Félagsráðgjafinn
Lyngás 15, 210 Garðabæ
Veffang: www.felagsradgjafinn.is
Netfang: sveindis@felagsradgjafinn.is

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 - Reykjavík

Reykjavík 21. mars 2019

Efni: Athugasemdir við frumvarp um breytingu á lögum um sjúkratryggingar nr. 112/2008. Þingskjal 842 — 513. Mál.

Undanfarin ár hefur farið vaxandi að fagfólk starfi í einkarekstri við ráðgjöf og meðferarstörf og hefur einnig verið svo innan félagsráðgjafar. Annars vegar má líta á aukninguna sem afleiðingu markaðsáhrifa ásamt breyttu stofnanaumhverfi og þarfnist sérstaks siðfræðilegs, faglegs og lagalegs aðhalds og eftirlits. Hins vegar má líta á þróunina í einkarekstri sem vísbendinu um óánægju ábygðarfulls fagfólks um niðurskurð og höft í starfsumhverfinu (Dellgran og Höjer, 2005a og 2005b; Sigrún Júlíusdóttir, 2006b).

Undirrituð er sjálfstætt starfandi félagsráðgjafi og hefur rekið meðferðarstofuna Félagsráðgjafann (felagsradgjafinn.is) í áratug þar sem megináhersla hefur verið á fjölskylduráðgjöf, einstaklingsráðgjöf, fræðslu til fyrirtækja og stofnana auk handleiðslu. Undirrituð fagnar ofangreindu frumvarpi þar sem mikilvægt er að auka aðgengi að viðtalsmeðferð en lítur það mjög alvarlegum augum að frumvarpið takmarkist við einn faghóp.

Þörf fyrir meðferðarþjónustu bæði innan og utan stofnana snertir vítt svið. Má þar nefna tilfinninga- og félagslega erfiðleika af ýmsu tagi, uppeldisráðgjöf og fræðslu, hjóna- og sambúðarerfiðleika, skilnaðar- og forsjársmál, stjúptengsl, fjölskylduáföll og kreppur vegna missis og slysa. Mörg þessara mála eru þannig að nokkur fagleg og markviss viðtöl nægja til að koma í veg fyrir að frekari skaði hljótist af. Brýnt er þó, bæði út frá einstaklingum og samfélagi, að bregðast skjótt við vandanum. Þjónusta sem byggð er á þekkingu og fagmennsku er best til þess

fallin að skapa fagstéttum trúnaðartraust þeirra sem til þeirra leita. Sérhver fagmaður þarf að hafa færni til að greina hvað hann getur tekið að sér og hvenær er best að vísa til annarra sérfræðinga.

Alþjóðlega heilbrigðisstofnunin (WHO) hefur lagt áherslu á að fjárhagslegir og félagslegir þættir ráði mestu um heilsufar þjóða, þjóðfélagshópa og einstaklinga (2002). Sérstök áhersla er lögð á að heilbrigðismál verði að skoða í nánu samhengi við félagslega velferð. Í skýrslu fagráðs Landlæknisembættisins frá árinu 2003 er þess getið að með markvissri fjölskyldustefnu og skipulagðri fjölskylduvernd í heilsugæslunni megi vafalítið breyta uppvaxtarskilyrðum barna og unglinga þannig að þau öðlist frekar félagslega færni og sjálfstraust sem hjálpi þeim að sneiða hjá heilsuvá sem ógnar þeim. Talið er að 12-15% barna og unglinga glími við vægar geðraskanir og þurfi aðstoð. Börn og unglingar sem glíma við alvarlega hegðunar- eða geðröskun eru um 2-5% og þurfa á öflugri sérfræðimeðferð að halda í geðheilbrigðisþjónustu (Kristján Már Magnússon, 2004). Könnun Lýðheilsustöðvar um líðan ungmenna á Íslandi er í samræmi við þessar tíðnitölur (Stefán Hrafn Jónsson, Jón Óskar Guðlaugsson, Haukur Freyr Gylfason og Dóra Guðrún Guðmundsdóttir, 2011). Í ársskýrslu Meðferðarteymis barna við Heilsugæslustöðina í Grafarvogi frá árinu 2005 kemur fram að algengustu tilefni tilvísana voru kvíðavandamál og næst á eftir komu uppeldis- og/eða fjölskyldutengdur vandi. Heilbrigðisráðuneytið leitaði til sænskra sérfræðinga til að gera úttekt á geðheilbrigðismálum barna og unglinga á Íslandi. Í útektinni kom fram að skortur sé á grunnþjónustu við börn og fjölskyldur þeirra varðandi umönnun, stuðning og meðferð í nærsamfélaginu. Mælt var með þverfaglegum teymum sem samanstæðu af félagsráðgjöfum, iðjuþjálfum og sálfræðingum til viðbótar við það fagfólk sem nú þegar starfar innan heilsugæslunnar (Milton og Eberhard, 2006). Úr skýrslu UNICEF um hag barna á Vesturlöndum má lesa að á Íslandi er líkamlegu heilbrigði sinnt vel, við eignumst hraust og heilbrigð börn, gætum vel að öryggi og komum börnunum á legg. Á grunnskólaaldri leggjum við litla áherslu á menntun þeirra, hvernig þeim líður í skóla og heima. Við eigum þó fastar stundir með börnunum okkar, við borðum með þeim aðalmáltíð dagsins en við verjum ekki miklum tíma í að spjalla við börnin okkar. Afleiðingin af afskiptaleysi foreldra varðandi menntamál og tilfinningalega líðan er að börnin okkar upplifa sig afskipt og einmana (UNICEF, 2007). Notkun þunglyndis- og kvíðastillandi lyfja er mest á Íslandi af öllum Norðurlöndunum (NOMESCO, 2010). Starfshópur um bætta heilbrigðisþjónustu og heilbrigði ungs fólks hefur bent á að önnur meðferðarform svo sem aukin eftirfylgd í nærþjónustu og samvinna við fjölskyldu á heimavelli geta hins vegar sparað mikla

fjármuni. Geðraskanir hjá ungu fólki er flókinn málaflokkur þar sem margar stofnanir sem ýmist eru á vegum ríkis eða sveitarfélaga koma oft að sömu málunum. Samvinnu milli stofnana hefur verið ábótavant, mál hafa tekið of langan tíma og þeir sem eru hjálparþurfi líða fyrir það. Stuðla þarf að aukinni samvinnu kerfa og samstarfi með foreldrum og aðstandendum frá byrjun því aukinn stuðningur í nærumhverfi getur oft skilað góðum árangri (Velferðarráðuneyti, 2011).

Samkvæmt núgildandi heilbrigðislögum nr. 40/2007 er kveðið á í 1. grein laganna að allir landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbrigði. Í lögunum er þess jafnframt getið að heilsugæslan skuli að öllu jöfnu vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Segja má að veikleikar heilbrigðiskerfisins séu fólgnir í því að áherslan á líkamlega þáttinn hefur hlotið mun meira vægi en aðrir þættir og ekki er tekið nægjanlegt tillit til andlegra og félagslegra þátta í umfjöllun um geðræn veikindi. Rannsóknir benda til þess að um 35-45% þeirra sem leita til heilsugæslunnar séu með heilsufarsvanda af sálfélagslegum toga (Agnes Agnarsdóttir, 1997). Skýra stefnu skortir hins vegar um hvernig heilsugæslan tekur á móti, greinir og meðhöndlar umkvartanir af andlegum og félagslegum toga. Í grunnþjónustu (leik- og grunnskóla, heilsugæslu, félagsþjónustu) er nær ekkert aðgengi að fjölskylduráðgjöf og hefur fólk því leitað á einkareknar meðferðarstofur eftir þjónustu. Allt of mörg dæmi eru um að vandi nær að þróast í langan tíma og endar síðan í þriðja stigs þjónustu (t.d. innlögn á sjúkrahús eða aðkoma barnaverndar). Lengi hefur staðið til að efla heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustað innan heilbrigðiskerfisins og hafa bæði innlendir og erlendir sérfræðingar mælt með að stofnuð verði þverfagleg teymi þar sem félagsráðgjafar, hjúkrunarfræðingar, iðjuþjálfar, læknar og sálfræðingar vinni saman á heildrænan hátt að bættri andlegri, líkamlegri og félagslegri líðan. Heillavænlegast og hagkvæmast væri að auka aðgengi að viðtalsmeðferð innan heilsugæslunnar og það er skipulagsmál á ábyrgð ríkisins.

Gagnreyndar rannsóknir (e. evidance based research) í fjölskyldumeðferð hafa ítrekað sýnt að meðferðarsambandið, þ.e. samband sjúklings og meðferðaraðila, er ein helsta forspá um árangur meðferðar. Forspárgildi meðferðarsambandsins getur verið allt að því helmingi meira en forspárgildi þeirrar breytu sem kemur næst á eftir (Orlinsky, Grawe og Parks, 1994; Sexton og Whiston, 1994). Rannsóknir sem byggja á meta-analýsum, þar sem árangur meðferðar er skoðaður í samanburði við hópa sem fá enga meðferð og hópa sem fá aðrar meðferðir, sýna að

fjölskyldumeðferð hefur sýnt yfirburða árangur, sérstaklega gagnvart fíkniefnavanda, við hegðunarerfiðleikum barna, hjóna/sambandserfiðleikum og sem einn liður af mörgum í meðferð við geðklofa (Hazelrigg, Cooper og Borduin, 1987; Shadish, Montgomery, Wilson, Wilson, Bright og Okwumabua, 1993; Shadish, Ragsdale, Glaser og Montgomery, 1995). Gagnreyndar rannsóknir í meðferðarvinnu með börnum og fjölskyldum þeirra hafa sýnt fram á að fjölskyldumeðferð ber árangur í öllum þýðum sem rannsökuð hafa verið og gagnast sérstaklega vel við langvarandi vanda barna. Fjölskyldumeðferð er fjárhagslega hagkvæmari leið en hefðbundin sjúkrahússvistun með tilliti til árangurs í meðferð geðklofa og þunglyndis hjá fullorðnum og einnig í samanburði við meðferðarheimili fyrir unglinga með hegðunarerfiðleika (Pinsof og Wynne, 2000).

Árið 2004 kannaði undirrituð ásamt öðrum hvernig staðið væri að fræðslu til foreldra varðandi uppeldishlutverkið. Niðurstaðan var að slíkri fræðslu væri verulega ábótavant og að foreldrar hefðu ríka þörf fyrir ráðgjöf og fræðslu (Gunnjóna Una Guðmundsdóttir, Kristín Einarsdóttir, Sólrún Erla Gunnarsdóttir og Sveindís Anna Jóhannsdóttir, 2004). Gyða Haraldsdóttir sálfræðingur, gerði könnun meðal tæplega 500 foreldra á landsvísu á þörf fyrir foreldrafræðslu og var niðurstaðan sú að foreldrar töldu mikla þörf vera fyrir hvers kyns fræðslu og ráðgjöf um aga og uppeldi (Gyða Haraldsdóttir, 2003; Sveindís Anna Jóhannsdóttir, 2006). Í kjölfarð var þróað uppeldisnámskeiðið *Uppeldi sem virkar – færni til framtíðar* sem stendur foreldrum til boða. Undirrituð rannsakaði síðan viðhorf og reynslu foreldra af sálfélagslegri þjónustu í tveimur sveitarfélögum á Íslandi, Akureyri og Hafnarfirði árið 2013. Helstu niðurstöður voru að foreldrar höfðu fyrst og fremst leitað til sjálfstætt starfandi fagaðila varðandi sálfélagslega þjónustu en einnig í nokkrum mæli til grunnskólans og heilsugæslunnar. Foreldrar höfðu aðallega þörf fyrir uppeldisráðgjöf og ráðgjöf vegna geðheilbrigðis barna. Uppeldisráðgjöf vildu foreldrar helst fá hjá leikskóla, en því næst hjá sjálfstætt starfandi fagaðilum og síðan félagsþjónustu. Foreldrar höfðu leitað víða eftir þjónustu vegna geðheilbrigðis barna. Flestir höfðu leitað til heilsugæslunnar en stór hópur hafði einnig leitað til sjálfstætt starfandi fagaðila. Fjölskylduráðgjöf og faglega ráðgjöf vegna samskipta vildu foreldrar helst sækja til sjálfstætt starfandi fagaðila en einnig til félagsþjónustu sveitarfélaga og heilsugæslu. Einnig kom fram í rannsókninni að meirihluti foreldra hafði ekki sótt uppeldisnámskeið. Eftirspurn foreldra eftir þjónustu sjálfstætt starfandi fagaðila segir töluvert um að þörfum foreldra sé ekki mætt hvað varðar sálfélagslega þjónustu innan hefðbundinna

þjónustukerfa. Auka þarf skilning á mikilvægi öruggra geðtengsla og fjölskyldunnar fyrir heilbrigði og þroska einstaklingsins ásamt því að skima markvissar eftir fjölskyldum í áhættuhópi og veita þeim viðeigandi þjónustu (Sveindís Anna Jóhannsdóttir, 2013). Engin einstök forvörn er jafn öflug og stuðningur við foreldra og þar er heilsugæslan í lykilhlutverki með stuðningi við foreldra og skimun eftir áhættuþáttum svo sem ungum aldri, bágri fjárhagsstöðu, félagslegri einangrun, einelti, vanrækslu eða ofbeldi, rofnum tengslum, lágu sjálfsmati og þunglyndi. Heilsugæslan þarf þó víðast hvar að efla starfsemi sína til að geta sinnt greiningu, boðið upp á mismunandi úrræði og vísað á önnur. Rétt tímasett inngrip vel þjálfaðs fagfólks geta skipt sköpum fyrir velferð barna og fjölskyldna (Sæunn Kjartansdóttir, 2010).

Hver fagstétt ber ábyrgð á að bregðast við breytingum í samfélagi og starfsumhverfi sem ógna fagmennsku og standa vörð um faglegar kröfur (Becker, 1999) og því eru þessi orð rituð þar sem þjónusta sjálfstætt starfandi fagaðila hefur eins og áður segir farið vaxandi og mikilvægt er að almenningur hafi val um hvert hann sækir þjónustu og það einskorðist ekki við eina fagstétt heldur sé fjölbreytni til staðar og aðgengi að margvíslegri þjónustu til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbriðgði í takt við heilbrigðislög.

Mikilvægt er að móta stefnu bæði í opinberri og einkarekinni þjónustu varðandi menntunar-, réttinda- og eftirlitsmál, varðandi ráðgjöf og meðferð í einstaklinga og fjölskyldna (Sigrún Júlíusdóttir, 2006a). Fagaðilar sem veita viðtalsmeðferð þurfa að uppfylla ákveðin skilyrði. Í fyrsta lagi þurfa þeir að hafa löggild starfsréttindi og í öðru lagi að vera með tilskilin rekstarleyfi fyrir meðferðarstofu. Víða erlendis er gerð sú krafa á fagfólk að það sýni fram á viðhald þekkingar með sí- og endurmenntun til að halda löggildum starfsréttindum en hér á landi er fagfólki í sjálfsvald sett hvernig sí- og endurmenntun er hagað. Siðareglur eru oft helsti ramminn sem fagfólk fer eftir við dagleg störf fyrir utan lög og reglugerðir. Einnig er fagfólki erlendis víða skylt að sækja reglulega handleiðslu til þess að viðhalda starfsréttindum og aðild að fagfélögum. Handleiðsla er aðferð til að efla fagmennsku, vernda fagmanninn en um leið tryggja gæði þjónustu (Sigrún Júlíusdóttir, 2000). Ekki er löng hefð að safna gögnum, þar sem skjólstæðingar meta hvert viðtal, jafn óðum frá meðferðaraðilum sem ekki sérhæfa sig í rannsóknum en með auknu aðgengi að einföldum og handhægum matslistum og markvissri þátttöku meðferðaraðila er hægt að safna umfangsmiklum gögnum sem munu geta betur útskýrt hvaða þættir það eru í meðferð og

meðferðarsambandinu sem skipta sköpum um árangur og aukin lífsgæði (Miller, Hubble, Chow og Seidel, 2013). Gæði þjónustu er eitt af lykilhugtökum í handleiðslu og þegar fer saman aukin gæði, minni kostnaður og betri árangur er erfitt fyrir þá sem sjá um útdeilingu fjármagns að gefa handleiðslu ekki gaum. Mikilvægt er að efla og tryggja gæði viðtalsmeðferðar með því að gera fagaðilum sem veita viðtalsmeðferð skylt að sýna fram á lágmarks sí- og endurmenntun auk handleiðslu. Núverandi staða fagfólks er ábótavant og ákveðnir hópar fagfólks sérstaklega útsettir fyrir steitu og kulnun í starfi (s.s. félagsráðgjafar, hjúkrunarfræðingar, kennarar, læknar, prestar og sálfræðingar) sem dregur úr gæði þjónustu og árangri. Fagfólk getur styrkst í þeirri trú að sérfræðiþekking þeirra aukist með auknum starfsaldri sem og fagleg þróun sé að aukast þegar í raun og veru svo er ekki vegna skorts á sí- og endurmenntun, handleiðslu eða úttektum á faglegum vinnubrögðum (Walfish, McAlister, O'Donnell og Lambert, 2012; Orlinsky og Ronnestad, 2005).

Af því sem fjallað hefur verið um hér má vera ljóst að orðalag frumvarpsins tekur ekki til þess fjölbreytileika sem mikilvægt er að almenningur hafi aðgegni að til að efla heilbrigði og velferð. Undirrituð tók þátt í að móta breytingartillögu Fagdeildar sjálfstætt starfandi félagsráðgjafa og telur að með því að setja hugtakið *viðtalsmeðferð* í stað hugtaksins *sálfræðimeðferð* sé almenningi tryggð fjölbreytt þjónusta þeirra fagaðila sem veita viðtalsmeðferð til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbriðgði. Lagabreytingin veitir einnig tækifæri til að skilgreina betur með reglugerð opinberar kröfur til fagfólks um meðferðararéttindi, sí- og endurmenntun auk handleiðslu.

Virðingarfyllst,

Sveindís Anna Jóhannsdóttir, félags- og fjölskylduráðgjafi/handleiðari

Félagsráðgjafinn

Heimildir:

Agnes Agnarsdóttir. (1997). *An examination of the need for psychological counselling services in primary health care in Iceland.* Óbirt doktorsritgerð. Háskólinn í Surrey.

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin. (WHO) (2002). *The European health report 2002*, World Health Organization Europe, Geneva, Switzerland.

Becker, T. (1999). *Professional practices: Commitment & capability in a changing enviroment.* New Brunswick: Transaction Publishers.

Dellgran, P. og Höjer, S. (2005a). Mellan offentlig och privat, politik och profession: En introduktion. *Socialvetenskaplig Tidskrıft, 12*(2-3), 98-108.

Dellgran, P. og Höjer, S. (2005b). Rörelser i tiden: Professionalisering ochprivatisering i socialt arbete. *Socialvetenskaplig Tidskrıft, 12*(2-3), 246-268.

Gunnjóna Una Guðmundsdóttir, Kristín Einarsdóttir, Sólrún Erla Gunnarsdóttir og Sveindís Anna Jóhannsdóttir. (2004). *Ábyrgð og hlutverk foreldra.* Óbirt ritgerð.

Gyða Haraldsdóttir. (2003). *Könnun á viðhrofum foreldra til fræðslu um aga í uppeldi barna.* Óbirt skýrsla. Reykjavík: Miðstöð heilsuverndar barna.

Hazelrigg, M., Cooper, H. og Borduin, C. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An intergrative review and analysis. *Psychological Bulletin, 101*(3), 428-442.

Heilsugæslan Grafarvogi. (2005). *Ársskýrsla Meðferðarteymis barna við heilsugæsluna í Grafarvogi*. Reykjavík: Heilsugæslan í Grafarvogi.

Kristján Már Magnússon. (2004). *Samhæfing í málefnum barna og unglinga með geðraskanir. Tillaga um skilgreiningu þrigga þjónustustiga í málefnum barna og unglinga með geðraskanir og aðgerðir til að auka samþættingu þjónustunnar*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.

Landlæknisembættið. (2003). *Áherslur til heilsueflingar: Skýrsla fagráðs um heilsueflingu*. Þorgerður Ragnarsdóttir (ritstjóri). Reykjavík: Landlæknisembættið.

Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.

Miller, S. D., Hubble, M.A., Chow, D.L. og Seidel J.A. (2013). The Outcome of Psychotherapy: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Psychotherapy,* 1, 88 –97.

Milton, A. og Eberhard, D. (2006). *Child and adolescent psychiatry in Iceland.* Sótt 15. febrúar 2008 af http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/frettir/Iceland_report_-_skyrsla_Miltons.doc.

NOMESCO. (2010). *Health Statistics in the Nordic Countries 2010*. Kaupmannahöfn: NOMESCO.

Orlinsky D.E., Grawe K. og Parks B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. Í Bergin A. E. og Garfield S.L. (ritstjóri), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. útg.) (bls. 270-376). New York: John Wiley & Sons.

Pinsof, W.M. og Wynne, L. (2000). Toward progress reserch: Closing the gap between family therapy practice and reserch. *Journal of Marital and Family Therapy. 26*, 1-8.

Sexton, T. L. og Whiston, S. C. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *The Counseling Psychologist, 22,* 6-78.

Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I., og Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 992-1002.

Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R., & Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and family Therapy, 21*, 343-358.

Sigrún Júlíusdóttir. (2000). Handleiðslumál fagfólks á Íslandi. *Sálfræðiritið, 6*, 51-62.

Sigrún Júlíusdóttir. (2006a). Fjölskyldubreytingar, lífsgildi og viðhorf ungs fólks. Í Úlfar Hauksson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum VII* (bls. 211-224). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, Háskólaútgáfan.

Sigrún Júlíusdóttir. (2006b). Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu – eitt sérfræðisviða. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 313-324). Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Stefán Hrafn Jónsson, Jón Óskar Guðlaugsson, Haukur Freyr Gylfason og Dóra Guðrún Guðmundsdóttir. (2011). *Heilsa og líðan Íslendinga 2007: Framkvæmdaskýrsla.* Reykjavík: Lýðheilsustöð.

Sveindís Anna Jóhannsdóttir. (2006). Uppeldi sem virkar - færni til framtíðar. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 313-324). Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Sveindís Anna Jóhannsdóttir. (2013). Þarfir, reynsla og viðhorf foreldra. Rannsókn á sálfélagslegri þjónustu. Óbirt MA ritgerð. Háskóli Íslands, Félagsráðgjafardeild.

Sæunn Kjartansdóttir. (2010). Við vissum það ekki þá en við vitum það núna. Um áhrif fyrstu áranna á börn og fullorðna. Í Salvör Nardal, Sigrún Júlíusdóttir og Vilhjálmur Árnason

(ritstjórar), *Velferð barna: Gildismat og ábyrgð samfélags*, (bls. 133-144). Reykjavík: Siðfræðistofnun – Háskólaútgáfan.

UNICEF. (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries.* (Rannsóknarskýrsla nr. 7). Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Velferðarráðuneytið. (2011). *Bætt heilbrigðisþjónusta og heilbrigði ungs fólks á aldrinum 14–23 ára.* Reykjavík: Velferðarráðuneytið.

Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 639 – 644.