

Skýrsla

heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi.

(Lögð fyrir Alþingi á 131. löggjafarþingi 2004–2005.)

Mars 2005.

Efnisyfirlit.

Formáli	3
Helstu tillögur	3
1. Inngangur og markmið	5
1.1 Ályktun Alþingis	5
1.2 Vinnulag starfshópsins	6
2. Misnotkun áfengis og vímuefna	7
2.1. Áfengis- og vímuefnaneysla á Íslandi	7
2.2. Fíkn	10
2.3. Misnotkun	10
2.4. Áhættuneysla	10
2.5. Fjölkvilli (comorbidity)	10
3. Stuðningur og íhlutun	11
3.1. Þjónusta fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur	11
3.2. Einstaklingsbundnar forvarnir	13
3.2.1. Greining	13
3.2.2. Fyrirbyggjandi viðtöl og grunnþjónusta í heilsugæslu	13
3.3. Meðferð	14
3.3.1. Afeitrun, greining og bráðaþjónusta	14
3.3.2. Endurhæfing	14
3.3.3. Handleiðsla og ráðgjöf	16
3.3.4. Eftirfylgni	16
3.3.5. Meðferð við fíkn í morfin og skyld efni.	16
3.4. Stoðþjónusta	16
3.4.1. Áfangaheimili	17
3.4.2. Stoðbýli	17
3.4.3. Gistiskýli	17
4. Árangursmat	17
4.1. Tilgangur árangursmats	17
4.2. Starfsemisviðmið – Þjónustukannanir	19
4.2.1. Starfsemisviðmið	19
4.2.2. Þjónustukannanir	20
4.3. Áhrifamælingar	21
4.4. Kostnaðarmat	23
5. Lagaumhverfi meðferðarstofnana	23
5.1. Meðferðarstofnanir reknar af ríkinu og á ábyrgð þess	24
5.1.1. Sjúkrahús og heilsugæslustöðvar	24
5.1.2. Meðferðarstofnanir barna samkvæmt barnaverndarlögum, nr. 80/2002	24
5.1.3. Meðferðarstofnanir sem fá fjárframlög á fjárlögum frá ríkinu	24
5.1.4. Meðferðarstofnanir sem njóta styrkja frá ríki, sveitarfélögum og félagasamtökum	24
5.1.5. Ábyrgð sveitarfélaga á rekstri meðferðarstofnana/heimila með styrk frá ríkinu	24
5.2. Fyrirkomulag í stjórnkerfi erlendis	24
5.3. Fyrirkomulag í stjórnkerfi á Íslandi	25
6. Þjónusta fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi	26
6.1. Rekstrarform	26
6.2. Framboð á vistrýmum og fjöldi innlagna	26
6.3. Tilgangur rekstursins og hugmyndagrundvöllur	29
6.4. Starfsfólk	30
6.5. Þjónusta stofnunarinnar	32
6.6. Eftirfylgni	34
6.7. Skilgreining á árangri og árangursmælingar	35
6.8. Rekstur	37
6.9. Heilsugæsla	39

7.	Ályktun	39
7.1.	Helstu kostir	40
7.2.	Helstu gallar	40
	Heimildir	42
	Viðauki	45

Formáli.

Vorið 2002 var samþykkt á Alþingi tillaga til þingsályktunar um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana. Fyrsti flutningsmaður tillögunnar var Einar K. Guðfinnsson og meðflutningsmenn voru Ásta Möller, Hjálmar Árnason, Þuríður Backman og Guðrún Ögmundsdóttir. Tillagan var samþykkt óbreytt af þinginu. Í kjölfar þessa fól ríkisstjórnin heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra að undirbúa mótun slíkrar stefnu og í því skyni var skipaður starfshópur haustið 2002 sem vann skýrsluna sem hér er lögð fyrir Alþingi.

Í upphafi varð ljóst að ekki lægju fyrir nægileg traust gögn um þjónustu við áfengis- og vímuefnaneytendur hér á landi. Var því aflað viðamikilla gagna með könnunum og samantekt ýmissa upplýsinga. Var m.a. leitað í smíðju til erlendra og innlendra ráðgjafa við þá vinnu. Skýrslan varpar ljósi á hve umfangsmikil þjónustan er hér á landi, hve framboð og aðgengi að þjónustu er gott og fjölbreytt og samstarf ríkis og áhugamannasamtaka víðtækt. Bent er á að lagasetning, fjármögnun, árangursmat og gæðakröfur þarfnist endurskoðunar. Þá sé of mikil áhersla lögð á innlagnir á stofnanir, en of lítil að sama skapi á vægari meðferðarúrræði, heilsugæslu og göngudeildarþjónustu, svo dæmi séu tekin. Þá er ályktað að starfsemi sé um of bundin við höfuðborgarsvæðið og að sveitarfélög gætu komið öflugar að málaflokknum. Skýrsluhöfundar kusu að setja fram í sínu nafni ellefu tillögur til heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurbætur og eru þær til skoðunar og kostnaðarmats í ráðuneytinu. Þörf er á umræðum og ítarlegri skoðun þeirra tillagna sem hér eru settar fram áður en heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra tekur endanlega afstöðu til þeirra. Mestu skiptir að skýrslan, hugmyndirnar og umræðurnar um málefnið verði til þess að skapa forsendur til að ná á Alþingi sem víðtækastri sátt um stefnumótun í málaflokknum. Því er farin sú leið að leggja skýrsluna fyrir Alþingi til kynningar og umræðu.

Í framhaldi af umræðum á Alþingi og frekari úrvinnslu í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu í kjölfarið verða lagðar fyrir ríkisstjórn mótaðar tillögur um endurskoðaða stefnu í málaflokknum.

Helstu tillögur.

Skýrslan sem hér birtist byggist á starfi starfshóps heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur frá hausti 2003 til hausts 2004. Starfshópurinn gerir eftirfarandi tillögur á grundvelli niðurstaðna skýrslunnar:

1. Endurskoðun laga – lög um heilbrigðisþjónustu.

Lagt er til að samstarfsnefnd á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis annars vegar og félagsmálaráðuneytis hins vegar endurskoði lög sem varða þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur og leggi til breytingar. Markmið endurskoðunarinnar væri að auka samstarf, skilvirkni og einstaklingshæfða þjónustu neytendunum í hag. Til að svo megi verða þarf að skýra ábyrgð, hlutverk og samstarf milli heilbrigðisþjónustu og félagslegrar þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur.

2. Fjárveitingar meira í samræmi við starfsemi.

Lagt er til að fjárveitingar til áfengis- og vímuefna meðferðar verði bundnar við mála-flokkinn en ekki stofnanir. Ráðuneytin skipti síðan fjármagninu niður á einstök verkefni. Jafnframt er lagt til að verkaskipting milli heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og félags-málaráðuneytis verði endurskoðuð og samstarf þeirra á milli eftir formlega.

3. Rekstrarleyfi.

Lagt er til að ákveðnum skilyrðum um aðbúnað, hollustuhætti og mat á þörf fyrir meðferðarúrræði verði fylgt betur eftir en nú er gert. Stuðningur ríkisins sé háður því að skilyrðin séu uppfyllt. Stuðningur ríkisins byggist á gagnkvæmum samningi þar sem þátttaka ríkisins í rekstri og stofnkostnaði er skilgreindur.

4. Samræmt árangursmat.

Lagt er til að stofnaður verði vinnuhópur á vegum landlæknisembættisins sem hafi það hlutverk að koma á samræmt árangursmati fyrir meðferð áfengis- og vímuefnaneytenda. Landlæknisembættið hefur gæðaeftirlit með heilbrigðisþjónustu í landinu.

5. Miðlæg innlögn.

Lagt er til að kostir við að koma á fót miðlægri innlagnarmiðstöð og skráningu verði gaumgæfðir. Það mundi gefa betri yfirsýn yfir þann hóp sem þarf á sérhæfðri áfengis- og vímuefna meðferð að halda, nýtingu þeirra úrræða sem fyrir hendi eru og hugsanlega gefa möguleika á stýringu í úrræði við hæfi hverju sinni. Fyrirmynd að slíku kerfi má finna í vistunarmati aldraðra (sjá reglugerð um vistunarmat aldraðra, nr. 660/1995).

6. Þjónusta um allt land.

Lagt er til að grundvöllur fyrir auknu framboði meðferðar víðar um landið verði kannaður, t.d. hvað varðar göngudeildarúrræði. Sem stendur þarf fólk víða á landinu að sækja áfengis- og vímuefna meðferð um langan veg. Í grunnþjónustu heilsugæslunnar er þessum málaflökki sinnt að vissu marki og hugsanlega má bæta þann þjónustuþátt heilsugæslunnar með því að gera hann skilvirkari og sýnilegri, t.d. með menntun starfsmanna og kynningum. Einnig kæmi til greina að kanna grundvöll fyrir heimaþjónustu við afeitrun og stofnun lítilla meðferðarheimila í landshlutum þar sem fólk gæfist tækifæri til að ljúka meðferð í heimabyggð sinni. Kanna mætti möguleika á að auka og efla þjónustu á vegum sveitarfélaga á slíkum heimilum.

7. Forvarnir, fjölskylduþjónusta.

Lagt er til að heilsugæslan verði eflað með tilliti til sérþekkingar og mannafla til að geta sinnt forvarna- og stuðningshlutverki við fjölskyldur áfengis- og vímuefnaneytenda betur en nú er gert, t.d. með því að bjóða námskeið fyrir starfsfólk í greiningu áfengis- og vímuefnavanda og viðbrögðum við honum. Heilsugæslan veitir nú þegar mikilvæga og fjölbreytta þjónustu fyrir fjölskyldur í landinu. Rannsóknir sýna að með markvissu starfi getur starfsfólk heilsugæslu haft veruleg áhrif til að draga úr skaðsemi af völdum áfengis- og vímuefnaneyslu í samfélaginu.

8. *Aukin göngudeildarþjónusta.*

Lagt er til að aukin áhersla verði lögð á göngudeildarmeðferð fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur. Göngudeildarþjónusta nægir sumum neytendum og styttr þann tíma sem þeir eru frá fjölskyldu og vinnu vegna meðferðar. Árangursrík göngudeildarmeðferð er ódýrari og hagkvæmari kostur en innlagn bæði fyrir samfélagið og einstaklinginn. Einnig er áhugavert að auka framboð fjölbreyttari úrræða sem hægt er að bjóða með göngudeildarformi, t.d. hugræna atferlismeðferð með viðtölum og námskeið til endurmenntunar eða sjálfstyrkingar.

9. *Fjölbreyttari úrræði.*

Lagt er til að athugaðir verði möguleikar á að auka fjölbreytni meðferðarúrræða með tilliti til þarfa mismunandi hópa. Þarfir fólks geta verið mismunandi eftir aldri, búsetu, kyni, starfi o.s.frv. Úrval meðferðarúrræða er fremur einhæft og flest úrræði krefjast innlagnar á meðferðarstofnanir á höfuðborgarsvæðinu. Dæmi eru um tilraunaverkefni fyrir börn og unglinga sem snúast um að veita aðstoð í þeirra eigin umhverfi og á þeirra eigin forsendum á vegum Barnaverndarstofnu (MST), Hafnarfjarðarbæjar (PMT) og Nýrrar leiðar – ráðgjafar (PSD).

10. *Rannsóknir.*

Lagt er til að með rannsóknum sé varpað ljósi á þörf fyrir meðferð, hópinn sem leitar meðferðar og hópinn sem ekki leitar meðferðar og samsetningu starfsfólks sem sinnir þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur. Niðurstöðurnar verði notaðar til frekari stefnumótunar á sviði áfengis- og vímuefnameðferðar.

11. *Fíkn í morfín og skyld efni.*

Lagt er til að vegna fjölgunar fíkla sem sækjast eftir morfíni og skyldum efnum verði Sjúkrahúsinu Vogu falið að þróa sérhæfða meðferð við fíkn í þessi efni. Þróun í þessum efnum er mjög hröð og á Vogu er fyrir hendi mest þekking hér á landi á þessu sviði.

1. **Inngangur og markmið.**

Skýrsla þessi var unnin af starfshópi á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra veturinn 2003–2004. Starfshópurinn var skipaður í kjölfar þingsályktunar um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana sem samþykkt var á Alþingi 3. maí 2002. Fyrsti flutningsmaður tillögunnar var Einar K. Guðfinnsson og meðflutningsmenn voru Ásta Möller, Hjálmar Árnason, Þuríður Backman og Guðrún Ögmundsdóttir. Starfshópurinn skipuðu eftirtaldir starfsmenn heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins: Sigurður Gils Björgvinsson, deildarstjóri og formaður starfshópsins, Hrafn Pálsson deildarstjóri, Magnús Skúlason deildarstjóri, Margrét Erlendsdóttir deildarstjóri, Ragnheiður Haraldsdóttir skrifstofustjóri, Sólveig Guðmundsdóttir yfirlögfræðingur og Sveinn Magnússon skrifstofustjóri. Þorgerður Ragnarsdóttir hjúkrunarfræðingur var starfsmaður hópsins.

Markmið með skýrslunni er að gefa stutt yfirlit yfir:

- ! Helstu skilgreiningar á misnotkun og ofneyslu áfengis og vímuefna.
- ! Lýsing á þeirri þjónustu sem stendur áfengis- og vímuefnaneytendum til boða.
- ! Stjórnsýslulega ábyrgðarskiptingu málaflokksins.
- ! Hugmyndir um árangursmat á þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur.
- ! Tillögur um heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana.

1.1. Ályktun Alþingis.

Alþingi samþykkti eftirfarandi þingsályktun um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana 3. maí 2002 (þskj. 1484 á 127. löggjafarþingi):

„Alþingi ályktar að fela ríkisstjórninni að setja á laggirnar nefnd er hafi það hlutverk að móta heildarstefnu um uppbyggingu á sviði áfengis- og vímuefnameðferðar og þátttöku ríkisins í stofnkostnaði og rekstri meðferðarstofnana. Jafnframt verði gert árangursmat á meðferðarstofnunum og meðferðarleiðum til þess að tryggja sjúklingum sem mestan árangur og sem besta nýtingu fjárveitinga til málaflokksins.“

Heilbrigðisráðherra, Jón Kristjánsson, kallaði til starfshóp á haustdögum 2003 til að afla upplýsinga um framboð á meðferð og annarri þjónustu sem áfengis- og vímuefnaneytendum stendur til boða og sem nýtur styrkja eða er rekin af opinberu fé. Hugmyndin var að upplýsingar sem starfshópurinn aflaði nýttust við mótun heildarstefnu á sviði áfengis- og vímuefnameðferðar á vegum ríkisins.

1.2. Vinnulag starfshópsins.

Starfshópurinn valdi að afla upplýsinga með því að gera könnun hjá meðferðarstofnunum, áfangameilum og öðrum stöðum sem á einhvern hátt veita fólki sem á í erfiðleikum vegna áfengis- og vímuefnaneyslu aðstoð. Sent var út bréf til yfirmanna stofnananna til að skýra tilgang gagnaöflunarinnar. Með bréfinu fylgdi eyðublað þar sem óskað var eftir upplýsingum um starfsemi þessara staða árin 2001 og 2002. Á eyðublaðinu var óskað eftir upplýsingum um rekstur, fjármögnun, efnahag, húsnæði, starfsemi, s.s. fjölda meðferðarrýma og innlagna, göngudeildarstarfsemi, stöðugildi og skiptingu starfsmanna eftir starfsstéttum, aldursdreifingu skjólstaðinga og endurtekna meðferð. Aftan á eyðublaðinu voru opnar spurningar um rekstrarform stofnunarinnar og stjórnskipulag, tilgang rekstursins og hugmyndagrundvöll, kröfur stofnunarinnar um sí- og endurmenntun starfsmanna, þjónustu stofnunarinnar, þ.m.t. vaktþjónustu, eftirfylgd, skilgreiningu á árangri og loks árangursmælingar og niðurstöður þeirra (sjá viðauka).

Eftirfarandi staðir fengu sendar fyrirspurnir: Samtök áhugamanna um áfengisvandann (SÁÁ: Sjúkrahúsið Vogur, meðferðarheimilin Vík og Staðarfell, göngudeild í Reykjavík og á Akureyri, áfangameili að Miklubraut 1 og Eskihlíð 3), Landspítali – háskólasjúkrahús (deild 33A, Teigur (deild 16) og göngudeild 32E), Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, Samhjálp – Hlaðgerðarkot, Krýsuvíkursamtökin, Götusmiðjan, Barnaverndarstofa (Stuðlar, Torfastaðir, Háholt, Hvítárbakki og Laugaland), Byrgið – kristilegt líknarfélag, Krossgötur, áfangameilinn Dyngjan, Risið, Takmarkið og Líknarfélagið Skjöldur (12 spora húsið), félagasamtökin Vernd, Félagsþjónustan í Reykjavík (Gistiskýlið Þingholtsstræti, Miklabraut 18, Miklabraut 20), Fjölskyldumiðstöðin, Vímulaus æska og Ný leið – ráðgjöf. Svör bárust frá öllum nema Vernd og upplýsingar frá meðferðarheimilum Barnaverndarstofu utan Reykjavíkur voru takmarkaðar. Þá var send fyrirspurn til Heilsugæslunnar í Reykjavík um fjölda áfengis- og vímuefnagreininga árin 2001 og 2002. Öllum þeim sem svöruðu fyrirspurnum eða veittu upplýsingar á annan hátt er þakkað fyrir þeirra mikilvæga framlag til þessarar skýrslugerðar.

Eins og áður segir ná upplýsingarnar sem skýrslan byggist á til árunna 2001 og 2002 og í niðurstöðum er einungis stuðst við svör frá stöðum sem störfuðu á þessu tímabili. Við gerð skýrslunnar var einnig ákveðið að sleppa stöðum sem fyrst og fremst veita ráðgjöf. Af þessum orsökum koma svör frá Vímulausri æsku, Líknarfélaginu Skildi, sem hóf rekstur

áfangaheimilisins 12 spora hússins í desember 2002 með 22 rými, Nýrri leið – ráðgjöf, sem hóf störf í maí 2003, ekki fram í skýrslunni.

Eftirfarandi aðilum sem lásu yfir drög að skýrslunni, gerðu athugasemdir og komu með ábendingar og ráð meðan hún var á vinnslustigi eru færðar sérstakar þakkir: Dr. Harvey Milkman, prófessor við Metropolitan State College of Denver, Colorado í Bandaríkjunum, Óttari Guðmundsýni geðlækni, dr. Kristni Tómassýni, yfirlækni hjá Vinnueftirliti ríkisins, Eyjólfí Guðmundsýni heilsugæslulækni, dr. Sigurlínu Davíðsdóttur, lektor við HÍ, dr. Ómari H. Kristmundssýni, lektor við HÍ, Þórarni Tyrfingssýni, yfirlækni á Vog, Þór G. Þórarinsýni, skrifstofustjóra í félagsmálaráðuneytinu, og dr. Hildigunni Ólafsdóttur afbrotafræðingi.

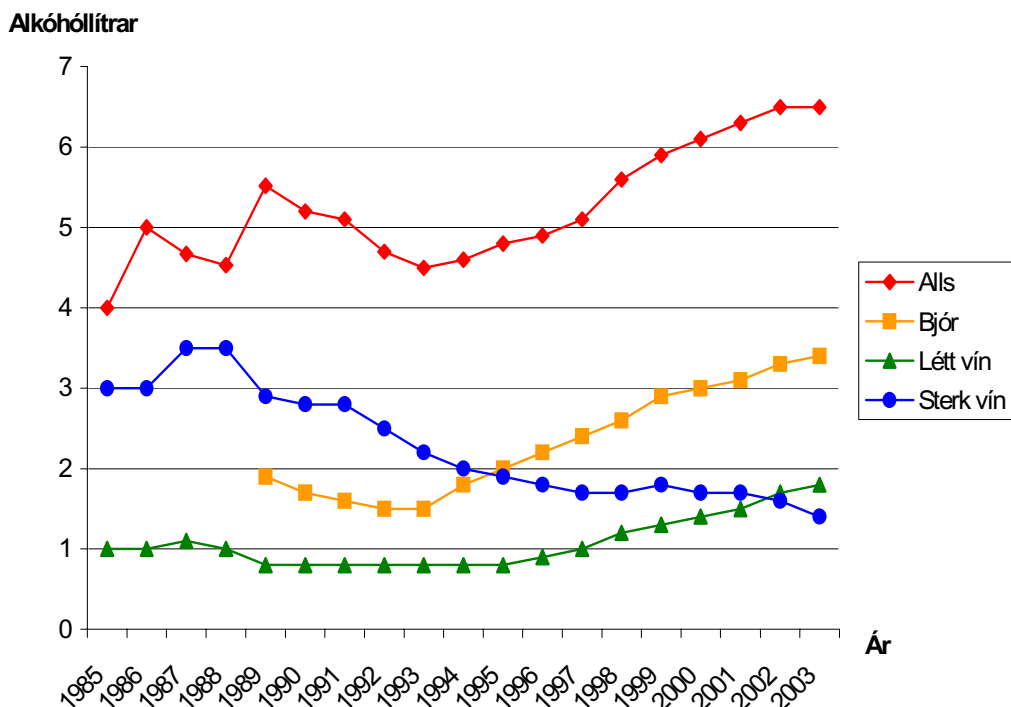
2. Misnotkun áfengis og vímuefna.

Í þessum kafla er annars vegar leitast við að lýsa útbreiðslu áfengis- og vímuefnaneyslu á Íslandi og hins vegar að skilgreina mismunandi stig neyslutengdra vandamála.

2.1. Áfengis- og vímuefnaneysla á Íslandi.

Áfengissala reiknuð á hvern íbúa 15 ára og eldri nam 6,52 alkóhóllítrum árið 2003. Hún jókst stöðugt úr 4,45 l árið 1993 í 6,5 l árið 2002 en stóð í stað á milli árunna 2002 og 2003 (Hagstofa Íslands, 2003).¹ Á mynd 1 sést hvernig áfengisneysla hefur breyst samkvæmt upplýsingum um gjaldlagt áfengi frá Hagstofu Íslands. Neysla bjórs og léttvins hefur aukist en neysla sterkra drykkja dregist saman. Heildarneyslan jókst jafnt og þétt frá árinu 1993 til 2002 en stóð nokkurn veginn í stað á milli ára 2002 og 2003. Sambærilegar tölur eru til fyrir Norðurlandþjóðirnar árið 2002. Þá nam neysla á hvern íbúa 15 ára og eldri 6,3 l á Íslandi, 11,3 l í Danmörku, 5,9 l í Noregi og 6,9 l í Svíþjóð. Í þessum sölutölum er ekki meðtalið það áfengi sem ferðamenn eða áhafnir skipa og flugvéla flytja með sér inn í landið. Ýmsir hafa reynt að áætla óskráð áfengi sem er í umferð í mismunandi löndum.^{2,3} Vegna samninga Evrópusambandsins mega ferðamenn flytja með sér nær ótakmarkað magn áfengis til Danmerkur, Finnlands og Svíþjóðar og þessi innflutningur skiptir sífellt meira máli þegar leitast er við að áætla magn þess áfengis sem er í umferð í löndunum. Áætlað hefur verið að bæta megi 2 l við skráða sölu í Danmörku og Svíþjóð, 1,8 l í Noregi og 0,5–1 l á Íslandi.²

Samkvæmt nýlegri skýrslu Evrópusambandsins um samræmdar aðgerðir til að sporna við skaðsemi af völdum áfengisneyslu⁵⁶ er áætlað að 50% af dauðsföllum af völdum slysa á Evrópusvæðinu séu af völdum áfengisneyslu. Enn fremur segir í skýrslunni að kostnaður heilbrigðisþjónustu, félagsþjónustu, og löggæslu af völdum skaðsemi áfengis sé hár og að fólk dragist ótímabært út úr vinnumarkaðnum vegna vandamála sem rekja má til áfengisneyslu. Vaxandi neysla ungmenna og kvenna í Evrópu er áhyggjuefni vegna þess að þessir samfélagshópar eru viðkvæmir fyrir skaðsamlegum áhrifum af áfengisneyslu. Á vegum Evrópusambandsins er nú unnið að samræmdum aðgerðum til að draga úr skaðsemi af völdum áfengisneyslu í samstarfi við Alþjóðaheilbrigðismálastofnunina. Þær hugmyndir sem unnið er með byggja á rannsóknarniðurstöðum um árangursríkar aðgerðir og taka að verulegu leyti mið af heilbrigðissjónarmiðum.



Mynd 2.1. Áfengisneysla 15 ára og eldri á Íslandi 1985–2003, gjaldlagt áfengi.

IMG-Gallup⁴ framkvæmdi könnun á áfengisneyslu meðal Íslendinga fyrir áfengis- og vímuvarnaráð síðla árs 2001. Úrtakið var 4000 manns í aldurshópnum 18–75 ára og var helmingnum sendur spurningalisti í pósti en hinn helmingurinn spurður í síma. Heimtur voru að meðaltali um 64%, þar af 71% (1.347) úr símahluta könnunarinnar en 56,3% (1.092) úr pósthlutunum. Samkvæmt niðurstöðum könnunarinnar neyttu 88% svarenda áfengis oftár en einu sinni síðustu 12 mánuði fyrir framkvæmd könnunar og 94% svarenda höfðu einhvern tímann á ævinni neytt áfengis. Meðalaldur aðspurðra við upphaf drykkju var 17,5 ár. 55% svarenda sögðust neyta áfengis tvisvar í mánuði eða oftár. Meðalneysla þeirra í hvert sinn sem áfengis var neytt var 3,4 drykkir en einn drykkur var skilgreindur sem lítil dós af bjór, glas af léttu víni eða einn einfaldur sterkur drykkur (einn sterkur sjúss eða blanda með 4 cl vínanda). Meðaltalið var hæst í aldurshópnum 18–24 ára eða 5,6 drykkir í hvert skipti. Karlar drukku að meðaltali 3,9 drykki í hvert sinn en konur 2,9 drykki. Af svarendum höfðu 6,6% leitað aðstoðar vegna áfengisneyslu, 3,8% töldu áfengisneyslu vera sér vandamál þegar könnuninni var svarað og meðalaldur þegar áfengisneysla þeirra varð vandamál var 22,5 ár.

Í könnun IMG-Gallup fyrir áfengis- og vímuvarnaráð var spurt um neyslu nokkurra ólöglegra vímuefna undanfarna 12 mánuði fyrir framkvæmd könnunarinnar. Af þeim 2.429 sem tóku afstöðu höfðu 23,5% (572) einhvern tímann prófað hass eða maríjúana og af þeim höfðu 17% (97) gert það undanfarna 12 mánuði fyrir framkvæmd könnunarinnar. Þá höfðu

2,3% (55 af 2426 sem svöruðu spurningunni) prófað e-töflu en neysla annarra efna var óalgengari.

Í sömu könnun var einnig spurt um ýmis skaðleg áhrif af og vísbendingar um vandamál vegna áfengisneyslu. Í töflu 2.1 er yfirlit yfir jákvæð svör við þessum spurningum.

Tafla 2.1. Skaðleg áhrif af og vísbendingar um vandamál vegna áfengisneyslu undanfarna 12 mánuði.

	Fjöldi svarenda sem tóku afstöðu	Hlutfall jákvæðra svara
Skaðleg áhrif á vinnu, nám eða atvinnutækifæri	1.880	5,8%
Skaðleg áhrif á hjónaband eða náð samband	1.885	8,8%
Slagsmál eftir neyslu áfengis	1.891	3,7%
Áfengi til að komast yfir eftirköst drykkju (afréttari)	1.889	6,4%
Gat ekki hætt að drekka þegar drykkja var hafin	1.884	11,2%
Eftirsjá eða sektarkennd vegna drykkju	1.882	4,2%
Minnisleysi vegna drykkju áfengis	1.884	2,6%
Ekki gert það sem venjulega er ætlast til af mér	1.879	1,4%
Neytt meira en 6 drykkja oftar en mánaðarlega	1.877	10,9%
Maki reynt að fá mig til að drekka minna eða hætta áfengisneyslu	1.642	7,1%
Barn eða aðrir fjölskyldumeðlimir hafa reynt að fá mig til að hætta áfengisneyslu	1.752	5,1%
Ölvunarakstur	1.882	9,6%
Afskipti lögreglu vegna ölvunar á almannafæri	1.889	1,6%

Könnun IMG-Gallup á áfengis- og vímuefnaneyslu fyrir áfengis- og vímuvarnaráð 2001.

Vaxandi áfengisneyslu fylgja almennt fleiri áfengistengd vandamál og misnotkun.⁵ Undanfarin ár hafa áhyggjur manna af vaxandi neyslu ólöglegra vímuþjafa og örvandi og róandi lyfja einnig farið vaxandi.⁶ Eins og fram hefur komið er erfitt að áætla heildarneyslu þessara efna og spá fyrir um hvaða áhrif vaxandi neysla þeirra mun hafa í fyrirsjáanlegri framtíð. Þó er óhætt að fullyrða að þessi þróun mun frekar auka en minnka þörf fyrir fjölbreytilegar forvarnaaðgerðir og úrræði til meðferðar og stuðnings fyrir þá sem rata í ógöngur vegna neyslu áfengis- og vímuefna.

Tíðni alkóhólisma á Íslandi hefur mælst á bilinu 3,5–6,3%.^{7,8} Rannsóknnum víða að ber saman um að um ²/₃ þeirra sem leita sér meðferðar séu karlmenn en um þriðjungur konur.^{9,10} Stórar bandarískar rannsóknir sýna að u.þ.b. 10–15 % karlmanna og 5% kvenna búi við langvarandi áfengisfíkn. Af þeim er u.þ.b. fjórðungur virkir fíklar en fíkn í önnur vímuefni er óalgengari enda almenn neysla þeirra minni.^{11,12} Hafa ber í huga að tíðni misnotkunar og sækni í meðferð eru sitt hvort hugtakið. Eftirspurn og sækni í meðferð er m.a. háð framboði og aðgengi að meðferð.¹³ Samkvæmt upplýsingum frá sjúkrahúsi SÁÁ á Vogum¹⁰ leituðu 0,6% íbúa landsins meðferðar þar árið 2001 (1.791 einstaklingur af 290.000 íbúum). Samkvæmt nýrri skýrslu frá Ástralíu⁹ leituðu að meðaltali 0,25% þarlendri íbúa áfengis- og vímuefna-meðferðar á ári árin 2001–2002 samkvæmt þarlendri skráningu (tæplega 50.000 einstaklingar af 20 milljón íbúum).

Við sjúkdómsgreiningu á áfengis- og vímuefnafíkn og afleiddum heilbrigðisvandamálum, eins og við aðra sjúkdóma, er hér á landi stuðst við 10. útgáfu alþjóðlegrar tölfræðiflokkunar sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála, ICD-10¹⁴. Flokkunarnúmer kerfisins á vandamálum tengdum áfengis- og vímuefnafíkn eru F10–F19. Annað bandarískt flokkunarkerfi,

svo kallað DSM IV-kerfi (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)¹⁵ er m.a. notað í Svíþjóð.¹¹ Geðlæknar og aðrir sem vinna við áfengis- og vímuefnaeðferð hafa það gjarnan einnig til hliðsjónar í starfi. DSM IV-kerfið inniheldur skilgreiningar á mismunandi stigum áfengismisnotkunar og er stuðst við þær hér á eftir.

2.2. Fíkn.

Greining áfengis- eða vímuefnafíknar samkvæmt DSMIV-kerfinu¹⁵ inniheldur eftirfarandi sjö skilyrði og þrjú þeirra verða að vera uppfyllt til að vandamálið sé greint sem fíkn:

1. Þörf fyrir sífellt stærri skammta til að finna fyrir áhrifum.
2. Fráhvarfseinkenni þegar neysla er hætt.
3. Inntaka stærri skammta eða neysla yfir lengri tíma en áður.
4. Misheppnaðar tilraunir til að hætta neyslu.
5. Verulegur tími fer í að útvega efni, neyta þess og jafna sig eftir neyslu áfengis eða annarra vímuefna.
6. Veruleg vandamál í félagslífi og vinnu.
7. Stöðug neysla þrátt fyrir líkamlegan og andlegan skaða.

2.3. Misnotkun.

Samkvæmt DSM IV-kerfinu¹⁵ nægir að eitt af fjórum eftirgreindum skilyrðum sé uppfyllt fyrir greiningu misnotkunar:

1. Endurtekin neysla áfengis eða annarra vímuefna sem leiðir til mistaka við að uppfylla skyldur í vinnu, skóla eða á heimili.
2. Endurtekin neysla áfengis eða annarra vímuefna í áhættuaðstæðum, t.d. við akstur eða í vinnu.
3. Endurteknir árekstrar við löggæslu og dómskerfi vegna neyslunnar.
4. Áframhaldandi neysla þrátt fyrir endurtekin vandamál.

2.4. Áhættuneysla.

Engin vísindaleg skilgreining liggur fyrir greiningu áhættuneyslu en sameiginlegur skilningur ríkir innan vísindasamfélagsins um við hvað er átt.¹¹ Einn áfengur drykkur á dag (innihald samsvarar 4 cl vínanda) fyrir konur og tveir fyrir karla telst ekki skaðleg neysla og getur haft viss verndandi áhrif gegn hjarta- og æðasjúkdómum. Í ýmsum rannsóknum hefur verið miðað við neðangreind mörk fyrir áhættuneyslu:

1. Þrjár flöskur af víni, eða 9–12 dósir af sterkum bjór, eða 75 cl af sterku áfengi á viku fyrir karlmenn.
2. Tvær flöskur af víni, eða 6–9 dósir af sterkum bjór eða 50 cl af sterku áfengi á viku fyrir konur.

2.5. Fjölkvilli (comorbidity).

Ekki er óalgengt að vímuefnasjúklingar séu einnig greindir með aðra geðsjúkdóma.^{7,16,17} Sjúkdómarnir geta haft áhrif á gang hvers annars. Í skýrslu sem vinnuhópur á vegum félags- og heilbrigðisráðuneytisins í Noregi vann eru sjúklingar með geðgreiningu og vímuefnagreiningu flokkaðir á eftirfarandi hátt:¹⁸

- ! Geðsjúklinga sem misnota áfengi eða vímuefni þegar þeir komast yfir slík efni.
- ! Fíkla sem þjást af geðrænum einkennum, sérstaklega kvíða og þunglyndi.

! Sjúklinga með alvarlega fíkn með alvarlegum geðrænum vanda eins og geðklofa, persónuleikabrenslun eða lyndisraskanir (affektív sinnslidelse).

Í Noregi er gert ráð fyrir að fyrsti hópurinn fái þjónustu í geðheilbrigðiskerfinu en annar hópurinn vímuefnerðarkerfinu og að þar þurfi að vera fyrir hendi þekking á geðrænum vanda fíkla. Þar er reynslan að vímuefnafíklar með geðræn vandamál endi oftár á stofnunum fyrir vímuefnaneytendur en sérhæfðum stofnunum fyrir geðsjúklinga.

3. Stuðningur og íhlutun.

Þessi kaflí inniheldur greiningu á mismunandi stigum þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur og fjölbreytni hennar. Rétt er að taka fram að hægt er að greina þjónustu af þessu tagi á ýmsa vegu og að merking sumra hugtaka getur verið misvísandi. Í skýrslunni nær til dæmis hugtakið „meðferð“ yfir ferlið frá greiningu hjá lækni, afeitrun við viðurkenndar aðstæður, endurhæfingu (rehabilitation) á meðferðarheimili og loks eftirfylgni að henni lokinni. Þótt greiningin sé einföld og hvorki einhlít né tæmandi gefur hún vonandi hugmynd um ýmiss konar þjónustu sem áfengis- og vímuefnaneytendum getur staðið til boða.

Mikilvægt er að greina á milli þeirrar þjónustu sem heilbrigðisyfirvöld og félagsmála-yfirvöld standa að og veitt er af viðurkenndum fagstéttum annars vegar og hins vegar þjónustu sem ýmis líknarfélög efna til á grunni góðgerðarstarfsemi. Þjónusta líknarfélaga getur notið ráðgjafar viðurkenndra fagmanna og opinberra fjárstyrkja en býr ekki alltaf við sama eftirlit og stofnanir á vegum hins opinbera.

Vert er að benda á að í Noregi hefur verið unnið að endurbótum á þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendum. Breytingarnar sem gerðar hafa verið og ganga undir nafninu „Rus-reformen“ gengu í gildi 2004. Samkvæmt þeim voru öll úrræði sem í boði eru samkvæmt lögum um félagsþjónustu færð frá sveitarstjórnun til ríkis. Markmiðið með breytingunum er að veita áfengis- og vímuefnaneytendum þverfaglega, einstaklingshæfða og heildstæða sérfræðiþjónustu þar sem bæði félagsleg og heilbrigðisleg sjónarmið í hverju tilfelli eru vegin og metin.¹⁹

Þarfr þeirra sem njóta þjónustu vegna áfengis- og vímuefnafíknar eru mjög misjafnar. Hópinu fylla allt frá börnun og unglíngum, sem eru að byrja að þróa misnotkunarmynstur, upp í fullorðna karla og konur sem hafa misst stjórn á neyslu sinni og hafa misst vinnu, húsnæði og fjölskyldu. Sumum nægir göngudeildarþjónusta eða stutt innlögn til að koma sínum málum í lag. Öðrum nægir það ekki og fyrir þá þarf að meta fjölbreyttari úrræði og stundum langvarandi aðstoð við að fóta sig í samfélaginu. Fyrir suma vímuefnaneytendur þarf að skapa aðstæður svo þeir hafi raunhæfan möguleika á að koma undir sig fótunum með endurhæfingu. Fyrir aðra er markmiðið einungis að bjóða aðbúnað og umönnun þannig að þeir geti eftir því sem unnt er lifað mannsæmandi lífi.

3.1. Þjónusta fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur.

Þjónusta sem áfengis- og vímuefnaneytendum býðst er margvísleg, allt frá því að felast fyrst og fremst í stuðningi við athafnir daglegs lífs og upp í virka íhlutandi meðferð inni á sjúkrahúsi eða á göngudeild. Þjónustuna má flokka gróft í einstaklingsmiðaðar forvarnir, meðferð og stoðþjónustu. Innan þessara grófu flokka felast einstaklingsmiðaðar forvarnir í greiningu, fyrirbyggjandi viðtöl og grunnþjónustu í heilsugæslu eða á vegum sjálfstæðra fagráðgjafa. Meðferð felst í nánari greiningu, afeitrun, endurhæfingu á göngudeild eða á sjúkrahúsi og öðrum meðferðarstofnunum og eftirfylgd. Greina verður á milli meðferðar sem

veitt er af fagfólki á sjúkrahúsum eða öðrum viðurkenndum meðferðarstofnunum og ýmiss konar meðferðar sem áhugahópar standa að með mismikla fagþekkingu að baki. Með stoðþjónustu er átt við vistun á áfangaheimili eftir meðferð og ýmiss konar félagslegan stuðning fyrir langveika og virka neytendur.

Samkvæmt norskri greiningu á ástæðum þess að inngríps heilbrigðisþjónustu vegna áfengis- og vímuefnaneyslu er þörf, þá eru ástæðurnar margvíslegar.¹⁸ Þær geta verið:

- ! *Vímuefnin sjálf*; hreinleiki, styrkleiki og neyslumynstur hvað varðar magn og blöndu (allt frá óverulegri neyslu upp í lífshættulega neyslu).
- ! *Inntaka vímuefna*, þar sem óhreinar sprautur eru háskalegastar.
- ! *Heilbrigðisástand*, hvort sem það er óháð neyslunni eða afleiðingar hennar, t.d. geðraskanir, sykursýki, astmi, krabbamein, hjarta- og æðasjúkdómar.
- ! *Aðrar ástæður*, s.s. heimilisaðstæður, næringarskortur eða óþrif.
- ! *Skortur á eftirfylgd* hjá heilbrigðiskerfinu hvað varðar lækniþjónustu og aðra meðferð og samvinnuerfiðleikar við sjúkling um meðferð.

Mynd 3.1 gefur yfirlit yfir þá möguleika á þjónustu sem blasa við einstaklingum sem af einhverri ofangreindra ástæðna leita sér aðstoðar vegna áfengis- og vímuefnaneyslu.

Minni íhlutun/stuðningur	Þjónustustig	Meiri íhlutun/stuðningur	
Heilsugæsla	<i>Grunngreining</i>	Sjálfstætt starfandi læknar og fagráðgjafar	F O R V A R N I R
	<i>Fyrirbyggjandi viðtöl og ráðgjöf</i>		
Sjálfstætt starfandi sérfræðingar	<i>Nákvæm greining</i>	Sérfræðingar innan sjúkrahúsa	M E Ð F E R Ð
Utan stofnana með eða án aðstoðar og e.t.v. lyfjum	<i>Afeitrun</i>	Innan stofnana með aðstoð og lyfjum	
Göngudeild meðferðarstofnunar	<i>Endurhæfing</i>	Innlögn á meðferðarstofnun með aðstoð og lyfjum	
Heilsugæsla	<i>Eftirfylgni</i>	Göngudeild meðferðarstofnunar	
Félagsráðgjöf, iðjuþjálfun, sjúkraþjálfun o.s.frv. Fæði	<i>Stoðþjónusta</i> <i>Önnur þjónusta</i>	Áfangaheimili og stoðbýli Gistiskýli	S T O Ð

Þ.R., 2004

Mynd 3.1. Meginþættir og ferli þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur.

3.2. Einstaklingsbundnar forvarnir.

Með einstaklingsbundnum forvörnum er átt við grunnþjónustu sem fólk fær þegar það leitar til heilbrigðis- eða félagsmálakerfisins vegna heilsubreysts eða félagslegra vandkvæða sem greina má að áfengis- og vímuefnavandi á þátt í. Á þessu þjónustustigi fer fram frumgreining vandans og ráðgjöf um helstu úrræði við þær aðstæður sem hver og einn býr við.

3.2.1. Greining.

Allir sem leita til heilbrigðiskerfisins vegna áfengis- eða vímuefnaneyslu ganga í gegnum greiningu þar sem metið er hvers konar aðstoð þeir þurfa. Niðurstaðan er háð neyslumynstri viðkomandi, heilsufarssögu, lífsstíl, einstaklingsbundnu viðhorfi, félagslegum aðstæðum og úrvali meðferðartilboða. Greiningin sjálf er ekki meðferð en forsenda þess að hægt sé að veita aðstoð við hæfi og mæta þörfum þeirra sem eru hjálparþurfi.⁹

3.2.2. Fyrirbyggjandi viðtöl og grunnþjónusta í heilsugæslu.

Margar rannsóknir benda til að markviss en stutt viðtöl eða markíhlutun (brief intervention) í heilsugæslu flýti greiningu á áfengis- og vímuefnavanda og hafi fyrirbyggjandi áhrif með því að draga úr áfengis- og vímuefnaneyslu og þar með líkum á að hún leiði til alvarlegri, neyslutengdra vandamála.^{11,12,14,20-23} Markmið markíhlutunar í heilsugæslu er tvíþætt:

1. Að greina áhættuneyslu snemma með því að spyrja einfaldra en markvissra spurninga, t.d. AUDIT- eða DESA-spurninga^a (AUDIT-spurningalistann má skoða í íslenski þýðingu á heimasíðu SÁÁ: <http://www.saa.is>).
2. Að veita þeim sem greinast í áhættuhópi upplýsingar um áhættu, hvetja þá til að draga úr eða hætta áfengisneyslu og loks að ráðleggja þeim um hvar þeir geta leitað sér frekari aðstoðar ef þess gerist þörf.

Sýnt hefur verið fram á að þessar aðferðir hafa áhrif hvort sem þær eru framkvæmdar af lækni, hjúkrunarfræðingi eða öðru starfsfólki grunnheilsuverndar sem hefur fengið stutta þjálfun í að beita þeim. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur vakið athygli á þessum einföldu aðferðum og hvatt til þess að þeim sé beitt en víða hefur reynst erfitt að vekja áhuga starfsfólks í heilsugæslu á að tileinka sér þær.^{24,25} Sýnt hefur verið fram á að einn af hverjum tíu einstaklingum sem fær ráð og hvatningu frá heilsugæslustarfsfólki til að minnka áfengisneyslu sína hættir neyslunni eða minnkar hana niður fyrir áhættumörk. Í samburði við árangur af fyrirbyggjandi íhlutun vegna annarra langvinnra sjúkdóma er þetta verulegur árangur.

Á vegum landlæknisembættisins starfar vinnuhópur að þróun klínískra leiðbeininga um viðbrögð við áfengismisnotkun til notkunar í heilsugæslu. Verkefni hópsins er að yfirfara faglega, þýða og staðfæra nýlegar leiðbeiningar unnar á vegum SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network) sem nefnast „The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care“^{26, b}

^a DESA-prófið (íslensk þýðing á CAGE-prófi, Olga Hákonsen, 1995).¹⁶

D: Hefur þér fundist þú þurfa að draga úr áfengisneyslu þinni?

E: Verður þú *ergileg(ur)* þegar áfengisneysla þín er gagnrýnd?

S: Hefur þú fengið *sektarkennd* vegna áfengisneyslu?

A: Hefur þú einhvern tímann fengið þér *afréttara*?

^b Nánari upplýsingar um vinnuhóp landlæknis um þróun klínískra leiðbeininga um viðbrögð við áfengismisnotkun til notkunar í heilsugæslu er að finna á vef landlæknisembættisins www.landlaeknir.is.

Stundum hafa komið til tals hugmyndir um að skapa aðstæður til að hafa miðlæga yfirsýn yfir meðferðartilboð og meðferðarrými á hverjum tíma og möguleika á að greina einstaklingsbundið hvers konar úrræði hentar hverju sinni (matching). Tillögur um slíkt komu m.a. fram í skýrslunni „Mat á áfengis- og vímuefna meðferð á Íslandi: stefnumörkun“ sem doktor Howard J. Schaffers vann fyrir heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1997.²⁷

3.3. Meðferð.

Meðferð er skipulögð og einstaklingsbundin áætlun sem fylgt er undir handleiðslu fagmenntaðs fólks. Meðferð fer oftast fram á eða í tengslum við viðurkennd sjúkrahús eða meðferðarstofnanir. Lykilatriði er að til þess að meðferðin sé viðurkennd af heilbrigðis-yfirvöldum þarf hún að fara fram undir handleiðslu sérfræðinga sem hafa viðurkennda faglega þekkingu og reynslu til að veita hana. Á undanförunum árum hefur færst í vöxt að sérfræðingar meðhöndli fólk vegna áfengis- og vímuefnavanda á stofu eða göngudeild í tengslum við viðurkenndar sjúkra- eða meðferðarstofnanir. Slík meðhöndlun nýtist sumum þó aðrir þurfi á innlögn að halda.

3.3.1. Afeitrun, greining og bráðaþjónusta.

Með afeitrun er átt við hreinsun vímuefnabætur úr líkamanum. Sumum tekst að ganga í gegnum afeitrun án stuðnings faglærðs fólks en venjulega er afeitrun ferli sem krefst handleiðslu sérþjálfara ráðgjafa og tekur tíma, allt frá dögum upp í vikur. Háð því hve neyslan er á alvarlegu stigi getur verið þörf á mismunandi aðferð við afeitrun. Margir ganga í gegnum þetta ástand án aukaverkana en í sumum tilfellum er það alvarlegt, jafnvel lífshættulegt og krefst bráðaþjónustu á sjúkrahúsi. Afeitrun sem krefst lækniástoðar og lyfjameðferðar fer ávallt fram undir handleiðslu lækna, yfirleitt inni á sjúkrahúsum en getur einnig farið fram annars staðar jafnvel inni á heimilum.⁹ Fráhvarfseinkenni eftir að neyslu áfengis- eða vímuefna er hætt er ein af forsendum sjúkdómsgreiningar á fíkn. Afeitrun getur verið meðferð í sjálfu sér en afeitrun getur einnig verið forstig frekari meðferðar.^{14,11,18} Að afeitrun lokinni er fyrst hægt að greina vanda hvers einstaklings nánar svo hægt sé að meta þörf fyrir og gera áætlun um áframhaldandi meðferð og stuðning.

3.3.2. Endurhæfing.

Endurhæfing hefst með nákvæmri greiningu að afeitrun lokinni. Út frá því er gerð áætlun í samvinnu við neytandann sem hann þarf síðan að fylgja, annað hvort með innlögn á meðferðarstofnun eða með reglulegum viðtölum á göngudeild. Meðferðin getur falist í ráðgjöf, hóp- og/eða fjölskyldufundum, lyfjameðferð, hugrænni atferlismeðferð sem felur í sér nám í aðferðum við að ná og viðhalda bata, líkamspjálfun, slökun, félagslegri aðstoð við að stunda vinnu, styrkja fjölskyldutengsl og eignast samastað eða heimili. Endurhæfing með innlögn á meðferðarstofnun getur verið skammvinn (4–6 vikur) eða langvinn (2–6 mánuðir). Hve löng meðferðin þarf að vera er einstaklingsbundið. Markmið með endurhæfingu, fyrir utan að hætta neyslu, eru margvísleg, s.s. að draga úr hættu á neyslutengdum smitsjúkdómum, að bæta líkamlega og andlega heilsu, að draga úr afbrotum og bæta félagslegar aðstæður.⁹

Hér á landi hefur endurhæfing áfengis- og vímuefnaneytenda fyrst og fremst byggst á úrræðum læknisfræðilegrar þekkingar og 12 spora kerfi AA-samtakanna^c með ívafi af hugrænni atferlismeðferð. Í nýlegri skýrslu frá Svíþjóð kemur fram að þar í landi eru félagsfærniþjálfun, hugræn atferlismeðferð og sjálfstyrkjandi/styðjandi meðferð algengustu meðferðarformin.⁵⁵ Til eru fjölmargar útfærslur af áfengismeðferð sem byggja á mismunandi hugmyndafræðilegum grunni og er of flókið að gera skil í þessari skýrslu. Það sem þær eiga þó flestar sameiginlegt er:²⁸

- ! Mikilvægi breyttrar hegðunar við upphaf meðferðar.
- ! Ákveðinni áætlun er fylgt.
- ! Áhersla á athafnir sem geta komið í staðinn fyrir og eru ósamrýmanlegar vímuefnaneyslu.
- ! Aðstoð við að greina áhættusamar og neysluhvetjandi aðstæður og áhersla á meðvitund um að vímuefnaneysla sé óheppilegt bjargráð í erfiðleikum.
- ! Áhersla á að vissar hugsanir geta grafið undan staðfestu við bindindi og mikilvægi þess að þekkja þessar hugsanir og að geta tekist á við þær.
- ! Áhersla á að forðast neikvætt látæði og að viðurkenna neikvætt látæði sem áhættuþátt fyrir að hefja neyslu.
- ! Áhersla á mikilvægi félagslegs nets til að viðhalda bata.

Meðal sérfræðinga í áfengis- og vímuefnameðferð hefur farið fram töluverð umræða um hvers konar meðferð henti hvaða sjúklingahópi. Rætt er um hvort sama nálgun henti fyrir bæði kyn, mismunandi aldurs- og sjúklingahópa og hvort meðferð á göngudeild gerir sama gagn og stofnanavistun.^{7,29–31} Viða fer meðferð áfengis- og vímuefnaneytenda að verulegu leyti fram á göngudeild. Samkvæmt úttektum á sænska meðferðarkerfinu fær mikill meiri hluti meðferð á göngudeild.^{11,55} Í Noregi hefur aukin áhersla verið lögð á þjónustu á göngudeild á undanförunum áratugum og margar göngudeildir bjóða sérfræðiþjónustu fyrir vímuefnaneytendum.¹⁸ Samkvæmt nýrri skýrslu frá Ástralíu með tölum frá 2001–2002 áttu 67% meðferðartilvika sér stað án innlagnar á meðferðarstofnun, 22% tilvikanna voru innlagnir á stofnun og 6% þáðu þjónustu sem veitt var úr húsbíl sem ferðaðist á milli staða.⁹

^c **Tólf reynsluspor AA-samtakanna** (www.aa.is):

1. Við viðurkenndum vanmátt okkar gegn áfengi og að okkur var orðið um megn að stjórna lífi okkar.
2. Við fórum að trúa að æðri kraftur máttugri okkar eigin vilja gæti gert okkur heilbrigð að nýju.
3. Við tókum þá ákvörðun að láta líf okkar og vilja lúta handleiðslu Guðs *samkvæmt skilningi okkar á honum*.
4. Við gerðum rækilega og óttalaust siðferðileg reikningsskil í lífi okkar.
5. Við játuðum afdráttarlaust fyrir Guði sjálfum okkur og trúnaðarmanni yfirsjónir okkar.
6. Við vorum þess albúin að láta Guð lækna allar okkar skapgerðarveitur.
7. Við báðum Guð í auðmýkt að losa okkur við brestina.
8. Við skráðum misgjörðir okkar gegn náunganum og vorum fús til að bæta fyrir þær.
9. Við bættum fyrir brot okkar milliliðalaust svo framarlega sem það særði engan.
10. Við iðkuðum stöðuga sjálfsrannsókn og þegar út af bar viðurkenndum við yfirsjónir okkar undanbragðalaust og vorum fús til að bæta fyrir þær.
11. Við leituðumst við með bæn og hugleiðslu að bæta vitundarsamband okkar við Guð *samkvæmt skilningi okkar á honum* og báðum um skilning á því sem okkur var fyrir bestu og mátt til að framkvæma það.
12. Við fundum að sá árangur sem náðist með hjálp reynslusporanna var andleg vakning og þess vegna reyndum við að flytja öðrum alkóhólistum þennan boðskap og fylgja þessum meginreglum í lífi okkar og starfi.

3.3.3. Handleiðsla og ráðgjöf.

Áfengis- og vímuefnaráðgjöf felur í sér handleiðslu og stuðning sem neytandi í vanda fær frá fagráðgjafa, eða öðrum sem hefur fengið til þess sérstaka þjálfun, á reglulegum fundum. Ráðgjöfin getur farið fram í einstaklingsviðtölum eða á hópfundum í tengslum við viðurkenndar meðferðarstofnanir. Umræðuefnin geta snúist um neysluhegðun, skólagöngu, vinnu, áhugamál og samskipti við fjölskyldu og vini. Markmið ráðgjafarinnar er að hvetja neytandann og styðja hann í viðleitni sinni til að breyta viðhorfi sínu og hegðun. Stutt er við aðlögun að nýjum lífnaðarháttum með því að þróa aðferðir sem neytandinn getur tileinkað sér til að bregðast uppbyggilega við aðstæðum sem fela í sér hættu á að hann leiti aftur í vímuþjófann. Til eru ýmsar útfærslur ráðgjafar sem byggjast á mismunandi fræðilegum hugmyndum sem ekki verður farið nánar út í hér.⁹

3.3.4. Eftirfylgni.

Hugtakið eftirfylgni er yfirleitt notað yfir tímabil endurhæfingar sem tekur við eftir vistun á stofnun. Þar sem meðferð getur verið fjölbreytt og t.d. farið fram á göngudeild getur verið erfitt að skilja á milli meðferðar og eftirfylgni. Áætlun um hvað tekur við eftir dvöl á sólarhringsstofnun eða aðra formlega meðferð er mikilvæg. Eftirfylgni fer oftast fram á vegum þeirra stofnana sem veita eiginlega meðferð en gæti einnig verið á vegum almennrar heilbrigðis- og félagslegrar grunnþjónustu með því að treysta mannafla og faglega færni á sviði sérþjónustu fyrir vímuefnaneytendur innan þessara kerfa.¹⁸

3.3.5. Meðferð við fíkn í morfín og skyld efni.

Samkvæmt upplýsingum á heimasíðu SÁÁ (www.saa.is) voru 173 sprautufíklar sem sprautu sig reglulega lagðir inn á Sjúkrahúsið Vog árið 2002. Í þessum tölum er ekki tiltekin skipting eftir þeim efnum sem sprautufíklar nota. Hins vegar kemur fram að af þeim voru 22 smitaðir af lifrabólgu B og 104 af lifrabólgu C. Á heimasíðunni kemur auk þess fram að samkvæmt tölum frá 2001 hefur morfínfíklum fjölgað hratt. Sumir þeirra hafa misnotað morfínforðatöflur sem íslenskir læknar hafa ávísað á. Sjúkrahúsið Vogur hefur annast meðferð þessara einstaklinga hér á landi.

Þekking á meðferð við fíkn í morfín og skyld efni þróast hratt um þessar mundir. Metadon hefur verið mest notaða lyfið við fíkn í þessi efni en í seinni tíð hefur lyfið buprenorfin gefið góða raun.⁵⁴

3.4. Stoðþjónusta.

Með stoðþjónustu er átt við ýmis félagsleg úrræði til að hjálpa fólki að takast á við lífið utan stofnana. Að lokinni áfengis- og vímuefna meðferð eiga margir erfitt með að finna sér farveg í lífinu og viss hættu er á að þeir leiti í gamla vinahópinn og lífsstílinn sem snerist um neysluna. Sumir eiga í fá hús að vanda eftir langan neysluferil og þurfa að endurvinnna traust aðstandenda og vina. Þeir geta þurft aðstoð við að brúa bilið á milli meðferðarumhverfis og lífs með tilgangi án vímuefna. Öðrum tekst ekki að lifa án vímuefna þrátt fyrir endurtekna meðferð en eiga samt, eins og aðrir þjóðfélagsþegnar, rétt á að fá grunnþörfum sínum fyrir húsaskjól, klæði og næringu fullnægt. Stoðþjónusta getur falist í húsaskjól, fæði, aðstoð við atvinnuleit og fjármálaráðgjöf svo eitthvað sé nefnt. Þessi þjónusta getur verið á vegum félagsþjónustu sveitarfélaga, sem ber lögum samkvæmt að veita hana, en er gjarnan veitt af áhugasamtökum og líknarfélögum sem mörg hver þiggja styrki frá ríki eða sveitarfélögum til starfseminnar.

3.4.1. Áfangaheimili.

Áfangaheimili (halfway house) veita tímabundið húsnæði til að leysa bráðan húsnæðisvanda þeirra sem eru í virkri endurhæfingu eftir meðferð.¹⁸ Áfangaheimili er eins og nafnið bendir til hugsað sem millibilsástand á milli meðferðar og sjálfstæðs lífs utan stofnunar. Yfirleitt er um að ræða fullt fæði og húsnæði með nokkrum einstaklingsherbergjum og sameiginlegri stofu, eldhúsi, snyrtingu og þvottahúsi. Að öðru leyti er þjónusta í lágmarki. Vismenn greiða lágmarksleigu fyrir dvölinu en ætlast er til að þeir sjái um þrif á herbergjunum sínum sjálfir og taki þátt í öðrum heimilisstörfum eftir þörfum og mætti.

3.4.2. Stoðbýli.

Stoðbýli eru heimili með sólarhringsþjónustu þar sem áhersla er lögð á mannúð og aðhlynningu fyrir króníska vímuefnaneytendur sem ekki virðast geta lifað sjálfstæðu og virku lífi. Stoðbýli geta nýst sumum þeirra sem hafa misnotað vímuefni árum saman og sem eru svo illa farnir að þurfa stöðugan stuðning og ná ekki að lifa án vímuefna. Eftir dvöl á stoðbýli er ekki útilokað að einhverjir sjái tilgang í að reyna að temja sér annað líferni. Slík stoðbýli geta því hugsanlega nýst sem fyrsta stig endurhæfingar.¹⁸

3.4.3. Gistiskýli.

Gistiskýli eins og það sem rekið er af Reykjavíkurborg í Þingholtsstræti veitir húsaskjól til einnar nætur í einu með hreinlætisaðstöðu og morgunverði en lágmarksþjónustu að öðru leyti. Slík þjónusta getur verið á vegum félagsþjónustu sveitarfélaga eða frjálsra félagsamtaka.

4. Árangursmat.

Í þessum kafla er tilgangur árangursmats á þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur reifaður og varpað fram hugmyndum um þrjár víddir árangursmats, þ.e. í fyrsta lagi starfsemisviðmið og þjónustukannanir, í öðru lagi áhrifamælingar og í þriðja lagi kostnaðarmat. Við árangursmat er gjarnan blandað saman eigindlegum og megindlegum rannsóknaraðferðum í viðleitni til að spegla sem flesta þætti þeirrar starfsemi sem verið er að meta.

Rétt er að benda á að þó hugmyndum um árangursmat ýmiss konar hafi verið haldið mjög á lofti undanfarin ár hafa aðferðir við árangursmat einnig sætt gagnrýni. Vanda þarf til slíks mats til að það skili tilætluðum árangri og mæli það sem það á í rauninni að mæla.³² Aðrir vara við draumnum um að hlutlaus þekking, vísindalegar aðferðir og köld greining á starfsaðstæðum bæti almenna þjónustu. Of mikil áhersla á slíkar aðferðir sé í andstöðu við lýðræðislegar hugmyndir um skoðanaskipti, almenningsþátttöku, tjáningarfrelsi og sérstöðu minnihlutahópa og geti greitt leið fyrir ópersónulegar og vélrænar starfsaðferðir.³³

4.1. Tilgangur árangursmats.

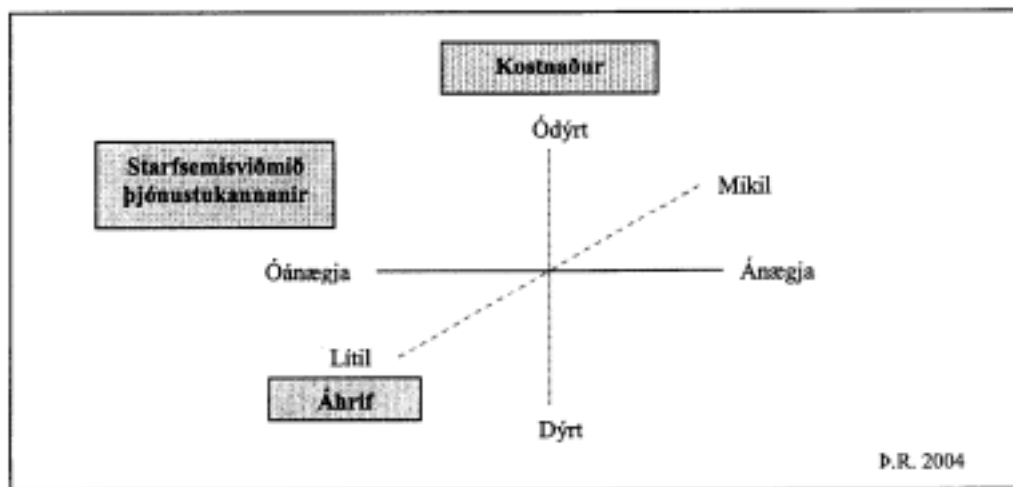
Tilgangurinn með því að meta árangur af veittri þjónustu (outcome analysis) er að tryggja besta og hagkvæmasta framboð hverju sinni.^{34,35} Þjónusta fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur er þar engin undantekning.

Sé litið á þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur sem vöru á markaði þá er almennt gert ráð fyrir að kaupendur vörunnar fylgist með því að gæði vörunnar svari kröfum hans fyrir það verð sem greitt er fyrir. Yfirleitt er gengið út frá því að neytandinn hafi styrk til að meta gæði þjónustunnar og til að bregðast við ef þjónustan uppfyllir ekki gæðakröfur sem kveðið er á um í lögum.^{36,37} Þeir sem eiga hagsmuna að gæta gagnvart heilbrigðis- og félagsþjónustu eru fyrst og fremst þeir sem njóta þjónustunnar og aðstandendur þeirra en einnig ríki og sveitarfélög sem greiða fyrir þjónustuna í flestum tilfellum. Áfengis- og

vímuefnafiklar, sem neytendur þjónustu, geta þó verið þannig settir að þeir séu ófærir um að rökstyðja þarfir sínar og kröfur. Því þurfa aðrir hagsmunaaðilar að tryggja að þeir fái þá þjónustu sem þeim ber samkvæmt lögum og í samræmi við almennt siðgæðismat samfélagsins sem þeir búa í.

Þegar drög eru lögð að mati á árangri þjónustu sem veitt er þarf að huga að þeim kröfum sem hagsmunaaðilar gera um hana *almennt* hvað varðar aðbúnað, fæði og viðmót og *sértækt* hvað varðar eðli og umgjörð meðferðar og faglegrar þjónustu. Almennar kröfur sem starfseminni er gert að uppfylla geta komið fram í lögum, reglugerðum eða samningum um starfsemina.³⁸⁻⁴⁰ Sértekjar kröfur eru gjarnan mældar með þjónustukönnunum meðal þeirra sem veita þjónustuna og neytenda. Slíkar mælingar hafa verið gerðar frá árinu 2000 hjá Rusmittleletaten í Ósló með svo kallaðri ISIT-neytendakönnun og eru í stöðugri þróun.⁴¹⁻⁴³ Þá þarf að meta *hagkvæmni* mismunandi úrræða miðað við það fjármagn sem fyrir hendi er. Markmiðið með slíku mati er að bæta þjónustuna og leita hagkvæmustu lausna hverju sinni.^{34,44} Loks þarf að huga að því hvaða *áhrif* þjónustan hefur á einstaklinginn og samfélagið. Til marks um áhrif áfengis- og vímuefnamedferðar er oft miðað við hve lengi einstaklingar sem hafa lokið meðferð ná að halda sig frá efnunum eftir að meðferð lýkur. Bent hefur verið á að þetta viðmið sé of þröngt.^{11,12,18,28,29,45} Ýmislegt fleira getur bent til áhrifa, t.d. fleiri virkir dagar í vinnu eftir meðferð en fyrir og bætt félagsleg staða. Mælingar á áhrifum byggja aðallega á skráningu þeirra sem veita þjónustuna á ákveðnum þáttum sem sátt er um að skipti máli. Mælingar á hagkvæmni snúast um að meta hve mikil og góð þjónusta fæst fyrir hverja krónu.

Starfsemiskröfur og þjónustukannanir, kostnaðarmat og áhrifamælingar gefa á endanum heildarmynd af árangri og hagkvæmni þjónustunnar sem í boði er. Hægt er að hugsa sér þessar mismunandi mælingar í þrívíðu líkani (mynd 4.1). Æskilegast væri að finna þær nálganir sem eru í senn ódýrar, áhrifaríkar og sem hagsmunaaðilar eru ánægðir með.



Mynd 4.1. Árangur þjónustu – uppfyllir kröfur hagsmunaaðila, er árangursrík og ódýr.

4.2. Starfsemisviðmið – Þjónustukannanir.

Áður hefur komið fram að þjónusta fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur getur verið æði mismunandi. Það er háð eðli og stigi þjónustunnar hvaða kröfur eða viðmið hún þarf að uppfylla. Augljóslega þarf t.d. að gera aðrar kröfur til aðbúnaðar og aðstöðu á stað sem býður sólarhringsvistun en á göngudeild. Sömuleiðis þarf að gera ólíkar kröfur til þekkingar og færni starfsfólks sem starfar á sjúkrahúsi þar sem lyfjum er beitt við afeitrun sjúklinga annars vegar og hins vegar starfsfólks sem aðstoðar vistmenn fyrst og fremst við athafnir daglegs lífs. Loks er viðhorf hagsmunaaðila og notenda þjónustunnar mikilvægur mælikvarði á hvort hún svarar væntingum sem gerðar eru til hennar.

4.2.1. Starfsemisviðmið.

Eðlilegt er að þeir sem standa að eða greiða fyrir þjónustuna móti einhvers konar staðla eða viðmið (standards) til að fara eftir til að meta hvort skilyrði til starfseminnar séu viðunandi.^{18,38,42} Kröfur eða viðmið eru sett fram í lögum, reglum og stefnumarkandi áætlunum. Annars vegar er um að ræða *almennar* kröfur eða viðmið, s.s. um aðbúnað, næringu og bráðaviðbrögð við t.d. bruna, slysum, ágreiningi, ofbeldi, sjálfsvígum eða veikindum. Hins vegar eru *sértækar* kröfur eða viðmið vegna þjónustu fyrir vímuefnaneytendur s.s. þjónustustig, menntunarstig og samsetning starfsliðs, dagskrá og í hverju meðferðin felst. Eftirlit með því að settar kröfur eða viðmið séu uppfyllt byggist á kerfisbundinni skráningu á því sem gert er til að uppfylla þær og hvernig frávik frá þeim eru leiðrétt.

Nauðsynlegt er að skilgreina hvaða lágmarkskröfur eru gerðar til þjónustu við vímuefnaneytendur. Ríkisstofnanir í þessum geira lúta eftirliti opinberrar stjórnarsýslu, ýmist á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og landlæknisembættisins eða félagsmálaráðuneytisins. Eftirlit með starfsemi sem styrkt er af ríkinu eða sem rekin er með þjónustusamningi við ríkið er erfiðari. Ríkið ber ekki siður ábyrgð á að slík þjónusta sé sómasamlega innt af hendi en hefur takmarkaðri möguleika á að fylgjast með starfseminni umfram það sem rekstraráðilar gefa upp. Til að auðvelda eftirlit og gera samanburð á ríkisrekinni þjónustu og þjónustu sem rekin er með öðrum hætti hafa sums staðar verið skilgreindar lágmarkskröfur sem uppfylla þarf til að starfsemi fái opinbera viðurkenningu. Sem dæmi um slíkan gátlista fylgir hér listi sem vinnuhópur á vegum norska félags- og heilbrigðisráðuneytisins¹⁸ lagði til um lágmarkskröfur og sérkröfur sem gera mætti til mismunandi úrræða (dæmi 4.1).

Dæmi 4.1. Norsk tillaga að gátlista yfir kröfur til þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur sem hið opinbera styrkir eða skjólstæðingar greiða sjálfir fyrir.

Lágmarkskröfur:

- ! Þjónustan er skilgreind út frá faglegum forsendum.
- ! Starfsemin er í samræmi við gildandi lög og reglur.
- ! Starfsemin hefur ábyrgðarmann og fyrir liggur skipurit þar sem ábyrgðarsvið starfsmanna er skýrt.
- ! Ábyrgðarmaður starfseminnar hefur hreint sakavottorð.
- ! Mönnun er fullnægjandi bæði hvað varðar faglega færni og fjölda.
- ! Fyrir liggur áætlun um hvernig hjálfun nýrra starfsmanna er háttað.
- ! Gætt er að réttarstöðu skjólstæðinga/sjúklinga t.d. hvað varðar meðferð persónuupplýsinga og reglur um hugsanlega notkun þvagprufa til að staðfesta bindindi.
- ! Lögd er áhersla á að starfsemin ögri ekki ráðvendni (integrity), lífssýn og siðferðisvitund þeirra sem þiggja hana.
- ! Skjólstæðingar hafa möguleika á að leggja fram málefnalega kvörtun undan ákvörðunum sem varða þá persónulega.

- ! Fyrir liggur áætlun um hvernig starfsemin tekur á hættulegum atvikum svo sem alvarlegum ógnunum og valdbeitingu, neyslu vímuefna innan vébanda hennar, alvarlegum lækni-fræðilegum atvikum eins og ofskynjunum og of stórum skömmtum.
- ! Starfsemin er í samvinnu við félags- og heilbrigðisþjónustu sveitarfélaga, aðstandendur o.s.frv.
- ! Félags- og heilbrigðisþjónusta sveitarfélaga hefur innsýn í starfsemina.
- ! Það gilda skýrar reglur um hvernig staðið er að útskriftum/höfnun meðferðar sem ekki er samkomulag um.
- ! Fyrir liggja verkferlar og áætlanir fyrir innra gæðaeftirlit og endurskoðun, t.d. þarf að gefa út ársskýrslu um starfsemina.
- ! Tekinn er virkur þáttur í öllum atriðum opinbers skráningarkerfis.
- ! Unnið með gildum eftirlitsaðilum og orðið er við hugsanlegum ábendingum þeirra.
- ! Starfsemin er opin fyrir utanaðkomandi mati.

Sérkröfur fyrir staði sem veita bráðþjónustu og afeitrun:

- ! Áætlanir um hvernig standa skal að afeitrun eru skýrar og þeim fylgt.
- ! Lækniþjónusta, hjúkrunarfræðingar á sólarhringsvakt, fagþekking á sviði félagsráðgjafar er fyrir hendi.
- ! Skoðunarherbergi fyrir lækni-skoðanir með nauðsynlegum búnaði og viðunandi viðtalsherbergi á staðnum.
- ! Formleg samvinna við almenna sjúkrastofnun og geðsjúkrahús ef þörf er á innlögn.

Sérkröfur fyrir meðferðarúrræði:

- ! Að geta sýnt fram á samsvörun milli hugmyndafræðilegrar nálgunar og raunverulegrar meðferðar sem veitt er.
- ! Fullnægjandi fagþekking til að hafa umsjón með meðferðinni er fyrir hendi.
- ! Ásættanlegt lækni-skiptir er fyrir hendi.
- ! Aðbúnaður er í samræmi við þann markhóp sem starfsemin beinist að. T.d. verða staðir fyrir fjölskyldur/mæður með börn að vera búnir þannig að tekið sé tillit til þarfa barna.
- ! Starfsemi sem tekur á móti fjölskyldum/pörum fylgir áætlun um hvernig tekið er á skilnaðartilfellum. (Eiga báðir að halda áfram að dvelja á staðnum? Eru aðskilin herbergi í boði?)

Sérkröfur fyrir staði sem veita umönnun eða skjól:

- ! Ásættanlegt lækni-skiptir eftir þörfum.

Det kongelige sosial- og helsedepartement, 1999

4.2.2. Þjónustukannanir.

Þjónustukannanir (client surveys) eru huglægur mælikvarði sem segir til um viðhorf þeirra sem veita og nota tiltekna þjónustu. Viðhorf notenda þjónustunnar fer ekki alltaf saman við það sem sá sem veitir þjónustuna álitur boðlegt eða gott. Viðhorf notenda mótast af samspili þeirra sem þiggja þjónustuna og þeirra sem veita hana.^{35,42} Hvað þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur varðar reynir á hæfni starfsfólks til að sinna starfi sínu í samskiptum og á færni stjórnenda til að skapa gott og hvetjandi vinnuumhverfi. Það er því summan af viðhorfum þeirra sem njóta þjónustunnar og þeirra sem veita hana sem er hinn raunverulegi mælikvarði á gæði þjónustunnar.

Hjá Rusmiddeletaten í Ósló, borgarstofnun sem annast þjónustu við vímuefnaneytendur í Ósló, er í þróun kerfi til að mæla gæði þeirrar þjónustu sem veitt er í því skyni að bæta hana. Nokkurra ára reynsla er þar komin á að nota þjónustukannanir sem þátt í heildar-mati.⁴¹⁻⁴³ Til að gefa hugmynd um eftir hverju er leitað fylgir hér dæmi 4.2 um opnar spurningar úr þjónustukönnun sem inniheldur einnig lokaðar spurningar þar sem þátttakendur eru beðnir um að taka afstöðu til vissra þátta þjónustunnar með því að svara á mælistikunni „Mjög ánægð(ur)“ (4), „Frekar ánægð(ur)“ (3), „Frekar óánægð(ur)“ (2), „Mjög óánægð(ur)“ (1).

Dæmi 4.2. Dæmi um spurningar í þjónustukönnun.

Spurningar til þeirra sem veita þjónustuna:

- ! Gefið stutta lýsingu á aðferð/aðferðum við vinnuna. Lýsið sérstaklega nokkrum mikilvægum þáttum í starfi þínu með vímuefnaneytendum.
- ! Lýsið mótun meðferðaráætlunar, innihaldi hennar og hversu oft hún er endurskoðuð.
- ! Gerið grein fyrir formlegri hæfni starfsmanna, reynslu, starfssviði og stöðu.
- ! Hvert er markmið starfseminnar?

Spurningar fyrir þjónustuþega:

Hve ánægður ertu með:

- ! þátt þinn í að móta meðferðaráætlun?
- ! getu starfsfólksins til að skilja vandamál þín?
- ! undirbúning útskriftar þinnar?
- ! vilja stofnunarinnar til að draga fjölskyldu/aðstandendur/vini inn í meðferðina ef þú hefur farið fram á það?

Persson, 2001

4.3. Áhrifamælingar.

Með áhrifum af veittri þjónustu (effect evaluation) er átt við hvernig þeim sem þiggja þjónustuna reiðir af miðað við þau markmið sem sett eru í upphafi.⁴² Almennst hefur reynst erfitt að finna raunhæfa, tölulega mælikvarða á áhrif félags- og heilbrigðisþjónustu og að útiloka aðra áhrifaþætti sem geta skipt máli fyrir heildarútkomu.^{34,44} Á undanförunum árum hafa þó ýmis mælitæki verið í þróun m.a. fyrir þjónustu sem áfengis- og vímuefnaneytendum býðst. Til að gefa hugmynd um við hvað er að etja má í fyrsta lagi nefna að markmiðin sem keppt er geta verið æði mismunandi, allt frá því að bæta félagslegar aðstæður og til þess að ná að lifa virku og innihaldsríku lífi án vímuefnabætur. Í öðru lagi skiptir máli hvaða hópi er verið að sinna og við hvaða félagslegu aðstæður einstaklingarnir sem sinnt er búa. Sama meðferð getur reynst áhrifarík fyrir suma en jafnvel haft neikvæð áhrif á aðra. Í þriðja lagi getur hugmyndafræði og inntak meðferðar eða þjónustu skipt máli, hvort hún er veitt inni á stofnun eða á göngudeild og hve lengi hún varir. Í fjórða lagi er ekki hægt að einangra meðferðina frá öðrum þáttum í lífinu, t.d. getur reynsla af ást eða trúarlegri hugljómun orðið vindi- punktur í lífi fólks.⁴¹ Þannig getur útkoman verið misjöfn eftir því hvort um karla, konur, unglunga, fullorðna, áfengisfíkla, lyfjafíkla eða fólk með fleiri sjúkdómsgreiningar er að ræða. Innan sama hóps geta félagslegar aðstæður og tegund meðferðar skipt máli. Til dæmis getur verið raunhæft markmið að næra, klæða og hvíla mann sem hefur lifað sem utan- garðsmaður árum saman en óraunhæft að ætla að hann ráði við langt bindindi og endingu í starfi eða fjölskyldulífi. Unglingur sem hefur villst inn á braut vímuefnaneyslu og afbrota getur þurft fasta ramma og stuðning sterkra einstaklinga til að ná áttum en samneyti við langt gengna fíkla inni á meðferðarstofnun getur haft skaðleg áhrif á hann. Einstæð móðir getur átt erfitt með að halda út margra vikna meðferð inni á sjúkrahúsi ef hún er ekki örugg um börnin sín. Hugsanlegt er að annars konar meðferð henti henni betur.

Töluvert er til af rannsóknum þar sem leitast er við að bera saman áhrif meðferðar eftir mismunandi hugmyndafræði^{12,28,45} og mismunandi meðferðarstöðum.²⁹ Í sumum þessara rannsókna er gerð tilraun til að meta áhrif meðferðarinnar eftir hópum. Þannig var niðurstaða rannsóknar Kristins Tómassonar²³ að ungir, giftir, fullvinnandi einstaklingar sem höfðu ekki aðrar geðgreiningar en áfengissýki náðu bestum árangri sjúklinga á Vogu og meðferðar- deildum Landspítalans 1991–1992. Dæmi 4.3 sýnir hvaða þætti er gerð tilraun til að mæla

í ofangreindum heimildum. Eins og sjá má af dæmunum getur bæði verið um huglæggar og hlutlæggar mælingar að ræða.

Erlendis hefur ýmsum mælitækjum verið beitt til að meta áhrif meðferðar. Greiningar-tækið Addiction Severity Index (ASI)⁴⁶ hefur verið notað við komuviðtöl hjá Krýsuvíkursamtökunum frá áramótum 2003–2004 í íslenskri þýðingu Sigurlínu Davíðsdóttur.¹⁷ Frekari leiðbeiningar er að finna á vefsíðunni www.niaaa.nih.gov. Samtök bandarískra lækna sem annast meðferð vímuefnaneytenda, American Association of Addiction Medicine (ASAM),⁴⁷ mæla með stöðlun mælikvarða fyrir áfengis- og vímuefna meðferð og á vegum þess er einnig verið að þróa slíka mælikvarða í samstarfi við sambærileg félög annars staðar í heiminum. Hér á landi hefur SÁÁ verið í samstarfi við ASAM á þessu sviði.

Dæmi 4.3. Mælingar á áhrifum meðferðar.

Bakgrunnspættir – upplýsinga aflað við upphaf meðferðar:

- ! Kyn.
- ! Aldur við komu.
- ! Aldur við upphaf áfengissýki.
- ! Aðrar geðgreiningar; þunglyndi, kvíði, persónuleikaraskanir.
- ! Hjúskaparstaða.
- ! Ættarsaga.
- ! Búseta, staðsetning í hús eða húsnæðisleysi.
- ! Hvöt til að hefja meðferð.
- ! Hversu oft farið í meðferð áður.
- ! Neysla fyrir meðferð, magn og samsetning.
- ! Afleidd vandamál, s.s. ölvunarakstur, slagsmál, slys, fjármál, afbrot.
- ! Almennt heilsufar.
- ! Virkar vinnuvikur.

Mælt til að sýna áhrif meðferðar – upplýsinga aflað að ákveðnum tíma liðnum eftir meðferð:

- ! Bindindi haldið.
 - ! Neysla eftir meðferð samanborin við fyrir meðferð.
 - ! Hæfni til að ráða við aðstæður sem virka neysluhvetjandi.
 - ! Þátttaka í AA.
 - ! Endurkomur.
 - ! Geðgreiningar, þunglyndi, kvíði.
 - ! Almennt heilsufar.
 - ! Samskipti, betri samskipti t.d. innan hjónabands, fjölskyldu, meðferðar-, stuðningsnets.
 - ! Búseta, staðsetning í hús eða húsnæðisleysi.
 - ! Afleidd vandamál, s.s. ölvunarakstur, slagsmál, slys, fjármál, afbrot.
 - ! Virkar vinnuvikur.
 - ! Hugarfár.
-

Af þeim fáu rannsóknum sem hafa verið gerðar á árangri vímuefna meðferðar á Íslandi er rannsókn Kristins Tómassonar frá 1998⁷ á árangri af meðferð áfengis- og vímuefnasjúklinga heildstæðust. Rannsókn hans náði til 351 sjúklings á geðdeild Landspítalans 33A og Vogu frá desember 1991 til september 1992. Sjúklingarnir á 33A voru marktækt eldri, höfðu oftari gengið í gegnum meðferð og þjáðust oftari af heilabilunareinkennum en á Vogu. Hins vegar var ekki marktækur munur á öðrum geðgreiningum hópanna tveggja. Um 75% þeirra sem leituðu meðferðar höfðu aðrar geðgreiningar. Það eru svipaðar niðurstöður og erlendar rannsóknir hafa sýnt, þar sem ekki er um valinn sjúklingahóp í meðferð að ræða heldur allir sem leita meðferðar eru teknir með. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar héldu 50% bindindi

í 12 mánuði frá lokum tímabilsins en 16% í 28 mánuði. Félagsleg vandamál voru áfram tíð í hópnum og árangur mældur í fjölda unninna vinnuvikna var enginn. Meginniðurstaða Kristins er að ekki sé vænlegt að aðskilja vímuefna meðferð og geðmeðferð sjúklunga með fjölkvilla (comorbidity) sjúkdómsgreiningu því að vímuefna meðferðin leysi út af fyrir sig ekki vanda þessara sjúklunga.

Einnig er vert að minnast á árangursmat Páls Biering (1996) á meðferðarstarfi á meðferðarheimili fyrir unglunga á Tindum á Kjalarnesi.⁴⁸ Mat hans byggðist á tvíþættri póstlista- og símaviðtalskönnun sem náði til 120 unglunga, sem dvöldu á Tindum á tímabilinu frá janúar 1991 til febrúar 1994, og foreldra þeirra. Af þeim 58 sem luku meðferð neytti rúmur helmingur engra vímuefna fyrsta árið eftir meðferð. Þegar árangur var metinn á grundvelli breytinga á líðan, hegðun og samskiptum við fjölskyldu náðu 76% þeirra sem luku meðferð góðum árangri.

4.4. Kostnaðarmat.

Kostnaðarmat (cost analysis) vísar til úttektar á kostnaði við þjónustu sem í boði er. Tilgangur kostnaðarmats er að leggja heildarmat á hagkvæmni og þar með endanlegan árangur þjónustunnar. Það er nauðsynlegt til að gera áætlanir í samræmi við þá þróun sem spáð er með hliðsjón af efnahag og til að bera saman mögulega valkosti. Markmið þeirra sem bjóða þjónustuna er væntanlega að sýna fram á að hún sé hagkvæmur kostur í samanburði við aðra kosti sem í boði eru. Með öðrum orðum að þjónustan sé áhrifarík, svári kröfum og væntingum sem eru til hennar gerðar og sé ekki dýrari en svo að hægt sé að réttlæta að hún sé valin fram yfir aðra kosti.³⁴

Kostnað er tiltölulega auðvelt að leggja mat á miðað við aðra þætti þjónustu. Sé reksturinn í lagi þá liggja tölulegar upplýsingar fyrir í bókhaldi. Fjárhagsrammi sá sem lagt er upp með segir til um hvort tekist hefur að halda rekstrinum innra ramma eða ekki.

5. Lagaumhverfi meðferðarstofnana.

Helstu lög sem fjalla um meðferðarstofnanir eru eftirfarandi:

1. Lög um heilbrigðisþjónustu, nr. 97/1990.
2. Lög um meðferð ölvaðra manna og drykkjusjúkra, nr. 39/1964.
3. Lög um Lýðheilsustöð, nr. 18/2003.
4. Lög um gjald af áfengi og tóbaki, nr. 96/1995.
5. Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga, nr. 40/1991.
6. Barnaverndarlög, nr. 80/2002.

Samkvæmt framangreindum lögum skiptist rekstur meðferðarstofnana á ríkið, sveitarfélög og frjáls félagasamtök eftir nánari ákvæðum í lögnum og því sem ákveðið er í fjárlögum og fjárhagsáætlunum sveitarfélaga hverju sinni. Auk þess ákvarðast framlög af einstökum styrkjum ríkisins úr Forvarnasjóði.

Meginábyrgð á rekstri meðferðarstofnana fyrir fullorðna einstaklinga er hjá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu en fyrir börn yngri en 18 ára hjá félagsmálaráðuneytinu. Sveitarfélögin skulu samkvæmt lögum nr. 40/1991, um félagsþjónustu sveitarfélaga, einnig hlutast til um að áfengissjúklingar fái viðeigandi meðferð og aðstoð við áfengissýki sinni, einnig að meðferð lokinni.

Verður hér á eftir gerð nánari grein fyrir skiptingu ábyrgðar samkvæmt lögum.

5.1. Meðferðarstofnanir reknar af ríkinu og á ábyrgð þess.

5.1.1. Sjúkrahús og heilsugæslustöðvar.

Samkvæmt lögum nr. 97/1990, um heilbrigðisþjónustu, starfrækir ríkið sjúkrahús og heilsugæslustöðvar sem gert er ráð fyrir að reki áfengis- og meðferðarþjónustu, sbr. 8. gr. laga um meðferð ölvaðra manna og drykkjusjúkra, nr. 39/1964. Skv. 6. gr. þeirra laga segir að kostnaður af slíkri dvöl á sjúkrahúsi greiðist á sama hátt og annar sjúkrahússkostnaður. Þær stofnanir sem veita slíka þjónustu eru geðdeild Landspítala – háskólasjúkrahúss og FSA.

5.1.2. Meðferðarstofnanir barna samkvæmt barnaverndarlögum, nr. 80/2002.

Um meðferðarúrræði einstaklinga yngri en 18 ár gilda sérstakar reglur samkvæmt barnaverndarlögum, nr. 80/2002. Ríkið ber ábyrgð á því að heimili til að annast meðferð barna yngri en 18 ára séu fyrir hendi og hvílir sú ábyrgð á félagsmálaráðuneytinu. Skv. 79. gr. barnaverndarlaga er kveðið á um að Barnaverndarstofa annist uppbyggingu og rekstur slíkra heimila og stofnana í umboði ráðuneytisins. Barnaverndarstofa getur falið öðrum rekstur þeirra á grundvelli þjónustusamnings.

5.1.3. Meðferðarstofnanir sem fá fjárframlög á fjárlögum frá ríkinu.

Samkvæmt 8. gr. laga nr. 39/1964, um meðferð ölvaðra manna og drykkjusjúkra, er gert ráð fyrir að sérstakar stofnanir sem hafa til þess leyfi reki meðferðarstofnanir á kostnað ríkisins. Slíkar stofnanir fá framlag á fjárlögum en eru oft einnig reknar að hluta af söfnunarfé. Slíkar stofnanir eru nú Vogur og Hlaðgerðarkot.

5.1.4. Meðferðarstofnanir sem njóta styrkja frá ríki, sveitarfélögum og félagasamtökum.

Samkvæmt 10. gr. laga nr. 39/1964 er ríkinu heimilt að veita styrki til bæjarfélaga og samtaka sem starfa að bindindis og líknarmálum og reisa og reka á sinn kostnað hæli til aðhlynningar og lækninga á drykkjusjúku fólki. Til slíkra stofnana eru m.a. veittir styrkir úr Forvarnasjóði (áður gæsluvistarsjóður) skv. 6. gr. laga nr. 56/1995, um gjald af áfengi og tóbaki. Áfangaheimili líknarfélaga eru dæmi um slíkar stofnanir.

5.1.5. Ábyrgð sveitarfélaga á rekstri meðferðarstofnana/heimila með styrk frá ríkinu.

Samkvæmt 2. gr., sbr. 50. gr. laga um félagsþjónustu sveitarfélaga skulu þau veita aðstoð við áfengissjúka og annast vímuefnavarnir. Félagsmálanefndir skulu hlutast til um að áfengissjúkir og þeir sem misnota áfengi fái viðeigandi meðferð og aðstoð og einnig að nauðsynleg aðstoð og meðferð sé veitt að meðferð lokinni. Vilji sveitarfélag setja á laggirnar meðferðarheimili eða aðra starfsemi til aðhlynningar eða lækningar drykkjusjúku fólki getur ríkið, skv. 10. gr. laga nr. 39/1964, um meðferð ölvaðra manna og drykkjusjúkra, veitt styrk úr Forvarnasjóði. Utan Reykjavíkur hafa fæst sveitarfélög bolmagn til slíks rekstrar. Reykjavíkurborg rekur hins vegar áfangaheimili og stoðbýli að Miklubraut 18 og Gistiskýlið að Þingholtsstræti 25 án þess að ríkisstyrkur komi á móti.

5.2. Fyrirkomulag í stjórnkerfi erlendis.

Í löndum sem Íslendingar vilja gjarnan bera sig saman við er mismunandi hvernig félags- og heilbrigðisþjónustu er fyrirkomið innan stjórnkerfisins. Það er því að sama skapi mismunandi hvernig stöðum sem bjóða þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur er komið fyrir í stjórnkerfinu. Í Svíþjóð¹¹ og Noregi¹⁸ sjá sjúkrahús um bráðaþjónustu og afeitrun. Meðferðarstöðvar, göngudeildir, áfangaheimili og stoðbýli eru ýmist rekin af hinu opinbera

eða af einkaaðilum. Fyrirkomulag fjármögnunar er þannig að ríki eða sveitarfélög gera beina samninga eða þjónustusamninga við þá sem veita þjónustuna, kaupa rými af einkaaðilum eða styrkja þá á annan hátt. Samningum er ýmist náð með beinum samningum, opnu samkeppnisútbóði eða lokuðu útbóði. Í þessum löndum hvílir hins vegar meiri ábyrgð á sveitarstjórnarstiginu en hér enda samfélögin fjölmennari og sveitarfélög því burðugri til að taka að sér þjónustu af þessu tagi. Bæði heilbrigðis- og félagsmál heyra undir sama ráðuneyti í þessum löndum, Det kongelige sosial- og helsedepartement í Noregi og Socialdepartementet í Svíþjóð.

5.3. Fyrirkomulag í stjórnkerfi á Íslandi.

Ábyrgð á meðferð, aðhlyningu og annarri þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á vegum ríkisins heyrir undir starfssvið þriggja ráðuneyta, þ.e. heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, félagsmálaráðuneytið og dóms- og kirkjumálaráðuneytið. Hvaða ráðuneyti er ábyrgt hverju sinni fer í megindráttum annars vegar eftir aldri þeirra sem njóta þjónustunnar og hins vegar eftir eðli vandans. Öll þjónusta sem krefst aðkomu lækna er á könnu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Öll þjónusta fyrir börn og unglinga undir 18 ára aldri, nema afvötnun, telst til félagslegra úrræða og heyrir undir félagsmálaráðuneytið. Þjónusta við aðra aldurshópa utan sjúkrahúsa telst til félagslegra úrræða, sem oftast eru rekin af sveitarfélögum eða félagasamtökum þó að heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið styrki einnig úrræði eins og áfangageimili. Lögreglan sinnir útigangsmönnum og stundum um stundarsakir þeim sem eru í virkri neyslu að bíða eftir úrlausn sinna mála.

6. Þjónusta fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi.

Upplýsingar um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur sem koma fram í þessum kafla eru fengnar úr könnun sem heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið sendi út haustið 2003. Í könnuninni var óskað eftir upplýsingum frá árunum 2001 og 2002. Upplýsingar sem aflað var með opnum spurningum koma fram í töflum eins og þau komu fyrir í svörum. Í sumum svörum var mjög fjölbreytileg þjónusta talin upp. Víst er að sums staðar, t.d. á sjúkrahúsum, er mun meiri þjónusta veitt en svörin segja til um.

6.1. Rekstrarform.

Af svörum við spurningum um rekstrarform í könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003 sést að ríkið kemur með einhverjum hætti að fjármögnun flestra úrræðanna (tafla 6.1). Flokkunin í töflunni fer eftir því hvort um beinan ríkisrekstur er að ræða, þjónustusamninga við sjálfseignarstofnanir og félagasamtök eða styrki á móti framlögum og greiðslum frá öðrum, oftast Reykjavíkurborg, félagasamtökum eða beinum greiðslum þeirra sem njóta þjónustunnar. Reykjavíkurborg greiðir allan kostnað af rekstri sumra þessara úrræða samkvæmt lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga eins og kemur fram í töflunni.

Tafla 6.1. Rekstrarfyrirkomulag þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur 2001–2002.

Fjármögnun/ Rekstur	Fjárlög	Þjónustusamningur við ríkið	Styrkur frá ríki	Annað óháð fjármögnun frá ríki
Ríki	<ul style="list-style-type: none"> • Heilsugæsla • Landspítali – háskólasjúkrahús • Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri • Barnaverndarstofa – Stuðlar 			
Sjálfsseignar-samtök og/eða félagasamtök	<ul style="list-style-type: none"> • Samhjálp – Hlaðgerðarkot 	<ul style="list-style-type: none"> • Götusmiðjan, Árvellir • SÁÁ – Vogur, Vík, Staðarfell, göngudeildir (í Reykjavík og á Akureyri) 	<ul style="list-style-type: none"> • Meðferðarheimilið Krýsuvík • Byrgið • Krossgötur • Dyngjan • Takmarkið • Risið • 12 spora hús 	
Annað				<ul style="list-style-type: none"> • Félagsþjónustan í Reykjavík – Miklabraut 19 og 20 og Gistiskýlið Þinghóltsstræti

6.2. Framboð á vistrýmum og fjöldi innlagna.

Samkvæmt svörum við könnun heilbrigðisráðuneytisins haustið 2003 voru árin 2001 og 2002 skilgreind 75 innlagnarrými í landinu til afeitrunar á sjúkrahúsum og 18 á meðferðarheimilunum Hlaðgerðarkoti hjá Samhjálp og Byrginu (tafla 6.2). Fjöldi innlagna til afeitrunar á sjúkrahúsum var 2.526 árið 2001 og 2.812 árið 2002. Miðað við uppgefinn fólksfjölda Hagstofu Íslands 31. desember 2002 sem var 288.471 hefur liðlega 1% landsmanna verið lagt inn til afeitrunar á sjúkrahúsum það ár. Hjá meðferðarheimilum Samhjálp og Byrginu voru 705 lagðir inn til afeitrunar árið 2002. Samtals liggja því fyrir upplýsingar um 3.220 innlagnir til afeitrunar árið 2002 eða sem svarar 1,1% landsmanna.

Á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri (FSA), sem er stærsta sjúkrahús landsins utan Reykjavíkur, eru engin skilgreind rými til afeitrunar eða meðferðar fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur. Hins vegar er bráðatilfellum sinnt þar í nokkra daga uns hægt er að taka við þeim á Vogu eða Landspítala – háskólasjúkrahúsi (LSH). Slík tilfelli á FSA voru 62 árið 2001 en 47 árið 2002. Vænta má að sambærileg þjónusta sé veitt á öðrum heilbrigðisstofnunum annars staðar á landinu.

Meðalmeðferðartími í afeitrun, talinn í dögum, hjá sjúkrahúsum styttest úr tæpum 11 dögum árið 2001 í tæpa 9 daga árið 2002. Meðalmeðferðartími til afeitrunar hjá Byrginu var 7 dagar árið 2002 en Samhjálp – Hlaðgerðarkot aðgreindi ekki tíma til afeitrunar frá tíma til endurhæfingar.

Tafla 6.2. Rými til afeitrunar og fjöldi innlagna í afeitrun 2001 og 2002.

Staður	Rými		Innlagnir		Meðalmeðferðar- tími/dagar	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002
<i>Sjúkrahús:</i>						
SÁÁ – Vogur	60	60	2.243	2.340	10,1	10
LSH, 33A	15	15	221	425	14,2	11,2
FSA	0	0	62	47	8	5
<i>Meðferðarheimili:</i>						
Samhjálp – Hlaðgerðarkot*	6	6	349	408		
Byrgið**		12		297		7
Samtals		93	2.875 + ?	3.220		

* Samhjálp – Hlaðgerðarkot: Spurningu um fjölda innlagna var ekki svarað.
** Byrgið 2001: Gögn Byrgisins frá árinu 2001 eru í geymslu og ekki aðgengileg.

Af innlagnarrýmum til endurhæfingar voru 149 á sjúkrahúsi eða sjúkrahústengdum stofnunum en 140 til meðferðar eða vistunar á meðferðarheimilum, þar af 38 fyrir unglinga undir 18 ára aldri hjá SÁÁ – Vogu, Barnaverndarstofu – Stuðlum og hjá Götusmiðjunni – Árvöllum (tafla 6.3). Innlögnum hjá sjúkrahúsum og stofnanir á þeirra vegum fækkaði úr 1.391 árið 2001 í 1.349 árið 2002. Innlagnir á meðferðarheimili voru 1.024 árið 2002 en upplýsingar frá Byrginu vantar fyrir árið 2001. Samtals voru því innlagnir til endurhæfingar 2.373 árið 2002 eða sem svarar 0,8% af mannfjölda. Sé Byrginu sleppt bæði árin fjölgaði rýmum um 8 hjá Krýsuvíkursamtökunum á milli ára 2001 og 2002 eða alls úr 213 í 221. Með sömu reikniaðferð fjölgaði innlögnum úr 2.100 árið 2001 í 2.134 árið 2002 eða um 34. Innlögnum fækkaði um 50 hjá sjúkrahúsunum en fjölgaði um 22 hjá Barnaverndarstofu – Stuðlum og um 59 hjá Samhjálp – Hlaðgerðarkoti.

Uppgefinn meðaldvalartími til endurhæfingar á vegum sjúkrahúsanna var frá tæpum 19 dögum og upp í 29 daga en hjá meðferðarheimilunum frá 23 dögum upp í 90 daga eins og sjá má í töflu 6.3.

Tafla 6.3. Fjöldi rýma og innlagna til endurhæfingar fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur árin 2001 og 2002.

Staður	Rými		Innlagnir		Meðaldvalartími í dögum	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002
<i>Sjúkrahús:</i>						
SÁÁ – Vík	30	30	521	402	19,7	23,4
SÁÁ – Staðarfell	32	32	282	356	25	29,4
LSH – D16 dagdeild	45	45	325	334		21,3
LSH – D16 innlagnir	12	12	189	170		19
Gunnarsholt	30	30	74	87		
<i>Meðferðarheimili:</i>						
Barnavst. – Stuðlar	8	8	40	50	71	
Barnavst. – Stuðlar, neyðarv.*	4	4	184	196	< 14	< 14
Götusmiðjan	15	15	90	90	52	61
Samhjálp – Hlaðgerðarkot	25	25	349	408	26,4	22,9
Krýsuvíkursamtökin	12	20	46	41	90	90
Samtals (Byrgið undanskilið)	213	221	2.100	2.134		
Byrgið**		68		239		89
Samtals		233		2.373		

* Markmið neyðarvistunar er gæsla í hámark 14 daga á meðan barnaverndarnefnd undirbýr frekari úrræði á grundvelli barnaverndarlaga. Rekið af Stuðlum en barnaverndarnefnd ráðstafar rýmum.
** Gögn Byrgisins frá árinu 2001 eru í geymslu og ekki aðgengileg.

Vistrými á áfangaheimilum voru 118 árið 2001 og 126 árið 2002. Gistirými í gistiskýlinu að Þingholtsstræti 25 voru 15 bæði árin (tafla 6.4). Eins og sjá má af töflu 6.4 fengust takmarkaðar upplýsingar um fjölda innlagna hjá áfangaheimilunum en meðaldvalartími samkvæmt uppgæfnum upplýsingum var 105 dagar. Gistinóttum í gistiskýli fjölgaði úr 130 í 139 á milli ára.

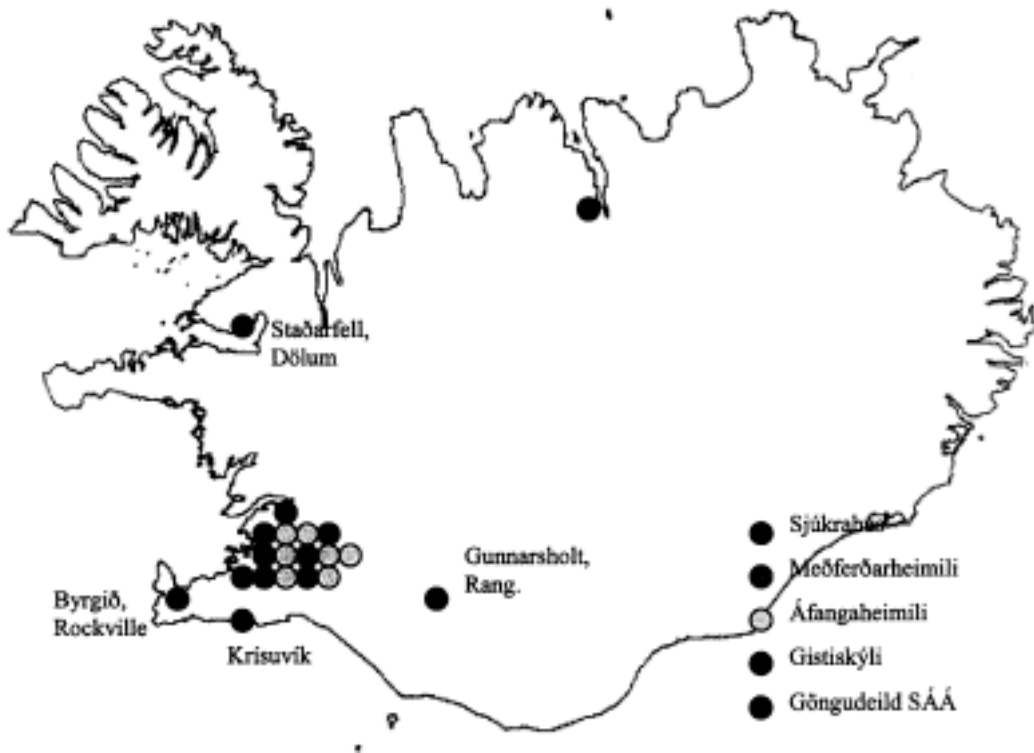
Eins og sjá má af töflunni er uppgæfnum meðaldvalartími á áfangaheimilum frá 90 til 210 dagar. Á sumum áfangaheimilunum eru einstaklingar heimilisfastir til langs tíma.

Tafla 6.4. Stoðþjónusta: Fjöldi rýma og vistana á áfangaheimilum árin 2001 og 2002.

Staður	Rými		Innlagnir		Meðaldvalartími í dögum	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002
<i>Áfangaheimili:</i>						
Krossgötur – konur og karlar	33	33	108	113	96	93
Dyngjan – konur	15	15	36	33	90–210	90–210
Takmarkið – karlar	16	16				90–180
Risið – karlar	19	19	2	2		
SÁÁ – Miklabraut 1 – karlar	24	24		130		90
SÁÁ – Eskihlíð 3 – karlar	11	11				> 90
Félagsþjónustan í Rvík – Miklabraut 20 – karlar*	–	8	–	10		164
Samtals	118	126				
<i>Annað:</i>						
Þingholtsstræti 25 – gistiskýli	15	15	130	139	60**	50**
* Rekstur hófst um miðjan apríl 2002.						
** 2001: Alls næturgistingar 4.462 og dagvistanir 3.306, samtals 7.768.						
2002: Alls næturgistingar 3.939 og dagvistanir 2.937, samtals 6.874.						

Af framangreindum upplýsingum má greina að árið 2002 gátu 517 manns (0,2% landsmanna) samtímis verið inni á sjúkrahúsi, stofnun eða heimili vegna áfengis- og vímuefnaneyslu í jafnmörgum rýmum á sama sólarhringnum. Heildarfjöldi innlagna til meðferðar (greining, afeitrun, endurhæfing, eftirfylgni) og vistunar á stoðbýlum árið 2002 var 5.477 eða að meðaltali 15 á dag. Þess ber að gæta að í innlagnartölunum getur sami einstaklingurinn verið tvítalinn, t.d. fyrst í afeitrun á Vogu og síðan í meðferð á Staðarfelli eða í Vík. Einnig ber að hafa í huga að í þessum tölum eru ekki taldir með þeir áfengis- og vímuefnaneytendur sem leggjast inn á almennar deildir sjúkrahúsa til meðhöndlunar ýmissa sjúkdóma sem eru afleiddir af neysluvenjum þeirra og lífsstíl.

Mest af sérhæfðri þjónustu sem áfengis- og vímuefnaneytendum stendur til boða er á Stór-Reykjavíkursvæðinu. Mynd 6.1 sýnir staðsetningu sjúkrahúsa, meðferðarheimila, áfangaheimila, göngudeilda utan Reykjavíkur og gistiskýlis fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur fyrir árið 2002.



Mynd 6.2. Dreifing innlagnar- og vistunarúrræða fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur um Ísland 2002. Staðir sem veita sérhæfða þjónustu utan höfuðborgarsvæðisins eru sérstaklega merktir (Byrgið síðar flutt á Efri-Brú í Grímsnesi og Götusmiðjan í Gunnarsholt).

6.3. Tilgangur rekstursins og hugmyndagrundvöllur.

Meðal þess sem spurt var um í könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003 var tilgangur með rekstri þjónustunnar á hverjum stað. Spurningin var opin og í töflu 6.5 sjást svörin frá stöðum sem bjóða meðferð, þ.e. afeitrun og endurhæfingu með innlögn eða á göngudeild, og áfanga- og stuðningsheimilum sem veita stoðþjónustu. Svörin segja því að einhverju leyti til um hugmyndir þjónustuveitenda um þjónustuna sem þeir standa fyrir en gefa ekki tæmandi eða samræmda lýsingu. Hjá SÁÁ er t.d. ekki minnst á 12 spora kerfi AA-samtakanna þótt meðferðin þar sé vissulega grundvölluð á þeim hugmyndum.

Af svörum sjúkrahúsanna að dæma eru ýmsar fræðilegar hugmyndir auk 12 spora kerfis AA-samtakanna lögð til grundvallar meðferðinni. Sumir hinna meðferðarstaðanna byggja einnig á hugmyndafræði AA-samtakanna í bland við trúarlegar forsendur og uppeldisfræðilega þætti, s.s. tómsundur, útivist og lífsleikni. Athyglisvert er að einungis sjúkrahúsin minnst á sálfræði og félagsvísindi sem bendir til meiri sveigjanleika í meðferð en annars staðar. Svör um stoðþjónustu gefa ekki hugmynd um sérstaka hugmyndafræði að baki starfseminni nema hjá Krossgötum sem nefna 12 spor AA-samtakanna.

Tilgangur eða markmið með rekstri meðferðar og stoðþjónustu eru margvísleg eins og sjá má af svörunum í töflunni, allt frá því að snúast um það að leysa úr bráðri nauð til skamms tíma með húsaskjólí upp í metnaðarfullar hugmyndir um að veita úrvalsmeðferð fyrir vímuefnafíkla og aðstandendur þeirra. Markmiðin eru einnig af ólíkum toga. Sum eru ein-

staklingsmiðuð fyrir neytendurna, t.d. að kunna árangursríkar aðferðir til að takast á við lífið án áfengis- og vímuefna en önnur eru meira stjórnsýslulegs eðlis, t.d. að uppfylla lagalega skyldu.

Tafla 6.5. Tilgangur reksturs og hugmyndagrundvöllur við meðferð.

(Könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003.)

Þjónusta	Staður	Hugmyndagrunnur	Tilgangur/markmið
Meðferð: <i>Afeitrun og endurhæfing með innlögnum eða á göngudeild</i>	Landspítali – háskólasjúkrahús	<ul style="list-style-type: none"> • Bráðaðþjónusta byggð á læknisfræðilegum grunni. • Heildræn nálgun: Bio-psycho-social-model. • Hugmyndafræði AA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Koma sjúklingum í gegnum „bráðafasann“. • Kunna árangursríkar aðferðir til að takast á við lífið án áfengis og vímuefna.
	SÁÁ – Vogur, Vík og Staðarfell	<ul style="list-style-type: none"> • Læknisfræði, sálarfræði og félagsvísindi. • Fíkn sem sjúkdómur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afeitra fólk og greina. • Berjast fyrir því að í landinu sé besta fánlega meðferð fyrir vímuefnafikla og aðstandendur þeirra.
	Samhjálp – Hlaðgerðarkot	<ul style="list-style-type: none"> • Kristin trú. • 12 spor AA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Endurhæfing/sjálfsbjörg: Líkamleg, andleg og félagsleg.
	Byrgið		<ul style="list-style-type: none"> • Rekstur aðhlyningardeildar. • Rekstur eftir meðferðarsambýlis.
	Barnaverndarstofa		<ul style="list-style-type: none"> • Uppfylla skyldu félagsmálaráðuneytisins. • Bráðaðþjónusta, greining og sérhæfð meðferð fyrir börn.
	Götusmiðjan – Árvellir	<ul style="list-style-type: none"> • AA. • Tómtundir og útivist. 	<ul style="list-style-type: none"> • Koma lífinu í jákvæðan farveg, sjálfsábyrgð.
	Krýsuvík	<ul style="list-style-type: none"> • Hugmyndafræði AA. • Lífsleikni. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meðferðarsamfélag fyrir vímuþikla sem hafa átt erfitt með að ná bata.
Stoðþjónusta:	Krossgötur	<ul style="list-style-type: none"> • 12 spor AA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Forvarnastarf.
<i>Stuðnings- eða áfangaheimili.</i>	Takmarkið		<ul style="list-style-type: none"> • Hæfni til að lifa edru.
	Risið		<ul style="list-style-type: none"> • Koma mönnum til betra lífs.
	Byrgið		<ul style="list-style-type: none"> • Rekstur áfangaheimilis í Reykjavík.
	Félagsþjónustan í Reykjavík: Miklabraut 20		<ul style="list-style-type: none"> • Búsetuúrræði fyrir heimilislausa Reykvíkinga.
	Félagsþjónustan í Reykjavík: Gistiskýlið Þinghóltsstræti		<ul style="list-style-type: none"> • Skammtímanæturginging og samastaður.

6.4. Starfsfólk.

Meðal þess sem óskað var upplýsinga um í könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003 var fjöldi og samsetning stöðugilda þeirra sem starfa við þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur. Ekki bárust svör við þessari spurningu frá öllum sem fengu könnunina senda en þau svör sem bárust gefa innsýn í samsetningu starfsfólks í þessum geira. Í þessum kafla er yfirlit yfir þau svör sem bárust.

Fjöldi stöðugilda starfsfólks með formlega fagmenntun sem starfar við áfengis- og vímuefnameðferð kemur fram í töflu 6.6. Á milli árunna 2001 og 2002 fækkaði stöðugildum faglærðs starfsfólks yfir heildina um 2,5. Þegar grannt er skoðað sést að stöðugildum á vegum SÁÁ fækkaði um 5,7 á samanburðartímanum en fjölgaði svolítið víðast hvar annars

staðar. Hjá sjúkrahúsunum eru flest stöðugildin í umönnun og lækniþjónustu en á meðferðarheimilunum fylla fagráðgjafar flest stöðugildin.

Tafla 6.6. Stöðugildi fagmenntaðs starfsfólks sem starfar við áfengis- og vímuefna meðferð og skylda þjónustu.

Staður	Læknar		Hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar		Fagráðgjafar*		Alls	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
SÁÁ: Vogur, göngudeildir, Vík og Staðarfell	4,9	3,7	17,4	15,0	2,5	0,4	24,8	19,1
LSH**	5,1	6,7	16,3	16,2	0,9	1,0	22,3	23,9
<i>Sjúkrahús og tengd starfsemi samtals:</i>	<i>10,0</i>	<i>10,4</i>	<i>33,7</i>	<i>31,2</i>	<i>3,4</i>	<i>1,4</i>	<i>47,1</i>	<i>43,0</i>
Krýsuvíkursamtökin	0,2	0,2			2,0	2,2	2,2	2,4
Samhjálp – Hlaðgerðarkot	0,4	0,4	1,4	2,0		0,3	1,8	2,7
Barnaverndarstofa – Stuðlar					3,0	3,0	3,0	3,0
Götusmiðjan					2,0	2,8	2,0	2,8
<i>Meðferðarheimili samtals:</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>	<i>1,4</i>	<i>2,0</i>	<i>7,0</i>	<i>8,3</i>	<i>9,0</i>	<i>10,9</i>
Samtals alls	10,6	11,0	35,1	33,2	11,4	9,7	56,1	53,9

* Sálfræðingur félagsráðgjafi, afbrotufræðingur, uppeldisfræðingur, kennari, leikhúsþerapisti, tónlistarráðgjafi, iðjuþjálfari, fjölskylduráðgjafi.

** Samantekt yfir allar deildir á vímuefnabætti og stoðþjónustu Landspítala – háskólasjúkrahúss (LSH).

Innan áfengis- og vímuefnageirans hefur hópur fólks hlotið sérstaka þjálfun til að starfa við áfengis- og vímuefnaráðgjöf á vegum SÁÁ, vímuefnasviðs Landspítalans eða erlendis. Nám áfengisráðgjafa er töluvert umfangsmikið og tekur til lækniþjónu, sálfræði, lögfræði og félagsfræði. Flestir áfengisráðgjafar á Íslandi byggja á eigin reynslu af vímuefna. Þeir sem vilja verða áfengisráðgjafar þurfa að geta sýnt fram á að þeir hafi spjarað sig án vímuefna í ákveðinn tíma. Í töflu 6.7 er yfirlit yfir stöðugildi ófaglærðs starfsfólks sem starfar við áfengis- og vímuefna meðferð eða aðra þjónustu við áfengis- og vímuefnaneytendur. Áfengisráðgjafar eru flokkaðir þar með til hagræðis þó að færa megi rök fyrir að þá ætti fremur að flokka með faglærðu starfsfólki. Í töflunni er einnig yfirlit yfir stöðugildi þeirra sem starfa við rekstur starfsemi fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur.

Tafla 6.7. Stöðugildi ófaglærðra sem starfa við áfengis- og vímuefna meðferð og skylda þjónustu og stöðugildi við rekstur slíkrar starfsemi.

Staður	Áfengisráðgjafar		Ófaglærðir		Aðrir*		Alls	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
SÁÁ: Vogur, göngudeildir, Vík og Staðarfell	35,4	35,5	20,3	19,3	16,2	16,3	71,9	71,1
LSH**	9,3	10,6	17,9	18,6	10,0	6,9	37,2	36,1
<i>Sjúkrahús og tengd starfsemi samtals:</i>	<i>44,7</i>	<i>46,1</i>	<i>38,2</i>	<i>37,9</i>	<i>26,2</i>	<i>23,2</i>	<i>109,1</i>	<i>107,2</i>
Krýsuvíkursamtökin	3,0	4,0	1,5	1,5	3,0	3,0	7,5	8,5
Samhjálp-Hlaðgerðarkot	4,2	4,5	4,0	4,0	2,0	2,0	10,2	10,5
Barnaverndarstofa-Stuðlar	7,0	8,0	7,0	7,0	10,0	9,5	24,0	24,5
Götusmiðjan	3,0	3,0	6,0	6,0	6,1	5,5	15,1	14,5
<i>Meðferðarheimili samtals:</i>	<i>17,2</i>	<i>19,5</i>	<i>18,5</i>	<i>18,5</i>	<i>21,1</i>	<i>20,0</i>	<i>56,8</i>	<i>58,0</i>

Staður	Áfengisráðgjafar		Ófaglærðir		Aðrir*		Alls	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
SÁÁ: áfangaheimili					1,2	1,2	1,2	1,2
Krossgötur	1,0	1,0	2,0	2,0	0,5	0,5	3,5	3,5
Dyngjan	0,1	0,1			1,0	1,0	1,1	1,1
Takmarkið	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	5,0	5,0
Risið			2,0	2,0	1,0	1,0	3,0	3,0
Áfangaheimili samtals	3,1	3,1	5,0	5,0	5,7	5,7	13,8	13,8
Samtals alls	65,0	68,7	61,7	61,4	53,0	48,9	179,7	179,0

* Starfsfólk á skrifstofu, móttökuritari, kokkur, matsveinn, bryti, staðarhaldari, forstöðumaður, deildarstjóri, hópstjóri, hestabjálfari.

Í töflunni má sjá fjölda stöðugilda á sjúkrahúsum, meðferðarheimilum og áfangaheimilum árin 2001 og 2002. Litlar breytingar hafa orðið á milli ára. Helst má nefna að í hópnum „aðrir“ sem starfa á skrifstofu eða við rekstur heimilanna hefur fækkað um rúm fjögur stöðugildi. Hins vegar hefur stöðugildum áfengisráðgjafa fjölgað um nærri fjögur.

Samkvæmt svörum sem bárust við spurningu um starfsmannahald í könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins er misjafnt hvaða kröfur eru gerðar um menntun og reynslu ófaglærðra starfsmanna. Í töflu 6.8 er yfirlit yfir mismunandi atriði sem tekið var fram að litið væri til hvað þetta varðar og benda svörin til þess að víðast hvar sæki starfsmenn einhvers konar endurmenntun. Aðrar kröfur sem nefndar voru í þeim svörum sem bárust voru hæfni til mannlegra samskipta og almennt heilbrigði.

Tafla 6.8. Kröfur stofnunarinnar til ófaglærðra starfsmanna og endurmenntun.

Staður	Formlegt nám í áfengisráðgjöf	Persónuleg reynsla af fíkn – árangur án vímuefna	Reynsla og þekking úr starfi	Námskeið og ráðstefnur	Annað, fyrirlestrar, starfsdagar
SÁÁ	x			x	x
LSH	x				
Barnaverndarstofa			x		
Götusmiðjan					x
Samhjálp			x	x	x
Krýsuvíkursamtökin		x		x	
Byrgið		x			
Krossgötur			x		
Dyngjan					
Risið					
Vímulaus æska				x	

6.5. Þjónusta stofnunarinnar.

Tafla 6.9 sýnir yfirlit yfir þá þjónustu sem er í boði á hverjum stað. Upplýsingarnar sem fram koma eru í samræmi við þau svör sem bárust við opnum spurningum í könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003. Magn og gæði þjónustunnar geta verið misjöfn og það getur verið misjafnt hvað þeir sem svöruðu könnuninni líta á sem svo sjálfsagða þjónustu að óþarfi sé að taka hana fram. Yfirlitið gefur því frekar yfirlit yfir hugmyndir svarenda um þá þjónustu sem veitt er á stöðum sem þeir svara fyrir frekar en tæmandi yfirlit yfir þá þjónustu sem stendur til boða.

Landspítali og SÁÁ á Vogu bjóða bráðþjónustu á sólarhringsvöktum og Barnaverndarstofa – Stuðlar tekur við börnum undir 18 ára aldri í bráðatilfellum en afeitrun þeirra fer fram á sjúkrahúsi, oftast Vogu. Á sjúkrahúsunum Landspítala – háskólasjúkrahúsi (LSH) og Vogu

felst bráðaðþjónustan í að veita fólki bráðaðþjónustu með því að meðhöndla fráhringseinkenni, líkamlega kvilla eins og lungnabólgu og geðræn einkenni. Hjá Samhjálp – Hlaðgerðarkoti og Byrginu fer einnig fram afeitrun en með minni lækniþjónustu en á sjúkrahúsum. Lækniþjónusta greining er veitt á LSH og Vogu og á hjá Barnaverndarstofu – Stuðlum fer fram greining á vanda þeirra barna sem þar fá hjálp. Sú eftirfylgd sem er í boði felst í hópfundum, AA-fundum, símasambandi og endurkomu á göngudeild. Flestir staðir eru með sólarhringsvakt af einhverju tagi. Þjónusta sem nefnd er í svörum stofnananna fyrir utan bráðaðþjónustu, afeitrun, greiningu, meðferð, eftirfylgd, göngudeildarþjónustu og sólarhringsvakt er aðallega ýmiss konar ráðgjöf, t.d. fjölskyldu- og fjármálaráðgjöf, stuðningur, námskeið, starfsþjálfun og menntun (Menntaskólinn í Kópavogi, Krýsuvíkursamtökin).

Tafla 6.9. Svör við opinni spurningu um þjónustu stofnana, þ.m.t. vaktþjónustu, í könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003.

Staður	Meðferð	Göngudeild	Eftirfylgd	Vaktþjónusta	Annað
SÁÁ: Vogur, Vik og Staðarfell	Bráðaðþjónusta, afeitrun, greining, endurhæfing.	Rekur göngudeild.	Göngudeild eftir þörfum en þó minnst vikulega í 3 mán. eftir meðferð.	Sameiginleg vaktþjónusta á öllum sjúkrahúsum SÁÁ. Vogur: Hjúkrunarfræðingur á sólarhringsvakt. Læknir á bakvakt utan dagvinnutíma. Meðferðarheimili: Áfengisráðgjafi.	Lækniþjónusta, hjúkrunarþjónusta.
Landspítali – háskólasjúkrahús (LSH)	Bráðaðþjónusta, afeitrun, greining, endurhæfing.	Opin kl. 8–16. Læknavakt frá kl. 9–13. Deildarlæknir sinnir bráða- þjónustu utan dagvinnutíma.	Göngudeild. Vikulega í 3 mán. eftir meðf. Sérstakir stuðningshópar fyrir konur.	Landspítali: Hjúkrunarfræðingur og starfsmenn á vakt. Deildarlæknir í húsinu. Geðlæknir á bakvakt. Teigur: Áfengisfulltrúar kl. 8–23. Hjúkrunarfræðingur á bakkvakt. Lækniþjónusta utan dagvinnutíma sótt til LSH.	Lækniþjónusta, hjúkrunarþjónusta, félagsráðgjöf og sálfræðiþjónusta. Fjölskyldu- viðtöl. Stuðningshópar.
Barnaverndar- stofa – Stuðlar	Bráðaðþjónusta, greining, endurhæfing.			Sólarhringsvakt.	Sólarhringsþjónusta.
Götusmiðjan	Endurhæfing.		Tilboð um að koma vikulega í eftirmeðferð. Stuðningur ráðgjafa.	Meðferðarfulltrúar á sólarhringsvakt, ráðgjafar á bakvakt	Foreldraráðgjöf og símaráðgjöf. Vikulegir stuðningsfundir fyrir foreldra.
Samhjálp – Hlaðgerðarkot	Afeitrun, endurhæfing.	Rekur göngudeild.	Viðtöl á göngudeild. Félagsmiðstöð opin a.m.k. 4 kvöld í viku.	Umsjónarmaður á sólarhringsvakt alla daga ársins. Ráðgjafar eftir atvikum um helgar og á helgidögum.	Ráðgjöf frá kl. 9–21 og eftir atvikum um helgar og á helgidögum. Læknir og heilbrigðisþjónusta 1–2svar í viku og eftir þörfum.

Staður	Meðferð	Göngudeild	Eftirfylgd	Vaktþjónusta	Annað
Krýsuvíkursamtökin	Endurhæfing.	Rekur göngudeild.	Mæting vikulega í Krýsuvík og vikulega á göngudeild. Auk þess símasamband.	Sólarhringsbakt.	Almenn ráðgjöf. Starfsþjálfun, menntun (MK).
Byrgið	Bráðaðþjónusta, afeitrun, endurhæfing.		Heimsóknir til skjólstæðinga.	Vaktþjónusta allan sólarhringinn.	Læknisþjónusta, sálfræðiþjónusta, lögfræðiþjónusta, lyfjagjöf, ráðgjafaþjónusta í hópvinnu og einkaviðtölum, stofnanasamsk. og almenn þjónusta, t.d. akstur.

6.6. Eftirfylgni.

Samkvæmt svörum við könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003 býðst þeim sem ljúka meðferð víðast hvar einhvers konar eftirfylgni. Tafla 6.10 sýnir yfirlit yfir svörin sem gefa hugmynd um hvers konar eftirfylgni er í boði þó að þau gefi engan veginn tæmandi lýsingu. Ef göngudeild er rekin í tengslum við þjónustuna er það einstaklingsbundið hve oft og hve lengi hver og einn kemur til viðtals. Sumir hafa mikinn stuðning af fjölskyldu og vinum og þurfa sjaldan að koma en aðrir eru viðloðandi göngudeildirnar mun lengur. Fundir AA-samtakanna koma að gagni fyrir marga, bæði fyrir neytendur og aðstandendur þeirra, og skipa raunar sérstakan sess í íslensku samfélagi eins og lesa má um í doktorsritgerð Hildigunnar Ólafsdóttur um AA-samtökin á Íslandi.⁴⁹ Þrátt fyrir það að hér á landi hafi sölutölur áfengis sýnt minnstu áfengisneyslu í Evrópu um árabíl eru hvergi starfandi fleiri AA-hópar. Fleiri meðferðarstaðir en svörin í töflunni segja til um benda skjólstæðingum sínum á AA-fundi til að sækja sér stuðning að meðferð lokinni.

Tafla 6.10. Svör við opinni spurningu um eftirfylgni í könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003.

Staður	Göngudeild, viðtöl	Félagsmiðstöð	Hópfundir	Sími	Annað
Landspítali – háskólasjúkrahús (LSH)	Fjöldi og tíðni viðtala einstaklingsbundið		Daglegir stuðningshópar á göngudeild. Sérstakir stuðningshópar fyrir konur. AA-fundir.		
SÁÁ	1–4 sinnum í viku háð meðferð.		Daglegir stuðningshópar.		Meiri eftirfylgni fyrir konur
Samhjálp – Hlaðgerðarkot	Viðtöl á göngudeild.	Opin fjögur kvöld í viku.			Útskriftaráætlun.
Krýsuvíkursamtökin	Vikulega.			Ráðgjafar hafa samband um síma.	Vikuleg mæting til Krýsuvíkur.
Barnaverndarstofa – Stuðlar			Eftirmeðferð – hópastarf.		Í endurskoðun. Langtímameðferð.
Götusmiðjan			Eftirmeðferð einu sinni í viku.		Ráðgjafar halda sambandi.
Krossgötur				Haft samband e. ákveðinn tíma.	

Staður	Göngudeild, viðtöl	Félagsmiðstöð	Hópfundir	Sími	Annað
Byrgið				Skjólstæðingar geta leitað ráðgjafar um síma.	Heimsóknir til skjólstæðinga viku- eða hálfsmánaðarlega.
Dyngjan			Þrjú húsfundir í viku. AA-fundir.		Reynt að fylgja eftir. Margar halda sambandi.
Risið			AA-fundir.		
Takmarkið	Bent á göngudeild meðferðarstofnunar.				Skrifað eftir upplýsingum.

6.7. Skilgreining á árangri og árangursmælingar.

Árangur vímuefnameðferðar er erfitt að skilgreina. Í svörum við könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003 kemur fram að árangur er einstaklingsbundinn og getur verið allt frá því að einstaklingurinn sé tilbúinn að horfast í augu við greiningu á vandanum og ljúka afeitrun upp í algjört bindindi og fulla líkamlega, andlega og félagslega færni. Æðsta markmiðið víðast hvar er þó að þeir sem ljúka meðferð nái að fóta sig í lífinu án vímuefna. Þá er nauðsynlegt að taka með í reikninginn að margir sem koma í vímuefna-meðferð glíma við flóknari vanda auk vímuefnaneyslunnar, t.d. geðsjúkdóma. Hjá Barnaverndarstofu er undirliggjandi vandi gjarnan af félagslegum toga eða geðrænum.

Á sjúkrahúsi SÁÁ á Vogu hefur verið haldið vel utan um tölfræðilegar upplýsingar um margra ára skeið og þar hefur árangur verið metinn nokkrum sinnum. Í svari Þórarins Tyrfingssonar, yfirlæknis á Vogu, við könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins segir um þær athuganir:

„Það er mjög vandasamt að meta árangur áfengis- og vímuefnameðferðar sem miðar að bindindi og félagslegri færni og ekki sanngjarnt að nota einungis mælikvarðann um vímuefnaneyslu til að meta árangurinn. SÁÁ hefur því hafið samvinnuverkefni með ASAM (American Society of Addiction Medicine) til að gera með þeim árangurskannanir á mismunandi meðferðarúrræðum. Við mat á árangri verður litið til ýmissa þátta eins og vímuefnaneyslu, hversu oft menn þurfa að nota heilbrigðisþjónustu, metin er geðheilsa þeirra og félagsleg færni og staða. Þetta samvinnuverkefni er nú komið á fót og vonandi verður hægt að gera mat á árangri meðferðarinnar í þessu alþjóðlega samvinnuverkefni innan fárra ára.“

Í nýútkominni skýrslu Þórarins Tyrfingssonar „Endurkomufólkið á Vogu“⁵⁰ kemur fram að á árunum 1977–2003 komu 16.965 einstaklingar á Sjúkrahúsið Vog. Af þeim komu 13.492 eða um 80% þrisvar sinnum eða sjaldnar til meðferðar en 622 eða 3,6% þeirra hafa innritast 10 sinnum eða oftar á Vog á þessu árabili. Af endurkomusjúklingunum sem komu 10 sinnum eða oftar komu 213 einstaklingar á Vog árið 2003 og að minnsta kosti 80% þeirra áttu við einhvers konar geðræna vanheilsu að stríða.

Tafla 6.11 sýnir yfirlit yfir þau svör sem bárust frá meðferðarstöðum við opinni spurningu um skilgreiningar á árangri og árangursmælingar í könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003. Svörin gefa til kynna hugmyndir og viðhorf aðstandenda þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur um árangur af meðferð, skilgreiningar á árangri og hvaða aðferðum hefur við árangursmælingar. Eins og sjá má af svörunum eru viðmiðanir mismunandi og umdeilanlegt að hvaða marki þær mælingar sem hingað til hefur verið beitt mæla árangur. Sumir fylgjast grannt með afdrifum fólks við lok meðferðar, aðrir reyna að halda sambandi bréflaga eða með síma. Algengast er að reikna hlutfall þeirra sem eru vímuefnalausir að einhverjum tíma liðnum frá meðferðarlokum.

Tafla 6.11. Svör við opinni spurningu um skilgreiningar á árangri og árangursmælingar í könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003.

Staður	Skilgreining	Árangursmælingar
Landspítali – háskólasjúkrahús (LSH)	Einstaklingsbundið. Afeitrun lokið. Færni til að vinna að langtímabata. Áfengis- og vímuefnalaust líf. Bati og félagsleg færni. Dæmi: Að halda húsnæði.	Reglubundnar mælingar hafa ekki farið fram.
SÁÁ	Afeitrun lokið. Útskriftir í samráði við starfsfólk. Áframhaldandi meðferð skv. ráðleggingum. Bindindi. Líkamleg, andleg og félagsleg heilsa.	Marktdölur 2002: Í endurhæfingu á Staðarfell eða Vík: 779 34,3% Í endurhæfingu á göngudeild: 158 7,0% Frekari meðferð á göngudeild: 204 9,0% Heim í samráði, engin frekari meðferð ráðlögð: 279 12,3% Á aðra stofnun: 72 3,2% Luku meðferð á Vogu, frekari meðferð ekki ráðlögð: 317 14,0% Luku ekki meðferð: 460 20,2%
Samhjálp – Hlaðgerðarkot	Algert bindindi. Þátttaka í þjóðfélaginu háð líkamlegri og andlegri getu.	Frá 1999/2000 til 2000/2001 voru 66% edrú sem luku meðferð og höfðu innritast á áfangaheimilinu. Sama niðurstaða frá 1999/2000 til 2002/2003 miðað við sama viðmiðunarhóp (15 pláss eru í áfangaheimilinu).
Krýsuvíkursamtökin	Vímuefnaleysi mælt í mánuðum. Aukin lífsleikni. Geta til að standa á eigin fótum. Þátttaka í þjóðfélaginu.	Áform um að hafa símasamband við skjólstæðinga. Ekki hægt að ljúka mælingum vegna fjárskorts.
Byrgið	Bindindi.	Miðast við skjólstæðinga sem hafa verið allsgáðir í 3 mánuði eða lengur. Mælingar 1.10.1999: 27–30% allsgáðir eftir meðferð og af þeim eru 47–50% í vinnu.
Barnaverndarstofa – Stuðlar	Greining og áætlun um framhald liggur fyrir. Unglingur jákvæður fyrir meðferð. Bætt samband við foreldra. Einstaklingsbundið.	Unnið að því að finna leiðir til að meta árangur. Skjólstæðingar sundurleitir með margvíslegan vanda.
Götusmiðjan		Mælingar hafnar en tölur ekki fyrirbyggjandi fyrir árin 2001 og 2002.
Krossgötur	Tími án vímuefna frá útskrift.	4 mán. síðar: 71% 6 mán. síðar: 65% 12 mán. síðar: 60% 18 mán. síðar: 59%
Risið		50% edrú, 25% allgóð, 25% skiptast í virkni (eða 6 fetin).
Félagsþjónustan í Reykjavík	Einstaklingsbundið samkomulag um markmið.	

6.8. Rekstur.

Til að fá hugmynd um kostnað ríkisins af meðferð og annarri þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur var spurt um tekjur stofnana og félagasamtaka sem reka slíka starfsemi í könnun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins haustið 2003. Í töflu 6.12 er yfirlit yfir þau svör sem bárust og hlutfall ríkisframlaga af heildartekjum.

Tafla 6.12. Tekjur stofnana og félagasamtaka til rekstrar þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur í þús. kr.

Stofnun	Framlag ríkis	Framlag sveitarfélaga	Sjálfsaflafé og aðrar tekjur	Samtals	Hlutfall ríkisframlaga
<i>Árið 2001</i>					
SÁÁ	390.299	2.300	40.471	433.070	90,1%
LSH	307.945	0	0	307.945	100,0%
FSA	50.630			50.630	100,0%
Krýsuvíkursamtökin	19.600	0	10.980	30.580	64,1%
Samhjálp – Hlaðgerðarkot	57.864	0	0	57.864	100,0%
Byrgið	19.400	0	0	19.400	100,0%
Götusmiðjan	49.876	3.093	26.093	79.062	63,1%
Barnaverndarstofa – Stuðlar	116.824	0	369	117.193	99,7%
Krossgötur	13.400	1.600	10.732	25.732	52,1%
Dyngjan	2.500	1.500	2.975	6.975	35,8%
Takmarkið	1.000	1.000	7.009	9.009	11,1%
Risið	2.500	4.200	6.469	13.169	19,0%
Samtals 2001	1.031.838	13.693	105.098	1.150.629	89,7%
<i>Árið 2002</i>					
SÁÁ	427.401	5.480	53.499	486.380	87,9%
LSH	362.682	0	0	362.682	100,0%
FSA	27.740			27.740	100,0%
Krýsuvíkursamtökin	26.500	0	16.600	43.100	61,5%
Samhjálp – Hlaðgerðarkot	62.000	0	49	62.049	99,9%
Byrgið	13.094	4.400	27.749	45.243	28,9%
Götusmiðjan	62.408	2.602	24.845	89.855	69,5%
Barnaverndarstofa – Stuðlar	137.860	0	270	138.130	99,8%
Krossgötur	19.600	4.030	10.669	34.299	57,1%
Dyngjan	2.500	1.700	3.615	7.815	32,0%
Takmarkið	1.000	1.760	7.010	9.770	10,2%
Risið	2.500	4.200	6.530	13.230	18,9%
Samtals 2002	1.145.285	24.172	150.836	1.320.293	86,7%
Breyting milli árána 2002 og 2001	11,0%	76,5%	43,5%	14,7%	

Eins og fram kemur af töflu 6.12 var heildarkostnaður við framangreinda starfsemi 1.320 millj. kr., þar af nam framlag ríkisins 86,7% eða 1.145 millj. kr. Framlag sveitarfélaganna var um 24 millj. kr. eða 1,8% og önnur fjármögnun nam 150 millj. kr. eða 11,4%. Hluttur ríkisframlaga sem hlutfall af heildartekjum stofnana og félagasamtaka sem reka starfsemi fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur lækkaði lítillega á milli árána 2001 og 2002 eða úr 89% í tæp 88%.

Ríkið greiðir kostnað við meðferð áfengissjúklinga á sjúkrahúsum og meðferðarheimilum að mestu og eins kostnað við meðferð barna á vegum Barnaverndarstofu.

Þegar horft er á ráðstöfun fjármagnsins þá er kostnaðurinn við meðferð á vegum SÁÁ og LSH um 850 millj. kr. og kostnaður við Stuðla 138 millj. kr. Hlaðgerðarkot sem Samhjálp rekur er einnig á föstum fjárlögum. Þessar stofnanir ásamt FSA eru með yfir 82% af heildarfjármagni sem rennur til málaflöksins og um 89% af framlagi ríkisins.

Framlög ríkisins greiða rúm 60% af rekstrargjöldum Krýsuvíkursamtakanna en mismunurinn greiðist af sjálfsaflafé, m.a. vegna erlendra vistmanna.

Sveitarfélög hafa styrkt áfangameimili en ekki eru ákveðnar reglur um slíkar styrkveitingar. Það sama gildir um styrk ríkisins til áfangameimila sem hefur leitt til mismunandi framlags frá ríki og sveitarfélögum til þessara aðila. Einnig má sjá að hlutfallslegt framlag ríkisins til mismunandi staða er mismikið eða frá 10% og upp í 100%. Athyglisvert er að áfangameimili sem reka sambærilega starfsemi hljóta hlutfallslega mishá framlög frá ríki.

Tafla 6.13 sýnir rekstraryfirlit meðferðarstofnana á árinu 2002 samkvæmt upplýsingum frá stofnunum. Þar sem um samþætta starfsemi er að ræða eins og á LSH og FSA verður að byggja á skiptingu kostnaðar sem getur verið ónákvæm vegna þess að kostnaðurinn er ekki sérstaklega færður á þennan málaflokk heldur á geðdeildir sjúkrahúsanna.

Hér kemur fram að tekjur stofnananna námu samtals 1.364 millj. kr. og vantaði 92 millj. kr. upp á að endar næðu saman. Mestur hallinn er á SÁÁ en samtökin hafa lagt sjúkrahúsinu til fé ef um hallarekstur hefur verið að ræða og nýtt aðrar fjáröflunarleiðir í þessum tilgangi.

Vinnulaun námu samtals 900 millj. kr. en eins og vitað er þá er algengt að ýmis félagsamtök leggja fram umtalsverða sjálfboðavinnu sem ekki kemur fram í þessum tölum.

Tafla 6.13. Rekstraryfirlit meðferðarstofnana árið 2002 (í þús. kr.).

Stofnun	Tekjur	Vinnulaun	Húsnæði	Annar kostnaður	Kostnaður	Afkoma
SÁÁ	486.382	337.848	69.747	154.509	562.104	-75.722
Landspítali – háskólasjúkrahús	362.682	245.568	56.529	60.585	362.682	0
FSA	27.740	20.361	0	7.379	27.740	0
Samhjálp – Hlaðgerðarkot	62.049	37.741	3.323	23.936	65.000	-2.951
Krýsuvíkursamtökin	43.100	29.651	5.600	12.720	47.971	-4.871
Götusmiðjan	89.855	56.605	2.003	19.447	78.055	11.800
Byrgið	45.243	11.952	3.000	55.366	70.318	-25.075
Barnaverndarstofa – Stuðlar	138.130	108.551	6.787	21.792	137.130	1.000
Krossgötur	34.299	5.246	3.558	19.607	28.411	5.888
Dyngjan	7.815	3.460	0	0	3.460	4.355
Líknarfélagið Takmarkið	13.230	4.291	3.668	2.945	10.904	2.326
Risið	9.770	3.210	2.046	8.196	13.452	-3.682
Fjölskyldumiðstöðin	7.610	7.340	360	460	8.160	-550
Miklubraut 20	17.962	13.747	2.637	1.578	17.962	0
Þingholtsstræti		16.230	0	135	16.365	-16.365
Vímulaus æska	18.445	3.377	1.852	1.917	7.146	11.299
Samtals	1.364.312	905.178	161.110	390.572	1.456.860	-92.548

Fjárveitingar til málaflokksins í dag eru þríþættar:

! Föst fjárlög: LSH, FSA, Barnaverndarstofa, Hlaðgerðarkot m.m.

! Þjónustusamningur: SÁÁ.

! Fjárveitingar/styrkir: Áfangameimili, meðferðarstarfsemi á vegum sjálfstæðra félagsamtaka.

Aðeins þjónustusamningurinn við SÁÁ er afkastengdur. Fjárframlög til sjúkrahúsa sem eru með fjölþætta starfsemi eru ekki skilgreind á verkefni og því er það stofnana að ráðstafa fjárheimildum í samræmi við forgangsröðun eins og hún er á hverjum tíma. Unnið er að kostnaðargreiningu hjá LSH og FSA sem mun gefa möguleika á að stýra fjárveitingum í samræmi við þá þjónustu sem veitt er. Æskilegt væri að setja ákveðnar reglur um framlög til annarra stofnana sem eru reknar af sjálfstæðum aðilum og jafnframt að skilgreina þær kröfur, sem gerðar eru til þjónustunnar.

6.9. Heilsugæsla.

Eins og fram kemur í kafla 1.2 var send fyrirspurn til Heilsugæslunnar í Reykjavík um fjölda áfengis- og vímuefnagreininga í flokkunum F10–F19 samkvæmt ICD-10 greiningarkerfinu og skráð er í skráningarkerfið Sögu. Fjöldi greininga í þessum flokkum gefur vísendingu um það hve margir sem eiga við áfengis- og vímuefnavanda að etja leita aðstoðar hjá heilsugæslunni.

Upplýsingar bárust frá níu af tíu heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu sem heyra undir Heilsugæsluna í Reykjavík. Tíunda heilsugæslustöðin styðst við annað skráningarkerfi og upplýsingar þaðan eru ekki sambærilegar við hinar. Heildarniðurstöðurnar koma fram í töflu 6.14. Miðað við heildarmannfjölda árin 2001 (286.575) og 2002 (288.471) þjónuðu heilsugæslustöðvarnar níu sem upplýsingar bárust frá 49% landsmanna þessi ár eða 141.361 árið 2001 og 142.178 árið 2002. Erfitt er að skýra sveiflur milli ára á einstökum stöðvum og mismunandi hlutfall áfengisgreininga af heildarfjölda greininga með samanburði tveggja ára. Samanburður fleiri ára gæfi hugsanlega betri skýringar.

Tafla 6.14. Fjöldi sjúkdómsgreininga vegna áfengis og/eða vímuefnafíknar í sjúkraskrá heilsugæslunnar í Reykjavík 2001 og 2002 (ICD-10: F10–F19, tóbaksfíkn F17 undanskilin).

Upplýsingar frá níu heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu	Allar greiningar		Þar af áfengisgreiningar (F10)		Hlutfall áfengisgreininga af öllum vímuefnagreiningum	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Fjöldi	592	609	354	361	60%	59%

7. Ályktun.

Niðurstöður þessarar skýrslu byggjast á upplýsingum sem starfshópur á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins aflaði annars vegar með öflun upplýsinga frá öðrum löndum og hins vegar á könnun sem ráðuneytið sendi út haustið 2003 til sjúkrahúsa, stofnana og félagasamtaka sem veita áfengis- og vímuefnaneytendum þjónustu á mismunandi stigum. Í könnuninni var óskað eftir upplýsingum fyrir árin 2001 og 2002. Þessar upplýsingar eru hvergi nærri tæmandi en gefa þokkalegt yfirlit yfir þá þjónustu sem stendur þessum samfélagshópi til boða og því lagaumhverfi sem afmarkar þjónustuna. Af niðurstöðunum má ráða að ýmislegt er vert að endurskoða með það að markmiði að auka og bæta þjónustuna. Niðurstöðurnar veita ekki yfirlit yfir fjölda einstaklinga sem þurfa á áfengis- og vímuefna meðferð að halda enda krefst það aðgangs að persónugreinanlegum upplýsingum sem starfshópurinn hafði ekki og sóttist ekki eftir að fá. Niðurstöðurnar veita ekki heldur innsýn í þann fjölda einstaklinga sem á við áfengis- og vímuefnavanda að etja en leggst inn á sjúkrahús vegna annarra orsaka.

Ekki er hér gerð tilraun til að meta heildarkostnað þjóðfélagsins af áfengis- og vímuefnaneyslu heldur er fyrst og fremst litið á kostnað vegna meðferðar þeirra einstaklinga sem njóta opinberrar þjónustu. Kostnaður við forvarnastarf er ekki talinn með. Í þessu sambandi er rétt að benda á að samkvæmt ríkisreikningum hefur ríkið verulegar tekjur af áfengisgjaldi eða samtals 5.925 millj. kr. árið 2002 og 5.872 millj. kr. árið 2001.

7.1. Helstu kostir.

Helstu kostir þjónustunnar eins og hún er núna eru:

- **Þjónustan er aðgengileg.** Þeir sem óska eftir aðstoð frá heilbrigðiskerfinu vegna áfengis- og vímuefnaneyslu geta nálgast hana auðveldlega hjá heilsugæslunni, læknum á stofu, á göngudeild geðdeildar Landspítala – háskólasjúkrahúss eða hjá SÁÁ á Vogu. Auk þess eru ýmis aðgengileg úrræði á vegum frjálsra félagasamtaka. Hafa þó í huga að sumir búa við þannig aðstæður að þeir eiga erfitt með að notfæra sér þjónustuna. Sumir eiga ekki heimangengt, t.d. mæður ungra barna, og bændur geta átt erfitt með að fá einhvern til að annast búin á meðan þeir fara í meðferð. Aðrir vilja fá bót á ýmsum fylgikvillum en eru ekki tilbúnir til að hætta neyslunni.
- **Framboð þjónustunnar er gott.** Árið 2002 var liðlega 1% landsmanna lagt inn til afeitrunar, 1% til endurhæfingar og 0,2% gátu samtímis dvalið á stofnun eða heimili sem ætlað er áfengis- og vímuefnaneytendum til afeitrunar, endurhæfingar eða stuðnings eftir meðferð.
- **Þjónustan er á mörögum þjónustustigum.** Meðferð getur falist í viðtölum við lækna og aðra sérfræðinga á heilsugæslustöðvum og stofum eða langtímainnlögn á sjúkrahús með lyfjameðferð og viðtölum við sérfræðinga. Á vegum félagsþjónustu og líknarfélaga er grunnþörfum áfengis- og vímuefnaneytenda, jafnt þeirra sem eru í virkri neyslu og þeirra sem eru í afturbata, sinnt af fagþekkingu, reynslu og mannúð. Með grunnþörfum er átt við fæði, klæði og húsaskjól.
- **Áhugamannasamtök leggja mikið af mörkum til uppbyggingar þjónustunnar.** Kostnaður við málaflokkinn nemur um 1,5 milljörðum kr. á ári en erfitt er að meta hvort hér sé um hagkvæmari rekstur að ræða en annars staðar. Þó ríkið beri mestan hluta kostnaðarins leggja áhugamannasamtök mikið af mörkum til uppbyggingar þjónustunnar. Má þar nefna fjárfestingar í húsnaði og margþættri aðstöðu og eins hafa félagar í áhugamannasamtökum lagt fram mikla og óeigingjarna vinnu sem ekki er metin til fjár í þessari skýrslu.

7.2. Helstu gallar.

Helstu gallar núverandi fyrirkomulags eru:

- **Gömul lög.** Sum þeirra laga sem fjalla um málefni áfengis- og vímuefnaneytenda eru komin til ára sinna og ták þess tíma þegar þau voru samin, t.d. lög um meðferð ölvaðra manna og drykkjusjúkra, nr. 39/1964. Ábyrgðarsvið félagsmálaráðuneytis og heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins annars vegar og sveitarstjórnarstigsins er á reiki.
- **Fjármögnun.** Það er fyrst og fremst ríkið sem fjármagnar þennan málaflokk eða 1.145 millj. kr. á árinu 2002 eins og sjá má í töflu 6.12. Framlag sveitarfélaganna sem var nýtt til reksturs áfangaheimila í Reykjavík er óverulegt. Aftur á móti hafa ýmis félagasamtök og einstaklingar lagt fram töluvert fjármagn til að reka meðferðarstofnanir. Fjárveitingar eru bundnar stofnunum en ekki málaflökki en gerður hefur verið þjónustusamningur við SÁÁ um kaup á skilgreindri þjónustu. Reglur um fjármögnun áfangaheimila virðast vera óljósar. Framlag ríkisins til áfangaheimila sem áður hét Gæsluvistarsjóður en er nú hluti af Forvarnasjóði hefur verið óbreytt svo árum skiptir.
- **Árangur óljós.** Þar sem ekki liggur fyrir samkomulag um hvernig meta skal árangur af áfengis- og vímuefna meðferð er erfitt að vita að hverju er stefnt með meðferðinni. Erlendis er unnið að gerð samræmnds árangursmats sem vert er að fylgjast með og aðlaga að íslenskum aðstæðum. Niðurstöður skýrslunnar bera með sér að aðstandendur áfengis-

og vímuefnaðferðar á Íslandi þekkja þetta vandamál og lýsa áhuga á samræmdu árangursmati eða eru þegar þátttakendur í þróun þess.

- **Erfið yfirsýn.** Erfitt er að fá yfirsýn yfir raunverulegan fjölda einstaklinga sem er þjónustuþurfi. Sami einstaklingur getur flakkað á milli í kerfinu án þess að hægt sé að henda reiður á þeirri hjálp sem hann fær á gefnu tímabili. Innan opinbera sjúkrakerfisins eru samskipti við einstaklinga skráð þannig að hægt væri að nálgast þær upplýsingar miðlægt. Hins vegar eru upplýsingar úr annars ágætri skráningu á Vogu og öðrum stofnunum á vegum SÁÁ ekki aðgengilegar annars staðar í kerfinu. Skráning á vegum félagsamtaka er með misjöfnum hætti.
- **Gæðakröfur óljósar.** Meðferð fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur hjá sjúkrahúsum er samkvæmt lögum og uppfyllir sömu kröfur og almennt eru gerðar til meðferðar á sjúkrahúsum. Hins vegar eru óskilgreindar þær kröfur sem félagsamtök, og aðrir sem vilja opna endurhæfingarstöðvar eða áfangaheimili, þurfa að uppfylla til að fá rekstrarleyfi og þar með hugsanlegan fjárstyrk. Til að mynda eru kröfur til starfsmanna hvað varðar reynslu, menntun, og neyslulausan tíma fyrrverandi fíkla óljósar. Samkvæmt upplýsingum frá Hazeldenstofnuninni í Minnesota í BNA er starfsliðið þar samsett að hálfu leyti af fólki sem ekki hefur ánetjast áfengi eða öðrum vanabindandi efnum og að hálfu leyti af starfsmönnum í afturbata sem hafa verið í bindindi í a.m.k. 3 ár. Starfsmenn í afturbata mega ekki bera ábyrgð á starfsemi sinni fyrir en eftir 5 ára bindindi. Sambærilegri reglu er ekki endilega fylgt hér á landi.
- **Lítill starfsemi utan Stór-Reykjavíkursvæðisins.** Engin rými til afeitrunar eru skilgreind utan Reykjavíkur. Öll áfangaheimilin eru í Reykjavík og nágrenni. Endurhæfingarstaðir eru nokkrir utan höfuðborgarsvæðisins á vegum SÁÁ, Krýsuvíkursamtakanna, Byrgisins og Barnaverndarstofu. Engin meðferð eða stuðningur fyrir fullorðna áfengis- og vímuefnaneytendur eru skilgreind á svæðinu frá endurhæfingarheimili SÁÁ að Staðarfelli í Dalasýslu, norður til Akureyrar þar sem SÁÁ rekur göngudeild, austur og suður um land að Efri-Brú í Grímsnesi þar sem Byrgið er. Aðgengi íbúa suðvesturhornsins að meðferð og stuðningi er því mun betra en annarra landsmanna.
- **Samstarf ríkis og sveitarfélaga gæti verið markvissara og meira.** Lög kveða að nokkru leyti á um skiptingu þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur milli félagsmálaráðuneytis og heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis. Hins vegar eru málefni oft á gráu svæði sem erfitt er að heimfæra. Framlag félagsþjónustu sveitarfélaga utan Reykjavíkur er óljóst enda sveitarfélögin mörg hver fámenn og hafa ekki bolmagn til að taka við verkefnum sem þeim ber að sinna samkvæmt lögum.
- **Göngudeildarþjónusta minni en í samanburðarlöndum.** Hér á landi hefur mest áhersla verið lögð á meðferð með margra vikna innlögn á endurhæfingarstofnun eða heimili. Erlendis hefur áhersla verið lögð á að auka og bæta göngudeildarþjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur og reyna með því að komast hjá eða stytta innlögn. Hér virðist jafnframt fleiri dögum vera varið til afeitrunar en erlendis. Starfsemi AA-samtakanna er hins vegar útbreidd og viðurkennd og hefur e.t.v. að nokkru leyti komið í stað formlegrar göngudeildarþjónustu.
- **Þjónusta heilsugæslunnar gæti verið markvissari.** Heilsugæslustöðvar virðast vera misvirkar við að sinna áfengis- og vímuefnaneytendum og þjónusta þeirra er lítt sýnileg. Ef marka má erlendar rannsóknarniðurstöður gætu markviss og samtaka vinnubrögð heilsugæslunnar hins vegar falið í sér mjög mikilvægt framlag til úrlausnar vanda áfengis- og vímuefnaneytenda t.d. með forvörnum og fjölskylduþjónustu.

- **Flest úrræði krefjast innlagnar.** Við flest meðferðarúrræðin er gert ráð fyrir innlögn. Vert er að gefa fjölbreyttari úrræðum sem hægt er að aðlaga að þörf mismunandi hópa betri gaum við þróun meðferðarúrræða á Íslandi. Þarfir fólks geta verið ólíkar eftir aldri, búsetu, kyni, starfi o.s.frv. Sem dæmi má nefna nokkur nýleg verkefni sem snúa að úrræðum fyrir börn og unglinga:
 1. Tilraunaverkefni á vegum Barnaverndarstofu þar sem „Multisystemic Therapy“ (MST)⁵¹ er beitt til að fást við hegðunarvanda barna og fer fram í því umhverfi sem þau lifa og hrærast í.
 2. Tilraunaverkefnið „Parent Management Training“ (PMT)⁵² sem snýst um að styrkja foreldra í uppeldishlutverki sínu til að fyrirbyggja alvarlegan hegðunarvanda barna sem skólaskrifstofa Hafnarfjarðar, félagsþjónusta Hafnarfjarðar og heilsugæslan í Hafnarfirði hafa haft samstarf um.
 3. Í verkefninu „Project Self Discovery“ (PSD)⁵³ eru unglingum kynntar ýmsar listgreinar sem geta hjálpað þeim að finna nýjan tilgang í lífinu. Verkefnið hefur náð nokkurri útbreiðslu í Bandaríkjunum á undanförunum árum og ráðgjafarfyrirtækið Ný leið – ráðgjöf hefur lýst áhuga á að hrinda því í framkvæmd hér á landi.

HEIMILDIR

- 1 Hagstofa Íslands (2003). Sala áfengis. *Fréttir Hagstofunnar nr. 54*. www.hagstofa.is.
- 2 Leifman, H. (2001). Estimations of unrecorded consumption and trends in 14 European Countries. *Nordisk Alkohol och Narkotikatidskrift, English Supplementary, 18*, bls. 54–70.
- 3 Trolldal, B. (2001). Alcohol sales figures in 15 European countries: Corrected for consumption abroad and taxfree purchases. *Nordisk Alkohol och Narkotikatidskrift, English Supplementary, 18*, bls. 71–81.
- 4 IMG-Gallup (2002). Rannsókn á áfengis- og vímuefnaneysla Íslendinga, nóvember/desember 2001, unnin fyrir áfengis- og vímuvarnaráð. Reykjavík.
- 5 Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., Skog, O.J. (1995). *Alcohol Policy and the Public Good*. New York: Oxford University Press og WHO Europe.
- 6 Fagræð Landlæknisembættisins um heilsueflingu (2003). Áherslur til heilsueflingar. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- 7 Kristinn Tómasson (1998). *Psychiatric Comorbidity Among Treatment Seeking Alcoholics. Importance for Course and Treatment*. Department of Behavioural Sciences in Medicine, University of Oslo and Department of Psychiatry, National University Hospital, Reykjavík.
- 8 Gylfi Ásmundsson. (1998). Breytingar á áfengisneyslu Íslendinga. *Geðvernd, 27*(1)34–40.
- 9 Australian Institute of Health and Welfare (2003). *Alcohol and other drug treatment services in Australia 2001–02. Report on the National Minimum Data Set*. Australian Institute of Health and Welfare: Canberra. www.druginfo.nsw.gov.au/publications/australian_publications.
- 10 Áfengis- og vímuvarnaráð (2003). *Áfengi og önnur vímuefni: Ýmsar tölhulegar upplýsingar, 2003*. Áfengis- og vímuvarnaráð: Reykjavík. www.vimuvarnir.is.
- 11 Berglund, M. o.fl. (2001). *Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsammansättning*. Vol. I og II. Stokkhólmur: SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. www.sbu.se.
- 12 Read, J.P., Kahler, C.W. og Stevenson (2001). Bridging the Gap Between Alcoholism Treatment Research and Practice: Identifying What Works and Why. *Professional Psychology, Research and Practice, 32* (3) 227–238.
- 13 Tómas Helgason (1988). Læknablaðið, apríl 1988.
- 14 Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 1989 Revision, Geneva, World Health Organization, 1992. <http://www.who.int/whosis/icd10/> Alþjóðleg tölfraðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála. www.landlaeknir.is.

- 15 American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV*, 4. útg. American Psychiatric Association: Washington.
- 16 Tómas Helgason, Krisinn Tómasson og Tómas Zoëga. (2003). Algengi og dreifing notkunar geðdeyfðar-, kvíða- og svefnlyfja. *Læknablaðið*, 89, 15–22.
- 17 Sigurlína Davíðsdóttir (2003). Líðan fíkla, alkóhólísta, reykingafólks og of þungra. Í Friðrik H. Jónsson (ritstj.). *Rannsóknir í félagsvísindum IV*, Félagsvísindadeild: Erindi flutt á ráðstefnu í febrúar 2003, bls. 297–298.
- 18 Det kongelige sosial- og helsedepartement (1999). *Arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere*. Delrapport 1: Døgnbehandlingstilbudet, 1. mars 1999. Delrapport 2: Tiltak for kvalitetssikring av hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere, 15. mai 1999. Delrapport 3: Tiltak for rusmiddelmissbrukere – ansvars plassering, finseringssystem og samarbejdsforhold, 23. juni 1999. Oslo.
- 19 Gabrielsen, A. (2004). *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere Perspektiver og strategier*. Noregur: Helsedepartementet.
- 20 Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. og Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Önnur útg. Genf: WHO.
- 21 Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2001). Brief intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Health Care. Genf: WHO.
- 22 Olga Hákonsen (1995). Hjúkrun áfengissjúklinga á bráðadeild II. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 71(4), 121–125.
- 23 Þórarinn Gíslason, Kristinn Tómasson, Hrafnhildur Reynisdóttir, Júlíus K. Björnsson og Helgi Kristbjarnarson (1994). Heilsufarslegir áhættuþættir umferðarslysa. *Læknablaðið*, 80, 193–200.
- 24 Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (2000). *European Alcohol Action Plan 2000–2005*. WHO, Regional Office of Europe. www.who.org.
- 25 Rehn, N., Room, R. og Edwards, G. (2001). *Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies*. WHO, Regional Office of Europe. www.who.org.
- 26 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2003). *Management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Quick Reference Guide*. SIGN:Edinburgh. www.sign.ac.uk.
- 27 Schaffer, H. J. (1997). *Mat á áfengis- og vímuefnamedferð á Íslandi: stefnumörkun*. Íslensk þýðing Guðbrandur Gíslason. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- 28 McCrady, B.S. (2001). Alcoholics Anonymous and behavior therapy: Can habits be treated as diseases? Can diseases be treated as habits? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1159–1166.
- 29 Kristinn Tómasson (1999). Árangur áfengismedferðar á Íslandi 28 mánuðum eftir innlögn. *Læknablaðið*, 85, 699–706.
- 30 Milkman, H., Wanberg, K., og Robinson, C.P. (1996). Project Self-Discovery: Artistic Alternatives for High Risk Youth. *Journal of Community Psychology, A Monograph in the Advances in Community Psychology Series*. New Jersey: Wiley & Sons.
- 31 Kadden, R.M. (1994). Cognitive-Behavioral approaches to alcoholism treatment. *Alcohol health and Research world*, 18(4), 279–286.
- 32 Minzberg, H. (1983). *Structures in Fives. Designing effective organizations*. International edition. Bandaríki Norður Ameríku: Prentice/Hall International, Inc.
- 33 Olsen, O, og Peters, B.G. (1996). *Lessons from Experience. Experiential Learning in Administrative Reforms in Eight Democracies*. Noregur: Scandinavian University Press.
- 34 Posavac, E. J. og Reymond, G. C. (1996). *Program evaluation methods and case studies*. New Jersey: Prentice Hall.
- 35 Bickman, L., Rog, D.J. (1998). *Handbook of applied social research methods*. London: SAGE Publications.
- 36 Weimer, D.L. og Vining, A.R. (1998). *Policy Analysis. Concepts and Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- 37 Varian, H. R. (2003). *Intermediate Microeconomics. A modern approach*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- 38 May, P.J. (2002). Social Regulation. Í *The tools of government. A guide to the new governance*, 5. kafli. Salamon, L.M. ritstjóri. Oxford, New York: Oxford University Press.
- 39 Verslunarráð Íslands (2004). *Einkafrankvæmd – samkeppni á nýjum sviðum*. Reykjavík: Verslunarráð Íslands.

- 40 Fjármálaráðuneytið (1998). *Einkaframkvæmd. Skýrsla nefndar fjármálaráðherra*. Rit 1998–4. Reykjavík: Fjármálaráðuneytið. www.fjarmalaraduneyti.is.
- 41 Oslo kommune (2002). *Veileder med retningslinjer ISIT brukerundersøkelse*. Utgave 1/2001 med revidering april 2002. Rusmiddelstaten veileder 07022001. Oslo: Oslo kommune.
- 42 Persson, K. (2001). Rapport. Kvalitet og kvalitetsmålinger i behandling af rusmiddelmissbrukere. Ósló: Rusmiddelstaten.
- 43 Oslo kommune (2000). ISIT-rapport 2000. Evalureing av Rusmiddelstatens erfaring med målingene. Rusmiddelstaten, slutrapport, 6. november 2000. Oslo: Oslokommune.
- 44 Yates, B. Y. (1998). Formative evaluation of costs, cost-effectiveness, and cost-benefit. Í *Handbook of applied social research methods*, bls. 285–315. Bickman, L. og Rog, D.J. ritstjórar. London: Sage Publications.
- 45 Ouimette, P. C., Finney, J. W., Moos, R. H. (1997). Twelve-Step and Cognitive-Behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 230–240.
- 46 National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. (2004). *Addiction Severity Index (ASI)*. www.niaaa.nih.gov/publications/asi.htm.
- 47 American Association of Addiction Medicine (ASAM) (2004). *Principles for Outcome Evaluation in the Treatment of Substance-Related Disorders*. www.asam.org.
- 48 Páll Biering. (1996). Árangur af vímuefnaeðferð unglunga á Tindum. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 72(3), 135–139.
- 49 Hildigunnur Ólafsdóttir (2000). *Alcoholics Anonymous in Iceland. From Marginality to Mainstream Culture*. Reykjavík: University of Iceland Press.
- 50 Þórarinn Tyrfingsson (2004). *Endurkomufólkið hjá SÁÁ. Sjúklingar sem komu á Sjúkrahúsið Vog 2003 og höfðu verið 10 sinnum eða oftar*. Reykjavík: SÁÁ.
- 51 Herdís Birgisdóttir (2003). MST, tilraunaverkefni til að fást við vanda unglunga. Frétt á heimasíðu Barnaverndarstofu 05.05.03. www.bvs.is.
- 52 Áfengis- og vímuvarnaráð (2003). *Ársskýrsla áfengis- og vímuvarnaráðs 2002*. www.lydheilsustod.is.
- 53 Milkman, H. (2001). Better than dope. *Psychology Today*, March/April 2001, 32–38.
- 54 Socialstyrelsen (2004). *Läkemedelassisterad behandling av heroinmissbrukare*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- 55 Socialstyrelsen (2003). *Insatser og klienter i behandlingssenheter inom missbrukarvården den 1 april 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- 56 European Commission (2004). *First draft working paper on a coordinated approach in Europe to tackle alcohol-related harm*. European Commission, Health & Consumer Directorate General: Brussel.

VIÐAUKI

Fyrirspurnir starfshóps á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra.

1. Rekstrarform stofnunarinnar og stjórnskipulag

2. Tilgangur rekstursins og hugmyndagrundvöllur

3. Kröfur stofnunarinnar til ófaglærðra starfsmanna (áfengisfulltrúa) og endurmenntun

4. Þjónusta stofnunarinnar þ.m.t. vaktþjónusta

5. Eftirfylgni

6. Skilgreining á árangri

7. Árangursmælingar og niðurstöður þeirra

8. Annað
