

Júní 2021



Framtíðarskipulag heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni með neyslu- og fíknivanda

Skýrsla starfshóps

Útgefandi:

Heilbrigðisráðuneytið

Júní 2021

hrn@hrn.is

www.stjornarradid.is/raduneytid/heilbrigdisraduneytid

Umbrot og textavinnsla:

Heilbrigðisráðuneytið

©2021 Heilbrigðisráðuneytið

978-9935-515-07-0

Myndir í skýrslu:

Gísli Dan: myndir 2-4

Efnisyfirlit

Útdráttur	6
Inngangur	7
Núverandi staða	9
Fræðilegur grunnur	13
Þróun vímuefnavanda	13
Áhættu- og verndandi þættir	13
Þjónustuviðmið.....	14
Samfella forvarna til endurhæfingar og bata	17
Altækar forvarnir	18
Valkvæðar forvarnir	18
Viðbragðsforvarnir	18
Greining og snemmtæk íhlutun	19
Samþætt meðferð.....	19
Eftirfylgd og bati	19
Samþætting fræðilegra kenninga	19
1. Forysta til árangurs	21
1.1 Samþætting þjónustu	21
2. Rétt þjónusta á réttum stað	25
2.1 Fjöldi ungmenna sem eru í áhættu vegna vímuefnanotkunar	25
2.2 Fyrsta stigs þjónusta	26
2.2.1 Altækar forvarnir	27
2.2.2 Valkvæðar forvarnir og skimun	27
2.2.3 Hlutverk Þróunarmiðstöðvar íslenskrar heilsugæslu	29
2.3 Samþætt annars og þriðja stigs þjónusta	29
2.3.1 Jafningjastuðningur.....	30
2.3.2 Teymi sem starfa þvert á þjónustukerfi.....	31

2.3.3	Aðgangur notenda að eigin upplýsingum.....	31
3.	Fólkið í forgrunni	33
4.	Virkir notendur	35
4.1	Notendamiðuð geðheilbrigðisþjónusta	35
4.2	Sjónarhorn notenda	35
4.2.1	Óhjálplegir þættir í þjónustu.....	36
4.2.2	Áherslur til framtíðar	36
5.	Skilvirk þjónustukaup	39
6.	Gæði í fyrirrúmi	42
7.	Hugsað til framtíðar.....	45
8.	Heimildir og ítarefni.....	48

Myndaskrá

Mynd 1:	Núverandi staða heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda.....	9
Mynd 2:	Samspil áhættu- og verndandi þátta	13
Mynd 3:	Líkan um samfellu frá forvörnum til endurhæfingar og bata.....	18
Mynd 4:	Samþætting fræðilegra kenninga og samspil við stígun heilbrigðisþjónustunnar.....	20
Mynd 5:	Samvinna þjónustuaðila í þágu farsældar barna	22
Mynd 6:	Fjölskylduhús.....	23
Mynd 7:	Hlutfall ungmenna m.t.t. stöðu vímuefnanotkunar skv. ESPAD.....	26
Mynd 8:	Samspil stíga heilbrigðisþjónustu, hæfnipátta og hæfniviðmiða fyrir fagfólk sem sinnir börnum og ungmönnum með vímuefnavanda.....	34
Mynd 9:	Samspil lykilþátta áætlunar embættis landlæknis um gæðaþróun og gæðauppgjör veitenda heilbrigðisþjónustu	42
Mynd 10:	Umbótamódel IHI-samtakanna (ÁFrAM hringur tekinn úr gæðaáætlun EL. Þýðing á spurningum: HSF).....	46

Töfluskrá

Tafla 1: *Þróun vímuefnavanda ungmenna – þjónustuviðmið*..... 15

Útdráttur

Í þessari skýrslu starfshóps um framtíðarskipulag heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda er grunnstefið samþætting og samvinna. Til grundvallar tillögum hópsins liggur samþætting fræðilegra kenninga og þekkingar um þróun vímuefnanotkunar barna og ungmenna og samspil áhættu og verndandi þátta í því þróunarferli. Skilgreind eru viðfangsefni fyrsta stigs, annars stigs og þriðja stigs heilbrigðisþjónustu út frá samfellu forvarna til endurhæfingar og bata. Fyrri hluti skýrslunnar inniheldur þennan fræðilega grunn.

Seinni hluti skýrslunnar tekur stefnumið af frumvarpi til laga um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barn. Á Norðurlöndum er að finna svokölluð *fjölskylduhús* sem gætu verið fyrirmynd að samvinnulíkani og byggist á því að ólíkir samstarfsaðilar á ábyrgð ríkis og/ eða sveitarfélaga þrói heildstæðan þjónustuferil (*e. care pathway*) frá fyrsta stigi til þriðja stigs þjónustu fyrir börn og fjölskyldur. Fyrsta stigs þjónusta er veitt í nærumhverfi. Tillögur starfshópsins byggja á þessari stigun og bestu þekkingu um þjónustubarfir barna og ungmenna með vímuefnavanda. Tillögum starfshópsins er ætlað að leiða til þróunar réttar þjónustu, á réttum tíma, af réttum gæðum, veitta af réttum fagaliðum fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni eða hafa þróað með sér vímuefnavanda. Tillögurnar taka mið af lykilviðfangsefnum í samþyktri Heilbrigðisstefnu til 2030 og er að finna í lok hvers tölusetts kafla skýrslunnar.

Inngangur

Heilbrigðisráðherra skipaði í byrjun júní 2020 starfshóp sem ætlað var að setja fram tillögur að heildstæðu framtíðarskipulagi heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni með neyslu- og fíknivanda. Í skipunarbréfi kom eftirfarandi fram:

Vandi barna og ungmenna með neyslu- og fíknivanda getur verið bæði flókinn og fjölþættur og því þarf fjölbreytt úrræði til að þau náí bata. Algengt er að þau glími einnig við annan geðheilbrigðisvanda og félagslega erfiðleika. Því er mikilvægt að horfa á heildarmyndina þegar leitað er lausna.

Æskilegt er að tillögurnar tryggji sem besta samfellu í heilbrigðisþjónustu á landsvísu sem og samfellu og samvinnu við önnur þjónustukerfi sem sinna börnum og ungmennum, s.s. félags- og skólaþjónustu. Til viðbótar var starfshópnum gert að byggja tillögur sínar á klínískum leiðbeiningum og bestu þekkingu í málaflokknum. Sérstaklega skal horft til þrískiptingar heilbrigðisþjónustu eins og henni er líst í heilbrigðisstefnu til ársins 2030, lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 með síðari breytingum og reglugerð um heilbrigðisumdæmi og hlutverk, starfsemi og þjónustu heilsugæslustöðva, heilbrigðisstofnana og sjúkrahúsa.

Dr. Helga Sif Friðjónsdóttir, sérfræðingur í geðhjúkrunhjúkrun með áherslu á fíknisjúkdóma, var skipuð formaður starfshópsins. Dr. Margrét Ólafía Tómasdóttir, heimilislæknir og lektor við læknadeild HÍ, skipuð fulltrúi Þróunarmiðstöðvar Íslenskrar heilsugæslu, Auður Axelsdóttir, iðjuþjálfari og framkvæmdastjóri, skipuð fulltrúi Hugarafls. Fulltrúi Geðhjálparsá sér ekki fært að taka þátt í starfi starfshópsins og drógu samtökin tilnefningu formlega til baka. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins tilnefndi fulltrúa sem hafði ekki tók á að sinna þessu hlutverki meðfram störfum sínum. Reynt var án árangurs að fá barna- og unglingsgeðlækni í starfshópinn.

Hrafnhildur Ýr Erlendsdóttir, sérfræðingur í heilbrigðisráðuneytinu, var starfsmaður hópsins. Starfshópurinn hélt 16 fundi, alla á fjarfundarformi.

Í undirbúningsfasa verkefnisins lagði starfshópurinn áherslu á yfirgripsmikla gagnasöfnun þar sem m.a. var leitað eftir útgefnum íslenskum skýrslum, stefnum og aðgerðaáætlunum tengdum málaflokknum og erlendum klínískum leiðbeiningum um þjónustu fyrir ungmenni sem nota eða eru í áhættu að nota vímuefni. Einnig voru stefnur annarra þjóða í málaflokknum sem og rannsóknargreinar rýndar. Til viðbótar voru rýndar kenningar sem byggjast á rannsóknum um (1) þróun vímuefnanotkunar ungmenna, (2) samfellu forvarna, meðferðar og viðhaldsfasa og (3) kenningar um áhrif áhættu- og verndandi þátta. Starfshópurinn fékk prófessor innan deildar heilsueflingar, íprótta og tómsunda á menntavísindasviði Háskóla Íslands til aðstoðar við mat á áætlaðri þjónustuþörf markhóps á hverju þjónustustigi heilbrigðisþjónustu. Matið byggist á nýjum íslenskum gögnum úr Evrópsku vímuefnarannsókninni (ESPAD -

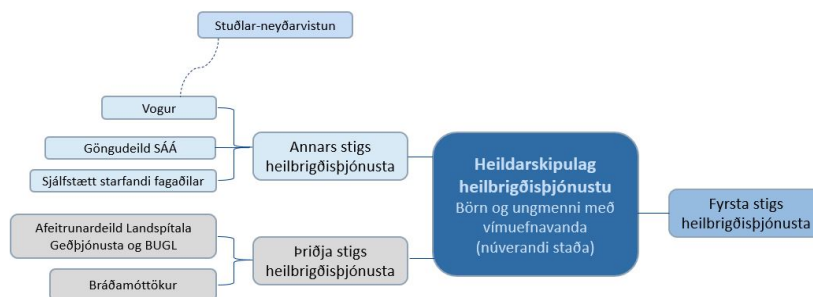
European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Til viðbótar átti starfshópurinn óformlega fundi eða viðtöl við eftirfarandi aðila: fagfólk hjá embætti landlæknis, Barnaverndarstofu og Landspítala, sérfræðinga hjá félagsmálaráðuneytinu, skólahjúkrunarfræðinga og barnasálfræðinga sem starfa á heilsugæslustöð og notendur geðheilbrigðisþjónustu.

Skýrsla og tillögur starfshópsins byggja á kortlagningu og samþættingu allra gagna og heimilda sem rýndar voru. Leitast var við að setja fram tillögur að heildarskipulagi heilbrigðisþjónustu (*e. pathway to care*) sem byggjast á klínískum leiðbeiningum, gagnreyndri þekkingu og bestu þjónustu (*e. benchmarking best practice*) í öðrum löndum. Tillögurnar marka lúkningu undirbúningsfasa verkefnisins og þar með vinnu starfshópsins. Næsti fasi þessa viðamikla verkefnis væri víðtækt samráð og samvinna um ítrun tillagna. Við slíka ítrun ætti að hafa samráð við hagsmunaaðila, s.s þjónustuþega og aðstandendur, sem og fulltrúa heilbrigðisstofnana á öllum þjónustustigum á landsvísu og fulltrúa félagsþjónustu, skólaþjónustu og sveitarfélaga.

Núverandi staða

Í lögum um heilbrigðisþjónustu er heilbrigðisþjónusta skilgreind á eftirfarandi hátt: „Hvers kyns heilsugæsla, lækningar, hjúkrun, almenn og sérhæfð sjúkrahúsþjónusta, sjúkraflutningar, hjálpartækjaþjónusta og þjónusta heilbrigðisstarfsmanna innan og utan heilbrigðisstofnana sem veitt er í því skyni að efla heilbrigði, fyrirbyggja, greina eða meðhöndla sjúkdóma og endurhæfa sjúklinga.“ Embætti landlæknis gaf út skýrslu í júní 2020 þar sem í fyrsta sinn er gerð samantekt á aðgengi að heilbrigðisþjónustu vegna áfengis- og vímuefnavanda fyrir 18 ára og eldri. Þar kemur fram að heilbrigðisþjónusta í formi meðferðar og eftirmeðferðar fyrir fólk eldra en 18 ára með vímuefnavanda fer fyrst og fremst fram á fíknigeðdeild Landspítala og á sjúkrahúsinu Vogí sem rekið er af SÁÁ. Báðar þessar heilbrigðisstofnanir bjóða upp á innliggjandi meðferð og göngudeildarþjónustu. Til viðbótar er rekin dagmeðferð á Teigi innan geðþjónustu Landspítala og eftirmeðferð á endurhæfingarstöðinni Vík á vegum SÁÁ. Í skýrslunni kemur fram að skipulögð meðferð innan heilsugæslu vegna áfengis- og vímuefnanotkunar hafi ekki verið til staðar.

Sambærileg úttekt á aðgengi að heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni yngri en 18 ára sem eru í vímuefnavanda hefur ekki verið gerð nýlega. Starfshópurinn nýtti sérþekkingu hópmeðlima og munnlegar upplýsingar úr samtölum við fagfólk til kortlagningar á þeirri heilbrigðisþjónustu sem er í boði fyrir markhópin í dag. Mynd 1 sýnir hvernig hægt er að flokka núverandi þjónustuframboð út frá skilgreiningu á fyrsta stigs, annars stigs og þriðja stigs heilbrigðisþjónustu.



Mynd 1: Núverandi staða heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda.

Bráðamóttökur á landsvísu sinna markhópi sem er í lífshættulegu bráðaástandi vegna notkunar vímuefna og 2. júní 2020 opnaði fíknigeðdeild Landspítala í samstarfi við Barna- og unglingsgeðdeild tveggja rúma afeitrunardeild ætlaða

fyrir ólöggráða ungmenni í alvarlegri vímuefnanotkun. SÁÁ hefur til fjölda ára starfrækt ungmennadeild á sjúkrahúsinu Vogu þar sem ungmenni yngri en 18 ára fá fráhrarfsmeðferð eftir þörfum og viðeigandi vímuefnaðferð. Þeim gefst síðan kostur á að fara í 2 til 4 vikur í endurhæfingu á eftirmeðferðarstöðinni Vík á vegum SÁÁ. Til viðbótar hefur SÁÁ boðið upp á meðferð fyrir ungmenni á göngudeild sinni í Efstaleiti og sömuleiðis fyrir aðstandendur. Þess skal einnig getið að þjónustusamningur er til staðar milli sjúkrahússins Vogs og Stuðla, sem starfræktir eru á vegum Barnaverndarstofu, um mat og meðferð fagfólks frá Vogu á fráhrörfum hjá börnum og ungmennum sem eru í neyðarvistun á Stuðlum. Þá má ætla að sjálfstætt starfandi fagaðilar með heilbrigðismenntun, s.s. sálfræðingar og barna- og unglingageðlæknar, veiti einhverjum einstaklingum úr markhópi þjónustu vegna vímuefnavanda en óljóst er hvert umfang og innihald þeirrar þjónustu er.

Hingað til hefur heilsugæslan ekki haft formlega aðkomu að þessum málum. Grunnfræðsla um vímuefnavanda fer fram í grunnskólum og er að einhverju leyti í höndum skólahjúkrunarfræðinga. Skólahjúkrunarfræðingar sitja í nemendaverndarráðum skólanna en þar eru málefni barna og ungmenna með vímuefnavanda alla jafna tekin upp. Á mörgum heilsugæslustöðvum eru nú starfrækt fjölskylduteymi þar sem aðilar frá heilsugæslu, skólaheilsugæslu, þjónustumiðstöð, BUGL og barnaverndarnefnd hittast reglulega, taka fyrir mál barna með fjölþættan vanda og koma þeim í viðeigandi farveg.

Af framansögðu er ljóst að vísbendingar eru um að framboð á meðferð og þjónustu innan heilbrigðiskerfisins fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda sé takmarkað. Einnig eru þjónustuferlar innan og á milli heilbrigðisstofnana og þjónustustiga óskýrir, brotakenndir og jafnvel ekki til staðar. Þessi kortlagning dregur því skýrt fram nauðsyn þess að lögð sé áhersla á þróun heildarskipulags þjónustuferlis og þjónustuf læðis (*pathway to care*) innan stigskiptrar heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda og aðstandendur þeirra.

Almenningur jafnt sem fagfólk hefur þá skyldu að tilkynna til barnaverndar viðkomandi sveitarfélags ef grunur vaknar um að barn eða ungmenni (1) búi við óviðunandi uppeldisaðstæður, (2) verði fyrir ofbeldi eða annarri vanvirðandi háttsemi eða (3) stofni heilsu sinni og þroska í alvarlega hættu.¹ Notkun barna eða ungmenna á vímuefnum er jafnan talin falla undir lið 3. Tilkynningum til barnaverndarnefnda fjölgaði um 14,3% á fyrstu níu mánuðum ársins 2020 í samanburði við árið 2019 og um 27,5% í samanburði við árið 2018. Af heildarfjölda tilkynninga árið 2020 voru 454 vegna neyslu barns á vímuefnum en voru 510 árið 2019 og 458 árið 2018. Ef tilkynningin er metin nógu alvarleg hefst könnun á málinu og upplýsingum er safnað. Í kjölfarið er gerð áætlun í

¹ Barnaverndarlög nr. 80/2002

samvinnu við barnið og foreldra þess um nauðsynlegar ráðstafanir og stuðning sem æskilegur væri til að bæta ástandið. Leitast er við að sem flestar ráðstafanir og inngrip eigi sér stað meðan barnið er heima hjá foreldrum sínum en meðferð vegna vímuefnanotkunar getur þurft að fara fram á meðferðarheimili eða stofnun.

Samkvæmt gildandi barnaverndarlögum nr. 80/2002 hefur Barnaverndarstofa það hlutverk í umboði félagsmálaráðuneytisins að ábyrgjast að til séu heimili og stofnanir til að: „(1) veita börnum móttöku í bráðatilvikum til að tryggja öryggi þeirra vegna meintra afbrota eða alvarlegra hegðunarerfiðleika, (2) greina vanda barna sem talin eru þurfa sérhæfða meðferð og (3) veita börnum sérhæfða meðferð vegna alvarlegra hegðunarerfiðleika, vímuefnaneyslu og meintra afbrota“. Í dag eru því meginmeðferðarúrræði fyrir ungmenni sem nota vímuefni á vegum Barnaverndarstofu. Til að uppfylla hlutverk sitt starfrækir Barnaverndarstofa Stuðla, meðferðarstofnun ríkisins fyrir unglunga 12-18 ára og tvö meðferðarheimili sem staðsett eru á landsbyggðinni. Að auki hefur Barnaverndarstofa innleitt gagnreynt meðferðarúrræði í nærumhverfi barns og fjölskyldu sem nefnist fjölkerfameðferð (MST). Það meðferðarúrræði er ætlað fyrir fjölskyldur barna á aldrinum 12-18 ára sem glíma við alvarlegan hegðunarvanda er birtist m.a. í vímuefnanotkun. Þjónustusvæði MST spannar allt landið og barnaverndarnefnd viðkomandi sveitarfélags í samvinnu við foreldri metur þörf á meðferðinni en sótt er um MST til Barnaverndarstofu. Meginmarkmið MST er fyrst og fremst að auka færni foreldra í að takast á við vanda barnsins og fer meðferðin fram á heimili fjölskyldunnar. Meðferðin tekur 3-5 mánuði og snýr að öllu nærumhverfi barnsins, þ.e. foreldrum, fjölskyldu, félagahópi, skóla og tómstundum. Meðferðaraðilar og teymisstjórar fá reglulega þjálfun í aðferðum MST á vegum Barnaverndarstofu og sinnir sú stofnun einnig virku gæðaeftirliti og árangursmati. Í skýrslu sem sýnir samanburð á fyrstu níu mánuðum árána 2018, 2019 og 2020 kemur fram að umsóknum um meðferðarúrræði á vegum Barnaverndarstofu hefur fjölgað árið 2020 í samanburði við árin tvö á undan. Alls bárust 117 umsóknir um meðferðarúrræði BVS árið 2020 og af þeim voru 41% umsókna frá landsbyggðinni sem er aukning í samanburði við 2018 og 2019. Af 117 umsóknum um meðferð árið 2020 voru 84 umsóknir um MST.

Stuðlar skiptast annars vegar í meðferðardeild þar sem rými er fyrir átta börn í senn og hins vegar í lokaða deild sem almennt er kölluð neyðarvistun. Á meðferðardeildinni fer fram greining á vanda barns og meðferð veitt sem aðlöguð er að þörfum hvers barns fyrir sig. Vand barna sem dvelja á meðferðardeild er fjölþættur og fellur alla jafna undir fleiri en einn flokk samkvæmt greiningarskilmerkjum DSM-V. Meðferðin stendur yfir í 6-8 vikur og veita sálfræðingar Stuðla eftirmeðferð með fjölskylduviðtölum. Einungis starfsfólk barnaverndarnefnda getur vistað barn eða ungling á lokaðri deild Stuðla samkvæmt barnaverndarlögum. Ástæður slíkrar vistunar geta verið ofbeldi eða önnur stjórnlaus hegðun, óupplýst afbrot eða alvarleg vímuefnanotkun. Markmið vistunar er að stöðva skaðlega hegðun og skapa

aðstæður fyrir ungmennið til að ná jafnvægi og svigrúm fyrir starfsmenn barnaverndanefnda til að setja upp viðeigandi áætlun m.t.t. nauðsynlegs stuðnings, ráðstafana og inngrips fyrir ungmenni og aðstandendur. Hámarkstími vistunar á lokaðri deild er 14 dagar og megininnihald þjónustu þar er gæsla og mat á stöðu ungmennis. Líkt og áður hefur komið fram eru Stuðlar með þjónustusamning við SÁÁ um lækniþjónustu vegna mats m.t.t. fráhvarfsmeðferðar og við barnageðlækni á stofu vegna mats á geðrænum vanda barna sem vistast þar. Að öðru leyti er ekki formlegt samstarf milli Stuðla og fagaðila eða heilbrigðisstofnana á 2. eða 3. þjónustustigi heilbrigðisþjónustu.

Ítrekað hefur komið fram í úttektum að þörf væri á skýrari verka- og ábyrgðarskiptingu milli ólíkra þjónustuaðila á vegum ríkis og sveitarfélaga sem sinna börnum og ungmennum með geðheilbrigðisvanda, þ.m.t. vímuefnavanda.² Samvinna og samþætting heilbrigðisþjónustu, félagsþjónustu og barnaverndarkerfis hefur verið ábótavant en sjálfsprottin tilraunaverkefni á þessu sviði lofa góðu um árangur. Þannig eru nokkur dæmi um að stofnuð hafi verið sérstök fjölskylduteymi þjónustumiðstöðva ákveðinna hverfa á höfuðborgarsvæðinu, heilsugæslna og skóla sem starfræktar eru í þeim hverfum. Í slíku teymi koma saman skólahjúkrunarfræðingar, heimilislæknar, sálfræðingar, starfsfólk frá þjónustumiðstöð, barnavernd eftir þörfum ásamt barnageðlæknum frá Barna- og unglingageðdeildinni. Markmið slíks teymissamstarfs er að kalla saman alla þá fagaðila sem koma að þjónustu og málum fjölskyldu á hverjum tíma og stytta þannig boðleiðir og biðtíma eftir þjónustu og auka gæði veittrar þjónustu.³ Fjölskylduteymi sem þessi þjónusta fjölskyldu þar sem einkenni geðheilbrigðis- og/eða félagslegs vanda barns eða ungmennis eru farin að hafa þó nokkur áhrif á hegðun og líðan heima fyrir, í skóla og frístundum. Þannig starfa fjölskylduteymi sem þessi á mörkum fyrsta og annars stigs félagsþjónustu og heilbrigðisþjónustu en tekið skal fram að þjónusta sem þessi er ekki starfrækt á landsvísu.

² Ríkisendurskoðun (2016)

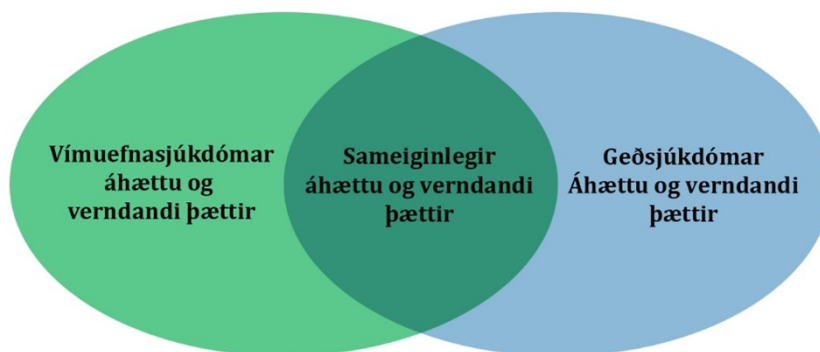
³ Hulda Björk Finnsdóttir (2018)

Fræðilegur grunnur

Þróun vímuefnavanda

Áhættu- og verndandi þættir

Fagfólk í fíknifræðum er alla jafna sammála um að lífsálfélagslegt líkan lýsi vel þróun vímuefnavanda, bæði hjá ungmennum og fullorðnum. Þá hafa fræðimenn innan þroskasálfræði bent á að stór hluti þýðis í hverju vestrænu samfélagi muni líklega einhvern tíma á unglingsárunum prófa að nota vímogjafa af einhverju tagi. Slíka tilraunanotkun megi líta á sem einhvers konar þroskaverkefni unglingsára eða manndómsvígslu sem unglingur gengur í gegnum á leið sinni til sjálfstæðis snemmafullorðinsára. Notkun ungmennis á vímogjafa, hvort sem er löglegum eða ólöglegum, geti því verið hluti af þroskaverkefni unglingsáranna en ekki endilega vísbending um þróun vímuefnavanda. Ef notkun ungmennis á vímogjafa færir af tilraunastigi yfir í tíða notkun og jafnvel misnotkun er líklegt að sú þróun sé að töluverðu leyti birtingarmynd undirliggjandi vanda sem tengist samspili líffræðilegra, tilfinningalegra og félagslegra orsakabáttar. Í forvarnavísindum eru þessir undirliggjandi orsakabættir annars vegar flokkaðir í áhættuþætti og hins vegar í verndandi þætti, og það hefur sýnt sig að flókið samspil þeirra auki eða dragi úr líkum á að einstaklingur þrói með sér útleysandi vanda eða sjúkdóm. Þannig getur sami áhættu- og verndandi þáttur verið áhrifavaldur í orsakasamhengi sem liggur til grundvallar þróun ólíks vanda eða sjúkdóms. Sem dæmi gæti áhættuþátturinn *takmörkuð félagsleg tengsl* átt þátt í því að einstaklingur þrói með sér vímuefnavanda eða þunglyndi, eða leiði jafnvel til þess að einstaklingur þrói með sér samslátt vímuefnavanda og þunglyndis, sjá mynd 2.



Mynd 2: Samspil áhættu- og verndandi þátta

Forvarnavísindarannsóknir undanfarinna áratuga hafa leitt í ljós hvaða áhættu- og verndandi þættir það eru sem hafa áhrif á mismunandi æviskeiðum manneskjunnar. Þessir þættir eru alla jafna flokkaðir í eftirfarandi víddir eftir því hvar þá er að finna: (1) hjá einstaklingnum sjálfum, (2) í fjölskyldunni og (3) í skóla eða samfélaginu. Til viðbótar er mikilvægt að hafa í huga að enginn er eyland og hver og einn einstaklingur þroskast fyrir tilstilli flókins og stöðugs samspils erfða, taugakerfis, sálrænna þátta sem og atferlis og umhverfisþátta. Þroski einstaklings er því flókið ferli víxlverkana og eru áhættu- og verndandi þættir áhrifamiklir í því orsakasamhengi. Því er æskilegt að til að ná árangri í forvörnum sé inngrípum ætlað að draga úr áhrifum áhættuþátta og auka áhrif verndandi þátta í fleiri en einni vídd á hverju æviskeiði einstaklings.⁴

Þjónustuviðmið

Árið 2012 birti *College Centre for Quality Improvement* í Bretlandi þjónustuviðmið fyrir fagfólk sem starfar með ungmennum með vímuefnavanda. Viðmiðin voru þróuð í víðtæku samráði við notendur og aðstandendur sem og fagfólk innan heilbrigðisþjónustu, félagsþjónustu og frístundastarfs þar í landi. Tilgangur þjónustuviðmiðanna er að lýsa þróun vímuefnanotkunar ungmenna frá tilraunastigi til fíknistigs út frá lífsálfélaglegum víddum og skilgreina gagnreynd inngríp eða meðferð fyrir hvert þróunarstig. Umrædd stígun vímuefnavanda ungmenna sem finna má í viðmiðunum er sett fram í töflu 1 í íslenskri þýðingu. Þess ber að geta að dálkurinn sem lýsir framkvæmdaraðila á Íslandi er staðfærður af skýrsluhöfundum. Í þjónustuviðmiðunum er lögð áhersla á að fagfólk sé meðvitað um að tíð og regluleg notkun sé alla jafna vísbending um undirliggjandi vanlíðan sem hefur skapast vegna tilfinningalegs, geðræns eða félagslegs vanda, svo eitthvað sé nefnt. Í þjónustuviðmiðunum er lögð áhersla á að ungmenni fái viðeigandi samþætt gagnreynt inngríp eða meðferð á hverju stigi þróunarinnar út frá sínum sértæku þjónustupörfum, þvert á kerfi og stofnanir.

⁴ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (e.p.)

Tafla 1: Þróun vímuefnavanda ungmenna – þjónustuviðmið

Stig	Hvöt/ástæða (motive)	Aðstæður	Tíðni	Áhrif á tilfinningalíf	Hegðun	Áhrif á virkni	Ráðlög íhlutun	Framkvæmdaraðilar
1. Tilraunastig	Forvitni og áhættusækni	Alein/n eða í jafningjahóp	Sjaldan eða í stöku tilfalli	Áhrif vímugjafans vara í mjög stuttan tíma	Ekki virk ásókn í áfengi eða önnur vímuefni	Tiltölulega lítil, getur einstaka sinnum haft alvarlegar aðstæðubundnar afleiðingar	Almennar forvarnir	Skólar, frístundaheimili, heilsugæsla
2. Félagsstig	Félagsleg viðurkenning/þörf á að passa inn í hópinn	Oftast með jafningjum	Stök tilfalli	Hugbreytandi áhrif vímuefna eru merkjanleg	Ekki virk ásókn í áfengi eða önnur vímuefni	Oftast ekki áberandi vandamál, einstaka sýna einkenni snemmbúins áhættustigs	Almennar forvarnir	Skólar, frístundaheimili, heilsugæsla
3. Snemmbúið áhættustig	Félagsleg viðurkenning/hópþrýstingur. Viðhorf til vímuefnanotkunar jákvætt og byggist á ánægjulegri reynslu af fyrri notkun vímuefnis	Jafningjahópurinn stuðlar að vímuefnanotkun	Tíð, en breytileg, í samræmi við jafningjahópinn	Hugbreytandi áhrif vímuefna eru merkjanleg og eftirsóknarverð	Ekki virk ásókn í áfengi eða önnur vímuefni en þrjár reglulegt mynstur m.t.t. notkunar vímuefna	Tengsl við alvarlega áhættuhegðun (s.s. að keyra undir áhrifum) og/eða mikla vímu	Íhlutun hjá heilsugæslu, félagsráðgjafa, skóla eða ráðgjafa, göngudeildarúrræði	Skólar, forvarnarfulltrúar, heilsugæsla, þjónustumiðstöðvar, barnaverndarnefndir

<p>4. Síðbúið áhættustig (Misnotkun vímuefna er ekki meginstig vitundar)</p>	<p>Vímuefni notuð sem bjargráð við vanlíðan eða til að auka vellíðan</p>	<p>Alein/n eða með breyttum jafningjahóp sem notar sambærileg vímuefni</p>	<p>Tíð, regluleg</p>	<p>Notar áfengi eða önnur vímuefni til að breyta skapi eða hegðun</p>	<p>Virk ásókn í vímuefni einkennir þetta stig</p>	<p>Möguleg truflun m.t.t. virkni, s.s. skólasókn, samskipti við fjölskyldu</p>	<p>Sértækt snemm-ingrip vegna vímuefnanotkunar og geðrænna einkenna hjá sérhæfðum aðilum</p>	<p>Skólar, forvarnarfulltrúar, heilsugæsla, þjónustumiðstöðvar, barnaverndarnefndir, úrræði BVS, BUGL, SÁÁ</p>
<p>5. Skaðleg notkun vímuefna eða vímuefnamisnotkun (Sbr. ICD- DSM IV)</p>	<p>Vímuefnanotkun er aðalafþreyingin og aðalbjargráð til að takast á við streitu</p>	<p>Alein/n eða með jafningjahóp sem notar vímuefni á sambærilegan hátt</p>	<p>Reglubundin notkun þrátt fyrir neikvæðar afleiðingar</p>	<p>Neikvæð áhrif á tilfinningalíf og daglega virkni</p>	<p>Virk ásókn í vímuefni þrátt fyrir neikvæðar líkamlegar, andlegar og félagslegar afleiðingar</p>	<p>Truflun á flestum sviðum í lífinu, togstreita áberandi í samskiptum við fjölskyldu og í öðrum nánum samböndum</p>	<p>Sérhæfð afeitrun og meðferð fyrir ungmenni í alvarlegri vímuefnanotkun</p>	<p>Barnaverndarnefndir, úrræði BVS, BUGL, afeitrunardeild Landspítala</p>
<p>6. Fíknistig (sbr. ICD- DSM IV) (Afar lítið hlutfall ungmenna fer yfir á þetta stig)</p>	<p>Til þess að meðhöndla fráhvarfseinkenni og fullnægja löngun</p>	<p>Alein/n eða með jafningjahóp sem notar vímuefni á sambærilegan hátt</p>	<p>Óstjórnleg, regluleg eða jafnvel dagleg notkun til að meðhöndla fráhvarfseinkenni</p>	<p>Áhrif vímuefna á tilfinningalíf er mikið og fráhvarfseinkenni eru áberandi</p>	<p>Virk og óstjórnleg vímuefnanotkun, upptekin/n af notkun vímuefna, mikil löngun, oft önnur áhættuhegðun til staðar</p>	<p>Líkamlegar og sálrænar afleiðingar, skerðing á flestöllum sviðum</p>	<p>Innlögn á afeitrunardeild, langtímameðferð, endurhæfing</p>	<p>Barnaverndarnefndir, úrræði BVS, BUGL, afeitrunardeild Landspítala</p>

Tafla þýdd og staðfærð (úr Mirza og Mirza. (2008). Elsevier Publications, London) af Gunnhildi Peiser og Helgu Sif Friðjónsdóttur, 2020.

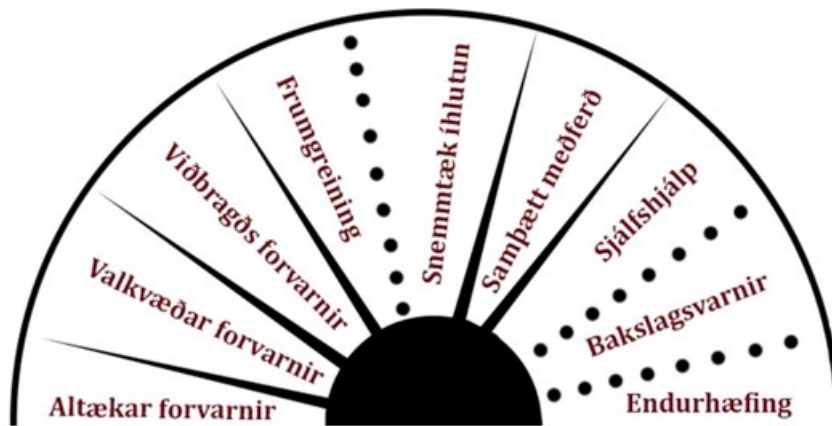
Samfella forvarna til endurhæfingar og bata

Þróun vímuefnavanda ungmenna eins og henni er lýst í þjónustuviðmiðunum fellur vel að líkani um samfellu í forvörnum, snemminngripi, meðferð og endurhæfingu og bata eins og því er lýst í handbókinni *Reducing Risk for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research* sem gefin var út af Institute of Medicine í Bandaríkjunum árið 1994. Handbókin er afrakstur vinnu nefndar sem skipuð var helstu sérfræðingum í lýðheilsu og forvörnum í Bandaríkjunum á þeim tíma en markmið nefndarinnar var að samþætta rannsóknarniðurstöður og bestu þekkingu og reynslu í heildstæða handbók eða vegvísi til framtíðar fyrir fólk sem starfar eða sinnir rannsóknum á sviði lýðheilsu og geðheilbrigðismála.

Það er víðtæk venja í íslensku samfélagi að skipta forvörnum í þrjá flokka eða stig. Fyrsta stigs forvarnir hafa það að markmiði að koma í veg fyrir eða draga úr líkum á að einstaklingur sýni á einhverjum tímapunkti í lífinu tiltekna áhættuhegðun sem þekkt er að leiði til tiltekins sjúkdóms eða vanda. Annars stigs forvörnum er alla jafna beint að einstaklingum sem eru komnir með einhver snemmbúin einkenni tiltekins vanda eða sjúkdóms og markmið inngripsins er að koma í veg fyrir að ástandið versni. Markmið þriðja stigs forvarna er svo að bæta líf og líðan einstaklinga sem þegar hafa þróað með sér tiltekinn sjúkdóm. Benda höfundar handbókarinnar (1994)⁵ á að frá því að líkanið um stigun forvarna var sett fram árið 1957 hafi orðið til þekking á orsakafræði (*e. etiology*) og víxlverkun áhættu- og verndandi þátta í því samhengi, sérstaklega í tengslum við vöxt, þroska og geðheilbrigði einstaklinga. Á grundvelli þessarar þekkingar þróaði nefndin líkanið um samfellu frá forvörnum til endurhæfingar og bata m.t.t. geðheilbrigðis og lagði til að það líkan væri notað sem fræðilegur grunnur fyrir þróun þjónustu og inngripa á vettvangi forvarna, snemminngrips, meðferðar, endurhæfingar og bata í geðheilbrigðisþjónustu.

Líkanið byggist á þekkingu á flækjustigi (*e. complexity*) orsakasambands áhættu- og verndandi þátta og hvernig samspil þeirra leiðir til orsakasamhengis sem liggur til grundvallar tiltekinni útkomu (*e. outcome*) eða vanda. Eins og sjá má lýsir líkanið (mynd 3) heildstæðri samfellu frá altækum forvörnum til endurhæfingar og bata.

⁵ Mrazek, P.J. og Haggerty, R.J. (1994)



Mynd 3: Líkan um samfellu frá forvörnum til endurhæfingar og bata

Altækar forvarnir

Altækar forvarnir (*e. universal prevention*) eru allar þær forvarnaraðgerðir eða inngrip sem beinast að tilteknum markhópi eða þýði samfélagsins og er ætlað að draga úr þekktum áhættuþætti eða efla verndandi þætti fyrir þann markhóp samfélagsins. Markhópurinn er skilgreindur sem undirhópur í samfélaginu en ekki á grundvelli einstaklingsbundinnar áhættu. Tekið skal fram að ekki er gerð krafa um að altæk forvörn sé veitt af sérfræðingum eða fagfólki. Sem dæmi um altækar forvarnir í íslensku samfélagi má nefna almennar bólusetningar, notkun bílbelta og mæðra- og ungbarnavernd.

Valkvæðar forvarnir

Valkvæðar forvarnir (*e. selective prevention*) eru þær forvarnaraðgerðir eða inngrip sem beinast að undirhópum í samfélagi eða þýði. Undirhópurinn er valinn á grundvelli gagnreyndrar þekkingar um þá áhættuþætti sem einstaklingar er tilheyra hópnum búa við og auka líkur þeirra umfram aðra til að þróa með sér tiltekinn vanda eða sjúkdóm. Þannig beinast t.d. valkvæðar forvarnir tengdar geðheilbrigði að undirhópum sem búa við meiri líkur en aðrir á að þróa með sér geðvanda ef ekkert er að gert. Áhættuþættina má flokka út frá lífsálfélagslega líkaninu í (1) líffræðilega áhættuþætti, (2) sálræna áhættuþætti og (3) félagslega áhættuþætti. Athyglisbrestur og ofvirkni hjá börnum og ungmennum er sem dæmi þekkur áhættuþáttur tengdur þróun vímuefnavanda síðar á lífsleiðinni. Takmörkuð félagsleg tengsl er annar þekktur áhættuþáttur fyrir þróun vímuefnavanda. Mikilvægt er að taka fram að einstaklingar sem tilheyra undirhópi sem valkvæð forvörn beinist að hafa ekki þróað með sér forstígsmerkni tiltekinn vanda eða sjúkdóms.

Viðbragðsforvarnir

Viðbragðsforvarnir (*e. indicative prevention*) eru þær forvarnir sem beinast að einstaklingum sem búa við þekkta áhættuþætti og sýna jafnframt einhver

forstigs- eða snemmtæk einkenni en uppfylla ekki endilega greiningarskilmerki tiltekins vanda eða sjúkdóms.

Forvarnir

Meginmarkmið altækra, valkvæðra og viðbragðsforvarna er að draga úr nýgengi sjúkdómstilfella, seinka þróun tiltekins vanda eða sjúkdóms eða stytta lengd þess tímabils sem sjúkdómur er í virkum fasa.

Greining og snemmtæk íhlutun

Á þessu stigi er einstaklingur farinn að sýna töluverð einkenni tiltekins sjúkdóms og lögð er áhersla á frumgreiningu vandans og meðferðarþörfum og að veita viðeigandi gagnreynda íhlutun á byrjunarstigi sjúkdómsins sem er í þróun. Væntingar eru til þess að með slíkri snemmtækri íhlutun sé hægt að breyta þróun sjúkdómsins, stytta veikindatímabil og flýta fyrir bata.

Samþætt meðferð

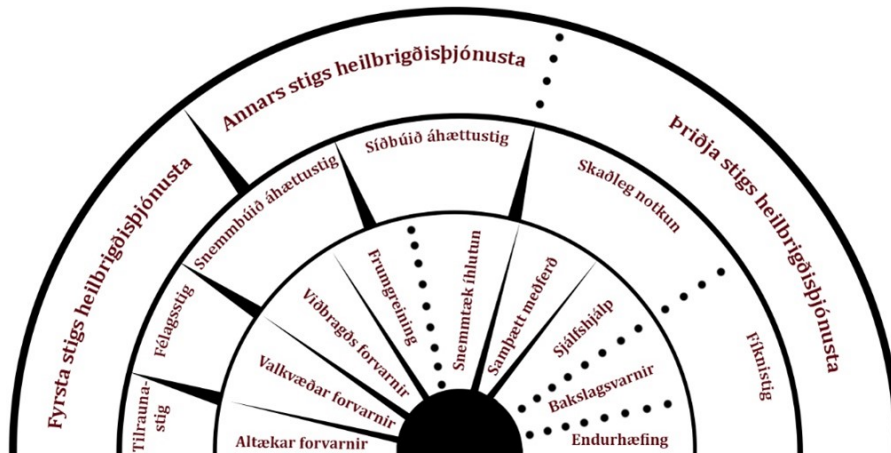
Á þessu stigi uppfyllir einstaklingur öll greiningarskilmerki tiltekins sjúkdóms út frá því flokkunarkerfi sem er notað í viðkomandi heilbrigðisþjónustu. Hann innskrifast á þessu stigi í viðeigandi gagnreynda meðferð eða samþættar meðferðir á viðeigandi þjónustuformi (göngudeild, dagdeild, innlögn, geðheilsuteymi o.s.frv.).

Eftirfylgd og bati

Á þessu stigi hefur einstaklingur lokið viðeigandi gagnreyndri meðferð og upplifir bata. Til að viðhalda bata og heilsu notar einstaklingur á þessu stigi þá sjálfshjálp og bakslagsforvarnir sem henta honum og sinnir endurhæfingu eins og talin er þörf á.

Samþætting fræðilegra kenninga

Tillögur vinnuhóps um framtíðarskipulag heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni og aðstandendur þeirra byggjast á samþættingu þeirra fræðilegu kenninga sem fjallað er um hér að ofan. Markmið fyrsta stigs heilbrigðisþjónustu er að veita gagnreyndar altækar-, valkvæðar- og viðbragðsforvarnir sem ætlað er að draga úr áhrifum áhættuþátta og efla áhrif verndandi þátta fyrir börn og ungmenni sem eru á tilraunastigi, félagsstigi eða snemmbúnu áhættustigi þróunar vímuefnanotkunar. Annars stigs heilbrigðisþjónusta hefur það markmið að sinna að hluta til viðbragsforvörnum en að öllu leyti frumgreiningu og að veita snemmtæka íhlutun fyrir börn og ungmenni sem myndu teljast á síðbúnu áhættustigi þróunar vímuefnanotkunar. Viðfangsefni þriðja stigs heilbrigðisþjónustu er að veita meðferð og viðeigandi endurhæfingu fyrir börn og ungmenni sem teljast vera á stigi skaðlegrar notkunar vímuefna eða fíknistigi þróunar vímuefnanotkunar. Mynd 4 sýnir samþættingu fræðilegra kenninga og samspil við stigun heilbrigðisþjónustu.



Mynd 4: Samþætting fræðilegra kenninga og samspil við stigun heilbrigðisþjónustunnar

1. Forysta til árangurs

Í heilbrigðisstefnu til ársins 2030 kemur fram að til þess að heilbrigðiskerfi geti gegnt hlutverki sínu er nauðsynlegt að til grundvallar liggja skilvirkt stjórnkerfi og löggjafi ásamt stjórnsýslu skilgreini hvernig kerfið skuli uppbyggt og hvert sé hlutverk heilbrigðisstofnana innan þjónustustiga. Lög um heilbrigðisþjónustu kveða á um skipulag heilbrigðisþjónustu í landinu en öll slík þjónusta hefur það að markmiði að efla heilbrigði, fyrirbyggja, greina eða meðhöndla sjúkdóma og endurhæfa sjúklinga. Mikilvægt er að heilbrigðisþjónusta sé veitt á viðeigandi þjónustustigi og tryggja þarf að samfella sé í þjónustu á milli þeirra.

Heilbrigðisstefnan til ársins 2030 byggist á Heilbrigðisstefnu Evrópu til ársins 2020 en þar er lögð áhersla á grunngildi sem hvetja til einstaklingsmiðaðrar heilbrigðisþjónustu á félagslegum grunni þar sem stutt er við heilsuefningu á öllum æviskeiðum og stuðlað að jöfnuði og heilbrigði fyrir alla.

1.1 Samþætting þjónustu

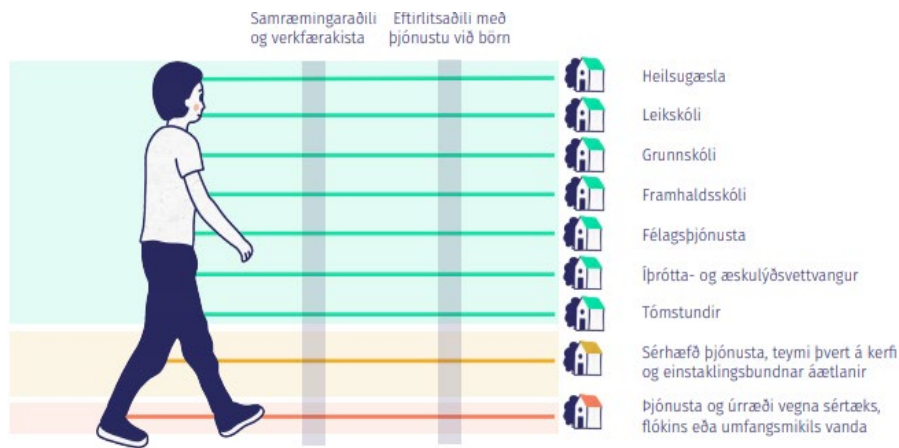
Eins og komið hefur fram í skýrslunni er fagfólk í fíknifræðum alla jafna sammála um að lífsálfélaglegt (*e. biopsychosocial*) líkan lýsi best þróun vímuefnavanda, óháð aldri notandans. Líkanið lýsir því hvernig einstaklingsháð samspil félagslegra, tilfinningalegra, atferlislegra og líffræðilegra þátta í lífi hvers notanda hefur áhrif á þróun vímuefnavanda og/eða vímuefnasjúkdóm hans.⁶ Rannsóknir hafa sýnt að heildræn nálgun þar sem gagnreyndar meðferðir og inngrip eru samvinnuð til að taka á þessum ólíku áhrifaþáttum er vænlegust til að einstaklingur nái og viðhaldi bata frá vímuefnavanda.⁷ Því er æskilegt að lögð sé áhersla á þróun heildarskipulags þjónustuferlis og þjónustufærðis (*e. pathway to care*) innan stigskiptrar (fyrsta, annað og þriðja stig) heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda og aðstandendur þeirra. Að þessu sögðu er ljóst að mikilvægt er að samþætta heilbrigðis- og félagslega þjónustu og meðferð fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni hvar sem þau eru stödd í þróunarferli vímuefnanotkunar, frá tilraunastigi til fíknistigs.

Frá vori 2018 hafa verið stigin mikilvæg skref í átt að samþættingu þjónustu með það að markmiði að brjóta niður múra milli kerfa og bæta þjónustu í þágu barna á Íslandi. Starfandi er stýrihópur Stjórnarráðsins og þingmannanefnd um málefni barna og á 151. löggjafarþingi 2020-2021 lagði félags- og barnamálaráðherra fram frumvarp til laga um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna. Það frumvarp nær til þjónustu hvort sem hún er veitt á vettvangi ríkis eða sveitarfélaga og lýsir stigskiptingu þjónustu í þrjú

⁶ Helga Sif Friðjónsdóttir (2009)

⁷ Helga Sif Friðjónsdóttir (2017)

þjónustustig í þágu farsældar barna. Í frumvarpinu er fyrsta stigs þjónusta skilgreind sem grunnþjónusta, aðgengileg öllum börnum og foreldrum, og einstaklingsbundinn snemmtækur stuðningur. Annar stigs þjónusta er einstaklingsbundinn og markvissari stuðningur og þriðja stigs þjónusta er einstaklingsbundinn og sérhæfðari stuðningur.



Mynd 5: Samvinna þjónustuaðila í þágu farsældar barna

Myndin hér að ofan er fengin úr útgefnu kynningarefni tengdu samþættingarfrumvarpinu og á henni sést vel hvernig mismunandi þjónustuaðilar á vettvangi ríkis og sveitarfélaga þurfa að vinna saman að því að veita rétta þjónustu á réttum stað af réttum gæðum í þágu farsældar barna á Íslandi.

Á Norðurlöndum er að finna svokölluð *fjölskylduhús* sem gætu verið fyrirmynd að samvinnulíkani milli ólíkra þjónustuaðila á ábyrgð sveitarfélaga og ríkis. Uppbygging fjölskylduhúsa er ólík eftir löndum en markmiðið er alltaf að samþætta þjónustu heilsugæslu og félags- og skólaþjónustu og tryggja samfellda og heildstæða heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir börn og ungmenni í sveitarfélagi. Fjölskylduhúsið er upphafsstaður fyrir allar fjölskyldur þar sem hluti af þjónustu heilsugæslu, félagsþjónustu og þjónustu við fatlaða er undir sama hatti. Samvinnulíkanið byggist á því að samstarfsaðilar þrói heildstæðan þjónustuferil (*e. care pathway*) fyrir börn og fjölskyldur þar sem áhersla er lögð á teymisvinnu og fjölfaglegan starfsmannahóp. Á fyrstu hæð hússins er veitt fyrsta stigs þjónusta sem inniheldur snemmtæka íhlutun, stuðning og fræðslu. Á annarri hæð hússins er veitt frekari greining og meðferð við vanda fjölskyldu og á þriðju hæð hússins eru veitt skilgreind inngrip fyrir börn og foreldra með sértækan vanda.⁸

⁸ Adolfsen, F., Martinussen, M., Moltu, A. og Vedeler, G.W. (2011)



Þriðja hæð: sértæk úrræði
Börn, unglíngar og fjölskyldur með sértækar þarfir

Önnur hæð: markmiðabundin úrræði
Börn, unglíngar og fjölskyldur með einstaklingsbundnar þarfir

Fyrsta hæð: almenn úrræði
Öll börn, unglíngar og fjölskyldur

Mynd 6: *Fjölskylduhús*⁹

Á flestum Norðurlöndum hefur verið farin sú leið að hafa alla þessa þjónustu undir sama þaki. Þar sem hér er um samvinnulíkan að ræða mætti hugsa sér að ef þjónustuferillinn og hlutverk allra innan hans væru vel skilgreind væri jafnvel hægt að færa þjónustu fyrstu hæðar í nærumhverfi barna og fjölskyldna í hverju hverfi fyrir sig.

Lykilforsenda slíkrar samþættingar þjónustu í heildstæðan þjónustuferil fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni væri sameiginleg sýn, stefna, aðgerðaáætlun og fjármögnun heilbrigðis-, félagsmála- og menntamálaráðuneyta hvað varðar samþætta þjónustu. Með slíkri samvinnu og samþættingu væri hægt að veita viðeigandi heildræna þjónustu á réttum tíma, af réttum gæðum, af hæfu fagfólki.

⁹ Adolfsen, F., Martinussen, M., Moltu, A. og Vedeler, G.W. (2011)

Forysta til árangurs - tillaga

- 1.1. Stofna stýrihóp skipaðan fulltrúum heilbrigðis- og félagsmálaráðuneytisins sem í umboði beggja ráðherra bera ábyrgð á að leggja fram sýn, stefnu og aðgerðaráætlun þar sem markmiðið er að sameina heilbrigðis- og félagsþjónustu og fjármögnun í heildræna samþætta velferðarþjónustu fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni. Stýrihópurinn skal vera í nánú samráði og samstarfi við fulltrúa menntamálaráðuneytis.
- 1.2. Frumvarp til laga um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna liggur til grundvallar slíkri sameiningu.
- 1.3. Nauðsynlegt er að byggja á samvinnulíkani fjölskylduhúsa eins og þau hafa þróast á Norðurlöndum.

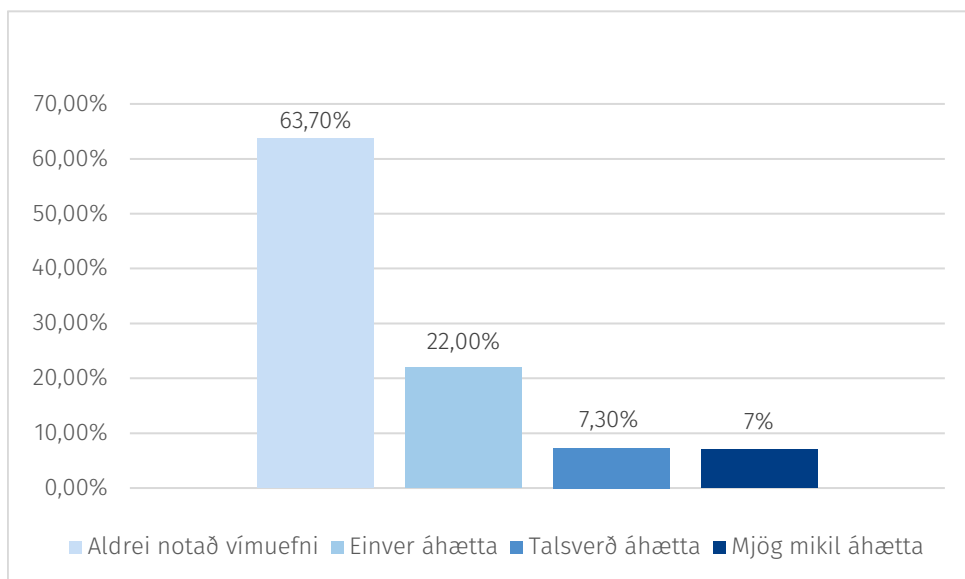
2. Rétt þjónusta á réttum stað

2.1 Fjöldi ungmenna sem eru í áhættu vegna vímuefnanotkunar

Þróun vímuefnanotkunar hjá börnum og ungmennum sem þegar hefur verið fjallað um liggur til grundvallar mati á fjölda þeirra einstaklinga sem eru líklegir til að þurfa fyrsta stigs þjónustu annars vegar og samþætta annars og þriðja stigs þjónustu hins vegar. Notast var við ný íslensk gögn úr Evrópsku vímuefnarannsókninni (ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) og áhættustig vímuefnanotkunar skilgreind í samræmi við þróunarstig vímuefnanotkunar. Samsvörunin er eftirfarandi:

- a) Einhver áhætta - ungmenni á félagsstigi
- b) Talsverð áhætta - ungmenni á snemmbúnu áhættustigi
- c) Mjög mikil áhætta - ungmenni á síðbúnu áhættustigi

Könnunin var lögð fyrir nemendur í 10. bekk alstaðar á landinu. Svarhlutfall var 62,8% af þýði eða 2.745 svör (1.410 strákar og 1.335 stelpur). Í spurningalistanum var ein spurning sem var sérstaklega til þess gerð að fanga þá svarendur sem voru að ýkja vímuefnanotkun sína. Alls svöruðu 15 nemendur þeirri spurningu og voru þeir teknir út úr frekari greiningu. Unnið var úr 2.730 svörum og 1.740 (63,7%) einstaklingar höfðu aldrei notað nein þeirra efna sem spurt var um. Fjöldi þátttakenda sem sögðust hafa notað vímuefni var 990 (36,3%) og var honum skipt upp í hópa eftir skilgreindri áhættu. Á mynd 7 má sjá að 601 (22%) einstaklingar í 10. bekk voru í einhverri áhættu, 198 (7,3%) voru í talsverðri áhættu og 191 (7,0%) í mjög mikilli áhættu.



Mynd 7: *Hlutfall ungmenna m.t.t. stöðu vímuefnanotkunar skv. ESPAD*

Út frá samvinnulíkani *fjölskylduhúsa* væri fyrsta stigs þjónusta ólíkra þjónustuaðila á ábyrgð sveitarfélaga og ríkis veitt í nærumhverfi barna og ungmenna. Hér er um að ræða skóla, heilsugæslur og félagþjónustu innan sveitarfélaga. Á fyrsta stigi þjónustu ætti að leggja áherslu á að sinna geðrækt, altækum og valkvæðum forvörnum sem og viðbragðsforvörnum að einhverju leyti. Niðurstöður greiningarinnar benda hins vegar til þess að um 15% barna og ungmenna (snemmbúið áhættustig, síðbúið áhættustig, skaðleg notkun eða fíknistig, skv. töflu 1) þurfi samþætta annars eða þriðja stigs heilbrigðis- og félagþjónustu þar sem veitt er snemmtæk íhlutun, greining, samþætt meðferð, endurhæfing og eftirfylgd sem tekur mið af þörfum hvers og eins notanda og aðstandenda hans.

2.2 Fyrsta stigs þjónusta

Fyrsta stig þjónustu í þágu farsældar barna vísar til þeirrar þjónustu sem veitt er innan alls skólakerfisins, þjónustu sem veitt er innan heilbrigðiskerfisins og

félagsþjónustu sem veitt er í þágu barna innan sveitarfélaga. Starfshópur um innleiðingu geðræktarstarfs, forvarna og stuðnings við börn og ungmenni í skólum á Íslandi gaf út skýrslu með tillögum sínum í október 2019. Þar kemur fram að geðrækt felist í því að styðja við tilfinningalega og félagslega heilsu og efla þær aðstæður í daglegu lífi sem stuðla að sem bestri sálfélagslegri virkni og líðan barna og ungmenna. Þar er einnig bent á að Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin mæli með því að heilsuefning í skólum fari fram með heilðrænum hætti þar sem jöfn áhersla sé lögð á andlega, líkamlega og félagslega vellíðan barna. Lagt er til í skýrslunni að geðrækt, forvarnir og snemmtæk íhlutun í skólum sé skipulögð í formi þrepaskipts stuðnings þar sem ríki og sveitarfélögum beri að tryggja að opinber stefna, gæðamat, hæfni starfsfólks, skipulag og innviðir styðji við verklag og starfsmenningu.

2.2.1 Altækar forvarnir

Heilsuvernd skólabarna er á ábyrgð heilsugæslustöðva í hverju heilbrigðisumdæmi fyrir sig. Heilsuverndarþjónusta skal veitt í skólum og vera í nánu samstarfi og samvinnu við skólayfirvöld á hverjum stað. Markmið heilsuverndar er að efla heilbrigði, þ.m.t. geðheilbrigði, íslenskra barna og ungmenna á skólaaldri. Þar sem altækar forvarnir miða að því að efla verndandi þætti og draga úr áhrifum þekktra áhættuþátta fyrir markhópa á mismunandi aldurs- og þroskaskiði þurfa þær að vera hluti af framlagi heilsugæslu til samþættrar heilðrænnar þjónustu á fyrsta stigi í þágu farsældar barna og ungmenna. Mikilvægt er að leggja áherslu á að gagnreyndar altækar forvarnir séu reglubundinn og markviss hluti af skipulögðu starfi grunnskóla og skólaheilsugæslu á landsvísu sem veitt er af teymi sem samanstendur af fagfólki úr skólaheilsugæslu og fagfólki hvers skóla fyrir sig.

2.2.2 Valkvæðar forvarnir og skimun

Til viðbótar við altækar forvarnir er æskilegt að á fyrsta stigi samþættrar þjónustu fyrir börn og ungmenni sé valkvæðum forvörnum beint að einstaklingum með þekktu undirliggjandi áhættuþætti. Forvarnarrannsóknir undanfarinna áratuga hafa sýnt að fjölmargir líffræðilegir, sálrænir og félagslegir áhættuþættir auka líkur barna og ungmenna sem við þá búa á að þróa með sér vímuefnavanda. Áhættuþættir sem þekktir eru sem undirliggjandi þróun vímuefnavanda eru einnig þekktir áhættuþættir fyrir margan annan vanda er tengist geðheilbrigði og andlegri líðan. Sem stendur er engin formleg skimun fyrir þessum áhættuþáttum meðal barna og ungmenna í grunnskólum á Íslandi. Valkvæðum forvörnum fyrir einstaklinga með undirliggjandi áhættuþætti fylgir krafa um að skimað sé fyrir þeim einstaklingum innan grunnskóla. Eins og fram hefur komið eru þeir áhættuþættir margir og fjölpættir sem ýtt geta undir líkur á vímuefnavanda í framtíðinni. Þeir eiga það þó sammerkt að setja einstaklinga í áhættu varðandi fleira en vímuefnavanda, s.s. annan geðrænan eða félagslegan vanda og langvinna sjúkdóma. Rannsóknir hafa ítrekað sýnt að með snemmtæku inngripi má draga úr þeim skaða sem þessir áhættuþættir geta valdið og bæta andlega og líkamlega heilsu þessara

einstaklinga til framtíðar.¹⁰ Því má vel færa fyrir því rök að gagnsemi geti verið af því að skima börn á grunnskólaaldri fyrir sértækum áhættuþáttum andlegrar heilsu, hvort sem það er til að draga úr hættu á vímuefnavanda eða til að bæta geðheilsu og almenna lýðheilsu.

Erlendis hefur víða verið farin sú leið að leggja reglulega fyrir börn á grunnskólaaldri spurningalista sem skimar fyrir þekktum áhættu- og verndandi þáttum meðal einstaklinga á grunnskólaaldri. Matstæki *Adolescent Domain Screening Inventory* (ADSI) er slíkt skimunartæki sem þróað var af forvarnarvísindamönnum í Bandaríkjunum. ADSI inniheldur spurningar sem meta áhættu- og verndandi þætti tengda (1) einstaklingnum sjálfum, (2) félögum, (3) skóla, (4) fjölskyldu og (5) samfélaginu. Einstaklingsbundin áætlun sem byggð er á niðurstöðum skimunar er svo gerð þar sem valin eru viðeigandi gagnreynd valkvæð forvarnarinngríp fyrir ungmennið með það að markmiði að draga úr áhrifum áhættuþátta og efla áhrif verndandi þátta á geðheilbrigði og vellíðan. Með slíkri skimun mætti finna þá einstaklinga sem eru í áhættu eða á tilraunastigi eða félagsstigi en hafa ekki þróað með sér virk forstigsseinkenni vímuefnavanda.

Því fylgir hins vegar ábyrgð að innleiða skimun og er grunnkrafa að hægt sé að bregðast við útkomum skimunar með viðeigandi hætti og úrræðum. Þótt skimanir séu almennt gerðar til að bæta lýðheilsu er einnig vitað að skimun á einkennalausum fólki felur í sér áhættu því skimanir eru almennt ekki 100% nákvæmar. Á þetta bentu Wilson, Jungner og World Health Organization (1968) en þar eru sett fram 10 skilmerki sem forsendur fyrir árangursríkri skimun. Í tilfalli skimunar fyrir andlegri líðan grunnskólabarna er farvegur fyrir viðunandi úrræði og meðferðir það skilmerki sem mestu máli skiptir.

Við skimun ber einnig að hafa í huga mögulegan skaða sem skimanir geta leitt af sér. Þá er mikilvægt að ekki sé þvingað fram inngríp sem einstaklingur getur ekki hugsað sér að taka þátt í. Einnig er ákveðin hætta á ofgreiningum, sjúkdómsvæðingu og aukinni lyfjagjöf í kjölfar skimana. Oft er erfitt að greina skaðann sem fylgt getur skimunum. Hann sést fyrst og fremst í faraldsfræðilegum rannsóknum en einnig í eigindlegum rannsóknum þar sem til dæmis er rætt við þátttakendur til að fá innsýn í skilning þeirra á ávinningi og áhættu skimana auk þess að reyna að skilja þá andlegu vanlíðan sem skimunum geta fylgt. Því er mikilvægt ef skimun er tekin upp að þeir sem taka ákvarðanir um hvernig slíkum skimunum skuli háttað séu reglulega tilbúnir að endurskoða og endurmeta skilmerki, áhrif og gagnsemi skimana og geti gert breytingar í takt við nýjar upplýsingar um viðfangsefnið.

¹⁰ Felitti, V. J.; Anda, R. F.; Nordenberg, D.; Williamson, D. F.; Spitz, A. M.; Edwards, V.; Koss, M. P. og Marks, J. S. (1998)

Hér er því lagt til að hlutverk skólaheilsugæslu verði stækkað frá því sem nú er í fyrsta stigs heilbrigðisþjónustu og verkefnum fjölgað. Með það í huga er nauðsynlegt að það mönnunarmódel sem liggur til grundvallar þverfaglegri skólaheilsugæslu í hverju heilbrigðisumdæmi taki mið af umfangi og stærð markhópa á hverjum stað sem veita þarf altækar forvarnir, reglulegar skimanir og valkvæðar forvarnir sem byggjast á þekktum áhættu- og verndandi þáttum. Líklegt er að undir formerkjum heilsugæslu þurfi þess vegna að fjölga skólahjúkrunarfræðingum og sérfræðingum í heilsugæsluhjúkrun sem starfa í þverfaglegu skólaheilsugæsluteymi með sálfræðingum og öðrum heilbrigðisfagstéttum sem hafa þekkingu og hæfni til að veita börnum og ungmennum heilsueflandi þjónustu. Slík skólaheilsugæsluteymi þurfa að vera í nánú samstarfi við skólaþjónustu hvers sveitarfélags fyrir sig og ábyrgð og verkaskipting milli þjónustuveitenda þarf að vera skýr og gagnsæ.

2.2.3 Hlutverk Þróunarmiðstöðvar íslenskrar heilsugæslu

Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu (ÞÍH) getur verið í leiðtogahlutverki á landsvísu og þjónað sem þekkingar- og þjálfunarmiðstöð í gagnreyndum altækum og valkvæðum forvörnum sem og í notkun þess skimunartækis sem ákveðið verður að innleiða. Hægt er að sjá fyrir sér að í samvinnu skólaheilsugæsluteymis og skóla í tilteknu heilbrigðisumdæmi verði til áætlun sem tiltekur hvaða áhættuþætti eða verndandi þætti skuli unnið með á hverjum tíma. Í samvinnu við ÞÍH verði síðan ákveðið hvaða gagnreyndu altæku og valkvæðu forvörnum skuli beitt og teymi sem samanstendur af fagfólki skólaheilsugæslu, skólans og jafnvel skólaþjónustu sveitarfélags fengi þjálfun í þeim forvarnarinngripum hjá ÞÍH og stuðning á meðan á innleiðingu þeirra stæði.

2.3 Samþætt annars og þriðja stigs þjónusta

Ef almenn úrræði og stuðningur á fyrsta stigi hafa ekki dugað til að koma í veg fyrir þróun forstigs- eða snemmtækra einkenna tiltekins vanda er gert ráð fyrir að barn eða ungmenni og aðstandendur þess fái einstaklingsbundna og sérhæfðari þjónustu á 2. hæð í samvinnulíkani *fjölskylduhúss*. Ef þróun vandans heldur áfram fær barn eða ungmenni með flókinn eða umfangsmikinn vanda heildræna meðferð og endurhæfingu á 3. hæð fjölskylduhússins. Sambærileg hugmynd liggur til grundvallar stigskiptri þjónustu í þágu farsældar barna þar sem kveðið er á um að á öðru stigi fái barn eða ungmenni og aðstandendur einstaklingsbundna áætlun og sérhæfða þjónustu sem veitt er af teymi þvert á þjónustukerfi. Þriðja stig samþættrar velferðarþjónustu tryggir barni eða ungmenni og aðstandendum aðgang að gagnreyndi heildrænni meðferð og úrræðum þar sem unnið er með flókinn og umfangsmikinn vanda.

Markhópar annars stig þjónustu, sem byggist á þróun vímuefnavanda, væru börn og ungmenni sem eru á snemmbúnu áhættustigi og síðbúnu áhættustigi en markhópar þriðja stigs þjónustu væru börn og ungmenni sem teljast á stigi skaðlegrar notkunar vímuefna eða fíknistigi (sjá mynd 4). Börn og ungmenni í þessum fjórum markhópum hafa öll þörf fyrir gagnreynt heildrænt snemmtækt

inngríp eða meðferð, endurhæfingu og stuðning við bata þar sem unnið er með vímuefnavanda samhliða tilfinningalegum, geðrænum og félagslegum vanda. Til að mæta þessum þjónustubörfum og tryggja gæði veittrar þjónustu er brýnt að starfsfólk hafi þekkingu, þjálfun og hæfni til að veita viðeigandi inngríp og gagnreynda heildræna meðferð, endurhæfingu og eftirfylgd. Þekkt er innan heilbrigðiskerfisins að árangursríkt er að þjappa saman sértækri og sérhæfðri þekkingu og hæfni fagfólks með því að sameina þjónustubætti og setja á stofn svokölluð þekkingarsetur (*e. centers of excellence*) eða miðstöðvar um meðferð fyrir tiltekna notendahópa. Með því er markmiðið að stuðla að auknum gæðum í þjónustu, heildstæðari þjónustuferlum og draga úr áhrifum starfsmannaveltu á afköst þjónustunnar.

Meginþjónusta við markhópa sem þurfa annars eða þriðja stigs þjónustu vegna vímuefnanotkunar er í dag að mestu veitt á vegum Barnaverndarstofu en aðkoma heilbrigðiskerfisins að þeirri þjónustu hefur verið takmörkuð. Hér er því lagt til að sameina þjónustu sem þegar er til staðar á vegum Barnaverndarstofu og viðeigandi heilbrigðisþjónustu í eina *Miðstöð meðferðar* fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda og aðstandendur þeirra. Markmið sameiningar er að setja á fót þjónustu-, meðferðar- og þekkingarsetur sem veitir heildrænt, samþætt, snemmtækt inngríp, greiningu, meðferð, endurhæfingu og stuðning við bataferli ungmenna sem þróað hafa með sér vímuefnavanda. Þjónustuna skal veita í bráðafasa, á göngudeild, dagdeild, meðferðareiningu, í nærþjónustu eða fjarþjónustu eftir því sem þurfa þykir. Á miðstöðinni starfar sérhæft fagfólk í þverfaglegum teyimum sem hefur þekkingu, þjálfun og hæfni til að veita gagnreynda heildræna þjónustu og málastjórn sem tekur mið af lífsálfélagslegum og læknisfræðilegum meðferðarþörfum notenda og aðstandenda. Þegar ungmenni nær 18 ára aldri og er í þörf fyrir áframhaldandi meðferð, endurhæfingu eða stuðning við bata er mikilvægt að tryggja greitt aðgengi og flæði þjónustu yfir í fyrsta, annars eða þriðja stigs geðheilbrigðisþjónustu.

2.3.1 Jafningjastuðningur

Til viðbótar hafa notendur í bata bent á að eitt af því sem hafði hvað mest áhrif á bataferli þeirra frá vímuefnanotkun var aðgangur að jafningjastuðningi. Í því samhengi er jafningi ekki einungis fyrirmynd m.t.t. þess hvernig hægt er að ná bata heldur sá aðili sem hægt er að vera í sambandi við hvenær sem er til að koma í veg fyrir bakslag og fá stuðning hjá eftir þörfum á hverjum tíma. Á vinnustofu sem haldin var til undirbúnings þróunar afeitrunardeildar á Landspítala lögðu notendur til að þeir sem veldust til slíkra starfa væru einstaklingar sem sjálfir hefðu reynslu af bataferli frá vímuefnum og væru auk þess búnir að fá kennslu og þjálfun m.t.t. sértækra þekkingar og hæfni sem væri nauðsynleg til að geta sinnt stuðningsmeðferð á vettvangi fyrir börn og ungmenni sem væru á snemmbúnu áhættustigi, síðbúnu áhættustigi, stigi skaðlegrar notkunar eða fíknistigi. Því væri mikilvægt að meðferðarsamband myndaðist milli ungmennis og jafningja í upphafi þjónustu á *Miðstöð meðferðar*

og væri órofið þann tíma sem ungmennið væri í þjónustu. Jafningjastuðningur færi að mestu leyti fram í nærumhverfi notandans og í samráði við meðferðarteymi ungmennis á hverjum tíma.

2.3.2 Teymi sem starfa þvert á þjónustukerfi

Eins og fram hefur komið eru þegar starfrækt á landinu nokkur sjálfsprottin tilraunaverkefni sem byggjast á samþættingu og samvinnu heilbrigðisþjónustu, félagsþjónustu og barnaverndarkerfis, þ.e. svokölluðu fjölskylduteymi. Þessi teymi sem starfa þvert á kerfi leiða saman til samstarfs þjónustumiðstöð, heilsugæslur og skóla sem starfa í tilteknum hverfum eða sveitarfélögum. Markmið slíks þverkerfislægs teymissamstarfs er að kalla saman alla þá fagaðila sem koma að þjónustu og málum fjölskyldu á hverjum tíma, stytta boðleiðir og auka gæði veittrar þjónustu. Fjölskylduteymi sem þessi starfa á mörkum fyrsta og annars stigs félags- og heilbrigðisþjónustu en tekið skal fram að þjónusta sem þessi er ekki starfrækt á landsvísu. Til að tryggja þjónustustýringu, öryggi, jafnræði og greitt flæði notenda milli fyrsta stigs og samþættrar annars og þriðja stigs þjónustu er mikilvægt að starfsfólk *Miðstöðvar meðferðar* starfi í þessum þverkerfislægu teymum og séu þar með hluti af þeim. Lagt er til að slík þverkerfislæg teymi verði innleidd á landsvísu. Í hverju heilbrigðisumdæmi á landinu er æskilegt að starfrækja a.m.k. eitt þverkerfislægt teymi en fleiri ef fjöldi íbúa á svæðinu er mikill. Nauðsynlegt er að útvíkka að einhverju leyti innihald þjónustu þverkerfislægra teyma til samræmis við þjónustubarfir markhópa teymanna. Til viðbótar við samráð og samstarf þarf fagfólk sem starfar innan teymisins, þá sérstaklega starfsmenn *Miðstöðvar meðferðar*, að veita gagnreyndar viðbragðsforvarnir, frumgreiningarvinnu og snemmtæka íhlutun fyrir börn eða ungmenni og aðstandendur sem eru í þjónustu teymisins á hverjum tíma. Æskilegt er að fagfólk sem starfar í þessum teymum hafi sértæka þekkingu, þjálfun og hæfni til að veita snemmtæk inngrip m.t.t. vímuefnanotkunar og þess tilfinningalega, geðræna eða félagslega vanda sem barn eða ungmenni glímir oft við samhliða. Þar sem sum heilbrigðisumdæmi eru víðfeðm og ekki síður vegna þess að íslensk börn og ungmenni eru mjög tækivædd er mikilvægt að teymin geti veitt fjarheilbrigðisþjónustu.

2.3.3 Aðgangur notenda að eigin upplýsingum

Notkun upplýsingatæki og stafrænna lausna í heilbrigðisþjónustu fer vaxandi. Almenn krafa er gerð um að þau tækifæri sem upplýsingatækni býður upp á séu nýtt á þann hátt að notendur séu í auknum mæli upplýstir og hafi möguleika á að taka virkan þátt í eigin meðferð. Í lögum um sjúkraskrá er meðal annars kveðið á um rétt sjúklinga til að hafa aðgang að eigin sjúkraskráupplýsingum. Embætti landlæknis annast þróun, framkvæmd og innleiðingu rafrænnar sjúkraskrár og rafrænna samskipta með heilbrigðisupplýsingar á landsvísu. Við samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu eins og hér er lagt til er mikilvægt að tryggja að notendur hafi aðgang að sínum upplýsingum og geti með auðveldum hætti nálgast niðurstöður greiningarvinnu og rannsókna, yfirlit yfir veitta þjónustu og árangur hennar og hafi jafnframt greitt aðgengi að eigin

meðferðaráætlun. Æskilegt er að tryggja að upplýsingar um þjónustuferil barna og ungmenna sé aðgengilegur þeim jafnt sem þjónustuveitendum þegar þau ná 18 ára aldri með það að markmiði að tryggja greitt flæði milli þjónustukerfa sem taka mið af aldri.

Rétt þjónusta á réttum stað - tillögur

- 2.1. Velja skimunartæki og innleiða reglulega skimun fyrir þekktum áhættu og verndandi þáttum í gegnum skólaheilsugæslu.
- 2.2. Þróa skólaheilsugæsluteymi og fjölga skólahjúkrunarfræðingum og sérfræðingum í heilsugæsluhjúkrun til að mæta stærra hlutverki og fjölgun verkefna skólaheilsugæslu í heilbrigðisumdæmum.
- 2.3. Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu (ÞÍH) verði eflid til að taka við hlutverki miðstöðvar þekkingar og þjálfunar í gagnreyndum altækum og valkvæðum forvörnum sem og notkun skimunartækis.
- 2.4. Sambætta annars og þriðja stigs þjónustu í *Miðstöð meðferðar*, þ.e. þjónustu-, meðferðar- og þekkingarsetur sem veitir samþætt, heildrænt, snemmtækt inn grip, meðferð, endurhæfingu, stuðning við bataferli og málstjórn fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda og aðstandendur þeirra.
- 2.5. Þróa og innleiða jafningjastuðning sem sinnir stuðningsmeðferð á vettvangi fyrir börn og ungmenni í samþættri annars og þriðja stigs þjónustu.
- 2.6. Innleiða fjargeðheilbrigðisþjónustu í samþætta annars og þriðja stigs þjónustu fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda.
- 2.7. Innleiða þverkerfislæg teymi í öll heilbrigðisumdæmi þar sem tryggt er að starfsfólk *Miðstöðvar meðferðar* starfi og taki virkan þátt í að veita gagnreyndar viðbragðsforvarnir, frumgreiningarvinnu og snemmtæka íhlutun fyrir börn eða ungmenni og aðstandendur sem eru í þjónustu teymisins.
- 2.8. Þróa upplýsingatækni og stafrænar lausnir sem tryggja aðgang notenda að eigin upplýsingum tengdum velferðarþjónustu.

3. Fólkið í forgrunni

Til að geta mætt kröfum um gæði og framþróun í heilbrigðisþjónustu þarf að huga vel að þeim mannauði sem knýr kerfið áfram. Tryggja þarf að í sérhæfðri heilbrigðisþjónustu sé til staðar hæft og áhugasamt starfsfólk sem og gott starfsumhverfi. Vísbendingar eru um að í núverandi heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda og aðstandendur þeirra sé þessu verulega ábótavant. Þekking og hæfni fagfólks sem starfar á öllum stigum heilbrigðisþjónustu hvað varðar þjónustuparfir barna og ungmenna með vímuefnavanda er brotakennd og reynst hefur erfitt að manna stöðugildi, sérstaklega í þriðja stigs þjónustu, með starfsfólki sem hefur fengið viðeigandi þjálfun í viðfangsefninu. Ef litið er til kennsluskráa háskóla á Íslandi er óljóst hvaða þekking og hæfni er þjálfuð í grunn- og framhaldsnámi heilbrigðisstétta sem undirbýr útskrifaða til að mæta, með gagnreyndum aðferðum, þjónustupörfum barna og ungmenna með vímuefnavanda. Það fagfólk sem starfar á Íslandi og hefur sérhæfða þekkingu og þjálfun í að veita snemminngrip og meðferð fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda hefur að eigin frumkvæði sótt framhaldsnám til erlendra háskóla. Ljóst er að hér þarf að gera verulegar úrbætur hvað varðar heildarskipulag og framkvæmd þjálfunar starfsfólks sem starfar á öllum stigum heilbrigðisþjónustu svo það verði í stakk búið til að mæta þjónustupörfum barna og ungmenna hvar sem þau eru stödd í þróun vímuefnanotkunar.

Hægt er að nýta þjónustuviðmið út frá þróun vímuefnanotkunar ungmenna sem lýst er í töflu 1 sem leiðarljós við þróun hæfniviðmiða fyrir starfsfólk á öllum stigum heilbrigðisþjónustu. Slík hæfniviðmið þurfa einnig að endurspegla þekkingu og þjálfun sem gerir starfsfólk hæft til að veita viðeigandi inngrip hvað vímuefnanotkun varðar og vinna með við tilfinningalegan, geðrænan eða félagslegan vanda. Þannig þarf að skapa samfellu í hæfniviðmiðum frá grunnhæfnipáttum sem nýtast starfsfólki í fyrsta stigs heilbrigðisþjónustu, yfir í sértækari hæfnipætti til viðbótar fyrir þá sem starfa á mörkum fyrsta og annars stigs þjónustu og síðan yfir í sérhæfða hæfnipætti fyrir þá sem starfa í samþættri annars og þriðja stigs heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda. Mynd 8 sýnir hvernig skipting heilbrigðisþjónustu í fyrsta stigs þjónustu og samþætta annars og þriðja stigs þjónustu fyrir börn og ungmenni með vímuefnavanda liggur til grundvallar samfellu hæfnipátta og sett eru fram dæmi um hæfniviðmið sem byggjast á þeirri samfellu.



Mynd 8: Samspil stiga heilbrigðisþjónustu, hæfniþátta og hæfniviðmiða fyrir fagfólk sem sinnir börnum og ungmennum með vímuefnavanda.

Fólkið í forgrunni - tillögur

- 3.1. Skilgreina grunnhæfniþætti, sértæka hæfniþætti og sérhæfða hæfniþætti fyrir fagfólk sem starfar á öllum stigum heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni.
- 3.2. Tryggja að samfella hæfniþátta liggja til grundvallar kennslu og þjálfunar í grunn- og framhaldsnámi heilbrigðisstétta með það að markmiði að útskrifaðir fagaðilar hafi þá hæfni sem þarf til að mæta þjónustubörfum barna og ungmenna hvar sem þau eru stödd í þróun vímuefnanotkunar.
- 3.3. Gert verði átak með það að markmiði að fjölga fagfólki sem hefur sértæka og sérhæfða hæfni til að veita börnum og ungmennum sem nota vímuefni viðeigandi inngríp og meðferð sem og aðstandendum þeirra.
- 3.4. Setja fram lágmarkskröfur um mönnun og mönnunarmódel m.t.t. viðfangsefna og hæfniviðmiða á hverju stigi heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni hvar sem þau eru stödd í þróun vímuefnanotkunar.

4. Virkir notendur

Til að tryggja að heilbrigðisþjónusta sé í samræmi við þarfir og væntingar notenda er nauðsynlegt að virkt samtal eigi sér stað milli notenda, þjónustuveitenda og stjórnvalda. Slíkt samtal þarf að leiða til þess að heilbrigðisþjónusta á Íslandi verði í vaxandi mæli notendamiðuð (*e. patient centered care*) og áhersla sé þar með lögð á valdeflingu notenda. Í notendamiðaðri heilbrigðisþjónustu er lögð áhersla á heildræna og einstaklingsmiðaða nálgun og borin virðing fyrir óskum, gildum og þörfum einstaklingsins. Þjónustan er samfelld, samþætt og samræmd frá greiningu í gegnum veikinda-, meðferðar- og bataferlið og byggist á þverfaglegum gagnreyndum inngrípum og meðferð. Notendamiðuð þjónusta byggist á þátttöku notenda og aðstandenda þeirra, virkri upplýsingagjöf og samtali sem auðveldar upplýsta ákvarðanatöku um eigin meðferð og heilbrigðisþjónustu.

4.1 Notendamiðuð geðheilbrigðisþjónusta

Notendamiðuð geðheilbrigðisþjónusta byggist á skilgreiningu notendamiðaðrar þjónustu í heilbrigðiskerfinu, þ.e. hún er einstaklingsmiðuð, samfelld, samþætt og samræmd en til viðbótar valdeflandi og batamiðuð. Því er ekki eingöngu nóg að draga úr sjúkdómseinkennum notanda með geðrænar áskoranir heldur þarf jafnframt að vinna með styrkleika hans og styðja hann til að ná bata m.t.t. vellíðanar, styrks og endurheimts félagslegs hlutverks. Batahugmyndafræði liggur til grundvallar notendamiðaðri geðheilbrigðisþjónustu.

Til að þróa notendamiðaða geðheilbrigðisþjónustu er gagnlegt að gera greinarmun á mismunandi stigum hennar. Á fyrsta stigi þarf að huga að því að þarfir notenda eru mismunandi og þess vegna þurfi að hlusta á þá, sýna þeim virðingu og veita þeim greitt aðgengi að fjölbreyttri og einstaklingsmiðaðri þjónustu. Annað stig snýst hins vegar um beina valdeflingu og batamiðaða nálgun þar sem hugað er skipulega að því að auka valfrelsi notandans, styðja hann til sjálfshjálpar og bata og veita honum upplýsingar sem hjálpa honum að átta sig á þjónustunni og finna viðeigandi úrræði í samvinnu við sína meginmeðferðaraðila. Þannig má segja að annað stig notendamiðaðrar geðheilbrigðisþjónustu sé virkara en fyrsta stig og gangi lengra í að koma til móts við notandann og virkja hann til þátttöku í þeirri þjónustu sem veitt er.¹¹

4.2 Sjónarhorn notenda

Orðið notendamiðað er sótt í hönnunarhugsun (*e. design thinking*) en notendamiðuð þjónustuhönnun snýst um að horfa á upplifun af þjónustu út frá sjónarhorni viðskiptavinarins. Við lesefnisleit fundust engar íslenskar

¹¹ Halldór Auðar Svansson (2018)

rannsóknir sem kanna reynslu og upplifun ungmenna sem notað hafa vímuefni af þeirri þjónustu sem þau hafa fengið eða vildu hafa fengið. Í þeim tilgangi að rödd og reynsla notenda hafi áhrif á mótun og þróun heilbrigðisþjónustu fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni töldu skýrsluhöfundar mikilvægt að leita til notenda með reynslu af því að nota vímuefni sem börn eða unglingar. Fulltrúi notenda í starfshópnum tók rýnivíðtöl við notendur sem voru tilbúnir að segja frá reynslu sinni af þeirri þjónustu sem þeir fengu sem börn eða ungmenni m.t.t. vímuefnanotkunar. Meginþemun sem komu fram hjá notendum voru: (1) *Óhjálplegir þættir í þjónustu* og (2) *Áherslur til framtíðar* og verður fjallað um þemun hér á eftir.

4.2.1 Óhjálplegir þættir í þjónustu

Þátttakendur í rýnivíðtölum töldu að sú fræðsla sem þeir hefðu fengið um vímuefni og skaðsemi þeirra sem ungmenni hefði að einhverju leyti verið upplýsandi en ekki mætti byggja slíka fræðslu á hræðsluáróðri. Slík nálgun á viðfangsefnið nái ekki til barna og ungmenna og sé þeim óhjálpleg. Þátttakendur lýstu því að hafa verið látin hlusta á viðtöl við fólk sem hafði, þegar það var í neyslu, gerst sekt um alvarleg afbrot. Töldu þátttakendur að þar með væri óbeint verið að vísa til þess að þar sem þau notuðu vímuefni hefðu þau gerst brotleg og væru þar með á vissan hátt annars flokks eða „vöndu krakkarnir og óþekku krakkarnir“. Það var upplifun þeirra að þessi nálgun leiddi til stimplunar og jaðarsetningar í samfélaginu. Lögðu þeir áherslu á að nálgunin hefði verið óhjálpleg og mögulega aukið enn frekar á vanlíðan þeirra. Einn þátttakandi nefndi að þetta hefði leitt til þess að hann raungerði enn frekar hlutverk sitt sem ungmenni með „neysluvanda“ sem flýtti fyrir þróun vímuefnasjúkdómsins sem hann væri nú í bata frá. Þátttakendur bentu enn frekar á að stimplunin hefði hindrandi áhrif og gerði það að verkum að barn eða ungmenni tjáði sig takmarkað um sín innstu mál og leitaði sér síður aðstoðar.

Þegar þátttakendur höfðu fengið tækifæri til afeitrunar sem ungmenni hafi í þjónustunni nær eingöngu verið lögð áhersla á að veita fráhrarfsmeðferð. Þátttakendur söknuðu þess að ekki hafi samhliða verið boðið upp á meðferð við tilfinningavanda eða aðra möguleika til sjálfsvinnu og úrvinnslu. Þeir töldu sig einnig hafa fengið takmarkaðar upplýsingar eða tilvísanir í þjónustu eftir afeitrun þar sem þeim gæfist kostur á að vinna úr tilfinningavanda eða áföllum til frekari bata. Þátttakendur bentu á að á Voggi hefðu ungmenni og fullorðnir verið saman á meðferðarstofnun og töldu að slík samvera gæti leitt til þess að ungmenni leiddust út í harðari notkun vímuefna í kjölfarið. Þátttakendur bentu á að sum þeirra lyfja sem notuð væru til afeitrunar hefðu vímuáhrif ef þau væru misnotuð. Reynsla þátttakenda var að í íslensku samfélagi væri auðvelt að verða sér úti um lyfin sem og önnur vímuefni ef vilji væri fyrir hendi.

4.2.2 Áherslur til framtíðar

Þátttakendur lögðu áherslu á mikilvægi þess að börn og ungmenni hefðu aðgang að fullorðnum aðila sem þau gætu átt, án afleiðinga, opið og heiðarlegt

samtal við um notkun vímuefna, áhættur og afleiðingar. Þannig væri hægt að mynda traust meðferðarsamband sem yrði til þess að ungmennið væri líklegra til að leita eftir hjálp og aðstoð í aðstæðum sem tengjast vímuefnanotkun.

Þátttakendur töldu að jafningjastuðningur væri mikilvæg viðbót í meðferð og eftirfylgd og gæti skipt sköpum um bata frá vímuefnavanda. Jafningi sem byggir yfir sambærilegri reynslu og væri í bata sjálfur væri fyrirmynd fyrir ungmenni um von og leiðir til bata frá vímuefnavanda. Þátttakendur bentu enn fremur á að það gæti líka skipt sköpum fyrir þann sem veitir jafningjastuðning að hjálpast að og væri mikilvægur liður í bataferli hans. Þá var líka talið mikilvægt að aðstandendum stæði jafningjastuðningur til boða.

Þátttakendur töldu mikilvægt að öll þjónusta miðaði að því að mæta börnum, ungmennum og aðstandendum þeirra af virðingu og byrjað væri á því að mynda það mikilvæga traust sem þyrfti að vera til staðar í öllu ferlinu. Lögð var áhersla á að í heilbrigðisþjónustu stæði ungmennum til boða að vinna úr erfiðum tilfinningum og áföllum sem þau hefðu lent í, bæði áður en vímuefnanotkun hófst og eftir áföll tengd vímuefnanotkun. Þátttakendur bentu á að vímuefnanotkun hefði áhrif á þroska barna og ungmenna og taka yrði mið af því í þjónustuúrræðum. Einnig var talið mikilvægt að styðja ungmenni í að byggja upp eigin sjálfsmynd og læra að lifa og þroskast utan „neyslumeningar“. Rætt var um að slík úrvinnsla og endurhæfing tæki langan tíma og gera yrði ráð fyrir því í þróun meðferðarþjónustu til framtíðar. Þá var lögð áhersla á að meðferðaraðili og jafningjastuðningsaðili þyrftu að geta sinnt barni eða ungmenni í langtíma meðferðarsambandi og væru ínáanleg og til staðar í þeim erfiðleikum sem upp kæmu. Barn eða ungmenni þyrfti að hafa stuðningsaðila sér við hlið sem það gæti treyst og að viðkomandi væri til staðar í öllu bataferlinu. Þá töldu þátttakendur að þjónustan ætti að fara fram í nærumhverfi svo framarlega sem það væri hægt. Að síðustu töldu þátttakendur mikilvægt að stuðningur og meðferð væri í boði fyrir aðstandendur, bæði til að styðja við bataferli barns eða ungmennis en ekki síður til að takast á við það flókna og krefjandi verkefni að eiga barn eða ungmenni í virkri vímuefnanotkun.

Virkir notendur - tillögur

- 4.1. Hönnunarhugsun notuð til að tryggja þróun notendamiðaðrar, samþættrar heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni og aðstandendur þeirra.
- 4.2. Tryggja þátttöku notenda og aðstandenda í stýringu og veitingu samþættrar heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni.

5. Skilvirk þjónustukaup

Skilvirk þjónustukaup (*e. Strategic purchasing*) er aðferðafræði sem stofnanir á borð við Alþjóðaheilbrigðismálastofnunina styðja sem leið til að ná fram skilvirkni í heilbrigðiskerfinu. Skilvirkum þjónustukaupum er ætlað að stuðla að hagkvæmum og öruggum kaupum á heilbrigðisþjónustu í samræmi við stefnu stjórnvalda og þarfir notenda. Skilvirk þjónustukaup fela í sér að hámarka árangur heilbrigðiskerfisins með skilvirkum kaupum á gagnreyndri þjónustu af bestu gæðum þar sem tekið er mið af lýðfræðilegum þörfum og áherslum stjórnvalda. Að auki eru gerðar kröfur til þjónustunnar um jafnt aðgengi og öryggi sjúklinga. Horft er til verklags við samningsgerð og stjórnsýslulegs fyrirkomulags sem styður skilvirk kaup. Með setningu laga nr. 112/2008 var stigið stórt skref í innleiðingu á skilvirkum þjónustukaupum í íslenska heilbrigðiskerfinu. Með lögnum var ákveðið að Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) skuli kaupa alla heilbrigðisþjónustu og annast samningsgerð um þau kaup fyrir hönd ríkisins, hvort sem um er að ræða þjónustu opinberra aðila eða einkaaðila. Sjúkratryggingar Íslands sjá um gerð samnings, gerð kröfulýsinga og almennra samningsskilmála stofnunarinnar. Þá hefur stofnunin eftirlit með gæðum og árangri starfsemi þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu samkvæmt gerðum samningum. Samningar um kaup á heilbrigðisþjónustu skulu samræmast gæðaviðmiðum og lágmarkskröfum embættis landlæknis um þjónustu.

Skilvirk kaup á heilbrigðisþjónustu þurfa að byggjast á ítarlegri greiningu á þörf fyrir þjónustu og stuðla að því að samfella í þjónustu sé veitt á réttu þjónustustigi. Slík greining er ekki einskiptisaðgerð heldur kerfisbundið þróunarferli þar sem lögð er áhersla á að greina þarfir hópa fyrir þjónustu þar sem byggt er á heilsufari, líðan, lifnaðarháttum og áhættu þess að þróa með sér sjúkdóma. Því er mikilvægt að sjónum sé beint að þjónustubörfum mismunandi markhópa samfélagsins á hverjum tíma. Samþætting fræðilegra kenninga um heildstæða samfelli frá altækum forvörnum til endurhæfingar og bata og þróun vímuefnanotkunar barna og ungmenna liggur til grundvallar skilgreiningu á þjónustubörfum mismunandi markhópa í þessari skýrslu. Þannig eru öll börn og ungmenni á Íslandi í þörf fyrir altækar forvarnir og eru þær á ábyrgð fyrsta stigs þjónustu ólíkra þjónustuaðila á vegum sveitarfélaga og/eða ríkis. Innleiðing skimunar meðal barna og ungmenna m.t.t. þekkra áhættu- og verndandi þátta er næsta skref greiningar á þörfum markhópa fyrir frekari þjónustu á fyrsta stigi eða samþætta annars og þriðja stigs þjónustu, en slík greining þarf að liggja til grundvallar skilvirkum þjónustukaupum.

Mikilvægur þáttur þjónustukaupa er sú greiðsluleið sem valin er og æskilegt er að velja það greiðsluferfi sem styður við stefnu stjórnvalda um veitingu tiltekinnar þjónustu. Í heilbrigðiskerfinu hefur á undanförunum árum verið lögð áhersla á að notast við viðeigandi fjármögnunarkerfi og áætlun landlæknis um gæðapróun höfð til hliðsjónar kröfum um gæði og öryggi. Þróað hefur verið

fjármögnunarlíkan fyrir heilsugæslu þar sem við ákvörðun um greiðslu fyrir þjónustu er tekið mið af áætlaðri þjónustubörf miðað við íbúafjölda og samsetningu íbúa og sjúkdómsbyrði þeirra. Einnig er tekið til gæða þjónustu að því leyti að umbunað er ef tilteknum gæðaviðmiðum er náð. Þar sem sú fyrsta stigs þjónusta sem lögð er til í þessari skýrslu byggist á samþættri þjónustu skólakerfis, heilbrigðiskerfis og félagsþjónustu innan sveitarfélags er æskilegt að útvíkka og sameinast um fjármögnunarlíkan, gæðaviðmið og skiptingu ábyrgðar á þjónustu sem liggja skal til grundvallar samþættri fyrsta stigs þjónustu í þágu farsældar barna.

Í kjölfar samþykkrar heilbrigðisstefnu til 2030 eru greiðslukerfi innan heilbrigðisþjónustu í endurskoðun og í því samhengi er litið til þróunar og nýjunga í fjármögnun heilbrigðisþjónustu á alþjóðavísu. Slíkar nýjungar beinast að því að fjármögnunin styðji tiltekin markmið um gæði og samfellu í þjónustu ásamt hagkvæmni. Ein slík fjármögnunarleið er samþætt greiðsla (*e. bundled payment*) þar sem greitt er fyrir heildstæða samfellda þjónustu („þjónustupakka“) sem byggist á gagnreyndri bestu mögulegu þjónustu (*e. best-practice*) með áherslu á árangur. Vísbendingar eru um að þessi fjármögnunarleið auki virði og gæði heilbrigðisþjónustu og taki betur mið af þörfum notenda en aðrar leiðir. Mikilvægt er að heilbrigðis- og félagsþjónusta sameinist um að þróa og skilgreina heildstæða samfellda þjónustu þar sem litið er til: undirliggjandi hugmyndafræði, innihalds, málstjórnunar, þjónustuferla og tenginga við fyrsta stigs þjónustu, mönnunarmódelis, hæfniviðmiða fyrir starfsfólk, gæðaviðmiða, öryggisstaðla og útfærslu fjarþjónustu til að tryggja jafnt aðgengi á landsvísu. Í þessari skýrslu er lagt til að annars og þriðja stigs heilbrigðis- og félagsþjónusta sé samþætt og sameinuð í heildstæða velferðarþjónustu *Miðstöð meðferðar* sem veitir heildræn snemmtæk inngrip, greiningu, samþætta meðferð, endurhæfingu og stuðning við bataferli ungmenna sem þróað hafa með sér vímuefnavanda og aðstandendur þeirra. Æskilegt er að kanna fýsileika þess að fjármögnun slíkrar *Miðstöðvar meðferðar* byggist á fjármögnunarleið samþættrar greiðslu og að hún verði fjármögnuð með sameiningu fjármagns sem fer til málaflokksins, sérstaklega milli heilbrigðis- og félagsmálakerfisins.

Skilvirk þjónustukaup - tillögur

- 5.1. Innleiða kerfisbundið þróunarferli m.t.t. greiningar á þörfum markhópa fyrir fyrsta stigs þjónustu annars vegar og samþætta annars og þriðja stigs þjónustu hins vegar til að tryggja megi skilvirk kaup á þjónustu í þágu farsældar barna.
- 5.2. Skólar, heilbrigðisþjónusta og félagsþjónusta innan sveitarfélags sameinist um gæðaviðmið og fjármögnunarlíkan sem liggja til grundvallar samþættri fyrsta stigs þjónustu í þágu farsældar barna.
- 5.3. Skoða möguleika á sameiningu fjármagns sem fer til málaflokksins, sérstaklega milli heilbrigðis- og félagsmálakerfisins, og byggja á fjármögnunarleið samþættrar greiðslu.
- 5.4. Skilgreina innihald heildstæðrar samfelldrar velferðarþjónustu á öðru og þriðja stigi með sérstaka áherslu á innihald, málastjórnun, þjónustuferla og tenginga við fyrsta stigs þjónustu, mönnunarmódel, hæfniviðmið fyrir starfsfólk, gæðaviðmið, öryggisstaðla og útfærslu fjarþjónustu.

6. Gæði í fyrirrúmi

Í heilbrigðisstefnu til ársins 2030 eru gæði í heilbrigðisþjónustu skilgreind út frá því að hve miklu leyti hún auki líkur á bata, bættri heilsu og auknum lífsgæðum notenda. Gæði í heilbrigðisþjónustu eru auk þess metin út frá því að hve miklu leyti veitt þjónusta byggist á gagnreyndri þekkingu og faglegum leiðbeiningum, er notendamiðuð og veitt af hæfu fagfólki. Það sem hefur helst áhrif á gæði í heilbrigðisþjónustu er öryggi, rétt tímasetning, skilvirkni, árangur og jafn aðgangur að þjónustunni.

Embætti landlæknis hefur lagt fram áætlun um gæðapróun innan heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. Markmið hennar eru að notendur fái heilbrigðisþjónustu sem eykur líkur á betri heilsu og auknum lífsgæðum, er samfelld og samhæfð og jafnframt örugg, rétt tímasett, skilvirk, byggð á jafnræði, notendamiðuð og árangursrík. Áætlunin byggist á fjórum lykilþáttum um verklag og er ætlað að vera leiðsögn til veitenda heilbrigðisþjónustu um þær kröfur sem gerðar eru til gæða og hvernig þær skulu uppfylltar. Mynd 9 sýnir að gæðauppgjör sem veitendum heilbrigðisþjónustu er ætlað að skila árlega til embættis landlæknis byggist á fjórum lykilþáttum en því er ætlað að sýna árangur hvað varðar gæði og öryggi veittrar heilbrigðisþjónustu á hverjum tíma.



Mynd 9: Samspil lykilþátta áætlunar embættis landlæknis um gæðapróun og gæðauppgjör veitenda heilbrigðisþjónustu

Umbótaferli og stjórnskipulag heilbrigðisþjónustu vísar til skipulagningar starfseminnar, framkvæmdar hennar, athugunar og eftirlits með áhrifum og árangri og markvissum ítrunum (*e. iterations*) til endurbóta þar sem þurfa þykir. Hægt er að styðjast við gæðahring Demings í slíku síkviku umbótaferli.¹²

¹² Helgi Þór Ingason (2015)

Gæðavísar eru tölulegir mælikvarðar sem gefa vísendingar um gæði og öryggi þeirrar þjónustu sem veitt er og hvort hún sé í samræmi við viðurkennd viðmið á hverjum tíma. Gæðavísar tengjast ferlum, skipulagi, innihaldi og árangri veittrar þjónustu sem og hæfni starfsmanna sem þjónustuna veita. Gæðavísar falla undir eftirtalda meginþætti gæða í heilbrigðisþjónustu: (1) öryggi, (2) rétta tímasetningu, (3) skilvirka þjónustu, (4) jafnræði, (5) notendamiðaða þjónustu, (6) árangursríka þjónustu og (7) hæft starfsfólk. Í gæðaáætlun embættis landlæknis er gæðavísam skipt annars vegar í landsgæðavísa og hins vegar í valgæðavísa. Æskilegt er að valgæðavísar innihaldi mælikvarða á gæði þjónustu út frá sjónarhóli notenda og aðstandenda, heilbrigðisstarfsmanna og stjórnenda sem og mælikvarða á gæði sem taka mið af þeirri þjónustu sem veitt er á hverjum stað.

Í lögum um landlækni og lýðheilsu er kveðið á um að heilbrigðisstofnunum og öðrum sem veita heilbrigðisþjónustu sé skylt að halda skrá yfir óvænt atvik í þeim tilgangi að finna á þeim skýringar og leita leiða til að tryggja að þau endurtaki sig ekki. Frá árinu 2018 hefur verið unnið að því að innleiða á landsvísu eitt atvikaskráningarkerfi fyrir alla heilbrigðisþjónustu. Atvikaskráningarkerfið sem valið var inniheldur öll þau úrvinnslutæki sem nauðsynleg eru til að vinna úr atvikaskráningum og gerir stjórnendum heilbrigðisstofnana og embætti landlæknis kleift að fylgjast með umfangi, tíðni og úrvinnslu atvika sem eiga sér stað á viðkomandi stofnunum.

Virk þátttaka notenda í eigin meðferð eykur líkur á því að veitt þjónusta skili þeim árangri sem vænst er til. Embætti landlæknis leggur áherslu á að upplifun notenda sé verðmæt uppspretta reynslu og þekkingar sem æskilegt sé að hafi áhrif á gæðaþróun heilbrigðisþjónustu. Lagt er til að þjónustukannanir verði lagðar fyrir notendur með reglubundnum hætti með það að markmiði að safna upplýsingum frá notendum um gæði þjónustu og hvað megi betur fara. Æskilegt er að notendur heilbrigðisþjónustu í samvinnu við heilbrigðisstarfsfólk og heilbrigðisyfirvöld vinni í framhaldi saman að því að efla gæði og öryggi tiltekinnar heilbrigðisþjónustu út frá heildarniðurstöðum gæðauppjörs hverrar þjónustueiningar fyrir sig.

Til að tryggja gæði fyrsta stigs heilbrigðisþjónustu og samþættrar annars og þriðja stigs þjónustu fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni er nauðsynlegt að þjónustan byggist á áætlun embættis landlæknis um gæðaþróun til 2030.

Gæði í fyrirrúmi - tillögur

- 6.1. Stjórnskipulag fyrsta stigs og samþætts annars og þriðja stigs heilbrigðis- og félagsþjónustu verði í samræmi við stærð, umfang og áhættu sem starfseminni fylgir. Ábyrgð og hlutverk starfsfólks verði skilgreint og unnið eftir verklagsreglum og starfslýsingum sem eru aðgengilegar og gagnsæjar.
- 6.2. Unnið markvisst og á kerfisbundinn hátt að umbótum í fyrsta stigs og samþættri annars og þriðja stigs heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni.
- 6.3. Landsgæðavísar og valgæðavísar skilgreindir fyrir fyrsta stigs og samþætta annars og þriðja stigs heilbrigðis- og félagsþjónustu. Valgæðavísar þurfa að tengjast ferlum, skipulagi, innihaldi og árangri veittrar þjónustu sem og hæfniviðmiðum fyrir starfsfólk.
- 6.4. Reglulegt gæðauppgjör fyrsta stigs og samþætts annars og þriðja stigs heilbrigðis- og félagsþjónustu verði aðgengilegt notendum og aðstandendum, starfsfólki, stjórnendum, opinberum stofnunum og stjórnvöldum.

7. Hugsað til framtíðar

Heilbrigðisþjónusta er síkvikt kerfi sem nauðsynlegt er að þróist og taki breytingum í takt við bestu þekkingu og vísindi, nýsköpun og menntun á hverjum tíma. Notendur, þjónustuveitendur, stofnanir og stjórnvöld hafa ríkar skyldur til að vinna saman að því markmiði að á Íslandi fái börn og ungmenni sem nota vímuefni og aðstandendur þeirra bestu mögulegu gagnreyndu þjónustu á réttum stað, af réttum gæðum, á réttum tíma, sem tekur mið af íslenskum aðstæðum.

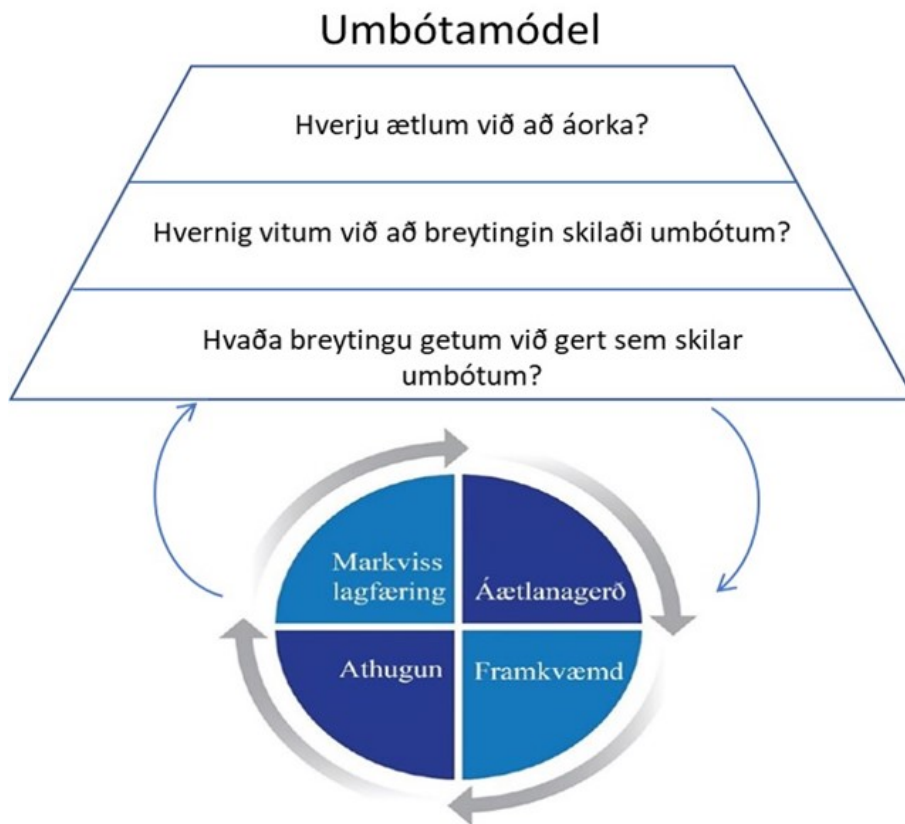
Fjöl margar rannsóknir eru framkvæmdar á Íslandi um notkun barna og ungmenna á áfengi og öðrum vímuefnum. Flestar þessara rannsókna eru þversniðsrannsóknir en tilgangur þess rannsóknarsniðs er að safna upplýsingum og lýsa stöðu á tilteknum tímamarki, þeim tímamarki sem gögnum er safnað. Takmarkanir þversniðsrannsókna felast í því að þær gefa ekki upplýsingar um orsakasamband eða samspil margvíslegra áhættu- og verndandi þátta sem liggur til grundvallar þróun tiltekins vanda eða sjúkdóms. Erlendar langtímarannsóknir gefa vísbendingar um orsakasambandið sem liggur til grundvallar því að ungmenni þróar með sér vímuefnavanda og hvaða þættir auka áhættu á slíkri þróun eða vernda gegn henni. En til að skilja til fulls þróun vímuefnanotkunar barna og ungmenna á Íslandi og það orsakasamband sem liggur henni til grundvallar í íslenskum aðstæðum er nauðsynlegt að framkvæma frekari langtímarannsóknir þar sem ákveðnum árgöngum barna og ungmenna er fylgt eftir frá barnæsku í gegnum unglingsárin og fram til fullorðinsára. Niðurstöður slíkra rannsókna eru nauðsynlegar til að þróa þjónustu sem tekur mið af sértækum þörfum íslenskra barna og ungmenna.

Í þessari skýrslu eru settar fram tillögur sem miða að því að samþætta og sameina heilbrigðis- og félagsþjónustu með aðkomu menntakerfisins til að mæta betur þörfum barna og ungmenna sem nota vímuefni og aðstandenda þeirra. Hér er um að ræða viðamikla kerfislæga breytingu frá því sem nú er og því nauðsynlegt að leita leiða til að rýna hvort þær breytingar verða til góðs fyrir notendur. Áður en ráðist er í kerfislægar breytingar er æskilegt að notendur, þjónustuveitendur og stjórnvöld skilgreini þá gæðavísa og árangursvísa sem notaðir verða til reglubundinna úttekta og rýni í það hvort breytingarnar skili tilætluðum árangri.

Kerfislæg breyting af þessari stærðargráðu er ekki línulegt breytingarferli þar sem framkvæmdaráætlun er einföld og áhrifaþættir fyrirsjáanlegir.

Alþjóðastofnun umbóta í heilbrigðisþjónustu (*e. Institute for Health Improvement*) hefur verið leiðandi á sviði umbóta og nýsköpunar í heilbrigðisþjónustu í meira en 25 ár. Stofnunin leggur áherslu á að í síkviku og flóknu kerfi eins og heilbrigðisþjónustu sé nauðsynlegt að nota vísindalegar en jafnframt skapandi aðferðir til umbóta. Lögð er áhersla á að til að bæta

heilbrigðisþjónustu og ná fram stöðugum umbótum sé notast við umbótamódel (e. *Model for Improvement*) sem sjá má á mynd 10 í íslenski þýðingu.



Mynd 10: Umbótamódel IHI-samtakanna (ÁFrAM hringur tekinn úr gæðaáætlun EL. Þýðing á spurningum: HSF).

Umbótaferli sem byggist á þessu módeli er í eðli sínu spírall sem samanstendur af endurteknum ítrunum (e. *iterations*) af áætlanagerð, framkvæmd, athugun og markvissri lagfæringu þar sem markmiðið er að þróa lausn sem skilar þeim árangri sem sóst var eftir í upphafi. Til viðbótar því að nota þetta módel til grundvallar stöðugum umbótum hefur færst í aukana að nota samhliða svokallaða hönnunarhugsun (e. *design thinking*). Í þeirri aðferðafræði er lögð mikil áhersla á að þær lausnir sem þróaðar eru byggist á innsýn í veröld notenda og mæti þörfum þeirra m.t.t. heilbrigðisþjónustu. Í umbótaverkefnum sem nýta hönnunarhugsun er lögð rík áhersla á að notendur, veitendur og skipuleggjendur tiltekinnar heilbrigðisþjónustu hafi jafna aðkomu að starfi verkefnahópa sem vinna að umbótaverkefnum og breytingum innan þeirrar þjónustu eða heilbrigðiskerfis og beri jafnmikla ábyrgð.

Hugsað til framtíðar - tillögur

- 7.1. Stuðla að langtímarannsóknum á þróun vímuefnanotkunar barna og ungmenna fram til fullorðinsára.
- 7.2. Notendur, þjónustuveitendur og stjórnvöld skilgreini gæðavísa og árangursvísa sem nýttir verða til að rýna áhrif og árangur breytinga á heildstæðu þjónustukerfi fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni og aðstandendur þeirra.
- 7.3. Umbótamódel og hönnunarhugsun liggi til grundvallar samþættingar- og sameiningarferli heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir börn og ungmenni sem nota vímuefni.

8. Heimildir og ítarefni

- Adolfson, F., Martinussen, M., Moltu, A. og Vedeler, G.W. (2011). Familiens hus. Organisering og faglige perspektiver. Tromsø: Universitet i Tromsø. Sótt 2. júní 2021 af https://uit.no/Content/260981/RKBU_FamHus_Elekt_.pdf
- Altman, M.; Huang, T. T. og Breland, J. Y. (2018). *Desing thinking in Health Care*. Preventing Chronic Disease. Sótt 20. maí 2021 af https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/18_0128.htm
- Barnaverndarlög nr. 80/2002
- Barnaverndarstofa. (e.þ.). *Algengar spurningar*. Sótt 12. september 2020 af <https://www.bvs.is/radgjof-og-upplysingar/algengar-spurningar/algengar-spurningar-radgjof>
- Barnaverndarstofa. (e.þ.). *Stuðlar*. Sótt 12. september 2020 af <https://www.bvs.is/urraedi/studlar/>
- Barnaverndarstofa. (e.þ.). *MST*. Sótt 12. september 2020 af <https://www.bvs.is/urraedi/mst/>
- Barnaverndarstofa. (2020). Samanburður á fjölda tilkynninga til barnaverndarnefnda og fjölda umsókna um þjónustu til Barnaverndarstofu fyrstu níu mánuði árána 2018-2020. Sótt 12. September 2020 af <https://www.bvs.is/media/samanburdarskyrslur-tolulegar-uppl/Skyrsla-um-samanburd-fyrstu-niu-manudi-aranna-2018-2020.pdf>
- Embætti landlæknis. (e.þ.). *Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019-2030*. Sótt 4. júní af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item36045/%C3%81%C3%A6tlun%20um%20g%C3%A6%C3%B0a%C3%BEr%C3%B3un%20%C3%AD%20heilbrig%C3%B0is%C3%BEj%C3%B3nustu%2012%202018.pdf>
- Embætti landlæknis. (2020). Vandí vegna áfengis og/eða annarra vímuefna: Bið eftir heilbrigðisþjónustu. Sótt 10. september 2020 af https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item42063/Vandi%20vegna%20%C3%A1fengis%20og-e%C3%B0a%20annarra%20v%C3%ADmuefna%20Bi%C3%B0%20eftir%20heilbrig%C3%B0is%C3%BEj%C3%B3nustu_29.06.2020.pdf
- Felitti, V. J.; Anda, R. F.; Nordenberg, D.; Williamson, D. F.; Spitz, A. M.; Edwards, V.; Koss, M. P. og Marks, J. S. (1998). „Adverse Childhood Experiences.“ *American Journal of Preventive Medicine*. **14** (4): 245–258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8. PMID 9635069.
- Félagsmálaráðuneytið. (e.þ.). *Sambætting í þágu farsældar barna*. Sótt 31. maí 2021 af <https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Felagsmalaraduneytid/Breytingar%20%C3%AD%20%C3%BE%C3%A1gu%20barna%20-%20sam%C3%BE%C3%A6tting%20%C3%BEj%C3%B3nustu.pdf>

- Gilvarry, Eilish; McArdle, Paul; O'Herlihy, Anne; Mirza, KAH; Bevington, Dickon og Malcolm, Norman. (2012). *Practice standards for young people with substance misuse problems*. College Centre for Quality Improvement.
- Halldór Auðar Svansson. (2018). *Notendamiðuð geðheilbrigðisþjónusta*. Óbirt MPM-ritgerð. Háskólinn í Reykjavík.
- Helga Sif Friðjónsdóttir. (2009). *Hvað þurfa hjúkrunarfræðingar að vita um fíkn*. Tímarit hjúkrunarfræðinga – 6. tbl. 85. árg. 2009.
- Helga Sif Friðjónsdóttir. (2017). *Benchmarking best practice: excellence in rehabilitation, recovery and social reintegration for people with substance abuse problems*. Óbirt MPM-ritgerð. Háskólinn í Reykjavík.
- Helgi Þór Ingason. (2015). *Gæðastjórnun: samræmi, samhljómur og skipulag*. Reykjavík: JPV útgáfa.
- Hulda Björk Finnsdóttir. (2018). „Þetta kerfi er mannanna verk.“ *Tækifæri til samþættingar þjónustu grunnskóla, heilsugæslustöðva og þjónustumiðstöðva við börn og unglunga með geðheilbrigðisvanda*. Óbirt MPM-ritgerð. Háskólinn í Reykjavík.
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007
- Mrazek, P.J. og Haggerty, R.J. (1994). *Reducing Risk for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Ríkisendurskoðun. (2016). *Geðheilbrigðisþjónusta við börn og unglunga. Annað og þriðja þjónustustig*. Sótt 10. September 2020 af <https://www.rikisend.is/reskjol/files/Skyrslur/2016-Gedheil-born-unglinga.pdf>
- Skýrsla starfshóps. (2019). *Innleiðing geðræktarstarfs, forvarna og stuðnings við börn og ungmenni í skólum á Íslandi*. Sótt 2. júní 2021 af https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Starfsh%c3%b3pur%20um%20ge%c3%b0r%c3%a6kt%20%c3%ad%20sk%c3%b3lum_sk%c3%bdrsla.LOKA.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (e.p.). Risk and Protective Factors. Sótt 15. sept 2020 af 20190718-samhsa-risk-protective-factors.pdf
- Wilson, J. M. G.; Jungner, G. og World Health Organization. (1968). Principles and practice of screening for disease. Sótt 20. mars 2021 af <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37650>

