



Skaðaminnkun vímuefnastefnu

Samanburður á stefnu Hollands, Portúgal og Kanada

Þórhildur S. Blöndal og Sunneva Tómasdóttir

Ritgerð til BS prófs (12 einingar)



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

Skaðaminnkun vímuefnastefnu
Samanburður á stefnu Hollands, Portúgal og Kanada

Þórhildur S. Blöndal og Sunneva Tómasdóttir

Ritgerð til BS prófs í hjúkrunarfræði
Leiðbeinendur: Helga Sif Friðjónsdóttir og Brynja Örlygsdóttir

Hjúkrunarfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2014

Harm reduction of drug policy
Comparison of Drug policy in the Netherlands, Portugal and Canada

Pórhildur S. Blöndal and Sunneva Tómasdóttir

Thesis for the degree of Bachelor of Science
Supervisors: Helga Sif Friðjónsdóttir and Brynja Örlygsdóttir

Faculty of Nursing
School of Health Sciences

June 2014

Ritgerð þessi er til BS prófs í hjúkrunarfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi ríttthafa.

© Sunneva Tómasdóttir og Þórhildur S. Blöndal, 2014

Prentun: Prentsmiðja xxx

Reykjavík, Ísland 2014

Ágrip

Skaðaminnkun er nálgun við fólk sem á við erfiðan vímuefnasjúkdóm að stríða og hefur verið notuð til að minnka þann skaða sem vímuefnaneysla hefur í för með sér, með reyndum árangri.

Nálgunin felur í sér að draga úr þeim heilsufarslega, fjárhagslega og félagslega skaða sem hægt er að fyrirbyggja. Þáttur í því er að beita aðgerðum sem minnka líkur á því að þeir einstaklingar sem neyta ólöglegra vímuefna fái á sig neikvæðan stimpil. Með skaðaminnkandi nálgun er litið á vímuefnasjúkdóm sem viðfangsefni heilbrigðiskerfisins og að þar með sé þörf á því að endurskoða viðurlagapólitík stjórnvalda þegar kemur að minniháttar vímuefnabrotum. Með minniháttar brotum er átt við t.d. meðferð eða vörslu lítilla neysluskammta einstaklinga sem haldnir eru vímuefnasjúkdómi.

Tilgangur fræðilegu úttektarinnar er að skoða þætti í skaðaminnkandi vímuefnastefnu stjórnvalda og skoða hvaða margskonar áhrif stefna stjórnvalda getur haft á einstakling og samfélagið í heild.

Í ritgerðinni verða auk þess bornar saman mismunandi leiðir til að móta stefnu í vímuefnamálum og síðan fjallað um hvaða árangri þær hafa skilað í þeim þremur löndum sem tekin eru til skoðunar. Í umræðukafla verður leitast við að varpa ljósi á orðræðu fjölmiðla og stjórnmálamanna að undanfögnu um skaðaminnkun á Íslandi og hvernig sú umræða hefur áhrif á löggjöf og viðhorf stjórnvalda á Íslandi.

Í ályktunarkafla er síðan velt upp spurningum um framtíðarsýn skaðaminnkunar sem hugmyndafræði á Íslandi.

Lykilorð: Skaðaminnkun, vímuefnastefna, vímuefnafíkn, Kanada, Portúgal, Holland, afglæpavæðing, nálaskiptipjónusta, viðhaldsmeðferð og neysluherbergi.

Abstract

Harm reduction is an evidence based approach for people dealing with a severe substance abuse disease and has been used to reduce the harm substance abuse can cause.

The approach has been shown to reduce foreseeable harm related to health, economical and social status of drug users. Harm reduction approach includes, among other, reducing stigma associated with illegal drug use. Substance abuse disease is viewed as an assignment for the healthcare system and a need to reevaluate penalty politics of government, in relation to small drug related offense is seen as imperative. Small drug related offense refers to drug possession for personal use and drug usage of people with a substance abuse disease.

The aim of this review is to examine the emphasis of the authorities on harm reduction regulations, and look into the various effects governmental regulations can have on individuals and society as a whole.

In addition, this final thesis will compare variable ways of forming drug addiction policies in three countries and what results they have achieved.

In the discussion chapter light will be shed on current discourse of media and politicians in Iceland on harm reduction and how the discussion can affect legislation and position of authorities.

In conclusion, questions about the future of harm reduction as an ideology in Iceland are raised.

Keywords: harm reduction, drug addiction, Canada, Portugal, Netherland, decriminalization, needle exchange program, substitute treatment and injection room.

Þakkir

Við viljum þakka leiðbeinendum okkar, Helgu Sif Friðjónsdóttur og Brynju Örlygsdóttur, fyrir ágæta leiðsögn, hvatningu og góðar ábendingar. Sunneva vill þakka móðir sinni, Elísabetu Magnúsdóttur, systur, Sigríði Dröfn Tómasdóttur og föðursystur Vilborgu Auði Ísleifsdóttur fyrir stuðning og góð ráð í gegnum námið. Þórhildur vill þakka foreldrum sínum og unnusta, Helga Þorsteinssyni, fyrir ómetanlegan stuðning í náminu síðastliðin fjögur ár.

Að lokum vilja Þórhildur og Sunneva þakka Helga Þorsteinssyni, Gerði Leifsdóttur og Sigríði Dröfn Tómasdóttur fyrir yfirlestur og góðar ábendingar. Þá viljum við þakka Árna Óskarssyni fyrir prófarkalestur.

Efnisyfirlit

Ágrip	4
Abstract.....	5
Þakkir.....	6
1 Inngangur	8
1.1 Vímuefni og vímuefnaneysla	9
1.2 Vímuefnafíkn sem heilbrigðismál.....	9
1.3 Hugmyndafræði skaðaminnkunar.....	10
1.4 Saga skaðaminnkunar	11
1.5 Ávinningur Skaðaminnkunar.....	13
1.6 Erfiðleikar sem skaðaminnkun mætir.....	14
1.7 Vímuefnanoktun sem refsivert afbrot.....	15
1.8 Vímuefnastefna stjórnvalda í öðrum löndum	16
1.9 Samaburður milli landa	18
1.9.1 Holland	18
1.9.2 Portúgal	21
1.9.3 Kanada	23
2 Samantekt.....	26
2.1 Lagaumgjörð og stefnumótun	26
2.2 Meðferðarumgjörð.....	27
2.3 Árangur	27
2.4 Neyslutíðni ólöglegra vímuefna	28
2.5 Blóðbornir smitsjúkdómar	28
3 Umræða	29
3.1.1 Ísland	
3.1.2 Gildi fyrir hjúkrun.....	31
Ályktanir	32
4 Heimildaskrá	33

1 Inngangur

Í samfélögum er til hópur fólks sem stundar ákveðna hegðun, einsog ólöglega vímuefnaneyslu, sem ekki þykir félagslega samþykkt. Mögulegt er að þessi hegðun feli í sér ákveðna áhættu fyrir einstakling og samfélag og þar af leiðandi veldur hegðunin oft samfélagi og einstaklingum skaða (Schaefer, 2008). Skaðaminnkun er hugmyndafræði sem miðar að því að draga úr og fyrirbyggja þann skaða sem mögulega hlýst af tiltekinni áhættuhegðun. Byggir skaðaminnkun á því að hægt sé að draga úr heilsufars-, félags- og samfélagslegum skaða með hugmyndafræði samhygðar og mannréttinda í fyrirrúmi. Þessari nálgun er því hægt að beita m.t.t. hvaða vímuefna sem er. Henni hefur hins vegar einna mest verið beint að fólki sem notar ólögleg vímuefni. Sýnt hefur verið fram á árangur skaðaminnkunar fyrir einstaklinginn sjálfan sem þiggur þjónustuna, fjölskyldur þeirra og samfélagið í heild (Marlatt, Larimer og Witkiewitz, 2012). Neysla vímuefna gegnum æð veldur alvarlegari og verri skaða en aðrar neysluaðferðir vímuefna. Þess vegna er vímuefnaneysla gegnum æð mikið rannsakað og jafn flókið fyrirbæri og raun ber vitni (Bridge, 2010).

Alls er áætlað að 14 milljónir manna neyti vímuefna í æð í heiminum. Af þeim er áætlað að 1,6 milljónir séu HIV smitaðar á hverjum tíma. Það gefur til kynna að tíðni HIV-smitaðra sé 11,5% hjá fólki sem notar vímuefni í æð. Áætlað hlutfall smitaðra af lífrarbólgu-C sem nota vímuefni í æð er 51%, sem þýðir að 7,2 milljónir þeirra sem nota vímuefni í æð eru smitaðir af lífrarbólgu-C ef miðað er við árið 2011 (UNODC, 2013). Til að draga úr útbreiðslu þessara smitsjúkdóma hefur skaðaminnkandi inngripum verið beitt. Það eru inngrip einsog nálaskiptiþjónusta, þar sem einstaklingum er boðinn hreinn sprautubúnaður, neysluherbergi, methadone-viðhaldsmeðferðir og aðgengi að félags- og heilbrigðisþjónustu (Marlatt, Larimer og Witkiewitz, 2012).

Í þessari ritgerð er leitast við að skoða skaðaminnkandi stefnu stjórnvalda um ólöglega vímuefnaneyslu, viðhorf til einstaklinga sem nota vímuefni, löggjöf stjórnvalda og áhrif stefnumótunar á einstaklinga sem nota vímuefni, fjölskyldu hans og samfélagið í heild. Fjallað er um það hvaða reynslupekking er til um ávinning samfélaga af skaðaminnkun til viðbótar við vímuefnameðferðir og forvarnir. Í ritgerðinni eru skoðaðar mismunandi nálganir í þremur löndum sem hafa farið ólíkar leiðir í stefnumótun og aðgerðum í vímuefnamálum. Í umræðukafla er staða Íslands skoðuð.

Leitað var heimilda í gagnasöfnum, fræðigreinum og bókum. Þau gagnasöfn sem notuð voru við heimildaleit voru Pubmed, Google scholar, Cinahl, Medline, EbscoHost, Proquest og Scopus. Leitarorð sem stuðst var við voru harm reduction, drug policy, drug addiction, Canada, Portugal, Netherlands, low-threshold treatment og needle exchange programs. Einnig var leitað heimilda á heimasíðum alþjóðlegra samtaka um málefni sem varða vímuefnanotkun og skaðaminnkun.

1.1 Vímuefni og vímuefnaneysla

Vímuefni hafa verið skilgreind sem efni er einstaklingar hafa notað til að breyta líðan, hugsun eða skynjun. Flest fólk notar einhver vímuefni sér til ánægju, fær sér áfengi, koffín eða tóbak án nokkurra félagslegra vandamála. Fólk notar vímuefni af fjölmörgum og mjög mismunandi ástæðum (Abadinsky, 2013).

Skilgreiningin á því við um lögleg efni eins og koffín, nikótín, alkóhól og einnig ólögleg efni eins og kannabis, kokaín og heróín. Hver þessara vímuefna eru lögleg og hver ólögleg ræðst af stefnu stjórnvalda hverju sinni (WHO, 2004).

Nikótín og áfengi eru löglegir vímugjafar en það er ekki þar með sagt að löglegir vímugjafar hljóti að vera þeir sem eru minna ávanabindandi eða áhættuminni en þeir ólöglegu. Tóbak er algengasti vímugjafi sem nú er notaður í heiminum og er tóbak valdur að flestum ótímabærum andlátum, fleirum en allir aðrir vímugjafar samanlagðir (Abadinsky, 2013). Á Íslandi var bjórinn var lengi framan af ólöglegur drykkur og hafði almenningur miklar áhyggjur af því að neyslan áfengis myndi stóraukast og hvaða afleiðingar áfengisneysla þessa fyrrum borboðna drykk hér á landi hefði á samfélagið. Raunin varð sú að heildaráfengisneysla Íslendinga jókst, en neysla á sterku áfengi dróst saman (Helgi Gunnlaugsson, munnleg heimild, 8. apríl 2014).

Á Íslandi hefur einn af hverjum þremur landsmönnum prófað að neyta ólöglegra vímuefna en hjá flestum er neyslan aðeins tímabundin. Neysla ungs fólks er því í flestum tilvikum tímabundin og umfangsbundin eftir „tískusveiflum“, sem eru mestan part vegna alþjóðlegra strauma. Neyslan er oftast í tilraunaskyni eða af forvitni og félagslegum ástæðum. Flestir einstaklingar hætta neyslu með auknum aldri og samfara aukinni ábyrgð (Helgi Gunnlaugsson, munnleg heimild, 9. apríl, 2014). Aðeins lítil hópur þeirra sem prófa ólögleg vímuefni ánetjast þeim. Sá hópur eru þeir sem eru verst staddir og lengst leiddir í vímuefnaneyslu sinni og eiga að öllum líkindum að auki við persónulegan og alvarlegan félagslegan vanda að stríða (Abadinsky, 2013). Hlutfall fólks í heiminum sem glímir við vímuefnasjúkdóm er tiltölulega stöðugt. Heildarfjöldi notenda ólöglegra vímuefna hefur aukist, en áætlaður heildarfjöldi fólks með ávana- og fíknisjúkdóm hefur ekki aukist hlutfallslega. Það bendir til þess að skýra megi aukinn fjölda vímuefnanotenda út frá fólksfjölgun í heiminum (UNODC, 2013).

1.2 Vímuefnafíkn sem heilbrigðismál

Alþjóðaheilbrigðismálastofnun (WHO, e.d) lýsir misnotkun vímuefna sem skaðsamari eða hættulegri notkun á hugbreytandi efnum, þar með töldu áfengi og ólöglegum vímuefnum. Þessi efni geta leitt til ávanasjúkdóms sem þróast eftir endurtekna notkun vímugjafans. Vímugjafinn getur valdið auknu þoli hjá einstaklingum sem gerir það að verkum að einstaklingur fær aukna löngun í vímugjafann. Einstaklingar með vímuefnasjúkdóm eiga í auknum erfiðleikum með að stjórna neyslunni og vímugjafinn hefur þannig forgang fram yfir virkni og samfélagslegar skyldur. Þol veldur því að einstaklingur upplifir stundum líkamleg fráhvarfseinkenni þegar neyslu er hætt.

Vímuefnafíkn er langvarandi heilasjúkdómur sem einkennist af áráttukenndri notkun vímugjafa, stjórnleysi við að takmarka notkun vímuefna þar sem einstaklingur finnur fyrir vanlíðan,

kvíða eða pirringi þegar vímuefni eru ekki til staðar (Koop, 2005). Nýjustu rannsóknir sýna fram á að vímuefnafíkn einstaklinga getur orðið til vegna samspils ýmissa þátta úr umhverfi, félagslegra þátta og erfða einstaklings (Maze og Nestler, 2012). Vímuefna- og áfengisfíknigreiningar tilheyra geðsjúkdómum og flokkast á Íslandi eftir alþjóðlegri tölfraðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála ICD-1014. Á Íslandi styðst geðlæknisfræðin auk þess við bandarískt DSM IV-geðsjúkdómaflokkunarkerfi sem skilgreinir mismunandi stig áfengis- og vímuefnanotkunar (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, 2005). Áfengis- og vímuefnafíkn er í geðlæknisfræðinni flokkuð sem bæði áráttröskun og hvatastjórnunarröskun (Koop, 2005).

Neysla vímuefna gegnum æð veldur alvarlegari og verri skaða en aðrar neysluaðferðir vímuefna. Neyslan hefur alvarlegar afleiðingar á heilsufar og félagslegslega stöðu einstaklings (Bridge, 2010). Faraldsfræðilega eru alvarlegar sýkingar algengari en gengur og gerist meðal þess hóps sem neytir vímuefna í æð miðað við þann hóp sem ekki notar vímuefni í æð. Sýkingar geta verið í og kringum stungstað- og lungnabólga og hjartabelsbólga eru tiltöluleg algengar. Blóðbornar veirusýkingar eru algengar meðal einstaklinga sem nota vímuefni í æð. Berast þær oftast með samnýtingu sprautunála og annars sprautubúnaðar. Algengustu veirusýkingar meðal sprautufíkla eru lifrabólga B, lifrabólga C og HIV. Lifrabólgu B er hægt að meðhöndla og verður sjaldnast að langvinnum sjúkdómi, en lifrabólga C og HIV verða að langvinnum sjúkdómum sem sjúklingur þarf að lifa með og fylgja langvarandi meðferð (SÁÁ, 2010). Einn liður til að koma í veg fyrir alvarlegar sýkingar hjá sprautufíklum er að efla aðgengi þeirra að hreinum sprautum, nálum og tengdum neyslubúnaði, en alvarlegustu sýkingarnar smitast með blóði (Lubkin og Larsen, 2006).

Vímuefnanotendur eru hópur sem eru vegna félags- og efnahagslegrar stöðu varnarlausari en aðrir gagnvart áhættuþáttum heilbrigðis en eiga jafnframt erfiðara með að nálgast heilbrigðisþjónustu. Varnarleysi þessa hóps felur í sér að hópurinn hefur litla stjórn á aðstæðum og umhverfi sínu (Harkness og Demarco, 2012).

Í lögum nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga er sjúklingur skilgreindur sem notandi heilbrigðisþjónustu. Í lögunum segir að sjúklingar eigi rétt á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem völ er á hverju sinni, eftir bestu þekkingu á hverjum tíma og skal heilbrigðisstarfsmaður leitast við að skapa traust milli sín og sjúklinga (Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997). Mikilvægt er að hafa þessi lög í huga þegar einstaklingur með fíknisjúkdóm nálgast heilbrigðiskerfið. Einstaklingar sem glíma við vímuefnasjúkdóm þurfa að leita eftir þjónustu vegna afleiðinga notkunar vímuefna til heilbrigðiskerfisins en eiga erfiðara með það en hinn venjulegi meðalmaður vegna fordóma gagnvart því vali þeirra að nota vímuefni. Vímuefnanotendur eru ásakaðir um að taka ekki ábyrgð á eigin heilsu og athöfnum. Þeir njóta oft ekki sama stuðnings og aðrir frá fjölskyldu og vinum og mynda því oft félagsstengsl við aðra sem stunda álíka áhættuhegðun. Þeir eru oft vanhaldnir efnahagslega, félagslega og menntunarlega vegna lífsstíls síns og eiga því erfiðara með að nálgast heilbrigðiskerfið (Harkness, og Demarco, 2012).

1.3 Hugmyndafræði skaðaminnkunar

Skaðaminnkun er úrræði í málefnum einstaklinga sem nota vímuefni. Stefnum í vímuefnamálum hefur verið skipt upp eftir hugmyndafræðinni sem býr þeim að baki. Sjúkdómslíkanið (e. disease model)

byggir á því að fíkn sé líffræðilegur sjúkdómur sem sumir hafa en aðrir ekki (Denning og Little, 2004). Telja þeir sem aðhyllast þessa kenningu að félagslegar aðstæður og samfélagið hafi minni áhrif enn aðrar kenningar segja til um. Lausnin er talin vera ævilangt bindindi og er þetta líkan sterkt í íslensku samfélagi. SÁÁ og AA-samtökin aðhyllast til að mynda þetta líkan. Á hinn bóginn eru líkön sem kölluð eru einu nafni aðlögunarlíkon (e. adaptive model) sem byggja á því að lífsreynsla manneskju og félagslegar aðstæður ráði nokkru um það hvernig manneskja aðlagast aðstæðum sínum. Vímuefnanotkun er þannig skýrð að ef manneskja hefur fundið fyrir sársauka eða þjáist af t.d. kvíða, leitar hún í vímuefni til að takast á við líf sitt (Denning og Little, 2004).

Skaðaminnkun er heilbrigðismiðuð við vímuefnaánetjun einstaklinga. Hún byggist á því að draga úr þeim skaða sem vímuefna- og áfengisneysla veldur og nálgast viðfangsefnið á félagslegum og heilsufarslegum grundvelli. Nokkur atriði einkenna skaðaminnkandi hugmyndafræði, það er að hún miðar af raunsæi við ástand einstaklings, byggir á virðingu fyrir einstaklingnum, gætir mannréttinda einstaklinga sem nota vímuefni auk þess sem henni er ætlað að draga úr skaða og auka heilbrigði og tekast á við brýnasta vandann fyrst (Thomas, 2005). Skaðaminnkun felur í sér mannúðlega afstöðu og hefur að leiðarljósi að viðhalda virðingu þeirra einstaklinga sem nota vímuefni. Mikilvægt er að hafa í huga að vímuefnaneysla hefur ekki einungis áhrif á einstaklinginn sjálfan, heldur einnig fjölskyldu hans og samfélagið. Einstaklingar í neyslu eru oft óvirkir þegnar, treysta á félagslega þjónustu og búa við verri heilsu en aðrir. Skaðaminnkandi hugmyndafræði byggir á lágþröskulds-inngripum, þar sem einstaklingur í neyslu hefur áhrif á eigin heilsu og hvaða þjónustu hann er tilbúinn að þiggja. Einstaklingi getur verið annst um heilsu sína og heilbrigði þótt hann noti vímuefni, lögleg eða ólögleg. Hægt er að stuðla að heilbrigðisvakningu einstaklings sem háður er vímugjafa og þarf að gera það í samstarfi við hann. Í hugmyndum um skaðaminnkun er einnig gert ráð fyrir að þjónusta og búnaður til vímuefnanotkunar sé aðgengilegur einstaklingum í neyslu og aðekki séu sett skilyrði fyrir að því að einstaklingur fái þá þjónustu sem hann þarf á að halda (Marlatt, 1996).

Þegar talað eru um lágþröskulds-þjónustu er átt við að veita einstaklingi þjónustu án þess að sett séu skilyrði fyrir aðgangi. Þar er t.d. átt við kröfu um bindindi eða að hafa verið án vímugjafa í ákveðinn tíma áður en einstaklingur fær að notfæra sér þjónustu eða úrræði sem í boði eru. Þannig hafa allir sem nota vímuefni í æð, lögleg eða ólögleg, ávallt aðgang að hreinum sprautubúnaði, almennri heilbrigðisþjónustu og félagslegum úrræðum, eins og húsnæði. Fyrirgreindar kröfur eru ekki settar í þjónustu sem byggir á skaðaminnkandi hugmyndafræði (Marlatt, 1998; Mofizul Islam, 2013).

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO, 2009) og Alþjóðleg hagsmunasamtök gegn alnæmi (UNAIDS, 2010) ráðlögðu að tekin yrðu upp skaðaminnkandi úrræði um allan heim. Á 21. öld eru skaðaminnkandi úrræði farin að breiðast út fyrir Vestur-Evrópu og Norður-Ameríku til Asíu, Afríku, Suður-Ameríku og Austur-Evrópu. Huga þarf sérstaklega vel að menningarmun samfélaga til að geta mætt þörfum þessara þjóða við innleiðingu skaðaminnkunar. Til að árangur náist og skaðaminnkun festi sig í sessi sem víðast þarf stuðningur við skaðaminnkandi úrræði að koma frá mörgum þjóðfélagsstigum, allt frá einstaklingnum sjálfum til stefnumótenda (Collins o.fl., 2012).

1.4 Saga skaðaminnkunar

Nútíma skaðaminnkun á upphaf sitt að rekja til Hollands og Bretlands.

Árið 1982 stofnaði hollenskur heróínnotandi að nafni Nico Adriaans grasrótahreyfinguna Rottendamse Junkiebond sem voru hagsmunasamtök um mannréttindi og heilsuvernd fólks sem notar vímuefni í æð. Junkiebond rak fyrstu nálaskiptipjónustuna og bjó samhliða til fræðsluefni um örugga neyslu vímuefna um æð fyrir vímuefnaneytendur. Markmið hagsmunasamtakanna var að minnka skaða vímuefnanotkunar einstaklinga. Junkiebond aðstoðuðu vísindamenn við rannsóknir á vímuefnaneyslu til að finna betri úrræði við neysluna og efla skilning á skaðsemi hennar. Árið 1984 hóf hollenska ríkið samstarf við Junkiebond og var það fyrsta nálaskiptipjónustan á vegum opinberra heilbrigðisþjónustu á heimsvísu. Þjónustan var rekin í samvinnu við Heilsugæslustöð og Junkiebond. Á þessum árum var HIV- og lífrarbolgu-B-smitfaraldur að breiðast út meðal fólksí Hollandi sem neytti vímuefna í æð og var verkefnið mikilvægur liður í forvörnum til að fyrirbyggja þann faraldur. Verkefnið varð til þess að stjórnvöld Hollands kynntu skaðaminnskun sem stefnumótun í eigin vímuefnastefnu og í lok níunda áratugarins voru ríkisreknar nálaskiptipjónustur komnar upp í 60 hollenskum borgum (Collins, Clifasefi, Logan, Samples, Somers og Marlatt, 2012).

Á sjöunda áratugnum ríkti mikill heróínvandi í Liverpool og var yfirvofandi HIV-faraldur í þessum fjölmenna jaðarhópi. Á þessum tíma unnu John Marks, sálfræðingur í Mersey, og Allan Perry, heilsuefningarfrömuður, að nýju úrræði til að bregðast við vímuefna- og HIV-vandanum í hverfinu og seinna gekkst Sir Donald Wilson, formaður heilsugæslu Mersey, til liðs við þá sem brugðu á það ráð að hefja heilbrigðisþjónustu þar sem reynt var að höfða til vímuefnaneytenda sem áður höfðu lítið nýtt sér heilbrigðisþjónustu (O'Hare, 2007).

Stofnað var fræðslu- og upplýsingasetur um vímuefnaneyslu, Mersey drug training and information center, sem staðsett var í úthverfi Liverpool, Mersey. Í setrinu var beitt mannúðlegu úrræði fyrir vímuefnaneytendur og unnið gegn fordæmingu hópsins með nærþjónustu (Collins o.fl., 2012). Nærþjónusta er ókeypis þjónusta sem er veitt í umhverfi þeirra sem vilja nýta sér hana eða þeirra sem voru í mestri þörf fyrir þjónustuna en ekki innan heilsugæslu eða sjúkrahúss. Þjónustan miðar að því að finna einstaklingana sem þurfa á henni að halda og veita þeim viðeigandi úrræði þar sem þeir halda til (National Institute on Drug Abuse, 2002). Notað var hugtakið aðgengilegur (e. user friendly) um þjónustuna þar sem sjálfræði einstaklings er virt og neytendum boðin sú þjónusta sem þeir voru tilbúnir til að þiggja (Ashton og Seymour, 2010).

Heilbrigðisþjónustan miðaði að því að ná tengslum við vímuefnaneytendur, viðhalda tengslum við þá og aðstoða þá við breyta hegðun og minnka skaðann sem hegðun þeirra veldur. Fylgt var því fordæmi Hollendinga sem þeir kynntu 1984 að bjóða hreinar nálar og sprautur í breyttu salerni innan fræðslusetursins. Lyfið methadone var einnig boðið til að laða fólk í þjónustuna (O'Hare, 2007). Methadone er morfínskylt lyf sem virkar líkt og morfin en er ekki eins vanabindandi. Það er notað til að minnka fráhvörf við heróínfíkn eða til afeitrunar frá heróíni (Chou, Cruciani, Fiellin, Compton, Farrar, Haigney o.fl., 2014).

Í upplýsingasetrinu var einnig veitt fræðsla um öruggar neysluaðferðir og almennaheilsuvernd. Á svipuðum tíma voru einnig sett á laggirnar skaðaminnskandi úrræði í Kanada árið 1989 og í Ástralíu árið 1986 (Einstein, 2007).

Árið 1986 opnaði kaffihús sem varð fyrsta löglega neyslurýmið undir faglegri umsjón á lestarstöð í Bern í Sviss. Kaffihúsið var upphaflega ætlað sem venjulegt kaffihús fyrir vímuefnanotendur þar sem

þeir gætu leitað skjóls frá stöðum sem þeir væru óvelkomnir á, eins og öðrum kaffihúsum. Á kaffihúsinu var á boðstólum matur og drykkur, auk upplýsinga um öruggt kynlíf, öruggar neysluaðferðir og félagsráðgjöf. Kaffihúsið varð mjög vinsælt og fóru vímuefnanotendur að nýta það sem neyslurými. Samkomulag var gert við lögreglu um að neysla ólöglegra vímuefna væri leyfð innan kaffihússins fyrir lögráða einstaklinga. Vegna slæms aðbúnaðar og heilsufars þessa hóps var ráðinn heilbrigðisstarfsmaður á kaffihúsið (Haemming og van Beek, 2005).

Gaf nálgun skaðaminnkunar það góða raun til varnar útbreiðslu HIV að haldin var fyrsta ráðstefnan um skaðaminnkun í Liverpool árið 1990. Stefnumál ráðstefnunnar miðuðu að því að kanna hvernig draga mætti úr skaða vímuefnaneyslu og var fyrirmyndin Merseyside líkanið. Ráðstefnan höfðaði til fræðimanna, heilbrigðisstarfsfólks og vímuefnanotenda. Árið 1996 voru stofnuð Alþjóðlegu skaðaminnkunarsamtökin (International Harm Reduction) upp úr ráðstefnum samkvæmt Mersey-líkaninu (Collins o.fl., 2012). Alþjóðlegu skaðaminnkunarsamtökin halda reglulega ráðstefnur um skaðaminnkun og var síðasta ráðstefna haldin í júní 2013 í Vilnius í Litháen (IHRA, e.d.). Árið 2002 lýsti Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (e. WHO) yfir stuðningi við ráðstefnuna og þau yfirgripsmiklu skaðaminnkandi úrræði sem féllu undir Mersey-líkanið. (Collins o.fl., 2012).

1.5 Ávinningur Skaðaminnkunar

Árið 2007 var talið að um 16 milljónir manna notuðu vímuefni í æð að staðaldri. Helstu veirusjúkdómar sem smitast milli einstaklinga sem nota vímuefni í æð eru lifrabólga B, lifrabólga C og HIV.

Á miðjum nitujunda áratug tuttugustu aldar varð mikill HIV faraldur í Evrópu og Bandaríkjum. Flest Evrópuríkin hófu að þróa forvarnarúrræði sem náðu til vímuefnanotenda þar sem skaðaminnkandi inngríp eins og nálaskiptibúnaður, methadone-viðhaldsmeðferðir og neysluherbergi minnkuðu smittitíðni HIV. Í Evrópu sýna tölur að náðst hefur mjög mismunandi árangur eftir löndum við að stemma stigu við faraldri HIV. Á árunum 2008-2009 var HIV-tíðni á bilinu 0-50% meðal vímuefnanotenda í æð. Stafar þessi mikla breidd af hversu aðgengilegur nálaskiptibúnaður er í Evrópu (EMCDDA, 2011).

Útbreiðsla lifrabólgu C- er nú meirri en HIV í Evrópu en áætlað er að þar sé tíðni hennar 40-60% meðal vímuefnanotenda sem nota vímuefni í æð (EMCDDA, 2011). Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni eru um 185 milljón manns smitaðir af lifrabólgu C í heiminum (WHO, 2014). Af þeim látast um 350 þúsund manns árlega. Um 80% þeirra notenda sem smitast af lifrabólgu C þróa með sér króníska sýkingu (Nelson, Mathers, Cowie, Hagan, Jarlis, Horyniak, og Degenhardt, 2011). Skaðaminnkandi inngríp hafa borið árangur þegar kemur að útbreiðslu blóðborinna smitsjúkdóma. Algengt er að smitaðir einstaklingar geri sér ekki grein fyrir einkennum og viti ekki af því að þeir séu smitaðir. Lifrabólgu C má lækna með viðeigandi lyfjameðferð og hraðar breytingar á lyfjum og framþróun í læknávisindum auka lífslíkur þeirra sem smitaðir eru af veirunni (WHO, 2014).

Frú Ragnheiður er verkefni á vegum Reykjavíkurbildar Rauða krossins og er breyttur sjúkrahíll. Verkefnið byggir á því að ná til jaðarhópa, heimilisslausra, vímuefnanotenda og útgangsfólks og veita þeim skaðaminnkandi þjónustu, eins og nálaskiptiþjónustu og almenna heilsuvernd (Rauði krossinn, e.d.). Verkefnið hefur skilað góðum árangri, en helsta markmið þess er að mynda tengsl og

koma af stað samræðum við jaðarhópa um leiðir til að draga úr skaðsemi áhættuhegðunar eins og vímuefnanotkunar um æð. Árið 2013 voru heildarkomur í Frú Ragnheiði 1374 og var það fækkun um 140 heimsóknir frá 2012. Af heildarfjölda heimsókna í Frú Ragnheiði voru 1184 vegna sprautu- og nálaskipta sem eru 86% heimsóknanna (Rauði krossinn, e.d).

Frú Ragnheiður er rekin af Reykjarvíkurdeild Rauða krossins með styrktarfé frá velunnurum verkefnisins og afslætti á efni, áhöldum og vinnu. Í bílnum starfa sjálfbóðaliðar sem gjarnan eru hjúkrunarfræðingar (Rauði krossinn, e.d).

Kostnaður við að halda úti nærpjónustu með nálaskiptibúnaði bliknar í samanburði við þann kostnað sem einn HIV-smitaður einstaklingur mun leggja á samfélagið (Reid, 2000). Það er því fjárhagslega hagkvæmt fyrir samfélag að nálaskiptipjónusta sé aðgengileg einstaklingum sem nota vímuefni í æð og koma þannig í veg fyrir þann kostnað sem meðferð við alvarlegum smitsjúkdómum hefur í för með sér.

1.6 Erfiðleikar sem skaðaminnkun mætir

Hugmyndafræði skaðaminnkunar hefur verið gagnrýnd fyrir nokkra þætti. Í fyrsta lagi má nefna að einhverjum fræðimönnum finnst að hugtakið skaði sé ekki nægilega vel skilgreint. Velta þeir fyrir sér hvort skaðinn sé vegna beinnar notkunar á vímuefni, snertir hann félagslega stöðu vímuefna notandans, fjölskyldu hans eða fjárahag. Ef hugtakið „skaði“ er ekki nægilega vel skilgreint getur verið erfitt að byggja úrræði, stefnu og löggjöf á reynslupekkingugagnreyndri og fræðilegri þekkingu (Rehm og fl., 2012).

Skaði þarf auk þess að vera skilgreindur út frá menningu, stað, stund og aðstæðum hverju sinni. Fræðasamfélagið þarf að sýna samstöðu þegar kemur að því hvað felst í „skaða“ og hvað ekki. Flokkast félagsleg aðstaða, áhrif á fjölskyldu, bein áhrif á notandann eða fjárhagsleg byrði sem leggst á samfélag sem skaði, eða er eitt sem skiptir meira máli enn annað í þeirri skilgreiningu (Marlatt, Larimer og Witkiewitz, 2012; Rehm o.fl., 2010)? Skaðaminnkandi úrræði hafa aftur á móti verið skilgreind af alþjóðasamtökum einsog Alþjóðasamtökum um skaðaminnkun (The International Harm Reduction Association (IHRA)). Þar kemur fram að skaðaminnkun vísi til þeirrar stefnu, löggjafar, þeirra verkefna og aðgerða er miða að því að draga úr þeim óhjákvæmilega skaða sem neysla lögglegra og ólögglegra vímuefna veldur einstaklingum, fjölskyldum og samfélagi. Skaðinn getur verið af heilsufarslegum, félagslegum eða fjárhagslegum toga (IHRA, 2014). Það má því deila um hvort „skaði“ hafi verið nægilega vel skilgreindur.

Gagnrýnendur hafa einnig sagt að skaðaminnkandi stefna viðurkenni vímuefnanotkun einstaklinga og sendi röng skilaboð í samfélagið, t.d. um að neysla efna sem eru skaðleg og ólögleg séu í raun í lagi innan ákveðinna marka og ýti undir að einstaklingar noti ólögleg og skaðleg efni. Þar með muni neysla ólögglegra vímuefna aukast með aukinni áherslu á skaðaminnkandi úrræði (Rehm og fl., 2010).

Hafa ber í huga að neysla á vímuefnum stafar oft af margþættum vanda af félagslegum eða geðrænum toga sem einstaklingurinn glímir við (Maisto, Galizio og Connors, 2011). Er því erfitt að alhæfa um hvort ein afmörkuð hugmyndafræði valdi auknum fjölda einstaklinga sem noti vímuefni og

geta margar aðrar breytur komið þar inn í (Hunt, Ashton, Lenton, Mitcheson, Nelles og Stimson, 2003).

1.7 Vímuefnanoktun sem refsivert afbrot

Hegðun vímuefnanotenda hefur jafnan verið talin óæskileg, enda neysla ólöglegra vímuefna oft og tíðum hættuleg einstaklingnum sjálfum og umhverfi hans í sumum tilfellum. Félagslegt taumhald er hugtak sem á við um viðurlög samfélagsins við óæskilegri hegðun og nær einnig til þess hvers konar hegðun flokkast sem slík. Félagslegt taumhald getur bæði verið formlegt og óformlegt. Löggæsluyfirvöld sjá því um að stjórna formlegu taumhaldi með refsingum og almennir borgarar í samfélaginu sjá um óformlegt taumhald með því að beita neikvæðri eða jákvæðri umbun (Schaefer, 2008).

Refsingum er beitt gegn þeim sem gerast sekir um refsiverð brot, viðurlögin fela í sér fordæmingu og vanþóknun samfélagsins og valda refsipola þannig óþægindum eða þjáningu. Refsing er því afdrifaríkasta leið samfélagsins til að beita félagslegu taumhaldi og stemma stigu við óæskilegri hegðun (Jónatan Þórmundsson, 1999). Til að fæla fólk frá því að hljóta refsingu hafa verið skilgreind tvenns konar varnaráhrif sem kölluð eru sértæk og almenn (Jónatan Þórmundsson, 1992).

Sértæk varnaráhrif eru áhrif sem ætluð eru til að fæla einstaklinginn frá endurteknu afbroti eða afbrotum, eftir að hann hefur gerist brotlegur. Hann hlýtur þannig refsingu sem varnar því að hann gerist brotlegur aftur. Almenn varnaráhrif er síðan félagslegt taumhald samfélagsins í formi laga. Það þýðir að almenn vitneskja fólks um að athæfi (vímuefnanotkun t.d.) sé óæskilegt og refsivert samkvæmt lögum og að þeir sem brjóti af sér geti hlotið refsingu, eigi að fæla fólk frá athæfinu. Refsingum er beitt vegna siðaskoðana almennings um hvað þykir siðferðislega rétt í samfélagi manna. Vímu- og fíkniefnalöggjöf byggist á þessum almennu varnaráhrifum. Markmið refsinga er að minnka neyslu og fækka þeim sem gerast brotlegir (Jónatan Þórmundsson, 1992). Á Evrópumálþingi um skaðaminnkun nú í maí 2014 kom fram að í raun er ekkert „fórnarlamb“ afbrotsins nema þá notandinn sjálfur. Þetta er einsdæmi í afbrotafræði því í öðrum brotum er brotapolandi og meintur brotamaður (Helga Sif Friðjónsdóttir, munnleg heimild, 11 maí 2014). Stjórn málafræðingurinn Ethan Nedelman og einn helsti forystumaður fyrir frjálslyndari stefnu í vímuefnamálum heldur því fram að „neysluafbrotin“ sjálf séu ekki vandinn en ef einstaklingur er virkilega að brjóta lögin með auðgunar- eða ofbeldisbrotum þá ná lögin alltaf til hans á endanum (Ethan Nedelman, munnleg heimild, 9. maí 2014).

Refsingum hefur verið beitt til að hamla og uppræta vímuefni og takast á við vímuefnavandann um allan heim frá því í byrjun 20. aldar þegar fyrstu vímuefnalögin litu dagsins ljós (Levine, 2003). Fyrstu alþjóðlegu fíkniefnalögin um ólögleg fíkniefni voru ópíumlögin sem sett voru árið 1912 og bönnuðu hvers kyns innflutning, útflutning, tilbúning eða verslun með ópíum, kókaín, morfín og heróín. Ísland innleiddi þessi lagaákvæði árið 1921 (Ómar H. Kristmundsson, 1985).

1.8 Vímuefnastefna stjórnvalda í öðrum löndum

Ólögleg vímuefni halda áfram að vera raunveruleg ógn við heilbrigði og öryggi í samfélagi (Werb, Kerr, Nosyk, Strathdee, Monataner og Wood, 2013). Heilbrigðisstefna er formleg yfirlýsing stjórnvalda eða stofnana sem skilgreinir markmið og aðgerðir til að mæta þörfum samfélagsins með tiltækum úrræðum og með hliðsjón af pólitískum markmiðum. Hlutverk heilbrigðisstefnu er að standa vörð um heilbrigði og jöfnuð, meta heilbrigðisáhrif og ákvarðanir stjórnvalda. (Nutbeam og Harris, 2004).

Vímuefnastefna stjórnvalda hinna ýmsu þjóðríkja hefur þróast á mismunandi hátt í heiminum. Vímuefnalöggjöfin er misjafnlega ströng í heiminum. Viðurlögin eru einna þyngst í Kína og sumum múslímskum ríkjum en þar hljóta vímuefnasalar, stranga refsingu jafnvel aðeins fyrir vörslu vímuefna og eru jafnvel dæmdir til dauða. Þessu er hins vegar þveröfugt farið í Hollandi þar sem stjórnvöld hafa kosið að fara frjálslegri leið með umburðarlyndi gagnvart vímuefnaneytendum, þrátt fyrir að hafa ekki lögleitt vímuefni. Flestar þjóðir eru auðvitað á milli þessara tveggja andstæðu póla.

Á níunda áratugnum var viðurkenndari leið alþjóðlegrar stefnumótunar í vímuefnamálum að herða refsingar, við vörslu og vímuefnasölu (Greenwald, 2009). Bandaríkin hafa haft hvað hörðustu stefnu í vímuefnaupprætingu meðal vestrænna ríkja en árið 1971 lýsti þáverandi forseti Bandaríkjanna, Richard M. Nixon, yfir stríði á hendur vímuefnum (e. war on drugs). Stríðið, sem nú hefur staðið í u.þ.b. 40 ár, fólst í enn frekari áherslu á upprætingu vímuefnavandans með auknu fjármagni til löggæslu og harðari refsingum (Global Commission on Drug Policy, 2011). Stjórnvöld flestra landa fylgdu eftir og juku fjárveitingar til löggæslu og hertu refsingar í fíkniefnamálum (Greenwald, 2009). Íslensk stjórnvöld hafa eins og fleiri lönd haft það að markmiði að hamlar aðgengi að ólöglegum vímuefnum og uppræta neyslu þeirra með löggæslu (Velferðarráðuneytið, 2013).

Árið 2011 birtist yfirlýsing alþjóðanefndar um vímuefnastefnu um að alþjóðlega vímuefnastríðið hefði mistekist. Afleiðingar stríðsins hefðu komið niður á einstaklingum og samfélögum alls staðar í heiminum. Þvingandi aðgerðir sem beinast að notendum hindra lýðheilsu markmið til að draga úr HIV- og lífrarþólusmiti og fækka dauðsföllum vegna of stórra skammta, alþjóðleg glæpasamtök sem hagnast af svörtum markaði ólöglegra vímuefna og eru ógn fyrir samfélagið hafa stóreflst. Þeim miklu fjármunum sem eytt hefur verið til að stöðva útbreiðslu og framleiðslu ólöglegra vímuefna hefur hvorki dregið úr framboði efnanna né neyslu (Global Commission on Drug Policy, 2011).

Umfangsmikil rannsókn sem Dan Werb, Thomas Kerr, Bohdan Nosyk, Steffanie Strathdee, Julio Montaner og Evan Wood gerðu árið 2013 sýnir fram á að fíkniefnastríðið sé tapað. Í rannsókninni sem birtist í British Medical Journal er skoðað hver sé langvarandi árangur þess að reyna að minnka birgðir ólöglegra vímuefna í heiminum með lögvaldi. Síðastliðna áratugi hafa flestar þjóðir haft upprætingu ólöglegra vímuefna með löggæslu sem forgangsverkefni í því skyni að minnka aðgang að ólöglegum vímuefnum, þrátt fyrir að sérfróðir aðilar hafi bent á að aðrar leiðir væru árangurs- og áhrifaríkari til að stemma stigu við vímuefnavandanum. Í skýrslunni kemur fram að verð á fíkniefnum í heiminum hafi lækkað, hreinleiki efnanna er orðinn meiri, þrátt fyrir framangreindar aðgerðir til að stemma stigu við framboði til að minnka eftirspurn. Þessar aðgerðir eru kostnaðarsamar en síðustu 10 ár hefur fjármagn sem bandarísk stjórnvöld verja í upptöku ólöglegra vímuefna aukist um 465% (Werb, Kerr, Nosyk, Strathdee, Monataner og Wood, 2013). Alþjóðanefnd um vímuefnastefnu hvetur

stjórnvöld til að endurskoða vímuefnastefnu sína með hagkvæmum úrræðum sem byggð eru á þekkingu með áherslu á afglæpavæðingu ólöglegra vímuefna til að minnka völd alþjóðlegra glæpasamtaka og auka öryggi og heilbrigði borgaranna (Global Commission on Drug Policy, 2011).

Algengur misskilningur í orðræðu almennings og fjölmiðla er að afglæpavæðing sé það sama og lögleiðing. Afglæpavæðing felur ekki í sér lögleiðingu vímuefna (Rolles, 2009).

Afglæpavæðing (e. Decriminalisation) er afnám viðurlaga við vörslu og meðferð neysluskammta annars ólöglegra vímuefna. Sala, framleiðsla og inn- og útflutningur fellur ennþá undir hegningarlög. Varsla og meðferð neysluskammta fellur ekki lengur undir dómsvald heldur er tekið á minniháttar afbrotum innan stjórnsýsluréttar. Skipað er ráð sem tekur á minniháttar vímuefnamálum og eru viðurlög ákveðin eftir samningaleið og fundin viðeigandi viðurlög fyrir hvern og einn einstakling. Ráðið tekur því ekki fyrir málefni er varða sölu eða inn- eða útflutning ólöglegra vímuefna sem ennþá fellur undir dómskerfið og er innan hins eiginlega refsiramma (Greenwald, 2009).

Sameinuðu þjóðirnar mæla með lögleiðingu vímuefna í nýjustu skýrslu sinni um vímuefnamál í heiminum til þess að fá eftirlit með vímuefnum í hendur annarra en glæpasamtaka (e. World Drug Report 2013). Þar lýsa þeir yfir að uppræting ólöglegra vímuefnanotkunar hafi ekki borið tilskilinn árangur og nýrrar stefnumótunar sé þörf (UNODC, 2013). IPDC – er alþjóðlegt net frjálsra félagasamtaka sem vinnur að því að efla opinskáa umræðu um árangursríka stefnumótun í vímuefnamálum með áherslu á mannréttindi, öryggi og lýðheilsu.

Lagt er kapp á að umræðan styðjist við reynsluþekkingu sem miðar að skaðaminnkandi úrlausnum. Stefnumótendur þurfa samkvæmt þessu að endurmóta stefnu sína á þann hátt að færast frá harðri refsistefnu og huga þess í stað að heildstæðari lausnum. Huga þarf að heildstæðari aðferðum til að auka eftirlit á þessu sviði án þess að missa marks á réttlæti, lýðheilsu og félagslegum málefnum (Comolli og Hofmann, 2013).

Helsti kosturinn sem lögleiðing vímuefna hefur fram yfir afglæpavæðingu ólöglegra vímuefna er að með afglæpavæðingu er aðeins tekið á málefnum vímuefnanotandans en ekki hinni hlið málsins sem er sala og dreifing. Lögleiðing vímuefna felur því í sér eftirlit bæði með sölu vímuefna, sem dregur úr glæpastarfsemi, og málefnum notandans (Ethan Nedelman, munnleg heimild, 9. maí 2014).

1.9 Samaburður milli landa

1.9.1 Holland

Hollendingar eru með eina af skýrustu vímuefnastefnu í Evrópu. Hollendingar hafa í gegnum tíðina ekki verið eins íhaldssamir og aðrar þjóðir og hafa þannig tekið vímuefnastefnu sína margoft til skoðunar. Hefur því stefna þeirra verið endurskoðuð oftast en þekkist í öðrum löndum. Einstök stefna Hollendinga á sér skýringar en hún kom fram vegna sögulegrar, pólitískrar, félagslegrar, menningar- og efnahagslegrar sérstöðu þjóðarinnar.

1.9.1.1 Löggjöf Hollendinga í vímuefnastefnu

Fyrsta stefna í vímuefnalöggjöf í Hollandi var „ópíum-löggjöfin“ eins og í fleiri löndum. Árið 1976 komu stjórnvöld Hollands fram með nýja stefnu í vímuefnamálum sem enn í dag hefur mikla sérstöðu miðað við önnur ríki í Evrópu og Norður-Ameríku. Þetta var fyrsta skaðaminnkandi vímuefnastefnan í formi löggjafar sem kynnt var til sögunnar (Marlatt, Larimer og Witkiew, 2012).

Löggjöfin kvað á um aðgreiningu á milli „harðari“ og „mildari“ vímuefna. Breytingin kom frá stjórnarákvarðanahópi um vímuefni (e. working group on narcotic drugs) sem gaf út rannsóknarskýrslu árið 1972. Í skýrslunni var lagður fram áhættuskali sem byggður var á læknisfræðilegum, lyfjafræðilegum, félagsfræðilegum og sálfræðilegum gögnum. Efni sem falla undir „mildari“ efni eru kannabisefni, svefntöflur og róandi lyf (EMCDDA, 1995).

Á þessum tíma var kenning Nils Bejerot, sem kölluð var „áfangakenningin“ (e. stepping stone theory), vinsæl við mótnun harðari vímuefnastefnu víðsvegar í Evrópu, en kenningin mælti á móti vægari lagasetningu við kannabis þar sem neysla leiddi til ánetjunar á harðari efnum. Jafnvel var talið að kannabis ylli breytingu í heila notanda sem yrði orsök þess að neytandi sæktist eftir sterkari vímuefnum. Hollenski stjórnarákvarðanahópurinn hafnaði „áfangakenningunni“ og vísaði til félagsfræðilegra rannsókna sem sýndu að með afglæpavæðingu kannabisefna minnkaði stimplun fólks sem notaði kannabis og yrðu því síður til jaðarhópar vímuefnaneytenda sem finna fyrir útskúfun úr samfélaginu. Þeir álitu vímuefnanotkun vera félagslegan vanda og heilsufarsvanda frekar en lögbrot (Uitermark, 2004).

Í Hollandi er einstaklingum leyfilegt að bera á sér neysluskammta sem er 5 grömm af kannabis eða 0,5 grömm af „harðari“ vímuefnum án lögsókna. Með aðgreiningu vímuefna í þessa flokka leyfðu stjórnvöld einnig óopinbera sölu kannabisefna í gegnum kaffihús sem fengu óopinbert leyfi til að selja eingöngu kannabisefni til þess að halda ungu fólk frá harðari efnum sem annars staðar gætu fengist. Kaffihúsin lúta ströngu eftirliti stjórnvalda með ýmsum reglum, t.d. banni við sölu á áfengi og ákvæði um að heildarmagn kannabisefna á kaffihúsunum sé ekki meira en 500 grömm. Þá er einungis heimilt að selja 5 grömm í hvert sinn til 18 ára eða eldri (EMCDDA, 1995).

Í skýrslu frá embætti geðsviðs og fíknisviðs í Hollandi frá árinu 2011 kemur fram að síðan 1995 hefur vímuefnastefna Hollands verið í fjórum meginráttum:

- Fyrirbyggja vímuefnaneyslu og að meðhöndla og endurhæfa vímuefnaneytendur.
- Minnka skaðann sem vímuefnaneytendur verða fyrir.
- Minnka óþægindi sem almenningur verður fyrir af völdum vímuefnaneytenda (eins og ónæði á almannafæri) og tryggja öryggi í hverfunum.
- Berjast gegn framleiðslu og inn- og útflutningi vímuefna

(van Laar, Cruts, Gegeldonk, van Ooyen-Houben, Meijer ofl, 2011).

1.9.1.2 Meðferðarstefna Hollendinga

Hollendingar leggja sterka áherslu á forvarnir við vímuefnaneyslu bæði í grunn- og framhaldsskólum. Klínískar leiðbeiningar hafa verið innleiddar fyrir fagfólk sem vinnur með ungt fólk til að greina fyrstu merki um vímuefnamisnotkun og vímuefnafráhvörf. Þar er greint frá hver fyrstu skrefin séu ef barn eða ungmenni hefur verið að nota vímuefni en skilgreining á misnotkun vímuefna fyrir börn undir 16 ára aldri er að öll notkun vímuefna er álitin vandamál (van Laar, o.fl., 2011).

Hollendingar hafa síðastliðin ár innleitt kanadískt forvarnarverkefni sem hefur gefið einstaklega góða raun. Verkefnið felur í sér að skimað er eftir börnum og unglingum sem líkleg eru til að þróa með sér fíknivanda (EMCDDA, 2009). Aðrar forvarnir sem hafa verið í lengri tíma eru forvarnir fyrir börn í áhættuhópum, t.d. fyrir börn sem eiga foreldra með geðrænan vanda eða þekktan vímuefnavanda (van Laar, o.fl., 2011).

Hollensk stjórnvöld hafa 30 ára reynslu af samþættri skipulagningu meðferðarkerfa sem er í formi alhliða stuðningskerfis og þjónustu við varnarlausu hópa, að meðtöldum heimilislásum, vímuefnanotendum og fólki með króníska geðsjúkdóma. Á sama tíma er rík áhersla lögð á sterka samfélagsreglu og að draga úr glæpatíðni (Schatz, Schiffer og Kools, 2011).

Stefna Hollendinga er að bjóða upp á auðvelt aðgengi að mörgum mismunandi meðferðarúrræðum fyrir fíknivanda og úrræðum sem sérhæfð eru að sérstökum hópum, t.d. er mikil áhersla lögð á ungt fólk (van Laar, o.fl., 2011). Reynt er að stuðla að sem fjölbreytilegustum meðferðarlíkönum í meðferðum til að auka líkur fólks til endurhæfingar í samfélaginu (Schatz, Schiffer og Kools, 2011). Þá er reynt að aðlaga úrræði að þörfum hópa á hverjum tíma. Sem dæmi er nýleg tilraun með methadone-viðhaldsmeðferð í heimahúsum fyrir einstaklinga sem hafa verið stöðugir í sinni methadone-viðhaldsmeðferð. Annað úrræði sem stofnað var til í borginni Utrecht árið 2000 voru 8 gististaðir sem hýsa 183 vímuefnaháða heimilisláusa einstaklinga þar sem er boðið upp á geðheilbrigðis og heilbrigðisþjónustu fíkní- og geðþjónustu (van Laar, o.fl., 2011).

Í Hollandi er miklum fjármunum varið í vímuefnaúrræði, bæði ríkisrekin og einkarekin meðferðarúrræði (van Laar, o.fl., 2011). Skaðaminnkunarstefna Hollendinga hófst árið 1984 með lagasetningu um vímuefni til að draga úr skaðsemi vímuefna en eftir það urðu önnur skaðaminnkandi úrræði sífellt fleiri (Marlatt, Larimer og Witkiew, 2012). 175 nálaskiptipjónustur eru reknar í Hollandi, methadone-viðhaldsmeðferðir í Hollandi eru mjög viðamiklar en áætlað var að 10.085 manns væru í slíkri meðferð árið 2010. Þá eru starfrækt 40 neysluherbergi í Hollandi (IHRA, 2012; EMCDD, 1995).

1.9.1.3 Árangur

Skaðaminnkandi úrræði Hollendinga hafa sýnt fram á að skaðaminnkandi inngríp eins og nálaskiptipjónusta eykur ekki neyslu vímuefna í æð. Í rannsókn sem gerð var í Amsterdam á árunum 1986-1998 var 996 einstaklingum sem notuðu vímuefni fylgt eftir. Í byrjun rannsóknartímans notuðu 66% einstaklinganna vímuefni í æð en árið 1998 var tíðni vímuefnaneyslu í æð komin niður í 36% af þátttakendum. Sýnir rannsóknin að gott aðgengi að hreinum nálum og sprautum eykur ekki vímuefnaneyslu í æð (Van Ameijden og Coutinho, 2001).

Dánartíðni af völdum vímuefnaneyslu í æð er lág í Hollandi miðað við önnur Evrópulönd (EMCDDA, 2011a). Nýliðun meðal ungra heróínnotenda hefur hrapað, sem rekja má til breytts viðhorfs til notkunar vímuefna í æð (Witteveen, 2008). Nýgengi HIV, lífrarbólgu C og B smita hefur snarlækkað, tíðni sjúkdómsins er þó ennþá há meðal eldri vímuefnanotenda en tíðnin hefur minnkað frá miðjum níttjándra áratugnum (Schatz, Schiffer og Kools, 2011). Tíðni HIV-smitaðra undanfarin ár er á bilinu 0,0-3,7% meðal einstaklinga sem nota vímuefni í æð samkvæmt nýjustu tölum (EMCDDA, 2011a).

Samkvæmt nýjustu árlegu skýrslu um vímuefnavandann í Evrópu (2012) kemur fram að Holland er í fjórða sæti á lista yfir hæstu neyslutíðni á kannabis í Evrópu ef miðað er við síðastliðinn mánuð hjá einstaklingum á aldrinum 15-64 ára eða 4,2%. Þess ber þó að geta að Holland er ekki meðal þeirra landa sem hafa hæstu tíðni meðal kannabisnotenda í aldursflokknum 15-34 ára og 15-24 ára. Annað sem kemur fram í skýrslunni er hins vegar að Holland hafði hæstu tíðni í neyslu ecstasy, eða 3,1% meðal íbúa á aldrinum 15-34 ára árið 2012 (EMCCDA, 2012).

Kannabisnotkun í Hollandi er fremur há miðað við önnur lönd í Evrópu. Í viðhorfskönnun sem gerð var meðal kráargesta í Hollandi árið 2010 kom fram að 7% neyta kannabis nánast daglega, 17% nota kannabis vikulega eða aðeins um helgar, meirihlutinn, eða 74%, notar kannabis aðeins við tækifæri og 2% hafa hætt kannabisneyslu (Benschop, Nabben og Korf, 2011). Í annarri rannsókn meðal reglulegra kannabisnotenda kom fram að 46,3% hefðu vinnu, 40,5% væru stúdentar, 11,6 atvinnulausir eða ynnu heima og aðeins 1,4% væru ófærir um að vinna. Þessar tölur gefa ef til vill kynna að önnur viðhorf eru til neyslu kannabisefna í Hollandi en víðast hvar annars staðar. Svo virðist sem kannabisneysla sé ekki jafn fordæmd og verður því síður að sérstökum menningarkima sem skapast í kringum kannabisneysluna. Kannabisneytendur einangrist síður frá fólki sem ekki notar kannabis, þeir upplifa sig því ekki utanveltu í samfélaginu og vinna frekar venjulega vinnu. Þá er einnig auðveldara að nálgast hópinn með forvörnum (Van der Pol, Liebrechts, De Graaf, Korf, Van den Brink og Van Laar, 2011).

Síðastliðin ár hefur umræða um stefnumótun gagnvart „harðari“ vímuefnamálum í fjölmiðlum og meðal almennings í Hollandi nánast horfið á meðan í nágrannalöndum er þetta mikið hitamál vegna viðvarandi vanda. Það stafar einkum af því að þörfum vímuefnaneytenda (fjölda meðferðarúrræða, sérhæfðri heilbrigðisþjónustu, húsnæði og öruggum neyslurýmum) er vel sinnt og eru vímuefnanotendur því lítið sjáanlegir á meðal almennings í Hollandi (Schatz, Schiffer og Kools, 2011).

1.9.2 Portúgal

Portúgal hefur myndað sér sérstöðu hvað varðar stefnu í vímuefnamálum. Árið 2001 breyttu Portúgalar löggjöf sinni í átt að mannúðlegri stefnu. Hugmyndin var að þeir sem ættu við vímuefnasjúkdóm að stríða þyrftu ekki að sæta ströngum viðurlögum og fangelsisvistun refsirammans, vegna vörslu og meðferðar ólöglegra vímuefna (Greenwald, 2009).

1.9.2.1 Löggjöf Portúgala í vímuefnamálum

Þann 1. júlí 2001 tóku gildi lög í Portúgal sem mörkuðu nýja stefnu í vímuefnalöggjöf. Markmið laganna var að draga úr fordómum sem vímuefnanotendur verða fyrir, auka vægi skaðaminnkandi aðgerða og breyta viðhorfum til vímuefnanotkunar, færa þá frá refsiramma laga yfir í heilbrigðiskerfið. Í lögnum var lögð fram afglæpavæðing (e. decriminalisation) vímuefna (Greenwald, 2009). Studdust stjórnvöld við fræðilega þekkingu við gerð laganna (Council of Ministers, 1999).

Afglæpavæðing vímuefna þýðir að einstaklingum er leyfilegt að neyta og hafa á sér neysluskammt af hvaða ólöglega vímuefni sem er. Neysluskammtur er þá skilgreindur sem nægt efni fyrir einstakling í 10 daga. Yfirvöld í Portúgal hafa skilgreint hve mikið af ákveðnum efnum sé leyfilegt að hafa á sér (Domosawski, 2011). Sala, inn-, útflutningur og framleiðsla ólöglegra vímuefna er áfram refsivert athæfi og getur varðað fangelsisvist í 4-12 ár innan portúgalskra dómstóla (Greenwald, 2009). Í umræðu um afglæpavæðingu ber að varast að rugla henni saman við lögleiðingu ólöglegra vímuefna.

Samkvæmt skilgreiningu afglæpavæðingar er eignahald og neysla vímuefna enn ólögleg, en ef um skammt til einkaneyslu næstu 10 daga er að ræða, fellur hegning ekki undir refsirétt, heldur er innan stjórnsýsluréttar. Sett hefur verið upp ráð sem sér um að ákvarða viðurlög hjá einstaklingum sem lögregla tekur vegna meðferðar eða vörslu neysluskammta ólöglegra vímuefna. Í ráðinu sitja þrír einstaklingar. Dómsmálaráðherra leggur til einn einstakling í ráðið með menntun í lögum, en heilbrigðisráðherra sér um að tilnefna tvo einstaklinga í ráðið sem hafa menntun í heilbrigðis- eða félagsvísindum (Greenwald, 2009).

Lög nr. 30/2000 voru samþykkt af þjóðþingi Portúgal 29. nóvember árið 2000 fjalla um skilgreiningu réttarfyrrkomulags sem gildir um neyslu ávana- og fíkniefna og geðvirkra efna, svo og um heilsufarslega og félagslega vernd fyrir þá sem neyta slíkra efna án ávísunar frá lækni. Ráðið verður að hafa afskipti af einstaklingi sem tekinn hefur verið með ólögleg vímuefni innan 72 klukkustunda og veita framangreind viðurlög. Málefni sem snerta sölu eða inn- og útflutning ólöglegra vímuefna eru ekki tekin fyrir af ráðinu, heldur dómskerfi. Þegar mál koma fyrir ráðið er horft til þess hvort einstaklingur sé í virkri neyslu, hvaða efni hann notar og hve mörg brot hann á að baki. Einstaklinga sem ekki eru taldir háðir vímuegjafanum má dæma til að greiða sekt frá 25 evrum að hámarki lágmarkslauna á hverjum tíma, en slíkar fjársektir þykja örþrífáráð. Ráðið hefur ekki leyfi til að neyða einstakling í vímuefna meðferð, en fari einstaklingur í meðferð er fallið frá máli hans. Sé einstaklingur ósamvinnuþýður hefur ráðið heimild til að afturkalla atvinnuleyfi, banna einstaklingi að sækja vissa staði (eins og t.d. næturklúbba), banna umgengni við vissa einstaklinga, krefjast þess að

fá vitneskju um neyslu einstaklings reglulega til að vera viss um að hann sé ekki í neyslu, takmarka ferðafrelsi einstaklings, afturkalla bætur eða veita munnlega áminningu (Greenwald, 2009).

Eitt af meginmarkmiðum þessa kerfis er að viðhalda virðingu vímuefnaneytandans og koma í veg fyrir hverskonar stimplun eða fordóma sem þessi hópur upplifir frá samfélaginu. Með því að taka í burtu þann stimpil að eiga refsídóm og/eða fangelsisvist að baki, er reynt að bregðast við og daga úr skómm sem fylgir vímuefnaneyslu og vímuefnanotandinn getur upplifað. Stefna Portúgal er að þeir sem eru háðir vímuefnum eigi heima innan heilbrigðiskerfis en ekki dómskerfis (Greenwald, 2009).

1.9.2.2 Meðferðarstefna í Portúgal

Meðferðarúrræði sem vímuefnanotendum stendur til boða í Portúgal eru göngudeildarþjónusta fyrir vímuefnanotendur, afvötnunarmeðferðir og aðrar meðferðarstofnanir. Undanfarin ár hefur stöðugt fjölgað þeim einstaklingum sem leitaí meðferð vegna vímuefnasjúkdóms. Sú aukning er rakin til betri aðgangs að meðferðarúrræðum, ekki að þeim einstaklingum sem nota ólögleg vímuefni sé að fjölga (Domoslawski, 2011). Boðið er upp á sálfélagslega meðferð og heilbrigðisþjónustu. Mikið hefur verið lagt upp úr meðferð við heróínnotkun, en auk þess hafa verið sett upp sérstök úrræði fyrir notendur kannabis og kókaíns (EMCDDA, 2012). 90% meðferðarúrræða og skaðminnkandi úrræða eru rekin af frjálsum félagasamtökum og fjármögnuð með styrkjum frá ríkinu (Domoslawski, 2011).

Boðið hefur verið upp á methadone-viðhaldsmeðferð frá árinu 1977 og er hún aðgengileg víða um Portúgal. Er það opinberir aðilar, sjúkrahús, sérhæfðar meðferðarstofnanir, apótek og frjáls félagasamtök sem veita methadone-meðferð. Árið 2011 voru 26.351 einstaklingur skráður í viðhaldsmeðferð í Portúgal (EMCDDA, 2012).

Skaðminnkandi úrræði eru stefna stjórnvalda í Portúgal þegar kemur að aðgerðum tengdar vímuefnanotendum og hvernig best sé að glíma við þann vanda sem af vímuefnanotkun hlýst (Council of Ministers, 1999). Þær skaðminnkandi aðgerðir sem aðgengilegar eru í Portúgal eru nálaskiptaþjónusta, viðhaldsmeðferðir, félagsþjónusta og heilbrigðisfræðsla fyrir vímuefnanotendur. Ekki eru rekin neysluherbergi í Portúgal. Nálaskiptaþjónusta hefur verið veitt frá 1993 og voru það samtök gegn útbreiðslu HIV-veirunnar sem hófu þá þjónustu. Árið 2011 var ýmiss konar þjónusta fyrir vímuefnanotendur veitt víða í Portúgal. Nálaskiptaþjónusta var í 1.267 apótekum auk fólksbíla sem keyra um og dreifa nálum í nærumhverfi vímuefnanotandans og í fangelsum (EMCDDA, 2012).

1.9.2.3 Árangur

Afglæpavæðing ólöglegra vímuefna hefur ekki haft þau neikvæðu áhrif sem gagnrýnendur óttuðust í fyrstu. Reyndar hefur ekki dregið úr neyslu ólöglegra vímuefna í Portúgal eftir að lög um afglæpavæðingu voru sett árið 2001, en neysla hefur annaðhvort staðið í stað eða aukist óverulega. Aukningin helst í hendur við alþjóðlega strauma í notkun ólöglegra vímuefna. Vegna legu Portúgal við strönd er töluvert um ólöglegan vímuefnainnflutning. Með breyttum áherslum í lögum hafa lögregluþyriföld aukið svigrúm til að beita sér gegn þessum innflutningi. Minna þarf að sinna um einstaklinga sem einungis nota ólöglega vímuefna (Domoslawski, 2011). Sú breyting hefur aftur á móti orðið að dauðsföllum vegna of stórra skammta hefur fækkað, glæpatíðni lækkað og færri sitja í fangelsum en áður en nýju lögini voru sett (Hughes og Stevens, 2010).

Dregið hefur verulega úr ólöglegri vímuefnanotkun HIV-smitaðra einstaklinga. Árið 2000 notuðu 52% þeirra sem greindir voru með HIV ólögleg vímuefni, en það hlutfall var komið niður í 15% árið 2010 (Domoslawski, 2011).

1.9.3 Kanada

Vímuefnanotkun þar sem vímuefnis er neytt í gegnum æð er talsvert algeng í Kanada. Kanadamenn sem nota vímuefni í æð eru u.þ.b. 1,3% af þjóðinni allri og setur það Kanadamenn í hóp þeirra fimm landa þar sem vímuefnanotkun í æð er hvað mest (UNODC, 2013). Vímuefnanotkun er í reynd þó nokkur í allri Norður-Ameríku, en meira en 10% af öllum í heiminum þeim sem nota vímuefni í æð búa í Kanada eða Bandaríkjunum (IHRA, 2012).

1.9.3.1 Löggjöf Kanada í vímuefnamálum

Kanada tók fyrst upp löggjafarstefnu gegn vímuefnum með „the Opium Act “ árið 1908. Á árunum 1960-1970 jókst neysla ólöglegra vímuefna mjög í Kanada sem varð til þess að stjórnvöld ákváðu að þvingja refsingar enn frekar. Þrátt fyrir harðari refsingar og þann aukna kostnað sem þeim fylgir, minnkaði neyslan ekki. Stjórnvöld í Kanada skipuðu því rannsóknarnefnd árið 1969 til að rannsaka vaxandi vímuefnavanda og hvernig rétt væri að bregðast við aukinni vímuefnaneyslu í landinu (Cacalieri og Riley, 2012).

Rannsóknarnefndin, sem seinna var kölluð Le Dain Commission, lýsti því yfir að harðari refsistefna (glæpavæðing) í vímuefnamálum ynni gegn einstaklingum og fæli í sér aukinn kostnað fyrir ríkið. Nefndin gagnrýndi m.a. ýmsar harkalegar aðferðir lögreglu þar sem markmiðið virtist vera það eitt að klekkja á vímuefnanotendur með öllum tiltækum ráðum. Dæmi um harkalegar aðferðir sem nefndin gerði athugasemdir við voru uppljóstrunaraðferðir lögreglu þar sem óeinkennisklæddir lögreglumenn buðu vímuefni til sölu í þeim tilgangi að handtaka þá sem sem þau reyndu að kaupa (Riley, 1998). Refsilöggjöfin hafði í för með sér aukin útgjöld en skilaði ekki tilætluðum árangri. Því lögðu flestir nefndarmenn það til að vímuefnalöggjöfinni ætti að breyta stig af stigi. Löggjöfin ætti þannig að færast frá lögsóknum og valdbeitingu til ódýrari og einstaklingsvænni úrræða (Erickson, 1999). Þegar nefnd þessi hafði skilað sínum niðurstöðum átti hugmyndafræði skaðaminnkunar auknu fylgi að fagna í Kanada og leiddi það til þess að stofnað var rannsóknarsetur sem ætlað var að skoða vímuefnavandann í landinu með það fyrir augum að gera tillögur að úrbótum (Erickson, 1999). Þau sjónarmið sem hafa verið kennd við skaðaminnkun urðu í kjölfar alls þessa nokkuð útbreidd og viðurkennd. Leiddi það m.a. til þess að stjórnvöld í Kanada kynntu árið 1987, í samræmi við niðurstöður nefndarinnar og rannsóknarsetursins, nýja stefnu í vímuefnamálum sem bar nafnið „Action on drug abuse“ (Riley, 1998).

Stefnubreytingin varð til þess að ríkuleg fjárveiting rann til meðferðarstarfs, forvarna og annarra fyrirbyggjandi aðgerða til að minnka skaðleg áhrif vímuefnanotkunar, bæði fyrir einstaklinginn og fjölskyldu hans, sem og samfélagið allt (Riley, 1998). Þau skaðlegu áhrif sem um ræðir og ætlunin var að fyrirbyggja voru skilgreind sem: veikindi, dauðsföll, eymd, glæpir, ofbeldi og efnahagslegur kostnaður fyrir ríkið (Cacalieri og Riley, 2012).

Árið 1990 leit út fyrir að sú stefna sem framangreind nefnd mótaði yrði til þess að refsilöggjöf vegna fíkniefnabrota tæki gagngerum breytingum. Þær lagabreytingar hefðu þá verið í takt við

niðurstöður nefndarinnar þannig að horfið yrði frá svokölluðu „stríði gegn fíkniefnum“ og leitað inn á svið skaðaminnkunar með því að reyna fremur að minnka skaða samfara neyslu. Þetta gekk hinsvegar ekki eftir, mörgum til mikilla vonbrigða. Sama ár kom þess í stað fram refsilöggjöf sem bar nafnið „The Controlled Drugs and Substances Act“, en sú löggjöf gaf þeirri eldri ekkert eftir í refsihörku gagnvart fíkniefnabrotum. Þvert á móti var hún enn strangari og stefndi að hámarksrefsingum, aukinni hörku og áherslu á handtökur og saksókn á hendur notendum og seljendum vímuefna (Erickson, 1999). Þessar lagabreytingar náðu ekki tilætluðum árangri og gerðu ekkert til að minnka vímuefnavandann sem hélt áfram að aukast næstu árin (Cavalieri og Riley, 2012).

Árið 1994 var „The Canadian Foundation for Drug Policy“ stofnuð en þau samtök náðu fram nokkrum breytingum á árunum á eftir. Meðal þeirra breytinga var t.d. lögleiðing kannabisnotkunar í læknisfræðilegum tilgangi (Cavalieri og Riley, 2012).

Aftur dró til tíðinda í þróun vímuefnastefnunnar í mars 2012, þegar alríkisstjórn Kanada samþykkti löggjöf að fyrirmynd Bandaríkjanna, sem bar nafnið „Safe Street and Communities Act“. Þessi lög höfðu að geyma ákvæði um enn strangari refsingar vegna smávægilegra fíkniefnabrota. Breytingarnar stefndu að auknum refsingum frekar en auknu aðgengi að meðferðarúrræðum. Má nefna að í núgildandi lögum er kveðið á um að fyrir þann glæp að eiga 5 kannabisplöntur má aldrei dæma lægri refsingu en 6 mánaða fangelsi (Sauvagean, 2012).

Fordómar í garð vímuefnanotenda eru áberandi og greinilega áhrifamiklir. Það sést m.a. af því að það getur reynst óvinnandi vegur að koma að stefnubreytingu í vímuefnamálum og afnema harða refsistefnu í þágu einstaklingsvænni nálgunar, þrátt fyrir að reynslan og rannsóknir sýni að refsiaðferðirnar skila litlum árangri og eru ekki áhrifarík leið til að sporna við vímuefnanotkun (British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, 2013).

1.9.3.2 Meðferðarstefna Kanada

Kanadíska heilbrigðisstefnan gegn vímuefnum (e. National anti-drug strategy) felur í sér þriggja þátta nálgun í vímuefnamálum. Í fyrsta lagi eru forvarnir, í öðru lagi eru meðferðir og í þriðja lagi er löggæsla. Kostnaður vegna þessa skiptist á þann veg að 60% er varið í framkvæmd fyrstu tveggja þáttanna og 40% í löggæslu sem er þriðji þátturinn (Canada Department of Justice, 2013).

Kanada hefur öflugustu skaðaminnkunarstefnuna innan Norður-Ameríku. Það sem kom skaðaminnkunarstefnu Kanada í þessa sérstöðu var HIV- faraldur meðal vímuefnaneytenda í borginni Vancouver á árunum 1996-1997. Í Kanada var t.a.m. fyrsta ríkisrekna nálaskiptaþjónustan opnuð árið 1989 í borginni Vancouver. Árið 2007 var nálaskiptaþjónustur að finna í hverju einasta fylki Kanada (Collins o.fl., 2012). Nálaskiptaþjónustur eru 775 talsins í borgum Kanada, en hafa ekki náð mikilli útbreiðslu á strjálbýlli svæðum (IHRA, 2012).

Alríkisstjórn Kanada veitir einstökum borgum, sveitarfélögum eða fylkjum nokkurt sjálfræði til að ráða og móta sína eigin stefnu í vímuefnamálum og útskýrir það hvers vegna Vancouver gat skapað sér slíka sérstöðu með skaðaminnkandi nálgun sinni. Vancouver tók árið 2001 upp stefnu í vímuefnamálum sem hefur verið kennd við fjórar stoðir (e. four pillars) (Cavalieri og Riley, 2012). Stefnan um fjórar stoðir er að fyrirmynd Svisslendinga en þeir tóku þessa stefnu upp árið 1994 (Csete, 2010).

Þær stoðir sem um ræðir eru:

1. Skaðaminnkun
2. Forvarnir
3. Meðferð
4. Löggæsla

Árið 2003 var fyrsta og eina löglega neysluherbergið í Norður-Ameríka opnað í Vancouver. Með neysluherberginu gefst vímuefnaneytendum aðstaða til að neyta vímuefna í æð með hreinum búnaði, með aðstoð heilbrigðisstarfsmanns þar sem þeir eiga einnig kost á fræðslu um öruggar neysluvenjur (Kerr, Montaner og Wood, 2008).

Þó að refsistefna Kanada sé ekki alveg jafn öfgafull og í Bandaríkjunum má þó sjá greinileg líkindi en mestu fjármagni hefur jafnan verið varið í löggæslu á kostnað meðferðarúrræða og forvarnarstarfs (Cacalieri og Riley, 2012). Neysluherbergið „Insite“ í Vancouver opnaði formlega 2003 sem rannsóknarverkefni og var fyrstu þrjú árin til reynslu. Það stendur enn opið en hefur ekki alltaf fengið stuðning stjórnvalda (Supreme Court of Canada, 2011). Þrátt fyrir að umfangsmiklar rannsóknir hafi sannreynt að „Insite“ dragi úr glæpatíðni, fækki dauðsföllum vegna of stórs skammts, minnki smithættu af HIV og öðrum blóðbornum veirusjúkdómum og hjálpi vímuefnanotendanum að komast í meðferð þegar þeir eru reiðubúnir að þiggja hjálp, hefur „Insite“ verið umdeilt og hvorki notið einróma hylli þingsins né almennings og því hefur ítrekað komið til skoðunar að hætta starfseminni (Marshall, Miloy, Wood, Montaner og Keer, 2011; Debeck, Kerr, Bird, Zhang, Marsh, Tyndall, o.fl., 2011; Tyndall, Wood, Zhan, Lai, Montaner og Kerr; 2006).

1.9.3.3 Árangur

Vímuefnaneysla í Kanada er enn í dag viðamikill lýðheilsuvandi og veldur samfélaginu í heild alls kyns heilbrigðis- og félagslegum skaða. Tíðni vímuefnaneyslu í Kanada er há meðal ungs fólks á aldrinum 15-24 ára en er lægri hjá 25 ára og eldri. Kannabisneysla er þrisvar sinnum algengari meðal fyrrnefnda hópsins en meðal 25 ára og eldri (25,5% á móti 7,9% fullorðinna). Neyslutíðni annarra ólöglegra vímuefna en kannabis er 7,9% hjá 15-24 ára en 0,8% meðal 25 ára og eldri (Canada Department Of Justice, 2013).

Vancouver var komin með hæstu HIV-tíðni meðal vímuefnaneytenda í vestrænum ríkjum á níunda áratugnum ásamt hæstu dánartíðni af völdum ofneysluskammts. Þessi faraldur varð til þess að yfirvöld í Vancouver urðu leiðandi í stefnumótun skaðaminnkunar með vímuefnastefnu sinni. Íhlutunum þeirra og framkvæmdum fylgdu sterk aðvörununarorð til annarra borga og ríkja í Kanada (Cacalieri og Riley, 2012).

Tíðni HIV-smitaðs fólks sem notaði vímuefni í æð hækkaði úr 3-4% í allt að 40% á örfáum árum á níunda áratugnum (O'Shaughnessy, Hogg, Strathdee og Montaner, 2012). Nú er tíðni HIV-smitaðs fólks sem neytir vímuefna í æð 16,9% í Kanada (árið 2012) en það er nokkur aukning miðað við síðastliðin ár. Á árinu 2008 var áætlað að af 65.000 HIV-smituðum í Kanada væri um 26% ókunnugt um að þeir væru smitaðir. Hér er mikill vandi á höndum vegna þess að samræmis gætir ekki í aðgerðum stjórnvalda vegna HIV-skimunar og meðferða. Þetta veldur því að einstaklingar sem þurfa meðferð eru sér ekki meðvitaðir um ástand sitt og getur það valdið þeim miklum skaða. Þetta er mjög varasöm þróun og kemur sérstaklega illa við einstaklinga sem stunda áhættuhegðun (Public Health of

Canada, 2012; 2011). Tíðni lifrabólgu C er því miður ennþá há í Kanada en áætlað er að 69,1% fólks sem notar vímuefni í æð þar í landi sé smitað af veirunni en það er mjög hátt hlutfall á heimsmælikvarða. Kanada er því með fimmtu mestu útbreiðslu lifrabólgu C í hópi fólks sem notar vímuefni í æð (UNOCD, 2013).

Neysluherbergið „Insite“ hefur samkvæmt rannsóknum lækkað tíðni ofskömmunardauðsfalla um 35% á nærsvæðum meðan heildar tíðnilækkun var aðeins 9% í borginni allri á sama tímabili (Marshall, o.fl., 2011).

Þrátt fyrir að árangur í blóðbornum smitum og lækkun á dánartíðni hafi náðst staðbundið í vissum fylkjum og borgum þar sem aðferðum skaðaminnkunar hefur verið beitt gagngert, eins og í Vancouver, er annar skaði sem vímuefnaneysla hefur í för með sér er enn til staðar á landsvísi. Það er að hluta til vegna þess að ekki hefur verið byggt á gagnreyndri þekkingu sem varðar lýðheilsu almennings, almannaoðryggi og minnkun á glæpatíðni þegar vímuefnastefna hefur verið mótuð og framkvæmd (British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, 2013).

Þrátt fyrir umfangsmiklar rannsóknir, jákvæðar breytingar og mikla stefnumótunarvinnu hefur hugmyndafræði skaðaminnkunar ekki náð slíkri útbreiðslu og viðurkenningu hjá meginþorra þings og þjóðar að ekki heyrist gagnrýnisraddir. Þannig hefur skaðaminnkun í Kanada átt undir högg að sækja og áhrifa þess gætt í lagasetningu og allri umræðu. Fordómar eru enn allútbreiddir og gætir augsýnilegra áhrifa frá valdamiklum nágrönnum þeirra í Bandaríkjum Norður-Ameríka (Cacalieri og Riley, 2012).

2 Samantekt

2.1 Lagaumgjörð og stefnumótun

Skaðaminnkun er heilbrigðismiðað úrræði fyrir einstaklinga í vímuefnavanda. Hún byggist á því að draga úr fyrirbyggjanlegum skaða vímuefnaneyslu án þess að gera óraunhæfar kröfur um bindindi allra einstaklinga frá vímuefnum (Thomas, 2005).

Sögu skaðaminnkunar má rekja til Hollendinga og Breta en síðan hafa Ástralir, Kanadamenn og Portúgalar einnig verið framsækni í nálguninni (Collins o.fl., 2012).

Það er áhugavert að skoða hvernig ólík lönd hafa tileinkað sér skaðaminnkun á vímuefnanotkun í fjölbreytilegum útfærslum með skaðaminnkun sem eiginlegt markmið (Greenwald, 2009).

Hollendingar lögleiddu fyrstu „Skaðaminnkandi lagasetningu um vörslu og meðferð ólöglegra vímuefna“ í þeim tilgangi að minnka neikvæða stimplun einstaklinga í neyslu og eiga auðveldara með að nálgast og hjálpa þeim að taka á vanda sínum (Uitermark, 2004). Hollendingar aðgreindu í lagasetningu „mildari“ og „harðari“ ólögleg vímuefni til að halda ungu fólki frá „harðari“ ólöglegum vímuefnum og leyfðu óopinbera sölu innan sérstakra kaffihúsa þar sem kannabisefni og önnur „mildari“ vímuefni eru seld í neysluskömmtum (EMCDDA, 1995). Hollendingar álíta neyslu ólöglegra vímuefna ekki vera lögbrot heldur vera þáttur í félags- og heilsufarslegum vanda einstaklinga (Uitermark, 2004).

Portúgal tók upp afglæpavæðingu með afnámi refsinga við meðferð og vörslu ólöglegra vímuefna árið 2011. Með breytingunni fór ábyrgð minniháttar vímuefnamála frá dómssvaldi yfir á stjórnsýsluákvæði. Fjársektir vegna neysluskammta vímuefna eru þar síðasta úrræði og eru þær ekki

notaðar á einstaklinga sem greinlega eru háðir ólöglegum vímuefnum og með langa sögu um misnotkun vímuefna. Sala, inn- og útflutningur ólöglegra vímuefna er ennþá refsiverður og fellur undir hegningarlög.

Markmið lagasetningar um afglæpavæðingu Portúgal er að viðhalda virðingu fyrir einstaklingum í vímuefnaneyslu, koma í veg stimplun og auka möguleika fólks til að snúa við blaðinu. Portugal álítur vímuefnaneyslu vera heilbrigðisvandamál (Greenwald, 2009).

Kanada hefur stranga hegningarlöggjöf til upprætingar og til varnar neyslu á ólöglegri vímuefnum, líkt og nágrannaríki þeirra Bandaríkin. Síðastliðna áratugi hafa lagasetningar við ólöglegum vímuefnabrotum nánast orðið til þess að þyngja refsingar, nú síðast árið 2012 með hækkun lágmarksrefsinga fyrir vörslu og meðferð ólöglegra vímuefna. Alríkisstjórn Kanada veitir þó fylkjum og sveitarfélögum svigrúm til að marka eigin stefnu í vímuefnamálum. Vancouver hefur með skaðaminnkunarinngrípum og stefnumótun í málefnum ólöglegra vímuefna vegna þessa náð þessum góða árangri í borginni, þrátt fyrir mikla útbreiðslu HIV-veirunnar og háa tíðni vímuefnanotkunar í æð (Cacalieri og Riley, 2012).

2.2 Meðferðarumgjörð

Í Hollandi eru fjölbreytileg úrræði við vímuefnaneyslu allt frá lágþröskuldameðferðum eins og methadone-meðferðum, neysluherbergjum, húsnæði fyrir vímuefnanotendur til meðferða sem leiða til bindindis og lögð er áhersla á að endurhæfa fólkið í samfélaginu (van Laar, o.fl., 2011).

Fylki og sveitarstjórnir í Kanada hafa brugðist við vímuefnavandanum með mismunandi úrræðum. Í borginni Vancouver í Kanada er mikið lagt upp úr skaðaminnkandi úrræðum svo sem nálaskiptaþjónustu auk þess sem eina löglega neysluherbergið í Norður-Ameríku hefur verið starfrækt þar í rúm 10 ár. Kanadamenn hafa verið vakandi fyrir vaxandi vímuefnavanda ungs fólks þar og brugðist við vandanum með eflingu forvarnarstarfs ungs fólks með umtalsverðum fjármunum, nú síðast árið 2013 (Bergeron-Oliver, 2013).

Ýmis meðferðarúrræði standa til boða í Portúgal. Þar er löggjöf þannig að ef einstaklingur sem glímir við vímuefnasjúkdóm er tekinn með neysluskammt, er honum frekar vísað í meðferð heldur en að notast við refsingu einsog sekt eða fangelsisvist (Greenwald, 2009). Meðferðarstofnanir eru bæði rekar af ríki og einkaaðilum. Ekki eru neysluherbergi starfrækt í Portúgal, en nálaskiptaþjónusta og viðhaldmeðferð hefur verið lengi starfrækt (EMCDDA, 2013).

2.3 Árangur

Árangur mismunandi vímuefnastefnu milli landa er erfitt að meta á einfaldan hátt en helst er þá hægt að meta neyslutíðni þjóðarinnar, tíðni blóðborinna smitsjúkdóma, glæpatíðni, dánartíðni af völdum of stórs skammts og öryggi almennings í landinu (Strang, Babor, Caulkins, Fischer, Foxcroft, Humphreys, 2012). Þess ber þó að gæta þegar tölur eru bornar saman á neyslutíðni milli landa að þar sem vímuefnaneysla er litin hornauga eða jafnvel litið á hana sem afbrot er líklegra að einstaklingar viðurkenni ekki neyslu ólöglegra vímuefna (Boekhout van Solinge, 1997; Hughes og Stevens, 2010).

2.4 Neyslutíðni ólöglegra vímuefna

Holland er með háa neyslutíðni kannabisefna eða 4,2% íbúa á aldursbilinu 15-64 ára höfðu neytt kannabis síðastliðinn mánuð (EMCCDA, 2012). Neysla kannabis er algengari í Hollandi en víða í vesturhluta Evrópu en vandi tengdur harðari vímuefnum er minni en víðast hvar í Vestur- Evrópu (Helgi Gunnlaugsson, munnleg heimild, 8. apríl 2014).

Síðan afglæpavæðing hófst hjá Portúgölum hefur neyslutíðni ólöglegra vímuefna ekki aukist marktækt nema í hlutfalli við aukna almenna neyslu ungs fólks í Evrópu (Greenwald, 2009). Afglæpavæðingin í Portúgal hefur ekki leitt til þess að heildarneysla hafi aukist mikið en neyslan hefur fylgt alþjóðastraumum og er enn minni en víðast hvar annars staðar í VesturEvrópu (Hughes og Stevens, 2010). Neyslutíðni innan Kanada er mikil, sérstaklega meðal ungs fólks á aldrinum 15-25 ára, en 25,5% þess höfðu neytt kannabis síðastliðinn mánuð í einni könnun (Health Canada, 2010).

2.5 Blóðbornir smitsjúkdómar

Í Hollandi hefur dánartíðni vegna ofskammts og nýgengi blóðborinna vírusa verið á miklu undanhaldi vegna breytts viðhorfs þar í landi til vímuefnaneyslu gegnum æð (van Laar, o.fl., 2011). HIV-tíðni innan Kanada hefur lækkað þar sem skaðaminnkandi úrræðum hefur verið beitt (Vancouver). Árið 2008 var áætlað að 26% HIV-smitaðra Kanadamanna væru sér ómeðvitaðir um sjúkdóm sinn og nýttu sér því ekki þá meðferð sem þeir þurftu (UNOCD, 2013). Ekki eru allir á sama mál um hvort stefna Portúgal beri árangur eða sé misheppnuð. Útbreiðsla HIV-veirunnar í Portúgal er með þeirri mestu í Evrópu og er því mikilvægt að halda úti skaðaminnkandi úrræðum. Brást Portúgal við þessari aukningu á HIV-smitum með því að setja á lög um afglæpavæðingu ólöglegra vímuefna og hefur jákvæður árangur náðst meðal ólöglegra vímuefnanotenda með HIV-smit þar í landi. Dauðsföllum vegna of stórs skammts ólöglegrar vímuefna hefur fækkað í Portúgal frá því að lögin um afglæpavæðingu voru sett árið 2001 (Hughes og Stevens, 2010).

3 Umræða

3.1.1 Ísland

Á Íslandi hefur mikil forræðishyggja ríkt í lagasetningu varðandi vímuefni. Íslendingar bönnuðu allt áfengi árið 1915 og voru þar með þeir fyrstu til að banna vímuefni (áfengi) með lagasetningu (Helgi Gunnlaugsson, munnleg heimild, 8. apríl 2014).

Íslensk stjórnvöld hafa gegnum tíðina haft það að markmiði að hamlar aðgengi að ólöglegum vímuefnum og uppræta neyslu þeirra. Þannig hefur áherslan verið á löggæslu, forvörnum og meðferðum. Í nýútgefinni stefnu stjórnvalda á Íslands í áfengis- og vímuefnavörnum til ársins 2020 er í formlegri stefnulýsingu rætt um „[s]amfélag sem einkennist af heilbrigðu umhverfi þar sem einstaklingum stafar ekki hættu af notkun eða misnotkun áfengis eða annarra vímuefna“ (Velferðarráðuneytið, 2013).

Hin alþjóðlegu „ópíumlög“ tóku gildi á Íslandi árið 1923. Lög um ólögleg vímuefni hafa nokkrum sinnum tekið breytingum sem varða refsiramma og hækkun á hámarkssektum á Íslandi. Árið 1974 var hámarksrefsing hækkuð úr sex árum í tíu og árið 2001 var hámarksrefsing aftur hækkuð úr 10 árum í 12 ára fangelsisvist fyrir brot á lögum um ólögleg vímuefni. Árið 1980 var hámarkssekt fyrir ólögleg vímuefnabrot hækkuð úr einni milljón í sex milljónir króna (Ómar H. Kristmundsson, 1985).

Árið 1997 samþykktu íslensk stjórnvöld verkefni til fimm ára sem bar nafnið Vímuefnalaust Ísland árið 2000. Verkefnið bar ekki tilætlaðan árangur en takmarkið var að ná þjóðarsamstöðu um vímuefnalaust samfélag (Velferðarráðuneytið, 2013). Til að sýna fram á kaldhæðni þessarar yfirskriftar má líta til þess að í borgarstjórnar- kosningum árið 2010 bauð nýr flokkur sig fram og var eitt kosningarloforð hans vímuefnalaust Alþingi 2020, ásamt öðrum loforðum eins og ókeypis handklæði á sundstöðum og ísbjörn í húsdýragarðinn (Kristinn Ingvarsson, 2010). Frekari heimildir um hvernig þetta átak þeirrar borgarstjórnar gengur hafa ekki fundist.

Refsistefna íslenskra stjórnvalda hefur verið og er ef til vill enn að miklu leyti í takt við ríkjandi viðhorf almennings til ólöglegra vímuefna en í rannsókn Helga Gunnlaugssonar og Johns Galliher frá árinu 2000 kemur fram að Íslendingar telja vímuefnaneyslu algengustu ástæðu afbrota og ólögleg vímuefnabrot vera alvarlegustu glæpina sem framdir eru (Gunnlaugsson og Galliher, 2000). Er þetta sérstaklega áhugavert þar sem í landskönnun sem Embætti landlæknis gerði árið 2013 kemur fram að þriðjungur Íslendinga á aldrinum 18-67 ára hafði einhvern tíma á ævinni prófað ólögleg vímuefni. Meirihluti Íslendinga, eða 82%, hafði þá ekki prófað ólögleg vímuefni (kannabisefni) síðastliðna 12 mánuði (Embætti landlæknis, 2013). Neysla Íslendinga á ólöglegum vímuefnum virðist því vera tilraunakennd og tímabundin. Neysla ólöglegra vímuefna hefur orðið almennari hjá Íslendingum, fleiri prófa að neyta kannabis. Síendurtekin neysla, eða neysla þeirra sem neytt hafa kannabisefna síðastliðna 6 mánuði, gefur vísbendingu um virka kannabisnotendur en sá hópur hefur ekki stækkað markvert síðastliðna áratugi á Íslandi (Helgi Gunnlaugsson, 2013). Fíkniefnabrot fyrir vörslu og meðferð fíkniefna á Ísland hafa tvöfaldast miðað við árið 2009. Þá voru brotin 883 en árið 2013 voru brotin 1.725 (Kolbrún Benediktsdóttir, munnleg heimild, 8. apríl 2014).

Ný hugsun virðist vera að koma fram í stefnu um vímuefnamál á Íslandi. Í alþingiskosningum árið 2013 bauð sig fram nýr stjórnmálaflokkur Pírata á Íslandi sem hafði það á stefnuskrá sinni að vinna að afgangspavæðingu vímuefna og telja að sú refsistefna sem hefur verið við lýði á Íslandi skili ekki tilætluðum árangri. Leita þyrfti nýrra leiða til að takasta á við vandann (Píratar, e.d.).

Flokkur Pírata talar fyrir mannúðlegri vímuefnastefnu og að fíkn í vímuefni sé í raun heilbrigðisvandamál (Píratar, e.d.). Á Alþingi árið 2013-2014 var lögð fram þingsályktunartillaga um breyttar áherslur og stefnu í vímuefnamálum. Var horft til stefnu Portúgal í þeim málum og löggjöf þeirra höfð til hliðsjónar við gerð tillögu (Þingskjal 630, 2013-2014). Tillagan var lögð fram þann 26. mars 2014 af þingmönnum úr öllum flokkum sem eiga sæti á Alþingi. Kemur meðal annars fram í tillögunni:

...að markmið stefnubreytingar sé að takmarka skaðleg áhrif sem neysla ólöglegra vímuefna hefur á neytendur efnanna, aðstandendur þeirra og samfélagið í heild. Má þar nefna ýmis heilbrigðisvandamál á borð við vannæringu, alnæmi og lífrabólgu; félagsleg vandamál á borð við heimilisleysi, barnaverndarvanda, brotnar fjölskyldur o.fl.; og ofbeldis- og auðgunarbrot í tengslum við vímuefnaviðskipti, bæði gagnvart vímuefnaneytendum og aðstandendum þeirra.“ (Þingskjal 630, 2013-2014).

Virðist því vera þverpólitísk samstaða á Íslandi um að ráðast í endurbætur á löggjöf og stefnu í vímuefnamálum. Á málþingi Félags íslenskra félagsfræðinga 8. apríl 2014, sem bar heitið Fíkniefnalöggjöfin og kostir í stefnumótun: Refsistefna eða afgangspavæðing, sagði Kristján Þór Júlíusson heilbrigðisráðherra að sú refsistefna sem ríkjandi hefur verið á Íslandi hafi ekki borið þann árangur sem viðunandi þykir. Sagði hann það siðferðislega skyldu okkar að endurskoða stöðu mála og leita gagnreyndra og nýrra leiða til að takast á við ólöglega vímuefnanotkun (Velferðaráðuneytið, 2014).

Fjölmiðlar hafa fylgt umræðu á Alþingi vel eftir og birt skoðanaskipti alþingismanna þar sem fram hefur komið allt litróf skoðana. Þorsteinn Sæmundsson alþingismaður er einn þeirra sem opinberar íhaldssamar skoðanir hispurslaust en hann telur umræðuna um stefnubreytingu vímuefnalöggjafarinnar á villigötum og segist vilja ráðast að rót vandans sem hann telur vera framboðið sem leggur ungmenni á Íslandi í hættu.

„Aukið framboð stoppum við helst með því að efla löggæslu á landamærum, efla tollgæslu.“ Þorsteinn nefnir að hugsanlega megi dæma neytendur til afvötnunar en við ... „leysum þessi mál ekki endilega með því að hlaupa til í fljótræði og breyta um kúrs. Við þurfum að koma í veg fyrir að fíkniefni séu flutt og seld. Við þurfum að stoppa dólga á skólalóðunum sem hneppa grunnskólanemendur í þessa fjötra. Þar skulum við taka til hendinni.“ (Jakob Bjarnar Grétarsson, 2014).

Hér kemur fram augljós andstaða við skaðaminnkunarstefnu í orðum þingmanns en erfitt er að sjá hvaða rökum þessi andstaða byggist. Það er nokkuð ljóst að mörgum verður heitt í hamsi þegar þessi má eru rædd og eiga afar erfitt með að skoða viðfangsefnið á vísindalegan hátt og einblína þess í stað á það að vímuefnaneysla sé óæskileg og vilja allra helst koma í veg fyrir neysluna, hvað sem það kann að kosta.

Innleiðing skaðaminnkandi stefnu hefur ekki aðeins reynst erfið á Íslandi. Kanadamenn áttu einnig í erfiðleikum með að fá samþykki samfélagsins fyrir annars um skaðaminnkandi inngrípum (Cacalieri og Riley, 2012). Skaðaminnkun í vímuefnastefnu hefur hins vegar náð hylli fjölda alþjóðasamtaka sem byggja aðeins á þekkingu. Sem dæmi má nefna að Sameinuðu þjóðirnar

(UNODC, 2013), Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO, 2009), Global Commission On Drug Policy (Global Commission On Drug Policy, 2011) og Rauði krossinn (Rauði krossinn, e.d.) styðja öll skaðaminnkandi stefnu.

Í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40 /2007 1. gr. er gildissvið og markmið heilbrigðisþjónustu skilgreint svo að „allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tæk á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði“. Nálaskiptaþjónusta, neysluherbergi og félagslegt húsnæði þar sem „edrúmennska“ er ekki skilyrði þess að fá slíkt húsnæði eru því lögbundin réttindi þessa hóps (Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007).

3.1.2 Gildi fyrir hjúkrun

Hjúkrunarfræðingar eru í sterkri stöðu til að hafa áhrif á stefnumótun og lagasetningu í heilbrigðiskerfinu vegna þekkingar þeirra á heilbrigðiskerfinu (Dr. Sigrún Gunnarsdóttir, munnleg heimild, 9. janúar 2014).

Skaðaminnkun felur í sér fjölda úrræða sem byggð eru á gagnreyndi þekkingu, en vægi þeirra hefur ekki verið mikið innan heilbrigðiskerfisins. Hjúkrunarfræðingar ættu að vekja athygli á þörfinni fyrir skaðaminnkandi úrræði á Íslandi.

Rauði krossinn í Reykjavík hefur fram að þessu fjármagnað nálaskiptaþjónustu með styrktarfjárhæðum frá bæði opinberum og óopinberum aðilum. Rauði krossinn hefur einnig séð til þess að koma hreinum sprautubúnaði áleiðis til nokkurra staða sem innleitt hafa skaðaminnkandi stefnu, það er húsnæðiskjarna fyrir einstaklinga í neyslu á Eyjaslóð, Konukots sem er neyðargistiathvarf fyrir konur og Borgarvarða sem er færanlegt vettvangsteymi sem þjónustar utangarðsfólk í Reykjavík á vegum borgarinnar (Borgarverðir, e.d; Rauði krossinn, e.d).

Það er kominn tími til þess að íslenska ríkið taki við sér og fari að veita fjármagni með fjárlögum í skaðaminnkandi íhlutanir eins og Norðurlandabjóðirnar gera. Ísland og Tyrkland eru einu Evrópulöndin þessa stundina sem ekki hafa sett skaðaminnkun inn í stefnumótun sína í heilbrigðismálum (IHRA, e.d).

Hugmyndafræði hjúkrunar er að mæta einstaklingnum þar sem hann er staddur og er það meginmarkmið í þeirri nærþjónustu sem skaðaminnkunarverkefnið Frú Ragnheiður veitir. Áhættuhópar eru þeir einstaklingar sem líklegri eru til að kljást við ákveðin heilsufarsvandamál og hafa verri aðgang að heilbrigðisþjónustu. Vímuefnanotendur eru hópur sem eru vegna félags- og efnahagslegrar stöðu varnarlausari en aðrir gagnvart áhættuþáttum heilbrigðis (Harkness og Demarco, 2012).

Talið er að einstaklingur með fíknisjúkdóm sem neytir ólöglegra vímuefna sé um 30% líklegri til að koma á slysa- og bráðamóttöku en aðrir (McGeary og French, 2000). Það er því líklegt að hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk muni mæta einstaklingum sem neyta ólöglegra vímuefna í starfi. Heilbrigðisstarfsmenn þurfa að hafa þekkingu og færni til að meta og hjúkra þessum hópi. Í rannsóknnum sem gerðar hafa verið kemur fram að heilbrigðisstarfsmenn veigra sér oft við að sinna þessum hópi. Er það ýmist vegna vanþekkingar á fíknisjúkdómum, hræðslu eða fyrirframgefnum skoðunum (Kelleher, 2007). Getur það leitt til þess að sá hópur sem neytir ólöglegra vímuefna fær ekki þá heilbrigðisþjónustu sem lög nr. 74/2007 um réttindi sjúklinga á Íslandi kveða á um (Lög um heilbrigðisþjónustu nr.74/2007).

Ályktanir

Skaðaminnkandi úrræði hafa verið til staðar í löndum einsog Hollandi í rúma fjóra áratugi. Athyglisvert er hversu langan tíma það hefur tekið að koma upp úrræðum tengdum ólöglegri vímuefnanotkun hér á Íslandi. Í þessari ritgerð hefur verið fjallað um ólíkar leiðir í vímuefnamálum í öðrum löndum og má Ísland draga lærdóm af reynslu þeirra. Í Portúgal hefur verið farin sú leið að breyta löggjöf og afnema „hefðbundnar“ refsingar tengdar vörslu og meðferð ólöglegra vímuefna. Er það talin mannúðlegri stefna, þar sem litið er á einstakling með fíknisjúkdóm sem skjólstæðing heilbrigðiskerfisins enn ekki sem afbrotamann.

Undanfarin ár hefur stríðið gegn vímuefnum verið sagt tapað. Ísland varð ekki vímuefnalaust árið 2000, og velta má upp hvort óraunsætt sé að útrýma öllum vímuefnum af markaði sem teljast ólögleg. Með skaðaminnkandi úrræðum er litið raunsætt á stöðuna og komist að þeirri niðurstöðu að vinna þurfi með einstaklingum sem háðir eru ólöglegum vímugjöfum og hvetja til sjálfsábyrgðar á neyslu sinni og nærumhverfi. Auka megi heilbrigði þeirra sem háðir eru vímugjöfum, draga úr smitsjúkdómum, auka vellíðan og draga úr neyslu með því að veita einstaklingum aðgang að þeim úrræðum sem þeir þurfa til að lifa heilbrigðara lífi.

Aðgengileg heilbrigðis- og félagsþjónusta er einn af þeim þáttum sem lengi má bæta og vantar enn í dag aðstöðu fyrir fólk sem ekki getur hætt neyslu vegna fíknisjúkdóms. Framtíðarsýn skaðaminnkandi úrræða á Íslandi er hugsanlega frekara aðgengi að hreinum sprautubúnaði með nærþjónustu, neysluherbergi, endurnýjun stefnumótunar stjórnvalda með skaðaminnkun að leiðarljósi og opin umræða til vitundarvakningar í samfélagi um skaðaminnkandi úrlausnir. Samstöðu þarf meðal stefnumótandi aðila í félagsmálum, heilbrigðismálum, réttarkerfi og löggjafa svo hægt sé að gera þá hugmyndafræðilegu breytingu sem þarf að verða, bæði í stefnumótun og viðhorfum samfélags til þess hóps sem háðir eru ólöglegum vímugjöfum. Er sú vinna hafin og árið 2013 var gefin út ný stefna í áfengis- og vímuvörnum til ársins 2020. Þar er fjallað um mikilvægi þess að draga úr skaða og fjölda dauðsfalla vegna eigin neyslu einstaklinga eða annarra vegna neyslu á vímugjöfum (Velferðarráðuneytið, 2013). Þar er gefið fyrirheit um aukna áherslu á skaðaminnkandi úrræði í íslensku samfélagi.

4 Heimildaskrá

- Abadinsky, H. (2013). *Drug Use and Abuse: A Comprehensive Introduction* (8. útgáfa) Belmont: Nelson Education.
- 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.
- Reykjavíkurborg. (e.d). *Borgarverðir*. Sótt 2 maí af: <http://reykjavik.is/thjonusta/borgarverdir>
- Bergeron-Oliver, A. (2013) *Health Canada announces new anti-drug program for youth*. Sótt 20. apríl af: <http://www.ipolitics.ca/2013/12/18/health-canada-announces-new-anti-drug-program-for-youth/>
- Bridge, J. (2010). Route transition interventions: Potential public health gains from reducing or preventing injecting. *The International Journal on Drug Policy*, 21(2), 125-128.
- British Columbia Centre of Excellence in Hiv/Aids. (2013). *Drug Situation in Vancouver*. [rafræn útgáfa]. Sótt 29. mars af: <http://www.Countthecosts.Org/Sites/Default/Drug-Situation-In-Vancouver.Pdf>
- Cacalieri, W. og Riley, D. (2012). Harm reduction in Canada: The many faces of regression. Í Pates, R. og Riley, D. (ritstjórar), *Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behaviour: International Policy and Practice*. London: Wiley-Blackwell.
- Canada Department Of Justice (2013). *National Anti-Drug Strategy Evaluation*. Sótt 2. apríl af: <http://www.Justice.Gc.Ca/Eng/Rp-Pr/Cp-Pm/Eval/Rep-Rap/12/Nas-Sna/P1.Html>
- Chou, R., Cruciani, R. A., Fiellin, D. A., Compton, P., Farrar, J. T., Haigney, M. C. o.fl. (2014). Methadone safety: A clinical practice guideline from the American Pain Society and College on problems of drug dependence, in collaboration with the Heart Rhythm Society. *Journal of Pain*, 15(4), 321-337.
- 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.
- Council of Ministers. (1999). *Portuguese Drug Strategy*. Sótt 20. mars 2014 af <http://www.emcdda.europa.eu/countries/national-drug-strategies/portugal>
- Comolli, V. og Hofmann, C. (2013) Drug markets, security and foreign aid: Modernising Drug Law Enforcement (Report nr. 6). *International Drug Policy Consortium*. Sótt 11. maí af: <http://idpc.net/policy-advocacy/special-projects/modernising-drug-law-enforcement>
- Csete, J. (2010). *From the mountaintops; What the World Can Learn from Drug Policy Change in Switzerland*. New York: Open Society Foundation.
- Denning, P. og Little, J. (2004). *Practicing Harm Reduction in Psychotherapy, an Alternative Approach to Addiction*. (2. útg.) New York: The Guilford Press.
- Domoslawski, A. (2011). *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use* (Hanna Siemanzko þýddi yfir á ensku). Warsjá: Open Society Foundations.
- Einstein, S. (2007). Harm and risk reduction: History, theories, issues and implications. *Substance Use and Misuse*, 42 (2-3), 257-265.
- Emcdda. (1995). *Drugs Policy in the Netherlands: Continuity and Change*. Lúxemborg: Publications Office Of The European Union.
- Emcdda. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidende base of indicated prevention*. Lissabon: EMCDDA. Sótt 5. febrúar af: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>

- Emcdda. (2011a). *Statistical Bulletin 2011*. Sótt 3. mars 2014 af: <http://www.Emcdda.Europa.Eu/Stats13/InfTab1>
- Emcdda (2011). *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. Stokkhólmur: ECDC.
- Emcdda.(2012).*The State of the Drug Problem in Europe 2012*. Lúxemborg: Publications Office Of The European Union.
- Erickson, P. G. (1999). A Persistent paradox: drug law and policy in Canada. *Canadian Journal Of Criminology*, 42(2), 275-284.
- Harkness, A. og Demarco, R. F. (2012).*Community and Public Health Nursing: Evidence for Practice*. Philadelphia: Walters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Global Commission On Drug Policy. (2011). *War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy*. Sótt 15. mars 2014 af: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
- Greenwald, G.(2009). *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*. Washington, D.C.: Cato Institute.
- Gunnlaugsson, H. og Galliher, J. (2000). *Wayward Icelanders: Punishment, Boundary Maintenance, and the Creation of Crime*. Madison: University Of Wisconsin Press.
- Haemming, R. og van Beek, I. (2005). Supervised injecting rooms. Í Pates, R., McBride, A. og Arnold., K. (ritstjórar). *Injecting Illicit Drugs* (bls 160-170). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Health Canada.(2010). *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey: Summary of Results for 2010*. Sótt 9. mars 2014 af: <http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/index-eng.php>
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti. (2005). *Skýrsla Heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi*. Reykjavík: Höfundur.
- Helgi Gunnlaugsson (2013). Fíkniefni, íslenskt samfélag og nýir kostir í stefnumótun. *Stjórnmal og Stjórnvíska*, 9(2), 395-414.
- Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Nelles, B. og Stimson G. (2003). *Review of the Evidence-Base for Harm Reduction Approaches to Drug Use*. London: Forward Thinking on Drugs. Sótt 21. apríl 2014 af: <http://www.ihra.net/Files/2010/05/31/Hivtop50documents11.Pdf>
- Hughes, C. E. og Stevens, A. (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50(6), 999-1022. Doi: 10.1093/bjc/azq038
- IHRA. (2014). *What is Harm Reduction? A Position Statement from the International Harm Reduction Association*. Sótt 12. apríl 2014 af: http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_Is_Hr_English.Pdf
- IHRA. (e.d.) *Conference Location and Venue*. Sótt 15. febrúar 2014 af: <http://www.ihra.net/conference-location-and-venue>
- IHRA.(e.d). *Western Europe - Harm Reduction Policies*. Sótt 4. apríl 2014 af : <http://www.ihra.net/western-europe-harm-reduction-policies>
- IHRA. (2012). *The Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response*. London: International Harm Reduction Association.
- Jakob Bjarnar Grétarsson. (2014). Framsóknarmenn vilja harðari stefnu í fíkniefnamálum. *Fréttablaðið*. Sótt 21. apríl 2014 af: <http://www.visir.is/framsoknarmenn-vilja-hardari-stefnu-i-fikniefnamalum/article/2014140229931>
- Jónatan Þórmundsson (1992). *Viðurlög við Afbrótum*. Reykjavík: Orator.
- Jónatan Þórmundsson (1999). *Afbrot og refsíðabyrgð I*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Kelleher, S. (2007). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accident and Emergency Nursing*, 15, 161-165.

- Kerr, T., Montaner, J. og Wood, E. (2008). Supervised injection facilities: time for scale up? *The Lancet*, 37, 354-355.
- Koop, G. F. (2005). The neurocircuitry of addiction: implications for treatment. *Clinical Neuroscience Research*, 5, 89-101.
- Kristinn Ingvarsson (2010, 26. júní). The New York Times skrifar um Jón Gnarr. *Morgunblaðið*. Sótt 17. apríl 2014 af:
http://www.mbl.is/frettir/innlent/2010/06/26/the_new_york_times_skrifar_um_jon_gnarr/
- Levine, H. G. (2003). Global drug prohibition: it's uses and crises. *International Journal of Drug Policy*, 14, 145-153.
- Lubkin, I. M. og Larsen, P. D. (2006). *Chronic illness. Impact and interventions* (6. útg.). Boston: Jones and Bartlett Publ.
- Lög um ávana- og fíkniefni nr. 65/1974. Sótt 5. maí 2014 af
<http://www.althingi.is/lagas/137/1974065.html>
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997. Sótt 27. janúar 2014 af:
<http://www.althingi.is/lagas/138b/1997074.html>
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007. Sótt 2. maí 2014 af:
<http://www.althingi.is/altext/133/s/1376.html>
- Maisto, S. A., Galizio, M. og Connors, G. J. (2011). *Drug Use and Abuse* (6. útg.). Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Marlatt, G. A. (1996). *Harm reduction: come as you are*. *Addictive Behaviours*, 21(6), 779-788.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E. og Witkiewitz, K. (ritstj.) (2012). *Harm Reduction Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*. (2. útg.) New York: The Guildford Publication.
- Marshall, B. D. L., Miloy, M. J., Wood, E., Monataner, S. G. og Keer, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North-America's first medically supervised safer injection facility: a retrospective population-based study. *The Lancet*, 377(9775), 1429-1437.
- 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.
- McGeary, K. A. og French, M. T. (2000). Illicit drug use and emergency room utilization. *Health Services Research*, 35(1), 153-169.
- Mofizul Islam, M. (2013). Defining a service for people who use drugs as 'low-threshold': what should be the criteria? *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 220-222. Doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.03.005>
- National Institute on Drug Abuse. (2002). *Principles of Hiv Prevention in Drug-Using Populations* [rafræn útgáfa]. Maryland: Nih Publication.
- Nelson, P., Mathers, B., Cowie, B., Hagan, H., Jarlis, D. D., Horyniak, D. og Degenhardt, L. (2011). The epidemiology of viral hepatitis among people who inject drugs: results of global systematic reviews. *Lancet*, 378(9791), 571-583. Doi:10.1016/S0140-6736(11)61097-0
- Nutbeam, D. og Harris, E. (2004). *Theory in a Nutshell: a Practical Guide to Health Promotion Theories*. Sydney: McGraw-Hill.
- O'Hare, P. (2007). Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 18(2), 141-144.
- O'Shaughnessy, M., Hogg, R. S., Strathdee, S. A. og Montaner, J.G. (2012). Deadly public policy: what the future could hold for the epidemic among injection drug users in Vancouver. *Behavioral Aspects of Hiv Management*. 9, 394-400.

- Ómar H. Kristmundsson. (1985). *Ólögleg ávana- og fíkniefni á Íslandi*. Reykjavík: Dóms- og kirkjumálaráðuneytið.
- Píratar. (e.d.). *Stefnumál: Mannúðleg vímuefnastefna*. Sótt 13. mars 2014 af <http://www.Piratar.is/Stefnumal/Mannudleg-Fikniefnastefna/>
- Public Health Agency of Canada (2011). *Enhanced Surveillance of Risk Behaviours Among People Who Inject Drugs, Phase 3*. Óútgefið handrit. Sótt 5. apríl 2014 af: <http://www.Phac-Aspc.Gc.Ca/Aids-Sida/About/Itrack-Eng.Php#Jmp-Lan5>
- Public Health Agency of Canada (2012). *Summary: Estimates of Hiv Prevalence and Incidence in Canada, 2011*. Sótt 2. apríl 2014 af: <http://www.catie.ca/sites/default/files/Estimates-of-HIV-Prevalence-and-Incidence-in-Canada-2011.pdf>
- Rauði krossinn. (e.d.) *Frú Ragnheiður - Skaðaminnkun*. Sótt 15. mars 2014 af: http://www.raudikrossinn.is/page/rki_reykjavikurdeild_fruagnheidur
- Rauði Krossinn. (e.d.) *Frú Ragnheiður- Skaðaminnkun*. Sótt 11. maí 2014 af: <http://sw.rc32.lausn.is/doc/10417869>
- Rehm, J., Fischer, B., Hickman, M., Ball, A., Atun, R., Kazatchkine, M., Southwell, M., Fry, C. og Room, R. (2010). Perspectives on harm reduction – what experts have to say. Í T. Rhodes og D. Hedrich (ritstj.) *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges* (bls. 79-85). Lúxemborg: European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction.
- Reid, R. J. (2000). A benefit-cost analysis of syringe exchange programs. *Journal of Health & Social Policy*, 11(4), 41-57.
- Riley, D. (1998). *Drugs and Drug Policy in Canada: a Brief Review and Commentary*. Sótt 15. mars 2014 af: <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/library/riley-e.pdf>
- Riley, D. og O'Hare, P. (1998). Harm Reduction: History, Definition And Practice. Í J. A. Inciardi og L.D. Harrison (ritstj.), *Harm Reduction. National and International Perspective* (bls. 1-25). Delaware: Sage Publications.
- Rolles, S. (2009). *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation*. Bristol: Transform Drug Policy Foundation.
- SÁÁ. (2010). *Ársrit SÁÁ*. Reykjavík: SÁÁ.
- Schaefer, R. T. (2008). *Sociology* (11. útgáfa). New York: McGraw-Hill Publishing Company.
- Schatz, E., Schiffer, K. og Kools, J. P. (2011). *The Dutch Treatment and Social Support System for Drug Users: Recent Developments and the Example of Amsterdam*. Idpc Briefing Paper. London: International Drug Policy Consortium.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D. og Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *The Lancet*, 379(9819), 71-83.
- Supreme Court of Canada. (2011). *Canada (Attorney General) V. Phs Community Services Society, Ottawa*. Sótt 1. apríl 2014 af: <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/7960/index.do>
- Thomas, G. (2005). *Harm Reduction Policies and Programs for Persons Involved in the Criminal Justice System*. Ottawa: Canadian Centre On Substance Abuse (Ccsa).
- Þingskjal 630. (2013-2014) Tillaga til þingsályktunar um mótun stefnu til að draga úr skaðlegum afleiðingum og hliðarverkunum vímuefnaneyslu, til verndar neytendum efnanna, aðstandendum þeirra og samfélaginu í heild. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*. Sótt 13. mars 2014 af: <http://www.althingi.is/altext/143/s/pdf/0630.pdf>
- Uitermark, J. (2004). The origins and future of the Dutch approach towards drugs. *Journal of Drug Issues*, 34, 511-532.
- UNODC. (2013). *World Drug Report 2013*. Vín: United Nations office on Drugs and Crime. Sótt 20.mars 2014 af: http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf

- Van Ameijden, E. J. C., og Coutinho, R. A. (2001). Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986–1998: explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 356–363.
- Van Der Pol, P., Liebrechts, N., De Graaf, R., Korf, D. J., Van Den Brink, W. og Van Laar, M. (2011). The Dutch cannabis dependence (candep) study on the course of frequent cannabis use and dependence: objectives, methods and sample characteristics. *International Journal of Methods Psychiatric Research*, 20(3), 169-181.
- Van Laar, M., Cruts, G., Van Gageldonk, A., Van Ooyen-Houben, M., Croes, E. og Meijer, R. (2008). *The Netherlands Drug Situation 2008*. Lúxemborg: Publications Office of the European Union.
- Velferðarráðuneytið. (2012). *Drög að heilbrigðisáætlun til ársins 2020*. Sótt 20. apríl 2014 af: http://www.velferdarraduneyti.is/media/frettatengt2012/Drog_ad_heilbrigdisaaetlun.pdf
- Velferðarráðuneytið. (2013). *Stefna í áfengis- og vímuevörnum til ársins 2020*. Sótt 29. apríl 2013 af <http://www.velferdarraduneyti.is/media/rit-og-skyrslur-2014/Stefna-i-afengis--og-vimuvornum-desember-2013.pdf>
- Velferðarráðuneytið. (2014). *Fíkniefnalöggjöfin og kostir í stefnumótun: refsistefna eða afglæpavæðing? Ávarp Kristjáns Þórs Júlíussonar heilbrigðisráðherra*. Sótt 20. apríl 2014 af: <http://www.velferdarraduneyti.is/raedur-og-greinar-KTHJ-radherra/nr/34560>
- Werb, D., Kerr, T., Nosyk, B., Strathdee, S., Montaner, J. og Wood, E. (2013). The temporal relationship between drug supply indicators: an audit of international government surveillance systems. *British Medical Journal*, 3(9). Doi: 10.1136/bmjopen-2013-003077
- WHO. (2009). *Towards Universal Access: Scaling Up Priority Hiv/Aids Interventions in the Health Sector*. [rafræn útgáfa] Genf: World Health Organization.
- WHO. (e.d) *Health Topic; Substance Abuse*. Sótt 5. mars 2014 af: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/
- WHO. (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Genf: World Health Organization.