

geðvernd

Rit Geðverndarfélagss Íslands | 1. tbl. 48. árgangur | 2019

Sólrún Erlingsdóttir og Anna María Jónsdóttir: *Lengi býr að fyrstu gerð* §
Hildur Guðný Ásgeirsdóttir: *Áhrif streitu og áfalla á sjálfsvígshegðun og sjálfsvíg* §
Karen Birna Þorvaldsdóttir og Sigrún Sigurðardóttir: *„Annað áfall ofan á hitt“* §
Jón Snorrason: *Æðruleysi – viðbrögð sjúklinga við þvingunaraðgerðum* §
Pistill formanns Geðverndarfélagssins 2020 § Fréttir af starfi félagssins §
Viðtal við Hazel Douglas, stofnanda og stjórnanda Solihull Approach:
„Hví skyldum við ekki stuðla að hamingju allra fjölskyldna?“ §
Viðtal við Önnu Guðríði Gunnarsdóttur, sérfræðing í heilsugæsluhjúkrun:
Markmiðið er að stuðla að farsæld allra barna.





Akureyrarbær



vodafone

ATLANTSOLIA



Alþýðusamband Íslands

VÍNBÚÐIN



GRUND

DVALAR- OG HJÚKRUNARHEIMILI





gedvernd

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

48. ÁRGANGUR - 2019

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

48. ÁRG. - 2019

RITSTJÓRI: EYDÍS KRISTÍN SVEINBJARNARDÓTTIR

RITNEFND: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, BRYNJAR EMILSSON, MARGRÉT ÓFEIGSDÓTTIR

ÚTGEFANDI: GEDVERNDARFÉLAG ÍSLANDS, UPPLAG: 2.500 EINTÖK

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

UMBROT OG PRENTUN: PRENTMET ODDI

STJÓRN GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS:

GUNNLAUG THORLACIUS, FORMAÐUR - ANNA MARÍA JÓNSDÓTTIR, VARAFORMAÐUR - JÓN ÓLAFUR ÓLAFSSON,
RITARI - VÍÐIR ARNAR KRISTJÁNSSON, GJALDKERI - SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, BRÉFRITARI - ARNBJÖRG
GUÐMUNDSDÓTTIR, MEÐSTJÓRNANDI - EYDÍS KRISTÍN. SVEINBJARNARDÓTTIR, MEÐSTJÓRNANDI

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
Sólrún Erlingsdóttir og Anna María Jónsdóttir Lengi býr að fyrstu gerð	6
Hildur Guðný Ásgeirsdóttir Áhrif streitu og áfalla á sjálfsvígshæðun og sjálfsvíg	16
Karen Birna Þorvaldsdóttir og Sigrún Sigurðardóttir „Annað áfall ofan á hitt“	23
Jón Snorrason Æðruleysi - viðbrögð sjúklinga við þvingunaraðgerðum	32
Pistill formanns Geðverndarfélagssins 2020	40
Fréttir af starfi félagsins.	44
Viðtal við Hazel Douglas, stofnanda og stjórnanda Solihull Approach. „Hví skyldum við ekki stuðla að hamingju allra fjölskyldna?“	46
Viðtal við Önnu Guðríði Gunnarsdóttur, sérfræðing í heilsugæsluhjúkrun Markmiðið er að stuðla að farsæld allra barna	49

Ýmsar tilkynningar

Minningarkort Geðverndarfélagss Íslands
fást á skrifstofu félagsins og á 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.



Frá ritstjóra

Aðdragandann að stofnun Geðverndarfélagss Íslands (GÍ) má rekja til tillögu sem kom fram á 40 ára afmæli Læknafélags Reykjavíkur í nóvembermánuði árið 1949. Geðverndarfélagið var síðan stofnað formlega þann 17. janúar 1950. Næsta tölublað verður formlegt afmælistímarit í tilefni af 70 ára afmæli GÍ. Ræða **Gunnlaugar Thorlacius** formanns GÍ á 70 ára afmælishátíð GÍ þann 23. janúar sl. er höfð með í þessu riti vegna þess hve 2019 árgangur Geðverndar lítur seint dagsins ljós.

GÍ hefur alltaf lagt áherslu á þá þætti geðheilbrigðisþjónustu þar sem hið opinbera, ríki og sveitarfélög, hafa ekki staðið sig sem skildi. Félagið lagði megináherslu um árabíl á endurhæfingu og búsetuúrræði geðsjúkra. Þegar úr þeirri þjónustu var bætt og hún veitt af sveitarfélögum sneri félagið að aðhaldi í öðrum verkefnum innan geðheilbrigðisþjónustunnar. Þar ber helst að nefna forvarnir og snemmtæka íhlutun í velferðar- og geðheilbrigðisþjónustu. Bæta þarf þjónustu og rannsóknir á þessu sviði á næstu árum.

Viðtölin í tímaritinu eru við **Hazel Douglas**, stofnanda Solihull aðferðarinnar og **Önnu Guðríði Gunnarsdóttur**, sérfræðing í heilsugæsluhjúkrun við heilsugæsluna í Árborg. Í viðtölunum er fjallað um hvernig hægt er að búa börnum góða framtíð með því að huga vel að heilbrigði og vellíðan þeirra frá getnaði, góðri tengslamyndun við foreldra og tilfinningaheilbrigði. En þetta er nýjasta verkefni GÍ. Bæði Hazel og Anna Guðríður héldu erindi á hátíðarfundi í tilefni 70 ára afmælis félagsins sem tengdust **Solihull** verkefninu (sjá nánar í fréttum af starfi félagsins). Mjög góður rómur var gerður að erindunum. Hátíðarfundurinn var haldinn í sal Íslenskrar erfðagreiningar og kann félagið ÍE bestu þakkar fyrir.

Ritstjóri kallaði eftir greinum í Geðvernd 2019 um áföll í æsku og afleiðingar þeirra. **Anna María Jónsdóttir**, geðlæknir, ásamt **Sólrunu Erlingsdóttur**, BS í sálfræði, svöruðu kalliinu. Grein þeirra ber heitið „*Lengi býr að fyrstu gerð - Áhrif áfalla, streitu og erfðrar reynslu í æsku.*“ Þar er fjallað um hversu mikla streitu barn upplifir þegar það verður fyrir áfalli. Þær segja frá því hversu mikilvægt það er að innleiða aðferðir og aðlaga umhverfi til að draga úr streitu og álagi af völdum áfalla fyrir börn. Mikilvægt er að huga að því að byggja upp nauðsynlegan stuðning frá fullorðnum og vinna að því að streituvaldandi aðstæður séu aðeins tímabundnar. Þau skilyrði geta komið í veg fyrir skaðleg áhrif sem áföll kunna að hafa og geta ýtt þess í stað undir jákvæð bjargráð hjá barninu.

Hildur Guðný Ásgeirsdóttir, sjúkraþjálfari og lýðheilsufræðingur segir frá helstu niðurstöðum doktorsverkefnis í greininni „*Áhrif streitu og áfalla á sjálfsvígshæðun og sjálfsvíg*“ Hildur Guðný brautskráðist með doktorspróf í lýðheilsuvísindum frá Læknadeild Háskóla Íslands árið 2019. Niðurstöður doktorsrannsóknar hennar styðja fyrri rannsóknir sem sýnt hafa að áföll geti aukið hættu á sjálfsvígshæðun – og að áhrifin geti verið sterkari fyrir karla en konur. Það sem kemur kannski á óvart er að í kjölfar íslenska efnahagshrunsins 2008 þá jókst ekki heildartíðni sjálfsskaða, sjálfsvígstílauna og sjálfsvíga skv. niðurstöðum doktorsverkefnis Hildur Guðnýjar eins og margir mundu halda. Skýringa má leita í samfélagslegum þáttum sem virkjuðust eftir hrunið sem virðast hafa verið verndandi í tengslum við sjálfsvígshæðun og sjálfsvíg. Einnig gefa niðurstöðurnar til kynna að með batnandi efnahag geti hætta á sjálfsskaða, sjálfsvígstílaunum og sjálfsvígum aukist, sérstaklega meðal karla.

Mikilvægt er að taka tillit til gagnreyndrar þekkingar þegar sjálfsvígsforvarnir eru skipulagðar en Hildur Guðný er einmitt verkefnisstjóri sjálfsvígsforvarna hjá Embætti Landlæknis.

„*Annað áfall ofan á hitt*“ *Reynsla íslenskra kvenna af því að kæra nauðgun* er grein eftir **Karen Birnu Þorvaldsdóttur**, doktorsnemanda við HA og **Sigrúnu Sigurðardóttur**, hjúkrunarfræðing og dósent við HA. Greinin er unnin úr meistaraverkefni Karenar Birnu við framhaldsnámsdeild heilbrigðisvísindasviðs HA. Meginniðurstaða meistararannsóknar hennar er að konurnar upplifðu það sem annað áfall að kæra nauðgunina þ.e. þær lýsa kærufærlinu í kjölfar nauðgunarinnar sem öðru áfalli. Það er áfallisdómur yfir réttarvörslukerfinu á Íslandi. Konurnar lýsa streituvaldandi og niðurbjótandi reynslu í samskiptum við það að sækja rétt sinn í kjölfar ofbeldisins sem nauðgun er. Mikilvægt er að innleiða áfallamiðaða þjónustu fyrir brotþola innan réttarvörslukerfisins, sem fyrst, ásamt því að efla samstarf við heilbrigðiskerfið.

Jón Snorrason sérfræðingur í geðhjúkrun á geðsviði LSH skrifar greinina „*Æðruleysi - viðbrögð sjúklinga við þvingunaraðgerðum*.“ Hann kannaði viðhorf sjúklinga á geðdeild Landspítala sem höfðu verið beittir þvingunaraðgerðum. Þeir létu sig mest varða nauðungarvistunina sem þeir voru beittir. Athyglisverð var niðurstaðan um æðruleysið sem kom fram í viðtölum Jóns við þennan sjúklingahóp – þrátt fyrir að þeir töldu sig ekki geta haft áhrif á eða breytt ójafnri stöðu sinni gagnvart ákvörðun um þvingunarmeðferð. Þessir sjúklingar tjáðu sig einnig um skort á trausti til lækna og að eina sem þeir gætu gert væri að sýna seiglu þar til dvalartíma lyki og þeir fengu aftur meiri stjórn á lífi sínu. Það er mikilvægt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að fá innsýn í þankagang sjúklinga sem sæta nauðungarvistun þar sem sú þvingunaraðgerð sýnir sig vera mest íþyngjandi fyrir sjúklinga. Starfsfólk geðdeilda þarf að leita allra leiða að draga úr beitingu þvingunaraðgerða á geðdeildum.

Greinarnar í þessu tölublaði Geðverndar eru allar ritrýndar. Tveir ritrýnar fara yfir greinarnar og koma með athugasemdir um hvað betur má fara. Ritrýnar Geðverndar í ár komu með ómetanlega rýni á greinarnar sem sannarlega bætti gæði þeirra. Ritrýnum er þakkað þeirra framlag.

Afmælisblað Geðverndar 2020 er þegar í undirbúningi. Ritstjóri kallar eftir efni sem snýr að fjölskyldum, meðferðarúrræðum sem snúa að fjölskyldum, fjölskyldumiðaðri þjónustu við fjölskyldur ásamt greinum sem fjalla um stöðu og fjölbreytileika fjölskyldunnar í íslensku samfélagi. Undirrituð hlakkar til að heyra frá ykkur lesendum Geðverndar.

Það hefur ætíð verið stefna Geðverndar að höfða til breiðs hóps áhugafólks um geðheilbrigðismál. Ritstjóri þakkar höfundum þessa blaðs fyrir metnaðarfullar og fróðlegar greinar. Hann þakkar einnig stjórn, ritstjórn og framkvæmdastjóra Geðverndarfélags Íslands fyrir samstarfið við útgáfu blaðsins.

Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir
ritstjóri Geðverndar

Lengi býr að fyrstu gerð

Áhrif áfalla, streitu og erfiðrar reynslu í æsku

Ritrýnd grein

Inngangur

Lengi býr að fyrstu gerð er orðatiltæki sem margir þekkja. Rannsóknir síðustu áratuga á afleiðingum áfalla og erfiðrar reynslu í æsku sýna að það er mikill sannleikur í þessum orðum. Við hvert áfall eða erfiða reynslu fyrir 18 ára aldur safnast upp álag og streita hjá barni sem getur haft neikvæð áhrif á heilaproska þess, hormóna-, streitu- og ónæmiskerfi (Anda o.fl., 2006; Kaufman, Plotsky, Nemeroff og Charney, 2000). Ef ekkert er að gert geta áhrifin varað fram á fullorðinsár og valdið alvarlegum andlegum og líkamlegum heilsufarsvanda á fullorðinsárum og jafnvel stýtt ævina (Danese og McEwen, 2012; Felitti og Anda, 2010).

Streita

Við röskun á líkamsferlum okkar leitast líkaminn við að finna líffræðilegt jafnvægi á ný (e. *homeostasis*) (McEwen, 1998). Líkaminn bregst við álagi með því að setja af stað ósjálfráð ferli í tauga-, ónæmis- og innkirtlakerfi okkar til þess að ná jafnvægi á ný (e. *allostasis*). Viðbrögð líkamans hjálpa honum að bregðast við tímabundinni streitu eða ójafnvægi vegna ytri eða innri aðstæðna, t.d. kulda, hungri eða yfirvofandi hættu. Þegar álagið varir stutt virka ferlin á skilvirkan hátt og gera líkamanum kleift að takast á við áreiti og álag á áhrifaríkan hátt. Aðlögunarhæfni og styrkur eykst tímabundið og aðstoðar við að takast á við erfiðleika. Jákvæðu áhrifin dvína undir miklu eða síendurteknu álagi og afleiðingarnar verða þess í stað skaðlegar og óhagkvæmar. Álagið á tauga-, ónæmis- og innkirtlakerfi eykst (e. *allostatic load*) og sífelld verður erfiðara fyrir líkamann að ná jafnvægi á ný (McEwen, 1998).



Dæmi um viðbrögð líkamans þegar yfirvofandi hættu steðjar að er virkjun streitukerfisins sem losar streituhormón út í blóðið, meðal annars heiladingulshormónið ACHT (Adrenocorticotropic hormone) sem örvar nýrnahettunna og ýmis nýrnahettuhormón s.s. Cortisol, Adrenalín og Noradrenalín. Streituhormón hækka blóðþrýsing og hafa einnig ýmis önnur víðtæk áhrif til að auka hugræna og líkamlega getu sem gerir líkamanum kleift að bregðast hratt við aðstæðum. Þegar streita verður óhóflega mikil eða langvinn getur kerfið orðið ofvirkt eða ofurnæmt og valdið háþrýstingi sem eykur hættu á hjarta- og æðasjúkdómum (McEwen, 1998). Viðbrögð líkamans við streitu, sem undir eðlilegum kringumstæðum gera okkur kleift að lifa af og aðlagast krefjandi aðstæðum, geta valdið okkur skaða þegar þau eru virkjuð síendurtekið og í oflangan tíma.

Streita er óumflýjanlegur hluti lífsins og hjá börnum hafa verið skilgreindar þrjár ólíkar gerðir hennar, jákvæð, bærileg og skaðleg (Shonkoff, Boyce og McEwen, 2009). Jákvæð streita er þegar álag varir stutt, eins og þegar barn hittir nýtt fólk, er aðskilið frá móður um stund eða verður óöruggt í skamman tíma (Middlebrooks og Audage, 2008). Við slíkar aðstæður eykst hjartslátturinn og það verða breytingar í líkama barnsins á borð við aukna framleiðslu streituhormóna og blóðþrýstingur hækkar (Albers, Marianne Riksen-Walraven, Sweep og Weerth, 2008; Hanson og Chen, 2010; Shonkoff o.fl., 2009). Með stuðningi fullorðinna sem barnið treystir lærir barnið að komast yfir streituvíðbrögðin, róast og aðlagast aðstæðum (Albers o.fl., 2008; Compas, 1987; Middlebrooks og Audage, 2008). Með reynslunni þroskast barnið og lærir að bregðast við nýjum aðstæðum án þess að það verði yfirþyrmandi og þróar með sér and-



lega og líkamlega heilbrigðar leiðir til að bregðast við streitu (Compas, 1987). Ung börn geta ekki róað sig sjálf og þurfa aðstoð til að læra það. Þau þroskast því í samspili við umönnunaraðila (Bernier, Carlson og Whipple, 2010).

Það getur valdið barni mikilli streitu þegar það verður fyrir áfalli eins og að verða fyrir slysi, missa ástvin eða að foreldrar skilji. Álagið sem slíkir atburðir kunna að skapa geta orðið bærilegir fyrir barnið ef það fær nauðsynlegan stuðning, s.s. samúð, skilning og umhyggju frá fullorðnum og ef steitvaldandi aðstæður eru tímabundnar (Albers o.fl., 2008; Middlebrooks og Audage, 2008; Shonkoff o.fl., 2009). Þau skilyrði geta komið í veg fyrir skaðleg áhrif sem atburðirnir kunna að hafa og ýta þess í stað undir jákvæð bjargráð hjá barninu (Shonkoff o.fl., 2009).

Jákvæð áhrif streitu hverfa þegar hún verður það mikil að barnið getur ekki lengur ráðið við afleiðingar hennar og reynslan verður yfirþyrmandi fyrir barnið. Ef barn lendir í áfalli eða býr við erfiðar aðstæður vikum, mánuðum eða jafnvel árum saman án nauðsynlegs stuðnings, getur það leitt til streitu með skaðlegum afleiðingum (Middlebrooks og Audage, 2008). Með skaðlegri streitu (e. *toxic stress*) er átt við mikla, endurtekna og langvarandi virkni í streitukerfi líkamans, án verndandi áhrifa félagslegs stuðnings (Shonkoff o.fl., 2009). Dæmi um slíka atburði eru ef barn býr við endurtekið andlegt eða líkamlegt ofbeldi, vanrækslu eða ofbeldi innan fjölskyldunnar í lengri tíma (Shonkoff o.fl., 2009). Það getur valdið mikilli angist hjá barni þegar að einstaklingar sem barnið þarf að treysta á og ættu að vera uppspretta umhyggju og öryggis, eru þess í stað uppspretta ótta (Hesse og Main, 2006; Madigan, Voci og Benoit, 2011). Slík reynsla getur skaðað viðkvæman heila barns í mótun og getur haft neikvæð áhrif bæði á uppbyggingu og starfsemi heilans (De Bellis, 2002), ásamt starfsemi tauga-, ónæmis- og hormónakerfisins (Chrousos, 2009; Fagundes, Glaser og Kiecolt-Glaser, 2013; Segerstrom og Miller, 2004). Ef börn búa við aðstæður þar sem streitukerfi þeirra er sífellt virkt, getur það haft í för með sér langvinn geðræn- og félagsleg vandamál á fullorðinsárum á borð við þunglyndi, kvíða, áfengis- og fíknivanda, ásamt öðrum heilsufarsvandamálum s.s. sykursýki og hjarta- og æðasjúkdómum (Chrousos, 2009; De Bellis, 2002; McEwen, 2008).

Framþróun í taugavísindum hefur gert mönnum kleift að skilja betur hvernig heilinn og taugabrautir hans verða til og hvernig samspil umhverfis og erfða hefur áhrif á þroska heilans (Shonkoff o.fl., 2012). Heili ungbarna er sérstaklega mótanlegur og geta streituhormón í miklu magni á viðkvæmum tímabilum í þroska heilans dregið úr tengingu taugafruma og vexti heilans með því að bæla nýmyndun taugafrumna (McEwen, 2008; Shonkoff o.fl., 2012, 2009). Streituhormónin geta einnig valdið bólgusvörun í líkamanum og bælt ónæmiskerfið (Fagundes o.fl., 2013). Það getur gert barnið viðkvæmt fyrir sýkingum og langvinnnum heilsufarsvandamálum. Langvarandi hækkun á streituhormónum getur einnig valdið breytingum í byggingu taugabrauta í þeim heilastöðvum sem hafa með nám og minni að gera og getur það haft langvinn áhrif á hugræna getu á fullorðinsárum (McEwen, 2008). Einnig geta orðið langvinn áhrif á tilfinningastjórnun og aukin svörun við áföllum og streitu síðar á ævinni sem gerir fólk útsettara fyrir því að þróa með sér áfallastreituröskun við endurtekin áföll (e. *latent vulnerability*) (De Bellis, 2002; McCrory og Viding, 2015; McEwen, 2008).

Adverse Childhood Experiences (ACE) rannsóknin

Ein stærsta rannsókn sem gerð hefur verið á tengslum áfalla og erfiðrar reynslu í bernsku og sjúkdóma á fullorðinsárum er ACE rannsóknin (Adverse Childhood Experiences; Felitti o.fl., 1998). Rannsóknin var framkvæmd í Bandaríkjunum á árunum 1995 til 1997 og var samvinnuverkefni milli miðstöðvar sjúkdóma og forvarna í Bandaríkjunum (Center for Disease Control and Prevention; CDC) og heilsumiðstöðvar Kaiser Permanente (Kaiser Permanente Health Appraisal Clinic). Þátttakendur voru 17.000 einstaklingar sem skráðir voru hjá heilsumiðstöðinni og höfðu gengist undir heilsufarsmat. Þeir voru fengnir til að fylla út ACE spurningalistann sem inniheldur spurningar um ofbeldi og fjölskylduvanda í æsku. Heilsufar og lífshættir þátttakenda var síðan skoðað í samhengi við ACE stig þeirra (Felitti o.fl., 1998). Í ACE spurningalistanum er spurt um 10 atriði sem tengjast fyrstu 18 árum lífsins. Spurt er hvort viðkomandi hafi orðið fyrir ofbeldi eða vanrækslu þ.e.a.s. tilfinningalegu-, líkamlegu- eða kynferðisofbeldi eða líkamlegri eða tilfinningalegri

vanræsklu. Einnig er spurt um heimilisaðstæður, hvort móðir hafi orðið fyrir heimilisofbeldi, hvort einhver á heimilinu hafi verið með geð- eða fíknisjúkdóm, hvort foreldrar hafi skilið í lengri eða skemmri tíma eða fjölskyldumeðlimur setið í fangelsi eða gæsluvarðhaldi. Ef viðkomandi svarar spurningu játandi jafngildir það einu ACE stigi. Þegar heildar stig þátttakenda í ACE rannsókninni voru skoðuð kom í ljós að 2/3 þátttakenda höfðu orðið fyrir að minnsta kosti einni tegund af erfiðri reynslu í bernsku, þar af voru 12,5% sem höfðu orðið fyrir fjórum eða fleiri tegundum ofbeldis. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að eftir því sem ACE skor þátttakenda hækkaði, því meira jukust líkurnar á hegðunar- og heilsufarsvanda á fullorðinsárum, s.s. áfengis- og tóbaksnotkun, fjölda bólfélaga, hreyfingarleysi, offitu, hjarta- og æðasjúkdómum, langvinnum lungnasjúkdómum, sjálfsofnæmissjúkdómum, krabbameini og ótímabærum dauða (Felitti o.fl., 1998).

ACE spurningalistinn hefur verið notaður í fjölda rannsókna til að skoða tengsl erfiðrar reynslu í bernsku og líkum á ýmsum heilsufars-, geð- og lífsstílsvanda síðar á ævinni (Brown o.fl., 2010; Brown, Thacker og Cohen, 2013; Ford o.fl., 2011; Holman o.fl., 2016; Metzler, Merrick, Klevens, Ports og Ford, 2017; Ports o.fl., 2019; Ports, Ford og Merrick, 2016; Strine o.fl., 2012). Niðurstöður rannsókna eru samhljóma og sýna að línulegt samband finnst á milli fjölda ACE stiga og alvarleika neikvæðra afleiðinga á lífsstíl og heilsufar. Áföll og erfið reynsla í æsku geta valdið gífurlegum kostnaði í heilbrigðis-, félags- og menntakerfinu í formi þjónustu við þessa einstaklinga (Shonkoff o.fl., 2012). Einnig felst kostnaður í því að þeir sem hafa upplifað áföll í bernsku eru ekki eins virkir þátttakendur í samfélaginu og því tapast mikill mannaúður. Þar að auki getur slík reynsla valdið skertum lífsgæðum og þjáningu sem getur varað ævilangt. Mikilvægt er því að grípa inn í aðstæður þar sem börn búa við erfiðleika og álag sem allra fyrst. Það er aldrei of seint að grípa inn í og hægt er að bæta líðan og velferð alla ævi ef viðeigandi úrræði eru til staðar.

Mynd 1 sýnir þau keðjuverkandi áhrif sem áföll og erfið reynsla í æsku geta haft á líf einstaklingsins. Talið er að í upphafi eigi sér stað truflun á eðlilegum taugalífeðlisfræðilegum þroska meðal barna sem verða fyrir slíkri lífsreynslu. Það getur t.d. verið aukin eða bæld starfsemi

streitukerfisins og truflun á uppbyggingu minnis- og tilfinningastöðva heilans (McCrary, De Brito og Viding, 2011; Shonkoff o.fl., 2009; Shonkoff og Richmond, 2009). Sýnt hefur verið fram á að taugalífeðlisfræðilegu breytingarnar valda skerðingu á andlegri, líffræðilegri og félagslegri hæfni. Skert hæfni getur síðan leitt til óheppilegra og skaðlegra lífsvenja, s.s. reykinga, áfengisdrykkju og andfélagslegrar hegðunar. Einnig geta aukist líkur á ýmsum langvinnum sjúkdómum svo sem krabbameini, hjarta-, æða-, lifrar- og lungnasjúkdómum sem geta leitt til ótímabærs dauða (Boullier og Blair, 2018).

Eftirfylgnirannsókn Brown o.fl. (2009) á upp-



Mynd 1. ACE Pyramíðinn: www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/

runnalegu rannsókn Felitti o.fl. (1998) kannaði tengsl á milli ACE stiga þátttakenda og líkum á ótímabærum dauða fyrir 65 og 75 ára aldur. Niðurstöðurnar sýndu að þeir sem höfðu 6 eða fleiri ACE stig voru 1,7 sinnum líklegri til þess að deyja fyrir 65 ára aldur og 2,4 sinnum líklegri til þess að deyja fyrir 75 ára aldur, miðað við þá sem höfðu ekkert ACE stig. Þeir sem höfðu upplifað sex eða fleiri tegundir af ACE lifðu allt að 20 árum skemur en þeir sem höfðu ekki upplifað neitt af því sem spurt var um (Brown o.fl., 2009).

Algengi ACE upplifana hefur verið kannað meðal ólíkra úrtaka í ýmsum löndum (Bellis, Hughes, Leckenby, Perkins og Lowey, 2014; Crouch, Probst, Radcliff, Bennett og McKinney, 2019; Merrick, Ford, Ports og Guinn, 2018; Soares o.fl., 2016; Ye og Reyes-Salvail, 2014). Í bresku úrtaki 3.885 þátttakenda á aldrinum 18 til 69 ára höfðu 47% að minnsta kosti eitt ACE stig (Bellis o.fl., 2014) en meðal 3.951 brasilískra ungmenna voru 85% sem höfðu eitt eða fleiri ACE stig (Soares o.fl., 2016). Einnig má sjá breytileika í hver al-



gengasta ACE upplifunin var eftir löndum þar sem algengasta upplifunin var skilnaður foreldra í bæði brasilíska (Soares o.fl., 2016) og breska úrtakinu (Bellis o.fl., 2014), en andlegt ofbeldi í bandarísku úrtaki (Merrick o.fl., 2018) og meðal þátttakenda frá Hawaii (Ye og Reyes-Salvail, 2014).

Áhrif áfalla í æsku á foreldrahlutverkið

Ungbörn eru algjörlega háð umönnunaraðilum sínum og rannsóknir sýna að það hefur mikil áhrif á þroskaferil og sjálfsmynd barnsins hversu næma og kærleikskríka umönnun það fær (Manning, 2018). Á fyrstu 2-3 árum frumberskunnar myndast vanabundin viðbrögð barnsins við ólíkum aðstæðum, t.d. hverju barnið býst við frá öðru fólki (Fivush, 2006). Reynsla barnsins á mikinn þátt í að móta kjarnaviðhorf þess til sjálfs sín og annarra sem geta varað alla ævi (Fivush, 2006; Waters og Waters, 2006). Góð gagnkvæm samskipti barns við umönnunaraðila eins og snerting, augnsamband, gagnkvæmt hjal og leikur eru grundvöllur öruggrar tengslamyndunar (Feldman, 2007; Kiser, Bates, Maslin og Bayles, 1986; MacLean o.fl., 2014) og stuðla að heilbrigðum félagslegum, taugafræðilegum og andlegum þroska (Fearon, Bakermans-Kranenburg, IJzendoorn, Lapsley og Roisman, 2010; Groh o.fl., 2014; Sroufe, 2005). Umönnun barns krefst þess að sá sem annast það geti uppfyllt þarfir þess fyrir öryggi og umhyggju. Til þess að geta veitt barni þetta þarf gott andlegt og tilfinningalegt jafnvægi. Sá sem verður fyrir erfiðri reynslu í æsku, s.s. ofbeldi eða vanrækslu, getur þróað með sér varnarviðbrögð eins og að verða tilfinningalega fjarlægur. Slík bjargráð geta síðan haft óhagstæð áhrif á hæfni þeirra í foreldrahlutverkinu (Juil o.fl., 2016) t.d. með því að foreldrið bregðist ekki við kalli barnsins á athygli, umhyggju og huggun með þeirri nærgætni og skilningi sem er svo mikilvægur á fyrstu árum hvers barns (Iyengar, Kim, Martinez, Fonagy og Strathearn, 2014). Einnig geta kröfur barnsins um huggun og stanslausu umönnun orðið foreldri, sem ekki hefur unnið úr reynslu sinni, ofviða, t.d. með því að vekja upp erfiðar tilfinningar, s.s. reiði eða jafnvel hræðslu hjá foreldrinu (Hesse og Main, 2006; Iyengar o.fl., 2014; Schechter o.fl., 2004). Samskiptin við barnið geta því orðið foreldrunum erfið og valdið því að barnið missir af tækifærum til þess að eiga í þeim jákvæðu gagnkvæmu samskiptum

sem eru svo mikilvæg fyrir heilbrigðan þroska og tengslamyndun (Iyengar o.fl., 2014).

Það getur valdið börnum uppnámi þegar foreldri er andlega og tilfinningalega fjarlæggt eða svarar kalli þeirra á umönnun á neikvæðan hátt (Haley og Stansbury, 2003; Ziv IV, Aviezer, Gini, Sagi og Karie, 2000). Til lengdar getur slíkt viðmót valdið tengslavanda hjá barninu þar sem það lærir með síendurtekinni reynslu að foreldrinu er ekki treystandi fyrir tilfinningum þess og er ekki til staðar þegar barnið þarf á því að halda (Ziv IV o.fl., 2000). Rannsóknir hafa sýnt að tengslavandi getur haft neikvæðar afleiðingar í för með sér alla ævi s.s. hegðunar- og kvíðavandamál á skóla- og unglingsaldri (Bar-Haim, Dan, Eshel og Sagi-Schwartz, 2007; Fearon o.fl., 2010; Groh o.fl., 2017) og andleg veikindi á fullorðinsárum (Feeney, Alexander, Noller og Hohaush, 2003; Kafetsios og Sideridis, 2006; Malik, Wells og Wittkowski, 2015). Þannig getur millikynslóðaflutningur á áhrifum áfalla og erfiðrar reynslu frá foreldri til barns átt sér stað ef ekkert er að gert.

Berthelot o.fl. (2015) kannaði hvort reynsla af ofbeldi eða vanrækslu í æsku mæðra hefði áhrif á tengslamyndun barna þeirra við þær ef þær höfðu ekki unnið úr reynslu sinni. Mæðurnar, sem ekki höfðu unnið úr áfallinu og höfðu lítið innsæi í áhrifin sem reynsla þeirra hafði á bæði þær og samband þeirra við barnið, voru tæplega 3,5 sinnum líklegri til þess að eiga í vanda með tengslamyndun við eigið barn samanborið við þær sem höfðu gott innsæi í reynslu sína (Berthelot o.fl., 2015).

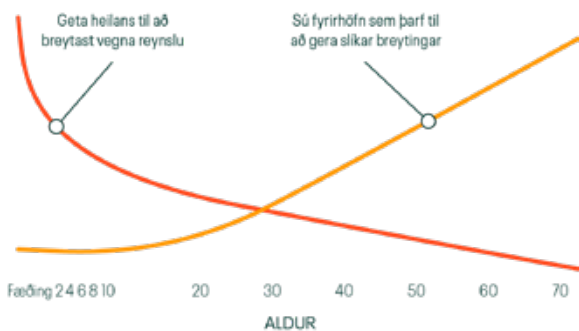
Juil o.fl. (2016) athuguðu tengsl áfalla í æsku mæðra, magn streituhormóns og gæði samskipta þeirra við börn sín. Þær mæður sem urðu fyrir áföllum í æsku sýndu minni streituvíðbrögð þegar barn þeirra var í uppnámi. Það olli því að þær brugðust við af minni nærgætni og umhyggju en þær mæður sem ekki höfðu orðið fyrir áfalli í æsku.

Fyrstu 1000 dagarnir, og einum betur

Meðganga, fæðing og fyrstu árin eftir fæðingu barns er gífurlega mikilvægur tími vegna viðkvæms mótunarskeiðs og heilaþroska ungbarnsins (Bornstein og Lamb, 2002; Steinberg, Vandell og Bornstein, 2010). Frá getnaði og fyrstu tvö til þrjú árin verður gríðarlegur vöxtur á heila ungbarnsins með fjölgun heilafruma og myndun taugafrumutengsla (Steinberg o.fl., 2010). Fyrsta

hálfu árið eftir fæðingu myndast 100.000 ný taugafrumutengsl á hverri sekúndu. Myndun nýrra taugatengsla nær hámarki um eins árs aldur og um tveggja ára aldur eru taugatengsl barna um tvöfalt fleiri en hjá fullorðnum (Steinberg o.fl., 2010). Tímabilið frá getnaði að tveggja ára aldri skiptir sköpum fyrir þroska skynjunar og mikilvæga eiginleika, s.s. sjón, heyrn, tilfinningastjórnun, málþroska og félagslega færni (Johnson, 2001; Steinberg o.fl., 2010). Ef foreldrar glíma við streitu, áföll, geðrænan eða tilfinningalegan vanda getur það haft neikvæð áhrif á hæfni þeirra til að lesa í merki ungbarnsins og svara því á viðeigandi hátt (Cox, Puckering, Pound og Mills, 1987). Börn foreldra sem glíma við þunglyndi og kvíða eru í aukinni hættu á að þróa með sér tengsla-, hegðunar- og athyglisvanda, námserfiðleika og skerta félagslega hæfni og eru líklegri til að verða þunglynd og kvíðin (Cox o.fl., 1987; Goodman og Brogan, 1993; Manning og Gregoire, 2006; Murray o.fl., 2011; Pawlby o.fl., 2001; Tharner o.fl., 2012).

Það er heppilegt hve auðmótanlegur mannsheilinn er á fyrstu æviárunum, því það gerir börnum kleift að aðlagast því umhverfi, tungumáli og menningu sem það fæðist inn í (Sæunn Kjartansdóttir, 2015). Með tímanum minnkar viðkvæmni og mótanleiki heilans og meiri fyrirhöfn þarf til að breytingar verði á heilastarfseminni síðar á ævinni (sjá mynd 2). Þessi vitneskja sýnir að á fyrstu æviárum barna gefst gullið tækifæri til þess að stuðla að jákvæðum þroska og velferð þeirra.



Mynd 2. Mótanleiki heilans og fyrirhöfn breytinga eftir aldri www.developingchild.harvard.edu

Í ljósi þekkingar á mikilvægi meðgöngunnar og fyrstu æviárunna hafa stjórnálamenn í Bretlandi gefið út stefnuýfirlýsingu sem kölluð er **1001 mikilvægu dagarnir** (The 1001 critical days; Leadsom, Field, Burstow og Lucas, 2013). Það er þverpólískt samkomulag sem leggur áherslu

á að byggja upp geðheilbrigðisþjónustu fyrir foreldra frá getnaði og fyrstu tvö árin eftir fæðingu. Stjórnvöld í Bretlandi hyggjast gera það með því meðal annars að auka fræðslu og þjálfun starfsmanna sem vinna með fjölskyldur og ungbörn, auka aðgengi foreldra að úrræðum sem stuðla að bættri líðan og geðheilsu og auka samvinnu á milli ólíkra stofnana til að auka líkur á að finna þær fjölskyldur sem þurfa aukna aðstoð og veita þeim viðeigandi stuðning (Leadsom o.fl., 2013).

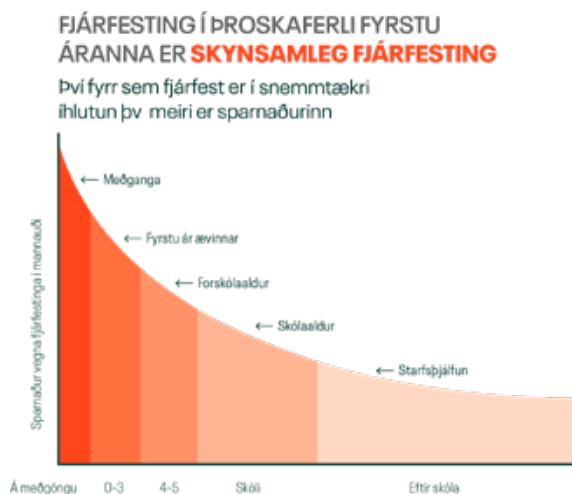
Skýrsla frá London School of Economics benti á kostnaðinn sem hlýst í samfélaginu ef ekki er veitt sérhæfð geðheilbrigðisþjónusta fyrir foreldra í fæðingarferlinu (Bauer, Parsonage, Knapp, Iemmi og Adelaja, 2014). Þegar þessar kostnaðartölur eru yfirfærðar á íslenskan veruleika samsvarar það árlegum kostnaði í kringum sjö milljarða fyrir hvern árgang sem fæðist á Íslandi ef ekkert er gert. Aðeins hluti kostnaðarins er vegna veikinda eða erfiðleika foreldranna, en um 70% af kostnaðinum verður til vegna barna sem þurfa stuðning og meðferð í félags-, heilbrigðis- og skólakerfinu til 18 ára aldurs. Þá er ótalinn sá kostnaður sem hlýst á fullorðinsárum, t.d. með minni þátttöku í atvinnulífinu og örorku.

Heckman kúrfan

James Heckman, Nóbelsverðlaunahafi í hagfræði, sýndi fram á með svokallaðri Heckman kúrfu (The Heckman curve; sjá mynd 3) að því fyrr sem fjárfest er í ævi hvers og eins, því meiri verður sparnaður í kerfinu með virkari þátttöku allra (Heckman, 2012). Hann lýsti því að með snemmtækum inngrípum fyrir fimm ára aldur fengist 7-10% af árlegum tilkostnaði tilbaka með ýmskonar sparnaði í þjóðfélaginu, s.s. með bættum árangri í skóla, minni þörf fyrir viðbótarstuðning í skólakerfinu, meiri þátttöku á vinnumarkaðinum ásamt sparnaði í félags-, fangelsis- og heilbrigðis-kerfinu (Heckman, 2012).

Jákvætt samband hefur fundist á milli áfalla í æsku og örorku á fullorðinsárum (Rose o.fl., 2016; Sansone, Dakroub, Pole og Butler, 2005; Tonmyr, Jamieson, Mery og MacMillan, 2005). Í rannsókn Sanson og fl. (2005) voru þeir, sem höfðu orðið fyrir andlegu ofbeldi í æsku og orðið vitni að ofbeldi, meira en þrisvar sinnum líklegri til að vera á örorku en þeir sem ekki höfðu upplifað slíkt. Þeir sem höfðu búið við líkamlega vanrækslu voru sjö sinnum líklegri til þess að vera skráðir á

örorku. Áföll í æsku eru því ekki aðeins íþyngjandi fyrir þau sem í hlut eiga heldur einnig fyrir samfélagið í heild.



Mynd 3. Heckman kúrfan www.heckmanequation.org/resource/the-heckman-curve

Rannsóknir á snemmtækri íhlutun fyrir foreldra og börn þeirra hafa sýnt að með því að styðja við fjölskyldur ungra barna er hægt að auka foreldrahæfni sem síðan leiðir til betri félagslegs, tilfinningalegs og vitsmunalegs þroska barna, betri námsárangurs og lægri tíðni andfélagslegar hegðunar, afbrota, neyslu og þungunar á unglingsárum (Anderson o.fl., 2003; Berlin, Brooks-Gunn, McCarton og McCormick, 1998; Guralnick, 1997a, 1997b; Love o.fl., 2005).

Fjölmargar skilgreiningar eru til á snemmtækri íhlutun. Þær eiga það sameiginlegt að áhersla er lögð á mikilvægi þess að leitast við að hafa áhrif á þroskaframvindu barna með markvissum aðgerðum eins snemma og unnt er á lífsleiðinni. Nú er það að renna upp fyrir vísindamönnum, starfsmönnum heilbrigðiskerfisins og öðru fagfólki að slík íhlutun er nauðsynleg strax frá getnaði til að barnið fái bestu mögulegu aðstæður til að þroskast strax frá upphafi lífs í móðurkviði.

Það er mikil gróska í þróun snemmtækrar íhlutunar víða um heim, þar sem áhugi fræðimanna, fagmanna og stjórnámalanna hefur aukist mikið í þessu tilliti undanfarnum áratug vegna aukinnar þekkingar. Snemmtæk íhlutun ætti að fara fram á öllum stigum þjónustu, í heilbrigðis-, mennta- og velferðarkerfinu ef vel á að vera. Mikilvægt er að hún sé heilræn og beinist ekki aðeins að barninu heldur einnig foreldrum þess og fjölskyldu. Þetta gerist t.d. með skimun fyrir geðheilsu- og þroskavanda barna, geðheilsuvanda

foreldra, tengslavanda milli foreldra og barna, heimilisofbeldi og félagslegum erfiðleikum sem eru allt áhættuþættir fyrir heilsu og velferð barns. Auk þess er mikilvægt að byggja upp meðferðarúrræði og stuðning fyrir börn og fjölskyldur í vanda. Fjölskyldumiðuð nálgun skiptir hér miklu máli. Sem dæmi um gagnreynda fjölskyldumiðaða nálgun er *Fjölskyldubrúin* (Beardslee, Wright, Gladstone og Forbes, 2007) fyrir börn foreldra með geðrænan vanda. Fyrir unglinga í sjálfsvígshættu hefur *Tengslamiðuð fjölskyldumeðferð* sýnt góðan árangur (Attachment Based Family Therapy; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland og Isaacs, 2002).

Menntun starfsfólks í heilbrigðis- og velferðarþjónustu, s.s. heilbrigðis-, skóla-, félags- og réttarkerfi er lykilatriði til þess að fagfólk komi auga á vanda barna, geti brugðist við með viðeigandi hætti og vísað á hlutaðeigandi úrræði þegar það á við. *Solihull Aðferðin* (Solihull Approach) frá Bretlandi er dæmi um gagnreynda þverstofnanalega fræðslu fyrir fagfólk og foreldra sem hefur gefið góða raun (Appleton, Douglas og Rheeston, 2016; Brigham og Smith, 2014; Douglas og Brennan, 2004; Douglas og Ginty, 2001). Annað dæmi um fræðslu fyrir fagfólk í heilbrigðisþjónustu/heilsugæslu t.d. í Bretlandi, Bandaríkjunum og víða á Norðurlöndum er *Newborn Behavioral Observations system* (NBO) sem gerir fagfólki kleift að efla læsi foreldra á tjáningu ungbarnsins (Brazelton, 1984; Nugent, Keefer, Minear, Johnson og Blanchard, 2007). Dæmi um sérhæfð inngríp sem hafa gefið góða raun til að auka örugga tengslamyndun barna eru t.d. *Circle of Security* (Yaholkoski, Hurl og Theule, 2016), *Minding the Baby* (Slade, Sadler, De Dios-Kenn, o.fl., 2005; Slade, Sadler og Mayes, 2005) og *Parent Infant Psychotherapy* (Barlow, Bennett, Midgley, Larkin og Wei, 2016).

Snemmtæk íhlutun á Íslandi

Það má segja að á Íslandi hafi orðið vitundarvakning á undanförunum árum varðandi áhuga almennings og þekkingu fagfólks á mikilvægi snemmtækrar íhlutunar í málefnum barna. Fagfólk hefur á undanförunum áratug menntað sig í vaxandi mæli í snemmtækum inngrípum, m.a. í þeim meðferðum og aðferðum sem nefndar eru hér að ofan. Mikilvægt er auka enn frekar þekkingu fagfólks og jafnframt auka samvinnu á milli stofnana

og þjónustustiga í skóla- og velferðarkerfi okkar. Núverandi ríkisstjórn hefur sýnt skilning í verki á mikilvægi þessa málaflokks með því að setja af stað vinnu í samráði við fagfólk sem hefur unnið í þessum málaflökki við að útfæra átakið *breytingar í þágu barna* í íslensku samfélagi. Er það lofsvert m.a. að þessi vinna, sem er leidd af nýjum barnamálaráðherra hefur verið þverpólitísk. Það er mjög mikilvægt til að þetta þjóðþrifamál fái áfram brautargengi í framtíðinni.

Lokaorð

Áföll í æsku geta haft mikil og víðtæk áhrif á heislufar og líðan fram á fullorðinsár. Það er ljóst samkvæmt rannsóknum að fjármunum er vel varið í að efla velferð og geðheilbrigði foreldra og barna þeirra. Því fyrir á ævinni sem fjármunum er varið í snemmtæk inngrip því meiru skila þau til baka í formi sparnaðar síðar á ævinni. Við þurfum sem samfélag að setja málefni barna í forgang og leggja okkur fram við að koma í veg fyrir þær alvarlegu afleiðingar sem áföll í æsku geta haft, meðal annars með því að bæta menntun fagfólks sem kemur til með að starfa með börnum og foreldrum, tryggja snemmtæk inngrip á öllum stigum kerfisins og auka samvinnu stofnana í málefnum barna.

Heimildaskrá

Albers, E. M., Riksen-Walraven, M.J., Sweep, F. C. G. J. og Weerth, C. de. (2008). Maternal behavior predicts infant cortisol recovery from a mild everyday stressor. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49(1), 97–103. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01818.x

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174–186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4

Anderson, L. M., Shinn, C., Fullilove, M. T., Scrimshaw, S. C., Fielding, J. E., Normand, J., ... Task Force on Community Preventive Services. (2003). The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 32–46.

Appleton, R., Douglas, H. og Rheeston, M. (2016). Taking part in 'Understanding your child's behaviour' and positive changes for parents. *Community Practitioner*, 89(2), 42–48.

Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y. og Sagi-Schwartz, A. (2007). Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1061–1068. doi:10.1016/j.janxdis.2006.10.013

Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K. og Wei, Y. (2016). Parent–infant psychotherapy: a systematic review of the evidence for improving parental and infant mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(5), 464–482.

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V. og Adelaja, B. (2014). *Costs of perinatal mental health problems*. London, UK: London School of Economics and Political Science.

Beardslee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R. G. og Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 703–713. doi:10.1037/0893-3200.21.4.703

Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins, C. og Lowey, H. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Medicine*, 12(1), 72. doi:10.1186/1741-7015-12-72

Berlin, L. J., Brooks-Gunn, J., McCarton, C. og McCormick, M. C. (1998). The effectiveness of early intervention: examining risk factors and pathways to enhanced development. *Preventive Medicine*, 27(2), 238–245. doi:10.1006/pmed.1998.0282

Bernier, A., Carlson, S. M. og Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81(1), 326–339.

Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P. og Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant mental health journal*, 36(2), 200–212.

Bornstein, M. H. og Lamb, M. E. (2002). *Development in Infancy: An Introduction* (4. útg.). New Jersey, USA: Taylor & Francis.

Boullier, M. og Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132–137. doi:10.1016/j.paed.2017.12.008

Brazelton, T. B. (1984). *Neonatal behavioral assessment scale*. Philadelphia, PA: Lippincott.

Brigham, L. og Smith, A. (2014). *Implementing the Solihull Approach: A study of how the Solihull Approach is embedded in the day to day practice of health practitioners*. The Open University in the North: Gateshead.

Brown, D. W., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Malarcher, A. M., Croft, J. B. og Giles, W. H. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC public health*, 10, 20. doi:10.1186/1471-2458-10-20

Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B. og Giles, W. H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389–396. doi:10.1016/j.amepre.2009.06.021

Brown, M. J., Thacker, L. R. og Cohen, S. A. (2013). Association between adverse childhood experiences and diagnosis of cancer. *PLoS One*, 8(6). doi:10.1371/journal.pone.0065524

Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature reviews endocrinology*, 5(7), 374.

Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological bulletin*, 101(3), 393.

Cox, A. D., Puckering, C., Pound, A. og Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(6), 917–928. doi:10.1111/j.1469-7610.1987.tb00679.x

Crouch, E., Probst, J. C., Radcliff, E., Bennett, K. J. og McKinney, S. H. (2019). Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) among US children. *Child Abuse & Neglect*, 92, 209–218. doi:10.1016/j.chiabu.2019.04.010

Danese, A. og McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39. doi:10.1016/j.physbeh.2011.08.019

De Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders.



- Psychoneuroendocrinology*, 27(1), 155–170. doi:10.1016/S0306-4530(01)00042-7
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L. og Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1190–1196.
- Douglas, H. og Brennan, A. (2004). Containment, reciprocity and behaviour management: Preliminary evaluation of a brief early intervention (The Solihull Approach) for families with infants and young children. *International Journal of Infant Observation*, 7(1), 89–107. doi:10.1080/13698030408401711
- Douglas, H. og Ginty, M. (2001). The Solihull approach: Changes in health visiting practice. *Community Practitioner*, 74(6), 222–224.
- Fagundes, C. P., Glaser, R. og Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Stressful early life experiences and immune dysregulation across the lifespan. *Brain, behavior, and immunity*, 27, 8–12.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. V., Lapsley, A. M. og Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435–456. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x
- Feeney, J., Alexander, R., Noller, P. og Hohaush, L. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 10(4), 475–493. doi:10.1046/j.1475-6811.2003.00061.x
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony: Biological foundations and developmental outcomes. *Current directions in psychological science*, 16(6), 340–345.
- Felitti, V. J. og Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. Í R. A. Lanius, E. Vermetten og C. Pain (ritstj.), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease* (bls. 77–87). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511777042.010
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Fivush, R. (2006). Scripting attachment: Generalized event representations and internal working models. *Attachment & Human Development*, 8(3), 283–289. doi:10.1080/08912960600858935
- Ford, E. S., Anda, R. F., Edwards, V. J., Perry, G. S., Zhao, G., Li, C. og Croft, J. B. (2011). Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive Medicine*, 53(3), 188–193. doi:10.1016/j.ypmed.2011.06.015
- Goodman, S. H. og Brogan, D. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development*, 64(2), 516–531. doi:10.2307/1131266
- Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. van, Steele, R. D. og Roisman, G. I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: A meta-analytic study. *Attachment & human development*, 16(2), 103–136. doi:10.1080/14616734.2014.883636
- Groh, A. M., Narayan, A. J., Bakermans-Kranenburg, M. J., Roisman, G. I., Vaughn, B. E., Fearon, R. M. P. og IJzendoorn, M. H. van. (2017). Attachment and temperament in the early life course: A meta-analytic review. *Child Development*, 88(3), 770–795. doi:10.1111/cdev.12677
- Guralnick, M. J. (1997a). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102(4), 319–345. doi:10.1352/0895-8017(1998)102<0319:EOEIF-V>2.0.CO;2
- Guralnick, M. J. (1997b). *The effectiveness of early intervention*. Paul H. Sótt 23. júlí 2019 af
- Haley, D. W. og Stansbury, K. (2003). Infant stress and parent responsiveness: Regulation of physiology and behavior during still-face and reunion. *Child Development*, 74(5), 1534–1546. doi:10.1111/1467-8624.00621
- Hanson, M. D. og Chen, E. W. C. (2010). Daily stress, cortisol, and sleep: the moderating role of childhood psychosocial environments. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(4), 394–402. doi:10.1037/a0019879
- Heckman, J. J. (2012). Invest in early childhood development: Reduce deficits, strengthen the economy. Sótt 23. júlí 2019 af www.co.monterey.ca.us/home/showdocument?id=17884
- Hesse, E. og Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18(2), 309–343. doi:10.1017/S0954579406060172
- Holman, D. M., Ports, K. A., Buchanan, N. D., Hawkins, N. A., Merrick, M. T., Metzler, M. og Trivers, K. F. (2016). The association between adverse childhood experiences and risk of cancer in adulthood: A systematic review of the literature. *Pediatrics*, 138(Supplement 1), S81–S91. doi:10.1542/peds.2015-4268L
- Iyengar, U., Kim, S., Martinez, S., Fonagy, P. og Strathearn, L. (2014). Unresolved trauma in mothers: Intergenerational effects and the role of reorganization. *Frontiers in Psychology*, 5. doi:10.3389/fpsyg.2014.00966
- Johnson, M. H. (2001). Functional brain development in humans. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(7), 475. doi:10.1038/35081509
- Juul, S. H., Hendrix, C., Robinson, B., Stowe, Z. N., Newport, D. J., Brennan, P. A. og Johnson, K. C. (2016). Maternal early-life trauma and affective parenting style: The mediating role of HPA-axis function. *Archives of Women's Mental Health*, 19(1), 17–23. doi:10.1007/s00737-015-0528-x
- Kafetsios, K. og Sideridis, G. D. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 863–875. doi:10.1177/1359105306069084
- Kaufman, J., Plotsky, P. M., Nemeroff, C. B. og Charney, D. S. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: Clinical implications. *Biological Psychiatry*, 48(8), 778–790.
- Kiser, L. J., Bates, J. E., Maslin, C. A. og Bayles, K. (1986). Mother-infant play at six months as a predictor of attachment security at thirteen months. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(1), 68–75.
- Leadsom, A., Field, F., Burstow, P. og Lucas, C. (2013). *The 1001 critical days: The importance of the conception to age two period: A cross party manifesto*. Sótt 26. júlí 2019 af www.1001criticaldays.co.uk/sites/default/files/1001%20days_oct16_1st.pdf
- Love, J. M., Kiser, E. E., Ross, C., Raikes, H., Constantine, J., Boller, K., ... Vogel, C. (2005). The effectiveness of early head start for 3-year-old children and their parents: lessons for policy and programs. *Developmental Psychology*, 41(6), 885–901. doi:10.1037/0012-1649.41.6.88
- MacLean, P. C., Rynes, K. N., Aragón, C., Caprihan, A., Phillips, J. P. og Lowe, J. R. (2014). Mother–infant mutual eye gaze supports emotion regulation in infancy during the still-face paradigm. *Infant Behavior and Development*, 37(4), 512–522.
- Madigan, S., Voci, S. og Benoit, D. (2011). Stability of atypical caregiver behaviors over six years and associations with disorganized infant-caregiver attachment. *Attachment &*

- Human Development*, 13(3), 237–252. doi:10.1080/14616734.2011.562410
- Malik, S., Wells, A. og Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 172, 428–444. doi:10.1016/j.jad.2014.10.007
- Manning, C. og Gregoire, A. (2006). Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry*, 5(1), 10–12. doi:10.1383/psyt.2006.5.1.10
- Manning, L. B. (2018). The relation between changes in maternal sensitivity and attachment from infancy to 3 years. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(6). doi:10.1177/0265407518771217
- McCrary, E., De Brito, S. A. og Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2. doi:10.3389/fpsyt.2011.00048
- McCrary, E. J. og Viding, E. (2015). The theory of latent vulnerability: Reconceptualizing the link between childhood maltreatment and psychiatric disorder. *Development and Psychopathology*, 27(2), 493–505. doi:10.1017/S0954579415000115
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33–44. doi:10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x
- McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European journal of pharmacology*, 583(2–3), 174–185. doi:10.1016/j.ejphar.2007.11.071
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A. og Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011–2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA pediatrics*, 172(11), 1038–1044. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.2537
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A. og Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141–149. doi:10.1016/j.childyouth.2016.10.021
- Middlebrooks, J. S. og Audage, N. C. (2008). The effects of childhood stress on health across the lifespan. The National Center for Injury Prevention and Control. Sótt 1. júlí 2019 af www.health-equity.lib.umd.edu/932/1/Childhood_Stress.pdf
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I. og Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(5), 460–470.
- Nugent, J. K., Keefer, C. H., Minear, S., Johnson, L. C. og Blanchard, Y. (2007). *Understanding newborn behavior and early relationships: The Newborn Behavioral Observations (NBO) system handbook*. Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing.
- Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., Kumar, R. og Hay, D. F. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 42(7), 871.
- Ports, K. A., Ford, D. C. og Merrick, M. T. (2016). Adverse childhood experiences and sexual victimization in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 51, 313–322. doi:10.1016/j.chiabu.2015.08.017
- Ports, K. A., Holman, D. M., Guinn, A. S., Pampati, S., Dyer, K. E., Merrick, M. T., ... Metzler, M. (2019). Adverse childhood experiences and the presence of cancer risk factors in adulthood: A scoping review of the literature from 2005 to 2015. *Journal of Pediatric Nursing*, 44, 81–96. doi:10.1016/j.pedn.2018.10.009
- Rose, S. M. S. F., Eslinger, J. G., Zimmerman, L., Scaccia, J., Lai, B. S., Lewis, C. og Alisic, E. (2016). Adverse childhood experiences, support, and the perception of ability to work in adults with disability. *PLoS one*, 11(7), e0157726.
- Sansone, R. A., Dakroub, H., Pole, M. og Butler, M. (2005). Childhood trauma and employment disability. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(4), 395–404.
- Schechter, D. S., Zeanah, C. H., Myers, M. M., Brunelli, S. A., Liebowitz, M. R., Marshall, R. D., ... Hofer, M. A. (2004). Psychobiological dysregulation in violence-exposed mothers: Salivary cortisol of mothers with very young children pre- and post-separation stress. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(4), 319–336. doi:10.1521/bumc.68.4.319.56642
- Segerstrom, S. C. og Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, 130(4), 601–630. doi:10.1037/0033-2909.130.4.601
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T. og McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 301(21), 2252–2259. doi:10.1001/jama.2009.754
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., ... Care, D. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246.
- Shonkoff, J. P. og Richmond, J. B. (2009). Investment in early childhood development lays the foundation for a prosperous and sustainable society. *Encyclopedia on early childhood development*, 1–5.
- Slade, A., Sadler, L., De Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J. og Mayes, L. (2005). Minding the baby a reflective parenting program. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 74–100.
- Slade, A., Sadler, L. S. og Mayes, L. C. (2005). Minding the Baby: Enhancing parental reflective functioning in a nursing/mental health home visiting program. Í *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (bls. 152–177). New York, NY, US: Guilford Press.
- Soares, A. L. G., Howe, L. D., Matijasevich, A., Wehrmeister, F. C., Menezes, A. M. B. og Gonçalves, H. (2016). Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 51, 21–30. doi:10.1016/j.chiabu.2015.11.017
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 349–367.
- Steinberg, L., Vandell, D. L. og Bornstein, M. H. (2010). *Development: Infancy Through Adolescence* (1. útg.). Belmont, CA: Cengage Learning.
- Strine, T. W., Dube, S. R., Edwards, V. J., Prehn, A. W., Rasmussen, S., Wagenfeld, M., ... Croft, J. B. (2012). Associations between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems. *American Journal of Health Behavior*, 36(3), 408–423. doi:10.5993/AJHB.36.3.11
- Sæunn Kjartansdóttir (2015). Fyrstu 1000 dagarnir: Barn verður til. Reykjavík, Ísland: Mál og menning.
- Tharner, A., Luijk, M. P. C. M., IJzendoorn, M. H. van, Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., ... Tiemeier, H. (2012). Infant attachment, parenting stress, and child emotional and behavioral problems at age 3 years. *Parenting*, 12(4), 261–281. doi:10.1080/15295192.2012.709150
- Tonmyr, L., Jamieson, E., Mery, L. S. og MacMillan, H. L. (2005). The relation between childhood adverse experiences and disability due to mental health problems in a community sample of women. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 778–783.



- Waters, H. S. og Waters, E. (2006). The attachment working models concept: Among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment & Human Development, 8*(3), 185–197. doi:10.1080/14616730600856016
- Yaholkoski, A., Hurl, K. og Theule, J. (2016). Efficacy of the Circle of Security Intervention: A Meta-Analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 15*(2), 95–103. doi:10.1080/15289168.2016.1163161
- Ye, D. og Reyes-Salvail, F. (2014). Adverse childhood experiences among Hawai'i adults: Findings from the 2010 behavioral risk factor survey. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health, 73*(6), 181–190.
- Ziv IV, Y., Aviezer, O., Gini, M., Sagi, A. og Karie, N. K. (2000). Emotional availability in the mother–infant dyad as related to the quality of infant–mother attachment relationship. *Attachment & Human Development, 2*(2), 149–169. doi:10.1080/14616730050085536

Um höfunda:

Sólrún Erlingsdóttir, BSc sálfræði.

Anna María Jónsdóttir, geðlæknir.

Höfundar þakka Sigrúnu Sigurðardóttur dósent fyrir að lesa yfir grein og koma með hjálplegar athugasemdir.

Útdráttur

Fjölmargar rannsóknir hafa leitt í ljós að streita og áföll í æsku geta haft mikil áhrif á velferð, þroska og heilsu barna og geta áhrifin varað alla ævi ef ekkert er að gert. Meðganga, fæðing og fyrstu árin eftir fæðingu barns er sérstaklega mikilvægur tími þar sem heilinn er viðkvæmur og auðmótanlegur á þeim tíma. Þegar barn upplifir langvarandi streitu geta orðið breytingar á starfsemi og uppbyggingu heilans, ásamt truflun á starfsemi hormóna-, ónæmis- og taugakerfis. Með tímanum minnkar viðkvæmni og mótanleiki heilans og krefjast breytingar á heilastarfseminni síðar á ævinni meiri fyrirhafnar. Sú vitneskja sýnir að á fyrstu æviárum barna gefst gullið tækifæri til þess að stuðla að heilbrigðu þroskaferli og velferð þeirra. Tengsl hafa fundist á milli áfalla í æsku, heilsubrestra á fullorðinsárum og auknum líkum á örorku. Einstaklingar eru þá í aukinni hættu á að vera óvirkir í samfélaginu og því getur tapast mikill mannauður. Síðast en ekki síst getur skapast aukin þjáning af skertum lífsgæðum og erfiðri félagslegri stöðu þessa hóps. Allt þetta leiðir til mikils kostnaðar, s.s. í heilbrigðis-, félags- réttar- og menntakerfinu. Snemmtæk inngríp eru mjög mikilvæg og þjóðhagslega hagkvæm, til að grípa inn í aðstæður barna sem búa við langvarandi streitu og erfiðleika til að fyrirbyggja og/eða minnka afleiðingar. Það er þó aldrei of seint að grípa inn í og bæta líðan og velferð ef viðeigandi úrræði eru til staðar. Til þess að koma í veg fyrir

þær alvarlegu afleiðingar sem áföll í æsku geta haft, þarf að bæta menntun fagfólks, tryggja snemmtæk, viðeigandi inngríp á öllum stigum kerfisins og auka samvinnu stofnana í málefnum barna.

Abstract

A growing body of research has shown that adverse childhood experiences can have long term effect on children's development, health and well-being, with life-long consequences. The time during pregnancy, birth and the first years postnatally is especially important as this is a very sensitive period for brain development. When a child is exposed to long term (*toxic*) stress it can lead to permanent changes in brain development both structurally and functionally as well as a disturbance in the function of hormonal-, immune- and nervous systems. With growing age, the brain becomes less sensitive and therefore more time and effort is needed to make changes in brain function. It is therefore evident that there is a window of opportunity in early childhood for timely interventions aimed to optimize children's development and wellbeing. This has implications for wellbeing in adulthood on the basis of research showing a positive trend between adverse childhood experiences and disability later in life. People with a history of childhood trauma are likely to be less productive as adults, causing loss for the society. This also leads to pain and loss for the affected individuals due to increased social adversity and reduced quality of life. All of this contributes to increased cost for the society e.g. in the health- social- justice- and educational systems. Early intervention for children who are in adverse circumstances and suffer long term (*toxic*) stress is therefore crucial and has proven to be a good investment for the society as a whole. Education of professionals working with children and their families is important for early intervention and prevention, as well as building appropriate, tiered services and improve inter-agency collaboration in the interest of children's safety and wellbeing.

Áhrif streitu og áfalla á sjálfsvígshegðun og sjálfsvíg

Ritrýnd grein

Áhrifaþættir sjálfsvíga og sjálfsvígshegðunar (sjálfsvígshugsun, sjálfsskaði, sjálfsvígstílaun) geta verið margir og algengt er að flókið samspil félagslegra og geðrænna þátta spili saman. Þekkt er að streita og áföll geti haft í för með sér aukna áhættu á geðröskunum sem leitt geta til aukinnar áhættu á sjálfsvígshegðun. Í febrúar 2019 lauk ég doktorsverkefni í lýðheilsuvísindum frá Læknadeild Háskóla Íslands þar sem markmiðið var að kanna tengsl milli áfalla á lífsleiðinni og sjálfsvígshegðunar (sjálfsvígshugsun, sjálfsskaði og sjálfsvígstílaun) meðal karla og kvenna (rannsókn I). Enn fremur var markmiðið að skoða áhrif samfélagslegs áfalls, nánar tiltekið áhrif efnahagshrunsins á Íslandi árið 2008, á sjálfsskaða, sjálfsvígstílaunir og sjálfsvíg (rannsókn II og III). Meðrannsakendur og leiðbeinendur doktorsverkefnisins voru Arna Hauksdóttir og Unnur Anna Valdimarsdóttir, prófessorar við Miðstöð í lýðheilsuvísindum og Læknadeild Háskóla Íslands. Í doktorsnefnd voru auk þeirra Tinna Laufey Ásgeirsdóttir, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir og Ullakarin Nyberg. Hér verður farið yfir helstu niðurstöður þriggja rannsókna sem doktorsverkefnið samanstóð af.

Rannsókn I – áföll og sjálfsvígshegðun

Áföll geta haft umtalsverð áhrif á heilsu og líðan, en meirihluti einstaklinga (60-90%) upplifir áföll á ævinni (Thordardóttir, Valdimarsdóttir, Hansdóttir, Shipherd, og Gudmundsdóttir, 2015; Kessler o.fl., 2017). Þó flestir muni með rétttri aðstoð og meðferð jafna sig eftir áfall, virðast áföll einnig geta haft í för með sér langvarandi heilsufarsvanda. Rannsóknir hafa gefið til kynna að áföll geti tengst aukinni áhættu á sjálfsvígshegðun (Stein o.fl., 2010), en þó þykir enn óljóst hvaða þættir spili sterkast inn í þá áhættu.



Tegundir áfalla geta haft áhrif, en rannsóknir hafa til dæmis gefið til kynna að áföll sem fela í sér ofbeldi geti í meira mæli aukið áhættu á sjálfsvígshegðun, heldur en þau áföll sem ekki tengjast ofbeldi (Stein o.fl., 2010). Einnig er þekkt að sumar tegundir áfalla séu líklegri en aðrar til að leiða af sér áfallastreituröskun (Kessler o.fl., 2017), en áfallastreituröskun er þekktur áhættuþáttur sjálfsvígshegðunar (Ford og Gomez, 2015; Panagioti, Gooding, Triantafyllou, og Tarrier, 2015).

Efniviður og aðferðir

Markmið með rannsókn I var að kanna áhrif áfalla á tíðni sjálfsvígshegðunar á Íslandi (sjálfsvígshugsun, sjálfsskaði og sjálfsvígstílaun), eftir kyni og tegundum áfalla. Rannsóknin byggði á spurningalista úr forrannsókn rannsóknarinnar Heilsusaga Íslendinga (N=1398) sem framkvæmd var vorið 2014 (Ásgeirsdóttir o.fl., 2018). Í rannsókninni var spurningalisti lagður fyrir þátttakendur, þar sem meðal annars var spurt um áfallasögu og geðræna líðan. Í spurningalistanum var Life Stressor Checklist-Revised (Wolfe, Kimerling, Brown, Chrestman og Levin, 1997) notaður til að meta áfallasögu, og skilgreiningarviðmið samkvæmt DSM-5 voru notuð til að skilgreina atburði á lífsleiðinni sem áföll. Spurt var um sögu um sjálfsvígshugsun, sjálfsskaða og sjálfsvígstílaunir á lífsleiðinni. Til að meta tengsl milli áfalla og sjálfsvígshegðunar var Poisson aðhvarfsgreining notuð og hlutfallslega áhætta reiknuð (RR, *relative risk*) ásamt öryggisbili (CI, *confidence interval*). Leiðrétt var fyrir aldri, menntun, hjúskaparstöðu, búsetu og atvinnu.



Niðurstöður og umræður

Þátttökuhlutfall rannsóknarinnar var 66%. Niðurstöður sýndu að alls höfðu 76% þátttakenda upplifað einhvers konar áfall á lífsleiðinni og 13% þátttakenda höfðu sögu um sjálfsvígshæðun. Þátttakendur sem höfðu orðið fyrir áföllum voru líklegri til að hafa skaðað sig á lífsleiðinni (RR 2.05; CI 1.21-3.75) í samanburði við þá sem ekki höfðu sögu um áföll. Þessi tengsl voru sérstaklega sterk meðal karla (RR 3.14; CI 1.25-7.89) en ekki tölfraðilega marktæk meðal kvenna (RR 1.45; CI 0.70-2.99).

Áhrif áfalla á sjálfsvígshæðun voru næst metin eftir tegundum áfalla. Þegar áföll sem fólu í sér ofbeldi voru metin, fundust tengsl við sjálfsvígshæðun meðal kvenna og karla, (RR 2.97; CI 1.67-5.67). Sama átti við um kynferðisofbeldi (karlar: RR 7.32; CI 2.77-19.31, og konur: RR 2.82; CI 1.33-5.99), og ofbeldi í æsku (karlar: RR 7.66; CI 2.51-23.51, og konur: RR 2.48; CI 1.15-5.36). Þessar niðurstöður, að áföll sem fela í sér ofbeldi geti tengst sjálfsvígshæðun, eru studdar af fyrri rannsóknum sem hafa sýnt að ofbeldi, sér í lagi kynferðisofbeldi (Stein o.fl., 2010) og ofbeldi í æsku (Afifi o.fl., 2016; Dube o.fl., 2001) geti sérstaklega haft í för með sér aukna áhættu á sjálfsvígshæðun síðar á ævinni.

Þegar áhrif áfalla sem ekki fólu í sér ofbeldi voru metin (slys, bráður ástvinamissir og náttúruhamfarir), fundust tengsl við sjálfsvígshæðun meðal karla (RR 3.27; CI 1.30-8.25), en ekki kvenna. Fleiri rannsóknir hafa gefið til kynna svipaðar niðurstöður þ.e. að karlar geti verið í meiri áhættu á sjálfsvígshæðun en konur í kjölfar ástvinamissis og náttúruhamfara (Chou o.fl. 2003; Li, 1995).

Munur kynjanna

Í niðurstöðum þessarar rannsóknar eru tengsl milli áfalla og sjálfsvígshæðunar sterkari meðal karla en kvenna. Einnig var tíðni sjálfsvígshæðunar hærrí meðal karlkyns þátttakenda en kvenkyns þátttakenda (karlar 16% og konur 11%, $p=0.02$). Saga um depurð, greiningu á þunglyndi og greiningu á áfallastreituröskun var hins vegar algengari hjá konum en körlum. Mögulega geta nokkrir þættir spilað inn í sem útskýra þennan kynjamun. Í fyrsta lagi þá hafa rannsóknir sýnt að karlar leiti sér síður aðstoðar í kjölfar áfalls en konur (Möller-Leimkühler, 2002) og að þeir eigi

erfiðara en konur með að tjá vanlíðan sína (Nolen-Hoeksema, 2012). Í öðru lagi er mögulegt að þunglyndiseinkenni karla geti verið ólík einkennum kvenna, og þeir séu síður greindir með þunglyndi en konur (Martin, Neighbors, og Griffith, 2013). Eins eru konur líklegri til að vera greindar með áfallstreitutöskun í kjölfar áfalls (Tolin og Foa, 2006), sem rannsóknir hafa sýnt að geti verið alvarlegur áhættuþáttur sjálfsvígshæðunar (Ford og Gomez, 2015; Panagioti, Gooding, Triantafyllou, og Tarrier, 2015).

Ef karlmenn leita sér síður aðstoðar eða fá síður greiningu í kjölfar áfalls, er mögulega meiri hættu á að vanlíðan þeirra geti tengst sjálfsvígshæðun. Ef svo er, bendir það til að það geti verið mikilvægur þáttur í forvarnarstarfi gegn sjálfsvígum, að skimað sé fyrir áfallasögu þeirra einstaklinga sem leita sér aðstoðar, og að brugðist sé við með réttri meðferð í kjölfar áfalla, hugsanlega sér í lagi fyrir karla.

Rannsókn II og III - Áhrif efnahagshruns

Efnahagssveiflur geta farið upp og niður og áhrif þeirra á heilsufar getur verið töluvert flókið. Flestar rannsóknir hafa þó gefið til kynna að þegar mikil efnahagslæggð verður og minnkun á framleiðni í samfélaginu, geti það haft neikvæð áhrif á geðheilsu, gjarnan í tengslum við hækkandi atvinnuleysi (Katikireddi, Niedzwieds og Popham, 2012; Gili o.fl., 2013). Áhrif efnahagshruna á tíðni sjálfsvíga hefur verið rannsakað í töluverðum mæli. Í kjölfar efnahagshrunsins 2008 birtust niðurstöður stórra faraldsfræðilegra yfirlitsrannsókna um fjölgun sjálfsvíga í löndum beggja megin Atlantshafsins (Chang, Stuckler, Yip, og Gunnel, 2013; Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, McKee, 2009). Fjölgun sjálfsvíga átti í flestum löndum sér stað meðal karla, á meðan tíðni kvenna hélst óbreytt eða jafnvel lækkaði (Coope, ofl, 2014; Pompili o.fl., 2014). Rannsóknir benda þó til að töluvert mismunandi hafi verið eftir þjóðum hve mikil áhrif efnahagshrunið hafði á geðheilsu þjóðarinnar, og að áhrifin geti hafa verið mismikil eftir hópum samfélagsins. Margt bendir til að aukið atvinnuleysi geti sérstaklega tengst hækkun á tíðni sjálfsvíga, og að tengslin séu þá sterkust hjá körlum og yngri kynslóðum (Stuckler o.fl., 2009).

Efnahagshrunið á Íslandi var um margt sérstakt, það gerðist hratt og kom mörgum að óvörum. Rannsóknir á líðan þjóðarinnar í kjölfar hrunsins gáfu til kynna að streita og einkenni þunglyndis hefði aukist (Hauksdóttir, McClure, Jonsson, Olafsson og Valdimarsdóttir, 2013; McClure, 2014), komum á bráðamóttöku vegna einkenna frá hjarta fjölgaði meðal kvenna (Guðjónsdóttir o.fl., 2012), háþrýstingur jókst meðal karla og kvenna (Asgeirsdóttir, Olafsdóttir og Ragnarsdóttir, 2014; Birgisdóttir, Jónsson og Ásgeirsdóttir, 2017) og aukin tíðni sást á fæðingum léttbura (Eiríksdóttir o.fl., 2013). Á hinn bóginn virtist efnahagshrunið ekki hafa slæm áhrif á líðan barna (Gunnlaugsson og Einarsdóttir, 2016) og hamingja virtist ekki minnka heldur jókst hún meðal unglunga (Guðmundsdóttir, 2013). Eins virtist heilsuhegðun að sumu leyti ekki versna: neysla sætinda, neysla á skyndibitammat og drykkja gosdrykkja minnkaði og reykingar og áfengisdrykkja minnkaði að sama skapi (McClure, Valdimarsdóttir, Hauksdóttir og Kawachi, 2012; Asgeirsdóttir, Corman, Noonan og Reichman, 2016).

Efniviður og Aðferðir

Markmið með rannsókn II og III var að kanna áhrif efnahagshrunsins á tíðni sjálfsskaða og sjálfsvígstilrauna annars vegar (rannsókn II) og hins vegar á tíðni sjálfsvíga á Íslandi (rannsókn III). Í rannsókn II voru notaðar upplýsingar um komur á bráðamóttöku og innlagnir á Landspítala vegna sjálfsskaða og sjálfsvígstilrauna á árunum 2003-2012 (ICD-10: X60-84, X40-49, Y10-34, T36-50, Z91.5). Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvort tíðni komu á bráðamóttöku vegna sjálfsskaða og sjálfsvígstilrauna á fjögurra ára tímabili eftir efnahagshrunið (2008-2012) hefði aukist, borið saman við árin á undan (2002-2008). Í rannsókn III var markmiðið að meta hvort tíðni sjálfsvíga hefði aukist á árunum eftir hrun samanborið við árin á undan og voru upplýsingar fengnar frá Dánarmeinskrá Embættis landlæknis um sjálfsvíg á árunum 2002-2014 (ICD-10: X60-84 og Y 84.0). Til að meta möguleg áhrif efnahags voru upplýsingar um efnahagsvísa á landsvísu fengnar frá Hagstofu Íslands, nánar tiltekið upplýsingar um atvinnuleysi, verga landsframleiðslu og viðskiptajöfnuð. Dagsetningin 6. október 2008 var notuð sem upphafsdagur efnahagshrunsins. Poisson aðhvarfsgreining var

notuð til að meta breytingu á tíðni sjálfsskaða, sjálfsvígstilrauna og sjálfsvíga eftir efnahagshrun samanborið við árin fyrir hrun.

Niðurstöður og umræður

Niðurstöður sýndu að engin breyting var á tíðni sjálfsskaða og sjálfsvígstilrauna (RR 0.95; CI 0.90–1.01) eða tíðni sjálfsvíga (RR 0.96; CI 0.67– 1.38) eftir efnahagshrun samanborið við fyrir efnahagshrun. Þessar niðurstöður eru ekki í takti við rannsóknir frá öðrum löndum þar sem hrun varð af svipaðri stærðargráðu og raunin var á Íslandi. Nokkrir þættir geta mögulega útskýrt þennan mun. Í fyrsta lagi hefur fjöldi rannsókna tengt aukið atvinnuleysi við aukna tíðni sjálfsvíga eftir efnahagshrun, en þrátt fyrir mikla aukningu á atvinnuleysi á Íslandi (frá 2,3% árið 2007 í 9% árið 2009) virðist það ekki hafa haft áhrif á sjálfsvígstíðni hérlendis. Svipaðar niðurstöður hafa áður sést í Svíþjóð og Finnlandi (Jäntti, Martikainen og Valkonen, 2000) og eru því uppi vangaeltur hvort aukið atvinnuleysi hafi minni áhrif á geðheilsu í þeim löndum þar sem velferðarkerfi er sterkt eins og við á á Íslandi (Vahid, Siddiqi og Muntaner, 2016; Lanaani, Ghosn, Jouglu og Rey, 2015). Í öðru lagi þá var víða algengt í kjölfar kreppunnar 2008 að bregðast við með samdrætti í heilbrigðisþjónustu, en rannsóknir benda nú til að það geti hafa haft slæm áhrif á heilsu og geðræna líðan einstaklinga (Stuckler, Reeves, Loopstra, Karanikolos og McKee, 2017; Karanikolos o.fl., 2013) og geti jafnvel aukið áhættu á sjálfsskaða og sjálfsvígum meðal þeirra sem eru með geðræn einkenni fyrir (Barnes o.fl., 2016; Branäs o.fl., 2015). Á Íslandi var leitast við að veita stuðning í kjölfar kreppunnar, meðal annars með stofnun Velferðarvaktarinnar sem hafði það hlutverk að fylgjast með félagslegum og fjárhagslegum afleiðingum efnahagshrunsins og leggja til aðgerðir í þágu fjölskyldna (Ólafsson, Helgason og Stefánsson, 2016). Fleiri þættir gætu hafa haft verndandi hlutverk á Íslandi. Þótt hækkun á sjálfsvígstíðni erlendis hafi aðallega sést meðal karla, hafa rannsóknir gefið til kynna að þessi hækkun sé minna áberandi í þeim löndum þar sem jafnrétti kynjanna er mikið og atvinnuþátttaka kvenna há, eins og við á um Ísland (Chen, Chen, Lui og Yip, 2017; Reeves og Stuckler, 2016). Eins getur smæð samfélagsins og eðli efnahagskreppunnar hafa skipt máli. Nán-



ast öll þjóðin varð fyrir vægu áfalli við fréttirnar 6. október 2008 og í kjölfarið getur félagsleg samheldni og tengsl hafa aukist. Aukin samstaða getur því mögulega hafa haft verndandi áhrif á geðheilsu Íslendinga.

Batnandi efnahagur

Niðurstöður gáfu til kynna að aukning var á komum á bráðamóttöku vegna sjálfsskaða og sjálfsvígstilrauna meðal karla fyrir efnahagshrun. Aukningin átti sér stað í uppsveiflu efnahags og náði hápunkti rétt fyrir efnahagshrun, í miðju góðæri (sjá mynd á bls. 22). Komum karla fækkaði að sama skapi beint eftir efnahagshrun, í tengslum við hækkun á atvinnuleysi og viðskiptajöfnuði (atvinnuleysi RR: 0.84; CI 0.76-0.93 og viðskiptajöfnuður RR:0.81; CI 0.75-0.88). Þessar niðurstöður sáust ekki meðal kvenna (Asgeirsdóttir o.fl. 2017). Erfitt er að útskýra þessa kynbundnu niðurstöðu sem er ekki í takti við erlendar rannsóknir. Efnahagssveiflur á Íslandi á þessu tímabili voru hins vegar einstakar og efnahagshrunið ekki endilega sambærilegt öðrum hrunum. Mögulega hefur mikill hraði og fjöldi aukinna vinnustunda stuttu fyrir hrun (Hagstofa Íslands, 2018) valdið aukinni vanlíðan. Aukin hætta á sjálfsskaða getur hugsanlega einnig hafa tengst aukinni neyslu vímuefna, en rannsóknir hafa meðal annars sýnt að áfengisneysla var hærri fyrir en eftir hrun (Asgeirsdóttir o.fl., 2016).

Þótt heildaraukning hafi ekki orðið á sjálfsvígum eftir efnahagshrun sýndi nánari greining að tíðni á sjálfsvígum ógiftra karla (RR 1.31; CI 1.03-1.67) og karla eldri en 65 ára (RR 2.31; CI 1.24-4.57) jókst. Þessi aukning átti sér þó stað þegar liðið var frá efnahagshruninu, á þeim tíma þegar efnahagur fór batnandi og var aukningin hjá eldri körlum tengd aukningu vergrar landsframleiðslu og auknum viðskiptajöfnuði. Ein möguleg skýring á aukinni hættu meðal ógiftra karla getur verið að ef karlar eiga erfiðara með að leita sér hjálpar vegna vanlíðunar en konur (Möller-Leimkühler, 2002) er félagslegur stuðningur og fjölskyldutengsl mikilvæg fyrir þá, enda getur hjúskaparstaða haft áhrif á líðan á erfiðum tímum (Thorsteinsdóttir o.fl, 2017). Hvað eldri karla varðar (eldri en 65 ára) þá er hugsanlegt að sá hópur sem tilheyrir þessum aldri hafi átt erfiðara með að fá atvinnu á ný, hafi þeir misst vinnuna í efnahagshruninu. Ef svo er hafa rannsóknir sýnt

að langtíma atvinnuleysi sé sérstaklega áhættusamt fyrir geðræna líðan (Nurmela o.fl, 2018). Það myndi þó ekki útskýra kynbundinn mun en sjálfsvígstíðni kvenna í þessum aldurshópi hélst óbreytt í kjölfar efnahagshrunsins.

Efnahagssveiflurnar í kringum hrunið 2008 hafa líklegast haft mjög ólík áhrif á hópa samfélagsins hér á landi eins og annars staðar í heiminum. Út frá þessum niðurstöðum má áætla að huga þurfi að geðheilsu og áhættu á sjálfsvígshæðun og sjálfsvígum í uppsveiflu efnahags jafnt sem efnahagskreppu, sér í lagi meðal karla.

Samantekt

Niðurstöður doktorsverkefnisins styðja fyrri rannsóknir sem sýnt hafa að áföll geti aukið hættu á sjálfsvígshæðun og gefa auk þess til kynna að áhrifin geti verið sterkari fyrir karla en konur. Niðurstöðurnar gefa einnig til kynna að með batnandi efnahag og aukinni vergrar landsframleiðslu geti hætta á sjálfsskaða, sjálfsvígstilraunum og sjálfsvígum aukist, sérstaklega meðal karla. Ólíkt því sem sést hefur í kjölfar efnahagshruna af þeirri stærðargráðu sem varð á Íslandi 2008 þá jókst ekki heildartíðni sjálfsskaða, sjálfsvígstilrauna og sjálfsvíga í kjölfar hrunsins. Hugsanlega hefur félagsleg samheldni og seigla í samfélaginu auk aðgerðaráætlana í sterku velferðarkerfi á Íslandi haft áhrif á þær niðurstöður.

Heimildir

- Afifi, T., Taillieu, T., Zamorski, M., Turner, S., Cheung, K., og Sareen, J. (2016). Association of Child Abuse Exposure With Suicidal Ideation, Suicide Plans, and Suicide Attempts in Military Personnel and the General Population in Canada. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 229-38.
- Asgeirsdóttir, HG., Asgeirsdóttir, TL., Nyberg, U., Thorsteinsdóttir, TK., Mogensen, B., Matthíasson, P., Lund, SH., Valdimarsdóttir, UA., Hauksdóttir, A. (2017). Suicide attempts and self-harm during a dramatic national economic transition: a population-based study in Iceland. *European Journal of Public Health*, 1;27(2), 339-345.
- Asgeirsdóttir HG, Valdimarsdóttir UA, Þorsteinsdóttir PK, Lund SH, Tomasson G, Nyberg U, Ásgeirsdóttir TL, Hauksdóttir A. (2018). The association between different traumatic life events and suicidality. *Eur J Psychotraumatol.*, 11;9(1).
- Asgeirsdóttir, T.L., Corman, H., Noonan, K., Reichman, N.E. (2016). Lifecycle effects of a recession on health behaviors: Boom, bust, and recovery in Iceland. *Economics and Human Biology*, 20, 90-107.
- Asgeirsdóttir, T.L., Olafsdóttir, T., Ragnarsdóttir, D.O. (2014). Business cycles, hypertension and cardiovascular disease: evidence from the Icelandic economic collapse. *Blood Pressure*, 23(4), 213-21. doi: 10.3109/08037051.2013.862913.
- Barnes, M.C., Gunnell, D., Davies, R., Hawton, K., Kapur, N., Potokar, J., Donovan, J.L. (2016). Understanding vulner-

- ability to self-harm in times of economic hardship and austerity: a qualitative study. *BMJ Open*, 6,2.
- Branas, C.C., Kastanaki, A.E., Michalodimitrakis, M., Twougas, J., Kranioti, E., Theodorakis, P., Carr, B.G., Wiebe, D.J. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*, 5,1.
- Birgisdóttir, K.H., Jónsson, S.H., og Ásgeirsdóttir, T.L. (2017). Economic conditions, hypertension, and cardiovascular disease: analysis of the Icelandic economic collapse. *Health Economics Review*, 7. doi: 10.1186/s13561-017-0157-3
- Chang, S.S., Stuckler, D., Yip, P., Gunnell, D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. (2013). *BMJ-British Medical Journal*, 347, 15.
- Chen, Y.Y., Chen, M., Lui, C.M., Yip, P.F. (2017). Female labour force participation and suicide rates in the world. *Society, Science & Medecine*, 195, 61-7.
- Chou, Y., Huang, N., Lee, C.H., Tsai, S.L., Tsay, J.H., Chen, L.S., og Chou, P. (2003). Suicides after the 1999 Taiwan earthquake. *Int J Epidemiol*, 32(6),1007-1014.
- Coope, C., Gunnell, D., Hollingworth, W., Hawton, K., Kapur, N., Fearn, V., Wells, C., Metcalfe, C. (2014). Suicide and the 2008 economic recession: who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001-2011. *Social, Science & Medicine*, 117, 76-85. doi: 10.1016/j.socsci-med.2014.07.024.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., og Giles, W.H. (2001) Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089-96.
- Eiríksdóttir, V.H., Ásgeirsdóttir, T.L., Bjarnadóttir, R.I., Kaestner, R., Cnattingius, S., Valdimarsdóttir, U.A. (2013). Low Birth Weight, Small for Gestational Age and Preterm Births before and after the Economic Collapse in Iceland: A Population Based Cohort Study. *PLoS One*, 8, 12. doi: 10.1371/journal.pone.0080499
- Ford, J. D., og Gomez, J. M. (2015). The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: a review. *J Trauma Dissociation*, 16(3), 232-271. doi:10.1080/15299732.2015.989563
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D.(2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23, 103-8. doi: 10.1093/eurpub/cks035.
- Guðmundsdóttir, D. (2013). The Impact of Economic Crisis on Happiness. *Social Indicators Research*. 110(3),1083-101. DOI 10.1007/s11205-011-9973-8
- Gunnlaugsson, G.E., Einarsdóttir, J. (2016). „All’s well in Iceland?” Austerity measures, labour market initiatives, and health and well-being of children. *Nordic Welfare Research*, 30-42. DOI: 10.18261/ISSN.2464-4161-2016-01-04
- Guðjónsdóttir, G.R., Kristjánsson, M., Ólafsson, Ö., Arnar, D.O., Getz, L., Sigurðsson, J.Á., Guðmundsson, S., Valdimarsdóttir, U. (2012). Immediate surge in female visits to the cardiac emergency department following the economic collapse in Iceland: an observational study. *Emergency Medicine Journal*, 29(9), 694-8. doi: 10.1136/emmermed-2011-200518
- Hagstofa Íslands (2018).. Activity rate, unemployment and labour force by quarters 2003-2015. Sótt af www.statice.is/statistics/society/labour-market/labour-force-survey/, maí 2018.
- Hauksdóttir, A., McClure, C., Jonsson, S.H., Olafsson, O., Valdimarsdóttir, U.A. (2013). Increased stress among women following an economic collapse--a prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*; 177(9), 979-88.
- Jääntti, M., Martikainen, P., Valkonen, T. (2000). When the Welfare State Works: Unemployment and Mortality in Finland. *Oxford Scholarship*.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S, Basu, S., Stuckler, D., Mackenback, J.P., McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381, 1323-31.
- Katikireddi, S.V., Niedziedz, C.L., Popham, F. (2012). Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2012-001790.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., . . . Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol*, 8,5. doi:10.1080/20008198.2017.1353383
- Laanani, M., Ghosn, W., Jouglu, E., Rey, G. (2015). Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *J Epidemiol Community Health*,69(2), 103-9.
- Li, G. (1995). The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. *Soc Sci Med*, 40, 825-828. Doi:10.1016/0277-9536(94)00135-g
- Martin, L.A., Neighbors, H.W., og Griffith, D.M. (2013). The experience of symptoms of depression in Men vs. Women analysis of the national comorbidity survey replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100-1106.
- McClure, C.(2014). Mental Health and health behavior following an economic collapse: The case of Iceland. Doktorsritgerð. Háskóli Íslands.
- McClure, C.B., Valdimarsdóttir, U.A., Hauksdóttir, A., Kawachi, I. (2012). Economic crisis and smoking behaviour: prospective cohort study in Iceland. *BMJ Open* , 2(5),7.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1),1-9. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00379-2
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187.
- Nurmela K, Mattila A, Heikkinen V, Uitti J, Ylinen A, Virtanen P. (2018). Identification of major depressive disorder among the long-term unemployed. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 53(1), 45-52. doi: 10.1007/s00127-017-1457-y.
- Ólafsson, S.H., Helgason, A., Stefánsson, K. (2016). Welfare and Nordic Crisis. Management Strategies. A comparative project. *Welfare Watch Norden*.
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Triantafyllou, K., og Tarrier, N. (2015). Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(4), 525-537. doi: 10.1007/s00127-014-0978-x
- Pompili, M., Vichi, M., Innamorati, M., Lester, D., Yang, B., De Leo, D., Girardi, P. (2014). Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health & Social Care in the Community*, 22(4), 361-7.
- Reeves A, Stuckler D. (2016). Suicidality, Economic Shocks, and Egalitarian Gender Norms. *European Sociological Review*, 32(1), 39-53.
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., . . . Nock, M.K. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS ONE*, 5, 5. doi: 10.1371/journal.pone.0010574.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. (2009) The public health effect of economic crises and alternative

- policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*; 374(9686), 315-23.
- Stuckler D, Reeves A, Loopstra R, Karanikolos M, McKee M. (2017). Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *European Journal of Public Health*; 27, 18-21.
- Thordardóttir, E. B., Valdimarsdóttir, U. A., Hansdóttir, I., Resnick, H., Shipherd, J. C., og Gudmundsdóttir, B. (2015). Posttraumatic stress and other health consequences of catastrophic avalanches: A 16-year follow-up of survivors. *J Anxiety Disord*, 32, 103-111. doi:10.1016/j.janxdis.2015.03.005
- Thorsteinsdóttir, T., Valdimarsdóttir, H., Hauksdóttir, A., Stranne, J., Wilderang, U., Haglind, E., Steineck, G. (2017). Care-related predictors for negative intrusive thoughts after prostate cancer diagnosis-data from the prospective LAPPRO trial. *Psycho-oncology*, 26(11), 1749-57.
- Tolin, D.F., og Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.
- Vahid Shahidi, F., Siddiqi, A., Muntaner, C. (2016). Does social policy moderate the impact of unemployment on health? A multilevel analysis of 23 welfare states. *European journal of public health*, 26(6), 1017-22.
- Wolfe, J., Kimerling, R., Brown, P., Chrestman, K., og Levin, K. (1997). The Life Stressor Checklist-Revised (LSC-R). National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Sótt af: www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/LSC-R.pdf

Um höfund:

Dr. Hildur Guðný Ásgeirsdóttir er sjúkráþjálfari og lýðheilsufræðingur og vinnur sem verkefnisstjóri sjálfsvígsforvarna hjá Embætti landlæknis.

Útdráttur

Streita og áföll geta leit til aukinnar hættu á sjálfsvígshegðun. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna tengsl milli áfalla á lífsleiðinni og sjálfsvígshegðunar á Íslandi (rannsókn I) og áhrif efnahagshrunsins 2008 á Íslandi á tíðni sjálfsskaða, sjálfsvígstilrauna og sjálfsvíga (rannsókn II og III).

Aðferð: Rannsókn I byggði á spurningalista úr forrannsókn Heilsusögu Íslendinga (N=1398). Tíðni áfalla var metin með „Life Stressor Checklist-Revised“ og spurt var um sjálfsvígshugsanir, sjálfsskaða og sjálfsvígstilraunir á lífsleiðinni. Í rannsókn II og III voru upplýsingar fengnar um komur á Landspítala vegna sjálfsskaða og sjálfsvígstilrauna á árunum 2003-2012, og upplýsingar um sjálfsvíg á árunum 2002-2014 voru fengnar frá Dánarmeinaskrá Embættis landlæknis. Poisson aðhvarfsgreining var notuð til að meta tengsl milli áfalla / efnahagshruns og sjálfsvígshegðunar.

Niðurstöður: Þátttakendur sem höfðu orðið fyrir áföllum voru í aukinni áhættu á sjálfsvígshegðun í samanburði við þá sem ekki höfðu orðið fyrir áföllum. Þessi tengsl voru sérstaklega sterk meðal karla, en ekki tölfraðilega marktæk meðal

kvenna. Tengsl voru milli áfalla sem fólu í sér ofbeldi og sjálfsvígshegðunar meðal karla og kvenna (RR 2.97; CI 1.67-5.67) og þegar áföll sem fólu ekki í sér ofbeldi voru metin fundust tengsl við sjálfsvígshegðun meðal karla, en ekki kvenna. Rannsóknir II og III sýndu enga breytingu á tíðni sjálfsskaða og sjálfsvígstilrauna (RR 0.95; CI 0.90-1.01) og sjálfsvíga (RR 0.96; CI 0.67- 1.38) í kjölfar efnahagshrunsins. Komur karla á Landspítala vegna sjálfsvígshegðunar náðu hápunkti stuttu fyrir efnahagshrun, í hápunkti góðæris. Sjálfsvígum ógiftra karla og karla eldri en 65 ára fjölgaði þegar líða fór frá efnahagshruni, í tengslum við batnandi efnahag.

Ályktun: Niðurstöður styðja að áföll geti aukið áhættu á sjálfsvígshegðun og gefa til kynna að áhrifin geti verið sterkari fyrir karla en konur. Þótt heildartíðni á sjálfsvígshegðun og sjálfsvígum hafi ekki aukist í kjölfar efnahagshrunsins getur áhætta á sjálfsvígshegðun og sjálfsvígum aukist með batnandi efnahag, sérstaklega meðal karla. Lykilorð: Áföll, efnahagssveiflur, sjálfsskaði, sjálfsvígstilraunir, sjálfsvíg.



VEGAN MODIR NATTURA

INDVERSKAR

PÖNNUKÖKUR

FULLELDUÐ OG FREISTANDI HOLLUSTA

ÍSLENSKT gjórid svo vel

Abstract

Stressful and traumatic life events may result in enhanced suicidal risk in vulnerable populations. The aim with this study was to explore the association between traumatic life events and suicidal behavior (Study I) and the influence of the 2008 economic collapse in Iceland on population rates of self-harm, suicide attempts (Study II), and suicides (Study III).

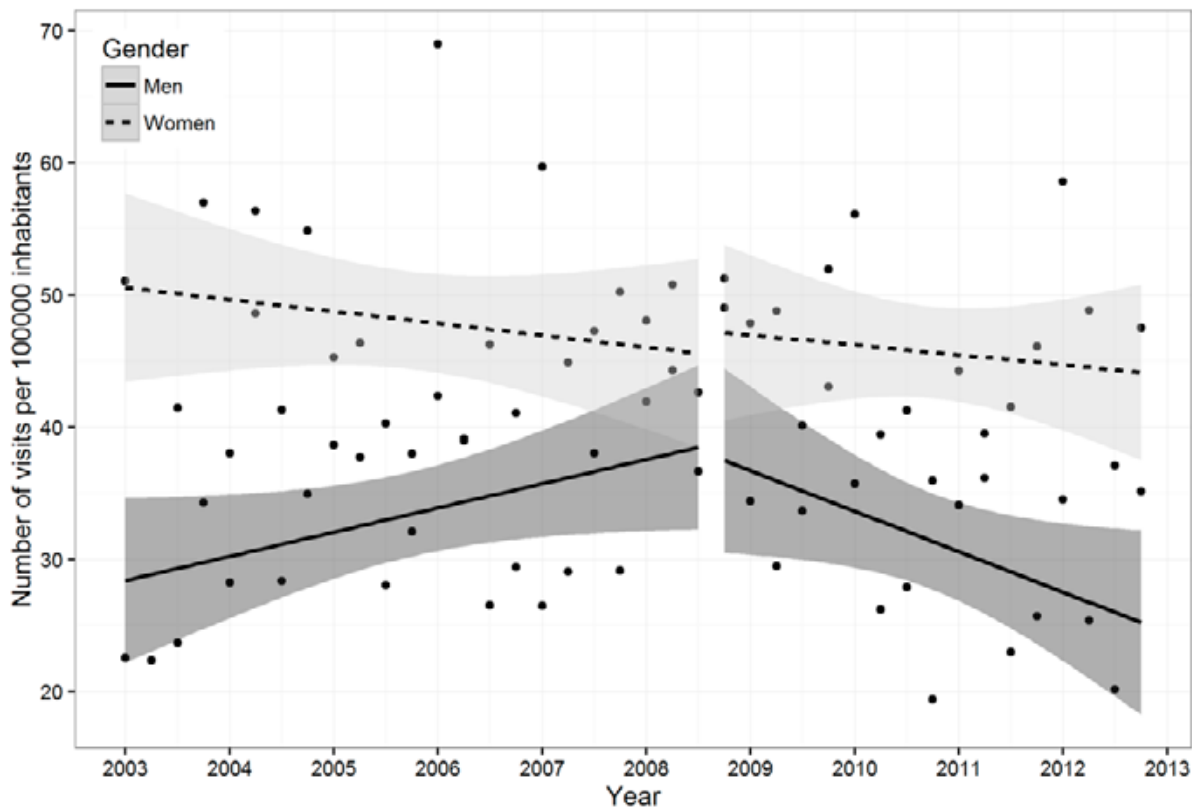
Methods: Study I was built on a pilot phase of SAGA Cohort study (N=1398). Life events were assessed with Life Stressor Checklist-Revised. Reports of lifetime suicidal thoughts, self-harm and suicide attempts were considered as lifetime suicidality. In studies II and III we used data from hospital attendances due to self-harm and suicide attempts during 2003-2012, and data on all suicides from the National Causes of Death Registry during 2002-2014. To evaluate the association between traumatic events / economic collapse and suicidal behavior we used Poisson regression and adjusted for demographic factors.

Results: An overall association was observed between having experienced traumatic life events

and suicidal behavior (RR 2.05; CI1.21-3.75), but only statistically significant for men. Interpersonal trauma was associated with suicidal behavior among both men and women (RR 2.97; CI1.67-5.67), while non-interpersonal trauma was only associated with suicidal behavior among men. No overall differences were observed in pre-to-post economic collapse rates, neither for hospital attendances (RR 0.95; CI0.90-1.01) nor suicide rates (RR 0.96, 0.67- 1.38). Indeed, hospital attendances for suicide attempts among men were highest in the economic boom. Post-collapse, we observed an increased risk of suicide among single men (RR 1.31; CI 1.03-1.67), and men older than 65 years (RR 2.31; CI1.24-4.57), in association with rising economy.

Conclusion: The findings of these studies suggest that personal trauma is associated with suicidal behavior, particularly among men. Icelandic men seem to be at increased risk for suicidal behavior during strong economy rather than during a recession.

Keywords: Traumatic life event, Economic fluctuation, Self-harm, Suicide attempt, Suicide.



Fjöldi koma á hverjum ársfjórðungi á Landspítala vegna sjálfsskaða og sjálfsvígstilrauna, á hverja 100.000 íbúa á árunum 2003-2012, eftir kyni. Hvíta lílið sýnir upphaf efnahagshrunsins, 6. október 2008.

Karen Birna Þorvaldsdóttir og Sigrún Sigurðardóttir

„Annað áfall ofan á hitt“

Reynsla íslenskra kvenna af því að kæra nauðgun

Ritrýnd grein

Inngangur

Kynferðisofbeldi er algengt lýðheilsuvandamál og brot á mannréttindum (World Health Organization, 2013). Víða um heim er slíkt ofbeldi þó sá glæpur sem sjaldnast er kærður til lögreglu (Hohl og Stanko, 2015; Larsen og Hilden, 2016; Morgan og Kena, 2017). Fjöldi erlendra rannsókna sýnir að helstu ástæður þess að kæra ekki kynferðisbrot eru skömm, lítil trú á réttarvörslukerfinu og eigin vernd frá frekara álagi og vanlíðan (Cohn, Zinzow, Resnick og Kilpatrick, 2013; Moore og Baker, 2016; Zijlstra o.fl., 2017). Virðast þær ástæður einnig endurspegla íslenskan veruleika (Hildigunnur Magnúsdóttir og Katrín Erlingsdóttir, 2007; Ríkislögreglustjóri, 2016; Svala Ísfeld Ólafsdóttir, 2017).

Þrátt fyrir að margar rannsóknir liggja fyrir um ákvörðun þolenda að kæra ekki kynferðisbrot er skortur á rannsóknum meðal þeirra sem leita réttar síns. Ef kært er tekur vanalega við langt og flókið ferli (Campbell, 2008). Rannsóknir sem til eru um reynslu kæranda kynferðisbrota sýna að hún er einkum af neikvæðum toga. Lýst er tortryggni og vantrú lögregluþjóna, skorti á upplýsingum og skilningsleysi á afleiðingum kynferðisbrota (Greeson, Campbell og Fehler-Cabral, 2016; Johnson, 2017; Steinbrenner, Shawler, Ferreira og Draucker, 2017). Svipaðar niðurstöður sýnir rannsókn Sigrúnar Júlíusdóttur (2011) meðal 24 kvenna sem kærðu nauðgun hér á landi. Konurnar lýstu því hvernig framkoma lögreglu einkenndist af lítilsvirðingu og verst fannst þeim þegar þær voru sakaðar um ósannindi eða að hafa átt hlut að máli.

Slæm reynsla af kærufarli leiðir í flestum tilfellum til streitu og sálrænnar vanlíðanar. Slíkt getur ekki aðeins haft hamlandi áhrif á vilja og getu brotþola til að taka þátt í rannsókn lögreglu



heldur er einnig skaðlegt heilsu þeirra (Campbell, 2008; Hansen o.fl., 2017). Í rannsókn Davidsson, Benjaminsson, Wijma og Swahnberg (2009) meðal 2439 kvenna kemur fram að þær konur sem urðu fyrir alvarlegu kynferðisofbeldi og leituðu réttar síns voru við verri heilsu en þær sem kærðu ekki brotið. Aðrar rannsóknir sýna svipaðar niðurstöður þar sem þolendur kynferðisofbeldis sem fóru í gegnum kærufarli virtust vera í sérstökum áhættuhópi á að fá áfallastreituröskun og þunglyndi, einkum þar sem málið var fellt niður (Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl og Barnes, 2001; Lorenz, Kirkner og Ullman, 2019; Starzynski, Ullman, Filipas og Townsend, 2005).

Þörf er á frekari rannsóknum til að öðlast dýpri þekkingu á því hvað í kærufarlinu veldur brotþolum kynferðisofbeldis frekari skaða og hvað má betur fara til þess að stuðla að velferð þeirra. Afar fáar rannsóknir hafa verið gerðar hérlendis á reynslu þeirra sem kæra kynferðisbrot og er mikilvægt að bæta þar úr. Til að efla réttarvörsluferfið með þeim hætti að mæta þörfum brotþola er nauðsynlegt að fá sýn inn í reynsluheim þeirra.

Tilgangur þeirrar rannsóknar, sem hér er kynnt, er að auka þekkingu og dýpka skilning á reynslu íslenskra kvenna af kærufarli í kjölfar nauðgunar. Rannsóknarspurningin var því eftirfarandi: Hver er reynsla íslenskra kvenna af því að kæra nauðgun?

Aðferð

Til að leita svara við rannsóknarspurningunni var notast við eigindlega rannsóknaraðferð, Vancouver-skólann í fyrirbærafræði. Um er að ræða lýsandi aðferð þar sem viðleitnin er að kanna mannlega reynslu út frá sjónarhóli þeirra sem hana hafa upplifað. Hugmyndafræðilegur grundvöllur Vancouver-skólans byggir á fyrirbærafræði, túlkunarfræði og hugsníðahyggju (Sigríður Hall-

dórsdóttir, 2000). Litið er svo á að sérhver einstaklingur sjái heiminn með sínum augum og að sýn hans mótist af fyrri reynslu og eigin túlkun á henni. Aðferðinni er ætlað að auka skilning á fyrirbærum meðal annars í því skyni að bæta þjónustu við fólk (Sigríður Halldórsdóttir, 2013) og hentaði hún því vel fyrir rannsóknina.

Eitt af meginéinkennum skólans er rannsóknarferli sem sett er fram í 12 þrepum. Yfirlit yfir ferlið og hvernig því var fylgt í þessari rannsókn má sjá í töflu 1. Í öllu rannsóknarferlinu er farið endurtekið í gegnum sjö vitræna meginþætti en þeir eru eftirfarandi: *að vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman og að sannreyna* (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Þátttakendur

Tíu íslenskar konur sem höfðu kært nauðgun til lögreglu hér á landi tóku þátt í rannsókninni. Þær voru valdar með tilgangsrúrtaki með aðstoð frá fagfólki innan réttarvörslukerfisins. Miðað var við að hálf tveggja ára lengra væri liðið frá því að kærufelnu hjá þátttakendum lauk. Í fyrirbærafræði er mælt með því að a.m.k. sex mánuðir líði frá reynslunni áður en fólk tekur þátt í rannsókn. Er það gert til þess að þátttakendur séu ekki staddir í miðri reynslu sinni og geti miðlað af henni með þeirri ígrundun sem að jafnaði kemur þegar frá líður (Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Konurnar voru allar á þrítugsaldri þegar viðtölin fóru fram en gátu verið yngri þegar þær lögðu fram kærana. Í öllum tilvikum voru mál kvennanna felld niður af ákærvaldi sökum þess að vera ekki talin nægilega líkleg til sakfellingar.

Tafla 1. Rannsóknarferli Vancouver-skólans.

Þrep í rannsóknarferlinu	Það sem var gert í þessari rannsókn
Þrep 1. Val á þátttakendum (úrtakið).	Valdar voru tíu konur með tilgangsrúrtaki. Allar bjuggu þær yfir reynslu að hafa kært nauðgun og voru tilbúnar til að deila henni.
Þrep 2. Undirbúningur hugans.	Áður en viðtöl hófust voru fyrirframgerðar hugmyndir um fyrirbærið ígrundaðar og leitast var við að setja þær til hliðar.
Þrep 3. Taka viðtöl (gagnasöfnun).	Tvö opin og óstöðluð viðtöl í formi samræðna við hverja konu, samtals 20 viðtöl. Lengd þeirra var að meðaltali 50 mínútur.
Þrep 4. Hefja gagnagreiningu. Skerpt vitund varðandi hugtök og hugmyndir.	Viðtöl voru hljóðrituð með leyfi þátttakenda og rituð orðrétt upp. Unnið var samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu.
Þrep 5. Hefja greiningu á þemum (kóðun).	Afrituðu viðtölin voru ítrekað lesin yfir og leitast var við að svara spurningunni: Hver er kjarninn í því sem konan er að segja?
Þrep 6. Greiningarlíkan fyrir reynslu hvers þátttakanda smíðað.	Rauði þráðurinn í frásögn hvernar konu fundinn. Mikilvægustu meginþemum dregin fram og raðað saman í heildarmynd.
Þrep 7. Staðfesta greiningarlíkan hvers þátttakanda með honum sjálfum.	Greiningarlíkanin voru kynnt og borin undir konurnar. Allar voru samþykkar því sem þar kom fram.
Þrep 8. Heildargreiningarlíkan smíðað (meginniðurstöður rannsóknar).	Greiningarlíkanin voru borin saman og heildargreiningarlíkan smíðað. Lokaúrvinnsla krafðist lýsingar og túlkunar rannsakenda en byggðist að öllu leyti á rannsóknargögnunum.
Þrep 9. Niðurstöður bornar saman við rannsóknargögnin (rituðu viðtölin).	Öll afrituðu viðtölin voru lesin aftur yfir og borin saman við heildargreiningarlíkanið.
Þrep 10. Yfirþema og þar með heiti rannsóknar sett fram sem lýsir fyrirbærinu.	„Annað áfall ofan á hitt“: Reynsla íslenskra kvenna af því að kæra nauðgun.
Þrep 11. Sannreyna niðurstöður með nokkrum þátttakendum.	Heildargreiningarlíkanið var borið undir helming kvennanna og þær samþykktu það.
Þrep 12. Skrifa niðurstöður með þeim hætti að raddir allra þátttakenda heyrist.	Til að tryggja þetta og þar með auka trúverðuleika rannsóknarinnar var vitnað beint í allar konurnar.

(Byggt á Sigríði Halldórsdóttur, 2013, bls. 286).



Mynd 1. Yfirlit yfir helstu niðurstöður rannsóknarinnar.

Rannsóknarskiðfræði

Áður en rannsóknin hófst var ígrundað hvernig best væri að standa að henni siðfræðilega og voru höfuðreglur í rannsóknarskiðfræði um sjálfræði, skaðleysi, velgjörð og réttlæti (Sigurður Kristinsson, 2013) hafðar að leiðarljósi. Allar konurnar fengu ítarlega kynningu á rannsókninni og veittu þær óþvingað samþykki sitt með því að skrifa undir upplýst samþykki. Til að gæta hagsmuna þátttakenda og stuðla að persónuvernd var hljóðupptökum af viðtölunum eytt um leið og afritun þeirra var lokið. Auk þess sem allt persónugreinanlegt var tekið úr afrituðu viðtölunum. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar, tilvísun: S-8548.

Niðurstöður

Meginniðurstaða rannsóknarinnar er að konurnar upplifðu það sem annað áfall að kæra nauðgunina. Allar lýstu þær kæruférlinu sem streituvaldandi og niðurbrjótandi reynslu frá upphafi til enda. Konurnar tóku flestar fram að erfitt væri að aðgreina skaðleg áhrif kæruférlisins frá áhrifum sjálfs ofbeldisins. Eitt var þó víst, að leggja fram kæru hjálpaði þeim ekki við að vinna úr upphaflega áfallinu og hafði það veruleg áhrif á líðan þeirra og heilsu.

Niðurstöðunum var skipt í fjögur meginþemu, hvert með fjögur undirþemu, eftir stigum kæruférlisins eins og þátttakendur upplifðu þau (sjá mynd 1). Ákvörðunin um að kæra var ekki létt-

væg og að taka skrefið olli þeim miklum kvíða. Ópersónulegt viðmót, nauðgunarmýtur og lítill skilningur á áföllum ýtti allt undir þolendaskömm meðal kvennanna. Á meðan rannsókn málsins stóð einkenndist erfitt kæruférlíð af óvissu, bið og skorti á stuðningi. Málalokin voru öllum konunum áfall og upplifðu þær reiði yfir óréttlætinu. Eftir kæruférlíð tók við tímabil mikillar vanlíðanar og geðrænna veikinda sem konurnar ráku til streitunnar sem fylgdi því að kæra. Allar konurnar lýstu yfir óánægju með réttarvörslukerfið og fóru þær að efast um ákvörðun sína að kæra. Þegar öllu var á botninn hvolft sáu þær ekki eftir því að hafa kært brotið en voru allar samröma um að þörf væri á breytingum í kerfinu.

Að leggja fram kærana

„Svo mikil hræðsla að taka þetta skref“

Kæruférlíð hjá konunum hófst í raun og veru áður en þær lögðu fram kærana. Engin af þeim ætlaði upphaflega að kæra nauðgunina og sagði ein þeirra: „Það er bara svo mikil hræðsla að taka þetta skref ... það var ekki séns að ég ætlaði fyrst að kæra, því ég vissi alveg að þetta væri erfitt ferli.“

Þegar konurnar lögðu fram kærana mættu þær flestar ópersónulegu viðmóti: „Þegar ég kom þarna niður á lögreglustöðina þá fannst mér það [viðmótið] mjög kalt allt saman.“ Önnur sagði: „Þeir sýndu engin merki um samúð eða neitt, bara kinkuðu kolla ... mér fannst allir samt alveg trúá mér en það var meira þetta viðhorf að brot-

ið væri ekkert það alvarlegt, eins og þau væru bara vön þessu.“ Líkt og konurnar bjuggust við reyndist skýrslutakan þeim erfið enda þörf á að lýsa brotinu ítarlega: „Síðan þurftu þeir að fá að vita hvað hann hafði gert við mig [þögn] og það var líka alveg rosalega erfitt að reyna að setja það í tímaröð ... ég var ekki að líta á klukku þegar þetta var að gerast.“ Þar upplifðu sumar viðhorf tengt nauðgunarmýtum, sem ýtti undir skömm meðal þeirra:

Ég meina þú færð spurningu um það í hverju þú varst og þá ferð þú bara að hugsa í hvaða fötum var ég? Af hverju var ég í þessu? Var ég að sýna of mikið? Var ég að bjóða upp á þetta? Eftir að hafa lagt fram kærana mættu konurnar litlum skilningi á áföllum og viðbrögðum við þeim. Í því samhengi sagði ein þeirra:

Það var ekkert beint komið fram við mig eins og þetta væri áfall, ég var alltaf í lausu lofti og verið að henda mér til og frá í hina og þessa manneskjuna sem allt í einu vissi ekkert, löggan, læknerinn, lögfræðingurinn.. og ég þurfti að fara segja aftur og aftur frá því sem gerðist.

Önnur lýsti því svo:

Ég var svo dofin og ég meina ég sýndi engar tilfinningar, fór ekkert að grenja eða neitt, sem ég reyndar þegar ég hugsa til baka að ég hefði átt að gera því fólk býst við ákveðnum viðbrögðum frá aðilum sem lenda í áfalli, það er grátur og eitthvað svona víðáttubrjálæði en ég sat bara slök.

Á meðan rannsókn málsins stóð

„Þessi óvissa, að vita aldrei neitt“

Kærufarlið einkenndist af langri bið eftir upplýsingum líkt og ein konan lýsti: „Þetta er svo mikið skýrslutakan og svo endalaus bið ... mér var líka bara sagt að gleyma þessu í allavega ár, það myndi ekkert gerast á þeim tíma, svo reyndar leið meira.“ Konurnar töluðu allar um samskiptaleyfi og að þeim hafi ekki gefist tækifæri á að spyrja þeirra spurninga sem á þeim brunnu. Ein þeirra komst svo að orði:

Þessi óvissa að vita aldrei neitt hvar málið var statt ... þér er skipaður einhver réttargæslulögmaður, ég hitti hana nú bara aldrei, eða bara einu sinni, svo bara fékk maður ekkert að vita.. því brotapolar hafa oft ekki þennan styrk að þora að hringja og spyrja, við liggjum bara heima í einhverju rugli.

Önnur sagði: „Ég fékk engar upplýsingar um það hvernig og hvert ég ætti að snúa mér til að fá upplýsingar.. það var bara ein stór þögn í kringum þetta allt.“

Allar voru þær sammála um skaðleg sálræn áhrif þess að fá ekkert að vita um afdrif kærunnar. Upplifðu þær vanmátt og hjálparleysi auk þess sem sumum fannst eins og þeirra mál væri alfarið unnið óháð þeim: „Svo rosalega mikill skortur á upplýsingum og einhvern veginn ekki eins og ég.. ég sjálf hafi verið hluti af þessu kærumáli, ég var bara til hliðar.“ Önnu sagði: „Það var svo stressandi að vera í svona mikilli óvissu ... þú átt að fá að vita eitthvað.. þetta er þín kæra, þetta er þitt mál, þetta er þitt líf.“

Skortur á stuðningi var einnig lýsandi fyrir kærufarli kvennanna: „Mér fannst allir vera bara frekar sama ... bara allir mættir í vinnuna sína frá átta til fjögur og ætluðu bara að klára þetta af, allir voru mjög faglegir og ekkert meira en það.. hlutleysið er líka svo mikið þarna.“ Þær veltu því fyrir sér hvort starfsfólk innan réttarvörslukerfisins mætti ekki samkvæmt verklagsreglum veita brotapolum stuðning. Ein konan orðaði það svo: „Þegar það er komið of mikið af reglum og of mikið af svona þá hættir fólk til að sleppa tilfinningunum sínum, það er bara í vinnunni ... stuðningurinn er betri þegar fólk sýnir bara tilfinningar.“

Málalokin

„Brotnaði algjörlega niður“

Eftir að hafa orðið fyrir áfalli í kjölfar ofbeldisins og við rannsókn málsins var niðurfellingin enn eitt áfallið. Málalokin reyndust konunum gríðarlega erfið og var lítil eftirfylgni á vegum kerfisins: „Ég meina ég var bara ónýt, ég brotnaði algjörlega niður, fékk taugaáfall ... síðan var ekkert haft samband, bara bréf og búið.“ Ein konan sagði: „Var mjög hissa, bara í sjokki, vonsvikin, sár ... mér fannst svolítið eins og það væri gert lítið úr mér með því að fella það niður.“ Önnur hafði svipaða sögu að segja: „Ég man ég sat bara drykklanga stund í rúminu, bara í þögninni ... þetta var bara svona annað áfall ofan á hitt, sem ég var ekki einu sinni búin að vinna úr.“

Þónokkrar konur lýstu undrun sinni á því hversu mikið áfall niðurfellingin var í raun og veru. Í upphafi höfðu þær ekki verið vongóðar um að réttlætinu yrði fullnægt þar sem trúin á kerfið var ekki mikil. Í kærufarlinu höfðu þær þó orðið



bjartsýnar og var hugsunin þar að baki gjarnan sú að fyrst þær væru að leggja þetta erfiða ferli á sig þá hlyti málið að fara lengra: „Ég var orðin svo bjartsýn sem gerði það að verkum að áfallið var miklu meira þegar niðurfellingin kom.“

Þegar búið var að fella málið niður upplifðu konurnar mikla reiði yfir óréttlætinu: „Af hverju var ég að láta mig þjást í alla þessa mánuði og þetta var bara niðurstaðan.. að hann myndi ekki þurfa að taka neina ábyrgð á því sem hann gerði.“ Allar konurnar höfðu orð á því að réttindi sakborninga í kerfinu virtust meiri en brotaþola: „Eins og með þessa nauðgun.. ég sagði þúsund sinnum svona var þetta en hann sagði einu sinni nei ég gerði þetta ekki og þá var bara já okei þetta gerðist ekki.“ Önnur sagði: „Þetta er bara mjög gerandavænt kerfi, svo mikið sakleysi uns sekt er sönnuð.“

Eftir kærufarlið

„Sat eftir í sárum“

Mikil vanlíðan einkenndi tímann eftir kærufarlið. Konurnar töldu kerfið hafa brugðist sér og voru sammála um skaðleg áhrif streitunnar sem fylgdi því að kæra: „Kærufarlið allt var hræðileg reynsla fyrir mig og ég upplifði það nánast sem verra en nauðgunina sjálfa ... ég fékk bókstaflega tauga-áfall útaf því eða þegar niðurfellingin kom og ég get alveg sagt að ferlið dró úr mínum bata.“ Önnur lýsti því einnig: „Mér finnst í heildina kærufarlið hafa gert mér erfiðara fyrir að komast yfir þetta, miklu erfiðara ... gerði það að verkum að ég þurfti að dröslast með þetta miklu lengur en nauðsynlegt var.“

Flestar konurnar áttu við geðræn veikindi að stríða og leituðu til sálfræðinga eftir kærufarlið:

Andlega heilsan var mjög slæm á löngu tímabili ... og kærufarlið ekkert að hjálpa til, með tímanum þróaði ég með mér félagsfærni þannig að það endaði þannig að ég fór aldrei út úr húsi ... í lokin var ég komin með alvarlegt þunglyndi og alvarlegan kvíða.

Ein þeirra sagði: „Ég fékk rosalega mikla áfallastreituröskun af eins og skýrslutökunni ... enn í dag á ég erfitt með að sjá lögreglustöðina, ég tengi svo mikið við bara að sjá stöðina þá bara verð ég alveg.. titra og skelf, rosalega mikill trigger.“

Eftir að málið var fellt niður fóru konurnar að efast um að þær hefðu tekið rétta ákvörðun um að kæra. Þeim leið eins og kærufarlið hefði verið algerlega gagnslaust sem olli þeim enn frekari vanlíðan:

Fyrsta tilfinningin var einhvern veginn að ég hefði verið að berjast í marga marga mánuði og mér fannst eins og það væri ekkert meira sem ég gæti gert, bara búið að kippa öllu undan mér og mér fannst þetta þá hafa verið svo ógeðslega tilgangslaust.

Önnur sagði:

Ég hugsa oft til baka, hvað ef ég hefði bara sleppt því að kæra? Sleppt þessu veseni, enginn hefði þurft að vita þetta og þetta hefði allt verið miklu minna vesen ... fyrir mér var þetta bara að hann hefði unnið, því hann var ekki dæmdur en ég sat eftir í sárum.

Með tímanum náðu þær þó sátt við ákvörðun sína og gátu séð tilgang í því að hafa kært brotið. Var það mikilvægt skref í átt að bætri líðan og heilsu: „Þegar ég hugsa um það í dag þá sé ég ekki eftir því þó ég sé ekki sátt með réttarkerfið, ég vil hafa þetta í kerfinu, eins og svona staðfesting að þetta hafi gerst.. frekar en að bara gleyma þessu.“ Önnur sagði:

Þó þetta sé erfitt ferli þá vil ég samt ekki að þessi mál séu þöggðu niður ... ég sé ekki eftir því að hafa kært því ég veit að það eru fleiri konur sem vildu hafa kært hann og mér finnst ég hafa verið rödd þeirra allra.

Þörf á breytingum

Konunum bar öllum saman um að þörf væri á breytingum í tengslum við kærufarlið. Ef þolendur nauðgana ættu að sjá tilgang í því að leggja fram kæru yrði kerfið að verða þolendavænna. Ein orðaði það svo: „Í ljósi þess að færstar nauðgunarkærur eru uppspuni þá finnst mér þetta ferli alveg mega vera meira brotaþolavænt.. leyfa okkur að njóta vafans, svara spurningunum okkar og vera til staðar fyrir okkur.“ Önnur sagði: „Það mætti taka betur utan um brotaþola og styðja þá, að þeir sjái stuðning og þetta sé ekki bara að þér sé hent á milli staða og ekkert meir.“ Helstu breytingar sem konurnar vildu sjá eiga sér stað eru útlistaðar í töflu 2.

Tafla 2. Tillögur þátttakenda til umbóta í réttarvörslukerfinu á Íslandi í ljósi reynslu þeirra af því að leggja fram kæru um nauðgun.

1. Bætt og meiri samskipti milli brotþola og fagfólks innan réttarvörslukerfisins með áherslu á frumkvæði þeirra síðarnefndu.
2. Aukin upplýsingagjöf um afdrif kæru.
3. Meira utanumhald og sjáanlegur stuðningur.
4. Aukin fræðsla um kæruférlíð.
5. Stöðluð vinnubrögð fagaðila innan réttarvörslukerfisins.
6. Frekara tillit tekið til áhrifa áfalla og viðbragða við þeim.
7. Skilvirkara samstarf á milli réttarvörslukerfis og heilbrigðiskerfis.
8. Styttri málsmeðferðartími.
9. Hærra hlutfall ákæra.
10. Eftirfylgni eftir að máli lýkur.

Umræða

Af niðurstöðum rannsóknarinnar má sjá að það að leggja fram kæru um nauðgun hérlendis getur verið erfitt og streituvaldandi ferli, sem getur valdið áfalli. Reynsla kvennanna af kæruférlinu var mestmegnis af neikvæðum toga og því ekki að undra að það hafði í för með sér skaðleg áhrif á geðheilsu þeirra. Niðurstöður eru í samræmi við fyrri rannsóknir þar sem kæruférlinu hefur jafnvel verið líkt við aðra nauðgun (Campbell, 2008; Johnson, 2017; Steinbrenner o.fl., 2017). Rétt er að ítreka að konurnar áttu flestar erfitt með að aðgreina skaðleg áhrif kæruférlisins frá áhrifum ofbeldisins en ljóst var að ferlið ýtti undir vanlíðan þeirra og kom í veg fyrir að þær gætu unnið úr upphaflega áfallinu, nauðguninni.

Rauði þráðurinn í reynslu kvennanna var að ekki var tekið nægilegt tillit til þess áfalls sem þær höfðu orðið fyrir. Verst fannst konunum óvissan, biðin og skortur á stuðningi. Skilningsleysi á áfallaviðbrögðum birtist einnig með skýrum hætti í skýrslutökunni en þar var ekki tekið nóg tillit til áhrifa þeirra á minnið, sem er þekkt vandamál samkvæmt erlendum rannsóknum (Campbell, Menaker og King, 2015; Maddox, Lee og Barker, 2012). Auk þess fannst þó nokkrum kvennanna þær ekki sýna þau tilfinningalegu viðbrögð sem búist var við af þeim. Það samræmist fyrri rannsóknum sem gefa til kynna að brotþolar sem sýna litlar tilfinningar mæta frekar tortryggni heldur en þeir sem eru í augljósu uppnámi (Ask, 2010; Campbell o.fl., 2015). Slíkt er varasamt í ljósi þess að taugalíffræðileg viðbrögð áfalla geta

valdið tilfinningadoða (Scott o.fl., 2015). Brýnt er að innleiða áfallamiðaða þjónustu í réttarvörslukerfið en þá er lögð áhersla á að skapa öruggt og styðjandi umhverfi sem ýtir ekki undir áfallaviðbrögð (Blease, 2017; SAMHSA, 2014). Í því samhengi er nauðsynlegt að efla þekkingu allra stétta innan réttarvörslukerfisins á áhrifum áfalla, einkenni áfallastreitu og samskipti við þá sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi.

Samkvæmt fyrri rannsóknum er vantrú af hálfu starfsmanna réttarvörslukerfisins algengt vandamál í kynferðisbrotamálum (Greeson o.fl., 2016; Johnson, 2017; Sigrún Júlíusdóttir, 2011) en það kom ekki sterkt fram meðal þátttakenda þessarar rannsóknar. Flestum konunum fannst sér vera trúað en það sem reyndist þeim erfitt var að uppgötva að málið var ekki tekið alvarlega. Framkoma sem lýsir sér eins og kynferðisbrot séu ekki tekin alvarlega er áhyggjuefni. Í tengslum við það er þó vert að nefna að rannsóknir benda til þess að lögregluþjónar upplifi gjarnan togstreitu á milli þess að mæta þörfum brotþola og að fylgja verklagsreglum varðandi rannsókn málsins (Birdsall, Kirby og McManus, 2017; Jordan, 2001). Þarfir þolenda kynferðisbrota eru margvíslegar og er ljóst að ein starfsstétt getur ekki mætt þeim öllum. Víða um heim hefur verið kallað eftir auknu samstarfi milli réttarvörslukerfis og heilbrigðiskerfis til að stuðla að heildrænni nálgun í kynferðisbrotamálum (Moylan, Lindhorst og Tajima, 2015; Shepherd og Sumner, 2017). Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að einnig sé þörf á því hérlendis.

Bætt og aukin samskipti við brotþola, líkt og konurnar í rannsókninni kalla eftir, virðist ekki aðeins geta haft jákvæð áhrif á velferð einstaklinga sem leggja fram kæru heldur einnig aukin gæði lögreglurannsókna (Birdsall o.fl., 2017; Westera, Kebell og Milne, 2016). Erlendis hefur slíkum umbótum fylgt aukið traust brotþola til lögreglu sem meðal annars getur reynst gagnlegt í skýrslutökum. Styðjandi viðmót getur hvatt brotþola til frásagna og auðveldað þeim að segja frá viðkvæmum og persónulegum atriðum varðandi ofbeldið. Leiðir það vanalega til þess að frekari upplýsingar um brotið koma fram sem er þýðingarmikið í nauðgunarmálum, þar sem oft á tíðum stendur orð á móti orði (Fisher og Geiselman, 2010; Westera o.fl., 2016).

Eftirtektarvert var að þrátt fyrir erfitt ferli og miklar efasemdir sáu konurnar ekki eftir því að hafa kært en því er öfugt farið við margar aðrar rannsóknir sem sýna að eftirsjá er algeng meðal þolenda kynferðisbrota sem kæra (Eriksson, Bergbom og Lyckhage, 2014; Marchetti, 2012; Steinbrenner o.fl., 2017). Það tók tíma en á endanum urðu konurnar sáttar með ákvörðun sína að kæra en þó ekki með kerfið sem tók á móti þeim. Það samræmist að vissu leyti niðurstöðum Marchetti (2012) þar sem fram kemur að brotaþolar sem fengu veitta geðheilbrigðisþjónustu sáu síður eftir því að kæra nauðgun, en flestar konurnar í þessari rannsókn leituðu til sálfræðings eftir kærufarlið. Það sem einnig hjálpaði konunum að sjá ekki eftir ákvörðun sinni og á sama tíma sjá tilgang með kærufarlinu var að horfa á kærana sem leið til að koma í veg fyrir þöggun kynferðisbrota og vera rödd fyrir aðra þolendur. Í því samhengi er það mat rannsækenda að hér sé tækifæri til valdeflingar meðal brotaþola kynferðisofbeldis. Ætla má að með því að koma meir til móts við þarfir brotaþola í kærufarlinu væri hægt að stuðla að eflingu þeirra, jafnvel þótt mál séu felld niður sem var raunin hjá konunum í þessari rannsókn, og því miður hjá flestum sem kæra nauðgun (Hildur Fjóra Antonsdóttir og Þorbjörg Sigríður Gunnlaugsdóttir, 2013; Hohl og Stanko, 2015; Ríkissaksóknari, 2015).

Áframhaldandi rannsóknir á því hvað í kærufarlinu er að valda brotaþolum kynferðisofbeldis frekari skaða og hvernig hægt er að koma í veg fyrir það eru nauðsynlegar. Þar er mikilvægt að kanna jafnframt reynslu kæranda nauðgana þar sem ákært er í málinu. Rödd karlmannna verður einnig að fá að heyrast í slíkum rannsóknum en talið er að fjöldi karla sem eru þolendur kynferðisofbeldis sé stórlega vanmetinn, þar sem þeir eru enn ólíklegri en konur til að kæra slík brot (Javaid, 2017; McLean, 2013).

Takmarkanir og styrkleikar rannsókna

Niðurstöður rannsóknarinnar byggjast á frásögn tíu kvenna af sinni reynslu af kærufarli eftir nauðgun. Geta og vilji þátttakenda til að tjá sig getur haft áhrif á niðurstöðurnar auk þess sem ljóst er að raddir þeirra sem ekki treystu sér að taka þátt heyrast ekki. Hugsanleg takmörkun er einsleitt úrtak en aðeins var rætt við ungar konur og þar sem málið var felld niður. Þess ber þó að geta að

sá hópur er lýsandi fyrir kærendum nauðgana á Íslandi (Hildur Fjóra Antonsdóttir og Þorbjörg Sigríður Gunnlaugsdóttir, 2013). Varast ber að alhæfa um niðurstöðurnar og yfirfæra þær á alla sem hafa kært nauðgun hér á landi, tilgangur rannsóknarinnar var ekki ætlaður því. Þrátt fyrir takmarkanir veita niðurstöðurnar mikilvægar upplýsingar um reynslu þolenda nauðgana af kærufarli hérlendis og geta þær haft mikla þýðingu fyrir fagfólk starfandi á þessum vettvangi. Árið 2016 skipaði þáverandi innanríkisráðherra samráðshóp fagfólks til að setja fram tillögur um aðgerðir sem stuðla að réttlátri og vandaðri málsmeðferð í kynferðisbrotamálum (Dómsmálaráðuneytið, 2017). Er rannsókn þessi þýðingarmikið innlegg í vaxandi umræðu um bættu meðferð kynferðisbrota, og veitir hún nauðsynlega sýn brotaþola.

Lokaorð

Enn virðist vera langt í land að réttarvörslukerfið hér á landi teljist brotaþolavænt, líkt og konurnar í rannsókninni orða það. Byggja þarf upp kerfi sem getur átt hlut í bataferli þolenda nauðgana og stutt þá í úrvinnslu þess áfalls sem slíkt ofbeldi er. Með þeim hætti gæti það að leggja fram kærnu verið valdeflandi fyrir brotaþola í stað þess að vinna gegn bata þeirra. Til að ná því markmiði er mikilvægt að innleiða áfallamiðaða þjónustu í réttarvörslukerfið og auka samstarf við heilbrigðiskerfið. Telja má líklegt að með slíkum breytingum muni kærnum kynferðisbrota fjölga sem er ein leið í áttina að upprætingu þess útbreidda vanda sem kynferðisofbeldi er.

Heimildaskrá

- Ask, K. (2010). A survey of police officers' and prosecutors' beliefs about crime victim behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(6), 1132-1149. doi:10.1177/0886260509340535
- Birdsall, N., Kirby, S. og McManus, M. (2017). Police-victim engagement in building a victim empowerment approach to intimate partner violence cases. *Police Practice and Research*, 18(1), 75-86. doi:10.1080/15614263.2016.1230061
- Blease, K. A. B. (2017). As the world becomes trauma-informed, work to do. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 131-138. doi:10.1080/15299732.2017.1253401
- Campbell, B. A., Menaker, T. A. og King, W. R. (2015). The determination of victim credibility by adult and juvenile sexual assault investigators. *Journal of Criminal Justice*, 43(1), 29-39. doi:10.1016/j.jcrimjus.2014.12.001
- Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Psychologist*, 63(8), 702-717. doi:10.1037/0003-066X.63.8.702
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T. og Barnes, H. E. (2001). Preventing the „second rape“: Rape sur-

- vivor's experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(12), 1239-1259. doi:10.1177/088626001016012002
- Cohn, A. M., Zinzow, H. M., Resnick, H. S. og Kilpatrick, D. G. (2013). Correlates of reasons for not reporting rape to police: Results from a national telephone household probability sample of women with forcible or drug-or-alcohol facilitated/incapacitated rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(3), 455-473. doi:10.1177/0886260512455515
- Davidsson, J., Benjaminsson, G., Wijma, B. og Swahnberg, K. (2009). Association between experiencing rape, police reporting, and self-reported health among women visiting three gynecology clinics in Sweden. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 88(9), 1000-1005. doi:10.1080/00016340903147397
- Dómsmálaráðuneytið. (2017). *Um meðferð kynferðisbrota innan réttarvörslukerfisins - Tillögur um aðgerðir 2018-2022*. Reykjavík: Höfundur.
- Eriksson, D. P., Bergbom, I. og Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, 1-7. doi:10.3402/qhw.v9.23166
- Fisher, R. P. og Geiselman, R. E. (2010). The cognitive interview method of conducting police interviews: Eliciting extensive information and promoting therapeutic jurisprudence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(5-6), 321-328. doi:10.1016/j.ijlp.2010.09.004
- Greeson, M. R., Campbell, R. og Fehler-Cabrall, G. (2016). „Nobody deserves this“: Adolescent sexual assault victims' perceptions. *Journal of Community Psychology*, 44(1), 90-110. doi:10.1002/jcop.21744
- Hansen, N. B., Hansen, M., Nielsen, L. H., Bramsen, R. H., Elklit, A. og Campbell, R. (2017). Rape crimes: Are victims' acute psychological distress and perceived social support associated with police case decision and victim willingness to participate in the investigation? *Violence Against Women*, 24(6), 684-696. doi:10.1177/1077801217710002
- Hildigunnur Magnúsdóttir og Katrín Erlingsdóttir. (2007). Íslenskir kynferðisbrotamenn: Greining út frá svörum brotþola. *Tímarit félagsráðgjafa*, 2, 15-24.
- Hildur Fjóra Antonisdóttir og Þorbjörg Sigríður Gunnlaugsdóttir. (2013). *Tilkynntar nauðganir til lögreglu á árunum 2008 og 2009: Um afbrotið nauðgun, sakborning, brotþola og málsmeðferð*. Reykjavík: EDDA – öndvegissetur.
- Hohl, K. og Stanko, E. A. (2015). Complaints of rape and the criminal justice system: Fresh evidence on the attrition problem in England and Wales. *European Journal of Criminology*, 12(3), 324-341. doi:10.1177/1477370815571949
- Javaid, A. (2017). Giving a voice to the voiceless: Police responses to male rape. *Policing: A Journal of Policy and Practice*, 11(2), 146-156. doi:10.1093/polic/paw035
- Johnson, H. (2017). Why doesn't she just report it? Apprehensions and contradictions for women who report sexual violence to the police. *Canadian Journal of Women and the Law*, 29(1), 36-59. doi:10.3138/cjwl.29.1.36
- Jordan, J. (2001). Worlds apart? Women, rape and the police reporting process. *British Journal of Criminology*, 41(4), 679-706. doi:10.1093/bjc/41.4.679
- Larsen, M. og Hilden, M. (2016). Male victims of sexual assault; 10 years' experience from a Danish assault center. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 43, 8-11. doi:10.1016/j.jflm.2016.06.007
- Lorenz, K., Kirkner, A. og Ullman, S. E. (2019). A qualitative study of sexual assault survivors' post-assault legal system experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(3), 263-287. doi:10.1080/15299732.2019.1592643
- Maddox, L., Lee, D. og Barker, C. (2012). The impact of psychological consequences of rape on rape case attrition: The police perspective. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 27(1), 33-44. doi:10.1007/s11896-011-9092-0
- Marchetti, C. A. (2012). Regret and police reporting among individuals who have experienced sexual assault. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(1), 32-39. doi:10.1177/1078390311431889
- McLean, I. A. (2013). The male victim of sexual assault. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 39-46. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.08.006
- Moore, B. M. og Baker, T. (2016). An exploratory examination of college students' likelihood of reporting sexual assault to police and university officials: Results of a self-report survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(22), 3419-3438. doi:10.1177/0886260516632357
- Morgan, R. E. og Kena, G. (2017). *Criminal victimization, 2016*. USA: The Bureau of Justice Statistics.
- Moylan, C. A., Lindhorst, T. og Tajima, E. A. (2015). Sexual assault response teams (SARTs): Mapping a research agenda that incorporates an organizational perspective. *Violence Against Women*, 21(4), 516-534. doi:10.1177/1077801215569607
- Ríkislögreglustjórnin. (2016). *Reynsla landsmanna af afbrotum á undangengnu ári og viðhorf til lögreglu 2015*. Reykjavík: Höfundur.
- Ríkissaksóknari. (2015). *Tölfræði ákærvaldsins*. Reykjavík: Höfundur.
- SAMHSA. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Rockville: Höfundur.
- Scott, J. C., Matt, G. E., Wrocklage, K. M., Crnich, C., Jordan, J., Southwick, S. M., . . . Schweinsburg, B. C. (2015). A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 141(1), 105-140. doi:10.1037/a0038039
- Shepherd, J. P. og Sumner, S. A. (2017). Policing and public health-strategies for collaboration. *Journal of the American Medical Association*, 317(15), 1525-1526. doi:10.1001/jama.2017.1854
- Sigríður Halldórsdóttir. (2000). The Vancouver school of doing phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstjóri), *Qualitative research methods in the service of health* (bls. 4781). Svíþjóð: Studentlitteratur.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281-297). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigrún Júlíusdóttir. (2011). *Nauðgun - tilfinningaleg og félagsleg hremming*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Sigurður Kristinsson. (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 71-88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Starzynski, L. L., Ullman, S. E., Filipas, H. H. og Townsend, S. M. (2005). Correlates of women's sexual assault disclosure to informal and formal support sources. *Violence and Victims*, 20(4), 417-432. doi:10.1891/vivi.2005.20.4.417
- Steinbrenner, S. Y., Shawler, C., Ferreira, S. og Draucker, C. (2017). The lived experience of help-seeking by south african women after sexual assault. *Health Care for Women International*, 38(5), 425-438. doi:10.1080/07399332.2017.1290097
- Svala Ísfield Ólafsdóttir. (2017). *Nauðgun unglingsstúlkna: Ákvörðun um að kæra*. Í Guðrún Gauksdóttir, Hafsteinn Þór Hauksson, Heimir Örn Herbertsson, Hörður Felix Harðarson og Katrín Helga Hallgrímsdóttir (ritstjórar), *Afmælisrit: Jón Steinar Gunnlaugsson sjötugur, 27. september 2017* (bls 363-388). Reykjavík: Bókaútgáfan Codex.
- Westera, N. J., Keibell, M. R. og Milne, B. (2016). Want a better criminal justice response to rape? Improve police interviews with complainants and suspects. *Violence Against Women*, 22(14), 1748-1769. doi:10.1177/1077801216631439
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health*



effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: Höfundur.

Zijlstra, E., Esselink, G., Moors, M. L., LoFoWong, S., Hutschemaekers, G. og Lagro-Janssen, A. (2017). Vulnerability and revictimization: Victim characteristics in a Dutch assault center. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 52, 199-207. doi:10.1016/j.jflm.2017.08.003

Um höfunda:

Karen Birna Þorvaldsdóttir er BA í sálfræði, MSc í heilbrigðisvísindum og doktorsnemi við Háskólann á Akureyri.

Dr. Sigrún Sigurðardóttir er hjúkrunarfræðingur og dósent við Háskólann á Akureyri.

Útdráttur

Víða um heim er kynferðisofbeldi sá glæpur sem sjaldnast er kærður til lögreglu. Fyrri rannsóknir benda til þess að þolendur nauðgana sem leita réttar síns eru við verri geðheilsu en þeir sem kæra ekki brotið. Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða reynslu kvenna af því að kæra nauðgun á Íslandi. Rannsóknaraðferðin var Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði sem ætlað er að auka þekkingu og dýpka skilning á tilteknum fyrirbærum í því skyni að bæta þjónustu við fólk. Þátttakendur voru tíu íslenskar konur sem höfðu kært nauðgun til lögreglu hér á landi. Í öllum tilvikum var málið fellt niður af ákærvaldi sökum þess að vera ekki nægilega líklegt til sakfellingar. Tekin voru tvö viðtöl við hvern þátttakanda, samtals 20 viðtöl. Meginniðurstaða rannsóknarinnar var að þátttakendur upplifðu það sem annað áfall að kæra nauðgunina. Konurnar lýstu kæruférlinu sem streituvaldandi og niðurbrjótandi reynslu sem hafði skaðleg áhrif á geðheilbrigði þeirra. Niðurstöðunum var skipt í fjögur meginþemu eftir stigum ferlisins eins og þær upplifðu þau: 1) „Svo mikil hræðsla að taka þetta skref“ 2) „Þessi óvissa, að vita aldrei neitt“ 3) „Brotnaði algjörlega niður“ 4) „Sat eftir í sárum“. Þrátt fyrir málalokin náðu konurnar á endanum að sjá tilgang með því að hafa kært brotið, sem var mikilvægt skref í átt að bættri líðan og heilsu. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að þörfum brotþola kynferðisofbeldis sé ekki nægilega vel mætt í réttarvörslukerfinu hérlendis. Byggja þarf upp kerfi sem getur átt hlut í bataferli þolenda nauðgana og stutt þá í úrvinnslu þess áfalls sem slíkt ofbeldi er. Með þeim hætti gæti það að leggja fram kæru verið valdeflandi fyrir brotþola í stað þess að vinna gegn bata þeirra. Til að ná því

markmiði er mikilvægt að innleiða áfallamiðaða þjónustu í réttarvörslukerfið og auka samstarf við heilbrigðiskerfið.

Lykilorð: Kynferðisbrot, réttarvörslukerfi, áfall, geðheilbrigði, fyrirbærafræði.

Abstract

Sexual violence is seriously underreported in many countries. Findings from prior research indicate that victims of rape who seek their rights experience worse mental health than those who do not report the violence. The aim of this study was to increase knowledge and deepen the understanding of rape survivors' lived-experiences with the criminal justice system (CJS) in Iceland. The research methodology was the Vancouver school of doing phenomenology. Participants were ten Icelandic women who reported a rape to the police. In all cases, the prosecution authority decided not to charge the suspect due to lack of sufficient evidence. Two interviews were conducted with every participant, a total of 20 interviews. The main finding is that reporting the rape was like adding trauma on top of trauma for the women. They described the reporting process as a stressful and degrading experience that had a harmful impact on their mental health. Four main themes were identified regarding participants' experiences: 1) "So afraid to take the step" 2) "The uncertainty, never knowing anything" 3) "Completely fell apart" 4) "Left me hurt". Despite the case being dropped, the women eventually managed to see the purpose of reporting the rape, which was an important step toward improved mental health and well-being. The results indicate that the needs of victims of sexual violence are not adequately met in the CJS in Iceland. It is necessary to build a system that can empower survivors and help facilitate their recovery instead of preventing it. To achieve this goal, it is important to implement a trauma-informed approach to the CJS and to enhance collaboration with the health care system.

Keywords: Sexual assault, criminal justice system, trauma, mental health, phenomenology.

Æðruleysi - viðbrögð sjúklinga við þvingunaraðgerðum

Ritrýnd grein

Inngangur

Þvingunaraðgerðir eru algengar á geðspítulum um allan heim (Gowda, Lepping, Noorthoorn, Ali, Raveesh, og Gowda, 2018; Hustoft, Brönnick, Johannessen, og Ruud, 2018; Laila, Mahkota, Krianto, og Shivalli, 2018; Oster, Gerace, Thomson, og Muir-Cochrane, 2016). Helstu þvingunaraðgerðirnar eru nauðungarvistun, nauðungarlyfjagjöf, setja sjúkling í innlokun og halda honum kyrrum með handafli eða tækjum eins og beltum og ólum (Hoffmann, Hausleiter, Illes, Jendreyshak, Diehl, Emons, Armgart, Schramm, og Juckel, 2017; Jackson, Baker, og Berzins, 2018; Reitan, Helvik, og Iversen, 2018).

Vuckovich og Artinian (2005) skilgreina þvingun sem athöfn þar sem manneskja er þvinguð af aðila sem hefur til þess lagalegt leyfi að gera eitthvað sem er gegn vilja hennar.

Erlendar rannsóknir sýna að fjöldi inniliggjandi sjúklinga sem beittir eru þvingunaraðgerð af einhverri gerð er frá 1,7% - 78,2% (Andersen, Nordentoft, og Benros, 2017; Hustoft o.fl., 2018; Kaltiala-Heino, Korkeila, Tuohimäki, Tuori, og Lehtinen, 2000; Tilman, Martin, Baur, Bohnet, Goebel, Hermelink, Kronstorfer, Kuster, Martinez-Funk, Roser, Schwink, og Voigtländer, 2007).

Upplifuð nauðung (e. *perceived coercion*) er skynjun sjúklings á að hann sé undir þrýstingi um að hefja eða halda áfram meðferð (Opsal, Kristensen, Vederhus, og Clausen, 2016). Þrýstingur um að hefja meðferð getur bæði komið að utan og innan. Í fyrra tilviki er t.d. átt við fjölskyldu, vini, vinnustað o.s.frv. Í síðara tilvikinu er átt við þrýsting sem sjúklingurinn setur sjálfur á sig, t.d. að hann skammist sín fyrir hvernig komið sé fyrir honum, að fara í meðferð sé neyðarúr-ræði og síðasta vonin fyrir sig, hann er orðinn þreyttur á afleiðingum neyslu o.s.frv. Í rannsókn



í Noregi kom í ljós að bæði sjúklingar sem komu sjálfviljugir og nauðungarvistaðir í fíkniefnameðferð upplifðu þvingun. Þeir sem komu sjálfviljugir voru meira undir innri þrýstingi en þeir sem komu nauðungarvistaðir. Yfirleitt tekst að mynda betra meðferðarsamband og meðferðin tekur skemmri tíma þegar sjúklingar leggjast inn sjálfviljugir (Opsal o.fl., 2016).

Hjúkrunarfræðingar eru almennt sammála um að þvingunaraðgerð eins og nauðungarlyfjagjöf skuli aðeins framkvæmd í neyð. Þar ræður mestu alvarleiki sjúkdómsins, þjáning sjúklingsins og hættan sem fylgt getur sjúkdómsástandinu og um leið mikilvægi öryggis fyrir sjúklinginn (Vuckovich og Artinian, 2005). Þó þvingunaraðgerðir séu taldar óhjákvæmilegar í vissum tilvikum að mati heilbrigðisstétta er mikilvægt að þekkja viðhorf þeirra sem eru beittir þeim í viðleitni til að draga úr þeim og að framkvæma þær á þann hátt að talist geti fagleg vinnubrögð. Sjúklingar sem eru lagðir inn gegn eigin vilja þurfa ekki endilega að vera ósáttir við að þiggja meðferð en eru kannski ósáttir með meðferðina sem þeir fá. Þeir vilja kannski frekar viðtalsmeðferð en lyfjameðferð eða aðra lyfjameðferð en þeim er boðin. Þá getur nauðungarvistun verið ásættanleg fyrir sjúklinga í vissum tilvikum eins og ef þeir eru húsnæðislausir eða eru á flóttu frá öðrum aðilum sem þeir hræðast. Frelsisskerðingin er þó alltaf erfiðust fyrir sjúklingana að sætta sig við og reglur deilda sem þarf að fara eftir. Ójöfn valdbeiting á milli starfsfólks og sjúklinga er eitthvað sem sjúklingar finna fyrir eins og í vali á meðferð og lyfjum (Norvoll og Pedersen, 2016).

Viðhorf sjúklinga sem hefur verið haldið kyrrum með handafli eða beltum og ólum (e. *manual* eða *mechanical restraint*) eða aðstandenda þeirra til þvingunaraðgerða eru oft neikvæð. Þeim finnst



Tafla 1. Frá minnstri til mestrar þvingunar (Elmer, Rabenschlaga, Schorib, Zuabonic, Kozeld, Jaegere, Mahlkef, Heumannf, Theodoridouh, og Jaeger, 2018)

Engin þvingun	Sjúklingur fer í helgarleyfi. Hjúkrunarfræðingur segir: "Þér er velkomið að koma fyrr úr leyfi ef þér líður ekki vel".
Að sannfæra (<i>e.persuasion/conviction</i>)	Sjúklingur neitar að koma reglulega á göngudeild. Læknirinn segir: "Ef þú kemur reglulega á göngudeildina getur þú komið í veg fyrir að nauðungarvistun og að veikjast aftur".
Að semja (<i>e.leverage</i>)	Íbúi í sambýli er beðinn um að samþykkja eftirfarandi og skrifa undir: "Meðferð á göngudeild er forsenda fyrir búseturétti".
Hótun (<i>e.threat</i>)	Læknir segir við mjög spennan og æstan sjúkling: "Vinsamlegast taktu þetta lyf annars verðum við að sprauta þig".
Mesta þvingun	Sjúklingur neitar að leggjast inn á geðdeild vegna veikinda sinna. Lögreglan er kölluð til og hann fluttur á geðdeild gegn vilja sínum.

þær vera niðurlægjandi, vera brot á mannréttindum, meiðandi, vinna gegn bata og vera vitnisburður um lélega meðferðarvinnu eins og skort á samkennd, valdbeitingu, forræðishyggju o.fl. Andrúmsloft á deild, léleg húsakynni, ófullnægjandi aðstæður fyrir sjúklinga og undirmannaðar deildir geta einnig haft slæm áhrif á meðferðina og meðferðarsamband sjúklínga við starfsfólk (Brophy, Roper, Hamilton, Tellez, og McSherry, 2016). Í sænskri rannsókn var rætt við sjúklinga til að kanna reynslu þeirra af umhyggju sem þeim var veitt. Í stuttu máli mátu þeir mest ef samskipti við starfsfólkið voru ánægjuleg og ef starfsfólkið var til staðar fyrir þá. Þó svo að fyrir þeim væri ákveðið öryggi að geta leitað sér hjálpar á deildunum fundu þeir stundum fyrir fordómum starfsfólks og oft var eins og tíminn færi í að bíða þegar lítið var um að vera á deildinni (Mollin, Graneheim, og Lindgren, 2016).

Þvingunaraðgerðum hefur verið skipt upp í skala frá engri þvingun til mestrar þvingunar (tafla 1). Talið er að eftir því sem þvingunin er minni því minna sé hún íþyngjandi fyrir sjúklinginn, meðferðarsamband á milli sjúklingsins og starfsfólks verði betra og meðferð taki styttri tíma.

Á undanförunum árum hafa upplýsingar komið fram hjá sjúklingum um hvernig þeir upplifa þvingunaraðgerðir og hvernig samkvæmt þeirra skoðunum megi draga úr þeim. Helstu kvartanir þeirra eru að þvingunaraðgerðir séu of harðneskjulegar og þær séu beittar í refsingarskyni (Mayers, Keet, Winkler, og Flisher, 2016). Bent hefur verið á að með aukinni samvinnu sjúklínga og starfsfólks mætti hafa sjúklinga með í ráðum til að þvingunaraðgerðir væru sem minnst íþyngj-

andi fyrir þá (Hallett, Huber, Sicsmith, og Dickens, 2016; Mayers o. fl., 2016). Hagsmunasamtök sjúklínga hafa látið í ljós skoðun sína á þvingunaraðgerðum. Í greinagerð sem MIND (2013) hagsmunasamtök fyrir sjúklinga í Bretlandi gerði er gagnrýnt hversu oft sjúklingum er haldið kyrrum gegn eigin vilja. Gefið er til kynna að við ákveðnar aðstæður og í ákveðnu ástandi geti sjúklingar sýnt ofbeldi. Þá sé mikilvægt að byrja alltaf á að nota vægustu aðferðir til að róa sjúklinga, eins og með því að tala við þá, en að halda þeim kyrrum með handafla skuli ávalt vera neyðarúrræði. Einnig eru nefnd dæmi þar sem þvingunaraðgerðir voru greinilega misnotaðar og ollu slysum. Auknar rannsóknir á þvingunaraðgerðum og vitneskja hafa því leitt til að víða um heim hafa geðdeildir leitað leiða til að draga úr þvingunaraðgerðum ekki síst í ljósi þess hversu íþyngjandi og alvarlegar þær geta verið (Isobel og Edwards, 2016; Ross, Champell, Dyer, 2014; Terkelsen og Larsen, 2016). Wynn (2006) telur að fjögur grundvallaratriði skipti máli varðandi þvingunaraðgerðir á geðdeildum. Sjálfstæði sjúklings (*e. autonomy*) þýðir í þessu sambandi að starfsfólk beri virðingu fyrir frelsi og óskum sjúklings eins og kostur er, ábyrgð (*e. responsibility*) á við að starfsfólk hafi hagsmuni sjúklingsins að leiðarljósi, varkárni (*e. carefulness*) þýðir að forðast eigi meðferð sem getur verið hættuleg fyrir sjúklinginn og réttlæti (*e. justice*) á við að öllum sjúklingum sé veitt meðferð af sömu gæðum.

Markmið rannsóknarinnar er að fá skoðanir sjúklínga á geðdeildum Landspítalanum sem voru beittir þvingunaraðgerðum um hversu mikla nauðung þeir upplifðu á meðan þeir dvöldu á geð-

deildum og hvernig og hvort þeir telji að hægt sé að draga úr þeim eða útrýma.

Aðferð

Í rannsókninni var stuðst við aðferðafræði grundaðrar kenningar en samkvæmt hugmyndum Glaser (2014) tengist aðferðafræði grundaðrar kenningar engri ákveðinni hugmyndafræði og því er hægt að nota hvaða rannsóknargögn sem er sem nýttast til að uppgötva og setja fram kenningu. Grunduð kenning byggist á hugtakasmíði sem útskýrir úrlausn á því helsta sem þátttakendur láta sig varða (e. *main concern*). Hugtökin vísa til hins augljósa og óljósa (e. *latent*) sem gögnin gefa til kynna. Um þægingdaúrtak var að ræða.

Gagnagreining skiptist í efnislega (e. *substantive*) kóðun og kenningarlega (e. *theoretical*) kóðun. Í efnislegri kóðun var meginhugtak greint (e. *core category*). Annars vegar fór þar fram opin (e. *open*) kóðun þar sem spurt var hvaða gögn væri verið að rannsaka, hvaða hugtök eða eiginleika hugtaka textinn gæfi til kynna og hvað hefði raunverulega átt sér stað eftir því sem fram kom í gögnunum. Hins vegar fór fram sértæk (e. *selective*) kóðun þegar meginhugtak var komið fram og takmarkaðist við önnur hugtök og munstur sem tengdust meginhugtakinu. Í efnislegri kóðun voru hugtök úr öllum viðtölum, sem fram höfðu komið, borin saman áður en næsta viðtal fór fram eins og aðferðafræði grundaðrar kenningar gerir ráð fyrir. Í kenningarlegri kóðun kom í ljós hvernig hugtök sem fram komu í efnislegri kóðun tengdust hvert öðru sem tilgátur (Christiansen, 2014).

Kenning sem byggist á aðferðafræði grundaðrar kenningar er hvorki rétt né röng. Hún þarf að uppfylla fjórar viðmiðanir. Hugtök og kóðar verða að birtast úr rannsóknargögnunum (e. *fit*). Hún þarf að útskýra og túlka atferli sem fram kemur í efnislegri kóðun (e. *workability*). Hún þarf að sýna vel hvað þátttakendur láta sig helst varða og hvernig leyst er úr því (e. *relevance*). Og að lokum þarf hún að geta breyst ef nýjar upplýsingar koma síðar fram, t.d. með nýrri rannsókn. (e. *modifiability*) (Glaser, 2014).

Leyfi fyrir rannsókninni fengust hjá framkvæmdastjóra lækninga Landspítalans, framkvæmdastjóra geðsviðs Landspítalans og síðanefnd Landspítalans. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar. Í upplýstu samþykki þátttakenda

var tekið fram að ef viðtölin væru íþyngjandi fyrir þá og kölluðu fram erfiðar hugsanir og tilfinningar byðist þeim viðtal við sálfræðing þeim að kostnaðarlausu. Þátttakendur rannsóknarinnar dvöldu ekki á sömu deildum og rannsakandi starfar.

Viðtöl voru við 9 karlkyns sjúklinga sem höfðu verið beittir þvingunaraðgerð af einherju tagi á meðan þeir dvöldu á geðsdeild. Þegar rannsóknin var kynnt fyrir þeim var þeim gert grein fyrir að engin skylda væri að taka þátt og það hefði engin áhrif á meðferð þeirra að hafna þátttöku. Enginn þátttakenda hafði verið í meðferð hjá rannsakanda.

Viðtölin fóru fram þegar bataferlið var langt komið og stutt í útskrift. Þau fóru öll fram á deildinni sem þeir dvöldu á. Viðtölin tóku 15- 45 mínútur, voru hljóðrituð og upprituð til greiningar.

Þátttakendur voru beðnir um að lýsa því þegar þeir voru beittir þvingunaraðgerðum þar sem fram kemur m.a. hver hefði verið ástæðan fyrir þeim, hvernig þeim leið á undan þvingunaraðgerðunum, á meðan þær stóðu yfir og eftir að þeim lauk, hvort hefði verið hægt að koma í veg fyrir þær og þá hvernig, hvort þvingunaraðgerðirnar hefðu verið gagnlegar fyrir þá o. s. frv. Að auki var spurt um hvernig upplifun það er að dvelja á lokaðri geðdeild, hvort og hvernig hægt sé að draga úr þvingunaraðgerðum almennt á geðdeildum og hvað skipti mestu máli þegar þvingunaraðgerðum er beitt. Aðrar spurningar fylgdu í samræmi við þróun viðtalsins og innihald þess.

Niðurstöður

Að sýna æðruleysi

Þátttakendur rannsóknarinnar áttu mislangan dvalartíma á geðdeild að baki en flestir höfðu dvalið þar í nokkra vikur eða mánuði. Það sem þeir létu sig mest varða var skerðing á sjálfsákvæðanarétti þeirra við nauðungarvistun. Þó sjúklingarnir hefðu verið beittir ólíkum þvingunaraðgerðum á deildunum í mismiklu mæli var það nauðungarvistunin sem stóð mest í þeim. Þeir álitu að þó svo þeir hefðu notað rétt sinn til að kæra úrskurð um nauðungarvistun fyrir dómstólum væri búið að ákveða dóminn, honum yrði ekki breytt og lækarnir hefðu algjöra yfirburðastöðu gagnvart dómstólum. Æðruleysi var það sem einkenndi hugarástand þátttakenda á þeim tíma og þeim stað sem þeir voru staddir á þegar



rannsóknin fór fram. Þeir gerðu sér grein fyrir að í því sem komið var urðu þeir að þrauka þar til að útskrift kæmi og sætta sig við aðstæður sínar. Meðferðinni yrði ekki breytt á meðan á dvöl þeirra stæði en eftir útskrift opnuðust ný tækifæri fyrir þá. Það sem þeir sættu sig við og gátu ekki breytt eða sáu ekki ástæðu til að breyta var: að hafa engin völd, skortur á trausti og að bíða og þrauka. Það sem þeir sáu að þeir gætu breytt væri meiri stjórn á eigin lífi eftir útskrift. Þessi atriði verða útskýrð nánar hér að neðan.

Að hafa engin völd

Viðmælendurnir voru komnir í þá stöðu að vera nauðungarvistaðir og því varð ekki breytt, þrátt fyrir viðleitni þeirra til að kæra úrskurð um nauðunagvistun ina til dómstóla. Þegar dómarmar höfnuðu kæru þeirra gátu þeir ekkert gert. Það sýndi að skoðun og röksemdir lækna réðu öllu en þeirra engu. Það væri í raun búið að ákveða niðurstöðu dómsins um kærana áður en hann væri kærður:

„Ég spurði lögfræðinginn hverjar væru líkurnar á að svona mál leysist ef maður kærir þau. „Það eru níttíu og níu prósent líkur á að þau fari eftir læknum““.

Einn viðmælendi sagðist gera sér grein fyrir að lækna sem nauðungarvistuðu sjúklinga færu eftir leiðbeiningum frá kerfinu og áttu við lög landsins. Það væri því ekki eingöngu við þá að sakast heldur kerfið sem slíkt og þess vegna væri valdaleysi þeirra algert. Það tæki því varla að kæra úrskurð um nauðungarvistun.

Flestum af viðmælendum fannst nauðungarvistunin óþarfi og ósanngjörn og í flestum tilvikum hefði meðferð getað farið fram utan spítalans ef hennar var þörf á annað borð. Allir viðmælendur töldu að þegar þeir voru spurðir hvort þeir teldu að hægt væri að útrýma eða draga úr þvingunaraðgerðum á geðdeildum að svo væri ekki og nefndu dæmi um sjúklinga sem þeir hefðu dvalið með og sýnt hegðun sem réttlætti þvingum. Flestir töldu hins vegar að ekki hefði verið nauðsynlegt að beita þá sjálfa þvingunaraðgerðum þar með talið nauðungarvistun. Í þeim tilvikum sem þeir voru beittir öðrum þvingunaraðgerðum en nauðungarvistun gerðu þeir lítið úr því og ræddu það ekki sérstaklega.

„Ef að náttúrulega, sko, sá sem að á að þvinga er alveg þversum og... og... og tekur engum rökum, sko, þá er náttúrulega ósköp lítið annað gert – hægt að gera – en að beita valdi, sko“.

Skortur á trausti

Áberandi var hversu lítið traust viðmælendur báru til lækna. Þrátt fyrir margra vikna dvöl á geðdeild hafði þessum aðilum ekki tekist að mynda traust á milli sín. Þátttakendur upplifðu að lækarnir væru á móti þeim og hefðu jafnvel blekk þá til að koma í viðtal á göngudeild til að nauðungarvista þá þegar þangað var komið. Á tali flestra viðmælenda var að skilja að ekki væri nokkur grundvöllur til að mynda traust á milli þeirra og lækna þeirra:

„Mér finnst bara...Fékk það vibe frá læknum að, þú veist...Það eru alveg til sækópata sem sækja í stöður... Það eru alveg til gáfaðir sækæopatar sem sækja í stöður til þess að hafa vald yfir fólki. Og ég fékk þannig vibe frá læknum að hann væri bara einhver sækópati sem naut þess að hafa völd yfir fólki, sko. En svo hitti ég annan lækni og þá fékk ég ekkert þannig vibe, sko. En hann fór bara eftir því sem hinn lækni sagði, sko“ .

Allir voru hins vegar ánægðir með annað starfsfólk á deildunum:

„Starfsfólkið var mjög gott. Það er mjög fært... Þau eru til fyrirmyndar niðri, sko. Ef eitthvað kom upp að þá er bara strax gripuð inn í“

Að þrauka

Viðmælendur sögðust að úr því sem komið væri þyrftu þeir að sýna þolinmæði, fara eftir reglum til að vera ekki beittir frekari þvingunaraðgerðum og bíða þar til tími þeirra á deildinni rynni út og þeir yrðu frjálsir ferða sinna. Viðmælendum fannst yfirleitt lítið vera um að vera á deildunum en það hjálpaði til að hafa föst atriði í meðferðaráætluninni til að láta tímann líða. Sumir reyndu að sofa sem mest og láta tímann þannig líða.

„Nei, nei, situr ekkert í mér, maður, því að, sko, maður hefur bara... Maður hefur bara lært það, sko, að... Ja, allavega, svona með tímanum hefur maður lært það að þegar þetta er komið þangað, sko, þá bara er sterkara að

vera með, sko, aðra hugsun. Er betra að líða vel eða illa? Er betra að vera jákvæður eða neikvæður, skilurðu? Og velja bara jákvæðu hliðina, skilurðu? Að það er ekkert hægt að gera í þessu, sko. Bara búið og gert. Þetta er kvitterað. Og þá er ekki til neins að vera í baksýnispeglinum með það. Þá er bara að reyna að gera sitt besta úr því, sko, en standa samt...standa fast á sínu, sko”.

Það sem viðmælendur sáu að þeir gætu breytt væri meiri stjórn á eigin lífi eftir útskrift.

Að stjórná sér sjálfir

Nokkrir viðmælendur sögðust ekki ætla að fylgja ráðleggingum lækna um meðferð, eins og lyfjameðferð, eftir útskrift. Lyfin sem þeir væru núna á ættu ekki við þá og þeir notuðu aðrar aðferðir til að takast á við erfiðleika.

„Ég ætla ekki að taka lyfin nema ég sé þvingaður til þess. Þau gera mann þreyttan og getulausan”.

Einn viðmælenda sagðist ætla að fylgja meðferðinni og átti við lyfjameðferðinni sem meðferðarteymið setti upp þó í hjarta sínu væri hann ósammála henni: *„...maður reynir svona að tala við...minnka þessa lyfjaneyslu alla. Það kemur í ljós hvort það heppnast eða heppnast ekki”.*

Umræður

Takmarkanir rannsóknarinnar helgast fyrst og fremst af því hversu fáir þátttakanedur voru svo ekki er hægt að alhæfa út frá niðurstöðum hennar. Það breytir þó því ekki að að allir voru þeir samstíga í flestum skoðunum sínum. Þá gæti það haft áhrif á niðurstöðurnar að aðeins var talað við karlmenn. Rannsakandi leitaði til hjúkrunarfræðinga á deildunum eftir sjúklingum sem þeir töldu hæfa og færa um að taka þátt í rannsókninni og í öllum tilvikum voru það karlar.

Í rannsókninni kom fram að nauðungarvistun var það sem viðmælendur létu sig mest varða. Þeir töluðu nánast ekkert um aðrar þvingunaraðgerðir sem þeir voru beittir eins og nauðungarlyfjagjöf og að vera lokaður inni á deild eða á takmörkuðu svæði á deildinni. Í þeirri stöðu sem þeir voru í þegar rætt var við þá blásti ekkert annað við þeim en að sýna æðruleysi og bíða eftir að þeir útskrifuðust. Þó í hjarta sínu væru þeir ósáttir við nauðungarvistunina gátu þeir ekkert

gert annað en að taka einn dag í einu og hafa eitthvað fyrir stafni til að tíminn liði þó ekki væri annað en að reyna að sofa sem mest.

Með aukinni þekkingu er starfsfólk geðdeilda meðvitaðra um að þvingunaraðgerðir geta haft neikvæð áhrif, sérstaklega neikvæð sálræn áhrif, á sjúklinginn. Viðleitni og þekking til að draga úr notkun þeirra hefur vaxið og þar með vitneskja um hvernig framkvæma á þær á þann hátt að þær dragi úr neikvæðum áhrifum á sjúklinga og starfsfólk (Isobel og Edwards, 2016). Sumir gagnrýna þvingunaraðgerðir eins og nauðungarinnlögn, nauðungarlyfjagjöf, að halda sjúklingi kyrrum með afli og innlokun, og segja að þær séu ekkert annað en ofbeldi. En þó þeir telji að þvingunaraðgerðir séu ofbeldi taka þeir oftast fram að í vissum tilvikum geti þær verið nauðsynlegar til að tryggja öryggi sjúklinganna og annarra svo framarlega sem þeim sé aðeins beitt sem neyðarúrræði. Þetta gæti hljómað mótsagnakennt því ef þessar aðgerðir eru ígildi ofbeldis er gefið til kynna að ofbeldi sé réttlæt看legt í einhverjum tilvikum (Norvoll og Pedersen, 2016; Ross o. fl., 2014). Viðmælendur í þessari rannsókn töldu að ekki væri hægt að útrýma þvingunaraðgerðum, þar með talið nauðungarvistun, eftir að hafa orðið vitni að hegðun annarra sjúklunga sem starfsfólkið brást við með þvingunaraðgerðum þó þeir teldu að óþarfi hefði verið að nauðungarvista þá sjálfa.

Traust á milli sjúklunga og meðferðaraðila er mikilvæg í allri meðferðarvinnu. Flestir viðmælendur báru læknum sem stóðu að nauðungarvistun þeirra eða sinntu þeim í innlögn ekki góða söguna. Þeim fannst þeir hafa verið nauðungarvistaðir að ósekju og stundum á afar ósanngjarnan hátt, t.d. boðaðir í viðtal og nauðungarvistaðir á staðnum. Læknir er í afar erfiðri stöðu þegar hann metur sjúkling vegna beiðnar um nauðungarvistun eða ákveður aðra þvingunaraðgerð. Varla verður sagt að um léttvæga ákvörðun sé að ræða. Honum ber að fara eftir lögum til heilla fyrir sjúklinginn en veit um leið að sama aðgerð getur haft íþyngjandi áhrif á sjúklinginn og skaðað meðferðarsambandið við hann. Báðir aðilar hafa öndverða skoðun á þvingunaraðgerð en gætu virst hafa sama markmið, t.d. þegar hinn nauðungarvistaði gagnrýnir lækninn fyrir að svipta sig sjálfræði getur læknirinn sagt á móti að tilgangur nauðungarvistunarinnar sé fyrst og fremst að tryggja honum sjálfræði þegar hann



útskrifast (Prinsen og van Delden, 2009). Það sýnir sig hins vegar að eftir því sem lengra líður frá þvingunaraðgerðinni finnst fleirum sjúklingum sem voru beittir þeim þær hafa verið réttlætunarlegar en þó ekki öllum (Katsakou og Priebe, 2006).

Hvað sem segja má um þetta er að mínu áliti mikilvægt að læknar þrói með sér og safni saman þekkingu um þvingunaraðgerðir eins og nauðungarvistun sem þeir koma að til að draga úr nauðsyn á þeim og til að milda áhrif þeirra (Lay, Kawohl, og Rössler, 2017; Aguilera-Serrano o. fl., 2018).

Fræðsla um sjúkdóminn og meðferð hans og áætlum sem gerð er í samvinnu við starfsfólk, einstaklings sem dvelur á á geðdeild, fjölskyldu o. fl. um hvernig bregaðst eigi við ef hann veikist aftur virðast geta dregið úr nauðungarvistun þó enn vanti fleiri rannsóknir sem sýna ótvírætt gildi þess (Lay, Kawohl, , og Rössler, 2017). Í yfirlitsgrein þar sem 34 rannsóknir voru greindar kom fram að þættir sem hafa áhrif á hversu mikið sjúklingur upplifir nauðung á geðdeild eru upplýsingaflæðið til þeirra, samskipti við starfsfólk og færni starfsfólks til samskipta. Vistlegt umhverfi, virðing og stuðningur frá starfsfólkinu dregur úr nauðung. Þá getur úrvinnsla með sjúklingum eftir þvingunaraðgerð mildað upplifaða nauðung. Þættir hjá sjúklingum sem valda því að þeir upplifa nauðung eru t.d. lítið innsæi, ungur aldur, léleg lyfjameðferðarhaldni og fíkniefnotkun (Aguilera-Serrano, Guzman-Parra, García-Sanchez, Moreno-Küstner, og Mayoral-Cleries, 2018).

Það var sláandi hversu vonlausir viðmælendur voru um að kæra þvingunaraðgerðar yrðu þeim í hag. Sumir viðmælenda sögðust hafa hætt við að kæra því þeir vissu fyrirfram að skoðun læknisins fyrir dómstólum vægi þyngra en þeirra. Valdaleyssið sem sjúklingar í slíkri stöðu eru getur kallað fram kvíða og hræðslu og aukið þannig á vanlíðanina (Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard, og Houncegaard, 2017).

Allir þátttakendur horfðu til þess tíma þegar að útskrift kæmi. Þá fengju þeir frelsi sitt aftur og hugðust sumir þeirra ætla lifa lífinu án afskipta heilbrigðisstarfsfólks. Í því fólst m.a. að hætta að taka lyf sem þeim voru gefin á deildunum. Það getur auðvitað haft í för með sér að sjúklingar

þurfi að leggjast inn aftur á geðdeild ef veikindin blossa aftur upp (Aguilera-Serrano, o.fl., 2018).

Allir viðmælendur sögðust vera hæst ánægðir með annað starfsfólk en læknana á deildunum. Það breytir þó ekki því annað starfsfólk geðdeilda þurfa að halda áfram að afla sér reynslu og þekkingar um hvernig eigi að meðhöndla sjúklingum sem beittir eru þvingunaraðgerðum.. Það er nauðsynlegt að starfsfólk ræði málefnalega um siðferðileg álitamál þvingunaraðgerða. Slíkar umræður eiga að hafa að markmiði að læra af þeim og auka þekkingu sem nýtist í framtíðinni. Abama og félagar segja að málefnaleg umræða einkenni starfsfólk sem starfar af fagmennsku (Abama, Widdershoven, Fredericks, van Hooren, van Wijmen, og Curfs, 2008).

Heimildir

- Abama, T. I., Widdershoven, A. M., Fredericks, B. J. M., van Hooren, R. H., van Wijmen, F., og Curfs, P. L. M. G. (2008). Dialogical Nursing Ethics: The Quality of Freedom Restrictions. *Nursing Ethics*, 15(6), 789-802. Doi: 10.1177/096973-3008095387.
- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., García-Sanchez, Moreno-Küstner, B., og Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 129-144. Doi: 10.1177/0706743717738491.
- Andersen, P. K., Nordentoft, M., og Benros, M.E. (2017). Risk factors of coercion among psychiatric inpatients: a nationwide register-based cohort study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 52, 979-987. DOI 10.1007/s00127-017-1363-3.
- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J. og McSherry, B. M. (2016). Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus group. *International Journal of Mental Systems*, 10(6), 1-10. Doi.10.1186/s13033-016-0038-x.
- Christiansen, O. (2014). A simpler understanding of classic GT: How it is a fundamental different methodology. Í (ritstj.), Barney G. Glaser, *Choosing classic grounded theory. A grounded theory reader of expert advice* (fyrsta prentun) (bls. 73-108). Sociology Press, Mill Valley.
- Elmer, T., Rabenschlaga, F., Schorib, D., Zuabonic, G., Kozeld, B., Jaegere, S., Mahlkef, C., Heumannf, K., Theodoridouh, A., og Jaeger, M. (2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research* 262, 400-406. www.doi.org/10.1016/j.psychres. 2017.09.014.
- Glaser, B.G. (2014). *Choosing classic grounded theory. A grounded theory reader of expert advice* (fyrsta prentun). Sociology Press, Mill Valley, Kaliforníu.
- Gowda G. S, Lepping, P, Noorthoorn, E. O., Ali S. F, Kumar, C. N. ,Raveesh, B. N., og Math, S. B. (2018). Restraint prevalence and perceived coercion among psychiatric inpatients from South India: A prospective study. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 10-16. doi. org/10.1016/j.ajp.2018.05.024.

- Hallett, N., Huber, J. W., Sicsmith, J. og Dickens, G. L. (2016). Care planning for aggression management in a specialist secure mental health service: An audit of user involvement. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 507-515. Doi: 10.1111/inm.12238.
- Hoffmann, K., Haussleiter, I. S., Illes, F., Jendreyshak, J., Diehl, A., Emons, B., Armgart, C., Schramm, A and Juckel, G. (2017). Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups. *Annals of General Psychiatry*, 16(3), 2-9. Doi: 10.1186/s12991-016-0125-z.
- Hustoft, K., Larsen, T. K., Brønnick, K., Joa, I., Johannessen, J. O., og Ruud, T. (2018). Voluntary or involuntary acute psychiatric hospitalisation in Norway: A 24 hours follow up. *International Journal of Law and Psychiatry*, 56, 27-34. www.doi.org/10.1016/j.jilp.2017.10.011.
- Isobel, S. og Edwards, C. (2016). Using trauma informed care as a nursing model of care in an acute inpatient mental health unit: A practice development process. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 88-94. Doi: 10.1111/inm.-12236.
- Jackson, H., Baker, J. og Berzins, K. (2018). What factors influence the decisions of mental health professionals to release service users from seclusion? *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 1618-1633. Doi: 10.1111/inm.12502.
- Katsakou, C. og Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission - a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 232-241. Doi: 10.1111/j.1600-0444.2006.00823.x
- Kaltiala-Heino, R., Korkeila, J., Tuohimäki, C., Tuori, T. og Lehtinen, V. (2000). Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, 15, 213-219.
- Laila, N. H., Mahkota, R., Krianto, T. og Shivalli, S. (2018). Perceptions about *pasung* (physical restraint and confinement) of schizophrenia patients: A qualitative study among family members and other key stakeholders in Bogor Regence, West Java Province, Indonesia 2017. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(35), 1-7. www.doi.org/10.1186/s13033-018-0216-0.
- Lay, B., Kawohl, W., og Rössler, W. (2018). Outcomes of a psycho-education and monitoring programme to prevent compulsory admission to psychiatric inpatient care: A randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 48, 849-860. Doi: 10.1017/S0033291717002239.
- Mayers, P. Keet, N., Winkler, G. og Flisher, A. J. (2016). Mental health service users' perceptions and experience of sedation, seclusion and restraint. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(1), 60-73.
- MIND (2013). Mental health crisis care: physical restraint in crisis. *A report on physical restraint in hospital settings in England, June 2013*. Sótt á mind.org.uk/crisiscare.
- Mollin, J., Graneheim, U. H. og Lindgren, B - M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care - patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. Sótt á www.doi.org/10.3402/qhw.v11.29897
- Norvoll, R. og Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science and Medicine*, 156, 204-211. www.dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033.
- Opsal, A., Kristensen, Ö., Vederhus, J. K., og Clausen, T. (2016). Perceived coercion to enter treatment among involuntary and voluntary admitted patients with substance use problems. *BMC Health Service Research*, 16(656), 1-10. Doi: 10.1186/s12913-016-1906-4.
- Oster, C., Gerace, A., Thomson, D. og Muir-Cochrane, E. (2016). Seclusion and restraint use in adult inpatient mental health care: An Australian perspective. *Collegian*, 23, 183-190. www.dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2015.03.006.
- Prinsen, E. J. D. og van Delden, J. J. M. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35, 69-73. Doi: 10.1136/jme.2007.022780.
- Reitan, S. K., Helvik, A - S, og Iversen, V. (2018). Use of mechanical restraint and pharmacological restraint over an eight period and its relational factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71, 24-30. Doi: 10.1080/08039488.2017.137854.
- Ross, D., Campell, J., Dyer, A. (2014). Fostering trauma-free mental health workplace cultures and reducing seclusion and restraint. *Social Alternatives*, 33(3), 37-45.
- Terkelsen, T. B., og Larsen, I. B. (2016). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nursing Ethics*, 23(3), 308-317. Doi: 10.1177/0969733014564104.
- Tilman, S., Martin, V., Baur, M., Bohnet, U., Goebel, R., Hermelink, G., Kronstorfer, R., Kuster, W., Martinez-Funk, B., Roser, M., Schwink, A., og Voigtländer, W. (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 42, 140-145. Doi: 10.1007/s00127-006-0137-0.
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., og Houncegaard, L. (2017). *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 24, 681-698. Doi: 10.1111/jpm.12410.
- Vuckovich, P. K. og Artinian, B. M. (2005). Justifying Coercion. *Nursing Ethics*, 12(4), 370-380. Doi: 10.1191/0969733005ne802oa.
- Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry and Clinical*, 10(4), 247-251. Doi: 10.1080/136551500600650026.

Um höfund

Jón Snorrason er sérfræðingur í geðhjúkrun á geðsviði LSH

Útdráttur

Rannsóknir hafa sýnt að þvingunaraðgerðir geta verið íþyngjandi og erfiðar fyrir sjúklinga og starfsfólk geðdeilda. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna viðhorf sjúklinga sem höfðu verið beittir þvingunaraðgerðum.

Aðferð

Rannsóknaraðferðin var byggð á grundaðri kenningu. Tekin voru viðtöl við 9 einstaklinga sem höfðu verið beittir þvingunaraðgerðum. Þátttakendur voru allir karlmenn sem dvöldu á geðdeildum Landspítalans.

Niðurstöður

Viðmælendur rannsóknarinnar létu sig nauðungarvistun sem þeir höfðu verið beittir mest varða. Í þeirri stöðu og þeim stað þar sem þeir voru staddir þegar rannsóknin fór fram tóku þeir aðstæðum sínum með æðruleysi. Það sem þeir töldu sig ekki geta breytt var ójöfn staða varðandi ákvörðun um þvingunaraðgerð, skortur á trausti til lækna og



ekki væri annað í stöðunni en að þrúka og fylgja meðferð þar til dvalartíma lyki. Það sem þeir sáu að þeir gætu breytt væri meiri stjórn á eigin lífi eftir útskrift.

Ályktanir

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að nauðungarvístun er sú þvingunaraðgerð sem er mest íþyngjandi fyrir sjúklinga. Mikilvægt er að starfsfólk geðdeilda haldi áfram að leita leiða til að draga úr beitingu þvingunaraðgerða á geðdeildum.

Lykilorð

Þvingunaraðgerðir, æðruleysi, grunduð kenning.

Abstract

Background and aim: Research has shown that coercive measures can be traumatic and a difficult experience for patients. The aim of the study is to explore the patients' perspectives of their coercion.

Method: Grounded theory methodology was used. Nine male individuals who were admitted to psychiatric units in Landspítali university hospital in Reykjavík were interviewed.

Results: The main concern of the participants was their involuntary admission. They took the situation they were in with stoicism. During the hospitalisation the patients had to endure their stay and accept their uneven position in decision making regarding involuntary admission in comparison with doctors' authority. Also they had to accept the lack of trust towards doctors. After discharge they would have more control of their life.

Conclusion: The results of the research show that involuntary admission was the most burdensome coercive measure for the participants. It is important that psychiatric staff continue to look for ways to reduce the use of coercive measures in psychiatric units.

Key words: Coercion, stoicism and grounded theory.

HENTAR VEL Í HÁDEGINU!

GILDIR ALLA DAGA FRÁ 11–16 EF ÞÚ SÆKIR

HÁDEGISTILBOÐ 1

- Lítil pizza af matseðli
- Brauðstangir (lítill skammtur)
- Sósa að eigin vali

1.290 KR.

HÁDEGISTILBOÐ 2

- Miðstærð af matseðli
- 0,5 lítra gos

1.590 KR.

DOMINOS.IS | DOMINO'S APP | 58 12345

Pistill formanns Geðverndarfélagsins 2020

Erindi flutt á hátíðarfundum í tilefni sjötíu ára afmælis Geðverndarfélags Íslands þann 23. janúar 2020

Það er mér mikill heiður að fá tækifæri til að standa hér í kvöld í tilefni sjötíu ára afmælis Geðverndarfélags Íslands og líta yfir farinn veg. Þegar saga félagsins er skoðuð sér maður glöggst að þar hefur jafnan farið hugsjónafólk sem með framsýni og dugnaði hefur náð að móta stefnu í þágu geðheilbrigðismála í takt við ríkjandi tíðaranda. Hugmyndin að stofnun Geðverndarfélags Íslands varð að veruleika í kjölfar fundar í Læknafélagi Reykjavíkur í lok árs 1949. Kosin var fimm manna undirbúningsnefnd sem lagði drög að stefnu félagsins og þann 17. Janúar árið 1950 var félagið formlega stofnað, lög þess samþykkt og kosin stjórn. Stjórn félagsins hefur allt frá stofnun þess verið skipuð fagfólki sem lætur sig geðheilbrigðismál varða og félagið af þrautseigju staðið vaktina og marg oft lyft grettistaki í þágu geðheilbrigðismála. Starfsemi félagsins óx jafnt og þétt fiskur um hrygg og upp úr 1960 var farið að huga að útgáfu tímarits og afla fjár til einstakra verkefna. Ráðinn var framkvæmdastjóri og síðar félagsráðgjafi og félagið varð eitt að stofnfélögum Öryrkjabandalags Íslands. Stofnun félagsins var drifin áfram af fólki sem bjó yfir metnaðarfullri hugsun sem samanstóð af ósk um bættan aðbúnað geðsjúkra, viðhorfi almennings til fólks með geðsjúkdóma og mikilvægi þess að stunda rannsóknir á þessu sviði geðheilbrigðismála og af því tilefni er rétt að geta þess að undir verndarvæng og í umsjá Geðverndarfélagsins eru reknir tveir minningarsjóðir, Minningarsjóður Kjartans B. Kjartanssonar læknis sem hugðist sérhæfa sig í geðlæknisfræði en lést langt um aldur fram árið 1966 og Minningarsjóður Ólafíu Jónsdóttur sem barðist sem aðstandandi, ötullega fyrir bættum



kjörum fólks með geðraskanir allt til dauðadags. Kjartanssjóður veitir styrki til náms og Ólafíusjóður til rannsókna.

Það sem einkennir uppvöxt og fullorðinsár afmælisbarnsins er að það hefur alla tíð reynt að vera í farabroddi fyrir nýja hugsun og verkefni þess jafnan verið lituð þörfinni á hverjum tíma innan samfélagsins. Stjórn félagsins hefur lagt metnað í að hrinda af stað brýnum verkefnum og oftast en ekki sýnt mikla framsýni í þeim efnum. Félagið lagði framan af ríka áherslu á endurhæfingu og styrkti bæði faglega og með beinum fjárframlögum starfsemi á því sviði. Félagið lagði á sínum tíma til húseignir við Reykjalund með það fyrir augum að unnt væri að tryggja geðræna endurhæfingu og rak auk þess um árabíl áfangahemili fyrir sjö íbúa með áherslu á endurhæfingu og samfélagsleglega þátttöku. Í dag er löngu viðurkennt að þeir sem glíma við geðsjúkdóma fái markvissa endurhæfingu og ekki lengur þörf á að tryggja hana með sérstökum aðgerðum. Félagið átti líka og rak til skamms tíma fasteignir þar sem rekin voru vernduð heimili sem voru ætluð fólki með geðsjúkdóma. Markmiðið með rekstrinum var að skapa tækifæri til sjálfstæðrar búsetu með stuðningi sem jafnan var veittur af fagfólki á geðdeildum Landspítala. Þessi heimili skiptu sköpum fyrir fólk sem var að útskrifast af geðdeildum og var að fóta sig utan veggja stofnana. Það má segja margar sólskinssögur af því hvernig þessi búsetuúrræði breyttu lífi fólks til hins betra og þrátt fyrir að úrræði sem þessi séu í dag börn síns tíma þá urðu þau mörgum til bjargar og höfðu í mörgum tilfellum úrslita áhrif á batahorfur. Fyrir nokkrum árum urðu viss vatnaskil í rekstri félagsins þegar ákveðið var að félagið losaði sig út úr rekstri þessara heimila. Sú ákvörðun var tekin með það fyrir augum að markmiðum félagsins



Stjórn Geðverndarfélag Íslands. F.v. Anna María Jónsdóttir, Sigurður Páll Pálsson, Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir, Jón Ólafur Ólafsson, Arnbjörg Guðmundsdóttir, Gunnlaug Thorlacius og Víðir Arnar Kristjánsson.

hefði verið náð, sveitarfélögin höfðu þá tekið við og voru farin að rækja skyldur sínar í búsetumálum fatlaðra. Stjórn félagsins taldi hlutverki sínu á þessu sviði lokið enda ekki á færri félags á borð við Geðverndarfélag Íslands að tryggja velferð og veita faglega þjónustu í sértækum búsetuúræðum. Við lokun heimilanna var lögð áhersla á að það bitnaði sem minnst á hag þeirra sem þar bjuggu og í samvinnu við Velferðarsvið Reykjavíkur voru þau leyst upp í þeirri mynd sem þau höfðu verið rekin og réttindi íbúa tryggð innan velferðarkerfisins.

Innan Geðverndarfélag Íslands hefur alla tíð verið lögð áhersla á að geðsjúkdómar séu ekki einkamál þess sem veikist. Undanfarin ár hefur félagið í auknum mæli beint sjónum að úrræðum sem hægt er að beita til að bæta hag allra í fjölskyldunni þegar upp koma veikindi og má í því samhengi benda á Fjölskyldubrúna. Fjölskyldubrúin er gagnreynd aðferð sem miðar að því að veita sérhæfðan stuðning við fjölskyldur og hjálpa þeim að tala um sjúkdóma og áhrif þeirra á daglegt líf. Þessi aðferð hefur gagnast vel í vinnu með börnum sem eiga foreldra sem glíma við alvarlega sjúkdóma, hvort sem þeir eru andlegir eða líkamlegir. Félagið hefur talað fyrir

úrræðinu og við mótun stefnu og aðgerðaráætlun í geðheilbrigðismálum fyrir árin 2016-2020 var lagt upp með að Fjölskyldubrúin yrði innleidd innan velferðarþjónustu með það fyrir augum að draga úr hættu á að geðheilsuvandi flytjist milli kynslóða og styðja börn fólks með geðraskanir í samræmi við aldur þeirra og þroska. Þrátt fyrir að markmiðum stefnunnar hafi ekki verið náð hvað þetta varðar er það von stjórnar GÍ að með tímanum verði stuðningur við fjölskyldur sjálfsagður hluti af allri meðferð. Til þess að svo megi verða þarf að binda slíka þjónustu í lög og hefur félagið um tíma lagt áherslu á að stjórnvöld endurskoði löggjöf um rétt barna sem aðstandenda til samræmis við það sem gerist á öðrum Norðurlöndum. Slík löggjöf leit loks dagsins ljós á vorþingi 2019 þegar m.a. voru sett ákvæði í lög um leik-, grunn- og framhaldsskóla, lög um réttindi sjúklunga og lög um heilbrigðisstarfsmenn þar sem undirstrikað er mikilvægi þess að koma auga á börn sem eiga veika foreldra og sjá til þess að þeim sé veitt meðferð miðað við aldur þeirra og þroska. Þetta leggur skyldur á herðar allra sem starfs síns vegna verða þess áskynja að barni líði vegna veikinda foreldra sinna.

Geðsjúkdómar valda ekki einungis vanlíðan og skertri samfélagslegri þátttöku. Þeir geta beinlínis verið lífshættulegir. Á meðan miklar framfari hafa orðið innan læknisfræðinnar, sífellt fleiri lyf eru sett á markað og meðferðarnálgunum fjölga hefur sjálfsvígum lítið sem ekkert fækkað. Einn af mikilvægustu vaxtarsprotum geðlækisfræðinnar hlýtur því að vera fólgin í því að sinna forvörnum og reyna að koma í veg fyrir að fólk veikist. Geðsjúkdómar eru jú flókið samspil umhverfis og erfða og stundum er ekki hægt að koma í veg fyrir að þeir taki sig upp en það er hins vegar ljóst að það eru til staðar áhættuþættir sem geta valdið því að fólk veikist og þar liggja tækifæri til forvarna.

Við búum við sífellt flóknari samfélagsmynd þar sem áreitum fjölga og kröfur til einstaklingsins aukast og kannski ýtir það undir vanmátt þeirra sem af einhverjum orsökum geta ekki hlaupið eins hratt og heldast þar af leiðandi úr lestinni. En sem betur fer hefur orðið talsverð breyting á högum þeirra sem greinast með geðsjúkdóma á þeim sjötíu árum sem Geðverndarfélag Íslands hefur verið að störfum. Í dag er lögð ríkari á hersla á að sjúklingar séu virkir þátttakendur í eigin meðferð og reynslan hefur kennt okkur að með markvissum stuðningi við aðstandendur dregur úr áhrifum sjúkdóma á alla fjölskylduna. Rannsóknir hafa sýnt að geðrænir erfiðleikar foreldra geta haft bein áhrif á þroska barna og aukið líkur á erfiðleikum síðar á lífsleiðinni. Má þar meðal annars nefna ACE rannsóknina. Hafi foreldri ekki tækifæri til að sinna hlutverki sínu hvort sem það er tímabundið eða til lengri tíma þurfum við að bregðast við og veita þeim aðstoð. Þrátt fyrir talsverða þekkingu innan velferðarkerfisins á þessum áhættuþáttum hefur okkur gengið illa að koma upp markvissum forvörnum. Rannsóknir hafa sýnt okkur að stuðningur við aðstandendur alvarlega veikra sjúklinga, þar með talin börn, er í besta falli handahófskenndur og fer að miklu leyti eftir því fólk sem starfar innan kerfanna í hvert sinn.

Stjórn Geðverndarfélag Íslands hefur ávallt lagt metnað sinn í að fylla í þau skörð sem eru í þjónustu við fólk með geðsjúkdóma innan kerfisins hverju sinni og sinnt ákveðnu frumkvöðlastarfi innan þess málaflokks. Félagið hefur í gegnum tíðina vaxið og dafnað og nú, eftir 70 ár stendur það á sterkum grunni og er enn og aftur að takast á við metnaðarfull verkefni. Innan

félagins hefur mikil áhersla verið á snemmtæka íhlutun og ber stefna þess í forvarnarmálum þess merki. Í febrúar á síðasta ári lagði stjórn félagins land undir fót og fór til Birmingham í Bretlandi þar sem undirritaður var samningur við The Solihull Approach en með þeim samningi verður Geðverndarfélag Íslands að fulltrúi Solihull Approach á Íslandi sem skapar félaginu aukin tækifæri til að stuðla að forvörnum í geðheilbrigðismálum. Solihull aðferðin miðar að því að veita stuðning og skapa aðstæður fyrir börn og fullorðna sem leiða til breytinga. Aðferðin gagnast vel til að stuðla að breyttu hugarfari eða *fysta stigs breytingu* sem síðar getur leitt af sér *annars stigs breytingar* svo sem breytta hegðun eða aukið innsæi í vanda sem hefur haft truflandi áhrif á daglegt líf. Með undirritun samnings við SA er Geðverndarfélag Íslands fulltrúi fyrir Solihull aðferðina á Íslandi (Solihull Approach Licenced Center) sem þýðir að félagið mun kynna þá þekkingu og reynslu sem SA hefur þróað á undanförunum áratugum innan breska heilbrigðiskerfisins, NHS. Þetta verður gert með því að bjóða upp á námskeið sem SA hefur þróað og boðið upp á á Stóra-Bretlandi og víðar. Félagið mun leggja áherslu á að kynna þá þekkingu og reynslu sem þróuð hefur verið með nálguninni á undanförunum áratugum innan breska heilbrigðiskerfisins. Einhver fjöldi fagfólks á Íslandi hefur farið á grunnnámskeið í Solihull aðferðinni, ýmist héraendis eða erlendis og GÍ hefur þegar haldið eitt námskeið fyrir starfsfólk Bergsins. Stefnt er að því að safna þeirri þekkingu sem þegar er til staðar saman og freista þess að byggja upp sterkan fræðilegan grunn eða einhvers konar akademíu sem hefði það hlutverk að breiða þekkinguna enn frekar út og festa hana í sessi um allt land.

Á sama tíma og Geðverndarfélag Íslands hefur slitið barnsskónum, farið í gegnum unglingsárin og er komið á fullorðinsaldur færast verkefni þess sífellt neðar á æviskeiðið. Félagið er þó enn í fullu fjöri og ekkert sem bendið til þess að breyting verði á því á næstu árum. Það er því með stolti sem Geðverndarfélag Íslands fangar 70 ára afmælinu með því að kynna nýjasta vaxtarsprotann í starfsseminni, Solihull aðferðina. Að því sögðu óska ég okkur öllum til hamingju með afmælið og hlakka til að hlýða á erindi kvöldsins.



KPMG
Lögmennt

nettó

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Reykjavík

A. Margeirsson ehf, Flúðaseli 48
ADVEL lögmennt slf, Laugavegi 182
Aðalvík ehf, Síðumúla 13
Auglýsingastofan ENNEMM, Skeifunni 30
B&B gluggatjaldahreinsun ehf,
Grandagarði 16
Barnalæknaþjónustan ehf, Domus Medica,
Egilsögúta 3
Betri bílar ehf, s: 568 1411, Skeifunni 5c
Bifreiðaverkstæði Svans ehf, Eirhöfða 11
Bílasmíðurinn hf, Bildshöfða 16
Bílastæðasjóður Reykjavíkurborgar,
Vonarstræti 4
BK kjúklingar, Grensásvegi 5
Blaðamannafélag Íslands, Síðumúla 23
Borg fasteignasala ehf, Síðumúla 23
Bókabúðin Sjónarlind, Bergstaðastræti 7
Bókhaldsstofa Haraldar slf,
Suðurlandsbraut 32
Bókhaldsþjónustan Vík, Síðumúla 12
Brauðhúsið ehf, Efstalandi 26
Brúskur hársnyrtistofa, s: 587 7900,
Höfðabakka 9
BSRB, Grettisgötu 89
Bygg Ben ehf, Lambhagavegi 29
Creditinfo, Höfðabakka 9
Dalbær sf, Hlaðbæ 3
Danfoss hf, Skútuvogi 6
Danica sjávarfarar ehf, Suðurgötu 10
Dansrækt JSB ehf, Lágmúla 9
Drífa efnalaug og þvottahús, Hringbraut 119
E.T. hf, Klettagörðum 11
Edda - útgáfa hf, Hádegismóum 2
Efling stéttarfélag, Guðrúnartúni 1
Fastus ehf, Síðumúla 16
Ferðafélag Íslands, Mörkinni 6
Fiskaup hf, Fiskislóð 34
Fjölbrautarskólinn í Breiðholti, Austurbergi 5
Fríkirkjan í Reykjavík, Laufásvegi 13
Gamla Kaffihúsið, Drafnarfelli 18
Garðs Apótek, Sogavegi 108
Gildi - lífeyrissjóður, Guðrúnartúni 1
Gjögur hf, Kringlunni 7
Golfskálinn, golfverslun, Bildshöfða 16
Gullsmíðurinn í Mjódd, Álfabakka 14b
H&S Rafverktakar ehf, Stangarhyl 6
Hagkaup
Hamborgarabúlla Tómasar, Geirsgötu 1
Hamborgarabúlla Tómasar - Við erum öll jöfn,
Bildshöfða 18
Happdrætti Háskóla Íslands, Tjarnargötu 4
Herrafataverslun Birgis ehf, Fákafeni 11

Hið íslenska bókmenntafélag, Hagatorgi
Hitastýring hf, Ármúla 16
Hjá Guðjón Ó ehf, Þverholti 13
Hljóðbók.is, Ármúla 7b
Hljóða Tannlæknastofa, Álfheimum 74
Hótel Óðinsvé, Þorsgötu 1
Húsgögn ehf smíðastofa og viðgerðir,
Axarhöfða 14
Hýsi - Merkúr hf, Lambhagavegi 6
Höfðakaffi ehf, Vagnhöfða 11
Innlífur ehf, Suðurlandsbraut 26
Intellecta ehf, Síðumúla 5
Íslensk endurskoðun ehf, Bogahlíð 4
Íþróttabandalag Reykjavíkur, Engjavegi 6
JJ pípuálagir ehf, Dugguvogi 17
Jónatansson & Co lögreglistofa ehf,
Suðurlandsbraut 6
K.F.O. ehf, Grundargerði 8
Kanon arkitektar, Laugavegi 26
Keldan ehf, Borgartúni 25
Kemi ehf-www.kemi.is, Tunguhálsi 10
Kjöthöllin ehf, Skipholti 70 og Háaleitisbraut
Kristján Þ. Haraldsson, Jakaseli 19
Kurt og Pí ehf, Skólavörðustíg 2
Kvíka banki hf, Katrínartúni 2
Landssamband lögreglumanna,
Grettisgötu 89
Láshúsið ehf, Bildshöfða 16
Líf og sál sálfræðistofa ehf, Höfðabakka 9
Ljósmyndavörur ehf, Skipholti 31
Lýf og heilsa - við hlustum, Síðumúla 20
Löður ehf, Fiskislóð 29
Lögmannafélag Íslands, Álfamýri 9
Lögmennt Lækjargötu ehf, Lækjargötu 2
Matthías ehf, Vesturfold 40
Málarameistarar ehf, Freyjubrunni 29
Meba- úr og skart, Kringlunni og Smáralind
Motus ehf, Katrínartúni 4
Myconceptstore, Laugavegi 45
Nauthóll bistro, Nauthólsvægi 106
Neyðarlínan hf, Skógarhlíð 14
Nói-Sírius hf, Hesthálsi 2-4
Nýi öðskólinn ehf, Klettagörðum 11
Nýja sendibílastöðin hf, Knarrarvogi 2
Nýsköpunarsjóður atvinnulífsins, Kringlunni 7
Orka ehf, Stórhöfða 37
Orkuvirki ehf, Tunguhálsi 3
Ortis tannréttingar slf, Faxafeni 11
Ó. Johnson & Kaaber ehf, Tunguhálsi 1
Ósal ehf, Tangarhöfða 4
Pixel ehf, Ármúla 1
Premis ehf, Holtavegi 10
PricewaterhouseCoopers ehf, Skógarhlíð 12

Rafstjórn ehf, Stangarhyl 1a
Rafsvið sf, Viðarhöfða 6
Rafþjónustan slf, Klapparbergi 17
Rannsókn- og háskólanet Íslands, Dunhaga 5
Reki ehf, Höfðabakka 9
Reykjavík Excursions-Kynnisferðir ehf, BSÍ-
Umferðamiðstöðin
Reykjavíkurborg, Ráðhúsinu
Réttur - ráðgjöf & málfutningur,
Klapparstíg 25-27
Rikki Chan ehf, Kringlunni 4-12 og
Smáratorgi 1
Rima Apótek, Langarima 21-23
Rolf Johansen & Co ehf, Skútuvogi 10a
Rýni endurskoðun ehf, Suðurlandsbraut 18
S4S ehf, Guðriðarstíg 6
Sameyki stéttarfélag í almannaðjónustu,
Grettisgötu 89
Samtals ehf, Kringlunni 7
Samtök starfsmanna fjármálafrýrtækja-SSF,
Nethyl 2e
Sálfræðisþjónusta Wilhelm Norðfjörð ehf,
Klapparstíg 25-27
Securitas hf, Skeifunni 8
Seljahlíð - heimili aldraðra, Hjallaseli 55
Síma- og tölvulagur hf, Kirkjustétt 34
Sjáðu gleraugnaverslun, Hverfisgötu 52
Sjávársýn ehf, Ægisöðu 78
Sjóvá, Kringlunni 5
Skolphtreinsun Ásgeirs sf, Unufelli 13
Skorri ehf, Bildshöfða 12
Slökkvilið höfuðborgarsvæðisins bs,
Skógarhlíð 14
Sólón Bistro, Bankastræti 7a
Sportís ehf, Mörkinni 6
Stilling ehf, Kletthálsi 5
Stjá, sjúkrahjálfun, Hátúni 12
Stólpi, Klettagörðum 5
Stólpi Viðskiptalausnir ehf, Borgartúni 28
Stuðlar, meðferðarstöð ríkisins fyrir unglina,
Fossaleyni 17
Sýningakerfi hf, Sóltúni 20
Söluturninn Vikivaki, Laugavegi 5
Tannréttingar sf, Snorrabraut 29
Tannval Kristínar Gíggju, Grensásvegi 13
Tark - Arkitektar, Hátúni 2b
TBG ehf, Grensásvegi 7
Tónastöðin ehf, Skipholti 50d
Trackwell hf, Laugavegi 178
Trans Atlantic ehf - ferðaskrifstofa,
Síðumúla 13
Úðafoss ehf, efnalaug, Vitastíg 13

Fréttir af starfi félagsins

Heimsókn til Solihull Approach – og undirritun samstarfssamnings

Þrjár stjórnarkonur, **Anna María Jónsdóttir**, **Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir** og **Gunnlaug Thorlacius** ásamt **Kjartani Valgarðssyni** framkvæmdastjóra lögðu land undir fót og fóru til fundar við Solihull Approach í febrúar sl. Tilgangur ferðarinnar var að sækja námskeið hjá Solihull Approach (SA) og hitta dr. Hazel Douglas, stofnanda og stjórnanda SA, og skrifa undir samstarfssamning milli Geðverndarfélagsins og SA.

Við sóttum tvö námskeið, 2 daga grunnnámskeið eða Foundation Course ásamt áfallanámskeiðinu Understanding Trauma sem er dagsnámskeið. Af grunnnámskeiðinu tókum við fyrri daginn því ekki er hægt að taka námskeiðið á tveimur samliggjandi dögum. Ástæðan er sú að fyrri dagurinn er hlaðinn upplýsingum og þekkingu um mæður og lítil börn, tengslamyndun og



tilfinningaheilbrigði, og SA leggur áherslu á að þátttakendur á námskeiðinu noti tímann milli námskeiðsdaganna til að líta í kringum sig og fylgjast með samskiptum foreldra og ungra barna. Þetta gerir maður hvar sem er, á götu úti, í búðum og annars staðar þar sem maður rekst á ung börn. Við tókum svo seinni námskeiðsdaginn hér heima og kennarar voru Anna María Jónsdóttir og Gunnlaug Thorlacius, en þær höfðu áður lokið grunnnámskeiðinu og höfðu m.a.s. aflað sér kennararéttinda fyrir námskeið SA. Ekkert okkar hafði hins vegar sótt SA námskeiðið um áföll, Understanding Trauma, en við notuðum einn daginn í það.

Þegar námskeiðshaldi var lokið var skrifað undir samstarfssamning Geðverndarfélags Íslands og Solihull Approach. Samningurinn felur



Stjórnarkonur í GÍ ásamt framkvæmdastjóra í heimsókn hjá Solihull Approach. F.v. Anna María Jónsdóttir, Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir, Catrina Hartle, Gunnlaug Thorlacius, Kjartan Valgarðsson og Hazel Douglas.



Á námskeiði hjá Solihull Approach.

Í sér að Geðverndarfélagið er „Solihull Approach Licenced Center“ og fulltrúi SA á Íslandi. Samningurinn tryggir Geðverndarfélaginu rétt til að gefa út efni SA og kenna námskeið þeirra á Íslandi og Grænlandi. Hann leggur félaginu einnig þær skyldur á herðar að kynna sér vel fræðsluefni og gögn SA (fræðibækur, handbækur og nýjungar í starfsemi SA) og nota ekki aðra kennara á SA námskeiðum en þá sem hafa hlotið til þess viðhlítandi réttindi frá SA.

Félagið hyggst kynna efni og námskeið Solihull Approach fyrir sveitarfélögum og heilsugæslustöðvum á Íslandi. Verð er að þýða bókina The First Five Years (400 bls) en bókin er eins konar grunnefni fyrir þá sem taka námskeið um SA. Félagið lét einnig útbúa myndband til að nota til kynningar um nauðsyn þess að búa vel að ungum börnum.

Félagið hefur þegar haldið fyrsta námskeiðið, 2 daga Grunnnámskeið fyrir starfsfólk **Bergsins Headspace**.

Frekari upplýsingar um Solihull Approach á Íslandi er á heimasíðu félagsins www.geðvernd.is/solihull-approach.



GÍ útbjó myndband um snemmtæka íhlutun og Solihull Approach.



Hazel Douglas og Kjartan Valgarðsson undirrita samninginn milli SA og GÍ

Viðtal við Hazel Douglas, stofnanda og stjórnanda Solihull Approach.

„Hví skyldum við ekki stuðla að hamingju allra fjölskyldna?“

Texti og mynd: Kjartan Valgarðsson

Dr. Hazel Douglas, stofnandi og stjórnandi Solihull Approach í Birmingham á Englandi var gestur Geðverndarfélagssins á hátíðarfundum í tilefni 70 ára afmælis félagsins, sem haldinn var 23. janúar 2020.

Þar hélt hún aðalerindið, um Solihull aðferðafræðina sem fjallar um hvernig hægt er að búa börnum góða framtíð með því að huga vel að heilbrigði og vellíðan þeirra frá getnaði, góðri tengslamyndun við foreldra og tilfinningaheilbrigði.

Ég settist niður með Hazel einn laugardagsmorgun og byrjaði á að spyrja hana hvernig þessi starfsemi byrjaði.

„Þetta byrjaði 1996 þegar ég var við störf á barna- og unglingsgeðdeild og heilbrigðisstarfsfólk spurði mig hvort það væri eitthvað sem ég gæti gert til að hjálpa þeim í þeirra starfi, vegna þess að flestir á Stóra-Bretlandi eru þjálfaðir í atferlismótunartækni, og þeir voru komnir með upp í háls að skipuleggja meðferðir sem skiluðu engum árangri. Ástæðan fyrir því að þær skiluðu engum árangri var að foreldrarnir fylgdu þeim ekki eftir. Það varð ljóst þegar foreldrarnir sögðu frá reynslu sinni að ástæðan fyrir því að þeir fylgdu ekki þessum leiðbeiningum um atferlismótun var að þeir voru með höfuðið fullt af áhyggjum, voru að hugsa um aðra hluti, gamlar tilfinningar rifjuðust upp; áhyggjur, sorg og ör-vænting áttu hlut að máli.

Við ákváðum að taka eitt skref til baka: Við vorum að vinna með hjúkrunarfræðingum og þeir eru vanir að framkvæma, sem er það sem þeir gera á spítala, en í þessu tilvikum, verandi að vinna með geðræn úrlausnarefni var betra að bara hlusta á frásagnir foreldranna og hjálpa þeim að koma ákveðinni reglu á hugsanir sínar.



Þessi staða kallaði á aðra hugsun en atferlismótun. Það kom sér vel að ég hafði menntað mig í samtalsmeðferð þannig að ég þekkti til kenningarinnar um „**containment**“ (bera með sér og halda utan um tilfinningar; **samhygð** er orðið sem notað er í þessu viðtali) sem fáir þekktu til þá, vegna þess að þessi kenning hafði legið í dvala, falin, innan sálgreiningarfræðanna. Þetta er mjög gagnleg kenning. Þannig hófst þessi vinna. Við byrjuðum að beita þessum fræðum og sérstaklega með foreldrum sem áttu í vanda með börn t.d. með svefnvandamál. Það gekk vel. Þegar kom að vanda með að fá börnin til að borða eða venja þau á kopp eða klósett, þá þurftum við á annarri þekkingu að halda vegna þess að „**containment**“ náði ekki utan um þessi mál, þ.e. með næringu og hægðir. Þetta varð til þess að við fórum að nota kenninguna um gagnkvæmni, **reciprocity** (hér eftir „gagnkvæmni“), sem er kenning úr barnasálfræði, ættuð frá Bandaríkjunum. Þessar þrjár kenningar komu saman, þ.e. **atferlismótun**, **samhygð** og **gagnkvæmni**, þar sem hver kenningin gat unnið með hinum tveimur, og hver þeirra bætti einhverju við hinar. Við skrifuðum í framhaldinu handbók fyrir heilbrigðisstarfsfólk sem fer í vitjanir heim til fjölskyldna, s.s. ljósmæður, félagsráðgjafa og hjúkrunarfræðinga, með einblöðungum til að afhenda foreldrum um þessa aðferð, þ.e. að láta kenningarnar um **samhygð**, **gagnkvæmni** og **atferlismótun** vinna saman. Það gekk vel og heilbrigðisstarfsfólkið sagði vinum sínum og samstarfsfélögum frá þessu. Ég man að okkur var boðið til Bristol til að þjálfra heilbrigðisstarfsfólk þar, sem það sagði öðrum frá og þannig barst þetta út, frá einni manneskju til annarrar. Við gerðum okkur þá enga grein fyrir hvað væri í



Dr. Hazel Douglas

vændum. Eftir um ár byrjuðu þessir heilbrigðisstarfsmenn að tala við samstarfsfélaga sína sem voru skólahjúkrunarfræðingar og þeir spurðu: Hvað með okkur? Við settumst niður með þeim, hópi skólahjúkrunarfræðinga, og unnum að því í eitt ár að finna módel sem hentaði þeirra starfi. Afurðin var e.k. fræðslupakki, *The School Years*. Síðan hefur þessi aðferð þróast með því að fólk kemur til okkar og spyr „Getum við notað þetta módel fyrir ættleiðingu og fósturforeldra?“ „Hvað um tímann fyrir fæðingu og ljósmæður?“ Þannig hefur aðferðin vaxið frá gólfinu og upp og hún hefur verið þróuð þannig.“

Var ekki þverfagleg vinna lykilatriði frá upphafi?

„Jú, nákvæmlega, allan tímann. Vinnan hófst með samtali fólks úr ólíkum áttum, hver með sitt sjónarhorn og sköpunarkrafturinn fékk byr undir báða vængi, það gerist þegar tveir hlutir koma saman, þannig skapar maður eitthvað sem er öðruvísi, t.d. barn! Þannig er sköpunarferlið, tveir hlutir koma saman og út úr því kemur eitthvað nýtt. Ég sá ólíkar kenningar og hugmyndafræði koma saman og þegar ég hugsaði með öðru fólki gátum við lagað kenningarnar að því sem við fengumst við. Í framhaldinu var mögulegt að útvíkka starfsemina og hlutverkið, og yfirfæra á önnur viðfangsefni þar sem þær virkuðu. Þannig höfum við unnið frá upphafi. Þegar við vorum að þróa aðferðir fyrir barnahjúkrunarfræðinga þá settumst

við niður fyrstu árin með heilbrigðisstarfsfólki sem vinnur með ung börn, og þegar við þróuðum aðferðir fyrir skóla þá hittum við skólasálfræðinga og skólahjúkrunarfræðinga og hlustuðum á þessa hópa, ásamt því að fara í gegnum raunhæf dæmi og sögur, eins og Íslendingasögurnar eru, þær eru langar dæmisögur (case studies/narratives), eins og Egils saga. Út úr þessu öllu kemur ný aðferð við að sjá hluti. Og það er þessi aðferð að horfa öðruvísi á hlutina sem Solihull Approach snýst um. Solihull Approach er alls ekki hæfnipjálfun, hún kennir ekki nýjar klínískar aðferðir, en hún breytir því hvernig fólk hugsar um börn, hún er ný hugmyndafræði.“

Hvað þá um þriðju kenninguna, atferlismótunina?

„Já, hún! Ég hef ekki talað mikið um hana því hún er búin að vera svo lengi á meðal okkar fagfólksins. Atferlismótun stendur mjög sterkum fótum í breskri hefð. Þetta hefur kannski eitthvað að gera með breskan karakter, Skinner var í Bretlandi, en það voru einnig miklar deilur milli talsmanna og fræðafólks atferlismótunarinnar og sálgreiningaraðferðarinnar. Hegel og Kant, og díalektíkin, allt var á öndverðum meiði og deilurnar snerust um annað hvort eða, annað hvort sálgreiningu eða atferlismótun. Og það er díalektíkin. En Solihull Approach vill horfa öðruvísi á þetta, vill „bæði og“ í stað „annað hvort eða“ – þannig er atferlismótunin kærkomin viðbót og þess vegna

virkar þetta. Ef maður byrjar á samhygð og gagnkvæmni, þá skilur maður hvað á að gera og sem foreldri skilurðu þitt eigið barn betur. Frá faglegu sjónarhorni þá, og að því komumst við, að í stað þess að kenna foreldrinu sérstaka aðferð eða ráð, þá vissi foreldrið hvað átti að gera og hvenær. Þetta virkar mun betur, er vingjarnlegri nálgun og leiðir einnig til betri samskipta. Það mælir margt með henni.

Varðandi svefninn: Í stað þess að skilja barnið eftir og láta það gráta sig í svefn, þá vinnum við að öðruvísi aðferð við að hjálpa barninu að sofna, sem er meira milli barns og foreldris, og lætur barninu líða betur.”

Hver er helsta áskorunin fyrir nýfædd börn og foreldra þeirra?

„Barn er tilbúið til samskipta um leið og það kemur úr móðurlífínu, nema ef móðirin hefur neytt fíkniefna eða það hafa verið einhver tauga-lífeðlisfræðileg vandamál á meðgöngunni. Barnið þekkir raddir foreldranna, það þekkir þau. Ef þú sem faðir ert í herbergi með nýfæddu barni þínu, þú talar og ljósmóðirin talar, þá horfir barnið til þín, því það þekkir rödd þína. Mér sýnist að helsta áskorunin sé að foreldrar eru ekki eins vel undirbúnir og þeir gætu verið til að kynnst barninu sínu og halda áfram að kynnst því vel, samfara því sem barnið breytist og þroskast. Ef samskiptin og tengslamyndunin gengur ekki eins og best verður á kosið þá sitjum við uppi með vandamál eins og svefnvandamál og vanda með næringu: barnið er á einum stað og foreldrið á öðrum. Ég held að þetta þurfi ekki að vera þannig. Það verða alltaf einhver vandamál, auðvitað, barnið er á fullu við að læra á heiminn í kringum sig og foreldrið er þreytt og er að læra að umgangast barnið. Og ég er viss um að það er hægt að gera meira til að hjálpa foreldrum.“

Síðan þróaðist starf ykkar og varð umfangsmeira. Þið funduð fyrir meiri eftirspurn og einn daginn voruð þið orðin stofnun!

„Já! (Hazel hlær). Við fengum alltaf meiri og fleiri spurningar og óskir um aðstoð og fræðslu, og ég gat engan veginn sinnt þessu öllu ein. Ég byrjaði að starfa með fleirum, við þurftum að ráða aðstoðarfólk og stjórnendur á skrifstofu og einnig kennara til að kenna námskeiðin út um allt Stóra-Bretland, vegna þess að það var vit í að hafa

kennara staðsetta í Norður Englandi sem gátu þá sinnt því svæði og því sem var enn norðar. Ég var samtímis þessu að sinna starfi á barna- og unglingageðdeild og það varð æ erfiðara að komast yfir allt. Að endingu sneri ég mér eingöngu að Solihull Approach og mér fannst að þrátt fyrir að vera vel þjálfður sálfræðingur og samtalsmeðferðarfræðingur, þá var ég alltaf að fást við toppinn á Ísjakanum, það var alveg sama hve mikið við gerðum, við snertum bara yfirborðið. Þannig að ef maður vill stuðla að alvöru breytingu þá verður maður að vinna með alla í samfélaginu. Ég held að Solihull Approach geri nákvæmlega það, hefur tækin og fræðin. Þannig að ef ég þarf að spyrja mig hvar ég vilji eyða orku minni, því hún er takmörkuð eins og við öll vitum, þá vil ég eyða tíma mínum og orku þar sem ég trúi að hún stuðli að mestum breytingum, sem er í Solihull Approach.“

Þú sagðir einnig að við hér værum á réttri leið með því að einbeita okkur að því að auka vitund almennings um mikilværi fyrstu árunna?
„Já, einmitt!“

... og ekki bara einbeita okkur að því að reyna að sannfæra stjórnmalamenn?

„Já, ég held að það sé rétt leið. Þess vegna held ég að UNICEF hafi gefið út bókina *Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy* árið 2013 vegna þess að ef fyrstu árin eru rannsökuð almennilega þá veistu að þú þarft að styðja og upplýsa allan almenning um fyrstu árin. Þar fyrir utan er með rannsóknum búið að sýna fram á að hver króna sem eytt er í snemmtæka íhlutun sparar hundruð króna yfir ævi hver barns. En þetta snýst ekki bara um peninga, auðvita skipta peningar máli, heldur fjallar þetta um hamingju og farsæld, sem maður vill að allir njóti. Ef maður getur gert eitt-hvað til að auka hamingju og farsæld, þá á maður að gera það. Og hvers vegna ættum við að skilja börn eftir í ömurlegum aðstæðum og bíða þangað til þau verða unglingar sem þá eru farnir að sýna ákveðin einkenni, og grípa þá inn í, og meðhöndla þá toppinn á Ísjakanum, og skilja alla hina eftir? Hvers vegna ættum við að bíða þangað til börnin eru orðin táningar þegar við getum byrjað fyrr? Og hvers vegna skyldum við ekki reyna að stuðla að því að allar fjölskyldur séu hamingjusamar?“

Viðtal við Önnu Guðríði Gunnarsdóttur, sérfræðing í heilsugæsluhjúkrun

Markmiðið er að stuðla að farsæld allra barna

Texti og mynd: Kjartan Valgarðsson

Anna Guðríður Gunnarsdóttir er hjúkrunarfræðingur á heilsugæslunni í Árborg, Selfossi. Hún kynntist Solihull aðferðinni fyrir nokkrum árum og hefur notað hana í starfi sínu með nýorðnum mæðrum, börnum þeirra og mökum.

Hvernig kynntist þú Solihull aðferðinni?

„Við fórum sex hjúkrunarfræðingar af heilsugæslustöðinni á Selfossi í sérnám í heilsugæsluhjúkrun, og hluti af náminu var námskeið sem við tókum allar hjá Hazel Douglas, stofnanda Solihull Approach. Þetta var árið 2007 í Háskóla Íslands. Þetta var helgarnámskeið sem Marga Thome, prófessor við hjúkrunarfræðideildina, skipulagði og bauð upp á. Hún taldi að þetta væri þarft innlegg í geðvernd á meðgöngu og eftir fæðingu.“

Ert þú geðhjúkrunarfræðingur upphaflega?

„Nei, ég útskrifaðist sem hjúkrunarfræðingur 1987, tók svo kennslu- og uppeldisfræði 1997 og fór síðan í sérnám í heilsugæsluhjúkrun og útskrifaðist 2007. Þaðan fór ég í meistaranám og útskrifaðist úr því 2011 og fékk sérfræðingsgráðuna í heilsugæsluhjúkrun 2015.“

Vegna þess að ég hafði sérstakan áhuga á geðvernd og líðan foreldra, þá tók ég meistaranámskeiðin í geðhjúkrun. Þannig kynntist ég Önnu Maríu Jónsdóttur, geðlækni, sem hefur einnig starfað mikið á þessu sama sviði. Þá var hún að koma af stað verkefni tengdu tengslaeflingu á meðgöngu, svokölluðum Blíðum Bumbum. Það var ætlað konum sem höfðu átt í alvarlegum eða marþættum geðrænum vanda, þar með töldum fíknivanda, og þeim sem höfðu áhyggjur af tengslamyndun við barnið.

Á helgarnámskeiðinu, sem ég minntist á áðan, varð hópurinn fyrir einhvers konar uppljómun, við



vorum sex af stöðinni og okkur fannst þessi hugmyndafræði passa svo vel við það hvernig við gætum nálgast foreldra, að í stað þess að bara að demba upplýsingum og bæklingum yfir foreldrana, ættum við fyrst og fremst hlusta á þá og reyna að komast að því hvernig þeim liði. Þetta varð til þess að áherslur okkar breyttust og það hvernig við nálguðumst fólk.

Ég hélt síðan áfram í meistaranáminu og fékk snemma áhuga á vanda foreldra sem glíma við óvær ungbörn. Námið gaf mér tækifæri til að athuga hvort það skipti máli *hvernig* ég nálgæðist þessa foreldra. Sem hluta af meistara verkefni mínu þá fékk ég sjö fjölskyldur með óvær ungbörn og prófaði að nálgast þær eftir aðferðum Solihull þannig að ég byrjaði á að kenna þeim og þjálfá í **containment** (sjá viðtal við dr. Hazel Douglas annars staðar í blaðinu) og benda á tjáskipti barnsins og að það skipti máli hvernig barnið brygðist við tjáskiptunum og hvernig foreldrarnir brygðust við barninu. Á endanum kom ég með ráð um hvernig foreldrarnir gátu sveipað barnið, kenndi þeim huggunarleiðir og slíkt, en það er mikilvægt að það komi síðast, Solihull aðferðin þurfti að koma fyrst til að ná betri árangri í því sem kom á eftir. Ég var með hverju foreldri eða foreldrum, eftir atvikum, í einn til einn og hálfan tíma. Ég lagði einnig fyrir svokallaðan foreldrastreitukvarða, bæði fyrir og eftir meðferð og þá kom í ljós að þessi aðferð dempaði streituna heilmikið hjá bæði móður og föður. Þetta gaf sem sagt góða raun. Lokaverkefnið mitt í meistaranáminu innihélt síðan tillögur að meðferð fyrir foreldra með óvær ungbörn.

Mér fannst ekki nógu gott að enda þar. Þess vegna vildi ég halda áfram og ég kannaði hvernig foreldrum með óvær ungbörn liði á Íslandi. Það var ekkert búið að leggja þessa meðferð fyrir



Anna Guðríður Gunnarsdóttir

eða prófa hana, þannig að ég rannsakaði líðan foreldra með óvær ungbörn. Þar kom í ljós að foreldrarnir voru með kvíðaeinkenni, þunglyndiseinkenni og mikla foreldrastreitu. Sú streita lækkaði hins vegar með tímanum eftir því sem foreldrarnir lærðu á barnið. Eina streitan sem hækkaði var streita feðra, hún jókst. Við vitum ekki af hverju, en það gæti verð vegna þess að þarna voru þeir farnir að taka meiri þátt, svæfa barnið t.d.”

Ég hef heyrt það sagt að bara það að læra um Solihull aðferðina, t.d. með því að sækja tveggja daga grunnnámskeiðið, þá breyti það varanlega hvernig maður hugsar um foreldra og ungabörn, tengsl þeirra og samskipti.

„Já, þessi þekking hjálpar við að skilja barnið, lesa í tjáningu þess og þannig getur maður ljáð því rödd sína í raun og veru. Þetta hefur augljós jákvæð áhrif á starf mitt svo sem í heimavítjunum til foreldra með nýfædd börn. Þannig fer maður að nota þekkinguna til að benda á samskipti, spyrja foreldrið eða foreldrana hvað þau haldi að barnið sé nú að reyna að segja, „sérðu, nú er hún að líta á þig“ maður fer í tengslamyndandi og -styrkjandi vinnu með foreldrum, með samskiptum.“

Heldurðu að það sé óþekkt meðal nýrra foreldra, fréttir fyrir þau, að nýfædd börn eru á fyrsta degi fær um tjáskipti?

„Það hefur komið mörgum foreldrum á óvart. Það er ekki almenn þekking í samfélaginu. Sumum foreldrum er kunnugt um þetta, en öðrum alls ekki.“

En þetta er lykillinn að því að læra á barnið?

„Já, algerlega. Það skiptir miklu að foreldrar geri sér grein fyrir að barnið hafi leiðir til að tjá sig og læri að ráða í þessa tjáningu. Barnið lætur strax í ljós viljann til að tengjast foreldrinu.“

Nú hefur þú verið að nota Solihull aðferðina í þinni vinnu á Selfossi, hvernig er árangurinn, er hægt að meta hann?

„Það sem mér finnst skipta mestu er að foreldrum finnst að á þá sé hlustað, þeim finnst að þeir skipti máli og við erum ekki lengur í því að demba yfir þá upplýsingum og bæklingum, heldur setjumst við niður strax og förum yfir tjáskipti og líðan. Við byrjum alltaf á að spyrja foreldra um líðan eftir fæðingu, hvernig þeim líði núna með nýja barnið og með það að vera nú orðin fjölskylda. Þetta er sannarlega mikið umbreytingatímabil hjá fjölskyldum. Þannig nálgumst við fjölskyldur. Við reynum alltaf að draga foreldrana að barninu þegar við komum í vitjun, benda þeim á þegar barnið er að reyna að tjá sig, „sérðu, nú er barnið



að segja þér eitthvað, og nú lítur það undan til að hvíla sig." Þetta stendur ekki í textabókum um börn, það er fjallað um þetta í **Fyrstu 1000 dög- unum**, bók Sæunnar Kjartansdóttur. Það er bók sem við mælum með að foreldrar lesi og skoði. Um þetta er ekkert rætt í gömlu, hefðbundnu bókunum."

Hver heldur þú að séu langtímaáhrifin af þessu Solihull miðaða starfi þínu með börn og foreldra á Selfossi?

„Ég held að við sem störfum með þessum hætti séum fljótari að sjá vanlíðan foreldra og bresti í samskiptum. Við bregðumst strax og rétt við setningum eins og „barninu líkar ekki við mig“ sem móðir sagði við mig þegar ég var með barnið hennar á skiptiborðinu að skoða það. Barnið var 3 vikna gamalt. Þá spurði ég „hvers vegna, því heldurðu það?“ „Hann horfir aldrei á mig“. Í þessu tilviki var móðirin „flöt“ í framan af því henni leið ekki vel. Við vitum að börn eiga erfitt með að horfa framan í foreldra sem líður illa og eru eins og frosin í framan, þau skynja vanlíðanina. Í þessu tilviki tók ég eftir að barnið var alltaf að gjóa augunum á móðurina, kíkja, og ég benti henni strax á það um leið og barnið fór að leita að henni. Þannig getur maður hjálpað foreldrinu að sjá og skynja þegar barnið er að leita, það er alltaf að leita eftir tjáskiptum, það vill samskipti. Maður þarf að spila á þetta, grípa svona setningar og vinna áfram með þær, maður fer meir á dýptina í þessum samskiptum.“

Þú hefur gert þína eigin rannsókn á Selfossi, geturðu sagt mér frá henni?

„Já, við skoðum hópinn sem við erum að sinna. Á tímabili fannst okkur, bæði ljósmæðrum og hjúkrunarfræðingum fyrir austan að álagið væri mikið og við skildum ekki hvers vegna við værum alltaf svona þreyttar, fundum fyrir vissum kulnunareinkennum. Við fengum styrk árið 2016 frá heilbrigðisráðuneytinu, gæðastyrk til að efla þverfaglegt samstarf í geðheilbrigðisþjónustu við verðandi og nýorðnar mæður. Þá fengum við tækifæri til að hanna vinnuferla, skoðuðum áhættuþætti til að finna mæðurnar sem þeir ættu við, mæður sem rannsóknir höfðu sýnt að þyrftu eftirfylgd og stuðning og við þyrftum að skoða þá hópa betur. Við tókum saman tölurnar og höldum utan um þær og höfum gert frá 2016. Í mæðraverndinni

leggjum við fyrir DASS (Depression, Anxiety, Stress Scale) listann á 16. viku hjá þeim sem eru með áhættuþætti. Rannsóknir okkar hafa sýnt að hópurinn sem við hittum fer stækkandi. Fjölskyldum hefur fjölgað mikið undanfarið á Árborgarsvæðinu og mæðrum hefur fjölgað sem skora hátt á Edinborgar þunglyndiskvarðanum, samanborið við 2016. Aukningin er um 60%.“

Hver heldurðu að sé skýringin á því?

„Ég dreg þá ályktun að það sé vegna þess að fjölskyldur flytja hingað vegna lægra húsnæðisverðs, fjölskyldur sem eru viðkvæmar fyrir, með mörg börn og lítið stuðningsnet og jafnvel flutningurinn í sjálfu sér getur valdið álagi. Við höfum ágæta yfirsýn yfir þetta vegna þess að við förum í heimavitjanir, ræðum við þau, fáum söguna, hvaðan kemurðu, hvernig eru aðstæðurnar, hvernig er þitt tengslanet, hvers vegna fluttuð þið hingað? Við bendum svo fólki á hvert hægt er að leita, bendum þeim á mömmumorgna o.s.frv. Ég tel að við kortleggjum þetta vel og að við höfum góða yfirsýn yfir ástand barnafjölskyldna á svæðinu.“

Síðasta spurningin: Heldurðu að það gæti verið til bóta að allir sem vinna með börn í sveitarfélaginu, kennarar, leikskólakennarar, skólahjúkrunarfræðingar, skólasálfræðingar, íþróttþjálfarar, jafnvel lögregla og slökkvilið, færu í gegnum Solihull námskeið?

„Ég tel að Solihull þjálfun og fræðsla geti skipt sköpum fyrir hugarfar þeirra sem vinna með börn. Þetta á einnig við um foreldrana. Tökum sem dæmi kennari sem skilur ekkert í því hvers vegna foreldrið eða foreldrarnir aðstoða barnið ekki með heimalærdóm. Svo þegar skólahjúkrunarfræðingurinn eða umsjónarkennarinn fer og ræðir við foreldrana þá kemur kannski í ljós að hjá foreldrnum liggur djúpstæð andúð á skólakerfinu vegna eigin sársaukafullrar fyrri reynslu. Þeim líður illa þegar hugurinn beinist að skólanum, það rifjast upp fyrir þeim eigin vanmáttur og getuleysi í að styðja barnið. Það er sama hvar drepíð er niður færi, þessi Solihull nálgun hefur áhrif vegna þess að hún gerir mann betri í að setja sig í spor annarra og hvetur til að leita skýringa á vanlíðan fólks. Ósjálfrátt leitarðu lausna til að barninu farnist sem best.“

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Útfararþjónusta Rúnars Geirmundssonar,
Þverholti 30
Úti og inni sf, Þingholtsstræti 27
Valva lögmenn slf, Túngötu 14
VDO ehf, Tunguhálsi 19
Verslunarskóli Íslands, Ofanleiti 1
Verslunin Álfheimar, Álfheimum 2
Verslunin Brynja ehf, Laugavegi 29
Vélar og verkfæri ehf, Skútuvogi 1c
Við og Við sf, Gylfaflöt 3
Viðvík ehf, Hryggjaseli 1
Wurth á Íslandi ehf, Norðlingabraut 8
Örk bygg ehf, Suðurlandsbraut 22

Seltjarnarnes

Íþróttafélagið Gróttá, íþróttamiðstöðinni,
Suðurströnd

Vogar

Arktik Rok Motel ehf, lðndal 1
Stálafi Orkuíðnaður ehf, lðndal 10
Toggi ehf, Suðurgötu 2A

Kópavogur

Arnarljós, Digranesheiði 45
Bak Höfn ehf, Jökullalind 8
Biljöfur ehf, gul gata, Smiðjuvegi 34
Bílstál ehf, Askalind 3
Blikksmiðjan Vik ehf, Skemmuvegi 42
dk hugbúnaður ehf-www.dk.is, Smáratorgi 3
Domusnova fasteignasala, Nýbýlavegi 8
Elva Björk Sigurðardóttir, tannlæknir,
Hlíðasmára 14
Fríkirkjan Kefas, Fagraþingi 2a
goddi.is, Auðbrekku 19
Habitat á Íslandi ehf, Skógarlind 2
Hoist vinnulyftur, Víkurhvarfi 4
Hvammshólar ehf, Hlíðarhvammi 2
IClean ehf, Dalvegi 16c
Init ehf, Smáratorgi 3
Íshúsið ehf, Smiðjuvegi 4a
Kambur ehf, Geirlandi v/Suðurlandsveg
Kópavogsbær
Lyfjaval ehf, Hlíðasmára 2
MHG verslun ehf, Víkurhvarf 8
Snæland, Núpallind 1
Suðurverk hf, Hlíðasmára 6
Söluturninn Smári, Dalvegi 16c
Tannlæknastofa Gunnars Leifssonar slf,
Bæjarlind 6
Tengi ehf, Smiðjuvegi 76
Útfararstofa Íslands ehf, Auðbrekku 1
Vinnuvernd ehf, Holtasmára 1
Zenus - sófar & gluggatjöld, Smiðjuvegi 9

Garðabær

Fagval ehf, Smiðsbúð 4
Garðabær, Garðatorgi 7
Járnsmiðja Öðins, Smiðsbúð 6
Nýþrif - ræstingaverktaki ehf, Garðatorgi 2b
Pípulagnaverktakar ehf, Miðhrauni 18
Rope Yoga Setrið
Versus bílaréttingar og málun, Suðurhrauni 2

Hafnarfjörður

Aflhlutir ehf, Drangahrauni 14
Betri Bygging ehf, Reykjavíkurvegi 24
Bílaverk ehf bílamálun og réttingar,
Kaplahauni 10
Bortækni ehf, Stapahrauni 7
Bókhaldstofan ehf, Bæjarhrauni 10
Eiríkur og Einar Valur ehf, Norðurbakka 17b
Eldvarnarþjónustan ehf, Móabarði 37
Fjarðarmót ehf, Melabraut 29
Flensborgarskólinn, Hringbraut 10
Gunnars mæjónes ehf, Dalshrauni 7
Hafnarfjarðarbær

Hlaðbær-Colas hf, malbikunarstöð, Gullhelli 1
Hvalur hf, Reykjavíkurvegi 48
Kerfi fyrirtækjapjónusta ehf, Selhelli 13
Krossborg ehf, Stekkjarhvammi 12
Kæling ehf, Stapahrauni 6
Markus Lifenet, björgunarþúnaður,
Hvaleyrarbraut 27
Netorka hf, Bæjarhrauni 14
Rennilist, Lónsbraut 6
SIGN ehf, skartgripaverkstæði, Fornubúðum
12
SJ Tréverk ehf, Melabraut 20
Stoðtækni ehf, Lækjargötu 34a
Terra - efnaeyðing, Berghelli 1
Terra ehf, Berghelli 1
Vélaverkstæði Hjalta Einars ehf, Melabraut
23-25
Vélsmiðjan Altak ehf, Drangahrauni 1
Vélsmiðjan Kofri ehf, Skútahrauni 3
Viðir og Alda ehf, Reykjavíkurvegi 52a
Viðistaðakirkja

Reykjanesbær

algalif.com
Allt Hreint ræstingar ehf, Holtsgötu 56
Bilnet, bílaréttingar og sprautun, Fitjabraut 30
Bílurúðupjónustan ehf, Grófinni 15c
Bókhalds- og rekstrarþjónusta Gunnars
Þórarinssonar, Hafnargötu 91
DMM Lausnir ehf, Hafnargötu 91
Ferðaþjónusta Reykjaness ehf
Fjölbrautaskóli Suðurnesja, Sunnubraut 36
Maggi & Daði málarar ehf, Heiðarbraut 10
Maron ehf, Kópubraut 22
Nesraf ehf, Grófinni 18a
OSN lagnir ehf, lðavöllum 7b
Ráin, veitingasala, Hafnargötu 19
Reiknistofa fiskmarkaða hf, lðavöllum 7
Samband sveitarfélaga á Suðurnesjum,
Skógarbraut 945
SB Trésmiði ehf, Garðavegi 8
Sjúkraþjálfunin Ásjá ehf, Njarðarvöllum 4
Skipasmíðastöð Njarðvíkur hf, Sjávargötu 6-12
Skólamatúr ehf, lðavöllum 1
Starfsmannafélag Suðurnesja, Krossmóum 4a

Grindavík

Einhamar Seafood ehf, Verbraut 3a
Martak ehf, Hafnargötu 21
Stakkavík ehf, Bakkalág 15b
Þorbjörn hf, Hafnargötu 12

Sandgerði

Vélsmiðja Sandgerðis ehf, Vítatorgi 5

Garður

Aukin Ökuréttindi ehf, Ósbraut 5
Leikskólinn Gefnarborg, Sunnubraut 3
Útskálakirkja, Útskálum

Mosfellsbær

bilalokkun.is, Völuteigi 11
Elektrus ehf - löggiltur rafverktaki,
Bröttuhlíð 1
Mosfellsbakarí, Háholti 13-15
Nonni litli ehf, Þverholti 8
Skálatún
Ungmennna- og íþróttafélagið Afturelding,
Íþróttamiðstöðinni Varmá
Vélsmiðjan Orri ehf, Flugumýri 10
Vélsmiðjan Sveinn ehf, Flugumýri 6

Akranes

Akraneskaupstaður, Stillholti 16-18
Fasteignasalan Hákot, Kirkjubraut 12
Hótel Glymur, Hvalfirði
Hvalfjarðarsveit

PIPÓ ehf, Kalmansvöllum 4a
Sjúkraþjálfun Georgs Janussonar,
Kirkjubraut 28

Borgarnes

Bifreiðaverkstæðið Hvannnes ehf, Sólbakki 3
Borgarbyggð, Borgarbraut 14
Búvangur ehf, Brúarlandi
Kvenfélag Stafholtstungna
Samtök sveitarfélaga á Vesturlandi,
Bjarnarbraut 8

Stykkishólmur

Stykkishólmsbær, Hafnargötu 3

Grundarfjörður

Þjónustustofan ehf, Grundargötu 30

Ólafsvík

Útgerðarfélagið Guðmundur ehf,
Brautarholti 18

Hellissandur

Esjar ehf, Hraunási 13
Félags- og skólajónusta Snæfellinga,
Klettsbúð 4
Melnes ehf, Háarifi 7
Skarðsvík ehf, Helluhóli 1

Reykholahreppur

Reykholahreppur, Mariutröð 5a
Þörungaverksmiðjan hf

Ísafjörður

Arctic Fish ehf, Aðalstræti 20
GG málningarpjónusta ehf, Aðalstræti 26
Hamraborg ehf, Hafnarstræti 7
Massi þrif ehf, Seljalandsvegi 70
Orkubú Vestfjarða ohf, Stakkanesi 1
Samgöngufélagið-www.samgongur.is,
Engjavegi 29
SMÁ vélaleigan, Höfða
Tækniþjónusta Vestfjarða ehf, Aðalstræti 26

Bolungarvík

Bolungarvíkurkaupstaður
Endurskoðun Vestfjarða ehf, Aðalstræti 19

Súðavík

Súðavíkurhreppur, Grundarstræti 1

Patreksfjörður

Einherji ehf, Mýrum 15

Þingeyri

Tengill, rafverktaki, Aðalstræti 49

Hólmavík

Strandabyggð, Höfðagötu 3

Hvammstangi

Húnaþing vestra, Hvammstangabraut 5
Sveitasetrið Gauksmýri

Blönduós

Blönduósarbær, Hnúkabyggð 33
Húnavatnshreppur, Húnavöllum
N1 píparinn ehf, Efstubraut 2
Stéttarfélagið Samstaða, Þverbraut 1
Vilko ehf, Húnaþing 33

Skagastönd

Marska ehf, Höfða

Sauðárkrúkur

Dögun ehf, Hesteyri 1

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Fjölbrautaskóli Norðurlands vestra,
Bóknámshúsinu
Iðnsveinafélag Skagafjarðar
Lykill sf, Lerkihlíð 3
Steinull hf, Skarðseyri 5

Varmahlíð
Akrahreppur Skagafirði

Siglufjörður
Snerpa, íþróttafélag fatlaðra, Lindargötu 2

Akureyri
Baugsbót ehf, bifreiðaverkstæði,
Frostagötu 1b
Bílapartasalan Austurhlíð, Austurhlíð
Bústólpi ehf, Oddeyrtanga
Efling sjúkráþjálfun ehf, Hafnarstræti 97
Endurhæfingarstöðin ehf, Glerárgötu 20
Fasteignasalan Byggð, Skípagötu 16
Framtal sf, Kaupangi Mýrarvegi
Gísli Einar Árnason, tannréttingar,
Glerárgötu 34

Hnýfill ehf, Brekkugötu 36
Húsprýði sf, Múlasíðu 48
Hvítasunnukirkjan Akureyri
Höldur ehf, bílaleiga, Tryggvabraut 12
Inspiration Iceland, Knarrarbergi
Kollgáta Arkitektúr, Kaupvangsstræti 29
Kraftar og afl ehf, Óseyri 1
Menntaskólinn á Akureyri,
Eyrarlandsvegi 28

Myndlistaskólinn á Akureyri ehf,
Kaupvangsstræti 14
Pípulagningaþjónusta

Bjarna F Jónassonar ehf, Melateigi 31
Rakarastofa Akureyrar ehf, Hafnarstræti 88
Samherji ehf, Glerárgötu 30
Sjúkrahúsið á Akureyri, Eyrarlandsvegi
Tannlæknastofa Árna Páls,
Kaupangi við Mýrarveg
Vélsmiðjan Ásverk ehf, Grimseyjargötu 3

Grenivík
Grýtubakkahreppur

Grimsey
Sæbjörg ehf, Öldutúni 3

Dalvík
Dalvíkurbyggð, Goðabraut
EB ehf, Gunnarsbraut 6
Flæðipípulagnir ehf, Svæði

Ólafsfjörður
Árni Helgason ehf, vélaverkstæði,
Hlíðarvegi 54

Hrísey
Hríseyjarkirkja

Húsavík
Fjallasýn Rúnar Óskarssonar ehf-
www.fjallasyn.is, Smiðjuteigi 7

Minjasafnið Mánárbakka, Tjörnesi
Tjörneshreppur, Ketilsstöðum
Trésmiðjan Rein ehf, Rein
Ókuskóli Húsavíkur, Túngötu 1

Laugar
Framhaldsskólinn á Laugum,
Laugum Reykjadal
Kvenfélag Reykdæla, Laugum

Mývatn
Vogar ferðaþjónusta, Vogum

Þórshöfn
B.J. vinnuvélar ehf, Hálsvegi 4
Geir ehf, Sunnuvegi 3
Verkalýðsfélag Þórshafnar,
Langanesvegi 18

Bakkafjörður
K Valberg slf, Kötlnesvegi 19

Egilsstaðir
Bókráð, bókhald og ráðgjöf ehf,
Miðvangi 2-4
Gunnarsstofnun, Skriðuklaustri
Héraðsprent ehf, Miðvangi 1
Klausturkaffi ehf, Skriðuklaustri
Menntaskólinn á Egilsstöðum,
Tjarnarbraut 25
Rafey ehf, Miðási 11

Seyðisfjörður
Seyðisfjarðarkaupstaður, Hafnargötu 44

Borgarfjörður
Fiskverkun Kalla Sveins og Álfacafé,
Vörðubrún, Borgarfjörður eystri

Reyðarfjörður
Fjarðabyggð, Hafnargötu 2

Eskifjörður
Egersund Ísland ehf, Hafnargötu 2
Fjarðarþrif ehf, Strandgötu 46c
H.S. Lækning ehf, Bleiksárhlíð 38
Tandrætti ehf, Strandgötu 8

Neskaupstaður
Samvinnufélag útgerðamanna
Síldarvinnslan hf, Hafnarbraut 6
Tannlæknastofa, Hafnarbraut 1
Verkmenntaskóli Austurlands,
Mýrargötu 10

Höfn í Hornafirði
Heilbrigðisstofnun Suðausturlands
Hornafirði, Víkurbraut 31
Bjarnanesókn
Króm og hvitt ehf, Álaleiru 7
Rósaberg ehf, Háholi
Sveitafélagið Hornafjörður, Hafnarbraut 27
Þingvað ehf, byggingaverktakar,
Tjarnarbrú 3

Selfoss
Bifreiðaverkstæðið Klettur ehf, Hrísmýri 3
Bílaleiga Selfoss - Car Rental Selfoss
Búhnykkur sf, Stóru-Sandvík
Eðalbyggingar ehf, Háheiði 3
Flóahreppur, Þingborg
Málarinn Selfossi ehf, Keldulandi 19
Reykhóll ehf, Reykhóli
Stálkrókur ehf, Gagnheiði 45

Hveragerði
Fagvís fasteignamiðlun, Breiðumörk 13
Heilsustofnun NLFÍ - heilsustofnun.is,
Grænumörk 10
IP-lagnir slf, Borgarheiði 35
Norbygg ehf, Borgarhraun 32

Ölfus
Eldhestar ehf, Völlum
Icelandic Glacial

Stokkseyri
Bjartás slf, Heiðarbrún 20

Laugarvatn
Menntaskólinn að Laugarvatni

Flúðir
Fögrusteinar ehf, Birtingaholti 4
Hrunamannahreppur

Hella
Raffoss ehf, Rangárbökkum 7
Trésmiðjan Ingólfs ehf, Freyvangi 16

Hvolsvöllur
Ferðaþjónusta bænda Stóru-Mörk,
Stóru-Mörk 3
Rangárþing eystra, Austurvegi 4

Vík
RafSuð ehf, Sunnubraut 17
Reynissókn

Kirkjubæjarklaustur
Hótel Klaustur - Bær ehf
Skaftárhreppur, Klausturvegi 10
Ungmennafélagið Ármann,
Kirkjubæjarklaustri 2

Vestmannaeyjar
Bíla- og vélaverkstæðið Nethamar ehf,
Garðavegi 15
Bókasafn Vestmannaeyja, Safnahúsi
Íþróttabandalag Vestmannaeyja
Karl Kristmanns, umboðs- og heildverslun,
Ofanleitisvegi 15-19
Lífeyrissjóður Vestmannaeyja, Skólavegi 2
Ós ehf, Strandvegi 30
Rannsóknarþjónustan V.M., Ægisgötu 2
Vestmannaeyjabær, Ráðhúsinu



REYKJALUNDUR
endurhæfing



NEYTENDASTOFA



Rekstrarvörur
- fyrir þig og þinn vinnustæð

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



BYKO



MÚLALUNDUR



ÍSLENSK
ERFÐAGREINING

SORPA



HVÍTASUNNUKIRKJAN
Á ÍSLANDI

„EINN AF GULLMOLUM JÓLABÓKAFLÓÐSINS“

smartland.is



Áleitin og sterk saga dóttur um móður sína, Ástu Bjarnadóttur, sem ætíð fór sínar eigin leiðir.

„Ég hef fengið rosalega sterk viðbrögð, jafnvel frá bláókunnugu fólki, sem segir að eftir lesturinn skilji það sína eigin foreldra og sjálft sig betur. Ég geng mjög nærri mömmu í bókinni en líka sjálfri mér.“

ÚR VIÐTALI VIÐ HÖFUNDINN

„Skemmtileg, einlæg og hugrökk frásögn af áhugaverðri konu ...“

HLÍN RAFNSDÓTTIR



LANDSINS MESTA ÚRVAL BÓKA

Bókabúð Forlagsins | Fiskislóð 39 | Opið virkar daga 11–16 og laugardaga 10–18 | www.forlagid.is



