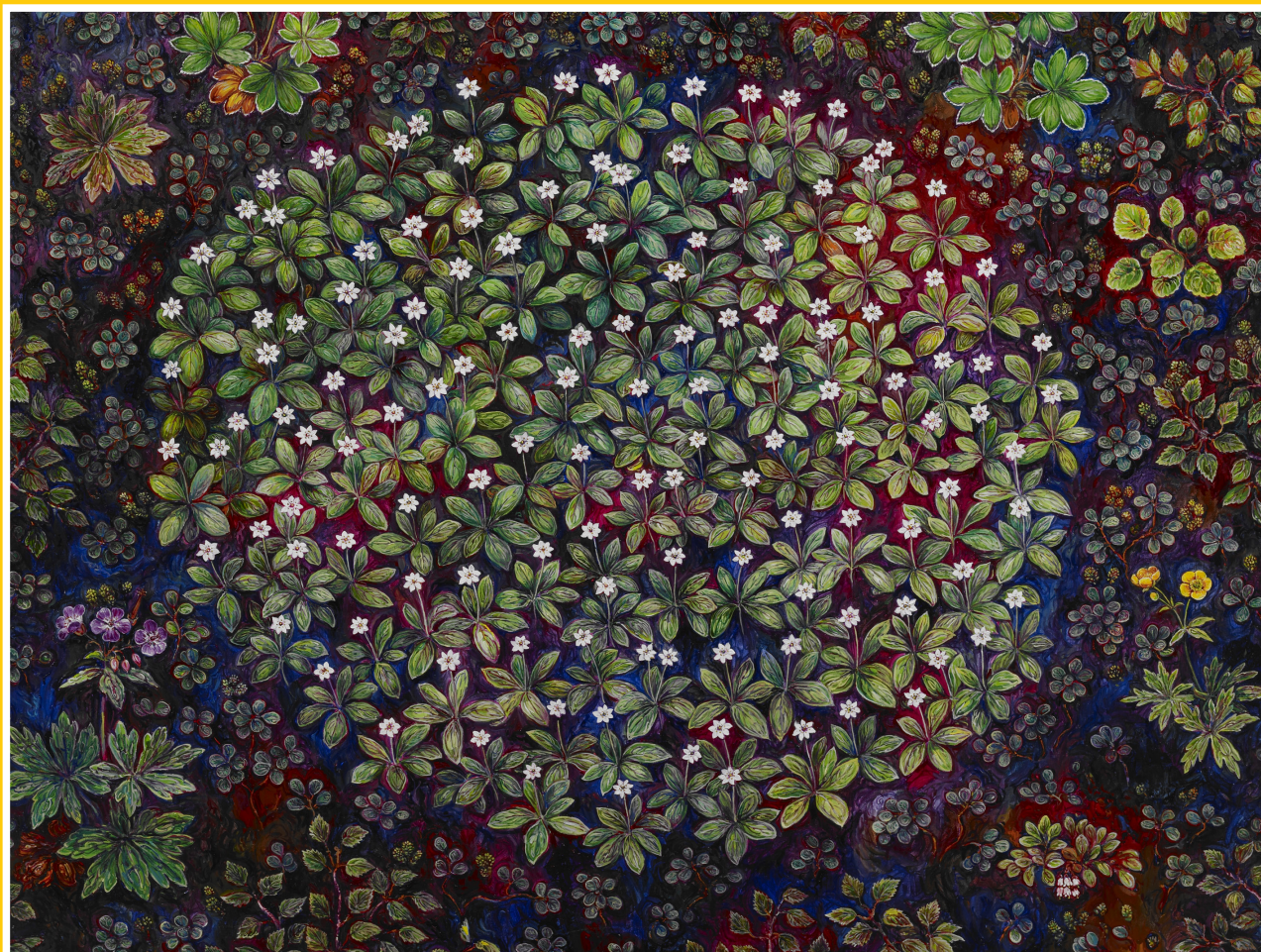


GEÐVERND

RIT GEÐVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

44. ÁRGANGUR - 2015





GEDVERND

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

44. ÁRGANGUR - 2015

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

44. ÁRG. – 2015

RITSTJÓRI: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, ÁBYRGÐARMAÐUR: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON

RITNEFND: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, BRYNJAR EMILSSON, EYDÍS SVEINBJARNARDÓTTIR OG
MARGRÉT ÓFEIGSDÓTTIR

LJÓSMYNDIR: KJARTAN VALGARÐSSON

ÚTGEFANDI: GEDVERNDARFÉLAG ÍSLANDS, UPPLAG: 2.500 EINTÖK,

AÐSETUR: HÁTÚNI 10, 105 REYKJAVÍK, SÍMI: 552 5508. NETFANG: gedvernd@gedvernd.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

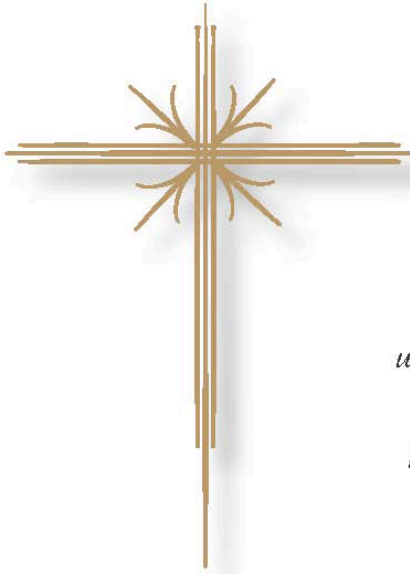
MYND Á FORSIÐU: EGGERT PÉTURSSON

Ýmsar tilkynningar

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

Efnisyfirlit

Frá ritstjóra	Bls. 5
Tanja G. Schiöth Jóhannsdóttir og Tinna Bjarnadóttir Reynsla sjúklinga af nauðungarvistun	Bls. 6
Sigurður Páll Pálsson Nauðungarvistun á Íslandi frá sjónarhóli laga og siðareglna lækna	Bls. 11
Kristín I. Pálsdóttir Fíknivandi kvenna og meðferð við honum	Bls. 16
Valur Bjarnason Starfsendurhæfing fyrir einstaklinga með geðrofssjúkdóma IPS starfsendurhæfing á Ísland	Bls. 24
Bjarni Sigurðsson, Magnús Jóhannsson og Sigurður Páll Pálsson Er munur á þunglyndi karla og kvenna? Greining á þunglyndi karla í samfélagsrannsókn og notagildi Gotlandsskalans	Bls. 29
Hafrún Kristjánsdóttir, Baldur Heiðar Sigurðsson, Engilbert Sigurðsson, Paul M. Salkovskis, Agnes Agnarsdóttir og Jón Friðrik Sigurðsson Að bæta aðgengi að sálfræðimeðferð í heilsugæslu á Íslandi með ósérhæfðri hugrænni atferlismeðferð í hópi - Niðurstöður árangursmats	Bls. 34
Umsögn stjórnar Geðverndarfélags Íslands um tillögu til þingsályktunar um stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára	Bls. 41
Frá stjórn Geðverndarfélags Íslands	Bls. 46



Minningargjöf

um _____

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



Minningargjöf

um _____

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,





Frá ritstjóra

Frá ritstjóra

Að þessu sinni er efni blaðsins fjölbreytt. Ánægjulegt er að þrjár af greinum blaðsins byggja á tveimur glænýjum doktorsritgerðum og meistaraþrófsritgerð. Varla er hægt að ná lengra í gæðum og dýpt efnis sem kynnt er.

Fyrsta og önnur greinin fjalla um nauðung í geðlækningum. Mikilvægt efni og flókið. Þar er greinilega þörf meiri rannsókna og ljóst að enginn mælir í raun með þeim nema í ítrustu neyð. Ritstjóri taldi þörf á að kynna það efni vegna breytinga á lögræðislögunum sem taka gildi við áramót. Þriðja greinin fjallar um fíknivanda kvenna og þörf á fjölbreyttum meðferðarleiðum fyrir konur. Fjórða greinin fjallar um gríðarlega mikilvægt verkefni sem er að koma fólki með alvarlega geðsjúkdóma út á vinnumarkað og hvernig hægt er að gera það vel. Fimmta greinin lýsir nýjungum í greiningu þunglyndis karla og sérstöðu einkenna þunglyndis hjá körlum. Sjötta greinin lýsir góðum árangri ósérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar í hópi úti í samfélaginu.

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 höfundar var til fyrirmyndar. Ég vil þakka þeim fyrir störf sín sem unnin eru með öðrum föstum störfum án nokkurrar umþunar. 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

Reynsla sjúklinga af nauðungarvistun

Inngangur

Nauðungarvistun er vandmeðfarið og róttækt inn-grip sem takmarkar frelsi fólks. Nauðungarvistun er þegar einhver er færður á sjúkrahús gegn vilja sínum og meinað að útskrifast, þó hann hafi leitað þangað að eigin frumkvæði. Tilgangur nauðungarvistunar er að veita sjúklingi, sem ekki er talinn vera fær um að sinna persónulegum högum vegna veikinda sinna, nauðsynlega meðferð og skal ávallt vera framkvæmd með velferð sjúklingsins að leiðarljósi. Innlagnartími á geðdeild í kjölfar nauðungarvistunar er oft afar viðkvæmur fyrir hinn veika og markast af miklum innri átökum og sálrænum sársauka. Mikilvægt er að ganga úr skugga um að önnur úrræði hafi verið fullreynd og að nauðungarvistun sé einungis gerð í ítrustu neyð og sé til hagsbóta fyrir sjúklinginn (1, 2). Nauðungarvistanir og sjálfræðissviptingar eru framkvæmdar meira og minna um allan heim (3, 4). Tíðni nauðungarvistana á Íslandi er ein sú lægsta sem þekkt á Norðurlöndum. Árið 2005 voru nauðungarinnlagirnir 5,7% af innlögnum á geðsviði Landspítalans. Á Norðurlöndunum voru mun fleiri lagðir inn og flestir í Finnlandi, eða 32,2% (5). Margskonar aðferðir eru notaðar í geðheilbrigðisþjónustu sem hafa skerðingu á frelsi í för með sér, eins og til dæmis nauðungarinnlagir, þvingandi lyfjagjafir, líkamleg þvingun (að halda sjúklingi), einangrun og eftirlit (2, 6). Rætt hefur verið um hvort slíkar frelsisskerðingar séu réttlætanlegar í geðheilbrigðisþjónustu og hefur það víða verið dregið í efa, þar sem þvingunaraðgerðir eru alvarlegt inngríp í líf sjúklinga sem takmarkar sjálfsögð mannréttindi og persónufrelsi (2, 7, 8, 9). Mikilvægt er að kanna reynslu og upplifun nauðungarvastaðra sjúklinga til að öðlast aukna þekkingu og innsýn í reynsluheim þeirra auk þess sem ánægja sjúklinga endurspeglar gæði heilbrigðisþjónustunnar (10, 11, 12).

Stundum getur verið nauðsynlegt að leggja sjúkling inn á sjúkrahús, gegn vilja hans, ef ekki næst samkomulag um meðferð við hann og mjög líklegt er talið að hann eða aðrir muni hljóta skaða af hegðun hans. Rannsóknir sem hafa verið gerðar á reynslu nauðungarvastaðra sjúklinga af meðferð sýna margvíslegar niðurstöður og greindu flestir sjúklingar bæði frá neikvæðri og jákvæðri upplifun. Sjúklingar sem höfðu þurft að sæta mikilli vald-beitingu og nauðung við innlög, sem og í meðferð, tjáðu minni ánægju með meðferðina (3, 13, 14). Almenn t sýna rannsóknir að nauðungarinnlög sé lífsreynsla sem sjúklingar skynja sem neikvæða og jafnvel skaðlega eina og sér (13, 15, 16, 17, 18, 19, 20). Í þessari grein er fjallað um niðurstöður fræðilegrar samantektar þar sem rannsóknir um upplifun sjúklinga af nauðungarvistunum voru skoðaðar. Höfundar unnu þessa samantekt sem hluta af lokaverkefni sínu í hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Við vinnu á samantektinni voru greind þrjú svið sem höfðu áhrif á reynslu einstaklinga og upplifun af nauðungarinnlögum og nauðugri meðferð á sjúkrahúsi. Þau eru þjónustukerfið, geðheilbrigðisstarfsfólk og einstaklingur-



inn. Innan þeirra voru greind eftirfarandi tíu þemu: upplýsingar, umhverfi, virðing, virk hlustun, umhyggja, aðkoma lögreglu, berskjöldun, að hafa ákvörðunarvald, nauðsynleg neyðarbremsa og fordómar.

Þjónustukerfið

Sviðið þjónustukerfið vísar til þeirrar þjónustu sem notendur heilbrigðiskerfisins njóta. Nauðungarvastaðir sjúklingar sögðu að frelsisskerðingin væri mjög átakanleg reynsla þar sem þeir töldu frelsið afar mikilvægt. Mikill meirihluti sjúklinga varð fyrir frelsisskerðingu sem fólst í því að vera lokaður inni og mega ekki yfirgefa deildina, nema í fylgd starfsmanns (16). Sumir sjúklingar upplifðu umhverfið á geðdeildum ósveigjanlegt þar sem þeir þurftu að fara eftir ströngum reglum deilda og líktu starfsfólki við fangaverði (21, 22). Sjúklingum fannst vera fá viðfangsefni í boði til afþreyingar. Sjúklingunum leiddist mikið og biðu eftir að tíminn liði (15, 16, 23). Sjúklingar upplifðu sig einmana og einangraða á sjúkrahúsinu þar sem samskipti við fjölskyldu og vini voru oft takmörkuð (6, 22, 24).

Nauðungarvastaðir sjúklingar sögðu að upplýsingagjöf hefði verið ábótavant (13, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 26). Sjúklingarnir lýstu því að fyrstu dagarnir eftir innlög hefðu einkennst af ótta og hræðslu vegna þess að þeir fengu ekki nægar upplýsingar um ástæðu innlagnarinnar þó þeir reyndu að leita svara (23). Nauðungarvastaðir sjúklingar vissu gjarnan lítið um réttindi sín og fengu oft á tíðum takmarkaðar upplýsingar um réttarstöðu sína (18). Sjúklingar vildu ekki einungis fá upplýsingar um réttindi heldur einnig raunhæfar og réttar upplýsingar um sjúkdóm sinn, einkenni, heilsufarsástand, mögulegar meðferðarleiðir og jafnframt upplýsingar um lyf (27, 28). Ónógar upplýsingar ollu því að sjúklingar skildu ekki hvers vegna verið væri að beita nauðungarvistun og þeir áttu erfitt með að skilja tilgang innlagnarinnar. Sumum fannst jafnvel að verið væri að refsa þeim með innlögnum. Ónógt upplýsingaflæði jók á kvíða þeirra og í sumum tilfellum geðræn einkenni (17, 19, 21).

Geðheilbrigðisstarfsfólk

Sviðið geðheilbrigðisstarfsfólk vísar til heilbrigðisstarfsmanna sem starfa innan geðsviðsins og aðkomu lög-reglu að sviptingarferlinu þar sem þessir aðilar eru í hvað mestu tengslum við nauðungarvastaða sjúklinga á sjúkrahúsum. Nauðungarvistuðum sjúklingum fannst ekki komið fram við þá af virðingu og að þeir nytu ekki sömu virðingar og réttinda og heilbrigðar manneskjur, heldur væru þeir álitnir óaðri mannvætur eða einskis virtir glæpamenn sem leiddi til þess að þeir fóru að efast um mannleg gildi sín (17, 21, 29). Því er mikilvægt að geðheilbrigðisstarfsfólk sýni sjúklingum virðingu þegar verið er að veita þeim meðferð og að nauðungaraðgerðum sé aflétt þegar þeirra er ekki lengur þörf (17).

Þeir sem hafa verið lagðir nauðugir inn á sjúkrastofn-

un telja að virk hlustun fagaðila sé mikilvæg og óska eftir að starfsfólk gefi sér tíma til að hlusta á sig (18, 20, 30, 31). Hinsvegar sögðu þeir gjarnan frá því að ekki væri hlustað á tilfinningar þeirra og skoðanir sem leiddi til þess að þeim fannst þeir vera vanmáttugir, niðurlægðir og einmana (19). Sjúklingar töldu að hefði starfsfólk gefið sér tíma til að hlusta og leyft þeim að tjá sig hefði ekki þurft að beita þvingandi meðferðum við innlögn og í meðferð (19, 27, 28). Með því að beita virkri hlustun og virða sjónarmið sjúklingsins er hægt að draga úr upplifaðri nauðung (18, 20, 30, 31).

Sumum sjúklingum fannst skorta umhyggju og gagnkvæm samskipti og þeim fannst viðmót starfsmanna kuldalegt og fjarrænt. Sjúklingum fannst starfsfólki ekki gefa sér tíma til að tala við þá og það væri of mikil áhersla á lyfjagjafir (17, 18, 19, 20, 21, 23, 32). Sjúklingar töldu að tilfinningaleg nálægð fagaðila gæti dregið úr ótta þeirra og vanlíðan sem oft getur fylgt þvingun og óska því eftir að eiga meiri samræður við heilbrigðisstarfsfólk (17, 18, 19, 20, 21, 28). Sjúklingar sögðu að þeir gætu frekar sæst á nauðungaraðferðir ef þeir fengu góða ummönun, stuðning og aðstoð við að skilja reynslu sína og öðlast von um bata (27).

Stundum er lögreglan kölluð til í þeim tilgangi að flytja mann nauðugan á sjúkrahús (15, 33). Aðkoma lögreglunnar að nauðungarvistun getur reynst einstaklingum mjög þvingjandi og niðurlægjandi inngríp þegar veikindi þeirra eru gerð að lögglumáli (19). Auk þess er meiri hætta á nauðungarinnlögn ef lögreglan er kölluð til í sviptingarferlinu (33).

Einstaklingurinn

Hér verður fjallað um þá þætti sem snúa að einstaklingnum sjálfum. Þeir sem eru nauðungarvastaðir upplifa sig varnarlaus og berskjaldaða á sjúkrahúsum sem hefur veruleg áhrif á sjálfsvitund og dregur úr sjálfáliti þeirra (18, 19, 32). Tilfinningar eins og reiði, ótti, kvíði, óryggi, einmanaleiki, niðurlæging og vonleysi voru áberandi í kjölfar nauðungarinnlagningar (15, 16, 18, 19, 21, 32). Sjúklingarnir lifðu í stöðugum ótta við að þurfa að sæta offbeldi og ómannúðlegri eða vanvirðandi meðferð (15, 19, 32). Sjúklingar upplifðu þvingunaraðferðir sem refsingu og efuðust um meðferðarlegan tilgang þvingunaraðgerða og ættu þar af leiðandi ekki heima í geðheilbrigðisþjónustu (16, 18, 19, 21, 32, 34). Sumir sjúklingar sáu með tímanum að nauðungarvistunin hafði þann tilgang að vernda þá og veita þeim öryggi og það var þeirra ósk að dvelja á öruggum stað á meðan á bráðafasa veikindanna stóð. Sjúklingar litu á sjúkrahúsið sem öruggan stað sem verndaði þá frá því að skaða sjálfa sig og aðra (17, 19, 20, 21, 27, 29, 34).

Meirihluti sjúklinga sagði að hann hefði verið útilokaður frá þátttöku í ákvörðunum um eigin meðferð og frelsi til að taka sjálfstæðar ákvarðanir var verulega skert (15, 17, 18, 31, 32). Valdið var sett í hendur annarra en oft á tíðum tóku heilbrigðisstarfsmenn ákvarðanir um meðferð þeirra og umönnun án samþykkis þeirra (18, 20). Takmörkuð þátttaka í ákvarðanatöku leiddi til þess að sjúklingar fundu fyrir óryggi og upplifðu sig vanmáttuga gagnvart eigin lífi, frelsi og sjálfsvirðingu á meðan heilsufar þeirra fór versnandi. Þetta varð til þess að þeir máttu innlögnina tilgangslausa (15, 17, 18, 19, 21, 25). Hins vegar hentaði það sumum sjúklingum vel að þurfa ekki að taka ábyrgð á meðferð sinni. Það fyrirkomulag leiddi til þess að þeir upplifðu mikinn létti að þurfa ekki að taka ábyrgð á eigin meðferð þegar þeir treystu sér ekki til þess vegna veikinda (21, 27). Virk þátttaka sjúklinga í ákvörðunum um eigin meðferð jók sjálfstæði og persónulega ábyrgð þeirra á sjálfum sér og veikindum

sínum, sem jafnframt skilaði sér í auknu trausti á fagfólkinu (20, 21).

Með tímanum hjöðnuðu einkenni sjúkdómsis og þegar sjúklingar litu til baka og skoðuðu reynslu sína, þá litu þeir ekki á nauðungarinnlögnina sem nauðung heldur sem nauðsynlega neyðarbremsu og að þeir hafi ekki haft innsýn í sjúkdómsástand sitt (11, 19, 21, 35).

Sjúklingar upplifa mismunun og fordóma í kjölfar nauðungarvistunar, bæði frá fagaðilum og öðrum í umhverfi þeirra (19, 20, 23, 32). Þeir upplifa að horft sé á þá sem sjúkdóm en ekki persónu og að verið sé að refsa þeim fyrir að vera öðruvísi en aðrir (15, 23). Þeir eru ekki lengur álitnir trúverðugir, áreiðanlegir eða virkir þátttakendur í samfélaginu (19, 29). Sjúklingar töldu að verklagið í kringum nauðungarvistunina auki á fordóma í samfélaginu, eins og til dæmis þegar fólk með geðsjúkdóma er sótt á lögreglubílum á meðan aðrir sjúklingar eru sóttir með sjúkrabílum (15).

Umræða

Ljóst er að upplifun sjúklinga af nauðungarvistun er oft neikvæð og einkennist af niðurlægingu og valdaleysi. Verulegum hluta sjúklinga finnst að nauðungarinnlögnin hafi ekki átt rétt á sér og þvinganir eigi ekki heima í geðheilbrigðisþjónustu sem vekur upp spurningar um siðferðilega réttlætingu nauðungarvistana (11, 16, 18, 19, 21, 32, 34). Þessar neikvæðu upplifanir sjúklinga eru ekki til hagsbóta og því er mikilvægt að huga að því hvernig staðið er að þvingunaraðgerðum og gæta þess að vægari inngríp hafi verið fullreind fyrst (13, 17, 19, 20, 27). Það ætti að vera aðalmarkmiðið að þróa aðferðir eða inngríp sem miða að því draga úr neikvæðri upplifun sjúklinga og beitingu þvingandi aðferða í geðheilbrigðisþjónustu (10, 36, 37). Ályktun höfunda er sú að hægt er að gera reynslu frelsissviþtra einstaklinga jákvæðari með því að veita þeim fullnægjandi upplýsingar, sýna þeim virðingu, beita virkri hlustun og sýna umhyggju ásamt því að leyfa þeim að hafa áhrif á meðferð sína. Inngríp sem miða að því að auka ánægju sjúklinga geta haft ávinning í för með sér þar sem það eykur gæði þjónustunnar, eykur meðferðarhaldni sjúklinga, dregur úr endurinnlögnum og ótta þeirra við að leita sér aðstoðar í heilbrigðiskerfinu (10, 11, 12). Mikilvægt er að mæta sjúklingum þar sem þeir eru staddir og taka tillit til mismunandi þarfa þar sem sumir sjúklingar eru ekki færir um að taka ábyrgð á meðferð sinni (21, 27).

Heimildir:

1. Gelder, M., Mayou, R. og Geddes, J. (2005). *Psychiatry* (3. útgáfa). New York: Oxford Medical Publications.
2. Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. og Välimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 379-385. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00715.x
3. Kallert, T. W., Glöckner, M. og Schützwohl, M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission – a systematic review on outcomes diversity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(4), 195-209. doi: 10.1007/s00406-007-0777-4
4. Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R. o.fl. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573. doi: 10.1176/appi.ps.59.5.570
5. Landspítali. (2006). Ársskýrsla Landspítala Háskólasjúkrahús 2006. Sótt 5. mars 2015 af http://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Rit-og-skyrslur/arsskyrslur/arskyrsla-LSH/arsskyrsla_LSH_2006.pdf?download=true
6. Hall, J. E. (2004). Restriction and control: The perceptions of mental

- health nurses in a UK acute inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(5), 539-552. doi: 10.1080/01612840490443473
7. Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnall, K., Onchev, G. o.fl. (2011). How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *European Psychiatry*, 26(4), 201-207. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.01.013
 8. Mason, T. (2000). Managing protest behaviour: From coercion to compassion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(3), 269-275. doi: 10.1046/j.1365-2850.2000.00272.x
 9. Sjöstrand, M. og Helgesson, G. (2008). Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*, 22(2), 113-120. doi: 10.1111/j.1467-8519.2007.00610.x
 10. Kjellin, L., Høyer, G., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R. og Sigurjónsdóttir, M. (2006). Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(3), 241-247. doi: 10.1007/s00127-005-0024-0
 11. Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D. o.fl. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 49-54. doi: 10.1192/bjp.bp.108.052266
 12. Priebe, S., Katsakou, C., Glöckner, M., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A. o.fl. (2010). Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: Prospective study in 11 European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 196(3), 179-185. doi: 10.1192/bjp.bp.109.068916
 13. Iversen, K. I., Høyer, G. og Sexton, H. C. (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(6), 504-511. doi: 10.1016/j.ijlp.2007.09.001
 14. Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T. o.fl. (2010). Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatric Services*, 61(3), 286-292. doi: 10.1176/appi.ps.61.3.286
 15. Jones, S. L. og Mason, T. (2002). Quality of treatment following police detention of mentally disordered offenders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 73-80. doi: 10.1046/j.1351-0126.2001.00445.x
 16. Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J. og Välimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. *Nursing Ethics*, 14(5), 597-607. doi: 10.1177/0969733007080205
 17. Olofsson, B. og Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: Involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 357-366. doi: 10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x
 18. Olofsson, B. og Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x
 19. Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. og Amering, M. (2011). Impact of coercive measures on life stories: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 199(3), 239-244. doi: 10.1192/bjp.bp.110.087841
 20. Valenti, E., Giacco, D., Katsakou, C. og Priebe, S. (2013). Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal of Medical Ethics*, 40(12), 832-836. doi: 10.1136/medethics-2011-100370
 21. Johansson, I. M. og Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: Good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 639-647. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x
 22. Larsen, I. B. og Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing ethics*, 2(4), 426-436. doi: 10.1177/0969733013503601
 23. McGuinness, D., Dowling, M. og Trimble, T. (2013). Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 726-734. doi: 10.1111/jpm.12007
 24. Jón Snorrason, Guðrún Ú. Grímsdóttir og Jón F. Sigurðsson. (2007). Gátir á bráðadeildum geðsviðs Landspítala: Viðhorf sjúklinga og starfsmanna. *Læknablaðið*, 93(12), 833-839. Sótt 10. febrúar 2015 af <http://www.laeknabladid.is/2007/12/nr/2999>
 25. Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D. o.fl. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1169-1179. doi: 10.1007/s00127-011-0427-z
 26. O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., Larkin, C., Feeney, L. og O'Callaghan, E. (2010). Involuntary admission from the patients' perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(6), 631-638. doi: 10.1007/s00127-009-0104-7
 27. Andreasson, E. og Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 15-22. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x
 28. Haglund, K., von Knorring, L. og von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: Patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(1), 65-72. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00555.x
 29. Katsakou, C. og Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(2), 172-178. doi: 10.1017/S1121189X00004802
 30. McKenna, B. G., Simpson, A. I. og Coverdale, J. H. (2003). Patients' perceptions of coercion on admission to forensic psychiatric hospital: A comparison study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(4), 355-372. doi: 10.1016/S0160-2527(03)00046-3
 31. Sørgaard, K. W. (2007). Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 214-219. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00458.x
 32. Riley, H., Høyer, G. og Lorem, G. F. (2014). 'When coercion moves into your home' - a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), 506-514. doi: 10.1111/hsc.12107
 33. Hustoft, K., Larsen, T. K., Auestad, B., Joa, I., Johannessen, J. O. og Ruud, T. (2013). Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(2), 136-143. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.01.006
 34. Holmes, D., Kennedy, S. L. og Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559-578. doi: 10.1080/01612840490472101
 35. Katsakou, C. og Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission - a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 232-241. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00823.x
 36. Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T. W. o.fl. (2014). Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1619-1629. doi: 10.1007/s00127-014-0872-6
 37. Steinert, T., Martin, V., Baur, M., Bohnet, U., Goebel, R., Hermelink, G. o.fl. (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(2), 140-145. doi: 10.1007/s00127-006-0137-0

Tanja G. Schiöth Jóhannsdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar á Bráðageðdeild Landspítalans.

Tinna Bjarnadóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar Hjartadeild Landspítalans.

Fyrsta hjálp fyrir þurrar varir

Decubal lips & dry spots balm:

Nærandi og mýkjandi smyrslí með býflugnavaxi sem hjálpar til við enduruppbyggingu þurra vara, tætra naglabanda og þurra olnboga.



Decubal er heil húðvörulína fyrir andlit og líkama. Í 40 ár höfum við þróað mildar og nærandi vörur fyrir þurra og viðkvæma húð, í nánú samstarfi við húðsjúkdómalækna. Decubal er algjörlega laust við ilmefti, litarefni og parabena og er eingöngu selt í apótekum.

Án parabena, ilm- og litarefna.

DECUBAL
EXPERT CARE FOR DRY SKIN

Actavis



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 fram-
haldsnám vegna geðverndarstarfa eða meðferðar geðsjúkra, svo sem
lækna, hjúkrunarkvenna, félagsráðgjafa, sálfræðinga og sjúkravinnu-
kennara.“

Stjórn sjóðsins auglýsir hér með eftir umsóknum um styrki. Umsókn-
um skal skila til Geðverndarfélags Íslands, Hátúni 10, 105 Reykjavík, fyrir
1. mars 2016.

Úthlutun fer fram á aðalfundi Geðverndarfélags Íslands í apríl 2016.

Stjórn Minningarsjóðs Kjartans B. Kjartanssonar



Nauðungarvistun á Íslandi frá sjónarhóli laga og siðareglna lækna

Þegar ég var ungur læknir fannst mér flestir eldri kollegar yfirleitt vera mjög fráhverfir, jafnvel neikvæðir gagnvart nauðungarvistun sjúklinga. Enn er viss skoðanamanur milli lækna. Reynt hefur verið undanfarin ár að draga úr þvingunaraðgerðum í geðmeðferð. Ekki er enn vitað hvaða ráð duga best til að draga úr þvingunum í meðferð. Skermun, einangrun sjúklinga eða einhvers konar valdbeiting hefur verið gagnrýnd vegna þess að öryggi hennar er umdeilt en einnig gagnsemi eða árangur (1). Þrátt fyrir umbætur er einhvers konar nauðung og valdbeiting enn notuð á öllum geðdeildum í heiminum (2, 3). Hugsun batamiðaðrar meðferðar (Recovery model) hefur mögulega þegar haft jákvæð áhrif, þ.e.a.s. skoðanir sjúklinga fá betur að njóta sín (4). Fyrri rannsóknir sýna að sjúklingar líta iðulega á nauðung sem einhvers konar refsingu og slíkt vinnur gegn valdeflingu þeirra og rífur niður meðferðarsamband og trú á meðferðinni. Það þarf að vera öruggt að það sem gert er skaði minna en það að svipta ekki einstaklinginn. Þessi málflokkur tengist mannréttindum, siðfræði og réttmæti nauðungar og sjálfræðissviptingar.

Staða nauðungarvistunarmála hér á landi

Nauðung og meðferð eru hugtök sem fara illa saman. Löggjöf og þær breytingar sem verða á lögræðislögum þann 1. janúar 2016 veita áfram heimild til að svipta einstakling frelsi án brots á lögum samfélagsins. Nauðung, þvingun (sbr. enska orðið „compulsion“) í geðmeðferð þýðir að sjúklingur er beittur þrýstingi til að þiggja meðferð sem hann hefur neitað eða verið ósamþykktur.

Valdbeiting er því oft afleiðing nauðungarvistunar (sbr. enska orðið „coercion“). Þetta hugtak er þó víðara og felur í sér ákveðna hótun og þrýsting sem sjúklingur er beittur til að þiggja meðferð. Dæmi er ef sagt væri við sjúkling: „Ef þú tekur ekki geðlyfin verður þér haldið á geðdeildinni“. Í raun þýðir þetta að ákvörðunarréttur og sjálfstæði sjúkling er að minnsta kosti skert. Vitað er að margir sjúklingar samþykkja meðferð, þó þeir séu andsnúnir henni, til að komast hjá nauðungarvistun á geðdeild. Nauðung og þvingun í geðmeðferð á sér þannig augljósa, sýnilega hlið, hlutlæga (sbr. enska orðið „objective“) og svo óreiknanlegan hluta sem er háð skynjun sjúklings á stöðu sinni (sbr. enska orðið „perceived coercion“) ef þeir þiggi ekki geðmeðferð (5,6). Mikilvægt er að þessi óbeina þvingun sé sem minnst og betra



að sjúklingur sé þá nauðungarvistaður samkvæmt lögum en beita slíkum aðferðum, sem hvergi eru skráðar. Þetta tengist siðareglum fagfólks og góðum siðum. Fyrir liggur að fagfólk beitir óbeinni þvingun eða fortöllum í góðri trú, það telur sjúklinginn alvarlega veikan, vilji hans sé oft síbreytilegur eða tvíbetur til meðferðar. Nauðungarvistun verði honum enn meira áfall. Flest fagfólk telur sig í raun ekki vera að þvinga sjúkling heldur fyrst og fremst vera að tala um fyrir sjúklingi og fá hann til að þiggja bestu viðurkenndu meðferð við því alvarlega ástandi sem hann er í.

Ein ástæða þess að óbein þvingun er rædd hér er að gríðarlegur munur er bæði milli landa og innan þeirra varðandi notkun nauðungarvistunar. Mismunurinn er þre- til fjórfaldur í notkun nauðungarvistunar (2-3). Ísland hefur stært sig af því að hér séu nauðungarvistanir lítið notaðar. Sannleikurinn er sá að fátækleg gögn styðja þetta.

Gögn um nauðungarvistun í 48 klst. liggja ekki fyrir frekar en fjöldi þeirra sem fer eftir 21 dags nauðungarvistun fyrir héraðsdóma vegna kröfu um sjálfræðissviptingu.

Þó er 48 klst. nauðungarvistun skráð í sjúkraskrá sjúklings en það þarf að handtelja fjölda þeirra á hverju ári. Tölur um nauðungarvistun í 21 dag sýna að þær eru einungis um 4 % af fjölda innlagðrar sjúklinga á geðdeildum (7). Íslendingar eru þar lægstir ásamt Dönum en aðrar norrænar þjóðir og mörg Evrópulönd eru margfalt hærrí. Fjöldi nauðungarvastaðra samkvæmt tölum frá innanríkisráðuneyti hefur sveiflast talsvert milli ára. Þær voru t.d. 58 árið 2004 en 103 árið 2012. Þær voru hinsvegar 85 árið 2013.

Það er flókið og erfitt að rannsaka nauðung í geðlækningum (8, 9, 10). Flestir vísindamenn hafa hvatt til betri og fleiri rannsókna. Aðferðafræði fyrri rannsókna er mismunandi (megindlegar eða eigindlegar), lagarammi landa frábrugðinn og mikil hætta er á kerfisbundnum villum (e. system bias). Auk þess eru hér erfið siðfræðileg vandamál eins og t.d. hvenær er sjúklingur orðinn nógu heill til að upplifun hans og frásögn af nauðung sé í raun sönn? Á hvaða stigi sjúkdóms er réttlæt看legt og sanngjarn að gera rannsókn? Sjónarhornin eru auk þess a.m.k. fimm: sjúklingur, fagfólk, ættingjar, réttindasamtök sjúklinga og stjórnmöld.

Aðstæður á Íslandi eru sérstakar um það að hér eru enginn sérlög fyrir geðsjúka líkt og er í mörgum öðrum löndum. Það virðist vera almenn sátt hér á landi um að haga málum með þessum hætti. Lagaheimildir til að vista sjúkling gegn vilja sínum eru í lögræðislögum nr. 71/1997 með síðari breytingum (11, 12). Lögræðislögin lýsa þeim forsendum sem þurfa að vera fyrir hendi til að hægt sé að nauðungarvista og ef 48 klst. og 21 dagur eftir það dugar ekki þá þarf að sjálfræðissvipta viðkomandi tímabundið, þó aldrei skemur en í sex mánuði eða ótímabundið.¹ Heimild til nauðungarvistunar á sjúkrahúsi er lýst í 18. - 32. gr. lögræðislaga. Heimild er til vistunar í 48 klst. en ef þarf lengri tíma er sótt um nauðungarvistun til innanríkisráðuneytis. Hún getur varað allt að 21 degi. Forsenda nauðungarvistunar er að hún sé óhjákvæmileg. Fyrir liggja óhjákvæmileg (ótvíræð) þörf á nauðungarvistun að mati lækni vegna alvarlegs geðsjúkdóms. Flestar nauðungarvistanir enda þannig ef sjúklingur nær bata á þessum þremur vikum. Aldrei má nauðungarvista einstakling lengur en þörf er á. Símat er því nauðsynlegt á geðhag sjúklings meðan nauðungarvistun varir. Mikilvægt er að þróun sjúkdóms, stig, gráða og alvarleiki sé því reglulega metinn.

Skilyrðum nauðungarvistunar er lýst með eftirfarandi hætti í 19. gr. lögræðislaga:

„1. Það er skýr meginregla að sjálfráða maður verður ekki vistaður nauðugur í sjúkrahúsi.

2. Frá þeirri meginreglu er sú undantekning að lækni getur ákveðið að sjálfráða maður skuli færður og vistaður nauðugur í sjúkrahúsi ef hann er haldinn alvarlegum geðsjúkdómi eða verulegar líkur eru taldar á að svo sé eða ástand hans er þannig að jafna megi til alvarlegs geðsjúkdóms. Sama gildir ef maður á við alvarlega áfengisfíkn að stríða eða ofnautn ávana- og fíkniefna. Ef vakthafandi sjúkrahúslæknir ákveður nauðungarvistun manns samkvæmt þessari málsgrein skal bera ákvörðun hans undir yfirlækni svo fljótt sem verða má. Frelsisskerðing samkvæmt þessari málsgrein má ekki standa lengur en 48 klukkustundir nema til komi samþykki innanríkisráðuneytis.²

3. Með samþykki innanríkisráðuneytis má vista sjálfráða mann gegn vilja sínum í sjúkrahúsi til meðferðar í allt að 21 sólarhring frá dagsetningu samþykkis ráðuneytisins ef fyrir hendi eru ástæður þær sem greinir í 2. mgr. 19. gr. og **nauðungarvistun er óhjákvæmileg að mati lækni**.³

4. Lögreglu er skylt að verða við beiðni lækni um aðstoð við að flytja mann nauðugan á sjúkrahús skv. 2. og 3. mgr. 19. gr. og skal lækni þá fylgja honum ef nauðsyn þykir bera til.“

1. Hinn 1. janúar 2016 ganga í gildi breytingar á lögræðislögum, sbr. lög nr. 84/2015 þar sem 21 dags nauðungarvistun má framlengja í allt að 12 vikur með úrskurði dómara.

2. Hinn 1. janúar 2016 breytist þessi framkvæmd. Hún færir til sjúklumanna og ákvörðun lækni um nauðungarvistun lengist úr 48 klst. í 72 klst., sbr. lög nr. 84/2015.

3. Með sama hætti færir þessi ákvörðun frá innanríkisráðuneyti til sjúklumanna frá 1. janúar 2016, sbr. lög nr. 84/2015.

4. Þessi liður fellur niður frá 1. janúar 2016 sbr. lög nr. 84/2015.

Ef einstaklingur er áfram alvarlega veikur eftir 21 dags vistun skal gera beiðni til héraðsdóms um sjálfræðissviptingu sbr. 4. - 17. gr. lögræðislaga. Lögræði er skipt í sjálfræði og fjárræði. Flestir sjúklingar á geðdeildum þurfa einungis sjálfræðissviptingu í meðferðartilgangi. Fjárræðissvipting er þó gerð í undantekningartilfellum þegar hættu er á að ástand sjúklings valdi tapi eða tjóni á eignum hans. Sjálfræðissvipting getur verið tímabundin eða ótímabundin samkvæmt nügildandi lögum. Skilyrði lögræðissviptingar eru:

a. Ef hann er ekki fær um að ráða persónulegum högum sínum eða fé vegna andlegs vanþroska, ellisjólleika eða geðsjúkdóms eða vegna annars konar alvarlegs heilsubrests.

b. Ef hann sökum ofdrykkju eða ofnotkunar ávana- og fíkniefna er ekki fær um að ráða persónulegum högum sínum eða fé.

c. Ef hann vegna líkamlegs vanþroska, heilsubrests eða annarra vanheilinda á óhægt með að ráða persónulegum högum sínum eða fé og æskir sjálfur lögræðissviptingar af þeim sökum.

d. Ef nauðsyn ber til að vista hann án samþykkis hans í sjúkrahúsi sökum fyrirmæla í heilbrigðislöggjöfinni.⁴

Læknar bera miklar skyldur samkvæmt lögræðislögum. Til viðbótar ber þeim að fylgja sínum siðareglum (13). En í meginreglum segir: Hafið velferð sjúklings og samfélags að leiðarljósi en sýnið jafnframt sjúklingum virðingu.

Lækni er frjálst að hlýða samvisku sinni og sannfæringu. Hann getur, ef lög og úrskurðir bjóða ekki annað, synjað að framkvæma lækni verk, sem hann treystir sér ekki til að gera eða bera ábyrgð á eða hann telur ástæðulaust eða óþarft (4. gr.). Læknir skal vera óvilhallur í vottorðagjöf. Í vottorði komi fram hvert er tilefni þess og tilgangur og í því hlýðir að staðfesta það eitt, er máli skiptir hverju sinni og aðeins það, sem lækni hefur sjálfur gengið úr skugga um (15. gr.). Lækni er skylt að veita sjúklingi nauðsynlega læknishjálp í viðlögum, nema hann hafi fullvissað sig um, að hún sé veitt af öðrum (4. gr.).

Þegar lækni stendur frammi fyrir ákvörðun um nauðungarvistun þá hlýtur grunnhugsunin að vera sú að vinna að farsæld og vernd sjúklings. Mikilvægt er að lækni fræðilegt mat sé lagt til grundvallar. Um sé að ræða alvarlegan geðsjúkdóm. Þar geta komið til alvarlegar breytingar á hugarstarfi, hátterni og sjálfsstjórn. Iðulega fylgja hugsanatrufnanir, ranghugmyndir, ofskynjanir, dómgreindarrestur og meðfylgjandi alvarlegt inn-sæisleysi. Sjúklingurinn er í raun með skert raunveruleikatengsl. Oftast er um að ræða geðrofssjúkdóma (geðklofa eða geðhvörf) með ofskynjunum, ranghugmyndum og skertum raunveruleikatengslum en það þarf ekki að vera, t.d. dugar flog (krampi) eða fráhvörf með rugli (delerium). Einnig kemur til skoðunar í þessu sambandi ástand sem orsakar beina sjálfsvígshættu (virkt sjálfsvígisferli sem er algengast í alvarlegu þunglyndi).

Nauðungarvistun (og frelsissvipting) var lengi réttlætt gagnvart geðsjúkum sem „ill nauðsyn“ út frá skaðalög-

máli John Stuart Mills (14), þ.e. að viðkomandi var talinn hættulegur sjálfum sér eða öðrum. Hafa ber í huga að fæstir sem eru sjálfræðissviptir eru hættulegir og þá ekki nema í stuttan tíma. Þeir sem eru hættulegastir öðrum eru yfirleitt ofbeldisfullir lögbrijótar með persónuleikavanda sem er iðulega samofin fíkn. Fæstir þeirra uppfylla nokkurn tíma skilyrði nauðungarvistunar á geðdeildum.

Breytingar á lögræðislögum

Undanfarin misseri hefur verið unnið í Innanríkisráðuneytinu við breytingar á lögræðislögum og var breyting á þeim samþykkt sl. sumar á Alþingi. Í undirbúningsferlinu var fundað með hagsmunaaðilum og umsagnir fengnar (15). Fram kom að viðhorf eru mjög mismunandi til laga-breytinganna.

Með lögum nr. 84/2015 um breytingu á lögræðislögum, nr. 71 28. maí 1997, með síðari breytingum (samningur Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks, svipting lögræðis, lögráðamenn, nauðungarvistarir o.fl.) voru gerðar nokkrar breytingar á ákvæðum lögræðis laga um nauðungarvistarir. Þær öðlast gildi 1. janúar 2016:

1. Skerpt er á skilyrðum lögræðissviptingar og tiltekið að önnur og vægari úrræði hafi verið reynd. Þó þessi skerping sé að ýmsu leyti jákvæð er vandséð að hún geti komið til skoðunar þegar nauðungarvistun er annars vegar. Spyrja má einnig hver á að tryggja að önnur úrræði hafi verið fullreynd þannig að nauðungarvistun verði óþörf. Einnig má spyrja hvort munur verði á framkvæmd eftir því í hvaða sveitarfélagi sá, sem mögulega þarf að sjálfræðissvipta, býr.

2. Skerpt er á kröfum um nauðungarvistun vegna fíknar.

3. Félagsþjónusta sveitarfélaga eða samsvarandi fulltrúi sveitarstjórnar á dvalarstað varnaraðila getur þegar talið er réttmætt að gera kröfuna vegna til-mæla aðila sjálfs, vandamanna, læknis hans eða vina, vegna vitneskju um hag aðila er fengist hefur á annan hátt eða þegar gæsla almannahags gerir þess þörf. Hér er skerpt á hlutverki félagsþjónustu við kröfu um sjálfræðissviptingu. Það er jákvætt að félagsþjónusta sveitarfélags sé gerð ábyrgari fyrir sókn þessara mála. Hinsvegar er mjög óheppilegt að gera félagsþjónustu ábyrga fyrir gæslu almannahags, hvað þá aðra aðila í þessari grein. Þessi liður er í umsjá innanríkisráðherra í núverandi lögum enda gætu hér verið um að ræða hrein lögreglumál.

4. Þjóðskrá mun framvegis halda skrá um lögræðissvipta menn. Þessi skrá hefur hingað til verið haldin af innanríkisráðuneytinu. Af fátæklegum rökstuðningi í athugasemdum með frumvarpinu má ráða að ástæðan sé sú að það sé talið henta betur hlutverki þjóðskrár en ráðuneytis að sjá um þessa skrá. Þetta orkar þó tvímælis því upplýsingar af þessu tagi eru mjög viðkvæmar. Í ljósi þess að Sýslumanninum í Reykjavík hefur nú verið falið að annast afgreiðslu erinda er

snúa að 21 dags vistun sýnist að skynsamlegra hefði verið að fela því embætti einnig að halda saman skrá um nauðungarvistarir, líkt og ráðuneytið hefur gert.

5. Frá 1. janúar 2016 munu sýslumenn sjá um að ákveða hvort skilyrðum 21 dags nauðungarvistunar sé fullnægt. Ákveða má að einu sýslumannsembætti verði falið þetta verkefni. Þessi breyting tengist viðleitni innanríkisráðuneytisins til að færa verkefni yfir til sýslumanna. Innanríkisráðuneytið hefur nú ákveðið að embætti Sýslumannsins í Reykjavík skuli annast þetta verkefni. Því verður að treysta að eitthvað af þeirri þekkingu sem safnaðst hefur í innanríkisráðuneytinu flytjist til Sýslumannsins í Reykjavík og að vandað verði til flutnings þessa mikilvæga verkefnis þannig að t.d. verði nauðsynlegt samráð við fagaðila sem koma að nauðungarvistunum, s.s. félagsþjónustu, geðlækna á sjúkrahúsum, heilsugæslulækna og dómstóla.

6. Upphafleg 48 tíma nauðungarvistunarheimild læknis er lengd í 72 klst. Það er umhugsunarvert að þessi frumheimild skuli lengd um 24 klst. en fyrir því eru þó ýmis rök og flestir geðlæknar studdu þessa lengingu. Meðal mikilvægra raka eru þau að þessi tími dugi betur til að fá einstakling til að þiggja meðferð sjálfviljugur með þeim afleiðingum að 21 dags nauðungarvistun verði óþörf. Á móti kemur að lenging verður um sólarhring á tímabili þar sem erfitt getur orðið fyrir einstakling að fá möguleika til að fá mál sitt metið af öðrum. Líta má svo á að í lengingunni felist skerðing á mannréttindavernd þeirra sem í hlut eiga. Því hefur verið haldið fram að þessi lenging sé á skjön við alþjóðlega mannréttindasáttmála.

7. Framvegis verður það einungis félagsþjónusta sveitarfélaga eða samsvarandi fulltrúar sveitarstjórna sem geta lagt fram beiðni um nauðungarvistun á sjúkrahúsi. Ættingjar geta því ekki lengur lagt fram slíka beiðni. Ættingjar geta hins vegar áfram sótt um lögræðissviptingu sem er þó í raun erfiðara og stærra inngríp. Geðlæknar hafa gagnrýnt framkvæmd velferðarsviða sums staðar á landinu á skoðun og rannsókn þessara mála. Í dag er það svo á sumum stöðum að það er læknir sem skrifar vottorð sem sent er til velferðarsviðs (lögfræðisviðs) og þar er vottorð þeirra metið en ekki gerð nein sjálfstæð athugun á hverju máli. Frá 1. janúar nk. er lagaskylda að: „... enda hafi önnur og vægari úrræði í formi aðstoðar verið fullreynd“. Hvernig þetta verður liggur ekki fyrir. Forsendan fyrir því að félagsþjónustan sjái um þessi mál er að þau hafi mannafla, þekkingu og vaktþjónustu til að sinna þessum málum. Slíkt á að vera hægt samanber vinnuferla í barnaverndarmálum. Nauðungarvistuðum manni og aðstandendum hans skal standa til boða ráðgjöf og stuðningur í kjölfar nauðungarvistunar. Hér er um nýmæli að ræða. Ráðherra sem fer með heilbrigðismál kveður á um framkvæmd þessa með reglugerð, m.a. um það hver skuli veita slíka þjónustu. Í reglugerð hlýtur m.a. að þurfa að útfæra hver á að veita þessa ráðgjöf og kosta hana.

8. Reglur um framlengingu nauðungarvistunar

breytast mikið. Þurfi lengri vistun en 72 klst. og í framhaldinu 21 dag þá er dómara heimilt að framlengja nauðungarvistun manns í eitt skipti í allt að 12 vikur að liðnum 21 sólarhring frá dagsetningu ákvörðunar sýslumanns. Fram kemur í ákvæðinu að slík framlenging nauðungarvistunar geti falið í sér rýmkun sem er háð mati læknis. Krafa um framlengingu nauðungarvistunar skal vera skrifleg og er tilgreint í lagaákvæðinu hvaða atriði þurfi að koma þar fram. M.a. þarf að fylgja yfirlýsing læknis þess efnis að meðferðaraðili og einstaklingur sem sætir nauðungarvistun hafi reynt að ná samkomulagi um áframhaldandi meðferð ef þörf krefði. Einnig skal fylgja læknisvottorð eða önnur gögn sem krafa styðst við, svo og yfirlýsing læknis um að framlenging nauðungarvistunar með rýmkun sé að hans mati óhjákvæmileg. Þá er opnað fyrir möguleika á því að nauðungarvastaður einstaklingur geti með leyfi yfirlæknis farið af deildinni tímabundið. Þessi breyting er mikilvæg og gerir framlengingu nauðungarvistunar eftir 72 klst. og 21 dag mögulega án sjálfræðissviptingar. Geðlæknar telja þessar breytingar jákvæðar og telja að þær muni fækka sjálfræðissviptingum og þar með því tímabili þar sem beita þarf einstaklinga nauðung. Skýrari túlkun á inntaki nauðungarvistunar sem leyfir veru utan sjúkrahúss er einnig til mikilla bóta. Ekki er ljóst af hinum nýju ákvæðum hvort beiðni um framlengingu í allt að 12 vikur hafi sömu áhrif og beiðni um sjálfræðissviptingu. Ætla verður að svo verði þó.

9. Í lagabreytingum lögræðislaga er ótímabundin sjálfræðissvipting afnumin. Þó er ekkert kveðið á um hámarkstíma sjálfræðissviptingar. Samkvæmt eðli mála gæti því sjálfræðissvipting orðið 10 eða 20 ár. Það er þó ólíklegt því dómur Hæstaréttar undanfarin ár hafa bent á meðalhófsreglu í þessum efnunum. Allar gildandi ótímabundnar sjálfræðissviptingar falla niður að tveim árum liðnum frá 1. janúar 2016.

Við lagasetningu af þessu tagi er mikilvægt að settar séu lýsandi og styðjandi reglugerðir um útfærslu breytinganna. Hvert skref í ferli nauðungarvistunar er hlaðið siðferðilegum álitamálum samtvinnað flóknum geðrænum sjúkdómsmyndum.

Stjórnvöld verða sjálf að hafa góða hugmynd um þann ramma sem heilbrigðisstarfsfólki er ætlað að vinna innan. Góð lögskýringargögn og reglugerðir eru mikilvægar við lög sem taka á flóknum álitaefnum. Engar reglugerðir hafa verið settar um lögræðislögin, og þar með eru ekki til nánari leiðbeiningar um framkvæmd nauðungarvistunar eða staðla sem sjúkrahús þurfa að uppfylla.

Hefðir hafa þó skapast innan sjúkrahúsa, sem leiða til þess að nauðungarvistanir eru fátíðar hér á landi. Tími hlýtur þó vera kominn til að á þessu verði gerð bót. Í heilbrigðisþjónustu sem krefst gæða og öryggis fyrir alla verður að líta á reglugerðir og handbækur sem nauðsynlegan hluta af öryggismeningu.

Mannréttindasáttmáli Sameinuðu þjóðanna

Í 12. grein sáttmála Sameinuðu þjóðanna um mannréttindi fatlaðs fólk, sem til stendur að fullgilda (innleiða) á Íslandi (Ísland skrifaði undir sáttmálann strax árið 2007 en á eftir að fullgilda, lögfesta) er áhersla lögð á hæfni fatlaðra til að ráða sér og réttindum sínum sjálfir (16, 17). Þar sem þeir sem búa við geðröskun teljast ekki allir geðfatlaðir er líklegt að lögræðislögin þarfnist skoðunar og samræmingar fyrir alla þá sem þurfa að sæta nauðung. Þannig gæti aukinn réttur fatlaðra ýtt fram mannréttindum allra. Þessi vinna er varla byrjuð hér á landi. Margar þjóðir hafa þegar hafið vinnu í þessum málum (18, 19). Í grein Dawson og Szmulker frá 2004 í breska geðlæknaþætti er bent á að það yrði til bóta að sambætta í nýjum lögum lög um réttindi fatlaðra og lög er varða geðsjúka (e. mental health and incapacity legislation fusion). Nýsamþykktar breytingar á lögræðislögum koma ekki til móts við þessa þörf. Ekkert er því þó til fyrirstöðu að slík vinna yrði hafin hér á landi. Allt sem þarf er vilji og skilningur á þörfinni.

Í dómi Mannréttindadómstóls Evrópu í máli nr. 6301/73 frá 24. október 1979 kemur fram að til að réttlæta nauðungarvistun á grundvelli andlegrar vanheilsu verði geðsjúkdómur að vera af þeirri tegund og á því stigi að hann réttlæti slíka frelsissviptingu (20). Nánari reglur um stig og alvarleika geðsjúkdóms yrði hér til bóta því áfram eru forsendur nauðungar og sjálfræðissviptingar almennt orðaðar í bæði í lögræðislögum og þeim breytingum á þeim sem taka gildi 1. janúar 2016.

Lokaorð

Frelssvipting er alvarlegt inngrip í líf hverrar manneskju. Öll teljum við að mannhelgi einstaklinga beri að virða í lengstu lög. Það mat sem liggur til grundvallar slíkum inngripum er oft huglægt og er því mikilvægt að renna eins hlutlægum og valdeflandi stoðum og skýru verklagi undir slík inngrip og kostur er. Þeirri kjarnaspurningu um hvað tæki við ef nauðung og svipting sjálfræðis yrði lögð af hefur enn ekki verið svarað. Ljóst er þó að góð eftirfylgd og umönnun geðsjúkra með réttu þjónustustigi heima við er lykilatriði í viðhaldi bata. Sé þessu fylgt ætti að vera hægt að afstýra mörgum nauðungarvistunum.

Heimildir:

- Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, Fraher DM, Hardy P, Jones S, Gournay K, Johnston S, Pereira S, Pratt P, Tucker R, Tsuchiya A. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2006; 3(1):8-18.
- Jesper Bak, Helle Aggernæs. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries, *Nordic Journal of Psychiatry*, 2012; 66:5: 297-302
- Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184:163-168.
- Hjalti Einarsson, Baldur Heiðar Sigurðsson, Pétur Tyrfinngsson og Jón Friðrik Sigurðsson. Boðskapur og markmið batamiðaðrar geðheilbrigðisþjónustu. *Geðvernd* 2014; 43; Bls.16-21.
- Molodynski A, Turnpenny L, Rugka J, Burns T, Moussaoui D. Review; Coercion and compulsion in mental healthcare—An international perspective. *Asian Journal of Psychiatry* 2014; 8: 2–6
- G Szmukler G. Compulsion and “coercion” in mental health care. *Editorial. World Psychiatry* 2015;14,3:59-261.
- Brug af tvangsforanstaltninger i psykiatrien - en redegørelse Sundhedsstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, august 2009 (http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2009/Tvang_i_Psyk_24sep09.ashx). Elektronisk ISBN: 978-87-7676-926-0.
- Soininen P, Putkonen H, Joffe G, Korkeila J, Välimäki M. Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: a systematic mixed studies review. *BMC Psychiatry* 2014;14:162
- Thomas Wilhelm Kallert. Coercion in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 2008 21:485–489
- Sheehan, KA Compulsory treatment psychiatry *Current Opinion in Psychiatry* 2009; 22(6):582-586.
- Lagasafn. Íslensk lög 15. september 2015. Lögræðislag 1). 1997 nr. 71 28. maí. 1)Lögunum var m.a. breytt með l. nr. 84/2015. Sjá: <http://www.althingi.is/lagas/nuna/1997071.html>.
- Lögræðislögin NR. 71/1997 ásamt greinargerð. Dóms-og kirkjumálaráðuneytið, Reykjavík 1997. ISBN 9979-884-23-1. Prentsmiðjan Oddi.
- Siðareglur lækna Codex Eticus: <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisstarfsfolk/starfsleyfi/sidareglur/item13353/>
- Mill John Stuart, Liberty1859 (https://en.wikipedia.org/wiki/On_Liberty#On_the_limits_to_the_authority_of_society_over_the_individual)
- Nefndarmál Alþingis (breytingar á lögræðislagum: <http://www.althingi.is/thingstorf/thingmalin/erindi/?ltg=144&mnr=687>
- 16) UN Committee on Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment on Article 12: Equal recognition before the law, 2014(www.ohchr.org).
- UN Committee on Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Consideration of State reports. tbinternet.ohchr.org.
- Dawson J, Szmukler G. Fusion of mental health and incapacity legislation. *Br J Psychiatry* 2006;188:504-9.
- Szmukler G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry* 2014;37:245-52.
- The European Court of Human Rights. CASE OF WINTERWERP v. THE NETHERLANDS (Application no. 6301/73) JUDGMENT STRASBOURG 24 October 1979 ([http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57597#{"item-id":\["001-57597"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57597#{))

Sigurður Páll Pálsson, er geðlæknir, dr. med. og yfirlæknir réttar- og öryggisdeilda geðsviðs LSH



Fíknivandi kvenna og meðferð við honum

Rótin – félag um málefni kvenna með áfengis- og fíknivanda var stofnuð 8. mars 2013 af konum úr hinu svokallaða batasamfélagi þeirra, sem glímt hafa við fíknivanda, og öðrum áhugakönnum um málefnið. Þær voru sér meðvitandi um að verulega skorti upp á viðunandi meðferðarúrræði fyrir konur sem ættu sér margar hverjar erfiða sögu þar sem ofbeldi og önnur áfallatengd atvik koma mjög við sögu með tilheyrandi sálrænum erfiðleikum. Félagið hefur einbeitt sér að fræðslustarfi og umræðum um konur og fíknivanda og í september 2015 var haldin fjölsótt ráðstefna um málefni félagsins með erlendum sem innlendum fyrirlesurum og bar þar hæst koma Stephanie Covington frá Kaliforníu. Covington er höfundur bókarinnar *A Woman's Way through the Twelve Steps* og brautryðjandi þegar kemur að kynjafræðilegu sjónarhorni á fíkn.

Félagið hefur einnig verið í miklum samskiptum við yfirvöld og beitt sér fyrir faglegri nálgun á meðferð við fíkn og hefur sent fjölda erinda ýmist til að vekja athygli á málefnum, fá svör um fyrirkomuleg eða til að krefjast úrbóta.

Í greininni verður farið yfir stöðu mála í framboði á meðferð fyrir fólk með fíknivanda, kenningar um fíkn og meðferðarúrræði, þær breytingar sem eru að eiga sér stað í meðferðarþjónustu í Bandaríkjunum og sérstakar þarfir kvenna með vísun í leiðbeiningar og fyrirmæli stjórnvalda og alþjóðastofnana eins og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar.

Meðferð við fíkn á Íslandi

Í svari heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Sigríðar Ingibjargar Ingadóttur frá 20. október 2014, um þjónustu við fólk með fíknivanda, kemur fram að flest meðferðarúrræði á Íslandi „séu að öllu leyti eða að stórum hluta fjármöggnuð af ríkinu“ (1). Þegar skoðað er hvaða meðferð er í boði við fíknivanda hér á landi segir í svari Embættis landlæknis við fyrirspurn Rótarinnar frá 25. febrúar 2014:

Þær stofnanir sem veita heilbrigðisþjónustu í tengslum við fíknimeðferð/afvötnun eru ákveðnar deildir Landspítala (móttökugeðdeild 33A, dagdeild fíknimeðferðar – Teigur og göngudeild fíknimeðferðar), Sjúkrahúsið Vogur, göngudeild SÁÁ Von, göngudeild SÁÁ Akureyri, meðferðarheimilið Vík og meðferðarheimilið Staðarfell (2).

Rótin sendi embættinu aðra fyrirspurn þar sem meðferðarstofnanirnar í Krýsuvík og Hlaðgerðarkoti voru ekki



á þessum lista og fékk það svar að þessar meðferðarstöðvar hafi ekki verið skilgreindar heilbrigðisstofnanir hjá embættinu (3).

Eins og fram kemur á vefsíðu Velferðarráðuneytisins er meðferð fyrir fólk með fíknivanda héraðs skipt í þrjá aðalflokka:

- meðferð á geðdeildum sjúkrahúsa þar sem beitt er lækisfræðilegum aðferðum,
- meðferð á stofnunum sem styðjast við 12 spora kerfi AA-samtakanna, sem eru leiðbeiningar um hvernig fyrirverandi ofneytendum áfengis og annarra vímuefna sé ráðlegast að haga lífi sínu á batavegi,
- meðferð á stofnunum sem hafa kristna trú að leiðarljósi (4).

Í skýrslu heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra frá árinu 2001 um meðferðarstofnanir þar sem fjallað er um þessa skiptingu segir einnig:

Þrátt fyrir þessar mismunandi aðaláherslur skarast þær mjög því að á öllum stöðunum þarf lækisþjónustu við, a.m.k. á meðan afeitrun á sér stað, svo og hjúkrunar, félagsráðgjafar, áfengis- og vímuefnaráðgjafar, auk þess sem flestum er beint til AA-samtakanna að lokinni meðferð. Þar virðist fyrirverandi ofneytendum takast best að halda sig frá áfengi og öðrum vímuefnum (5).

Þó að skýrslan sé frá þúsaldarmótunum síðustu hafa ekki orðið markverðar breytingar á þeim úrræðum sem í boði eru fyrir þá sem kljást við fíknivanda þó að ýmsar blikur séu á lofti um breytta nálgun. Helsta breytingin er sú sem gerð var á meðferðarstefnu Landspítala, fyrir um það bil 10 árum, á þann veg að þar er hugræn atferlismeðferð undirstaða meðferðarinnar.

• Fíknigeðdeild Landspítala

Meðferð á fíknigeðdeild Landspítala er sérstaklega ætluð einstaklingum „með alvarlegan fíkn- og geðvanda (tvígreiningu)“ (6). Þó að Landspítali hafi aflagt 12 spora nálgun í sinni meðferð er enn boðið upp á fundi AA-samtakanna inni á fíknigeðdeildum spítalans og því má segja að öll meðferð á Íslandi hafi tengsl við 12 spora kerfið.

• SÁÁ

SÁÁ rekur flest af þeim úrræðum sem talin eru upp í að-

urnefndu svari landlæknis: Sjúkrahúsið Vog, göngudeild SÁÁ Von, göngudeild SÁÁ Akureyri, meðferðarheimilið Vík, þar sem konur eru meðhöndlaðar á sama stað og karlar sem eru 55 ára og eldri, og meðferðarheimilið Staðarfell þar sem karlar eru í meðferð. Meðferð SÁÁ hefur frá upphafi sótt sína fyrirmynd til Bandaríkjanna í tólf spora hugmyndafræði sem byggist á tólf sporum AA-samtakanna. Þannig segir Binni Berndsen frá upphafi meðferðarstarfs samtakanna:

Þetta var vitaskuld aðeins bergmál frá Freeport þar sem sjúklingarnir voru alltaf uppteknir við eitthvað. Við vorum ekki með neina ráðgjafa. Þetta voru hálfgerðir AA-fundir allan daginn og ráðgjafarnir sögðu fyrst og fremst frá sjálfum sér og reynslu sinni. En allt blessaðist þetta einhvern veginn þennan fyrsta vetur (7).

Í upphafi var byggt á þeirri hugmynd að enginn næði árangri í glímu við fíkn nema með því að tengjast AA-samtökunum, eins og haft er eftir Hilmari Helgasyni einum stofnanda SÁÁ (7). Þessi meðferðarstefna hefur verið kölluð Minnesota-líkanið og verður fjallað nánar um hér á eftir.

• Krýsuvík

Í Krýsuvík er í boði langtímameðferð sem er að lágmarki 6 mánuðir (8). Um meðferðina segir Lovísa Christiansen framkvæmdastjóri meðferðarheimilisins í Krýsuvík í nýlegu viðtali:

Við erum með sporameðferð sem byggð er á hugmyndafræði AA-samtakanna. Inn í meðferðina fléttum við öllu því besta sem hægt er að finna í heiminum í nýjungum á þessu sviði. Þar sem enginn er skemur en sex mánuði hjá okkur getum við kafað dýpra í málin en mögulegt er í styttri meðferðum. Margir dvelja hjá okkur í átta til níu mánuði og allt upp í ár. Við teljum að það taki þrjú ár að ná fullum bata. Sumar þessara kvenna hafa farið í margar meðferðir áður en þær leita til okkar (9).

Í viðtalinu kemur einnig fram að allar konurnar sem koma til meðferðar í Krýsuvík hafi einkenni áfallastreituröskunar og að undanfarin þrjú ár hafi verið unnið að því að bæta kvennameðferðina m.a. með markvissri áfallavinnu.

• Samhjálp

Samhjálp heldur úti meðferðarstarfi í Hlaðgerðarkoti í Mosfellsdal en grundvöllurinn að þeirra meðferð er samkvæmt heimasíðu þeirra „kristin trú í framkvæmd“ einnig segir um meðferðina:

Tvær áherslur eru lagðar í meðferðarstarfinu. Annars vegar er um að ræða hefðbundna fræðslu um sjúkdóminn alkóhólisma og læknisfræðilegar lausnir hans, hins vegar er um að ræða fræðslu um kristna trúariðkun með félagslega endurhæfingu að markmiði. Sérstök áhersla er lögð á trúarlegan bakhjarl 12-sporanna innan AA með skírskotun til Biblíunnar (9).

Það er því ljóst að öll meðferð við fíknivanda sem í boði er á Íslandi sækir mikið til 12 spora hugmyndafræði nema meðferð fíknigeðdeildarar Landspítala. Þar er þó einnig boðið upp á AA-fundi. Þar sem sú meðferð er eingöngu ætluð fólki sem er með alvarlegan fíkn- og geðvanda má segja að þeir sem ekki falla í þann hóp eigi ekki kost á meðferð sem byggist á „læknisfræðilegum aðferðum“, svo vitnað sé í vefsíðu Velferðarráðuneytisins, heldur eingöngu „meðferð á stofnunum sem styðjast við 12 spora kerfi AA-samtakanna“ og „meðferð á stofnunum sem hafa kristna trú að leiðarljósi“ (4).

Minnesota-líkanið og heilasjúkdómskenningin um fíkn

Meðferð við fíknivanda á Íslandi hefur frá áttunda áratug síðustu aldar sótt fyrirmyndir sínar vestur um haf í svokallað Minnesota-líkan sem hefur verið ríkjandi í meðferð bæði hér og í Bandaríkjunum undanfarin 40-50 ár. Hildigunnur Ólafsdóttir lýsir meðferðarlíkaninu ágætlega í blaði Geðverndar árið 1990 (11) en einnig má benda á mjög áhugaverða úttekt á Minnesota-líkaninu og meðferðarúrræðum sem byggjast á því, í Bandaríkjunum, í bók Anne M. Fletcher, *Inside Rehab – The Surprising Truth About Addiction Treatment—and How to Get Help That Works* sem kom út á árinu 2013.

Eins og komið var inn á hér að framan var það SÁÁ sem flutti Minnesota-líkanið í meðferð til Íslands í lok áttunda áratugarins. Samtökin hafa aðlagð líkanið að einhverju leyti að íslenskum aðstæðum og nýrri þekkingu, m.a. strax í upphafi, eins og fram kemur í bókinni Bræðralag gegn Bakkusi:

Meðferðarstofnanir SÁÁ hafa þróað og betrubætt amerísku aðferðina og lagað hana að íslenskum aðstæðum. Á Norðurlöndum er því farið að tala um íslensku aðferðina við meðhöndlun áfengis- og vímuefnaneytenda í stað þess að ræða um Minnesota-aðferðina (12).

Minnesota-líkanið byggir, eins og áður segir, á tólf spora kerfinu og kenningunni um að fíkn sé líffræðilegur ólæknandi heilasjúkdómur, svokallaðri heilasjúkdómskenningu. Minnesota-líkanið á sér margar útgáfur í dag þar sem ákveðnir þættir eru þó alltaf til staðar. Meðferðin er umhverfismeðferð (e. milieu treatment) sem að einhverju leyti byggir á jafningjahjálp þar sem lengra komnir miðla til þeirra sem styttra eru á veg komnir í bata frá fíkn. Þannig þróast starf áfengis- og vímuefnaráðgjafa að alkóhólistar sem náð hafa tökum á sinni neyslu fara að hjálpa þeim sem eru styttra á veg komnir. Hildigunnur Ólafsdóttir rekur þróun ráðgjafarstarfsins í doktorsritgerð sinni um AA-samtökin á Íslandi: „Það er löng hefð fyrir því að alkóhólistar án nokkurrar faglegrar menntunar starfi við áfengismeðferð þar sem persónuleg reynsla þeirra og skilningur á vandamálinu er það sem þeir byggja á.“ (13). Annar mikilvægur þáttur meðferðarinnar er algjört bindindi á öll fíkniefni en aðal-

markmið hennar er að kynna tólf spora samtök og hugmyndafræði fyrir þeim sem koma í meðferð. Hefðbundið er að meðferðin byrji á 10 daga afvötnun og svo 28 daga innliggjandi meðferð sem síðan er fylgt eftir með tólf spora fundum og jafnvel göngudeildarmeðferð (14). Þar sem sporavinna gengur að miklu leyti út á að iðkendur nái sambandi við æðri mátt má segja að markmið meðferðarinnar sé að koma fólki inn í samtök sem byggja á trú. Hér er því um að ræða andleg meðöl við ástandi sem, samkvæmt sömu kenningu, er lögð áhersla á að sé ólæknandi heilasjúkdómur.

Rannsóknir á árangri meðferðar og annarra úrræða við að ná tökum á fíknivanda hafa aukist á síðustu árum og sálfræðingurinn Lance Dodes, sem starfaði við meðferð og rannsóknir á fíkn í áratugi, meðal annars sem umsjónarmaður rannsókna hjá Boston Psychoanalytic Society and Institute og sem klínískur lektor í rannsóknum við Harvard-háskóla, sendi á árinu 2014 frá sér bókina *The Sober Truth. Debunking the Bad Science Behind 12-Step Programs and the Rehab Industry* þar sem hann fjallar um fíknirannsóknir, meðal annars rannsóknir á árangri AA-samtakanna.

Dodes líkir meðferðarkerfinu í Bandaríkjunum í dag við stöðuna í meðferð berkla fyrir hundrað árum. Á þeim tíma var engin lækning til við berklum en fólk var sent á heilsuhæli sem oft voru líkari lúxushótelum sem slógust um viðskiptavinina úr hópi ríkari berklasjúklinganna og var nokkur meðferðariðnaður í kringum sjúkdóminn:

Prátt fyrir lúxusinn bauð engin af þessum stofnunum upp á meðferð við orsökum veikindanna. [...] Áfengis- og fíkniefnameðferðarstöðvar eru í nákvæmlega sömu stöðu í dag, með einni undantekningu. Betri þekking og meðferð eru þegar til reiðu, en er bara ekki nýtt í meðferðinni. Fíknimeðferð er byggð á líkani sem verið hefur óbreytt frá því á fjórða áratugnum og af því að meðferðin er venjulega mönnuð með fólki sem veit lítið meira en AA fræðin og hefur faglega sjálfsmynd þeirra byggir á réttmæti þess líkans hefur andstaða við breytingar verið gríðarleg (15 bls. 79).

Heilbrigðisþjónusta sem byggir á trú á æðri mátt, eins og tólf spora meðferð, er illsamræmanleg nútímakröfum í velferðar- og heilbrigðisþjónustu og sama á við um menntunarkröfur til vímuefnaráðgjafa sem hafa litla formlega menntun. Nýleg grein um starfsfólk í meðferðargeiranum bendir á að þeir sem styðja tólf spora nálgun í meðferð og skilgreina sig í bata frá fíkn geti átt erfiðara með að tileinka sér ný úrræði sem byggja á nýrri þekkingu (16). Þess má geta að í ráðningarsamningi ráðgjafa hjá SÁÁ er ákvæði um að ráðgjafar skuli „stunda AA eða Alanon og aðrir þeir starfsmenn SÁÁ sem eru alkóhólistar eða aðstandendur þeirra skulu stunda AA eða Alanon“ (17).

Í Bandaríkjunum þar sem um 90% meðferðarframboðs

1. Hippókrates var uppi á árunum 460 til um 360 fyrir Krist sem oft er nefndur „faðir læknisfræðinnar“.

byggðist á sporunum tólf, um aldamótin síðustu (14 bls. 18), má segja að nú sé kreppa. Ástæður hennar eru margvíslegar. Ein er sú að straumhvörf hafa orðið í læknisfræði og sú tvíhyggja, sem ríkti á síðari hluta 20. aldar að líf- og erfðafræði bæri svör við flestum spurningum um heilbrigði, hefur vikið fyrir eldri hugmyndum og endurnýjuðum, sem komu upphaflega fram á tíma Hippókratesar¹, um að heilbrigði sé nátengt samskiptum og lífsreynslu (18).

Önnur ástæða fyrir breytingum á meðferð fólks með fíknivanda í Bandaríkjunum eru hin umtöluðu lög Baracks Obama Bandaríkjaforseta um almennar heilbrigðistryggingar (e. *Affordable Care Act*), sem iðulega eru nefnd „ObamaCare“ og tóku gildi árið 2010. Með lögunum er meðferð á fíkn færð inn í almenna heilbrigðisþjónustu og áhersla lögð á skimun, snemmtæka íhlutun, betri greiningu á vandanum og einstaklingsmiðaða meðferð (19). Frumvarpið gerir þannig ráð fyrir því að stór hluti þeirra sem glíma við fíkn þurfi minna inngríp en hina hefðbundnu 10 + 28 daga meðferð heldur verði inngríp fyrr á ferðinni og inni í hinni almennu heilsugæslu (20). Þá er skilyrði í lögunum að meðferðin byggji á gagnreyndri þekkingu. Það ákvæði hefur haft mikil áhrif á bandaríska meðferðarkerfið sem að stórum hluta hefur verið rekið utan hins almenna heilbrigðiskerfis og byggðist að miklu leyti á tólf spora meðferð sem víða var rekin með lítið menntuðu starfsfólki og meira í ætt við jafningjahjálp eða eins og sálfræðingurinn dr. Jeffrey Foote orðar það: „Á fáum öðrum sviðum heilbrigðiskerfisins látum við minnst menntaða fólkið fást við erfiðustu og flóknustu sjúklingana.“ (14 bls. 390).

Róttin hefur beitt sér í menntunarmálum áfengis- og vímuefnaráðgjafa og samkvæmt svörum frá Landlæknisembættinu, Velferðarráðuneytinu og Menntamálaráðuneytinu er ljóst að nám ráðgjafa er í ólestri, það tilheyrir engu skólastigi og litlar sem engar kröfur eru gerðar til þeirra sem annast kennslu ráðgjafanna (21). Miðað við þá miklu ábyrgð sem ráðgjafarnir bera á meðferð þess viðkvæma hóps sem kemur í fíknimeðferð er mjög brýnt að yfirvöld axli ábyrgð og breyti reglum og skýri hver ber ábyrgð á náminu (22).

Sú kenning að fíkn sé ólæknandi heilasjúkdómur hefur átt miklu fylgi að fagna í Bandaríkjunum ekki síst þar sem yfirmaður NIDA (e. *National Institute on Drug Abuse*), *Nora Volkow*, er mikill fylgismaður kenningarinnar. Þó ber sífellt meira á gagnrýni á þessa nálgun á fíkn og í nýlegri grein þar sem farið er yfir helstu gagnrýni á heilasjúkdómskenninguna segir:

Hvernig á þá að skilja fíkn? Við erum holdi klæddar verur sem hrærumst í flóknu félagslegu umhverfi. Skilningur á fíkn verður að vera breiður: fíkn er mögulega afleiðing mannlegrar löngunar til að breyta meðvitund, alvarlegur heilsufarsvandi vegna neikvæðra áhrifa sem hún hefur á samfélagið og eyðileggjandi afleiðinga fíknarinnar, krónísk lífsálfélagleg röskun sem tekur sig endurtekið upp - sem ekki er hægt að skilja án hins félagslega samhengis - en ekki einfaldlega heilasjúkdómur. (23).

Enginn efast um að langvarandi neysla fíkniefna valdi sjúkdómum en það skiptir máli við meðferð hvort fíknivandi er skoðaður sem meðfæddur vandi eða flókin lifsálfélagleg röskun, eins og segir í tilvitnuninni hér að ofan. Það gleymist líka oft að heilasjúkdómskenningin er kenning en ekki staðreynd eða eins og segir á vef DeCode sem hefur stundað rannsóknir á fíkn og erfðum: „Almennara er samt það viðhorf að fíkn sé alvarlegur heilasjúkdómur af líffræðilegum toga.“ (24). Í þessu samhengi má benda á að 94 vísindamenn skrifuðu ritstjóra tímaritsins *Nature* til að mótmæla því að í leiðara tímaritsins var heilasjúkdómskenningunni haldið á lofti (25) og segir í bréfi þeirra:

Það þrönga sjónarhorn sem haldið er á lofti í leiðaranum tekur vímuefnanotkun úr pólitísku, félags-, laga- og umhverfislegu samhengi sínu og hún er eingöngu skoðuð sem afleiðing af truflun á heilastarfsemi. Þetta þröngsýna sjónarhorn gerir lítið úr gríðarlegum áhrifum möguleika fólks í lífinu, vali og aðstæðum á fíknihegðun. (26).

Lance Dodes bendir á að rannsóknir vanti á grundvallarspurningum um fíkn: „Hvað er fíkn? Hvernig eigum við að meðhöndla hana? Af hverju kemur hún fram hjá sumum einstaklingum en ekki öðrum?“ (15 bls. 150). Hann bendir á að ein ástæða þess að rannsóknir á fíkn séu jafn ómarkvissar og raun er sé sú að það sé dýrt og tímafrekt að rannsaka sálarlíf okkar og þar að auki sé mikið af rannsóknum kostaðar af lyfjafyrirtækjum sem ekki hafi áhuga á þeirri nálgun. Hann bætir því við með vísun í rannsóknir NIDA:

Við erum flóknar verur sem stjórnnumst jafn mikið af hugsunum okkar og tilfinningum eins og dýrlegum verðlaunabrautum. Það að smætta fíkn fólks niður í lífeðlislega örvun rottu feli í sér að horfa fram hjá öllu því sem geri okkur mannleg. (15 bls. 88).

Taugasérfræðingurinn Marc Lewis bendir á að kenningar um fíkn megi gróflega flokka í þrennt: sjúkdómskenningar, fíkn er val og sjálfsmeðhöndlun. Skörun er einhver á milli flokkanna en hver þeirra hefur þó í för með sér ákveðnar áherslur á meðferð, stefnu stjórnvalda og val einstaklinga með fíknivanda (27). Í bók sinni *Biology of Desire for Lewis* svo ítarlega í galla heilasjúkdómskenningarinnar sem hann telur byggja á rangri nálgun á taugafraeðileg gögn og þann sið lækna að líta framhjá hinu persónulega:

Rannsakendur í læknisfræði hafa rétt fyrir sér í því að fíkn breytir heilanum. En hvernig hann breytist hefur ekkert að gera með sjúkdóm heldur lærdóm og þróun. (28 bls. xi).

Lewis vísar til þess að heilinn sé stöðugt að breytast „genatjáning (e. *gene expression*), frumþéttleiki, styrkur og staðsetning taugamóta og taugapráða (e. *fibres*)

þeirra, jafnvel stærð og lögun heilabarkarins breytist“ (28 bls. 25). Hann heldur því fram að þær breytingar sem fíkn valdi á heilanum komi líka fram þegar fólk verður hugfangið af íþróttum, gangi í stjórnmalaflokk eða verður gagntekið af ástinni sinni eða börnunum sínum (28 bls. 26) og því er niðurstaða Lewis eftirfarandi: „Ef fíkn er sjúkdómur þá er ást það augljóslega líka.“ (28 bls. 168).

Tólf spor

Það er ástæða til að gera stutta grein fyrir AA-samtökunum sem eru undanfari Minnesota-líkansins, en samtökin voru stofnuð af tveimur körlum, Dr. Bob og Bill W., í Bandaríkjunum árið 1935 en „biblía“ samtakanna, AA-bókin, kom út árið 1939. Sú leið sem í boði er í samtökunum er andleg leið til bata frá fíkn og sporin 12 og erfðavenjur samtakanna vísa þessa leið. Hér á landi voru stofnuð samtök árið 1954 en mikil fjölgun varð í samtökunum eftir að SÁÁ hóf starfsemi sína og eins og segir á síðu AA-samtakanna: „Samskipti milli AA og SÁÁ sem og annarra meðferðarstofnana hafa verið farsæl frá fyrstu tíð.“ AA-samtökin á Íslandi halda um 300 fundi á viku (29). Samtökin eru því augljóslega stór þáttur í bataferli fólks með fíknivanda hér á landi.

Styrkur samtakanna liggur í félaga stuðningnum sem þar býðst, segir Lance Dodes, en þar sem samtökin hafa ekki yfirstjórn geta þau líka verið „óútreiknanleg og óáreiðanleg, það er engin gæðastýring innan þeirra. Sumum fundum er stjórnað af þroskuðu og hugulsömu fólki en öðrum af einföldum bókstafstrúarmönnum.“ (15 bls. 121). Gagnstætt því sem margir trúá, sérstaklega þeir sem hafa nýtt sér samtökin til góðs, þá er árangur af þátttöku í þeim ekki nema á milli 5-10% hjá þeim sem koma inn í samtökin og samkvæmt rannsóknum er það félagslegi þátturinn í AA sem mest hjálp er í (15 bls 122). Allir eru velkomnir í AA-samtökin og fyrir fólk sem ekki er lengur velkomið á mörgum stöðum er það mikils virði. Dodes segir:

Ein helsta hjálp AA felst því í styrk samtakanna sem samfélags, þau veita margt af því sem allajafna er til staðar í trúar- eða bræðrareglum. (15 bls. 132).

Dodes bendir einnig á að mýtur lifi góðu lífi innan samtakanna og að margar þeirra geti verið skadlegar og byggi á skömm og siðapredikunum, skapi ranghugmyndir um hverjir fíkniefnaneytendur eru og hvað fíkn er. Hann tiltekur svo nokkrar af þessum mýtum en hér verður aðeins minnst á eina þeirra um að fólk með fíknivanda hafi fleiri persónulega bresti en annað fólk. Á bak við þessa mýtu er sú hugmynd að til að ná tökum á fíkn verði maður að bæta sig sem manneskja. Þessi hugmynd á uppruna sinn í trúarlegum fyrirrennum AA-samtakanna þar sem áherslan var á syndina og sálhjálpina. Mýtan sækir í þá gömlu hugmynd að fólk með fíknivanda sé verra en annað fólk. Sama á við um fleiri mýtur samtakanna sem ala á skömm og byggja á hugmyndum sem eiga ekkert skylt við nútímalegar aðferðir í lækningum á fíkn (15 bls. 134-146).

Fíkn og félagslegar skýringar

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (AHS) er höll undir félagslegar skýringar á fíknivanda og að tengsl séu á milli vanlíðunar og heilsufarsvanda kvenna, sem leiðast út í neyslu ávanabindandi efna, vegna „kynhlutverks, streituvalda og neikvæðrar upplifunar og atvika“. Kynbundnir áhættuþættir geðraskana, sem algengir eru hjá konum, eru samkvæmt AHS: „Kynbundið ofbeldi, óhagstæð félagsleg skilyrði, lágar tekjur og tekjumisrétti, undirskipun í félagslegu tilliti og stéttarstöðu og stöðug ábyrgð á umönnun annarra.“ (30).

Almennt má segja að aukin þekking á útbreiðslu og áhrifum ofbeldis, ekki síst þess sem á sér stað innan heimilis, hafi haft áhrif á að breyta hugmyndum um hvað veldur fíknivanda. Rannsóknir eins og ACE-rannsóknin sem framkvæmd var í Bandaríkjunum á árunum 1995-1997 hafa grafið hefur undan kenningunni um fíkn sem heilasjúkdóm (31). Rannsóknin er stærsta lýðheilsurannsókn sem framkvæmd hefur verið (32), en 17.000 þátttakendur tóku þátt og þar var leitað eftir áhrifum erfiðra upplifana í æsku á heilsufar síðar á ævinni. Þátttakendur voru beðnir að svara tíu spurningum um erfiðar upplifanir í æsku og síðan var heilsufar og líðan á fullorðinsaldri skoðuð. Niðurstöðurnar sýndu að samhengið á milli þess að verða fyrir áföllum og/eða vanrækslu í æsku og glíma við fíknivanda síðar á ævinni var mjög sláandi. Berglind Guðmundsdóttir, dósent í sálfræði við læknadeild HÍ og yfirsálfræðingur Landspítala Háskólasjúkrahúss, segir að 30-50% þeirra sem greinast með áfengis- og/eða vímu-efnavanda þjáist einnig af áfallastreituröskun, sem er gríðarlega hátt hlutfall (33). Margar rannsóknir hafa síðan staðfest þetta samhengi og af hérlendum rannsókn-um má benda á skýrslu UNICEF um réttindi barna á Íslandi (34) og rannsóknir Sigrúnar Sigurðardóttur, lektors við Háskólann á Akureyri, sem unnið hefur að meðferð kvenna í tilraunaverkefninu Gæfusporin (35).

Áhrif umhverfis, félagslegra og sálrænna þátta á þróun fíknar eru ekki síst mikilvæg þegar lítið er til kvenna með fíknivanda. Ljóst er að mjög stór hópur kvenna sem kemur til fíknimeðferðar á sér áfallasögu, í raun mun stærri hópur en finnst meðal kvenna sem ekki eiga við fíknivanda að etja. Ingólfur V. Gíslason orðar þetta svona í skýrslu sinni um ofbeldi í nánum samböndum sem unnin var fyrir félags- og tryggingaráðuneytið:

Í fyrsta lagi er ofbeldi nokkuð sameiginleg reynsla kvenna sem leita á Vog, þær hafa langflestar verið beittar einhverju ofbeldi. Raunar var það samdóma álit viðmælenda, bæði á Vog og í áhættumeðgöngunni hjá Landspítalanum, að konur sem væru í mikilli neyslu væru með ofbeldi sem „sjálfagðan“ þátt í sínu lífi og raunar eitthvað sem þær upplifi yfirleitt ekki sem sitt megin vandamál. Þannig var talið að a.m.k. 70–80% þeirra kvenna sem stríddu við fíkn hefðu verið beittar einhverju ofbeldi. (36).

Í tillögum skýrslunnar er einnig hvatt til þess að jafnhliða sé veitt meðferð vegna fíknivanda og ofbeldisvanda:

Á meðferðarstofnunum vegna áfengis- og vímu-

efnaneyslu verði skimað eftir þeim körlum sem hafa beitt maka sína ofbeldi og meðferð þeirra taki mið af því. Sömu leiðis verði skimað eftir konum sem hafa verið beittar ofbeldi í nánum samböndum og tekið tillit til slíkra áfalla í meðferðinni. (36).

Þessar áherslur eru í samræmi við upplýsingablað Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um ofbeldi í nán-um samböndum og áfengi (37). Þar kemur fram að rannsóknir á forvörnum sem beinast að áfengistengdu ofbeldi séu af skorum skammti og lögð er áhersla á mikilvægi forvarna og hlutverk heilbrigðiskerfisins í því að koma í veg fyrir ofbeldi í nán-um samböndum meðal annars með því að fást við samband þess við áfengis-neyslu. Ein afleiðing ofbeldis er aukin neysla áfengis sem aðferð fyrir þolendur til að bregðast við aðstæðum sínum, þ.e. áfengi er notað sem sjálfmeðhöndlun (e. self-medicating).

Meðferð og kyn

Saga fíknar er karlasaga og konur koma þar varla við sögu fyrr en eftir miðja síðustu öld nema sem eiginkonur drykkfelldra karla. Þegar tólf spora kerfið hóf sína göngu á fjórða áratugnum voru „sporin skrifuð af körlum með þarfir karla í bata í huga á þeim tíma sem konur höfðu litlar bjargir og lítið félagslegt, stjórnmálalegt eða fjárhagslegt vald“ (38 bls. 2). Meðferðarkerfið þróaðist svo út frá sporakerfinu án nægilegrar aðlögunar að þörfum kvenna fyrr en á allra síðustu árum.

Í september 2015 var haldin ráðstefna á vegum Rótarinnar, Rannsóknarstofnunar í jafnréttisfræðum við Háskóla Íslands og fleiri aðila, um konur, fíkn, áföll og meðferð. Aðalfyrirlesari ráðstefnunnar var Stephanie Covington sálfræðingur og félagsráðgjafi sem starfað hefur við meðferð kvenna í hart nær fjörutíu ár og er frumkvöðull í rannsóknum og meðferð á konum með fíknivanda.

Lykilhugtök í vinnu og meðferðarefni Stephanie Covington eru „áfallameðvituð nálgun“ (e. *trauma-informed*) og „kynjamiðun“ (e. *gender-responsiveness*). Í fyrirlestrum sínum á ráðstefnunni lagði Covington áherslu á mikilvægi öryggis í meðferð kvenna sem grundvallar að bata. Meðferðin þarf að eiga sér stað á griðastað (e. **sanctuary**) og að mati hennar er meðferð sem ekki er áfallameðvituð beinlínis ósiðleg.

Áfallameðvituð nálgun er verklag sem beinist að því að skapa þjónustu sem er örugg fyrir alla en sérstakt tillit er tekið til þeirra sem glíma við afleiðingar áfalla. Hér er ekki um að ræða áfallameðferð heldur umhverfi og þjónustu sem er tillitssöm við notendur og vakandi fyrir því að endurvekja ekki áföll. Bandarísk yfirvöld eru að innleiða þetta verklag í alla heilbrigðis- og félagsþjónustu, menntastofnanir, refsiréttarkerfið, herinn og almennt í þjónustu ríkisins og SAMHSA, undirstofnun Bandaríska heilbrigðisráðuneytisins sem fjallar um vímuefnamismanotkun og geðheilbrigði (e. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*), gaf út í júlí 2014 leiðbeiningar um áfallameðvitaða nálg-

un, SAMHSA's *Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* (39).

Kyn er mikilvægur áhrifaþáttur á þróun fiknar og rannsóknir sýna að þau vandamál sem fylgja fiknivanda leggjast oft þyngra á konur en karla vegna félagsmótunar og kynhlutverka.

Í bókinni *Women, Girls and Addiction Celebrating the Feminine in Counseling Treatment and Recovery* er ítarlega fjallað um konur og fikn út frá femínískum kenningum og bent á að þó að mikið hafi áunnist í jafnréttisbaráttu þá sé það enn svo að konur í vestrænum samfélögum séu settar á jaðarinn og kúgaðar.

Kúgunin sem konur með fiknivanda verða fyrir er flókin, margþætt og kerfisbundin. Það er ekki hægt að meðhöndla fikn eina og sér (þ.e. án þess að taka tillit til geðheilsuvanda, menningaráhrifa eða líkamlegrar heilsu) ... (40).

Konur eru líklegri til að vera undir álagi vegna sögu um illa meðferð, tilfinningalegs vanda og vanda í nánum samböndum, áfallastreituröskunar og/eða kynlífsvanda. Vaxandi þekking er á hinu sterka sambandi á milli áfalla og vímuefnanotkunar í lífi kvenna sem sýnir að konur í fiknimeðferð eiga í 66-90% tilfella sögu um kynferðis- eða líkamlegt ofbeldi. Sérstaklega á þetta við um konur sem urðu fyrir kynferðisofbeldi á barnsaldri og konur sem búa við heimilisofbeldi nota fikniefni til að slá á afleiðingar ofbeldisins. Konur nota því fikniefni til að slá á tilfinningavanda og afleiðingar áfalla, þær meðhöndla sig sjálfar, og rannsóknir benda til þess að þær geri það í þeirri von að notkunin muni draga úr vanlíðan þeirra. Meiri hætta er á að sá meirihluti kvenna sem á sér sögu um að hafa orðið fyrir ofbeldi og áföllum nái ekki árangri í meðferð ef hún tekur ekki heildrænt á fikn og áfalla-sögu (41).

Ástralir hafa rannsakað samband áfengis og áfalla/ ofbeldis og í skýrslu þarlendrar stjórnvalda segir að mikil áhersla hafi verið lögð á það hingað til að finna út hvaða röskun eða sjúkdómur sé frumorsök (e. primary) þegar um fjölkvilla (e. comorbid) er að ræða. Jafnframt segir að rannsóknnum beri ekki saman um það í hvaða röð sjúkdómar koma fram:

„Rannsóknargögn um það í hvaða röð raskanir/sjúkdómar koma fram eru ekki samdóma. En svo virðist þó sem félagsfælni, sérstök fælni, víðáttufælni og áfallastreituröskun (e. PTSD) komi á undan áfengis- og vímuefnamisnotkun (e. AOD use disorder) í flestum tilfellum; almenn kvíðaröskun (e. GAD) virðist hins vegar koma fram á eftir áfengis- og vímuefnamisnotkun. (42).

Einnig sýna nýlegar rannsóknir að það sjónarhorn, sem hefur verið ríkjandi í meðferð hér á landi, að áfallameðferð gagnist ekki í áfengismeðferð, eigi ekki við rök að styðjast. Í rannsókn á áhrifum meðferðar vegna fjölkvilla kemur fram að áfallameðferð virkar vel fyrir fólki með fiknivanda en fiknimeðferð virkar hins vegar ekki

á áfallavandann (43). Þessar niðurstöður stangast á við það sem hingað til hefur verið haldið fram að fyrst þurfi að vinna með fiknivandann og taka á öðrum vanda síðar. Rannsókn bendir til þess að áfallastreitumeðferð bæti gæði áfengismeðferðar.

Gæði meðferðar

Mikið af því starfi sem Rótin hefur unnið hefur beinst að því að stuðla að auknum gæðum meðferðar. Félagið hefur staðið að fjölda fyrirlestra, hitt sérfræðinga, fagfólk og embættismenn til að setja sig vel inn í málefni kvenna með fiknivanda og stuðla að vitundarvakningu um sérstakan vanda þeirra. Ekki síst er þó ráð félagsins í miklum samskiptum við konur sem margar hverjar eiga heill og hamingju undir því að fá góða þjónustu í meðferðarkerfinu. Við teljum að þar sé mikill misbrestur á og að sárlega skorti á þekkingu á kynjafræðilegu sjónarhorni á fikn og að gæði meðferðar hér sé víða ekki í samræmi við yfirlýsingar þeirra sem að henni standa. Þá vantar sárlega rannsóknir, ekki síst eigindlegar, á meðferðarstarfi hérlendis en mikið vantar upp á allt sem lítur að rannsóknnum á fikn og á meðan er varla hægt að tala um að meðferðin byggji á gagnreyndri þekkingu. Það er líka ljóst að sú staðreynd að fíknifræði hafa ekki verið ríkari þáttur í menntun fagstétta við háskóla hér á landi hafa komið niður á þekkingarstöðu í greininni.

Eitt af því sem Rótin hefur lagt áherslu á er að nauðsynlegt sé að meðferð við fikn sé kynjaskipt frá fyrsta degi og að hún sé heildræn á þann hátt að hún taki á vanda hvers og eins út frá ítarlegri greiningu á einstaklingsbundnum vanda. Sú leið að skilgreina fiknivanda sem frumvanda þeirra sem einnig glíma við afleiðingar áfalla og önnur geðræn vandamál er ekki endilega farsælasta leiðin til að nálgast vandann. Ein leið sem félagið hefur litið hýru auga til er stofnun eins og Jean Tweed Centre í Toronto í Kanada sem er miðstöð fyrir konur með fiknivanda, geðrænan vanda og fjölskyldur þeirra (44).

Félagið vill einnig að heilbrigðisyfirvöld marki sér stefnu í meðferð við fiknivanda, geðrænum vanda og afleiðingum áfalla. Setja ætti fram gæðaviðmið fyrir meðferð og víða er fyrirmynda að leita hvað það varðar, t.d. hafa heilbrigðisyfirvöld í Kanada gert ítarlegar leiðbeiningar fyrir meðferð kvenna (45). Bandarísk heilbrigðisyfirvöld eru með leiðbeiningar um meðferð sem byggir á gagnreyndri þekkingu (46) og um áfallameðvitaðar (e. trauma informed) aðferðir í fiknimeðferð fyrir konur má fræðast í kanadískum gögnum (47). Af leiðbeiningunum má sjá að góð meðferð fyrir konur á að vera valdeflandi, fjölbreytt og einstaklingsmiðuð, byggja á styrkleikum kvenna en ekki veikleikum og taka á sérstökum aðstæðum kvenna. Nýlegar rannsóknir benda til þess að öflugar göngu- og dagdeildarmeðferðir gefi alveg jafn góða raun og inniliggjandi meðferð (48). Slík úrræði gætu aukið aðgengi kvenna að meðferð og myndu henta einhverjum hópi.

Mikil kynjaslagsíða er hvað varðar úrræði fyrir karla og konur í meðferðarkerfinu, þegar litið er til allra úr-

ræða og mörgum spurningum er ósvarað varðandi kynj-
mun í málaflokknum og nauðsynlegt að rannsaka stöðu
kvenna með fíknivanda. Nú hafa á undanförunum árum
verið þróuð verkfæri hjá ríki og borg til að innleiða kynj-
aða hagstjórn og fjárlagagerð sem á að tryggja réttláta
dreifingu úrræða hins opinbera með tilliti til kynjasjónar-
miða og í lögum um jafnan stöðu og jafnan rétt kvenna
og karla eru einnig ákvæði um kynjasambættingu sem
svo er skilgreind:

Að skipuleggja, bæta, þróa og leggja mat á stefnumót-
unarferli þannig að sjónarhorn kynjajafnréttis sé á öll-
um sviðum fléttað inn í stefnumótun og ákvarðanir
þeirra sem alla jafna taka þátt í stefnumótun í samfé-
laginu. (49).

Það er mikilvægt fyrir konur með fíknivanda að þessi
verkfæri séu notuð í stefnumótun í málaflokknum og
þegar teknar eru ákvarðanir um kaup á þjónustu fyr-
ir konur af þriðja aðila. Hvernig standa þessir aðilar sig
miðað við jafnréttislög?

Lokaorð

Mikið af þeirri þjónustu sem er í boði fyrir fólk með fíkniv-
anda er rekin af félagasamtökum og blíkur eru á lofti um
aukna einkavæðingu heilbrigðiskerfisins. Sú þróun eykur
enn á þörfina fyrir stefnumörkun, sérfræðiþekkingu eft-
irlitsaðila og aukið eftirlit með heilbrigðisþjónustu. Einn
möguleiki er að koma á fót miðlægri innlagnarmiðstöð
og skráningu eins og lagt var til í ágætri skýrslu heilbrigð-
isráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneyt-
endur á Íslandi árið 2005 (50). Með slíku fyrirkomulagi
er komið í veg fyrir að hagsmunaaðilar skammti sér sjúk-
linga sjálfir og meti meðferðarþörf þeirra. Tryggja þarf að
hagsmunir rekstraraðila verði aldrei drifkraftur kerfisins
heldur hagsmunir þeirra sem nota kerfið og þeirra sem
greiða fyrir það, skattgreiðenda.

Það er líka íhugunarefni í einkavæddu heilbrigð-
iskerfi, eins og í meðferðargeiranum, að einn aðili hafi
yfirburðastöðu hvað varðar stærð. Slík staða torveldar
mjög samningsstöðu ríkis og sveitarfélaga og skapar
valdaójafnvægi milli ríkis og verktaka. Fjölbreyttari úr-
ræði væru líka stór kostur þar sem ekkert eitt úrræði er
sniðið að þörfum allra.

Heimildir:

- Alþingi. Svar heilbrigðisráðherra við fyrirsögn frá Sigríði Ingi-
björgu Ingadóttur um þjónustu við fólk með fíknivanda. (Skoðað
17. október 2015). Aðgengilegt á vef alþingis: <http://www.althingi.is/altxt/144/s/pdf/0329.pdf>.
- Embætti landlæknis. 1402181/9.4/hp. 25. febrúar 2014. http://www.rotin.is/wp-content/uploads/2014/10/140300_SvarLandlaeknisVatvika.pdf.
- Embætti landlæknis. 1402181/9.4/aba. 5. nóvember 2014.
4. Velferðarráðuneytið. Endurhæfingarstarfsemi og meðferðar-
stofnanir. (Skoðað 17. október 2015). Aðgengilegt á vef ráðu-
neytisins: <http://www.velferðarraduneyti.is/heilbrigdisthjonusta/endurhaefingarstarfsemi-og-medferdarstofnanir/>.
- Skýrsla heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um meðferðar-
stofnanir, samkvæmt beiðni. (Lögð fyrir Alþingi á 126. löggjafar-
þingi 2000–2001.) (Skoðað 17. október 2015). Aðgengilegt á vef
alþingis: <http://www.althingi.is/altxt/126/s/1255.html>.
- Fíknigeðdeild Landspítala. (Skoðað 17. október 2015). Að-
gengilegt á vef Fíknigeðdeilda: <http://www.landspitali.is/?PageID=15511>.
- Sæmundur Guðvinsson. Bræðralag gegn Bakkusi. SÁÁ í 20 ár
1997. Reykjavík: SÁÁ, 1997:51.
- Krýsvíkursamtökin. Meðferð. (Skoðað 17. október 2015).
Aðgengilegt á vef samtakanna: <http://krýsvik.is/?c=webpage&id=58&lid=61&option=links>.
- Elin Albertsdóttir. Aldrei fleiri konur í Krýsvík. Vísir 2015 7. febrú-
ar. Aðgengilegt á vefnum: <http://www.visir.is/aldrei-fleiri-konur-i-krýsvik/article/2015702079999>.
- Samhjálp. Um meðferðina. (Skoðað 17. október 2015). Aðgengi-
legt á vef Samhjálp: <http://www.samhjalp.is/hladgerdardkot/um-medferdina>.
- Hildigunnur Ólafsdóttir. Straumar í meðferð við áfengisvandamál-
um. 1990; 1. (Skoðað 20. október 2015). Aðgengilegt á vefnum:
<http://hirsla.lsh.is/lsh/bitstream/2336/99806/1/G1990-01-21-G2.pdf>.
- Sæmundur Guðvinsson. Bræðralag gegn Bakkusi. SÁÁ í 20 ár
1997. Reykjavík: SÁÁ, 1997:107.
- Hildigunnur Ólafsdóttir. Alcoholics Anonymous in Iceland:
From Marginality to Mainstream Culture. Reykjavík. Háskólaút-
gáfan, 2000:172. (Skoðað 15. september 2015). Aðgengilegt á
vefnum: https://books.google.is/books?id=IX-Um4BanhsC&printsec=frontcover&hl=is&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Fletcher, Anne M.. Inside Rehab. The Surprising Truth About
Addiction Treatment—and How to Get Help That Works. New
York. Penguin Books, 2013:70.
- Dodes, Lance and Zachary Dodes. The Sober Truth: Debunking the
Bad Science Behind 12-Step Programs and the Rehab Industry.
Boston, Beacon Press, 2014.
- Traci Rieckmann, Christiane Farentinos, Carrie J. Tillotson, Jonath-
an Kocarnik og Dennis McCarty. The Substance Abuse Counseling
Workforce: Education, Preparation, and Certification. Substance
Abuse 2011; 32:4. Greinin er aðgengileg á vef Europe PubMed
Central: <http://europepmc.org/articles/PMC3486694/reload=0;jsessionid=E2N0hM4kfAbgZK1DJGM.42>.
- SÁÁ. Siðarelgur SÁÁ. (Skoðað 28. október 2015). Aðgengilegt á
vef SÁÁ: <http://saa.is/samtokin/um-saa/sidareglur-saa-2/>.
- Jóhann Ágúst Sigurðsson. Hver er PINNAR gæfu smiður? Óbirtur
fyrirlestur á umræðukvöldi Rótarinnar 10. nóvember 2014.
- Tai, Betty, Steven Sparenborg, Udi E. Ghitza og David Liu. Exp-
anding the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network
to address the management of substance use disorders in general
medical settings. Substance Abuse and Rehabilitation 2014; 5:
75-80. (Skoðað 28. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4114899/>.
- Buedel, Matt. Affordable Care Act could aid millions who didn't
receive help for substance abuse. Journal Star 13. desember 2014.
(Skoðað 28. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://www.pjstar.com/article/20141213/NEWS/141219614/?Start=1>.
- Rótin. Svör ráðherra um ráðgjafanám. (Skoðað 25. október 2015).
Aðgengilegt á vefnum: <http://www.rotin.is/svor-radherra-um-radgjafanam/>.
- Guðrún Kristjánsdóttir, Guðrún Ebba Ólafsdóttir, Kristín I. Páls-
dóttir, Edda Arinbjarnar og Þórlaug Sveinsdóttir. Staðreyndir um
menntun áfengis- og fíkniráðgjafa. (Skoðað 15. október 2015).
Aðgengilegt á vef Rótarinnar: <http://www.rotin.is/stadreyndir-um-menntun-afengis-og-fikniradgjafa/>.
- Hammer, Rachel, Molly Dingel, Jenny Ostergren, Brad Partridge,
Jennifer McCormick og Barbara A. Koenig. Addiction: Current
Criticism of the Brain Disease Paradigm. AJOB Neurosci. 2013;
4(3): 27-32. (Skoðað 20. október 2015). Aðgengilegt á vefnum:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969751/>.
- Íslensk erfðagreining. Fíkn. (Skoðað 24. október 2015). Aðgengi-
legt á vef: <http://www.decode.is/fikn/>.
- Nature. Animal farm. Nature 2014; 506, 5 (Febrúar)2014. Leiðari.

- (Skoðað 20. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://www.nature.com/news/animal-farm-1.14660>.
26. Nature. Addiction: Not just brain malfunction. Letter to the Editor of Nature. Nature 2014; 507, 40 (Mars)2014. Athugasemd.
 27. Marc Lewis. Why Addiction is NOT a Brain Disease. 12. nóvember 2012. (Skoðað 26. október 2015). aðgengilegt á bloggsíðu höfundar: <http://blogs.plos.org/mindthebrain/2012/11/12/why-addiction-is-not-a-brain-disease/>.
 28. Marc Lewis. The Biology of Disire. Why Addiction is not a Disease. New York; PublicAffairs, 2015:xi, 25, 26, 168.
 29. AA-samtökin. Um AA. (Skoðað 31. október 2015). Aðgengilegt á vef AA-samtakanna: <http://aa.is/um-aa-samtokin>.
 30. WHO. Gender and women's mental health. (Skoðað 18. september 2015.) Aðgengilegt á vef WHO: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.
 31. The Adverse Childhood Experience Study. (Skoðað 24. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://acestudy.org/>.
 32. Stevens, Jane Ellen. The Adverse Childhood Experiences Study—the Largest Public Health Study You Never Heard Of. Huffington Post 10. ágúst 2012. (Skoðað 20. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: http://www.huffingtonpost.com/jane-ellen-stevens/the-adverse-childhood-exp_1_b_1943647.html.
 33. Þórunn Kristjánsdóttir. Aldrei of seint að vinna með áföll. Mbl.is 27. ágúst 2015. (Skoðað 31. október 2015). Aðgengilegt á vef Mbl.is http://www.mbl.is/frettir/innlent/2015/08/27/aldrei_of_seint_ad_vinna_med_afoll/.
 34. Unicef. Réttindi barna á Íslandi: Ofbeldi og forvarnir. 2013. Aðgengilegt á vefnum: http://unicef.is/rettindibarna/UNICEF_Rettindi_barna_ofbeldi_og_forvarnir.pdf.
 35. Ólöf Skaftadóttir og Víktoría Hermannsdóttir. Karlar í fangelsum og konur á spítölum. Visir.is 2015 18. september. Aðgengilegt á vefnum: <http://www.visir.is/karlar-i-fangelsum-og-konur-a-spitol-um/article/2015150918840>.
 36. Skýrsla velferðarráðherra um aðgerðir samkvæmt aðgerðaáætlun ríkisstjórnarinnar vegna ofbeldis karla gegn konum í nánum samböndum. 2010-2011. Aðgengilegt á vefnum: <http://www.althingi.is/altext/139/s/pdf/1214.pdf>.
 37. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. 2011. Intimate Partner Violence and Alcohol Fact Sheet. Vefslóð: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/ft_intimate.pdf.
 38. Covington, Stephanie. A Woman's Way through The Twelve Steps. Center City, Hazelden, 1994.
 39. SAMHSA. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. 2014. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA14-4884/SMA14-4884.pdf>.
 40. Briggs, Cynthia A., Jennifer L. Pepperell. Women, girls and Addiction Celebrating the Feminine in Counseling Treatment and Recovery. New York, Routledge, 2009:5.
 41. Covington, Stephanie, Cynthia Burke, Sandy Keaton og Candice Norcott. Evaluation of a Trauma-Informed and Gender-Responsive Intervention for Women in Drug Treatment. Journal of Psychoactive Drugs, SARC Supplement 5. nóvember 2008. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://stephaniecovington.com/assets/files/Covington%20%20Burke%20%20Keaton%20%20and%20Norcott%20SARC.pdf>.
 42. National Drug & Alcohol Research Centre. Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings (National Comorbidity Clinical Guidelines). (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Ch2.pdf>.
 43. NCBI. Multi-site randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring PTSD and substance use disorders. 2010. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2795638/#!po=38.6364>.
 44. Ministry of Health and Long Term Care, Kanada. „Best practices in Action: Guidelines and Criteria for Women's Substance Abuse Treatment Services.“ (Skoðað 20. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://jeantweed.com/wp-content/themes/JTC/pdfs/Best%20Practice-English.pdf>.
 45. he Jean Tweed Centre. (Skoðað 30. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://jeantweed.com/>.
 46. National Quality Forum.. Evidence-Based Treatment Practices for Substance Use Disorders. 2005. (Skoðað 15. september 2015). Aðgengilegt á vefnum: http://www.apa.org/divisions/div50/doc/Evidence_-_Based_Treatment_Practices_for_Substance_Use_Disorders.pdf.
 47. he Jean Tweed Center. Trauma Matters Guidelines for Trauma-Informed Practices in Women's Substance Use Services. 2013. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://jeantweed.com/wp-content/themes/JTC/pdfs/Trauma%20Matters%20online%20version%20August%202013.pdf>.
 48. Dennis McCarty, Lisa Braude, Russell Lyman, Richard H. Dougherty, Allen S. Daniels, Sushmita Shoma Ghose og Miriam E. Delp-

- hin-Rittmon. Substance Abuse Intensive Outpatient Programs: Assessing the Evidence. PsychiatryOnline. Júní 2014. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201300249>.
49. Lög um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla 2008 nr. 10 6. mars.
 50. Skýrsla heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímu-efnaneytendur á Íslandi. (Lögð fyrir Alþingi á 131. löggjafarþingi 2004–2005.) Aðgengilegt á vefnum: <http://www.althingi.is/altext/131/s/1346.html>.

Kristín I. Pálsdóttir er talskona Rótarinnar. Hún er með MA-próf í ritstjórn og útgáfufraeðum.



Starfsendurhæfing fyrir einstaklinga með geðrofssjúkdóma

IPS starfsendurhæfing á Íslandi

Í þesari grein er fjallað um starfsendurhæfingarúrræði sem kallast á frummálinu „Individual Placement and Support“ (IPS). Sagt er frá rannsóknum sem gerðar hafa verið til að sannreyna árangur úrræðisins ásamt umfjöllun um skipulag og hvernig IPS hugmyndafræðin er í framkvæmd.

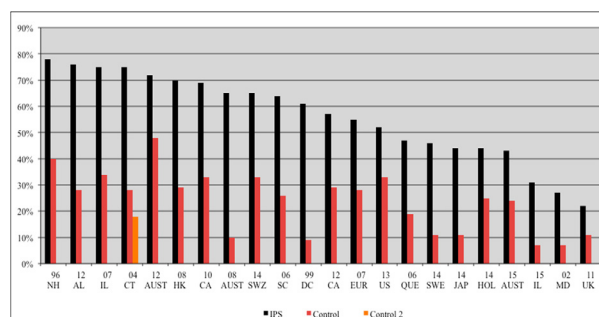
Haustið 2012 hóf vinnuhópur í umboði VIRK starfsendurhæfingarsjóðs og Laugaráss, meðferðargeðdeildar Landspítalans, að skoða möguleika á því að innleiða IPS starfsendurhæfingu á Laugarásnum og svo síðar þegar komin væri reynsla á aðrar geðdeildir Landspítalans. Farið var af stað með fimm manna forprófshóp sem valinn var úr hópi þjónustubega á Laugarásnum, en Laugarásinn er meðferðargeðdeild fyrir ungt fólk á aldrinum 18-25 ára með alvarlega geðrofssjúkdóma á byrjunarstigi. Ætlunin var að aðstoða þessa einstaklinga í vinnu eða námi og veita þeim stuðning samkvæmt IPS. Eins og við mátti búast rákust starfsmenn vinnuhópsins á ýmsa þröskulda á leiðinni og segja má að það hafi ekki verið fyrr en um áramótin 2013-2014 sem árangur fór að nást. Þá réði VIRK starfsendurhæfingarsjóður IPS atvinnuráðgjafa í 50% starf og u.þ.b. ári síðar var það starfshlutfall hækkað í 100%. IPS atvinnuráðgjafi gegnir því hlutverki (1) að aðstoða einstaklinga með markvissum hætti við að finna atvinnu og veita þeim og vinnuveitendum stuðning í kjölfarið. Ef skilgreina á IPS (2) í fáum orðum þá er um að ræða gagnreynda aðferð sem gengur út á að aðstoða fólk með alvarlega geðsjúkdóma við að finna samkeppnishæfa atvinnu.

Þegar talað er um samkeppnishæfa atvinnu þá er átt við atvinnu sem allir á almennum vinnumarkaði geta sótt um og er ekki sérútbúin til að aðstoða veikt fólk til vinnu. Atvinnan þarf að byggja alfarið á vali og þörfum einstaklingsins og atvinnuleitin þarf að vera hvetjandi og áhugamiðuð. Stuðningur IPS atvinnuráðgjafa við einstaklinga sem þiggja þessa þjónustu er til 12 mánaða en þá tekur heilbrigðisstarfsmaður við stuðningshlutverki. Ef hins vegar viðkomandi einstaklingur óskar eftir áframhaldandi stuðningi frá IPS atvinnuráðgjafa þá á að veita þann stuðning svo lengi sem þörf er. Betur verður gerð grein fyrir hugmyndafræði IPS og verkferlum síðar í greininni.



IPS er gagnreynd aðferð

IPS byggir stoðir sínar á gagnreyndum aðferðum og styðja rannsóknir (3-24) þessa hugmyndafræði umfram aðra starfsendurhæfingu. Á mynd 1 má sjá samanburð 22 rannsókna (3-24) þar sem borin er saman hugmyndafræði IPS og þrepaskipt starfsendurhæfing, þ.e. þar sem ætlast er til að einstaklingar taki starfsendurhæfingarnámskeið ýmiss konar og starfsþjálfun áður en eiginleg atvinna hefst. Þessar rannsóknir hafa verið gerðar af ótengdum rannsokendum.



Mynd 1.

22 slembirannsóknir á IPS miðað við venjubundar aðferðir í starfsendurhæfingu.

Rannsóknirnar eru gerðar í eftirfarandi (fylkjum) löndum: New Hampshire, Alabama, Illinois, Connecticut, Ástralíu, Hong Kong, Californíu, Ástralíu, Suður Carólinu, Washington DC, Sviss, Californíu, sex Evrópulöndum, Bandaríkjunum, Quebec, Japan, Hollandi, Illinois, Maryland og Bretlandi.

Svörtu súlurnar sýna prósentuhlutfall einstaklinga í IPS starfsendurhæfingu sem fengu samkeppnishæfa atvinnu, rauðu og appelsínugulu súlurnar sýna prósentuhlutfall þeirra sem fengu samkeppnishæfa atvinnu í samanburðarhópnum. Meðaltal þessara 22 rannsókna (25) er 56% í atvinnu ef notuð er IPS starfsendurhæfing en 23% ef beitt er þrepaskiptri eða hefðbundinni starfsendurhæfingu. Svissnesk rannsókn (13) frá árinu 2014 leiddi einnig í ljós minna brottfall miðað við önnur úrræði ásamt því að fólk hafði meira sjálfstraust, lífsgæði jukust og einstaklingar stóðu betur við þau markmið sem þeir höfðu sett sér ef farið var eftir hugmyndafræði IPS í stað hefðbundinnar starfsendurhæfingar. IPS kemur einnig í veg fyrir eða seinkar því að fólk hætti alveg að vinna og

Þetta er ódýrara (3) en önnur starfsendurhæfingarúrræði sem í boði eru. Í fyrrgreindri rannsókn (13) kom einnig fram að þátttakendur í IPS unnu fleiri tíma á viku, voru með betri laun og héldu starfi sínu lengur en þeir sem höfðu farið hefðbundna leið í starfsendurhæfingu. Við þetta má bæta að einstaklingar sem fá stuðning samkvæmt IPS (26) eyða færri dögum á sjúkrahöfnunum en ella sem er ekki einungis sparnaður fyrir samfélagið í heild, heldur ákveðin birtingarmynd aukinna lífsgæða viðkomandi einstaklinga. Sé skoðaður árangur (27) IPS til lengri tíma má benda á rannsókn sem náði til 8-12 ára þar sem fram kom að 47% þátttakenda voru enn í vinnu þegar viðtöl fóru fram og 71% sögðust hafa verið í vinnu a.m.k. helming tímans, eða í 4-6 ár. Flestir unnu hlutavinnu, eða u.þ.b. 20 klukkustundir á viku.

Á Norðurlöndum hefur ekki náðst jafn góður meðaltalsárangur og t.a.m. í Bandaríkjunum og/eða í Ástralíu. Samkvæmt sænskri rannsókn (3) frá árinu 2014 voru 46% þeirra sem höfðu fengið atvinnu enn með vinnu eftir 18 mánuði miðað við 11% þar sem farin var hefðbundin leið í starfsendurhæfingu. Það var ekki einungis fjöldi einstaklinga sem skildi á milli hópa, heldur einnig sú staðreynd að þeir sem fengu atvinnu með IPS aðferðinni voru fimm sinnum fljóttari að fá samkeppnishæfa atvinnu ásamt því að þeir höfðu hærri tekjur en þeir sem fengu vinnu samkvæmt hefðbundinni starfsendurhæfingu. Killackey, Jackson og McGory gerðu rannsókn (14) árið 2008 þar sem árangur IPS var skoðaður sérstaklega í tengslum við þá sem voru í meðferð hjá Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) í Melbourn í Ástralíu, en Laugarásinn horfir mikið þangað varðandi praktíska hugmyndafræði og meðferð. Niðurstöður voru þær að allt að 85% einstaklinganna voru enn virk í atvinnu eða námi þegar sex mánuðir höfðu liðið frá upphafi þátttöku. Engin ástæða er því til að ætla annað en að árangur á Geðsviði Landspítalans verði í framtíðinni viðunandi ef vel verður haldið á málum og verkefnið fær þann stuðning sem þarf til að tryggja það í sessi. Þess má geta að gerður hefur verið formlegur samstarfsamningur á milli Geðsviðs Landspítalans og VIRK starfsendurhæfingarsjóðs um að styðja einstaklinga innan geðdeilda Landspítalans til aukinnar þátttöku á vinnumarkaði með aðferðafræði IPS og verður verkefnið því nýtt á fleiri deildum geðsviðs en á Laugarásnum innan skamms.

Hugmyndafræði og verkferlar

IPS byggir stoðir sínar á átta megin þáttum sem leiðbeina IPS atvinnuráðgjafa og þeim sem stýra og halda utan um starfsemina.

1. Allir eru gjaldgengir, þ.e. enginn er útilokaður sem vill vinna. Greiningar sem gerðar hafa verið á einkennum, atvinnusögu, neyslusögu, afbrotasögu, vitrænni getu eða hvort viðkomandi hafi mætt í viðtalstíma hjá IPS atvinnuráðgjafa útiloka ekki einstaklinginn frá þátttöku í IPS. Rannsóknir (28, 29) sýna að greining á geðrænum vanda skiptir ekki öllu máli varðandi frammistöðu í vinnu. Viljinn til að vinna og

trúin á að maður geti unnið spáir (2) best fyrir um það hvernig muni ganga. Ítrekað hefur komið fram (30-39) í rannsóknnum að flestir af þeim sem eiga við þunga geðrofssjúkdóma að etja vilja vinna eða 65% - 67%. Þrátt fyrir það eru einungis um 15% (40) af þessum hópi á vinnumarkaði. Þess má geta að atvinnuleysi fólks með alvarlega geðrofssjúkdóma er (41) einn stærsti óbeini kostnaðarliðurinn í tengslum við heilbrigðis- og félagslegakerfið.

2. Heilbrigðisþjónustan, VIRK, vinnuveitandi, fjölskylda og viðkomandi sjálfur vinna saman að settu marki.

IPS atvinnuráðgjafi (2) vinnur náið með einni til tveimur deildum innan geðsviðs undir hatti eins IPS teymis. IPS atvinnuráðgjafi situr IPS teymisfundi vikulega og klíniska teymisfundi einu sinni í viku á þeim deildum sem ráðgjafinn tilheyrir. Þetta hjálpar IPS-ráðgjafanum við að skilja betur stöðu þjónustuþega og fá góðar hugmyndir fyrir atvinnuþátt. IPS atvinnuráðgjafi getur á þessum fundum sagt frá einstaklingum sem hann er að aðstoða og kortlagt þann stuðning sem til þarf í samvinnu við fagfólk og aðra meðlimi klíniska teymisins.

3. Markmiðið er samkeppnishæf atvinna.

Samkeppnishæf atvinna er (2) eins og komið hefur fram vinna sem allir á almennum vinnumarkaði geta sótt um og er ekki hönnuð sérstaklega fyrir þá sem eru með skerta starfsgetu. Undir skilgreininguna fellur einnig að vinnuveitandi greiðir a.m.k. lágmarkslaun og ætlast er til að einstaklingar séu ráðnir til vinnu án aðkomu eða styrkja frá félagslega- eða almannatryggingakerfinu. Rannsóknir (1) hafa leitt í ljós að þeir sem fá samkeppnishæfa atvinnu finnst frekar þeir tilheyri liðsheild á vinnustaðnum og að þeir sé metnir að verðleikum. Í fyrrgreindri svissneskri rannsókn (13) kom í ljós að þátttakendur í IPS fengu samkeppnishæfa atvinnu í 65% tilvika miðað við 33% ef farin var hefðbundin starfsendurhæfing

4. Ráðgjöf um framfærslu og skerðingar innan bótakerfisins.

Það að vera á örorkubótum eða þiggja endurhæfingarlífeyri getur (3) virkað hamlandi á atvinnuferlið og viljann til vinnu. Þess vegna er nauðsynlegt að allir fái ráðgjöf um réttindi sín, sérstaklega hvað varðar allar skerðingar sem launuð vinna getur haft á bætur (2).

5. Hraðvirk atvinnuleit.

Samkvæmt Bordman, Grove, Perkins og Shepherd (42) er atvinna ein af frumforsendum þess að ná bata. Höfundar hugmyndafræðinnar (2) telja að betra sé að hraða atvinnuleit í stað þess að fara í mikla greiningarvinnu og mat. Vitneskja um það hvort vinnan passi viðkomandi fæst ekki með starfsmati heldur með því að viðkomandi prófi sig áfram í störfum þar til hann finnur það starf sem hentar. Markmiðið er (1) ekki að breyta einstaklingnum heldur að finna vinnu sem hentar þar sem styrkleikar og reynsla viðkomandi fær að njóta sín. IPS atvinnuráðgjafinn miðar við að ekki líði að jafnaði meir en mánuður þangað til viðkomandi hefur hafið störf. Hér þarf atvinnuráðgjafinn að

gera svo kallað atvinnuþátt og atvinnuþrófi þar sem fram koma persónuleg gildi, þarfir, val, styrkleikar og einkenni viðkomandi. Einnig þarf upplýsingar (2) um aukaverkanir lyfja og fyrri starfsögu svo stuðningur geti orðið sem bestur.

6. **Öruggur stuðningur sem fylgt er eftir.** Erfitt getur verið að gefa greinargóða mynd af slíkum stuðningi vegna þess hve fjölbreytilegur hann getur verið. Dæmi um stuðning er að aka einstaklingi til vinnu, hringja í hann á morgnana til að athuga hvort hann sé vaknaður, aðstoða hann við að biðja um launahækkun og annað sem til fellur. En það er ekki bara einstaklingurinn sem fær stuðning því vinnuveitandinn fær einnig margvíslegan stuðning (2). Salyers, Becker, Drake, Torrey og Wyzik segja í langtímarannsókn (43) sinni frá árinu 2004 að 75% af þátttakendum sem fengu IPS stuðning unnu lengur en 18 mánuði. Rannsóknin tók til 8-12 ára og kom fram að u.þ.b. 50% voru enn með stuðning frá IPS atvinnuráðgjafa þegar viðtöl fóru fram. Þannig að tímalengd stuðnings er afar mismunandi.
7. **Virðing er borin fyrir vali og vilja hvers og eins** Ef (2) einhverjum gengur ekki vel í starfi sem fundið hefur verið fyrir hann og hann vill hætta þá þarf að safna upplýsingum og nýta til að læra af þeirri reynslu. Sú vinna hvetur þjónustubegann til að fara af stað aftur og finna nýtt starf. Þó það gangi ekki vel ber að líta á það sem reynslu sem nýtist og þess vegna ekki neikvætt í sjálfu sér þó viðkomandi hætti vinnu sem hefur verið fundin fyrir hann.
8. **Reglulegar heimsóknir IPS atvinnuráðgjafa á vinnustað til að mynda tengsl við vinnuveitendur og til að koma auga á það sem betur má fara með tilliti til einstaklingsbundinna þátta og umhverfis (1)**
9. **Atvinnurekendur kjósa að IPS atvinnuráðgjafinn sé í sambandi við þá áfram eftir að einstaklingurinn hefur verið ráðinn, en stuðningur við atvinnurekanda er jafnframt stuðningur við einstaklinginn.** Flestir (2) atvinnurekendur treysta á það að atvinnuráðgjafinn hafi samband og viðhaldi tengslum.

Rannsóknir (44) hafa leitt í ljós að þeim mun markvissara sem hugmyndafræðinni hér að ofan og verkferlum er fylgt, þeim mun betri verður árangurinn. Til að tryggja að farið sé eftir þessum átta megin þáttum hafa höfundar hugmyndafræðinnar búið til svo kallaðan Tryggðarskala (Fidelity Scale). En Tryggðarskali er verkfæri sem tryggir að IPS atvinnuráðgjafar og IPS yfirmaður vinni eftir hugmyndafræðinni.

Að framfylgja Tryggðarskala

Tryggðarskali (44) er 25 þátta verkfæri sem er notað í IPS til að tryggja að unnið sé sem nákvæmast eftir hugmyndafræðinni. Allar ákvarðanir varðandi innleiðingu og hvernig IPS er í framkvæmd eru teknar út frá þáttum skalans. Tryggðarskalinn er síðan metinn reglulega en

stig á skalanum geta verið frá 1 til 125 stig. Ef stigin eru (44) undir 74 þá er ekki hægt að kalla þá vinnu sem unnin er IPS. Skalinn hefur tvíveigis verið metinn í þessu samstarfsverkefni Laugarássins og VIRK starfsendurhæfingarsjóðs. Fyrri skiptið voru 2014 og var þá niðurstaðan 79 stig og ári síðar fengust 96 stig. Sem dæmi um hvernig skalinn virkar þá má nefna að ef IPS atvinnuráðgjafi er með mikið vinnuálag, t.a.m. 40 einstaklinga eða fleiri, þá er fæst einungis 1 stig. Ef IPS atvinnuráðgjafi er hins vegar með 20 eða færri og getur því sinnt þeim betur, þá fást 5 stig. Þannig virkar skalinn sem aðhald og tryggir betri árangur og útkomu á öllum verkferlum. Gerð var rannsókn (44) árið 2012 í átta fylkjum Bandaríkjanna á fylgni milli atvinnuhlutfalls og árangurs í vinnu og stigafjölda á skalanum. Kom í ljós að ef niðurstaðan var 74 stig eða færri var árangurinn um 29% einstaklinga í vinnu. Með skori upp á 74-90 stig var árangurinn 39% og ef skor var yfir 100 stig þá var árangurinn >44% í vinnu. Árangur er þess vegna undir því kominn að innleiðing á hugmyndafræðinni taki mið af þeim kröfum sem settar eru fram í Tryggðarskalanum.

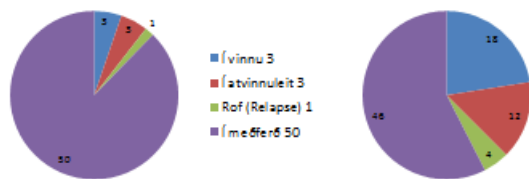
Hindranir í innleiðingu

Samkvæmt sænskri rannsókn (45) voru hindranir töluverðar í innleiðingu á hugmyndafræði IPS. Teymið sem stóð að innleiðingu á IPS aðferðinni í Lundi telur að það sem mest hafi staðið þeim fyrir þrífum var hið norræna og evrópska almannatryggingakerfi og sú hefð að horfa á starfskerfið í stað starfsgetu við mat á örorku. Einstaklingar óttuðust mjög að missa bætur ef þeir færu út á vinnumarkað. Atvinnuráðgjafar á vinnumiðlunum og atvinnurekendur litu oft með tortryggni á IPS atvinnuráðgjafa og sáu það sem hindrun að þeir væru ekki heilbrigðismenntaðir. Hindranirnar á vinnumarkaði voru einnig þær að atvinnurekendur vildu jafnvel fá greitt fyrir að ráða einstaklinga sem hafa og höfðu átt við geðræn veikindi að stríða og þar með var samkeppnishæf atvinna út úr myndinni. Öll þessi tregða hefur áhrif á stig Tryggðarskalans. M.a. af þessum orsökum hafa sum IPS teymi á Norðurlöndum farið út í það að aðlaga Tryggðarskalann að þessum samfélagslegu þáttum til að koma í veg fyrir að þessar hindranir hafi of mikil áhrif á skor á skalanum. Thomas Christiansen (46), sem stýrir IPS rannsóknarverkefni í Danmörku, telur að Tryggðarskalinn muni líklega taka einhverjum breytingum í framtíðinni, t.d. þegar kemur að fyrrgreindu samstarfi við atvinnumiðlanir því sú vinna og vinnuálagsgjöfin, sem þær stofnanir vinna eftir, eru mismunandi á milli landa og ganga ekki alltaf upp gagnvart skalanum sem tekur mið af samfélagslegum þáttum eins og þeir eru í Bandaríkjunum. Læra þarf af þeim sem lengra eru komnir í innleiðingu á hugmyndafræðinni og þá sérstaklega þeim IPS teyimum sem eru á Norðurlöndum. Hins vegar þarf að fara mjög varlega í allar breytingar á Tryggðarskalanum því rannsóknirnar (3-24) hér að ofan hafa sýnt að skalinn óbreyttur hefur reynst mjög vel.

Árangur

Í IPS er ekki ýtt fast á fólk að fara í vinnu en aftur á móti ræðir fagfólk og annað starfsfólk mikið um IPS starfsendurhæfingu og hvetur um leið einstaklingana til að grandskoða sína stöðu með tilliti til atvinnu og/eða náms. Eins og komið hefur fram hófst IPS á Laugarásnum um áramótin 2013-2014. Í janúar 2014 voru 57 þjónustubegar bornir saman við 80 í október árið 2015. Mynd 2 sýnir vel þær breytingar sem hafa orðið frá því IPS hófst á Laugarásnum.

Janúar 2014 Október 2015



Mynd 2

Á myndinni má sjá að aðeins þrír af þeim sem voru í meðferð voru að vinna í janúar 2014 og þrír í atvinnuleit og aðeins einn í brottfalli eða í rofi, þ.e. hafði hætt atvinnu eftir að hafa starfað í stuttan tíma. Í október 2015 voru 18 í vinnu, 12 í atvinnuleit og fjórir í rofi. Í tengslum við rof í atvinnu má benda á (47) að ekki virðist skipta máli varðandi árangur í atvinnu hvort einstaklingar áttu góða atvinnusögu fyrir veikindi, menntunarsögu eða félagslegan bakgrunn. Í bandarískri rannsókn (48) frá árinu 2002 kom fram að 52% beins og óbeins kostnaðar sem hlýst af veikindum þeirra sem greinast með geðklofa kemur til vegna þess að 85%-90% þeirra eru ekki að vinna. Það er þess vegna áhugavert að sjá hvað margir á Laugarásnum eru ekki bara í vinnu, heldur einnig í atvinnuleit, en segja má að IPS hafi smitandi áhrif á þá sem fyrir eru í meðferð og eru ekki að vinna. Ástæðan er sú að þeir sem eru komnir í vinnu koma á Laugarásinn og segja sína sögu og greina frá árangri með öðrum þjónustubegum og starfsfólki sem gerir að verkum að þeir sem voru lítið eða ekki að íhuga að fara út á vinnumarkað eru nú að leita sér að atvinnu.

Hugleiðing um framhaldið

IPS aðferðin hefur verið innleidd í 19 fylkjum Bandaríkjaanna og er notað í Japan, Hollandi og á öllum Norðurlöndunum ásamt Ástralíu, Kanada, Bretlandi, Austurríki, Hong Kong og Sviss. Ítalía og Spánn eru í innleiðingarferli líkt og Ísland. En fá eða engin verkefni komast hjá því að vera gagnrýnd og það sama á við um IPS hugmyndafræðina. Essen (49) gagnrýnir þá fullyrðingu að flestir sem eigi við alvarlega gerðræna sjúkdóma að etja vilji vinna samkeppnishæfa atvinnu. Essen segir í grein sinni „Does individual placement and support really reflect client goals?“ að aðeins minnihluti þeirra sem eiga við alvarlegn gerðrænan vanda að stríða vilji í raun

samkeppnishæfa atvinnu. Essen hefur áhyggjur af því að samkeppnishæf atvinna sé of erfið fyrir suma af þeim sem eru í IPS og þeir fari í þessa vinnu vegna samviskubits gagnvart fjölskyldu og öðrum sem koma að þeirra málum. Rinaldi og fl. (1) telja hins vegar að allir geti unnið ef réttur stuðningur fylgir. Til þess að vinnan geti gengið upp þarf að finna rétta starfið, rétta starfsumhverfið og réttan stuðning. Verkefnið snúist ekki um að breyta fólki heldur að finna náttúrliga samstæðu milli styrkleika og reynslu og starf sem passar viðkomandi í samfélaginu. Samkvæmt sænskri, eigindlegri rannsókn (50) frá 2012, þar sem viðtöl voru tekin við 17 einstaklinga sem þáðu þjónustu IPS atvinnuráðgjafa, kom fram að einstaklingarnir horfðu frekar á jákvæðar hliðar en ófyrstíganlega þröskulda við það að fara að vinna ásamt því að þeir fengu mikið út úr því að einhver var með þeim í atvinnuleitinni og að sá aðili hefði trú á að þeir gætu unnið.

Að lokum er vert að geta þess að engin ástæða er til að ætla að ekki sé hægt að yfirfæra Tryggðarskala og hugmyndafræðina yfir á aðra hópa. Til að mynda þá hefur IPS verið nýtt (51) til aðstoðar við hópa eins og þá sem hafa fengið áfallastreituröskun, eru heimilislausir, eru á fjárhagsaðstoð sveitarfélaga, eldra fólk, lamaða og fatlaða, þá sem eru með tvígreiningar, áfengis og vímuefnafíkn, heilaskaða og einstaklinga sem hafa farið í gegnum réttarvörslukerfið. Campell, Bond og Drake segja (51) að niðurstöður rannsókna varðandi þessa hópa lofi góðu en fara þurfi varlega í innleiðingu þangað til efnið hefur verið kortlagt betur og Tryggðarskali aðlagður aðstæðum hvers hóps fyrir sig. Það þarf einnig að rannsaka betur út af hverju allt of margir hætta vinnu, eða hefja ekki vinnu og hætta án þess að vera komnir með aðra atvinnu í staðin. IPS er þó eitt mest rannsakaða starfsendurhæfingarúrræðið sem til er og ber höfundur þessarar greinar þær væntingar í brjosti að IPS verði sú aðferð sem notuð verður við starfsendurhæfingu á Íslandi í sem víðustu samhengi.

Heimildir:

1. Rinaldi M, Perkins R, Glynn E, Montibeller T, Clena GM, Rutherford J. Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 2008; 14: 50-60.
2. Swanson SJ, Becker DR. IPS Supported Employment, A Practical Guide. Johnson & Johnson Corporate, 2013;
3. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual Placement and Support in Sweden – A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry* 2014; 69: 57-66. Sótt af <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/08039488.2014.929739>
4. Bond GR, Salyers MP, Dincin J, Drake RE, Becker DR, Fraser VV, og fl. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75: 968-82.
5. Bond GR, Swanson SJ. Supported employment for justice-involved people with severe mental illness. Paper presented at the GAINS Center Webinar Series on EBPs.
6. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, og fl. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146-52.
7. Davis LL, Leon AC, Toscano R, Drebing CE, Ward LC, Parker PE, og fl. A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services* 2012; 63: 464-70.

8. Drake RE, Frey WD, Bond GR, Goldman HH, Salkever DS, Miller AL, og fl. (2013). Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *American Journal of Psychiatry* 2013; 170: 1433-41.
9. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, og fl. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 627-633.
10. Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. E. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: Vocational outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 391-99.
11. Gold, P. B., Meisler, N., Santos, A. B., Carnemolla, M. A., Williams, O. H., & Kelleher, J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32: 378-95.
12. Heslin M, Howard L, Leese M, McCrone P, Rice C, Jarrett M, og fl. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs. *World Psychiatry* 2011; 10: 132-37.
13. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Mueser KT og Kupper Z: Long term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial *American journal of Psychiatry* 2014; 171:11: 1183-90.
14. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *British Journal of Psychiatry* 2008; 193: 114-20.
15. Killackey EJ, Allott KA, Cotton SM, Chinnery GL, Sun P, Collins Z, og fl. (2012, October 13). Vocational recovery in first episode psychosis: First results from a large controlled trial of IPS. Paper presented at the International Early Psychosis Association 2012 Conference, San Francisco, California.
16. Latimer E, Lecomte T, Becker D, Drake R, Ducloux I, Piat, M, og fl. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 65-73.
17. Lehman AF, Goldberg RW, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, og fl. Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59: 165-72.
18. Michon HW, van Vugt M, Stant DA, van Vugt MD, van Weeghel J, Kroon H. Effectiveness of Individual Placement and Support for people with severe mental illness in the Netherlands: a 30-month randomized controlled trial *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2014; 37: 129-36.
19. Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, og fl. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004; 72: 479-90.
20. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner L, Ventura J, Gitlin MJ, Gretchen-Doorly D og fl. Individual placement and support after an initial episode of schizophrenia: impact on school or work recovery, hospitalization and utilization of disability support. *Early Intervention in Psychiatry* 2012; 6: (Viðbót 1), 14.
21. Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. A randomized controlled trial of Individual Placement and Support in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2014; 37: 137-43.
22. Twamley EW, Vella L, Burton, CZ, Becker DR, Bell MD, Jeste DV. The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2012; 135: 100-104.
23. Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M, Saha S. A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal* 2014; 61: 424-36.
24. Wong KK, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 2008; 59: 84-90.
25. Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, og fl. Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatric Services* 2014; 65: 16-23.
26. Rinaldi M, Perkins R, McNeil K, Hickman N, Singh SP. The individual placement and support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in the UK. *J. Mental Health* 2010; 19: 6, 483-91.
27. Becker D, Whitley R, Bailey EL, Drake RE: Long term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Service* 2007; 58: 922-28.
28. Bond Gr, Salyers MP, Dincin J et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 968-82.
29. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR et al. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 391-9.
30. Bedell JR, Draving D, Parrish A, Gervery R, Guastadisegni P. A description and comparison of experiences of people with mental disorders in supported employment and paid prevocational training. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1998; 21(3), 279-283. Page 5.
31. Drebing CE, Van Ormer EA, Schutt RK, Krebs C, Losardo M, Boyd, C, Rosenheck, R. (2004). Client goals for participating in VHA vocational rehabilitation: Distribution and relationship to outcome. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2004; 47: 162-72.
32. Frounfelker RL, Wilkniss SM, Bond GR, Devitt TS, Drake RE. Enrollment in supported employment services for clients with a co-occurring disorder. *Psychiatric Services* 2011; 62: 545-47.
33. Knaeps J, Neyens I, van Weeghel J, Van Audenhove C. Perspectives of hospitalized patients with mental disorders and their clinicians on vocational goals, barriers, and steps to overcome barriers. *Journal of Mental Health* 2015; 24: (4) 196-201.
34. McQuilken M, Zahniser, JH, Novak J, Starks RD, Olmos A, Bond, GR. The Work Project Survey: Consumer perspectives on work. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2003; 18: 59-68.
35. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27: 281-296.
36. Ramsay CE, Broussard B, Goulding SM, Cristofaro S, Hall D, Kaslow NJ, Compton MT. Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. *Psychiatry Research* 2011 189: 344-8.
37. Rogers ES, Walsh D, Masotta L, Danley K. (1991). Massachusetts survey of client preferences for community support services: <http://www.homelesshub.ca/resource/massachusetts-survey-client-preferences-community-support-services>
38. Westcott C, Waghorn G, McLean D, Statham D, Mowry B. Interest in employment among people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2015; 18: 187-207.
39. Woltmann E. Development and evaluation of a consumer-directed decision support system to support shared decision making in community mental health. (Ritgerð), Dartmouth, Hanover, NH. 2009:
40. Bond GR, Drake ER. Making the case for IPS supported employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2014; 41: 69-73.
41. Carr V, Lewin TJ, Neil AL. What is the value of treating schizophrenia? *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 963-71.
42. Bordman j, Grove R, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *Br J Psychiatric* 2003; 182: 467-8.
43. Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF: A ten year follow-up of a supported employment program. *Psychiatric Service* 2004; 55: 302-8.
44. Bond GR, Peterson AE, Becker DR, Drake ER. Validation of Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatric Services* 2012; 63: 758-63.
45. Hasson H, Andersson M, Bejerholm U. Barriers in implementation of evidence-based practice; Supported employment in Swedish context. *Journal of Health Organization and Management*, 2011; 25: 332-45.
46. Thomas Christiansen danska IPS teymið, munnleg heimild 2014.
47. Bond GR, Kukla M. Is the tenure brief in Individual Placement and Support (IPS) Employment Programs? *Psychiatric Services* 2011; 62: 950-53.
48. Wu EQ, Birnbaum HG, Shi L, Ball DE, Kessler RC, Moulis M, Aggarwal J. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1122-29.
49. Essen C. Does Individual Placement and Support really reflect client goals? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012; 19: 231-40.
50. Areberg C, Björkman T, Bejerholm U. Experiences of individual placement and support approach in persons with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012; 27: 589-96.
51. Campbell K, Bond G. R. & Drake R. E. Who benefits from supported employment: A meta-analytic study. *Schizophrenia Bulletin* 2011; 2: 370-80.

Valur Bjarnason er félagsráðgjafi og starfar á endurhæfingardeild Landspítalans á Kleppi

Bjarni Sigurðsson, Magnús Jóhannsson og Sigurður Páll Pálsson

Er munur á þunglyndi karla og kvenna?

Greining á þunglyndi karla í samfélagsrannsókn og notagildi Gotlandsskalans

Kynjamunur í algengi lyndisraskana hefur lengi verið þekktur í faraldsfræðilegum rannsóknum. Kvíða-sjúkdómar og þunglyndi hafa verið algengari meðal kvenna en andfélagsleg hegðun, hegðunarraskanir og misnotkun á áfengi og vímuefum hafa verið algengari meðal karla (1-4). Lyfjafaraldsfræðilegar rannsóknir hafa staðfest þennan kynjamun þar sem karlar hafa bæði notað minna af þunglyndis- og kvíðalyfjum (5, 6). Engu að síður eru sjálfsvíg 2-4 sinnum algengari meðal karla (7-9) og þunglyndi er talið algengasta orsök sjálfsvíga (10). Jafnframt hafa rannsóknir sýnt að karlar eiga erfðara með að leita sér hjálpar (11). Það er því ólíklegt að karlar búi almennt við betri geðheilsu. Í einni rannsókn sem rannsakaði aðferðir til að fyrirbyggja sjálfsvíg var því haldið fram að konur leiti sér hjálpar en karlar deyi vegna afleiðinga geðsjúkdóma.

Í sænskri rannsókn, kenndri við sumarpardísina Gotland, á níunda áratugnum var þróaður sérstakur skali til að greina þunglyndi karla (12). Forsaga málsins var að heilbrigðisyfirvöld höfðu tekið eftir því að sjálfsvíg voru algengari á eyjunni samanborið við landsmeðatal. Heimilislæknar voru því þjáfaðir í því að greina þunglyndi og meðhöndla. Árangurinn var að tíðni sjálfvígna lækkaði niður fyrir landsmeðaltal en skarpskyggn rannsakandi tók eftir því að þetta gilti aðeins fyrir konur. Tíðni sjálfsvíga hjá körlum var óbreytt. Við nánari athugun kom í ljós að um 60% kvenna en aðeins 20% karla höfðu leitað til heilsugæslu fyrir sjálfsvíg (13). Karlarnir voru hins vegar þekktir af félagsmálafyrirvöldum og lögreglu vegna andfélagslegrar hegðunar, drykkju, misnotkunar vímogjafa og jafnvel ofbeldishegðunar. Þetta ásamt því að áður hafði komið fram kenning um árásargirnis drifið þunglyndi með lækkuðu serótóníni og hækkuðu kortísóli í heila (14) varð til þessa að fram kom tillaga að skala til greiningar á þunglyndi karla. Sérstaða skalans felst í því að hann blandar saman spurningum sem tengjast hefðbundnu þunglyndi saman við ódæmigerð einkenni (t.d. örlyndi, pírning, hvatvísi, stress ásamt sögu um misnotkun vímogjafa og ættarsögu um geðsjúkdóma).

Markmið þeirrar rannsóknar sem hér verður lýst var að prófa þennan skala í samfélagsrannsókn með sam-
anburði við hefðbundinn skala (Beck's Depression Inventory, BDI) og niðurstöðu geðviðtals sem tók mið af greiningu þunglyndis samkvæmt DSM-IV (15).



Rannsóknarhópur og aðferðir

Gotlandsskalinn var þýddur úr sænsku og bakþýddur af tveimur meðlimum rannsóknarhópsins, dr. Maríu Ólafsdóttur heimilslækni og dr. Ólafi Þór Ævarssyni geðlækni sem bæði höfðu tekið þátt í sambærilegum öldrunarrannsóknum þar. Rannsóknarþýðið var á Suðurnesjum og aðalástæða þess var að á þeim tíma (rannsóknin var framkvæmd 2003-2004) voru miklar samfélagsbreytingar þar (15-17). Bandaríski herinn var smám saman að draga úr umsvifum sínum sem leiddi til aukins atvinnuleysis á svæðinu og fram komu á sama tíma vísbendingar um aukna tíðni sjálfsvíga meðal karla. Valið var slembiúrtak úr þjóðskrá sem innihélt u.þ.b. helming karla á aldrinum 18-80 ára og þegar leiðrétt hafði verið fyrir flutningum, dauðsföllum og öðrum áhrifabreytum kom í ljós að þátttaka var 24,9% í skimunarfasanum eða 534 karlar. Svo lítil þátttaka eykur líkurnar á valskakka en þessi stærðargráða er einmitt dæmigerð fyrir karlarannsóknir (18, 19) sem er kannski lýsandi fyrir vanda karla. Samfélagsbreytur rannsóknarhópsins voru bornar saman við þjóðarþýði og fannst enginn marktækur munur nema að þátttaka ungra karla var minni, eins og búast mátti við (18, 19). Það er óheppilegt út frá því sjónarmiði að sjálfsvíg er algengasta ástæða glataðra æviára meðal ungra karla (9, 20). Á móti má benda á að sjálfsvíg eru ekki algengust í þeim aldurshópi heldur aukast með aldri og er hæst í aldurshópnum 55-64 ára (21). Einnig má benda á að þetta er sá aldurshópur sem er hvað mest hreyfanlegur m.t.t. til að vera líklegri til að sækja sér menntun og ólíklegri til að vera búinn að festa ráð sitt. Þekkt er að giftir karlar eða sambýlingar eru líklegri til að taka þátt í rannsóknum (11, 18, 19) sem endurspegladist hér.

Ef vikið er að aftur að þátttöku þá svöruðu 534 Gotlandsskalanum (GMDS) sem eru þrettán spurningar en 493 Beck's (BDI) samanburðarskalanum sem er samsettur úr 21 spurningu (22). Sníðmengi þeirra sem svöruðu báðum skölunum var 490 karlar. Öllum sem voru með skor 13 eða hærra á GMDS var boðið í geðviðtal og sambærilegum fjölda slembivalins samanburðarhóps með skor undir 13. Í geðviðtalinu tóku 137 karlar þátt en þegar frá eru taldir þeir sem ekki svöruðu einnig báðum skölunum var talan 134 karlar. Hér hefði auðvitað verið hægt að skilgreina sérstaklega hvað er að vera andlega heilbrigður og velja samaburðarhóp samkvæmt því en

markmiðið var að reyna skalann og bera niðurstöðurnar saman við niðurstöður geðviðtals sem gullinn staðall (golden standard). Það má t.d. velja því fyrir sér hvort sá sem er á geðlyfjum teljist nothæfur í viðmiðunarhópi en þá yrði að gera sömu kröfu ef við ætluðum að mæla blóðþrýsting. Er sá sem er með eðlilegan þrýsting en á blóðþrýstingslækkandi lyfjum heilbrigður? Mjög margir sjúkdómar geta haft áhrif á heilbrigði heilans og vandasamt að fara að velja úr með gildum rökum.

Næmi og sértækni þunglyndisskala

Til að bera saman skalana var næmi og sértækni GMDS skalans borin saman við mögulega þunglynda samkvæmt BDI með skor 13 stig og hærra eins og ráðlegt er af höfundum þess skala (22). Næmi felst þá í því að meta hversu marga metur GMDS skalinn þunglynda af þeim sem BDI metur þunglynda (staðall). Sértækni er þá hversu marga skalinn metur ekki þunglynda samanborið við staðal. Síðan var beitt ROC kúrfu til að meta flatarmál undir ferli þar sem næmi er á y-ás og 1-sértækni er dregin upp á x-ás. ROC stendur fyrir „Receiver Operating Characteristic“ aðferð sem beitt var til að meta gæði radar mælinga í seinni heimstýrjöldinni (flugvél – ekki flugvél). Ef flatarmál undir ferli reynist 0,5 er aðferðin fullkomlega tilviljunarkennd eða eins og að kasta krónu, 0,8 og hærra gott og 0,9 ágætt/mjög gott. Niðurstaðan var að flatarmál undir ferli reyndist 0,945 (95% öryggismörk; 0,923–0,968) (15). Þegar báðir skalarnir voru bornir saman með sömu aðferð við greiningarniðurstöðu geðviðtals á alvarlegu þunglyndi (Major Depressive Disorder, DSM-IV) reyndist Gotlandskalinn hafa flatarmál undir ferli 0,861 (95% öryggismörk; 0,800–0,921) og Beck's var með 0,822 (95% öryggismörk; 0,751–0,893). Gotlandsskalinn reyndist því hafa sambærilega sértækni og næmi við greiningu á mögulegu þunglyndi og Beck's skalinn og ekki marktækur munur á skölunum í samanburði við niðurstöður geðviðtals á greiningu þunglyndis (15). Verður þetta að teljast áhugavert frá því sjónarmiði að Gotlandsskalinn er styttri og samsettur úr spurningum um hefðbundin þunglyndiseinkenni í bland við ódæmigerð einkenni sbr. álagseinkenni („distress“ spurningar 1, 2, 5, 8, 9, 10 og 12) og erfðir (spurning 13, sjá mynd) (23). Spurningarnar snúast um upplifun breytinga eins og minna þol gegn álagi, aukin reiði, aukinn pirringur, kvíði, sjálfsmeðhöndlun með áfengi og lyfjum, aukin hreyfing, neikvæðar hegðunarbreytingar og aukin sjálfsvorkunn (23). Fyrirfram hefði verið búist við því að þegar viðmið eru sótt í hefðbundin þunglyndiseinkenni og greiningu þunglyndis að skalann hefði skort bæði sértækni og næmni. Niðurstöðunum af samanburði skalanna við niðurstöður geðviðtals var síðan beitt til að meta algengi þunglyndis í þýði skimunarfásans og reyndist það vera 15,1% samkvæmt GMDS og 13,9% samkvæmt BDI skalanum.

Umræða

En til hvers ætlumst við af skimunarsköllum? Almennt séð eru skimunarskalar sem einstaklingur svarar sjálf-

ur einföld, fljótleg og ódýr aðferð til að finna þá sem þurfa frekari greiningar við. Við viljum því frekar að það slæðist með falskt jákvæðir (minna næmi þ.e. hlutfall rétt greindra jákvæðra/allir jákvæðir) þunglyndir heldur en að missa af þeim sem eru raunverulega þunglyndir (aukin sértækni þ.e. hlutfall rétt greindir neikvæðir/allir neikvæðir) (24). Það er þá gert með því að lækka kröfu um skor fyrir þunglynda á móti (vs.) ekki þunglynda eins og höfundar BDI skalans gerðu (22). Hámark sértækni og næmis fyrir Gotland (GMDS) reyndist vera við skor 14 samanborið við niðurstöðu geðviðtals og allir með skor 25 reyndust þunglyndir. Í rannsókninni miðuðum við við skor 13 og í klíník mætti því hugsa sér að skoða þá frekar sem eru með skor 12-13 og hærra. En það að lækka kröfu næmis og auka kröfu um sértækni leiðir jafnframt af sér að flatarmál undir ferli samanborið við geðviðtal verður lægra eins og sjá má af niðurstöðum (15).

Niðurstaðan er því sú að Gotlandsskalinn (GMDS) er vel nothæfur til skimunar jafnvel þó að viðmið (DMS-IV og BDI) feli ekki í sér streitu og álagseinkenni (distress symptoms).

En er munur á þunglyndi karla og kvenna? Markmið þessarar rannsóknar var að meta not skalans til greiningar á þunglyndi karla og því voru engar konur í rannsókninni. En velja má fyrir sér hvort munur sé á þunglyndi karla og kvenna og hvort skalinn henti betur til greiningar á þunglyndi karla. Ef farið er í fáum orðum yfir niðurstöður fyrri rannsókna, sem reyndar er fáar, kemur í ljós að skalinn virðist ekki greina á milli kynja (25). Hins vegar var mælanlegur munur í einkennamynstri þar sem karlar voru líklegri til að vera með ódæmigerð einkenni eins og pirring, árásargirni og andfélagslega hegðun. Í annari rannsókn á einstaklingum, sem einhvern tíma höfðu lagst inn, sást kynjamunur þar sem karlar voru líklegri til að vera með einkenni pirrings, að bregðast of harkalega við aðstæðum (hvatvísi, árásargirni) og reiðikasta (26). Í rannsókn á 18 ára körlum var GMDS skalinn borinn saman við WHO-5 „well being index“ og kom þá í ljós að einkenni þunglyndis reyndust ekki falin af ódæmigerðum einkennum, þvert á fyrri tilgátur, heldur sýndu karlar blöndu af hefðbundnum og óhefðbundnum einkennum þunglyndis (27). Er það reyndar í samræmi við niðurstöður þeirra rannsókna sem hér er lýst. Þeir sem voru mögulega þunglyndir samkvæmt GMDS skala en ekki samkvæmt BDI eða geðviðtali voru með blöndu óhefðbundinna og hefðbundinna einkenna (15). Í annari rannsókn var GMDS skalinn reyndur á háskólastudentum í samanburði við WHO-5 „well being index“ og þýskan persónuleikaskala (28). Kom í ljós að konur voru í meiri áhættu að vera með þunglyndi en karlar. Jafnframt spáði lágt skor á samsvörun við einkenni karlmennsku („masculinity“) fyrir um hækkun líkindi á þunglyndi karla. Að síðustu má benda á að vísbending, um að ekki væri munur á algengi í þunglyndi karla og kvenna, kom fram í bandarískri rannsókn þegar blandað var sama hefðbundnum og óhefðbundnum einkennum í þunglyndi (18). Samantekið má því segja að Gotlandsskalinn sé ólíklegur til að vera kynjabundinn. Því skyldu

konur ekki sýna einkenni streitu og álags í samfélagi sem leggur áherslu á að rjúfa hefðbundin kynjahlutverk með aukinni menntun, jafnri atvinnuþátttöku, jafnri ábyrgð í atvinnulífi samfara jafnari ábyrgð á heimili og uppeldi. Hins vegar styðja ofantaldar rannsóknir samantekið að karlar séu líklegri til að samsama sig við ódæmigerð einkenni þunglyndis svo sem hvatvísi, pirring og árásargirni í blöndu við hefðbundin einkenni þunglyndis.

Líffræði þunglyndis og kynjamunur

Þetta leiðir umræðuna að mögulegum líffræðilegum mun kynjanna í meingerð þunglyndis og kvíða. Hefðbundin þróun í skilningi læknavísindanna á sjúkdómum hefur verið að einhver tekur sig til og lýsir einkennum sjúkdóms, síðan kemur faraldsfræðin til sögunnar og segir til um algengi fyrirbærisins og að síðustu er leitað að meingerð sjúkdómsins. Heilinn hefur verið það fyrirbæri sem hvað erfiðast hefur verið að rannsaka af ýmsum ástæðum, meðal annars þar sem tækni hefur skort. Í dag er þetta án efa eitt mest spennandi svið læknavísindanna ekki síst vegna tilkomu betri mæliaðferða og myndgreiningartækni. Í stuttu og mjög einfölduðu máli benda niðurstöður myndgreiningarannsókna til þess að í þunglyndi, kvíða og fíknisjúkdómum verði ofstarfsemi í amygdala (möndlungur) og vanstarfsemi í hippocampus (drekasvæði) og framheila (29), en margt fleira kemur til (29-31). Í einfölduðu máli er amygdala tengd skynjun á umhverfi okkar og því tilfinningum og upplifun svo sem ótta og kvíða (29, 32). Drekasvæðið er síðan tengt minningum og framheili úrvinnslu upplýsinga og ákvarðanatöku. Það má því segja að við álag og hættu örvist amygdala og setji okkur á hærra viðbúnaðarstig. Við tengjum síðan þær upplýsingar við fyrri reynslu í gegnum drekasvæðið og ákveðum síðan hvað skal gera í framheila. Truflun verður því á þessu ferli í kvíða, þunglyndi og misnotkun vímugjafa og við sitjum uppi með heilasjúkdóm þ.e. sjúkdómsfræðilegar (líffræðilegar) breytingar á heilastarfsemi (29, 32, 33). Einstaklingurinn er stöðugt undir álagi (ójafnvægi) eða upplifir hættu með takmarkaða getu til úrvinnslu og ákvarðanatöku (34, 35), ástand sem leyfir ekki heilbrigða vitræna úrvinnslu tilfinninga og upplifana.

En hvað skyldi valda þessari of- og vanstarfsemi? Sjónir manna hafa beinst m.a. að sjálfsbjargarviðleitni sem er okkur eðlislæg þ.e. að flýja eða gera árás þegar hætta steðjar að. Ekki má gleyma að viðbragð þetta er eldra manningum og tengist undirstúku-heiladinguls-nýrnahettu öxlinum. Amygdala kallar (varar við) hættu, undirstúka örvar heiladingul sem örvar nýrnahettur til framleiðslu á adrenalíni. Líkaminn fer úr parasýmpatísku ástandi (hvíld) í sympatískt ástand (viðbragðsstöðu) þar sem blóðflæði eykst til rákóttra vöðva en minnkar til innri líffæra, örvun verður á orkulosun úr sykri og fitu og líkaminn er tilbúinn til átaka (36). Ef hættan líður ekki snögglega hjá grípur líkaminn til þess að hækka kortísól (stundum kallað streituhormón) líka í gegnum undirstúku-heiladinguls-nýrnahettu- öxulinn. Kortísól er sykur og saltsteri sem stjórnar m.a. sykur- og fituefnaskiptum

og getur þannig haldið upp blóðsykri til lengri tíma, t.d. ef hættan er langvarandi. Kortísól og efni í boðferlum kortísóls eru líka taugaboðefni og hafa þannig áhrif á heilastarfsemi (34). Annað sem skiptir máli er svo samspil undirstúku-heiladinguls-nýrnahettu öxulsins við kynkirtla öxulinn (undirstúka-heiladingull-kynkirtlar) sem stjórnar m.a. losun testósteróns sem líka er taugaboðefni (37, 38). Áður var talið að hækking á kortísól væri hemjandi fyrir testósterón og öfugt en aðrar niðurstöður benda til þess að testósterón hækki í kjölfar losunar á kortísóli (16) og efli þannig jákvæða hegðunarstyrkingu (t.d. að vinna) (39).

Þá erum við aftur komin að amygdala, í amygdala eru bæði viðtakar sem tengjast kortísóli og testósteróni (40). Almennt er talið að kortísól miðli kvíða- og streitu-einkennum meðan testósterón miðli frekar einkennum tengdum árásargirni og hvatvísi. Hér er því augljóst tækifæri í að skýra mögulegan kynjamun á upplifun einkenna þar sem konur hafa almennt mikið lægra testósterón og eru þá mögulega að upplifa meira af kvíðaeinkennum. Passar það við faraldsfræðilegar niðurstöður á algengi kvíða og þunglyndis sem nefndar voru í upphafi.

En hvernig er þá vanstarfsemin tilkomin? Til að þessi heilasvæði amygdala, drekasvæði og framheili geti talað saman nota þau boðefni (31). Áður var talið að þunglyndi og kvíða mætti rekja til truflunar í starfsemi serótóníns, dópamíns og nor-adrenalíns, svokölluð „mónóamín“ kenning (41). Ekki verður allt skýrt með þeirri kenningu og nægir að benda á að lyf sem hafa áhrif á þessa boðferla lækna í besta falli 70% þeirra sem meðferðina fá (42, 43). Sjónir manna hafa því beinst að aðal örvunarkerfi heilans – glútamát kerfinu en kortísól örvar það kerfi og eykur þannig árverkni (44). Kenningar og niðurstöður rannsókna benda til að langvarandi örvun leiði að lokum til vanstarfsemi sem dragi þá úr myndun taugavaxtarhormóns (brain derived neurotrophic factor, BDNF alfa) (45). Það gæti þá skýrt þessa rýrnun sem sést á drekasvæði heilans og truflun á framheilastarfsemi. Jafnframt virðist vera bilun í hemlunarkerfi glútamats svonefndu GABA kerfi (46, 47). Lyf sem auka virkni þess eru einmitt svefn- og róandi lyf. GABA kerfið á líka að hamla losun á kortísóli (47).

Til viðbótar þessu má benda á að erfðafylgni kvíða, þunglyndis og fíknisjúkdóma er almennt minni en annara geðsjúkdóma (41, 48) sem gæti stutt ofanefndar skýringar í bilun á þessum aðlögunarferlum. Í nútíma samfélagi þar sem við erum að elta við klukkuna, reyna að uppfylla fjölþætt hlutverk, standast kröfur atvinnulífs og almennt að búa í borg, upplifum við kannski fleiri streituvalda og færri tækifæri til útrásar en þróun okkar gerði ráð fyrir.

Lokaorð

Ljóst er að það er munur í einkennamynstri í þunglyndi karla og kvenna. Karlar eru líklegri til að sýna einkenni hvatvísi, parrings og árásargirni í blöndu við hefðbundin einkenni þunglyndis (15, 26, 27). Mögulega má skýra þennan mun með lífeðlisfræðilegri starfsemi kortísóls og

testósteróns. Það sem hefur verið kallað þunglyndi karla er þó líklega ekki bundið við karla og jafnframt er margt sem bendir til að þunglyndi sé ekki einsleitur sjúkdómur. Vísbendingar eru um að þunglyndi karla sé algengara en áður var talið eða um 14-15% (15). Mæla niðurstöður þessarar rannsóknar með skimun fyrir þunglyndi karla t.d. í heilsugæslu þar sem notast mætti við WHO-5 skalann (49) sem fyrsta val (forskimun) og síðan að nota Gotlands- þunglyndisskalann sérstaklega þar sem grunur er um álags- og streitueinkenni (15), bæði hjá körlum og konum. Skor 12-13 á Gotlandsskalanum virðist hæfa til skimunar og skor 25 virðist örugg vísbending um þunglyndi (15). Styrkleiki Gotlandsskalans er einfaldleiki hans og að fleiri svöruðu honum en Beck's skalanum en veikleiki hans er að sumar spurningar skalans fela í raun í sér fleiri en eina spurningu (50). Veikleiki rannsóknarinnar var lág þátttaka. Frekari rannsóknir eru nauðsynlegar til

að skýra meingerð í þunglyndi sérstaklega þar sem tillit er tekið til kynjamunar.

Heimildir:

1. Eaton NR, Keyes KM, Krueger RF, Balsis S, Skodol AE, Markon KE, et al. An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of abnormal psychology*. 2012;121(1):282-8.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of affective disorders*. 1993;29(2-3):85-96.
3. Kessler RC, Sampson NA, Berglund P, Gruber MJ, Al-Hamzawi A, Andrade L, et al. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2015:1-17.
4. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(3):163-74.
5. Abbing-Karahagopian V, Huerta C, Souverein PC, de Abajo F, Leufkens HG, Slattery J, et al. Antidepressant prescribing in five European countries: application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological

GMDS (Gotland Male Depression Scale)

Punglyndiseinkenni karla

(Gotlandsskalan för skattning av manlig depressivitet: Wolfgang Rutz, M.D., Ph.D., Zoltán Rjhmér, M.D., Ph.D., Arne Dalteg, Ph.D.)

Hefur þú eða einhver sem þú umgengst tekið eftir breytingum á líðan eða hegðun þinni sem er ólík því sem þú eða aðrir eiga að venjast. Ef svo er, hverjar eru þær breytingar?

- | | | | |
|-----------------------|---|----------------------|---|
| Á alls ekki við | 0 | Á við að mörgu leyti | 2 |
| Á við að nokkru leyti | 1 | Á mjög vel við | 3 |

1. Minna þol gegn álagi og/eða stressast auðveldlega.	
2. Aukin tilhneiging til reiði, óþolinmæði og/eða minni sjálfstjórn.	
3. Tilfinning um að vera "útbrenndur" og tómleikakennd.	
4. Stöðug óútskýranleg þreyta.	
5. Aukinn þirringur, óróleiki og óánægja.	
6. Erfiðleikar við að taka einfaldar ákvarðanir.	
7. Svefntruflanir. Svefn of mikill eða og lítill, órólegur svefn, erfitt að sofna, vaknar of snemma.	
8. Morgunkvíði, verkkvíði, vanlíðan að morgni.	
9. Aukin notkun áfengis eða róandi lyfja til afslöppunar. Aukin virkni eða flótti í mikla vinnu, líkamsþjálfun eða íþróttir. Borðar of mikið / of lítið.	
10. Finnst þér hegðun þín hafa breyst þannig að hvorki þú né aðrir kannist við þig, finnst þú ómögulegur?	
11. Hefur þú verið eða virst dapur eða neikvæður og vonlítill. "Sérð þú allt svart"?	
12. Hefur þú fundið eða aðrir merkt aukna sjálfsmeðaumkun, kvartanir eða "aumingjaskap"?	
13. Hafa foreldrar eða systkini þín átt við áfengis- eða vímuefnavanda að stríða, þunglyndi, sjálfsvíg eða tilhneigingu til "áhættusamrar hegðunar"?	
	Samtals stig:

- implications. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(7):849-57.
6. Boyd A, Van de Velde S, Pivette M, Ten Have M, Florescu S, O'Neill S, et al. Gender differences in psychotropic use across Europe: Results from a large cross-sectional, population-based study. *Eur Psychiatry*. 2015.
 7. Paykel ES, Hallowell C, Dressler DM, Shapiro DL, Weissman MM. Treatment of suicide attempters. A descriptive study. *Archives of general psychiatry*. 1974;31(4):487-91.
 8. Skoog I, Aevarsson O, Beskow J, Larsson L, Palsson S, Waern M, et al. Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *The American journal of psychiatry*. 1996;153(8):1015-20.
 9. Titelman D, Oskarsson H, Wahlbeck K, Nordentoft M, Mehlum L, Jiang GX, et al. Suicide mortality trends in the Nordic countries 1980-2009. *Nordic journal of psychiatry*. 2013;67(6):414-23.
 10. Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of affective disorders*. 2001;62(1-2):123-9.
 11. Moller-Leimkuhler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders*. 2002;71(1-3):1-9.
 12. Walinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *International clinical psychopharmacology*. 2001;16 Suppl 2:S21-4.
 13. Rutz W, Walinder J, Von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 1997;1(1):39-46.
 14. Van Praag HM. Anxiety/aggression--driven depression. A paradigm of functionalization and verticalization of psychiatric diagnosis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2001;25(4):893-924.
 15. Sigurdsson B, Palsson SP, Aevarsson O, Olafsdottir M, Johannsson M. Validity of Gotland Male Depression Scale for male depression in a community study: The Sudurnesjamenn study. *Journal of affective disorders*. 2015;173:81-9.
 16. Sigurdsson B, Palsson SP, Aevarsson O, Olafsdottir M, Johannsson M. Saliva testosterone and cortisol in male depressive syndrome, a community study. The Sudurnesjamenn Study. *Nordic journal of psychiatry*. 2014;68(8):579-87.
 17. Sigurdsson B, Palsson SP, Johannsson M, Olafsdottir M, Aevarsson O. Saliva cortisol and male depressive syndrome in a community study. The Sudurnesjamenn study. *Nordic journal of psychiatry*. 2013;67(3):145-52.
 18. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA psychiatry*. 2013;70(10):1100-6.
 19. Van Der Veen WJ, Van Der Meer K, Penninx BW. Screening for depression and anxiety: correlates of non-response and cohort attrition in the Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *International journal of methods in psychiatric research*. 2009;18(4):229-39.
 20. Pálsson SPÓ, H.: Jónsdóttir, L.S. Lýðfræðileg rannsókn á sjálfsvígum á Íslandi, 1911-2009. IV Vísindaping Geðlæknafélags Íslands; Hótel Klaustri. Reykjavík: Læknablaðið; 2012.
 21. Jónsdóttir G. Sjálfsvíg á Íslandi, 1962-1973. . *Læknablaðið*. 1977;63:47-63.
 22. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. *Modern problems of pharmacopsychiatry*. 1974;7(0):151-69.
 23. Zierau F, Bille A, Rutz W, Bech P. The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic journal of psychiatry*. 2002;56(4):265-71.
 24. Altman DG, Bland JM. Diagnostic tests. 1: Sensitivity and specificity. *Bmj*. 1994;308(6943):1552.
 25. Moller-Leimkuhler AM, Bottlender R, Strauss A, Rutz W. Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? *Journal of affective disorders*. 2004;80(1):87-93.
 26. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression--evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005;74(5):303-7.
 27. Moller-Leimkuhler AM, Paulus NC, Heller J. [Male depression in a population sample of young males. Risk and symptom profiles]. *Der Nervenarzt*. 2007;78(6):641-2, 4-6, 8-50.
 28. Moller-Leimkuhler AM, Yucel M. Male depression in females? *Journal of affective disorders*. 2010;121(1-2):22-9.
 29. Treadway MT, Pizzagalli DA. Imaging the pathophysiology of major depressive disorder - from localist models to circuit-based analysis. *Biology of mood & anxiety disorders*. 2014;4(1):5.
 30. Savitz JB, Drevets WC. Neuroreceptor imaging in depression. *Neurobiology of disease*. 2013;52:49-65.
 31. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application. 3rd ed. . United States of America: Cambridge University Press; 2008.
 32. Erk S, Mikschl A, Stier S, Ciaramidaro A, Gapp V, Weber B, et al. Acute and sustained effects of cognitive emotion regulation in major depression. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*. 2010;30(47):15726-34.
 33. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):217-38.
 34. McEwen BS. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*. 2007;87(3):873-904.
 35. Roozendaal B, McEwen BS, Chattarji S. Stress, memory and the amygdala. *Nature reviews Neuroscience*. 2009;10(6):423-33.
 36. Slavich GM, Irwin MR. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychological bulletin*. 2014;140(3):774-815.
 37. Ebinger M, Sievers C, Ivan D, Schneider HJ, Stalla GK. Is there a neuroendocrinological rationale for testosterone as a therapeutic option in depression? *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*. 2009;23(7):841-53.
 38. Hofer P, Lanzenberger R, Kasper S. Testosterone in the brain: neuroimaging findings and the potential role for neuropsychopharmacology. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2013;23(2):79-88.
 39. Fuxjager MJ, Montgomery JL, Marler CA. Species differences in the winner effect disappear in response to post-victory testosterone manipulations. *Proceedings Biological sciences / The Royal Society*. 2011;278(1724):3497-503.
 40. Montoya ER, Terburg D, Bos PA, van Honk J. Testosterone, cortisol, and serotonin as key regulators of social aggression: A review and theoretical perspective. *Motivation and emotion*. 2012;36(1):65-73.
 41. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. *N Engl J Med*. 2008;358(1):55-68.
 42. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(11):1905-17.
 43. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(11):28-40.
 44. Sanacora G, Treccani G, Popoli M. Towards a glutamate hypothesis of depression: an emerging frontier of neuropsychopharmacology for mood disorders. *Neuropharmacology*. 2012;62(1):63-77.
 45. Vasquez CE, Riener R, Reynolds E, Britton GB. NMDA receptor dysregulation in chronic state: a possible mechanism underlying depression with BDNF downregulation. *Neurochemistry international*. 2014;79:88-97.
 46. Banas M, Dwyer JM, Duman RS. Cell atrophy and loss in depression: reversal by antidepressant treatment. *Current opinion in cell biology*. 2011;23(6):730-7.
 47. Radley JJ, Sawchenko PE. A common substrate for prefrontal and hippocampal inhibition of the neuroendocrine stress response. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*. 2011;31(26):9683-95.
 48. Uher R. Gene-environment interactions in severe mental illness. *Frontiers in psychiatry*. 2014;5:48.
 49. Topp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015;84(3):167-76.
 50. Martin LA. Challenging depression criteria: An exploration of men's experiences of depression. [Doctoral dissertation]: University of Michigan; 2010.

(Efnisorð: karlar, þunglyndi, samfélag, snemmgreining, sértækni og næmi).

Bjarni Sigurðsson dr.biomedical sciences og lyfjafræðingur, rannsóknarstofa í lyfja- og eiturefnafræði, stundakennari HI og lyfjafræðingur hjá Lyfju.
Magnús Jóhannsson dr.med. og próf. emeritus, rannsóknarstofa í lyfja- og eiturefnafræði, sérfræðingur hjá Landlækni og Lyfjastofnun
Sigurður Páll Pálsson dr.med., geðlæknir og yfirlæknir Réttar- og öryggisdeilda Landspítala.

Hafrún Kristjánsdóttir, Baldur Heiðar Sigurðsson, Engilbert Sigurðsson,
Paul M. Salkovskis, Agnes Agnarsdóttir og Jón Friðrik Sigurðsson

Að bæta aðgengi að sálfræðimeðferð í heilsugæslu á Íslandi með ósérhæfðri hugrænni atferlismeðferð í hópi - Niðurstöður árangursmats

Bakgrunnur: Lyndis- og kvíðaraskanir eru algengar hérlendis sem erlendis. Því miður er það svo að aðgengi að gagnreyndri sálfræðimeðferð við lyndis- og kvíðaröskunum er takmarkað. Slíkt hefur í för með sér vanlíðan fyrir einstaklinga og fjölskyldur en er einnig mjög kostnaðarsamt fyrir samfélagið. Hugræn atferlismeðferð (HAM) er árangursríkt og skilvirkt meðferðarform sem hefur verið í þróun síðustu áratugina. Við þróun á HAM hefur verið horft til þess að hafa meðferðina eins aðgengilega og hagkvæma og kostur er. Með það í huga hafa hópmeðferðir verið þróaðar. Langflestar þeirra hópmeðferða sem hafa verið þróaðar eru sértækar meðferðir, þ.e. meðferðir þar sem tekist er á við eina tiltekna röskun svo sem félagsfælni. Á síðustu árum hefur áhugi á ósértækum hópmeðferðum, meðferðum þar sem tekist er á við ólíkar raskanir samtímis hjá hópi fólks, farið vaxandi

Markmið: Markmið þessarar rannsóknar var að meta árangur fimm vikna ósérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar í hópi (ÓHAMH) við þunglyndi og kvíðaröskunum fyrir mismunandi greiningahópa.

Aðferð: Þátttakendur voru 281 skjólstæðingur heilsugæslunnar sem náðu greiningarviðmiðum fyrir þunglyndi og/eða kvíðaröskun. Þátttakendur undirgengust 5 vikna ÓHAMH.

Niðurstöður: Niðurstöður rannsóknarinnar bentu til þess að meðferðin hafi borið árangur, þ.e. þunglyndis- og kvíðaeinkenni hafi minnkað í kjölfar meðferðar. Einnig bentu niðurstöður til þess að meðferðin bæri ekki ólíkan árangur fyrir mismunandi greiningarhópa.

Ályktanir: Ætla má að ÓHAMH sé ákjósanlegt meðferðarform fyrir fólk sem þjáist af þunglyndi og/eða kvíðaröskunum og er því heppileg meðferð til að bjóða í heilsugæslunni með það að marki að auka aðgengi að gagnreyndri sálfræðimeðferð.

Rannsóknir sýna að lífstíðaralgengi geðraskana er um 50% en 12 mánaðaralgengi 27%. Það þýðir að á hverju tólf mánaða tímabili þjáist einn af hverjum fjórum einstaklingum af geðröskunum (1). Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) þjáist auk þess helmingur þeirra, sem þjáist af sjúkdómum á Vesturlöndum, af geðröskunum en samkvæmt því eru geðraskanir því jafn algengar og allir aðrir sjúkdómar til samans (2). Niðurstöður íslenskra rannsókna á algengi geðraskana hérlendis eru sambærilegar og niðurstöður erlendra



rannsókna, þ.e. lífstíðaralgengi geðraskana á Íslandi er 50% en tólfmánaðalgengi 20% (3).

Þunglyndi og kvíði eru þær geðraskanir sem flestir glíma við. Lífstíðaralgengi þunglyndis er talið vera 16,2% en tólfmánaðalgengi þunglyndis er 6,2% (4–6). Algengi þunglyndis hérlendis virðist vera sambærilegt og erlendis (7). Þrátt fyrir að þunglyndi sé algengur vandi eru kvíðaraskanir enn algengari (8). Samkvæmt rannsókn sem gerð var af Kessler og félagum 2005 (10) var lífstíðar algengi kvíðaraskana 18,1% og í íslenskrum rannsókn mældist lífstíðaralgengi kvíðaraskana rétt yfir 14% (3). Auk þessa má geta þess að hliðarraskanir geðraskana (e. comorbidity) eru töluvert algengar en um 30% þeirra sem greinast með geðröskun greinast með fleiri en eina geðröskun á sama tíma (1,11–13). Þunglyndi samhliða kvíðaröskunum er mjög algengt og má áætla að um 70% þeirra sem þjáist af þunglyndi þjáist einnig af kvíða og öfugt (14).

Erlendar rannsóknir sýna að algengi geðraskana meðal þeirra sem sækja þjónustu heilsugæslu sé einhvers staðar á bilinu 24 – 54% (13, 15–19). Þrjár íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar þar sem algengi geðraskana meðal skjólstæðinga heilsugæslunnar hérlendis hefur verið metið. Niðurstöður rannsóknanna þriggja ber að sama brunni, um þriðjungur skjólstæðinga heilsugæslunnar glímur við geðraskanir (20–22).

Eins og sjá má af ofansögðu eru geðraskanir, sérstaklega þunglyndi og kvíðaraskanir, algeng vandamál. Það er heldur engum blöðum um það að fletta að geðraskanir hafa mikil áhrif á líf fólks og þeirra sem standa þeim næst. Geðraskanir draga úr lífsgæðum og getu fólks til að stunda vinnu og félagslíf (23). Vegna þessa hafa geðraskanir mikil efnahagsleg áhrif, meðal annars vegna fleiri veikindadaga, örorkubóta, minnkaðra skatttekna og minni framleiðni (24).

Hægt væri að draga verulega úr þeim neikvæðu afleiðingum sem þunglyndi og kvíðaraskanir valda einstaklingum og fjölskyldum þeirra með því að bjóða þeim sem þjáist upp á gagnreynda sálfræðimeðferð (23, 24), en hugræn atferlismeðferð (HAM) er sú meðferð sem klínískar leiðbeiningar um allan heim mæla með sem fyrstu meðferð við þunglyndi og kvíðaröskunum (25–31).

Það að mælt sé með HAM sem fyrsta meðferðarinnigripi við þunglyndi og kvíðaröskun kemur ekki á óvart þar sem hundruð árangursrannsókna á HAM hafa ver-

ið birtar og eru niðurstöðunar oftast á einn veg: HAM sýnir góðan árangur, betri árangur en flestar aðrar samtalsmeðferðir og svipaðan árangur og lyfjameðferð (32–35). Flestar árangursrannsóknir á HAM hafa verið árangursrannsóknir á HAM-einstaklingsmeðferð við sér-tækum röskunum. HAM hefur þó einnig verið í boði sem hópmeðferð við sértækum röskunum, einkum til að auka hagkvæmi (36, 37). Fyrst þegar byrjað var að bjóða upp á HAM í hópi (HAMH) var einungis boðið upp á meðferð við þunglyndi en síðar voru þróaðir meðferðavísar fyrir mismunandi sértækar raskanir svo sem félagsfælni, árattu- og þráhyggjuröskun og almenna kvíðaröskun. Rannsóknir hafa verið að einhverju leyti misvísandi þegar HAMH er borið saman við HAM-einstaklingsmeðferð en flestar benda til að einungis lítill munur sé á árangri þessara tveggja meðferðarforma (38–41).

Síðustu ár hefur framboð og rannsóknir á svokallaðri ósérhæfðri hugrænni atferlismeðferð (ÓHAM) farið vaxandi. Ólíkt hefðbundinni (sértækri) HAM þar sem beitt er meðferð við ákveðinni röskun, svo sem þunglyndi, er ÓHAM meðferð sem er beitt gegn flokki geðraskana. Í ÓHAM eru því skjólstæðingum með mismunandi geðraskanir veitt meðferð með sama meðferðarvísi og í flestum tilfellum er um hópmeðferð að ræða (44–46). Í ÓHAM meðferðavísam er gjarnan notast við aðferðir sem meðferðavísar við ólíkum röskunum eiga sameiginlegt, svo sem hugsanskráning og atferlistilraunir. Þróaðir hafa verið ÓHAM meðferðavísar fyrir átraskanir (47), kvíðaraskanir eingöngu (48–53) og þunglyndi og kvíðaraskanir (54–57). Talið er að ÓHAM í hópi (ÓHAMH) sé sú HAM meðferð sem er hvað hagkvæmust, ef hún ber ásættanlegan árangur, af nokkrum ástæðum: 1) Ljóst er að það er afar algengt að fólk greinist með fleiri en eina geðröskun á sama tíma. Þar sem ÓHAM beinist að fleiri en einni röskun gæti slík meðferð verið heppilegust fyrir þann hóp sem glímur við fleiri en eina röskun á sama tíma (53). 2) Auðvelt er að þjálfa sálfræðinga eða aðra meðferðaraðila í að veita ÓHAM. Ekki þarf að þjálfa þá í mörgum mismunandi meðferðum til þess að geta sinnt stórum hópi fólks (53). 3) ÓHAM getur stýtt biðina frá tilvísun þar til meðferð hefst. Á hefðbundnum heilsugæslustöðvum gæti það tekið langan tíma að safna í meðferðarhóp með fólki sem glímur við sértækar geðraskanir, s.s. árattu- og þráhyggjuröskun. Það veldur því að biðin frá því skjólstæðingur er talinn í þörf fyrir meðferð og þar til hann fær meðferð verður of langur. Hins vegar tekur mun skemmri tíma að safna í hóp fólki með mismunandi geðraskanir, sem styttr tímenn frá tilvísun þar til að skjólstæðingur hefur meðferð (53). ÓHAM er hins vegar ekki hagkvæmt meðferðarform ef árangur lætur á sér standa.

Árangursrannsóknir á ÓHAM eru mislangt á veg komnar eftir röskunum. ÓHAMH við kvíðaröskunum hefur hvað mest verið rannsökuð og benda niðurstöður til þess að hún beri góðan árangur (48–52, 58, 59). Færri rannsóknir hafa hins vegar verið gerðar á ÓHAMH við þunglyndi og kvíðaröskunum. Þær rannsóknir sem hafa þó verið gerðar benda til árangurs. Hins vegar er frekari

rannsókn þörf þar sem þær rannsóknir sem hafa verið gerðar hafa sjaldnast notast við samanburðarhópa né heldur skoðað árangur eftir greiningarflokkum (60).

Að ofansögðu má ljóst vera að geðraskanir, sérstaklega þunglyndi og kvíðaraskanir, eru algeng vandamál sem valda bæði þeim sem glíma við þær þjáningu og hefur slæm efnahagsleg áhrif. Hins vegar eru til meðferðir sem hafa sýnt góðan árangur. Því veldur það vonbrigðum að aðgengi almennings að gagnreyndri meðferð eins og HAM er mjög takmarkað (24). Í raun er það svo að mjög lítill hluti þeirra sem þjást af geðröskunum fær einhvers konar meðferð og áætlað er að á Bretlandi fái einungis 5% af þeim sem glíma við geðraskanir HAM, jafnvel þótt þarlandar (sem og erlendar) klínískar leiðbeiningar mæli með HAM sem meðferð sem fyrst skuli bjóða þeim sem þjást af þunglyndi og kvíðaröskunum (61). Það er engin ástæða til þess að ætla að ástandið hérlandis sé á einhvern hátt öðruvísi.

Árið 2005 ákváðu íslensk stjórnvöld í samstarfi við Landspítala og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Ísafjarðar og Egilsstaða að auka aðgengi almennings að HAM í heilsugæslu. Gerður var samningur um að boðið yrði upp á ÓHAMH fyrir þunglyndi og kvíðaraskanir á þremur heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu á hverjum tíma og á heilbrigðisstofnunum á Ísafirði og Egilsstöðum. Meginástæðan fyrir því að hin íslenska ÓHAMH varð fyrir valinu var að forrannsókn hafði bent til þess að árangur af meðferðinni væri góður (62) en einnig að hægt væri á hagkvæman hátt að bjóða mörgum meðferð á sama tíma. Með því að bjóða upp á þessa meðferð var því unnt að auka aðgengi að gagnreyndri sálfræðimeðferð í heilsugæslu til muna. Samhliða því að auka aðgengi að gagnreyndri sálfræðimeðferð í heilsugæslu á Íslandi var ráðist í árangursrannsókn á hinum íslenska ÓHAMH meðferðavísi. Meginmarkmið þessarar rannsóknar, sem hér er lýst, var að kanna árangur ÓHAMH fyrir mismunandi geðraskanir.

Aðferð

Þátttakendur og skilyrði fyrir þátttöku

Samtals voru 30 ÓHAM hópar í boði á fimm heilsugæslustöðvum á því tímabili sem rannsóknin tók til. Þátttakendum var vísað í meðferðina af heimilslækni. Skilyrði fyrir tilvísun var að skjólstæðingur ætti við einhverskonar tilfinningavandamál að stríða og væri 18 ára eða eldri. Útilokunarskilyrði voru: 1) Geðrofseinkenni, 2) ánetjun áfengis eða vímuefna, 3) greinileg heilabilun eða önnur altæk hugræn skerðing. Heimilslæknir og/eða sálfræðingur sem lagði fyrir Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) geðgreiningarviðtalið mátu hvort útilokunarskilyrðum væri mætt.

Í allt tók 441 þátttakandi þátt í ÓHAMH á því tímabili sem rannsóknin tók til, 77 karlar (17,5%) og 364 konur (82,5%). Meðalaldur þátttakenda var 39,7 ár (staðalfrávik 13,1 ár, spönn 18 – 88 ár). Til þess að vera tekin með í gagnaúrvinnslu þurfti sjúklingur að ná greiningarviðmiðum fyrir að minnsta kosti eina þunglyndis- eða kvíða-

greiningu samkvæmt MINI greiningarviðtalinu og skora yfir einkenniámiðum á Þunglyndiskvarða Becks (BDI-II) (>13 stig) eða Kvíðakvarða Becks (BAI) (>9 stig).

Alls var 281 þátttakandi tekinn inn í gagnaúrvinnslu, 41 karl (14,6%) og 240 konur (85,4%). Meðalaldur þátttakenda var 38,5 ár (staðalfrávik=12,9 ár, spönn 18 – 88 ár). Aðeins 6,4% þátttakenda hafði einhverja fyrri reynslu af HAM, en 46% voru á einhverskonar geðlyfjameðferð. Farið var þess á leit við heimilislækna þátttakenda að auka ekki við geðlyf á meðan á meðferð stóð til þess að reyna að útiloka eins og frekast var unnt að ávinningur af meðferðinni mætti skýra með aukinni lyfjanotkun. Meðalfjöldi greininga var 2,0 greiningar (staðalfrávik=1,0 greiningar, spönn: 1-6 greiningar).

Mælitæki

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (63) er hálfstaðlað geðgreiningarviðtal sem tekur að meðaltali 15–20 mín í fyrirlögn. Erlendis hefur verið sýnt fram á að réttmæti viðtalsins er gott (63,64). Próffræðilegir eiginleikar MINI hafa einnig verið kannaðir hérlandis og virðist bæði réttmæti og áreiðanleiki vera með ágætum (65).

Þunglyndiskvarði Becks, önnur útgáfa (BDI-II) (66). BDI-II inniheldur 21 staðhæfingu um einkenni þunglyndis. Prófinu er ekki ætlað að greina þunglyndi heldur mæla dýpt þess. Heildarstig listans geta verið á bilinu 0–63. Eftir því sem stigin eru fleiri því dýpra er þunglyndið. Próffræðilegir eiginleikar íslensku þýðingarinnar eru góðir (67).

Kvíðakvarði Becks (BAI) (68) samanstendur af 21 atriði sem ætlað er að meta alvarleika algengra kvíðaeinkenna. Heildarstig listans geta verið á bilinu 0–63. Því

fleiri stig sem einstaklingur fær því kvíðnari er hann. Próffræðilegir eiginleikar frumútgáfunar eru góðir (68) sem og íslensku útgáfunar (69).

Framkvæmd

Ef heimilislæknir mat það svo að skjólstæðingur ætti við tilfinningavanda að stríða átti hann kost á því að vísa honum í ÓHAMH svo framarlega sem hann uppfyllti ekki eitthvað af útilokunarskilyrðunum. Þeir sem var vísað í ÓHAMH fóru í MINI geðgreiningarviðtalið hjá sálfræðingi sem lagði einnig fyrir fjölmörg mælitæki, meðal annars BDI-II og BAI. Ef viðtalið leiddi í ljós að skjólstæðingur uppfyllti ekki útilokunarskilyrði var honum boðin þátttaka í ÓHAMH.

Meðferðin var veitt af tveimur sálfræðingum hverju sinni, vikulega í tvo tíma í senn í fimm vikur. Allir sálfræðingarnir sem stjórnðu meðferðinni voru starfandi á geðsviði Landspítalans og höfðu þekkingu og reynslu af því að beita HAM. Meðalstærð meðferðarhópanna var 14,86 skjólstæðingar (spönn 7–25). Til þess að meðferðin væri aðgengileg sem flestum var ákveðið að hámarksfjöldi þátttakenda í hverjum hópi væri 25. Af þeim sökum var meðferðin á svokölluðu sálfræðsluformi. Lýsingu á meðferðinni má sjá í töflu 1.

Tölfræðileg úrvinnsla

Við greiningu gagna var notast við svokallaða “last observation carried forward” (LOCF)-aðferð þar sem fyrsta og síðasta mæling voru bornar saman, óháð því hvenær síðasta mæling var gerð. BDI-II og BAI listarnir voru lagðir fyrir í fyrsta, þriðja og fimmta tíma. Því var það þannig að ef þátttakandi mætti í þriðja tíma en ekki þann fimmta voru svör hans úr tíma þrjú notuð við úrvinnslu gagna.

Tafla 1. Meginmarkmið á meðferðartíma og heimavinna

Tími	Meginmarkmið á meðferðartíma	Heimavinna
1.	Kynning á reglum hópsins Fræðla um þunglyndi, kvíða og grunnlögmál HAM.	Persónuleg meðferðarmarkmið.
2.	Farið yfir heimavinnu síðustu viku. Samband milli hugsana, tilfinninga og hegðunar kynnt. Sjálfvirkar hugsanir kynntar.	Þriggja dálka hugsunarskrá. Markmið: að koma auga á neikvæðar, sjálfvirkar hugsanir.
3.	Farið yfir heimavinnu síðustu viku. Kynning á hugsunarskekkjum og endurmat kynnt.	Fimm dálka hugsunarskrá. Markmið að koma auga á neikvæðar sjálfvirkar hugsanir og endurmeta
4.	Farið yfir heimavinnu síðustu viku. Unnið áfram með endurmat. Lífsreglur og kjarnaviðhorf kynnt.	Fimm dálka hugsunarskrá. Markmið: að koma auga á neikvæðar, sjálfvirkar hugsanir og endurmeta þær.
Eftirfylgd – 3 mánuðum eftir að meðferð lýkur		Umræður

4x2x2 dreifigreining endurtekinnna mælinga var framkvæmd til þess meta hvort breytingar höfðu orðið á þunglyndis- og kvíðaeinkennum (mæld með BDI-II og BAI) í kjölfar meðferðar. Árangur var metinn eftir greiningum en þær voru: þunglyndi, kvíði, fleiri en ein kvíðagreining og þunglyndis- og kvíðagreining. Einnig

ingarhópa ($F[3,277]=0,89$, $p=0,44$) sem þýðir að allir meðferðarhópar náðu jafnmiklum bata þegar ekki er greint á milli þunglyndis- og kvíðaeinkenna. Ekki kom heldur fram marktæk samvirkni meðferðarárangurs og hvort hann var mældur með kvíðakvarða eða þunglyndiskvarða ($F[1,277]=1,76$, $p=0,19$) sem þýðir að kvíði

Tafla 2. Lýsandi tölfræði og áhrifastærðir eftir greiningarflokkum.

Greiningarflokkar	BDI-II		BAI	
	Meðaltal (staðalfrávik)	Áhrifastærð	Meðaltal (staðalfrávik)	Áhrifastærð
Kvíðagreining (N=52)				
Fyrir meðferð	17,32 (7,07)	0,42	17,52 (9,05)	0,56
Eftir meðferð	14,06 (8,56)		12,53(8,88)	
Fleiri en ein kvíðagreining (N=25)				
Fyrir meðferð	18,60 (6,62)	0,68	17,56 (10,95)	0,39
Eftir meðferð	13,88 (7,28)		13,58(9,63)	
Þunglyndi (N=59)				
Fyrir meðferð	24,70 (9,25)	0,85	16,40 (10,46)	0,48
Eftir meðferð	16,39 (10,25)		11,61 (9,69)	
Þunglyndi og kvíðagreining (N=145)				
Fyrir meðferð	28,74 (9,16)	0,59	23,46 (12,27)	0,41
Eftir meðferð	22,46 (12,01)		18,51 (12,08)	
Allir (N=281)				
Fyrir meðferð	24,88 (9,78)	0,57	20,35 (11,65)	0,42
Eftir meðferð	18,87 (11,37)		15,52 (11,26)	

N= fjöldi

var samvirkni metin, þ.e. metið var hvort árangur meðferðarinnar væri mismikill eftir greiningarhópum og hvort meðferðin hefði mismikil áhrif á þunglyndis- og kvíðaeinkenni. Að lokum voru áhrifastærðir (Cohen's d) reiknaðar til að meta áhrif meðferðarinnar.

Niðurstöður

Á töflu 2 má sjá lýsandi tölfræði og áhrifastærðir fyrir mismunandi greiningaflokka og fyrir safnið í heild. Þátttakendur sem voru bæði með þunglyndis- og kvíðagreiningu skorðuð hærra bæði á þunglyndiskvarða (BDI-II: 28,74) og kvíðakvarða (BAI: 23,46) en þeir þátttakendur sem voru greindir með eina kvíðagreiningu, fleiri en eina kvíðagreiningu eða einungis þunglyndi ($p>0,001$). Þátttakendur sem voru greindir með eina kvíðagreiningu skorðu lægst á BDI-II (17,32) í upphafi meðferðar en þeir sem voru einungis greindir með þunglyndi skorðu lægst á BAI (16,40).

Marktæk meginhrif meðferðartíma komu í ljós ($F[1,277]=69,53$ $p<0,001$) sem þýðir að meðferð skilaði að jafnaði árangri þegar ekki er tekið með í reikninginn hvort hann var mældur með þunglyndis- eða kvíðakvarða né til þess hvaða greiningar þátttakendur höfðu. Engin samvirkni fannst milli meðferðarárangurs (lækkun á skorum á BDI-II og BAI í kjölfar meðferðar) og grein-

ing og þunglyndi minnkaði jafn mikið í meðferðinni. Þessar niðurstöður benda því til að meðferðin hafi borðið árangur, þ.e. þunglyndis- og kvíðaeinkenni hafi minnkað í kjölfar meðferðar, að meðferðin beri svipaðan árangur óháð sjúkdómsgreiningu og að meðferðin hafi svipuð áhrif á bæði kvíða- og þunglyndiseinkenni.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að meðferðin hafi haft jákvæð áhrif á bæði þunglyndis- og kvíðaeinkenni þátttakenda og að jákvæðu áhrif hennar hafi verið óháð greiningarflokkum, þ.e. meðferðin bar svipaðan árangur fyrir mismunandi hópa sjúklinga. Þessar niðurstöður eru í takti við fyrri rannsóknir á ÓHAMH við þunglyndi og kvíðaröskunum (46, 54, 60, 70) sem benda til þess að árangur ÓHAMH sé góður. Í þessari rannsókn kom einnig í ljós að árangur ÓHAMH virðist vera þvert á greiningarflokka, en rannsóknir hafa ekki áður leitt það í ljós.

Eins og áður sagði var árangur óháður greiningarflokkum en þegar rýnt er í árangurinn eftir greiningarflokkum eru merki þess að meðferðin virki betur hvað varðar þunglyndiseinkenni en kvíðaeinkenni. Það þarf ekki að koma á óvart þegar innihald meðferðarinnar er skoðað (sjá töflu 1) þar sem töluverð áhersla er á hugsanaskráningu, sjálfvikrar hugsanir og endurmat en minni

áhersla er á atferlistilraunir sem eru mikilvægar í meðferð kvíðaraskana (71).

Líkt og með aðrar rannsóknir voru takmarkanir sem þarf að hafa í huga þegar niðurstöður eru túlkaðar. Fyrir það fyrsta þá var mikil kynjaskökkja í rannsókninni, en töluvert fleiri konur tóku þátt en karlar. Í öðru lagi voru greiningarhóparnir misstórir, sem getur haft áhrif á niðurstöður tölfræðilegrar úrvinnslu. Í þriðja lagi var enginn samanburðarhópur í rannsókninni og af þeim sökum er ekki hægt að álykta sem svo að meðferðin beri árangur fram yfir hefðbundna meðferð í heilsugæslu.

Þrátt fyrir þessar takmarkanir eru sterkar vísbendingar fyrir hendi um að ÓHAMH gagnist skjólstæðingum heilsugæslunnar og sé því heppilegur kostur þegar auka á aðgengi almennings að gagnreyndri sálfræðimeðferð. Því miður er staðan enn sú að það aðgengi er afar takmarkað sem leiðir til þess að fleiri þjást vegna þunglyndis og kvíða en nauðsynlegt er og kostnaður vegna þessara raskana er meiri fyrir þjóðfélagið en þörf er á. Betur má ef duga skal.

Heimildir:

- Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2005 Aug;15(4):357–76.
- WHO. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):413–26.
- Stefansson JG, Lindal E. The prevalence of mental disorders in the Greater-Reykjavik area. *Læknablaðið*. 2009 Sep;95(9):559–64.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3095–105.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593–602.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Feb;50(2):85–94.
- Lindal E, Stefansson JG. The prevalence of personality disorders in the greater-Reykjavik area. *Læknablaðið*. 2009 Mar;95(3):179–84.
- Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004 Jan;78(1):49–55.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994 Dec 14;272(22):1749–56.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Jan;51(1):8–19.
- Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1994 Jul;16(4):267–76.
- Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009 Dec;119(1–3):52–8.
- Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 May 19;45(2):201–10.
- Hofmeijer-Sevink MK, Batelaan NM, van Megan HJGM, Penninx BW, Cath DC, van den Hout MA, et al. Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: A report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord*. 2012 Mar;137(1–3):106–12.
- Rucci P, Gherardi S, Sansella M, Piccinelli M, Berardi D, Bisoffi G, et al. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: Prevalence and associated characteristics. *J Affect Disord*. 2003 Sep;76(1–3):171–81.
- Jackson JL, Passamonti M, Kroenke K. Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years. *Psychosom Med*. 2007 Apr;69(3):270–6.
- Nordström A, Bodlund O. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(3):250–5.
- Corney RH. Sex differences in general practice attendance and help seeking for minor illness. *J Psychosom Res*. 1990;34(5):525–34.
- Cwikel PJ, Zilber N, Feinson M, Lerner Y. Prevalence and risk factors of threshold and sub-threshold psychiatric disorders in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 Nov 16;43(3):184–91.
- Agnarsdóttir A. An examination of the need for psychological counseling service in primary health care in Iceland. [Unpublished doctoral thesis]. [England]: University of Surrey; 1997.
- Thorisdóttir K. The prevalence of emotional disorders in primary care in Iceland - A survey among patients and general practitioners. [Unpublished Cand Psych Thesis]. [Denmark]: University of Aarhus; 2011.
- Einarsdóttir GD. Skimun geðraskana hjá sjúklingum sem leita til heilsugæslulækna: Könnun meðal sjúklinga Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri. [Unpublished Cand Psych Thesis]. University of Iceland; 2010.
- Layard R. The case for psychological treatment centres. *Br Med J*. 2006 Apr 29;332(7548):1030–2.
- Layard R, Clark DM. *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*. London: Allen Lane; 2014. 384 p.
- NICE. Obsessive-compulsive disorder | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. 2005 [cited 2015 Apr 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>
- NICE. Post-traumatic stress disorder (PTSD) | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. 2005 [cited 2015 Apr 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
- NICE. Depression in adults | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. 2009 [cited 2015 Feb 15]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- NICE. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 15]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004 Jun;38(6):389–407.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Dec 1;37(6):641–56.
- Myhr G, Payne K. Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: Implications for public health care funding policy in Canada. *Can J Psychiatry*. 2006 Sep;51(10):662–70.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006 Jan;26(1):17–31.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cogn Ther Res*. 2012 Oct 1;36(5):427–40.
- Hofmann SG, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr;69(4):621–32.
- Sighvatsson M., Kristjánsdóttir H, Sigurðsson E, Sigurðsson JF. Gagnsemi hugrænnar atferlismeðferðar við lyndis- og kvíðaröskunum hjá fullorðnum. *Læknablaðið*. 2011;97(11):613–9.
- Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York: Guilford Press; 2009. 452 p.
- Morrison N. Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behav Cogn Psychother*. 2001 Jul;29(03):311–32.
- Cuijpers P, Straten A van, Warmerdam EH. Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? *Eur J Psychiatry*. 2008;22(1):38–51.
- McDermet W, Miller IW, Brown RA. The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clin Psychol Sci Pract*. 2001 Mar 1;8(1):98–116.
- McRoberts C, Burlingame GM, Hoag MJ. Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dyn Theory Res Pract*. 1998;2(2):101–17.
- Shaffer CS, Shapiro J, Sank LI, Coghlan DJ. Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. *Cogn Ther Res*. 1981 Jun 1;5(2):149–57.
- Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behav Res Ther*. 2003 Sep;41(9):991–1007.
- ónsson H, Hougaard E, Bennedsen BE. Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 May 1;123(5):387–97.
- Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme C. *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. 1 edition. USA: Oxford University Press; 2010.

45. Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
46. McEvoy PM, Nathan P. Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: A benchmarking study. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(2):344–50.
47. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up. *Am J Psychiatry.* 2009 Mar;166(3):311–9.
48. Norton PJ, Barrera TL, Mathew AR, Chamberlain LD, Szafranski DD, Reddy R, et al. Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depress Anxiety.* 2013 Feb 1;30(2):168–73.
49. Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depress Anxiety.* 2012;29(10):874–82.
50. Norton PJ, Hayes SA, Hope DA. Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depress Anxiety.* 2004 Jan 1;20(4):198–202.
51. Norton PJ, Hope DA. Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2005 Jun;36(2):79–97.
52. Norton PJ, Philipp LM. Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychother Theory Res Pract Train.* 2008;45(2):214–26.
53. Norton PJ. Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual. 1 edition. New York ;London: Guilford Press; 2012. 222 p.
54. Ejeby K, Savitskij R, Öst L-G, Ekblom A, Brandt L, Ramnerö J, et al. Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Fam Pract.* 2014 Mar 18;27:3–80.
55. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2012 Sep;43(3):666–78.
56. Hooke GR, Page AC. Predicting outcomes of group cognitive behavior therapy for patients with affective and neurotic disorders. *Behav Modif.* 2002 Oct 1;26(5):648–58.
57. Manning JJ, Hooke GR, Tannenbaum DA, Blythe TH, Clarke TM. Intensive cognitive-behaviour group therapy for diagnostically heterogeneous groups of patients with psychiatric disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 1994 Jan 1;28(4):667–74.
58. Norton PJ. An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behav Ther.* 2008 Sep;39(3):242–50.
59. Erickson DH, Janeck AS, Tallman K. A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatr Serv.* 2007 Sep;58(9):1205–11.
60. McEvoy PM, Nathan P, Norton PJ. Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *J Cogn Psychother.* 2009 Feb 1;23(1):20–33.
61. McManus SH, Meltzer T, Brugha P, Bebbington P, Jenkins R. Adult psychiatric morbidity in England, 2007. Results of a household survey. The Health & Social Care Information Centre, Social Care Statistics; 2007.
62. Agnarsdóttir A, Halldórsdóttir M. Hópmeðferð við þunglyndi og kvíða : Hugræn atferlismeðferð sniðin að framlínupjónustu á geðheilbrigðisviði. Sálfræðiritið. 2004;9:17–23.
63. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry.* 1997;12(5):224–31.
64. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(Suppl 20):22–33;quiz 34–57.
65. Sigurðsson B. Comparison between two standardised psychiatric interviews and two self-report measures: MINI, CIDI, PHQ and DASS. [Unpublished Cand Psych Thesis]. University of Iceland; 2008.
66. Beck AT, Steer RA, Brown GA. BDI-II, Beck Depression Inventory II: Manual. Boston: The Psychological Corporation, Harcourt, Brace, and Company; 1996.
67. Arnarson ÞÓ, Ólason DP, Smári J, Sigurðsson JF. The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II): Psychometric properties in Icelandic student and patient populations. *Nord J Psychiatry.* 2008 Jan 1;62(5):360–5.
68. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893–7.
69. Sæmundsson BR, Þórsdóttir F, Kristjánsdóttir H, Ólason DP, Smári J, Sigurðsson JF. Psychometric properties of the Icelandic version of the Beck Anxiety Inventory in a clinical and a student population. *Eur J Psychol Assess.* 2011;27(2):133–41.
70. Wuthrich VM, Rapee RM. Randomised controlled trial of group cogn-

itive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behav Res Ther.* 2013 Dec;51(12):779–86.

71. Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westbrook D, editors. *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy.* 1st edition. Oxford: Oxford University Press; 2004. 482 p.

Dr. Hafrún Kristjánsdóttir er sálfræðingur og sviðsstjóri íþróttafraeðisviðs HR

Baldur Heiðar Sigurðsson er sálfræðingur á geðsviði Landspítala-Háskólasjúkrahúss

Engilbert Sigurðsson er prófessor í geðlæknisfræði við Læknadeild HÍ og yfirlæknir á geðsviði Landspítala-Háskólasjúkrahúss

Dr. Paul M Salkovskis er prófessor í sálfræði við háskólann í Bath í Englandi

Dr. Agnes Agnarsdóttir er sálfræðingur á geðsviði Landspítala-Háskólasjúkrahúss

Dr. Jón Friðrik Sigurðsson er prófessor við sálfræðisvið HR og læknadeild HÍ og sálfræðingur á geðsviði Landspítala





Minningarsjóður Ólafíu Jónsdóttur auglýsir

STYRK TIL RANNSÓKNA

á sviði geðverndar.

Umsóknum skal skila til Geðverndarfélags Íslands, Hátúni 10, 105
Reykjavík, fyrir 1. mars 2016

Úthlutun fer fram á aðalfundi Geðverndarfélags Íslands í apríl 2016.

Stjórn Minningarsjóðs Ólafíu Jónsdóttur

Umsögn stjórnar Geðverndarfélags Íslands umtillögu til þingsályktunar um stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára

Tillaga um ályktun Alþingis um geðheilbrigðismál hefur nú verið lögð fram (1). Hún fjallar um stefnu og aðgerðaráætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára. Tillögunni fylgir 24 bls. greinargerð frá stýrihópi sem var settur á stofn í framhaldi þingsályktunar Alþingis um geðheilbrigðismál á vorþingi 2014.

Stýrihópurinn segir í upphafi athugasemdana við tillöguna:

Vinna við mótun geðheilbrigðisstefnu og aðgerðaáætlunar til fjögurra ára byggist á þingsályktun sem var samþykkt á vorþingi 2014. Stýrihópur var skipaður með erindisbréfi í júlí 2014 til að hafa umsjón með verkefninu og þriggja manna verkefnisstjórn sett á fót innan velferðarráðuneytisins. Í skipunarbréfi til fulltrúa kemur fram að stýrihópurinn skuli „vinna stefnuna í samráði við hagsmunaaðila. Meðal annars skal halda samráðsfund í haustbyrjun með hagsmunaaðilum og síðan upplýsa þá reglulega um framvindu verksins og leita samráðs til að stefnan taki sem best mið af þörfum samfélagsins vegna geðheilbrigðis og byggi á fjölþættri þekkingu. Settir verði saman undirhópar um afmörkuð verkefni eftir þörfum. Hópurinn skal taka mið af vinnu sem þegar hefur verið unnin til undirbúnings stefnumótunar á þessu sviði.“

Í stýrihópnum sátu:

Anna Margrét Guðjónsdóttir, ráðgjafi og fyrrverandi alþingismaður.
Berglind Guðmundsdóttir, yfirsálfræðingur á geðsviði Landspítala.
Engilbert Sigurðsson, yfirlæknir á geðsviði Landspítala.
Guðrún Sigurjónsdóttir, sérfræðingur velferðarráðuneytinu, formaður.
Halldór Gunnarsson, sérfræðingur velferðarráðuneytinu.
Héðinn Unnsteinsson, sérfræðingur forsætisráðuneytinu.
Soffía Lárusdóttir, yfirmaður búsetudeildar Akureyrar.
Með stýrihópnum störfuðu einnig Sigrún Danielsdóttir, sálfræðingur hjá embætti landlæknis og Guðrún Reykdal, sérfræðingur velferðarráðuneytinu.



Þingsályktunartillagan er svohljóðandi:

„Alþingi ályktar að unnið verði samkvæmt eftirfarandi stefnu og aðgerðaáætlun til fjögurra ára í geðheilbrigðismálum og að gert verði ráð fyrir framkvæmd hennar við gerð fjárlaga.

Meginmarkmið geðheilbrigðisstefnu:

Aukin vellíðan og betri geðheilsa landsmanna og virkari samfélagsþátttaka einstaklinga sem glíma við geðraskanir til skemmri eða lengri tíma óháð búsetu þeirra.

Undirmerkið:

Að þjónusta við einstaklinga með geðraskanir sé samþætt og samfelld.
Að uppeldisskilyrði barna stuðli að vellíðan þeirra.
Að fólki verði ekki mismunað á grundvelli geðheilsu.

Aðgerðaráætlun:

Í aðgerðaáætlun til að hrinda markmiðum geðheilbrigðisstefnunnar í framkvæmd verði lögð megináhersla á samþættingu þjónustu við fólk með geðheilsuvanda og fjölskyldur þeirra og á geðrækt og forvarnir þar sem sjónum verði sérstaklega beint að börnum og ungmennum. Einnig verði hugað að ýmsum jaðarhópum og viðkvæmum lífsskeiðum, sbr. þingsályktun nr. 8/143, og tilgreindar aðgerðir til að draga úr fordómum og mismunun.

A. Samþætt og samfelld þjónusta við fólk með geðraskanir og fjölskyldur þeirra.

Undirmerkið 1:

Að þjónusta við einstaklinga með geðraskanir sé samþætt og samfelld.
Mælikvarði: 70% af notendum telji þjónustu samþætta og samfellda samkvæmt könnun árið 2020.

Aðgerðir:

A.1 Bundið verði í lög að ríki og sveitarfélög geri með sér samstarfssamninga um útfærslu samþættrar þjónustu við einstaklinga með geðraskanir.

Markmið: Að auka samstarf milli þjónustuaðila á vegum sveitarfélaga og ríkisins, svo sem félags-, heilbrigðis- og menntakerfis, til að samþætting og samfella verði

meiri í þjónustu við einstaklinga með geðraskanir.

Framkvæmd: Settur verði á fót starfshópur til að undirbúa nauðsynlegar lagabreytingar.

Mælanlegt markmið: Samþykktar lagabreytingar fyrir árslok 2017.

A.2 Í samningum samkvæmt tillögu A.1 verði meðal annars áskilið að sett verði á fót geð-heilsuteymi í samstarfi heilbrigðisþjónustu og sveitarfélaga.

Markmið: Að fólk sem glímir við geðröskun hafi aðgang að þverfaglegu teymi heilbrigðis- og félagsþjónustu sem komi að greiningu og meðferð.

Framkvæmd: Geðheilsuteyminum á höfuðborgarsvæðinu verði fjölgað og nýjum teyminum komið á fót í þeim landshlutum þar sem þau eru ekki til staðar. Teymin vinni á grundvelli þarfagreiningar og eftir hugmyndafræði valdeflingar.

Mælanlegt markmið: Geðheilsuteymi hafi tekið til starfa í öllum landshlutum árið 2019.

A.3 Þjónusta sálfræðinga standi til boða á heilsugæslustöðvum og heilbrigðisstofnunum sem sinna heilsugæslu í samræmi við samsetningu og stærð þjónustusvæða.

Markmið: Að fólk geti fengið meðferð og stuðning sálfræðinga á heilsugæslustöðvum vegna algengustu geðraskanana, svo sem þunglyndis og kvíðaraskanana.

Framkvæmd: Sálfræðingar með klíniska reynslu og þjálfun í gagnreyndri meðferð verði ráðnir í meira mæli til starfa til heilsugæslunnar.

Mælanlegt markmið: Að aðgengi að gagnreyndri meðferð sálfræðinga við algengustu geðröskunum, svo sem þunglyndi, kvíðaröskunum og áfallastreitu, sé á 50% heilsugæslustöðva í árslok 2017 og á 90% heilsugæslustöðva í lok árs 2019.

A.4 Verkefnið „Tölum um börnin“/Fjölskyldubrúin verði innleitt innan velferðarþjónustu (heilbrigðis-, félags- og menntakerfis).

Markmið: Að draga úr hættu á að geðheilsuvandi flytjist milli kynslóða með því að veita einstaklingum með geðraskanir og fjölskyldum þeirra fræðslu og meta þörf fyrir stuðning í uppeldishlutverki þeirra. Að styðja börn fólks með geðraskanir í samræmi við aldur og þroska.

Framkvæmd: Þverfaglegt teymi sérfræðinga vinni að innleiðingu með því að þjálfar starfsfólk í heilsugæslu í þeim vinnubrögðum sem verkefnið gerir kröfu til.

Mælanlegt markmið: Fjölskyldubrúin hafi verið innleidd á 70% heilsugæslustöðva árið 2018.

A.5 Komið verði á reglubundinni fræðslu um geðheilsu og geðraskanir fyrir starfsfólk í félags- og heilbrigðisþjónustu auk þjálfunar í einfaldri ihlutun.

Markmið: Að auka þekkingu starfsmanna í heilbrigðis- og félagsþjónustu á vægum geðheilsuvanda sem og alvarlegum geðröskunum.

Framkvæmd: Reglubundin fræðsla verði veitt innan

heilsugæslu og félagsþjónustu um geðheilsu og geðraskanir. Slíkri fræðslu verði varpað yfir netið þannig að starfsmenn annarra stofnana geti notið góðs af, sbr. dæmi um ráðstefnur heilsugæslu, Greiningar- og ráðgjafarstöðvar ríkisins o.fl.

Mælanlegt markmið: Að 80% af fagmenntuðu starfsfólki á hverju heilsugæslu- og félagsþjónustusvæði hafi sótt fræðslu og þjálfun sem snýr að geðheilsuvanda í sex klukkustundir eða meira í lok árs 2019.

A.6 Þjónusta á göngudeild BUGL verði eflid.

Markmið: Að stytta biðlista þannig að börn þurfi ekki að bíða eftir þjónustu.

Framkvæmd: Sérhæfðu starfsfólki á göngudeild BUGL verði fjölgað.

Mælanlegt markmið: Í lok árs 2019 verði ekki biðlistar eftir þjónustu göngudeildar BUGL.

A.7 Settur verði á fót starfshópur sem kanni hvort fjarþjónusta gæti nýst til að veita fólki meðferð vegna geðraskanana.

Markmið: Meta stöðu og fýsileika þess að veita fjarþjónustu vegna geðraskanana.

Framkvæmd: Settur verði á fót starfshópur til að athuga möguleika á að nýta fjarmeðferð í geðheilbrigðisþjónustu.

Mælanlegt markmið: Starfshópur skilar niðurstöðum.

A.8 Byggð verði upp þekking á hjúkrunarheimilum til að veita öldruðu fólki með geðheilsuvanda þjónustu.

Markmið: Að aldráð fólk með geðraskanir, sem býr á hjúkrunarheimilum eða kemur í skammtímainnlögn, fái viðeigandi þjónustu.

Framkvæmd: Starfsfólk hjúkrunarheimila sækir reglulega fræðslu og þjálfun í að mæta þörfum fólks með geðraskanir sem býr á hjúkrunarheimilum eða kemur í skammtímainnlögn. Hjúkrunarheimili geri eftir þörfum samninga við sérfræðinga um reglulegan stuðning, ráðgjöf og handleiðslu við starfsmenn.

Mælanlegt markmið: Að 70% starfsmanna hjúkrunarheimila hafi fengið fræðslu um umönnun aldráðs fólks með geðraskanir fyrir árslok 2017.

A.9 Unnið verði að því að mæta uppsafnaðri þörf geðfatlaðs fólks fyrir húsnæði og þjónustu.

Markmið: Að geðfötluðu fólki, sem nú dvelst á Landspítalanum vegna skorts á búsetuþjónustu, þjóðist búsetuúrræði og þjónusta við hæfi og að geðfatlað fólk þurfi ekki að dvelja á spítala vegna skorts á búsetuúrræðum í framtíðinni.

Framkvæmd: Útvegað verði húsnæði og byggð þar upp þjónusta í samræmi við lög um málefni fatlaðs fólks til að uppfylla þarfir geðfatlaðs fólks sem á nú ekki annars kost en að dvelja á geðdeildum. Miðað verði við þann fjölda sem nú dvelur á geðdeildum Landspítalans vegna skorts á slíkum úrræðum og hefur ekki verið boðið búsetuúrræði á vegum sveitarfélaga.

Mælanlegt markmið: Sá hópur sem nú bíður útskrift-

ar af geðdeild hafi flust í viðeigandi húsnæði fyrir árslok 2016.

B. Geðrækt og forvarnir.

Undirmarkmið 2:

Að uppeldisskilyrði barna stuðli að vellíðan þeirra, góðri geðheilsu og félagsfærni.

Mælikvarði: Hlutfall barna og ungmenna í 8.–10. bekk grunnskóla sem meta andlega heilsu sína góða eða mjög góða fari úr 81,1% árið 2014 í 90% fyrir árslok 2020.

Aðgerðir:

B.1 Sett verði á fót þverfagleg teymi í nærumhverfi sem sinna fræðslu, þjálfun, ráðgjöf og stuðningi við foreldra og fjölskyldur.

Markmið: Að styðja foreldra í uppeldis- og umönnunarhlutverki sínu.

Framkvæmd: Þverfagleg teymi fagfólks verði sett á fót í samstarfi ríkis og sveitarfélaga sem veiti þjónustu í náinni samvinnu heilsugæslu, félagsþjónustu og skóla.

Mælanlegt markmið: Aðgangur sé að þjónustu þverfaglegra teyma í öllum sveitarfélögum árið 2019.

B.2 Settur verði á fót starfshópur til að gera tillögur um geðræktarstarf í skólum.

Markmið: Að í lok árs 2017 liggi fyrir tillögur um innleiðingu geðræktarstarfs í leik-, grunn- og framhaldsskólum.

Framkvæmd: Starfshópurinn fari yfir stöðu geðræktarstarfs í skólum, þær aðferðir sem þar eru notaðar og skoði hversu vel þær eru studdar rannsóknnum. Einnig verði greint hvaða þjálfun og fræðsla fer nú þegar fram um þroska barna, geðheilsu og geðrækt í skólustarfi og menntun kennara og námsráðgjafa.

Mælanlegt markmið: Starfshópurinn skili niðurstöðum 2017.

B.3 Skimað verði fyrir kvíða, þunglyndi og áhrifum áfalla meðal barna í efstu bekkjum grunnskóla og veittur viðeigandi stuðningur eða meðferð ef viðkomandi telst í áhættuhópi.

Markmið: Að grípa snemma inn í og veita börnum sem glíma við kvíða eða afleiðingar áfalla stuðning til að draga úr hættu á að mál þróist á verri veg.

Framkvæmd: Beitt verði gagnreyndum aðferðum við að skima fyrir kvíða, þunglyndi og áhrifum áfalla meðal barna í efstu bekkjum grunnskóla. Þeim börnum sem á þurfa að halda verði veittur viðeigandi stuðningur eða meðferð.

Mælanlegt markmið: Fjölgun barna sem fá meðferð vegna kvíða eða þunglyndis frá því að innleiðingu er lokið og næstu fimm ár á eftir.

B.4 Sett verði fram áætlun um innleiðingu gagnreyndra aðferða til að draga úr sjálfsvígum ungmenna.

Markmið: Að finna bestu aðferðir til að draga úr sjálfsvígum ungmenna.

Framkvæmd: Settur verði á fót starfshópur sem fari yfir gagnreyndar aðferðir sem draga úr sjálfsvígum og sjálfsvígstilraunum ungmenna. Hópurinn velji aðferðir til að innleiða á Íslandi í þessu skyni. Jafnframt geri hann kostnaðar- og innleiðingaráætlun.

Mælanlegt markmið: Tillögur um forvarnir gegn sjálfsvígum ungmenna ásamt innleiðingaráætlun liggi fyrir í árslok 2017.

C. Fordómar og mismunur.

Undirmarkmið 3:

Að fólki verði ekki mismunað á grundvelli geðheilsu.

Aðgerðir:

C.1 Fundnar verði árangursríkar aðgerðir til að minnka fordóma í garð fólks með geðraskanir.

Markmið: Að finna gagnreyndar aðferðir til að minnka fordóma í garð fólks með geðraskanir bæði meðal almennings og starfsfólks heilbrigðis- og félagsþjónustu.

Framkvæmd: Settur verði á fót starfshópur til að finna leiðir sem sýnt hefur verið fram á að minnki fordóma gegn fólki með geðraskanir.

Mælanlegt markmið: Starfshópur skili niðurstöðum 2017.

C.2 Settar verði fram leiðbeiningar fyrir fjölmiðla um hvernig unnt er að fjalla um geðheilbrigðismál án þess að alið sé á fordómum.

Markmið: Að draga úr fordómafullri umræðu um geðheilbrigðismál í fjölmiðlum.

Framkvæmd: Settur verði á fót starfshópur til að vinna slíkar leiðbeiningar. Meðal annars verði leitað fyrirmynda erlendis og leiðbeiningar þýddar og staðfærðar. Þær verði síðan kynntar, þeim dreift til íslenskra fjölmiðla og fylgt eftir með markvissum hætti.

Mælanlegt markmið: Efnið liggi fyrir og hafi verið kynnt fjölmiðlum.

C.3 Ríki og sveitarfélög ráði fólk sem hefur lent utan vinnumarkaðar vegna langvinnra geð-raskana til starfa í stofnunum sínum.

Markmið: Að draga úr fordómum og mismunur gagnvart fólki með geðraskanir.

Framkvæmd: Sett verði á fót tilraunaverkefni á ákveðnum opinberum vinnustöðum þar sem hlutastörfum verður fjölgað til að gera þau aðgengilegri fyrir fólk sem hefur verið án vinnu vegna geðraskana. Jafnframt verði veitt fræðsla og stuðningur á vinnustaðnum, bæði til viðkomandi starfsmanna og yfirmanna þeirra. Mat verði lagt á fordóma bæði við upphaf tilraunaverkefnis og við lok þess.

Mælanlegt markmið: Breytt viðhorf til fólks með geðraskanir á viðkomandi vinnustöðum.

C.4 Í reglubundinni heilsufarsskoðun hælisleitenda verði lagt mat á geðheilsu þeirra.

Markmið: Að finna sem fyrst hælisleitendur sem

glíma við bráðan geðheilsuvanda sem kallar á tafarlausa viðbrögð.

Framkvæmd: Skimun fyrir geðheilsuvanda sé innleidd í þá heilsufarsskoðun sem fram fer við komu hælisleitenda til landsins. Útbúnað verði skimunarspurningar sem heilbrigðis-starfsfólk sem metur heilsu hælisleitenda getur stuðst við í skoðun sinni.

Mælanlegt markmið: Skimun fyrir geðheilsuvanda sé framkvæmd hjá öllum hælisleitendum við komu til landsins.

C.5 Þekking starfsfólks í geðheilbrigðisþjónustu á réttindum sjúklinga til túlkajónustu verði aukin.

Markmið: Að túlkur verði fenginn til aðstoðar í geðheilbrigðisþjónustu eins og nauðsyn krefur í samræmi við lög um réttindi sjúklinga, nr. 74/1997.

Framkvæmd: Vakin verði athygli heilbrigðisstarfsfólks á réttindum fólks til túlkajónustu í samræmi við lög um réttindi sjúklinga.

Mælanlegt markmið: Aukin notkun túlkajónustu í geðheilbrigðisþjónustu samkvæmt upplýsingum heilbrigðisstofnana og Sjúkratrygginga Íslands.

Álit stjórnar Geðverndarfélags Íslands

Tillögurnar eru vandaðar og í þeim eru auk þess ábyrgðaraðilar, samstarfsaðilar og tímabil aðgerða ágætlega skilgreind. Með tillögunni fylgir auk þess kostnaðaráætlun og heimildaskrá. Gí fagnar tillögunum en vill geta þess að ljóst er að fjármagn til verkefna er mjög naumt skorið. Einnig virðist vanta tillögur um vaxandi hóp ungs fólks sem bæði hefur fíknivanda og annan alvarlegan geðsjúkdóm. Fíknimeðferð er auk þess ekki nefnd sérstaklega áætluninni. Tillögur um samþættingu þjónustu við fólk með geðraskanir og fjölskyldur þeirra er mikilvæg og það að ríki og sveitarfélög geri með sér samninga um samþætta og samfellda þjónustu fyrir einstaklinga með geðraskanir. Það er líklegast nauðsynlegt að binda þetta í lög líkt og lagt er til en þessu verður að fylgja fjármagn svo vinna þessi verði ekki bara orðin tóm.

Tillaga um að nýjum geðheilsuteymum verði komið á fót er fagnað. Hnykk er á í tillögum og tiltekið að þetta séu þverfaglegteymi heilbrigðis- og félagsþjónustu. Viðurkennd er nauðsyn þess að mæta uppsafnaðri þörf geðfatlaðra fyrir húsnæði og þjónustu

Undir samþættri þjónustu er afar mikilvægu verkefni forgangsraðað að mati stjórnar GÍ. Það er verkefni sem snýr að fyrirbyggingu á því að geðheilsuvandi flytjist á milli kynslóða. Það er m.a. gert með því að mennta og þjálfar heilbrigðisstarfsfólk velferðarþjónustu í að eiga meðferðar- og fræðslusamtöl við fjölskyldur þar sem geðheilsuvandi er til staðar. Stjórn GÍ hefur lýst því yfir að þetta verði eitt af helstu málefnum félagsins í nánustu framtíð. GÍ mun ekki skorast undan að taka þátt í þessu verkefni verði leitað til þess að leggja þessu málefni lið.

Stjórn GÍ fagnar metnaðarfullri áætlun sem snýr að

eflingu forvarna, þ.e. að auka stuðning við fjölskyldur í nærumhverfi, geðræktarstarf í skólum, markviss skimun á geðheilsuvanda á meðal barna og innleiða gagnreyndar aðferðir til að draga úr sjálfsvígum ungmenna. Það er löngu tímabært á Íslandi að unnið sé eftir skipulagðri áætlun í forvarnarskyni til að efla og viðhalda geðheilsu barna, ungmenna og fjölskyldna.

Jafnframt styður GÍ heilshugar aðgerðaráætlun stjórnvalda er miða að því að fólki verði ekki mismunað á grundvelli geðheilsu. Samfélag okkar þarf skýra stefnu hvað þetta varðar og sérstaklega til að vernda þá sem minna mega sín. Metnaðarfullt og tímabært er að sjá að markmiðið verði að hluti af reglubundinni heilsufarsskoðun hælisleitanda verði mat á geðheilsu þeirra.

Á undanförunum árum hefur Geðverndarfélag Íslands í auknum mæli beint sjónum að forvörnum í geðheilbrigðismálum. Áhersla hefur verið lögð á að raddir barna, sem aðstandenda fólks með geðfötlun, heyrir og reynt að útfæra hugmyndir um á hvaða hátt GÍ getur lagt skólakerfinu lið við að mæta yngstu kynslóðinni með tilliti til þessa. Veittir hafa verið styrkir úr sjóðum GÍ m.a. til rannsókna á meðferð sem ætlað er að stuðla að forvörnum auk þess sem nemendur hafa verið styrktir til náms í fjölskyldumeðferð í þeirri von að unnt verði að auka vægi fjölskyldumiðaðrar nálgunar í þessum mála-flokki. Rannsóknir hafa sýnt að börn eru í hættu á að þróa með sér kvíða, þunglyndi og aðrar geðraskanir búi þau við ótryggar aðstæður. Geðsjúkdómur foreldris er þekktur áhættuþáttur fyrir margs konar vanda bæði fjárhagslegan og félagslegan og slíkt hefur í för með sér umtalsverðan kostnað fyrir samfélagið, svo ekki sé talað um þau óþægindi sem það kann að hafa í för með sér fyrir barnið. Með því að grípa inn í og veita fjölskyldum markvissa og faglega aðstoð við að takast á við aðstæður má lækka þennan samfélagslega kostnað verulega. Samkvæmt rannsóknum hagfræðiprófessorsins James Heckman getur kostnaður samfélagsins við hvert barn sem lendir í vanda áttfaldast og leggst sá kostnaður á félagsþjónustu, heilbrigðis- og menntakerfi.

Stjórn GÍ gerði athugasemdir við geðheilbrigðisstefnuna í ágúst síðastliðnum þar sem bent var á mikilvægi þverfagleggrar, fjölskyldumiðaðrar nálgunar með áherslu á snemmtæk inngríp. Með snemmtækum inngrípum er átt við að fjölskyldur fái aðstoð á meðan á meðgöngu stendur eða á fyrsta ári í lífi barns. Í stefnu yfirvalda í geðheilbrigðismálum er gert ráð fyrir því að biðlistar á Barna- og unglingageðdeild verði styttnir auk þess sem áætlað er að skima fyrir kvíða og þunglyndi meðal nemenda í efstu bekkjum grunnskóla. Bent skal á að fæst börn sem fá þjónustu á BUGL eru yngri en sex ára og því má gera ráð fyrir að yfirvöld telji börn ekki í þörf fyrir markviss inngríp eða geðheilbrigðisþjónustu fyrr en í fyrsta lagi í grunnskóla.

Geðverndarfélag Íslands telur að markvissar forvarnir séu góð leið til að takast á við þann vanda sem geðsjúkdómar geta haft í för með sér fyrir fjölskyldur og samfélag. Í athugasemdum sínum hefur stjórn GÍ bent á

mikilvægi þess að réttur barna á viðeigandi meðferð og stuðningi vegna veikinda foreldra þeirra verði bundinn í lög líkt og gert hefur verið í Noregi (2). Auk þess var lögð áhersla á að sett yrðu á fót þverfagleg teymi fagfólks sem veiti þjónustu í náinni samvinnu heilsugæslu, félagsþjónustu og skóla og hlúð að þeim sérhæfðu meðferðarúrræðum sem þegar eru fyrir hendi og einbeita sér að snemmtækum inngripum. Af ofangreindu er ljóst að stefna Geðverndarfélags Íslands er skýr og leggur áherslu á mikilvægi forvarna. Við fögnum því að mótuð hafi verið stefna og aðgerðaráætlun í geðheilbrigðismálum til næstu fjögurra ára í þessum málaflokki og bindum vonir við að með reglulegri endurskoðun þessarar áætlunar verði hægt að samræma hugmyndir þeirra sem láta sig geðheilbrigðismál varða. Mikilvægast er að þjónustan sé heilðræn og samfelld og samvinna allra kerfa sé tryggð.

Heimildir

- 1) Vefur Alþingi, nefndarstörf (<http://www.althingi.is/alttext/145/s/0405.html>).
- 2) Helsepersonelloven nr. 07-02-64/1999
- 3) Heckman, J. (2011) The Economics of Inequality. The Value of Early Childhood Education. American Educator (spring 2011).

KAFFIVAGNINN

st. 1935



**ÞAÐ ER ÓTRÚLEGT
HVAÐ ÞÚ STYÐUR MARGA
ÞEGAR ÞÚ SPILAR MEÐ**

ENNEHM / SIA / NMTESPA



ÍSLENSK GETSPÁ
Engjavegi 6, 104 Reykjavík
Sími 580 2500 | www.lotto.is



Íslensk getspá er í eigu Íþrótt- og Ólympíusambands Íslands, Öryrkjabandalagsins og Ungmennafélags Íslands.

Fréttir af starfi stjórnar

Aðalfundur Geðverndarfélagss Íslands var haldinn laugar- daginn 11. apríl sl. að Hátúni 10. Fundurinn fór fram með venjubundnum hætti, **Gunnlaug Thorlacius** formaður félagsins flutti skýrslu stjórnarinnar, farið var yfir ársreikning og formaður gerði grein fyrir „helstu verkefnum, sem framundan kunna að virðast“ eins og segir í lögum félagsins. Ein breyting var gerð á lögum félagsins um að aðalfund beri að halda fyrir apríllök, áður var miðað við lok mars. Stjórnin var endurkjörin í heild: Formaður var endurkjörinn **Gunnlaug Thorlacius** félagsráðgjafi og aðrir í stjórn voru kosnir **Eydís K Sveinbjarnardóttir** geðhjúkrunarfræðingur, **Kristín Gyða Jónsdóttir** félagsráðgjafi, **Margrét Jónsdóttir** félagsráðgjafi, **Páll Biering** geðhjúkrunarfræðingur, **Sigurður Páll Pálsson** geðlæknir og **Víðir Arnar Kristjánsson** viðskiptafræðingur. Á fyrsta fundi stjórnar skipti hún svo með sér verkum: Kristín Gyða var kosin varaformaður, Víðir Arnar

gjaldkeri, Páll Biering bréfitari og Sigurður Páll ritstjóri tímaritsins Geðverndar. Skoðunarmenn voru endurkosnir **Björg Guðmundsdóttir** og **Kristinn Tómasson** og árgjald var ákveðið 3500 krónur.

Afhentir voru styrkir úr minningarsjóðum Ólafíu Jónsdóttur og Kjartans B Kjartanssonar. Stjórn Minningarsjóðs Kjartans B Kjartanssonar ákvað að styrkja þær **Guðlaugu M Júlíusdóttur** og **Birnu Björnsdóttur** til framhaldsnáms í fjölskyldumeðferð. Hlutu þær 250.000 kr styrk hvor. Páll Biering afhenti styrkina f.h. stjórnarinnar. Stjórn Minningarsjóðs Ólafíu Jónsdóttur ákvað að styrkja **Dóru Bjarnadóttur** geðlækni um 800.000 kr til að klára doktorsrannsókn sína um notkun methýlfenidat í æð meðal íslenskra vímuefnaneytenda. Sigrún Júlíusdóttir formaður stjórnar minningarsjóðsins afhenti styrkinn.



Guðlaugu M Júlíusdóttir og Birna Björnsdóttir ásamt Páli Biering stjórnarmanni í minningarsjóðnum.

Að lokum flutti **Anna María Jónsdóttir**, geðlæknir, erindi: Geðræn veikindi, fyrirbyggjandi aðgerðir. Forvarnir og meðferð til að efla heilbrigðan þroskaferil barna.

Fram kom í máli formanns félagsins, Gunnlaugar Thorlacius, að félagið hygðist loka áfangaheimilinu að Álfalandi 15 í lok júní. Ástæður lokunarinnar sagði Gunnlaug vera þær að bæði skorti félagið fé til rekstrarins, styrkir frá opinberum aðilum hefðu ekki nægt til rekstrar og viðhalds ásamt því að stjórnin hefði tekið þá stefnumarkandi ákvörðun að hætta öllum rekstri heimila, þau hefðu verið sett á stofn, bæði áfangaheimilið og vernduðu heimilin, þegar þau úrræði voru ekki til staðar og félagið hefði þá haft forgöngu um stofnun þeirra. Nú væru þessi mál í góðum höndum ríkis og sveitarfélaga samanber reglugerð Velferðarráðuneytisins númer 1054/2010 og félagið gæti því snúið sér að öðrum verkefnum. Allt heimilisfólk sem dvaldi í áfangaheimilinu hefur nú fengið nýjan stað til að búa á. Heimilinu var lokað 30. júní sl. og hefur húsnæðið nú verið leigt út og tekjurnar verða notaðar til nýrra verkefna félagsins. Unnið hefur verið að endurnýjun heimasíðunnar geðvernd.is og mun hún þjóna betur markmiðum félagsins um upplýsingu, forvarnir og námskeið sem félagið mun kynna á árinu 2016.



Sigrún Júlíusdóttir t.v. og Dóra Bjarnadóttir geðlæknir t.h.

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM AÐILUM VEITTAN STUÐNING:

Reykjavík

A. Margeirsson ehf, Flúðaseli 48
 Aðalverkstæðið ehf, Malarhöfða 2
 Aðalvík ehf, Ármúla 15
 Analytica ehf, Síðumúla 14
 Annata ehf, Mörkinni 4
 ARGOS ehf, Arkitektastofa Grétars og Stefáns, Eyjarslóð 9
 Arkís arkitektar ehf, Kleppsvegi 152
 Auðmerkt ehf, Tangarhöfða 5
 Áltak ehf, Fossaleyni 8
 Árbæjarapótek ehf, Hraunbæ 115
 Árni Reynisson ehf, Skipholti 50d
 B. Ingarsson ehf, Bildshöfða 18
 Barnatannlæknastofan ehf, Faxafeni 11
 Beta púst ehf, Skógarhlíð 10
 Bílasmiðurinn hf, Bildshöfða 16
 BK fasteignir ehf, Baldursgötu 18
 Blaðamannafélag Íslands, Síðumúla 23
 Boozt bar N1-Borgartúni, Ártúnshöfða, Hringbraut
 Borgir ehf, fasteignasala, Grensásvegi 50
 Bókabúðin Sjónarlind, Bergstaðastræti 7
 Bókhaldsstofa Haraldar slf, Síðumúla 29
 Bókhaldsþjónusta Júlíönu ehf, Hávallagötu 40
 Bókhaldsþjónustan Vík, Síðumúla 12
 Brauðhúsið ehf, Efstalandi 26
 Brim hf, Bræðraborgarstíg 16
 Brúskur hársnyrtistofa, s: 587 7900, Höfðabakka 9
 BSRB, Grettisgötu 89
 Búálfurinn sportbar ehf, Lóuhólum 2-6
 Danfoss hf, Skútuvogi 6
 Danica sjávarafurðir ehf, Suðurgötu 10
 Dokkan þekkingar- og tengslahús-www.dokkan.is
 Dómkirkjan í Reykjavík
 Efling stéttarfélag, Sættúni 1
 Efnamóttakan hf, Gufunesi
 Eignamiðlunin ehf, Grensásvegi 11
 Eirvík-heimilistæki ehf, Suðurlandsbraut 20
 Ellen Ingvadóttir-Löggiltur dómtúlkur og skjala-

þýðandi, Skipholti 50B
 Endurskoðun Péturs Jóns ehf, Hátúni 6a
 Ernst & Young ehf, Borgartúni 30
 Fasteignasalan Húsið, Grensásvegi 50
 Fastus ehf, Síðumúla 16
 Felgur smíðja ehf, Axarhöfða 16
 Ferill ehf, verkfræðistofa, Mörkinni 1
 Fiskmarkaðurinn ehf, Aðalstræti 12
 Finka ehf, málningarverktakar, Norðurási 6
 Fjárhald ehf
 Fjölbrautaskólinn við Ármúla, Ármúla 12
 Fótaaðgerðastofan Gæfuspor, hjúkrunarheimilinu Söltúni 2
 Frikirkjan í Reykjavík, Laufásvegi 13
 Fyrsta upplag ehf, Dugguvogi 21
 Gallabuxnabúðin Kringlunni, Kringlunni 4-12
 Galleri Fold, Rauðarárstíg12-14
 Galleri Garður ehf, garðyrkjuþjónusta, Veghúsum 27a
 Garcia ehf, Laugarnesvegi 40
 Garðmenn ehf, Skipasundi 83
 Garðs Apótek ehf, Sogavegi 108
 Gáski sjúkrapjálfun ehf, Þönglabakka1 Mjódd & Bolholti 8
 GB Tjónaviðgerðir ehf, Draghálsi 6-8
 Geiri ehf, umboðs- og heildverslun, Bildshöfða 16
 Gestamóttakan ehf-Your Host in Iceland, Kirkjútorgi 6
 Gjögur hf, Kringlunni 7
 Glerpró ehf, Hyrjarhöfða 2
 Gólfþríf slf, Rauðavaði 15
 Grafan ehf, Eirhöfða 17
 Grænn markaður ehf, Réttarhálsi 2
 Guðmundur Arason ehf, smíðajárn, Skútuvogi 4
 Guðmundur Jónasson ehf, Borgartúni 34
 Gullsmiðurinn í Mjódd, Álfabakka 14b
 Hagi ehf-Hilti, Stórhöfða 37
 Hagkaup, Holtagörðum
 Halldór Jónsson ehf, Skútuvogi 11
 Hamborgarabúlla Tómasar - Við erum öll jöfn, Bildshöfða 18

Hármístöðin, Hrírateigi 47
 Hárstofan Yfir höfuð, Búðagerði 10
 Henson sports, Brautarholti 24
 Herrafataverslun Birgis ehf, Fákafeni 11
 HGK ehf, Laugavegi 13
 Hitastýring hf, Ármúla 16
 Hjólastillingar ehf, Hamarshöfða 3
 Hótel Frón ehf, Laugavegi 22a
 Hótel Óðinsvé, Þórsgötu 1
 Hreyfill, Fellsmúla 26
 Hring sjá, náms- og starfsendurhæfing, Hátúni 10b
 Höfðakaffi ehf, Vagnhöfða 11
 Höfði fasteignasala, Suðurlandsbraut 52
 Iceland Guided Tours, Suðurlandsbraut 32
 InnX innréttingar ehf, Fosshálsi 1
 Intellecta ehf, Síðumúla 5
 Ísbúð Vesturbæjar ehf
 Íslensk endurskoðun ehf, Bogahlíð 4
 Íslenskir fjallaleiðsögum ehf, Stórhöfða 33
 Ísmar ehf, Síðumúla 28
 Ísold ehf, Nethyl 3
 K.F.O. ehf, Sundagörðum 2
 Katla matvælaíðja ehf, Kletthálsi 3
 Kísildalur ehf, Síðumúla 15
 Kjöreign ehf, fasteignasala, Ármúla 21
 Kjörgarður, Laugavegi 59
 Kjöthöllin ehf, Skipholti 70 & Háaleitisbraut 58-60
 KOM almannatengsl, Katrínartúni 2
 Kortþjónustan hf, Kletthálsi 1
 Kvika ehf, Bjargarstíg 15
 Kvikk þjónustan ehf, Vagnhöfða 5
 Landssamband lögreglumanna, Grettisgötu 89
 Landssamtök lífeyrissjóða, Guðrúnartúni 1
 Lifandi vísindi, Klapparstíg 25
 Litaskil ehf, Hrírima 23
 Lyfjaver ehf, Suðurlandsbraut 22
 Löndun ehf, Kjalavogi 21
 MB bílar, Kletthálsi 1a
 MD vélar ehf-www.mdvelar.is, Vagnhöfða 12

Mennta- og menningarmálaráðuneytið,
Sölvhólgötu 4
Menntaskólinn við Hamrahlíð, Hamrahlíð 10
Myconceptstore, Laugavegi 45
Nasdaq verðbréfamíðstöð hf, Laugavegi 182
Neshamar ehf, Gufunesvegi 1
Netbókhald.is ehf, Kringlunni 4-12
NETIÐ-www.visitorsguide.is-www.veitingastadir.is
Nexus affreyning ehf, Nóatúni 17
Nói-Sírius hf, Hesthálsi 2-4
Nýi öskuskólinn ehf, Klettagörðum 11
Nýsköpunarsjóður atvinnulífsins, Kringlunni 7
Oliner System Iceland ehf, Bæjarflöt 15
Orka ehf, Stórhöfða 37
Orkuvirki ehf, Tunguhálsi 3
Ormsson, Lágmúla 8
Ólafur Þorsteinsson ehf, Vatnagörðum 4
Ósal ehf, Tangarhöfða 4
Pixel ehf, Ármúla 1
Poulsen ehf, Skeifunni 2
Raf og boðlagnir ehf, Logafold 136
Rafey ehf, Hamrahlíð 33a
Rafha ehf, Suðurlandsbraut 16
Rafneisti ehf, Njórvasundi 23
Rafsvið sf, Viðarhöfða 6
Rafver hf, Skeifunni 3e
Rikki Chan ehf, Kringlunni 4-12 & Smáratorgi
Rima Apótek, Langarima 21-23
Samtök starfsmanna fjármálafyrirtækja-SSF,
Nethyl 2e
Segull ehf, Hólmaslóð 6
Sérefni ehf, málningarvörusverlun, Síðumúla 22
SFR stéttarfélag í almannabjónustu,
Grettisgötu 89
Sigurborg ehf, Gylfahlöt 5
Skefjar hf, Laugavegi 182
Slökkvilið höfuðborgarsvæðisins bs, Skógarhlíð 34
SM kvótáþing ehf, Tryggvagötu 11
Smiðjuhúsið ehf, Rósarima 3
Smith og Norland hf, Nóatúni 4
Sólón Bistro, Bankastræti 7a
Spennet ehf, Gvendargeisla 96
Starfsmannafélag Reykjavíkur, Grettisgötu 89
Storkurinn ehf, Laugavegi 59
Stólpi Gámar, Klettagörðum 5
Suzuki bílar hf, Skeifunni 17
Sveinsbakari, Arnarbakka 4-6
SVÞ-Samtök verslunar og bjónustu, Borgartúni 35
Svegreifinn, Geirsgötu 8
Takk hreinlæti ehf, Skútuvogi 3
Talnakönnun hf, Borgartúni 23
Tannlæknafélag Íslands, Síðumúla 35
Tannlæknastofa Árbæjar ehf, Rofabæ 23
Tannlæknastofa Sólveigar Þórarinsdóttur ehf,
Hverfisgötu 105
Tannlæknastofan Vegmúla 2 ehf, Vegmúla 2
Tannréttingar sf, Snorrabraut 29
Tark-Arkitektar, Brautarholti 6
Tjaldaleigan Skemmtilegt ehf, Skútuvogi 12L
Trésmiðaverkstæði Trévirkinn ehf, Súðarvogi 7
TVG - Zimsen hf, Korngördum 2
Tösku- og hanskabúðin ehf, Laugavegi 103
Umslag ehf, Lágmúla 5
Útfararstofa Svafars og Hermanns ehf,
Síðumúla 28
Úti og inni sf, Þinghólstræti 27
VA arkitektar ehf, Borgartúni 6
Vaka ehf, björgunarfélag, Skútuvogi 8
Vegahandbókin ehf, Sundaborg 9
Verkfræðistofan VIK ehf, Borgartúni 6
Verksýn ehf, Síðumúla 1
Verslunartækni ehf, Draghálsi 4
Verslunin Brynja ehf, Laugavegi 29
Vélsmiðjan Harka hf, Hamarshöfða 7
Vélvík ehf, Höfðabakka 1
Vinnumálastofnun, Kringlunni 1
VSÓ Ráðgjöf ehf, Borgartúni 20
Wiium ehf, Vesturfold 34
Þín verslun ehf
Þór hf, Krókhálsi 16
Þyrlubjónustan-www.helo.is, s: 561 6100,
Mörkinni 3
Ögurvík hf, Tysgötu 1
Öllu reddað ehf, Rjúpufelli 48
Örninn ehf, Faxafeni 8

Seltjarnarnes

Seltjarnarneskirkja
Sjávarsýn ehf, Bakkavör 28

Vogar

BG pipulagnir ehf, Suðurgötu 8

Kópavogur

ALARK arkitektar ehf, Dalvegi 18
Arnardalur sf, Þinghólsbraut 58
Axis-húsgögn ehf, Smiðjuvegi 9
ÁF Hús ehf, Bæjarlind 4
Ásborg slf, Smiðjuvegi 11
B&B gluggatjaldahreinsun ehf, Galtalind 19
Bilaleiga Reykjavíkur, Hlíðarsmára 13
Bilaskjól, bifreiðasmíðja, Akralind 3
Bilstál ehf, Askalind 3
Blikksmiðjan Vík ehf, Skemmuvegi 42
BSA varahlutir ehf, Smiðjuvegi 4
Farice ehf, Smáratorgi 3
Fjárstoð ehf, Smáratorgi 3
Hamraborg ehf, Lundi 92
Ingi hópferðir ehf, Laufbrekku 16
Init ehf, Smáratorgi 3
Ísfix ehf, Smiðjuvegi 6
Íshúsið ehf, Smiðjuvegi 4a
Íslenska lögfræðistofan, Smáratorgi 3
Íslenskt sjávarfang ehf, Bakkabraut 2
Járnsmiðja Óðins, Smiðjuvegi 4b
JS-hús ehf, Skemmuvegi 34a
Kambur ehf, Geirlandi v/Suðurlandsvegi

Kópavogsbær

Laxakort ehf, Akralind 3
Libra ehf, Bæjarlind 2
Ljósavakinn ehf, Vesturvör 30b
Loft og raftæki ehf, Hjallabrekku 1
Mannberg ehf vélsmiðja, Akralind 1
Merkúr húsgagnabólstrun slf, Nýbýlavegi 8
Ólafssýnir ehf, Fagrahjalla 84
Parketlausnir ehf, Baugakór 17
Rafbreidd ehf, heimilistækjaviðgerðir, Akralind 6
Rafmiðlun hf, Ögurhvarfi 8
Ræsting BT ehf, Hamraborg 1
Slökkvitækjapjónustan ehf, Bakkabraut 16
Svanur Ingimundarson málarí, Naustavör 8
Tannsmiðastofan sf, Hlíðasmára 9
TripCreator ehf, Hlíðasmára 3
Útfararstofa Íslands ehf, Auðbrekku 1
Vektor, hönnun og ráðgjöf ehf, Hamraborg 11
Vetrarsól ehf, verslun, Askalind 4
Vélaleiga Auberts Högnasonar ehf, Hlíðarhjalla 7
Ýmus ehf, heildverslun, Dalbrekku 2
Zeta Film, Kópaland 3
Þorvar Hafsteinsson, Guláþingi 66

Garðabær

Aflbinding-Járnverktakar ehf, Lyngási 8
AH Pipulagnir ehf, Suðurhrauni 12c
Fagval ehf, Smiðsbúð 4
Geislataekni ehf-Laser-bjónustan, Suðurhrauni 12c
Guðriður Vilhjálmsdóttir, Marargrund 1
Icewear, Miðhrauni 4
IP Dreifing ehf, Melási 3
K.C. Málun ehf, Löngulínu 2
Manus ehf, Smiðsbúð 7
Marás vélar ehf, Miðhrauni 13
Okkar bakari ehf, Iðnbúð 2
Samhentir, Suðurhrauni 4
Skarfaklettur ehf, Furuási 6
Úranus ehf, Hegranesi 21
Versus bílaréttingar og málun, Suðurhrauni 2
Öryggisgirðingar ehf, Suðurhrauni 2

Hafnarfjörður

Aflhlutir ehf, Drangahrauni 14
Altis ehf, Bæjarhrauni 8
Ás, fasteignasala ehf, Fjarðargötu 17
Betri Bygging ehf, Reykjavíkurvegi 24
Dverghamar ehf, Lækjarbergi 46
EÓ-Tréverk sf, Háabergi 23
Essei ehf, Hólsbrauni 5
Ferskfiskur ehf, Bæjarhrauni 8
Fjörkráin-Hótel Víking, Strandgötu 55
Fókus-vel að merkja ehf, Flatahrauni 23
Gunnars mæjónes ehf, Dalshrauni 7

Hafnarfjarðarhöfn, Óseyrarbraut 4
Hagstál ehf, Brekkutröð 1
Hagtak hf, Fjarðargötu 13-15
H-Berg ehf, Grandatröð 12
Hlaðbær-Colas hf, malbikunarstöð, Gullhelli 1
Hraunhamar ehf, Bæjarhrauni 10
Hvalur hf, Reykjavíkurvegi 48
Ísrör ehf, Hringhelli 12
Lína Lokkafína, hárgreiðslustofa, Bæjarhrauni 8
Netorka hf, Bæjarhrauni 14
Opal Sjávarfang ehf, Grandatröð 4
Rafgeymasalan ehf, Dalshrauni 17
Spennubreytar, Trönuhrauni 5
Stoð hf, stoðtækjasmíði, Trönuhrauni 8
Suðulist Ýlir ehf, Lónsbraut 2
Tannlæknastofa Harðar V Sigmarrsonar sf,
Reykjavíkurvegi 60
Umbúðamiðlun ehf, Fornubúðum 3
Verslunin Andrea, Strandgötu 19
Vélaverkstæði Hjalta Einarsson ehf, Melabraut 23-25
Víðir og Alda ehf, Reykjavíkurvegi 52a

Reykjanesbær

Bed and Breakfast - Keflavík Airport, Valhallar-
braut 761
Bílnet ehf, Brekkustíg 38
Bókhalds og rekstrarþjónusta Gunnars Þórarins-
sonar, Hafnargötu 90
DMM Lausnir ehf, Hafnargötu 91
Ferðaþjónusta Reykjaness ehf, Vesturbraut 12
Fjölbrautaskóli Suðurnesja, Sannubraut 36
Gluggar & Gler ehf, Holtsgötu 45
Húsagerðin ehf, trésmíðja, Hólmgarði 2c
Ludvíksson ehf, Njarðarbraut 3
M2 Fasteignasala og leigumiðlun, Hólmgarði 2c
Maggi & Daði málarar ehf, Heiðarbraut 10
Nesraf ehf, Grófinni 18a
Plastgerð Suðurnesja ehf, Framnesvegi 21
Pulsuvagninn í Keflavík
Ráin, veitingasala, Hafnargötu 19
SB Trésmíði ehf, Garðavegi 8
Skólamatun ehf, Iðavöllum 1
Snyrtistofan Dana ehf, Hafnargötu 41
Suðurlflug ehf, Keflavíkurlflugvelli
Toyota Reykjanessbæ
Útfararþjónusta Suðurnesja, Vesturbraut 8
Verkalýðs- og sjómannaafélag Keflavíkur og ná-
grennis, Krossmóa 4a
Verslunarmannafélag Suðurnesja,
Vatnsnesvegi 14
Vísir, félag skipstjórnarmanna á Suðurnesjum,
Hafnargötu 90

Grindavík

Bókvit ehf, Víkurbraut 46
Einhamar Seafood ehf, Verbraut 3a
EVH verktakar ehf, Tangasundi 3
Flutningaþjónusta Sígga ehf, Hólavöllum 7
Grindverk ehf, Baðsvöllum 13
Marver ehf, Stafholti
Sílfell ehf, Skipastíg 13
TG raf ehf, Staðarsundi 7
Veitingastofan Vör ehf, Hafnargötu 9
Verkalýðsfélag Grindavíkur, Víkurbraut 46
Þorbjörn hf, Hafnargötu 12

Garður

Aukin Ökuréttindi ehf, Ósbraut 5
Völundarhús ehf, Melbraut 14

Mosfellsbær

Efnaeiming ehf, Völuteigi 8
Fagverk verktakar sf, Spóahöfða 18
GT-bílar ehf, Bollatanga 8
Hestaleigan Laxnesi, Laxnesi
Hlín Blómahús, Háholti 18
Ísfugl ehf, Reykjavegi 36
Múr og meira ehf, Brekkutanga 38
Nonni litli ehf, Þverholti 8
Vélsmiðjan Orri ehf, Flugumýri 10

Akranes

Sjúkrabjálfun Georgs Janussonar, Kirkjubraut 28
Snókur verktakar ehf, Vogatungu
Straumnes ehf, rafverktakar, Jörundarholti 101