



MA ritgerð

Félagsráðgjöf til starfsréttinda

Hefðbundin meðferð eða skaðaminnkandi nálgun:

Hver eru viðhorf og þekking félagsráðgjafanema?

Ástríður Halldórsdóttir

Jóna Margrét Ólafsdóttir
desember 2014



HÁSKÓLI ÍSLANDS
FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD

Hefðbundin meðferð eða skaðaminnkandi nálgun:

Hver eru viðhorf og þekking félagsráðgjafanema?

Ástríður Halldórsdóttir

190280-6169

Lokaverkefni til MA-gráðu í félagsráðgjöf til starfsréttinda

Leiðbeinandi: Jóna Margrét Ólafsdóttir

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Nóvember 2014

Hefðbundin meðferð eða skaðaminnkandi nálgun: Hver eru viðhorf
og þekking félagsráðgjafanema?

Ritgerð þessi er lokaverkefni til MA gráðu til starfsréttinda
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.
© Ástríður Halldórsdóttir

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, Ísland, 2014

Útdráttur

Bakgrunnur: Auknar líkur eru á því að verðandi félagsráðgjafar muni sinna einstaklingum með áfengis- og vímuefnavanda á starfsferlinum. Meginhlutverk þjónustunnar er að meta ástand skjólstæðinga og finna leiðir til úrræða. Mikilvægt er að skoða viðhorf og þekkingu félagsráðgjafanema á mismunandi meðferðarnálgunum til að öðlast betri skilning á þörfum þeirra fyrir fræðslu um áfengis- og vímuefnavanda.

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar var annars vegar að forprófa réttmæti og áreiðanleika íslensku útgáfu mælitækisins Treatment Attitude Scale (TAS). Hins vegar var tilgangurinn að kanna viðhorf og þekkingu félagsráðgjafanema á hugtökum eins og skaðaminnkandi nálgun og hefðbundinni nálgun í áfengis- og vímuefna meðferð.

Aðferð: Gerð var meginindleg þverskurðarrannsókn sem fól í sér spurningalistakönnun. Í úrtaki voru 204 félagsráðgjafanemar í námi við Háskóla Íslands haustið 2014. Við gagnaúrvinnslu var notast við SPSS. Lýsandi tölfræði var beitt til að lýsa eiginleikum tölulegra gagna og gerð var þáttagreining.

Niðurstöður: Svarhlutfallið var 100% (n=204). Af heildarúrtakinu voru karlar 10%, flestir voru á aldrinum 18 - 30 ára (66%) og flestir voru á fyrsta námsári (33%). Þáttagreining leiddi í ljós tvo þætti, áreiðanleiki þátta (Cronbach's Alpha) var viðunandi: Skaðaminnkandi nálgun (α .77) og hefðbundin meðferð (α .74). Þáttahleðslur fyrir þáttinn skaðaminnkandi nálgun voru frá .569-.790 og fyrir þáttinn hefðbundin meðferð .602-.746. Marktækur munur var á milli viðhorfa nemenda í grunnnámi og framhaldsnámi til skaðaminnkandi nálgunar ($p < .01$).

Ályktanir: Mælitæki rannsóknarinnar reyndist áreiðanlegt og réttmætt þó frekari breytinga sé þörf á því til að aðlaga það betur til notkunar í rannsóknum í íslenskum aðstæðum. Ætla má að nemendur í framhaldsnámi í félagsráðgjöf aðhyllist frekar skaðaminnkandi nálganir en þeir sem eru í grunnnámi. Gagnsemi mismunandi meðferðarnálgana þarf að skoða frekar, aukin þekking á þessu viðfangsefni gæti gagnast félagsráðgjöfum sem starfa á sviði áfengis- og vímuefnavanda.

Lykilorð: Félagsráðgjöf, viðhorf, þekking, áfengis- og vímuefnavandi, meðferð, skaðaminnkandi nálgun.

Abstract

Background: There is increased probability that future social workers will assist individuals suffering from alcoholism and/or substance abuse during their career. The major function of this service is to evaluate the state of the clients and find appropriate treatment. It is important to examine the social work students' attitudes and knowledge of various approaches to gain a better understanding of their needs for information about alcoholism and substance abuse.

Aim: The aim of this research is on the one hand to test the validity and reliability of the instrument Treatment Attitude Scale (TAS). On the other hand the aim was to survey the attitudes and knowledge of students in social work of the concepts of harm reduction approach and more traditional approaches in the treatment of alcoholism and substance abuse.

Method: This was a quantitative cross sectional research based on a questionnaire survey. The sample was 204 social work students at the University of Iceland in the autumn 2014. SPSS was used to process the data. Descriptive statistics was used to describe the statistical qualities of the data and a principal component analysis was performed.

Results: The response was 100% (n=204). Males were 10% of the sample, most in the age range 18-30 years (66%) and most were in their first year (33%). The principal component analysis discovered two factors, the reliability of the factors (Cronbach's Alpha) was satisfactory: The harm reduction approach (α .77), traditional treatment (α .74). The loadings for the factor harm reduction approach were from .569-.790 and for the factor traditional treatment .602-.746. There was significant difference between the attitudes of undergraduate students and postgraduate students to the harm reduction approach ($p < .01$).

Conclusions: The instrument used in this study proved to be reliable and valid even though further changes are needed to the instrument to make it better suited for research in the Icelandic context. Supposedly, postgraduate students in social work tend more towards harm reduction approach than those who are undergraduates. The utility of different treatment approaches needs further examination, increased knowledge of this subject could be useful for those social workers who work with alcoholism and substance abuse.

Key words: Social work, attitudes, knowledge, alcoholism and substance abuse, treatment, harm reduction approach.

Formáli

Þessi rannsókn var framkvæmd á tímabilinu september til nóvember 2014. Rannsóknin beinir sjónum að viðhorfum félagsráðgjafanema til mismunandi áfengis- og vímuefnaferðar og þekkingu þeirra á viðfangsefninu. Þetta er 30 eininga lokaverkefni í meistaranámi til starfsréttinda í félagsráðgjöf við Félagsráðgjafadeild Háskóla Íslands. Ég vil þakka Jónu Margréti Ólafsdóttir, aðjúnkt við félagsráðgjafadeild Háskóla Íslands, fyrir góða leiðsögn og hvatningu. Einnig vil ég þakka þátttakendum rannsóknarinnar fyrir að gefa sér tíma til að svara spurningalistanum. Sérstakar þakkir fær fjölskylda mín, Jóhann, Halldór Kristján, foreldrar mínir Ólína og Halldór, Þórhildur, Elísabet, Guðmundur og Júlíana, fyrir allan þann stuðning sem hún hefur veit mér í gegnum námið og ritgerðasmíðina.

Efnisyfirlit

Útdráttur	5
Abstract	7
Formáli	8
Efnisyfirlit	9
Töfluskra.....	11
1 Inngangur	13
2 Áfengis og- vímuefnanotkun- kenningar og skilgreiningar.....	19
2.1 Sjúkdómskenning Jellinecks	19
2.2 Greiningarlíkon ICD-10 og DSM-V	20
2.3 Ættgengi vímuefnaröskunar	22
2.4 Gagnrýni á sjúkdómskenningar	23
2.5 Skilgreiningar Alþjóðaheilbrigðisstofnunnar og Sameinuðu þjóðanna á áfengis-og vímuefnavanda	23
3 Vímuefnavandi	25
3.1 Áfengis-og vímuefnavandi á alþjóðagrundvelli	25
3.2 Vímuefnavandi á Norðurlöndunum	25
3.3 Vímuefnavandi á Íslandi	26
4 Skaðaminnkandi nálgun.....	29
4.1 Skaðaminnkun sem hugmyndafræði.....	29
4.2 Skaðaminnkun og vímuefnaneysla í æð.....	31
4.3 Skaðaminnkun í stefnumótun	33
4.4 Gagnrýni á skaðaminnkun	34
4.5 Skaðaminnkandi nálgun og úrræði á Íslandi	35
5 Hefðbundin meðferð	37
5.1 Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ).....	37
5.2 Stuðningssamtök AA og NA	37
6 Óhefbundnar meðferðir.....	39

7	Þróun batahugtaksins	41
8	Félagsráðgjöf og áfengis- og vímuefnavandi	43
9	Félagsráðgjöf og skaðaminnkandi nálgun	45
10	Rannsóknir tengdar áfengis- og vímuefnavanda	47
10.1	Þekking og reynsla félagsráðgjafa á áfengis- og vímuefnamálum	47
10.2	Rannsóknir á viðhorfum til meðferðarúrræða	48
11	Aðferð	51
11.1	Rannsóknaraðferð	51
11.2	Þátttakendur	51
11.3	Mælitæki	51
11.4	Staðfæring spurningalista	53
11.5	Áreiðanleiki og réttmæti	53
11.6	Framkvæmd rannsókna	54
11.7	Gagnagreining	55
11.8	Takmarkanir rannsókna	56
12	Niðurstöður	57
12.1	Bakgrunnsupplýsingar þátttakenda	57
12.2	Meginhlutagreining	59
12.3	Samanburður á bakgrunnsbreytum	61
12.4	Samanburður á meðaltali skora	63
12.5	Réttmætisathugun	64
13	Umræður og samantekt.....	65
14	Lokaorð	69
	Heimildaskrá.....	71
	Fylgiskjöl.....	83
	Fylgiskjal 1 – Staðfesting Persónuverndar	83
	Fylgiskjal 2 – Spurningalisti	85

Töfluskra

Tafla 1. VPMV. Bakgrunnsupplýsingar um þátttakendur.....	58
Tafla 2. VPMV. Meginhlutagreining.	59
Tafla 3. VPMV. Samanburður á meðaltölum á milli lengdar náms og reynslu af áfengis- og/eða vímuefnavanda.	61
Tafla 4. VPMV. Samanburður á meðaltali skora eftir lengd náms.	63

1 Inngangur

Í þessari rannsókn verður fjallað um viðhorf og þekkingu félagsráðgjafarnema til hefðbundinnar meðferðar og skaðaminnkandi nálgunar í áfengis- og vímuefna meðferð með áherslu á notkun vímuefna í æð. Unnið er með þá skilgreiningu að áfengi og vímuefni séu allar tegundir áfengis, ólögleg vímuefni og lyfseðilsskyld lyf, sem hægt er að misnota og sem geta valdið einstaklingum skaða, andlega, líkamlega og félagslega. Markmið rannsóknarinnar er tvenns konar: annars vegar að forprófa íslenska útgáfu mælitækisins Treatment attitude scale (TAS), (Viðhorf og þekking til meðferðarnálgana við vímuefnavanda [VPMV]). Hins vegar að kanna skilning á viðhorfum og þekkingu nemenda við Háskóla Íslands í félagsráðgjöf árið 2014 á hugmyndum og hugtökum eins og skaðaminnkandi nálgun og hefðbundinni meðferð í áfengis- og vímuefna meðferð. Mælitækið TAS var hannað af Bonar og Rosenberg (2010) til að mæla viðhorf og þekkingu til skaðaminnkandi nálgunar og hefðbundinnar meðferðar á einstaklingum sem sprauta sig með vímuefnum. Rannsóknin var gerð á tímabilinu september til október 2014. Spurningalistinn TAS var lagður fyrir, í íslenskri þýðingu, 204 félagsráðgjafanema í grunnnámi og í framhaldsnámi við Háskóla Íslands. Eftir því sem höfundur best veit er þessi rannsókn fyrsta sinnar tegundar hér á landi en ein sambærileg rannsókn fannst við heimildarleit sem framkvæmd var af Fillmore og Hohman árið 2014.

Rannsóknarspurningar eru tvær:

1. Hver er áreiðanleiki og réttmæti íslensku þýðingarinnar á mælitækinu Treatment attitude scale (TAS) spurningalistanum, með fjórum viðbótarspurningum?
2. Er marktækur munur á viðhorfum og þekkingu félagsráðgjafarnema eftir því hve langt þeir eru komnir í námi og reynslu af áfengis- og vímuefnavanda til meðferðarnálgana?

Hugmyndin um verkefnið kviknaði í samskiptum mínum við Melindu Hohman, prófessor í félagsráðgjafardeild við San Diego háskóla í Bandaríkjunum. Hohman gerði svipaða rannsókn með meistaranema sínum við félagsráðgjafadeildina í San Diego þar sem hún notaðist við TAS mælitækið. Hohman veitti mér góðfúslegt leyfi til að þýða og nota mælitækið við íslenskar aðstæður.

Höfundur þessarar rannsóknar telur mikilvægt að skoðuð séu viðhorf og þekking félagsráðgjafanema við Háskóla Íslands á mismunandi meðferðarnálgunum þar á meðal skaðaminnkandi nálgun. Félagsráðgjafar vinna oft með einstaklingum sem eiga við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða þrátt fyrir að minnihluti félagsráðgjafa vinni á stofnunum sem sérhæfa sig í meðferð þeirra sem eru með áfengis- og vímuefnavanda. Í rannsókn Smith, Whitaker og Weismuller (2006) kom í ljós að 71% af meðlimum Landssambandi bandarískra félagsráðgjafa (*National Association of Social Workers*) höfðu unnið með skjólstæðingum í áfengis- og/eða vímuefnavanda, en aðeins 2% af úrtakinu unnu á sérhæfðum meðferðarstofnunum fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur. Áfengis og vímuefnaneysla getur haft alvarlegar sálfélagslegar afleiðingar og víðtæk áhrif á heilsufar, geðheilsu, fjölskyldu, atvinnu og húsnaðismál (Davis og Rosenberg, 2012; Smith o.fl., 2006). Líkurnar á því að félagsráðgjafanemar og verðandi félagsráðgjafar eigi eftir að sinna einstaklingum með áfengis- og vímuefnavanda á starfsferlinum eru miklar og því mikilvægt að íhuga mismunandi meðferðarnálganir til þess að geta mætt þörfum þessa skjólstæðingahóps á faglegan hátt (Bigler, 2005; Eversman, 2012).

Sú þekking sem athyglin beinist að í þessari ritgerð er þekking byggð á reynslu (Quinton, 1967). Viðhorf er afstaða til tiltekins viðfangsefnis eða hlutar. Það þýðir að maður hefur mótað sér skoðun á því hvort viðfangsefnið er slæmt eða gott, eftirsóknarvert eða skaðlegt. Viðhorf byggjast mjög gjarnan á reynslu og/eða þekkingu og móta einstaklinginn (Thomson, 1968). En þau geta líka verið afleiðingar reynslu einhvers annars eða þess sem einhver annar hefur sagt okkur frá. Oft mótask viðhorf án þess að við gerum okkur grein fyrir því. Það eru þættir í umhverfinu sem hafa áhrif á það hvað okkur finnst um tiltekinn atburð eða hlut (Dewey, 1938/2000). Sé þetta endurtekið nokkrum sinnum þá mótask með okkur skoðun sem getur orðið að viðhorfi ef hún verður varanleg. Viðhorf tengja saman reynslu, þekkingu og mat á því hvað er eftirsóknarvert og hvað ekki, hvað er gott og hvað er slæmt. Viðhorfin hafa áhrif á hvernig við metum það sem gerist í okkar umhverfi og við vitum af og hvernig við bregðumst við. Viðhorf eru hluti af sálarlífi allra manna og það getur verið mikilvægt að átta sig á hvað það er sem hefur áhrif á þau. Í rannsóknarspurningum kemur fram að höfundur hyggst leita að því hvort tengsl eru á milli viðhorfa annars vegar og reynslu og þekkingar á áfengis- og vímuefnavanda hins vegar eða á því að fást við skjólstæðinga sem eru með áfengis- og vímuefnavanda.

Félagsráðgjafar unnu að jafnaði ekki með einstaklingum með áfengis- og vímuefnavanda og komu að takmörkuðu leyti að meðferð fyrir þennan hóp, en undanfarna áratugi hefur vinna félagsráðgjafa með þessum skjólstæðingahóp aukist (Erla Björg Sigurðardóttir, 2007; DiNitto, 2002; Lemanski, 2001; Smith o.fl., 2006). Félagsráðgjafar eru oft á tíðum þeir fyrstu til að veita þjónustu þeim sem eru með áfengis- og vímuefnavanda á hinum ýmsu stofnunum innan heilbrigðis- og velferðarkerfisins þ.m.t. á heilbrigðisstofnunum, í barnaverndarþjónustu, þjónustu á endurhæfingarsviði, í skólum og í félagsþjónustu. Mikilvægi félagsráðgjafanna á þessum vettvangi snýr að þeirri matsvinnu sem þeir framkvæma og tilvísunum í hin ýmsu úrræði félagsþjónustunnar og heilbrigðisstofnana (Hall, Amodeo og Shaffer, 2000). Það er ljóst að félagsráðgjafar eru í einstakri aðstöðu til að veita þjónustu eða gera ráðstafanir um viðeigandi meðferð fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur vegna víðtæks starfsvettvangs (Smith, o.fl., 2006).

Bigler (2005) bendir á í heimildarsamantekt sinni að viðhorf og þekking félagsráðgjafa hafi áhrif á hvernig þeir takast á við stækkandi skjólstæðingahóp sem er með áfengis- og vímuefnavanda og þau úrræði sem þeir nota. Hin hefðbundna sjúkdómskenning um greiningu alkahólisma sem segir að áfengissýki sé líffræðilegur, krónískur og stigvaxandi sjúkdómur, sem einungis er hægt að meðhöndla með bindindi, hefur verið ráðandi sem hugmyndafræði í meðferð við áfengis- og vímuefnavanda (Littrell, 2014; Lemanski, 2001). Þessi sjúkdómskenning stendur fyrir flokkun áfengis- og vímuefnavanda á Vesturlöndum, þar með talið á Íslandi, þar sem áfengis- og vímuefnavandi er flokkaður sem geðheilbrigðisvandamál. Stuðst hefur verið við greiningakerfi Bandaríska geðlæknafélagsins (American Psychological Association [APA]) (DSM-V) og tölfræðiflokkun sjúkdóma Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (World Health Organization [WHO]) (ICD-10) við flokkun þessara sjúkdóma (Heilbrigðisráðuneytið, 2005; Sadock, Kaplan og Sadock, 2007). Félagsráðgjafar hafa unnið samkvæmt fyrrgreindum skilgreiningum og meðferðarúrræði byggjast á þeirri forsendu að misnotkun áfengis- og vímuefna sé sjúkdómur (Lemanski, 2001; Erla Björg Sigurðardóttir, 2007).

Samkvæmt Tatarsky og Marlatt (2010) sýna gögn frá árinu 2000 að umfang áfengis- og vímuefnavanda í Bandaríkjunum er stórt. Af þeim 22.2 milljónum manns með áfengis- og vímuefnavanda eru 2 milljónir sem fara í meðferð og allt að 85% af þeim hætta í

meðferðinni. Tatarsky og Marlatt telja að ein ástæða þessara litlu meðferðarheldni sé óraunhæft markmið um algjört bindindi.

Skaðaminnkandi nálgun hefur verið að auka umfang sitt sem hugmyndafræði og aðferðarfræði í áfengis- og vímuefnamálum og sem alþjóðleg stefnumótun í heilbrigðismálum og fíkniefnalöggjöf (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2008; Collins o.fl, 2012). Í starfi félagsráðgjafa er skaðaminnkun nýleg hugmyndafræði í meðferðarvinnu, úrræðum og í samtalsmeðferðum í tengslum við áfengis-og vímuefnameðferð (Hofschulte, 2012). Keen og Oliver (2004) hafa að auki bent á að skaðaminnkandi nálgun hafi sterkari fræðilegan grundvöll heldur en meðferðarúrræði sem styðjast við bindindi eingöngu.

Rannsóknir hafa gefið til kynna að skaðaminnkandi nálgun dregur úr útbreiðslu alnæmisveirunnar (HIV) og alnæmi (AIDS) á meðal sprautufíkla (Des Jarlais o. fl., 1996) og gefur fagfólki verkfæri til að hjálpa einstaklingum sem undir öðrum kringumstæðum myndu ekki þiggja aðstoð (Shepard, 2008; Shepard, 2010). Núgildandi skaðaminnkandi nálganir fyrir einstaklinga sem sprauta sig með vímuefnum eru meðal annars nálaskiptaþjónusta, örugg neyslurými sem eru vöktuð af læknum eða hjúkrunarfræðingum, fræðsla um öruggari neysluvenjur, að fá staðgengislyf eins og methadon eða buprenorphine og læknisfræðileg íhlutun í tilfellum þar sem einstaklingur sprautar sig með of stórum skammti (Tatarsky og Marlatt, 2010).

Fyrri rannsóknir á viðhorfum áfengis- og vímuefnaráðgjafa (Bonar og Rosenberg, 2010), félagsráðgjafa (Hofschulte, 2012; Seiger, 2005) og félagsráðgjafanema (Fillmore og Hohman, 2014) benda til þess að þessir faghópar séu á varðbergi gagnvart skaðaminnkun og telji nálgunina í mótsögn við bataferli fyrri sjúkdómakenninga og oft á tíðum gildi stofnunarinnar sem þeir vinna á. Einnig gefa rannsóknir til kynna að félagsráðgjafa skorti almennt faglega starfsþjálfun og þekkingu til að geta veitt þeim sem hafa áfengis- og vímuefnavandamál viðeigandi ráðgjöf (Hall, Amodeo, Shaffer og Vanderbilt, 2000; Amodeo og Fassler, 2000; Quinn, 2010; Quinn og Straussner, 2010). Að auki kom fram í rannsókn Loughran, Hohman og Finnegan (2010) á 200 félagsráðgjöfum að þeir töldu sig oft á tíðum ekki vera tilbúna til að takast á við slíkan skjólstæðingahóp.

Fræðsla í skaðaminnkandi nálgun til félagsráðgjafanema er talin stuðla að því að þeir geri sér grein fyrir hugmyndafræðinni og telji hana ásættanlega meðferðarnálgun. Þar með aukast líkurnar á því að þeir muni styðjast við þá hugmyndafræði í vinnu sinni með

skjólstæðingum sem eiga við áfengis- og vímuefnavanda að stríða (Eversman, 2012). Slík fræðsla gæti leitt af sér að verðandi félagsráðgjafar bjóði skjólstæðingum sínum upp á fleiri valmöguleika á gagnreyndum meðferðarúrræðum á sama tíma sem þeir styrkja jákvætt meðferðarsamband og sjálfsákvörðunarrétt skjólstæðings (Eversman, 2012). Niðurstöður Davis og Rosenberg 2012 styðja mikilvægi þess að félagsráðgjafar geri sér grein fyrir mikilvægi hugmyndafræði um skaðaminnkandi nálgun. Höfundar benda á að einstaklingar sem eiga við áfengis- og vímuefnavanda að etja og sem forðast meðferð vegna efasemda þeirra um bindindi ættu að vita að áhugi þeirra á hóflegri neyslu, er eða gæti verið ásættanlegt markmið og þar með aukið líkurnar á að hann fari í meðferð og að jákvætt meðferðasamband haldist á milli meðferðaraðila og skjólstæðinga (Davis og Rosenberg, 2012).

Í fræðilegri umfjöllun er litið til fyrri rannsókna og fræðigreina sem tengjast rannsóknarefninu. Við heimildaleit var notast við fræðilegar bækur um efnið en einnig var farið á gagnasöfn á vegum Háskólabókasafnsins. Nokkrar greinar voru fengnar í gegnum Dr. Melindu Hohman. Leitarsíður á netinu voru notaðar svo sem Google Scholar.

Ritgerðin skiptist í 14 kafla. Í fyrsta kaflanum var fjallað um tilgang rannsóknarinnar og bakgrunn viðfangsefnisins. Í öðrum kafla er fjallað um áfengis- og vímuefnanotkun, kenningum og ýmsum skilgreiningum á hugtökum gerð skil. Þriðji kaflinn gerir grein fyrir vímuefnavanda á alþjóðagrundvelli, á Norðurlöndum og á Íslandi. Í fjórða kafla er sett fram hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar, ýmis úrræði sem fela í sér skaðaminnkun, almenn stefnumótun og gagnrýni á þessa meðferðarnálgun. Í fimmta kafla verður fjallað um hefðbunda meðferð þar sem lýst verður starfi Samtaka áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ) og stuðningssamtakanna Alcoholics Anonymous (AA) og Narcotics Anonymous (NA). Í sjötta kafla verður gert grein fyrir rannóknum á áfengis- og vímuefnavanda þar sem óhefðbundar meðferðir hafa verið notaðar. Sjöundi kafli fjallar um þróun batahugtaksins. Í áttunda kafla er fjallað um tengingu félagsráðgjafarstarfsins við áfengis- og vímuefnavandann. Í níunda kafla er umfjöllun um félagsráðgjöf og skaðaminnkandi nálgun. Í tíunda eru kafla eru kynntar rannsóknir sem gerðar hafa verið í félagsráðgjöf og sem tengjast áfengis- og vímuefnavanda. Í ellefta kafla er aðferðarfræði rannsóknarinnar gerð skil. Úrtaki er lýst, gerð grein fyrir þýðingu og notkun mælitækis, greiningu gagna og takmarkanir rannsóknarinnar eru settar fram. Tólfthi kafli gerir grein fyrir

niðurstöðum rannsóknarinnar. Bakgrunnsupplýsingar eru settar fram, gerð grein fyrir meginhlutagreiningu og samanburði á breytum ásamt því að skýra mælingar á áreiðanleika. Í lokin, í þrettánda kafla, eru umræður um niðurstöður rannsóknarinnar þar sem þær eru bornar saman við fyrri rannsóknir um efnið. Fjórtánda kafli er stutt samantekt um verkefnið í heild sinni.

2 Áfengis og- vímuefnanotkun- kenningar og skilgreiningar

Í þessum kafla verður gerð grein fyrir misnotkun áfengis- og vímuefna út frá fræðilegum heimildum og kenning Jellinecks um sjúkdóminn alkóhólisma verður rædd. Farið verður yfir skilgreiningar á viðurkenndum greiningarlíkönum um áfengis- og vímuefnavanda. Erfðafræðilegir eiginleikar vímuefnaröskunar verða skoðaðir í ljósi fyrri rannsókna. Gagnrýni á sjúkdómskenningar verða reifaðar. Einnig verða skilgreiningar Alþjóðaheilbrigðis- málstofnunnarinnar og Sameinuðu þjóðanna á áfengis- og vímuefnavanda gerð skil.

2.1 Sjúkdómskenning Jellinecks

Sjúkdómskenning Jellinecks byggir á því að alkóhólismi sé líffræðilegur krónískur sjúkdómur sem tengist erfðum og eina leiðin til að halda honum niðri er að einstaklingur fái faglega meðhöndlun, fari í meðferð og hætti allri neyslu á efninu (Jellineck, 1960). Jellineck byggði þessar niðurstöður á rannsókn á svörum 100 karlmannna sem voru tengdir AA samtökunum. Kenning Jellinecks um áfengissýki hlaut nokkurn trúverðugleika þar sem hann lýsti stigum áfengissýki sem röð óhjákvæmilegra atburða í tengslum við ómeðhöndlaða drykkju. Jellineck komst að þeirri niðurstöðu að óstjórnleg drykkja hefði í för með sér einkenni eins og minnisleysi, aukið þol fyrir áfengi, fráhvarfseinkenni, geðveiki og dauða. Jellineck hélt áfram rannsóknum sínum á áfengissýki og skoðaði vandamáladyrkju á milli mismunandi menningarsvæða (Jellineck, 1960). Hann greindi mismun á mynstri áfengissjúklinga og aðgreindi þá í fimm flokka eftir alvarleika einkenna og nefndi þá eftir fimm fyrstu stöfunum í gríska stafrófinu. Sölvína Konráðs (2001) hefur gert þessu skil á eftirfarandi hátt: Alpha sem er lýsandi fyrir einstakling haldinn sálrænni fíkn, hann einkennist af þráhyggju og mikilli löngun í áfengi og neyslu sem veitir vellíðan, Beta er lýsandi fyrir líkamleg einkenni sem eru afleiðing neyslu á áfengi en er þó ekki líkamleg fíkn, Gamma er stjórnlaus neysla áfengis og líkamleg fíkn, Delta er lýsandi fyrir líkamlega fíkn en ekki stjórnlause neyslu og Epsilon stendur fyrir einstaklinga sem drekka í túrum. Samkvæmt Jellineck var gamma tegundin af alkóhólisma mest áberandi í Bandaríkjunum og var þessi tegund sú algengasta í úrtaki Jellinecks í rannsókninni (Jellineck, 1960).

Samkvæmt sögulegum heimildum Kinney (2006) voru ekki til ákveðin greiningarviðmið fyrir áfengisneyslu ef litið er hálfa öld aftur í tímann. Jellineck var fyrstur til að koma fram

með þær kenningar að áfengissjúklingar væru háðir neyslunni og hún hefði neikvæð áhrif á þá og umhverfi þeirra. Þessi kenning þótti tímamótakenning frá þeirri hugmynd að þeir sem áttu í vanda með áfengi væru með lítinn sem engan viljastyrk og væru ófærir um að stjórna eigin hvötum. Í staðinn fyrir að vera merki um siðferðilegan veikleika varð áfengisvandamál að sjúkdómi sem átti sama rétt á meðhöndlun og aðrir sjúkdómar (Kissin, 1983). Helstu vankantar á rannsókn Jellinecks samkvæmt Littrell (2014) er einsleitt og fámennnt úrtak sem gæti haft áhrif á réttmæti rannsóknar.

2.2 Greiningarlíkön ICD-10 og DSM-V

Í nútíma læknávisindum eru greiningarkerfin International Statistical Classification of Disease and Health related problems, 10th revision (ICD-10) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fimmta útgáfa (DSM-V) notuð til þess að skilgreina sjúkdóma.

Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála 10. endurskoðun er flokkunarkerfi gefið út af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni og er kallað ICD-10 í daglegu tali (Landlæknir, 2014). Í ICD-10 er skilgreining á fíknihéilkenni (*dependence syndrome*) samspil af lífeðlisfræðilegum, hegðunar og vitsmunalegum áhrifaþáttum sem móta einstaklinginn. Einkennandi fyrir fíknihéilkennið er sterk löngun eða árátukennd þörf fyrir efnið hvort sem það er áfengi, tóbak, fíkniefni eða misnotkun á löglegum efnum og að einkennum verða sýnilegri á skemmri tíma eftir neyslulé heldur en hjá einstaklingi sem uppfyllir ekki greiningarviðmið. Vímuefnaneysla fer að hafa forgang yfir aðrar athafnir daglegs lífs og athafnir sem áður þóttu mikilvægar hafa minna vægi. (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, e.d.). ICD-10 greiningarskalinn hefur sex viðmið og einstaklingur þarf að fullnægja þremur af þeim til að ná greiningu en viðmiðin eru eftirfarandi:

1. Sterk löngun eða árátukennd þörf fyrir efnið.
2. Stjórnleysi í neyslu vímuefnisins. Neysla einstaklingsins verður tíðari, meiri eða varir lengur en gert var ráð fyrir.
3. Líkamleg fráhvarfseinkenni þegar dregið er úr neyslu eða vímuefni notuð til að draga úr þeim.
4. Þol eykst gagnvart vímuefninu og aukið magn þarf til að ná fram sömu áhrifum og áður fengust.
5. Sífelld meiri tími fer í að nálgast vímuefni og, neyta þeirra og ná sér eftir neyslu og þá á kostnað frístunda eða annars sem veitir vellíðan.
6. Misnotkun á efninu er haldið áfram þrátt fyrir augljósan líkamlegan eða andlegan skaða (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, e.d.).

Árið 2013 var nýjasta útgáfa greiningarkerfis Ameríska geðlæknafélagsins, DSM-V, gefin út og voru gerðar talsverðar breytingar á flokkun og greiningarviðmiðum. DSM-IV-TR frá árinu 2000 notaðist við tvö mismunandi greiningarviðmið, vímuefnamisnotkun (*substance abuse*) og vímuefnafíkn (*substance dependence*), til að lýsa vímuefnaröskun með tveimur mismunandi ólíkum viðmiðum (American Psychiatric Association, 2013). Í þeirri útgáfu var gert ráð fyrir að vímuefnamisnotkun væri vægari útgáfa eða undanfari vímuefnafíknar. DSM-V frá árinu 2013 samþættir þessar tvær greiningar, vímuefnamisnotkun og vímuefnafíkn, í eina greiningu og heitir nú greiningarviðmiðið vímuefnaröskun (*substance use disorder*) með undirflokkana væg, í meðallagi og alvarleg sem skilgreina alvarleika notkunarinnar. Því fleiri einkenni sem eru greinanleg hjá einstaklingi því alvarlegri er röskunin. Talið er að nýja skilgreiningin lýsi og passi betur við einkenni sem sjúklingar gætu fundið fyrir. Það sama á við um greiningu tengda fíkniefnanotkun, DSM-V greinir ekki á milli misnotkunar eða fíknar heldur er einungis eitt greiningarviðmið með undirflokkana væg, meðal til alvarlegrar notkunar (American Psychiatric Association, 2013). Hvert efni til notkunar er tekið sérstaklega fyrir en þau eru öll með sömu viðmið til greiningar svo sem áfengisnotkunarröskun (*alcohol use disorder*) og notkun örvandi efna röskun (*stimulant use disorder*). Aðrar breytingar eru þær að í DSM-V er bætt við að löngun í vímuefni sé greiningarviðmið og í DSM-V eru lagaleg vandræði (*legal problems*) tekin út sem eitt af greiningarviðmiðunum vegna menningarlegs mismunar á skilgreiningunni (American Psychiatric Association, 2013). Til að greina vímuefnaröskun samkvæmt DSM-V er stuðst við fjóra flokka og þurfa tvö eða fleiri einkenni að hafa átt sér stað á síðustu 12 mánuðum.

Greiningarviðmiðin eru:

1. Skert stjórn á neyslu vímuefnis (*impaired control*). Einstaklingur neytir efnis í lengri tíma en ætlað var, hann gerir árangurslausar tilraunir til að stöðva neyslu eða minnka neyslu, hann eyðir umtalsverðum tíma í neyslu og að jafna sig eftir neyslu og hefur mikla löngun í efnið.
2. Félagslegur skaði (*social impairment*). Vanhæfni til að sinna skyldum sínum vegna neyslu, áframhaldandi neysla þrátt fyrir að neyslan skapi erfiðleika og athafnir sem áður þóttu mikilvægar hafa minna vægi.
3. Áhættusöm neysla (*risky use*). Endurtekin neysla í óviðeigandi aðstæðum til að mynda að keyra undir áhrifum og áframhaldandi neysla þrátt fyrir að heilsufari fari hrakandi.

4. Lyfjafræðileg fíkn (*pharmacologic dependence*). Aukið þol myndast vegna neyslu. Einstaklingurinn hefur þörf fyrir aukið magn efnis til að upplifa áhrif sem sóst er eftir eða upplifir minni áhrif þó sama magns sé neytts. Einnig upplifir einstaklingur fráhvörf þó hann neyti ekki efnisins (American Psychiatric Association, 2013).

2.3 Ættgengi vímuefnaröskunar

Í heimildarsamantekt Merikangas og Mclair (2012) voru skoðaðar rannsóknir sem varpa ljósi á erfðafræðilega eiginleika vímuefnaröskunar. Höfundar komust að því að erfðafræðilegir þættir eru sterkir áhrifaþættir á það hve háður einstaklingurinn verður vímuefnunum. Ályktun þeirra var m.a. sú að ef erfðafræðilegar athuganir geta gert það mögulegt að skilgreina þau gen sem eru sérstaklega móttækileg fyrir vímuefnaröskun og sem ættu þátt í því að viðkomandi einstaklingur væri útsettari en aðrir að ánetjast vímuefnum þá muni það stuðla að auknum möguleika á að koma í veg fyrir og að meðhöndla vímuefnaraskanir.

Merikangas, Dierker og Szatmari (1998) sýndu fram á að því að afkomendur þeirra sem misnotuðu vímuefni voru átta sinnum líklegri til að gera það sama þegar þeir voru bornir saman við afkomendur þeirra sem gerðu það ekki. Svipaðar niðurstöður komu fram í átta ára fylgnirannsókn afkomenda einstaklinga með vímuefnavanda, þeir voru tvisvar sinnum líklegri til að misnota vímuefni og þrisvar sinnum líklegri til að misnota áfengi og marijuana í samanburði við afkomendur samanburðarhóps sem ekki átti sögu um áfengis- og vímuefnaraskanir (Merikangas og Avenevoli, 2000). Einnig hafa rannsóknir gefið vísbendingar um að unglingar séu líklegri til að misnota sömu vímuefni og foreldrar þeirra (Fleming, Brewer, Gainey, Haggerty og Catalano 1998; Hoffmann og Cerbone, 2002).

Nýlegar rannsóknir á tvíburum og arfgengi vímuefnaröskunar í ákveðin vímuefni leiddu í ljós að áætlaðar líkur fyrir arfgengi fíknar í kokaín væri 44% á meðal karla og 65% hjá konum, fíkn í ópíötlyf var áætlað 43% hjá körlum, en ekki komu í ljós áætlaðar tölur fyrir konur. Fyrir marijuana var áætluð fíkn 33% hjá körlum, 79% hjá konum og 49% karlar og 64% kvenna voru líklegri til að ánetjast áfengi. Að auki voru vísbendingar um að tvisvar sinnum meiri líkur voru á því að eineggja tvíburar misnotuðu sama vímuefnið heldur en tvíeggja tvíburar (Swendsen og Le Moal, 2011). Fyrrgreindar niðurstöður gefa vísbendingar um að erfðaþættir gætu haft áhrif á hvort einstaklingur misnoti vímuefni eða ekki og hvaða vímuefni hann misnotar.

2.4 Gagnrýni á sjúkdómskenningar

Gagnrýni á fyrrgreindar sjúkdómskenningar hafa komið fram. Weisner og Schmidt (1993) komust að þeirri niðurstöðu að áfengis- og vímuefnavandi sé í raun ekki sjúkdómur og að heilbrigðisstarfsmenn hafi ekki sérþekkingu á meðferð við fíkn. Könnun sem var lögð fyrir lækna og hjúkrunarfræðinga leiddi í ljós að þátttakendur töldu að heilbrigðiskerfið væri í stakk búið til að greina einstaklinga í áhættuhópi og veita fræðslu en meirihluti þátttakenda taldi að engin læknisfræðileg meðferð væri til sem meðhöndlaði áfengis- og vímuefnavanda (Weisner og Schmidt, 1993). Abed og Munzo (1990) gerðu rannsókn á viðhorfum 203 heimilislækna til ýmissa þátta tengdum áfengis- og vímuefnameðferð. Sérfræðingarnir töldu sig hæfa til að greina og þekkja einkenni fíknar en töldu almennt að áfengis- og vímuefnaneysla væri ekki læknisfræðilegt viðfangsefni.

Þversniðsrannsókn frá árinu 2001 sem framkvæmd var af National epidemiological survey on alcohol and related conditions (NESARC) styður fyrrgreinda gagnrýni. Skoðað var hjá 4422 einstaklingum sem uppfylltu viðmið um áfengisfíkn (*alcohol dependence*) samkvæmt DSM-IV ári áður eða fyrr uppfylltu 25% af úrtakinu ennþá þau viðmið þegar rannsóknin fór fram. Af úrtakinu voru 27% að hluta til í bata (*partial remission*) og næstum helmingurinn uppfyllti viðmið um fullan bata. Bindindismenn voru 18.2% af úrtakinu en tæp 30% drukku hóflega (*non-abstinent recovery*). Aðeins 25.5% af öllu úrtakinu sögðust hafa sótt meðferð vegna áfengisvanda (Dawson, Grant, Stinson o.fl., 2005). Þessar niðurstöður koma heim og saman við aðrar rannsóknir sem sýnt hafa að einstaklingar geta náð bata eftir að hafa greinst með áfengisfíkn án aðstoðar, án meðferðar og án þess að hætta neyslunni (Fingfeld, 1997; Tucker, 2003).

2.5 Skilgreiningar Alþjóðaheilbrigðisstofnunnar og Sameinuðu þjóðanna á áfengis- og vímuefnavanda

Ekki er til nein stöðluð skilgreining á misnotkun áfengis- og vímuefna samkvæmt skýrslu Sameinuðu þjóðanna (*United Nations [UN]*) um vímuefni í heiminum (2014) og skýrslu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um áfengi og heilbrigði (Global status report on alcohol and health) (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2014). Í fyrrgreindi skýrslu WHO um áfengi er þó stuðst við skilgreininguna að skaðleg neysla áfengis sé drykkja sem hefur skaðlegar afleiðingar fyrir einstaklinginn, fólkið í kringum hann og samfélagið í heild sinni sem og drykkjumynstur sem er tengt aukinni hættu á heilsubresti. Tekið er sérstaklega fram

að orðið *skaðlegt* vísar aðeins til opinberra heilsufarslegra áhrifa af neyslu áfengis og vísar ekki í menningarleg viðmið um skilgreiningar á skaðsemi á nokkurn hátt. Einnig er tekið fram að skaði tengdur áfengisneyslu er metinn eftir magni áfengis sem er drukkið, eftir drykkjumynstri og í sumum tilfellum gæðum áfengis. Skilgreining WHO í skýrslunni á skaðlegri neyslu áfengis er ólík skilgreiningu ICD-10, International classification of diseases (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, e.d.) .

Í skýrslu SP kemur fram að skilgreining á vímuefnaneyslu kann að vera mismunandi frá einu landi til annars en getur náð til einstaklinga sem taka þátt í áhættuhegðun tengdri neyslu. Til að mynda til einstaklinga sem sprauta í sig fíkniefnum, einstaklinga sem nota fíkniefni daglega og/eða einstaklinga sem greinast með fíknisjúkdóm samkvæmt greiningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar í ICD 10, greiningarkerfi ameríska geðlæknafélagsins DSM-V eða samkvæmt öðrum viðmiðum og/eða skilgreiningum.

3 Vímuefnavandi

Í þessum kafla verður farið yfir vímuefnaneyslu á alþjóðagrundvelli, á Norðurlöndunum og á Íslandi. Áhersla verður lögð á einstaklinga sem neyta vímuefna með því að sprauta þeim í æð.

3.1 Áfengis-og vímuefnavandi á alþjóðagrundvelli

Vímuefnaneyslu er alvarlegt alþjóðlegt vandamál. Samkvæmt skýrslu Sameinuðu þjóðanna (2014) er talið að árið 2012 hafi 243 milljónir manna í heiminum (5.2% af öllum jarðarbúum) á aldursbilinu 15-64 ára notað ólögleg lyf að minnsta kosti einu sinni. Dauðsföll tengd neyslu voru talin vera um það bil 183,000 á árinu 2012 og var ofneysla heróíns og sterkra verkjalyfja (*non-medical use of prescription opioids*) aðal dauðavaldurinn. Talið er að árið 2012 hafi u.þ.b. 12.7 milljónir manna sprautað sig með vímuefnum sem er 0.27% af íbúum jarðar á aldrinum 15-64 ár. Enn fremur kemur fram að 1.7 milljónir íbúum sem sprauta sig með vímuefnum hafi verið smitaðir af alnæmisveirunni (HIV) sem gerir algengi alnæmissmits 13.1% meðal þeirra árið 2012. Í sömu skýrslu kemur fram að árið 2012 eru 52% þeirra sem sprauta sig eru smitaðir af lifrabólgu C sem samsvarar 6.6 milljónum manna frá 15-64 ára á heimsvísu. Hlutfall sprautunotenda sem smitaðir eru af lifrabólgu C eru 6.7% á heimsvísu og samtals voru það 850,000 manns á aldrinum 15-64 ára (Sameinuðu þjóðirnar, 2014).

Samkvæmt skýrslu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (2014) er skaðleg drykkja talin vera valdur að 3.3 milljóna dauðsfalla á ári hverju sem samsvarar 5.9% af öllum dauðsföllum í heiminum. Neysla áfengis er talin valda 5.1% sjúkdóma í heiminum og það sé orsakasamband á milli áfengisneyslu og 200 heilsufarsvandamála. Nýjustu rannsóknir sýna fylgni á milli áfengisneyslu og nýrra tilfella berkla- og HIV/alnæmissmita þar sem áhættuhegðun sem stafar af áfengisneyslu getur falið í sér óvarið kynlíf sem leiðir til smitunar (Baliunas, Rehm, Irving og Shuper, 2010; Hahn, Woolf- King og Muyindike, 2011).

3.2 Vímuefnavandi á Norðurlöndunum

Nýgreiningar á alnæmi meðal einstaklinga sem sprauta sig með vímuefnum hefur verið á niðurleið í Evrópu og eru minni en 5% nýrra tilfella að jafnaði (Magnús Gottfreðsson, 2011). Að jafnaði virðist dánartíðni einstaklinga sem sprauta sig í Evrópu fara lækkandi. Á sama tíma virðist dánartíðni einstaklinga sem sprauta sig í æð fara hækkandi á Norðurlöndunum

(Weissing, Klempova og Hedrich, 2010). Frá árinu 1997 var dánartíðnin 1.2 á hverja 100.000 íbúa en 4.6 árið 2007 (Steentoft, Teige, Ceder o.fl., 2001; Simonsen o.fl., 2011). Svíar, Finnar og Eistar hafa lent í faraldri nýsmita meðal sprautufíkla og í Eistlandi smituðust 60-90% allra sem sprautuðu sig með vímuefnum af alnæmi á skömmum tíma (Magnús Gottfreðsson, 2011). Ólíkt öðrum löndum í Evrópu er algengasta vímuefnið til að sprauta sig með í Finnlandi amfetamín en ekki heróín. Talið er að árið 2005 hafi 16.300 manns í Finnlandi sprautað sig með amfetamíni og 4.204 sprautuðu sig með ópíumskyldum lyfjum eins og búprenórfín og metadóni (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], e.d). Í Svíþjóð, árið 2007, var talið að fjöldi þeirra sem sprautuðu sig með amfetamíni og heróíni væru um 29.513 (EMCDDA, e.d). Í Noregi, árið 2011, var áætlað að um 8,500 manns sprautuðu sig oftast með heróíni (EMCDDA, e.d). Í Danmörku árið 2006 var áætlað að það væru 13.000 manns sem sprautuðu sig með fíkniefnum daglega (EMCDDA, e.d).

3.3 Vímuefnavandi á Íslandi

Í ársskýrslu Samtaka áhugafólks um áfengi- og vímuefnavanda (SÁÁ, 2010) kom fram að hlutfall núlifandi Íslendinga 15 ára og eldri sem hafa sótt þjónustu á meðferðarstofnunni Vog er um 7% (karlar 9.8%), (konur 4.1%). Af þessum einstaklingum hafa 599 (2,9%) innritast oftast en 10 sinnum á Vog. Af þeim sem lögðust inn árið 2009 áttu 81% þeirra við áfengisvandamál að stríða, 41% voru háðir neyslu örvandi efna, 21% róandi lyfja, 32% háðir kannabis og 27% voru háðir lyfjum ávísuðum af læknum svo sem morfín og kódein. Það voru fjórir einstaklingar sem sögðust eiga í vanda með heróínneyslu. Áfengisneysla var helsti vandi einstaklinga eða í 60% tilvika. Þeir sem sögðust sprauta sig í æð voru um 24% tilvika (SÁÁ, 2010).

Samkvæmt tölum frá SÁÁ (2010) er talið að um 600 til 800 einstaklingar sprauti sig í æð á Íslandi ár hvert. Nákvæma tölu um heildarfjölda þeirra sem nota vímuefni í æð er ekki þekkt þar sem þessir einstaklingar fara ekki allir í meðferð og vandamálið nokkuð falið. Frá árinu 1991 hafa 2069 sprautufíklar leitað sér aðstoðar hjá SÁÁ. Á þessu tímabili hafa 246 þessara sprautufíkla látist. Að meðaltali deyja átta sprautufíklar á Íslandi á ári. Af þeim látnu voru 113 yngri en 40 ára (Þórarinn Tyrfingsson, 2014). Það greindist að meðaltali einn sprautufíkill á ári með alnæmi til ársins 2007 en frá þeim tíma til 2012 bættust við sjö á ári eða 34 manns (Embætti Landlæknis, 2011). Eftir 2008 fóru sprautufíklar að minnka notkun kokaíns og

amfetamíns og fóru að sprauta sig í auknum mæli með ritalíni (SÁÁ, 2010). Könnun frá 2010 sýndi að 60% sprautufíkla hér á landi notuðu ritalín mest eða næstmest allra efna (SÁÁ, 2010). Einnig hafa Helga Sif Friðjónsdóttir, Jóna Sigríður Gunnarsdóttir og Rúna Guðmundsdóttir (2011) bent á að sökum mikillar fíknar sem myndast við ritalínnotkun finnst fíklum þeir vera knúnir til að sprauta sig margfalt oftar í æð en með önnur efni, frá 10 skiptum allt að 30 skiptum á dag. Þegar fíklar sprauta sig oft á dag aukast líkurnar á að þeir deili menguðum sprautum og þar á meðal margfaldast líkur á sjúkdómasmiti svo sem lifrabólgu C og alnæmi (Helga Sif Friðjónsdóttir, Jóna Sigríður Gunnarsdóttir og Rúna Guðmundsdóttir, 2011).

Í rannsókn Guðrúnu Dóru Bjarnadóttur, Andrésar Magnússonar, Bjarna Össurarsonar Rafnar og félaga (2013) var markmiðið að lýsa tíðni, einkenna og umfangs notkunar methýlfeníðats, (einnig nefnt ritalín eða concerta) meðal 108 íslenskra vímuefnaneytenda. Niðurstöður voru að þeir sem sprauta sig með methýlfeníðat voru flestir karlmenn (58%) og meðalaldur var 33 ára. Það voru 66% sem greindu frá því að methýlfeníðat væri þeirra aðalefni notað í æð og 65% sögðu að þeir kysu það fram yfir önnur efni. Methýlfeníðat er í auknum mæli það efni sem sprautunotendur nota í fyrsta skipti.

Kristinn Sigvaldason, Þóroddur Ingvarsson, Svava Þórðardóttir o.fl. (2014) framkvæmdu rannsókn á afdrifum þeirra sem þurftu að leggjast inn á gjörgæslu vegna vímuefnaneyslu í æð og réttarefnafræðilegar skýrslur um andlát eftir neyslu voru skoðaðar fyrir tímabilið 2003 til 2007. Niðurstöður voru þær að 57 einstaklingar höfðu sögu um notkun vímuefna í æð við innlögn á gjörgæsludeild á rannsóknartímabilinu sem var 1% af heildarfjölda innlagna. Eitranir voru algengasta orsök innlagna (52%) oftast vegna misnotkunar á lyfseðilsskyldum lyfjum og lífshættulegrar sýkingar (39%). Karlmenn voru í meirihluta eða um 66% þeirra sem lögðust inn og meðalaldur var 26 ára. Dánartíðni á sjúkrahúsi var 16% og 35% þeirra sem lögðust inn voru látnir innan 5 ára. Algengasta dánarorsök var eitrun (52%) vegna of stórra skammta af lyfseðilsskyldum lyfjum (90%) en stundum voru mörg efni notuð samtímis. Andlát 38 einstaklinga sem sprautuðu sig með vímuefnum komu til réttarefnafræðilegrar rannsóknar á tímabilinu. Það samsvarar 4.1 á hverja 100.000 íbúa á aldrinum 15-59 ára og þar af létust 20 af völdum of stórs skammts eða 2.2 á hverja 100.000 íbúa á sama aldri (Kristinn Sigvaldsson o.fl., 2014).

Ari Mattíasson (2010) tók saman í meistaraverkefni sínu í heilsuhagfræði hver þjóðfélagsleg byrði vegna áfengis- og vímuefnaneyslu væri hér á landi. Hann komst að þeirri niðurstöðu að árlegur kostnaður væri á bilinu 53.1-85.5 milljarðar króna eftir því hvaða reikningsaðferðir væru notaðar. Meginflokkar heilsutengds kostnaðar vegna áfengis- og vímuefnaneyslu á Íslandi voru útgjöld vegna læknismeðferða, töpuð framleiðsla og ótímabær dauði (Ari Mattíasson, 2014).

4 Skaðaminnkandi nálgun

Í þessum kafla verður rætt um hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar sem lýtur að því að minnka skaða sem áfengis- og vímuefnaneysla getur valdið. Farið verður yfir undirstöðuatriði skaðaminnkandi nálgunar og hvaða úrræði sýna árangur varðandi einstaklinga sem sprauta sig með vímuefnum. Einnig verður fjallað um gagnrýni á skaðaminnkandi nálgun. Í lokin verður gerð grein fyrir skaðaminnkandi úrræðum sem eru starfrækt hér á landi.

4.1 Skaðaminnkun sem hugmyndafræði

Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar hefur það að markmiði að auka lífsgæði vímuefnaneytandans og á sama tíma að minnka neikvæðar afleiðingar neyslunnar (Collins o.fl., 2012). Kjarni skaðaminnkunar felst í því að þegar kemur að flókinni og sjálfskaðandi hegðun mannsins svo sem misnotkun vímuefna, þá er megin markmiðið að koma í veg fyrir eða draga úr frekari áhættu eins og smitun á alnæmi, lifrabólgu eða dauða vegna neyslu á of stórum skammti frekar en að algjört bindindi sé skilyrði fyrir faglegri aðstoð (Lushin og Anastas, 2011). Þessi hugmynd felur í sér að fyrir hverja smávægilega jákvæða breytingu á óæskilegri og áhættusamri hegðun er hegðunarbreytingin til hins betra og því ber að fagna henni og líta á hana sem jákvæða útkomu meðferðar (Bigler, 2005). Bandalag skaðaminnkunar (Harm reduction coalition, e.d.) telur eftirfarandi grundvallaratriði vera undirstöðuna í skaðaminnkandi nálgun:

1. Lögleg og ólögleg vímuefnaneysla er hluti af veröld okkar og það sé árangursríkara að reyna að lágmarka skaðleg áhrif hennar frekar en að dæma eða hunsa hana.
2. Fíkniefnaneysla er flókið, margþætt fyrirbæri og hegðun tengd henni getur verið allt frá alvarlegri misnotkun til algjör bindindis. Einnig eru til misgóðar aðferðir til að neyta vímuefna.
3. Lífsgæði einstaklingsins og velferð þjóðfélagsins eru forsendur fyrir farsælum inn gripum og stefnumótun án þess að gera kröfur um að samfélagið sé vímuefnalaust.
4. Þjónusta og úrræði sem miða að einstaklingum sem eru í vímuefnaneyslu og samfélagið sem þeir búa í sé fordómalaust og án þvingana í því skyni að aðstoða við að draga úr skaða sem neyslan veldur.

5. Tryggja að fíkniefnaneytendur og þeir sem hafa átt sögu um neyslu hafi raunverulega rödd í gerð stefnumótunar og í gerð úrræða sem er ætlað að þjóna þeim.
6. Vímuefnaneytendur séu sjálfir ábyrgir fyrir að draga úr skaða vegna neyslu sinnar. Leitast er við að valdefla þá til að deila upplýsingum og styðja hver annan í úrræðavinnum sem passar við raunveruleika þeirra.
7. Viðurkenna að fátækt, stéttaskipting, kynþáttahatur, félagsleg einangrun, fyrri áföll í lífinu, kynbundinn ójöfnuður og félagslegt misrétti hafi áhrif á hversu vel einstaklingar takast á við skaða tengdan neyslu.
8. Reyna ekki að lágmarka eða gera lítið úr þeim skaða og hættu sem misnotkun vímuefna hefur í för með sér (Harm reduction coalition, e.d.).

Nútíma hugmyndafræði skaðaminnkunar á rætur sínar að rekja til byrjunar 20. aldar þegar breskur læknir lagði til að breskir kókaín- og ópíum neytendur fengju efnin uppáskrifuð til að lina þjáningar þeirra í fráhvörfum (Berridge, 1984). Fyrst um sinn unnu menn með skaðaminnkandi hætti án kenningarlegs grunns en unnu út frá því hvaða reynsla hefði gefist best í áfengis- og vímuefna meðferðarvinnum (Lushin og Anastas, 2011). Hollensk samtök eiturfjandæmenda fóru að dreifa hreinum sprautubúnaði til vímuefnaneytenda á níunda áratugnum og sáu hollensk stjórnvöld kosti þess í ljósi nýlegs alnæmisfaraldurs og fóru sjálf að fjármagna og dreifa hreinum sprautum í 60 hollenskum borgum (Collins o. fl, 2012). Kenningarlegur grundvöllur hugmyndafræðinnar þróaðist úr reynslu manna í grasrótahreyfingunni (Lushin og Anastas, 2011).

Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar miðar að því að lágmarka eða draga úr félagslegum, heilsufarslegum og fjárhagslegum skaða sem vímuefnaneysla veldur einstaklingi eða samfélaginu í heild. Sjónum er beint að afleiðingum og áhrifum fíknihagðunar frekar en notkuninni hjá einstaklingnum. Neikvæðar afleiðingar neyslunnar geta verið á alla umhverfisþætti í félagslega vistkerfinu svo sem á fjölskylduna, stofnanir og samfélagið sem heild (Bigler, 2005). Skaðaminnkandi nálgun reynir að stemma stigu við skaða sem snertir heilsu og velferð einstaklingins í neyslu og og á sama tíma að lækka útgjöld vegna hans í samfélaginu (Riley og O'Hare, 2000). Til að mynda úrræði um öruggt neyslurými getur haft áhrif á mörg kerfi samfélagsins. Fyrir einstaklinginn minnkar skaðinn til dæmis við það að hann smitast síður af sjúkdómum vegna óhreinna sprauta. Fyrir samfélagið minnkar hættan á ööruggum neysluhverfum sem hætta stafar af fyrir notendur og nærumhverfið, fyrir þjóðfélagið minnkar kostnaður vegna sjúkrahúsinnlagna fíkniefnaneytenda vegna smitsjúkdóma, sýkinga og ofneyslu og afskipti lögreglu minnka vegna neyslutengdra glæpa (Riley og O'Hare, 2000).

4.2 Skaðaminnkun og vímuefnaneysla í æð

Þau úrræði sem hafa verið mest áberandi í umræðu um skaðaminnkun hafa verið úrræði tengd ólöglegum vímuefnum og þá sérstaklega þegar viðkomandi sprautar þeim í í æð. Vímuefnaneysla þar sem sprautur eru notaðar hefur mjög sterk tengsl við smitun á sjúkdómum sem smitast með blóði eins og alnæmi og lifrabólga C og B (Månsson, Moestrup og Nordenfelt, 2000). Úrræði skaðaminnkunar eru til að mynda nálaskiptaþjónusta, örugg neyslurými eða neyslurými undir eftirliti, dreifing á klóri til að halda nálum hreinum og aðgangur að staðgengislyfjum eins og methadoni eða buprenorphine (Kilmer, Cronce, Hunt og Lee, 2012). Rannsóknir hafa sýnt fram á að það að fá staðgengislyf eins og methodon eða buprenorphine í staðinn fyrir heróín og önnur ópíumskyld lyf er árangursrík leið til að draga úr notkun ólöglegra efna og áhættuhegðun tengd þeirri notkun (Kilmer o.fl., 2012). Það hefur verið sýnt fram á það að fá staðgengislyf dregur úr hversu oft fólk sprautar sig, minnkar samnýtingu sprautubúnaðs og getur leitt til þess að fólk hætti alfarið í neyslu (Kilmer o.fl., 2012).

Starfsemi á stöðum þar sem örugg neyslurými eru í boði getur verið mismunandi en á flestum stöðum er í boði hrein aðstaða til að sprauta sig, þ.e.a.s. nýr sprautubúnaður, dauðhreinsaðar nálar, dauðhreinsaðar umbúðir, sterílt vatn og þau tól sem þarf til að undirbúa vímuefnið til notkunar. Starfsemin gengur einnig út á að koma í veg fyrir dauðsföll vegna ofneyslu, lágmarks umönnun, fræðslu um örugga neyslu vímuefna og tilvísanir í viðeigandi úrræði (Reddon o.fl., 2011). Rannsóknir benda til þess að nálaskiptaþjónusta dragi úr sýkingum á stungusvæðum, auki líkurnar á að einstaklingurinn fari í meðferð og í framhaldi af því að hann taki ákvörðun um bindindi (Tatarsky og Marlatt, 2010; Hartzler, Cotton, og Calsyn, 2010; Wodak og Cooney, 2006).

Í rannsókn Kimber, Dolan og Wodak (2005) gerðu þeir úttekt á 39 öruggum neyslurýmum víðsvegar um Evrópu og fundu minnkun á atburðum tengdum of stórum skömmtum, dauða vegna of stórs skammts, áhættuhegðun tengdri alnæmi og að einstaklingar væru að sprauta sig og losa sig við sprautur á almannafæri. Í rannsókn Petrar, Kerr og Kyndall (2007) á neyslurýmum kom fram að einstaklingar sem sprautuðu sig töldu sig minnka áhættuhegðun tengda því að sprauta sig svo sem að sprauta sig á almannafæri, losa sig við sprautubúnað á almannafæri og að sprauta sig í flýti.

Í heimildarsamantekt Gibson (2001) á gagnsemi nálaskiptaþjónustu skoðaði hann 42 rannsóknir. Gibson skoðaði sérstaklega hvort nálaskiptaþjónusta hefði áhrif á minnkun áhættuhegðunar sprautufíkla tengdri alnæmi og hvort þjónustan drægi úr alnæmissmiti á milli sprautufíkla. Af þessum 42 rannsóknum sem hann skoðaði sýndu 28 rannsóknir jákvæð áhrif þjónustunnar, 14 rannsóknir sýndu engin áhrif eða bæði jákvæð og neikvæð áhrif og tvær rannsóknir sýndu neikvæð áhrif. Þær rannsóknir sem sýndu neikvæð áhrif nálaskiptaþjónustunnar voru rannsóknir sem gerðu samanburð á sprautufíklum sem notuðu þjónustuna og sprautufíklum sem notuðu hana ekki. Ályktaði Gibson (2001) að neikvæðu niðurstöðurnar gætu stafað af valáhrifum þ.e.a.s. að notendur nálaskiptaþjónustunnar séu þeir sem stundi mestu áhættuhegðunina varðandi neysluna og væru því útsettari fyrir áhættuhegðun heldur en þeir sem sprautu sig en noti hana ekki. Fram kom að notendur sem sprautuðu sig með kókaíni voru í meirihluta þeirra sem notuðu nálaskiptaþjónustuna. En þeir eru þekktari fyrir að sprautu sig oft, samnýta nálar og stunda áhættusamt kynlíf. Eins voru þeir sem notuðu þjónustuna líklegri til að sprautu sig oft, vera heimilislausir og búa við meiri óreiðu en þeir sem sprautuðu sig en notuðu ekki þjónustuna. Einnig kom fram í úttekt Gibsons (2001) að ef sprautufíklar hefðu aðgang að hreinum nálum annars staðar eins og í apótekum gæti það haft neikvæð áhrif á gagnsemi sprautuskiptiþjónustunnar. Að auki var ályktað að meiri líkur væru á að sprautufíklar sem líta sæmilega út fái frekar afgreiðslu í apótekum heldur en þeir sem bera með sér ummerki neyslu og nýta þeir sér þá nálaskiptaþjónustu í meira mæli.

Í rannsókn Elíasar Sæbjörns Eypórssonar, Tinnu Laufeyjar Ásgeirsdóttur og Magnúsar Gottfreðssonar (2014) gerðu þau kostnaðarnytjagreiningu út frá samfélagslegu sjónarhorni á nálaskiptaþjónustu á Íslandi. Samkvæmt viðmiðum WHO er aðgerð talin kostnaðarvirk ef hún skilar einu lífsgæðavegnu lífari fyrir minna en þrefalda verga landsframleiðslu á einstakling á ári. Áætlaður heildarkostnaður samfélagsins vegna HIV-sýkinga sprautunotenda á árunum 2011-2020 án nálaskiptaþjónustu var 914.369.621 kr. en 947.653.758 kr. með nálaskiptaþjónustu. Umframkostnaður vegna þjónustunnar á þessu tímabili er því 33.284.137 kr. og nyt samfélagsins af henni 7.39 lífsgæðavegin lífár. Út frá þessari greiningu er nálaskiptaþjónusta kostnaðarvirk forvörn gegn alnæmis útbreiðslu meðal sprautunotenda hér á landi.

4.3 Skaðaminnkun í stefnumótun

Ákveðin viðhorf innan samfélaga til fólks með áfengis- og vímuefnavanda geta haft áhrif á hvort skaðaminnkandi nálgun og úrræði sem eru talin skaðaminnkandi séu tekin til greina. Til að mynda er þróun vímuefnalöggjafar í Bandaríkjunum talsvert ólík þeirri þróun sem hefur verið í Hollandi og Þýskalandi (Collins o.fl., 2012). En aðalhvatin fyrir þróun á stefnu og úrræðum skaðaminnkandi nálgunar var þegar samfélög fóru að líta svo á að ógnin sem stafaði af alnæmi við einstaklinginn og almenna lýðheilsu landsins væri stærri en ógnin sem stafaði af misnotkun vímuefna (Seiger, 2005).

Bandaríkjamenn fóru þá leið að herða mjög löggæslu og viðurlög við innflutningi, neyslu og sölu fíkniefna á níunda áratugnum og kölluðu átakið fíkniefnastríðið (*War on Drugs*) (Collins o.fl., 2012). Á sama tíma byrjuðu Hollendingar og síðar Þjóðverjar að draga smám saman úr afskiptum lögreglu af fólki sem keypti vímuefni til einkaneyslu og voru ekki að selja þau fyrir hagnað. Hollendingar voru meðal þeirra fyrstu til að tileinka sér skaðaminnkandi nálgun og að flokka vímuefnavanda sem heilbrigðismál (Gowan, Whetstone og Andic, 2012). Síðan þá hefur skaðaminnkun verið að ryðja sér til rúms og hefur Holland til langs tíma skorið sig úr hvað varðar vímuefnalöggjöf. Frá árinu 1976 hefur hollensk löggjöf um vímuefni haft heilsufarshugsjón að leiðarljósi og mótað stefnu sína út frá öðrum forsendum en harðri refsistefnu (Collins o.fl., 2012). Rannsókn van den Berg, Smit, van Brussel, Coutinho og Prins (2007) gefur til kynna að full þátttaka í skaðaminnkandi úrræðum þ.e. bæði staðgengislyfja meðferð og nýtingu nálaskiptaþjónustu tengist lægri tíðni lífrabólgu og alnæmissmits hjá einstaklingum sem hafa sprautað sig með vímuefnum sem styður úrræði til lækkunar á útbreiðslu þessara sjúkdóma í Hollandi.

Breyttar áherslur í stefnu fíkniefnamála í Evrópu koma í kjölfar samfélagslegra breytinga og gagnrýni á fyrri aðferðir (EMCDDA, 2010). Portúgal samþykkti árið 2001 nýja löggjöf varðandi vímuefnavandann í anda skaðaminnkandi nálgunar og ber þá helst að nefna afganginn af vímuefnaneyslu, heilbrigðiskerfi sem miðar að þörfum vímuefnaneytanda, félags- og atvinnutengda innþættingu fólks með vímuefnavanda í samfélagið og beitingu skaðaminnkandi meðferðarúrræða innan veggja fangelsanna (Beusekom, Loo og Kahan, 2002).

Síðan 1980 hefur Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin stutt skaðaminnkandi nálgun og gefið út yfirlýsingu um að hún styður eindregið við nálgunina í málefnum vímuefnaneytenda og í

tengslum við áfengisneyslu sem gagnreynda aðferð (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2007). Evrópuráðið (2004), UNAIDS (United Nations AIDS) (2010), Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (2009) og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (2014) hafa öll nýlega mælt með heilstæðum skaðaminnkandi samfélagslegum úrbótapakka sem hefur áhrif á alla innviði samfélagsins svo sem stefnumótun, forvarnir og fræðslu, snemmtæka íhlutun og átak til að breiða út boðskap skaðaminnkunar.

Drucker (2012) færir rök fyrir afleiðingum af tvískinnungi og seinagangi Bandaríkjamanna í að tileinka sér skaðaminnkandi úrræði svo sem nálaskiptaþjónustu og aðgengi að staðgengislyfjum. Á landsvísu séu afleiðingar þær að nýsmitun alnæmis sé um 50.000 árlega í Bandaríkjunum á meðan í Evrópusambandinu séu ný alnæmis tilfelli um 5.000 árlega. Telur hann að vegna siðferðislegrar afstöðu bandarísku ríkistjórnarinnar til skaðaminnkandi úrræða, banns þeirra á fjárframlögum til nálaskiptingaþjónustu og harðra viðurlaga þeirra við neyslu vímuefna hafa þeir sem sprauta sig með vímuefnum falið sig ennþá betur fyrir stjórnvöldum og þar af leiðandi aukið líkurnar á smiti. Á sama tíma er aðgengi þeirra að heilbrigðisþjónustu takmarkað, þar á meðal með alnæmis prófun (Drucker, 2012).

4.4 Gagnrýni á skaðaminnkun

Skaðaminnkandi nálgun hefur verið umdeild bæði sem aðferðarfræði og stefnumótun. Það er ekki til ein ákveðin skilgreining á skaðaminnkandi nálgun og hefur hugtakið verið gagnrýnt fyrir að vera vítt og ekki nægilega vel skilgreint og veitir því ekki nægilega sterkan grundvöll fyrir framkvæmd á skaðaminnkandi úrræðum né fræðilegri úttekt á gagnsemi þeirra (Collins o.fl, 2012; Hall, 2007). Það er einnig vert að taka fram að skilgreiningar á skaða fyrir einstaklinginn, samfélög og stærri þjóðfélög geta verið á skjön við hvert annað sem kyndir undir langvarandi deilu innan lýðheilsamála um verndun einstakra borgaralegra réttinda á móti almannahagsmunum. Einnig hefur verið nefnt að skaðaminnkandi nálgun brjóti í bága við alþjóðlega samninga um vímuefnaeftirlit þó slíkri gagnrýni hafi verið hafnað (Room, 2003). Enn fremur hefur verið bent á að skaðaminnkandi aðgerðir virðast samþykkja vímuefnaneyslu og auðvelda og ýta undir hana í samfélaginu. Þannig geti skaðaminnkandi nálgun greitt fyrir lögleiðingu vímuefna og þannig sent út röng skilaboð til samfélagsins (DuPont, 1996). Meðferðaraðilar geta einnig upplifað að þeir séu að samþykkja og auðvelda skaðlega hegðun skjólstæðinga sinna og þeim finnst úrræðin sem þeir mæla með ekki vera skjólstæðingum í hag (Lee, Engstrom og Petersen, 2011).

4.5 Skaðaminnkandi nálgun og úrræði á Íslandi

Á síðustu árum hefur skaðaminnkandi úrræðum fjölgað í Reykjavík. Tvö þeirra eru formlega yfirlýst skaðaminnkandi úrræði á meðan hin eru óformlegri og rekin í anda skaðaminnkunar (Rauði Krossinn, 2013; Reykjavíkurborg, e.d.). Reykjavíkurdeild Rauða krossins rekur eitt úrræði, Frú Ragnheiði, sem er yfirlýst starfsemi sem starfar samkvæmt hugmyndafræði skaðaminnkunar. Frú Ragnheiður var sett á laggirnar árið 2011 og er nálaskiptaþjónusta í innréttuðum sjúkrabíl sem keyrir á milli staða. Þar geta þjónustuvegar fengið ókeypis aðgang að sprautubúnaði, smokkum, aðstoð fagfólks svo sem hjúkrunarfræðinga og félagsráðgjafa og losað sig við notaðan sprautubúnað (Rauði krossinn, 2013). Árið 2012 var komið á fót öðru formlegu skaðaminnkandi úrræði á Ísland, Borgarverðir, sem er rekið á vegum Reykjavíkurborgar. Þetta úrræði er ætlað fyrir utangarðsfólk á höfuðborgarsvæðinu (Reykjavíkurborg, e.d.) og felst það í þremur fagaðilum sem eru í vettvangsteymi og sinna heimilislausum einstaklingum með áfengis- og vímuefnavanda. Teymið fer til þeirra sem óska eftir þjónustu og veita starfsmenn, þar á meðal félagsráðgjafi, félagslega ráðgjöf og aðhlynningu. Búsetuúrræði fyrir einstaklinga með áfengis- og vímuefnavanda, og sem að auki hafa greinst með geðsjúkdóm, eru oftast í formi búsetukjarna sem merkir að um sé að ræða nokkrar einstaklingsíbúðir með sameiginlegu svæði og aðgang að starfsfólki til aðstoðar. Einnig rekur Reykjavíkurborg gistiskýli sem er neyðarnæturathvarf fyrir karla í neyslu (Reykjavíkurborg, e.d.).

Næturathvarfið Konukot hefur verið starfrækt síðan árið 2004 og er neyðarathvarf fyrir heimilislausar konur. Neysla vímuefna er bönnuð innandyrna en konurnar mega nýta sér þjónustuna undir áhrifum. Starfsmenn þessarar þjónustu veita skaðaminnkandi fræðslu til þeirra sem óska eftir aðstoð (Rauði krossinn, e.d.).

Meðferðarstofnunin Vogur hefur frá árinu 1999 veitt viðhaldsmeðferð m.a. með því að gefa einstaklingum methadon eða buprenorphine daglega eða sjaldnar fyrir þá sem vilja minnka neyslu ópíumlyfja og getur fólk komið og sótt lyfin á stofnunina (SÁÁ, 2003). Sérhæfða viðhaldsmeðferðin við ópíóíða sprautunotkun kallar á mikið utanhald og vinnuafli sérhæfðs starfsfólks og teymisvinnu. Til þess að þjóna þessum einstaklingum sem best þarf stöðugt eftirlit með þeim, ýmis inngrip og margskonar þjónustu. Meðferðarúrræði fyrir þá einstaklinga sem sprauta sig með örvandi efnum er í stöðugri þróun og núverandi meðferð SÁÁ fyrir þessa einstaklinga tekur um 14 mánuði. Að lokum er útskrift í sjálfstæða búsetu og einstaklingnum veittur frekari stuðningur og endurhæfing til að auka félagslega virkni (Hávar Sigurjónsson, 2011).

5 Hefðbundin meðferð

Í þessum kafla verður fjallað um hefðbunda meðferð á vegum Samtaka áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ) og stuðningshópana Alcoholics Anonymous (AA) og Narcotics Anonymous (NA).

5.1 Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ)

Samkvæmt SÁÁ byggir hefðbundin meðferð við áfengis- og vímuefnavanda á því að fíkn sé líffræðilegur heilasjúkdómur sem myndast við endurtekna notkun áfengis- og vímuefna. Umhverfis- og erfðapættir spila inn í og hafa áhrif á sjúkdómsþróunarferil ásamt breytingum á taugafrumum og boðefnum þeirra. Lækning og meðferð er fólgin í því að stöðva neyslu alls áfengis- og vímuefna og að sjúklingurinn læknist eða læri að lifa með því líffræðilega ójafnvægi sem skapast í heilanum. Lyfjameðferð getur nýst einstaklingum eftir að fráhvörfum lýkur en síðan er ævarandi bindindi eini möguleikinn á lækningu (SÁÁ, Meðferð, e.d.). Talið er að sjúkdómurinn geti lagst á allt fólk óháð aldri, kyni, búsetu, stétt, þjóðfélagstöðu og bakgrunni. Þegar fólk greinist með sjúkdóminn ber það hann æfina á enda (SÁÁ, Meðferð, e.d.).

SÁÁ býður upp á mismunandi meðferð eftir því hver meðferðarþörf einstaklinga er. Meðferð getur verið allt frá stuttu innngripi á göngudeild, meðferð á sjúkrahúsinu Vog, dvöl á endurhæfingarheimili í eitt ár, dvöl á sambýli og göngudeildastuðningur. Flestir sem leita til SÁÁ byrja meðferð á Vog og þaðan í úrræði sem hentar þeim á vegum SÁÁ (SÁÁ, Meðferð, e.d.). Einnig býður SÁÁ upp á þjónustu fyrir aðstandendur. Aðstandendum er sinnt á göngudeildum SÁÁ með viðtölum og er lögð sérstök áhersla á fjölskyldumeðferð. Sú meðferð tekur fjórar vikur og aðstandendur geta nýtt sér vikulegan stuðningshóp í kjölfar meðferðarinnar (SÁÁ, Fyrir aðstandendur, e.d.). Fyrir einstaklinga sem ljúka meðferð hjá SÁÁ er mælt með að þeir stundi stuðningssamtök svo sem AA eða NA (SÁÁ, Meðferð, e.d.).

5.2 Stuðningssamtök AA og NA

AA samtökin og NA samtökin hafa tekið sjúkdómskenninguna sem sína fyrirmynd til að útskýra misnotkun vímuefna og telja fíkn í vímu vera krónískan, framsækinn sjúkdóm sem einstaklingurinn er varnarlaus gagnvart (Straussner, 2012). AA samtökin urðu til úr

evangelískri trúarhreyfingu sem þekktust eru undir nafninu The Oxford Group. Upphafsmenn AA, William Wilson og Robert Smith, voru báðir meðlimir í Oxford Group og trúðu að gildi og hugsjónir hópsins væru lykillinn að því að yfirbuga alkahólisma (Lemanski, 2001). Hópurinn hélt því fram að maðurinn væri vanmáttugur og eina lausn hans á vandamálum heimsins væri algjör uppgjöf fyrir guði (Bufe, 1998). Það að viðurkenna syndir sínar var talið aðstoða í bata vegna þess að uppruni ógæfu mannsins væri andlegs eðlis en ekki félagslegur, pólitískur eða efnahagslegur (Bufe, 1998). Sjónarmið AA samtakanna hefur verið frá þessu að alkahólismi sé andlegur, sálrænn og líkamlegur sjúkdómur og áður en að hægt sé að uppræta hann á þeim grundvelli verður að hreinsa hugann og líkamann af áhrifum áfengisins (Lemanski, 2001). Árið 1939 gáfu Wilson og Smith út AA-bókina og í henni má finna bataleið samtakanna og reynslusporin 12 sem er vegvísir að átt að betra lífi og uppbyggingu einstaklinga með áfengis- og vímuefnavanda (Alcoholics Anonymous, 2008).

Kerfi AA og NA samtakanna byggir því á að hópur manna hittast á skipulögðum fundum þar sem íhlutun fundanna grundvallast á hegðunar, andlegum og vitsmunalegum gildum félagsskapsins og að taka virkan þátt í starfseminni. Einstaklingurinn viðurkennir vanmátt sinn gagnvart áfengi og vímuefnum, viðurkennir æðri mátt en sjálfan sig, hann reynir að bæta öðru fólki upp þann skaða sem hann var valdur að í neyslu, hann reynir að auka sjálfsvitund, hann er gerður ábyrgur fyrir eigin mistökum og deilir með öðrum sem eiga í vanda með neyslu boðskap 12 sporakerfisins (Alcoholics Anonymous, 2008). Eina forsendan fyrir því að einstaklingur geti verið hluti af félagsskapnum er að hann hafi löngun til þess að hætta að drekka og/eða neyta vímuefna (Straussner, 2012). Upphaflega voru skrif og hugmyndafræði AA að allir sem höfðu löngun til að hætta neyslu áfengis áttu erindi við AA og ekki var útilokaður sá möguleiki að miðlungs áfengisneyslu væri ásættanleg fyrir þá sem höfðu átt vandamál með neyslu (Bayles, 2014).

6 Óhefbundnar meðferðir

Í þessum kafla verða rannsóknum sem beint hafa sjónum að óhefðbundnum meðferðum við áfengis- og vímuefnavanda og gerð skil.

Óhefðbundar meðferðir eru að fá aukinn meðbyr hjá félagsráðgjöfum í meðferðarvinnu með einstaklingum sem kljást við áfengis- og/eða vímuefnavanda. Til að mynda eru árverkni (*mindfulness*) æfingar eða æfingar sem beina athyglinni sérstaklega að tilfinningum og hugsunum notaðar til að styrkja einstaklinginn í að takast á við vandann (Bowen o.fl., 2009). Af öllum óhefbundunum meðferðum við áfengis- og vímuefnanotkun hefur hugleiðsla verið mest rannsökuð. Árvekni er hugleiðsluáferð og hefur verið sérstaklega notuð í meðferð við áfengis- og vímuefnavanda og þá er beitt sérstakri viðleitni til að bera kennsl á hugræna, aðstæðubunda, tilfinningalega og félagslega þætti sem gætu verið aðdragandi að áframhaldandi neyslu (Bayles, 2014). Í rannsókn Bowen o.fl. (2009) var 168 einstaklingum sem áttu við áfengis- og vímuefnavanda raðað tilviljunarkennt í tvo hópa. Einn hópurinn stundaði árverkni æfingar sem einblíndu á bakslag og hinn tók þátt í hefbundinni 12 spora eftirmeðferð. Niðurstöður bentu til þess að neysla og löngun í vímuefni minnkaði meira hjá árverkni hópnum en hjá hópnum sem tók þátt í hefðbundinni meðferð og meðferðirnar sýndu sambærilega útkomu varðandi minnkun á vandamálum tengdum vímuefnanotkun.

Rannsókn Khalsa, Khalsa og Khalsa (2008) styðja niðurstöður Bowens o.fl. (2009) þar sem einstaklingar voru beðnir að svara sjálfir spurningum um bata og líðan eftir 90 daga jóga, hugleiðslu og íhugunar námskeið og töldu þátttakendur að líðan væri betri. Í rannsókn Hallgren, Romberg, Bakshi og Andreasson (2014) báru rannsakendur saman neyslumunstur þátttakanda sem annað hvort tóku þátt í hefbundinni meðferð eða hefbundinni meðferð með jóga tímum. Þeir sem voru í hefðbundinni meðferð með jóga tímum minnkuðu neyslu en munurinn var ekki marktækur. Taka þarf fram að báðar rannsóknir voru á frumstigi og fleiri rannsóknir þarf til að styðja þessar niðurstöður.

Í heimildarsamantekt Vanderplasschen, Wolf, Rapp og Broekaert (2007) gerðu þau úttekt á gagnsemi þess að hafa málástjóra (*case management*) í málum þar sem einstaklingur á við áfengis- og vímuefnavanda að stríða. Þeirra niðurstaða var sú að engar afgerandi niðurstöður

voru fyrir því að að málastjórnun væri gagnleg en sumar tegundir málastjórnunar reyndust árangursríkari en aðrar.

Í heimildarsamantekt Gates, Smith og Foxcroft (2006) á nálastungumeðferðum var niðurstaða þeirra að ekki var hægt að sjá mun á neyslu eftir nálastungumeðferð, gervinálastungumeðferð eða engri nálastungumeðferð hjá þeim sem voru með vímuefnavanda. Í rannsókn Lua og Talib (2014) var gerður samanburður á hópum sem voru að fá staðgengislyf og annar hópurinn var einnig í nálastungumeðferð. Benda niðurstöður til þess að nálastungumeðferð geti haft áhrif á minnkun fráhvarfseinkenna.

Fyrrgreindar heimildir sýna alvarleika áfengis- og vímuefnavandans en til er sá hópur einstaklinga sem er með greinda geðsjúkdóma til viðbótar við áfengis- og vímuefnuvanda. Desai, Rosenheck, Driss og Perlin (2002) gerðu úttekt á 90.240 einstaklingum sem voru greindir með geðsjúkdóma og áfengis- og vímuefnavanda og skoðuðu sérstaklega hvort þessir einstaklingar væru að fá sambærilega næringarráðgjöf og þeir sem voru með aðrar sjúkdómsgreiningar. Héldu rannsakendur upphaflega fram að þeir væru ekki að fá sambærilega næringaráðgjöf og þeir sem væru með einungis með líkamlega sjúkdóma. Niðurstöður bentu til þess að þátttakendur sem voru með fjöllkvillagreiningar fengu minni næringaráðgjöf en aðrir sjúklingar, en að vera greindur með geðsjúkdóm til viðbótar við áfengis- og vímuefnavanda þarf ekki að vera fyrirstaða fyrir því að þessir einstaklingar fái næringaráðgjöf.

Til viðbótar skoðaði Najavits (2002) árangur meðferðar vegna fyrri áfalla á 2.026 konum sem voru greindar með fjöllkvillagreiningu. Samanburður var gerður á neyslu kvennanna, alvarleika einkenna geðsjúkdóma og einkenna áfallastreituröskunnar fyrir og eftir meðferð. Niðurstöður benda til þess að meðferðin hafði ekki áhrif á neyslu en hafði lítil en marktæk áhrif á einkenni geðsjúkdóma og einkenni áfallastreituröskunnar í samanburði við hóp sem fékk ekki meðferð vegna fyrri áfalla.

7 Þróun batahugtaksins

Í þessum kafla verður batahugtakið í áfengis- og vímuefnamálum skoðað með breyttum áherslum vegna tilkomu ólíkra meðferðarúrræða.

Að vera í bata (*recovery*) hefur oft á tíðum verið tengt við AA samtökin og gildi þeirra (Hunt, 2012). Betty Ford Institute Consensus Panel ákváðu árið 2007 að skilgreina hugtakið að vera í bata til að skýra merkinguna fyrir almenningi og til að auðvelda rannsóknir á hugtakinu. Skilgreining var ákveðin af hópi einstaklinga í bata, sérfræðinga, meðferðaraðila og stjórnmálamanna. Bati var skilgreindur sem „*Lífstíll sem er viðhaldið af fúsum og frjálsum vilja og einkennist af bindindi, heilbrigði og þegnskap*“ (Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007, bls. 222) .

Á síðustu árum hefur verið að aukast úrval meðferðarúrræða sem endurspeglar breyttar áherslur og þörfina fyrir fjölbreytni í úrræðum, sem eru ólík þeim hefðbundnu meðferðum sem hafa verið í gildi. UK Drugs Policy Commision (UKDPC) ákvað að endurmeta hugtakið í bata til þess að gera grein fyrir þessum nýju áherslum. Þeir byggðu endurmatið á eftirfarandi 12 gildum sem Substance Abuse and Mental Health Services (SAMHSA), setti fram:

1. Það eru margar leiðir að bata.
2. Bati er sjálfstýrður (*self directing*) og valdeflandi.
3. Bati felur í sér persónulega viðurkenningu á þörf fyrir breytingu og umskipti.
4. Bati er heilðrænn.
5. Bati hefur menningarlegar víddir.
6. Bati verður að veruleika á samfelli bættrar heilsu og líðanar.
7. Bati á uppruna sinn í von og þakklæti.
8. Bataferlið felur í sér heilun og endurskilgreiningu á sjálfum sér.
9. Bati felur í sér að takast á við mismunun og að vera hafinn yfir skömm og fordóma.
10. Bati er studdur af vinum og bandamönnum.
11. Bati felur í sér að taka þátt og endurbyggja líf sitt í samfélaginu.
12. Bati er veruleiki (SAMSHA, 2005).

Þrjú af þessum gildum eiga sérstaklega við skaðaminnkun. Það eru til margar leiðir að bata, bati er sjálfstýrandi og valdeflandi og bati verður að veruleika á samfellu bættrar heilsu og líðanar. Skilgreining UKDCP á bata er byggð á Betty Ford skilgreiningunni en með breyttum áherslum sem svipa til gilda SAMSHA. Samkvæmt UKDCP er bati skilgreindur sem „*Ferli breytinga frá áfengis- og vímuefnavanda sem einkennist af viðvarandi sjálfviljugri stjórn á áfengis- og vímuefnaneyslu. Batinn hámarkar heilbrigði, vellíðan og þátttöku í réttindum, hlutverkum og ábyrgð í samfélaginu*“ (UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group, 2008, bls. 6).

Saman virðast þessar nútíma heimildir frá þessum stofnunum vera að segja að bindindi sé ekki forsenda bata heldur sé bati á áfengis- og vímuefnavanda ferli breytinga sem feli í sér stjórn á áfengis- og vímuefnaneyslu. Skaðaminnkun og sá skilningur sem er að þróast í Bretlandi á hugtakinu bata eigi meira sameiginlegt heldur en ekki. Þó bindindi sé viðurkennt sem mikilvægt markmið sem einstaklingar geta miðað að og notið góðs af, er afstaða UKDCP sú að það sé ekki til forskrift að bata heldur er bati sveiganlegur, raunsær, persónulegur og án aðgreiningar (Hunt, 2012).

Í eigindlegri rannsókn Lee o.fl. (2011) var tilgangur rannsóknar að kanna hvernig starfsmenn sem vinna á skaðaminnkandi vinnustöðum túlka sambandið á milli skaðaminnkunar og tólf spora kerfisins. Starfsmenn álitu að þessar tvær ólíku meðferðarnálganir gætu bætt hvor aðra upp og að 12 spora kerfið væri hugsanlega langt frá upprunalegri hugmyndafræði og ásetningi á sumum kröfumeiri meðferðarstofnunum um bindindi. Höfundar benda á að tilgangur rannsóknar hafi ekki verið sá að allir meðferðaraðilar ættu að ganga út frá að þessar tvær ólíku aðferðir eigi alltaf samleið heldur að útskýra að möguleikinn til samþættingar er til staðar og að slík samþætting geti aukið framboð á valkostum fyrir fólk með áfengis- og vímuefnavanda (Lee o.fl., 2011).

8 Félagsráðgjöf og áfengis- og vímuefnavandi

Þessi kafli mun fjalla um hvernig félagsráðgjafar hafa skilgreint áfengis- og vímuefnavanda í sinni vinnu.

Mary Richmond, einn af brautryðjendum félagsráðgjafastéttarinnar, var ein af þeim fyrstu sem neitaði að tala um einstaklinga sem áttu með áfengisvandamál að stríða sem synduga einstaklinga. Á hennar tímum var drykkjuskapur tengdur vondri innrætingu og lélegu siðferði sem þótti ekki samræmast kristilegum gildum. Í gegnum vinnu sína með kristilegum samtökum setti hún spurningamerki við þá stimulun sem áfengissjúkir einstaklingar urðu fyrir (Trattner, 1999). Í bók sinni *Social Diagnosis* frá 1917 taldi hún að þeir sem neyttu áfengis óhóflega væru sjúkir og ættu við fötlun að stríða. Lýsing hennar á þessari fötlun er í samræmi við sjúkdómskenningu Jellinecks og lýsingar á fíknihéilkenni í DSM-V heimild. Richmond taldi að félagsráðgjafar lékju stórt hlutverk í að safna viðeigandi félagsfræðilegum gögnum og að veita félagslegan stuðning við læknisfræðilega meðferð. Taldi hún að félagsráðgjafar ættu að sjá um nauðsynlega eftirfylgni í framhaldi af læknisfræðilegri meðhöndlun til þess að meðferð næði ásættanlegum árangri til langs tíma (Straussner, 2012).

Bigler (2005) færir rök fyrir því að þrátt fyrir að félagsráðgjafar hafi unnið með heilbrigðisstéttum í málefnum einstaklinga með áfengis- og vímuefnavanda hafi félagsráðgjafar unnið út frá sínum gildum og siðareglum allt frá dögum líknarfélaga og hverfamiðstöðva. Félagsráðgjafar einblíndu á hegðunarbreytingar með tillit til félagslegs umhverfis og samspils einstaklingsins við það. Þeir lögðu áherslu á að til þess að ná árangri í breytingum varðandi lýðheilsu þyrfti að efla hæfni, bjargráð og tengslanet einstaklinga og vinna með samfélaginu sem heild. Vinsældir kenningar Freuds í byrjun síðusta aldar til 1960 höfðu áhrif á störf félagsráðgjafa og snéru þeim aftur til sjúkdómskenninga. Félagsráðgjafar fóru að einblína á veikleika einstaklingsins í staðinn fyrir styrkleika hans og aðstæðurnar og umhverfið sem hann bjó í (Bigler, 2005). Á undanförunum árum hefur verið endurnýjuð viðleitni innan starfsgreinarinnar til að takast á við margbreytileika nútíma félagsleglegra vandamála með því að styðjast við kerfiskenningu (*system theory*) og vistfræðikenningu (*ecological theory*) frekar en sjúkdómskenningar. En þær kenningar byggja á því að ekki sé

hægt að öðlast skilning á einstaklingi án þess að litið sé til samspils hans við umhverfið sitt (Bronnfenbrenner, 1979). Þessi aðferð við að skilja mannlega hegðun og félagsleg vandamál hefur víða verið beitt af fræðimönnum í félagsráðgjöf og starfandi félagsráðgjöfum því hún er í samræmi við sögulegan uppruna starfsstéttarinnar og endurspeglar í grundvallaratriðum hugsjónir félagsráðgjafa með tilliti til virðingar fyrir mikilvægi og reisn hvernar manneskju, sjálfsákvörðunarrétti einstaklingsins og styrkleikum hennar (Bigler, 2005).

9 Félagsráðgjöf og skaðaminnkandi nálgun

Í þessum kafla verður fjallað skaðaminnkun í ljósi grundvallagilda félagsráðgjafa og mikilvægi gagnreyndra aðferða.

Bandaríska félagsráðgjafarsambandið (*National association of social workers* [NASW]) gaf út þá yfirlýsingu að félagsráðgjöf og skaðaminnkandi nálgun ættu sameiginleg grundvallargildi sem eru þau að virða skuli sjálfsákvörðunarétt einstaklingsins og mæta skjólstæðingnum þar sem hann er staddur (NASW, 2012). Félagið telur að félagsráðgjafar ættu að þekkja til skaðaminnkandi úrræða sem gagnreyntrar aðferðar og hvenær sé viðeigandi að beita henni í íhlutun með skjólstæðingi með áfengis- og vímuefnavanda (NASW, 2012). Telur MacMaster (2004) einnig að skuldbinding félagsráðgjafans við skjólstæðing þ.e.a.s. að velferð skjólstæðings eigi alltaf að vera í fyrirrúmi, eigi sameiginlegan hljómgrunn með skaðaminnkandi nálgun. Eversman (2012) tekur fram að fræðileg skrif félagsráðgjafa hafi stutt skaðaminnkandi nálgun sem aðferð í áfengis- og vímuefnamálum. Í þessum skrifum er lögð áhersla á að skaðaminnkun passar vel við fagleg gildi félagsráðgjafa því hún leggur saman mikilvægi þess að mæta skjólstæðingnum þar sem hann er staddur, vinna út frá styrkleikum skjólstæðings og stuðla að valdeflingu hans (Eversman, 2012). Eversman (2012) nefnir að NASW hefur styður skaðaminnkandi úrræði fyrir þá sem hafa ánetjast tóbak, áfengi og öðrum vímuefnum.

Mikilvægi gagnreyndra aðferða hefur verið viðurkennt innan kennslufræði félagsráðgjafar bæði erlendis og á Íslandi (Council on Social Work Education, 2010; Sigrún Júlíusdóttir, 2004; Sigrún Júlíusdóttir, 2006) og félagsráðgjafardeildir innan háskóla gera auknar kröfur um að kennsla sé byggð á gagnreyndum aðferðum (Thyers og Myers, 2011). Þörfin fyrir að samþætta gagnreyntrar aðferðir í kennslu á sviði áfengis- og vímuefnamála hefur verið sérstaklega skoðuð (Miller, Sorensen, Selzer og Brigham, 2006). Fagdeild félagsráðgjafa um áfengis- og vímuefnaráðgjöf var stofnuð á Íslandi árið 2009. Þar kemur fram meðal annars að markmið fagdeildarinnar er að fylgjast með nýjungum á sviði áfengis- og vímuefnamála og að stuðla að framhaldsmenntun, símenntun og rannsóknum í félagsráðgjöf á sviði áfengis- og vímuefnamála (Félagsráðgjafafélag Íslands, 2009).

Í rannsókn Eversmans (2012) fengu 133 háskólakennarar sem kenndu í framhaldnámi spurningalista sendan rafrænt. Hann vildi skoða hvort skaðaminnkandi nálgun væri kennd

yfirhöfuð, hvernig hún væri kynnt og samþætt náminu og hvernig kennararnir og nemendur upplifðu þá kennslu. Niðurstöður rannsóknarinnar bentu til þess að kennsla í skaðaminnkandi nálgun á framhaldsstigi væri til staðar en umfang væri allt frá því að vera mjög ríkjandi til varla til staðar. Skoðanir kennara og nemenda á skaðaminnkun voru allt frá því að vera fylgjandi, afskiptaleysi og til andstöðu. Sumir nemendur sýndu andstöðu í fyrstu en urðu opnari fyrir nálguninni eftir því sem þeir fræddust meira. Fyrirfram mótaðar neikvæðar hugmyndir voru algengari hjá nemendum sem höfðu unnið á hefbundnum meðferðarstofnum og hjá nemendum sem voru bindindismenn. Þessi rannsókn gaf til kynna að kennsla og fræðsla í skaðaminnkun stuðlar að því að nemendur verða opnari og móttækilegri fyrir hugmyndafræðinni. Eversman (2012) dró þá ályktun að kennsla og fræðsla um skaðaminnkandi nálgun í framhaldsnámi fyrir félagsráðgjafanema sé takmörkuð en telur að sú fræðsla sé mikilvæg í ljósi þess að framhaldsnámið undirbýr nemendur fyrir sérhæfingu í starfi og að vera í ábyrgðarstöðum. Einnig að þekking á þessu sviði í félagsráðgjöf gæti aukið möguleika á samræma faglegar ráðleggingar fagfélagsins og skilning á viðhorfum kennara til skaðaminnkunar.

10 Rannsóknir tengdar áfengis- og vímuefnavanda

Hér verður farið yfir rannsóknir á þekkingu og reynslu félagsráðgjafa á áfengis- og vímuefnamálum og rannsóknir á viðhorfum til mismunandi meðferðarúrræða.

10.1 Þekking og reynsla félagsráðgjafa á áfengis- og vímuefnamálum

Rannsókn Loughran og félaga (2010) skoðaði lýðfræðilegar og faglegar breytur sem voru tengdar mati félagsráðgjafanna á faglegri þekkingu sinni og hversu lögmæta þeir upplifðu sig í sínu starfi. Það voru 200 þátttakendur sem tóku þátt í rannsókninni rafrænt. Tæpur einn fjórði af félagsráðgjöfunum skýrði frá að þeir hefðu enga eða litla starfsþjálfun í að greina áfengis- og vímuefnatengt vandamál og einn þriðji þátttakenda greindi frá engri eða lítilli starfsþjálfun í áfengis- og vímuefnatengdum íhlutunum. Það að vera með meistaragráðu og að hafa lokið framhaldsnámi í áfengis- og fíkniefnamálum hafði jákvæð áhrif á upplifun félagsráðgjafanna sem lögmæta og á mat þeirra á faglegri þekkingu. Annmarki rannsóknar var að svarhlutfall var lágt eða um 28%. Þessi vankantur getur búið til valbjögun þar sem þeir sem hafa áhuga á rannsóknarefninu eru mun líklegri til að svara könnuninni (Loughran o.fl, 2010).

Amodeo og Fassler (2000) báru saman tvo hópafélagsráðgjöfum og skoðuðu hvernig fræðsla og starfsþjálfun í áfengis- og vímuefnamálum hafði áhrif á hæfni þátttakenda til að vinna á skilvirkari hátt með skjólstæðingum með áfengis- og vímuefnavanda. Einn hópurinn hafði lokið níu mánaða starfsþjálfun í áfengis- og vímuefnamálum á meðan samanburðarhópurinn hlaut enga slíka starfsþjálfun. Til þess að skoða samanburðinn á þessum tveimur hópum fylltu þeir út sjálfsmatskvarða um hæfni og á sama tíma var málafjöldi þeirra tekinn til greina. Niðurstöður gáfu til kynna að félagsráðgjafar sem höfðu lokið starfsþjálfuninni unnu helmingi meira með skjólstæðingum sem áttu við áfengis- og vímuefnavanda að stríða og einstaklingum með fjölkvillagreiningu heldur en samanburðarhópurinn sem hlaut enga starfsþjálfun. Einnig kom fram að þeir sem höfðu starfsþjálfun voru betur í betur í stakk búnir til að meta og meðhöndla fjölbreyttan hóp áfengis- og vímuefnaneytenda. Hópurinn sem hlaut starfsþjálfun taldi sig öruggari í framkvæmd úrræða. Hins vegar verður að túlka niðurstöður varlega þar sem þátttakendur

sem hlutu starfsþjálfun voru ekki valdir af handahófi og hlutdrægni þátttakenda í vali á námskeiðinu gæti valdið valbjögun (Amedeo og Fassler, 2000).

Rannsókn Hofschulte (2012) á viðhorfum 24 klínískra félagsráðgjafa leiddi í ljós að þeir sem höfðu hlotið starfsþjálfun í áfengis- og vímuefnamálum og unnið með einstaklingum með áfengis- og vímuefnavanda voru líklegri til að telja skaðaminnkandi nálgun gagnlegri. Þeir voru einnig líklegri til að styðja skaðaminnkandi nálgun frekar en þeir sem höfðu ekki slíka reynslu. Þeir félagsráðgjafar sem töldu starfsþjálfun og fræðslu sína í áfengis- og vímuefnamálum viðhlítandi voru líklegri til að styðja skaðaminnkandi nálgun heldur en þeir sem upplifðu starfsþjálfun og fræðslu sína ófullnægjandi. En 30% af úrtakinu sagðist aldrei hafa hlotið fræðslu eða starfsþjálfun í áfengis- og vímuefnamálum. Helstu gallar rannsóknar samkvæmt Hofschulte er lítið og einsleitt úrtak.

Þessar þrjár rannsóknir gefa til kynna að upplifun félagsráðgjafa á hlutverki sínu gagnvart skjólstæðingum með áfengis- og vímuefnavanda veltur að hluta til á þeirri starfsþjálfun og fræðslu sem þeir fá um þetta efni. Starfsþjálfun virðist auka vitund félagsráðgjafa um aðrar hugmyndir og aðferðir í áfengis- vímuefnamálum og auka færni og öryggi þeirra í vinnu.

10.2 Rannsóknir á viðhorfum til meðferðarúrræða

Rannsóknir á viðhorfum áfengis- og vímuefnaráðgjafa, félagsráðgjafanema og klínískra félagsráðgjafa hafa verið gerðar til mismunandi meðferðarnálgana. Í rannsókn Davis og Rosenberg (2012) á 913 áfengis- og vímuefnaráðgjöfum í National Addiction Counselor Organization kom fram að þátttakendur álitu að markmið í meðferð án bindindis sem algjörlega ótækt. Næstum helmingur úrtaksins taldi að meðferð án markmiðs um bindindi væri áhrifalaust og/eða væri í mótsögn við viðhorf þeirra eða stofnananna sem þeir unnu á. Rannsakendur báru niðurstöður saman við 20 ára gamla rannsókn Rosenberg og Davis (1994) og komust að því að hlutfall þeirra sem álitu bindindisleysi vera ásættanlegt markmið hefði hækkað meðal áfengis- og vímuefnaráðgjafanna. Helsti galli rannsóknarinnar lá í því að þátttakendur voru allir frá sömu félagasamtökum og gæti það haft áhrif á einsleitni úrtaksins (Davis og Rosenberg, 2012).

Í rannsókn Bonars og Rosenbergs frá 2010 voru viðhorf meðferðarráðgjafa til meðferðar með hefbundinni sjúkdómsnálgun borin saman við skaðaminnkandi nálgun. Hingað til höfðu rannsóknir á skaðaminnkun einskorðast við að meðferðaraðilar voru látnir meta ásættanleika ákveðinna úrræða án þess að bera saman hefbundin úrræði við

skaðaminnkandi úrræði. Höfundar bjuggu til stutta smásögu um skjólstæðing sem sækir þjónustu hjá opinberri stofnun vegna vímuefnavanda. Í könnuninni voru í fyrstu sviðstjórar stofnana beðnir að meta hversu gagnleg eða hversu skaðleg þeir töldu þrettán atriði vera sem stóðu annað hvort fyrir hefðbundinni meðferð eða skaðaminnkandi nálgun. Forvörn gegn sjúkdómum sem smitast með blóði og forvörn gegn dauðsfalli af of stórum lyfjaskammti töldust til skaðaminnkandi úrræða. Eftir að hafa lesið smásöguna töldu þátttakendur að hefðbundin meðferð væri mjög gagnleg, forvörn gegn sjúkdómum sem smitast með blóði væri nokkuð gagnleg og forvörn gegn dauðsfalli af of stórum lyfjaskammti nokkuð skaðlega. Þeir sem þekktu til skaðaminnkandi hugmyndafræði voru líklegri til að telja hana gagnlegri en þeir sem þekktu ekki til hennar. Það var enginn munur á svörum ráðgjafanna með tilliti til fjölda starfsára, hvort sem þeir höfðu unnið með einstaklingum sem sprautuðu sig með vímuefnum eða hvort þeir hefðu sjálfir persónulega reynslu af áfengis- og vímuefnavanda (Bonar og Rosenberg, 2010).

Fillmore og Hohman (2014) komust að svipaðri niðurstöðu og fyrrgreind rannsókn og Bonars og Rosenbergs. Í rannsókn þeirra á viðhorfum félagsráðgjafanema í háskóla í Bandaríkjunum til meðferðarnálgunar lögðu þeir spurningalista fyrir 80 nema í grunnnámi og 160 nema í framhaldsnámi í félagsráðgjöf. Til samanburðar var spurningalistinn einnig lagður fyrir áfengis- og vímuefnaráðgjafa (n=30). Niðurstöður könnunarinnar leiddu í ljós að þættir sem voru skoðaðir voru metnir þannig að hefbundin nálgun taldist gagnleg, forvörn gegn sjúkdómum sem smitast með blóði og óhefbundin úrræði töldust nokkuð gagnleg og forvörn gegn dauðsfalli af of stórum lyfjaskammti taldist nokkuð skaðleg (Fillmore og Hohman, 2014).

Í rannsókn Seiger (2005) á viðhorfum 395 félagsráðgjafa sem störfuðu með vímuefnaneytendum sýndu að 76% félagsráðgjafanna töldu að vímuefnavandi væri sjúkdómur og að 81% þeirra töldu að bati vímuefnaneytanda fælist í bindindi þeirra. Niðurstöður bentu til þess að félagsráðgjafar ættu erfitt með að tileikna sér nýlegri hugsunarhátt varðandi skaðaminnkun þegar stofnanir sem þeir störfuðu hjá unnu samkvæmt sjúkdómskenningu þar sem bindindi var forsenda bata.

Niðurstöður Ísabellu Björnsdóttur (2012) í rannsókn hennar á þekkingu og viðhorfum heilbrigðisfagfólks á skaðaminnkun með einstaklingum sem sprauta sig með vímuefnum á samhljóm með niðurstöðum Seiger. Viðtöl leiddu í ljós að þátttakendur höfðu allir jákvætt

viðhorf gagnvart skaðaminnkun en enginn þeirra taldi að næg þekking væri á þessari meðferðarnálgun hér á landi sem gæti stuðlað að fordómum gagnvart hugmyndafræðinni.

Heimildir gefa til kynna að verulegur skortur er á rannsóknum á menntun og störfum félagsráðgjafa og hvaða viðhorf þeir hafa til þeirra mörgu þátta sem felast í starfi þessarar fagstéttar og þeirri þekkingu sem þeir hafa. Niðurstöður fyrrgreinda heimilda hafa ákveðnar takmarkanir, úrtök voru mismunandi stór, mismunandi mælitæki voru notuð og í flestum rannsóknum var verið að forprófa mælitæki og þróa. Það má samt líta svo á að þær rannsóknir sem ræddar eru hér gefi mikilvægar upplýsingar sem varða þessa fagstétt. Einnig var það sammerkt með allflestum þessara rannsókna að notuð voru mælitæki sem gera mögulegt að álykta út frá niðurstöðum.

11 Aðferð

Í þessum kafla verður fjallað um þá rannsóknaraðferð sem valin var fyrir þessa rannsókn. Gerð verður grein fyrir atriðum er varða þýðingu mælitækisins sem notað var í rannsókninni. Skilgreint er hvernig staðið er að forprófun mælitækisins, úrtaki er lýst og aðferðum við greiningu gagna. Einnig er gerð grein fyrir takmörkun rannsóknarinnar.

11.1 Rannsóknaraðferð

Til að svara þeim rannsóknarspurningum sem lagt var upp með var meginleg aðferðarfræði fyrir valinu þar sem unnið er með gögn með tölfræðilegri úrvinnslu. Gerð var lýsandi meginleg þverskurðarrannsókn (*quantitative descriptive cross-sectional study*) þar sem könnun í formi spurningalista var lögð fyrir nemendur í grunnnámi og framhaldsnámi í félagsráðgjöf. Styrkur slíkra spurningakannana liggur fyrst og fremst í því að safna má fjölbreyttum gögnum á skömmu tíma (Þorlákur Karlsson, 2003). Þverskurðarrannsókn fer fram á ákveðnu tímabili á skilgreindu þýði og er upplýsingum safnað um ákveðnar breytur og tengsl þeirra (María Heimisdóttir, 2002). Lýsandi rannsóknir eru notaðar til að lýsa dreifingu á breytum án tillits til orsaka eða tilgátta (Grimes og Schulz, 2002) og þær veita upplýsingar um ákveðnar staðreyndir á markvissan hátt um hópa eða einstaklinga. Þær geta á hinn bóginn ekki útskýrt þær upplýsingar sem koma fram (Burns og Grove, 2001). Kostir spurningakannana eru að hægt er að ná til breiðs hóps við upplýsingasöfnun á meðan ókostirnir geta verið léleg svörun, svarhneigð þátttakenda og hátt brottfall (Polit og Beck, 2008).

11.2 Þátttakendur

Úrtak rannsóknarinnar var hentugleikaúrtak sem samanstóð af nemendum sem voru í grunnnámi eða meistaranámi til starfsréttinda í félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands í september 2014. Hentugleikaúrtak varð fyrir valinu því haft var í huga að auðvelt yrði að ná til þátttakenda (Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson, 2013).

11.3 Mælitæki

Gagna var aflað með spurningalistanum TAS sem var þýddur og staðfærður yfir á íslensku. Íslenska nafn listans er: Viðhorf og þekking til meðferðarnálgana við vímuefnavanda (VPMV).

Upprunalegi spurningalistinn (TAS) Bonar og Rosenbergs frá 2010 inniheldur smásögu um skjólstæðing sem á við áfengis-og vímuefnavanda að stríða og 13 staðhæfingar sem gefa tiltekna mynd af þremur mismunandi meðferðarnálgunum fyrir þann tiltekna skjólstæðing. Þessar meðferðarnálganir eru hefbundin nálgun, forvörn gegn blóðbornum sjúkdómum og forvörn gegn of stórum skammti vímuefna sem leiðir til dauða. Mælitækið inniheldur fjölvalsspurningar sem ætlað er að meta hversu skaðlega eða hversu gagnlega svarendur telja staðhæfinguna vera. Viss stígandi er í svarkostum frá mjög skaðleg til mjög gagnleg en slíkar spurningar henta vel þegar spurt er um viðhorf fólks (Helga Jónsdóttir, 2013). Fillmore og Hohman (2014) þróuðu mælitækið áfram og bættu við sjö auka atriðum sem endurspeglu óhefðbundnar meðferðaraðferðir sem eru að verða algengari innan meðferðar við áfengis- og vímuefnavanda (Sieger, 2014).

Leyfi fyrir þýðingu mælitækisins úr ensku yfir á íslensku var veitt af Dr. Melindu Hohman, prófessor í félagsráðgjafardeild San Diego Háskólans í Kaliforníu, Bandaríkjunum. Í íslensku útgáfu spurningalistans bættust við bakgrunnsupplýsingar sem voru eftirfarandi: spurningar um núverandi hjúskaparstöðu; hvort viðkomandi hafi unnið með skjólstæðingum sem eru eða hafa verið í áfengis- og/eða vímuefnaneyslu; hvort viðkomandi þekki einhvern persónulega sem er eða hefur verið í áfengis- og/eða vímuefnaneyslu; hvort hann sjálfur hafi sögu um áfengis- og/eða vímuefnaneyslu. Í staðhæfingunum sem fylgja smásögunni í íslensku útgáfu listans bætust við fjögur atriði sem snéru að meðferð skjólstæðingsins og sem þátttakendur máttu gagnleg eða skaðleg fyrir hann. Þau voru: að fjölskyldan taki þátt í meðferð fyrir aðstandendur; vinna með þann sem á við áfengis- og vímuefnavandamál að stríða og fjölskylduna sem heild; að leggjast inn á fjölkvillageðeild; að nýta sér endurhæfingarárræði svo sem starfsendurhæfingu og/eða endurmenntun (Fylgiskjal 2).

Reglum um þýðingu og staðfærslu á mælitækjum var fylgt samkvæmt vinnuferli félagsvísindasviðs (Sigurgrímur Skúlason, 2005). Spurningalistinn var aðlagður að rannsókninni með því að bæta við spurningum í samráði við leiðbeinanda. Einnig fóru yfir spurningalistann óháðir aðilar sem voru doktor í hjúkrunafræði, doktor í sálfræði og prófessor í heimspeki sem hefur einnig verið enskukennari. Spurningalistinn var settur upp á einfaldan hátt og var í styttri kantinum til að auka frekar svarhlutfallið (Þorlákur Karlsson, 2003). Spurningalistinn var forprófaður á 5 einstaklingum sem voru ekki með fræðilega þekkingu á efni til að kanna skiljanleika hans.

Til að tryggja enn frekar réttmæti svara í þessari rannsókn og kanna hvort allir þátttakendur væru að upplifa frumbreytuna (smásögu um skjólstæðing) eins, var sérhver þátttakandi beðin(n) um að svara spurningum sem sögðu til um hvort hann hefði skilið smásöguna rétt.

11.4 Staðfæring spurningalista

Til þess að staðfærð þýðing mæli hugsmíð með sama hætti og frumútgáfa verða ákveðnir próffræðilegir eiginleikar sem ráða því hvernig mælitækið höndlar hugsmíðina að haldast í gegnum þýðingarferlið. Við þýðingu spurningalistans var því haft í huga að sum efnistök frumútgáfu listans áttu ekki við í þýðingarlandi og gætu því valdið kerfisbundinni skekkju tengd hugsmíðum (*construct bias*) mælitækis (Crocker og Algina, 1986). Í bandaríska spurningalistanum var skjólstæðingurinn kvenkyns og notaði ópíumskyld lyf sem hún sprautaði sig með svo sem heróín. Á Íslandi er meirihluti þeirra sem sprauta sig í æð með vímuefnum karlkyns. Árið 2009 komu samtals 342 einstaklingar á Vog sem höfðu sprautað sig í æð með vímuefnum, 103 konur og 246 karlar. Einnig nota flestir sem sprauta sig með vímuefnum á Íslandi ritalín og/eða amfetamín og ópíumskyld lyf sem ávísað er af læknum í meira mæli en heróín sem fæst takmarkað hér á landi (SÁÁ, 2010). Heróín er óalgengt á íslenska fíkniefnamarkaðinum og lögreglan leggur hendur á í mesta lagi örfá grömm árlega (Ríkislögreglustjóri, 2009). Í tilvikum sem slíkum er þarft að færa efni atriða að íslenskum aðstæðum þegar efniviður í frumútgáfu á ekki við hér á landi. Í staðfærðri smásögunni breyttist skjólstæðingur í karlkyns og var í blandaðri neyslu til að lýsa betur menningarlegum sérkennum sem eiga betur við Ísland.

11.5 Áreiðanleiki og réttmæti

Til þess að stuðla að áreiðanleika (*reliability*) og réttmæti (*validity*) TAS (Treatment Attitudes Scale) mælitækisins var hugað að mikilvægum atriðum í vinnuferli þýðingar og staðfærslu hans. Í megindlegum rannsóknum þar sem notast er við spurningalista segir áreiðanleiki til um hversu stöðugt mælitækið er og hvort sambærilegar niðurstöður fengjast ef tiltekin rannsókn væri endurtekin á sama þýði (María Heimisdóttir, 2003a). Áreiðanleiki er oftast gefinn til kynna með áreiðanleikastuðli sem segir til um hversu áreiðanleg og nákvæm mæling er og samkvæmni á milli endurtekinna, jafngilda mælinga. Ef mælitækið er óáreiðanlegt getur það leitt til þess að rannsóknarsvör verði röng og mælitækið svari ekki þeim rannsóknarspurningum sem settar eru fram (Cronbach, 1951; Field, 2009). Þegar

atriðum er svarað á samfelldum kvarða er algengast að notaður sé alfastuðullinn (*Cronbach alpha*) til að meta áreiðanleika og gefur hann til kynna upp að hvaða marki atriðin meta sömu hugsmíð. Alfastuðull er metin á bilinu 0.0 - 1.0 og eru yfirleitt taldir viðunandi séu þeir á milli 0.7 til 0.8 (Field, 2009).

Réttmæti eða sannleiksgildi niðurstaðna mælinga gefa til kynna að hversu miklu leyti þær endurspegla það sem því var ætlað að mæla (María Heimisdóttir, 2003b). Hugtakið réttmæti hefur verið skilgreint sem innra og ytra réttmæti. Innra réttmæti gefur til kynna hversu gott rannsóknarsniðið er og hversu trúverðugar ályktanir má draga af niðurstöðum (Field, 2009). Ytra réttmæti segir til um að hve miklu leyti hægt er alhæfa um þýði út frá niðurstöðum rannsóknar sem byggir á úrtaki rannsóknarinnar, frá einu úrtaki til annars eða á mismunandi tímum (Þorlákur Karlsson, 2003).

11.6 Framkvæmd rannsókna

Til að nálgast úrtak var kennurum við félagsráðgjafadeild Háskóla Íslands sendur tölvupóstur í september 2014 með fyrirspurn um að fá að mæta í tíma og leggja fyrir spurningalista fyrir nemendur. Þetta var samþykkt og var spurningalistinn lagður fyrir nemendur á þeim tíma sem hentaði kennurum og nemendum. Höfundur kynnti rannsóknina og bað nemendur að svara spurningalistanum. Listanum var síðan dreift um bekkinn til þeirra sem samþykktu að taka þátt (Fylgiskjal 2). Tekið var fram að könnunin væri hluti af meistaraverkefni, hversu langan tíma það tæki að svara listanum og að öllum spurningum yrði svarað góðfúslega ef einhverjar væru. Einnig var tekið fram að ekki væri hægt að rekja svör þátttekanda þar sem ekki var óskað eftir neinum persónugreinanlegum upplýsingum. Þegar nemendur höfðu lokið við að svara listanum var honum safnað saman af rannsakanda.

Ekki var talið að þessi rannsókn gæti haft í för með sér skaðlegar afleiðingar fyrir þátttakendur. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar samkvæmt lögum nr. 77/2000 (nr. S5816/2012) um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga (Lög nr. 77 23. maí 2000) og gerði hún ekki athugasemd við rannsóknina (Fylgiskjal 1). Í kynningarbréfi til nemenda kom fram að rannsóknin væri samþykkt af Persónuvernd og allar upplýsingar sem kæmu fram í rannsókninni yrðu meðhöndlaðar samkvæmt reglum um trúnað og nafnleynd (Fylgiskjal 2). Auk þess kom fram að farið væri eftir íslenskum lögum varðandi persónuvernd, vinnslu og eyðingu frumgagna. Nemendum var kynnt að upplýst samþykki þeirra fælist í þátttöku þeirra í að svara meðfylgjandi spurningalista. Spurningalistum rannsóknarinnar var eytt að

úrvinnslu lokinni. Það var ekki litið svo á að þátttaka í rannsókninni gætið valdið tilfinningalegum erfiðleikum hjá þátttakendum og því ekki aðrar ráðstafanir gerðar, ef svo skyldi fara, en þær að rannsakandi væri til staðar á meðan þeir svöruðu spurningum.

11.7 Gagnagreining

Við tölfraðilega úrvinnslu gagna var notast við tölfraðiforritið Statistical Package for Social Sciences (SPSS) útgáfu 21. Niðurstöður voru í formi lýsandi tölfraði þar sem skoðuð voru meðaltöl, tíðni og staðalfrávik. Einnig var framkvæmd meginhlutagreining. Unnið var með breytur sem voru á Lickert kvarða þar sem þátttakendur röðuðust samkvæmt svörum sem þeir gáfu við hverri spurningu. Marktektarmörk voru sett við < 0.05 .

Með notkun ANOVA prófs var gerður samanburður á námslengd og kyni, mismunandi aldurshópum, hjúskaparstöðu og reynslu af því að vinna með áfengis- og vímuefnavanda.

Sem undanfari meginhlutagreiningar voru framkvæmd marktektarprófin Bartlett marktektarpróf (*Bartlett's test of sphericity*) og Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Bartlett er marktækt við minna en 0.001 og segir þá til um hvort breyturnar séu nægilega mikið tengdar. Viðmið KMO stærðar er 0.50 og þýðir það að úrtak sé viðunandi í stærð (Einar Guðmundsson og Árni Kristjánsson, 2005). Meginhlutagreining var framkvæmd með hornréttum snúningi (*varimax*) til að draga fram sjálfstæðar víddir þar sem hver og ein var byggð á innra sambandi breytna innan hvernar víddar (Tabachnick og Fidell, 2001). Þessi nálgun er viðeigandi þegar markmiðið er að skilgreina undirþætti sem standa sjálfstætt og eru ekki háðir hver öðrum (Dixon, 2001). Þættir voru skoðaðir með tilliti til skriðuprófs (*scree plot*) en skriðupróf sýnir samband þátta og eigingilda (Einar Guðmundsson og Árni Kristjánsson, 2005). Ákveðið var að nota aðeins tvo þætti í staðinn fyrir þrjá eða fjóra eins og skriðupróf sýndi vegna próffraðilegra eiginleika og fyrri rannsókna. En þegar fyrirfram hugmyndir eða fræði gefa tilefni til ákveðins fjölda þátta í lausninni er reynt að fylgja því eftir þó að skriðupróf segi annað (Guðmundur B. Arnkelsson, 2006). Ákvörðun um fjölda hluta í meginhlutagreiningu sem voru athugaðir var byggt á fyrri rannsóknum (Fillmore og Hohman, 2014; Bonar og Rosenberg, 2010). Eins og fram hefur komið hafa fyrri rannsóknir meginhlutagreiningar á TAS listanum sýnt tveggja til fjögurra þátta lausn. Þar sem VPMV hefur ekki verið yfirfærður á íslenskar aðstæður var meginhlutagreining gerð með ýmist tveggja, þriggja eða fjögurra hluta lausn.

Til að kanna marktækan mun á meðaltölum tveggja óháðra hópa var notað t-próf (*independent sample t-test*) (Amalía Björnsdóttir, 2003). Mismunur á viðhorfum og þekkingu nemenda annars vegar í grunnnámi og hins vegar í framhaldsnámi á mismunandi meðferðarnálgunum við vímuefnavanda var skoðað. Að auki var Mann-Whitney U próf var notað til að skoða marktækan mun á meðaltölum allra spurningalista nemenda í grunnnámi og nemenda í framhaldsnámi. Áreiðanleiki hvers undirþáttar fyrir sig var reiknaður með áreiðanleika stuðlinum Cronbach's Alpha (Cronbach, 1951; Field, 2009).

11.8 Takmarkanir rannsóknar

Rannsóknin er meistaraverkefni höfundar og því getur reynsluleysi hans í megindegri aðferðarfræði verið ákveðin takmörkun. Einnig má líta á það sem takmörkun að hér er um að ræða forprófun á mælitæki í íslenskri útgáfu sem leiðir til þess að erfitt sé að álykta eitthvað út frá niðurstöðum. Hins vegar má líta svo á að þetta sé þarft skref í átt að frekari þróun í hönnun mælitækja sem mæla viðhorf og þekking félagsráðgjafanema og félagsráðgjafa á mismunandi meðferðarnálgunum.

12 Niðurstöður

Í þessum kafla verða bakgrunnsupplýsingum um þátttakendur gerð skil. Greint verður frá niðurstöðum meginhlugagreiningar, samanburði á meðaltölum breyta verður lýst ásamt niðurstöðu á réttmæti og áreiðanleika.

12.1 Bakgrunnsupplýsingar þátttakenda

Þátttakendur í rannsókninni voru 204 nemendur í grunnnámi og framhaldsnámi til starfsréttinda í félagsráðgjöf. Svarhlutfallið var 100% (n=204). Síðasta listanum var skilað seinna sem leiddi til þess að ekki var hægt að nýta hann í rannsóknina. Enginn þátttakandi skilaði auðum spurningalista en ógildir spurningalistar voru fjórir og voru þeir því ekki notaðir í rannsókninni. Því var unnið með 199 gild svör. Nokkrir þátttakenda svöruðu ekki öllum spurningum á listanum en nægjanlega mörgum til að svörin voru talin gild. Í heildina svöruðu 192 einstaklingar spurningarlistanum að fullu.

Í upphafi spurningalistans voru fimm spurningar lagðar fyrir þátttakendur varðandi bakgrunn þeirra til notkunar við úrvinnslu niðurstaðna. Spurt var um kyn, aldur, hjúskaparstöðu, stig menntunar ásamt faglegri og persónulegri reynslu af áfengis- og vímuefnavanda.

Tafla 1. **VPMV. Bakgrunnssupplýsingar um þátttakendur.**

	1. ár n (%)	2.ár n (%)	3.ár n (%)	4.ár n (%)	5.ár n (%)
Kyn					
Karl	7 (10.3)	6 (20)	2 (5)	0 (0)	5 (15.2)
Kona	59 (89.7)	24 (80)	38 (95)	30 (100)	28 (84.8)
Aldur*					
18-30	54 (79.4)	19 (63.3)	26 (65)	17 (56.7)	17 (51.1)
31-40	13 (19.1)	7 (23.3)	5 (12.5)	4 (13.3)	11 (33.3)
41-50	1 (1.5)	3 (10)	8 (20)	6 (20)	3 (9.1)
51-60	0 (0)	1 (3.3)	1 (2.5)	3 (10)	2 (6.1)
Hjúskaparstaða*					
Gift/ur	4 (5.9)	6 (20)	9 (22.5)	8 (26.7)	13 (39.4)
Sambúð	38 (55.9)	16 (53.3)	23 (57.5)	14 (46.7)	17 (51.5)
Einhleyp/ur	26 (38.2)	8 (26.7)	8 (20)	8 (26.7)	3 (9.1)
Unnið með áfengis- og/eða vímuefnavanda*					
Já	10 (14.7)	5 (16.7)	8 (20)	10 (33.3)	18 (54.5)
Nei	58 (85.3)	25 (83.3)	32 (80)	20 (66.7)	15 (45.5)

*p < .05, ANOVA.

Tafla 1 sýnir skiptingu þátttakenda eftir bakgrunnsbreytum. Notast var við lýsandi tölfræði þegar skoðaðar voru bakgrunnsbreytur þátttakenda. Í ljós kom að flestir þátttakendur voru á fyrsta námsári 33% (n=66), 15% (n=30) voru á öðru ári, 20% (n=40) voru á þriðja ári, 15% (n=30) voru á fjórða ári og 16% (n=33) nemenda voru á fimmta námsári. Af heildarfjölda þátttakenda var meirihluti nemenda í grunnnámi eða 68% (n=136).

Skipting á milli kynja sýndi að fjöldi karla í rannsókninni var 20 (10%) og konur voru 179 (90%). Meirihluti þátttakenda var á aldrinum 18 - 30 ára (66%) en fæstir voru á aldrinum 51 til 60 ára (3.4%). Marktækur munur var á aldri eftir námsári. Flestir voru á aldrinum 18 til 30 ára (79%) á fyrsta námsári en fæstir voru í elsta aldurshópnum 51 - 60 ára (p < .05). Meirihluti þátttakenda var í sambúð (54%), 20% voru giftir og 26% voru einhleypir.

Bakgrunnsspurningunni hvort þátttakendur hefðu unnið með áfengis- og/eða vímuefnavanda svöruðu 26% þátttakenda játandi en 74% höfðu ekki reynslu af því. Marktækur munur kom í ljós á milli námsára og reynslu þátttakenda af vinnu með áfengis- og/eða vímuefnavanda. Næmar lengra komnir í námi skoruðu hærra á þessari spurningu en

nemar sem styttra voru komnir í námi ($p < .05$). Niðurstöður sýndu að 15% þátttakenda á fyrsta ári höfðu unnið með einstaklingum með áfengis- og vímuefnavanda, 17% á öðru ári, 20% á þriðja ári, 33% á fjórða ári og 55% þátttakenda svöruðu því játandi á fimmta ári.

12.2 Meginhlutagreining

Tafla 2. VPMV. Meginhlutagreining.

	Þáttur 1 Skaða- minnkandi nálgun	Þáttur 2 Hefð- bundin meðferð
1. Fá hvatningu til að sjúga eiturlýfin gegnum nefið frekar en að sprauta í æð	.790	-.040
2. Fá hvatningu til að sprauta í vöðva frekar en í æð	.696	-.041
3. Fá hvatningu til að nota nýjar og dauðhreinsaðar nálar þegar hann sprautar sig	.569	.223
4. Fá hvatningu til að prófa vímuefnið í litlum skömmtum áður en fulls skammts er neytt	.760	-.015
5. Læra að sprauta sig aðeins þegar einhver annar er viðstaddur	.733	.082
6. Mæta í sjálfshjálparhóp til að læra að styrkja sitt edrú tengslanet	.043	.620
7. Taka þátt í hópmeðferð sem tekur á þeim afleiðingum sem fylgja í kjölfar áfengis- og eiturlýfjaneyslu	.006	.687
8. Fjölskyldan taki þátt í meðferð fyrir aðstandendur	.121	.684
9. Vera í samstarfi með næringarfræðing	.030	.602
10. Vinna með Gunnari og fjölskyldu hans sem heild í fjölskyldumeðferð	.013	.746
11. Nýta sér endurhæfingarúræði svo sem starfsendurhæfingu og/eða endurmenntun	.007	.638
Cronbach's alpha	$\alpha = .77$	$\alpha = .74$

Í meginhlutagreiningu voru greind hugtök sem endurspegla þætti skaðaminnkandi nálgunar annars vegar og hefðbundinnar meðferðar hins vegar (Tafla 2). Þessir tveir þættir útskýrðu 49% af dreifingu atriða. Þar af skýrði þátturinn Hefðbundin meðferð 27% af dreifingu sex atriða. Skaðaminnkandi nálgun skýrði 22% af dreifingu atriða með fimm atriði. Gögnin voru skimuð fyrir frávikum á heildarsvörun spurningarlistans. Skimunin leiddi í ljós að þrír þátttakendur í úrtakinu svöruðu tveimur staðalfrávikum frá meðaltalinu ($m = 124.22$). Því voru allar frekar athuganir gerðar án þeirra í úrtakinu.

Skriðupróf gaf til kynna að skynsamlegt væri að draga út þrjá til fjóra þætti. Bartlettsprófið var marktækt og gaf til kynna að breyturnar væru tengdar að einhverju marki ($p < .001$). Stærð KMO var 0.73 sem gaf til kynna úrtakið væri nægilega stórt fyrir meginhlutagreiningu.

Próffræðilegir eiginleikar tveggja þátta lausnar voru umfram þriggja og fjögurra þátta lausnar. Túlkun þátta endurspeglar einnig tveggja þátta lausn Bonars og Rosenbergs (2010). Túlkun á þáttum á þriggja og fjögurra þátta lausnum var ekki skýr. Þættirnir voru ýmist ekki í samræmi við fyrri rannsóknir og há hleðsla (*loadings*) á fleiri en einn þátt (*complex variables*). Tveggja þátta lausnin var byggð á Bartlettspófi sem sýndi marktæk tengsl á milli breyta ($p < .001$).

Tafla 2 sýnir nokkuð góðan áreiðanleika hvers þáttar. Þátturinn Skaðaminnkandi nálgun náði Cronbach alpha .77, og Hefðbundin meðferð sýndi Cronbach alpha .74. Þáttahleðslur fyrir þáttinn Skaðaminnkandi nálgun voru frá .569-.790 og fyrir þáttinn Hefðbundin meðferð .602-.746. Af þeim fjórum viðbótarspurningum sem bætt var í spurningalistann voru þrjár sem hlóðust á þáttinn Hefðbundin meðferð. Þær voru: *Að nýta sér endurhæfingarúrræði svo sem starfsendurhæfingu/og eða endurmenntun, Vinna með Gunnari og fjölskyldu hans sem heild í fjölskyldumeðferð og Fjölskyldan taki þátt í meðferð fyrir aðstandendur.*

12.3 Samanburður á bakgrunnsbreytum

Frekari greining á bakgrunnsbreytum þátttakenda leiddi í ljós að ekki var um marktækan mun að ræða á viðhorfum þátttakenda til hefðbundinnar meðferðar ($m=6.06$, $sd\ 0.66$) og skaðaminnkandi nálgunar ($m=3.59$, $sd\ 1.21$) þegar úrtakið var skoðað í heild sinni (Tafla 3).

Tafla 3. VPMV. Samanburður á meðaltölum á milli lengdar náms og reynslu af áfengis- og/eða vímuefnavanda.

	Hefðbundin meðferð	Skaðaminnkandi nálgun
Hópur	M(SD)	M(SD)
Heild (n = 192)	6.06(.66)	3.59(1.21)
Nám		
Grunnnemar (n = 136)	6.05(.71)	3.42(1.21)*
Framhaldsnemar (n = 62)	6.10(.52)	3.98(1.09)*
Unnið með áfengis- og/eða vímuefnavanda		
Ekki unnið með áfengis/vímuefnavanda (n=147)	6.04(.70)	3.54(1.20)
Unnið með áfengis/vímuefnavanda (n=51)	6.13(.52)	3.76(1.22)
Persónuleg kynni		
Ekki persónuleg kynni af einstaklingi með áfengis- og/eða vímuefnavanda (n = 31)	6.04(.59)	3.55(.99)
Persónuleg kynni af einstaklingi með áfengis- og/eða vímuefnavanda (n = 167)	6.07(.67)	3.60(1.24)
Sögu af áfengis- og/eða vímuefnavanda		
Ég hef sjálf/ur ekki sögu af áfengis- og/eða vímuefnavanda (n= 177)	6.05(.66)	3.62(1.16)
Ég hef sjálf/ur sögu um áfengis- og/eða vímuefnavanda (n= 22)	6.23(.64)	3.42(1.53)

* $p < 0.5$, T-próf

Viðhorf til hefðbundinnar meðferðar sýndi ekki marktækan mun á milli nemenda í grunnnámi ($m=6.05$, $sd\ 0.71$) og nemenda í framhaldsnámi ($m=6.10$, $sd\ 0.52$), en niðurstöður sýndu marktækan mun á milli viðhorfa nemenda í grunnnámi og nemenda í framhaldsnámi til skaðaminnkandi nálgunar ($p < .01$). Grunnnemar mátu skaðaminnkandi nálgun sem nokkuð skaðlega ($m=3.42$, $sd\ 1.21$) en framhaldsnemar voru líklegri til að meta hana sem hvorki gagnlega né skaðlega ($m=3.98$, $sd\ 1.09$).

Ekki var marktækur munur á viðhorfum þátttakenda sem höfðu ekki unnið ($m=6.04$, $sd\ 0.70$) og þeim sem höfðu unnið ($m=6.13$, $sd\ 0.52$) með einstaklingum með áfengis- og vímuefnavanda til hefðbundinnar meðferðar. Svipaðar niðurstöður komu í ljós í samanburði

á viðhorfum þátttakenda til skaðaminnkandi nálgunar, meðaltal þeirra sem höfðu ekki unnið með einstaklingum með áfengis- og vímuefnavanda var $m=3.54$, $sd\ 1.20$ og þeirra sem höfðu gert það var meðalið $m=3.76$, $sd\ 1.22$.

Enginn marktækur munur fannst á viðhorfum þátttakenda til hefðbundinnar meðferðar á milli þeirra sem ekki höfðu haft persónuleg kynni af áfengis- og/eða vímuefnavanda ($m=6.04$, $sd\ 0.59$) og þeirra sem höfðu þá reynslu ($m=6.07$, $sd\ 0.67$). Viðhorf þeirra sömu til skaðaminnkandi nálgunar sýndi heldur ekki marktækan mun, þeir sem ekki höfðu haft persónuleg kynni af áfengis- og/eða vímuefnavanda ($m=3.55$, $sd\ 0.99$) og þeir sem höfðu þá reynslu ($m=3.60$, $sd\ 1.24$).

Þegar skoðaður var munur á viðhorfum þátttakenda til hefðbundinnar meðferðar og skaðaminnkandi nálgunar með notkun bakgrunnsbreytanna *Ég hef sjálf/ur ekki sögu af áfengis- og/eða vímuefnavanda* og *Ég hef sjálf/ur átt við áfengis- og/eða vímuefnavanda* kom ekki fram marktækur munur. Meðaltal skora fyrir viðhorf til hefðbundinnar meðferðar hjá þeim sem höfðu ekki sögu um áfengis- og/eða vímuefnavanda var $m=6.05$, $sd\ 0.66$ en hjá þeim sem höfðu þá sögu var meðaltalið 6.23 , $sd\ 0.64$. Viðhorf til skaðaminnkandi nálgunar á meðal þeirra sem ekki höfðu sjálfir persónulega reynslu af áfengis- og/eða vímuefnavanda sýndi meðaltalið 3.62 , $sd\ 0.1.16$ og þeirra sem höfðu þá reynslu var $m=3.42$, $sd\ 1.53$. (Tafla 3).

12.4 Samanburður á meðaltali skora

Samkvæmt Mann-Whitney U prófi kom fram marktækur munur á svörum þátttakenda í átta spurningum listans þegar gerður var samanburður á nemendum í grunnnámi og þeim sem voru í framhaldsnámi (Tafla 4).

Tafla 4. VPMV. Samanburður á meðaltali skora eftir lengd náms.

Námsár	Grunnnám	Framhaldsnám	Heild
Spurning	M(SD)	M(SD)	M(SD)
1. Fá fræðslu í að halda nállum hreinum með klór.	4.24(2.25)	5.16(1.94)**	4.53(2.19)
2. Mæta í sjálfshjálparhóp til að læra að styrkja sitt edrú tengslanet.	6.50(0.80)	6.37(0.91)	6.46(0.84)
3. Fá hvatningu til að sjúga eiturlýfin í gegnum nefið frekar en að sprauta þeim í æð.	2.54(1.63)	2.90(1.66)	2.65(1.64)
4. Fá staðgengislyf eins og Methadon eða Buprenorphine	4.65(1.72)	4.46(1.42)	4.59(1.63)
5. Taka þátt í hópmeðferð sem tekur á þeim afleiðingum sem fylgja á kjölfar áfengis-og eiturlýfjaneyslu.	6.37(0.80)	6.35(0.81)	6.36(0.80)
6. Nýta sér árverkni (<i>mindfulness</i>) æfingar.	5.03(1.24)	5.37(1.31)*	5.13(1.27)
7. Fá hvatningu til að sprauta í vöðva frekar en í æð.	2.48(1.71)	3.02(1.60)*	2.65(1.69)
8. Fá fræðslu um áfengis – og fíkniefnaneyslu sem sjúkdóm.	6.32(0.97)	6.13(1.04)	6.26(1.00)
9. Fá hvatningu til að nota nýjar og dauðhreinsaðar nálar þegar hann sprautar sig.	5.54(1.74)	6.30(0.99)**	5.79(1.58)
10. Nýta sér nálastungumeðferð (<i>acupuncture</i>) sem hluti af meðferð.	4.10(1.37)	4.17(1.14)	4.13(1.30)
11. Vera í einstaklingsmeðferð til að takast á við persónuleg vandamál vegna fíkniefnanotkun hans.	6.46(0.89)	6.75(0.47)*	6.55(0.80)
12. Ákveðin málstjóri (<i>case management services</i>) sé ábyrgur í hans máli.	5.26(1.33)	5.79(1.18)**	5.43(1.30)
13. Læra að losa sig við notaðar nálar og innspýtingstól í stunguheldar umbúðir til dæmis plastflöskur.	5.41(1.67)	6.06(1.20)**	5.62(1.57)
14. Fá hvatningu til að gera vímuefnalaust líf að lokamarkmiði.	6.74(0.76)	6.35(1.12)**	6.62(0.91)
15. Fá hvatningu til að prófa vímuefnið í litlum skömmtum áður en fulls skammts er neytt.	3.12(1.75)	3.71(1.73)	3.31(1.76)
16. Vera í samstarfi með næringarfræðing.	5.07(1.12)	5.00(1.03)	5.05(1.09)
17. Læra að þekkja fallhættur til að koma í veg fyrir bakslag (<i>relapse</i>).	6.33(0.92)	6.60(0.61)	6.42(0.84)
18. Fá meðferð vegna fyrri áfalla (þ.e. mat og viðurkenningu á fyrri ofbeldi/misnotkun).	6.46(0.91)	6.71(0.55)	6.54(0.82)
19. Læra að sprauta sig aðeins þegar annar er viðstaddur.	3.55(1.75)	4.10(1.55)	3.73(1.70)
20. Fjölskyldan taki þátt í meðferð fyrir aðstandendur.	6.28(1.02)	6.49(0.72)	6.35(0.94)
21. Leggjast inn á fjölkvillageðdeild.	4.88(1.33)	4.65(1.60)	4.81(1.42)
22. Skrá sig í jógatíma.	4.42(1.03)	4.41(1.04)	4.42(1.03)
23. Vinna með Gunnari og fjölskyldu hans sem heild í fjölskyldumeðferð.	5.98(1.09)	6.16(0.92)	6.04(1.04)
24. Nýta sér endurhæfingarúræði svo sem starfsendurhæfingu og/eða endurmenntun.	6.27(0.87)	6.21(0.94)	6.25(0.89)

* p-value <0.05 ** p-value <0.01, Mann-Whitney U test

Lægsta meðaltal fékk spurning númer þrjú *Fá hvatningu til að sjúga eiturlýfin í gegnum nefið frekar en að sprauta þeim í æð* ($m=2.54$, $sd\ 1.63$) en hæsta meðaltal fékk spurning númer 11 *Vera í einstaklingsmeðferð til að takast á við persónuleg vandamál vegna fíkniefnanotkunar hans* ($m=6.46$, $sd\ 0.89$). Niðurstöður leiddu í ljós að viðhorf nemenda í framhaldsnámi voru meira afgerandi en viðhorf grunnnemenda með marktækan mun á meðaltölum svara við eftirfarandi spurningum: *Fá fræðslu í að halda nálum hreinum með klór; Nýta sér árverkni (mindfulness) æfingar; Fá hvatningu til að sprauta í vöðva frekar en í æð; Fá hvatningu til að nota nýjar og dauðhreinsaðar nálar þegar hann sprautar sig; Vera í einstaklingsmeðferð til að takast á við persónuleg vandamál vegna fíkniefnanotkunar hans; Ákveðinn málstjóri (case management services) sé ábyrgur í hans máli; Læra að losa sig við notaðar nálar og innspýtingstól í stunguheldar umbúðir til dæmis plastflöskur; Fá hvatningu til að gera vímuefnalaust líf að lokamarkmiði.* Niðurstöður sýndu marktækt hærra meðaltal í svörum nemenda í grunnnámi við spurningunni *Fá hvatningu til að gera vímuefnalaust líf að lokamarkmiði* en hjá framhaldsnemum.

12.5 Réttmætisathugun

Réttmætisathugun (*manipulation check*) var höfð í rannsókninni. Þátttakendur voru beðnir um að svara þremur krossaspurningum sem vörðuðu ýmis atriði sem komu fram í frásögninni um Gunnar. Þetta var gert til að athuga hvort nemendur skildu frásögnina rétt og væru hæfir til að svara framhaldinu. Meirihluti þátttakenda (94%) svaraði öllum þremur krossaspurningum réttmætisathugunarinnar rétt. Aðeins 12 (6%) þátttakendur svöruðu einni rangt og enginn þátttakandi svaraði tveimur eða öllum krossaspurningum rangt.

13 Umræður og samantekt

Í þessum kafla verður fjallað um niðurstöður rannsóknarinnar og þær bornar saman við fyrri rannsóknir á skyldu efni.

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða viðhorf og þekkingu félagsráðgjafanema hefðbundinnar meðferðar og skaðaminnkandi nálgunar sem notuð er í meðferð og stuðningi við einstaklinga með áfengis- og vímuefnavanda. Rannsóknin svarar vel þeim spurningum sem lagt var upp með í upphafi. Leita átti svara við því hver áreiðanlegt og réttmætt mælitækið reyndist í íslenskri útgáfu og hvort munur væri á viðhorfum og þekkingu félagsráðgjafanema á öllum stigum námsins, og reynslu þeirra af þessu vandamáli.

Kynjahlutfall var ójafnt, konur voru 179 og karlmenn voru 20. Kemur það ekki á óvart þar sem samkvæmt upplýsingum heimasíðu Háskóla Íslands (2014) eru í grunnnámi 32 karlmenn og 329 konur og í meistaranámi eru karlmenn níu og konur 70 talsins.

Helstu niðurstöður þessarar rannsóknar voru þær að Treatment attitude scale (TAS) sem í íslenskri þýðingu fékk heitið Viðhorf og þekking til meðferðarnálgana við vímuefnavanda (VbMV) reyndist áreiðanlegt og réttmætt til að nota í rannsókn af þessu tagi með viðunandi alpha gildi. Niðurstöður gáfu þó vísbendingar um að breytinga sé þörf á mælitækinu til þess að aðlagja það betur til notkunar í rannsóknum á sviði áfengis- og vímuefnavanda í íslenskum aðstæðum. Mælitækið byggir á smásögu um einstakling sem er í áfengis- og vímuefnavanda þar sem bætt var við tveimur spurningum í íslensku útgáfuna sem snéri að fjölskyldunni, einni um endurhæfingarúrræði og einni um fjölkvillageðdeild. Niðurstöður sýndu að spurningar sem vörðuðu fjölskylduna og endurhæfingarúrræði eiga heima á þessum lista þar sem þær féllu allar undir þáttinn hefðbundin meðferð í meginhlutagreiningu en spurning um fjölkvillageðdeild þarf frekari athugana við þar sem hún náðu ekki inn.

Mikill skortur er á rannsóknum á viðhorfum og þekkingu félagsráðgjafa hvort heldur að þeir eru í námi eða hafa lokið því. Það takmarkar möguleika á því að bera saman rannsóknarniðurstöður við niðurstöður fyrri rannsókna. Einungis tvær rannsóknir fundust sem voru sambærilegar þessari rannsókn höfundar. Fillmore og Hohman (2014) framkvæmdu meginhlutagreiningu í rannsókn sinni á grunnnemum og framhaldsnemum í félagsráðgjöf við San Diego Háskóla. Niðurstöður þeirra voru ekki í samræmi við niðurstöður

Þessarar rannsóknar höfundar. Fillmore og Hohman fundu fjóra þætti sem endurspeglu hefbundna meðferð, óhefbundna meðferð, forvörn gegn sjúkdómum sem smitast með blóði og forvörn gegn dauðsfalli af of stórum lyfjaskammti. Tveir síðast nefndu þættirnir teljast til skaðaminnkandi úrræða. Ólíkt þessum niðurstöðum þá komu í ljós í þessari rannsókn höfundar tveir þættir í meginhlutagreiningu. Þeir voru Skaðaminnkandi nálgun og Hefbundin meðferð. Í rannsókn Bonar og Rosenberg (2010) þar sem þeir notuðu TAS mælitækið í rannsókn á sviðstjórum á stofnunum sem veittu áfengis- og vímuefna meðferð komu hins vegar fram tveir þættir í meginhlutagreiningu sem voru sambærilegir meginhlutagreiningu í þessari rannsókn.

Hefðbundin meðferð á sér langa sögu (Alcoholics Anonymous, 2008; Lemanski 2001) en bent hefur verið á að niðurstöður af árangri slíkrar meðferðar séu mjög breytilegar og benda til að frekari rannsókna sé þörf til að kanna árangur hennar til lengri tíma (Brandsma, Maultsby og Welsh, 1980; Dawson 1996; Finney og Monahan 1996; Holder, Longabauch, Miller og Rubonis, 1991; Vaillant, 1995). Rannsóknir hafa þó sýnt vísbendingar um að skaðaminnkandi nálgun sé árangursrík til að ná fram markmiðum einstaklinga með áfengis og vímuefnavanda. Athugun Gibsons (2001) styður þessar vísbendingar þar sem hann bendir á að 28 rannsóknir af 42 sem hann rýndi í sýndu jákvæð áhrif skaðaminnkandi nálgunar. Enn fremur eru þessi viðhorf studd í úttektum Kimbers o.fl. (2005) á 39 öruggum neyslurýmum víðsvegar um Evrópu og Petrarar o.fl. (2007) á neyslurýmum þar sem fram kom að skaðlegar afleiðingar ofnotkunar vímuefna fóru minnkandi.

Fyrri rannsóknir sýna að reynsla, fræðsla og starfsþjálfun eru þættir sem geta haft áhrif á þau viðhorf sem félagsráðgjafar hafa til þeirra meðferðarúrræða sem í boði eru (Amodeo og Fassler, 2000; Eversman, 2012; Loughran o.fl, 2010). Það kom því ekki á óvart í niðurstöðum þessarar rannsóknar að framhaldsnemar í félagsráðgjöf sem höfðu að baki þriggja til fjögurra ára nám og starfsþjálfun voru marktækt meira ($p < .01$.) fylgjandi því að beita skaðaminnkandi nálgun en þeir sem styttra voru komnir í námi. Bent hefur verið á að kennsla og fræðsla í skaðaminnkun geti hjálpað nemendum til þess að vera opnari og móttækilegri fyrir skaðaminnkandi hugmyndafræði. Sú kennsla er hins vegar takmörkuð í námi félagsráðgjafa þó hún sé talin vera mikilvæg. Skaðaminnkandi meðferðarnálgun hefur ekki fest sig eins í sessi eins og hefðbundin meðferð við áfengis- og vímuefnavanda, en félagsráðgjafar þurfa að vera meðvitaðar um allar meðferðarleiðir sem geta verið til

hagsbóta fyrir skjólstæðinginn. Val þeirra á einni eða fleiri meðferðarnálgun þarf að vera byggt á faglegri gagnreyndri þekkingu. Einnig settu Amedeo og Fassler (2000) og Hofschulte (2012) fram sambærilegar niðurstöður á gagnsemi fræðslu og starfsþjálfunar. Lögðu þessir höfundar áherslu á að fræðsla og starfsþjálfun skilaði sér í skilvirkari vinnu, betra mati og meðhöndlun á fjölbreyttum hópum með áfengis- og vímuefnavanda, auknu öruggi í framkvæmd úrræða og aukna meðvitund um skaðaminnkandi nálgun.

Ef litið er til rannsókna á hugsanlegum áhrifum persónulegrar reynslu af áfengis- og/eða vímuefnavanda á viðhorfum til mismunandi nálgana kom fram hjá Davis og Rosenberg (2012) á 913 áfengis- og vímuefnaráðgjöfum að 55% úrtaksins áttu sögu um áfengis- og vímuefnavanda. Af þessum 55% þótti meirihlutanum að bindindisleysi væri óásættanlegt sem skammtímarkmið fyrir þá sem misnotuðu áfengi. Ekki kom fram í rannsókninni hvaða meðferð þátttakendur höfðu sjálfir reynslu af en álykta má út frá niðurstöðum að um hefðbundna meðferð hafi verið að ræða. Það er sambærilegt niðurstöðum þessarar rannsóknar höfundar þar sem þeir þátttakendur sem höfðu sjálfir sögu um áfengis- og vímuefnavanda aðhylltust meira hefðbundna meðferð en skaðaminnkandi nálgun. Rétt er að taka fram að þessum niðurstöðum ber að taka með varúð þar sem aðeins 22 þátttakendur af heildarúrtakinu höfðu sögu um áfengis- og/eða vímuefnavanda.

Þessi rannsókn sýndi að þegar skoðaður var marktækur munur á milli nemenda í grunnnámi og framhaldsnámi og viðhorfa þeirra til allra þátta á spurningalistanum komu í ljós athyglisverðar niðurstöður. Af 24 spurningum spurningalistans voru það átta spurningar sem tilheyra skaðaminnkandi meðferðarnálgunum. Af þeim voru það fjórar spurningar þar sem framhaldsnemar voru marktækt meira fylgjandi því að beita úrræðum sem teljast til skaðaminnkandi nálgunar frekar en að beita hefðbundnum eða óhefðbundnum meðferðum. Athyglisvert var þó að viðhorf til þess hvort veita ætti hvatningu til að vímuefnalaust líf væri lokamarkmiðið þá voru það grunnnemendur sem voru marktækt meira fylgjandi því en framhaldsnemarnir. Álykta má að þessi marktæki munur gæti falist í því að starfs- og námsreynsla hafi áhrif á þau úrræði sem félagsrágjafar velja fyrir sína skjólstæðinga.

Að virða sjálfsákvörðunarrétt einstaklingsins er í hávegum haft innan félagsráðgjafastéttarinnar (Félagsráðgafafélag Íslands, e.d.; NASW, 2012). Það felur í sér að mikilvægt er að ákvörðun um meðferð sé tekin í fullri samvinnu með skjólstæðingum og velferð skjólstæðings á alltaf að vera í fyrirrúmi. Út frá þessu má áætla að lengra komnir

félagsráðgjafanemar séu meðvitaðri um mikilvægi þess að virða ákvörðunarrétt hvers og eins skjólstæðings sama hvaða meðferð er valin. Það er mikilvægt að frekari rannsóknir verði gerðar á þessu efni svo að félagsráðgjafar geti stuðst við bestu gagnreyndu aðferðir með öllum sínum skjólstæðingum hverju sinni. Frekari rannsóknir gætu varpað ljósi á kosti þess að nota mismunandi meðferðarnálganir þegar unnið er með einstaklingum með áfengi- og vímuefnavanda og á þörfina fyrir viðhlítandi fræðslu og starfsþjálfun í áfengis - og vímuefnamálum fyrir félagsráðgjafa.

14 Lokaorð

Niðurstöður þessara rannsóknar bætast í hóp rannsókna sem hafa verið gerðar á viðhorfum félagsráðgjafanema til hefðbundinnar meðferðar og skaðaminnkandi nálgunar. Niðurstöður sýna að mælitækið Treatment Attitude Scale (TAS) í íslenski þýðingu Viðhorf og þekking á meðferðarúrræðum við vímuefnavanda (VPMV) er með viðunandi áreiðanleika og réttmæti sem gefur vonir til þess að hér sé komið íslenskt mælitæki sem nothæft er í framtíðarrannsóknum á sviði félagsráðgjafar í rannsóknum á áfengis- og vímuefnavanda. Niðurstöður bentu einnig til þess að því lengra sem nemendur eru komnir í námi þá hneigjast viðhorf þeirra frekar í þá átt að skaðaminnkandi nálganir séu ákjósanlegri úrræði fyrir einstaklinga í neyslu sem sprauta sig með vímuefnum. Mikilvægt er að framtíðar rannsóknir beini sjónum að því hvort endurskoðunar sé þörf á þeirri fræðslu og starfsþjálfun sem nemendur fá í dag. Einnig í ljósi þess að sífellt fleiri með áfengis- og vímuefnavanda bætast í skjólstæðingahóp félagsráðgjafa og fleiri meðferðarúrræði eru í boði en áður var. Það er von höfundar að þessi rannsókn verði til þess að frekari rannsóknir verði gerðar á störfum, viðhorfum og þekkingu félagsráðgjafanema á öllum stigum námsins og félagsráðgjafa með starfsreynslu. Markmiðið ætti alltaf að vera það að ákvörðunartaka um meðferð og stuðning sem félagsráðgjafar veita sínum skjólstæðingum skuli vera byggð á gagnreyndri þekkingu.

Nafn höfundar

Heimildaskrá

- Abed, R. T. og Neira-Munzo, E. (1990). A survey of general practitioners' opinion and attitude to drug addicts and addiction. *British Journal of Addiction*, 85(1), 131-136.
- Alcoholics Anonymous. (2008). *Twelve steps and twelve traditions*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. (e.d.). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Sótt 23. september 2014 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. (2014). *Global status report on alcohol and health-2014*. Sótt 14. september 2014 af http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. (2007). *Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol-related harm*. Sótt 1. september 2014 af http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_14-en.pdf?ua=1
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. (2008). *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Genf: WHO press.
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. (2009). *Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*. Genf: WHO press.
- Amalía Björnsdóttir. (2003). Útskýringar á helstu tölfræðihugtökum. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 115-130). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amodeo, M. og Fassler, I. (2000). Social workers and substance-abusing clients: caseload composition and competency self-ratings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(4), 629-641.
- Ari Matthíasson. (2010). *Þjóðfélagsbyrði af áfengis- og vímuefnaneyslu*. Meistararitgerð: Háskóli Íslands, Hagfræðideild.
- Bayles, C. (2014) Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: A literature review. *International Journal of Behavioural Consultation and Therapy*, 9(2), 22-25.

- Baliunas, D., Rehm, J., Irving, H. og Shuper, P. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: A metaanalysis. *International Journal of Public Health* 55; 159–66.
- Berridge, V. (1984). Drugs and social policy: The establishment of drug control in Britain 1900-30. *British Journal of Addiction*, 79, 17-29.
- Betty Ford Institute Consensus Panel (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221.
- Beusekom, I., Loo, H.V. og Khan, P.J. (2002, febrúar). *Guidelines for implementing and evaluating the portuguese drug strategy*. Leiden: Rand Europe. Sótt þann 25. september 2014
af: http://130.154.3.8/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1508.pdf
- Bigler, M. O. (2005). Harm reduction as a practice and prevention model for social work. *The Journal of Baccalaureate Social Work*, 10(2), 69-86.
- Bonar, E. E. og Rosenberg, H. (2010). Substance abuse professionals' attitudes regarding harm reduction versus traditional interventions for injecting drug users. *Addiction Research and Theory*, 18(6), 692-707.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S.E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J. og Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
- Brandsma, J.M., Maultsby, M.C. og Welsh, R.J. (1980). *Outpatient treatment of alcoholism: A review and comparative study*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by design and nature*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bufe, C. (1998). *Alcoholics anonymous: Cult or cure?* (2. útgáfa). Tucson: See Sharp Press.
- Burn, N. og Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (4.útg.). Philadelphia: Saunders.
- Collins, S., Clifasefi, S., Logan, D., Samples, L., Somers, J. og Marlatt, G.A. (2012). Current status, historical highlights and basic principles of harm reduction. Í Marlatt, G.A., Larimer, M.E. og Witkiewitz, K. (ritstjórar), *Harm reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, (2.útg). (bls. 3-35). New York: Guilford press.
- Council on Social Work Education. (2010). *Teaching evidence-based practice*. Sótt 23. september 2014 frá <http://www.cswe.org>.
- Crocker, L. og Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. Orlando: Holt, Rinehart, and Winston.

- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3): 297–334.
- Davis, A.R. og Rosenberg, H. (2012). Acceptance of non-abstinence goals by addiction professionals in the United States. *Psychology of Addictive Behaviours*, 27 (4), 1102-1109.
- Dawson, D.A. (1996). Correlates of Past-Year Status Among Treated and Untreated Persons with Former Alcohol Dependence: United States, 1992. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(4), 771-779.
- Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. og Ruan, W. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*, 100(3), 281-292.
- Desai, M.M., Rosenheck, R.A., Druss, B.G. og Perlin J.B. (2002). Receipt of nutrition and exercise counseling among medical outpatients with psychiatric and substance use disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 17 (7), 556-560.
- Des Jarlais, D.C., Marmor, M., Paone, D., Titus, S., Shi, Q., Perlis, T. og Friedman, S.R. (1996). HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *The Lancet*, 348(9033), 987-991.
- Dewey, J. (1938/2000). *Reynsla og menntun*. Reykjavík: Rannsóknarstofnun Kennaraháskóla Íslands.
- DiNitto, D.M. (2002). War and peace: Social work and the state of chemical dependency treatment in the United States. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2(3-4), 7-29.
- Dixon, J.K. (2001). Í Munroe B.H. (ritstjóri), *Factor analysis. For health care research* (4. útg.). Lippincott: Philadelphia.
- Drucker, E. (2012). Failed drug policies in the United States and the future of AIDS: A perfect storm. *Journal of Public Health Policy*, 33(3), 309-316.
- Dupont, R.L. (1996). Harm reduction and decriminalization in the United States: a personal perspective. *Substance use and misuse*, 31(14), 1929-1945.
- Elías Sæbjörn Eypórsson, Tinna Laufey Ásgeirsdóttir og Magnús Gottfreðsson. (2014). Nálaskiptaþjónusta er kostnaðarvirk forvörn gegn HIV á Íslandi. *Læknablaðið*, 8(100). Sótt 20. nóvember 2014 af <http://www.laeknabladid.is/tolublod/2014/0708/nr/5232>
- Embætti landlæknis. (2011). Mikil aukning HIV – sýkingar meðal fíkniefnaneytenda. *Farsóttarfréttir*, 7(2). Sótt 27. september 2014 af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item1850/4791.pdf>

- EMCDDA. (2010). Annual report 2010: The state of the drugs problem in Europe. *European monitoring centre for drugs and drug addiction*. Luxembourg: Publications office of the European Union.
- EMCDDA. (e.d). European Monitoring centre for drugs and addiction. *Countries*. Sótt 23. október 2014 af <http://www.emcdda.europa.eu/countries>
- Einar Guðmundsson og Árni Kristjánsson. (2005). *Gagnavinnsla í SPSS*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Erla Björg Sigurðardóttir (2007). Diplómanám á framhaldstigi í félagsráðgjöf við HÍ. *Morgunblaðið*. Sótt 26. september af <http://www.mbl.is/greinasafn/grein/1145098/>
- Eversman, M.H. (2012). Harm Reduction in MSW Substance Abuse Courses. *Journal of Teaching in Social Work*, 32(4), 392-405.
- Evrópuráðið (2004). *EU drugs Strategy (2005-2012)(15074/04)*. Brussel: Evrópuráðið.
- Félagsráðgafafélag Íslands. (e.d.). *Síðareglur félagsráðgjafa*. Sótt 19. nóvember 2014 af http://www.felagsradgjof.is/Stjorn/Sidareglur_islenskra_felagsradgjafa/
- Félagsráðgafafélag Íslands. (2009). *Áfengis- og vímuefnamál*. Sótt 23. nóvember af http://www.felagsradgjof.is/Stjorn/Fagfelag/Af.-_og_vimuefnamal/
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage publications.
- Fillmore, S. og Hohman, M. (2014). *Traditional treatment or harm reduction: What do social work students think?* Óútgefið handrit; Háskólinn í San Diego.
- Fingfeld, D.L. (1997). Resolution of drinking problems without formal treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(3), 14-23.
- Finney, J.W. og Monahan, S.C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 57(3), 229.
- Fleming, C.B., Brewer, D. D., Gainey, R.R., Haggerty, K.P. og Catalano, R.F. (1998). Parent drug use and bonding to parents as predictors of substance use in children of substance abusers. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6(4), 75-86.
- Gates, S., Smith, L.S. og Foxcroft., D.R. (2006). Auricular acupuncture for cocaine dependence. *Cochrane Database System*, 1, CD005192.
- Gibson, D.R., Flynn, N. M. og Perales, D. (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *Aids*, 15(11), 1329-1341.

- Gowan, T., Whetstone, S. og Andic, T. (2012). Addiction, agency, and the politics of self-control: Doing harm reduction in a heroin users' group. *Social Science and Medicine*, 74(8), 1251-1260.
- Grimes, D. A. og Schulz, K. F. (2002). An overview of clinical research: the lay of the land. *The Lancet*, 359(9300), 57-61.
- Guðmundur B. Arnkelsson. (2006). *Orðgnótt*. Háskólaútgáfan: Reykjavík.
- Guðrún Dóra Bjarnadóttir, Magnús Haraldsson, Bjarni Össurason Rafnar, Engilbert Sigurðsson, Steinn Steingrímsson, Helena Bragadóttir, Magnús Jónsson og Andrés Magnússon. (2013). Rannsókn á notkun methýlfenídat í æð meðal íslenskra vímuefnaneytenda. Vísindi á vordögum, fylgirit 76. *Læknablaðið*, 99 (12). Sótt 20 nóvember af <http://www.laeknabladid.is/media/fylgirit-2013/fylgirit-76---net.pdf>
- Hahn, J.A., Woolf-King, S.E, Muyindike, W. (2011). Adding fuel to the fire: alcohol's effect on the HIV epidemic in Sub-Saharan Africa. *Curr HIV/AIDS Rep.* 8:172–80.
- Hall, M.N., Amodeo, M., Shaffer, H.J., & Vander Bilt, J. (2000). Social workers employed in substance abuse treatment agencies: A training needs assessment. *Social Work*, 45(2), 141-155.
- Hall, W. (2007). What's in a name? *Addiction*, 102, 691-692.
- Hallgren. M., Romberg, K., Bakshi, A. og Andreasson, S. (2014). Yoga as an adjunct treatment for alcohol dependence: A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(3), 441-5.
- Harm reduction coalition. (e.d). *Harm reduction principles*. Sótt 28. október 2014 af <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
- Hartzler, B., Cotton, A., Calsyn, D.A., Guerra, R. og Gignoux, E. (2010). Dissolution of a harm reduction track for opiate agonist treatment: Longitudinal impact of treatment retention, substance use and service utilization. *International Journal of Drug Policy*, 21 (1)82-85.
- Háskóli Íslands (2014). *Skráðir nemendur 2013-2014, heildartölur*. Sótt 4. september 2014 af http://www.hi.is/adalvefur/skradir_nemendur_2013_2014_heildartolur
- Hávar Sigurjónsson. (2011). Fjölgun HIV-smitaðra er áhyggjuefni- segir Valgerður Rúnarsdóttir á Vog. *Læknablaðið*, 8(97). Sótt 20. september af <http://www.laeknabladid.is/media/tolublod/1532/PDF/u04.pdf>
- Heilbrigðisráðuneytið. (2005). *Skýrsla heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis-og vímuefnaneytendur á Íslandi*. Reykjavík: Heilbrigðisráðuneytið.
- Helga Jónsdóttir. (2013). Viðtöl í eigindlegum og megindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls.137-153). Akureyri: Ásprent Stíll ehf.

- Helga Sif Friðjónsdóttir, Jóna Sigríður Gunnarsdóttir og Rúna Guðmundsdóttir. (2011). Nálaskiptaþjónusta minnkar skaða vegna neyslu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 87(2), 14-19. Sótt 14 nóvember 2014 af <http://hjukrun.is/library/Skrar/Timarit/Timarit-2011/2.-tbl-2011/N%C3%A1laskipti%C3%BEj%C3%B3nusta%20minnkar.pdf>
- Hoffmann, J.P. og Cerbone, F.G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(3), 255-264.
- Hofschulte, R. (2012). Clinical social workers' beliefs toward harm reduction when working with substance using clients. *Master of Social Work Clinical Research Papers*. Paper 37. Sótt 15. september 2014 af http://sophia.stkate.edu/msw_papers/37
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W.R. og Rubonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 52(6), 517.
- Hunt, N. (2012). Í Pates, R., & Riley, D. (Ritstjórar), Recovery and harm reduction: Time for a shared, development-oriented, programmatic Approach. *Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behaviour* (bls. 155-171). Oxford: John Wiley & Sons.
- Ísabella Björnsdóttir. (2012). *Skaðaminnkun á Íslandi: Viðhorf og þekking*. Meistararitgerð: Háskóli Íslands, Félagsráðgjafardeild.
- Jellineck, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: College and University Press.
- Keen, J. og Oliver, P. (2004). Commissioning pharmacological treatments for drug users: a brief review of the evidence base. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 11(2), 149-156.
- Khalsa, S.B., Khalsa, G.S., Khalsa, H.K. og Khalsa, M.K. (2008). Evaluation of residential kundalini yoga lifestyle pilot program for addiction in India. *Journal of Ethnicity in Substance abuse*, 7, 67-77.
- Kilmer, J., Cronic, J., Hunt, S. og Lee. (2012). Reducing harm associated with illicit drug use. Opiates, Amphetamines, Cocaine, Steroids, and other substances. Í Marlatt G. A., Larimer M.E. og Witkiewitz K. (ritstjórar), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* (2 útg.), (bls. 170-200). New York: Guilford press.
- Kimber, J., Dolan, K. og Wodak, A. (2005). Survey of drug consumption rooms: service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and Alcohol Review*, 24(1), 21-24.
- Kinney, J. (2006). *Loosening the grip* (8.útg.). New York: McGraw-Hill.

- Kissin, B. (1983). The disease concept of alcoholism. *Research advances in alcohol and drug problems*. New York: Springer.
- Kristinn Sigvaldason, Þóroddur Ingvarsson, Svava Þórðardóttir, Jakob Kristinsson og Sigurbergur Kárasen. (2014). *Læknablaðið*, 100 (10), 515-519.
- Landlæknir. (2014, 13, mars). *ICD-10*. Sótt 26. október 2014 af <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/flokkunarkerfi/icd-10/>
- Lee, H.S., Engstrom, M. og Petersen, S.R. (2011). Harm reduction and 12 steps: complementary, oppositional, or something in-between?. *Substance Use and Misuse*, 46(9), 1151-1161.
- Lemanski, M. (2001). *A history of addiction and recovery in the United States*. Tucson: See Sharp Press.
- Littrell, J. (2014). *Understanding and treating alcoholism: An empirically based handbook for the treatment of alcoholism (Vol. 1)*. New York: Psychology Press.
- Loughran, H., Hohman, M. og Finnegan, D. (2010). Predictors of role legitimacy and role adequacy of social workers working with substance-using clients. *British Journal of Social Work*, 40(1), 239-256.
- Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr.77/23.maí 2000.
- Lua, P.L., & Talib, N.S. (2013). Auricular acupuncture for drug dependence: An open-label randomized investigation on clinical outcomes, health-related quality of life, and patient acceptability. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 19(4), 28-42. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1436038763?accountid=27513>
- Lushin, V., & Anastas, J. W. (2011). Harm reduction in substance abuse treatment: Pragmatism as an epistemology for social work practice. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(1), 96-100.
- Magnús Gottfreðsson. (2011). HIV og alnæmi 30 árum síðar [Rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 9 (97).
- Månsson, A.S., Moestrup, T., Nordenfelt, E. og Widell, A. (2000). Continued transmission of hepatitis B and C viruses, but no transmission of human immunodeficiency virus among intravenous drug users participating in a syringe/needle exchange program. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 32(3), 253-258.
- María Heimisdóttir. (2002). Faraldsfræði í dag. Lýsandi rannsóknir II [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 88, 362.
- María Heimisdóttir (2003a). Faraldsfræði í dag. Áreiðanleiki rannsóknarniðurstaðna [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 89, 269.

- María Heimisdóttir. (2003b). Faraldsfræði í dag. Réttmæti aðferða(fræði) [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 89, 355.
- MacMaster, S. A. (2004). Harm reduction: A new perspective on substance abuse services. *Social Work*, 49(3), 356-363.
- Merikangas, K.R. og McClair, V.L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*, 131(6), 779-789.
- Merikangas, K.R. og Avenevoli, S. (2000). Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 25(6), 807-820.
- Merikangas, K.R., Dierker, L.C. og Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(05), 711-720.
- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. og Brigham, G.S. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(1), 25-39.
- Najavits, L.M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford Press.
- NASW, National association of social workers (2012). *NASW standards for social work practice with clients with substance use disorders*. Washington, DC: NASW.
- Petrar, S., Kerr, T., Tyndall, M.W., Zhang, R., Montaner, J.S. og Wood, E. (2007). Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addictive Behaviors*, 32(5), 1088-1093.
- Polit, D. F. og Beck, CT. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8.útg.). New York: Wolters Kluwer/Lippincott Williams og Wilkins.
- Quinn, G. (2010). Institutional denial or minimization: Substance abuse training in social work education. *Substance Abuse*, 31(1), 8-11.
- Quinn, G. og Straussner, S.L.A. (2010). Licensure and continuing education requirements for substance abuse training in social work. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10(4), 433-437.
- Quinton, A. (1967). Knowledge and belief. Í P. Edwards (ritstjóri.) *The Encyclopedia of Philosophy* 3. bindi. New York: Macmillan Publishing.
- Rauði krossinn. (e.d.). *Um Konukot*. Sótt 20. september 2014 af http://www.raudikrossinn.is/page/rki_reykjavikurdeild_konukot
- Rauði krossinn. (2013). *Ársskýrsla verkefnisins*. Sótt 14. október af <http://sw.rc32.lausn.is/doc/10417869>

- Reddon, H., Wood, E., Tyndall, M., Lai, C., Hogg, R., Montaner, J. og Kerr, T. (2011). Use of north america's first medically supervised safer injecting facility among HIV-positive injection drug users. *AIDS Education and Prevention*, 23(5), 412-22.
- Reykjavíkurborg. (e.d.). *Þjónusta í boði fyrir utangarðsfólk í Reykjavík*. Sótt 20. september 2014 af http://eldri.reykjavik.is/desktopdefault.aspx/tabid-3321/5336_view-5839/
- Riley, D. og O'Hare, P. (2000). Harm reduction: History, definition, and practice. Í J.A. Inciardi og L.D. Harrison (ritstjórar), *Harm reduction: National and international perspectives* (bls.1-26). California: Sage Publication.
- Ríkislögreglustjóri. (2009). Fíkniefni sem lögregla og tollgæsla lagði hald á árið 2004 til 2009. *Afbrotatölfræði 2009*. Reykjavík: Ríkislögreglustjóri.
- Room, R. (2003). Impact and implications of the international drug control treaties on IDU and HIV/AIDS prevention and policy. Í Fischer, B., Rehm, J. og Haydon, E. (ritstjórar), *Reducing the risks, harms and costs of HIV/AIDS and injection drug use: a synthesis of the evidence base for development of policies and programs*. Background paper #4, 2nd annual background dialogue on HIV/AIDS, Health Canada/ UNAIDS/Canadian International Development Agency. Varsjá: Póland.
- Rosenberg, H. og Davis, L.A. (1994). Acceptance of moderate drinking by alcohol treatment services in the United States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 55(2), 167.
- Sadock, B.J., Kaplan, H.I. og Sadock, V.A. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sameinuðu þjóðirnar (2014). *World Drug Report*. Sótt 20. september 2014 af https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
- SAMSHA. (2005). *Working definition of recovery*. Sótt 31. september 2014 af <https://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>.
- SÁÁ. (2010). Sprautufíklar á Sjúkrahúsinu Vogu, (9 kafli). *Ársrit SÁÁ 2007-2010*. Reykjavík: Oddi. Sótt 10. september 2014 af http://www.saa.is/Files/Skra_0042334.pdf
- SÁÁ. (2003). *Viðhaldsmeðferð*. Sótt 20. september af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/felagsstarf/pistlar/nr/11293/>
- SÁÁ. (e.d.) *Meðferð*. Sótt 20. september 2014 af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/medferd/>
- SÁÁ. (e.d.). *Fyrir aðstandendur*. Sótt 20. september af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/medferd/fyrir-adstandendur/>

- Seiger, H.B. (2005). *An exploratory study of social workers' attitudes towards harm reduction with substance abusing individuals utilizing the substance abuse treatment survey*. Doktorsritgerð: Félagsráðgjafardeild, New York University.
- Shepard, B. (2010). *Queer political performance and protest*. New York: Routledge.
- Shepard, B. (2008). Housing Works, Shelter Kills!: An Oral History of Housing Works. *Reflections: Narratives of Professional Helping*, 14(1):4-14.
- Sigrún Júlíusdóttir. (2004). Rannsókn á fræðastörfum íslenskra félagsráðgjafa. Í Úlfar Hauksson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum V: Félagsvísindadeild* (bls. 343-359). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Sigrún Júlíusdóttir. (2006). Vísindi og vald – þekkingarviðtak, þekkingargrunnur og faglegt sjálfstæði í félagsráðgjöf. *Tímarit félagsráðgjafa*, 1, 31-41.
- Sigurgrímur Skúlason. (2005). Hvernig á að mæla hugsmíðar með erlendum mælitækjum: Þýðing og staðfærsla á spurningalistum og prófum. *Tímarit um menntarannsóknir*, 2(1), 69-81.
- Simonsen, K.W., Normann, P.T., Ceder, G., Vuori, E., Thordardottir, S., Thelander, G. og Rollmann, D. (2011). Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2007. *Forensic Science International*, 207(1), 170-176.
- Smith, M.J., Whitaker, T. og Weismiller, T. (2006). Social workers in the substance abuse treatment field: A snapshot of service activities. *Health & Social Work*, 31(2), 109-115.
- Steentoft, A., Teige, B., Ceder, G., Vuori, E., Kristinsson, J., Simonsen, K.W. og Kaa, E. (2001). Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries. *Forensic science international*, 123(1), 63-69.
- Straussner, S.L.A. (2012). Clinical treatment of substance abusers: Past, present and future. *Clinical Social Work Journal*, 40(2), 127-133.
- Sölvína Konráðs. (2001). Sálfræðilegar skýringar á alkóhólisma. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir* (bls. 91 – 104). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.
- Swendsen, J. og Le Moal, M. (2011). Individual vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1216(1), 73-85.
- Tabachnick B.G. og Fidell L.S. (2001). *Using multivariate statistics* (4.útg). Boston: Allyn og Bacon.
- Tatarsky, A. og Marlatt, G.A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: An emerging treatment for substance misuse [Rafræn útgáfa]. *Journal of Clinical Psychology in Session*, 66 (2), 117-122.

- Thomson, R. (1968). *The pelican history of psychology*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Thyer, B.A. og Myers, L.L. (2011). The quest for evidence-based practice: A view from the United States. *Journal of Social Work*, 11(1), 8-25. Sótt þann 18. september 2012 af <http://jsw.sagepub.com/content/11/1/8.full.pdf+html>.
- Trattner, W. (1999). *From poor law to welfare state* (6. útgáfa). New York: Free Press.
- Tucker, J.A. (2003). Natural resolution of alcohol-related problems. Í Galanter, M. (ritstjóri) *Recent developments in alcoholism* 16 (bls.77-90). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- UK Drug Policy Commission (2008). *Recovery Consensus Group: A vision of recovery*. Sótt 25. október 2014 af http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Policy%20report%20-%20A%20vision%20of%20recovery_%20UKDPC%20recovery%20consensus%20group.pdf
- UNAIDS. (2010). *Supporting community based responses to AIDS, TB and malaria: A guidance tool for including community systems strengthening in global fund proposals*. Geneva: UNAIDS. Sótt 23. september af http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/201007_unaidscss_en.pdf.
- Vaillant, G. E. (1995). *The natural history of alcoholism revisited*. Harvard University Press.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. og Prins, M. (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*, 102(9), 1454-1462.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R.C. og Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81-95.
- Weisner, C. og Schmidt, L. (1993). Alcohol and drug problems among diverse health and social service populations. *American Journal of Public Health*, 83(6), 824-829.
- Wiessing, L., Klempova, D., Hedrich, D., Montanari, L. og Gyarmathy, V.A. (2010). Injecting drug use in Europe: stable or declining. *Euro Surveillance: Bulletin Europeen sur les Maladies Transmissibles= European Communicable Disease Bulletin*, 15, 26.
- Wodak, A. og Cooney, A. (2006). Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Substance Use and Misuse*, 41(6-7), 777-813.

Þórarinn Tyrfingsson (2014). *Læknadagar 2014*. Fréttir, stöð 2. 25 janúar, 2014. Sótt 5 ágúst af <http://www.visir.is/medalaldur-sprautufikla-haekkar-verulega/article/2014140129176>

Þorlákur Karlsson. (2003). Spurningakannanir: Uppbygging, orðalag og hættur. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 331-355). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson. (2013). Úrtök og úrtöksaðferðir í meginðlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls.113-129). Akureyri: Ásprent Stíll ehf.

Fylgiskjöl

Fylgiskjal 1 – Staðfesting Persónuverndar

Ástríður Halldórsdóttir
Rekagrandi 5
107 Reykjavík



Persónuvernd

Kaðarveg 10 105 Reykjavík
Sími 120 9600 Sífaxi 120 9608
Netfang: pac@personuvernd.is
www.personuvernd.is

Reykjavík 9. september 2014

Tilvísun: S6961/2014/ TS/-

Hér með staðfestist að Persónuvernd hefur móttengið tilkynningu í yðar nafni um vinnslu persónuupplýsinga. Tilkynningin er nr. S6961/2014 og fylgir afrit hennar hjálägt.

Vakin er athygli á því að tilkynningin hefur verið birt á heimasíðu stofnunarinnar. Tekið skal fram að með móttöku og birtingu tilkynninga hefur engin afstaða verið tekin af hálfu Persónuverndar til efnis þeirra.

Virðingarfyllt,


Teitur Skúlason

Hjál.: - Tilkynning nr. S6961/2014 um vinnslu persónuupplýsinga.



Háskóli Íslands

Félagsráðgjafardeild

Kynning á rannsókn og beiðni um þátttöku.

Kæri viðtakandi,

Ég heiti Ástríður Halldórsdóttir og er meistaranemi í félagsráðgjöf á fimmta ári. Ég hef áhuga á að skoða viðhorf félagsráðgjafarnema til mismunandi meðferðarúrræða og fer því þess á leit við þig að svara þessum spurningalista. Rannsóknin er lokaverkefni mitt til meistaragráðu í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands og leiðbeinandi minn er Jóna Margrét Ólafsdóttir. Sýnt hefur verið fram á að félagsráðgjafarnemar og félagsráðgjafar munu í auknum mæli sinna einstaklingum sem glíma við áfengis- og vímuefnavanda (Davis og Rosenberg, 2012).¹ Þess vegna er mikilvægt að kanna viðhorf þeirra til mismunandi meðferðarúrræða til þess að geta aukið gæði þeirrar þjónustu sem þessir einstaklingar eiga rétt á. Þátttaka þín og upplýst samþykki fyrir þátttöku felst í því að svara meðfylgjandi spurningalista. Það tekur u.þ.b. 5 mínútur að svara listanum.

Allar upplýsingar sem þú gefur í rannsókninni verða meðhöndlaðar samkvæmt reglum um trúnað og nafnleynd og farið að íslenskum lögum varðandi persónuvernd, vinnslu og eyðingu frumgagna. Rannsóknin hefur verið tilkynnt til Persónuverndar sem gerði ekki athugasemdir. Þátttaka þín er mikils virði og vona ég að þú gefir þér tíma til að svara spurningalistanum.

Með fyrirfram þökkum,

Ástríður Halldórsdóttir.

¹Davis, A. R. og Rosenberg, H. (2013). Acceptance of non-abstinence goals by addiction professionals in the United States. *Psychology of Addictive Behaviours*, 27 (4), 1102-1109.

Ekki má afrita með neinum hætti nema með leyfi höfunar.

Leiðbeiningar

Það er í góðu lagi að fá aðstoð ef þú átt í erfiðleikum með að lesa textann eða svara einhverjum spurningum.

Ef mögulegt, þá vinsamlegast veittu upplýsingar um hverja og eina spurningu með því að setja **X** við þann svarmöguleika sem við á.

Lýðfræðilegar upplýsingar

1. Kyn

- ☐ Karl
- ☐ Kona

2. Aldur

- ☐ 18-30 ára
- ☐ 31-40 ára
- ☐ 41-50 ára
- ☐ 51-60 ára
- ☐ 61-70 ára
- ☐ 71-80 ára
- ☐ 81+ ára

3. Núverandi hjúskaparstaða

- ☐ Gift(ur)
- ☐ Í sambúð
- ☐ Ekkja/ekkill
- ☐ Einhleyp(ur)

4. Ég er á

- ☐ fyrsta ári í félagsráðgjöf
- ☐ Öðru ári í félagsráðgjöf
- ☐ þriðja ári í félagsráðgjöf
- ☐ fjórða ári í félagsráðgjöf
- ☐ fimmta ári í félagsráðgjöf
- ☐ annað - vinsamlegast tilgreinið hvað: _____

5. Á eitthvað af eftirfarandi staðhæfingum við þig: - Settu X við fleiri en eina staðhæfingu ef það á við:

- ☐ Ég hef unnið með skjólstæðingum sem hafa átt við áfengisvandamál að stríða
- ☐ Ég hef unnið með skjólstæðingum sem hafa átt við vímuefnavandamál að stríða
- ☐ Ég hef persónuleg kynni af einstaklingi sem hefur átt við áfengisvandamál að stríða
- ☐ Ég hef persónuleg kynni af einstaklingi sem hefur átt við vímuefnavandamál að stríða
- ☐ Ég hef sjálf(ur) átt við áfengisvandamál að stríða
- ☐ Ég hef sjálf(ur) átt við vímuefnavanda að stríða
- ☐ Ég kys að svara ekki
- ☐ Ekkert af ofangreindu á við mig

Vinsamlegast lesið eftirfarandi frásögn

Gunnar er 35 ára gamall. Gunnari var vísað í meðferð á þína stofnun vegna blandaðrar neyslu, það er að segja að hann drekkur áfengi, neytir eiturlyfja að staðaldri og hefur sprautað sig. Hann er óákveðinn með að hætta í neyslu. Hann byrjaði að sprauta sig með fíkniefnum tæpu ári eftir að hann byrjaði að misnota þau. Hann hefur farið nokkrum sinnum í meðferð vegna eiturlyfjaneyslu en aldrei verið vímuefnalaus nema nokkra mánuði í senn. Gunnar er heilbrigður fyrir utan fátíð veikindi tengd neyslunni.

Hann er hálfnaður með stúdentspróf og er að fluga að taka nokkur námskeið í fjarnámi en hefur enn ekki skráð sig. Hann helst í vinnu tímabundið en er oft á tíðum atvinnulaus. Hann er einstaka sinnum í sambandi við fjölskyldu sína, foreldra og tvö eldri systkini, en hefur misst tengsl við þá sem hafa sett sig á móti eiturlyfjaneyslu hans. Þegar hann var spurður um kynhneigð segist hann vera gagnkynhneigður og að hann sé í sambandi. Hann hefur verið handtekinn fyrir eign á áhöldum til fíkniefnaneyslu en aldrei fyrir afbrot eða ofbeldisglæpi. Í móttökuvíðtali talaði Gunnar almennt opinskátt um vandamál sín en vildi sem minnst tala um afbrotaferil sinn og vímuefnaneyslu.

Næsta spurning tengist lýsingunni hér að ofan. Vinsamlegast settu X við alla svarmöguleika sem eiga við, það eykur réttmæti rannsóknarinnar.

6. Settu X við alla svarmöguleika sem eiga við

- ☐ Gunnar á foreldra og eitt systkini
- ☐ Gunnar er 35 ára
- ☐ Gunnar hefur verið handtekinn fyrir eign á áhöldum til fíkniefnaneyslu

Viðhorf til meðferðarúrræða

Vinsamlegast notaðu mælikvarðann hér fyrir neðan og dragðu hring í kringum töluna hægra megin á blaðinu. Ef þú vilt breyta svarinu þá gerðu svarið ógilt með að krossa yfir eins og hér er sýnt: (X). Hvaða tala lýsir best hversu gagnlegt eða skaðlegt það væri fyrir Gunnar að:

1	2	3	4	5	6	7
Mjög skaðlegt	Skaðlegt	Nokkuð skaðlegt	Hvorki gagnlegt né skaðlegt	Nokkuð gagnlegt	Gagnlegt	Mjög gagnlegt

7.	Fá fræðslu í að halda nálum hreinum með klór	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mæta í sjálfshjálparhóp til að læra að styrkja sitt edrú tengslanet	1	2	3	4	5	6	7
9.	Fá hvatningu til að sjúga eiturlýfin gegnum nefið frekar en að sprauta þeim í æð	1	2	3	4	5	6	7
10.	Fá staðgengislyf eins og methadon eða buprenorphine	1	2	3	4	5	6	7
11.	Taka þátt í hópmeðferð sem tekur á þeim afleiðingum sem fylgja í kjölfar áfengis- og eiturlýfjaneyslu	1	2	3	4	5	6	7
12.	Nýta sér árverkni (<i>mindfulness</i>) æfingar	1	2	3	4	5	6	7
13.	Fá hvatningu til að sprauta í vöðva frekar en í æð	1	2	3	4	5	6	7
14.	Fá fræðslu um áfengis- og fíkniefnaneyslu sem sjúkdóm	1	2	3	4	5	6	7
15.	Fá hvatningu til að nota nýjar og dauðhreinsaðar nálar þegar hann sprautar sig	1	2	3	4	5	6	7
16.	Nýta sér nálastungumeðferð (<i>acupuncture</i>) sem hluti af meðferð við fíkn	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
Mjög skaðlegt	Skaðlegt	Nokkuð skaðlegt	Hvorki gagnlegt né skaðlegt	Nokkuð gagnlegt	Gagnlegt	Mjög gagnlegt

17.	Vera í einstaklingsmeðferð til að takast á við persónuleg vandamál sem tengjast fíknefnanotkun hans	1	2	3	4	5	6	7
18.	Ákveðinn málstjóri (<i>case management services</i>) sé ábyrgur í hans máli	1	2	3	4	5	6	7
19.	Læra að losa sig við notaðar nálar og innspýtingstól í stunguheldar umbúðir til dæmis plastflöskur	1	2	3	4	5	6	7
20.	Fá hvatningu til að gera vímuefnalaust líf að lokamarkmiði	1	2	3	4	5	6	7
21.	Fá hvatningu til að prófa vímuefnið í litlum skömmtum áður en fulls skammts er neytt	1	2	3	4	5	6	7
22.	Vera í samstarfi með næringafræðing	1	2	3	4	5	6	7
23.	Læra að þekkja fallhættur til að koma í veg fyrir bakslag (<i>relapse</i>)	1	2	3	4	5	6	7
24.	Fá meðferð vegna fyrri áfalla (þ.e. mat og viðurkenningu á fyrri ofbeldi/misnotkun)	1	2	3	4	5	6	7
25.	Læra að sprauta sig aðeins þegar einhver annar er viðstaddur	1	2	3	4	5	6	7
26.	Fjölskyldan taki þátt í meðferð fyrir aðstandendur	1	2	3	4	5	6	7
27.	Leggjast inn á fjölkvillageðdeild	1	2	3	4	5	6	7
28.	Skrá sig í jógatíma	1	2	3	4	5	6	7
29.	Vinna með Gunnari og fjölskyldu hans sem heild í fjölskyldumeðferð	1	2	3	4	5	6	7
30.	Nýta sér endurhæfingarúræði svo sem starfsendurhæfingu og/eda endurmenntun	1	2	3	4	5	6	7