

# geðvernd

Rit Geðverndarfélagss Íslands | 1. tbl. 46. árgangur | 2017

Guðbjörg Óttósdóttir og Björg G. Gísladóttir: *Börn í ábyrgðarhlutverkum* §  
Jón Snorrason, Jón Friðrik Sigurðsson og Hjalti Einarsson: *Að halda sjúklingi kyrrum*  
– *tíðni og aðkoma varnarteymis* § Gísli Kort Kristófersson: *Noktun núvítundar*  
*í geðheilbrigðisþjónustu* § Sigrún Sigurðardóttir, Sigríður Halldórsdóttir og  
Guðni Th. Jóhannesson: *Gedræn vandamál geta verið afleiðingar kynferðislegs ofbeldis í æsku*  
*hjá körlum* § Ingibjörg H. Jónsdóttir: *Streita: Orsakir, afleiðing og úrræði* §  
Viðtal við Sigurþóru Bergsdóttur: *„Það er hægt að finna þessi börn“* § *„Á kleppur að heita*  
*Kleppur?“* § *Fréttir af starfi félagsins* § *Minningarorð um prófessor Tómas Helgson*





LANDSNET



SAMSKIP



Icelandair Hotels



# gedvernd

**RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS**

46. ÁRGANGUR - 2017

*RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS*

46. ÁRG. - 2017

**RITSTJÓRI:** EYDÍS KR. SVEINBJARNARDÓTTIR

**RITNEFND:** SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, BRYNJAR EMILSSON, MARGRÉT ÓFEIGSDÓTTIR,

**Viðtöl:** KJARTAN VALGARÐSSON

**ÚTGEFANDI:** GEDVERNDARFÉLAG ÍSLANDS, UPPLAG: 2.500 EINTÖK,

**AÐSETUR:** HÁTÚNI 10, 105 REYKJAVÍK, SÍMI: 552 5508. NETFANG: [gedvernd@gedvernd.is](mailto:gedvernd@gedvernd.is)

**UMBROT OG PRENTUN:** PRENTSMÍÐJAN ODDI

**STJÓRN GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS:**

GUNNLAUG THORLACIUS, FORMAÐUR - KRISTÍN GYÐA JÓNSDÓTTIR, VARAFORMAÐUR - VÍÐIR ARNAR KRISTJÁNSSON,

GJALDKERI - ANNA María JÓNSDÓTTIR, BRÉFRITARI - EYDÍS KRISTÍN SVEINBJARNARDÓTTIR, FUNDARITARI -

VÍÐIR SIGRÚNARSON, MEDSTJÓRNANDI - SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, MEDSTJÓRNANDI

**FRAMKVÆMDASTJÓRI:** KJARTAN VALGARÐSSON



# Minningargjöf

um \_\_\_\_\_

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



\_\_\_\_\_

# Minningargjöf

um \_\_\_\_\_

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



\_\_\_\_\_

# Efnisyfirlit

Frá ritstjóra . . . . .	4
Jón Snorrason, Jón Friðrik Sigurðsson og Hjalti Einarsson Að halda sjúklingi kyrrum – tíðni og aðkoma varnarteymis. . . . .	6
Viðtal við Sigurþóru Bergsdóttur „Það er hægt að finna þessi börn“. . . . .	14
Sigrún Sigurðardóttir, Sigríður Halldórsdóttir og Guðni Th. Jóhannesson Geðræn vandmál geta verið afleiðingar kynferðislegs ofbeldis í æsku hjá körlum . . . . .	17
Ingibjörg H. Jónsdóttir Streita: Orsakir, afleiðingar og úrræði . . . . .	23
Gísli Kort Kristófersson Notkun núvítundar í geðheilbrigðisþjónustu . . . . .	29
Guðbjörg Ottósdóttir og Björg Guðrún Gísladóttir Börn í ábyrgðarhlutverkum. . . . .	36
Pistill formanns Geðverndar 2017 . . . . .	43
Á Kleppur að heita Kleppur? . . . . .	45
Fréttir af starfi félagsins. . . . .	47
Minningarorð um prófessor Tómas Helgason. . . . .	52

## Ýmsar tilkynningar

Minningarkort Geðverndarfélag Íslands  
fást á skrifstofu félagsins og á [gedvernd.is](http://gedvernd.is). Sími skrifstofunnar er 552 5508.  
Félögum og öðrum, sem áhuga kunna að hafa, er bent á að eldri árgangar  
af Geðvernd fást á skrifstofu félagsins í Hátúni 10, 105 Reykjavík, og  
á [www.gedvernd.is](http://www.gedvernd.is).



# Frá ritstjóra

Umfjöllun fjölmiðla um geðheilbrigðismál á Íslandi verður því miður oftast í tengslum við atvik og meðferð þar sem þjónusta við geðsjúka og fjölskyldur þeirra mætti betur fara. Auðvitað skiptir sú umfjöllun máli og ætti að stuðla að úrbótum í þjónustu. Mikilvægt er að gagnrýna. Það sem gleymist gjarnan er að geðheilbrigðismál eru afar viðkvæmur málaflokkur og þegar hann er vanræktur kemur það fljótlega alvarlega niður á notendum þjónustunnar. Málaflokkurinn getur ekki byggst á tímabundnu átaki eða hugsjónaverkefnum þó slík verkefni geti verið góður stuðningur við grunn opinbera geðheilbrigðisþjónustu sem er í góðu horfi. Forsenda hennar hlýtur að vera fullmönnuð þverfagleg teymi sérfræðinga og þjónusta byggð á gagnreyndri þekkingu á öllum æviskeiðum. Það er erfitt að þurfa að setja það í orð og staðfesta skoðun margra geðheilbrigðisstarfsmanna að geðheilbrigðisstefnur undanfarna áratugi hafa verið settar fram til málamynda, án metnaðar og raunverulegs stuðnings Alþingis og ríkisstjórna. Nauðsynlegt er að opinber geðheilbrigðisþjónusta sé sýnileg í allri grunnþjónustu heilsugæslustöðva, sjúkrahúsa og sveitarfélaga. Úrræði grunnþjónustunnar þurfa að byggjast á þróun þekkingar í geðheilbrigðisvísindum.

Framlag Geðverndarfélag Íslands til umræðu og þekkingarþróunar um geðheilbrigðismál felst m.a. í því að gefa út tímaritið Geðvernd árlega. Í ár kemur 46. árgangur tímaritsins út með fjölbreyttu efni. Fimm greinar birtast í þessu blaði eftir sérfræðinga í geðheilbrigðismálum. Gæði greinanna í gæðum og dýpt eru veruleg og mikilvæg framlög í málefnum og meðferð, þær endurspeglar einnig þá þróun sem nú á sér stað í vísinda- og meðferðarsamfélaginu í geðheilbrigðismálum á Íslandi.

Í tímaritinu er greint frá rannsókn á starfi varnarteymis starfsmanna á geðsviði Landspítala sem tókst á við 148 skráð útköll árin 2014-2015 þar sem þurfti að halda 56 sjúklingum kyrrum, 31 karli og 25 konum. Greinin ræðir mikilvægi þess að starfsfólk geðdeilda verði að vinna ötullega að því að afla sér þekkingar og færni til að takast á við árásgjarna heðgðun sjúklunga án þess að halda þeim kyrrum en þegar það er metið nauðsynlegt er mikilvægt að það sé gert af varkárni og fagmennsku. Jón Snorrason, sérfræðingur í hjúkrun á geðsviði Landspítala, fyrsti höfundur þessarar greinar á heiður skilinn, að öðrum ólöstuðum, fyrir þrautseigju sína í að viðhalda þeirri hefð á geðsviði Landspítala að nota ekki fjötra heldur þróa mannúðlegar aðferir til að takast á við árásgjarna sjúklinga.

Bryddað er upp á þeirri nýjung í þessu tímariti að vera með viðtal en það er við Sigurþóru Bergsdóttur vinnusálfræðing, móður Bergs Snæs, ungs drengs sem féll fyrir eigin hendi í kjölfar kynferðilegs ofbeldis og áfalla. Viðtalið varpar ljósi á hvað geðheilbrigðiskerfið á langt í land að byggja upp samfellda og aðgengilega heilbrigðisþjónustu sem heldur utan um ungmenni sem lenda í alvarlegum áföllum. Ritstjóri tekur undir með Sigurþóru að heilsugæslan eigi að vera með teymi fyrir þennan hóp og starfið eigi ekki að byggjast á heimsóknum á stofnanir. Viðtalinu er fylgt eftir með vísindagrein um geðræn vandamál sem geta verið afleiðingar kynferðislegs ofbeldis í æsku hjá körlum. Fyrsti höfundur þeirrar greinar er Sigrún Sigurðardóttir, lektor og formaður Rannsóknamiðstöðvar gegn ofbeldi við Háskólann á Akureyri. Hún hefur ítrekað bent á að það sé mikilvægt að auka þekkingu og dýpka skilning á afleiðingum kynferðislegs ofbeldis í æsku hjá drengjum og ætla megi að raunverulegar tíðni (3-23%) séu hærrí en talið er vegna þess að karlar með slíka reynslu

eru ólíklegir að segja frá henni. Í maí 2017 var haldin ráðstefna undir yfirskriftinni Einn blár strengur sem fjallaði um kynferðislegt ofbeldi í æsku hjá drengjum. Einn af aðal fyrirlesurum ráðstefnunnar var forseti Íslands Guðni Th. Jóhannesson en hann var einnig verndari ráðstefnunnar. Í grein Sigrúnar Sigurðardóttur og Sigríðar Halldórsdóttur birtist hluti úr erindi hans á ráðstefnunni.

Ingibjörg H. Jónsdóttir, prófessor við Háskólann í Gautaborg, skrifar grein um geðraskanir og streitu og þá breytingu á áherslum frá því að skoða streituna eingöngu út frá einum einstaklingi í það að horfa meira á starfsskilyrði og aðstæður á vinnustöðum þar sem fólk vinnur. Hún telur að huga þurfi sérstaklega að starfsumhverfi kvenna og heldur því fram að ef konur og karlar ynnu við sömu streitutengdu aðstæðurnar þá væru líkurnar á streitutengdum einkennum þær sömu hjá báðum kynjum. Í framhaldi af grein Ingibjargar er grein um núvitund sem í vaxandi mæli er notuð til að auka heilbrigði og takast á við streitu í nútímasamfélagi. Gísli Kort Kristófersson, lektor við Háskólann á Akureyri, fjallar um notagildi núvitundar fyrir fagfólk í geðheilbrigðisþjónustu og sýnir dæmi um rannsóknir þar sem núvitundarinngríp hafa verið löguð að þörfum ólíkra hópa innan hennar.

Guðbjörg Ottósdóttir, lektor við Háskóla Íslands, er fyrsti höfundur greinar sem fjallar um börn í ábyrgðarhlutverkum. Greinin bendir á að á Íslandi er lítil þekking á börnum í ábyrgðarhlutverkum og þjónusta af skornum skammti en afar mikilvægt sé að auka þekkingu á aðstæðum þessa hóps og að löggjöf tryggi þessum hóp aukna þjónustu. Greinin er mikilvægt innlegg í umfjöllun um snemmtæk inngríp við börn sem lifa við erfiðar lífsaðstæður eins og alvarleg veikindi foreldra. Það kemur fram í formannspistli Gunnlaugar Thorlacíus í þessu tölublaði að aðgerðir sem styðja foreldra í uppeldis- og umönnunarhlutverki hafa víðtæk jákvæð áhrif á samfélagið í heild og skila sér í farsælli skólagöngu, minna brottfalli, færri glæpum, betri atvinnu og efnahagsstöðu.

Önnur nýjung í tímaritinu er að vera með viðtöl þar sem fram koma mismunandi sjónarmið um málefni sem tengjast geðheilbrigðismálum. Umræðuefnið í þetta skiptið er: Á Kleppur að heita Kleppur? Margrét Manda Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur og deildarstjóri og Elsa Bára Traustadóttir, sálfræðingur á geðsviði Landspítala greina frá sjónarmiðum sínum. Ritstjóri tekur undir þau sjónarmið sem fram koma, en bendir á að mögulega eru það notendur þjónustunnar og fjölskyldur þeirra sem hljóta að hafa síðasta orðið um hvort að Kleppsnafnið komi til með að lifa af.

Heiðursfélagi Geðverndarfélags Íslands, Tómas Helgason, geðlæknir og prófessor, lést þann 3. desember 2017. Honum eru þökkuð óeigingjörn störf í þágu tímaritsins Geðverndar. Hinsta kveðja frá stjórn Geðverndarfélags Íslands er hluti af efni blaðsins.

Það hefur ætíð verið stefna tímaritsins að höfða til breiðs lesendahóps um geðheilbrigðismál. Ritstjóri vill þakka höfundum þessa blaðs fyrir metnaðarfullar greinar. Einnig vil ég þakka ritrynum en eðli máls samkvæmt verður þeirra ekki getið hér. Stjórn og starfsmönnum Geðverndarfélagsins þakka ég sérstaklega en þau hafa lagt á sig mikla vinnu við útgáfu tímaritsins. Góð miðlun fræðslu og gagnreyndrar þekkingar er grundvöllur framfara og umbóta fyrir geðsjúka og fjölskyldur þeirra.

Sigurði Páli Pálssyni, geðlækni eru þökkuð ritstjórstörf undanfarin 12 ár. Hann mun þó halda áfram að vinna í þágu tímaritsins og mun sitja í ritnefnd þess ásamt Margréti Ófeigsdóttur, félagsráðgjafa og Brynjari Emilssyni, sálfræðingi. Eggerti Péturssyni listmálara er þakkaðar fallegar forsiður tímaritsins undanfarin sex ár en ákveðið var að skipta um foriðu á tímaritinu inn í næstu tíð en Ólafur Haraldsson hannaði nýja forsiðu Geðverndar.

Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir  
ritstjóri Geðverndar

# Að halda sjúklingi kyrrum – tíðni og aðkoma varnarteymis

Nauðungaraðgerðir í ýmsum myndum gagnvart sjúklingum hafa alltaf átt sér stað á geðdeildum um allan heim. Helstu nauðungaraðgerðir eru nauðungarvistun, nauðungarlyfjagjafir, innlokun og aðferðir til að halda sjúklingum kyrrum og takmarka hreyfingar þeirra. Geðdeildir á Íslandi og Bretlandi eru þær einu í hinum vestræna heimi svo vitað sé þar sem belti og ólar eru ekki notuð til að halda sjúklingum kyrrum (Steinert, Lepping, Bernhardsgrütter, Conca, Hatling, Janssen, Keski-Valkama, Mayoral og Whittington, 2010).

## Inngangur

Rannsóknir sýna að starfsfólk geðdeilda og annarra deilda sjúkrahúsa verður fyrir ofbeldi af hendi ákveðins hluta sjúklinga sem þar dvelja (Cornaggia, Beghi, Pavone og Barale, 2011; Moylan og Cullinan, 2011; Hills, Joyce og Humphreys, 2012; Zeller, Dassen, Kok, Needham, og Halfens, 2012; Edward, Ousey, Philip og Lui, 2014). Starfsfólk er mest útsett fyrir munnlegu ofbeldi næst á eftir líkamlegu ofbeldi (Edward o. fl., 2014), en mikilvægt er þó að hafa í huga að flestir sjúklingar geðdeilda sýna ekki ofbeldi. Flestir af sjúklingum geðdeilda sem sýna ofbeldi eru ungir karlmenn sem eru greindir með geðklofa, geðhvarfasjúkdóm eða eiga við fíkniefnavandamál að stríða (Stewart, Bowers, Simpson, Ryan, og Ziggili, 2009; Knutzen, Björkly, Eidhammer, Lorentzen, Mjøsund, Opjordsmoen, Sandvik, og Friis, 2013; Guzman-Parra, Garcia-Sanchez, Pino-Benitez, Alba-Vallejo, og Mayoral-Cleries, 2015).

Að halda sjúklingi, sem sýnir ofbeldi, kyrrum er ein af mörgum aðferðum sem beitt er til að stöðva ofbeldi eða koma í veg fyrir það. Í rannsókn Bowers og félaganna (2012) á 136 breskum geðdeildum þurfti að halda sjúklingum kyrrum í að meðaltali 0,20 skipti á dag á 20 rúma deild



á sex mánaða tímabili. Yfirlitsgrein um rannsóknir sem gerðar hafa verið frá 1960 á fjölda atvika þar sem halda þurfti sjúklingum kyrrum sýndi 9,3 – 25,8 atvik á 100 rúma deild á mánuði (Stewart o. fl., 2009). Þá hefur komið í ljós að sjúklingum er yfirleitt haldið mun lengur þegar þeir eru ólaðir eða beltaðir niður en þegar þeim er eingöngu haldið með handafli (Stewart o. fl., 2009; Knutzen o. fl., 2013; Guzman-Parra, o. fl., 2015). Sjúklingum sem eru ólaðir eða beltaðir er yfirleitt haldið kyrrum í nokkrar klukkustundir í senn en oftast í 5-12 mínútur þegar það er gert með handafli einu saman (Flammer og Steinert, 2015; Stewart o. fl., 2009). Að vera haldið kyrrum, hvort sem það er með handafli einu saman eða með beltum og ólum, er erfið reynsla, bæði fyrir sjúklinga og starfsfólk (Bonner, Lowe, Rawcliffe og Wellman, 2002; Perkins, Prosser, Riley og Whittington, 2012; Barnett, Stirling, Hall, Davies og Orme, 2016). Sumir líta svo á að ef starfsfólki tekst ekki að róa sjúkling án þess að þurfa að halda honum kyrrum, hafi sá hluti meðferðarinnar mistekist (Jacob, Sahu, Frankel, Homel, Berman og McAfee, 2015). Í öðrum tilvikum finnst starfsfólki og sjúklingum að það hafi verið eina úrræðið sem dugði til stöðva hegðunina (Fish og Culshaw, 2005).

Í yfirlitsgrein um 16 rannsóknir, um hvað hefur áhrif á ákvörðun hjúkrunarfræðinga um að halda sjúklingum kyrrum með tækjum og / eða handafli, komu eftirfarandi átta atriði fram (Riahi, Thomson og Duxbury, 2016): 1) það er gert til að tryggja öryggi sjúklinga og starfsfólks, 2) talið nauðsynlegt þótt það sé starfsfólki jafnvel þvert um geð, 3) er síðasta úrræðið eftir að aðrar aðferðir hafa reynst árangurslausar, 4) ákvörðunin er tekin þrátt fyrir að vera íþyngjandi fyrir hjúkrunarfræðinga, 5) ákvörðunin er tekin til að hafa





stjórn á sjúklingum og umhverfinu, 6) hún byggist á mati og þekkingu á hegðun sjúklingsins og 7) á samsetningu starfsfólksins á deildinni, og að lokum 8) þó það hafi ekki áhrif á ákvörðun hjúkrunarfræðinga vita þeir að það hefur íþyngjandi sálræn áhrif á sjúklingana að vera haldið kyrrum með afli.

Á síðustu árum hafa aðferðirnar sem notaðar eru til að halda sjúklingum kyrrum verið undir smásjá, m. a. vegna slysa og jafnvel dauða sjúklunga (Paterson, Bradley, Stark, Saddler, Leadbetter og Allen, 2003). Bresk heilbrigðisyrirvöld mæla til að mynda með að sjúklingi sé haldið kyrrum á bakinu frekar en á maganum, það sé öruggara og hættuminna fyrir sjúklinginn (Nice, 2015). Flestir eru þó sammála um að slys og dauði sem hljóttast af þegar sjúklingi er haldið kyrrum stafi ekki fyrst og fremst af því hvort honum sé haldið á bakinu eða á maganum, heldur af því að stellingin sem honum er haldið í valdi öndunarerfiðleikum (e. *postural asphyxiation*). Aðrar ástæður fyrir því að sjúklingur getur dáíð þegar honum er haldið kyrrum er þegar hann er með bráðaóráð, aukaverkanir lyfja, undir áhrifum fíkniefna eins og kókaíns, hindrað blóðflæði í hálsi, sálræn streita, uppköst, o. fl. (Barnett, Stirling og Pandyan, 2012). Annmarkar flestra rannsókna á breyttu líkamsástandi einstaklings sem er haldið kyrrum eru hins vegar að þær eru flestar gerðar á heilbrigðu fólki og ekki við raunverulegar aðstæður eins og á sjúklingum á geðdeildum (Barnett o. fl., 2012).

Á geðsviði Landspítala er sjúklingi aðeins haldið kyrrum ef hætta er álitin stafa af honum, bæði gagnvart öðrum og honum sjálfum. Aðdragandi ofbeldis getur verið margslunginn og oftast eru fleiri en ein ástæða fyrir því að halda þarf sjúklingi kyrrum, s.s. sjúklingar eru ósáttir við að vera vistaðir á geðdeild, þeir eru undir áhrifum vímuefna, með geðrofseinkenni sem geta ýtt undir árásargjarna hegðun, þeir eru ósáttir við framkomu starfsfólks, o. fl. (Shepherd og Laverder, 1999; Bowers, Wright og Stewart, 2014; Guzman-Parra o. fl. 2015). Í rannsókn sem fór fram á bráðageðdeildum þriggja sjúkrahúsa í Noregi var árás á starfsfólk algengasta ástæðan fyrir því að sjúklingar voru settir í belti. Næst algengast var þegar sjúklingar ollu skemmdum á hlutum og þriðja algengasta ástæðan var sjálfskaðahegðun (Knutzen o. fl., 2013). Almennt má hins vegar segja að vilji sé til að draga úr þörfinni

á að halda sjúklingum kyrrum og víða er leitað leiða í því skyni (Ashcraft, Bloss og Anthony, 2012; Huckshorn, 2014; Bowers, James, Quirk, Simpson, SUGAR, Stewart og Hodsoll, 2015; Blair, Wolley, Szareki, Mucha, Dutka, Schwartz, Wisniowski og Goethe, 2017).

Þáttur í viðbrögðum við ofbeldi á geðdeildum er þjálfun starfsfólks. Á námskeiði á geðsviði Landspítala eru kenndar aðferðir til að halda sjúklingi kyrrum sem eru ættaðar frá breskum geðsjúkrahúsum og kallast viðbrögð og varnaraðgerðir gegn ofbeldi (e. *Control and Restraint*). Aðferðirnar byggjast á nálgun fjögurra manna varnarteymis til að róa sjúklinginn og/eða að halda henni/honum kyrrum með handafli án þess að valda sársauka. Að auki er á námskeiðinu farið yfir aðferðir til að róa reiða og spennta sjúklinga með orðum og látbragði, samskipti við sjúklinga, ástæður þess að sjúklingar sýna ofbeldi á geðdeildum, lög um nauðungarvistun og annað sem tengist efninu. Hér verður fjallað um rannsókn sem gerð var á geðsviði Landspítalans þegar starfsfólk kallaði á varnarteymið af ýmsum ástæðum.

### Aðferð

Markmið rannsóknarinnar var tvíþætt. Annars vegar að kanna hversu oft á einu ári varnarteymið þurfti að halda sjúklingum kyrrum á tímabilinu frá 21. október 2014 til 20. október 2015 og afla upplýsinga um fjölda sjúklunga sem var haldið kyrrum og hversu oft, aldur þeirra, kyn, sjúkdómsgreiningu, aðdraganda útkalls teymisins, fjölda daga frá innskrift þangað til sjúklingum var haldið kyrrum, daga og tíma sem sjúklingum var haldið kyrrum og nauðungaraðgerðir áður en þeim var haldið kyrrum. Hins vegar að kanna með spurningalista til starfsmanna teymisins í hvert skipti sem það var kallað út, um aldur, kyn, líkamlegan styrk og hæð teymisfólks og sjúklunga, meiðsli teymisfólks og sjúklunga, hversu mikla trú teymisfólkið hafði á að það gæti róað sjúklingana og mat teymisfólks á faglegum vinnubrögðum sínum. Spurningalistinn var forþröfaður á 10 starfsmönnum og þeir beðnir um að koma með athugasemdir. Í einu tilviki var bent á ófullnægjandi orðalag sem lagfært var í kjölfarið.

Reiknuð var lýsandi tölfræði en niðurstöðum nokkurra spurninga er þó aðeins lýst með orðum vegna þess að svörin endurspegla skoðun ein-

stakra þátttakenda en ekki teymisins í heild. Rannsóknin var framkvæmt með leyfi Siðanefndar Landspítala (32/2014), framkvæmdarstjóra lækninga og framkvæmdastjóra geðsviðs og hún tilkynnt til Persónuverndar.

## Niðurstöður Útköll varnarteymis

Á rannsóknartímabilinu voru 148 útköll skráð hjá varnarteyminu. Í 86 (58,1%) tilvikum þurfti teymið að halda 56 sjúklingum kyrrum, 31 karli og 25 konum. Langflestum sjúklingum (40; 71,4%) þurfti aðeins að halda einu sinni, 23 körlum og 17 konum, en einni konu þurfti að halda 19 sinnum, sem samsvarar 22,4% tilvikanna. Meðalaldur karla sem þurfti að halda kyrrum var 36,9 ár (spönn 18 – 72 ár) en kvenna 30,1 ár (spönn 18 – 58 ár).

Tafla 1 sýnir hversu oft þurfti að halda sjúklingum kyrrum eftir deildum. Oftast þurfti að halda sjúklingum kyrrum á miðvikudögum (18; 20,9%) en sjaldnast á laugardögum (8; 9,3%). Á morgunvöktum þurfti að halda sjúklingum 25 sinnum (29,1%), 40 sinnum (46,5%) á kvöldvöktum og 19 sinnum (22,1%) á næturvöktum. Í tvö skipti (2,3%) var tími ekki skráður.

**Tafla 1. Hversu oft þurfti að halda sjúklingum kyrrum eftir deildum á geðsviði.**

Deildir	N (%)
Bráðageðdeild 32C	48 (55,8)
Bráðadeildfíknimeðferðar 33A	16 (18,6)
Móttökugeðdeilddeild 32A	7 (8,1)
Móttökugeðdeild 33C	6 (7,0)
Bráða- og göngudeild	4 (4,7)
Öryggisgeðdeild	3 (3,5)
Réttargeðdeild	1 (1,2)
Samtals	86 (100,0)

Algengasta fyrsta sjúkdómsgreining karla sem þurfti að halda kyrrum var geð- og hegðunaraskanir vegna notkunar geðvirkra efna, F10 – 19, (n = 9; 29,0%), og algengasta önnur sjúkdómsgreining var sú sama (n = 10; 32,3%). Hjá konum var algengasta fyrsta sjúkdómsgreining lyndisröskun, F30 – 39, (n = 10; 40,0%) og algengasta önnur sjúkdómsgreining F10 – 19 (n = 5, 20,0%). Í 23 tilvikum þurfti að halda

sjúklingum kyrrum sama dag og þeir lögðust inn á deild og fyrsta dag eftir innlögn þurfti að halda sjúklingum kyrrum í sjö skipti. Eftir það þurfti sjaldnar að halda sjúklingum kyrrum eða þar til á 30. degi eftir innlögn og síðar (n = 24). Þess ber þó að geta að af þeim sem þurfti að halda kyrrum 30 dögum eða lengur eftir innlögn þurfti í 12 skipti að halda sama sjúklingi kyrrum. Af þeim sjúklingum sem þurfti að halda kyrrum í fyrsta og/eða eina skiptið voru níu þegar sjálfræðisviptir, átta höfðu verið nauðungarvastaðir í 21 dag, 12 nauðungarvastaðir í 48 tíma og þrír höfðu komið í fylgd lögreglu á deildina. Algengasti aðdragandi þess að kallað var á varnarteymið þegar halda þurfti sjúklingi kyrrum var líkamlegt ofbeldi gagnvart starfsfólki og hlutum á deildunum.

## Varnarteymið

Spurningalisti var sendur í 148 tilvikum til þeirra sem voru í varnarteyminu í hvert skipti þegar það var kallað út eða í 592 skipti og bárust 202 (34,1%) svör. Svarendur voru í 141 (69,8%) skipti karlar og í 60 (29,7%) skipti konur. Upplýsingar um kyn vantaði í eitt skipti (0,5%). Sömu þátttakendur fengu spurningalista sendan oftast en einu sinni eða í þau skipti sem þeir voru í varnarteyminu þegar það var kallað út. Ekki var unnt að bera saman svör þátttakenda innbyrðis, þ.e. þeirra sem voru í saman í teyminu í hvert skipti og átta sig þannig á svörum og viðhorfum teymisins í heild. Því verður niðurstöðum nokkurra spurninga aðeins lýst með orðum.

Teymið þurfti oftast að halda sjúklingi kyrrum þegar allir eða meiri hluti þess voru karlmenn og flestir sögðu að sjúklingum hefði verið haldið kyrrum í innan við 10 mínútur. Þeir sem höfðu litla eða enga trú á að teymið gæti róað sjúklinginn og komið í veg fyrir ofbeldi, yfirbugaðu þá oftast en þeir sem höfðu miðlungs eða mikla trú á að þeir gætu það. Enginn munur var á hversu mikla trú þeir hefðu eftir kynjasamsetningu teymisins. Teymisfélagar voru spurðir hversu fagmannleg vinnubrögð teymisins hefðu verið og fengust 140 (69,3%) svör. Í níu (6,4%) skipti töldu þeir að þau hefðu verið lítil, í 45 (32,1%) skipti að þau hefðu verið talsverð og í 86 (61,4%) skipti að þau hefðu verið mikil.

Það sem teymisfélögum fannst hafa einna helst ráðið því að þeim tókst að ró sjúklinga án þess þurfa að halda þeim kyrrum var a) fjöldinn í



teyminu og aðrir starfsmenn voru til staðar b) það að teymið var til staðar á deildinni róaði sjúklingana, c) að öðrum starfsmönnum tókst að róa sjúklingana áður en teymið kom á vettvang eða fljótlega eftir að það kom á vettvang, d) þekking og reynsla teymisfélaga, e) fagleg vinnubrögð, s.s. yfirvegun, róleg nálgun, kurteisi, ákveðni, gott skipulag, sjúkilngar fengu að "blása", og f) að sjúklingar fóru að tilmælum teymisins.

Starfsfólk eða sjúklingar slösuðust í afar fáum tilvikum í útköllum varnarteymisins. Aðeins fjórir þátttakendur sögðu að sjúklingur hefði meiðst þegar honum var haldið kyrrum og þrír að starfsfólk hefði meiðst. Styrkleiki og hæð starfsfólks og sjúklinga hafði ekki áhrif á meiðsli.

### Umræða

Samtals var kallað á varnarteymi geðsviðs Landspítala 148 sinnum á einu ári. Í 86 (58,1%) tilvikum þurfti það að halda 56 sjúklingum kyrrum en það samsvarar 1,1 atviki á mánuði á 20 rúma deild og er það heldur sjaldnar en aðrar rannsóknir sýna (Leggett og Silvester, 2003; Stewart o. fl., 2009; Ryan og Bowers, 2009). Hins vegar var tíðnin svipuð og sex mánaða rannsókn Bowers og félaga (2012) á 136 bráðageðdeildum í Bretlandi. Fleiri karlkyns sjúklingum þurfti að halda kyrrum en kvenkyns, en þó að munur á milli kynja sé mismunandi í rannsóknum virðast yfirleitt fleiri karlkyns sjúklingum vera haldið kyrrum en kvenkyns (Duff, Gray, og Brostor, 1996; Stewart o. fl., 2009). Meðalaldur karla sem var haldið kyrrum var rúmlega 37 ár en kvenna rúmlega 30 ár. Aðrar rannsóknir hafa sýnt að meðalaldur sjúklinga sem er haldið kyrrum er frá 31 til 37 (Leggett og Silvester, 2003; Lancaster, Whittington, Lane, Riley, Meehan, 2008).

Flestum sjúklinganna þurfti aðeins að halda kyrrum einu sinni en einum kvensjúklingi þurfti alls að halda 19 sinnum, en það er óvenjulegt að halda þurfi sama sjúklingi kyrrum svo oft og augljóst að það hefur veruleg áhrif á heildartíðni atvika. Sjúklingum var hins vegar oftast haldið innan við 10 mínútur. Það er sambærilegt og annars staðar þar sem sjúklingum er eingöngu haldið kyrrum með handaflí (Riley, Meehan, Whittington, Lancaster, og Lane, 2006; Whittington, Lancaster, Meehan, Lane, og Riley, 2006; Stewart o. fl. 2009).

Oftast þurfti að halda sjúklingum kyrrum á bráðageðdeild 32C og næst oftast á bráðadeild fíknimeðferðar 33A. Þetta kemur ekki á óvart því ein af ábendingum um innlögn á 32C er árasargjörn hegðun og eins og fram hefur komið áttu flestir sjúklinganna við fíkniefnavandamál að stríða. Þetta kemur heim og saman við erlendar rannsóknir um ofbeldi á bráða- og fíknideildum (Iozzino, Ferrari, Large, Nielssen og Girolamo, 2015).

Þó sjúklingum hafi oftast verið haldið kyrrum á morgunvöktum er athyglisvert hversu oft þurfti að halda sjúklingum kyrrum á næturvöktum, en hafa þarf í huga að fæst starfsfólk er á vakt á þeim tíma sólarhringsins. Ein skýring á því að flest atvik voru á miðvikudögum en fæst á laugardögum kann að vera að innlagnir séu fleiri á virkum dögum en um helgar en eins og fram hefur komið þarf oftast að halda sjúklingum kyrrum við eða rétt eftir innlögn. Fleiri skýringar kunna þó að liggja að baki.

Sú staðreynd að flestir sjúklinganna sem halda þurfti kyrrum áttu við fíkniefnavandamál að stríða vekur upp spurningar um hversu ríkan þátt það átti í hegðun þeirra sem leiddi til þess að halda þurfti þeim kyrrum. Rannsóknir sýna að flestir sjúklingar sem beita ofbeldi á geðdeildum gera það á fyrstu dögum innlagnar eða þegar þeir hafa dvalið lengi, eins og á öryggis- og réttargeðdeildum og þannig var það í þessari rannsókn. Ástæðurnar geta verið ýmsar, s.s. að sjúklingar eru ósáttir við innlögnina og að vera nauðungarvastaðir, þeir eru í alvarlegu geðrofsástandi eða undir áhrifum fíkniefna, eða þeir eru orðnir leiðir á frelsisskerðingunni. (Shannon, Roche, Madigan, Renwick, Dolan, Devitt, Feeney, Murphy, og O'Donoghue, 2015; Thomsen, Starkopf, Hastrup, Andersen, Nordentoft, 2017). Þá er ekki ólíklegt að ágreiningur milli sjúklinga og starfsfólks um þörf á innlögn hafi verið kveikjan að hegðun sem leiddi til þess að þeim var haldið kyrrum, en rúmlega helmingur sjúklinganna í rannsókninni höfðu verið sjálfræðissviptir, nauðungarvastaðir og kyrrsettir áður en þeim var haldið kyrrum í fyrsta/eina skiptið.

Algengasti aðdragandi þess að kallað var á varnarteymið þegar þurfti að halda sjúklingi kyrrum var líkamlegt ofbeldi sjúklinga gagnvart starfsfólki. Venjulega er aðdragandi fjölbreyttur og líkamlegt ofbeldi ekki alltaf megin ástæðan

(Stewart o. fl., 2009; Bowers o. fl., 2012). Starfsfólk reynir oft sjálf að róa sjúklinga án þess að kalla á varnarteymið og er það jafnvel ekki gert fyrr en önnur úrræði hafa ekki dugað. Hugsanlega þyrfti starfsfólk í fleiri tilvikum að kalla fyrr á varnarteymið til að grípa inn í áður en hegðun sjúklingsins þróast yfir í líkamlegt ofbeldi (Moylan og Cullinan, 2006). Meiri hætta er á að sjúklingur meiðist eða slasist alvarlega eftir því sem honum er haldið lengur. Oftast var sjúklingum haldið innan við 10 mínútur og er það sambærilegt við það sem gerist annars staðar þar sem sjúklingum er eingöngu haldið kyrrum með handaflí (Stewart o. fl. 2009).

Öryggi varnarteymisins felst að stórum hluta í hversu mikla trú teymisfólkið hefur á sjálfu sér og teyminu í heild (Martin og Daffern, 2006). Að hafa trú á færni sinni til að ráða fram úr viðfangsefninu er bæði hvetjandi og eykur líkurnar á viðunandi frammistöðu (Bandura og Locke, 2003). Teymisfólk var spurt hversu mikla trú það hefði haft á að teyminu tækist að róa sjúklinginn þegar það kom að honum. Enginn munur reyndist vera eftir kynjasamsetningu teymisins. Hins vegar kom í ljós að þeir sem höfðu litla eða enga trú á að þeir gætu róað sjúklinginn og komið í veg fyrir ofbeldi yfirbuguðu þá oftast en þeir sem höfðu miðlungs eða mikla trú á að þeir gætu það. Hér er um flókið samspil margra þátta að ræða og kann að vera að oftast hafi verið um rétt mat að ræða hjá teyminu, ástand og hegðun sjúklingsins hafi bent til þess að ekki hafi verið um annað að ræða en að halda honum kyrrum.

Það er athyglisvert og um leið ánægjulegt hversu sjaldan þátttakendur sögðu að starfsfólk og sjúklingar hefðu meiðst. Hvort sem sjúklingurinn er karl eða kona þarf teymið í ákveðnum tilvikum að vera mannað fólk sem býr yfir nægilegum líkamsstyrk til að halda sjúklingi kyrrum (Martin og Daffern, 2006). Vegna þess hversu fáir meiddust sýnir það sig að meiðsli eru óháð því hversu líkamlega sterkir starfsmenn telja sig og sjúklingana vera eða hversu hávaxnir þessir aðilar eru.

Meiri hluti svarenda taldi að varnarteymið hefði sýnt fagleg vinnubrögð hvort sem þurfti að halda sjúklingum kyrrum eða ekki. Þó það sé vilji allra að draga úr atvikum þar sem þarf að halda sjúklingum kyrrum skiptir miklu máli að í þeim tilvikum sem það er gert sé það sem

bærilegast fyrir sjúklinginn og hann hljóti ekki meiðsli af. Að sama skapi er mikilvægt að starfsfólk meiðist ekki, en rannsóknir sýna að starfsfólk slasast oftast en sjúklingar sem halda þarf kyrrum (Stewart o. fl., 2009).

### Takmarkanir

Nokkra varnagla þarf að slá við niðurstöðum rannsóknarinnar. Í fyrsta lagi verður að gera ráð fyrir að ekki hafi öll atvik þar sem varnarteymið þurfti að halda sjúklingum kyrrum verið skráð. Í öðru lagi getur verið að starfsfólk deilda hafi haldið sjúklingum kyrrum án þess að kalla á varnarteymið. Það veldur því að atvik þar sem halda þurfti sjúklingum kyrrum hafi verið fleiri á árinu en hér eru skráð. Í þriðja lagi getur verið að þeir sem voru skráðir í varnarteymið í hvert sinn og fengu spurningalistann sendan hafi ekki verið sömu aðilar og héldu sjúklingunum kyrrum. Það kann að vera að á vettvangi hafi aðstæður þróast þannig að aðeins hluti af teyminu ásamt öðru starfsfólki deildarinnar hafi haldið sjúklingum kyrrum í einhverjum tilvikum. Upplýsingar um þetta hefðu aðeins fengist ef rannsakandi hefði verið á staðnum þegar atvikið átti sér stað eða einhver hefði skrifað nákvæma skýrslu um hvernig framkvæmdin fór fram. Í fjórða lagi voru sjúklingarnir ekki spurðir að því hvort þeir hefðu meiðst þegar þeim var haldið kyrrum heldur var það mat teymisfólksins sem hélt þeim kyrrum. Í fimmta lagi hefði verið gagnlegt að bera saman upplýsingar teymisfólks úr hverju atviki fyrir sig við upplýsingar um sjúklinginn og ferlið sem fólst í að halda honum kyrrum.

### Lokaorð

“Það er hluti af starfinu en skemmir fyrir starfinu” (Bigwood og Crowe, 2008). Þannig hljómar titill greinar um afstöðu hjúkrunarfræðinga til viðfangsefna á geðdeildum þegar halda þarf sjúklingum kyrrum. Enn sem komið er hefur ekki tekist að komast hjá því að halda sjúklingum kyrrum með handaflí eða beltum og ólum. Margt bendir þó til að fram sé að koma meiri þekking um hvernig megi draga úr þessum aðferðum þó ólíklegt sé að hægt verði að koma í veg fyrir notkun þeirra að fullu. Starfsfólk geðdeilda verður að vinna ötullega að því að afla sér þekkingar og færni til að takast á við árásargjarna hegðun sjúklinga án þess að halda þeim kyrrum. Það verður best



gert með rannsóknum, umbótastarfi og samstarfi við fólk sem hefur dvalið á geðdeildum og hefur reynt af því að hafa verið haldið kyrru. Í þeim tilvikum þar sem halda þarf sjúklingum kyrrum er mikilvægt að það sé gert af varkárni og fagmennsku, bæði gagnvart sjúklingnum og starfsfólkinu sjálfu sem heldur sjúklingnum kyrrum.

## Heimildir

- Ashcraft L, Bloss, M., og Anthony, W. A. (2012). The development and implementation of 'no force first' as a best practice. *Psychiatric Services*, 63, 415–217.
- Bandura, A. og Locke, E. A. (2003). Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87–99. Doi: 10.1037/0021-9010.88.1.87.
- Barnett, R., Stirling, C., Hall, J., Davies, A, og Orme, P. (2016). Perceptions of supported and unsupported prone-restraint positions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(3-4), 172-178. Doi: 10.1111/jpm.12295.
- Barnett, R., Stirling, C., og Pandyan, A. D. (2012). A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death. *Medicine, Science and the Law*, 52, 137–142. Doi: 10.1258/msl.2011.011101.
- Bigwood, S. og Crowe, M. (2008). "It's part of the job but it spoils the job": a phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17 (3), 215-222.
- Blair, E. W., Wolley, S., Szareki, B. L., Mucha, T. F., Dutka, O., Schwartz, H. I., Wisniewski, J., og Goethe, J. W. (2017). Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: A Pilot Study. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 1-7. Doi 10.1007/s11126-016-9428-0.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, 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.
- Bowers, L., van der Merwe, M., Paterson, B., og Stewart, D. (2012). Manual restraint and shows of force: The City-128 study. *International Journal of Mental Health Nursing* 21(1), 30-40. www.dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00756.x.
- Bowers, L., Wright, S., og Stewart, D. (2014). Patients Subject to High Levels of Coercion: Staff's Understanding. *Issues in Mental Health Nursing*, 35, 364 – 371. Doi: 10.3109/01612840.2013.871088.
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., SUGAR, Stewart, D., ogHodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52,1412–1422. www.dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., og Barale, F.(2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), 10–20. www.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.024.
- Duff, L., Gray, R., Brostor, F. (1996). The use of control and restraint techniques in acute psychaitric units. *Psychiatric Care*, 3, 230-234.
- Edward, K., Ousey, K., Philip, W., ogLui, S. (2014) Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-659.
- Fish, R. og Culshaw, E. (2005). The last resort?: Staff and client perspectives on physical intervention. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(2), 93 – 107. Doi: 10.1177/1744629505049726.
- Flammer og Steinert (2015). Involuntary medication, seclusion, and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013. *Frontal Psychiatry*,6(153), 1-5. Doi: 10.3389/fpsy.2015.00153
- Guzman-Parra, J.,Garcia-Sanchez, J. A.,Pino-Benitez, I.,Alba-Vallejo, M., og Mayoral-Cleries, F. (2015). Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint andCoercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspectives in Psychiatric Care* 51, 260–267. Doi: 10.1111/ppc.12090.
- Gunenc, C., O'Shea, L. E., og Dickens, G. L. (2015). Prevalence and predictors of verbal aggression in a secure mental health service: Use of the HCR-20. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 314 -323. Doi: 10.1111/inm.12130.
- Hills, D., Joyce, C. og Humphreys, J. (2012). Validation of a Job Satisfaction Scale in the Australian Clinical Medical Workforce. *Evaluation & the Health Professions*, 35(1), 47-76. Doi: 10.1177/0163278710397339.
- Huckshorn, K. A. (2014). Reflection on the Use of Restraint and Seclusion. A 10 - Year Update: Six core strategies to reduce the use of seclusion and restraint in planning tool. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(11), 3-4. Doi: 10.3926/02793695-20140930-01.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielsen, O. og Girolamo, G. d. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(6), 1 - 18. www.doi.org/10.1371/journal.phone.0128536.
- Jacob, T., Sahu, G., Frankel, V., Homel, P., Berman B., og McAfee, S. (2015). Patterns of Restraint Utilization in a Community Hospital's Psychiatric Inpatient Units. *Psychiatric Q.* Springer Science Business Media New York 2015. Doi:10.1007/s11126-015-9353-7. 1-18.
- Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S.,Mjøsund, N. H.,Opjordsmoen, S., Sandvik, L. og Friis,S. (2013). Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint—A register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Research*, 215(1), 127-133. www.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.024
- Lancaster, G.A., Whittington, R., Lane, S., Riley, D., Meehan, C. (2008). Does the position of restraint of disturbed psychiatric patients have any association with staff and patient injuries? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 306-312.
- Leggett, J. & Silvester, J. (2003). Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: a field study. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 393-406.
- Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards—Why and how are they used? *Psychiatry Research* 209, 91–97. www.dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.017.
- Martin, T. og Daffern, M. (2006). Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,13, 90–99.
- Moylan, L. B. og Cullinan, M. (2011). Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 526–534. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01699.x.m\_1699
- NICE Guideline CG178. *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings.*National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence, 2015.
- Paterson, B., Bradley, P., Stark, C., Saddler, D. Leadbetter, D., og Allen, D. (2003). Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a pre-

- liminary survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 3–15.
- Perkins, E., Prosser, H., Riley, D., og Whittington, R. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(1), 43 – 49. Doi:10.1016/j.ijlp.2011.11.008.
- Riley, D., Meehan, C., Whittington, R., Lancaster, G.A., og Lane, S. (2006). Patient restraint positions in a psychiatric inpatient service. *Nursing Times*, 3, 42-45.
- Riahi, S., Thomson, T., og Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision – making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 116 – 128. 2016. Doi: 10.1111/jpm.122.
- Ryan, C. og Bowers, L. (2006). An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 527-532.
- Shannon, S., Roche, E., Madigan, K., Renwick, L. J., Dolan, C., Devitt, P., Feeney, L., Murphy, K. C., og O'Donoghue, B. (2015). Quality of Life and Functioning One Year After Experiencing Accumulated Coercive Events During Psychiatric Admission. *Psychiatric Services*, 66, 883-887. Doi. 19.1176/appi.ps.201400212.
- Shepherd, M. og Lavender, T. (1999). Putting aggression into context: An investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. *Journal of Mental Health*, 8(2), 159-170.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F., og Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 889-897. Doi: 10.1007/s00127-009-0132-3.
- Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C. og Ziggili, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 749–757. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01475.x.
- Thomsen, C., Starkopf, L., Hastrup, L. H., Andersen, P. K., Nordentoft, M., og Benros, M.E. Risk factors of coercion among psychiatric inpatients: a nationwide register-based cohort study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. Published: 2. February, 2017. DOI 10.1007/s00127-017-1363-3.
- Whittington, R., Lancaster, G., Meehan, C., Lane, S., Riley, D. (2006). Physical restraint of patients in acute mental health care settings: patient, staff and environmental factors associated with the use of a horizontal restraint position. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, 253-265.
- Zeller, A., T., Dassen, G., Kok, G., Needham, I., og Halfens, R. J. (2012). Factors Associated With Resident Aggression Toward Caregivers in Nursing Homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 249-257. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01459.x.

## Um höfunda:

**Jón Snorrason** M.Sc. er sérfræðingur í geðhjúkrun á geðsviði Landspítala.

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

**Hjalti Einarsson** M.Sc. í félags- og vinnusálfræði og starfsmaður aðildarfélags BHM.

## Útdráttur

**Markmið.** Þrátt fyrir að margt hafi áunnist við að draga úr þörfinni á að halda sjúklingum á geðdeildum kyrrum hefur enn ekki tekist að koma

alveg í veg fyrir það og því mikilvægt að halda áfram að leita leiða til þess. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hversu oft varnarteymi geðsviðs LSH var kallað út og hversu oft og marga sjúklinga það þurfti að halda kyrrum á eins árs tímabili. Að auki var m. a. aflað upplýsinga um sjúklingana sem var haldið kyrrum og eiginleika varnarteymisins sem var kallað út.

**Aðferð.** Um er að ræða framvirka rannsókn þar sem gagna var aflað á tímabilinu 21.10.2014 - 20.10.2015. Í hvert skipti sem varnarteymið var kallað út var aflað upplýsinga um sjúklinga sem teymið var kallað út af og eiginleika teymisins.

**Niðurstöður.** Skráð útköll varnarteymisins á einu ári voru 148. Í 86 tilvikum þurfti að halda 56 sjúklingum kyrrum. Spurningalisti var sendur í 592 skipti til þeirra sem voru í varnarteyminu þegar það var kallað út. Svarhlutfall var 32%. Í greininni verður getið atriða sem komu fram um sjúklinga sem haldið var kyrrum, eiginleika varnarteymisins sem halda þurfti sjúklingum kyrrum o. fl.

**Ályktun.** Niðurstöður rannsóknarinnar geta verið gagnlegar í viðleitni til að draga úr þörfinni á að halda sjúklingum kyrrum á geðdeildum.

## Abstract

**Aim.** Although significant effort has been made to reduce physical restraint in psychiatric wards, measures have not been able to prevent it successfully. Effort to continue to find ways to do that is therefore important. The aim of the study was to find out how often a response team in psychiatric wards in Landspítali University Hospital was called for help in one year and how often and how many patients it had to physically restrain. Other data were collected about the patients and the characteristics of the response team.

**Method.** This is a longitudinal study from 21.10.2014-20.10.2015. Every time the response team was called data were gathered about the patients and the characteristics of the team.

**Results.** The response team was called 148 times. In 86 cases the team had to restrain 56 patients. A questionnaire was sent 592 members of the team. The response rate was 32%. In the article information will be given about the patients who were restrained, characteristics of the response team and more.

**Conclusion.** The results can be helpful in effort to decrease the need to restrain patients.

## ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

### Reykjavík

A. Margeirsson ehf, Flúðaseli 48  
 Aðalverkstæðið ehf, Malarhöfða 2  
 Aðalvík ehf, Síðumúla 13  
 Analytica ehf, Síðumúla 14  
 Arev verðbréfafyrirtæki hf, Bankastræti 3  
 Arkís arkitektar ehf, Kleppsvegi 152  
 Arkþing ehf, Bolholti 8  
 ASK Arkitektar ehf, Geirsgötu 9  
 Auðmerkt ehf, Eldshöfða 15  
 Auglýsingastofan ENNEMM, Skeifunni 10  
 Á.K. Sjúkraþjálfun ehf, Þverholti 18  
 Áltak ehf, Fossaleyni 8  
 ÁM-ferðir ehf, Gaukshólum 2  
 Árbæjarapótek ehf, Hraunbæ 115  
 Ásbjörn Ólafsson ehf, Köllunarklettsvegi 6  
 Ásbrygi, fasteignasala, Suðurlandsbraut 54  
 B&B gluggatjaldahreinsun ehf, Grandagarði 71  
 B. Ingvarsson ehf, Bildshöfða 18  
 Bella Donna ehf verslun, Skeifunni 8  
 Bending 1 ehf, Bæjarflöt 8f  
 Betri bílar ehf, s: 568 1411, Skeifunni 5c  
 BílaGlerid ehf, Bildshöfða 16  
 Bílasalan Heimsbílar ehf, Kletthálsi 2  
 Bílasmiðurinn hf, Bildshöfða 16  
 Blaðamannafélag Íslands, Síðumúla 23  
 Blikksmiðjan Glófaxi hf, Ármúla 42  
 Boozt bar, Súðavogi 7  
 Borgir ehf, fasteignasala, Grensásvegi 50  
 Bókabúðin Sjónarlind, Bergstaðastræti 7  
 Bókhaldsstofa Arnar Ingólfssonar ehf, Nethyl 2a  
 Bókhaldsstofa Haraldar slf, Síðumúla 29  
 Bókhaldsþjónustan Vík, Síðumúla 12  
 Brauðhúsið ehf, Efstalandi 26  
 Brim hf, Fiskislóð 14  
 Brúskur hársnyrtistofa, s: 587 7900, Höfðabakka 9  
 BSRB, Grettisgötu 89  
 Danica sjávarafurðir ehf, Suðurgötu 10  
 Dómkirkjan í Reykjavík  
 Drífa efnalaug og þvottahús, Hringbraut 119  
 E.T. hf, Klettagörðum 11  
 Efling stéttarfélag, Sætúni 1  
 Eignamiðlun ehf, Grensásvegi 11  
 Ellen Ingvadóttir - Lögiltur dómtúlkur og skjalapýðandi, Skipholti 50B  
 Fasteignamiðlun Grafarvogs, Spönginni 11  
 Felgur smíðja ehf, Axarhöfða 16  
 Ferðafélag Íslands, Mörkinni 6  
 Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, Suðurlandsbraut 22  
 Fínka ehf, málningarverktakar, Norðurási 6  
 Fjárfestingamiðlun Íslands ehf, Síðumúla 35  
 Fjárhald ehf  
 Fjölbrautarskólinn í Breiðholti, Austurbergi 5  
 Frikirkjan í Reykjavík, Laufásvegi 13  
 García ehf, Laugarnesvegi 40  
 Garðs Apótek ehf, Sogavegi 108  
 Geiri ehf, umboðs- og heildverslun, Bildshöfða 16  
 Gler og brautir, Skútuvogi 10B  
 Gott aðgengi, Kleppsvegi 92  
 Guðmundur Arason ehf, smíðajárn, Skútuvogi 4  
 Gullsmiðurinn í Mjódd, Álfabakka 14b  
 Hagi ehf-Hilti, Stórhöfða 37  
 Hagvangur ehf, Skógarhlíð 12  
 Halldór Jónsson ehf, Skútuvogi 11  
 Hamborgarabúlla Tómasar - Við erum öll jöfn, Bildshöfða 18  
 Happdrætti Háskóla Íslands, Tjarnargötu 4  
 Harðviðarval ehf, Krókhálsi 4  
 HGK ehf, Laugavegi 13

Hitastýring hf, Ármúla 16  
 Hjólástillingar ehf, Hamarshöfða 3  
 Hótel Leifur Eiríksson ehf, Skólavörðustíg 45  
 Hótel Öðinsvæ, Þórgötu 1  
 Hreinsitækni ehf, Stórhöfða 37  
 Hringstjó náms- og starfsendurhæfing, Hátúni 10d  
 Húsalagnir ehf, Gylfaflöt 20  
 Höfðakaffi ehf, Vagnhöfða 11  
 Höfði fasteignasala, Suðurlandsbraut 52  
 IBH ehf, Vagnhöfða 21  
 Iceland Congress, Skipholti 25  
 Intellecta ehf, Síðumúla 5  
 Íbúðagisting.is, Síðumúla 14  
 Íris B. Guðnadóttir klínískur tannsmíðameistari, Hátúni 8  
 Ísbúð Vesturbæjar ehf  
 Ísmar ehf, Síðumúla 28  
 Íþróttá- og tómsundasvið Reykjavíkur, Borgartúni 12-14  
 J. S. Gunnarsson ehf, Fossaleyni 10  
 JJ pípuþingir ehf, Dugguvogi 17  
 K-R-S-T Lögmenn, Hafnarhúsinu Tryggvagötu 11  
 Katla matvælaíðja ehf, Kletthálsi 3  
 Kemi ehf-www.kemi.is, Tunguhálsi 10  
 Kjøreign ehf, fasteignasala, Ármúla 21  
 Kjörgarður, Laugavegi 59  
 Kjörhöllin ehf, Skipholti 70 og Háaleitisbraut  
 Klippuhúsið ehf, Bildshöfða 18  
 KOM almannatengsl, Katrínartúni 2  
 Kringlukráin, Kringlunni 4-6  
 Kurt og Pí ehf, Skólavörðustíg 2  
 Kvika Grafísk hönnun  
 Kælitækni ehf, Rauðagerði 25  
 Landssamband lögreglumanna, Grettisgötu 89  
 Landssamtök lífeyrissjóða, Guðrúnartúni 1  
 Lášúsið ehf, Bildshöfða 16  
 Leigulistinn ehf, Skipholti 50B  
 Leiguval ehf, Kleppsmýrarvegi 8  
 Lifandi vísindi, Klapparstíg 25  
 LOG lögmennsstofa sf, Kringlunni 7  
 Lyfjaver ehf, Suðurlandsbraut 22  
 Löður ehf, Fiskislóð 29  
 Lögmenn Höfðabakka ehf, Höfðabakka 9  
 Lögreglustjórnin á höfuðborgarsvæðinu, Hverfisgötu 115  
 Matthías ehf, Vesturfold 40  
 MD vélar ehf-www.mdvelar.is, Vagnhöfða 12  
 Mennta- og menningarmálaráðuneytið, Sölvhólsgötu 4  
 Menntaskólinn við Hamrahlíð, Hamrahlíð 10  
 Menntaskólinn við Sund, Gnoðarvogi 49  
 Motus ehf, Katrínartúni 4  
 Núi-Sírius hf, Hesthálsi 2-4  
 Nýi öskuskólinn ehf, Klettagörðum 11  
 Nýsköpunarsjóður atvinnulífsins, Kringlunni 7  
 Ólafur Þorsteinsson ehf, Vatnagörðum 4  
 Ósal ehf, Tangarhöfða 4  
 Passion Reykjavík, bakari og kaffihús, Álfheimum 6  
 Pfaff hf, Grensásvegi 13  
 Pixel ehf, Ármúla 1  
 Pizza King ehf, Skipholti 70  
 Prentsmiðjan Leturprent ehf, Dugguvogi 12  
 Rafsvið sf, Viðarhöfða 6  
 Rafver hf, Skeifunni 3e  
 Rafþjónustan slf, Klapparbergi 17  
 Rarik ohf, Dvergshöfða 2  
 Ráðgjafar ehf, Garðastræti 36  
 Regalo, Lynghálsi 5  
 Reykjavík Excursions ehf, Klettagörðum 12

Reykjavík Residence Hotel, Laugavegi 182  
 Ríma Apótek, Langaríma 21-23  
 Rolf Johansen & Co ehf, Skútuvogi 10a  
 Samtals ehf, Kringlunni 7  
 Samtök starfsmanna fjármálafyrirtækja-SSF, Nethyl 2e  
 Segull ehf, Hólmaslóð 6  
 SFR stéttarfélag í almannapjónustu, Grettisgötu 89  
 Sjóvá, Kringlunni 5  
 Sjúkraþjálfun Styrkur ehf, Höfðabakka 9  
 Sjúkraþjálfunarstöðin ehf, Þverholti 18  
 Skerping Veigars, Geithömrum 3  
 Skorri ehf, Bildshöfða 12  
 Skóarinn í Kringlunni ehf, Kringlunni 4-6  
 Smith og Norland hf, Nóatúni 4  
 Sólon Bistro, Bankastræti 7a  
 Stjá, sjúkraþjálfun, Hátúni 12  
 Stólpi Gámar, Klettagörðum 5  
 Stólpi Gámar gámaleiga og gámasala, Klettagörðum 5  
 Stúdíó Stafn ehf, Hátúni 6b  
 Suzuki bílar hf, Skeifunni 17  
 SVP-Samtök verslunar og þjónustu, Borgartúni 35  
 Söngskólinn í Reykjavík, Snorrabraut 54  
 Tannlæknastofa Barkar Thoroddsen, Sólvallagötu 84  
 Tannréttingar sf, Snorrabraut 29  
 Tark - Arkitektar, Brautarholti 6  
 Tónastöðin ehf, Skipholti 50d  
 Tónmenntaskóli Reykjavíkur, Lindargötu 51  
 Tónskóli Sigursteins D. Kristinssonar, Engjateigi 1  
 Trackwell hf, Laugavegi 178  
 Tækniskólinn - skóli atvinnulífsins, Skólavörðuholti  
 Umslag ehf, Lágmúla 5  
 Útfarapjónusta Rúnars Geirmundssonar, Þverholti 30  
 Úti og inni sf, Þinghólstræti 27  
 VA arkitektar ehf, Borgartúni 6  
 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  
 Við og Við sf, Gylfaflöt 3  
 Vinnuálastofnun, Kringlunni 1  
 Vottunarstofan Tún ehf, vottun sjálfþærra náttúru nytja, Þarabakka 3  
 VSÓ Ráðgjöf ehf, Borgartúni 20  
 Þorsteinn Bergmann ehf, Hraunbær 102  
 Öskuskólinn í Mjódd ehf, Þarabakka 3  
 Örninn ehf, Faxafeni 8

### Seltjarnarnes

Lög og réttur ehf, Austurströnd 3

### Vogar

Sveitarfélagið Vogar, lðndal 2

### Kópavogur

ALARK arkitektar ehf, Dalvegi 18  
 Alur blikksmiðja ehf, Smiðjuvegi 58  
 Arnarljós, Digranesheiði 45  
 ÁF Hús ehf, Bæjarlind 4  
 Átak ehf, bílaaleiga, Smiðjuvegi 1  
 bílallokun.is, Smiðjuvegi 68  
 Bílamálinun Varmi ehf, Auðbrekku 14  
 Bílasprautun og réttingar Auðuns, Auðbrekku 27  
 Bílaverkstæði Kjartans og Þorgeirs sf, Smiðjuvegi 48d  
 Blikksmiðjan Vík ehf, Skemmuvegi 42  
 Bor ehf, Bæjarlind 2

Viðtal við Sigurþóru Bergsdóttur

# „Það er hægt að finna þessi börn“

Þetta var hræðilegt kvöld, ég var úti í bæ með vinkonum mínum og ók fram hjá götum sem lögreglan hafði lokað. Er erlendur þjóðhöfðingi á ferðinni?, hugsaði ég. Þetta breyttist allt þegar Rúnar, maðurinn minn hringdi í mig. Stuttu síðar komu lögregla og prestur heim.

Sigurþóra Bergsdóttir, vinnusálfræðingur er móðir Bergs Snæs, ungs drengs sem tók sitt eigið líf 18. mars 2016.

Bergur Snær var alveg eðlilegt barn og ungl-ingur, eins og önnur börn. En ef ég á að segja sögu hans eftir að við urðum vör við vandræði



í lífi hans, þá eru það fyrir mér tvær sögur. Þegar hann var 15 ára þá urðum við vör við að hann var farinn að neyta hass, vera úti á nóttunni og einhvern veginn hvarf okkur sjónum, gekk okkur úr greipum. Við brugðumst vitanlega við, leituðum ráðgjafar, reyndum að átta okkur á ástæðunum, héldum að þetta væri vegna vonds félagskapar, fórum með hann eitt haustið til Akureyrar til að koma honum í annað umhverfi. Við reyndum okkar besta. Hann var ekki í neinum ofbeldismálum, var ekki árásgjarn eða neitt svoleiðis.







Hin sagan hófst með því að við fengum símtal frá lögreglunni. Okkur var sagt að nafn Bergs Snæs hefði komið upp við rannsókn á kynferðisafbrotamáli, lögreglumaðurinn sem talaði við okkur sagði okkur nafn þess sem var til rannsóknar og að þeir vissu að þeir þekktust, sonur okkar og þessi maður. Við ræddum þetta við Berg en hann vildi ekkert segja okkur. Við vorum í framhaldinu á varðbergi, vorum með hann undir smásjá, skoðuðum samskipti hans á facebook og uppgötvuðum þá að hann var í samskiptum við þennan mann. Við létum lögregluna vita og beittum hann síðan miklum þrýstingi að hann segði okkur allt af léttu. Núna sé ég mikið eftir því.

#### - Hvers vegna?

Vegna þess að ég hef síðar komist að því að þetta er röng aðferð. Það getur haft verri afleiðingar

að þrýsta of mikið, rannsóknir styðja þessa fullyrðingu. Hann var ekki tilbúinn til að segja okkur hvað hafði gerst.

Það var síðan áfall þegar þegar við komumst að því að málinu var vísað frá, það er að segja saksóknari ákvað að ákæra ekki vegna skorts á sönnunum. Bergur hafði eytt öllum facebook samskiptum og öðrum sönnunargögnum var ekki til að dreifa. Ég var og er mjög ósátt við þá niðurstöðu. Og ég geri alvarlegar athugasemdir við hvernig rannsóknar- og ákærvaldið vinnur. Staðan er sú að þarna hafði verið ofbeldissamband í gangi í 2 ár milli fullorðins manns og 14 ára unglings sem var orðinn 16 ára þegar þessu lauk, barns sem er að átta sig á lífinu, er á leiðinni frá okkur eins og hver annar unglingsur, en samt barnið okkar sem við þurfum að vernda. Þetta var áfall fyrir okkur öll, að það skyldi ekki hafa

verið ákært í hans máli. Og það kom sem viðbót við það sem fyrir var, og var það nógu erfitt: sem annað ofbeldismál ofan á hitt. Þetta var sérstaklega erfitt fyrir Berg sem sá enga leið út úr þessu máli þegar honum var ljóst að hann fengi ekki réttláta málsmeðferð, hann var fastur, upplifði algert vonleysi.

### - Finnst þér að málsmeðferðinni hafi verið ábótavant?

Já, það finnst mér. Ég vil taka fram að lögreglu- maðurinn sem rannsakaði málið reyndist okkur mjög vel, svo og Barnahús en Bergur þáði sálfræðiaðstoð þar, þó honum hafi þótt erfitt að fara þangað. Réttargæslumaðurinn hafði engan aðgang að gögnum eða sögu mannsins sem beitti kynferðisofbeldinu, við höfum engin tækifærit til að fylgjast með og þess vegna kom það okkur algerlega í opna skjöldu að ekki yrði ákært í máli Bergs. Það kom einnig í ljós að það var ekkert samband milli lögreglunnar og saksóknara. Okkur finnst að það hafi verið tekinn af okkur allur réttur, hefðum við vitað fyrirfram að ekki yrði ákært vegna skorts á sönnunum þá hefðum við farið í það sjálf að afla sönnargagna og ég tel að okkur hefði tekist það. Fréttin í fjölmiðlum að bara yrði ákært í 9 málum af 11, þar sem mál Bergs var eitt af þessum tveimur sem ekki var ákært í, var mikið áfall fyrir hann. Ofan á allt annað þá reyndi barnaníðingurinn að hafa aftur samband við Berg

og við vorum algerlega varnarlaus, gátum ekkert gert. Ógnin var áfram til staðar.

### - Hvað finnst þér hægt að læra af þessu?

Mér finnst alveg ljóst að það þarf að halda miklu betur utan um þennan unga hóp sem lent hefur í ofbeldi eða áföllum. Sálfræðiviðtöl sem eru kannski með viku millibili, gera takmarkað gagn vegna tímans sem líður á milli, fyrir unglingi er gær fjarlæg fortíð. Það þarf þverfaglega nálgun á þessi mál og mér finnst að heilsugæslan eigi að vera með teymi fyrir þennan hóp og starfið eigi ekki að byggjast upp á heimsóknum á stofnanir. Uppbyggjandi starf er lykilatriði þar sem er samfella og gott utanumhald. Eins og ég sagði áðan þá er það í eðli unglunga að vera á leiðinni í burtu, frá heimili og foreldrum, það er hluti af því þroskaferli sem unglingar ganga í gegnum. Þess vegna verða þeir svo ráðalausir þegar þeir lenda í svona málum.

Það er hægt að finna þennan hóp, þessi börn, og halda utan um þau. Mér finnst að það eigi að koma á fót ungmennateymum á heilsugæslunni. Það kostar peninga, ég veit það, en sparar hins vegar mikið þegar til lengri tíma er litið.

Foreldrar Bergs Snæs stofnuðu minningarsjóð um hann. Upplýsingar um hann eru á Facebook, hér: [www.facebook.com/bergurminning/](http://www.facebook.com/bergurminning/)

Hægt er að styrkja sjóðinn með því að leggja framlag inn á 0301-26-8898, kt. 700516-1130.



# Geðræn vandmál geta verið afleiðingar kynferðislegs ofbeldis í æsku hjá körlum

## Kynferðislegt ofbeldi í æsku

Samkvæmt skýrslu frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO, 2002) er kynferðislegt ofbeldi gegn börnum (e. Childhood Sexual Abuse, CSA) útbreitt alheimsvandamál sem getur valdið alvarlegum og útbreiddum heilsufarsvandamálum og haft mikil neikvæð áhrif á þann sem fyrir því verður og umhverfi hans. Því er mikilvægt að skoða CSA út frá heildrænu og þverfaglegu sjónarhorni og ætti það að skipa stóran sess í starfsemi á sviði heilbrigðis-, félagsmála- og laga-kerfisins (WHO, 2014).

Það eru ekki mörg ár síðan rannsóknir hófust á afleiðingum CSA innan heilbrigðiskerfisins. Sigmund Freud var fyrsti vísindamaðurinn til þess að þróa kenningu um CSA í byrjun 20. aldar. Hann hélt því fram að konur með sögu um CSA hefðu einkenni „hysteriu“ (Williams, 1994). Síðar breytti hann kenningu sinni og sagði að konur sem sögðu frá reynslu sinni af CSA hefðu ekki endilega orðið fyrir CSA heldur haft kynferðislegar óskir og drauma um slíkt í tengslum við feður sína (Freud, 1966, vitnað í Williams, 1994). Þessar kenningar voru ríkjandi fram til 1980 þegar fjölskyldukennningar komu fram þar sem því var haldið fram að mæður væru sekar þegar dætur þeirra urðu fyrir



CSA af hendi feðra þeirra. Á þessum tíma var CSA oft skilgreint sem samfarir föður við dóttur og aðeins rætt um það sem atburð innan fjölskyldunnar. Frá 1980 hefur umfjöllunin breyst í það að CSA geti einnig átt sér stað utan fjölskyldunnar og að CSA sé meira en bara samfarir (Bolen, 2000).

Það var í kringum 1975 sem rannsóknir á afleiðingum CSA voru taldar mikilvægar fyrir heilbrigðisstarfsmenn og barnaverndarþjónustuna (Finkelhor, 1987). Þetta var á svipuðum tíma og umræðan um áfallastreituröskun (PTSD) kom fram (Burgess og Holmstrom, 1974). Síðar varð ljóst að PTSD gat verið afleiðing CSA og að í alvarlegum CSA tilfellum voru slíkar afleiðingar greindar sem flókin áfallastreituröskun (e. Complex PTSD) (Van der Kolk o.fl., 2007).

Reynsla kvenna af CSA hefur verið töluvert rannsökuð en mun minna er vitað um reynslu drengja og karla sem hafa orðið fyrir CSA. Áhrif CSA á börn og fullorðna eru mismunandi. Börn segja sjaldan frá CSA strax eftir atburðinn og það getur raunar tekið mörg ár að opna á þá reynslu, sérstaklega fyrir karlmenn. Vísbendingar um CSA koma frekar fram sem líkamlegar kvartanir eða breyting á hegðun þar sem líkamlegir áverkar eða

Land	Tíðni CSA	Höfundar rannsóknar	Aldur	Þátttakendur
22 lönd á heimsvísu	7,9%	Pereda o.fl., 2009	18 ára	
Ísland	6,3%	Gault-Sherman o.fl., 2009	17 ára	8618 íslensk ungmenni
Ísland	17,8%	Asgeirsdóttir o.fl., 2011	18 ára	9085 íslenskir framhaldsskólanemar
Noregur	3,5%	Thoresen o.fl., 2015.	18 ára	2092 á aldrinum 18–75
Norðurlöndin	3–23%	Kloppen o.fl., 2016.	18 ára	
Swiss	17.2%	Mohler-Kuo o.fl., 2014.	16 ára	6787 nemar í 9. bekk
USA	16%	Finkelhor o.fl., 1990.	18 ára	Fullorðnir
USA	14,2%	Briere og Elliott, 2003.	18 ára	1442 fullorðnir
USA	5,1%	Finkelhor o.fl., 2014	17 ára	Fullorðnir
USA	16%	Dube o.fl., 2005	18 ára	Fullorðnir
USA	18%	Lisak o.fl., 1996	16 ára	Háskólanemar

Tafla 1 Algengi CSA meðal karla

ummerki eru sjaldgæf í slíkum tilfellum (WHO, 2003).

### Einn af hverjum sex drengjum

Rannsóknir sýna að CSA meðal karla er á bilinu 3–23% (sjá töflu 1). Rannsóknir á algengi CSA eru mismunandi og margir þættir sem spila þar inn svo sem við hvaða aldur er miðað í rannsókninni, hversu nákvæmlega er spurt og hvaða rannsóknaraðferð er notuð. Áætla má að CSA meðal karla sé að öllum líkindum vangreint og því má ætla að raunverulegar tölur séu hærrí en sýndar eru í töflu 1. Ástæður þess eru meðal annars þær að karlar með slíka reynslu eru ólíklegir að segja frá (Holmes o.fl., 1997).

Bæði karlar og konur verða fyrir CSA og sýna rannsóknir að konur eru í meiri hættu en karlar (Finkelhor og Baron, 1986; Martin o.fl., 2004; Ullman og Filipas, 2005) en greina má kynjamun í afleiðingum CSA fyrir karla og konur (Sigurðardóttir, o.fl., 2014). Taka skal fram að rannsóknir á konum með reynslu af CSA eru mun algengari en rannsóknir á körlum (Banyard o.fl., 2004) og það á einnig við um rannsóknir á langtíma afleiðingum á konur (Dube o.fl., 2005).

### Afleiðingar CSA og geðheilsa

Þeir sem hafa reynslu af CSA eru oft að glíma við flókin sálræn, líkamleg og félagsleg vandamál á fullorðinsárum sem hafa áhrif á líðan þeirra og lífsgæði (Fergusson o.fl., 2013; Sigurðardóttir og Halldórsdóttir, 2013; Singh o.fl., 2014). Karlar sem hafa slíka reynslu eru í miklu meiri hættu á að glíma við vandamál tengd geðheilbrigði, eins og þunglyndi, en þeir sem ekki hafa slíka reynslu (Dube, o.fl., 2005). Streitan sem fylgir CSA getur haft neikvæð áhrif á virkni ónæmiskerfisins sem getur leitt til minna viðnáms gegn flóknum heilsufarsvandamálum (Fagundes o.fl., 2013).

Rannsóknir sýna ekki alltaf hvort afleiðingar CSA séu jafn alvarlegar fyrir karla og konur en sumar þeirra hafa bent til þess að CSA hafi enn neikvæðari áhrif á konur en karla (Ullman og Filipas, 2005). Aðrar rannsóknarniðurstöður benda til þess að afleiðingarnar séu jafn alvarlegar fyrir karla og konur (Finkelhor, 1984), þótt þær geti verið ólíkar hjá kynjunum (Sigurðardóttir o.fl., 2014).

CSA getur haft alvarleg langvarandi áhrif á andlega heilsu drengja og karla og eru þeir tíu

sinnum líklegri en karlar án CSA til að greinast með geðsjúkdóma eins og áfallastreituröskun (PTSD) (O'Leary, 2009) og eru í aukinni hættu á að glíma við langtíma geðheilbrigðisvandamál (Easton o.fl., 2013). Ómeðhöndlað PTSD getur aukið líkurnar á misnotkun áfengis og fíkniefna (Zlotnick o.fl., 1996) og eru karlar með sögu um CSA líklegri til að nota harðari efni til fíkniefnaneyslu (Hooper og Warwick, 2006; Martin o.fl., 2004).

Karlar sem hafa orðið fyrir CSA glíma við þunglyndi, kvíða og reiði, og upplifa svik, ótta, einangrun, missi, hjálparleysi, sjálfsásökun, sektarkennd, skömm og niðurlægingu (Lisak, 1994; Sudbrack o.fl., 2015). Þeir eru í aukinni hættu á að leiðast út í misnotkun áfengis og fíkniefna (Dube o.fl., 2005; Felitti o.fl., 1998), glíma við sjálfsvígshugsanir og eru líklegir til sjálfsvígstílauna (Dube o.fl., 2005; Easton o.fl., 2013; Sigurðardóttir o.fl., 2012). Þeir eiga einnig í vandamálum með tengslamyndun og nán sambönd ásamt því að eiga í erfiðleikum með nám og vinnu (Dube o.fl., 2005; Lisak og Luster, 1994). Karlmennt með sögu um CSA sýna einnig meiri árásgirni en þeir sem ekki eru með slíka sögu (Hooper og Warwick, 2006; Martin o.fl., 2004). Þeir leiðast frekar út í afbrot (Pereda o.fl., 2016; Sigurðardóttir o.fl., 2012) og sýna áhættu hegðun í tengslum við kynlíf, eins og óvarið kynlíf (Hooper og Warwick, 2006; Martin o.fl., 2004).

Áhrif CSA getur einnig haft áhrif á sjálfsmynd karla, karlmennskuímynd og áhyggjur af kynhneigð (Dhaliwal o.fl., 1996; Kia-Keating o.fl., 2005; Lisak, 1994; O'Leary o.fl., 2015). Karlar sem þjást eftir CSA eru líklegri til að axla of mikla ábyrgð í samböndum og geta átt erfitt með að vera trúir mökum sínum (Whiffen o.fl., 2000). Þeir glíma einnig við truflandi endurminningar þegar þeir stunda kynlíf (Andersen, 2008; Sigurðardóttir o.fl., 2012) og stunda frekar áhættusama kynferðislega hegðun (Schraufnagel o.fl., 2010) og eiga oft við kynlífsvandamál að stríða (Andersen, 2008; Dhaliwal o.fl., 1996).

### Að segja eða segja ekki frá

Þrátt fyrir aukna umræðu og vitundarvakningu um algengi og alvarlegar afleiðingar CSA fyrir karla er enn þörf á frekari rannsóknum. Karlar virðast almennt ekki leita sér hjálpar eða segja frá og fá því ekki viðunandi stuðning og meðferð (Easton, 2014; O'Leary og Barber, 2008). Þeir glíma einnig



við stimplun og fordóma sem karlmenn og finnst því erfitt að viðurkenna fyrir sjálfum sér og öðrum að þeir séu fórnarlömb slíkra brota (O'Leary og Barber, 2008; Sigurðardóttir o.fl., 2012).

Mikilvægt er að hvetja drengi og karla til að segja frá því það getur flýtt fyrir bata og aukið þannig vellíðan og lífsgæði. Að geyma slíka þjáningu innra með sér getur brotið niður sjálfsmyndina og haft þannig neikvæð áhrif á heilbrigði. Í rannsókn Sorsoli o.fl. (2008) kemur fram að karlar sögðu ástæðu fyrir því að segja ekki frá vera samskiptalega, félagslega og menningarlega, sem tengdist persónulegum eiginleikum eins og að eiga erfitt með að tjá tilfinningar og upplifa fordóma og skömm. Þeir óttuðust neikvæðar afleiðingar af því að segja frá og voru því í aukinni hættu á að einangra sig í eigin vanlíðan. Menningin í samfélaginu getur haft mikil áhrif á hvort karlar segja frá. Það þarf að viðurkenna að karlmenn geti orðið fyrir CSA og að þeir geti verið þolendur og geti verið að bera slíkar byrðar, en það að segja frá getur verið mjög flókið ferli vegna karlmennskuímyndar í menningu samfélagsins og staðalímyndar (Gagnier og Collin-Vézina, 2016).

Karlar sem segja ekki frá notast oft við flóttaleið að forðast hugsanir og tilfinningar sem tengjast minningum um CSA og nota því leiðir eins og vinnufíkn, áfengisfíkn eða aðrar fíknir sem flóttaleið (Alaggia og Millington, 2008; Sigurðardóttir o.fl., 2012). Þeir nota einnig flóttaleið eins og árásargirni og andfélagslega hegðun (Dhaliwal o.fl., 1996).

Ekki eru allir þeir sem hafa orðið fyrir CSA að takast á við alvarlegar afleiðingar. Margir komast út úr því og upplifa jákvæðar breytingar, þakklæti til lífsins, persónulegan styrk og sterk tengsl. Þegar karlar sýna skilning á afleiðingum CSA, og viðurkenna áhrif þess á hina hefðbundnu karlmennskuímynd, finna þeir oft fyrir bata. Þeir geta jafnvel nefnt ákveðinn vendipunkt í lífi sínu í átt að bata sem þeir skilgreina sem eitthvað mikilvægt hafi gerst í lífi þeirra sem breytti þeim. Það er oft þegar þeir hætta að reyna að forðast hugsanir og neikvæðar tilfinningar tengdar minningum um CSA, hætta að nota flóttahegðun og ná þá að vinna í sínum málum (Alaggia og Millington, 2008). Mikilvægt er í bataferlinu að fá skilning á áhrifum CSA á lífið (Easton o.fl., 2013).

Mikilvægt ferli í leið að bata er að viðurkenna varnarleysi sitt og sársaukafullar tilfinningar.

Smám saman getur þá þróast þrautseigja og bætt samskipti, en mikilvægt er að vera vakandi fyrir áhrifum karlmennskuímyndar þegar unnið er með karlmenn í heilbrigðiskerfinu (Kia-Keating o.fl., 2005). Til að bæta geðheilbrigðisþjónustu við karla með sögu um CSA er mikilvægt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að vera sér meðvitandi um ein-kenni, áhættu og afleiðingar CSA og þróa skimun til þess að meta karlmenn með slíka reynslu og taka inn í meðferðaráætlun þá þætti sem geta haft áhrif, eins og staðalímyndir og karlmennskuímyndir, fordóma og stimplun (Easton o.fl., 2013). Þar sem aukin hætta er á sjálfsvígstilraunum meðal karla eftir CSA er mikilvægt að gera kerfisbundið mat á geðrænum vandamálum ásamt sjálfsvígshættu (Pérez-Fuentes o.fl., 2013). Þróun heildrænna og þverfaglegra meðferðarúrreða fyrir karla sem hafa orðið fyrir CSA er mikilvægt verkefni, til þess að meðhöndla flóknar og víðtækar afleiðingar. Slík meðferðarúrreði hafa verið þróuð fyrir konur eingöngu (Sigurðardóttir o.fl., 2016) og hafa verið starfrækt á vegum Starfsendurhæfingar Norðurlands á Akureyri frá árinu 2011 og Geðheilsustöðinni í Mjódd í Breiðholti frá árinu 2013.

### Einn blár strengur

„Einn af sex“ eða „1 in 6“ eru stuðningssamtök fyrir karlmenn sem hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku og byggja á niðurstöðum rannsókna sem sýna að um það bil einn af hverjum sex drengjum verða fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku. Samtökin voru stofnuð í Bandaríkjunum og hafa síðan breiðst út víða um heim. Í framhaldi af því var farið af stað með átak til vitundarvakningar um alvarleika þessara brota og alvarlegar afleiðingar fyrir karla, *Einn blár strengur* (e. *One Blue String*). Hvatinn að stofnun samtakanna var að reynslan sýndi að karlmenn sögðu ekki frá eða leituðu sér hjálpar og upplifðu oft að þeir væru einir í heiminum með þessa reynslu. Tölur í Bandaríkjunum sýna að kynferðislegt ofbeldi í æsku meðal karla sé jafn algengt og að greinast með krabbamein í blöðruhálskirtli, sem er algengasta krabbamein meðal karla og ein helsta dánarorsök krabbameins hjá þeim.

Nemendur í námskeiðinu *Sálræn áföll og ofbeldi* í framhaldsnámsdeild á heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri tóku þátt í verkefninu *Einn blár strengur* og fór í framhaldi af því fram

ráðstefna og vinnusmiðja með þeirri yfirskrift í Háskólanum á Akureyri í maí 2017. Komu þangað tveir erlendir fyrirlesarar frá systursamtökum 1in6, dr. Gary Foster frá Living Well í Ástralíu ([www.livingwell.org.au](http://www.livingwell.org.au)) og Duncan Craig frá Survivor Manchester í Bretlandi ([www.survivorsmanchester.org.uk](http://www.survivorsmanchester.org.uk)) ásamt fjölda íslenskra fyrirlesara.

Einn af aðal fyrirlesurum ráðstefnunnar var dr. Guðni Th. Jóhannesson, en hann var einnig verndari ráðstefnunnar. Hann hélt jafnframt innangserindið og sagði m.a.:

„Mikið vildi ég að ég væri ekki hér. Mikið vildi ég að við þyrftum ekki að koma saman og ræða um kynferðisofbeldi, um nauðganir, um kynferðislega misnotkun. Mikið vildi ég líka að við þyrftum ekki að koma saman og ræða um varnir gegn þessu ofbeldi, um leiðir til að koma í veg fyrir það. Og mikið vildi ég að við þyrftum ekki að vera hér að ræða um það hvernig við eigum að hjálpa drengjum sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi, hvernig við vekjum fólk til vitundar um þá vá.

Enginn á að þurfa að þola árás á líkama og sál, allra síst í saklausri æsku. Þegar við erum komin til vits og ára eigum við jafnframt að geta notið þess frelsis að geta farið niður í bæ eða á útisamkomu, gert okkur glaðan dag, verið heima, hitt vini, gist hjá ættingjum, hagað okkur eins og við viljum án þess að skaða aðra. Allt þetta eigum við að geta gert án þess að eiga á hættu að verða fyrir ofbeldi, án þess að þurfa að búa okkur undir að verjast ofbeldi. Við eigum að njóta þess frelsis að vera áhyggjulaus, jafnvel þótt tölfræði og kaldar staðreyndir segi okkur að einhvern tímann og einhvers staðar muni einhver beita ofbeldi, einhver fremja glæp, einhver verða fórnarlamb níðingsskapar.

En við eigum líka að njóta þess frelsis að hafa varan á okkur ef við viljum, og aðgang að vörnum og viðbúnaði, vegna þess að við þekkjum hinn kalda veruleika, þann heim sem við búum í en eigum alltaf að reyna að bæta. Fólk er ólíkt að upplagi og háttsemi og þannig á það að vera. Um það snýst frelsið líka. Einum finnst varkárni hefta sitt frelsi, aðrir finna frelsið í auknu öryggi. Hér gildir auðvitað ekki að fólk sýni annaðhvort enga aðgát

eða algera, varkárni getur birst á marga ólíka vegu. Ekki vil ég segja fólk fyrir verkum í þeim efnum. Og það er alveg sama hvorn háttinn frjálst fólk velur, hversu mikla eða litla aðgát það vill sýna. Kynferðisglæpur er alltaf sök þess sem hann fremur, aldrei á ábyrgð hins sem fyrir honum verður.

Munum við einhvern tímann búa í heimi þar sem engar nauðganir verða, ekkert kynferðisofbeldi, engin fórnarlömb sem þjást af sektarkennd og sorg? Kannski er það fyrirheitna land talsýn en þangað skulum við samt stefna. Á þeirri leið er þessi ráðstefna mikilvæg varða. Hér mun fólk segja reynslusögur eða kynna rannsóknir sínar. Ég segi ekki að ég hlakki til að hlusta, en ég verð að hlusta, verð að fræðast. Ég minni líka á hið góða starf Stígamóta. Leyfið mér að vitna í frásagnir tveggja manna sem lesa má í bæklingi samtakanna um kynferðislegt ofbeldi gegn drengjum og körlum: „Eftir að ég leitaði mér hjálpar,“ sagði annar þeirra, „var eins og þungu fargi væri létt af mér. Ég gat farið að tala um reynslu mína og takast á við þær tilfinningar sem ég var búinn að lifa með árum saman.“ Hinn tók í sama streng: „Allt í einu, eftir mörg ár, þegar ég leitaði mér hjálpar hjá Stígamótum, fór mér að þykja vænt um þennan litla strák sem lifði þetta af.“

Kæru vinir: Við verðum að vinna saman, við verðum að leggja okkar af mörkum. Það gerum við best með því að ráðast að rót vandans, leita allra leiða til að fækka kynferðisglæpum. Það gerum við með forvörnum og fræðslu, aðgæslu og eftirliti, meðferð til að minnka afbrotahegðun. Og það gerum við með því að þola engar afsakanir fyrir kynferðisofbeldi, með því að sækja þá til saka sem brjóta af sér.

Svo hjálpum við þeim sem verða fyrir ópolandi háttsemi. Við sannfærum þá um að þeir beri að sjálfsögðu enga sök, að þeir megi bera höfuðið hátt. Við skulum koma í veg fyrir að blár strengur slitni, og laga strenginn ef einhver rýfur hann.“

### Heimildaskrá

Alaggia, R., og Millington, G. (2008). Male child sexual abuse: A phenomenology of betrayal. *Clinical Social Work Journal*, 36(3), 265-275.

- Andersen, T. H. (2008). Men dealing with memories of childhood sexual abuse: Conditions and possibilities of 'positive deviance'. *Journal of Social Work Practice* 22(1), 51-65.
- Asgeirsdóttir, B. B., Sigfusdóttir, I. D., Gudjonsson, G. H., og Sigurdsson, J. F. (2011). Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse & Neglect*, 35(3), 210-219.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., og Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238.
- Bolen, R. M. (2000). Extra familial child sexual abuse: A study of perpetrator characteristics and implications for prevention. *Violence Against Women*, 6(10), 1137-1169.
- Briere, J., og Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222.
- Burgess, A. W., og Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131(9), 981-986.
- Dhaliwal, G. K., Gauzas, L., Antonowicz, D. H., og Ross, R. R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse: Prevalence, sexual abuse characteristics and long-term effects. *Clinical Psychology*, 16, 619-639.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., o.fl. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 430-438.
- Easton, S. D. (2014). Masculine norms, disclosure, and childhood adversities predict long-term mental distress among men with histories of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 243-251.
- Easton, S. D., Coohy, C., Rhodes, A. M., og Moorthy, M.V. (2013). Posttraumatic growth among men with histories of child sexual abuse. *Child Maltreatment*, 18(4), 211-220.
- Fagundes, C. P., Glaser, R., og Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Stressful early life experiences and immune dysregulation across the lifespan. *Brain, Behavior & Immunity*, 27, 8-12.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., o. fl. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., og Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adults developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37, 664-674.
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1987). The trauma of child sexual abuse: Two models. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 348-366.
- Finkelhor, D., og Baron, L. (1986). *High-risk children*. In *A Sourcebook on Child Sexual Abuse* (D. Finkelhor Ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., og Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 19-28.
- Finkelhor, D., Shattuck, M. A., Turner, H. A., og Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55, 329-333.
- Gagnier, C., og Collin-Vézina, D. (2016). The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 221-241.
- Gault-Sherman, M., Silver, E., og Sigfusdóttir, I. D. (2009). Gender and the associated impairment of childhood sexual abuse: A national study of Icelandic youth. *Social Science & Medicine*, 69, 1515-1522.
- Holmes, G. R., Offen, L., og Waller, G. (1997). See no evil, hear no evil, speak no evil: Why do relatively few male victims of childhood sexual abuse receive help for abuse-related issues in adulthood? *Clinical Psychology Review*, 17, 69-88.
- Hooper, C. A. og Warwick, I. (2006). Gender and the politics of service provision for adults with a history of childhood sexual abuse. *Critical Social Policy*, 26(2), 467-479.
- Kia-Keating, M., Grossman, F. K., Sorsoli, L., og Epstein, M. (2005). Containing and resisting masculinity: Narratives of renegotiation among resilient male survivors of childhood sexual abuse. *Psychology of Men and Masculinity*, 6(3), 169-185.
- Kloppen, K., Haugland, S., Svedin, C. G., Mæhle, M., og Breivik, K. (2016). Prevalence of child sexual abuse in the Nordic countries: A literature review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25, 1-19.
- Lisak, D. (1994). The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 525-548.
- Lisak, D., Hopper, J. og Song, P. (1996). Factors in the cycle of violence: Gender rigidity and emotional constriction. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 721-743.
- Lisak, D. og Luster, L. (1994). Educational, occupational and relationship histories of men who were sexually and/or physically abused as children. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 507-523.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., og Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 491-503.
- Mohler-Kuo, M., Landolt, M. A., Maier, T., Meidert, U., Schönbucher, V., og Schnyder, U. (2014). Child sexual abuse revisited: A population-based cross-sectional study among Swiss adolescents. *Journal of Adolescence Health*, 54(3), 304-311.
- O'Leary (2009). Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), 133-143.
- O'Leary, P. J. og Barber, J. (2008). Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), 133-143.
- O'Leary, P., Easton, S. D., og Gould, N. (2015). The effect of child sexual abuse on men toward a male sensitive measure. *Journal of Interpersonal Violence*. Doi: 10.1177/0886260515586362 N3
- Pereda, N., Guilera, G., Forn, M., og Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338.
- Pereda, N., Abad, J., og Guilera, G. (2016). Lifetime prevalence and characteristics of child sexual victimization in a community sample of Spanish adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 142-158
- Pérez-Fuentes, G., Olsson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., og Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 16-27.
- Schraufnagel, T. J., Davis, K. C., George, W. H., og Norris, J. (2010). Childhood sexual abuse in males and subsequent risky sexual behavior: A potential alcohol-use pathway. *Child Abuse & Neglect*, 34(5), 369-378.
- Sigurðardóttir, S., Halldórsdóttir, S. og Bender, S. S. (2012). Deep and almost unbearable suffering: Consequences of childhood sexual abuse for men's health and well-being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 688-697.
- Sigurðardóttir, S., og Halldórsdóttir, S. (2013). Repressed and silent suffering: Consequences of childhood sexual abuse for women's health and well-being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 422-432.
- Sigurðardóttir, S., Halldórsdóttir, S., Bender, S. S. og Agnarsdóttir, G. (2016). Personal resurrection: female childhood sexual abuse survivors' experience of the Wellness-

- Program. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 175-86.
- Singh, M. M., Parsekar, S. S., og Nair, S. N. (2014). An epidemiological overview of child sexual abuse. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3(4), 430-435.
- Sorsoli, L., Kia-Keating, M., og Grossman, F. K. (2008). „I keep that hush hush“: Male survivors of sexual abuse and the challenges of disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 333-345.
- Sudbrack, R., Manfro, P. H., Kuhn, I. M., Carvalho, H. W., og Lara, D. R. (2015). What doesn't kill you makes you stronger and weaker: How childhood trauma relates to temperament traits. *Journal of Psychiatry Research*, 62, 123-129.
- Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F., og Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: A cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(6). 26259 - www.doi.org/10.3402/ejpt.v6.26259
- Ullman, S. E., og Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 767-782.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., og Weisaeth, L. (2007). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: The Guilford Press.
- Whiffen, V. E., Thompson, J. M., og Aube, J. (2000). A mediator of the link between childhood sexual abuse and adult depressive symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(10), 342-351.
- Williams, L. M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 62(6), 1167-1176.
- World Health Organisation (WHO) (2002). *World report on violence and health*. Sótt af: [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf)
- World Health Organisation (WHO) (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Sótt af: [www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf](http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf)
- World Health Organisation (WHO) (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. Sótt af: [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/9789241564793\\_eng.pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/9789241564793_eng.pdf)
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., Simpson, E. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 195-205.

### Um höfunda:

- Dr. Sigrún Sigurðardóttir** er lektor við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri.
- Dr. Sigríður Halldórsdóttir** er prófessor við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri.
- Dr. Guðni Th. Jóhannesson** er forseti Íslands.

### Útdráttur

Kynferðislegt ofbeldi í bernsku (e. Childhood Sexual Abuse, CSA) getur haft alvarlegar og viðtækar afleiðingar fyrir heilsufar og líðan karla. Meðal einkenna sem karlar hafa sýnt eftir CSA eru þunglyndi, kvíði, fælni, persónuleikaröskun, áhættuhegðun, svo sem reykingar, áfengis- og fíkniefnaneysla, ásamt því að stunda óruggt

kynlíf, vera með sjálfsvígshugsanir, gera sjálfsvígstilraunir og fremja sjálfsvíg. Mikilvægt er að auka þekkingu og dýpka skilning á afleiðingum CSA í því skyni að auka hæfni heilbrigðisstarfsfólks í að þekkja einkenni og afleiðingar CSA og veita viðeigandi stuðning og umönnun ásamt því vera betur í stakk búið til að veita viðeigandi meðferð, sem tekur mið af einstaklingnum, reynslu hans og kyni. Mikil þörf er fyrir heildræn og samþætt meðferðarúræði fyrir karlmenn með CSA reynslu. Með því að byggja markvisst upp eftir slíkt áfall getur margt áunnist fyrir hann sjálfan, fjölskyldu hvers og eins og samfélagið allt.

### Abstract

Childhood Sexual Abuse (CSA) can have serious and profound consequences for the health and well-being of men. CSA symptoms include depression, anxiety, numbness, personality disorder, risk behaviors such as smoking, alcohol and drug abuse, as well as unsafe sex practices, suicidal thoughts, suicide attempts and suicide. It is important to increase knowledge and deepen understanding of the consequences of CSA in order to increase the ability of healthcare professionals to know the symptoms and consequences of CSA. Moreover, it is important to be able to provide appropriate support and care, as well as being better able to provide appropriate treatment that takes into account the individual man, his experience and gender. There is a great need for a comprehensive and integrated treatment for men with CSA experience. By supporting and empowering a man systematically after a trauma such as CSA, much can be gained for him, his family and the society as a whole.



[www.fit.is](http://www.fit.is)





# Streita: Orsakir, afleiðingar og úrræði

Hvað er það sem veldur því að svo margir glíma við geðraskanir af völdum streitu og til hvaða úrræða á að grípa? Svarið er ekki einfalt og það eru margir þættir sem koma hér að. Á síðustu áratugum hafa gífurlegar breytingar átt sér stað í lífi fólks, hvort sem verið er að tala um vinnustaðinn eða aðra þætti lífisins hefur nútíma tæknivæðing og alþjóðavæðing haft mikil áhrif á okkur. Líkt og í byrjun 18. og 19. aldar kemur það til með að taka tíma að aðlagast þessum breytingum. Samhliða tæknivæðingu hafa kröfur fólks og samskipti breyst. Og það eru ekki síður þær breytingar sem hafa haft stærstu áhrif á okkur og okkar heilsu.

## Áhrifaþættir í nútíma samfélagi

Flóknara samfélag krefst meira af einstaklingum. Áður fyrr voru störf við allra hæfi í boði, bæði einföld og flókin og fólk lifði sínu lífi án stöðugrar áminningar frá samfélagsmiðlum og fjölmiðlum um hvernig maður eigi að haga sinni tilveru. Margir einstaklingar hafa án efa þörf fyrir meiri einfaldleika hvað varðar vinnuaðstæður og lífsgæðakapplaupið. Og samskipti fólks hafa breyst gífurlega. Við tölum saman meira eða minna í gegnum samfélagsmiðla og á vinnustöðum verða samskiptin oft of hröð eða jafnvel engin og þetta eykur streitu og skapar óvissu hjá fólki. Rannsóknir á streituvöldum á vinnustöðum hafa aukist og kunnáttan er meiri nú en fyrir 10-15 árum (Bonde, 2008; Theorell o.fl., 2015). Þeir þættir sem hafa verið mest rannsakaðir eru miklar vinnukröfur og andlegt álag. Kröfur einar og sér eru þó sjaldan einhliða skýring á streitutengdum einkennum. Ef nægur sveigjanleiki og gott skipulag er til staðar er það alls ekki alltaf sem háar kröfur sýnast vera neikvæðar fyrir líðan fólks. Álag miðað við umbun, einelti, óréttlæti, óljósar



vinnulýsingar, léleg samskipti, óskýra stjórnarhætti og lélegt skipulag eru aðrir þættir sem klárlega hafa verið tengdir við hærri tíðni streitutengdra einkenna á vinnustöðum (Vingård, 2015). Aðstæður í einkalífi hafa augljóslega líka áhrif á líðan fólks en það er vitað að ef aðstæður á vinnustað eru hagstæðar þá heldur fólk oftast góðri heilsu hvað varðar streitutengd einkenni, þrátt fyrir að erfiðar aðstæður í einkalífi séu til staðar (Hasselberg, Jonsdóttir, Ellbin, og Skagert, 2014).

## Vinnustaðurinn: Ný viðhorf um áhrifaþætti og úrræði

Dekkin á bílnum eru loftlaus. Það er ljóst að besta úrræðið væri að setja loft í dekkinn. Annað úrræði væri að senda bílstjórnann á námskeið og kenna henni/honum að aka bílnum við þessar aðstæður. Flestir myndu hugsa hér: Hvaða vitleysa, auðvitað setur maður loft í dekkinn. En þetta er ekki alveg jafn ljóst með úrræði við streitu á vinnustöðum. Ef ástæða tíðari veikinda vegna streituálags er óljós stjórnun á vinnustað, forsendur stjórnenda, óljós markmið og óljósar vinnulýsingar þá ætti það að vera ljóst að það eru þeir þættir sem fyrst og fremst ætti að vinna að og ekki „eingöngu“ að láta starfsmenn (bílstjórnann) vinna (keyra) við þessar aðstæður. Að velja eingöngu streitunámskeið og núvitund og halda síðan áfram að keyra á loftlausum dekkjum er engin lausn til frambúðar. Allt frá því að streituvandamál og fjarvistir sökum stoðkerfisvandamála og geðraskanana hafa aukist hefur áherslan verið að einblína á einstaklingsbundin úrræði. Streitunámskeið, hugræn atferlismeðferð, sjálfsbeiting, hreyfing og núvitund eru nokkrar af mörgum þeim annars ágætu úrræðum sem notuð hafa verið til að styrkja fólk til að takast betur á við streitu og álag. Ágæti þessara úrræða fer

alveg eftir því hvaða mælingar eru gerðar og hvort um er að ræða forvarnir eða meðferð. Þessi mikla áhersla á einstaklingsbundin úrræði hefur orðið til þess að áherslan á að skoða raunverulegar orsakir þess að streita hefur aukist á vinnustöðum hefur ekki verið til staðar í sama mæli. Á síðustu misserum hefur orðið breyting á þessu og umræðan hefur færst yfir í að tala meira um vinnutengda þætti, vinnuskilyrði, forsendur stjórnenda og þætti tengdum stjórnun á vinnustað.

Skilningur á hvaða þættir á vinnustað huga þarf að jafnhliða einstaklingsnálgun hefur aukist verulega. Þetta hefur leitt til birtingar á nýrri reglugerð sem horfir á starfshætti og skilyrði á vinnustað í stað þess að einblína á að einstaklingurnn sé vandamálið (Organisatorisk och social arbetsmiljö, 2015). Áhersla er lögð á vinnustaðinn, vinnuskilyrði og forsendur fyrir því að starfsmenn og stjórnendur geti stundað sína vinnu. Þessi nýja reglugerð kemur til með að hafa mikil áhrif á starfshætti stjórnenda og skipulagningu á vinnustöðum og stuðningur frá sérfræðingum í mannauðsdeildum og öðrum sérfræðingum er mikilvægur í þessu ferli. Sérstaklega hafa rannsóknir á aðstæðum stjórnenda verið í fókus. Rannsóknir sem hafa verið gerðar sýna sterklega fram á að forsendur þess að geta unnið sem stjórnandi er ábótavant, ekki síst fyrir stjórnendur innan hins opinbera. Sérstaklega á þetta við um störf þar sem konur eru í meirihluta svo sem umönnun og kennarstörf. Eitt dæmi um þetta er sú umræða um hversu marga starfsmenn maður getur haft sem nánasti yfirmaður. Stjórnun á stærri starfsmannahóp en 35-40 manns gefur litla sem enga möguleika á að geta gert það sem ætlast er til miðað við stærð hópsins. Þetta er auðvitað breytilegt eftir vinnustöðum en þessi viðmiðun er talin frekar algild (Corin og Björk, 2017).

### Konur og vinnutengt streituálag

Konur eru almennt meira frá vinnu vegna andlegs álags og streitutengdra einkenna. Lengi hefur umræðan fjallað um hvaða þættir hjá konum valdi þessum mun. Nýjar rannsóknir benda til að skýringarnar liggi í öðrum þáttum en þeim að konur þoli streituálag ver. Vinnustaðir með mælanlegt meira sálfræðilegt álag og verri vinnuskilyrði eru þeir vinnustaðir þar sem fleiri konur starfa og það er líklega ein mikilvægasta ástæðan fyrir því hvers vegna konur þjást oft af streitutengdum

einkennum. Það er þess vegna mikilvægt að benda á að það skiptir litlu máli hvort um konu eða karlmann er að ræða á þeim vinnustöðum. Ef konur eru í meirihluta á þessum vinnustöðum eru konur einnig í meirihluta hvað varðar streitutengd einkenni og geðraskanir vegna streituálags (Sverke, 2016).

Skólakerfið og heilbrigðiskerfið, kirkjan og félagsmálakerfið eru þeir vinnustaðir sem nefndir eru í þessu samhengi. Í öllum þessum tilfellum er meirihluti starfsmanna konur. Þegar aðstæður hvað varðar álag, skipulag, óljósar vinnulýsingar, stuðning við starfsmenn og forsendur yfirmanna eru mældar, kemur í ljós stór munur á milli vinnustaða þar sem konur eru oftast í meirihluta miðað við vinnustaði þar sem fleiri karlmenn eru við störf (Björk og Härenstam, 2016; C. Corin og Björk, 2016). Sérstaklega kemur þetta í ljós þegar litið er til stuðnings við yfirmenn og hversu mörgum starfsmönnum yfirmenn bera ábyrgð á. Hjá hinu opinbera, sérstaklega þegar um er að ræða skjólstaðingastörf, eru yfirmenn oft ábyrgir fyrir 50-100 starfsmönnum. Þessar tölur sjást afar sjaldan í öðrum geirum. Samhliða þessu er stuðningur við þessa yfirmenn mun minni en sá stuðningur sem stjórnendur í öðrum geirum fá, t.d frá mannauðsdeildum. Þetta þykir í raun merkilegt þar sem það ætti að vera öfugt. Þeim mun fleiri starfsmenn, þeim mun meiri stuðningur. Þegar bætt er við álagi vegna heimilis og barna þá stendur eftir sú spurning hversu mikið af þeim kynjamun sem við sjáum hvað varðar algengi streitutengdra einkenna skýrist af hreinum kynjamun og ekki af vinnuskilyrðum og mismunandi álagi (Corin og Björk, 2017).

Brýnt er að beina umræðunni um streituvalda á vinnustað, aðstæðum stjórnenda og kynjamuninn í réttan farveg. Að við gerum okkur grein fyrir raunverulegum orsökum þess að konur eru í meirihluta þeirra sem eru fjarverandi vegna veikinda, oft um langan tíma vegna streitutengdra einkenna. Ef við höldum áfram að leita skýringar í lífeðlisfræði kvenna eða að konur skuli ekki þola streituálag eins vel og karlmenn komum við ekki til með að leysa streituvandamálin á vinnustöðum.

### Afleiðingar langvarandi streituálags

Hugtakið streita er flókið, ekki síst vegna þess að fólk leggur mjög mismunandi skilning í orðið



sjálf, allt eftir því hvert samhengið er. Það má einfalda myndina og deila því sem tengist hugtakinu andleg streita í streituálag, streituskynjun, streituhegðun, líkamleg áhrif streitu og síðast en ekki síst afleiðingar langvinnis streituálags sem líka má kalla streitutengda vanheilsu. Þar getur bæði verið um að ræða líkamlega eða andlega vanheilsu. Streituálag í nútíma samfélagi getur því komið fram sem andleg einkenni af ýmsu tagi þar með talið þunglyndi og kvíði, en rannsóknir hafa einnig sýnt fram á að andleg streita er tengd mörgum öðrum einkennum og sjúkdómum, þar með töldum ýmsum verkjasjúkdómum, sykursýki, hækkun blóðþrýstings og meðfylgjandi hjarta- og æðasjúkdómum (Brunner og Kivimaki, 2013; Hamer, Kivimaki, Stamatakis, og Batty, 2012; Madsen o.fl., 2017).

Rannsóknir síðastliðinna ára hafa sannarlega sýnt fram á að aðstæður á vinnustað geta haft áhrif á andlega líðan fólks. Tíðni þunglyndis er hærra hjá einstaklingum sem upplifa of miklar kröfur miðað við sveigjanleika (Bonde, 2008). Streituvaldarnir geta reyndar verið margvíslegir og við höfum t.d. sýnt fram á að þeir sem leita hjálpar vegna streitutengdrar síþreytu/kulnunar hafa verið undir álagi á vinnustað og heima (Hasselberg o.fl., 2014). Oftar en ekki hefur þetta varað í fleiri ár og þeim mun lengri tíma sem álagið hefur verið til staðar þeim mun verri verða einkennin (Glise, Ahlborg, og Jonsdottir, 2012). Það er þess vegna áriðandi að huga betur að forvörnum. Klassísk streitueinkenni eins og höfuðverkur, magatruflanir, svefnleysi, gleymaska, brjóstsviði, verkir fyrir brjósti og verkir eru einkenni sem margir glíma við, stundum í fleiri ár áður en leitað er hjálpar við alvarlegum streitueinkennum. Það myndi gera mikið fyrir hvern og einn að huga fyrir að þessum einkennum og leita hjálpar áður en einkennin verða verri.

Það er einnig hægt að fylgja eftir vinnustaðaeinkennum. Vinnustaðir þar sem stór hluti starfsmanna er undir miklu álagi og starfshættir og starfslýsingar lélegar sýna mörg einkenni streituálags. Hærrí tíðni veikinda, pirringur og jafnvel einelti meðal starfsfólks, fleiri mistök og almennt lélegur andi á vinnustað eru nokkur af þeim einkennum sem geta hrjáð vinnustað, þar sem margir starfsmenn eru að glíma við mikið streituálag.

## Hreyfing og svefn eru mikilvægar einstaklingsnálganir

Áherslubreyting frá einstaklingsúrræðum í að einblína á skilyrði og forsendur á vinnustað gera ekki einstaklingsúrræðin minna mikilvæg en þau geta aldrei komið í staðinn fyrir hvort annað. Vinnuveitandinn er ábyrgur fyrir að skapa forsendur til að starfsfólk geti unnið sín störf og að fólk geti staðið undir þeim kröfum sem ætlast er til. Starfsmenn bera ábyrgð á eigin heilsu og bera ábyrgð á að vera í stakk búnir til að vinna þá vinnu sem ætlast er til af þeim.

Heilsuefning á vinnustað er mikilvæg og samkvæmt lögum á vinnuveitandi að stuðla að umhverfi sem eflir heilsu og kemur í veg fyrir slys og veikindi hjá starfsfólki. Heilsuefning á vinnustaðum ætti að fjalla jafn mikið um hópa og vinnuskilyrði sem og einstaklingsþáttum eins og svefni, hreyfingu, hollu matarræði og tóbaksvörnum.

Hvað varðar geðraskanir vegna streituálags er mikilvægi góðs svefnis ótvírætt. Svefntruflarnir eru taldar geta stuðlað að aukinni streitu jafnframt því að vera helstu einkenni langvinnrar streitu. Góður svefn er undirstaða góðrar heilsu. Svefntruflanir að völdum streitu eru algengar og yfir 90% af þeim sjúklingum sem leita hjálpar vegna streitutengdar kulnunar svara jákvætt að svefntruflarnir séu að hrjá þá (Glise o.fl., 2012). Rannsóknir hafa líka staðfest að í vissum tilvikum er um alvarlegar svefntruflanir að ræða og huga þarf snemma á ferlinu, helst sem forvörn, að vinna með nálganir sem bæta svefn einstaklinga sem glíma við streitueinkenni. Næst svefninum myndi hreyfing vera það einstaklingsúrræði sem hvað best gæti komið til góða til að koma í veg fyrir streitutengd einkenni og ein af mörgum mikilvægum leiðum meðhöndlunar.

Við vitum nú að ákveðið magn af hreyfingu er nauðsynlegt til að viðhalda eðlilegri starfsemi flestra líffærakerfa líkamans svo ekki sé talað um stoðkerfi hans (Eaton, 2003; Milton, Macniven, og Bauman, 2014). Minnkandi hreyfing er þannig farin að hafa áhrif á eðlilega starfsemi líkamans. Margir, ef ekki allir, eru sammála um að hreyfing sé mikilvæg. Það sem hefur tekið lengri tíma að gera sér grein fyrir er mikilvægi hreyfingar sem meðferðarúrræði í heilbrigðiskerfinu og það er hér sem sameiginlegir kraftar eru nauðsynlegir. Ávísun á hreyfingu getur skipt sköpum fyrir

fjöldamarga sjúklingahópa m.a. fólk með geðræn vandamál eins og þunglyndi.

Tengsl streituálags og streitutengdrar vanheilsu, ekki síst hvað varðar þunglyndi og hreyfingar eru velþekkt (Gerber, Lindwall, Lindegard, Borjesson, og Jonsdottir, 2013; Strohle, 2009), sem er ásamt síþreytu/kulnun og kvíða taldar algengustu afleiðingar langvinnns sálfélaglegs streituálags. Þversniðsrannsóknir meðal hópa heilbrigðs fólks sýna að tengsl eru á milli stigs hreyfingar og depurðar og að reglubundin hreyfing getur átt þátt í því að draga úr líkum á að fólk fái þunglyndi (Mammen og Faulkner, 2013). Við höfum sýnt fram á mikilvægi hreyfingar sem hluta af meðferð við streituteyndri kulnun. Sjúklingar sem ná að koma við reglulegri hreyfingu eru einnig þeir sem yfir lengri tíma litið sýna fæst einkenni (Lindegard, Jonsdottir, Borjesson, Lindwall, og Gerber, 2015). Við teljum hreyfingu vera eitt af mörgum mikilvægum meðferðarúrræðum við þunglyndi og streitutengdri kulnun og sýnt hefur verið fram á að hreyfing hefur góð áhrif á fleiri af aðaleinkennum kulnunar, meðal annars virkni heila (Hillman, Erickson, og Kramer, 2008).

Fleiri þættir hafa verið skoðaðir til að skýra hvornig þessari virkni er háttað og er ljóst að fleiri en einn þáttur stuðlar að meðferðarárangri. Serótónín og noradrenalín eru miðlæg boðefni heilans og meðferð með þunglyndislyfjum hefur áhrif á þau en það á líka við um hreyfingu. Einnig hefur verið fjallað um nokkra aðra hugsanlega verkunarhætti, svo sem endorfínkerfi líkamans, dópamínkerfið, nýmyndun heilafruma (neurogenes) og bein sálfræðileg áhrif (Dishman, 1997; Meeusen og De Meirleir, 1995).

Mikilvægasta ástæða þess að nota hreyfingu við andlegri streitu og streitutengdum sjúkdómum eru þau sterku tengsl sem hreyfing hefur við fjölmarga sjúkdóma tengdri streitu. Hér er átt við sýkursýki, hjarta- og æðasjúkdóma og ýmsa verkjasjúkdóma. Regluleg hreyfing er einn mikilvægasti þáttur forvarna á þessum sjúkdómum og er þess vegna nauðsynleg öllum þeim sem eiga við streituvandamál að stríða (O'Donovan o.fl., 2010; Warburton, Nicol, og Bredin, 2006).

## Samantekt

Breyting á áherslum frá einstaklingsúrræðum til þess að horfa meira á starfsskilyrði og forsendur stjórnanda er nauðsynleg. Ný kunnátta, aðrar

áherslur og nýjar aðferðir eru nauðsynlegar. Það krefst hugrekks að hefja þetta ferli og þolinmæði að gera sér grein fyrir að þessi vinna kemur til með að taka tíma. Samvinna allra aðila á vinnu-markaðnum er nauðsynleg og góð samskipti einnig. Mikilvægt er að huga sérstaklega að starfsumhverfi kvenna. Höfum í huga að ef konur og karlar myndu vinna við sömu skilyrði eru líkurnar á streitutengdum einkennum þær sömu. Það er nauðsyn að við áttum okkur á þessari staðreynd og að umræðan færast frá því að tala um veikleika kvenna til að ræða meira um aðstæður og forsendur á vinnustaðnum þar sem konur eru í meirihluta. Við berum öll ábyrgð á að skapa öruggan og eflandi vinnustað og að við í sameiningu fjarlægum alla steina, stóra sem litla sem lenda í skónum.

Einstaklingsúrræði hvað varðar forvarnir og meðhöndlun á streitutengdum einkennum eru einnig mikilvæg og þar ber að lyfta góðum svefni og hreyfingu sem mikilvægum þáttum hvort sem fólk er að glíma við einkenni streitu eða ekki. Mikilvægt er að auka fræðslu um mikilvægi þess að byrja með auðveldu hreyfingu og að hreyfa sig reglulega. Daglegar gönguferðir á hæfilegum hraða eru „viðeigandi skammtur“ af hreyfingu í byrjun en smá saman má auka skammtinn. Hreyfing þarf ekki að kosta neitt og er sennilega sá þáttur í lífi fólks sem gefur mest til baka í heilsu og vellíðan miðað við þann tíma sem þarf til að fá áhrif.

## Heimildir

- Björk, L., og Härenstam, A. (2016). Differences in organizational preconditions for managers in genderized municipal services. *Scandinavian Journal of Management*, 32(4), 209-219.
- Bonde, J. P. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*, 65(7), 438-445. doi:oem.2007.038430 [pii] 10.1136/oem.2007.038430
- Brunner, E. J., og Kivimaki, M. (2013). Epidemiology: work-related stress and the risk of type 2 diabetes mellitus. *Nat Rev Endocrinol*, 9(8), 449-450. doi:10.1038/nrendo.2013.124
- Corin, C., og Björk, L. (2016). Job Demands and Job Resources in Human Service Managerial Work An External Assessment Through Work Content Analysis. *Nordic journal of working life studies*, 6(4).
- Corin, L., og Björk, L. (2017). *Chefers organisatoriska förutsättningar i kommunerna*. Retrieved from www.sns.se/aktuellt/chefers-organisatoriska-forutsattningar-i-kommunerna/
- Dishman, R. K. (1997). Brain monoamines, exercise, and behavioral stress: animal models. *Med Sci Sports Exerc*, 29(1), 63-74



- Eaton, S. B. (2003). An evolutionary perspective on human physical activity: implications for health. *Comp Biochem Physiol A Mol Integr Physiol*, 136(1), 153-159. doi:S1095643303002083 [pii]
- Gerber, M., Lindwall, M., Lindegard, A., Borjesson, M., and Jonsdottir, I. H. (2013). Cardiorespiratory fitness protects against stress-related symptoms of burnout and depression. *Patient Educ Couns*, 93(1), 146-152. doi:10.1016/j.pec.2013.03.021
- Glise, K., Ahlberg, G., Jr., and Jonsdottir, I. H. (2012). Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference? *BMC Psychiatry*, 12, 18. doi:10.1186/1471-244X-12-18
- Hamer, M., Kivimaki, M., Stamatakis, E., and Batty, G. D. (2012). Psychological distress as a risk factor for death from cerebrovascular disease. *CMAJ*, 184(13), 1461-1466. doi:10.1503/cmaj.111719
- Hasselberg, K., Jonsdottir, 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. doi:10.1186/1471-244X-14-66
- Hillman, C. H., Erickson, K. I., and Kramer, A. F. (2008). Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nat Rev Neurosci*, 9(1), 58-65. doi:nrn2298 [pii] 10.1038/nrn2298
- Lindegard, A., Jonsdottir, I. H., Borjesson, M., Lindwall, M., and Gerber, M. (2015). Changes in mental health in compliers and non-compliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion. *BMC Psychiatry*, 15, 272. doi:10.1186/s12888-015-0642-3
- Madsen, I. E., Nyberg, S. T., Magnusson Hanson, L. L., Ferrie, J. E., Ahola, K., Alfredsson, L., . . . Consortium, I. P.-W. (2017). Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med*, 1-15. doi:10.1017/S003329171600355X
- Mammen, G., and Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med*, 45(5), 649-657. doi:10.1016/j.amepre.2013.08.001
- Meeusen, R., and De Meirleir, K. (1995). Exercise and brain neurotransmission. *Sports Med*, 20(3), 160-188. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\_uids=8571000
- Milton, K., Macniven, R., and Bauman, A. (2014). Review of the epidemiological evidence for physical activity and health from low- and middle-income countries. *Glob Public Health*, 9(4), 369-381. doi:10.1080/17441692.2014.894548
- O'Donovan, G., Blazevich, A. J., Boreham, C., Cooper, A. R., Crank, H., Ekelund, U., . . . Stamatakis, E. (2010). The ABC of Physical Activity for Health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *J Sports Sci*, 28(6), 573-591. doi:10.1080/02640411003671212
- Organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) (2015). Arbetsmiljöverket. Stockholm. Retrieved from www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-afs-20154/
- Strohle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm*, 116(6), 777-784. doi:10.1007/s00702-008-0092-x
- Sverke, M. (2016). *Kvinnors och mäns arbetsvillkor - betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets och hälsorelaterade utfall*. Retrieved from www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskaps-sammansammanstallningar/kvinnors-och-mans-arbetsvillkor-kunskaps-sammansammanstallning-rap-2016-2.pdf
- Theorell, T., Hammarstrom, A., Aronsson, G., Traskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., . . . Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment

and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15, 738. doi:10.1186/s12889-015-1954-4

Warburton, D. E., Nicol, C. W., and Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174(6), 801-809. doi:174/6/801 [pii]10.1503/cmaj.051351

Vingård, E. (2015). *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Retrieved from www.forte.se/publikation/psykisk-ohalsa-arbetsliv-och-sjukfranvaro/

## Um höfund:

**Dr. Ingibjörg H. Jónsdóttir** er forstöðumaður Institutet för Stressmedicin, Gautaborg í Svíþjóð og prófessor við Háskólann í Gautaborg.

## Útdráttur

Sá fjöldi einstaklinga sem er að glíma við geðraskanir af völdum streitu hefur aukist gífurlega síðustu áratugum. Sá tími er komin að hefjast handa við að spyrna gegn þessari þróun og til þess verða viðhorf og áherslur að breytast. Áherslan á einstaklingsbundin úrræði ekki síst hvað varðar forvarnir hefur orðið til þess að áherslan á að skoða raunverulegar orsakir þess að streita hefur aukist á vinnustöðum hefur ekki verið til staðar í sama mæli. Slæm vinnuskilyrði, óljósar starfslýsingar, of lítil áhrif einstaklinga á starfshætti, forsendur stjórnenda og þætti tengdar stjórnun á vinnustað eru nokkur af mörgum atriðum sem einblína þarf að. Breyting á áherslum frá einstaklingsúrræðum til þess að horfa meira á starfskilyrði og forsendur stjórnanda er ein af mörgum áskorunum sem við stöndum frammi fyrir. Ný kunnátta, aðrar áherslur og nýjar aðferðir eru nauðsynlegar. Það krefst hugrekks að hefja þetta ferli og þolinmæði að gera sér grein fyrir að þessi vinna kemur til með að taka tíma. Samvinna og góð samskipti allra aðila á vinnumarkaðnum er nauðsynleg í þessu ferli. Mikilvægt er að huga sérstaklega að starfsumhverfi kvenna. Höfum í huga að ef konur og karlar myndu vinna við sömu skilyrði eru líkurnar á streitutengdum einkennum þær sömu. Það er nauðsyn að við áttum okkur á þessari staðreynd og að umræðan færist frá því að tala um veikleika kvenna til að ræða meira um aðstæður og forsendur á vinnustaðnum þar sem konur eru í meirihluta. Við berum öll ábyrgð á að skapa öruggan og heilsueflandi vinnustað og þannig stuðla að því að koma í veg fyrir geðraskanir að völdum streitu á vinnustað.

### Abstract

The number of individuals who are struggling with stress-related mental health problems have increased enormously the past years. The time has come to critically analyze the situation and the efforts that have been done. The emphasis on the individual and his/hers resources has resulted in that we are overlooking the real causes of why people are suffering from stress-related problems. New perspectives mainly including organizational and psychosocial factors at work are emerging. Thus, factors such as unclear aims, ambiguous job descriptions lack of control and lack of support to managers are being put forward as more and more important to work with. Hence, it is urgent to start changing the emphasis of focusing on the individual to focus more on the working conditions and managerial conditions. It takes courage to start this process and patience as we

now that this work will take time. Collaboration and good dialogue between all stakeholders is essential in this process. Poor psychosocial working environment is more common in the public sector. These are also the work-places where majority of the employers are women. We know now that the reason why higher number of women are suffering from stress-related problems is rather due to the poor work environment and not the fact that they are women. Thus, if women and men would be working under the same conditions, the likelihood of stress-related symptoms is more or less the same. The reasonable way forward is to start focusing more on the work environment and organizational factors alongside that each individuals takes responsibility for this/hers health. Health promotion at individual, group and organizational level is the key to sustainable working life and employer's health and well-being.





**RV.is**

## Fagleg og persónuleg þjónusta

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

	0-0.5 dl 0-100 ml	0.5-1 dl 50-100 ml	1-1.5 dl 100-150 ml	1.5-2 dl 150-200 ml	2-4 dl 200-400 ml	4-8 dl 400-800 ml	8-11 dl 800-1100 ml	11-14 dl 1100-1400 ml
TENA Men								
TENA Lady	TENA Lady ULTRA MILD ULTRA MILD POC	TENA Lady MILD MILD POC	TENA Lady MILD MILD POC	TENA Lady MILD MILD POC	TENA Lady MILD MILD POC	TENA Lady MILD MILD POC	TENA Lady MILD MILD POC	TENA Lady MILD MILD POC
TENA Pants								
TENA Flex								
TENA Care								
TENA Soft								



**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



# Notkun núvitundar í geðheilbrigðisþjónustu

## Inngangur

Ætlunin með þessari grein er að kynna fyrir lesendum grundvallaratriði núvitundar og lykilatriði sem hafa ber í huga við notkun núvitundar í geðheilbrigðisþjónustunni. Farið verður yfir helstu atriði núvitundar, hvernig núvitund virkar, ólík núvitundarinnngrip, og stutt yfirlit yfir rannsóknir tengt notkun núvitundar í geðheilbrigðisþjónustunni. Einnig mun ég skoða hvernig best er að aðlaga núvitundarinnngrip fyrir ólíka hópa og rakin verða nokkur dæmi um slíka vinnu sem höfundur hefur tekið þátt í. En þessi aðlögun er lykilatriði fyrir geðheilbrigðisfagfólk sem vill nýta sér núvitund skjólstæðingum sínum til heilla.

## Hvað er núvitund?

Núvitund er tegund íhugunar sem stöðugt nýtur meiri vinsælda og viðurkenningar í heilbrigðisþjónustunni. Sífelld fleiri rannsóknir sýna fram á gagnsemi núvitundar við ýmiskonar líkamlegum og sálrænum kvillum (Gotink o.fl., 2015). Núvitund var gerð vinsæl af Jon Kabat-Zinn á níunda áratug síðustu aldar en byggir á meira en 2500 ára gamalli nálgun. Megin tilgangur núvitundar er að læra að mæta mótlæti með skýrleika, stöðugleika, innsæi og æðruleysi með því að þróa meðvitaða athygli á núíð gegnum ólíkar æfingar. Núvitund er ekki bara tækni heldur felur í sér almennt viðhorf sem snýst um sátt, að vera opin og vera forvitin (Kabat-Zinn, 1990). Algenga og vinsæla skilgreiningu á núvitund er að finna í bók Kabat-Zinn's, *Wherever you go, there you are: "paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and non-judgmentally"* (1994, p. 4).



## Hvernig virkar núvitund?

Hægt er að þróa núvitund á markvissan hátt með því að auka meðvitund frá augnabliki til augnabliks í hversdagslegum athöfnum. Þannig taka meðvitaðar athafnir smám saman við af ómeðvituðum viðbrögðum og vítahringur áreitis og vanhugsaðra viðbragða er rofinn. Núvitundariðkun snýst um að rækta „núvitundarvöðvann“ með ólíkum æfingum sem allar hafa það að meginmarkmiði að hjálpa iðkandanum að auka getu sína til að geta staldrað við milli áreitis og svars (Kabat-Zinn, 1990). Myndgreiningarannsóknir hafa skilað afar spennandi niðurstöðum um áhrif hugleiðslu og núvitundar á miðtaugakerfið. Til dæmis hafa fundist sterkar vísbendingar um jákvæð áhrif núvitundariðkunar á ákveðin svæði ennisblaðsins (Marchand, 2014). Einnig hefur aukin virkni heilabarkarins sem er tengd jákvæðum tilfinningum verið mæld með EEG (heilalínuriti) hjá þeim sem iðka núvitund. Enn frekar sést bæði þykkari og virkari heilabörkur hjá núvitundar- og hugleiðsluiðkendum sem hefur meðal annars verið tengdur aukinni getu til að stjórna athygli (Marchand, 2014).

## Núvitundarinnngrip

Ólík núvitundarinnngrip hafa verið þróuð til að mæta þörfum ólíkra hópa. Algengasta og þekktasta núvitundarinngripið heitir núvitundarbyggð streitustjórnun (e. Mindfulness Based Stress Reduction) sem er skammstafað MBSR. MBSR er nokkuð vel skilgreint og afmarkað átta vikna námskeið í núvitund þar sem hópur hittist einu sinni í viku í 2-3 klst ásamt því að stunda heimanám í 1-2 klst á dag. Einnig er heill dagur undir lok námskeiðsins tekinn í afdrep (e. retreat) þar sem þátttakendur fá tækifæri til að æfa frekar þær helstu æfingar sem farið hefur verið yfir í

námskeiðinu (Kabat-Zinn, 1990). Eins og gefur að skilja hentar þetta námskeið ekki öllum vegna kröfunnar sem þátttakan gerir um langar setur og mikið heimanám og hafa því ýmsar útgáfur þess verið þróaðar til að mæta þörfum ólíkra hópa. Til að auðvelda umræður um ólíka núvitundarhópa hefur verið notað samheitið núvitundarbyggð inn-grip (e. mindfulness based interventions), skamstafað MBI. MBSR er stærsti undirflokkur MBI og sá sem hefur langmest verið rannsakaður af ólíkum núvitundarbyggðum inngrípum (Gotink o.fl., 2015).

### Yfirlit rannsókna

Ótal rannsóknir hafa sýnt fram á virkni núvitundarbyggðra inngrípa (MBI) til að hafa jákvæð áhrif á ýmskonar sjúkdóma og væri að bera í bakkafullan lækinn að fara yfir það stóra svið hér (Chiesa & Serretti, 2014; Gotink o.fl., 2015; Kallapiran, Koo, Kirubakaran, & Hancock, 2015; Khoury, Lecomte, Gaudiano, & Paquin, 2013; Rempel, 2012). Nægjanlegt er að vísa í aragrúa yfirlits- og samantektarrannsóknna á sviðinu sem birtast reglulega. Þetta á við um líkamlega kvilla eins og blóðþrýsting, verki, heilsu líffæraþega, fólk með fjölvefjagigt, krabbameinssjúklinga og svo mætti lengi telja (Gotink et o.fl., 2015). En núvitund hefur einnig sýnt sig sem öflugt inn-grip í meðferð ólíkra geðsjúkdóma, með bæði beinum og óbeinum rannsóknum (Chiesa & Serretti, 2014). Þetta á sérstaklega við um kvíða, þunglyndi, jaðarpersónuleikaröskun og áfengis- og vímuefnavanda á meðan rannsóknir á áhrifum núvitundar á aðra geðsjúkdóma eins og ADHD (athyglis- og ofvirknisbrestur) og geðklofa er mun styttra á veg kominn.

### Áhætta

Þegar fjallað er um vinsæl og aðgengileg inn-grip eins og núvitund er mikilvægt að ræða um mögulega áhættu af iðkuninni. Þegar rannsóknir á núvitundarbyggðum inngrípum eru skoðaðar er lítið fjallað um áhættuna á að ástunda núvitund (Dobkin, Irving, & Amar, 2012). Ekki er algengt að alvarlegur skaði eigi sér stað við núvitundariðkun þegar lítið er á þessar rannsóknir í heild sinni. Hins vegar eru til dæmi um neikvæðar afleiðingar tengdar hugleiðslu almennt bæði í rannsóknum sem og í árpúsunda gömlum reynslubanka iðkenda, til dæmis frásögum iðk-

enda fornra austrænna hugleiðsluaðferða (Dobkin o.fl., 2012). Þetta þýðir að þó að lítið sé fjallað um skaðann af núvitundariðkun og hann sé býsna óalgengur miðað við mörg önnur inn-grip í geðheilbrigðisþjónustunni, er ekki hægt að útiloka skaða af núvitundariðkun. Bæði notendur og þeir sem standa fyrir innleiðingu núvitundarinn-gripa í geðheilbrigðisþjónustunni þurfa að vita hvað á að gera og hvað skal varast. Almennt séð hentar núvitund ekki fólki í bráðu geðrofi eða bráðri sjálfsvígshættu, einnig er mikilvægt að stuðningur og handleiðsla fagfólks sé til staðar þegar þeir sem upplifað hafa mikil áföll byrja að nálgast þau í núvitundariðkun sinni (Dobkin et o.fl., 2012; Shonin, Gordon, & Griffiths, 2014). Almennt séð passar núvitundariðkun vel með öðrum inngrípum (t.d. samtalsmeðferð og lyfja-meðferð) og er því ekki útilokandi í eðli sínu, það er ódýrt að læra núvitund, annaðhvort í hópi eða á eigin spýtur, aðgengi að núvitund er frekar gott og það er frekar öruggt inn-grip ef varlega er af stað farið. Rannsóknir sýna að núvitund getur minnkað ýmis einkenni bæði líkamlegra og geðrænna sjúkdóma auk þeirra sem ekki eiga við sértækan vanda eða sjúkdómsgreiningu að etja, án þess að útiloka aðrar samhliða meðferðir (Saunders, 2015). Shonin og félagar taka þetta saman á býsna sannfærandi hátt í grein sinni frá 2014: „...both the classical meditation literature and empirical research findings appear to concur that when correctly practiced and administered, mindfulness meditation is a safe, noninvasive and cost-effective instrument for improving psychological health among a wide range of different groups“ (bls. 389).

### Aðlögun núvitundar til að mæta ólíkum þörfum skjólstæðinga

Eins og rætt var um hér að framan er afar mikilvægt að aðlaga núvitundarhópa til að mæta þörfum ólíkra hópa og á þetta sérlega vel við í geðheilbrigðisþjónustunni. Þetta kristallast vel í vinnu sem höfundur lagði í vegna doktorsverkefnis við Minnesota háskóla sem fjallaði um aðlögun MBSR námskeiðsins fyrir einstaklinga með heilaskaða og vímuefnavanda (G. K. Kristoferson, 2012). En sú vitræna skerðing og skerta geta til einbeitingar, sem getur stundum fylgt heilaskaða sem og geðsjúkdómum eins og geðklofa og ADHD, þýðir að þegar hanna á núvitundarinn-





grip fyrir þessa hópa þarf að taka sérstakt tillit til þessara eiginleika. Það er afar mikilvægt að átta sig á því í þessari vinnu að það eru ákveðnar vísendingar að með réttri tækni geti einstaklingar með vitrænar skerðingar stundað krefjandi nám eins og háskólanám (G. K. Kristofersson, Beckers, & Krueger, 2016). Það ætti því ekkert að vera því til fyrirstöðu að þó að ákveðin skerðing sé til staðar geti fólk með vitræna skerðingar tileinkað sér núvitund sé viðeigandi tillit tekið til sértækra námsparfa. Til dæmis gætu ákveðnar kennslufræðilegar nálganir virkað betur en aðrar fyrir þessa hópa, til að mynda streitu hermikennsla (e. Stress modeling), fleiri æfingar í tíma og villulaus leiðbeining (e. errorless learning) (G. K. Kristofersson o.fl., 2016). Sértækar aðgerðir sem hafa gefist vel í þessu samhengi eru að stytta og skýra heimanám, stytta kennslustundir, einfalda og skipuleggja vel uppsetningu kennsluefnis, viðhafa einstaklingshæfða nálgun og viðhafa fleiri áminningar í æfingum, eða með allt að 30-60 sek. millibili (G. K. Kristofersson o.fl., 2016).

### Dæmi um Aðlöguð Núvitundarnámskeið

Höfundur hefur tekið þátt í að móta nokkra núvitundarhópa til að mæta þörfum ákveðinna hópa bæði í Bandaríkjunum og á Íslandi og verður hér farið yfir þrjár slíkar tilraunir.

### Community University Health Care Center (CUHCC) hópur

Frá nóvember 2010 til ágúst 2012 hannaði höfundur og leiddi núvitundarhóp í samfélagsgeðheilsugæslustöð (e. community mental health center) í Minnesota fylki í Bandaríkjunum. Hópurinn hittist í eina klukkustund vikulega í sex vikur og var lokaður (þ.e. ekki var leyfilegt að koma inn í hópinn eftir að hann hófst). Ef einhver var búinn að fara eina umferð í hópnum var honum velkomið að koma aftur hvenær sem er og nýttu þó nokkrir sér það yfir þau tæpu tvö ár sem hópurinn starfaði. Hópurinn gátu þeir sótt sem höfðu áhuga en þó alltaf gegnum tilvísun þeirra fagaðila á heilsugæslustöðinni. Hópurinn sóttu m.a. einstaklingar greindir með þunglyndi, jaðarpersónuleikaröskun, geðklofa, kvíða, áfengis- og vímuefnavanda, geðhvörf, langvinna verki og árátta- og þráhyggjuröskun. Þessa heilsugæslustöð sóttu aðallega þeir sem glímdu við alvarlegan og langvinnan geðrænan vanda og var því mikilvægt að

vanda vel til verka í tilvísunarferlinu. Það ferli fól í sér að heilbrigðisskrá var skoðuð vandlega með tilliti til nýlegra áfalla og núverandi geðskoðunar. Viðtal við sjúkling og fagaðila fylgdi í kjölfarið til að meta hvort hópurinn hentaði þeim vel á þessum tímapunkti. Ef um vafaatriði var að ræða var gert áhættumat með teymi viðkomandi aðila út frá ofangreindu og ákvörðun tekin með vilja skjólstæðingsins að leiðarljósi. Æfingar í hópnum og heima þessar sex vikur áttu að gefa færi á fjölbreyttum leiðum til að æfa „núvitundarvöðvann“ enda var hópurinn kallaður *Kynning á núvitund* (e. *Introduction to Mindfulness*.) Í töflu eitt má sjá þá þætti sem unnið var með. Allir tímar hófust á núvitundaröndunaræfingu.

### Tafla 1

Yfirlit yfir núvitundaræfingar í CUHCC hópi

Vika	Æfing
1	Borðað í núvitund
2	Líkamsskönnun
3	Brosað í núvitund
4	Metta (góðvildaræfing)
5	Núvitundarganga
6	Unnið með skynjun og tilfinningar

Þessi tæpu tvö ár sem hópurinn var virkur fylltu þátttakendur út nafnlausan spurninglista til að mæla ánægju þeirra, hvað hafði gengið vel og hvað hefði betur mátt fara. Almennt séð voru viðtökur notenda einkar jákvæðar við þátttöku í hópnum. Þau minntust mörg á mikilvægi þess að það væri boðið uppá slíkan hóp á stöðinni. Engum þátttakanda fannst hópurinn skaðlegur. Nokkrar tilvitnanir frá þátttakendum varðandi þátttöku þeirra í hópnum eru til dæmis: „Hópurinn hjálpaði mér að slaka á“, „hugurinn kyrrist“, „hópurinn hjálpar mér að verða meðvituð/aður hvernig ein-kennin hafa áhrif á huga minn og líkama“, „ég verð ekki eins auðveldlega reið/ur“, „hjálp mér með raddirnar“, og „það er auðveldara að einbeita mér.“

Þegar á heildina er litið gekk þessi hópur afar vel þó að flestir þátttakendurnir ættu við alvarlega og langvinna geðsjúkdóma að etja. Í eftirfylgd kom í ljós að enginn þátttakanda upplifði nokkurn skaða af inngripinu en voru í heild ánægð með að vera „kominn með fleiri verkfæri í verkfærakistuna sína“ svo vitnað sé í einn þátttakanda. Mikilvægi þess að meta þátttakendur kom vel í

ljós í framkvæmd hópsins sem og mikilvægi þess að kynna hann vel, að vera sveigjanlegur ef einstaklingar voru að kljást við erfið einkenni þann daginn sem liðu oft hjá og sá hinn sami var til í tuskið næstu vikuna. Einnig mikilvægi þess að átta sig á því að ein núvítundaræfing passar ekki endilega fyrir annan og skjólstæðingurinn veit best hvað hann treystir sér í, hvað virkar og hvað virkar ekki fyrir hann/hana.

### Núvítundarhópur á Vínlands miðstöðinni

Vínland National Center (Vínland) eru góðgerðar-samtök í Loretto, Minnesota í Bandaríkjunum sem vinna á heildrænan máta með fólki með heilaskaða og áfengis- og vímuefnavanda. Vínland samtökin reka legudeild og tvö áfangaheimili í suðausturhluta fylkisins. Minnesota háskóli, sem höfundur nam og starfaði með og við á þeim tíma, og Vínland hafa verið í samstarfi frá árinu 2010 til að laga núvítund að þörfum skjólstæðinga þeirra. En rannsóknir hafa sýnt fram á að af þeim 1.4 milljónum Bandaríkjamanna sem verða fyrir heilaskaða ár hvert, verða margir fyrir vitrænni skerðingu vegna áverkanna og allt að helmingur þjáist af áfengis- og vímuefnavanda (Bjork & Grant, 2009). Þetta getur aftur valdið ýmsum vanda, eins og aukinni tíðni geðraskana og erfiðleikum við að komast aftur út á vinnumarkaðinn og hafa rannsóknir sýnt endurtekið fram á að lífsgæði er verulega minnkuð hjá þessum hóp miðað við normalþýði (Braunling-McMorrow, Dollinger, Gould, Neumann, & Heiligenthal, 2010). Hvatvísi, sem oft fylgir áunnum heilaskaða, hefur einnig verið tengd lakari langtíma útkomu fyrir einstaklinga með áfengis- og vímuefnavanda og heilaskaða, og heilaskaðar gera bata frá áfengis- og vímuefnavanda erfiðan. Einnig er áfengis- og vímuefnavandi eftir heilaskaða klárlega tengdur lakari sálfélagslegum útkomum (Braunling-McMorrow, Dollinger, Gould, Neumann, & Heiligenthal, 2010). Árangrinum af samstarfi við

Minnesota háskóla hafa verið gerð góð skil í bæði doktorsritgerð undirritaðs, ótal fyrirlestrum sem og útkomnum og óútkomnum birtingum í ritrýndum tímaritum. Í stuttu máli má segja að aðlagður MBSR hópur hafi skilað góðum árangri í Vínlandi, bæði á meðferðarstöðinni sem og á áfangaheimilum þeirra. Skjólstæðingar og starfsfólk var almennt ánægt með inngripið, fannst það passa einkennum sínum og hugmyndafræði sam-takanna vel, fannst ekki að þátttaka í því útilokaði önnur inngrip sem voru þeim mikilvæg eins og AA þátttöku, lyfja- og eða samtalsmeðferðir, heldur frekar auka gagnið af þeim (G. K. Kristofersson o.fl., 2016; G. K. Kristofersson, 2012).

### Áhrif núvítundariðkunar á geðheilbrigði, streitu, núvítund og árásargirni fanga á Litla-Hrauni og Sogni

Frá því á sjöunda áratug síðustu aldar hefur hugleiðsla verið reynd sem inngrip í fangelsum víða um heim, en þó aðallega í Bandaríkjunum og Indlandi. Útfærsla hugleiðslu inngripanna sem notuð hafa verið eru mismunandi en eiga það öll sameiginlegt að eiga sér uppruna í árbúsunda gamalli íhugunarhefð Austurlanda. Árangur þessara meðferða hefur iðulega verið góður en mikið hefur vantað uppá aðferðafræðileg gæði rannsóknanna engu að síður (G. Kristofersson & Kaas, 2013). Á síðustu árum hafa þessar rannsóknir aðallega snúist um núvítund en núvítund hefur ekki verið rannsökuð á skipulegan máta í fangelsum á Íslandi hingað til, svo vitað sé.

Af þessu tilefni ákvað höfundur í samvinnu við meðrannsakanda, Elínu Díönu Gunnarsdóttur, dósent í sálfræði við Háskólann á Akureyri og sálfræðinga Fangelsismálastofnunar að setja í gagnið og mæla árangur af fimm vikna aðlögun af átta vikna MBSR inngripinu sem Kabbat-Zinn þróaði og setti fram í bók sinni *Full Catastrophe Living* (1990). Þróun og framkvæmd inngripsins var í höndum sálfræðinga Fangelsismálastofnunar

### Tafla 2

Mælitæki notuð í rannsókn á áhrifum núvítundar á fanga á Litla-Hrauni og Sogni

Mælitæki	Það sem mælt er
Freiburg Mindfulness Inventory.	Núvítund
DASS (Depression Anxiety Stress Scale)	punglyndis, kvíða og streitueinkenni
Novaco Anger Scale and Provocation Inventory (NAS-PI)	Reiði og skapstyggð
Lýðfræðilegar upplýsingar	Lýðfræðilegar upplýsingar



með ráðgjöf og stuðningi frá Háskólanum á Akureyri. Spurningalistinn sem notaður var í rannsókninni samanstóð af lýðfræðilegum spurningum ásamt þremur virtum og þekktum mælitækjum sem hafa öll verið þýdd á íslenska tungu og hafa margsannað marktækni sína og áreiðanleika (sjá töflu 2) . Árangur inngripsins var mældur með því að bera saman niðurstöður mælinga við upphaf inngrips, vikuna eftir inngrip og fimm vikum eftir að inngripi lauk. Til að fá frekari innsýn inn í virkni inngripsins tóku rannsakendur eigindleg viðtöl við þátttakendur eftir að inngripi lauk. Þátttakendur voru tíu fangar á Litla Hrauni og 12 fangar á Sogni. Fangar sem voru metnir í bráðri sjálfsvígshættu, voru í virku geðrofi eða sýndu umtalsverð einkenni áfallastreituröskunar, voru útilokaðir frá rannsókninni af sálfræðingum Fangelsismálastofnunar. Allir þátttakendur rannsóknarinnar voru karlkyns þar sem of fáar konur sitja að svo stöddu í fangelsi hérlendis til að þær séu raunhæft viðfang rannsóknar af þessu tagi. Stefnit er að úrvinnslu úr rannsókninni ljúki vorið 2018. Einblínt var á að mæla reiði, kvíða, streitu, núvitund og þunglyndiseinkenni þátttakenda fyrir og eftir inngrip. Einnig voru eigindleg viðtöl framkvæmd eftir rannsóknina til að auka á fjölbreytni og gæði þeirra upplýsinga sem aflað var um áhrif inngripsins á þátttakendur.

### Samantekt

Notendur geðheilbrigðisþjónustunnar hafa löngum sætt fordómum í samfélaginu og ekki notið sama skilnings né sömu virðingar og viðurkenningar og fólk með aðrar tegundir sjúkdóma. Einn af mikilvægari þáttunum til að leiðrétta þetta ólíðandi ástand er að bjóða þessum hóp sömu fjölbreytni í einkennastjórnun og öðrum hópum skjólstæðinga er boðið uppá. Enginn ástæða er til að útiloka yfirgnæfandi meirihluta þeirra sem kljást við alvarlega og langvinan geðsjúkdóma frá þátttöku í núvitundarbyggðum inngripum ef farið er af stað varlega og góður undirbúningur liggur til grundvallar framkvæmdar hópsins.

Þessari grein var ætlað að gefa yfirsýn um notkun núvitundar í geðheilbrigðiskerfinu og mikilvægi þess að laga núvitundarbyggð inngrip að þörfum notenda þjónustunnar hverju sinni. Mikilvægt er að átta sig á því að hægt er að nýta sér kennslufræðilegar rannsóknir til að hjálpa í þeirri vinnu og að klínísk þekking og sérhæfing er til á Íslandi

til að hanna og þróa núvitundarinngríp fyrir einstaklinga með ólíkar þarfir og bakgrunn. Nýjasti verkefni höfundar er að mæla árangur núvitundarinngríps á Sogni og Litla Hrauni í samvinnu við Fangelsismálastofnun. Bráðabirgðaniðurstöður lofa góðu þó full greining gagna mun ekki eiga sér stað fyrr enn vorið 2018.

### Valdar heimildir

- Caroline Patricia Simm. (2015). *Taugalífeðlisleg áhrif núvitundar: Niðurstöður myndgreiningarannsóknna*. Lokaverkefni til BA gráðu í Sálfræði. Háskólinn á Akureyri.
- Gísli Kort Kristófersson, (2012). *The Effects of a Mindfulness Based Intervention on Impulsivity, Symptoms of Depression, Anxiety, Experiences and Quality of Life of Persons Suffering from Substance Use Disorders and Traumatic Brain Injury*. Ritgerð til Doktorsgráðu í hjúkrunafræði. University of Minnesota.
- Ingibjörg Kristín Eiríksdóttir, (2015). *Upplifun af núvitundarriðkun: Að stíga út úr sjálfvirkni hugans, inn í rými sáttar, góðvildar og sjálfsstjórnar*. Ritgerð til meistarafráðu í hjúkrunafræði. Háskóli Íslands.
- Sverrir Björn Einarsson. (2015). *Áhrif Núvitundar á ADHD*. Lokaverkefni til BA gráðu í Sálfræði. Háskólinn á Akureyri.
- Full Catastrophe Living* by Jon Kabat-Zinn
- Radical Acceptance: Embracing Your Life with the Heart of a Buddha* by Tara Brach
- Teaching Mindfulness: A Practical Guide for Clinicians and Educators* by Donald McCown, Diane Reibel and Marc Micozzi

### Heimildir

- Bjork, J. M., & Grant, S. J. (2009). Does traumatic brain injury increase risk for substance abuse? [references]. *Journal of Neurotrauma*, 26(7), 1077-1082. Retrieved from www.dx.doi.org/10.1089/neu.2008.0849
- Braunling-McMorrow, D., Dollinger, S. J., Gould, M., Neumann, T., & Heiligenthal, R. (2010). Outcomes of post-acute rehabilitation for persons with brain injury. *Brain Injury : [BI]*, 24(7-8), 928-938. doi:10.3109/02699052.2010.490518
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance use & Misuse*, 49(5), 492-512.
- Dobkin, P. L., Irving, J. A., & Amar, S. (2012). For whom may participation in a mindfulness-based stress reduction program be contraindicated? *Mindfulness*, 3(1), 44-50.
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One*, 10(4), e0124344. doi:10.1371/journal.pone.0124344 [doi]
- Kabat-Zinn, J. (1990). In University of Massachusetts Medical Center/Worcester. Stress Reduction Clinic (Ed.), *Full catastrophe living : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, N.Y.: New York, N.Y. : Pub. by Dell Publishing, a division of Bantam Doubleday Dell Pub. Group.
- Kabat-Zinn, Jon. (1994) *Wherever you go, there you are : mindfulness meditation in everyday life* New York : Hyperion
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R., & Hancock, K. (2015). Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 182-194.

- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudio, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 176-184.
- Kristofersson, G. K., Beckers, T., & Krueger, R. (2016). Perceptions of an adapted mindfulness program for persons experiencing substance use disorders and traumatic brain injury. *Journal of Addictions Nursing*, 27(4), 247-253.
- Kristofersson, G. K. (2012). *The Effects of a Mindfulness Based Intervention on Impulsivity, Symptoms of Depression, Anxiety, Experiences and Quality of Life of Persons Suffering from Substance use Disorders and Traumatic Brain Injury*, Kristofersson, G., & Kaas, M. (2013). Stress management techniques in the prison setting. *Journal of Forensic Nursing, Publish Ahead of Print* doi:10.1097/JFN.0b013e31827a5a89
- Marchand, W. R. (2014). Neural mechanisms of mindfulness and meditation: Evidence from neuroimaging studies. *World Journal of Radiology*, 6(7), 471.
- Rempel, K. D. (2012). Mindfulness for children and youth: A review of the literature with an argument for school-based implementation/méditation de pleine conscience pour les enfants et les jeunes: Survol de la littérature et argumentation pour sa mise en oeuvre en milieu scolaire. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy (Online)*, 46(3), 201.
- Saunders, D. C. (2015). Being mindful of mindfulness: Past, present, and future of mindfulness in child and adolescent psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(6), 437-439. doi:10.1016/j.jaac.2015.03.006 [doi]
- Shonin, E., Gordon, W. V., & Griffiths, M. D. (2014). Are there risks associated with using mindfulness in the treatment of psychopathology? *Clinical Practice*, 11(4), 389-392.

## Um höfund:

**Dr. Gísli Kort Kristófersson** er lektor við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri

## Útdráttur

### Inngangur:

Núvitund hefur verið skilgreind sem það að taka eftir í augnablikinu án þess að dæma. Núvitund hefur notið sívaxandi vinsælda á vesturlöndum sem inngrip, bæði sem viðbótarmeðferð ýmissa kvilla sem og leið til að auka heilbrigði einstaklinga án skilgreindra sjúkdóma. Starfsfólk geðheilbrigðisþjónustunnar hefur ekki farið varhluta af þessari þróun og aragrúi rannsókna sem skoðar virkni núvitundar til að draga úr ein-kennum ólíkra geðsjúkdóma ber henni glöggvitni. Mikilvægt er þó að taka tillit til ólíkra þarfa einstaklinga og aðlaga klassísk inngrip eins og núvitundarbyggða streitustjórnun (e.MBSR, Mindfulness based stress reduction) eins og viðeigandi er að ólíkum hópum.

### Efniviður og aðferðir:

Í þessari grein verður farið yfir notagildi núvitundar fyrir fagfólk í geðheilbrigðisþjónustunni sem og dæmi rakin þar sem núvitundarinngríp

hafa verið aðlöguð að þörfum ólíkra hópa, t.d. einstaklinga með alvarlega og langvinna geðsjúkdóma, einstaklinga með heilaskaða og áfengis og vímuefnavanda, og fanga.

## Umræða:

Þegar á heildina er litið hafa núvitundarinngríp sem höfundur hefur komið að gefið góða raun og notendur hafa lýst yfir ánægju með aðlögun núvitundarbyggðrar streitustjórnunar að þörfum þeirra. Mikilvægt er að viðhafa skýrt áhættumat til að minnka líkurnar á að skaði hljóttist af núvitundar iðkuninni því þó að miðað við mörg önnur inngrip sé núvitund frekar öruggt inngrip er það ekki hættulaust með öllu.

Notendur geðheilbrigðisþjónustunnar hafa löngum sætt fordómum í samfélaginu og ekki notið sama skilnings né sömu virðingar og viðurkenningar og einstaklingar með aðrar tegundir sjúkdóma. Enginn ástæða er til að útiloka yfirgnæfandi meirihluta þeirra sem kljást við alvarlega og langvinan geðsjúkdóma frá þátttöku í núvitundarbyggðum inngripum ef farið er af stað varlega og góður undirbúningur liggur til grundvallar framkvæmdar hópsins.

## Abstract

### Introduction:

Mindfulness has been defined "paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and non-judgmentally." Mindfulness has gained ever-increasing popularity in the West as an intervention, both as an adjunct treatment to various disorders as well as a way to increase the health of individuals without defined diseases. Mental health professionals have certainly been exposed to this development as well as other health care professional, and a series of studies that investigate the efficacy of mindfulness to reduce the symptoms of different mental illnesses is a clear testament of this. It is important, however, to take into account the different needs of individuals and customize classical interventions such as Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) as appropriate to different groups.

### Materials And Methods:

This article will review the utility of mindfulness based interventions for mental health professionals as well as examples of mindfulness



based interventions that have been adapted to the needs of different groups, e.g. persons with severe and chronic mental illness, persons suffering from traumatic brain injury and substance use disorders, and prisoners.

### Discussion:

As a whole, the mindfulness intervention described in this article have demonstrated beneficial outcomes, and users have expressed satisfaction with the adaptation of the mindfulness based interventions. It is important to execute a clear risk

assessment to reduce the likelihood of harm of participation in mindfulness based interventions, but they do remain relatively safe.

Users of mental health services have long suffered prejudices in society and do not enjoy the same understanding or the same respect or recognition as individuals with other types of diseases. There is no reason to exclude the overwhelming majority of those who are suffering from severe and long-term mental illness from participation in mindfulness based interventions if they are carefully prepared.

## ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

### Siglufrjörður

Fjallabyggð, Gránugötu 24  
Siglufrjörðarkirkja  
SR-Vélaverkstæði hf, Vetrarbraut 12

### Akureyri

AUTO ehf, bílpartasala, Setbergi  
Baugsbót ehf bifreiðaverkstæði, Frostagötu 1b  
Blikkrás ehf, Óseyri 16  
Enor ehf, Hafnarstræti 53  
Grófargil ehf, Glerárgötu 36  
Herradeild JMJ, Gránufélagsgötu 4  
Hnýfill ehf, Brekkugötu 36  
HSH verktakar ehf, Skarðshlíð 7  
Húsprýði sf, Múlasíðu 48  
Höldur ehf, bílaleiga, Tryggvabraut 12  
Íslensk verðbréf hf, Strandgötu 3  
Kollgáta Arkitektúr, Kaupvangsstræti 29  
Kranabílar Norðurlands, Daggarlundi 18  
Lögmanshlíð lögfræðisþjónusta ehf,  
Glerárgötu 36

Molta ehf, Þveráreyrum 1a  
Norðurorka hf, Rangárvöllum  
Pípulagningaþjónusta Bjarna F Jónassonar  
ehf, Melateigi 31  
Raftákn ehf - Verkfræðistofa, Glerárgötu 34  
S.S. byggir ehf, Njarðarnesi 14  
Samherji ehf, Glerárgötu 30  
Sjúkrahúsið á Akureyri, Eyrarlandsvegi  
Skútaberg ehf, Sjafnarnesi 2-4  
Slippurinn Akureyri ehf, Naustatanga 2  
Steyrustöð Akureyrar ehf, Sjafnarnesi 2-4  
Steypusögum Norðurlands ehf, Víðivöllum 22  
Tannlæknastofa Árna Páls, Mýrarvegi  
Timbra ehf, byggingarverktaki, Vaðlatúni 1  
Veitingastaðurinn Krua Siam, Strandgötu 13  
Ósp sf, trésmiðja, Furulundi 15f

### Grenivík

Grýtubakkahreppur

### Grímsey

Sigurbjörn ehf  
Sæbjörg ehf, Öldutúni 3

### Dalvík

Bruggsmiðjan Kaldi ehf, Öldugötu 22  
Flæðipípulagnir ehf, Svæði

### Ólafsfjörður

Árni Helgason ehf, vélaverkstæði, Hlíðarvegi 54

### Húsavík

Bílaeiga Húsavíkur ehf, Garðarsbraut 66  
E G Jónasson rafmagnsverkstæði,  
Garðarsbraut 39  
Fjallasýn Rúnars Óskarssonar ehf-www.  
fjallasyn.is, Smíðjuteigi 7

Gistiheimilið Sigtún ehf-www.gsigtun.is  
Hóll ehf, vinnuvélar og verktakar, Höfða 11  
Húsavíkurkirkja  
Höfðavélar ehf, Höfða 1  
Minjasafnið Mánárbakka, Tjörnesi  
Steinsteypir ehf, Haukamýri 3  
Trésmiðjan Rein ehf, Rein  
Vikurraf ehf, Garðarsbraut 18a

### Fosshóll

Lundarbrekkukirkja

### Laugar

Kvenfélag Reykdæla

### Mývatn

Dimmuborgir guesthouse, Geiteyjarströnd 1  
Mývetningur, íþrótt- og ungmannafélag  
Vogar, ferðisþjónusta, Vogum

### Egilsstaðir

Bókráð, bókhald og ráðgjöf ehf, Miðvangi 2-4  
Fljótsdalshérað, Lyngási 12  
Héraðsprent ehf, Miðvangi 1  
Miðás ehf, Miðási 9  
www.laugarfell.is

### Reyðarfjörður

Fjarðabyggð, Hafnargötu 2  
Launafl ehf, Hrauni 3

### Eskifjörður

Tandrabergh ehf, Strandgötu 8

### Neskaupstaður

Hildibrand Hótel – Kaupfélagsbarinn, s: 477  
1950, Hafnarbraut 2  
Samvinnufélag útgerðamanna, Neskaupstað,  
Hafnarbraut 6  
Síldarvinnslan hf, Hafnarbraut 6  
Verkmenntaskóli Austurlands, Mýrargötu 10

### Fáskrúðsfjörður

Loðnuvinnslan hf, Skólavegi 59  
Vöggur ehf, Grímseyri 11

### Höfn í Hornafirði

Heilbrigðisstofnun Suðausturlands,  
Vikurbraut 31  
Króm og hvítt ehf, Álaleiru 7  
Sveitafélagið Hornafjörður, Hafnarbraut 27  
Vélsmiðjan Foss ehf, Ófeigstanga 15  
Þingvað ehf, byggingarverktakar, Tjarnarbrú 3

### Selfoss

Árvirkinn ehf, Eyravegi 32  
Bifreiðaverkstæðið Klettur ehf, Hrísmýri 3  
Búhnykkur sf, Stóru-Sandvík  
Eðalbyggingar ehf, Háheiði 1

Eggert smiður ehf, Furugrund 8  
Flóahreppur, Þingborg  
Gesthús Selfossi, gistihús og tjaldsvæði,  
Engjavegi 56  
Grímsnes og Grafningshreppur,  
Stjórnsýsluhúsinu Borg  
Gróðrarstöðin Hæðarendi, Háagerði  
Hótel Gullfoss, Brattholti  
Jáverk ehf, Gagnheiði 28  
Jeppasmíðjan ehf, Ljónsstöðum  
Kvenfélag Grímsneshrepps  
Málarinn Selfossi ehf, Furugrund 36  
Pylsvagninn Selfossi við brúarendann  
Reykholm ehf, Reykhóli  
Suðurtak ehf Brjánsstöðum 2, Grímsnes- og  
Grafningshreppi

### Hveragerði

Listasafn Árnesinga, Austurmörk 21

### Þorlákshöfn

Þorlákshafnarhöfn  
Þorlákskirkja

### Ölfus

Eldhestar ehf, Völlum  
Garpar ehf, Reykjakoti 2

### Laugarvatn

Ásvélar ehf, Hrísholti 11  
Menntaskólinn að Laugarvatni

### Flúðir

Hrunamannahreppur

### Hella

Kanslarinn veitingahús, Dynskálum 10  
Suðurprófastdæmi

### Hvolsvöllur

Ferðisþjónusta bænda Stóru-Mörk, Stóru-  
Mörk 3  
Krappi ehf, byggingarverktakar, Ormsvöllum 5

### Kirkjubæjarklaustur

Hótel Laki ehf, Efri Vík

### Vestmannaeyjar

Bakstur og veisla ehf, Bárustíg 7  
Bíla- og vélaverkstæðið Nethamar ehf, Flötum  
31  
Gröfupjónustan Brinks ehf, Ásavegi 27  
Ísfélag Vestmannaeyja hf, Tangagötu 1  
Miðstöðin ehf, Strandvegi 30  
Ós ehf, Illugagötu 44  
Skipalyftan ehf, Eiðinu  
Skýlið, Friðarhöfn  
Vestmannaeyjabær, Ráðhúsinu  
Vélaverkstæðið Þór ehf, Norðursundi 9

# Börn í ábyrgðarhlutverkum

## Inngangur

Sl. 4 ár hafa höfundar farið víða með fyrirlestur um *börn í ábyrgðarhlutverkum*. Fyrirlesturinn fjallar um börn sem eru í ábyrgðarhlutverkum gagnvart foreldrum sínum vegna alvarlegra geðrænna eða líkamlegra veikinda þeirra, fötlunar eða fíknar. Áhugi höfunda á þessu viðfangsefni vaknaði árið 2012 þegar þær voru staddar erlendis við skriftir, önnur við að skrifa bókina *Hljóðin í nóttinni* (Björg Guðrún Gísladóttir, 2014) og hin við að skrifa doktorsritgerðina *Everyday geographies of disability, care and forced migration in the South-East of England* (Guðbjörg Ottósdóttir, 2015) sem er rannsókn á fötluðu flóttafólki og stuðningstengslum. Höfundar voru báðar að einhverju leyti að skrifa um börn í ábyrgðarhlutverkum, önnur í tengslum við minningarsögu byggða á persónulegri reynslu sinni sem barn í aðstæðum heimilisofbeldis og áfengisneyslu foreldra og hin að skrifa um birtingarmyndir óformlegrar þjónustu og aðstoðar við fatlað flóttafólk. Í samræðum sínum á þessu tímabili áttuðu höfundar sig jafnframt á því að þær hefðu sjálfar verið börn í ábyrgðarhlutverkum. Þær höfðu báðar gegnt ýmislegri ábyrgð á æskuheimilum sínum sem tengdist veikindum foreldra sem hafði áhrif á líðan þeirra og daglegt líf.

Í þessari grein fjöllum við um stöðu þekkingar á börnum í ábyrgðarhlutverkum.

## Óformleg þjónusta og aðstoð

Vaxandi áhugi er á meðal rannsakenda og stefnu-mótandi aðila á fjölskyldumeðlimum sem veita óformlega þjónustu og aðstoð (e. family carers) til ættingja vegna alvarlegra geðrænna eða líkamlegra veikinda fötlunar eða fíknar annars fjölskyldumeðlims. Þeir sem veita þjónustuna og aðstoðina geta verið ættingi eða vinur. (Becker,



2008). Þessi hópur er víða ávarpaður í velferðarlöggjöf og nýtur réttinda til stuðnings, til dæmis í Bretlandi, Ástralíu, Kanada, Nýja-Sjálandi og Bandaríkjunum (Bowlby, McKie, Gregory og MacPherson, 2010; Colombo, Llena-Nozal, Mercier og Tjadens, 2011). Óformleg þjónusta sem veitt er af fjölskyldumeðlimum er gjarnan ólaunuð ólíkt formlegri þjónustu sem veitt er af hinu opinbera eins og ríki og sveitarfélögum og er launuð. Aðilarnir sem veita aðstoðina eru hluti af félagslegum tengslum þeirra sem þiggja aðstoðina og eru tengslin yfirleitt nán og byggjast á gagnkvæmu trausti, væntumþykju og stuðningi (Becker, 2008; Bowlby o.fl., 2010; Kröger, 2009). Milljónir fjölskyldumeðlima, vinir og ættingjar víða um heim veita óformlega þjónustu og aðstoð. Í Bretlandi voru þeir 6,5 milljónir einstaklinga árið 2011, 10% af heildarmannfjölda Írlands árið 2016 og 28% af heildarmannfjölda Kanada árið 2012 (Carers UK, 2014; Central Statistics Office, 2016; Turcotte, 2012). Sú þjónusta sem veitt er getur verið ýmisleg, s.s. aðstoð við persónulegar athafnir daglegs lífs en einnig með ýmis verkefni sem lúta að heimilishaldi og félagslegum athöfnum utan heimilis.

Rannsóknir hafa einkum beinst að skoðun afleiðinga á þá einstaklinga sem veita aðstoðina. Hafa þær aukið skilning á birtingamyndum óformlegrar þjónustu og tengsla og veitt innsýn í þá þætti sem eru neikvæðir en jafnframt þætti sem eru verndandi og styrkjandi fyrir þá sem veita þjónustuna og þá sem hana þiggja (Milligan, 2000; Williams, 2004). Löggjöf og þjónusta leitast við að draga úr neikvæðum áhrifum sem óformleg þjónusta og aðstoðarhlutverk getur haft á þann sem sinnir því hlutverki (Becker, 2008; Colombo o.fl., 2011).



Velferð og heilsa þeirra sem veita óformlega þjónustu og aðstoð er talin í hættu ef hún er það umfangsmikil að þeir nái ekki að samþætta hana við eigin þarfir og ábyrgðir á öðrum vettvangi. Til dæmis á atvinnumarkaði, skólagöngu, samveru með vinum og þátttöku í félagslífi og jafnframt ef þeir fá ekki stuðning, hvort sem er frá hinu opinbera eða í nánasta umhverfi. Óformleg þjónusta og aðstoð tekur tíma, er ýmist dagleg, vikuleg eða bundin veikindatímabilum fjölskyldumeðlims og felur í sér ýmisleg verk, þ.á m. tilfinningalegum, andlegum og félagslegum stuðningsverkefnum (Bowlby o.fl., 2010; Keating og Eales, 2017). Mikilvægt er því að stofnanir beiti fjölskyldunálgun og heildarsýn þegar kemur að mati á þörfum hins fatlaða eða veika einstaklings svo að sá sem veitir óformlega þjónustu og aðstoð fái nauðsynlegan stuðning (Colombo o.fl., 2011; Hubert, 2006).

Rannsóknir benda til að kynja- og kynslóðahlutverk geti haft áhrif á það hverjir í fjölskyldum taka að sér lykilhlutverk í þjónustu og aðstoð við aðstandendur. Konur, og stúlkur ef kvenna nýtur ekki við, gegna víða lykilábyrgð í umönnun og stuðningi, en þó hafa rannsóknir á undanförunum árum fundið aukningu í þátttöku karla og drengja (Bowlby o.fl., 2010; Williams, 2004). Þar sem fullorðinna nýtur ekki við eins og í tilfelli einstæðra foreldra þá eru það gjarnan börn og ungt fólk sem taka sér lykilhlutverk í þjónustu og aðstoð og virkjast því víxlun kynslóðahlutverka í raun fyrr en áætlað er samkvæmt hefðum fjölskyldunnar (Collard, 2000). Náin tilfinningatengsl og skyldurækni eru einkum þættir sem ættingjar lýsa sem ástæðum ábyrgðarhlutverka í þjónustu og aðstoð og líta gjarnan á hlutverk sitt sem hluta af fjölskylduskyldu. Fjölskyldumeðlimir geta verið sér ómeðvitandi um áhrif ábyrgðarinnar á eigin heilsu og leita þannig síður eftir stuðningi (Bowlby o.fl., 2010). Bent hefur verið á að líkurnar á að fjölskyldumeðlimir taki á sig aukna ábyrgð, sem er umfram getu og þroska þeirra, eru meiri á heimilum tekjulágra og einangraðra fjölskyldna, en einnig á heimilum fjölskyldna sem búa t.d. við ákveðnar upplýsingahindranir vegna tungumálhindrana og skort á menningarnæmri velferðarþjónustu, t.d. í tilfellum etnískra fjölskyldna (Colombo o.fl., 2011).

Að lokum má nefna að rannsóknir hafa beint sjónum að verndandi þáttum í tengslum milli þess sem veitir aðstoð og þjónustu og þess sem þiggur

hana. Til dæmis hefur verið bent á að fatlað foreldri sé ekki einungis þiggjandi heldur sinnir hlutverki sem foreldri, maki og svo framvegis (Evans, 2011). Einnig lýsa fjölskyldumeðlimir sem veita aðstoð og þjónustu ýmsum jákvæðum áhrifum á borð við aukinn þroska og lífsleikni sem er tilkomin vegna aukinnar ábyrgðar í lífi þeirra (Bowlby o.fl., 2010).

### Börn í ábyrgðarhlutverkum

Frá 1990 hefur áhugi meðal rannsóknarmanna og stofnana í félags- og heilbrigðisþjónustu beinst í auknum mæli að börnum í ábyrgðarhlutverkum. *Börn í ábyrgðarhlutverkum* (e. young carers) koma fyrir í löggjöf víða, þ. á m. í Bretlandi (Carers UK, 2014) og ríkjum í sunnanverðri Afríku þar sem stórir hópar barna hafa tekið á sig töluverða ábyrgð í þjónustu og aðstoð við veika foreldra sem eru HIV smitaðir (Evans, 2014). Börn í ábyrgðarhlutverkum eru skilgreind sem:

Börn og ungt fólk 18 ára og yngri sem hafa umfangsmikla ábyrgð á foreldrum eða ættingjum vegna alvarlegra geðrænna eða líkamlegra veikinda þeirra, fötlunar eða fíknar. Þjónustan og aðstoðin sem veitt er getur verið með reglubundnum hætti. Sá sem barn aðstoðar er oft foreldri en getur einnig verið systkini, afi eða amma eða annar ættingi sem hefur þörf fyrir stuðning og þjónustu (Becker, 2000, bls. 378)

Börn í ábyrgðarhlutverkum eru mörg þúsund innan ríkja víða um heim. Þau voru til að mynda 178.000 árið 2011 í Bretlandi og meðal aldur þeirra var 12 ár (Carers UK, 2014). Áhugi löggjafans og veitenda þjónustu við þennan hóp má rekja til þess að ábyrgð barna á sér stað á lífsskeiði þegar þau sjálf hafa mikilvægar þarfir með tilliti til tilfinningalegs, andlegs, líkamlegs og félagslegs þroska og getur ábyrgðin haft skaðleg áhrif á heilsu og velferð þeirra (Joseph, Becker og Becker, 2009). Þetta er því einkar viðkvæmur hópur. Hlutverk barna í þjónustu og stuðningi við fatlaða, veika og aldraða ættingja felur í sér margvísleg verk s.s. aðstoð við persónulegar og félagslegar athafnir daglegs lífs. Persónulegar athafnir geta falið í sér aðstoð við foreldri við að klæða sig, fara á salerni, neyta matar, lyfjagjöf, við að baða sig og lyfta foreldri. Félagslegar athafnir fela í sér verk eins og eldamennsku, heimilisþrif, útréttingar og samskipti við stofnanir, jafnvel að túlka fyrir foreldri í þeim tilfellum að foreldri tali ekki tungumál þess lands sem fjölskyldan

býr í. Einnig getur aðstoð falið í sér tilfinningalegan stuðning, s.s. að hlusta á og styðja foreldri og hafa áhyggjur af stöðu foreldris og systkina. Barn getur einnig fundið sig í því hlutverki að bera ábyrgð á því að veita foreldri félagsskap og hvetja það og ráðleggja. Þannig er aðstoðin ýmisleg og er bæði tilfinningaleg, líkamleg og andlegs eðlis. Hún getur verið regluleg eða bundin tímabilum og varað yfir stutt skeið eða stóran hluta lífskeiðs barna (Dearden og Becker, 2004; Evans, 2014).

Skortur á stuðningi ættingja leiðir til aukinnar ábyrgðar barna í þjónustu og stuðningi við foreldri og getur jafnframt haft í för með sér einangrun þess og fjölskyldunnar í heild. Einangrun getur tengst skömm fjölskyldu gagnvart veikindum og sjúkdómum innan hennar. Börn foreldra með geðraskanir, HIV og áfengis- og vímuefnasjúkdóma, sem almennt neikvæð viðhorf í samfélaginu ríkja um, eru einkar viðkvæm fyrir því að einangrast í hlutverki sínu (Aldridge og Becker, 2003; The Children's Society, 2013).

Ef ábyrgð í þjónustu og stuðningi við foreldri er umfram getu og þroska barns og bitnar á þörfum þess hefur hún skaðvænleg áhrif á heilsu þess og velferð (Becker, 2007; Dearden og Becker, 2004; The Children's Society, 2013). Börn gætu átt erfitt með að samþætta ábyrgðina við eigin þarfir eins og skólagöngu og mæta stopult í skólann vegna ábyrgðar. Líkamlegar afleiðingar eins og ofþreyta, einbeitingarleysi og útbrennsla hefur komið fram í rannsóknum á börnum í ábyrgðarhlutverkum. Að lokum má nefna þá tilfinningarlegu togstreitu sem myndast þegar börnum í ábyrgðarhlutverkum finnst að þarfir þeirra stangast á við þarfir foreldris. Það getur ýtt af stað erfiðum tilfinningum eins og reiði, sektarkennd og vanlíðan sem getur leitt til skertrar sjálfmyndar og tilhneigingar til að einangra sig frá jafnöldrum (Joseph o.fl., 2009; The Children's Society, 2013). Ekki er óalgengt að börnum í ábyrgðarhlutverkum finnist sem þau séu þau einu sem slíkar aðstæður eiga við og öðruvísi en önnur börn sem hefur þá neikvæð áhrif á sjálfmynd þeirra og líðan (Becker, 2007; The Children's Society, 2013). Þá hafa rannsóknir bent á að börn í ábyrgðarhlutverkum eru almennt líklegri en jafnaldrar sem ekki eru í slíkum hlutverkum til að þess að hætta í námi og eiga í félagslegum erfiðleikum á fullorðinsárum.

Bent hefur verið á mikilvægi þess að stofnanir og þjónusta hafi í huga það samhengi sem

umfangsmikil ábyrgð barna verður til í og að bregðast skuli við þörfum barna jafnt og foreldra (Dearden og Becker, 2004). Samsetning heimilis skiptir máli, þ.e. hverjir aðrir búa á heimilinu og hver úrræði fjölskyldunnar eru og með hvaða hætti starfsfólk stofnana vinnur með fjölskyldunni. Það gæti t.d. verið bæði líkamlega og tilfinningalega erfitt fyrir bæði barn og foreldri að barn sinni persónulegum athöfnum foreldris. Einnig gæti barn átt erfitt með að sinna útrétt-ingum, heimilisverkum og fjármálum heimilis og eiga í samskiptum við stofnanir og fagfólk fyrir hönd foreldris eða annast yngri systkini (Becker, 2000). En einnig eru þarfir barna litaðar af því hvernig einstaklingar þau eru og þeirra hæfileikar og af ólíkum fjölskyldu- hefðum og gildum þegar kemur að hlutverkum barna sem taka þarf mið af. Sá hópur sem er líklegastur til þess að gegna ábyrgð sem er umfram getu þeirra og þroska eru börn úr tiltölulega fátækum og félagslega einangruðum fjölskyldum, búa með einstæðu foreldri og á heimilum þar sem foreldrar tala ensku sem annað tungumál (The Children's Society, 2013).

Það eru ýmsir verndandi þættir og jákvæðir sem hafa komið fram í rannsóknum. Börn lýsa því gjarnan að þau vilji aðstoða foreldra sína og tengist það væntumþykju þeirra og nánum tengslum við foreldri en þó geta þau einnig upplifað hlutverk sitt sem skyldu og að þau hafi ekki val í sínum aðstæðum (Evans, 2011; Höfundur, 2017). Börn í ábyrgðarhlutverkum lýsa gjarnan auknum þroska og sjálfstæði. Systkinatengsl eru verndandi þáttur í aðstæðum barna í ábyrgðarhlutverkum og einnig ef börn hafa haft einhvern fullorðinn í sínu lífi til þess að tala við um líðan sína og tilfinningar eins og ættingja, kennara eða félagsráðgjafa. Sterkt félagslegt bakland og vintengsl eru verndandi þættir ásamt því ef barn upplifir sig sterkt á einhverju sviðum, til dæmis í námi eða íþróttum. Persónubundnir þættir geta einnig haft áhrif á þol barna í erfiðum aðstæðum. Þannig hafa rannsóknir reynt að merkja þá þætti sem eru styrkjandi en ekki einungis þá þætti sem hafa skaðleg áhrif á börn (Dearden og Becker, 2004; Joseph o.fl., 2009).

### **Börn foreldra með geðrænan vanda**

Börn og foreldrar þeirra sem eiga við geðrænan vanda að stríða eru meðal fjögurra hópa fjölskyldna sem opinber heilbrigðis- og velferðar-





Þjónusta á einkum erfitt með að nálgast samkvæmt fræðum og rannsóknum sem lúta að börnum í ábyrgðarhlutverkum (Dearden og Becker, 2004; The Children's Society, 2013). Talið er að 30% til 65% barna foreldra með geðrænan vanda séu líkleg til þess að eiga við geðrænan vanda að stríða síðar á lífsleiðinni. Tæplega 30% af börnum í ábyrgðarhlutverkum á Bretlandi eru börn foreldra með geðrænan vanda (Dearden og Becker, 2004). Geðrænn vandi foreldra og áfengis og vímuefnavandi foreldra eru einkum ástæður þess að börn eru vistuð á vegum barnavernda sveitarfélaga í Bretlandi (The Office of the Deputy Prime Minister, 2004).

Fræðimenn og rannsakendur sem hafa skoðað þennan hóp barna telja það skipta miklu máli að þjónusta sem snýr að foreldrum með geðrænan vanda veiti þeim aðstoð við að takast á við samskipti og tengsl. Birtingarmyndir geðraskana foreldris eins og þær koma fyrir í líðan og hegðun foreldris getur haft mikil áhrif á börn og því mikilvægt að börn fái skýrar upplýsingar um sjúkdóm foreldra þeirra svo þau geti skilið sem best sjúkdóminn og áhrif hans á samskipti og tengsl við foreldra. Því er talið mikilvægt að fagfólk ræði við börn og það sé ekki bundið við val foreldris heldur sé reglubundinn hluti af þjónustunni. Einnig er álitnið að þjónusta þurfi að skima fyrir þeirri ábyrgð sem fellur á börn í aðstæðum foreldra svo hægt sé að meta styrkjandi þætti í þeim aðstæðum og þætti sem barni finnast erfiðir og hvort ábyrgð barns sé í samræmi við þarfir þess (Aldridge og Becker, 2003; Cooklin, 2010).

Í ferli skimunar á ábyrgðarhlutverki barns er talið mikilvægt að fagfólk sé meðvitað um einkenni ábyrgðarhlutverka barna, hvort sem lýtur að tilfinningalegri, andlegri eða félagslegri ábyrgð (Aldridge og Becker, 2003) en einnig með tilliti til veikindatímabíla foreldris. Ábyrgð getur til að mynda tekið stökkbreytingum eftir því hve hratt foreldri hrakar og er talið að taka þurfi til greina í mati á þörfum barns og foreldris (The Children's Society, ADASS og ADCS, 2012).

Skilaboð rannsóknaniðurstaðna á þörfum þessa hóps og annarra hópa barna í ábyrgðarhlutverkum til þjónustu eru að miklu leyti byggð á reynslu og upplifun barnanna, foreldra þeirra og fagfólks. Samstarf heilbrigðisstétta og félagsþjónustu er talið mikilvægt og að löggjöf ávarpi þennan hóp og tilgreini réttindi barna. Æskilegt er

að börn séu höfð með í ákvörðunum sem varða líf þeirra og aðstæður og að þeim séu gefin tækifæri til félagslegrar þátttöku á jafns við jafnaldra sína þrátt fyrir þá ábyrgð sem þau kynnu að axla á heimili (Becker, 2007).

## Staða þekkingar á Íslandi

Hérlendis liggur fyrir lítil þekking á börnum í ábyrgðarhlutverkum og þjónusta er lítil sem engin. Þó eru til staðar úrræði sem að einhverju leyti koma til móts við þarfir barna sem búa hjá foreldrum sem eiga við alvarlega sjúkdóma að stríða. Hér má telja Fjölskyldubrúna sem er staðsett á geðsviði Landspítalans sem ýmsar stéttir innan Landspítalans taka þátt í. Fjölskyldubrúin beitir fjölskyldumiðaðri nálgun í því ferli að aðstoða börn og foreldra að ræða viðfangsefni sem er þeim mikilvægt og tengjast sjúkdómi og aðstæðum foreldris. Hugarafi eru félagasamtök sem styðja fólk sem á við eða hefur átt við geðrænan vanda að stríða og samtökin styðja aðstandendur en þó aðeins fullorðna aðstandendur. Svo má nefna Alateen sem eru samtök ungmenna sem hafa orðið fyrir áhrifum áfengisneyslu foreldra, ættingja eða vina og er vettvangur fyrir ungt fólk til þess að ræða og takast á við líðan og samskipti tengd foreldrum, ættingjum eða vinum. Hins vegar er í engum þessum úrræðum veittur beinn stuðningur við börn í ábyrgðarhlutverkum.

Merkja má vaxandi gagnrýna umræðu um aðstæður barna fatlaðra og langveikra foreldra og skort á stuðningi við þennan hóp. Undirritaðar hafa ekki merkt sérstaka áherslu á börn í ábyrgðarhlutverkum en hafa þó tekið eftir, í viðtölum við uppkomin börn fatlaðra og langveikra foreldra, ýmsum birtingarmyndum ábyrgðarhlutverka. Til dæmis má merkja í viðtali við Þorstein J. Vilhjálmsson árið 2014 í Morgunblaðinu, þar sem hann fjallar um líf sitt sem barn einstæðrar móður sem átti við áfengisvanda að stríða, að hann gegndi töluverðri ábyrgð sem tengdist veikindum móður hans (Júlía Margrét Alexandersdóttir, 2014):

Ég veit að þess vegna varð ég snemma mjög sjálfstæður og lærði að sjá um mig; keypti í matinn, eldaði og gerði allt það sem þurfti að gera. Það er svo merkilegt að börn finna bara einhvern veginn út úr þessu og sem betur fer átti ég tvíbúrasystur mína að, stríða.. [ ]..

Hér má einnig merkja ýmis jákvæð áhrif ábyrgðarhlutverka sem samræmist þekkingu á börnum í ábyrgðarhlutverkum sem fjallað hefur verið um að ofan. Þar á meðal er sú upplifun þorsteins að umfangsmikil ábyrgð hafi stuðlað að auknum þroska hans og sjálfstæði. Að sama skapi má merkja seigluþátt systkinatengsla sem einnig hefur komið fram í fræðunum sem styrkjandi þáttur í aðstæðum barna í ábyrgðarhlutverkum.

Í viðtali árið 2015 við Einar Zeppelin Hildarson sem ólst upp hjá einstæðri móður með geðklofa (Snærós Sindradóttir, 2015) kemur fram það sem fræðin hafa einkum lýst, það er að börnum reynast samskipti við foreldri með geðröskun oft erfið og upplifi að þau þurfi sjálf að takast á við að læra að skilja sjúkdóminn sem liggur að baki hegðun foreldris. Einar segir í viðtalinu að „Maður lærir að lifa með því og skilja að þetta er bara sjúkdómur. [ ] ...Það er mjög erfitt að eiga í samskiptum við veikt fólk“. Einnig vekur athygli að Einar tekur fram að „Mamma verður samt alltaf mamma mín og það er ekkert sem breytir því. Ef mig vantar móðurleg ráð þá tala ég við hana því ég á enga aðra mömmu. Og ég reyni að styðja hana eins og ég get svo henni ná að líða vel“. Þessi lýsing Einars á tengslum hans við móður hans sem foreldri samræmist fyrirliggjandi þekkingu sem hnykkir á þeirri staðreynd að stuðningur barns við foreldri með þarfir er einnig byggt á gagnkvæmum stuðningi, trausti og væntumþykju. Það er ljóst að þörf er á aukinni umræðu en jafnframt þekkingu á aðstæðum barna í ábyrgðarhlutverkum hérlendis til þess að styrkja stöðu þessa hóps í samfélaginu. Með frekari umræðu og rannsóknum mætti auka og efla markvissari þjónustu við þennan hóp. Einnig er mikilvægt að réttindi barna í löggjöf sem búa við aðstæður sem tengjast fötlun eða veikindum foreldra séu aukin.

### Lokaorð

Í þessari grein höfum við fjallað um stöðu þekkingar á börnum í ábyrgðarhlutverkum. Við höfum lýst því samhengi sem ábyrgð umfram þroska og getu barna sprettur upp úr, lýst því hlutverki sem börn hafa og þeim ýmislegu tilfinningalegu, andlegu og félagslegu formum ábyrgðar sem þau taka að sér þegar foreldra og fjölskyldur skortir úrræði. Jafnframt var fjallað um þær margvíslegu afleiðingar sem fylgja því að veita þjónustu og aðstoð til foreldris og ættingja þegar hún er um-

fram getu og þroska barns. Við fjölluðum einnig um jákvæða reynslu barna af ábyrgð og þá þætti í ábyrgðarhlutverki og tengslum við foreldra sem eru jákvæðir og verndandi. Sjónum var beint að börnum foreldra með geðraskanir og þá þætti í þeirra aðstæðum sem einkennir aðstæður þessa hóps. Að lokum fjölluðum við um stöðu þekkingar á Íslandi og ályktuðum að þekkingin væri af skornum skammti og það væri mikilvægt að auka rannsóknir og umræðu um aðstæður þessara barna og fjölskyldna þeirra. Er það von okkar að á komandi árum muni þessi hópur fá aukið pláss í löggjöf og þjónustu. En til þess þarf einnig rannsóknir og að rannsakendur kortleggji þennan hóp og aðstæður þeirra og þar er einkum mikilvægt að fanga raddir barnanna sjálfra.

### Heimildir

- Aldridge, J. og Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, Parents and Professionals*. Bristol: The Policy Press.
- Becker, S. (2000). Young carers. In M. Davies (Ed.), *The Blackwell Encyclopedia of Social Work* (pp. 378). Oxford: Blackwell.
- Becker, S. (2007). Global Perspectives on Children's Unpaid Caregiving in the Family: Research and Policy on 'Young Carers' in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. *Global Social Policy*, 7(1), 23-50.
- Becker, S. (2008). Informal family care givers. Í G. Wilson, G. Ruch, M. Lymberry og A. Cooper (Ritstj.), *Social work: An introduction to contemporary practice* (bls. 431-460). London: Pearson Longman.
- Björg Guðrún Gísladóttir. (2014). *Hljóðin í nóttinni*. Reykjavík: Veröld.
- Bowlby, S., McKie, L., Gregory, S. og MacPherson, I. (2010). *Interdependency and care over the lifecourse*. London and New York: Routledge.
- Carers UK. (2014). *Facts about carers*. Sótt 1 July 2017 af [www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/facts-about-carers-2014](http://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/facts-about-carers-2014)
- Central Statistics Office. (2016). *CSO releases Irish health survey results*. Sótt 27 nóvember 2017 af [www.cso.ie/en/media/csoie/newsevents/documents/pressreleases/IHS2015.pdf](http://www.cso.ie/en/media/csoie/newsevents/documents/pressreleases/IHS2015.pdf)
- Collard, D. (2000). Generational Transfers and the Generational Bargain. *Journal of International Development*, 12(4), 453-462.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. og Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and paying for long term care*. Paris: OECD. Sótt 20 nóvember 2017 af [www.dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en](http://www.dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en)
- Cooklin, A. (2010). 'Living upside down': being a young carer of a parent with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(2), 141-146.
- Dearden, C. og Becker, S. (2004). *Young carers in the UK: The 2004 Report*. London.
- Evans, R. (2011). Young caregiving and HIV in the UK: caring relationships and mobilities in African migrant families. *Population, Space and Place*, 17(4), 338-360.
- Evans, R. (2014). Children as caregivers. Í A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frones og J. E. Korbin (Ritstj.), *Handbook of child well-being* (bls. 1893-1916). Heidelberg: Springer.



- Guðbjörg Ottósdóttir. (2015). *Everyday geographies of disability, care and forced migration in the South-East of England*. Óbirt PhD Dissertation, University of Reading, Reading.
- Höfundur. (2017). Caring for family members with impairments and chronic illnesses: Young carers and young adult carers in asylum seeking and refugee families in the UK. *Barn*, 2(3), 59-72.
- Hubert, J. (2006). Family Carer's views of services for people with learning disabilities from Black and Minority Ethnic groups. *Disability & Society*, 21(3), 259-272.
- Joseph, S., Becker, F. og Becker, S. (2009). *Manual for Measures of Caring Activities and Outcomes For Children and Young People*. Woodford Green.
- Júlia Margrét Alexandersdóttir. (2014, 19 september 2014). „Stundum var allt í lagi, stundum var allt í steik“. *Morgunblaðið*. af [www.mbl.is/frettir/innlent/2014/09/19/stundum\\_var\\_allt\\_i\\_lagi\\_stundum\\_var\\_allt\\_i\\_steik/](http://www.mbl.is/frettir/innlent/2014/09/19/stundum_var_allt_i_lagi_stundum_var_allt_i_steik/).
- Keating, N. og Eales, J. (2017). Social consequences of family care of adults: a scoping review. *International Journal of Care and Caring*, 1(2), 153-173.
- Kröger, T. (2009). Care research and disability studies: Nothing in common? *Critical Social Policy*, 29(3), 398-420.
- Milligan, C. (2000). Bearing the burden: towards a restructured geography of caring. *Area*, 31(1), 49-58.
- Snærós Sindradóttir. (2015, 15 júlí 2015). Mamma reyndi að drepa mig. *Vísir*. Sótt 5 september 2017 af [www.visir.is/g/2015707189987/mamma-reyndi-ad-drepa-mig](http://www.visir.is/g/2015707189987/mamma-reyndi-ad-drepa-mig).
- The Children's Society. (2013). *Hidden from view: The experiences of young carers in England*. Sótt 15 March af [www.childrenssociety.org.uk/sites/default/files/tcs/report\\_hidden-from-view\\_young-carers\\_final.pdf](http://www.childrenssociety.org.uk/sites/default/files/tcs/report_hidden-from-view_young-carers_final.pdf)
- The Children's Society, ADASS og ADCS. (2012). *Working Together to Support Young Carers and Their Families*. Sótt 4 May af [www.youngcarer.com/sites/default/files/imce\\_user\\_files/PTP/mou\\_young\\_carers\\_2012.pdf](http://www.youngcarer.com/sites/default/files/imce_user_files/PTP/mou_young_carers_2012.pdf)
- The Office of the Deputy Prime Minister. (2004). *Mental Health and Social Exclusion: Social Exclusion Unit Report Summary*. London: The Office of the Deputy Prime Minister. Sótt 4 september 2017 af [www.nfao.org/Useful\\_Websites/MH\\_Social\\_Exclusion\\_report\\_summary.pdf](http://www.nfao.org/Useful_Websites/MH_Social_Exclusion_report_summary.pdf)
- Turcotte, M. (2012). *Family caregiving: What are the consequences*: Statistics Canada. Sótt 20 november 2017 af [www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2013001/article/11858-eng.pdf](http://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2013001/article/11858-eng.pdf)
- Williams, F. (2004). *Rethinking families*. London: Calouste Gulbenkian Foundation.

## Um höfunda:

**Dr. Guðbjörg Ottósdóttir** er lektor við félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands  
**Björg Guðrún Gísladóttir** er ráðgjafi hjá Stígamótum

## Útdráttur

Frá 1990 er vaxandi áhugi víða um heim á börnum sem veita óformlega þjónustu og aðstoð (e. family carers) til ættingja vegna alvarlegra geðrænna eða líkamlegra veikinda, fötlunar eða fíknar annars fjölskyldumeðlims, gjarnan nefnd sem *börn í ábyrgðarhlutverkum* (e. young carers) (Aldridge og Becker, 2003). Áhugann má rekja til þess að ábyrgð barna á sér stað á lífsskeiði þegar þau sjálf hafa þarfir með tilliti til tilfinningalegs, andlegs, líkamlegs og félagslegs þroska þeirra og getur umtalsverð ábyrgð haft skaðleg áhrif á heilsu og velferð þeirra. Hlutverk barna í þjónustu

og stuðningi felur í sér margvísleg verk svo sem eins og aðstoð við persónulegar og félagslegar athafnir daglegs lífs og getur aðstoðin verið regluleg, bundið tímabilum og varið yfir stutt skeið eða yfir stóran hluta lífskeiðs barns. Bent hefur verið á mikilvægi þess að stofnanir og þjónusta hafi í huga það samhengi sem umfangsmikil ábyrgð barna verður til í og að bregðast skuli við þörfum barna jafnt og foreldra. Rannsóknir merkja þætti sem hafa skaðleg áhrif á börn en einnig þætti sem eru verndandi. Hérlandis er lítil þekking á börnum í ábyrgðarhlutverkum og þjónusta af skornum skammti. Merkja má vaxandi umræðu almennt um börn foreldra sem eiga við alvarlega sjúkdóma að stríða og þeim skorti sem ríkir í þjónustu við þennan hóp. Mikilvægt er að auka þekkingu á aðstæðum þessa hóps og að löggjöf tryggi þessum hóp aukna þjónustu.

## Abstract

Since the 1990's there has been an increase in policy and research interest around the world in children who hold significant caring responsibilities towards family members who are disabled mentally or physically chronically ill, referred to as *young carers* (Aldridge og Becker, 2003). Young carers are at a stage in their lives when they themselves have significant emotional, physical and mental developmental needs and thus significant caring responsibilities can have detrimental effect on their health and wellbeing. Children in caring roles do various tasks and responsibilities, including assistance with personal and social activities of daily living on a regular basis, during short or longer periods. Research highlights the need for services to recognise the context in which children take on significant caring responsibilities and to identify support needs of children in addition to those of the family members they help support. There are various negative consequences that caring can have for children but also positive and protective factors. In Iceland knowledge about young carers is still limited as are available services. In recent years there has been an increase in public awareness about children in general who live with parents with chronic illnesses and their needs. There is certainly a need for more knowledge about the support needs of this group and not the least that policy address this group for increased support.

## ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Dekkverk ehf, Nýbýlavegi 2  
 dk hugbúnaður ehf, dk.is, Smáratorgi 3  
 Domusnova fasteignasala, Nýbýlavegi 8  
 Fylgifyiskar ehf, Nýbýlavegi 4  
 Hamraborg ehf, Lundi 92  
 Iðnaðarlausnir ehf, Hlíðasmára 9  
 Ingimundur Einarsson ehf málarí, Trönuhjalla 1  
 Init ehf, Smáratorgi 3  
 Ísfix ehf, Smiðjuvegi 6, græn gata  
 Íslenskt sjávarfang ehf, Bakkabraut 2  
 JS-hús ehf, Skemmuvegi 34a  
 Kraftvélar ehf, Dalvegi 6-8  
 Lakkskemman ehf, Skemmuvegi 30  
 Línan ehf, Bæjarlind 14-16  
 Loft og raftæki ehf, Hjallabrekku 1  
 Lyfja hf, Hlíðasmára 1  
 Lyfjaval ehf, Hlíðasmára 2  
 Mannberg ehf vélsmiðja, Akralind 1  
 Mannrækt og menntun ehf, Grundarsmára 5  
 MHG verslun ehf, Akralind 4  
 Pottagaldrar ehf, Laufbrekku 18  
 Rafbreidd ehf, heimilistækjavíðgerðir, Akralind 6  
 Rafmiðun hf, Ögurharvari 8  
 Rafspenna ehf, Krossalind 2  
 Réttingaverkstæði Jóa ehf, Dalvegi 16a  
 Stálgæði ehf, Smiðjuvegi 9a  
 Straumkul ehf, Álfronuhvarfi 67  
 Svanur Ingimundarson málarí, Naustavör 8  
 Tambi ehf, Ásbraut 9  
 Útfararstofa Íslands ehf, Auðbrekku 1  
 Vatn ehf, Skólagerði 40  
 Vetrarsól ehf, verslun, Askalind 4  
 www.mammaveitbest.is, Laufbrekku 30, Dalbrekkumegin  
 Ýmus ehf, heildverslun, Dalbrekku 2  
 Þorvar Hafsteinsson, Guláþingi 66

### Garðabær

Aflbinding-Járnverktakar ehf, Lyngási 8  
 AH Pípulagnir ehf, Suðurhrauni 12c  
 Fagval ehf, Smiðsbúð 4  
 Garðabær, Garðatorgi 7  
 Garðasókn, Kirkjuhvoli  
 Geislataekni ehf-Laser-þjónustan, Suðurhrauni 12c  
 Loftorka Reykjavík ehf, Miðhrauni 10  
 Pípulagnaverktakar ehf, Miðhrauni 18  
 S.S. Gólf ehf, Miðhrauni 22b  
 Samhentir, Suðurhrauni 4  
 Thailenska eldhúsið ehf, Suðurhrauni 2  
 www.glerpro.is, Vesturhrauni 5  
 Öryggisgirðingar ehf, Suðurhrauni 2

### Hafnarfjörður

Aflhlutir ehf, Drangahrauni 14  
 Allianz á Íslandi hf, Dalshrauni 3  
 Altis ehf, Bæjarhrauni 8  
 Atlantic Shipping ehf, Fjarðargötu 13-15  
 Bergplast ehf, Breiðhelli 2  
 Endurskoðun Gunnars Hjaltalín, Fjarðargötu 13-15  
 Enjo, Reykjavíkurvegi 64  
 EÓ-Tréverk sf, Háabergi 23  
 Essei ehf, Hólshrauni 5  
 Fagstál ehf, Íshelli 4  
 Firing ehf Meindýravarnir, Fléttuvöllum 35  
 Fjörukráin-Hótel Víking, Strandgötu 55  
 Flúrlampar ehf, Reykjavíkurvegi 66  
 Gunnars mæjónes ehf, Dalshrauni 7  
 Hafnarfjarðarhöfn, Öseyrarbraut 4  
 Hagstál ehf, Brekkutröð 1  
 Hagtak hf, Fjarðargötu 13-15  
 Hvalur hf, Reykjavíkurvegi 48  
 Kerfi fyrir tækjapjónusta ehf, Selhelli 13  
 Markus Lifenet, Hvaleyrarbraut 3  
 Millí hrauna, heimilismatur, Hólshrauni 2  
 Myndform ehf, Trönuhrauni 1  
 Nonni Gull, Strandgötu 37

Opal Sjávarfang ehf, Grandatröð 4  
 Rafeining ehf, Flatahrauni 5b  
 Rafgeymasalan ehf, Dalshrauni 17  
 Rafrún ehf, Gjótuhrauni 8  
 SJ Tréverk ehf, Melabraut 20  
 Snittvélin ehf, Brekkutröð 3  
 Trefjar ehf, Öseyrarbraut 29  
 Veislulist - Skútan, Hólshrauni 3  
 Verkalýðsfélagið Hlíf, Reykjavíkurvegi 64  
 Vélsmiðjan Altak ehf, Drangahrauni 1  
 Víðistaðakirkja  
 VSB verkfræðistofa ehf, Bæjarhrauni 20

### Álfтанes

GO múrverk ehf, Norðurtún 14

### Reykjanesbær

Bókhalds og rekstrarþjónusta Gunnars Þórarinssonar, Hafnargötu 91  
 DMM Lausnir ehf, Hafnargötu 91  
 Ferðaþjónusta Reykjaness ehf  
 Fjölbrautaskóli Suðurnesja, Sunnubraut 36  
 GE bílar bílasala, Bolafæti 1  
 Húsagerðin hf, trésmiðja, Hólmgarði 2c  
 IceMar ehf, Hafnargötu 62  
 Nesraf ehf, Grófinni 18a  
 OSN lagnir ehf, Iðavöllum 7b  
 Plastgerð Suðurnesja ehf, Framnesvegi 21  
 Reiknistofa fiskmarkaða hf, Iðavöllum 7  
 Renniverkstæði Jens Tómassonar, Fitjabakka 1c  
 SB Trésmiði ehf, Garðavegi 8  
 Skólamatur ehf, Iðavöllum 1  
 Smur- og hjólbarðaþjónustan ehf, Framnesvegi 23  
 Suðurlflug ehf, Keflavíkurlflugvelli  
 Verkalýðs- og sjómannafélag Keflavíkur og nágrennis, Krossmóa 4a  
 Verslunarmannafélag Suðurnesja, Vatnsnesvegi 14  
 Vísir, félag skipstjórnamanna á Suðurnesjum, Hafnargötu 90

### Grindavík

Lagnþjónusta Þorsteins ehf, Tangasundi 3  
 Northern Light Inn, Norðurljósavegi 1  
 Staðarbrúid ehf, Skipastíg 1

### Sandgerði

Hvalsneskirkja  
 Sandgerðisbær, Miðnæstorgi 3  
 Vélsmiðja Sandgerðis ehf, Vítorgi 5

### Garður

Aukin Ökuréttindi ehf, Ósbraut 5  
 Útskálakirkja, Útskálum  
 Völundarhús ehf, Birkitúni 6

### Mosfellsbær

Álgluggar JG ehf, Flugumýri 34  
 Elektrus ehf - löggiltur rafverktaki, Bröttuhlíð 1  
 Elmir-teppapjónusta ehf, Arnartanga 52  
 Grindverk ehf, Tröllateig 23  
 Ísfugl ehf, Reykjavægi 36  
 Múr og meira ehf, Brekkutanga 38

### Akranes

Bilver, bílaverkstæði ehf, Innnesvegi 1  
 Bókasafn Akraness, Dalbraut 1  
 Fasteignasalan Hákot, Kirkjubraut 12  
 Galito veitingastaður, Stilholti 16-18  
 Gallerý Snotra ehf, Kirkjubraut 5  
 Hvalfjarðarsveit, Innrimel 3  
 Sjúkraþjálfun Georgs Janussonar, Kirkjubraut 28  
 Smurstöð Akraness sf, Smiðjuvöllum 2  
 Spölur ehf-Hvalfjarðargöng, Kirkjubraut 28  
 Trésmiðjan Akur ehf, Smiðjuvöllum 9  
 Þorgeir og Ellert hf, Bakkatúni 26

### Borgarnes

Borgarneskirkja

Eyja- og Miklaholtshreppur, Snæfellsnesi  
 Garðyrkjústöðin Laugaland hf, Laugalandi  
 Kaupfélag Borgfirðinga, Egilsholti 1  
 Kvenfélag Staðholtstungna  
 Samtök sveitarfélaga á Vesturlandi, Bjarnarbraut 8  
 Skorradalshreppur

### Stykkishólmur

Ásklif ehf, Smiðjustíg 2  
 Stykkishólmsbær, Hafnargötu 3

### Grundarfjörður

Grundarfjarðarbær, Borgarbraut 16  
 Þjónustustofan ehf, Grundargötu 30

### Ólafsvík

Ingibjörg ehf, Grundarbraut 22  
 Litlálón ehf, Skipholti 8

### Hellissandur

Breiðavík ehf, Háarífi 53  
 Nónvarða ehf, Bárðarási 6  
 Skarðsvík ehf, Helluhóli 1  
 Útgerðarfélagið Glaumur ehf, Háarífi 45 Rífi

### Búðardalur

Dalabyggð, Miðbraut 11

### Reykhólahreppur

Reykhólahreppur, Maríutróð 5a  
 Þörungaverksmiðjan hf

### Ísafjörður

Arctic Fish ehf, Aðalstræti 20  
 Gámaþjónusta Vestfjarða ehf, Kirkjuból III  
 GG málningarpjónusta ehf, Aðalstræti 26  
 Hamraborg ehf, Hafnarstræti 7  
 Orkubú Vestfjarða ohf, Stakkanesi 1  
 Samgöngufélagið-www.samgongur.is  
 Skipsbækur ehf, Hafnarstræti 19  
 Verkalýðsfélag Vestfirðinga, Hafnarstræti 9

### Bolungarvík

Endurskoðun Vestfjarða ehf, Aðalstræti 19  
 Glaður ehf, Traðarstíg 1  
 Sigurgeir G. Jóhannsson ehf, Hafnargötu 17

### Súðavík

Súðavíkurhreppur, Grundarstræti 3

### Patreksfjörður

Bókhaldsstofan Stapar ehf, Aðalstræti 5  
 Fiskmarkaður Patreksfjarðar ehf, Þórsgötu 9

### Bíldudalur

Hafkalk ehf, Lönguhlíð 1

### Þingeyri

Tengill, rafverktaki, Aðalstræti 49

### Hólmavík

Strandabyggð, Höfðagötu 3

### Árneshreppur

Árneshreppur-www.arneshreppur.is

### Hvammstangi

Húnaþing vestra, Hvammstangabraut 5

### Blönduós

Blönduóskirkja  
 Sveitabakarí sf, Auðkúlu 1

### Skagaströnd

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

### Sauðárkrókur

Dögun ehf, Hesteyri 1  
 Fjölbrautaskóli Norðurlands vestra, Bóknámsúsinu  
 Sjúkraþjálfun Sigurveigar ehf, Aðalgötu 20



# Pistill formanns Geðverndarfélagsins 2017

Á undanförunum árum hefur áhersla á velferð og geðheilbrigði ungbarna farið vaxandi og sjónir fagfólks beinst í auknum mæli að forvörnum strax á meðgöngu. Árið 2014 var haldið málþing um geðvernd í barneignarferli þ.e. á meðgöngu og eftir fæðingu og í kjölfar þess var stofnaður þverfaglegur hópur frá ýmsum stofnunum samfélagsins sem hefur hist reglulega og lagt á ráðin. Geðverndarfélag Íslands á fulltrúa í hópnum en markmið hans hefur verið að vekja umræðu í samfélaginu og fá ráðamenn til að móta heildstæða stefnu í geðheilbrigðismálum barna frá fæðingu. Hópurinn hefur kennt sig við fyrsta 1001 daginn í lífi barna og vísar titillinn til tímabilsins frá getnaði til tveggja ára aldurs.

Fóstur og síðar barn þroskast mikið fyrsta 1001 daginn í lífinu og á þeim tíma er lagður grunnur að lífsgæðum og geðheilsu ævina á enda. Markmið 1001 hósins er að vekja athygli á mikilvægi þessa tímabils og undirstrika áherslu á að geðheilbrigðisþjónusta barna sé aðgengileg frá fæðingu, endurgjaldslaust enda hafa rannsóknir sýnt að slík þjónusta dregur úr líkum á að börn verði fyrir skaðlegum áhrifum af geðvanda foreldra. Einnig hefur verið sýnt fram á alvarleg áhrif þess að barn skorti stöðuleika, umhyggju og hlýju í upphafi lífs. Slíkt veldur streitu sem getur haft áhrif á almennan þroska og jafnvel valdið óafturkræfum breytingum á heilastarfsemi. Forvarnir á þessum tíma skipta miklu máli og geta minnkað líkur á margs konar heilsufarsvandamálum síðar á lífsleiðinni. Í nágrannalöndum okkar er mikil hefð fyrir snemmtækum inngrípum í geðheilbrigðismálum og margar rannsóknir verið gerðar á áhrifum þess fyrir foreldra og ungbörn. Niðurstöður rannsókna eru sambærilegar í meginatriðum. Líðan foreldra batnar, það dregur úr streitu og samskipti milli foreldra og barna verða

jákvæðari. Með snemmtækum inngrípum er átt við fagleg inngríp sem krefjast sérhæfingar og miða að því að tryggja geðheilbrigði barna og gera vaxtarskilyrði þeirra sem best.

Rannsóknir hafa sýnt að tilfinningaleg áföll í bernsku sem rekja má til hnökra í samspili við frumumönnunaraðila auka líkur á að barn þrói með sér persónuleikaraskanir og aðra geðsjúkdóma síðar. Einnig hefur verið sýnt fram á tengsl milli tilfinningalegra áfalla í bernsku og alvarlegra sjúkdóma á fullorðinsárum. ACE (Adverse Childhood Experiences) er afar umfangsmikil rannsókn á tengslum áfalla við heilsufarstengd og félagsleg vandamál á fullorðinsárum. Niðurstöður hennar sýna að tíu algengustu áföllin sem fólk verður fyrir í bernsku eiga sér stað innan veggja heimilisins og tengjast nánnum samskiptum við umönnunaraðila. Fimm þeirra snúa að barninu sjálfu og fela í sér vanrækslu, líkamlegt, andlegt eða kynferðislegt ofbeldi og fimm að hegðun eða atburðum sem snúa að foreldri s.s. áfengisvanda eða geðsjúkdómi foreldris, heimilisofbeldi, skilnaði, dauðsfalli foreldris eða brotthvarfi þess af öðrum orsökum. Sýnt hefur verið fram á að hafi barn orðið fyrir fjórum eða fleiri alvarlegum áföllum í bernsku, aukast líkur á hjarta- og æðasjúkdómum, krabbameini, langvinnum lungnasjúkdómum, áhættuhegðun geðröskunum og ótímabærum dauða. Ef áföllin eru sex eða fleiri eru lífslíkur verulega skertar eða að meðaltali um 20 ár.

Bandaríski hagfræðingurinn James Joseph Heckman fékk Nóbelsverðlaun árið 2000 fyrir að reikna út samfélagslegan ávinning þess að fjárfesta í velferð sem fyrst á ævi einstaklingsins. Rannsóknir hans hafa sýnt að ef forvörnum er ábótavant getur kostnaður samfélagsins margfaldast en hann getur lagst á heilbrigðiskerfið,

menntakerfið og hið félagslega kerfi að ótöldum þeim áhrifum sem skert atvinnuþátttaka á full-orðinsárum hefur á hagvöxt og verðmætasköpun. Fjárhagslegur ávinningur forvarna er því sannarlega mikill svo ekki sé minnst á þau áhrif sem snemmtæk inngrip hafa á umfang vanrækslu, ofbeldis eða áfalla og þar með velferð barnanna sem um ræðir.

Snemmtæk inngrip þurfa ekki að vera flókin eða dýr fyrir samfélagið. Reynsla Breta hefur sýnt að fjögur klukkustundar löng samtöl í mæðra-vernd geta breytt miklu og verið góð forvörn. Auk þess gefst tækifæri í slíkum samtölum til að koma auga á vanda foreldra og veita viðeigandi inngrip. Á Norðurlöndunum hefur forvörnum líka verið gert hátt undir höfði og geðheilbrigðisþjónusta við börn verið eflað til muna. Þar hefur fagfólk lagt áherslu á að skilgreina vel stigskiptingu innan heilbrigðiskerfisins og hannað úrræði á öllum stigum þess, í heilsugæslu, innan sjúkrahúsanna og úti í samfélaginu en með því er hægt draga úr komum á bráðamóttökum sem eru dýrustu einingar heilbrigðiskerfisins. Í geðheilbrigðisstefnu íslenskra stjórnvalda kemur fram að aðgerðir sem styðja foreldra í uppeldis og umönnunarhlutverki hafa víðtæk jákvæð áhrif á samfélagið í heild og skila sér í farsælli skólagöngu, minna brottfalli, færri glæpum, betri atvinnu og efnahagsstöðu. Með því að tryggja þeim 4000 börnum sem fæðast árlega á Íslandi **1001 dag** í öryggi og nánd með báðum foreldrum má treysta tengslagrunn hvers barns og bæta skilyrði þess til að þroskast, verða heilsteyppt manneskja og virkur samfélagsþegn.

Geðverndarfélag Íslands hefur ítrekað reynt að lyfta umræðu um stöðu barna sem aðstandenda og nokkrum sinnum fengið fundi með ráðherrum heilbrigðis- og félagsmála á liðnum árum

til að ræða þau mál. Félagið hefur lagt áherslu á aðgang að gjaldfrjálsri geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn og að hugað sé að fjölskyldum þeirra sem glíma við geðsjúkdóma. Árangur þeirra samtala hefur því miður verið takmarkaður hingað til. Það er von stjórnar Geðverndarfélagssins Íslands að unnt verði að vinna þessum málum brautargengi inna heilbrigðiskerfisins og telur mikilvægt að hinum þögla faraldri sem á sér stað innan veggja heimilanna í landinu sé ekki afneitað heldur tekist á við hann af þekkingu og ábyrgð.

**Gunnlaug Thorlacius**

### Heimildir:

- Beardslee, W.R., Chien, P.L. og Bell, C.C. (2011) Prevention of mental disorders, substance abuse, and problem behaviors: A developmental perspective. *Psychiatric Services*, 62: 247–254
- Beebe, B., Lachmann, F., Markese, S., Buck, K.A., Bahrck, L.E., Chen, H., Cohen, P., Andrews, H., Feldstein, S., Jaffe, J. (2012). "Maternal Postpartum Depressive Symptoms and 4-Month Mother-Infant Interaction." *Psychoanalytic Psychology* 2012; 29:383–407.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Kross, M.P., Marks, J.S. (1998) "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults." *American Journal of Preventing Medicine* 14:245–258.
- Howard, L.M., Piot, P., Stein, A. (2014) No health without perinatal mental health. *Lancet* 384:1723–1724. [www.1001criticaldays.co.uk/sites/default/files/1001%20days\\_oct16\\_1st.pdf](http://www.1001criticaldays.co.uk/sites/default/files/1001%20days_oct16_1st.pdf)
- [www.heckmanequation.org/assets/2013/07/F\\_HeckmanDeficitPieceCUSTOM-Generi\\_052714-3-1.pdf](http://www.heckmanequation.org/assets/2013/07/F_HeckmanDeficitPieceCUSTOM-Generi_052714-3-1.pdf)
- Stein, A., Pearson, R.M., Goodman, S.H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L.M., Pariante, C.M. (2014) Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 384:1800–1819
- Sæunn Kjartansdóttir (2010). Við vissum það ekki þá en við vitum það núna. Um áhrif fyrstu árána á börn og fullorðna. Í Salvör Nordal, Sigrún Júlíusdóttir og Vilhjálmur Árnason (Ritstj.), Velferð barna: Gildismat og ábyrgð samfélags 133–143. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Þingsályktun um stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára. Samþykkt á Alþingi á 145. löggjafarþingi 2015–2016.

**ISNIC**



**BYKO**

GERUM ÞETTA SAMAN



# Á Kleppur að heita Kleppur?

Það vakti athygli þegar Margrét Manda Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur og deildarstjóri Sérhæfðrar endurhæfingargeðdeildar Landspítalans, lét í ljós þá skoðun að Kleppsnafníð væri orðið úrelt og því bæri að hætta að nota það.

Geðvernd ræddi við tvo starfsmenn Landspítalans sem vinna með geðsjúka til að forvitnast um skoðanir þeirra á nafninu. Þær eru Margrét Manda Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur og Elsa Bára Traustadóttir, sálfræðingur.

## Margrét Manda Jónsdóttir, deildarstjóri á Kleppi

„Við höfum velt þessu mikið fyrir okkur á hér á sérhæfðu endurhæfingargeiðdeildinni á Kleppi, Við viljum flest fá Klepps-nafníð út, hætta að nota það. Landspítalinn hefur samræmda stefnu fyrir nöfn á sínum starfsstöðvum og deildum, Landspítalinn við Hringbraut, Landspítalinn Fossvogi,



Landspítalinn Dalbraut og svo framvegis. En þrátt fyrir þetta lifir Kleppsnafníð og það veldur okkur óþægindum í okkar starfi. Óþægindin felast fyrst og fremst í upplifun sjúklinga og aðstandenda þeirra að vera innilagðir á Klepp. Meðalaldur sjúklinganna er 24 ár og meðalinnlagnartími á deildinni er 3 mánuðir.

Það er mikið „stigma“ í þjóðfélaginu tengt nafninu. Foreldrar veigra sér við því að segja sínum nánustu að sonur þeirra eða dóttir sé í endurhæfingu á Kleppi. Háværustu raddirnar varðandi Kleppsnafníð koma einmitt frá foreldrum sem vilja einfaldlega nafnið út.

*En hvers vegna lifir nafnið þrátt fyrir eins nafns stefnu Landspítalans?*

Það er erfitt að losna við það, það á sér langa sögu og fólk er svo vant því. Það eru boðaðir fundir á Kleppi, leigubílstjórar þekkja Klepp, starfsfólk spítalans og almenningur heldur nafninu



við. Ef fólk hætti að nota Kleppsnafnið þá gæti það dregið úr fordómunum gagnvart geðsjúkdómum. En það er að ýmsu öðru að huga þegar fordómar eru skoðaðir og er nafnið bara einn þáttur af því sem þarf að bæta. Umhverfispættir líkt og samgöngur og gönguljós í kringum stofnunina eru fyrir neðan allar hellur, það skortir lýsingu á svæðinu og í raun þyrfti að fara í vinnu til þess að undirstrika að þarna sé Landspítali Háskólasjúkrahús. Húsin eru falin bakvið há tré, eru á dimmu svæði utan við alfaraleið. Við höfum haft samband við Reykjavíkurborg og beðið um að umhverfið væri opnað og að strætó stoppaði einfaldlega fyrir framan hjá okkur, eins þá þyrfti að bæta göngustíga og hjólastíga til þess að auka tengsl þessarar starfsemi við samfélagið - þarna eru unnið fagelgt starf sem við getum verið stolt af.

Það sýnir ágætlega hvað fordómarnir lifa, að ég er ennþá spurð að því hvað það séu margir „vistmenn“ hjá okkur. Geðheilbrigði er jafnmikilvægt líkamlegu heilbrigði.

### **Elsa Bára Traustadóttir, sálfræðingur á Kleppi**

„Fyrst og fremst er Kleppur gamalt heiti, fylgdi jörðinni Kleppi og dregur nafn sitt af henni.

Mér finnst nauðsynlegt að benda á, þegar verið er að velta fyrir sér hvort nafnið Kleppur sé æskilegt eða ekki, að fordómar fylgja ekki nöfnum, fordómarnir fylgja fáfræði um geðsjúkdóma og geðsjúka.

Hægt er að benda á hliðstæð dæmi til að skýra þetta betur. Samkynhneigðir tóku nöfn sem þeim hafði verið gefin, þeim til háðungar, eins og „hommi“ og „lesbía“ og tóku utan um þessi nöfn, gerðu þau að sínum og fóru sjálf að nota þau með stolti. Þessi nöfn urðu viðurkennd samtímis því sem fordómar í þeirra garð minnkuðu, og vel að merkja, þeir minnkuðu ekki við það eitt að farið var að nota orðið „samkynhneigður“ í stað „kynvillingur.“ Hinsegin fólk hefur opnað umræðuna um sín mál og stöðu í samfélaginu og það var til mikilla bóta að samfélagið fékk fræðslu um þau mál. Sama má segja um breytinguna „fáviti“ í „vangefinn“ í „þroskaheftur.“ Orðabreytingarnar breyttu ekki hugmyndum fólks, þær voru staðfesting á bættri þekkingu og breyttum hugmyndum í samfélaginu.

Sama er að gerast með geðsjúkdóma og geðsjúka núna. Opinber umræða er að opnast, fræðsla og þekking meðal almennings er að aukast og fordómar eru að minnka. Stjórnámamenn eru að taka þennan málaflokk upp á sína arma meira en nokkurn tíma áður og meiri skilnings gættir á aðstæðum geðsjúkra á landinu. Það mun engu breyta til eða frá að kalla Klepp „Sjúkrahúsið við Sundavog“. Þegar fordómar munu hafa minnkað frá því sem nú er og almenningur verður upplýstari og skilningsríkari þá munum við bera nafn Klepps með stolti og heiðra samtímis sögu þessa staðar.“





# Fréttir af starfi félagsins

Aðalfundur Geðverndarfélags Íslands var haldinn að Hátúni 10 24. apríl sl. Fundurinn fór fram með hefðbundnum hætti, formaður flutti skýrslu stjórnar, ársreikningur var lagður fram og samþykktur og stjórnin var endurkjörin með þeirri breytingu að Margrét Jónsdóttir gaf ekki kost á sér áfram og Víðir Sigrúnarson var kjörinn meðstjórnandi í hennar stað. Margréti voru færðar þakkir fyrir áralanga setu hennar í stjórn félagsins. Að venju fór formaður yfir þær áherslur sem félagið mun setja á næsta starfstímabili og ræddi hún þar sérstaklega þátttöku félagsins í 1001 hópnum og hvernig félagið mun nýta upplýsinga- og fræðsluefni sem það hefur staðið fyrir að gefa út, sérstaklega dönsk myndbönd sem félagið hefur látið þýða og talsetja með styrk úr doktorssjóði Eydísar Kr. Sveinbjarnardóttur, en



Eydís afþakkaði gjafir við doktorsútskrift sína en tók á móti framlögum í sjóðinn í staðinn. Geðverndarfélagið þakkar Eydísi kærlega fyrir þessa gjöf. Að lokum voru Sigurði Páli Pálssyni fráfarandi ritstjóra Geðverndar þökkuð áralöng störf hans fyrir tímaritið, en eins og fram kemur hér að framan hefur Eydís Kr. Sveinbjarnardóttir tekið við ritstjórninni. Er hún boðin velkomin og óskað farsældar í starfi.

Fræðast má betur um 1001 hópinn á Facebook síðu hópsins, [www.facebook.com/1001fyrstidagurinn/](http://www.facebook.com/1001fyrstidagurinn/).

Finna má myndböndin á Youtube síðu Geðverndarfélagsins: [www.youtube.com/channel/UCam1UrVqihBtQt5UYPRk8Kw](http://www.youtube.com/channel/UCam1UrVqihBtQt5UYPRk8Kw).

Hér fer á eftir skýrsla formanns, Gunnlaugar Thorlacius.



Guðbjörg Ottósdóttir og Björg Guðrún Gísladóttir flytja fyrirlestur á aðalfundi Geðverndarfélagsins 2017



Frá aðalfundi Geðverndarfélag Íslands 2017

### Skýrsla formanns fyrir starfsárið 2016–2017

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

Fulltrúar í stórn sátu aðalfund Öryrkjabandalags Íslands í október síðastliðinn.

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

Þrátt fyrir að ekki hafi gengið eins vel og vonir stóðu til að fjölga félagsmönnum hefur starfsemi gengið vel og hægt hefur verið að fara í þau verkefni sem fyrir hafa legið.

#### Fræðsla og forvarnir:

45. 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 að vanda, í efnistöku var farið víða og fjallað um hindranir geðræna vandkvæða, skjót og fagleg viðbrögð við alvarlegri andlegri vanlíðan, hvernig rannsaka má nauðungaraðgerðir betur, vímuefnaneyslu og áhættuhegðun unglunga með þroskahömlun, mikilvægi hreyfingar í forvarnarskyni þegar kemur að geðsjúkdómum, Batamiðstöðina á Kleppi og prófun á nýrri meðferð við þunglyndi. Tölublaðið er það síðasta undir ritstjórn Sigurðar Páls en við ritstjórn blaðsins tekur dr. Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir geðhjúkrunarfræðingur og stjórnarmaður í Geðverndarfélagi Íslands. Sigurði Páli eru færðar bestu þakkir fyrir langt og óeigingjarnt framlag til tímaritsins og félagsins sem hefur krafist mikillar vinnu, staðfestu og þolinmæði.

Heimasíða félagsins er orðin hin glæsilegasta en við gerð hennar var ákveðið að safna saman sveit ritfærs fólks sem gæti lagt félaginu lið. Hópurinn sem telur nokkra fasta bloggara, hefur skrifað pistla hafa verið birtir á heimasíðunni og standa vonir til að þeim fjölgi með tímanum og heimasíðan muni þannig nýtast til að koma mál efnum sem GÍ hefur sett á stefnuskrána inn í þjóðfélagslega umræðu. Með því er stefnt að því að auka umræðu í samfélaginu um geðheilbrigðismál og forvarnir. Það er einnig von stjórnarinnar að heimasíðan megi verða til þess að unnt sé að



Björs Guðrún Gísladóttir

safna saman vönduðu fræðsluefni og fyrirlestrum sem samræmast gildum og stefnu félagsins, á aðgengilegan hátt á einn stað. Tímaritið geðvernd er einnig aðgengilegt á rafrænu formi á heimasíðu félagsins.

Í tilefni af 55 ára afmæli Öryrkjabandalags Íslands ákvað stjórn bandalagsins að styrkja aðildarfélag þess til að gera myndband sem verður liður í að kynna almenningi markmið og tilgang félaganna. Stjórn GÍ ákvað að nýta styrkinn til að láta þýða kanadískt myndband "Building better brains" en það skýrir á einfaldan hátt hvernig best sé að stuðla að forvörnum í geðheilbrigðismálum. Verkefnið er enn í vinnslu en vonandi verður hægt að birta myndbandið fljótlega.

Eining hefur verið unnið að því að setja íslenskan texta á dönsk myndbönd um geðheilbrigði ungra barna en Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir styrkti það verkefni myndarlega með fé sem safnaðist í tengslum við doktorsvörn hennar í geðhjúkrun. Hún hefur veitt félaginu leyfi til að nota myndböndin að vild og er þð liður í forvarnarstefnu félagsins. Myndböndin munu birtast á heimasíðu félagsins á næstu mánuðum en stefnt er að því að síðasta myndbandið verði birt á alþjóða geðheilbrigðisdeginum þann 10. október.

### Samvinna við aðrar stofnanir:

Fulltrúi frá GÍ hefur setið í samráðshópi hagsmunasamtaka um málefni fólks með geðfötun og hefur hópurinn tekið á því sem hæst ber á hverjum tíma. Það er mat stjórnar að þessi samvinna sé til góðs og muni hafa jákvæð áhrif á þróun geðheilbrigðismála til lengri tíma.

Geðverndarfélag Íslands á fullrúa í samráðshópi um fyrsta 1001 daginn í lífi barns, frá getnaði til tveggja ára aldurs, með áherslu geðheilsu og forvarnir. Markmið samráðshópsins er að vekja athygli á mikilvægi þessa tímabils og leggja áherslu á að geðheilbrigðisþjónusta barna sé aðgengileg frá fæðingu, endurgjaldslaust. Rannsóknir hafa sýnt að slík þjónusta dregur úr líkum á að börn verði fyrir áhrifum ef foreldri glímur við geðrænan vanda. Hópurinn hefur sent öllum þingmönnum landsins yfirlýsingu, 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. Hópurinn mun standa fyrir vitundarvakningu í tengslum við alþjóða geðheilbrigðisdaginn þann 10. október.

Geðverndarfélag Íslands sótti eins og undanfarin ár um styrk til Öryrkjabandalags Íslands fyrir

rekstri á skrifstofu félagsins og útgáfu tímaritsins Geðverndar.

Stjórn GÍ fagnar því það nokkuð er um geðverndarmál í stjórnarsáttmála nýrrar ríkisstjórnar. Þar er meðal annars talað um stuðning við börn foreldra með geðrænan vanda. Geðverndarfélag Íslands hefur lagt metnað í að halda merkjum Fjölskyldubrúarinnar á lofti en það er úrræði sem veitir fjölskyldum þar sem foreldri glímur við geðröskun, stuðning. 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 hefur fylgst með þeirri vinnu og meðal annars farið á fund heilbrigðisráðherra þar sem óskað var eftir því að ræða stöðu verkefnisins, hvernig því fjármagni sem áætlað er í verkefnið verður varið, hver er ábyrgur fyrir því innan ráðuneytisins, hvort tekin hefði verið ákvörðun um hverjir innan heilsugæslunnar muni sinna Fjölskyldubrúnni og á hvaða hátt Geðverndarfélag Íslands getur lagt verkefninu lið.

Formaður talaði fyrir hönd félagsins á ráðstefnu á vegum Innarríkisráðuneytisins sem haldin var í Norræna húsinu í nóvember síðastliðinn þar sem fjallað var um réttindi barna þegar foreldri veikist alvarlega. Kynntar voru niðurstöður rannsóknar á högum barna sem misst hafa foreldri úr

krabbameini en Fjölskyldubrúin hefur gagnst vel í vinnu með þeim börnum. Stjórn geðverndarfélags Íslands hefur eins og fram hefur komið lagt áherslu á mikilvægi þess að tryggja velferð barna og ítrekað mikilvægi forvarna og snemmtækrar íhlutunar en rannsóknir hafa sýnt að slíkt skilar góðum árangri við að hindra að vandamál færast frá einni kynslóð til annarrar. Það var samdóma álit þeirra sem þátt tóku í ráðstefnunni að brotalöm væri í íslenskri löggjöf þegar kemur að börnum sem aðstandendum og að réttur þeirra sé ekki nógu vel tryggður m.t.t. upplýsinga um veikindi foreldra og stuðnings við að vinna úr erfiðum tilfinningum sem tengjast því að eiga alvarlega veikt foreldri.

Stjón Geðverndarfélags Íslands var boðið á málþing á vegum Velferðarráðuneytisins þar sem fjallað var um börn sem aðstandendur. Málþingið var haldið í tilefni heimsóknar BarnsBeste frá Noregi og var formaður boðaður á tvo fundi í undirbúningsferli þess. Stjórn GÍ hefur ítrekað reynt að lyfta umræðu um stöðu barna sem aðstandenda og nokkrum sinnum fengið fundi með ráðherrum heilbrigðis- og félagsmála á liðum árum til að ræða þau mál. GÍ hefur lagt áherslu á að aðgangur að gjaldfrjálsri geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn sé greiður og hugað sé að fjölskyldum þeirra sem glíma við geðsjúkdóma.



Gunnlaug flytur skýrslu formanns



Margréti þökkud löng stjórnarseta

Árangur þeirra samtala hefur því miður verið takmarkaður og því ber að fagna því að ráðuneytið skyldi leggja vinnu í málþing sem þetta. Ekki var óskað eftir innleggi frá GÍ á málþinginu en í umræðum að loknu málþingi gátu stjórnarmeðlimir komið sjónarmiðum sínum á framfæri.

### Rannsóknir

Talsvert hefur gengið á styrktarfé beggja sjóða Geðverndarfélagsins undanfarin ár og stjórnir sjóðanna sjá sér ekki fært að veita styrki úr þeim í ár frekar en í fyrra. Stjórn Geðverndarfélagsins mun leita leiða til að efla sjóðina með það fyrir augum að unnt verði að úthluta úr þeim samkvæmt skipulagsskrá á næstu misserum.

### Stefnumótun:

Hús Geðverndarfélagsins að Álfalandi 15 þar sem áður var rekið áfangaheimili hefur verið leigt út frá því árið 2015 en gerður var leigusamingur til þriggja ára. Gengið var út frá því að leigutekjur skiluðu félaginu reglulegum tekjum sem nýta átti til að standa straum af rekstri og viðhaldi húseignarinnar. Nýlega kom í ljós að húsið þarfnast

viðgerðar og er það mat stjórnar félagsins að hagkvæmast sé að selja húsið. Eignin hefur verið metin og er það von okkar að þær tekjur sem fást fyrir hana muni nýtast, til að stuðla enn frekar að forvörnum í geðheilbrigðismálum auk þess sem til skoðunar er að nota hluta fjárens til að styrkja sjóði félagsins en eins og fram hefur komið hefur ekki verið unnt að veita styrki úr þeim undanfarið til rannsókna og menntunar á sviði geðheilbrigðismála. Félagið á enn og rekur íbúð að Kleppsvegi fyrir fjölskyldur sem sækja þjónustu á Barna- og unglingsgeðdeild LSH. Reksturinn hefur verið hefðbundin og lítil afskipti GÍ á árinu. Íbúðin hefur nýst vel og starfsfólk Barna- og unglingsgeðdeildar hefur lýst almennt ánægju með aðgang aðstandenda að íbúðinni.

Vinnufundur stjórnar haldinn á Grand hótél þann 7. nóvember þar sem gerð var áætlun um verkefni komandi starfsárs. Áherslan í starfi GÍ veturinn 2016-2017 verður á að fylgja eftir markmiðum geðheilbrigðisstefnu og tryggja að þau nái fram að ganga og var fundur með heilbrigðisráðherra liður í því.



Sigurði Páli Þökkuað ristjórni Geðverndar

Þær breytingar verða á stjórn félagsins í ár að Margrét Jónsdóttir félagsráðgjafi gefur ekki kost á sér til áframhaldandi setu í stjórn félagsins en í hennar stað kemur Víðir Sigrúnarson geðlæknir og er hann hér með boðinn velkomin.

Síðastliðið starfsár hefur verið gott og fundir verið markvissir. Stjórn félagsins hefur verið vel skipuð og haldið markmiðum og gildum á lofti og

unnið ötullega að því að koma hagsmunamálum sínum á framfæri. Mikil vinna hefur verið lögð í að útbúa fræðsluefni og er það von okkar sem sitjum í stjórninni að það muni verða til þess að draga úr fordómum í garð þeirra sem glíma við geðsjúkdóma og bæta líðan þeirra sjálfra sem og aðstandenda þeirra.

## Minningarorð um prófessor Tómas Helgason

Tómas Helgason geðlæknir og prófessor er heiðursfélagi Geðverndarfélags Íslands. Hann var ópreytandi hugsjónamaður og beitti sér fyrir framförum í geðheilbrigðismálum á Íslandi og var langt á undan sinni samtíð með framsæknum hugmyndum sem almennt hafa verið viðurkenndar síðar. Hann lyfti Grettistaki. Geðverndarfélagið minnst Tómasar Helgasonar með þökkum og virðingu og vottar aðstandendum innilega samúð.

Blessuð sé minning Tómasar Helgasonar.



Virðing  
Réttlæti



