ísland ehf, Glerárgötu 30
 Slippurinn Akureyri ehf, Naustatanga 2
 Sólskógar ehf, Sómatúni 3
 Vélsmiðjan Ásverk ehf, Grímseyjargötu

Grímsey
 Fiskmarkaður Grímseyjar ehf, Hafnarsvæði

Dalvík
 Flæðipípulagnir ehf, Svæði
 Niels Jónsson ehf, Hauganesi

Ólafsfjörður
 Menntaskólinn á Tröllaskaga, Ægisgötu

Húsavík
 Framhaldsskólinn á Húsvík, Stóragarði 10
 Heilbrigðisstofnun Þingeyinga, Auðbrekku 4
 Kvenfélag Reykdæla
 Minjasafnið Mánarbakka, Tjörnesi
 Trésmiðjan Rein ehf, Rein
 Laugar
 Norðurpóll ehf, trésmiðja, Laugabrekku

Mývatn
 Jarðböðin við Mývatn, Jarðbaðshólum

Raufarhöfn
 Hótel Norðurljós, Aðalbraut 2
 Önunur ehf, Aðalbraut 41a

Þórshöfn
 Geir ehf, Sunnuvegi 3

Vopnafjörður
 Kristín Brynjólfsdóttir, Syðri-Vík
 Vopnafjarðarhreppur, Hamrahlíð 15

Egilsstaðir
 Bílamálun Egilsstöðum ehf, Fagradalsbraut 21-23
 Fljótsdalshérað, Lyngási 12
 Menntaskólinn á Egilsstöðum, Tjarnarbraut 25
 Skrifstofuþjónusta Austurlands ehf, Fagradalsbr. 11
 Þ.S. verktakar ehf, Miðási 8-10

Seyðisfjörður
 Seyðisfjarðarkaupstaður, Hafnargötu 44
 Reyðarfjörður
 AFL-Starfsgreinafélag, Búðareyri 1
 Alcoa-Fjarðaál sf, Hrauni 1
 Launafl ehf, Hrauni 3

Eskifjörður
 Fjarðarþrif ehf, Strandgötu 46c

Neskaupstaður
 Rafgeisli Tómas R Zoéga ehf, Hafnarbraut 10
 Síldarvinnslan hf, Hafnarbraut 6

Höfn í Hornafirði
 Ferðaþjónustan Brunnavöllum
 Skinney-Þinganes hf, Krossey
 Vélsmiðjan Foss ehf, Ófeigstanga 15

Selfoss
 Bókaútgáfan Björk, Birkivöllum 30
 Brandugla slf, Þýðingar, Erlurima 8
 Ferðaþjónustan Gullfossi ehf, Brattiholti
 Fjölbrautaskóli Suðurlands, Tryggvagötu 25
 Flóahreppur, Þingborg
 Fræðslunet Suðurlands, Fjörheimum við Bankaveg
 Gesthús Selfossi, gistihús og tjaldsvæði, Engjavegi 56
 J.Þ. bílar ehf, Eyravegi 15
 Jeppasmiðjan ehf, Ljónsstöðum

Hveragerði
 Kjörís ehf, Austurmörk 15

Þorlákshöfn
 Fiskmark ehf, Hafnarskeiði 21
 Járnkarlinn ehf, Unubakka 12

Ölfus
 SBD-flycase ehf, Stóragerði
 Stokkar og steinar sf, Árbæ 1

Flúðir
 Flúðafiskur, Borgarási
 Flúðasveppir ehf, Undirheimum

Hella
 Raffoss ehf, við Suðurlandsveg
 Verkalyðsfélag Suðurlands, Suðurlandsvegi 3

Hvolsvöllur
 Ferðaþjónusta bænda Stóru-Mörk, Stóru-Mörk 3

Kirkjubæjarklaustur
 Ferðaþjónustan Efri-Vík ehf, Efri-Vík

Vestmannaeyjar
 Áhaldaleigan ehf, Skildingavegi 10-12
 Bessi hf
 Frár ehf, Hásteinsvegi 49
 Hótel Vestmannaeyjar ehf, Vestmannabraut 28
 Miðstöðin ehf, Strandvegi 30
 Vélaverkstæðið Þór ehf, Norðursundi 9
 Vöruval ehf, Vesturvegi 18



Við eigum tækin
sem passa í
draumaeldhúsið þitt

Það þarf allt að falla fullkomlega saman í eldhúsinu þínu, innréttingin og eldhústækin. Rönning býður upp á fjölbreytt úrval eldhústækja fyrir draumaeldhúsið þitt.

Útlit og útfærsla er fullkomlega í þínum höndum.

Komdu og fáðu faglega ráðgjöf hjá sölumönnum okkar. Bjóðum 5 ára ábyrgð.

Reykjavík
Skútuvogur 1
Sími 562 4011

Akureyri
Draupnigata 2
Sími 460 0800

RÖNNING
ronning.is | gorenje.is