



Skaðaminnkun á Íslandi

Viðhorf og þekking

Ísabella Björnsdóttir

**Lokaverkefni til MA-gráðu í félagsráðgjöf til starfsréttinda
Háskóli Íslands
Félagsvísindasvið**



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Skaðaminnkun á Íslandi

Viðhorf og þekking

Ísabella Björnsdóttir

280481-3199

Lokaverkefni til MA-gráðu í félagsráðgjöf til starfsréttinda

Leiðbeinandi: Steinunn Hrafnisdóttir

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Desember 2012

Ritgerð þessi er lokaverkefni til MA gráðu í félagsráðgjöf og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.
© Ísabella Björnsdóttir 2012

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, Ísland 2012

Útdráttur

Skaðaminnkun er hugmyndafræði á sviði vímuefnafræða sem hefur það markmið að draga úr skaða vímuefnanotkunar. Í þessari rannsókn var sjónum beint að nálgunum skaðaminnkunar gagnvart sprautufíklum, vegna þess mikla skaða sem neysla þeirra getur leitt af sér. Rannsóknin beindist að þekkingu og viðhorfum heilbrigðisfagfólks á skaðaminnkun með sprautufíklum. Notast var við eiginlegar rannsóknaraðferðir í formi viðtala og voru viðeigandi þátttakendur valdir samkvæmt markmiðsúrtaki. Þátttakendur voru átta og höfðu það sameiginlegt að vera heilbrigðisfagfólk sem starfaði á stofnunum sem tengjast sprautufíklum. Framkvæmd rannsóknarinnar stóð frá september til nóvember 2012. Helstu niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að þátttakendur höfðu allir jákvætt viðhorf gagnvart skaðaminnkun en enginn þeirra taldi að næg þekking væri á henni hér á landi. Margir þátttakendur töldu að fordómar væru við lýði gagnvart skaðaminnkun hjá heilbrigðisstarfsfólki, sem mætti rekja til þekkingarleysis. Fannst öllum þátttakendum að skaðaminnkun ætti að vera hluti af stefnumótun í vímuefnamálum hér á landi. Í rannsókninni komu fram vísbendingar um að þátttakendur leggðu ólíkan skilning í hugtakið skaðaminnkun, sem veikir áreiðanleika þessara niðurstaða.

Lykilorð: Skaðaminnkun, hugmyndafræði, vímuefnavandi, stefnumótun, félagsráðgjöf.

Abstract

Harm reduction is a paradigm in the field of chemical dependency, which aims at reducing the damages of drug use. In this research the focus was on harm reduction approaches with injection drug users because of the harmful consequences such drugs use can have on the user. The research focused on the knowledge and attitudes of health professionals towards harm reduction measures with injection drug users. Qualitative research methods were used in the form of interviews. The participants were eight and chosen by purposive sampling. All of them worked at institutions that render assistance to intravenous drug users in Iceland. The research was conducted from September to November 2012. The main conclusion from this research was that all participants had a positive attitude towards harm reduction. None of them thought that there was enough knowledge about harm reduction in the Icelandic health care system. Many of the participants thought that the lack of knowledge contributes prejudice towards harm reduction in the health care system. All of the participants thought harm reduction should be a part of health care policy. In the research, evidence emerged that the participants had a different understanding of the term 'harm reduction', which weakens the reliability of the results.

Key words: Harm reduction, paradigm, substance abuse, policy, social work.

Formáli

Verkefni þetta er lokaritgerð í meistaranámi til starfsréttinda í félagsráðgjöf við Félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands. Verkefnið var unnið á haustönn 2012 og jafngildir 30 ECTS-einingum.

Ég vil þakka leiðbeinanda mínum, Steinunni Hrafnadóttur, fyrir góða leiðsögn, ábendingar og stuðning í þessari vegferð. Ég vil einnig þakka þátttakendum í rannsókninni fyrir að gefa mér af tíma sínum og fyrir þann áhuga sem þeir sýndu.

Móður minni, Brynju Björnsdóttur, vil ég þakka sérstaklega fyrir yfirlestur og aðstoð. Harpa Hlín Haraldsdóttir fær þakkið fyrir prófarkalesturinn. Ásamt þeim fær öll fjölskylda mín og vinir þakkið fyrir stuðning og þolinmæði.

Efnisyfirlit

Inngangur	1
1.1 Tilgangur og markmið	2
1.2 Mikilvægi og gildi rannsóknar	2
1.3 Uppbygging ritgerðar	3
2. Fræðileg umfjöllun	4
2.1 Áfengis- og vímuefnavandi	4
2.2 Siðferðisleg viðhorf	5
2.3 Sjúkdómskenningin	6
2.4 Misnotkun og fíkn	7
3. Skaðaminnkun	9
3.1 Uppruni skaðaminnkunar	9
3.2 Hugmyndafræði skaðaminnkunar	11
3.3 Skaðaminnkandi verklag	13
4. Tengsl skaðaminnkunar við félagsráðgjöf	16
4.1 Viðhorf félagsráðgjafa	17
5. Skaðaminnkun með sprautufíklum	20
5.1 Sprautufíkn	20
5.2 Viðhaldsmeðferð	23
5.3 Nálaskiptaþjónusta	25
5.4 Neyslurými	27
5.5 Skaðaminnkandi þjónustumiðstöðvar	29
5.6 Gagnrýni á skaðaminnkandi nálganir	30
6. Skaðaminnkun í stefnumótun	33
6.1 Evrópa	33
6.2 Norðurlönd	36
6.3 Ísland	38
6.4 Bandaríkin, Kanada og Ástralía	43
7. Rannsóknaraðferð og gögn	45
7.1 Rannsóknaraðferð	45
7.1.1 Viðtöl og viðtalsvísir	46
7.1.2 Trúverðugleiki	46

7.1.3	Úrtakið	46
7.2	Framkvæmd rannsóknar	47
7.2.1	Gagnasöfnun og úrvinnsla	47
7.2.2	Áreiðanleiki og réttmæti	48
7.2.3	Siðferðisleg álitamál	49
7.2.4	Þátttakendur	50
8.	Niðurstöður rannsóknar	51
8.1	Viðhorf til skaðaminnkunar	51
8.1.1	Sýn á hugtakið skaðaminnkun:	51
8.1.2	Viðhorf til skaðaminnkunar	53
8.2	Þekking á skaðaminnkun	55
8.2.1	Þekking á skaðaminnkun í velferðarkerfinu	55
8.2.2	Fordómar gegn skaðaminnkun	56
8.3	Staða skaðaminnkunar á Íslandi.....	58
8.3.1	Staða skaðaminnkunar	58
8.3.2	Skaðaminnkun í íslenskri stefnumótun	60
8.3.3	Hindranir innleiðingar skaðaminnkunar.....	61
8.4	Áhrifaþættir skaðaminnkunar.....	63
8.4.1	Jákvæðar afleiðingar skaðaminnkunar.....	63
8.4.2	Neikvæðir þættir skaðaminnkunar	65
8.5	Úrræði.....	67
8.5.1	Nálaskiptaþjónusta.....	67
8.5.2	Neyslurými.....	69
9.	Umræður	70
9.1	Styrkleikar og veikleikar	75
9.2	Rannsóknir til framtíðar	76
	Lokaorð.....	78
	Heimildir.....	80
	Fylgiskjal A: Viðtalsvísir	89
	Fylgiskjal B: Upplýst samþykki.....	90

Inngangur

Vímuefnavandi telst vera meðal þeirra heilbrigðisvandamála sem íþyngja vestrænum samfélögum hvað mest. Því hafa flest Vesturlönd farið þá leið að banna neyslu flestra skaðlegra vímuefna með lögum. Í því felst að það telst refsivert athæfi að nota og varðveita þau. Þrátt fyrir þetta hefur ólögleg vímuefnaneysla og vandi vegna hennar farið vaxandi síðastliðna áratugi. Skaðlegasta tegund vímuefnaneyslu telst vera þegar ólöglegum vímuefnum er sprautað í æðar líkamans. Á Vesturlöndum er sprautufíkn álitin andfélagsleg og því tilheyra sprautufíklar oft jaðri samfélagsins. Í byrjun níunda áratugarins fóru að uppgötvast aukin HIV-smit (*human immunodeficiency virus*) meðal sprautufíkla á Vesturlöndum. Til að sporna við þessari þróun fóru Hollendingar og Bretar að beita nýjum nálgunum til þess að ná til sprautufíkla og veita þeim heilbrigðisþjónustu og fræðslu um smithættur. Þessar nálganir þóttu hafa í för með sér jákvæðan árangur og því fóru fleiri þjóðir að nýta sér þær. Út frá þessu þróaðist hugmyndafræði sem nú ber heitið *Skaðaminnkun (Harm reduction)*. Hún hefur það markmið að draga úr þeim skaða sem lögleg og ólögleg vímuefni valda einstaklingnum og samfélagi hans. Hugmyndafræðin hefur einnig verið yfirfærð á ýmsa aðra áhættu hegðun (Denning og Little, 2012; Seiger, 2005).

Þessi rannsókn fjallar um skaðaminnkun í starfi með sprautufíklum. Höfundur þessarar rannsóknarinnar hefur starfað með sprautufíklum og lengi haft áhuga á málefnum þeirra. Álitur hann sprautufíkla vera valdalaus og fordæmdan hóp í samfélaginu. Þegar höfundur kynntist hugmyndum skaðaminnkunar hreifist hann af þeim þar sem þær báru með sér aukna mannúð og skilning á erfiðum veruleika þessa hóps. Höfundur hafði því áhuga á að skoða stöðu skaðaminnkunar á Vesturlöndum og bera hana saman við Ísland. Til þess ákvað höfundur að kanna stöðu þekkingar á skaðaminnkun meðal heilbrigðisfagfólks á Íslandi og fá innsýn í hvaða viðhorf þau hafa til skaðaminnkunar. Notast var við eigindlegar rannsóknaraðferðir sem fólust í að tekin voru átta viðtöl við heilbrigðisfagfólk sem starfar í tengslum við vímuefnaneytendur á ýmsum stofnunum velferðarkerfisins. Rannsóknarspurningarnar voru eftirfarandi:

Hver er staða þekkingar á skaðaminnkun hjá íslensku heilbrigðisfagfólki?

Hvaða viðhorf hefur íslenskt heilbrigðisfagfólk til skaðaminnkunar?

1.1 Tilgangur og markmið

Síðastliðin ár hafa skaðaminnkandi nálganir með sprautufíklum unnið sér sífellt meira fylgis á Vesturlöndum. Það má sjá í því að alþjóðlegar stofnanir, líkt og WHO (*World health organization*), UNAIDS, UNODC (*United Nations: Office of drugs and crime*) og Evrópusambandið (*European union*), hafa lýst yfir stuðningi við að skaðaminnkun sé liður í stefnumótun þjóða í vímuefnamálum (Council of the European Union, 2004; WHO, 2008). Í Evrópusambandslöndunum hefur skaðaminnkun nú verið innleidd í stefnumótun allra aðildarríkja. Ásamt þeim hafa Sviss og Noregur innleitt skaðaminnkun í stefnumótun (Cook, Bridge og Stimson, 2010). Tilgangur rannsóknarinnar er að kynna hvernig önnur vestræn lönd hafa innleitt skaðaminnkun í stefnumótun sína og athuga hvar Ísland stendur með tilliti til þess. Markmið þessarar rannsóknar er því að kanna stöðu skaðaminnkunar á Íslandi. Hér á landi hafa ekki verið gerðar rannsóknir á skaðaminnkun áður. Því var ákveðið að leitast eftir að ná markmiði rannsóknarinnar með því að fá innsýn í þekkingu og viðhorf heilbrigðisfagfólks sem starfar með vímuefnaneytendum.

1.2 Mikilvægi og gildi rannsókna

Síðastliðinn áratug hefur sprautufíklum fjölgað hér á landi. Því hefur fylgt aukning í HIV- og lifrabólguþýðningu meðal þeirra ásamt ýmsum öðrum neikvæðum fylgikvillum (Haraldur Briem, 2011-a; SÁÁ, 2010). Hingað til hefur megináherslan verið lögð á að þessir einstaklingar fari í meðferð og hætti neyslu vímuefna. Í boði eru fjölbreyttar meðferðir hér á landi sem vímuefnaneytendur hafa góðan aðgang að. Þrátt fyrir það hefur raunin verið sú að á hverjum tíma eru ávallt sprautufíklar í samfélaginu sem hljóta skaða af neyslu sinni en eru ekki tilbúnir til þess að nýta sér þessar meðferðir. Á meðan svo er telst því mikilvægt að draga úr skaðanum þótt ekki sé hægt að koma í veg fyrir hann. Til þess er hægt að nýta hugmyndafræði og nálganir skaðaminnkunar. Tilgangur þessarar rannsóknar er því að kynna skaðaminnkun og auka þekkingu um hana í íslensku samfélagi. Mikilvægt er að við Íslendingar höfum þekkingu á því hvernig aðrar Evrópuþjóðir nýta sér skaðaminnkun til þess að glíma við þann vímuefnavanda sem þar er til staðar. Þar er skaðaminnkun hluti af stefnumótun í vímuefnamálum en hér á landi hefur

skaðaminnkun ekki verið formlega innleidd í stefnumótun. Rannsóknin gefur því innsýn í ávinning þess að innleiða skaðaminnkun í stefnumótun í vímuefnamálum. Rannsóknina er einnig hægt að nýta sem fræðslu um skaðaminnkun, þar sem takmörkuð þekking er enn til staðar, og til mótunar á skaðaminnkandi úrræðum. Ásamt þessu leiðir þessi rannsókn til þekkingar á því hvernig félagsráðgjafar geta nýtt sér skaðaminnkun í starfi.

1.3 Uppbygging ritgerðar

Þessi rannsókn skiptist í tíu kafla. Í öðrum kafla er fræðileg umfjöllun um vímuefnavanda, ráðandi stefnur og hugmyndir í vímuefnamálum og DSM-IV-TR sjúkdómsflokkunarkerfið (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision*). Þriðji kafli er um uppruna og hugmyndafræði skaðaminnkunar. Í fjórða kafla er fjallað um tengsl skaðaminnkunar við félagsráðgjöf. Fimmti kafli fjallar um sprautufíkn og skaðaminnkandi nálganir ásamt gagnrýni á skaðaminnkun. Umfjöllunarefni sjötta kafla er skaðaminnkun í stefnumótun þjóða. Sjöundi kafli er um þær rannsóknaraðferðir og gögn sem notast er við í þessari rannsókn. Áttundi kafli fjallar um niðurstöður rannsóknarinnar. Í níunda kafla eru umræður um niðurstöður rannsókna og í tíunda kafla er niðurlag og lokaorð.

2. Fræðileg umfjöllun

Í þessum kafla verður litið yfir áfengis- og vímuefnavanda samtímans og fjallað um ríkjandi stefnumótun Vesturlanda gagnvart ólöglegri vímuefnanotkun sem endurspeglast í siðferðislegu viðhorfi og sjúkdómskenningunni (Marlatt, 1996). Síðasti hluti kaflans fjallar um sjúkdómsflokkunarkerfið DSM-IV-TR sem bandaríska geðlæknafélagið *American Psychiatric Association* gefur út. Innan þess er að finna greiningarviðmið um misnotkun og fíkn í vímuefni (Sadock og Sadock, 2007).

2.1 Áfengis- og vímuefnavandi

Áfengi og önnur vímuefni (*psychoactive drugs*) hafa fylgt manninum frá fornri tíð og flokkast þau í örvandi, slævandi og skynvillandi efni eftir þeirri vímu sem þau veita. Þau eiga það sameiginlegt að hafa áhrif á dópamínflæði í heilakjarna þegar þau eru tekin sem veldur vellíðan og vímu (Camí og Farré, 2003; Denning og Little, 2012). Ástæður þess að sumir einstaklingar þróa með sér vímuefnavanda teljast samkvæmt nýlegum rannsóknum orsakast af flóknu samspili umhverfis- og félagslegra þátta, erfða og heilastarfsemi (Maze og Nestler, 2012).

Misnotkun og fíkn í vímuefni telst vera viðvarandi félags- og heilbrigðisvandamál á öllum Vesturlöndum. Vandinn sem stafar af misnotkun þeirra er talinn geta haft skaðleg áhrif á einstaklinginn ásamt því að valda öðrum aðilum, til dæmis fjölskyldu, óbeinum skaða. Einnig kemur vímuefnavandi einstaklinga niður á samfélaginu í heild sem má sjá í minni félagslegri virkni, glæpahegðun og vanrækslu ásamt þörf fyrir aukna löggæslu og tilheyrandi heilbrigðiskostnaði (Carter, Miller og Hall, 2012).

Til þess að draga úr þessum vanda hafa stjórnvöld einkum leitast eftir að koma í veg fyrir framboð á ólöglegum vímuefnum. Því er notkun og varsla ólöglegra vímuefna saknæmt og refsivert athæfi (Helgi Gunnlaugsson, 2008). Þrátt fyrir löggjöf sem bannar neyslu og vörslu þessara efna hefur neytendum ólöglegra vímuefna sífellt fjölgað á Vesturlöndum síðastliðinn áratug. Það má sjá í gögnum frá *Substance abuse and mental health services administration* (2011) um ólöglega vímuefnaneyslu í Bandaríkjunum og í gögnum frá *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA, 2011) um ólöglega vímuefnaneyslu í Evrópu.

Í nýlegri rannsókn *European commission* (2009) á ólöglegum vímuefnamarkaði fundust engar sannanir fyrir því að vandi vegna ólöglegrar vímuefnaneyslu hafi minnkað síðastliðinn áratug þrátt fyrir stranga löggjöf um bann á þessum efnum. Þess í stað voru sannanir þess efnis að þetta fyrirkomulag hafi haft í för með sér skaða fyrir einstaklinga. *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2009) gerðu mat á árangri bannstefnu á árunum 1909–2009 og komust einnig að þeirri niðurstöðu að hún hefði ekki sýnt fram á árangur í að draga úr vímuefnaneyslu og að þessi stefna hafi valdið einstaklingum skaða.

2.2 Siðferðisleg viðhorf

Bann og refsilöggjöf í vímuefnamálum má rekja til siðferðislegra viðhorfa (*moral perspectives*) sem komu fram í Bandaríkjunum seint á átjándu öld. Samkvæmt siðferðislegum viðhorfum endurspeglar vímuefnavandi einstaklings siðferðislega veikleika, litla sjálfstjórn og tillitsleysi gagnvart hefðbundnum gildum samfélagsins. Þessi viðhorf koma meðal annars fram í viðbrögðum stjórnvalda sem takmarka aðgengi að löglegum vímuefnum og banna með lögum sölu og notkun ólöglegra vímuefna, eins og kokaíns og ópíumefna (Engstrom, Mahoney og Marsh, 2012).

Tilhneigingu stjórnvalda til að lýsa yfir stefnu um vímuefnalaust samfélag má rekja til hugmynda siðferðislegs viðhorfs. Dæmi um það er stríðið gegn vímuefnum (*war on drugs*) sem Bandaríkin lýstu yfir á fyrri hluta síðustu aldar. Aðaláherslan í því stríði var að beita hörðum refsingum vegna vörslu og neyslu á ólöglegum vímuefnum. Þrátt fyrir þessar stríðsyfirlýsingar tókst ekki að draga úr vímuefnavandanum og varð hann sífelldu umfangsmeiri. Á níunda áratugnum var því ákveðið að þyngja lágmarksrefsingar enn frekar og beita lífstíðardómum fyrir alvarlegri vímuefnabrot. Sú stefna reyndist þó ekki bera árangur í að draga úr vímuefnaneyslu eða -vanda. Hins vegar leiddi sú stefna til sívaxandi fjölda fanga sem dvöldu í fangelsum vegna vímuefnabrota. Þessi afleidda þróun leiddi til þess að eftir að stjórn Barack Obama komst til valda árið 2008 aflýsti hún stríðinu við ólögleg vímuefni. Þar var tekin í gildi stefnumótun í vímuefnamálum sem leggur áherslu á öryggi almennings og lýðheilsusjónarmið. Sú stefna telst mun mannúðlegri gagnvart vímuefnaneytendum en fyrri stefnumótun (Moore og Clear, 2012; Walthers, Weingardt, Witkiewitz og Marlatt, 2012)

Árið 2011 gaf Alþjóðanefnd um vímuefnalöggjöf út skýrslu um tillögur sínar um hvernig skal bregðast við þróun sífellt flóknari og umsvifameiri vímuefnavanda í heiminum. Í skýrslunni kemur fram að ályktun nefndarinnar sé að stríðið við vímuefni sé tapað og að það hafi haft í för með sér neikvæðar afleiðingar á einstaklinga og samfélög alls staðar í heiminum. Nefndin álitur að skilgreina beri vímuefnavanda sem félags- og heilbrigðislegt vandamál og bregðast við því sem slíku. Taldi nefndin að núverandi fyrirkomulag, þar sem varsla og neysla vímuefna til einkanota telst ólöglegt athæfi sem ber að refsa fyrir, hafi ekki borið tilsettan árangur. Samkvæmt niðurstöðum nefndarinnar eiga sífellt fleiri vímuefnaneytendur um sárt að binda vegna þess fyrirkomulags. Niðurstöður nefndarinnar voru að bregðast þurfi frekar við vímuefnavandamálum með úrræðum félags- og heilbrigðisstofnana. Þar þurfi að móta aðferðir til að takast á við vímuefnavanda sem eru árangursríkar en jafnframt mannúðlegar gagnvart vímuefnaneytendum (Global Commission on Drug Policy, 2011).

2.3 Sjúkdómskenningin

Sjúkdómskenningin kom fram á nítjándu öld og byggir á þeirri hugmynd að ofneysla og misnotkun vímuefna sé sjúkdómur, nú oft kallaður alkóhólismi. Líkanið má rekja til rannsókna E.M. Jellineks sem bentu til þess að hægt væri að greina líffræðilegan sjúkdóm hjá einstaklingi ef áfengisneysla hans væri óstjórnleg, hann háður neyslunni og hún hefði neikvæð áhrif á hann og umhverfi hans. Þessar rannsóknir Jellineks urðu fyrsta skrefið í þá átt vímuefnavandi væri álitinn sjúkdómur sem þyrfti að meðhöndla á faglegan hátt með vímuefnaaðferð (Kinney, 2006). Þeir sem greinast með alkóhólisma teljast vera með stigvaxandi krónískan sjúkdóm. Eina leiðin til að halda honum niðri felst í því að hætta allri neyslu vímuefna (Smith og Miller, 2000).

Sjúkdómskenningin og siðferðisleg viðhorf virðast ráðandi í stefnumótun í vímuefnamálum í flestum löndum. Þau nálgast þó vímuefnavanda á ólíkan máta. Það endurspeglast í því að samkvæmt siðferðislegum viðhorfum er misnotkun ólöglegra vímuefna talin vera glæpsamleg og hana skuli uppræta með refsingum. En samkvæmt sjúkdómskenningunni er vímuefnavandi krónískur sjúkdómur sem þarfnast meðferðar sem leiðir til bindindis frá neyslu vímuefna. Nálganirnar eiga

það hinsvegar sameiginlegt að leggja áhersluna á einstaklinginn og leitast eftir að uppræta vímuefnaneyslu hans, annarsvegar með meðferð og hinsvegar með fangelsisvist (Marlatt, 1996).

2.4 Misnotkun og fíkn

Á Vesturlöndum er vímuefnavandi flokkaður sem geðheilbrigðisvandamál. Til þess að greina einkenni hans er víða á Vesturlöndum, þar á meðal á Íslandi, stuðst við greiningarkerfi Bandaríska geðlæknafélagsins, en nýjasta útgáfa þess heitir DSM-IV-TR (Heilbrigðisráðherra, 2005; Sadock og Sadock, 2007). Greiningarviðmið DSM-IV-TR greina á milli þess hvort atferli einstaklings einkennist af misnotkun (*abuse*) eða fíkn (*dependence*) í vímuefni. Ekki er gerður greinarmunur á ólíkum tegundum vímuefna (Sadock og Sadock, 2007).

Í DSM-kerfinu eru ákveðið mörg einkenni sem þurfa að eiga við atferli einstaklings til þess að greining þykir viðeigandi. Sameiginlegt einkenni með misnotkun og fíkn er að einstaklingur hefur óeðlilegt neyslumynstur sem veldur honum óvirkni og óþægindum. Til þess að teljast misnota vímuefni þurfa að vera til staðar eitt eða fleiri einkenni á síðastliðnum 12 mánuðum:

1. Endurtekin vímuefnaneysla sem veldur því að einstaklingur vanrækir þau hlutverk sem hann hefur í lífinu.
2. Endurtekin vímuefnaneysla í áhættusömum aðstæðum.
3. Endurtekin vímuefnaneysla er farin að valda því að einstaklingur kemst í kast við lögin.
4. Vímuefnaneyslu er haldið áfram þrátt fyrir að hún hefur skaðleg félagsleg og heilsufarsleg áhrif á líf einstaklings (Sadock og Sadock, 2007).

Samkvæmt viðmiðum DSM-kerfisins getur misnotkun þróast í fíkn. Eftirfarandi viðmið eiga við um fíkn í vímuefni og þarf einstaklingur að uppfylla þrjú eða fleiri viðmið á síðastliðnum 12 mánuðum:

1. Þol fyrir áhrifum vímuefnis eykst. Til þess að fá þá vímu sem sóst er eftir þarf sífellt meira magn vímuefna.
2. Fráhvarfseinkenni koma fram þegar neyslu er hætt. Einstaklingur notast við sama eða annað vímuefni til þess að losna við fráhvörfin.
3. Neysla yfir lengri tíma en áður og inntaka stærri skammta.

4. Misheppnaðar tilraunir til þess að draga úr og stjórna vímuefnaneyslu.
5. Mikill tími fer í neyslu vímuefnis og að jafna sig eftir neyslu þess.
6. Vímuefnaneyslan veldur vandamálum í félagslífi, starfi og umhverfi.
7. Vímuefnaneyslu er haldið áfram þrátt fyrir að einstaklingur geri sér grein fyrir að neyslan valdi honum líkamlegum og andlegum skaða (Sadock og Sadock, 2007).

3. Skaðaminnkun

Í þessum kafla verður fjallað um hugmyndafræði í vímuefnamálum sem nefnist skaðaminnkun. Til þess að kynna hana verður byrjað á að rekja uppruna hennar og fjalla svo um hugmyndafræðina. Í kjölfar þess verður fjallað um verklagslíkan í skaðaminnkun.

3.1 Uppruni skaðaminnkunar

Árið 1981 stofnaði heróínneytandi að nafni Nico Adriaans grasrótahreyfinguna *Junkiebond* í Hollandi. Adriaans þótti heillandi, gáfaður og mælskur maður og naut hann virðingar fræðimanna, heilbrigðisstarfsfólks, vímuefnaneytenda og alls almennings. Hann stofnaði *Junkiebond* sem hagsmunasamtök um mannréttindi og heilsuvernd sprautufíkla. Allt frá stofnun samtakanna dreifðu þau hreinum sprautubúnaði til sprautufíkla, þá til forvarna gegn lifrabólgu B. *Junkiebond* notfærðu sér fjölmiðla til þess að fræða um vímuefnaneyslu, þær hættur sem fylgja henni og hvernig hægt væri að draga úr þeim hættum fyrir vímuefnaneytendur og almenning. *Junkiebond* aðstoðuðu einnig rannsakendur á sviði vímuefnafræða við að öðlast dýpri skilning á áhættusamri og skaðlegri vímuefnaneyslu og hvernig mætti draga úr skaða hennar (Collins, Clifasefi, Logan, Samples, Somers og Marlatt, 2012; Southwell, 2010). Árið 1984 hófu *Junkiebond* samstarf við heilsugæslustöð (*the municipal health service*) í Amsterdam og komu þau á fót fyrstu nálaskiptaþjónustunni á vegum opinberrar heilbrigðisþjónustu. Heilsugæslan afhenti *Junkiebond* mikið magn af ónotuðum sprautubúnaði einu sinni í viku sem samtökin sáu um að dreifa til sprautufíkla. Árangurinn þótti jákvæður og nálaskiptaþjónusta á vegum hins opinbera jókst í kjölfarið. Á þeim tíma mátti einkum rekja aukninguna til forvarnarátaks hollenskra stjórnvalda til að hefta útbreiðslu HIV-smita meðal sprautufíkla og koma í veg fyrir smitfaraldur (Marlatt, 1996). Um miðjan níunda áratuginn kynntu hollensk stjórnvöld svo skaðaminnkun í stefnumótun sinni í vímuefnamálum. Velgengi *Junkiebond* í að hafa áhrif á umhverfi sitt, stefnumótun stjórnvalda og svæðisbundnar aðgerðir þykir sýna mikilvægi þess að vímuefnaneytendur séu þátttakendur í að móta skaðaminnkandi nálganir (Collins o.fl., 2012).

Á níunda áratug síðustu aldar ríkti mikill heróínvandi í bresku borginni Liverpool og nærliggjandi svæðum (*Merseyside*). Fyrir heilbrigðisyfirvöld á svæðinu var áhyggjuefni hversu erfiðlega gekk að ná til ungra sprautufíkla á svæðinu og að þeir nýttu sér ekki þá heilbrigðisþjónustu sem þeir þurftu á að halda. Heilbrigðisyfirvöld vildu einnig koma á forvörnum gegn því að HIV-smit myndu breiðast út meðal sprautufíkla á svæðinu. Til að bregðast við þessu ákváðu heilbrigðisyfirvöld að setja á stofn heilbrigðisþjónustu sem hafði sprautufíkla sem markhóp. Með þjónustunni átti ekki einungis að ná til þeirra sem vildu hætta neyslu vímuefna heldur meirihluta þess hóps sem aðhylltist sprautuneyslu (Ashton og Seymor, 2010). Þessi afmarkaða heilbrigðisþjónusta hafði þrjú meginmarkmið; að ná tengslum við sprautufíkla á svæðinu, viðhalda sambandi og aðstoða þá við að breyta hegðun sinni og draga úr skaða (Collins o.fl., 2012).

Til þess að ná þessum markmiðum var komið á samstarfi milli heilbrigðisfagfólks, sérfræðinga, almennings, lögreglu og markhópsins. Í kjölfar þess var Mersey fræðslu- og upplýsingasetrið um vímuefnaneyslu (*Mersey drug training and information center*) opnað í Liverpool árið 1985. Í setrinu var leitast við að vera í samstarfi við sprautufíklana við að móta þær íhlutanir sem voru tileinkaðar þeim. Verklagið í setrinu var á þann hátt að gerðar voru litlar kröfur til skjólstæðingana, þeir voru ekki fordæmdir og leitast var við að koma til móts við þá á þeim stað sem þeir voru. Auk þess var auðvelt fyrir sprautufíklana að nálgast setrið, það var opið á tíma sem hentaði þeim og viðmót starfsfólksins einkenndist af virðingu og samkennd. Þjónusta sem boðið var uppá í setrinu var nálaskiptaþjónusta, heilsuverndarþjónusta, nærþjónusta, viðhaldsmeðferð og fræðsla. Fræðslan fólst einkum í upplýsingum um hvernig skuli forðast þær hættur sem tengjast vímuefnanotkun og neyta vímuefna á öruggari máta (Riley, Monaghan, O'Hare, 2012).

Þetta varð til þess að þar dró úr samnýtingu nála og ekki varð vart við HIV-smit á svæðinu. Sprautufíklar, sem heilbrigðisþjónustunni hafði gengið erfiðlega að ná til, fóru að nýta sér þjónustu setursins, líkamleg vandamál voru greind og þau meðhöndluð. Fyrir vikið urðu sprautufíklar á Merseyside-svæðinu heilsuhraustari og fróðari um þær hættur sem steðjuðu að þeim (Riley o.fl., 2012). Þau úrræði sem heilbrigðisyfirvöld beittu til að varna útbreiðslu HIV-smita meðal sprautufíkla vöktu

áhuga og athygli margra á níunda áratugnum. Því var haldin alþjóðleg ráðstefna í Liverpool árið 1990. Var hún tileinkuð þeirri aðferðafræði sem hafði verið beitt í Merseyside til þess að draga úr skaða vegna neikvæðra afleiðinga vímuefnaneyslu. Þar mættu fræðimenn, vímuefnaneytendur, sérfræðingar í heilbrigðismálum og stjórnmalafólk. Ráðstefnan varð til þess að Alþjóðlegu skaðaminnkunarsamtökin (*International Harm Reduction Association*) voru stofnuð árið 1996. Samtökin hafa frá stofnun staðið fyrir reglulegum alþjóðlegum ráðstefnum um málefni skaðaminnkunar og stuðlað að rannsóknum á skaðaminnkandi nálgunum (Collins o.fl., 2012).

Stofnun *Mersey-setursins* telst vera mikilvægur þáttur í þróun skaðaminnkunar. Í fræðum um skaðaminnkun er sú aðferðafræði sem þar var notuð þekkt undir nafninu *Mersey-líkanið* (Collins o.fl., 2012).

3.2 Hugmyndafræði skaðaminnkunar

Samkvæmt Alþjóðlegu skaðaminnkunarsamtökunum er hugtakið skaðaminnkun skilgreint sem stefnumótun, starfsemi og verklag sem byggist á mannréttinda- og lýðheilsusjónarmiðum og hefur það markmið að draga úr heilsufars-, félags-, og efnahagslegum afleiðingum vímuefnaneyslu, án þess að krefjast bindindis (*International Harm Reduction Association*, e.d.).

Á hverjum tíma eru einstaklingar sem glíma við vímuefnavanda og hljóta af honum skaða. Skaðaminnkun er tileinkuð þeim sem eru ekki tilbúnir, geta ekki öðlast eða viðhaldið algeru bindindi. Hún leitast við að styðja allar jákvæðar breytingar á högum einstaklings sem minnka skaða og bæta lífsgæði hans (Collins o.fl., 2012). Skaðaminnkun býður því uppá úrræði sem beinast að skaðlegum afleiðingum áhættuhegðunar án þess að taka afstöðu til þess hvort sú hegðun telst siðferðislega röng. Aðrir kostir en bindindi eru viðurkenndir líkt og viðhaldsmeðferð en í henni felst meðhöndlun á vímuefnavandanum með því að ávíska skaðlausara vímuefni á skjólstæðing. Íhlutun er byggð á þörfum einstaklingsins og leitast er við að draga úr hindrunum sem aftra því að einstaklingar nýti sér þjónustuna sem þeir þarfnast með því að hafa þol fyrir vímuefnaneyslu og notast við notendavænar nálganir (McNeece, 2003; Seiger, 2005).

Bindindi er ekki eina mikilvæga og ásættanlega markmiðið með skaðaminnkandi íhlutun. Í sumum tilfellum telst bindindi hvorki raunsær né ákjósanlegur kostur, sérstaklega þegar litið er til skamms tíma (Riley o.fl., e.d.). Samkvæmt MacMaster (2004) er hlutverk skaðaminnkunar að koma á framfæri öðrum leiðum en bindindi til þess að draga úr skaða vímuefnaneyslu og stuðla að jákvæðum breytingum. Hann telur þó óviðeigandi að álíta að skaðaminnkandi nálganir komi í veg fyrir að einstaklingar leiti sér meðferðar og vinni þannig gegn bindindisnálgunum. Oft leiði skaðaminnkandi íhlutanir til bindindis og því ættu nálganirnar að geta unnið saman. MacMaster ályktar því að viðeigandi sé að sameina þessar nálganir svo unnt sé að veita markvissari, heilðrænni og yfirgrípsmeiri þjónustu fyrir þá ólíku einstaklinga sem glíma við vímuefnavanda.

Samkvæmt skaðaminnkun þarf stefnumótun í vímuefnamálum að fela í sér viðbrögð til þess að draga úr neikvæðum afleiðingum vímuefnanotkunar og áætlun um að gera úrbætur á líkamlegum, félagslegum og efnahagslegum skaða sem neyslan veldur (Brocato og Wagner, 2003). Stefnumótun sem hefur einungis áætlanir um útrýmingu ólöglegra vímuefna og vímuefnalaust samfélag er því óraunsæ og dæmd til að mistakast (McNeece, 2003).

Hlutverk skaðaminnkunar er að þróa gagnreyndar aðferðir til þess að draga úr skaða löglegra og ólöglegra vímuefna án þess að krefjast bindindis (Rhodes og Hedrich, 2010). Því tekur skaðaminnkun ekki afstöðu til lagalegrar stöðu þeirra heldur þess ólíka skaða sem neysla þeirra getur leitt af sér (McNeece, 2003). Svo að árangri sé náð er álitið mikilvægt að vímuefnaneytendur geti haft áhrif á þær nálganir sem eru ætlaðar þeim (Harm Reduction Coalition, e.d.). Stuðst er við rannsóknir sem mæla árangur svo hægt sé að byggja upp gagnreynda þekkingu til að draga úr skaða vímuefnaneyslu (International Harm Reduction Association, e.d.). Með viðeigandi íhlutunum telst hægt að koma í veg fyrir og draga úr skaðvænlegum afleiðingum vímuefnanotkunar líkt og HIV- og lifrabólguþýðing, of stórum skömmtum, dauðsföllum, sýkingum og ofþurrkun. Það leiðir til þess að vímuefnaneytendur eru hraustari og ef þeir ná bindindi koma þeir heilsuhraustari frá fyrra líferni (Hunt, 2012; Rhodes og Hedrich, 2010).

3.3 Skaðaminnkandi verklag

Fagfólk sem starfar með vímuefnaneytendum hefur síðastliðinn áratug þróað verklagslíkan út frá hugmyndafræði skaðaminnkunar. Upphaf þess að farið var að móta verklag fyrir fagfólk til að starfa samkvæmt má rekja til tveggja bandarískra frumkvöðla á sviðinu, sálfræðingsins G. Alan Marlatt og félagsráðgjafans Edith Springer. Springer var starfandi félagsráðgjafi í New York þegar hún ferðaðist til Liverpool og kynntist áður nefndu *Mersey-setri*. Þegar hún kom aftur til New York skrifaði hún fyrstu bandarísku tímaritsgreinina um skaðaminnkun. Sú grein hét „skaðaminnkandi ráðgjöf“ (*harm reduction counseling*) og kom út árið 1991. Í skrifum sínum lagði Springer áherslu á þau viðhorf og verklag sem nú telst viðeigandi í skaðaminnkun. Marlatt telst vera brautryðjandi þess að farið var að þróa skaðaminnkandi sálfræðimeðferð í Bandaríkjunum (*harm reduction psychotherapy*). Skaðaminnkandi sálfræðimeðferð hefur unnið sér sess síðastliðin ár og telst hún til dæmis hafa gagnast vel í starfi með vímuefnaneytendum sem hafa margar geðgreiningar (*multidiagnosed clients*). Í þessa meðferð innleiddi Marlatt margar af þeim aðferðum sem hann hafði þróað á sínum starfsferli til að stuðla að jákvæðum breytingum hjá vímuefnaneytendum (Denning og Little, 2012).

Tatarsky og Kellogg (2012) hafa skilgreint skaðaminnkandi verklagslíkan sem íhlutanir sem leitast við að draga úr þeim skaða sem vímuefni hafa í för með sér án þess að gera bindindi að upphafsmarkmiði. Í verklaginu er notast við ýmsar áður þekktar aðferðir sem teljast árangursríkar í að hjálpa einstaklingum að gera jákvæðar breytingar á hegðun sinni.

Grundvallaratriði í skaðaminnkandi verklagi (*the harm reduction model*):

1. Setja það ekki sem skilyrði að skjólstæðingur sé edrú og í bata frá neyslu.
2. Mæta skjólstæðingi á einstaklingsbundinn hátt og hafa íhlutun sniðna að þörfum hans.
3. Byrja samstarf á sama stað og skjólstæðingur. Hlutverk fagaðilans er að koma á jákvæðum breytingum. Í byrjun eru því samþykkt þau markmið sem skjólstæðingur vill stefna að.

4. Gera ráð fyrir að skjólstæðingur búi yfir styrkleikum sem hægt er að nýta til að ná fram jákvæðum breytingum. Markmið fagaðilans er að virkja innri styrk, getu og hæfni skjólstæðings.
5. Fagaðili samþykkir öll skref í átt að jákvæðum breytingum sem leið í rétta átt.
6. Stuðla að valdeflandi aðstæðum þar sem skjólstæðingur tekur þátt í samstarfinu.
7. Fagaðili aðhyllist fordómaleysi, virðingu og samkennd gagnvart skjólstæðingi (Tatarsky og Kellogg, 2012).

Í skaðaminnskandi samstarfi er byrjað á að stefna fyrst að gerlegum markmiðum líkt og ráðstöfunum til að bæta heilsufarslega þætti og að taka meiri ábyrgð á eigin neyslu. Ef skjólstæðingur kýs eru sett markmið um bindindi (Hunt, 2012). Í samstarfinu er grundvallaratriði að talað sé um vímuefnaneyslu og félagslega stöðu skjólstæðings á opinskáan hátt. Mikilvægt telst því að heiðarleiki og traust ríki á milli skjólstæðings og fagaðila (Karoll, 2010). Hlutverk fagaðila er að hjálpa skjólstæðingi að koma á jákvæðum breytingum. Til þess þarf oft að aðstoða hann við að takast á við innri fordæmingu gagnvart sjálfum sér. Innri fordæming getur einkum komið fram í sjálfshatri, vanlíðan og neikvæðum væntingum varðandi eigin getu til jákvæðra breytinga. Fagaðili þarf einnig að vera meðvitaður um að einstaklingar þróa með sér samband við vímuefni vegna ýmissa sálfræðilegra, félagslegra eða líkamlegra vandkvæða. Í mörgum tilfellum er vímuefnið því bráðabirgðalausn á vandamáli. Því þarf fagaðili að aðstoða skjólstæðing við að bera kennsl á þessi vandamál og hvernig sé hægt að takast á við þau (Tatarsky og Kellogg, 2012). Fagaðili þarf því að hafa trú á styrkleikum skjólstæðings og aðstoða hann við að valdefla sjálfan sig. Það gefur færi á gagnkvæmu samstarfi þar sem báðir aðilar vinna saman og reyna að koma auga á hugsanlega valkosti og leiðir í átt að bættu lífi. Ef skjólstæðingur nær bindindi en fellur telst ekki viðeigandi að hafna honum. Þá er hlutverk fagaðila að vera til staðar og veita jákvæðan stuðning (Karoll, 2010).

Samkvæmt verklaginu telst mikilvægt að fagaðili láti ekki eigin sjónarhorn ráða ferð í samstarfinu heldur beri virðingu fyrir sjálfsákvörðunarrétti

einstaklingsins. Ákjósanlegast er að frumkvæði að breytingum komi frá skjólstæðingnum og að hann vilji gera þær fyrir sjálfan sig. Því er mælt með að fagaðili sem starfar að skaðaminnkun hafi skilning á ferilsbreytingalíkaninu (*transtheoretical model of change*). Líkanið byggir á þeirri kenningu að þegar einstaklingar gera viðamiklar breytingar á eigin lífi fari þeir í gegnum visst breytingaferli. Líkanið byggir á rannsóknum á breytingum hjá vímuefnasjúkum í átt að bata. Jákvætt telst að hafa líkanið í huga þegar lagt er mat á hvaða íhlutun sé viðeigandi með skjólstæðingi sem er í vímuefnaneyslu (Denning og Little, 2012). Ferilsbreytingum er skipt í fimm eftirfarandi stig:

1. Áhugaleysi. Þá einkennir einstaklinginn áhugaleysi á breytingum, hann viðurkennir ekki vímuefnavanda og er aðgerðarlaus gagnvart honum.

2. Hugleiðingar. Á þessu stigi koma fram hugleiðingar um breytingar og einstaklingurinn er farinn að viðurkenna þörf á þeim. Á þessu stigi eru einstaklingar oft að meta kosti og galla breytinga.

3. Undirbúningur. Á þessu stigi er einstaklingurinn búinn að taka ákvörðun um að gera breytingar og er hann farinn að undirbúa þær.

4. Aðgerðarstig. Augljósar breytingar verða á hegðun einstaklingsins.

5. Viðhaldsstig. Á þessu stigi tileinkar einstaklingurinn sér nýjar breytingar og reynir að viðhalda þeim. Fall getur orðið á öllum þessum stigum (Denning og Little, 2012).

Í skaðaminnkandi starfi er einnig stuðst við kenningar um áhugahvatningu og breytingar (*motivation and change theory perspectives*). Þær innhalda aðferðir líkt og áhugahvetjandi samtalstækni (*motivational interviewing*) til þess að koma á jákvæðum breytingum. Þessar aðferðir teljast árangursríkar í að vekja áhuga skjólstæðings á jákvæðum breytingum og ábyrgari lífstíl. Þegar starfað er samkvæmt áhugahvetjandi samtalstækni er skjólstæðingi sýnd samhygð, samtal er á jafningjagrundvelli og reynt er að forðast ágreining. Fagaðili leitast við að hvetja skjólstæðing til þess að rýna í sjálfan sig og finna leiðir að þeim markmiðum sem hann vill stefna að í átt að betra lífi. Í samstarfinu fær skjólstæðingur tækifæri til þess að tjá sig um þá óvissu sem hann upplifir og velta fyrir sér hvað breytingar munu leiða af sér (Denning og Little, 2012; Engstrom, Mahoney og Marsh, 2012).

4. Tengsl skaðaminnkunar við félagsráðgjöf

Skjólstæðingar félagsráðgjafa eiga það flestir sameiginlegt að standa frammi fyrir erfiðum félagslegum, andlegum og heilsufarslegum vandamálum. Áhersla í starfi félagsráðgjafa beinist því einkum að því að koma á jákvæðum breytingum á stöðu einstaklinga innan félagslegs umhverfi þeirra og standa vörð um mannréttindi. Samkvæmt alþjóðlegum siðareglum félagsráðgjafa er eitt hlutverk stéttarinnar að bæta lífsskilyrði fólks og aðstoða það við að fá uppfylltar nauðsynlegar grunnþarfir sínar. Þessu fylgir að sýna þörfum þeirra einstaklinga sem teljast tilheyra viðkvæmum, fátækum og kúguðum hópum sérstaka athygli svo þeir fái nauðsynlega valdeflingu og aðstoð (Bigler, 2005).

Vímuefnavandi getur leitt af sér ýmis félagsleg, sálfræðileg og heilsufarsleg vandamál. Því snertir vímuefnavandi einstaklinga mörg svið félagsráðgjafar. Á síðastliðnum árum hafa komið fram margar fræðigreinar sem fjalla um tengsl félagsráðgjafar og skaðaminnkunar. Þar hafa margir haldið því fram að í raun starfi félagsráðgjafar ávallt að skaðaminnkun (MacMaster, 2004; Bigler, 2005; Brocato og Wagner, 2003; Karoll, 2010; Reid, 2002; McNeece, 2003). Sterk tengsl skaðaminnkunar og félagsráðgjafar má líklega rekja til þess að félagsráðgjafar hafa haft áhrif á framþróun skaðaminnkunar. Má þar einkum nefna þær Edith Springer og Jeannie Little en þær hafa báðar skrifað mikið um skaðaminnkun og eru virtar í þeim fræðum (Denning og Little, 2012; Tatarsky og Kellogg, 2012).

Bandaríska félagsráðgjafasambandið (*National association of social workers*) hefur bent félagsráðgjöfum á sameiginleg grundvallargildi í skaðaminnkun og félagsráðgjöf. Samkvæmt sambandinu byggjast bæði félagsráðgjöf og skaðaminnkun á þeim grundvallargildum að koma til móts við einstakling á þeim stað sem hann er staddur og að virða sjálfsákvörðunarrétt hans. Sambandið ályktar að félagsráðgjafar ættu að þekkja skaðaminnkun sem gagnreynda nálgun og hvenær sé viðeigandi að beita henni í íhlutun með skjólstæðingi sem glímir við vímuefnavanda (NASW, 2012). Í skýrslum sínum hefur sambandið einkum mælt með því að skaðaminnkun sé notuð af félagsráðgjöfum með þeim vímuefnaneytendum sem eru HIV-smitaðir eða eru í áhættuhóp um smit. Sambandið telur mikilvægt að félagsráðgjafar fræði þá skjólstæðinga sem tilheyra áhættuhópum um skaðaminnkun. Sambandið hefur einnig mælt með því að

nálaskiptaþjónusta sé hluti af forvörnum gegn HIV-smitum hjá sprautufíklum (Brocato og Wagner, 2003; NASW, 2000).

Félagsráðgjafar teljast vel til þess fallnir að starfa við skaðaminnkun þar sem það telst ekki stangast á við siðareglur þeirra að starfa með einstaklingum í vímuefnaneyslu. Það sé frekar vera í takt við siðareglur félagsráðgjafa að bjóða virkum vímuefnaneytendum uppá aðstoð til að draga úr neikvæðum afleiðingum vímuefnaneyslu jafnvel þótt þeir stefni ekki á bindindi (MacMaster, 2004). Því telur McNeece (2003) mikilvægt að félagsráðgjafar séu undirbúnir því margt bendi til þess að skaðaminnkun eigi eftir að hafa enn víðtækari áhrif á stefnumótun þjóða í vímuefnamálum. Það mun líklega leiða til þess að fleiri vímuefnaneytendur verði skjólstæðingar félagsráðgjafa. Dæmi um þessa þróun er að Evrópuráðið (*Council of the European Union*) leggur áherslu á að liður í skaðaminnkun sé að þeir sem misnoti vímuefni hafi aðgang að félagslegri ráðgjöf (Cook o.fl., 2010).

4.1 Viðhorf félagsráðgjafa

Margir félagsráðgjafar sem eru fylgjandi skaðaminnkun eru þeirrar skoðunar að mikilvægt sé að fleiri félagsráðgjafar fái fræðslu um skaðaminnkun svo þeir geti nýtt sér hana í starfi. Hafa þeir meðal annars gagnrýnt að of margir félagsráðgjafar séu fastir í hefðbundinni sýn bindindissjónarmiða en hafi litla þekkingu á skaðaminnkun (Brocato og Wagner, 2003; MacMaster, 2004). Seiger (2005) gerði því rannsókn á viðhorfum félagsráðgjafa til skaðaminnkunar og vilja þeirra til að beita skaðaminnkun í starfi. Notast var við tölvutækan spurningalista og svöruðu honum 395 bandarískir félagsráðgjafar sem áttu það sameiginlegt að starfa með vímuefnaneytendum.

Í rannsókn Seiger kom í ljós að hugtakið skaðaminnkun reyndist nokkuð vítt og ekki nægilega vel skilgreint. Því lásu þátttakendur nokkuð ólíkt í hugtakið og merkingu þess. Það hafði áhrif á hvernig félagsráðgjafarnir svöruðu spurningalistanum. Algeng skoðun þátttakenda var að vímuefnavandi væri sjúkdómur (76%) og að vímuefnaneytendur í bata ættu að vera í bindindi út lífið (81%). Þátttakendur sem aðhylltust hugmyndir sjúkdómslíkansins voru líklegri til þess að vera andvígir skaðaminnkun. Upplifun þeirra var að skaðaminnkun stangist á við bindindismarkmið í starfi með vímuefnaneytendum. Þrátt fyrir þetta voru

viðhorf gagnvart skaðaminnkun yfirhöfuð jákvæð, jafnvel meðal þeirra sem ekki höfðu fengið neina fræðslu um skaðaminnkun. Lengd starfsreynslu og aldur þóttu ekki hafa áhrif á viðhorf til skaðaminnkunar. Í rannsókninni notaði Seiger ýmis tilbúin dæmi sem skáru úr því hvort félagsráðgjafi myndi nálgast skjólstæðing með skaðaminnkun eða bindindisnálgun. Í ljós kom að þeir félagsráðgjafar sem höfðu fengið fræðslu og þjálfun í skaðaminnkun voru mun líklegri til þess að beita skaðaminnkun, jafnvel þótt þeir aðhylltust hugmyndir sjúkdómskenninga. Niðurstöður Seiger voru þær að þeir félagsráðgjafar sem höfðu fengið fræðslu um skaðaminnkun notuðu sér hana frekar í starfi þegar þeir töldu viðeigandi. Því ályktaði Seiger að fræðsla um skaðaminnkun í félagsráðgjafanámi væri mikilvæg. Einnig ályktaði hún að innleiða ætti fræðslu um skaðaminnkun meðal starfandi félagsráðgjafa og í ýmis úrræði. Taldi Seiger að rannsóknin sýndi fram á að mikilvægt væri að fræða félagsráðgjafa um að skaðaminnkun sé í takt við margar af siðareglum félagsráðgjafar og auki valmöguleika þeirra í starfi með þessum hóp. Seiger fannst mikilvægt að uppræta þann misskilning sem virtist vera meðal félagsráðgjafanna að skaðaminnkun stangist á við bindindi. Seiger taldi einnig að niðurstöðurnar bentu til þess að sá misskilningur hafi einkum komið í veg fyrir að félagsráðgjafar opnuðu fyrir þeim möguleika að nýta sér skaðaminnkun í viðeigandi málum (Seiger, 2005).

Burke og Clapp (1997) gerðu rannsókn á viðhorfum stjórnenda sem störfuðu í meðferðarúrræðum til sjúkdómskenningar, sálfræðilegra kenninga og skaðaminnkunar. Þau báru saman stjórnendur sem höfðu félagsráðgjafamenntun og þá stjórnendur sem höfðu annars konar menntun, alls 575 þátttakendur. Rannsóknin leiddi í ljós að stjórnendurnir voru með neikvæðustu viðhorfin gagnvart skaðaminnkun. Af þeim voru félagsráðgjafarnir hlynntastir skaðaminnkun og settu ekki jafnmiklar kröfur og hinir stjórnendurnir um að skjólstæðingar yrðu að vera í bindindi til að fá þjónustu. Niðurstöður rannsóknarinnar þóttu benda til þess að vegna sameiginlegra gilda í skaðaminnkun og félagsráðgjöf ættu stjórnendur með þá menntun auðveldara með að aðlagast hugmyndum skaðaminnkunar.

Svipaðar niðurstöður hafa komið úr öðrum rannsóknum um viðhorf heilbrigðisstarfsfólks til skaðaminnkunar. Goddard (2003) gerði rannsókn á

viðhorfum 137 fagaðila sem störfuðu í vímuefna meðferðum í miðvesturríkjum Bandaríkjanna. Niðurstöður bentu til þess að viðhorf þeirra til skaðaminnkunar hafi orðið jákvæðari eftir að þau fengu fræðslu um hugmyndafræðina og nálganir hennar. Kom fram hjá mörgum að þeir hefðu upplifað sem hindrun í starfi hversu þröngur ramminn væri í hefðbundnum meðferðarlíkönum þar sem ekki allir skjólstæðingar gætu viðhaldið bindindi. Því var almenn ánægja meðal þeirra að fræðast um óhefðbundna valkosti í nálgunum með vímuefnaneytendum.

5. Skaðaminnkun með sprautufíklum

Sprautufíkn og afleiðingar hennar eru til umfjöllunar í fyrri hluta þessa kafla. Í síðari hlutanum er sjónum beint að algengum skaðaminnkandi úrræðum fyrir einstaklinga sem sprauta sig með vímuefnum. Gerð er grein fyrir fjórum gerðum skaðaminnkandi úrræða, það eru viðhaldsmeðferð, nálaskiptaþjónusta, neyslurými og skaðaminnkandi þjónustumiðstöðvar. Í lok kaflans verður fjallað um gagnrýni á skaðaminnkun.

5.1 Sprautufíkn

Samkvæmt WHO er talið að um 16 milljónir einstaklinga í heiminum sprauti sig með vímuefnum (WHO, e.d.). Sprautufíklar teljast vera fordæmdur hópur sem tilheyrir jaðri samfélagsins. Það einkennir þá að hafa sögu um félagslega erfiðleika ásamt því að glíma við persónuleg, geðræn og líkamleg vandamál (EMCDDA, 2002). Þeir eru einnig líklegri en aðrir samfélagsþegnar til að vera heimilislausir, upplifa áföll og stunda vændi (Brocato og Wagner, 2003; Lazzarini, 2001; Peirce, Kolodner, Brooner og Kidorf, 2011).

Sprautuneysla er hættulegasta leiðin til að nota vímuefni og verða sprautufíklar líkamlega og andlega veikari en aðrir vímuefnaneytendur (EMCDDA, 2002). Með því að sprauta vímuefnum í æðar líkamans margfaldast verkun þeirra og fram kemur sterkasta víman sem vímuefnið getur framkallað. Fíknin sem þessi neysla veldur reynist mörgum þrálát og erfitt að vinna bug á (SÁÁ, 2010). Áhættuhegðun sem þykir einkenna sprautufíkla er að samnýta og endurnota sprautubúnað, afbrotahegðun og kæruleysi í kynlífi (EMCDDA, 2002)

Sprautufíklar eru lágt hlutfall vímuefnaneytenda en þeir hljóta alvarlegasta skaðann vegna þeirrar hættu sem fylgir sprautuneyslu (EMCDDA, 2002). Meðal skaðlegra afleiðingar sprautunotkunar eru blóðbornar bakteríu- og veirusýkingar. Dæmi um það er að eitt af hverjum tíu HIV-smitum telst mega rekja til sprautunotkunar og að þrjár milljónir sprautufíkla víðsvegar um heiminn hafi sýkst af HIV (Pates, Heimer, Morris, 2012; WHO, e.d.). Aðrar algengar veirusýkingar meðal sprautufíkla eru lifrabólgu B og C. Sprautufíklar eiga einnig á hættu að fá berkla, hjartabolsbólgu og að skaða bláæðar, slagæðar og taugar ásamt blóð- eða lofttappamyndun í æðum. Óhrein vímuefni eða lélegt hreinlæti valda því svo að

sprautufíklar fá oft sýkingar á stungustöðum. Þá er mun meiri hættu á að sprautufíklar taki of stóran skammt og deyi af völdum neyslunnar en aðrir vímuefnaneytendur (Pates, Heimer, Morris, 2012).

Vegna þess skaða sem fylgir sprautunotkun hefur EMCDDA lagt áherslu á að í löndum Evrópu sem hafa skráða sprautufíkla sé stefnumótun sem innihaldi skaðaminnkandi nálganir. Stofnunin álítur mikilvægt að nálganirnar séu hluti af heilbrigðisstefnu tileinkaðri þessum hóp og að stofnanir starfi saman að því að stuðla að skaðaminnkun. Þannig verði skaðaminnkun liður í stefnu heilbrigðiskerfisins til að rétta hjálparhönd til þessa hóps (EMCDDA, 2002; EMCDDA, e.d.-a). Einnig hafa WHO, UNAIDS og Sameinuðu þjóðirnar mælt með því að skaðaminnkun með sprautufíklum sé innleidd í stefnumótun þjóða (Rhodes og Hedrich, 2010; WHO, 2008). Hingað til hefur það einkennt sprautufíkla að þeir forðast almennt heilbrigðiskerfi vegna þeirrar fordæmingar sem þar mætir þeim. Oft sækja þeir sér mjög seint eða ekki viðeigandi heilbrigðisþjónustu vegna heilsufarsvandamála sem tengjast neyslu þeirra (Global Commission on Drug Policy, 2012). Markmiðið með skaðaminnkandi nálgunum er því að draga úr skaðanum sem sprautuneysla veldur og tengja sprautufíkla við þá heilbrigðisþjónustu sem þeir þarfnast (Seiger, 2005).

Í töflu 1 koma fram upplýsingar um fjölda sprautufíkla í tilteknum löndum og hlutfall þeirra meðal heildarmannfjölda þar á aldrinum 16–64 ára. Einnig kemur fram tíðni HIV-smita meðal þeirra og upplýsingar um hvaða ár tíðni smita var skráð.

Tafla 1. Áætlaður fjöldi sprautufíkla og tíðni HIV-smita meðal þeirra.

Land	Fjöldi sprautufíkla	% af mannfjölda	Tíðni HIV	Skráning
Spánn	83.972	0.31	39.7%	2006
Rússland	1.825.000	1.78	37.15%	2003
Portúgal	32.287	0.47	15.6%	2006
Bandaríkin	1.857.354	0.96	15.57%	2003
Kanada	286.987	1.3	13.4%	2005
Frakkland	122.000	0.32	12.2%	2003
Ítalía	326.000	0.83	12.1%	2006
Holland	3.115	0.03	9.5%	2002
Austurríki	17.500	0.32	7.1%	2006
Írland	6.289	0.27	5.8%	1999
Belgía	25.800	0.39	4.3%	2006
Noregur	10.049	0.33	3.2%	2006
Þýskaland	94.250	0.17	2.9%	2006
Lúxemborg	1.715	0.59	2.8%	2006
Bretland	156.398	0.39	2.3%	2006
Danmörk	15.416	0.44	2.1%	2006
Ástralía	149.591	1.09	1.5%	2006
Sviss	31.653	0.65	1.4%	2004
Grikkland	9.720	0.13	0.5%	2006
Finnland	15.650	0.45	0.2%	2006

(Bradley, Degenhardt, Phillips, Wiessing, Hickman, Strathdee, Wodak, Panda, Tyndall, Toufik og Mattick, 2008).

Í töflu 1 er Spánn með hæstu tíðni HIV-smita í Vestur-Evrópu. HIV-faraldur þar byrjaði á fyrri hluta níunda áratugarins en árið 1993 var tíðni þar orðin hæst af löndum Vestur-Evrópu. Síðan árið 1997 hefur nýgreindum HIV-smitum fækkað meðal sprautufíkla á Spáni. Skaðaminnkandi nálganir teljast hafa verið mikilvægur þáttur í forvörnum við frekari fjölgun smita á Spáni (Muga, Sanvisens, Manuel, Tor og Rey-Joly, 2003). Þessi HIV-faraldur átti þó ekki aðeins við Spán því í allri Evrópu varð vart við aukningu á HIV-smitum meðal sprautufíkla um miðjan níunda áratug síðustu aldar. Til að bregðast við því fóru Evrópusambandið, WHO og ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*) í samstarf til þess að takast á við faraldurinn á Evrópusambandssvæðinu. Viðbrögð stofnananna fólust í að beita sér fyrir því að sambandsþjóðirnar innleiddu skaðaminnkandi nálganir í stefnumótun til að takast á við þennan vanda. Ráðstafanirnar teljast hafa borið árangur og lítil aukning hefur orðið á nýjum HIV-smitum síðan 2001 í löndum Vestur-Evrópu, fyrir utan Svíþjóð og Búlgaríu. Í löndum Austur-Evrópu líkt og

Rússlandi, Úkraínu og Moldavíu er hins vegar áframhaldandi aukning á HIV-smitum meðal sprautufíkla. Stofnanirnar mæla því með að þar verði skaðaminnkandi ráðstöfunum fjölgað til að sporna við frekari smitum (WHO, 2008; Wiessing, van de Laar, Donoghoe, Guarita, Klempová og Griffiths, 2008).

Bandaríkin og Kanada eru bæði ofarlega í töflu 1. Bandarísk stjórnvöld hafa lengi unnið gegn skaðaminnkandi nálgunum sem má sjá í því að þar hefur starfsemi nálaskiptaþjónustu verið bönnuð og aðeins um 10–20% sprautufíkla eru í tengslum við heilbrigðisþjónustuna (McNeece, 2003; Moore og Clear, 2012). Í Kanada varð mikil aukning á HIV-smitum meðal sprautufíkla á níunda áratugnum. Til að bregðast við aukningunni innleiddu stjórnvöld skaðaminnkun í stefnumótun í vímuefnamálum árið 1989. Þrátt fyrir skaðaminnkandi nálganir hefur gengið erfiðlega að vinna á þessu flókna vandamáli en sprautufíklar þar eru fjölmennir og margir í örvandi vímuefnaneyslu (Cavalierrí og Riley, 2012).

Á töflu 1 má sjá að þau lönd sem innleiddu skaðaminnkun þegar HIV-smitfaraldur átti upptök sín á níunda áratugnum teljast vera með lága tíðni HIV-smíta. Það má sjá á tölum frá Sviss, Ástralíu, Danmörku, Finnlandi, Bretlandi, Þýskalandi og Lúxemborg (MacGregor og Whiting, 2010; Pates, 2012; Wodak, 2012). Holland hefur nokkuð hátt hlutfall HIV-smítaðra. Með forvörnum og góðum tengslum heilbrigðisyfirvalda við vímuefnaneytendur hefur tekist að draga mikið úr sprautuneyslu þar í landi, einkum meðal ungra einstaklinga. Í Hollandi teljast 85% vímuefnaneytenda vera í tengslum við heilbrigðisþjónustuna (McNeece, 2003; Public health agency of Canada, e.d.-a).

5.2 Viðhaldsmeðferð

Ópíum viðhaldsmeðferð (*Opioid substitution therapy*) á sér langa sögu fyrir tíma hugmyndafræði skaðaminnkunar. Hana má rekja allt til upphafs tuttugustu aldar. Þá fóru læknar í Bretlandi að ávísa lyfjum til vímuefnaneytenda í þeim tilfellum sem þeir álitu ráðlegt. Þetta gerðu þeir á viðhaldsgrundvelli til þess að aðstoða vímuefnaneytanda við að setja neysluna í jafnvægi og til að hjálpa honum að lifa gagnlegra lífi (Marlatt, 1996). Í dag er viðhaldsmeðferð með svipuðu móti. Viðhaldsmeðferð telst ekki lækning vandans heldur lagfæring og meðhöndlun á krónískri vímuefnafíkn. Fyrirkomulagið er yfirleitt þannig að ávísað er á

vímuefnaneytandann lyfi sem telst ekki jafn skaðlegt og það sem fíknin beinist að. Viðhaldsmeðferð er oftast notuð þegar fíkn beinist að ópíumskyldum lyfjum líkt og *heróíni* og *morfíni*. Í stað þeirra er yfirleitt ávísað *methadón* eða *buprenorphine*. Fyrirkomulagið er oftast þannig að viðhaldslyfin eru tekin í gegnum munn fyrir framan þjálfað heilbrigðisstarfsfólk. Talið er að með viðhaldsmeðferð sé hægt að laða að veika vímuefnaneytendur sem annars myndu líklega ekki sækja sér heilbrigðisþjónustu. Árangur viðhaldsmeðferðar felst í því að hún dregur úr ólöglegri ópíum vímuefnaneyslu. Einnig hafa viðhaldsmeðferðir sýnt fram á að þær dragi úr HIV-smitum, áhættuhegðun, dauðsföllum, of stórum vímuefnaskömmtum og glæpahegðun. Þátttakendur viðhaldsmeðferða þurfa að vera í tengslum við heilbrigðisþjónustuna, tekin eru HIV-próf og HIV-smituðum veitt lyfjameðferð. Auk þess er fíklunum veitt heilbrigðisþjónusta ef hjá þeim greinist lifrabólguþvít, berklar eða kynsjúkdómar (Kermode, Crofts, Kumar og Dorabjee, 2011).

Marsch (1998) gerði rannsókn á árangri viðhaldsmeðferðar með því að skoða áhrif á ólöglega vímuefnaneyslu, áhættuhegðun í sprautuneyslu og glæpahegðun. Þátttakendur voru allir í methadón viðhaldsmeðferð. Niðurstöður voru þær að meðferðin dró úr ólöglegri ópíumneyslu og áhættuhegðun tengdri sprautuneyslu. Einnig minnkaði glæpahegðun sem tengdist vímuefnaneyslu. Svipaðar niðurstöður sýndi greining á ellefu rannsóknnum um meðferð heróínfíkla. Í greiningunni voru bornar saman rannsóknir á meðferðum þar sem methadóni var ávísað og þar sem methadón var ekki í boði fyrir heróínfíkla. Niðurstöður sýndu fram á að viðhaldsmeðferðin varð til þess að heróínneytendurnir héldust frekar í meðferð miðað við þá sem ekki fengu methadón, hún dró því meira úr neyslu heróíns. Ekki þóttu koma fram viðunandi sannanir fyrir því að methadón viðhaldsmeðferð drægi úr glæpahegðun eða dauðsföllum (Mattick, Breen, Kimber og Davoli, 2009).

Heróín viðhaldsmeðferð (*Heroin-assisted treatment*) er viðhaldsmeðferð þar sem heróíni er ávísað til fíkilsins. Hún telst neyðarúrræði fyrir þá heróínfíkla sem hafa farið í mjög margar meðferðir en engin úrræði hafa náð árangri í að hjálpa. Sviss og Holland eru einu löndin sem notast markvisst við þetta úrræði. Heróín viðhaldsmeðferð hefur verið tilraunaverkefni í Kanada, Þýskalandi, Spáni og Bretlandi. Þar sem þetta telst nýleg og umdeild meðferðarleið hafa verið gerðar margar rannsóknir á henni í fyrrgreindum löndum. Fræðimenn greindu og báru

saman rannsóknir sem höfðu verið gerðar í þessum löndum á árunum 1996–2006. Niðurstöður greininga voru að heróín viðhaldsmeðferðin hafði yfirhöfuð jákvæð áhrif á þátttakendur og dró úr skaða. Þar var ályktað að hægt væri að notast við heróín viðhaldsmeðferð til þess að setja neysluna í jafnvægi, ná tengslum við neytandann og leitast svo eftir frekari framförum. Töldu greinendur þó aðeins viðeigandi að nota þetta úrræði fyrir illa stadda heróínfíkla. Ályktun greinenda var að nauðsynlegt væri að innleiða gagnreyndar viðmiðunarreglur um hvenær skyldi að beita heróín viðhaldsmeðferðum (Fischer, Oviedo-Joekes, Blanken, Haasen, Rehm, Schechter, Strang og Brink, 2007).

Í Sviss ríkir almenn sátt við heróín viðhaldsmeðferðina. Þar er hún útfærð þannig að skjólstæðingar mæta þrisvar á dag til að fá heróín. Skammturinn er annað hvort í töfluformi eða í sprautu, tekið í viðurvist fagfólks. Svisslendingar telja viðhorf til heróínneyslu hafa breyst í kjölfar þessa fyrirkomulags. Sá uppreisnandi og töfraljómi sem laðaði unga einstaklinga að heróínneyslu þekkist varla lengur. Þess í stað er heróínneysla álitin sjúklegt ástand sem þarfnast læknisfræðilegrar aðstoðar (Pates, 2012).

5.3 Nálaskiptaþjónusta

Nálaskiptaþjónusta (*needle exchange programme*) felst í því að dreifa ónotuðum sprautubúnaði til sprautufíkla og taka við notuðum. Markmiðið með nálaskiptaþjónustu er að draga úr dreifingu smitsjúkdóma hjá sprautufíklum og stuðla að heilsuvernd. Leitast er við að upplýsa sprautufíklana um hættur í neyslunni og stuðla þannig að því að þeir taki meiri ábyrgð á eigin neyslu og heilsu. Í nálaskiptaþjónustu er því oft einnig veitt fræðsla og lágmarks heilsuvernd líkt og meðhöndlun sýkinga. (Kilmer, Cronic, Hunt og Lee, 2012; Brocato og Wagner, 2003). Sum staðar er einnig boðið uppá lifrabólgu- og HIV-greiningarpróf ásamt því að veita upplýsingar og tilvísanir í meðferðar- eða félagsþjónustu (Brocato og Wagner, 2003). Í mörgum tilfellum getur nálaskiptaþjónusta því gegnt hlutverki í að koma sprautufíklum í tengsl við þá velferðarþjónustu sem þeir þarfnast (Reid, 2002). Tilgangurinn með nálaskiptaþjónustu er einkum að ná til jaðarhópa sem sprauta sig, líkt og heimilislausa og fólk í vændi (Brocato og Wagner, 2003). Því er nálaskiptaþjónusta oft starfrækt á færanlegan hátt og yfirleitt notast við hjól eða

bíla. Einnig er nálaskiptaþjónusta stundum starfrækt af vettvangsteymum sem fara til sprautufíkla og bjóða þeim uppá nálaskipti og aðra aðstoð. Nálaskiptaþjónusta fer einnig oft fram í apótekum og ýmsum úrræðum fyrir vímuefnaneytendur (International harm reduction association, 2010). Nálaskiptaþjónustu hefur oft verið skipt í tvo flokka, það eru sérfræði og ekki sérfræði nálaskiptaþjónusta. Dæmi um það er að í löndum eins og Svíþjóð þar sem fáir staðir bjóða uppá nálaskiptaþjónustu er einungis notast við sérfræði nálaskiptaþjónustu. Þar er þjónustan mun meira en einungis nálaskipti. Í þeim er einnig veitt markviss skaðaminnkandi fræðsla og kennsla, tilvísanir í félags- og meðferðarþjónustu, tekin eru smitsjúkdómapróf og ýmiskonar sprautubúnaður gefinn, eins og skeiðar, sóttþreinsklútar og hreint vatn ásamt því að smokkar eru afhentir (Cook o.fl., 2010).

Í dag telst nálaskiptaþjónusta vera gagnreynd þekking í forvörnum við útbreiðslu smitsjúkdóma hjá sprautufíklum. Góður aðgangur sprautufíkla að hreinum nálum er talinn vera ein mikilvægasta forvörnin gegn HIV- og lífrarþólgusmitum (MacGregor og Whiting, 2010; WHO, 2008; WHO, 2009). Rannsóknir hafa sýnt fram á að nálaskiptaþjónusta auki ekki ólöglega vímuefnaneyslu í sprautuformi (Walters, Weingardt, Witkiewitz og Marlatt, 2012). Því hafa alþjóðleg samtök líkt og WHO, UNAIDS og Evrópusambandið mælt með að nálaskiptaþjónusta sé innleidd í stefnumótun þjóða í vímuefnamálum. Tíðni nálaskiptaþjónustu eykst sem má sjá í því að árið 2009 var að finna nálaskiptaþjónustu í 82 löndum víðsvegar um heiminn (Collins o.fl., 2012). Árið 2010 var nálaskiptaþjónusta starfrækt í öllum löndum Evrópu, nema Andorra, Tyrklandi og Mónakó. Ásamt því er þjónustuna að finna í flestum stórborgum Kanada, Ástralíu og Bandaríkjunum (International Harm Reduction Association, 2010).

Vegna mikillar aukningar nálaskiptaþjónustu hafa rannsóknir í auknum mæli beinst að starfseminni. Flestar þessara rannsókna hafa sýnt fram á verulega minnkun á aukningu HIV-smita á þeim stöðum þar sem nálaskiptaþjónusta er starfrækt. Ásamt því hafa margar sýnt fram á að þjónustan dregur úr áhættuhegðun sem fylgir sprautunotkun líkt og samnýtingu nála og óhreinlæti við neyslu (Laufer, 2001; Ksobiech, 2003; Braine, Des Jarlais, Goldblatt, 2004).

Í stórrri rannsókn um nálaskiptaþjónustu voru bornar saman 81 borg víðsvegar um heim. Í 52 af þeim var ekki nálaskiptaþjónusta en í 29 var þjónustan fyrir hendi. Í borgunum 52 jókst HIV-smit um 5,9% að meðaltali á ári. Þar sem þjónustan var til staðar varð minnkun um 5,8% á ári á tímabilinu 1984–1994. Því má álykta að nálaskiptaþjónustan minnkaði líkur á aukningu HIV-smita hjá sprautufíklum (Hurley, Jolley og Kaldor, 1997). Ksobiech (2003) greindi 47 rannsóknir á nálaskiptaþjónustu sem gerðar voru á árunum 1988–2001. Niðurstöður hans voru þær að nálaskiptaþjónusta sýndi árangur í að draga úr skaða vegna sprautuneyslu. Það kom fram í því að sprautufíklar samnýttu síður nálar og því dró úr tíðni smitsjúkdóma. Braine, Des Jarlais og Goldblatt (2004) gerðu viðtalsrannsókn á árunum 1997–2001. Þar voru tekin viðtöl við sprautufíkla sem sóttu nálaskiptaþjónustu í Tacoma í Bandaríkjunum. Niðurstöðurnar bentu til þess að þjónustan hefði dregið úr áhættuhegðun, komið stöðugleika á neyslu og fækkað HIV-smitum. Í San Francisco var gerð rannsókn á áhættuhegðun sprautufíkla. Niðurstöður hennar voru þær að sprautufíklar sækist eftir og bregðist við upplýsingum og fræðslu sem þeir fá í nálaskiptaþjónustu til þess að draga úr skaða (Kelly, Murphy og Lune, 2001). Í Bandaríkjunum var gerð rannsókn eftir að ákveðið var að loka nálaskiptaþjónustu sem var staðsett í Windham, Connecticut. Í rannsókninni voru tekin viðtöl við 78 sprautufíkla sem höfðu nýtt sér þjónustuna. Niðurstöður sýndu fram á að með því að loka nálaskiptaþjónustunni fækkaði ekki nálum á víðavangi og ekki dró úr vímuefnavanda í borginni. Með lokuninni fóru sprautufíklar að stunda áhættumeiri sprautuhegðun líkt og að samnýta og endurnýta sprautubúnaðinn (Broadhead, van Hulst og Heckathorn, 1999).

5.4 Neyslurými

Neyslurými (*Drug consumption rooms*) eru staðir þar sem sprautufíklar geta notað vímuefni í hreinlegu, öruggu og áhættulausu umhverfi undir eftirliti þjálfaðs starfsfólks. Neyslurými eru starfrækt í samstarfi við löggæslu svo neytendur eru ekki handteknir fyrir neyslu ólöglegra vímuefna (Kilmer, Crounce, Hunt og Lee, 2012).

Fyrsta neyslurýmið var sett á fót árið 1986 í Berne, Sviss. Síðan þá hafa verið sett upp yfir 90 neyslurými. Þau eru í Sviss, Hollandi, Þýskalandi, Spáni, Lúxemborg,

Noregi, Kanada og Ástralíu. Uppruna flestra neyslurýmanna má rekja til þess að það hafði orðið vart við þörf á þess konar úrræðum þar sem þau eru staðsett. Dæmi um það er Þýskaland. Áður en neyslurými voru leyfð þar árið 1994 voru ýmis þjónustuúrræði fyrir einstaklinga í vímuefnaneyslu farin að hafa þol fyrir því að vímuefni væru notuð innan þeirra. Neyslurými voru því þróuð til þess að ná fram margvíslegum ávinningi sem má sjá í eftirfarandi fimm atriðum (Stoevers, 2002):

Í fyrsta lagi til að ná tengslum við sprautufíkla, bjóða þeim ráðgjöf og þátttöku í jafningjaverkefnum og veita þeim leiðbeiningar um öruggari vímuefnanotkun.

Í öðru lagi til að minnka skaðann af sprautuneyslu með því að bjóða uppá hreinar aðstæður, nálaskipti, mat og lækniþjónustu.

Í þriðja lagi til að draga úr vímuefnaneyslu á almenningsvettvangi.

Í fjórða lagi til að bæta aðgengi sprautufíkla að þeirri velferðarþjónustu sem er þeim nauðsynleg.

Í fimmta lagi til að fagfólk sem þar starfar fái dýpri skilning og meiri upplýsingar um þann lífsstíl og neyslumunstur sem tíðkast hjá sprautufíklum á svæðinu. Þannig getur fagfólkið betur komið auga á þær þarfir sem einkenna hópinn (Stoevers, 2002).

Í neyslurýmum Evrópu starfa aðallega félagsráðgjafar og hafa þeir umsjón með flestum rýmum. Auk þess er algengt að hjúkrunarfræðingar, læknar og sálfræðingar starfi þar. Í neyslurýmum ríkja ákveðnar grundvallareglur. Þeir sem nota þau þurfa að koma fyrst í viðtal, vera eldri en átján ára, virkir sprautufíklar og fara eftir reglum rýmanna. Í rýmum er ekki leyfilegt að kaupa eða selja vímuefni (Hedrich, 2004; Stoevers, 2002). Flest neyslurými eru starfrækt með undanþágu frá löggjöf um bann á ólöglegum vímuefnum. Neyslurými í Evrópu eru öll hluti af velferðarkerfinu og tengjast því bæði félags- og heilbrigðisþjónustunni. Vegna þess hversu umdeild neyslurými eru telst skipta miklu máli fyrir starfsemi þeirra að ríkjandi sé skilningur og jákvætt viðhorf gagnvart þeim meðal almennings, lögreglu, stjórnámálanna og heilbrigðis- og félagsþjónustu (Hedrich, Kerr og Dubois-Arber, 2010).

Evrópusambandið styður starfsemi neyslurýma og ályktar að þau séu mikilvægur liður í skaðaminnkun. Í skýrslu EMCDDA um skaðaminnkun er kafli um

neyslurými. Í kaflanum eru greindar nær allar rannsóknir sem hafa verið gerðar á neyslurýmum í Evrópu síðastliðin ár. Niðurstöður þeirrar greiningar voru að ekkert benti til þess að neyslurýmin hefðu áhrif á glæpatíðni þar sem þau voru staðsett og þar hefði dregið úr vímuefnaneyslu á almenningstöðum. Flestar rannsóknirnar sýndu fram á að neyslurýmin hefðu jákvæð áhrif á heilsu þeirra sem sóttu þau reglulega og að dauðsföllum vegna of stórra skammta af vímuefnum hefði fækkað á svæðinu. Einnig voru rýmin talin þjóna sínum tilgangi við að draga úr skaða vegna sprautuneyslu og veita markhópnum aukið aðgengi að velferðarþjónustu. Þar sem sprautuneysla veldur alvarlegum félagslegum- og heilsufarslegum vandamálum skiluðu neyslurýmin mestum árangri. EMCDDA álitur að til þess að neyslurými sýni tilsettan árangur þurfi tvö grundvallaratriði að vera fyrir hendi. Þau eru annars vegar að neyslurýmin séu hluti af stefnumótun í vímuefnamálum og hlutverk þeirra þar sé að draga úr heilsufarslegum og félagslegum skaða sem sprautuneysla veldur og hins vegar að samstarf ríki á milli lykilaðila, sem eru heilbrigðisyfirvöld, lögreglu-yfirvöld, sveitarfélög og almenningur (Hedrich, Kerr og Dubois-Arber, 2010).

Árið 2005 var birt rannsókn sem gerð var á 39 neyslurýmum í Hollandi, Sviss, Þýskalandi og Spáni. Niðurstöður hennar bentu til þess að eftir að rýmin voru tekin í notkun hafi dregið úr ofskömmtum og dauðsföllum meðal sprautufíkla. Niðurstöður sýndu fram á að dregið hefði úr sprautunotkun og förgun á sprautubúnaði á almenningstöðum. Einnig dró úr áhættumikilli sprautuneyslu líkt og að sprauta sig í flýti eða deila nálum (Kimber, Dolan og Wodak, 2005). Svipaðar niðurstöður sýndi rannsókn sem gerð var í neyslurými í Vancouver í Kanada. Þátttakendur voru 1.082 sprautufíklar. Af þeim töldu 80% að rýmið hefði orðið til þess að þeir drógu úr áhættusamri sprautuneyslu. Töldu 71% að þeir hefðu dregið úr því að sprauta sig á almenningstöðum og 56% sögðust hafa minnkað að henda sprautubúnaði á almenningstöðum (Petrar, Kerr, Tyndall, Zhang, Montaner og Wood, 2007).

5.5 Skaðaminnkandi þjónustumiðstöðvar

Skaðaminnkandi þjónustumiðstöðvar (*Low-threshold services*) eru úrræði sem starfa samkvæmt hugmyndafræði skaðaminnkunar. Þessi úrræði eiga það

sameiginlegt að ekki er krafist bindindis og boðið er uppá nálaskiptaþjónustu, ráðgjöf, húsaskjól og tengsl við heilbrigðisþjónustu. Markmið þeirra er að ná til sprautufíkla sem glíma við vandamál tengd neyslu sinni og koma í veg fyrir heilsutjón. Í þessum úrræðum er veitt fræðsla um öruggari neysluhætti ásamt því að oft er veitt bólusetning og meðferð við smitsjúkdómum. EMCDDA telur þessi úrræði vera mikilvægan lið í því að ná til veikra vímuefnaneytenda og auka aðgengi þeirra að heilbrigðisþjónustu. Ekki hafa verið gerðar markvissar rannsóknir á þjónustumiðstöðvunum. EMCDDA álitur mikilvægt að gerðar verði rannsóknir til þess að fá upplýsingar um árangur þessara úrræða, einkenni skjólstæðinga og þarfir þeirra (EMCDDA, e.d.-b).

5.6 Gagnrýni á skaðaminnkandi nálganir

Skaðaminnkandi nálganir fyrir sprautufíkla eru umdeildar því í raun eru þær í mótsögn við ríkjandi lög þar sem notkun og varsla ólöglegra vímuefna er bönnuð og telst refsivert athæfi. Frá upphafi þessara nálgana hafa þær því verið gagnrýnar (Walthers o.fl., 2012). Meðal annars hafa alþjóðlegar stofnanir gagnrýnt skaðaminnkandi nálganir. Má þar helst nefna INCB (*International narcotics control board*) en það er sjálfstætt starfandi ráð skipað sérfræðingum í vímuefnamálum. Í ráðinu sitja þrettán aðilar sem eru valdir af stjórnvöldum og WHO. Ráðið hefur það hlutverk að hafa eftirlit með að ríki fari eftir alþjóðasamningum um ólögleg vímuefni (INCB, e.d.). Í skýrslu þeirra frá árinu 2004 setur ráðið ýmsar athugasemdir við skaðaminnkandi úrræði. Þar ályktar INCB að nálaskiptaþjónusta sé varhugaverð nálgun þar sem hún auðveldi og geti stuðlað að ólöglegri vímuefnaneyslu í sprautuformi. Í skýrslunni lýsir INCB einnig yfir andstöðu við starfsemi neyslurýma þar sem að þau brjóti í bága við alþjóðlega samninga um eftirlit með ólöglegum vímuefnum. Þau ríki sem starfrækja neyslurýmin hafa því verið gagnrýnd fyrir það af INCB sem hefur valdið deilum þeirra á milli (INCB, 2004; MacGregor og Whiting, 2010). Auk þessa teljast neyslurými hafa verið mjög umdeild þar sem þau hafa verið starfrækt. Margir telja hættu á að þau hvetji til vímuefnaneyslu, dragi úr innlögnum í vímuefna meðferð og stuðli að enn meiri vímuefnavanda (Hedrich, Kerr og Dubois-Arber, 2010). EMCDDA hefur greint niðurstöður fjölda rannsókna á neyslurýmum. Helstu ókostir sem hafa markvisst

komið í ljós er að starfsemi neyslurýma leiði oft til þess að sala vímuefna eykst í kringum staðsetningu þeirra. Í sumum rannsóknum hefur komið fram að þeim hafi fylgt ólæti og ófriður frá vímuefnaneytendum sem þangað sækja. Á það einkum við þar sem eru margir heimilislausir sprautufíklar, fáir komast að í einu og opnunartími er takmarkaður (Hedrich o.fl., 2010).

Gagnrýni sem hefur beinst að nálaskiptaþjónustu hefur einkum verið sú að þar sem hún viðurkennir og beinist að ólöglegri vímuefnanotkun sé hún í raun að samþykkja neyslu þessara efna. Það leiði til þess að vímuefnaneysla eykst og sá skaði sem henni fylgir (Walthers o.fl., 2012). Margir telja einnig að ef sprautuneysla sé gerð öruggari muni fleiri prufa að sprauta sig (Caulkins, Feichtinger, Tragler og Wallner, 2010). Almennt hafa rannsóknir ekki stutt þessar gagnrýnisraddir. Flestar rannsóknir hafa sýnt fram á jákvæðan árangur nálaskiptaþjónustu í að draga úr smitsjúkdómum og að þær auki ekki vímuefnaneyslu (Walthers o.fl., 2012). Þrátt fyrir það hafa komið fram rannsóknir sem sýna fram á lítinn eða engan árangur nálaskiptaþjónustu í að draga úr HIV-smitum. Í Kanada er mikill vímuefnavandi og hefur gengið erfiðlega að draga úr HIV- og lifrabólgu smitum (Cavalierrí og Riley, 2012). Niðurstöður sumra rannsókna frá Kanada hafa sýnt fram á að nálaskiptaþjónusta hafi ekki skilað nægilega góðum árangri. Sem dæmi má nefna rannsókn á nálaskiptaþjónustu í Montreal. Hún var gerð á tímabilinu 1988–1995. Þátttakendur voru 1.599 talsins og ekki HIV-smitaðir í byrjun. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að tíðni HIV-smita hækkaði í 33% meðal þeirra sem nýttu sér nálaskiptaþjónustu. Hjá þeim sem nýttu sér hana ekki varð hækkunin 13%. Rannsakendur gátu ekki fullyrt um hverjar ástæðurnar væru en þau töldu rannsóknina gefa ýmsar vísbendingar. Nálaskiptaþjónustan hafði það markmið að veita ráðgjöf og mynda tengsl. Til þess að sprautufíklarnir kæmu oftast var regla að aðeins var gefin ein sprauta fyrir hverja notaða. Aldrei voru gefnar fleiri en fimmtán sprautur í hvert skipti. Ályktað var að það hafi ekki verið nægilegt magn í sumum tilfellum. Niðurstöðurnar þóttu sýna fram á mikilvægi þess að nálaskiptaþjónusta sé starfrækt í tengslum við umhverfi sitt (Bruneau, Lamothe, Franco, Lachance, Déry, Soto og Vincelette, 1997).

Viðhaldsmeðferðir hafa einnig verið gagnrýndar af mörgum. Sumar rannsóknir hafa sýnt fram á að árangur viðhaldsmeðferða sé skammvinnur og auki

takmarkað lífsgæði sjúklinga. Auk þess vinni þær ekki nægilega úr undirliggjandi ástæðum þess að sjúklingar hafi króníska þörf fyrir vímunu. Einhverjar rannsóknir hafa svo sýnt fram á að sjúklingar í viðhaldsmeðferð fari að drekka mikið áfengi í bland við methadónið (Fischer, Rehm, Kim og Kirst, 2005).

Hugmyndafræði skaðaminnkunar hefur einnig verið gagnrýnd. Þannig telja margir að hugtakið skaðaminnkun sé of óljóst og vítt. Það geti átt við margs konar mannúðlega þjónustu sem hefur ávallt tíðkast í flestum löndum. Þess konar þjónusta falli því ekki endilega undir hugmyndafræði skaðaminnkunar heldur almenna mannúð (Collins o.fl., 2012). Í grein sinni um skaðaminnkun ályktar Single (1995) að hugtakið skaðaminnkun sé hvorki nægilega vel skilgreint né afmarkað. Hann telur að það hversu víð skilgreiningin er geti leitt til misskilnings. Þess til stuðnings hefur bandarískur sérfræðingur í vímuefnamálum að nafni Gil Kerlikowske bent á það að hugtakið sé huglægt og leiði með sér einstaklingsbundna túlkun. Í tengslum við það segist hann hafa orðið var við að sumir telji skaðaminnkun vera hugmyndafræði um afglæpavæðingu á vímuefnaneyslu eða lögleiðingu ólöglegra vímuefna (Collins o.fl., 2012). Algengast er að skaðaminnkun sé gagnrýnd vegna þess að þeir sem gagnrýna álíta að hún sé í raun skref í þá átt að ólögleg vímuefni verði lögleidd (Caulkins, Feichtinger, Tragler og Wallner, 2010). Hins vegar tekur hugmyndafræðin ekki afstöðu til lögleiðingar né afglæpavæðingar á vímuefnaneyslu. Því hafa sumir gagnrýnt skaðaminnkun fyrir afstöðuleysi því í raun tekur hugmyndafræðin ekki afstöðu til mikilvægra málefna nema þegar kemur að skaðlegum afleiðingum vímuefna (Keane, 2003).

Auk þessa hafa Brocato og Wagner (2003) bent á þrjár algengar gagnrýnisraddir sem þau hafa orðið vör við. Í fyrsta lagi sú gagnrýni að ef dregið er úr skaða vímuefnaneyslunnar fyrir neytandann getur það leitt til aukinnar vímuefnaneyslu hans. Þar með eykst kostnaður heilbrigðiskerfisins og glæpum fjölgar. Í öðru lagi aðhyllast vímuefnaneytendur áhættuhegðun, með því að draga úr áhættu neyslunnar eru líkur á að þeir auki neyslu sína eða áhættuhegðun. Í þriðja lagi stuðli skaðaminnkun að neyslu ólöglegra vímuefna með því að réttlæta hana og gera hana auðveldari. Það geti leitt til þess að nýir neytendur verði til og hinir fari síður í meðferð.

6. Skaðaminnkun í stefnumótun

Í lokaskýrslu Aljóðanefndar um vímuefnalöggjöf var mælt með að stefnumótun í vímuefnamálum byggist á gagnreyndri þekkingu til að draga úr þeim skaða sem vímuefni gera einstaklingum og samfélögum. Í skýrslunni var lýst yfir stuðningi við nálganir skaðaminnkunar. Lýsti nefndin því yfir að skaðaminnkun í málefnum sprautufíkla væri nauðsynlegur hluti af stefnumótun í vímuefnamálum. Því mælti nefndin með því að þjóðir innleiddu í stefnumótun áætlun um nálaskiptaþjónustu, viðhaldsmeðferðir, neyslurými og skaðaminnkandi þjónustumiðstöðvar (Global Commission on Drug Policy, 2011).

Í eftirfarandi kafla verður fjallað um stöðu skaðaminnkunar í stefnumótun Vesturlanda og tilheyra honum fjórir undirkaflar. Í upphafi verður fjallað um stöðu skaðaminnkunar í Evrópu. Í öðrum undirkafla verður svo fjallað um skaðaminnkun á Norðurlöndunum því þau hafa svipaða stefnumótun og Ísland. Næst er undirkaflinn um stöðu skaðaminnkunar í íslenskri stefnumótun og skaðaminnkandi úrræði hér á landi. Fjórði undirkaflinn fjallar um stöðu skaðaminnkunar í stefnumótun Bandaríkjanna, Kanada og Ástralíu.

6.1 Evrópa

Í Evrópu eru 33 lönd, af þeim eru 27 meðlimir í Evrópusambandinu utan þess eru Króatía, Makedónía, Tyrkland, Noregur, Sviss og Ísland (Cook, Bridge og Stimson, 2010). Í Evrópu hefur skaðaminnkun orðið til þess að viðhorf og viðbrögð við vímuefnavanda hafa breyst mikið síðastliðin ár (Davoli, Simon og Griffiths, 2010). Frá byrjun þessarar aldar hefur Evrópusambandið verið yfirlýstur stuðningsaðili skaðaminnkunar og leiðbeint aðildarlöndum um innleiðingu hennar í stefnumótun í vímuefnamálum. Ásamt því hefur sambandið stuðlað að rannsóknum á skaðaminnkandi úrræðum og talað máli skaðaminnkunar á alþjóðlegum vettvangi (Cook o.fl., 2010). Hefur það meðal annars orðið til þess að UNODC hafa samþykkt skaðaminnkun sem gagnreynda þekkingu sem samtökin mæla með í stefnumótun þjóða í vímuefnamálum. Bæði Evrópusambandið og UNODC telja skaðaminnkun vera lið í jafnvægisstefnu (*balanced approach*) í vímuefnamálum. Í henni felst að stefnumótun byggist á því að draga úr framboði ólöglegra vímuefna en viðurkenna þá vímuefnaneyslu sem er til staðar í samfélaginu og leitast eftir að draga úr skaða

hennar. Í henni gegnir skaðaminnkun mikilvægu hlutverki ásamt forvörnum, meðferðum og ráðstöfunum til að draga úr framboði ólöglegra vímuefna (Cook o.fl., 2010; Griffiths og Simon, 2010; Rhodes og Hedrich, 2010).

Í stefnumótun Evrópusambandsins í vímuefnamálum fyrir árin 2005–2012 er lögð áhersla á að stefnumótun í vímuefnamálum sé heildstæð og feli í sér: forvarnir, snemmtækar íhlutanir, vímuefna meðferðir, skaðaminnkun, endurhæfingu og félagslega aðlögun (Council of the European Union, 2004). Samkvæmt EMCDDA (e.d.-a) falla þrír þættir undir hlutverk skaðaminnkunar í stefnumótun. Það er að vera forvörn gegn útbreiðslu smitsjúkdóma, of stórum skömmtun og dauðsföllum vegna vímuefnaneyslu.

Sterka stöðu skaðaminnkunar í Evrópu má sjá í því að árið 2009 var skaðaminnkun í stefnumótun í vímuefnamálum allra 27 þjóðanna sem tilheyrja Evrópusambandinu. Auk þess var skaðaminnkun í stefnumótun hjá Króatíu, Makedóníu, Noregi og Sviss (Cook o.fl., 2010). Staða skaðaminnkunar er samt ennþá misjöfn milli Evrópulanda sem má rekja til menningarmunar varðandi vímuefnaneyslu ásamt því að þau hafa ólíkar áherslur í stefnumótun og reynslu af vímuefnavandamálum (Griffiths og Simon, 2010).

Í töflu 2 er merkt við þau skaðaminnkandi úrræði sem eru starfrækt í hverju landi. Einnig er merkt við í hvaða löndum stefnumótun inniheldur beina tilvitnun um skaðaminnkun. Í Þýskalandi, Lúxemborg, Portúgal, Spánn og Sviss er auk þessa einnig starfrækt nálaskiptaþjónusta og viðhaldsmeðferðir í fangelsum (Cook o.fl., 2010).

Tafla 2. Skaðaminnkandi nálganir innan Evrópu.

Land	Nálaskiptaþjónusta	Viðhaldsmeðferð	Neyslurými	Stefnumótun
Austurríki	X	X		X
Belgía	X	X		X
Bretland	X	X		X
Búlgaría	X	X		
Danmörk	X	X		X
Eistland	X	X		
Finnland	X	X		X
Frakkland	X	X		X
Grikkland	X	X		X
Holland	X	X	X	X
Írland	X	X		X
Ísland		X		
Ítalía	X	X		X
Króatía	X	X		
Kýpur	X	X		X
Lettland	X	X		
Litháen	X	X		
Lúxemborg	X	X	X	X
Makedónía	X	X		
Malta	X	X		X
Noregur	X	X	X	X
Portúgal	X	X		X
Pólland	X	X		
Rúmenía	X	X		
Slóvakía	X	X		
Spánn	X	X	X	X
Sviss	X	X	X	X
Svíþjóð	X	X		X
Þýskaland	X	X	X	X

(Cook o.fl., 2010; International Harm Reduction Association, 2012)

Í Evrópu hafa verið breytingar í lofti varðandi það hvernig taka skal á vímuefnaneyslu einstaklinga. Samkvæmt skaðaminnkun telst vímuefnavandi til heilbrigðis- og félagslegra vandamála. Því er viðeigandi að beita úrræðum félags- eða heilbrigðiskerfisins varðandi vímuefnaneyslu og forðast að nota refsingar dómkerfisins. Í sumum löndum hefur þróunin verið sú að farið er að taka vægar á vörslu og neyslu vímuefna til einkanota, einkum á það við um vægari vímuefni líkt og *kannabis*. Þau lönd sem hafa breytt reglugerðum varðandi þetta eru Holland,

Tékkland, Eistland, Ítalía, Spánn, Þýskaland og Austurríki (Stevens, Stöver og Brentari, 2010).

Engin Evrópuþjóðanna hefur þó gengið jafnlangt og Portúgal árið 2001. Þá var það skref tekið af stjórnvöldum að afnema bann við neysluskömmtum af öllum ólöglegum vímuefnum. Vímuefni teljast ólögleg en varsla þeirra í litlum skömmtum telst ekki glæpsamlegt athæfi (Pates, 2012; Stevens, Stöver og Brentari, 2010). Í kjölfar þessara breytinga skipuðu yfirvöld þriggja manna nefnd sem í sitja lækni, lögfræðingur og félagsráðgjafi (Greenwald, 2005). Þessi nefnd sér um að dæma í málum þeirra sem fá ítrekaðar áminningar um vörslu neysluskammta. Nefndin sker úr um það hvort viðkomandi telst misnota eða glíma við fíkn í ólögleg vímuefni. Ef nefndin telur ekki að um vímuefnafíkn sé um að ræða er viðkomandi sektaður eða stjórnarsýslurefsiaðgerðum beitt, eins og að ógilda ökurétt. Ef nefndin úrskurðar viðkomandi með vímuefnafíkn er honum beint í þá meðferð sem nefndin telur viðeigandi. Ef viðkomandi hafnar því á hann yfir höfði sér refsiaðgerð. Reynslan af þessum breytingum hefur verið jákvæð í Portúgal. Síðan árið 2001 hefur nýjum tilfellum af HIV-smitum sífellt fækkað og dregið hefur úr dauðsföllum vegna vímuefnaneyslu. Fangelsin eru fámennari, vímuefnaneysla þar hefur minnkað og færri smitast af HIV. Með þessu fyrirkomulagi hefur þó ekki tekist að draga úr vímuefnaneyslu í Portúgal en hún hefur þó ekki aukist marktækt síðan 2001 (Pates, 2012; Stevens, Stöver og Brentari, 2010).

6.2 Norðurlönd

Í Danmörku hefur nálaskiptaþjónusta verið starfrækt síðan árið 1986 og telst tíðni HIV-smita hjá sprautufíklum lág (sjá töflu 1). Nálaskiptaþjónustan er starfrækt á ýmsan hátt líkt og á bílum, hjólum, í apótekum og sjálfsöllum. Önnur skaðaminnkandi úrræði sem notast er við eru skaðaminnkandi þjónustumiðstöðvar, stuðningurinn heim og vettvangsteymi (EMCDDA, e.d.-c). Á síðastliðnum árum hafa ýmis samtök og aðilar barist fyrir því að innleidd séu neyslurými. Ein af þeim eru Samtök danskra götulögfræðinga (*Danish Street Lawyers*). Samtökin hafa haldið því fram að eina hindrun þess að innleiða neyslurými sé pólitísk en ekki lagaleg. Þessi barátta varð svo til þess að í júní 2012 var samþykkt af danska þinginu að veita sveitarstjórnnum lagalegt leyfi til að

starfrækja neyslurými. Samþykktinni fylgdi ábending til lögregluýfirvalda um að gera ekki upptæka neysluskammta eða ákæra vímuefnaneytendur sem nýta sér neyslurýmin (Smith, 2012).

Skaðaminnkun hefur verið hluti af heilbrigðiskerfi Finna síðan fyrstu HIV-smitin uppgötvuðust meðal sprautufíkla þar árið 1998. Hefur það borið góðan árangur og tíðni HIV-smitaðra sprautufíkla er mjög lág, sjá töflu 1 (EMCDDA, e.d.-d). Í Finnlandi er við lýði svokölluð tvískipt stefnumótun í vímuefnamálum (*a dual track approach*). Í því felst að í almennri stefnumótun er lagt algert bann við allri ólöglegri vímuefnaneyslu. Skaðaminnkun er hins vegar einn liður í stefnumótun í heilbrigðisþjónustunni. Þar er hlutverk skaðaminnkunar að draga úr þeim skaða sem vímuefnaneysla veldur (Pates, 2012). Skaðaminnkun þar felst einkum í mörgum skaðaminnkandi þjónustumiðstöðvum. Einnig notast Finnar við vettvangsteymi sem fara meðal sprautufíkla og leitast við að vera tengiliðir þeirra við velferðarkerfið (EMCDDA, e.d.-d). Árið 2005 var nálaskiptaþjónusta starfrækt í 30 borgum Finnlands (Pates, 2012).

Í Noregi ríkir skaðaminnkun í stefnumótun. Þar er starfrækt vettvangsteymi sem fer á meðal sprautufíkla, aðstoðar þá og heldur þeim í tengslum við velferðarkerfið. Árið 2009 var starfandi nálaskiptaþjónusta á 30 stöðum í Noregi ásamt því að starfræktar voru skaðaminnkandi þjónustumiðstöðvar víðsvegar um landið. Árið 2004 var fyrsta neyslurýmið opnað í Osló. Í byrjun var það tilraunaverkefni en þar sem það þótti sýna jákvæðan árangur var samþykkt að gera það að varanlegu úrræði árið 2009. Markhópur neyslurýmisins er langt leiddir sprautufíklar sem eru eldri en 18 ára. Þar er veitt einstaklingsbundin ráðgjöf og sprautufíklum komið í tengsl við aðra velferðarþjónustu (EMCDDA, e.d.-e).

Svíþjóð er með ólíka stefnu en áður nefnd Norðurlönd þegar kemur að vímuefnamálum. Stefnumótun í vímuefnamálum hefur lengi sett markmiðið að vímuefnalausum samfélagi og hefur skaðaminnkun þótt vera í mótsögn við það markmið. Því hefur gengið hægt að innleiða skaðaminnkandi úrræði í Svíþjóð (Pates, 2012). Árið 2006 var skaðaminnkun í fyrsta skipti hluti af stefnumótun Svía í vímuefnamálum og í henni var gefið leyfi fyrir starfsemi nálaskiptaþjónustu í landinu. Því fylgdu ýmsar verklagsreglur sem yfirvöld töldu mikilvægt að farið væri eftir. Auk þess að afhenda hreinan sprautubúnað var hlutverk nálaskiptaþjónustu

að veita heilsufarslegan og félagslegan stuðning, fræða um öruggari sprautuneyslu, veita ókeypis smitsjúkdómapróf og tilvísanir í aðra velferðarþjónustu. Árið 2011 var nálaskiptaþjónusta aðeins starfrækt á þremur stöðum í Svíþjóð. Ekki er heimilt að selja sprautubúnað í apótekum nema honum sé ávísað til sjúklings af lækni (EMCDDA, e.d.-f).

6.3 Ísland

Síðan árið 1993 hefur sprautufíklum á Íslandi fjölgað jafnt og þétt. Talið er að um 700 sprautufíklar séu hér á landi sem telst í samræmi við hlutföll þeirra í erlendum stórborgum. Á síðastliðnum árum hefur dregið úr fjölgun nýrra sprautufíkla og hópurinn hefur verið að eldast. Með hækkandi meðalaldri sprautufíkla á Íslandi hefur heilsu þeirra farið hrakandi. Þá einkennir alvarlegar sýkingar á stungustöðum og hefur hjartalokuskemmdum fjölgað. Algengt er að sprautufíklar á Íslandi séu síkomufólk á heilbrigðis- og meðferðarstofnunum (SÁÁ, 2010).

Alls hafa 53 sprautufíklar greinst með HIV-smit hér á landi en 32 þeirra greindust árunum 2009–2011. Enn telst erfitt að segja til hversu víða veiran hefur dreifst meðal þeirra og því mikilvægt að skimað sé eftir HIV-smitum hjá vímuefnaneytendum (Haraldur Briem, 2011-a, 2011-b). Einnig hafa lifrabólgu C-smit verið algeng meðal sprautufíkla hér á landi en talið er að um 300 sprautufíklar hér á landi séu smitaðir (SÁÁ, 2010).

Til þessa hefur stefnumótun í heilbrigðismálum á Íslandi ekki falið í sér formlega stefnu um skaðaminnkun líkt og tíðkast hjá nágrannalöndunum. Í skýrslu EMCDDA um stöðu skaðaminnkunar í Evrópu er ein lykilniðurstaðan að einu Evrópulöndin með skráða sprautufíkla sem ekki starfrækja skaðaminnkandi nálganir séu Ísland og Tyrkland. (Cook o.fl., 2010). Þessi ályktun Evrópusambandsins staðfestist í því að hvorki er minnst á áætlun um skaðaminnkun í skýrslu heilbrigðisráðherra (2005) um vímuefnamál né í heilbrigðisáætlun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis (2007) til ársins 2010. Velferðarráðuneytið gaf nýlega frá sér drög að heilbrigðisáætlun til ársins 2020. Í þessum drögum er að finna markmið um að draga úr neyslu vímuefna en ekki um skaðaminnkun (Velferðarráðuneytið, 2012).

Landlæknir gaf nýlega út stefnumótun fyrir árin 2012–2016. Í henni er eitt af áhersluatriðum sóttvarnasviðs að gera átak meðal vímuefnaneytenda varðandi alnæmis- og kynsjúkdómavarnir. Í stefnumótuninni er hvorki fjallað um framkvæmd átaksins né minnst á skaðaminnkun. Hins vegar er fjallað um áætlun landlæknis um að innleiða reglugerð WHO um alþjóðaheilbrigði í sóttvarnamálum (Embætti landlæknis, e.d). Þess má því geta að WHO hefur lýst yfir stuðningi við skaðaminnkun sem gagnreynda aðferðarfræði í forvörnum gegn útbreiðslu HIV meðal sprautufíkla. Mælir WHO með því að notast sé við skaðaminnkun í forvarnarskygni, íhlutun og umönnun með sprautufíklum (WHO, 2008; WHO, 2009; WHO, e.d.).

Samkvæmt nýlegri könnun um aðstæður í Reykjavík töldust 179 einstaklingar vera heimilislausir eða utangarðs í íslensku samfélagi (Erla Björg Sigurðardóttir, 2012). Reykjavíkurborg gaf út stefnumótun í málefnum utangarðsfólks fyrir árin 2008–2012. Þar var ekki að finna beina áætlun um skaðaminnkun en á vegum borgarinnar hafa verið starfrækt margs konar úrræði þar sem ekki er ætlast til bindindis (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2008). Eftirfarandi er umfjöllun um þau úrræði sem geta talist til skaðaminnkunar á Íslandi.

Árið 2009 setti Reykjavíkurborg Rauða kross Íslands á fót fyrstu nálaskiptaþjónustuna á Íslandi og fékk hún nafnið Frú Ragnheiður. Í fyrstu var starfsemin í færanlegu hjólhýsi en árið 2011 var hún færð í endurinnréttaðan sjúkrahús sem keyrir milli staða. Á heimasíðu verkefnisins er því lýst yfir að það sé starfrækt samkvæmt hugmyndafræði skaðaminnkunar. Tilgangurinn er að ná til jaðarhópa í þeirra nærumhverfi og bjóða þeim heilsuverndarþjónustu. Í Frú Ragnheiði er fánlegur ókeypis sprautubúnaður ásamt því að tekið er við notuðum sprautubúnaði og honum fargað. Verkefnið byggist á sjálfbærliðum sem eru einkum fagfólk; hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, félagsráðgjafar og sálfræðingar. Flestar komur í Frú Ragnheiði eru vegna nálaskiptaþjónustu, aðrar algengar ástæður eru sárahreinsun, umbúðaskipti, áverkamat, sýkingarmat, blóðþrýstingsmæling og spjall. Árið 2011 voru 845 komur í Frú Ragnheiði af 206 einstaklingum. Frú Ragnheiður hefur einnig útibú í úrræðunum Konukoti og Dagsetri Hjálpræðishersins. Þar leggur Frú Ragnheiður fram nálaskiptabúnað en

starfsmenn úrræðanna sjá um að útdeila og veita skaðaminnkandi fræðslu (Rauði krossinn, e.d.-a, e.d. -b). Frá upphafi hefur starfsemi Frú Ragnheiðar verið fjármögnuð að mestu leyti af Rauða krossinum. Á árunum 2010–2012 hefur verkefnið einnig verið fjármagnað í formi styrkja frá ýmsum opinberum stofnunum. Þessir styrkir hafa komið frá mannréttindaskrifstofu Reykjavíkur, velferðarráði Reykjavíkur, Forvarnarsjóði og Lýðheilsusjóði. Ásamt þeim hafa kvennadeild Rauða kross Reykjavíkur og landlæknir styrkt Frú Ragnheiði tvö ár í röð (Þór Gíslason, munnleg heimild, 5. nóvember 2012).

Reykjavíkurdeild Rauða krossins hefur starfrækt næturathvarfið Konukot síðan árið 2004. Konukot er neyðarathvarf fyrir heimilislausar konur og mega þær vera undir áhrifum vímuefna í athvarfinu en neysla þeirra er bönnuð innandyrá. Hægt er að fá ókeypis máltíðir og góð aðstaða er til þess að þvo af sér og fara í bað. Í Konukoti starfa bæði sjálfboðaliðar og starfsfólk ásamt því að félagsráðgjafar bjóða fram þjónustu sína einu sinni í viku. (Rauði krossinn, e.d.-c). Samkvæmt Kristínu Helgu, verkefnastjóra athvarfsins, má segja að þar hafi frá upphafi verið unnið samkvæmt skaðaminnkandi hugmyndafræði. Í Konukoti leitast starfskonur við að gera sér grein fyrir í hvaða aðstæðum gestir eru í og hvaða ástæður liggja að baki þess að þeir leiti í neyðarathvarfið. Með þessu nálgunarsjónarmiði hafa erfiðleikar og vandamál gestanna komið uppá yfirborðið að mati starfsmanna. Í starfi athvarfsins er lögð áhersla á að aðstoða gesti við að verjast þeim hættum sem fylgja áhættusömu líferni sem margir þeirra stunda. Í Konukoti er starfrækt nálaskiptaþjónusta í samstarfi við Frú Ragnheiði. Í nálaskiptaþjónustunni er boðið upp á hreinan sprautubúnað, smokka og ráðgjöf um örugga sprautunotkun og blóðborna sjúkdóma eins og HIV og lifrabólgu C. Upplifun starfsfólks Konukots er að þessi íhlutun skili sér meðal annars í því að gestir hafi aukinn áhuga á að vera ábyrgir þegar kemur að neyslu og notkun á sprautubúnaði. Má þar nefna að nota hreinan sprautubúnað, ekki deila og ekki fá lánað frá öðrum, að skila óhreinum áhöldum í nálabox og hafa þekkingu á hvernig öruggast er að nota vímuefni. Telur starfsfólk að með þessu fyrirkomulagi séu betri forsendur fyrir því að mæta gestum þar sem þeir eru staddir ásamt því að meira traust og samvinna sé í samskiptum milli starfsfólks og gesta (Kristín Helga Guðmundsdóttir, munnleg heimild, 13. nóvember 2012). Frá árinu 2006 hefur verið í gildi samningur við velferðarsvið

Reykjavíkurborgar þess efnis að Rauði krossinn reki Konukot en velferðarsvið fjármagni Konukot (Rauði krossinn, e.d. – c).

Samhjálp rekur gistiþláss fyrir karlmenn sem ber heitið Gistiskýlið. Þar er ókeypis gistiþláss fyrir tuttugu heimilislauða karla sem ekki er hægt að bóka fyrirfram. Opið er alla daga frá kl. 17 til 10 morguninn eftir og fá gestir ókeypis kvöld- og morgunmat. Samhjálp rekur Gistiskýlið í samvinnu við velferðarsvið Reykjavíkurborgar en gerður var þjónustusamningur árið 2007 (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Tinna Björg Sigurðardóttir, 2012; Samhjálp, e.d.-a). Samhjálp rekur einnig kaffistofu þar sem í boði er ókeypis matur fyrir þurfandi. Velferðarsvið Reykjavíkurborgar styrkir starf kaffistofu Samhjálpar ásamt því að ýmis fyrirtæki gefa mat til verkefnisins. Bæði í Gistiskýli og á kaffistofu Samhjálpar er í boði að fá viðtal við félagsráðgjafa frá þjónustumiðstöð Miðborgar og Hlíða (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Tinna Björg Sigurðardóttir, 2012; Samhjálp, e.d.-b).

Hjálpræðisherinn hefur rekið úrræði sem ber nafnið Dagsetur síðan árið 2007. Þar er opið alla daga frá kl. 12–17. Í boði er ýmis konar þjónusta líkt og heitar máltíðir, dagiðja, fót snyrting, hvíldaraðstaða, sturta og þvottaaðstaða. Engin greiðsla er tekin fyrir þjónustu Dagseturs. Félagsráðgjafi er starfandi í úrræðinu sem hefur meðal annars það hlutverk að skipuleggja dagiðju fyrir þá sem sækja í Dagsetur ásamt því sem hann er í tengslum við gesti. Samningur hefur verið á milli velferðarsviðs Reykjavíkurborgar og Hjálpræðishersins um starfsemi Dagseturs síðan árið 2009. Félagsráðgjafinn sem þar starfar er starfsmaður þjónustumiðstöðvar Miðborgar og Hlíða (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Tinna Björg Sigurðardóttir, 2012; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012). Í úrræðinu er starfrækt nálaskiptaþjónusta í samstarfi við Frú Ragnheiði (Rauði krossinn, e.d.-b).

Í maí 2012 var komið á fót nýju úrræði fyrir utangarðsfólk á vegum Reykjavíkurborgar og kallast það Borgarverðir. Úrræðið felst í færanlegu vettvangsteymi með þremur fagaðilum, svo sem félagsráðgjafa með sérþekkingu á málefnum utangarðsfólks og fólks með áfengis- og vímuefnavanda. Hlutverk Borgarvarða er að veita þessum hópi umönnun, akstur og ýmsa aðra tilfallandi þjónustu. Borgarverðir eru starfandi á virkum dögum frá kl. 11–19. Ásamt þessu veita félagsráðgjafar frá þjónustumiðstöð Miðborgar- og Hlíða færanlega ráðgjöf. Í

því felst að þeir fara á þá staði þar sem utangarðsfólk er og veita upplýsingar um ýmsa þjónustu (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Tinna Björg Sigurðardóttir, 2012).

Reykjavíkurborg býður einnig uppá ýmiss sértæk búsetuúrræði fyrir einstaklinga sem hafa búið við heimilisleysi. Smáhýsin eru húsnæði fyrir einstaklinga sem hafa átt erfitt með að halda föstu húsnæði í lengri tíma vegna vímuefnavanda. Einstaklingarnir búa þar sjálfstætt en starfsmaður hefur eftirlit með búsetu þeirra og kemur í reglulegt innlit. Einnig rekur Reykjavíkurborg búsetuúrræði á Miklubraut og Njálsgötu fyrir karlmenn sem teljast utangarðs. Á hvorum staðnum eru átta herbergi og svo sameiginleg aðstaða. Þar er starfsfólk á vakt og heimilismenn eru í reglulegum tengslum við félagsráðgjafa. Árið 2010 var opnað búsetuúrræði fyrir heimilislausar konur og ber það heitið Mýrin. Þar geta búið fimm konur og hafa heimiliskonur allar sinn félagsráðgjafa. Í þessum búsetuúrræðum er ekki ætlast til að heimilisfólk sé í bindindi frá vímuefnum og eru þau öll starfrækt í samvinnu við geðheilbrigðiskerfið og áfengis- og vímuefnaeðferðarkerfið (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Tinna Björg Sigurðardóttir, 2012).

Auk þessara úrræða fyrir utangarðsfólk hefur SÁÁ (*Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann*) starfrækt viðhaldsmeðferð fyrir óþíumfíkla á sjúkrahúsinu Vog. Viðhaldsmeðferðin er starfrækt í samstarfi við landlæknisembættið, geðdeild Landspítalans og heilbrigðisráðuneytisins. Frá byrjun hefur umfang viðhaldsmeðferðar SÁÁ sífelld aukist og eru nú að meðaltali 50–60 einstaklingar sem sækja slíka meðferð. Mikil þjónusta er veitt í tengslum við meðferðina líkt og regluleg viðtöl við hjúkrunarfræðinga og lækna en hlutverk þeirra er að hafa gott eftirlit með sjúklingunum. Viðhaldsmeðferðin telst einstaklingsmiðuð en hún hefst ávallt á innritun á Vog þar sem gerð er greining á sjúkdómi og samstarfsvilja. Eftir dvöl á Vog er ætlast til að sjúklingar fari í eftirmeðferð sem SÁÁ býður uppá. Eftir hana sækja sjúklingarnir lyf sín (methadón eða buprenorphine) á Vog. Leitast er við að halda vel utanum lyfjagjöfina og teknar eru þvag- og blóðprufur úr sjúklingum reglulega til að fylgjast með hvort þeir neyti ólöglegra vímuefna (SÁÁ, 2010).

6.4 Bandaríkin, Kanada og Ástralía

Í Bandaríkjunum hefur verið lögð áhersla á bann og refsistefnu í stefnumótun vegna vímuefnamála. Bandarísk yfirvöld lýstu yfir stríði við ólögleg vímuefni í forsetatíð Nixon sem var réttlætt af þeim glæpum sem vímuefnaneysla leiðir af sér. Þegar stjórn Barack Obama tók við völdum árið 2008 færðust bandarísk stjórnvöld frá þessari stefnu. Núverandi stefnumótun í vímuefnamálum byggist á almenningssöryggi og heilsuverndarsjónarmiðum. Í kjölfar þessara breytinga var afnumið bann sem hafði verið á starfsemi og fjárveitingum til nálaskiptaþjónustu í Bandaríkjunum. Þrátt fyrir að bandarísk stjórnvöld væru lengi andvíg skaðaminnkun í landinu er saga skaðaminnkunar þar löng og einkennist af aðgerðastefnu grasrótasamtaka. Það má meðal annars sjá í því að þegar bann var á nálaskiptaþjónustu var þjónustan engu að síður veitt af grasrótahreyfingum í öllum stærri borgum Bandaríkjanna. Nálaskiptaþjónustan var þá fjármögnuð af frjálsum félagasamtökum og aðgerðasinnum (Moore og Clear, 2012; Walthers o.fl., 2012).

Á síðari hluta níunda áratugarins varð mikil aukning á HIV-smitum meðal sprautufíkla í Kanada. Þessi aukning náði hátindi sínum árið 1986 en smitum hefur farið fækkandi síðan 1998 (Public health agency of Canada, e.d.-b). Sem viðbrögð við aukningu HIV-smita innleiddu kanadísk yfirvöld skaðaminnkun í stefnumótun vímuefnamála árið 1989. Í kjölfarið var nálaskiptaþjónusta fyrst starfrækt af borgaryfirvöldum í Toronto sama ár. Síðan þá hefur nálaskiptaþjónusta verið veitt í flestum borgum Kanada ásamt því að neyslurýmið *Insite* er starfrækt í Vancouver. Staða skaðaminnkunar í Kanada fer þó mikið eftir því hvað pólitísk öfl hverju sinni leggja áherslu á í stefnumótun sinni. Árið 2008 tók við ný ríkisstjórn í Kanada sem leggur áherslu á bann og refsistefnu í vímuefnamálum. Í fyrsta skipti síðan 1989 er engin áætlun um skaðaminnkun í stefnumótun ríkisstjórnarinnar. Þrátt fyrir að starfsemi *Insite* hafi sýnt fram á jákvæðar afleiðingar og yfirvöld í Vancouver séu hlynnt starfseminni hafa stjórnvöld landsmála ítrekað reynt að loka rýminu síðan þau tóku við völdum. Það hefur ekki tekist vegna andstöðu afla í Vancouver (Cavalierrí og Riley, 2012).

Ástralía var ein af fyrstu þjóðunum til að innleiða skaðaminnkun í stefnumótun sína árið 1985. Síðan þá hefur skaðaminnkun verið hluti af

stefnumótun í vímuefnamálum sem telst byggjast á jafnvægisnálguninni (*the balanced approach*). Starfrækt er nálaskiptaþjónusta víða ásamt því að neyslurými var opnað 2001 í Sydney, höfuðborg landsins. Löng saga skaðaminnkunar í landinu telst vera einn áhrifavaldur þess að HIV-smit meðal sprautufíkla eru fátíð, sjá töflu 1 (Wodak, 2012).

7. Rannsóknaraðferð og gögn

Í þessum kafla verður fjallað um þá aðferð sem notast var við í rannsókninni og hvernig unnið var með rannsóknargögnin.

7.1 Rannsóknaraðferð

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna stöðu skaðaminnkunar í málefnum sprautufíkla á Íslandi. Takmörkuð þekking hefur verið til á Íslandi um skaðaminnkun og áður hafa ekki verið gerðar rannsóknir um stöðu hennar hér á landi. Því eru engin fyrirliggjandi gögn til um skaðaminnkun hér á landi. Til þess að kanna stöðu skaðaminnkunar ákvað rannsakandi því að fá innsýn í viðhorf heilbrigðisfagfólks sem starfar í tengslum við sprautufíkla. Taldi rannsakandi að líklegt væri að þau hefðu þekkingu á hugtakinu skaðaminnkun og nálgunum skaðaminnkunar með sprautufíklum. Ásamt þessu hefðu þau innsýn í málefni sprautufíkla á Íslandi.

Þar sem það hafa ekki verið gerðar rannsóknir á skaðaminnkun hér á landi getur þessi rannsókn talist sem frumrannsókn. Ekki voru til tölfræðileg gögn um viðfangsefnið til þess að notast við samkvæmt meginðlegum rannsóknaraðferðum. Rannsakandi ákvað að notast við eigindlegar rannsóknaraðferðir en þær teljast henta vel í frumrannsóknnum. Tilgangur eigindlegra rannsóknaraðferða er að öðlast skilning á félagslegu umhverfi með vitneskju sem kemur frá viðmælanda hvað varðar upplifun hans og viðhorf. Þær eru lýsandi og bjóða uppá að rannsakandi geti kafað djúpt í viðfangsefnið með því að fá innsýn í upplifanir þátttakenda rannsóknarinnar. Í eigindlegri rannsókn er rannsakandinn verkfærið, hann safnar rannsóknargögnum, metur þau og byggir niðurstöður á þeim (Esterberg, 2002; Sigurlína Davíðsdóttir, 2003). Í eigindlegum rannsóknnum er notast við aðleiðslu sem ályktunaraðferð en í því felst að rannsóknarniðurstöður leiða að nýrri þekkingu um fyrirbæri. Niðurstöður rannsókna sem notast við aðleiðslu teljast hvorki öruggar né alhæfanlegar yfir á öll tilvik (Erlendur Jónsson, 2003). Þegar rannsakandi sem notast við aðleiðslu telur sig hafa aflað nægilegra gagna um viðfangsefnið greinir hann gögn sín. Niðurstöður rannsóknar byggja á gagnagreiningunni og geta verið vísir að nýrri þekkingu (Esterberg, 2002).

7.1.1 Viðtöl og viðtalsvísir

Notast var við eigindlega rannsóknaraðferð sem felst í viðtölum til að fá innsýn í upplifun þátttakenda. Með viðtölum er rannsóknargagna aflað með munnlegum tjáskiptum milli rannsakanda og viðmælanda. Viðtöl geta verið notuð til að afla gagna í ólíkum rannsóknum og framkallað margvíslega þekkingu. Frásagnir í viðtölum teljast iðulega ólíkar þótt viðfangsefni þeirra sé það sama. Það veitir tækifæri til að skoða viðfangsefnið frá ólíkum sjónarhornum. Viðtöl þykja henta vel þegar rannsaka á viðhorf og þekkingu (Helga Jónsdóttir, 2003). Rannsakandi notaðist við opin og hálfstöðluð viðtöl við viðmælendur. Einkenni þeirra eru að rætt er um ákveðin þemu í stað þess að notast við formlegan spurningalista. Það tíðkast þó að hafa einhverjar spurningar til hliðsjónar sem móta viðtalið. Þannig leitast hálfstöðluð viðtöl við að stuðla að vangaveltum og samræðum um viðfangsefnið. Viðmælanda er frjálst að tjá sig opinskátt um upplifun sína, reynslu og viðhorf til viðfangsefnisins. Í þessari rannsókn var stuðst við óformlegan viðtalsvísi (sjá fylgiskjal A) sem innihélt spurningar til þess að móta viðtölin (Esterberg, 2002).

7.1.2 Trúverðugleiki

Í eigindlegri rannsókn sem þessari er rannsakandi aðalverkfærið. Því þarf hann að hafa spyrjandi hugarfar, leggja til hliðar eigin skoðanir og vera gagnrýnninn á eigin túlkanir. Trúverðugleiki rannsóknarinnar felst í færni rannsakandans í gagnaöflun og hversu vel hann nær að leggja fram niðurstöður sínar (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Til þess að eigindlegar rannsóknir geti talist trúverðugar er oft leitast við að notast við margprófun. Í því felst til dæmis að fá reynslu margra einstaklinga, láta nokkra greina gögnin eða skoða gögn með tilliti til fleiri en einnar kenningar. Erfitt getur reynst að yfirfæra gögn úr eigindlegum rannsóknum á aðra hópa eða til endurtekningar (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003). Til þess að auka trúverðugleika rannsóknarinnar leitaðist rannsakandi við að fá þátttakendur sem starfa á ólíkum stofnunum og hafa ólíka sérfræðiþekkingu.

7.1.3 Úrtakið

Þar sem viðfangsefni rannsóknarinnar snýr að þekkingu og viðhorfum heilbrigðisfagfólks á skaðaminnkun taldi rannsakandi heppilegt að notast við

markmiðsúrtak (*purposive sampling*) í rannsókninni. Algengt er að styðjast við markmiðsúrtök í frumrannsóknum líkt og þessari þar sem fyrirliggjandi vitneskja um viðfangsefnið er af skorum skammti (Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson, 2003). Val úrtaksins stjórnaðist af hentugleika og markmiðum rannsóknarinnar.

7.2 Framkvæmd rannsóknar

Vinnsla þessarar rannsóknar hófst í ágúst 2012 og stóð til loka nóvember 2012. Í næstu undirköflum verður fjallað um gagnasöfnun og úrvinnslu. Einnig verður fjallað um áreiðanleika og réttmæti ásamt siðferðislegum álitamálum í þessari rannsókn. Í lok kaflans verða þátttakendur í rannsókninni kynntir.

7.2.1 Gagnasöfnun og úrvinnsla

Gagnaöflun fyrir fræðilegan hluta í þessari rannsókn byrjaði í ágúst 2012. Rannsakandi byrjaði á að fjárfesta í erlendum bókum sem komu út sama ár og innihéldu nýjar upplýsingar um skaðaminnkun. Þegar farið var að vinna fræðilegan hluta kom í ljós að mikið efni er til um skaðaminnkun á veraldarvefnum. Erlendar stofnanir líkt og Evrópusambandið og WHO hafa gefið út mikið efni um skaðaminnkun. Lítið efni er til um skaðaminnkun á íslensku og því var notast við fáar íslenskar heimildir í fræðilegum hluta.

Framkvæmd rannsóknarinnar hófst um miðjan september og stóð til loka nóvember 2012. Til þess að afla gagna fyrir rannsóknina voru tekin átta viðtöl. Rannsakandi sóttist eftir nýjum viðtölum þar til hann ályktaði að komin væri upplýsingaleg mettun. Það var ákvarðað af því að sömu upplýsingarnar og þemun fóru að koma ítrekað fram í viðtölunum. Viðtölin voru hljóðrituð og gafst samþykki fyrir því frá öllum þátttakendum. Öll viðtölin voru tekin upp á segulband á tímabilinu september til október 2012 á vinnustöðum þátttakenda. Það var mjög einstaklingsbundið hversu langan tíma viðtölin tóku, frá tíu mínútum til þess að vera um einn og hálfur klukkutími. Í viðtölunum leitaðist rannsakandi við að vera hlutlaus, hafa fulla athygli og ígrunda þær upplýsingar sem komu fram í viðtölunum. Það telst mikilvægt í rannsókn sem þessari því hætta er á að horft sé í gegnum óvænta þekkingu sem kemur fram í viðtölunum.

Eftir að viðtöl voru tekin voru þau afrituð af segulbandinu orðrétt á tölvutækt form. Til þess að hafa góða þekkingu á þeim upplýsingum sem komu fram í viðtölunum las rannsakandi þau oft yfir. Þegar rannsakandi var kominn með skilning á þeirri vitneskju sem kom fram í viðtölunum var opin kóðun notuð til að greina gögnin. Í því felst að greind voru sameiginleg mynstur úr þeirri vitneskju sem kom fram í viðtölunum. Fyrst hjá hverjum viðmælanda en svo sameiginleg atriði úr öllum viðtölunum. Þessar sameiginlegu upplýsingar sem komu úr viðtölunum mynduðu svo þau þemu sem niðurstöður byggjast á. Leitast var við að niðurstöður rannsóknarinnar endurspegluðu rannsóknargögnin. Lýsandi heiti var svo valið á þau þemu sem niðurstöður byggja á. Til þess að auka trúverðugleika þemanna voru birtar beinar tilvitnanir úr viðtölunum í hverju þema. Þessar tilvitnanir gáfu betri skilning á þeim rannsóknargögnum sem stuðst var við og á hvaða túlkunum hvert þema byggist. Rannsakandi lagði sig fram um að velja tilvitnanir sem voru upplýsandi fyrir þau viðhorf sem lágu að baki hverju þema. Í sumum þemum komu fram ólíkar skoðanir um sama viðfangsefni og var leitast við að varpa ljósi á þær í tilvitnunum (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

7.2.2 Áreiðanleiki og réttmæti

Þátttakendur rannsóknarinnar voru aðeins átta sem telst mjög lítið úrtak og hefur áhrif á áreiðanleika. Rannsóknin hefur því takmarkað gildi og ekki hægt að alhæfa niðurstöður hennar yfir á neins konar þýði. Einnig dregur úr áreiðanleika rannsóknarinnar að rannsakandi stýrði viðtölunum og hannaði viðtalsvísi sem notast var við í gagnaöflun. Rannsakandi hefur starfað samkvæmt hugmyndafræði skaðaminnkunar í úrræðunum Konukoti og Frú Ragnheiði. Rannsakandi hefur því frekar jákvætt viðhorf gagnvart skaðaminnkun. Ekki er hægt að neita því að það hefur áhrif á réttmæti og áreiðanleika rannsóknarinnar. Allir þessir þættir geta haft áhrif og sett mark sitt á rannsóknina. Rannsakandi leitaðist við að vera meðvitaður um eigin skoðanir og viðhorf og aðhylltist hlutleysi í rannsóknarvinnunni. Sama má segja um þátttakendur rannsóknarinnar en hætta var á að viðhorf þeirra hafi litast af hagsmunum þeirrar stofnunar sem þeir starfa hjá. Þess má þó geta að það var ekki tilfinning rannsákanda þegar hann tók viðtölin. Hans upplifun var sú að allir þátttakendur hafi verið einlægir og sagt frá samkvæmt sinni innsýn og upplifun.

Rannsakandi telur þó að hlutdrægni gæti haft áhrif á þessa rannsókn og sé hennar helsta takmörkun. Einnig felst takmörkun í rannsóknaraðferðinni því í henni hefur rannsakandi mikil áhrif í gagnaöflun og greiningu. Styrkleikar rannsóknarinnar geta talist þeir að þátttakendur voru fjölbreyttur hópur fagaðila innan velferðarkerfisins sem höfðu reynslu af starfi með sprautufíklum og því góða innsýn í málefni þeirra. Einnig höfðu þátttakendur þekkingu á skaðaminnkun og voru því færir um að gefa innsýn í stöðu skaðaminnkunar með sprautufíklum á Íslandi.

7.2.3 Siðferðisleg álitamál

Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar samkvæmt lögum nr. 77/2000 (nr. S5816/2012) en að mati stofnunarinnar var ekki þörf á leyfi fyrir rannsókninni þar sem ekki var um að ræða viðkvæmar persónuupplýsingar. Notast var við upplýst samþykki sem yfirlýsingu þess efnis að þátttakendur væru samþykkir þátttöku í rannsókninni og höfðu skilning á tilgangi hennar (sjá fylgiskjal B). Upphaflega var ætlunin að viðmælendur kæmu fram undir eigin nafni í rannsókninni og skrifuðu nokkrir undir upplýst samþykki þess efnis. Frá því var horfið í rannsóknarferlinu þar sem þar komu fram frásagnir byggðar á persónulegri reynslu og upplifun viðmælenda og gætu því talist viðkvæmar upplýsingar. Rannsakandi taldi því viðeigandi að brot úr viðtölum þátttakendur birtust undir dulnefnum.

Rannsakandi hefur unnið á ýmsum stofnunum sem tengjast vímuefnaneytendum. Meðal annars hefur hann starfað í skaðaminnkandi úrræðum Rauða kross Íslands sem heita Frú Ragnheiður og Konukot. Rannsakandi þekkti því nokkra af viðmælendum í rannsókninni í gegnum fyrri störf með vímuefnaneytendum. Rannsakandi þekkti einnig þær stofnanir sem tengjast vímuefnaneytendum og hafði þannig hugmyndir um hvaða aðilar innan þeirra myndu henta viðfangsefni þessarar rannsóknar. Rannsakandi taldi mikilvægt að til þess að geta gefið innsýn í stöðu skaðaminnkunar hér á landi yrðu þátttakendur að hafa þekkingu á hugmyndafræði og nálgunum skaðaminnkunar. Rannsakandi fékk upplýsingar um þátttakendur í gegnum heimasíður stofnananna sem þeir starfa á og hafði samband við þá með netpósti. Í póstinum komu fram upplýsingar um rannsóknina og hvernig viðtölin yrðu notuð sem efniviður hennar.

7.2.4 Þátttakendur

Þegar þátttakendur voru valdir taldi rannsakandi mikilvægt að viðkomandi hefðu einhverja þekkingu á skaðaminnkun því annars myndi reynast erfitt að fá innsýn í stöðu hennar hér á landi. Valviðmið þátttöku var að viðkomandi væri starfandi heilbrigðisstarfsmaður með reynslu af því að vinna með vímuefnaneytendum og því líklegur til að þekkja hugtakið skaðaminnkun. Haft var samband við þrettán aðila, þar af voru tekin viðtöl við átta. Í byrjun hvers viðtals var öllum þátttakendum gerð grein fyrir því að þessi rannsókn fjallaði um skaðaminnkun með sprautufíklum.

Eftirfarandi er kynning á þeim þátttakendum sem tóku þátt í þessari rannsókn:

Andri: Læknir á sjúkrahúsi fyrir áfengis- og vímuefnasjúka.

Arndís: Hjúkrunarfræðingur og starfar sem stjórnandi hjá Landspítalanum.

Dögg: Félagsráðgjafi sem starfar hjá velferðarsviði Reykjavíkurborgar.

Einar: Starfandi læknir á smitsjúkdómadeild Landspítalans.

Eyrún: Starfar sem félagsráðgjafi hjá Embætti landlæknis.

Haraldur: Starfar sem geðlæknir á einni af geðdeildum Landspítalans.

Hjalti: Starfandi áfengis- og vímuefnaráðgjafi hjá Samhjálp.

Margrét: Félagsráðgjafi sem starfar á einni af þjónustumiðstöðvum Reykjavíkur.

8. Niðurstöður rannsóknar

Í þessum kafla verður fjallað um niðurstöður rannsóknarinnar, en þær byggjast á þeim viðtölum sem tekin voru við þátttakendur. Niðurstöður rannsóknarinnar eru birtar í þemum sem rannsakandi greindi úr viðtölum sínum. Í niðurstöðum er að finna beinar tilvitnanir úr viðtölunum til þess að styrkja þemað og svo lesandi fái innsýn í frásagnir um þemun. Við úrvinnslu gagnanna voru greind fimm yfirþemu úr svörum þátttakenda.

Yfirþemu rannsóknar eru:

1. Viðhorf til skaðaminnkunar
2. Þekking á skaðaminnkun
3. Staða skaðaminnkunar á Íslandi
4. Áhrifaþættir skaðaminnkunar
5. Úrræði

Rannsóknarspurningar voru eftirfarandi: Hvaða viðhorf hefur íslenskt heilbrigðisfagfólk til skaðaminnkunar? Hver er staða þekkingar á skaðaminnkun hjá íslensku heilbrigðisfagfólki?

8.1 Viðhorf til skaðaminnkunar

Í rannsóknargögnum greindust þrjú undirþemu varðandi viðhorf. Þessi undirþemu voru: *Sýn á hugtakinu skaðaminnkun, viðhorf til skaðaminnkunar og þekking á skaðaminnkun.*

8.1.1 Sýn á hugtakið skaðaminnkun:

Í viðtölunum og við greiningu á rannsóknargögnum skynjaði rannsakandi að viðmælendur leggðu nokkuð ólíkan skilning í hugtakið skaðaminnkun. Það kom meðal annars fram í mun á viðhorfum viðmælenda varðandi það hvort skaðaminnkun væri við lýði í íslenskri stefnumótun eða sérstök hugmyndafræði og nálganir sem ætti eftir að innleiða. Þess vegna voru viðtölin misskýr og ljóst var að skaðaminnkun hefði ólíka þýðingu hjá viðmælendum. Læknarnir Einar og Haraldur lögðu þann skilning í skaðaminnkun að það væri nálgun sem drægi úr afleiðingum skaðlegrar hegðunar og kæmi í veg fyrir sýkingar, veirusmit og aðrar skaðlegar afleiðingar. Þeir höfðu lesið sér til um hugmyndafræði skaðaminnkunar í

fræðiritum og þekktu nálganir eins og nálaskiptaþjónustu og neyslurými. Félagsráðgjafarnir lögðu einnig þann skilning í skaðaminnkun að hún væri leið til þess að ná til einstaklinga og öðlast traust til þess að vinna með þeim. Hjalti og Andri skilgreindu skaðaminnkun á víðari hátt en hinir viðmælendurnir. Töldu þeir skaðaminnkun vera við lýði á Íslandi og hafa verið það lengi og því náðist minni grundvöllur fyrir umræður við þá um skaðaminnkun sem eitthvað sem ætti eftir að innleiða í stefnumótun hér á landi.

Hjalti: „...í mínum huga þetta sem við köllum og tölum um skaðaminnkun þetta er eitthvað sem við erum búin að vera að gera öll árin nú er þetta komið í nýtt orð og bara hið besta mál ég er alls ekki að gera lítið úr því¹.“

Andri: „Ég held ég viti ekki alveg hvað þú ert að tala um af því að ég heyri það þú ert með eitthvað í huga sem ég sé ekki hvernig þú getur talað eins og það sé ekki skaðaminnkun hérna“, „Þetta er hluti af heild, hluti af heildinni. En ekki eitthvað sér sem er ótengt öðru heldur er hluti af þessari hérna, hluti af heilbrigðisþjónustu því þetta er heilbrigðisþjónusta náttlega að mestu leyti, hluti af heilbrigðisþjónustu við þennan hóp með þennan króníska vanda.“

Arndís benti á að á Íslandi væri löng hefð fyrir ákveðinni skaðaminnkun og mætti sjá það í inn gripum eins og Gistiskýlinu, Konukoti og Dagsetri. Þau hafi þó ekki verið skilgreind opinberlega sem skaðaminnkandi stefna í stefnumótun líkt og þekkist annars staðar. Dögg hafði ágæta dýpt í málefnið og gaf því innsýn í ástæðu þessa ólíka skilnings sem upp kom í viðtölunum.

Dögg: „...kannski eitt af þessu sem er undir fræðslunni og stefnumótun það þarf að skilgreina hvað skaðaminnkun er, hvað er skaðaminnkandi nálgun, við Íslendingar erum ekki búin að skilgreina þetta og við höfum kannski ekki tekið umræðuna en við þurfum að fara að taka umræðuna og dialogue-ina um þetta og skilgreina hvað við segjum að sé skaðaminnkun, við erum að gera fullt sem heitir skaðaminnkun.“

¹ Beinar tilvitnanir í viðtöl eru orðréttar því hefur málfari ekki verið breytt

8.1.2 Viðhorf til skaðaminnkunar

Allir viðmælendur sögðust hafa jákvætt viðhorf til skaðaminnkunar og töldu hana nauðsynlega í samfélaginu. Viðhorf Margrétar, Arndísar og Eyrúnar voru að skaðaminnkun væri mjög þörf í starfi með sprautufíklum. Þær töluðu báðar um að þeirra reynsla væri að skaðaminnkun sem nálgun væri þó þannig að það þurfi að taka hana í skrefum. Ástæða þess er að hér á landi hefur tíðkast mjög meðferðarmiðuð nálgun gagnvart þessum hóp þar sem öll áhersla er lögð á bata og bindindismarkmið. Í því endurspeglast rótgrónar hugmyndir samfélagsins og margra fagaðila. Skaðaminnkun ögri svo þessum hugmyndum og stangist oft á við þær. Þegar fagfólk fer að starfa samkvæmt skaðaminnkun þurfi það því oft að endurskoða eigið gildismat, vinnulag, viðhorf og skoðanir.

Margrét: „...mér finnst þetta bara mjög þörf nálgun í vinnu með þessum hópí“, „en maður þarf svolítið að endurskoða viðhorfin sín og vinnulag þegar maður fer að vinna út frá þessu og maður tekur þetta ekki allt inní í einu“, „maður þarf aðeins að venjast hugmyndinni og hugsa út frá öllum þáttum þannig maður tekur ekki, þú lest ekki bara og já nú ætla ég að fara að vinna eftir þessu af því þetta er, þetta eru þannig aðferðir að þær stangast svo oft á við allt sem að maður hefur tileinkað sér kannski hingað til.“

Þessi reynsla þeirra staðfestist svo í orðum Hjalta en hann tjáði sig um það að í fyrstu hafi hann verið í baklás þegar hann kynntist skaðaminnkun en sagðist nú vera kominn á hálfgert breytingaskeið gagnvart henni.

Hjalti: „...ég er svolítið að læra þetta uppá nýtt, bara eins og það sem manni fannst alltaf sko sem ráðgjafi þá finnst mér alltaf vera línu dansinn minn, hvenær er ég að hjálpa sjúklingnum og hvenær er ég að hjálpa sjúkdóminum“, „...öll þessi hugmynd eða umræða um skaðaminnkun þá fannst mér þetta svolítið vera það að þá væri verið að viðhalda sjúkdóminum við erum að hjálpa fólki að sprauta sig“, „...hugmyndafræðin er sú að það er verið að hjálpa fólki að sprauta sig með sem minnstum skaða, af því það mun sprauta sig hvort sem er, það er náttúrulega pointið í þessu og þá svona smá saman áttar maður sig á sko hugmyndafræðinni þetta er mjög góð hugmyndafræði, hún getur að vísu gengið of langt.“

Arndís, Dögg, Eyrún, Margrét og Einar lögðu áherslu á að skaðaminnkun væri mikilvæg leið til þess að ná til þeirra einstaklinga sem sprautuðu sig og stunduðu áhættuhegðun. Töldu þau að með skaðaminnkandi nálgunum væri hægt að ná trausti, tengslum og mikilvægum samtölum við einstaklinga sem væru í sprautuneyslu. Arndís taldi að þannig væri hægt að vinna mannúðlegra með einstaklingunum heldur en í svart/hvítu meðferðarumhverfi, nálganir skaðaminnkunar ýti því niður mörgum hindrunum í starfi. Öll töldu þau skaðaminnkun vera leið til þess að ná jákvæðum tengslum við fólk á þessum stað, sem væri mikilvægt.

Dögg: „Um tíma taldi ég að þetta væri svona svolítið tveir pólur annars vegar bata recovery módelið og svo skaðaminnkunar módelið en þegar ég var búin að fara dálítið á dýptina þá sá maður að þetta er hin hliðin á sama peningnum og ekki sem tveir pólur heldur önnur leið til þess að nálgast fólkið og gefa þeim tækifæri bæði að auka þeirra lífsgæði á þeirri stund sem þau eru en líka til þess að geta byggt upp traust og samvinnu til þess að hjálpa fólki að komast útúr því“, „...þannig að ég horfi á það þannig, þetta er ekki eingöngu að viðurkenna neysluna heldur er þetta líka leið til þess að nálgast manneskjuna í því ástandi sem hún er og kannski geta aukið líf hennar eða hjálpa henni að vaxa útúr þeim aðstæðum sem hún er í.“

Einar taldi skaðaminnkun vera mjög skynsamlega því hún snúi að skaðlegri hegðun einstaklinga og hana væri ávallt erfitt að eiga við. Sagði hann að með skaðaminnkun væri komið á fót ákveðnu afstöðuleysi gagnvart áhættuhegðuninni sem dragi úr því að einstaklingarnir upplifi fordóma. Einar taldi það mikilvægt því það væri ávallt áskorun að nálgast þessa einstaklinga og nota þyrfti öll tækifæri til þess svo að hægt væri að hafa einhvers konar íhlutun og draga úr skaðanum. Viðhorf Andra var að skaðaminnkun væri mikilvægt inngrip og meðferðarnálgun við sjúkdómnum alkóhólisma því skaðaminnkun dragi úr skaða fyrir einstaklinginn og samfélagið. Honum fannst einnig mikilvægt að skaðaminnkun væri liður í því að fá meiri félagslega virkni í einstaklinginn og notuð í tengslum við önnur inngrip vegna þessa króníska sjúkdóms.

8.2 Þekking á skaðaminnkun

Allir þátttakendur rannsóknarinnar sögðust þekkja hugmyndafræði og nálganir skaðaminnkunar. Misjafnt var hversu vel þeir töldu sig þekkja skaðaminnkun. Dögg og Arndís höfðu kynnst skaðaminnkun erlendis. Margrét, Hjalti, Haraldur, Eyrún og Einar höfðu fengið fræðslu frá Rauða krossinum. Einnig sögðust margir hafa lesið sér til um skaðaminnkun í erlendum fræðigreinum. Margir þátttakendur sögðust hafa áhuga á að fá betri þekkingu á skaðaminnkun.

8.2.1 Þekking á skaðaminnkun í velferðarkerfinu

Viðmælendum bar öllum saman um að þeir teldu ekki næga þekkingu á skaðaminnkun í velferðarkerfinu. Hjalti taldi að það væri ekki næg þekking á fíknisjúkdómnum yfirhöfuð hjá heilbrigðisstéttum og þar með talið skaðaminnkun. Arndís taldi ekki næga þekkingu, henni fannst samt að uppá síðkastið hafi orðið vakning meðal ýmissa stofnana varðandi skaðaminnkun og nefndi hún velferðarsvið Reykjavíkurborgar, þjónustumiðstöð Miðborgar- og Hlíða og Rauða kross Íslands.

Arndís: „Mér finnst svona að það er vakning og það eru margir, kannski eins og sérstaklega hérna í velferðarkerfi Reykjavíkurborgar sem eru svoltið eins og ég sagði áðan „loksins er komin sú hugmyndafræði sem ég get starfað með“ því að þeim fannst sín eigin viðhorf og gildi passa svo illa inní þennan svart/hvíta meðferðarramma sko... þannig að margir taka þessu fegins hendi en sko það vantar náttúrulega miklu meiri svona víðtæka þekkingu bæði bara meðal þeirra sem eru að vinna gólfvinnuna og líka í rauninni held ég hjá þeim sem starfa í þessum miðju levelum og efsta leveli stjórnenda og þeirra sem skipuleggja þjónustuna. Þar held ég að þurfi að lyfta næsta grettistaki, ég held svoltið að fólkið sem er að vinna með þessum jaðarhópum þau séu bara „loksins er þetta komið“ og skilji útá hvað þetta gengur og sjá notkunarmöguleikana og eru í rauninni að vinna eftir þessari hugmyndafræði að einhverju leiti en núna vantar næsta stig eða það finnst mér, af því að það er náttlega þar sem ákveðið er hvert fara peningarnir og hvernig ætlum við að vinna þetta.“

Læknarnir Haraldur og Einar, félagsráðgjafarnir Margrét, Eyrún og Dögg og hjúkrunarfræðingurinn Arndís töldu öll að það skipti miklu máli að útbreiða meiri þekkingu um skaðaminnkun meðal heilbrigðisfagfólks.

Eyrún: „...ætli ég sé ekki bara svona nokkuð dæmigerð kannski komin eitthvað aðeins lengra en aðrir þótt ég sé ekki komin lengra en ég er komin ... en ég held eða hef svona á tilfinningunni að þetta sé það nýtt að við séum ekki komin langt með að fara í dýptina og kynna okkur hana þótt ég held það sé eitthvað að gerast, eins og ástæðan fyrir því að ég sjálf er komin af stað með þetta er að við höfum verið að fá marga sprautufíkla núna með HIV-smit og það þýðir bara öðruvísi nálgun heldur en við aðra hópa sem ég hef haft með að gera og þar að leiðandi hef ég líka verið í tengslum við samfélagið til þess að reyna að kannski að leggja áherslu á svona skaðaminnkandi viðhorf.“

8.2.2 Fordómar gegn skaðaminnkun

Margir þátttakendur höfðu þá skoðun að það væru fordómar gagnvart skaðaminnkun hér á landi. Töldu þau að þessa fordóma mætti einkum rekja til þekkingarleysis á skaðaminnkun.

Haraldur: „Það skiptir verulega miklu máli að útbreiða þessa þekkingu því ég held að það séu ákveðnir svona fordómar og misskilningur sem að tengjast skaðaminnkun sem að hefur svona spillt fyrir því ég held að þegar fólk kynnir sér þetta þá hljóti flestir að vera fylgjandi skaðaminnkun.“

Einar: „Nei ég hugsa að það sé alls ekki nógu mikið sko, ég held í rauninni að við séum ennþá að glíma við mjög mikið af fordómum og fordómarnir í rauninni koma svolítið í veg fyrir það að fólk geti hagnýtt sér þessa skaðaminnkun eins og ég skil hana.“

Margrét, Haraldur, Arndís og Eyrún höfðu orðið vör við þá skoðun hjá mörgum að skaðaminnkun jafngildi ósigri í batanum.

Haraldur: „...ákveðnir svona fordómar og vanþekking sko og fólk lítur kannski á þetta sem einhvern ósigur í batanum, það eigi öllum að batna og auðvitað er það mjög jákvætt hugarfar að vilja láta batna en við þurfum stundum að vera raunsæ og kannski leiðin að þessum bata hún getur verið torsótt og löng og á meðan einhver er á þeim stað að hann er ekki tilbúin að hætta neyslu en er kannski að hugsa um það, það getur kannski tekið einhver ár að vera í þessu íhugunarferli, og þá þarf að geta mætt honum þar, maður má ekki líta á þennan hóp sem óalandi og óferjandi og að hann eigi þá bara að deyja drottni sínum fyrst hann vildi ekki fá þetta tilboð að einhverri meðferð sem er þá að hætta neyslu, við þurfum að geta mætt honum þar.“

Viðmælendur sem fjölluðu um fordóma tóku það fram að þeir teldu þá vera mjög eðlilega því skaðaminnkun ber með sér nýjar hugmyndir um nálganir við vímuefnavanda. Margrét fjallaði um mikilvægi þess að fagfólk gerði sér grein fyrir að skaðaminnkandi hugsun gæti verið framandi og oft fælust fyrstu viðbrögð í mótstöðu. Margrét taldi því mjög eðlilegt að tileinka sér hana í smá skömmtum. Arndís tók í sama streng.

Arndís: „Þær breytingar sem þarf mest að vinna í það er eigið viðhorf og tilfinningar, sko auðvitað vill maður það fyrir alla sína skjólstæðinga að þeir nái edrúmennsku og eignist eðlilegt líf eða eins gott líf við þær aðstæður sem mögulegt er, ég meina það er bara útópísk ósk fyrir alla þannig að sko þetta er ofsalega mikil sjálfsvinna að skoða sko.. eða verða ekki alltaf fyrir vonbrigðum þú veist „er þessi komin einu sinni enn“ af því að þetta er krónískur sjúkdómur og birtingarmyndin er neysla...einhverra hluta vegna þá er það þannig að þegar fólk er með fíknisjúkdóm þá erum við með einhver innri viðhorf gagnvart honum að okkur takist að lækna hann fyrir fullt og allt, það sé það eina sem eigi að vera hægt að gera, þannig að ég held að þetta hafi mest með manns eigin innri hugmyndir um vímuefnavanda.“

Margir viðmælenda töldu að það þyrfti viðhorfsbreytingu hjá íslensku heilbrigðisfagfólki gagnvart sprautufíklum því það væru miklir fordómar í þeirra garð í velferðarkerfinu. Einar benti á að yfirhöfuð væru langflestir haldnir fordómum gagnvart sprautufíklum og þar á meðal heilbrigðisstarfsfólk. Eyrún vakti einnig athygli á því að sprautufíklar hefðu á sér neikvæða ímynd í samfélaginu því þeir teljast ekki fara eftir gildum samfélagsins. Eyrúnu fannst því mikilvægt að fagfólk skoðaði sína innri fordóma gagnvart þessum hóp og reyndi að greina þá því mikilvægt sé að láta fordómanna ekki ráða för í starfi með þessum hóp.

Eyrún: „...eins og ég segi sumir verða svo bara alltaf þarna og við verðum bara að virða það þetta er þeirra val og við verðum þá bara að reyna að hjálpa þeim að fá sem minnsta skaða vegna síns vals, mér finnst það bara mannréttindi, að þau fái það og að það sé ekki okkar að dæma að þetta sé hallærislegt val. Það held ég sé svolítið mikilvægt að við sem félagsráðgjafar og erum fagfólk vinnum með í okkar námi, okkar viðhorf til dæmis til þessa hóps, erum við með fordóma gagnvart þeim og greina það svolítið og átta sig

hvar vil ég standa og hvernig þjónustu vill ég veita og á hvaða hátt, því það skiptir mjög miklu máli, því það er það sem þau finna, þau eru mjög viðkvæm fyrir því hvort við erum þarna til þess að „enn einn til þess að fordæma þau fyrir það líf sem þau eru farin að stunda“ og það verður maður líka að hugsa sko þótt maður sé orðin útskrifaður félagsráðgjafi og er á féló í góðri stöðu til þess að hafa áhrif, við getum miðlað vitlausum viðhorfum, sem er þá, þá erum við ekki að veita bestu þjónustuna fyrir þennan hóp sem er mjög slæmt.“

8.3 Staða skaðaminnkunar á Íslandi

Leitast var við að fá innsýn í stöðu skaðaminnkunar í íslensku samfélagi samkvæmt viðhorfum þátttakenda. Eftirfarandi þrjú undirþemu greindust í viðtölunum: *Staða skaðaminnkunar, íslensk stefnumótun og hindranir innleiðingar skaðaminnkunar.*

8.3.1 Staða skaðaminnkunar

Allir þátttakendur voru sammála um að skaðaminnkun væri til staðar í íslensku samfélagi. Skiptar skoðanir voru hins vegar um stöðu hennar. Arndís nefndi að hugmyndafræðin væri að komast uppá pallborðið hjá sífellt fleirum sem starfa innan velferðarkerfis Reykjavíkurborgar. Nefndi hún Dagsetur Hjálpræðishersins sem skaðaminnkunarúrræði sem vel sé staðið að. Viðmótið þar einkenndist af virðingu fyrir einstaklingnum sem væri grundvallarhugtak í skaðaminnkun.

Eyrún taldi að skaðaminnkandi hugsun væri að aukast í velferðarkerfinu. Sem dæmi um það benti hún á að nú væru læknar á smitsjúkdómadeild að bjóða einstaklingum sem eru smitaðir af HIV og enn í vímuefnaneyslu upp á HIV-lyfin. Áður þótti það ekki alltaf ráðlegt því að hætta taldist á að fólk í óreglu og neyslu tæku lyfin ekki reglulega. Í dag teldist það gagnreynd þekking og allar rannsóknir benda til mikilvægis þess að veita þessum hóp lyfjameðferð líkt og öðrum. Sagði hún að mikið væri lagt uppúr að hjálpa HIV-smituðum sprautufíklum og það væri góð tilfinning fyrir þau að fara á þessi lyf og sýndi það góðan árangur. Eyrún benti einnig á að áætlað væri að gera átak í fræðslu meðal ýmissa fagstétta um skaðaminnkun og málefni sprautufíkla. Hún taldi þó að ýmislegt mætti betur fara og að hún yrði oft vör við úrræðaleyfi, til dæmis varðandi húsnæði fyrir þennan hóp. Reynsla Eyrúnar var sú að erfitt væri að vinna með einstaklingum sem væru ekki með öruggt húsnæði.

Margrét taldi að verið væri að færast nær skaðaminnkun í úrræðum Reykjavíkurborgar fyrir virka vímuefnaneytendur.

Margrét: „...það sem hefur verið megináherslan í þjóðfélaginu, bara eins og það sem ég fann þegar ég byrjaði hér, skjólstæðingarnir koma til manns og upphaflega var það bara meðferð meðferð meðferð og það var kannski ekkert endilega, maður fann það alveg, að það var kannski ekkert endilega sem þau vildu en það var það sem þeir héldu að ég vildi heyra skilirðu, þetta er svo meðferðarmiðað, öll þjónusta sem fylgir þessum hópi og við erum ennþá að gera það þannig í félagsþjónustunni, þú færð ekki íbúð nema edrú það er alltaf sett sem skilyrði að allir eiga að vera edrú og þú þarft allaf að vera edrú til að fá þetta, jú auðvitað er núna náttlega komið ákveðin úrræði í þjónustu Reykjavíkurborgar svona sértæk búsetuúrræði þar sem neysla er leyfileg uppá vissu marki sumstaðar meiga þeir neyta innan dyra en á flestum stöðum er það ekki leyfilegt en þú mátt vera undir áhrifum en hérna við erum alltaf að færast nær en þetta gerist ekki allt í einu.”

Andri var þeirrar skoðunar að staða skaðaminnkunar væri góð hér á landi. Boðið væri upp á viðhaldsmeðferð og nálaskiptaþjónustu. Einnig nefndi hann að góður aðgangur væri að afeitrun sem í fælist auðvitað skaðaminnkun. Í þessu samhengi benti hann á að landlæknisembættið hefði staðið sig vel í að útbreiða skilning á mikilvægi þess að sprautufíklar hefðu gott aðgengi að hreinum nálum sem væru á kostnaðarverði eða ókeypis. Einnig taldi hann fáa staði veita þessum hópi eins gott aðgengi að meðferð og góðri heilbrigðisþjónustu eins og hér á landi. Hans mat var að heilbrigðisstarfsfólk hér á landi hefði staðið sig vel þegar upp kom HIV-faraldur meðal sprautufíkla. En samkvæmt Andra ráku þau smitið, höfðu uppá þeim smituðu og létu þau vita af smitinu svo hægt væri að draga úr skaðanum og koma í veg fyrir fleiri smit. Andri taldi þó að alltaf væri gott að auka þjónustuna. Það að fara meðal sprautufíkla, reyna að ná til þeirra og fá samtalið hefði ekki tíðkast nægilega hér á landi og taldi hann jákvætt að auka það. Andri bendi á það að lítill hluti sprautufíkla væru á Konukoti og Gistiskýli. Flestir sprautufíklar væru með aðra staðsetningu og ættu heimili, því væri gott að reyna að ná til þeirra uppá samtal, fræðslu og íhlutun.

8.3.2 Skaðaminnkun í íslenskri stefnumótun

Allir viðmælendur voru sammála því að þörf væri á að skaðaminnkun væri hluti af íslenskri stefnumótun í áfengis- og vímuefnamálum. Hjalti og Andri voru þeirrar skoðunar að hún væri nú þegar hluti af heilbrigðiskerfinu. Arndís vakti athygli á að íslensk stjórnvöld hefðu ekki nægilega skýra og formlega stefnu í áfengis- og vímuefnamálum. Taldi hún að það yrði mjög til bóta ef formlegri stefnumótun væri komið á í þessum málaflokki. Það gæfi möguleika á að sú gagnreynda þekking sem starfað væri eftir í þessum málaflokki yrði skilgreind betur. Hún áleit því mikilvægt að Íslendingar tækju upp eftir nágrannalöndunum og innleiddu stefnumótun vímuefnamálum sem innihéldi forvarnir, meðferðir og skaðaminnkun.

Arndís: „...þarna kynntist ég þessari hugmyndafræði fyrst og áttaði mig á því að þetta er í rauninni bara ein samfella meðferð og svo skaðaminnkun og það er bara dálðið hvar ert þú á þessari samfellu sem sagt einstaklingurinn sjálfur uppá það hvað þjónustukerfið ætti að gera til að mæta þeim.“

Dögg taldi að til þess að skaðaminnkun gæti orðið hluti af stefnumótun hér á landi þyrfti að hafa áhrif á íslensku löggjöfina þar sem skaðaminnkun snýr einkum að því að hjálpa einstaklingum í ólöglegri vímuefnaneyslu.

Dögg: „...ég held að til þess að það sé hægt að gera það þá þurfi líka að hafa áhrif á löggjöfina að það sé viðurkennt að skaðaminnkun sé meðferðarnálgun og sé leyfð, að fólk sem er að neita ólöglegra vímuefna að þegar við horfum á það í meðferðarskyni að þá sé ekki litið á það sem ólöglegt, af því að hvernig á þjónustuaðilar eins og kannski Reykjavíkurborg að veita þjónustu ef það er litið á það sem ólöglegt, þá er mjög erfitt að hjálpa fólki af því að strangt til tekið erum við skyldug til eða sem sagt það er tilkynningarskylt, þannig að til þess að koma að alvöru stefnumótun í þessum málaflokk þá þarf að skoða líka löggjöfina eins og til dæmis hvernig hefur verið gert í Noregi og öðrum löndum þar sem að skaðaminnkun er ríkjandi í stefnumótun að þá hafa þeir löggjöfina með sér.“

Einar sagði að það væri algengt að sprautufíklar væru sjúklingar á smitsjúkdómadeild. Hann sagðist hafa það á tilfinningunni að sprautufíklum hafi farið fjölgandi eftir að farið var að misnota rítalín í sprautuformi. Síðan þá hafi hann séð meira af alvarlegum afleiðingum sprautunotkunar. Dæmi um það væru

bráðabakteríusýkingar líkt og hjartapelsbólga, alvarlegar sýkingar og aukning veirusýkinga líkt og HIV- og lifrabólgu C. Taldi hann vera þörf á að kynna skaðaminnkun betur hjá heilbrigðisyfirvöldum og sá hann þörf á skaðaminnkun sem hluta af stefnumótun þeirra í þessum málaflokki.

Eyrún taldi skaðaminnkun skipta miklu máli fyrir þennan hóp og líkti henni við „hvíta stafinn fyrir blinda“. Það væri ekki nóg að bjóða þessum hópi einungis uppá meðferðir því þau væru á misjöfnum stað og sum ekki tilbúin til þess að nýta sér meðferð. Taldi hún þá mikilvægt að gera það besta miðað við aðstæður og reyna að fyrirbyggja veirusmit, sýkingar og félagslega erfiðleika.

Margrét taldi mikilvægt að skaðaminnkun væri hluti af pólitískri stefnumótun meðal annars svo þeir fagaðilar sem starfa með einstaklingum í vímuefnaneyslu komist ekki upp með að láta eigin gildi og viðmið ráða för í því starfi. Að hennar mati myndi það bæta faglegt starf og auka ábyrgð fagfólksins.

Margrét: „...fyrst og fremst þarf þetta náttúrulega að vera pólitísk stefnumótun til þess að fólk í rauninni komist ekkert upp með að láta eigin gildi og viðmið ráða för, að þú eigir þú veist að vinna eftir einhverju ákveðnu.“

8.3.3 Hindranir innleiðingar skaðaminnkunar

Hjalti og Andri voru þeirrar skoðunar að skaðaminnkun væri ekki eitthvað sem ætti eftir að innleiða hér á landi því skaðaminnkun væri við lýði og hluti af vímuefnamálum hér á landi.

Þegar aðrir þátttakendur rannsóknarinnar voru spurðir um hindranir í innleiðingu komu í ljós sameiginlegir þættir. Nefndu þau öll að það þyrfti að gera skýra grein fyrir hverjir ættu að standa straum af kostnaði og starfrækja skaðaminnkandi úrræði. Ætti það að vera hið opinbera, frjáls félagasamtök eða bæði. Eyrún, Einar, Dögg og Arndís nefndu að pólitísk öfl gætu verið hindrun í innleiðingu skaðaminnkunar. Þau töldu samt marga stjórnámálamenn vera opna fyrir skaðaminnkun en það væri misjafnt og margir þyrftu meiri fræðslu.

Eyrún: „...þetta er oft svona spurning um svona viðhorfsvinnu í grasrótinni og vinna jafnvel viðhorf almennings þá er svona auðveldara fyrir pólitíkusa líka að koma svona inn og vera tilbúnir ... og síðan geta verið menn í kerfinu sem að eru í valdastöðu sem eru kannski ekki mjög

hrifnir af að vera að fara of mikið þessa leið, þeir eru kannski ekki nógu vel upplýstir og standa svolítið á bremsunni sko, eins lengi og þeir geta, sem er náttúrulega svolítið erfitt og því finnst mér einmitt mikilvægt eins og við erum að fara að gera núna þessa viðhorfsvinnu og fræðsluvinnu, þeim meira sem hún fer af stað fer aðilum kannski að finnast þetta bara eðlilegt, ég hef séð breytingar hjá ákveðnum topp aðilum sem ég hef talaði við.“

Haraldur benti á að sú hefð sem hér hefur skapast fyrir því að frjáls félagasamtök sjái um úrræði sem teljast til skaðaminnkunar gæti verið ástæða þess að stjórnvöld hafi ekki gert formlega stefnumótun varðandi hana.

Haraldur: „...það eru kannski hefðir að svona frjáls félagasamtök og þannig hafa verið með svona meðferð og þá er ég að tala um eins og SÁÁ og Samhjálp en SÁÁ er náttlega komin með skaðaminnkun og Samhjálp líka en ríkið situr þarna einhvers staðar eftir og hefur ekkert þurft að bera ábyrgð á þessu það hafa þessi samtök eins og SÁÁ og Samhjálp og fleiri tekið þetta að sér, Hjalpræðisherinn og svona þannig að ríkið hefur getað svona svolítið komist undan því með því að vera ekkert að koma með einhverjar stefnur eða slíkt og ég vona að þetta sé nú að fara að breytast þetta á að vera eðlilegur hlutur.“

Eins og áður var fjallað um voru margir þátttakendur sammála um að hér ríktu vissir fordóma fyrir skaðaminnkun. Þessir fordómar og þekkingarleysi töldu sumir vera hindranir í innleiðingu skaðaminnkunar. Arndís og Margrét nefndu það einnig sem hindrun að á Íslandi væri hefð fyrir mikilli áherslu á bata og litlu þoli fyrir vímuefnaneyslu.

Margrét: „Það er náttlega fullt af hindrunum það er fordómar, já og þetta bara ... já það er náttlega fordómar og þekkingarleysi og það er bara reynsluleysi held ég og líka, bara eins og ég var að segja þú veist þessi ofur áhersla á hérna bata en ekki skaðaminnkun þú veist, ég held að það sé mikil hindrun því við erum ótrúlega mikið fókuseruð á það í þessu þjóðfélagi og fagfólk á hinum ýmsu stöðum.“

Arndís: „...ég meina við hérna á Íslandi tökum svolítið eftir Bandaríkjunum og þar er náttúrulega búið að vera við lýði zero-tolerance hugmyndafræði gagnvart ólöglegri vímuefnaneyslu mjög lengi og hérna við erum svolítið stödd á þeim stað sko öfugt við kannski annars staðar ég meina þar er aftur samfella.“

Nefnt var sem möguleg hindrun að eldri kynslóð fagstétta kynni illa við þær breytingar sem skaðaminnkun hefði í för með sér. Önnur möguleg hindrun væri sú hefð að óvirkir alkóhólistar starfi á þessum vettvangi. Nefndi viðmælandinn að þeir ættu oft erfitt með að tileinka sér skaðaminnkandi hugsun þar sem þeir hafi verið á þessum stað og náð bata. Því hafi þeir tilhneigingu til þess að vilja aðeins einbeita sér í þágu batans í sínu starfi. Sá viðmælandi tók þó fram að þetta væri alls ekki algilt. Sumir viðmælendur töldu ríkjandi fordóma í samfélaginu gagnvart sprautufíklum yfirfærast á skaðaminnkun. Haraldur taldi að fordómarnir væru oftast á misskilningi byggðir. Fannst honum að það vildi gleymast að skaðaminnkandi nálganir leitist við að koma meiri reglu og jafnvægi á neyslu einstaklings og að með skaðaminnkandi nálgunum væru settar ákveðnar kröfur.

8.4 Áhrifapættir skaðaminnkunar

Í viðtölunum voru þátttakendur spurðir um þær breytingar sem þeir töldu að skaðaminnkun gæti haft í för með sér. Rannsakandi greindi eftirfarandi þemu: *Jákvæðar afleiðingar og neikvæðar afleiðingar.*

8.4.1 Jákvæðar afleiðingar skaðaminnkunar

Þegar rannsakandi greindi úr gögnunum hvaða jákvæðu afleiðingar þátttakendur töldu skaðaminnkun hafa í för með sér komu í ljós sameiginlegir þættir. Allir þátttakendur töldu að með henni væri hægt að stuðla að auknu hreinlæti meðal sprautufíkla og draga úr sýkingum og veirusmitun líkt og HIV og lifrabólgu C. Einnig töldu allir að skaðaminnkun myndi draga úr skaða áhættuhegðunar sem einkennir sprautufíkla. Andri og Einar nefndu auk þess að skaðaminnkun gæti verndað fyrir ofskömmtnum. Til viðbótar taldi Andri mikilvægt að skaðaminnkun hefði einnig það markmið að fá fram félagslega virkni hjá einstaklingnum og hjálpa honum að fá trú á sjálfum sér og geta séð fyrir sér að geta náð bata frá neyslu, tímabundið eða í lengri tíma.

Rannsakandi greindi í þessu þema að félagsráðgjafarnir áttu það sameiginlegt að sjá skaðaminnkun sem mikilvæga aðferð fyrir fagaðila til þess að byggja upp traust, samvinnu og tengsl við einstaklinga á þessum stað. Þannig væri hægt að viðurkenna einstaklinginn í sinni stöðu og ná betri grundvelli til þess að hjálpa honum að stuðla að jákvæðum breytingum. Þær töldu að mikilvægt væri að byrja

samvinnu með þessum hópi án skilyrða og mæta þeim á þeim stað sem þau eru stödd. Út frá því væri hægt að hjálpa einstaklingnum að vinna að þeim markmiðum sem hann vill vinna að. Þannig væri leitast við að fá þau til að opna sig, fá fram það sem býr innra með þeim og hjálpa þeim að axla ábyrgð á eigin hegðun og neyslu. Nefndi Dögg að árangursríkt væri að notast við hvatningu og áhugahvetjandi samtal. Reynsla félagsráðgjafanna og Arndísar var sú að þegar einungis væri áhersla á bata yrðu samskipti milli fagaðila og skjólstæðings oft óheiðarleg og bæru því lítinn árangur. Höfðu þær reynslu af því að í þannig samskiptum segði skjólstæðingur aðeins það sem hann taldi að fagaðili vildi heyra.

Dögg: „Ég meina rannsóknir bara styðja það að neysla fólks breytist og hegðun þeirra breytist, þannig að þetta er bæði árangur á macro og micro og meso level, fyrir einstaklinginn sjálfan þá er þetta bara að ná trausti við fagaðila sem eru að vinna með honum að hans markmiðum versus það að það sé alltaf verið að loka augunum eða eltast við eitthvað og það sé verið að ljúga og mistraust á milli aðila og svo yfir í það að samfélagið verður öðruvísi varðandi bara smithættur og allt þetta, við erum að hjálpa sem sagt stórsamfélaginu líka, leikskóla og þannig að utangarðsfólk sé ekki að fara inná rólóvelli að sprauta sig og annað, heldur sé hugað að því að hjálpa því að axla ábyrgð á sinni hegðun.“

Margrét taldi að með skaðaminnkun væri hægt að bæta lífsgæði og auka mannúð í garð þessa hóps.

Margrét: „Þetta eykur lífsgæði fólks bæði hvað varðar, ég meina það er kannski síður að smitast, er síður að fá sýkingar ef við horfum á það út frá því en það eykur líka lífsgæði að eiga þak yfir höfuðið og eignast heimili jafnvel þó maður sé að neyta og það eykur líka bara sjálfsvirðingu þegar þú finnur að aðilar sem eru fagaðilar eða aðrir sem eru kannski ekki alkóhólistar séu að þjónusta þig og séu að sýna þér virðingu ... og þá bara líka eykst sjálfsvirðing að þau skipti einhverju máli og hérna séu ekki bara einhver nobody's eins og þeir hafa oft rekist á allavega hérna áður í kerfinu það mæta þeim alls staðar lokaðar dyr en það er að breytast held ég en ekki nóg, ekki nógu hratt og ekki nógu mikið finnst mér.“

Eyrún nefndi að með skaðaminnkun væri betur hægt að mæta einstaklingnum á þeim stað sem hann er. Hennar reynsla var sú að sprautufíklar væru hópur sem þyrfti mannúðlega nálgun til að ná trausti og árangri í starfi með.

Eyrún: „...þetta er svona að vinna með fíklunum, mörg skref, það er það sem að maður þarf svolítið að stilla sig inní, ég tek eftir sko þeir þurfa miklu meira utanum hald heldur en hinir hóparnir sem ég starfa með því þeir eru oft miklu brotnari í sinni stöðu í tilverunni og eru bara viðkvæmir fyrir áreiti og eru svolítið í vörn til að byrja með, af því þeir eru búnir að upplifa svo margt slæmt í umgengni þeirra við kerfið“ ... „þú getur haft einhver svona markmið bak við eyrun og vonast til þess að viðkomandi einhvern tíman eigi auðveldara líf án neyslu en það er ekki þar sem þú byrjar ... mætum fólkinu bara þar sem það er og þar sem þau vilja vera af því við eigum alls ekki að vera að predika yfir þeim og láta þeim finnast að þau séu síðri og verri en aðrir þá getum við bara gleymt því að vera að gera eitthvað fyrir þau.“

Arndís bætti við þessi sjónarmið að hún telji að hugmyndafræði skaðaminnkunar gæti hjálpað mikið varðandi mótun úrræða. Sagði hún að í starfi sínu á Landspítalanum hafi hún orðið vör við úrræðaleysi í kerfinu gagnvart þeim sem geta ekki eða vilja ekki hætta í vímuefnaneyslu. Með tilliti til þess teldist skaðaminnkun vera þekkt hugmyndafræði sem inniheldur gagnreyndar nálganir sem nýtast til þess að þjónusta einstaklinga sem eru í vímuefnaneyslu. Nefndi hún til dæmis virkniúrræði því þessi hópur væri oft félagsleg óvirkur og því gæti hjálpað þeim að komast í einhvers konar hlutastarf eða virkniúrræði.

8.4.2 Neikvæðir þættir skaðaminnkunar

Til þess að fá upplýsingar frá þátttakendum um hugsanlega neikvæðar afleiðingar skaðaminnkunar spurði rannsakandi hvort þeir teldu að skaðaminnkun gæti raskað hag vímuefnaneytenda eða þeirra sem starfa með þeim. Í tengslum við það var spurt hvort þau teldu að skaðaminnkun sendi röng skilaboð, ýtti undir vímuefnaneyslu eða leiddi til þess að einstaklingar hætti síður í neyslu. Þátttakendur voru allir sammála um að slík gagnrýni ætti ekki við rök að styðjast. Hjalti taldi að ef skaðaminnkandi nálganir væru gerðar af skynsemi væri ekki hætt á þessu.

Hjalti: „Sko ég held bara að ef þetta er gert af skynsemi þá sé engin hættu neitt á því en það er hægt að ganga of langt í þessu, eins og ég segi ef að skynsemin fær að ráða og maður er bara með þetta hugfast, hvenær er ég að hjálpa fíklinum og hvenær er ég að hjálpa fíkninni, hvenær er ég að hjálpa sjúkdóminum, ef að menn eru með það að leiðarljósi þá þá finnst mér engin hættu á því, ef menn eru með það svolítið klárt hérna uppi sko.“

Andri taldi áður nefnda gagnrýni ekki eiga við rök að styðjast. Nefndi hann samt að það væri ávallt sjónarhorn að ef vímuefnaneytandi hefur það of gott í sinni neyslu sé mögulegt að minni hvati sé til þess að hætta henni, því telji hann samtalið mikilvægan hlut af allri skaðaminnkun.

Andri: „Svo vitum við líka bara af okkar reynslu sambandi við það ef þú hefur það nice í þinni neyslu ef þú ert til dæmis fíkill í lyf segjum það og þú ferð alltaf til læknisins eða þessa tveggja lækna og færð alltaf þessi lyf og meðan á því stendur á meðan það er engin fyrirstæða þá eru kannski minni hvati fyrir þig að fara að hætta og fara útúr því það er erfitt og það gengur bara fínt svona lífið er náttlega eins og það er í rúst alltaf í vímu en hérna það er svona þú þarft að hafa fyrir því að brjóta upp þetta góða umhverfi sem þú ert komin með þannig að það er alltaf líka sko sjónarhorn en hérna þess vegna held ég að það sé svo mikilvægt að það sé einmitt það sem þú nefndir sambandi við samtal.“

Einnig lagði Andri áherslu á að skaðaminnkun ætti alltaf að vera hluti af heild en ekki sérstakt fyrirbrigði.

Andri: „...ef að skaðaminnkun eignast sitt eigið líf, og þá er ég að tala um skaðaminnkun í sínum þrengsta skilningi sem þú ert að tala um sko ef það eignast sitt eigið líf þá getur það líka orðið bara svona sérstakt fyrirbrigði sem að allt í einu verður eitthvað vandamál, það getur auðvitað orðið þannig sko. En þessi leið almennt séð að hjálpa fólki að skaða sig minna þegar það er í skaðlegri hegðun það náttlega, það er ekki skaðlegt það er til bóta.“

Dögg lagði áherslu á að ef innleiða ætti skaðaminnkun yrði að gera það á faglegan máta og gera því góð skil. Taldi hún að ef það væri til dæmis ekki sett nægilegt fjármagn og mannaforði í þess háttar verkefni myndu áætlaðar breytingar líklega ekki ná fram og hætta væri á að það myndi mistakast.

8.5 Úrræði

Í viðtölunum komu fram viðhorf þátttakanda til skaðaminnkandi nálgana líkt og nálaskiptaþjónustu og neyslurýmis. Tvö þemu greindust undir úrræði sem voru: *Nálaskiptaþjónusta og neyslurými.*

8.5.1 Nálaskiptaþjónusta

Allir viðmælendur voru hlyntir nálaskiptaþjónustu. Öll voru þau nema Hjalti á þeirri skoðun að nálaskiptaþjónusta ætti rétt á sér í öllum þeim úrræðum sem eru ætluð utangarðsfólki líkt og Gistiskýlið, Kaffistofa Samhjálp, Konukot og Dagsetrið.

Haraldur: „...við ættum til dæmis að geta boðið uppá á þessum stöðum aðstöðu til að skila inn notuðum nálum og fengið nýjar, ég veit að það hefur verið gert í Konukoti og með góðum árangri og að sjálfsögðu ætti það að vera líka í Gistiskýli og sem víðast því þetta skiptir máli því við erum með stóran hóp af fólki sem er nota sprautur, fíkniefni í sprautuformi sem er smitað og þetta er gríðarlega mikilvægt að þetta fólk skili sprautum og fái nýjar í staðin, líka til þess að þessar sprautur liggi ekki bara útá víðavangi.“

Gistiskýlið hefur ekki innleitt nálaskiptaþjónustu en Hjalti sagði að það væri ekki í þeirra skilgreinda verkahring og bendi þar á samning Samhjálp við velferðarsvið Reykjavíkurborgar. Hjalti sagði þó að í Gistiskýlinu væri vísir að nálaskiptaþjónustu þar sem Frú Ragnheiður kæmi þangað í hverri viku og fengi skjólstæðingar Gistiskýlis að geyma hjá starfsmönnum óupptekin sprautubúnað. Arndís fannst mikilvægt að það væri dregið betur fram í almennri umræðu um nálaskiptaþjónustu að hún væri ekki eingöngu um að afhenta búnaðinn heldur að ná tengingu við einstaklingana sem eru að sprauta sig og reyna að stuðla að heilsuefningu.

Arndís: „Nálaskiptaþjónustan snýst ekki bara um að afhenta búnaðinn heldur snýst hún um þessa tengingu og þessi samskipti sem eru byggð á virðingu um heilsueflinu á þeim stað sem þú ert ... sko samskipti sem eru hugsuð til þess að á endanum verið einhvers konar viðhorfsbreyting í þessu samfélagi um það snýst nálaskiptaþjónusta í mínum huga á endanum, að fá þau til að taka ábyrgð á sínu.“

Andri nefndi það að sprautufíklar á Íslandi keyptu sér flestir sprautur í apótekum. Sagði hann að gott aðgengi væri að þeim þar og sprautur seldar á kostnaðarverði. Einari fannst mikilvægt að nálaskiptaþjónusta væri einnig til staðar á þeim stöðum sem sprautufíklar sækja til.

Einar: „...meina ég held að sem sagt eins og nálaskiptum er háttað í dag að þá er þetta þannig að sá sem að stendur í þessari skaðræðishegðun, fíkillinn, hann þarf í rauninni að vera nokkuð virkur að fara yfir í apótekin og ná sér í nálar og sprautur sem þó eru aðgengilegar á þeim vettvangi, ég held að við ættum kannski að hafa þetta meira á okkar sem sagt á þessum snertistöðvum ... alveg eins og Frú Ragnheiður er að gera í rauninni þú veist þeir eru að fara á milli, þeir hafa nálar og fólk getur skilað nálum þar og svo framvegis.“

Margir þátttakendur fjölluðu um mikilvægi þess að hafa samtál við sprautufíkla sem í felist fræðsla um hvernig þeir gætu dregið úr skaða neyslu sinnar. Flestir viðmælendur fjölluðu um mikilvægi þess að slíkt samtál bæri með sér virðingu, samhygð og fordómaleysi. Eyrúnu fannst mikilvægt að sprautufíklar nýttu sér Frú Ragnheiði því þar væri boðið uppá slíkt samtál og hafði hún reynslu af því að það hefði borið jákvæðan árangur.

Eyrún: „...þeir eru mest að ná í sprauturnar og sprautunálarnar í apótek og finnst það mjög góður staður sem er kannski skiljanlegt af því að þau eru víða og alltaf opin. Þannig að þá væri bara oft ofsalega flott ef þau gætu bara nálgast þær þar en okkur datt í hug til þess að fá samtalið sem okkur finnst svo mikilvægt að þau geti og sé boðið uppá það að þá væri kannski hægt að ætlast til þess að þau færu í bílinn og fengju miða einhver svona tíu skipta miða í apótekið þá færdðu þinn poka og það er bara krossað við og þá geturu farið þarna í tíu skipti og þá þarftu að fara aftur í bílinn til þess að ná í annan svona miða og þá færdðu svona samtalið í leiðinni, af því ég held þau hafi mjög gott af því og ég hef séð og veit um fólk sem hefur hætt í neyslu bara við að koma í bílinn, bara finna fyrir þessum jákvæðu viðhorfum sem eru þar því að fólk er ekki þarna til að stimpla þig sem einhvern skonar úhrök og ömulegheit og einhvað varðandi að þau ættu að vera einhvers annars staðar í lífinu en þau eru, bara að finna fyrir bara jákvæðninni og umhyggjunni að þá hefur fólk bara allt í

einu fengið styrkin til þess að stíga bara mjög draftísk skref.”

8.5.2 Neyslurými

Í viðtölunum varð rannsakandi var við að margir af þátttakendum hefðu lesið sér til um neyslurými erlendis og hafi þeim fundist það athyglisverð hugmynd. Eyrún var mjög hrifin af hugmyndinni um sérstaka heilsugæslu fyrir sprautufíkla og að þeir gætu fengið hreinlega aðstöðu þar til að sprauta sig. Hún sá þó ekki fyrir sér að þess konar heilsugæsla myndi verða að veruleika á næstunni hér á landi.

Eyrún: „Þú verður að hitta þau þar sem þau eru stödd og virða það við þau hvar þau eru og koma þeim í úrræðin sem getur gert þeim lífið sem bærilegast, forðast sjúkdóma og bara lifa sem fullgildustu lífi þrátt fyrir allt eins og ég er að segja, sko féló getur komið þarna sterkt inn með betri úrræði en þau eru með í dag, þróað þau ennfrekar. Í viðtölunum gætu þau staðið sterkar í að miðla skaðaminnkun ... og svo gæti heilbrigðiskerfið komið sterkara inn með til dæmis einhverri heilsugæslu sem að nær betur til þeirra þar sem þau geta komið og tékkað sig og svona á auðveldan hátt þar sem er fólk sem að er bara sérhæft í að umgangast þau með virðingu og þau hafa auðvelt aðgengi að og fengið að sprauta sig þess vegna sko, það væri mjög flott ef þetta gæti bara verið þannig en ég sé þetta ekki einhvern vegin alveg gerast á næstunni.”

Hjalta fannst aðstæður í úrræðum hér á landi ekki bjóða uppá að geta leyft einstaklingum að sprauta sig inni. Nefndi hann að það tíðkaðist ekki að heilbrigðisfagfólk starfaði til dæmis í neyðarathvörfum fyrir utangarðsfólk.

Hjalti: „...sko við höfum tekið heilmikla umræðu um þetta til dæmis í gistiskýlinu, eigum við að leyfa mönnum að sprauta sig innandyr og við höfum ákveðið að gera það ekki og stöndum á því því við leyfum mönnum ekki að sprauta sig innandyr af því að... nú erum við ekki fagmenn, þannig heilbrigðisfagmenn við erum ekki með hjúkrunarfræðinga eða lækna eða sjúkraliða og ef að við erum að leyfa einhverjum að sprauta sig inni og hann óverdósar hver er, hver ber ábyrgðina? Ogog svona sko það þarf að skoða þetta, það þarf alltaf að skoða hlutina frá öllum hliðum sko þannig að við höfum tekið þann kostin þar að sem sagt menn sprauta sig ekki innan dyra það bara gengur yfir línuna.”

9. Umræður

Í þessari rannsókn var staða skaðaminnkunar með sprautufíklum á Íslandi könnuð. Það var gert með því að taka átta eigindleg viðtöl við fagaðila sem starfa á stofnunum sem tengjast sprautufíklum. Leitast var við að fá upplýsingar um viðhorf og þekkingu þátttakenda á skaðaminnkun. Í viðtölunum var notast við viðtalsvísi til þess að móta viðtölin. Eins og áður hefur komið fram hefur rannsakandi starfað á stofnunum sem tengjast sprautufíklum, meðal annars hefur hann starfað á sumum af stofnununum sem þátttakendur starfa á og þekkti hann því til þeirra. Rannsakandi var því meðvitaður um viðhorf sín í rannsóknarvinnunni og að aðhyllast hlutleysi. Í þessum kafla verður fjallað um rannsóknarniðurstöður og þá þekkingu sem kom fram í fræðilegum hluta.

Í rannsókninni skynjaði rannsakandi að þátttakendur lögðu ólíkan skilning í hugtakið skaðaminnkun. Það kom einkum fram í því að sumir töldu að skaðaminnkun væri við lýði í stefnumótun hér á landi en aðrir ekki. Í rannsókn sinni um skaðaminnkun komst Seiger (2005) að sömu niðurstöðu. Þátttakendur í hennar rannsókn virtust einnig setja nokkuð ólíka túlkun í hugtakið skaðaminnkun sem setti mark sitt á rannsóknina. Aðrir fræðimenn líkt og Single (1995) hafa einnig bent á að skaðaminnkun sé ekki nægilega vel skilgreint hugtak og það geti valdið misskilningi.

Hugtakið skaðaminnkun eins og það er skilgreint í öðrum kafla getur átt við ýmis konar þjónustu og úrræði sem eru starfrækt hér á landi. Því er ekki að furða að þátttakendur væru þeirrar skoðunar að skaðaminnkun væri við lýði hér á landi. Á Íslandi er löng saga ýmissa úrræða sem veita vímuefnaneytendum þjónustu án þess að krefjast bindindis slíkt hið sama má segja um önnur Evrópulönd (Stoevers, 2002). Allir viðmælendur voru því þeirrar skoðunar að á Íslandi væri ýmis þjónusta fyrir utangarðsfólk sem gæti talist skaðaminnkandi. Þessi þjónusta og þau úrræði sem fylgja henni eru skilgreind hér á landi sem stefna í málefnum heimilislausra og utangarðsfólks. Í þeirri stefnu er til dæmis lögð áhersla á að utangarðsfólk njóti þjónustu félagsráðgjafa. Samkvæmt nýjustu könnun teljast 179 einstaklingar vera heimilislausir eða utangarðs í Reykjavík (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Tinna Björg Sigurðardóttir, 2012; Erla Björg Sigurðardóttir, 2012). Líklegt er að meðal þeirra sem teljast utangarðs séu sprautufíklar. Einn viðmælandi sagði þó aðeins

lítinn hluta sprautufíkla sækja þá þjónustu sem er ætluð heimilislausum og utangarðsfólki. Hans heimildir voru þær að flestir sprautufíklar væru á öðrum stöðum. Nokkrir viðmælendur bentu á að flestir sprautufíklar sækja sprautubúnað í apótekin. Nefndu sumir að þeir teldu að þar fengju þeir ekki uppbyggilegt samtal og fræðslu um skaðaminnkandi neysluhætti. Því fannst þeim mikilvægt að hafa nálaskiptaþjónustu á sem flestum stöðum og að þar væri reynt eftir fremsta megni að hafa einhvers konar íhlutun og samtal sem miðaði að því að hjálpa sprautufíklum að draga úr skaða.

Í nýlegri stefnumótun landlæknis var gerð áætlun um að gera átak meðal vímuefnaneytenda varðandi alnæmis- og kynsjúkdómavarnir (Embætti landlæknis, e.d). Ekki er tilgreint hvernig það átak verður unnið en ef til vill mun það byggjast að einhverju leyti á skaðaminnkun. Það má álykta út frá ummælum viðmælenda í rannsókninni sem fjölluðu um að landlæknisembættið hefði staðið sig vel í að reyna að uppræta fleiri smit með því að hafa uppá sprautufíklum og láta greina hvort þeir væru smitaðir. Ásamt því að embættið hefði útbreitt skilning um mikilvægi þess að sprautufíklar hafi gott aðgengi að sprautubúnaði. Einn viðmælandi fjallaði líka um þá stefnu sem nú væri verið að fara sem fælist í því að virkir sprautufíkla fái HIV-lyf líkt og aðrir sem eru smitaðir. Í fræðilegum hluta kom það einnig fram að landlæknir hefur styrkt Frú Ragnheiði sem er færanleg nálaskiptaþjónusta ásamt því að hafa útibú í Konukoti og Dagsetri. Frú Ragnheiður og Konukot eru starfrækt af Rauða krossinum og Dagsetur af Hjálpræðishernum (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Tinna Björg Sigurðardóttir, 2012; Rauði krossinn, e.d.-a,-b,-c). Þau úrræði sem starfa samkvæmt skaðaminnkun að því leyti að bjóða uppá nálaskipti og veita fræðslu um öruggari neysluhætti eru því öll starfrækt af frjálsum félagasamtökum. Einn viðmælandi benti á að stjórnvöld hafi í raun komist hjá því að hafa ákveðna stefnu sem er unnið eftir á þessu sviði þar sem á Íslandi er hefð fyrir því að úrræði fyrir vímuefnaneytendur séu starfrækt af frjálsum félagasamtökum. Líkur eru á að það sem hann benti á sé ein ástæða þess að á Íslandi tilheyri skaðaminnkun ekki stefnumótun.

Allir viðmælendur voru þeirrar skoðunar að skaðaminnkun ætti erindi í stefnumótun hér á landi. Einn viðmælandi nefndi að mikilvægt væri að upplýsa heilbrigðisyfirvöld betur um skaðaminnkun. Á Íslandi hefur orðið fjölgun á HIV-

smitum meðal sprautufíkla síðastliðin ár ásamt því að margir þeirra eru sýktir af lifrabólgu C (Haraldur Briem, e.d-a; SÁÁ, 2010). Viðmælandi sem starfar sem læknir á smitsjúkdómadeild taldi einnig alvarlegar sýkingar og aðrar skaðvænlegar afleiðingar sprautuneyslu hafa aukist síðastliðin ár. Í þeim íslensku stefnum og áætlunum sem vitnað var til í fræðilegum hluta voru ekki gerðar áætlanir um skaðaminnkun. Í drögum að heilbrigðisáætlun til ársins 2020 var aðeins sett markmið um að draga úr neyslu áfengis- og tóbaks (Velferðarráðuneytið, 2012).

Einn viðmælandi áleit að ef skaðaminnkun yrði innleidd í stefnumótun á Íslandi þá væri komin krafa um ákveðið verklag sem lagt er upp með í skaðaminnkun, taldi hann að það myndi leiða til þess starf með vímuefnaneytendum yrði faglegra og starfsfólk kæmist síður upp með að láta eigin gildi og viðmið ráða för í því starfi. Það sem einkennir skaðaminnkandi nálganir með sprautufíklum er að markmiðið er að ná til sprautufíkla á þeim stað sem þeir eru staddir og beita íhlutun að því leyti að fræða þá um áhættuminni sprautunotkun og hvernig megi forðast smitsjúkdóma, sýkingar og aðrar skaðvænlegar afleiðingar sem fylgja sprautuneyslu. Starfsfólk reynir einnig að koma á tengslum við sprautufíkla og hafa milligöngu um að þeir fái þá heilbrigðisþjónustu sem þeir þarfnast. Í skaðaminnkandi úrræðum, eins og sérfræði nálskiptþjónustu, neyslurýmum og skaðaminnkandi þjónustumiðstöðvum eru þetta áhersluatriði. Starfsfólk þessara úrræða þarf því að vera færnt um að veita þess konar íhlutun og fræðslu ásamt því að starfa samkvæmt grunngildum skaðaminnkandi verklags (Cook o.fl., 2010; EMCDDA, e.d.-a ; Stoevers, 2002; WHO, 2008; WHO, 2009).

Skoðun flestra viðmælenda var að það væri ákjósanlegt að gera heildrænni stefnumótun í málaflokki vímuefnaneytenda líkt og tíðkast í nágrannalöndunum. Í þeim löndum er sérstaklega skilgreint það starf sem er starfrækt samkvæmt skaðaminnkun (Cook o.fl., 2010). Ásamt þessu benti einn viðmælandi á að það hefði ekki verið gerð skilgreining á því fyrir hvað skaðaminnkun stendur á Íslandi.

Allir þátttakendur sögðust hafa jákvætt viðhorf til skaðaminnkunar. Greina mátti að áhersla í viðhorfum þátttakanda fór að einhverju leyti eftir menntun þeirra. Allir þátttakendur lögðu áherslu á að skaðaminnkun væri mikilvæg íhlutun með sprautufíklum sem dragi úr skaðlegum afleiðingum áhættu hegðunar sem

einkenni þá. Nefndu þeir að með skaðaminnkun væri hægt að draga úr algengi sýkinga, veirusmitana og of stórra skammta af vímuefnum. Það sem þeir nefndu er í samræmi við hlutverk skaðaminnkunar í stefnumótun Evrópusambandsins. Þar er hlutverk skaðaminnkunar að koma í veg fyrir útbreiðslu smitsjúkdóma, of stóra skammta og dauðsföll af völdum vímuefnaneyslu (EMCDDA, e.d.-a).

Ásamt því að nefna ofangreinda þætti fjölluðu félagsráðgjafarnir um það að skaðaminnkun væri mikilvæg leið til þess að ná til einstaklinga sem sprauta sig og stunda áhættuhegðun. Með því að ná til þeirra væri kominn grundvöllur fyrir því ná tengslum og koma til móts við þá á þeim stað sem þeir eru staddir. Þannig væri hægt að hjálpa þeim að draga úr skaða og öðlast meiri lífsgæði. Þessi skoðun félagsráðgjafanna var í takt við umfjöllun margra greina sem hafa birst í tímaritum á sviði félagsráðgjafar síðastliðin ár. Samkvæmt þeim er mikilvægt að félagsráðgjafar þekki skaðaminnkun sem aðferð í starfi með vímuefnaneytendum sem geta ekki eða vilja ekki vera í bindindi (MacMaster, 2004; Brocato og Wagner, 2003; Karoll, 2010; McNeece, 2003). Í lýsingum félagsráðgjafanna kom vel í ljós að þær störfuðu samkvæmt skaðaminnkandi verklagi. Rannsakandi telur að það þurfi samt ekki að þýða að þær hafi þekkt grundvallaratriði verklagsins því í raun er það mjög í takt við þau gildi sem félagsráðgjöf starfar samkvæmt (NASW, 2012). Líklegt er að það sé ein ástæða þess að sífellt fleiri félagsráðgjafar hafa tileinka sér skaðaminnkandi starf með vímuefnaneytendum og eru þeir meðal annars algengasta starfstéttin í neyslurýmum í Evrópu (Stoevers, 2002; Hedrich, 2004). Þess til stuðnings kom fram í rannsókn Burke og Clapp (1997) að vegna menntunar sinnar og siðagilda ættu félagsráðgjafar auðveldara með að tileinka sér skaðaminnkandi hugsun en aðrar heilbrigðisstéttir sem starfa með vímuefnaneytendum.

Margir viðmælenda höfðu þá reynslu að skaðaminnkun væri þannig nálgun að fólk þyrfti að aðlagast hugmyndum hennar. Ástæða þess væri að hér á landi væru meðferðarmiðaðar nálganir flestum mjög eðlislægar. Til að starfa eftir skaðaminnkun þyrfti því endurskoðun á eigin vinnulagi, viðhorfum og gildismati. Upplifun þeirra var að viðhorf margra fagaðila væri að skaðaminnkun jafngilti ósigri í batanum og því kysu þeir að aðhyllast bindindismiðaðar nálganir. Sama kom í ljós í rannsókn Seiger (2005) þar sem upplifun margra félagsráðgjafa var að

skaðaminnkun stangaðist á við þau bindindissjónarmið sem þeir aðhylltust í starfi með vímuefnaneytendum. Þeir félagsráðgjafar sem höfðu fengið þjálfun í skaðaminnkun upplifðu þetta síður og voru líklegri til þess að nýta sér skaðaminnkun í starfi.

Allir þátttakendur töldu að þörf væri á að auka fræðslu um skaðaminnkun hjá heilbrigðisstéttum. Töldu sumir þeirra að vegna þekkingarleysis ríktu ákveðnir fordómar í garð skaðaminnkunar. Með aukinni fræðslu væri hægt að breyta þessum fordómum. Þessar frásagnir eru í takt við rannsókn Goddard (2003) en þar kom fram að viðhorf heilbrigðisstarfsfólks breyttist og varð jákvæðara eftir að það hafði farið á námskeið um skaðaminnkun.

Nokkrir þátttakenda töldu að fordómar væru við lýði í heilbrigðiskerfinu hér á landi gagnvart sprautufíklum. Einn viðmælandi taldi sprautufíkla hér á landi viðkvæma gagnvart fordómum og því mikilvægt að fagaðilar sem starfa með sprautufíklum skoði sína eigin fordóma og greini þá svo þeir komi ekki niður á starfi þeirra. Ein helsta ástæða þess að sprautufíklar forðast þjónustu velferðarkerfisins er samkvæmt *Global Commission on Drug Policy* (2012) sú fordæming sem mætir þeim þar. Evrópusambandið ákvað að innleiða skaðaminnkun í stefnumótun sambandsríkja því erfiðlega hafði gengið að ná til sprautufíkla með hefðbundnum úrræðum heilbrigðiskerfisins. Þegar HIV-smit fóru að aukast meðal sprautufíkla ályktaði sambandið mikilvægt að láta sprautufíkla ekki afskiptalaus. Farið var að horfa í auknum mæli á þá staðreynd að það einkenni oft sprautufíkla að vera á jaðri samfélagsins og oft hafi þeir sögu um félagslega-, geðræna og líkamlega erfiðleika. Einnig var horft til þess að þeir væru líklegri en aðrir vímuefnaneytendur til að stunda vændi og vera heimilislausir. Því var ákveðið að hefja mannúðlegar aðgerðir til þess að ná til sprautufíkla án þess að þeir upplifðu fordæmingu og reyna að hjálpa þeim á þeim stað sem þeir voru staddir. Þessar aðgerðir fólust í skaðaminnkun (EMCDDA, 2002).

Viðhorf þátttakenda gagnvart nálaskiptaþjónustu voru í öllum tilfellum jákvæð. Töldu þeir mikilvægt að sprautufíklar hefðu gott aðgengi að hreinum nálum annað hvort ókeypis eða á kostnaðarverði. Mörgum fannst líka mikilvægt að sprautufíklar væru hvattir til að skila af sér notuðum sprautubúnaði. Samkvæmt WHO (2008) hafa rannsóknir bent til þess að gott aðgengi sprautufíkla að

sprautubúnaði sé mikilvægur liður í forvarnarstarfi gegn útbreiðslu HIV. Flestir viðmælendur voru þeirrar skoðunar að mikilvægt væri að í nálaskiptaþjónustu væri fræðsla og leitast við að aðstoða sprautufíklana við að taka ábyrgð á eigin neysluhegðun. Það er í samræmi við rannsókn Kelly (o.fl., 2001) en hún leiddi í ljós að sprautufíklar sem sóttu nálaskiptaþjónustu og fengu þar fræðslu brugðust vel við því. Þeir nýttu sér upplýsingarnar og miðluðu þeim áfram til annarra sprautufíkla.

Þátttakendur höfðu ekki sterkar skoðanir varðandi neikvæðar afleiðingar skaðaminnkunar. Einn þátttakandi benti á mikilvægi þess að skaðaminnkandi nálganir væru gerðar á faglegan máta og þeim gerð nægilega vel skil. Slíkt hefur EMCDDA (2002) einnig bent á en samkvæmt ályktun stofnunarinnar er mikilvægt að skaðaminnkun sé hluti af stefnumótun í heilbrigðismálum og samstarf sé meðal félags- og heilbrigðis stofnana í framkvæmd hennar. Einn þátttakandi taldi að hægt væri að fara of langt í skaðaminnkun og því ætti að hafa það hugfast hvort verið sé að hjálpa sjúkdómnum eða einstaklingnum. Annar þátttakandi benti á það sjónarhorn að ef vímuefnaneytandi hafi það mjög þægilegt í sinni neyslu geti það dregið úr hvatanum að fara í meðferð og hætta neyslu. Álykta má að þeir hafi verið að benda á það sem gagnrýnendur viðhaldsmeðferða hafa haldið fram. Þeir hafa gagnrýnt að árangur viðhaldsmeðferða sé í mörgum tilfellum skammvinnur og leiði í mörgum tilfellum ekki til bindindis. Með viðhaldsmeðferðum takist vímuefnasjúklingar oftast ekki á við undirliggjandi ástæður þess að þeir hafi króníska fíkn í vímugjafa (Fischer, Rehm, Kim og Kirst, 2005).

9.1 Styrkleikar og veikleikar

Álíta má þessa rannsókn hafa ýmsa veikleika. Helsti veikleikin telst vera mjög lítið úrtak og að margt benti til þess að viðmælendur túlkuðu hugtakið skaðaminnkun ólíkt sín á milli. Það má sjá í því að sumir voru þeirrar skoðunar að skaðaminnkun væri við lýði í stefnumótun hér á landi en aðrir voru ekki sannfærðir um það. Það telst rýra niðurstöður rannsóknarinnar. Í rannsóknarferlinu var haft samband við samtals þrettán aðila en viðtöl náðust við átta. Hætta er á að þeir sem hafi jákvætt viðhorf gagnvart skaðaminnkun hafi frekar viljað veita viðtal en þeir sem eru mótfallnir henni og það hafi komið í veg fyrir að neikvæð viðhorf komu fram í

rannsókninni. Annar veikleiki rannsóknarinnar er það hversu hlutdræg hún getur talist þar sem rannsakandi hefur starfað samkvæmt skaðaminnkun og hefur jákvætt viðhorf gagnvart henni. Hætta er á að afstaða rannsakanda hafi haft ómeðvituð áhrif á rannsóknina og niðurstöður hennar.

Styrkleikar rannsóknarinnar eru þeir að svör viðmælenda voru nokkuð samhljóða og veittu því sterkar vísbendingar. Það má sjá í því að allir höfðu jákvæð viðhorf til skaðaminnkunar en töldu ekki næga þekkingu á henni hér á landi. Viðmælendur voru allir með reynslu af því að starfa með vímuefnaneytendum og margir þeirra höfðu reynslu af því að starfa bæði samkvæmt bindindismiðuðum nálgunum og skaðaminnkun. Vegna reynslu sinnar gátu þeir því varpað ljósi á mun þessara nálgana og ástæðu þess að þeir töldu skaðaminnkun eiga betur við í sumum málum en bindindismiðuð markmið. Niðurstöður rannsóknarinnar teljast í takt við aðrar rannsóknir sem hafa verið gerðar á viðhorfum heilbrigðisfagfólks á skaðaminnkun. Einnig voru frásagnir viðmælenda nokkuð í takt við þá þekkingu sem fram kom í fræðilegum hluta. Mesti styrkleiki þessarar rannsóknar er sá að hún veitir innsýn í nýja þekkingu.

9.2 Rannsóknir til framtíðar

Rannsakandi álitur mikilvægt að það verði skilgreint og afmarkað hvað felst í skaðaminnkun á Íslandi og fræðsla um skaðaminnkun verði aukin. Samkvæmt niðurstöðum þessarar rannsóknar töldu þátttakendur að skaðaminnkun ætti heima í stefnumótun á Íslandi. Ekki hefur þó verið gerð viðtæk rannsókn á því hér á landi. Rannsakandi telur það vera tilvalið rannsóknarefni. Rannsakandi leggur einnig til að gerðar verði rannsóknir á skaðaminnkandi meðferð með tvígreindum einstaklingum en slík meðferð hefur þótt bera góðan árangur erlendis. Áhugavert væri að gera rannsókn á því hvort þörf sé á neyslurýmum hér á landi. Ásamt því að gera viðhorfsskönnun meðal fyrrverandi sprautufíkla á hugmyndafræði og nálgunum skaðaminnkunar.

Rannsakandi telur einnig mikilvægt að Íslendingar hafi þekkingu á því hvernig önnur Vesturlönd hafa færst í þá átt að beita mannúðlegri nálgunum gagnvart vímuefnaneyslu einstaklinga. Upplifun rannsakanda er að margir Íslendingar hafi látið nýjar áherslur í málaflokknum erlendis framhjá sér fara. Þetta

má sjá í því hversu umsvifamikil skaðaminnkun er í löndunum í kringum Ísland en ekki hér á landi. Því telur rannsakandi að það sé hægt að gera ýmsar áhugaverðar rannsóknir á þessu sviði í framtíðinni.

Lokaorð

Niðurstöður þessarar rannsóknar byggjast á viðhorfum átta fagaðila sem starfa með vímuefnaneytendum á stofnunum íslenska velferðarkerfisins. Þessar niðurstöður eru því aðeins vísbending sem ekki er hægt að draga ályktanir af. Rannsakandi telur að helstu niðurstöður rannsóknarinnar séu þær að allir viðmælendur höfðu jákvætt viðhorf gagnvart skaðaminnkun og töldu að skaðaminnkun væri mikilvæg nálgun í starfi með sprautufíklum. Þeir höfðu einnig þá skoðun að skaðaminnkun ætti að vera hluti af stefnumótun í áfengis- og vímuefnamálum. Allir viðmælendur aðhylltust þá skoðun að ekki væri næg þekking á skaðaminnkun hér á landi. Töldu flestir mikilvægt að fræðsla um skaðaminnkun væri aukin. Margir þátttakendur höfðu orðið varir við fordóma gagnvart skaðaminnkun sem þeir töldu að mætti rekja til þekkingarleysis. Rannsóknin benti einnig til þess að hugtakið skaðaminnkun væri ekki nægilega vel skilgreint og afmarkað hér á landi. Þess vegna höfðu þátttakendur nokkuð ólíkan skilning á hugtakinu.

Rannsakandi telur að á Íslandi sé ákveðin skaðaminnkun til staðar sem má sjá í þeirri þjónustu sem utangarðsfólki er veitt án þess að ætlast sé til bindindis. Rannsakandi telur að sprautufíklar séu meðal utangarðsfólks og að ágætlega sé staðið að því starfi sem er tileinkað þeim. Skaðaminnkandi úrræði á Íslandi geta einkum talist Frú Ragnheiður, Konukot og Dagsetrið. Í þessum úrræðum er reynt að koma til móts við sprautufíkla með nálaskiptaþjónustu og fræðslu um örugga neysluhætti. Í viðtölunum kom fram að flestir sprautufíklar nýta sér ekki þjónustu fyrir utangarðsfólk og kaupa sprautur í apótekum. Vísbendingar komu því fram um að það næðist ekki nógu vel til þeirra sprautufíkla sem nýta sér ekki þjónustu fyrir utangarðsfólk. Rannsakandi veltir því fyrir sér hvort það þurfi einhverja áætlun á Íslandi til að ná til sprautufíkla líkt og hefur verið gert erlendis. Einnig veltir hann fyrir sér hvort það sé lögð áhersla á það í íslenska velferðarkerfinu að sprautufíklar njóti þjónustu félagsráðgjafa sem þeir eru í sambandi við og hvort félagsráðgjafar þeirra þekki skaðaminnkun.

Það kom rannsakanda á óvart hversu jákvæð viðhorf voru gagnvart skaðaminnkun meðal allra þátttakanda. Það var sérstaklega ánægjuleg að

félagsráðgjafarnir sem tóku þátt virtust hafa áhuga á skaðaminnkun og vera þeirrar skoðunar að aðrir félagsráðgjafar ættu að kynna sér hana.

Það er von höfundar þessarar rannsóknar að hún muni stuðla að þekkingu sem getur bætt hag sprautufíkla á Íslandi. Höfundur vonar einnig að rannsóknin muni stuðla að upplýstri umræðu í samfélaginu um skaðaminnkun í meðferð vímuefnaneytenda og að stjórnvöld kynni sér skaðaminnkun í stefnumótun annarra Evrópuríkja og alþjóðastofnana.

Ísabella Björnsdóttir

Heimildir

- Ashton, J. R. og Seymor, H. (2010). Public health and the origins of the Mersey model of harm reduction. *International journal of drug policy*, 21, 94-96.
- Bradley, M. M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S.A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A. og Mattick, R. P. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic review [Rafræn útgáfa]. *Lancet*, 372, 1733-45.
- Broadhead, R.S., van Hulst, Y. og Heckathorn, D.D. (1999). The impact of a needle exchange's closure [Rafræn útgáfa]. *Public health reports*, 114 (5), 439-47.
- Bigler, M.O. (2005). Harm Reduction as a practice and prevention model for social work [Rafræn útgáfa]. *The Journal of Baccalaureate Social Work*, 10, 69-86.
- Braine, N., Des Jarlais, D. og Goldblatt, C. (2004). Long-term effects of syringe exchange on risk behavior and HIV prevention [Rafræn útgáfa]. *AIDS education and prevention*, 16 (3), 264-275.
- Brocato, J. og Wagner, E.F. (2003). Harm Reduction: A social work practice model and social justice agenda [Rafræn útgáfa]. *Health & Social Work*, 28, 117-125.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Désy, M., Soto, J. og Vincelette, J. (1997). High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study [Rafræn útgáfa]. *American Journal of Epidemiology*, 146, 994-1002.
- Burke, A. C. og Clapp, J.D. (1997). Ideology and social work practice in substance abuse settings [Rafræn útgáfa]. *Social Work*, 42, 552-562.
- Carter, A., Miller, P. G. og Hall, W. (2012). The ethics of harm reduction. Í R. Pates og R. Riley (ritstjórar), *Harm reduction in substance use and high-risk behaviour: International Policy and Practice* (bls. 111-123). Sussex: Blackwell publishing.
- Camí, J. og Farré, M. (2003). Mechanism of disease: Drug addiction. *The new england journal of medicine*, 349, 975-986.
- Caulkins, J. P., Feichtinger, G., Tragler, G. og Wallner, D. (2010). When in a drug epidemic should the policy objective switch from use reduction to harm reduction [Rafræn útgáfa]. *European Journal of Operational Research*, 201, 308-318.
- Cavalierr, W. og Riley, D. (2012). Harm reduction in Canada: The many faces of regression. Í R. Pates og R. Riley (ritstjórar), *Harm reduction in substance use and high-risk behaviour: International Policy and Practice* (bls. 382-394). Sussex: Blackwell publishing.
- Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Logan, D. E., Samples, L.S., Somers, J.M. og Marlatt, G.A. (2012). Current status, historical highlights and basic principles of harm reduction. Í G. A. Marlatt, M. E. Larimer og K. Witkiewitz (ritstjórar), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, 2. útgáfa (bls. 3 -35). New York: Guilford press.

- Cook, C., Bridge, J. og Stimson, G. V. (2010). *The diffusion of harm reduction in Europe and beyond*. Í T. Rhodes og D. Hedric (ritstjórar), *EMCDDA Monographs. Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (bls. 37-59). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Council of the European Union. (2004). *European Union Drugs Strategy 2005–2012*. Sótt 26. September 2012 af <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index6790EN.html>.
- Davoli, M., Simon, R. og Griffiths, P. (2010). Current and future perspectives on harm reduction on the European Union. Í T. Rhodes og D. Hedric (ritstjórar), *EMCDDA Monographs. Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (bls. 437-446). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Denning, P. og Little, J. (2012). *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to addictions* (2. útgáfa). New York: Guilford Press.
- Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Tinna Björg Sigurðardóttir. (2012). *Kortlagning á þörfum og vilja utangarðsfólks í Reykjavík*. Reykjavík: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar.
- Embætti landlæknis. (2012). *Stefnumótun 2012-2016*. Sótt 19. nóvember 2012 af http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item17882/Net%20Stefnumotun%203500.26_31.8.2012.pdf.
- EMCDDA. (2011). *The state of the drugs problem in Europe 2011*. Sótt 11. nóvember 2012 af <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>.
- EMCDDA. (2002). *Drugs in focus: Drug injecting challenges public health policy*. Lissabon: Office for official publications of the European communities.
- EMCDDA. (e.d.-a) *Harm reduction*. Sótt 29. október 2012 af <http://www.emcdda.europa.eu/themes/harm-reduction>.
- EMCDDA. (e.d.-b). *Low-threshold services*. Sótt 26. september 2012 af <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5778EN.html>.
- EMCDDA. (e.d.-c). *Country overview: Denmark*. Sótt 27. september 2012 af <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/dk#harm>.
- EMCDDA. (e.d.-d). *Country overview: Finland*. Sótt 27. september 2012 af <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/fi#harm>.
- EMCDDA. (e.d.-e). *Country overview: Norway*. Sótt 27. september 2012 af <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/no#harm>.
- EMCDDA. (e.d.-f). *Country overview: Sweden*. Sótt 27. september 2012 af <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/se#harm>.
- Engstrom, M., Mahoney, C.A. og Marsh, J. C. (2012). Substance use problems in health social work practice. Í S. Gehlert og T. Browne (ritstjórar), *Handbook of health social work*, 2. útgáfa (bls. 426-467). New Jersey: John Wiley & sons.

- Erla Björg Sigurðardóttir. (2012). *Kortlagning á fjölda og högum utangarðsfólks í Reykjavík*. Reykjavík: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar.
- Erlendur Jónsson. (2003). Saga aðferðarfræði heilbrigðisvísinda: nokkur helstu viðfangsefni og viðmið. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 15-32). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Esterberg, K. G. (2002). *Qualitative methods in social research*. Massachusetts: McGraw-Hill.
- European Commission. (2009). *Report on global illicit drug markets 1998-2007*. Sótt 19. nóvember 2012 af http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm.
- Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., Haasen, C., Rehm, J., Schechter, M.T., Strang, J. og van den Brink, W. (2007). Heroin-assisted Treatment (HAT) a Decade Later: A Brief Update on Science and Politics [Rafræn útgáfa]. *Journal of urban health*, 84, 552-562.
- Fischer, B., Rehm, J., Kim, G. og Kirst. (2005). Eyes wide shut?- A conceptual and empirical critique of methadone maintenance treatment [Rafræn útgáfa]. *European addiction research*, 11, 1-14.
- Global Commission on Drug Policy. (2011, júní). *War on drugs: REPORT OF THE GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY*. Sótt 29. september 2012 af http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf.
- Global Commission on Drug Policy. (2012). *The war on drugs and HIV/AIDS: How the criminalization of drug use fuels the global pandemic*. Sótt 20. Nóvember 2012 af http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf.
- Goddard, P. (2003). Changing attitudes towards harm reduction among treatment professionals: a report from the American Midwest [Rafræn útgáfa]. *International journal of drug policy*, 14, 257-260.
- Greenwald, G. (2005). *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington: Cato Institute.
- Griffiths, P. og Simon, R. (2010). Preface. Í T. Rhodes og D. Hedrich (ritstjórar), *EMCDDA Monographs. Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (bls. 13-15). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Harm Reduction Coalition. (e.d.). *Principles of Harm Reduction*. Sótt 2. október 2012 af <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>.
- Haraldur Briem. (2011, júní-a). Mikil aukning HIV-sýkingar meðal fíkniefnaneytenda. *Farsóttarfréttir*. Sótt 1. október 2012 af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item1850/version11/4791.pdf>.

- Haraldur Briem. (2011, október-b). Óvenjuleg ásynd HIV-sýkinga og alnæmis. *Farsóttarfréttir*. Sótt 1. október 2012 af <http://www.influenza.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4876>.
- Hedrich, D. (2004, febrúar). *European report on drug consumption rooms*. Lúxemborg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Hedrich, D., Kerr, T. og Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. Í T. Rhodes og D. Hedrich (ritstjórar), *EMCDDA Monographs. Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (bls 305-333). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Helga Jónsdóttir. (2003). Viðtöl sem gagnasöfnunaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 67-84). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Helgi Gunnlaugsson. (2008). *Afbrot á Íslandi*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2007). *Staða og endurskoðun meginmarkmiða heilbrigðisáætlunar til ársins 2010*. Sótt 19. nóvember 2012 af http://www.velferdarraduneyti.is/media/Skyrslur/Stada_og_endurskodun_meginmarkmida_heilbrigdisaatlunar_til_arsins_2010.pdf
- Heilbrigðisráðherra. (2005). *Skýrsla heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi*. Reykjavík: Höfundur.
- Hunt, N. (2012). Recovery and harm reduction: Time for a shared, development-oriented programmatic approach. Í R. Pates og R. Riley (ritstjórar), *Harm reduction in substance use and high-risk behaviour: International Policy and Practice* (bls. 155-170). Sussex: Blackwell publishing.
- Hurley, S., Jolley, D. og Kaldor, J. (1997). Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection [Rafræn útgáfa]. *Lancet*, 349, 1797-1800.
- INCB. (e.d.). *The International Narcotics Control Board*. Sótt 19. Nóvember 2012 af <http://www.incb.org/incb/en/about.html>.
- INCB. (2004, mars). *INCB CAUTIONS ON "HARM REDUCTION" MEASURES IN DRUG CONTROL*. Sótt 25. september af http://www.incb.org/pdf/e/press/2004/press_release_2004-03-03_4.pdf.
- International Harm Reduction Association. (2010). *The Global State of Harm Reduction 2010: Key issues for broadening the response*. London: International Harm Reduction Association.
- International Harm Reduction Association. (2012). *The Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response*. London: International Harm Reduction Association.
- International Harm Reduction Association. (e.d.). What is harm reduction?. Sótt 29. október 2012 af http://www.ihra.net/files/2010/05/31/IHRA_HRStatement.pdf.

- Karoll, B.R. (2010). Applying social work approaches, harm reduction, and practice wisdom to better serve those with alcohol and drug use disorders [Rafræn útgáfa]. *Journal of Social Work*, 10, 263-281.
- Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights [Rafræn útgáfa]. *Journal of drug policy*, 14, 227-232.
- Kelly, M.S., Murphy, S. og Lune, H. (2001). A cultural impact og needle exchange: the role of safer injection partner [Rafræn útgáfa]. *Contemporary drug proplems*, 28, 485-506.
- Kermode, M., Crofts, N., Kumar, M.S. og Dorabjee. J. (2011). Opioid substitution therapy in resource-poor settings [Rafræn útgáfa] . *Bulletin of the World Health Organization* ,89, 243.
- Kilmer, J.R., Cronic, J. M., Hunt, S. B. og Lee, C.M. (2012). Reducing harm associated with illicit drug use. Í S. A. Marlatt, M. E. Larimer og K. Witkiewitz (ritstjórar), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, 2. útgáfa (bls. 170-200). New York: Guilford press.
- Kimber, J., Dolan, K. og Wodak, A. (2005). Survey of drug consumption rooms: Service delivery and perceived public health and amenity impact [Rafræn útgáfa]. *Drug and Alcohol Review*, 24, 21-24.
- Kinney, J. (2006). *Loosening the grip* (8.útgáfa). New York: McGraw-Hill.
- Ksobiech, K. (2003). A meta-analysis of needle sharing, lending and borrowing behaviors of needle exchange program attenders [Rafræn útgáfa]. *AIDS education and prevention*, 15(3), 257-268.
- Laufer, F. (2001). Cost-effectiveness of syringe exchange as a HIV prevention strategy [Rafræn útgáfa]. *Journal of AIDS*, 28(3), 273-8.
- Lazzarini, Z. (2001). An analysis of ethical issues in prescribing and dispensing syringes to injection drug users [Rafræn útgáfa]. *Health matrix Cleveland*, 11(1), 85-128.
- MacGregor, S. og Whiting, M. (2010). The development of European drug policy and the place of harm reduction within this. Í T. Rhodes og D. Hedric (ritstjórar), *EMCDDA Monographs Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (bls. 59-79) Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- MacMaster, S. (2004). Harm Reduction: A new perspective on substance abuse services [Rafræn útgáfa]. *Social Work*, 49, 356-363.
- Marlatt, G. A. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behavior*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1996). *Harm reduction: Come as you are*. *Addictive behaviors*, 21, 779-788.
- Marsch, L. A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality. *Addiction*, 93, 515 -532.

- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. og Davoli, M. (2009, 8.júlí). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, grein 2209. Sótt 18. nóvember 2012 af <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002209.pub2/abstract>.
- Maze, I. og Nestler, E.J. (2012). Epigenetic mechanisms of drug addiction. Í P. S. Corsi og Y. Christen (ritstjórar), *Research and perspectives in neurosciences* (bls. 145-160). New York: Springer Berlin Heidelberg.
- McNeece, C.A. (2003). After the war on drugs is over: Implications for social work education [Rafræn útgáfa]. *Journal of social work education*, 39, 193-212.
- Moore, L og Clear, A. (2012). History and context of harm reduction in the united states. Í R. Pates og R. Riley (ritstjórar), *Harm reduction in substance use and high-risk behaviour: International Policy and Practice* (bls. 370-381). Sussex: Blackwell publishing.
- Muga, R., Sanvisens, A., Manuel, J., Tor, J. og Rey-Joly, C. (2003). Trends in human immunodeficiency virus infection among drug users in a detoxification unit [Rafræn útgáfa]. *Clinical infectious diseases*. 37, 404-409.
- National association of social workers. (2000). *Civil liberties and justice*. Washington, DC: Höfundur.
- National association of social workers (2012). *NASW standards for social work practice with clients with substance use disorders*. Washington, DC: Höfundur.
- Pates, R. (2012). Harm reduction in Western Europe. Í R. Pates og R. Riley (ritstjórar), *Harm reduction in substance use and high-risk behaviour: International Policy and Practice* (bls. 322-334). Sussex: Blackwell publishing
- Pates, R., Heimer, R. og Morris, D. (2012). Injecting. Í R. Pates og R. Riley (ritstjórar), *Harm reduction in substance use and high-risk behaviour: International Policy and Practice* (bls. 135-154). Sussex: Blackwell publishing
- Peirce, J. M., Kolodner, K., Brooner, R.K. og Kidorf, M.S. (2011). Traumatic event re-exposure in injecting drug users [Rafræn útgáfa]. *Journal of urban health*. 89, 117-128.
- Petrar, S., Kerr, T., Tyndall, M.W., Zhang, R., Montaner, J.G., og Wood, E. (2007). Injection drug users perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility [Rafræn útgáfa]. *Addictive Behaviors*, 32, 1088-1093.
- Public health agency of Canada. (e.d.-a). *Harm reduction and injection drug use: an international comparative study of contextual factors influencing the development and implementation og revelant policies and programs*. Sótt 5. nóvember 2012 af <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/hridu-rmudi/netherlands-eng.php>.

- Public health agency of Canada. (e.d.-b). *Chapter 10: HIV/AIDS among people who inject drugs in Canada*. Sótt 16. nóvember 2012 af <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/10-eng.php>.
- Rauði Krossinn. (e.d.-a). *Frú Ragnheiður – Skaðaminnkun*. Sótt 1. október 2012 af http://www.raudikrossinn.is/page/rki_reykjavikurdeild_fruagnheidur
- Rauði Krossinn. (e.d.-b). *Frú Ragnheiður – Yfirlit með tölulegum gögnum*. Sótt 1. Október 2012 af <http://redcross.lausn.is/doc/10417264?wosid=false>
- Rauði Krossinn. (e.d.-c). *Konukot*. Sótt 1. Október 2012 af http://www.raudikrossinn.is/page/rki_reykjavikurdeild_konukot.
- Reid, R. J. (2002). Harm reduction and injection drug use: Pragmatic lessons from a public health model [Rafræn útgáfa]. *Health and social work*, 27, 223-226
- Rhodes, T. og Hedrich, D. (2010). Harm reduction and the mainstream. Í T. Rhodes og D. Hedrich (ritstjórar), *EMCDDA Monographs Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (bls 19-33) Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Riley, D., Pates, P., Monaghan, G. og O'Hare, P. (2012). A brief history of harm reduction. Í R. Pates og R. Riley (ritstjórar), *Harm reduction in substance use and high-risk behaviour: International Policy and Practice* (bls. 5-16). Sussex: Blackwell publishing
- Samhjálp. (e.d.-a). *Gistiskýlið*. Sótt 19. nóvember 2012 af <http://samhjalp.is/gistiskylid>.
- Samhjálp. (e.d.-b). *Kaffistofan*. Sótt 19. nóvember 2012 af <http://samhjalp.is/gistiskylid>
- SÁÁ. (2010). *Ársrit SÁÁ*. Reykjavík: SÁÁ.
- Sadock, B.J. og Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9. útgáfa). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Seiger, H. B. (2005). *An exploratory study of social workers' attitudes towards harm reduction with substance abusing individuals utilizing the substance abuse treatment survey*. Óbirt doktorsritgerð: New York University.
- Sigurlína Davíðsdóttir. (2003). Eigindlegar eða megindlegar rannsóknaraðferðir? Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 219-235). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Eigindlegar eða megindlegar rannsóknaraðferðir? Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Single, E. (1995). Defining harm reduction. *Drug and alcohol review*, 14, 287-290.
- Smith, P. (2012, júní). Danish Parliament Okays Drug Consumption Rooms. *Drug War Chronicle*. Sótt 26. september 2012 af

- http://stopthedrugwar.org/chronicle/2012/jun/25/danish_parliament_okays_drug_con.
- Smith, S. M. og Miller, E. (2000). Drugs and addiction. Í A. Sales (Ritstjóri), *Substance abuse and counseling* (bls.21-53). Greensboro: Caps.
- Southwell, M. (2010). People who use drugs and their role in harm reduction. Í T. Rhodes og D. Hedric (ritstjórar), *EMCDDA Monographs Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (bls. 101-104). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Substance abuse and mental health services administration. (2005). *Injection drug use update: 2002 and 2003. The NSDUH report*. Sótt 20. Október 2012 af <http://oas.samhsa.gov/2k5/ivdrug/ivdrug.pdf>.
- Substance abuse and mental health services administration. (2011). *National survey shows a rise in illicit drug use from 2008 to 2010*. Sótt 11. nóvember 2012 af <http://oas.samhsa.gov/NSDUH/2k10NSDUH/2k10Results.htm>.
- Stevens, A., Stöver, H. og Brentari, C. (2010). Criminal justice approaches to harm reduction in Europe. Í T. Rhodes og D. Hedric (ritstjórar), *EMCDDA Monographs Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (bls. 379-402). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Stoever, H. (2002). Consumption rooms – a middle ground between health and public order concerns [Rafræn útgáfa]. *The journal of drug issues*, 32, 597-606.
- Tatarsky, A. og Kellogg, S. (2012). Harm reduction psychotherapy. Í G. A. Marlatt, M. E. Larimer og K. Witkiewitz (ritstjórar), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, 2. útgáfa (bls. 36-60). New York: Guilford press.
- UNODC. (2009). *A century of international drug control*. Sótt 19. nóvember 2012 af http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf.
- Velferðarráðuneytið. (2012). *Drög að heilbrigðisáætlun til ársins 2020*. Sótt 19. nóvember 2012 af http://www.velferdarraduneyti.is/media/frettatengt2012/Drog_ad_heilbrigdisaetlun.pdf.
- Velferðarsvið Reykjavíkurborg. (2008). *Stefna Reykjavíkurborgar um málefni utangarðsfólks 2008-2012*. Sótt 20. Október 2012 af http://www.reykjavik.is/Portaldata/1/Resources/velferdarsvid/reglur_aetlanir/STEFNUM_TUN___M_LEFNUM_UTANGAR_SF_LKS_-_LOKASKJAL_8.sept._2008.pdf
- Walthers, J., Weingardt, K. R., Witkiewitz, K. og Marlatt, G. A. (2012). Harm reduction and public policy. Í G. A. Marlatt, M.E. Larimer og K. Witkiewitz (ritstjórar), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* (bls. 339-379). New York: Guilford press.

- WHO. (e.d.). *Injecting drug use*. Sótt 18. september 2012 af <http://www.who.int/hiv/topics/idu/about/en/index.html>.
- WHO. (2008). *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: An integrated approach*. Geneva: Author.
- WHO. (2009). *Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*. Geneva: Author.
- Wiessing, L., van de Laar, M. J., Donoghoe, M. C., Guarita, B., Klempová, D. og Griffiths, P. (2008). HIV among injecting drug users in Europe increasing trends in the east [Rafræn útgáfa]. *Eurosurveillance*, 50, 1-3.
- Wodak, A. (2012). Policy and practice in harm reduction on Australasia: Thirty years of harm reduction in Australia. Í R. Pates og R. Riley (ritstjórar), *Harm reduction in substance use and high-risk behaviour: International Policy and Practice* (bls. 405-407). Sussex: Blackwell publishing
- Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson. (2003). Um úrtök og úrtaksaðferðir. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í félagsvísindum* (bls. 51-66). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Fylgiskjal A: Viðtalsvísir

Þekkir þú hugmyndafræði og nálganir skaðaminnkunar?

Hvaða viðhorf hefur þú til skaðaminnkunar?

Telur þú að næg þekking sé til staðar á skaðaminnkun í íslenska heilbrigðis- og félagslega kerfinu?

Telur þú að ástæða sé til að ríkjandi stefnumótun byggir að einhverju leiti á nálgunum skaðaminnkunar? / Telur þú þörf á að til staðar verði formleg stefna, lög eða reglugerðir hvað varðar skaðaminnkandi nálganir hjá ríki eða sveitafélögum?

Hvaða jákvæða árangur telur þú að skaðaminnkandi nálganir gætu borið með sér ef þær yrðu hluti af stefnumótun í vímuefnamálum?

Telur þú vera forsendur fyrir því að skipta stefnumótun í vímuefnamálum upp í forvarnarstarf, meðferðarkerfi og skaðaminnkun hér á landi?

Hvaða breytingar telur þú að fagfólk sem starfar með fíklum þyrfti að gera til þess að innleiða skaðaminnkun í heilbrigðis- og félagslega kerfið hér?

Hvaða hindranir sérð þú á innleidd verði skaðaminnkun hér á landi?

Telur þú að skaðaminnkandi nálganir gætu raskað hag vímuefnaneytenda eða þeirra sem starfa með þeim? Dæmi: ýti undir vímuefnaneyslu, sendi misvísandi skilaboð eða leiði til þess að fólk hætti síður í neyslu?

Fylgiskjal B: Upplýst samþykki

Upplýst samþykki fyrir þátttöku í rannsókn MA- nema í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands:

Skaðaminnkun á Íslandi

Kæri þátttakandi

Höfundur þessarar rannsóknar er Ísabella Björnsdóttir, meistaranemi í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Leiðbeinandi og ábyrgðaraðili rannsóknarinnar er Steinunn Hrafnisdóttir, dósent við Félagsráðgjafadeild Háskóla Íslands, Odda v. Suðurgötu, 101 Reykjavík. Hægt er að ná í Steinunni Hrafnisdóttur á netfangið Steinhra@hi.is.

Skaðaminnkun er ný hugmyndafræði á sviði fræða um vímuefnamál sem síðastliðin ár hefur verið að ryðja sér rúm á Vesturlöndum. Með rannsókninni er markmiðið að afla nýrrar þekkingar og fá innsýn í viðhorf íslensk fagfólks sem starfa með vímuefnaneytendum á skaðaminnkun. Eitt viðtal er tekið við hvern þátttakanda og munu viðtölin taka u.þ.b. 30 – 50 mín. Viðtölin fara fram frá september 2012 til október 2012.

Þátttakendum er frjálst að hafna eða hætta þátttöku hvenær sem er án útskýringa. Einnig hefur þátttakandi fullan rétt á að neita að svara einstökum spurningum eða að ræða einstök efnisatriði. Viðtölin eru hljóðrituð og að lokinni úrvinnslu gagna verður þeim eytt, þ.e. ekki síðar en desember 2012.

Viðtölin verða tekin upp á segulband, þau afrituð frá orði til orðs og síðar munu viðtölin verða innihaldsgreind með aðferðum eigindlegrar aðferðarfræði. Notast verður við dulnefni og nöfn þátttakenda munu ekki koma fram, hvorki í skjölum sem innihalda afritun viðtala né í rannsóknarniðurstöðum.

Rannsóknin hefur verið tilkynnt til Persónuverndar samkvæmt lögum um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr.77/2000. Heimilt er að hætta þátttöku á hvaða stigi rannsóknarinnar sem er.

Samþykki þetta er í tvíriti og mun hver þátttakandi halda eftir eintaki. Með undirskrift minni staðfesti ég þátttöku mína í þessari rannsókn og mér er ljóst í hverju þátttaka mín felst. Ég hef vitneskju um þann rétt minn að mega hætta þátttöku á hvaða stigi rannsóknarinnar sem er án þess að geta um ástæðu og án frekari eftirmála.

Dagsetning: _____

Nafn þátttakanda: _____

Höfundur rannsóknar: _____