

Skaðaminnkandi nálganir

HELENA BRAGADÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINENDUR: DR. HELGA SIF FRÍÐJÓNSDÓTTIR
OG DR. BRYNJA ÖRLYGSDÓTTIR

JÚNÍ 2009



HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD
HÁSKÓLI ÍSLANDS

Þakkarorð

Ég þakka leiðbeinendum mínum, Helgu Sif Friðjónsdóttur og Brynju Örlygsdóttur, kærlega fyrir leiðbeiningar og tilsögn við gerð ritgerðarinnar. Hvatning þeirra og sá innblástur sem þær veittu mér voru ekki síður mikilvægur stuðningur. Þá er ég þakklát þeim fjölmörgu sem sinna margháttaðri þjónustu við áfengis- og vímuefnaneytendur og gáfu sér tíma til að ræða við mig um málefni þeirra.

Útdráttur

Ákveðinn hópur áfengis- og vímuefnaneytenda er með langt genginn sjúkdóm. Hluti hópsins sprautar vímuefnum í æð, en aðrir eru í skaðlegri drykkju og ná ekki að vera án áfengis til lengri tíma. Þessir hópar kljást oft við fleiri vandamál eins og aðrar geðraskanir eða heimilisleysi. Skaðaminnkandi hugmyndafræði (harm reduction) hefur verið notuð til að þróa íhlutanir fyrir þessa hópa og eiga slíkar nálganir sér langa sögu í Evrópu, Kanada, Ástralíu og Bandaríkjunum. Tilgangur þessarar fræðilegu úttektar er að fjalla um skaðaminnkun með sérstaka áherslu á nálaskiptipjónustu, neysluherbergi (drug consumption room), viðhaldsmeðferð (methadonmeðferð) og skaðaminnkun í fangelsum. Þessar nálganir fela í sér íhlutanir og þjónustu sem veitt er virkum áfengis- og vímuefnaneytendum. Með þessum nálgunum er leitast við koma á sambandi milli hópsins og heilbrigðiskerfis, þar sem einstaklingnum er mætt þar sem hann er. Skoðað verður að hvaða marki skaðaminnkun er beitt hér á landi.

Lykilorð: Vímuefnaneytendur, skaðaminnkun, nálaskiptipjónusta, neysluherbergi, viðhaldsmeðferð.

Abstract

A distinct group of alcohol and drug users suffer from a progressed stage of an illness. Part of the group inject drugs intravenously, while others engage in harmful drinking and are unable to abstain from alcohol for any extended periods of time. In addition to substance dependence, these individuals often suffer from mental illnesses and homelessness. The philosophy of Harm Reduction has been applied to develop interventions that work for this group; such approaches have a long history in Europe, Canada, Australia and the USA. This dissertation examines Harm Reduction strategies with a special focus on needle exchange, drug consumption rooms, methadone treatment, and Harm Reduction in prisons. These approaches involve that interventions and services are made available to active drug users, as well as establishing and maintaining a connection between drug users and the health system. The application of harm reduction strategies in Iceland is also examined.

Keywords: Drug users, Harm reduction, Needle exchange programme, Drug consumption rooms, Methadone treatment.

Efnisyfirlit

Þakkarorð	iii
Útdráttur	iv
Abstract	v
Efnisyfirlit	vi
Inngangur	1
Fræðileg samantekt	4
Áfengis- og fíkniefnavandi	4
Uppræting vímuefnanotkunar eða skaðaminnkun?	6
Uppræting vímuefnanotkunar	6
Hugmyndafræði skaðaminnkunar	7
Saga skaðaminnkunar	9
Ávinningur skaðaminnkandi íhlutana	12
Nálaskiptipjónusta.....	13
Neysluherbergi.....	16
Viðhaldsmeðferð.....	20

Skaðaminnkandi nálganir í fangelsum.....	22
Hindranir á notkun skaðaminnkandi nálgana	26
Samantekt.....	30
Umræður	31
Dæmi um stefnu erlendis	35
Skaðaminnkandi nálganir hér á landi.....	36
Gildi fyrir hjúkrun.....	39
Lokaorð	41
Heimildaskrá	42

Inngangur

Áfengis- og vímuefnafíkn er einn þeirra langvinnu sjúkdóma sem heilbrigðiskerfi um allan heim þurfa að kljást við. Úrræði fyrir þá sem kjósa að hætta neyslu eru fyrir hendi á Íslandi og aðgengileg öllum, og sem dæmi um stofnanir sem sinna þessum málaflokki eru Sjúkrastöðin Vogur og deild 33A á Landspítala háskólasjúkrahúsi. Ákveðið hlutfall þeirra sem þjást af áfengis- og vímuefnafíkn getur eða vill ekki hætta neyslu. Þennan hóp hrjá ýmiskonar misalvarleg heilbrigðisvandamál, auk margskonar félagslegra og fjárhagslegra vandamála, þ.m.t. heimilisleysi (Velferðarsvið, 2008). Þó heilsufar þessa hóps sé almennt bágborið leitar hann ekki til heilsugæslu fyrr en í óefni er komið og innlögn á spítala jafnvel orðin óhjákvæmileg. Á deild A7 á Landspítalanum eru á hverjum tíma inniliggjandi frá 1 og allt að 4-5 sprautufíklar sem þurfa 4-6 vikna sýklalyfjakúr vegna bakteríusýkinga. Félagsleg og fjárhagsleg vandamál þessa hóps eru einnig mikil, og oft eru þeir einstaklingar sem leggjast inn á sjúkradeild úrskrifaðir á götuna eftir meðferð og hætta jafnvel í lyfjameðferð áður en henni lýkur vegna fíknisjúkdóms (Stefanía Arnardóttir, munnleg heimild, 23. apríl 2009).

Í Bandaríkjunum er hjartaþelsbólga (endocarditis) aðalorsök dauða og sýkinga hjá þeim sem sprauta efnum í æð. Margar rannsóknir þar í landi sýna að 16% til rúmlega 50% af sýkingum í hjartalokum eru tengd sprautunotkun í æð. Tíðni hjartaþelsbólgu meðal sprautufíkla er um það bil 1:500 á meðan tíðnin í almennu þýði er 1:20000. Aðrar sýkingar eru einnig tíðar í þessum hópi, svo sem HIV, lifrabólga B og C, sýkingar í liðum, beinum og mjúkvefjum (Broyles og Korniewicz, 2002).

Skaðaminnkun er þýðing á enska orðinu *harm reduction*. Skaðaminnkun er hugmyndafræði sem hefur verið notuð erlendis til að skilgreina stefnu, þjónustu og inngrip, eins og nálaskiptiþjónustu, neysluherbergi (drug consumption room) eða viðhaldsmeðferð (methadonmeðferð) fyrir fíkla. Þessi úrræði miða að því að draga úr eða lágmarka þann heilsu-, félags- og fjárhagslega skaða sem einstaklingar, samfélög og þjóðfélagið í heild verður fyrir vegna áfengis- og vímuefnaneyslu. Aðferðir skaðaminnkandi nálgana hafa verið notaðar í ýmsum löndum frá 1980 en sumar íhlutanirnar eiga sér lengri sögu.

Þeim meginmarkmiðum sem skaðaminnkun tekur til hefur verið skipt í þrjá flokka: Halda lífi, viðhalda heilsu og bæta heilsufar. Tilgangur þessarar fræðilegu úttektar var að skoða hvaða skaðaminnkandi íhlutunum hefur verið beitt erlendis og hversu árangursríkar þær hafa verið. Ritgerðin mun greina frá upphafi og uppruna skaðaminnkunar og þeim jarðvegi sem hún er sprottin úr. Einnig verður skoðað hvaða árangur hefur náðst í löndum þar sem hefð er fyrir skaðaminnkandi þjónustu. Greint verður frá mögulegum samfélagslegum ávinningi eða skaða þegar notaðar eru skaðaminnkandi stefnur, þjónustur eða inngrip.

Fjallað verður sérstaklega um fjórar gerðir skaðaminnkandi þjónustu: nálaskiptiþjónustu, neysluherbergi, viðhaldsmeðferð og skaðaminnkandi þjónustu í fangelsum. Einnig verður kannað að hvaða marki er verið að beita skaðaminnkandi nálgunum hér á landi. Þá verður fjallað um mögulegar hindranir fyrir innleiðingu skaðaminnkandi þjónusta í íslensku samfélagi og skoðað hvernig hægt væri að innleiða hugmyndafræði skaðaminnkunar í íslenskt heilbrigðis- og félagskerfi.

Heimildir voru að mestu fengnar úr gagnagrunnum PubMed og PsychInfo eða af heimasíðum alþjóðlegra samtaka. Leitarorð voru *harm reduction*, *needle exchange*, *drug*

consumption room, methadon-maintenance treatment, drug addicts. Takmarkaðar upplýsingar eru til á Íslandi um hve stór hópur fíkla er heimilislaus eða í harðri neyslu sem og hvaða heilbrigðisþarfir þessi hópur hefur. Til að afla óformlegra upplýsinga um þessi atriðið voru tekin viðtöl við aðila sem koma að þjónustu við hópinn hérlandis og m.a. rætt við fólk sem starfar innan félagsþjónustu, heilbrigðisþjónustu og lögreglu.

Fræðileg samantekt

Í þessum kafla ritgerðarinnar verður fyrst fjallað um áfengis- og vímuefnavanda og tvennskona nálganir: upprætingu vandans eða skaðaminnkun. Einnig verður fjallað um heilsufar áfengis- og vímuefnaneytenda og tölfræði um sprautufíkla á Norðurlöndum. Því næst er tekin fyrir hugmyndafræði, sjónarhorn hugmyndasmiða er dregið fram og tæpt á því hvaða misræmi er helst að finna í skrifum þeirra. Í sögukafla verður sagt frá því hvar innleiðing skaðaminnkandi nálgana er talin hafa byrjað og tekið dæmi um borg í Bretlandi þar sem tókst vel til. Í lok sögukaflans verður sagt frá alþjóðlegum stofnunum sem hafa tekið skaðaminnkandi nálganir inn í stefnu sína. Kafla um ávinning skaðaminnkandi íhlutana inniheldur svo undirkafla þar sem fjalla verður um sértæka skaðaminnkun sem er nálaskiptiþjónusta, neysluherbergi, viðhaldsmeðferð og skaðaminnkandi nálganir í fangelsum. Umfjöllunin endar á kafla um mögulegar hindranir fyrir innleiðingu skaðaminnkandi nálgana og samantekt.

Áfengis- og fíkniefnavandi

Talið er að í heiminum sprauti sig um 12 milljónir manna með ólöglegum vímuefnum. Á Norðurlöndunum er vímuefnavandamál viðvarandi, sem og annarsstaðar í vestur Evrópu. Í skýrslu International Harm Reduction Association (IHRA) frá 2008, sem inniheldur meðal annars tölfræðilegar upplýsingar um fjölda sprautufíkla, er áætlað að í Noregi sprauti tæplega 15 þúsund manns (0.33%) vímuefnum í æð að staðaldri, um 15.500 (0.26%) í Danmörku og Finnlandi og um 26-30 þúsund (0.33%) í Svíþjóð (Cook og Kanaef, 2008). Á grundvelli upplýsinga í ársskýrslu Samtaka áhugafólks um áfengisvarnir (SÁÁ) um innskrifaða

sjúklinga á Vogu (frá 1991-2006) er áætlað að á hverjum tíma séu um 700-1000 virkir sprautufíklar á Íslandi (0.23-0.33%). Fíklar hér á landi byrjuðu að sprauta sig í kringum 1983 þegar amfetamín tók að berast til landsins frá Hollandi. Eftir 1998 fóru sprautufíklar í vaxandi mæli að sprauta morfíni og kókaíni eða öðrum örvandi efnum í æð. Síðan þá hefur morfínneysla aukist en heróínneysla hefur hins vegar ekki náð að skjóta rótum hér á landi. Notkun örvandi efna, amfetamíns, kókaíns og rítalíns, fer vaxandi og árið 2006 greindust 674 stórneytendur amfetamíns á Sjúkrastöðinni Vogu. Fíknivandi þeirra sem sprauta sig er mun þrálátari og erfiðari viðfangs en annar neysluvandi, og eru sprautufíklar líkamlega og andlega veikari en aðrir fíklar (SÁÁ, 2009).

Líkamlegir fylgikvillar og dauðsföll eru algengari hjá sprautufíklum en hjá öðrum vímuefnaneytendum. Þeir eru tíðir gestir á bráðamóttökum og almennum deildum. Sem dæmi má nefna að á lyflækningadeild A7 á Landspítala háskólasjúkrahúsi eru 1-2 og allt að 4-5 virkir vímuefnaneytendur inniliggjandi á hverjum tíma vegna bakteríusýkinga af völdum sprautunotkunar. Meðferð hvers einstaklings varir frá 4-6 vikum, en fjöldi koma þeirra er ekki skráður sérstaklega (Stefanía Arnardóttir, munnleg heimild, 23. apríl 2009).

Sýkingar af völdum veira og baktería eru því algengar í þessum hópi. Vímuefnaneytendur sem sprauta sig eru líklegir til að smitast af blóðbornum sjúkdómum á borð við Human Immunodeficiency Virus (HIV) og lifrabólgu B eða C sem berast með samnýtingu nála og sprautuáhalda. Á vef SÁÁ kemur fram að 60% þeirra sem hafa sprautað sig reglulega í eitt ár og 80% þeirra sem hafa sprautað sig í 2 ár smitast af lifrabólgu C. Árið 2008 greindust 36 ný lifrabólgutílfelli á Vogu (SÁÁ, 2009), en tölur frá Landlækni fyrir árið 2008 eru óbirtar. Í skýrslu IHRA frá 2008 kemur fram að á Norðurlöndunum er hlutfall sprautufíkla með lifrabógu C smit lægst 23% en hæst tæplega 84% (IHRA, 2008). Víðast

hvar erlendis er smit á HIV veiru algengt meðal sprautufíkla og nánast slembilukka að veiran sé ekki búin að koma sér inn í þennan hóp hér á landi (SÁÁ, 2009).

Uppræting vímuefnanotkunar eða skaðaminnkun?

Uppræting vímuefnanotkunar. Ríkjandi viðhorf innan heilbrigðiskerfa þjóða gagnvart ólöglegri vímuefnanotkun endurspeglast í siðferðismódelinu og sjúkdómsmódelinu. Siðferðismódelið gengur út frá því að notkun vímuefna sé refsiverð (Marlatt, 1998) og birtist í slagorðum eins og „*War on Drugs*” í Bandaríkjunum sem heyrðist fyrst opinberlega á blaðamannafundi RichardsNixons 1971 (Villarreal og Fogg, 2006). Hér er markmið siðferðislega móðelsins vímuefnalaust samfélag (Marlatt, 1998). Þetta viðhorf hefur m.a. legið til grundvallar stefnumótun íslenskra stjórnvalda hvað varðar áfengis- og vímuefnamál Íslendinga og var „vímuefnalaust Ísland árið 2000“ kosningaloforð íslensks stjórnmalaflokks fyrir kosningar árið 1999. Áhersla siðferðismóðelsins er að eyðileggja uppsprettur eiturfjfa og handtaka jöfnun höndum eiturfjfasala og vímuefnaneytendur (Marlatt, 1998).

Síðari tíma nálgun fæddi af sér sjúkdómsmódelið sem lítur á vímuefnaneytandann sem veikan, þ.e. hann er haldinn sjúkdómi sem þarfnast meðferðar og endurhæfingar (Marlatt, 1998; WHO, 2007). Sjúkdómur áfengis- og vímuefnafíknar er greindur samkvæmt viðurkenndum alþjóðlegum stöðlum (International Classifications of Diseases and Related Health Problems, ICD-10). Sjúkdómurinn á sér mislangan þróunarferil þar sem áhrif umhverfis og erfða virka saman og skapa fullmótaða sjúkdómsmynd. Einhverstaðar í ferli einstaklings missir hann hæfni til að sporna gegn fíkn sinni. Lækningin er í því fólgin að stöðva alla áfengis- og vímuefnaneyslu og ævarandi bindindi er eina tryggingin fyrir

varanlegri lækningu (SÁÁ, 2009). Eins ólík og módelin virðast, hafa þau sama markmið, þ.e. að uppræta neyslu og framboð, áherslan er á neytendann og neyslu hans.

Hugmyndafræði skaðaminnkunar. Þeir sem aðhyllast skaðaminnkun í meðferð vímuefnaneytenda sjá aðra valkosti og má segja að sýn þeirra einkennist af raunsæju mati á hlutskipti fíkla. Ólíkt sjúkdómsnálguninni gengur skaðaminnkandi hugmyndafræði út frá þeirri staðreynd að hluti einstaklinga í hverju samfélagi notar vímuefni og lifir áhættusömu lífi. Þannig er viðverandi vímuefnanotkun í samfélögum staðreynd og því ekki raunhæft að setja markmið um vímuefnalaust samfélag (Erickson, Butters og Walko, 2007; Kellogg, 2003; Marlatt, 1998).

Áhersla skaðaminnkandi hugmyndafræði er því ekki á notkunina sem slíka heldur er sjónum beint að afleiðingum og áhrifum fíknihegðunar og skoðað hvað er skaðlegt eða hjálplegt vímuefnaneytandanum og samfélaginu í heild (Marlatt, 1998). Hugmyndafræði skaðaminnkunar beinist að því að minnka heilsufarslegan, félagslegan og fjárhagslegan skaða sem vímuefnaneysla veldur einstaklingi, samfélagi og þjóð. Ekki er litið á neytendann sem siðlausan, veikan eða sem glæpamann heldur er fyrst og fremst litið á hann sem manneskju (Erickson, Butters og Walko, 2007). Segja má að skaðaminnkun sé regnhlífarhugtak um breitt svið af íhlutunum sem eiga sér stað í mismunandi umhverfi, hafa ólík markmið og beinast að fjölbreyttum markhópum (Kellogg, 2003).

Tatarsky (2003) hefur skrifað um skaðaminnkun í meðferð þar sem bindindis er ekki krafist sem skilyrðis fyrir þátttöku. Skaðaminnkun felur í sér allt það sem minnkar skaða þess sem er í vímuefnaneyslu án þess að útiloka edrúmennsku. Öll skref sem tekin eru til jákvæðra breytinga eru góður árangur. Með því að samþykkja aðrar leiðir en bindindi í upphafi

meðferðar, er náð til fleiri einstaklinga en hin hefðbundnda meðferð sem gerir kröfu um edrúmennsku myndi gera (Einstein, 2007; Marlatt, Blume og Parks, 2001; Tatarsky, 2003). Markmið meðferðar eru aukin lífsgæði hvort sem horft er til geðheilsu, sjúkdómasmitunar, heimilisleysis, fangelsunar eða atvinnu, en þessum markmiðum er hægt að ná án þess að algerrar edrúmennsku sé krafist í meðferðinni eða þeirri aðstoð sem verið er að veita (Harm Reduction Therapy Center, 2009). Meðferðaraðilar sem vinna samkvæmt þessum formmerkjum meta árangur eftir því hvort lífsgæði neytenda batni, en ekki hvort þeir séu áfram í neyslu (Tatarsky, 2003).

Helsta ágreiningsefni þeirra er fjalla um skaðaminnkun er að sumir halda því fram að meðferð sem leiðir til bindindis að lokum, geti ekki talist til skaðaminnkandi nálgana. Single (2005) skilgreinir skaðaminnkandi nálgun sem aðferð til að minnka þann skaða sem tengist neyslu án þess að neytandi hætti neyslu, og tekur afdráttarlausa afstöðu með þeirri hugmyndafræði að meðferð sem miðar að bindindi geti alls ekki talist skaðaminnkandi nálgun (Järvinen, 2008). Einnig sést í skrifum að markmið skaðaminnkandi nálgunar ætti ekki að vera að draga úr neyslu (Erickson, Butters og Walko, 2007). Aðrir sem láta sig þessi mál varða eru ósammála því og víða er talað um að edrúmennska sé ákjósanleg útkoma en beita skuli skaðaminnkandi nálgun á meðan sú niðurstaða er ekki raunhæf (Einstein, 2007; Marlatt, 1998; Riley og O'Hare, 2000; Tatarsky, 2003). Skaðaminnkandi nálgun útilokar ekki bindindi heldur viðurkennir að margar leiðir og úrræði eru að markinu sem taka til vandamála sem tengjast neyslu. Skaðaminnkandi nálgun og edrúmennska/bindindi eru tvær af mörgum nálgunum (Riley og O'Hare, 2000).

Saga skaðaminnkunar

Rætur skaðaminnkandi nálgunar liggja í yfir hundrað ára gamalli hugmyndafræði sem hafði heilsu samfélagsins að markmiði og byggðist á lýðheilsu. Aðferðum samfélagshjúkrunar sem hafði verið beint að samfélaginu öllu, var nú beint að hópi vímuefnaneytaenda í formi skaðaminnkunar. Frá 1960 jókst meðvitund og vitneskja um þær alvarlegu afleiðingar sem ólögleg vímuefnaneysla hafði, og viðurkennt var að ekki dygði að beina sjónum einungis að einstaklingnum sem misnotaði efni, heldur þyrfti breiðari félagslega nálgun (Erikson, Butter og Walko, 2007).

Vegna stóraukinnar útbreiðslu og neyslu vímuefna í Hollandi á 7. áratugnum voru gerðar gagnngerar breytingar á stefnu landins í málefnum vímuefnaneytenda. Hollensk stjórnvöld ákváðu að greina á milli vímuefna sem stofnuðu neytendum í mikla hættu og hinna sem væru áhættuminni. Þannig var vímuefnamarkaðurinn klofinn í tvennt og sala vægari efna lögleidd (Korf og Buning, 2001). Upp úr þessu voru opnuð kaffihús sem seldu þessi vægari efni. Þó að þetta væri í sjálfu sér skaðaminnkandi íhlutun kom hugtakið sjálf ekki fram á prenti fyrr 1981 í skýrslu í Hollandi frá ráðuneyti heilbrigðis og lýðheilsu (*State Secretary for Health and Environmental Protection*). Þar lýsti Engelsman þeirri staðreynd að ekki gætu allir hætt vímuefnaneyslu en engu að síður þyrfi að veita þeim aðstoð til að lágmarka skaðann. Nefndar eru leiðir að markinu eins og skuldbindingarlítil meðferð og aðgengileg hjálp sem eru lykilatriði í vímuefnastefnu Hollendinga. Nánari úrræði eru einnig tilgreind eins og nærþjónusta á götunum (fieldwork), fangelsum og spítölum, opin miðstöð fyrir vændiskonur, aðgangur að viðhaldsmeðferð og möguleiki á endurhæfingu (Marlatt, 1998).

Seint á 9. áratug 20. aldar þegar áherslan í lýðheilsumálum var aðallega á hugmyndir og úrræði varðandi neyslu á áfengi og tóbaki, byrjaði umræðan að nálgast vandamál sem

tengdust ólöglegri vímuefnaneyslu (Erickson, Butters og Walko, 2007). Aðalhvatin að skaðaminnkandi nálgunum á síðasta áratug 20. aldar var útbreiðsla Human Immunoedeficiency Virus (HIV), en vímuefnaneysla þar sem neytendur deila sprautum eru ein algengasta smiðleið HIV. Sú ógn sem beindist að samfélaginu vegna tilkomu HIV varð farvegur fyrir nýjar áherslur íhlutana sem höfðu það að markmiði að lágmarka skaða frekar en að stöðva neysluna (Riley og O'Hare, 2000) og var orðin ljós sú hættu sem stafaði af samýtingu nála með tilliti til HIV.

Mikla athygli vakti róttækt brautryðjendastarf í heilbrigðisumdæmi Mersey Side héraðs á Englandi á miðjum 9. áratuginum, þar sem skipulega var unnið gegn vandamálum sem tengdust vímuefnaneyslu. Í héraðinu er Liverpoolborg sem var þekkt fyrir mikla heróín-neyslu. Nýtt heilsufarsvandamál blasti við, HIV var orðin raunveruleg ógn sem kallaði á nýja nálgun og sýn til að takast á við vandamálið. Segja má að nokkrar lykilpersónur hafi verið á réttum stað á réttum tíma, sem gerði þeim kleft að útfæra skaðaminnkandi nálgun á svæðinu. Brugðist var við með skjóttum hætti. Sprautufíklar voru skilgreindir sem markhópur verkefnisins, komið var á sambandi við hópinn, því viðhaldið og lögð áhersla á inngrip fyrir þann hluta hópsins sem var í mestri áhættu, svo sem vændiskonur. Sóst var eftir samvinnu við markhópinn, samfélagið, lækna og lögreglu. Nálgunin fólst í nálaskiptiþjónustu, viðhaldsmeðferð, nærþjónustu og upplýsingum/fræðslu. Þetta varð þekkt sem *Mersey Harm Reduction Model*. Árangurinn af þessari þverfaglegu samvinnu var mjög góður, minna var um að fólk samnýtti nálar og notkun götuefna minnkaði. Fólk sem hafði neytt heroíns í æð í allt að 25 ár kom og nýtti sér nærþjónustuna, og voru sumir að nýta sér heilbrigðisþjónustu í fyrsta sinn á þeim tíma. Komið var á sambandi við yfir 50% þeirra sem voru í mestri áhættu að smitast af HIV og sá hluti íbúanna sem neytti vímuefna varð heilbrigðari og betur

upplýstur. Þetta átak er talið hafa ráðið úrslitum um að HIV faraldur náði sér ekki á strik í Liverpoolborg (O'Hare, 2007).

Vegna hins góða árangurs sem náðist í Liverpool varð hún einskonar fyrirmynd, og margir sem höfðu áhuga á skaðaminnkandi nálgunum komu að heimsækja borgina. Tímariti sem kennt var við Mersey héraðið var hleypt af stokkunum 1987 en heiti þess breytt 1989 í *International Journal of Drug Policy* enda var efni blaðsins alþjóðlegt og kom víða að. Fyrsta ráðstefnan um skaðaminnkandi nálganir var haldin í Liverpool 1990 sem rökrétt framhald af þeim áhuga sem árangurinn þar vakti. Ráðstefnan hefur síðan verið haldin með reglulegu millibili (O'Hare, 2007) og verður hún næst haldin í Liverpool árið 2010 (IHRA, 2009). Upp úr ráðstefnunni 1990 urðu til samtök um skaðaminnkandi nálganir, *Harm Reduction Movement*. *International Harm Reduction Association* (IHRA) var svo stofnað 1995 og standa samtökin fyrir árlegum ráðstefnum um allan heim og vinna að útbreiðslu, fræðslu og rannsóknum á skaðaminnkandi nálgunum, með það fyrir augum að minnka þann skaða sem ólögleg vímuefnaneysla veldur einstaklingum, þjóðfélagi og samfélagi (IHRA, 2009). Sýn þeirra sem komu að ráðstefnunni í upphafi var að bæði hin fræðilega hlið skaðaminnkandi nálgunar og framkvæmdin sjálf myndi þróast og samlagast meira lýðheilsufræðilegum markmiðum á komandi áratug (O'Hare, 2007). Það gekk eftir og lýsti forstjóri Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar því yfir árið 2000 að lykillinn að því að hindra útbreiðslu HIV lægi í skaðaminnkun meðal vímuefnaneytenda (Wodak og McLeod, 2008). Hefur Alþjóðaheilbrigðisstofnunin auk þess gefið út margar skýrslur, staðið fyrir ráðstefnum er varða skaðaminnkandi nálganir, og tekið saman efni um margháttaðan ávinning í skýrslum, studdum rannsóknum, sem finna má á vefsvæði stofnunarinnar. Þá hefur stofnunin lagt áherslu á að alhliða og ítarleg innleiðing skaðaminnkandi nálgana, bæði í samfélaginu og

fangelsum, muni geta snúið við þeim faraldri sem HIV er. Taldar eru upp þær íhlutanir sem þurfa allar að vera fyrir hendi: Nálaskiptipjónusta, viðhaldsmeðferð, HIV ráðgjöf og skimpróf, lyfjagjöf til HIV-smitaðra og fyrirbygging kynsjúkdóma með dreifingu smokka meðal hópa sem sprauta sig. Í nærþjónustu þarf að veita upplýsingar og fræðslu og koma á samskiptum við fíkla og maka þeirra, bjóða upp á lifrabólgu- og berklagreiningu ásamt meðferð og bólusetningu þar sem hægt er að koma því við (WHO, 2009).

Ávinningur skaðaminnkandi íhlutana

Þær íhlutanir sem skaðaminnkandi nálganir ná yfir eru margar og framkvæmd þeirra að einhverju leyti ólík og mismunandi eftir því hvort viðhorf yfirvalda eru jákvæð. Þær íhlutanir sem helst hafa verið rannsakaðar og skrifað um eru nálaskiptipjónusta, neysluherbergi, viðhaldsmeðferð og skaðaminnkandi nálganir í fangelsum. Hér verður fjallað um niðurstöður rannsókna sem hafa verið gerðar á þessum íhlutunum og þjónustu. Þeim meginmarkmiðum sem skaðaminnkun tekur til hefur verið skipt í þrjá flokka eftir því hvort áherslan er á að halda lífi, viðhalda heilsu eða bæta heilsufar. Í fyrsta flokki er um að ræða milliliðalausa íhlutun eins og fræðslu um öruggari leiðir til að sprauta sig og draga úr líkum á of stórum neysluskammti (overdose) með dreifingu naloxons sem er mótefni við ópíötum. Þegar um er að ræða að viðhalda heilsu er verið að horfa lengra fram á veginn og átt við íhlutun eins og nálaskiptipjónustu, neysluherbergi og viðhaldsmeðferð. Þegar unnið er að bættu heilsufari eru sett langtímamarkmið og áhersla lögð á að stuðla að langtímabreytingum, stjórna, draga úr eða stöðva neyslu. Hér er átt við áhugahvetjandi viðtöl, skaðaminnkandi sálfræðimeðferð (harm reduction psychotherapy), miðlungs eða skuldbindingarmeiri viðhaldsmeðferð, viðhaldsmeðferð með atferlismeðferð og hófdrykkja þar sem markmið er að minnka neyslu. Meðferðin byggir á sambandi þátttakenda við meðferðaraðila (Kellogg og Kreek, 2005).

Nálaskiptiþjónusta.

Þjónusta þar sem boðið er upp á hreinar nálar og sprautubúnað er oft staðsett í nærumhverfi sprautufíklanna. Oftast er um að ræða skipti á notuðum nálum fyrir nýjar. Það er þó ekki einhlítt að notaðra nála sé krafist í skiptum fyrir nýjar, og halda Strike o.fl. (2006) því fram að það séu úrelt viðhorf og hafi í för með sér minna aðgengi að hreinum nálum (Strike, Leonard, Millson, Anstice, Berkeley og Medd, 2006). Þessi nærþjónusta er ýmist færanleg eða á sama stað og ýmist lögleg eða ekki. Fjármögnun, mönnun, stefna og opnunartímar eru mismunandi. Grunnmarkmiðin eru hins vegar hin sömu, að sjá vímuefnaneytendum fyrir hreinum nálum. Það hlutverk nálaskiptiþjónustunnar að mynda samband við jaðarhópa, skima fyrir HIV, bjóða upp á ráðgjöf og tilvísanir í aðra þjónustu er þó ekki síður mikilvægt (Vlahov og Junge, 1998).

Nálaskiptiþjónustur eru fyrir hendi í alls 60 löndum, þar á meðal eru öll lönd Vestur-Evrópu nema Ísland (Cook, 2009). Fíklar opnuðu sjálfir fyrstu nálaskiptiþjónustuna, það var í Hollandi árið 1984, en þá var aðaláhbyggjuefnið útbreiðsla lifrabólgu B (Lane, Lurie, Bowser, Kahn og Chen, 2000). England, Ástralía og Kanada brugðust einnig við og opnuðu nálaskiptiþrógramm 1988-9 í framhaldi af nýrri ógn sem var HIV. Í Bandaríkjunum opnuðu fyrstu nálaskiptiþjónustur 1988, oft á vegum heilbrigðisstarfsfólks sem sá í þeim möguleika til að minnka skaða sem fylgdi sprautunotkun en aðrar voru reknar af grasrótarsamtökum (Peterson, Dimeff, Tapert, Stern og Gorman, 1998). Litið er á nálaskiptiþjónustu og viðhaldsmeðferðir sem aðalsmerki skaðaminnkandi þjónustu (Wodak og McLeod, 2008).

Áhrif nálaskiptþjónustu hafa mikið verið rannsökuð með tilliti til árangurs, einnig hvort fleiri notuðum nálum væri fleygt á almenningstöðum og hvort neysla hefði aukist þar sem þjónustan væri fyrir hendi (Villereal og Fogg, 2006). Needle og fleiri (2005) gerðu tölfræðilega greiningu á safni rannsókna (meta-analysis) í þeim tilgangi að skoða hvort nálaskiptþjónusta væri árangursrík aðferð til að ná til jaðarhópa sprautufíkla, breyta hegðun þeirra og minnka áhættuhegðun varðandi HIVsmit og lækka þannig tíðni HIV smita. Niðurstöður þessarar greiningar sýndu að þar sem vímuefnaneytendur höfðu aðgang að nærþjónustu sem bauð upp á skaðaminnkandi nálganir eins og hreinar nálar, fræðslu, smokka, tilvísanir í aðrar forvarnir og skimanir, minnkaði áhættuhegðun þeirra og neytendur voru síður útsettir fyrir HIV. Einnig eru vísbendingar um að þeir sem nýttu sér nærþjónustuna, fengu í auknum mæli tilvísun í aðgengilega og viðeigandi þjónustu sem tók skimpróf, bauð upp á ráðgjöf og aðgang að vímuefnaaðferð (Needle, 2005). Vlahov og Junge (1998) komast að svipaðri niðurstöðu en þeir skoðuðu niðurstöður rannsókna sem voru gerðar í tengslum við fyrsta löglega nálaskiptiprógrammið í New Haven í Bandaríkjunum. Rannsóknaraðferð sem byggði á stærðfræði og tölfræðilíkani var notuð og sýndi að tíðni HIV smits hafði lækkað um 33% hjá þeim sem nýttu sér nærþjónustu sem bauð upp á nála- og sprautuskipti. Einnig fjalla þeir um rannsókn (Hagan, 1995) sem gerð var í Tacoma í Washington-fylki en þar var tíðni HIV mjög lág. Nálaskiptþjónusta var sett á laggirnar með það fyrir augum að halda tíðni áfram í lágmarki. Rannsóknin gekk út á að tvær tilfella-viðmiða snið rannsóknir (case-controlled analysis) notuðu lifrabólgu B og C sem útkomubreytur vegna líkinda við smitleiðir HIV. Í þessum rannsóknum tengdist þátttaka í nálaskiptþjónustu 80% lækkun á lifrabólgu smiti og HIV útbreiðsla hélst í lágmarki. Einnig voru skoðaðar þær fullyrðingar að aukinn aðgangur að nálum leiði til þess að fleiri notaðar nálar og sprautur finnist meðal almennings. Ef skila þarf notuðum nálum til að fá nýjar er

svarið neikvætt, sprautum sem er fleygt meðal almennings fjölgar ekki og var vísað til könnunar sem gerð var í Baltimore í Bandaríkjunum og náði yfir tveggja ára skeið (Vlahov og Junge, 1998).

Bluthenthal og félagar (2007) skoðuðu 24 nálaskiptipjónustur og tóku viðtöl við 1577 notendur þrisvar sinnum á 3 ára tímabili. Fjöldi nála miðað við þörf var skoðaður, og var niðurstaðan sú að aðgengi að hæfilegum fjölda nála (þ.e. eitt skot/ein sprauta) dró úr líkum á endurnýtingu nála og verulega dró úr HIV áhættuhegðun. Lægra hlutfall nála (50%) jók líkur á endurnýtingu og samnýtingu nála (Bluthenthal, Anderson, Flynn og Kral, 2007). Hurley, Jolley og Kaldor (1997) báru saman tíðni HIV smits hjá sprautufíklum innan borgarsvæða á nokkurra ára tímabili. Þar sem borgir buðu upp á nálaskiptipjónustu lækkaði tíðni HIV smits meðal sprautufíkla en í borgum sem höfðu ekki þessa þjónustu hækkaði tíðni smitunar (Hurley, Jolley og Kaldor, 1997).

Vlahov og Junge (1998) fjölluðu einnig um þá staðhæfingu að nálaskiptipjónusta ýti undir vímuefnaneyslu hjá ungu fólki, þar sem aðveldlega sé hægt að nálgast nálar og sprautur. Þetta er ekki aðvelt að meta, en þeir vísa til tölfræðilegra upplýsinga úr langtímarannsókn á þeim sem komu á bráðamóttöku vegna ástæðna sem tengdust vímuefnaneyslu. Ekki var munur á fjölda vímuefnaneytenda sem komu á bráðadeild áður en nálaskiptiprógramm kom til sögunnar og eftir. Samkvæmt Peterson o.fl (1998) beinist gagnrýni á nálaskiptipjónustu oft frá fulltrúum stjórnvalda, að því að gott aðgengi að sprautum auki ólöglega vímuefnanotkun, en ekki hafa fundist rannsóknir sem geta sýnt fram á fjölgun þeirra sem sprauta efni í æð, sem hægt er að tengja nálaskiptipjónustu (Peterson o. fl., 1998).

Neysluherbergi.

Í neysluherbergjum gefst neytendum kostur á að sprauta sig undir eftirliti hjúkrunarfræðings, fá fræðslu um öruggari leiðir til að sprauta sig og hrein tæki til notkunar. Einnig er boðið upp á tilvísanir til annarra heilbrigðisstarfsmanna og vímuefnaráðgjafa. Þessum miðstöðvum er helst ætlað koma í veg fyrir inntöku of stórra neysluskammta, samnýtingu nála og að vímuefnaneytendur séu að sprauta sig á almenningsstöðum. Yfirleitt þurfa neytendur að vera orðnir 18 ára, fólki er vísað frá ef það er með börn, og óléttum konum er einnig vísað frá. Vímuefnaneytendum sem vilja sprauta sig í fyrsta sinn er einnig vísað frá og sumstaðar þarf að sýna fram á lögheimili í viðkomandi borg til að fá að nota neysluherbergið (Hedrich, 2004). Ekki er hlaupið að því að koma þessari aðstöðu á laggirnar, þar sem oft er mikil andstaða við starfsemina. Hugmyndum um að opna neysluherbergi hefur verið vísað frá í Austurríki, Frakklandi, Írlandi, Portúgal, Danmörku og Tékklandi (Kerr, Montaner og Wood, 2008).

Fyrstu neysluherbergin voru opnuð í Evrópu, nánar tiltekið í Berne í Sviss árið 1986. Um það bil 65 miðstöðvar veita þessa þjónustu í átta löndum, sem eru Þýskaland, Holland, Sviss, Spánn, Noregur, Ástralía, Lúxemburg og Kanada (Hedrich, 2004). Skýrsla Evrópuráðsins frá 2004 tekur saman niðurstöður 15 rannsókna á neysluherbergjum í mismunandi löndum. Þar kemur fram að neysluherbergin ná til þess markhóps sem þeim er ætlað en það eru harðir neytendur, sumir heimilislausir, sem hafa aldrei farið í meðferð. Engar vísbendingar eru um að þessi þjónusta fjölgi neytendum sem sprauta sig. Til að þjóna tilgangi sínum verða miðstöðvarnar að vera nógu stórar til að geta annað þeim fjölda sem þarf að nýta sér þjónustuna, staðsetning þarf að vera heppileg og opið á kvöldin og nóttunni fyrir þá sem vinna fyrir sér með vændi. Menningin í miðstöðvunum þarf að laða neytendur til sín

og þurfa þeir sem þar starfa að vera lausir við dómhörku og sýna samhygð í framkomu gagnvart oft flóknum og stundum erfiðum skjólstæðingum án þess að slaka á húsreglum (Hedrich, 2004).

Ávinningur þeirra sem sprauta sig á miðstöðvunum er aukið hreinlæti við innsetningu efnanna, jafnframt því sem fræðsla ýtir undir breytingar á sprautuhegðun og dregur úr skaða hjá þeim hópi sem heilbrigðiskerfið á hvað erfiðast með að ná til. Erfitt er að meta aðferðafræðileg áhrif þessar þjónustu á sýkingar, og því ekki hægt að fullyrða með nokkurri vissu um að það dragi úr þeim. Þar sem umfang miðstöðva annar stærð markhóps, má ætla að dragi úr dauðsföllum tengdum neyslu. Þessar miðstöðvar auka aðgengi þeirra sem þær nota að félagskerfi, heilbrigðiskerfi og meðferðarkerfi og bjóða auk þess margar upp á sálfélagslega þjónustu á miðstöðvunum sjálfum (Hedrich, 2004).

Nokkrar rannsóknir hafa verið gerðar á ávinningi af neysluherbergi sem var opnað í Kanada 2003 og var hið fyrsta í N-Ameríku. Ein rannsóknin miðaði að því að skoða hvort notkun á neysluherberginu orsakaði breytingu á sprautuhegðun og voru þátttakendur um 760 vímuefnaneytendur sem komu reglulega á miðstöðina. Bornir voru saman hópar sem notuðu miðstöðina nánast alltaf á móti þeim sem notuðu þá stundum. Úrtakið var tilviljunarúrtak þeirra sem komu á miðstöðina. Aðferð rannsóknar var á þá leið að blóðsýni og spurningalista var skilað í upphafi rannsóknar og eftir 6 mánuði. Spurningarnar vörðuðu lýðfræðilegar upplýsingar, núverandi vímuefnaneyslu og fyrri sögu, áhættuhegðun varðandi HIV, hvort viðkomandi hefði farið í vímuefnameðferð og hve oft hann nýtti sér miðstöðina til að sprauta sig. Meginniðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að meiri notkun á miðstöðinni tengdist jákvæðum breytingum í sprautuhegðun, minni endurnýtingu á nálum, aukinni notkun á sótthreinsuðu vatni, hreinsun á stungustað og síun eða suðu efna. Að auki tengdist regluleg

notkun á miðstöðinni því að efnum var sjaldnar sprautað hratt inn, en það var algengari hegðun hjá þátttakendum áður en þeir byrjuðu að nýta sér þjónustuna og tengdist einnig ósterilum aðferðum og aukinni hættu á of stórum neysluskammti. Þeir sem notuðu miðstöðina stundum, oft eða alltaf voru líklegri til að skila notuðu nálum á öruggan stað og voru síður líklegir til að sprauta sig meðal almennings. Aðaltakmarkanir rannsóknarinnar lágu í viðtalsaðferð, þar sem upplýsingar voru fengnar beint frá viðmælendum og þeir gætu hafa leitast við að uppfylla væntingar spyrjenda (Stoltz o.fl., 2007).

Í annarri rannsókn sem framkvæmd var á sömu miðstöð voru teknar saman tilvísanir hjá notendum þjónustunnar á árinu 2004-5, en þá komu þangað 4764 einstaklingar og var samanlagt veitt 2171 tilvísun. Flestar tilvísanir voru til vímuefnaráðgjafa (37%) og voru viðtölin ýmist veitt á staðnum eða heilsugæslu samfélagsins. Lögð var áhersla á skjótan aðgang, sama dag eða vikunni á eftir. Tilvísanir til lækna eða heilsugæsluþjónustu voru um 16% og 11.3% á bráðaþjónustu. Beinar tilvísanir í afvötnun voru 11.7%, húsnaðisþjónustu 9%, viðhaldsmeðferð (methadon) 3.7% og áfangaheimili (recovery houses) fyrir þá sem höfðu verið edrú 2.7%. Í gegnum starfsemi af þessum toga er hægt að komast í samband við stóran hóp fólks sem er á jaðri samfélagsins og forðast heilbrigðiskerfið (Tyndall o.fl., 2005).

Í eigindlegri rannsókn sem gerð var hjá notendum þessarar sömu þjónustu (n=50) í Kanada þótti þeim mest um vert þau skjótu viðbrögð sem starfsmenn sýndu þegar um of stóran neysluskammt (overdose) var að ræða, og höfðu viðmælendur annað hvort lent í því sjálfir eða orðið vitni að því inni á miðstöðinni. Fannst notendum þjónustu mikilvægt að vita af aðgangi að súrefni og mótefni við ópiötum. Einnig töluðu þeir um að afleiðingar þess að sprauta sig utan dyra væru oft að ekki gæfist tími til að smakka efnið og því væri oft sprautað hratt en inni á miðstöðinni væri hægt að eyða tíma í að smakka efni og sprauta því hægt.

Öryggi væri í því að sprauta sig með fagaðila eins og hjúkrunarfræðingi en þurfa ekki að deila efni. Nokkrir viðmælenda sprautuðu sig á miðstöðinni þegar þeir prófuðu ný efni eða efni þar sem samsetning var ekki þekkt, og fannst það einnig auka öryggi. Reglur stöðvarinnar voru nefndar sem fyrirstaða þess að nota þjónustuna. Að bíða í röð var nefnt sem galli, sérílagi þegar viðkomandi var í fráhvörfum. Einnig fannst þeim óþægilegt þegar hjúkrunarfræðingar truflaði þá sem voru í þungri vímu, hristu þá og kölluðu til þeirra til að reyna að ná sambandi (Kerr, Small, Moore og Wood, 2007).

Jákvæðar niðurstöður úr rannsóknum á miðstöðinni í Kanada og einnig úr sambærilegri þjónustu í Sidney í Ástralíu hafa vakið áhuga landa sem hafa útilokað að opna svona miðstöðvar vegna íhaldssamra sjónarmiða. Niðurstöðurnar sýna að þau markmið sem lagt var af stað með stóðust, og ávinningurinn af þeim er minni samnýting nála, minna er verið að sprauta sig meðal almennings og dregið hefur úr of stórum neysluskömmtum. Mesta athygli vakti að Bandaríkjamenn tóku upp umræðu um að opna slíkar miðstöðvar en þar hefur verið mikil andstaða við þær, þrátt fyrir jákvæðar niðurstöður rannsókna (Kerr, Montaner og Wood, 2008). Á fyrstu 18 mánuðum í sambærilegri miðstöð sem opnaði í Sidney í Ástralíu nýttu 3810 einstaklingar sér þjónustuna og komu samtals í 56831 heimsóknir. Starfsfólkið kom að 329 tilfellum þar sem um of stóran neysluskammt hafði verið að ræða (Australian Institute of Criminology, 2009). Skaðaminnkandi áhrif neysluherbergja af þessu tagi birtast þannig í minni áhættuhegðun sprautufíkla, dregið er úr samnýtingu nála og að efni sé sprautað of hratt inn, þeir sprauta sig síður meðal almennings, fá tilvísanir í úrræði eftir þörfum og komið er í veg fyrir dauða vegna of stórra neysluskammta.

Viðhaldsmeðferð.

Viðhaldsmeðferð er eitt elsta form skaðaminnkandi íhlutunar. Ópíumháður einstaklingur fær methadon/buprenorphine og lyfið sest á sömu viðtaka og morfín/heróín. Þar með er dregið úr fíkn viðkomandi í vímuefnin. Viðhaldsmeðferð er aðgengileg í öllum löndum Vestur-Evrópu (IHRA, 2008) og hefur verið stunduð hér á landi frá árinu 1999 (SÁÁ, 2009). Vegna hins stóra hlutfalls ópíumfíkla sem standast ekki meðferðir sem miða að edrúmennsku, og byrja aftur að nota efni hefur viðhaldsmeðferð verið besti kostur fyrir þann hóp (Paraherakis, Charney Palacious-Boix og Gill, 2000).

Í Englandi árið 1926 var fyrst gefið leyfi til að skrifa lyfseðla fyrir þann hóp skjólstæðinga sem var með vímuefnafíkn, og var heróín meðal ávísaðra lyfja. Reglur voru hertar árið 1960 þar í landi. Hins vegar sáu stjórnvöld síðar skynsemi í viðhaldsmeðferðinni, þar sem HIV faraldur var yfirvofandi. Það varð til þess að höftum var aflétt, sem leiddi til þrefaldrar aukningar á útgefnum lyfseðlum. Hefur lítil útbreiðsla HIV meðal heróínneytenda á árunum 1990-2000 verið rakin til þess og nálaskiptiþjónustu, en HIV smit í þessum hópi í Englandi er minna en 10% af hlutfalli smitaðra í Bandaríkjunum. Þar í landi var viðhaldsmeðferð stunduð snemma á 20. öldinni, þar til hún var bönnuð með öllu 1914 en endurvakin eftir 1960. Viðhaldsmeðferð staðnaði í Bandaríkjunum og náði ekki að blómstra vegna rótgróinna neikvæðra viðhorfa til hennar. Meðferðarsamfélagið þar í landi miðaðist við bindindi eingöngu, byggði á 12 spora kerfi AA samtakanna (Alcoholics Anonymous) og hafði ekki umburðarlyndi fyrir þessari meðferð sem nálgun við vímuefnaneytendur. Þessi andstæðu viðhorf til nálgana við vímuefnaneytendur skiluðu sér líka til annarra landa þar sem Bandaríkin höfðu mikil áhrif á meðferðarstarf almennt. Minna umburðarlyndi gagnvart

viðhaldsmeðferðum var líka hægt að rekja til hugmyndafræði yfirvalda og herferða eins og *War on drugs* (Drucker, 2000).

Viðhaldsmeðferð er talin skila vímuefnaneytendum sem ánetjast ópíötum árangri sem felst í minni heróín notkun og minnkaðri áhættu á HIV smiti. Meðferð sem miðar að bindindi hefur ekki gagnast þessum hópi jafn vel og öðrum hópum áfengis- og vímuefnaneytenda. Niðurstöður rannsókna sem birtust árið 2000, báru saman árangur meðferðar á hópa sem misnotuðu mismunandi vímuefni. Alls voru 239 einstaklingar metnir. Meðferðin gagnaðist síst þeim sem misnotuðu ópíata og voru þeir sá hópur sem hætti oftast í meðferð. Eftir 180 daga voru einungis um 20% af ópíatahópnum enn í meðferð, en 83% hópsins notuðu heróín og 62.5% sprautuðu því í æð (Paraherakis, Charney Palacious-Boix og Gill, 2000). Einnig felur það í sér töluverða áhættu á inntöku of stórs skammts að fara í meðferð þar sem viðkomandi einstaklingur hefur verið í bindindi í einhvern tíma. Þolið sem myndað var fyrir afeitrun minnkar, og næst þegar einstaklingur ákveður að taka efni er hætta á of stórum skammti. Viðhaldsmeðferðin er ekki töfralausn (Brink og Haasen, 2006) og eru viðhaldsmeðferðir í Amsterdam reknar í samvinnu við félags-, heilbrigðis- og nálaskiptiþjónustu (Langendam, Giel, Coutinho og Ameijden, 2001).

Niðurstöður rannsókna sem birtust árið 1998 sýndu áhrif viðhaldsmeðferðar á glæpi, heróínnotkun og áhættuhegðun í sambandi við HIV. Tölfræðileg samantekt var gerð fyrir hvern þátt og komu rannsóknirnar frá alls 13 borgum í Bandaríkjunum. Í stórum dráttum sýndu niðurstöður marktækan mun, þ.e. viðhaldsmeðferð dró úr þessum neikvæðu þáttum, þó mest glæpum. Rannsakandi varar þó við í túlkun niðurstaðna að sá hópur sem var í rannsókn var einungis sá sem hélt sig í meðferð, sá hópur sem leitar eftir meðferð er mögulega ólíkur þeim hópi heróínneytenda sem ekki leitar eftir þessari meðferð (Marsch, 1998). Rannsókn

sem skoðaði áhrif viðhaldsmeðferðar á heróín-neytendur, sem fengu að auki fræðslu (IMB model/ information-motivation-behavioral), sýndi jákvæðan árangur þannig að hægt væri að auka vægi meðferðar með aukaíhlutun sem gerir meðferð áhrifameiri. Tveir hópar voru bornir saman þar sem annar hópurinn (n=112) fékk staðlaða afgreiðslu sem fólst í tveggja tíma viðtali á mánuði og eitt skipti með fræðslu á meðan hinn hópurinn (n=109) fékk fræðslu (IBM módel) vikulega. Hópurinn sem fékk auka íhlutun vikulega sýndi minni notkun ólöglegra vímuefna og minni áhættu hegðun í kynlífi meðan á meðferð stóð og að henni lokinni. Takmarkanir á rannsókn voru meðal annars þær að ekki reyndist unnt að meta árangur meðferðar til lengri tíma (Avants, Margolin, Usubiaga og Doebrick, 2004).

Skaðaminnkandi nálganir í fangelsum.

Tíðni fangelsunar er mismunandi meðal þjóða heims. Hún er með því hæsta í heiminum í sumum ríkjum Austur-Evrópu og í Rússlandi er áætlað að hún sé 600 á hverja 100.000 íbúa, og eru þeir í öðru sæti á eftir Bandaríkjunum. Dæmigerð tíðni í Evrópu er 50-100 per 100.000 (WHO, 2005) en á Íslandi var meðaltalsfjöldi afplánunarfanga á hverja 100 þúsund íbúa 39,0 árið 2007 (Fangelsismálastofnun, 2009). Viðhaldsmeðferð í fangelsum er í velflestum löndum Vestur-Evrópu fyrir utan Grikkland og Kýpur en á Íslandi er methadon einungis notað til niðurtröppunar í fangelsum (Egill Rafn Sigurgeirsson, munnleg heimild, 8. maí 2009). Nálaskiptipjónusta er í fangelsum í Sviss, Þýskalandi, Luxemburg, Portúgal og Spáni. Hana er ekki að finna í fangelsum í Bandaríkjunum, Bretlandi, Kanada eða Ástralíu þrátt fyrir langa sögu skaðaminnkandi nálgana úti í samfélaginu en viðhaldsmeðferð er í öllum þessum löndum nema Bandaríkjunum (Cook, 2009).

Rök fyrir skaðaminnkun í fangelsum taka til þess að aðgangur fanga að forvörnum og meðferð eigi að vera jafn greiður og fólks í almennu þýði og innleiðing á skaðaminnkandi nálgunum í fangelsum sé grundvallarstefna sem þjónar lýðheilsu markmiðum samfélagsins (Larney og Dolan, 2009; Nelles, Fuhrer, Hirsbrunner og Harding, 1998). Í flestum fangelsum í Evrópu er HIV algengari meðal fanga en fólks í almennu þýði. Fangar eru í mikilli áhættu að smitast af HIV innan fangelsanna í yfirfullum fangelsum vegna slæmrar næringar, takmarkaðs aðgangs að heilbrigðiskerfi, ólöglegar vímuefnanotkunar, samnýtingar sprautubúnaðar, óvarins kynlífs og húðflúrs. Aðrir algengir sjúkdómar í fangelsum eru berklar, sýfilis og lifrabólga C. Í ársskýrslu European Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2003 frá Evrópubandalagslöndunum auk Noregs kom fram að útbreiðsla lifrabólgu C var á frá 37% til 97% hjá þeim föngum sem sprautuðu sig. Sum þessara landa glíma við aukningu á lifrasjúkdómum vegna lifrabólgunnar (EMCDDA, 2003).

Margir sem afplána í fangelsum Evrópu eru með alvarlegan vímuefnavanda en hlutfall fanga með alvarlegan vímuefnavanda er misjafn milli landa, lægst 22% en hæst 86%. Árið 2002 setti Alþjóðaheilbrigðisstofnunin fram áætlun sem miðaði að því að efla og styrkja útbreiðslu íhlutana sem tóku mið af gagnreyndri þekkingu og var beint að berskjölduðum hópi sem er í mikilli áhættu að smitast af HIV. Í því fólust íhlutanir eins og forvarnir, meðferð og skaðaminnkun. Sú þjónusta sem Alþjóðaheilbrigðisstofnunin tilgreindi var aukning á nálaskiptiþjónustu, dreifing á smokkum og bleikiefni, HIV próf og ráðgjöf, viðhaldsmeðferð, greining og meðferð kynsjúkdóma. Þjónustunni ætti að koma á í öllum samfélögum sem eiga við vandann að stríða, einnig í fangelsum (WHO, 2005). Í skýrslu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar frá 2005 er sérstaklega lagt út af skaðaminnkandi nálgunum í fangelsum. Skýrslan er unnin upp úr rannsóknum og álitum sérfræðinga úr ýmsum áttum og

niðurstöðum umræðna Evrópuráðstefnu í pallborði um vímuefni, fangelsi og HIV (WHO, 2005). Í lokaorðum skýrslunnar er talað um að rannsóknir sýni yfirgripsmikinn ávinning skaðaminnkandi nálgana þar sem þær eru innleiddar. Fjallað er um hve seint gengur að innlíma skaðaminnkandi nálganir í fangelsum Evrópu og að það sé nánast óviðunandi í ljósi þekkingarinnar sem liggur fyrir. Eftir því sem aðstæður leyfa á hverjum stað eru fangelsismálayfirvöld hvött til að þróa meðferðaráætlun fyrir háða vímuefnaneytendur, þ.m.t. viðhaldsmeðferð, koma á nálaskiptipjónustu til jafns á við það sem er aðgengilegt utan fangelsis, sérstaklega ef tilfelli af lifrabólgu C eða HIV eru mörg. Fjallað er um markmið, niðurstöður rannsókna og ávinning skaðaminnkunnar í fangelsum út frá lýðfræðilegu sjónarhorni (WHO, 2005).

Fangar eru jaðarhópur sem hefur oft á tíðum ekki verið í sambandi við heilbrigðisþjónustu í langan tíma. Tími afplánunar getur verið upphafið að jákvæðum og áframhaldandi tengslum við heilbrigðisgerfi. Auk þess ávinnings sem einstaklingurinn hefur af því að vera í tengslum við heilbrigðisþjónustu, er það akkur fyrir samfélagið sjálft. Skoða skyldi fangelsishjúkrun í víðara samhengi þar sem fangar snúa aftur út í samfélagið eða til fjölskyldna sinna með sín félagslegu og heilsufarslegu vandamál (Thornton-Jones og Hampshaw, 2003). Sökum algengis geðrænna vandamála og vímuefnafíknar hjá föngum þyrfti heilbrigðisstarfsfólk sem vinnur í fangelsum að hafa reynslu eða menntun innan geðsviðs (Watson, Stimpson og Hostick, 2004). Hjúkrunarfræðingar sem vinna í fangelsum eru í kjöraðstöðu til að hafa áhrif á heilsu fanga, t.d. með meðferðarþrógrammi fyrir þá sem eiga við fíkn að stríða og með því að koma auga á þætti afplánunar sem ógna heilsu þeirra (Hatton og Fisher, 2008). Hjúkrunarfræðingar eru í lykilhlutverki þegar kemur að heilsugæslu

fanga en þeir geta einungis uppfyllt það hlutverk ef þeir eru meðvitaðir um sértæk málefni fanga (Watson, Stimpson og Hostick, 2004).

Rannsóknir hafa sýnt jákvæðan árangur skaðaminnkunar í fangelsum. Aðallega er um að ræða viðhaldsmeðferð og nálaskiptipjónustu. Í Hindelbank kvennafangelsinu í Sviss var komið á nálaskiptipjónustu árið 1994 þar sem hægt var að fá hreinar nálar með því að skila notuðum. Niðurstöður af þessari innleiðingu voru kannaðar með skipulögðum viðtölum teknum yfir eins árs tímabil og tóku 137 fangar þátt eða 85%. Tekin voru blóðsýni og upplýsingar fengnar úr skjölum fangelsis eftir upplýst samþykki fanganna. Niðurstöður úr þessari forrannsókn (pilot study) voru mjög jákvæðar og sýndu að neysla jókst ekki og samnýting nála var nánast úr sögunni. Í upphafi rannsóknar sögðust 8 af 19 föngum sem sprautuðu sig í æð hafa deilt nálum síðastliðinn mánuð í fangelsinu. Eftir þrjá mánuði hafði þeim sem deildu nálum fækkað í 5 af 18 og efir sex mánuði 2 af 11 föngum. Blóðsýni við komu sýndu að HIV og lifrabólga hélst í hendur við alþjóðlegar tölur um hlutfall þessar sjúkdóma í fangelsum. Blóðsýni sem voru tekin efir að afplánun lauk sýndu að engin hafði smitast af HIV eða lifrabólgu á meðan á dvöl stóð. Takmarkanir forrannsóknarinnar voru að þetta var frekar lítið fangelsi og allt kvenfangar. Engu að síður var hægt að draga vissar ályktanir af verkefninu og þær voru meðal annars þær að skaði vegna vímuefnaneyslu minnkaði eftir að nálaskiptipjónustunni var komið á. Nálaskiptipjónustan var fest í sessi eftir þetta ár og fylgdu nokkur önnur svissnesk fangelsi í kjölfarið (Nelles, Fuhrer, Hirsbrunner og Harding, 1998).

Jákvæðar hliðar viðhaldsmeðferðar felast í minni notkun ópíata, minni áhættu hegðun (sérstaklega samnýting nála), lækkaðri tíðni HIV og lifrabólgu og minni glæpatíðni. Samkvæmt Stallwitz og Stöver (2007) er methadon notkun í fangelsum erlendis aðallega

bundin við fráhvarfsmeðferð vegna óþíumlyfja en ekki viðhaldsmeðferð. Sú þekking sem hlotist hefur af góðum árangri viðhaldsmeðferðar úti í samfélaginu virðist sumsstaðar skila sé seint inn í fangelsin. Ceowley (1998) skoðaði árangur fráhvarfsmeðferðar með methadoni meðal fanga á Írlandi, en hún fólst í 10 daga afeitrun og sex vikna áframhaldandi meðferð. Milli 1996 – 1999 voru 173 fangar sem fóru í gegnum meðferðina og voru 69 lyfjalausir í framhaldsmeðferðinni (39%) og 35 (20%) voru lyfjalausir á eftir, annað hvort eftir afplánun eða í öðru fangelsi. Árangur var mældur eftir 12 mánuði og voru 78% byrjaðir í neyslu. Há dánartíðni fannst einnig meðal fanga sem höfðu lokið afplánun, og voru þrjú af hverjum fjórum dauðsföllum tengd neyslu vímuefna. Alls höfðu 87 fangar af 479 (u.þ.b.18%) verið á viðhaldsmeðferð úti í samfélaginu áður en til afplánunar kom, sem var ekki haldið áfram eftir að afplánun hófst, sem gefur til kynna að viðhaldsmeðferð hefði hentað þessum hópi betur innan fangelsins. Einnig er einstaklingur sem hefur verið hættur að sprauta sig og verið á viðhaldsmeðferð fyrir afplánun, sem ekki er áframhaldið innan fangelsis, líklegri til að byrja aftur að sprauta sig eftir að afplánun lýkur (Stallwitz og Stöver, 2007). Skaðaminnkun í fangelsum sýnir svipaðan árangur og þegar þeirri þjónustu er beitt utan fangelsa, auk þess sem fangar eigi að hafa sama rétt til heilsugæslu og úti í samfélaginu.

Hindranir á notkun skaðaminnkandi nálgana

Sú gagnrýni sem beinst hefur að þessum íhlutunum sem hér er til umfjöllunar snýr að nokkrum þáttum. Einn er sá að skaðaminnkandi nálganir ýti undir vímuefnaneyslu, sendi misvísandi skilaboð og að þessi íhlutun leiði ekki til þess að fólk hætti neyslu (Christie, Groarke og Sweet, 2008). Markmið skaðaminnkunar og íhlutana eru oft mistúlkuð á þann

hátt að talsmenn þeirra séu á móti bindindi (Rosenberg og Phillips, 2003). Skilgreiningar skaðaminnkandi nálgana eru hins vegar að ekki sé krafist bindindis (Riley og O'Hare, 2000) en viðurkenna bindindi sem æskilega útkomu og hugmyndafræðin er ekki á móti bindindi (Marlatt, 1998).

Skaðaminnkandi nálganir eru einnig oft í andstöðu við ríkjandi viðhorf yfirvalda. Viðhorf stjórnvalda hafa mikil áhrif þegar kemur að aðgangi að skaðaminnkandi nálgunum og eru dæmi þess að íhlutun sé ekki veitt þrátt fyrir rannsóknir sem sýna gagnsemi þjónustunnar. Hurley, Jolley og Kaldor (1997) sýndu fram á gagnsemi nálaskiptiþjónustu í Bandaríkjunum. Þrátt fyrir fyrir það kemur fram hjá Rovner (1998) að þó svo þessi vitneskja hafi legið fyrir, hafi stjórnvöld ekki lagt til fé til nálaskiptiþjónustu, vegna þeirrar mótsagnar sem þessi íhlutun er við stefnu stjórnvalda í Bandaríkjunum. Ákvörðun stjórnvalda um hvort veita eigi fé til nálaskiptiþjónustu, byggir ekki á niðurstöðum rannsókna heldur viðhorfi þeirra til vímuefnaneyslu (Rosenberg og Phillips, 2003). Að stórum hluta veldur sú hugmyndafræðilega þversögn, sem bannstefna (zero tolerance) og skaðaminnkandi nálganir fela í sér, ágreiningi sem torveldar innleiðingu skaðaminnkandi nálgana í ýmsum löndum og einnig fylkjum innan Bandaríkjanna (Moskalewicz o. fl., 2007).

Í niðurstöðum rannsókna sem birtust árið 2003 í Bandaríkjunum voru meðferðaraðilar frá 222 meðferðarstöðvum víðsvegar um landið spurðir um viðhorf sín til skaðaminnkandi nálgunar í meðferð, hvort boðið væri upp á hana í þeirri meðferð sem þeir voru í forsvari fyrir og hver væri hindrunin fyrir því að þessi möguleiki væri til staðar. Spurt var um viðhorf til nálaskiptiþjónustu, neysluherbergja, fræðslu til neytenda, viðhaldsmeðferðar, naloxonlyfjagjafar og þess að hafa minni neyslu sem langtíma-meðferðarmarkmið frekar en edrúmennsku. Um 50% þeirra sem svöruðu voru algerlega sammála eða að nokkru leyti

sammála þeim skaðaminnkandi nálgunum sem spurt var um. Þar var um að ræða methadon meðferð í stuttan tíma, naloxon með heim til að koma í veg fyrir of stóran neysluskammt og fræðslu um öruggari sprautunotkun. Dæmigerð ástæða þess að umræddar íhlutanir voru ekki fyrir hendi var að íhlutunin samræmdist ekki hugmyndafræði meðferðarstofnunar en einnig var nefnt að skortur á starfsfólki og fjármagni hefði áhrif. Þegar spurt var um ekki-edrú eftir meðferð, var afgerandi svörun á þá leið að það markmið væri á skjön við stefnu meðferðarstofnunar, það myndi senda röng skilaboð og að sá árángur væri ófullnægjandi. Einnig var niðurstaðan hjá svarendum að nálaskiptipjónusta, neysluherbergi og fræðsla um hreinlæti þegar neytendur sprautuðu sig, væri ekki í boði vegna þess að það gæfi röng skilaboð. Minnstur stuðningur var við ekki-edrú sem lokamarkmið en helmingur meðferðaraðila samþykkti minni neyslu sem markmið í stuttan tíma, eins konar millistig, en áfram yrði horft til bindindis sem meðferðarmarkmiðs. Ósamræmið sem birtist í að helmingur svarenda er fylgjandi ýmsum leiðum skaðaminnkandi nálgunar og því að þær eru ekki í boði, helgast að hluta til af skorti á fjármagni, mannafla, rými, lyf og lækningar-meðferð. Rannsakendur komust þó að því að ástæða þess felst ekki síst í afstöðu stjórnvalda og fræðilegra kenninga á því hvað fíkn er, þörfum neytandans, aðgangi að fjármagni og gagnsemi. Í Bandaríkjunum virðist vera meiri andstaða yfirvalda við skaðaminnkandi nálganir og virðist hún skila sér til meðferðaraðila. Kannanir í Bretlandi, Kanada og Ástralíu á meðal lækna og vímuefnaráðgjafa sýna að þar er stuðningur við skaðaminnkandi nálganir frá því að vera í meðallagi til þess að vera útbreiddur (Rosenberg og Phillips, 2003). Talið er að andstaða við skaðaminnkandi nálgun í Bandaríkjunum standi í vegi fyrir að fjölbreyttari meðferðarmöguleikar standi fólki til boða (Goddard, 2003).

Rannsókn sem náði til 133 meðferðaraðila í miðvesturríkjum Bandaríkjanna sýndi að hægt var að hafa áhrif á viðhorf til skaðaminnkandi nálgunar með fræðslu. Meðferðaraðilar sóttu tveggja tíma fyrirlestur þar sem farið var yfir hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar, þ.m.t. nauðsyn þess að samþykkja vilja skjólstæðings til að setja sér önnur markmið en edrúmennsku. Einnig var farið yfir aðferðir eins og hófdrykkju, nálaskiptipjónustu, og viðhaldsmeðferð. Fyrir og eftir fræðslu svöruðu þátttakendur 25 spurningum af spurningalista sem kallaður er *Harm Reduction Acceptability Scale* (HRAS). Þátttakendur þekktu lítið til skaðaminnkandi nálgana fyrir og er hún lítið stunduð á þessu svæði, t.d. er ekki nálaskiptipjónusta eða viðhaldsmeðferð, en sú síðarnefnda er sú íhlutun sem er hvað þekktust og á sér lengsta sögu í Bandaríkjunum. Vangaveltur rannsakenda um að það yrði ekki mikill stuðningur við skaðaminnkandi nálgun stóðst ekki, en þær voru tilkomnar vegna stefnu flestra meðferðarstöðvanna sem unnu með AA 12 sporakerfið eða hugræna atferlismeðferð og fela í sér kröfu um bindindi. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að fagfólk varð jákvæðara gagnvart skaðaminnkandi nálgunum eftir að hafa fengið fræðslu. Í óformlegu spjalli við rannsakendur kom einnig í ljós að meðferðaraðilar upplifðu það hindrandi að vinna við þröngt svið meðferðarúrræða, og virtust glaðir að heyra um fleiri valkosti. Takmarkanir rannsóknar lágu í að ekki var hægt að útiloka að jákvæð svör fengjust vegna þess að svarað var í samræmi við væntingar. Hinsvegar voru þátttakendur allir búnir að vinna yfir 10 ár í áfengis og vímuefnageira, og 85% þeirra höfðu meistara- eða doktorsgráðu, og dregur það úr líkum á að svörin byggðust einungis á áhrifagirni hópsins. Ekki er vitað hversu lengi viðhorfsbreytingin varir. Viðhorf eru með hugræna, hegðunarlega og tilfinningalega þætti, og þessi rannsókn sýnir einungis breytingu í hugræna þættinum. Ekkert í rannsókninni gefur til kynna að hugræna breytingin skili sér í breytingu á hegðun (Goddard, 2003).

Samantekt

Skaðaminnkun er hægt að beita á öllum stigum vímuefnaneyslu en í því samhengi sem hér hefur verið um fjallað er aðallega verið að horfa til þeirra sem eru langt gengnir í neyslu og nýta sér ekki hefðbundin meðferðarúrræði þar sem markmiðið er bindindi. Ávinningur nærþjónustu eru tengslin sem komið er á milli hópsins og heilbrigðiskerfis og minnkun á skaða vegna neyslunnar. Þær íhlutanir sem hafa verið þróaðar og sýnt árangur eru nálaskiptiþjónusta, neysluherbergi og viðahaldsmeðferð. Einnig sýna rannsóknir ávinning þess að beita skaðaminnkun innan fangelsa, og er þá aðallega verið að fjalla um nálaskiptiþjónustu og viðahaldsmeðferð, en í fangelsum er samankominn hópur sem er mjög útsettur fyrir skaða af völdum vímuefnaneyslu. Mismunandi er hversu mikla áherslu heilbrigðisyfirvöld leggja á skaðaminnkandi nálganir en afstaða yfirvalda skiptir miklu máli þegar kemur að innleiðingu. Skaðaminnkun er stundum í mótsögn við ríkjandi stefnu yfirvalda um bannstefnu.

Umræður

Fjöldi rannsókna hefur verið gerður á áhrifum mismunandi skaðaminnkandi nálgana og bendir sú þekking sem er fyrir hendi til ótvíræðra kosta við innleiðingu þeirra. Þá er verið að vísa til nærþjónustu eins og nálaskiptipjónustu, neysluherbergis, viðhaldsmeðferðar og skaðaminnkunar í fangelsum. Eins og sjá má af fræðilegum heimildum hafa skaðaminnkandi nálganir, þjónusta og inngrip verið stunduð í nokkra áratugi í Evrópu, Bretlandi, Kanada, Ástralíu, Bandaríkjum og Norðurlöndum.

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin í Evrópu hefur gefið út leiðbeiningar þar sem fram kemur að forvarnir séu bæði mikilvægar og kostnaðar-ábatasamar. Skaðaminnkun sé ekki síður mikilvæg þegar nálgast á vímuefnavanda í samfélögum, og er eitt af aðalhlutverkum stofnunarinnar að styðja hlutaðeigandi ríki í að bjóða upp á skaðaminnkandi nálganir til að draga úr útbreiðslu blóðborinna sjúkdóma eins og HIV og lifrabólgu. Einnig er sett fram það markmið að minnka eftirspurn eftir vímuefnum (WHO, 2009). Í skýrslu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar frá 2006 þar sem fjallað er um útbreiðslu HIV smits eru lagðar til skaðaminnkandi nálganir fyrir vímuefnaneytendur sem sprauta sig í æð. Þar er mælt með fræðslu og forvörnum, nálaskiptipjónustu, viðhaldsmeðferð og bólusetningu við lifrabólgu B (WHO, 2006). Málefni fanga eru tekin sérstaklega fyrir og bent á nauðsyn þess og ávinning að taka aðferðir skaðaminnkunnar inn í fangelsin. Þar er stór hópur fólks samamkominn sem myndi njóta góðs af þessari þjónustu í heilsufarslegu tilliti (WHO, 2005).

Aðalhindranir gegn innleiðingu skaðaminnkandi nálgana eru af ýmsum toga en helst ber að nefna viðhorf stjórnvalda og löggjöf, en víðast hvar er neysla vímuefna ólögleg.

Stjórnvöld eru oft treg til að taka upp skaðaminnkandi nálganir þrátt fyrir að niðurstöður vísindalegra rannsókna sýni ávinning. Í Bandaríkjunum hafa rannsóknir sýnt að innleiðing nálaskiptipjónusta dregur úr smiti á HIV og HIV áhættuhegðun, auk sem hún býður upp á öruggan stað til að farga óhreinum nálum. Margskonar þarlendar vísindastofnanir styðja því þessa þjónustu og viðurkenna gagnsemi hennar, svo sem *US National Institutes of Health Consensus Panel*, *US National Research Council* og *US American Public Health Association*, ásamt fleirum. Engu að síður bannar löggjöf að ríkisvaldið veiti fjármagni til þessarar starfsemi. Afleiðing þess er að ónógu fjármagni er veitt er í málaflokkinn, sem takmarkar umfang þjónustu og hamlar ákjósanlegri útbreiðslu skaðaminnkandi nálgana. Þær eru þá oft með takmarkaðan opnunartíma og einnig hafa margar rannsóknir sýnt fram á að nálægð lögreglu við starfsemina dregur úr aðsókn að þeim. Þessar hindranir auk annarra draga úr gagnsemi nálaskiptipjónusta (Wood o.fl., 2003). Samkvæmt Vlahov og Junge voru 110 nálaskiptipjónustur í Bandaríkjunum árið 1998 en 2000 í Ástralíu og nokkur hundruð í Stóra-Bretlandi (Vlahov og Junge, 1998) sem endurspeglar viðhorf stjórnvalda í þessum löndum en andstaða yfirvalda í Bandaríkjunum gegn því að taka upp nálaskiptipjónustu olli því að útbreiðsla varð ekki nægileg. Skaðaminnkandi nálganir voru á skjön við bannstefnu þeirra í vímuefnamálum. Lurie og Drucker (1997) ályktuðu að ef ríkisstjórn Bandaríkjanna hefði komið á nálaskiptipjónustu á landsvísu á árunum 1987-1995 hefði verið hægt að koma í veg fyrir milli 4394 og 9666 HIV sýkinga (Ksobiech, 2006).

Í vísindasamfélaginu eru deilur og umræður um gagnsemi skaðaminnkandi nálgana í raun yfirstaðnar. Sýnt er að aðferðir skaðaminnkandi nálgana eru árangursríkar til að draga úr HIV smiti og eru bæði öruggar og kostnaðarabótasamar. Í tuttugu ár hafa rannsakendur skoðað hvort skaðaminnkandi nálganir hafi einhver skaðleg áhrif. Rannsóknir þeirra hafa

ekki fundið neinar vísbendingar um að innleiðing skaðaminnkandi nálgana sé skaðleg fyrir einstaklinginn eða samfélagið. Þrátt fyrir fjölda rannsókna og óyggjandi niðurstöður um gagnsemi skaðaminnkandi nálgana hafa talsmenn gagnreyndrar skaðaminnkunar og þeir sem styðja bannstefnu deilt um hvaða leið skuli fara í heilbrigðisstefnumótun þjóða (Wodak og McLeod, 2008).

Dæmi um þetta er umræða í Kanada þar sem tekist var á um áframhaldandi starfsemi neysluherbergis en í innleiðingu þess kristallast mótsögn, þ.e. löglegur staður til að stunda ólöglegan verknað. Innleiðing slíkra íhlutana kallar á þverfaglega samvinnu heilbrigðis-, félags- og lögregluþyrvalda auk yfirlýsts vilja stjórnvalda. Í Kanada er saga skaðaminnkunar löng en yfirvöld þar virðast vera að skipa sér meira á bekk með Bandaríkjamönnum sem hafa *War on drugs* ofarlega á stefnuskrá sinni. Neysluherbergi var opnað í Vancouver í Kanada 2003 á grundvelli undanþágu stjórnvalda og var tilraunaverkefni til nokkurra ára. Rannsóknir voru gerðar sem skoðuðu ávinning og mögulegan skaða sem hlytist af neysluherbergjunum. Þegar kom að því að endurmeta leyfi fyrir starfsseminni framlengdi heilbrigðisráðherra leyfið fram yfir kosningar, eða um sex mánuði, og tilkynnti að fleiri rannsóknir yrðu að liggja fyrir áður en ákvörðun um áframhaldandi starfsemi yrði tekin. Á sama tíma skrúfuðu yfirvöld fyrir fjármagn til miðstöðvarinnar sem hafði verið ráðstafað til rannsókna. Allmargar rannsóknir höfðu verið gerðar á starfseminni, en þær virtust skipta vísindasamfálgið meira máli en stjórnvöld (Wodak, 2008). Stjórnvöld komu þannig í veg fyrir að hægt yrði að meta árangur stöðvarinnar vísindalega og leggja niðurstöðurnar til grundvallar við ákvarðantöku um áframhaldandi starfsemi.

Viðhorf stjórnvalda skiptir höfuðmáli þegar kemur að innleiðingu skaðaminnkandi nálgana og virðist stefna þeirra oft vega þyngra en niðurstöður vísindalegra rannsókna. Stefna

í áfengis- og vímuefnamálum er oft á þann veg að það sem er vinsælt í stefnu stjórnvalda er oft ekki árangursríkt á meðan það sem er árangursríkt er ekki vinsælt (Wodak, 2008).

Talsmenn skaðaminnkunar benda á að gagnreynd þekking sýni að bannstefna gegn áfengis- og vímuefnaneyslu, a.m.k. eins og hún birtist víða um heim, beri ekki árangur (Burris og Burrows, 2009).

Umburðarlyndi stjórnvalda gagnvart inn gripum af því tagi sem fjallað er um í þessari ritgerð er mjög mismunandi og þó að víða sé hefð fyrir skaðaminnkandi nálgunum í samfélaginu er ekki þar með sagt að þær skili sér þar sem þörfin er mest. Í fangelsum Bandaríkjanna er hvorki veitt viðhaldsmeðferð né nálaskiptiprógramm en þar er samankominn markhópur sem skaðaminnkun myndi nýtast beint. Niðurstöður rannsókna sýna að stór hluti fanga glímir við margháttadan vanda eins og langvarandi geðræn og líkamlega vandamál, vímuefnavandamál, hátt hlutfall sýkinga, takmarkaðan aðgang að heilbrigðiskerfi fyrir afplánun og félagsleg vandamál, og eru heilbrigðisþarfir fanga mun meiri en í almennu þýði (Condon, Hek og Harris, 2006; Hatton og Fischer, 2008).

Við gerð heilbrigðisstefnu líta Íslendingar til Evrópusambandsins, Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar og Norðurlandanna. Þrátt fyrir að Alþjóðaheilbrigðisstofnunin leggi til að skaðaminnkandi nálganir séu teknar upp er það ekki gert að neinu marki á Íslandi og aðaláherslur í heilbrigðisáætlun beinast að forvörnum og meðferð í þessum málaflokki. Hérlandis er aðallega um að ræða bráðaúrræði eins og gistiskýli og stoðbýli. Aðgerðir byggjast ekki á skýrri stefnu en það kemur niður á málafloknum og birtingarmynd þess er minna fjármagn og minna framboð af úrræðum.

Dæmi um stefnu erlendis

Önnur lönd hafa unnið nýjar heilbrigðisáætlanir þar sem skaðaminnkandi nálganir eru hluti af stefnu sem byggir á samþættingu meðferðarúrræða fyrir þá sem það vilja nýta og skaðaminnkandi þjónusta fyrir þá sem eru í neyslu. Í Noregi gaf heilbrigðisráðuneytið út skýrslu í mars 2009 sem kallast *Norwegian National Action on Alcohol and Drugs*. Henni er beint að þeim vanda sem áfengis og vímuefnaneysla hefur í för með og þar eru kynntar áætlanir um að innleiða skaðaminnkandi nálganir. Í skýrslunni er vímuefnavandinn kortlagður, stefna mörkuð og leiðir að markmiðum settar fram. Formáli inniheldur umræðu um nauðsynlegar málamiðlanir milli réttarkerfis, félags- og stjórnmalakerfis. Nauðsynlegt er fyrir kerfin að vinna saman þegar tekist er á við þennan vanda, enda kalla skaðaminnkandi nálganir oft á ný viðhorf þar sem áherslan verður á að minnka skaða en ekki til dæmis að refsar fyrir notkun vímuefna. Þar kemur einnig fram að það sem skipti sköpum þegar vinna á með fíkniefnavanda sé samvinna bæjaryfirvalda, heilbrigðisyfirvalda, sýslumanna, félagasamtaka og fleiri (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2009).

Sama tón má greina í heilbrigðisáætlun sem sett var fram opinberlega í British Columbia í Kanada 2004. Alls komu sex ráðuneyti að stefnunni sem beint er gegn aukinni notkun methamphetamíne í samfélaginu. Nálgunin er útfærð ítarlega og beint að fjórum markmiðum, þ.e. forvörnum, minni notkun efnisins hjá vímuefnaneytendum, minnka skaða og dauða vegna of stórra neysluskammta, draga úr framboði á efninu og auka öryggi í samfélaginu. Áhersla er lögð á að nálgun af þessu tagi kalli á samhæfðar og samræmdar aðgerðir frá ólíkum geirum samfélagsins eins og lögreglu, fangelsisvörðum, heilbrigðis-, félags- og réttarkerfi, samfélagsstofnunum og fleiri (British Columbia Ministry of Health Services, 2004).

Þegar skoðaðar eru stefnur þjóða sem hafa markað sér skýrar áætlanir um að taka upp skaðaminnkandi nálganir er áberandi að kerfi sem þjónusta hópinn vinna saman og verða áætlanir mun markvissari þegar unnið er undir þeim formerkjum. Þegar móta á stefnu um þennan málaflokk þyrfti að koma til samvinna heilbrigðisráðuneytis, félagsmálaráðuneytis, lögreglufirvalda og annarra sem tengjast þjónustu við hópinn. Þverfagleg nálgun á þjónustu er nauðsynleg, þar sem vandamál jaðarhópa sem glíma jafnvel við heimilisleysi og áfengis- og vímuefnafíkn eru margvísleg og flókin. Þegar stefna er mörkuð í málaflokknum þarf að kalla til sérfræðinga sem hafa innsýn í vanda hópsins, þekkja til reynslu nágrannaþjóða og leggja fram gagnreynda þekkingu úr vísindasamfélaginu.

Skaðaminnkandi nálganir hér á landi

Hér á landi er ekki til nein formleg stefna sem hefur skaðaminnkandi nálganir að markmiði, í þeim skilningi sem hér hefur verið um rætt. Heilbrigðisstefnan í þessum málaflokki byggist að mestu á forvörnum og meðferðarúrræðum þar sem áhersla er á að koma í veg fyrir neyslu, en ekki draga úr skaða. Heilbrigðisáætlun liggur til grundvallar stefnumörkun, skipulagningu og og skiptingu fjármagns í heilbrigðiskerfinu og stjórnar því til hvaða málaflokka fjármagni er veitt (Heilbrigðisráðuneytið, 2007).

Þrátt fyrir stefnuleysi í þessum málum er þjónusta fyrir hendi hér á landi sem flokkast sem skaðaminnkandi nálganir. Má þar nefna viðhaldsmeðferð sem veitt er út frá göngudeild SÁÁ og hófst árið 1999 vegna mikilla þarfar. Fjöldi sjúklinga sem eru að staðaldri á meðferðinni hefur aukist frá ári til árs og eru nú yfir 50 manns í viðhaldsmeðferð. Þegar rætt var við Valgerði Rúnarsdóttur, sérfræðing í lyflækningum með sérfræðiþróf í fíknlækningum, um þessa meðferð lagði hún áherslu á að samkvæmt mati væri oftast um langvinna meðferð

við fíkn að ræða og einstaklingarnir lifðu eðlilegu lífi. Stundum er viðhaldsmeðferðin þó eingöngu skaðaminnkandi en með það markmið að vinna að meiri bata. Að mati læknisins er sjúkrahúsið Vogur einnig að veita skaðaminnkandi nálgun þeim hópi sjúklinga sem leggst ört inn (símeðferðarfólk), oftast í þeim tilgangi að fá tímabundið næringu, B-vítamín og húsaskjól og er í því sambandi jafnvel talað um líknandi meðferð hjá veikustu sjúklingunum (Valgerður Rúnarsdóttir, munnleg heimild, 4.apríl 2009). Í fangelsum á Íslandi er ekki veitt viðhaldsmeðferð og methadon einungis notað til niðurtöppunar þrátt fyrir að fangi hafi verið á viðhaldsmeðferð þegar hann kemur til afplánunar (Egill Rafn Sigurgeirsson, munnleg heimild, 8.maí 2009).

Stoðbýli er heimili með stuðningi þar sem starfsmenn aðstoða heimilismenn við daglegt líf. Þar búa menn sem voru áður heimilislausir. Eldað er fyrir íbúa og geta þeir verið virkir í áfengis- eða vímuefnaneyslu en mega þó ekki drekka áfengi innanhúss eða neyta vímuefna. Tvö slík stoðbýli eru rekin í Reykjavík fyrir karlmenn, á Njálsgötu og Miklubraut. Ekkert slíkt stoðbýli er til staðar í samfélaginu fyrir konur. Gistiskýli eru tvö, og er annað fyrir karlmenn með um 20 pláss en Konukot er með pláss fyrir 8 konur. Hjálpræðisherinn er með með dagsetur fyrir heimilislausa og Samhjálp (Kristileg samtök) býður upp á máltíð einu sinni á dag á kaffistofu sinni (Hulda Gunnarsdóttir, munnleg heimild, 29. apríl 2009). Þegar gistiskýli eru full geta heimilislausir fengið gistingu í fangageymslum ef þar er laust, en ekki er um önnur bráðaúrræði að ræða. Fangaklefar lögreglunnar eru nýttir mikið og fólk fær jafnvel að leggja sig yfir miðjan daginn. Árið 2006 gistu 70 manns í fangageymslum að eigin ósk, samtals 166 gistinætur (Berglind Eyjólfsdóttir, munnleg heimild, 30.apríl, 2009).

Segja má að Félagsþjónusta Miðborgar og Hlíða vinni undir merkjum skaðaminnkandi nálgana með nærþjónustu sem hún veitir. Á hennar vegum hefur verið þróuð nærþjónusta við

skjólstæðinga þjónustunnar og félagsráðgjafar fara út til hópsins. Farið er í gistiskýlin, Eyjaslóð (dagsetur) og nú nýlega var byrjað að fara á „pöbbarölt“ þar sem reynt er að ná til einstaklinga sem vita ekki af úrræðum eða eru mjög einangraðir. Fulltrúi lögreglunnar hefur einnig slegist með í för en mikil samvinna er á milli lögreglu og félagsþjónustu (Hulda Gunnarsdóttir, munnleg heimild 29.apríl 2009). Að mati félagsráðgjafa sem var með daglega viðveru á dagsetrinu Eyjaslóð er þar mikil þörf fyrir viðveru hjúkrunarfræðings (Guðrún Þorgerður Ágústsdóttir, munnleg heimild, 29. apríl 2009).

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar hefur samþykkt að greiða hálfa stöðu hjúkrunarfræðings til að sinna skjólstæðingum velferðarsviðs og var það sett fram í aðgerðaráætlun velferðarsviðs í málefnum útigangsfólks (Velferðarsvið, 2008). Rauði kross Íslands hefur boðist til að leggja til hjólhýsi sem væri hægt að færa milli þeirra staða sem heimilislausir sækja, en hugmyndin er ekki að fullu útfærð og staða hjúkrunarfræðings er ekki eyrnamerkt hjólhýsahugmyndinni. Útfærsla á hugmyndinni hefur verið lögð fram og samstarfsaðilar tilgreindir. Í áætluninni er kallað á faglega samvinnu Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar, heilsugæslunnar, lögreglunnar, Rauða kross Íslands, Landspítalans og Heilbrigðis-og Hugvísindasviða Háskóla Íslands (Helga Sif Friðjónsdóttir, munnleg heimild, 14. maí 2009). Samráðshópur um málefni heimilislausra setti fram áætlun um rannsóknir sem gætu mætt þörfum hópsins. Velferðarsvið hyggst láta vinna rannsóknirnar sumarið 2009 og verður m.a. reynt að komast að fjölda heimilislausra og ná einnig til ungs fólks í þessum hópi. Félagsleg staða þeirra verður skoðuð, sem og heilsufar (Hulda Gunnarsdóttir og Guðrún Þorgerður Ágústsdóttir, munnleg heimild, 29. apríl 2009).

Að framansögðu má ljóst vera að þeir sem koma að þjónustu við hópinn hafa töluverða innsýn inn í þarfir og lífsstíl þeirra sem eru utangarðs og jafnvel með áfengis- eða

vímuefnasjúkdóm. Áberandi var hversu góða innsýn félagsráðgjafar Miðborgar og Hlíða höfðu, enda leggja þeir sig fram um að fara út til hópsins. Þeir hafa greint ríka þörf fyrir starf hjúkrunarfræðings í nærumhverfinu. Til að móta stefnu í áfengis- og vímuefnamálum á Íslandi þurfa allir þeir sem koma að þjónustu við áfengis-og vímuefnaneytendur hópinn að tala saman, leggja fram sína þekkingu og reynslu og móta stefnu sem tekur ekki einungis til forvarna og meðferða, heldur nær einnig til þeirra sem ekki nýta sér hefðbundin úrræði og búa á jaðri samfélagsins. Samræða þarf að eiga sér stað milli heilbrigðiskerfis, félagsþjónustu og löggjafans um útfærslu og framkvæmd. Gera þarf ráð fyrir þessum hópi í heilbrigðisáætlun og gæta þess að réttlæti og jafnrétti séu höfð að leiðarljósi þegar skipulögð eru áætlun sem tekur einnig mið af þörfum þessa einstaklinga og nær til allra.

Gildi fyrir hjúkrun

Mörg sóknarfæri felast í hjúkrun ef hefð myndaðist fyrir skaðaminnkandi nálganir og þjónustu hér á landi. Nærþjónusta sem myndi felast í færanlegri sveit hjúkrunarfræðinga, eða í þverfaglegu teymi byði upp á margskonar tækifæri í hjúkrun. Hugmyndafræði hjúkrunar ætti vel við þar sem farið væri út í nærsamfélagið og einstaklingi mætt þar sem hann er staddur hverju sinni. Hjúkrunarfræðingar eru með þekkingarvald, geta verið frumkvöðlar, látið rödd sína heyrast og þróað starfsemi á grundvelli breiðrar þekkingar og rannsókna. Hlutverk þeirra gagnvart hópnum gæti verið fræðsla varðandi hreinlæti þegar fólk sprautar sig, umbúnaður sára, saumataka og almennt heilbrigðismat þar sem brugðist er við áður en í óefni er komið. Einnig gæti verið bein tenging við heilsugæslu þar sem hægt væri að vísa áfram. Hjúkrunarfræðingar þekkja heilbrigðiskerfið og ættu að geta beint viðkomandi í

úræði sem væru viðeigandi. Þeir geta einnig verið talsmenn hópsins, greint þörf fyrir þjónustu og talað fyrir henni.

Hjúkrunarfræðingar geta einnig í krafti menntunar sinnar bent á þörfina fyrir skaðaminnakandi nálganir og þjónustu við hópinn. Þeir ættu að vekja athygli á niðurstöðum rannsókna úr vísindasamfélaginu sem byggjast á gagnreyndri þekkingu og áratuga reynslu í fjölmörgum löndum kringum okkur. Hjúkrunarfræðingar geta sömuleiðis komið að rannsóknum á þeim hópi sem er hvað verst settur og metið heilsufar, heilbrigðisþarfir og annað sem hægt er að leggja til grundvallar þegar þjónusta við hópinn er kortlögð.

Í samtali við félagsráðgjafa sem hefur mikla viðveru á dagsetrinu Eyjaslóð kom fram að þar væri mikil þörf fyrir hjúkrunarfræðinga með fasta viðveru á ákveðnum tímum. Einnig benti forvarnarfulltrúi lögreglunnar á að á athvörfum, kaffistofum og Eyjaslóð væri hægt að ná til 80-90% af hópi heimilislausra áfengis- og vímuefnaneytenda sem gætu nýtt sér nærþjónustu hjúkrunarfræðings. Forvarnarfulltrúinn taldi einnig æskilegt að boðið yrði upp á hreinar nálar og sprautur ef komið væri á nærþjónustu í formi heilsuþáls (Berglind Eyjólfsdóttir, munnleg heimild, 30.apríl, 2009). Margs konar útfærsla er á nærþjónustu hjúkrunarfræðinga á hinum Norðurlöndunum. Bæði er um að ræða hreyfanlegar sveitir, þar sem unnið er út frá spítölum eða heilsugæslum, og litlar heilbrigðismóttökur sem eru staðsettar í athvörfum miðsvæðis, sniðnar að þörfum þessa hóps og þjónusta hann sérstaklega.

Lokaorð

Löng hefð er fyrir skaðaminnkakandi nálgunum víða um heim og vísindasamfélagið hefur sýnt fram á gagnsemi þeirra síðustu áratugi. Í umræðunni um innleiðingu skaðaminnkakandi nálgana er áberandi að aðalhindrunin er viðhorf stjórnvalda, sem vinna oft undir merkjum bannstefnu (zero-tolerance). Kominn er tími til að hér á landi sé mörkuð stefna sem taki þjónustu við þennan hóp inn í áætlanir. Á Íslandi vantar inn í heilbrigðisstefnu og áætlun, að gert sé ráð fyrir skaðaminnkakandi nálgunum fyrir þann hóp sem er í neyslu og nýtir sér ekki þau meðferðarúrræði sem bjóðast. Gott aðgengi og úrræði eru í boði fyrir þá sem kjósa að hætta neyslu en hluti þeirra sem þjást af áfengis-og vímuefnafíkn nýtir sér ekki þau úrræði. Forvarnir, þ.e. að draga úr drykkju/neyslu, gagnast tæplega þessum hópi, sem eru í hvað mestri neyslu og jafnvel ekki með þak yfir höfuðið. Heilbrigðisáætlun ætti að hafa á stefnu sinni að ná til allra, og kynna sér með markvissari hætti hvernig t.d. nágrannaþjóðir fara að. Hjúkrunarfræðingar geta hér haft margvísleg áhrif, bæði með því að fræða þá sem fást við stefnumótun, móta starf á vettvangi nærþjónustu og vinna á þverfaglegum grunni að bættu heilsufari þessa berskjaldaða hóps.

Heimildaskrá

Australian Institute of Criminology. (2009). *Medically supervised injection centre*. Sótt 25.

apríl 2009 af http://www.aic.gov.au/research/drugs/responses/harm_reduction.html

Avants, S. K., Margolin, A., Usubiaga, M. H. og Doebrick, C. (2004). Targeting HIV-related outcomes with intravenous drug users maintained on methadon: A randomized clinical trial of a harm reduction group therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 67-78.

Bluthenthal, R. N., Anderson, R., Flynn, N. M. og Kral, A. H. (2007). Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 214-222.

British Columbia ministry of health care services. (2004). *Crystal meth and other*

amphetamines: An integrated BC strategy. Sótt 4. maí 2009 af

http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/MHA_meth_strategy.pdf

Broyles, L. M. og Korniewicz, D. M. (2002). The opiate-dependent patient with endocarditis:

Addressing pain and substance withdrawal. *AACN Clinical Issues*, 13, 431-451.

Burris, S. og Burrows, D. (2009). Drug policing, harm reduction and health: Directions for advocacy. *International Journal of Drug Policy*, 4, 293-295.

- Condon, L., Hek, G. og Harris, F. (2006). A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: The research evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1201-1209.
- Cook, C. (2009). *Harm reduction policy and practice worldwide. An overview of national support for harm reduction in policy and practice worldwide*. Sótt 23. apríl 2009 af <http://www.ihra.net/HRWorldwide>
- Cook, C. og Kanaef, N. (2008). *Global state of harm reduction 2008. Mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*. Sótt 23. apríl 2009 af <http://www.ihra.net/GlobalState>
- Christie, T. K., Groarke, L. og Sweet, W. (2008). Virtue ethics as an alternative to deontological and consequential reasoning in the harm reduction debate. *International Journal of Drug Policy*, 19, 52-58.
- Drucker, E. (2000). From morphine to methadon: Maintenance drugs in the treatment of opiate addiction. Í J. A. Inciardi og L. D. Harrison (Ritstj.), *Harm reduction. National and international perspectives* (bls. 27-45). California: Sage Publications
- Einstein, S. (2007). Harm and risk reduction: History, theories, issues and implications. *Substance Use and Misuse*, 42, 257-256.
- EMCDDA. (2003). *Annual report: The state of drugs problem en the European union and Norway*. Sótt 25. apríl 2009 af http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w36

- Erickson, P., Butters, J. og Walko, K. (2007). CAMH and harm reduction: A background paper on its meaning and application for substance use issues. Sótt 23. apríl 2009 af http://www.camh.net/Public_policy/Public_policy_papers/harmreductionbackground.html
- Fangelsismálastofnun. (e.d.). *Ársskýrslur Fangelsismálastofnunar*. Sótt 25. apríl 2009 af <http://www.fangelsi.is/arsskyrslur/>
- Goddard, P. (2003). Changing attitudes towards harm reduction among treatment professionals: A report from the American Midwest. *International Journal of Drug Policy*, 14, 257-260.
- Hatton, D. C. og Fisher, A. A. (2008). Incarceration and the new asylums: Consequences for the mental health of women prisoners. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 1304-1307.
- Harm reduction therapy center. (e.d.). *What is harm reduction therapy?* Sótt 23. apríl 2009 af <http://www.harmreductiontherapy.org/default.asp>
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumptions rooms*. Sótt 22. apríl 2009 af <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1327EN.html?nNodeID=1327>
- Heilbrigðisráðuneytið. (2007). Staða og endurskoðun meginmarkmiða heilbrigðisáætlunar til ársins 2010. Sótt 22. apríl 2009 af <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/utgefing/efni//nr/1178>
- Hurley, S. F., Jolley, D. J. og Kaldor, J. M. (1997). Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*, 349, 1797-1800.

IHRA. (2008). *Regional overview. Western Europa*. Sótt 23. apríl 2009 af

[http://www.ihra.net/GlobalState?searchTerms\[\]=regional&searchTerms\[\]=overview&searchTerms\[\]=western&searchTerms\[\]=europe](http://www.ihra.net/GlobalState?searchTerms[]=regional&searchTerms[]=overview&searchTerms[]=western&searchTerms[]=europe)

IHRA. (2009). *About IHRA*. Sótt 24. apríl 2009 af <http://www.ihra.net/AboutIHRA>

Järvinen, M. (2006). Approaches to methadon treatment: Harm reduction in theory and practice. *Sociology of Health & Illness*, 30, (7), 975-991

Joseph Rowntree Foundation. (2006). *Drug consumptions rooms. Summary report of the independent working group*. Sótt 22. apríl 2009 af

<http://www.jrf.org.uk/publications/drug-consumption-rooms-summary-report-independent-working-group>

Kellogg, S. H. (2003). On “gradualism” and the building of the harm reeduction- abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 241-247.

Kellogg, S. H. og Kreek, M. J. (2005). Gradualism, identity, reinforcements, and change. *International Journal of Drug Policy*, 16, 369-375.

Kerr, T., Montaner, J. og Wood, E. (2008). Supervised injection facilities: Time for scale up? *Lancet*, 37, 354-355.

Kerr, T., Small, W., Moore, D. og Wood, E. (2007). A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: Evidence from the evaluation of Vancouver’s safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 18, 37-45.

- Korf, D. J. og Buning, E. C. (2001). Coffee shops, low-threshold methadone, and needle exchange: Controlling illicit drug use in the Netherlands. Í J. A. Inciardi og L. D. Harrison (Ritstj.), *Harm reduction. National and international perspectives* (bls.111-133). California: Sage Publications.
- Ksobiech, K. (2006). Beyond needle sharing: Meta-Analysis of social context risk behaviors of injection drug users attending needle exchange programs. *Substance Use & Misuse*, 41, 1379-1394.
- Lane, S. D., Lurie, P., Bowser, B., Kahn, J. og Chen, D. (2000). The coming of age of needle exchange: A history through 1993. Í J. A. Inciardi og L. D. Harrison (Ritstj.), *Harm reduction. National and international perspectives* (bls.47-68). California: Sage Publications.
- Larney, S. og Dolan, K. (2009). A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: Equivalence of care? *European Addiction Research*, 15, 107-112.
- Landlæknisembættið. (2009). Tafla 3. *Greining HIV smitaðra eftir árum, smitleiðum og áhættuhegðun- 31.12. 2008*. Sótt 21. apríl 2009 af <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3817>.
- Langendam, M. W., Giel, H. A., Coutinho, R. A. og Ameijden, J. C. (2001). The impact of harm-reduction-based methadon treatment on mortality among heroin users. *American Journal of Public health*, 91, 774-780.

- Marlatt, G. A. (1998). Basic principles and strategies of harm reduction. Í G. A. Marlatt (Ritstj.), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* (bls. 49-66). New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1998). Harm reduction around the world. A brief history. Í G. A. Marlatt (Ritstj.), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* (bls. 30-48). New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Blume, A. W. og Parks, G. A. (2001). Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, (1), 13-21.
- Marsch, L. (1998). The efficacy of methadon maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: A meta-analysis. *Addiction*, 93, 515-532.
- Moskalewicz, J., Barrett, D., Bujalski, M., Dabrowska, K., Klingemann, H., Malczewski, A. o.fl. (2007). Harm reduction coming of age: A summary of the 18th international conference on the reduction of drug related harm - Warsaw, Poland: 13-17 may 2007. *International Journal of Drug Policy*, 503-508.
- Nedde. (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Sótt 14. apríl 2009 af <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EFA%20effectiveness%20sterile%20needle.pdf>
- Nelles, J., Fuhrer, A., Hirsbrunner, H.P. og Harding, T.W. (1998). Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *British Medical Journal*, 317, 270- 273.

Norwegian ministry of health and care services. (2009). *Norwegian national action plan on alcohol and drugs*. Sótt 21. apríl 2009 af

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/SAN/TiltaksplanRusf08engweb.pdf>.

O'Hare, P. (2007). Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 18, 141-144.

Paraherakis, A., Charney, D. A., Palacios-Boix, J. og Gill, K. (2009). An abstinence-oriented program for substance use disorders: Poorer outcome associated with opiate dependence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 927-932.

Peterson, P. L., Dimeff, L. A., Tapert, S. F., Stern, M. og Gorman. M. (1998). Í G. A. Marlatt (Ritstj.), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* (bls. 218-297). New York: The Guilford Press.

Rosenberg, H. og Phillips, K. T. (2003). Acceptability and availability of harm-reduction interventions for drug abuse in American substance abuse treatment agencies. *Psychology of Addictive Behavior*, 17, 203-210.

Riley, D. og O'Hare, P. (2000). Harm reduction: History, Definition, and practice. Í J. A. Inciardi og L.D. Harrison (Ritstj.), *Harm reduction. National and international perspectives* (bls.1-25). California: Sage Publications.

SÁÁ. (e.d). *Ársskýrsla SÁÁ 2006/2007. Tölulegar upplýsingar um meðferðarstarfið og vímuefnaneyslu sjúklinga*. Sótt 21. apríl 2009 af http://www.saa.is/Files/Skra_0022713.pdf.

- Stallwitz, A. og Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prison. A literature review. *International Journal of Drug Policy*, 18, 464-474.
- Strike, C., Leonard, L., Millson, M., Anstice, S., Berkeley, N., og Medd, E. (2006). *Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations*. Sótt 24. apríl 2009 af http://www.ohtn.on.ca/compass/Best_Practices_Report.pdf
- Stoltz, J., Wood, E., Small, W., Li, K., Tyndall, M., Montaner, J. o.fl. (2007). Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *Journal of Public Health*, 29, 35-39.
- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 25, 249-256.
- Thornton-Jones, H. og Hampshaw, S. M. (2003). Modernising beyond the NHS: Prison health care can benefit too. *Quality in Primary Care*, 11, 271-276.
- Tyndall, M. W., Kerr, T., Zhang, R., King, E., Montaner, J. G. og Wood, E. (2006). Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug and alcohol Dependence*, 83, 193-198.
- Velferðarsvið. (2008). *Stefna Reykjavíkurborgar í málefnum utangarðsfólks 2008-2012*. Sótt 28. apríl 2009 af http://www.rvk.is/Portaldata/1/Resources/velferdarsvid/reglur_aetlanir/STEFNU_M_TUN___M_LEFNUM_UTANGAR_SF_LKS_-_LOKASKJAL_8.sept._2008.pdf
- Villarreal, H. og Fogg, C. (2006). Syringe-exchange programs and HIV prevention. *American Journal of Nursing*, 106, 58-62.

Vlahov, D. og Junge, B. (1998). The role of needle exchange programs in HIV prevention.

Public Health Reports, 113, 75-80.

Watson, R., Stimpson, A. og Hostick, T. (2004). Prison health care: A review of the

literature. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 119-128.

WHO. (2006). *Towards universal access by 2010. How WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support*. Sótt 01. maí 2009 af

http://www.who.int/hiv/toronto2006/UAreport2006_en.pdf

WHO. (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Sótt 23. apríl 2009 af

<http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf>

Wodak, A. (2008). Going soft on evidence and due process: Canada adopts US style harm maximization. *International Journal of Drug Policy*, 19, 226-228. WHO. (2007).

International statistical classifications of diseases and related health problems. 10th revision, version for 2007. Kaffli V. Sótt 23. apríl 2009 af

<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.

WHO. (2009). *Comprehensive harm reduction package*. Sótt 24. apríl 2009 af

http://www.who.int/hiv/topics/idu/harm_reduction/en/

Wodak, A. og McLeod, L. (2008). The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users. *Aids*, 22, 81-92.

Wood, E., Kerr, T., Spittal, P. M. Small, W., Tyndall, M. W., O'Shaugnessy, M. V. o.fl.

(2003). An external evaluation of a peer run "unsanctioned" syringe exchange program. *Journal of Urban Health*, 80, 455-464.