

# GEÐVERND

RIT GEÐVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

43. ÁRGANGUR - 2014





# GEDVERND

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

43. ÁRGANGUR - 2014

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

**43. ÁRG. – 2014**

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:**

GUNNLAUG THORLACIUS, FORMAÐUR - KRISTÍN GYÐA JÓNSDÓTTIR, VARAFORMAÐUR

VÍÐIR ARNAR KRISTJÁNSSON, GJALDKERI - PÁLL BIERING, BRÉFRITARI – EYDÍS SVEINBJARNARDÓTTIR,  
FUNDARITARI - MARGRÉT JÓNSDÓTTIR, MEÐSTJÓRNANDI - SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, MEÐSTJÓRNANDI

**FRAMKVÆMDASTJÓRI:** KJARTAN VALGARÐSSON

**MYND Á FORSÍÐU:** 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](http://www.gedvernd.is)

# Efnisyfirlit

Frá ritstjóra	Bls. 5
Sigrún Harðardóttir, Halldór S. Guðmundsson og Atli Hafþórsson Sálfélagsleg líðan framhaldsskólanemenda	Bls. 6
Snæbjörn Ómar Guðjónsson, Eydís Kr. Sveinbjarnardóttir og Ragnheiður Harpa Arnardóttir Bati og þróun þunglyndis, kvíða og lífsgæða hjá sjúklingum með alvarlegt þunglyndi	Bls. 11
Hjalti Einarsson, Baldur Heiðar Sigurðsson, Pétur Tyrfingsson og Jón Friðrik Sigurðsson Boðskapur og markmið batamiðaðrar geðheilbrigðisþjónustu	Bls. 16
Halldór Kolbeinsson, Rakel Valdimarsdóttir, Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir og Guðrún Blöndal Kynning á interRAI geðmati. Samspil sjúkdóma og umhverfis	Bls. 22
Anna Rós Jóhannesdóttir og Gunnlaug Thorlacius Mat á þjónustu FMB teymis	Bls. 26
Nanna Briem og Halldóra Jónsdóttir Kannabis	Bls. 29
Frá stjórn Geðverndarfélagss Íslands	Bls. 32



# Minningargjöf

um \_\_\_\_\_

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



\_\_\_\_\_

# Minningargjöf

um \_\_\_\_\_

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



\_\_\_\_\_



# Frá ritstjóra

Að þessu sinni er þema blaðsins fjölbreytt, þó er rauði þráðurinn tengdur samspili umhverfis við geðsjúkdóma.

Ritstjóri valdi alls ekki beint það efni en svo virðist vera nú að eftir áratuga áherslu á líffræði og erfðafræði hafi allar vísindagreinar áttað sig á því að félagslegir og sálfræðilegir þættir skipta einnig miklu máli við skilning á tilurð geðsjúkdóma og ekki síður hvernig meðhöndla eigi þá.

Fyrsta greinin fjallar um sálfélagslega líðan framhaldsskólanema. Miðað við niðurstöður þessarar greinar er erfitt að skilja að hægt sé að stytta námstíma í framhaldsskólum í 3 ár. Grein tvö er gott yfirlit um bata og þróun þunglyndis hjá sjúklingum með alvarlegt þunglyndi. Í grein þrjú eru markmið og hlutverk batastefnunnar í geðheilbrigðisþjónustu ágætlega skilgreind og útskýrð. Fjórða greinin er lýsing á klínísku mælitæki (RAI) sem hægt er að nota til að meðal annars rannsaka samspil geðsjúkdóma og umhverfis. Fimmta greinin lýsir nýju rannsóknarverkefni sem á að meta þjónustu FMB teymis en þetta verkefni fékk rannsóknarstyrk frá rannsóknarsjóði Geðverndarfélagsins á árinu. Grein sjö er grein um kannabis. Aldrei verður of oft varað við þeim hrikalegu afleiðingum sem eiturfjaneysla hefur á miðtaugakerfið.

Geðverndarfélag Íslands hefur alla tíð haft þá stefnu að fræða breiðan lesendahóp um geðverndarmál. Í þetta sinn var fagfólk beðið um efni samkvæmt tillögu ritstjóra.

Allir lögðu sig fram og metnaður höfunda var til fyrirmyndar. Ég vil þakka þeim fyrir störf sín sem unnin eru með öðrum föstum störfum án nokkurrar umbunar. Einnig vil ég þakka ritrýnum en vegna reglna um slík störf er ekki hægt að geta þeirra hér. Stjórn og starfsmönnum Geðverndarfélagsins vil ég sérstaklega þakka en þeir hafa lagt á sig mikla vinnu.

Góð fræðsla og aukin þekking er grundvöllur framfara og umbóta fyrir geðsjúka og aðstandendur þeirra. Góðar grunnrannsóknir eru hér lykilatriði.

*Sigurður Páll Pálsson*  
ritstjóri Geðverndar



# Sálfélagsleg líðan framhaldsskólanemenda

Í greininni er fjallað um niðurstöður rannsóknar sem gerð var í þeim tilgangi að kanna samspil sálfélagslegrar líðanar við upphaf náms í framhaldsskóla og námsframvindu meðal nemenda á almennri braut, borið saman við aðra nemendur. Rannsóknin byggir á gögnum sem aflað var á árunum 2005-2011. Í rannsókninni var YSR sjálfsmatslisti (Youth Self-Report) lagður fyrir nýnema hvers árs í þrjú ár, alls 270 nemendur. Fjórum og hálfu ári frá upphafi náms voru tekin viðtöl við nemendur til að kanna námsframvindu þeirra sem var síðan skoðuð út frá niðurstöðum YSR og upphaflegri námsbraut. Helstu niðurstöður benda til að nemendur sem hefja nám á almennri braut búi við slakari sálfélagslega líðan við upphaf náms í framhaldsskóla og ljúki síður námi. Niðurstöður sýna þannig fram á mikilvægi þess að úrræði innan skóla byggji á heildarsýn á þarfir nemenda með námserfiðleika í því skyni að stuðla að góðri sálfélagslegri líðan þeirra og velgengni í námi.

## Mikilvægi menntunar

Menntun er talin ein mikilvægasta undirstaða lífsgæða fyrir einstaklinga og samfélög í nútímasamfélagi. Því er það áhyggjuefni hve mikið brotthvarf hefur verið úr framhaldsskólum á Íslandi, en hlutfall þeirra sem ekki hafa lokið formlegu framhaldsskólaprófi við 25 ára aldur hefur á undanförunum árum verið á bilinu 35-40% (1, 2, 3, 4). Samkvæmt lögum um framhaldsskóla nr. 80/1996 (sem voru í gildi þegar rannsóknin var gerð) kom meðal annars fram að hlutverk framhaldsskóla væri að stuðla að alhliða þroska allra nemenda. Í lögum er fjallað um almenna námsbraut fyrir nemendur sem ekki hafa nægilega undirstöðu til að hefja nám á öðrum brautum (5). Eitt af markmiðum nýrra laga um framhaldsskóla (nr. 92/2008) var að draga úr brotthvarfi. Í þeim lögum kemur skýrt fram að framhaldsskólinn sé fyrir alla og í fyrsta skipti kveðið á um rétt nemenda til að stunda þar nám í að minnsta kosti tvö ár (6). Brotthvarf úr framhaldsskólum má skilgreina sem siðferðilegt réttlætismál og um leið áhyggjuefni fyrir þjóðfélagið, þar sem sýnt hefur verið fram á að þeir sem hverfa frá námi geta staðið frammi fyrir skertum lífsgæðum og eru líklegri til að verða háðir þjónustu velferðarkerfisins (7, 8, 9, 10, 11). Í þeim tilgangi að koma á frekari umbótum í menntunarmálum gaf mennta- og menningarmálaráðherra nýverið út Hvítbók þar sem markaðar eru brýnustu áherslur fyrir skólakerfið næstu ár. Þar koma fram tvö meginmarkmið um umbætur í menntakerfinu til ársins 2018: að 90% grunnskólanemenda nái lágmarksviðmiðum í lestri og 60% nemenda ljúki námi úr framhaldsskóla á tilsettum tíma. Þessum markmiðum er ætlað að ná með því meðal annars að styrkja móðurmálskenndu og stytta framhaldsskólann í þrjú ár (12).

## Áhrifaþættir í námi og úrræði innan skóla

Á síðustu áratugum hefur athygli fræðimanna í sífellt auknum mæli beinst að mikilvægi þess að börn og ung-



menni búi við góða sálfélagslega líðan (13). Sú nálgun byggist á svipaðri heildarsýn og fram kemur í skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar á heilbrigði þar sem heilbrigði einstaklinga er skilgreint út frá því að ákveðið jafnvægi ríki á milli líkamlegra, andlegra og félagslegra þátta sem geri þeim kleift að hámarka getu sína á þessum ólíku sviðum (14).

Við uppbyggingu forvarna til að auka líkur á góðum alhliða þroska og jákvæðrar námsframvindu hafa fræðimenn bent á mikilvægi þess að styðjast við sjónarhorn áhættu og seiglu sem byggir á eftirfarandi þáttum: í fyrsta lagi áhættuþáttur (e. risk) sem getur verið innra með einstaklingnum sjálfum, í umhverfi hans eða í tengslum við umhverfið: í öðru lagi verndandi þættir (e. protective factors) sem geta verið innra með einstaklingnum og/ eða í umhverfinu og draga úr líkum á áhættuþáttum. Þriðji þátturinn er seigla (e. resilience) sem felst í hæfni einstaklings til að ná góðum alhliða þroska þrátt fyrir erfiðleika (15). Seigla verður til við reynslu einstaklings og er háð því að umhverfið bregðist við þörfum hans. Seigla endurspeglar því bæði innri styrkleika hans og þá ytri verndandi þætti sem felast í stuðningi frá fjölskyldum, skóla og samfélagi (16, 17, 18, 19, 20). Sem dæmi um áhættuþátt í þessu sambandi má nefna námserfiðleika, en rannsóknir hafa sýnt að námserfiðleikar geta aukið líkur á sálfélagslegum vanda (21, 22). Orsakir þess eru meðal annars taldar geta legið í auknu álagi vegna erfiðleika í námi og slakrar námsframvindu. Rannsóknir á líðan nemenda með námserfiðleika hafa sýnt að þeir kljást í meiri mæli við vanda á borð við kvíða og þunglyndi (23, 24), slaka sjálfsmynd (25), skort á sjálfstjórn (26, 27), hegðunar- og samskiptaerfiðleika (28, 25), áhættuhegðun (29, 30), litla trú á eigin getu í námi (31, 32) og skort á félagslegri færni (33).

Þær samfélagslegu breytingar sem orðið hafa á undanförunum áratugum og hafa haft áhrif á hlutverk og aðstæður íslenskra fjölskyldna hafa jafnframt leitt til þess að uppeldis- og félagsmótunar-hlutverk skóla er orðið umfangsmeira. Í því sambandi má benda á mikilvægi þess að skólinn hugi að sálfélagslegri líðan nemenda við upphaf skólagöngu. Mikilvægt er að leggja aukna áherslu á heildræna sýn á nemandann með því að skima fyrir hugsanlegum vandkvæðum nemenda í áhættuhópum og bregðast við með úrræðum sem byggja á heildarsýn (13, 34). Flestir þeirra sem fjallað hafa um skólamála eru sammála um að vettvangur skólans er best til þess fallinn að stuðla að heilbrigði barna og fjölskyldna. Í ljósi hlutverks skólans sem einnar mikilvægustu uppeldisstofnunar utan fjölskyldunnar er nauðsynlegt að byggja upp fjölglegt samstarf innan skólanna. Í því samhengi eru skólafélags-ráðgjafar mikilvægur hlekkur og hafa rannsóknir sýnt að aðkoma þeirra að málum getur haft margþætt áhrif á námsframvindu nemenda (35). Félagsráðgjafar eru sérstaklega þjáfaðir í að veita einstaklings- og hópráðgjöf með það að markmiði að hlúa að sálfélagslegri líðan nemenda og byggja upp seiglu þeirra.

Með þekkingu sinni á einstaklingsþroska, fjölskyldusamskiptum, löggjöf, þjónustustofnunum og félags- og legum úrræðum mynda skólafélagsráðgjafar mikilvæga brú á milli skóla, fjölskyldu og samfélags. Með heildarsýn og samfellu að leiðarljósi vinna þeir í samstarfi við annað fagfólk innan skóla og annarra stofnana (36, 34).

Í ljósi þess hve mikil og afgerandi áhrif gengi í skóla hefur á allt líf einstaklinga er mikilvægt að greina snemma þá þætti sem geta haft áhrif á námsferlið og sálfélagslega líðan og vinna að frekari þróun forvarna- og stuðningsúrræða fyrir nemendur. Auk þess er mikilvægt í námi kennara að huga að aukinni fræðslu um sérþarfir nemenda til að þeir verði betur undirbúnir að takast á við þær áskoranir sem þeir mæta í daglegum störfum sínum við að sinna nemendum á uppbyggjandi hátt.

## Aðferð

**Þátttakendur.** Leitað var eftir þátttöku þriggja árganga nemenda á fyrsta ári í einum framhaldsskóla á Íslandi, alls 270 talsins. Nemendur voru af íslenskum uppruna og áttu ekki við sérþæka fötlun að stríða. Foreldrar og aðrir forráðamenn hvers nemenda samþykktu þátttöku viðkomandi barns, auk samþykkis nemendanna sjálfra.

**Mælitæki.** Sjálfsmatslistinn YSR (Youth Self Report) var lagður fyrir þátttakendur við upphaf náms. YSR er viðtækur skimunarlisti sem mælir líðan og félagsfærni barna á aldrinum 11-18 ára. YSR er staðlað skimunartæki sem notað hefur verið um áratuga skeið hér á landi, í rannsóknum og klínísku starfi (37, 38, 39, 40, 41, 42). Listinn samanstendur af opnum spurningum um félagslega þætti og samskipti og 112 spurningar eða fullyrðingar sem svarað er með því að merkja við þrjá svarkosti 0 (Ekki rétt), 1 (Að einhverju leyti rétt eða stundum rétt) og 2 (Á mjög vel við eða er oft rétt). Niðurstöður opnu spurninganna um félagsfærni eru flokkaðar í þrjá þætti, virkni eða athafnasemi (e. activity), samskipti og virkni (e. social), frammistöðu í skóla (e. school) og saman mynda þessir þrjú þættir safnþáttinn heildarfærni (e. Total Competence). Niðurstöður úr spurningunum 112 flokkast í yfirþættina líðan (internalizing), hegðun (externalizing) og heildarvandi (total problems). Líðan samanstendur af þremur undirþáttum, kvíða/þunglyndi, hlédrægni og líkamlegum kvörtunum/vanda. Hegðun samanstendur af tveimur þáttum, óhlýðni/andfélagslegri hegðun og reiðtengdri hegðun. Undirþættirnir félagslegur vandi, hugsanaferli/vandi og athygli-/einbeitingarvandi standa sjálfstætt en reiknast með í heildarvanda.

Sálfélagsleg liðan var mæld út frá skori þátttakenda á safnþáttunum líðan og hegðun ásamt heildarfærni. Við úrvinnslu voru notuð íslensk viðmið YSR matslistans eins og þau eru skilgreind í hópi fjölmenningsarlegra viðmiða (38, 42). Einstaklingur sem skorar 65 t-gildi og hærra á undirþáttum og 60 t-gildi eða hærra á safnþáttum, eru á og yfir klínískum mörkum. Í rannsókninni var innri áreiðanleiki (Cronbach's Alpha) YSR listans reiknaður fyrir safnþættina.

**Framkvæmd.** Allir sjálfsmatslistar voru merktir nemanda með rannsóknarnúmeri, og lykll sem tengdi saman nafn og rannsóknarnúmer var varðveittur í skólanum. Fjórum og hálfu ári síðar var haft símasamband við þennan sama hóp nemenda. Notaður var hálfstaðlaður spurningalisti og svörin skráð á spurningaeyðublað fyrir hvern einstakling. Spurt var um ýmsa þætti tengda náminu, en í þessari grein er gerð grein fyrir svörum við spurningum er sneru að fjölda eininga sem lokið var á framhaldsskólastigi þegar viðtal fór fram, hvort þeir væru búnir að ljúka

námi, væru í námi eða hættir námi og hvort þeir hefðu upplifað námserfiðleika. Leitað var samþykkis þeirra fyrir þátttöku í rannsókninni um afdrif og námsstöðu, og samkeyrslu við niðurstöður YSR matslista sem þeir höfðu áður fyllt út. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar.

## Niðurstöður

Hér er fyrst gerð grein fyrir námsframvindu nemenda út frá upphaflegri námsbraut. Í töflu 1 má sjá yfirlit yfir heildarfjölda nemenda í öllum þremur árgöngunum, ásamt upphafsbraut og stöðu þeirra fjórum og hálfu ári frá upphafi náms, fjölda þeirra sem lokið höfðu námi, voru í námi og höfðu hætt námi. Í sviga eru upplýsingar um fjölda nemenda með námserfiðleika.

Af töflunni má sjá að af þeim 270 nemendum sem hófu nám við skólann á þriggja ára tímabili hófu 133

Tafla 1. Yfirlit yfir stöðu allra nemenda.

Braut	Fjöldi	Lokið námi	Enn í skóla	Hættir
Náttúrufræðibraut	67	54 (2)	10 (1)	3
Félagsfræðibraut	42	28 (3)	4 (1)	10 (3)
Málabraut	24	14	5 (1)	5 (1)
Almenn braut 3	22	4	10 (6)	8 (4)
Almenn braut 2	58	14 (5)	15 (4)	29 (15)
Almenn braut 1	57	2 (2)	13 (11)	42 (35)
Alls:	270	116	57	97
Hlutfall:	100%	43%	21%	36%

nám á bóknámsbrautum (49%) og 137 á almennri braut (51%). Inntaka á bóknámsbrautir var skilyrt út frá einkunnum á samræmdum prófum grunnskóla og skólaeinkunnum. Almenn braut var þrískipt. AB1 var ætluð þeim nemendum sem höfðu ekki náð viðunandi einkunn í samræmdum prófum grunnskóla í tveimur eða fleiri greinum og voru jafnvel með einstaklingsnámskrá í grunnskóla. AB2 var hugsuð fyrir þá nemendur sem ekki náðu viðunandi einkunn í einni grein á samræmdu prófi og AB3 fyrir þá sem voru óákveðnir eða vantaði mjög lítið upp á til að komast inn á bóknámsbrautir.

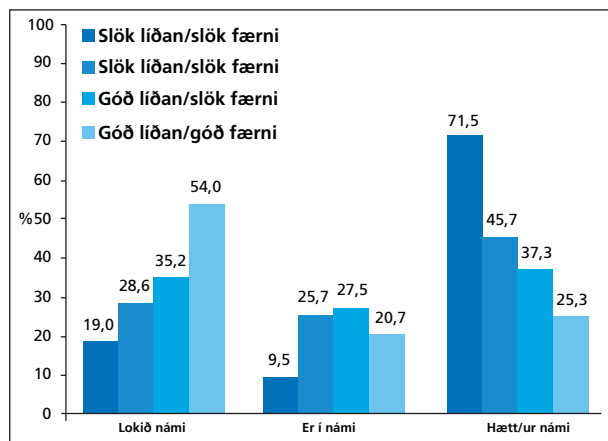
Í símaviðtölum kom auk þess fram að 94 af þessum 270 nemendum höfðu átt við námserfiðleika að stríða í grunnskóla. Af þeim höfðu 65 fengið formlega greiningu á námserfiðleikum meðan þeir voru í grunnskóla. Alls 81 nemandi hafði fengið sérkennslu í grunnskóla og því hafa nokkrir fengið sérkennslu án þess að vera með formlega greiningu. Af þeim sem fengu formlega greiningu á námserfiðleikum virtist lesblinda hafa verið algengasta niðurstaðan og þvínæst athyglisbrestur með eða án ofvirkni (ADHD). Nokkrir sögðust hafa fengið greiningu bæði um lesblindu og ADHD. Þegar námsframvinda nemenda er skoðuð að fjórum og hálfu ári liðnu frá upphafi náms má sjá að af heildarfjölda nemenda höfðu 43% lokið námi, 21% voru enn í námi og 36% höfðu hætt. Af þeim nemendum sem hófu nám á bóknámsbrautum höfðu 72% lokið námi á móti 16% þeirra nemenda sem hófu nám á almennri braut.



Til að varpa ljósi á samspil sálfélagslegrar líðanar við upphaf náms og námsframvindu var nemendum skipt í fjóra hópa út frá niðurstöðum sjálfsmatslistanna: (1) slök líðan og slök færni, (2) slök líðan og góð færni, (3) góð líðan og slök færni og (4) góð líðan og góð færni. Þegar skoðuð voru sérstaklega tengsl sálfélagslegrar líðanar og námsframvindu kom fram marktækur munur á milli þeirra sem höfðu lokið námi annars vegar og þeirra sem höfðu hætt fjórum og hálfu ári frá upphafi náms hins vegar. 54% þeirra nemenda sem lokið höfðu námi bjuggu við góða sálfélagslega líðan (góð líðan og góð færni) við upphaf náms en 72% þeirra nemenda sem voru hættir námi bjuggu við slaka sálfélagslega líðan (slaka líðan og slaka færni) við upphaf náms ( $\chi^2_{(6)}=25,1; p<,001$ ).

Myndin sýnir einnig að 35% þeirra nemenda sem bjuggu við góða líðan og slaka færni höfðu lokið námi, 27% þeirra sem bjuggu við slaka líðan og góða færni höfðu lokið námi og 19% nemenda sem bjuggu bæði við slaka líðan og slaka færni. Þeir sem aftur á móti voru enn í skóla fjórum og hálfu ári eftir upphaf náms leggjast svo þarna á milli, það er 21% þeirra nemenda sem bjuggu við góða líðan og góða færni við upphaf náms, 28% þeirra sem bjuggu við góða líðan og slaka færni, 26% þeirra sem bjuggu við slaka líðan og góða færni og tæp 10% nemenda sem bjuggu við slaka líðan og slaka færni við upphaf náms.

**Mynd 1: Afdrif nemenda út frá sálfélagslegri líðan við upphaf náms**



### Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að tæplega helmingur nemenda úr árgöngunum þremur hafði lokið fjórum og hálfu ári eftir að það hófst. Það er í samræmi við niðurstöður fyrri rannókna á námsframvindu í íslenskum framhaldsskólum (1, 2, 3, 4). Auk þess sýna niðurstöður að meirihluti þeirra nemenda sem hófu nám á bóknaðsbrautum höfðu lokið námi að fjórum og hálfu ári liðnu frá upphafi þess en einungis lítill hluti þeirra sem hófu nám á almennri braut. Í ljósi mikilvægis skólans sem velferðarstofnunar og þess hlutverks sem hann á að gegna í því að jafna tækifæri og lífskjör með aðgengi allra að menntun, er það alvarleg staða að skólastarfið hafi ekki náð að koma betur til móts við námsþarfir þeirra sem stóðu höllum fæti.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna jafnframt að nemandur sem hefja nám á almennri braut búa við verri sálfélagslega líðan en aðrir nemandur. Þær niðurstöður eru í samræmi við aðrar rannsóknir sem hafa sýnt samspil á milli erfiðleika í námi og sálfélagslegs vanda (28, 25, 23, 21, 33, 22). Niðurstöður benda því til þess að mikilvægt sé að vinna út frá sjónarhorni áhættu og seiglu innan grunn- og framhaldsskóla og huga sérstaklega að þeim einstaklingum sem eiga í erfiðleikum með nám til að varna því að þeir þrói með sér sálfélagslega erfiðleika. Út frá því sjónarhorni eru verndandi þættir mikilvægir til að vinna gegn áhættuþáttum eins og námserfiðleikum, því áhættuþættir þurfi ekki að leiða til þess að illa fari heldur er það undir því komið hvernig umhverfið kemur til móts við einstaklinga. Verndandi þættir geta þannig haft afgerandi áhrif á líf einstaklinga og laðað fram seiglu (15).

Af niðurstöðunum í heild má því álykta að þörf sé stefnumótunar þar sem tekið er mið af heildarsýn á þarfir nemenda sem standa illa að vígi innan skólakerfisins með áherslu á aukna samræmingu og samstarf meginstofnana velferðarkerfisins til að stuðla að velferð nemenda (11). Áhersla í slíkum forvörnum þarf að beinast að því að draga úr neikvæðum áhrifum áhættuþátta til að efla færni nemenda og styrk og hjálpa þeim að byggja upp seiglu. Niðurstöður rannsókna á seiglu hafa sýnt að ef unnið er að forvarnar- og stuðningsúrræðum út frá heildarsýn og brugðist á þann hátt við þörfum nemenda eykur það líkur á jákvæðum þroska og aðlögun (15, 20, 36).

### Heimildir:

- Gerður G. Óskarsdóttir (1993). Hætt í skóla. Nám og aðstæður nemenda sem hætta í skóla eftir tvö ár í framhaldsnámi eða fyrr. Uppeldi og menntun, 2(1), 53-67.
- Hagstofa Íslands (2012). Færri ljúka framhaldsskólástigi á réttum tíma á Íslandi en í flestum OECD löndum. Fréttir nr. 67/2012. Sótt 11.02.2013 af <http://www.hagstofa.is/?PageID=95&NewsID=9038>
- Jón Torfi Jónasson og Guðbjörg Andrea Jónsdóttir (1992). Námsferill í framhaldsskóla. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Jón Torfi Jónasson og Kristjana Stella Blöndal (2002). Ungt fólk og framhaldsskólinn: Rannsókn á námsgengi og afstöðu '75 árgangsins til náms. Reykjavík: Félagsvísindastofnun og Háskólaútgáfan.
- Lög um framhaldsskóla nr. 80/1996.
- Lög um framhaldsskóla nr. 92/2008.
- Martin, E. J., Tobin, T. J. og Sugai, G. M. (2002). Current information on dropout prevention: Ideas from practitioners and the literature. Preventing School Failure, 4(1), 10-17.
- McIntosh, K., Flannery, K., Sugai, G., Braun, D. og Cochrane, K. (2008). Relationships between academics and problem behavior in the transition from middle school to high school. Journal of Positive Behavior Interventions, 10(4), 243-255.
- Ólafur Páll Jónsson (2011). Lýðræði, réttlæti og menntun. Hugleiðingar um skilyrði mennskunnar. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Rumberger, R. W. (2011). Dropping out: Why students drop out of school and what can be done about it. Cambridge: Harvard University Press.
- Sigrún Júlíusdóttir (2001). Fjölskyldur við aldahvörf. Nán tengsl og uppeldisskilyrði barna. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Mennta- og menningarmálaráðuneytið (2014). Hvítbók um umbætur í menntun. Sótt 15.08.2014 af [http://www.menntamalaraduneyti.is/media/frettir/Hvitbik\\_Umbaetur\\_i\\_menntun.pdf](http://www.menntamalaraduneyti.is/media/frettir/Hvitbik_Umbaetur_i_menntun.pdf)
- Adelman, H. S. og Taylor, L. (2006). Mental health in schools and public health. Public Health reports, 121, 294-298.
- Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO). (2006). Constitution of the World



- Health Organization. Genf. Sótt 03.04. 2013 af [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
15. Jenson, J. M. og Fraser, M. W. (2011). A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. Í J. M. Jenson og M. W. Fraser (ritstjórar), *Social policy for children and families: A risk and resilience perspective* (bls. 5-24). Thousand Oaks: Sage.
  16. Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. Í J.E. Stevenson (ritstjóri), *Recent research in developmental psychopathology* (bls. 213-233). Oxford: Pergamon Press.
  17. Luthar, S. S. (ritstjóri). (2003). Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge: Cambridge University Press.
  18. Margalit, M. (2003). Resilience model among individuals with learning disabilities: Proximal and distal influences. *Learning Disabilities Research & Practice*, 18(2), 82-86.
  19. Masten, A. S. og Reed, M. J. (2005). Resilience in development. Í C. R. Snyder og S. J. Lopez (ritstjórar), *Handbook of positive psychology* (bls. 74-88). Oxford: Oxford University Press.
  20. Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing the contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1-17.
  21. Rutter, M. og Yule, W. (1970). Reading retardation and antisocial behaviour. The nature of the association. Í M. Rutter, J. Tizard og K. Whitmore (ritstjórar), *Education, health and behaviour* (bls. 240-255). London: Longmans.
  22. Willcutt, E. G. og Pennington, B. F. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *Child Psychology and Psychiatry*, 41(8), 1039-1048.
  23. Li, H. og Morris, R. J. (2007). Assessing fears and related anxieties in children and adolescents with learning disabilities or mild retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 28(5), 445-457.
  24. Siderlidis, G. D. (2007). Why are students with LD depressed? *Journal of Learning Disabilities*, 40(6), 526-539.
  25. Leichtenritt, J. og Shechtman, Z. (2010). Children with and without learning disabilities: A comparison of processes and outcomes following group counselling. *Journal of Learning Disabilities*, 43(2), 169-179.
  26. Borkowski, J. G. (1992). Metacognitive theory: A framework for teaching literacy, writing and math skills. *Journal of Learning Disabilities*, 25(4), 253-257.
  27. Yasutak, D. og Bryan, T. (1995). The influence of affect on the achievement and behavior of students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 28(6), 329-334.
  28. Arthur, A. R. (2003). The emotional lives with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 31(1), 25-30.
  29. McNamara, J. K., Vervaeke, S. L. og Willoughby, T. (2008). Learning disabilities and risk-taking behavior in adolescents: A comparison of those with and without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 41, 561-574.
  30. McNamara, J. K. og Willoughby, T. (2010). A longitudinal study of risk-taking behaviour in adolescents with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*, 25(1), 11-24.
  31. Irvin, M. J., Farmer, T. W., Weiss, M. P., Meece, J. L., Byun, S., McConnell, B. M. og Petrin, R. A. (2011). Perceptions of school and aspirations of rural students with learning disabilities and their nondisabled peers. *Learning Disabilities Research & Practice*, 26(1), 2-14.
  32. Lackaye, T. D. og Margalit, M. (2006). Comparison of achievement, effort, and self-perceptions among students with learning disabilities and their peers from different achievement groups. *Journal of Learning Disabilities*, 39(5), 432-446.
  33. Speakman, N. J., Goldberg, R. J. og Herman, K. L. (1992). Learning disabled children grow up: A search for factors related to success in the young adult years. *Learning Disabilities Research & Practice*, 7, 161-170.
  34. Sigrún Júlíusdóttir (1998). Menntastefna og mannvörnd. Um manngildi og faglegt samstarf í skólum. *Ný menntamál*, 16(2) 34-40.
  35. Stone, S., Shields, J. P., Hilinski, A. Og Sanford, V. (2013). Association between addition of learning support professionals and school performance: an exploratory study. *Research on Social Work Practice*, 23(1), 66-72.
  36. Kelly, M. S., Raines, J. C., Stone, S. og Frey, A. (2010). School social work. New York: Oxford University Press.
  37. Achenbach, T. M. og Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profile: an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
  38. Achenbach, T. M. og Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for mental health assessment*. New York: The Guilford Press.
  39. Helga Hannesdóttir. (2002). *Studies on child and adolescents mental health in Iceland*. Óbirt doktorsritgerð: Turku University, læknadeild.
  40. Halldór Sig. Guðmundsson. (2006). Skimun og stöðluð matstæki. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn. Félagráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 242-256). Reykjavík: Háskólaútgáfan og RBF.
  41. Halldór Sig. Guðmundsson. (2007). Liðan og hegðun 11-18 ára barna innan barnaverndar á Íslandi. *Sjórnarhorn barna, kennara og starfsfólks. Tímarit Félagráðgjafa*, 2, 25-36.
  42. Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., o.fl. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 729-738.

**Sigrún Harðardóttir** er doktor, félagráðgjafi og lektor við félagráðgjafardeild Háskóla Íslands.

**Halldór S. Guðmundsson** er félagráðgjafi og framkvæmdastjóri Öldrunarheimila Akureyrar og lektor við félagráðgjafardeild Háskóla Íslands.

**Atli Hafþórsson** er meistaranemi í félagsfræði við Háskóla Íslands.



Virðing  
Réttlæti



# 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 2015.

Úthlutun fer fram á aðalfundi Geðverndarfélags Íslands í mars 2015.

Stjórn Minningarsjóðs Kjartans B. Kjartanssonar

Snæbjörn Ómar Guðjónsson, Eydís Kr. Sveinbjarnardóttir og  
Ragnheiður Harpa Arnardóttir

# Bati og þróun þunglyndis, kvíða og lífsgæða hjá sjúklingum með alvarlegt þunglyndi

-Umfjöllun í tengslum við meistaranannsókn á bráðageðdeild  
Sjúkrahússins á Akureyri

Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni eru geðsjúkdómar og afleiðingar þeirra alvarlegur heilsufarsvandi (1), en þunglyndi er sá sjúkdómur sem veldur hvað mestri skerðingu á lífsgæðum (2, 3). Algengi alvarlegs þunglyndis í Evrópu liggur á bilinu 12 – 20% (4) og tíðni geðraskana á Íslandi er svipuð (5). Í þessari grein verður fjallað um ýmsa þætti er viðkoma þunglyndi, þar á meðal sjúkdómseinkenni, meðferðarúrræði og batahorfur. Fjallað verður um mikilvægi stuðnings við fjölskyldur þeirra sem eru með alvarlegt þunglyndi. Lýst verður aðferðafræði meistaranannsókna í heilbrigðisvísindum, en hún miðar að því að lýsa breytingum á þunglyndiseinkennum, kvíðaeinkennum og lífsgæðum hjá sjúklingum sem innlagðir eru með alvarlegt þunglyndi á bráðageðdeild Sjúkrahússins á Akureyri (SAk). Bráðageðdeild SAk sinnir bráðþjónustu fyrir lögráða íbúa á Norður- og Austurlandi. Þar fá sjúklingar með geðraskanir greiningar- og meðferðarþjónustu sem snýr að bráðahjálp, greiningu og meðferð sem miðar að eflingu sjálfshjálpar og auknum lífsgæðum.

Hið alþjóðlega flokkunarkerfi sjúkdóma skiptir þunglyndi í þrjá meginflokkka: Vægt, meðal og alvarlegt þunglyndi. Sjúklingar með þunglyndi þjást af lækkuðu geðslagi og framtaksleysi, almennu áhugaleysi og skertri lífsgleði. Einstaklingar geta upplifað sig einskis virði vegna takmarkaðs sjálfstrausts og sektarkenndar. Svefntruflanir, einbeitingarörðugleikar og þyngdarbreytingar eru algeng sjúkdómseinkenni (6). Þunglyndi getur leitt til félagslegrar einangrunar og/eða líkamlegra sjúkdóma og sjálfsvíga (7, 8). Um flókinn sjúkdóm er að ræða sem einkennist af tilfinningaflækjum sem eru í raun heilkenni af depurðareinkennum (9). Þunglyndi getur skarast við kvíðasjúkdóma, um 60% þunglyndra greinast með kvíða en kvíðasjúklingar eiga á hættu að þróa með sér aðrar geðraskanir (10, 11). Rannsóknir sýna að heilbrigðisstarfsfólk á oft í erfiðleikum með að greina geðraskanir en geðsjúkdómar hafa flóknar birtingarmyndir þar sem um flókið samspil erfða-, umhverfis- og sálfélagslegra þátta er að ræða (12, 13). Sjúkdómafræði þunglyndis er að mörgu leyti ráðgáta, en samspil ýmissa taugafræðilegra þátta kemur þar við sögu (14). Hlutlæg greining þunglyndis er ekki til, sjúkdómgreiningin byggir á huglægu mati sérfræðinga (15).



## Bráðainnlagnir

Undanfarna áratugi hefur geðheilbrigðiskerfið breyst mikið. Opinber stefna er að draga úr innlögnum á geðdeildir og auka þjónustu í nærsamfélaginu (16, 17). Þjónusta bráðageðdeilda er þó nauðsynleg þegar sjúkdómseinkenni eru það alvarleg að göngudeildar- eða nærþjónusta dugar ekki til (17, 18). Bráðainnlagnir geta verið vegna lífshættulegs sjúkdómsástands, eða þegar flóknir sjúkdómar eru til staðar, fylgjast þarf með atferli, meðferðarhaldni er ábótavant og skortur er á stuðningi. Meginmarkmið innlagnar á bráðageðdeild er að tryggja öryggi, gera þarfagreiningu og draga úr alvarlegum sjúkdómseinkennum (19, 20). Í norskrri rannsókn frá 2010 voru 54% innlagna á bráðageðdeild og 62% endurinnlagna vegna sjálfsvígshættu (21). Sjúkdómsástand getur verið flókið vegna samverkandi þátta, t.a.m. getur sjúklingur verið á mörgum lyfjategundum, notkun geðvirkra vímuefna og/eða líkamlegir sjúkdómar verið til staðar. Á innlagnartíma verður að meta heildrænt ástand og finna varanlegar lausnir á vandamálum (19). Mikilvægt er að setja fram skilvirka og heildræna meðferðaráætlun þar sem algengt er að innlagnir séu einungis fimm til sex dagar, en kreppuástandi lýkur yfirleitt á fjórum til fimm dögum (16, 21). Megináhersla er á að tryggja öryggi sjúklinga í bráðaástandi, því upplifa margir meðferðarumhverfið á neikvæðan hátt (19).

## Meðferðir

Almennt er alvarlegt þunglyndi meðhöndlað með lyfjameðferð, sálfræðimeðferð og/eða raflæknismeðferð (8). Klínískar leiðbeiningar tilgreina sálfræðimeðferð sem fyrsta valkost þegar um vægt þunglyndi er að ræða, en bjóða skal sálfræðimeðferð og lyfjameðferð samtímis við miðlungs og alvarlegu þunglyndi (22, 23). Meginmarkmið meðferðarúrræða er að draga sem fyrst úr þunglyndiseinkennum. Lyfjameðferð er stöðluð nálgun til meðhöndlunar á alvarlegu þunglyndi, en um fjölmargar lyfjategundir er að ræða. Geðdeyfðarlyf geta staðið ein og sér sem meðferð eða samhliða annarri meðferð þegar um flóknari sjúkdómsmynd er að ræða (24). Mikilvægt er að greina hættu á sjálfsvígum, en einn af hverjum tíu sem glímur við þunglyndi gerir sjálfsvígstílaun. Kvíðasjúkdómar auka hættu á sjálfsvígum (11). Rannsóknir frá Ástralíu, Svíþjóð, Danmörku, Finnlandi, Bretlandi, Ungverjalandi, Ísrael, Japan, Nýja Sjálandi, Noregi, Slóveníu,

Bandaríkjunum ásamt ótilgreindum 26 öðrum löndum staðfesta að notkun þunglyndislyfja dregur verulega úr sjálfsvígum, þótt það hafi ekki komið fram í hérlandri rannsókn (25, 26). Við upphaf lyfjameðferðar er mikilvægt að upplýsa um bið á meðferðarsvörun (2 – 4 vikur) ásamt nauðsyn þess að fylgja leiðbeiningum um inntöku lyfja og greina frá mögulegum auka- og milliverkunum sem yfirleitt hverfa á nokkrum dögum (22). Ófullnægjandi meðferðarheldni getur stafað af ýmsu: Sjúklingar telja sig vera í bata, aukaverkanir lyfja, engin meðferðarsvörun og vímuefnamisnotkun (27). Fjölmarginir greina frá því að hafa fengið ófullnægjandi upplýsingar um lyfjainntöku (mikilvægi daglegrar inntöku, hversu lengi þarf að taka lyf, hvers er að vænta af lyfjum o.fl.) (28). Geðdeyfðarlyf geta aukið uppnám og virkjað sjálfsvígs-hugsanir, sérstaklega í upphafi lyfjameðferðar. Mikilvægt er að fylgja sjúklingum þétt eftir í upphafi eða leggja inn á geðdeild þar til mesta hættan er yfirstaðin (29).

Kvíðastillandi lyf eru oft notuð þar til ásættanleg virkni þunglyndislyfja kemur fram. Hugræn atferlismeðferð (HAM) er hluti af klínískum leiðbeiningum til meðferðar á þunglyndi (22).

Meðferðin er skilvirk, með eða án þunglyndislyfja. Grundvallaratriði HAM er að hugsun hafi áhrif á tilfinningar og atferli og/eða viðbrögð (30). Meðferðin getur haft jákvæð áhrif á lífsstílsbreytingar, þar sem sjúklingum getur gengið betur að leysa úr og hindra sálfélagsleg vandamál með aukinni lífsleikni (31). Samanburðarrannsóknir greina frá að öflugar sálfræðimeðferðir geta skilað góðum bata í meðal- og alvarlegu þunglyndi (32). Nýleg safngreining (meta-analysis) fjallar um 115 rannsóknir á hugrænni atferlismeðferð. Niðurstaða greiningarinnar sýnir að hugræn atferlismeðferð skilar góðum meðferðarárangri hjá fullorðnum einstaklingum sem glíma við þunglyndi (33). Raflæknismeðferð er beitt gegn lífshættulegu þunglyndi sem þarfnast skjótrar meðhöndlunar eða í þeim tilvikum þar sem önnur meðferð hefur ekki skilað viðunandi árangri (7, 29, 34, 23).

Í erfiðri baráttu við þunglyndi hefur ýmsum læknisfræðilegum meðferðarráðum verið beitt, þ.á m. segulörvun (repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) (35), taugaörvun (vagus nerve stimulation (VNS) (36), djúpri heilaörvun (deep brain stimulation (DBS)) (37), segulkrampameðferð (magnetic seizure therapy (MST) (38) og svæfingarlyfinu Ketamíni) (39). Jákvæð áhrif tónlistar hafa talsvert verið rannsökuð í tengslum við slökun og kvíðastillingu (40). Heilsurækt hefur jákvæð áhrif á sjúklinga sem glíma við þunglyndi. Rannsóknir hafa jafnvel sýnt fram á svipaðan bata af líkamspjálfun og þunglyndislyfjameðferð en þörf er á vönduðum rannsóknum sem einblína á hvaða tegund hreyfingar hentar best, hversu ákefðin er mikil og hversu oft heilsurækt er stunduð (41). Mikilvægt er að færa daglegt líf í fastar skorður, en oft er það í miklum ólestri hjá einstaklingum með geðrænan vanda. Leiðréttta verður svefntruflanir og næringarástand samhliða sérhæfðri meðferð gegn þunglyndi (31). Tiltölulega fastmótuð dagskrá er nauðsynleg hverjum manni til að móta „heilbrigðan“ huga og

líkama (42). Algengt er að fyrstu dagar á bráðageðdeild SAK séu nýttir til þess að leiðréttta þessa þætti áður en einblínt er á sérhæfðari meðferðarráðum. Þetta er í fullu samræmi við klínískar leiðbeiningar um meðferð þunglyndis (23).

### Meðferðarhorfur

Margir glíma við langvarandi og endurtekin veikinda-tímabil þunglyndis. Langtímarannsóknir hafa sýnt að allt að 30% sjúklinga greinast með þunglyndi ári eftir sjúkdómsgreiningu, 18% eftir tvö ár og 12% fimm árum síðar. Um helmingur sjúklinga sem öðlast bata fær bakslag þegar frá líður (43). Meðferðarhorfur eru verri hjá eldra fólki og ófullnægjandi hjá yngra fólki, ef kvíðaeinkenni eru ómeðhöndluð (44, 45). Í kerfisbundinni rannsókn sem fór fram í Japan 2009 var sjúklingum með þunglyndi fylgt eftir í tíu ár.

Niðurstöður gáfu til kynna að einstaklingur getur vænst þess að upplifa eftirsóknarverða líðan 77% á tímabilinu, verið í geðlægd 16% tímans og 7% tímans í alvarlegu þunglyndi (46). Í sambærilegri framskyggri rannsókn var 431 þátttakanda fylgt eftir í 12 ár. Helstu niðurstöður voru að 15% tímans þjáðust sjúklingar af alvarlegu þunglyndi, 27% tímans glímdu þeir við vægt þunglyndi, 17% tímans var þunglyndi til staðar en 42% tímans voru þeir einkennalausir. Af þeim 66 sjúklingum sem hófu sína fyrstu meðferð vegna alvarlegs þunglyndis náðu tólf (18%) bata og viðhéldu honum næstu tíu árin (47). Rannsókn sem fólst í að meta bata sjúklinga á bráðageðdeild í Noregi greindi frá að 56% sjúklinga hlutu góðan bata, 42% þeirra sýndu ákveðnar framfarir en líðan 2% sjúklinga var óbreytt (20).

Í nýlegri belgískri rannsókn var 78 sjúklingum fylgt eftir í 1 ár en rúmur þriðjungur var endurinnlagður innan árs, langflestir innan 100 daga frá útskrift. Margir héldu þó áfram að glíma við þunglyndi á tímabilinu, þótt ekki kæmi til endurinnlagnar (48). Útskriftaáætlanir á bráðageðdeildum eru mikilvægar en ákvörðunin snertir sjúklinginn, fjölskyldu hans og í raun allt samfélagið. Eftir útskrift eiga sjúklingar á hættu að falla úr meðferð þrátt fyrir skipulagða eftirfylgd og í kjölfarið getur skapast alvarlegt ástand (48, 49). Faraldsfræðilegar rannsóknir í Bandaríkjunum sýna að tæplega fjórðungur sjúklinga hættir í meðferð oft á tíðum vegna ófullnægjandi meðferðarheldni (24, 50). Fordómar draga úr bata, auka þunglyndi, minnka sjálfstraust, draga úr markmiðssetningu, valdeflingu og geta leitt til versnandi sjúkdómsástands (50, 51, 52, 53, 54).

Til að auka lífsgæði sjúklinga með langvinna sjúkdóma er mikilvægt að auka áhugavöt til að tileinka sér sjálfsumönnun, auka ábyrgðartilfinningu, aðstoða með markmiðssetningu og leiðbeina einstaklingi að lifa með langvinnan sjúkdóm (55). Lakari lífsgæði hjá sjúklingum með þunglyndis- og kvíðasjúkdóma hafa forspárgildi um endurtekin veikindi (56). Mikilvægt er að rannsaka lífsgæði sjúklinga á bráðageðdeildum þar sem tiltölulegar fáar rannsóknir hafa tekið á þessum þætti í tengslum við bataferli sjúklinga sem glíma við alvarlegt þunglyndi (57).



## Fjölskylduhjúkrun

Undanfarna áratugi hafa verið gerðar auknar kröfur um þátttöku fjölskyldunnar í meðferð einstaklinga með geðsjúkdóma.

Geðsjúkdómar hafa mikil áhrif á fjölskyldur, því er markviss stuðningur mikilvægur, en hann hefur góð áhrif á batahorfur. Fjölskylda þess sem glímir við alvarleg veikindi þarfnast upplýsinga, fræðslu og ráðgjafar. Áriðandi er að veita upplýsingar um þróun sjúkdóma, batahorfur og meðferð. Markmið fjölskylduhjúkrunar er að auka skilning fjölskyldumeðlima á heilsufarsvanda. Niðurstöður fjölda rannsókna gefa skýr og haldbær rök fyrir því að líta á fjölskyldumiðaða umönnun sem ómissandi þátt innan hjúkrunar (58). Íslensk rannsókn frá 2013 sýnir fram á að sjúklingar og fjölskyldur þeirra sem fengu fjölskylduhjúkrun telja sig fá meiri vitrænan og tilfinningalegan stuðning en samanburðarhópur (59). Miklu máli skiptir að meðferðaraðilar séu í góðum tengslum við aðstandendur varðandi útskriftarundirbúning.

Það kemur skýrt fram í kanadískri lýsandi rannsókn frá 2005 að þegar haft var samráð við fjölskyldur voru sjúklingar í 82 – 100% tilvika ánægðir með útskriftaráætlun og 62-97% aðstandenda. Töluverðrar óánægju með útskrift gætti hins vegar þar sem ekkert samráð var haft við aðstandendur (60). Það skiptir máli að bæði sjúklingar og aðstandendur séu fræddir um geðraskanir, einnig um þá þætti sem meðferðaraðilar telja að geti dregið úr meðferðarheldni, t.a.m. aukaverkanir lyfja. Annað er siðferðilega rangt og vinnur gegn langtímahagsmunum sjúklinga. Sjúklingar og fjölskyldur þeirra verða að vera meðvituð um alla þætti þunglyndis til að geta tekið upplýstar ákvarðanir um markmið sín og meðferðarúrræði í baráttunni við illvígán sjúkdóm.

Til stendur að innleiða markvissa fjölskylduhjúkrun á bráðageðdeild SAK.

## Meistararannsókn

Markmið rannsóknar er að lýsa breytingum á þunglyndiseinkennum, kvíðaeinkennum og lífsgæðum frá innlögn til útskriftar á bráðageðdeild SAK hjá sjúklingum með alvarlegt þunglyndi. Kannað verður hvort og þá í hve miklum mæli fjölskyldustuðnings gætir í meðferðinni. Rannsóknartilgátur eru þær að þunglyndiseinkenni, kvíðaeinkenni og lífsgæði sjúklinga breytist til batnaðar á innlagnartímabilinu, að kvíðastig við innlögn hafi áhrif þar á og að fjölskyldustuðningur sé að einhverju leyti til staðar. Tveir undirhópar munu verða bornir saman varðandi hugsanleg áhrif kvíða á meðferðarárangur, annars vegar sjúklingar með alvarlegan eða mjög alvarlegan kvíða og hins vegar sjúklingar með eðlilegan-/vægan-/meðalkvíða við innlögn. Meðferðarárangur verður metinn með tilliti til þunglyndis og heilsutengdra lífsgæða ásamt lengd innlagnar. Öllum sjúklingum með alvarlegt þunglyndi sem leggjast inn á bráðageðdeild SAK á 12 mánaða tímabili býðst að taka þátt í rannsókninni.

Líðan við inn- og útskrift er mæld með Depression Anxiety Stress Scale (DASS) og íslenska spurningarlistanum Heilsutengd lífsgæði (HL). Fjölskyldustuðningur er mældur með spurningarlistanum Stuðningur og fræðsla við fjölskyldur (ICE - FPSQ). Við innlögn eru lögð fyrir mælitækin DASS, HL (tímarammi 4 vikur) og bakgrunnsspurningar. Við útskrift eru DASS, HL (tímarammi 1 vika) og ICE-FPSQ lögð fyrir. DASS sjálfsmatskvarðinn samanstendur af 42 fullyrðingum sem skiptast í þrjá undirflokkar (þunglyndi, kvíða og streitu) sem hver um sig inniheldur 14 fullyrðingar sem svarað er á raðkvarða (fjölvásspurningar) (61). Lífsgæðakvarðinn HL er 32 atriða sjálfsmatskvarði sem skiptist í 12 meginþætti (heilsufar, einbeiting, depurð, samskipti, fjárhagur, þrek, kvíði, líkamsheilsa, sjálfstjórn, svefn, líðan og verkir) sem sameiginlega ákvarða heilsutengd lífsgæði (62). Mælitækið er að mestu byggt á raðkvörðuðum fjölvásspurningum. Í nokkrum þáttum miðast við að spurt sé um ákveðna þætti á tímaramma undanfarinna fjögurra vikna. Í rannsókninni er notast við mælitækið í óbreyttri mynd við fyrirlögn í upphafi innlagna en við útskrift var tímaramma breytt í eina viku, í samráði við Tómas Helgason, einn af höfundum mælitækisins. ICE-FPSQ er 14 atriða sjálfsmatskvarði sem mælir upplifaðan stuðning og fræðslu sjúklinga/fjölskyldna frá meðferðaraðilum.

Mælitækið skiptist í tvo meginþætti: Hugarænan stuðning og tilfinningalegan stuðning (63). Í mælitækinu er eingöngu um fjölvásspurningar að ræða og svarmöguleikar eru á 5 punkta Likertkvarða. Bakgrunnsspurningar verða nýttar til að tengja bakgrunn við niðurstöður annarra mælitækja í rannsókninni.

Um er að ræða lýsandi rannsókn og því ekki bein prófun á meðferðaráhrifum með samanburðarhópi, eins og tíðkast t.d. við klínískar lyfjaprófanir. Í lýsandi rannsóknunum er ekki um að ræða mat á meðferð sem sett er inn vegna rannsóknarinnar heldur mat á því sem gerist við ríkjandi aðstæður, í þessu tilfalli fjölþætta meðferð samkvæmt klínískum leiðbeiningum. Sjúklingar sem þarfnast innlagnar eru það alvarlega veikir að siðferðislega væri ekki forsvaranlegt að slembivelja á milli þess að leggja fólk inn eða ekki. Rannsókninni er ætlað að varpa ljósi á líðan og lífsgæði sjúklinga með þunglyndi sem leggjast inn á bráðageðdeild SAK, hversu mikill bati verður á innlagnartímanum og hvort kvíðastig við innlögn hafi áhrif á bataferlið. Hugsanlega verður hægt að meta hvort þörf er á aukinni áherslu á kvíðamat og kvíðameðferð hjá sjúklingahópnum. Upplýsingar munu koma fram um hvort fjölskyldustuðnings gætir að einhverju leyti á deildinni, þótt fjölskylduhjúkrun hafi ekki verið formlega innleidd. Niðurstöður munu verða bornar saman við innlendar og alþjóðlegar rannsóknir sem gerðar hafa verið á bráðageðdeildum í tengslum við meðferðarárangur. Niðurstöður geta aukið þekkingu á líðan og bataferli sjúklinga við bráðainnlögn og nýttast vonandi til frekari þróunar meðferðarstarfs á bráðageðdeild SAK.

## Heimildir:

- World Health Organisation. (e.d.). Mental Health. Sótt 15.ágúst 2014 af: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health>
- World Health Organisation. (2008). The global burden of disease: 2004 update. Genf: World Health Organisation.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367(9524), 1747-57.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420, 21-27.
- Tómas Helgason. (1994). Faraldsfræðilegar rannsóknir í geðlæknisfræði á Íslandi. *Læknablaðið*, 80: 155-164.
- World Health Organisation. (2012). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.
- Kayser, S., Bewernick, B. H., Grubert, C., Hadrysiewicz, B. L., Axmacher, N., & Schlaepfer, T. E. (2011). Antidepressant effects, of magnetic seizure therapy and electroconvulsive therapy, in treatment-resistant depression. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 569-576.
- Chan, M.F., Wong, Z.Y. og Thayala, N.V. (2010). A systematic review of the effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults. *Journal of Systematic Reviews*, 8(31), 1242-1287.
- Wichers, M., Simons, C. J. P., Kramer, I. M. A., Hartmann, J. A., Lotmann, C., Myin-Germeys, I., . . . van Os, J. (2011). Momentary assessment technology as a tool to help patients with depression help themselves. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(4), 262-272.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617-626.
- Cepoiu, M., Mccusker, J., Cole, M. G., Sewitch, M., Belzile, E., & Ciampi, A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians--A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 25-36.
- Zanardi, R., Barbini, B., Rossini, D., Bernasconi, A., Fregni, F., Padberg, F., . . . Colombo, C. (2008). New perspectives on techniques for the clinical psychiatrist: Brain stimulation, chronobiology and psychiatric brain imaging. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(6), 627-637.
- Belmaker, R. H., & Agam, G. (2008). Major depressive disorder. *The New England Journal of Medicine*, 358(1), 55-68.
- Andrews, G., MD. (2008). Reducing the burden of depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 420-7.
- Capdevielle, D., & Ritchie, K. (2008). The long and the short of it: Are shorter periods of hospitalisation beneficial? *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 164-165.
- Preti, A., Rucci, P., Gigantesco, A., Santone, G., Picardi, A., Miglio, R., & de Girolamo, G., MD. (2009). Patterns of care in patients discharged from acute psychiatric inpatient facilities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 767-76.
- Peritogiannis, V., Stefanou, E., Damigos, D., & Mavreas, V. (2008). Admission rates of patients with borderline personality disorder in a psychiatric unit in a general hospital. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(1), 78-80.
- Glick, I. D., Sharfstein, S. S., & Schwartz, H. I. (2011). Inpatient psychiatric care in the 21st century: The need for reform. *Psychiatric Services*, 62(2), 206-9.
- Svindseth, M. F., Nøttestad, J. A., & Dahl, A. A. (2010). A study of outcome in patients treated at a psychiatric emergency unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(6), 363-371.
- Mellesdal, Liv,RN, MSc, Mehllum, Lars,MD, PhD, Wentzel-Larsen, T., MSc, Kroken, R., MD, & Arild Jørgensen, Hugo,MD, PhD. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: A prospective cohort study. *Psychiatric Services*, 61(1), 25-31.
- Landspítalinn. (2011). Klínískar leiðbeiningar um þunglyndi og kvíða. Reykjavík: Landspítalinn.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) (2009 update 2013). Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90. Sótt 1.nóvember 2014 af <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/guidance-depression-in-adults-pdf>
- van Servellen, G., Heise, B. A., & Ellis, R. (2011). Factors associated with antidepressant medication adherence and adherence-enhancement programmes: A systematic literature review. *Mental Health in Family Medicine*, 8(4), 255-271.
- Helgason, T., Tómasson, H., & Zoega, T. (2004). Antidepressants and public health in iceland. time series analysis of national data. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 184, 157-162.
- Isacsson, G., Reutfors, J., Papadopoulos, F. C., Ösby, U., & Ahlner, J. (2010). Antidepressant medication prevents suicide in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(6), 454-460.
- Yerevanian, B. I., Koek, R. J., Feusner, J. D., Hwang, S., & Mintz, J. (2004). Antidepressants and suicidal behaviour in unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 452-458.
- Haslam, C., Brown, S., Atkinson, S. et.al. (2005). Patients with anxiety and depression wanted to know what to expect when they started their medication, *Evidence Based Nursing*, 8, 27.
- Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*, 367(9505), 153-67.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409-16.
- Steinkuller, A., & Rheineck, J. E. (2009). A review of evidence-based therapeutic interventions for bipolar disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(4), 338-350.
- Lockwood, C., Page, T. og Conroy-Hiller, T. (2004). Comparing the effectiveness of cognitive behaviour therapy using individual or group therapy in the treatment of depression. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 2:185-206.
- Cuijpers, P., Berking, M., Anderson, G., Quigley, L., Kleiboer, A og Dobson, K.S (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Candian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- Schulze-Rauschenbach, S. C., Harms, U., Schlaepfer, T. E., Maier, W., Falkai, P., & Wagner, M. (2005). Distinctive neurocognitive effects of repetitive transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy in major depression. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 186, 410-416.
- O'Reardon, J. P., Solvason, H. B., Janicak, P. G., Sampson, S., Isenberg, K. E., Nahas, Z., . . . Sackeim, H. A. (2007). Efficacy and safety of transcranial magnetic stimulation in the acute treatment of major depression: A multisite randomized controlled trial. *Biological Psychiatry*, 62(11), 1208-1216.
- Schlaepfer, T. E., Frick, C., Zobel, A., Maier, W., Heuser, I., Bajbouj, M., . . . Hasdemir, M. (2008). Vagus nerve stimulation for depression: Efficacy and safety in a european study. *Psychological Medicine*, 38(5), 651-61.
- Bewernick, B. H., Hurlmann, R., Matusch, A., Kayser, S., Grubert, C., Hadrysiewicz, B., . . . Schlaepfer, T. E. (2010). Nucleus accumbens deep brain stimulation decreases ratings of depression and anxiety in treatment-resistant depression. *Biological Psychiatry*, 67(2), 110-116.
- George, M. S. (2002). New methods of minimally invasive brain modulation as therapies in psychiatry: TMS, MST, VNS and DBS. *Chinese Medical Journal*; 65(8), 349-360.
- Inwin, S. A., & Iglewicz, A. (2010). Oral ketamine for the rapid treatment of depression and anxiety in patients receiving hospice care. *Journal of Palliative Medicine*, 13(7), 903-908.
- Helmes, E. og Wiancko, D.C. (2006). Effects of music in reducing disruptive behavior in a general hospital. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(1), 37-44.
- Erikson, S. og Gard, G. (2011). Physical exercise and depression. *Physical Therapy Reviews*, 16(4), 261-268.
- Kam-shing Yip. (2005). A strengths perspective in working with an adolescent with depression. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 362-9.

43. Kennedy S.H., Lam R.W., Nutt D.J., Thase M.E. (2007). Prevalence, burden and diagnosis. (ritstj.) Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME. Treating depression effectively: applying clinical guidelines. London: Martin Dunitz.
44. Fröjdh, K., Håkansson, A., Karlsson, I., & Molarius, A. (2003). Deceased, disabled or depressed—a population-based 6-year follow-up study of elderly people with depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 557-62.
45. van Beljouw, I. M., Verhaak, P. F., Cuijpers, P., van Marwijk, H. W., & Penninx, B. W. (2010). The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome: A one-year cohort study. *BMC Psychiatry*, 10, 86.
46. Furukawa, T. A., Yoshimura, R., Harai, H., Imaizumi, T., Takeuchi, H., Kitamura, T., & Takahashi, K. (2009). How many well vs. unwell days can you expect over 10 years, once you become depressed? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4), 290-297.
47. Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., & et al. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 694-700.
48. Desplenter, F. A., Laekeman, G. J., & Simoons, S. R. (2011). Following up patients with depression after hospital discharge: A mixed methods approach. *International Journal of Mental Health Systems*, 5, 28-38.
49. Pinto-Meza, A., Fernandez, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., Graf, R., . . . Haro, J. M. (2011). Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: Results of the European study of the epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4), 273-280.
50. Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-9.
51. Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161.
52. Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B., & Boyd, J. (2011). Ending self-stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 51-4.
53. Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49.
54. Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 143-151.
55. Chen, Yu-Chi and Li, I-Chuan. (2009). Effectiveness of interventions using empowerment concept for patients with chronic disease: A systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 7(27), 1177-1232.
56. Demyttenaere, K. (2006). Quality of life in depression and anxiety: Does it matter? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(1), 27-30.
57. Koivumaa-honkanen, H., Rissanen, T., Hintikka, J., Honkalampi, K., Haatainen, K., Tarja, S., & Viinamäki, H. (2011). Factors associated with life satisfaction in a 6-year follow-up of depressive out-patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46, 595-605.
58. Wright, L.M. og Leahey, M. (2011). Hjúkrun og fjölskyldur – Leiðbeiningar um mat á fjölskyldum og meðferð. (Anna María Hilmarsdóttir og Þórunn M. Lárusdóttir þýddu). Reykjavík: Háskólaútgáfan. (Upphaflega gefið út 2009).
59. Sveinbjarnardóttir, E.K., Svavarsdóttir, E.K. og Wright, L.M. (2013). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 593-602.
60. Perreault, M., Tardif, H., Provencher, H., Paquin, G., Desmarais, J., & Pawliuk, N. (2005). The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: The perspective of patients and their relatives. *Psychiatric Quarterly*, 76(4), 297-315.
61. Lovibond, P.F. og Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Anxiety stress scales and anxiety Inventories. *Behav.Res.Ther.*, 33(3), 335-343.

62. Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Erla Grétarsdóttir. (2000). Heilsutengd lífsgæði Íslendinga. *Læknablaðið*, 86, 251-257.
63. Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir, Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Birgir Hrafnkelsson. (2012). Psychometric Development of the Iceland-Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ). *Journal of Family Nursing*, 18, 328-352.

**Snæbjörn Ómar Guðjónsson**, hjúkrunarfræðingur með diplóma í geðhjúkrun, meistaranemi í heilbrigðisvísindum við Háskólann á Akureyri og starfar á bráðageðdeild SAK.

**Dr. Eydís Kr. Sveinbjarnardóttir**, deildarstjóri á geðsviði LSH og klínískur lektor H.Í.

**Dr. Ragnheiður Harpa Arnardóttir**, sjúkráþjálfari við Endurhæfingar-deild SAK og dósent H.A.



**Fagleg og persónuleg þjónusta**

Við leiðbeinum skjólaðingum sí, einstaklingum með þvagleka og aðstandendum þeirra og veitum röðgjöf varðandi hjúkrunarvörur.

Haftu samband og við sendum þér TENA bæklinginn.

**Rekstrarvörur**  
- vörna með þér  
Ráðgjöf og innvið  
Sími: 520 8866 • Fax: 520 8868  
www.tena.is



**pitt.is**

Ert þú búin/n að skrá þitt lén?  
6.982 kr. á ári

**ISNIC**  
Internet á Íslandi | s: 578 2030 | isnic.is

Hjalti Einarsson, Baldur Heiðar Sigurðsson, Pétur Tyrfingsson  
og Jón Friðrik Sigurðsson

# Boðskapur og markmið batamiðaðrar geðheilbrigðis- þjónustu

Árið 2012 hóf vinnuhópur í umboði framkvæmdastjóra geðsviðs Landspítala að skoða svokallaða batamiðaða þjónustu (e. recovery approach to mental health) (1) innan endurhæfingarþáttar geðsviðs Landspítala. Nú árið 2014 hefur þetta verið gert að lykilverkefni í gæðamálum geðsviðsins alls. Í stefnubreytingu sem þessari felst nokkur sjálfsgagnrýni sem í senn er heiðarleg og horfir til framfara. Af gefnu tilefni er við hæfi að glöggva sig á hvað í verkefninu felst – hvaðan hugmyndin er komin, hvaða kröfur batamiðuð þjónusta gerir til heilbrigðisstarfsfólks og notenda heilbrigðisþjónstunnar og jafnvel annarra stofnana samfélagsins.



## Batahreyfingin og skilningur hennar á bata

Batahreyfingin rekur upphaf sitt til 8. áratugar síðust aldar þegar ljóst var orðið að fólk sem greinst hafði með geðklofa gat mögulega náð meiri bata en áður hafði verið talið (2-5). Fram að því var geðklofi og aðrir langvinnir geðrofssjúkdómar yfirleitt taldir krónískur sjúkdómur og sjúklingar<sup>1</sup> vart taldir eiga raunhæfa möguleika á að verða virkir samfélagsþegnar. Meðferð fól í sér langvarandi hælsvist (oft ævilangri) og mikilli geðlyfjameðferð sem gat haft í för með sér íþyngjandi aukaverkanir. Framkoma heilbrigðisþjónustaðila tók oft lítið mið af óskum og væntingum sjúklinga þar sem einkenni geðklofa geta gefið til kynna skert raunveruleikatengsl. Enn í dag eimir af þessu viðhorfi í tilvikum þar sem sjálfsákvörðunarréttur sjúklinga er virtur að vetthugi með vísun í innsæisleysi þeirra. Sjúklingum var einfaldlega ekki treyst til að sjá um sig sjálfir og því var ábyrgðin oft tekin af þeim, jafnvel án tillits til þeirra eigin vilja.

Batahreyfingin var því ekki síst mannréttindabaráttá fólks sem voru fórnarlömb fordóma, jafnt í samfélaginu sem heilbrigðiskerfinu. Þeir kröfðust þess að fá meira að segja um eigin meðferð og vildu að í auknum mæli yrði tekið tillit til þeirra eigin skilnings á vanda sínum. Sjúklingar vildu hafa meira að segja um þá þjónustu sem þeim var veitt. Til að mynda hvort hún ætti að vera í formi lyfjameðferðar og þá hvurrar eða hvort þeir nytu

<sup>1</sup>Ýmis orð hafa verið notuð um fólk með geðraskanir, svo sem sjúklingar, notendur, skjólstaðingar og fleira. Orðið notandi hefur sumstaðar verið notað til að undirstrika virka þátttöku og frumkvæði sjúklinga í eigin bata. Ekki er þó vist að það orð falli alltaf vel að samhenginu hverju sinni og því verða þessi orð, notandi og sjúklingur notuð jöfnum höndum í þessari grein.

aðstoðar við önnur umkvörtunarefni. Það er því ekki að undra að vonin sem kviknaði á meðal þeirra sem glímdu við hvað alvarlegustu geðrænu veikindin hafi hrundið mannréttindahreyfingunni af stað. Þó er rétt að hafa í huga að bati, eins og hér verður fjallað um hann, á í rauninni jafnt við um öll langvinn veikindi, hvaða nafni sem þau kunna að nefnast.

Grundvallaratriði í huga hreyfingarinnar var að þegar fólk hafði veikt af langvinnu og alvarlega hamlandi sjúkdómi fer margt fleira úr skorðum en heilsan (í þröngum skilningi). Sumir hrekjast úr námi eða af vinnu-markaði, ráða ekki lengur við hlutverk sitt í fjölskyldu og félagslífi. Þegar alvarleg geðræn veikindi eiga í hlut geta þau truflað mjög samskipti við maka og aðra ástvini og jafnvel leitt til algerrar félagslegrar einangrunar. Fjárhagur getur einnig versnað vegna tekjuskerðingar og þegar útgjaldaliðir bætast við vegna lyfja eða annarrar heilbrigðisþjónustu getur það valdið miklu öryggisleysi. Af þessu leiðir að þó sjúklingur læknist að fullu hefur margt annað farið úrskaiðis í lífi fólks sem valdið getur óhamingju þess. Hefðbundinn skilningur á hugtakinu bati hefur því snúist um endurheimt líkamlegrar heilsu og í tilviki geðsjúkdóma að einkenni þeirra réni. Batahreyfingin hélt því sjónarmiði á lofti að endurheimt fyrri lífsgæða skipti jafn miklu ef ekki meira máli óháð því hvort sjúkdómseinkenni létu undan meðferð (5). Lífsgæði þess sem veikt eru nefnilega háð því að geta lifað eins eðlilegu og fullnægjandi lífi og kostur er með eða án sjúkdómsins. Þetta felur í sér endurkomu inn í samfélagið og getu til að athafna sig þar með reisu.

Þetta á auðvitað við um alla sjúkdóma en verður sérstaklega aðkallandi þegar veikindin eru af geðrænum toga. Sjúkdómseinkenni geðrænna veikinda hafa nefnilega þótt ástæða til að umgangast sjúklingana eins og þeir geti ekki haft vit fyrir sér sjálfir og ákvarðanir því teknar fyrir þá í óþökk þeirra.

Önnur og jafnvel enn þýðingarmeiri ástæða til þess að virða sjónarmið batahreyfingarinnar eru afleiðingar geðræns vanda. Leiði, vonbrigði, kvíði og önnur tilfinningaleg vandamál eru oft eðlileg tilfinningaviðbrögð við þeim skertu lífsgæðum sem langvinn veikindi hafa í för með sér. En þegar þessi sömu tilfinningaviðbrögð eru einmitt þær tilfinningar sem skilgreina geðröskunina sjálfa verður ljóst að geðröskunin verður ekki fyllilega meðhöndluð án þess að ytri umhverfisþættir, svo sem



fjárhagslegt og heimilislegt öryggi, tækifæri til náms og atvinnu og greitt aðgengi að samfélagi manna, fái sérstaka athygli í þeirri meðferð.

Í ljósi alls þessa telja Davidson og Roe (5) mikilvægt að aðgreina bata í fullan bata (veikindin láta að öllu leyti undan meðferð), bata að hluta (veikindin láta að hluta undan meðferð) og félagslegan bata (samfélagsleg þátttaka og innihaldsríkt og hamingjusamt líf óháð sjúkdómseinkennum). Fólk sem greinist með alvarlega geðröskun getur tekið virkan þátt í samfélagi þrátt fyrir hamlandi einkenni á borð við þráhyggju, depurð, kvíða eða raddir, á meðan aðrir ná ekki félagslegri samsömun á ný þrátt fyrir lítil eða engin einkenni röskunnar (6). Það er því mikilvægt að hafa í huga að þessi tvö horf batans þurfa hvorki að fara saman né útiloka hvort annað. Samkvæmt Davidson og Roe (5) ber því að forðast að vekja upp falskar vonir um fullan bata þar sem hann er oft ekki fyrir hendi. Hugsanlegt er að einkenni vegna veikinda verði til staðar um lengri tíma og því getur verið mikilvægara að læra að lifa með þeim en uppræta þau. Fremur en að bíða eftir því að fólk „batni“ eigi því að leggja áherslu á þann félagslega bata sem unnt er að ná óháð rénun einkenna. Þessi skilningur á bata felur í sér að hann sé stöðugt verkefni en ekki útkoma lækningar.

Lækningar (í hefðbundnum skilningi þess orðs sem takmörkun sjúkdómseinkenna) eru samkvæmt þessu ekki fullnægjandi þjónusta við langveikt fólk. Nauðsynlegt er að skilgreina bata þeirra sjúklinga mun víðar en á grundvelli sjúkdómseinkenna. Lífsgæði fólks og tækifæri til þátttöku í samfélaginu geta versnað mjög og því ætti endurhæfing ekki einungis að snúast um lækningu á sjúkdómum heldur einnig aðstoð við að endurheimta eins og framast er unnt fyrir lífsgæði í víðari skilningi. Með því er hægt að hjálpa fólki að fóta sig aftur í samfélaginu þ.e. í fjölskyldu, félagslífi, námi og starfi.

Umræða um þessi efni hefur stundum verið eldfim og notendur og hagsmunahópar batasjónarmiða hafa þurft að berjast býsna mikið fyrir breyttum viðhorfum í samfélaginu. Ekki síst hefur róðurinn verið þungur þegar kemur að heilbrigðisstéttunum sjálfum. Þetta á ekki síður við þegar þær telja sjálfar að full mikið sé lagt upp úr framlagi lyfja til meðferðar og of lítið á virka meðferðarþátttöku sjúklinganna sjálfra, samfélagsþátttöku og tækifærum til náms og starfa (sjá til dæmis ákall Breskra lækna í 7).

Ástæða er að vara við því að þessi umræða strandi í ósættanlegu karpí. Hafa verður í huga að batasjónarmiðið útilokar ekki hefðbundna meðferð og lækningar eins og lyf og innlagnir á sjúkrahús. Telji notandi að tiltekin lækningaúrræði geri honum gagn þarf það þó ekki að þýða að lífsgæðin og aðgengi að samfélaginu séu í höfn. Raunar hvetur batahreyfingin alla sjúklinga til að nýta sér þá læknaaðstoð eða aðra meðferð sem þeir telja að geti orðið þeim að gagni. Einfaldlega er um að ræða að notendur og meðferðaraðilar séu í góðri samvinnu þar sem dómgreind notenda og reynsluþekking þeirra á veikindum sínum og meðferð verði metin til jafns við

fagþekkingu lækna og annarra sem meðferðaraðila.

### Helstu verkefni í bata – hvers er vænst af heilbrigðisstarfsfólki og notendum?

Skynsamlegt er að íhuga betur hvernig batahreyfingin skilur bata og skilyrði hans. Onken, Craig, Ridgway, Ralph og Cook (8) hafa tekið saman helstu atriðin og skal greint frá þeim í stórum dráttum. Líta verður á bata sem eitthvað sem verður að veruleika í samskiptum hins veika við umhverfi sitt en ekki eitthvað sem gerist eingöngu innra með honum sjálfum eða eitthvað sem hann verður fyrir. Bati er annars vegar háður persónubundnum þáttum eins og von fólks og áræðni og hins vegar umhverfisþáttum á borð við hindranir, tækifæri og valkosti um leiðir til bata. Þetta þýðir að bati er í senn á ábyrgð notandans sjálfs og aðila í umhverfi hans – heilbrigðisstofnana og nánasta félagslega umhverfis.

Til að grafast fyrir um það helsta sem hefur áhrif á bata fólks rýndu Onken og félagar (8) í fræðilega umfjöllun og rannsóknir á sviði batamiðaðrar þjónustu og komust að því að þeir þættir sem hafa mest áhrif á bata fólks eru persónubundnir þættir annars vegar og það sem stýrir og skýrir áhuga fólks hins vegar. Má þar nefna von, kjark, að geta séð tilgang og eiga möguleika. Samskipti við fjölskyldu, vini og fagfólk í heilbrigðisþjónustu gegna einnig mikilvægu hlutverki í bata fólks þar sem þau stuðla að og geta leitt til þess að fólk fyllist von og skapar sér tilgang á ný eða tekur sjálft ábyrgð á bataferlinu (9).

Andresen, Oades og Caputi (10) komust að svipaðri niðurstöðu og telja fjóra þætti liggja batanum til grundvallar: 1) Að fólk geti fundið og viðhaldið von, trú á sjálfu sér, bjartsýni og getu til að hafa áhrif og stjórn á eigin lífi. 2) Að fólk geti mótað sér jákvæða sjálfmynd á ný þrátt fyrir veikindi sín. 3) Að fólk geti gefið lífi sínu tilgang eða merkingu á ný og tekið virkan þátt í lífinu þrátt fyrir veikindi. 4) Að fólk taki ábyrgð á veikindum sínum og stjórn á eigin lífshlaupi.

Hér má vera ljóst að úrlitum ræður hvort sjúklingar taki sjálfir ábyrgð á bata sínum og gerist virkir þátttakendur en ekki aðeins óvirkir þiggjendur meðferðar. Það er þó ekki hægt að gera ráð fyrir því að fólk standi undir slíkri ábyrgð nema sjálfsvirðing sé fyrir hendi, það njóti öryggis og fái tækifæri. Þess vegna hefur barátta batahreyfingarinnar ekki aðeins verið af fræðilegum og hugmyndalegum toga þar sem markmiðið er að hafa áhrif á skoðanir fólks og skilning á bata. Baráttan hefur einnig verið mannréttindabarátta. Því er við hæfi að gera stuttlega grein fyrir nokkrum lykilhugtökum batasjónarmiðsins eins og þau komu fram í eiginlegri athugun á hvað notendum geðheilbrigðisþjónustu í Bretlandi þótti skipta mestu máli í bata sínum (9).

Fyrst ber að nefna öryggi og er þá bæði átt við fjárhagslegt öryggi og tryggt heimili. Ef sjúklingar búa við öryggisleysi í þessum efnum komast önnur bataverkefni einfaldlega ekki á dagskrá. Eigi samfélagið að vera hvetjandi og styðja við bata þeirra sem eiga við langvinn andleg veikindi að stríða þarf fullnægjandi félagslega þjónustu ásamt samvinnufúsu og sveigjanlegu sjúkra-



tryggingakerfi. Án slíkrar velvildar samfélagsins geta sjúklingar traudla gert sér vonir um að staða þeirra verði betri og átt möguleika á að lifa eðlilegu og fullnægjandi lífi eins og efni standa til. Þess vegna er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk aðstoði notendur við að vera í góðu sambandi við þær stofnanir samfélagsins sem eiga að mæta þessum þörfum notenda. Vonirnar beinast í mörgum tilfellum að því að geta orðið virkur samfélagsþegn – að framtíðin verði önnur en núverandi staða einangrunar og jafnvel útskúfunar. Vonin er nefnilega öflugasti drifkraftur alls bata. Án hennar þjónar litlum tilgangi að taka ábyrgð og leggja sig fram. Heilbrigðisstarfsfólk og ástvinir geta miðlað voninni með því að hjálpa fólki að virkja drauma sína á ný og uppgötva hvernig lítil skref og áfangar geta leitt til háleitari markmiða.

Notendur geðheilbrigðisþjónustunnar hafa einnig kallað eftir því að fá sjálfir að bera alla þá ábyrgð sem þeir treysta sér til samtímis sem þeir fara fram á að þeim sé hlíft við ábyrgð sem veikindi þeirra koma í veg fyrir að þeir geti með góðu móti axlað. Þegar vel tekst til í þessum efnum er á ferðinni góð samvinna notandans og meðferðaraðila. Í þessu sambandi er þýðingarmikið að heilbrigðisstarfsfólk vanmeti ekki getu sjúklinga og taki fram fyrir hendur þeirra. Einnig skiptir miklu að gera ekki of strangar kröfur um aga og getu til að fylgja öllum reglum í hvívetna (þegar sjálf veikindin er af því tagi að sjúklingar standa ekki fyllilega undir þeim). Í þessu samhengi er vímuefnaneysla sjúklinga dæmigert úrlausnarefni sem krefst skynsamlegra viðbragða. Frá batasjónarmiðinu getur varla verið nokkuð vit í því að réttur sjúklings á þjónustu sé háður því skilyrði að hann haldi fullkomið vímuefnabindindi. Vímuefnavandi og/ eða ánetjun er oft og tíðum hluti veikindanna í heild og notandinn þarf að fá aðstoð við lausn þessa vanda eins og annarra þátta veikindanna. Misráðin og ósanngjörn skilyrði sem þessi hljóta að grafa undan því félagslega öryggi sem að framan greinir og telja verður frumskilyrði allrar bataþróunar.

Stjórn og valdefling eru önnur hugtök sem tilheyra batahreyfingunni. Þau snúast um hvort og að hve miklu leyti meðferðaraðili treystir eða vantreystir notanda til að hafa dómgreind til að taka sjálfstæðar ákvarðanir um sitt eigið líf og eigin meðferð. Eitt af því sem fylgir alvarlegum geðrænum vandamálum er að fólk missir tókin á mörgum sviðum lífsins, finnur til vanmáttar og upplifir stjórnleysi. Það horfir upp á samferðamenn sem virðast eiga létt með að stjórna lífi sínu. Markmið geðheilbrigðisþjónustu hlýtur því að hafa í för með sér að hjálpa sjúklingnum að ná betri tókum á sjálfum sér, tilfinningum sínum og aðstæðum. Þetta gerist auðvitað ekki ef sjúklingurinn fær ekki að sitja við stjórnvölinn í sjálfri meðferðinni að svo miklu leyti sem því verður við komið. Hann þarf að fá að ráða því til dæmis hvort hann þiggur tiltekna lyfjameðferð eða sættist á að fara í vímuefnameðferð án þess að það skerði rétt hans til annarrar aðstoðar og þjónustu sem stuðlað getur að bata. Reynslan getur leitt í ljós að notandinn tók ranga ákvörðun. Þá

hefur hann fengið tækifæri til að læra. Ein af kröfum notendahópa er einmitt að þeir fá sjálfir að læra af axarsköftum sínum eins og annað fólk í samfélaginu (11). Það ætti því að vera leiðsagnarregla heilbrigðisstarfsfólks að láta á móti sér að þvinga sjúklinga eða beita þá hvers kyns þrýstingi til að taka rétta ákvörðun, heldur haga fremur samskiptum við þá á þann hátt að þeir læri af reynslunni með sem minnstum fórnarkostnaði.

Í þessu síðastnefnda dæmi kemur ljóslega fram að batasjónarmiðin snúast að miklu leyti um borgaraleg réttindi sjúklinga. Hér er teft um sjálfsákvörðunarrétt þeirra og friðhelgi einkalífsins. Þessum réttindum er auðveldlega ógnað þegar heilbrigðisstarfsfólk vantreystir sjúklingum til að standa undir þeirri ábyrgð sem þeir vilja axla sjálfir. Þá er hætt við að of mikil völd séu tekin úr þeirra höndum.

Þar sem bata má skilja sem þróun og verkefni sem eru persónumiðuð og einstaklingsbundin (12) í stað lækningar (í þrengri skilningi) hefur batasjónarmiðið í för með sér að ábyrgðin er færð af herðum fagfólks yfir á sjúklingana sem taldir eru hafa sérþekkingu á sinni eigin reynslu af veikindum sínum. Af þessum ástæðum hefur margt fagfólk óttast að batahreyfingin sé árás á menntun og þekkingu sem fólk hefur aflað sér með langri skólagöngu og klínískri reynslu (13). Þetta er þó fjarri sanni og óttinn tilhæfulaus. Batasjónarmiðið felur ekki í sér að hefðbundinni lækni meðferð sé hafnað eða að fólk kjósi að leita sér ekki aðstoðar hjá fagfólki. Þvert á móti er fólk hvatt til að notfæra sér öll þau ólíku meðferðarúrræði sem dregið geta úr hamlandi einkennum geðraskana. Engu að síður skiptir máli að hafa í huga að einmitt vegna veikinda sinna getur fólk verið mismunandi í stakk búið til að velja og hafna innan skynsemismarkanna. Þá verður ábyrgð heilsbrigðisstarfsfólks stór og því erfitt um vik. Aldrei skildi þó ganga nær einstaklingsfrelsi fólks en brýna nauðsyn ber til. Hér getur verið erfitt að skera úr um hvort forræðishyggjan kunni að vera of mikil og hvort í raun og sannleika er verið að hlífa notanda þjónustunnar við ábyrgð sem hann ræður ekki við.

Þegar þannig háttar þarf ætíð að hafa grundvallaratriði Hippókratesar í heiðri: Við völdum ekki skaða. Verið getur að meiri skaði hljótist af því að leyfa vanvirkum sjúklingi að daga uppi og koðna niður í stað þess að ýta við honum og hvetja hann. Valdefling og virðing fyrir sjálfsákvörðunarrétti felst ekki í því að horfa uppá hraðversnandi veikindi án þess að beita sér neitt. Dæmi um slíkt getur verið þegar framtak og frumkvæði er svo lítið að sjúklingur aflar sér ekki matar og heimilisaðstoðin eða meðferðaraðili er í vafa um hversu virkur hann má vera í aðstoð við matarinnkaup. Að taka hér frumkvæði fyrir hönd sjúklingsins í þessari stöðu getur varla talist í andstöðu við hugmyndir okkar um valdeflingu og sjálfsákvörðunarrétt. Hér er varla forræðishyggja á ferð heldur verið að taka ábyrgð sem sjúklingurinn virðist ekki fær um að axla (að þessu sinni að minnsta kosti). Í þessum efnum munu alltaf koma upp álitamál og vafi sem erfitt getur reynst að ráða fram úr. Mestu máli skiptir þó að vera ávallt vakandi fyrir því hvernig velferð sjúklingsins

verður best tryggð í samræmi við siðferði sjálfsákvörðunar hans og einstaklingsfrelsis.

Síðast en alls ekki síst ber að nefna það sjónarmið batahreyfingarinnar að nauðsynlegt er að fólk sem glímir við langvarandi geðræn veikindi fái tækifæri til að ná sem mest af fyrri færni og stöðu. Fólk þarf að fá tækifæri til náms og atvinnuþátttöku, opna þarf leiðir til að það geti stundað uppbyggileg áhugamál og fái möguleika á fullnægjandi félagslífi. Með sem almennustum orðum: Sjúklingar þurfa að fá tækifæri til að vinna að bata sínum. Eigi fólk að ná bata verður það að fá tækifæri til að lifa þrátt fyrir veikindi sín eftir því sem þau leyfa. Hér veltur allt á stofnunum samfélagsins, fagfólki og aðstandendum sem geta á mismunandi og margvíslegan hátt veitt þessi tækifæri með viðeigandi viðmóti og úrræðum á borð við atvinnuendurhæfingu, liðveislu og þjónustu og félagslífi sem rekin er af jafningjum.

### Hvaða ábyrgð bera stofnanir samfélagsins, stjórn-málafólk og almenningur allur á bata fólks með langvinn geðræn veikindi?

Borgaraleg réttindi í tilvikum þeirra sem eiga við geðræn veikindi að stríða snúast ekki aðeins um óskoraðan rétt allra til sjálfstæðis. Hér kemur einnig til ákall til samfélagsins um að axla ábyrgð og greiða götu þeirra sem búa við skerta getu til langframa með auknum aðgangi að samfélaginu þeim til handa.

Á sama hátt og samfélagið viðurkennir ábyrgð sína á að greiða fyrir óhindraðri þátttöku sjónskertra og lamaðra að samfélaginu ætti það einnig að gefa fólki sem á við langvinn geðræn veikindi að stríða meiri og betri tækifæri. Auðvitað eru hér á ferðinni sjálfsgöð mannréttindi en því má heldur ekki gleyma að greiðari aðgangur að samfélagsþátttöku hefur gríðarlegt gildi í meðferð og endurhæfingu. Breytir þá engu hvort fullur bati náist. Þetta er hliðstætt því sem gerist í endurhæfingu þeirra sem misst hafa fót eða hönd. Ekki er beðið eftir að nýr útlímur vaxi á ný áður en endurkoma inn í samfélagið er sett á dagskrá.

Með því að greina á milli þess að vera í bata og batna (læknast í þrengri skilningi) er ljóst að bati er ekki ein-sleitt og einfalt fyrirbæri. Skilja má hugmyndina um bata (eða það að vera í bata eða á batavegi) á þrjá vegu (13). Í fyrsta lagi sem endanlega lækningu. Dæmi um þetta er þegar fólk er læknað af bakteríusýkingu, fær fulla bót meina sinna eftir kransæðaprengingar og nær sér eftir þunglyndislotu án teljandi eftirkasta það sem eftir er ævinnar. Í annan stað verður að tala um bata með öðrum hætti til að skilja stöðu þeirra sem stríða við langvinn veikindi á borð við krabbamein eða sykursýki. Fólk getur öðlast viðunandi lífsgæði þrátt fyrir veikindin með rétttri og stöðugri meðhöndlun og heilbrigðum lífnaðarháttum. Þótt veikindi hafi áhrif á lífsgæði og setji fólki með alvarlega geðröskun einhver takmörk getur það unnið að því að ná tökum á tilveru sinni að nýju þó það eftir sem áður glími samtímis við veikindin. Í þriðja lagi: Í alvarlegri tilvikum geta einkenni geðrænna veikinda verið varanleg líkt og þegar við höfum misst útlím, lamast eða

glatað sjón. Ýmis einkenni geðrænna veikinda á borð við ógnvekjandi ofskynjanir geta þannig verið komin til að vera. Hvernig ber að skilgreina bata þegar svo ber undir? Samkvæmt Davidson og félögum (13) þarf þá að skilgreina bata út frá lífsgæðum fólks og mati þess á eigin aðstæðum. Það sama á því við um viðvarandi geðröskun og þá sem eru lamaðir. Ekki er hægt að veita fullnægjandi meðferð nema þátttaka í samfélaginu geti hafist á ný þar sem batinn sjálfur felst í aðgengi að samfélaginu. Þegar varanleg líkamleg fötlun á í hlut er þátttaka tryggð með gervilimum eða hjólastólarampa svo dæmi séu nefnd. Bati er í þessum skilning ekki lengur hluti af sjúkdómssögu sjúklinga heldur samfélagslegur og verður ekki tryggður án þess að stofnanir samfélagsins, atvinnulífið og allur almenningur komi til móts við þarfir þeirra sem þjást vegna geðraskana óháð varanlegri lækningu. Að öðrum kosti má líkja batahorfum geðsjúkra við það að samfélagslegri þátttöku þeirra sem misst hafa útlím yrði slegið á frest á meðan þess er beðið að útlímurinn vaxi á ný.

Bati er í þessum skilningi réttur fólks til að lifa eins mannsæmandi lífi og það getur þrátt fyrir krónísk geðræn veikindi og getur því eingöngu átt sér stað ef tryggt er að tengslin milli sjúklings og samfélags, sem veikindin hafa rofið, komist á að nýju.

Þar sem ekki er hægt að gera ráð fyrir að full lækning eigi alltaf við þarf að leita leiða til að styðja einstaklinga í að skapa sér eigin framtíð með teknu tilliti til veikindanna – þ.e. skapa tækifæri fyrir bata. Innan geðheilbrigðisþjónustu ætti ávallt að hafa til viðmiðunar að þó færni til sjálfsákvörðunar séu takmörkuð og lífsgæði skert vegna veikindanna – þá er þessi færni ávallt að einhverju marki til staðar.

### Samantekt

Þegar haft er í huga að batasjónarmiðið er ekki sett fram sem andhverfa hefðbundinna lækninga heldur sem eins konar viðmiðun um þarfir og væntingar fólks sem taka þarf tillit til í meðferð er athyglisvert að skoða athuganir á skilyrðum árangurs í meðferð. Budd og Huges (14) tóku til að mynda saman 30 ára sögu rannsókna á sviði sálfræðilegrar meðferðar og komust að því að almennir þættir (svo sem persónubundnir þættir sjúklinga, atvik utan beinnar meðferðar, meðferðarsambönd og sálfélagslegir þættir) réðu meiru um útkomu meðferðar en sértækir þættir (aðferð, greining). Þá virðast meðferðarsambönd hafa sérstöðu á meðal þeirra almennu þátta sem skipta máli (15, 16). Í nýlegri grein 23 lækna í the British Journal of Psychiatry er hvatt til þess að horfið sé frá áherslu á taugalífeðlislegar orsakir raskana eingöngu. Þess í stað sé tekið aukið tillit til þeirra almennu þátta sem virðast hafa gildi fyrir meðferð (7). Allar þessar athuganir leiða til þess að forsendur eða skilyrði meðferðarárangurs og bata eru ekki fyrst og fremst tækin og tólin sem fagmenn beita heldur samvinna, áhugi og ábyrgð. Meðferðarsamband sem einkennist af góðri samvinnu og jafningjagrundvelli virðist þannig vera grundvallarskilyrði fyrir því að meðferð og endurhæfing

geti skilað hámarksárangri. Niðurstöður sem þessar skýra vaxandi áhuga á batamiðaðri þjónustu innan geðheilbrigðiskerfisins þar sem hún byggist einmitt á því að litið sé á þessa almennu þætti sem skilyrði fyrir því að árangursrík meðferð geti yfir höfuð farið fram.

Margir telja að með batamiðaðri þjónustu sé faglegt siðgæði heilbrigðisstétta í raun haft í fyrirrúmi. Áherslan er á mannlega reisn og réttindi sjúklinga og þeir því notendur þjónustu, ábyrgir og virkir gerendur í stað þess að vera óvirkir þiggjendur. Sú stefna að heilbrigðisstarfsfólk séu einu gerendurnir í lækningum er ekki aðeins í andstöðu við þekkingu okkar á hvað skilar árangri í meðferð heldur stangast hún líka á við þetta siðferðilega sjónarmið. Nú hefur heilbrigðiskerfið mjakast töluvert í heillavænlega átt miðað við þá stöðu sem var uppi þegar batahreyfingin ruddi sér rúm fyrir meir en þrjátíu árum. Engu að síður eigum við langt í land.

Geðsvið Landspítalans hefur nú tekið af skarið og gert þetta að sérstöku lykilverkefni í gæðamálum árið 2014 og það kallar á mjög virka og agaða hugsun starfsfólks um hvaða skyldur og ábyrgð hvílir á því. Ekki síst hvaða ábyrgð og skyldur starfsfólk ber að afsala sér í hendur notenda þjónustunnar. Þar sem birtingarmyndir geðrænna veikinda eru mjög misjafnar og bati hvers og eins skilgreindur á einstaklingsbundinn hátt þurfa einstaka ákvarðanir alltaf að taka mið af hverjum og einum notanda. Því verður starfsfólk að neita sér um að hugsa um bata í slagorðum réttindabaráttu notendahópa en taka þess í stað mið af næmum skilningi á því hvernig heilbrigðisstéttir hafa sett sér siðareglur og hvað í þeim felst. Loks er það gífurlega mikilvægt að geðsvið Landspítalans standi ekki eitt í þessu átaki. Batamiðuð þjónusta á Landspítalanum verður hvorki fugl né fiskur í samfélagi ef aðrar stofnanir samfélagsins taka ekki af heilum hug þátt í því verkefni að búa sjúklingum batahvetjandi samfélag. Þar skiptir í fyrsta lagi sköpum að tryggingakerfið reyni ekki að komast hjá því að búa sjúklingum fjárhagslegt öryggi. Í öðru lagi er brýnt að félagsþjónustur sveitarfélaga dragi ekki lapparnir þegar kemur að því tryggja þeim heimili sem liggja fastir á geðdeildum löngu eftir að meðferð þar er lokið. Loks er mikilvægt að atvinnulífið sýni samfélagslega ábyrgð og leitist við að veita notendum tækifæri til atvinnuþátttöku. Bati á sér nefnilega ekki stað innra með sjúklingum og heldur ekki inni á sjúkrastofnunum heldur í samskiptum notenda við það samfélag sem þeir ætla að lifa í. Hér er ekki hægt að bera við fjárskorti. Valið er einfalt. Mjög einfalt! Við erum öll sammála um að fólk eigi að halda reisn sinni og njóta mannréttinda. Við höfum því val um hvort fólk sem háir baráttu við geðræna erfiðleika eigi að vera síveikt, útskúfað og mjög dýrt fyrir samfélagið eða minna veikt, velkomið í samfélaginu og léttari byrði, ef þá nokkur.

## Heimildir:

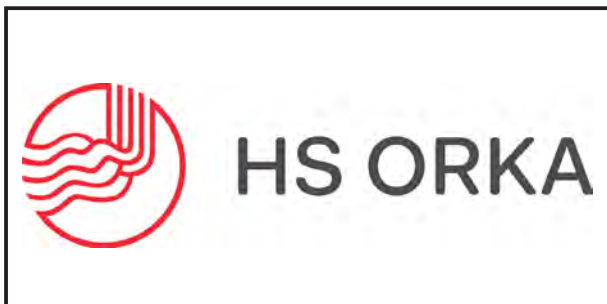
1. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.
2. Ciompi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *The British Journal of Psychiatry*.
3. Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. J. (Eds.). (2005). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice* (Vol. 1). Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.
4. Davidson, L., & McGlashan, T. H. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*.
5. Davidson, L. & Roe, D. (2007) Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16, 459–470.
6. CARPENTER JR, W. T., & Strauss, J. S. (1991). The prediction of outcome in schizophrenia IV: eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *The Journal of nervous and mental disease*, 179(9), 517-525.
7. Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... & Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-434.
8. Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 9. Onken, S. J., Dumont, J. M., Ridgway, P., Dornan, D. H., & Ralph, R. O. (2002). Mental health recovery: What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators. Prepared for National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, National Association of State Mental Health Program Directors.
9. Onken, S. J., Dumont, J. M., Ridgway, P., Dornan, D. H., & Ralph, R. O. (2002). Mental health recovery: What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators. Prepared for National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, National Association of State Mental Health Program Directors.
10. Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australasian Psychiatry*, 37(5), 586-594.
11. Deegan . (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing* 31:7–11.
12. Anthony, W.A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11 –23.
13. Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640-645.
14. Budd, R., & Hughes, I. (2009). The Dodo Bird Verdict—controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(6), 510-522.
15. Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome. *Archives of general psychiatry*, 47(3), 228-236.
16. Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological medicine*, 38(05), 677-688.

**Hjalte Einarsson** er verkefnastjóri með þróun batamiðaðrar þjónustu á Landspítala

**Baldur Heiðar Sigurðsson** starfar sem sálfræðingur á geðsviði Landspítala og sem stundarkennari við Háskólann í Reykjavík

**Pétur Tyrfingsson** starfar sem sálfræðingur á Geðsviði Landspítala og sem stundarkennari við Háskóla Íslands og við Háskólann í Reykjavík

**Jón Friðrik Sigurðsson**, prófessor við Háskóla Íslands og Háskólann í Reykjavík, starfar sem sálfræðingur á Geðsviði Landspítala og er forstöðumaður meistaranáms í klínískri sálfræði hjá HR



Halldór Kolbeinsson, Rakel Valdimarsdóttir,  
Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir og Guðrún Blöndal

# Kynning á interRAI geðþjónustumati

Samspil sjúkdóma og umhverfis

## Útdráttur

Í greininni er fræðileg umfjöllun um þróun og markmið með notkun interRAI geðþjónustu- matstækjanna, sem eru ætluð til notkunar fyrir alla fullorðna sem fá þjónustu í geðheilbrigðis- og félagskerfinu. Efni þessarar greinar er m.a. að kynna þá aðferðafræði sem notuð var til að afla upplýsinga í rannsókninni um samspil sjúkdóma og umhverfis, sem var unnin á árunum 2011-2013 af fjölfaglegum hópi heilbrigðisstarfsfólks við geðsvið Landspítala (LSH). Tilgangur með rannsókninni var að fá fram upplýsingar um samspil sjúkdóma og umhverfis hjá notendum innan endurhæfingarpáttar geðsviðs. Unnið var með samfélagsgeðþjónustumatið interRAI Community Mental Health, CMH sem er staðlað, gagnreynt alþjóðlegt mælitæki. Lykilbreytur notaðar úr matinu eru félagsleg tengsl, samskipti, vitræn geta, fjárhagsstaða og áföll sem geta gefið til kynna stöðu fólks með geðraskanir og ýmsar aðstæður sem geta haft áhrif. Í framhaldi er hægt að rannsaka nánar hvernig hægt er að vinna gegn félagslegri einangrun, hvaða stuðning einstaklingar með geðsjúkdóma þurfa á að halda til að vera í jafnvægi og hvernig best er hægt að mæta þörfum þeirra með tilliti til aukinna lífsgæða, jafnt líkamlegra og félagslegra.

## Lykilorð

Geðþjónustumat, interRAI MH (interRAI Mental Health). Samfélagsgeðþjónustumat, interRAI CMH (interRAI Community Mental Health). Félagsleg samskipti. Sjúkdómar. Umhverfisþættir. Heilsufar.

## Inngangur

Frá árinu 2011 hefur verið unnið að rannsókn sem nefnist „Samspil geðsjúkdóma og umhverfis“ á geðsviði LSH. Við rannsóknina var notað samfélagsgeðþjónustumatið interRAI CMH (1, 2) sem er eitt af matstækjum interRAI, alþjóða rannsókn- og þróunarsamtakanna. Ein megin ástæða þess að nota samfélagsgeðþjónustumatstækið er, að það er staðlað gagnasafn sem byggir á sérhæfðum matskvörðum, notað í klínískri vinnu og gefur nýja möguleika á samanburði milli hópa og að spá fyrir um umhverfisþætti sem hugsanlega draga úr eða koma í veg fyrir bata fólks með geðrænan vanda. Matstækinu er ætlað að meta heildrænt þætti sem snúa að læknisfræði, hjúkrun, félagsvísindum, iðjubjálfun og sálfræði, með von um að ná víðtækari sýn á stöðu einstaklinga og auka skilning á vandamálum notenda þjónustunnar.



Matsaðferðin byggir á samvinnu milli fagfólks einstaklings í þjónustu ásamt fjölskyldu hans. Vænta má betri árangurs þegar mismunandi faghópar í heilbrigðisþjónustu taka þátt í mati einstaklings, hver með sína þekkingu, og eykur það gildi matsins og notkunar þess. Það geta verið ýmsir þættir í umhverfi einstaklings sem hafa áhrif s.s. tengslanet, eigin bjargir, félagslegar aðstæður, geta og ekki síst túlkun þeirra sjálfra á aðstöðu sinni, líkamlegri og geðrænni líðan og hjálpar samfélagsþjónustumatið í þeirri vinnu. Í rannsókninni um „samspil sjúkdóma og umhverfis“ var unnið með tvo hópa fólks, einstaklinga með sögu um geðröskun og fengu þjónustu af einni endurhæfingargeðdeild geðsviðs og í samanburðarhópnum voru einstaklingar sem ekki hafa sögu um geðröskun.

Megin áhersla með notkun interRAI matskerfa er að stefna að auknum lífsgæðum í heilbrigðis- og félagsþjónustu og von um að víðtækari sýn á stöðu einstaklinga með geðræna vanda náist. Sú fræðilega þekking sem þessi rannsókn skapar er að fyrir liggi upplýsingar um samspil sjúkdóma og umhverfis. Stefnt er að því að rannsóknin geti bent á umhverfisbreytur sem gætu spáð fyrir um geðræna, líkamlega og félagslega heilsu fólks með geðræn vandamál. Þannig verði hægt að leggja grunn að árangursríkari þjónustu af hálfu heilbrigðisstarfsfólks innan geðheilbrigðiskerfisins þar sem áhersla er á sjálfstæði og valdeflingu fólks með geðrænan vanda.

## Fræðilegur bakgrunnur

Rannsóknir, innlendar og erlendar, benda til að lífsgæði þeirra sem hafa geðsjúkdóm séu lakari en almennt þekktist og lífslíkur þeirra séu allt að 20 árum lægri (3,4). Fjöldi rannsókna hafa sýnt að fólk með geðraskanir er með hærra hlutfall hjartasjúkdóma en almennt gerist. Þá kemur fram að það er oft ekki greint og meðhöndlað vegna sykursýki, háþrýstings og hás kólesteróls. Ofþyngd er algengari en almennt og reykingar eru algengari hjá fólki með geðsjúkdóma en annarra (5, 6). Með því að draga saman hugmyndir og kenningar frá ýmsum sviðum, eins og læknisfræði, hjúkrun, félagsvísindum, iðjubjálfun og sálfræði er von til þess að meiri víðsýni um aðstöðu einstaklinga með geðræn vandkvæði komi fram og aukinn heildrænn skilningur á vandamálum sem tengjast líkama, huga, atgervi og sálarlífi. Í bókinni „Building Up Good Mental Health“, er lögð áhersla á að heilsufar sé fyrirbæri með sterka félagslega, sálfélagslega, sálaræna og líkamlega þætti (7). Rannsóknir sýna að samspil faghópa



og samvinna við skjólstæðinga um meðferðaráætlun getur skipt sköpum í árangri við meðferð og endurhæfingu (8, 9). Í ljósi þessa ásamt lægri lífaldri einstaklinga með geðsjúkdóm er talin brýn þörf á rannsóknum þar sem heildarsýn er ríkjandi. Þau mælitæki sem notuð hafa verið í rannsóknum á geðsviði s.s. „Lancashire Quality of Life Profile“ (10), sérhæfður spurningarlisti fyrir geðfatlaða og „Camberwell assessment of needs“ (11), hafa gefið möguleika á samanburði milli hópa. Þau mælitæki eru þó engin trygging fyrir því að umhverfisþættir sem hugsanlega draga úr eða koma í veg fyrir bata fólks með geðröskun komi fram. Þar gæti verið um að ræða ýmsar takmarkanir sem leiða til hindrana í sálfélagslegu umhverfi sjúklinga.

### Kynning á geðþjónustumatskerfinu interRAI

Á geðsviði hefur frá árinu 2001 meðal annars verið unnið að því að meta og bæta gæði þjónustunnar og til þess notað, að hluta, frá árinu 2003 heildrænt geðheilbrigðismat (interRAI MH), sem er staðlað mælitæki þar sem safnað er upplýsingum um einstaklinga 18 ára og eldri sem greinst hafa með geðsjúkdóm og eru innliggjandi (12). interRAI MH var innleitt rafrænt á geðsviði árið 2007.

interRAI matstækin samanstanda af gagnasafni um geðheilbrigðismat, skref fyrir skref leiðbeiningum um hvernig á að skrá mat og leiðbeiningum um samhæfðar aðferðir við gerð meðferðaráætlana. Gagnasafnið gefur meðferðaraðila möguleika á að meta lykiliatriði almennrar færni, geðheilsu, líkamlegrar heilsu, félagslegs stuðnings og notkun þjónustu. Ákveðin atriði greina einnig þá einstaklinga sem gætu haft gagn af nákvæmari mati varðandi sérstök vandamál og þá sem eru í áhættu vegna hvers konar heilsuþrengingar, verri líðanar eða færniskerðingar. Markmið með upplýsingunum er að greina þarfir einstaklinga og viðhlítandi inngríp. Þegar mögulegt er og gerðar eru kröfur um skal útvega þá aðstoð sem þarf eða gera viðeigandi ráðstafanir. Ekki er víst að í öllum tilfellum sé hægt að bjóða strax upp á þjónustu við öllum þeim vandamálum sem koma í ljós. Engu að síður getur yfirgripsmikið mat og greining á styrkleikum og vandamálum verið gagnlegt við gerð meðferðaráætlana og við mat á árangri meðferðar (2, 12).

Ný rafræn matstæki fyrir geðþjónustu hafa verið í þróun á síðustu árum, þar á meðal samfélagsgeðþjónustumatið, interRAI CMH, (1) sem metur þarfir, styrkleika og óskir fullorðinna með geðsjúkdóma úti í samfélaginu. Bráðageðþjónustumatið Emergency Screener for Psychiatry (interRAI ESP) sem notað er í bráðþjónustu jafnt sem á bráðamóttökudeildum (13).

Í matstækjum er lagt mat á þarfir, styrkleika og kjörþjónustustig fólks sem fær geðþjónustu. Markmið með interRAI geðheilbrigðismati er að koma fram með heildrænt mat á öllu fullorðnu fólki í geðþjónustu, þeim sem fá bráðageðþjónustu, koma í bráðainnlögn, samfélagsgeðþjónustu (fá meðferð en eru ekki innlagðir), réttargeðþjónustu, endurhæfingu og langtímainnlögn. Samþætting mælitækjanna eykur líkur á samfellu í meðferð þótt fólk flytjist á milli þjónustustiga og stuðar að einstaklingshæfðri umönnun.

Framtíðarsýn og markmið interRAI hópsins heftur beinst að því að efla gagnreynda (evidence-based) klíniska þjónustu og unnið hefur verið að markvissri stefnumótun í málefnum í þágu margra hópa sem á einhvern hátt eru háðir þjónustu heilbrigðiskerfisins vegna veikinda eða fötlunar sinnar innan mismunandi geira heilbrigðisþjónustunnar og þar á meðal fólks með geðvanda.

Þróun allra RAI-mælitækjanna hefur verið studd með metnaðarfullum rannsóknum interRAI-hópsins þar sem viðamiklar áreiðanleika og réttmætismælingar fara fram (14-15). Þó svo að sérhvert mælitæki, sem interRAI hópurinn hefur staðið að, hafi verið sett fram fyrir sérhæfða starfsemi eru mælitækin öll hönnuð til að vinna saman þannig að úr verði samþætt upplýsingakerfi. Mælitækin innihalda því öll sameiginlegar breytur sem vísa til sömu klínisku hugtakanna. Fagaðilum sem nota matstækin er gert kleift að stuðla að meiri samfellu í meðferð og fylgjast með bata einstaklinga og framförum. Notkun geðheilbrigðismatstækja stuðlar að auknum gæðum í þjónustu og meðferð sem veitt er. Einn meginstyrkur þessara tækja er hin mikla yfirsýn yfir starfsemina sem stjórnendur öðlast og kemur það til góða við alla stefnumótun og stjórnun (16).

Upplýsinga er aflað í samvinnu við notendur og aðstandendur þeirra. Upplýsingarnar gefa yfirsýn yfir þá þjónustu sem þörf er á og veitt er og er reynt að tengja saman þætti eins og gæði og eðli þjónustu, árangur meðferðar og kostnaðarliði. Sívirkt ferli skráningar er hjá deildum endurhæfingar geðsviðs og í samfélagsgeðþjónustu og koma hjúkrunarfræðingar, lækningar, félagsráðgjafar, sálfræðingar og iðjuþjálfar að matinu og liggur ábyrgð með notkun matsins hjá þessum fagstéttum.

### Útkomumælingar

Sérhver hluti matstækjanna hefur verið útbúinn af sérfræðingum í fjölfaglegum teymum (interRAI Network of Excellence in Mental Health, iNEMH) sem vinnur stöðugt að þróun einstaka hluta þeirra. Um 30 viðfangsefni (interRAI Mental Health Clinical Assessments Protocols, CAPs) hafa verið þróuð sem ætlað er að auðvelda gerð meðferðaráætlana við tiltekna aðstæður. Ef ákveðnir þættir innan gagnasafnsins benda til vandkvæða koma fram leiðbeiningar (í formi viðfangsefna CAPs) um hvernig best megi nálgast frekari greiningu og meðferð. Viðfangsefnum (CAP's) er ekki ætlað að koma í stað klínískra ákvarðana sem teknar eru í meðferðarferli, eða í stað sjúkdómsgreininga, heldur að leiðbeina við skipulagningu þjónustunnar (2). Einnig hafa verið þróaðir milli 20 og 30 kvarðar (Outcome Measures). Dæmi um kvarða: Vitræn geta (CPS), þunglyndi (DRS), fíkn og neysla vímuefna (CAGE), árásgjörð hegðun (ABS) o.fl. Gæðavísar (Quality Indicators for Mental Health (QIMH)) eru 14 talsins innbyggðir í matskerfið (1, 2). Síðast en ekki síst er kostnaðargreining tengd við matskerfin. Sjúklingaflokkun (System for Classification of in-Patient Psychiatry) er 47 hópa kerfi sem er talið skýra um og yfir 30% af kostnaði af hverjum sjúklingi á dag (12, 15, 16, 19, 20).

Megin áhersla með notkun interRAI kerfa er að stefna að auknum lífsgæðum í heilbrigðis- og félagsþjónustu. Sú fræðilega þekking sem þessi rannsókn skapar er

að fyrir liggi upplýsingar um samspil sjúkdóma og umhverfis. Fundnar verði umhverfisbreytur sem gætu spáð fyrir um geðræna, líkamlega og félagslega heilsu fólks með geðvanda.

### Samspil sjúkdóma og umhverfis

Í rannsókninni um „samspil sjúkdóma og umhverfis“ var samfélagsgeðþjónustumatið notað og lagt fyrir tvo hópa einstaklinga með sögu um geðröskun (hópur I) og án geðröskunar. (hópur II). Allir veittu upplýst samþykki þegar öll leyfi fyrir rannsókninni lágu fyrir. Hópur I naut þjónustu endurhæfingardeildar geðsviðs í Hátúni á árunum 1998-2010. Þýðið var 110, en 93 (85%) tóku þátt í rannsókninni. Í samanburðarhópnum var boðið 110 öryrkjum sem einnig bjuggu í Hátúni en 63 (57%) tóku þátt í rannsókninni.

Markmið rannsóknarinnar var að fá upplýsingar um þörf á þjónustu og hvort eða hvaða umhverfisþættir höfðu áhrif á þróun sjúkdóms. Með því að nota samfélagsþjónustumatið var stefnt er að því að fá sem heilstæðasta mynd á staðlaðan hátt sem gæfi mynd af þjónustu og þjónustubörf einstaklinganna.

Með útkomumælingum (kvarðar og viðfangsefni) sem er innbyggt í matstækið verður mögulegt að skoða breytileika sjúkdómseinkenna milli hópa og bera útkomu við aðrar breytur. Niðurstöður rannsóknarinnar munu styrkja ákvarðanir við meðferðáætlanir, gefa heildræna

geðheilbrigðisfræðum og hafa tækin og aðferðin verið þróuð af stórum hópi fræðimanna og rannsakenda víða um heim.

Niðurstöður með samfélagsgeðþjónustumati (interRAI CMH) geta gefið vísbendingu um hvaða meðferð er ákjósanlegust og gefa upplýsingar sem hjálpa við að forgangsraða og bregðast skjótt við eftir mikilvægi, þegar skoðað er með öðrum þjónustubáttum í meðferðaráætlunum. Vel er þekkt að í sumum fjölskyldum hefur viðhengist ýmis konar ofbeldi og misnotkun og fólk sem hefur orðið fyrir slíku í æsku getur þróað með sér geðræn veikindi seinna á lífsleiðinni (17,18). interRAI matstækin geta varpað ljósi á slík tengsl.

Rannsóknaraðferðin með samfélagsgeðþjónustutæknu gerir kleift að skoða fylgni milli t.d. sjúkdómsgreininga, lyfjanotkunar, sjúkdómseinkenna, félags-, fjárhagslegrar og samfélagslegrar stöðu, getu einstaklings til sjálfsbjargar og framkvæmdagetu. Með útkomumælingum (kvarðar og viðfangsefni) verður mögulegt að skoða breytileika sjúkdómseinkenna milli tveggja hópa annars vegar með geðröskun og hins vegar án geðröskunnar og bera útkomu við aðrar breytur í matskerfinu. Niðurstöður verða notaðar með það að markmiði að draga fram þætti sem gætu gefið vísbendingu um samspil sjúkdóma og umhverfis. Niðurstöður verða síðan aldurs- og kynstaðlaðar og unnið verður með breytur með viðurkenndum tölfræðilegum aðferðum.

Breytur	Hópur I Með geðröskun	Hópur II Án geðröskunnar
Ofbeldi	48 %	11 %
Misnotkun (andleg eða líkamleg)	59 %	37 %
Erfið félagsleg tengsl	41 %	13 %
Samskiptavandamál	35 %	13 %
Fjárhagslegir erfiðleikar	38 %	17 %
Vitræn geta	46 %	14 %
Reykingar	51 %	43 %
Áföll	59 %	26 %
BMI (Body Mass Index) meðaltal	30	28
Meðalaldur	58 ár	62 ár
Konur	58 (N)	34 (N)
Karlar	35 (N)	29 (N)

Tafla 1. sýnir fyrstu niðurstöður úr rannsókninni „samspil sjúkdóma og umhverfis“.

mynd af þörf á meðferð og stuðningi við einstakling og fjölskyldu og auðvelda upplýsingar meðferðaraðila að bregðast skjótt við þegar þörf krefur. Gæðavísar eru innbyggðir í kerfið sem gefa til kynna framför, afturför eða óbreytt ástand yfir tímabil og eru því mikilvægar upplýsingar fyrir markmiðasetningar í meðferðarferlinu og til áframhaldandi rannsókna. Greiningarstuðull gefur möguleika á að skilgreina kostnað sem þarf til að sinna fólki með mismunandi þarfir. Mælitækin veita möguleika á vísindalegri nálgun sem byggir á útreikningum og

Tekið er dæmi um notkun samfélagsgeðþjónustumatsins, þ.e. hvernig unnið er með viðfangsefni (Clinical Assessment Protocols) innbyggt í matið.

Þessar niðurstöður virðist benda til þess að lífsgæði fólks með geðraskanir séu lakari og að ýmsar aðstæður geti haft áhrif á samspil sjúkdóma og umhverfis. Matstækið gefur vísbendingar um mismundi sálfélagslegar breytur og að ýmsar aðstæður geti haft áhrif á samspil sjúkdóma og umhverfis, s.s. félagsleg staða, fjármál og saga um áföll og ofbeldi. Öll frekari úrvinnsla er



þó eftir.

### Lokaorð

Fjölfaglegur hópur heilbrigðisstarfsfólks við endurhæfingargeðdeild vann að rannsókn frá 2011 þar sem notað var samfélagsgeðþjónustumatstækið að meta sálfélagslegar breytur sem hugsanlega draga úr eða koma í veg fyrir bata fólks með geðrænan vanda.

Mælitækið gerir kleift að skoða og fylgjast með fylgni milli m.a. sjúkdómsgreininga, lyfjanotkunar, sjúkdóms-einkenna, félags- fjárhags- og samfélagslegrar stöðu, getu einstaklings til sjálfsbjargar og framkvæmdagetu. Með útkomumælingum (kvarðar og viðfangsefni) er mögulegt að skoða breytileika sjúkdómseinkenna milli hópa og bera útkomu saman við aðrar breytur (1, 2, 12, 13).

Fyrstu niðurstöður rannsóknarinnar gefa ástæðu til að rannsaka nánar hvernig hægt er að vinna gegn félagslegri einangrun, bæta samskipti og mæta þörfum fólks með tilliti til aukinna lífsgæða. Niðurstöður samfélagsþjónustumatsins koma ekki í staðin fyrir faglegt mat en eru ítarleg viðbót.

Þegar einstaklingur er þátttakandi í mati þá gerist hann meira meðvitaður um eigin meðferð. Þá skapast möguleiki á sameiginlegu verkefni milli þess sem meðferðina veitir og þess sem meðferðina fær og er það talið mikilvægt til að ná sem bestum árangri. Rannsóknir sýna að meðferðaráætlanir og markmiðasetningar geta þannig fengið sterkari stoð til árangurs (8, 9).

Upplýsingar úr interRAI matskerfunum gefa stjórnendum einnig tækifæri til að skoða stöðu hvernar deildar, bera saman deildir og mismunandi þjónustustig, t.d. bráðamóttöku og endurhæfingu einstaklinga með nýbyrjaða og langvinna geðrofssjúkdóma. Tækin gefa stjórnendum tækifæri til að skoða samsetningu á þekkingu og mönnun mismunandi eininga. Einnig gefst tækifæri til að skoða hvers konar úrræði hentar best fyrir hvern einstakling. Á þeim grunni er hugsanlega hægt að bæta þjónustu heilbrigðisstarfsfólks þar sem aukin áhersla yrði lögð á sjálfstæði og valdeflingu, eins og stefnt er að í markmiðalýsingu geðsviðs (21).

Notkun interRAI matskerfa skapar vísindalega nálgun upplýsingaöflunar og styður við nútíma aðferðafræði þar sem tækifæri gefst til samanburðar við önnur lönd. Gæðavísar eru innbyggðir í kerfið. Greiningarstuðull gefur möguleika á að skilgreina kostnað sem þarf til að sinna einstaklingum með mismunandi þarfir (19, 20).

Áfram verður unnið úr niðurstöðum rannsóknarinnar og tilganginum að kanna samspil sjúkdóma og umhverfis með það að markmiði að bæta þjónustu og lífsgæði.

### Heimildir:

- Hirides JP, Curtin-T N, Rabinowitz T, Fries BE, Morris JN, Ikegami N, Yamauchi K, Smith TF, Pérez E, Martin L, Moselle K, et al. interRAI Community Mental Health, interRAI CMH. Guide for Use of the interRAI CMH Assessment Form. Version 9.1. Washington, DC: interRAI, 2011.
- Hirides JP, Curtin-Telegdi N, Mathias K, Perlman CM, Saarela T, Kolbeinsson H, Valdimarsdóttir R, Morris JN, Fries B E, Rabinowitz T, Martin L, Barbaree H, Brown GP, Stewart S, Smith TF, Jones R, Baas R, Berg K, Björkgren M, Declercq A, Finne-Soveri H, Frijters D, Gilgen R, GrayL, Henrard J-C, Ljunggren G, Steel K, Sxxerbinska K. interRAI Mental Health Clinical Assessment Protocols

(CAPs)for Use with Community and Hospital-Based Mental Health Assessment Instruments, Version 9.1.Washington DC: interRAI; 2011.

- Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen T. Outcomes of Nordic mental health systems:life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry 2011; 199: 453-8.
- Laurensen TH eet al.) Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. Curr Opin Psychiatry.2012; 25:83-8
- Sveinsson Ó, Þorleifsson K, Kolbeinsson H. Rannsókn á áhættuþáttum hjart- og æðasjúkdóma hjá geðklofasjúklingum á geðsviði Landspítala. Læknablaðið 2012;98:399-401
- Crump C, Winkleby M, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia; A Swedish National Cohort Study. Am J Psychiatry. 2013; 170;24-33.
- Léhtinen, V. Building Up Goog Mental Health. Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Mental Health Environments. Finland: Gummerus Printing. 2008.
- Sveinbjarnardóttir E. Fjölskylduhjúkrun á bráðageðdeildum: Innleiðing og mat" (Family systems nursing interventions in acute psychiatry: Implementation and evaluation), 2012.
- Júliús dóttir, S. Fjölskyldur – umbreytingar, samskipti og skilnaðarmál.. Þróun velferðarinnar 1988 – 2008. (Guðný Björk Eydal og Stefán Ólafsson ritsjórar). Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, 2012; bls 69-88
- Anderson RL, Lewis DA. Quality of life of persons with severe mental illness living in an intermediate care facility. J Clin Psychol 2000; 56: 575-581.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G, et al. The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. Br J Psychiatry, 1995; 167: 589-595.
- Hirides JP, Curtin-T N, Morris JN, Fries BE, Rabinowitz T, Pérez E, Prendergast P, Ikegami N, Phillips CP, Smith TF, et.al. interRAI Mental Health (MH). Assessment Form and User's Manual for In-patient Psychiatry. Útgáfa 9.1. Washington, DC: interRAI, 2010.
- Rabinowitz et al. interRAI Emergency Screener for Psychiatry(interRAI ESP)-Guide for Use of the interRAI ESP Assessment Form. Washington DC; interRAI 2007
- Hirides JP, Smit T, Rabinowitz T, Yamauchi K, Pérez E, CurtinTN, et.al. The resident assessment instrument - mental health:Inter-rater reliability and convergent validity. Journal of Behavioral Health Services & Research,2002; 29: 419-432.
- Hirides JP, Marhaba M, Smith F, Clyburn L, Mithchell L, LemickAR, et a.I. Development of the Resident Assessment Instrument - Mental Health (RAI-MH). Hospital Quarterly, Winter 2000/2001: 44-53.
- Guðmundsdóttir G, Þörsdóttir RP. Gegnærri geðheilbrigðisþjónusta. Þróun RAI-MH mælitækisins á landspítala-háskólajúkráhusi. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2006; 82; 42-45
- Bulik CM, Prescott CA, Kendler KS. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. Br J Psychiatry 2011; 179:444-9.
- Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN et.al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorder: Systematic review and meta-analysis. Mayo Clinic Proceedings 2010;85: 618-29.
- Hirides JP et al. The System for Classification of In-Patient Psychiatry (SCIPP): A New Case-mix Methodology for Mental Health. on behalf of the JPCC Case-Mix Advisory Group (CMAG) and interRAI. August 22, 2003. (Corresponding author: John P. Hirides, Ph.D., Professor, Department of Health Studies and Gerontology, University of Waterloo, Waterloo ON, Canada, N2L 3G1;hirides@uwaterloo.ca)
- Ontario Mental Health Reporting System: Case Mix System for Classification of In-Patient Psychiatry and SCIPP Weighted Patient Days Resource Materials and Frequently Asked Questions,2011–2012.(http://www.cihi.ca/CIHI-ext\_portal/pdf/internet/OMHRS\_SCIPP\_SWPD\_FAQ2012\_EN).
- Matthíasson P. Geðsvið Landspítala. Stjórnskipulag geðsviðs 2010. http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=22190

**Halldór Kolbeinsson** er yfirlæknir á endurhæfingardeild geðsviðs LSH, klínískur dósent og meðlimur í interRAI-samtökunum (interRAI Associate Fellow/INEMH Member).

**Rakel Valdimarsdóttir** er hjúkrunarfræðingur, MHRM, meðlimur í interRAI-samtökunum (interRAI Associate Fellow/INEMH Member).

**Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir**, félagsráðgjafi MSW og Ph.D. nemi HÍ

**Guðrún K. Blöndal**, geðhjúkrunarfræðingur, fyrrv. deildarstjóri dagdeildar geðsviðs í Hátúni.

# Mat á þjónustu FMB teymis

FMB teymið þjónustar foreldra sem eiga von á barni eða eiga barn á fyrsta ári. Boðið er upp á þjónustu fyrir foreldra sem glíma við langvinnan, margþættan geðrænan vanda þar sem áhyggjur eru af tengslamyndun við barnið. Flestar tilvísanir berast frá kvennadeild, bráðamóttöku geðsviðs og fíknigeðdeild Landspítala auk tilvísanna frá mæðravernd heilsugæslunnar. Í upphafi meðferðar er tekið greiningarviðtal þar sem sérstaklega er skoðaður bakgrunnur og geðsaga. Lagðir eru fyrir foreldra matslistar, EPDS, CORE, DASS og PSI (Parent Stress Index). Þjónusta FMB teymis er tímabundið inngrip og hugsuð sem sérhæft viðbótarúrræði við venjulega þjónustu Geðsviðs og Kvenna- og barnasviðs. Þjónusta FMB teymis er snemmtækt úrræði fyrir foreldra ef áhyggjur eru af:

- Alvarlegum og margþættum geðrænum vanda (þar með talinn fíknivandi).
- Tengslamyndun við barnið.
- Að meðferðarúrræði sem reynd hafa verið hafa ekki skilað árangri.

## Algengar ástæður tilvísana:

Vandi sem tengist foreldri, s.s. alvarlegur geðrænn vandi, vanlíðan á meðgöngu og/eða eftir fæðingu, áföll eða erfið reynsla úr barnæsku, foreldrar eru ungir eða njóta lítils stuðnings fjölskyldu.

Vandi sem tengist barninu, ungabarnið sýnir lítil viðbrögð, grætur mikið, á erfitt með að nærast eða hvílast.

Tengslavandi milli foreldris og barns.

## Inntak meðferðarinnar:

Markmiðið með meðferð í FMB teymi er að meðhöndla geðrænan vanda foreldris (með viðtalsmeðferð og lyfjameðferð) ásamt því að efla færni foreldra til að lesa atferli barnsins og bregðast við á viðeigandi hátt. Foreldrar fá aðstoð við að meta líðan barnsins, velja fyrir sér eigin líðan og verða færir um að greina þar á milli. Mikilvægt er að foreldrar skynji barnið sem einstakling með sjálfstæðan huga og eigin þarfir. Með því að aðstoða foreldra við að vinna úr reynslu sem er þeim fjötur um



fót í foreldrahlutverkinu, við að brjóta upp neikvæð mynstur sem jafnvel hafa færst á milli kynslóða er hægt að draga úr neikvæðum áhrifum á líðan barnsins og skapa gleði í samskiptum foreldra og barns. Ná markmið meðferðar fram að ganga er stuðlað að því að foreldrar myndi örugg tengsl við barn sitt á mikilvægasta mótunarskeiði þess. Rannsóknir hafa sýnt að snemmtæk sérhæfð úrræði fyrir þennan hóp hafa forvarngildi.

## Næstu skref:

Sumarið 2014 var tekin ákvörðun um að gerð yrði samburðarrannsókn á meðferð innan FMB teymis og þeirri meðferð sem Miðstöð foreldra og barna veitir. Rannsóknarsetur í barna- og fjölskylduvernd annast rannsóknina.

Í tillögu þessari er gert ráð fyrir að verkþættir á ábyrgð RBF séu:

- Undirbúningsvinna
- Gerð spurningalista
- Tilkynning til Persónuverndar
- Bréf til þátttakenda og upplýst samþykki
- Símakönnun meðal allra notenda, 3 sinnum (60 x3).
- Tölfræðileg úrvinnsla úr símakönnun
- Úrvinnsla úr og túlkun niðurstaðna spurningalista og annarra mælitækja
- Skýrslugerð

Aðrir verkþættir:

- Samþykkt á tilhögun og útfærslu verkefnis
- Samþykkja spurningalista RBF
- Finna þátttakendur í tilraunahóp
- Finna þátttakendur í samburðarhóp
- Afhending bréfs um þátttöku og undirritun upplýsts samþykkis
- Afhending nafna og heimilisfanga í báðum hópum
- Fyrirlögn eftirfarandi mælitækja EDS, EPDS, DASS, CORE, PSI
- Samþykkt kostnaðaráætlunar



Metin verða áhrif meðferðar og viðhorf til þjónustu beggja aðila. Gagna verður aflað meðal verðandi foreldra sem nýta sér meðferðarræðin og þau borin saman. Þátttakendur í rannsókninni eiga það sameiginlegt að finna fyrir skilgreindum áhættuþáttum, upplifa vanlíðan á meðgöngu og þurfa frekari þjónustu en veitt er í hefðbundinni mæðravernd.

Skilgreindir áhættuþættir í barneignarferlinu eru: áhyggjur af tengslamyndun við barn, langvinnur margþættur geðrænn vandi, bág félagsleg staða, neysla vímuefna eða saga um neyslu. Með barneignarferli er átt við meðgöngu og fyrstu mánuði í lífi barns.

Til að taka þátt í rannsókninni þurfa foreldrar/mæður að uppfylla að minnsta kosti tvö af ofangreindum atriðum.

### Meginmarkmið

Markmiðið er í fyrsta lagi að skoða áhrif sértækrar þjónustu við verðandi foreldra og kanna hvort sértæk þjónusta og meðferð leiði til bættrar heilsu og færni foreldra í barneignarferlinu.

### Lýsing á verkefninu:

Til að meta áhrif meðferðar og þjónustu verða annars vegar gerðar mælingar á líðan mæðra sem njóta þjónustunnar og hins vegar könnuð viðhorf þeirra til þjónustunnar.

### Mælitæki:

- CORE (Clinical Outcome in Routine Evaluation): Skimunarlisti fyrir almenn geðræn veikindi, vandamál, virkni og áhættuþætti – síðastliðna 1 viku.
- DASS (Depression Anxiety Stress Scales): Metur grunn- eða kjarnaekenni depurðar, kvíða og streitu – síðastliðna 1 viku.
- EDS: Edinborgarkvarðinn: Spurningalisti um líðan foreldra á meðgöngutíma.
- EPDS Edinborgarkvarðinn: Spurningalisti um líðan kvenna eftir barnsburð.
- PSI (Parent Stress Index): Spurningalisti um streitu foreldra.
- Spurningalisti RBF, eigið mat á heilsu og líðan, reynslu og viðhorf til þjónustu MFB annars vegar og hins vegar FMB teymis.
- Spurningalisti RBF, sem mun innihalda bakgrunnsspurningar um kyn, aldur, búsetu, hjúskaparstöðu, atvinnu, menntun, hjúskapastöðu foreldra og fjölskyldugerð (þ.e. uppalin í órofinni kjarnafjölskyldu, í einforeldrisfjölskyldu (a) foreldri ekkja, b) foreldri fráskilið, c) stjúpfjölskyldu, d) á fósturheimili). Einnig er spurt um samskipti við foreldra, tengdaforeldra og par sambandið.
- Allir þátttakendur verða spurðir hvort megi hafa samband við þá og leggja fyrir þá nokkrar spurningar ári eftir að rannsókn lýkur.

### Gagnasöfun og úrvinnsla:

Val á þátttakendum verður með hentugleikaúrtaki. Valdar verða 30 verðandi mæður sem vísað hefur verið til MFB og aðrar 30 sem hafa fengið meðferð FMB teymis á meðgöngu (samanber skilgreiningu hér að framan).

Haft verður samband við alla þátttakendur í síma og lögð fyrir þá könnun á þremur tímamörkum: í upphafi, fjórum mánuðum eftir fæðingu barns og að einu og hálfu ári liðnu.

Niðurstöður verða unnar með tölfræðilegri lýsandi aðferð ásamt ítarlegri greiningu gagna, sett fram í töflum og texta. Þeim verður skilað í skýrslu þrem mánuðum eftir að rannsókn lýkur.

Niðurstöður verða kynntar í formi skýrslu þar sem gerð er grein fyrir megin niðurstöðum í töflum og texta. Spurningar könnunarinnar verða greindar eftir bakgrunni þátttakenda, meðal annars fjölskyldugerð á uppvaxtarárum og nú. Samanburður verður gerður á aðstæðum og líðan þátttakenda, samanber framangreint milli hópanna.

### Heimildir:

1. Cohen, N.J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, J.C. Barwick, M. Brown, M. (1999). Watch Wait and Wonder: Testing the Effectiveness of a New Approach to Mother-Infant Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, Vol.20 (4), 429-451.
2. Farnfield, S., Holmes, P. (2014). *The Routledge Handbook of Attachment: Assessment*. Routledge. East Sussex.
3. Garner, A.S., J.P. Shonkoff, Siegel, B.S., Dobbins, M.I., Earls, M.F., Garner, A.S., McGuinn, L., Pascoe, J., Wood, D.L. (2012). Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. *Official Journal of The American Academy of Pediatrics*, Vol 129 (1), 224-231.
4. Lovibond, S. H. og Lovibond, P. F. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
5. Loyd, B. H., & R. R. Abidin. R. R. (1985). Revision of the Parent Stress Index. *Journal of Pediatric Psychiatry*, 10(2), 169-177.
6. Perry, B., Pollard, R.A., Toy, L.B., Baker, W.L. Vigilante, B.D. (1995). Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and "Use-dependent" Development of the Brain: How "States" Become "Traits". *Infant Mental Health Journal*, Vol. 16 (4).
7. Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786
8. Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J. og Evans, C. (1999). Practice-based evidence and need for a standardised evaluation system: Informing the design of the CORE System. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 2, 357-374.

**Anna Rós Jóhannesdóttir** er félagsráðgjafi, MSW og starfar nú sem yfirfélagsráðgjafi á LSH.

**Gunnlaug Thorlacius** er félagsráðgjafi FMB teymis, verkefnastjóri og fjölskyldurþerapisti.





## **Minningarsjóður Ólafíu Jónsdóttur auglýsir**

### **STYRK TIL RANNSÓKNA**

á sviði geðverndar.

Umsóknum skal skila til Geðverndarfélags Íslands, Hátúni 10, 105

Reykjavík, fyrir 1. febrúar 2015.

Úthlutun fer fram á aðalfundi Geðverndarfélags Íslands í mars 2015.

**Stjórn Minningarsjóðs Ólafíu Jónsdóttur**

# Kannabis

Kannabis er mest notaða ólöglega fíkniefnið í heiminum í dag (1) og hefur neysla þess í Evrópu verið nokkuð stöðug síðustu árin eftir að hafa aukist í lok 20. aldarinnar og á fyrstu árum 21. aldar (2). Notkun fíkniefnisins virðist jafnvel fara minnkandi, sérstaklega í yngri aldurshópunum þótt það sé breytilegt eftir svæðum í Evrópu (2).

Neyslan í dag er mikil í sögulegu samhengi (1). Neytendur kannabis eru fyrst og fremst ungt fólk, en það er einmitt aldurshópurinn sem er viðkvæmastur fyrir skaðlegum áhrifum kannabisneyslu. Unglingar eru sérstaklega viðkvæmur hópur. Ef ársskýrslur Eftirlitsstofnunar Evrópu með lyfjum og lyfjafíkn (EMCDDA = European Monitoring Centre for Drugs and Addiction) eru skoðaðar (2) sést að hæsta hlutfall þeirra sem neyta kannabis er í aldurshópnum 15-24 ára. Tölur frá 2012 sýna að um 24% Evrópubúa á aldrinum 15-64 ára höfðu einhvern tímann um ævina notað kannabis, 7% höfðu notað kannabis einhvern tímann á síðustu 12 mánuðum og 3,6% síðasta mánuðinn. Í aldurshópnum 15-24 höfðu hins vegar tæplega 30% notað kannabis einhvern tímann um ævina, 15,4% síðastliðið ár og 7,8% í síðasta mánuði. Um eitt prósent fullorðinna Evrópubúa neytir kannabis daglega eða nær daglega og meira en 2/3 þeirra er ungt fólk á aldrinum 15-34 ára þar sem þríf af hverjum fjórum eru karlar (2).

Þörf á meðferð vegna kannabisneyslu og kannabisfíknar hefur farið vaxandi í heiminum og innlögnum á sjúkrahús og meðferðarstofnanir vegna neyslu fíkniefnisins hefur fjölgað (1,2,3). Kannabis er algengasta fíkniefnið sem notað er í hópi þeirra sem leita sér aðstoðar í fyrsta sinn vegna vímuefnavanda (2). Meðalaldur þeirra sem leita sér meðferðar vegna kannabisneyslu er 25 ár og eru karlmenn í miklum meirihluta og flestir hófu þeir neysluna á unglingsárunum (2).

Ekki eru til alveg sambærilegar íslenskar tölur. Þeir sem leita sér aðstoðar hér á landi vegna kannabisneyslu eru fyrst og fremst ungt fólk (4). Í könnun frá 2013 var hlutfall þeirra framhaldsskólanema sem höfðu prófað hass einu sinni 5,7%, sem er töluverð lækun úr 22,8% árið 2000. Hins vegar höfðu 22% framhaldsskólanema prófað marjúána einu sinni og sú tala hafði litið breyst frá árunum á undan (5).

## Hvað er kannabis?

Kannabis er unnið úr jurtinni Cannabis Sativa og inni-



heldur svokallaða kannabínóíða sem í eru um 70 mismunandi efni sem eru einstök fyrir þessa jurt en einnig um 400 önnur efni (6).

Það er fyrst og fremst einn kannabínóíði, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) sem veldur geðvirkum áhrifum kannabis, það er að segja vímunni. Kannabis er yfirleitt reykt, vafið í jónu eða í vatnspípu, því það veldur kröftugari áhrifum. THC berst þá hratt frá lungum út í blóðrásina og flyst til heilans þar sem verkun þess kemur samstundis fram (6). Fyrir utan vímu getur THC einnig orsakað kvíða og hefur geðrofsframkallandi áhrif.

Magn THC í kannabisafurðinni ræður styrkleika hennar, en magnið getur verið mjög breytilegt og ræðst m.a. af því hvaða hlutar plöntunnar eru notaðir til neyslu og af vaxtarskilyrðum.

Marjúána (eða gras) er unnið úr laufum og blómum kannabisjurtarinnar og er veikasta form fíkniefnisins en hass er unnið úr jurtakvoðunni og er sterkara efni. Ræktun og framleiðsla á marjúána er útbreidd um allan heim og stór hluti af því marjúána sem neytt er í Evrópu er framleitt á staðnum. Hassframleiðsla er meira bundin við Norður- Afríku, Miðausturlönd og Suð-Vestur Asíu. Neysla á marjúána hefur aukist mikið á kostnað hassneyslu (1).

Magn THC í marjúána og hassi hefur farið vaxandi á síðustu áratugum. Það er margfalt meira í dag en fyrir 30 árum (1, 2, 7). Þetta skiptir máli þegar verið er að skoða niðurstöður langtímarannsókna á áhrifum kannabisnotkunar og gæti að hluta skýrt vaxandi þörf á meðferðarúrræðum fyrir neytendur efnisins.

Vert er að nefna annan kannabínóíða, CBD (cannabidiol), sem veldur ekki vímuáhrifum en virðist vinna gegn geðvirkum áhrifum THC og getur jafnvel dregið úr geðrofi og kvíða.

Þeim mun minna CBD sem er í kannabisafurð þeim mun sterkari vímuþjafi er efnið. Ef magn CBD í kannabisafurðum í dag er minna en áður, eins og margt bendir til (7), og styrkur THC meiri, gæti það aukið enn frekar hættuna á skaðlegum áhrifum reglulegrar kannabisneyslu hjá ungu fólki.

## Hversu skaðleg eru kannabisefni?

Það er hafið yfir vafa að það er hætta á ávanabindingu hjá þeim sem reykja kannabisefni. Um 9% þeirra sem prófa marjúána verða háðir því og hætta á ávanabind-

ingu er meiri hjá yngra fólki, eða 17% (8, 9). Þegar fólk hættir að nota efnið upplifir það óþægileg fráhrarfseinkenni eins og svefntruflanir, depurð, kvíða, þirring og mikla fíkn í efnið, þannig að erfitt er að hætta.

Á síðustu árum hafa fleiri og fleiri rannsóknir verið birtar sem skoða áhrif kannabisefna á neytendur. Það eru til svokölluð faraldsfræðileg gögn sem skoða hvernig þeim vegnar sem nota kannabis í samburði við þá sem ekki nota það, en undanfarið hafa einnig komið fram tilraunagögn sem sýna breytingar á mikilvægum svæðum í heilanum hjá notendum efnanna.

Taugakerfi barna og unglunga er stöðugt að þroskast og er því viðkvæmara en taugakerfi fullorðinna fyrir áhrifum efna eins og kannabis. Rannsóknir hafa meðal annars sýnt að fullorðnir sem reyktu kannabis á unglingsárum hafa færri tengingar milli taugafruma á ákveðnum svæðum heilans, en þeir sem ekki reyktu á unglingsárum (10). Þetta er meðal annars á svæði í drekanum (hippocampus) sem er mikilvægt fyrir minni og lærdóm og á svæði í framheilanum sem er mikilvægt fyrir svokallaða stýrifærni, eða það að læra af reynslunni og skipuleggja sig. Í rannsóknum sem nýta myndgreiningu er einmitt minni virkni á þessum svæðum hjá þeim sem hafa notað kannabisefni (11). Áhrif kannabisreykinga á taugaleiðni í heilanum eru mest hjá þeim sem byrja á unglingsárum og skýrir ef til vill það að sýnt hefur verið fram á að greindarvísitala lækkar hjá þeim sem byrja að reykja kannabis fyrir 18 ára aldur (12). Þetta hefur í för með sér verri árangur í námi og aukna hættu á að ungt fólk hætti í skóla. Sjálf notkun efnisins hefur bein áhrif á vitræna getu, bæði meðan á notkun stendur og dagana á eftir. Þannig hefur notkunin bein áhrif á frammistöðu í vinnu, námi og á öðrum sviðum þar sem mikilvægt er að fólk haldi athygli sinni. Það á t.d. við um akstur. Bæði notkun til styttri og lengri tíma hefur veruleg áhrif á aksturshæfni og í flokki ólöglegra fíkniefna er maríjúana oftast tengt vanhæfni til aksturs og umferðaslysum (13).

Það hefur verið sýnt fram á tengsl kannabisreykinga við geðraskanir eins og þunglyndi og kvíða, þótt enn sé ekki ljóst hvort efnið sé bein orsök, eða hluti hennar (14). Það hafa hins vegar um árabíl verið miklar áhyggjur af tengslum kannabisnotkunar við geðrof og geðrofssjúkdóma, en vísbendingar hafa verið um slík tengsl. Síðustu 30 árin hafa birst niðurstöður úr mörgum rannsóknum sem hafa skoðað þessi tengsl. Ein sú áhugaverðasta er frá árinu 1987, en í henni voru könnuð tengsl kannabisreykinga við geðrof hjá sænskum hermönnum (15). Rannsóknin sýndi að endurtekin neysla kannabisefna eykur hættu á geðrofi hjá ungum karlmönnum og hættu á að þeir fái geðklofa í kjölfarið. Nýlega birtist í Læknablaðinu ítarleg samantekt á rannsóknum sem hafa skoðað þessi tengsl (16). Þegar niðurstöður svokallaðra ferlirannsókna eru skoðaðar og bornar saman, styðja þær að notkun kannabis sé sjálfstæður áhættuþáttur fyrir geðrof og þróun geðklofa. Í mörgum af rannsóknunum kom fram skammtaháð samband, sem sýndi að áhætta á geðrofi eykst við aukna tíðni kannabisneyslu og er mest hjá þeim sem hafa verið í daglegri neyslu. Niðurstöður rannsókna sýna einnig að áhættan er mun

meiri ef neyslan hefst á unglingsárum.

Kannabisneysla hefur líka áhrif á gang geðrofssjúkdóma og horfur. Neyslan er stórt vandamál hjá ungu fólki með byrjandi geðrofssjúkdóm eins og geðklofa og er neyslutíðnin afar há, eða um 50%, í þeim hópi (17). Horfur þeirra sem eru með byrjandi geðrofssjúkdóm og nota kannabisefni reglulega eru verri og meðferðarheldnin er lakari en hjá þeim sem ekki nota kannabis. Það kemur reyndar fram í rannsóknum að hjá ungu fólki með geðrof sé regluleg kannabisnotkun einn sterkasti áhættuþátturinn fyrir lélegri meðferðarheldni og því að unga fólkið detti út úr meðferðarþrógrömmum, nokkuð sem er stór áhættuþáttur fyrir því að veikjast aftur (18, 19).

Það sem stendur eftir þegar skaðleg áhrif kannabisefna eru skoðuð eru áhrifin á ungt fólk, sem eru því meiri því fyrr sem neyslan byrjar og því meiri sem neyslan er. Í allri umræðunni í dag um kannabisefni er mikilvægt að við séum öll upplýst um þessi áhrif fíkniefnisins og þá hættu sem neysla á efninu getur haft í för með sér.

## Heimildir:

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2014.
2. EMCDDA. European Drug Report frá 2012-2014 <http://www.emcdda.europa.eu/>
3. Compton et al. Prevalence of Marijuana Use Disorders in the United States 1991-1992 and 2001-2002. *JAMA* 2004; 291:2114-2121
4. Ársrit SÁÁ 2007-2010
5. Rannsókn á vímuefnanotkun framhaldsskólanema á Íslandi 2013. Rannsóknir & greining 2013, Háskólinn í Reykjavík.
6. Cannabis. A Short Review. United Nations Office on Drugs and Crime. Apríl 2012 ([http://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/cannabis\\_review.pdf](http://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/cannabis_review.pdf))
7. Potter JD, Clark P, Brown MB. Potency of delta-9-THC and other Cannabinoids in Cannabis in England in 2005: Implications for Psychoactivity and Pharmacology. *J Forensic Sci* 2008 ;53:90-94.
8. Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, Alcohol, cannabis and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend* 2011;115:120-30.
9. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet* 2009;374:1383-91.
10. Filbey F, Yezhuvath U. Functional connectivity in inhibitory control networks and severity of cannabis use disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2013;39:382-91.
11. Batalla A, BHattacharyyaS, Yucel M, et al. Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. *PLoS One*. 2013;8(2):e55821.
12. Meier MH, Caspi A, Amber A, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012;109(40):E2657-E2664.
13. Lenné MG, Dietze PM, Triggs TJ, et al. The effects of cannabis and alcohol on simulated arterial driving: influences of driving experience and task demand. *Accid Anal Prev* 2010;42:859-66.
14. Patton GC, Coffey C, Carlin JB et al. Cannabis use and mental Health in young people: cohort study. *BJM* 2002;325:1195-8.

15. Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, et al. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987;2:1483-6.
16. Arnar Jan Jónsson, Hera Birgisdóttir, Engilbert Sigurðsson. Eykur notkun kannabis hættu á geðrofi og þróun geðklofa? *Læknablaðið* 2014;9:443-51.
17. Barnett JH, Werners U, Secher SM, et al. Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 2007;190:515-20
18. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106:286-90.
19. Miller R, Ream G, McCormack J, et al. A prospective study of cannabis use as a risk factor for non-adherence and treatment dropout in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res*. 2009;113:138-44.

**Nanna Briem** er geðlæknir og er nú yfirlæknir á endurhæfingardeild Geðsviðs, Laugarási.

**Halldóra Jónsdóttir** er geðlæknir og starfar nú sem yfirlæknir bráða-geðgjörgæsludeildar Geðsviðs á Hringbraut.



# Fréttir af starfi stjórnar

Aðalfundur Geðverndarfélagss Íslands 2014 var haldinn 12. apríl sl. Dagskrá fundarins var hefðbundin samkvæmt lögum félagsins, Gunnlaug Thorlacius var kjörin formaður og aðrir í stjórn voru kosin Eydís K Sveinbjarnardóttir, Kristín Gyða Jónsdóttir, Margrét Jónsdóttir, Páll Biering, Sigurður Páll Pálsson og Víðir Arnar Kristjánsson. Á fyrsta stjórnarfundum 15. maí skipti stjórnin með sér verkum. Varaformaður: var kosin Kristín Gyða Jónsdóttir, Margrét Jónsdóttir ritari, Páll Biering var kosinn bréfitari, Arnar Víðir Kristjánsson gjaldkeri og meðstjórnendur þau Eydís K Sveinbjarnardóttir og Sigurður Páll Pálsson sem var einnig kosinn ritstjóri tímaritsins Geðverndar.

Gunnlaug Thorlacius, formaður, gerði grein fyrir verkefnum framundan og sagði m.a:

„Frá því að Eydís Sveinbjarnardóttir tók til starfa sem formaður Geðverndarfélagssins árið 2010 hafa áherslur í starfsemi félagsins verið í stöðugri þróun. Félagið rak



*Gunnlaug Thorlacius var kjörin formaður á aðalfundinum*

fram að því metnaðarfulla stefnu í búsetumálum geðfatlaðra og átti húseignir sem hafa flestar verið seldar en áhersla félagsins hefur nú í auknum mæli verið á forvarnir með sérstakri áerslu á þarfir barna. Gí hefur verið fulltrúi Íslands í norrænu samstarfi um þróun og rann-



*Gunnlaug Thorlacius og Anna Rós Jóhannesdóttir taka við styrk úr Minningarsjóði Ólafíu Jónsdóttur. Frá vinstri: Kristín Gyða Jónsdóttir varaformaður Geðverndarfélagssins, Gunnlaug, Anna Rósa og Sigrún Júlíusdóttir formaður stjórnar minningarsjóðsins.*



sóknir á fræðslu, upplýsingum og stuðningi til barna sem eiga foreldra með langvinn geðræn veikindi og verður þeim áherslum haldið á lofti áfram.“

Síðar sagði Gunnlaug:

„Áherslur stjórnar GÍ fyrir komandi ár eru: Í fyrsta lagi að viðhalda hefðbundnum verkefnum í starfsemi félagsins og nefnd hafa verið hér að framan og í skýrslu stjórnar.

Í öðru lagi þarf að halda áfram að stuðla að forvörnum fyrir börn sem eiga foreldra með geðsjúkdóma.

Í þriðja lagi er nauðsynlegt að félagið leggi sitt af mörkum varðandi búsetumál geðfatlaðra en þau virðast vera komin í hnút og framboð á sértækum búsetuúrræðum er takmarkað. Geðverndarfeagið mun leggja sitt af mörkum hvað það varðar á komandi starfsári.

Fyrir liggur að halda áfram að endurskoða starfsemi áfangameilisins í Álfalandi en félagið hefur lagt áherslu á að sá rekstur verði í höndum sveitarfélaganna og þegar hefur verið fundað með Velferðarsviði Reykjavíkur um aðkomu Borgarinnar að starfseminni.

Að lokum er mikilvægt að hefja samtál um skýra lög-gjöf þar sem réttur barna sem eiga foreldra sem glíma við alvarlega sjúkdóma er tryggður. Í nágrannalöndunum eru dæmi um að sett hafi verið í lög ákvæði um rétt barna til upplýsinga um veikindi foreldranna auk þess sem þeim er tryggð viðeigandi meðferð sem miðar að því að draga úr áhrifum veikinda foreldranna á andlega líðan þeirra.

Áfram verður lagður metnaður í útgáfu Tímaritsins Geðvernd og styrkjum úthlutað úr minningarsjóðum



Tytti Solantaus geðlæknir frá Finnlandi flutti fyrirlestur á aðalfundinum.

félagsins samkvæmt stofnskrá þeirra og þeir auglýstir í tímaritinu. Áhersla verður sem áður á að ávöxtun sjóðanna sé sem best.“

Á aðalfundinum voru veittir styrkir úr minningarsjóði Ólafíu Jónsdóttur. Dr. Sigrún Júlíusdóttir, formaður stjórnar minningarsjóðsins greindi frá niðurstöðum stjórnarinnar og afhenti styrkina. Annan styrkinn hlutu Gunnlaug Thorlacius og Anna Rós Jóhannesdóttir til að rannsaka árangur FMB teymis á göngudeild Geðsviðs LSH. Hinn styrkinn hlaut Sigrún Harðardóttir félagsráðgjafi og doktorsnemi til að kanna samspil sálfélagslegrar líðanar nemenda við upphaf náms í framhaldsskóla og



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



Sigrún Harðardóttir hlaut styrk úr Minningarsjóði Ólafu Jónsdóttur, Herdís Hjörleifsdóttir tók við styrknum fyrir hennar hönd.

námsframvindu. Greint er frá báðum þessum rannsóknaverkefnum í þessu tölublaði Geðverndar.

Sérstakur gestur aðalfundarins var Tytti Solantaus, barna- og unglingageðlæknir frá Finnlandi sem flutti fyrirlestur á fundinum. Tytti er einn af færustu sérfræðingum heims í fjölskyldumeðferð og eitt af því sem

hún sagði frá í fyrirlestrinum er rannsókn sem hún hefur hafið í Finnlandi á aðstæðum fanga og fjölskyldna þeirra. Verður áhugavert að fylgjast með niðurstöðum þeirrar rannsóknar.



Sigrún júlíusdóttir, formaður stjórnar minningarsjóðs Ólafu Jónsdóttur



Eydís Kr. Sveinbjarnardóttir, fráfarandi formaður, flytur skýrslu stjórnar



## PÖKKUM EFTIRTÖLDUM AÐILUM VEITAN STUÐNING:

### Reykjavík

A. Margeirsson ehf, Flúðaseli 48  
 Aðalvík ehf, Ármúla 15  
 Afítækni ehf, Barónsstíg 5  
 Arev verðbréfafyrirtæki hf, Bankastræti 5  
 Arkitektar Hjördis & Dennis ehf, Klappartíg 27  
 Arkís arkitektar ehf, Katrínartúni 2  
 Arkþing ehf, Bolholti 8  
 ASK Arkitektar ehf, Geirsgötu 9  
 Athygli ehf, Suðurlandsbraut 30  
 Á.T.V.R., Stuðlahálsi 2  
 Árni Reynisson ehf, Skippholti 50d  
 Ásbrygi, fasteignasala, Suðurlandsbraut 54  
 B. Ingvarsson ehf, Bildshöfða 18  
 Barnatannlæknastofan ehf, Faxafeni 11  
 Betra púst ehf, Skógarhlíð 10  
 Bílalíf ehf, Bílasala, Kletthálsi 2  
 Bílasmiðurinn hf, Bildshöfða 16  
 Bílaumboðið Askja ehf, Krókhálsi 11  
 Björnsbakari ehf, Klappartíg 3 við Skúlagötu  
 Blaðmannafélag Íslands, Síðumúla 23  
 Blómasmiðjan ehf, Efstalandi 26  
 Borgarþýlsur, Skeifunni 5  
 Bókhalðsþjónusta Júlíönu ehf, Hávallagötu 40  
 Bókhalðsþjónustan Vík, Síðumúla 12  
 Bólstrarinn ehf, Langholtsvegi 82  
 Brauðhúsið ehf, Efstalandi 26  
 Brekkuborg sf, Krókavaði 6  
 Brim hf, Bræðraborgartíg 16  
 BSRB, Grettisgötu 89  
 Búálfurinn, Lóuhólum 2-6  
 Dalia, blómaverslun, Glæsbæ, Álfeimur 74  
 Dokkan - Þekkingar- og Tengslanet, Ármúla 8  
 Dómkirkjan í Reykjavík  
 E.T. hf, Klettagörðum 11  
 Efling stéttarfélag, Sættúni 1  
 Eignamiðlunin ehf, Síðumúla 21  
 Ernst & Young ehf, Borgartúni 30  
 Esja, Gæðafæði ehf, Bitruhálsi 2  
 Faris ehf, Gylfaflöt 3  
 Fasteignasalan Húsið, Suðurlandsbraut 50  
 Felgur smiðja ehf, Axarhöfða 16  
 Ferskar kjötvörur hf, Síðumúla 34  
 Fiskafurðir-umboðssala ehf, Fiskislóð 5-9  
 Fiskmarkaðurinn ehf, Aðalstræti 12  
 Fínka ehf, málningarverktakar, Norðurási 6  
 Fjölbrautaskólinn við Ármúla, Ármúla 12  
 Garðs Apótek ehf, Sogavegi 108  
 Gáski sjúkrahjálfun ehf, Þönglabakka 1 Mjódd  
 Geiri ehf, umboðs- og heildverslun, Bildshöfða 16  
 Gjögur hf, Kringlunni 7  
 Grensáskirkja, Háaleitisbraut 66  
 Grettir Guesthouse ehf, Laugavegi 28a  
 GT-bílar ehf, Kletthálsi 2  
 Guðmundur Arason ehf, smiðjarn, Skútuvogi 4  
 Guðmundur Jónasson ehf, Borgartúni 34  
 Gull og silfur ehf, Laugavegi 52  
 Gullsmiður Eyjólfur Küld, Hjallavegi 25  
 Gullsmiðurinn í Mjódd, Álfabakka 14b  
 Hagi ehf-Hilti, Stórhöfða 37  
 Halldór Jónsson ehf, Skútuvogi 11  
 Hamborgarabúlla Tómasar - Við erum öll jöfn, Bildshöfða 18  
 Harðviðarval ehf, Krókhálsi 4  
 Hársnyrtistofa Dóra, Langholtsvegi 128  
 Herrafataverslun Birgís ehf, Fákafeni 11  
 Hið íslenska bókmenntafélag, Skeifunni 3b  
 Hjá Dúdda, Engjateigi 17  
 Hjá Hrafnhildi, Engjavegi 5  
 Hótel Leifur Eiríksson ehf, Skólavörðustíg 45  
 Hótel Örkin, sjómannahemili, Brautarholti 29  
 Hreysti ehf, Skeifunni 19  
 Hvítlist hf, Krókhálsi 3  
 Höfði fasteignasala, Suðurlandsbraut 52  
 IBH ehf, Bildshöfða 18, bakhús

Iðnó ehf, Vonarstræti 3  
 Intellecta ehf, Síðumúla 5  
 Í réttum ramma ehf, Skútuvogi 12f  
 Íslensk endurskoðun ehf, Bogahlíð 4  
 Íslenskir fjallaleiðsögum ehf, Stórhöfða 33  
 Ísmar ehf, Síðumúla 28  
 Ísold ehf, Nethyl 3  
 JP Lögmenn ehf, Katrínartúni 2, Höfðatorgi  
 K. Pétursson ehf, Kristnibraut 29  
 Katla matvælaíðja ehf, Kletthálsi 3  
 Kjöhöllin ehf, Skippholti 70 og Háaleitisbraut  
 KOM almennatengsl, Katrínartúni 2  
 Kortapjónustan hf, Skippholti 50b  
 Kristján Þ. Haraldsson, Jakaseli 19  
 Kvika ehf, Bjargartíg 15  
 Kvikk þjónustan ehf, Vagnhöfða 5  
 Lambakjot.is, Bændahöllinni Hagatorgi 1  
 Landssamtök lífeyrissjóða, Sættúni 1  
 Litir og fönður, Skólavörðustíg 12 & Smiðjuvegi 5  
 Litla jólabúðin, Laugavegi 8  
 Loftstokkahreinsun.is, s: 893 3397, Garðhúsum 6  
 Löndun ehf, Kjalarvogi 21  
 Matthías ehf, Vesturfold 40  
 Mennta- og menningarmálaráðuneytið, Sólhólsgötu 4  
 Menntaskólinn við Hamrahlíð, Hamrahlíð 10  
 Merkismenn ehf, Ármúla 36  
 Nexus afþreying ehf, Nóatúni 17  
 Nýi ökuskið ehf, Klettagörðum 11  
 Oddgeir Gylfason, tannlæknir og læknir, Vinlandsleið 16  
 Orkuvirki ehf, Tunguhálsi 3  
 Ormsson, Lág múla 8  
 P&S Vatnsvirkjar ehf, Álfeimur 50  
 Parlogis hf - Lyfjadreifing ehf, Krókhálsi 14  
 Pixel ehf, Ármúla 1  
 Poulsen ehf, Skeifunni 2  
 Prentsmiðjan Oddi hf, Höfðabakka 7  
 Rafey ehf, Hamrahlíð 33a  
 Rafha ehf, Suðurlandsbraut 16  
 Rafkaup hf, Ármúla 24  
 Rafsvið sf, Viðarhöfða 6  
 Rafver hf, Skeifunni 3e  
 Rarik ohf, Dvergshöfða 2  
 Ráðgjafar ehf, Garðastræti 36  
 Reykjavíkurborg, Ráðhúsinu  
 Rue de Net Reykjavík ehf, www.ruedenet.is,  
 Vesturgötu 2a  
 Samtök starfsmanna fjármálfyrirtækja-SSF, Nethyl 2e  
 SFR stéttarfélag í almannaþjónustu, Grettisgötu 89  
 Sínus ehf, Grandagarði 1a  
 Sjónarlind, bókabúð, Bergstaðastræti 7  
 Sjónlag hf, Álfeimur 74  
 Skorri ehf, Bildshöfða 12  
 Sónn ehf, Faxafeni 12  
 Stilling ehf, Kletthálsi 5  
 Stjörnuegg hf, Vallá Kjálarnesi  
 Storkurinn ehf, Laugavegi 59  
 Sundagarðar ehf, Sundagörðum 10  
 Suzuki bílar hf, Skeifunni 17  
 Svanur Ingimundarson málarí, Fiskavísl 13  
 Sveinsbakari, Arnarbakka 4-6  
 SVP-Samtök verslunar og þjónustu, Borgartúni 35  
 Söngskólinn í Reykjavík, Snorrabraut 54  
 Tálnakönnun hf, Borgartúni 23  
 Tannréttingar sf, Snorrabraut 29  
 Teiknistofa Ingimundar Sveinssonar, Ingólfsstræti 3  
 Teiknistofan Arkitektar, Brautarholti 6  
 Trip ehf, Laugavegi 54  
 Útfararstofa Íslands ehf, Suðurhlíð 35  
 Útfararþjónusta Rúnars Geirmundssonar, Fjarðarási 2  
 VA arkitektar ehf, Borgartúni 6  
 Vegahandbókin ehf, Sundaborg 9  
 Veiðipjónustan Strengir, Smáramima 30  
 Verksýn ehf, Síðumúla 1  
 Verslunarskóli Íslands, Ofanleiti 1  
 Verslunartækni ehf, Draghálsi 4

Verslunin Brynja ehf, Laugavegi 29  
 Verslunin Kvosin, Aðalstræti 6-8  
 Verslunin Rangá, Skipasundi 56  
 Vélvík ehf, Höfðabakka 1  
 Vínekran, Skútuvogi 3  
 VSÓ Ráðgjöf ehf, Borgartúni 20  
 Yndisauki ehf, Vatnagörðum 6  
 Þín verslun ehf  
 Ögurvík hf, Tysgötu 1  
 Ökukennarafélag Íslands, Þarabakka 3  
**Kópavogur**  
 Aalborg Portland Íslandi hf, Bæjarlind 4  
 Allianz á Íslandi hf, Digranesvegi 1  
 Arnardalur sf, Þinghólsbraut 58  
 Axis-húsgögn ehf, Smiðjuvegi 9  
 Á. Guðmundsson ehf, Bæjarlind 8-10  
 Ásborg slf, Smiðjuvegi 11  
 Bára Sigurgeirsdóttir, Klappakór 6  
 Bifreiðaverkstæðið Stimpill ehf, Akralind 9  
 Bílamálunin Varmi ehf, Auðbrekku 14  
 Bílstál ehf, Askalind 3  
 BSA varahlutir ehf, Smiðjuvegi 4  
 Fjárstoð ehf, Smáratorgi 3  
 Hefilverk ehf, Jörfalind 20  
 Húsfélagþjónustan ehf, Auðbrekku 16  
 Iðnaðarlausnir ehf, Skemmuvegi 6  
 Ísfix ehf, Smiðjuvegi 6, græn gata  
 Íslenskt sjávarfang ehf, Bakkabraut 2  
 Kambur ehf, Geirlandi v/Suðurlandsveg  
 Kópavogsbær  
 Libra ehf, Bæjarlind 2  
 Loft og raftæki ehf, Hjallabrekku 1  
 Logey ehf, Vesturvör 7  
 Lyfja hf, Hlíðasmára 1  
 Lögmansstofa Guðmundar Þórðarsonar og  
 fasteignasala Kópavogs, Hamraborg 14a  
 Mannrækt og menntun ehf, Grundarsmára 5  
 Pottagaldrar ehf, Laufbrekku 18  
 Rafbreidd ehf, heimilistækjavíðgerðir, Akralind 6  
 Rafholt ehf, Smiðjuvegi 8  
 Rafmiðlun hf, Ögurvarfi 8  
 Ráðgarður, skiparáðgjöf ehf, Hamraborg 1  
 Ræsting BT ehf, Skjólbraut 2  
 Samval ehf, Roðsölum 14  
 Slökkvitækjapjónustan ehf, Bakkabraut 16  
 Viðskiptaþjónusta ÁGG ehf, Dalvegi 16d  
 Ýmus ehf, heildverslun, Dalbrekku 28  
**Garðabær**  
 AH Pipulagnir ehf, Suðurhrauni 12c  
 Fagval ehf, Smiðsbúð 4  
 Garðabær, Garðatorgi 7  
 Geislataekni ehf-Laser-þjónustan, Suðurhrauni 12c  
 GJ bílahús, Suðurhrauni 3  
 Hurðaborg ehf, Sunnuflið 45  
 K.C. Málun ehf, Löngulínu 2  
 Marás ehf, Miðhrauni 13  
 S.S. Gólf ehf, Miðhrauni 22b  
 Versus bílaréttingar og málun, Suðurhrauni 2  
 Vörumerking ehf, Suðurhrauni 4a  
 Wurth á Íslandi ehf, Vesturhrauni 5  
 Öryggisgirðingar ehf, Suðurhrauni 2  
**Hafnarfjörður**  
 Bor ehf, Arnarhrauni 41  
 Dverghamar ehf, Lækjarbergi 46  
 Eiríkur og Einar Valur ehf, Norðurbakka 17b  
 EÓ-Tréverk sf, Háaberg 23  
 Ferskfiskur ehf, Bæjarhrauni 8  
 Flensborgarskólinn, Hringbraut 10  
 Flúrlampar ehf, Kaplahrauni 20  
 Hagtak hf, Fjarðargötu 13-15  
 H-Berg ehf, Grandatröð 2  
 Hlaðbær-Colas hf, malbikunarstöð, Gullhelli 1  
 Hópbílar hf, Melabraut 18  
 Hvalur hf, Reykjavíkurvegi 48  
 Ican-Beykireykt þorsklifur ehf, Fornubúðum 5

Ísrör ehf, Hringhellu 12  
 Milli hrauna.is, heimilismatur, Hólshrauni 2  
 Netorka hf, Bæjarhrauni 14  
 Opal Sjávarfang ehf, Grandatröð 4  
 Rafgeymasalan ehf, Dalshrauni 17  
 Rafrún ehf, Gjótuhrauni 8  
 Síld og Fiskur ehf, Dalshrauni 9b  
 Spennubreytar, Trönuhrauni 5  
 Tannlæknastofa Harðar V Sigmarrsonar sf, Reykjavíkurvegi 60  
 Umbúðamiðlun ehf, Fornubúðum 3  
 Verkalýðsfélagið Hlíf, Reykjavíkurvegi 64  
 Verslunin Andrea, Strandgötu 19  
 Vélsmiðja Guðmundar ehf, Íshellu 10  
 Víðir og Alda ehf, Reykjavíkurvegi 52a  
 VSB verkfræðistofa ehf, Bæjarhrauni 20

**Álftanes**  
 Eldvarnarþjónustan ehf, Sjavargötu 13

**Reykjanesbær**  
 DMM Lausnir ehf, Hafnargötu 91  
 Efnalaugin Vík ehf, Iðavöllum 11b  
 Ferðaþjónusta Reykjaness ehf, Vesturbraut 12  
 Fjölbautaskóli Suðurnesja, Sunnubraut 36  
 Klettasteinn ehf, Iðavöllum 5b  
 Nesraf ehf, Grófinni 18a  
 Plastgerð Suðurnesja ehf, Framnesvegi 21  
 Reiknistofa fiskmarkaða hf, Iðavöllum 7  
 Reykjanesbær, Tjarnargötu 12  
 Rörvirki sf, Óðinsvöllum 11  
 Skipting ehf, Grófinni 19  
 Skólamatúr ehf, Iðavöllum 1  
 Smur- og hjólbarðþjónustan ehf, Framnesvegi 23  
 Snryrtistofan Dana ehf, Hafnargötu 41  
 Suðurflug ehf, Keflavíkurlflugvelli  
 Toyota Reykjanesbæ  
 TSA ehf, Brekkustíg 38  
 Útfararþjónusta Suðurnesja, Vesturbraut 8  
 Verkalýðs- og sjómannafélag Keflavíkur og nágrennis, Krossmóa 4a  
 Verslunarmannafélag Suðurnesja, Vatnsnesvegi 14  
 Vísir, félag skipstjórnarmanna á Suðurnesjum, Hafnargötu 90

**Grindavík**  
 EVH verktakar ehf, Tangasundi 1  
 Marver ehf, Stafholti  
 Veitingastofan Vör ehf, Hafnargötu 9  
 Vísir hf, Hafnargötu 16  
 Þorbjörn hf, Hafnargötu 12

**Sandgerði**  
 Fúsi ehf, Strandgötu 20  
 Skinnfiskur ehf, Hafnargötu 4a

**Garður**  
 Aukin Ökuréttindi ehf, Ósbraut 5  
 Völundarhús ehf, Melbraut 14

**Mosfellsbær**  
 Hús-inn ehf, Hrafnshöfða 25  
 Múr og meira ehf, Brekkutanga 38  
 Vélsmiðjan Orri ehf, Flugumyri 10

**Akranes**  
 Fjölbautaskóli Vesturlands, Vogabraut 5  
 JG tannlæknastofa sf, Kirkjubraut 28  
 Runólfur Hallfreðsson ehf, Álmskógum 1  
 Sjúkraþjálfun Georgs Janussonar, Kirkjubraut 28  
 Straumnes ehf, rafverktakar, Krókatúni 22-24

**Borgarnes**  
 Eðalfiskur ehf, Sólbakka 6  
 Ensku húsinn, gisting, Litlu Brekku  
 Eyja- og Miklaholtshreppur  
 Nes ferðaþjónusta, www.nesreykholt.is, Nesi, Reykholtssdal  
 Sæmundur Sigmundsson ehf, Brákarbraut 20  
 Trésmiðja Pálma, Háslum Skorradal

**Ólafsvík**  
 Steinunn ehf, Bankastræti 3

**Hellissandur**  
 Skarðsvík ehf, Munaðarhóli 1

**Ísafjörður**  
 H.V. umboðsverlun ehf-Heklu söluumboð, Suðurgötu 9  
 Hafnarbúðin, Hafnarhúsinu  
 Hamraborg ehf, Hafnarstræti 7  
 Vestfirskir verktakar ehf, Skeiði 3

Pristur - Ormsson, Hafnarstræti 8

**Bolungarvík**  
 Endurskoðun Vestfjarða ehf, Aðalstræti 19  
 Glaður ehf, Traðarstíg 1  
 Sigurgeir G. Jóhannsson ehf, Hafnargötu 17  
 Valdimar L. Gíslason sf, Aðalstræti 20

**Súðavík**  
 Súðavíkurhreppur, Grundarstræti 3

**Flateyri**  
 Gisting og kajakaleiga Grænhöfða, Ólafstúni 7

**Patreksfjörður**  
 Vesturbýggð

**Tálknafjörður**  
 T.V. Verk ehf, Strandgötu 37

**Hólmavík**  
 Grundarás ehf, Lækjartúni 13  
 Strandabyggð, Höfðagötu 3

**Árneshreppur**  
 Hótel Djúpvík ehf, Árneshreppi

**Hvammstangi**  
 Húnaþing vestra, Hvammstangabraut 5  
 Veiðifélag Arnarvatnsheiðar og Tvídægru, Staðarbakka 1

**Skagaströnd**  
 Sveitarfélagið Skagaströnd, Túnbraut 1-3  
 Trésmiðja Helga Gunnarssonar ehf, Mánabraut 2

**Sauðárkrúkur**  
 Fjölbautaskóli Norðurlands vestra, Bóknámshúsinu  
 Kaupfélag Skagfirðinga, Ártorgi 1  
 Skinnastöðin hf, Syðri-Ingvaldarstöðum  
 Vörumiðlun ehf, Eyrarvegi 21

**Varmahlíð**  
 Akrahreppur Skagafirði  
 Ferðaþjónustan Bakkaflöt

**Siglufjörður**  
 Fjallabyggð, Gránugötu 24  
 Málaraverkstæðið ehf, Hverfisgötu 25

**Akureyri**  
 ÁK smíði ehf, Njarðarnesi 4  
 Bakarið við brúna ehf, Dalbraut 1  
 Félag verslunar- og skrifstofufólks á Akureyri og nágrenni, Skipagötu 14  
 Hagvís ehf, heildverslun, Hvammi 1  
 J M J herrafataverslun, Gránufélagsgötu 4  
 Ossi ehf, Frostagötu 4c  
 Raftákn ehf - Verkfræðistofa, Glerárgötu 34  
 Samherji ehf, Glerárgötu 30  
 Sjúkrahúsið á Akureyri, Eyrarlandsvegi  
 Steypustöð Akureyrar ehf, Sjafnarnesi 2-4  
 Vélsmiðjan Ásverk ehf, Grímseyjargötu 3

**Grenivík**  
 Grýttubakkahreppur, Gamla skólahúsinu

**Grímsey**  
 Fiskmarkaður Grímseyjar ehf, Hafnarsvæði

**Dalvík**  
 EB ehf, Gunnarsbraut 6  
 Niels Jónsson ehf, Hauganesi

**Ólafsfjörður**  
 Menntaskólinn á Tröllaskaga, Ægisgötu  
 Sjómannafélag Ólafsfjarðar, Brekkugötu 9

**Húsavík**  
 Fjallasyn Rúnars Óskarssonar ehf, www.fjallasyn.is,  
 Smiðjuteigi 7  
 Framhaldsskólinn á Húsavík, Stóragarði 10  
 Garðræktarfélag Reykhverfinga, Hveravöllum  
 Hóll ehf, vinnuvélar og verktakar, Höfða 11  
 Knarrareyri ehf, Tungötu 6  
 Kvenfélag Reykdæla  
 Skóbúð Húsavíkur ehf, Garðarsbraut 13  
 Trésmiðjan Rein ehf, Rein  
 Vermir sf, Höfða 24a

**Laugar**  
 Norðurpóll ehf, trésmiðja, Laugabrekku

**Mývatn**  
 Jarðböðin við Mývatn, Jarðbæðshólum  
 Vogar, ferðaþjónusta, Vogum

**Kópasker**  
 Eyjafjarðar- og Þingeyjarprófastsdæmi, Skinnastað

**Þórshöfn**  
 Geir ehf, Sunnuegi 3

**Bakkafjörður**  
 Skeggjastaðakirkja

**Vopnafjörður**  
 Bílar og vélar ehf, Hafnarbyggð 14a  
 Kristín Brynjólfsdóttir, Syðri-Vík

**Egilsstaðir**  
 Bílamálun Egilsstöðum ehf, Fagradalsbraut 21-23  
 Menntaskólinn á Egilsstöðum, Tjarnarbraut 25  
 Miðás ehf, Miðási 9  
 Skrifstofuþjónusta Austurlands ehf, Fagradalsbraut 11  
 Ökuskóli Austurlands sf, Lagarfelli 11

**Seyðisfjörður**  
 Jón Hilmar Jónsson - Rafverktaki, Árstíg 11  
 Seyðisfjarðarkaupstaður, Hafnargötu 44

**Reyðarfjörður**  
 Alcoa-Fjarðaál sf, Hrauni 1  
 Launafll ehf, Hrauni 3  
 Þvottabjörn ehf, Búðareyri 25

**Neskaupstaður**  
 Árni Sveinbjörnsson, Hlíðargötu 13  
 Síldarvinnslan hf, Hafnarbraut 6  
 Verkenntaskóli Austurlands, Mýrargötu 10

**Fáskrúðsfjörður**  
 Loðnuvinnslan hf, Skólavegi 59  
 Vöggur ehf, Grímseyri 11

**Breiðdalsvík**  
 Hótel Bláfell, Sólvöllum 14

**Höfn í Hornafirði**  
 Ferðaþjónustan Brunnavöllum  
 Ferðaþjónustan Gerði, Suðursveit  
 Heilbrigðisstofnun Suðausturlands, Víkurbraut 31  
 Króm og hvítt ehf, Álaleiru 7

**Selfoss**  
 Árvirkinn ehf, Eyravegi 32  
 Bisk-verk ehf, Bjarkarbraut 3, Reykholti  
 Bókaútgáfan Björk, Birkivöllum 30  
 Brandugla sf, Þýðingar, Erlurima 8  
 Byggingafélagið Laski ehf, Gagnheiði 9  
 Fjölbautaskóli Suðurlands, Tryggvagötu 25  
 Flóahreppur, Þingborg  
 Fræðslunetið - símenntun á Suðurlandi, Fjörheimum við  
 Bankaveg  
 Gesthús Selfossi, gistihús og tjaldsvæði, Engjavegi 56  
 Hótel Gullfoss, Brattiholti  
 Jeppasmíðjan ehf, Ljónsstöðum  
 Veitingastaðurinn Menam, Eyravegi 8

**Hveragerði**  
 Hamrar ehf, plastiðnaður, Austurmörk 11  
 Raftaug ehf, Borgarheiði 11h

**Þorlákshöfn**  
 Fagus hf, Unubakka 18-20  
 Fiskmark ehf, Hafnarskeiði 21  
 Járnkárlinn ehf, Unubakka 12  
 Þorlákshafnarhöfn

**Ófús**  
 Stokkar og steinar sf, Árbæ 1

**Laugarvatn**  
 Ásvélar ehf, Hrísholti 11

**Flúðir**  
 Ásgerði II ehf, Ásgerði 2  
 Flúðasveppir ehf, Undirheimum

**Hvolsvöllur**  
 Ferðaþjónusta bænda Stóru-Mörk, Stóru-Mörk 3

**Vík**  
 Mýrdælingur ehf, Suðurvíkurvegi 2

**Kirkjubæjarklaustur**  
 Ferðaþjónustan Efri-Vík ehf, Efri-Vík

**Vestmannaeyjar**  
 Áhaldaleigan ehf, Skildingavegi 10-12  
 Bakstur og veisla ehf, Vesturvegi 5  
 Bessi ehf  
 Hótel Vestmannaeyjar, Vestmannabraut 28  
 Nethamar ehf  
 Ós ehf, Illugagötu 44  
 Rannsóknarþjónustan V.M., Strandvegi 50  
 Skipalyftan ehf, Eiðinu