

GEÐVERND

RIT GEÐVERNDARARFÉLAGS ÍSLANDS
1. TBL. • 45. ÁRGANGUR • 2016





- ALLTAF BETRI





GEDVERND

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS
45. ÁRGANGUR - 2016

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS
45. ÁRG. - 2016

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 OG PRENTUN: PRENTSMÍÐJAN ODDI

STJÓRN GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS:

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

FRAMKVÆMDASTJÓRI: KJARTAN VALGARÐSSON

MYND Á FORSÍÐU: EGGERT PÉTURSSON



Minningargjöf

um _____

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



Minningargjöf

um _____

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



Efnisyfirlit

Frá ritstjóra	5
Ásbjörn Leví Grétarsson Ljóð.	6
Þórunn Þórsdóttir „Það er alltaf von“ – Hindranir geðrænna vandkvæða	8
Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir og Ólafur Þór Ævarsson, Að ná tökum á tilverunni Skjót og fagleg viðbrögð við alvarlegri andlegri vanlíðan	13
Jón Snorrason Hvað eru nauðungaraðgerðir og hvernig má rannsaka þær betur?.	19
Guðlaug M. Júlíusdóttir, Helga Þórðardóttir og Freydís Jóna Freysteinsdóttir Viðtalsmeðferð – mat á árangri	26
Freydís Jóna Freysteinsdóttir og Ásgeir Pétursson Vímuefnaneysla og önnur áhættuhegðun unglunga með þroskahömlun	31
Jón Steinar Jónsson Hreyfing sem meðferð við geðrænum vandamálum.	38
Erna Sveinbjörnsdóttir og Rafn Rafnsson Batamiðstöðin á Kleppi - Brú út í samfélagið	40
Guðrún Ágústa Sigurðardóttir Prófun á nýrri meðferð við þunglyndi.	42
Fréttir af starfi félagsins.	46

Ýmsar tilkynningar

Minningarkort Geðverndarfélags Íslands
fást á skrifstofu félagsins og á gedvernd.is. Sími skrifstofunnar er 5525508.

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.

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUDNING:

Reykjavík

A. Margeirsson ehf, Flúðaseli 48
Admon ehf, Síðumúla 14
Aðalblikk ehf, Bildshöfða 18
Aðalverkstæði ehf, Malarhöfða 2
Aðalvík ehf, Ármúla 15
Arctic Trucks Island ehf, Kletthálsi 3
ARGOS ehf-Arkitektastofa Grétars og Stefáns, Eyjarslóð 9
Arkis arkitektar ehf, Kleppsvégi 152
Arkþing ehf, Bolholti 8
ASK Arkitektar ehf, Geirsgötu 9
Auglýsingastofan ENNEMM, Skeifunni 10
Árbæjarapótek ehf, Hraunbæ 115
B. Ingvarsson ehf, Bildshöfða 18
Bending 1 ehf, Bæjarflöt 8F
Bifreiðaverkstæði Svans ehf, Eirhöfði 11
Bílasmiðurinn hf, Bildshöfða 16
BK eignir ehf, Baldursgötu 18
Blaðamannafélag Íslands, Síðumúla 23
Blikksmiðjan Glófaxi hf, Ármúla 42
Boozt bar N1 - Borgartúni, Ártúnshöfða & Hringbraut
Bókhaldstofa Haraldar slf, Síðumúla 29
Bókhaldsþjónustan Vík, Síðumúla 12
Bólstrarinn ehf, Langhóltsvegi 82
Brauðhúsið ehf, Efstalandi 26
Brim hf, Fiskislóð 14
Brúskur hársnyrtstofa, s: 587 7900, Höfðabakka 9
BSRB, Grettisgötu 89
Búálfurinn sportbar ehf, Lóuhólum 2-6
Dálía, blómaverslun, Glæsibæ, Álftheimum 74
Danica sjávarafurðir ehf, Suðurgötu 10
Dokkan þekkingar- og tengslanet www.dokkan.is
E.T. hf, Klettagörðum 11
Efling stéttarfélag, Sætúni 1
Eignamiðlunin ehf, Grensásvegi 11
Eimskip Ísland ehf, Korngörðum 2
Eldhús sælkerans ehf, Lynghálsi 3
Ellen Ingvadóttir-Löggiltur dómtúlkur og skjalapýðandi, Skipholti 50B
Endurvinnslan hf, Knarrarvogi 4
Ernst & Young ehf, Borgartúni 30
Fasteignasalan Híbyli ehf, Kringlunni 4-6
Fastus ehf, Síðumúla 16
Fiskmarkaðurinn ehf, Aðalstræti 12
Fjárhald ehf
Fjölbrautarskólinn í Breiðholti, Austurbergi 5
Fjölbrautaskólinn við Ármúla, Ármúla 12
Frikirkjan í Reykjavík, Laufásvegi 13
García ehf, Laugarnesvegi 40
Garðasteinn ehf, Stóragerði 4
Garðmenn ehf, Skipasundi 83
Garðs Apótek ehf, Sogavegi 108
Gáski sjúkrapjálfun ehf, Þönglabakka 1 & Bolholti 8
GB Tjónaviðgerðir ehf, Draghálsi 6-8
Geiri ehf, umboðs- og heildverslun, Bildshöfða 16
Gjögur hf, Kringlunni 7
Gray Line Allrahanda ehf, Klettagörðum 4
Grænn markaður ehf, Réttarhálsi 2
Guðmundur Arason ehf smíðajárn, Skútuvogi 4
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
Helgason og Co ehf, Gylfaflöt 24-30
Henson sports, Brautarholti 24
Hjólástillingar ehf, Hamarshöfða 3
Hótel Frón ehf, Laugavegi 22a

Hótel Öðinsvé, Þórgötu 1
Hreinsitækni ehf, Stórhöfða 37
Hringsjá, náms- og starfsendurhæfing, Hátúni 10b
HS smíðar ehf, Vættaborgum 120
Höfðakaffi ehf, Vagnhöfða 11
Höfði fasteignasala, Suðurlandsbraut 52
IG Ferðir ehf, Suðurlandsbraut 32
Intellecta ehf, Síðumúla 5
Invicta - endurskoðun, ráðgjöf og bókhald, Síðumúla 23
Ísbúð Vesturbæjar ehf
Ísbúðin Erlúis, Fákafeni 9
Íslenskir fjallaleiðsögum ehf, s: 587 9999, Stórhöfða 33
Ísmar ehf, Síðumúla 28
JJ pípulagnir ehf, Dugguvogi 17
K.F.O. ehf, Sundagörðum 2
Katla matvælaíðja ehf, Kletthálsi 3
Kemi ehf-www.kemi.is, Tunguhálsi 10
Kirkjugarðar Reykjavíkurprófastsdæma, Vesturhlíð 8
Kjöthöllin ehf, Skipholti 70 & Háaleitisbraut 58-60
KOM almannatengsl, Katrínartúni 2
Kortapjónustan hf, Kletthálsi 1
Kvika banki hf, Borgartúni 25
Kælitækni ehf, Rauðagerði 25
Landsnet hf - landsnet.is, Gylfaflöt 9
Landssamband lögreglumanna, Grettisgötu 89
Landssamtök lífeyrissjóða, Guðrúnartúni 1
Láshúsið ehf, Bildshöfða 16
Lifandi vísindi, Klapparstíg 25
Litla jólabúðin, Laugavegi 8
Lyfjaver ehf, Suðurlandsbraut 22
Lögmenn Höfðabakka ehf, Höfðabakka 9
Löndun ehf, Kjalarvogi 21
MD vélar ehf-www.mdvelar.is, Vagnhöfða 12
Mennta- og menningarmálaráðuneytið, Sölvhólsgötu 4
Menntaskólinn við Hamrahlið, Hamrahlið 10
Mobilitus ehf, Laugavegi 59
Nasdaq Iceland, Laugavegi 182
Nexus affreying ehf, Nóatúni 17
Nýherji hf, Borgartúni 37
Nýi öskuskólinn ehf, Klettagörðum 11
Nýsköpunarsjóður atvinnulífsins, Kringlunni 7
Orkuvirki ehf, Tunguhálsi 3
Ólafur Þorsteinsson ehf, Vatnagörðum 4
Pfaff hf, Grensásvegi 13
Pixel ehf, Ármúla 1
Pósturinn, Stórhöfða 29
Rafsvið sf, Viðarhöfða 6
Rarik ehf, Dvergshöfða 2
Ráðgjafar ehf, Garðastræti 36
Reykjavík Excursions ehf, Klettagörðum 12
Reykjavíkurborg, Ráðhúsinu
Réttur - ráðgjöf & málflutningur, Klapparstíg 25-27
Röntgen Domus Medica, Egilsgötu 3
S.B.S. innréttingar, Hyrjarhöfða 3
Samtök starfsmanna fjármálaþyrirtækja-SSF, Nethyl 2e
Segull ehf, Hólmastlóð 6
SFR stéttarfélag í almannapjónustu, Grettisgötu 89
Sínus ehf, Grandagarði 1a
Sjónlag hf, Álftheimum 74
Skorri ehf, Bildshöfða 12
Skóarinn í Kringlunni ehf, Kringlunni 4-6
Slökkvilið höfuðborgarsvæðisins bs, Skógarhlíð 14
SM kvótaping ehf, Tryggvagötu 11
Smith og Norland hf, Nóatúni 4

Sólón Bistro, Bankastræti 7a
Starfsmannafélag Reykjavíkur, Grettisgötu 89
Stálbyggingar ehf, Hvammsgerði 5
Stilling ehf, Kletthálsi 5
Stúdíó Hallgerður ehf, Nóatúni 17
Subway, Suðurlandsbraut 46
Suzuki bílar hf, Skeifunni 17
SVP-Samtök verslunar og þjónustu, Borgartúni 35
Söngskólinn í Reykjavík, Snorrabraut 54
Tannlæknastofa Árbæjar ehf, Rofabæ 23
Tannlæknastofa Sólveigar Þórarinsdóttur ehf, Hverfisgötu 105
Tannréttingar sf, Snorrabraut 29
Tark - Arkitektar, Brautarholti 6
TripCreator ehf, Lágmúla 8
TVG - Zimsen hf, Korngörðum 2
Útfarapjónusta Rúnars Geirmundssonar, Þverholti 30
Úti og inni sf, Þinghóltsstræti 27
VA arkitektar ehf, Borgartúni 6
Vátryggingafélag Íslands hf, Ármúla 3
Vegahandbókin ehf, Sundaborg 9
Verkfræðistofan Vík ehf, Borgartúni 6
Verksýn ehf-www.verksyn.is, Síðumúla 1
Verslunin Brynja ehf, Laugavegi 29
Vélsmiðjan Harka hf, Hamarshöfða 7
Vita Ferie ehf, Skógarhlíð 12
VSÓ Ráðgjöf ehf, Borgartúni 20
Wiium ehf, Vesturfold 34
Öskuskólinn í Mjódd ehf, Þarabakka 3

Seltjarnarnes

Seltjarnarneskirkja

Vogar

Sveitarfélagið Vogar, lóndal 2

Kópavogur

ALARK arkitektar ehf, Dalvegi 18
Allianz á Íslandi hf, Digranesvegi 1
Automatic ehf, heildverslun, Smiðjuvegi 11
ÁF Hús ehf, Bæjarlind 4
B&B gluggatjaldahreinsun ehf, Galtalind 19
Bílamálunin Varmi ehf, Auðbrekku 14
Bílastjól, bifreiðasmiðja, Akralind 3
Bístál ehf, Askalind 3
Blikksmiðjan Vík ehf, Skemmuvegi 42
Bremsan ehf, Smiðjuvegi 20, græn gata
Domusnova fasteignasala, Nýbýlavegi 8
Fylgifyiskar ehf, Nýbýlavegi 4
Iðnaðarlausnir ehf, Hlíðasmára 9
Init ehf, Smáratorgi 3
Íslenskt sjávarfang ehf, Bakkabraut 2
JS-hús ehf, Skemmuvegi 34a
Kambur ehf, Geirlandi v/Suðurlandsveg
Kraftvélar ehf, Dalvegi 6-8
Línar ehf, Bæjarlind 14-16
LK pípulagnir ehf, Austurkór 20
Loft og raftæki ehf, Hjallabrekku 1
Lyfja hf, Hlíðasmára 1
Ólafssynir ehf, Fagrahjalla 84
Rafmiðlun hf, Ögurvegi 8
Stapafell ehf, Ásbraut 21
Straumkul ehf, Álfkonuhvarfi 67
Tækniþjónusta Magnars G Gunnarssonar ehf, Smiðjuvegi 11
Tölvustofa ehf, Hlíðasmára 17
Ýmus ehf heildverslun, Dalbrekku 2

Garðabær

Aflbinding-Járnverktakar ehf, Lyngási 8
AH Pípulagnir ehf, Suðurhrauni 12c
Fagval ehf, Smiðsbúð 4
Garðabær, Garðatorgi 7
Geislataekni ehf-Laser-þjónustan, Suðurhrauni 12c
GJ bílahús, Suðurhrauni 3



Frá ritstjóra

Að þessu sinni er efni blaðsins fjölbreytt. Ánægjulegt er að þrjár af greinum blaðsins byggja á meistaraþrófsritgerðum. Varla er hægt að ná lengra í gæðum og dýpt efnis sem kynnt er. Einnig er að vanda mis ítarleg kynning á mikilvægum málefnum og meðferðum sem eru í þróun.

Fyrsta efni tímaritsins eru ljóð eftir einstakling í góðum bata. Þetta á vel við því aldrei má gleyma því að þrátt fyrir erfið áföll og geðsjúkóma er hægt að ná góðum bata. Ljóðin lýsa að mörgu leyti þeim hugarfarsbreytingum sem eiga sér stað í bataferlinu. Sama þema kemur fram í fyrstu vísindagreininni því hún lýsir mikilvægi þess að halda í vonina. Ryðja þarf úr vegi fordómum og öðrum hindrunum. Önnur greinin lýsir aðferðum við að ná tökum á tilverunni við streitu og hvernig er hægt að fyrirbyggja slíkt. Mikilvægt efni og flókið því streita er orsakapáttur í öllum sjúkdómum, ekki síst geðsjúkdómum. Þriðja vísindagreinin lýsir vel hvað nauðungaraðgerðir eru og bent er á mikilvægi þess að rannsaka þær betur. Þetta er mikilvægt vegna mögulegs skaða nauðungar í meðferð sjúklinga. Ritstjóri taldi þörf á að kynna það efni betur í ljós tveggja greina í síðasta tölublaði Geðverndar sem sýndi að þær eru alls ekki nógu vel skráðar á Íslandi. Fjórdi vísindagreinin fjallar um ný mælitæki sem gera mögulent að fylgjast enn betur með árangri viðtalsmeðferðar og um leið upplifun sjúklinga í meðferðinni. Fimmta vísindagreinin fjallar um vímuefnaneyslu og áhættuhegðun unglinga með þroskahömlun. Þetta er mikilvægt framlag því efnið virðist enn fremur lítið rannsakað hjá þessum viðkvæma hópi. Sjötta og sjöunda greinin eru kynningar á nýjungum í meðferð, annars vegar um gildi hreyfingar við geðrænum vandamálum og hreyfiseðlakerfið sem þegar er í notkun á Íslandi. Hins vegar er kynning á Batamiðstöðinni sem er nýng í starfssemi endurhæfingar geðsviðs LSH og er hugsuð sem brú út í samfélagið. Áttunda vísindagreinin kynnir rannsókn á nýjung í þunglyndismeðferð sem gæti gagnast þeim sem ekki fá fullnægjandi bata í dag með hefðbundinni meðferð þunglyndis.

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

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

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

Sigurður Páll Pálsson

ritstjóri Geðverndar

Ljóð



1. Raddir

Láttu mig vera
ég get ekki meir
þetta helvítis fífl
þú leggur mig í einelti
hvað hef ég gert þér
berja þennan djöfulsins...

Tuttuguogfjórir sjö
hvaða hljóð er þetta
já, láttu mig vera
ég meina það
annars klaga ég þig
segi þeim hvernig þú ert

Það er ekki satt
þetta sem þú segir
ég er bara eins og ég er

2. Stráið

Fyrst er ég sá augu þín svo ljómandi falleg
fyrst er varir okkar mættust með hjálp strás
á lækjarbakka

stráið okkar í náttúru móður jarðar
svo undursamlega góður koss
sem ég mun aldrei gleyma
þvílík sæla

Ég var þarna með þér í tilhlökkun
að fagna lífinu

fyrsti kossinn og lífið blómstraði
og ég vissi að þú varst mín alla tíð
ég óskaði mér bara athygli
athygli frá stúlku sem ég þráði

Manstu stúlka eftir gönguferðinni okkar
við leiddumst hönd í hönd
ég vildi gleðja þig og sýna að ég væri þinn
svo traustur og ástfanginn
kannski við munum aldrei hittast oftár
en þessi stund með þér er lífshaldið mitt
það er allt sem ég þarfnast
bara að hafa verið þessi strákur sem þú í augu leist
og heillaðir mig til himnaríkis
ég get ekki þakkað nóg fyrir ástina þína
þakklæti er orð sem fær ekki lýst nóg
hversu heitt ég elskaði þig

3. Ást

Eins og þú brosir, skín sólin
Eins og þú hlærð, fagna ég
Eins og þú elskar, vex mitt hjarta
Eins og þú veist, er ég þinn

Hamingjan er þú og ég
Sjáum heiminn dafna
Heiminn okkar
Að eilífu...
Ást!



4. Friðurinn

Ég er farinn
að finna friðinn
eins og þú veist
þá elska ég þig ekki lengur

Kannski sjáumst við aftur
en ég er farinn
að finna himnaríki
sem við gátum ekki fundið saman

Ég hef verið elskaður
en þú elskaðir mann
sem ég er ekki að sonnu

Unaður hjarta míns
er eins og glóð
sem aldrei slokknar
og hefur í raun aldrei kviknað

Þú ert ekki mín
og ég er ekki þinn
en ég spjara mig
hafðu áhyggjur

Einhvers staðar
mun ég hverfa
og finna ástina
Jafnvel þó guð sé dáinn

Ásbjörn Leví Grétarsson er í bata. *Ásbjörn Leví hefur lokið stúdentsprófi og hefur lokið húsasmíðanámi.*

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

H.Filipsson sf, Miðhrauni 22
K.C. Málun ehf, Löngulínu 2
Loftorka ehf, Miðhrauni 10
Okkar bakarí ehf, lðnbúð 2
S.S. Gólf ehf, Miðhrauni 22b
Samhentir, Suðurhrauni 4
Stálgrindarhúsi, Hallakur 2b
Vörkaup ehf, heildverslun, Miðhrauni 15
Würth á Íslandi ehf, Vesturhrauni 5
Öryggisgirðingar ehf, Suðurhrauni 2

Hafnarfjörður

Aflhlutir ehf, Drangahrauni 14
Altis ehf, Bæjarhrauni 8
Betri Bygging ehf, Reykjavíkurvegi 24
Efnamóttakan hf, Berghelli 1
EÓ-Tréverk sf, Háaborg 23
Essei ehf, Hólshrauni 5
Fjórhlóalagerinn ehf, Stapahrauni 7
Flensborgarskólinn, Hringbraut 10
GF Barnalækningar slf, Norðurbakka 13c
H. Jacobsen, Reykjavíkurvegi 66
Hafnarfjarðarhöfn, Öseyrarbraut 4
Hagstál ehf, Brekkutröð 1
Hallbertsson ehf, Glitvangi 7
Hlaðbær-Colas hf, malbikunarstöð,
Gullhelli 1
Hraunhamar ehf, Bæjarhrauni 10
Hvalur hf, Reykjavíkurvegi 48
Jarðfræðistofan ehf, Hólshrauni 7
Ludvíksson ehf/Ledlysing, Flatahrauni 3
Netorka hf, Bæjarhrauni 14
Rafgeymasalan ehf, Dalshrauni 17
Snyrtistofan Pema snyrti- og fótadgerðastofa,
Dalshrauni 11
Stoð hf, stoðtækjasmíði, Trönuhrauni 8
Suðulist Ylir ehf, Lönsbraut 2
Töfralampinn ehf, Hraunbrún 2b
Umbúðamiðlun ehf, Fornubúðum 3
Verkalýðsfélagið Hlíf, Reykjavíkurvegi 64
Verslunin Andrea, Strandgötu 19
Vélaverkstæði Hjalta Einars ehf,
Melabraut 23-25
Viðir og Alda ehf, Reykjavíkurvegi 52a
VSB verkfræðistofa ehf, Bæjarhrauni 20

Reykjanesbær

Bed and Breakfast-Keflavík Airport,
Valhallarbraut 761
Bókhalds og rekstrarþjónusta Gunnars
Þórarinnssonar, Hafnargötu 90

DMM Lausnir ehf, Hafnargötu 91
Ferðaþjónusta Reykjaness ehf, Vesturbraut 12
Fjölbrautaskóli Suðurnesja, Sunnubraut 36
IceMar ehf, Hafnargötu 62
M² Fasteignasala & Leigumiðlun,
Hólmgarði 2c
Nesraf ehf, Grófinni 18a
OSN lagnir ehf, lðavöllum 7b
Plastgerð Suðurnesja ehf, Framnesvegi 21
Pulsuvagninn í Keflavík
Reiknistofa fiskmarkaða hf, lðavöllum 7
Skipting ehf, Grófinni 19
Skólatur ehf, lðavöllum 1
Skólar ehf, Flugvallarbraut 752
Suðurflug ehf, Keflavíkurflugvelli
Toyota Reykjanessbæ
Útfararþjónusta Suðurnesja, Vesturbraut 8
Verkalýðs- og sjómannaafélag Keflavíkur og
nágrennis, Krossmóa 4a
Verslunarmannafélag Suðurnesja,
Vatnsnesvegi 14
Verslunin Kóda, Hafnargötu 15
Vísir, félag skipstjórnarmanna á Suðurnesjum,
Hafnargötu 90

Grindavík

Flutningaþjónusta Sigga ehf, Hólavöllum 7
Marver ehf, Stafholti
Northern Light Inn, Norðurljósavegi 1
TG raf ehf, Staðarsundi 7
Veitingastofan Vör ehf, Hafnargötu 9
Verkalýðsfélag Grindavíkur, Víkurbraut 46
Vísir hf, Hafnargötu 16

Sandgerði

Veitingahúsið Vitinn, Vitatorgi 7
Vélsmiðja Sandgerðis ehf, Vitatorgi 5

Garður

Völundarhús ehf, Birkítúni 6

Mosfellsbær

Grindverk ehf, Tröllateigi 23
Hlín Blómahús, Háholti 18
Hús-inn ehf, Hrafnshöfða 25
Múr og meira ehf, Brekkutanga 38
Nonni litli ehf, Þverholti 8
Sjöund slf, Uglugötu 7

Akranes

Bilver, bílaverkstæði ehf, Innnesvegi 1
Fasteignasalan Hákot, Kirkjubraut 12

Borgarnes

Búvangur ehf, Brúarlandi
Eyja- og Miklaholtshreppur, Snæfellsnesi
Kaupfélag Borgfirðinga, Egilsholti 1
Limtré Vínnet ehf., Borgarbraut 74
Skorradalshreppur

Grundarfjörður

Kvenfélagið Gleymer-mér-ei

Ólafsvík

Ingibjörg ehf, Grundarbraut 22
Steinunn ehf, Bankastræti 3

Búðardalur

Dalabyggð, Miðbraut 11

Reykhlóahreppur

Reykhlóahreppur, Mariutröð 5a

Ísafjörður

Fræðslumiðstöð Vestfjarða, Suðurgötu 12
Gámaþjónusta Vestfjarða ehf, Kirkjuból III
Hamraborg ehf, Hafnarstræti 7
Orkubú Vestfjarða ehf, Stakkanesi 1
Samgöngufélagið-www.samgongur.is

Bolungarvík

Endurskoðun Vestfjarða ehf, Aðalstræti 19
Flugrúta Bolungarvík-Ísafjörður, Aðalstræti 20
Glaður ehf, Traðarstíg 1
Sigurgeir G. Jóhannsson ehf, Hafnargötu 17
Vélsmiðjan og Mjöllnir ehf, Hafnargötu 53

Flateyri

Gisting og kajakaleiga Grænhöfða,
Ólafstúni 7

Patreksfjörður

Bókhaldsstofan Stapar ehf, Aðalstræti 5
Oddi hf, fiskvinnsla-útgerð, Eyrargötu 1

Tálknafjörður

T.V. Verk ehf, Strandgötu 37

Þingeyri

Gistiheimilið Núpur, Núpi
Tengill, rafverktaki, Aðalstræti 49

Hólmavík

Strandabyggð, Höfðagötu 3

Hvammstangi

Húnaþing vestra, Hvammstangabraut 5

„Það er alltaf von“

Hindranir geðrænna vandkvæða

Geðræn vandkvæði hafa í auknum mæli verið í umræðunni í samfélaginu. Með umræðunni hefur átt sér stað vitundarvakning og margir með geðræn vandkvæði hafa stigið fram og tjáð sig um sjúkdóm sinn og reynslu sína af innri og ytri hindrunum geðrænna vandkvæða.

Í þessari grein verður fjallað um niðurstöður meistaránámsrannsóknar sem gerð var í þeim tilgangi að varpa ljósi á og auka skilning á hindrunum sem skapast geta vegna geðrænna vandkvæða og áhrifa þeirra á lífsgæði. Rannsóknin byggir á gögnum sem aflað var í lok árs 2015. Helstu niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að hindranir geðrænna vandkvæða eru fjölbreyttar og hafi neikvæð áhrif á lífsgæði.

Geðræn vandkvæði

Geðræn vandkvæði er heilsubrestrur sem ein-kennist af breytingu í hegðun, hugsun og skap-gerð. Breytingin getur haft ákveðnar afleiðingar fyrir hvern og einn að því leyti að hún skerðir virkni hans í daglegu lífi og/eða veldur honum þjáningu (1). Þeir sem greindir eru með geðræn vandkvæði eru oft á tíðum settir í menningar-bundna flokka, en það að flokka fólk með geðræn vandkvæði, eða öllu heldur stimpla það, hefur neikvæð áhrif (2). Birtingarmyndir stimplunar geta birst sem fordómar í samfélaginu (3). Niðurstöður rannsókna hafa sýnt að hindranir hafa neikvæð áhrif á einstakling með geðræn vandkvæði og geta þar með dregið úr lífsgæðum hans (4).

Rannsóknir benda til þess að ýmis vanda-mál einstaklings megi rekja til þess hvernig tengslamyndun í barnæsku var háttað (5) og því gefa rannsóknir til kynna að tengslamyndun í barnæsku hafi áhrif á geðheilsu einstaklings á fullorðinsárum (5, 6). Snemmtæk íhlutun (e. *early prevention*) geðrænna vandkvæða getur



skipt sköpum hvað varðar afleiðingar vandkvæðanna á líf einstaklings og á önnur kerfi í umhverfi hans (7, 8). Markmið með snemmtækri íhlutun er að greina einkenni geðrænna vandkvæða sem allra fyrst og grípa inn í aðstæður, sérstaklega á erfiðum tímum (9). Ómeðhöndluð geðræn vandkvæði hafa áhrif á öll kerfi samfélagsins. Bæta þarf geðheilbrigði barna og unglinga markvisst með stuðningi og forvörnum. Því fyrr sem gripið er inn í vanda barna, unglinga og fjölskyldu þeirra, því minni verður framtíðarvandinn bæði fyrir þau sjálf og samfélagið í heild (10).

Hindranir geðrænna vandkvæða

Hindranir: Skilgreining á hindrunum er að þær séu afleiðingar geðrænna vandkvæða. Þær ein-kennast af því að geta haft neikvæð áhrif á virkni einstaklings sem leiðir til þess að hann nýtur ekki sömu tækifæra og lífsgæða og einstaklingur sem ekki er með geðræn vandkvæði (11). Afleiðingar geðrænna vandkvæða gætir ekki einungis á andlega líðan, heldur einnig á líkamlega getu og félagslega virkni (1). Afleiðingarnar geta einnig haft neikvæð áhrif á fjárhagsstöðu í kjölfar veikinda (12).

Hindranir sem geta skapast hjá fólki með geðræn vandkvæði eru fjölbreyttar. Þær geta átt sér stað á mörgum sviðum í lífi hans, þar með talið í félagslegum samböndum líkt og í einkalífi, fjölskyldulífi, félagslífi, skólalífi og atvinnulífi. Þar af leiðandi geta hindranir haft áhrif á allt sem viðkomandi tekur sér fyrir hendur. Hindrunum geðrænna vandkvæða er hægt að skipta í innri og ytri hindranir. *Innri hindranir* vísa til þeirra hindrana sem eiga sér stað innra með einstaklingi t.a.m. fordóma gagnvart sjálfum sér og lélegt sjálfstraust (11) á meðan *ytri hindranir* vísa til þeirra hindrana sem eiga sér stað í nærumhverfi

og samfélagi t.a.m. fordóma samfélagsins og aðgengi að þjónustu (13).

Mikilvægi fræðslu og forvarna

Rannsóknir hafa sýnt að afleiðingar neikvæðra aðstæðna og bágborinnar geðheilsu í barnæsku geta teygt sig fram á fullorðinsár og haft neikvæð áhrif. Heilbriggt og andlegt þroskaferli barns hefur því þýðingarmikil áhrif á geðheilsu og velferð þess á fullorðinsárum (14). Oft á tíðum er þekking ungra einstaklinga á geðrænum vandkvæðum byggð á staðalímyndum samfélagsins. Fræðsla um geðræn vandkvæði er grundvöllur aukinnar þekkingar á einkennum þeirra og vitneskju um hvar best sé að nálgast þá þjónustu sem stendur til boða. Grunnskólinn gegnir mikilvægu hlutverki í fræðslu um geðræn vandkvæði því hún verður að eiga sér stað á síðari hluta barnæskunnar og snemma á unglingsárum (15). Niðurstöður rannsókna hafa sýnt fram á mikilvægi inngrípa á borð við fræðslu í skólum og aðgengilegar upplýsingar á netmiðlum um vandkvæðin (16). Þá benda niðurstöður rannsókna til þess að forvarnaaðgerðir auki þekkingu á geðrænum vandkvæðum og ýti undir jákvæð viðhorf gagnvart einstaklingum með geðræn vandkvæði (16, 17, 18).

Aðferð: Við framkvæmd rannsóknarinnar var notast við eigindlegar aðferðir en þær eru vel til þess fallnar að kanna viðhorf, skilning og reynslu ákveðins hóps á tilteknu fyrirbæri (19). Gagna var aflað með viðtölum.

Þátttakendur: Leitað var eftir þátttöku tíu einstaklinga með geðræn vandkvæði hjá félagsamtökunum Hugaraflí og Geðhjálpi. Þátttakendurnir voru með mismunandi greiningar geðrænna vandkvæða sem voru eftirfarandi: Þunglyndisraskanir, kvíðaraskanir, lyndisraskanir, geðklofi, áfalla- eða streitutengdar raskanir, persónuleikaraskanir, geðrof og taugaproskaraskanir.

Niðurstöður rannsókna

Við greiningu á viðtölum við þátttakendur komu fram fjögur þemu sem endurspegla tilgang rannsóknarinnar. Þemun voru eftirfarandi: *Reynsla af innri og ytri hindrunum, stuðningur vegna hindrana, aðstoð, aðferðir og/eða lausnir til þess að draga úr hindrunum og afstaða til fræðslu og forvarna*. Svör þátttakenda voru mörg hver lík en einnig fengust niðurstöður um ólíka reynslu og viðhorf þeirra.

Reynsla af innri og ytri hindrunum:

Reynsla þátttakenda af innri og ytri hindrunum var fjölbreytt. Þegar þátttakendur voru beðnir um að segja frá reynslu sinni af innri hindrunum var mest áberandi reynsla af fordómum gagnvart sjálfum sér og skömm, en meirihluti þátttakenda taldi að skömmin hefði neikvæð áhrif á sjálfs-traust sem birtist þar með í lélegu sjálfsmati. Þá höfðu þátttakendur reynslu af skertri félagslegri virkni og félagslegri einangrun. Einn þátttakandi lýsti áhrifum félagslegrar einangrunar svo:

„ ... þegar ég var verstur sko, þegar ég var orðinn þungur, komu alveg tímabil þar sem ég talaði ekki við neinn í kannski tvo mánuði.“

Vert er að taka fram að meirihluti þátttakenda greindi frá því að fordómar þeirra gagnvart sjálfum sér væru ekki lengur til staðar, þó þeir ættu það til að birtast á erfiðum tímum.

Þegar þátttakendur voru beðnir um að segja frá reynslu sinni af ytri hindrunum voru þeir ekki lengi að greina frá hindrunum á borð við vinnumarkað, fordóma og fjárhag. Allir þátttakendur lýstu reynslu sinni af vinnumarkaði sem ytri hindrun en margir hverjir sögðu að fordómar og/eða þekkingarskortur á geðrænum vandkvæðum í samfélaginu hefði þar áhrif. Einn þátttakandi greindi frá því að hann héldi að það væri flókið að sækja til dæmis um vinnu og þurfa að útskýra geðræn vandkvæði: Hann lýsti þeirri hindrun á eftirfarandi hátt:

„....ég held að vinnuveitendur líti á og hugsar með sér okay, þetta er einhver sjúkdómur sem ég átta mig ekki alveg á....ég held að það sé svolítið þessi ímynd um að geðraskanir séu bara til staðar, að ekki sé hægt að lækna þá.... þú vilt kannski ekki taka áhættu, ég er ekki að segja að þetta séu beint fordómar, þetta er kannski meiri svona hræðsla. Þú ert náttúrulega að fjárfesta í starfsmanni og ef þú þekkir ekki þennan heim geðraskanana hugsa ég að vinnuveitandi þori ekki að ráða manneskjuna“.

Aðspurðir um aðrar ytri hindranir greindu allir þátttakendur frá því að fordómar samfélagsins væru ytri hindrun sem hefði meðal annars mikil áhrif á atvinnuþátttöku og hefði þar af leiðandi mikil áhrif á fjárhag þeirra. Það kom skýrt fram

að fjárhagur væri ein stærsta ytri hindrunin sem þátttakendur höfðu reynslu af. Meirihluti greindi frá miklum kostnaði þess að vera með geðræn vandkvæði. Flestir tóku skýrt fram að lyfin þeirra væru niðurgreidd og fælist því kostnaðurinn ekki í lyfjagreiðslum. Allir sem einn greindu frá því að þjónusta á borð við sálfræðinga, sérfræðinga og annarra sérhæfðra meðferða væri kostnaðarsöm. Þar af leiðandi hefðu ekki allir þátttakendur aðgengi að þeirri þjónustu sem þeir þyrftu. Margir hverjir tóku þó fram að þeir hefðu rétt á ókeypis sálfræðiþjónustu hjá Hugarafli. Fjárhagurinn var þó ekki eina ytri hindrunin sem þátttakendur greindu frá varðandi aðgengi að þjónustu. Helmingur greindi frá því að skortur væri á upplýsingum um hvar þau gætu nálgast viðeigandi þjónustu.

Stuðningur vegna hindrana: Af ummælum þátttakenda er ljóst að stuðningur og skilningur annarra skiptir þátttakendur miklu máli og hefur mikil áhrif á birtingarmyndir hindrana. Algengt var að sá stuðningur sem þátttakendur höfðu reynslu af væri frá fjölskyldu og vinum, fagaðilum, félagasamtökum, heilbrigðiskerfinu og öðrum einstaklingum með geðræn vandkvæði. Þakklæti þátttakenda skein í gegn þegar umræðan barst að félagasamtökum, en allir sem einn greindu frá miklum stuðningi frá samtökunum. Margir nefndu að þeir fengju mikinn stuðning í gegnum viðtöl við fagaðila í félagasamtökunum. Meirihluti þátttakenda greindi frá mikilvægi þess að í félagasamtökunum upplifðu þau sig sem hluta af hópi, þau væru ekki ein, það væru aðrir í sömu sporum og þau ásamt því sem margir nefndu að fagaðilar og aðrir einstaklingar með geðræn vandkvæði hefðu gefið þeim von sem hefði hvetjandi áhrif. Margir lýstu því yfir að það að heyra sögur af reynslu annarra og tala við einstaklinga sem væru langt komnir í bata væri mikill stuðningur. Niðurstöðum um stuðning vegna hindrana lýkur með orðum eins þátttakanda sem lýsti þakklæti sínu yfir öllum þeim stuðningi sem hann hefði fengið bæði frá fjölskyldu sinni, fagaðilum og félagasamtökum:

„... stuðningurinn hefur náttúrulega gjörbreytt lífi mínu til hins betra. Mesta hjálpin er fólgin í því að ég fann sjálfan mig aftur...ég var í raun búinn að jarðsyngja...gamla mig og kveðja

hann. Ég var til að mynda búinn að gleyma þeim karakter sem ég bjó yfir...”

Aðstoð, aðferðir og/eða lausnir til þess að draga úr hindrunum: Þátttakendur höfðu frá mörgu að segja þegar þeir voru beðnir um að greina frá hugmyndum sínum um aðstoð, aðferðir og/eða lausnir og/eða hvaða þætti þeir hefðu nú þegar tileinkað sér til þess að takast á við innri og ytri hindranir geðrænna vandkvæða.

Allir þátttakendurnir greindu frá mikilvægi félagasamtaka. Þar höfðu þátttakendur lært ýmsar aðferðir og leiðir til þess að takast á við og draga úr hindrunum. Von var hugtak sem meirihluti þátttakenda sögðu að hefði hjálpað þeim. Sumir höfðu reynslu af því að fagfólk, þá oftast læknar, hefði sagt við þá að geðræn vandkvæði væru ólæknandi sjúkdómar en með þeim orðum er fagfólk að taka vonina í burtu. Einn þátttakandi lýsti reynslu sinni með eftirfarandi orðum:

„... ekki taka vonina frá fólki, það er búið að segja við mig að ég er með [geðræn vandkvæði] og geti ekki læknast, en það er bara helber vitleysa...”

Þátttakendur sögðu að vonin um að ná bata væru nauðsynleg, vonin gæfi þeim styrk og því væri mikilvægt að halda henni á lofti. Margir töldu einnig mikilvægt að einstaklingar í greiningarferli fengju upplýsingar um þjónustu, aðferðir, leiðir og hvatningu til þess að draga úr hindrunum geðrænna vandkvæða. Þátttakendur greindu frá öðrum hugmyndum sínum varðandi hvaða þætti þeir hefðu nú þegar tileinkað sér til þess að takast á við hindranir. Sumir þættir áttu eingöngu við þann þátttakanda sem greindi frá hverju sinni. Þættirnir voru eftirfarandi: Hugræn atferlismeðferð, lífa í núvitund, hreyfing, lesa bækur sem tengjast geðrænum vandkvæðum, hlusta á hvetjandi og áhrifamikla fyrirlestra, horfast í augu við óttann og stíga inn í hann, horfa á myndna bíómynd og leita sér aðstoðar sem allra fyrst.

Afstaða til fræðslu og forvarna: Þátttakendur voru beðnir um að greina frá afstöðu sinni til fræðslu og forvarna í samfélaginu. Þeir greindu frá mikilvægi þess að einstaklingar samfélagsins fengju vitneskju um að hægt væri að lækna geðræn vandkvæði, að einstaklingur með geðræn vandkvæði væri ekki einn, að það væru aðrir ein-



staklingar sem stæðu með honum. Þá greindu þátttakendur frá mikilvægi þess að upplýsingar um þjónustu og leiðir þyrftu að vera sýnilegri. Aukin fræðsla væri forvörn. Meirihluti þátttakenda greindi frá mikilvægi þess að grípa inn í aðstæður einstaklinga í æsku, því að þeirra sögn voru geðræna vandkvæðin oft tilkomin vegna áfalla og erfiðleika í æsku. Þá greindi meirihluti frá mikilvægi þess að auka fræðslu um geðræn vandkvæði í grunnskólum landsins. Þátttakendur sögðu að fræðslan þyrfti að hefjast eins snemma í lífi barns og mögulegt væri, síðan væri hægt að auka fræðsluna eftir andlegum þroska. Einn þátttakandi sagði eftirfarandi:

„.....það þarf að byrgja brunninn, ég held að þetta [streita og áföll] sé oft rót sem getur leitt til geðraskana. Æskan er gullið okkar. Við verðum að standa vörð um æskuna og slá skjaldborg utan um æskuna. Á æskunni byggjum við líf okkar....við byggjum ekki hús nema við byggjum góðan og öflugan grunn....“

Þá greindu þátttakendur frá því að fordómar og/eða skilningsleysi svo dæmi sé nefnt, væri í raun tilkomið vegna vanþekkingar og/eða hræðslu við geðræn vandkvæði. Að þeirra sögn þyrfti því að auka þekkingu í samfélaginu á geðrænum vandkvæðum, en það væri gert með aukinni fræðslu.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að geðræn vandkvæði hafa neikvæð áhrif á fjölskyldulíf, félagslíf, atvinnulíf og fjárhag þátttakenda. Það er í samræmi við niðurstöður fyrri rannsóknar þar sem sýnt var fram á að hindarnir geðrænna vandkvæða hefðu meðal annars neikvæð áhrif á sjálfsmat, fjölskyldulíf, félagslíf, skólalíf og atvinnulíf og geti þar af leiðandi leitt til skertra lífsgæða (11).

Allir þátttakendur lýstu því yfir að ef þjónusta í samfélaginu væri sýnilegri, aðgengilegri og kostnaðarminni ásamt því að ef til væru betri upplýsingar um hvaða þjónusta væri í boði, væri hægt að draga enn frekar úr hindrunum. Það er í samræmi við aðrar niðurstöður sem sýndu fram á að aðgengilegar upplýsingar auki líkur á að einstaklingur með geðræn vandkvæði leiti sér viðeigandi þjónustu (20).

Þá greindu allir þátttakendur frá mikilvægi þess að auka þyrfti fræðslu og forvarnir í samfélaginu til þess að draga úr innri og ytri hindrunum geðrænna vandkvæða því þar með væri meiri möguleiki á að lífsgæði þeirra myndu aukast. Fyrri rannsóknir hafa gefið til kynna að forvarnaraðgerðir ýti undir jákvæð viðhorf gagnvart einstaklingum með vandkvæðin (16, 17, 18).

Lokaorð

Álykta má út frá niðurstöðum rannsóknarinnar að reynsla þátttakenda af innri og ytri hindrunum geðrænna vandkvæða sé fjölbreytt ásamt því að hindranir hafa neikvæð áhrif á lífsgæði.

Rannsakandi telur að með opinni umræðu skapist aukinn skilningur og þar með dragi úr fordómum. Það auðveldi einstaklingum með geðræn vandkvæði að taka þátt í samfélaginu bæði sem virkir þjóðfélagsþegnar og einnig skapist þá meiri skilningur á því hvers konar stuðning og þjónustu þeir þurfa. Með því að bera kennsl á hindranir, hvetja til aukinnar umræðu og auka þekkingu og skilning á hindrunum er hægt að takast á við þær og þannig draga úr líkum á slæmum afleiðingum.

Það sem skein í gegn í viðtölum við þátttakendur var hve félagasamtökin eru þeim mikilvæg. Þau gefa þeim von og ef það er von er lífið þess virði að lifa því. Félagasamtökin eru ljós í myrkri.

Heimildir

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. útgáfa). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
2. Kroska, A. og Harkness, S. K. (2006). Stigma sentiments and self-meanings: Exploring the modified labeling theory of mental illness. *Social Psychology Quarterly*, 69(4), 325-348.
3. Corrigan, P. W. og Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
4. Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Roe, D., David, A. S. og Weiser, M. (2006). Insight into psychosis and quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 265-269.
5. Beckett, C. og Taylor, H. (2010). *Human growth and development* (2. útgáfa). Los Angeles: SAGE.
6. Berk, L. E. (2009). *Child development* (8. útgáfa). Boston: Pearson/Allyn og Bacon.
7. Kelly, C. M., Jorm, A. F. og Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 26-30.
8. Moll, S. E. (2014). The web of silence: A qualitative case study of early intervention and support for healthcare workers with mental ill-health. *BMC Public Health*, 14, 1-13.
9. Renju, J. og Birchwood, M. (2005). The national policy reforms for mental health services and the story of early intervention services in the United Kingdom. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 30(5), 362-365.

10. Þingskjal 52. (2014-2015). Tillaga til þingsályktunar um aðgerðaáætlun um geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn, unglinga og fjölskyldur þeirra. *Alþingistiðindi A-deild*, 144, 1-10.
11. Ehrlich-Ben Or, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M. et al. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 195-200.
12. Björg Karlsdóttir, Ólöf Unnur Sigurðardóttir og Sveinbjörg J. Svavarsdóttir. (2006). Geðheilbrigði og félagsleg tengsl. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 172-186). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknarsetur í barna- og fjölskylduvernd.
13. Henderson, C., Evans-Lacko, S. og Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780.
14. Elegbeleye, A. O. (2013). Predictors of the mental health of orphans and vulnerable children in nigeria. *Ifé Psychologia*, 21(2), 170-180.
15. Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. og Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251.
16. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243.
17. Naylor, P. B., Cowie, H. A., Walters, S. J., Talamelli, L. og Dawkins, J. (2009). Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 194(4), 365-370.
18. Skre, I., Friborg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y. og Wang, C. E. A. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, 13, 1-15.
19. Padgett, D.K. (2008). *Qualitative methods in social work research* (2. útgáfa). Thousands Oaks: Sage Publications.
20. Mishra, S. I., Lucksted, A., Gioia, D., Barnett, B. og Baquet, C. R. (2009). Needs and preferences for receiving mental health information in an African American focus group sample. *Community Mental Health Journal*, 45(2), 117-126.

Þórunn Þórsdóttir er félagsráðgjafi MA.

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Blönduós

Stéttarfélagið Samstaða, Þverbraut 1

Skagaströnd

Marska ehf, Höfða

Sveitarfélagið Skagaströnd, Túnbraut 1-3

Sauðárkrúkur

Aldan stéttarfélag, Borgarmýri 1

Fjölbrautaskóli Norðurlands vestra,

Bóknámshúsinu

Vörumiðlun ehf, Eyrarvegi 21

Siglufjörður

Fjallabyggð, Gránugötu 24

Akureyri

Akureyrarbær, Geislagötu 9

Blikk- og tækniþjónustan ehf, Kaldbaksgötu 2

Blikkrás ehf, Óseyri 16

Enor ehf, Hafnarstræti 53

Félag verslunar- og skrifstofufólks á Akureyri

og nágrenni, Skipagötu 14

Finnur ehf, Fornagil 15

Framtal sf, Kaupangi Mýrarvegi

Grófargil ehf, Glerárgötu 36

Hagvís ehf, Hvammi 1

Hársnyrtistofan Samson, Sunnuhlíð 12

HSN verktafkar ehf, Skarðshlíð 7

Húsprýði sf, Múlasiðu 48

Höldur ehf, bilaleiga, Tryggvabraut 12

Miðstöð ehf, Draupnisgötu 3g

Pípulagningaþjónusta

Bjarna F Jónassonar ehf, Melateigi 31

Raftákn ehf - Verkfræðistofa, Glerárgötu 34

Samherji ehf, Glerárgötu 30

Sjúkrahúsið á Akureyri, Eyrarlandsvegi

Skútaberg ehf, Sjafarnesi 2-4

Slippurinn Akureyri ehf, Naustatanga 2

Steypusögun Norðurlands ehf, Viðivöllum 22

Tannlæknastofa Árna Páls Halldórssonar,

Mýrarvegi

Grenivík

Grýtubakkahreppur

Grimsey

Sigurbjörn ehf

Dalvík

EB ehf, Gunnarsbraut 6

Ólafsfjörður

Arni Helgason ehf vélaverkstæði,

Hlíðarvegi 54

Hrísey

Hvammfiskur ehf

Húsavík

Bilaleiga Húsavíkur ehf, Garðarsbraut 66

E G Jónasson rafmagnsverkstæði,

Garðarsbraut 39

Höfðavélar ehf, Höfða 1

Skóbúð Húsavíkur ehf, Garðarsbraut 13

Trésmiðjan Rein ehf, Rein

Vermir sf, Höfða 24a

Vikurraf ehf, Garðarsbraut 18a

Laugar

Kvenfélag Reykdæla

Mývatn

Dimmuborgir guesthouse, Geiteyjarströnd 1

Vopnafjörður

Bílar og vélar ehf, Hafnarbyggð 14a

Egilsstaðir

Bókráð, bókhald og ráðgjöf ehf, Miðvangi 2-4

Fljótsdalshérað, Lyngási 12

Menntaskólinn á Egilsstöðum, Tjarnarbraut 25

Miðás ehf, Miðási 9

Seyðisfjörður

Seyðisfjarðarkaupstaður, Hafnargötu 44

Eskifjörður

H.S. Lækning ehf, Bleiksárhlið 38

Tandraberg ehf, Strandgötu 8

Neskaupstaður

Hildibrand Hótel-kaupfélagsbarinn, s: 477

1950, Hafnarbraut 2

Samvinnufélag útgerðamanna, Neskaupstað,

Hafnarbraut 6

Sildarvinnslan hf, Hafnarbraut 6

Verkenntaskóli Austurlands, Mýrargötu 10

Fáskrúðsfjörður

Loðnuvinnslan hf, Skólavegi 59

Stöðvarfjörður

Brekkan - Verslun og veitingastofa,

Fjarðarbraut 44

Höfn í Hornafirði

Heilbrigðisstofnun Suðausturlands,

Víkurbraut 31

Jökulsárlón ferðaþjónusta ehf

Vélsmiðjan Foss ehf, Ófeigstanga 15

Þingvað ehf, byggingaverktakar, Tjarnarbrú 3

Selfoss

Árvirkinn ehf, Eyravegi 32

Bifreiðaverkstæðið Klettur ehf, Hrísmýri 3

Bókaútgáfan Björk, Birkivöllum 30

Eðalbyggingar ehf, Háheiði 1

Fossvélar ehf, Hellismýri 7

Fræðslunetið - símenntun á Suðurlandi,

Tryggvagötu 13

Hótel Gullfoss, Brattholti

Jarðverksþjónustan ehf, Stekkholti 10

Múrdeildin ehf, s: 899 2346, Öndverðarnesi 1

Pylsuvagninn Selfossi við brúarendann

Veitingastaðurinn Menam, Eyravegi 8

Ölfus

Gróðrarstöðin Kjarr, Ölfusi

Flúðir

Flúðasveppir ehf, Undirheimum

Íslenskt grænmeti, Melum

Kirkjubæjarklaustur

Hótel Laki, Efri-Vík

Vestmannaeyjar

Bíla- og vélaverkstæðið Nethamar ehf,

Flötum 31

Bókasafn Vestmannaeyja, Safnahúsinu

Gröfupjónustan Brinks ehf, Ásavegi 27

Ísfélag Vestmannaeyja hf, Strandvegi 26

Karl Kristmanns, umboðs- og heildverslun,

Ofanleitisvegi 15-19

Miðstöðin ehf, Strandvegi 30

Ós ehf, Illugagötu 44

Rannsóknarþjónustan V.M., Strandvegi 50

Skýlið, Friðarhöfn

Teiknistofa Páls Zóphóníassonar ehf,

Kirkjuvegi 23

Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir og Ólafur Þór Ævarsson,

Að ná tökum á tilverunni

Skjót og fagleg viðbrögð við alvarlegri andlegri vanlíðan

Inngangur

Fólk bregst á mismunandi hátt við aðstæðum og álagi og flestir finna einhvern tíma fyrir streitu eða annarri vanlíðan. Þegar um er að ræða félagsleg eða geðræn vandamál geta tilfinningar tekið völdin og viðkomandi getur átt í erfiðleikum með daglegt líf. Þá fylgja einnig oft djúpstæðari vanlíðan, einangrun og álag á fjölskyldur og nákomna (1-2). Standi þetta lengi geta myndast sálfélagsleg veikindi sem hafa umtalsverð áhrif á lífsgæði og getu til vinnu og náms. Í skýrslu (3) WHO kemur fram að geðræn vandamál eru fimm af tíu helstu orsökum örorku og 20% fullorðinna í heiminum glíma við ýmis félagsleg, geðræn og líkamleg vandamál. Algengust eru þunglyndi og kvíði. Streitutengd veikindi virðast nú aukast hratt (4). Áætlað er að á Íslandi eigi um 17.000 einstaklingar við alvarlega geðsjúkdóma af ýmsum toga að etja sem leitt geta til lakari lífsgæða (5). Sjálfsvígstíðni á Íslandi er með þeirri hæð í heiminum eða 15 á hverja hundrað þúsund íbúa árið 2012 (6). Sjálfsvíg er ein algengasta orsök dauðsfalla meðal ungs fólks og á meðal drengja á Íslandi er sjálfsvíg stærsta ástæða dauðsfalla. Rannsóknir sýna að margt getur farið miður í lífi þeirra sem glíma við sálfélagsleg vandamál. Mikilvægt er að bregðast skjótt við til að hindra langvinn veikindi, fjarveru frá vinnu og draga úr hættu á örorku og sjálfsvígum (7).

Þessi grein fjallar um mikilvægi sálfélagslegra forvarna og hvernig beita má í vaxandi mæli snemmtækri faglegri íhlutun með teymisvinnu. Höfundar starfa í sérfræðingateymi þjónustufyrirtækisins Forvarnir. Sérfræðingar teymisins hafa menntað sig í heilbrigðisfræðum og starfa á sviði geðheilbrigðisþjónustu, sálfélagslegrar vinnuverndar og forvarna.



Margþætt áhrif sálfélagslegrar vanlíðunar og streitu á vinnugetu og fjölskyldu

Rannsóknir sýna (8) að fólk, sem á við félagsleg eða geðræn veikindi að stríða, á oft í erfiðleikum í fjölskyldulífi og á einnig oft erfitt uppdráttar á vinnumarkaði eða í námi. Atvinna og vinnustaðamenning hefur áhrif á fjölskyldu og fjölskyldulíf hefur áhrif í vinnu (9). Það má því segja að þjóðfélagið, atvinnulífið, mennta-, félags- og heilbrigðiskerfið hafi áhrif á félagslegt umhverfi, fjölskyldu - stórfjölskyldu - vini og vinnufélaga.

Það er löngu þekkt að fólk þroskast í samskiptum innan fjölskyldu og samfélags. Enginn er eyland (10). Rannsóknir sýna að þeir sem eiga erfiðara með að samræma fjölskyldu- og atvinnulíf eru undir meira álagi og streitu en þeir sem eiga auðvelt með það (11) og þeir glíma frekar við sálfélagsleg vandamál.

Álags- og áhættuþættir

Sálfélagslegir áhættuþættir eins og streita getur m.a. stafað frá samskiptum starfsmanns og vinnuumhverfis. Kröfur í starfi geta verið þannig að starfsfólki reynist oft of erfitt að takast á við þær og það getur valdið streitu. Sem dæmi þá getur tímastjórnun verið ábótavant, þ.e. hver á að gera hvað og hvenær. Þá eru of mörg verkefni, röng forgangs röðun, lítil yfirsýn og skortur á starfslýsingu og mismunur á jafnverðmætum störfum algengir orsakavaldar álags í vinnu. Vandamálin fara svo með heim sem getur leitt til s.k. yfirfærslu og gagnyfirfærslu sem síðan getur myndað álagstímabil í vinnu og einkalífi (9-12).

Rannsóknir á sálfélagslegum áhættuþáttum (7-13) sýna að fjölmargir aðrir þættir geta valdið

streitu. Sem dæmi má nefna vantraust yfirmanna, einhæf störf þar sem hæfileikar njóta sín ekki, afskiptaleyzi eða of mikil stjórnun og svo þögn (e. *silent treatment*). Þá má nefna þætti eins og klíkuskap innan fyrirtækja, makalaus vinnustaðapartý og einelti.

Mikilvægt er að hafa í huga að sálfélagslegir áhættuþættir geta líka verið til staðar í einkalífi og samskiptum við fjölskyldu eða vini (13). Flóttaleiðir undan álagi í samskiptum í fjölskyldu eru t.d. að vera mikið í tölvunni í frítíma, finna sér leiðir til að vera ekki heima og vera alltaf í vinunni og auka samskipti við vinnufélaga utan vinnutíma. Þetta dregur úr möguleikum á „eðlilegu“ fjölskyldulífi. Erfiðleikar, vanlíðan og togstreita í vinnu geta líka valdið auknu álagi í fjölskyldulífi sem svo slær til baka og verður oft að vítahring (14). Þannig getur skapast ósætti í vinnu og einkalífi þannig að maður getur verið heima en samt fjarverandi á sama tíma. Þetta veldur oft miklum truflunum s.s. tortryggni og vantrausti milli hjóna og of litlum tíma með fjölskyldunni. Börnin fara á mis við „gæðastundir“. Samband vinnu og fjölskyldulífs er oft flókið og margþætt, þar sem vinnan hefur áhrif á fjölskyldulífið og öfugt, jákvætt og neikvætt (15) og margir eru í þörf fyrir stuðning og ráðgjöf um úrlausnir.

Skjót og fagleg viðbrögð ef alvarleg andleg vanlíðan gerir vart við sig

Sálræn áföll, streita, misnotkun í æsku, vanræksla og missir eru svo mikilvægir þættir að þeir eru nefndir sem miklir áhættuþættir fyrir geðræn veikindi í 15 af 19 köflum í *“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”* (16). Áföll og streita eru raunveruleg þemu í heilbrigðismálum (American Psychiatric Association), (16). Fólkl, sem þarf aðstoð við heilsufarsvanda sem tengdur er streitu og lífsstíl, stríðir oft á tíðum samhliða við félagsleg, geðræn og líkamleg veikindi og þarfnast sjónarhorns og álits fleiri sérfræðinga á vandanum til að komast sem fyrst að rótum hans. Félagssaga, svo og greining geðrænna og líkamlegra vandamála, eru notuð til þess að kanna og meta aðstæður þess sem er í vanda. Sálfélagsleg nálgun í vinnu með einstaklingum og fjölskyldum er því nauðsynleg og heildræn sýn á vanda og styrkleika. Í kortlagningu á vanda fólks þarf að hafa margt í huga. Finna þarf hvað veldur tilteknum einkennum. Sem dæmi getur verið

að þyngdaraukningu megi rekja til félagslegra erfiðleika og vanlíðunar af þeim sökum. Einnig er mikilvægt að kanna tilfinningalega, líkamlega eða félagslega misnotkun í æsku, einelti og fleira. Er það ekki eitthvað sem þarf að huga að? Hvert er álit viðkomandi, aðstandenda hans og annarra ættingja? Það er ekki hægt að gefa sér neitt, en nauðsynlegt að tala saman, mynda traust og fylgja málum eftir með greiningu, úrvinnslu, stuðningi og eftirfylgni.

Þjónusta með áherslu á snemmtæka íhlutun krefst skipulagningar, útsjónarsemi, tíma og fjár. Þá er leitast við að koma fljótt til móts við þau réttindi og þarfir sem viðkomandi eiga og þjónusta við þá getur hugsanlega orðið árangursríkari. Gera þarf kröfur til þess að fagfólk veiti bestu mögulegu þjónustu til þess að bæta líðan fólks í vanda. Vel hefur reynst að kalla saman fjölfaglegt teymi með lækni, hjúkrunarfræðingi, félagsráðgjafa og sálfræðingi í byrjun ferlis. Sérfræðingar í teymi þjónustufyrirtækisins Forvarnir hafa reynslu af slíkri teymisvinnu og telja hana hafa reynst mjög vel. Starfið sem þar fer fram er að hluta til unnið innan heilbrigðiskerfisins þar sem sérhæfð geðheilbrigðisþjónusta er veitt af teymi sérfræðinga helstu geðheilbrigðisstétta og í samræmi við skipulag slíkra móttaka á Norðurlöndum sem veita þjónustu utan spítala. En starf sérfræðinga Forvarna er einnig fólgið í þjónustu og ráðgjöf við fyrirtæki samkvæmt lögum um sálfélagslega vinnuvernd (17). Þetta gefur góða möguleika á að ná til fólks snemma í vanlíðunar- og veikindaferli og koma við sálfélagslegum forvörnum. Að láta fólk í vanda bíða eftir úrræðum ætti að heyra sögunni til. Slík bið getur oft á tíðum haft óafturkallanlegar afleiðingar í för með sér. Mikilvægt er að í boði sé aðgengileg sérfræðiþekking fjölfaglegs hóps í málum fólks í vanda þannig að heildaryfirsýn myndist og upplýsingaflæði um líkamlegt, geðrænt og sálfélagslegt ástand sé gott. Það getur nýst í ferlinu. Þessar hugleiðingar draga fram mikilvægi þess að fleiri sjónarhorn er varða málefni einstaklinga með heilsufarsvanda komi fram og mismunandi meðferðarform geti komið að gagni.

Gildi samtals og teymisvinnu

Fagleg þekking allra geðheilbrigðisstétta er mikilvæg í meðferð fólks með fjölpættan sálfélagslegan vanda og ef þeirra nýtur ekki við getur þjáning

og vanlíðan aukist. Að ræða um vandann getur frjóvgað dómgreindina og greitt fyrir lausnum. Þá eru samræður leið til þess að láta reyna á eigin hugmyndir og rök (18). Þessi hugmyndafræði er ríkjandi meðal fagfólks Forvarna og áhersla er lögð á að hagnýta hana til hagsbóta fyrir fólk með ýmsan heilsufarsvanda, félagslegan, sálrænan og eða líkamlegan. Aðstæður eru ígrundaðar og ræddar í fjölfaglegu teymi. Samvinna og samræður faghópsins í tengslum við veikindi fólks og umönnun þess á meðan á veikindum stendur er mikilvæg.

Hægt er að hafa mikil áhrif á öll samskipti í tengslum fólks í vanda og meðferð máls, þ.e. að skapa traust, öryggi og vellíðan sem rannsóknir hafa sýnt að hafi verulega mikið að segja í sambandi við líðan og batahorfur (19). Ef þessir þættir eru ekki til staðar þá getur það leitt til tortryggni, vantrausts, öryggisleysis og vanlíðunar sem getur dregið úr lífsgleði og batahorfum og þá dregur það úr lífsgæðum og almennum réttindum.

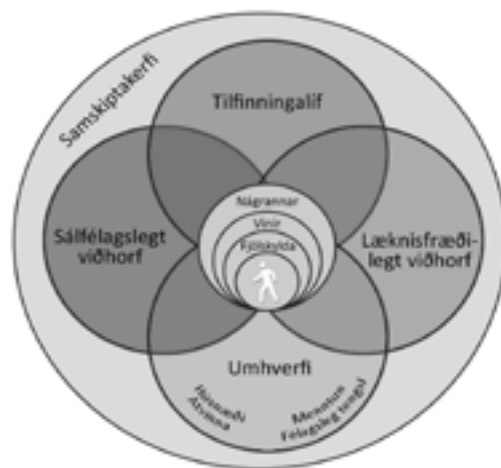
Nýta þarf alla þá hugmyndafræðilegu þekkingu sem er til staðar um málefni fólks í vanda. Sem dæmi þá er mikið talað um að upphefja og byggja á styrkleikum og bæta eftirfylgni. Rannsóknir sýna (19) að það er meira talað en framkvæmt. Stuðningur við fólk í vanda verður að miða að því að þeir sem njóta þjónustu fái hana og þá sem hentar hverjum og einum, sniðna að þörfum þeirra sem þjónustunnar þurfa. Samfella og samþætting í vinnu með einstaklinga með heilbrigðisvanda er því nauðsynleg og aukin geta á hæfni til sjálfstæðrar tilveru í samfélaginu. Fjölfaglegt samstarf forvarnateymis opnar þannig möguleika á víðara sjónarhorni að því er varðar vandamál einstaklinga og skilning á aðstæðum þeirra, menningarlegum, félagslegum, geðrænum og líkamlegum og getur um leið aukið möguleika til að öðlast heildræna yfirsýn yfir lífsgæði þeirra og réttindi.

Í þjónustu Forvarna er lögð áhersla á að skýra félagslega þætti við greiningu samhliða athugun líffræðilegra sjúkdómseinkenna með fjölfaglegri nálgun og aðferðir mismunandi sérfræðinga í teymisvinnu tvinnaðar saman og samnýttar. Þannig skapar teymið betri sýn yfir aðstæður þeirra einstaklinga sem leita þjónustu og nýta betur samanlagða þekkingu. Þá er reynt að auka gagnkvæma samvinnu og flæði milli þeirra sem

veita þjónustu. Með aukinni samvinnu má ætla að flæði upplýsinga milli fagfólks, kerfa og aðstandenda aukist. Ríkt samráð er haft við einstaklinga í vanda og hlustað vandlega á raddir þeirra um þarfir, óskir og væntingar. Sýnt hefur verið að opið samtál skilar góðum árangri (20). Fram kemur í rannsóknum Seikkula að eftir slík samtöl er eftir föngum tekið umsvifalaust á greinilegum vandamálum. Þá kemur fram í niðurstöðum rannsókna að dvalartími á sjúkrahúsi er styttri og lyfjanotkun minni. Eftir fimm ára tímabil eftirfylgni (20) höfðu 83% einstaklinganna atvinnu, voru í atvinnuleit eða stunduðu nám og þáðu ekki örorkubætur. Í sömu rannsókn kom fram að 77% höfðu engin qeðrofseinkenni (20).

Mikilvægi samskiptalíkans

Samskiptalíkanið tengir mismunandi kerfi í heilbrigðisþjónustu við þarfir einstaklingsins. Flæði upplýsinga milli allra þátttakenda er talið mjög mikilvægt (21). Það skiptir miklu máli að vaka yfir samskiptum innan og á milli kerfa. Þau mynda eins konar keðju innan samfélagsins, þjónustustofnana og notenda. Velferð þeirra veltur á gæðum samskipta milli sérfræðinga innbyrðis, sem og milli stofnana (2).



Mynd 1. Sambætting kerfa

Líkanið sýnir myndrænt hvernig starfsmenn Forvarna leitast við að vinna fjölfaglega að málefnum fólks í vanda og velta fyrir sér ýmsum spurningum og mismunandi viðhorfum sem tengist aðsteðjandi vandamáli. Það síðan rætt af fjölfaglegu teymi allt í samvinnu og trúnaði við þann einstakling sem málið varðar. Mikilvægt er að hafa

í huga í samvinnunni að félagslegir þættir geta haft mikil áhrif á sjúkdóma og samkvæmt lögum er félagsleg heilsa skilgreind sem heilbrigðismál (22).

Stefna

Í starfsmannastefnu atvinnurekenda felst samfélagsleg ábyrgð þar sem tekið er tillit til menningar og umburðarlyndis fyrir því óhefðbundna og þörfum einstaklingsins. Þetta styður umbætur í samfélaginu og samþætta félags-, umhverfis- og efnahagsleg gildi (23). Samþætting stuðlar þannig að betri starfsháttum innan fyrirtækis þar sem markmiðið er að fólki líði vel í samfélaginu. Hvernig birtist samfélagsleg ábyrgð fyrir-tækja gangvart starfsfólki? Hún metur starfsmenn að verðleikum og rekur fjölskylduvæna starfsmannastefnu. Virðing er borin fyrir lífi starfsfólks utan vinnustaðar og hún býður sveigjanleika í skipulagningu vinnu og vinnutíma og hefur áhrif á sálfélagslega áhættuþætti. Hún stuðlar þannig að auknum afköstum og betri líðan starfsfólks og dregur úr óæskilegri starfsmannaveltu og fjarveru frá vinnu. „Starfar þú hjá Fyrirtæki X? Flott starfsmannastefna þar! Frábært.“ Góð starfsmannastefna getur smitað aðra / önnur fyrirtæki jákvætt. Gott fyrirtæki getur valið um starfsfólk. Það sama má segja innan hins opinbera.

- Ábyrgð og sjálfstæði í starfi, starfsframi.
- Tímabundin fjarvinna og leyfa að börn komi stundum með til vinnu.
- Viðburðir með mökum og börnum.
- Launuð leyfi, styrkir til náms og endurmenntunar.

Þetta er mjög af hinu góða og mörg fyrirtæki hafa trúnaðarlækni eða leita til sérhæfðra ráðgjafar-fyrirtækja sem framkvæma heilsufarsmælingar til að meta vinnuaðstöðu og líkamsbeitingu. En fleira þarf að koma til. Vel rekin fyrirtæki með skýra starfsmannastefnu undir stjórn mannauðsstjóra láta nú í vaxandi mæli framkvæma sérstakt sálfélagslegt áhættumat.

Félagsleg færni fólks og líðan er einn af hornsteinum heilbrigðis. Rannsóknir hafa aukið þekkingu og skerpt sýn á samspil fjölskyldu og atvinnu og sýnt fram á að gagnkvæm jafnvægisleit er mikilvæg í dagsins önn og amstri (24). Gagnkvæmur skilningur og umburðarlyndi eru mikil-

vægir þættir sem byggjast m.a. á að tala saman og upplýsa. Verkaskipting á heimili er mikilvæg í samþættingu á vinnu og fjölskyldulífi. Mikilvægir þættir eru að forgangsraða verkum og stjórna tíma sínum. Það minnkar togstreitu og eykur ánægju.

Að hvíla hugann leiðir til betri lausna: Skipta um umhverfi, fara í sund eða stutta gönguferð. Hvernig gekk hjá þér í dag? Fólk þarf að muna eftir að deila gleðinni líka og sinna áhugamálum, næra sig andlega og taka sér tíma til að sinna sjálfu sér. Snemmtæk íhlutun getur komið í veg fyrir eða dregið úr enn frekari vanda og stuðlað að jákvæðum samskiptum við fjölskyldu, vini og ekki síst yfirmenn og aðra vinnufélaga. Jafnvægi í daglegu lífi þannig að lífsstíllinn veiti vellíðan í vinnu og í fjölskyldulífi (24). Sé unnið þannig má vænta færri heimsóknna til meðferðaraðila, meiri starfsánægju og aukinna afkasta ásamt minni starfsmannaveltu, lægri tíðni þunglyndis og minni togstreitu á milli vinnu og fjölskyldu, auknum gæðatíma með fjölskyldu: Betra starfsfólk sem leitt getur til betra samfélags.

Lokaorð

Mikilvægt er að ná snemma til fólks sem þarf á þjónustu að halda vegna sálfélagslegra vandamála. Sé það ekki gert geta komið upp ýmis vandamál, sjúkdómar, skerðing á getu og jafnvel hættuástand. Lykilatriði fyrir horfur er að veita þjónustuna skjótt og segja má að það kunni að varða rétt fólks til þjónustu sé slíkt ekki í boði. Einnig sýna niðurstöður rannsókna að fólk vill hafa samfellu í faglegum samskiptum og fá samþætta þjónustu, lagaða að þörfum sínum (19). Þeir sem þjónustuna veita eiga að vera fyrir fólkið sem þarf á þjónustunni að halda. Mikilvægt er því að þeir hafi góða yfirsýn og vinni samhliða og heildstætt með fólk og fjölskyldur, þekki félagslegt umhverfi þeirra og vinni fljótt að úrlausn verkefna. Annars getur það heft aðgengi að þjónustu í þjóðfélaginu. Það getur svo seinkað bataferli og valdið kvíða og áhyggjum, sem leitt getur til enn alvarlegri vandkvæða. Fólk á oft í erfiðleikum í fjölskyldulífi og á erfitt uppdráttar á vinnumarkaði eða í námi. Skjót og fagleg viðbrögð vegna slíkra mála eru talin mikilvæg og myndi eflaust draga úr innlögnum á sjúkrahús og minnka félagsleg og önnur heilsufarsleg vandamál. Rannsóknir hafa aukið þekkingu og



skerpt sýn á samspili fjölskyldu og atvinnu og sýnt fram á að gagnkvæm jafnvægisleit er mikilvægt í dagsins önn og amstri (24). Það verður að teljast mikilvægt að nýta þann kraft til sjálfsbjargar sem samgróinn er hverjum einstaklingi og snemmtæk íhlutun í líf hans getur haft mikil áhrif á lífsgæði. Huga verður að orðræðu, umhverfi og andrúmslofti, viðhorfum og viðmóti, sem stuðlar að líðan fólks og virðingu. Sá hugmyndaheimur sem stýrir viðhorfum starfsfólks og umhverfið sem er afsprengi hans beina framkomu við einstaklinga í vanda í ákveðinn farveg sem stefnt getur bæði sjálfræði þeirra og velferð í hættu sé ekki vel á málum haldið. Slík sýn er ekki vænleg til árangurs því að reynslan sýnir að viðmót og vinnubrögð sem virða persónu fólks bæta líðan og flýta fyrir bata. Því fleiri sjónarhorn við ákvarðanir um stuðning við fólk í vanda, því betra.

Framtíðar áskoranir

Þrýstingur á fyrirtæki og stofnanir þjóðfélagsins til að bera samfélagslega ábyrgð hefur aukist vegna vaxandi samkeppni og viðhorfsbreytinga og breytinga á lögum um vinnuvernd (17). Því má telja að einhver hluti þjónustunnar svo og kostnaður færist frá heilbrigðiskerfinu til atvinnufyrirtækja. Slíkt fyrirkomulag þekkist víða í nágrannalöndum okkar og mætti kalla fyrirtækjaheilbrigðisþjónustu (sænska: företagshälsovård). Þetta efni hefur nánast ekkert verið rætt hérlandis en brýn þörf er á því.

Rannsóknir sýna að samfélagsleg ábyrgð og forvarnir borga sig til lengri tíma fyrir fyrirtæki, stofnanir, hagsmunaaðila, fjölskyldur og samfélagið í heild.

Samtímis hafa vaxandi áhrif streitu og sálfélagslegrar vanlíðunar á vinnu, heimilislíf, lífgæði og heilsu orðið ljósari.

Samkvæmt vinnuverndarlögum (17) ber atvinnurekandi ábyrgð á að fylgst sé með líðan starfsmanna og eiga yfirmenn m.a. að sjá til þess að framkvæma skuli sálfélagslegt áhættumat til að kanna andlega líðan starfsmanna, sálræna upplifun þeirra og félagslegar aðstæður. Slíkt mat er mikilvægt til að uppgötva megi snemma og bregðast rétt við ef einhverjum starfsmanni líður illa eða ef aðstæður á vinnustaðnum eru geðheilsuspillandi.

Ljóst er að stjórnendur fyrirtækja bera mikla ábyrgð og þurfa fræðslu og ráðgjöf til þess að

geta staðið undir þessu nýja hlutverki. Telja má að þessar breytingar gefi góð tækifæri til sálfélagslegra forvarna á vinnustöðum og þar með áhrif á samfélagslegan kostnað í velferðarkerfinu.

Útdráttur

Greinin fjallar um það hve mikilvægt er að viðhafa skjót og fagleg viðbrögð ef alvarleg andleg vanlíðan gerir vart við sig hjá fólki sem hefur ekki markað sér stefnu í lífinu. Það er mikilvæg forvörn að veita stuðning og fylgja málum eftir þar til vanlíðunin og vonleysið er liðið hjá og greina hvort um geðsjúkdóm sé að ræða. Rætt er um hve margþætt áhrif sálfélagsleg vanlíðan getur haft á fólk, magnað upp streitu, sem síðan getur haft víðtæk áhrif á vinnugetu og samskipti innan fjölskyldu. Þá er fjallað um helstu álags- og áhættuþætti sem upp geta komið í vinnu og innan fjölskyldu og hvernig ákjósanlegast er að bregðast við því. Lögð er áhersla á gildi samtals og heildstæðrar þjónustu í teymisvinnu með einstaklingum í vanda og sýnt hvernig hægt er að nota samskiptalíkan í vinnubrögðum, sem byggja á fræðilegri þekkingu. Loks er lögð áhersla á samfélagslega ábyrgð þar sem tekið er tillit til menningar og umburðarlyndi er sýnt gagnvart þörfum hvers og eins.

Lykilorð: Samskipti, sálfélagsleg vinnuvernd, fjölfaglegt samstarf, snemmtæk íhlutun, forvarnir, varnir gegn sjálfsvígum, lífsgæði.

Heimildir:

1. Ólafur Þór Ævarsson. Þunglyndi: Leiðbeiningar fyrir sjúklinga og aðstandendur. Bæklingur á rafrænu formi á iTunes Store.
2. Svavarsdóttir, S. J., Júlíusdóttir, S., and Lindqvist, R. (2013). Holistic view in psychiatric rehabilitation: The effects of structure in psychiatric institutions. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 12(4), 272-294. doi:10.1080/1536710X.2013.834784
3. World Health Organization. (2012). *WHO-Europe mental health—Facts and figures*. Sótt 22. nóvember 2015 af https://www.google.is/?gws_rd=cr,ssl&ei=J5IRVpaKGIP4OYLjnLAI#q=-World+Health+Organization.+%282012%29.+WHO-Europe+mental+health%E2%80%9494Facts+and+figures.
4. Colin A. Ross. (2015). Trauma and Aggression in the DSM-5. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. Volume 24, Issue 4. pages 484-486.
5. Tryggingastofnun ríkisins. (2014). Ársskýrsla og staðtölur. Reykjavík.
6. Health at a Glance. (2015). OECD Indicators 04 Nov 2015. ISBN : 9789264247666 (HTML) ; 9789264247680 (EPUB); 9789264243514 (PDF) ; 9789264232570 (print) DOI : 10.1787/health_glance-2015-en.

7. Hasselberg, K., Jonsdóttir, I. H., Ellbin, S., and Skagert, K., (2014). Self-reported stressors among patients with Exhaustion Disorder: an exploratory study of patient records. *BMC Psychiatry* 14:66.
8. Ólafur Þór Ævarsson, Lárus Helgason. (1990). Viðbrögð Sjúklinga og aðstandenda þeirra við álagi vegna veikinda. III Fjárhagslegt álag og röskun á starfsgetu. *Læknablaðið*. 76:509-12.
9. Kolbeinn H. Stefánsson. (2008). Samspil vinnu og heimilis, Álag og árekstrar. Rannsóknarstöð þjóðmála. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
10. Beckett, C. And Taylor, H. (2013). *Human Growth and Development*. Second Edition. SAGE Publications Ltd. DOI: 10.1080/10926771.2015.1022290
11. Barling, J., Frone, M. R. og Kelloway, E. K. (2005). Work-Family conflict. Í *Handbook of Work Stress*.
12. Kolbeinn H. Stefánsson (2008). Samspil vinnu og heimilis: Álag og árekstrar. Rannsóknarstöð þjóðmála: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands. Óútgefið handrit. Sótt 22. nóvember 2015 af http://thjodmalastofnun.hi.is/sites/thjodmalastofnun.hi.is/files/skrar/working_paper_of_chapter_4.pdf
13. Hasselberg, Jonsdóttir, Ellbin og Skagert, 2014
14. Frone, M. R. (2003). Work-family balance. Í J.C. Quick og L. E. Tetrick (Ritsj), *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
15. Barling, J., Kelloway, E.K., & Frone, M. (2005) (Eds.) *Handbook of Work Stress*. CA: Sage Publications.
16. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author. [CrossRef]
17. Vinnuverndarlög, 1980, nr. 46 og með síðari breytingum nr. 80/2015.
18. Lehtinen, V. (2008). *Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Mental Health Environments*. Jyväskylä: Gummerus Printing.
19. Svavarsdóttir, S. J., Júlíusdóttir, S. and Lindqvist, R. (2013). Holistic view in psychiatric rehabilitation: The effects of structure in psychiatric institutions. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 12(4), 272-294.
20. Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Nen, J., & KLAUS Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Routledge. Teylor & Francis Group, Finland. Psychotherapy Research*, March 2006; 16(2): 214-228.
21. Pardeck, J. T., & Yuen, F. K. O. (1999). *Family health: A holistic approach to social work practice*. London, UK: Auburn House.
22. Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 <http://www.alt-hingi.is/lagas/139b/2007040.html>
23. Storey, J. (2007). *Human resource management: A critical text* (3. útgáfa). London: Thomson learning.
24. Hið gullna jafnvægi. (e.d.). Hið gullna jafnvægi samstarfs-verkefni Reykjavíkurborgar og Gallup.

Dr. Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir er MSc.MSW, PhD sérfræðingur í félagsráðgjöf á heilbrigðissviði Sveinbjörg Júlía varði doktorsritgerð sína við Háskóla Íslands 2014. Hún hefur mikinn áhuga á auknum lífsgæðum þeirra sem greinst hafa með geðsjúkdóma og leggur mikla áherslu á heildarsýn aðstæðna einstaklinga, hjóna og fjölskyldna, samspili þeirra innbyrðis og í umhverfi sínu. Sveinbjörg Júlía starfar í sérhæfðu teymi Forvarna- og streitumóttökunnar við ráðgjöf, snemmtæka íhlutun og handleiðslu. Netfang: julia@stress.is

Dr. Med Ólafur Þór Ævarsson er sérfræðingur í geðlækningum og ráðgjafi um geðheilbrigði. Ólafur Þór starfar sem geðlæknir og ráðgjafi um geðheilbrigði hjá Forvörnum. Áhugasvið hans eru forvarnir og geðheilsuefning. Hann hefur starfað við geðlækningar og geðfræðslu og veitt ráðgjöf um geðheilbrigði og forvarnir. Rannsóknarsvið hans eru streita, faraldsfræði geðsjúkdóma og álag geðsjúkdóma á fjölskyldur. Netfang: olafur@stress.is

samskip



Alþýðusamband Íslands

Virðing
Réttlæti



Hvað eru nauðungaraðgerðir og hvernig má rannsaka þær betur?

Nauðungaraðgerðir

Nauðungaraðgerðum hefur alla tíð verið beitt á geðdeildum í flestum löndum heims. Nauðungaraðgerð er, eins og orðið gefur til kynna, beitt í neyð að áliti þess eða þeirra sem beita henni en gegn vilja þess sem er beittur. Nauðungarinnlagir, nauðungarlyfjagjafir, fjötrun og einangrun sjúklinga eru þær nauðungaraðgerðir sem mest hefur verið fjallað um. Aðrar nauðungaraðgerðir sem minna hefur verið fjallað um eru aðferðir sem starfsfólk geðdeilda notar inni á deildum aðrar en fjötrun og einangrun til að hafa stjórn á hegðun sjúklinga og tryggja öryggi og meðferðarumhverfi deildarinnar. Hér er átt við atriði eins og markasetning og krafa um að fylgja deildarreglum (1). Nauðungaraðgerðir, sem notaðar voru áður fyrr á geðdeildum, teljast ómannúðlegar á nútíma mælikvarða. Nauðungaraðgerðir sem beitt er í dag geta því í fyllingu tímans einnig átt eftir að teljast ómannúðlegar. Fyrir tilstuðlan rannsókna (fræðimanna) um nauðungaraðgerðir, umfjöllunar sjúklinga sem beittir hafa verið nauðungaraðgerðum og starfsfólks á geðdeildum, er öllum ljóst að nauðsynlegt er að draga úr nauðungaraðgerðum á geðdeildum eins og kostur er. Í þessari grein verður fjallað um nauðungarvistun, nauðungarlyfjagjafir, fjötrun og einangrun sjúklinga á geðdeildum.

Ákvörðun um nauðungaraðgerðir og áhrif þeirra

Allir eru sammála um að nauðungaraðgerðum á geðdeildum eigi eingöngu að nota sem síðasta úrræði og þegar engin önnur úrræði eru til staðar til að tryggja öryggi sjúklings og annarra (2). Réttlætning fyrir nauðungaraðgerð byggist í raun á því að nauðungaraðgerðin beri árangur í með-



ferð og án hennar verði ekki um árangur að ræða (3). Góð vitneskja er komin fram um að nauðungaraðgerðir fyrir og eftir innlögn geta verið íþyngjandi fyrir sjúklinga, þá sem koma að nauðungaraðgerðum, eins og fjölskyldur sjúklinga og starfsfólk og aðra sjúklinga sem verða vitni inni á deildum þegar sjúklingar eru beittir slíkum aðgerðum (4-6). Af þeim sökum hefur á mörgum geðdeildum því verklagi verið komið á að eftir að nauðungaraðgerðum lýkur er farið yfir atvik með sjúklingi og starfsfólki með það að markmiði að veita stuðning. Einnig er markmiðið að læra af reynslunni til að draga úr beitingu nauðungar þó rannsóknir sýni misjafnan árangur af því (7).

Helstu ástæður fyrir nauðungaraðgerðum inni á deildum, eins og að halda sjúklingum kyrrum, setja þá í einangrun eða gefa nauðungarlyf eru ógnandi hegðun, ofbeldi, skemmdir á hlutum og neitun á að taka inn lyf (8, 9,10). Nauðungaraðgerð eins og nauðungarlyfjagjöf er bæði tekin af heilsufarslegum og siðferðilegum ástæðum. Nauðungaraðgerðin verður að vera til hagsbóta fyrir sjúklinginn enda hefði það skaðleg áhrif fyrir hann væri henni ekki beitt. Það þarf því að liggja fyrir faglegt og ígrundað mat áður en ákvörðun um nauðungaraðgerð er tekin. Reyna skal eins og kostur er að ná samkomulagi og samvinnu við sjúklinginn til að meðferð geti farið fram án nauðungaraðgerðar (11). Nauðungaraðgerðir hafa einnig verið harðlega gagnrýndar og sagðar vera meira í anda refsingar en meðferðar. Nauðungaraðgerð sem felur í sér skerðingu á sjálfstæði og frelsi geti ekki talist hafa meðferðarlegt gildi (12). Sjúklingar hafa lýst erfiðri reynslu af nauðungaraðgerðum. Viðhorf starfsfólks gagnvart þeim einkennist oft af ónægðum og aðeins sé einblínt á sjúkdóminn en ekki manneskjuna sem

slíka sem sé með þarfir eins og annað fólk. Allir eiga rétt á og hafa þörf á að njóta virðingar (13).

Í rannsókn Bowers og féлага (13) um sam-anburð á viðhorfi hjúkrunarnema og hjúkrunarstarfsfólks í fjórum löndum kom fram munur á viðhorfi til ýmissa tegunda nauðungaraðgerða á milli landa. Það sem þó réð mestu um það hvaða aðgerðum það var hlynnt var mat á áhrifamætti þeirra og öryggi fyrir sjúklinginn. Það sem virðist þó í flestum tilvikum ráða því að nauðungaraðgerðum er beitt inni á geðdeildum er hegðun, s.s. árásargirni, óróleiki, neitun á lyfjatöku o.fl. (2, 14). Sailas og Wahlbeck (15) benda á að engar rannsóknir sýni að nauðungaraðgerðir eins og einangrun og að halda sjúklingum kyrrum hafi meðferðarlegt gildi þó starfsfólk telji að það komist ekki hjá því að grípa til þeirra við vissar aðstæður. Ein nauðungaraðgerð getur leitt af sér aðra nauðungaraðgerð og stundum er óhjákvæmilegt að beita fleirum en einni nauðungaraðgerð samtímis, t.d. ef sjúklingur neitar að taka lyf sem hann er skráður á og er því haldið kyrrum á meðan verið er að nauðungarsprauta hann (8). Þetta er bæði íþyngjandi og veldur auknu álagi á sjúklinginn og starfsfólkið. En þrátt fyrir erfiða reynslu sem býr með viðkomandi eftir að sjúkrahúsvist lýkur má í einhverjum tilvikum þegar sjúklingar hafa náð bata sjá að viðhorf þeirra til nauðungaraðgerða sem þeir voru beittir verða jákvæðari og að þær hafi verið réttar og óhjákvæmilegar á sínum tíma (15, 16). Oft er nauðungaraðgerðin sem slík ekki aðalatriðið heldur það hvort sjúklingnum finnist að hún sé eða hafi verið framkvæmd af velvild og umhyggju fyrir honum og sé réttlætanagerð (17, 18).

Þótt í mörgum tilvikum sé augljóst hvað ræður ákvörðun starfsfólks um að beita sjúklinga nauðungaraðgerðum er stundum óljóst hvað ræður því hvaða nauðungaraðgerðum er beitt. Þó deildarreglur kveði á um viðbrögð við ákveðinni hegðun fer ákvörðun um nauðungaraðgerð einnig eftir því hvernig starfsfólk túlkar hegðun sjúklings á ólíkan hátt og hvort ákveðin nauðungaraðgerð komi sjúklingnum til góða eða ekki (2, 14). Í rannsókn Bakers og féлага (19) þar sem rætt var við hjúkrunarfræðinga um lyfjagjafir eftir þörfum álitu þátttakendur að hjúkrunarfræðingar sem höfðu orðið fyrir erfiðri reynslu (t.d. verið ráðist á þá) væru líklegri til að gefa lyf eftir þörfum en þeir sem ekki höfðu slíka reynslu. Á geðdeildum á Íslandi og Bretlandi eru ólar og belti ekki notuð til að hafa

hemil á árásargjarnri hegðun. Í flestum öðrum löndum eru þessi tæki notuð á geðdeildum. Það er áhugavert að velja fyrir sér hvers vegna belti og ólar eru ekki notuð á Íslandi en eru enn í notkun á öðrum Norðurlöndum. Mikill skyldleiki er með þessum þjóðum, svipuð þjóðfélagsgerð og menning, en viðhorf til nauðungaraðgerða ólík að þessu leyti. Engin haldbær svör eru til um hvað veldur þessu. Fyrir miðja síðustu öld (1934) útrýmdi Helgi Tómasson yfirlæknir á Kleppi öllum beltum og ólum sem notuð höfðu verið til að fjöttra sjúklinga (lét brenna þau). Það verður að teljast ólíklegt að yfirlæknir einn og sér gæti gert hið sama á geðdeildum í dag (20). Með þessa þekkingu að leiðarljósi hefur á síðustu árum verið víða um heim gert átak til að draga úr nauðungaraðgerðum eins og kostur er (21, 22). Lepping (23) bendir þó á að vísbendingar séu um að starfsfólk geðdeilda ofmeti stundum andlegt atgervi sjúklinga til að taka gagnlegar ákvarðanir um eigin meðferð með þeim afleiðingum að ákvarðanir þeirra hindri eða tefji fyrir bata. Það þurfi því að fara varlega við ákvarðanatöku en reyna samt eftir fremsta megni að vinna í náinni samvinnu við sjúklinginn.

Góð skráning er forsenda þess að hægt sé að fylgjast með umfangi nauðungaraðgerða og því hvort viðleitni til að draga úr þeim beri árangur. Á Írlandi eru t.a.m. árlega birtar tölur um nauðungaraðgerðir og í öðrum löndum hefur skráning þeirra stórlega verið bætt (24). Þó skráning nauðungaraðgerða á geðdeildum LSH hafi batnað síðustu ár er enn skortur á fullnægjandi vitneskju um umfang þeirra (sjá neðar). Upplýsingar þar um eru nauðsynlegar fyrir starfsfólk í viðleitni til að draga úr þeim og til að bera saman við önnur lönd. Æskilegt er að nauðungaraðgerðir á LSH séu stöðugt skráðar og birtar árlega af ástæðum sem hér hafa verið nefndar en einnig af mannúðarsjónarmiðum því nauðungaraðgerðir snerta mannréttindi og siðfræði allra þeirra sem koma að þeim, eru beittir þeim og þjóðfélaginu í heild (25).

Skilgreiningar á mismunandi tegundum nauðungaraðgerða

Hér verður fjallað um skilgreiningar á nauðungarvístun, nauðungarlyfjagjöf, fjötrun og einangrun. Það þarf þó að taka fram að skilgreiningar á nauðungaraðgerðum eru ólíkar af ýmsum ástæðum og veldur því m.a. að erfitt getur reynst að bera saman rannsóknir um efnið. Í erlendum greinum

er einstaka sinnum notað orðið „holding“ þegar starfsfólk heldur sjúklingi kyrrum t.d. áður en það setur sjúkling í belti.

Nauðungarvistun

Í lögræðislögum á Íslandi frá 1997 (endurskoðuð lög tóku gildi 1. janúar 2016) er tekið fram í 3. kafla, 19. gr. að hægt sé að nauðungarvista sjálf-ráða einstakling 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 (26). Misjafnt er þó á milli landa hverjar eru helstu ástæður fyrir nauðungarinnlögn en oftast er miðað við að veikindi sjúklings geti breyst til mjög alvarlegs sjúkdómsástands eða að sjúklingur geti orðið hættulegur sjálfum sér eða öðrum fái hann ekki viðhlítandi meðferð (27, 28). Framgangsmáti nauðungarvistunar er einnig ólíkur eftir löndum, t.d. hvaða aðili hefur frumkvæði að nauðungarvistuninni og hversu lengi nauðungarvistun stendur (27). Nauðungarvistun af hvaða ástæðum sem er og hvernig hún er framkvæmd er iðulega erfið reynsla eins og fram hefur komið og getur haft neikvæð áhrif á meðferðarsamband og samvinnu við fagaðila (15, 29). Nauðungarvistun felur annars vegar í sér hina formlegu aðgerð að leggja sjúkling inn á geðdeild gegn eigin vilja og sem er í samræmi við lög um nauðungarvistun. Hins vegar felur aðgerðin í sér inngrip í líf viðkomandi sjúklings og erfiða reynslu hans (30).

Einangrun

Einangrun er yfirleitt skilgreind sem innilokun sjúklings í læstu herbergi eða á afmörkuðu svæði innan deildar (31). Á geðdeild LSH eru aðeins einangrunarherbergi á réttar- og öryggisgeðdeildunum en hins vegar eru á öllum legudeildunum svæði sem hægt er að læsa svo sjúklingarnir komist ekki út. Þegar fjallað er um einangrun sjúklinga verður því að gera greinarmun á því annars vegar hvort sjúklingur er í einangrunarherbergi þar sem hann á engin samskipti við annað fólk fyrir utan þann tíma sem starfsfólk færir honum mat og sinnir öðrum þörfum hans inni í herberginu, og hins vegar þegar sjúklingur dvelur á lokuðu svæði innan deildarinnar en hefur jafnan samskipti við starfsfólk og aðra sjúklinga sem dvelja á sama svæði. Til að dvöl inni í her-

bergi eða á ákveðnu svæði geti kallast einangrun samkvæmt þessari skilgreiningu þurfa dyrnar að herberginu eða svæðinu að vera læstar.

Að halda sjúklingi kyrrum

Að halda sjúklingi kyrrum felur í sér að halda honum með beltum eða ólum eða með líkamlegu afli einu saman til að takmarka hreyfingar hans eða til að koma í veg fyrir að hann skaði sjálfan sig eða aðra (24, 31). Í einhverjum tilvikum er gerður greinarmunur á skilgreiningu á nauðungaraðgerðinni eftir því hvort sjúklingurinn sýnir mótþróa á meðan honum er haldið eða ekki (24). Á geðdeildum Landspítalans hefur skapast sú hefð að tala um að halda sjúklingi kyrrum í stað þess að fjöttra hann. Í erlendum greinum er einstaka sinnum notað orðið „holding“ þegar starfsfólk heldur sjúklingi kyrrum t.d. áður en það setur sjúkling í belti.

Nauðungarlyfjagjöf

Á meðal helstu ástæðna, fyrir að sjúklingar hætta eða neita að taka inn lyf með þeim afleiðingum að oft á tíðum þarf að gefa þeim nauðungarlyfjagjafir, eru að þeim finnst fylgja því fordómar að taka þau, þeir hafa efasemdir um virkni þeirra og þeim finnst hliðarverkanir þeirra óþægilegar (32, 33). Nauðungarlyfjagjöf er skilgreind af Jansen og félögum (23) þannig að um lyfjagjöf í vöðva sé að ræða þar sem beitt er líkamlegu afli. Aðrar aðstæður nauðungarlyfjagjafar eru þegar með sálrænum þrýstingi sjúklingi eru gefin lyf í gegnum munn undir beinni eða óbeinni hótun um að annars yrði sjúklingur nauðungarsprautaður. Það má því gera ráð fyrir að í einhverjum tilvikum þar sem sjúklingur tekur inn lyf í gegnum munn sé um nauðungarlyfjagjöf að ræða þó hún hafi ekki verið skráð sem slík. Erfitt er því að greina á milli í sumum tilvikum hvort um nauðungarlyfjagjöf hafi verið að ræða eða ekki (8).

Mismunandi tíðni nauðungaraðgerða eftir ríkjum

Þó sömu nauðungaraðgerðum sé beitt víðast hvar á geðdeildum í heiminum er þó munur á hvaða nauðungaraðgerðum er beitt oftast í hverju landi og hvaða aðgerð telst vera mest íþyngjandi fyrir sjúklinga og starfsfólk (34, 35). Erlendis er jafnvel mikill munur á tíðni nauðungaraðgerða á milli sjúkráhusa í sama landi (23, 36). Lög um leyfingar nauðungaraðgerðir og hvernig þeim skuli vera framfylgt eru einnig ólík á milli landa (33).

Margt bendir því til að viðhorf til nauðgunaraðgerða og það sem ræður því hvaða nauðgunaraðgerðum eru oftast beitt byggist ekki eingöngu á lagalegum forsendum heldur einnig á menningarlegum mun milli landa og stofnana (19). Þannig er vitað að einangrun hefur verið algengari í Hollandi til margra ára en í flestum öðrum löndum, þó úr henni hafi dregið á síðustu árum (35). Þegar sjúkrastofnanir hafa reynt að draga úr ákveðnum tegundum nauðgunaraðgerða er alltaf hætt á að notkun annarra nauðgunaraðgerða og tíðni ofbeldis aukist nema samtímis sé gripið sé til annarra meðferðarúrræða (37,38).

Steinert og Lepping (37) hafa bent á erfiðleika við að bera saman rannsóknir um tíðni og lengd nauðgunaraðgerða eins og einangrunar og aðgerða þegar sjúklingum er haldið kyrrum. Þetta á ekki síst við þegar bornar eru saman tölur frá ýmsum löndum. Það helgast m.a. af því að aðferðir við útreikninga eru ólíkar og nauðgunaraðgerðir hafa ekki alltaf sömu skilgreiningar. Upplýsingar um tíðni nauðgunaraðgerða eru hins vegar nauðsynlegar og geta verið hvati til að draga úr þeim en tíðni þeirra er meðal þátta sem venjulega eru hafðir til hliðsjónar þegar mæld eru gæði þjónustunnar á geðdeildum (37). Almennt má þó segja að fjöldi atvika sem tengjast nauðgunaraðgerðum, eins og einangrun og þegar þarf að halda sjúklingum kyrrum, séu fleiri en sjúklingarnir á bak við þau (9). Masoom og félagar (24) notuðust við eftirfarandi reikni-aðferðir í rannsókn á geðdeildum í Wales um nauðgunaraðgerðir þar sem sjúklingum var haldið kyrrum með handaflí og settir í einangrun: Fjöldi nauðgunaraðgerða fyrir 100 innlagnir á mánuði, fjöldi sjúklinga sem beittir eru nauðgunaraðgerðum fyrir hverjar 100 innlagnir á ári, fjöldi nauðgunaraðgerða fyrir hverja 100 legudaga á mánuði, nauðgunaraðgerðir fyrir hverja 100 000 einstaklinga á ári, fjöldi sjúklinga sem beittir eru nauðgunaraðgerðum fyrir hverja 100 legudaga á mánuði, fjöldi nauðgunaraðgerða fyrir hvern sjúkling, hlutfall þeirra sem beittir eru nauðgunaraðgerðum og meðaltímalengd nauðgunaraðgerða. Að lokum var heildarmeðaltal reiknað út fyrir allar breytur. Í rannsókninni kom m.a. fram að atvik þar sem þurfti að halda sjúklingi kyrrum voru 17,40 fyrir hverjar 100 innlagnir á mánuði eða 0,303 á hverja 100 legudaga á mánuði. Að meðaltali þurfti að halda hverjum sjúklingi 3,24

sinnum. Í nýlegri rannsókn frá fjórum löndum (Wales, Hollandi, Írlandi og Suður-Þýskalandi) þar sem sömu reikni-aðferð var beitt kom fram að fjöldi atvika þar sem sjúklingum var haldið kyrrum og fjöldi atvika þar sem sjúklingar voru settir í einangrun reiknuð saman, var svipaður í löndunum hvað varðar fjölda sjúklinga fyrir hverja 100 legudaga á mánuði og fjölda sjúklinga fyrir hverjar 100 innlagnir á ári. Tíminn sem nauðgunaraðgerðin tók og tegund nauðgunaraðgerða var hins vegar ólík í þessum löndum. Í Hollandi er einangrun algengasta nauðgunaraðgerðin en afar sjaldgæf í Wales þar sem algengast er að halda sjúklingum kyrrum með handaflí. Á Írlandi var einangrun þriðjungur nauðgunaraðgerða og í Þýskalandi helmingur (39). Aðeins um 10% sjúklinganna voru beittir einangrun eða fjötrun og að meðaltali þrisvar sinnum hver sjúklingur (39).

Janssen og félagar (36) benda einnig á mikilvægi þess að sömu aðferðir séu notaðar til að reikna út umfang nauðgunaraðgerða til að hægt sé að bera saman við önnur lönd. Rannsókn þeirra sem gerð var á hollenskum geðsjúkrahúsum sýndu t.d. að á tveimur árum var tíðni einangrunar 2,2 – 3,5 á 1000 legudögum og 275 – 338 í 1000 innlögnum. Sama rannsókn sýndi að sjúklingar í einangrun voru að meðaltali settir í einangrun 1,65 – 2,7 sinnum.

Helstu lyf sem eru gefin gegn vilja sjúklinga eru við geðrofseinkennum en jafnframt voru notuð róandi og kvíðastillandi lyf (39). Í finnskri rannsókn kom fram að á 6 mánaða tímabili á þremur geðdeildum fékk einn af 12 inniliggjandi sjúklingum nauðungarlyfjagjöf (40). Í rannsókn Eyrúnar Thorsteinsen og Helgu Bragadóttur (41) kom fram að á árunum 2013 og 2014 fengu 999 sjúklingar lyfin Cisordinol Acutard, Haldol, Zyprexa og Ativan í vöðva á geðdeildum Landspítalans. Þetta eru algengustu lyfin sem gefin eru við ofbeldi og árásargirni og má því í flestum tilvikum gera ráð fyrir að um nauðungarlyfjagjafir hafi verið ræða. Á þýskum geðspítala fengu 0,5% allra þeirra sem lagðir voru inn á einu ári nauðungarlyfjagjafir en í Þýskalandi voru skilyrði fyrir nauðungarlyfjagjafir hert og í sumum tilvikum þurfti úrskurð dómstóla. Lögunum var svo breytt aftur í áttina að fyrra formi svo ekki yrði eins erfitt fyrir lækna að ákveða nauðungarlyfjagjöf (25).

Rannsóknir hafa sýnt að tíðni nauðungarvistunar á einu ári á hverja 100.000 íbúa sé í löndum

heims frá 10 – 232 (27, 39). Þetta þýðir 20 faldan mun milli landa.

Tímalengd nauðgunaraðgerða

Í rannsókn Janssen og félaga (36) var meðallengd dvalar í einangrun á hollenskum geðdeildum 16 dagar. Sjúklingum sem er haldið kyrrum er venjulega haldið mun skemur þegar það er gert eingöngu með handaflí starfsfólks heldur en með beltum og ólum. Á meðan sjúklingum er haldið klukkustundum saman með beltum og ólum er algengt að með handaflí einu saman sé þeim haldið kyrrum frá 5-20 mínútur (24, 42). Í rannsókn Oster og félaga (9) var meðaltímalengd sem sjúklingum var haldið kyrrum með beltum eða þegar þeir þurftu að dvelja í einangrun 4,17 tímar og lengri ef fleiri en einni þvingunaraðgerð var beitt á sama sjúkling. Í rannsókn frá Ástralíu á bráðageðdeildum kom í ljós að rúmlega helmingur sjúklinganna (55,9%) sem þurftu að dvelja einhvern tíma í einangrun á meðan á dvöl þeirra stóð, þurftu þess aðeins í eitt skipti og voru þeir að meðaltali 4 árum yngri en þeir sem aldrei þurftu að dvelja í einangrun. Meðaltími sem þeir dvöldu í einangrun var 3 tímar og 3 mínútur og þeir voru oftár í einangrun á virkum dögum en um helgar (43).

Kyn, sjúkdómar og aldur

Mismunandi rannsóknir sýna að bæði karlar og konur geta verið í meirihluta þeirra sem eru beittir nauðgunaraðgerðum. Í flestum tilvikum eru þó karlar í meirihluta (9, 27, 35,36, 40, 43, 44). Flestir sjúklingar sem eru beittir nauðgunaraðgerðum eru með geðklofa eða geðrofssjúkdóma (25, 27, 35, 40, 41, 44) og eru flestir á aldrinum 30 – 40 ára (25, 27, 35, 40, 44).

Lokaorð

Þó leitað hafi verið leiða til að draga úr nauðgunaraðgerðum eins og einangrun og fjötrun virðist ekki nóg að einblína á reglugerðir og lög sem mæla með eða á móti ákveðnum aðferðum. Meira þarf að koma til. Faglegt mat um beitingu nauðgunaraðgerða í hverju tilviki fyrir sig og menning á hverri deild hafa ekki síður áhrif á hvort gripið er til þeirra (18). Nauðgunaraðgerðir af hvaða toga sem er eru vandmeðfarnar og beiting þeirra verður að byggjast á velferð sjúklingsins. Í ljósi sögunnar virðist að í vissum tilvikum hafi nauðgunaraðgerðir verið bæði ofnotaðar og mis-

notaðar. Litlar vísindalegar ábendingar hafa verið um meðferðarlegan ávinning nauðgunaraðgerða. Aðalatriðið við notkun nauðgunaraðgerða er, eins og í allri annarri meðferð, að það þarf að vera ótvíræð þörf sem liggur að baki notkun þeirra. Starfsfólk þarf að vinna eftir þeim gildum sem ein-kenna góða meðferð: sýna sjúklingnum samkennd og virðingu, helga sig af heilindum við að hjálpa og sýna þrautseigju, sjálfsfórn og trúnað (44).

Grundvallarþáttur í viðleitni til að draga úr nauðgunaraðgerðum á geðdeildum er að hafa yfirlit yfir umfang þeirra. Á geðdeildum Landspítalans hefur umfang nauðgunaraðgerða aðeins að hluta til verið tekið saman (nauðungarinnlögn). Þó skráning nauðgunaraðgerða á geðdeildum á Íslandi sé ófullnægjandi kemur fram í grein Sigurðar Páls Pálssonar í tímariti Geðverndar árið 2015 að nauðungarvistun sé með minnsta móti á Íslandi miðað við önnur lönd eða um 4% allra innlagðra sjúklinga og tölur frá Innanríkisráðuneytinu sýna að fjöldi nauðungarvistunar hafi verið 58 árið 2004, 103 árið 2012 og 85 árið 2013 (45).

Með bættu skráningarformi væri hægt að bæta úr ófullnægjandi aðferðum við að skrá nauðgunaraðgerðir.

Geðdeildir á Íslandi hafa orð á sér fyrir að beita minna nauðgunaraðgerðum en erlendar geðdeildir. Það er hins vegar bagalegt að ekki skuli vera hægt að staðfesta það með öruggum tölum um allar nauðgunaraðgerðir.

Í undirbúningi er rannsókn á geðdeildum Landspítalans um umfang þeirra nauðgunaraðgerða sem hér hafa verið til umræðu. Notast verður við reikniaðferðir sem vísað hefur verið í hér að framan svo hægt sé að bera niðurstöðurnar saman við erlendar rannsóknir. Til að auðvelda framkvæmd rannsóknarinnar og auka áreiðanleika hennar er þó æskilegt að hægt sé að styðjast við fullkomið skráningarkerfi sem því miður er enn ekki til staðar á Landspítalanum.

Rannsakað verður: 1) Tíðni nauðungarvistunar og fjöldi sjúklinga sem eru nauðungarvistaðir, 2) Tíðni sjálfræðissviptra og fjöldi sjúklinga sem vistaðir eru sjálfræðissviptir, 3) Tíðni nauðungarlyfjagjafa og fjöldi sjúklinga sem neydd eru lyf í, 4) Tíðni einangrunar, fjöldi sjúklinga sem eru settir í einangrun og tímalengd einangrunar, og 5) Tíðni atvika þar sem þarf að halda sjúklingum kyrrum, fjöldi sjúklinga sem þarf að halda kyrrum og í hversu langan tíma í hvert skipti.

Nauðgunaraðgerð verður skilgreind þannig: „Nauðgunaraðgerð er aðgerð sem sjúklingur er beittur gegn vilja hans og hefur að markmiði að hefja eða halda áfram meðferð á honum. Sjúklingurinn verður að tjá mótvilja sinn gegn aðgerðinni með orðum, látbragði eða líkamlegu afli, til þess að hún teljist vera nauðgunaraðgerð“.

Heimildir

- Ryan, C. J. og Bowers, L. (2005). Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 695–702.
- Boumans, C. E., Egger, J. I. M., Bouts, R. A., og Hutschemaekers, G. J. M. (2015). Seclusion and importance of contextual factors: An innovation project revisited. *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 1–11. Doi: [10.1016/j.ijlp.2015.03.001](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.03.001).
- Höer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M., og Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 93–108.
- Bonner, G., Lowe, T., Rafcliffe, D., og Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 465–473.
- Mesquita, C. d. S. og Maia, A. d. C. (2016). When the safe place does not protect: reports of victimization and adverse experience in psychiatric institutions. *Scandinavian Journal of Caring Science*, doi:10.1111/scs.12300.
- Norvol, R. og Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science and Medicine*, 156, 204 – 211. Doi: [10.1016/j.socscimed.2016.03.033](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033).
- Goulet, M-H. og Latue, C. (2016). Post-seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A scoping review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 120 – 128. Doi: [10.1016/j.apnu.2016.09.001](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.001).
- Baker, J. A., Bowers, L., og Owiti, J. A. (2009). Wards features associated with high rates of medication refusal by patients: a large multi-centred survey. *General Hospital Psychiatry*, 31, 80–89. Doi: [10.1016/j.genhosppsych.2008.09.005](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.09.005).
- Oster, C., et al. Seclusion and restraint use in adult inpatient mental health care: An Australian perspective. *Collegian* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2015.03.006>.
- Smith, G. M., Ashbridge, D. M., Davis, R. H., and Steinmetz, W. (2015). Correlation Between Reduction of Seclusion and Restraint and Assault by Patients in Pennsylvania's State Hospitals. *Psychiatric Services*, 66(3), 303 – 309.
- Vuckovich, P. K. og Artinian, B. M. (2005). Justifying coercion. *Nursing Ethics*, 12(4), 370–380. Doi: [10.1191/0969733005ne8020a](https://doi.org/10.1191/0969733005ne8020a).
- Gomory, T., Cohen, D., og Kirk, S. A. (2013). Coercion: The only constant in psychiatric practice? *Florida state university*.
- Bowers, L., van der Werf, B., Vokkolainen, A., Muir-Cochrane, E., Allan, T., og Alexander, J. (2007). International variation in containment measures for disturbed psychiatric patients: A comparative questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 357–364. Doi: [10.1016/j.ijnurstu.2006.01.005](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.005).
- Happel, B. og Koehn, S. (2011). Impacts of seclusion and seclusion room: Exploring the perceptions of mental health nurses in Australia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), 109–119. Fáanlegt á online at www.sciencedirect.com.
- O'Donoghue, B., o. fl., Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Research* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.016>.
- 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, 357–366.
- Barker, P. (1999). Enforced medication and virtue-ethics. *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 6, 229–334.
- Recupero, P. R., Price, M., Garvey, K. A., Daly, B., og Xavier, S. L. (2011). Restraint and Seclusion in psychiatric treatment settings: Regulation, case law, and risk management. *Journal of American Academic Psychiatric Law*, 39, 465 – 476.
- Baker, J. A., Lovell, K., OG Harris, N. (2006). Mental health professionals' psychotropic pro re nata (p.r.n.) medication practice in acute inpatient mental health care: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 29, 163–168. Doi: [10.1016/j.genhosppsych.2006.12.005](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.12.005).
- Óttar Guðmundsson (2007). *Kleppur í 100 ár*. Forlagið.
- Bowers, L. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412–1422. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.
- Huckshorn, K. N. (2005). Six Core Strategies to reduce the use of Seclusion and Restraint Planning Tool. *National Technical Assistance Center, National Association of State Mental Health Program Directors*, 1–10.
- Lepping, P. (2011). Overestimating patients' capacity. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 355–356. Doi: [10.1192/bjp.bp.111.094938](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.094938).
- Masood, B., Lepping, P., Jones, E., Morris, M., Lewis, M., McEvan, J., Sussex, P., og Owen, G. (2016). National data of coercion in psychiatry in Wales. *British Journal of Mental Health Nursing*, 5(1), 18–24.
- Flammer, E. og Steinert, T. (2015). Involuntary medication, seclusion and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation 2013. *Frontiers in Psychiatry*, 6(53), 1–5. doi: [10.3389/fpsy.2015.00153](https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00153).
- Löggræðislag. 1997 nr. 71 28. maí. Lagasafn. Íslensk lög 1. janúar 2016. Útgáfa 145a.
- Curley, A., Emmanuel, A., Emechebe, A., Anamdi, C., Ng, X. T., Duffy, R., og Kelly, B. D. (2016). Exploring and explaining involuntary care: The relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables. *International Journal of Law and Psychiatry*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.034>.
- Dressing, H. og Salize, H. J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 797–803. DOI [10.1007/s00127-004-0814-9](https://doi.org/10.1007/s00127-004-0814-9).
- Sheehan, K. A. og Burns, P. T. (2011). *Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship: A Neglected Association?* *Psychiatric Services*, 62(5), 471–476.
- Lay, B., Drack, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., og Rössler, W. (2015). Preventing Compulsory Admission to Psychiatric Inpatient Care: Perceived Coercion, Empowerment, and Self-Reported Mental Health Functioning after 12 Months of Preventive Monitoring. *Frontiers in Psychiatry*, 6(161), 1–9. Published 18. Nove,ber 2015. Doi: [10.3389/fpsy.2015.00161](https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00161).
- Jansen, W. A., van de Sande, R., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Bowers, L., Mulder, C. L., Smit, S., Widdershoven, G. A. M., og Steinert, T. (2011). Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 429 – 438. doi:10.1016/j.ijlp.2011.10.008.
- Danzer, G. og Rieger, S. M. (2016). Improving medication adherence for severely mentally ill adults by decreasing coercion and increasing cooperation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80(1), 30–48.
- Richardson, M., Brennan, G., James, K., Lavelle, M., Renwick, L., Stewart, D., og Bowers, L. (2015). Describing the precursors to and management of medication nonadherence on acute psychiatric wards. *General Hospital Psychiatry*, 37, 606–612. Doi: [10.1016/j.genhosppsych.2015.06.017](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.06.017).

34. Bak, J. og Aggernæs, H. (2012). Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, 297 – 302.
35. Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T. W., Onchev, G., Karastergiou, A., Vecchio, V. d., Kiejna, A., Adamowski, T., Torres-Gonzales, F., Cervilla, J. A., Priebe, S., Giacco, D., Kjellin, L., Dembinskas, A., og Fiorillo, A. (2014). Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from EUNOMIA international study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 49, 1619-1629. Doi: 10.1007/s00127-014-0872-6.
36. Janssen, W. A., Noorthorn, E. U., de Vries, W. J., Hutschemakers, G.J.M., Lendemeijer, H.H.G.M. og Widdershoven, G.A.M.(2008). The use of seclusion in the Netherlands compared in and outside Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 463 – 470. Doi: 10.1016/j.ijlp.2008.09.002.
37. Steinert, T. og Lepping, P. (2009). Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *European Psychiatry*, 24, 135-141. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.03.002.
38. Zinkler, M. (2016). Germany without Coercive Treatment in Psychiatry – A 15 month real world experience. *Laws*, 5(15). Doi:10.3390/laws5010015. www.mdpi.com/journal/laws.
39. Lepping, P., Masood, B., Flammer, E., og Noorthorn, E.O. (2016). Comparison of restraint data from four countries. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Doi:10.1007/s00127-016-1203-x. Útgefið rafrænt 4. Maí 2016.
40. Kaltiala-Heino, R., Välimäki, M., Korkeila, J., Tuohimäki, C., og Lehtinen, V. (2003). Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry* 18, 290–295.
41. Eyrún Thorsteinsen og Helga Bragadóttir (2016). Þvingunaraðgerðir í formi nauðungarflygja. *Sjúklingar í áhættuhópi. Skemman*. Háskóli Íslands.
42. Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C., og Tzigilli, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric patients. a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 749-757. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01475.x.
43. Happel, B. og Gaskin, C. J. (2011). Exploring patterns of seclusion use in Australian mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), e1-e8. Fáanlegt á online at www.sciencedirect.com.
44. Strous, R. (2011). Historical injustice in psychiatry with examples from Nazi Germany and others-ethical lesions for the modern professional. Í T. W. Kallert, J. E. Mezzich og J. Monahan (ritstj.) *Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, legal and ethical aspects* (bls. 161-173). West Sussex: John Wiley & Sons.
45. Sigurður Páll Pálsson (2015). Nauðungarvistun á Íslandi frá sjónarhóli laga og siðareglu lækna. *Geðvernd. Rit Geðverndarfélags Íslands*, 44, 11-15.

Jón Snorrason er geðjúkrunarfræðingur og starfar á Réttar- og öryggideildum LSH. Hann hefur undanfarin ár helgað sig fræðslu og rannsóknum tengdum öryggismálum á geðdeildum.

Fagleg og persónuleg þjónusta

Við leiðbeinum skjólstæðingum Sí, einstaklingum með þvagleka og aðstandendum þeirra og veitum ráðgjöf varðandi hjúkrunarvörur.

	0-0.5 dl 0-1 dl	0.5-1 dl 1-1.5 dl	1-1.5 dl 1.5-2 dl	2-4 dl 2-4 dl	4-8 dl 4-8 dl	8-11 dl 8-11 dl	11-14 dl 11-14 dl	14-16 dl 14-16 dl
TENA Men			TENA Men NIVA 2	TENA Men NIVA 3	TENA Men NIVA 4			
TENA Lady	TENA Lady ULTRA MINI	TENA Lady MINI PLUS	TENA Lady NORMAL	TENA Lady EXTRA	TENA Lady SUPER	TENA Lady MAKI	TENA Lady DISCREET PLUS	
TENA Pants					TENA Pants DISCREET	TENA Pants PLUS	TENA Pants SUPER	TENA Pants MAKI
TENA Flex						TENA Flex PLUS	TENA Flex SUPER	TENA Flex MAKI
TENA C								
TENA S								

Hafðu samband og við sendum þér TENA bæklinginn.

Ráðgjöf og úrræði vegna þvagleka

Rekstrarvörur
- fyrir þig og þinn vinnustað

Réttarhálsi 2 • 110 Reykjavík
Sími: 520 6666 • sala@rv.is • rv.is



Viðtalsmeðferð – mat á árangri

Um notkun ORS og SRS mælitækjanna í meðferð á Íslandi

Inngangur:

„Manstu eftir mér? Ég er sá sem leitar eftir þjónustu, sá sem gerir það að verkum að þú ert með vinnu, sá sem gerir það að verkum að það er vinnu að hafa. Ég er skjólstæðingurinn“. Höfundur ókunnur.

Listarnir *Skráning breytinga* (e. ORS-Outcome Rating Scale) og *Mat á viðtali* (e. SRS-Session Rating Scale) eru skalar þróaðir af Scott Miller og samstarfsfólki hans hjá ICCE (International Center for Clinical Excellence). Þeir eru hugsaðir sem tæki til að meta árangur af meðferð og styrk meðferðarsambandsins á milli skjólstæðings og meðferðaraðila, sem kallast á ensku FIT (Feedback Informed Treatment). Sú nálgun byggist á reglulegri endurgjöf frá skjólstæðingi til meðferðaraðila og segir til um hvort meðferðin virki og þá hvað það er sem virkar og/eða virkar ekki. Upplýsingarnar eru nýttar til að laga meðferð að þörfum skjólstæðingsins sem mun aftur skila betri árangri. Það gerir þessa skala sérstaklega gagnlega að þeir geta nýst til að meta árangur viðtals-tækni sem byggð er á hvaða hugmyndafræði sem er. Þeir nýtast einnig í hvaða meðferðarformi sem er, í einstaklingsmeðferð, fjölskyldumeðferð, hópmeðferð og í handleiðslu. Auk þess nýtast þeir í öllum aldurshópum og nýtast öllum fagstéttum sem vinna að breytingum á líðan skjólstæðinga með viðtalsmeðferð. Má þar nefna félagsráðgjafa, fjölskyldumeðferðarfræðinga, sálfræðinga, geðlækna og geðhjúkrunarfræðinga. Þessir skalar hafa nú verið þýddir á íslensku, með leyfi höfunda þeirra, af höfundum þessarar greinar. Skalarnir eru kallaðir á íslensku: *Skráning breytinga* (SB) (e.ORS) og *Mat á viðtali* (MÁV) (e.SRS). Skalarnir hafa verið þýddir á 23 tungumál og hægt er að sækja allar þýðingarnar, þar á meðal þá íslensku, án endurgjalds á heimasíðu Scott Miller á slóðinni



www.scottdmiller.com. Einnig bjóða höfundar upp á námskeið á netinu, svokölluð Webinar þar sem þeir fara yfir hvernig er best að nota listana, lesa úr þeim og bera sig saman við aðra meðferðaraðila hvað varðar árangur í meðferð og aðrar útkomumælingar. Hægt að finna ýmsan fróðleik um þessa lista á heimasíðu ICCE (International Center for Clinical Excellence) og taka þátt í samtali fagfólks sem vill bæta árangur sinn í viðtalsmeðferð og nýtir þessa lista til þess. Slóðin á síðu ICCE er: www.centerforclinicalexcellence.com.

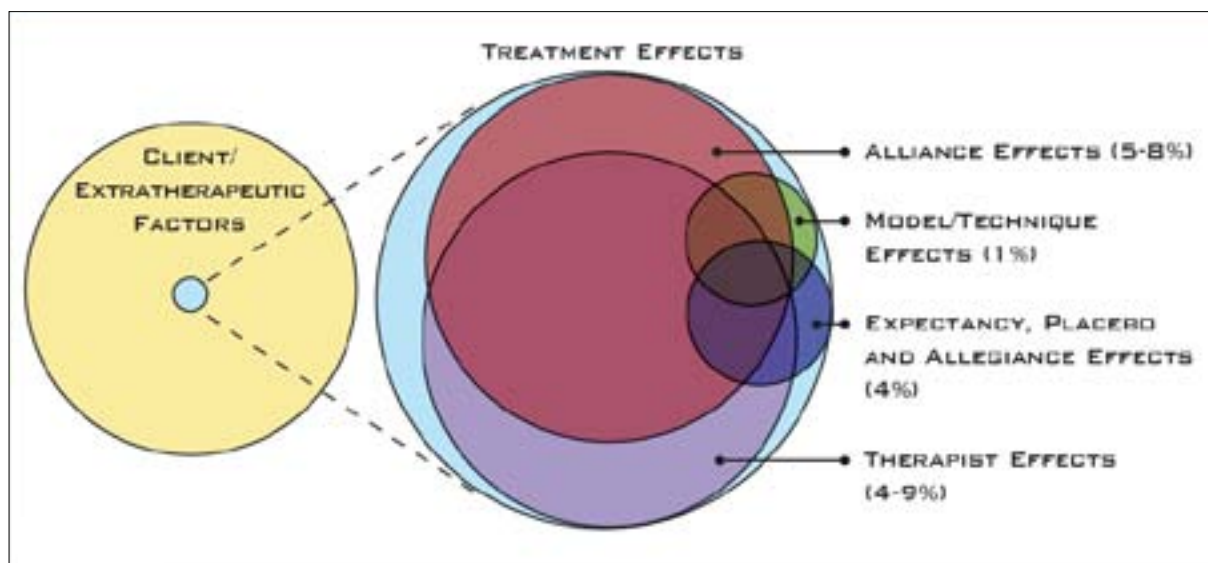
Fræðilegur bakgrunnur

Höfundar ORS og SRS hafa skrifað mikið um hvað það er sem „virkar“ í samtalsmeðferð (1, 2, 3). Fyrsta yfirlitsrannsóknin (e. meta-analysis) kom út árið 1963 um árangur viðtalsmeðferða. Höfundar þessara lista hafa haldið á lofti niðurstöðum fjölmargra rannsókna sem sýna að þrátt fyrir fjölgun meðferðaraðila, meðferðaraðferða, betri þekkingar á geðrænum erfiðleikum og rannsókna á meðferðaraðferðum, hafi árangursmælingar í heild sinni ekki sýnt fram á aukinn árangur, árangurinn sjálfur stendur í stað. Þeir eru sér meðvitandi um að þessi málflutningur hefur valdið óánægju á meðal þeirra sem þróa, rannsaka og veita ýmsar gerðir viðtalsmeðferða. En þeir halda því fram að á meðan fræðimenn og klínískir sérfræðingar séu í skotgröfum og rífast innbyrðis um réttmæti slíkra fullyrðinga, bæti það ekki stöðu þeirra sem leita eftir og þiggi slíkt meðferðartilboð sem viðtalsmeðferðin er. Reyndar er það svo að niðurstöður rannsókna undanfarin 50 ár sýna að meðalmanneskja sem fær viðtalsmeðferð við erfiðleikum sínum er betur sett en 80% af þeim sem fá hana ekki (2, 4). Það þýðir á tungumáli meginlegra rannsóknaraðferða að áhrifastærðin

(e. effect size) sé um 0,8 sem talinn er góður árangur. En áhrifastærðin segir til um hve mikil áhrifin eru af viðkomandi innngripi, eins og til dæmis viðtalsmeðferð. Í heilsuhagfræðilegum rannsóknum hefur einnig komið í ljós að viðtalsmeðferð getur minnkað notkun lyfja, stýtt lengd innlagna og kostnað við heilbrigðisþjónustu um allt að 60-90% (5). Hefur verið sýnt fram á slíkan árangur í einstaklings-, fjölskyldu- og parameðferð (6).

Það er því ekki ágreiningur um það hvort viðtalsmeðferð skili árangri heldur um það hvernig hægt sé að bæta árangurinn enn meir og hvaða þætti þurfi að bæta til að það markmið náist. Höfundar listanna telja mikilvægt að komast að því hvaða þættir það eru sem valda því að viðtalsmeðferð virkar. Endurteknar rannsóknaniðurstöður sýna þó að styrkur meðferðatengsla sé órjúfanlega tengdur árangri meðferðar óháð meðferðartegund og að meðferð virki frekar vegna almennra áhrifapátta (e. common factors) heldur en sértækra áhrifapátta (e. specific factors) (7). Þessar rannsóknir hafa sýnt fram á að þeir almennu áhrifapættir, sem hafa hvað mest áhrif í meðferð, eða þeir þættir sem sjást á Mynd 1 og kallast þar „þættir ótengdir meðferð“ (sjá gulan hring á Mynd 1) eru þar taldir hafa áhrif á 80-87% af jákvæðri útkomu af meðferð þar sem þeir sem fá meðferð eru bornir saman við þá sem fá hana ekki. Þessir þættir eru ótengdir meðferðinni sem slíkri en hafa að gera með hversu skjólstæðingurinn er tilbúinn fyrir breytingar. Þeir lýsa styrk-

leikum hans, björgum og aðlögunarfærni áður en vandinn varð til og meðferð hófst. Þeir lýsa einnig félags- og efnahagslegri stöðu, innri hvötum og áfallasögu. Þá er hluti skýringarinnar á þessum stóra óræða þætti að finna í tölfræðilegum villum og galla í rannsóknasniðum (8). Þeir þættir sem taldir eru hafa áhrif á árangur í viðtalsmeðferðinni sjálfri eru sýndir inni í bláa hringnum á Mynd 1, en þeir eru samtals taldir geta skýrt 13-20% af heildarútkomu viðtalsmeðferðar. Þannig hafa rannsóknir sýnt fram á að það skiptir máli „hver“ veitir meðferðina og hafa rannsóknir sýnt fram á að sumir meðferðaraðilar ná betri árangri en aðrir (9). Aðrir þættir sem þykja skýra um 4% af árangri meðferðar eru væntingar, lyfleysu- og hollustuþættir sem hafa að gera með bæði hugmyndir meðferðaraðilans og skjólstæðingsins um áhrif meðferðarinnar. Annar stór þáttur sem þykir skýra um 5-8% af árangri í meðferð eru gæði sambandsins á milli meðferðaraðilans og skjólstæðingsins (sjá Mynd 1). Þessi þáttur hefur verið rannsakaður sérstaklega undir hugtakinu „hollusta í meðferð“ eða meðferðarsamband (e. therapeutic alliance). Meðferðarsambandið er talið endurspegla að hve miklu leyti skjólstæðingurinn upplifi að hann sé virkur þátttakandi í meðferðinni og þykir það vera lykilþáttur í meðferðarsambandinu. Þannig verður þessi þáttur sá sem skiptir einna mestu máli í að ná fram árangri í viðtalsmeðferðinni sjálfri og samkvæmt höfundum listanna, sem hér er rætt um, er þetta sá þáttur sem þarf að leggja meiri áherslu á til



Mynd 1. Þættir sem hafa áhrif í meðferð (12). Birt með leyfi höfundar.

að bæta árangur viðtalsmeðferðar. Að lokum er sá þáttur sem talinn er hafa minnst áhrif á meðferðarárangur (Mynd 1) en sá þáttur er meðferðarlíkanið eða sú hugmyndafræði eða kenning sem viðkomandi viðtalstækni byggir á. Sá þáttur skýrir einungis um 1% af meðferðarárangri. Meðferðarlíkon og tækni virka best þegar þau ná til skjólstæðingsins og veita innblástur og hvatningu og geta gefið góða undirbyggingu og ramma fyrir viðtalsmeðferð. Rannsóknir hafa þá leitt í ljós að ef skjólstæðingur upplifir skort á ramma og uppbyggingu á meðferð getur það haft neikvæð áhrif á árangur meðferðar (10, 11).

Samkvæmt höfundum ORS og SRS eru tvö mikilvæg atriði sem vert er að hafa í huga til að ná sem bestum árangri í meðferð. Annað atriðið er skipulagt og endurtekið mat á upplifun skjólstæðings, annars vegar á gagnsemi meðferðar og hins vegar á hversu vel meðferðaraðilanum tókst að mæta þörfum hans. Hitt atriðið eru þættir sem rannsóknir hafa sýnt að hafa áhrif á meðferð. Hvað varðar skipulagt og endurtekið mat á upplifun skjólstæðingsins hafa rannsóknir sýnt að með því að meðferðaraðili tileinki sér slík vinnubrögð, til dæmis með notkun ORS og SRS skalanna, geta áhrifin af inngripinu aukist umtalsvert og áhrifastærðin (e. effect size) í útkomumælingum hækkað um helming (11). Samkvæmt sömu rannsókn dró úr brottfalli úr meðferð um helming hjá þeim sem gáfu reglulega endurgjöf á eigin meðferð. Þeim fækkaði um þriðjung sem upplifðu verri líðan þegar meðferð lauk. Innlagnardögum á sjúkrahúsum fækkaði, lengd innlagna styttest um 66% og kostnaður við heilbrigðisþjónustu lækkaði marktækt miðað við skjólstæðinga sem fengu ekki að leggja mat á eigin meðferð, en fyrir þann hóp hækkaði kostnaður við heilbrigðisþjónustu (11). Þeir þættir sem rannsóknir hafa sýnt að hafi áhrif á meðferð eru meðal annars tímalengd, en eftir því sem meðferð dregst á langinn án sjáanlegra breytinga, því meiri líkur eru á brottfalli úr meðferð eða neikvæðri upplifun af meðferð. Annar þáttur er þegar skjólstæðingur svarar því sjálfur hvort honum finnst að meðferðin sé að virka. Slíkt gefur betri vísbendingar um árangur í meðferð en þegar meðferðaraðilinn sjálfur metur árangur meðferðar. Þriðji þátturinn sem gefur góða raun í meðferð er hversu skuldbundinn skjólstæðingurinn er meðferðinni. Ef meðferðarsambandið nær

að styrkjast yfir tímabilið gefur það betri útkomu heldur en ef meðferðarsambandið byrjar sterkt og veikist svo eða stendur í stað (13).

ORS og SRS listarnir:

ORS og SRS listarnir eru mælitæki sem notuð eru til að meta árangur í meðferð og meðferðarsambandið sem byggist á reglulegri endurgjöf (e. feedback) skjólstæðings við meðferðaraðila og falla því mjög vel inn í þá hugmyndafræði meðferðar sem FIT (feedback informed treatment) er. Margrar rannsóknir hafa sýnt fram á góðan innri og ytri áreiðanleika og réttmæti listanna ásamt því að þeir þykja sérlega einfaldir, aðgengilegir og þægilegir í notkun (11, 14). Það tekur innan við fimm mínútur að leggja báða listana fyrir, reikna út stigin og lesa úr niðurstöðunum.

Um Skráning breytinga listann (ORS)

Með ORS listanum er hægt að skrá breytingar á líðan á skala. Hann mælir líðan í fjórum víddum: 1) persónulega velgengni, 2) tengsl við nákomna, svo sem fjölskyldu og önnur nán sambönd, 3) félagslegt umhverfi (vinnu, skóla og vináttu) og 4) almenna líðan, þar sem viðkomandi merkir við „meðal-líðan“ útfrá hinum þremur víddunum. Listinn er lagður fyrir í byrjun tímans og útskýrir meðferðaraðilinn tilganginn og hvað verið er að biðja um. Að því loknu fær skjólstæðingurinn eftirfarandi fyrirmæli:

„Ef þú lítur til baka yfir síðustu viku, dagurinn í dag meðtalinn, getur þú hjálpað mér að skilja hvernig þú hefur verið að upplifa líf þitt, með því að merkja við hversu vel þér hefur gengið á eftirfarandi sviðum lífs þíns, þar sem merki til vinstri er frekar lítil ánægja og hægra megin er frekar mikil ánægja.“

Að því loknu merkir skjólstæðingurinn á línuna, sem er nákvæmlega 10 cm löng, hversu mikla eða litla velgengni viðkomandi upplifir á þessum fjórum sviðum lífs síns. Listinn er lagður fyrir í byrjun hvers tíma. Mikilvægt er að eiga samtal við skjólstæðinginn um að það sem hann merki við eigi við um hvernig honum hafi almennt liðið síðan í síðasta tíma, þar sem það er ríkt í okkur að merkja við hvernig okkur líður hér og nú.

Þegar búið er að merkja við allar línurnar þá eru allar tölurnar lagðar saman til að fá heildarútkomuna. Það er sú tala sem segir okkur hvernig skjólstæðingurinn metur stöðu sína. Þetta er gert

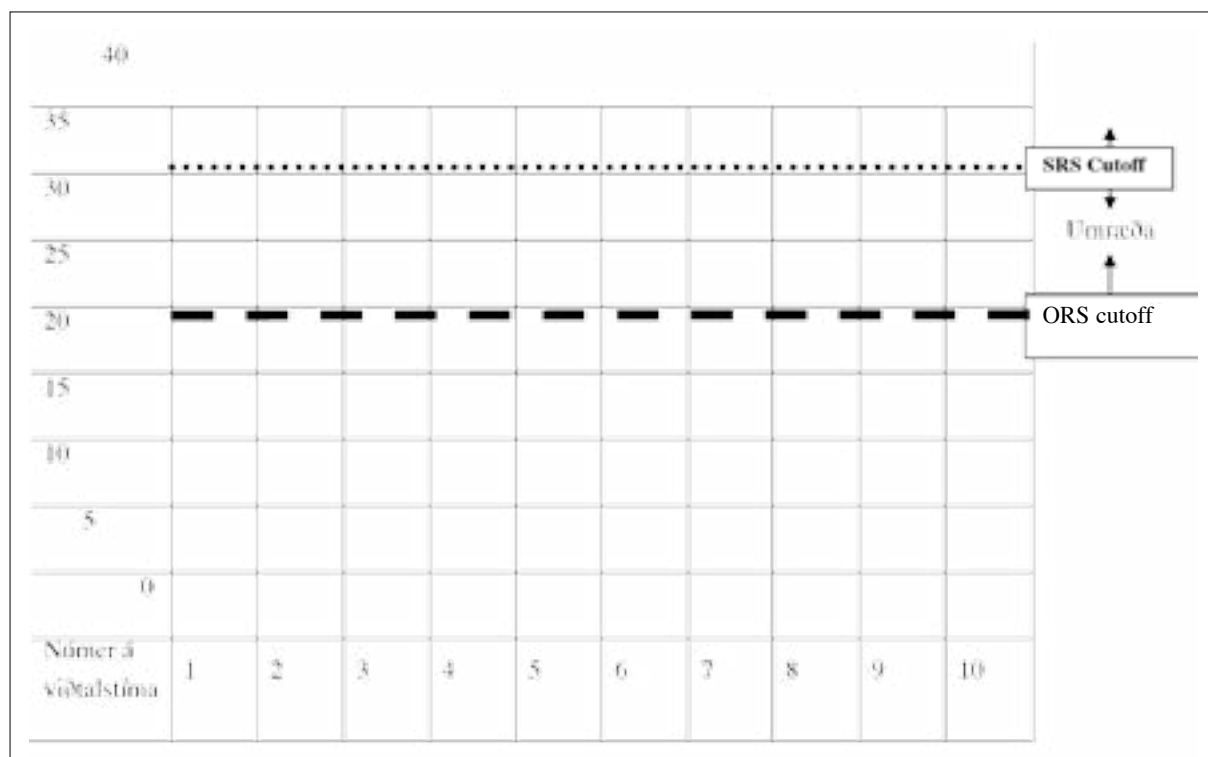
strax eftir að skjólstæðingurinn hefur fyllt listann út. Þá er tilvalið að eiga samtal um það sem hann merkti við. Slitnu línurnar (á 25 og 36) á Mynd 2 sýna klíniska viðmiðið á listunum. Lágur tölur þýða lágt sjálfsmat og/eða mikla vanlíðan. Samkvæmt höfundum listans er meðalskor skjólstæðinga í meðferð á göngudeild geðdeildar á milli 18 og 19 (15). Gott er að byrja á að útskýra fyrir skjólstæðingnum hvar hans tala er á línuritinu sem er sýnt á Mynd 2. Hægt er að útskýra það þannig að þeir sem skora undir 25 stigum er fólk sem er líklegra til að leita aðstoðar, fólk sem upplifir vanda í sínu lífi sem það vill gjarnan breyta en veit ekki hvernig það á að fara að því. Þeir sem skora yfir 25 stig er fólk sem alla jafna upplifir ekki mikinn vanda. Gott er að fá staðfestingu hjá skjólstæðingnum um að hann upplifi sig í þeirri stöðu að hann þurfi aðstoð við að auka velgengni í sínu lífi. Ef skjólstæðingur skorar yfir 25 gæti það verið vísbending um að hann hafi ekki skilið nógu vel leiðbeiningarnar eða að viðkomandi sé kominn til að auka vellíðan sína og/eða til að skoða ákveðna þætti í lífi sínu sem mættu ganga betur. Í íslensku þýðingunni á Skráning á breytingum eru tillögur að því hvernig er hægt að orða spurningarnar. Bæði eru tillögur um orðalag fyrir

þá sem eiga erfitt með að skilja fyrirmælin, fyrir þá sem eru ólæsir eða skilja illa íslensku.

Um Mat á viðtali (SRS) listans

Listinn *Mat á viðtali* er lagður fyrir rétt fyrir lok viðtalstímans. Hann er hugsaður til að meta meðferðarsambandið, þ.e. hvernig skjólstæðingurinn upplifir viðtalið sem er að ljúka.

Það er eins stigakerfi á SRS listanum eins og á ORS listanum. Rannsóknir sýna að níu af hverjum tíu merkja við níu eða hærra á þessum lista. Heildartalan fyrir slíkt svar er þá 36 stig. Ef þerapistinn fær þá útkomu er best að spyrja hann hvort það sé eitthvað sem hægt sé að gera betur. Ef þerapistinn fær fleiri stig en 36 er mikilvægt að hafa í huga að það staðfestir ekki gott meðferðarsamband heldur gæti það þýtt að skjólstæðingurinn sé ekki enn farinn að treysta þerapistanum nóg til að segja eins og er. Ef skorið er undir 36 stigum þarf að ræða það við skjólstæðinginn. Þá er hægt að þakka honum fyrir og segja honum hversu mikilvægt það er fyrir samstarfið að ræða það sem gæti gengið betur. Rannsóknir hafa einnig sýnt að mikilvægt sé að ræða lækkun á SRS skori þar sem það getur bent til misskilnings, að skjólstæðingurinn sé ósammála



Mynd 2. Stigatafla yfir ORS og SRS listana.

markmiði meðferðarinnar eða aðferðinni sem verið er að beita. Það er mikilvægt fyrir fagaðilann að leggja áherslu á að hann sé ekki að leita eftir fullkominni einkunn heldur vilji fá hreinskilið svar til að geta veitt sem besta þjónustu. Það getur verið vísbending um að meðferðin skili ekki árangri ef skjólstæðingurinn gefur stöðugt hæstu einkunn á SRS listanum en ORS talan stendur í stað eða lækkar jafnvel. Þá þarf þerapistinn að fara yfir það með skjólstæðingnum og ræða það, jafnvel með því að taka fram töfluna sem sýnd er á Mynd 2 og fylgir íslensku þýðingunni. Í íslensku þýðingunni á „Mat á viðtali“ eru einnig tillögur að því hvernig er hægt að orða spurningarnar, bæði ef viðkomandi á erfitt með að skilja fyrirsmælin eða ef viðkomandi er ólæs eða skilur illa íslensku.

Notkun á ORS og SRS á Íslandi

Leyfi fyrir því að þýða listana fékkst í kjölfarið á því að einn af höfundum listanna, Scott D. Miller, kom til Íslands vorið 2015 og var með fyrirlestur fyrir nema í fjölskyldumeðferð í EHÍ og fleiri fagaðila. Hann sá hversu mikill áhugi var á því að innleiða þessa hugmyndafræði í viðtalsmeðferð hér á landi og gaf leyfi fyrir því að þeir yrðu þýddir og notaðir hér. Þeir eru nú komnir í notkun í starfi með börnum og unglingum bæði á legudeild BUGL og hjá sjálfstætt starfandi sérfræðingum á stofum sem starfa með unglingum, fullorðnum og fjölskyldum. Þar sem þessir listar hafa verið notaðir á Íslandi eru þerapistar sammála um að skilningur skjólstæðinganna á tilgangi viðtalsmeðferðarinnar hafi aukist, að þeir átti sig betur á sínum þætti í bataferlinu og hversu mikilvæg samvinnan er á milli þeirra og þerapistans. Með virku samtali um það sem mætti betur fara í viðtalinu áttar skjólstæðingurinn sig einnig betur á sínum þætti í að vera virkur í að láta vita ef honum finnst að þerapistinn sé ekki að ræða um það sem hann telur máli skipta og/eða sé ekki að skilja spurningarnar eða til hvers sé ætlast af honum. Það hefur þá einnig þótt mikill kostur að listarnir þykja einfaldir og þægilegir í notkun og er það von höfunda þessarar greinar að fleiri muni tileinka sér þessa nálgun í meðferðarvinnu og nota listana í því skyni.

Heimildir:

1. Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A. (2004). *The Heroic Client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
2. Miller, S.D., Hubble, M.A., Chow, D.L., Seidel, J.S. (2013). The Outcome of Psychotherapy: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1) bls.88–97.
3. Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Í M. J. Lambert (Ritstj.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (bls.139–193). New York: Wiley.
4. Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Ritstj.) (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
5. Kraft, S., Puschner, B., Lambert, M. J., Kordy, H. (2006). Medical utilization and treatment outcome in mid- and long-term outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(2), 241–249.
6. Cummings, N. A. (2007). Treatment and assessment take place in an economic context, always. In S. O. Lilienfeld & W. T. O'Donohue (Eds.), *The great ideas of clinical science: 17 principles that every mental health professional should understand* (pp. 163–184). New York: Routledge.
7. Martin, D.J., Garske, J.P., Davis, M.K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3): bls.438–450.
8. Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2010). Introduction. In B. L.Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.) (pp. 23–46). Washington, DC: American psychological Association.
9. Wampold, B.E., & Brown, G.S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923.
10. Lambert, M. J., Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 143–189). New York: Wiley.
11. Miller, S. D. (2016). *Psychometrics of the ORS and SRS. Results from RCTs and Meta-analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback. The Available Evidence*. Sótt þann 25.09 2016 af slóðinni: <http://www.scotttmiller.com/wp-content/uploads/2016/09/Measures-and-Feedback-2016.pdf>
12. Bertolino, B, Bargmann, S, Miller, S.D., (2012). *Manual 1: What works in therapy: A primer*. The ICCE manuals on feedback informed treatment (FIT).
13. Anker, MA, Duncan, B.L., Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693–704.
14. Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Ritstj.) (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
15. Bargmann, S., og Robinson, B., (2012). *Manual 2: Feedback-Informed Clinical Work: The Basics*. The ICCE manuals on feedback informed treatment (FIT).

Guðlaug M. Júlíusdóttir er félagsráðgjafi MA og fjölskyldumeðferðarfræðingur og sérfræðingur í félagsráðgjöf á heilbrigðissviði.

Helga Þórðardóttir er félagsráðgjafi MA og fjölskyldumeðferðarfræðingur.

Freydís Jóna Freysteinsdóttir er félagsráðgjafi MSW PhD og dósent í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands.

Vímuefnaneysla og önnur áhættuhegðun unglunga með þroskahömlun

Inngangur

Í Bandaríkjunum var nýlega sett lagaákvæði (*Rosa's law*) sem kveður á um að framvegis skuli tala um þroskahömlun (e. intellectual disability) í stað andlegs vanþroska (e. mental retardation) (1). Þá hafa þessar breytingar einnig verið gerðar í nýjustu útgáfu DSM greiningarkerfisins þar sem nú er talað um þroskahömlun. Hugtakið hefur því verið samræmt því sem notað er af Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni, bandarísku samtakanna um vitsmuna- og þroskaraskafnir (AA-IDD) og annarra samtaka (2). Hér eftir verður því notast við hugtakið þroskahömlun þegar fjallað er um einstaklinga með skerta greind, þ.e. greind undir viðmiðum þroskahömlunar.

Þroskahömlun einkennist fyrst og fremst af frávikum í vitsmunaprofnum og aðlögunarþæfni (3). Ýmsar skilgreiningar eru til á þroskahömlun og hefur Alþjóða heilbrigðisstofnunin sett fram eftirfarandi skilgreiningu sem má finna í ICD-10 greiningarkerfinu:

Þroskahömlun er röskun sem er skilgreind á þann veg að andlegum þroska er ábótavant eða hann hefur staðnað. Þetta getur komið fram í vitsmunalegri virkni varðandi tungumál, hreyfingu og ástandi þvi að geta komið fram í félagslegri virkni. Vegna þessa verður aðlögun að umhverfinu alltaf fyrir áhrifum þroskahömlunarinnar. Greining þroskahömlunar verður að byggja á öllum tiltækum upplýsingum, þar með töldum klínískum einkennum, aðlögunarþæfni í samfélaginu og próffræðilegum niðurstöðum (3).

Bandarísku geðlæknasamtökin hafa skilgreint þroskahömlun þannig að vitsmunaleg virkni er undir meðallagi ásamt því að aðlögunarþæfni er skert á þroskatíma einstaklings. Þroskahömlun birtist í því að einstaklingur er verulega félags-



lega vanhæfur ásamt því að hann getur ekki séð almennilega um sjálfan sig áður en hann hefur náð fullorðinsaldri (4, 5). Mikilvægt getur verið að átta sig á nokkrum einkennum fólks með þroskahömlun. Samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-5 þurfa einstaklingar með þroskahömlun að uppfylla þrjú greiningarviðmið. Í fyrsta lagi er viðkomandi vanvirkur á vitsmunalegri virkni sem kemur fram a) í rökhugsun, b) við lausn á vandamálum, c) varðandi dómgreind, og d) við nám og reynslunám. Þessi atriði þarf að staðfesta með klínísku mati ásamt stöðluðu greindarprófi. Í öðru lagi er aðlögunarþæfni ábótavant sem leiðir til þess að ekki næst að uppfylla eðlileg viðmið samfélagsins um þroska og félagslega- og menningarlega þætti. Þessa þætti þarf viðkomandi að búa yfir til að geta notið persónulegs sjálfstæðis og axlað félagslega ábyrgð. Án viðvarandi stuðnings leiðir takmörkunin á aðlögunarþæfni til raskana á einu eða fleiri af eftirfarandi sviðum: a) í samskiptum og félagslegri þátttöku, b) getu til að lifa sjálfstæðu lífi á heimili, í skóla, vinnu og í samfélaginu (4).

Þroskahömlun er að auki skipt niður í ákveðin stig eftir alvarleika og eru þau fjögur: a) væg þroskahömlun, b) þroskahömlun í meðallagi, c) alvarleg þroskahömlun og d) djúpstæð þroskahömlun (1). Greiningarkerfið ICD-10 notast við mælitölur til að skipta þroskahömlun í fyrrgreinda flokka (Tafla 1):

Tafla 1. Alvarleiki þroskahömlunar flokkuð eftir greindartölu (6, 7).

Alvarleiki þroskahömlunar:	Greindartala (IQ):
Væg (e. mild)	50-69
Í meðallagi (e. moderate)	35-49
Alvarleg (e. severe)	20-34
Djúpstæð (e. profound)	Lægri en 20

Um 85% einstaklinga með þroskahömlun hafa vægar þroskaraskanir. Margir þeirra geta blandast samfélaginu nokkuð eðlilega en koma jafnvel fyrir sjónir sem „hægir“ einstaklingar og þurfa einhvern stuðning. Að öðru leyti geta þeir aðlagast skóla, fjölskyldu, vinnu og öðrum félagslegum stofnunum (1).

Í DSM-5 er lögð aukin áhersla á aðlögunarhæfni sem er skilgreind sem vitsmunaleg virkni í daglegu lífi eða getan til sjálfstæðrar virkni, með tilfinningu fyrir samfélagslegri ábyrgð. Þessi virkni kemur fram í skilningi á tíma, gildi peninga og túlkun á félagslegu umhverfi. Auk þess kemur aðlögunarhæfni fram í getu til að mæta persónulegum þörfum svo sem að borða og klæða sig. Þessi atriði er mikilvægt að meta þar sem þau segja til um hvort og hversu mikið sjálfstæður einstaklingurinn er og hversu mikillar þjónustu hann þarfnast (8).

Þrátt fyrir að unglingar með þroskahömlun hafi náð að aðlagast samfélaginu geta komið upp vandamál á borð við neyslu áfengis og annarra vímuefna (1). Unglingar með þroskahömlun eru líklegri til að einangrast en aðrir unglingar og er það ákveðinn áhættuþáttur þess að fara út í vímuefnaneyslu. Talið er að vímuefnaneysla dragi úr einangrun fólks með þroskahömlun og deyi þann sársauka og vanlíðan sem getur fylgt einangruninni (11). Þó benda rannsóknir til þess að þroskahamlaðir unglingar noti og misnoti vímuefni í minni mæli en ungmennti sem ekki eru með þroskahömlun (11) ásamt því að þeir misnoti efnin sjaldnar (11, 12) og byrji seinna í neyslu vímuefna en aðrir unglingar (12).

Aðgengi að vímuefnum hefur samt verið að aukast hjá þessum hópi og líkur á að þroskahamlaðir unglingar misnoti vímuefni hafa aukist í takti við aukna þátttöku í samfélaginu. Þetta getur haft áhrif á það hvort sá sem er með þroskahömlun tengist samfélaginu og upplifi almenna lífshamingju (9). Þá hafa rannsóknir á gögnum frá heilsugæslunni í Bandaríkjunum sýnt að 2,6% allra þeirra sem búa við þroskahömlun eigi við greinanlegan vímuefnavanda að stríða (10).

Unglingar með þroskahömlun geta upplifað alvarlegar afleiðingar vímuefnaneyslu, t.d. forðóma, minni félagslega virkni ásamt alvarlegum veikindum (9). Unglingar með þroskahömlun virðast síður leita sér aðstoðar við vanda sínum en aðrir unglingar í sömu sporum og ef þeir leita

sér aðstoðar er alls ekki víst að sú aðstoð sem er í boði henti þeim (1).

Sú aðstoð sem veitt er í upphafi þeim unglungum sem eiga við vímuefnavanda að stríða hér á landi er á vegum félagsþjónustu sveitarfélaganna. Slík aðstoð felst í félagslegum stuðningi í þeim tilgangi að rjúfa einangrun. Stofnanir fyrir börn sem eiga við vímuefnavanda að stríða eru nokkrar. Jafnan byrja unglingar á því að fara í greiningu og meðferð á Stuðlum en síðan er möguleiki á áframhaldandi vistun á meðferðarheimilum eða í styrktu fóstri. Þar er þó ekki boðið upp á sérhæfða vímuefna meðferð (13). Boðið er upp á vímuefna meðferð á Landsspítala Háskólasjúkrahúsi (14) og á vegum Samtaka áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (15). Þessi meðferðarinnngrip taka ekki sérstakt tillit til unglunga með þroskahamlanir heldur njóta allir sömu meðferðar.

Nefnd um samhæfða þjónustu við börn með alvarlegar þroska- og geðraskanir lagði til að málefnum barna með þroskahömlun yrði sinnt samkvæmt lögum um málefni fatlaðs fólks og ætti þessi þjónusta að vera veitt á vegum sveitarfélaganna. Þá ættu börn einnig að njóta úrræða samkvæmt barnaverndarlögum ef þess væri talin þörf. Gera átti ráð fyrir því að þjónustan gæti haldið áfram fram yfir 18 ára aldur (16). Ekki hefur þó orðið að sérhæfðu úrræði fyrir börn með þroskahömlun og vímuefnavanda enn sem komið er. Markmiðið með þessari rannsókn var að kanna umfang mála á Stuðlum, þar sem þroskahömlun kemur við sögu og vanda þessara einstaklinga sem birtist í áhættu hegðun þeirra. Jafnframt var markmiðið að kanna meðal sérfræðinga á sviðinu hvaða meðferð þeir teldu gagnast einstaklingum best sem væru með þroskahömlun og vímuefnavanda.

Rannsóknarspurningar voru eftirfarandi: 1) Eru unglingar með þroskahömlun líklegri til að eiga við vímuefnavanda að stríða og aðra áhættu hegðun en aðrir unglingar sem hafa verið vistaðir á Stuðlum? 2) Hvernig er unnið með unglungum með þroskahömlun sem þurfa á vímuefna meðferð að halda hér á landi? 3) Hvaða aðferðir og áherslur eru taldar skila bestum árangri þegar unnið er með einstaklinga með þroskahömlun samhliða vímuefnavanda?

Aðferð

Rannsóknin skiptist í tvennt. Í öðrum hlutanum voru gögn frá meðferðarstöðinni Stuðlum inni-



haldsgreind. Í þeim voru greindar tölur bornar saman við áhættumat meðal ungmenna. Sálfræðiskýrslur voru innihaldsgreindar og var farið yfir gögn frá árunum 2009 til 2012 sem snertu 132 einstaklinga. Hinn hlutinn snéri að því að kanna viðhorf fagfólks til málefnsins og úrræða fyrir þennan hóp ungmenna. Tekin voru viðtöl við fjóra fagaðila sem koma að málefnum ungmenna með þroskahömlun og vímuefnavanda.

Þátttakendur

Þátttakendur í viðtölunum voru einn félagsráðgjafi og þrír sálfræðingar sem rannsakarandi taldi að gætu víkkað þekkinguna á viðfangsefninu. Viðmælendur voru fjórir sem eiga það sameiginlegt að koma að málefnum þroskaskertra unglunga sem eru í áhættu hegðun, þar á meðal í vímuefnaneyslu. Tekin voru viðtöl við félagsráðgjafa hjá Fangelismálastofnun, sálfræðing og fyrrum forstöðukonu á Stuðlum, sviðstjóra meðferðar- og fóstursviðs hjá Barnaverndarstofu og að lokum deildarstjóra skóla- og fjölskyldudeildar Vesturgarðs. Nöfn þátttakenda voru fengin með ábendingum úr ýmsum áttum og var leitast við að fá sjónarmið fagfólks sem starfar á mismunandi stöðum en koma að þessum málaflokki.

Gögn voru yfirfarin á Stuðlum sem snertu 132 börn á aldrinum 12-18 ára, þar af 82 drengi og 50 stúlkur. Einungis var að finna heildargreindartölu hjá 65 einstaklingum en í skýrslum frá Stuðlum var ekki að finna upplýsingar um heildartölu hjá 67 einstaklingum og voru gögn þeirra því ekki innihaldsgreind.

Mælitæki

Tvö mælitæki eru notuð við greiningar á Stuðlum. Annars vegar áhættu- og þjónustumat (e. youth level of service/case management inventory (YLS/CMI)) og hins vegar greindarpróf Wechslers. Þessar mælingar voru notaðar í rannsókninni.

Áhættu- og þjónustumatið er unglingaútgáfa af öðru sambærilegu áhættu- og þjónustumati fyrir fullorðna (e. level of service/case management inventory (LS/CMI)). Þetta áhættumat sem notast er við á Stuðlum er lagt fyrir alla unglunga sem dvelja á meðferðardeild Stuðla. Kerfið kemur upphaflega frá Kanada og er notað til að meta áhættuþætti. Meðferðarþörf er síðan metin út frá þeim niðurstöðum. Innri áreiðanleiki (e. internal consistency) og áreiðanleiki matsaðila (e. interra-

ter reliability) hefur reynst hár. Auk þess hefur forspárréttmæti (e. predictive validity) matsins reynst gott (17).

Rannsóknir Andrews, Bonta og Hoge (18) á áhættu hegðun ungmenna hafa sýnt að ákveðnir þættir spái fyrir um frekari vanda síðar á lífsleiðinni, einkum er varðar andfélagslega hegðun og vímuefnaneyslu. Með áhættu- og þjónustumatinu er leitast við að meta þessa þætti. Átta áhættuþættir koma fram í gögnunum frá Stuðlum í niðurstöðunum úr áhættu- og þjónustumatinu. Grunnþættirnir eru fjórir; a) saga um afbrotahegðun, b) andfélagslegur persónuleiki/hegðun, c) andfélagsleg hugsun og d) andfélagslegir vinir. Hinir fjórir þættirnir eru áhættuþættir sem tengjast a) fjölskyldu, b) skóla/vinnu, c) frístundum/afþreyingu og d) vímuefnamisnotkun. Í rannsókninni var greind borin saman við þrjá þætti úr áhættu- og þjónustumatinu. Þessir þættir voru metnir á skölum. Áhættuþættirnir eru metnir sem miklir eða litlir eftir því hvaða tölu einstaklingur fær á áhættumatinu. Þar af leiðandi er 0 alltaf minnst en það er mismunandi hversu hátt skalinn fer eftir því hvaða þættir eru skoðaðir. Þá eru tölur stundum settar saman til að sjá skýrari mun á lægra og hærra skori. Í þessari grein er aðallega fjallað um niðurstöður úr áhættumatinu er varðar vímuefnanotkun.

Greindarprófið sem notast er við á Stuðlum er greindarpróf Wechslers fyrir grunnskólabörn á aldrinum 6-16 ára (WISC-IV-ís). Greindarpróf Wechslers hafa haft mikil áhrif á sálfræðilegt mat, enda þau próf sem hafa verið rannsökuð hvað mest. Rannsóknir hafa bæði miðað að klínísku notagildi og tölfræðilegum eiginleikum. Prófið inniheldur fjóra hluta sem meta ákveðna þætti greindarinnar: a) málstarf, b) skynhugsun, c) vinnsluhraða og d) vinnsluminni. Greind er síðan metin út frá frammistöðu í þessum fjórum þáttum og þeir teknir saman í eina tölu sem segir til um greindartölu. Á greindarprófinu er meðaltal í hverjum aldurshópi 100 og liggur frammistaða flestra á bilinu 85-115 sem telst meðalgreind. Á undirprófunum eru einnig reiknaðar út mælitölur þar sem meðaltalið er 10, þar er frammistaða flestra á bilinu 7-13 (19). Gögnunum var skipt í tvo flokka, þeir sem mælst höfðu undir 70 í greind og þeir sem höfðu mælst með 70 og yfir í greind.

Gerður var spurningavísir sem hafður var til hliðsjónar í viðtölunum við þá sérfræðinga

sem tekin voru viðtöl við í eigindlegum hluta rannsóknarinnar. Spurningavísirinn samanstóð af spurningum um: a) bakgrunn viðmælenda, b) hvernig störf þeirra tengdust málaflokknum og c) meðferð fyrir þennan hóp unglunga og fram-tíðarhorfur.

Gagnaúrvinnsla

Tölfræðiforritið SPSS var notað til að setja upp tíðnitöflur til að fá samanburð milli greindar og áhættumats úr gögnunum frá Stuðlum. Eigindlegu viðtölin voru afrituð, lesin og þemagreind. Sameiginleg þemu fengust með því að lesa viðtölin nokkrum sinnum með það að markmiði að finna sameiginlega þætti sem þóttu athyglisverðir eða áhugaverðir (20).

Siðferðileg álitamál

Annar rannsakandinn hafði áður verið starfsmaður Stuðla og hefði það mögulega getað haft áhrif á hlutleysi í rannsókninni. Bæði var hugað að hlutleysi með því að skoða eingöngu gögn en ekki taka viðtöl við skjólstæðinga og þannig leitast við að draga úr hlutdrægni í þessu samhengi. Þá þekkti annar rannsakandinn til þeirra barna sem gögnin fjölluðu um vegna fyrri starfa sinna en gögnin voru gerð ópersónugreinanleg, svo starfsmaðurinn þekkti ekki börnin í gögnunum. Gögnin voru þannig ekki skoðuð undir nafni. Gögnin voru einungis notuð á viðeigandi hátt í samræmi við rannsókn þessa.

Þar sem um fyrrverandi starfsmann var að ræða var ákveðið af stjórnendum Stuðla að Stuðlar myndu verða ábyrgðaraðilar á þeim gögn-um sem rannsökuð voru í tengslum við leyfisveitingar frá Vísindasiðanefnd og Persónuvernd, þar sem um viðkvæm gögn var að ræða. Leyfi frá Vísindasiðanefnd í samræmi við Persónuverndarlög nr. 77/2000 (21) fékk tilvísunarnúmerið

VSNb2013090003/03.07 og leyfið frá Persónuvernd fékk málsnúmerið: 2013/1116.

Niðurstöður

Í rannsókninni var sett fram sú tilgáta að lægri greind leiddi til hærra skors (stiga) á áhættumati meðal ungmenna sem hafa verið á meðferðardeild Stuðla. Það má segja að tilgátan sé staðfest að hluta til. Þegar greind var borin saman við þáttinn úr áhættumati sem var vímuefnamisnotkun voru helstu niðurstöður að þeir sem mældust undir 70 stigum í greind skoruðu mun hærra á þeim áhættuþætti sem sneri að vímuefnamisnotkun. Einnig skoraði sá hópur hærra í afbrotasögu samanborið við þá sem voru með hærri greind. Báðir hóparnir skoruðu hins vegar svipað á þættinum persónuleiki/hegðun.

Greind

Í töflu 2 má sjá skiptingu eftir greind og undirþáttum greindarprófsins. Undirþættirnir eru mál-skilningur, skynhugsun, vinnsluminni og vinnsluhraði. Meðalgreind hjá þeim 65 einstaklingum sem fengu heildargreindartölu var 82,5 og var lægsta greindartalan 47 og sú hæsta 113. Þessi gögn sýna að meðalgreind þessa hóps var undir mörkum þroskahömlunar, sem miðast við 85, þar af mældust 83% með greind yfir greindartölunni 70 og 17% með greind undir greindartölunni 70.

Vímuefna misnotkun

Á áhættuþættinum vímuefnamisnotkun (YLS) virtist meirihlutinn skora hátt á þeim kvarða. Af þeim sem mældust með 70 og yfir í greind, voru jafn margir með eitt eða tvö stig annars vegar og hins vegar með þrjú, fjögur eða fimm. Þeir sem voru með undir 70 í greind skoruðu nær allir þrjú, fjögur eða fimm stig eða 80% þeirra, á móti 42% þeirra sem voru með 70 og yfir í greind. Þannig

Tafla 2. Greindarpróf og undirþættir þess.

	Mál-skilningur	Skynhugsun	Vinnsluminni	Vinnsluhraði	Heildartala
Fjöldi (N)	118	111	115	117	65
Meðaltal	84,9	86,6	85,8	85,2	82,5
Miðgildi	84	86	86	83	79
Staðalfrávik	16,76	14,35	15,52	14,67	15,19
Lægsta gildi	45	56	48	45	47
Hæsta gildi	136	124	137	125	113

mældust þeir sem voru með undir 70 í greind með mun meiri vímuefnavanda en þeir sem voru yfir 70 í greind. Meðalskor þeirra sem voru með 70 og undir í greind var 3,20, en meðalskor þeirra sem voru með 70 og yfir í greind var 2,16 á sama þætti. Marktækur munur var á hópunum tveimur. Þeir sem mældust undir 70 í greind voru líklegri til að hafa misnotað vímuefni en þeir sem mældust með 70 og yfir í greind ($t(53)=2,09$, $P=0,04$). Því má svara fyrstu rannsóknarspurningunni játandi.

Niðurstöður úr greiningum viðtala í eigindlegum hluta rannsóknarinnar sýna að þar sem ekki eru til sérhæfð meðferðarúrræði fyrir unglunga með þroskahömlun og vímuefnavanda hér á landi, fara þessir einstaklingar í einhverjum tilvikum í úrræði fyrir unglunga almennt sem eiga við vanda að stríða. Til dæmis fara sumir þeirra í styrkt fóstur eða fá aðstoð í gegnum fjölkerfameðferð MST. En fjölkerfameðferðin er ekki ætluð þeim sem eru með þroskaraskanir samkvæmt einum viðmælendanna í rannsókninni. Svarið við rannsóknarspurningu tvö er því á þá leið að unglingar með þroskahömlun og vímuefnavanda hafa einungis aðgang að meðferðarúrræðum sem ætluð eru unglungum með greind innan eðlilegra marka og vímuefnavanda. Engin sérhæfð úrræði eru í boði fyrir þennan hóp.

Þriðja og síðasta rannsóknarspurningin var eftirfarandi: Hvaða aðferðir og nálgun eru talin skila bestum árangri þegar unnið er með þroskahömlun samhliða vímuefnavanda hér á landi? Samhljómur virtist vera meðal viðmælenda um að meðferð eða aðstoð fyrir unglunga með þroskahömlun þurfi að vera viðeigandi fyrir þann hóp. Að sögn viðmælenda þarf aðstoð við þennan hóp að vera einstaklingsmiðuð, hún gæti tekið lengri tíma en hjá öðrum unglungum auk þess sem þjónustan þarf að vera viðvarðandi öll unglingsárin og fram á fullorðinsaldur. Það þarf því alltaf að hugsa þjónustuna til lengri tíma og í stærra samhengi en einungis sem meðferðarinnlög. Það er ljóst að þegar niðurstöður eigindlegra viðtala eru skoðaðar er lögð áhersla á að einfalda meðferðarnálgun sem kemur að þeim sem eru með þroskahömlun. Niðurstöður sýna að mat fagaðilanna sé að nálgun þurfi að vera frábrugðin þeirri almennu nálgun sem nú tíðkast, einna helst þarf meðferð að vera einfölduð. Öll fræðsla, kennsla og almenn samskipti ættu að vera með einföldu sniði, því þroskahamlaðir unglingar eiga

í mörgum tilvikum erfiðara með að tileinka sér námsefnið og skilningur þeirra er yfir höfuð minni en hjá öðrum unglungum.

Nokkrar aðferðir sem nota má í vinnu með þroskahömluðum unglungum komu til tals hjá viðmælendum rannsóknarinnar sem flestar lúta að einföldun á meðferðarnálgun. Mögulegt er að nota myndræna fræðslu til að auka skilning meðal þroskahamlaðra unglunga og í framhaldi af því hefur gefist vel að teikna hluti upp, í bland við eða í stað þess að skrifa eða ræða um hlutina. Þá hefur það gefist vel að búa til dæmisögur til að kenna þeim sem hægt er að vísa til þegar vandamál koma upp. Einnig kom fram að mikilvægt er að nota skýr markmið þegar einstaklingar með þroskahömlun eiga í hlut. Nauðsynlegt er að ætla sér meiri tíma þegar unnið er með þroskahömluðum unglungum, meðal annars vegna þess að það þarf að endurtaka hlutina oftar en þegar unnið er með aðra unglunga. Þá töldu sumir viðmælendanna að mikilvægt væri að finna styrkleika hjá þessum unglungum, ásamt því að greina áhugamál þeirra. Það töldu þeir skila meiri árangri en ef einblínt er á veikleikana og það sem mætti betur fara.

Viðmælendur töldu jafnframt að langtímaúræði, þar sem notast er við viðeigandi orðræðu, væru hentug fyrir hópinn. Þá nefndu tveir viðmælendur ART þjálfun (*Aggression Replacement Training*) sem góðan kost fyrir þá sem eiga erfiðara með skilning. Slík þjálfun er notuð þegar kenna á félagsfærni, reiðistjórnun og siðfræðilega rökræðu. Þá nefndi einn viðmælendanna að ART hefði verið þróað sérstaklega fyrir þroskahamlaða. Einnig var nefnt að það hefði gefist vel að nota áhugahvetjandi samtal þegar rætt er við unglunga með þroskahömlun og foreldra þeirra.

Umræða

Rannsókn sem þessi hefur ekki áður komið á sjónarsviðið hér á landi. Niðurstöðurnar úr gögnunum frá Stuðlum eru nokkuð merkilegar, sérstaklega í ljósi þess hversu margir unglingar með þroskahömlun voru vistaðir á meðferðardeild Stuðla á þessum tíma. Athyglisvert er að sjá að unglingar með þroskahömlun sem dvöldu á Stuðlum voru marktækt líklegri til að eiga við vímuefnavanda að stríða en aðrir unglingar sem dvöldu á Stuðlum á sama tímabili. Þörf virðist vera á að laga meðferðina á Stuðlum sérstaklega að þeim unglungum

sem eru með þroskahömlun. Þannig þyrfti að bjóða upp á sérstaka og öðruvísi meðferð fyrir þá unglunga sem eru með þroskahömlun heldur en þá meðferð sem er í boði fyrir aðra unglunga. Meðferð sem tekur betur mið af þroskastigi unglunganna gæti þannig verið mun árangursríkari, sérstaklega þegar um þroskahömlun er að ræða.

Niðurstöður eigindlegu viðtalanna voru í samræmi við þær rannsóknir sem hafa verið gerðar á unglungum með þroskahömlun. Í viðtölunum komu fram ýmiskonar hugmyndir um meðferð sem gagnast gæti þroskahömluðum betur en hefðbundin meðferð. Má þar nefna myndræna uppsetningu og að gefa endurtekin skýr skilaboð.

Mikilvægt er að skoða reynslu ungmenna með þroskahömlun og vímuefnavanda á mismunandi úrræðum og kerfum sem hver hópur fyrir sig hefur aðgang að (9) og það þarf að taka tillit til þarfa þessa hóps sem eru frábrugðnar þörfum þeirra sem ekki eru með þroskahömlun (22). Þá benda fræðileg skrif til þess að 12 spora líkanið og hugræn atferlismeðferð henti ekki eins vel fyrir þennan hóp og aðra (9). Rannsóknir hafa sýnt að meðferðaraðilar sem vinna með fólki með þroskahömlun telji sig ekki hafa þá þekkingu eða færni sem þarf til að leggja mat á færni og veita meðferð fyrir þroskahamlaða sem eiga við vímuefnavanda að stríða. Þeir sem eru með þroskahömlun eiga við vitsmunalegar takmarkanir að stríða sem hindra skilning þeirra á meðferðarhugtakinu. Þetta getur leitt til þess að aðrir sem eru í meðferð, og eru ekki með þroskahömlun, muni stimpla þá einstaklinga sem eru þroskahamlaðir, taka þeim illa eða útiloka þá frá meðferðinni (23).

Þau vandamál sem unglingar með þroskahömlun kljást við geta verið svipuð þeim sem hrjá aðra unglunga. Ætla má út frá niðurstöðum rannsóknarinnar að vandamál eins og vímuefnaneysla geti átt upptök sín á sama hátt og hjá öðrum unglungum. Niðurstöðurnar benda til þess að það þurfti að grípa inn í án tafar, ef einstaklingur byrjar að sýna áhættu hegðun í grunnskóla og meðal annars meta hvort viðkomandi sé með þroskahömlun. Æskilegt væri að huga að þessum einstaklingum mun fyrr en virðist vera gert í mörgum tilvikum. Mögulegt er að átta sig á getu þessara barna strax í leikskóla eða fyrstu bekkjum grunnskóla og hefja þá forvarnavinnu sem dregur úr líkum á því að þessi börn leiðist út í vímuefnaneyslu og aðra áhættu hegðun, til dæmis

með því að vinna markvisst að því að auka félagslega virkni þeirra og veita þeim námsefni við hæfi.

Mikilvægt er að kennsla í skólum sé öðruvísi fyrir börn með þroskahömlun því þau geta átt í verulegum erfiðleikum með skilning og nám. Kennslan þarf því að vera við þeirra hæfi. Það getur verið gott að finna styrkleika hjá hverjum og einum og mögulegt væri að byggja kennslu í skólanum á þeim þáttum, t.d. að kenna námsgreinar eins og stærðfræði eða íslensku í gegnum tónlist eða bjóða upp á aðrar námsbrautir og auka við verknám þar sem unnið er með höndunum. Öll nálgun yrði líklegri til að verða árangursríkari ef hún væri hugsuð út frá þeirri greind eða hæfni sem hver og einn býr yfir.

Veita þarf sérstaka athygli þeim börnum og unglungum sem flosna upp úr skóla. Að eiga erfitt með nám og að falla ekki inn í hópinn getur haft áhrif á þann félagsskap sem viðkomandi velur sér, ekki síst meðal einstaklinga með þroskahömlun (9). Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa vísbendingu um að auðveldara geti verið að plata þá sem eru með þroskahömlun út í óæskilegar athafnir eins og vímuefnaneyslu og afbrot, og því séu þeir mögulega í sérstökum áhættuhópi.

Nokkrar takmarkanir eru á rannsókninni. Ákvörðun var tekin um að ekki skyldi taka viðtöl við unglunga. Því er ekki komið inn á sjónarhorn þeirra sem eiga í hlut. Það var ekki talið skila tilætlunum árangri vegna vitsmunalegrar getu þeirra, erfiðleika við að nálgast unglunga með þroskahömlun og mögulega erfiðleika að sitja í viðtali. Miklar vangaveltur fóru hins vegar fram um hvort ætti að taka viðtöl við foreldra þeirra þar sem mikilvægt er að rödd þeirra fái að heyrast. Það var hins vegar ákveðið að einblína á fagfólk að þessu sinni.

Hvetja þarf til áframhaldandi rannsókna á sviðinu. Mögulega væri hægt að skoða málsefnið út frá stærra samhengi. Næstu skref í rannsóknum gætu snúið að því að kanna hversu stórt vandamálið er utan þessa afmarkaða hóps sem kemur á meðferðardeild Stuðla. Ekki síst í ljósi þess hve stór hluti þeirra unglunga sem dvöldu á Stuðlum voru með þroskahömlun. Þar sem hlutfall unglunga með þroskahömlun, af þeim unglungum sem fóru í meðferð á Stuðlum á tilteknu tímabili, er mjög hátt, er ástæða til að ætla að unglingar með þroskahömlun hér á landi gætu verið í meiri hættu á að leiðast út í vímuefnaneyslu en aðrir



unglingar. Því er mikilvægt að kanna hve stór hluti unglunga með þroskahömlun eiga við vímuefnavanda að etja úti í samfélaginu. Einnig væri áhugavert að rannsaka hversu viðamikili vanda málið er hjá fullorðnu fólki með þroskahömlun.

Þessi rannsókn hefur bætt við þekkingu sem snýr að málefnum unglunga með þroskahömlun, í það minnsta hér á landi. Vímuefnaneysla og önnur vandamál eru staðreynd hjá hluta þessa hóps sem ekki er hægt að horfa framhjá. Unglingar með þroskahömlun, sem eiga við vímuefnavanda að stríða, þurfa og eiga rétt á aðstoð líkt og aðrir unglungar. Færa má rök fyrir því að unglungar með þroskahömlun þurfi enn frekari aðstoð vegna skerðinga sinna og þeirra ríku þjónustuparfa sem þeir búa við. Þegar öllu er á botninn hvolft skiptir það mestu máli að börnum og unglingum með þroskahömlun sé sinnt af mannkærleika og á árangursríkan hátt svo þau geti lifað sem bestu lífi þrátt fyrir takmarkanir sínar. Það er samfélagsleg skylda okkar að gera það sem við getum til að vernda börn með þroskahömlun fyrir vímuefnavanda og annarri áhættuhegðun.

Heimildaskrá

1. Quintero, M. Substance abuse in people with intellectual disabilities [Rafræn útgáfa]. Social Work Today, 2011; 11(4). 26.
2. American Psychiatric Association. Intellectual disability. 2013. Sótt 28. september 2013 af <http://www.dsm5.org/Documents/Intellectual%20Disability%20Fact%20Sheet.pdf>.
3. Katz, G. og Lazcano-Ponce, E. Intellectual disability: Definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. Salud publica Mex. 2008; 50(2). 132-141.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013.
5. Baumeister, A. Mental Retardation. [rafræn útgáfa]. Am Psychol. 1987; 42(8), 796-800.
6. Greiningar-og ráðgjafarstöð ríkisins. Þroskahömlun. E.d. Sótt 8. október 2013 af <http://www.greining.is/fagsvid/fagsvid-throskahamlana/um-throskahomlun/>.
7. Tryggvi Sigurðsson. Forvarnir og meðferðarleiðir vegna hegðunar- og geðraskana. In Bryndís Halldórsdóttir, Jóna G. Ingólfsdóttir, Stefán J. Hreiðarsson og Tryggvi Sigurðsson. ed., Þroskahömlun barna: Orsakir-eðli-íhlutun. 2008: 77-86. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
8. Kaufmann, W. Intellectual disability's DSM-5 debut. 2013. Sótt af <http://sfari.org/news-and-opinion/specials/2013/dsm-5-special-report/intellectual-disabilitys-dsm-5-debut/>.
9. Slayter, E. M. Not immune: access to substance abuse treatment among medicaid-covered youth with mental retardation [rafræn útgáfa]. Journal of Disability Policy Studies. 2010; 20(4), 195-204.

10. Slayter, E. M. Demographic and clinical characteristics of people with intellectual disabilities with and without substance abuse disorders in a medicaid population. [rafræn útgáfa]. Intellectual and Developmental Disabilities. 2010; 48(6), 417-431.
11. Cocco, K. og Harper, D. Substance use in people with mental retardation: A missing link in understanding community outcomes? [rafræn útgáfa]. Rehabilitation Counseling Bulletin. 2002; 46, 34-42.
12. Bachman, S., Drainoni, M. og Tobias, C. Medicaid managed care, substance abuse treatment and people with disabilities. Health and Soc work, 2004; 29, 189-196.
13. Velferðarráðuneytið. 6.3.2. Meðferðarúrræði fyrir börn og unglunga. E.d. Sótt af <http://www.velferðarraduneyti.is/utgefing-efni/utgafa/samantekt-fjolskyldurads-um-malefni-fjolskyldunnar-nr/1017>.
14. Landspítali háskólasjúkrahús. E.d. Sótt af <http://www.landspitali.is/?PageID=14182>
15. Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. Ársrit 2007-2010. E.d. Sótt af <http://saa.is/samtokin/um-saa/utgefing-efni/arsrit-saa-2007-2010/>
16. Velferðarráðuneytið. Skýrsla nefndar um samhæfða þjónustu við börn með alvarlegar þroska- og geðraskanir. 2013. Sótt af http://www.velferðarraduneyti.is/media/Rit_2013/Skyrsla-um-samhaefda-thjonustu-vid-born-med-alvarlegar-throska--og-gedraskanir---an-ISBN.pdf.
17. Schmidt, F., Hoge, R. D. og Gomes, L. Reliability and validity analysis of the youth level of service/case management inventory. Criminal Justice and Behaviour, 2005; 32, 329-344.
18. Andrews, D. A., Bonta, J. og Hoge, R. D. Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. Criminal Justice and Behavior, 1990; 17, 19-52.
19. Helga Kristinsdóttir. Greining á þroskahömlun: Helstu matstæki. Í Bryndís Halldórsdóttir, Jóna G. Ingólfsdóttir, Stefán J. Hreiðarsson og Tryggvi Sigurðsson. ed. Þroskahömlun barna: Orsakir-eðli-íhlutun. 2008: 42-48. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
20. Esterberg, K.G. Qualitative methods in social research. 2002. Boston: The McGraw-Hill Companies, Inc.
21. Persónuvendarlög nr. 77/2000.
22. Sinclair, T. J. Meeting the needs of persons with mental retardation within a twelve-step program of recovery. NADD Bulletin, VII (6) 2. 2004. Sótt af <http://thenadd.org/modal/bulletins/v7n6a2~.htm>.
23. Chapman, S. L. C. og Wu, L. Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. [rafræn útgáfa]. Res Dev Disabil. 2012; 33, 1147-1156.

Freydís Jóna Freysteinsdóttir er félagsráðgjafi og dósent í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Freydís lauk meistaraðráðu (MSW) í félagsráðgjöf frá University of Iowa árið 1998 og doktorsgráðu í félagsráðgjöf með sálfræði sem aukagrein við sama skóla árið 2004. Freydís hefur áður starfað sem félagsráðgjafi hjá félagsþjónustu og sem félagsmálalastjóri.

Ásgeir Pétursson er félagsráðgjafi og starfar sem sérfræðingur í velferðarþjónustu með utangarðsfólki. Ásgeir lauk meistaraðráðu í félagsráðgjöf frá Háskóla Íslands árið 2014. Ásgeir hefur áður starfað á meðferðarheimilinu Stuðlum.

Hreyfing sem meðferð við geðrænum vandamálum

Á síðustu áratugum hefur stór hluti íbúa á Vesturlöndum ekki ástundað reglulega hreyfingu. Regluleg hreyfing er hins vegar líffræðilega eðlislæg mannum hvar sem hann býr á jarðarkringlunni.

Um miðja síðustu öld byrjuðu fræðimenn að átta sig á heilsufarslegri áhættu hreyfingarleysis. Stórar rannsóknir hafa sýnt að sjúklingum með tiltekna sjúkdóma eins og fullorðinssykursýki (áunnin sykursýki, sykursýki 2), háan blóðþrýsting, langvinna lungnateppu og offitu farnast betur ef þeir stunda reglulega hreyfingu. Auk þess hafa rannsóknir sem kynntar hafa verið á síðustu árum sýnt að hreyfing getur verið gagnleg sem meðferð eða hluti af meðferð við fjölmörgum sjúkdómum og má þar nefna fullorðinssykursýki, stoðkerfisverki af ýmsum toga, ýmis geðræn vandamál og beinþynningu.

Þó læknar og heilbrigðisstarfsfólk hafi all lengi verið sér meðvitandi um þessi áhrif hreyfingar og ráðlagt skjólstæðingum að stunda hreyfingu og í vissum tilvikum vísað þeim í endurhæfingu og önnur úrræði hefur lengst af skort skilvirkt, aðgengilegt og ódýrt úrræði í heilbrigðiskerfinu til að nota hreyfingu markvisst sem meðferð.

Með tilkomu hreyfiseðla eða ávísunar á hreyfingu hefur orðið breyting á. Í árslok 2016 lýkur innleiðingu á hreyfiseðlum í íslensku heilbrigðiskerfi og eiga þá skjólstæðingar allra heilbrigðisstofnana að geta notið þeirrar þjónustu. Læknar, og í vissum tilvikum aðrir heilbrigðisstarfsmenn, geta ávísað hreyfiseðli fyrir þá sjúklinga sem þeir telja að geti haft ávinning af reglulegri hreyfingu. Viðkomandi sjúklingur hittir þá hreyfistjóra (sem er reyndur sjúkráþjálfari með sérstaka þjálfun á þessu sviði) í einu viðtali þar sem mat er lagt á getu og áhugavöt viðkomandi. Í viðtalinu setja hreyfistjórinn og sjúklingurinn upp áætlun um



hreyfingu miðað við útkomu viðtalsins og þess sjúkdóms sem hrjáir viðkomandi. Þar er haft til miðmiðunar sænsk samantekt um bestu útfærslu á hreyfimeðferð fyrir hvern og einn tiltekinn sjúkdóm (1).

Samskiptaforritið **hreyfiseðill.is** er verkfæri sjúklingsins og hreyfistjórans. Þar skráir sjúklingur með einföldum hætti hreyfingu sína og hreyfistjórinn fylgist með skráningunni. Hreyfistjórinn og sjúklingurinn hafa samskipti í gegnum forritið, tölvupóst eða síma eftir þörfum og svo lengi sem þurfa þykir eða allt að einu ári. Hreyfistjórinn veitir þannig sjúklingnum jákvætt aðhald og stuðning og leitar nýrra leiða ef illa gengur. Reynslan hefur sýnt að sjúklingum gengur almennt vel að fylgja eftir hreyfiáætluninni og að virkni þeirra eykst umtalsvert á meðferðartímanum. Þegar hreyfistjóri telur að sjúklingurinn sé kominn á gott skrið og geti haldið áfram aukinni virkni án stuðnings er hann útskrifaður. Meðallengd meðferðarinnar hefur verið 4-5 mánuðir. Samkvæmt nýlegri úttekt á hreyfiseðlum á höfuðborgarsvæðinu eru algengustu ástæður ávísunar á hreyfingu offita og verkir af ýmsum toga en þar á eftir hár blóðþrýstingur og þunglyndi.

Hreyfing sem meðferð við þunglyndi

Allmargar rannsóknir hafa verið gerðar á þessu sviði síðastliðinn aldarfjórðung, misstórar, misvandaðar og misáreiðanlegar. Í nýlegri samantekt á rannsóknum á hreyfingu sem meðferð við þunglyndi komast höfundar að þeirri niðurstöðu að slík meðferð virðist hafa umtalsverð áhrif á þunglyndiseinkenni. Þeir álykta að mæla ætti með hreyfingu sem meðferð við vægu til meðal alvarlegu þunglyndi. Ýmsar kenningar eru um með hvaða hætti regluleg hreyfing hefur þessi áhrif á þunglyndiseinkenni en líklegt er að um sé



að ræða samspil margra þátta, m.a. hormóna og boðefna (2).

Hreyfing sem meðferð við kvíða

Því miður hefur gagnsemi hreyfingar við kvíða miklu minna verið rannsökuð en hreyfing sem meðferð við þunglyndi og því óljósara hver áhrifin eru.

Hreyfing sem meðferð við geðklofa

Í samantekt frá árinu 2012 um gagnsemi hreyfingar sem hluta af meðferð við geðklofa telja höfundar að rannsóknir styðji notkun slíkrar meðferðar. Enn skortir þó á þekkingu á bestu samsetningu á hreyfingu, tímalengd og ákefð, en framtíðarrannsóknir munu vonandi skýra þá þætti frekar (3, 4).

Vert er að geta nýlegrar íslenskrar rannsóknar á áhrifum reglulegrar hreyfingar á líðan sjúklinga með geðklofa. Rannsóknin tók til 17 sjúklinga sem stunduðu reglulega hreyfingu undir handleiðslu íþróttapjálfa í 20 vikur. Á tímabilinu dró marktækt úr almennum einkennum geðklofa, þunglyndi, kvíða og streitu en einnig jókst hreyfing og virkni og lífsgæði bötunuðu (5).

Hreyfing sem meðferð við streitu og streitueinkennum

Áhrif reglulegrar hreyfingar á streituvíðbrögð dýra og manna hafa verið til rannsóknar allt frá miðri síðustu öld og kannað hefur verið með hvaða

hætti regluleg hreyfing hefur þau jákvæðu áhrif á lífeðlisfræðileg viðbrögð dýra og manna við streitu sem eru þekkt. Rannsóknir benda til að um sé að ræða áhrif á hormón, boðefni og á viðbrögð í ósjálfráða taugakerfinu sem langvarandi streita getur haft neikvæð áhrif á (6).

Með markvissri hreyfingu má ætla að þeir sem glíma við vægt eða meðalslæmt þunglyndi, geðklofa og streitueinkenni af ýmsum toga geti sjálfir haft jákvæð áhrif á einkenni sín og bætt líðan. Með tilkomu hreyfiseðla í heilbrigðisþjónustunni, bæði heilsugæslunni og geðheilbrigðisþjónustunni, gefst kostur á að nýta hreyfingu sem meðferðarúrræði við þessum sjúkdómum með enn markvissari hætti en áður hefur verið mögulegt.

Heimildir:

1. FYSS.se. Fysiskt aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.
2. Josefsson T, Lindwall M, Archer T. Scand j Med Sci Sports 2013;1-14
3. Vancampfort D et al. Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia. Phys Ther . 2012;92:11-23
4. Cochrane Database Syst Rev 2010 May 12;(5)
5. Sturludóttir K et al. Áhrif hreyfihlutunar á einkenni geðklofa, andlega líðan og líkamssamsetningu hjá ungu fólki. Læknablaðið 2015/101:519-24.
6. Börjeson M, Jonsdóttir IH. Fysisk aktivitet som profylax och terapi vid stressrelaterade tillstånd. Läkartidningen 2004;101:1394-97

Jón Steinar Jónsson er heilsugæslulæknir og lektor við Læknadeild Háskóla Íslands. Hann er fulltrúi í verkefnisstjórn heilbrigðisráðuneytis um hreyfiseðla.



ÍSLENSK
ERFÐAGREINING



Batamiðstöðin á Kleppi - Brú út í samfélagið

Nýtt í starfsemi endurhæfingar geðsviðs

Almennur bakgrunnur

Í upphafi ársins 2012 var ákveðið að innleiða Batamiðaða þjónustu (e. recovery approach) á geðsviði Landspítalans (1). Þjónustunni er ætlað að efla samstarf þjónustuþega og starfsfólks og draga úr hefðbundnum hlutverkaskiptum milli þeirra. Þjónustuþeginn er sérfræðingur í eigin lífi, en starfsfólk leiðbeinir og styður við að ná settum markmiðum. Áhersla er lögð á sjálfsákvörðunartöku, sjálfsstjórn og getu þjónustuþega til að lifa merkingarbæru lífi. Heimildir benda til að beinn ávinningur sé af innleiðingu þessara starfshátta, svo sem aukin virkni þjónustuþega, jákvæðar breytingar á starfsumhverfi, betri líðan og aukin hollusta starfsmanna. Markmið innleiðingarinnar er að veita árangursríkari þjónustu á geðsviði LSH og gera starfsfólk meðvitaðara um mikilvægi skjólstæðingsmiðaðrar nálgunar. Einnig að skjólstæðingurinn sjálfur ráði miklu í meðferð sinni og beri sjálfur ábyrgð á eigin bata.

Hugmyndafræði verkefnis

Meginatriði batahugmyndafræðinnar eru að stuðla að von, öryggi, styðjandi tengslum, valdeflingu, tilgangi og bjargráðum. Hugmyndafræðin er sprottin úr hreyfingu notenda og fagfólks frá 9. áratug síðustu aldar í Bandaríkjunum þar sem þessum hópi fannst notendur geðheilbrigðikerfisins ekki hafa nóg að segja um eigin meðferð. Út frá því voru teknir saman þeir þættir sem notendum fannst stuðla að bata, þættir sem tengdust ekki endilega heilbrigðiskerfinu eins og það var á þeim tíma. Batastefnan varð síðar að alþjóðlegri hreyfingu og hefur nú verið innleidd í einhverjum mæli í flestum vestrænum ríkjum.

Þessi hugmyndafræði er lögð til grundvallar í starfsemi Batamiðstöðvar en hugmyndafræði



iðjuþjálfunar hefur einnig verið fléttað saman við hana. Í því samhengi byggir hugmyndafræðin á eftirfarandi:

- PEO líkanið - Horfir á færni einstaklings við iðju sem samspil af einstaklingnum, umhverfinu og iðjunni (2)
- MOHO, Líkanið um iðju mannsins - Þar sem iðja einstaklingsins er skoðuð út frá umhverfi hans og aðstæðum hverju sinni (3)
- Valdefling - Ýtir undir sjálfsákvörðunarrétt þjónustuþega

Gildi Batamiðstöðvar eru: Von - Virðing - Val

Aðdragandi og gangur verkefnis

Í kjölfar innleiðingar Batamiðaðrar þjónustu var Batamiðstöðin á Kleppi stofnuð vorið 2014. Starfshópur var stofnaður sem samanstóð af fulltrúum allra deilda og iðjuþjálfara sem höfðu sameiginlegan áhuga á að nýta batahugmyndafræðina. Ætlunin var að búa til regnhlífarstarf yfir þá virkni sem fram fór á Kleppi, bjóða upp á námskeið sem stuðla að bata og auka tengingu út í samfélagið. Byrjað var smátt og fóru nokkrir viðburðir fram þar sem margir lögðu hönd á plóg við að skapa skemmtilegt andrúmsloft.

Í júní 2015 barst styrkur frá flugfélaginu WOW Air til uppbyggingar Batamiðstöðvar en allur ágóði hjólræðiakeppninnar WOW cyclothon rann til starfseminnar. Með þessum rausnarlega styrk var hægt að bæta umhverfi og skipulag Batamiðstöðvar til muna og var Rafn Haraldur Rafnsson, íþróttafræðingur, ráðinn til að leiða hópinn. Myndað var teymi sem sá um mótun og dagskrá Batamiðstöðvar og var starfseminni fundið húsnæði hjá iðjuþjálfun spítalans.

Í dag er fjölmargt í boði innan Batamiðstöðvar. Lögð er áhersla á þætti eins og hreyfingu, valdefl-

ingu, hugleiðslu og tengingu við atvinnulífið, skóla og önnur úrræði í samfélaginu sem geta nýst þátttakendum eftir dvöl á Kleppi. Markmiðið með öllum þeim hópum sem í boði eru, er að notendur geti nýtt sér það sem boðið er upp á, í vegferð sinni að bata. Batamiðstöðin fær í dag um 130-150 komur í dagskrárlíði í viku hverri og er þá ótalið sá fjöldi sem kemur þar við til að slaka á, brjóta upp daginn eða fá sér kaffisopa og lesa blöðin.

Dagskrá Batamiðstöðvar

Dagskrá Batamiðstöðvar samanstendur af ýmsum liðum sem ætlað er að hjálpa notendum í átt að bata. Batamiðstöðin er brú út í samfélagið þar sem boðið er upp á úrval ólíkra leiða þar sem notendur geta tekið þátt í þeim athöfnum og hreyfingu sem þeim þykir ánægjuleg. Brú út í samfélagið þýðir að notendum er veittur stuðningur til þess að stunda ánægjulegar athafnir á spítalanum og yfirfæra athafnirnar í daglegt líf og út í samfélagið. Boðið er upp á mismunandi virkni til þess að auka færni notanda, bæði líkamlega og félagslega færni, efla rúttinu, minnka félagslega einangrun og draga úr þunglyndi og kvíða. Einnig er boðið upp á úrval af fræðslu fyrir þjónustugegann sem nýtist í bataferlinu, t.d. stelpu- og strákahóp, Bjargráðabox, streitustjórnun og lífsstíllshóp svo eitthvað sé nefnt.

Dagskráin er lifandi plagg og er uppfærð í hverri viku. Hér má sjá dæmi um dagskrá:

Áframhald verkefnis

Aðstandendum verkefnisins þykir ljóst að Batamiðstöðin sé komið til að vera og sé orðinn stór hluti af dagskrá þjónustuþega á Kleppi. Fjölmarginir hafa notið góðs af henni og eykst þátttaka jafnt og þétt eftir því sem starfsemin vex. Hægt og rólega hefur samstarfsaðilum fjölgað, bæði deildum, þar sem einstaklingar tengjast fyrr en áður við Batamiðstöð, og einnig samtökum, stofnunum og fyrirtækjum sem þjónustuþegar munu nýta sér að dvöl lokinni. Dæmi um slíkt eru framhalds- og háskólar, Hlutverkasetur og Laugarásinn. Vonir standa til um að hægt verði að bjóða fleiri skjólstæðingum Landspítala upp á batamiðaða þjónustu þar sem rannsóknir benda til þess að slík nálgun skili sér í betri þjónustu og færri endurinnlögnum.

Heimildir:

- 1) Hjalti Einarsson, Baldur Heiðar Sigurðsson, Pétur Tyrfinngsson og Jón Friðrik Sigurðsson. Boðskapur og markmið batamiðaðrar geðheilbrigðisþjónustu. Geðvernd 2014; 43; Bls.16-21.
- 2) Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy, 63, 9-23.
- 3) Kielhofner, G. (2008). Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth Edition. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins

Erna Sveinbjörnsdóttir er iðjupjálfi á geðsviði LSH.

Rafn Haraldur Rafnsson er íþróttifræðingur á geðsviði LSH.

Dæmi um stundaskrá Batamiðstöðvar

	Mánudagur	Þriðjudagur	Miðvikudagur	Fimmtudagur	Föstudagur
9:00-10:00			Morgunrabbi Rannveig		
10:00-11:00	Léttar styrktaræfingar 10:30 Ranghild	Heimsókn í Háskólanum í Reykjavík Mæting 10:00 í Batamiðstöð	Líkamsrækt 10:00-11:00 Dóttir og Rannveig	Heimsókn í Tækniskólanum Mæting 10:00 í Batamiðstöð	Líkamsrækt 10:00-11:00 Dóttir og Rannveig
11:00-12:00	Sáðkun 11:30 Erna	Yoga 11:00 Jóna	Líkamsrækt 11:00-12:00 Dóttir og Rannveig		Líkamsrækt 11:00-12:00 Dóttir og Rannveig
12:00-13:00	Féðbott 12:30 Ranghild	Samsöngur 12:30 Anna		Saðmáttun Mæting 12:30 í Batamiðstöð	
13:00-14:00		Dansflokkur 13:00 Jóna	Ganga á höfuðborgarsvæðinu Lagt af með 13:00 í Batamiðstöð	Markmiðshópur 13:00 Guðrun	
14:00-15:00		Litastúkan 14:00 Erna	Leiklist 14:00 Rannveig	Lífstíllshópur 14:00 Dóttir og Rannveig	
15:00-16:00		Bjargráðabox 15:00 Guðrun/Rannveig	Þrygghópur 15:00 Jóna		
16:00-17:00	16:00-17:00 Lífstíllshópur Rannveig		Líkamsrækt 16:00 Dóttir		

Laugardagur skulinn 14:00 - Féðbott - Eftirboð gengis (stærðum)

Prófun á nýrri meðferð við þunglyndi

Þunglyndi er ein helsta ástæða örorku og fötlunar í heiminum. Alvarleg geðröskun getur í versta falli leitt til sjálfsskaða og dauða (1). Rannsóknir sýna ítrekað fram á að hefðbundnar meðferðir við þunglyndi hafi ekki nægilega góða virkni og því er þörf á nýjum meðferðarformum (2).

Inngangur

Þegar ég var læknanemi á endurhæfingardeild í Kaupmannahöfn kynntist ég tveimur sérfræðingum í taugalækningum, þeim Peter Michael Nielsen og Jesper Rønager. Þeir voru að þróa nýja verkjameðferð sem sjúklingum deildarinnar var boðin upp á. Þeir kölluðu meðferðina HALFMIS (High Amplitude Low Frequency Music Impulse Stimulation) en meðferðin var af öðrum toga en ég áður hafði kynnst. Peter Michael sem einnig var bassaleikari og tónskáld, hafði smíðað bassabox, einhvers konar heimabyggðan hátalara, og meðferðin var í raun titringur frá bassanum. Sjúklingurinn sat í sérhönnuðum stól og fann titringinn í gegnum stólbakið.

Mynd 1



Meðferðin

Meðferðin tekur alls 20 mínútur og fer þannig fram að sjúklingur sest í stólinn og setur á sig heyrnartól. Kveikt er á meðferðinni gegnum „ipad“ og sjúklingurinn heyrir í byrjun rólega og sérsamda tónlist og finnur samtímis titring í samræmi við tónlistina (*mynd 1 og 2*).

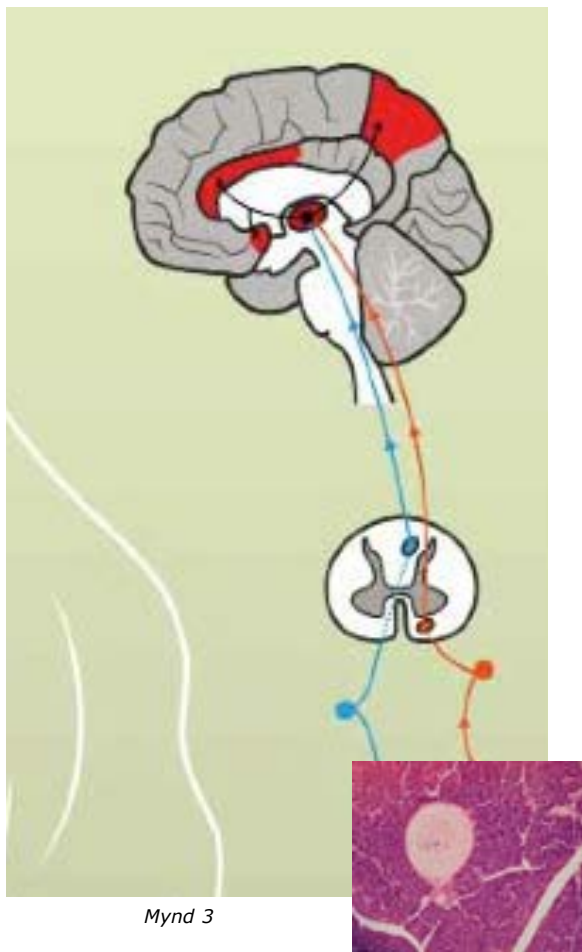
Taugalífeðlisfræðilegur bakgrunnur meðferðar

Taugakerfið er flókið fyrirbæri en tilgátan er að HALFMIS titringurinn örvi sérstakt kerfi í kviðnum, Pacinian corpuscles (*mynd 3*), sem nemur þrýsting og titring og sendir taugaboð áfram gegnum mænuna og hefur þaðan áhrif á svæði í heilanum sem tengjast bæði sársaukaskynjun og tilfinningum (3). Önnur tilgáta er að titringurinn örvi Vagus heilataugina (X) gegnum kviðinn en rannsóknir hafa sýnt fram á að Vagus örvun hafi áhrif á heilastarfsemina (4) og geti reynst gagnleg við þunglyndissjúkdómum, „mood disorders“ (5) (*mynd 4*).

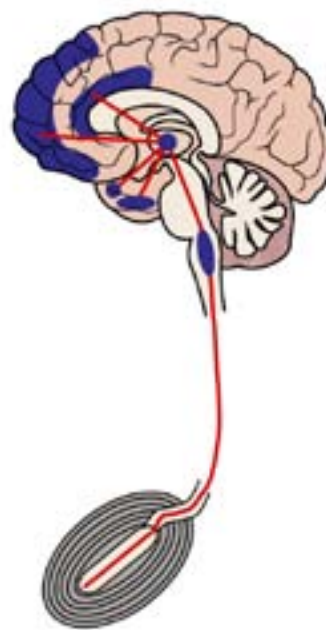
Mynd 2



HALFMIS (High Amplitude Low Frequency Music Impulse Stimulation) er ný meðferð þróuð af dönskum taugalæknum. HALFMIS örvar taugakerfið með bæði tónlist og titring (vibroacoustic therapy). Sjúklingur situr í sérhönnuðum stól og hlustar á sérsamda tónlist í 20 mínútur og finnur um leið bassabylgjur lagsins sem titring gegnum stólbakið.



Mynd 3



Mynd 4

Kenningin er að þessi titringur örvi Vagus taugina gegnum Pacinikerfið í kvið, en bæði Vagus örvun (VNS, vagus nerve stimulation) og tónlistarmeðferð hafa sér í lagi verið notaðar við geð- og taugasjúkdómum á síðustu áratugum.

Tónlist hefur verið notuð í meðferðarskyni frá örófi alda. HALFMIS meðferðin flokkast undir meðferðarform sem kallast „vibroacoustic therapy“, þar sem notast er við tónlist og titring samtímis. Það var norskri samtalsmeðferðarfræðingurinn Olav Skille (6) sem var fyrstur til að lýsa þessari aðferð en hann lýsti tilfelli þar sem meðferðin hefur skilað árangri hjá skjólstæðingum með þunglyndi af völdum streitu, við Parkinsons sjúkdóm og einhverfu svo eitthvað sé nefnt (7). Hins vegar vantar að sannreyna þessa aðferð með vísindalegum hætti (8).

Sumarið 2015 ákvað ég að velja HALFMIS og vibroacoustic therapy sem viðfangsefni í meistarpófssritgerð til að kynna meðferðinni nánar. Vegna skorts á vísindalegum greinum hafði ég samband við prófessor og geðlækni, August Wang, sem vann á geðdeild í Kaupmannahöfn. Saman skipulögðum við okkar eigin frumrannsókn (pilot study) þar sem við buðum þunglynd-

um sjúklingum í Kaupmannahöfn upp á HALFMIS meðferð sem viðbótarmeðferð.

Markmið

Um er að ræða opna slembirannsókn sem skoðar möguleika, gæði, virkni og aukaverkanir HALFMIS meðferðar, sem viðbótarmeðferð við þunglyndi.

Aðferð

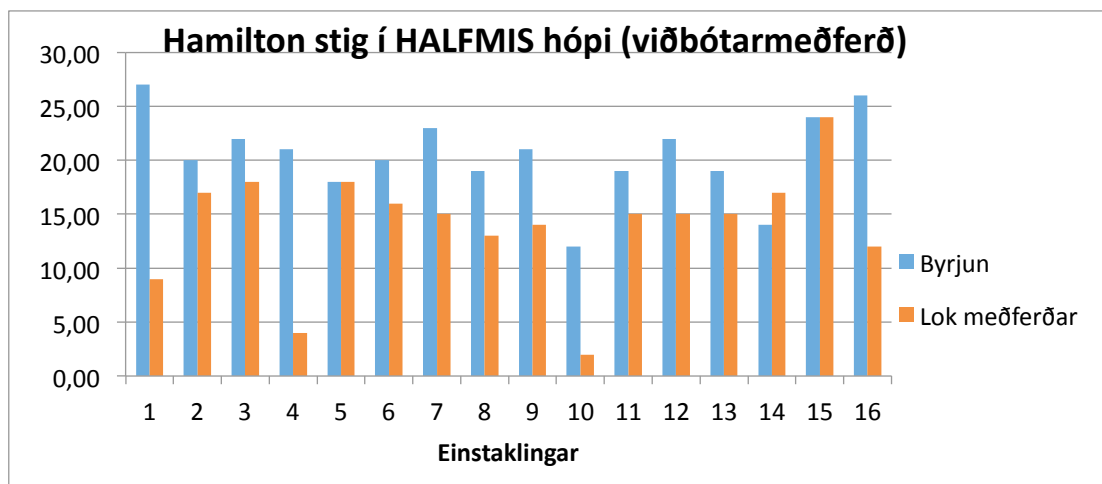
Rannsóknin er enn í fullum gangi en hugsunin er að fá 60 sjúklinga til að taka þátt, þar sem 30 sjúklingar af handahófi fá HALFMIS sérú sem viðbótarmeðferð við þá hefðbundnu, sem oftast er blanda af lyfjameðferð og viðtalsmeðferð. Fyrir sjúklinginn þýðir það að hann þarf að mæta átta sinnum í HALFMIS meðferð og oftast næst það á tveimur til sex vikum. 30 sjúklingar eru slembivaldir í samanburðarhóp en þeir fá aðeins hefðbundna þunglyndismeðferð. Til að taka þátt í rannsókninni þurfa þátttakendur að

hafa greiningu eiginlegs þunglyndis þar sem notast er við ICD-10 (F32.0, F32.1, F32.2, F33.0, F33.1, F33.2) ásamt BDI sjálfsmatsskala við innval. Hamilton þunglyndisskali (HAMD17) er notaður til að mæla hugsanleg áhrif meðferðar. Útilokunarskilmerki (exclusion criteria) eru þungun, aldur undir 18 ára eða yfir 70 ára, geðrofseinkenni, sjálfsvígstílaun síðustu mánuði eða ef sjálfsvígáhætta er metin mikil eða há, sjúklingar í ECT meðferð og Hamilton stig frá 0-7 eða 30-52 sem þýðir ekkert þunglyndi eða mjög alvarlegt þunglyndi (á jaðri sturlunar, „psychotic depression“).

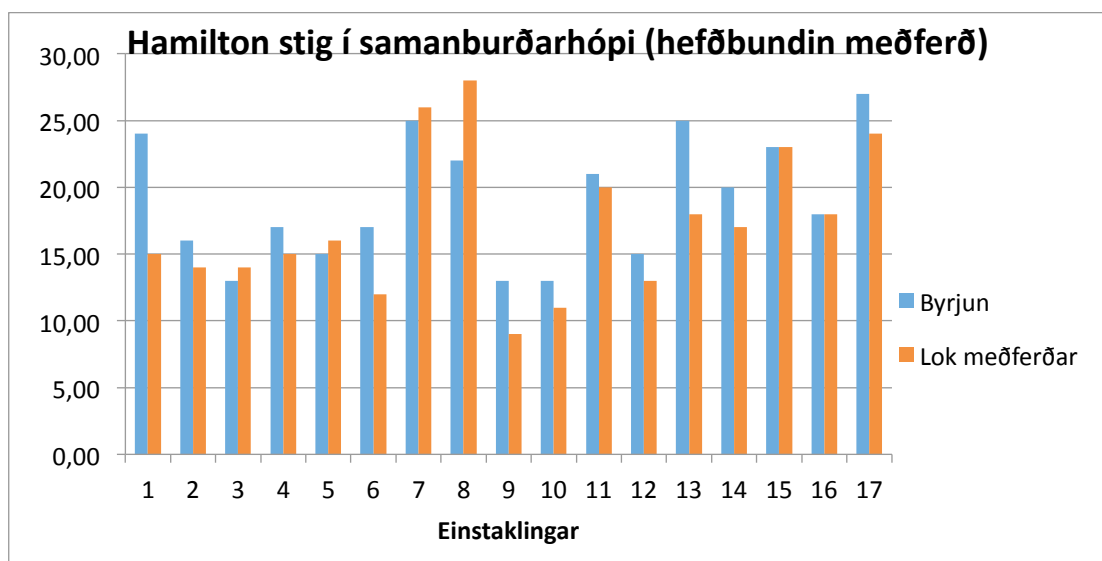
Niðurstöður

Þegar þetta er ritað hafa 33 sjúklingar með greininguna F32-F33 (ICD-10) tekið þátt í rannsókninni í Kaupmannahöfn. 16 sjúklingar fengu HALFMIS seríu sem viðbótarmeðferð, en í einni HALFMIS seríu eru átta 20 mínútna meðferðir sem er dreift yfir tvær til sex vikur. Þunglyndiseinkenni eru metin út frá Hamilton skala (HAM-D17) fyrir og eftir meðferð og borin saman við 17 í viðmiðunarhópi (control group) sem aðeins hlutu hefðbundna þunglyndismeðferð á sama tímabili.

Árangur meðferðar er mældur í Hamilton stigum en Hamilton stig eru gefin út frá þunglyndiseinkennum fyrir og eftir meðferðarseríu. Ef



Niðurstöður þeirra einstaklinga sem fengu HALFMIS sem viðbótarmeðferð sýna að allir nema tveir lækkuðu í Hamilton stigum (bötun). Tveir sjúklingar stóðu í stað og einn versnaði á tímabilinu.



Í samanburðarhópnum sem aðeins fékk hefðbundna meðferði við þunglyndi voru fjórir sem versnuðu á tímabilinu og tveir sjúklingar sem stóðu í stað.



sjúklingur mælist með 13 til 17 stig gefur það til kynna vægt þunglyndi en stig á bilinu 25 til 52 gefur til kynna slæmt þunglyndi.

Meðaltal þunglyndiseinkenna (heildar Hamilton stig) lækkaði í báðum hópum á rannsóknartímabilinu. HALFMIS hópurinn lækkaði úr 20,4 í 14 og samanburðarhópurinn úr 19,1 í 17,2. Ljóst er að það var meiri lækkun og betri einstaklingssvörin á þunglyndismeðferð þar sem boðið var upp á HALFMIS sem viðbótarmeðferð á tímabilinu.

Ályktun

Frumrannsóknin í Kaupmannahöfn er aðeins hálfnuð og enn er þörf frekari rannsókna á HALFMIS. Bráðabirgðaniðurstöður rannsóknarinnar gefa þó til kynna að HALFMIS sé örugg og árangursrík viðbótarmeðferð við þunglyndi og meðferðin er án sýnilegra aukaverkana. Það er mikill áhugi hjá starfsfólki og sjúklingum að prófa öðruvísi meðferðarform og það hefur verið ánægjulegt að standa að þessari rannsókn, sérstaklega þar sem sjúklingarnir sem hafa prófað meðferðina hafa verið ánægðir með hana.

Það væri spennandi að prófa þessa meðferð á Íslandi með sömu innvalsskilyrðum. Jafnvel væri hægt að bæta við innvalið svo hægt sé að leyfa fleiri sjúklingum að prófa meðferðina, t.d. sjúklingum í depurðarfasa geðhvarfasjúkdóms og einstaklingum með þunglyndi sem ekki vilja lyf. Þessa meðferð mæti einnig prófa við ýmsum verkjasjúkdómum og mígreni en það yrði sérstök rannsókn.

Heimildir

1. WHO, 2016. Depression factsheet. Finnst hér: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (sótt 8/12/2016)
2. Murrough, J.W. & Charney, D.S., 2012. Is there anything really novel on the antidepressant horizon? *Current psychiatry reports*, 14(6), pp.643–9. Finnst hér: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3662536&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
3. Coghill, R.C. et al., 1994. Distributed processing of pain and vibration by the human brain. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 14(7), pp.4095–108. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8027764> [Accessed March 18, 2014].

4. Schlaepfer, T.E. et al., 2008. Vagus nerve stimulation for depression: efficacy and safety in a European study, pp.651–661.
5. Ruffoli, R. et al., 2011. The chemical neuroanatomy of vagus nerve stimulation. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, 42(4), pp.288–296. Finnst hér: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891061810001729>
6. Skille, O., 1989. VibroAcoustic therapy. *Music Therapy*, 8(1), pp.61–77.
7. Wigram, A.L., 1995. *The Effects of Vibroacoustic Therapy on Clinical and Nonclinical Populations*. London University.
8. Rüütel, E., 2002. The Psychophysiological Effects of Music and Vibroacoustic Stimulation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 11(1), pp.16–26.

Fleiri greinar um tengt efni:

- Belmaker, R. & Agam, G., 2008. Major Depressive Disorder. *The New England Journal of Medicine*.
- Boyd-Brewer, C., 2003. Vibroacoustic therapy: sound vibrations in medicine. *Alternative & Complementary Therapies*. Available at: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/107628003322490706> [Accessed April 1, 2014].
- Conway, C.R. et al., 2013. Association of cerebral metabolic activity changes with vagus nerve stimulation antidepressant response in treatment-resistant depression. *Brain Stimulation*, 6(5), pp.788–797. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brs.2012.11.006>.
- DDD, 2013. Hvordan måler vi kvaliteten i behandlingen af depression? *Dansk Depressions Database*, pp.3981–3984. Available at: https://www.sundhed.dk/content/cms/77/40277_14325_hvordan-maaler-vikvaliteten_depression10052012.pdf [Accessed May 16, 2015].
- Kember, G. et al., 2014. Vagal Nerve Stimulation Therapy : What Is Being Stimulated? , pp.1–18.
- Koike, Y., Hoshitani, M. & Tabata, Y., 2012. Effects of Vibroacoustic Therapy on Elderly Nursing Home Residents with Depression. *Journal of physical therapy*, 24, pp.291–294. Available at: <http://ci.nii.ac.jp/naid/10030766966/> [Accessed April 25, 2014].
- Maratos, A.S. et al., 2008. Music therapy for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), p.CD004517. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18254052> [Accessed August 18, 2014].
- Martin, J.L.R. & Marti, E., 2012. Systematic review and meta-analysis of vagus nerve stimulation in the treatment of depression : Variable results based on study designs. , 27, pp.147–155.
- Patrick, G., 1999. The effects of vibroacoustic music on symptom reduction. *Engineering in Medicine and Biology Magazine, IEEE*, 18(2), pp.97–100.
- Rong, P. et al., 2012. Transcutaneous vagus nerve stimulation for the treatment of depression : a study protocol for a double blinded randomized clinical trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(1), p.1. Available at: BMC Complementary and Alternative Medicine.

Guðrún Ágústa Sigurðardóttir er læknir á kandidatsári í Kaupmannahöfn og stundar rannsóknir á geðdeildinni Psykiatrisk Center Amager.

Morgunblaðið

Fréttir af starfi félagsins

Aðalfundur Geðverndarfélags Íslands var haldinn fimmtudaginn 14. apríl sl. að Hátúni 10. Fundurinn var með venjubundnum hætti, dag-skrá var skv. lögum félagsins venjuleg aðalfundarstörf og starfsemi sjóða félagsins. **Gunnlaug Thorlacius** flutti skýrslu stjórnarinnar, fundurinn samþykkti hana ásamt reikningum félagsins fyrir árið 2015. Gunnlaug sagði í skýrslunni m.a:

„Á síðastliðnu starfsári hafa verkefni stjórnar GÍ verið með hefðbundnum hætti og í samræmi við þá stefnu sem félagið hefur markað sér. Stjórnarfundir hafa verið mánaðarlega með örfáum undantekningum. Hefðbundinn jólafundur var haldinn í desember þar sem stjórnarmenn funduðu yfir heitu súkkulaði og öðru sætmeti.

Fulltrúar í stórn sátu aðalfund ÖBÍ í október síðastliðinn.

Geðverndarfélag Íslands hefur að leiðarljósi að standa vörð um geðheilbrigði og hefur sett sér eftirfarandi gildi; fræðsla, forvarnir, samvinna, rannsóknir og mun skýrsla stjórnar bera keim af því

Fræða og forvarnir:

44. tölublað tímaritsins Geðverndar kom út í byrjun árs í ritstjórn **Sigurðar Páls Pálssonar** geðlæknis. Tímaritið var vandað að venju en Geðverndarfélag Íslands hefur alla tíð haft þá stefnu að fræða breiðan lesendahóp um geðverndarmál. Í ár var efni blaðsins fjölbreytt, fjallað var um nauðungarvistanir, þörf á fjölbreyttum leiðum í meðferð kvenna við fíknivanda, aukið aðgengi fólks með alvarlegar geðraskanir að störfum á



Gunnlaug Thorlacius flytur skýrslu stjórnar.



almennum vinnumarkaði, nýjungar í greiningu á þunglyndi meðal karlmannna og leiðir til að bæta aðgengi að sálfræði þjónustu í heilsugæslu. Sigurði eru hér færðar bestu þakkir fyrir trausta ritstjórn tímaritsins.

Á starfsárinu var lögð vinna í gerð nýrrar heimasíðu geðvernd.is og er hún hin glæsilegasta. Hugmyndir stjórnar eru, að nýta heimasíðuna sem upplýsingavef þar sem sérfræðingar úr stjórn og utan hennar geta sett inn fræðsluefni og fylgt því eftir með fyrirlestrum. Í því samhengi var ákveðið beina kastljósinu að leikskólabörnum til að byrja með og skerpa þannig á forvörnum félagsins fyrir þann hóp sem fær hvað minnsta geðheilbrigðisþjónustu á Íslandi í dag. Við gerð heimasíðunnar var ákveðið að safna saman sveit ritfærs fólks sem gæti lagt félaginu lið með því að skrifa pistla sem verða birtir á heimasíðunni. Með því er stefnt að því að auka umræðu í samfélaginu um geðheilbrigðismál. Það er von stjórnarinnar að heimasíðan megi verða til þess að unnt sé að safna vönduðu fræðsluefni og fyrirlestrum sem samræmast gildum og stefnu GÍ á aðgengilegan hátt á einn stað. Tímaritið geðvernd er einnig aðgengilegt á rafrænu formi á heimsíðu félagsins.

Geðverndarfélag Íslands lét á árinu þýða og talsetja norskt myndband sem nýttist vel í forvarnarskyni. Í myndbandinu er fylgst með Jesper og systur hans koma sér af stað út í daginn á meðan mamma þeirra hefur ekki tök á að sinna þeim vegna veikinda. Myndbandið er, að mati fagfólks í skólamálum, áhrifaríkt og gefur raunsæja mynd af lífi barna í þessari stöðu.

Miklar umræður voru á liðnu starfsári um hús-eignina í Álfalandi 15 en samningi við Laugarás-deild geðsviðs LSH var sagt upp með sex mánaða fyrirvara í lok árs 2014 og síðustu íbúarnir fluttu úr húsinu á vordögum árið 2015. Sú ákvörðun að loka áfangaheimilinu átti sér langan aðdraganda en það var mat stjórnar GÍ að slík starfsemi væri tímaskekkja og búsetuúrræði ættu að vera á forræði sveitarfélaganna samkvæmt lögum þar að lútandi. Um tíma leit út fyrir að Reykjavíkurborg hefði áhuga á að taka yfir rekstur heimilisins en ekkert varð úr því. Frá lokun áfangaheimilisins



Stjórnin á vinnufundi.

hefur Borgin verið í markvissri samvinnu við Laugarásdeildina og allir íbúar sem áttu lögheimili í Reykjavík fengu úrræði á vegum sveitarfélagsins. Álfalandið var leigt út og gerður leigusamningur við Farfugla til 3 ára og mun það skila félaginu reglulegum tekjum sem verða nýttar að hluta til að standa straum af rekstri húseignarinnar. Ekki hefur verið tekið endanleg ákvörðun um á hvaða hátt tekjurnar verða nýttar að öðru leyti. Með lokun áfangaheimilisins í Álfalandi er vissum kafla í sögu Geðverndarfélags Íslands lokið og formlegri aðkomu félagsins að búsetumálum geðfatlaðra hefur verið hætt. Stjórn telur þá ákvörðun í takti við breytta tíma og vonar að það frumkvöðlastarf sem félagið innti af hendi hafi skilað bættri þjónustu sveitarfélaganna til þessa þjóðfélagshóps.

Félagið á þó enn og rekur íbúð að Kleppsvogi fyrir fjölskyldur sem sækja þjónustu á Barna- og unglingageðdeild LSH. Reksturinn hefur verið hefðbundin og lítil afskipti GÍ á árinu. Íbúðin hefur nýst vel og starfsfólk Barna- og unglingageðdeildar hefur lýst almennri ánægju með aðgang aðstandenda að íbúðinni.

Samvinna við aðrar stofnanir:

Síðastliðið sumar sendi Geðhjálparstjórn GÍ erindi þar sem félagið bauð húsnæði til leigu í Borgartúni. Stjórnin fjallaði um erindið en ákvað að afþakka boðið og vera áfram með skrifstofu í húsnæði ÖBÍ í Hátúni.

Fulltrúi frá GÍ hefur setið í samráðshópi um málefni fólks með geðfötlun og hefur hópurnin tekið á því sem hæst ber á hverjum tíma.

Geðverndarfélag Íslands tók ásamt, Landlækniseimbættinu, Barnaverndarstofu, Landspítalanum, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins,

Miðstöð foreldra og barna, Rannsóknarsetri í barna- og fjölskylduvernd og Þerapeiu, þátt í að halda ráðstefnu í október 2014 þar sem fjallað var um fyrsta 1001 daginn í lífi barns, frá getnaði til tveggja ára aldurs með áherslu geðheilsu og forvarnir. Markmiðið er að geðheilbrigðisþjónusta barna sé aðgengileg frá fæðingu, endurgjalds-laust. Frá því að ráðstefnan var haldin hefur verið starfandi hópur sem skilaði af sér ályktun sem send var öllum þingmönnum landsins og þar sem skorað er á þá að taka málið upp og vinna því brautargengi á Alþingi. Ályktunin er unnin í samræmi við það sem gert hefur verið í Bretlandi með góðum árangri og er hún aðgegnileg á heimasíðu félagsins.

Geðverndarfélag Íslands sótti eins og undanfarin ár um styrk til Öryrkjabandalags Íslands fyrir rekstri á skrifstofu félagsins og útgáfu tímaritsins Geðverndar. Auk þess var sótt um styrk til að halda ráðstefnu í tengslum við alþjóða geðheilbrigðisdaginn þann 10. október nk. Í tengslum við verkefnið 1001 dagur

Geðverndarfélag Íslands hefur haldið utan um Fjölskyldubrúna, stuðning fyrir fjölskyldur þar sem foreldri glímir við geðröskun, og verið í samstarfi við hin Norðurlöndin um þróun þess úrræðis. Í byrjun árs 2016 var ljóst að Fjölskyldubrúin myndi verða hluti af geðheilbrigðisstefnu yfirvalda og stefnt yrði að því að slík þjónusta yrði í boði á heilsugæslustöðvum landsins. Stjórn GÍ mun fylgjast grant með þeirri vinnu og mun í kjölfar þess að ný geðheilbrigðisstefna verði samþykkt á



Sigríður Ingibjörg Ingadóttir, formaður velferðarnefndar Alþingis, var gestur fundarins og ræddi um nýja geðheilbrigðisstefnu



Nýkjörin stjórn að loknum aðalfundi. F.v. Kristín Gyða Jónsdóttir, Margrét Jónsdóttir, Anna María Jónsdóttir, Sigurður Páll Pálsson, Eydís K Sveinbjarnardóttir og Gunnlaug Thorlacius. Á myndina vantar Víði Arnar Kristjánsson.

Alþingi fara á fund ráðherra og bjóðast til að halda utan um námskeið fyrir fagfólk sem vill læra að nota Fjölskyldubróna.

Rannsóknir

Tvær umsóknir bárust um styrki úr sjóðum Geðverndarfélagsins en það var mat stjórnar að ekki væri ráðlegt að úthluta styrkjum þetta árið þar sem talsvert var gengið á styrkfé við úthlutun síðasta árs.

Stefnumótun:

Vinnufundur haldinn á Grand hótél þann 19. september þar sem gerð var áætlun um verkefni komandi starfsárs og mörkuð stefna í kjölfar þeirra breytinga sem urðu á félaginu við lokun áfangaheimilisins í Álfalandi. Byggt var á þeim markmiðum sem sett höfðu verið ári áður en ákveðið að skerpa enn frakar fókusinn og beina markvissum forvörnum að leikskólabörnum. Lögð var áhersla á að efla hlut fræðslu og forvarna og rætt um að stefna að því að halda námskeið og fyrirlestra fyrir fagfólk sem vinnur með börn-

um. Ýmsar hugmyndir hafa vaknað og metnaður stjórnarmanna er ótvíræður. Stefna félagsins er skýr en því miður hefur orðið minna úr áætlunum en vonir stóðu til og varður vonandi bætt úr því á komandi starfsári.

Stjórn félagsins fór yfir drög að nýrri geðheilbrigðisstefnu og var það mat stjórnar að ekki væri nægilega hugað að forvörnum og snemmtækri íhlutun sem rannsóknir hafa sýnt að skili góðum árangri við að hindra að vandamál færist frá einni kynslóð til annarrar. Auk þess leggur stjórn áherslu á að gerð verði breyting á lögum sem miðar að því að tryggja börnum sem eiga foreldra sem glíma við alvarleg veikindi viðeigandi þjónustu. Til þess að slík lög nái fram að ganga þarf að tryggja að þeim fylgi fjármagn og mun stjórn GÍ leggja áherslu á að svo verði. Stjórnin gerði athugasemdir við stefnuna sem finna má á heimasíðu félagsins."

Breytingar urðu á stjórn félagsins, Páll Biering gaf ekki kost á sér til stjórnarkjörs áfram og í hans stað var Anna María Jónsdóttir, geðlæknir, kosin í stjórnina. Hún er boðin velkomin.



— Sérfræðingar í bílum —



Landsvirkjun



Fyrir þig, hjartað mitt



Hjartamagnýl®

– Dýrmæt forvörn

75 mg sýrupolnar töflur

Notkun: Hjartamagnýl sýrupolnar töflur innihalda 75 mg af asetýlsalísílsýru. Hjartamagnýl er tekið til að minnka hættuna á að blóðtappar myndist og fyrirbyggja þannig frekari: Hjartaáföll, heilablóðföll, vandamál í hjarta og æðum hjá sjúklingum með hjartaöng, sem er í jafnvægi eða óstöðug. Hjartamagnýl er einnig notað til að koma í veg fyrir myndun blóðtappa eftir ákveðnar tegundir hjartaadgerða til að víkka eða opna æðar. Ekki er mælt með notkun lyfsins við bráðaaðstæður. Það er eingöngu hægt að nota sem fyrirbyggjandi meðferð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Almennt er ráðlagður skammtur 75-160 mg einu sinni á dag. Töflunum skal kyngja heilum með nægilegu magni af vökva. Vegna sýrupolnu húðarinnar skal ekki mylja, brjóta eða tyggja töflurnar. Börnum og unglingum yngri en 16 ára skal ekki gefa asetýlsalísílsýru, nema samkvæmt læknisráði þegar ávinningur vegur þyngra en áhættan. **Varúðarreglur:** Láttu lækinn vita áður en þú tekur Hjartamagnýl ef þú ert með nýma-, lífrar- eða hjartavandamál, ert með eða hefur einhvern tíma verið með vandamál í maga eða smáþörmum, ert með háan blóðþrýsting, ert með astma, frjókornaofnæmi, sepa í nefi eða aðra langvinna sjúkdóma í öndunarferum; asetýlsalísílsýra getur framkallað astmakast, hefur verið með þvagsýrugigt, færð miklar tíðablaðingar. Þú verður að leita strax til lækis ef einkenni þín versna eða ef þú finnur fyrir alvarlegum eða óvæntum einkennum. Láttu lækinn vita ef þú ætlar að fara í aðgerð þar sem asetýlsalísílsýra þynnir blóðið. Asetýlsalísílsýra getur valdið Reye's heilkenni þegar hún er gefin börnum. Reye's heilkenni er sjúkdómur sem kemur örsjaldan fyrir og getur verið lífshættulegur. Af þessari ástæðu skal ekki gefa börnum yngri en 16 ára Hjartamagnýl, nema samkvæmt ráðleggingum lækis. Þú skalt gæta þess að ofþorna ekki þar sem notkun asetýlsalísílsýru við slíkar aðstæður getur valdið skerðingu á nýrnastarfsemi. Þetta lyf hentar ekki til notkunar sem verkjalyf eða hitalækkandi lyf. **Meðganga og brjóstgjöf:** Leitið ráða hjá lækni eða lyfjafræðingi áður en lyf eru notuð. Þungaðar konur og konur með börn á brjósti skulu ekki taka asetýlsalísílsýru nema samkvæmt ráðleggingum lækis. **Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.** Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá. Actavis Group PTC ehf. Október 2013.

Actavis