

Apríl 2025



Áfengis- og vímuefna- meðferðarkerfið Stöðumat 2024

Útgefandi:

Heilbrigðisráðuneytið

Áfengis- og vímuefna-meðferðarkerfið. Stöðumat 2024.

Apríl 2025

www.hrn.is

hrn@hrn.is

Umbrot og textavinnsla:

Heilbrigðisráðuneytið

©2025 Heilbrigðisráðuneytið

ISBN 978-9935-515-66-7

Efnisyfirlit

Útdráttur	6
1.1 Meginniðurstöður	6
1.2 Tillögur	7
Bæta aðgengi og afkastagetu:.....	7
Setja nýja stefnu fyrir áfengis- og vímuvarnir:	7
Vinna eftir heildstæðri aðgerðaáætlun:.....	7
Efla samskipti og ábyrgð hagsmunaaðila:	7
Skilgreina staðla og viðmið fyrir meðferð og endurhæfingu:	7
Auka aðgengi að menntun og þjálfun:	7
Nýta alþjóðlega sérfræðipækkingu:	7
Kanna alþjóðleg fjármögnunartækifæri:.....	7
1.3 Niðurstaða	8
2. Inngangur	9
3. Niðurstöður	10
4. Tillögur	15
5. Staða stefnumótunar	18
6. Lagarammar	20
6.1 Ísland 20	
6.2 Alþjóðlegir	20
7. Meðferðarkerfi og þjónusta á Íslandi	21
7.1 Yfirlit yfir meðferðarþjónustu	21
8. Fjármögnun	23
9. Skoðanir hagsmunaaðila	24
9.1 Embætti landlæknis	24

9.2	Mennta- og barnamálaráðuneytið.....	25
9.3	Landspítali.....	27
9.3.1	Geðsvið.....	27
9.3.2	Bráða-, lyflækninga- og endurhæfingarpjónusta.....	28
9.4	Hlaðgerðarkot.....	30
9.5	Krýsuvík.....	31
9.6	Meðferðarstöðvar SÁÁ.....	32
9.7	Lögreglan í Reykjavík.....	34
9.8	Fangelsiskerfið.....	35
9.9	Sveitastjórnir/Reykjavíkurborg.....	36
9.10	Frjáls félagasamtök.....	37
10.	Eftirspurn og umfang.....	39
10.1	Framboð.....	39
10.2	Aðgengi.....	40
10.3	Geta 41	
10.4	Gæði 42	
11.	Styrkleikar, veikleikar, ógnanir og tækifæri.....	43
11.1	Styrkleikar.....	43
11.2	Veikleikar.....	43
11.3	Tækifæri.....	44
11.4	Ógnanir.....	45
12.	Mannréttindi og skuldbindingar.....	46
13.	Skilgreining viðmiða fyrir meðferð.....	48
14.	Gæðatrygging.....	50
15.	Viðmið.....	51
16.	Kostnaðar- og ábatagreining.....	52
16.1	Framkvæmd kostnaðar- og ábatagreiningar.....	52

16.2 Áskoranir við framkvæmd kostnaðar- og ábatagreiningar vegna meðferðar við vímuefnanvanda	53
16.3 Einfölduð kostnaðar- og ábatagreining.....	54
16.4 Notendamiðuð nálgun	55
16.5 Þörf fyrir þjálfun í samvinnu.....	56
17. Viðaukar.....	58
17.1 Yfirlit yfir lykilhagsmunaaðila sem rætt var við m.t.t. stöðumatsins	58
17.2 Stöðumat varðandi áfengis- og vímuvarnarstefnu til ársins 2020	58
17.3 Mælikvarðar um framboð, aðgengi og ásættanleika.....	61
17.4 Gagnreynd meðferðarúrræði og kostnaðar-ábata greining	63
17.5 Útfærsla batamiðaðrar nálgunar	66
17.6 Verkfæri	69
17.7 Áætlanir Evrópusambandsins	70
17.8 Námskeiðslýsing þjálfunarnámskeiðs	70

Útdráttur

Ísland hefur sýnt fram á verulegan árangur í að draga úr vímuefnanotkun meðal ungmenna, aðallega vegna markvissra forvarnar og aukinnar samfélagslegrar þátttöku. Þessar aðgerðir hafa stuðlað að aukinni áherslu á heilbrigðari lífsstíl. Þrátt fyrir þennan árangur er þörf á frekari aðgerðum til að takast á við kerfislægar áskoranir innan meðferðarkerfis vegna vímuefnavanda. Með því að efla samhæfingu, bæta aðgengi og auka gæði þjónustunnar getur Ísland haldið áfram að draga úr vímuefnanotkun og þeim skaða sem henni fylgir.

1.1 Meginniðurstöður

Tækifæri til umbóta: Þrátt fyrir framfarir í forvörnum er almenn samstaða meðal hagsmunaaðila um þörfina fyrir markvissari samhæfingu og skýrari viðbrögð stjórnvalda og stjórnslu við áskorunum. Núverandi meðferðarkerfi samanstendur af mörgum gagnlegum einingum, en endurskipulagning sumra þeirra og útvíkkun á þjónustu annarra eininga gæti leitt til árangursríkari niðurstöðu.

Þörf á nýrri stefnu: Stefna Íslands um áfengis- og vímuvarnir rann út árið 2020. Æskilegt er að uppfæra stefnuna og að hún endurspegli þróun vímuefnanotkunar. Ný heildarstefna myndi bæta aðgengi að meðferð, efla bráðþjónustu vegna vímuefnavanda og styrkja stuðningskerfi fyrir fólk sem fíkn hefur áhrif á.

Bæta eftirlit og gagnasöfnun: Skortur á kerfisbundnu eftirliti og upplýsinga- og gagnasöfnun m.t.t. eftirspurnar eftir meðferð eða endurhæfingu vegna vímuefnanotkunar er stór áskorun. Betri gagnasöfnun, sérstaklega varðandi eftirspurn eftir meðferð eða endurhæfingu og svæðisbundna mismunun, myndi styðja við snarpara viðbragð og markvissari stefnumótun.

Bregðast við takmörkuðum auðlindum: Meðferðarkerfið glímir við skort á ýmsum sviðum, s.s. vegna takmarkaðs fjölda meðferðarrýma og vöntun á sérhæfðu starfsfólki. Langur biðtími eftir mati og meðferð er áhyggjuefni. Takast þarf á við þessar áskoranir og mæta vaxandi eftirspurn með markvissri áætlanagerð m.t.t. afkastagetu og fjölbreytni úrræða.

Aukinn fjölbreytileiki í meðferð: Þörf er á að breyta áherslum í meðferð, þ.e. að hverfa frá staðlaðri, kerfismiðaðri nálgun og innleiða einstaklingsmiðaða meðferð sem tekur mið af þörfum hvers notanda. Auka má áhrif veittrar þjónustu og styðja við bata til framtíðar með því að bjóða upp á einstaklingsmiðaða meðferðaráætlun sem mætir þörfum notandans frekar en að gera ráð fyrir að notandi passa inn í fyrir fram ákveðið þjónustuframboð.

Útvíkkun skaðaminnkunar: Sú þróun sem hefur átt sér stað í skaðaminnkun á Íslandi er stórt skref fram á við. Í ljósi misnotkunar óþjónlegrar og hvernig notkun annarra vímuefna hefur þróast á Íslandi er æskilegt að útvíkka og aðlaga þjónustu sem byggir á skaðaminnkun til að mæta þeim áskorunum. Sérstaklega þarf að mæta þörfum yngri notanda.

Efling samhæfingar og samstarfs: Óformlegt samstarf er fyrir hendi milli fagfólks sem starfar innan meðferðarkerfis en þörf er á formlegri samhæfingu og samstarfi meðal hagsmunaaðila til að tryggja skilvirkari þjónustu. Með því að skilgreina hlutverk og ábyrgð mismunandi hagsmunaaðila og þjónustuveitenda væri hægt að tryggja staðlaðri og árangursríkari heilbrigðisþjónustu.

1.2 Tillögur

Bæta aðgengi og afkastagetu: Setja styttingu biðtíma og aukið aðgengi að þjónustu í forgang með því að einfalda þjónustuferla, t.d. við inntöku í meðferð, útvíkka göngudeildarþjónustu og nýta fjarheilbrigðislausnir, sérstaklega fyrir fólk á landsbyggðinni.

Setja nýja stefnu fyrir áfengis- og vímuvarnir: Innleiða endurskoðaða og uppfærða stefnu þar sem sett eru fram skýr markmið og viðfangsefni meðferðar- og endurhæfingar vegna vímuefnavanda með áherslu á batamiðaða nálgun. Slík stefna ætti að stýra dreifingu aðfanga og tryggja að þjónustan mæti fjölbreyttum þörfum íbúa.

Vinna eftir heildstæðri aðgerðaáætlun: Aðgerðaáætlun þar sem skýrt hlutverk og ábyrgð hagsmunaaðila eru skilgreind stuðlar að markvissri innleiðingu stefnu. Slík aðgerðaáætlun þarf að vera fjármögnuð svo unnt sé að hrinda henni í framkvæmd. Með þessu móti er stuðlað að samvinnu og ábyrgð mismunandi hagsmunaaðila innan kerfis.

Efla samskipti og ábyrgð hagsmunaaðila: Með því að stofna stýrihóp undir forystu heilbrigðisráðuneytisins má efla samskipti og samhæfingu hagsmunaaðila. Þannig er hægt að stuðla að betri samhæfingu þjónustuveitenda og tímanlegri heilbrigðisþjónustu fyrir notendur.

Skilgreina staðla og viðmið fyrir meðferð og endurhæfingu: Móta landsstaðla og viðmið fyrir vímuefna meðferð í samráði við hlutaðeigandi hagsmunaaðila og byggja á alþjóðlegum viðmiðum. Slíkt myndi leiða til betra samræmis, gæða og skilvirkni í heilbrigðisþjónustu vegna vímuefnavanda.

Auka aðgengi að menntun og þjálfun: Efla hæfni fagfólks m.t.t. meðferðar- og endurhæfingar vegna vímuefnavanda með því t.d. að endurskoða reglugerð um starfsleyfi áfengis- og vímuefnaráðgjafa, þróa námsframboð í háskólum í landinu, hefja samstarf við erlendar fræðslustofnanir og nýta fjarnámslausnir.

Nýta alþjóðlega sérfræðiþekkingu: Ísland ætti að taka til skoðunar að gerast aðili að Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins (EUDA). Þar með væri hægt að nýta þá sérþekkingu sem þar er fyrir hendi til að takast á við nýjar áskoranir varðandi vímuefnanotkun. Þátttaka í Snemmtæku viðvörunarkerfi (Early warning systems) EUDA myndi hjálpa til við að spá fyrir og bregðast við þróun vímuefnanotkunar á Íslandi.

Kanna alþjóðleg fjármögnunartækifæri: Þar sem Ísland tekur þátt í EES-samstarfi eru íslenskir hagsmunaaðilar gjaldgengir umsækjendum um ýmsa styrki á

vegum Evrópuráðsins. Með því að kanna þessi tækifæri á sviði heilbrigðismála, þ.m.t. styrki til meðferðar og endurhæfingar vegna vímuefnavanda, væri hægt að auka fjárstreymi í málaflokkinn.

1.3 Niðurstaða

Ísland hefur sterkar stoðir til að byggja á hvað varðar þjónustu vegna vímuefnaröskun en mikilvægt er að sækja fram og ná enn frekari árangri. Með bættri samhæfingu, auknu aðgengi og einstaklingsmiðaðri nálgun getur Ísland haldið áfram að draga úr skaða tengdum vímuefnanotkun. Ný stefna og aðgerðaáætlun í málaflokki ásamt samvinnu hagsmunaaðila mun leiða til betri árangurs og heilbrigðari framtíð fyrir alla.

2. Inngangur

Umfang og tilgangur: Þessi skýrsla inniheldur niðurstöður stöðumats sem framkvæmt var og rýni á því þjónustukerfi sem er fyrir hendi á sviði meðferðar og endurhæfingar vegna vímuefnavanda, bæði vegna löglegrar og ólöglegrar vímuefnanotkunar á Íslandi. Markmiðið var að leggja mat á skilvirkni kerfisins með tilliti til meðferðarárangurs og aðgengis fyrir þau sem þurfa þjónustu. Niðurstöðurnar geta nýst sem grundvöllur fyrir umbætur og þróun þjónustunnar.

Að auki nýtist stöðumatið til leiðbeiningar og ráðleggingar við þá stefnumótunarvinnu sem nú er unnið að og við þróun gæðastaðla. Stöðumatið getur lagt grunn að samtali hagsmunaaðila um þróun stefnumarkmiða, faglegra viðmiða og gæðaeftirlits við meðferð og endurhæfingu vegna vímuefnavanda á Íslandi.

Fyrir tilstuðlan heilbrigðisráðuneytisins var erlendur ráðgjafi fenginn til að framkvæma stöðumatið í samráði við lykilhagsmunaaðila frá 1. september til 31. október 2024.

Hagsmunaaðilar: Stefnumótendur og stjórnvöld, stjórnendur og fagfólk, fjölmiðlar og almenningur, einstaklingar með vímuefnavanda og notendur þjónustu.

Aðferðafræði: Stöðumatið byggir á viðeigandi stefnuskjölum, lagalegum viðmiðum og leiðbeiningum um meðferð, sérstaklega þeim sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO), Sameinuðu þjóðirnar (UNODC), Evrópska vímuefnaeftirlitið (EMCDDA) og Evrópuráðið hafa mótað. Ísland, sem aðili að þessum stofnunum, skal eftir fremsta megni uppfylla kröfur sem þarna koma fram.

Megindleg gögn voru veitt af heilbrigðisráðuneytinu, viðeigandi ríkisstofnunum og frjálsum félagasamtökum. Einnig var eiginlegra gagna aflað með viðtölum ráðgjafa við lykilhagsmunaaðila í september 2024, sjá yfirlit yfir framkvæmd viðtöl í kafla 17.1.

Takmarkanir: Hafa ber í huga við lestur og túlkun stöðumatsins, að knappur tími var ætlaður til framkvæmdar stöðumatsins og ekki var greitt aðgengi að nauðsynlegum heilrændum upplýsingum og gögnum til að byggja á. Þá var tími hagsmunaaðila til samtals og samvinnu við úttektaraðila takmarkaður.

Þakkarorð: Höfundur stöðumatsins vill þakka fulltrúum allra hagsmunaaðila innan meðferðarkerfisins fyrir samvinnu og stuðning við gerð þessarar úttektar. Sérstakar þakkir eru færðar Helgu Sif Friðjónsdóttur og Sigríði Jónsdóttur úr heilbrigðisráðuneytinu fyrir ómetanlegan stuðning, leiðbeiningar og gagnlega aðstoð sem gerði framkvæmd úttektarinnar mögulega á svona skömmum tíma.

3. Niðurstöður

Ísland hefur náð góðum árangri við að draga úr vímuefnanotkun meðal ungmenna sem einkum má þakka markvissum aðgerðum og víðtækum forvörnum. Þessar aðgerðir hafa stuðlað að aukinni áherslu á heilbrigðari lífsstíl meðal ungmenna. Auk þess hefur aukin þátttaka almennings í forvarnarstarfi og samfélagsvitund stuðlað að staðbundnum og árangursríkum forvarnarinngripum, sem sýnir vel mátt samstillts átaks til að bregðast við vímuefnavanda. Með því að uppfæra og bæta heilbrigðisþjónustu fyrir fólk með vímuefnavanda með tilliti til framboðs, aðgengis, að þjónustan sé veitt tímanlega og til gæða meðferðar og endurhæfingar er hægt að ná frekari framförum og draga úr skaða tengdum notkun vímuefna.

Í þessu samhengi er sérstaklega athyglisvert að allir hagsmunaaðilar sem rætt var við voru jákvæðir fyrir framkvæmd stöðumatsins og töldu þörf fyrir aukna samhæfingu og skýrari stefnumótandi aðgerðir. Þessi staða skapar einstakt tækifæri til að koma stefnumálum áfram.

Núverandi meðferðarkerfi vegna vímuefnavanda á Íslandi inniheldur þegar marga mikilvæga þætti, en ákveðin atriði þarf að styrkja eða endurskoða til að auka skilvirkni og ná betri árangri. Að auki þarf að þróa heildstæða stefnumótun sem tryggir samhæfða og samþætta þjónustu, sem hámarkar bæði árangur í bataferli og hagkvæma nýtingu aðfanga.

Fyrri stefna Íslands um áfengis- og vímuvarnir rann út árið 2020. Í ljósi nýjustu þróunar vímuefnanotkunar er þörf á nýrri, yfirgripsmikilli nálgun. Meðferð vegna vímuefnavanda þarf að vera aðgengilegri og fela í sér viðeigandi bráðþjónustu, sérhæfða sálfélagslega þjónustu og eftirfylgdarúrræði. Heilbrigðiskerfið ætti að tryggja að meðferð vegna vímuefnavanda byggi á gagnreyndri þekkingu og virðingu fyrir mannréttindum og reisin einstaklingsins.

Skortur á skipulegri upplýsinga- og gagnasöfnun um eftirspurn eftir meðferð vegna vímuefnavanda á Íslandi dregur úr getu til að skilja málaflokkinn til fulls og bregðast við með viðeigandi breytingum. Gögnum er safnað sem varpa ljósi á algengi og þróun vímuefnanotkunar en núverandi gagnasöfnunaraðferðir skortir þá dýpt og samræmi í gagnasöfnun sem þarf til að greina breytingar í rauntíma og svæðisbundna mismunun. Þessi ófullnægjandi upplýsinga- og gagnasöfnun dregur úr getu til að bregðast við nýrri þróun m.t.t. fíknar, nýtingar aðfanga á sem skilvirkastan hátt og til að þróa markvissar aðgerðir sem beinast að tilteknum áskorunum. Takmarkaðar ítarlegar upplýsingar og gögn um eftirspurn eftir meðferð geta leitt til þess að stefnumótendur veita ekki nægan stuðning þar sem þörfin er mikil og það getur leitt til tafa á þjónustu eða ófullnægjandi stuðnings við einstaklinga í vanda. Skortur á viðeigandi eftirliti sem byggist á gögnum grefur þannig undan forvarnaraðgerðum, veldur álagi á heilbrigðiskerfið og eykur félagslegar og efnahagslegar afleiðingar vímuefnanotkunar á Íslandi til lengri tíma.

Sérstaklega má nefna eftirfarandi lykilatriði sem þarfnast athygli:

Ísland nýtur góðs af þéttu tengslaneti fagfólks í meðferðarkerfinu en engu að síður eru fyrir hendi verulegar áskoranir varðandi veitingu árangursríkrar meðferðar, skaðaminnkunar og endurhæfingar. Skortur á aðföngum og sérhæfðri þjónustu fyrir jaðarsetta hópa og takmarkað úrval meðferðarúrræða hefur áhrif á að aðgengi og framboð af meðferðarþjónustu sé fullnægjandi. Aðgangshindranir, biðlistar og kerfislægar áskoranir s.s. samhæfing og samstarf í heilbrigðiskerfinu stuðla að töfum og neikvæðum afleiðingum, þar á meðal dauðsföllum sem hægt væri að koma í veg fyrir. Þá getur hugmyndafræði og pólitískur þrýstingur tafið fyrir nauðsynlegum umbótum í málaflokknum. Skortur á alþjóðlegum tengingum og takmörkuð upplýsinga- og gagnasöfnun dregur enn frekar úr getu til að innleiða nútímaleg inngrip til skaðaminnkunar. Ef tekist er á við þessar áskoranir með heildstæðri og samvinnumiðaðri nálgun verður hægt að bæta árangur veittrar þjónustu.

Bið eftir mati og meðferð heldur áfram að vera verulegt áhyggjuefni meðal hagsmunaaðila, sem að mestu leyti má rekja til takmarkaðrar afkastagetu meðferðarstöðva ef miðað er við vaxandi eftirspurn. Þessi áskorun hefur stækkað í ljósi misnotkunar ópíóíða. Þó er rétt að nefna að þjónustuveitendur hafa þegar gripið til nýlegra aðgerða til að takast á við þetta vandamál. Sett hafa verið viðmið um forgangsöröðun m.t.t. bráðleika og komið á fót flýtimóttöku fyrir einstaklinga með vímuefnavanda þar sem m.a. er veitt ráðgjöf. Markmið þessara aðgerða er að koma í veg fyrir alvarlegar afleiðingar á heilsu og velferð þeirra sem bíða eftir meðferð. Þörf er á markvissri kerfislægri innleiðingu þessara aðgerða til að tryggja að þeir sem eru á biðlistum verði ekki fyrir ónauðsynlegum heilsufarslegum skaða. Auk þess er þörf að aðgerðum sem fela í sér skipulega úthlutun aðfanga til að tryggja að vaxandi eftirspurn eftir meðferð verði mætt á fullnægjandi hátt. Ef ekki verður brugðist við þessu vandamáli, eða ef biðlistar lengjast enn frekar, gæti það leitt til þess að þjónusta fyrir fólk með vímuefnavanda samræmist ekki alþjóðlegum mannréttindaskuldbindingum.

Vegna aukinnar fjölbreytni m.t.t. framboðs vímuefna, sértækra þarfa ólíkra hópa og lýðfræðilegrar þróunar, mæta núverandi meðferðarúrræði ekki að fullu þeim fjölbreyttu þörfum og kröfum um úrræði sem eru fyrir hendi. Á þetta ekki síst við um börn og ungmenni og ört stækkandi hópi aldraðra með vímuefnavanda. Enn fremur mun fólksfjölgun og aukinn fjöldi innflytjenda kalla á fjölbreyttari meðferðarúrræði sem geta mætt þörfum markhópanna á fullnægjandi hátt.

Samstarf og samhæfing hagsmunaaðila byggist að mestu á óformlegum samskiptum og tengslum, sem má rekja til þess að þjóðin er fámenn og samfélagsleg nánd að sama skapi mikil. Í einstökum tilvikum er formlegt samkomulag í gildi milli mismunandi þjónustuveitenda. Þótt þessi leið til samvinnu hafi lengi virkað, sýnir lýðfræðileg þróun og aukið framboðs margvíslegra vímuefna að kerfi óformlegs samstarfs er komið að þolmörkum. Nánast allir viðmælendur leggja áherslu á að koma á formlegri samvinnu og samhæfingu til að skilgreina og skýra hlutverk og ábyrgð mismunandi þjónustuveitenda.

Alvarlegur skortur er á starfsfólki með þjálfun til að veita vímuefna meðferð og á það sérstaklega við um áfengis- og vímuefnaráðgjafa. Þetta hefur veruleg áhrif á getu til að mæta vaxandi eftirspurn eftir meðferð. Að auki er engin formleg námsleið um vímuefnavanda og fíkn í boði fyrir lækna, hjúkrunarfræðinga, sálfræðinga og aðra heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi. Þessi skortur stuðlar að töfum og löngum biðtíma sem hefur áhrif á þjónustu við sjúklinga og dregur úr árangri vímuefna meðferðar á Íslandi. Aðeins einn þjónustuveitandi býður upp á löggilda kennslu og þjálfun fyrir áfengis- og vímuefnaráðgjafa á Íslandi. Gegnir þjónustuveitandinn þar með lykilhlutverki í að tryggja aðgengi að þessari sérhæfðu kennslu og starfsþjálfun. Að halda úti námsleiðinni á sjúkrahúsi þjónustuveitandans samhliða rekstri þjónustunnar hefur verið áskorun bæði fyrir stjórnendur starfseminnar og þá sem stunda námið. Krefjandi vinnuumhverfi í bland við kröfur þriggja ára starfsnámsins hefur leitt til mikils brottfalls úr náminu, mesta brottfallið er á fyrsta ári námsins. Hefur þetta orðið til þess að fjöldi þeirra sem útskrifast og hefur störf í meðferðarkerfinu er takmarkaður, sem leitt hefur til skorts á löggiltum áfengis- og vímuefnaráðgjöfum.

Sjúklingar með samþættan vímuefna- og geðvanda standa frammi fyrir biðlistum vegna skorts á rýmum og verulegum hindrunum þegar kemur að aðgengi þeirra að endurhæfingarræðum. Þá er þjónustan ósamræmd og tekur ekki nægt tillit til sértækra áskorana tiltekinna hópa. Mikil þörf er á samþættri þjónustu, bættum innviðum og skipulagðri samhæfingu mismunandi þjónustuveitenda til að takast á við þessar flóknu áskoranir. Æskilegt er að tryggja samfellu í þjónustu milli meðferðar og endurhæfingar. Sérstaklega er mikilvægt að eftirfylgd sé tryggð í kjölfar innlagnar og endurhæfingar til að koma í veg fyrir bakslag snemma í bataferlinu.

Kerfisbundnar brotalamir eru fyrir hendi sem standa í vegi fyrir samfelldri heilbrigðisþjónustu sem þyrfti til að tryggja einstaklingum viðvarandi stuðning á öllum stigum meðferðar og bata. Eins og staðan er í dag skortir kerfi sem tryggir samfellda þjónustu að lokinni meðferð eða að afplánun eða varðhaldi loknu. Þrátt fyrir að sveitarfélög beri ábyrgð á að veita starfsendurhæfingu eða þjálfun og húsnæði til að styðja við endurhæfingu og bata, er núverandi framboð á framangreindu afar takmarkað. Einhverjir möguleikar eru á tímabundnu húsnæði, svo sem áfangahéimilum sem eru að stærstum hluta rekin af frjálsum félagasamtökum eða einkaaðilum. Hins vegar er eftirspurn eftir slíkri þjónustu umfram núverandi framboð sem undirstrikar þörf fyrir að auka og þróa slíkan stuðning til að styðja við farsæla endurkomu einstaklinga inn í samfélagið og til áframhaldandi þróunar bata.

Áherslu á einstaklingsmiðaða þjónustuáætlun sem væri sniðin að sértækum þörfum hvers sjúklings virðist skorta. Í staðinn stendur einstaklingum til boða að innritast í meðferð sem byggir á 12-spora módelinu, óháð því hvort slík nálgun henti best með hliðsjón af einstaklingsbundnum aðstæðum. Þetta endurspeglar kerfismiðaða nálgun þar sem reynt er að laga einstaklingana að kerfinu í stað þess að taka upp einstaklingsmiðaða eða notendastýrða nálgun. Einstaklingsmiðuð eða

notendastýrð nálgun felur í sér áherslu á persónumiðaða þjónustu, þar sem meðferðin er aðlöguð að þörfum, markmiðum og óskum hvers einstaklings, með það að markmiði að tryggja heildrænni og árangursríkan bata. Skortur á slíkri sérsniðinni nálgun gæti takmarkað árangur og langtímaáhrif meðferðarferlis.

Fangelsiskerfið á Íslandi hefur tekið framförum en stendur þó enn frammi fyrir áskorunum. Unnið hefur verið að því að bæta þjálfun fangavarda og umönnun fanga, en vegna skorts á fjármagni hefur fangavardaskólanum reynst örðugt að þróa námskrána sína. Starfsfólk fangelsa, mörg með áratuga reynslu, styðjast við þjálfun sem þau hafa fengið í starfi sem og nýlega kennslu í áfallamiðaðri nálgun. Lögð er áhersla á að tryggja föngum samfellda menntun og heilbrigðisþjónustu, en skipulagða eftirfylgni skortir eftir afplánun.

Vandi tengdur notkun ópíóíða á Íslandi hefur verið að aukast, með aukinni notkun þeirra og tilheyrandi dauðsföllum. Misnotkun löglegra og ólöglegra ópíóíða hefur aukist verulega á Íslandi og samhliða hefur innlögnum á sjúkrahús vegna ópíóíðavanda fjölgað. Yngra fólk, sérstaklega einstaklingar undir 25 ára aldri, verður fyrir áhrifum af þessu. Þeim sem leita sér meðferðar vegna vímuefnavanda hefur einnig fjölgað umtalsvert. Dauðsföllum sem tengjast misnotkun ópíóíða hefur einnig fjölgað samkvæmt opinberum tölum, þótt upplýsingar berist seint vegna tafa við útgáfu dánarvottorða. Núverandi meðferðarúræði mæta líklega ekki að fullu þörfum allra sem verða fyrir áhrifum ópíóíðavandans sem veldur því að einstaklingar með alvarleg og margþættan vanda fá ekki nauðsynlega heilbrigðisþjónustu og stuðning.

Skaðaminnkun hefur verið tekin upp með góðum árangri, en vegna þess hvernig vímuefnanotkun hefur þróast, sérstaklega notkun ópíóíða, virðist nauðsynlegt að setja í forgang að auka slíka þjónustu. Undir forystu heilbrigðisráðuneytisins stofnaði heilbrigðisráðherra starfshóp til móta stefnu og aðgerðaáætlun um skaðaminnkun og er það í fyrsta sinn sem slík stefna unnin hér á landi. Markmiðið með því er að fá stuðning ríkisstjórnar og Alþingis til að efla enn frekar skaðaminnkunarstarf í landinu.

Með því að setja fram skýra stefnu um bata er hægt að draga úr fordómum, draga úr félags- og efnahagslegum kostnaði og beita gagnreyndum aðferðum til að takast á við undirliggjandi orsök fíknar, svo sem áföll eða fátækt. Með því að hlúa að langtímabata er stuðlað að heilbrigðari einstaklingum og samfélagi, dregið úr álagi á heilbrigðis-, velferðar- og réttarkerfi og tryggður varanlegur samfélagslegur ávinningur. Enn fremur stuðlar stefna sem byggir á batamiðaðri hugmyndafræði að þróun samþættra stuðningskerfa, sameiginlegum þjónustuviðmiðum og kerfum sem stuðla að samvinnu.

Ýmsir hagsmunaaðilar lýsa áhyggjum af því að stærsti þjónustuveitandinn á sviði meðferðar við vímuefnavanda geti haft óeðlileg áhrif á fjármögnunar- og stefnumótunarferli og þannig valdið öðrum félagasamtökum vandræðum. Þessi þjónustuveitandi er jafnframt eini aðilinn sem sinnir kennslu og þjálfun áfengis- og vímuefnaráðgjafa sem uppfyllir skilyrði löggildingar. Slíkt fyrirkomulag getur leitt til

fákeppni á þessu sviði. Aðgengi þarf að vera að fjölbreyttari meðferðarúrræðum sem veitt eru af mismunandi þjónustuveitendum. Í stað áherslu á að útvíkka þjónustu stærsta þjónustuveitandans þarf að auka aðgengi að fjölbreyttari meðferðarúrræðum og leggja hagsmunaaðilar til að gera það með því að skapa fleiri þjónustuveitendum möguleika á að auka hlutdeild sína í framboði meðferða. Fjölbreyttara landslag meðferðarúrræða myndi stuðla að aukinni samkeppni, nýsköpun og betra aðgengi að þjónustu.

Stórar og veigamiklar áskoranir eru til staðar. Trygging stöðugar fjármögnunar og aðfanga heldur áfram að vera áhyggjuefni, sem getur haft áhrif á sjálfbærni ákveðinna meðferðarúrræða til framtíðar. Auk þess er það að breyta djúpstæðum menningarlegum viðhorfum til áfengis- og vímuefnanotkunar hægfara ferli sem krefst viðvarandi vinnu og skuldbindingar til lengri tíma.

4. Tillögur

1. **Bæta aðgengi að þjónustu og meðferð** ætti að vera í forgangi til að stuðla að meðferðarárangri og bata. Stytting biðtíma skiptir sköpum þar sem það getur komið í veg fyrir versnandi heilsu og líðan, dregið úr þjáningu og lækkað dánartíðni sem tengist bið eftir meðferð. Til að ná framangreindu væri hægt að ráðast í eftirfarandi aðgerðir:
 - Straumlínulaga inntökuberli og nota árangursríkt forgangsröðunarkerfi til að flýta fyrir mati og innritun í viðeigandi meðferðarúrræði.
 - Útvíkka göngudeildarþjónustu til að draga úr aðsókn í innliggjandi meðferð.
 - Koma á fót fjarheilbrigðisþjónustu til að styðja við þá sem eru á biðlista eftir meðferð og sem valkost fyrir fólk sem býr í dreifbýli.
 - Skipulagning á getu og nýtingu úrræða ætti að fela í sér greiningu á núverandi og framtíðar eftirspurn eftir meðferð. Þetta leiðir til markvissari ráðstöfunar aðfanga sem byggðir eru á þörfum notenda.
 - Auka samhæfingu á milli mismunandi þjónustustiga og gera skilvirkara tilvísunarkerfi til að lágmarka biðtíma og auka skilvirkni og árangur meðferðar.

2. **Ný stefna um áfengis- og vímuvarnir** ætti að setja skýr markmið og viðmið um meðferð, sem byggja á batamiðaðri nálgun. Með því að setja þennan ramma setur stefnan skýra framtíðarsýn til leiðbeiningar um ráðstöfun aðfanga og skilgreiningu á hlutverki og ábyrgð fagfólks og hagsmunaaðila sem koma að framkvæmdinni. Til að stefnan verði árangursrík og skilvirk þarf hún að leggja áherslu á endurhæfingu og stuðning í formi heilðrænnar þjónustu sem inniheldur meðal annars heilbrigðisþjónustu, meðferð við geðrænum áskorunum og félagslega aðlögun. Nauðsynlegt er að átta sig á að bati frá vímuefnavanda er ekki línulegt ferli. Það er ferli sem krefst stöðugrar og sveigjanlegrar þjónustu sem tekur mið af ólíkum þörfum mismunandi hópa. Þessi nálgun tryggir að fjölbreytt heilbrigðisþjónusta er í boði og endurspeglar að bataferli sé einstaklingsbundið og tekur mið af lífi hvers og eins. Sjá kafla 17.5.

3. **Móta og vinna eftir heildstæðri aðgerðaáætlun** sem lýsir aðgerðum til að hrinda stefnunni í framkvæmd. Þar verði tilgreind hlutverk og ábyrgð þeirra hagsmunaaðila sem bera ábyrgð á framkvæmdinni, ásamt því að greina hvaða aðföng eru nauðsynleg og hvernig þeim verður úthlutað. Slík áætlun tryggir skýra verkaskiptingu, hlutverk og ábyrgð og veitir umgjörð fyrir framkvæmdaraðila stefnunnar. Með því að samhæfa ferla milli hagsmunaaðila eykst samvinna, dregið er úr skörun og mögulegum skorti á samfellu í þjónustu. Vel skilgreind aðgerðaáætlun leiðir til aukinnar ábyrgðar hagsmunaaðila og tryggir að þeir viti til hvers er ætlast af þeim, sem leiðir þannig til skilvirkari og árangursríkari framkvæmdar stefnunnar.

4. **Stofna stýrihóp með fulltrúum hagsmunaaðila**, undir forystu heilbrigðisráðuneytisins, sem myndi efla samskipti, samhæfingu og samvinnu meðal hagsmunaaðila svo þeir uppfylli hlutverk sitt m.t.t veitingu þjónustu og framkvæmdar aðgerða í aðgerðaáætlun nýrrar stefnu um áfengis- og vímuvarnir. Reglulegir fundir myndu bæta verulega samskipti, skapa sameiginlegan skilning og væru vettvangur til að vinna að lausnum mögulegra áskorana áður en þær verða að mun stærra vandamáli. Slíkir fundir tryggja að allir hagsmunaaðilar séu samstilltir, beri fyrir kennsl á nýjar og væntanlegar áskoranir og auðvelda skjótari viðbrögð við þeim áskorunum. Fundir stýrihópsins gætu einnig dregið úr spennu og misskilningi sem oft hamlar samstarfi og hjálpa til við að koma í veg fyrir tafir og óskilvirkni í veitingu á þjónustu. Þótt mikilvægt sé að stofna stýrihóp og skilgreina hlutverk hagsmunaaðila, dugar það ekki eitt og sér til að meðlimir hópsins vinni saman á árangursríkan hátt. Hafa ber í huga að án viðeigandi teymisþjálfunar standa slíkir hópar oft frammi fyrir erfiðleikum, ágreiningi og óskilvirkni sem draga úr árangri þeirra. Sjá kafla 16.5.
5. Heilbrigðisráðuneytið ætti að þróa **viðmið um meðferðir og klínískar leiðbeiningar** um meðferð vegna vímuefnaröskunar í samráði við þjónustuveitendur og hagsmunaaðila. Viðmiðin ættu að byggjast á alþjóðlegum stöðlum og taka mið af íslenskum aðstæðum. Taka þarf t.d. mið að stöðlum frá Evrópuráðinu og Sameinuðu þjóðunum (UNODC og WHO) þar sem Ísland er aðili og hefur skyldum að gegna. Tenging milli meðferðarviðmiða og kostnaðar- og ábatagreiningar myndi styðja við aukinn árangur meðferðar og betri ráðstöfun opinbers fjármagns. Sjá kafla 13, 14 og 16.
6. Gera menntastofnunum kleift að **fjölga tækifærum til menntunar og þjálfunar fagfólks**, án þess að þörf verði á verulegri aukningu fjármagns. Aukið aðgengi að slíkri menntun og þjálfun myndi að öllum líkindum hafa jákvæð áhrif fyrir samfélagið. Hægt er að fjölga þeim sem uppfylla menntunarkröfur á skjótan hátt og með lágmarks fjárfestingum með því að þróa námslínur sem byggja á núverandi menntun og hæfni og gera fagfólki kleift að bæta við sig hæfni á skömmum tíma. Tryggja að námsefni um vímuefnaraskanir sé til staðar í námsskrám og marklýsingum um menntun í læknisfræði, hjúkrunarfræði, félagsráðgjöf og öðrum heilbrigðisfagstéttum. Stofna til samstarfs við menntastofnanir í öðrum löndum til að auka aðgengi að menntun án verulegrar fjárfestingar. Tryggja samvinnu við þá hagsmunaaðila sem hafa þá hæfni sem þarf til að bjóða upp á styttri námskeið, vinnustofur og fyrirlestra þar sem einblínt er á sérstaka færni eða viðfangsefni, ásamt því að bjóða upp á starfsþjálfun sem byggist á veittri heilbrigðisþjónustu. Nýta þá fjarkennslumöguleika sem eru til staðar til og bjóða upp á fjarnám en með því móti er hægt að þjálfa fjölda nemenda án kröfu um staðkennslu.

- 7. Íhuga aðild að Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins (EUDA)** til að nýta sérfræðiþekkingu EUDA í að gera framtíðarspár og veita leiðsögn um hvernig hægt er að takast á við áskoranir tengdum þróun í vímuefnamálum. Með því að nýta snemmbúið viðvörðunarkerfi (e. early warning systems) og viðbragðsáætlanir frá Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins (EUDA) gæti landið spáð betur fyrir um og brugðist við þróun vímuefnanotkunar á Íslandi. Að auki myndi innleiðing gagnreyndra stefnumótunarvalkosta, sem byggja á áreiðanlegum gögnum um útbreiðslu og þróun, styðja við upplýsta ákvarðanatöku og þróun árangursríkra langtímastefna. Enn fremur gæti aðild að Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins (EUDA) bætt gæði samfélagslegrar umræðu, þar sem reynslan sýnir að stofnunin stuðlar að gagnreyndri, frekar en hugmyndafræðilegri nálgun í umræðum. Ef skortur er á gögnum, bestu starfsháttum (e. best practice) og leiðbeiningum, gætu stefnumótandi umræður orðið of getgátukenndar, sem getur hindrað eða seinkað nauðsynlegum aðgerðum.
- 8. Auka aðgengi að fjármagni með því að sækja í alþjóðlega sjóði.** Þótt Ísland sé ekki aðili að Evrópusambandinu (ESB) getur það notið ávinnings af þátttöku í ýmsum Evrópusambandsverkefnum í gegnum aðild sína að Evrópska efnahagssvæðinu (EES). Þetta gerir Íslandi kleift að taka þátt í Evrópusambandsverkefnum og sækja um styrki, þar á meðal á sviði lýðheilsu. Sjá kafla 17.7

5. Staða stefnumótunar

Árið 2013 samþykkti íslenska ríkisstjórnin stefnu í [áfengis- og vímuefnum til ársins 2020](#), á ábyrgð velferðarráðherra. Þetta var heildstæð stefna á þessu sviði með áherslu á forvarnir, meðferð, endurhæfingu og lagaramma. Helstu markmið stjórnvalda samkvæmt stefnunni voru meðal annars að draga úr aðgengi að áfengi og vímuefnum, vernda viðkvæma hópa og koma í veg fyrir að ungmenni hæfu notkun vímuefna.

Í stefnunni var fjallað um skaðleg áhrif áfengis- og vímuefnanotkunar á lýðheilsu, þar á meðal ótímabær dauðsföll og langvinna sjúkdóma. Einnig var gert ráð fyrir að á grunni hennar væri unnin aðgerðaáætlun sem byggði á gagnreyndum aðferðum með þátttöku ýmissa hagsmunaaðila, með það að markmiði að draga úr neikvæðum áhrifum vímuefnanotkunar á einstaklinga og samfélagið.

Stefnan og aðgerðaáætlunin skyldu samræmast alþjóðlegum leiðbeiningum og skuldbindingum, sérstaklega frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO), og taka mið af samþykktri áfengisstefnu frá 2010.

Vegna kórónuveirufaraldursins tafðist eftirfylgni við stefnuskjalið, og komust fæstar tillögur þess til framkvæmda, sjá nánar í kafla 17.2. Stefnan átti upphaflega að gilda til ársins 2020 en var síðar framlengd þar til ný stefna myndi leysa hana af hólmi. Starfshópur skipaður af heilbrigðisráðherra vinnur nú að mótun nýrrar áfengis- og vímuefnastefnu, í náinni samvinnu við stýrihóp alþingismanna. Gert er ráð fyrir að hópurinn skili tillögum sínum fyrir lok árs 2024.

Í dag hafa heildstæð viðmið, leiðbeiningar eða gæðavísar fyrir meðferð á vímuefnaröskunum á Íslandi ekki verið skilgreind. Árið 2024 ákvað heilbrigðisráðuneytið að ráðast í stöðumat á meðferðarkerfi vegna vímuefnavanda með það markmið að koma á viðmiðum fyrir meðferð og endurhæfingu sem og gæðastjórnun.

Rétt er að nefnda að nýlegar heildstæðar tölulegar upplýsingar um algengi vímuefnanotkunar, notkunarmynstur og þróun í því samhengi eru ekki aðgengilegar á Íslandi. Engin kerfisbundin gagnaöflun fer fram sem gerir kleift að fylgjast með algengi og þróun vímuefnanotkunar. Aðgengilegar upplýsingar um þetta efni eru fengnar úr ýmsum könnunum, rannsóknum eða skýrslum sem eru framkvæmdar reglulega af mismunandi stofnunum eða opinberum aðilum. Hins vegar er umfang og tíðni þessara rannsókna oft takmarkandi þáttur sem og til hvaða hópa er náð.

Síðustu heildstæðu gögnin eru frá árinu 2019, fyrir heimsfaraldurinn. Skortur á nýlegum gögnum takmarkar getu stefnumótenda til að þróa árangursríkar lausnir.

Síðustu heildstæðu gögn sem oftast er vitnað í eru frá árinu 2019, fyrir COVID-19 faraldurinn. Þar með taldar eru skýrslur frá stofnunum eins og Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) og Skrifstofu Sameinuðu þjóðanna um vímuefni og afbrot (UNODC). Skortur á nýlegum gögnum er verulegur þar sem

notkun vímuefna og áfengis getur breyst hratt vegna félagslegra, efnahagslegra og heilbrigðistengdra þátta, eins og sést hefur í tengslum við COVID-19 faraldurinn. Breytingar á aðgengi, þróun geðheilbrigðis og aðrir faraldurstengdir þættir hafa líklega haft áhrif á vímuefnanotkun sem ekki endurspeglast að fullu í fyrirbyggjandi gögnum. Þess vegna er vaxandi þörf á nýrri, samræmdri og kerfisbundinni aðferð við gagnaöflun sem endurspeglar raunverulegt mynstur vímuefna- og áfengisnotkunar eins og staðan er í dag.

Skortur á reglulegri gagnaöflun þýðir að stefnumótendur, lýðheilsusérfræðingar og stofnanir vinna með upplýsingar sem kunna að vera úreltar þegar þeir þróa aðgerðir eða stefnu sem ætlað er að takast á við vandann. Slíkt takmarkar árangur aðgerðanna.

6. Lagarammar

Eftirfarandi upptalning gefur yfirsýn yfir helstu lög og reglugerðir sem gilda innanlands og erlendis og eiga helst við varðandi stefnumótun í áfengis- og vímuefnavörnum með tilliti til meðferðarkerfisins.

6.1 Ísland

- Lög nr. 65/1974, um ávana- og fíkniefni,
- Lög nr. 62/1994, um mannréttindasáttmála Evrópu,
- Lög, nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga,
- Áfengislög, nr. 75/1998,
- Reglugerð, nr. 233/2001 um ávana- og fíkniefni og önnur eftirlitsskyld efni,
- Lög, nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu,
- Lög, nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu,
- Lög, nr. 86/2021 um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna, nr. 86/2021.

6.2 Alþjóðlegir

- 3. grein [Mannréttindasáttmála Evrópu um lífsiðfræði](#), kveður á um jafnt aðgengi að viðeigandi heilbrigðisþjónustu af viðeigandi gæðum.
- Þrátt fyrir að ekki sé til staðar sérstakur réttur til heilsu í [Mannréttindasáttmála Evrópu](#) hafa fjölbreytt mál er varða heilsu verið tekin fyrir af Mannréttindadómstól Evrópu. Dómafordæmi dómstólsins krefjast þess að ríki tryggi sálræna og líkamlega velferð fólks við mismunandi aðstæður.
- 11. grein [Evrópska félagsmálasáttmálans](#) um réttinn til verndar heilsu.
- [Tilmæli R \(97\) 17](#) um þróun gæðastjórnunarkerfa í heilbrigðisþjónustu sem krefst þess að stefna um biðtíma sé byggð á gagnsæjum forsendum.
- [Tilmæli R \(99\) 21](#) um viðmið fyrir stýringu biðlista og biðtíma í heilbrigðisþjónustu.

7. Meðferðarkerfi og þjónusta á Íslandi

7.1 Yfirlit yfir meðferðarþjónustu

Ísland býður upp á meðferð vegna vímuefnaröskunar, einkum vegna notkunar ólöglegra vímuefna og áfengis. Meðferðin er ýmist veitt af opinberum stofnunum, einkaaðilum og félagasamtökum. Meðferð vegna vímuefnaröskunar er almennt í boði fyrir alla landsmenn í gegnum Sjúkratryggingar Íslands (SÍ), sem greiðir fyrir grunnþjónustu í meðferð.

Meðferðarnálgun: Meðferð og endurhæfing byggir að mestu á aðferðum sem miða að algjöru fráhaldi, þar sem byrjað er á afeitrun fyrir inntöku í meðferð, langtímameðferð og endurhæfingu. Notkun áfengis eða vímuefna meðan á meðferð stendur leiðir til tafarlausrar útskriftar úr í flestum meðferðarúrræðum. Algengasta meðferðarnálgunin er enn 12-spora nálgun sem byggð er á svokölluðu Minnesota-líkani. Hugræn atferlismeðferð og áhugahvetjandi samtál hefur verið innleitt í auknum mæli inn í meðferðaráætlanir.

Heilsugæslustöðvar: Eiga að veita fyrsta mat og ráðgjöf m.t.t. vímuefnavanda. Heimilislæknar vísa einstaklingum í sérhæfða þjónustu, en formlegt skimunarverklag hefur ekki verið innleitt.

Afeitrunarstöðvar: Innliggjandi afeitrun undir eftirliti heilbrigðisstarfsfólks er í boði á sjúkrahúsum (Vogur og LSH). Landspítali er eini þjónustuveitandinn sem veitir afeitrun á göngudeild.

Geðheilbrigðisþjónusta: Landspítali sinnir sjúklingum með tvígreindan vanda, bæði á göngudeild og legudeild. Þá veitir vettvangsteymi (ACT-teymi) sjúklingum með tvígreindan vanda þjónustu í nærumhverfi. Hins vegar er skortur á fullnægjandi langtímastuðningi og samstarfi við félagsþjónustu fyrir þennan hóp. Það sama á við um notendur með vímuefnaröskun og alvarlega taugaþroskaröskun.

Langtímameðferð: Nokkrir meðferðaraðilar bjóða upp á langtíma endurhæfingu og göngudeildarþjónustu og eru þau flest í Reykjavík og nágrenni.

Hópar í þörf fyrir sérhæfð úrræði: Flest meðferðarúrræði eru aðgengileg barnshafandi konum. Takmörkuð meðferð er í boði fyrir fanga í afplánun önnur en lyfjameðferð. Fólk sem ekki talar íslensku eða ensku hefur alla jafna ekki aðgengi að meðferð. Einstaklingar með langvarandi og alvarlega vímuefnaröskun, tvígreiningu eða alvarlega taugaþroskaröskun, mæta hindrunum m.t.t. inntöku í langtímameðferðir og segja má að það heyri til undantekninga að þeir komist að í langtímameðferð. Engin sérhæfð meðferðarúrræði eru fyrir ungmenni yngri en 18 ára innan heilbrigðiskerfisins.

Lyfjameðferð við ópíóðafíkn: Búprenorfín er það uppbótarlyf sem mest er notað en lyfið Methadon er þó gefið í einhverjum tilfellum. Mjög fáir þjónustuveitendur

þjóða upp á lyfjameðferð við ópíóíðafíkn fyrir einstaklinga sem eru í meðferð á þeirra vegum. Samkvæmt mörgum haghöfum sem vinna á vettvangi með þennan notendahóp virðist aðgengi að lyfjameðferð við ópíóíðafíkn vera takmarkað vegna strangrar lyfjalöggjafar.

Skaðaminnkun: Þótt þjónustuveitendur meðferðarkerfisins einblíni að mestu á algjört fráhald frá vímuefnum, er nálaskiptaþjónusta í boði í Reykjavík, Akureyri og Reykjanesbæ, auk nýlegs staðbundins neyslurýmis á höfuðborgarsvæðinu. Þróun skaðaminnkunar á Íslandi kemur frá grasrótinni og hingað til hefur skaðaminnkun ekki verið hluti af opinberri stefnu um vímuefnamál.

Ofskömmunarforvarnir: Frá 1. júlí 2022 hefur heilbrigðisráðuneytið gert Nyxoid (naloxón) nefúða aðgengilegan án endurgjalds til skaðaminnkunar. Nefúðinn er ætlaður til tafarlausrar neyðarmeðferðar við ofskömmun ópíóíða. Hann veitir notendum, viðbragðsaðilum og öðrum tengdum aðilum, svo sem meðferðaraðilum í nærþjónustu, aðgang að lyfi sem getur bjargað lífi ef um ofskömmun er að ræða. Rauði krossinn á Íslandi býður upp á netnámskeið um notkun lyfsins í bráðaaðstæðum. Hingað til er ekkert verklag eða kerfi sem tryggir samfellu í þjónustu eftir að meðferð lýkur eða við lausn úr fangelsi eða gæsluvarðhaldi. Sveitarfélög veita starfsþjálfun og húsnæði til stuðnings vegna endurhæfingar og bata. Sum búsetuúrræði, svo sem áfangaheimili, eru til staðar. Hins vegar er eftirspurn eftir slíkum úrræðum meiri en framboð.

Landfræðileg dreifing þjónustu: Meðferðarúrræði eru aðgengilegust í þéttbýli, sérstaklega á höfuðborgarsvæðinu, en aðgengi í dreifbýli og minni bæjum er takmarkað.

8. Fjármögnun

Meðferðarþjónusta sem stendur fólki til boða á vegum félagasamtaka svo sem SÁÁ (Samtök áhugafólks um áfengis og vímuefnavanda), Krýsuvíkursamtakanna og Samhjálp (Hlaðgerðarkot) er fjármögnuð bæði með opinberu fjármagni og frjálsum framlögum til félagasamtakanna.

Töluverður hluti fjármagnsins kemur frá Sjúkratryggingum Íslands. Flestir þjónustuveitendur hafa gert samning við SÍ og því er stærstur hluti kostnaðar vegna veittrar þjónustu greiddur í gegnum sjúkratryggingakerfið. Þjónustuveitendur semja við SÍ um fjölda meðferðarplássna og byggja þeir samningar á fyrri eftirspurn eftir meðferð. Þar sem kerfisbundin gagnasöfnun um þróun vímuefnanotkunar í landinu er ekki til staðar eru þessi gögn um veitta þjónustu fyrri ára notuð til að gera framtíðarspár um þjónustubörf í landinu.

Ekki þarf að greiða fyrir innliggjandi meðferð en notandi greiðir fyrir göngudeildarþjónustu. Þótt um lágt gjald sé að ræða getur upphæðin reynst þeim hindrun sem glíma við alvarlegan vanda til að sækja sér þjónustu. Þetta leiðir til þess að notendur sem hefðu getað nýtt sér göngudeildarþjónustu velja frekar að leggjast inn í meðferð til að þurfa ekki að greiða fyrir þjónustuna. Oft ákveða þjónustuveitendur að fella niður þjónustugjöld þeirra sem þurfa á þjónustu að halda en geta ekki greitt fyrir hana. Til dæmis er verklag SÁÁ þannig að þeir sem hafa tök á eru beðnir um að greiða fyrir meðferðina en engum er neitað um meðferð sem ekki getur greitt fyrir hana. Þetta verklag hefur hins vegar valdið vandkvæðum í tengslum við skilmála samnings SÁÁ við SÍ um þjónustu.

Auk þess úthlutar heilbrigðisráðuneytið fjármagn, sem ákveðið er af Alþingi, til ákveðinnar þjónustu, rekstrarkostnaðar eða til að auka við þjónustu. Sveitarfélög veita stundum viðbótarfjármagn til þjónustuaðila til að tryggja aðgengi að vímuefna meðferð á sínum svæðum. Þetta felur bæði í sér beina fjárhagslega aðstoð og samstarf við að útvega húsnæði eða endurhæfingarárræði.

Samtök eins og SÁÁ, Krýsuvíkursamtökin og Samhjálp/Hlaðgerðarkot treysta að verulegu leyti á frjáls framlög og stuðning frá einstaklingum, fyrirtækjum, kirkjum og góðgerðarsamtökum. Sérstaklega hefur SÁÁ ríka hefð fyrir samfélagsþátttöku, þar sem einstaklingar og fjölskyldur sem hafa orðið fyrir áhrifum vegna vímuefnavanda geta lagt sitt af mörkum fjárhagslega til að styðja áframhaldandi starfsemi á vegum samtakanna. Sum samtök/þjónustuveitendur fá einnig framlög eða styrki frá einkaaðilum og fyrirtækjum.

Kostnaður vegna húsnæðis meðan á endurhæfingu stendur er að mestu greiddur af sveitarfélögum. Þjálfun og annar kostnaður tengdur aðlögun að vinnumarkaði er að miklu leyti greiddur af félags- og vinnumálaráðuneytinu eða VIRK.

9. Skoðanir hagsmunaaðila

Stöðumatið byggir m.a. á rýni og samtölum við fjölda hagsmunaaðila, svo sem ríkisstofnana, félagasamtaka og þjónustuveitenda til að kynnast sýn þeirra á stöðu núverandi meðferðarkerfis. Listi yfir þá sem rætt var við er að finna í kafla 17.1. Samráð við hagsmunaaðila er viðvarandi venja á Íslandi og er vísað sérstaklega til þess í stefnu um áfengis- og vímuefnavarnir til ársins 2020.

9.1 Embætti landlæknis

Embætti landlæknis, starfar undir stjórn landlæknis og yfirstjórn heilbrigðisráðherra í samræmi við lög um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007. Embættið gegnir lykilhlutverki í að efla lýðheilsu og auka gæði heilbrigðisþjónustu. Hlutverk þess er m.a. að veita heilbrigðisráðherra, stjórnvöldum, heilbrigðisstarfsfólki og almenningi ráðgjöf um málefni á verksviði embættisins. Að auki skipuleggur og metur embættið lýðheilsuverkefni, tryggir framgang þeirra og hefur eftirlit með heilbrigðisstarfsfólki og þjónustu. Embættið gegnir einkum ráðgjafarhlutverki, en endanlegt ákvörðunarvald er í höndum heilbrigðisráðuneytisins.

Á fundi skýrsluhöfundar með embætti landlæknis voru eftirfarandi mál rædd:

Biðlistar: Engar samræmdar reglur eru milli Norðurlandabjóðanna um biðtíma eftir meðferð. Æskilegast væri að haft væri samband við einstaklinga innan 24 klukkustunda frá því beiðni um þjónustu berst og veita sérfræðiaðstoð innan tveggja vikna. Þótt tillögur hafi verið lagðar fram um að stytta biðtíma í bráðatílfellum í 2-3 vikur, er enginn formlegur farvegur til að hrinda þessum tillögum í framkvæmd. Í samtölum við ráðuneytið hefur verið lögð áhersla á að koma á markvissara ferli fyrir tímabær viðbrögð.

Notkun ópíóíða: Aukin notkun ópíóíða á Íslandi er áhyggjuefni. Nýleg gögn frá löggæslu sýna fjölda dauðsfalla tengd vímuefnanotkun, og spár benda til þess að þessi þróun gæti haldið áfram. Í ljósi þessa hefur embætti landlæknis lagt til stofnun starfshóps, „Fíknivaktarinnar,“ til að samhæfa gagnasöfnun og efla samstarf milli hagsmunaaðila, þar á meðal heilbrigðisþjónustu og löggæslu.

Viðkvæmir hópar: Áhyggjur eru af aðgengi viðkvæmra hópa með flókin og alvarleg vandamál að meðferð, og upplifa þeir oft hindranir sem standa í vegi fyrir nauðsynlegri meðferð. Það hefur reynst áskorun að koma á samræmdum viðmiðum fyrir vímuefna meðferð, en viðurkennt er að samstarf við alþjóðlegar stofnanir, svo sem Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins (EUDA) gæti veitt dýrmætar leiðbeiningar í því samhengi. Ákvörðunarvald um þessi mál liggur hjá heilbrigðisráðuneytinu.

Gagnasöfnun: Tilraunir til að safna heildrænum gögnum um vímuefna meðferðir hafa verið áskorun, sérstaklega vegna ósamræmis í rafrænum sjúkraskráum þjónustuveitenda eins og SÁÁ (Vogur). Gögn frá þjónustuveitendum eru ekki samhæfanleg gagnakerfum embættisins að svo stöddu. Skýra þarf hver ber ábyrgð

á að fjármagna nauðsynlegar uppfærslur á gagnasöfnunarkerfum. Alþingi er enn með til umfjöllunar lagamma til grundvallar gagnasöfnun frá heilbrigðisstarfsfólki, og væntanlegt er að nýir samningar, svo sem sá milli SÁÁ og SÍ, muni styðja frekari umbætur.

Eftirlit: Nauðsyn er að koma á heildrænu rauntíma eftirlitskerfi. Þetta krefst kerfisbundinnar gagnasöfnunar um vímuefnavanda til að gera tímabær stefnumótunarviðbrögð möguleg. Fela þarf ákveðnum aðilum að safna og greina slík töluleg gögn. Aðild Íslands að Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins (EUDA) væri mikilvægt skref í þessa átt og gæti skipt sköpum í því að þróa skammtíma- og langtímaausnir. Embætti landlæknis væri tilbúið að taka að sér hlutverk tengiliðar EUDA fyrir gagnasöfnun og greiningu, að því gefnu að það fái til þess nægilegt fjármagn.

Gæðaeftirlit: Gæðaeftirlit í heilbrigðisþjónustu er forgangsmál. Áætlun embættis landlæknis um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019-2030 beinist sérstaklega að umbótaferlum og stjórnskipulagi, gæðavísunum, skráningu og úrvinnslu atvika og þjónustukönnunum. Þótt innleiðing áætlunarinnar hafi tafist vegna COVID-19 faraldursins, hefur embættið að markmiði að framkvæma fyrirbyggjandi áhættumiðað eftirliti, en skortur á aðföngum er áskorun í því sambandi. Staðan er þannig núna að tveir starfsmenn sinna gæðaeftirliti hjá 3.000 þjónustuveitendum í heilbrigðisþjónustu og því er samvinna við veitendur afar mikilvægt. Auk auki sinna þessir tveir starfsmenn ýmsum öðrum verkefnum.

Embættið leggur áherslu á mikilvægi samstarfs milli stofnana og þjónustuveitenda í ýmsum geirum til að takast á við þessar áskoranir á árangursríkan hátt. Sem sá aðili er ber ábyrgð á gæðaeftirliti og veitir ráðgjöf varðandi umbætur, er embætti landlæknis staðráðið í að styðja heilbrigðisráðuneytið til að ná settum markmiðum í heilbrigðismálum. Frekara samtal við ráðuneytið um forgangsmál og áhersluatriði myndi hjálpa til við að tryggja innleiðingu og viðhalda sterkum alþjóðatengslum. Slíkt er lykilatriði til að tryggja að íslenska heilbrigðiskerfið fylgi alþjóðlegum bestu starfsháttum, en slíkt gæti náðst með aðild að EUDA.

9.2 Mennta- og barnamálaráðuneytið

Ráðuneytið glímir við þá flóknu áskorun að styðja börn yngri en 18 ára sem eiga við vímuefnaraskanir að stríða. Margvíslegar hindranir mæta börnum sem þurfa á meðferð að halda vegna vímuvanda. Miklar væntingar eru bundnar við nýleg lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna (Farsældarlögin). Lögin leggja grunn að heildarnálgun ráðuneytisins, og meðferðarvinna byggir aðallega á barnaverndarlögum og viðeigandi reglugerðum, til dæmis um hlutverk meðferðarheimila á vegum ríkisins við framkvæmd dóma er varða börn.

Snemmtæk íhlutun er gríðarlega mikilvæg en nægir þó ekki alltaf til að fyrirbyggja frekari vanda. Þegar snemmtæk íhlutun skilar ekki tilætluðum árangri, kemur til kasta barnaverndarþjónustu sveitarfélaga. Aðalhlutverk þeirra er að veita og styðja við þjónustu sem er börnum til heilla og stuðla að gæðum þeirrar þjónustu í samræmi við bestu þekkingu og reynslu á hverjum tíma. Sveitarfélög bjóða upp á

fjölbreytt stuðningsúrræði, en einnig eru mörg sérhæfð meðferðarúrræði aðgengileg á vegum Barna- og fjölskyldustofu. Ísland stendur þó frammi fyrir sérstökum áskorunum vegna fámennis, sem takmarkar möguleikana á að stofna sérhæft úrræði fyrir börn sem eingöngu eru með vanda tengdan vímuefnanotkun. Oftar er um að ræða flókinn samslátt vímuefnanotkunar, geðrænna áskorana og hegðunarvanda.

Inniliggjandi meðferð: Stuðlar, ríkisrekið meðferðarúrræði, gegnir lykilhlutverki í meðferð barna með vímuefnavanda, í samstarfi við önnur úrræði eins og Lækjarbakka og Bjarney. MST meðferð (multi systemic therapy) er veitt á heimili barns og fjölskyldu sem um ræðir og er meðferðin á vegum Barna- og fjölskyldustofu (BOFS). Þrátt fyrir viðleitni þeirra koma upp áskoranir í samhæfingu við heilbrigðiskerfið. Til dæmis eru plássin tvö fyrir afeitrun ungmenna á Landspítala sjaldan nýtt, aðallega vegna tregðu barna til að dvelja þar, mikilla erfiðleika við að fá barn lagt inn og flókins verklags því tengdu. Tafir á geðrænu mati frá Barna- og unglingageðdeild (BUGL) flækja málin enn frekar. Mörgum börnum sem eru í fráhvörfum eða upplifa afleidd vandamál er oft vísað á Stuðla, þar sem starfsfólkið, þrátt fyrir mikinn metnað, hefur ekki þá þekkingu sem til þarf til að veita þeim viðeigandi heilbrigðisþjónustu.

Afeitrun: Landspítali er með tvö pláss fyrir ólögráða ungenti til afeitrunar, en þessi úrræði eru oft vannýtt vegna ýmissa kerfislægra áskorana. Þrátt fyrir að þessi legupláss séu ætluð til skammtímaafeitrunar og heilsufarseftirlits, hafa aðeins örfá börn verið lögð inn, og nýting leguplássna því minni en búist var við. Þessi staða endurspeglar stærri kerfislægan vanda sem æskilegt er að bregðast við til að mæta betur þörfum þessa viðkvæma hóps.

Samvinna: Í meira en áratug hefur verið unnið að því að efla samstarf milli Stuðla og geðheilbrigðisþjónustu Landspítala. Ein af helstu áskorunum er að mæta þörfum barna sem glíma bæði við geðrænan vanda og vímuefnavanda, þar sem heilbrigðiskerfið hefur ekki mótast á þann veg að geta sinn ungmennum með tvíþættan vanda. Biðlistar eftir geðheilbrigðisþjónustu, sérstaklega á Barna- og unglingageðdeild (BUGL), geta verið langir, stundum allt að þrjú ár, sem veldur því að börn fá ekki tímabæran stuðning. Þessi staða er sérstaklega áhyggjuefni fyrir börn í mikilli áhættu, þar á meðal börn með ógreinda einhverfurófsröskun eða alvarlegan kvíða, sem oft þurfa aðstoð án tafar. Þótt Farsældarlögin miði að því að bæta samhæfingu milli kerfa sem vinna að velferð barna og stuðla að samvinnumiðaðri nálgun, minna sérfræðingar á að áhrif laganna kunni að taka tíma til að koma í ljós, eða allt að 20 ár.

Viðkvæmir hópar: Í millitíðinni er brýn þörf á að veita viðeigandi þjónustu vegna þeirra alvarlegu þjónustuþarfa sem finnast í þeim viðkvæmum hópum sem nú eru í umsjón Stuðla, þar á meðal börn í réttarvörslukerfinu og börn með sjálfskaðandi hegðun eða sjálfsvígstilburði. Að blanda saman einstaklingum með svona fjölbreyttan vanda skapar miklar áskoranir fyrir fagaðila og skipulag stofnunar.

Heildræn nálgun: Heildræn nálgun í þjónustu er nauðsynleg. Börn í krísuástandi þurfa ekki einungis aðstoð í formi heilbrigðisþjónustu heldur einnig félagslegan og sálrænan stuðning, og núverandi innviðir eru ekki fullnægjandi til að mæta þessum fjölbreyttu þörfum. Skólahjúkrunarfræðingar hafa sýnt fram á árangur með snemmtækri íhlutun og eftirfylgni, sem gæti verið fyrirmynd fyrir árangursríkt samstarf skóla og heilsugæslu. Hins vegar gæti heilbrigðisþjónusta, sérstaklega geðheilbrigðisþjónustan, brugðist betur við með tilliti til þess að mæta þörfum barna sem glíma við vímuefnavanda og geðrænar áskoranir. Aukin samvinna milli félagsþjónustu, dómskerfisins og heilbrigðisþjónustu verður lykilatriði í því að tryggja að þessi börn fái þá heildrænu þjónustu sem þau þurfa.

Auka afkastagetu: Fjölgun rýma á meðferðarstöðvum myndi einnig draga úr álagi. Sem stendur er pláss fyrir 20 börn á meðferðarstöðvum, en eftirspurnin bendir til þess að tvöfalda þurfi þjónustuna svo hægt verði að mæta þörfum barna og ungmenna. Æskilegt er að heildstætt þjónustukerfi sameini heilbrigðisþjónustu, þ.m.t. geðheilbrigðisþjónustu og félagslagsþjónustu svo hægt verði að veita börnum með vímuefnavanda og tengd vandamál heildræna þjónustu.

9.3 Landspítali

Meðferðareining fíknisjúkdóma á geðsviði spítalans sinnir sjúklingum með tvígreiningar, þ.e. bæði alvarlega geðsjúkdóma (svo sem geðklofa, geðhvarfasýki, alvarlegar persónuleikaraskanir) og alvarlegan vímuefnavanda. Sjúklingum með aðrar fylgiraskanir en geðraskanir er veitt meðferð á öðrum deildum spítalans.

9.3.1 Geðsvið

Meðferðareining fíknisjúkdóma (MEF) á geðsviði spítalans sinnir fyrst og fremst sjúklingum með tvígreiningar og er í samstarfi við aðra þjónustuveitendur eins og sjúkrahúsið Vog sem SÁÁ rekur. Áskoranir eru fyrir hendi sem tengjast afkastagetu, uppbyggingu innviða, fjármögnun og viðeigandi skiptingu þjónustuframboðs milli mismunandi þjónustuveitenda.

Meðferð fyrir tvígreiningar (geð- og vímuefnaröskun): Það er þörf á sérhæfðri meðferð sem tekur jafnt á geðrænum vanda og vímuefnavanda, sérstaklega fyrir þá sjúklinga sem glíma við alvarleg og fjölþætt félagsleg og heilsufarsleg vandamál auk vímuefnaröskunar. Þótt geðþjónustan starfræki lítið vettvangsteymi (ACT-teymi) fyrir sjúklinga með alvarlegan vímuefna- og geðrænan vanda, hegðunarvanda, heimilisleysi o.s.frv., er sú þjónusta langt frá því að geta mætt eftirspurn. Samstarf við er við sjúkrahúsið Vog um innlagnir einstaklinga með alvarlegan vímuefnavanda, en Vogur getur ekki tekið á móti einstaklingum með alvarleg geðrænan vanda.

Skortur á samhæfingu og skipulagi milli þjónustuveitenda: Það er áhyggjuefni að skortur er á vel skilgreindri og samhæfðri nálgun mismunandi stofnana og félagasamtaka varðandi meðferð við vímuefna- og geðheilbrigðisvanda. Of mörg „eylönd“ eru til staðar og skörun ábyrgðar milli hagsmunaaðila getur valdið ruglingi.

Takmarkaðir innviðir og afkastagetu: Móttökugeðdeild (MEF) hefur einungis 16 legupláss fyrir sjúklinga með alvarlega geð- og vímuefnavanda, sem dugar ekki til að

mæta eftirspurn. Leguplássin eru oft fullnýtt, sem leiðir þess að biðtími verður langur, sérstaklega fyrir sjúklinga með minna alvarleg einkenni. Vegna skorts á leguplássum á geðsviði þarf oft að leggja sjúklinga sem eru einungis með geðrænan vanda inn á móttökudeildina, sem takmarkar enn frekar nýtingu leguplássa fyrir sjúklinga með tvíþættan vanda. Að auki er skipulag geðdeildarbyggingarinnar takmarkandi þáttur, (t.d. er ein inn- og útgönguleið) og hefur neikvæð áhrif á, öryggi og skilvirka meðferð. Þessar áskoranir aukast síðan vegna skorts á úrræðum, fjármagni og manneklum.

Sérstakir sjúklingahópar: Lítil eftirspurn er eftir innliggjandi meðferð fyrir einstaklinga yngri en 18 ára þrátt fyrir sérstaka móttökudeild sem sinnir þessum hópi. Eldra fólk með vímuefnavanda veldur auknum áskorunum á hjúkrunarheimilum. Fólk með alvarlega taugaþroskaröskun og vímuefnavanda er áhættuhópur, oft með afbrotaferil og óstöðuga búsetu, sem veldur einnig vandamálum í samfélaginu og í búsetuúrræðum. Að svo stöddu eru engin viðeigandi úrræði eða inngrip í boði sem mæta þörfum þessa sjúklingahóps.

Skortur á viðeigandi húsnæði fyrir einstaklinga með miðlungs alvarlegan geðvanda: Skortur er á úrræðum fyrir fólk með alvarlega vímuefnavanda eingöngu (án geðraskana) sem leiðir til sjúkrahússinnlagna sem annars væru ónauðsynlegar og veldur jafnframt óþarfa álagi á bráðamóttöku Landspítala.

Áskoranir tengdar húsnæði og heimilisleysi: Viðkvæmstu sjúklingarnir, oft með alvarlega geðröskun og vímuefnaröskun, eru heimilislausir eða í hættu á að missa húsnæði. Þessir einstaklingar sýna oft ofbeldishegðun og því erfitt að finna þeim viðeigandi búsetuúrræði.

Skaðaminnkun og starfsendurhæfing: Starfsendurhæfing og viðeigandi atvinnutækifæri ættu að vera aukin. Þetta eru mikilvægar aðgerðir, til viðbótar við húsnæði, sem styðja við skaðaminnkun og hjálpa sjúklingum að fylgja lyfjameðferð (t.d. geðrofslyfjameðferð) og eru mikilvægir þættir í meðferðarferlinu.

Þörf fyrir stefnumótun og kerfisbreytingar: Það er brýn þörf á endurskipulagningu meðferðarkerfisins til að tryggja viðeigandi dreifingu þjónustunnar og skiptingu ábyrgðar innan heilbrigðis- og félagsþjónustu. Heilbrigðisráðuneytið og aðrir aðilar þurfa að auka þau aðföng sem renna til heilbrigðisþjónustu vegna vímuefna- og geðvanda. Núverandi kerfi, þar sem heilbrigðisþjónusta er annars vegar á ábyrgð heilbrigðisráðuneytisins og hins vegar mennta- og barnamálaráðuneytisins fyrir einstaklinga yngri en 18 ára, er talið valda vandræðum og er óskilvirkt.

9.3.2 Bráða-, lyflækninga- og endurhæfingarpjónusta

Frá árinu 1993 hefur smitsjúkdómadeildin beint sjónum sínum að því að takast á við útbreiðslu HIV og faraldra lifrabólgu C, sérstaklega meðal vímuefnanotenda. Í tímans rás hefur deildin þróað verklag til að draga úr fordómum gagnvart vímuefnanotendum og veita læknisfræðilega meðferð fyrir þá sem eru í virkri notkun vímuefna. Samstarf smitsjúkdómadeildar við VoR-teymið (vettvangs- og ráðgjafateymi Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar), hefur gert sjúklingum kleift að fá

aðgang að heilbrigðisþjónustu án þess að þurfa fyrst að fara í meðferð. Þessi þróun hefur sætt gagnrýni frá þeim sem bjóða upp á hefðbundin meðferðarúrræði fyrir vímuefnanotendur.

Árin 2010-2011 varð útbreiddur faraldur HIV meðal vímuefnanotenda, og aftur á árunum 2015-2016, ásamt faröldrum lifrabólgu C. Í kjölfarið var farið að ávísa HIV-smituðum einstaklingum verkjalyfinu Contalgin sem inniheldur morfín sem lyfjameðferð við ópíóíðafíkn. Þetta leiddi til þess að ekki greindust fleiri HIV-smit tengd notkun vímuefna í æð. Árið 2023 var öruggu neyslurými komið á fót og var það m.a. framlag stjórnvalda til að takast á við ópíóíðavandann.

Þrátt fyrir framfarir á sviði vímuefnameðferðar eru enn ýmsar áskoranir fyrir hendi, einkum varðandi það að brúa bilið milli fráhrarfsmeðferðar og geðheilbrigðisþjónustu, auk álags á spítalanum almennt. Of mikil þrengsli og skortur á leguþlássum verða til þess að erfitt er að sinna sjúklingum á árangursríkan hátt, og ekki hafa verið sett skýr gæðaviðmið eða árangursvísar. Áfram er unnið að því að tryggja vímuefnanotendum meðferð sem byggir á virðingu samhliða því sem unnið er að lausnum vegna vaxandi ópíóíðavanda.

Sérstök málefni sem voru rædd á fundi skýrsluhöfundar með fulltrúum bráðamóttöku LSH í Fossvogi:

HIV og faraldur lifrabólgu C meðal vímuefnanotenda: Þrátt fyrir aðgengi að hreinum sprautubúnaði breiddist HIV út árin 2015-2016 meðal vímuefnanotenda. Lifrabólga C var einnig viðvarandi í hópnum. Þá var verklegr þróað að frumkvæði smitsjúkdómadeildar þar sem meðferð við HIV og lifrabólgu C var veitt í skiptum fyrir Contalgin. Þetta verklegr reyndist gagnlegt í þeirri viðleitni að draga úr útbreiðslu smitsjúkdómanna.

Samstarf: Smitsjúkdómadeildin hóf samstarf við VoR-teymi Reykjavíkurborgar til að greiða aðgengi vímuefnanotenda að heilbrigðisþjónustu án þess að þvinga þá í meðferð. Unnið hefur verið að því að draga úr fordómum og öðlast skilning á lífsstíl vímuefnanotenda en þessi nálgun hefur sætt gagnrýni þeirra sem veita hefðbundin meðferðarúrræði.

Örugg neyslurými og ópíóíðafaraldur: Öruggu neyslurými var komið á fót í ágúst 2024. Þar er einnig boðið upp á heilbrigðisþjónustu til að draga úr bráðakomum og takast á við ópíóíðavandann. Slíkt úrræði auðveldar notendum aðgengi að skjótri heilbrigðisþjónustu án kröfu um að notkun vímuefna sé hætt.

Yfirfull bráðamóttaka: Starfsfólk á bráðamóttöku upplifir mikið álag tengt því að sinna 50 sjúklingum á 36 legurýma deild. Plássum hefur ekki fjölgað síðustu sjö ár þrátt fyrir fólksfjölgun, og vegna plássleysis er erfitt að hýsa vímuefnanotendum og eldra fólk á sama stað á spítalanum.

Tvígreining: Skortur er á samþættri þjónustu fyrir sjúklinga með tvígreiningu. Einnig er gjá á milli þjónustu sem felur í sér fráhrarfsmeðferð og geðheilbrigðisþjónustu. Margir sjúklingar þurfa þjónustu við geðrænum vanda eftir að fráhrarfsmeðferð er lokið en mæta hindrunum í að fá samþætta þjónustu. Geðheilbrigðisþjónusta og

þjónusta smitsjúkdómadeildar spítalans eru starfræktar samhliða sem veldur áskorunum m.t.t. samþættingar þjónustu fyrir notendur.

Áskoranir við mælingu á gæðum og árangri: Ekki er til neinn skýr gæðamælikvarði til að mæla þróun í málaflöknum, þótt sumir hafi lagt til að mæla skuli neyðarútköll sjúkrabíla vegna ofskömmtunar. Að skilgreina gæðavísa og viðeigandi breytur sem nýtast pólitískum aðilum og þjónustuveitendum til að fylgjast með og meta árangur í málaflökum er enn lykiláskorun.

Takmörkuð aðföng og fjármögnun spítalans: Aðföng spítalans eru takmörkuð og má nefna sem dæmi að spítalinn ber kostnað af sýklalyfjum fyrir vímuefnanotendum. Þá flækir það málið enn frekar að óljóst er hvort heilbrigðisþjónusta vegna vímuefnaröskunar (viðurkenndir í ICD-10 og ICD-11) er fjármögnuð með fullnægjandi hætti.

Siðferðisleg álitamál í meðferð einstaklinga sem nota vímuefni: Þrátt fyrir að vímuefnanotendum sé sýnd samkennd á deildum Landspítala getur aðgengi þeirra að meðferð verið takmarkað af ýmsum ástæðum. Til dæmis getur einstaklingi verið neitað um meðferð hafi hann framið alvarlegt afbrot. Jafnvægið milli heilbrigðisþjónustu og samfélagslegrar ábyrgðar er áfram viðkvæmt málefni.

9.4 Hlaðgerðarkot

Hlaðgerðarkot var stofnað árið 1973 og er rekið af Samhjálp. Meðferðarheimilið leggur áherslu á hjálpa fólki að ná jafnvægi í lífinu með því að bjóða upp á endurhæfingarúræði. Í boði er innliggjandi langtímameðferð sem tekur að meðaltali 12 vikur, þótt í sumum tilfellum geti meðferðin staðið í allt að eitt ár. Fylgt er Minnesóta-módelinu sem byggir á 12-spora kerfi og býður einnig upp á þjálfun í athöfnum dagslegs lífs og hugræna atferlismeðferð (HAM) samhliða vímuefnameðferð. Hlaðgerðarkot er í samstarfi við aðrar stofnanir eins og sjúkrahús, áfangaheimili og geðheilbrigðisþjónustu en glímir við áskoranir vegna langra biðlista og takmarkaðra aðfanga. Þrátt fyrir metnað til að viðhalda gæðum í þjónustu fylgir stofnunin ekki kerfisbundið leiðbeiningum frá WHO eða EMCDDA. Til að auka áhrif meðferðarinnar stendur notendum til boða umbun og verðlaun fyrir framfarir, svo sem vikulegir fundir með trúnaðarmanni/konu, auk bæjarleyfis til að efla tengsl við börn og fjölskyldu. Nýlegar breytingar hafa orðið í forystu meðferðarheimilisins og unnið er að því að efla faglega þróun.

Helstu málefni sem rædd voru á fundi skýrsluhöfundar með stjórnendum:

Langir biðlistar: 144 manns eru nú á biðlista (100 karlar, 44 konur). Biðtími er á bilinu 1 mánuður til 12 vikur og ekki er boðið uppá göngudeildarþjónustu á biðtímanum. Ef aukið fjármagn fengist væri hægt að auka þjónustuframboð og afkastagetu og þar með draga úr biðlistum.

Takmörkuð aðföng: Skortur á aðföngum veldur því að ekki er hægt að bjóða upp á göngudeildarþjónustu eða auka þjónustuframboð til að mæta eftirspurn.

Notendamiðuð nálgun: Lögð er áhersla á endurhæfingu með 12-spora kerfinu og þjálfun í athöfnum daglegs lífs, með áherslu á hagnýta færni eins og tímanleg skil á skattaskýrslu. Meðferðarheimilið tekur við einstaklingum með tvígreiningu og er í samstarfi við sjúkrahús. Meðferðarheimilið vinnur einnig með Bjarkarhlíð, Kvennaathvarfinu og Stígamótum.

Samstarf við aðrar stofnanir: Óformlegt samstarf er við Fangelsismálastofnun og áfangaheimili. Tilvísanir geta komið frá sjúkrahúsum, sérstaklega eftir að fráhrarfsmeðferð er lokið. Þá er meðferðheimilið oft næsta skref í bataferli einstaklings er þeir innritast þangað að lokinni dvöl á öðrum meðferðarstöðvum eins og Vogu eða Vík.

Þróun starfsfólks og forysta: Nýlega voru gerðar skipulagsbreytingar sem fólu m.a. í sér endurnýjun í stjórnendahópnum. Þess er vænst að breytingin bæti rekstur og getu til fjáröflunar. Áfengis- og vímuefnaráðgjafi með löggilt starfsleyfi hefur nýlega bæst við teymið og allir ráðgjafar hafa farið í óformlega þjálfun, þar með talið þjálfun í áhugavetjandi samtali. Árið 2024 tók starfsfólk í fyrsta sinn þátt í alþjóðlegri kennslu og fræðslu sem talið er að muni bæta gæði þjónustunnar.

Skortur á formlegum stöðlum: Hlaðgerðarkot fylgir ekki enn kerfisbundnum leiðbeiningum eða stöðlum frá WHO eða EMCDDA, en unnið er að því að skoða og meta faglegan ramma starfseminnar. Engin formleg gögn eru til um meðferðarheldni eða endurkomur og því svigrúm til umbóta hvað varðar mat á árangri.

Sérþarfahópar: Þjónusta er aðgengileg fyrir barnshafandi konur en takmarkast við þær sem tala íslensku eða ensku.

9.5 Krýsuvík

Meðferðarheimilið Krýsuvík var stofnað fyrir 38 árum og býður upp á sex mánaða inniliggjandi meðferð sem byggir á 12-spora kerfinu. Starfsemin er með sterk tengsl við [Highwatch](#) í Bandaríkjunum sem m.a. þjálfar starfsfólk meðferðarheimilisins. Meðferðarheimilið veitir einnig lagalega og fjárhagslega ráðgjöf til að hjálpa notendum að verða skuldlausir og halda sig frá afbrotum. Þrír starfsmenn eru með þjálfun í að veita áfallameðferð og bjóða upp á einstaklings- og hópmeðferð.

Einstaklingar sækja sjálfir um að komast í meðferðina, en félagsþjónusta og geðdeildir Landspítala vísa einnig einstaklingum til meðferðarheimilisins. Ekki eru nein tiltekin skilyrði sem útiloka fólk frá meðferð önnur en að viðkomandi sé ekki í virkri vímuefnanotkun en biðtími getur verið langur, oft 4-6 mánuðir.

Meðferðarheimilið sinnir bæði körlum og konum og er með 21 pláss er fyrir karla og 8 pláss fyrir konur. Megin áskorunin er að fá löggilta fagaðila til starfa, sérstaklega meðferðaraðila.

Krýsuvík er í samstarfi við Fangelsismálastofnun um að gera sumum notendum kleift að afplána dóma á meðan á meðferð stendur. Meðferðarheimilið býður ekki upp á lyfjameðferð í tengslum við vímuefnavanda en veitir eftirfylgd í þrjá mánuði að meðferð lokinni. Eftirfyldarkannanir sýna að 55% þeirra sem útskrifast frá

Krýsuvík viðhalda fráhaldi frá vímuefnum fjórum árum eftir útskrift. Viðvarandi áskoranir eru takmarkað fjármagn og skortur á fagfólki sem og stærri kerfislægar áskoranir.

Helstu málefni rædd voru á fundi skýrsluhöfundar með stjórnendum:

Starfsmannaskortur og fagleg þjálfun: Krýsuvík glímir við áskoranir tengdum því að ráða til sín löggilta meðferðaraðila og áfengis- og vímuefnaráðgjafa. Megin ástæðan er sú að ekki eru nægjanlega margir með slíka þjálfun á Íslandi. Kennsla og þjálfun fyrir áfengis- og vímuefnaráðgjafa hjá SÁÁ er krefjandi og margir hætta áður en námi lýkur. Einnig er skortur á fagaðilum á Íslandi sem hafa sérhæft sig í áfallameðferð.

Fjárhagslegar skorður: Meðferðarheimilið fær fjármagn til rekstursins frá ríkinu en semja þarf um upphæð þess fjármagns árlega. Greiðsla notenda fyrir dvöl á meðferðarheimilinu er oft greidd með örorkubótum eða sjúkratryggingum viðkomandi. Þessi fjármögnunarleið takmarkar getu Krýsuvíkur til að auka þjónustuframboð eða auka hæfni starfsfólks.

Langir biðlistar: Um 100 manns eru á biðlista og meðalbiðtími er 4-6 mánuðir. Því þurfa margir að bíða í töluverðan tíma eftir nauðsynlegri aðstoð, þrátt fyrir viðleitni Krýsuvíkur til að uppfæra listann reglulega.

Samstarf við réttarkerfið og Fangelsismálastofnun: Krýsuvík vinnur með Fangelsismálastofnun til að bjóða upp á meðferð sem valkost m.t.t afplánunar dóms, ýmist samhliða eða í staðinn fyrir afplánun. Þetta fyrirkomulag er lífsbjörg fyrir suma en því fylgja hins vegar skipulagsáskoranir.

Lyfjameðferð við ópióíðafíkn: Sumir þeirra sem dvelja á Krýsuvík eru í lyfjameðferð við ópióíðafíkn á vegum SÁÁ. Krýsuvík býður ekki upp á slíka meðferð og leggur áherslu á meðferð sem byggir á algjöru bindindi og getur þar með takmarkað valkosti m.t.t. til meðferðar fyrir ákveðna einstaklinga.

Eftirfylgd og langtímabati: Stjórnendum fylgja einstaklingum eftir í þrjá mánuði eftir útskrift. Eftirfyldarkannanir sýna að 55% þeirra sem útskrifast frá Krýsuvík viðhalda fráhaldi frá vímuefnum fjórum árum eftir útskrif, sem undirstrikar að þörf er á að bæta langtímastuðning. Krýsuvík býður upp á eftirfylgd eftir útskrift í lokuðum hópi einu sinni í viku á meðferðarstöðinni Vörðunni. Hópnum er stýrt af fagfólki frá Krýsuvík og Vörðunni. Að jafnaði mæta 20-25 einstaklingar í hópinn í hverri viku.

Fordómar og kerfislægar áskoranir: Þrátt fyrir að fordómar samfélagsins gagnvart vímuefnameðferð hafi minnkað, skapa kerfislæg vandamál, svo sem skortur á fjármagni fyrir vímuefnameðferð og úthýsing þjónustu til sjálfseignarstofnana, áfram hindranir fyrir vöxt og skilvirkni meðferðarheimilisins.

9.6 Meðferðarstöðvar SÁÁ

Meðferðarstöðvar SÁÁ, sem samanstanda af fjórum aðskildum starfsstöðum; Vogur (sjúkrahúspjónusta), Vík (eftirmeðferð), Von (göngudeildarþjónusta í Reykjavík) og göngudeild á Akureyri, bjóða upp á heildstæða meðferð fyrir fólk með

vímuefnavanda. Af þeim sem fengu þjónustu árið 2023 voru 68% tilfella með áfengisvanda og 21% óþjónuðavanda. Þjónustukönnun er framkvæmd við útskrift og eru upplýsingarnar notaðar til að bæta þjónustuna. Leiðbeiningar ASAM (American Society of Addiction Medicine) eru lagðar til grundvallar til að tryggja að þjónustan sé sniðin að þörfum notenda. Vík, eftirmeðferðarúrræði býður upp á sálfélagslega meðferð og er í nánú samstarfi við geðsvið Landspítala, sem getur vísað sjúklingum beint á Vog til fráhvarfsmeðferðar.

SÁÁ fylgir fyrst og fremst stefnunni um algjört bindindi en býður einnig upp á lyfjameðferð undir ákveðnum skilyrðum, bæði meðan á innlögn og meðferð stendur og sem hluta af göngudeildarþjónustu. SÁÁ er jafnframt eina stofnunin á Íslandi sem hefur heimild til að mennta áfengis- og vímuefnaráðgjafa. Þótt SÁÁ taki ekki lengur að sér meðferð byggða á dómsúrskurði, vinna samtökin enn náið með ýmsum tilvísunaraðilum til að veita viðeigandi meðferð.

Árlegt mat og umbætur í þjónustu: Árlega er tveggja vikna þjónustukönnun framkvæmd þar sem þjónustuþegar veita endurgjöf við útskrift frá meðferðarstöðvum SÁÁ. Þessar upplýsingar eru nýttar til að bæta þjónustuna. Ábendingar hafa meðal annars snúist um símanotkun, möguleika á göngutúrum utandyra og gæði matar.

Meðferðarviðmið: SÁÁ hefur nýlega innleitt ný viðmið fyrir meðferð, sem eru byggð á viðmiðum ASAM, til að flokka og meðhöndla þjónustuþega á mismunandi stigum bataferlis. Á meðferðarstöðin Vík er lögð áhersla á öfluga sálfélagslega meðferð, sem byggir á DSM-5 greiningarkerfinu. WHO og UNODC staðlar eru ekki notaðir.

Útilokunarskilyrði: Ákveðin líkamleg vandamál eða geðheilbrigðisvandamál geta útilokað einstaklinga frá meðferð á Vík, sérstaklega þá sem þurfa meiri hjúkrunarþjónustu en hægt er að veita þar eða eru í óstöðugu geðrænu ástandi. Tungumálhindranir geta einnig verið ástæða frávísunar.

Samstarf: Meðferðarstöðvar SÁÁ viðhalda nánú samstarfi við geðdeildir Landspítala, sérstaklega fyrir notendur með tvígreiningar, til að tryggja heilðræna þjónustu vegna bæði geð- og vímuefnavanda.

Inntaka og tilvísunarferli: Enginn biðlisti er fyrir Vík og er einstaklingum oftast vísað þangað beint af Vog, þótt tilvísanir frá göngudeild SÁÁ séu einnig mögulegar. Inntaka fer fram tvisvar í viku og biðtími er einungis nokkrir dagar. Ef notendur taka ekki virkan þátt í meðferðinni eða hefja vímuefnanotkun meðan á meðferð stendur, getur þeim verið vísað aftur í göngudeildarþjónustu.

Gæðastaðlar: SÁÁ fylgja [Áætlun embættis landlæknis um gæðabróun í heilbrigðisþjónustu](#) og viðmiðum ASAM. Nýtt árangursmat (EOS) hefur verið innleitt til að meta frammistöðu starfsfólks, fyrst hjá stjórnendum.

Þjálfun áfengis- og vímuefnaráðgjafa: SÁÁ er sem stendur eina stofnunin á Íslandi sem býður upp á löggilda menntun fyrir áfengis- og vímuefnaráðgjafa. Aftur á móti glímir stofnunin við mikið brottfall nemenda á fyrsta ári námsins og einnig samkeppni annarra stofnana um starfskrafta þeirra sem ráða í töluverðum mæli til

sín einstaklinga úr nemendahópnum áður en þeir hafa lokið námi. Löggilding ráðgjafa er stjórnað af hinu opinbera og gerð er krafa um mikinn fjölda kennslu-, þjálfunar- og handleiðslustunda. Áætlað er að færa námið yfir á háskólastig (BS-nám) á næstu fimm árum til að mæta betur þörfum vinnumarkaðarins.

Vettvangsþjónusta: SÁÁ framkvæmir ekki kannanir m.t.t. mannaflaparfar og hefur takmarkaða getu til að veita vettvangsþjónustu.

Meðferð byggð á dómsúrskurði: SÁÁ býður ekki lengur upp á meðferð byggða dómsúrskurði eins og áður var í boði fyrir einstaklinga sem voru að ljúka afplánun. Hins vegar býður stofnunin áfram upp á innlagnir eftir fangelsisvist fyrir notendur sem vilja sjálfir koma eða er vísað í meðferð af fagaðilum.

9.7 Lögreglan í Reykjavík

Þrátt fyrir að lögreglumenn fái nú þjálfun í málefnum tengdum vímuefnavanda er áskorun fyrir núverandi kerfi hvernig skuli meðhöndla einstaklinga í gæsluvarðhaldi sem eru með alvarlegan vímuefnavanda, þar sem sjúkrahús neita oft að taka við þeim. Ný lög um löggæslu eru til umræðu, sem m.a. gætu tekið á þessum vanda.

Í Reykjavík hefur nálgun lögreglunnar gagnvart vímuefnavanda breyst með tímanum. Áður var sjónum einkum beint að málum sem tengdust áfengisnotkun en er nú í auknum mæli beint að vímuefnanotkun. Upphaflega voru einstaklingar með áfengisvanda vistaðir í fangaklefa yfir nótt vegna skorts á neyðarathvörfum en samstarf lögreglu og sveitarfélaga leiddi til stofnunar neyðarskýla og eflingu félagsþjónustu. Þetta hefur dregið úr þörf fyrir vistun í varðhaldi lögreglu. Aftur á móti er þjónusta neyðarskýlanna takmörkuð, m.a. eru þau lokuð yfir daginn sem veldur því að afbrot færast í miðbæinn.

Helstu málefni sem komu fram í umræðum við reyndan lögreglumann:

Aðgengi að athvörfum og aukning brota yfir daginn: Upphaflegt samstarf milli lögreglu og Reykjavíkurborgar leiddi til stofnunar neyðarskýla, sem dró úr því að einstaklingar með áfengisvanda væru vistaðir í fangaklefa. Hins vegar hefur lokun neyðarskýla á daginn leitt til fjölgunar afbrota á daginn í miðbænum.

Yfirfærsla frá áfengi yfir í vímuefni: Vímuefnavandi hefur færst frá áfengisnotkun yfir í notkun fjölbreyttra vímuefna, þar á meðal amfetamíns, kókaíns, oxycontins, ketamíns, MDMA og kannabis. Innlend framleiðsla er til staðar en vegna vaxandi eftirspurnar eykst innflutningur á vímuefnum.

Bráðatilfelli vegna ofskömmunar: Ofskömmunartilfellum hefur fjölgað en ekki er ljóst hvort það sé til marks um fjölgun sjálfsvíga. Notkun lögreglu á naloxoni hefur bjargað mannlífum, en tæknileg atriði eins og hætta á að naloxon frjósi í lögreglubílum og takmörkuð heilbrigðisaðstoð flækja málið. Einnig er lögreglumönnum í sjálfsvald sett hvort þeir hafa naloxon á sér við skyldustörf.

Ófullnægjandi heilbrigðisþjónusta fyrir einstaklinga í haldi lögreglu: Sjúkrahús neita oft að taka við einstaklingum úr haldi lögreglu ef þeir eru með vímuefnavanda og viðeigandi læknaaðstoð vantar í fangageymslu. Lögreglumenn þurfa því oft að

takast á við neyðartilfelli án viðhlítandi aðstoðar heilbrigðisstarfsfólks. Mikilvægt væri að bæta þarna úr með samstarfi sem gerði lögreglu kleift að kalla til lækni á vakt til að meta ástand einstaklinga í fangageymslum og veita þeim viðeigandi heilbrigðisþjónustu.

Skortur á stuðningi eftir gæsluvarðhald: Einstaklingum með vímuefnavanda er oft sleppt beint á götuna eftir skammtímavistun í varðhaldi. Þótt einhver þjónusta standi þeim til boða er eftirfylgni lítil sem leiðir til þess að margir snúa aftur í afbrot.

Þjálfun m.t.t. vímuefnavanda og vímuefnanotkunar: Frá árinu 2007 hafa lögreglumenn fengið einhverja fræðslu um vímuefnavanda og vímuefnanotkun sem veitt er við Háskólann á Akureyri. Aftur á móti skortir verkferla um meðhöndlun þessara mála gagnvart einstaklingum í varðhaldi.

Lagalegar brotalamir: Það vantar ný lög til að fjalla sérstaklega um geðheilbrigði og vímuefnavanda innan starfssviðs lögreglu. Starfshópur vinnur að mótun nýrra laga um löggæslu, en ekki er til nein löggjöf um geðheilbrigðismál sem hægt væri að taka mið af. Heilbrigðisráðuneytið hefur ekki verið haft með í ráðum í þessu ferli.

9.8 Fangelsiskerfið

Tvö fangelsi á Íslandi gegna meginhlutverki í fangelsiskerfinu, þ.e. Hólmsheiði og Litla-Hraun. Bæði eru með deildir fyrir karla og konur. Aðstaðan í þessum fangelsum er ólík. Á Hólmsheiði er hægt að aðskilja fanga með hliðsjón af sértækum þörfum þeirra, en aðstæður á Litla-Hrauni eru þannig að erfitt er að skapa vímuefnalaus rými eða deildir. Þessi munur á skipulagi og aðstöðu hefur áhrif á getu fangelsanna til að stjórna föngum og koma í veg fyrir átök. Fangar eru hvattir til að taka ábyrgð, til dæmis með því að skila inn ferilskrám fyrir atvinnuumsóknir innan fangelsisins. Vímuefnanotkun er stórt vandamál, sérstaklega í fangelsinu á Litla-Hrauni, þar sem margir fangar hafa notað vímuefni allt frá 12 ára aldri. Sumir þættir samfélagsmiðaðrar nálgunar í vímuefnaeðferð eru notaðir í fangelsunum. Þrátt fyrir að meðferð í stað afplánunar sé valkostur fyrir vímuefnatengd brot, eru fá úrræði í boði sem styðja slíkar lausnir og fá úrræði fyrir hendi í kerfinu.

Helstu málefni sem komu fram í samtali við stjórnendur í fangelsi:

Dregið úr metnaði fyrir þjálfun fangavarda: Fangavarðaskólinn á Íslandi glímir við niðurskurð fjárveitinga og skort á metnaði, sem takmarkar getu hans til veita fullnægjandi þjálfun fyrir nýtt starfsfólk. Þjálfun fer oftast fram í starfi með takmarkaðri formlegri fræðslu, þrátt fyrir vaxandi áherslu á áfallamiðaðar aðferðir.

Umönnun fanga og samfella í þjónustu: Lögð er áhersla á að tryggja föngum áframhaldandi aðgang að menntun og heilbrigðisþjónustu meðan á afplánun stendur, en engin skipulögð eftirfylgni tekur við eftir afplánun. Lyf vegna geðheilbrigðisvanda og meðferðar við vímuefnavanda eru tiltæk innan fangelsanna, en aðgengi að heilbrigðisþjónustu utan hefðbundins dagvinnutíma er takmarkað.

Vímuefnanotkun og meðferð: Vímuefnavandi er mikið vandamál, þar sem margir fangar hafa sögu um vímuefnanotkun frá unga aldri. Dómarar hafa heimild til að

dæma brotamenn í meðferð í stað fangelsisvistar, en vegna skorts á úrræðum stendur sá möguleiki fáum til boða. Þegar þörf krefur, veitir geðheilsuteymi fangelsanna lyfjameðferð vegna ópíóíðafíknar fyrir einstaklinga sem afplána dóma. Allir sem hefja þessa lyfjameðferð meðan á fangelsisvist stendur fá tíma á Vogu eftir að afplánun lýkur til að gera áframhaldandi lyfjameðferð mögulega.

Meðferðarúrræði og samfélagsmiðuð nálgun: Sumir þættir samfélagsmiðuðrar nálgunar í meðferð eru nýttir, þar sem fangar taka þátt í hópavinnu og endurhæfingarverkefnum, en slík úrræði hafa ekki verið að fullu innleidd í öll fangelsi.

Skortur á formlegu ábyrgðarkerfi: Ábyrgð meðal starfsfólks fangelsa er óformleg og byggir á innra eftirliti og reglulegum fundum frekar en á skipulögðu kerfi. Þrátt fyrir að þetta óformlega kerfi virki að einhverju leyti, vantar það bæði skýrleika og samræmi sem formlegra kerfi gæti tryggt.

Takmarkaðir möguleikar til endurhæfingar eftir afplánun: Eftir að afplánun lýkur standa föngum ýmsir kostir til boða, svo sem áfangaheimili, starfsendurhæfing eða nám, en skortur á skipulagðri eftirfylgd dregur úr árangri endurhæfingar. Samfélagsþjónusta er vinsæll valkostur í stað fangelsisvistar, en skortir fullnægjandi samþættingu við meðferðar- og endurhæfingarúrræði.

Kynjahlutfall og fjölþjóðlegur hópur: Fangelsið á Hólmsheiði hýsir á hverjum tíma fanga af mörgum ólíkum þjóðernum, eða um 14 þegar þessi skýrsla er gerð. Þá eru karlar í miklum meirihluta, eða um 140 á móti 4 konum. Þetta torveldar möguleika á því að veita sérhæfða þjónustu og endurhæfingu með hliðsjón af ólíkum þörfum kynjanna. Tungumálaörðugleikar gera örðugt að ná til fanga sem tala hvorki íslensku né ensku.

9.9 Sveitastjórnir/Reykjavíkurborg

Fulltrúar frá Velferðarsviði Reykjavíkurborgar ræddu um þörf fyrir heildstæða og skýra stefnumótun fyrir vímuefnameðferð og endurhæfingu. Í umræðunum var lögð áhersla á mikilvægi fjölbreyttra meðferða, langtímastuðning og eftirfylgd og heildrænni sýn á árangur sem næði lengra en að horfa einungis til fráhalds frá vímuefnum. Þátttakendur undirstrikuðu að brýn þörf væri á umbótum í kerfinu; sumir bentu á tafir í meðferð og skort á stuðningi og eftirfylgd eftir endurhæfingu, á meðan aðrir lögðu áherslu á efnahagslegan ávinning af endurkomu í samfélagið og að greina þróun í málaflokknum. Meginmarkmið er að mæta einstaklingum þar sem þeir eru staddir í bataferli sínu og tryggja sjálfbæra aðlögun þeirra aftur í samfélagið.

Heildstæð stefnumótun: Þörf er á skýrri stefnu til að tryggja gæðaviðmið og stýringu á öllum stigum endurhæfingar, frá snemmtækri íhlutun til langtímaaðlögunar aftur inn í samfélagið. Stefnumótunin ætti að taka mið af þremur stigum; snemmtækri íhlutun, endurhæfingu og bataferli og aðlögun inn í samfélagið og ná þannig fram samfélagi sem laust væri við skuldir, glæpi og vímuefnanotkun.

Fjölbreyttar meðferðarleiðir: Ólíkir einstaklingar þurfa ólík meðferðarúrræði, allt frá sjúkráhúslægu til þjónustu á göngudeild auk stuðnings fyrir þá sem eru ekki enn tilbúnir að hætta vímuefnanotkun. Núverandi „ein leið fyrir alla“ nálgun hefur ekki skilað árangri. Sveigjanleiki er nauðsynlegur til að mæta fólki þar sem það er stött í bataferlinu.

Tafir á aðgengi að meðferð: Eitt stærsta vandamálið eru langir biðlistar fyrir meðferð, oft allt að 10 mánuðir, sem getur leitt til versnandi aðstæðna og í sumum tilfellum dauðsfalla. Þessi staða var sérstaklega tengd einstaklingum sem hafa leitað sér aðstoðar á Vogu átta sinnum eða oftar, þar sem aðrir hópar fá forgang í þjónustu SÁÁ. Skortur á flýtiþjónustu og fullnægjandi meðferð, sérstaklega þegar einstaklingar eru tilbúnir að fá aðstoð, var lýst sem veikleika í kerfinu.

Stuðningur eftir endurhæfingu: Eftir að einstaklingar ljúka meðferð er oft skortur á samfélagsstuðningi, svo sem atvinnutækifærum, húsnæði eða fjölskyldutengslum, sem gerir einstaklinga útsettari fyrir bakslagi. Langtíma, samþætt stuðningskerfi er nauðsynlegt til að tryggja sjálfbærni í bataferlinu.

Mælikvarðar á árangur meðferðar: Árangur meðferðar ætti að vera metinn á fleiri sviðum en eingöngu út frá tíðni fráhalds frá vímuefnum. Mælikvarðar eins og atvinnuþátttaka, stöðugleiki í húsnæðismálum og almennt heilbrigði veita dýpri skilning á langtímabata. Efnahagslegur ávinningur endurkomu í samfélagið, svo sem minni notkun fangelsiskerfisins, voru undirstrikaðir sem mikilvægir mælikvarðar á árangri meðferðar.

Hlutverk einkarekinnar heilbrigðisþjónustu: Áhyggjur voru settar fram varðandi áhrif einkarekinna endurhæfingarúrræða án fullnægjandi eftirlits stjórnvalda, sem geti leitt til rangrar nýtingar fjármagns. Nauðsynlegt er að þróa heildstæðari nálgun fyrir meðferðarþjónustu, leidda af stjórnvöldum, til að tryggja skilvirka nýtingu aðfanga.

Greining á þróun og viðvörðunarkerfi: Mikilvægt er að greina nýja þróun í vímuefnanotkun og meðferðarþörf í rauntíma svo unnt sé að gera nauðsynlegar stefnubreytingar áður en ástand versnar, frekar en að bíða eftir að ástandið versni. Áhersla var lögð á að koma á fót kerfum sem fylgjast með þróun og grípa inn í snemma, í stað þess að safna eingöngu afturvirkum gögnum.

Efnahagslegur og samfélagslegur ávinningur meðferðar: Árangursrík endurhæfing ætti að skoðast sem fjárfesting sem getur skilað umtalsverðum langtímahagnaði, svo sem lægri kostnaði fyrir fangelsi og heilbrigðiskerfi. Fyrirmyndir frá öðrum löndum, eins og Portúgal og Hollandi, sýna að samfélagsleg aðlögun í formi atvinnu og stöðugs húsnæðis stuðlar að stöðugleika einstaklinga og dregur úr kostnaði fyrir samfélagið í heild.

9.10 Frjáls félagasamtök

Samkvæmt þeim frjálsu félagasamtökum sem leitað var til, stendur Ísland, þrátt fyrir kosti lítils og samheldins faglegs samfélags, frammi fyrir verulegum áskorunum í veitingu árangursríkrar skaðaminnkunar og endurhæfingar. Aðföng eru

takmörkuð, skortur er á sérhæfðri þjónustu fyrir jaðarsetta hópa og takmörkuð fjölbreytni í meðferð, sérstaklega fyrir flókinn vímuefnavanda. Aðgangshindranir, langir biðlistar og kerfislægar hindranir í heilbrigðisþjónustu auka á vandann og leiða til ótímabærra dauðsfalla á hverju ári. Áhrif hugmyndafræði og pólitískur þrýstingur stendur í vegi fyrir umbótum. Skortur á alþjóðlegum tengslum og kerfisbundinni gagnasöfnun hindrar innleiðingu nútímalegra skaðaminnkunaraðferða.

Lykiláskoranir sem komu fram í samtali við frjálsu félagasamtökin:

Takmörkuð endurhæfingarúrræði: Aðeins tvær stofnanir bjóða upp á skammtímaendurhæfingu og engin meðferð er í boði innan fangelsa. Þetta skapar verulegt rof í þjónustu fyrir þá sem þurfa langtímaþjónustu eða sérhæfðari meðferð.

Skortur á sérhæfðri þjónustu fyrir jaðarsetta hópa:

Þjónustan er ekki í stakk búin til að mæta þörfum hinsegin fólks, fatlaðs fólks, þeirra sem ekki tala íslensku eða ensku, fólks með skerta vitsmunagetu og fólks í kynlífsvinnu. Sérstaklega eiga einstaklingar með alvarlegan og flókinn vímuefnavanda erfitt með að fá viðeigandi þjónustu.

Ófullnægjandi skaðaminnkunarstefna: Hefðbundin meðferðarmódel sem byggja á algjöru fráhaldi duga ekki til að takast á við flókin vímuefnavanda. Meðferð með Suboxone, sem talið er árangursríkari valkostur við ópíóíðafíkn, er takmörkuð vegna strangs regluverks sem hamlar aðgengi að þessari meðferð.

Háir þröskuldar og langir biðlistar: Aðgengi að afeitrun og meðferð tefst vegna hárra þröskulda og langra biðlista sem leiðir til um það bil 100 ótímabærra dauðsfalla á ári.

Pólitískar og hugmyndafræðilegar hindranir: Áhrif stórra samtaka eins og SÁÁ og skortur á mannréttindamiðaðri nálgun stuðla að ófullnægjandi þjónustu. Margir þættir kerfisins mótast af pólitískum þrýstingi og trúarlegri hugmyndafræði frekar en þjónustu sem byggir á gagnreyndri þekkingu.

Skortur á alþjóðlegum tengslum og gögnum: Ísland er ekki aðili að Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins (EUDA), sem takmarkar aðgengi að gögnum og alþjóðlegum leiðbeiningum sem gætu stuðlað að umbótum. Landið skortir viðmið og utanaðkomandi stuðning til að nútímavæða skaðaminnkunarstefnu sína.

Brotalimir í heilsugæslu og heilbrigðisþjónustu fanga: Engin skimun fyrir vímuefnavanda fer fram í heilsugæslu og fangelsi sinna hvorki áfallameðferð né veita fullnægjandi fráhrarfsmeðferð, þrátt fyrir að 80% fanga glími við vímuefnavanda.

Of mikil áhersla á bindindi: Sterk áhersla á bindindisnálgun, frekar en skaðaminnkun, sérstaklega í fangelsiskerfinu hindrar áhrifaríkari inngrip.

10. Eftirspurn og umfang

AAAQ ramminn (framboð, aðgengi, ásættanleiki, gæði) sem þróaður var af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) veitir þann hugmyndafræðilega ramma sem mest er viðurkenndur og notaður til að meta meðferðarkerfi og hvort þau samræmast alþjóðlegum stöðlum:

- Framboð og aðgengi (Availability and Accessibility): Meðferðarþjónusta þarf að vera til staðar á sjálfbæran hátt, staðsett á aðgengilegum stöðum og aðgengileg öllum hópum samfélagsins.
- Viðráðanleiki (Affordability): Þjónustan ætti að vera á viðráðanlegu verði fyrir þá sem þurfa á henni að halda, óháð efnahagslegri stöðu þeirra og æskilegt er að hún sé veitt án endurgjalds.
- Ásættanleiki (Acceptability): Meðferðarkerfið þarf að bjóða upp á fjölbreyttar nálganir til að mæta mismunandi þörfum og bakgrunni einstaklinga.
- Gæði (Quality): Meðferðarúrræði verða að byggja á vísindalegum gögnum, faglegum stöðlum og krefjast samhæfingar milli heilbrigðis-, félags- og samfélagsþjónustu til að veita heildstæða þjónustu.

AAAQ ramminn er einnig notaður sem viðmið af Evrópuráðinu og Mannréttindadómstóli Evrópu til að meta hvort heilbrigðisþjónusta samræmist mannréttindum. Sjá nánar í kafla 17.3

Byggt á upplýsingum sem lágu fyrir þessa úttekt má setja fram eftirfarandi athugasemdir um stöðu vímuefna meðferðar á Íslandi hvað varðar framboð, aðgengi og fullnægjandi þjónustu.

10.1 Framboð

Á Íslandi er í boði fjölbreytt þjónusta fyrir fólk með vímuefnaröskun, m.a. göngudeildarþjónusta og innlagnarmeðferðir jafnt innan opinbera heilbrigðiskerfisins og hjá einkareknum stofnunum og sjálfseignarstofnunum. Fyrirkomulag meðferða felur yfirleitt í sér sambland af mismunandi inngripum, bæði í innlögn og á göngudeild, þar á meðal: afeitrunarmeðferð (Detoxification), 12-spora nálgun, lyfjameðferð við ópíóíðafíkn (t.d. methadón eða búprenorfín) og ráðgjöf og hugræna atferlismeðferð (HAM). Sjálfshjálpar- og stuðningshópar eins og AA (Alcoholics Anonymous) og NA (Narcotics Anonymous) eru einnig víða aðgengilegir á Íslandi og eru hluti af stuðningskerfi fyrir einstaklinga með vímuefnvanda. Þjónustuveitendur gera þjónustusamninga við Sjúkratryggingar Íslands fyrir ákveðinn fjölda meðferðarpláss, sem byggir á fyrri eftirspurn eftir meðferð. Þar sem kerfisbundin gagnasöfnun um vímuefnanotkun og þróun hennar á landsvísi er takmörkuð, eru þessar sögulegu upplýsingar einu gögnin sem notuð eru til að spá fyrir um framtíðarþörf fyrir meðferðarúrræði.

Þetta hefur leitt til þess að eftirspurn eftir þjónustu hefur reglulega farið fram úr fjölda tiltækra meðferðarpláss á undanförunum árum, sem hefur skapað biðlista og

aukið álag á starfsfólk og innviði heilbrigðisþjónustunnar. Til að spá fyrir um og meta eftirspurn eftir meðferð á fullnægjandi hátt til framtíðar (t.d. fyrir næsta fjárlagaár), verða reiknilíkön m.t.t. fjármögnunar að byggjast á væntanlegri eftirspurn. Áætlunin ætti ekki einungis að byggjast á sögulegum gögnum heldur einnig á eftirfarandi þáttum; faraldsfræðilegum gögnum, hlutfalli þeirra sem ljúka meðferð og tíðni bakslags, mati á afkastagetu og aðföngum þjónustukerfis og spálíkönnum sem taka tillit til ytri þátta eins og stefnubreytinga og lýðfræðilegrar þróunar.

10.2 Aðgengi

Heilbrigðiskerfi Íslands tryggir með hóflegri kostnaðarpátttöku að flest heilbrigðisþjónusta er aðgengileg almenningi, þar með talin meðferð vegna vímuefnavanda. Hins vegar eru ákveðnar takmarkanir til staðar.

Vímuefnameðferðir sérstaklega afeitrun og endurhæfing, eru að fullu greiddar af hinu opinbera sem tryggir aðgengilega þjónustu fyrir alla, óháð tekjum. Hins vegar getur göngudeildarþjónusta, svo sem samtalsmeðferð og ráðgjöf, falið í sér kostnað.

Í ljósi fámennis og landfræðilegrar einangrunar eru flest sérhæfð meðferðarúrræði staðsett á höfuðborgarsvæðinu. Einstaklingum sem búa í dreifbýli eða á afskekktum svæðum getur reynt torvelt að sækja sér meðferð sem krefst innlagnar eða áframhaldandi meðferð.

Þrátt fyrir að Ísland hafi lagt mikla áherslu á forvarnir meðal ungmenna í gegnum samfélagsverkefni eins og íslenska forvarnarmódelið, getur reynt erfiðara að nálgast sérhæfð endurhæfingarúrræði fyrir börn og ungmenni undir 18 ára aldri eða þá sem eru með tvígreiningu (þ.e. geðrænan vanda og vímuefnavanda), í samanburði við almenna þjónustu.

Langir biðlistar eftir meðferð eru viðvarandi vandamál og draga úr getu kerfisins til að veita tímabæra og tafarlausa þjónustu, einkum þegar kemur að inniliggjandi meðferð og endurhæfingu. Þrátt fyrir að afeitrunarþjónusta í bráðum tilfellum sé almennt aðgengileg, eru endurhæfingarúrræði oft með biðlista vegna takmarkaðrar afkastagetu. Nánast allir viðmælendur í hópi haghafa undirstrika að eftirspurn hafi stöðugt verið meiri en fjöldi meðferðarplássá undanförunum árum, sem hefur leitt til tafa á aðgengi að meðferð. Þetta hefur leitt til mikillar umræðu meðal fagaðila, stjórnmalamanna og í fjölmiðlum. Í [úttekt sem framkvæmd var af embætti landlæknis árið 2020](#) var lögð áhersla á stytta þyrfti biðtíma en engar úrbætur virðast hafa verið innleiddar. Það er fyrst og fremst rakið til þess mikla þunga sem lagður var í að vinna gegn COVID-19 faraldrinum og afleiðingum hans svo minna varð aflögu fyrir meðferðarmálin. Málið hefur þegar verið lagt fram á Alþingi. Í svari heilbrigðisráðherra við fyrirspurn þingmanns um meðferðarúrræði á þinginu 2023–2024 veitti ráðherrann eftirfarandi upplýsingar um biðlista á Vogu og meðferðarstöðinni Vík:

Að meðaltali fær Vogur sjúkrahús um 230 beiðnir um innlagnir á mánuði og eru með um 500 til 700 einstaklinga á biðlista hverju sinni. Hins vegar er yfirleitt enginn biðlisti á Vík meðferðarstöðina.

Heilbrigðisráðuneytið vinnur nú að því að stytta biðtíma. Undanfarna mánuði hefur SÁÁ gripið til ráðstafana til að bæta aðgengi að inniliggjandi meðferð með því að stofna göngudeildarúræði fyrir einstaklinga sem ekki þurfa afeitrunarmeðferð. Þessar aðgerðir hafa dregið úr fjölda innlagnarbeiðna á Vog og stýtt biðtíma, þar sem flestir einstaklingar komast nú í meðferð innan 90 daga viðmiðsins sem embætti landlæknis hefur sett.

Forgangsmál ráðuneytisins er að draga úr biðtímum á öllum stigum þjónustu, hvort sem um er að ræða bráða-, forgangs-, innlagnar- eða göngudeildarþjónustu. Nú er unnið að nýjum heildarsamningi milli Sjúkratrygginga Íslands og SÁÁ, sem mun koma í stað fjögurra núverandi samninga. Þessi nýi samningur mun veita SÁÁ meiri sveigjanleika til að forgangsraða verkefnum út frá þörfum notenda og samfélagsins hverju sinni.

10.3 Geta

Nálgun Íslands á meðferð við vímuefnaröskun byggir á gagnreyndum aðferðum, en bæði styrkleikar og veikleikar eru til staðar þegar kemur getu. Meðferðarkerfið byggir á samþættingu afeitrunar, meðferðar og endurhæfingar. Eftirfylgd gegnir einnig lykilhlutverki og er mikilvæg til að draga úr líkum á bakslagi. SÁÁ, sem er stærsta meðferðarstofnun landsins hefur því burði til að veita samþætta þjónustu sem nær yfir allt meðferðarferlið, þar með talið eftirfylgd eftir endurhæfingu og stuðning við félagslega aðlögun. Hins vegar eru aðrir þjónustuveitendur ekki í sömu stöðu til að veita jafn samþætta þjónustu.

Þrátt fyrir að boðið sé upp á fjölbreytta þjónustu á Íslandi er þörf á að bæta samfellu í þjónustu, sérstaklega fyrir ákveðna hópa eins og einstaklinga sem samhliða glíma við geðrænar áskoranir, konur og ungmenni. Kerfið skortir stundum samhæfingu milli læknisfræðilegrar meðferðar, sálfræðilegrar þjónustu og félagslegrar þjónustu, sem leiðir til brotalama í meðferð og heilbrigðisþjónustu. Geta til að veita meðferð vegna langvarandi vímuefnanotkunar veltur oft á framboði stuðnings. Algengi bakslaga eru enn áskorun og vekja upp spurningar um árangur og skilvirkni meðferðarkerfisins í heild.

Þrátt fyrir að heilbrigðiskerfið á Íslandi nálgist vímuefnavanda sem læknisfræðilegt vandamál frekar en siðferðislegan misbrest hefur félagsleg skömm (social stigma) enn áhrif á vilja margra til að leita sér meðferðar. Í smærri samfélögum getur þessi áskorun verið sérstaklega áberandi, þar sem erfitt getur verið að tryggja nafnleynd og trúnað í meðferðarferlinu.

Með hraðri fólksfjölgun og auknum fjölda innflytjenda stendur meðferðarkerfið frammi fyrir áskorunum á borð við að aðlaga sig að fjölbreyttari þörfum mismunandi hópa. Þetta á sérstaklega við þegar kemur að tungumálum og næmi

fyrir menningarlegum þáttum sem hafa áhrif á aðgengi að meðferð og mótun meðferðarhugmynda.

10.4 Gæði

Eins og staðan er í dag skortir heildstæð viðmið og skilgreinda gæðastaðla sem beinast sérstaklega að meðferð við vímuefnavanda á Íslandi. Gæðaáætlun embættis landlæknis miðar að því að koma á kerfisbundnu gæðastjórnunarkerfi í heilbrigðisþjónustu. Hingað til hefur einungis SÁÁ innleitt formlegt innra gæðakerfi og eftirlit með framkvæmd þjónustunnar.

Þrátt fyrir að innleiðingu hafi seinkað vegna COVID-19 heimsfaraldursins er embætti landlæknis áfram skuldbundið til að þróa skilvirkt gæðastjórnunarkerfi. Þetta kerfi mun byggja á því að þjónustuveitendur skilgreini og innleiði eigin gæðastaðla og eftirlit. Hins vegar eru takmörkuð aðföng stór áskorun. Til dæmis eru nú aðeins tveir sérfræðingar sem starfa á gæðadeild embættis landlæknis og bera þeir ábyrgð á eftirliti með 3.000 veitendum heilbrigðisþjónustu og þjónustustofnunum, auk annarra verkefna. Þessi aðfangaskortur undirstrikar þá erfiðleika sem felast í því að koma á öflugu gæðastjórnunarkerfi.

11. Styrkleikar, veikleikar, ógnanir og tækifæri

Upplýsingarnar sem lágu fyrir í þessu stöðumati liggja til grundvallar greiningar á eftirfarandi styrkleikum, tækifærum og ógnunum. Niðurstöðurnar varða meðferðarkerfið í heild sinni en ekki einstaka þjónustuveitendur eða stofnanir sem veita meðferð- og endurhæfingarþjónustu. Markmið stöðumatsins er að framkvæma heildræna greiningu á kerfinu en ekki að meta einstaka hagsmunaaðila.

11.1 Styrkleikar

Fagmennska: Sérfræðingar sem starfa á sviði vímuefnameðferðar sýna mikla fagmennsku, skuldbindingu og hollustu við notendur.

Náið samfélag: Kostir þess að búa í litlu og samhentu samfélagi með sterkum tengslum milli einstaklinga gera óformleg samskipti og skjót viðbrögð möguleg.

Heildræn kostnaðarþátttaka í opinbera heilbrigðiskerfinu: Greiðsluþátttaka í heilbrigðisþjónustu á Íslandi tryggir að vímuefnameðferð er aðgengileg öllum, óháð efnahagslegri stöðu. Meðferð við áfengis- og vímuefnavanda er almennt greidd að fullu.

Forvarnarverkefni og fræðsla: Ísland hefur fjárfest í árangursríkum forvarnarverkefnum, sérstaklega þeim sem beinast að ungmennum, á borð við íslenska forvarnarmódelið sem beinist að vímuefnanotkun unglunga. Slík verkefni hafa verið talin skila árangri og dregið verulega úr vímuefna- og áfengisnotkun meðal ungmenna síðustu áratugi.

11.2 Veikleikar

Skipulag: Óformlegar samskiptaleiðir og fyrirkomulag hafa leitt til þess að takmörkuð formleg kerfi eru til staðar. Breyttar þarfir og lýðfræðileg þróun skapa áskoranir fyrir þetta óformlega kerfi.

Eftirfylgni: Að tryggja samræmda og árangursríka þjónustuveitingu og fylgni við viðmið og staðla er mikilvægt en getur reynst krefjandi, sérstaklega á landsbyggðinni og á afskekktum svæðum.

Takmörkuð geta til að mæta eftirspurn eftir meðferð: Þrátt fyrir að kerfið tryggi aðgengi að grunnþjónustu m.t.t. meðferðar, er fjöldi meðferðarpláss vegna áfengis- og vímuefnavanda takmarkaður, einkum þegar kemur að langtímameðferð eða einstaklingsmiðaðri þjónustu. Þeir sem þurfa á meðferð að halda lenda stundum á biðlistum fyrir inniliggjandi endurhæfingu.

Undirmönnun og álag á þjónustu: Meðferðarkerfi vegna vímuefnavanda á Íslandi glímir stundum við skort á mannauði, sem getur valdið töfum á þjónustu og

ófullnægjandi stuðningi. Þetta á sérstaklega við á landsbyggðinni, þar sem aðgengi að sérhæfðu starfsfólki á sviði meðferðar vegna vímuefnavanda er oft takmarkað.

Ófullnægjandi eftirfylgd og varnir gegn bakslagi: Það eru verulegar brotalamir varðandi langtímaeftirfylgd og úrræði gegn bakslagi. Skortur á samfelldri og einstaklingsmiðaðri eftirfylgd getur aukið hættuna á bakslagi.

Stimplun vegna vímuefnavanda: Þrátt fyrir að vímuefnavandi sé í auknum mæli skilgreindur sem heilbrigðisvandi og lýðheilsuáhrif, er félagsleg stimplun enn til staðar. Að hluta má rekja það til undirliggjandi hugmyndafræði og meðferðaráherslna svo sem 12- spora kerfisins og núverandi meðferðarkerfis (sem leggur áherslu á algjört fráhald, afeitrun og innliggjandi langtímaendurhæfingu). Slík stimplun getur komið í veg fyrir að einstaklingar leiti sér hjálpar eða taki virkan þátt í meðferð.

Menningarlegir þættir: Breytt lýðfræðileg samsetning, svo sem aukning í fjölda íbúa, fjölgun eldri borgara og innflytjenda, krefst aðlögunar í þjónustukerfinu. Þetta felur meðal annars í sér að breyta langvarandi menningarlegum viðhorfum og hegðunarmynstrum, sem getur verið hægfara og flókið ferli.

11.3 Tækifæri

Samræming: Skipulögð og markviss samræming milli ólíkra hagsmunaaðila, þar á meðal ríkisstofnana, félagasamtaka og samfélagsins, stuðlar að skilvirkari nýtingu aðfanga. Án skýrrar samræmingar getur myndast ágreiningur milli hagsmunaaðila.

Mat á gæðum: Með því að skilgreina skýr markmið og framkvæma mat með markvissum hætti, er unnt að meta meðferðarkerfið og þjónustu sem þar er veitt á kerfisbundinn hátt og vinna að umbótum. Slíkt stuðlar bæði að betri árangri fyrir notendur og hagkvæmari nýtingu fjármuna. Reglulegar þjónustukannanir meðal notenda og starfsfólks eru mikilvægur grunnur að stöðugri þróun og umbótum í þjónustunni.

Gagnasöfnun og regluleg upplýsingagjöf:

Stafræn heilbrigðisþjónusta og gervigreind (AI): Framfarir í stafrænum heilbrigðislausnum bjóða upp á aðgengilegri meðferðarform, sérstaklega fyrir fólk á landsbyggðinni. Meðferð og ráðgjöf í gegnum fjarheilbrigðistækni sem og starfrænar bakslagsvarnir geta aukið til muna aðgengi að meðferð án teljandi kostnaðarauka.

Sambætting við geðheilbrigðisþjónustu: Með vaxandi skilningi um tengsl milli geðheilbrigðis og vímuefnavanda, sem og félags- og fjárhagslegrar stöðu og menningarlegs bakgrunns, hefur Ísland tækifæri til að auka sambættingu á milli heilbrigðisþjónustu, félagslegrar þjónustu og þjónustu frjálsra félagasamtaka. Slík sambætting getur dregið úr stimplun og auðveldað endurhæfingu og félagslega aðlögun að nýju.

Alþjóðlegt samstarf: Ávinningur væri í því fyrir Ísland að auka samstarf við alþjóðastofnanir og faghópa, svo sem Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins

(EUDA), rannsóknarstofnanir og önnur lönd í tvíhliða samstarfi, til að þróa og efla meðferð vegna vímuefnavanda. Alþjóðlegt samstarf getur leitt til innleiðingar á nýjustu meðferðarúrræðum, nýrrar aðferðafræði og aukinna gagnreyndra meðferða.

Endurhæfingarþjónusta fyrir sértæka hópa: Það er brýnt að þróa fleiri sértæk úrræði fyrir ákveðna hópa svo sem einstaklinga undir 18 ára, aldraða með vímuefnavanda, jaðarsetta hópa (þar á meðal innflytjendur), LGBTQ+ einstaklinga og þá sem glíma við tvígreiningar (vímuefnavanda og geðrænar áskoranir) með það að markmiði að tryggja að enginn hópur verði skilinn eftir og að allir hafi jafnt aðgengi að viðeigandi meðferð og stuðningi.

Gagnasöfnun og regluleg upplýsingagjöf: Með reglulegri gagnasöfnun og upplýsingagjöf er unnt að bæta árangur og skilvirkni þjónustunnar með því að fá rauntímaupplýsingar um framvindu meðferða, árangur meðferðarúrræða og endurhæfingar. Slík gögn gera þjónustuveitendum kleift að greina þróun, aðlaga inngrip að breyttum aðstæðum og bæta nýtingu aðfanga. Þetta styður einnig við markvissari spár og áætlanagerð og þar með undirbúa betur fyrir framtíðina, hámarka dreifingu mannauðs og beina þjónustu þar sem hennar er mest þörf.

11.4 Ógnanir

Bakslag eftir meðferð: Skortur á öflugum langtímaúþvingi og skipulagi þess efnis eykur hættuna á bakslagi hjá einstaklingum eftir að þeir ljúka meðferð. Án áherslu á markvissa eftirfylgd gæti árangur meðferðarkerfisins á Íslandi dalað með tímanum.

Breytingar og fjölbreyttara mynstur vímuefnanotkunar: Ísland er ekki frekar en önnur lönd undanskilið alþjóðlegum breytingum á vímuefnanotkun, svo sem aukningu í notkun lyfja sem búin eru til á tilraunastofu og ópíóíða. Ef kerfið skortir forspárgetu, áhættumat og viðbragðsgetu við nýjum og óvæntum áskorunum, auk nauðsynlegs sveigjanleika, getur því reynst erfitt að bregðast við þróuninni á skilvirknan hátt.

Efnahagslegur þrýstingur á fjármögnun heilbrigðiskerfisins: Efnahagslæðir og fjárhagslegar takmarkanir geta haft neikvæð áhrif á fjármögnun vímuefna meðferðar. Slíkt gæti leitt til minni fjárveitingar til þjónustu, færri meðferðarúrræða fyrir notendur og jafnvel skertrar starfsemi og afkastagetu meðferðarstofnana.

Áskoranir í meðferð tvígreininga (vímuefnavandi- og geðrænar áskoranir): Skortur er á samþættri þjónustu fyrir einstaklinga sem glíma bæði við vímuefnavanda og geðrænar áskoranir, auk annarra heilsufarslegra vandamála. Án viðeigandi samþættingar getur þjónustan orðið sundurleit og ófullnægjandi, sem hefur neikvæð áhrif á meðferðarárangur og bataferli notenda.

Lýðfræðilegar breytingar: Íslenska þjóðin er að eldast, samhliða hraðri fólksfjölgun og auknum fjölbreytileika vegna innflytjenda. Þessar breytingar geta kallað á aukna þörf fyrir sérhæfða og aðlagaða þjónustu, sem eykur álag á núverandi innviði og meðferðarkerfið í heild.

12. Mannréttindi og skuldbindingar

Alþjóðleg mannréttindaviðmið krefjast þess að ríki tryggji einstaklingum með vímuefnavanda aðgengi að viðeigandi og árangursríkri meðferð.

Mannréttinasáttmáli Evrópu ([MSE](#)) og Mannréttindadómstóll Evrópu ([MDE](#)) kveða á um bindandi skyldur aðildarríkja m.a. varðandi aðgengi að heilbrigðisþjónustu.

Bið eftir heilbrigðisþjónustu getur falið í sér brot á mannréttindum ef hún leiðir til ónauðsynlegrar þjáningar, versnandi heilsu eða hefur óhófleg áhrif á viðkvæma hópa. Samkvæmt [kröfum MSE](#) eiga allir rétt á að njóta eins góðrar heilsu og unnt er að ná. Langur biðtími getur verið hindrun í að sækja nauðsynlega heilbrigðisþjónustu og þar með brotið gegn þessum rétti. Þetta á sérstaklega við um:

- Þegar biðtími er lengri fyrir ákveðna hópa (svo sem vegna kynþáttar, kyns, félagslegrar og efnahagslegrar stöðu eða vegna fötlunar), getur það leitt til mismununar og mannréttindabrot.
- Þegar tafir á meðferð geta leitt til alvarlegs heilsubreysts eða jafnvel dauða, má líta á langan biðtíma sem brot á réttinum til lífs og réttinum til viðeigandi heilbrigðisþjónustu.
- Þegar biðtími hefur neikvæð áhrif á geðheilbrigði einstaklings, svo sem með því að auka kvíða, vanlíðan eða streitu, getur það falið í sér brot á réttinum til geðheilbrigðisþjónustu.

MDE hefur fjallað um málefni sem tengjast biðtíma eftir læknismeðferð í nokkrum dómum samkvæmt 2. gr. og 3. gr. mannréttinasáttmála Evrópu, sbr. 2. og 3. gr. í fylgiskjali við lög nr. 62/1994 um mannréttinasáttmála Evrópu.

- *2. gr. MSE – Réttur til lífs.* Dómstóllinn hefur kveðið upp úrskurð þess efnis að óhóflegur biðtími eftir bráðnauðsynlegri heilbrigðisþjónustu kunni að vera brot á réttinum til lífs. Til dæmis ef einstaklingur verður fyrir alvarlegum afleiðingum vegna tafa á nauðsynlegri læknismeðferð, getur slíkt talist misbrestur ríkisins á að vernda réttinn til lífs.
- *3. gr. MSE – Bann við pyndingum og ómannúðlegri eða vanvirðandi meðferð.* Dómstóllinn hefur einnig skoðað biðtíma í samhengi við 3. gr., sérstaklega þegar tafir leiða til verulegs sársauka eða þjáningar. Leiði biðtíminn til versnandi heilsu eða langvarandi þjáninga, getur dómurinn komist að þeirri niðurstöðu að slíkar aðstæður brjóti í bága við 3. gr. sáttmálans.

Mannréttindadómstóll Evrópu hefur í úrskurðum sínum lagt áherslu á mikilvægi þess að aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé tímanlegt sem hluta af skyldum ríkja samkvæmt MSE. Þótt ákveðinn biðtími sé óhjákvæmilegur í heilbrigðiskerfi, eru óhóflegar tafir sem skerða velferð einstaklinga og brjóta gegn grundvallarréttindum alvarlegt áhyggjuefni. Ef farið er yfir þessi mörk getur það verið mannréttindabrot

og haft í för með sér lagalegar afleiðingar. Slíkar niðurstöður dómstólsins undirstrika mikilvægi þess að ríki tryggi að heilbrigðiskerfi þeirra sé bæði skilvirkt og aðgengilegt. Ákvarðanir MDE leggja áherslu á að stjórnvöld forgangsraði aðgengi að heilbrigðisþjónustu og taki á kerfisbundnum málum sem leiða til langs biðtíma. Þetta felur meðal annars í sér að kom af stað umbótum þar sem þörf krefur, ráðstafa aðföngum á skilvirkan hátt og meta biðtíma reglulega til að tryggja að mannréttindaskyldur séu uppfylltar.

13. Skilgreining viðmiða fyrir meðferð

Eitt mikilvægt skref í að bregðast við skorti á framboði, takmörkuðu aðgengi og breytilegum gæðum er að skilgreina viðmið fyrir meðferð og kerfisbundið gæðaeftirliti. Sem stendur hafa ekki verið settir fram staðlar, leiðbeiningar eða viðmið um gæðamat sem nær sérstaklega til meðferða vegna vímuefnavanda á Íslandi. Í gæðaaætlun embættis landlæknis er gert ráð fyrir innleiðingu gæðavísu í heilbrigðisþjónustu. Enn sem komið er hefur einungis SÁÁ komið á kerfisbundnu innra gæðaeftirliti.

Þó að innleiðingin hafi tafist vegna COVID-19 heimsfaraldursins hefur embættið enn skuldbundið sig til að koma á skilvirku gæðaeftirlitskerfi sem byggir á því að þjónustuveitendur skilgreini eigin gæðastaðla og stýringu. Takmarkað fjármagn og mannauður er hins vegar alvarleg hindrun við að ná þessu markmiði. Þessu til skýringar hefur embættið nú aðeins tvo sérfræðinga sem vinna við gæðaeftirlit og hafa þeir yfirumsjón með gæðauttektum á 3.000 þjónustuveitendum og þjónustustofnunum auk annarra verkefna. Þetta sýnir hvernig skortur á aðföngum kemur í veg fyrir að hægt sé að koma á gæðaeftirlitskerfi.

Við mótun viðmiða fyrir meðferð vegna vímuefnavanda er ráðlegt að byggja á alþjóðlegum stöðlum sem eiga við í íslensku samhengi og geta nýst sem traustur grunnur fyrir stefnumótun. Áfengis- og vímuvarnarstefna Íslands til ársins 2020 vísar sérstaklega til [alþjóðlegra staðla Fíkniefna- og sakamálskrifstofa Sameinuðu þjóðanna \(UNODC\)/Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar \(WHO\) um meðferð við vímuefnaröskun](#). Framangreindir staðlar kveða á um að meðferð skuli vera aðgengileg, siðferðileg, byggð á gagnreyndum aðferðum og sniðin að þörfum hvers einstaklings, með áherslu á samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu. Jafnframt er tekið fram að meðferðarkerfi eigi að byggja á skipulagðri þjónustuveitingu, faglegri skipulagningu, stöðugri fjármögnun og samþættingu margvíslegra þjónustumóðela eins og stuðningskerfa í samfélaginu (community-based networks) og úrræða sem styðja við viðvarandi bata. Við veitingu þjónustu skal sérstaklega tekið tillit til meðferðarþarfa mismunandi hópa eins og barnshafandi kvenna, barna, unglinga og einstaklinga sem eru í tengslum við réttarkerfið.

Meðferðarleiðbeiningar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) og Vímuefna- og sakamálskrifstofa Sameinuðu þjóðanna (UNODC) setja fram ramma fyrir heildstætt meðferðarkerfi byggt á eftirfarandi meginreglum:

- Meðferð ætti að vera aðgengileg, siðferðileg, gagnreynd og sniðin að þörfum hvers einstaklings, með áherslu á samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu.
- Skilvirk meðferðarkerfi krefjast skipulagðrar þjónustuveitingar, skipulagningar, fjármögnunar og samþættingar ýmissa þjónustumóðela eins

og stuðningskerfa í samfélaginu (community-based networks) og úrræða sem styðja við viðvarandi bata.

- Sérstakar meðferðarþarfir fyrir hópa eins og barnshafandi konur, börn, unglinga og þá sem eru í tengslum við refsiréttarkerfið.

Þetta krefst endurmats á biðtíma. Tilmæli Evrópuráðsins [nr. R \(99\) 21](#) um viðmið fyrir umsjón og stýringu biðlista og biðtíma í heilbrigðisþjónustu veita frekari leiðbeiningar og taka á eftirfarandi þáttum:

Jafnt aðgengi:

- Meginregla: Aðgengi að heilbrigðisþjónustu ætti að byggjast á þörf, ekki greiðslugetu.
- Lagarammi: Samræmist Evrópska félagsmálasáttmálanum, mannréttindasáttmála Evrópu og sáttmála um líflæknisfræði.
- Jafnræði: Tryggir að engin mismunun er gerð á grundvelli kynþáttar, kyns, trúarbragða eða félagslegrar eða efnahagslegrar stöðu.

Umsjón og stýring biðlista:

- Aðferðir: Aðildarríki ættu að þróa heildstæðar og markvissar aðferðir til að stýra biðlistum og biðtíma.
- Skilvirkni: Miðar að því að bæta skilvirkni heilbrigðiskerfa.
- Eftirlit: Reglulegt eftirlit og mat á biðlistum er nauðsynlegt.

Gegnsæi og kröfur:

- Inntökuskilyrði: Nauðsynlegt er að hafa gagnsæ og skýr viðmið um inntöku og forgangsröðun.
- Klínísk þörf: Ákvarðanir ættu að byggjast á klínískri þörf frekar en félagslegri eða efnahagslegri stöðu.
- Stöðlun: Innleiða skal staðlaðar gagnasöfnunaraðferðir.

Upplýsingar fyrir þjónustugega:

- Samskipti: Notendur þjónustunnar ættu að vera upplýstir um biðtíma og inntökudagsetningar.
- Stuðningur: Veita skal einstaklingsmiðaðar upplýsingar og stuðning til þjónustugega.
- Aðgangur að upplýsingum: Tryggja að einstaklingar hafi aðgang að upplýsingum um stöðu sína á biðlistum og fái reglulega uppfærslur.

Addiction Severity Index (ASI) getur verið dýrmætt verkfæri til að forgangsræða og stýra biðlistum með kerfisbundnum hætti.

14. Gæðatrygging

Í heilbrigðisstefnu fyrir íslenska heilbrigðiskerfið til ársins 2030 kemur fram að meðferðaraðilar eigi að hafa gæðavísa og gæðamælingar sem sýna fram á árangur meðferðar. Til að tryggja gæðastaðla ætti að setja gæðaviðmið, árangursvísa og mælanleg markmið í samvinnu við heilbrigðisstarfsfólk, en að auki skilgreina með hvaða aðferðum þeim verði náð. Fjármögnun ætti að vera háð því að þessir kjarnagæðavísar náist og þar með sýnt fram á að þjónustan sé í samræmi við skilgreindu viðmið og staðla. Úthlutun fjármuna mun þar með endurspegla þessi skilgreindu viðmið og árangur þjónustu gerður gagnsær.

Þessu til viðbótar má nefna að í áfengis- og vímuvarnarstefnu til ársins 2020 er kveðið á um að inngrip skuli byggjast á gagnreyndri þekkingu og að aðgerðaráætlunum sé fylgt eftir árlega og nái til starfsemi ríkis og sveitarfélaga, heilbrigðisþjónustu, félagsþjónustu, menntakerfis, félagasamtaka, löggæslu og tollyfirvalda. Enn fremur er vísað til tilmæla Evrópuráðsins [nr. R \(97\) 17](#) um þróun og gæða- og umbótakerfa í heilbrigðisþjónustu, sem krefst þess að stefna um stýringu biðtíma skuli byggjast á gagnsæjum viðmiðum og leggja áherslu á:

- Leiðbeiningar um starfshætti: Þróa skal klínískar leiðbeiningar á markvissan hátt, dreifa þeim á áhrifaríkan hátt og fylgjast með áhrifum þeirra til stuðnings við klíníska ákvarðanatöku.
- Tæknimat: Beita skal gagnreyndri læknisfræði og tæknimati til að stuðla að auknum gæðum heilbrigðisþjónustunnar.
- Gæðavísar: Heilbrigðisupplýsingakerfi ættu að nota viðeigandi gæðavísa til að veita tímanlega endurgjöf og áreiðanlegan gagnasamanburð.
- Sjónarhorn notenda: Þörfum, forgangsröðun og reynslu ætti að safna á virkan hátt og taka mið af í þjónustunni.
- Stjórnun breytinga: Árangursríkar aðferðir ættu að vera til staðar til að stýra nauðsynlegum breytingum á skipulegan og gagnsæjan hátt, með þátttöku hagsmunaaðila.

Þessar stefnumótunarheimildir setja upphafspunkt við skilgreiningu á gæðastöðlum og gæðamati í heilbrigðisþjónustu.

15. Viðmið

Hægt er að þróa viðmið á grundvelli stefnu, reglugerðarákvæða, faglegra staðla og leiðbeininga. Þróun slíkra viðmiða ætti að fela í sér samþætta þróun leiðbeininga og staðla á landsvísu. Í upphafi umræðna er lagt til að hlutaðeigandi hagsmunaaðilar styðjist við grunnreglur sem koma fram í UNODC/WHO International Standard for the Treatment of Drug Use Disorder:

1. *Yfirgripsmikið mat:* Framkvæma ítarlegt mat til að skilja þarfir einstaklingsins, þar með talið líkamlega-, sálræna- og félagslega þætti.
2. *Einstaklingsmiðaðar meðferðaráætlanir:* Krefjast einstaklingsmiðaðra meðferðaráætlana sem taka mið af einstökum aðstæðum og þörfum hvers og eins.
3. *Gagnreynd inngríp:* Beita meðferðum sem byggja á vísindalegri þekkingu, svo sem hugrænni atferlismeðferð, lyfjameðferð við óþjálfaðni og skilyrtri styrkingu.
4. *Samþætt þjónusta:* Tryggja samhæfða þjónustu á milli mismunandi þjónustuveitenda, þar með talið heilbrigðis-, félags- og refsiréttarkerfa, til að veita heilðræna heilbrigðisþjónustu.
5. *Samfella í þjónustu:* Veita áframhaldandi stuðning og eftirfylgni til að viðhalda bata og koma í veg fyrir bakslag.
6. *Sérhæfð meðferð:* Þjóða upp á sérhæfð meðferðarúræði fyrir tiltekna hópa, svo sem barnshafandi konur, unglunga og einstaklinga innan refsiréttarkerfisins.
7. *Fjölskylduþátttaka:* Stuðla að þátttöku fjölskyldumeðlima í meðferðarferlinu til að veita aukinn stuðning og bæta árangur.

16. Kostnaðar- og ábatagreining

Fjárhagslegar skorður, hröð þróun og sveiflur í efnahagskerfinu kalla á reglubundna kostnaðar- og ábatagreiningu. Hlutfall kostnaðar og ávinnings af mismunandi lyfjameðferð getur verið breytileg, sjá kafla 17.4. Rannsóknir sýna ítrekað að heildarávinningur af meðferð er meiri en fjárhagslegur kostnaður.

Þessi hlutföll undirstrika almennt efnahagslegt gildi þess að fjárfesta í meðferð við vímuefnavanda, þar sem hún getur dregið úr kostnaði tengdum heilbrigðisþjónustu, afbrotum og tapaðri framleiðni.

Kostnaðar- og ábatahlutfall meðferðar við vímuefnavanda er breytilegt eftir tegund úrræða, en [rannsóknir](#) styðja endurtekið þá ályktun að fjárfesting í slíkri meðferð skili verulegum samfélagslegum ávinningi, m.a. í formi minni heilbrigðiskostnaðar, lægri kostnaðar við réttarkerfi og aukinnar efnahagslegrar framleiðni. Rannsóknir sýna að inngrip eins og lyfjameðferð við óþjófávikun (medication assisted treatment), innliggjandi endurhæfing, hugræn atferlismeðferð og skilyrt styrking skili arðsemi upp á 4 til 7 evru fyrir hverja 1 evru sem fjárfest er. Það gerir meðferð við vímuefnavanda ekki einungis að mikilvægu inngripi í heilbrigðisþjónustu heldur einnig traustri efnahagslegri ákvörðun.

16.1 Framkvæmd kostnaðar- og ábatagreiningar

Til að framkvæma nákvæmt mat á kostnaði og ávinningi þarf að staðla þær aðferðir sem notaðar eru við kostnaðar- og ábatagreiningu, þannig að tryggt sé samræmi og samanburð milli rannsókna þvert á þjónustu og áætlanir. Náttúrulegur ferill meðferðar vegna vímuefnavanda getur verið langur og krafist endurtekinnna inngripa, sem eykur bæði erfiðleikastig og kostnað við greininguna. Að framkvæma kostnaðar- og ábatagreiningu á meðferðarúrræðum vegna vímuefnavanda er því nauðsynlegt en krefjandi verkefni innan heilbrigðisþjónustunnar. Vímuefnameðferð getur verið afar breytileg með tilliti til nálgunar, kostnaðar og skilvirkni, sem undirstrikar mikilvægi kerfisbundins mats á ólíkri meðferðarnálgun. Markmiðið með slíku mati er að ákvarða heildarkostnað við meðferð (t.d. fyrir hvern meðferðardag) og ávinning fyrir einstaklinga og samfélagið (t.d. í formi minni heilbrigðiskostnaðar, atvinnuleysis, löggæslukostnaðar). Í kostnaðar- ábatagreiningu er skilvirkni gefin upp sem kostnaður á hverja útkomueiningu. Í mati á kostnaði og gagnsemi (cost-utility analysis) er ávinningur metinn í árum og lífsgæðum miðað við kostnað.

Fjallað er um kostnaðarmat og hagrænt mat í sérstökum kafla í bókinni [Kostnaðarmat sem gefin er út af Alþjóðaheilbrigðismálastofnunina \(WHO\) / Fíkniefna- og sakamálskrifstofu Sameinuðu þjóðanna \(UNDOC\) / Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins \(EUDA\)](#). Á praktískara stigi við að beita kostnaðar- og ábatagreiningu, leggur EUDA til að [verkfæri við kostnaðargreiningu vímuefnameðferða](#) (Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program - DATCAP) sé

notað. Það mat er gagnasöfnunartæki og viðtalsrammi sem hannaður hefur verið og nýttist fyrir alls konar þjónustuveitendur.

Við mat á meðferðarnálgun vegna vímuefnavanda þarf að hafa í huga nokkra lykilkætti sem varða kostnað. Beinn kostnaður felur í sér meðferðarkostnað eins og legu- eða göngudeildarþjónustu, lyfjameðferð, ráðgjöf og aðra stuðningsþjónustu, þar á meðal búsetuúrræði eða starfsendurhæfingu (vocational assistance). Óbeinn kostnaður beinist að víðtækari efnahagslegum áhrifum, svo sem tapaðri framleiðni vegna vímuefnavanda eða kostnaði sem tengist refsivörslukerfinu. Þá þarf einnig að taka tillit til breytilegs kostnaðar (opportunity cost), þ.e. aðfanga sem notuð eru til vímuefna meðferðar sem annars væri hægt að nýta á öðrum stöðum í heilbrigðiskerfinu.

Við mat á ávinningi verður heilbrigðisstarfsfólk að horfa til ýmissa heilsufarslegra afleiðinga. Þar má nefna bætt lífsgæði og lækkun dánartíðni, sem oft eru mæld með mælikvörðum á borð við Quality-Adjusted Life Years (QALYs) eða Disability-Adjusted Life Years (DALYs). Einnig er efnahagslegur ávinningur, svo sem vegna lægri útgjalda til heilbrigðismála, færri bráðatilvika eða sjúkrahúsinnlagna og aukinnar framleiðni vinnuafis þegar einstaklingar ná bata og verða aftur virkir þátttakendur í samfélaginu. Félagsglegur ávinningur er ekki síður mikilvægur og felst meðal annars í því að draga úr álagi á fjölskyldur, minnka afbrotatíðni og efla félagslegan stöðugleika þegar einstaklingar aðlagast samfélaginu á ný.

Samanburður á mismunandi meðferðarlíkönnum vegna vímuefnavanda eykur flækjustigið enn frekar. Til dæmis innifelur legudeildarmeðferð hnitmiðaða og öflugra þjónustu þar sem kostnaður er mikill í upphafi meðferðar, á meðan göngudeildarmeðferð getur verið hagkvæmari en krefst lengri skuldbindinga. Lyfjameðferð við ópíóíðafíkn sameinar lyfja- og atferlismeðferð og býður því upp á samþætta nálgun og skaðaminnkandi inngrip sem miða að því að lágmarka skaða (t.d. með nálaskiptiþjónustu) án þess að markmiðið sé endilega algjört fráhald frá vímuefnum.

16.2 Áskoranir við framkvæmd kostnaðar- og ábatagreiningar vegna meðferðar við vímuefnavanda

Ein helsta áskorunin við framkvæmd kostnaðar- og ábatagreiningar fyrir vímuefna meðferðir er að meta langtímaávinning með áreiðanlegum hætti. Þó að margar vímuefna meðferðir leiði til betri árangurs með tímanum, birtist ávinningurinn oft mörgum árum síðar sem gerir það erfitt að leggja á hann nákvæmt fjárhagslegt mat. Að auki er mæling á heilsufarsávinningi, eins og QALY eða DALY sérstaklega flókin vegna langvarandi eðlis vímuefnavanda og möguleikum á bakslagi.

Önnur áskorun varðar aðgengi að gögnum og gæði þeirra. Ófullnægjandi eða ósamræmi gagna sem sýna afleiðingar vímuefnavanda, eins og atvinnustöðu, tengsl við réttarkerfið eða langtímaheilsufar, geta valdið því að erfitt er að gera nákvæma

greiningu. Þar sem vímuefnavandi hefur mismunandi áhrif á hópa á margvíslegan hátt, getur verið erfitt að alhæfa um niðurstöðurnar.

Eitt vandasamasta viðfangsefnið við greiningu á ábata meðferðar við fíkn snýr að mati á ytri áhrifum og samfélagslegum ávinningi. Samfélagslegur kostnaður og ávinningur af því að meðhöndla vímuefnavanda nær lengra en til beinna heilsufarslegra áhrifa. Ávinningurinn felur einnig í sér lægri afbrotatíðni, aukid öryggi í samfélaginu og minni tilfinningalegt- og fjárhagslegt álag á fjölskyldur. Það er áskorun að ná utan um þessi óbeinu áhrif innan ramma kostnaðar- og ábatagreiningar, en það er nauðsynlegt til að meta raunverulegt gildi og ávinning meðferðarúrræða við vímuefnavanda.

Að lokum hefur val á tímabili greiningar og afsláttarkröfu (discount rate) veruleg áhrif á niðurstöðurnar. Þar sem bataferli í kjölfar vímuefnavanda er langvarandi er brýnt að velja tímaramma sem endurspeglar raunveruleikann, en slíkt eykur einnig óvissu greiningarinnar. Hvernig framtíðarávinningur og kostnaður eru núvirt með afslætti eykur flækjustigið.

16.3 Einfölduð kostnaðar- og ábatagreining

Í ljósi þess hve umfangsmikil hefðbundin kostnaðar- og ábatagreining getur verið, getur heilbrigðisstarfsfólk nýtt sér einfaldari útgáfu til að meta vímuefna meðferðir. Framangreind nálgun einblínir á lykilverisá sem auðvelt er að mæla og gerir greininguna hagnýtari og viðráðanlegri í framkvæmd.

Einfölduð kostnaðar- og ábatagreining myndi hefjast á sundurliðun grunnkostnaðar, sem tekur til beins kostnaðar vegna meðferðar og áætlaðs óbeins kostnaðar, svo sem vegna tapaðra vinnustunda á meðan á meðferð stendur. Í stað þess að byggja á flóknum langtímaspám um framleiðnitap, geta þjónustuveitendur nýtt sér einföld viðmiðunargildi. Ávinninginn er hægt að áætla út frá grunnmælingum um heilsufarslegan árangur, svo sem QALY (lífsgæðamánuðir aðlagaðir að heilsufari) eða DALY (töpuð heilbrigði ár), með því að styðjast við fyrirliggjandi rannsóknir, með áherslu á meðaltal bata og endurkomutíðni. Þjónustuveitendur geta einnig fylgst með skammtímaávinningi, t.d. með því að greina samdrátt í nýtingu heilbrigðisþjónustu, svo sem fækkun heimsókna á bráðamóttöku eða innlagnir eftir meðferð.

Heilbrigðisstarfsfólk getur einnig skoðað efnahagslegan ávinning til skamms tíma með því að fylgjast með atvinnutengdum mælikvörðum, svo sem endurkomu til vinnu eða bættum stöðugleika í starfi eftir að meðferð lýkur. Þá er hægt að skoða mælikvarða sem tengjast afbrotum með því að skoða tölfræði sem getur t.d. leitt í ljós hvort handtökum fækki eða hvort dragi úr lögfræðikostnaði hjá þeim sem lokið hafa meðferð með góðum árangri. Samfélagsleg áhrif meðferðar við vímuefnavanda geta verið metin með stuttum könnunum eða eigindlegu mati, þar sem fjölskyldur eða samfélög eru spurð um umbætur m.t.t. félagslegrar virkni, öryggis samfélagsins eða almennrar vellíðunar.

Að lokum er hægt að reikna einfaldað hlutfall ábata og kostnaðar með því að bera saman áætlaðan ábata (t.d. lækkun heilbrigðiskostnaðar eða lögfræðikostnaðar) við beinan kostnað meðferðar. Þetta dregur úr þörfinni fyrir flóknar langtímaáætlanir en veitir samt verðmæta innsýn í hlutfallslegt virði ólíkra meðferðarnálgana. Með því að leggja áherslu á lykilmælikvarða og draga úr flækjustigi greiningarinnar býður þessi einfalda nálgun við kostnaðar- og ábatagreiningu veitendum heilbrigðisþjónustu upp á hagnýtt matstæki til að meta hagkvæmni meðferðar við vímuefnavanda án þess að fórna gæðum innsýnarinnar sem fást við greininguna.

16.4 Notendamiðuð nálgun

Í dag er það er almennt viðurkennt að umfang og eðli notendamiðaðrar nálgunar eru meðal lykilþátta þegar kemur að árangri í meðferð og endurhæfingu.

Notendastýrð og notendamiðuð þjónusta eru tvær nálganir sem leggja áherslu á hlutverk notanda í heilbrigðisþjónustu, en þær eru ólíkar hvað varðar umfang stýringar og þátttöku notandans í eigin meðferð.

Í notendastýrðri þjónustu gegnir notandi lykilhlutverki í ákvarðanatöku um eigin meðferð og ber sjálfur ábyrgð á að stýra þjónustuferlinu. Þessi nálgun kemur gjarnan fram í meðhöndlun langvinnra sjúkdóma, þar sem einstaklingurinn öðlast djúpan skilning á eigin ástandi og tekur upplýstar ákvarðanir um meðferð sína og lífsstíl. Heilbrigðisstarfsfólk gegnir í þessu samhengi fremur hlutverki leiðbeinanda eða samstarfsaðila og veitir upplýsingar, verkfæri og stuðning til að gera notendum kleift að stýra eigin meðferð. Ferlið byggist á forgangsröðun, markmiðum og vali notandans sjálfs. Þessi nálgun byggir í ríkum mæli á valdeflingu, sjálfræði og sjálfstjórn notandans og gengur út frá því að hann búi yfir nægri þekkingu og hæfni til að taka ábyrgð á eigin heilsu.

Notendamiðuð þjónusta leggur áherslu á að veita meðferð sem sýnir einstaklingum virðingu og bregst við óskum, þörfum og gildum hans. Markmiðið er að tryggja að gildi og forgangsröðun notanda þjónustunnar stýri öllum klínískum ákvörðunum. Þótt heilbrigðisstarfsfólk gegni enn leiðandi hlutverki hvað varðar tæknilega og faglega þætti meðferðar, felur notendamiðuð nálgun í sér virka þátttöku notandans í ákvarðanatöku og að þjónustan sé sniðun að óskum hans og aðstæðum. Lögð er rík áhersla á samvinnu og samskipti milli notanda og þjónustuveitanda. Einnig einkennist þessi nálgun af heildrænu sjónarhorni þar sem litið er til líkamlegra, tilfinningalegra, félagslegra og sálrænna þarfa, frekar en að einblína bara á sjúkdóminn eða ástandið.

Í stuttu máli tryggir notendamiðuð þjónusta að óskir og þarfir notanda þjónustunnar séu í forgrunni meðferðarferilsins, þar sem heilbrigðisstarfsfólk leiðir faglega þætti meðferðar en tekur notandann með í ákvarðanatöku. Notendastýrð þjónusta leggur aftur á móti áherslu á sjálfræði og sjálfstjórn, en notendamiðuð þjónusta beinist að samvinnu og virðingu fyrir þörfum og gildum notandans.

Þegar þróuð er notendamiðuð meðferð eða þjónusta þarf að taka mið af markmiðum stefnu í áfengis- og vímuefnum og þeirri batamiðuðu

hugmyndafræði sem hún byggir á, ásamt því að horfa til sjónarmiða notenda sem ætti að afla reglulega með könnunum. Í kafla 17.5 má finna dæmi um batamiðaða hugmyndafræði og þar er að finna dæmi um batahugmyndafræði (recovery) og meginþætti bata.

16.5 Þörf fyrir þjálfun í samvinnu

Nauðsynlegt er að þjálfar fagfólk frá mismunandi stofnunum og með ólíkan bakgrunn í færni og hæfni sem lýtur að samvinnu og samhæfingu.

Reynslan sýnir að það eitt að leiða saman fagfólk frá mismunandi stofnunum í þverfaglegan hagsmunahóp, með umboð til samvinnu og samstarfs í átt að sameiginlegu markmiði, tryggir ekki árangur. Það að stofna slíka hópa og skilgreina hlutverk og ábyrgð er vissulega mikilvægt skref, en það dugar ekki eitt og sér til að tryggja að allir hafi þá hæfni sem þarf til að vinna saman á skilvirkan hátt. Án viðeigandi þjálfunar í samvinnu er hætt við að slík teymi standi frammi fyrir erfiðleikum, ágreiningi og óskilvirkni sem dregur úr heildarárangri þeirra.

Ein meginástæða fyrir þessu er fjölbreytileiki fagstétta innan þessara hópa. Heilbrigðisstarfsfólk, félagsráðgjafar, lögregla og stefnumótandi aðilar nálgast áskoranir oft á ólíkan hátt. Forgangsröðun stofnana, ákvarðanatökufæri og samskiptastíll er mismunandi eftir fagsviðum. Þetta getur leitt til misskilnings, ósamræmdra væntinga og jafnvel spennu innan hópsins. Þjálfun í samvinnu er því lykilatriði til að brúa þetta bil og stuðla að gagnkvæmri virðingu og skilningi á hlutverki hvers hagsmunaaðila. Slík þjálfun gerir fagfólki kleift að samþætta ólíkar nálganir sínar í sameiginlegu og samræmdu átaki. Með því er tryggt að hópurinn starfi sem samhent teymi frekar en sem einstakir aðilar með ólíkan bakgrunn.

Önnur áskorun felst í því að hagsmunaaðilar koma oft að borðinu með ólíka hagsmuni og væntingar. Til dæmis kann heilbrigðisstarfsfólk að leggja áherslu á einstaklingsmiðaðri þjónustu og velferð notandans á meðan fulltrúar lögreglu einbeita sér að almannaöryggi. Þessar ólíku áherslur geta leitt hópinn í mismunandi áttir og torveldað samstöðu um sameiginleg markmið. Þjálfun í samvinnu gegnir lykilhlutverki í að samræma þessi ólíku sjónarmið til að finna sameiginlegan grundvöll og vinna að sameiginlegum markmiðum. Þjálfunin veitir jafnframt þau verkfæri sem þarf til að taka tilliti til og semja um forgangsröðun málefna á þann hátt sem styrkir, frekar en veikir samstarfið og heildarárangur hópsins.

Árangursrík samskipti er annar þáttur þar sem þjálfun í samvinnu skiptir sköpum. Fagfólk í þverfaglegum teyimum er vant mismunandi orðræðu, sértækum hugtökum og ólíkum aðferðum við miðlun upplýsinga. Slíkar samskiptahindranir geta leitt til misskilnings, glataðra tækifæra og tvíverknaðar, sem dregur úr skilvirkni teymisins. Með því að veita teyminu þjálfun í samskiptum er stuðlað að skilvirkri upplýsingamiðlun og tryggt að allir hafi sama skilning á verkefnum og markmiðum.

Sameiginleg ákvarðanatöku reynist oft á tíðum áskorun fyrir teymi sem ekki hafa fengið viðeigandi þjálfun. Fjölbreytt sjónarmið innan þverfaglegra teyma geta gert það að verkum að erfitt er að ná samstöðu eða taka tímanlegar ákvarðanir. Án

Þjálfunar geta ákvarðanatökufæri orðið þunglamaleg eða stjórnast af sjónarhorni einnar stofnunar, sem veldur því að aðrir teymismeðlimir upplifa sig vanmáttuga eða hafa takmörkuð áhrif. Með því að veita þjálfun í teymisvinnu og samstarfi má efla færni teymismeðlima til að taka ákvarðanir á skilvirkan og árangursríkan hátt. Slíkt tryggir að raddir allra heyrist og að ákvarðanir endurspegli sameiginlega sýn og þekkingu teymisins í heild.

Auk samskipta og ákvarðanatöku er mikilvægt að búa yfir færni til að taka á ósætti innan hópsins en slíkt er hægt er að efla með þjálfun. Ágreiningur er óhjákvæmilegur í öllum teymum, sérstaklega þegar meðlimir koma úr ólíkum fagstéttum með mismunandi hagsmuni og forgangsröðun. Óleystur ágreiningur getur tafið framvindu verkefna eða jafnvel leitt til þess að teymið leysist upp. Þjálfun í að leysa úr ágreiningi styður við það að teymismeðlimir geti tekist á við ágreining á uppbyggilegan hátt, viðhaldið jákvæðu vinnuumhverfi og tryggt að ágreiningur sé leystur með þeim hætti að það gagnist teyminu í heild.

Ábyrgð og samhæfing eru einnig mikilvægir þættir sem oft gleymast þegar þverfagleg teymi eru sett saman án viðeigandi þjálfunar. Ef skortur er á skýrum verklagsreglum um ábyrgð getur reynst erfitt að tryggja að allir uppfylli hlutverk sín eða að aðgerðir séu samræmdar með skilvirkum hætti. Þjálfun stuðlar að því að hlutverk og ábyrgð allra sé skýr, auk þess sem hún hjálpar til við að koma á ferlum til að fylgjast með framvindu verkefna og tryggja að allir axli ábyrgð á framlagi sínu. Að lokum þurfa þverfagleg teymi oft að aðlagast breyttum aðstæðum, svo sem stefnumótunarbreytingum eða nýjum áskorunum sem tengjast þróun í áfengis- og vímuefnamálum. Án sveigjanleika til að aðlaga nálgun sína geta teymi orðið óskilvirk með tímanum. Þjálfun kennir teymismeðlimum hvernig á að vinna saman í kviku umhverfi og tryggir að það geti brugðist fljótt við nýjum aðstæðum og viðhaldið virkni teymisins þrátt fyrir utanaðkomandi breytingar.

Að lokum er stofnun þverfaglegs samstarfshóps með skýrt umboð aðeins fyrsta skrefið í átt að árangursríku samstarfi og samhæfingu. Án þjálfunar í lykilmálinni á borð við teymisvinnu, samskiptum, lausn ágreinings og aðlögunarhæfni er líklegt að slík teymi glími við verulegar áskoranir sem takmarka getu þeirra til að ná tilætluðum árangri. Þjálfun er ekki valkvæð viðbót heldur nauðsynleg undirstaða til að byggja upp hæfni og sveigjanleika sem krafist er til að takast á við þær flóknu áskoranir sem fylgja teymisvinnu. Án þjálfunar er virkni teymisins og sjálfbærni til langs tíma veruleg áskorun. Sjá kafla 17.8 m.t.t. þjálfunarnámskeiðs.

17. Viðaukar

17.1 Yfirlit yfir lykilhagsmunaaðila sem rætt var við m.t.t. stöðumatsins

- Heilbrigðisráðuneytið
- Embætti landlæknis
- Mennta- og barnamálaráðuneytið
- Meðferðarheimilið Hlaðgerðarkot
- Meðferðarheimilið Krýsuvík
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda (SÁÁ)
- Landspítali háskólasjúkrahús
- Rýnihópur Alþingis um nýja áfengis- og vímuvarnarstefnu
- Velferðarsvið Reykjavíkurborgar
- Lögreglan á höfuðborgarsvæðinu
- Fangelsismálastofnun
- Fulltrúar eftirfarandi félagasamtaka: Afstaða - félag fanga, Matthildur-samtök um skaðaminnkun, Rauði krossinn á höfuðborgarsvæðinu, Rótin - félagasamtök, Samtök aðstandenda og fíknisjúkra.

17.2 Stöðumat varðandi áfengis- og vímuvarnarstefnu til ársins 2020

Útdráttur úr stefnunni er skáletraður.

Upplýsingar um stöðuna voru veittar af heilbrigðisráðuneytinu.

- *Út frá þessum upplýsingum má álykta að umfang áfengis- og vímuefnatengdra vandamála sé umtalsvert. Því er mikilvægt að efla forvarnir, snemmtæka íhlutun, heilbrigðis- og félagsþjónustu, endurhæfingu og skaðaminnkandi aðgerðir sem varða þann skaða sem notkun veldur notendum, fjölskyldum þeirra og samfélaginu öllu. Þannig má bæta heilsu og draga úr umtalsverðum samfélagskostnaði sem fylgir notkun vímuefna.*
- *Miðað við umfang áfengis- og vímuefnatengdra vandamála er mikilvægt að allt verklag sem tengist heilbrigðisþjónustu sé skilgreint og samræmt. Skilyrði fyrir velgengni eru meðal annars virkt samstarf þjónustuveitenda og skýr hlutverkaskipting. Því er lagt til að heilbrigðisráðuneytið skipi starfshóp með fulltrúum frá helstu hagsmunaaðilum í málaflokknum; frá heilbrigðisráðuneyti, Landspítala, SAK, SÁÁ, Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu, Sjúkratryggingum Íslands, félagsþjónustu og hugsanlega fleiri aðilum.*
 - Starfshópur hefur ekki verið skipaður enn sem komið er.

- *Lagt er til að Ísland safni viðeigandi gögnum með aðferð Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins (EUDA), eftirspurn eftir meðferð mælingu (Treatment Demand Indicator [TDI]) eða sambærilegu viðmiðum til að meta betur hver þjónustubörf er hverju sinni.*
 - Þessu hefur ekki enn verið hrint í framkvæmd. Ísland er ekki aðili að Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins (EUDA, áður EMCDDA) og gagnasöfnun er hvorki kerfisbundin né stöðluð. Þrátt fyrir að Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) og embætti landlæknis (EL) séu bundin samkvæmt lögum um sjúkraskrár og lögum um sjúkratryggingar til að safna gögnum í gagnagrunn um veitta þjónustu og umsamda gæðavísa, hefur SÁÁ einungis nýlega hafið skil á slíkum gögnum til SÍ og EL.
- *Staðla skal notkun greiningarviðtals til að meta á þjónustubörf einstaklinga.*
 - Þetta hefur ekki verið gert.
- *Staðla skal viðmið og verklag við skráningu einstaklinga á miðlægan biðlista eftir þjónustu. Enn fremur þarf aðgengi að þjónustu að vera gott og flækjustigið við að sækja þjónustu ætti ekki að aukast.*
 - Miðlægur biðlisti eftir meðferð vegna vímuefnavanda er ekki fyrir hendi og ekki hafa verið tekin upp viðmið og verklagsreglur um skráningu einstaklinga á biðlista hjá mismunandi þjónustuveitendum.
- *Staða biðlista ásamt gögnum um veitta þjónustu skal tekin út tvisvar á ári.*
 - Ekkert formlegt verklag er til staðar fyrir svona úttekt og óljóst er hvaða stofnun ber ábyrgð á að óska eftir gögnunum frá þjónustuveitendum. Oft er vakin athygli á þessari áskorun m.t.t. gagnaáðgengis í fyrirspurnum til heilbrigðisráðherra á Alþingi. Til að bregðast við þeim óskar ráðuneytið venjulega eftir nauðsynlegum gögnum frá þjónustuveitendum og tekur saman formlegt svar við fyrirspurn sem síðan er lagt fyrir Alþingi.
- *Gæðavísar skulu skilgreindir þannig að unnt sé að meta gæði og árangur meðferðar (sbr. Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019-2030).*
 - Staðlaðir og miðlægir gæðavísar fyrir meðferðir vegna vímuefnavanda hafa ekki enn verið skilgreindir. Hins vegar eru í samningum Sjúkratrygginga Íslands við þjónustuveitendur tilgreindir ákveðnir gæðavísar sem fylgst verður með út samningstímann.
- *Setja skal lágmarksviðmið um biðtíma frá því að einstaklingur óskar eftir meðferð, t.d.:*
 - *Fá samtal á heilsugæslustöð samdægurs*
 - *Viðtal hjá áfengis- og vímuefnaráðgjafa innan 14 daga*

- *Inntaka í viðeigandi meðferð innan 30 daga*
- *Stytttri og önnur viðmið skulu gilda þegar börn eiga í hlut*
 - *Þau hafa ekki verið sett. Lágmarksviðmið um biðtíma gilda fyrir alla heilbrigðisþjónustu, þ.m.t. meðferð vegna vímuefnavanda.*
- *Innleiða skal ASSIST matstækið, eða sambærilegt matstæki, í heilsugæslu og heilbrigðisstofnanir, til að tryggja að einstaklingar sem einungis þurfa samtalsmeðferð og stuðning til að draga úr eða hætta notkun áfengis geti fengið þá þjónustu sem þurfa á að halda og fækka þannig þeim sem þurfa annars konar meðferð.*
 - *Leiðbeiningar um skimun áfengis- og vímuefnavanda í heilsugæslunni hafa verið þróaðar en hafa ekki enn verið innleiddar að fullu í alla heilsugæslu. Sem stendur er það á ábyrgð einstakra heilbrigðisstarfsmanna að ákveða hvort þeir eigi að framkvæma slíkar skimanir eða ekki. Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu vinnur hins vegar í samstarfi við landlæknisembættið að því að útvíkka heilsueflandi þjónustu fyrir aldraða á heilsugæslustöðvum sem mun fela í sér skimun fyrir áfengis- og vímuefnanotkun/misnotkun.*
- *Kaup á heilbrigðisþjónustu m.t.t. áfengis- og vímuefna meðferða skulu byggjast á þjónustulýsingu þar sem fram koma viðmið og staðlar, svo og hvernig tryggja megi gæði og jafnt aðgengi að þjónustu óháð búsetu, félagslegum og efnahagslegum þáttum.*
 - *Gerð voru samningsmarkmið út frá settum viðmiðum og alþjóðlegum stöðlum og er samningsferli yfirstandandi milli Sjúkratryggingar Íslands og SÁÁ um nýjan samningi við SÁÁ um legudeilda-, göngudeilda- og endurhæfingarþjónustu. Samningsmarkmiðin byggja á alþjóðlegum stöðlum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) frá 2020 um meðferð vegna vímuefnaraskana og áætlun um gæðapróun frá 2021. Að auki hóf heilbrigðisráðuneytið úttekt á tiltækri heilbrigðisþjónustu fyrir einstaklinga með vímuefnavanda. Vegna COVID-19 heimsfaraldursins þurftu sérfræðingar ráðuneytisins hins vegar að einbeita sér að brýnni heilbrigðismálum í tæp tvö ár og matinu var ekki lokið. Í kjölfarið var ákveðið að breyta um nálgun og fá óháðan matsaðila, utan Íslands, til að framkvæma matið.*

17.3 Mælikvarðar um framboð, aðgengi og ásættanleika

Hér á eftir eru dæmi um mælikvarða sem hægt er að nota til að meta framboð, aðgengi og viðunandi meðferðartilboð.

Framboð

1. Fjöldi meðferðarstöðva

Mælikvarði: Heildarfjöldi meðferðarstöðva innan tiltekins svæðis.

Rökstuðningur: Mælir getu kerfisins til að veita þjónustu.

2. Legurými og nýtingarhlutfall

Mælikvarði: Fjöldi tiltækra leguplássa og nýtingarhlutfall þeirra.

Rökstuðningur: Gefur til kynna hvort tiltæk aðföng dugi til að mæta eftirspurn.

3. Mismunandi þjónustuframboð

Mælikvarði: Fjölbreytileiki þjónustu sem veitt er (t.d. legudeild, göngudeild, afeitrun, ráðgjöf, lyfjameðferð vegna óþróðafíknar).

Rökstuðningur: Tryggir yfirgripsmikið úrval meðferðarmöguleika sem mætir mismunandi þörfum.

4. Hlutföll starfsmanna/notenda

Mælikvarði: Hlutfall heilbrigðisstarfsfólk (t.d. meðferðaraðila, lækna osfrv.) og notenda.

Rökstuðningur: Tryggir fullnægjandi mönnun til að veita áhrifaríka þjónustu.

Aðgengi

1. Landfræðileg dreifing þjónustu

Mælikvarði: Dreifing meðferðarúrræða og þjónustuveitenda í hlutfalli við íbúafjölda á tilteknu landsvæði.

Rökstuðningur: Tryggir að þjónusta sé í boði þar sem eftirspurn er fyrir hendi og þörf er á meðferð.

2. Biðtími eftir þjónustu

Mælikvarði: Meðalbiðtími frá fyrstu snertingu við þjónustu þar til meðferð hefst.

Rökstuðningur: Styttri biðtími bætir aðgengi og stuðlar að því að þjónusta sé veitt á réttum tíma.

3. Opnunartími þjónustu

Mælikvarði: Framboð á þjónustu utan hefðbundins vinnutíma (t.d. kvöld og helgar).

Rökstuðningur: Aukið aðgengi fyrir einstaklinga sem ekki geta sótt þjónustu á dagvinnutíma.

4. Aðgengi að samgöngum

Mælikvarði: Framboð á samgöngum eða nálægð þjónustu við almenningssamgöngur.

Rökstuðningur: Dregur úr hindrunum að meðferð vegna samgangna.

5. Notkun starfrænnar heilbrigðisþjónustu

Mælikvarði: Framboð á starfrænum meðferðarúrræðum og hlutfall notenda sem nýta þjónustumöguleikann til að fá ráðgjöf og eftirfylgd.

Rökstuðningur: Eykur aðgengi, sérstaklega fyrir einstaklinga í dreifbýli eða þá sem eru með skerta hreyfigetu.

Ásættanleiki

1. Ánægja notenda þjónustunnar

Mælikvarði: Niðurstöður úr þjónustukönnunum m.t.t. upplifunar og ánægju með þjónustu.

Rökstuðningur: Endurspeglar hvernig þjónusta mætir væntingum og þörfum notenda.

2. Menningarnæmi

Mælikvarði: Framboð á þjónustu og starfsfólki sem býr yfir menningarnæmi og tungumálafærni í samræmi við fjölbreyttan notendahóp.

Rökstuðningur: Tryggir að þjónusta sé veitt af virðingu, sé menningarnæm og mæti þörfum vegna mismunandi tungumála.

3. Fordómar og mismunun

Mælikvarði: Tilkynningar um upplifun notenda af fordómum og mismunun.

Rökstuðningur: Mælir inngildingu og virðingu í meðferðarumhverfinu.

4. Þátttaka notenda og dvöl í meðferð

Mælikvarði: Hlutfall þeirra sem taka þátt í meðferð og ljúka henni.

Rökstuðningur: Hátt hlutfall þeirra sem taka þátt í meðferð og ljúka henni gefur vísbendingu um að þjónustan sé ásættanleg og mikils metin af notendum.

5. Ferli kvartana

Mælikvarði: Fjöldi og eðli kvartana frá notendum og hvernig unnið er úr þeim.

Rökstuðningur: Endurspeglar hversu móttækilegt kerfið er fyrir athugasemdum notenda og skuldbindingu þess til stöðugra umbóta.

17.4 Gagnreynd meðferðarúrræði og kostnaðar-ábata greining

Hlutfall kostnaðarábata í meðferðarúrræðum vegna vímuefnavanda vísar til efnahagslegs ávinnings sem fæst með meðferð við vímuefnavanda í samanburði við beinan kostnað af meðferðinni sjálfri. Árangursrík meðferð við vímuefnavanda gagnast ekki einungis einstaklingnum sjálfum, heldur dregur einnig úr kostnaði heilbrigðiskerfisins, útgjöldum réttarkerfisins og tapi á framleiðni. Hér að neðan eru dæmi um hlutfall kostnaðarábata fyrir ýmis meðferðarúrræði vegna vímuefnavanda, byggð á rannsóknum og fyrirbyggjandi gögnum.

Kostnaðartölur byggja á rannsóknum sem framkvæmdar voru í Evrópu og Norður-Ameríku á árunum 2019 til 2022.

Greiningarverkfærið DATCAP (Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program), þróað af Vímuefnamiðstöð Evrópusambandsins (EUDA), er gagnasöfnunartæki hannað fyrir mismunandi þjónustuveitendur til að safna upplýsingum um notkun aðfanga og kostnað einstakra meðferðarúrræða. DATCAP styður bæði sjálfsmat þjónustuveitenda og kostnaðar- og hagkvæmnisgreiningar sem framkvæmdar eru af rannsakendum. Hægt er að sérsníða DATCAP að ólíkum tegundum þjónustu, svo sem geðheilbrigðisþjónustu eða göngudeildarþjónustu vegna vímuefnavanda. Að lokinni gagnasöfnun reiknar DATCAP út ársmeðaltalskostnað fyrir einstaka kostnaðarflokka, fyrir heildarverkefnið og fyrir hvern notanda að meðaltali.

Lýfjameðferð við ópíóíðafíkn (medication assisted treatment [MAT])

Meðferðarúrræði þar sem notuð eru lyf eins og metadón, búprenorfín (Suboxone) eða naltrexón við ópíóíðafíkn.

Kostnaður við lyfjameðferð: Að meðaltali € 4.000 til 6.000 á ári fyrir lyfjameðferð við ópíóíðafíkn á göngudeild (MAT – medication-assisted treatment).

Ávinningur:

- Dregur úr afbrotum sem tengjast ópíóíðavanda.
- Fyrirbyggir dauðsföll vegna ofskömmunar.
- Lækkar kostnað við heilbrigðisþjónustu, sérstaklega bráðþjónustu og sjúkrahúsvist.
- Eykur framleiðni með því að draga úr bakslagi og bæta atvinnuþátttöku.

Hlutfall kostnaðar-ábata: Fyrir hverja € 1 sem varið er í lyfjameðferð við ópíóíðafíkn, benda áætlanir til þess að sparnaður nemi € 4 til 7 í formi lægri heilbrigðiskostnaðar og aukinnar framleiðni.

Hugræn atferlismeðferð (HAM)

Meðferðarúrræði byggð á HAM við áfengis- og vímuefnavanda fela yfirleitt í sér stutt, markviss og skýrt skipulögð meðferðarviðtöl, sem miða að breytingu á hegðun.

Meðferðarkostnaður: Að meðaltali € 1.500 til 3.000 fyrir 12 vikna göngudeildarmeðferð.

Ávinningur:

- Færri komur í heilbrigðiskerfið og fækkun sjúkrahúsinnlagna.
- Færri slys, þar á meðal umferðarslys.
- Aukin framleiðni með bættri frammistöðu á vinnustað og færri fjarvistum vegna veikinda.

Hlutfall kostnaðarábata: Fyrir hverja € 1 sem varið er í HAM við áfengisvanda, sýna rannsóknir að ávinningurinn nemur € 6 til 7, m.a. í formi minni heilbrigðiskostnaðar, lægri lögfræðikostnaðar og aukinnar starfsgetu.

12-spora úrræði (göngudeild)

12-spora úrræði, eins og þau sem eru í boði hjá **AA (Alcoholics Anonymous)** og **NA (Narcotics Anonymous)**, eru annað hvort ókeypis eða krefjast minniháttar greiðslu þar sem þau eru starfrækt af sjálfboðaliðum.

Meðferðarkostnaður: Ókeypis þegar meðferð fer fram utan innliggjandi endurhæfingarúrræða.

Ávinningur:

- Lægri tíðni bakslags.
- Aukinn félagslegur stuðningur, sem er lykilþáttur í langtímabata.
- Minni afbrotatíðni og lægri kostnaður tengdur réttarkerfinu.

Hlutfall kostnaðarábata: Á göngudeildarstigi geta 12-spora úrræði stuðlað að langtímabata og sparað samfélaginu allt að € 5 til 7 fyrir hvern evru sem varið er í stuðningsþjónustu.

Inniliggjandi langtímaendurhæfing (residential care / inpatient rehabilitation)

Inniliggjandi langtímaendurhæfing felur í sér langvarandi dvöl á meðferðarstofnun þar sem veitt er umfangsmikil og samþætt meðferð við vímuefnaröskunum.

Meðferðarkostnaður: € 10.000 til 30.000 á mánuði, eftir úrræði og umfang þjónustu.

Ávinningur:

- Veruleg lækkun tíðni bakslags, sérstaklega vegna alvarlegri vímuefnavanda.
- Minni kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu, einkum vegna bráðaþjónustu og langtíma lækniþjónustur meðferðar.

- Dregur úr afbrotum og eykur langtímaframleiðni.

Hlutfall kostnaðarábata: Fyrir hverja € 1 sem varið er í innliggjandi langtímaendurhæfingu, sýna rannsóknir að samfélagið getur fengið ávinning að verðmæti € 4 til 7 í formi lægri heilbrigðiskostnaðar og samfélagslegs ávinnings, þar á meðal sparnaðar í réttarkerfinu.

Skilyrt styrking (Contingency Management – CM)

Skilyrt styrking felur í sér að umbun (t.d. inneignir, peningaverðlaun) er notuð til að hvetja til vímuefnalausrar hegðunar hjá einstaklingum sem eru í bataferli, sérstaklega eftir notkun örvandi efna eins og amfetamíns eða kókaíns.

Meðferðarkostnaður: Kostnaður við umbun getur numið € 500 til 1.500 yfir 12 vikna tímabil.

Ávinningur:

- Lækkar tíðni bakslags og eykur líkur á áframhaldandi fráhaldi.
- Lækkar kostnað við neyðarheimsóknir og meðferð tengdri vímuefnanotkun.
- Eykur hæfni einstaklinga til að halda atvinnu og leggja sitt af mörkum til efnahagslífsins.

Hlutfall kostnaðar-ábata: Fyrir hverja € 1 sem varið er í skilyrta styrkingu er áætlað að samfélagslegur ávinningur nemi € 3 til 5, aðallega í formi minni heilbrigðiskostnaðar og aukinnar framleiðni

Göngudeildarmeðferðir (Intensive Outpatient Programmes – IOP)

Göngudeildarmeðferðir fela í sér skipulagða og reglubundna meðferð fyrir einstaklinga sem búa heima og geta haldið áfram í vinnu eða námi á meðan á meðferð stendur.

Meðferðarkostnaður: € 3.000 til 10.000 fyrir hefðbundið 8–12 vikna meðferðarúrræði.

Ávinningur:

- Minnkar þörfina fyrir dýrari innlagnarmeðferð.
- Bætir heilsufarslegan árangur með sveigjanlegri, en jafnframt skipulagðri þjónustu.
- Gerir einstaklingum kleift að viðhalda atvinnu og fjölskylduábyrgð.

Hlutfall kostnaðarábata: Fyrir hverja € 1 sem varið er í göngudeildarmeðferð, er áætlað að samfélagið fái ávinning sem nemur € 2 til 5, einkum vegna minni heilbrigðiskostnaðar og betri atvinnuþátttöku.

Meðferðarsamfélag (Therapeutic Communities – TCs)

Meðferðarsamfélag er langtímaúrræði (yfirleitt 6 til 12 mánuðir) sem einblínir á að hegðunarbreytingar, félagslega enduraðlögun og þjálfun í lífsleikni.

Meðferðarkostnaður: € 20.000 til 40.000 á ári.

Ávinningur:

- Veruleg lækkun tíðni bakslags, sérstaklega í tengslum við alvarlegri vímuefnavanda.
- Dregur úr afbrotum og kostnaði vegna fangelsisvistar, þar sem mörg meðferðarsamfélög vinna með einstaklingum sem koma úr afplánun.
- Stuðlar að varanlegri atvinnuþátttöku og félagslegri aðlögun.

Hlutfall kostnaðarábata: Fyrir hverja € 1 sem varið er í meðferðarvístarsamfélag, nemur áætlaður samfélagslegur ávinningur € 4 til 8, aðallega vegna minni útgjalda í réttarkerfinu, lægri heilbrigðiskostnaðar og aukinnar framleiðni.

Stutt inngrip og tilvísun í meðferð (SBIRT – Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment)

SBIRT er hagkvæmt snemmtækt inngrip þar sem heilbrigðisstarfsfólk skimar fyrir áhættusamri vímuefnanotkun, veitir stutt inngrip og ef þörf krefur, vísar í viðeigandi meðferðarúrræði.

Meðferðarkostnaður: Um það bil € 200 til 400 á hvern fund.

Ávinningur:

- Fyrirbyggir þróun alvarlegri vímuefnaraskana.
- Lækkar framtíðarkostnað í heilbrigðiskerfinu með snemmtækri íhlutun.
- Minnkar slyss og meiðsli tengd áfengis- og vímuefnanotkun.

Hlutfall kostnaðarábata: Fyrir hverja € 1 sem varið er í SBIRT, er áætlað að ávinningur nemi € 3 til 4 í formi minni heilbrigðiskostnaðar og aukinnar framleiðni með því að fyrirbyggja vímuefnatengdan vanda til framtíðar.

17.5 Útfærsla batamiðuðrar nálgunar

Skilgreind batamiðuð nálgun í áfengis- og vímuvarnastefnu er grundvallaratriði, þar sem hún veitir skýrleika, samsetningu stefnu um hvernig bregðast eigi við vímuefnanotkun og áhrifum hennar. Hún mótar skýra framtíðarsýn um hvernig vímuefnavandi og bataferli eru skilin og hvernig unnið er með þau, og tryggir að allir hagsmunaaðilar hafi skýrt skilgreind hlutverk og ábyrgð. Þessi skýrleiki stuðlar að samræmdum aðgerðum milli ólíkra geira og stuðlar að samvinnu milli heilbrigðis-, sálrænna-, félags- og réttarlegra eininga. Heildstæð batamiðuð nálgun tryggir samræmda framkvæmd stefnu, dregur úr tilfallandi eða ómarkvissum ákvörðunum og styður við heildrænan bata einstaklinga með því að taka á líkamlegum, tilfinningalegum og félagslegum þörfum þeirra.

Samkomulag um sameiginlegan skilning á bata leggur einnig grunn að siðferðilegum og lagalegum viðmiðum í meðferð og til grundvallar trúnaði og mannréttinda einstaklingsins, og stuðlar þannig að sanngirni og samræmi við lagaramma. Með því að skilgreina ábyrgð hagsmunaaðila styrkir batamiðuð nálgun samræmingu, minnkar árekstra og dregur úr misskilningi og tryggir að inngrip séu sniðin að þörfum mismunandi hópa. Jafnframt skapar það stuðningsríkt umhverfi, sérstaklega á vinnustöðum, þar sem atvinnurekendur eru hvattir til að styðja við félagslega aðlögun einstaklinga í bataferli. Að lokum stuðlar batamiðuð nálgun að markvissari nýtingu aðfanga, þar sem fjármunum, mannauði og tíma er úthlutað á skilvirkan hátt milli heilbrigðisþjónustu, endurhæfingar og samfélagslegs stuðnings, sem skilar betri bataárangri.

Í meðferð vegna vímuefnavanda eru hugtökin „bati“ (recovery), „rénun“ (remission) og „endurhæfing“ (rehabilitation) oft notuð til að lýsa mismunandi stigum eða þáttum í ferlinu sem einstaklingar ganga í gegnum er þeir vinna bug á vímuefnaröskun. Þessi hugtök eru oft notuð til skiptis, en hægt er að útskýra þau með eftirfarandi hætti:

Bati (Recovery):

Bati vísar til sífellds ferlis breytinga þar sem einstaklingar leitast við að bæta líðan sína og lifa innihaldsríku lífi án vímuefna. Hann felur ekki aðeins í sér fráhald frá vímuefnum heldur einnig vinnu með undirliggjandi þætti sem geta hafa stuðlað að þróun vímuefnavandans, svo sem geðrænar áskoranir, áföll eða félagslegar áskoranir. Bata er oft lýst sem ævilöngu ferðalagi sem einkennist af persónulegum vexti, sjálfsvitund og heilbrigðum lífsstíl.

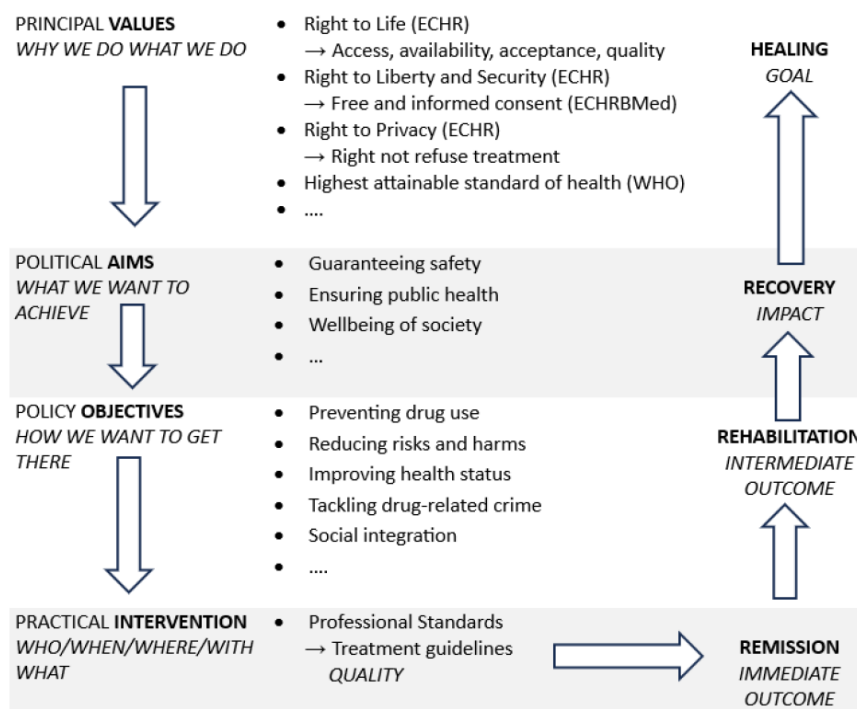
Rénun (Remission):

Rénun vísar yfirleitt til tímabils þar sem verulega hefur dregið úr einkennum vímuefnavanda eða þau jafnvel horfin tímabundið. Hugtakið er algengt í klínísku samhengi og lýsir því ástandi þegar einstaklingur uppfyllir ekki lengur greiningarviðmið fyrir vímuefnaröskun. Rénun getur verið til staðar að einhverju leyti eða öllu leyti. Rénun að einhverju leyti merkir að sum einkenni eru enn til staðar en vægari á meðan rénun að öllu leyti merkir að öll einkenni eru horfin. Mikilvægt er þó að hafa í huga að fullkomin rénun þýðir ekki endilega fullan bata, þar sem hætta á bakslagi er áfram til staðar.

Endurhæfing (Rehabilitation):

Endurhæfing miðar að því að hjálpa einstaklingum að jafna sig eftir áhrif vímuefnanotkunar og endurheimta færni á mismunandi sviðum lífsins – félagslega, starfslega og persónulega. Hún samanstendur oft af skipulagðri ráðgjöf, fræðslu, meðferð og stuðningi sem sniðin er að þörfum hvers og eins. Markmið endurhæfingar er að búa einstaklinga undir að viðhalda fráhaldi, takast á við löngun í vímuefni og byggja upp nýtt líf eftir vímuefnanotkun.

Systematic pathway in development of a recovery paradigm:



Dæmi um skilgreindar batamiðaðar nálganir (recovery paradigms):

Bandaríkin: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) skilgreinir bata sem „ferli breytinga þar sem einstaklingar bæta heilsu sína og vellíðan, lifa sjálfstæðu lífi og leitast við að nýta hæfileika sína til fulls.“

Bretland: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) lýsir bata sem „ferli viðvarandi aðgerða sem tekur á líffræðilegum, sálrænum, félagslegum og andlegum þáttum sem felast í vímuefnavanda.“

Ástralía: Australian National Council on Drugs (ANCD) leggur áherslu á mikilvægi batamiðaðs þjónustukerfis, sem „styður og auðveldar batavegferð einstaklinga og viðurkennir að bati sé djúpt persónuleg reynsla.“

Kanada: Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA) skilgreinir bata sem „ferli breytinga þar sem einstaklingar bæta heilsu sína og vellíðan, lifa sjálfstæðu lífi og leitast við að nýta hæfileika sína til fulls, oft á sama tíma og unnið er að því að vinna bug á áhrifum vímuefnavanda.“

Holland: Trimbos Institute, leiðandi rannsóknarstofnun í Hollandi á sviði rannsókna á geðheilbrigði og vímuefnavanda, skilgreinir bata sem „persónulegt ferli þar sem einstaklingar læra að lifa innihaldsríku umfram þær hindranir sem vímuefnavandi hefur valdið – ferli sem getur falið í sér breytingar á sjálfsmynd, gildum og tengslum.“

Nýja-Sjáland: New Zealand Drug Foundation leggur áherslu á heilðræna nálgun í bata, sem felst í „að vinna ekki aðeins með einkenni vímuefnavanda heldur einnig undirliggjandi orsakir og víðtækari félagslega áhrifaþætti, svo sem húsnæði, atvinnu og samfélagslegan stuðning.“

Svíþjóð: Í Svíþjóð stuðlar Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) að framtíðarsýn um bata sem felst í því „að styrkja einstaklinga til að taka stjórn á eigin lífi, byggja upp merkingarbær tengsl við aðra og leggja jákvætt af mörkum til samfélagsins.“

Þessi dæmi sýna hvernig hugtakið „bati“ er skilgreint og útfært með mismunandi hætti eftir samfélögum, en sameiginleg þemu eru meðal annars valdefling, persónulegur vöxtur, heilðræn velferð og félagsleg þátttaka. Hins vegar er orðalagið og áhersluatriðin breytileg eftir menningarlegu, félagslegu og stefnumótandi samhengi í hverju landi.

17.6 Verkfæri

- Council of Europe criteria on the development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care
- Council of Europe criteria for the management of waiting lists and waiting times in healthcare
- EUDA Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use
- EUDA Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems (EPPIC)
- EUDA Problem drug use indicator (DDU)
- EUDA Rapid Assessment and Response Methods
- EUDA Treatment Demand Indicator (TDI) standard protocol 3.0
- EUDA Treatment Costs Analysis Program (DATCAP)
- EUDA Treatment Perceptions Questionnaire
- European Court of Human Rights (ECtHR) Case law on health
- SAMHSA EBT kit - Evaluating integrated treatment for co-occurring disorders
- Pompidou Group self-assessment on human rights in drug policy (pdf)
- Pompidou Group online tool for self-assessment of drug policy compliance with human rights standards
- Pompidou Group drug risk test for substance users
- UNODC/WHO International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders
- WHO/UNDCP/EMCDDA Workbook Cost Evaluation

17.7 Áætlanir Evrópusambandsins

Iceland, being a member of the European Economic Area (EEA) can engage in and directly benefit in terms of funding from the following EU initiatives related to public health:

EU4Health Programme (2021-2027)

Iceland can benefit from the EU4Health programme, the EU's largest public health initiative, designed to strengthen health systems, promote innovation in healthcare, and improve health outcomes across Europe. The programme provides funding for projects aimed at disease prevention, health promotion, access to healthcare, and crisis preparedness, such as during the COVID-19 pandemic.

Horizon Europe (2021-2027)

This programme supports health research and innovation, providing funding for medical research, development of new health technologies, and addressing major health challenges such as pandemics, chronic diseases, and digital health innovations.

European Social Fund Plus (ESF+)

Although primarily focused on employment and social inclusion, the ESF+ includes components relevant to public health, such as improving access to healthcare and social services, reducing health inequalities, and promoting social inclusion for vulnerable groups. Icelandic organisations working in these areas can participate in relevant projects funded by ESF+.

Digital Europe Programme

This programme aims to promote digital transformation, including in healthcare. Iceland can benefit from initiatives related to health data, digital health services, and digital innovation in the health sector, such as telemedicine, AI in healthcare, and cross-border health data sharing.

European Innovation Council (EIC)

Under Horizon Europe, the EIC supports innovative health startups and small businesses, allowing Icelandic companies or researchers to receive funding for projects that advance healthcare solutions, medical technologies, and treatments.

EU Health Security Framework

Through EEA membership, Iceland can also participate in the EU Health Security Committee, benefiting from initiatives to improve cross-border health crisis preparedness, such as pandemic response coordination, early warning systems, and stockpiling of medical supplies.

Joint Action Programmes on Health

Iceland can take part in Joint Actions, which are initiatives co-funded by the EU and participating countries to tackle specific health challenges. Topics may include rare diseases, vaccination, antimicrobial resistance, and mental health.

17.8 Námskeiðslýsing þjálfunarnámskeiðs

This outline balances theoretical learning, practical exercises, and teambuilding activities to create a holistic approach to enhancing collaboration in drug and alcohol addiction treatment.

Title: Building collaborative competencies for effective substance use disorder treatment services

Training duration: 4 Days (residential)

Target audience: Professionals from various institutions (healthcare providers, social services, law enforcement, NGOs, policymakers) involved in drug and alcohol addiction treatment rehabilitation.

Overall aim: To build and enhance skills for interinstitutional collaboration in delivering effective and coordinated treatment responses to drug and alcohol addiction, while ensuring flexibility, adaptability, and accountability in dynamic sociopolitical environments.

Day 1: Introduction to collaborative addiction treatment frameworks

Morning: Setting the context and foundations

1. Welcome, course objectives, and expectations
Introduction to course structure and aims
Understanding participant expectations
2. Introduction to drug and alcohol addiction treatment landscape
Overview of addiction trends and key challenges
Importance of interagency collaboration in addressing addiction holistically
3. Understanding policy structures and levels
International political and legal instruments (e.g., UN, Council of Europe)
National policies and frameworks
Institutional approaches and organisation of service provision

Afternoon: Policy analysis and stakeholder mapping

1. Force-field analysis in drug policy
Understanding how policies respond to changing trends
Case study analysis: Force-field analysis of a national drug policy
Group exercise: Develop and present forcefield analyses of selected policies.
2. Stakeholder analysis for service delivery
Understanding stakeholders (role, mission, contribution, limitations)
Assessing stakeholders' influence, interests, and involvement
Practical group work: Mapping stakeholders for the national treatment system.

Evening Session: Informal networking

Interactive networking session to build rapport among participants.

Day 2: Operational challenges and cooperation

Morning: Addressing resource constraints

1. Working under resource and capacity constraints
Best practices for resource allocation, quality assurance, and sustainability.
Case study: Resource constrained environments and how services were adapted to ensure access and quality.
Group discussion: Strategies for managing limited resources.
2. Dealing with unintended consequences in service delivery
Identifying and managing unintended and adverse effects emerging in the work (e.g., criminalisation, stigma, displacement of addiction)
Roleplay exercise: Resolving policy induced problems in hypothetical cases.

Afternoon: Building collaborative skills

1. Cooperation, collaboration, cocreation: Frameworks and Practices

Introduction to different models of cooperation and their effectiveness in addiction treatment.

Practical activity: Simulated cocreation session on designing an intervention plan

2. Collaborative Management

Tools and techniques for leading and managing multidisciplinary teams.

Discussion: Leadership styles that foster collaboration.

Evening Reflection: Group debriefing

Participants reflect on key insights and takeaways from the day's activities.

Open floor discussion on real world examples from participants' experiences.

Day 3: Conflict management and communication

Morning: Conflict prevention and resolution

1. Understanding and anticipating conflicts in collaborative settings

Common sources of conflict (resource competition, organizational culture clashes)

Conflict prevention strategies: Building trust, fostering transparency

Group exercise: Conflict resolution roleplays based on real world scenarios.

2. Collaborative Problem Solving and Decision Making

Tools for joint problem solving and decision making

Case study: Resolving conflicts within a collaborative drug treatment project.

Afternoon: Communication strategies for effective collaboration

1. Communication in Formal and Informal Formats

Techniques for effective communication across different stakeholder groups

Managing meetings, reporting, and conveying feedback

Practical exercise: Designing a communication strategy for a collaborative team.

2. Agile and Adaptive Communication in Changing Situations

Handling communication during emergencies or changes in policy or social context

Case study analysis: Communication breakdowns in collaborative responses and lessons learned.

Evening Activity: Team building activity

Day 4: Managing change and ensuring accountability

Morning: Managing change in addiction treatment services

1. Understanding and leading organisational change

Theories of change management in healthcare and social services.

How to ensure service continuity during transitions.

Workshop: Developing change management plans for hypothetical changes (e.g., funding cuts, policy shifts).

2. Ensuring accountability in collaborative projects

Monitoring and evaluation frameworks for joint programs.

Tools for tracking progress and accountability in multiagency projects.

Case study: Reviewing accountability mechanisms in past collaborative projects.

Afternoon: Practical application and wrap up

1. Group Simulation Exercise: Developing a Collaborative Action Plan

Participants will be divided into groups to simulate the design and implementation of a

comprehensive, collaborative drug and alcohol addiction treatment response for a

hypothetical community.

Emphasis on stakeholder engagement, resource management, conflict resolution, and

accountability.

2. Course Conclusion and Certification

Summary of key learnings and takeaways.

Open discussion: Participants share their personal action plans for applying the lessons

learned in their own work environments.

Distribution of certificates.

