

23.09.2012



SKÝRSLA/GREINARGERÐ

Líðan þeirra sem eru með skerta starfsgetu og njóta framfærslu hjá Reykjavíkurborg



Reykjavíkurborg

Nýsköpunarsjóður námsmanna og
Velferðasvið Reykjavíkur

September 2012

Líðan þeirra sem eru með skerta starfsgetu og njóta framfærslu hjá Reykjavíkurborg

Nemendur:

Hrefna Hrund Pétursdóttir

Ólöf Edda Guðjónsdóttir

Sigurrós Ragnarsdóttir

Umsjónarmaður:

Jóna Guðný Eyjólfsdóttir

Útdráttur

Þessi rannsókn var gerð til þess að kanna líðan fólks með skerta starfsgetu og sem nýtur fjárhagsaðstoðar til framfærslu hjá Reykjavíkurborg. Í maí 2012 voru 441 notendur skráðir með skerta starfsgetu. Þar af höfðu 383 þegið fjárhagsaðstoð til framfærslu í þrjá mánuði eða lengur. Þátttakendum var sent kynningarbréf um rannsóknina og í kjölfarið var hringt og þeim boðið að taka þátt. Alls tók 71 notandi þátt í rannsókninni og voru þeir beðnir um að gangast undir geðgreiningarviðtali (*MINI International Neuropsychiatric Interview*) sem greinir geðraskanir eftir DSM-IV kerfinu. Auk þess voru eftirfarandi matslistar lagðir fyrir þátttakendur: ASEBA sem metur félagslega þætti, Heilsutengd lífsgæði sem metur líkamlega heilsu, og SMAST-D (*Short Michigan Alcohol Screening Test*) sem metur áfengis- og vímuefnamisnotkun. Helstu niðurstöður voru þær að meirihluti þátttakenda greindist með geðröskun samkvæmt MINI. Einnig greindust margir með áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun og flestir greindust með vanda á heilsutengdum lífsgæðum. Andleg og líkamleg líðan hefur mikil áhrif á getu fólks til þess að stunda vinnu og miðað við niðurstöður rannsóknarinnar er ljóst að þessi hópur þarf mikinn stuðning og ráðgjöf til að komast aftur á vinnumarkað.

Efnisyfirlit

Inngangur	1
Velferð á Íslandi	1
Félagsþjónusta sveitarfélaganna	2
Almannatryggingar	3
Örorka og endurhæfingarlífeyrir	4
Heilbrigðisþjónusta.....	6
Heilbrigði og lífsgæði	7
Áhrif atvinnuleysis á heilsu	7
Geðheilsa	8
Misnotkun áfengis og vímuefna	9
Markmið rannsóknar.....	12
Aðferð.....	13
Þátttakendur	13
Mælitæki	13
Framkvæmd	17
Niðurstöður.....	18
Þátttaka í rannsókn.....	18
Félagsleg staða.....	20
Áfengis og vímuefnavandi SMAST-D	24
Heilsutengd lífsgæði	29
MINI geðgreiningar	32
Tengsl þunglyndis við líkamlega heilsu	34
Umræða	35
Heimildir	42

Töfluyfirlit

Tafla 1. Félagsleg staða.....	21
Tafla 2. Sambúð	22
Tafla 3. Fjölskyldutengsl	23
Tafla 4. Lýsandi tölfraði fyrir heildarskor á SMAST-D karla og kvenna.....	27
Tafla 5. Lýsandi tölfraði fyrir heildarskor á SMAST-D eftir aldri	29
Tafla 6. Meðaltöl heildarvanda á Heilsutengd lífsgæði	29
Tafla 7. Meðaltöl heildarvanda hjá körlum og konum á heilsutengd lífsgæði	30
Tafla 8. Heilsutengd lífsgæði	31
Tafla 9. Geðgreiningar samkvæmt MINI.....	33
Tafla 10. Lýsandi tölfraði fyrir geðlægð samkvæmt MINI og tengsl þess við líkamlega heilsu..	35

Mikil fjölgun hefur orðið á notendum sem fá fjárhagsaðstoð sér til framfærslu vegna skertrar starfsgetu á síðustu árum. Nauðsynlegt er að sporna við þeirri þróun og því þarf að kortleggja þarfir hópsins og finna leiðir til að veita þann stuðning sem þarf svo að notendur geti séð sér farborða með öðrum hætti og aukið lífsgæði sín. Í starfsáætlun Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar fyrir árið 2012 er lögð áhersla á að greina þarfir sjúklinga sem fá fjárhagsaðstoð. Árið 2010 var gerð rannsókn á stöðu fólks sem var sjúkraskráð og fékk fjárhagsaðstoð sér til framfærslu hjá Þjónustumiðstöð Árbæjar og Grafarholts (Guðrún Ágústa Eyjólfsdóttir, 2010). Niðurstöður þeirrar rannsóknar bentu til þess að sjúklingar sem þiggja fjárhagsaðstoð þjáist af streitu, vanlíðan og geðrænum kvillum sem þarfnast sérhæfðar meðferðar. Í ofangreindri könnun voru aðeins 23 þátttakendur en hún gaf tilefni til þess að gera enn ítarlegri rannsókn á stöðu þessara einstaklinga. Því var ákveðið að gera sambærilega rannsókn út frá stærri hópi til að fá marktækari niðurstöður. Þessi rannsókn hefur það markmið að varpa ljósi á stöðu, líðan og aðstæður þeirra notenda sem fá fjárhagsaðstoð til framfærslu í öllum hverfum Reykjavíkurborgar vegna skertrar starfsgetu.

Velferð á Íslandi

Við sameiningu Heilbrigðis,- félags og- tryggingamálaráðuneytis þann 1. janúar 2011 varð til velferðarráðuneyti sem hefur það hlutverk að standa vörð um velferðarþjónustu á Íslandi. Ein af ástæðum þess að ákveðið var að sameina þessi tvö ráðuneyti var að ná fram heildstæðri stefnu á sviði velferðarþjónustu á öllum stigum félagslegs stuðnings og heilbrigðisþjónustu. Með sameiningunni varð til eitt ráðuneyti sem hefur yfirumsjón með velferðar- og fjölskyldumálum, heilbrigðisþjónustu, vinnumarkaðsmálum og jafnréttismálum (Ríkisendurskoðun, 2011).

Hlutverk velferðarkerfis er að auka jöfnuð, minnka fátækt og tryggja þeim sem ekki geta stundað vinnu vegna aldurs, atvinnumissis, örorku, barneigna, veikinda barna eða eigin veikinda viðunandi lífsskilyrði. Hlutverk velferðarkerfisins er einnig að minnka ójöfnuð með því að veita öllum aðgang að menntun, heilsugæslu og félagsþjónustu óháð efnahag (Stefán Ólafsson, 2005). Hér á landi eru í gildi lög um velferð og þjónustu við íbúa. Lög um almannatryggingar segja til um að hér skuli vera velferðarkerfi sem hefur það hlutverk að styðja við þá sem geta ekki framfleytt sjálfum sér og fjölskyldum sínum (Lög um almannatryggingar nr. 100/2007).

Félagsþjónusta sveitarfélaganna

Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga eiga að tryggja íbúum þjónustu og aðstoð með því bæta lífskjör þeirra sem standa höllum fæti. Sveitarfélögum er skylt að veita fjárhagsaðstoð til fólks sem og fjölskyldna sem ekki geta séð sér og sínum farboða án aðstoðar. Markmið laganna er að tryggja fjárhags- og félagslegt öryggi ásamt því að stuðla að velferð íbúa á grundvelli samhjálpur. Aðstoð félagsþjónustu sveitarfélaga skal nýtt til þess að bæta úr vanda og reyna að hindra að fólk komist í aðstæður þar sem það getur ekki hjálpað sér sjálft. Þegar félagsþjónusta er veitt skal hafa í huga bæði almannahagsmuni sem og hagsmuni og velferð þeirra sem þjónustuna þiggja. Stuðla skal að því að þeim sem hafa farið í meðferð vegna misnotkunar á áfengi og vímuefnum sé veittur nauðsynlegur stuðningur og aðstoð til að lifa eðlilegu lífi að meðferð lokinni. Fram kemur í lögum um félagsþjónustu sveitarfélaganna að fjárhagsaðstoð skuli eingöngu vera til staðar þegar allt annað þrýtur (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991). Í reglum um fjárhagsaðstoð Reykjavíkurborgar (2010, með síðari breytingum 2011) segir að áður en fjárhagsaðstoð er veitt skal kanna til þrautar rétt umsækjenda til annarra greiðslna, þar með talið frá almannatryggingum,

atvinnuleysistryggingum, lífeyrissjóðum og sjúkrasjóðum stéttarféлага. Í reglugerðinni kemur einnig fram að þegar einstaklingur hefur fengið fjárhagsaðstoð lengur en í sex mánuði skal veita félagslega ráðgjöf í samræmi við V. kafla laga um félagsþjónustu sveitarféлага nr. 40/1991. Þar segir í 17. gr. að félagsleg ráðgjöf taki m.a. til ráðgjafar á sviði fjármála, húsnæðismála, uppeldismála, skilnaðarmála, þar með talinna forsjár- og umgengnismála, ættleiðingarmála o.fl. Henni skal ætíð beitt í eðlilegu samhengi við aðra aðstoð samkvæmt lögum þessum og í samvinnu við aðra þá aðila sem bjóða upp á slíka þjónustu, svo sem skóla og heilsugæslustöðvar eftir því sem við á (Lög um félagsþjónustu sveitarféлага nr. 40/1991). Fjárhagsaðstoð í Reykjavík getur verið allt að 157.493 kr. á mánuði fyrir einstakling og 236.240 kr. á mánuði fyrir hjón eða fólk í sambúð. Sú upphæð er óháð barnafjölda þar sem reiknað er með að barnabætur, meðlög og barnalífeyrir mæti kostnaði vegna barna (Reglur um fjárhagsaðstoð hjá Reykjavíkurborg, 2010, með síðari breytingum samþykktum 2011). Samkvæmtlyktiltölum Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar fengu 3.285 notendur fjárhagsaðstoð til framfærslu hjá Reykjavíkurborg árið 2011. Miðað við fyrstu sex mánuði ársins 2012 hefur orðið tæplega 1% aukning samanborið við fyrstu 6 mánuði ársins í fyrra.

Almannatryggingar

Í lögum um atvinnuleysistryggingar nr. 54 /2006 segir að allir launamenn og sjálfstætt starfandi atvinnurekendur eigi rétt á atvinnuleysisbótum. Launþegum er tryggð tímabundin aðstoð meðan þeir eru að leita sér að nýju starfi eftir að hafa misst sitt fyrra starf. Til að eiga rétt á atvinnuleysisbótum þarf að hafa stundað launaða vinnu í að minnsta kosti 3 mánuði á síðastliðnum 12 mánuðum, vera vinnufær og virkur í atvinnuleit. Fólk telst vera virkt í atvinnuleit ef það er fært til flestra starfa, sýnir frumkvæði í leit að starfi, er reiðubúið að taka því starfi sem greitt er fyrir og getur tekið starfi án sérstaks fyrirvara. Þeir sem eru ekki virkir í

atvinnuleit vegna veikinda og framvísa vottorði því til staðfestingar eru án bótaréttar (Lög um atvinnuleysistryggingar nr. 54/2006).

Almennan veikindarétt frá vinnu hefur eingöngu sá sem er í launaðri vinnu og verður óvinnufær vegna sjúkdóms eða slyss. Starfsmaður sem er frá vinnu vegna sjúkdóms eða slyss lengur en réttur hans til launa nær getur sótt um dagpeninga úr sjúkrasjóði síns stéttarfélags. Þeir sem ekki hafa launatekjur í veikindum geta átt rétt á sjúkradagpeningum frá Tryggingastofnun ríkisins. Upphæð sjúkradagpeninga er lág eða 1.558 krónur á dag og að auki greiðast 349 krónur með hverju barni. Þessi upphæð er mun lægri en fjárhagsaðstoð sveitarfélaga (Tryggingastofnun ríkisins, 2012).

Örorka og endurhæfingarlífeyrir

Samkvæmt lögum um almannatryggingar eiga þeir sem metnir hafa verið með að minnsta kosti til 75% örorku til langframa vegna afleiðinga læknisfræðilegara viðurkenndra sjúkdóma eða fötlunar rétt á örorkulífeyri. Fólk á aldrinum 18- 67 ára getur sótt um örorkustyrk þrátt fyrir að örorka sé ekki 75%. Þarf þá mat tryggingalæknis um hversu mikil örorkan sé í prósentum talin en örorkan þarf að vera að minnsta kosti 50%. Örorkulífeyrir er metinn samkvæmt örorkustaðli. Ráðherra setur síðan reglugerð að fengnum tillögum Tryggingastofnunar ríkisins (Lög um almannatryggingar nr.100/2007). Í niðurstöðum rannsóknar sem gerð var hér á landi kom fram að algengustu ástæður fyrir örorkumati hérlendis væru geðraskanir og stoðkerfisvandamál (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2007).

Heimilt er að fara fram á sérhæft mat á möguleikum til endurhæfingar og að sækja um endurhæfingarlífeyri í 18 mánuði samanber lög um félagslega aðstoð nr. 99/2007. Áður en hægt er að sækja um endurhæfingarlífeyri þarf að liggja fyrir endurhæfingaráætlun sem þarf

að fylgja eftir. Umsækjandi sem ekki tekur fullnægjandi þátt í endurhæfingu samkvæmt áætluninni fær ekki greiddan endurhæfingarlífeyrir (Tryggingastofnun ríkisins, 2012).

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur skilgreint að markmiðið með endurhæfingu sé að „skjólstæðingur öðlist aftur eins og unnt er líkamlega, andlega og félagslega færni“. Endurhæfingin verði að fela í sér öll þau úrræði sem dregið geta úr áhrifum skerðingar og/eða skertrar starfsgetu, með það að megin markmiði að auka möguleika skjólstæðingsins á að vera virkur þjóðfélagsþegn (World Health Organization, 2012).

Starfsendurhæfing er ferli sem felur í sér stuðning við einstaklinga með skerta starfsgetu í kjölfar veikinda eða slysa í þeim tilgangi að auka starfsgetu, viðhalda henni og stuðla að endurkomu til vinnu með það að megin markmiði að efla einstaklinginn til starfa. Með starfi er átt við félagsstarf, heimilisstarf og launað starf. Þrengra hugtak starfsendurhæfingar er atvinnutengd endurhæfing þar sem markmiðið er að efla launað starf og atvinnuþátttöku. Í starfsendurhæfingu er unnið með styrkleika einstaklingsins samhliða því að lögð er áhersla á að draga úr áhrifum hindrana sem skerða starfsgetu (Landssamtök lífeyrissjóða, 2005).

Nýlega var gerð rannsókn í Hollandi á 23 sjúkraskráðum einstaklingum sem höfðu verið óvirkir á vinnumarkaði í tvö ár eða lengur. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að nokkrir hvetjandi og hamlandi þættir hafa áhrif á hvort að einstaklingur snúi aftur til vinnu eða ekki. Þeir þættir sem taldir voru hvetjandi eru: Jákvæð viðhorf til vinnu, áhugi á vinnunni, að starfsendurhæfing bjóðist snemma í veikindaferlinu og að viðkomanda sé kennt að takast á við takmarkanir sínar. Þeir þættir sem taldir voru hamla því að einstaklingur snúi aftur til vinnu eru: Einstaklingurinn hefur annan ávinning af veikindum sínum eða neikvætt viðhorf gagnvart eigin veikindum, getur ekki tekist á við stöðu sína eða fengið ranga ráðgjöf frá læknum varðandi afturhvarf til vinnu. Niðurstöður rannsóknarinnar bentu til þess að

mikilvægt sé að ná fram heildarmynd af stöðu sjúklinga í langvarandi veikindaleyfi. Einnig bentu niðurstöður til þess að þróun yfir í langvarandi veikindaleyfi sé oft meira háð sálfélagslegum þáttum en læknisfræðilegum (Dekkers-Sanchez, Wind, Sluiter og Frings-Dresen, 2012; VIRK starfsendurhæfingarsjóður, 2012).

Heilbrigðisþjónusta

Heilbrigðiskerfið er ein af grunnstöðum samfélagsins. Í lögum um heilbrigðisþjónustu er kveðið á um að allir landsmenn eigi kost á bestu heilbrigðisþjónustu í samræmi við ákvæði laga um almannatryggingar, réttindi sjúklinga og önnur lög eftir því sem við á. Með það að markmiði að tryggja þegnum þessa lands aðstoð og jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag. Við skipulag heilbrigðisþjónustu skal stefnt að því að hún sé ávallt veitt á viðeigandi þjónustustigi og að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Markmið laga um réttindi sjúklinga nr.74/1997 er að hafa þau í samræmi við almenn mannréttindi og með því tryggja réttarstöðu þeirra gagnvart heilbrigðisþjónustu. Óheimilt er að mismuna sjúklingum á grundvelli kynferðis, skoðana, trúarbragða, uppruna, kynþáttar, efnahags eða stöðu. Skilgreiningin er að sjúklingur sé notandi heilbrigðisþjónustu og skal meðferð miðast að því að greina, lækna, hjúkra og endurhæfa við meðferð. Heilbrigðisstofnunum ber að sjá til þess að upplýsingar um réttindi sjúklinga, félög sjúklinga og almannatryggingar séu aðgengilegar sjúklingum. Jafnframt skulu heilbrigðisstofnanir leitast við að veita almenningi upplýsingar um orsakir og afleiðingar sjúkdóma hjá börnum og fullorðnum (Lög um réttindi sjúklinga nr.74/1997; Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007). Í lögum þessum er ekki fjallað um fjárhagsaðstoð eða réttindi til greiðslna vegna veikinda heldur er einungis fjallað um skyldur starfsmanna að veita upplýsingar um hver réttur sjúklinga er vegna veikinda.

Heilbrigði og lífsgæði

Samkvæmt skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar á heilsu (WHO, 2012) er heilsa, andleg, félagsleg og líkamleg og ekki einungis í fjarveru sjúkdóma eða heilsubrest. Heilsutengdum lífsgæðum er lýst sem áhrifum heilsu á getu einstaklings til virkni og sýn hans á heilbrigði á líkamlegum, félagslegum og andlegum þáttum lífsins og byggja á mati fólks á áhrifum heilsu og sjúkdóma á líðan sína og færni (Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Erla Grétarsdóttir, 2000). Einstaklingurinn sjálfur er eini og besti sérfræðingurinn um lífsgæði sín og eru því heilsutengd lífsgæði viðmið einstaklingsins sjálfs á ánægju með lífsskilyrði sín (Kolbrún Albertsdóttir, Helga Jónsdóttir og Björn Guðbjörnsson, 2009). Með mati á heilsutengdum lífsgæðum er reynt að varpa ljósi á og gera sér grein fyrir hvort að sú heilbrigðisþjónusta sem einstaklingurinn fær skili tilsettum árangri (Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Snorri Ingimarsson, 1997).

Áhrif atvinnuleysis á heilsu

Þegar kreppir að á vinnumarkaðnum með auknu atvinnuleysi og auknum kröfum um vinnuafköst, má búast við að þeir sem hafa skerta vinnufærni vegna afleiðinga sjúkdóma og fötlunar detti fyrir út af vinnumarkaðnum en aðrir og sækji þá um örorkubætur. Í rannsókn sem gerð var hér á landi á algengi örorku kom fram að sterk tengsl eru á milli atvinnuleysis og nýgenginna örorku hér á landi (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2007). Einnig kom fram í rannsókn Hörpu Njálisdóttur (2003) um fátækt á Íslandi að helstu ástæður fátæktar hér landi væru langvarandi veikindi og atvinnuleysi og að algengir fylgikvillar fátæktar væru þunglyndi og kvíði. Ef við berum það saman við reynslu Finna af kreppunni sem varð þar á níunda áratugnum kom í ljós að mjög hátt hlutfall þeirra sem voru langtíma atvinnulausir enduðu á örorku, sökum þess að líðan þeirra og virkni versnaði til

muna við langavarandi atvinnuleysi (Blomster, Heikkila, Keskimaki, Rastas og Simpura, 2001).

Geðheilsa

Líkamleg, andleg og félagsleg heilsa hefur samverkandi áhrif. Eðlilegt er að finna fyrir depurð, reiði, sektarkennd, kvíða eða ótta einhverntímamann en þegar þessar tilfinningar vara lengi, án gildrar ástæðu, getur það verið merki um geðheilsuvanda sem bregðast þarf við. (Landlæknisembættið, e.d). Niðurstöður rannsóknar Jóns G. Stefánssonar og Eiríks Líndal (2009) á algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu voru þær að nær helmingur þátttakenda í rannsókninni hafði einhvern tímann á ævinni uppfyllt viðmið um greiningu geðröskunar, þar af 12% með tvær greiningar og 9% með þrjár eða fleiri greiningar. Árs algengi kvíðaraskana var 5,5% og lyndisraskana 2,6%. Tæplega 20% höfðu haft einhverja geðröskun síðustu 12 mánuði.

Þunglyndi er mjög algengt og er meðal algengustu sjúkdóma. Talið er að um 121 milljón manna um heim allan þjást af þunglyndi á hverjum tíma. Allir geta fundið fyrir þunglyndi, ungir og aldnir, konur og karlar, óháð stétt og stöðu (WHO, 2012). Á Íslandi þjást 12-15 þúsund manns af þunglyndi á hverjum tíma. Erfitt getur verið að greina það því byrjunareinkenni koma mismunandi fram hjá fólki. Fyrstu kvartanir geta verið um líkamlega þætti, eins og þreytu eða svefnleysi. Ef þunglyndi er ekki greint getur það haft slæmar afleiðingar fyrir líf sjúklings (Landlæknisembættið, 2012).

DSM-IV geðgreiningarkerfið (*Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*) er algengasta viðmið í rannsóknum og alþjóðlegri umræðu því verður notast við það hér til skilgreiningar. Þunglyndi eða alvarleg geðlægð (*major depressive disorder*) er greind þegar

einstaklingur uppfyllir fimm einkenni af níu greiningarskilmerkjum. Þá þarf að minnsta kosti eitt af einkennunum að vera lækkað geðslag og/eða minni ánægja eða áhugaleysi. Einkennin verða að koma fram næstum allan daginn, alla daga í tvær vikur. Önnur einkenni eru breytt matarlyst eða þyngd, svefntruflanir, eirðarleysi, þreyta eða orkuleysi, sjálfsásakanir eða sektarkennd, einbeitingarskortur, vonleysi og hugsanir um dauða eða sjálfsvíg (Fauman, 2002). Einkennin verða að valda hömlun á mikilvægum sviðum daglegs lífs og eru ekki vegna beinna lífeðlislegra áhrifa sjúkdóms eða lyfja (Sadock og Sadock, 2007).

Kvíðaraskanir eru mjög algengar í flestum samfélögum. Það sem einkennir allar kvíðaraskanir samkvæmt DSM-IV er endurtekið stress og áhyggjur sem eru mun meiri og vara lengur en eðlilegt er. Einkenni kvíða koma oft fram í eirðarleysi eða spennu, þreytu, erfiðleikum við einbeitingu, vöðvaspennu og svefntruflunum. Helstu kvíðaraskanir eru ofsakvíði, einstök fælni, félagsfælni, þráhyggja og árattu og áfallastreituröskun (Fauman, 2002). Langvarandi kvíði hefur áhrif á líkamlega heilsu. Sem dæmi getur kvíði aukið líkur á hjartasjúkdómum. Það er því mikilvægt að greina sjúkdóminn snemma og byrja meðferð. Margt bendir til þess að kvíði sé arfgengur en utanaðkomandi þættir í umhverfinu eins og til dæmis álagspættir og stress hafa einnig mikil áhrif. Einn af hverjum fjórum er talinn fá kvíðaröskun að minnsta kosti einu sinni. Konur eru líklegri en karlar til að þjást af kvíða (Sadock og Sadock, 2007).

Misnotkun áfengis og vímuefna

Fíkn (*addiction*) hefur mikil áhrif á samfélagið bæði vegna kostnaðar sem hlýst af fjarvistum frá vinnu og minni atvinnuþátttöku auk þeirra áhrifa sem það hefur á fjölskyldulíf.

Samkvæmt íslenskum tölum þá er þessi kostnaður Íslendinga árlega um 46-49 milljarðar króna að frátöldum kostnaði vegna ótímabærra dauðsfalla. Inn í þennan kostnað reiknast tapaðir vinnudagar, slys, örorkubætur og fleira. Rekja má 48% af öllum banaslysum í

umferðinni á árunum 2004-2008 til ölvunar og vímuefnaneyslu og 28% af heildarfjölda umferðaslysa (Ari Matthíasson, 2010). Samkvæmt ársriti SÁÁ 2007-2010 komu 20.579 einstaklingar til meðferðar hjá SÁÁ á tímabilinu 1978 til 2009. Þar af innrituðu sig í fyrsta skipti 10.275 einstaklingar eða um 50%. Áfengis- og vímuefnameðferðin á Vogu er mikilvæg fyrir samfélagið og margir virðast þurfa á þjónustunni að halda. Allt að 8% allra Íslendinga 15 ára og eldri fóru í meðferð á Vogu á fyrrnefndu tímabili, þar af voru allt að 4% þeirra að innrita sig í fyrsta sinn. Þessi mikli fjöldi endurspeglar vel ástand vímuefnamála á landinu (Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann, 2010). Samkvæmt Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni leiðir skaðleg notkun áfengis til dauða hjá 2,5 milljón manna á hverju ári. Áfengisdrykkja leiðir til þess að um 320 þúsund ungmenna á aldrinum 15 til 29 ára deyja, eða sem samsvarar 9% af dauðsföllum í þessum aldurshópi. Það kemur einnig fram hjá Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni að minnsta kosti 15,3 milljónir manna stríða við vímuefnafíkn (WHO, 2012). Áætlað er að um 22,2 milljónir Bandaríkjamanna (9,1%) 12 ára og eldri hafi uppfyllt greiningu fyrir fíkniefnamisnotkun eða fíkn árið 2008. Árlegur kostnaður fyrir Bandaríkin vegna þessa vanda var áætlaður um 500 billjón dollarar (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006; Barlow, 2008).

Rannsóknir sýna að þeir sem neyta áfengis í miklu magni daglega og eiga fjölskyldusögu um áfengismisnotkun eru líklegri til þess að greinast með þunglyndi. Þeir einstaklingar sem bæði eru þunglyndir og misnota áfengi eru í meiri sjálfsvígshættu. Algengar geðraskanir sem fylgja áfengismisnotkun eru andfélagsleg persónuleikaröskun, þunglyndi og kvíðaraskanir. Einstaka rannsóknir sýna að persónuleikaröskun er algeng á meðal karla sem eiga við áfengisvanda að stríða. Almenn kvíðaröskun og ofsakvíði getur einnig verið afleiðing af óhóflegri áfengisdrykkju meðan víðáttufærni og félagsfærni eru oftast til staðar áður en óhófleg áfengisdrykkja hefst. Niðurstöður rannsókna hafa sýnt að einstaklingar með kvíðaraskanir nota áfengið til þess að draga úr einkennum kvíða (Sadock og Sadock, 2007).

Mest af því þunglyndi sem greinist hjá áfengisjúklingum í afeitrun lagast með bindindi, þó eru alltaf einhverjir sem þurfa einnig á lyfjameðferð að halda (SÁÁ, 2010).

Árið 1994 kom DSM-IV viðmið til greiningar á fíknisjúkdómum, bæði áfengis- og og vímuefnafíkn. Í endurbættu útgáfu DSM-IV-TR sem kom út árið 2000 er annars vegar talað um fíkn og hins vegar um efnamisnotkun (Fauman, 2002). Til þess að einstaklingur greinist með fíkn þarf að vera til staðar óheilbriggt mynstur áfengis eða fíkniefnanotkunar sem leiðir til verulegrar skerðingar eða þjáningar og kemur fram í þremur eða fleiri af eftirfarandi atriðum á einhverjum tímapunkti yfir 12 mánuði:

- Þol sem felur í sér annað hvort þörf á að auka skammt vímuefnis til að ná fram vímu eða minni áhrif af sama magni efnis.
- Fráhvarf sem er einkennandi fyrir vímuefnið sem er notað, eða neyslu er viðhaldið til að draga úr eða koma í veg fyrir fráhvarfseinkenni.
- Vímuefnið er notað í stórum skömmtum í lengri tíma en einstaklingurinn hafði ætlað sér.
- Löngun til að draga úr eða stjórna efnanotkun hefur lengi verið til staðar en tilraunir til þess eru árangurslausar.
- Miklum tíma er varið í athafnir sem eru nauðsynlegar til að nálgast áfengi eða fíkniefni, í neyslu þess eða til að jafna sig af áhrifum þess.
- Það dregur úr félagslegri virkni, tómstundavirkni, eða atvinnuþátttöku vegna áfengis eða fíkniefnaneyslu.
- Einstaklingurinn heldur áfram áfengis- eða fíkniefnanotkun þrátt fyrir vitneskju um langvarandi eða endurtekin líkamleg eða sálfræðileg vandamál vegna notkunar (Fauman, 2002).

Viðmiðið til að greina einstakling með efnamisnotkun samkvæmt DSM-IV-TR er að það þarf að vera til staðar óheilbriggt mynstur áfengis- eða fíkniefnanotkunar sem leiðir til

verulegrar skerðingar eða þjáningar og sem kemur fram í þremur eða fleiri af eftirfarandi atriðum á einhverjum tímapunkti yfir 12 mánuði:

- Endurtekin áfengis- eða fíkniefnamisnotkun sem leiðir af sér að einstaklingnum tekst ekki að standa við helstu skyldur sínar í vinnu, skóla eða á heimili.
- Endurtekin áfengis- eða fíkniefnamisnotkun við aðstæður sem eru líkamlega hættulegar.
- Endurtekin áfengis- eða fíkniefnamisnotkun sem veldur broti á lögum.
- Áframhaldandi áfengis- eða fíkniefnamisnotkun þrátt fyrir stöðug eða endurtekin félagsleg- eða samskiptavandamál vegna notkunarinnar (Fauman, 2002).

Í rannsókn sem gerð var hér á landi um vímuefna- og áfengisneyslu heimilislausra í Reykjavík kom fram að flestir sögðust nota vímuefni en undir það var flokkað, fíkniefni, áfengi og tóbak. Skiptingin var þannig að 89,5% þeirra notuðu tóbak, 57,9% áfengi, 26,3% ólögleg fíkniefni og 15,8% ólögleg lyfseðilsskyld lyf. Af ólöglegu fíkniefnunum var amfetamín algengast (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009).

Markmið rannsókna

Markmið rannsóknarinnar er að kanna hvað einkennir þá sem eru sjúkraskrifaðir á fjárhagsaðstoð sér til framfærslu hjá Reykjavíkurborg með því að safna saman upplýsingum um þennan hóp. Sjúkraskrifaðir einstaklingar á fjárhagsaðstoð sveitarfélaganna hafa í raun ekki annan úrkost en að sækja um fjárhagsaðstoð hjá sínu sveitarfélagi sem er síðasti hlekkurinn í öryggisneti velferðarkerfisins. Til að hægt sé að veita markvissa þjónustu og koma í veg fyrir að sjúkraskrifaðir festist í gildru fátæktar er nauðsynlegt að skoða stöðu þeirra með það að markmiði að greina vanda þeirra og finna viðeigandi þjónustuúrræði. Heilbrigðis- og félagsleg vandamál eru samspil sálrænna, líffræðilegra og félagslegra þátta. Því þarf heilbrigðis- og félagsþjónusta að vera með markvisst samstarf. Markmið þessarar

rannsóknar er að kortleggja líðan og meta þjónustuþörf þeirra sem eru sjúkraskrifaðir og með fjárhagsaðstoð sér til framfærslu hjá Reykjavíkurborg. Aflað verður upplýsinga um geðheilsu, áfengis og vímuefnanotkun, félagslega stöðu og líkamlega heilsu.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur rannsóknarinnar voru þjónustuþegar sem höfðu fengið fjárhagsaðstoð til framfærslu hjá Reykjavíkurborg í þrjá mánuði eða lengur. Upphaflegur listi yfir mögulega þátttakendur samanstóð af 383 nöfnum. Rannsóknin hófst í júní 2012. Í lok rannsóknar hafði 71 mætt í viðtal. Af þeim voru 32 konur og 39 karlar. Meðalaldur þeirra sem mættu í viðtal var 34 ár og staðalfrávik 10,5. Meðalaldur kvenna var 28 ár og 38 ár hjá körlum. Yngsti þátttakandi var 20 ára og sá elsti var 61 árs.

Mælitæki

Í rannsókninni voru þátttakendur beðnir um að svara eftirtöldum sjálfsmatslistum: Heilsutengd lífsgæði (*Quality of Life*), sjálfsmatslista um áfengisneyslu og vímuefnanotkun (SMAST-D) og ASEBA sjálfsmatslista. Að lokum voru þátttakendur beðnir um að gangast undir hálfstaðlað geðgreiningarviðtal sem metur helstu geðraskanir samkvæmt DSM-IV kerfinu (MINI).

Heilsutengd lífsgæði (QOL; Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Erla Grétarsdóttir, 2000) er sjálfsmatslisti sem inniheldur 32 atriði og tekur um 10-15 mínútur að fylla út (sjá viðauka A). Listinn var búinn til sem rannsóknarverkefni á geðdeild Landspítalans undir stjórn Tómasar Helgasonar prófessors í geðlækningum og í samvinnu við fjölmarga aðila bæði innan og utan sjúkrahússins. Listinn metur heilsutengd lífsgæði út frá 13

þáttum: almennt heilsufar, depurð, þrek, kvíði, sjálfstjórn, svefn, líkamleg heilsa, verkir, almenn líðan, samskipti, fjárhagur, einbeiting og lífsgæði. Skorið fyrir listann er reiknað í tölvu sem gefur T-skor á bilinu 20 – 70. Því lægra sem stigið er því meiri er vandinn. Skor á bilinu 41-21 ber merki um vanda hjá þátttakanda. Próffræðilegir eiginleikar listans hafa verið kannaðir. Fylgni einstakra spurninga við eigin kvarða og við prófið í heild reyndist í öllum tilvikum marktæk og viðunandi sem bendir til þess að listinn sé einsleitur þrátt fyrir að prófið mæli mismunandi hliðar heilsutengdra lífsgæða. Áreiðanleiki prófsins í heild hefur komið vel út 0,91 (Cronbach's alfa). Einnig hefur hann verið viðunandi hvað varðar einstaka þætti 0,59-0,90 og lægstur í einbeitingu og sjálfstjórn en hæstur fyrir þrek og depurð. Fylgni milli einstakra kvarða hefur mælst marktæk en er hún þó minnst á milli svefns og annarra kvarða 0,27-0,48 og á milli fjárhags og annarra þátta, 0,28-0,46 (Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Erla Grétarsdóttir, 2000).

Áfengis- og vímuefnamisnotkun (Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST)) (Selzer, Vinokur og Van Rooijeen, 1975) er 13 atriða sjálfsmatspróf. Prófinu var upphaflega ætlað að meta einkenni og afleiðingar áfengismisnotkunar en var svo breytt í SMAST-D og metur bæði áfengis- og vímuefnamisnotkun. SMAST-D er styttri útgáfa af *Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)* sem er 23 atriða sjálfsmatspróf (sjá viðauka B). Selzer, Vinokur og Van Rooijeen (1975) fannst vanta áhrifaríkan og stuttan sjálfsmatslista sem væri auðvelt að vinna niðurstöður úr. Svarmöguleikarnir eru tveir í SMAST-D, já og nei. Gefið er eitt stig fyrir hverja staðhæfingu sem við á nema spurningar eitt, fjögur og fimm sem eru snúnar. Miðað er við að 0-2 stig bendi ekki til vanda, þrjú stig bendi mögulega til áfengis og/eða vímuefnavanda en fjögur stig og yfir bendi til þess að viðkomandi eigi við vímuefna- og/eða áfengisvanda að stríða. Listinn metur áfengis- og vímuefnavanda um ævina. Atriðin á listanum meta til dæmis hvort að viðkomandi hafi komist í kast við löginn vegna neyslu sinnar, sótt AA fundi eða hvort að það sé vandi í fjölskyldunni vegna neyslu. Próffræðilegir

eiginleikar hafa verið kannaðir og hefur komið í ljós að áreiðanleiki prófsins telst vera mjög góður 0,76 - 0,93 og er í samræmi við áreiðanleika MAST. Fylgni SMAST-D við MAST var um 0,90 og telst því há. Réttmæti prófsins hefur komið vel út (Selzer, Vinokur og Van Rooijeen, 1975). Þetta bendir því til að SMAST-D ætti að vera jafn gott til að skima fyrir efnamisnotkun og MAST. Þýðandi SMAST-D er Þórarinn Tyrfingsson. Próffræðilegir eiginleikar SMAST-D í íslensku þýðingunni voru kannaðir í rannsókn Berglindar Guðmundsdóttur o.fl. (2009). Áreiðanleiki SMAST-D á íslensku reyndist góður og próffræðilegur eiginleiki prófsins voru í samræmi við niðurstöðu erlendra rannsókna (Guðrún Ágústa Eyjólfsdóttir, 2010).

ASEBA sjálfsmatslistinn (Achenbach System of Empirically Based Assessment) er mælitæki sem var hannað af Dr. Thomas M. Achenbach árið 1960 (Achenbach og Lewis, 1971; Achenbach, Becker, Döpfner, Heiervang, Roessner, Steinhausen og Rothenberger, 2008). Á þeim tíma skilgreindi DSM kerfið aðeins tvo flokka af geðrænum kvillum barna „Adjustment reaction of childhood“ og „Schizophrenic reaction, childhood type. Achenbach hóf því að þróa mælitækið til að gefa fjölbreyttari mynd af geðröskunum barna og fullorðinna en tíðkaðist á þeim tíma. (Achenbach o.fl., 2008).

ASEBA mælitækið var hannað fyrir fjóra aldurshópa, börn á leikskólaaldri (eins og hálf árs til fimm ára), börn á skólaaldri (sex til átján ára), fólk á fullorðinsaldri (18 til 59 ára) og loks 60 ára og eldri. (Achenbach o.fl., 2008). Í þessari rannsókn var notast við Adult self-reports (ASR) fyrir fólk á aldrinum 18-59 ára og einnig Older adults self-reports (OASR) fyrir 60 ára og eldri. Báðir listarnir meta aðlögunarhæfni einstaklinga, andlega og líkamlega líðan og félagslega þætti. Í þessari rannsókn var aðeins notast við fyrstu þrjá hluta mælitækisins sem meta félagslega þætti og gefa bakgrunnsbreytur. Próffræðilegir eiginleikar listans hafa verið kannaðir og eru áreiðanleiki og réttmæti hans viðunandi (Achenbach og Rescorla, 2006).

MINI International Neuropsychiatric Interview (Lecrubier o.fl., 1997). MINI er hálfstaðlað geðgreiningarviðtal sem greinir helstu geðræna kvilla samkvæmt viðmiðum DSM-IV geðgreiningarkerfisins. Þeir geðrænu kvillar sem eru greindir eru; alvarleg geðlægð (*Major depressive episode*) yfirstandandi og endurtekin, alvarleg geðlægð með melankólískum einkennum (*Melancholic features*), óyndi (*Dysthymia*), sjálfsvígshætta síðasta mánuð, örlyndis- og geðhæðatímabil (*Manic and hypomanic episode*) yfirstandandi og einhverntímenn á ævinni, ofsakvíði (*panic disorder*) með eða án víðáttufælni (*agoraphobia*), félagsfælni (*social phobia*), þráhyggja – árátturöskun (*obsessive-compulsive disorder*), áfallastreituröskun (*post traumatic stress disorder*) misnotkun áfengis og áfengisánætjun (*alcohol dependence and abuse*), vímuefnaröskun (*substance dependence and abuse*), geðrofsraskanir (*psychotic disorders*) yfirstandandi og einhvern tímenn á ævinni, lystarstol (*anorexia nervosa*), lotugræðgi (*bulimia nervosa*), almenn kvíðaröskun (*generalized anxiety disorder*) og andfélagsleg persónuleikaröskun (*antisocial personality disorder*). Í fyrirlögn tekur viðtalið að meðtaltali 15 til 20 mínútur og telst áreiðanleiki milli matsmanna vera mjög góður ($k = 0,88 - 1,0$). Próffræðilegir eiginleikar hafa verið skoðaðir og hefur komið í ljós að endurprófunaráreiðanleiki er góður ($k=0,76-0,93$). MINI hefur verið borið saman við Composite International Diagnostic Interview (CIDI) sem sýnir gott viðmiðsréttmæti (Lecrubier o.fl., 1997; Sheehan o.fl., 1997). MINI var þýtt yfir á íslensku af Péttri Tyrfingssyni og próffræðilegir eiginleikar þess hafa verið kannaðir fyrir sumar geðraskanirnar. Samræmi milli greininga á MINI og CIDI var kannað fyrir þunglyndi, almenna kvíðaröskun, óyndi, ofsakvíða, lotugræðgi og áfengisvanda. Niðurstöður sýna að áreiðanleiki milli MINI og CIDI fyrir áfengisvanda er ($k= 0,64$) viðunandi fyrir almenna kvíðaröskun, þunglyndi og óyndi ($k=0,32 - 0,49$) en mikið lægri fyrir ofsakvíða og lotugræðgi ($k= 0,13 - 0,29$) (Baldur Heiðar Sigurðsson, 2008).

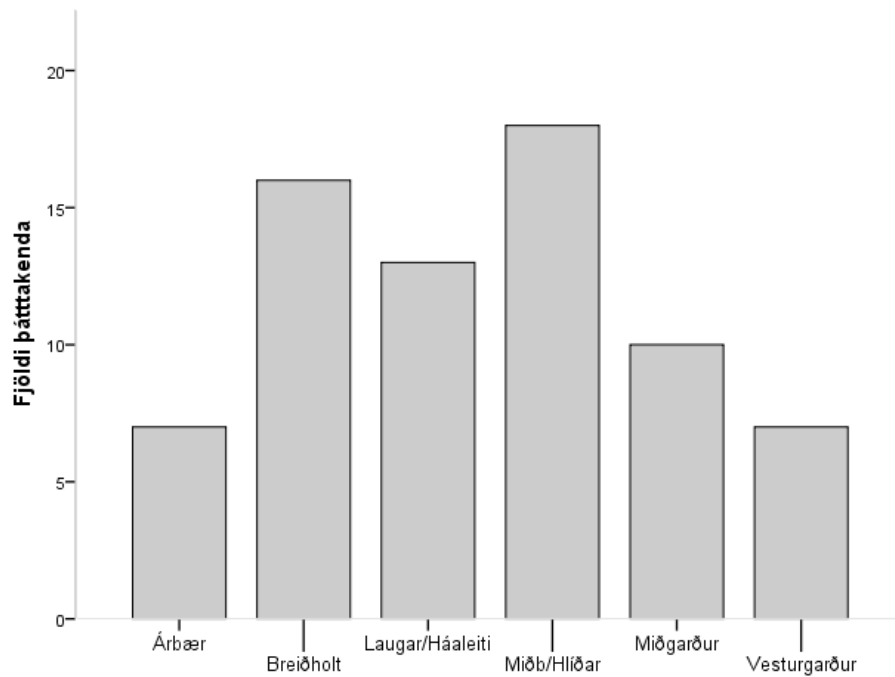
Framkvæmd

Við upphaf rannsóknar var haft samband við Persónuvernd og hún tilkynnt. Útbúinn var listi yfir fólk sem í maí 2012 hafði verið með fjárhagsaðstoð til framfærslu hjá Reykjavíkurborg í að minnsta kosti þrjá mánuði og var sjúkraskrifað. Mögulegum þátttakendum var sent kynningarbréf (viðauki C) í pósti í byrjun júní 2012, þar sem markmið rannsóknar voru útskýrð ásamt í hverju þátttaka fól í sér. Í bréfinu var einnig tekið fram að starfsmenn rannsóknar myndu hafa samband símleiðis á næstu dögum og finna tíma fyrir viðtal. Því næst var haft samband við þjónustumiðstöðvar Reykjavíkur og beðið um aðstöðu til þess að leggja fyrir spurningalista og taka viðtöl. Þegar náðist í þátttakendur var þeim boðin þátttaka í rannsókninni. Þeir sem samþykktu að taka þátt voru beðnir um að koma á þjónustumiðstöð í sínu hverfi. Áður en rannsóknin hófst var þátttakendum greint aftur frá því hvað fólst í rannsókninni bæði munnlega og skriflega. Þeir fengu nægan tíma til að lesa yfir upplýsingarnar og fá svör við þeim spurningum sem þeir höfðu eftir það voru þeir beðnir um að skrifa undir samstarfsyfirlýsingu (viðauki D). Þegar þátttakendur mættu voru þeir beðnir um að gangast undir geðgreiningarviðtal (MINI) sem tók 10-20 mínútur í fyrirlögn. Að því loknu voru þeir beðnir um að svara spurningarlistum. Hrefna Hrund og Ólöf Edda sálfræðingar tóku MINI greiningarviðtöl við þátttakendur. Mjög illa gekk að fá fólk til að mæta í rannsóknina. Alls voru bókaðir 3- 8 viðtalstímar á hverri þjónustumiðstöð allt eftir fjölda einstaklinga á þjónustumiðstöð. Flestir voru úr Breiðholti og úr Miðborg og Hlíðum. Viðtalstímar fóru fram á tímabilinu 20. júní til 31. ágúst. Hringt var að minnsta kosti 5 sinnum í hvern einstakling og send smáskilaboð þar sem fram kom tími, dagsetning á viðtalstíma sem og staðsetning. Flest voru send 10 smáskilaboð þar sem var ítrekað óskað eftir þátttöku í rannsóknina. Hringt var í alla mögulega þátttakendur daginn fyrir viðtal og svo aftur sama dag sem viðtalið fór fram. Smáskilaboð voru send á alla þá sem ekki svöruðu bæði daginn áður og daginn sem viðtalið fór fram.

Niðurstöður

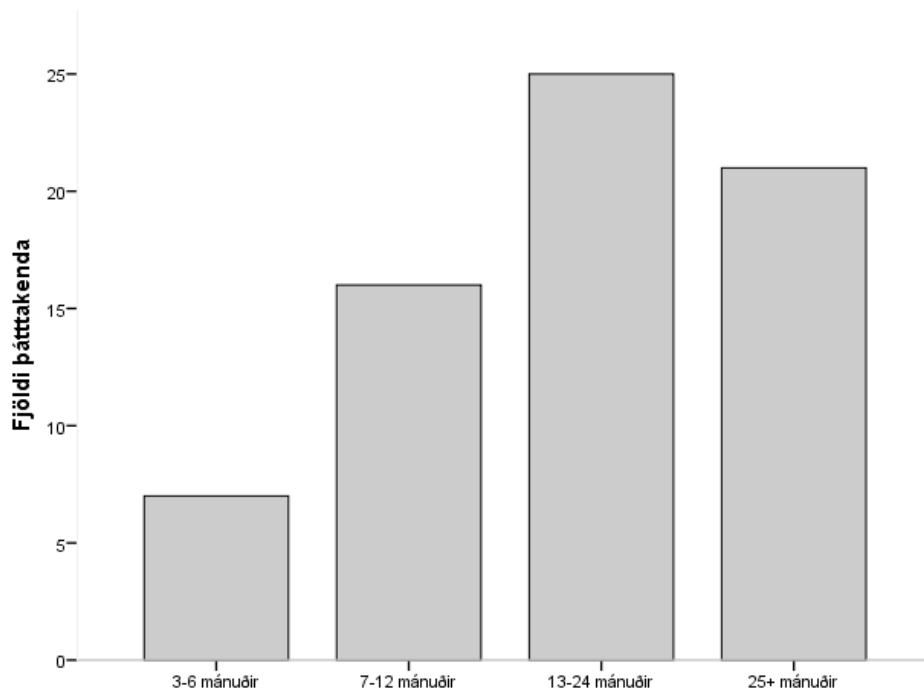
Þátttaka í rannsókn

Upphaflegur listi yfir mögulega þátttakendur samanstóð af 383 nöfnum þeirra sem höfðu fengið fjárhagsaðstoð lengur en í þrjá mánuði frá öllum þjónustumiðstöðvum í Reykjavík. Þegar byrjað var að hafa samband við mögulega þátttakendur kom fram að 44 einstaklingar voru hættir með fjárhagsaðstoð, fluttir, voru á sjúkrahúsi eða töluðu ekki nægilega góða íslensku og voru þess vegna ekki beðnir um að taka þátt. Alls voru 339 manns beðnir um að taka þátt í rannsókninni. Af þeim komu 71 til viðtals, 28 afþökkuðu þátttöku, 22 mættu ekki í bókað viðtal og 218 manns var ekki hægt að ná í þrátt fyrir ítrekaðar tilraunir. Heildarsvörun í rannsókninni var aðeins 21% sem telst mjög dræm svörun.



Mynd 1. Skipting þátttakenda eftir þjónustumiðstöðvum

Á mynd eitt kemur fram svörun eftir þjónustumiðstöðvum. Þar kemur fram að mesta svörunin var hjá Þjónustumiðstöð Miðborgar og Hlíða (25%). Næst flestir svöruðu úr Breiðholti (23%), Laugardal og Háaleiti (18%) og Miðgarði (14%). Fæstir tóku þátt í Vesturgarði (10%) og Árbæ (10%).



Mynd 2. Sýnir hversu lengi þátttakendur hafa þegið fjárhagsaðstoð

Á mynd tvö var tekið saman hversu lengi þátttakendur höfðu fengið fjárhagsaðstoð. Samkvæmt myndinni voru flestir (36%) sem höfðu þegið aðstoð í 13-24 mánuði. Næst flestir (30%) höfðu fengið aðstoð í 25 mánuði eða lengur. Aðeins færri (23%) höfðu fengið aðstoð í 7-12 mánuði og fæstir (10%) í 3-6 mánuði.

Félagsleg staða

Af þeim körlum sem tóku þátt í rannsókninni þá höfðu 50% lokið grunnskóla, 24% höfðu lokið styttra starfsnámi í framhaldsskóla, 18% höfðu lokið stúdentsprófi eða iðnnámi, 3% höfðu lokið prófi úr háskóla, 3% lokið meistaraprófi og 3% greindu frá því að hafa lokið annars konar menntun. Af þeim konum sem tóku þátt höfðu 60% lokið grunnskóla, 16% lokið styttra starfsnámi í framhaldsskóla, 13% stúdentsprófi eða iðnnámi, 3% styttra námi á háskólastigi, 3% farið í háskóla án þess að ljúka lokaprófi og 3% lokið prófi úr háskóla.

Þátttakendur voru spurðir hvernig félagsleg samskipti þeirra væru við vini. Af þeim sem tóku þátt í rannsókninni voru flestir sem greindu frá því að þeir ættu tvo eða þrjá vini (69%). Flestir höfðu samband við vini sína fimm sinnum eða oftar í mánuði (63%). Flestum þátttakendum samdi yfir meðallagi (44%) vel við vini. Þegar þátttakendur svöruðu spurningunni um hversu oft þeir heimsóttu vini sína í mánuði voru flestir sem svöruðu fimm sinnum eða oftar (35%).

Tafla 1. Félagsleg staða

	Karlar Fjöldi (% af kk)	Konur Fjöldi (% af kvk)	Heild Fjöldi (% af heild)
Fjöldi vina			
Enginn	2 (5,1%)	1 (3,1%)	3 (4,2%)
Einn vinur	0 (0%)	8 (25,0%)	8 (11,3%)
Tveir eða þrír	25 (64,1%)	13 (40,6%)	38 (69,0%)
Fjórir eða fleiri	12 (30,8%)	10 (31,3%)	22 (31,0%)
Samband við vini			
Sjaldnar en einu sinni í mánuði	3 (7,7%)	2 (6,3%)	5 (7,0%)
Einu sinni til tvisvar í mánuði	2 (5,1%)	3 (9,4%)	5 (7,0%)
Þrisvar til fjórum sinnum í mánuði	8 (20,5%)	7 (21,9%)	15 (21,1%)
Fimm sinnum eða oftar	25 (64,1)	20 (62,5)	45 (63,4%)
Semur við vini			
Illá	1 (2,6%)	1 (3,1%)	2 (2,8%)
Í meðallagi	10 (25,6%)	2 (6,3%)	12 (16,9%)
Yfir meðallagi	16 (41%)	15 (46,9%)	31 (43,7%)
Mikið yfir meðallagi	12 (30,8%)	14 (43,8%)	26 (36,6%)
Heimsækja vini			
Sjaldnar en einu sinni í mánuði	7 (17,9%)	6 (18,8%)	13 (18,35)
Einu sinni til tvisvar í mánuði	11 (28,2%)	5 (15,6%)	16 (22,5%)
Þrisvar til fjórum sinnum í mánuði	7 (17,9%)	9 (28,1%)	16 (22,5%)
Fimm sinnum eða oftar í mánuði	13 (33,3%)	12 (37,5%)	25 (35,2%)

Í töflu tvö er sýnt hversu margir greindu frá því að hafa verið í sambúð síðastliðna sex mánuðina. Það voru aðeins sex karlar (15%) sem höfðu verið í sambúð. Þegar þessir sex menn voru spurðir nánar út í samskipti sín við maka voru 83% sem áttu í góðum samskiptum. Um

67% karla fannst ekki erfitt að deila ábyrgð með maka sínum. Flestir (83%) af þeim körlum sem voru í sambúð voru ánægðir með maka. Meirihluti (67%) karla deildi áhugamáli með maka sínum. Helmingur (50%) karla greindi frá því að eiga í einhverjum samskiptaerfiðleikum við maka. Flesta (83%) greinir ekki á við maka um búsetu og heimilishald. Flestir karlar (67%) kunna vel við vini maka. Meira en helmingi karla (67%) sagði maka sinn ekki fara í taugarnar á sér.

Það voru sjö konur (22%) sem greindu frá því að hafa verið í sambúð síðastliðna sex mánuði. Meira en helmingur kvenna (57%) kvaðst eiga í góðum samskiptum við maka sinn. Flestum þeim konum (71%) sem voru í sambúð fannst auðvelt að deila ábyrgð með maka. Aðeins minna en helmingur kvenna (43%) kvaðst vera ánægður með maka. Allar þær konur (100%) sem höfðu verið í sambúð sögðust eiga sameiginlegt áhugamál með maka. Meira en helmingur kvenna (57%) greinir á við maka sinn um búsetu eða heimilishald. Flestar konur (71%) greindu frá einhverjum samskiptaerfiðleikum við maka sinn. Meira en helmingur kvenna (57%) líkar vel við vini maka. Fleiri kvenkyns þátttakendur (57%) segja að hegðun maka fari stundum í taugarnar á þeim.

Tafla 2. Sambúð

	Já	Nei
Karl	6 (15%)	33 (85%)
Kona	7 (22%)	25 (78%)

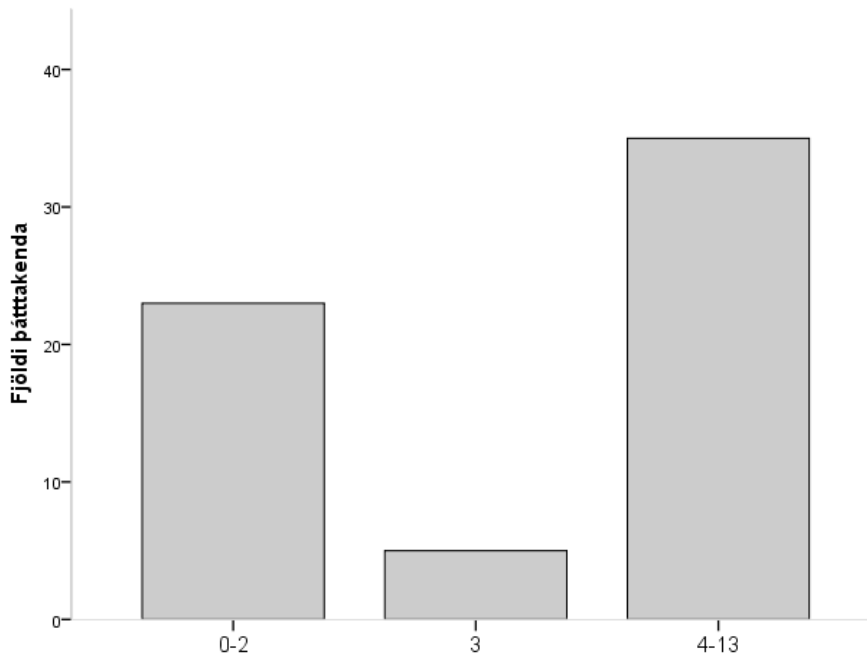
Í töflu þrjú eru fjölskyldutengsl þátttakenda skoðuð. Þeir voru spurðir hvernig þeim semdi við fjölskyldumeðlimi sína. Lokadálkurinn í töflunni sýnir hversu margir þátttakendur eiga ekki bræður, systur eða börn og hvort foreldrar þeirra séu látnir. Þegar þátttakendur voru spurður hvort þeim semdi vel við bræður sína voru flestir (39%) sem svöruðu að það væri mismunandi. Minni hluti þátttakenda (21%) átti ekki bróður. Flestir þátttakendur (46,5%)

greindu frá því að eiga í góðu sambandi við systur sína. Minni hluti þátttakenda (17%) átti ekki systur. Meiri hluti þátttakenda (63%) átti í góðu sambandi við móður sína, aðeins mjög fáir (7%) höfðu misst hana. Það voru 27% þátttakenda sem greindu frá því að faðir þeirra væri látinn. Af þeim sem áttu föður á lífi sögðust 29% eiga í góðu sambandi við föður sinn. Um 45% þátttakenda áttu ekki barn, meiri hluti þeirra (45%) sem eiga börn greindu frá góðu sambandi við elsta barn. Sömuleiðis eiga flestir þátttakendur eða 32% í góðu sambandi við næst elsta barn. Mikill meiri hluti þátttakenda (82%) eiga ekki þriðja barn en af þeim sem áttu þriðja barn voru 16% í góðum tengslum við það. Mikill meiri hluti þátttakenda (89%) átti ekki fleiri börn en þrjú en þeir sem áttu fleiri en þrjú börn voru í góðum tengslum við þau (9%). Af þeim sem áttu stjúpbörn voru flestir sem áttu í góðum samskiptum við þau (14%).

Tafla 3. Fjölskyldutengsl

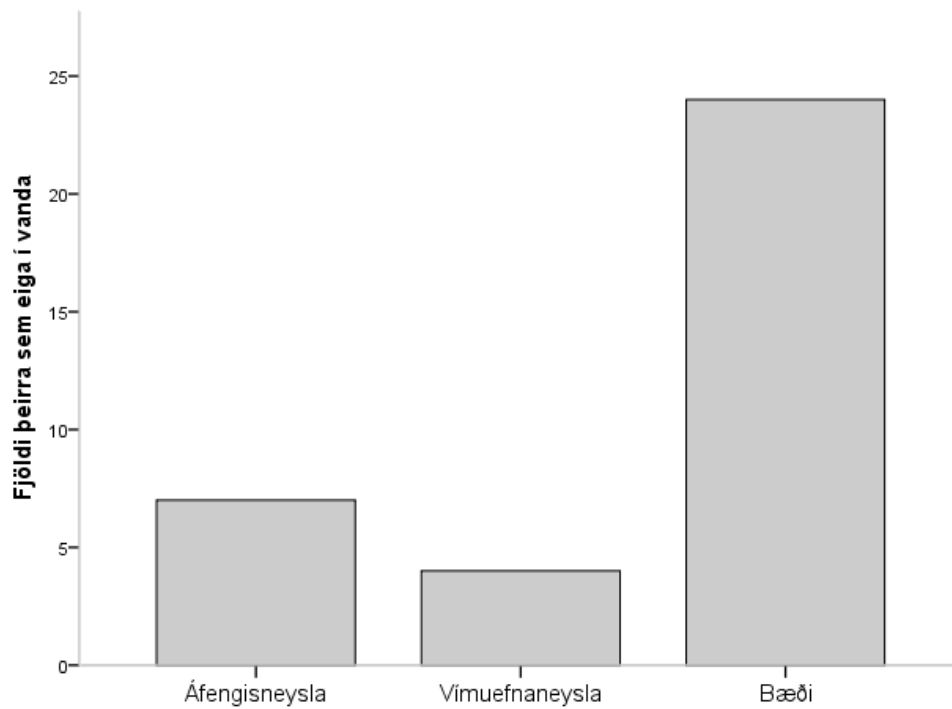
Semur þér vel við	Verr en í meðallagi	Mismunandi eða í meðallagi	Betur en í meðallagi	Ekkert samband	Á ekki við
Bræður þína	5 (7,0%)	28 (39,4%)	21 (29,6%)	2 (2,8%)	15 (21,1%)
Systur þínar	5 (7,0%)	19 (26,8%)	33 (46,5%)	2 (2,8%)	12 (16,9%)
Móður þína	4 (5,7%)	17 (24,3%)	44 (62,9%)	0 (0%)	5 (7,1%)
Föður þinn	6 (8,6%)	18 (25,7%)	20 (28,6%)	7 (10,0%)	19 (27,1%)
Elsta barn	2 (2,8%)	3 (4,2%)	32 (45,1%)	2 (2,8%)	32 (45,1%)
Næst elsta barn	1 (1,4%)	3 (4,2%)	23 (32,4%)	2 (2,8%)	42 (59,2%)
Þriðja elsta barn	1 (1,4%)	1 (1,4%)	11 (15,5%)	0 (0%)	58 (81,7%)
Önnur börn	1 (1,4%)	1 (1,4%)	6 (8,5%)	0 (0%)	63 (88,7%)
Stjúpbörn þín	0 (0%)	0 (0%)	10 (14,1%)	1 (1,4%)	60 (84,5%)

Áfengis og vímuefnavandi SMAST-D



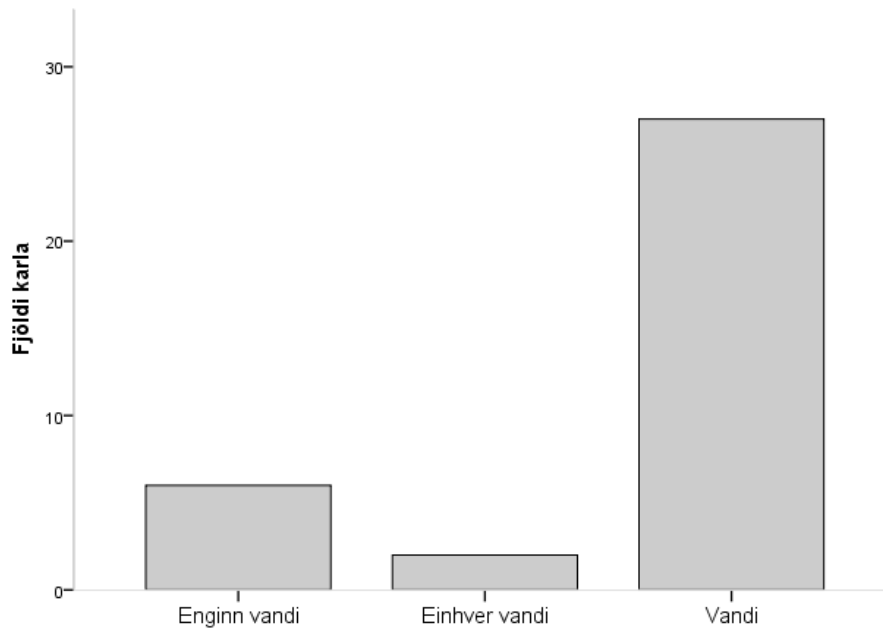
Mynd 3. Heildarskor þátttakenda á SMAST-D

Þegar skoðuð voru heildarskor á áfengis og vímuefnalistanum SMAST-D voru flestir þátttakendur eða 35 (57%) sem fengu 4-13 stig sem telst vera áfengis eða vímuefnavandi einhvern tíman um ævina. Það voru 21 (34%) sem ekki greindust með neinn vanda eða 0-2 stig og fimm (8%) sem fengu einhvern vanda greindan eða 3 stig eins og sést á mynd eitt. Meðaltal heildarskora allra þátttakenda var sex stig, staðalfrávik fimm stig, lægsta gildi var núll og hæsta gildi var 13 stig.



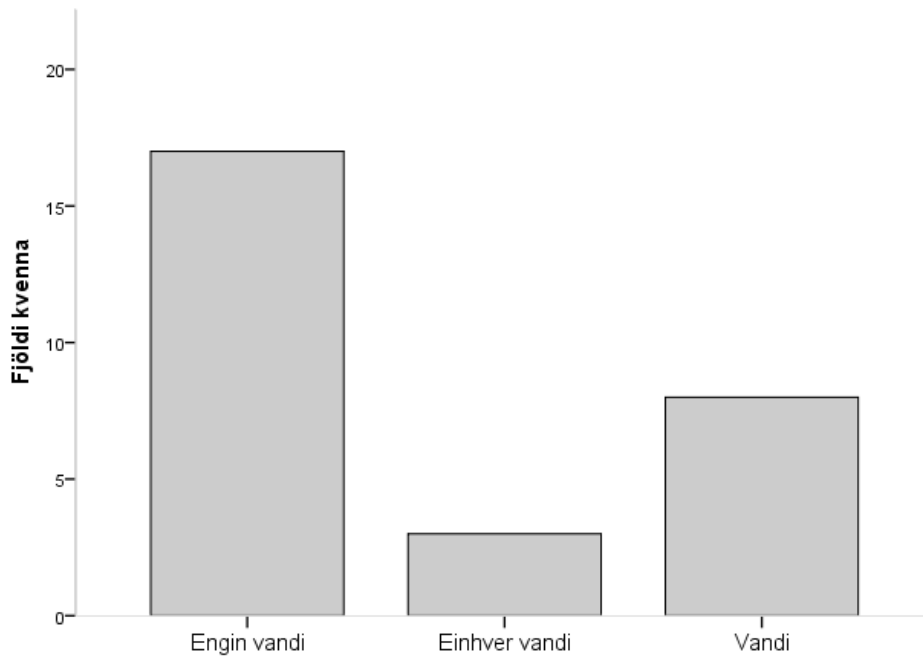
Mynd 4. Yfirlit yfir skiptingu neyslu þeirra sem eiga í vanda

Á mynd fjögur kemur fram að þeir þátttakendur sem áttu í vanda samkvæmt SMAST-D stríða bæði við áfengis og vímuefnavanda. Það voru 24 (69%) sem greindu frá því að eiga í bæði áfengis- og vímuefnavanda. Það voru töluvert færri sem áttu aðeins í áfengisvanda eða sjö (20%) og aðeins fjórir (11%) sem áttu eingöngu í vímuefnavanda.



Mynd 5. Heildarskor karla á SMASD-D

Á mynd fimm kemur fram að flestir karlar greindust með vanda á SMASD-D eða 27 (77%), tveir (6%) greindust með einhvern vanda og sex (17%) karlar greindust með engan vanda.



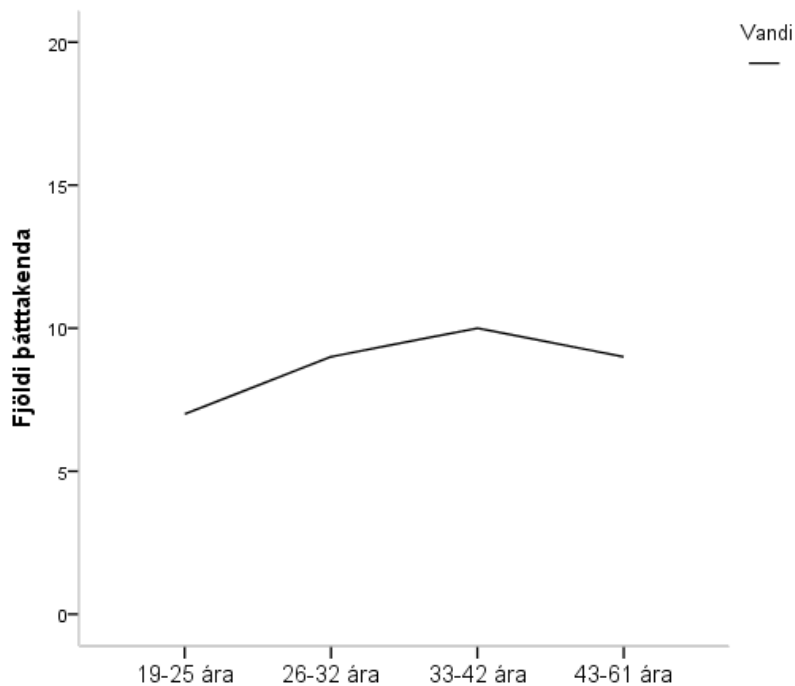
Mynd 6. Heildarskor kvenna á SMAST-D

Á mynd sex kemur fram að það voru færri konur sem voru að greinast með vanda á SMAST-D eða 17 (61%) sem ekki voru með áfengis- eða vímuefnavanda. Það voru þrjár (11%) sem greindust með einhvern vanda og átta (29%) sem greindust með vanda.

Í töflu fjögur eru meðaltöl karla og kvenna fyrir heildarskor á vanda. Þegar meðaltölin voru borin saman kom marktækur munur á hópnum $t(61) = 4,0$, $p = 0,01$. Karlar eru því að greinast með hærra heildarskor á SMAST-D heldur en konurnar.

Tafla 4. Lýsandi tölfræði fyrir heildarskor á SMAST-D karla og kvenna

	Meðaltal	Staðalfrávik	Hæsta gildi	Lægsta gildi
Karlar	8,0	4,3	13	0
Konur	3,5	4,8	13	0



Mynd 7. Yfirlit yfir vanda skipt eftir aldri

Á mynd sjö sést að það var nánast enginn munur á áfengis- og vímuefnavanda eftir aldri hjá þátttakendum. Í aldurshóp 33-42 voru 10 (27%) sem áttu í vanda, það voru níu (26%) sem áttu í vanda í aldurshópum 26-32 ára og einnig í 43-61 aldurshópnum. Það voru fæstir sem áttu í vanda í yngsta aldurshópnum eða 7 (20%) þátttakendur sem greindust með vanda á SMAST-D.

Í töflu fimm má sjá að meðaltöl hópanna eru nokkuð svipuð. Athugað var hvort það væri marktækur munur á milli hópa en svo reyndist ekki vera $F_{(3,59)} = 0,624$, $p = 0,602$. Því er enginn munur á áfengis- og vímuefnavanda eftir aldri.

Tafla 5. Lýsandi tölfraði fyrir heildarskor á SMAST-D eftir aldri

	Meðaltal	Staðalfrávik	Hæsta gildi	Lægsta gildi
20-25 ára	4,7	4,7	13	0
26-32 ára	6,1	5,2	12	0
33-42 ára	6,5	5,2	13	0
43-61 ára	7,0	5,1	13	0

Heilsutengd lífsgæði

Í töflu sex má sjá meðaltöl (t-skor) heildarvanda þátttakenda á þeim 13 undirþáttum sem listinn fyrir Heilsutengd lífsgæði metur. Þegar meðaltöl þátttakenda eru skoðuð virðist sem þeir eigi við talsverðan vanda að stríða á öllum sviðum. Svör þátttakenda við spurningum sem tilheyra sviðinu lífsgæði bendir til að mesti vandi þátttakenda sé þar (M=30).

Tafla 6. Meðaltöl heildarvanda á Heilsutengd lífsgæði

	Meðaltal	Staðalfrávik	Lægsta gildi	Hæsta gildi
Heilsufar	30,9	10,6	20	64
Einbeiting	36,8	11,1	20	62
Depurð	33,6	12,6	20	60
Samskipti	32,5	10,4	20	62
Fjárhagur	33,5	9,3	24	60
Þrek	33,5	12,3	20	58
Kvíði	38,3	12,7	20	64
Líkamleg heilsa	34,2	12,0	20	58
Verkir	37,9	13,5	20	62
Sjálfsstjórn	32,7	11,2	20	58
Svefn	33,5	12,3	20	58
Líðan	33,5	10,6	20	62
Lífsgæði	29,9	10,2	20	58

Í töflu 7 sjást meðaltöl heildarvanda hjá þátttakendum skipt eftir kyni. Mesti vandi (M=28) karla var á sviðinu lífsgæði og á heilsufari (M=29). Vandí kvenna virðist vera svipaður á öllum sviðum en var eins og hjá körlum mestur á lífsgæðum (M=33) og heilsufari (M=33). Til að skoða mun á meðaltölum heildarvanda þátttakenda eftir kyni var t-próf óháðra

úrtaka framkvæmt. Marktækur munur var á meðaltölum fyrir heildarskor fjárhags hjá körlum og konum, $t(69) = -2,751, p = ,00$. Í töflu 7 sést að karlar töldu sig eiga í meiri vanda með fjárhag en konur. Marktækur munur var á meðaltölum fyrir heildarskor þreks hjá körlum og konum, $t(69) = -3,058, p = ,00$. Ef litið er í töflu 7 telja karlar sig eiga í meiri vanda með þrek en konur. Þegar heildarskorið var skoðað fyrir sjálfsstjórn kom í ljós marktækur munur hjá körlum og konum, $t(69) = -2,276, p = ,02$. Í töflu 7 sést að karlar telja sig hafa verri sjálfsstjórn en konur. Marktækur munur var á meðaltölum fyrir heildarskor á líðan hjá körlum og konum, $t(69) = -2,390, p = ,02$. Eins og sjá má í töflu 7 er líðan karla verri en kvenna. Þegar heildarskor lífsgæða karla og kvenna var skoðað kom í ljós marktækur munur á meðaltölum, $t(69) = -2,005, p = ,04$. Karlar mátu lífsgæði sín verri en konur. Ekki var marktækur munur á meðaltölum karla og kvenna á hinum sviðunum.

Tafla 7. Meðaltöl heildarvanda hjá körlum og konum á heilsutengd lífsgæði

	Karlar		Konur	
	M	S	M	S
Heilsufar	29,4	11,4	32,7	9,3
Einbeiting	36,7	11,1	36,9	11,3
Depurð	32,1	11,8	35,4	13,5
Samskipti	30,5	8,2	34,9	12,4
Fjárhagur	30,8	8,9	36,7	8,9
Þrek	32,9	10,6	39,9	8,4
Kvíði	36,5	12,1	40,4	12,4
Líkamleg heilsa	32,5	12,1	36,3	11,7
Verkir	36,6	13,7	39,6	13,2
Sjálfsstjórn	30,0	10,9	35,9	10,9
Svefn	32,4	12,3	34,7	12,4
Líðan	30,8	9,73	36,7	10,9
Lífsgæði	27,7	9,4	32,6	10,6

Tafla 8 sýnir lýsandi tölfræði fyrir undirþætti heilsutengdra lífsgæða skipt eftir aldurshópum. Fólk á aldrinum 43 til 61 árs var að meðaltali með 26 stig á heilsufari sem bendir til þess að þeir hafi talið sig vera með verra heilsufar en hinir aldurshóparnir. Fólk á aldrinum 26 til 32 ára var með að meðaltali 34 stig og virðist því að meðaltali vera með besta

heilsufarið samanborið við hina þrjá hópana. Hins vegar benda 34 stig til þess að fólk á aldrinum 26 til 32 ára sé með lélega heilsu þar sem það er talsvert undir viðmiðinu 41 stigi. Allir aldurshópar mátu sig að meðaltali svipað hvað varðar einbeitingu. Fólk á aldrinum 43 til 61 árs virðist vera að meðaltali (M=31) daprara miðað við hina aldurshópana. Fólk á aldrinum 20 til 25 ára virtist að meðaltali (M=37) eiga í betri samskiptum við aðra miðað við hina þrjá aldurshópana. Þátttakendur á aldrinum 33 til 42 ára virðast vera ósáttari við fjárhag sinn að meðaltali (M=30) samanborið við hina aldurshópana. Fólk á aldrinum 43 til 61 árs var að meðaltali að skora 32 stig á þrek og virðist því meta sig með verra þrek samanborið við hina aldurshópana. Einnig var það að meðaltali að skora 33 stig á kvíða sem bendir til þess að það meti sig kvíðnari en hinir aldurshóparnir. Þegar líkamleg heilsa var skoðuð var elsti hópurinn að skora að meðaltali um 28 stig sem bendir til þess að það sé óánægt með líkamlega heilsu miðað við hina aldurshópana. Sömuleiðis skoraði hann að meðaltali lægst (M=29) á undirkvarðanum fyrir verki. Ef síðustu fjórir undirþættirnir í heilsutengdum lífsgæðum voru skoðaðir virðist elsti hópur þátttakenda meta sig að meðaltali með verri sjálfsstjórn, svefn, líðan og lífsgæði en hinir þrír aldurshóparnir.

Tafla 8. Heilsutengd lífsgæði

	20-25 ára		26-32 ára		33-42 ára		43-61 ára	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Heilsufar	33,4	10,5	34,4	12,9	28,8	9,8	26,3	6,2
Einbeiting	36,9	11,6	34,3	10,9	37,3	11,9	38,8	10,5
Depurð	33,0	14,4	35,2	13,6	35,4	12,2	30,7	10,3
Samskipti	36,9	12,2	32,2	10,2	29,9	8,4	30,7	9,9
Fjárhagur	38,3	8,8	34,0	8,3	30,1	9,9	31,1	8,8
Þrek	38,4	9,8	34,0	11,3	35,6	9,7	31,9	9,4
Kvíði	40,2	12,8	37,7	14,7	42,2	11,2	32,9	10,6
Líkamleg heilsa	39,2	12,5	38,8	12,3	29,9	9,6	28,1	9,4
Verkir	40,9	13,4	46,5	14,4	33,6	8,1	29,5	10,6
Sjálfsstjórn	35,9	11,2	33,5	11,6	31,2	11,5	29,9	10,7
Svefn	34,9	11,9	34,8	14,4	32,1	11,2	31,8	12,0
Líðan	38,4	11,7	34,1	10,6	32,2	10,5	28,7	7,4
Lífsgæði	32,6	12,3	32,0	10,6	28,5	9,2	26,3	7,3

Athugað var hvort að marktækur munur væri hjá aldurshópunum á undirkvörðum fyrir heilsutengd lífsgæði. Marktækur munur var á aldurshópunum fyrir fjárhag $F_{(3,67)} = 2,982$, $p = ,03$. Við eftirá samanburð með leiðréttingu Bonferroni kemur fram að það er marktækur munur á milli 20-25 ára og 33-42 ára aldurshópanna. Marktækur munur var á aldurshópunum hvað varðar líkamlega heilsu $F_{(3,67)} = 4,855$, $p = ,00$ en við eftirá samanburð með leiðréttingu Bonferroni kemur fram að það er marktækur munur á milli 20-25 ára og 43-61 ára og líka marktækur munur á milli 26-32 ára og 43-61 árs. Marktækur munur var á aldurshópunum varðandi verki $F_{(3,67)} = 7,109$, $p = ,00$ við eftirá samanburð með leiðréttingu Bonferroni kemur fram að það er marktækur munur á milli 20-25 ára og 43-61 árs, 26-32 ára og 33-42 ára og einnig hjá 26-32 ára og 43-61 árs. Marktækur munur var á aldurshópunum á líðan $F_{(3,67)} = 2,741$, $p = ,05$. Við eftirá samanburð með leiðréttingu Bonferroni kemur fram að það er marktækur munur á milli 20-25 ára og 43-61 árs. Á hinum undirkvörðum listans var ekki marktækur munur á milli aldurshópanna.

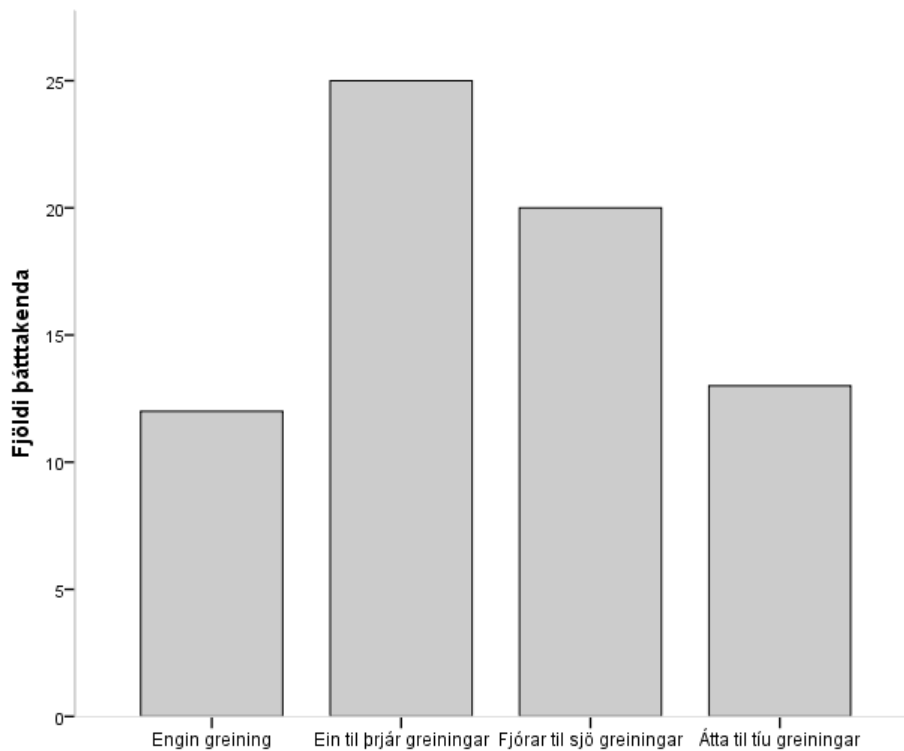
MINI geðgreiningar

Í töflu 9 sjást þær greiningar sem þátttakendur fengu samkvæmt MINI. Eins og sést þá eru margir sem greinast samkvæmt MINI með alvarlega geðlægð, yfirstandandi (46%) og endurtekin (31%). Engir þátttakendur greindust með lystarstol né lotugræðgi.

Tafla 9. Geðgreiningar samkvæmt MINI.

Geðgreining	Fjöldi	Hlutfall
Alvarleg geðlægð		
Yfirstandandi	32	45,7
Endurtekin	22	31,4
Óyndi	24	34,3
Sjálfsvígshætta	31	44,4
Reynt sjálfsvíg	25	35,7
Örlyndistímabil		
Yfirstandandi	4	5,7
Liðið	8	11,4
Geðhæðartímabil		
Yfirstandandi	1	1,4
Liðið	5	7,1
Ofsakvíði án víðáttufælni, yfirstandandi	9	12,9
Ofsakvíði með víðáttufælni, yfirstandandi	11	15,7
Yfirstandandi víðáttufælni án sögu um ofsakvíða	4	5,7
Félagsfælni, yfirstandandi	21	30,0
Þráhyggja og árátta, yfirstandandi	4	5,7
Áfallastreituröskun, yfirstandandi	9	12,9
Geðrof		
Yfirstandandi	2	2,9
Á ævinni	3	4,3
Lyndisröskun með geðrofi	0	0,0
Lystarstol, yfirstandandi	0	0,0
Lotugræðgi, yfirstandandi	0	0,0
Lystarstol binge eating/purging type	0	0,0
Almenn kvíðaröskun	16	22,9
Andfélagsleg persónuleikaröskun	17	24,3

Þegar skoðað var hversu margir fengu geðgreiningu á MINI kom í ljós að 83% fengu einhverja greiningu og aðeins 17% fengu enga greiningu. Þetta er gríðarlegur fjöldi sem greinist með einhvernu vanda.



Mynd 8. Fjöldi greininga á MINI

Á mynd átta kemur fram fjöldi þeirra greininga sem þátttakendur í rannsókninni voru að fá samkvæmt MINI. Eins og sést eru flestir að fá eina til þrjár greiningar (36%), næst flestir fá fjórar til sjö greiningar (27%) og fæstir fá átta til tíu greiningar (18%).

Tengsl þunglyndis við líkamlega heilsu

Þar sem næstum helmingur af þátttakendum greindist með yfirstandandi geðlægd og flestir voru með mikinn vanda á spurningalistanum heilsutengd lífsgæði var ákveðið að skoða hvort það væri tengsl þar á milli. Í töflu 10 koma fram meðaltöl og staðalfrávik í þáttum heilsutengdra lífsgæða hjá þeim sem greinast með yfirstandandi geðlægd og þeirra sem ekki greinast samkvæmt MINI. Eins og fram kemur í töflunni þá eru þeir sem greinast með yfirstandandi geðlægd með lægri meðaltöl á öllum þáttum (Líkamleg heilsa, verkir, svefn, heilsufar, samskipti, lífsgæði og þrek) en þeir sem ekki greinast með geðlægd.

Tafla 10. Lýsandi tölfraedi fyrir geðlægð samkvæmt MINI og tengsl þess við líkamlega heilsu

	Geðlægð yfirstandandi		Ekki geðlægð yfirstandandi	
	M	Sf	M	Sf
Líkamleg heilsa	29,9	9,9	37,7	12,8
Verkir	33,0	11,7	42,2	13,7
Svefn	27,9	8,5	38,2	13,3
Heilsufar	26,9	7,4	34,5	11,7
Samskipti	26,6	7,1	37,6	10,3
Lífsgæði	23,3	4,2	35,8	13,3
Þrek	30,6	5,7	40,7	11,1

Þegar skoðað var nánar hvort munur er á milli meðaltala kom fram að það var marktækur munur á öllum þáttum milli hópanna. Marktækur munur var á líkamlegri heilsu á milli hópanna $t(68)= 2,79, p=0,007$. Marktækur munur var á verkjum milli hópanna $t(68)= 2,98, p=0,004$. Marktækur munur var á svefni milli hópanna $t(68)= 3,77, p<0,00$. Marktækur munur var á heilsufari milli hópanna $t(68)= 3,15, p=0,002$. Marktækur munur var á samskiptum milli hópanna $t(68)= 5,06, p<0,00$. Marktækur munur var á lífsgæðum milli hópanna $t(68)= 6,52, p<0,00$. Að lokum var einnig marktækur munur á þreki milli hópanna $t(68)= 4,69, p<0,00$. Þannig að þeir sem greinast með yfirstandandi geðlægð á MINI eru með marktækt verri skor á öllum þessum þáttum.

Umræða

Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvað einkennir þann hóp fólks sem er sjúkrskrifað og nýtur fjárhagsaðstoð til framfærslu hjá Reykjavíkurborg. Upplýsinga var aflað um heilsu fólks, bæði geð- og líkamlega heilsu ásamt áfengis- og vímuefnanotkun yfir ævina. Félagslegum upplýsingum um þátttakendur var einnig safnað.

Samskipti þátttakenda við vini og fjölskyldu virtist vera nokkuð góð. Flestir eiga tvo til þrjá vini og hafa samband við þá fimm sinnum eða oftar í mánuði. Það voru einungis 13 manns af 71 sem höfðu verið í sambúð síðastliðna sex mánuði. Ef fólk á maka þá uppfyllir það sjaldan rétt til fjárhagsaðstoðar og því ekki líklegt til að vera með aðstoð. Þátttakendur virtust eiga í góðum samskiptum við maka sinn og einnig fjölskyldu.

Stærstur hluti hópsins glímir við áfengis- og/eða vímuefnavanda einhvern tíman á lífsleiðinni. Það þarf ekki að koma á óvart þar sem þessi hópur er skilgreindur í lögum sem viðfang félagsþjónustu sveitarfélaganna. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu i ljós að flestir þátttakendur áttu í vanda með bæði áfengi og vímuefni. Mun fleiri karlmenn glíma við vanda en konur. Meirihluti kvenna áttu ekki í neinum vanda með áfengi eða vímuefni. Þegar áfengis- og vímuefnavandi var skoðaður með tilliti til aldurs var nánast enginn munur á vandanum eftir aldri en þó voru heldur fleiri á aldrinum 33 til 42 ára með vanda. Eins og áður hefur komið fram hefur fíkn mikil áhrif á samfélagið vegna kostnaðar við missi úr vinnu. Samkvæmt íslenskum tölum þá er kostnaður Íslendinga árlega um 46-49 milljarðar króna að frátöldum kostnaði vegna ótímabærra dauðsfalla.

Notast var við listann Heilsutengd lífsgæði til þess að meta líkamlega heilsu þátttakenda. Þegar meðaltöl allra undirprófa voru skoðuð kom fram vandi á þeim öllum. Þátttakendur voru með mestan vanda hvað varðar heilsufar. Karlar telja sig í meiri vanda með fjárhag, þrek, sjálfsstjórn, líðan og lífsgæði heldur en konur. Af þessu má greina að karlar telja sig vera með verri heilsu en konurnar. Mögulegt er að aldurinn hafi eitthvað með þetta að gera. Meðalaldur kvenna í þessari rannsókn var 28 ár á meðan meðalaldur karla var 38 ár. Það munar því 10 árum á kynjunum og því gætu niðurstöður verið litaðar af því.

Samkvæmt niðurstöðum þessarar rannsóknar er helsta vandamál þátttakanda geðrænn vandi. Flestir þátttakenda fengu greiningu á yfirstandandi alvarlegri geðlægd á MINI. Þessar

niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður rannsóknar Guðrúnar Ágústu Eyjólfsdóttur (2010). Hennar rannsókn var á sjúkraskrifuðum einstaklingum á einni þjónustumiðstöð en í þessari rannsókn var farið á allar þjónustumiðstöðvar Reykjavíkurborgar. Hlutfall alvarlegs þunglyndis hjá atvinnulausum konum í rannsóknum hefur verið á bilinu 29% til 48% sem er í samræmi við niðurstöður þessarar rannsóknar (Bassuk o.fl., 1996; Belle, 1990; Danziger, Kalil og Anderson, 2000). Margir greindust einnig með endurtekna alvarlega geðlægð og óyndi. Stór hluti þátttakenda hafði reynt sjálfsvíg einhvern tímann á ævinni og margir voru í sjálfsvígshættu (lítilli, töluverðri og mikilli). Niðurstöður sýndu einnig að margir fengu greiningu á félagsfælni. Tveir þátttakendur greindust með yfirstandandi geðrof sem telst alvarlegt og í þess konar tilfellum þarf fólk inngríp strax (Pond, Freire og Mendon, 2011). Engir þátttakendur fengu greiningu á átröskunum. Nokkuð margir fengu greiningu á almennri kvíðaröskun og kom það einnig fram á undirþættinum *kvíði* á listanum Heilsutengd lífsgæði en þar voru flestir þátttakendur að skora lágt sem bendir til mikils vanda. Það voru 23% þátttakendur sem greindust með andfélagslega persónuleikaröskun sem telst hátt hlutfall í almennu úrtaki. Það kemur kannski ekki á óvart því að margir virðast vera með áfengis- og eða vímuefnavanda en það helst oft í hendur.

Þeir sem greinast með yfirstandandi alvarlega geðlægð voru við mun verri líkamlega heilsu (líkamleg heilsa, verkir, svefn, heilsufar, lífsgæði og þrek) en þátttakendur sem fengu ekki greiningu á yfirstandandi geðlægð. Þetta er í samræmi við rannsókn Moussavi og félaga (2007) en þar kom fram að þunglyndi hefur mjög mikil áhrif á líkamlega heilsu. Þeir sem greinast með alvarlega geðlægð eru í meiri hættu á sjúkdómum. Niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að þunglyndi helst oft í hendur við langvarandi sjúkdóma og getur haft versnandi áhrif á þá. Þunglyndi hefur verri áhrif á heilsu fólks heldur en hjartakveisa, liðagigt, astmi og sykursýki. Þegar þunglyndi helst í hendur við aðra sjúkdóma hefur það verri áhrif á heilsu fólks en ef það er aðeins þunglynt. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna mikilvægi þess

að setja þunglyndi í forgang í heilbrigðiskerfinu til þess að draga úr sjúkdómum, örorku og einnig til að bæta almenna heilsu fólks.

Við túlkun á niðurstöðum þarf að hafa í huga að svarhlutfall rannsóknarinnar var lágt. Erfitt reyndist að fá þátttakendur til að koma og taka þátt í rannsókninni. Meirihluti þátttakenda svaraði ekki símanum þegar hringt var í þá til að bjóða þeim þátttöku. Ákjósanlegt hefði verið að hafa einhvers konar umbun fyrir þátttöku í rannsókninni og með því reyna að auka þátttöku. Margir voru óstaðsettir í húsi og ekki með skráð símanúmer. Því verður að teljast gott að 71 hafi komið og tekið þátt. Niðurstaða rannsóknarinnar var að þátttakendur eru mikið andlega veikir og því reyndist erfitt fyrir þennan hóp að mæta í rannsóknina. Mikill hluti hópsins er til dæmis að greinast með félagskvíða og þunglyndi. Fólk með félagskvíða er hrætt við að vera dæmt af öðrum og verða sér til skammar. Þessi ótti getur verið svo sterkur að hann hafi áhrif á að manneskjan geti stundað vinnu, skóla eða hversdagslegar athafnir (National Institute of Mental Health, 2012). Þunglyndi er ein helsta ástæða þess að koma sér ekki af stað að framkvæma hversdagslegar athafnir. Þar sem niðurstöðurnar benda sterklega til að það sé að hrjá hópinn er eðlilegt að hann eigi erfitt með að mæta í rannsókn. Niðurstöður rannsóknarinnar gáfu til kynna að stór hluti þeirra sem eru sjúkraskrifaðir eigi við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða og mögulega hefur neysla komið í veg fyrir mætingu einhverja þátttakenda. Yfirleitt er lögð mikil áhersla á að fólk sé á vinnumarkaði og sé til skamms tíma á framfærslu sveitarfélagsins. Andleg og líkamleg líðan hefur mikil áhrif á getu fólks til þess að stunda vinnu (Danziger, Kalil og Anderson, 2000). Vegna þess er ólíklegt að þessi hópur geti farið aftur á atvinnumarkaðinn án þess að fá stuðning og sérfræðiaðstoð. Ef sjúkraskrifaðir einstaklingar sem njóta framfærslu sveitarfélagsins fá ekki viðeigandi meðferð eru litlar líkur á að þeir geti byrjað að stunda vinnu. Þunglyndi, líkamleg heilsa og áfengis- og vímuefnafíkn hefur mikil áhrif á getu fólks til að stunda og halda í vinnu (Danziger, Kalil og Anderson, 2000). Flestir (36%) þátttakendur

hafa verið sjúkrskrifaðir og á framfærslu Reykjavíkurborgar í meira en ár og næst flestir (30%) hafa fengið aðstoð í 25 mánuði eða lengur. Hætt er við að fólk festist í vítahring óvirkni og veikinda sé ekkert að gert. Slæmt andlegt og líkamlegt ástand virðist einkenna hóp sjúkrskrifaðra notenda með fjárhagsaðstoð til framfærslu og því brýnt að bjóða upp á markvissa meðferð.

Eins og fram kemur í þessari rannsókn eru þátttakendur illa staddir bæði andlega og líkamlega. Eitt algengasta sálræna vandamálið sem fólk stríðir við er þunglyndi (National health service, 2012). Það er svo algengt að sumir hafa talað um það sem kvef andlegra vandamála. Þunglyndi er helsta orsök óvirkni það er: erfiðleikar við að sinna og/eða stunda skóla/vinnu, hitta vini sína og gera það sem manni finnst ánægjulegt (WHO, 2012). Á vef Landlæknisembættisins (2012) kemur fram að þunglyndi er einn þyngsti og dýrasti sjúkdómur á heimsvísu, jafnt í háþrúðum löndum sem í þróunarlöndum. Sjúkdómurinn reynist einstaklingnum erfiður vegna þungs skaps og er einnig dýr vegna vanlíðunar sem honum fylgir, vegna minnkaðra lífsgæða og glataðra vinnudaga. Með réttri meðferð og stuðningi getur flest fólk náð bata af þunglyndi og því er mikilvægt að þessi hópur fái meðferð til þess að hjálpa honum að komast aftur á vinnumarkaðinn (Songprakun og McCann, 2012; Berghmans, Godard, Joly, Tarquinio og Cuny, 2012). Burt séð frá vinnumarkaðinum þá er fólk sem er sjúkrskrifað og á framfærslu Reykjavíkurborgar með verulega slæma andlega og líkamlega líðan. Niðurstöður benda til þess að stór hluti hópsins er í sjálfsvígshættu og hefur reynt sjálfsvíg einhvern tímann um ævina og því er enn brýnni þörf á meðferð. Ónóg eftirfylgni meðferðaraðila, óáreiðanlegar greiningar og árangurslítil meðferð kemur oft í veg fyrir að fólk snúi til baka í vinnu eftir veikindi (MacEachen, Chambers, Kosny og Keown, 2009; VIRK starfsendurhæfingarsjóður, 2012). Í rannsókn Desouza, Sycamore, Little og Kirker (2007) sem var gerð í Bretlandi var skoðað hvort að endurhæfingarmeðferð hjálpaði fólki aftur út á vinnumarkaðinn. Þátttakendur voru öryrkjar á framfærslu og ekki var tekið

fram hvort þátttakendur áttu við geðræn vandamál að stríða. Þessi meðferð var einstaklingsmiðuð og tók um þrjú til níu mánuði. Þeir sem sáu um meðferðina voru teymi af sálfræðingum, hjúkrunarfræðingum og iðjuþjálfum. Það voru 94 þátttakendur sem kláruðu endurhæfingarmeðferðina. Í lok meðferðar höfðu 53 vinnu, 33 voru að leita að vinnu og fjórir voru í sjálfboðavinnu. Eftir fjögur ár var árangur meðferðarinnar metinn og voru þá 52 ennþá í vinnu, 12 í sjálfboðavinnu, sjö gátu ekki unnið vegna líkamlegra ástæðna. Ekki var tekið fram hvað hefði orðið um hina 23 þátttakendur. Niðurstöður rannsóknarinnar voru því að meirihluti fólks á fjárhagsaðstoð getur snúið aftur til vinnu og haldið vinnunni ef það fær viðeigandi meðferð. Rannsóknir sýna að erfiðast hefur verið að koma fólki sem er heimilislaust og með fleiri en eina geðgreiningu aftur í venjulegt líf. Eins og áður kom fram í þessari rannsókn voru margir að greinast með áfengis- og/eða vímuefnavanda einhvern tíman um ævina og fengu nokkrar geðgreiningar. Í þessari rannsókn voru margir óstaðsettir í húsi sem gæti þýtt að þeir eigi ekki í nein hús að vernda. Rannsóknir hafa skoðað hvaða meðferðir henta þeim einstaklingum sem hafa greinst með áfengis- og eða vímuefnavanda og geðgreiningar og niðurstöður hafa sýnt að áhugahvetjandi meðferð (*motivational enhancement therapy*) minnki vímuefnanotkun, geðræn einkenni og auki meðferðarheldni. Hugræn atferlismeðferð (*cognitive behavioral therapy*) hefur einnig borið árangur hjá þessum hópi fólks, hjálpað þeim við að bæta áfengis og/eða vímuefnavanda, þunglyndi og áfallastreituröskun. Niðurstöður rannsókna hafa einnig sýnt að áhugahvetjandi meðferð og hugræn atferlismeðferð saman beri góðan árangur fyrir geðræn einkenni hjá þessum hópi (Sun, 2012).

Samkvæmt svörum þátttakenda er slæm andleg heilsa og áfengis- og vímuefnavandi einna helst að hrjá þátttakendur eins og áður hefur komið fram. Þjónustupörf hópsins er því mjög mikil. Í klínískum leiðbeiningum við flestum þeim geðröskunum sem eru að hrjá þennan hóp kemur fram að fyrsti kostur við meðhöndlun vandans er sálfræðileg meðferð (National

Institute for Health and Clinical Excellence, 2012). Eins og aðrar rannsóknir og þessi eru að sýna er mikilvægt að fá heilbrigðisþjónustuna til liðs við sveitarfélögin til þess að sinna sjúkraskrifuðum einstaklingum. Það er nauðsynlegt að fagaðilar greini vanda fólks til þess að það geti fengið viðeigandi meðferð. Ef greining er röng eða ónákvæm er ekki víst að veitt sé meðferð við því sem veldur mestri truflun í lífi fólks. Einnig þarf að meta árangur meðferðar reglulega til þess að vera viss um að hún sé að skila tilsettum árangri fyrir einstaklinginn.

Heimildir

- Achenbach, T. M., Lewis, M. (1971). A proposed model for clinical research and its application to encopresis and enuresis. *Journal of the American academy of child, 10*, 535-554.
- Achenbach, T.M. og Rescorla L. A. (2006) *The Achenbach System of Empirically Based Assessment. Í R. P. Archer (Ritsj.), Forensic users of clinical assessment instruments* (bls. 229-262). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner N., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H-C. og Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications and future directions. *Journal of child psychology and psychiatry, 3*, 251-275.
- Ari Matthíasson. (2010). Þjóðfélagsleg byrði af áfengis- og vímuefnaneyslu. Óbirt MS ritgerð: Háskóli Íslands, Hagfræðideild.
- Baldur Heiðar Sigurðsson. (2008). Samanburður á tveimur stöðlum geðgreiningarviðtölum og tveimur sjálfsmatskvörðum: MINI, CIDI, PHQ og DASS. Óbirt cand.psych. ritgerð, Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders, a step by step treatment manual* (4. útgáfa). New York: The Guilford Press.
- Bassuk, E. L., Weinreb, L. F., Buckner, J. C., Browne, A., Salomon, A., og Bassuk, S. S. (1996). The characteristics and needs of sheltered homeless and low-income housed mothers. *Journal of the American Medical Association, 276*, 640–646.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist, 45*, 385–389.

Berghmans, C., Godard, R., Joly, Johanne., Tarquinio, C. og Cuny, P. (2012). Effects of the Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) approach on psychic health (stress, anxiety, depression) and coping mode of diabetic patients: A controlled and randomized pilot study. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170, 312-317.

Berglind Guðmundsdóttir, Agnes B. Tryggvadóttir, Unnur Valdimarsdóttir, Jakob Smári, Ragnar Sigbjörnsson, Brynjar Mogensen, Guðlaug Rakel Guðjónsdóttir og Már Kristjánsson (2009). Áhrif jarðskjálftans 29. maí 2008 á íbúa á Suðurlandi. Erindi kynnt á 14. ráðstefnu Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands.

Blomster, H., Heikkila, K. Keskimaki, L., Rastas, R., Simpura, V, (2001). *The survival of the Finnish health care and social services during the economic depression of the 1990s.* J. Kalela, J. Kiander, U. Kivikuru, H.A. Loikkanen og J. Simpura (Ritstj.) Down from the heavens, Up from the ashes. The Finnish economic crisis of the 1990s in the light of economic and social research, bls. 130-167. Helsinki: Government Institute for Economic Research.

Danziger, S. K., Kalil, A. og Anderson, N. J. (2000). Human capital, physical health, and mental health of welfare recipients: Co-occurrence and correlates. *Journal of social issues*, 56, 635-654.

Dekkers-Sanchez P.M. Wind H. Sluiter J.K. Frings-Dresen MHW (2012). What factors are most relevant to the assessment of work ability of employees on long-term sick leave? The physicians' perspective. *International archives of occupational and environmental health*, 10, 1-10.

- Desouza, M., Sycamore, M., Little, S. og Kirker, S. G. B. (2007). The Papworth Early Rehabilitation Programme: Vocational outcomes. *Disability and rehabilitation*, 29, 671-677.
- Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir. (2009). *Utangarðsfólk í Reykjavík: kortlagning og rannsókn*
- Fauman, M. A. (2002). *Study guide to DSM-IV-TR*. Washington, DC: American psychiatric publishing, Inc.
- Guðrún Ágústa Eyjólfsson. (2010). *Afdrif fólks eftir áfall: Áfallastreituröskun, heilsuhegðun og þjónustunýting*. Óbirt Cand.Psych ritgerð: Háskóli Íslands.
- Harpa Njálisdóttir. (2003). *Fátækt á Íslandi: Við upphaf nýrrar aldar*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Jón G. Stefánsson og Eiríkur Líndal. (2009). Algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu. *Læknablaðið*, 95, 559-564.
- Kolbrún Albertsdóttir, Helga Jónsdóttir og Björn Guðbjörnsson. (2009). Lífsgæði og lífsgæðarannsóknir. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(4), 22-29.
- Landlæknisembætti. (2012). Sótt 21. september af <http://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item14823/Tengslin-milli-likamlegrar-og-andlegrar-heilsu>.
- Landlæknisembættið. (2012). *Þjóð gegn þunglyndi*. Sótt 14. september 2012 af http://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/verkefni/item16380/%C3%BEjod_gegn_%C3%BEunglyndi.

Landssamtök lífeyrissjóða. (2005). *Lokaskýrsla starfshóps um starfsendurhæfingu á Íslandi.*

Sótt þann 10. september 2012 af

http://www.ll.is/files/bbecdchifd/Skyrsla_um_starfsendurhafingu.pdf.

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H. o.fl.

(1997). The mini international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry, 12*, 224-231.

Lög um almennartryggingar nr.100/2007.

Lög um atvinnuleysistryggingar nr.54/2006.

Lög um félagslega aðstoð nr.99/2007.

Lög um félagsþjónustu sveitarfélaganna nr.40/1991.

Lög um heilbrigðisþjónustu nr.40/2007.

Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.

MacEachen, E., Chambers, L., Kosny, A. og Keown, K. (2009). *Red flags, green lights, a guide to identifying and solving return to work problems.* Toronto: Institute for work and health, Canada.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel. V. og Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the world health surveys. *The lancet, 370*, 851-858.

National Health Service. (2012). Sótt 21. september 2012 af

<http://www.nhs.uk/conditions/depression/pages/introduction.aspx>.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2012). Sótt 13. september 2012 af <http://publications.nice.org.uk/common-mental-health-disorders-cg123>.

National Institute of Mental Health. (2012). Sótt 13. september 2012 af <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-phobia-social-anxiety-disorder-always-embarrassed/what-is-social-phobia.shtml>.

Pond, M. P., Freire, A, C. C. og Mendon, M. S. S. (2011). The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Journal of forensic sciences*, 56, 679-682.

Reglur um fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg.

Ríkisendurskoðun (2011). *Sameining í ríkisrekstri -5, Velferðarráðuneyti*. Sótt þann 14. september 2012 af http://www.rikisendurskodun.is/fileadmin/media/skyrslur/samein_velferdarraduneyti.pdf.

Sadock, B.J. og Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9. Útgáfa). Philadelphia: Lippincott, Williams og Wilkins.

Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (2010). *Ársrit SÁÁ 2007-2010*. Reykjavík. Sótt 21. september 2012 af http://www.saa.is/Files/Skra_0042334.pdf.

Selzer, M. L., Vinokur, A. og Van Rooijen, L. (1975). A self-administered short Michigan alcoholism screening test (SMAST). *Journal of studies on alcohol*, 36, 117-126.

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H.K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A. o.fl. (1997). The validity of the Mini international neuropsychiatric interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psyciatric*, 12, 232-241.
- Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson (2007). Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2005. *Læknablaðið*, 93, 11-14.
- Songprakun, W. og McCann, T. V. (2012). Evaluation of a cognitive behavioural self-help manual for reducing depression: a randomized controlled trial. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19, 647-653.
- SÁÁ. (2012). Sótt 26.ágúst 2012 af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/fraedsluefni/afengi/>.
- Stefán Ólafsson (2005). *Örorka og velferð á Íslandi og í öðrum vestrænum löndum*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, Rannsóknarstöð þjóðmála: Öryrkjabandalag Íslands. Sótt þann 12. september af <http://www.mbl.is/media/25/325.pdf>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). (2006). *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Rockville: SAMSA.
- Sun, A. (2012). Helping homeless individuals with co-occurring disorders: the four components. *National association of social workers*, 57, 23-37.
- Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Snorri Ingimarsson. (1997). Heilsutengd lífsgæði. *Læknablaðið*, 83, 492-502.
- Tómas Helgason, Halldóra Ólafsdóttir, Eggert Sigfússon, Einar Magnússon, Sigurður Thorlacius, Jón Sæmundur Sigurjónsson (1999). *Notkun geðdeyfðarlyfja og*

Þunglyndisraskanir. Skýrsla nefndar um notkun geðdeyfðarlyfja. Sótt þann 26. ágúst 2102 af <http://www.velferdarraduneyti.is/media/Gedskyrsla/Gedskyrsla99.pdf>.

Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson, Erla Grétarsdóttir (2000).

Heilsutengt lífsgæði. *Læknablaðið*, 86,251-257.

Tryggingastofnun ríkisins. (2012). *Öryrkjar*. Sótt 21. september 2012 af

<http://www.tr.is/oryrkjar/>.

Virk starfsendurhæfingarsjóður (2012). Sótt 13. september 2012 af

http://www.virk.is/static/files/5_rtw_problems_guide_2009.pdf.

World Health Organization. (2012). *Depression*. Sótt 14. september 2012 af

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.

World Health Organization. (2012). *Health topics. Rehabilitation*. Sótt 11. september 2012

af <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>.

World Health Organization. (2012). *Terminology & classification. Lexicon of alcohol and*

drug terms published by the World Health Organization. Sótt þann 11. september

2012 af http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.htm.

World Health Organization. (2012). Sótt 21. september 2012 af

http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/index.html.

1. Þegar á heildina er litið, finnst þér heilsa þín vera: 1
2
3
4
5
6
7
8
9
- Viðauki A
- slæm
 - þokkaleg
 - góð
 - mjög góð
 - framúrskarandi
2. Varstu með verki síðastliðnar fjórar vikur og ef svo var, hve mikla verk?
- mjög mikla
 - mikla
 - þó nokkra
 - litla
 - mjög litla
 - enga
3. Að hve miklu leyti hefur andleg eða líkamleg heilsa þín takmarkað féla við fjölskyldu, vini, nágretta eða aðra hópa, síðustu fjórar vikurnar?
- mjög mikið
 - töluvert
 - þó nokkuð
 - svolítið
 - alls ekkert
4. Hversu hress og fjörmikil(l) hefur þú verið? (*síðastliðinn mánuð*)
- alveg kraftlaus og uppgefin(n), öll orka búin
 - mjög þróttlítill(l) og dauf(ur) flestum stundum
 - yfirleitt frekar þróttlítill(l) og dauf(ur)
 - krafturinn í mér hefur sveiflast töluvert
 - oftast nokkuð hress og kraftmikil(l)
 - mjög hress - full(ur) orku

- annar
- yfirleitt
- talsvert oft
- stundum
- einstöku sinnum
- aldrei

7. Hefur þú verið svo hrygg(ur), kjarklítil(l), vonlaus, eða haft svo mörg könnu að þú hafir velt fyrir þér hvort allt væri tilgangslaust? (*síðastlið*)

- afskaplega, ég hef verið að gefast upp
- mjög
- þó nokkuð
- dálítið, nóg til að trufla mig
- örlítið
- alls ekki

8. Hefur þér fundist þú vera virk(ur) og þróttmikil(l) eða dauf(ur) og svif (*mánuð*)

- mjög dauf(ur) og svifasein(n) alla daga
- yfirleitt dauf(ur) og svifasein(n)
- frekar dauf(ur) og svifasein(n)
- frekar virk(ur) og þróttmikil(l)
- yfirleitt virk(ur) og þróttmikil(l)
- mjög virk(ur) og þróttmikil(l) alla daga

9. Hefur þú verið afslöppuð/afslappaður og rólegur eða trekkt(ur), spennfest(ur) upp á þráð? (*síðastliðinn mánuð*)

- verið trekkt(ur), spenn(ur) og eins og fest(ur) upp á þráð allan mánuðinn
- oftast nær verið trekkt(ur), spenn(ur) og eins og fest(ur) upp á þráð
- yfirleitt trekkt(ur) en hef stundum getað slappað af
- yfirleitt afslöppuð/afslappaður en stundum dálítið trekkt(ur)
- oftast nær verið afslöppuð/afslappaður og róleg(ur)
- verið afslöppuð/afslappaður og róleg(ur) allan mánuðinn

- aldrei
- einstöku sinnum
- stundum
- talsvert oft
- yfirleitt
- alltaf

12. Hvernig metur þú heilsufar þitt?

- slæmt
- sæmilegt
- gott
- mjög gott
- gæti ekki verið betra

13. Kemur heilsa þín í veg fyrir að þú getir sinnt vinnu þinni, skóla eða heima?

- já, og hefur gert það í meira en 3 mánuði
- já, og hefur gert það í 3 mánuði eða styttri tíma
- nei

14. Setur heilsan þér einhver takmörk núna við að vinna miðlungi erfið verkefni, huggögn, ryksoga eða bera matvælapoka inn eftir verslunarferð?

- já, háir mér mikið
- já, háir mér svolítið
- nei, háir mér ekkert

15. Heilsa mín er mjög góð

- örugglega rangt
- að mestu rangt
- veit ekki
- að mestu rétt
- örugglega rétt

- lítinn hluta tímans
- nokkurn hluta tímans
- drjúgan hluta tímans
- meiri hluta tímans
- allan tímann

18. Hve langan tíma síðustu fjórar vikur hefur þú verið niðurdregin(n) og l

- allan tímann
- meiri hluta tímans
- drjúgan hluta tímans
- nokkurn hluta tímans
- lítinn hluta tímans
- aldrei

19. Hve langan tíma síðustu fjórar vikur hefur þú verið vonlaus um framtíð

- allan tímann
- meiri hluta tímans
- drjúgan hluta tímans
- nokkurn hluta tímans
- lítinn hluta tímans
- aldrei

Merktu við það svar sem þér finnst eiga best við þig.

Hafðir þú óþægindi síðastliðna viku að meðtöldum deginum í dag vegna þess a

- | | | | | | |
|-----|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 20. | varst döpur (dapur) | alltaf
<input type="radio"/> | oft
<input type="radio"/> | stundum
<input type="radio"/> | sjaldan
<input type="radio"/> |
| 21. | áttir erfitt með
að sofna | alltaf
<input type="radio"/> | oft
<input type="radio"/> | stundum
<input type="radio"/> | sjaldan
<input type="radio"/> |
| 22. | áttir erfitt með að
einbeita þér | alltaf
<input type="radio"/> | oft
<input type="radio"/> | stundum
<input type="radio"/> | sjaldan
<input type="radio"/> |

26. Ég hef áhyggjur af miklar

27. Ég sef illa

Vinsamlega svaraðu spurningum 28 - 32 með því að merkja við eina tölu á hvílega. Leggðu mat þitt á skalann frá: 1= mjög óánægð(ur) til 10= hæst ánægð(ur)

28. Ertu ánægð(ur) með líf þitt eins og það er í dag?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
mjög óánægð(ur) hæst ánægð(ur)

29. Ertu ánægð(ur) með heilsu þína eins og hún er í dag?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
mjög óánægð(ur) hæst ánægð(ur)

30. Ertu ánægð(ur) með félagslega stöðu þína eins og hún er í dag?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
mjög óánægð(ur) hæst ánægð(ur)

31. Ertu ánægð(ur) með frístundir þínar eins og þær eru í dag?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
mjög óánægð(ur) hæst ánægð(ur)

32. Hvernig líður þér í dag?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
mjög illa mjög vel

Viðauki B

Spurningarlisti um áfengisneyslu og vímuefnanotkun (SMAST-D)

Vinsamlega lestu eftirfarandi staðhæfingar um áfengisneyslu og/eða vímuefnanotkun og merktu við Já (1) eða Nei (2) eftir því hvort staðhæfingarnar eiga við um þig eða ekki.

	Já	Nei
1. Finnst þér að þú notir áfengi/vímuefni á eðlilegan hátt? (<i>með eðlilegt er átt við að þú drekkir/notir vímuefni minna eða álíka mikið og flestir aðrir</i>)	1	2
2. Hafa maki þinn, foreldrar eða aðrir nánir ættingjar áhyggjur af áfengis- eða vímuefnaneyslu þinni eða hafa þeir kvartað undan henni?	1	2
3. Finnur þú einhvern tíman til sektarkenndar vegna áfengis- eða vímuefnaneyslu?	1	2
4. Telja ættingjar þínir og vinir að þú notir áfengi eða vímuefni á eðlilegan hátt?	1	2
5. Getur þú hætt við áfengis- eða vímuefnaneyslu þegar þig langar til þess?	1	2
6. Hefur þú einhvern tíman farið á AA-fund?	1	2
7. Hefur áfengis- eða vímuefnaneysla þín skapað vandamál eða ósætti milli þín og maka þíns, foreldra eða náninna ættingja?	1	2
8. Hefur þú lent í vandræðum í vinnu vegna áfengis- eða vímuefnaneyslu?	1	2
9. Hefur þú einhvern tíman vanrækt skyldur þínar í vinnu, eða gagnvart fjölskyldu þinni í meira en tvo daga samfleytt vegna áfengis- eða vímuefnaneyslu?	1	2
10. Hefur þú leitað þér aðstoðar vegna áfengis- eða vímuefnaneyslu?	1	2
11. Hefur þú lent á spítala vegna áfengis- eða vímuefnaneyslu?	1	2
12. Hefur þú verið tekin/n fyrir ölvunarakstur eða undir áhrifum annarra vímuefna?	1	2
13. Hefur þú verið handtekin/n og höfð/hafður í haldi í nokkra klukkustundir eða meira vegna ölvunnar eða vegna annarra vímuefna?	1	2

Svaraðir þú spurningunum hér að ofan með tillit til áfengisneyslu, vímuefnaneyslu eða bæði?

Merktu við það sem við á:

_____ (1) áfengisneysla

_____ (2) vímuefnaneysla

_____ (3) bæði áfengis- og vímuefnaneys

Viðauki C

Líðan fólks með skerta starfsgetu sem nýtur framfærslu hjá Reykjavíkurborg

Um rannsóknina

Rannsóknin „*Líðan fólks með skerta starfsgetu sem nýtur framfærslu hjá Reykjavíkurborg*“ er unnin á vegum Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar með styrk frá Nýsköpunarsjóði námsmanna. Ábyrgðaraðili rannsóknarinnar er Jóna Guðný Eyjólfsdóttir, félagsráðgjafi á skrifstofu Velferðarsviðs. Markmið rannsóknarinnar er að kortleggja hópinn sem er með skerta starfsgetu og þiggur fjárhagsaðstoð sér til framfærslu, þá að greina líðan og aðstæður þeirra en það er nauðsynlegt til að hægt sé að koma til móts við þarfir hópsins. Í lok rannsóknar verða niðurstöður teknar saman fyrir allan hópinn nafnlaust í lokaskýrslu sem Velferðarsvið Reykjavíkur og Nýsköpunarsjóður námsmanna fá afhenta.

Trúnaður

Þú verður beðin(n) um að merkja spurningalista með kennitölu þinni. Rannsóknaraðilar eru bundnir trúnaði og þagnarskyldu varðandi þær upplýsingar sem þú veitir. Fyllsta trúnaðar verður gætt varðandi allar upplýsingar sem verður aflað í rannsókninni. Farið verður með persónuupplýsingar og skráningu þeirra í samræmi við lög nr. 77/2000 um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga.

Hætt við þátttöku

Þátttakendur geta hætt við þátttöku hvenær sem er, án skýringa. Neitun mun ekki hafa áhrif á þá þjónustu í framtíðinni sem þátttakandi kann að þurfa á að halda af hendi þeirra sem að rannsókninni standa.

Ólöf Edda Guðjónsdóttir, cand.psych. í sálfræði, Hrefna Hrund Pétursdóttir, cand. psych. í sálfræði og Sigurrós Ragnarsdóttir meistaranemi í félagsráðgjöf eru starfsmenn verkefnisins og eru til staðar til að svara þeim spurningum sem kunna að koma upp á meðan þú svarar spurningalistanum. Einnig er hægt að leita til ábyrgðarmanns rannsóknar.

Með þökk fyrir þátttökuna.

Nafn ábyrgðarmanns

Dagsetning

Nafn rannsakanda

Viðauki D

Líðan fólks með skerta starfsgetu sem nýtur framfærslu hjá Reykjavíkurborg

Samstarfsyfirlýsing

Eftirfarandi er viljayfirlýsing fyrir þátttöku í rannsókninni „*Líðan fólks með skerta starfsgetu sem nýtur framfærslu hjá Reykjavíkurborg*“. Markmið rannsóknarinnar er að kortleggja hópinn sem er með skerta starfsgetu og þiggur fjárhagsaðstoð sér til framfærslu, þá að greina líðan og aðstæður þeirra sem búa við þessar aðstæður. Þetta er gert til þess að koma til móts við þarfir hópsins.

Ég staðfesti hér með undirskrift minni að ég hef lesið upplýsingarnar um rannsóknina sem mér voru afhentar, hef fengið tækifæri til að spyrja um rannsóknina og fengið fullnægjandi svör við atriðum sem mér voru óljós. Ég hef af fúsum og frjálsum vilja ákveðið að taka þátt. Mér er ljóst að þó ég skrifi undir þessa samstarfsyfirlýsingu, get ég hætt þátttöku hvenær sem er án útskýringar.

Nafn þátttakanda

Dagsetning