

## 5.3 Áfengi og önnur vímuefni — Staðan nú og tillögur að stefnumótun

### 5.3.1 Stærð vandans og forsendur meðferðar

#### 5.3.1.1 Skilgreining á hugtökum

Frá 1. janúar 1997 er 10. útgáfa sjúkdómsgreiningarkerfis Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (ICD 10) notuð á Íslandi. Samkvæmt því er samheitið „geðvirk efni“ notað sem samheiti yfir áfengi og önnur vímuefni. Töluvert ósamræmi ríkir í hugtakanotkun á vímuefnum bæði í íslensku og á öðrum málum. Algengt er að hugtakið vímugjafi sé aðeins notað um ólögleg vímuefni, en samkvæmt nútíma þekkingu eru áfengi og tóbak vímu- eða fíkniefni. Samkvæmt orðabók Menningarsjóðs (1985) er hugtakið vímugjafi notað yfir efni sem veldur vímu (áfengi, hass o.fl.).

Áfengi og tóbak eru fíkniefni, en lögleg

Áfengi og tóbak eru löglegir vímugjafar, en önnur vímuefni eru ólögleg. Með ólöglegum vímuefnum er m.a. átt við efni eins og ópíum, kannabis, kókaín, örvandi efni og ofskynjunarefni. Í þessari skýrslu er stuðst við skilgreininguna „lögleg“ og „ólögleg vímuefni“ og hvatt er til að þessi skilgreining sé notuð í allri opinberri umræðu um fíkniefni. Ofantalin efni eru ýmist kölluð vímu- eða fíkniefni, vímu- eða fíknigjafar.

#### 5.3.1.2 Eitt stærsta heilbrigðisvandamálið

Að mati Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) er áfengisvandamálið eitt mesta heilbrigðisvandamál sem jarðarbúar standa frammi fyrir (sbr. ályktun frá 1979 og síðar). Stofnunin hefur lagt til við aðildarþjóðir að unnið verði markvisst að því að draga úr heildarneyslu áfengis og að mati starfsfólks í heilbrigðisstéttum er áfengisfíkn og misnotkun efst á lista yfir forgangsverkefni í geðheilbrigðismálum.

Í töflu 1 eru sýndar niðurstöður viðhorfskannana WHO sem gerðar voru á starfsfólki í heilbrigðiskerfinu til að ákvarða forgangsröðun verkefna í geðheilbrigðismálum.

Áfengisfíkn er efst á lista yfir forgangsverkefni í geðheilbrigðismálum

**Tafla 1**  
**Könnun WHO á forgangsröðum í geðheilbrigðismálum \***

VIÐMIÐ	Magn	Alvarleiki	Mikilvægi	Viðráðanleiki	Bjargráð	Meðf. kostn.	Opinberar áætlanir	Alls
Áfengisfíkn og misnotkun	3	4	4	2	3	4	2	22
Geðrof (Psychosis)	2	4	5	3	3	3	1	21
Flogaveiki	1	2	3	2	4	4	2	16
Proskafefting	3	2	2	2	2	2	1	14
Hugröskun (Neurotic disorders)	5	1	1	1	2	2	0	12
Fíkn og misnotkun ólöglegra vímuefna	1	2	3	1	1	0	2	10

\* Viðmiðunarskali: Allt annað en meðferðarkostnaður: 0 = ekkert; 5 = hámark. Varðandi meðferðarkostnað:

0 = hámark; 5 = ekkert. Í mörgum löndum, einkum í þróunarlöndum er fengist við sumar taugafræðilegar raskanir (t.d. flogaveiki) í áætlunum um geðheilbrigðismál. Heimild: Public mental health. Guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHO, Genf, 1996. Tafla 2, bls. 33.

Samkvæmt töflu 1 telja þeir sem spurðir voru að mun meiri áherslu eigi að leggja á vandamál tengd áfengisnotkun en vandamál tengd ólöglegum vímuefnum. Annars vegar telja þeir skaðann og stærð áfengisvandans meiri og hins vegar kostnað við að draga úr vandanum minni en þegar um ólögleg vímuefni sé að ræða. Forvarnarstefna í fíkniefnamálum sem ekki leggur aðaláherslu á að draga úr eða koma í veg fyrir notkun algengasta vímuefnisins, **áfengis**, er dæmd til að mistakast (Tómas Helgason, 1998).

### 5.3.1.3 Tíðni áfengis-, tóbaks- og vímuefnafíknar

Tafla 2 sýnir lífsalgengi áfengis- og vímuefnafíknar, áfengis- og vímuefnamisnotkunar og tóbaksfíknar hjá 55-57 ára Íslendingum. Annars vegar eru sýnt algengi þess að einkenni komi fram einhvern tíma á ævinni í þessum hópi og hins vegar algengi þessara einkenna síðastliðinn mánuð.

**Tafla 2****Algengi tóbaksfíknar, áfengis- og vímuefnafíknar og áfengis- og vímuefnamisnotkunar og hjá 55-57 ára Íslendingum (1994)**

VIÐMIÐ	Lífsgengi (%)	Karlar (%)	Konur (%)	Mánaðar- algengi (%)	Karlar (%)	Konur (%)
Tóbaksfíkn	30,4	30,4	30,4	25,1	22,9	27,3
Áfengismisnotkun eða fíkn (alls)	27,5	45,6	8,5	4,7	7,5	1,7
Áfengismisnotkun	7,7	13,1	1,9	0,9	1,1	0,7
Áfengisfíkn	3,7	6,2	1,0	0,7	1,4	0,0
Áfengismisnotkun og fíkn	16,2	26,3	5,6	3,1	5,0	1,0
Misnotkun ólögglegra vímuefna	0,7	0,5	1,0	0,2	0,2	0,2

Heimildir: J. G. Stefánsson, E. Líndal, J. K. Björnsson og Á. Guðmundsdóttir. Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. (1994) 29:119-125; J.G. Stefánsson, E. Líndal, J. K. Björnsson og Á. Guðmundsdóttir. Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland 1931. Acta Psychiatr. Scand. (1991) 84:142-149

Líkur á að 55 ára einstaklingur hafi einhvern tíma á ævinni greinst með áfengismisnotkun eða fíkn (27,5%), mælast hærri hér á landi en í flestum öðrum löndum þegar sömu aðferðum er beitt við mælingar. Aðeins í Kóreu eru líkurnar hærri. Í töflu tvö kemur fram að mörgum sinnum meiri líkur eru á að unglíngur ánetjast áfengi á lífsleiðinni en öðrum vímuefnum (27,5% á móti 0,7%).

Áfengisvandi meiri hér en í flestum öðrum löndum Margfalt meiri líkur eru á að ánetjast áfengi en öðrum vímuefnum
--

**Tafla 3****Tíðni (%) stórdrykkju, áfengismisnotkunar og áfengisfíknar mæld hjá sömu einstaklingum á mismunandi tímum 1974, 1979 og 1984. Alls 1465 þátttakendur á aldrinum 20 til 49 ára árið 1974**

VIÐMIÐ	1974	1979	1984
Stórdrykkja	12,6	9,8	6,8
Áfengismisnotkun	4,1	3,6	2,8
Áfengisfíkn	0,8	1,2	1,2

Heimild: Tómas Helgason. Prevalence and incidence of alcohol abuse in Iceland. Í Cooper B. (ritstj.). Psychiatric epidemiology. Croom Helm, London 1987.

Í töflu 3 kemur fram að tíðni stórdrykkju, áfengismisnotkunar minnkar með hækkandi aldri á tíu ára tímabil, en tíðni áfengisfíknar helst áþekkt á sama tímabili. Samkvæmt töflu 2 og töflu 3 eru tæp fimm prósent Íslendinga áfengismisnotendur eða fíknir á hverjum tíma (1994:  $0,9+0,7+3,1=4,7\%$  og 1974:  $4,1+0,8=4,9\%$ ) og tæp eitt prósent eru fíknir á hverjum tíma (1994: 0,7% og 1974: 0,8%).

Tæp fimm prósent Íslendinga eru áfengisfíklar eða -misnotendur

#### 5.3.1.4 Áfengisneysla Íslendinga

Skráð opinber sala áfengis á Íslandi er með því lægsta sem gerist í Evrópu eða 3,5 lítrar af hreinum vínanda á mann árið 1995. Meðalsala á mann í ríkjum Vestur-Evrópu á sama tíma er 8,12 lítrar (World drinking trends 1996). Aðeins Tyrkir drekka minna en Íslendingar í þessum heimshluta. Íslendingar eru í hópi þeirra þjóða sem drekka minnst áfengi, en þrátt fyrir það eru líkur á áfengismisnotkun og fíkn mjög miklar. Skýringar að baki þessum mótsagnakenndum niðurstöðum eru að einhverju leyti að finna í neyslunum og miklu framboði áfengismeðferðar. Aðgerðir yfirvalda hafa greinilega áhrif. Framan af öldinni dró úr heildarnotkun áfengis og líkum á áfengisröskun, en eftir því sem slakað hefur verið á áfengislöggjöfni hefur áfengisneyslan aukist og líkur á að verða áfengismisnotandi eða -fíkill hafa margfaldast (Tómas Helgason, 1998).

Lítill áfengisneysla er á Íslandi miðað við aðrar Evrópuþjóðir

Tiltölulega lítill áfengisneysla Íslendinga endurspeglar ekki eins og búast mætti við, tíðni áfengissjúkdómsgreininga, fjölda leguplássa, fjölda þeirra sem í meðferð fara eða skaða vegna neyslunnar. Fyrir áratug var framboð á leguplássum fyrir áfengissjúklinga hlutfallslega hvergi meira (145 pláss á 100.000 íbúa) og hvergi fóru eins margir í áfengismeðferð eins og á Íslandi (Hildigunnur Ólafsdóttir, 1988). Á síðastliðnum 10 árum hefur fjöldi leguplássa aukist um 28% eða er nú 186 pláss á 100.000 íbúa skv. töflu 8a og 8b (sbr. kafla 5.3.5.6).

Legupláss fyrir áfengissjúklinga eru hvergi fleiri en á Íslandi

**Unglingar:** Rannsóknir sýna að vímuefnaneysla hefur farið vaxandi meðal íslenskra ungmenna frá árinu 1990 og erum við hér á sama báti og nágrannarþjóðir okkar (Þórólfur Þórlindsson og féll. 1998). Frá árinu 1989-1992 hefur áfengismagn hjá unglungum sem á annað borð drekka, aukist í hvert sinn sem drukkið er, einkum eftir tilkomu bjórsins. Á sama tíma hefur fjöldi þeirra unglunga sem einhvern tíma hafa neytt áfengis haldist svipaður (Ása Guðmundsdóttir, 1994).

Upphafsaldu áfengisneyslu hefur færst neðar. Byrjun áfengisneyslu unglunga árið 1972 var um 14 ára aldur í Reykjavík, en er árið 1995 um 13 ára aldur (Ása Guðmundsdóttir, 1998). Frá árinu 1989 til ársins 1995 hafði unglungum sem prófað höfðu áfengi fjölgað úr 41% í 66% meðal 14 ára unglunga og úr 61% í 77% meðal 15 ára unglunga. (Sigrún Aðalbjarnardóttir og Kristjana Blöndal, 1995).

Upphafsaldu áfengisneyslu hefur færst neðar

Unglingar sem byrja ungir að drekka drekka meira í einu en unglingar sem byrja eldri að neyta áfengis (Þórólfur Þórlindson og Inga Dóra Sigfúsdóttir, 1997). Til áfengismeðferðar kemur yngra fólk en áður (Ársskýrsla SÁÁ, 1996 og 1997).

#### Yngra fólk en áður fer í áfengismeðferð

Í evrópsku skólarannsókninni frá 1995 (ESPAD,1997) voru íslenskir nemendur í tíunda bekk bornir samna við jafnaldra í átján Evrópulöndum. Fram kom að á síðastliðnum 12 mánuðum höfðu ívið færri íslenskir nemendur neytt áfengis en nemendur í öðrum þjóðum að meðaltali (72% á móti 80%). Aftur á móti höfðu fleiri íslenskir nemendur orðið drukknir á þessum sama tíma samanborið við meðaltalstölur annarra Evrópuþjóða (60% á móti 48%).

#### Íslenskir unglingar drekka sjaldnar en erlendir, en meira þegar þeir drekka

Þegar íslenskir unglingar eru bornir saman við vímuefnaneyslu ungs fólks í 23 löndum kemur fram að hlutfall nemenda sem aldrei hefur neytt áfengis er einna hæst á Íslandi. En dæmið snýst við þegar kannað er hlutfall þeirra nemenda sem orðið hafa drukknir (Þórólfur Þórlindsson og fél. 1998). Um 50% íslenskra unglunga segjast hafa orðið mjög drukknir 15 ára eða yngri og er það hlutfall komið upp í 80% þegar þeir eru orðnir 17 ára (Sigrún Aðalbjarnardóttir og fél. 1997).

Tíðni þess að hafa reykt einhvern tíma á ævinni hjá íslenskum unglingum var aðeins lægri en meðaltalstölur annarra þjóða sýna (61% á móti 67%) og einnig voru tölur um tíðni reykinga síðast liðna 30 daga lægri hér á landi. Neysla kannabisefna og annarra ólöglegra vímuefna var sambærileg við það sem annars staðar gerðist (ESPAD,1997). Á árunum 1974 til 1990 dró verulega úr reykingum unglunga á Íslandi, en næstu fjögur árin jukust þær á ný. Árið 1997 reyktu 21% nemenda í 10. bekk daglega, 13% nemenda í 9. bekk og 5% nemenda í 8. bekk (Þórólfur Þórlindsson og fél. 1998).

#### Neysla ólöglegra fíkniefna er sambærileg og hjá öðrum þjóðum Tóbaksreykingar unglunga aukast á Íslandi

### 5.3.1.5 Heilsutjón, dauðsföll og félagsleg vandamál tengd áfengisneyslu

Skaðsemi af völdum áfengisneyslu er bæði á heilsu þess sem efnisins neytir og einnig á nánasta umhverfi hans og félagslegar aðstæður. Í ítarlegri íslenskri yfirlitsgrein eru taldir upp sjúkdómar og skemmdir á taugakerfi vegna vímuefnaneyslu (Jóhannes Bergsveinsson, 1997).

Skorpulifur hefur alla tíð verið mjög sjaldgæf á Íslandi og er hvergi eins fátíð í hinum vestræna heimi. Er það vafalaust að þakka lítilli heildaráfengisneyslu þjóðarinnar. Á árunum 1951-1990 hefur nýjum tilvikum af skorpulifur fækkað hér á landi þrátt fyrir 130% aukningu á neyslu áfengis á sama tímabili, eða úr 2,1 l í 4,9 l af hreinum vínanda á mann 15 ára og eldri. Talið er að þetta sé vegna mikillar áfengismeðferðar á Íslandi (Lúðvíksdóttir, D. og fél.,1997).

#### Algengi skorpulifrar fækkar þrátt fyrir 130% aukningu áfengisneyslu

Eftirfarandi eru breskar hlutfallstölur um hvernig áfengisneysla tengist dauðsföllum, slysum, ofbeldi og skilnuðum (Ashworth, M. og Gerda, C, 1997). Tölur í sviga eru íslenskar tölur (Gylfi Ásmundsson, 1996):

- Um 50% manndrápa
- Um 80% sjálfsvíga
- Um 80% dauðsfalla í eldi
- Um 40% umferðarslysa (Ísl. 15,6%, 1983; 5,2% 1993)\*
- Um 30% banaslysa í umferð (Ísl. 38,9%, 1983; 11,8%, 1993)\*\*
- Um 20 -30% allra innlagna á sjúkrahús
- Um 1 af hverjum 3 ofbeldisverkum á börnum
- Um 1 af hverjum 3 skilnuðum

\*Hlutfallsleg fækkun umferðarslysa, sem tengd eru áfengi verður að skoða með hliðsjón af því að á þessum tíu árum hefur bílafjöldi stóraukist og á sama tíma hefur tíðni ölvunaraksturs skv. skýrslum lögreglu lítið breyst.

\*\*Sveiflur á prósentutölum frá Íslandi fyrir árin 1983 og 1993 stjórnast lílega af því að banaslys eru sem betur fer fátíð og búast má við miklum breytingum í prósentutölum frá ári til árs.

Dauðsföll, slys, ofbeldi og skilnaður
---------------------------------------

Þó tíðni skráðra áfengis- og annarra fíkniefnaafbrotu sé mun minni hér á landi en annars staðar (Forsætisráðuneytið, 1996) má ætla að stór hluti afbrota sé í tengslum við vímuefnanotkun. Í rannsókn ofbeldisáverka á sjúklingum á slysadeild Borgarspítalans kemur fram að um helmingur ofbeldisáverka verður um helgar og stór hluti á veitingahúsi (Björn Zoëga og féll., 1994). Stór hluti kostnaðar vegna réttargæslu og fangelsa er vegna afbrota sem tengja má áfengisneyslu (Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, 1991). Á Íslandi er dánartíðni áfengissjúkra karla 2,24 sinnum hærri en almennt gerist (Alma A. Þórarinnsson, 1979).

Stór hluti afbrota er í tengslum við vímuefnaneyslu
---

### 5.3.1.6 Útgjöld tengd áfengisneyslu

Stór hluti af útgjöldum samfélagsins fer í beinan eða óbeinan kostnað vegna tjóns af völdum áfengisneyslu. Kostnaðar vegna neyslunnar er m.a. vegna framleiðsluskerðingar, heilsutaps, slysa, tjónabóta, glæpa og ýmissa opinberra útgjalda eins og til löggæslu, dómstóla og félagslegrar aðstoðar. Aðeins lítill hluti heildar kostnaðar vegna áfengisneyslu fer til áfengismeðferðar. Ýmsar aðferðir eru notaðar til að meta hlutfall kostnaðar og tekna vegna áfengisneyslu og er slíkt mat oft flókið og erfitt viðfangs (Devlin og féll. 1997).

Hagfræðistofnun Háskóla Íslands gerði árið 1991 greiningu á annars vegar beinum og óbeinum kostnaði vegna vandamála tengdum áfengisneyslu og hins vegar hagnaði af áfengissölu (Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, 1991). Á árinu 1985 reiknast kostnaður samfélagsins af áfengissölu hærri en tekjur. Fram til ársins 1989 var þróunin sú að reiknaðar tekjur jukust verulega og meira en reiknaður kostnaður, þannig að á árinu 1989 voru tekjur af áfengissölu á Íslandi reiknaðar 5,65 milljarðar króna, en kostnaður samfélagsins af áfengissölu og neyslu tæpir 4,9 milljarðar króna. Auðvelt er

að gagnrýna þessa skýrslu, enda benda höfundar hennar á að veigamikla kostnaðar- og tekjuliði vanti. Sambærilegar skýrslur um kostnað og tekjur vegna áfengissölu í Svíþjóð hafa allar sýnt meiri kostnað en hagnað fyrir samfélagið af áfengissölu.

Ef tölur frá danska heilbrigðisráðuneytinu eru staðfærðar til Íslands er álitnið að kostnaður vegna áfengisneyslu hér á landi sé um 6,5 milljarðar króna og 7,3 milljarðar ef bandarískar tölur eru staðfærðar.

Áætlaður kostnaður vegna áfengisneyslu um 6,5 milljarðar króna á ári

Beinn kostnaður ríkisins vegna áfengis- og vímuefnaeðferðar er aðeins lítill hluti af heildarkostnaði vegna áfengisneyslu. Í töflu 4 kemur fram að beinn kostnaður ríkisins vegna áfengismeðferðar árið 1997 var um 587 m.kr. sem er um 9% af heildarkostnaði ef hann er áætlaður um 6,5 milljarðar króna. Samkvæmt bandarískum skýrslum er álitnið að til áfengismeðferðar sé varið um 3,7% af heildarkostnaði vegna áfengisnotkunar og fíknar og til forvarna 0,4% (Center for Addiction and Substance Abuse. Columbia University, 1994).

Kostnaður ríkisins vegna áfengismeðferðar um 587 milljónir króna á ári

#### Tafla 4

#### Beinn kostnaður ríkisins vegna áfengis- og annarar vímuefnaeðferðar árið 1997. Skipt eftir meðferðarstofnunum

Meðferðarstofnun	Kostnaður í milljónum kr.
SÁÁ	209,0
Landspítali	205,5
Víðines	69,5
Hlaðgerðarkot	39,0
Stuðlar	31,0
Krísuvík	14,0
Varpholt	9,5
Ýmiss áfangheimili	6,0
Fjölskyldumiðstöðin	3,5
Alls	587,0

#### 5.3.1.7 8,7% af tekjum ríkisins vegna áfengissölu fara til áfengismeðferðar

Áætlaður brúttó hagnaður af áfengissölu samkvæmt áætlun ÁTVR og fjárlagafrumvarpi fyrir árið 1998 er kr. 6,75 milljarðar:

Áætlað áfengisgjald 1998	4,78	milljarðar kr.
Áætlaður virðisaukaskattur 1998.	1,40	milljarðar kr.
Áætluð smásöluálagning 1998	0,57	milljarðar kr.
	6,75	

Hagnaður af áfengissölu um 6,75 milljarðar króna

Framlag ríkisins til áfengismeðferðar árið 1997 var um 587 m.kr., sem er 8,7% af áætluðum hagnaði af áfengissölu.

8,7% af tekjum ríkisins vegna áfengissölu fara til áfengismeðferðar

### 5.3.2

#### **Stefnuýfirlýsing Evrópudeildar WHO um áfengi**

Eftirfarandi samþykkt var gerð á Evrópuráðstefnu WHO um heilbrigði, þjóðfélag og áfengi, 12.-14. desember, 1995 (WHO, 1995):

##### A) Siðferðislögmál og markmið

Til eflingar evrópsku framkvæmdaáætluninni um áfengismál, hvetur Parísarráðstefnan allar þáttökubjóðir til að móta ítarlega opinbera stefnu um áfengismál og fullgera áætlanir til aðgerða um þá stefnu, sem endurspeglar eftirfarandi siðferðisleg lögmál og markmið. Stefnumörkun og aðgerðir þurfa að taka mið af ólíkum menningarlegum, félagslegum, lagalegum og efnahagslegum aðstæðum hvers þáttökubjóðar. Þessi stefnuýfirlýsing felur ekki í sér lagaleg réttindi.

##### Hvatt til opinberrar stefnumörkunar um áfengismál

1. Allir einstaklingar eiga rétt á fjölskyldu, samfélagi og atvinnulífi sem eru vernduð gegn slysum, ofbeldi og öðrum neikvæðum afleiðingum áfengisneyslu.
2. Frá unga aldri eiga allir einstaklingar rétt á óhlutdrægum, réttmætum upplýsingum og fræðslu um áhrif áfengisneyslu á heilsu, þjóðfélag og fjölskyldu.
3. Öll börn og unglingar eiga rétt á að alast upp við aðstæður sem eru verndaðar frá neikvæðum afleiðingum áfengisneyslu og ef kostur er frá áróðri og kynningu á áfengum drykkjum.
4. Allir þeir einstaklingar sem neyta áfengis, svo að skaði eða hættu hlýst af, svo og fjölskyldur þeirra, eiga rétt á aðgengilegri meðferð og umönnun.
5. Allir einstaklingar sem ekki vilja neyta áfengis, eða geta það ekki heilsu sinnar eða annarra ástæðna vegna, eiga rétt á því að vera án þrýstings um áfengisneyslu og fá stuðning varðandi lífsstíl sinn án áfengis.

##### B) Tíu leiðir til aðgerða um áfengismál

Rannsóknir og vel heppnuð fordæmi þjóða sýna, að marktækur ávinningur getur náðst í Evrópu á sviði heilbrigðis- og efnahagsmála, ef eftirfarandi tíu leiðir eru farnar til eflingar ofantalinna siðferðisreglna og markmiða. Aðgerðir þurfa að taka mið af ólíkum menningarlegum, félagslegum, lagalegum og efnahagslegum aðstæðum hvers þáttökubjóðar.

1. Upplýsa fólk um áhrif áfengisneyslu á heilsu, fjölskyldu og þjóðfélag og einnig um þau árangursríku skref sem hægt er að taka til að varna eða draga úr skaða. Byggja upp víðtæka uppeldisfræðilega áætlun um aðgerðir frá unga aldri.



6. Gera opinberar aðstæður, einkalíf og vinnuumhverfi þannig úr garði, að vernd sé fyrir slysum og ofbeldi og öðrum neikvæðum afleiðingum áfengisneyslu.
7. Koma á og halda til streitu lögum, sem draga úr ölvunarakstri á árangursríkan hátt.
8. Efla heilbrigði með því að stjórna aðgengi, til dæmis ungs fólks, að áfengi og hafa áhrif á verðlagningu áfengra drykkja, til dæmis með skattlagningu.
9. Koma upp ströngu aðhaldi varðandi beinar og óbeinar auglýsingar áfengra drykkja og virða takmörk og bönn sem þegar hafa verið sett af sumum þjóðum. Tryggja að auglýsingar um áfenga drykki höfði ekki sérstaklega til ungs fólks, til dæmis með því að tengja saman áfengi og íþróttir.
10. Tryggja að einstaklingar og fjölskyldur þeirra, sem eru í hættu eða hafa skaðast af neyslu áfengis, hafi aðgang að árangursríkri meðferð og endurhæfingu sem á hefur að skipa þjálfuðu starfsfólki.
11. Auka meðvitund þeirra sem vinna að markaðssetningu og afgreiðslu áfengra drykkja um siðferðilega og lagalega ábyrgð. Tryggja strangt aðhald í öryggismálum við framleiðslu og koma á viðeigandi aðgerðum til að hindra ólöglega framleiðslu og sölu.
12. Efla hæfni í þjóðfélaginu til að fást við áfengismál, með því að þjálfa fagfólk í mismunandi störfum, eins og í heilbrigðis-, félags-, uppeldis- og dómsmálakerfi og styrkja jafnframt þróun og forystu bæjar- og sveitarfélaga.
13. Styðja félagasamtök og sjálfshjálparhópa sem ekki er stýrt af opinberum aðilum, sem hvetja til heilbrigðs lífnis, sérstaklega þau sem hafa að markmiði að fyrirbyggja eða minnka skaða tengdan áfengi.
14. Aðildarþjóðir geri viðtækar áætlanir sem taki mið af þessari stefnuyfirlýsingu Evrópu um áfengi; tiltaki skýr markmið og mælikvarða um árangur; skrái framfarir; og tryggi reglulega endurgerð áætlana út frá árangursmati.

### 5.3.3 Lög, tillögur að lagabreytingum og skýrslur um stefnumótun

#### 5.3.3.1 Núgildandi stofnlög\* sem fjalla um áfengi, tóbak og ólögleg fíkniefni

- Lög um loftferðir, 34/1964
- Lög um meðferð ölvaðra manna og drykkjusjúkra, nr. 39/1964
- Lög um verslun með áfengi og tóbak nr. 63/1969
- Áfengislög, nr. 82/1969
- Lög um ávana og fíkniefni, nr. 65/1974
- Lög um tóbaksvarnir, nr. 74/1984
- Umferðarlög nr. 50/1987
- Tollalög, nr.55/1987
- Lög um fangelsi og fangavist, nr. 48/1988
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga, nr. 40/1991
- Lög um aukatekjur ríkissjóðs, nr. 88/1991
- Lög um vernd barna og ungmenna, nr. 58/992
- Lög um matvæli, nr. 93/1995
- Lög um gjald af áfengi, nr. 96/1995
- Lögræðislög, nr. 71/1997

\* sum hafa sætt breytingum

#### 5.3.3.2 Nýlegar tillögur að lagabreytingum í þessum málaflokki

1. „Frumvarp til laga um áfengisvarnir og aðrar vímuefnavarnir“ frá heilbrigðisráðherra, lagt fyrir 116. löggjafarþing 1991/1992. Frumvarpið átti að koma í stað laga nr. 39/1964 um meðferð ölvaðra manna og drykkjusjúkra, með síðari breytingum og VII. kafla áfengislaga nr 82/1969. Frumvarpið var ekki tekið til umræðu á Alþingi,
15. „Frumvarp til laga um áfengis- og vímuvarnaráð“, lagt fyrir 121. löggjafarþing 1996. Frumvarpið á að koma á stað 26.-29. greinar áfengislaga, nr. 82/969, með áorðnum breytingum. Frumvarpið var lagt aftur fyrir 122. þing 1997/1998 og samþykkt þar.

Þrjú frumvörp um áfengis- og vímuefnamál samþykkt á Alþingi

Bæði þessi frumvörp eru í anda álits Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, sbr. ályktun frá 1979, og síðar, að áfengisvandamálið sé eitt mesta heilbrigðisvandamál sem jarðarbúar standa frammi fyrir. Stofnunin hefur lagt til við aðildarþjóðir að dregið verði úr heildarneyslu áfengis sem nemur fjórðungi fyrir næstu aldamót.

Í fyrra frumvarpinu (A), en ekki því síðara (B) eru ákvæði um annars og þriðja stigs forvarnir eins og: „Meðferð ölvaðra manna og íhlutun félagsmálanefnda“, „Meðferð áfengis- og vímuefnasjúklinga“ og „Meðferðarstöðvar fyrir áfengis- og vímuefnasjúklinga“.

Megin markmið ofantalinna frumvarpa er að efla fyrsta stigs forvarnir með því að stofnað verði áfengis- og vímuvarnaráð sem heyrir undir ráðherra heilbrigðismála og er tilgangurinn með stofnun þess, skv. síðara frumvarpinu: „Að efla og styrkja áfengis- og vímuvarnir sérstaklega

meðal barna og ungmenna og sporna við afleiðingum af neyslu áfengis og annarra vímuefna. Markmiðið ... er að uppræta fíkniefnaneyslu og draga stórlega úr áfengisneyslu. Ráðið skal stuðla að samvinnu og samræmingu milli þeirra sem vinna að áfengis- og vímuvörnum". Verkefni ráðsins eru margþætt og ráðstöfunarfé ráðsins er Forvarnarsjóður, fjárveitingar samkvæmt fjárlögum og frjáls framlög.

Heilbrigðisráðherra skipar átta menn í áfengis- og vímuvarnaráð og jafnmarga til vara til fjögurra ára í senn. Til setu í áfengis- og vímuvarnaráði skal að jafnaði velja einstaklinga sem eru sérfróðir um áfengis- og vímuvarnir. Forsætisráðherra, dómsmálaráðherra, fjármálaráðherra, heilbrigðisráðherra, menntamálaráðherra, utanríkisráðherra og Samband íslenskra sveitarfélaga tilnefna hver sinn fulltrúa. Varamenn skulu tilnefndir með sama hætti. Heilbrigðisráðherra skipar formann og varaformann úr ráðinu.

16. „**Frumvarp til laga um breyting á lögum nr. 96/1995, um gjald af áfengi**". Lagt fyrir 122. löggjafarþing 1997-1998 og samþykkt þar.

17. „**Frumvarp til áfengislaga**". Lagt fyrir 122. löggjafarþing 1997-1998 og samþykkt þar.

### 5.3.3.3 **Helstu opinberar skýrslur varðandi stefnumótun\***

„**Neysla áfengis, tóbaks, fíkniefna og ávanalyfja á Íslandi**" (Fylgirit nr. 3 við heilbrigðisskýrslur 1982, Landlæknisembættið). Samantekt á niðurstöðum kannana á þessu sviði og hvatning til úrbóta og aðgerða. Þessi skýrsla sýnir glöggt að nóg var vitað um þróun mála árið 1982 til að hefja varnaraðgerðir.

„**Skýrsla Áfengismálanefndar ríkisstjórnarinnar**" (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti. Janúar 1987). Nefnd um undirbúning tillagna um opinbera stefnu í áfengismálum. Fjallað er um áfengislög, áfengisvarnir, meðferð og aðra þjónustu.

„**Skýrsla um fíkniefnamál**" (Forsætisráðuneyti. Apríl 1987). Nefndarálit og tillögur framkvæmdanefndar, sem ríkisstjórnin skipaði til þess að samhæfa aðgerðir í baráttunni gegn útbreiðslu og notkun ávana- og fíkniefna. M.a. er fjallað um forvarnir og meðferð.

Í ofantöldum skýrslum eru settar fram ítarlegar tillögur um rannsóknir, samhæfingu ráðuneyta og átak gegn neyslu og útbreiðslu vímuefna.

\* Í kafla 5.3.4.2. og 5.3.4.4. er fjallað um núgildandi stefnu ríkisstjórnarinnar og upptaldar framkvæmdaáætlanir einstakra ráðuneyta til aldamáta.

### 5.3.3.4 **Áskorun starfshópsins til ráðherra, alþingismanna og landlæknis vegna hugmynda um lækkun áfengiskaupaaldurs**

Eftirfarandi er áskorun dagsett 13. mars 1998 til ráðherra, alþingismanna og landlæknis vegna hugmynda um lækkun áfengiskaupaaldurs:

Hugmyndum um lækkun áfengiskaupaaldurs mótmælt.
---

„**Starfshópur um stefnumótun í málefnum geðsjúkra** í umboði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra vill eindregið mæla gegn þeim hugmyndum, sem fram hafa komið á hinu háa Alþingi um að lækka lágmarksaldur til að selja, veita eða afhenda áfengi úr 20 árum í 18 ár.

Þessa skoðun má styðja með ýmsum rökum og vega heilbrigðissjónarmið hvað þungst:

1. Grundvallarstefna stjórnvalda í áfengismálum ætti að hafa það markmið að draga úr skaða af völdum áfengis. Skaði sem af hlýst vegna áfengisneyslu íbúa, er marktækt tengdur því magni sem íbúarnir drekka. Í stefnuýfirlýsingu Evrópudeildar WHO um áfengi frá desember 1995 var m.a. samþykkt að „Efla heilbrigði með því að stjórna aðgengi, til dæmis ungs fólks, að áfengi“. Aðildarþjóðir eru hvattar til að taka mið af þessari stefnuýfirlýsingu. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur í áratugi lagt til við aðildarþjóðir að unnið verði markvisst að því að draga úr heildarneyslu áfengis, m.a. með því að takmarka aðgengi ungs fólks að áfengi.

Með bættu aðgengi 18 og 19 ára unglunga að áfengi má búast við að **heildarneysla þjóðarinnar aukist**.

2. Þó upphafsaldur áfengisneyslu íslenskra unglunga hafi færst neðar á síðasta áratug segjast álíka margir unglingar hafa neytt áfengis á síðastliðnu ári og jafnaldrar þeirra í öðrum Evrópulöndum. Íslenskir unglingar drekka aftur á móti verr þegar þeir drekka en jafnaldrar þeirra í samanburðarhópnum.

Með lækkun lágmarksaldurs í 18 ár til kaupa áfengis má búast við að **upphafsaldur áfengisneyslu færist niður** fyrir meðaltalstölur annarra Evrópuþjóða og að **áfengismagn aukist** enn frekar þegar drukkið er.

Í umfangsmikilli bandarískri könnun hefur komið í ljós að því yngra sem fólk byrjar áfengisneyslu því meiri líkur eru á þróun áfengisfíknar síðar á ævinni. Líkur á þróun fíknar síðar á ævinni hjá unglungum sem byrja neyslu fyrir 15 ára eru rúmlega 40%, hjá þeim sem byrja neyslu 17 ára 24,5% og um 10% hjá þeim sem byrja neyslu 21 og 22 ára. **Hættan á þróun áfengisfíknar minnkar um 14% við hvert ár sem viðkomandi er eldri þegar neysla byrjar.**

Mikilvægt að seinka því að ungt fólk byrji að neyta áfengis

3. Í bandarískum og kanadískum rannsóknum hefur komið í ljós að með lækkun lögaldurs til neyslu áfengis hefur **áfengistengdum umferðarslysum** þess hóps sem aðgerðir beinast að fjölgað umtalsvert, og með hækkun lögaldurs hefur slysunum fækkað.
4. Aldursmörk til kaupa á áfengi eru mismunandi eftir löndum. Í öllum fylkjum Bandaríkjanna er miðað við 21 árs aldur og í Svíþjóð við 20 ár. Í Danmörku eru aftur á móti engin aldursmörk en unglíngadrykkja er þar mest í allri Evrópu.
5. Íslenskir unglingar ljúka framhaldsskólanámi í fyrsta lagi um 20 ára aldur. Allir hljóta að vera sammála um að stefna beri að því að **halda framhaldsskólum landsins áfengislausum**.

Með því að lækka lágmarksaldur til kaupa á áfengi í 18 ár hafa nemendur á tveimur síðustu árum framhaldsskólanna greiðari aðgang að áfengi en áður.

Í mikilli umræðu um forvarnir má ekki gleyma því að ein mikilvægasta forvörnin er að seinka því að ungt fólk byrji að neyta áfengis. — Því er skorað á alþingismenn að fella boðaða breytingartillögu."

## 5.3.4 Forvarnir. Fyrsta stigs forvarnir

### 5.3.4.1 Markhópar

Fyrsta stigs forvarnir miða að því að takast á við áhættu áður en vandinn kemur fram og minnka líkurnar á að upp komi áfengis- og vímuefnavandamál. Hér er höfðað til heilbrigðs fólks eða einstaklinga í áhættuhópum. Í daglegu tali um forvarnir er átt við þetta stig.

Fyrsta stigs forvarnir. Áður en vandinn kemur fram

Fyrsta stigs forvarnir miða að því að draga úr heildarneyslu, lækka nýgengi áfengis-, tóbaks- og annarrar vímuefnafíknar og þar með að fyrirbyggja skaðlegar afleiðingar neyslu. Fyrsta stigs forvarnarstarfi má skipta í tvo flokka. Annars vegar eru aðgerðir þar sem reynt er að hafa áhrif á aðstæður ákveðins hóps eða alla íbúa landsvæðis t.d. með reglugerð eða löggjöf. Hins vegar eru aðgerðir þar sem aðgerðum er beint að sjálfum einstaklingunum í afmörkuðum hópum, t.d. með fræðslu fyrir unglinga. Dæmi um fyrri nálgunina er löggjöf um lágmarksaldur til áfengiskaupa og verðákvörðun á áfengi, en áróðursherferð í skóla um skaðsemi vímuefna eða inngríp vegna áhættusamra aðstæðna er dæmi um það síðara. Sjá nánari umfjöllun í 5.3.4.9.

Löggjöf, áróðursherferðir og inngríp sem forvörn.

### 5.3.4.2 Verkefnaáætlun ríkisstjórnarinnar vegna stefnu um fíkniefnavarnir

Í lok janúar 1996 ákvað ríkisstjórnin að tillögu dómsmálaráðherra, menntamálaráðherra, félagsmálaráðherra og heilbrigðisráðherra að samræma aðgerðir vegna ávana- og fíkniefnavarna. Skipuð var nefnd ráðuneyta í ávana- og fíkniefnavörnum (Skýrsla dómsmálaráðherra til Alþingis um aðgerðir ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, 1997). Auk þess skipaði dómsmálaráðherra sérstaka verkefnisstjórn til að sinna þessum málum. Birt var stefna ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis-, og tóbaksvörnum þann 3. desember 1996 og samþykkt var áætlun í þessum málaflokki. Verkefnisstjórn dómsmálaráðherra skilaði tillögum sínum í júní 1997. Hún lagði m.a. til að ríkisstjórnin markaði sér stefnu í þessum málaflokki og að stofnað yrði sérstakt áfengis- og vímuvarnaráð. Nefnd ráðuneyta var falið að útfæra þessar tillögur nánar. Helstu þættir í verkefnaáætlun ríkisstjórnarinnar eru :

1. Stefna ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum. Hér eru sett fram áhersluatriði til ársins 2000. Ráðuneyti skulu hvert á sínu sviði gera framkvæmdaáætlun til aldamóta þar sem stefna ríkisstjórnarinnar

verður útfærð. Framkvæmdaáætlanir skulu vera tilbúnar fyrir 1. mars 1997.

2. Stofnun áfengis- og vímuvarnaráðs. Sjá 5.3.3.2. B.
3. Auknir fjármunir til forvarna árið 1997.

	1997	Aukning frá 1996	(1998)
Forvarnarsjóður	55 m.kr.	5 m.kr.	(55 m.kr.)
Tóbaksvarnir	31 m.kr.	22 m.kr.	(35 m.kr.)
Til eflingar löggæslu, tollgæslu og til stuðnings ungmennum í áhættuhópum, aflað með hækkun tóbaksverðs	65 m.kr.	65 m.kr.	(65 m.kr.)
Alls	151 m.kr.		
Aukin fjárveiting vegna vímuefnaforvarna			

1. Efling löggæslu og tollgæslu með auknum fjárveitingum. Til þessa átaks verður varið 60 m.kr. á árinu 1997.
2. Stuðningur við ungmenni í áhættuhópum gagnvart notkun fíkniefna, áfengis og tóbaks. Á árinu 1997 er 5 m.kr. fjárveitingu varið til að koma á fót teymi sérfræðinga til að skipuleggja forvarnarstarf í skólum.
3. Samstarf ríkisins, Reykjavíkurborgar og Evrópuborga gegn eiturlyfjum um verkefnið „Ísland án eiturlyfja 2002“.
4. Fullgilding Íslands á samningi Sameinuðu þjóðanna gegn ólöglegri verslun með fíkniefni og skynvilluefni og samningi Evrópuráðsins um þvætti, leit, hald og upptöku ávinnings af afbrotum.

#### 5.3.4.3 Framtíðarsýn ÁTVR í mótsögn við stefnu ríkisstjórnarinnar

Markmið stefnu ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum er að uppræta fíkniefnaneyslu barna og unglunga og draga stórlega úr áfengis- og tóbaksnotkun þeirra. Í janúar 1997, rúmum mánuði eftir að að stefna ríkisstjórnarinnar hafði verið samþykkt, var kynnt framtíðarsýn stjórnar Áfengis- og tóbaksverslunar ríkisins. Í töflu nr. 5 kemur fram hvernig „Framtíðarsýn stjórnar ÁTVR“ er í mótsögn við stefnu ríkisstjórnarinnar.

## Tafla 5

### Heildarstefna í vímuefnavörnum?

Stefna ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, desember, 1996	Framtíðarsýn stjórnar ÁTVR, janúar, 1997
<p>Markmið:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uppræta fíkniefnaneyslu barna og unglunga</li> <li>- Draga stórlega úr áfengis- og tóbaksnotkun þeirra</li> </ul> <p>Leiðir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efla forvarnir</li> <li>- Hefta aðgengi þeirra</li> <li>- Fækkun fíkniefnabrotá</li> <li>- Efla andstöðu gegn notkun barna og ungmenna á efnunum</li> <li>- Efla meðferðarúrræði</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lækka hlutfallslega verð á léttum vínum og bjór</li> <li>- Auka þjónustu</li> <li>- Lengja opnunartíma</li> <li>- Fjölga verslunum</li> <li>- Bjóða út rekstur verslana</li> <li>- Einkasala verði afnumin</li> </ul>

Heimild: Tómas Helgason, 1998. Forvarnir - orð og athafnir: Íslensk áfengismálastefna á 20 öld. Geðvernd.

#### 5.3.4.4 Framkvæmdaáætlanir einstakra ráðuneyta

- **Dómsmálaráðuneyti:** Tækjakaup, fjölgun stöðugilda í fíkniefnadeild lögreglustjórans í Reykjavík og einnig úti á landi. Umbætur á starfsaðstöðu fíkniefnadeildar lögreglunnar í Reykjavík og fjárveiting til fíkniefnastofu. Kostnaður 1997, 35 m.kr. (Skýrsla dómsmálaráðherra til Alþingis um aðgerðir ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, 1997).

#### Fíkniefnastofa

- **Félagsmálaráðuneyti.** Áætlunin er í þremur liðum. 1. Bætt umhverfi fjölskyldunnar. 1.a. Mótun opinberrar fjölskyldustefnu, „þar sem fjölskyldan og þá einkum foreldrar eru best til þess fallnir að veita veita börnum öryggi og tækifæri til þroska. Fjölskyldan og heimilin eru tvímælalaust mikilvægasti vettvangurinn á sviði forvarna í fíkniefnamálum". Að tilnefnt verði opinbert fjölskylduráð. 1.b. Fullgilda alþjóðasamþykkt um starfsfólk með fjölskylduábyrgð. 2. Sérhæfð meðferðarheimili á vegum Barnaverndarstofu. 2.a. Sérhæft meðferðarheimili, Varpholt, opnað 1997. 2.b. Sérhæft meðferðarheimili í Skagafirði, opnað 1998. 2.c. Meðferðarheimili fyrir fíkniefnaneytendur á aldrinum 16 til 18 ára, opnað 1999. 3. Önnur verkefni. 3.a. Rannsókn- og tilraunaverkefni: Stofnun Barnahúss, 1998, sérsök úttekt á þjónustu meðferðarstofnana vegna hækkunar sjálfræðisaldurs úr 16 árum í 18, könnun á hvort meðferðarúrræði henti jafnt körlum sem konum, ráðgjöf til foreldra á landsbyggðinni og stuðningsmeðferð fyrir börn áfengis-sjúklinga. 3.b. Vakinn athygli sveitarfélaganna á skyldum þeirra annars vegar gagnvart áfengissjúkum og fjölskyldum þeirra og hins vegar

varðandi fíkniefnavarnir (Framkvæmdaáætlun félagsmálaráðuneytisins í fíkniefna- og áfengisvörnum, 1997).

Fjölskylduráð

Meðferðarheimili fyrir fíkniefnaneytendur 16 til 18 ára

Stofnun Barnahúss

- **Fjármálaráðuneyti:** Ákveðið hefur verið að ráðstafa skuli 25 m.kr. til eflingar tollgæslu í því skyni að vinna að stefnu ríkisstjórnarinnar um fíkniefna- áfengis- og tóbaksvarnir. Sjá verkefnaáætlun vegna fíkniefnaeftirlits (Skýrsla dómsmálaráðherra til Alþingis um aðgerðir ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, 1997).

Tollgæsla efling

- **Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti.** Megin áherslur heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis til næstu ára varðandi stefnu ríkisstjórnarinnar eru eftirfarandi (Framkvæmdaáætlun Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, 1997): 1. Heilsu- og forvarnarmiðstöð á landsvísu. 2. Stofnun Áfengis- og vímuvarnaráðs. 3. Leiðbeinendanámskeið fyrir starfsmenn heilsugæslu, sjúkrahúsa og meðferðarstofnana. 4. Forvarnarsjóður. Samkvæmt fjárlögum 1997 renna í sjóðinn 55 m.kr. Af þeirri upphæð úthlutar fjárlaganefnd Alþingis 23,1 m.kr., en Forvarnarsjóður 31,33 m.kr. (Sjá töflu 6). 5. Bætt meðferðarúrræði. Endurskoðun og úttekt á meðferðarheimilum. 6. Framkvæmdaáætlun Tóbaksvarnarnefndar. 7. Heilsuefling. Samstarfsverkefni heilbrigðisráðuneytis og Landlæknisembættis. 8. Heilsuvernd. Samvinnuverkefni Landlæknisembættis, héraðslækna og félagsmálastjóra.

Forvarnarmiðstöð

Bætt meðferðarúrræði



## Tafla 6

### Úthlutun úr Forvarnarsjóði árið 1997

<b>Úthlutað af fjárlaganefnd:</b>	
Áfangenheimilið Dyngjan	1.000.000
Líknarfélagið Skjöldur	1.000.000
Íslenskir ungtemplarar	2.000.000
Fræðslumiðstöð í fíknivörnum	2.000.000
Krossgötur	4.000.000
Líknarfélagið Þrepið	1.000.000
Áfangi, líknarfélag	1.000.000
Stórstúka Íslands	2.000.000
Áfengisvarnaráð	9.100.000
alls:	23.100.000
<b>Úthlutað af stjórn Forvarnarsjóðs:</b>	
Áfangenheimili (alls 6.250.000)	
Líknarfélagið Skjöldur	800.000
Líknarfélagið Konan	1.050.000
Línarfélagið Risið	1.300.000
Líknarfélagið Takmarkið	900.000
Vernd - fangahjálp	850.000
Áfangenheimilið Fjólan	500.000
Áfangenheimilið Klettur	450.000
Samhjálp hvítasunnnumanna	400.000
Félagsmálaráðuneyti - Leitarstarf í grunnskólum	3.500.000
Heilbrigðismálaráðuneyti - Leitarstarf í grunnskólum	1.500.000
ECAD - styrkur til starfsemi Ísland án eyturlyfja 2002	3.000.000
Jafningjafræðsla framhaldsskóla	2.000.000
SÁÁ – Sveitarfélagaverkefni - viðbót	1.500.000
SÁÁ – Samstarf SÁÁ og heilbrigðisstarfsfólks	900.000
FRÆ - Viðhorf til ölvunar	1.000.000
FRÆ - Vímuvarnarskólinn úti á landi	1.000.000
FRÆ - Samhæfing forvarnarstarfs	800.000
Barnaheill og Vímulaus æska. Samstarf um þróun foreldrasíma	1.000.000
Vímulaus æska - ráðgjöf fyrir foreldra barna í vímuefnavanda	1.000.000
Vímulaus æska - námskeið fyrir foreldra og börn alkóhólista	900.000
Heimili og skóli - súperforeldrar, ábyrgð foreldra	1.000.000
Landskönnun á notkun tóbaks, áfengis og annarra fíkniefna meðal 15-20 ára skólanema með hliðsjón af fyrri könnunum	1.000.000
Vernd - samstarfsverkefni við að aðstoða fanga við að verða vímulausir	800.000
Söfnun á niðurstöðum úr rannsóknum og könnunum sem unnar hafa verið á Íslandi s.l. 15 ár. Samanburður og greining á stöðu mála.	800.000
Íþróttabandalag Reykjanesbæjar. Samstarf um markvisst forvarnarstarf	700.000
Sumarheimili Templara til Bindindismóts í Galtarlækjarskógi 1997	500.000
Áfengis- og vímuvarnarnefnd Akureyrar - „Voff" verkefni í grunnsk.	440.000
Stórstúka Íslands - Sérstakt Bindindismót á Norðurlandi	400.000
KFUM - Vímuefnalaus fjölskylduhátíð í Vatnaskógi	400.000
Forvarnarverkefni Magnúsar Scheving í samstarfi við aðra	500.000
Félag unglækna - fræðsla fyrir framhaldsskólanema	200.000
Útideild Félagsmálastofnunar Reykjavíkur - „Drengjaverkefni"	140.000
Ingvar Á. Þórisson o.fl. Heimildamynd	100.000
alls:	31.330.000
Samtals:	54.430.000

- Menntamálaráðuneyti Menntamálaráðuneytið hefur styrkt Lions-Quest verkefnið „Að ná tökum á tilverunni“ og jafningjafræðsluna en jafnframt önnur samtök og einstaklinga sem unnið hafa að verkefnum á sviði forvarna. Lions-Quest verkefnið fluttist yfir til Námsgagnastofnunar við flutning á rekstri grunnskóla til sveitarfélaga á miðju ári 1996. Ráðuneytið hefur stutt verkefni á vegum Jafningjafræðslunnar sem er langtímaverkefni, en ekki átaksverkefni á vegum Félags framhaldsskólanema. Jafningjafræðslan var styrkt með 3 m.kr. árið 1997 og ýmsir aðrir styrkir námu 0,5 m.kr. Ráðuneytið hefur og styrkt útgáfustarfsemi og ráðstefnukostnað einstaklinga og samtaka vegna forvarnarmála. Í stefnumörkun menntamálaráðuneytisins segir að komið verði á fót teymi sérfræðinga sem komi með tillögur um skipulagningu á forvarnarstarfi í skólum og veita starfsfólki grunn- og framhaldsskóla faglega ráðgjöf m.a. vegna áhættuhegðunar nemenda. Á árinu 1997 er 5 m.kr. fjárveitingu varið til að koma á fót teymi sérfræðinga til að skipuleggja forvarnarstarf í skólum. Sjá stefnumörkun menntamálaráðuneytis vegna forvarna í skólum. (Skýrsla dómsmálaráðherra til Alþingis um aðgerðir ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, 1997).

Jafningjafræðsla  
Teymi sérfræðinga vegna forvarna í skólum

#### 5.3.4.5 Aðrir opinberir framkvæmdaaðilar

- **Samband íslenskra sveitarfélaga.** Í byrjun árs 1996 setti Samband íslenskra sveitarfélaga á laggirnar vinnuhóp sem falið var að vinna að stefnu sambandsins í þessum málaflokk. Vinnuhópurinn lauk störfum í mars 1997 og kynnti tíu punkta tillögur um stefnu sambandsins í vímuefnamálum (Skýrsla dómsmálaráðherra til Alþingis um aðgerðir ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, 1997). Sveitarfélög og félagsmálastofnanir stærri sveitarfélaga hafa sinnt forvarnarstarfi með ýmsum hætti. Hefur það m.a. verið gert með útideildum, unglíngaathvarfi, starfsemi félagsmiðstöðva, fræðsluefni og sérstökum átaksverkefnum. Sálfræðideildir skóla hafa sinnt vandamálum einstakra nemenda og fjölskylduvandamálum. Við flutning á rekstri grunnskóla til sveitarfélaga á miðju ári 1996 eiga skólasálfræðingar ekki lengur að sinna meðferð og ber þeirri meðferð sem þeir áður sinntu að vísa til annarra aðila.

Skólasálfræðingar sinna ekki lengur meðferð

- **Reykjavíkurborg.** Verkefni: Á vegum Reykjavíkurborgar starfar frá október 1995 Vímuvarnarnefnd borgarinnar. Vímuvarnarnefnd hrindir í framkvæmd og samræmir aðgerðir ýmissa aðila innan og utan borgarinnar. Vímuvarnarnefnd hafði frumkvæði að Vímuvarnarskólanum sem nú er samstarfsverkefni fjölmargra aðila. Reykjavíkurborg hefur stutt Jafningjafræðsluna og er samstarfsaðili í áætluninni „Ísland án eiturlyfja 2002“ og í verkefninu „Vímulaus grunnskóli“ og Fjölskyldumiðstöðinni, sem er hluti

af þeirri áætlun. Borgin er einnig samstarfsaðili í hvatningarherferðinni „Foreldrar eru besta forvörnin“ og tekur þátt í forvarnarverkefnum í samvinnu við félagsmiðstöðvar og skóla borgarinnar, foreldrafélög, íþrótt- og æskulýðsfélög, lögreglu og íbúasamtök. Fjáröflun og kostnaður: Vímuvarnanefnd Reykjavíkurborgar hefur árið 1997 10 m.kr. til ráðstöfunar á fjárhagsáætlun. Gert er ráð fyrir að auk þess verði aflað stuðnings stofnana og samtaka við framkvæmd verkefna. Hvatningarátak árið 1997 og auglýsingablað kostar um 5-6 m.kr.

#### Vímuvarnanefnd Reykjavíkurborgar

- **Akureyrarbær.** Verkefni: Á vegum bæjarins starfar áfengis- og vímuvarnanefnd með það markmið að gera grunnskólann vímuefnalausan árið 2000. Samvinna er við önnur sveitarfélög um verkefnið "Ísland án eiturlyfja árið 2002". Áróðursherferðir m.a. í samvinnu við Reykjavíkurborg og útivistaráttak í samvinnu við lögreglu og hjálparveitir. Tilraunastaða sálfræðings á vegum skólaskrifstofu (1997) sem vinnur auk námsráðgjafar einkum með starfsliði grunnskóla, framhaldsskóla, félagsmiðstöðva og íþróttamannvirkja að forvarnarstörfum. Akureyrarbær hefur styrkt félög til forvarnarstarfa, styrkt lögregluna á Akureyti til tækjakaupa vegna vímuvarnarmála og stutt rannsóknir og jafningjafræðslu. Kostnaður: Um 5 m. kr. Fjáröflun: Greitt af bæjarsjóði.

#### Áfengis- og vímuvarnanefnd Akureyrarbæjar

- **Seltjarnarnesbær.** Verkefni: Starfsmaður í 25% starfi og framkvæmdanefnd sem sinnir forvarnarmálum í samvinnu við skóla, íþróttafélög, heilsugæslu, foreldrafélög og félagasamtök. Fyrirlestrar og námskeiðahald og aðkeypt þjónusta frá Forvarnardeild SÁÁ. Kostnaður: Vegna aðkeyptrar þjónustu, námskeiðahalds og launa starfsmanns um kr. 900.000,-. Fjáröflun: Greitt af bæjarsjóði.

#### Framkvæmdanefnd Seltjarnarnesbæjar

- **Áfengisvarnaráð.** Verkefni: Áfengisvarnaráði er markað starfssvið samkvæmt ákvæðum í áfengislögum og reglugerð. Því er ætlað að efla bindindisstarfsemi í landinu, stuðla að bindindissemi og reyna í samráði við ríkisstjórn, áfengisvarnanefndir og bindindissamtök að afstýra skaðlegum afleiðingum áfengisneyslu. Áfengisvarnaráð hefur umsjón með áfengisvarnanefndum, skal vera ríkisstjórn og Alþingi til ráðuneytis um löggjöf og framkvæmd þessara mála. Ráðið skal stuðla að bindindisfræðslu í skólum og til almennings, annast gerð fræðslu- og upplýsingarita. Áfengisvarnaráð hefur áður staðið straum af kostnaði við rannsóknir. Mjög litlu fé hefur verið varið til Áfengisvarnaráðs sem er eini lögskipaði aðilinn til að sinna forvörnum. Því hefur ráðið ekki getað sinnt þeim verkefnum sem þörf væri á. Fjáröflun: Úthlutað af fjárlögum 1996 9,1 m. kr. Kostnaður: Laun og launatengd gjöld 6 m.kr., rekstrargjöld 1,1 m.kr. og erindarekstur 2 m.kr. Áfengis- og vímuvarnaráð tekur við hlutverki Áfengisvarnaráðs haustið 1998 skv. nýsamþykktum lögum.

#### Litlu fé varið til Áfengisvarnaráðs

- **Tóbaksvarnarnefnd.** Tóbaksvarnarnefnd er markað starfssvið samkvæmt ákvæðum í tóbaksvarnarlögum. Verkefni: Fræðsluefni í grunnskólum um skaðsemi tóbaks, „Verum reyklus“ sem er hluti af Lions Quest námsefninu. Átaksverkefni og heilsuefning: „Flottust reyklus“ og „á toppnum reyklus“. Gerð og dreifing áróðursbæklinga og áróðursmynda, samstarf við íþróttahreyfinguna um fræðslu og áróðursherferð um reyklusar íþróttir. Gerð reglugerða um reykingar, verkefni um að virða lög um reykban og áróður um reyklusar upptökur og staði. Samvinna við grunnskóla, opinbera aðila og félagasamtök. Fjáröflun: Framlag til tóbaksvarna nemur 0,7% af brúttósöluverði tóbaks í landinu. Framlag úr ríkissjóði fyrir árið 1997, 31 m. kr., flutt frá árinu 1996 6,5 m.kr., hækkun á verði tóbaks 3,5 m.kr. og endurgreiðsla virðisaukaskatts 0,8 m.kr. eða alls 41,8 m.kr. Kostnaður: Náms efni fyrir grunnskólanema 10 m.kr., námskeiðahald 1,7 m.kr., reyklus dagur 2 m.kr., styrkir, áróður og samningar við sérsambönd og félög 21 m.kr., skrifstofa, erlent samstarf og nefndarstörf 7 m.kr. eða alls 41,7 m.kr.

Flottust reyklus
------------------

#### 5.3.4.6 Starfsemi félagasamtaka

- **Stórstúka Íslands IOGT:** Verkefni: Útgáfa og dreifing bæklinga um skaðsemi áfengis, tóbaks og annarra vímuefna og bindindisfræðsla í skólum. Blaðaútgáfa: Æskan, abc og Regin. Barna- og unglíngastúkustarf, umsjón bindindismóta og Bindindisdags fjölskyldunnar. Fjáröflun: Alls árið 1996, 3,7 m.kr. (Fjárlaganefnd Alþingis, 2 m.kr., Veltubær, 1 m.kr., Forvarnarsjóður, 0,4 m.kr. og heilbrigðisráðherra 0,3 m.kr.)
- **Íslenskir ungtemplarar.** Vettvangur fyrir æskufólk til að lifa í vímulausu umhverfi. Verkefni: Ýmis tímabundin verkefni, bindindismót og alþjóðleg samskipti ungmenna. Fjáröflun: Styrkir (Fjárlaganefnd Alþingis 1997 2 m.kr. og húsnæðisstyrkur frá Reykjavíkurborg) og sala þjónustu. Kostnaður 1996: Um 2 m.kr. í forvarnarstörf.
- **Bindindisfélag ökumanna.** Verkefni: Forvarnarverkefni tengd umferð. Fræðsla og upplýsingar um umferðarmál. Fjáröflun: Styrkir (m.a. úr Æskulýðssjóði ríkisins kr 50.000,-) og félagsgjöld. Kostnaður 1996: Um 3,7 m.kr.
- **Vímulaus æska - foreldrasamtök.** Verkefni: Samtökin eru í samstarfi við Lions hreyfinguna um notkun Lions Quest námsefnisins í vímuvernum fyrir grunnskólana. Samtökin dreifa án endurgjalds hluta námsefnisins, en auk þess sjá þau um, að hluta í samvinnu við aðra, útgáfu fréttabréfs, tímarits og bæklinga. Samtökin hafa gefið út bókina „Lengi muna börnin“ í tengslum við átakið „Stöðvum unglíngadrykkju“. Samtökin standa fyrir foreldranámskeiðum- og ráðgjöf, fræðslufundum fyrir almenning og reka foreldrasíma. Samtökin vinna að stofnun meðferðarheimilis fyrir unglínga. Samstarf við önnur samtök á sviði vímuvarna og einnig við erlend samtök. Fjáröflun: Útgáfa blaða og tímarita og félagsgjöld. Auk smærri styrkja frá félagasamtökum, styrkir frá Reykjavíkurborg og úr Forvarnarsjóði alls 2,6 m.kr. árið 1997. Kostnaður: 1997 um 3 m.kr.

- **Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.** Verkefni: Skráning gagnasafns, útgáfa fræðsluefnis og tímaritsins „Áhrif“, námskeið, ráðgjöf og fræðsla fyrir skóla, foreldrafélög, félagasamtök og stofnanir. Verkefnastjórn ýmissa samvinnuverkefna í áfengis- og vímuefnavörnum. Fjáröflun: Fjárlög 1996, 2 m.kr., Forvarnarsjóður 1996, 3 m.kr., sala á þjónustu og önnur fjáröflun. Kostnaður: 1995, 7,19 m.kr., þar af laun 5,165 m.kr.
- **SÁÁ, forvarnardeild.** Verkefni: „Forvarnir í sveitarfélögum“, í upphafi í samvinnu við fimm sveitarfélög, Barnaheill, Rauða kross Íslands og Fræðslumiðstöð í fíknivörnum. Fræðsla og námskeið fyrir starfsfólk íþróttafélaga, félagsmálastofnana, heilsugæslu, grunnskóla og lögreglu. Námskeið fyrir framhaldsskólakennara í samvinnu við Fræðslumiðstöð í fíknivörnum og Endurmenntunardeild Háskóla Íslands. Útgáfustarfsemi og rannsóknir/kannanir. Fjáröflun: 1997 frá SÁÁ 8 m.kr., tekjur um 2,5 m.kr., ýmsir styrkir um 5 m.kr., m.a. úr Forvarnarsjóði. Kostnaður: 1997 um 15,5 m.kr.
- **Rauði krossinn.** Verkefni: 1) Rauðakrosshúsið; Ráðgjöf, símaþjónusta og neyðarathvarf fyrir unglunga. Útgáfa bæklinga, myndbandagerð og kynning á starfsemi Rauðkrosshússins í skólum landsins. Einnig fyrsta hjálp til foreldra og aðstandenda. 1996: 86 einstaklingar gistu í 170 skipti, um 450 einstaklingar í ráðgjöf og um 5000 símtöl. Um helmingur leitar aðstoðar vegna áfengis- og vímuefnavanda. Kostnaður á ári um 26 m.kr. 2) Vímuvarnarskólinn. Ásamt SÁÁ, FRÆ, menntamálaráðuneyti og Kennarasambandi Íslands. Farskóli fyrir kennara og starfsmenn skóla. Fimm ára verkefni sem hefst um áramótin 1997/1998. Kostnaður 1997-1998: kr. 655.000,-. 3) Í samvinnu við Húsavíkurborg, tilsjónarheimili á Húsavík fyrir unglunga með blönduð vandamál, 16- 20 ára, með þremur plássum. Frá júní 1997. Kostnaður 1997: 1,2 m.kr. 4) Fjölskyldumiðstöð við Barónsstíg. Í samstarfi við Reykjavíkurborg og félagsmálaráðuneyti, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti. Kostnaður 1997-1998: 5 m.kr. Kostnaður alls á ári: 32,855 m.kr. Fjáröflun: Greitt af öllum deildum Rauðakross Íslands, frjáls framlög og önnur fjáröflun.
- **Heimili og skóli.** Landssamtök foreldra barna í grunnskólum. Foreldrasamstarf til að stuðla að bættum uppeldis- og menntunarskilyrðum. Hluti af verkefnum beinist gegn áfengisneyslu unglunga með því að brýna fyrir foreldrum að taka höndum saman á bekkjarvísu Verkefni: Bekkjarfulltrúafræðsla, Foreldrarölt, Foreldrar sem fyrirmyndir, í samvinnu við SAMFOK og gerð og dreifing fræðslubæklinga. Fjáröflun: Forvarnarsjóður 1997 1 m.kr., sala fræðsluefnis og aðrar fjáröflunarleiðir. Kostnaður: Fyrir árið 1997, 2,5 - 3 m.kr.
- **Krabbameinsfélagið.** Verkefni: Fræðsla um lífsleikni og fræðsluefni gegn tóbaksnotkun. Samvinna við Tóbaksvarnarnefnd um verkefni, útgáfumál og fræðslu fyrir grunnskólanemendur, kennara og foreldra. Fjáröflun: Útgáfumál kostuð af Tóbaksvarnarnefnd. Laun starfsmanna kostuð af ágóða happdrættis. Kostnaður: Útgáfukostnaður 6,5 m.kr., auk launakostnaðar.

- Auk þessara aðila eru **ýmsir fleiri**, einstaklingar og samtök sem vinna að áfengis- og vímuvarnarmálum og er þessa aðila m.a. að finna í töflu 6 um úthlutanir úr Forvarnarsjóði.

#### 5.3.4.7 Helstu forvarnarverkefni

- **Ísland án eiturlyfja 2002.** Samvinnuverkefni ríkisstjórnarinnar, Reykjavíkurborgar og samtakanna Evrópuborgir gegn eiturlyfjum (ECAD). Megin markmið samstarfsins er að sameina krafta þjóðarinnar í baráttunni gegn ólöglegum fíkniefnum, efla forvarnir, og skipuleggja verkefni og aðgerðir sem hafa þetta markmið að leiðarljósi. Árangur af þeim verkefnum sem undir áætlunina falla verður metinn af Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála. Verkefnisstjórn hefur 4 m.kr. til ráðstöfunar á hverju ári meðan áætlunin stendur yfir frá 1997 - 2001, þ.e. 3. m.kr. árlega úr Forvarnarsjóði og 1 m.kr. árlega frá Reykjavíkurborg.
- **Vímulaus grunnskóli.** Hluti af áætluninni Ísland án eiturlyfja 2002. Vímulaus grunnskóli er samstarfsverkefni um forvarnir í grunnskólum Reykjavíkur gegn vímuefnaneyslu nemenda. Samstarfsaðilar eru Reykjavíkurborg, félagsmálaráðuneyti, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti og Reykjavíkurborg Rauða kross Íslands. Samstarfssamningur þessara aðila gildir frá apríl 1997 til áramóta 1997/1998. Áætlaður heildarkostnaður er um 9 milljónir. Göngudeildarþjónusta eða Fjölskyldumiðstöð hefur verið opnuð í Reykjavík vegna verkefnisins. Samið verður við óháðan aðila til að meta árangur verkefnisins. Verkefnisstjóri er Árni Einarsson. Framkvæmd verkefnisins felst í því að samhæfa og styrkja það starf sem fyrir er hjá stofnunum borgar og ríkis, fræðslu, greiningu, ráðgjöf og meðferð.

Fjölskyldumiðstöð: Tilraunaverkefni í Reykjavík
---

- **Forvarnir í sveitarfélögum.** Frá ársbyrjun 1997 hefur forvarnardeild SÁÁ haft samvinnu við nokkur sveitarfélög um verkefni í vímuvörnum. Þessi sveitarfélög eru nú: Akranes, Egilsstaðir, Húsavík, Mosfellsbær, Vestmannaeyjar, Ísafjörður, Bolungarvík, Súðavík, Selfoss, Borgarnes, Hornafjörður, Siglufjörður og Grafarvogshverfi í Reykjavík. Verkefnið beinist að vímuefnaneyslu unglinga í grunnskólum og auk unglinganna er athyglinni beint að foreldrum, kennurum, íþróttþjálfurum og starfsfólki heilsugælsu. Árangur verkefnisins verður metinn og af óháðum aðila. Fræðslumiðstöð í fíknivörnum, Rauði kross Íslands og Barnaheill munu taka þátt í einstökum þáttum verkefnisins.
- **Samstarfsverkefni ÍSÍ og UMFÍ.** Í samvinnu við Fræðslumiðstöð í fíknivörnum. Formaður verkefnisstjórnar Þórólfur Þórlindsson prófessor. Úthlutun úr Forvarnarsjóði 1996 kr. 4 m.kr.
- **Lions Quest - Að ná tókum á tilverunni.** Vímuvarnarverkefni fyrir grunnskóla. Verkefnið fluttist frá menntamálaráðuneyti yfir til Námsgagnastofnunar við flutning á rekstri grunnskóla til sveitarfélaga árið 1996. Samstarfsaðilar: Námsgagnastofnun, Vímulaus æska og Lions hreyfingin.

- Vímuvarnarskólinn. Vímuvarnarátak með fræðsluverkefnum fyrir starfsfólk í grunnskólum Reykjavíkur. Samvinnuverkefni Íþrótt- og tómstundaráðs, Skólaskrifstofu, Félagsmálastofnunar, Barnaverndarstofu, forvarnardeild lögreglunnar í Reykjavík, Fræðslumiðstöðvar í fíknivörnum, Rauða kross Íslands og SÁÁ.
- **Jafningjafræðsla framhaldsskólanema.** Menntamálaráðuneyti og Félag framhaldsskólanema. 3 millj. 1996
- **Námskeið um áhættuhegðun** barna og ungmenna (ágúst 1997). Til eflingar forvörnum í skólum. Menntamálaráðuneyti í samvinnu við Endurmenntunarstofnun Háskóla Íslands og Fræðslumiðstöð í fíknivörnum. Hluti af stefnumörkun menntamálaráðuneytis vegna forvarna í skólum.
- **Sköpum reyklausa kynslóð,** verkefni fyrir 6. og 7. bekk grunnskóla og **Vertu frjáls reyklaus,** verkefni fyrir 8.-10. bekk grunnskóla. Samstarfsverkefni Tóbaksvarnarnefndar og Krabbameinsfélagsins.
- Auk ofantalinna verkefna standa framkvæmdaaðilar fyrir námskeiðum, útgáfu bæklinga, handbóka og fræðsluefnis fyrir foreldra, kennara, börn og unglínga.

#### 5.3.4.8 **Kostnaður vegna fyrsta stigs forvarna**

Í töflu 7 er yfirlit yfir framantalinn kostnað vegna fyrsta stig forvarna á vegum opinberra stofnana og félagasamtaka. Fyrsta hjálp til barna og unglínga, foreldra og aðstandenda sbr. Fjölskyldumiðstöðin við Barónsstíg og Rauðakrosshúsið er talin til annars stigs forvarna.

Kostnaður vegna fyrsta stigs forvarna er um 192 milljónir kr.
---

## Tafla 7

### Kostnaður vegna fyrsta stigs forvarna vegna áfengis, tóbaks og annarra vímuefna árið 1997

Greiðendur	Milljónir króna
Kostnaður opinberra stofnana:	
Ríkissjóður:	
Forvarnarsjóður (hluti til þriðja stigs forvarna) .....	55,0
Til eflingar löggæslu, tollgæslu og til stuðnings ungmennum í áhættuhópum .....	65,0
Tóbaksvarnir .....	31,0
Reykjavíkurborg .....	10,0
Akureyrarbær .....	5,0
Seltjarnarnesbær .....	0,9
Önnur sveitarfélög. Ekki upplýsingar	
Kostnaður félagasamtaka (að frádrögnum styrkjum úr Forvarnarsjóði):	
Stórstúka Íslands .....	1,3
Bindindisfélag ökumanna .....	3,7
Vímulaus æska .....	0,4
Fræðslumiðstöð í fíknivörnum .....	4,19
SÁÁ, forvarnardeild .....	13,1
Rauði krossinn v/Vímuvarnarskólans .....	0,66
Heimili og skóli .....	2,0
Krabbameinsfélagið. Vantar upplýsingar	
Alls	192,25

Framlag ríkisins til forvarna vegna áfengis og ólöglegra vímuefna (55+65 m.kr.) nemur 1,8% af tekjum ríkisins vegna áfengissölu (áætlaðar 6,75 milljarðar 1998). Framlag ríkisins til tóbaksvarna (31 m.kr.) nemur 0,7% af brúttósöluverði tóbaks í landinu.

Kostnaður vegna fyrsta stigs forvarna er 1,8% af tekjum ríkisins vegna áfengissölu

#### 5.3.4.9 Umræða um forvarnir

Margir eru efins um gildi fyrsta stigs forvarna þar sem erfitt getur reynst að mæla árangur. Margir ófyrirsjáanlegir og óstýranlegir áhrifaþættir í þjóðfélaginu hafa áhrif á aðgerðir sem af stað er hrundið. Tekist hefur þó að sýna fram á góðan árangur forvarna í vel hönnuðum rannsóknum. Auðveldast er að sýna fram á árangur forvarna með reglugerðum eða löggjöf. Mannslífum hefur sannanlega verið bjargað með því að hækka lögaldur til neyslu áfengra drykkja í 21 ár og einnig með því að lækka leyfilegt áfengismagn í blóði við akstur í 0,02% (Edwards G. og fél. 1994). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur í áratugi bent á áhrif verðstýringar á heildarneyslu áfengis. Þeim mun hærra verð á áfengi því minni verður neyslan.

Tekist hefur að sýna fram á góðan árangur forvarna



Skiptar skoðanir eru um gildi fræðsluáróðurs í forvarnarstarfi. Á meðan einum finnast áróðursherferðir í skólum hafa sannað gildi sitt (Gordis, E. 1996) finnst öðrum hið gagnstæða (Edwards, G. og fél. 1994). Í íslenskri rannsókn á Lions Quest námsefninu kemur fram að árangur af notkun þess hefur því miður ekki skilað þeim árangri sem vonast var til á meðan kannanir í Bandaríkjunum og á Norðurlöndum haf sýnt að fræðsla seinkar eða dregur úr vímuefnaneyslu meðal unglunga. (Þórarinn Gíslason og fél., 1994). Neysla íslenskra unglunga á áfengi og öðrum vímugjöfum eykst (Þórólfur Þórlindsson o.fl. 1998) og vaxandi fjöldi ungs fólks fer í áfengismeðferð (SÁÁ, 1997). Reykingar unglunga aukast þrátt fyrir þekkingu þeirra á reykingum og mikla fræðslu.

Vímuefnaneysla unglunga eykst þrátt fyrir mikla fræðslu

Eðli forvarnanna vegna má búast við að árangur áróðursherferða verði lítill. Verið er að hvetja fólk til að breyta um hegðun til að fyrirbyggja sjúkdóma. Líkurnar á að viðkomandi veikist eru oft hverfandi litlar. Nógu erfitt getur reynst að breyta um hegðun t.d. að hætta neyslu þegar skaðinn er skeður, hvað þá að breyta um hegðun ef líkur eru minni en meiri á að verða sjúkdómnum að bráð. Þversögnin í forvarnarstarfi er sú að forvarnir færa þjóðfélaginu mikinn ávinning, en einstaklingnum lítinn (Rose, G. 1993).

Forvarnir færa þjóðfélaginu mikinn ávinning, en einstaklingnum lítinn

Þetta þýðir ekki að fræðslu- og áróðursherferðir séu gagnslausar. Horfast verður í augu við þessa staðreynd og kennsla í heilbrigðum lífsháttum ætti því frekar að beinast að meira aðlaðandi markmiðum en þeim, að eygja fjarlæga von um betri heilsu. Ef athuguð eru heiti nokkurra forvarnarverkefna þá virðist „Jafningjafraeðsla framhaldsskólanema" vera í takt við þau markmið að gera fræðsluna aðlaðandi og einnig verkefni Tóbaksvarnarnefndar „Flottust reyklus" og „Á toppnum reyklus". Mörgum finnst heiti forvarnarverkefnis ríkisstjórnarinnar og Reykjavíkurborgar „Ísland án eiturlyfja 2002" dæmi um óraunhæfar væntingar. Með eiturlyfjum er hér átt við ólögleg vímuefni.

Í umræðu á Íslandi um áfengis- og vímuefnamál hafa bindindissjónarmið verið ofarlega á baugi samanber heiti forvarnarverkefnisins „Ísland án eiturlyfja 2002". Í áfengis- og vímuefnameðferð þar sem fólk er haldið fíknisjúkdómi er bindindi eðlilegt meðferðarmarkmið. Í forvarnaráróðri til heilbrigðra einstaklinga er eðlilegt að ætla að fræðsla um litla eða minni neyslu sé meira aðlaðandi en bindindisfræðsla. Slagorð Evrópuráðstefnu WHO, 1995 um heilbrigði, þjóðfélag og áfengi var: „Áfengi - minna er betra". Hæpið er að gefa út viðmiðunarmörk um hättumörk áfengisneyslu sbr. bækling SÁÁ „Hófleg áfengisneysla og hättumörk, spurningar og svör" (1997), þar sem neyslumörk eru mun hærri en að meðaltali er drukkið á Íslandi í dag. Ef farið væri eftir viðmiðum sem eru í bæklingi SÁÁ, um hóflega áfengisneyslu og hättumörk, mundi það leiða til 30-40% aukningar heildarneyslu áfengis á Íslandi (Tómas Helgason, 1998).

WHO: Áfengi - minna er betra

**Inngrip vegna áhættusamra aðstæðna** eru forvarnir þar sem stefnt er að því að grípa til aðgerða hjá hópum eða einstaklingum sem búa við áhættusamar aðstæður. Bæði í íslenskum og erlendum faraladsfræðilegum rannsóknum hefur verið hægt að finna aðstæður, sem börn og unglingar búa við, sem spá fyrir um vandamál síðar á ævinni tengd neyslu tóbaks, áfengis og annarra vímuefna (Tómas Helgason, 1978; Mayfield o.fél., 1974).

Í nýlegum íslenskum rannsóknarniðurstöðum kemur fram að félagslegir þættir hafa mikilvægt forsagnargildi um seinni tíma þróun (Þórólfur Þórlindsson og fél. 1998). Félaglegir þættir hafa meira forspárgildi um seinni tíma þróun en t.d. þekking unglínganna um hættur sem af neyslu vímuefna stafa. Félaglegir þættir sem greinilega hafa áhrif á neysluvenjur eru m.a. menntun foreldra, samband foreldra innbyrðis, tími sem börn, unglingar og foreldrar eru saman, vímuefnaneysla annarra fjölskyldumeðlima, viðhorf til skólagöngu og líðan í skóla og tengsl unglínganna við vini og jafnaldra.

Félaglegir þættir hafa mikið forsagnargildi

Allar þær aðgerðir sem miða að því að bæta líðan fólks og skapa þroskavænlegt umhverfi, heyra undir fyrsta stigs forvarnir. Barnafjölskyldan er í augum flestra hornsteinn fyrsta stigs forvarna, skólinn, trúfélög, tómstunda- og þróttastarf og margt fleira, en inngrip þarf að styðja með niðurstöðum rannsókna. Höfundar bókarinnar Vímuefnaneysla ungs fólks - Umhverfi og aðstæður (Þórólfur Þórlindsson og fél. 1998) þar sem dregnar eru saman niðurstöður kannana, sem gerðar hafa verið undanfarin ár á vímuefnaneyslu ungmenna hér á landi, telja það eina athyglisverðustu niðurstöðuna hve sterkt sambandið er milli þess hve miklum tíma foreldrar og börn þeirra verja saman og vímuefnaneyslu barnanna. Því meiri tíma sem þau verja saman því minni er neysla unglínganna.

Ýmislegt í íslensku þjóðfélagi (sbr. töflu 5) og einnig hjá öðrum Evrópuþjóðum er í **ósamræmi við Evrópuyfirlýsingu WHO** (sbr. kafla 2.2.). Enginn vafi leikur á því að hér togast á viðskiptasjónarmið frjáls markaðar og heilbrigðissjónarmið. Um leið og stefna ríkisstjórnar Íslands og markmið Evrópudeildar WHO er að hefta aðgengi að áfengi hefur t.d. fjöldi vínveitingastaða aukist verulega á síðustu árum í Reykjavík. Svo virðist sem hugmyndafræði velferðarkerfisins sé ógnað af neytendasjónarmiðum. Aukin áhersla er lögð á ábyrgð einstaklingsins og minnkandi áhersla á samfélagslega ábyrgð (Hildigunnur Ólafsdóttir, 1998).

Viðskiptasjónarmið frjáls markaðar og heilbrigðissjónarmið togast á

**Forvarnarsjóður** starfar á grundvelli 8. gr. laga um gjald af áfengi, nr. 96 frá árinu 1995. Tilgangur sjóðsins skal vera að stuðla að forvörnum gegn

áfengis- og fíkniefnaneyslu. Stór hluti úthlutana úr sjóðnum fyrir árin 1996 og 1997 var fyrir verkefni sem tengjast annars og þriðja stigs forvörnum. Eðlilegt verður að teljast að fjármagni sjóðsins sé fyrst og fremst beint að rannsóknum svo hægt sé að finna viðeigandi fyrsta stigs forvarnir.

Fjármagn Forvarnarsjóðs til rannsókna

#### 5.3.4.10 Tillögur að stefnumótun varðandi forvarnir

1. Að fjármagni Forvarnarsjóðs verði fyrst og fremst beint að rannsóknarverkefnum sem tengjast fyrsta stigs forvörnum.
2. Að framkvæmdaáætlanir einstakra ráðuneyta vegna stefnu ríkisstjórnarinnar byggji á rannsóknarniðurstöðum og reynslu annarra þjóða og beinist fyrst og fremst að algengasta vímuefninu, áfengi.

#### 5.3.5 Meðferð og endurhæfing. Annars og þriðja stigs forvarnir

Annars stigs forvarnir höfða til aðgerða sem gripið er til á frumstigi vandans til að hindra áframhaldandi þróun eða til að uppræta vandann. Ná þær aðgerðir allt frá leifturinngrípi í heilsugæslu og ráðgjafar í skóla til meðferðar á áfengis- og vímuefnadeild. Í daglegu tali er þetta stig nefnt meðferð.

Annars stigs forvarnir. Á frumstigi vandans.

Þriðja stigs forvarnir eru aðgerðir sem miða að endurhæfingu þeirra sem hlotið hafa varanlegan skaða. Tekið er á öðrum vandamálum samfara neyslunni svo sem öðrum geðröskunum, líkamlegum sjúkdómum og félagslegum vandamálum. Í daglegu tali er þetta stig nefnt endurhæfing.

Þriðja stigs forvarnir. Endurhæfing.

#### 5.3.5.1 Unglingar með áfengis- og annan vímuefnavanda

##### Eðli vandans

Börn og unglíngar sem eiga við áfengis og annan vímuefnavanda að etja eiga flest við **fjölpætt vandamál að stríða**. Neysla áfengis og annarra vímuefna hjá ungmennum er oftast birtingarform félagslegra og tilfinningalegra vandamála. Unglíngar með áfengis- og vímuefnavanda þurfa oftast á fjölpætttri meðferð að halda. Eðli vandans hjá unglíngum í neyslu er yfirleitt allt annað en það sem fullorðnir vímuefnasjúklingar eiga við að glíma.

Eðli vandans yfirleitt allt annað en hjá fullorðnum í neyslu

Í bókinni Vímuefnaneysla ungs fólks - Umhverfi og aðstæður (Þórólfur Þórlindsson og féll. 1998) er bent á að **vímuefnavandi ungs fólks gerir oft fyrst vart við sig í skólanum**. Fjarvistir nemenda og önnur vandamál í skóla eru oft fyrstu einkenni um að unglíngur sé byrjaður að neyta vímuefna. Mikilvægt er að gripið sé inn í sem allra fyrst. Kennarar og aðrir starfsmenn skóla, einkum og sér í lagi námsráðgjafar og skólahjúkrunarfræðingar gegna hér veigamiklu hlutverki. Út frá áfengisneyslu ungmenna er yfirleitt hægt er að **greina strax þá einstaklinga** sem síðar þróa með sér vímuefnavandamál (American Psychiatric Association, 1995). Atriði sem benda til

óheillapróunar er m.a. að neysla þessara ungmenna hefst fyrr og/eða unglíngarnir neyta reglulega annarra efna eins og cannabisefna og tóbaks. Önnur einkenni eru árásarhegðun, erfiðleikar heima fyrir og samskipti við jafningja sem eru í neyslu.

Fjarvistir nemenda eru oft fyrstu einkenni  
Áfengisneysla unglingsáranna segir til um vandann síðar meir

Íslenskir unglíngar byrja fyrr að drekka en áður og áfengisneysla þeirra sem drekka er meiri (Ása Guðmundsdóttir, 1994). Byrjun áfengisneyslu unglínga árið 1972 var um 14 ára aldur í Reykjavík, en er árið 1995 um 13 ára aldur. (Ása Guðmundsdóttir, 1998). Sjá nánar um umfang vandans í kafla 5.3.1.4. Innlendir og erlendir rannsóknir á áfengisdrykkju unglínga sýna fram á hættur þess að byrja snemma að drekka (Sigrún Aðalbjarnardóttir og fél. 1997).

Í umfangsmikilli bandarískri könnun hefur komið í ljós að því yngra sem fólk byrjar áfengisneyslu, því meiri líkur eru á þróun áfengisfíknar síðar á ævinni. Líkur á þróun fíknar síðar á ævinni hjá unglíngum sem byrja neyslu fyrir 15 ára eru rúmlega 40%, hjá þeim sem byrja neyslu 17 ára 24,5% og um 10% hjá þeim sem byrja neyslu 21 og 22 ára. Hættan á þróun áfengisfíknar minnkar um 14% við hvert ár sem viðkomandi er eldri þegar neysla byrjar (Grant & Dawson, 1998).

Líkur á áfengisfíkn minnka um 14% við hvert ár sem viðkomandi er eldri þegar neysla byrjar

### Orsakabættir

Fjölmargir þættir af geðrænum, félagslegum og þroskafræðilegum toga eru þekktir sem auka hættur unglínga á að ánetjast vímuefnum (Sigurjón Björnsson, 1974; Tómas Helgason og Gylfi Ásmundsson. 1972; Brook, Whieman, Gordon, Brook, Cohen, 1990; Tarter, Alterman, Edwards, 1985; Majumder, Moss & Murelle, 1998) og einnig er til mikil vitneskja um hvar er hægt að grípa inn í þá þróun með fyrirbyggjandi hætti (Anthony & Helzer, 1991).

Félagsleg og geðræn vandamál

Rannsóknir sýna að fíknir unglíngar eru mjög ósamstæður hópur. Sýnt hefur verið fram á að undirlyggjandi áhættuþáttur sé erfið skapgerð, sem reyndar getur leitt til ýmissa annarra vandamála (Tarter, R. og fél. 1994). Tíðni athyglisbrests með ofvirkni (AMO) er mun meiri hjá unglíngum með vímuefnaraskanir en hjá samanburðarhópum og virðist vera rót neyslunnar. Viðeigandi meðferð á AMO getur því haft áhrif á meðferð og velferð unglíngsins (Horner, B.R. og Scheibe, K.E. 1997). Hjá piltum er hegðunarröskun (Conduct Disorder, CD) oft samfara vímuefnamisnotkun (Boyle og fél. 1992; Boyle, Offord, Racine, Szatmari & Links, 1993). Forstig CD er aftur móttstöðuþrjúskuröskun (Oppositional Deviant Disorder, ODD) á barnsaldri. ODD og CD eru líklegri til að koma fram hjá barni eða unglíngi með athyglisbrest með ofvirkni (AMO), sérstaklega ef sú röskun hefur ekki

fengið viðeigandi meðferð (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Biederman og fél. 1997). Það er því oftast flókinn undirliggjandi vandi til staðar hjá unglingi sem er í vímuefnaneyslu sem birtist í hárrí títíni geðrænna fjölkvlla. **Sérfræðipækking á hinum geðræna vanda** þessa hóps er nauðsynleg á meðferðarstigi ef meir en skammvinnur árangur á að nást.

Athyglisbrestur með ofvirkni og hegðunarröskun virðist oft vera rót neyslunnar

### Staðan nú

Ný lögræðislög voru samþykkt á Alþingi vorið 1997 sem mæla fyrir um hækkun sjálfræðisaldurs í 18 ár frá áramótum 1997/1998. Ein rökin fyrir hækkun sjálfræðisaldurs voru að gera foreldrum kleift að taka á neyslu áfengis og vímuefna 16 til 18 ára ungmenna. Í kjölfarið má búast við **aukinni þörf á sérhæfðum úrræðum** í vímuefna meðferð fyrir ungmenni allt að 18 ára aldri. Nýlegar breytingar á meðferðarkerfi ríkisins gerðu ráð fyrir að sjálfráða einstaklingar, 16 ára og eldri, leituðu þjónustu sjúkrastofnana fyrir fullorðna, til SÁÁ eða Landspítala. Með hækkun sjálfræðisaldurs í 18 ár, verður að efla sérhæfða meðferð fyrir þennan hóp. Mikilvægt að samræma aðgerðir Barnaverndarstofu, Barna- og unglingageðdeild (BUGL) og áfengis- meðferðarstofnana varðandi fíknivandamál sem upp koma hjá börnum og unglingum.

Samkvæmt framkvæmdaáætlun félagsmálaráðuneytisins í fíkniefna- og áfengisvörnum er stefnt að því að setja á laggirnar meðferðarheimili fyrir unga fíkniefnaneytendur á aldrinum 16 til 18 ára á árinu 1999. Þessi framkvæmd byggir þó á því að niðurstöður úttektar á meðferðarúrræðum fyrir unga fíkniefnaneytendur mæli með að þessum aldurshópi verði veitt þjónusta á sérhæfðum meðferðarheimilum sem rekin eru á vegum Barnaverndarstofu en ekki á hinum almennu meðferðarstofnunum sem ætlaðar eru fullorðnum (Framkvæmdaáætlun félagsmálaráðuneytisins í fíkniefna- og áfengisvörnum, 1997). Í 5. mgr. 51. gr. laga um vernd barna og ungmenna segir að félagsmálaráðuneytið skuli sjá um að **sérhæfð heimili og stofnanir** séu tiltækar fyrir börn og ungmenni þegar úrræði barnaverndarnefndar skv. 21. og 1. mgr. 22. gr. hafa ekki komið að gagni. Nánar er tiltekið í framangreindu ákvæði að átt er við sérhæfða meðferð svo sem vímuefna meðferð og vistun í bráðatilvikum vegna meintra afbrota og alvarlegra hegðunarerfiðleika. Börnum með aðrar geðraskanir skuli hins vegar vísað til úrræða á vegum heilbrigðisráðuneytis.

Meðferðarheimili fyrir fíkniefnaneytendur 16 til 18 ára

Barna- og unglingageðdeild Landspítalans hefur í dag enga aðstöðu til að meðhöndla fíkniraskanir sem krefjast innlagna. Hlutverk deildarinnar er frekar að miðla sérfræðipækkingu á greiningu og meðferð á þroskafræðilegum og geðrænum þáttum sem til staðar eru í meirihluta tilfella í þessum hópi. Reglubundið samráð og ráðgjöf sérfræðinga BUGL við meðferðarstofnanir er nauðsynlegt til að tryggja gæði þeirrar þjónustu sem veita ber þessum hópi. Þannig þarf að tryggja að ábyrgð heilbrigðisyrvalda sé skýr og sú staða sem

er í dag að öll ábyrgð á meðferð þessa hóps hvílir á herðum félagsmálayfirvalda er algjörlega á skjön við eðli vandans eins og hér hefur verið lýst.

SÁÁ hefur í vaxandi mæli veitt unglingum meðferð vegna vímuefnavanda. Þó að um frjáls félagasamtök sé að ræða lýtur meðferðin lækisfræðilegri ábyrgð og er þar með undir yfirstjórn heilbrigðisyfirvalda sem starfshópurinn telur eðlilegt fyrirkomulag. Barnageðheilbrigðisþjónusta er þó ekki tryggð þar.

### 5.3.5.2 Tillögur að stefnumótun varðandi áfengis- og annars vímuefnavanda barna og unglunga.

Ef meðferð á að skila meiri árangri en skammvinnu hléi á vímuefnamisnotkun hjá unglingi er nauðsynlegt að greina vanda unglingsins m.t.t. þeirra þekktu áhættuþátta sem líklegir eru til að viðhalda misnotkuninni og að beina meðferð að þessum þáttum samtímis, jafnt geðheilbrigðisþáttum sem félagslegum.

Sameiginleg ábyrgð heilbrigðis- og félagsmálayfirvalda

1. Mikilvægast er að grípa inni ferli hinnar neikvæðu þróunar til hegðunarröskunar og vímuefnaröskunar snemma. Einn liður að því marki er að **efla barna- og unglिंगageðdeild**, þangað sem áhættuhóp þeim sem lýst er að ofan er í auknum mæli vísað til á barnsaldri vegna forstigsvandamála (ODD, CD og AMO). Í samnigni Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins (1989) í 3.gr. segir, að „Það sem barni (sem ekki hefur náð átján ára aldri) er fyrir bestu skal ávallt hafa forgang þegar félagsmálastofnanir á vegum hins opinbera eða einkaaðila, dómstólar, stjórnvöld eða löggjafarstofnanir gera ráðstafanir sem varða börn“. Á barna- og unglिंगageðdeild er tekið á hinum fjölpætta vanda barna og unglunga og fjölskyldna þeirra sem eru undanfari vímuefnavandans og /eða tengjast honum.

Afkastameiri barna- og unglिंगageðdeild

2. Á stofnunum Barnaverndarstofu er til staðar mikil þekking og reynsla við meðferð á unglingum í andfélagslegri hegðun af ýmsu tagi. Hins vegar skortir þar barnageðlækisþjónustu og heilbrigðisyfirvöld bera enga ábyrgð á meðferð sem þar fer fram. Við **frekari uppbyggingu meðferðarúrræða** fyrir unglunga í vímuefnavanda er nauðsynlegt að efla barnageðheilbrigðisþjónustuna.

Meðferðarúrræði fyrir unglunga

3. **Sameiginleg greiningarstöð BUGL og Barnaverndarstofu** undir stjórn heilbrigðisráðuneytisins gæti leyst þann faglega vanda sem nú er. Sameiginleg greiningarmiðstöð stuðlar að nauðsynlegri samvinnu ráðuneyta í þessum málum. Megintilgangur slíkrar stöðvar er að greina

vanda í byrjun til að hægt sé að finna viðeigandi úrræði eftir eðli vandamálsins.

Greiningarmiðstöð fyrir unglinga með vímuefnavanda

### 5.3.5.3 Inngríp við almenna heilsugæslu

Gera þarf sérstakt átak til að greina áfengismisnotkun við frumheilsugæslu. Eins og áður hefur komið fram er fíkn og misnotkun oft samfara slysum, heimsóknum til lækna og innlagna á sjúkrahús. Búast má við að allt að 75% áfengismisnotenda og fíkla heimsæki heimilislækni a.m.k. einu sinni ári. Áfengisvandamál eru aftur á móti iðulega vangreind á bráðamóttökum, slysavarðstofum og sjúkrastofnunum og talið er að minna en 20% af áfengisvandamálum séu greind hjá heimilislæknum (J.C. Anthony, 1997).

Stutt inngríp heimilis- eða heilsugæslulækni getur minnkað neyslu áfengisnotenda um 20%

Rannsóknir sýna að stutt inngríp (leifturinngríp) heimilis- eða heilsugæslulækni geta verið mjög árangursrík til að opna augu áfengismisnotenda fyrir vandanum. Um er að ræða mat á magni neyslu og bera saman við „venjulega“ neyslu, upplýsingar um skaðann sem áfengi veldur og ráð um hvernig hægt sé að minnka neysluna. Þó aðferðin sé einföld er sýnt að hún minnki neyslu áfengisnotenda um 20% (M. Ashworth, & C. Gerda, 1997).

### 5.3.5.4 Fangelsin

Í álitni nefndar um skipulag heilbrigðisþjónustu við fanga (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, 1996) kemur fram að geðdeildir sjúkrahúsa hér á landi hafa ekki tekið við afplánunarföngum í meðferð. Ofangreind nefnd fékk til viðræðna forsvarsmenn geðdeilda á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og Ríkisspítölum auk yfirlækni meðferðarheimilis fyrir ósakhæfa afbrotamenn á Sogni. Forsvarsmenn geðdeildanna kváðust ekki vilja taka að sér gæsluhlutverk og kváðust mótfallnir því að fangar afplánuðu dóma á sjúkrahúsum. Þeir kváðust telja að almennar geðdeildir gætu ekki annast sjúklinga sem væru ófrjálsir menn. Máli sínu til stuðnings bentu þeir m.a. á að meginforsendur fyrir nútíma geðlæknisfræði væru að meðferð sjúklinga færi fram við sem frjálslegastar aðstæður, án þvingana og gæslu. Ef fangi ætti að vera lagður inn á geðdeild þyrfti því að gera hlé á afplánun hans. Yfirlæknir á Sogni kvaðst í viðræðum við nefndarmenn ekki telja æskilegt að sakhæfir fangar nytu meðferðar við hlið ósakhæfra afbrotamanna sem þar væru nú vistaðir. Í þessu sambandi telur nefndin rétt að benda á að á öðrum deildum sjúkrahúsa en geðdeildum er ekki gert hlé á afplánun fanga á meðan á sjúkrahúsdvöl stendur og hátt í tvö hundruð fangar hafa gengist undir áfengismeðferð á Vogu á meðan á refsivist stendur og þá oft í lok afplánunar.

Geðdeildir sjúkrahúsa hafa ekki tekið við afplánunarföngum í áfengismeðferð

**5.3.5.5 Áfengisfíkn og langvinnir alvarlegir geðsjúkdómar**  
Sjá kafla 6.11.

**5.3.5.6 Kostnaður við meðferð og endurhæfingu**

Áfengis- og önnur vímuefna meðferð og endurhæfing er veitt að lang stærstum hluta hjá SÁÁ og Geðdeild Landspítala. Auk þess er hlutur líknar- og trúfélaga nokkur. Meðferðarstarf SÁÁ og Landspítala nær bæði yfir annars og þriðja stigs aðgerðir, þ.e. frá afeitrun til endurhæfingar. Trúar- og líknarfélögin hafa einkum sinnt endurhæfingu þó rekstur meðferðarheimila, neyðarathvarf og ráðgjöf sé einnig á þeirra vegum. Kostnaður við vímuefna meðferð er að lang stærstum hluta greiddur úr ríkissjóði sbr. tölur 8a og 8b um kostnað vegna vímuefna meðferðar. Hlutur bæjar- og sveitarfélaga í áfengis- og vímuefna meðferð er fyrst og fremst í formi framfærslustyrkja til einstaklinga sem búa á áfangaheimilum, en einnig nokkur í formi rekstrarstyrkja til meðferðarstofnana.

Kostnaður að lang stærstum hluta greiddur úr ríkissjóði
---



**Tafla 8a)**  
**Kostnaður vegna stofnana með rekstrarleyfi til vímuefnameðferðar**  
**Greiddur að hluta eða öllu leyti af ríkinu**

Deild / staður	Rúma- fjöldi	Kostnaður á árinu 1996 <sup>1)</sup>	Fjöldi sj. á ári	Kostnaður á sjúkling á ári <sup>2)</sup>	Kostnaður á legudag /heimsókn	Útlagður kostnaður sjúklings <sup>3)</sup>
Lsp., 33A, afeitrunardeild	15	72.145.088	199 <sup>4)</sup>	362.538	13.965	0
Lsp., 32E, göngudeild	0	28.366.383	772 <sup>5)</sup>	36.744	2.765	Göngud.gjald f. einstök viðtöl kr. 300-3943
Lsp., Flókagata 29, dagdeild	0	30.932.906	369	83.829	2.465	0
Lsp., Flókagata 31, sjúkrahótel	12	25.664.053	192 <sup>6)</sup>	131.554	8.040	0
Lsp., Gunnarsholt, vistheimili	28	47.501.238	69	688.423	5.407	0
SÁÁ, göngudeild, Rvk <sup>7)</sup>	0	30.469.000	4.364 <sup>8)</sup>	6.988	1.541	Göngud.gjald f. einstök viðtöl kr.750+1500
SÁÁ, göngudeild, Akureyri <sup>7)</sup>	0	6.958.000	364 <sup>8)</sup>	19.115	3.494	Göngud.gjald f.einstök viðtöl kr.750+1500
SÁÁ, Vogur, afeitrunar- og mfd. <sup>7)</sup>	60	147.662.000	1.651	89.437	7.171	0
SÁÁ, Staðarfell, meðferðardeild <sup>7)</sup>	30	33.934.000	379 <sup>9)</sup>	89.535	3.415	0
SÁÁ, Vík, meðferðardeild <sup>7)</sup>	30	36.137.000	411 <sup>9)</sup>	87.924	3.407	0
Samhjálp, Hlaðgerðarkot, afeitrunar- og meðferðardeild	25	40.088.000	302	132.742	4.304	0
Krísuvík, meðferðarheimili	24	40.800.000	33	1.236.364	5.663	25.000/mán.
Víðines, vistheimili	28	71.023.210	126	563.676	Upplýsingar ekki til	0
Fjölskyldumiðstöðin, göngud. <sup>10)</sup>	0	7.175.000				0
Varpholt, meðferðarheimili <sup>11)</sup>	6	9.500.000	6			0
Stuðlar, meðferðarstöð <sup>12)</sup>	5,5	37.802.054	21	1.800.097	20.032	0
Samtals	263,5	666.184.932				

- 1) Fyrir Samhjálp og Krísuvík er kostnaður fyrir árið 1995. Fyrir Fjölskyldumiðstöðina, Varpholt og Stuðla er kostnaður fyrir árið 1997.
- 2) Rekstrareiningar eru ólíkar. Ekki er verið að bera saman sömu þjónustu. Sjúklingar dvelja mismengi á deildum og stjórnast kostnaður m.a. af því.
- 3) Innheimt gjöld hafa ekki verið dregin frá kostnaði. Greiðslur sjúklinga á göngudeild Lsp. 32E 1996 voru kr. 1.117.000, aðrar tekjur áfengisdeilda Lsp. voru kr.5.449.000. Árið 1996 greiddu sjúklingar 6,9 milljónir fyrir þjónustu á göngudeild SÁÁ í Reykjavík og 390 þúsund fyrir þjónustu á göngudeild SÁÁ á Akureyri.
- 4) Hluti af sjúklingum á 33A (16 einstl.) hafa einnig verið á dagdeild deildarinnar.

- 5) Fjöldi einstaklinga sem koma á göngudeild vegna viðtala, hópmeðferðar og aðstandendanámskeiða.
- 6) Nær allir sem skráðir eru á Fl.31 eru síðar skráðir á Fl. 29.
- 7) Deildirnar tilheyra sjúkrahúsrekstri SÁÁ og er heildarkostnaður hans kr. 255.187.000. Önnur starfsemi SÁÁ tilheyrir heildarsamtökum SÁÁ (áfangastaðir, forvarnardeild o.fl.). Heildarrekstargjöld SÁÁ eru 320.060.295 kr. árið 1996.
- 8) Fjöldi einstaklinga sem koma á göngudeildir vegna viðtala, fræðslu, námskeiða og meðferðar fyrir sjúklinga og aðstandendur. Fjöldi einstaklinga er áætlaður út frá fjölda heimsókna (Tafla bls. 32 í Ársskýrslu SÁÁ 1996).
- 9) Allir sjúklingar sem eru á Staðarfelli eða Vík eiga að baki legu á Vogu.
- 10) Göngud. fyrir unga vímuefnaneytendur og foreldra þeirra. Áætlun fyrir 1997, þar sem deildin opnaði á árinu. Aðeins hluti kostnaðar (3,5 m.kr.) kemur úr ríkissjóði. Um er að ræða samstarfsverkefni Reykjavíkurborgar, Félagsmálaráðuneytis, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og Reykjavíkurdeldar Rauða kross Íslands.
- 11) Meðferðarheimili fyrir unga vímuefnaneytendur. Áætlaður rekstarkostnaður 1.jan.-1.nóv. 1997. Heimilið opnaði í júní.
- 12) Aðeins taldir þeir unglingar sem leggjast inn fyrst og fremst vegna vímuefnavanda.

**Tafla 8 b)**

**Kostnaður vegna vímuefna meðferðar greiddur af félagsamtökum vegna neyðarmóttöku, ráðgjafar og eftirmeðferðar**

Deild / staður	Rúma- fjöldi	Kostnaður á árinu 1996 <sup>1)</sup>	Fjöldi sjúkl- inga á ári	Kostnaður á sjúkling á ári <sup>2)</sup>	Kostnaður á legudag	Útlagður kostnaður sjúklings
SÁÁ, Miklabraut 1, áfangaheimili	24	11.898.680	100	118.986	1.517	33.000/mán.
SÁÁ, Eskihlíð 3, áfangaheimili	16	6.572.498	63	104.325	1.838	33.000/mán.
SÁÁ-Norðurlandi, áfangaheimili	16	5.795.000	55	105.363	1.434	33.000/mán.
Rauðakrosshúsið, neyðarathvarf Rauðakrosshúsið, ráðgjöf (1996)	5 0	13.000.000 <sup>3)</sup>	43 <sup>4)</sup> 225 <sup>5)</sup>			
Samhjálp, áfangahimili Samhjálp, gistiskýli	14	Fæst ekki uppgefið				
Risið, áfangaheimili	24-25	12.368.789	24 <sup>6)</sup>	515.380		1000/dag
Dyngjan, áfangaheimili	12+börn	4.500.000	38 <sup>6)</sup>	118.421	1.776	28.500/mán.
Takmarkið, áfangaheimili	16	6.881.612	63 <sup>6)</sup>	109.231		33.000/mán.
Krossgötur, áfangaheimili	10	7.943.651	30-40 <sup>6)</sup>	226.961		25.000/mán.
Skjöldur, áfangaheimili	22	12.500.000	20-30 <sup>6)</sup>	500.000	1.562	30.000/mán.
Byrgið, áfangaheimili Byrgið (Hlíðardalsskóli <sup>7)</sup> ). meðferðar- og áfangaheimili	18 65	Upplýsingar fengust ekki				
Samtals	243	81.460.230				

666.184.932+81.460.230=747.645.162

- 1) Kostnaður fyrir Risið, Takmarkið, Krossgötur og Skjöld er fyrir árið 1995. Fyrir áfangaheimili SÁÁ Miklabraut 1, SÁÁ Eskihlíð 3 og fyrir Dyngjuna, árið 1997.

- 2) Rekstrareiningar eru ólíkar. Ekki er verið að bera saman sömu þjónustu. Sjúklingar dvelja mismiklu lengi á deildum og stjórnast kostnaður m.a. af því.
- 3) Áætlaður hluti af heildarkostnaði (26.000.000 m.kr.) fyrir neyðarathvarf, ráðgjöf og neyðarsíma vegna unglinga með áfengis- og vímuefnavanda.
- 4) Fyrir unglinga. Alls 86 einstakl. sem gistu en helmingur þeirra vegna áfengis- og vímuefna vandamála.
- 5) Fyrir unglinga og foreldra. Alls 450 einstaklingar, um helmingur þeirra vegna áfengis- og vímuefna vandamála.
- 6) Almenn skilyrði fyrir dvöl á áfangaheimili er yfirstandandi eða afstaðin áfengismeðferð.
- 7) Byrgið, Hlíðardalsskóla opnaði í desember 1997.

Í töflu 8 a) og b) er fundinn beinn kostnaður vegna áfengis- og annarrar vímuefna meðferðar og reynist hann alls vera kr. **747.645.162,-** Hlutur ríkisins er um **587 m.kr** sbr. töflu 4.

Heildar kostnaður vegna áfengis- og annarrar vímuefna meðferðar er kr 747.645.162,-

Gerð er tilraun til að finna kostnað við hvern einstakan sjúkling sem kemur til meðferðar vegna áfengis- og vímuefnafíknar. Kostnaður á sjúkling á ári er ærið misjafn eftir deildum. Líta þarf á þessar kostnaðartölur í ljósi þess að þær ráðast í flestum tilvikum af því hversu lengi sjúklingur dvelur á viðkomandi deild. Því lengur sem hann dvelur, því dýrari er árskostnaðurinn. Tæknivæðing deilda og fjöldi sérmenntaðs starfslíðs hefur áhrif á kostnað bæði á ársgrundvelli og á hvern legudag eða heimsókn.

Því lengur sem sjúklingur dvelur, því dýrari er árskostnaðurinn

Taka verður tölur um fjölda sjúklinga á hverri deild eða stað með þeim fyrirvara að sami sjúklingur er oft skráður á fleiri en eina deild á sama ári. Kostnaður við hvern sjúkling getur því verið meiri en hér kemur fram. Ekki er hægt að leggja saman fjölda sjúklinga á hinum ýmsu deildum til að fá út heildarfjölda þeirra. Sami sjúklingur er iðulega tví, þrí eða margtalinn þar sem sjúklingar flytjast á milli deilda. Þannig getur sami sjúklingur verið skráður á sama árinu á afeitrunardeild, dagdeild, göngudeild og á áfangaheimili. Þetta flæði er eðlilegt og meðferðarformið endurspeglar bata sjúklingsins, frá mikilli umsjón í átt til sjálfshjálpar. Allir sjúklingar sem eru á Vík eða Staðarfelli eiga að baki legu á Voggi og nær allir sjúklingar sem eru á sjúkrahótelu (Flókagötu 31) eru síðar skráðir á dagdeild (Flókagötu 31). Almenn skilyrði fyrir eftirmeðferð á áfangaheimili er yfirstandandi eða afstaðin áfengismeðferð.

Sami sjúklingur er oft skráður á fleiri en eina deild á sama ári

Í töflu 8a) og b) kemur fram að fjöldi rúma í áfengis- og vímuefna meðferð á vegum ríkisins er 263,5 rúm og fjöldi rúma á vegum félagasamtaka er um 243 rúm. Alls eru því í landinu 506,5 rúm fyrir áfengis- og aðra vímuefna meðferð.

Um 506 rúm fyrir áfengis- og aðra vímuefna meðferð

Meiri hluti þeirra sem í meðferð koma hafa áður verið í áfengismeðferð. Um þriðjungur leggst inn oftari en einu sinni á ári. Um helmingur leggst aftur inn

á tveggja og hálfis árs tímabili. Hins vegar eru ekki nema 6% þeirra sem koma í sínar fyrstu meðferðir (þrjár eða færri meðferðir) sem verða síkomusjúklingar (með fleiri en fjórar endurinnlagnir á tveimur og hálfu ári) (Tómasson K., Vaglun P., 1998). Þessar tölur gefa til kynna að í áfengismeðferð er fyrst og fremst verið að sinna langveikum einstaklingum, sem koma aftur og aftur í meðferð, þó flestir af þeim sem byrja meðferðir verða ekki síkomusjúklingar.

Um helmingur leggst aftur inn Verið að sinna langveikum einstaklingum
--

Í þessu sambandi má ekki gleymast að vímuefnaraskanir eru krónískir sjúkdómar, sem ganga í lotum og hefur raunar verið líkt við ýmsa aðra króníska sjúkdóma, sem ganga í lotum eins og t.d. astma, ýmsa meltingarsjúkdóma og hjarta- og æðasjúkdóma. Sjúklingarnir þurfa því oft á einhverri langtíma meðferð að halda eða koma aftur og aftur.

### 5.3.6 Tillögur að stefnumótun varðandi áfengis- og aðra vímuefna meðferð fullorðinna

Þrátt fyrir mikla reynslu af meðferðarstarfi síðustu áratuga, einkum af innlagnarmeðferð vantar stefnumörkun opinberra aðila um annars og þriðja stigs aðgerðir fyrir áfengis- og aðra vímuefnaraskanir. Með þessari skýrslu eru gerðar eftirfarandi tillögur að opinberri stefnumörkun varðandi aðgerðir vegna áfengis- og annarrar vímuefna meðferðar.

#### 5.3.6.1 Markmið, eftirlit og endurskoðun

Starfshópurinn leggur til að heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið marki opinbera stefnu um annars og þriðja stigs aðgerðir vegna áfengis- og annarrar vímuefnaröskunar. Stefnumörkun þarf að vera samofin heildrænni og langtíma framkvæmdaáætlun og taka mið af stefnuyfirlýsingu Evrópu um áfengi sem birt er framar í þessari skýrslu: Tiltaka þarf skýr markmið og mælikvarða um árangur. Endurskoða þarf reglulega áætlanir út frá árangursmati sem gert er af óháðum aðila. Kaupandi þjónustunnar þ.e. ríkið þarf að fylgjast með árangri. Ráðuneyti ætti að hafa eftirlitshlutverk og eftirlitsskyldu.

Ráðuneyti ætti að skipa fagråd sem er þverfaglegt teymi, skipað fagfólki með reynslu, fræðilega þekkingu og tilbúið að starfa að hugmyndum ráðuneytisins. Fagråd ætti að sjá um að stefnu ríkisstjórnarinnar og árangursmati verði framfylgt.

Stefnumörkun vantar vegna annars og þriðja stigs forvarna
---

#### 5.3.6.2 Fjölbreytt meðferðarúræði

Stuðla skal að fjölbreyttum meðferðarúræðum. Flestir eru sammála um að eitt meðferðarúræði sem gildir fyrir alla vímuefnasjúklinga sé ekki til. Úrræði geta verið af ýmsum toga bæði hvað form og innihald varðar. Formgerðin getur verið innlögn, dag-, kvöld-, eða göngudeildarmeðferð og lengd, magn og innihald breytilegt innan hvers meðferðarforms. Innihald meðferðar er

breytilegt, ýmist með áherslu á einstaklinginn, hjónabandið eða fjölskylduna. Markmið geta verið ólík og leiðir mismunandi (Oddi Erlingsson, 1992). Mikið „magn“ meðferðar gefur ekki ávallt bestan árangur. Stutt inngríp hjá heimilislækni eða nokkur hjónaviðtöl á göngudeild gefa oft betri árangur en nokkurra vikna innlagnir (Holder, Longabaugh, Miller og Rubonis, 1991). Tryggja þarf hratt aðgengi að áfengismeðferð, eðli sjúkdómsins vegna. Vímuefnaraskanir eru langvarandi sjúkdómar, sem ganga í lotum. Á meðan leifturinngríp er árangursríkt í einu tilviki þurfa aðrir sjúklingar að koma aftur og aftur eða þurfa á langtímameðferð að halda.

Eitt meðferðarúrræði sem gildir fyrir alla er ekki til Stutt inngríp gefa oft betri árangur en nokkurra vikna innlagnir
--

Rökin fyrir fjölbreyttum úrræðum eru ýmiss. Ástand og aðstæður sjúklinga eru mismunandi. Unglingar þurfa yfirleitt annars konar úrræði en fullorðnir vímuefnasjúklingar. Mikilvægt er að geta borið saman árangur ólíkra meðferðarúrræða. Fjölbreytt meðferðarúrræði hefur hvetjandi áhrif á sjúklinginn. Hann sækir frekar meðferð, meðferðarheldni eykst og árangur meðferðar verður meiri þegar sjúklingur getur valið á milli úrræða. (Sanchez-Craig, 1990; Sanchez-Craig & Lei, 1986).

Hér á landi er umfang áfengismeðferðar mikið, en fjölbreytni lítil. Innlagnir til margra vikna er algengasta og oft mælt með sem fyrsta meðferðarúrræðið. Göngu- og dagdeildarform, sem eru ódýrustu meðferðarformin ættu að vera valkostur í auknum mæli við fyrstu komu. Eina dagdeild landsins sem starfað hefur í tæp þrjú ár á vímuefnadeild Landspítala á nú undir högg að sækja vegna sparnaðar í heilbrigðiskerfinu. Í nýlegri samþykkt stjórnarnefndar Ríkisspítala var ráðgert að skerða dagmeðferð áfengissjúklinga. Án dagdeildar verður þjónusta við vímuefnaneytendur skert til muna og horft frá nútíma vinnubrögðum. Í framkvæmdaáætlun Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis varðandi aðgerðir vegna ávana- og fíkniefna (sjá 4.4.) er einn áhersluliður um bætt meðferðarúrræði. Með beinum niðurskurði á dagdeildarmeðferð er í reynd tekin þveröfug stefna.

### 5.3.6.3 Samvinna um sérhæfingu, samskráningu og greiningarmiðstöð

Yfirlýst sérhæfing meðferðarstofnana er sú að Landspítali sinni sjúklingum sem einnig greinast með aðrar geðraskanir en vímuefnafíkn. Þar eru einnig innlagðir sjúklingar sem vistaðir eru gegn vilja sínum. Upplýsingar um fjölda nauðungarvistana á áfengisskor Landspítala eru ekki fyrir hendi. Án yfirlýstrar stefnu hefur skapast ákveðin hefð, hver sinni hverjum: Á afeitrunardeild Landspítala (33A) koma hlutfallslega flestir geðsjúkir heimilislausir karlmenn og útigangsfólk til meðferðar. Í meðferð til SÁÁ koma hlutfallslega flestir í fyrstu meðferð og ungir karlmenn. Á Teig kemur hlutfallslega mest af konum sem eru á miðjum aldri. Eftir að Landspítali opnaði dagdeild á Teigi 1995 hefur fyrstu komum þar fjölgað. Í reynd er sérhæfing meðferðarstofnana hvað sjúkdómsgreiningar varðar lítil. Lítil munur er á geðsjúkdómsgreiningum á hinum ýmsu meðferðarstofnunum og

deildum (Kristinn Tómasson, 1992), þannig að í reynd virðast allir vera að fást við hliðstæð tilfelli.

Allir að fást við hliðstæð tilfelli

Starfshópurinn álitur mikilvægt að bráðamóttaka fyrir vímuefnaneytendur sé staðsett á sjúkrahúsi þar sem starfandi eru geðlæknar og nán landfræðileg tengsl við sjúkrahús með svæfinga- og gjörgæsludeild.

Eðlilegt er að náíð samstarf og verkaskipting sé við höfð á milli meðferðarstofnana eins og SÁÁ, Landspítala og Samhjálp, einkum þar sem sami aðili greiðir meðferðina. Verkaskipting þessara stofnana er hverfandi og samstarf hér á milli í lágmarki. Skortur á samvinnu stuðlar að ómarkvissri meðferð. Svo virðist sem vilji til samstarfs sé fyrir hendi, en yfirvöld hafa hvorki greitt því götu eða hvatt til samstarfs.

Verkaskipting og samvinna í lágmarki

Sameiginleg heildarskráning sjúklinga er nauðsynleg til að safna saman upplýsingum um vímuefna meðferð í landinu og er um leið aðferð til þess að hinar ólíkustu meðferðarstöðvar skilgreini starfsemi sína. Í byrjun árs 1998 var tekið í notkun í Noregi samskráningarkerfi sem þróað hefur verið á undanförunum árum og nær til flestra meðferðarstöðva þar í landi sem eru um 220 (Iversen, E. & Gerds, S.A., 1998).

Það er mat starfshópsins að skilyrði meðferðaraðila til rekstrarleyfis frá ráðuneyti og greiðslna úr ríkissjóði sé samvinna um eftirfarandi atriði:

Skilyrt rekstrarleyfi

1. Verkaskipting bæði hvað sjúklingahópa og meðferðarúræði varðar. Landspítali er kennslustofnun og háskólasjúkrahús og ættu því sem flest meðferðarúræði að vera staðsett þar. Ekki er mælt með því að tvö eða fleiri samhliða kerfi séu í gangi sem sinni öllum stigum meðferðar og öllum sjúklingahópum.

Sérhæfing

2. Samskráning sjúklinga til að safna upplýsingum um vímuefna meðferð í landinu.

Samskráning

3. Sameiginleg geiningarmiðstöð þar sem fram fer greining og meðferðarmat. Að notað verði heildstætt viðmiðunarkerfi sem stýrir því hvaða meðferð sjúklingar hljóta. Leggja skal grunn að því að markvissar vinnureglur og fagleg sjónarmið verði höfð til viðmiðunar við innlagnir. Tryggja skal að ástand og þarfir sjúklingsins stýri meðferðinni sem hann hlýtur.

Greiningarmiðstöð

#### 5.3.6.4 Markvissar vinnureglur

Við val á meðferð (meðferðarmat) ætti að taka tillit til þarfa og aðstæðna þess sem leitar meðferðar. Viðmið sem notuð eru til að velja saman ástand sjúklings og meðferðarform þurfa að vera markviss og öllum skýr sem að meðferðinni koma og í meðferðina vísa.

Viðmið þurfa að vera markviss og öllum skýr
---

„The American Society of Addiction Medicine" (ASAM) (Hoffmann, N.G. og féll. 1991) hefur gefið út leiðbeiningarkerfi um hvernig stýra megi sjúklingum inn á ólík stig meðferðar eftir ástandi þeirra og aðstæðum. Hér er verið að fjalla um ytri ramma meðferðarinnar, en áhersla er í innihaldi geta verið breytilegar eftir því hver veitir meðferðina. Á íslenskum meðferðarstöðvum er æskilegt að verklýsingar séu fyrir hendi bæði um form og innihald til þess að allir sem að meðferðinni koma geti séð hvert er hlutverk viðkomandi stofnunar eða deilda. Í kerfi ASAM eru stig meðferðar fjögur, en viðmið í fari sjúklings eru sex:

Fjögur stig meðferðar:

- I. Göngudeildarmeðferð. Færri en níu tímar á viku.
- II. Umfangsmikil göngudeildarmeðferð/dagdeild/kvölddeild. Níu tímar eða meira á viku.
- III. Innlagningar meðferð undir læknisfræðilegu eftirliti. Einnig eru til meðhöndlunar líkamleg og önnur andleg vandamál.
- IV. Innlagningar meðferð, læknisfræðilega stýrð. Til meðhöndlunar eru bráð andleg eða líkamleg einkenni.

### Tafla 9

#### Skörun meðferðarstigs og ástands sjúklings (skv. ASAM)

Viðmið	I	II	III	IV
1. Líkur á fráhrarfi	*	**	***	****
2. Líkamleg einkenni	*	*	***	****
3. Geðrænt ástand	*	**	***	****
4. Líkur á mótstöðu við meðferð	*	*	***	0
5. Líkur á falli	*	**	****	0
6. Stuðningur frá umhverfi	*	**	****	0

1-6 = ástand sjúklings, I-IV = meðferðarstig. \* = minnstu líkur eða besta ástand, \*\*\*\* = mestu líkur eða versta ástand, 0 = vandamál á þessu sviði réttlæta ekki meðferð á stigi IV.

Á Íslandi eru öll fjögur meðferðarstig til. Að afeitrunardeild Landspítalans (33A) undanskilinni, sem er sambærileg við meðferðarstig fjögur, virðist tilviljanakennt á hvaða meðferðarstigi sjúklingar fá meðferð. Það segir yfirleitt lítið til um ástand og aðstæður sjúklings hvar hann eru í meðferð. Alls staðar eru t.d. einstaklingar í meðferð sem eiga við geðræn vandamál að stríða, sem þurfa a.m.k. tímabundið á geðlæknisfræðilegri umsjón að halda.

Algengt er að sjúklingar sem uppfylla öll viðmið til að vera meðhöndlaðir á fyrsta og öðru stigi í ofangreindu kerfi, séu meðhöndlaðir á stigi þrjú.

Hér á landi hefur til skamms tíma verið lögð megin áhersla á meðferð á stigi þrjú, sem eins konar allsherjar meðferð. Lagt er til að aukin áhersla verði lögð á meðferðarform sem líkist fyrsta og öðru stigi þessa kerfis. Þetta eru ódýrustu aðgerðirnar og raunhæfur valkostur fyrir marga sjúklinga. Svo framarlega að verkaskipting og samvinna er viðhöfð milli meðferðarstofnana er eðlilegt að félagasamtökum sé úthlutað rekstrarfé úr sjóðum ríkisins eða bæjar- og sveitarfélaga til meðferðar við þessi meðferðarstig þar sem læknisfræðileg sérhæfing er minnst.

Aukin áhersla á meðferðarform á fyrsta og öðru stigi
--

#### 5.3.6.5 Árangursrannsóknir

Þegar litið er til hagræðingarsjónarmiða er æskilegt að meðferð sé ódýr, en skoða þarf einnig hversu árangursrík meðferð er, þ.e. fyrir hverja er hún árangursrík. Við val á áfengis- og vímuefna meðferð er eðlilegt að velja saman meðferð sem mögulega ber góðan árangur og er um leið ódýr.

Meðferðarform ætti ávallt að velja með tilliti til einkenna og aðstæðna þess sem leitar meðferðar. Byggja þarf slíkan viðmiðunarkvarða á niðurstöðum rannsókna, helst íslenskra þar sem fram kemur hverjum hentar hvaða meðferð. Mikilvæg forsenda árangursrannsókna eru fjölbreytt meðferðarúrræði. Árangursrannsóknir ættu að gefa svör við því hverjir nýta sér viðkomandi meðferðarform og hverjir ekki. Á meðan rannsóknir liggja ekki fyrir hvaða meðferðarform henta ákveðnum einstaklingum eða engin fagleg viðmið eru í gangi, ætti í fyrstu ávallt að velja ódýrasta meðferðarformið sem talið er gefa árangur. Árangur áfengismeðferðar er almennt lítill þegar miðað er við edrúmennsku. **Aðeins 16% þeirra sem fara í áfengismeðferð á Íslandi eru edrú rúmum tveimur árum síðar** (Krisinn Tómasson og Per Vaglum, 1997).

Mikilvæg forsenda árangursrannsókna eru fjölbreytt meðferðarúrræði Velja ætti ódýrasta meðferðarformið sem talið er gefa árangur
---

Á árinu 1998 verða birtar rannsóknir á meðferðarárangri á íslenskum meðferðarstofnunum eftir Kristin Tómasson. **Árangursrannsóknir hafa ekki verið gerðar á Íslandi á annarri meðferð geðsjúkra og eru árangursrannsóknir á áfengismeðferð því frumherjavinna og til fyrirmyndar.**

#### 5.3.6.6 Menntun og laun starfsfólks

Gera þarf kröfur um menntun starfsfólks sem vinnur við áfengismeðferð og gera starfsfólki kleyft að uppfylla slíkar kröfur að hluta í starfi. Með því má búast við betri meðferð, meiri stöðugleika og starfsánægju starfsfólks. Mikilvægt er að laun séu í samræmi við menntun og ábyrgð þar sem óæskilegt er að missa þjálfað starfsfólk til annarra starfa sem stofnanir hafa þjálfað, veitt handleiðslu og fræðslu. Að öðrum kosti eru stofnanir að



fjárfesta í þjálfun sem nýtist ekki og kostnaður því meiri þegar á heildina er litið.

### 5.3.6.7 **Kostnaður**

Tryggja þarf rekstrarfé úr sjóðum ríkis, bæjar- og sveitafélaga. Áfengismeðferð og önnur vímuefnameðferð er að stærstum hluta greidd úr ríkissjóði og með sjálfsaflafé. Þessu er öðru vísi farið á öðrum Norðurlöndum þar sem áfengis- og vímuefnameðferð er að stærstum hluta kostuð af bæjar- og sveitarstjórnnum (Stenius K. 1997). Á Íslandi greiða bæjar- og sveitarstjórnir að hluta kostnað við endurhæfingu áfengis- og vímuefnaneytenda sem fram fer á áfangastöðum með því að styrkja sjúklinga vegna útlagðs kostnaðar þeirra. Starfshópurinn tekur ekki afstöðu um hver hlutur ríkis eða sveitarfélaga ætti að vera í skiptingu kostnaðar við áfengismeðferð.

Æskilegt er að skýrara verði fyrir hvaða tegund meðferðar ríkið borgar. Með verkaskiptingu milli meðferðarstöðva verður greitt fyrir ákveðna meðferð á hverjum stað. Með því verður meðferðin markvissari en nú er.

Ríkið greiði fyrir ólíkar meðferðartegundir
---

### 5.3.6.8 **Ódýrasta meðferðin gerð aðgengilegri**

Á geðdeild Landspítala þarf sjúklingur að greiða fyrir göngudeildarmeðferð, en innlagningar meðferð er honum að kostnaðarlausu. Á göngudeild Landspítala hvort heldur er á almennri geðdeild eða áfengis- og vímuefnadeild kosta fimm fyrstu einstaklingsviðtöl við lækni (60 mín) samkvæmt gjaldskrá frá 1.4. 1997 kr. 2.551,- hvert, en eftir það kr. 1.004,-. Á göngudeild SÁÁ kostar viðtal frá kr. 750,- til kr. 1.500,-.

Eins og fram kemur í töflu 8 a) og b) er göngudeildarþjónusta ódýrust á hvern sjúkling, en innlagnir dýrastar. Það gjald sem sjúklingurinn greiðir endurspeglar ekki raunverulegan kostnað meðferðarinnar. Sjúklingur greiðir mest fyrir ódýrustu þjónustuna, en minnst fyrir þá dýrustu. Þetta form beinir fólki, a.m.k. því sem takmörkuð peningaráð hafa, að dýrari meðferðarformun og frá þeim ódýrari. Afleiðingin getur einnig verið sú að einstaklingar veigri sér að við að leita aðstoðar á frumstigi vandans þegar einföldustu inngripin virka best.

Starfshópurinn leggur til að þessi kostnaður verði jafnaður eða felldur niður þar sem núverandi ástand getur leitt til kostnaðarauka fyrir ríkissjóð þegar á heildina er litið. Fyrsta koma á meðferðarstöð þar sem ástand er greint og úrræði valin ætti ávallt að vera sjúklingi að kostnaðarlausu.

Fyrsta koma ætti ávallt að vera sjúklingi að kostnaðarlausu
---

### 5.3.6.9 **Áfengis- og tóbaksmeðferð**

Tíðni reykinga meðal áfengisfíkla- og misnotenda, er um 80% til 95% (Bobo, J.K. 1989). Í rannsóknum kemur fram að meðferð til þess að hætta að reykja, samhliða áfengismeðferð eða fljótlega að henni lokinni og að eigin vali sjúklingsins, ýti frekar undir áfengisbindindi en ógni því. Álagið sem fylgir því að hætta að reykja hjá óvirkum áfengisfíklum, þegar atferlisráðgjöf

er notuð, ýtir ekki undir neyslu áfengis eða annarra vímugjafa (Martin, J.E. og fél. 1997).

Starfshópurinn mælir með því að gerðar verði tilraunir með tóbaksmeðferð samhliða áfengis- og vímuefna meðferð eða fljótlega að henni lokinni, hjá sjúklingum sem þess óska. Í rannsóknum kemur fram að með viðeigandi meðferð á þunglyndi hjá þunglyndissjúklingum sem reykja verði árangur tóbaksmeðferðar mun betri en annars (Hall S.M., Munoz R., & Reus, V. 1994). Í áfengis- og vímuefna meðferð er um þriðjungur sjúklinga greindur með þunglyndissjúkdóma (Tómasson K., Vaglun P. 1995). Á fjölkvilladeild er líklegt að meðhöndlun sérhvers einkennis hjá áfengissjúklingi sem reykir og er þunglyndur hafi gagnkvæm jákvæð áhrif á meðferð sérhvers einkennis.

Tóbaksmeðferð samhliða áfengis- og vímuefna meðferð
---

### 5.3.7 Samstarf við aðrar þjóðir

- ECAD (European Cities Against Drug). Reykjavíkurborg er ein af 21 borg sem undirritað hafa yfirlýsingu (1994) um áætlun vegna áfengis- og vímuefnafíknar.
- ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs). Samvinnuverkefni 18 Evrópuþjóða um rannsóknir vegna vímuefna. Tengiliður Íslands er Rannsóknarstofnun uppeldismála. Fulltrúar Íslands eru Þórdís J. Sigurðardóttir, Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson.
- EURAD (Europe Against Drugs). Samstarf 12 Evrópuþjóða gegn vímuefnanotkun barna og unglunga og lögleiðingu vímuefna. Vímulaus æska er stofnaðili að samstarfinu.
- European consortium for alcohol research centers. Geðdeild Landspítala er hér meðlimur. Í stjórn situr Hildigunnur Ólafsdóttir og er hún þar fulltrúi fyrir Norðurlönd.
- Evrópudeild WHO. Hildigunnur Ólafsdóttir hefur verið þar ráðgefandi aðili um áfengis- og vímuefnamál.
- Norden Mot Narkotika. Í samstarfi við Vímulausa æsku.
- Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD). Nefnd skipuð af norrænu ráðherranefndinni. Fulltrúar Íslands þar eru: í stjórn, Óttar Guðmundsson, í vísindaráði, Ása Guðmundsdóttir og í ritstjórn, Ása Guðmundsdóttir.

### 5.3.8 Samantekt á helstu atriðum og tillögum að stefnumörkun vegna áfengis- og annarra vímuefnaraskana.

#### 5.3.8.1 Umfang vandans

Algengt er að hugtakið vímugjafi sé aðeins notað um ólögleg vímuefni, en samkvæmt nútíma þekkingu eru áfengi og tóbak vímu- eða fíkniefni. Áfengi og tóbak eru löglegir vímugjafar, en önnur vímuefni eru ólögleg. Í þessari skýrslu er stuðst við skilgreininguna „lögleg“ og „ólögleg vímuefni“. Hvatt er til að þessi skilgreining sé viðhöfð í allri opinberri umræðu um vímuefni.

Samkvæmt skoðanakönnun WHO telur starfsfólk í heilbrigðiskerfinu að mun meiri áherslu eigi að leggja á vandamál tengd áfengisnotkun en vandamál tengd ólöglegum vímuefnum. Skaðinn og stærð áfengisvandans er meiri og kostnaður við hann er minni en þegar um ólögleg vímuefni er að ræða. Forvarnarstefna í fíkniefnamálum sem ekki leggur aðaláherslu á að draga úr eða koma í veg fyrir notkun algengasta vímuefnisins, áfengis, er dæmd til að mistakast.

Líkur á að 55 ára einstaklingur hafi einhvern tíma á ævinni greinst með áfengismisnotkun eða fíkn, mælast hærri (27,5%) hér á landi en í flestum öðrum löndum. Fram kemur að mörgum sinnum meiri líkur eru á að unglingur ánetjast áfengi á lífsleiðinni en ólöglegum vímuefnum (27,5% á móti 0,7%).

Þó upphafsaldur áfengisneyslu íslenskra unglunga hafi færst neðar á síðasta áratug segjast álíka margir unglingar hafa neytt áfengis á síðastliðnu ári og jafnaldrar þeirra í öðrum Evrópulöndum. Íslenskir unglingar drekka aftur á móti verr þegar þeir drekka en jafnaldrar þeirra í samanburðarhópnum. Tíðni reykinga er örlítið minni hér á landi meðal unglunga en í öðrum Evrópulöndum, en neysla kannabisefna og annarra ólöglegra vímuefna var sambærileg við það sem gerist annars staðar.

Áætlaður brúttó hagnaður af áfengissölu samkvæmt áætlun ÁTVR og fjárlagafrumvarpi fyrir árið 1998 er kr. 6,75 milljarðar. Framlag ríkisins til áfengismeðferðar árið 1997 var um 587 m.kr., sem er 8,7% af áætluðum hagnaði af áfengisölu. Stærstur hluti útgjalda vegna áfengismeðferðar árið 1997 fer til SÁÁ (209 m.kr.) og Landspítala (205,5 m.kr.).

#### **5.3.8.2 Forvarnir**

Með forvörnum er hér átt við fyrsta stigs forvarnir. Því starfi má skipta í tvo flokka. Annars vegar eru aðgerðir þar sem reynt er að hafa áhrif á aðstæður ákveðins hóps eða alla íbúa landsvæðis t.d. með reglugerð eða löggjöf. Hins vegar eru aðgerðir þar sem aðgerðum er beint að sjálfum einstaklingunum í afmörkuðum hópum, t.d. með fræðslu fyrir unglunga. Fjallað er um forvarnir í tengslum við löggjöf, áróðursherferðir og inngríp vegna áhættusamra aðstæðna.

Birt var stefna ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis-, og tóbaksvörnum í desember 1996. Markmið stefnu ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum er að uppræta fíkniefnaneyslu barna og unglunga og draga stórlega úr áfengis- og tóbaksnotkun þeirra. Einnig hefur verið kynnt framtíðarsýn stjórnar Áfengis- og tóbaksverslunar ríkisins. Sýnt er fram á hvernig „Framtíðarsýn stjórnar ÁTVR“ er í mótsögn við stefnu ríkisstjórnarinnar. Svo virðist sem heilbrigðissjónarmið og markaðslögmál/verslunarhagsmunir stangist á.

Sérstakt framlag ríkisins til forvarna vegna áfengis og ólöglegra vímuefna (120 m.kr.) nemur um 1,8% af tekjum ríkisins vegna áfengissölu (áætlaðar 6,75 milljarðar 1998). Framlag ríkisins til tóbaksvarna (31 m.kr.) nemur 0,7% af brúttósöluverði tóbaks í landinu.

Eðli forvarnanna vegna má búast við að árangur áróðursherferða verði lítill. Verið er að hvetja fólk til að breyta um hegðun til að fyrirbyggja sjúkdóma. Líkurnar á að viðkomandi veikist eru oft hverfandi litlar. Nógu erfitt getur reynst að breyta um hegðun t.d. að hætta neyslu þegar skaðinn er skeður, hvað þá að breyta um hegðun ef líkur eru litlar á að verða sjúkdómnum að bráð.

Í áfengis- og vímuefna meðferð þar sem fólk er haldið fíknisjúkdómi er bindindi eðlilegt meðferðarmarkmið. Í forvarnaráróðri til heilbrigðra einstaklinga er eðlilegt að ætla að fræðsla um litla eða minni neyslu sé meira aðlaðandi en bindendisfræðsla. Slagorð Evrópuráðstefnu WHO, 1995 um heilbrigði, þjóðfélag og áfengi var: „Áfengi - minna er betra“

Tilgangur Forvarnarsjóðs er að stuðla að forvörnum gegn áfengis- og annarri fíkniefnaneyslu. Stór hluti úthlutana úr sjóðnum fyrir árin 1996 og 1997 var fyrir verkefni sem tengjast annars og þriðja stigs forvörnum.

#### **Tillögur að stefnumótun varðandi forvarnir**

1. Að fjármagni Forvarnarsjóðs verði fyrst og fremst beint að rannsóknarverkefnum sem tengjast fyrsta stigs forvörnum.
2. Að framkvæmdaáætlanir einstakra ráðuneyta vegna stefnu ríkisstjórnarinnar byggi á rannsóknarniðurstöðum og reynslu annarra þjóða og beinist fyrst og fremst að algengasta vímuefninu, áfengi.

### **5.3.8.3 Meðferð og endurhæfing**

#### **Börn og unglingar**

Börn og unglingar sem eiga við áfengis- og annan vímuefnavanda að etja eiga flest við fjölpætt geðræn og félagsleg vandamál að stríða. Neysla áfengis og annarra vímuefna hjá ungmennum er oftast birtingarform félagslegra og tilfinningalegra vandamála. Unglingar með áfengis- og vímuefnavanda þurfa oftast á fjölpætttri meðferð að halda. Eðli vandans hjá unglungum í neyslu er yfirleitt allt annað en það sem fullorðnir vímuefnasjúklingar eiga við að glíma. Sérfræðiþekking á hinum geðræna vanda þessa hóps er nauðsynleg við greiningu og meðferð ef meir en skammvinnur árangur á að nást.

Nauðsynlegt er að barna- og unglingsgeðdeild verði eflað og þar verði tekið á hinum fjölpætt vanda barna og unglunga og fjölskyldna þeirra sem eru undanfari vímuefnavandans og/eða tengjast honum.

Í lögum um vernd barna og ungmenna segir að félagsmálaráðuneytið skuli sjá um vímuefna meðferð fyrir börn og ungmenni þegar úrræði barnaverndarnefndar hafa ekki komið að gagni. Á stofnunum Barnaverndarstofu er til staðar mikil þekking og reynsla við meðferð á unglíngum í andfélagslegri hegðun af ýmsu tagi. Hins vegar skortir þar barnageðlækna. Gera verður ráð fyrir þeirra þjónustu við frekari uppbyggingu meðferðarúrræða fyrir unglínga í vímuefnavanda. Sameiginleg greiningarstöð BUGL og Barnaverndarstofu undir stjórn heilbrigðisráðuneytisins gæti leyst þann faglega vanda.

### **Tillögur að stefnumótun varðandi börn og unglínga**

1. Efla barna- og unglíngageðdeild svo að gripið verði snemma inn í ferli hinnar neikvæðu þróunar til hegðunar- og vímuefnaröskunar.
2. Markviss uppbygging meðferðarúrræða fyrir unglínga í vímuefnavanda.
3. Sameiginleg greiningarstöð BUGL og Barnaverndarstofu.

### **Fullorðnir**

Gera þarf sérstakt átak til að greina áfengismisnotkun við frumheilsugæslu. Rannsóknir sýna að stutt inngríp (leifturinngríp) heimilis- eða heilsugæslulæknis geta verið mjög árangursrík til að opna augu áfengismisnotenda fyrir vandanum. Þó aðferðin sé einföld er sýnt að hún minnki neyslu áfengisnotenda um 20%.

Heildarkostnaður við áfengis- og aðra vímuefna meðferð á ári er um 748 m.kr. Hlutur ríkisins er um 587 m.kr. Kostnaður á hvern sjúkling er mestur þegar um langtímavisturn er að ræða. Ódýrustu meðferðarúrræðin eru göngudeildar- og dagdeildarþjónusta, en innlagnir á bráðadeild eru dýrastar. Í landinu eru alls um 506 rúm fyrir áfengis- og aðra vímuefna meðferð.

Meiri hluti þeirra sem í meðferð koma hafa áður verið í áfengismeðferð. Fram kemur að í áfengismeðferð er fyrst og fremst verið að sinna langveikum einstaklingum, sem koma aftur og aftur í meðferð, þó flestir af þeim sem byrja meðferðir verða ekki síkomusjúklingar. Aðeins 6% þeirra sem koma í sínar fyrstu meðferðir (þrjár eða færri meðferðir) verða síkomusjúklingar (með fleiri en fjórar endurinnlagnir á tveimur og hálfu ári).

### **Tillögur að stefnumótun varðandi vímuefna meðferð fullorðinna**

1. Starfshópurinn leggur til heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið marki opinbera stefnu um annars og þriðja stigs aðgerðir fyrir áfengis- og aðra vímuefnafíkla. Tiltaka þarf skýr markmið og mælikvarða um árangur. Fylgjast þarf með árangri. Ráðuneyti ætti að skipa fagråd sem sér um að stefnu ríkisstjórnarinnar verði framfylgt.
2. Stuðla skal að fjölbreyttum meðferðarúrræðum. Flestir eru sammála um að eitt meðferðarúrræði sem gildir fyrir alla vímuefnasjúklinga sé ekki til. Úrræði geta verið af ýmsum toga bæði hvað form og innihald varðar.

Rökin fyrir fjölbreyttum úrræðum eru ýmis. Ástand og aðstæður sjúklinga eru mismunandi. Unglingar þurfa yfirleitt annars konar úrræði en fullorðnir vímuefnasjúklingar. Mikilvægt er að geta borið saman árangur ólíkra meðferðarúrræða. Fjölbreytt meðferðarúrræði hefur hvetjandi áhrif á sjúklinginn.

Í nýlegri samþykkt stjórnarnefndar Ríkisspítala var samþykkt skerðing á dagmeðferð áfengissjúklinga. Án dagdeildar verður þjónusta við vímuefnaneytendur skert til muna og horfið frá nútíma vinnubrögðum. Í framkvæmdaáætlun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis varðandi aðgerðir vegna ávana- og fíkniefna er einn áhersluliður um bætt meðferðarúrræði. Með beinum niðurskurði á dagdeildarmeðferð er í reynd tekin þveröfug stefna.

3. Það er mat starfshópsins að skilyrði meðferðaraðila til rekstrarleyfis og greiðslna úr ríkissjóði sé samvinna um eftirfarandi atriði:
  - 1) Verkaskiptingu bæði hvað sjúklingahópa og meðferðarúrræði varðar.
  - 2) Samskráningu sjúklinga. Bent er á norskt skráningarkerfi sem hefur verið í notkun frá ársbyrjun 1998.
  - 3) Sameiginlega greiningarmiðstöð þar sem fram fer greining og meðferðarmat út frá sama viðmiðunarkerfi.
4. Við meðferðarmat ætti að taka tillit til þarfa og aðstæðna þess sem leitar meðferðar. Viðmið sem notuð eru til að velja saman ástand sjúklings og meðferðarform þurfa að vera markviss og öllum skýr sem að meðferðinni koma og í meðferðina vísa. Bent er á bandarískt leiðbeiningarkerfi um hvernig stýra megi sjúklingum inn á ólík stig meðferðar eftir ástandi þeirra og aðstæðum.
5. Árangursrannsóknir ættu að gefa svör við því hverjum nýtist viðkomandi meðferðarform og hverjum ekki. Á meðan rannsóknir liggja ekki fyrir hvaða meðferðarform henta ákveðnum einstaklingum eða engin fagleg viðmið eru í gangi, ætti í fyrstu ávallt að velja ódýrasta meðferðarformið sem talið er gefa árangur.
6. Gera þarf kröfur um menntun starfsfólks sem vinnur við áfengismeðferð. Mikilvægt er að laun séu í samræmi við menntun og ábyrgð þar sem óæskilegt er að missa starfsfólk til annarra starfa sem stofnanir hafa þjálfað, veitt handleiðslu og fræðslu.
7. Tryggja þarf rekstrarfé úr sjóðum ríkis, bæjar- og sveitafélaga. Með verkaskiptinu milli meðferðarstöðva verður skýrara fyrir hvaða meðferð ríkið borgar. Vímuefnameðferð verður þá markvissari en nú er.
8. Göngudeildarþjónusta er ódýrust á hvern sjúkling, en innlagnir dýrastar. Það gjald sem sjúklingurinn greiðir endurspeglar ekki raunverulegan kostnað meðferðarinnar. Sjúklingur greiðir mest fyrir ódýrustu

þjónustuna, en minnst fyrir þá dýrustu. Starfshópurinn leggur til að þessi kostnaður verði felldur niður þar sem núverandi ástand getur leitt til kostnaðarauka fyrir ríkissjóð þegar á heildina er litið þar sem sumir veigra sér að leita aðstoðar á frumstigi vandans. Fyrsta koma á meðferðarstöð þar sem ástand er greint og úrræði valin ættu ávallt að vera sjúklingi að kostnaðarlausu.

9. Starfshópurinn mælir með því að gerðar verði tilraunir með tóbaksmeðferð samhliða áfengis- og vímuefnameðferð eða fljótlega að henni lokinni, hjá sjúklingum sem þess óska.

Talin eru upp alþjóðlegar og fjölþjóðlegar nefndir og samtök um vímuefnamál sem Íslendingar taka þátt í.

### 5.3.9

#### Heimildir

- Alma A. Þórarinsson, 1979. Mortality among Men Alcoholics in Iceland 1951-1974. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol 40, No 7, 1979.
- American Psychiatric Association Practical Guidelines, 1995. Practical guideline for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. Supplement to *The American Journal of Psychiatry*, Vol 152, 11
- Anthony, J.C., & Helzer, J.E. (1991). Syndromes of drug abuse and dependence. In L.N. Robins & D.A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 116-164). New York:Free Press.
- Ashworth, M. og Gerda, C, 1997. ABC of mental health. Addiction and dependence - II: Alcohol. *BMJ*. Volume 315, August.
- Ársskýrsla SÁÁ 1996, 1997. Reykjavík, SÁÁ.
- Ársskýrsla SÁÁ 1997, 1998. Reykjavík, SÁÁ.
- Ása Guðmundsdóttir, 1994. Áhrif bjórsins á áfengisneyslu íslenskra unglunga. *Áhrif*, 1:10-12.
- Ása Guðmundsdóttir, 1998. Unglingadrykkja og viðbrögð við henni. *Geðvernd*.
- Björn Zoëga, Helgi Sigvaldason og Brynjólfur Mogensen. *Ofbeldisáverkar. Faraldsfræðileg athugun í Reykjavík 1974-1991*. *Læknablaðið* 1994; 80.
- Bobo, J.K. Nicotine dependence and alcoholism epidemiology and treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1989, 21.
- Devlin, N. J., Schuffham, P. A., Bunt, L. J. 1997. The social costs of alcohol abuse in New Zealand. *Addiction*, 92(11), 1491-1505.
- Edwards, G. et.al. 1994. *Policy and the Public Good*. Oxford, University Press.
- Edwards G. og féll. 1994. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford, Oxford University Press.
- Framkvæmdaáætlun félagsmálaráðuneytisins í fíkniefna- og áfengisvörnum, september, 1997.
- Framkvæmdaáætlun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, mars, 1997.
- Frumvarp til laga um áfengisvarnir og aðrar vímuefnavarnir ásamt greinargerð, 1991.
- Gordis, E.. *Alcohol Research*. *Arch Gen Psychiatry*, 53, Mar 1996
- Grant B. F. & Dawson D.A. 1998. Age of drinking onset predicts future alcohol abuse and dependence. *Journal of Substance Abuse*, January.
- Gylfi Ásmundsson, 1996. Alkohol och trafik på Island mellan 1966 och 1993. *Nordisk Alkoholtidskrift* Vol. 13.
- Hall S.M., Munoz R., & Reus, V. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates in depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, Vol. 55.

- Hildigunnur Ólafsdóttir, 1988. Lekmen, alkoholisme og handling. Alkoholpolitik. Journal of Nordic Alcohol Research, 5, 83-90.
- Hildigunnur Ólafsdóttir, 1998. Vímuefnið áfengi í velferðar- og menningarsamfélagi nútímans. Geðvernd.
- Hoffmann, N.G., Halikas, J.A., Mee-Lee, D. og Weedman, R.D. 1991. ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders. American Society of Addiction Medicine, Washington.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W.R., og Rubonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. Journal of Studies on Alcohol, 52(6), 517-540.
- Horner, B.R. og Scheibe, K.E. 1997. Prevalence and Implications of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Among Adolescent in Treatment for Abuse. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. 36:1.
- Hóflæg áfengisneysla og hættumörk, spurningar og svör. SÁÁ, (1997).
- Iversen, E. & Gerds, S.A., 1998. Implementation of a national documentation system for client information registrations in Norway. Kjetil Bruun Society Paper. Florence, 1.-5. júní 1998.
- Íslensk orðabók. 1985. Ritstj. Árni Böðvarsson. Bókaútgáfa Menningarsjóðs, Reykjavík.
- J. G. Stefánsson, E. Líndal, J. K. Björnsson og Á. Guðmundsdóttir. Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland 1931. Acta Psychiatr. Scand. (1991) 84:142-149
- J. G. Stefánsson, E. Líndal, J. K. Björnsson og Á. Guðmundsdóttir. Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. (1994) 29:119-125;
- J.C. Anthony. The earliest stage of drug involvement; An open door for intervention by parents and primary care doctors. Fyrirlestur á málþingi um faraldsfræðilegar rannsóknir í geðlækningum. Nóvember, 1997.
- Jóhannes Bergsveinsson, 1997. Sjúkdómar og skaðar á taugakerfi vegna vímuefnaneyslu. Vímuvarnarvefurinn, <http://www.ismennt.is/vefir/vimuvarnarvefurinn/sjukd/jb.htm>.
- Kostnaður og tekjur þjóðfélagsins vegna áfengisneyslu árin 1985-89. Skýrsla Landssambandsins gegn áfengisbólinu. Hagfræðistofnun Íslands, 1991.
- Kristinn Tómasson. Geðgreiningar á vímuefnadeildum. Læknablaðið, 1992. 78(10):423-427.
- Kristinn Tómasson og Per Vaglum, 1997. The 2-year course following detoxification treatment of substance abuse: The possible influence of psychiatry comorbidity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 247:320-327.-
- Kristinn Tómasson og Per Vaglum, 1998. The Role of Psychiatric Comorbidity in the Prediction of Readmission for Detoxification. Comprehensive Psychiatry, Vol. 39, No. 3:129-136.
- Ludviksdóttir D, Skuladóttir H, Jakobsson F, Thoris-dóttir A, Cariglia N, Magnusson B, Tjodleifsson B. Epidemiology of liver cirrhosis morbidity and mortality in Iceland. Eur J Gastro-enterol Hepatol, 1977, Jan;9(1):61-66.
- M. Ashworth, C. Gerda. ABC of mental health. Addiction and dependence - II: Alcohol. BMJ. Volume 315, August, 1997.
- Martin, J.E., Calfas, K.J., Pattern, C.A., Polarek, M., Hofstetter, C.R., Noto, J. og Beach, D.: Prospective evaluation of three smoking interventions in 205 recovering alcoholics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1997, Vol 65.
- Mayfield, D.G., McLeod, G., Hall, P. 1974. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry. 131; 1121-1123.
- Neysla áfengis, tóbaks, fíkniefna og ávanalyfja á Íslandi. Heilbrigðisskýrslur 1982, Fylgirit nr. 3. Landlæknisembættið.
- Oddi Erlingsson (1992). Tengsl greiningar og meðferðar á áfengisvanda: Hófdrykkja, bindindi og áfengismeðferð. Sálfræðiritið, bls. 39-47.



- Report of the WHO European Conference, 1995. Alcohol - less is better. WHO Regional Office for Europe.
- Rose, G. 1993. The Strategy of Preventive Medicine, Oxford University Press, Oxford.
- Samningur Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins (1989). Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997
- Sanchez-Craig, M. & Lei, H. (1986). Disadvantages of imposing the goal of abstinence on problem drinkers: An empirical study. British Journal of Addiction, 81, 505-512.
- Sanchez-Craig, M. (1990). Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: An approach based on client choice. British Journal of Addiction, 85, 169-177.
- Sigrún Aðalbarnardóttir og Kristjana Blöndal, 1995. Áfengisneysla reykvískra unglunga og viðhorf þeirra til slíkrar neyslu. Uppeldi og menntun, 4. 35-57.
- Sigrún Aðalbarnardóttir, Sigurlína Davíðsdóttir og Eyrún M. Rúnarsdóttir, 1997. Áhættu hegðun reykvískra unglunga: Tóbaksreykingar, áfengisneysla, hassneysla og neysla annarra vímuefna 1994-1996. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Sigurjón Björnsson, 1974. Epidemiological investigation of mental disorders of children in Reykjavík, Iceland. Scand J Psychol, 2:81-89.
- Skýrsla Áfengismálanefndar ríkisstjórnarinnar. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti. Janúar, 1987.
- Skýrsla dómsmálaráðherra til Alþingis um aðgerðir ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, 339. mál, þskj. 611, 1997.
- Skýrsla um fíkniefnamál. Forsætisráðuneyti. Apríl, 1987.
- Skýrsla um útbreiðslu fíkniefna og þróun ofbeldis. Forsætisráðuneytið, 1996.
- Stenius K. Statistik över missbrukarvård i Norden. Nordisk alkohol- og narkotikatidskrift, Vol 14, 1997
- Tarter, R.E., Alterman, A.I., & Edwards, K.L. (1985). Vulnerability to alcoholism in men: A behavior-genetic perspective. Journal of Studies on Alcohol, 46, 326-356.
- Tarter, R. Kirisci, L. Hegedus, A. Mezzich, A. Vanyukov, M. Heterogeneity of adolescent alcoholism. Annals of the New York Academy of Sciences. 708:172-80.
- The 1995 ESPAD report (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs). 1997. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe and other authors. Stockholm. The Swedish Government and The Swedish National Institute of Public Health.
- Tómas Helgason & Gylfa Ásmundsson. 1972. Félagslegar aðstæður og uppvöxtur ungra ofdrykkjumanna. Læknaneminn; 25,5-21.
- Tómas Helgason, 1978. Prevalence and incidence of mental disorders, estimated by a health questionnaire and psychiatric case register. Acta Psychiatr. Scand. 58:256-66.
- Tómas Helgason, 1998. Forvarnir - orð og athafnir: Íslensk áfengismálastefna á 20 öld. Geðvernd.
- Tómas Helgason. Prevalence and incidence of alcohol abuse in Iceland. Í Cooper B. (ritstj.). Psychiatric epidemiology. Croom Helm, London 1987.
- Tómasson K., Vaglum P. Í prentun. Prediction of re-admission for detoxification: The role of psychiatric comorbidity. Comprehensive psychiatry.
- Tómasson K., Vaglum P.: A nation-wide representative sample of treatment-seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity. Acta Psych Scand, 1995. 92, 378-385.
- WHO, 1996.. Public mental health. Guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes. Division of mental health and prevention of substance abuse. Genf.
- World drinking trends 1996. Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, Schiedam, Netherlands.
- Þórarinn Gíslason, Aldís Yngvadóttir, Bryndís Benediktsdóttir. Vímuefnanotkun unglunga - áhættuþættir og áhrif fræðslu. Læknablaðið, 1994; 80.
- Þórólfur Þórlindson og Inga Dóra Sigfúsdóttir. Áfengi ,aldur og vímuefnaneysla. Áhrif, 2. tbl. 1998.

- Þórólfur Þórlindsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Gunnar Bernburg og Viðar Halldórsson, 1998. Vímuefnaneysla ungs fólks. Umhverfi og aðstæður. Reykjavík, Rannsóknastofnun uppeldis- og menntamála.