

Efnisyfirlit

1. Inngangur	3
2. Geðsjúkdómar	4
2.1. Tíðni geðraskana	4
2.1.1. Algengi geðraskana	5
2.1.2. Nýgengi	7
2.1.3. Sjúkdómslíkur	8
2.1.4. Niðurstöður	9
2.2. Örorka samfara geðsjúkdómum	
2.3. Byrði og kostnaður vegna geðsjúkdóma	
2.4. Sjálfsvíg	19
2.5. Afleiðingar ofbeldis — nauðsyn á meðferð	
2.6. Forvarnir	27
3. Geðsjúkrahús	
3.1. Legudeildir	
3.1.2. Geðdeild Landspítala	33
3.1.3. Geðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur	
3.1.4. Geðdeild Fjórðungssjúkrahúss Akureyrar	
3.1.5. Fjöldi sjúkrarúma fyrir geðveika á Íslandi (per 1000 íbúa) miðað við önnur Norðurlönd	
3.1.6. Niðurstaða hvað varðar þróun á geðsjúkrahúsum undanfarin ár	
3.1.7. Framtíðarmarkmið	
3.2. Héraðs- og fjórðungssjúkrahús	44
3.2.1. Aðrar stofnanir	44
3.3. Þjónusta utan sjúkrahúsa	44
3.3.1. Heilsugæsla	44
3.3.2. Geðlyf	46
4. Aðrar stofnanir á vegum heilbrigðisráðuneytis er sinna geðsjúkum	
5. Sérstakir hópar með geðsjúkdóma	
5.1. Börn og unglíngar	
5.1.1. Mikilvægi geðheilbrigðis hjá börnum og unglíngum	
5.1.2. Algengi sérstakra geðheilbrigðisvandamála hjá börnum og unglíngum	
5.1.3. Rannsóknir á algengi geðheilsuvanda íslenskra barna	55
5.1.4. Stefnumótun í barna- og unglíngageðheilbrigðismálum	56
5.1.5. Lagskipt geðheilbrigðisþjónusta fyrir börn og unglíngi á Íslandi	
5.2. Skipulag þjónustu fyrir aldrað fólk með geðsjúkdóma	
5.2.1. Skipulag öldrunargeðlækninga í öðrum löndum	
5.2.2. Skipulag á Íslandi	
5.2.3. Lausleg áætlun um þörf á þjónustu við aldraða með geðsjúkdóma næstu áratug 7	
5.2.4. Hugmyndir um skipulag þjónustunnar	
5.2.5. Samantekt varðandi umbætur í öldrunargeðheilbrigðisþjónustu	79
5.3. Áfengi og önnur vímuefni	
5.3.1. Stærð vandans og forsendur aðgerða	
5.3.1.1. Skilgreining á hugtökum	
5.3.1.2. Eitt stærsta heilbrigðisvandamálið	94
5.3.1.3. Tíðni áfengis- tóbaks og vímuefnafiknar	
5.3.1.4. Áfengisneysla Íslendinga	
5.3.1.5. Heilsutjón, dauðsföll og félagsleg vandamál tengd áfengisneyslu	
5.3.1.6. Útgjöld tengd áfengisneyslu	
5.3.1.7. 8,7% af tekjum ríkisins vegna áfengissölu fara til áfengismeðferðar	
5.3.2. Aðgerðir gegn áfengis- og öðrum vímuefnavanda	
5.3.2.1. Fyrsta, annars og þriðja stigs aðgerðir. Skilgreining	
5.3.2.2. Stefnumótun Evrópuáætlunar WHO um áfengi	
5.3.3. Lög, tillögur að lagabreytingum og skýrslur um stefnumótun	
5.3.3.1. Nýgildandi stofnlög sem fjalla um áfengi, tóbak og ólögleg fíkniefni	
5.3.3.2. Nýlegar tillögur að lagabreytingum í þessum málaflokki	
5.3.3.3. Helstu opinberar skýrslur varðandi stefnumótun	101
5.3.4. Forvarnir. Fyrsta stigs aðgerðir	
5.3.4.1. Markhópar	
5.3.4.2. Stefna ríkisstjórnarinnar	
5.3.4.3. Framtíðarsýn ÁTVR í mótsögn við stefnu ríkisstjórnarinnar	
5.3.4.4. Framkvæmdaáætlanir einstakra ráðuneyta	
5.3.4.5. Aðrir opinberir framkvæmdaaðilar	
5.3.4.6. Starfsemi félagasamtaka	
5.3.4.7. Helstu forvarnarverkefni	
5.3.4.8. Kostnaður vegna fyrsta stigs forvarna	
5.3.4.9. Umræða um forvarnir	
5.3.5. Meðferð og endurhæfing. Annars og þriðja stigs aðgerðir	
5.3.5.1. Unglingar með áfengis- og annann vímuefnavanda	
5.3.5.2. Inngrip við almenna heilsugæslu	

5.3.5.3.	Fangelsin.....	
5.3.5.4.	Kostnaður við meðferð og endurhæfingu	
5.3.5.5.	Tillögur að stefnumótun varðandi áfengis- og aðra vímuefna meðferð.....	
5.3.5.5.1.	Markmið, eftirlit og endurskoðun	
5.3.5.5.2.	Fjölbreytt meðferðarúræði.....	
5.3.5.5.3.	Sérhæfing, verkaskipting og samvinna.....	
5.3.5.5.4.	Vinnureglur ASAM.....	
5.3.5.5.5.	Árangursrannsóknir	
5.3.5.5.6.	Menntun og laun starfsfólks	
5.3.5.5.7.	Kostnaður.....	
5.3.5.5.8.	Ódýrasta meðferðin gerð aðgengilegri	
5.3.5.5.9.	Áfengis- og tóbaksmeðferð	
5.3.5.5.10.	Vímuefna meðferð unglunga.....	
5.3.6.	Samstarf við aðrar þjóðir	
5.3.7.	Íslenskar rannsóknir um áfengis- og aðra vímuefnasjúkdóma	
5.3.8.	Samantekt á nokkrum niðurstöðum starfshópsins og tillögum vegna áfengis- og annarra vímuefnaraskana.....	
6.	Þjónusta við fólk með langvinna geðsjúkdóma.....	
6.1.	Langveikir/geðfatlaðir	
6.2.	Félagsleg aðstoð við geðfatlaða samkvæmt lögum um málefni fatlaðra.....	135
6.3.	Þjónusta svæðisskrifstofa við geðsjúka.....	
6.4.	Tengsl heilbrigðis- og félagsmálaráðuneytis í málefnum fatlaðra	
6.5.	Tryggingamál	150
7.	Lög er varða þjónustu við geðsjúka. Réttargeðlækningar	157
7.1.	Ákvæði lögræðis laga og annarra laga.....	157
7.2.	Réttargeðlækningar.....	
8.	Sérhæfður mannaflí til að sinna geðsjúkum.....	
8.1.	Geðlæknar.....	
8.2.	Iðjuþjálfun.....	
8.3.	Sálfræðiþjónusta.....	
8.4.	Félagsráðgjöf í geðheilbrigðisþjónustu.....	
9.	Frjáls félagasamtök.....	
9.1.	Öryrkjabandalag Íslands	
9.2.	Geðhjálp	
9.3.	Geðverndarfélag Íslands	
10.	Aðstandendur.....	
11.	Kennsla og rannsóknir er varða geðveika.....	

1. Inngangur

Frú Ingibjörg Pálmadóttir heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra skipaði með bréfi dagsettu 20. febrúar 1997 starfshóp til að vinna að stefnumótun í málefnum geðsjúkra. Starfshópnum var ætlað að leggja fram tillögur til heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um áherslur í geðheilbrigðisþjónustunni á komandi árum. Óskað var eftir því að hópurinn skilaði álitum á haustdögum 1997. Af ýmsum ástæðum hefur verið dregist nokkuð, efnisöflun var viðameiri og tafsamari en áltíð var í fyrstu. Leitað var til fjölmargra aðila og svöruðu langflestir fljótt og mjög skilmerkilega og eru þeim færðar bestu þakkir. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir því að stefnumótun í stórum málaflokki sem þessum hlýtur alltaf að vera í stöðugri endurskoðun. Þetta rit er tilraun til þess að ná utan um helstu þætti þessara mála. Aðalatriðið er að allir geri sér grein fyrir hve viðamikill þessi málaflokkur er. Geðveikir og aðstandendur þeirra þurfa að njóta sambærilegrar þjónustu og aðrir sem veikir eru eða hafa verið veikir. Þjónusta, kennsla og rannsóknir verða að haldast í hendur til að mögulegt sé að tryggja að nauðsynlegar framfarir eigi sér stað.

Starfshópurinn er skipaður eftirtöldum aðilum:

- **Tómas Zoëga**, yfirlæknir, formaður Geðverndarfélags Íslands og er hann jafnframt formaður starfshópsins;
- **Oddi Erlingsson**, yfirsálfræðingur, frá Sálfræðingafélagi Íslands;
- **Sigmundur Sigfússon** yfirlæknir frá Landlæknisembættinu;
- **Halldóra Ólafsdóttir** geðlæknir, formaður Geðlæknafélags Íslands;
- **Eydís Sveinbjarnardóttir**, MS geðhjúkrunarfræðingur frá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga;
- **Hrefna Ólafsdóttir**, félagsráðgjafi frá Stéttarfélagi íslenskra félagsráðgjafa;
- **Margrét Margeirsdóttir**, deildarstjóri frá félagsmálaráðuneytinu;
- **Pétur Hauksson**, geðlæknir, formaður Geðhjálpar;
- **Ólafur Guðmundsson**, yfirlæknir, var síðar skipaður í hópinn sem fulltrúi Barna- og unglíngageðlæknafélagsins;
- **Guðný Anna Arnþórsdóttir**, hjúkrunarframkvæmdastjóri, frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur.
- **Vilmar Pedersen**, fulltrúi aðstandenda, frá Geðhjálp.

Starfsmaður hópsins er **Jón Sæmundur Sigurjónsson**, deildarstjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

Hópurinn hefur fundað reglulega og skrifað til fjölda aðila og stofnana og hafa svör verið að berast allt fram á síðustu vikur.

2. Geðsjúkdómar

2.1. Tíðni geðraskana

Geðraskanir eru meðal algengustu sjúkdóma sem hrjá þjóðina, einkum ungt fólk og aldraða. Þeir valda sennilega meira vinnutapi og kostnaði fyrir samfélagið en flestir aðrir sjúkdómaflokkar, sem m. a. má sjá af því að meira en fjórðungur allra sem fá fullan örkorkulífeyri gera það vegna geðraskana. Þetta eru oft langvinnir sjúkdómar eða sjúkdómar sem ganga í lotum þar sem skiptast á veikindatímabil og tímabil þar sem fólk nýtur sæmilega góðrar heilsu. Með góðri geðheilbrigðisþjónustu er hægt að stytta eða koma í veg fyrir sum veikindatímabilin.

Hér á landi hefur nokkuð verið unnið að faraldsfræðilegum rannsóknum. Þær eru nauðsynlegar til að gera sér grein fyrir umfangi vandans og breytingum á honum, hver sé þjónustupörfin, notkun þjónustunnar og hvernig hugsanlega sé hægt að koma í veg fyrir sjúkdómana, stytta veikindatímabilin og draga úr afleiðingum þeirra. Mikið er þó enn óunnið á þessum vettvangi. Það sem hér fer á eftir er byggt á niðurstöðum þessara rannsókna og öðrum tiltækum gögnum.

Sú meginbreyting hefur orðið á geðheilbrigðisþjónustunni á seinni hluta aldarinnar, að rúmum á geðdeildum hefur stórfækkað, en tekin upp dag- og göngudeildarþjónusta, sem hefur farið sívaxandi. Jafnframt hefur verið reynt að útvega langveikum sjúklingum sem geta dvalið utan sjúkrahúsa einhvers konar verndaðar aðstæður, að hluta til á vegum sjúkrahúsanna, sbr. töflu 1 (1). Þannig hefur algengi geðdeildardvala minnkað úr 1,87 á 1000 íbúa árið 1953 niður í 0,54 á árinu 1996. Með þessu hefur tekist að auka þjónustuna og draga úr kostnaði, svo að hlutfallslegur kostnaður geðdeildanna hefur lækkað verulega miðað við sjúkrahúskostnað í heild. Geðdeild Landspítalans (Kleppsspítalinn) var brautryðjandi í dag- og göngudeildarþjónustu, sem hófst 1963 og hefur stóraukist síðan. Þrátt fyrir fækkun rúma hefur fjöldi innlagna á geðdeildir sjúkrahúsanna nærri tífaldast frá því sem var 1962. Einnig hefur geðlæknum, sem starfa sjálfstætt, fjölgað mikið. Í göngudeildum geðdeildar Landspítalans voru skráðar 28.788 sjúklingakomur á árinu 1996 (2) og í göngudeild geðdeildar Sjúkrahúss Reykjavíkur voru skráð 4.414 viðtöl (3). Tryggingastofnun ríkisins greiddi fyrir 25.570 viðtöl hjá geðlæknum á eigin lækningastofum á því ári (4).

Tafla 1

Áætlað algengi geðsjúklinga á sjúkrahúsum, dagdeildum og öðrum heilbrigðisstofnunum miðað við 1000 íbúa 1953, 1981, 1989 og 1996

	1953	1981	1989	1996
Geðdeildir	1,87	0,69	0,60	0,54
Aðrar geðvistir	0,12	1,11*	1,23*	1,37*
Önnur sjúkrahús	1,20	1,03	1,-	1,-
Geðdeildir fyrir vímusjúklinga	-	0,16	0,12	0,05
Aðrar geðvistir fyrir vímusjúklinga	-	0,17	0,12	0,28@
Aðrar vistir fyrir vímusjúklinga	-	0,82	0,84	0,83
Alls	3,19	3,98	3,91	4,07

* Útbú geðdeildar Landspítala + Arnarholt + 22 rúm að Reykjalundi + 58 sjúklingar að Ási í Hveragerði + dagsjúklingar (samtals 190 í árslok 1996).
@ Þar af 37 dagsjúklingar

2.1.1. Algengi geðraskana

Fyrir nokkrum árum var gerð skimleit að geðröskunum meðal fólks á aldrinum 20-59 ára. Rannsóknin byggði á lagskiptu slembiúrtaki fólks úr öllum kaupstöðum og sýslum landsins. Samkvæmt niðurstöðum hennar reyndist algengi geðtruflana, þar með talin misnotkun áfengis og annarra vímuefna, vera um 20%. Þar í viðbót má gera ráð fyrir að 0,6% dvelji á sjúkrahúsum eða hjúkrunarheimilum vegna geðtruflana og um 1% séu öryrkjar utan stofnana þannig að heildaralgengið var um 22% (5). Þetta er mjög svipuð niðurstaða og fékkst við rannsókn á öllum Íslendingum, sem fæddir voru á árunum 1895-1897. Þegar þeir voru að meðaltali 61 árs gamlir var algengi geðtruflana í þessum þremur árgöngum tæplega 25% (6). Þegar þessi hópur var rannsakaður aftur um 75 ára aldur, hafði algengið hækkað upp í rúm 30% (7) og við 87 ára aldur var það orðið rúmlega 40% (7). Ástæður þessarar miklu aukningar á algengi geðtruflana með hækkandi aldri eftir sextugt er vaxandi tíðni geðtruflana samfara hrörnunarbreytingum í heila með hækkandi aldri. Algengi annarra geðraskana fer frekar lækkandi með hækkandi aldri, nema geðslagstruflana, sem hækkar nokkuð fram til 75 ára aldurs, en helst nokkuð svipað úr því.

Tafla 2

Algengi geðraskana á ýmsum aldri

(Heimildir) Sjúkdómsgreining/ Aldur	(8) 5- 15	(5) 20-29	(5) 30-49	(9) 55	(7) 75	(7) 87
Vimuefnaraskanir		3,9	3,3	7,3	1,7	0,4
Lyndisraskanir				4,8	7,4	7,6
Kviðaraskanir		}21	}15	13,3	-	-
Aðrar geðraskanir					}10,9	}3,2
Vefrænar geðraskanir		}1,6	}1,6	}0,6	11,3	29,3
Einhver geðröskun	19	26,5	19,9	20,6*	31,3	40,5

* Heildaralgengið er minna en summa alengis einstakra raskana af því að sumir hafa fleiri en eina greiningu

Algengi geðraskana er rúm 22 % hjá þeim, sem eru eldri en fimm ára. Samkvæmt því má gera ráð fyrir að um 50 þúsund Íslendingar 5 ára og eldri þjáist af einhverri geðtruflun á hverjum tíma, þar af tæplega 5 þúsund 75 ára og eldri.

Tæp sjö prósent Reykvikinga sem náð hafa 15 ára aldri fá ávísun á geðlyf, þar með talin svefnlyf, í hverjum mánuði utan sjúkrahúsa (10). Það svarar til rúmlega 14 þúsund landsmanna. Geðlæknar ávísar aðeins litlum hluta, í kringum 12%, þeirra sjúklinga sem nota geðlyf á hverjum tíma utan sjúkrahúsa. Heimilislæknar ávísar langmestu af þeim geðlyfjum sem notuð eru (11), en lyfjaávísun er aðalráð þeirra við geðtruflunum (12). Notkun geðlyfja á árinu 1996 svarar til þess að um 8.500 manns hafi fengið sefandi eða róandi lyf allt árið og 10.500 hafi fengið geðdeyfðarlyf (13). Þessi lyf eru þó að heita má eingöngu gefin fullorðnum og yfirleitt ekki meira en sex mánuði í senn, svo að ætla má að um 20 þúsund manns hafi fengið sefandi eða róandi lyf og nær 25.000 geðdeyfðarlyf. Þessar tölur má þó ekki leggja saman því að sumir fá bæði róandi lyf og geðdeyfðarlyf. Ef gert er ráð fyrir að meðalkomufjöldi til geðlækna utan spítala sé svipaður og á göngudeild geðdeildar Landspítalans, má ætla að sjúklingafjöldinn sem kemur til þeirra eða í göngudeildir sjúkrahúsanna sé 8-9 þúsund á ári. Um 2 þúsund sjúklingar komu á geðdeildirnar annað hvort í sólarhrings- eða dagmeðferð á árinu 1996 og 1.651 sjúklingar leituðu meðferðar á sjúkrahúsinu Vogí vegna misnotkunar áfengis og annarra vímuefna (14). Yfir 70% af sjúklingunum á Vogí hafa jafnframt aðra geðgreiningu, auk vímuefnagreiningarinnar (15). Af framansögðu er ljóst að mikið vantar á, að allir fái viðeigandi meðferð vegna geðtruflana. Samkvæmt framansögðu má ætla að meira en helmingur þeirra, sem eru

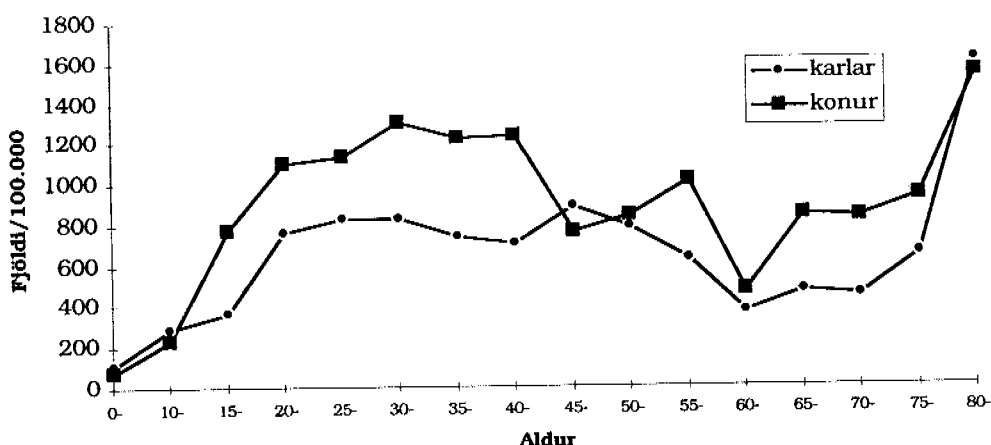
með geðraskanir á hverju ári leiti læknis, um fimmtungur leitar geðlæknis og um 8 % sjúklinganna leggjast inn á geðdeild eða vímu-efnastofnun.

2.1.2 Nýgengi

Þegar frá eru taldar þær breytingar, sem verða á algengi geðraskana vegna vefrænna breytinga í heila með hækkandi aldri, eru geðraskanir fyrst og fremst sjúkdómar yngra fólks. Nýgengið mælt sem fyrstu komur til geðlækna nær hámarki um þrítugsaldur hjá konum og um 45 ára aldur hjá körlum, en breytist tiltölulega litið frá tvítugu til fertugs. Það lækkar heldur frá 40-45 ára aldri og fram yfir sjötugt, er það hækkar mikið á ný, sbr. mynd 1 (16).

Mynd 1

Árlegt nýgengi geðraskana (miðað við 100.000 íbúa), sjúklingar sem leita geðlæknis í fyrsta sinn eftir aldri



Nýgengi geðraskana eins og það mælist með fyrstu komum til geðlækna hélt óbreytt frá 1928 til 1967 (17, 18, 16). Ekki er vitað hvort það hefur breyst síðan, en það er hugsanlegt vegna þess að nýgengi áfengismisnotkunar hefur tvö- þrefaldast frá 1967 (19). Líklegt er að nærri þrjú fjórðu misnotendanna hafi aðrar geðraskanir jafnframt, svo að heildaraukning nýgengis er heldur minni en þessu nemur, en lang mest áberandi á aldrinum 25- 44 ára. Nýgengi vefrænna geðraskana hækkar úr 1% á ári við 74 ára aldur í 4% við 85 ára aldur, en nýgengi lyndisraskana helst nokkurn veginn óbreytt á frá 74 - 85 ára aldurs, 0,6% á ári hjá körlum en 1,1% hjá konum (20).

2.1.3. Sjúkdómslíkur

Líkur Íslendinga til að fá einhverjar geðtruflanir hafa verið áætlaðar með því að rannsaka alla sem voru fæddir á árunum 1895-1897 og voru lifandi á Íslandi 1. desember 1910. Samkvæmt aftursýnni rannsókn á þessum hóp voru sjúkdómslíkurnar fram til 61 árs aldur 32,5% fyrir karla og 35,3% fyrir konur (6). Síðar hefur þeim, sem þá voru lifandi verið fylgt eftir og rannsakaðir þrisvar til þess að áætla sjúkdómslíkurnar fram til 75, 81 og 87 ára aldurs (7, 20). Á töflu 3 eru sýndar sjúkdómslíkurnar fyrir 14 ára unglings til að fá ýmsar tegundir geðraskanana fyrir 81 árs aldur, ef hann lifir svo lengi. Á Töflu 4 eru til samanburðar við Íslendinga sýndar sjúkdómslíkur samkvæmt sænskri rannsókn (21). Líkur Íslendinga til að fá einhverja geðtruflun fyrir 88 ára aldur eru tæplega 88% hjá körlum og 84% hjá konum.

Tafla 3

Líkur 14 ára unglings á Íslandi til að fá ýmsar geðraskanir fyrir 81 árs aldur, ef hann lifir svo lengi

	Karlar	Konur	Samtals
Geðklofi	0,7	1,1	0,9
Aðrar hugvilluraskanir	0,9	1,5	1,1
Lyndisraskanir			
tvihverfar	0,8	1	0,9
geðlægðar raskanir	11	17,1	13,8
Vimuefnaraskanir	8,6	0,8	4,7
Persónuraskanir	5,6	4,8	5,2
Aðrar geðraskanir	10,4	16,8	14,2
Vefrænar geðraskanir	28,2	24,5	26,2
Einhver geðröskun	66,2	67,6	66,9

Tafla 4

Líkur 14 ára unglings á Íslandi og í Svíþjóð til að fá einhverja geðröskun fyrir tiltekinn aldur, ef hann lifir

Ísland			Svíþjóð		
Aldur	Karlar	Konur	Aldur	Karlar	Konur
61 árs	32.5	35.3	60 ára	36.9	71.6
75 ára	48.6	51.3	70 ára	48.3	79.2
81 árs	66.2	67.6	80 ára	77.4	85.8
87 ára	87.7	83.6	80+	90.7	96.1

Líkur Íslendinga til þess að fá geðklofa á 20. öldinni hafa ekki breyst. Þær voru 0,85% fyrir þá sem fæddir voru í lok síðustu aldar, en 0,7% fyrir þá sem voru fæddir 1961 (22). Líkurnar fyrir að leggjast á spítala vegna geðklofa eru heldur minni en heildarlíkurnar, en mismunurinn

hefur farið minnkandi eftir því sem möguleikar á meðferð og sjúkrahúsvist hafa verið auknir.

Til þess að gera sér betur grein fyrir því, hvort breyting hafi orðið á tíðni geðsjúkdóma á fyrri hluta aldarinnar, var fæðingarárgangurinn 1931 rannsakaður til samanburðar við fæðingarárgangana 1895-97. Hann var þó rannsakaður með annarri aðferð en hinir eldri. Tekið var staðlað viðtal (DIS) (23) við annan hvern mann sem var fæddur 1931 og á lífi 1987 (24). Þessi aðferð er líkleg til þess að finna frekar ýmsa vægari kvilla. Því er ekki unnt að draga þær ályktanir af töflu 5, að lífsalgengi geðsjúkdóma hafi nærri tvöfaldast. Eins og sést af töflunni, er lífsalgengi geðklofa og geðhvarfasjúkdóms, svo og ýmissa annarra geðraskana, svipað í báðum hópunum. Hins vegar er lífsalgengi kvíðaraskana og vímuefnamisnotkunar miklu hærra í yngri hópnum en þeim eldri.

Tafla 5

Lífsalgengi (%) of geðraskana
í tveimur íslenskum fæðingarhópum (5, 20)

Fæðingarár	1895-7	1931
Aldur við rannsókn	60-62	56
Geðklofi	0.7	0.3
Lyndisraskanir	7.8	8.7
Vefrænar geðraskanir	1.6	4.2
Kvíðaraskanir	10.2	22.6
Vímuefnaraskanir	3.9	16.7
Aðrar geðraskanir	6.7	5.3
Allar geðraskanir	30.9	57.9

Eins og sést af töflunni hefur lífsalgengi vímuefnaraskana fjórfaldast. Að nokkru leyti tengist þetta mismunandi rannsóknaraðferðum. Úr öðrum rannsóknum er vitað að líkurnar til að verða áfengis- eða annarri vímuefnamisnotkun að bráð hafa rúmlega tvöfaldast hjá körlum aukist úr 9,9% (6) hjá körlum í 22 - 23% (25, 14) og tífaldast hjá konum úr 1% (6) í 9,6% (14). Hugsanlegt er að kvíðaraskanir hafi aukist en aftur getur munur á rannsóknaraðferðum skipt einhverju máli.

2.1.4. Niðurstöður

Geðraskanir eru mjög algengir sjúkdómar og raunar algengari en framangreindar tölur bera með sér. Líta ber á þær sem lágmarkstölur, vegna þess að í skimleittum er líklegt að meðal þeirra sem ekki fást til að svara séu fleiri veikir og að jafnaði meira veikir. Nýgengistölurnar eru eingöngu byggðar á þeim sem hafa leitað sérhæfðar aðstoðar, en þeir eru ekki nema um eða innan við 20% af öllum sem veikjast. Þá byggja tölurnar um sjúkdómslíkur að mestu á upplýsingum um þá sem leitað hafa einhverrar meðferðar eða vitað er að hafa veikst. En þar eð rannsóknirnar fjalla að nokkru leyti um löngu liðna atburði má gera ráð fyrir að ýmislegt hafi gleymst eða sé eftir á skýrt sem líkamlegir sjúkdómar, þó að um geðraskanir hafi verið að ræða.

Nauðsynlegt er að koma á skráningu geðraskana, svipað og skráningu krabbameina og hjartasjúkdóma til að rannsaka faraldsfræði þeirra betur og finna hverjir eiga á hættu að veikjast og hvað stuðlar að veikindum eða bata. Með slíkum rannsóknum er unnt að finna betri leiðir til forvarna.

Heimildir

1. Helgason T. Psykiatriens ansvarsområde, værditeologi och avgränsning i Island. Í: Psykiatrin i Norden. Statens offentliga utredningar 1992; 4:95-105. Social departementet, Stockholm, 1992.
2. Ríkisspítalar. Ársskýrsla 1996. Reykjavík 1997.
3. Borgarspítalinn. Ársskýrsla 1996. Reykjavík 1997.
4. Staðtölur almannatrygginga 1996. Reykjavík 1997, 3. árg.
5. Helgason T. Faraldsfræðilegar rannsóknir í geðlæknisfræði á Íslandi. Læknablaðið 1994; 80: 155-164.
6. Helgason T. Epidemiology of mental disorders in Iceland. Acta Psychiatr Scand 1964; 40:Suppl. 173.
7. Helgason T. Present trends in psychiatric research in Iceland. Psychiatrie & Psychobiologie 1987; 2: 81-89.
8. Björnsson S. Epidemiological investigation of mental disorder of children in Reykjavík, Iceland. Scand J Psychol 1974;15:244- 254.
9. Stefánsson JG, Línal E, Júlíusi K, Björnsson JK, Guðmundsdóttir Á. Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1994; 29:119-125.
10. Zoëga T, Björnsson JK, Helgason T. Samanburður á geðlyfjaávisunum utan sjúkrahúsa í Reykjavík í mars 1989 og í mars 1984. Læknablaðið 1992; 78:23-31.
11. Helgason T, Björnsson JK. Hverjir ávísa geðlyfjum utan sjúkrahúsa? Læknablaðið 1989; 75:349-57.
12. Sigfússon S. Hlutur geðsjúkra í heilbrigðisþjónustu annarri en geðlæknisþjónustu. Læknablaðið 1981; 67:50-64.
13. Sigfússon E, Magnússon E. Notkun lyfja á Íslandi 1990-1996. Rit heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Október 1997.
14. Ársskýrsla SÁÁ 1996. Samtök Áhugamanna um Áfengisvandamálið. 1997. Reykjavík.
15. Tómasson K. Geðgreiningar á vímuefnadeildum. Læknablaðið 1992; 78: 423-7.
16. Helgason L. Psychiatric services and mental illness in Iceland. Acta Psychiatr Scand 1977; 53:Suppl. 268.
17. Tómasson H. Investigations on heredity in Iceland (first preliminary report). Acta Psychiatr Scand 1938; 13:519-523.
18. Helgason T. Talning geð- og taugasjúklinga 15. mars 1953. Fjölrit 1954. Læknablaðið 1983; fylgirit 17:8-18.
19. Helgason T, Ólafsdóttir H, Tómasson K. Nýgengi drykkjusýki og áfengismisnotkunar. Læknablaðið 1983; Fylgirit 17: 82-89.
20. Magnússon H. Mental health of octogenarians in Iceland. Acta Psychiatr Scand 1989; 79:Suppl. 349.
21. Hagnell O. A Prospective Study of the Incidence of Mental Disorder. Svenska Bokförlaget 1966.

22. Helgason T. Expectancy of schizophrenia in Iceland during the twentieth century. In: Changing the Course and Outcome of Mental Disorder. The World psychiatric Association 1993. Groningen.
23. Stefánsson JG, Lindal E. Greiningarviðtal fyrir geðsjúkdóma DIS-III A. Háskóli Íslands. Háskóla útgáfan og Geðdeild Landspítalans, 1990.
24. Stefánsson JG, Lindal E, Björnsson JK, Gudmundsdóttir Á. Lifetime prevalence of specific mental disorders among persons born in Iceland in 1931. Acta Psychiatr Scand 1991; 84:142-149.
25. Helgason T. Alkoholmisbrugets epidemiologi. Nordisk Medicin 1984; 99: 290-293.

Prófessor Tómas Helgason skrifaði kaflana (2.1-2.1.4.) og eru honum færðar bestu þakkir.

2.2. Örorka samfara geðsjúkdómum

Geðraskanir eru ein aðalorsök veikinda og fötlunar. Síðar í skýrslunni verður leitast við að áætla beinan sjúkrakostnað vegna geðsjúkdóma, kostnað við geðlyf o.fl.

Samkvæmt upplýsingum frá Tryggingastofnun ríkisins voru 7.577 einstaklingar á fullum örorkubótum (>75%) 1. desember 1996. Á sama tíma voru 1.531 einstaklingur á 65% örorkubótum. Fyrri reynsla sýnir að heildarfjöldi á örorkubótum er 14-15% færri en sá fjöldi sem fær bætur 1. desember ár hvert. Mismunurinn skýrist fyrst og fremst af því að einstaklingar eru að falla út af bótum vegna tekna.

Hinn 1. desember 1996 voru 2.756 einstaklingar á fullum örorkubótum (>75%) vegna geðsjúkdóma eða meir en 30% af heildarfjöldanum. Aðeins 249 einstaklingar voru á 65% örorku vegna geðsjúkdóma eða rúmlega 16% þeirra sem slíkar bætur fengu.

Í töflu 1 kemur þetta nánar fram. Heildargreiðslur árið 1996 til þeirra sem voru á fullum örorkubótum voru 3.634 milljónir króna (þ.e. rúmlega 3,6 milljarðar króna). Þeir sem eru á fullri örorku vegna geðsjúkdóma fengu 1.334 milljónir króna (þ.e. rúmlega 1,3 milljarða króna) í ársgreiðslu.

Auk þess voru alls greiddar rúmlega 200 milljónir króna til þeirra sem voru með 65% örorku.

Þannig kemur í ljós samkvæmt upplýsingum frá Tryggingastofnun ríkisins að á árinu 1996 voru greiddar 3.823 milljónir króna í örorkubætur eða meira en 3,8 milljarðar.

Geðsjúkir fengu á árinu 1996 alls í örorkubætur 1.355 milljónir króna (meira en 1,3 milljarðar króna) eða meira en 35% af heildarupphæðinni sem greitt er til öryrkja.

Tafla 1

Fjöldi og greiðslur til örorkulífeyrisþega og örorkustyrkþega árin 1993-1996. Fjárhæðir í milljónum króna

(Þar af fjöldi og greiðslur til geðsjúkra, sjúkdómsgreiningarkóðar ≥290 <320)

	1993		1994		1995		1996	
	Fjöldi	Fjárh.	Fjöldi	Fjárh.	Fjöldi	Fjárh.	Fjöldi	Fjárh.
Sjúkdgr.kóðar ≥290 <320:								
65% örorka á árinu	260	24	246	23	259	23	249	21
75% örorka á árinu	2.210	1.024	2.387	1.114	2.638	1.246	2.756	1.334
Heildarfjöldi 1.12. ár hvert og heildargreiðslur á árinu								
65% örorka	1.667	222	1616	215	1.538	206	1.531	194
75% örorka	5.963	2.869	6.540	3.101	7.175	3.438	7.577	3.634
Heildarfjöldi á árinu*								
65% örorka	6.872		7.455					
75% örorka								

* Heildarfjöldi á árinu: Þær tölur eru einungis til fyrir 1993 og 1994 og sýna sig að vera um 14-15% hærrí en fjöldatölur sem miðast við 1. des. ár hvert, en það eru þær tölur sem hafa verið birtar í Staðtölum Almannatrygginga síðustu árin. Mismunurinn á þessum tölum helgast fyrst og fremst af því að einstaklingar eru að falla út af greiðslum vegna tekna. Heilsárstalan sýnir alla þá sem hafa fengið einhverjar greiðslur einhverntímann á árinu, fjöldi 1. des. segir einungis til um fjölda þeirra sem fengu greiddar bætur á þeim tímamarki. Líklegast má telja að þeir sem eru á örorku vegna geðsjúkdóma hafi minni sveiflur í tekjum en aðrir öryrkjar og falli þá síður út af skránni.

Samanburður við önnur Norðurlönd

Á Íslandi eru hlutfalslega mun færri lífeyrisþegar en á öðrum Norðurlöndum, sérstaklega í aldurshópunum yfir 60 ára. Á Íslandi eru 19.2% íbúa á þeim aldri lífeyrisþegar (1993) en á öðrum Norðurlöndum er hlutfallið 26.1% í Danmörku og hæst 29.2% í Svíþjóð (1994). (Heimild: Social Tryghed i de nordiske lande, Nordisk Social-Statistisk Komité 1996.)

Í Danmörku fá örorkulífeyrisþegar 143.544 dkr. á ári. Þar eru meðtaldar greiðslur sem að nokkru leyti koma í stað lífeyrissjóðsgreiðslna hér á landi. Á öðrum Norðurlöndum er lífeyrir ekki skattskyldur. Í Danmörku var lífeyrir þó gerður skattskyldur 1994.

Tafla 2

Útgjöld Tryggingastofnunar ríkisins vegna lífeyris

Bótaflokkar	Milljónir kr.	Hlutfall
Ellilífeyrir	3.515	25,3%
Örorkulífeyrir	1.226	8,8%
Tekjutr. ellilífeyrisþega	5.271	38,0%
Tekjutr. örorkulífeyrisþega	1.746	12,6%
Örorkustyrkur	189	1,4%
Barnalífeyrir	690	5,0%
Fæðingarorlof	1.224	8,8%
Annað	20	0,1%
Samtals	13.881	100,0%

Tafla 3**Fjöldi lífeyrisþega**

	1994	1995	1996
Örorkulífeyrisþegar	6.540	7.175	7.577
Örorkulífeyrisþegar með tekutryggingu	5.581	6.038	6.317
Endurhæfingarlífeyrir	72	155	257

Tafla 4**Fjöldi örorku- og endurhæfingarlífeyrisþega**

Ár	Fjöldi
1985	3.456
1986	3.617
1987	3.824
1988	4.072
1989	4.358
1990	4.660
1991	5.134
1992	5.450
1993	6.016
1994	6.612
1995	7.330
1996	7.834

Tafla 5**Upplýsingar um almannatryggingar
Heildarútgjöld**

	Útgjöld almanna- trygginga í m.kr.	Heildarútgjöld ríkisins í m.kr.	Hlutfall
1990	22.766	117.822	19.3%
1991	25.338	130.515	19.4%
1992	25.811	130.544	19.8%
1993	25.883	132.237	19.6%
1994	26.866	137.736	19.5%
1995	28.464	142.507	20.0%
1996	29.751	150.330	19.8%

Tafla 6

Upplýsingar um almannatryggingar Fjöldi bótaþega

	Viðskiptavinir T.R.	Íbúafjöldi	Hlutfall
1992	45.665	262.386	17.4%
1993	46.937	264.919	17.7%
1994	47.180	266.783	17.7%
1995	48.081	267.806	18.0%
1996	48.210	269.727	17.9%

Heimild: Staðtölur almannatrygginga 1996.

Örorkulífeyrisþegi sem býr einn og hefur „meira en 75%“ örorkumat getur fengið eftirfarandi greiðslur hjá Tryggingastofnun ríkisins í nóvember 1997:

Lífeyrir	kr. 13.373
Tekjutrygging	kr. 25.294
Heimilisuppbót	kr. 8.364
Sérstök heimilisuppbót	<u>kr. 5.754</u>
Samtals	kr. 52.785

Hafi hann misst rétt til lífeyris vegna langrar dvalar á sjúkrahúsi getur hann fengið 10.658 í vasapeninga á mánuði.

Umönnunarbætur vegna fatlaðs barns	kr. 50.212
Umönnunarstyrkur vegna fatlaðs barns	kr. 9.691

Sjúkdómsgreiningar örorkuþega

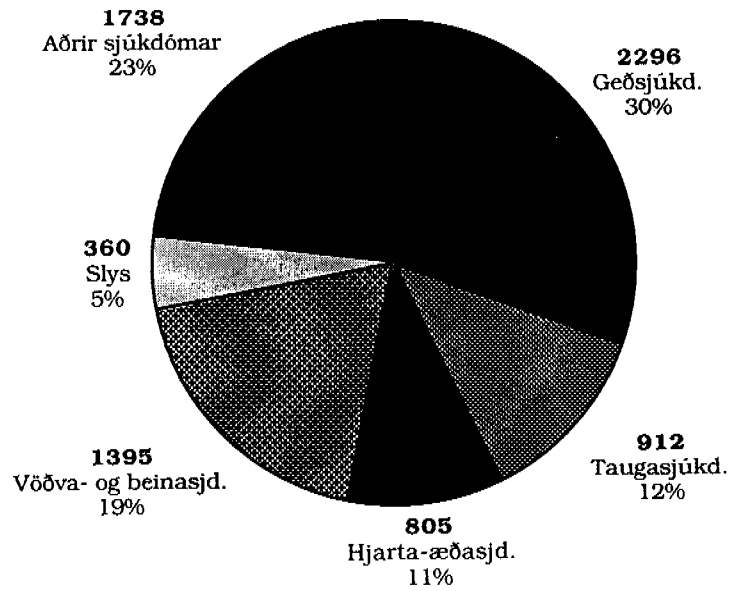
Í Tryggingastofnun ríkisins hefur heildarfjöldi þeirra sem fengu örorkubætur árin 1990 og 1995 verið brotinn niður samkvæmt kyni og sjúkdómsgreiningum í helstu sjúkdómaflokka.

Í ljós kemur að sú fjölgun, sem átt hefur sér stað milli árana 1990 og 1995 skýrist að mestu leyti með fjölgun, sem verður á þeim sem þjást af vöðva- og beinasjúkdómum. Aðallega er um að ræða fjölgun kvenna með „fibromyalíu“ eða síþreytu.

Á meðfylgjandi skifuritum má sjá nánar um flokkun þessa. Tölur þessar eru ekki fyllilega sambærilegar við tölurnar, sem koma fram í töflu 1. Líklegasta skýringin er minniháttar ósamræmi milli greiðsluskrár og sjúkdómaskrár hjá Tryggingastofnun ríkisins.

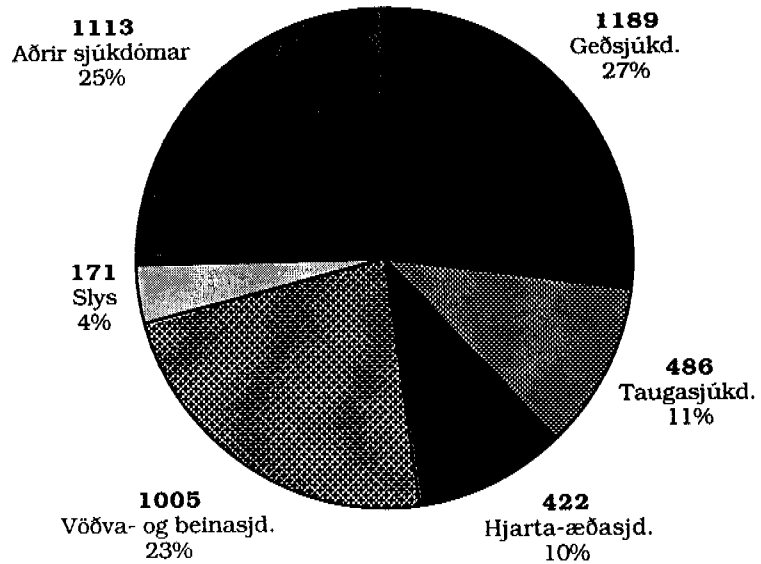
Örorka alls 1990

bótaþegar 7.506



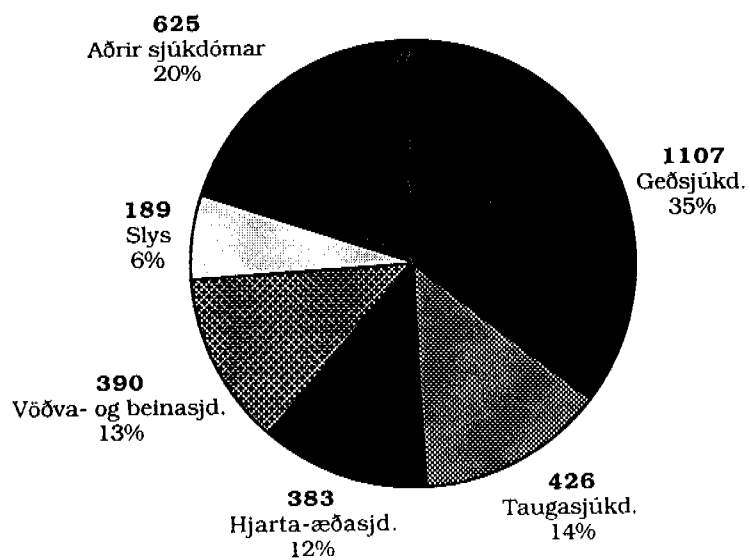
Örorka kvenna 1990

bótaþegar 4.386



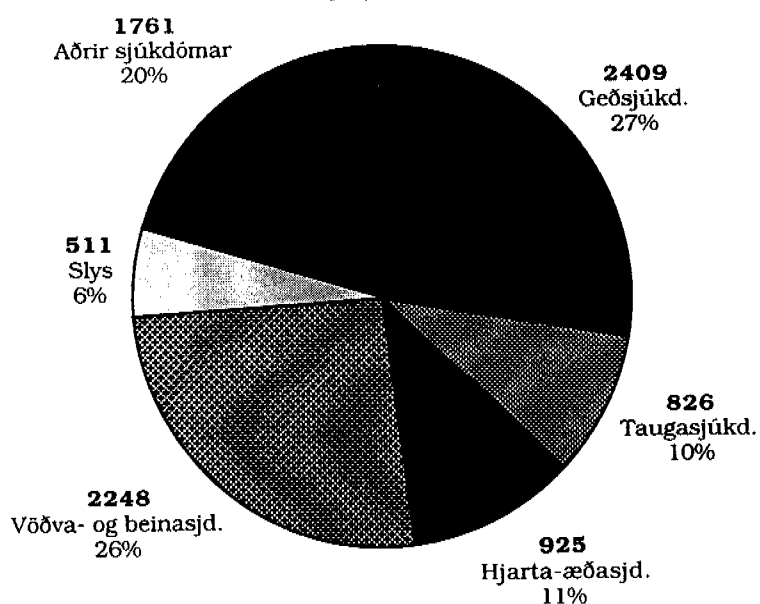
Örorka karla 1990

bótaþegar 3.120



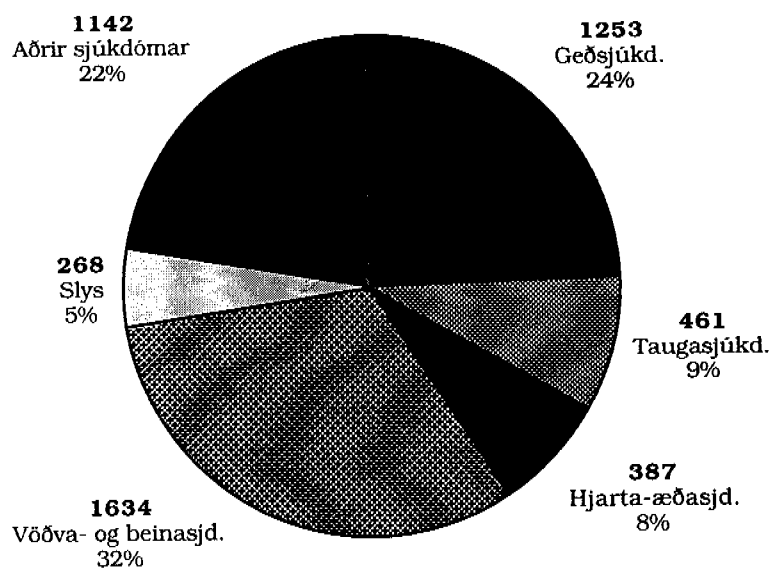
Örorka alls 1995

bótaþegar 8.680



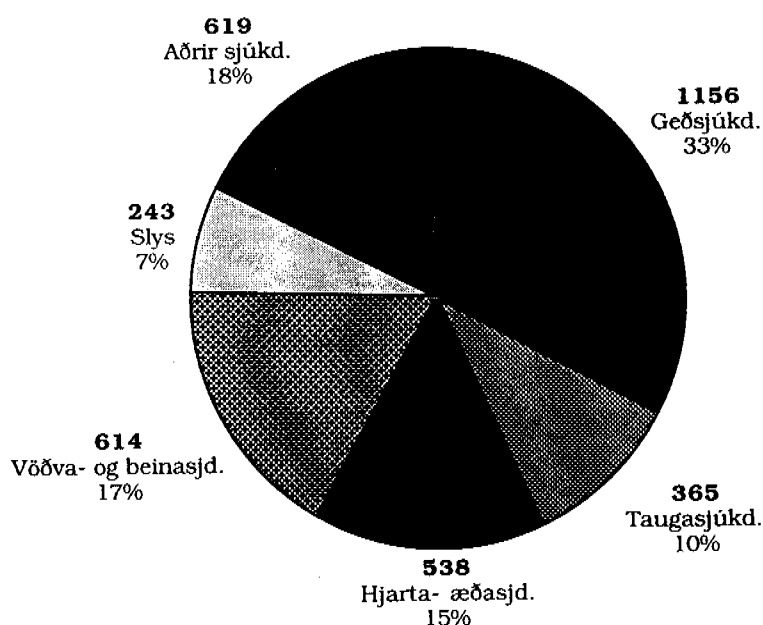
Örorka kvenna 1995

bótaþegar 5.145



Örorka karla 1995

bótaþegar 3.535



2.3. Byrði og kostnaður vegna geðsjúkdóma

Í ýmsum löndum hefur verið gerð tilraun til þess að meta hve alvarlegir geðsjúkdómar eru og hve mikið þeir kosta samfélagið.

Í Bretlandi er talið að geðsjúkdómar séu orsök 14% fjarvista frá vinnu, 14% af kostnaði við legudeildir og 23% af lyfjakostnaði. (The Health of the Nation, A Strategy for health in England 1992)

WHO (World Health Organization), Harvard háskóli (Harvard School of Public Health), Alþjóðabankinn (World Bank) gáfu út árið 1996 viðamikla skýrslu um vægi hinna ýmsu sjúkdóma í heiminum öllum. (The Global Burden of Disease).

Þar er viðamikil úttekt á dánarorsökum og örorku vegna sjúkdóma og slysa gerð 1990 og áætlað hvernig þættir verði árið 2020.

Í ritinu er gerð nánari grein fyrir því á hvern hátt hinir ýmsu sjúkdómar og sjúkdómaflokkar hafa áhrif á líf einstaklinganna og lífsgæði.

Í mjög fróðlegu yfirliti kemur m.a. fram að byrði sem orsakast af geðsjúkdómum hefur verið alvarlega vanmetin um heim allan. Er þá einkum átt við þunglyndi, áfengissýki og geðklofa. Vanmatið fellst fyrst og fremst í því að hingað til hefur aðaláherslan verið lögð á andlát í kjölfar sjúkdóma en ekki örorku og breytingar á lífsgæðum. Meðan aðeins rúmlega 1% allra dauðsfalla má rekja til geðsjúkdóma, þá eru þeir ábyrgir fyrir nær 11% af sjúkdómabyrði heimsins.

Þegar litið er á örorku einstaklinga í heiminum öllum kemur í ljós að árið 1990 voru fimm geðsjúkdómar í hópi þeirra tíu sjúkdóma sem mesta örorku höfðu í för með sér.

Í fyrsta sæti er þunglyndi, áfengisofneysla er í fjórða sæti, tvískauta (bipolar) sjúkdómar í því sjötta og í níunda og tiunda sæti eru geðklofa-sjúkdómar og árátta-þráhyggjusjúkdómar.

Ekki er nóg að geðsjúkdómar hafi verið vanmetnir í þessu tilviki. Í ljós kemur að þegar gerðar eru framtíðarspár þá er reiknað með því að mesta aukningin verði hlutfallslega í geð- og taugasjúkdómum og að heildarsjúkdómsbyrði þessara sjúkdóma aukist úr 10,5% í 15% af heildarsjúkdómsbyrðinni fram til ársins 2020.

2.4. Sjálfsvíg

Eftirfarandi kafli er tekinn úr greinargerð nefndar sem Ólafur G. Einarsson þáverandi menntamálaráðherra skipaði til að fjalla um sjálfsvíg á Íslandi).

Formáli

Hinn 9. maí 1992 var samþykkt á Alþingi svohljóðandi þingsályktun um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga: „Alþingi ályktar að fela ríkisstjórninni að skipa nefnd til að kanna tíðni og orsakir sjálfsvíga á Íslandi. Leiti nefndin jafnframt leiða til að snúa við þeirri ógnvekjandi þróun sem skýrslur sýna að nú á sér stað. Nefndin verði skipuð aðilum úr þeim stéttum er sérfróðar geta talist í þessum og skyldum efnum.“

Flutningsmaður þingsályktunartillögunnar var Hjálmar Jónsson, alþingismaður en meðflutningsmenn voru þingmenn úr öllum flokkum. Í greinargerð með tillögunni er vakin athygli á fjölgun sjálfsvíga, sérstaklega meðal ungs fólks, og því að kanna þurfi hvort eitthvað skorti á í heilbrigðiskerfi, menntakerfi og félagsþjónustu til að bregðast við þeim vanda.

Í samræmi við þingsályktunina um að gerð yrði könnun skipaði þáverandi menntamálaráðherra Ólafur G. Einarsson nefnd til að kanna tíðni og orsakir sjálfsvíga á Íslandi og leita leiða til úrbóta, í febrúar 1993.

Í nefndinni áttu sæti:

Guðríður Sigurðardóttir ráðuneytisstjóri, formaður
Axel Eiríksson úrsmiður, frá samtökunum „Aðeins eitt líf“
Elisabet Berta Bjarnadóttir félagsráðgjafi, Barnaverndarstofu
Kristín Magnúsdóttir þjóðfélagsfræðingur og framhaldsskólakennari
Pétur Pétursson prófessor, Háskóla Íslands
Sigmundur Sigfússon geðlæknir, Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri
Valgerður Baldursdóttir barna- og unglíngageðlæknir, Landspítala
Wilhelm Norðfjörð sálfræðingur, Heilsugæslustöð Seltjarnarness

Þóroddur Bjarnason félagsfræðingur var ritari nefndarinnar þar til í febrúar 1994, en þá tók Arnór Guðmundsson deildarsérfræðingur í menntamálaráðuneyti við starfi hans. Nefndin kallaði fjölmarga sérfræðinga úr ýmsum starfsstéttum sem tengjast málefnum á sinn fund. Sumarið 1994 gekkst nefndin fyrir könnun meðal yfirlækna og hjúkrunarforstjóra á heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum í samvinnu við landlæknisembættið og eru helstu niðurstöður þeirrar könnunar birtar í skýrslu nefndarinnar. Þá fjallaði nefndin ítarlega um breytingar á tíðni sjálfsvíga, sjálfsvígshugleiðinga og sjálfsvígstilrauna á Íslandi og gerði samanburð við önnur lönd. Skýrt er frá ýmsum áhættuþáttum sjálfsvíga og greint frá hugsanlegum úrræðum. Í upphafi skýrslunnar er samantekt á nokkrum niðurstöðum og tillögum nefndarinnar.

Samantekt á nokkrum niðurstöðum nefndarinnar og tillögum

1. Hér á landi hefur orðið fjölgun á sjálfsvígum hjá ungum karl-
mönnum á aldrinum 15-24 ára ef lítið er til undanfarinna
áratuga. Samkvæmt gögnum Hagstofu Íslands voru 106 dauðsföll
karla í þessum aldurshópi á árunum 1990-1994. Af þeim voru 51
vegna slysa, 37 vegna sjálfsvíga og 18 vegna sjúkdóma. Af 37

sjálfsvígum á þessu fimm ára tímabili voru 23 sjálfsvíg á árunum 1990-1991 en 14 tilvik dreifðust nokkuð jafnt á hin þrjú árin. Á sama tímabili létust 24 konur á aldrinum 15-24 ára. Af þeim létust þrjár vegna sjálfsvígs. Af þessu sést að hér er um mikinn kynjamun að ræða bæði hvað varðar heildarfjölda dauðsfalla og orsakir þeirra.

2. Sjálfsvíg eru önnur algengasta dánarorsök ungra karlmanna á aldrinum 15-24 ára hér á landi á þessu árabili eins og sjá má á þessum tölum. Þessar tölur sýna einnig sveiflur í tíðni sjálfsvíga, en engar skýringar hafa fundist á reglubundnum sveiflum sem hafa verið í tíðni sjálfsvíga hér á landi.
3. Fjölgun sjálfsvíga meðal ungs fólks hefur einnig átt sér stað víðast hvar á Vesturlöndum. Það varð til þess að Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin skoraði á þjóðir Evrópu að bregðast markvisst við þessum vanda svo að draga mætti úr tíðni sjálfsvíga hjá ungu fólki. Í kjölfar þess hófust víðamiklar rannsóknir á sjálfsvígum og sjálfsvígstilraunum víða í Evrópu.
4. Á Íslandi hefur einnig orðið aukning á sjálfsvígum meðal kvenna á aldrinum 55-64 ára á síðari árum. Engar viðhlítandi skýringar eru á því hvers vegna svo er.
5. Á árunum 1950-1994 hefur tíðni skráðra sjálfsvíga miðað við 100 þúsund íbúa aukist hér á landi. Þegar á heildina er litið eru skráð dauðsföll vegna sjálfsvíga fjórðungi fleiri en dauðsföll af völdum umferðarslysa. Samkvæmt gögnum Hagstofu Íslands voru skráð 324 sjálfsvíg á árunum 1981-1990, en á sama tíma létust 247 af völdum umferðarslysa. Af dauðsföllum karla voru á þessu tímabili 2,8% vegna sjálfsvíga og 1% allra dauðsfalla kvenna. Á árunum 1950-1990 voru skráð sjálfsvíg hér á landi 940 eða að meðaltali um 23 sjálfsvíg á ári.
6. Tíðni skráðra sjálfsvíga á Íslandi er svipuð og í mörgum öðrum vestrænum löndum, en í samanburði við önnur ríki Norðurlandanna hefur tíðni sjálfsvíga þó verið lægst á Íslandi.
7. Þeir sem hafa gert sjálfsvígstilraun eru mun líklegri til að láta lífið síðar af völdum sjálfsvígs en aðrir.
8. Ef niðurstöður norskra rannsókna á skráningu sjálfsvígstilrauna eru heimfærðar á Ísland má ætla að miðað við mannfjölda séu sjálfsvígstilraunir hér á landi um 450 á ári, en tíðni sjálfsvíga í Noregi er svipuð og á Íslandi. Er þá miðað við fjölda tilvika sem koma inn á sjúkrahús. Samkvæmt tölvuskram sjúkrahúsa voru hins vegar skráðar sjálfsvígstilraunir hér á landi á síðasta ári 210. Af þessu má ráða að skráningu sjálfsvígstilrauna sé ábótavant.
9. Könnun sem nefnd um tíðni og orsakir sjálfsvíga efndi til meðal stjórnenda á sjúkrahúsinum hér á landi leiddi í ljós að skráningu sjálfsvígstilrauna er víða ábótavant. Um 15% stjórnenda telja að sjálfsvígstilraunir þar sem einstaklingar hafa staðfest að um sjálfsvígstilraunir hafi verið að ræða séu aldrei skráðar. Þá telja 20% stjórnenda að það eigi einnig við um óstaðfestar sjálfsvígstilraunir. Um 38% telja að alltaf eða oft komi fyrir að óstaðfestar sjálfsvígstilraunir séu ekki skráðar.

10. Í könnuninni kom einnig í ljós að nokkuð virðist skorta að þeir sem gert hafa sjálfsvígstilraunir og koma til meðferðar á sjúkrastofnunum fái viðeigandi meðferð eða aðra eftirfylgd eftir útskrift. Telja 40% svarenda að tveir þriðju sjúklinga eða fleiri fái meðferð eða aðra eftirfylgd eftir útskrift. Fyrst og fremst virðist vera vísað á geðlæknismeðferð, en lítið er um að þessu fólki sé vísað til sálfræðinga, heimilislækna, félagsráðgjafa eða annarra aðila eftir því sem við á. Tiltölulega fáum virðist vera vísað í áfengismeðferð þrátt fyrir að talið sé að 30-50% þeirra sem gera sjálfsvígstilraun eigi við áfengisvandamál að stríða.
11. Í könnun sem Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála gerði árið 1992 í 9. og 10. bekk grunnskóla, eða meðal 14-16 ára unglinga á öllu landinu, kom í ljós að 6.1% þeirra sögðust einhvern tímann hafa gert sjálfsvígstilraun og 3,6% þeirra sögðust hafa gert sjálfsvígstilraun á síðustu tólf mánuðum áður en könnunin var gerð.
12. Ungt fólk virðist fremur velta fyrir sér sjálfsvígi en eldra fólk ef lítið er á niðurstöður athugana hér á landi. Í rannsókn Rannsóknarstofnunar uppeldis- og menntamála frá árinu 1992 kemur fram að um 23% pílta og 38% stúlkna á aldrinum 15-16 ára sögðust einhvern tímann hafa hugleitt sjálfsvíg. Í annarri íslenskri rannsókn sem náði einnig til annarra aldurshópa kemur fram að einungis tæplega 7% fólks á aldrinum 55-57 ára sagðist hafa hugleitt sjálfsvíg einhvern tímann á ævinni.
13. Orsakir sjálfsvígs eru flókið samspil geðrænna, sálrænna, lifeðlisfræði- og félagslegra þátta. Þannig verða beinar orsakir sjálfsvígs ekki raktar, en unnt er að greina áhættuþætti og atferli sem stuðlað getur að því að einstaklingur fremur sjálfsvíg.
14. Þættir sem hafa afgerandi tengsl við sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir eru þunglyndi, misnotkun áfengis og fíkniefna, tilfinningaleg vandamál, vonleysi, þjargarleysi, félagsleg sefjun og slæm eða lítil tengsl ungs fólks við foreldra sína og jafnaldra svo að dæmi séu tekin. Þjóðfélagsbreytingar, breytingar á stöðu kynjanna og atvinnubreytingar tengjast einnig sjálfsvígum.
15. Aðstandendur þeirra sem svipta sig lífi geta gegnt mikilvægu hlutverki við varnir gegn sjálfsvígum. Athuganir hafa sýnt að vel útfærð meðferðaráætlun í tengslum við sorgarvinnu hjá ástvinum getur verið árangursrík þar eð svo virðist sem sjálfsvíg í vinnu eða fjölskyldu geti ýtt undir sjálfsvígshugleiðingar eða sjálfsvíg hjá öðrum.

Helstu tillögur nefndarinnar um leiðir til úrbóta:

I. Almennar forvarnir

- Mikilvægt er að nálgast sjálfsvígsvandann með því að leggja áherslu á almenna heilsueflingu, sem stuðlar að betri líðan einstaklinga, bættum fjölskyldu- og jafningjatengslum og heilbrigðari lífsháttum.
- Varnir gegn sjálfsvígum þurfa að haldast í hendur við forvarnir gegn fíkniefna- og áfengisneyslu, þar sem skýr tengsl eru á milli þeirra þátta og sjálfsvíga.

- Leggja þarf áherslu á fræðslu sem lýtur að því að auka vitund fólks um áhættuhegðun unglunga sem gæti leitt til sjálfsvígs.

II. Úrræði innan heilbrigðis- og félagsmálakerfis

- Bregðast þarf við þeirri alvarlegu staðreynd að ungt fólk sviptir sig lífi í auknum mæli sérstaklega ungir karlmenn á aldrinum 15-24 ára.
- Mikilvægt er að allar sjálfsvígstilraunir séu teknar alvarlega og því fólki sem gerir sjálfsvígstilraun sé veitt viðeigandi aðstoð innan heilbrigðis- og félagsmálakerfis.
- Bæta þarf skráningu sjálfsvígstilrauna innan heilbrigðisstofnana, þar sem bætt skráning er grundvöllur markvissrar eftirfylgdar og meðferðar þeirra sem eru í sjálfsvígshættu.
- Lagt er til að Ísland gerist nú þegar aðili að rannsókn Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar á sjálfsvígstilraunum í löndum Evrópu. Sú rannsókn hefur þegar skilað miklum árangri í skráningu sjálfsvígstilrauna og leitt til markvissari viðbragða í mörgum löndum þar sem hún hefur verið gerð. Þátttaka í rannsókninni hefði tvímælalaust gildi hér á landi, í ljósi þess að þeir einstaklingar sem gert hafa sjálfsvígstilraunir eru í mikilli sjálfsvígshættu.
- Auka þarf fræðslu fyrir heilbrigðisstarfsfólk um þunglyndi og aðra áhættuþætti sjálfsvíga.
- Nauðsynlegt er að bæta greiningu og meðferð á þunglyndi. Taka þarf aukið tillit til sjálfsvígshættu við áfengis- og fíkniefnamefðerð, þar sem þunglyndi og áfengisneysla eru þeir þættir sem hafa sterkust tengsl við sjálfsvíg.
- Koma þarf á samstarfi geðlækna, heimilislækna, starfsfólks heilsugæslustöðva, Barnaverndarstofu, presta, námsráðgjafa og annars fagfólks um fræðslu, greiningu og ráðgjöf um þunglyndi og aðra áhættuþætti sjálfsvíga.
- Mikilvægt er að á heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum séu tengiliðir við aðila sem hafa samskipti við einstaklinga í sjálfsvígshættu.
- Aðstoð við aðstandendur þeirra sem framið hafa sjálfsvíg verði tryggð þegar tilkynnt er um sjálfsvíg. Þannig verði séð til þess að kvaddur sé til hæfur einstaklingur með þekkingu á áfallahjálpi sem ræði við aðstandendur innan sólarhrings frá því að atburðurinn átti sér stað. Hér gegna heimilislæknar, sóknarprestar og lögregla mikilvægu hlutverki ásamt öðrum fagaðilum. Nauðsynlegt er að tryggja að ættingjar njóti daglegrar tilsjónar eftir áfallið ef um er að ræða nána ættingja.

III. Úrræði innan skólakerfisins

- Mikilvægt er að bæta úrræði innan skólakerfisins fyrir nemendur sem þurfa á aðstoð eða stuðningi að halda vegna persónulegra eða félagslegra vandamála. Leggja þarf sérstaka áherslu á að 15-24 ára gamalt fólk fái slíkan stuðning.

- Áætlun um forvarnir í skólum þarf að taka mið af almennri heilsuefningu, sambærilegu því sem gert er í „evrópsku neti heilsueflandi skóla“ sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur unnið að.
- Markviss fræðsla og almennt forvarnarstarf í skólum getur haft mikið að segja í vörnum gegn sjálfsvígum. Áhersla verði því lögð á aukna fræðslu meðal nemenda og foreldra þeirra, kennara, námsráðgjafa og annars starfsfólks skóla um áhættuþætti sjálfsvíga.
- Skipulögð verði viðbrögð við áföllum sem upp kunna að koma t.d. með sérstöku áfallateymi í skólum sem tekur til starfa við sjálfsvíg eða annað dauðsfall innan skóla. Slikt teymi er þegar starfandi við ýmsa skóla hér á landi.
- Lögð verði áhersla á að greina áhættuhegðun barna og unglinga í skólum og veita þeim aðstoð sem í vanda eru staddir. Mikilvægt er að starfsfólk skóla sé í stakk búit til að koma auga á og liðsinna nemendum sem eiga í erfiðleikum.
- Tryggja þarf að námsráðgjafar og annað starfsfólk skóla eigi greiðan aðgang að fagfólki innan heilbrigðis- og félagsmálakerfisins til þess að veita nemendum viðeigandi aðstoð.

IV Samhæfing aðgerða

- Samhæfa þarf starfsemi sem fram fer á mörgum sviðum og stofnunum samfélagsins gegn sjálfsvígum svo taka megj í tíma á vandamálum sem falið geta í sér sjálfsvígshættu. Reynsla annarra þjóða hefur sýnt að skipulegar aðgerðir sem beinast að áhættuhópum séu vænlegastar til árangurs í sjálfsvígsvörnum. Hér á Íslandi er áriðandi að bregðast við fjölda sjálfsvíga ungra karla á aldrinum 15-24 ára.
- Áhersla er lögð á að borgarhverfi og smærri sveitarfélög séu ákjósanlegur vettvangur til að samhæfa forvarnarstarf innan skóla, íþrótt- og tómstundastarfsemi, þjónustu félagsmálastofnana, heilsugæslustöðva, starf lögreglu og kirkju.
- Samhæfing starfsemi sem lýtur að vörnum gegn sjálfsvígum er í samræmi við ábendingar sem fram koma í ársskýrslu umboðsmanns barna fyrir árið 1995 (Umboðsmaður barna, 1996), þar sem lögð er rík áhersla á samvinnu og samráð allra þeirra sem koma að málefnum barna.
- Komið verði á fót teymi sérfræðinga í tilraunaskyni til tveggja ára sem samhæfi skráningu, meðferð og eftirfylgd með ungu fólki sem gert hefur sjálfsvígstilraun eða er metið í sjálfsvígshættu. Slikt teymi verði staðsett á heilbrigðisstofnun, t.d. á barna- og unglíngageðdeild Landspítalans. Teymið miði starf sitt sérstaklega við ungt fólk fram til 25 ára aldurs, í ljósi þess að mikil aukning hefur verið í sjálfsvígum í þessum aldurshópi. Að tveimur árum liðnum verði lagt mat á hvernig til hefur tekist og ákvarðanir teknar um framhald þess starfs að því loknu.
- Komið verði á fót öðru teymi sérfræðinga sem vinni að því að skipuleggja forvarnarstarf í skólum. Greining og viðbrögð við áhættuhegðun innan skóla verði eflað og beinn stuðningur

sérfræðinga við nemendur og kennara innan skólans aukinn. Lögð verði áhersla á að koma á tengslum milli starfsfólks skóla-, heilbrigðis- og félagsmálakerfis og annarra aðila eftir því sem við á.

V Framkvæmdastjórn

- Stofnuð verði framkvæmdastjórn sem samhæfi og fylgi eftir vörnum gegn sjálfsvígum. Stjórnin verði skipuð fulltrúum heilbrigðisráðherra, félagsmálaráðherra, menntamálaráðherra og dóms- og kirkjumálaráðherra.
- Framkvæmdastjórnin vinni samkvæmt áætlun til fimm ára um forvarnir gegn sjálfsvígum og taki sú áætlun mið af tillögum nefndar um tíðni og orsakir sjálfsvíga. Framkvæmdastjórnin hafi einn til tvo starfsmenn til að framfylgja áætluninni og komi m.a. á laggirnar þeim teyrum sérfræðinga til forvarnar- og meðferðarstarfs sem nefndin leggur til að verði skipulögð.
- Lögð er áhersla á að tekið verði mið af reynslu þeirra þjóða sem náð hafa árangri í sjálfsvígsvörnum. Í ljósi þess er lagt til að fjögurra manna hópur sérfræðinga verði framkvæmdastjórninni til faglegrar ráðgjafar þegar þurfa þykir. Af þeim verði tveir erlendir sérfræðingar sem þekkingu og reynslu hafa af vörnum gegn sjálfsvígum í sínu heimalandi. Lagt verði mat á árangur að tveimur árum liðnum og ákvarðanir teknar um framhald að því loknu.

Tíðni sjálfsvíga miðað við 100 þús. íbúa í nokkrum löndum, skipt eftir kyni og aldri

Kyn og aldur	Ísland 1993	Ástralía 1992	Bandaríkin 1991	Frakkland 1992	Japan 1993	Rússland 1993
Karlar						
15-24 ára	23,7	27,3	21,9	14,0	10,1	41,7
25-34 ára	13,8	28,7	25,0	32,4	18,1	82,1
35-44 ára	25,4	24,7	23,0	40,4	24,5	99,4
45-54 ára	14,7	24,9	23,0	40,3	36,1	118,2
55-64 ára	29,6	23,8	25,0	38,8	37,8	100,7
65-74 ára	12,5	26,6	30,7	46,1	37,1	80,7
75 ára +	0	29,1	56,0	103,3	51,8	103,8
Alls	19,1	20,1	20,5	30,2	22,3	66,2
Konur						
15-24 ára	0	5,6	3,8	4,3	4,4	7,9
25-34 ára	4,7	6,8	5,4	8,9	7,5	10,3
35-44 ára	10,6	6,3	6,5	12,6	8,8	13,9
45-54 ára	15,1	6,3	7,6	16,4	12,9	18,5
55-64 ára	9,6	7,4	6,5	16,9	15,9	19,0
65-74 ára	11,4	7,4	6,0	17,4	20,6	22,6
75 ára +	0	9,1	5,9	24,3	37,0	31,6
Alls	6,9	4,7	5,3	10,9	11,1	12,9

2.5. Afleiðingar ofbeldis — nauðsyn á meðferð

Tegundir ofbeldis

Fjölskylduofbeldi er mjög viðtækt hugtak sem nær yfir allar tegundir ofbeldis sem gerist innan fjölskyldunnar eða í tengslum við fjölskylduna á einhvern hátt. Um er að ræða ofbeldi gagnvart börnum, milli hjóna, gagnvart foreldrum, milli systkyna og gagnvart öldruðum innan fjölskyldunnar. Þessi tegund ofbeldis er venjulega talin hafa meiri og

meira langvarandi andlegar afleiðingar en ofbeldi sem gerist utan heimilis svo sem nauðgun eða líkamsárásir utan heimilis/utan fjölskyldu vegna þess hve langvarandi og falið ofbeldi innan fjölskyldunnar er oftast. Sé þolandinn barn þá hefur ofbeldið að auki áhrif á persónuleikaþroska einstaklingsins þar sem hann er ekki fullþroska þegar áfallið verður. Þannig hefur ofbeldið áhrif á persónuleika barnsins. Auk þess er þolandi oft háður geranda á einhvern hátt sé um ofbeldi innan fjölskyldunnar að ræða og er það talið valda meiri andlegum skaða en ella.

Ofbeldi er hægt að skipta í 4 megin flokka: 1. Líkamlegt ofbeldi, 2. Andlegt eða tilfinningalegt ofbeldi, 3. Vanræksla, 4. Kynferðislegt ofbeldi (Browne and Herbert, 1997).

1. Líkamlegt ofbeldi

Hér er um að ræða líkamlega oft sjáanlega áverka sem ætti að vera auðvelt að greina af læknum og hjúkrunarfræðingum t.d. í heilsugæslu eða í skólum. Einnig af öðru starfsfólki sem vinnur með börn eins og t.d. starfsfólki á dagvistarstofnunum.

2. Andlegt eða tilfinningalegt ofbeldi

Hér er ekki um að ræða beina líkamlega sjáanlega áverka heldur er t.d. um að ræða fjandsamlega framkomu foreldra gagnvart barni eða algert afskiptaleysi þeirra gagnvart barninu sem hefur neikvæð áhrif á tilfinningu barnsins á eigin sjálfi, eykur óöryggi barnsins gagnvart eigin getu, minnkar tilfinningu þess gagnvart því að tilheyra og stendur í vegi fyrir heilbrigðum, lífandi og hamingjurikum þroska. Þannig ætti að vera tiltölulega auðvelt að sjá ef barn er í þessari aðstöðu. Einnig geta fullorðnir verið í þessari stöðu t.d. ef þeir eru háðir einhverjum sem misnotar völd sín gagnvart þeim.

3. Vanræksla

Hér er um að ræða að aðili sem er ábyrgur gagnvart öðrum aðila en sinnir ekki skyldum sínum við hann eins og t.d. foreldrar gagnvart börnum sínum eða börn gagnvart öldruðum foreldrum sínum. Vanræksla á við þegar slíkur aðili lætur afskiptalaust að sinna þörfum þess sem ekki getur sinnt þörfum sínum sjálfur eins og t.d. ung börn og aldraðir. Hér er átt við þegar grunnþörfum viðkomandi er ekki sinnt svo sem fæði, klæði, húsaskjól, nauðsynleg heilbrigðisþjónusta og nám eða eitthvað viðurværi við hæfi.

4. Kynferðislegt ofbeldi

Til eru margar mismunandi skilgreiningar á því hvað kynferðislegt ofbeldi er en í viðtækustum skilningi mætti skilgreina það á eftirfarandi hátt: "allt kynferðislegt samneyti frá káfi yfir í samfarir hvort sem um er að ræða kynfæramök, munnmök eða í endaparm - allt frá því að gerast einu sinni yfir í að standa yfir í mörg ár - allt frá því að vera leyndarmál milli geranda og þolanda yfir í að vera klámiðnaður - gerandi getur verið á öllum aldri, af báðum kynjum og allt frá því að vera nátengdur þolandanum yfir í að vera alls ókunnur - þolandi getur verið á öllum aldri og af báðum kynjum.

Afleiðingar ofbeldis, einkenni og sjúkdómsgreiningar

Afleiðingar ofbeldis fyrir þolandann mætti skipta í skammtíma-afleiðingar eða þær afleiðingar sem koma strax í ljós bæði meðan á ofbeldinu stendur og strax á eftir og svo langtímaafleiðingar sem eru

einkenni sem rekja má til ofbeldis og hrjá þolandann löngu eftir að ofbeldinu lýkur.

Rannsóknir á afleiðingum almennt eru frekar af skornum skammti en eru þó til í einhverjum mæli og frekar þær sem fjalla um skammtíma-afleiðingar.

Sem dæmi um slíkar rannsóknir má nefna rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum árið 1977 (Martin og Beezley, 1977). Þar kom fram að börn á aldrinum 22 mánaða til 13 ára sem höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi af foreldrum sínum voru með ýmis einkenni sem voru mun sterkari hjá þeim en hjá viðmiðunarhópi. Þessi einkenni voru m.a. eftirfarandi:

- minnkaður möguleiki til að gleðjast/depurð
- hegðunarvandamál ýmis konar svo sem undirmiga, reiðiköst og ósæmileg hegðun
- lélegt sjálfstraust
- mikil hlédrægni
- mikill og öfgakenndur mótþrói
- erfiðleikar í að treysta öðrum
- þráhyggjuhegðan
- ofurábyrg hegðan (parentified behaviour)
- námserfiðleikar.

Í samantekt á rannsóknum sem gerðar hafa verið á börnum sem hafa mátt þola ofbeldi í sinni barnæsku komust Farber og Egeland (1987) að því að þessi börn séu með viðtæk félagsleg, tilfinningaleg og vitsmunaleg vandamál og að þau séu mun meiri en hjá þeim börnum sem ekki hafa verið beitt ofbeldi.

Hvað varðar kynferðislegt ofbeldi gegn börnum þá eru bæði **skammtíma** og **langtíma einkenni** mjög áberandi hjá þolendum þess.

Skammtíma einkenni eru tilfinningaleg vandamál svo sem kvíði, ótti, sektarkennd, reiði og depurð, þróun á neikvæðri sjálfsmynd, tíðar líkamlegar kvartanir sem ekki finnast nein líkamleg ástæða fyrir, óeðlileg kynferðisleg hegðan miðað við aldur, samskiptavandamál sem byggja að miklu leyti á því að þolandinn á í miklum erfiðleikum með að treysta öðrum og félagsleg vandamál af ýmsum toga (Courtois, 1988). **Langtímaeinkennin** eru þau sömu og skammtímaeinkennin nema hvað þau eru orðin mun þrálátari og farin að hafa veruleg áhrif á líf einstaklingsins sem síðan skapar honum enn meiri erfiðleika sem enn veikja möguleika hans til heilbrigðs lífs. Einkennin sem barnið fékk á meðan það var að þroskast er nú komið með persónuleikaröskun sem mun erfiðara er að hjálpa einstaklingnum með en ef hann hefði fengið aðstoð strax eftir að hann varð fyrir áfallinu (Courtois, 1988).

Hvað varðar sjúkdómsgreiningu á þeim einstaklingum sem orðið hafa fyrir ofbeldi þá hefur á síðasta áratug verið farið að nota áfallastreituröskunarsjúkdómsgreininguna („Post Traumatic Stress Disorder“) bæði í Bandaríkjunum og Bretlandi á þá einstaklinga sem hafa orðið fyrir ofbeldi enda er talið að þessir einstaklingar hafi orðið fyrir áfalli. Þeir hafa líka einkenni þess og falla inn í þá greiningu að mörgu leyti.

Hér er því um að ræða hóp sem skilgreindur er með þeim hópi sem á við geðræn vandamál að etja án þess að hugsað hafi verið fyrir því að til sé þjónusta sem passar fyrir þennan hóp.

Þjónustubörf - tillögur að skipulagi á þjónustu

Eins og sjá má hér að ofan í þessari stuttu greinargerð um ofbeldi og þolendur þess þá er ljóst að hér er um að ræða þó nokkurn hóp fólks bæði barna og fullorðinna sem falla undir skilgreiningar geðheilbrigðiskerfisins á þjónustuþegum sínum.

Þar sem um mjög sértæk vandamál er að etja og viðtæk einkenni sem oft er erfitt að skilgreina og þar með veita rétta meðferð er mikilvægt að geðheilbrigðiskerfið byggi upp þjónustu fyrir þennan hóp með því að sérþjálfar starfsfólk sitt á þessu sviði og gera þjónustuna aðgengilega fyrir þennan viðkvæma hóp.

Þjálfun á starfsfólki og fræðsla bæði gagnvart þeim sem sinna börnum almennt og foreldrum er mjög mikilvæg bæði sem fyrirbyggjandi aðgerð svo og til þess að þolendurnir eigi auðveldara með að vita hvert þeir geta leitað vegna þessara vandamála sem oft eru svo hlaðin skömm að þolendur treysta sér ekki til að leita hjálpar.

2.6. Forvarnir gegn geðsjúkdómum

Svo til allar fjölskyldur á Íslandi geta átt von á því að kynnast geðsjúkdómum af eigin raun. Visast þar til talna um tíðni geðraskana hér á landi þar sem algengi geðraskana er metið 22 % hjá þeim sem eru eldri en fimm ára en samkvæmt því þjást 50.000 Íslendingar af einhverri geðtruflun á hverjum tíma (Tómas Helgason, 1994). Þótt rannsóknir á orsökum og meðferð geðsjúkdóma séu að sjálfsögðu afar mikilvægar og hafi nú þegar leitt til meiri háttar framfara í meðferð og betri lífsgæða hjá miklum fjölda einstaklinga þá er ljóst að stefna verður að fyrirbyggjandi aðgerðum í miklu meira mæli en gert hefur verið hingað til. Má þar benda á að erlendar athuganir hafa sýnt að af þeim sem veikjast af geðsjúkdómi fá aðeins 10-30 % viðunandi meðferð og að vaxandi fjöldi barna og unglunga eru í mikilli áhættu varðandi geðsjúkdóma, sem gæti verið tengt upplausn á fjölskyldulífi, vanrækslu, ofbeldi, áfengissýki foreldra o.fl.

Árangursríkar fyrirbyggjandi aðgerðir í læknisfræði eiga sér meira en 100 ára sögu og má þar minna á bólusetningar og áróður um smitgát og bætt hreinlæti í baráttunni gegn smitsjúkdómum, sem skiluðu fádæma góðum árangri. Þær aðgerðir hafa síðan orðið fyrirmynd fyrirbyggjandi aðgerða gegn sjúkdómum og oft skilað árangri. Fyrirbyggjandi aðgerðir af þessum toga fela í sér tengingu á orsök sjúkdóms (t.d. bakteríu eða veiru) og veikinda af þeim sjúkdómi (sýkingunni). Í tengslum við þann skilning hefur tíðkast að fyrirbyggjandi aðgerðum sé skipt í **fyrsta stigs forvarnir**, þ.e. að fækka nýjum sjúkratilfellum af viðkomandi sjúkdómi (incidence) **annars stigs forvarnir**, að lækka tíðni sjúkratilfella sem þegar eru til staðar í samfélaginu (prevalence) og **þriðja stigs forvarnir**, að draga úr heilsubresti af völdum sjúkdómsins sem þegar er til staðar.

Á seinni árum hafa rannsóknir í læknisfræði sýnt að oft er miklu flóknara samspil milli þeirra áhættuþátta sem leitt geta til sjúkdóma og heilsufars fólks í viðkomandi samfélagi. Oft er um að ræða flókið samspil líffræðilegra, sálfræðilegra og félagslegra þátta sem eiga þátt í að framkalla sjúkdóma, bæði svokallaðra líkamlegra sjúkdóma og geðsjúkdóma. Í ljósi þessarra sjónarmiða og nýrrar þekkingar hefur Gordon (1987) sett fram annað flokkunarkerfi um forvarnir sem byggist á áhættu-ávinningi (risk-benefit). Meta verður líkurnar á því að einstaklingur fái sjúkdóm (áhættuna) annars vegar og hins vegar kostnað, áhættu og óþægindi sem forvörnin gæti haft í för með sér. Flokkun Gordons skiptist í þrjá þætti; alhliða forvarnir (universal), valdar forvarnir (selective) og sértækar forvarnir (indicated). Allir

flokkar voru ætlaðir einstaklingum sem sjálfir finna lítið eða ekkert fyrir sjúkdómseinkennum og telja sig ekki þurfa á læknisfræðilegri meðferð að halda.

Albliða forvarnir eru aðgerðir sem eru æskilegar fyrir alla í viðkomandi samfélagi eða alla í ákveðnum undirhópum þess (t.d. vanfærar konur, börn, eldra fólk). Oft eru þessar aðgerðir framkvæmdar án faglegrar aðstoðar. Ávinningur verður að vega meira en áhætta og kostnaður til að réttlæta aðgerðir. Sem dæmi má taka ráðleggingar um matarræði, notkun bílbelta, forvarnir gegn reykingum, eftirlit með þunguðum konum o.s. frv. Í geðsjúkdómum mætti taka sem dæmi fræðslu til nýgiftra hjóna eða hjónaefna sem miðast að því að draga úr líkum á hjónabandserfiðleikum og hjónaskilnaði síðar meir.

Völdum forvörnum er beitt ef einstaklingur er í ákveðnum hópi samfélagsþegna þar sem líkur á að veikjast (af ákveðnum sjúkdómi) eru yfir meðallagi. Hóparnir geta aðgreinst t.d. af aldri, kyni, starfstétt, fjölskyldusögu um sjúkdóma eða öðrum þáttum. Einstaklingarnar sjálfir teljast heilbrigðir samkvæmt lækni skoðun. Vegna þess að einstaklingurinn er í áhættuhópi verður ávinningur fyrirbyggjandi aðgerða að vega þyngra en kostnaður og áhætta. Sem dæmi má taka bólusetningar gegn sjaldgæfum smitsjúkdómum hjá þeim sem eru á leið til hitabeltislanda eða reglulegar brjóstamyndatökum hjá konum með fjölskyldusögu um brjóstakrabbamein. Í geðsjúkdómum má taka sem dæmi sérstakar heimsóknir hjúkrunarfræðinga til mæðra sem hafa átt fyrirbura eða stuðningkerfi í leikskólum fyrir börn sem búa við erfiðar aðstæður heima.

Sértækum forvörnum er beint að einstaklingum sem eru taldir vera í áhættuhópi til þess að fá ákveðinn sjúkdóm. Oft þá notuð e-s konar skimun fyrir sjúkdómurinn en einstaklingurinn er einkennalaus. Fyrirbyggjandi aðgerðir eru þá oft ekki alveg áhættulausar fyrir einstaklinginn og hafa einhver eða veruleg útgjöld í för með sér. Sem dæmi má taka reglubundnar mælingar á blóðþrýstingi og viðeigandi meðferð og stök úr leghálsi til greiningar á frumstigum krabbameins og viðeigandi aðgerð ef frumubreytinar finnast. Ekki er lítið á aðgerðirnar sem lækni meðferð í eiginlegum skilningi heldur fyrirbyggjandi aðgerðir til að koma í veg fyrir hugsanlegar afleiðingar hinna mælanlegu breytinga (t.d. hjarta- og æðasjúkdóma, heilablóðfalls eða krabbameins í leghálsi). Í geðsjúkdómum má nefna sérhæfða aðstoð við foreldra „erfiðra“ barna. Annað dæmi er tilraunaverkefnið Nýja barnið á Akureyri (ath. nánar) þar sem með ákveðnum spurningalistum er leitað að mæðrum í áhættuhópi varðandi geðraskanir þegar á meðgöngutíma og sérstök fyrirbyggjandi aðstoð boðin þeim fjölskyldum bæði á meðgöngutíma og eftir fæðingu.

Í geðsjúkdómum er notkun áðurgreindra flokkunarkerfa ekki alltaf jafn augljós og þegar um aðra sjúkdóma er að ræða. Vandinn liggur meðal annars í mælitækni, hversu óljós mörk eru milli hvað telst sjúkdómur og ekki, í skilgreiningu áhættuþátta og skilgreiningu forstigeinkenna. Flokkun Gordons virðist þó henta betur í geðsjúkdómum og er þá hugtakið forvörn notað aðeins um aðgerðir sem eru framkvæmdar áður en sjúkdómur kemur fram. Sjá líka meðfylgjandi mynd.

Þetta skipurit af forvörnum, meðferð og eftirmeðferð dregur einnig úr þeim hugtakaruglingi sem oft heyrst að „forvarnir séu alls staðar, í allri geðmeðferð og rannsóknum á geðsjúkdómum“. Að vísu má það oft til sanns vegar færa í vinnu með einstaka sjúklinga þar sem góð meðferð á einum geðsjúkdómi getur hindrað t.d. að sjúklingurinn fái annan geðsjúkdóm síðar eins og algengt er (comorbidity). Í öðrum tilvikum getur góð meðferð geðsjúkdóms (t.d. hjá foreldri) dregið úr líkum á geðröskun annarra fjölskyldumeðlima (t.d. barna). Í öllum rannsóknum og kerfisbundinni notkun á forvarnaraðgerðum er hins vegar mikilvægt að skilja skýrt á milli meðferðar annars vegar og forvarna hins vegar. Sé þess gætt eru meiri líkur á að skilningur og þekking aukist á forvörnum í geðsjúkdómum og að hægt sé að samhæfa aðgerðir á árangursríkan hátt.

Aðalmarkmið forvarna í geðsjúkdómum er að draga úr tíðni nýrra sjúkratilfella. Oftast er þetta framkvæmt með því að draga úr áhættuþáttum eða með því að auka þá þætti sem teljast verndandi. Annað markmið getur síðan verið að teifa fyrir að sjúkdómur birtist. Jafnvel þótt fyrirbyggjandi aðgerðir geti ekki að fullu hindrað sjúkdóminn er einnig hugsanlegt að þær geti haft áhrif með því að stytta og milda veikindakastið.

Æskilegast væri að fyrirbyggja sjúkdóma til æviloka en einnig getur verið mikilvægt markmið að teifa fyrir því að geðsjúkdómur komi fram. Sem dæmi má taka þunglyndi kvenna á barneignaaldri; með teifa fyrir því að fyrsta þunglyndiskast komi fram má draga úr óæskilegum áhrifum þunglyndis móðurinnar á ung börn og draga þannig úr líkum á því að þau veikist af þunglyndi, bæði á barnsaldri og eftir að þau eru komin að heiman, jafnvel þótt ekki sé hægt að fyrirbyggja að konan veikist einhvern tíma af þunglyndi.

Hvað hindrar helst forvarnaráætlanir gegn geðsjúkdómum? Mikilvægasta orsök tengist að líkindum lífseigum fordómum gagnvart geðsjúkdómum; margt nútímafólk lítur enn á geðsjúkdóma sem „galla“ í einstaklingnum eða vöntun á viljastyrk og sjúklingar og fjölskyldur þeirra reyna eftir mætti að leyna veikindunum og leita jafnvel ekki aðstoðar af þeim sökum. Jafnvel opinberir aðilar sem veita stórfé til forvarna á geðsjúkdómum forðast að nota orðið geðsjúkdómur og er nærtækasta dæmið um áfengis og vímuefnaforvarnir þar sem orðið geðsjúkdómur kemur sjaldan eða aldrei fram þótt þessir sjúkdómar flokkist sem slíkir. Önnur orsök þess að forvarnir gegn geðsjúkdómum ná litilli athygli tengist e.t.v. því að þótt mjög áhrifarík meðferðarform séu til gagnvart sjúkdómum eins og þunglyndi og ofsakvíða þá er vitneskja fólks um meðferðina oft af skörnum skammti eða upplýsingar mjög misvísandi (eins og t.d. að þunglyndislyf séu ávanabindandi eða slævi persónuleikann). Einnig er alltof algengt að menn haldi að ekki sé hægt að fyrirbyggja sjúkdóma nema að áhrifarík meðferð sé til. Sem dæmi má taka hegðunartruflanir barna og unglunga (conduct disorder) sem oft er erfitt að meðhöndla en fyrirbyggjandi aðgerðir geta gegnt lykilhlutverki. Þriðja orsök tengist því að enn vantar talsvert upp á þekkingu á samspili áhættuþátta og verndandi þátta við sjúkdómsferil geðsjúkdóma til lengri og skemmri tíma þótt mikilvægt sé að hafa í huga að við upphaf margra forvarnaráætlanna gegn líkamalegum sjúkdómum var þekkingargrunnurinn enn tiltölulega lítill en þó hafa þessar áætlanir reynst árangursríkar.

Áhættuþættir og verndandi þættir er varða geðsjúkdóma.

Á síðustu 30 árum hefur þekking okkar vaxið til muna á áhættuþáttum fyrir geðsjúkdóma bæði hjá börnum og fullorðnum. Auk þess er nú skilningur á því að áhættuþættir eru ekki sérstakar, afmarkaðar aðstæður eða áföll en öllu fremur fyrirbæri sem eru almennari og hægt er að hafa áhrif á eða milda og geta verið tengd ákveðnu þroskastigi einstaklingsins en ekki öðru. Slikir þættir geta því verið áhættuþættir á einu æviskeiði en ekki öðru. Áhættuþættir geta legið í einstaklingnum sjálfum, fjölskyldunni, samfélaginu eða stofnum samfélagsins. Þeir geta verið líffræðilegir eða sálrænir og félagslegir. Sumir áhættuþættir geta verið aðalorsakavaldur sjúkdómsins, en aðrir einungis fylgjeinkenni óháð orsökum og getur oft verið erfitt að greina þar á milli í upphafi forvarnarstarfs.

Á seinni árum hefur athygli fræðimanna í vaxandi mæli einnig beinst að hvaða þættir í einstaklingnum og/eða umhverfi hans geta verndað gegn geðsjúkdómum, þótt verulegir áhættuþættir séu til staðar.

Flest bendir til að hver geðsjúkdómur hafi marga áhættuþætti. Til þess að koma við árangursríkum forvörnum verður því oftast að lita til margvíslegra áhættuþátta og margra verndandi þátta. Sem dæmi um áhættuþætti til geðsjúkdóma má nefna þunglyndi en fimm áhættuþættir hafa sérstaklega verið tengdir fyrsta veikindakasti :í fyrsta lagi að eiga foreldi sem hefur átt við þunglyndi að stríða (gæti verið arfgengi eða félagsleg mótun eða hvoru tveggja), í öðru lagi mikið mótlæti eins og ástvinamissir, hjónaskilnaður, atvinnumissir, mikil líkamleg veikindi eða önnur alvarleg áföll, í þriðja lagi lítið sjálfstraust og það að skynja sig hjálparvana og vonlausan, í fjórða lagi að vera kona og í fimmta lagi að búa við fátækt.

Flestir áhættuþættir til geðsjúkdóma aðrir en arfgengir þættir eru sameiginlegir fyrir marga geðsjúkdóma. Sem dæmi má taka áhættuþætti og verndandi þætti er varða geðsjúkdóma barna: Af almennum áhættuþáttum geðsjúkdóma má nefna lága fæðingarþyngd, lága greindarvísitölu, truflun á málproska hjá ungum börnum og lesblindu og atferlustruflanir hjá eldri börnum. Í fjölskyldu eru áhættuþættir miklir hjónabandsrifiðleikar foreldra, erfiður fjárhagur og basl, lítið húsrými og stór systkynahópur, andfélagsleg hegðun föður og geðsjúkdómur móður. Verndandi þættir fyrir börn sem búa við mikla áhættu virðast hins vegar tengjast góðri meðfæddri skapgerð, góðri greind og góðri félagsfærni og á unglingsárum að hafa tilfinningu fyrir stjórn á eigin lífi og að eiga sér markmið. Í fjölskyldunni verndar að vera með færri en fjögur börn á framfæri og að hafa að a.m.k. 2 ár milli systkyna. Hjá ungum börnum eru nánin tengsl við foreldri talin mjög mikilvægur verndandi þáttur, jafnvel hjá börnum sem búa að öðru leiti við mjög erfiðar aðstæður. Góðir skólar þar sem saman fer hæfilegt aðhald og agi og örvun til náms er einnig talið vernda gegn geðrænum erfiðleikum hjá eldri börnum og unglíngum.

Forvarnaraðgerðir og rannsóknir erlendis frá

Rannsóknir hafa ekki enn sýnt fram á að forvarnir geti dregið úr tíðni geðsjúkdóma en hins vegar hefur verið sýnt fram á að hægt er að draga úr áhættuþáttum og lofar það góðu um að síðar megi draga úr tíðni sumra sjúkdóma s.s. þunglyndis og áfengismisnotkunar. Flestar forvarnaráætlanir hafa til þessa beinst að þörfum ungbarna, smábarna, skólabarna og unglínga. Forvörnum fyrir fullorðna hefur verið of litill gaumur gefinn, og ekki síst forvörnum hjá eldra fólki. Ekki er til

nein ein aðgerð á einhverju einu æviskeiði fyrir afmörkuð vandamál eða sjúkdóma sem nær því markmiði að fyrirbyggja fyrir lífstíð. Forvarnir í geðsjúkdómum þurfa að vera samofnar daglegu lífi fólks á öllum æviskeiðum og þær þurfa oftast en ekki að standa lengi til að árangur náist. Góð inngríp sem síðan er skyndilega hætt geta verið meira til skaða en gagns. Ljóst er einnig að menntun, líkamlegt heilsufar, vinna og geðheilsa eru ekki aðskildar einingar heldur mynda eina heild. Nái einstaklingur framförum á einu sviði (t.d. menntun) hefur það gjarnan áhrif á önnur (t.d. geðheilsu). Samvinna milli skólakerfis, atvinnulífs, heilsugæslu og geðheilbrigðisstofnanna er því nauðsynleg á sviði forvarna gegn geðsjúkdómum. Áhættuþættir fyrir geðsjúkdóma fylgja oft í hverri kynslóðinni fram af annarri í fjölskyldum. Forvarnaráætlanir sem taka til tveggja kynslóða eins og ýmsar áætlanir sem stuðla að bættri aðlögun mæðra með kornabörn eru dæmi um eina áætlun sem getur haft forvarnargildi fyrir tvær kynslóðir. Þjálfun í félagsfærni hefur reynst gagnleg hjá ungum börnum og virðist draga úr áhættu á hegðunaryvandamálum. Flest bendir til að slíkar aðgerðir þurfi að hefjast í leikskóla og á fyrstu barnaskólaárum til að þroska með börnum félagsanda sem vinnur gegn árásarhneigð og vímuefnamisnotkun. Talið er að hægt sé að fyrirbyggja einhvern hluta af hegðunartruflunum barna og draga þannig síðar úr hættunni á andfélagslegri hegðun og afbrotahneigð. Hjá fullorðnum og hjá eldra fólki bendir margt til að draga megí að einhverju leiti úr þunglyndi með sálfélagslegum aðgerðum. Þótt líffræðilegir þættir séu taldir mikilvægir áhættuþættir til margra geðsjúkdóma hafa forvarnir til þessa lítið beinst gegn þeim ef undan er skilið mæðraeftirlit á meðgöngu og bólusetningar ungra barna. Hins vegar má búast við að með vaxandi þekkingu á þessu sviði megí búast að hægt verði að beita forvörnum sem taka meira mið af líffræðilegum sjónarmiðum.

Forvarnir gegn geðsjúkdómum á Íslandi: Varðandi forvarnir gegn vímuefnum vísast í kafla 5.3.2.

Forvarnaraðgerðir gegn geðsjúkdómum á Íslandi hafa til þess byggst mest upp á einstökum og ólíkum verkefnum, oft að frumkvæði einstaklinga eða stofnanna og lítið samræmi á milli aðgerða. Langmest áhersla hefur verið lögð á forvarnir gegn vímuefnum og vísast í ítarlegan kafla í þessari skýrslu þar að lútandi. Skilin milli meðferðar og forvarna hafa stundum verið óljós og árangursmat ekki gert með fullnægjandi hætti (nema með fáeinum undantekningum ath Nýja barnið). Eins og bent er á í kaflanum um forvarnir gegn vímuefnum hefur talsverðum fjármunum verið til varið í aðgerðir sem ekki er víst að skili árangri sem skyldi á því sviði.

Brýnt er að mótuð sé stefna um forvarnir gegn geðsjúkdómum á Íslandi, sem tekur mið af þeirri þekkingu sem til er um geðsjúkdóma á hverjum tíma og stuðlar jafnframt að því að auka þann þekkingargrunn með skipulögðu rannsóknarstarfi á þessu sviði. Æskilegt er að forvarnaraðgerðum sé stjórnað af fagfólki eða unnar í samvinnu við fagfólk og að hverri aðgerð sé fylgt úr hlaði með rannsókn á gagnsemi hennar og stuðst við samannburðarhópa. Á það má benda að þekking á áhættuþáttum til geðsjúkdóma er nú á svipuðu stigi og þekking var á áhættuþáttum til hjarta- og æðasjúkdóma var fyrir 20-25 árum þegar fyrst var farið að reyna að draga úr tíðni þeirra sjúkdóma með fyrirbyggjandi aðgerðum sem skilað hafa verulegum árangri hér á landi (Hjartavernd) og erlendis, auk þess sem forvarnarrannsóknirnar hafa

skilað til baka aukinni vitneskju um eðli og orsakir þessarar sjúkdóma.

Nefndin leggur til að stofnað verði sérstakt forvarnarráð gegn geðsjúkdómum, þar á meðal vímuefnamisnotkun, sem hefði yfirumsjón með og samhæfði forvarnir gegn geðsjúkdómum í tengslum við rannsóknir á því sviði og tæki það jafnt til barna og fullorðinna.

Rökstuðningur

Forvörnum gegn geðsjúkdómum hefur til þessa verið lítil gaumur gefinn á Íslandi nema er varða áfengi og vímuefni. Þekkingu á áhættuþáttum til geðsjúkdóma hefur fleygt fram á síðustu áratugum og eykur það líkur á að beita megi forvörnum með árangri.

Þar sem um er að ræða til þess að gera nýtt þekkingarsvið verður að sinna forvörnum gegn geðsjúkdómum sé á þann hátt að árangur sé metinn með vísindalegum aðferðum. Menn hafa bent á að þekking okkar á áhættuþáttum til geðsjúkdóma sé nú á því stigi sem þekking á áhættuþáttum til hjarta- og æðasjúkdóma var fyrir 20-25 árum. Má þar benda á að á Íslandi lækkaði nýgengi kransæðastíflu hjá körlum um 31% og hjá konum um 25% á árunum 1981-1992 og dánartíðni sömu sjúkdóma um 47% hjá körlum, en 31% hjá konum á sama tímabili. (MONICA rannsóknin á Íslandi).

3. Geðsjúkrahús

3.1. Legudeildir

Á Íslandi eru reknar geðdeildir í tengslum við Landspítala, Sjúkrahús Reykjavíkur og fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri. Upplýsingar voru fengnar frá sjúkrahúsunum sjálfum.

3.1.2. Geðdeild Landspítala.

Frá geðdeild Landspítala komu upplýsingar þar sem greint var frá starfsemi að sumu leyti allt frá árinu 1961. Mjög ítarlegar upplýsingar voru um starfsemina undanfarin 10 ár.

Tafla 1

Geðdeild Landspítala Samanburður á þjónustu 1961, 1985, 1989 og 1996.

	1961	1985	1989	1996
Fólksfjöldi á Íslandi (alls)	180.765	241.750	253.785	ca.272.000
Fólksfjöldi á Íslandi (eldri en 15 ára)				
<u>Geðdeildir</u>				
Fjöldi rúma	295	133	141	121
Rúm í vernduðu húsnæði		124	112	86
Dagdeildir		30	46	70
Fjöldi starfsmanna	127	432	440	444
Fjöldi innlagna	229	1.268	1.432	1.899
Viðtöl í göngudeild		24.560	25.467	31.551
Kostnaður sem hlutfall í % af heildarkostnaði Landspítalans	19	14	14	13
<u>Aðrar deildir Landspítala</u>				
Fjöldi rúma	505	794	760	
Fjöldi starfsmanna	400	1.637	1.808	
Fjöldi innlagna	4.922	14.035	18.558	
Viðtöl í göngudeild		43.812	43.153	

Eins og sést af töflu 1, hafa orðið mjög miklar breytingar á geðlæknaþjónustu á Landspítala síðustu 35 árin, sjúkrarúmum hefur fækkað um 60%, en í staðinn hafa komið aðrir vistunarmöguleikar á vegum geðdeildar og dagvistanir, fjöldi starfsfólks hefur nærri ferfaldast, en þó ekki aukist eins mikið og á spítalanum að öðru leyti, fjöldi innlagna í sólarhringsvist hefur áttfaldast, dagvistanir hafa komið í viðbót og göngudeildarþjónusta, sem engin var fyrir 1963 og hefur vaxið í 31.500 viðtöl á síðastliðnu ári. Hlutfall geðlækninga í rekstrarkostnaði Ríkisspítala hefur lækkað úr 19% 1961 í 13% á árinu 1996.

Tafla 2

**Starfsemi og rekstrarkostnaður geðdeildar Landspítalans
1991—1996**

Breyting %	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1991-96
Innlagnir	1.572	1.756	1.781	1.905	1.853	1.899	20,8
Dagsjúklingar	616	834	857	1.097	1.339	1.373	122,9
Legudagar	80.650	85.372	82.361	82.533	76.787	70.576	- 12,5
Dagvistardagar	28.882	33.150	35.182	38.708	44.788	56.943	97,2
Göngudeildarviðtöl	22.332	24.832	27.093	27.070	28.548	28.548	27,8
Bráðaðþjónusta	2.090	2.357	2.048	2.130	2.268	2.271	8,7
Ráðgjöf við aðrar deildir	295	614	659	713	714	732	142,0
Svefnmælingar	60	81	204	213	254	225	275,0
Helmilaður kostnaður (m.kr.)	1.019	1.020	1.025	999	1.006	1.021	0,2
Greiddur kostnaður (m.kr.)	1.149	1.103	1.052	1.021	1.019	1.009	- 12,2

Á töflu 2 má sjá nánara yfirlit yfir starfsemi og rekstrarkostnað geðdeildarinnar á síðustu sex árum. Umfang þjónustunnar hefur vaxið verulega, en kostnaður minnkað um 12%. Mest hefur aukningin orðið í dagvistun, ráðgjöf við aðrar deildir og í svefnmælingum. Á geðdeild Landspítalans er bent á að við slíkar breytingar sé hætt á að þjónustan við hvern einstakling og aðstandendur hans minnki og hafi e.t.v. farið minnkandi, en beinar upplýsingar um það liggja ekki fyrir.

Í upplýsingum frá geðdeild Landspítala kemur fram, að hún skiptist í fimm þjónustuskorir, tvær fyrir almennar geðlækningar, eina fyrir barna- og unglíngageðlækningar, eina fyrir vímuefnasjúkdóma og fjölkvilla, og endurhæfingarskor, auk sameiginlegrar rannsóknar-, þjónustu- og stjórnunarskorar.

Í upplýsingum frá geðdeildinni kemur fram, að síðan 1986 hefur fjöldi innlagna í sólarhringsvist aukist um 75% og fjöldi einstaklinga, sem hafa lagst inn, hefur aukist um rúm 40%.

Árið 1996 eru nær 3000 innlagnir í sólarhrings- og dagvist á geðdeild Landspítalans, 1671 einstaklingur lagðist inn á árinu og á hverjum tíma eru um 370 einstaklingar á geðdeild Landspítala, annað hvort á legudeild eða dagdeild.

Árið 1995 var um fjórðungur innlagna á geðdeildina með geðklofa- (schizophreniu) sjúkdómsgreiningu, fimmtungur með geðhvarfagrein- ingu og um 23% með áfengissýki (alcoholismus), 10% með hugsýki (neuroses), misnotkun annarra vímuefna en áfengis (abusus medicam.) aðeins 1.2%. Persónuleikatruflanir (dis. person.) 6% og aðrar geðgreiningar sjaldgæfari.

Tafla 3

Viðtöl í göngudeildum geðdeildar Landspítala.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Almenn geðdeild	11.612	13.376	17.230	16.209	17.705	16.592
Fíkn- og fjölkvilladeild	9.234	9.046	7.550	8.418	8.620	8.900
BUGL	1.486	2.410	2.313	2.443	2.473	3.115
Bráðabjónusta	2.090	2.357	2.048	2.130	2.268	2.271
Ráðgjöf við aðrar deildir	295	614	659	713	714	732
Alls	24.717	27.803	29.800	29.913	31.780	31.610

Í þessari töflu má sjá verulega fjölgun á komum í göngudeildir almennra geðdeilda, til barna- og unglíngageðdeilda, auk verulegrar fjölgunar á ráðgjöf til annarra deilda. Í töflu 2 kemur fram fjöldi sjúklingakoma í göngudeildir, í töflu 3 er fjöldi viðtala, en í mörgum tilvikum á sjúklingur viðtal við fleiri en einni starfsmann.

Tafla 4

Meðalfjöldi sjúklinga á dag eftir skorum 1986—1996

	Skor 1 almennar geðlækn.	Skor 2 almennar geðlækn.	Skor 3 barna- og ungl. geðd.	Skor 4 vímuefna og fjölkvilladeild	Skor 5 endurhæf- ingardeild	Allar skorir
1986	108,6	112,1	9,7	58,3		72,2
1987	103,1	107,6	13,3	55,0		69,7
1988	91,5	96,8	17,4	60,4	28,7	59,0
1989	83,2	108,6	15,8	57,7	41,0	61,3
1990	80,4	105,5	15,5	56,3	52,0	62,0
1991	76,5	104,4	15,9	47,9	55,5	60,0
1992	84,8	100,4	15,4	59,6	64,5	65,0
1993	78,8	101,3	16,6	65,8	67,0	65,9
1994	86,1	91,3	16,6	64,1	83,2	68,3
1995	86,1	84,4	13,2	65,2	90,6	67,9
1996	92,6	82,2	10,5	84,5	100,4	74,0

Tafla 5**Fjöldi innlagna í sólarhrings- eða dagvist eftir skorum 1986—1996**

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Skor 1	592	560	530	488	449	415	501	541	591	651	680
Skor 2	445	438	439	408	440	481	523	492	541	549	610
Skor 3	52	55	75	66	110	80	92	123	103	91	73
Skor 4	620	625	664	749	648	614	694	671	718	661	860
Skor 5			173	376	412	479	652	780	894	1128	756
	1709	1678	1881	2087	2059	2069	2462	2607	2847	3080	2979

Tafla 6**Fjöldi einstaklinga sem lögðust inn 1986—1996 eftir skorum**

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Skor 1	403	332	314	296	272	317	349	377	396	383	
Skor 2	314	277	283	298	309	331	325	336	311	351	
Skor 3	42	61	50	81	64	62	86	75	68	54	
Skor 4	426	442	496	441	443	520	505	539	508	625	
Skor 5		107	163	202	203	215	210	304	323	258	
Samtals	1185	1219	1306	1318	1291	1445	1475	1631	1606	1671	

Tafla 7**Meðalfjöldi sjúklinga á dag eftir tegund deilda 1986—1996**

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Móttöku- deildir	70,7	72,8	80,6	83,1	81,6	80,3	81,9	107,0	113,2	92,9	97,6
Dagvistir	48,2	40,6	51,5	65,7	76,1	79,5	90,8	97,8	108,3	126,1	192,3
Aðrar deildir	169,8	167,6	162,7	157,5	152,0	140,4	152,0	124,7	121,8	120,5	80,3
Samtals	288,7	281,0	294,8	306,3	309,7	300,2	324,7	329,5	341,3	339,5	370,2

Tafla 8

Hlutfallsleg skipting dvala á geðdeild eftir sjúkdómum
(dagdeildir meðtaldar) á árunum 1986—1995

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Geðveiki af vefrænum toga (Psych. organicae)	1,2	1,6	1,6	1,0	0,8	1,0	1,2	0,6	0,7	1,3
Geðklofi (Schizophrenia)	22,9	25,0	27,0	27,6	23,3	24,4	26,5	23,8	23,7	24,8
Geðhvörf (Psych. man. depressiva)	15,5	15,1	16,3	15,7	16,7	17,5	18,4	21,0	24,8	20,0
Önnur starfræn geðveiki (Alii psych. funct.)	4,0	2,4	3,0	2,5	3,9	2,5	2,8	3,1	2,6	3,7
Hugsýki (Neuroses)	7,4	6,4	6,3	6,0	5,8	5,2	5,3	7,9	10,7	10,5
Persónuleika- truflanir (Dis. person.)	6,6	5,6	5,4	4,2	6,8	6,3	6,2	8,4	5,7	6,0
Áfengissýki (Alcoholismus)	34,3	36,5	30,4	34,3	29,9	28,0	25,9	24,4	18,5	22,9
Misnotkun annarra vímuefna (Abusus medicam.)	1,8	3,0	4,4	2,3	3,1	2,3	2,2	1,6	2,3	1,2
Aðrir geðsjúkd. (Alii mb. ment)	4,8	2,8	4,2	5,1	5,5	7,5	6,2	6,2	7,8	7,7
Andlegur sein- þroski (Retardatio mentis)					2,2	4,8	3,9	1,5	1,2	1,1
Allt annað (Alii morbi)	1,6	1,6	1,4	1,3	2,1	0,5	1,4	1,4	1,9	0,7
Samtals	100,1	100,0	100,0	100,0	100,1	100,0	100,0	99,9	99,9	99,9
Fjöldi dvala	1709	1678	1881	2087	2059	2069	2462	2607	2847	3080

Tafla 9

Meðaldvalartími sjúklinga eftir skorum 1986—1996

	Skor 1 almennar geðlækn.	Skor 2 almennar geðlækn.	Skor 3 barna- og ungl. geðd.	Skor 4 vímuefna og fjölkvilladeild	Skor 5 endurhæfi ngardeild	Allar skorir
1986	67,0	92,0	68,4	34,3	61,7	
1987	67,2	89,7	88,1	32,1	60,7	
1988	63,0	80,5	84,6	33,2	60,6	57,2
1989	62,2	97,2	87,6	28,1	39,8	53,6
1990	65,4	87,5	51,5	31,7	46,0	54,9
1991	67,3	79,2	72,7	28,5	42,3	53,0
1992	61,8	70,1	60,9	31,4	36,1	48,1
1993	53,2	75,1	49,4	35,8	31,4	46,1
1994	53,0	62,0	57,0	30,0	34,0	43,0
1995	48,0	56,0	53,0	33,0	29,0	40,0
1996	37,8	35,2	46,8	28,6	40,3	

Tafla 10

Meðaldvalartími á bráðadeildum 1986—1996

	Skor 1	Skor 2	Skor 4	Samtals
1986	23,8	29,4	15,5	21,4
1987	23,4	30,1	14,8	20,9
1988	25,1	26,0	18,4	22,5
1989	23,8	31,6	13,2	20,1
1990	25,7	28,6	15,1	21,6
1991	27,2	29,2	16,8	23,3
1992	22,8	19,9	18,6	20,2
1993	21,0	26,8	22,3	23,1
1994	21,0	24,5	19,2	21,3
1995	18,8	21,4	19,1	19,7
1996	19,8	17,7	16,2	17,9

Frekari upplýsingar um breytingar á starfsemi geðdeildar Landspítala komu fram í greinargerð geðdeildarinnar og auk þess hugmyndir um framtíðarþróun geðlækninga hér á landi og verður þessarar hugmynda getið í niðurlagi skýrslunnar og þar sem rætt verður um framtíðarþróun.

3.1.3. Geðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur.

Í upplýsingum frá geðsviði Sjúkrahúss Reykjavíkur, kemur fram að á SHR er 31 rúma geðdeild, á langdvalardeild að Arnarholti eru 54 rúm. Dagdeildir eru reknar í Templarahöll og Hvítabandi auk heimilis fyrir börn að Kleifarvegi.

Árið 1996 voru 493 innlagnir á legudeildir og 999 innlagnir á dagdeildir. Á hverjum tíma eru um 78 sjúklingar á dag í sólarhringsinnlögn og rúmlega 55 á dagdeildum.

Tafla 1

**Sjúkrahús Reykjavíkur
Heildarlegudagar á legudeild 1985-1996**

	deild A2	deild 34	deild 33+35	dagsj.A2	dagsj.annað	legudeildir alls	legudagar alls
1985	12.784*	21.038#	#innif	*innif	14.009		47.831
1986	13.008*	19.393#	#innif	*innif	14.197		46.595
1987	14.082*	8.786	10.726	*innif	14.174		47.768
1988							
1989							
1990							
1991	10.673	8.725	9.516	4.803 ?		28.914	
1992	9.707	7.757	9.057	5.096	15.912	26.521	47.529
1993	9.516	8.076	8.346	5.005	18.907	25.938	49.850
1994	9.513	9.625	9.294	3.881	18.372	28.432	50.685
1995	9.880	19.046#	#innif	4.780	15.123	28.926	48.829
1996						28.372	48.744

Eins og sjá má er starfsemi geðdeildar SHR í jafnvægi síðustu árin hvað varðar fjölda legudaga og dagvistardaga. Fram kemur, að meir en 70% dagvistar á SHR standa eingöngu í einn dag.

Tafla 2

**Sjúkrahús Reykjavíkur — geðsvið
Fjöldi innlagna**

	1992	1993	1994	1995	1996	Breyting %
Innlagnir	397	356	456	409	493	
Dagsjúklingar	1757*	1727*	650	822	999	* ath.önnur skráning. göngud.sj./lyfjaeftirlit
Legudagar	28.000	27.312	30.578	30.493	28.345	
Dagvistardagar	21.028	22.429	20.099	20.173	20.382	
Samtals	49.028	49.741	50.677	50.666	48.727	

Tafla 3

Viðtöl í göngudeildum geðdeildar Sjúkrahúss Reykjavíkur

	1992	1993	1994	1995	1996
Göngudeildarviðtöl	2.680	2.305	2.054	2.597	2.979
Bráðaðþjónusta	578	600	670	802	903
Ráðgjöf við aðrar deildir	430	432	380	510	532
Alls	3.688	3.337	3.107	3.909	4.414

Undir liðnum ráðgjöf við aðrar deildir er ótalið inngríp vegna áfalla-hjálpar á vegum hjúkrunarfræðinga, sálfræðinga og lækna; ráðgjöf

vegna deyjandi sjúklinga og fjölskyldna þeirra; liðveislur í ýmsum samskiptamálum á hinum ýmsu deildum Sjúkrahúss Reykjavíkur.

Árið 1995 fengu 44% þeirra, sem innlagðir voru, sjúkdómsgreininguna geðhvarfasýki, 35% geðklofa, 6% afbr. persónul., 5% hugsýki, 3% elliglið og 7% aðrar sjúkdómsgreiningar.

Árið 1996 var kostnaður við rekstur geðdeildar SHR tæpar 326 milljónir króna, en inn í þá tölu vantar samkostnað (þ.m.t. eldhús í Arnarholti, húsumsjón o.fl.).

3.1.4. Geðdeild Fjórðungssjúkrahúss Akureyrar

Starfshópurinn fékk ársskýrslu geðdeildar FSA fyrir árin 1995 og 1996. Þar kemur fram, að í marsmánuði 1996 voru liðin 10 ár frá því að geðdeildin hóf störf í nýju húsnæði í aðalbyggingu sjúkrahússins. Þótt vistrými til bráðainnlagna sjúklinga hafi verið fá miðað við fjölda íbúa þjónustuvæðis geðdeilda, hefur deildin þennan tíma fengist við nánast öll hin sömu viðfangsefni og almennar geðdeildir í Reykjavík. Sem dæmi má nefna, að hlutfall nauðungarvistana sjúklinga samkvæmt lögræðislagum er svipað á báðum stöðum (3—4%).

Árið 1995 lögðust 35 karlar inn á geðdeildina og 59 konur, alls 94 einstaklingar. Fjöldi innlagna árið 1995 var 122.

Árið 1996 lögðust 40 karlar inn og 54 konur, alls 94 einstaklingar. Fjöldi innlagna árið 1996 var 144.

Í dagvist voru 23 einstaklingar í 93 vistum árið 1995, en 28 einstaklingar í 98 vistum árið 1996.

Meðallegudagafjöldi sólarhringsvistar var rúmlega 27 dagar árið 1995, miðgildi 18 dagar. Árið 1996 styttist meðalvisttími í rúmlega 24 daga, miðgildi 15 dagar.

Árið 1996 voru 17,4% sjúklinga með geðklofa- (schizophreniu) greiningu, rúmlega 31% með geðhvörf (Psych. mania-depressiva), aðra starfræna geðveiki (Alii psychoses funct.) 11%, hugsýki (neuroses) voru rúmlega 15% með, skapgerðartruflun (Disord. pers.) tæplega 10%, áfengis- og vímuefnasýki (Abusus alc. et medicam.) 7,6% og sami fjöldi var með bráð streituvíðbrögð.

Tafla 1

Geðdeild FSA Kostnaður við rekstur móttökudeildar (P) og dagdeildar (PS) árin 1996 og 1997 á verðlagi hvors árs um sig

	1996		1997	
	P	PS	P	PS
1) Launagjöld	60.000.000	1.500.000	63.000.000	5.000.000
2) Önnur rekstrargjöld	8.850.000	530.000	9.570.000	1.390.000
3) Eignakaup	150.000	170.000	630.000	280.000
Samtals	69.000.000	2.200.000	73.000.000	6.670.000
Samtals geðdeild	71.200.000	(5.52%)	79.670.000	(5.77%)
Samtals rekstrarkostnaður allra deilda FSA	1.291.000.000	(100%)	1.380.000.000	(100%)

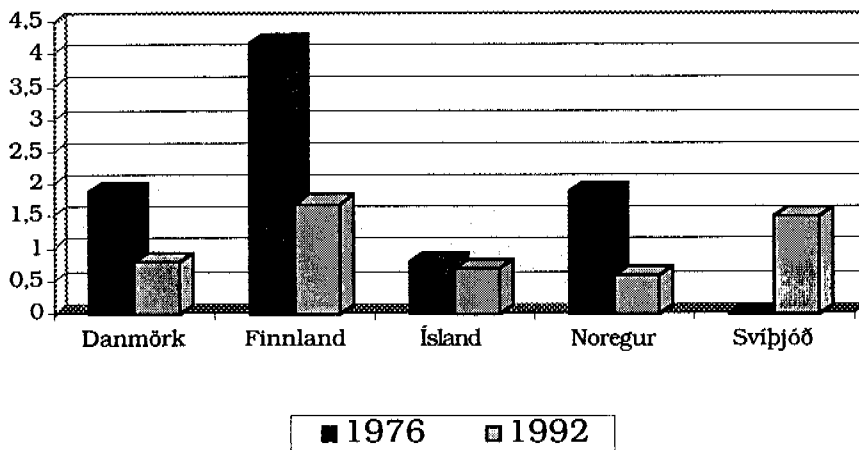
Tafla 2

**Setnar stöður og skráðar stöðuheimildir á geðdeild FSA
Hlutfall of öllum stöðum á sjúkrahúsinu 1996**

	Setnar stöður		Skráðar stöðuheimildir	
Geðdeild (P)	26,82	5,45%	23,5	5,09%
Geðdeild dagvist (PS)	4,34	0,88%	5,2	1,13%
Aðrar deildir samtals	460,72	93,67%	432,55	93,78%
FSA samtals	491,9	100%	461,25	100%

3.1.5 Fjöldi sjúkrarúma fyrir geðveika á Íslandi (per 1000 íbúa) miðað við önnur Norðurlönd.

Fjöldi sjúkrarúma (per 1000 íbúa) fyrir geðveika á Norðurlöndunum 1976 og 1992



Heimild: Eur Psychiatry (1995) 10, 197-206

Myndin sýnir greinilega fækkun sem orðið hefur á sjúkrarúmum fyrir geðveika sem átt hefur sér stað á öllum Norðurlöndunum. Á sama tíma hefur alls staðar átt sér stað mikil uppbygging á göngudeildar- og dagdeildarþjónustu. Meðallegutími hefur einnig styst mikið.

Greinilegt er að fækkunin átti sér stað fyrir á Íslandi en annars staðar. Nú er svo komið að þeir sem vinna við geðlækningar telja að frekari fækkun sjúkrarúma muni koma verulega niður á þjónustunni við þennan hóp.

3.1.6. Niðurstaða

Í upplýsingum frá geðdeildum sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Akureyri kemur fram að verulegar breytingar hafa orðið á rekstri þeirra. Aðalbreytingin er sú að sjúkrarúmum hefur fækkað, svipað og gerst hefur erlendis, en athyglisvert er að sú breyting hefur átt sér stað fyrr á Íslandi en víðast annars staðar. Er nú svo komið að þeir sem gerst þekkja til, telja að ekki megi fækka frekar sjúkrarúmum fyrir bráðveika geðsjúka.

Betri og árangursríkari meðferð hefur styttn legutíma geðsjúklinga verulega.

Til að bregðast við styttn legutíma hefur dagvistarúrreðum fjölgað svo og göngudeildarviðtölum.

Einnig er athyglisvert að samdráttur í fjárframlögum til sjúkrahúsa hefur verið meiri til geðdeilda en annarra deilda sjúkrahúsanna.

Hér á eftir er örstutt samantekt um þróunina á geðsjúkrahúsum undanfarin ár.

3.1.7. Framtíðarmarkmið

1. Tryggja jafnræði geðsjúkra og annarra sjúklinga.

Enn skortir töluvert á að slíkt jafnræði sé til staðar. Fordómar eru enn ríkjandi í garð geðveikra. Hlutfallslega minna fjármagni er ráðstafað til geðdeilda en til annarra deilda sjúkrahúsanna. Fyrst er horft til geðdeild þegar rifa á seglin í rekstri sjúkrahúsa.

2. Sérstakar geðdeildir verði áfram við stærstu sjúkrahúsin, þ.e. Landspítala, Sjúkrahús Reykjavíkur og Fjórðungssjúkrahús Akureyrar.

Algengi geðsjúkdóma gerir brýnt að geðsjúkir fái þjónustu á stærstu sjúkrahúsunum. Sérstök geðsjúkrahús eru löngu úrelt. Geðsjúkir þurfa að eiga greiðan aðgang að ráðgjöf sérmenntaðs starfsfólks á ýmsum sviðum heilbrigðisvísinda. Ekki er síður mikilvægt að þeir sem liggja á öðrum deildum sjúkrahúsanna en geðdeildum hafi greiðan aðgang að samráðsþjónustu sem starfsfólk geðdeilda getur veitt.

Með geðdeildum á stærstu sjúkrahúsunum má tryggja samvinnu við aðrar greinar læknisfræði.

3. Sjúkrahúsrúmum fyrir geðveika miðað við íbúafjölda fækki ekki frá því sem nú er.

Mikil fækkun hefur orðið á sjúkrarúmum fyrir geðsjúka á síðustu áratugum. Slíkt er í samræmi við breyttar áherslur og betri meðferð. Nú er svo komið að óbreyttum aðstæðum getur ekki orðið um frekari fækkun á rúmum. Ekki er hægt að stytta meðallegutíma mikið frá því sem nú er.

4. Mannafli verði aukinn svo að hægt sé að sinna sjúklingum og aðstandendum betur og uppfylla kröfur laga um heilbrigðisþjónustu og réttindi sjúklinga.

Á ýmsum sviðum er þjónustan ófullnægjandi en á sama tíma gerir löggjafinn meiri kröfur sem eðlilegt er. Sérhæft starfsfólk er aðaluppistaða meðferðar.

5. Auka almannafræðslu um geðheilbrigði, geðraskanir og geðvernd.

Til að vinna á fordómum og til að tryggja að sjúklingar og fjölskyldur þeirra fái þá þjónustu sem nauðsynleg er þarf að styrkja þennan þátt frekar. Nýjar hugmyndir um forvarnir gera þennan þátt sífellt mikilvægari.

- 6. Auka enn frekar rannsóknir á orsökum, eðli og meðferð geðveikra, auk annarra rannsókna er snerta veikindi þeirra, sérstaklega rannsóknir á árangri meðferðar og þjónustupörf og nýtingu.**
Ísland er kjörið land til rannsókna af þessu tagi og hefur sú aðstaða verið notuð af mörgum sem fást við rannsóknir á þessu sviði. Mikilvægt er að meðferð og þjónustuframboð sé stutt af rannsóknum sem standast alþjóðlegar kröfur. Ljóst er að framfarir verða ekki nema rannsóknarþættinum verði sinnt af áhuga og nægu fjármagni sé veitt til þessara þátta.
- 7. Auka kennslu allra heilbrigðisstarfsmanna í öllu er varðar geðheilbrigði.**
Kennsla og rannsóknir haldast í hendur. Stöðug fræðsla er nauðsynleg til að hjálpa heilbrigðisstarfsfólki að greina vanda geðveikra, átta sig á meðferðarmöguleikum og þjónustupörf. Hér er ekki eingöngu átt við kennslu til þeirra er vinna á geðdeildum eða í tengslum við þær, heldur og ekki síður til þeirra er vinna að heilbrigðisþjónustu almennt.
- 8. Styrkja göngu- og dagdeildarstarfsemi, einkum fyrir þá sem veikastir eru og til að sinna forvörnum á öllum stigum með auknum fjölda geðlækna, geðhjúkrunarfræðinga, sálfræðinga og félagsráðgjafa.**
Með fækkun sjúkrarúma og styttri legutíma fer þörfin á göngu- og dagdeildarstarfsemi vaxandi. Iðulega er hægt að koma í veg fyrir innlögn og stytta veikindatímabil sem er til hagsbóta bæði fyrir hinn veika og fjölskyldu hans og ekki síður fyrir þjóðfélagið í heild.
- 9. Athuga sérstaklega að samningur um lóð Kleppsspítala rennur út um áramótin 2004-2005. Fyrir þann tíma þarf að flytja alla þjónustu Ríkisspítala við bráðveika á Landspítalalóð.**
Er Kleppsspítali hóf starfsemi sína var gerður samningur um lóðarréttindin til 99 ára. Sá samningur rennur út um áramótin 2004-2005. Ljóst er að spítalinn er á miðju athafnasvæði og er lóðin litin hýru auga af hafnaryfirvöldum. Nauðsynlegt er að ljúka byggingu geðdeildar Landspítalans í samræmi við upprunalegar áætlanir.
- 10. Tryggja búsetu þeirra sem þurfa á vernduðu húsnæði að halda eftir sjúkrahúsvist. Slíkt húsnæði sé undir stjórn og eftirliti heilbrigðisráðuneytisins.**
Öllum er kunnugt um húsnæðisvanda ýmissa þeirra sem búa við alvarlegan geðsjúkdóm. Veikindin eru oft aðalástæða þess að þeim veiku helst stundum illa á húsnæði. Því er lagt til að heilbrigðisráðuneytið hafi umsjón og eftirlit með þessu húsnæði, þó samvinna við félagsmálaráðuneytið og stofnanir þess sé mjög mikilvæg.

3.2. Héraðs- og fjórðungssjúkrahús

3.2.1. Aðrar stofnanir

3.3. Þjónusta utan sjúkrahúsa

3.3.1. Heilsugæsla

Nær 40-50 þúsund Íslendingar hafa einhvers konar geðtruflun á hverjum tíma (1). Um 20.000 leita læknis árlega vegna geðrænna sjúkdóma og kvilla, í 100.000 skipti (2). Tólþúsund þeirra leita eingöngu til heimilislækna, en 8.000 til geðlækna. Um 7.000 manns fá geðlyf, önnur en svefnlyf, á hverjum mánuði (1). Flestir sem fá geðlyf, fá þau hjá heimilislæknum, en geðlæknar ávísar aðeins um 12% þeirra sjúklinga sem nota geðlyf á hverjum tíma utan sjúkrahúsa (1).

Samkvæmt bandarískri könnun á úrtaki 15-54 ára einstaklinga hafa 10.3% upplifað alvarlega geðlægðarlotu síðustu 12 mánuði (3). Átta til tíu prósent þeirra sem leita heimilislækna þjást af þunglyndi (4). Margir þeirra greinast ekki með þunglyndi og fá ekki viðeigandi meðferð. Þessir ómeðhöndluðu sjúklingar valda auknu álagi á heilsugæsluna og skipta máli fyrir áætlanir um þróun geðheilbrigðiskerfisins í framtíðinni.

Starfshópurinn skrifaði öllum héraðslæknum landsins bréf og bað um ýmsar upplýsingar um málefni geðsjúkra í viðkomandi héruðum. Svör bárust frá nokkrum héraðslæknum, en ekki öllum.

Í bréfi frá héraðslækni Suðurlands kemur m.a. fram:

„Hvað varðar stefnumótun í málefnum geðsjúkra og geðfatlaðra leggur héraðslæknir Suðurlands áherslu á að þjónusta geðsjúkrahúsanna verði svæðisbundin. Með því er átt við að landinu verði skipt í svæði og hvert svæði geti snúið sér til ákveðinnar skorar inna geðsjúkrahúsanna sem sinni þeim kvörtunum og bráðatívikum sem til falla á svæðinu. Með þessu móti mundi samband milli heilsugæslunnar og sérfræðiþjónustunnar verða einfaldara. Samskipti milli manna myndu verða með beinni hætti. Fræðsla og þekking á sjúkdómunum myndi batna meðal starfsfólks heilsugæslunnar og einnig myndu ýmis tilvik, sem nú lenda á ýmisskonar vergangi á milli stofnana þar sem ekki er haldið nógu fast utan um málin, minnka.

Eins og fram kemur í bréfum frá yfirlæknum heilsugæslustöðvanna er erfitt að meta tíðni geðsjúkdóma, fjölda geðsjúkra eða geðfatlaðra í héraðinu þar sem tölvuskráning er ekki komin í gagnid á neinni heilsugæslustöðvanna. Ólíklegt er þó að tíðni þessara sjúkdóma eða fatlana sé minni en gengur og gerist á Suðurlandi og e.t.v. má leiða að því líkur að heldur sé meira um þennan sjúkdómsflokk þar sem tölvuvert hefur verið flutt af sjúklingum af höfuðborgarsvæðinu til vistunar, bæði á sambýlum og einnig sér stofnunum svo sem eins og Gunnarsholti til umönnunar á Suðurlandi.

Öll rök hníga því til þess að fastar þurfi að hnyta sambandið á milli heilsugæslunnar og sérfræðiþjónustunnar á sviði geðheilbrigðismála og vænti ég þess að niðurstaða starfshópsins komi fljótt fram og reynt verði að koma betra skipulagi á þessi mál“.

Starfshópurinn hefur einnig undir höndum bréfaskipti héraðslæknis Suðurlands og yfirlækna einstakra heilsugæslustöðva og eru þau gögn í förum nefndarinnar.

Héraðslæknir Austurlands segir m.a. í bréfi sínu:

„Í heilsugæslunni er verulegur hluti sjúklinga með geðsjúkdóma eða tengda kvilla. Landsbyggðarsjúkrahúsin sinna mörgum sjúklingum með geðsjúkdóma. Í dreifbýli er verið að meðhöndla og hjálpa fólki með erfða geðsjúkdóma sem annars fengju sérfræðings- og geðdeildarhjálp.

Sérfræðipjónusta er lítil, tengsl við geðlæknisþjónustuna minni en æskilegt væri og upplýsingar þaðan oft litlar og samvinna um sjúklingana oft ónóg og ábyrgð óljós. Verið er að vinna að því að koma á fót skipulegri faraldsþjónustu geðlækna á Austurlandi og liggur nú fyrir samningur til undirskriftar á þessu sviði og fylgir afrit af honum með svarinu. Sveitarfélögin eru lítil og félagsþjónusta víða ófullkomin. Ekki var í erindinu gert að umtalsefni það óásættanlega misrétti sem geðsjúkir eru beittir að lyfjakostnaður skuli vera misjafn eftir því hvar þeir fá þjónustu.

Þær tillögur sem ég hef til úrbóta á geðheilbrigðisþjónustu á minnu svæði eru þessar helstar:

- Stórefla þarf þjónustu við börn og unglinga.
- Jafna verður lyfjakostnað, greiða t.d. að fullu lyf af flokki NO5A (sterk geðlyf).
- Koma á fót skipulagðri farandþjónustu geðlækna, þar með talið barnageðlækna.
- Koma á skýrari ábyrgðarskiptingu milli þjónustustiga og bæta samskiptin (sími, læknabréf).
- Efla og styrkja þjónustu heilsugæslunnar við geðsjúka.
- Styrkja sveitarstjórnarstigið með tilliti til félagsþjónustu og þjónustu við fatlaða.
- Taka langveika sjúklinga reglulega inn á sérdeild til mats og hæfingar“.

Með þessum tillögum héraðslæknis Austurlands fylgdi erindi um meðferð geðklofasjúklinga á landsbyggðinni og ýmsar tölulegar upplýsingar um samskipti sjúklinga við lækna í héraðinu. Þær upplýsingar eru allar í förum nefndarinnar. Einnig fylgdi með samningur á milli geðdeildar FSA og heilsugæslustöðvarinnar/sjúkrahússins á Egilsstöðum um þjónustu geðlækna á Austurlandi. Samningurinn var gerður í samvinnu við heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og Tryggingastofnun ríkisins.“

Í bréfi frá héraðslækni Norðurlandsumdæmis vestra segir:

„Ekki er mér kunnugt um að nein sérstök starfsemi varðandi þennan sjúklingahóp sé fyrir hendi í heilsugæslustöðvunum og munu geðsjúkir fá svipaða afgreiðslu og aðrir sjúklingar á vegum Svæðisráðs um málefni fatlaðra hefur oftast en einu sinni komið upp á borðið að þörf væri á heimili fyrir slíka sjúklinga hér á svæðinu og um tíma leit svo út fyrir að slíkt gæti orðið að veruleika með því að breyta heimilinu að Gauksmýri í Vestur-Húnavatnssýslu til slíkra nota. Af því varð því miður ekki og hefur Gauksmýri nú verið seld og öll starfsemi sem þar var flutt yfir á Hvammstanga. Á vegum Svæðisráðs hefur orðið bylting síðustu árin hvað varðar málefni vangefinna og er að finna góða greinargerð um þá starfsemi í ársskýrslum héraðslæknisins í Norðurlandi vestra sem skráð hefur verið árið 1994, 1995 og 1996. Þessi skýrsla á að vera til í ráðuneytinu“.

Héraðslæknir Reykjaneshéraðs segir m.a. í bréfi sínu:

„Á öllum heilsugæslustöðvum í Reykjanesumdæmi blandast þjónusta við geðsjúka með annarri starfsemi stöðvanna enda það hluti af eðli þeirra. Því verður ekki hægt að fá glögg yfirlit yfir ýmis þau atriði, sem spurt er um í bréfi starfshópsins, svo sem fjölda starfsmanna, skiptingu eftir menntun né heldur kostnað við þessa þjónustu. Allt þetta telst eðlilegur hluti heilsugæslu og engar forsendur til þess að skilja það frá í starfseminni að öðru leyti.

Hvað varðar tíðni þessa vanda þá læt ég fylgja með úrdrátt úr samskiptaskrá fyrir Heilsugæslustöðina í Garðabæ sem sýnir fjölda og skiptingu þeirra greininga sem helst eru notaðar við geðræn vandamál. Ætti það að gefa nokkra mynd af umfangi þessa vanda.

Undirritaður telur líklegt að skipting sjúkdóma sé svipuð á öðrum heilsugæslustöðvum í umdæminu.

Hvað varðar framtíðarþróun í þjónustu við þennan sjúklingahóp þá er það álit undirritaðs, að margir þættir hafi lagfærst á undanförunum árum, til dæmis bráðþjónusta geðdeilda sjúkrahúsanna. Annar hlutur

sem verulega þarf að bæta er upplýsingaflæði frá geðlæknum. Endurteknar kannanir, m.a. á vegum heilbrigðisráðuneytisins, hafa sýnt að upplýsingaflæði af stofum geðlækna er nánast ekki neitt og er þeirri starfstétt til háborinnar skammar, það stangast á við samninga við TR og kemur sjúklingum ídulega illa. Upplýsingaflæði frá geðdeildum er lítið betra og á ég þar bæði við sjúkrahúsin og meðferðarstofnanir, svo sem SÁÁ. Þetta er þessari fræðigreinin til mikils vansa og sjúklingum til endurtekinna vandræða. Hlýtur það að verða eitt af brýnum verkefnum hópsins að bæta þetta ástand.“

Greining	Texti	Alls	karlar					konur						
			0<1	1-14	15-44	45-64	65<	Alls	0<1	1-14	15-44	45-64	65<	Alls
W294-	Organic Psychosis excl alcoh	24					15	15					9	9
W295-	Schizophrenia, all types	17					3	3				6	8	14
W296-	Affective psychosis	188			24	36	12	72			71	26	19	116
W298-	Psychosis, other excl alcohol	2			2			2						0
W3000	Anxiety disorder	267			19	17	17	53		4	75	85	50	214
W3001	Hysterical&hypochondriac dis	7						0			7			
W3004	Depressive disorder	525			42	26	10	78			132	138	177	447
W3009	Neurosis, other/unspecified	223			8	18	10	36			18	114	55	187
W301-	Personality&character disord	6		2				2				4		4
W3027	Sexual problems	40			4	20	14	38			2			2
W3031	Alcohol abuse&alcohol psycho	64			8	16	4	28			12	22	2	36
W3048	Other drug abuse, habit, addic	27			13	6		19			7	1		8
W3050	Acute alcoholic intoxication	2				1		1			1			1
W3051	Tobacco abuse	35			12	10		22			3	9	1	13
W3074	Insomnia&other sleep disorde	959		5	26	96	139	266		4	57	294	338	693
W3078	Tension headache	59		1	6	3		10		3	30	16		49
W308-	Transien situat disturb, adj	19			2	9		11			2	1	5	8
W312-	Behaviour disorders nec	15		15				15						0
W315-	Specific learning disturbanc	4		3				3		1				1
W316-	Other mental&psychol disorde	15		7		1	3	11		2	2			4
Alls		2498		33	166	259	227	685		14	419	716	664	1813

Aðrir héraðslæknar svöruðu ekki fyrirspurnum starfshópsins varðandi málefni geðsjúkra í héraðinu.

3.3.2. Geðlyf — breytingar á notkun, kostnaður

Íslendingar hafa aðgang að nær öllum nýjum lyfjum sem fram koma. Ný sérhæfð þunglyndislyf hafa komið fram á markaðinn á síðustu 10 árum.

Með lyfseðlakönnun hafa verið gerðar rannsóknir á notkun geðlyfja hér á landi (í Reykjavík) á eins mánaðar tímabili 1984, 1989 og 1993 (T. Helgason, J.K.Björnsson, T.Zoëga, H.S.Thorsteinsson, H.Tómasson. Psychopharmacoepidemiology in Iceland: effects of regulations and new medication. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (1997) 247:93-99). Notkun sérhæfðra þunglyndislyfja fer mjög vaxandi og er kostnaður geðdeyfðar orðinn á milli 450-500 milljónir á ári.

Samkvæmt upplýsingum frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu, eykst kostnaður við geðdeyfðarlyf (NO6A) um 134% á árunum 1990-1996. Á sama tímabili vex notkun

sterkra geðlyfja (NO5A) um 7%;

svefnlyfja (NO5C) um 15%;

róandi lyfja (NO5B) um 19% og

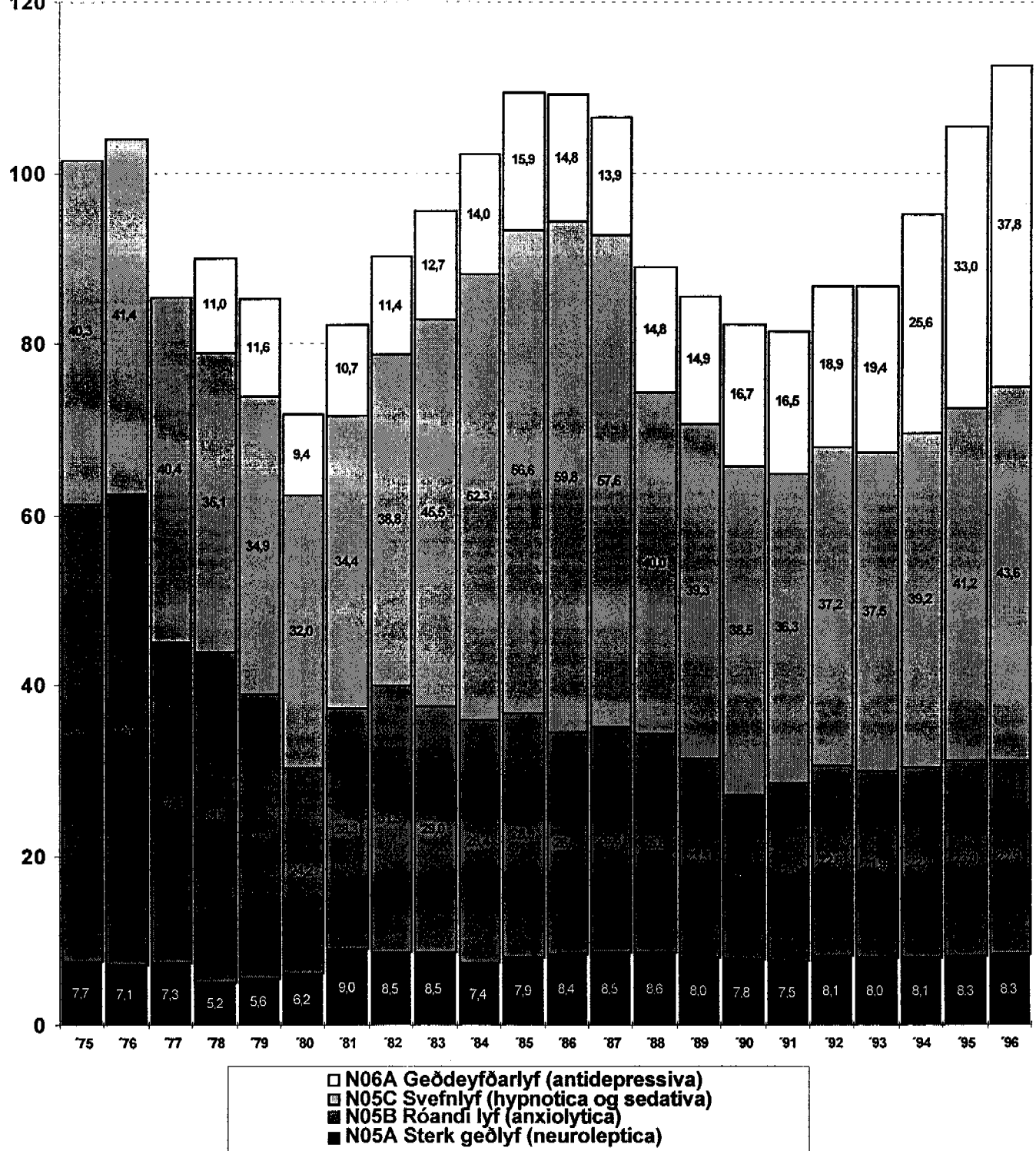
örvandi lyfja (NO6B) um 383%.

Á meðfylgjandi myndum og línuritum má sjá breytingar á geðlyfjanotkun hér á landi á seinni árum. Upplýsingar eru um kostnaðinn og hvernig við stöndum í samanburði við önnur Norðurlönd, einkum hvað varðar notkun á geðdeyfðarlyfjum.

Samanburður á sölumagni geðlyfja 1975-1996

(GEDLYF9-Mac.XLS)

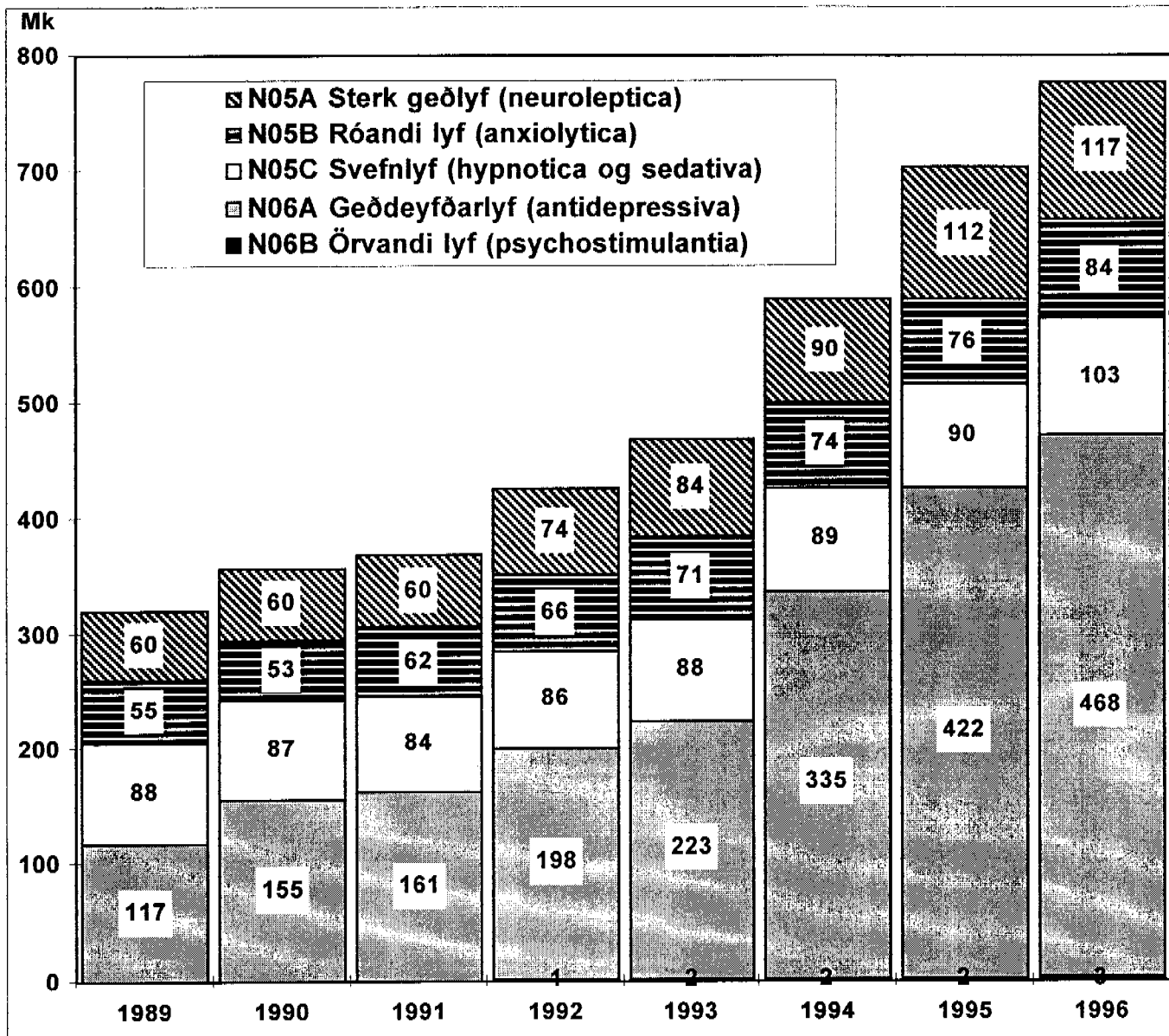
DDD/1000ib/dag
120



Verulegar sveiflur eru á heildarsölumagni geðlyfja á árabílinu 1975-1996. Toppur sýnist koma fram á 10 ára fresti.

Geðlyf söluverð úr apóteki (verðlag 1996)

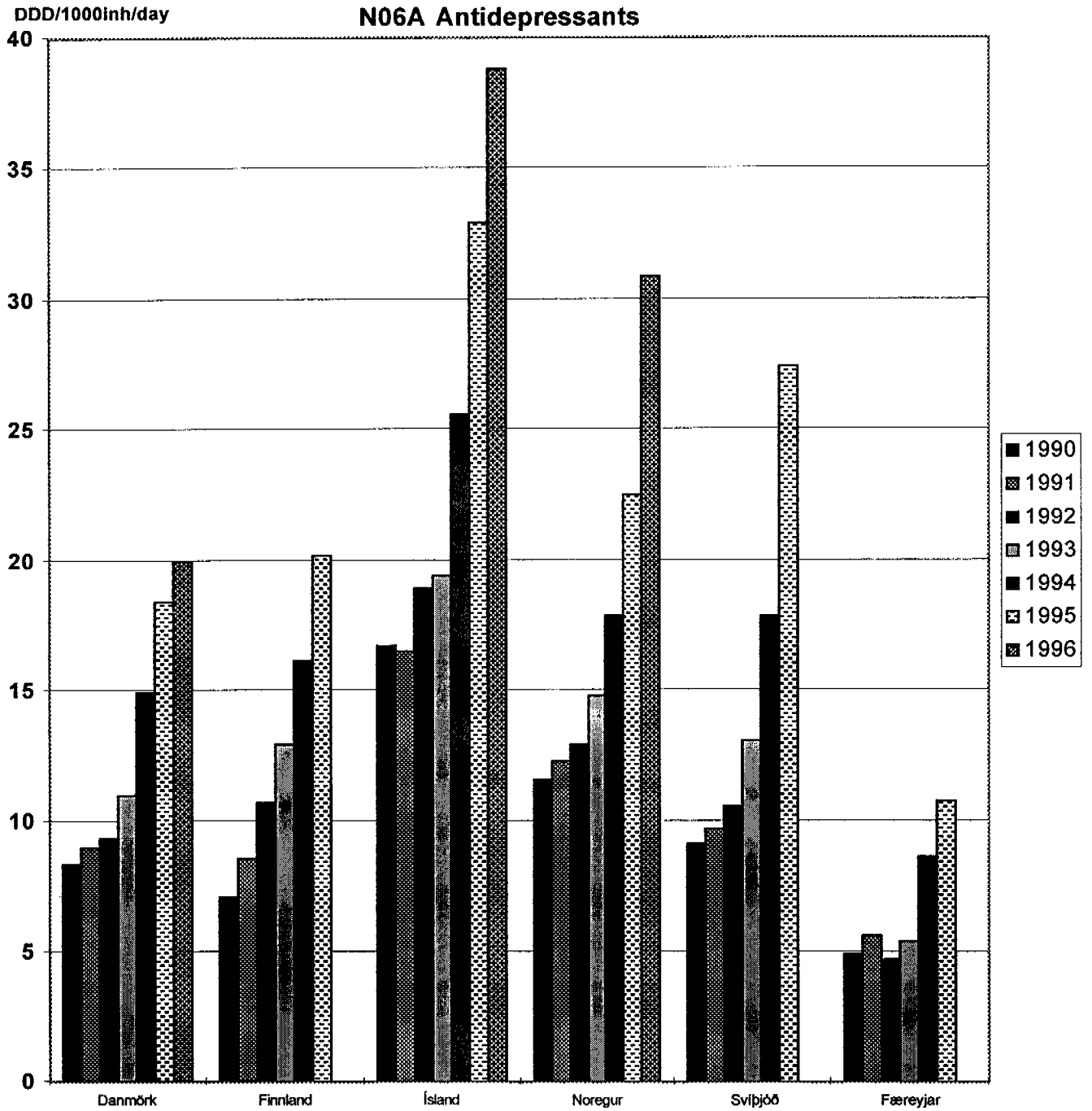
(GEDLYF14-Mac.XLS)



Vaxandi kostnaður er við geðlyf síðan 1989. Aðalhækkunin verður á þunglyndislyfjum og sterkum geðlyfjum.

G

(GEDLYF10-Mac.XLS)

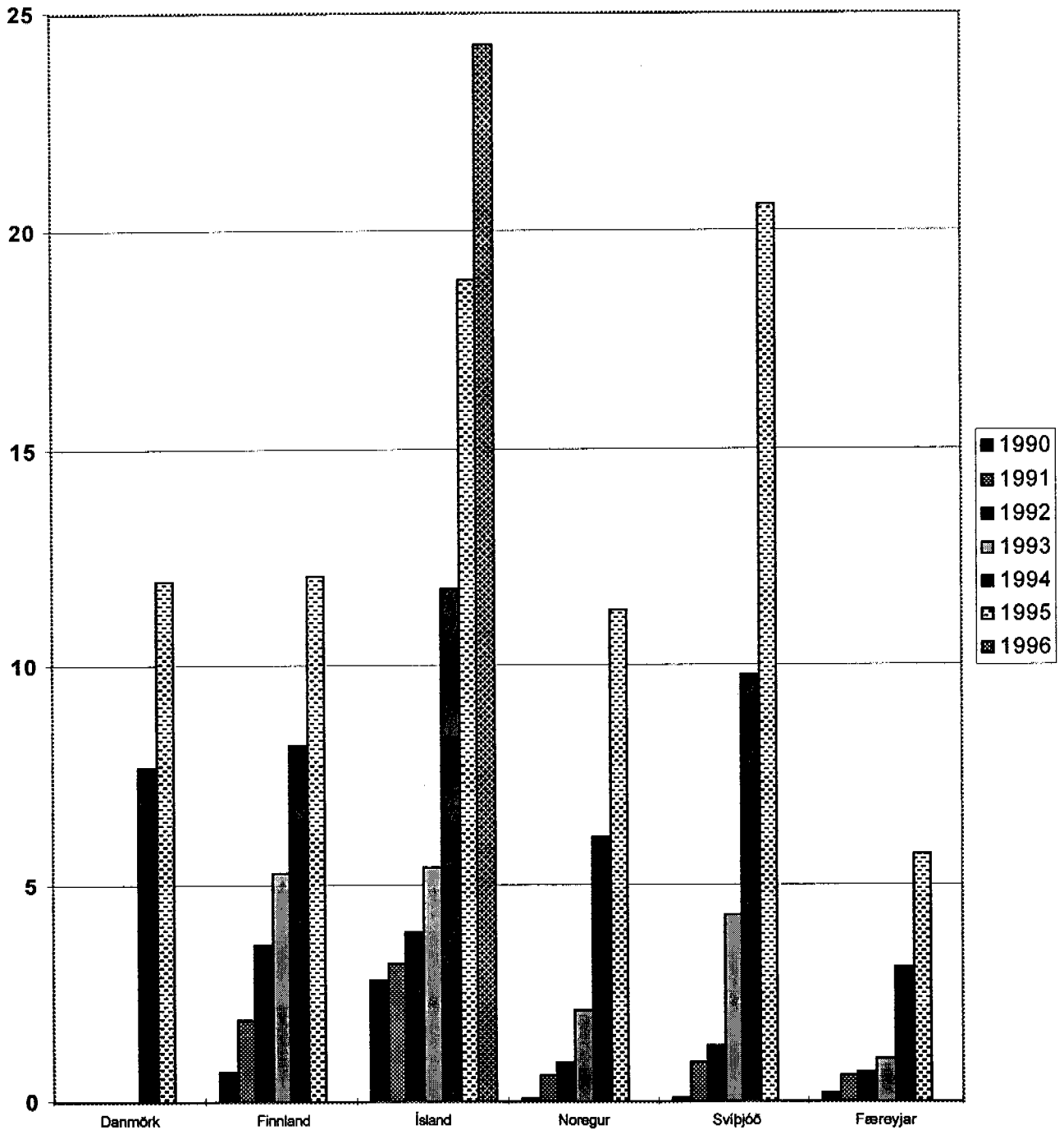


Þessi mynd sýnir vaxandi notkun þunglyndislyfja á öllum Norðurlöndum. Ísland leiðir brautina.

G

(GEDLYF10-Mac.XLS)

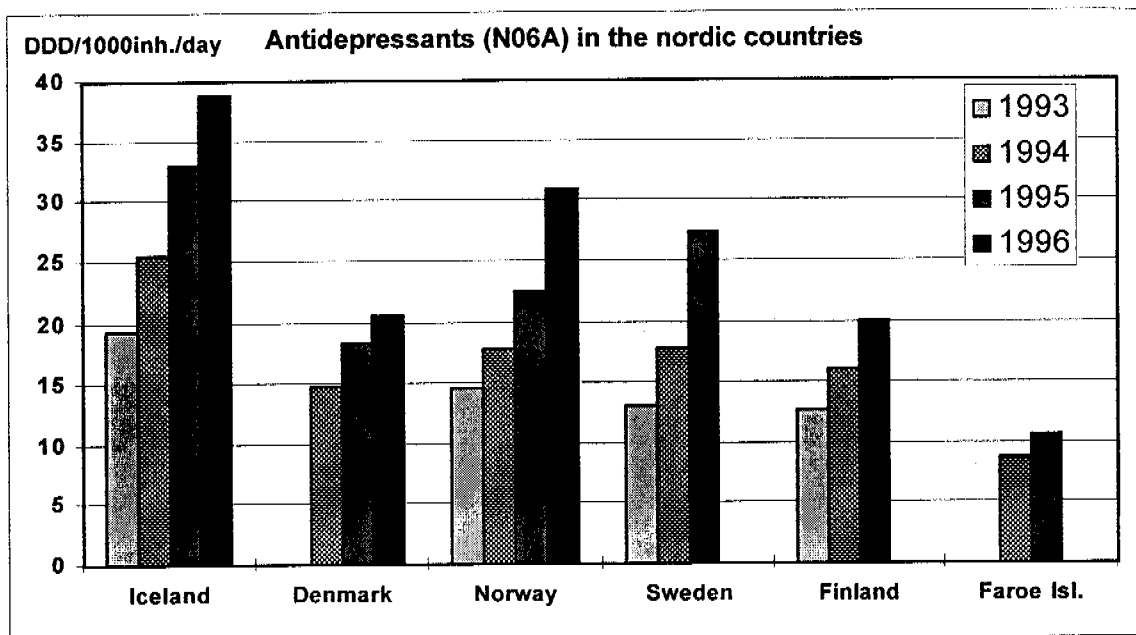
DDD/1000inh/day

N06AB Selective serotonin reuptake inhibitors

Vaxandi notkun sérhæfðra (SSRI) þunglyndislyfja á öllum Norðurlöndum. Ísland í fararbroddi en Svíþjóð er skammt undan.

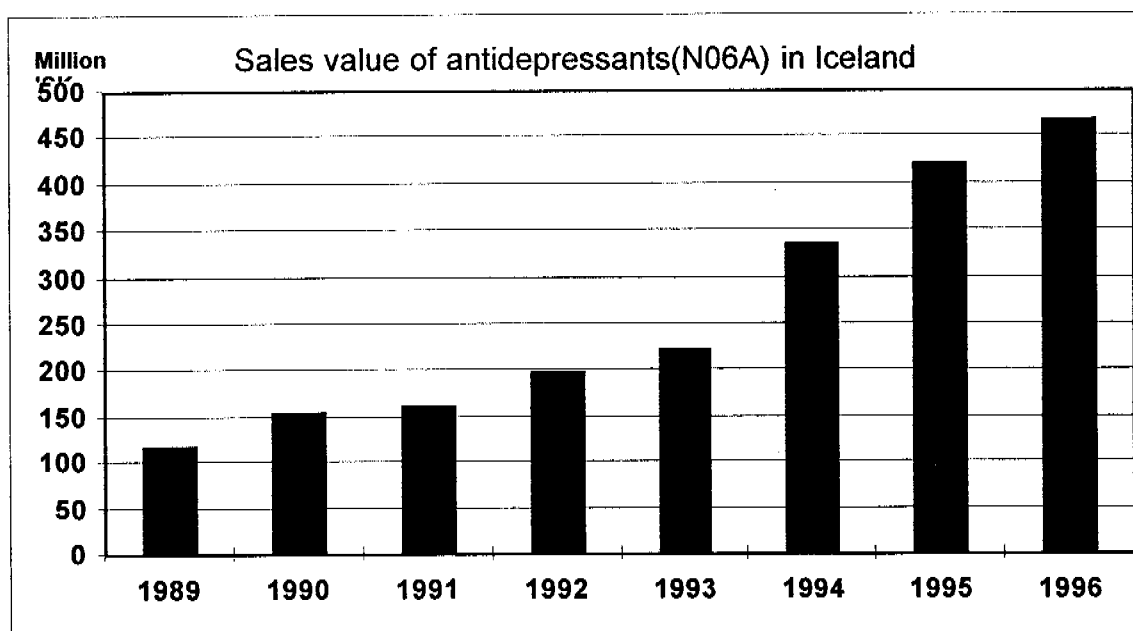
Samanburður á sölumagnni þunglyndislyfja á Norðurlöndum 1993-1996

(GEDLYF6-Mac.XLS)



Söluverð þunglyndislyfja (verðlag 1996) á Ísland 1989-1996

(GEDLYF6-Mac.XLS)



Vaxandi sala er á þunglyndislyfjum á öllum Norðurlöndunum. Á Íslandi hefur söluverðið nær fjórfaldast síðan 1989.

Samantekt

Á framangreindum linuritum og myndum má sjá að verulegar sveiflur hafa orðið á geðlyfjanotkun Íslendinga á síðustu 20 árum. Svo virðist sem toppur í sölnunni komi á 10 ára fresti. Aukningin sem hefur orðið á síðustu árum stafar aðallega af aukningu í sölu hinna nýju sérhæfðu þunglyndislyfja, sem komu fyrst á markað fyrir um það bil 10 árum. Er nú svo komið að heildarkostnaður þessara þunglyndislyfja er orðinn meira en 500 milljón krónur á ári. Greinilegt er að Íslendingar hafa tekið fyrir við sér en aðrir Norðurlandabúar. Þeir sækja þó fast á og eru Svíar á hraðri ferð og eru skammt á eftir Íslendingum í notkun þessara lyfja.

Mun minni breytingar eru á notkun annarra geðlyfja, athyglisverð er þó hin hlutfallslega mikla aukning á notkun örvandi lyfja, en notkun þeirra er háð leyfisveitingu landlæknis.

Til að stemma stigu við kostnaðaraukningu geðlyfja hafa stjórnvöld gripið til ýmissa aðgerða og skulu nokkrar þeirra taldar upp hér.

- 1991 var niðurgreiðslu á róandi lyfjum og svefnlyfjum hætt.
- 1992 var hlutur sjúklings í niðurgreiddum lyfjum hækkaður verulega.
- 1994 var heimild til endurgreiðslu á lyfjakostnaði yfir ákveðnu marki hætt, enda vannýtt. Nýju endurgreiðslureglurnar eru flóknar og erfiðar í framkvæmd og virðast fáum kunnar.
- 1996 var útgáfu undanþáguskirteina vegna 100 daga skammta af þunglyndislyfjum hætt.
- 1996 var niðurgreiðslu á svokölluðum flogalyfjum hætt, en þau eru mikilvæg í meðferð sumra geðsjúkdóma.

Athyglisvert er að stöðvun niðurgreiðslu á róandi lyfjum og svefnlyfjum árið 1991 hefur engin áhrif haft á notkun þessara lyfja.

Hamlandi aðgerðir hvað varðar þunglyndislyf hefur heldur ekki haft áhrif á söluaukningu þeirra.

Ljóst er að verulegar framfarir hafa átt sér stað, bæði í þunglyndislyfjum og sefandi lyfjum. Mikilvægt er að lyf þessi séu rétt notuð og þeir sem þurfa á þeim að halda fái þau án þess að kostnaðurinn verði óviðráðanlegur fyrir sjúklinginn.

Starfshópurinn gerir eftirfarandi tillögur hvað varðar geðlyf:

1. **Nauðsynlegt er að fram fari áframhaldandi rannsóknir á notkun geðlyfja. Kanna þarf hverjir ávísar þeim, ábendingar, hverjir fá lyfin o.fl.**
2. **Mikilvægt er að séð verði til þess að slík rannsókn verði gerð hið fyrsta. Ekki síst í ljósi þess að kostnaður við þennan lyfjaflokk fer vaxandi á síðustu árum.**
3. **Sjúklingar þurfi ekki að greiða fyrir sterk geðlyf (neuroleptica).** Oftast er um að ræða lyf sem geðlæknar ávísar í upphafi. Þeir einstaklingar sem þurfa að taka lyf þessi eru yfirleitt mjög veikir og lyfjatakan alger nauðsyn. Veikindin eru því miður íðulega þess eðlis að sjúklingarnir sjá ekki þörf fyrir lyfjatökuna.
4. **Hægt verði að fá þunglyndislyf án greiðslu sjúklings með útgáfu lyfjaskirteinis.** Stöku sinnum er alger lífsnauðsyn að sjúklingar taki lyf þessi um langan tíma en kostnaður lyfjanna verður sjúklingunum stundum um megn.

5. Niðurgreiðslu á svefnlyfjum og róandi lyfjum verði komið í sama horf og var fyrir 1991.

Ákveðin mismunun felst í því að niðurgreiða lyf þessi ekki. Hætta á misnotkun er sáralítill, en allir eru sammála um að lyfin bæti lífsgæði flestra þeirra sem taka þau mjög mikið.

Heimildir

1. Helgason, T. Faraldsfræðilegar rannsóknir í geðlæknisfræði á Íslandi. Læknablaðið 1994; 80: 155-164.
2. Sigfússon, S. Geðheilbrigði Íslendinga, erindi 1995.
3. Kessler, R.C., et al., (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 51, 8-9.
4. Blacker, C.V.R. & Clare, A.W. (1987) Depressive disorder in primary care. British Journal of Psychiatry, 150, 737-751.
5. Tómas Helgason í Morgunblaðsviðtali 25.5.1997.

4. Aðrar stofnanir á vegum heilbrigðisráðuneytisins er sinna geðsjúkum

5. Sérstakir hópar með geðsjúkdóma

5.1. Börn og unglingar

5.1.1 Mikilvægi geðheilbrigðis hjá börnum og unglingum

1. Þegar börn og unglingar sýna viðvarandi geðræn einkenni, frávik í hegðun eða þroskast ekki eins og við má búast, liggur fyrir geðræn röskun eða geðheilsuvandi. Einnig getur verið um að ræða vandamál af félagslegum, tilfinningalegum eða samskiptalegum toga. Geðheilbrigðisvandamál eru hlutfallslega algeng hjá börnum. Talið er að á milli 10 og 20% barna þurfi á einhvers konar hjálp að halda vegna geðheilsuvanda einhvern tímann á barnsaldri.
2. Geðheilbrigði barna er mikilvægt því:
 - Ómeðhöndlaðir geðsjúkdómar barna eða annar vandi af félagslegum eða andlegum toga valda ekki eingöngu þjáningu og skerða möguleika barnanna sjálfra til heilbrigðs þroska heldur valda einnig oft verulegu álagi á fjölskyldur þeirra.
 - Óleyst vandamál barna og unglinga halda oft áfram með vaxandi þunga fram á fullorðinsár.
 - Geðheilbrigðisvandamál barna auka álag víða í þjóðfélaginu, svo sem á félagsmála- og skólakerfið.
 - Ógreindar geðraskanir barna með langvarandi sjúkdóma geta haft neikvæð áhrif á batahorfur þeirra.
 - Geðheilbrigðisvandamál sem koma upp í heilsugæslunni krefjast oft mikils tíma og orku þar til tekist er á við undirliggjandi vanda.
3. Geðheilbrigðisvandamál geta haft áhrif á alla þætti í lífi barnsins.

Allir sem koma nálægt uppeldi og uppvexti barnsins hafa hlutverki að gegna í að efla, viðhalda og bæta geðheilbrigði þess. Foreldrar, kennarar, starfsfólk heilbrigðis- og félagsmálastofnana eiga allir þátt í uppeldi barnsins.

Mikilvægast er að allir taki höndum saman og vinni að sama markmiði barninu eða unglingnum til heilla.

5.1.2. Algengi sérstakra geðheilbrigðisvandamála hjá börnum og unglingum.

Tölur frá Þórólfi Þórlindssyni um kvíða, þunglyndi og vímuefnaneyslu eru í vinnslu og verða teknar inn í.

Ámiga um nætur (Nocturna enuresis)	8% 7 ára 1% 14 ára
Svefnerfiðleikar (Sleep difficulties)	13% 3ja ára barna í London eiga í vandræðum með að sofna 14% sama hóps vaka hluta nætur
Átruflanir barna (Feeding difficulties in children)	12-14% leikskólabarna.
Verkir í kvíðarholi án líkamlegra orsaka (Abdominal pain without organic case)	10% hjá 5-10 ára börnum
Svæsin skapofsaköst (Severe tantrum)	5% 3ja ára barna

Fælni (Simple phobias)	2.3-9.2% barna
Námserfiðleikar (Educational difficulty)	Lestrarhamlanir 4-10% „Specific reading retardation“
Tilfinningaraskanir með upphaf í bernsku Emotional disorders with onset in childhood)	4.5-9.9% hjá 10 ára gömlum
Djúp geðlægð (Major depression)	0.5-2.5% hjá börnum 2-8% hjá unglungum
Hegðunarraskanir (Conduct disorders)	6.2-10.8% 10 ára gamalla barna
Kipparaskanir (Tic disorders)	1-13% drengja 1-11% stúlkna
Áráttu-þráhyggjuraskanir (Obsessive compulsive disorders)	1.9% unglunga
Ofvirkniraskanir (Hyperkinetic disorders)	1.7% hjá drengjum í grunnskóla
Áskita (saurleki) (Encopresis (fecal soiling))	2.3% drengja og 0.7% stúlkna 7-8 ára 1.3% drengja og 0.3% stúlkna 11-12 ára
Lystarstol (Anorexia nervosa)	0.5-1% 12-19 ára barna/unglinga 8-11 sinnum algengara hjá stúlkum
Lotugræðgi (Bulimia nervosa)	1% unglingsstúlkna og ungra kvenna
Sjálfsvígstílaunir (Attempted suicide)	2-4% unglunga
Sjálfsvíg (Suicide)	7.6 á hverja 100.000 15-19 ára unglunga
Misnotkun geðvirkra efna (vímuefna ?) (Substance misuse)	
Alkóhól (Alcohol)	79% 13 ára gamalla hafa smakkað áfengi þar af 29% sem drekka einu sinni í viku
Rokgjörn leysiefni og ólögleg fíknilyf (Solvents and illegal drugs)	16% 16 ára taka þátt í reglulegri notkun.
Væg róandi efni (Minor tranquilisers)	Mjög sjaldgæft.
Kannabis (Cannabis)	3-5% 11-16 ára hafa notað kannabis 17% af eldri unglungum hafa notað það
Heróín og kókaín (Heroin and cocaine)	Mínna en 1% unglunga hafa notað
Ofskynjunarefni (Hallucinogens)	Tilkynningar um notkun aukast

(úr „A handbook on Child and Adolescent Mental Health“, breska heilbrigðisráðuneytið, 1995)

5.1.3. Rannsóknir á algengi geðheilsuvanda íslenskra barna:

1100 börn á aldrinum 5 - 15 ára voru metin klínískt meðal annars m.t.t. vitsmunaproska (WISC) og með frávarpsprófi (Rorschach) auk hálfstaðlaðs viðtals við móður. Hlutfall alvarlega geðtruflaðra barna var um 20 %. Algengustu einkennin voru viðkvæmni, kvíði tengdur félagslegu álagi, samskiptaerfiðleikar, neikvæðni, hegðunarerfiðleikar auk sértækra námserfiðleika, ámigu og taltruflana. Góð geðheilsa tengdist hærra menntunarstigi foreldra, hárrí stöðu föður, viðhorf móður til hlýju og tilfinningalegrar svörunar, hærri greindarvísitölu

barns og einkunnum í 12 ára bekk (Björnsson, S. (1974). Epidemiological investigation of mental disorders of children in Reykjavik, Iceland. Scandinavian Journal of Psychology, 15, 244-254)

Algengi hegðunar- og tilfinningaeinkenna voru könnuð með stöðluðum einkennakvörðum Achenbachs lögðum fyrir foreldra (1052) og börn og unglinga á aldrinum 11-18 ára (545), valin af handahófi. Meðal vandamálaskor á aldrinum 4-16 ára var svipað á Íslandi (17,5) og í rannsóknunum í Danmörku (17,7), Noregi (16,0) og Svíþjóð (14,2) þar sem sami einkennakvarði var notaður en var heldur lægra en í öðrum erlendum rannsóknum sem sami kvarði var notaður en aðferðaleg atriði geta skýrt mismunin (kvarðar póstlagðir (Ísland) vs lagðir fyrir heima) (Hannesdóttir, H; Einarsdóttir, S. European Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 4, issue 4, Oct. 1995, 237-248)

5.1.4. Stefnumótun í barna- og unglिंगageðheilbrigðismálum

Nágrannapjöldirnar hafa sett fram stefnumótun sína á eftirfarandi hátt

Svíþjóð

Markmið barna- og unglिंगageðheilbrigðisþjónustu er að fyrirbyggja, finna, lina og lækna geðrænar raskanir, sjúkdóma og samskiptavandamál sem hindra persónuvöxt og þroska. Þjónustan á að mótast af heildarsýn og veitast með virðingu fyrir einstaklingnum, í samspili með fjölskyldunni og samvinnu við tengdar samfélagsstofnanir.

Markhópur er börn og unglingar sem sýna einkenni eða eru í áhættu fyrir geðheilsuvanda og sem geta átt í erfiðleikum með félagslega aðlögun, ásamt fjölskyldum þessara barna og unglinga. Aldursmörkin eru venjulega 0 - 17 ára. Göngudeildarþjónusta er veitt til hins ítrasta. Innlögn er veitt við bráðri geðtruflun sem krefst mikillar umönnunar, við geðrannsókn þar sem sólarhringsvistun er nauðsynleg, ásamt við alvarlegum geðröskunum sem krefjast gjörgæslu og verndar.

(Socialstyrelsen: Psykiatri uppföljningen 1997:8; Innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården; 23)

Bandaríkin

Á 9. áratugnum voru gerðar áherslubreytingar á geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglinga. Þessar breytingar voru m.a.

- a) Áhersla lögð á samfélagslega meðferðarþjónustu, sérstaklega göngudeildarþjónustu sem miðar að því halda fjölskyldum saman.
- b) Aukið vægi samfellu í meðferð með auknu aðgengi og framboði þjónustu sem tekur mið af þörfum barnsins og fjölskyldunnar.
- c) Lögð áhersla á að auka þátt fjölskyldunnar í skipulagi og útfærslu meðferðarinnar, sem byggir á breyttu viðhorfi til fjölskyldunnar.
- d) Miðað að samhæfingu þjónustunar milli stofnana og fagaðila þar sem tekið er mið af sameiginlegri ábyrgð á skjólstaðingum og þörfinni við samhæfingu úrræða.
- e) Endurmetnar fjármögnunarleiðir þar sem að hægt er að nýta úrræði sem þegar eru til staðar enn betur.

(Children's Mental Health Services. Research, policy and evaluation; Bickman, C & Rog, D.J.; 1995)

Bretland

Meginhluta geðheilbrigðisvanda barna og unglunga er hægt að sinna í heilsugæslu (primary care). Þessu er aðeins hægt að framfylgja ef heilbrigðisstarfmennirnir hafa til þess nægilega þekkingu og þjálfun auk aðstöðu til að viðhalda þeirri hæfni. Heilsugæsluteymið verður að hafa auðveldan aðgang að sérfræðipjónustunni. Teymið getur aðeins sinnt þessu hlutverki ef að aðgengi að sérfræðingum er tryggt.

Sérfræðingar geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglunga eiga að styðja við og efla starf heilsugæslunnar, annarra fagaðila og áhugamannasamtaka sem vinna að bættri þjónustu við börn og unglunga með geðræn vandamál. Stuðningur felur m.a. í sér handleiðslu, ráðgjöf og þjálfun.

Þjónustan á að vera skjólstæðingsmiðuð.

Upplýsa þarf sjúklinga um meðferðarleiðir og þá þjónustu sem stendur til boða.

Sérfræðipjónustan á öllum stigum þarf að endurspeгла mismunandi þarfir skjólstæðinganna.

Þjónustan þarf að beinast fyrst og fremst að þeim skjólstæðingum sem eru í brýnustu þörf fyrir hana.

Forðast ber faglega einangrun.

Skipulag þjónustu.

Hver þjónustueining þarf að hafa framhaldsmenntaðan einstakling innan hvernar fagstéttar til að skipuleggja og vera ábyrgur fyrir faglegri þróun ss þjálfun, handleiðslu og endurnýjun þjónustunar.

Forðast skal að þjónusta sé einangruð.

Góð samvinna og samhæfing er nauðsynleg. Ef samskipti og samhæfing er léleg munu úrræði glatast vegna endurtekninga, göt myndast, sjúklingar og þeir sem veita þjónustuna verða ráðvilltir.

Geðheilbrigðisþjónusta við börn og unglunga er í megin atriðum þríþætt:

- * Mat og meðferð.
- * Ráðgjöf, stuðningur og samráð við, fjölskyldumeðlimi, starfsfólk heilbrigðis-, félagsmála- og skólakerfis auk áhugamannasamtaka.
- * Efling geðheilbrigðis barna og unglunga.

(Mental Health.....bókin frá Halldóru)

5.1.5. Hér er dregin upp mynd af lagskiptri geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn og unglinga á Íslandi sem fram fer á þremur mismunandi þjónustustigum

Fyrsta stig

Á þessu stigi fer fram forvarnarstarf sem miðar að lækkun nýgengis geðraskana auk almennrar geðheilbrigðisþjónustu sem felst m.a. í því að:

- uppgötva geðheilbrigðisvanda, svo sem félagslega, tilfinningalega og samskiptalega erfiðleika á fyrstu stigum
- gefa almenn ráð og í sumum tilvikum meðferð við minni háttar geðheilsuvanda
- nota tækifæri sem gefast til að efla geðheilbrigði og fyrirbyggja geðheilsuvanda.

Vettvangur og starfsemi þessarar geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglinga er eðlilegast að sjá í tengslum við skóla og heilsugæslu. Starfsfólk skóla og heilsugæslu þarf því að vera í stakk búit að veita þessa þjónustu og efla hana. Samkvæmt heilbrigðisáætlunum og lögum hér á landi er gert ráð fyrir að þáttur geðheilbrigðisþjónustu verði stór í starfsemi heilsugæslustöðva. Eins og staðan er í dag er mikil nauðsyn að efla þennan þátt, bæði utan hefðbundinna sjúkrahustofnana, s.s. í skólum og einnig í tengslum við heilsugæsluna. Huga ber „sérstaklega að hinum fjölmörgu möguleikum sem eru til heilbrigðisfræðslu, ráðgjafar og stuðnings við börn og unglinga á öllum skólastigum. Öflug heilsuverndarstarfsemi, sem beinist að fyrirbyggingu heilbrigðisvanda og almennri eflingu vellíðunar, er sá þáttur sem mikilvægast er að styrkja á komandi árum. Til að svo geti orðið þyrfti þó að breyta áherslum í núverandi heilbrigðiskerfi og í menntun heilbrigðisstétta.” (Úr stefnu Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum, 1997). Þessi áhersla á fyrsta gráðu forvarnarstarf, þótt einkennilegt megi teljast er mjög pólitísk - fjölskyldustefna samfélagsins (ríkisstjórnar) á hverjum tíma hefur áhrif á hversu miklum fjármunum er eytt í slíkt forvarnarstarf.

Hægt er að skipta fyrsta stigs forvörnum í tvennt (Graham, 1991). Í fyrsta lagi er um ákveðna stefnumörkun að ræða (public policy aspects of prevention):

Samfélagið

Fjölskyldustefna (Þingsályktunartillaga samþykkt í maí 1997).

Ahugamannafélög/foreldrafélög hafa oft áhrif á stefnu og eru þátttakendur í að marka hana, s.s. Barnaheill, Heimili og skóli, SAMFOK, Umhyggja.

Í öðru lagi er um markvisst forvarnarstarf að ræða, geðheilsugæslu (specific preventive measures by health and other professionals):

Ungbarnaeftirlit/mæðravernd (fjölskylduvernd)

„Öllum íslenskum konum stendur mæðravernd á meðgöngutíma til boða. Góð nýting á þeirri þjónustu og eftirlit með framvindu meðgöngu er móður og barni til heilla. Það skortir þó að mæðravernd taki mið að viðari skilgreiningu á heilbrigði (líkamlegu, andlegu, félagslegu). Við framkvæmd laga um heilbrigðisþjónustu nú nær mæðravernd yfir meðgöngutímamann og ungbarnavernd yfir tímabilið eftir fæðingu. Tíðni sálfélagslegra aðlögunarerfiðleika eftir fæðingu kallar á endurskoðun á

framkvæmd heilsuverndar fyrir mæður og ungbörn. Geðrænin kvillar kvenna (postpartum psychopathology) eru þrisvar sinnum algengari stuttu eftir fæðingu en á öðrum tímabilum ævinnar (Cox, Murray & Chapman, 1993). Íslensk könnun hefur sýnt að þunglyndiseinkenni hrjá 14% nýbakaðra mæðra 2-3 mánuðum eftir fæðingu og fimmta hver móðir kennir mikillar streitu í foreldrahlutverki (Thome, 1996). Það sem hlýtur að vekja áhyggjur heilbrigðisstarfsmanna varðandi þunglyndi mæðra eru rannsóknarniðurstöður sem hafa leitt í ljós að þunglyndi mæðra hefur marktækt neikvæðari áhrif á þroska ungbarna, hafi það verið til staðar fyrstu þrjá mánuði eftir fæðingu en á öðrum tíma (Murray, 1992). Áhrif á sveinbörn eru marktækt neikvæðari en á meybörn (Sharp, Hay, Pawlby, Schmucker, Allen & Kumar, 1995). Eingöngu ein af fjórum íslenskum mæðrum fær að eigin sögn aðstoð frá heilbrigðisstéttum vegna þunglyndis. Konurnar hafa sjaldnast frumkvæði í að bera upp erindi tengd þunglyndi við heilbrigðisstéttir þrátt fyrir tíð samskipti við heilbrigðisstarfsmenn fyrstu mánuði eftir fæðingu (Thome, 1996).” Þróunarverkefnið „Nýja barnið” sem unnið hefur verið á Heilsugæslunni á Akureyri sýnir einnig ótvírætt fram á „hversu griðarlega mikilvægu hlutverki heilsugæslustöðvar okkar Íslendinga geta gegnt til að stuðla að markvissri fjölskylduvernd og alhliða heilsueflingu og að mæðra - og ungbarnavernd hafa lykilaðstöðu í forvarnarstarfi varðandi hin fyrstu tengsl og hin afdrifaríku fyrstu spor í lífinu.” (Hjálmar Freysteinnsson og Karólína Stefánsdóttir, 1994).

Landlæknisembættið gaf út handbók 1996 um nýja tilhögun ungbarnaverndar sem áætlað er að taki gildi frá 1999. Er það vel að mat á andlegum og líkamlegum þroska er gefið aukið vægi miðað við það sem áður var. Mikilvægt er að meðhöndlun þessara vandamála sé í skýrum farvegi. Sérfræðingateymi í tengslum við Heilsuverndarstöðina getur orðið mikilvægur liður í frekari mati á frávikum en leiðin að þriðja stigs stofnunum svo sem Bugl og Greiningarstöðinni þarf að vera greið.

Landlæknisembættið vinnur nú að endurskoðun mæðraverndar en ljóst er að sálfélagslegir þættir hafa verið útundan.....

Skólaheilsugæsla

Markmið hennar er að „stuðla að því að börn fái að þroskast við þau bestu andlegu, líkamlegu og félagslegu skilyrði sem völ er á” (Björg Eysteinsdóttir, 1996). „Þegar staða skólayfirlæknis var lögð niður mælti Landlæknisembættið með því, árið 1992 að dregið yrði úr líkamlegu eftirliti skólabarna þannig að hjúkrunarfræðingum gæfist meiri tími til að sinna forvörnum og fræðslu. Einnig til að sinna andlegum og félagslegum vandamálum nemenda sem oft krefjast skjótra úrlausna. Í flestum grunnskólum starfa nemendaverndarráð þar sem sameinast kraftar og þekking ýmissa starfsstétta. Þarna er reynt að taka á vandamálum einstakra nemenda, áður en þau verða að stærra vandamáli, og leita leiða til úrlausnar.” (Björg Eysteinsdóttir, 1996).

Nemendaverndarráð, skólaheilsugæslan og sérfræðideildir skóla þurfa að mynda eina samfellu sem getur tekist á við tilfinninga- og félagsleg vandamál sem upp koma í skólaumhverfinu en oft er verkaskipting milli þessara aðila óljós jafnframt sem misvel er stutt við þessa þjónustu. Meðan þessi hlekkur í keðjunni er veikur er ekki við að búast að stofnanir eins og barna- og unglíngageðdeild Landspítala geti

á landsvísu haldið utan um og meðhöndlað vandamál sem tilheyra verksviði þessarra aðila og heyra undir sveitastjórnir á hverjum stað.

Annað stig

Verkefni þessa þjónustustigs er meðal annars að:

- veita meðferðarþjónustu á fyrstu stigum félagslegs, tilfinningalegs og samskiptalegs vanda
- veita þjónustu og ráðgjöf til annars fagfólks, t.d. þeirra sem vinna á fyrsta stigi.
- greina flóknari og erfiðari tilvik sem kynnu að þurfa á frekari sérfræðihjálpi að halda, en eru ekki tilbúin að leita annað.
- framkvæma mat sem gæti leitt til meðferðar á þriðja stigi.

Á þessu stigi fer fram frekari greining geðræns vanda, meðferð þeirra sem geta nýtt sér þjónustu utan sérfræðistofnana 3. stigs og tilvisanir til þeirra stofnana.

Aðgengi að þessu þjónustustigi þarf að vera mjög skýrt og opið þannig að skjólstæðingar hafi upplýsingar um hvert skuli leita vegna hinna ýmsu vandamála.

Til þess að hinn ýmsi sálfélagslegi vandi sem steðjar að fjölskyldum í nútíma samfélagi nái ekki að búa um sig í lífi einstaklinganna og verða að stóru vandamáli og jafnvel viðvarandi sjúkdómi þarf samfélagið að bjóða upp á aðgengilega þjónustu fyrir fjölskyldur. Hagkvæmast væri að slík þjónusta væri höfð þar sem fólk sækir hvort sem er þjónustu eða á heilsugæslustöðvunum. Dæmi um slíka þjónustu er á heilsugæslustöðinni á Akureyri en þar hefur verið rekin fjölskylduþjónusta um árabil og byggir þjónustan á þeirri hugmyndafræði að heilbrigð fjölskyldutengsl séu forsenda fyrir heilbrigði og þroskamögu- leikum einstaklingsins (Stefánsdóttir, K. og Freysteinsson, H., 1994).

Annað dæmi um slíka þjónustu er sérfræðiþjónusta við grunnskóla Mosfellsbæjar en hún er veitt af fjölskyldudeild Félagsmálastofnunar Mosfellsbæjar. Í Grunnskólalögum (Grunnskólalög Nr.66 frá 1995) er kveðið á um að hægt sé að fela öðrum sérfræðiþjónustu við skólana og nýtti Mosfellsbær sér þetta ákvæði áður en þessi þjónusta fluttist yfir til sveitafélaganna eða allt frá skólaárinu 1995-1996.

Að mati starfsmanna fjölskyldudeildar Félagsmálastofnunar Mosfellsbæjar hefur fyrirkomulagið gefist vel. Það hefur leitt til þess að fyrr er tekið á vanda þeirra barna sem þurfa aðstoðar með auk þess sem vinnubrögð eru markvissari og fjölskyldurnar hafa síður þurft að flakka milli meðferðaraðila í leit að aðstoð. Að mati félagsmálanefndar Mosfellsbæjar er mikilvægt að þjónusta sveitafélagsins við fjölskyldur í félagslegum og tilfinningalegum vanda sé sem heilsteypust og hagkvæmust og þar af leiðandi á einni hendi (Ingólfsdóttir, U. 1996).

Einnig er mikilvægt að á þessu þjónustustigi séu reknar stofnanir með sérhæfðri göngudeildarþjónustu fyrir fjölskyldur og einstaklinga bæði af sveitarfélögum og ríki. Fram að þessu hefur þjónustan á þessu stigi að mestu farið fram á einkareknum stofum. Heilbrigðisyfirvöld (Tryggingastofnun ríkisins, TR) hafa ekki tekið þátt í þjónustu frá sálfræðingum og félagsráðgjöfum sem mismunar fólki eftir efnahag. Hins vegar tekur TR þátt í kostnaði við þjónustu lækna, sjúkra- og iðjuþjálfra, talmeinafræðinga og einstakra hjúkrunarfræðinga. Framboð á þjónustu einyrkja í stofurekstri við börn í geðrænum vanda er mjög takmarkað, sérstaklega hvað varðar barna- og unglingageðlækna.

Forvörnin á þessu stigi felst í að meðhöndla vandann á fyrstu stigum og koma þannig í veg fyrir að hann verði viðvarandi. Samkvæmt lögum þá ber sveitafélögum að sjá til þess að vissir hópar fái tilskylda þjónustu sem fyrirbyggjandi aðgerð (Lög um vernd barna og ungmenna Nr. 58, 1992). Sem dæmi um þetta eru m.a. börn sem hafa á einhvern hátt verið vanrækt eða orðið fyrir ofbeldi. Sveitafélagin reka sjálf slíkar þjónustueiningar í mjög litlum mæli og hafa því þurft að greiða fyrir þessa þjónustu á einkareknum stofum fyrir þá skjólstaðinga sína sem ekki hafa fjárhagslegt bolmagn til þess.

Þessu stigi tilheyra bæði stofnanir og þjónustueiningar við stofnanir sem reknar eru af sveitarfélögum og ríki auk þess sem um er að ræða svokallaða einyrkjaþjónustu þar sem eru sérfræðingar sem vinna oftast einir út frá einkareknum stofum.

Auk einyrkjaþjónustu tilheyra þessu stigi bæði stofnanir og þjónustueiningar sem reknar eru af sveitarfélögum og ríki eins og:

Sálfræði og sérkennsludeild Dagvistar barna í Reykjavík

Þar vinna bæði félagsráðgjafar og sálfræðingar sem veita greiningar og ráðgjafaþjónustu inn á dagvistarheimili Reykjavíkurborgar vegna einstakra barna. Einnig veita þeir stuðning fyrir starfsfólk dagvistarstofnana.

Sérfræðiþjónusta skóla

Samkvæmt reglugerð um sérfræðiþjónustu í skólum (Reglugerð um sérfræðiþjónustu í skólum Nr. 386, 1996) er í dag kveðið svo á um að sálfræðingar sem vinni við skólana skuli einungis sinna „faglegri ráðgjöf vegna almennrar kennslu einstaka námsgreina og aðstoð og leiðbeiningum við kennara vegna sérkennslu“. Þeir skulu ennfremur gera greiningu á börnum sem eiga í tilfinningalegum/ félagslegum vanda en ekki veita þeim meðferð heldur vísa þeim annað til meðferðar. Það er vitað mál í dag að því fyrr sem meðferð hefst hjá barni sem á í tilfinningalegum/félagslegum erfiðleikum því betri eru möguleikarnir til að koma í veg fyrir að úr verði stórt og erfitt vandamál. Þetta er því afturför frá því sem áður var og slæm nýting á þeim starfskrafti sem vinnur við sérfræðiþjónustu skólanna.

Tilraunaverkefnið „Fjölskyldumiðstöð vegna barna í vanda“. Samstarfsverkefni á vegum Reykjavíkurborgar, Heilbrigðis- og Félagsmálaráðuneytanna og Reykjavíkurborgar Rauða krossins mannað ráðgjöfum ýmissa stofnana. Þangað geta foreldrar sem eru í vanda með börn sín leiðtað og er þá sérstaklega verið að veita stuðning vegna vímuefna og hegðunarvanda unglinga. Slík þjónusta myndi nýtast vel fyrir breiðari hóp unglinga.

Samvist - Fjölskylduþjónusta Mosfellsbæjar og Reykjavíkurborgar. Þangað geta barnafjölskyldur leitað beint án tilvísunar. Hér vinna bæði félagsráðgjafar og sálfræðingar sem allir hafa þjálfun í fjölskyldu-meðferð. Þetta er tilraunaverkefni á vegum tveggja sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu og er það von okkar að þessu verkefni verði haldið áfram og aukið þannig að fleiri sveitafélög komi á laggirnar slíkri þjónustu.

Heilsugæslan

Miklum fjölda barna og unglinga með geðrænan heilsufarsvanda er sinnt á heilsugæslustöðvum af læknum og hjúkrunarfræðingum. Við

einstaka stöð starfa félagsráðgjafar og nybreytni er að ráða sálfræðinga á heilsugæslustöðvar. Hópurinn fagnar sérstaklega þessari þróun en bendir um leið á að uppbygging þessarar þjónustu þarf að vera mearkvissari og tengsl t.a.m. sálfræðinganna við aðra þjónustuaðila annarra stofnanna þurfa að vera skyr.

Einyrkjar á einkareknum stofum eru læknar svo sem heimilislæknar, barna- og unglingsgeðlæknar, barnalæknar og geðlæknar, félagsráðgjafar, sálfræðingar og geðhjúkrunarfræðingar. Þessir sérfræðingar veita margvislega þjónustu við einstaklinga, fjölskyldur og stofnanir bæði beint og í formi ráðgjafa og handleiðslu auk þess að vísa á aðrar stofnanir sem tilheyra þriðja stiginu.

Félagsmálastofnanir sveitarfélaganna veita einnig fjölskyldum í tilfinningalegum og félagslegum vanda ýmiskonar aðstoð sem bæði felst í fjárhagslegum stuðningi auk stuðnings vegna tilfinningalegra vandamála.

Hlutverk sveitafélaga í veitingu annars stigs þjónustu

Í lögum um vernd barna og ungmenna er gert ráð fyrir þrenns konar lausnum þegar börn geta ekki búið heima hjá sér, þ.e. fösturheimilum, sbr. VI. kafla bvl., vistunum á stofnunum á vegum sveitarfélaga, sbr. 2. mgr. 51. gr. bvl., og vistunum á stofnunum á vegum Barnaverndarstofu, sbr. 5. mgr. 51. gr. laganna.

Vistanir á stofnunum á vegum sveitafélaga takmarkast við þau tilfelli þar sem ekki þarf að bjóða upp á sérhæfða meðferð. Þar getur verið um að ræða sambýli, áfangastaði eða fjölskylduheimili.

Reykjavík: Barnaverndarmál eru á vegum sveitastjórna en barnaverndarnefndir starfa undir eftirliti Barnaverndarstofu. Barnaverndarmál eru víða mjög umfangsmikil og má sem dæmi nefna að samkvæmt ársskýrslu Félagsmálastofnunar Reykjavíkurborgar fyrir árið 1996, hafði barnaverndarnefndin afskipti af málum 195 barna úr 153 fjölskyldum.

Auk barnaverndarmála eru a.m.k. stærri sveitarfélögin með mjög víðamikla þjónustu við börn, unglinga og fjölskyldur þeirra. Þetta starf er að miklum hluta sniðið að þörfum fólks sem hefur átt við margháttuð vandamál að stríða.

Sem dæmi má nefna starf á vegum Reykjavíkurborgar, en þar starfaði meðferðar- og ráðgjafadeild sem sinnti unglingum á aldrinum 13-18 ára.

Í töflunum hér á eftir má sjá aldurs- og kyndreifingu þeirra sem nutu aðstoðar árið 1996, en upplýsingarnar eru úr ársskýrslu Félagsmálastofnunar Reykjavíkur 1996. Þessi deild hefur nú verið lögð niður og málefnum unglinga nú sinnt í tengslum við fjölskyldur sínar í fjölskyldudeild hverfaskrifstofanna, en ekki sér eins og áður var.

Aldur og kyn unglinga sem voru til meðferðar hjá meðferðar- og ráðgjafardeild unglिंगadeildar 1996

	Stúlkur		Drengir		Alls	
	Fj.	%	Fj.	%	Fj.	%
12-14 ára	18	13.1	30	21.4	48	17.3
15-16 ára	65	47.4	60	42.9	125	45.1
17 ára og eldri	54	39.4	50	35.7	104	37.5
Samtals	137	100.0	140	100.0	277	100.0

Alls bárust 100 ný mál til meðferðar- og ráðgjafardeildar unglिंगadeildar á árinu.

**Ástæða komu til meðferðar- og ráðgjafarsviðs
Mál sem bárust á árinu**

	Fj.	%
Samskiptaerfiðeikar í fjölskyldu	28	14.2
Fjölskylduaðstæður	25	12.7
Vandi vegna skóla/atvinnu	26	13.2
Afbrot	22	11.2
Hegðunarvandi	18	9.1
Útivist	16	8.1
Félagstengsl	11	5.6
Vimuefnavandi	11	5.6
Þunglyndiseinkenni	5	2.5
Ofbeldi (gerandi)	3	1.5
Flökkulíf	3	1.5
Óöryggi og kvíði	3	1.5
Sjálfsmorðshætta	3	1.5
Einelti	3	1.5
Kynferðislegt ofbeldi	2	1.0
Rofið fóstur	1	0.5
Óþekkt og annað	17	8.6
Samtals	197	100.0

Í sumum málum eru tilgreindar fleiri en ein ástæða komu. Hér eru allar ástæður komu tilgreindar.

Á vegum Fjölskyldudeildar Félagsmálastofnunar Reykjavíkurborgar eru rekin nokkur fjölskyldu- og vistheimili auk sambýlis og unglिंगaheimilis.

Kostnaður Reykjavíkurborgar við þennan málaflokk 1996 er tæpar 158 milljónir króna og er þá ekki tekið tillit til hlutdeildar í sameiginlegum rekstri, stjórnun o.fl.

Rauða kross húsið

Í tilefni af ári æskunnar 1985 var ákveðið á aðalfundi RKÍ 1985 að leita leiða til að koma ungum fíkniefnaneytendum og aðstandendum þeirra til aðstoðar og hófst starfsemin 14. desember 1985.

Tilgangurinn var að koma upp hjálparstöð fyrir börn og unglínga upp að 18 ára aldri, sem væri opin allan sólarhringinn. Strax í upphafi var lögð áhersla á fyrirbyggjandi starf.

Aðalverkefni „Hússins“ hafa verið þrjúþætt.

1. Neyðarathvarf
2. Símaþjónusta
3. Ráðgjöf

Samkvæmt upplýsingum frá Rauða krossinum hafa verið frá 75-133 komur í Húsið á ári hverju síðan 1986. Aðalástæður eru húsnæðisleysi, samskiptaörðugleikar, neysla gests, neysla forráðamanna, stundarósætti, erfiðar heimilisástæður, ofbeldi o.fl.

Símhringingar voru fremur fáar fyrstu árin en fór upp í rúmlega 7000 árið 1992, en árið 1995 voru 3000 símhringingar.

Þeir sem hringja eru flestir á aldrinum 12-16 ára, en í 20% tilvika er sá sem hringir fullorðinn. Stúlkur eru í verulegum meirihluta þeirra sem hringja eða nær tveir þriðju hlutar símhringjanda.

Þriðja stig

Sérfræðiaðstoð fyrir alvarlegri, flóknari viðvarandi vandamál. Hér er um að ræða teymi einstaklinga úr ýmsum faghópum sem vinna hjá sérhæfðum stofnunum.

Teymið metur og meðhöndlar geðraskanir hjá börnum og unglíngum og í því geta verið:

- barna- og unglíngageðlæknar
- aðrir læknar
- sálfræðingar
- hjúkrunarfræðingar
- félagsráðgjafar
- iðjuþjálfar
- listþjálfar
- sérkennarar
- talmeinafræðingar

Hópurinn veitir:

- sérfræðimat og aðgang að sérhæfðustu meðferðarúrræðum. Hér fer fram sérhæfð þjónusta sem nauðsynlegt er að veita í völdum tilvikum. Hér má nefna dagdeildir, sérhæfða göngudeildarstarfsemi, legudeildir fyrir eldri börn og unglínga. Á þessu stigi er fjallað um einstaklinga sem eru alvarlega veik eða í sjálfsvígshættu.
- meðferðaraðilum á öðrum þjónustustigum ráðgjöf, kennslu og þjálfun.

Stofnanir 3. stigs

Barna- og unglिंगageðdeild Landspítalans, BUGL

Geðdeildir - eldri unglingar

Til þriðja þjónustustigs en á félagsmálasviði má einnig telja:

Greiningar og ráðgjafarstöð ríkisins,

Meðferðarstöð og -heimili Barnaverndarstofu, þá hafa

Samtök áhugamanna um áfengisvandamálið, SÁÁ, meðhöndlað unglinga í vímuefnavanda.

Barna- og unglिंगageðdeild Landspítalans, BUGL

I. Hlutverk

Deildin er sérfræðimiðstöð geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglinga. Hún veitir þjónustu á þriðja stigi við mat og meðferð geðraskana hjá börnum og unglingum að 18 ára aldri. Um leið er samstarf og ráðgjöf við aðra aðila sem sinna börnum og unglingum með félagsleg, þroskafræðileg, geðræn og önnur heilsufarsleg vandamál þýðingarmikill hluti starfseminar. Deildin er því einnig þungamiðja í beinu og óbeinu forvarnarstarfi.

BUGL er sem hluti háskólasjúkrahúss jafnframt miðstöð sérfræðipækkingar og rannsókna í barna- og unglिंगageðlæknisfræðum almennt og sérhæfingar í geðfræðum og rannsókna einstakra faghópa á háskólastigi sérstaklega. Hver fagstétt, sem saman mynda þjónustuteymin, viðheldur faglegru þekkingu sinni og þróar hana samkvæmt bestu vísindalegri vitneskju á hverjum tíma auk þess að miðla þeirri þekkingu með kennslu, þjálfun, ráðgjöf og handleiðslu til nema, annarra faghópa og stofnana.

II. Þjónusta

Barna- og unglिंगageðdeild hefur starfað við Landspítalann frá 1970. Geðdeild Barnaspítla Hringisins, eins og deildin hét þá, skiptist í 2 legudeildir með 6 og 11 plássum en skömmu síðar var annarri deildinni breytt í dagdeild. 1987 opnaði síðan unglिंगageðdeild með 8 plássum. Til að auka hagkvæmni og efla göngudeildarstarfsemi var dagdeild og legudeild barna sameinuð í september 1995.

Starfsemi BUGL í dag er annars vegar tvær legudeildir barna og unglinga, með 6 plássum hvor og hins vegar vaxandi göngudeild. Meðferðarvinna allra deilda þ.m.t. göngudeildar, fer fram í nánni samvinnu við sérkennara Dalbrautarskóla sem er sérskóli fyrir börn með geðræna erfiðleika. Mikilvægasta þróunin í þeirri samvinnu hefur birst í náms- og kennslumati ásamt ráðgjafavinnu sérkennaranna við heimaskóla göngudeildarsjúklinga BUGL. Sérkennararnir eru því þýðingarmikill hluti teymisvinnunar.

Hér á eftir eru starfsemistölur BUGL

Fyrst er tekið saman starfsemi legudeildanna. Meðalfjöldi sjúklinga á dag, fjöldi einstaklinga sem lögðust inn, fjöldi innlagna og loks þróun á meðaldvalartíma.

Starfsemistölur eru frá 1986-1996

	Meðalfjöldi sjúklinga á dag	Fjöldi innlagðra einstaklinga	Fjöldi innlagna	Meðallegutími
1986	9.7	42	52	68.4
1987	13.3		55	88.1
1988	17.4	61	75	84.6
1989	15.8	50	66	87.6
1990	15.5	81	110	51.5
1991	15.9	64	80	72.7
1992	15.4	62	92	60.9
1993	16.6	86	123	49.4
1994	16.6	75	103	57.0
1995	13.2	68	91	53.0
1996	10.5	54	73	46.8
1997	?	?	?	?

Fjöldi viðtala

1991	1486
1992	2410
1993	2313
1994	2443
1995	2473
1996	3115
1997	?

Stöðuheimildir á BUGL:

Læknasvið:

Læknar 7
Sálfræðingar 6
Félagsráðgjafar 4
Iðjuþjálfari 1
Ritarar 2.5

Hjúkrunarsvið:

Hjúkrunarfræðingar 17
Aðrir 23

Kostnaður við BUGL

Rekstrarkostnaður BUGL fyrir árið 1997 nam 135.586.000 kr sem er 6,7% hækkun miðað við 1996. Launagjöld námu alls 124.531.000 kr sem er 9,9% hækkun miðað við 1996.

Sértekjur BUGL 1997 námu 1.171.000 kr sem er um 0,9% af heildargjöldum stofnunarinnar.

Staða BUGL

All nokkur umræða varð um stöðu BUGL á árinu 1997, m.a. í fjölmiðlum. Langir biðlistar barna og unglunga sem vísað hafði verið til mats og meðferðar í göngudeild, höfðu myndast og biðtíminn var allt að 1 ár. Legudeildir barna og unglunga voru undir auknu álagi, annars vegar vegna undirmönnunar og hins vegar vegna skorts á meðferðar-

deild fyrir alvarlega veika einstaklinga sem þurfa að dveljast til lengri tíma.

Með þeirri mönnun og skipulagi hinnar sérhæfðu þjónustu sem BUGL veitir hefur verið mögulegt að veita innan við hálfu prósentu barna undir 18 ára aldri, meðferð. Þrefalda þarf mannafla göngudeildar til að ná því markmiði að geta þjónustað 2% barna og unglinga árlega, samkvæmt viðmiðum norskra stjórnvalda - sjá nánar tillögur hópsins um málefni BUGL.

Vanda BUGL þarf auk þess að setja í samhengi við ófullnægjandi þjónustu fyrir börn og unglinga í geðrænum vanda á öðrum þjónustustigum. Þannig er forvinna í mörgum tilfellum ófullnægjandi þegar vísað er til BUGL og úrræði skortir til eftirfylgdar á málum eftir sérfræðiaðstoð á BUGL. Hópurinn varar við að litið sé á biðlista og vanda barna í sálfélagslegum vanda sem vísað er til Barna- og unglingsgeðdeildar sem einangraðan vanda þeirrar þjónustu sem þar er veitt heldur hvetur til að vandi þessa hóps verði metinn sérstaklega sem og leiðir til að bæta þjónustuna á öllum stigum, í kjölfar vinnu þessa starfshóps.

✓

Greiningar- og Ráðgjafarstöð ríkisins, GRR

Hlutverk GRR lýtur að rannsóknum og greiningu á fötluðum, einkum börnum undir grunnskólaaldri. Ennfremur fer þar fram tengd starfsemi, svo sem langtímameðferð, gerð þjálfunaráætlaða, ráðgjöf til foreldra og meðferðaraðila, starfræksla leikfangasafns, námskeiðahald, skráning fatlaðra og fagleg aðstoð við svæðisskrifstofur og félagsmálaráðuneyti, sbr. 16. gr. laga nr. 59/1992 um málefni fatlaðra.

Þann 1. júní s.l. tók nýtt skipurit gildi um starfshætti GRR. Breytingarnar enduspeglar m.a. þá stefnu stjórnvalda að þjónusta við fatlaða verði felld að félagsþjónustu sveitarfélaga, í stað þess að vera alfarið á vegum ríkisins.

Starfsemi Greiningarstöðvar skiptist nú í fjögur fötlunarsvið, auk Inntöku- og samræmingarsviðs. Svið I og II taka að sér almennar þroskaraskanir yngri og eldri forskólabarna, svið III hreyfihamlanir og svið IV tengsla- og málhamlanir, t.d. einhverfa og aðrar gagntækar þroskaraskanir. Meðferð síðast nefnda málaflokksins fer þannig framvegis alfarið úr höndum BUGL sem hópurinn gerir athugasemd við.

Rekstrarkostnaður GRR 1996 var tæpar 80 milljónir kr.

Barnaverndarstofa

Ítarlegar upplýsingar um starfsemi Barnaverndarstofu bárust í bréfi frá stofnuninni og einnig hefur hópurinn fengið kynningarrit Barnaverndarstofu 1997.

Það kemur fram að Barnaverndarstofa er stjórnsýslustofnun sem heyrir undir félagsmálaráðuneytið. Vakin er athygli á því að meðferðarheimilin sem lúta yfirstjórnar Barnaverndarstofu eru rekin á grundvelli laga nr. 58/1992 um vernd barna og ungmenna sbr. lög nr. 22/1995 og reglugerð nr. 264/1995 um Barnaverndarstofu og III. kafla sömu reglugerðar sem leggur grundvöll að rekstri meðferðarheimilanna.

Einungis tvö ár eru síðan Barnaverndarstofa tók til starfa. Eitt af markmiðum með endurskipulagningu barnaverndarsviðsins var að skapa verkaskiptingu heilbrigðis- og félagsmálasviðs (ráðuneyta ?)

Tilgangurinn með stofnun Barnaverndarstofu var að efla barnaverndarstarf. Hér er einkum um að ræða eftirlit með störfum barnaverndarnefnda, að veita þeim ráðgjöf og fræðslu um það sem varðar barnavernd.

Annað aðalhlutverk Barnaverndarstofu var að yfirtaka rekstur ýmissa meðferðarheimila, sem áður heyrðu undir Unglingaheimili ríkisins.

Þriðja meginverkefni Barnaverndarstofu var að þjónusta barnaverndarnefndir hvað varðar fósturráðstafanir. Hér er um að ræða að meta hæfni verðandi fósturforeldra og veita þeim fræðslu og einnig að veita barnaverndarnefndum ráðgjöf um allt það er að fósturmálum lýtur.

Meðferðaheimili eru rekin undir yfirumsjón og eftirliti Barnaverndarstofu

Þessi heimili eru rekin á grundvelli laga um vernd barna og unglínga. Þar fer fram sérhæfð meðferð svo sem vímuefnameðferð og vistun í bráðatilvikum vegna meintra afbrota og alvarlegra hegðunarerfiðleika líkt og segir í lögnum.

Auk Barnaverndarstofu stendur Reykjavíkurborg að rekstri slíkra heimila.

Ljóst er að mörg ef ekki flest barnanna, sem dvelja á heimilum þessum eiga við einhvern geðsjúkdóm að stríða og hafa verið til meðferðar á BUGL.

Sem stendur eru rekin 5 meðferðarheimili á vegum Barnaverndarstofu með 6 rýmum hvert. Á Stuðlum eru 8 rými til skammtíameðferðar og 4 til neyðarvistunar.

Barnaverndarstofa hefur því til umráða.

- langtíameðferð 30 rými
- skammtíameðferð 8 rými
- neyðarvistun 4 rými
- alls 42 rými

Samkvæmt upplýsingum frá Barnaverndarstofu er dvalartími barna í langtíameðferð nokkuð mismunandi en sjaldnast skemmri en eitt ár nema rof verði á meðferðinni. Í sumum tilvikum er jafnvel um 2 ára meðferð að ræða eða lengri.

Barnaverndarstofa leggur áherslu á eftirtalda þætti í samstarfi við geðheilbrigðiskerfið.

Í fyrsta lagi er lögð áhersla á almennt samstarf með það að markmiði að börn njóti ávallt þeirra meðferðar sem þau þurfa á að halda og árangursríkust er talin hverju sinni.

Einnig er þörf á almennri ráðgjöf á þessu sviði (consultation) við einstaka meðferðarheimili.

Í þriðja lagi er svo lögð áhersla á bráðapjónustu.

Barnaverndarstofa vekur athygli á skorti á geðlæknisfræðilegri ráðgjöf fyrir börn og ungmenni. Nefnt er sem dæmi umfang barnaverndarnefnda sem sinna börnum, þar sem grunur leikur á að þau hafi verið beitt kynferðislegu ofbeldi.

Einnig er bent á vandamál sem geta komið upp á meðferðarheimilum og þurfa úrlausnar geðlæknis og loks á vandamál sem upp geta komið á neyðarmóttökunni að Stuðlum og þurfa einnig geðlæknisafskipta við.

Barnaverndarstofa vekur einnig athygli á því að stundum er erfiðleikum bundið að fá upplýsingar frá BUGL og getur það skapað veruleg vandamál á meðferðarheimilum.

Barnaverndarstofa leggur ríka áherslu á að bætt verði geðlæknisfræðileg ráðgjöf og meðferð fyrir börn og unglunga sem á slíku þurfa að halda.

Samtök áhugamanna um áfengisvandamálið, SÁÁ

Meðferð unglunga með áfengis- og vímuefnavandamál fer í auknum mæli fram á vegum SÁÁ.

Sjálfir benda þeir á að umdeilt sé hvort meðhöndla eigi unglunga á sömu stofnunum og fullorðna eða á sérstökum stofnunum. Forráðamenn SÁÁ segja að unglungum líki vel meðferðin þar og agavandamál þeirra miklu minni og brotthlaup fátíðara en í sérstökum unglungaheimilum.

Í ársskýrslu SÁÁ fyrir árið 1996 er tekið saman hve margir einstaklingar 19 ára og yngri hafa lagst inn á Vog 1989-1996.

	stúlkur	piltar	alls	innlagnir
1989	31	49	80	96
1990	36	56	92	113
1991	30	76	106	123
1992	33	74	107	134
1993	43	83	126	152
1994	60	82	142	172
1995	51	86	137	185
1996	69	111	180	223

Áfengi er það vímuefni sem unglingar nota mest og áfengismisnotkun eða -fíkn er fyrsta og aðalsjúkdómsgreining sem þeir fá í 70% tilvika. Af þeim fá 40% aðra vímuefnagreiningu með áfengisgreininguna eina. Í 30% tilvika er annað vímuefni en áfengi talið aðalvandinn.

Í skýrslu SÁÁ er lögð áhersla á að sum ungmennanna gera meira úr vímuefnaneyslu sinni en efni standa til. Einkum er talið varasamt að treysta upplýsingum þeirra sem eru á aldrinum 15-17 ára.

Auk áfengismisnotkunar neyta unglungarnir kannabisefna, amfetamíns, ofskynjunarefna og E-pillunnar.

Kókaínnotkun er lítil og heróínneysla sáralítill. Unglingar virðast fikta eitthvað við það að sprauta sig með amfetamíni en flestir láta duga að reyna það í eitt eða örfá skipti. Sprautunotkun í þessum hópi er orðin alvarlegur heilbrigðisvandi þar sem flestir þeirra sem sprauta sig

reglulega fá C-lifrabólguþsmit og 15% þeirra sem hafa fíktað við að sprauta sig sjaldnar en 10 sinnum hafa fengið þennan sjúkdóm.

SÁÁ áætlað að kostnaður við meðferð sjúklinga 19 ára og yngri hafi verið um 30 milljónir króna árið 1996, þar af hafi 5 milljónir króna farið í göngudeildarstarfsemi.

5.1.6. Tillögur starfshópsins um stefnumótun í geðheilbrigðismálum barna og unglínga:

Það er ljóst að nauðsynlegt er að efla geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglínga og fjölskyldur þeirra á öllum þjónustustigum.

Geðheilbrigðisþjónusta við þriðjung þjóðarinnar, sem eru ólögráða börn undir 18 ára aldri, og tengd starfsemi snertir fjölda þjónustuaðila sem heyra undir heilbrigðis-, félagsmála- og menntamálaráðuneytið, og sveitafélög. Starfshópurinn telur nauðsynlegt að nú þegar verði skipaður nýr starfshópur með fulltrúum yfirvalda og stjórnendum mikilvægustu þjónustuaðila á hverju sviði sem komi sér saman um heildarstefnumótun í málaflokknum og framkvæmdaáætlun.

Brýnasti vandinn, að mati hópsins, sem þarf að leita úrlausnar á er eftirfarandi:

Geðheilbrigðisþjónustan þarf að vera heilðræn þar sem boðleiðir frá grunnþjónustunni til hinnar sérhæfðu eru skýrar. Verkaskipting þarf að vera glögg og sérhæfing þannig efla en jafnframt þarf samhæfing að vera til staðar t.d. milli skólaheilsugæslu, félagsmálastofnana og sérfræðiþjónustu skóla á öðru þjónustustigi og milli BUGL, Greiningarstöðvar og Barnaverndarstofu á því þriðja.

Fyrsta stigs þjónusta

Á þessu stigi fer fram forvarnarstarf sem miðar að lækkuð nýgengis geðraskana auk almennrar geðheilbrigðisþjónustu sem felst m.a. í því að:

uppgötva geðheilbrigðisvanda á fyrstu stigum gefa almenn ráð og í sumum tilvikum meðferð við minni háttar geðheilsuvanda nota tækifæri sem gefast til að efla geðheilbrigði og fyrirbyggja geðheilsuvanda.

Auka þarf vægi geðheilbrigðisþátta í:

Mæðravernd
Ungbarnavernd
Dagvist barna
Skólaheilsugæslu og nemendaverndarráðum

Lögð er áhersla á að sinna sálfélagslegum vanda barna og unglínga sem oft krefst skjótra úrlausna.

Annars stigs þjónusta

Á þessu stigi fer fram frekari greining sálfélagslegs og geðræns vanda, meðferð og tilvísanir mála til þjónustuaðila þriðja stigs. Forvarnir á þessu stigi felast í því að meðhöndla vanda á fyrstu stigum og koma þannig í veg fyrir að hann verði viðvarandi.

Þessu stigi tilheyra m.a.

Einyrkjar á einkareknum stofum viðsvegar um land
Þjónusta heilsugæslustöðva
Sálfræði- og sérkennsludeildir dagvistar barna
Sérfræðiþjónusta skóla
Félagsmálastofnanir sveitafélaga
Rauða kross húsið

Að auki tilraunaverkefni:

Fjölskyldumiðstöð á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur
Samvist - fjölskylduþjónusta Reykjavíkurborgar og Mosfellsbæjar

Brýnast er að efla geðheilsugæslu t.d. með frekari menntun og ráðningu fagfólks í stöðuheimildir sem þegar eru fyrir hendi t.d. í heilsugæslunni.

Bæta þarf mönnun sérfræðideilda skóla og endurskoða reglugerð um þá þjónustu frá 1996.

Þriðja stigs þjónusta

Sérfræðiaðstoð fyrir alvarlegri, flóknari og viðvarandi vandamál. Hér er um að ræða teymi einstaklinga úr ýmsum faghópum sem vinna hjá sérhæfðum stofnunum.

Heilbrigðisyfirvöld þurfa að móta stefnu heilbrigðisstofnana á þessu stigi sem eru fyrst og fremst Barna- og unglingsgeðdeild Landspítalans auk barna- og geðdeilda að hluta til. Í samráði við stjórnendur þessara stofnana þarf að hrinda slíkri stefnu í framkvæmd með framkvæmda-áætlun. Til að forðast faglega einangrun og fordóma skal þjónustan veitt í nánum tengslum við aðra heilbrigðisþjónustu við börn og unglings.

Félagsmálayfirvöld hafa skilgreint hlutverk stofnana sem heyra undir þau á þessu þjónustustigi sem eru Barnaverndarstofa og Greiningar- og ráðgjafarstöð ríkisins.

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 vímuefnamedferð og vistun í bráðatilvikum vegna meintra afbrota og alvarlegra hegðunarerfiðleika. Börnum með geðræn vandamál skuli hins vegar vísað til úrræða á vegum heilbrigðisráðuneytis.

Eins og fram kemur í kafla 5.1. um meðferð unglings í vímuefnavefnavanda, er vandi þess hóps samsettur og grundvallaratriði að þeir þættir sem hafa áhrif á andlegt og líkamlegt heilsufar séu metnir og að slíkt mat og meðferð lúti stjórn og ábyrgð barna- og unglingsgeðlækna. Efla þarf möguleika barna- og unglingsgeðdeilda á að sinna þessum hópi sem og samstarf við meðferðarstöð Stuðla sem heyrir undir Barnaverndarstofu.

Starfshópurinn bendir á að allar ofanefndar stofnanir sinna börnum og unglíngum með margþætt vandamál sem skarast að verulegu leyti. Það kann að vera hagkvæmt að auka samstarf eða jafnvel sameina suma þætti í starfsemi þeirra, t.a.m. þarf að athuga sérstaklega:

Samstarf BUGL og Greiningarstöðvar varðandi mat og meðferð á einhverfuröskunum.

Núverandi ástand þar sem gert er ráð fyrir staðsetningu þjónustuteymis við einhverfa á Greiningarstöð og að BUGL hætti að sinna þjónustu sem deildin hefur byggt upp og þróað á 27 árum telur hópurinn óviðunandi. Um er að ræða geðheilbrigðisvandamál sem eðli sínu samkvæmt heyrir undir heilbrigðisþjónustu en að hluta undir félagsmálayfirvöld og síðar sveitastjórnir skv. lögum um málefni fatlaðra.

Hópurinn leggur til að athugaður verði möguleiki á sameiningu BUGL og GRR og að þjónusta beggja verði veitt í nánnum tengslum eða innan nýs barnaspítala.

Samstarf BUGL og Barnaverndarstofu varðandi mat og meðferð á hegðunar- og vímuefnavanda.

Fagleg þekking á vanda þessa hóps er til staðar á báðum stofnunum en mat sem leið að betri meðferðarárangri þarf að grundvallast á þekkingu barna- og unglíngageðlæknisfræðinnar á fjölþættum vanda þessa hóps sérstaklega. Þá þurfa börnin í mörgum tilfellum á meðferðarúrræðum beggja að halda.

Sameiginleg greiningarstöð undir stjórn heilbrigðisyfirvalda og nánara samstarf í meðferð getur leyst þennan vanda

Auk þessa leggur hópurinn til að sérstaklega verði athugað hvort:

Opna eigi sérstaka unglíngamóttöku.

Unglíngamóttökur sinna margs konar heilbrigðis-, félagsmála- og fræðsluþjónustu þar sem sérfræðingar á ýmsum sviðum sem snerta unglínga starfa á sameiginlegum vettvangi. Milliliðalaust, gott aðgengi án beins kostnaðar fyrir unglínginn er grundvallaratriði. Visir er að slíkri starfsemi með nýrri Fjölskyldumiðstöð Reykjavíkurborgar en verkefnasviðið sem fyrst og fremst tengist vímuefnavanda er of þröngt afmarkað.

Sérstakar tillögur starfshópsins varðandi úrbætur í málefnum barna- og unglíngageðdeildar Landspítalans, BUGL:

Nefndin leggur til að á næstu tveimur árum verði fjármagn til BUGL aukið þannig að hægt verði að tvöfalda meðferðartilboðin og veita þar með einu prósentu barna árlega nauðsynlega meðferð.

Jafnframt leggur starfshópurinn til að þjónustan verði markvisst aukin þannig að á hverju tveggja ára tímabili verði hægt sinna hálfu prósentu meir en áður og að sex árum liðnum verði því markmiði náð að geta veitt 2% barna nauðsynlega sérfræðiþjónustu árlega.

Þjónustuaukningin fari fram í göngu- og dagdeildum. Sólarhringsrými verði endurskipulögð og langtímameðferðarúrræði sköpuð til að ná fram nauðsynlegri breidd þeirrar þjónustu. Er þetta í samræmi við þróun sambærilegrar þjónustu í nágrannalöndunum og ráðleggingar

sænskra sérfræðinga sem skiluðu álit um starfsemi BUGL í ágúst 1995.

Kostnaður vegna þjónustuaukningar:

Norskar tölur gera ráð fyrir 4 fagaðilum í göngudeild eingöngu á hverja 30.000 íbúa þegar miðað er við að geta sinnt 2% barna á ári, sem samsvarar 36 fagaðilum á Íslandi. Í dag samsvarar vinnuframlag fagaðila sem sinna göngudeild sérstaklega á BUGL um 12 stöðugildum en þyrfti að fjölga í 18 á tveimur árum ef ofangreint markmið á að geta náðst. Það þarf því að fjölga um 3 stöður í göngudeild árlega. Kostnaður af því er um 8 milljónir á ári.

Uppbygging og skipulag þjónustunnar verði því með eftirfarandi hætti:

1. GÖNGUDEILD

Inntökuteymi göngudeildar BUGL

Teymið þarf að vera mannað barna- og unglíngageðlæknum, deildarlækni, hjúkrunarfræðingi, félagsráðgjafa og sálfræðingi. Teymið tryggir faglega skimun mála innan tiltekins skamms tíma til að auka gæði þjónustunar og fyrirbyggja upphleðslu mála á biðlista.

Samráðsteymi (konsúltasjónsteymi) BUGL

Sinnir samráðskvaðningum við barnadeild Landspítalans og hugsanlega aðra aðila. Barnageðlæknir, geðhjúkrunarfræðingur, sálfræðingur og félagsráðgjafi starfi í teyminu.

Sérhæfð göngudeildarstarfsemi BUGL

Tvö megin teymi, innhverfra og úthverfra raskana eru starfrækt auk sérhæfðra undirteyma. Fjöldi nauðsynlegra fagaðila mynda teymin s.s. barnageðlæknar, sálfræðingar, félagsráðgjafar, hjúkrunarfræðingar, ýmsir þerapistar, iðjuþjálfar ofl.

2. DAGDEILD

Á dagdeild fer fram sérhæfð meðferð sem krefst lengri daglegrar viðveru en í göngudeild og samvinnu fagaðila í beinni vinnu með barn/foreldra/fjölskyldu. Meðferðinni sinna fagaðilar beint og samsetning teymis skarast við göngudeildarteymi.

3. MÓTTÖKUDEILD

Gert er ráð fyrir einni legudeild barna og unglínga upp að 18 ára aldri. Hægt verði að aðskilja rými innan deildarinnar og hún verði með 6-8 sólarhringsrýmum. Stefnt verði að því að gera dvöl stutta og markvissa. Slíkt verður mögulegt með því heildarskipulagi sem tillögur þessar gera ráð fyrir. Við deildina starfi barnageðlæknir, sálfræðingur, félagsráðgjafi, hjúkrunarfræðingar og aðstoðarfólk.

4. MEÐFERÐARDEILDIR

Framhaldsmeðferðardeild fyrir langveik börn verði starfrækt í náinni samvinnu við sérskóla ss Dalbrautarskóla. Kleifarvegsheimilið gæti þjónað þessu hlutverki undir stjórn BUGL.

Endurhæfingardeild fyrir unglínga upp að 18 ára aldri. Gera má ráð fyrir 6-8 plássum og vistun geti orðið frá mánuðum upp í ár. Mönnun verður mun minni en á móttökudeild, en deildin er rekin undir stjórn barna- og unglíngageðdeildar. Meðferðarvinna fer fram í tengslum við

göngu- og dagdeild og unglíngarnir geta gengið í Dalbrautar-skóla eða heimaskóla.

Húsnæðismál BUGL

Nefndin gerir eftirfarandi tillögu um lausn á landfræðilegri og faglegri einangrun ásamt húsnæðisvanda BUGL.

Á Landspítalalóð verði staðsett:

• Móttökudeild

Vegna nálægðar annarrar þjónustu sem slík bráðadeild þarf á að halda og vegna öryggis sjúklinga og starfsfólks, er nauðsynlegt að staðsetja deildina inni á sjúkrahússlóðinni. Slíkt er einnig mjög mikilvægt til vinna gegn fordómum gagnvart geðsjúkum.

• Inntöku- og samráðsteymin

Samstarf við barnadeildina er brýnt hér og eðlilegast að starfsemin fari fram í nýjum barnaspítala. Áætla má að starfsemi þessara tveggja teyma þurfi ca. 8 sérhönnuð herbergi auk skrifstofa og sameiginlegs rýmis, samanlagt a.m.k. 300-400 m². Ef ekki reynist mögulegt að koma starfsemi af þessu umfangi fyrir í 1. áfanga barnaspítalans er eingöngu til að mynda afmarkaðri göngu- og samráðsstarfsemi BUGL, þyrfti engu að síður að taka tillit til sérstakra þarfa barnageðlæknisfræðilegrar þjónustu við hönnun barnaspítalans.

Við Dalbraut 12 verði staðsett:

• Sérhæfð göngudeildarstarfsemi BUGL

• **Legudeild barna og unglíngadeild** eru nú staðsettar hér.

Meðferðarheimilið að Kleifarvegi 15 heyrir nú undir BUGL.

Fyrst um sinn er fyrirhugað að **sameiginleg móttökudeild verði að Dalbraut 12** og að legudeild barna verði breytt í **dagdeild**. Brýn þörf er fyrir **langtíma meðferðarúræði fyrir börn og unglíngi**.

III. Stjórnunarleg staða BUGL

Auka þarf fjárhagslegt sjálfsforræði BUGL og þar með ábyrgð á faglegri stjórn og þróun. BUGL þarf að eiga náíð samstarf við geð- og barnadeild. Athuga þarf hvort BUGL verði að sérsviði innan Ríkisspítala eða hvort hægt verði að tryggja aukið sjálfsforræði með öðrum hætti. Samvinna og að einhverju leyti sameining við Greiningarstöðina getur orðið til að efla þjónustu beggja sem og samvinna við Barnaverndarstofu. Til að sporna við landfræðilegri og faglegri einangrun, sem hefur háð starfseminni, og auka gæði þjónustu við börn og fjölskyldur, þarf að tryggja tengingu við nýjan barnaspítala.

5.2. Skipulag þjónustu fyrir aldrað fólk með geðsjúkdóma

Inngangur

Fyrirséð er mikil aukning á fjölda aldraðra næstu áratugi og þar með mikil þörf á sérhæfðum og skilvirkum vinnubrögðum varðandi aldraða geðsjúka. Þetta hefur orðið til þess að víða erlendis hafa verið stofnaðar sérstakar þjónustueiningar fyrir aldrað fólk með geðsjúkdóma. Þessu er nokkuð misjafnlega fyrir komið milli landa en grunnþættirnir eru meira og minna þeir sömu alls staðar.

Í þessum kafla verður gerð lausleg grein fyrir skipulagi öldrunargeðheilbrigðisþjónustu í ýmsum löndum, síðan minnst á mannfjöldapróun næstu áratugina, reiknaður út líklegur fjöldi sjúklinga með helstu geðkvilla ellinnar á Íslandi og áætlað umfang öldrunargeðheilbrigðisþjónustu á næstu þrem áratugum. Að lokum verða settar fram tillögur til úrbóta varðandi fyrirkomulag öldrunargeðheilbrigðisþjónustu í framtíðinni. Þessi atriði og tölur sem fram koma eru að mestu leyti byggð á greinargerð hópsins frá dr. med. Hallgrimi Magnússyni geðlækni, heilsugæslulækni í Grunarfirði. Starfshópurinn færir honum bestu þakkir.

Viðauki I er greinargerð um heilabilun á Íslandi, unnin af Samstarfsnefnd um málefni aldraðra, á vegum Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis.

Viðauki II er stutt greinargerð um öldrunargeðheilbrigðisþjónustu í ýmsum löndum, unnin af dr. med. Hallgrimi Magnússyni geðlækni. Töflurnar í lok kaflans eru allar fengnar úr doktorsritgerð Hallgríms Magnússonar (vide heimildaskrá aftast í skýrslunni).

5.2.1. Skipulag öldunargeðlækninga í öðrum löndum

Almennt má segja að þróun skipulags á öldunargeðlækningum hafi víðast hvar verið með svipuðum hætti, þótt mjög misjafnt sé hversu langt sú þróun er á veg komin. Þeir þættir sem sameiginlegir eru flestum nágrannalöndum okkar eru þessir:

1. Öldrunargeðdeild
2. Dagspítali
3. Göngudeild með vitjanþjónustu
4. Fræðsla fyrir starfsfólk hjúkrunarheimila og aðstandendur.
5. Hjúkrunarheimili sérstaklega ætluð fyrir fólk með geðkvilla.
6. Sérstök kennsla um geðsjúkdóma aldraðra í skólum fyrir heilbrigðisstarfsfólk.

Útfærsla á þessum þáttum, tengsl þeirra innbyrðis og við aðrar heilbrigðisstofnanir eru mjög mismunandi og fara eftir ýmsum aðstæðum. Í flestum nágrannalöndum okkar hefur öllum þáttunum verið komið á fót.

Sums staðar hefur verið erfitt að koma sér saman um verksvið öldrunargeðlækninga, bæði gagnvart öldrunarlækningum og geðlækningum. Í Danmörku fer þessi skipting eftir aldri og sjúkdómsgreiningu (sjá viðauka II) en annars staðar eru mörkin ekki svo nákvæmlega skilgreind.

Stutt lýsing á skipulagi öldrunargeðheilbrigðisþjónustu í nokkrum löndum fylgir hér með í viðauka II.

5.2.2. Skipulag á Íslandi

Á Íslandi hefur aldrei verið starfandi geðlæknir, geðhjúkrunarfræðingur eða geðlækningateymi sem sinnir eingöngu öldruðum. Engin öldrunargeðdeild er starfandi og eru aldrei venjulega lagðir inn á almennar geðdeildir. Til eru þó deildir fyrir aldrei geðsjúka, svo sem T-1 og T-2 í Arnarholti (Sjúkrahús Reykjavíkur) og langdvalardeildir á geðdeild Landspítala. Örfáir geðlæknar hafa þó sýnt málinu áhuga í verki og sinnt nauðsynlegri ráðgjafþjónustu. Dagdeildir eru til fyrir fólk með heilabilun, og á stóru hjúkrunarheimilunum eru sérstakar hjúkrunardeildir fyrir aldrei með heilabilun og hegðunartruflanir. Minnismóttaka er einnig starfandi. Almennir geðlæknar sinna öldruðum með geðsjúkdóma og ef innlagnar er þörf er lagt inn á almennar geðdeildir. Öldrunarlæknar hafa að mestu tekið að sér greiningu og meðferð á heilabilun.

Miðað við vestræn lönd verður því að segja að þróun öldrunar-geðlækninga sem undirgreinar geðlæknisfræði sé skammt á veg komin hér á landi. Sama má segja um geðhjúkrun aldrei.

Þeim úrræðum sem fyrir hendi eru á Íslandi í dag varðandi geðsjúka aldrei má í grófum dráttum skipta í þjónustu við aldrei með geðraskanir aðrar en heilabilun (minnistruflun) og þjónustu við einstaklinga með heilabilun. Eins og áður segir eru almennar geðraskanir aldrei til meðhöndlunar á sjúkrahúsunum, einkum geðdeildum svo og á stofum hjá einstaka geðlæknum. Einnig eru slík vandamál að einhverju leyti til umfjöllunar á öldrunarlækningadeildum, einkum ef fleiri vandamál eru til staðar í senn hjá hinum aldrei. Stærsta vandamálið af þessum toga er hins vegar heilabilun. Úrræðum hvað þann þátt áhrærir má skipta í nokkra þætti:

Greiningarvinna Minnismóttaka öldrunarlækningasviðs SHR á Landakoti sérhæfir sig í greiningu á orsökum heilabilunar. Greining fer hins vegar fram víða, á legudeildum, einkum öldrunardeildum, lyfjadeildum, geðdeildum og taugalækningadeildum, en auk þess á lækningastofum. Erfitt er því að gera sér grein fyrir umfanginu, en stærsti einkstaki aðillinn er Minnismóttakan á SHR sem sér 70-80 ný tilfelli á ári.

Dagvistir Tvær sérhæfðar dagvistir fyrir einstaklinga með heilabilun eru í Reykjavík, Hlíðarbær við Flókagötu 53 og Dagvist aldrei við Vítorg. Báðar hafa leyfi fyrir 18 einstaklingum á dag og samtals sinna þær að jafnaði u.þ.b. 45 í senn í hverri viku. Nýinritanir á ári eru 30-50, en hver einstaklingur er að jafnaði innritaður í liðlega 1 ár. Báðar þessar dagvistir hafa samning um lækniþjónustu við öldrunarlækningasvið SHR.

Sambýli Einungis tvö sambýli fyrir heilabilaða einstaklinga eru í rekstri í Reykjavík og eitt er að taka til starfa á Akureyri. Stærðin er 7-9 manns á hverju sambýli.

Hjúkrunardeildir Tvær deildir sérstaklega fyrir einstaklinga með heilabilun hafa verið hannaðar frá upphafi, í Eir við Gagnveg (20 pláss) og í Skógarbæ í Suður-Mjódd (14 pláss). Á flestum hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu eru hins vegar sérstakar deildir eða deildarhlutar fyrir einstaklinga með þessi vandamál, en þessi þjónusta er ekki aðskilin í þeim gögnum sem aðgangur er að og því er fjöldi pláss ekki þekktur nákvæmlega en er á bilinu 80-100 rúm og því er rúmafjöldinn alls 110-130. (Jón Snædal: Svar vegna fyrirspurnar til samstarfsnefndar um málefni aldrei (SUMA) varðandi geðheilbrigðismál aldrei, sjá fylgiskjal #)

5.2.3. Lausleg áætlun um þörf á þjónustu við aldraða með geðsjúkdóma næstu áratugi

Undanfarna tvo áratugi hefur öldruðum fjölgað allmikið hér á landi. Frá 1980 til 2000 fjölgar hóp 65 ára og eldri um 43% og svipuð fjölgun (47%) er áætluð næstu tvo áratuginum (Tafla 1). Spá Hagstofunnar er að árið 2030 verði aldraðir um 18% þjóðarinnar.

Þessi staðreynd endurspeglast í útgjöldum þjóðarinnar til öldrunarmála. Þjóðhagsstofnun hefur fylgst með útgjöldum til heilbrigðismála, en í gögnum hennar er útgjöldum til öldrunar og endurhæfingarmála slegið saman. Frá 1980 til 1998 er aukning útgjalda mest í þessum málaflokki og gildir þá einu frá hvaða sjónarhorni er skoðað (tafla 2). T. d. hækkar staðvirtur kostnaður á mann til öldrunar og endurhæfingar um 170% meðan heildarútgjöldin hækka um 54,5%. Fullvist má telja að stærsti hluti þessarar aukningar sé vegna vaxandi fjölda aldraðra. Það er ekki ósennilegt að aukning í útgjöldum verði svipuð næstu tuttugu árin. Óvíst er hvort sú aukning verði öll greidd úr ríkissjóði, því margir hafa bent á að ekki sé öruggt að hægt verði að greiða fyrir heilbrigðisþjónustu í framtíðinni á sama hátt og gert er nú og má í því sambandi benda á þá staðreynd, að á síðustu árum hafa mörg sveitarfélög orðið að greiða hluta af kostnaði við rekstur hjúkrunarheimila.

Til að meta fjölda aldraðra með geðsjúkdóma hefur stundum verið notuð sú „þumal fingursregla“ að 25% aldraðra þjáist af einhverjum geðkvilla og 25% af þeim þurfi á sérþjónustu að halda, þ. e. 6,25% af heildinni. Samkvæmt þeirri reglu þurfa um 1850 einstaklingar á sérþjónustu að halda á þessu ári, en um 2700 árið 2020.

Til eru staðlar um stærð deilda og annarar starfsemi við öldrunargeðlækningar. Einn slíkur staðall hefur verið gefinn út af „Royal College of Psychiatrists“. Tafla 3 sýnir fjölda rúma á næstu þrjátíu árum miðað við þennan staðal. Samkvæmt honum ætti að vera hér til 19 rúma öldrunargeðdeild og dagspítali með 24 plássum fyrir geðkvilla aðra en heilabilun. Eftir 30 ár þurfa þessar deildir að vera tæplega helmingi stærri.

Á Íslandi hafa geðsjúkdómar aldraðs fólks verið rannsakaðir allitarlega. Fjöldi geðsjúkdóma á hverjum tíma (%) eftir aldri er sýndur í töflu 4. Hlutur heilabilunar eykst hratt með aldrinum, hlutur þunglyndis stendur nokkurn veginn í stað, en tíðni annara geðkvilla minnkar, hugsanlega vegna þess að þeir víkja fyrir öðrum og alvarlegri sjúkdómum. Út frá þessum upplýsingum má geta sér til um hve margir einstaklingar verði með geðsjúkdóma á næstu áratugum. Í töflu 5 er þetta gert og í ljós kemur að stóraukin þörf er á sérfræðiþjónustu við aldraða með geðsjúkdóma í nánustu framtíð.

Í skýrslunni „Daglegt líf á hjúkrunarheimili“ (vide heimildaskrá) kemur fram, að tæplega 60% íbúa á öldrunarstofunum tekur róandi lyf og svefnlyf, og 25% þeirra tekur geðdeyfðarlyf.

Áætlað hefur verið að um 70% þeirra sem bíða í mjög brýnni þörf fyrir hjúkrunarheimili séu haldnir heilabilun á því stigi að komi niður á daglegri færni. Undanfarin misseri hafa að staðaldri 150-180 einstaklingar beðið eftir hjúkrunarvist í Reykjavík og 40-60 manns samtals í öðrum sveitarfélögum á landinu. Samkvæmt þessu eru 100-120 einstaklingar með heilabilun í bið eftir slíku úrræði í Reykjavík.

5.2.4. Hugmyndir um skipulag þjónustunnar

Ef borið er saman skipulag geðheilbrigðismála hér á Íslandi og erlendis kemur í ljós að Ísland er mjög skammt á veg komið með sérfræðipjónustu við aldraða með geðkvilla og undirbúningur við aukin verkefni á næstu árum er varla hafinn. Við stöndum frammi fyrir tveim kostum.

1. Geðlækningar aldraðra verði að mestu áfram í höndum almennra geðlækna og öldrunarlækna.
2. Hefja uppbyggingu geðlækninga og öldrunargeðheilbrigðisþjónustu í svipaðri mynd og tíðkast viðast hvar annars staðar.

Sé kostur 1 valinn þarf að huga að eftirfarandi þáttum:

- Nauðsynlegt er að auka fræðslu í geðlækningum hjá öllum sem að öldrunarmálum starfa, allt frá sérfræðingum til óbreyttra starfsmanna á hjúkrunarheimilum.
- Gera þarf ráð fyrir auknu plássi fyrir aldraða á almennum geðdeildum í náginni framtíð.
- Gera þarf ráð fyrir að göngudeildir geðdeilda geti veitt öldruðum með geðsjúkdóma þjónustu m. a. með möguleika á vitjunum.

Sé kostur 2 valinn verður einkum að huga að eftirfarandi atriðum:

- Stofna þarf legudeild fyrir aldraða með geðsjúkdóma
- Stofna þarf göngudeild fyrir aldraða með geðkvilla, þar sem auðvelt er að fara í vitjanir til sjúklinga sem ekki komast leiðar sinnar með góðu móti.
- Koma þarf upp öflugri fræðsluþjónustu fyrir umönnunaraðila. Hjúkrun aldraðra með geðsjúkdóma er oft erfitt verk og reynslan hefur sýnt að fræðsla starfsfólks bætir mjög hjúkrun og leiðir til minni notkunar lyfja hjá órólegum sjúklingum. Hér er bæði átt við fræðslu í almennri geðhjúkrun og einnig leiðbeiningar um einstaka sjúklinga. Rannsóknir hafa sýnt að fræðsla þarf að vera endurtekin. Hagstæð áhrif fræðslu starfsfólks á hjúkrunarheimilum og í heimahúsum dvínar talsvert á 6 mánuðum skv. rannsóknnum. Flest lönd leggja mikla áherslu á fræðslu af þessu tagi, og er hún stundum tengd göngudeildarþjónustu.
- Þar sem oft er verið að eiga við langvinna sjúkdóma þarf að finna leið til að tryggja langlegupláss fyrir sjúklinga sem leggjast inn á öldrunargeðdeild. Má í þessu sambandi benda á að aðferð sú er beitt hefur verið í Osló hefur gefist vel. Vinnuhópurinn telur kost 2 mun heillavænlegri til árangurs frá öllum hliðum séð.

Almennir umræðupunktur

Setja þarf öldrunargeðheilbrigðisþjónustu ofar í forgangsröðun.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur sett fram þá stefnu, að öldrunargeðheilbrigðisþjónusta skuli sett framarlega í forgangsröðun heilbrigðiskerfisins (WHO, 1996). Stofnunin hefur einnig minnt að að batalíkur aldraðra með geðsjúkdóma séu ekki lakari en þeirra sem yngri eru.

Huga þarf að menntun nýliða.

Öruggt er að stærri og stærri hluti heilbrigðisstarfsfólks mun í framtíðinni sinna öldruðum og því er nauðsynlegt að efla menntun á þessu sviði. Öldrunargeðlækningar og öldrunargeðhjúkrun þurfa að verða viðurkenndar kennslugreinar í heilbrigðisfræðum.

Mæla þarf þörf á öldrunargeðþjónustu í þjóðfélaginu.

Öldruðum fjölgar ört og þörfin breytist nokkuð hratt af þeim sökum. Þörf má skilgreina á ýmsa vegu og hún er háð mörgum þáttum öðrum

en tíðni sjúkdómanna. Þar við bætist það sérkenni heilbrigðisþjónustu að eftirspurn eftir þjónustu lagar sig gjarnan að framboði hennar, öfugt við það sem gildir í viðskiptalífinu. Mikilvægt er að að skilgreina með einhverjum hætti þá þörf sem ætlunin er að uppfylla, mæla hana síðan í þjóðfélaginu með reglulegu millibili og aðlaga þjónustuna eftir því. Slíkar mælingar kunna að virðast dýrar í upphafi, en geta sparað mikla fjármuni þegar fram í sækir.

Huga þarf að skýrari verkaskiptingu.

Reynslan frá öðrum löndum sýnir að óljós verkaskipting getur valdið erfiðleikum við skipulagningu.

Skoða þarf möguleika á að auka hlut heilsugæslunnar

í þjónustu við aldrað fólk með geðsjúkdóma. Það gæti leitt til minni kostnaðar við sérþjónustu.

5.2.5. Samantekt varðandi umbætur í öldrunargeðheilbrigðisþjónustu

Sett verði á laggirnar öldrunargeðdeild með 25 rúmum annaðhvort við geðdeild Landspítala eða geðsvið Sjúkrahúss Reykjavíkur.

Stofnaður verði dagspítali fyrir aldraða með geðkvilla aðra en heilabilun á sama stað og öldrunargeðdeildin verður starfrækt.

Heilsugæsluþjónustu við aldraða geðsjúka verði eflid, t.d. með ráðningu geðhjúkrunarfræðinga á heilsugæslustöðvar.

Menntun heilbrigðistétta í öldrunargeðlækningum og geðhjúkrun verði eflid.

Stuðlað verði að skilvirkara samstarfi öldrunarsviða og geðsviða sjúkrahúsanna, svo og hjúkrunarheimila og geðsviðanna.

Hafist verði handa við mælingar á þjónustuþörf aldraðra einstaklinga með geðkvilla.

Stofnaður verði samstarfshópur á vegum Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis um geðheilbrigðismál aldraðra, sem samanstandi af aðilum frá geðheilbrigðisþjónustunni, öldrunarþjónustunni og heilbrigðisráðuneytinu

Viðauki I

Heilabilun á Íslandi

Skýsla gerð af Samstarfsnefnd um málefni aldraðra á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis, í febrúar 1997.

Inngangur

Heilabilun (dementia) er samkvæmt alþjóðlegum skilmerkjum það ástand einstaklings sem lýsir sér í vaxandi minnistapi og lakari vitrænni getu en áður. Því er almennt ekki talað um heilabilun hjá proskaheftum einstaklingum þótt vitræn geta þeirra sé vissulega skert miðað við aðra. Heilabilun er eitt af stærstu heilbrigðisvandamálum þeirra þjóða sem hafa hátt hlutfall aldraðra. Í nánast öllum löndum fer hlutfall aldraðra hækkandi og vandamál tengd heilabilun þar með. Þetta hefur mönnum verið ljóst um nokkurt árabil og því hefur víða verið lögð talsverð vinna í athuganir á vandanum og í framhaldi á því verið teknar ákvarðanir um aðgerðir. Þessar lausnir eru misjafnar milli landa og landsvæða og byggjast að miklu leyti á staðbundnum

aðstæðum og hefð í viðkomandi samfélagi. Engin stefna hefur verið mótuð af hálfu heilbrigðisyfirvalda hér á landi í málefnum heilabílaðra einstaklinga en þó hefur margt verið gert sem til heilla hefur horfið. Ráðherra heilbrigðismála hefur falið Samstarfsnefnd um málefni aldraðra (SUMA) að taka saman skýrslu um ástandið í málefnum heilabílaðra eins og það er í dag og koma með tillögur um stefnu-mörkun.

Fjöldi heilabílaðra

Aldur er helzti áhættuþáttur heilabilunar. Tíðnin, þ.e. fjöldi eða hlutfall einstaklinga með heilabilun í þjóðfélaginu hefur verið talsvert rannsökuð, m.a. hér á landi (Hallgrímur Magnússon). Erfitt er að meta tíðnina nákvæmlega vegna þess að greiningin getur verið óljós og mörk eðlilegra aldursbreytinga og heilabilunar eru ekki skýr. Þó virðist óhætt að ganga út frá grófri reglu sem segir að tíðnin tvöfaldist á hverjum 5 árum eftir 65 ára aldur, en þá er hún um 2%. Um 85 ára aldur er tíðnin u.þ.b. 30%, en eykst hægar eftir það. Þetta er heildarniðurstaða fjölmargra rannsókna sem fram hafa farið á vesturlöndum (Jorm o.fl.). Ef þessar niðurstöður eru færðar á íslenskt samfélag og tekið mið af mannfjöldaspá Hagstofu Íslands fram til ársins 2010 má sjá að fjöldi heilabílaðra eykst úr 2170 árið 1994 í 2850 árið 2010 eða um liðlega 30%, sjá töflu 2.

Tafla 1

Mannfjöldi á Íslandi 1994–2010.

Ár	mannfjöldi	70-79 ára	80+ára	>70 ára samtals	hlutfall
1994	265.753	13.183	6.905	20.088	7.6%
2010	300.355	15.216	9.697	24.913	8.3%
Fjölgun	34.602	2.033	2.792	4.825	
Fjölgun (%)	13.0%	15.4%	40.4%	24.0%	

Tafla 2

Fjöldi einstaklinga með heilabilun á Íslandi 1994 - 2010

Ár	70-79 ára	+80 ára	>70 ára
1994	790(1)	1380(2)	2170
2010	913(1)	1939(2)	2852
Fjölgun (%)	15.6%	40.5%	31.0%

(1) Áætluð tíðni = 6%;

(2) Áætluð tíðni = 20%

Deila má um hvernig fjöldi heilabílaðra er reiknaður því talan er áætluð, en mannfjölgunarspáin fyrir þessa aldurshópa er hins vegar mjög örugg, því allir þessir einstaklingar eru á lífi núna og fátt fær þessu breytt nema verulegar breytingar á dánartíðni eða flutningum til og frá landinu. Athugun á lífslíkum íslenskra sjúklinga með heilabilun (Jón Snædal) sýnir að Alzheimers sjúklingar lifa í 8.2 - 15.6 ár frá upphafi einkenna, mismunandi eftir afbrigði sjúkdómsins og kyni.

Þeir lifa 3-11 árum skemur en jafnaldrar þeirra, sömuleiðis mismunandi eftir tegund sjúkdóms og kyni.

Þetta sýnir að Alzheimers sjúkdómur, sem er algengasti heilabilunar-sjúkdómurinn, er alvarlegur og stytir lífslíkur umtalsvert.

Þessir sjúklingar þurfa hins vegar verulega og vaxandi þjónustu samfélagsins í allmörg ár og fjöldi þeirra fer ört vaxandi. Þetta er staðreynd sem við blasir.

Greining heilabilunar

Orsakir heilabilunar eru fjölmargar eða allt að 70 samkvæmt ýmsum fræðiritum. Í ýmsum tilvikum er heilabilunin aðeins eitt af einkennum viðkomandi sjúkdóms og ef til vill ekki það veigamesta. Þetta á til dæmis við í alnæmi þar sem sýkingar eru mun stærra vandamál en sú heilabilun sem sumir þeirra fá sem afleiðingu bælds ónæmiskerfis. Einnig má nefna einstaklinga með afleiðingar heilaáfalls af einhverju tagi svo sem blóðreks, blæðingar eða slysa þar sem lömun er ef til vill stærsta vandamálið. Ef heilabilun er einnig til staðar getur hún hins vegar dregið mikið úr árangri endurhæfingar og skert hæfni til að aðlagast að þeirri fötlun sem viðkomandi býr við.

Sjúkdómar eins og Alzheimers sjúkdómur og aðrar tegundir heilaryrnunar sem og ýmsar afleiðingar blóðrásatruflana í heila valda þó heilabilun sem aðaleinkenni og þetta eru einnig algengustu orsakirnar. Oft er talað um minnissjúkdóma þegar átt er við sjúkdóma þar sem minnistap er höfuðeinkennið.

Greining á orsökum heilabilunar fór oftast fram hjá sérfræðingum í taugasjúkdómum, en einnig öðrum svo sem geðlæknum, lyflæknum og hin síðari ár öldrunarlæknum. Framan af var lítil ástæða talin til að komast nákvæmlega að orsök heilabilunar og meðferðarmöguleikar voru afar takmarkaðir. Með vaxandi þekkingu á eðli heilabilunar og margþættum vandamálum sem henni fylgja og með auknum möguleikum á meðferð hefur þetta viðhorf breyst. Nú er lögð rík áhersla á að komast að orsökum að því leyti sem unnt er og að meta öll vandamál sem heilabilunin veldur einstaklingi og fjölskyldu hans. Að þessu starfi koma læknar, félagsráðgjafar, hjúkrunarfræðingar iðjupjálfar og taugasálfræðingar auk þess sem notast er við margvíslegan hátæknibúnað til heilarannsókna. Því er farið að beina einstaklingum með minnistrúflanir á móttökur sem geta boðið sem fjölþættasta þjónustu og sem hafa gott aðgengi að hátæknibúnaði.

Frá ársbyrjun 1995 hefur öldrunarlækningadeild Landspítalans rekið í tilraunaskyni sérstaka minnismóttöku og hafa verið skoðaðir þar líðlega 80 einstaklingar á þessum tíma. Þessi þjónusta var flutt á Sjúkrahús Reykjavíkur í ársbyrjun 1997 og hefur verið ákveðið að efla hana í því skyni að gefa fleiri kost á að njóta slíkrar þjónustu. Líklegt má telja að þörf sé á aðstöðu til að skoða 100-120 manns á ári (sjá lið 2) og verður þeirri eftirspurn fullnægt að mestu leyti ef áætlanir standast.

Þjónusta við heilabilaða

Þjónusta við heilabilaða fellur í reynd innan ramma öldrunarþjónustu, jafnvel þótt hluti þessara einstaklinga hafi ekki náð ellilífeyrisaldri. Í stórum dráttum skiptist þjónustan í opna þjónustu sem veitt er einstaklingum sem búa á heimilum sínum og lokaða þjónustu (stofnanþjónustu) við þá sem flutt hafa á stofnun af einhverju tagi.

Opin þjónusta

Með opinni öldrunarþjónustu er átt við heimaþjónustu (heimilishjálp, heimahjúkrun, heimsendingu matar og öryggisþjónustu) sem veitt er inni á heimilum og dagvistun.

Heimaþjónusta

Heimaþjónusta er misjafnlega þróuð á landinu og sem eðlilegt má telja er auðveldara að skipuleggja hana og veita á stærstu þéttbýlissvæðunum. Þegar um heilabílaða einstaklinga er að ræða verður þjónustan að fela í sér sem mesta viðveru annars einstaklings sem hefur eftirlit með að frumþörfum sé sinnt og að öryggis sé gætt. Heimilishjálpin er því mörgum ómetanleg að því tilskyldu að öryggi sé viðunandi á þeim tíma sem hennar nýtur ekki við.

Heimahjúkrun getur í einhverjum mæli stuðlað að þessu öryggi með innliti á kvöldin og jafnvel um nætur auk þess sem hún getur séð um nauðsynlega lyfjagjöf. Þörf á þjónustu af þessu tagi er lítil í upphafi sjúkdóms en fer síðan vaxandi. Heilabílaðir þurfa í ríkari mæli en aðrir að nota þjónustu utan hefðbundins vinnutíma.

Sökum minnisskerðingar nýttist öryggiskerfi takmarkað því viðkomandi gleymir auðveldlega hvernig það á að notast. Hungurkennd er oft deyfð og í þeim tilvikum nægir ekki að senda mat heim, hann verður einfaldlega ekki snertur.

Af ofangreindu er ljóst að sjúklingar með heilabilun þurfa fyrir en aðrir að nota einhvers konar stofnanarþjónustu því heimaþjónusta dugar þeim skemur.

Af þessu leiðir einnig að hlutfall heilabílaðra einstaklinga á stofnunum verður þeim mun hærra því betri sem heimaþjónustan er!

Dagvistun

Skilgreind hefur verið dagvist fyrir heilabílaða einstaklinga og er hún greidd með daggjöldum líkt og dvalar- og hjúkrunarheimili. Almenn dagvistarþjónusta getur einnig nýst ýmsum einstaklingum með þessi vandamál þótt hún sé fyrst og fremst hugsuð sem félagslegt úrræði. Dagvist fyrir heilabílaða hefur margþættan tilgang. Hver einstaklingur er metinn með tilliti til vitrænnar vangetu, en ekki síður er metin vitræn geta sem og áhugi og almenn færni. Á þessu mati byggist síðan meðferð þar sem eflidir eru þeir þættir sem ekki eru skertir að ráði. Þegar áherzla er lögð á sterkar hliðar einstaklingsins finnur hann minna fyrir vanmætti sínum, tilveran fær meiri tilgang og liðan hans verður betri en áður. Í kjölfarið minnkar þörf á lyfjagjöf við kviða, óróleika og svefntruflunum. Álag á aðstandendur verður minna, ekki einungis á þeim tíma sem dagvistar nýtur.

Meðaltími í dagvist er 2 ár skv. reynslu síðasta áratug í Hlíðabæ, en að því kemur fyrir eða síðar að þörf verður fyrir stofnanavist.

Erfitt er að meta þörf fyrir dagvist af þessu tagi. Á árunum 1986 - 1995 var ein dagvist fyrir heilabílaða rekin í Reykjavík (Hlíðabær). Lengst af voru 15 - 20 manns á biðlista eftir þessari þjónustu. Vorið 1996 tók önnur dagvist til starfa með rými fyrir 20-22 einstaklinga. Hálfu ári síðar eru 15 manns á biðlista fyrir þetta úrræði og hefur því listinn ekki styst en reyndar tekur biðin skemmri tíma.

Sem stendur er ekki knýjandi þörf á fleiri dagvistunum á höfuðborgarsvæðinu, en þörfin eykst þó hröðum skrefum á næstu árum í takt við fjölgun einstaklinga með heilabilun.

Sjúkrahússþjónusta

Sjúkrahússþjónusta (með innlögn) er þörf í vissum tilvikum:

- Til greiningar á orsökum heilabilunar ef því verður ekki við komið í göngudeild. Þörfin er ekki mikil, helst fyrir einstaklinga langt að komna og í sérstökum tilvikum.
- Til skoðunar og meðferðar á erfiðum einkennum sem fylgja geta heilabilun svo sem atferlistruflunum (reiði, ofsaviðbrögðum, ofskynjunum, ranghugmyndum, áreiti við aðra, hávaða). Oftast nær eru slík einkenni metin á þeim stað sem viðkomandi dvelst á hvort sem það er heimili hans, dagvist eða stofnun af einhverju tagi en stundum þarf að koma til innlagnar á heilabilunareiningu á sjúkrahúsi
- Hvíldarinnlagnir vegna aðstandenda sem hyggjast annast sjúklingana heima fá þeir hvíld frá því af og til. Þessar innlagnir geta í mörgum tilvikum verið á hjúkrunarheimili, en stundum er þörf á nánara eftirliti og meðferð en þar er unnt að veita. Það hefur einnig borið við að hjúkrunarheimili hafi gert það að skilyrði að einstaklingar sem komi í hvíldarinnlagnir séu ekki haldnir heilabilun. Þörfin er misjöfn og eðli máls samkvæmt meiri á sumrin en um vetur, sennilega að staðaldri 15-20 pláss á höfuðborgarsvæðinu.
- Einstaka sjúklingur hefur það erfitt atferli að hjúkrunardeildir ráða illa við það. Þetta eru undantekningar og oftast unnt að hjálpa með ráðgjafþjónustu frá heilabilunareiningu sjúkrahúss.

Á Sjúkrahúsi Reykjavíkur verða 2 legudeildir með samtals 36 rúmum fyrir sjúklinga með heilabilun. Talsverður hluti þessara rúma er nýtt fyrir einstaklinga sem bíða eftir hjúkrunarvist sem að jafnaði er heldur ódýrari kostur. Gera þarf ráð fyrir slíkri þjónustu einnig á Akureyri en ekki á öðrum stöðum.

Ekki er þörf á frekari uppbyggingu á þessu sviði í Reykjavík að því tilskildu að rúmin nýtist betur í því skyni sem þeim er ætlað.

Stofnanþjónusta

Með stofnanþjónustu er átt við heimili og stofnanir af öllu tagi sem að mestu leyti eru rekin fyrir opinbert fé. Í þessari samantekt er rætt sérstaklega um 3 mismunandi úrræði, sambýli, almennar deildir (þjónustuhúsnæði og hjúkrunarrými) og sérdeildir. Algengast er að hver einstaklingur fari í gegn um 2 eða 3 þjónustustig, en möguleikar á „leiðum“ í gegn um kerfið eru allmargar. Sem dæmi má nefna tvo einstaklinga. Annar býr við góðar aðstæður með hraustan aðstandanda heima sem er tilbúinn að leggja mikið af mörkum. Hann er vafalítið heima án heimaþjónustu þar til hann verður að fara á hjúkrunarheimili, en getur hafa þurft dagvist og hvíldarinnlagnir áður en að því kemur. Hinn einstaklingurinn býr einn og aðstandendur hans hafa litla möguleika á eftirliti eða umönnunaraðstoð.

Þessi einstaklingur fær vafalítið heimilishjálp og heimahjúkrun, fer mjög sennilega í dagvist og ef hann uppfyllir tilsett skilyrði og er heppinn kemst hann á sambýli í nokkur misseri eða þar til hann fer að lokum á hjúkrunarheimili.

Sambýli

Sambýli eru litlar einingar með 6 - 10 einstaklingum sem búa saman í umhverfi sem er að öllu leyti eins og venjulegt heimili, en inn á það kemur daglega starfsfólk til að sinna þörfum heimilismanna. Venjulega er ekki rætt um sambýli sem stofnanir þótt það sé gert hér í þeim skilningi að reksturinn sé greiddur að meira eða minna leyti af opinberu fé.

Afar misjafnt er hversu mikil áherzla hefur verið lögð á stofnun sambýla í nágrannalöndum okkar. Lengst hafa Svíar gengið en samkvæmt skýrslu Socialstyrelsen frá 1995 voru þá starfrækt 1570 sambýli í Svíþjóð með alls 14.059 vistmönnum, en þá var álitnið að uppbygging þessarar þjónustu væri að mestu um garð gengin. Athyglisvert er að sjá í þessu sambandi að þar í landi er talið að heilabílaðir séu líðlega 100.000 og er því talið nægilegt að sambýli hýsi u.þ.b. 15% þeirra.

Í byrjun þessa áratugar varð hröð uppbygging á sambýlum í Svíþjóð eftir tilraunarekstur nokkurra sambýla um árabíl. Tilraunaverkefnið höfðu sýnt góðan árangur mældan í liðan einstaklinga, lyfjanotkun, upplifun starfsfólks og aðstandenda. Í tilraunasambýlunum hafði verið lögð áherzla á faglega stjórnun og umönnun sem og gott samband við sjúkrahús sem nýttust sem baktrygging í erfiðum tilvikum og við bráðaveikindi sem og að taka við einstaklingum sem voru orðnir of efir. Í þeirri hröðu uppbyggingu sem hófst eftir 1990 var ekki að öllu leyti höfð hliðsjón af þessum forsendum og hafa af þeim sökum komið upp vandamál á nokkrum stöðum.

Á Íslandi eru rekin tvö sambýli fyrir heilabílaða. Annað þeirra, Laugaskjól með 9 íbúum, er rekið sem deild í hjúkrunarheimilinu Skjólí þótt það sé staðsett í einbýlishúsi í nágrenninu. Frá upphafi, árið 1992 hafa 22 einstaklingar verið vistaðir þar, en flust á hjúkrunarheimilið þegarsjúkdómsástand var komið á það hátt stig að erfitt reyndist að annast þá á heimilinu. Meðaldvalartími er því tæp 2 ár á þessum árum. Reksturinn er fjármagnaður af fjárlögum. Við reksturinn hefur frá upphafi verið tekið mið af reynslu tilraunasambýla í Svíþjóð og gefist vel.

Foldabær við Logafold í Reykjavík er uppbyggt og rekið á nokkuð annan hátt en Laugaskjól. Íbúar eru 7 en hver þeirra gerir leigusamning og stendur leigan undir venjulegum heimilisrekstri. Því til viðbótar kemur framlag frá Félagsmálastofnun fyrir starfsmannahald til umönnunar, en einnig hefur Reykjavíkurdæld Rauða kross Íslands lagt fram rekstrarfé. Þetta er tilraunaverkefni í 3 ár og verður árangurinn metinn vorið 1997.

Almennar deildir

Í öllu þjónustuhúsnæði og á öllum hjúkrunarheimilum á landinu er að finna einstaklinga með heilabilun. Árið 1994 var gerð mjög ítarleg skoðun á umönnunarþörf og ástandi dvalargesta á 12 hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu og 4 á Akureyri. Alls voru metnir 1641 einstaklingur á 62 deildum. Gerður var greinarmunur á þjónusturými og hjúkrunarrými, en ekki tekið sérstakt tillit til þess hvort deildirnar miðuðu starfsemi sína sérstaklega við heilabílaða, enda þeir ekki sérstakur markhópur í þessari rannsókn. Í ljós kom að einungis 15% einstaklinga á hjúkrunardeildum voru alveg sjálfstæðir í ákvörðunum er snerta daglegar athafnir og voru því 85% með skerta vitræna getu. Ástand tæplega helmings dvalargesta var þannig að þeir voru illa áttaðir til stundar og staðar.

Þessi niðurstaða er í góðu samræmi við niðurstöðu athugunar á þeim sem voru í bið eftir hjúkrunarrými í Reykjavík 1992, en 78.5% þeirra voru taldir hafa skerta vitræna getu.

Oft á tíðum gengur vel að hafa á sömu deild einstaklinga með og án heilabilunar, en á hverjum tíma geta komið upp vandamál með þá einstaklinga sem hafa á einhvern hátt truflandi áhrif á umhverfi sitt. Misjafnt er hvernig við er brugðist. Ástandið getur verið tímabundið, en oftast vill það verða viðvarandi um margra vikna eða mánaða skeið.

Ef tók eru á er viðkomandi fluttur á deild sem hæfir honum betur, en á mörgum stöðum er ekki um slíkt að ræða. Þá getur úrræðið orðið að meðhöndla einkenni sjúklingsins með lyfjum svo hann verði ekki truflandi fyrir aðra, oft með þeim afleiðingum að hann hlýtur tjón af. Engin könnun hefur verið gerð hér á landi á meðferð af þessu tagi en slíkt hefur verið athugað í öðrum löndum og staðfest að meðferð af þessu tagi getur auðveldlega valdið heilsutjóni.

Ekki er ástæða til að ætla að því sé öðru vísi farið hér á landi. Það er því mikilvægt að hvert heimili eigi þess kost að geta fært á milli einstaklinga sem eru truflandi fyrir aðra á deildir sem hæfa þeim betur, hvort sem er innan sömu stofnunar eða annars staðar

Sérdeildir

Á flestum stærri heimilum fyrir aldraða hefur verið komið upp sérstökum deildum fyrir þá sem eru heilabílaðir og trufla á einhvern hátt umhverfi sitt. Deildirnar voru í fyrstu settar á laggirnar svo forða mætti öðrum á heimilunum við truflandi athæfi viðkomandi einstaklinga, en síðan kom í ljós að þetta ráðslag hentaði einnig vel þeim sem á deildirnar voru fluttir.

Skýringin er einföld. Heilabílaður einstaklingur sem eigrar um og truflar aðra verður fyrir áreiti sjálfur því sífellt er verið að stjaka við honum og hann verður auðveldlega fyrir óþægilegum athugasemdum og ávitum. Á umræddum sérdeildum linnir þessu. Þessar einingar hafa reynst vel og ótti manna um að starfið þar verði afar erfitt og að illa gengi að ráða til þeirra starfsfólk hefur ekki átt við rök að styðjast. Hér á landi er slíkar deildir að finna á flestum stærri stofnunum. Minni staðir hafa hins vegar þurft að leysa vandamál heilabílaðra á annan hátt og sjaldnast verið tók á flutningi milli staða. Stundum hafa sjúkrahús í viðkomandi fjórðungi hlaupið undir bagga án þess að hafa nægilega góðar aðstæður.

FAAS

Félag aðstandenda Alzheimers sjúklinga (FAAS) er 12 ára gamalt og hefur staðið fyrir ýmsu sem hefur nýst vel á beinan og óbeinan hátt heilabiluðum sjúklingum. Það beitti sér á sínum tíma fyrir stofnun fyrstu dagvistarinnar sem ætluð var eingöngu fyrir heilabílaða (Hliða-bæ) og tók þátt í byggingu hjúkrunarheimilisins Eir þar sem fyrsta deildin er sem frá byrjun var hönnuð fyrir sjúklinga með heilabilun. FAAS hefur gefið út fræðsluefni fyrir aðstandendur og veitt styrki auk þess sem það styður við bakið á sínum félagsmönnum á ýmsan hátt, en þeir eru flestir aðstandendur sjúklinga og kemur því þeim til góða á óbeinan hátt. Félagið er aðili að Öryrkjabandalaginu og að norrænum samtökum. Það er í talsverðum vexti og ætla má að það geti í samvinnu við opinbera aðila staðið að framþróun á þessu sviði. Þess má geta að í Bandaríkjunum eru aðstandendafélög mjög öflug og styðja t.d. ötullega að rannsóknum á ýmsum hliðum minnissjúkdóma.

Menntun starfsfólks

Vaxandi þekking á eðli minnissjúkdóma og afleiðingum þeirra, fjölbreyttari þjónusta og auknir möguleikar á raunhæfri meðferð kallar á auknar kröfur til faglegrar þekkingar starfsfólks. Núna er starfandi innan þessa sviðs fólk með fjölbreytta menntun og reynslu, læknar, hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafar, sálfræðingar, iðjupjálfar, sjúkrapjálfarar, sjúkraliðar auk starfsfólks án sérmenntunar. Að auki er mikill fjöldi ýmissa sérfræðinga tilkallaður í ýmis verkefni en um er að ræða marvíslega sérfræðinga innan læknisfræði, talmeinafræðinga, næringarráðgjafa, presta, djákna o.fl.

Misjafnt er hversu ítarlega er fjallað um heilabilun í grunnmenntun þessara starfstétta og reyndar er það svo að fjölmargir sem nú vinna með heilabílaða hafa aflað sér nánast allrar vitneskju á þessu sviði eftir að grunnmenntun var lokið. Það er þarft verkefni að skoða hvernig þessu er háttað og jafnvel stuðla að einhverju samræmi innan mismunandi greina.

Símenntun er forsenda þess að starfsemi í þágu heilabílaðra skili árangri. Hér á landi er símenntunin á ábyrgð einstaklinga og frjálsra félagasamtaka og svo hlýtur að verða áfram að miklu leyti. Einstaklingar sækja ráðstefnur og skoða þjónustu við sjúklinga hérlendis og í öðrum löndum og félög eins og Öldrunarfræðafélagið, Öldrunarráð og FAAS hafa staðið fyrir fræðslu. Opinberir aðilar verða þó að koma að skipulagningu og stefnumótun.

Kostnaður

Þjónusta við heilabílaða kostar umtalsverðar fjárhæðir og nágrannaþjóðir okkar hafa gert sér grein fyrir því að samfélagslegur kostnaður muni aukast verulega næstu áratugi ef fram fer sem horfir. Erfitt er að áætla kostnað með vissu fram í tímann því auk óvissu hvað varðar fjölda einstaklinga sem þurfa á þjónustu að halda þarf að áætla hvaða þjónusta mun verða veitt og í hvaða umfangi. Það má t.d. hugsa sér að hið opinbera muni ekki auka þjónustu sína sem neinu nemi. Það hefði þær afleiðingar að æ meiri byrðar leggjast á herðar aðstandenda, bráðadeildir sjúkrahúsa gætu síður komið sjúklingum með heilabilun í viðeigandi rými og venjuleg dvalar- og hjúkrunarheimili ættu í vaxandi erfiðleikum vegna erfiðra einstaklinga.

Síðast en ekki síst yrði þjáning viðkomandi einstaklinga og aðstandenda þeirra óbærileg. Þessi sýn getur því tæpast orðið að veruleika í mannúðarsamfélögum.

Í sérstakri kostnaðarúttekt (Wimo) er áætlað að fjöldi heilabílaðra á Norðurlöndum aukist frá 246.800 árið 1991 til 370 800 árið 2025 og að kostnaður vegna þjónustu við þá aukist frá 74 milljörðum sænskra króna í 110 milljarða. Áætlun þeirra fyrir Ísland er að kostnaður aukist frá 600 milljónum sænskra króna í 800 milljónir á þessum árum, en þessar tölur eru afar gróft áætlaðar og ekki er ljóst hvaða forsendur liggja að baki því mati. Eins og fram kemur síðar er kostnaður áætlaður talsvert lægri í samantekt okkar, en þá ber þess að geta að í úttekt Wimo er einnig slegið máli á ýmsan óbeinan kostnað.

Tafla 3

Kostnaður vegna þjónustu við heilabílaða einstaklinga

Tegund þjónustu	þús kr.	hlutfall með heilabilun
Heimilishjálp	160.000	30%
Heimahjúkrun	70.000	30%
Dagvistun	36.000	100%
Sambýli	25.000	100%
Þjónustuhúsnæði	350.000	50%
Hjúkrunarrými	1.700.000	70%
Samtals	2.341.000	

Kostnaður af umönnun og þjónustu við heilabílaða einstaklinga á Íslandi hefur ekki verið athugaður sérstaklega. Í þessari samantekt er

lagt mat á beinan kostnað sem opinberir aðilar hafa á þessu sviði og er þó ekki allt talið svo sem fram kemur síðar. Að auki hefur þjóðfélagið óbeinan kostnað.

Þar má t.d. nefna vinnuframlag aðstandenda sem kemur fram bæði í minna framlagi á vinnumarkaði en annars hefði orðið.

Marga fyrirvara þarf að hafa við útreikninga í töflu 3, en forsendur eru eftirfarandi:

- Kostnaður vegna heimilishjálpar og heimahjúkrunar gerir ráð fyrir að u.þ.b. 30% þjónustuþega hafi heilabilun. Þetta hlutfall mun sennilega ekki hækka, enda gert ráð fyrir að aukin þjónusta veiti fremur einstaklingum sem ekki hafa heilabilun möguleika á að dvelja lengur heima. Fyrirhugaðar hjúkrunarþyngdarmælingar í heimahjúkrun á árinu 1997 mun gefa mun gleggri mynd af þessum þætti.
- Eingöngu er litið til kostnaðar af þeim tveimur dagvistunum sem alfarið taka á móti heilabiluðum einstaklingum (Hlíðabær og dagvist aldraðra við Vitatorg). Ekki er gert ráð fyrir þeim einstaklingum sem sækja almennar dagvistir, enda ekki vitað um hlutfall þeirra. Þessar tvær dagvistir hafa 10% af heildardagvistarrýmum (36 af 364). Þessi upphæð er því talsvert vanáætluð.
- Sambýlin eru tvö, Laugaskjól og Foldabær í Reykjavík. Hið fyrrnefnda er rekið með framlögum af fjárlögum og því er sá kostnaður þekktur, en Foldabær er rekinn með öðrum hætti (sjá framar) og hefur það ekki verið gert upp, enda flóknara að ætla kostnað hins opinbera þar. Önnur sambýli eru til með blönduðum hópi skjólstæðinga, en þau eru talin með þjónusturýmum.
- Hlutfall heilabilaðra í þjónusturými hefur ekki verið skoðað og er því þessi upphæð, sem byggir á 50% hlutfalli talsvert órugg.
- Hlutfallið byggir á hjúkrunarþyngdarmælingum á hjúkrunarheimilum (Daglegt líf á hjúkrunarheimili), en þó er hér gert ráð fyrir lægra hlutfalli en þar kemur fram. Það byggir á því að þótt ýmsir einstaklingar séu ekki vel áttaðir er það ekki aðalástæða dvalar þeirra og því ekki réttlátt að taka þjónustu við þá með í þennan reikning.

Ekki er metinn kostnaður af sjúkrahúspjónustu, en hún felur í sér bráðapjónustu, legu á öldrunarlækningadeildum, móttöku og rannsóknarkostnað. Ekki er heldur metinn kostnaður Tryggingastofnunar Ríkisins (örorkubætur, uppbætur á lífeyri og umönnunarbætur, lyfjakostnaður, sérfræðilæknishjálpar o.fl.), en líklegt má telja að hann aukist að mun á næsta áratug m.a. vegna nýrra lyfja við minnistrúflunum. Lyfjakostnaðurinn skiptir einnig máli við rekstur stofnana. Samfélagslegur kostnaður er því talsvert hærri en hér er sýnt.

Verkefni framundan

Þótt ekki hafi verið fylgt ákveðinni stefnumörkun í málefnum heilabilaðra hefur margt verið gert sem hefur sýnt sig vera skynsamlegt og árangursríkt.

Ekki er að sjá nein verulega vanrækt svið, en þegar komið er að einstaklingunum má víða sjá vandamál sem annað hvort eru óleyst lengur en góðu hófi gegnir, eða eru ekki leyst á bezta hátt.

Eins og fram hefur komið er búist við mikilli fjölgun í þessum hópi næstu áratugi og verður að taka mið af því í áætlunum heilbrigðisyfirvalda.

Einnig er mikilvægt að þjónusta sem kostar svo mikið sem raun ber vitni sé nýtt á bezta hátt.

Næsta áratug eru eftirtalin verkefni brýnust:

- Úttekt á gæðum, kostnaði og nýtingu þeirrar þjónustu sem nú er veitt. Beita þarf aðferðum gæðastjórnunar svo mannaflí og fjármunir nýtist sem best og að þjónustan verði þiggjendum þekkilæg. Stórverkefni sem þarfnast aðstöðu og starfsfólks í nokkur ár og ef til vill til frambúðar, en vegna umfangs þjónustunnar mun sú fjárfesting vafalítið skila sér.
- Símenntun verði skipulögð og þeir kraftar sem innan þessarar þjónustu starfa verði samhæfðir.
- Heimþjónusta verði eflað, einkum utan venjulegs vinnutíma.
- Þörf verður á einni dagvistun á höfuðborgarsvæðinu og einni á Akureyri á næsta áratug.
- Stórefla beri uppbyggingu sambýla, en taka þó gaumgæfilega mið af fenginni reynslu.
- Skoða þer vandlega önnur rekstrarform, t.d. að einstaklingar leigi húsnæðið og standi leigan undir húsnæðiskostnaði og til viðbótar komi persónuleg þjónusta sem geti verið mismunandi fyrir hvern og einn (sbr. sambýlið Foldabæ) og einnig geta verksamningar komið til greina.
- Skipuleggja þer sérdeildir fyrir heilabílaða þannig að ein deild geti mögulega þjónað fleiri stofnunum en hún er staðsett á. Sennilega er ekki þörf á frekari byggingum á næstu árum utan Reykjavíkur en víða þarf að aðlaga núverandi húsnæði nýrri starfsemi. Í Reykjavík er þörf á frekari uppbyggingu, m.a. til að nýta sjúkrahúsþjónustuna betur.

Eðlilegt er að fela Samstarfsnefnd um málefni aldraðra að meta þessa kosti og að Framkvæmdasjóður aldraðra styrki þá uppbyggingu og þjónustu sem þörf er talin á að því marki sem lög og reglugerðir leyfa.

Niðurlag

Þessi samantekt er unnin af Samstarfsnefnd um málefni aldraðra og hefur verið notast við ýmsar heimildir sem fyrir liggja en ekki hefur verið gerð sjálfstæð úttekt á umfangi eða kostnaði við hina ýmsu þætti þjónustunnar.

Bent er hins vegar á þau verkefni sem brýnust eru næsta ártuginn, þar með talið að koma á fót gæðaeftirliti og gæðastýringu. Mikilvægt er að hafa í huga að notendur þessarar þjónustu hafa ekki möguleika á að meta hana og geta eðli máls samkvæmt að mjög takmörkuðu leyti komið sjónarmiðum sínum á framfæri.

Heimildir

- Jorm o.fl.: The prevalence of dementia. A quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr. Scand 1987; 76:465-479
- Hallgrímur Magnússon, Faraldursfræði heilabilunar. Heilabilun. Öldrunarráð 1991.
- Sigurbjörn Björnsson, læknir, Laugaskjól: munnlegar upplýsingar.
- Daglegt líf á hjúkrunarheimilum, heilsufar og hjúkrunarþörf íbúa á öldrunarstofnunum, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1995.
- Wimo o.fl.: Vården av dementa, en tickande kostnadsbomb, Nordisk Medicin 110:4; 1995
- Stofnanir aldraðra. Hagsýsla ríkisins 1995.
- Johansson o.fl.: Sveriges demensboenden - en nationell kartläggning. Socialstyrelsen 1995
- Jón Snædal og Þóra Arnfinnsdóttir. Hlíðabær, dagvist fyrir sjúklinga með Alzheimers sjúkdóm. Heilbrigðismál 1991.
- Jón Snædal. Lífshorfur sjúklinga með heilabilun. Bíður birtingar.

Viðauki II

Stutt lýsing á skipulagi öldrunargeðlækninga í ýmsum löndum Byggt á upplýsingum frá Alþjóðasamtökum um öldrunargeðlækningar (International Psychogeriatric Association).

Þýskaland

Í Þýskalandi eru allir meginþættir öldrunargeðlækninga (sbr. lista í kaflanum um skipulag öldrunarlækninga í öðrum löndum) og að auki sérstök „félagsgeðhjálp“, sem aðstoðar við nauðungarinnlagnir. Á 185.000 manna svæði í Berlín er bráðadeild öldrunargeðsjúkdóma, sem telur 35 rúma (þ.e. 10.6 rúm per 10.000 65 ára og eldri) og endurhæfingardeild með 34 rúmum og hjúkrunardeild fyrir geðsjúka með 41 rúmi. Aldraðir (65+) eru 33.000. Helsti veikleiki kerfisins eru skortur á aðstöðu fyrir langveikt fólk

Holland

Í Hollandi eru allir meginþættir öldrunargeðlækniþjónustu (sjá listann í kaflanum um skipulag öldrunargeðlækninga í öðrum löndum) til staðar, en mikill áhugi hefur verið á starfsemi dagspítala og rannsóknir gerðar á því sviði. Einnig er mikið lagt upp úr stuðningi við aðstandendur, sem hjúkra ættingjum með heilabilun í heimahúsum

Noregur

Allir meginþættir öldrunargeðlækninga (sjá listann í kaflanum um skipulag öldrunargeðlækninga í öðrum löndum) eru til staðar. Í Osló eru sveitafélögin ábyrg fyrir umönnun íbúan sinna. Þegar sjúklingur er að mati lækna tilbúinn til útskriftar og ljóst er að hann þarf á lang tíma stofnanavist að halda, fær sveitarfélagið tvær vikur til að finna pláss. Takist það ekki verður sveitarfélagið að greiða allhá daggjöld til öldrunargeðdeildarinnar þar til pláss er fundið. Gjaldið er hærra en dagjöld á venjulegum hjúkrunarheimilum er. Þetta fyrirkomulag verður til þess að flest sveitafélög kappkosta að hafa nægilegt hjúkrunarrými fyrir íbúa sína.

Danmörk

Íbúar eru 5.2 miljónir og 10.7% þeirra eru á aldrinum 65-79 ára en 3.9% eru 80 ára og eldri. Á undanförunum árum hefur verið reynt að minnka stofnanaþjónustu og auka heimaþjónustu. T. d. hefur rúmum í hjúkrunarheimilum fækkað úr 49.000 í 40.000 frá 1980. Samtímis hefur öldrunargeðþjónusta verið eflað mikið. Flest stærri geðsjúkrahús hafa nú öldrunargeðdeild, en mest áhersla er lögð á göngudeildar meðferð. Í Árósum er 32 rúma öldrunargeðdeild fyrir 605.000 íbúa eða 90.000 yfir 65 ára (þ. e. 3.2 rúm per 10.000 65 ára og eldri) og 3.500 rúm á 100 hjúkrunarheimilum. Einnig eru tvö hjúkrunarheimili sem sérstaklega eru ætluð fyrir geðsjúkdóma aldraðra. Athyglisverð er verkaskipting milli öldrunargeðlækninga og almennra geðlækninga. Hún fer eftir sjúkdómum og aldri. Samfélagið ber ábyrgð á heilabilunarsjúklingum yfir 65 ára, þunglyndissjúklingum yfir 75 ára og öllum öðrum geðkvillum hjá sjúklingum yfir 80 ára. Auk mikillar heimaþjónustu skýrir þetta væntanlega hvers vegna ekki er þörf á fleiri rúmum á öldrunargeðdeildinni. Í göngudeildunum er mikið fræðslustarf unnið við hjúkrunarheimili og sjúkrahús. Hjúkrunarfræðingar sinna u.þ.b. helmingi af þessu starfi og fjórðungur er unninn af öldrunargeðlæknum.

Ástralía

Óeining er milli lækna og yfirvalda um öldrunargeðlækningar. Kerfi eru mismunandi og sums staðar litið skipulag. Lögð er áhersla á fræðslu til þeirra sem stunda hjúkrun aldraðra og námsskeið um þessi efni hafa verið mjög vinsæl. Viða eru ekki sérstakar öldrunargeðdeildir.

Belarus (staðsett milli Úkraínu og Eyrstrasalstlýðveldanna)

Fram að þessu hafa geðsjúkdómar aldraðra fallið undir almennar geðlækningar. Engar sérdeildir eru til fyrir aldraða með geðsjúkdóma. Heimilislæknar annast greiningu en hafa möguleika á að senda sjúklinga til sérfræðinga. Fólk með heilabilun er sent beint á hjúkrunarstofnanir. Engin göngudeildarstarfsemi fyrir öldrunargeðlækningar eru til. Hjúkrunardeildir fyrir geðsjúka aldraða eru til en þær eru yfirfullar og langir biðlistar. Mikil atvinna er í ríkinu og þess vegna mikil þörf á langleguþlássum fyrir aldraða. Vanþekking almennra lækna á geðsjúkdómum aldraðra er eitt helsta vandamálið.

Úkraína

Í landinu erum 50 milj. íbúar og 19% eru 60 ára og eldri. Reiknað er með að 15-20% af 70 ára og eldri þurfi á sérþjónustu öldrunargeðlækninga að halda, annað hvort göngudeildarþjónustu eða stofnanaþjónustu. Sérhæfðar deildir fyrir öldrunarlækningar eru hvergi til. Almennir geðlæknar sjá um greiningu og er hún háð samþykki sérstakrar nefndar. Kerfi félagsráðgjafa og ýmissra annarra hjálparmanna er notað til að lita eftir sjúklingnum, en geðlæknirinn hefur yfirsýn og leggur á ráðin. Hjúkrunar og endurhæfingardeildir fyrir aldraða með geðkvilla eru til, en til þess að fá þar inni þarf sjúklingurinn að hafa sjúkdómsgreiningu sem veitir rétt til innlagnar. Listi er til yfir þær greiningar sem veita þennan rétt. Sjúklingar með heilabilun og aðra geðkvilla sem þurfa stöðuga umönnun eru lagðir inn á hjúkrunarheimili. Í Úkraínu eru rúmlega 33.000 rúm fyrir aldraða langlegusjúklinga.

Tyrkland

Ein 20 rúma deild fyrir öldrunargeðlækningar er í landinu. Aldraðir eru enn fáir, 65 ára og eldri eru aðeins 4,28% af þjóðinni. Almennir geðlæknar sinna öldruðum og sjúklingar með geðsjúkdóma eru oft lítt rannsakaðir og greindir. Flestum er hjúkrað heima. Þetta er þó að breytast og færast smátt og smátt í sama horf og tíðkast í iðnríkjum.

Ísrael

Uppbygging er stutt á veg komin en þó hafa öldrunargeðdeildir verið settar á stofn við sex geðsjúkrahús í Ísrael. Áhersla er lögð á dagdeildir þar sem fram fer ýmis menningarstarfsemi svo sem dans, söngur o. fl. auk útivistar og æfinga. Einnig er mikil áhersla lögð á stuðningshópa aðstandenda. Göngudeildir fyrir aldraða með geðsjúkdóma hafa einnig verið settar á stofn. Helstu erfiðleikar kerfisins eru árekstrar milli öldrunargeðlækna og öldrunarlækna um skiptingu verkefna. Hefur þetta staðið skipulaginu fyrir þrífum.

Nýja Sjáland

Í landinu eru níu öldrunargeðlæknar en íbúarnir eru 3.6 miljónir. Þar eru allir meginþættir öldrunargeðlækninga sbr. listann í kaflanum um skipulag öldrunargeðlækninga í öðrum löndum. Greinin er ekki kennd sem sérstök grein við háskólann en verið er að vinna að því að bæta kennslu. Á Nýja Sjálandi er starfandi sérdeild fyrir sjúklinga með

deleríum, en slíkar deildir eru óviða til. Þar starfa öldrunarlæknar og öldrunargeðlæknar saman.

Kúba

Í Kúbu er langmestur þunginn á heimilislæknunum. Öldruðum er hjúkrað heima, enda löng hefð fyrir því að fólk sjái fyrir foreldrum sínum jafnt sem börnum sínum. Ef ekki er hægt að sinna fólki heima eru til stór langlegusjúkrahús fyrir geðsjúka. Ef erfiðleikar eru miklir er hægt að leggja fólk inn vissa daga vikunnar. Hjúkrunarheimili ríkisins þekkjast, heimahjúkrum þekkest einnig og kaþólska kirkjan er með mjög góð hjúkrunarheimili á sínum snærum. Heimilislæknar geta sent fólk til sérfræðinga. Upp er kominn lítill hópur lækna með áhuga á öldrunargeðlækningum.

Perú

Undanfarin ár hefur áhugi lækna á öldrunarsjúkdómum aukist, en geðsjúkdómar hafa þó orðið útundan. Búið er að stofna eina öldrunargeðdeild í þessu landi. Í landinu búa 22 milljónir manna þar af helmingurinn undir 20 ára aldri.

Chile

Íbúar eru 14 milljónir. Frá 1992 hefur verið ein öldrunargeðdeild í höfuðborginni og síðan þá hafa komið til landsins nokkrir geðlæknar, sem eingöngu vinna við geðsjúkdóma aldraðra.

Tölulegar upplýsingar:

Tafla 1

Spá um fjölda aldraðra á Íslandi næstu 30 ár (Mannfjöldinn árið 1980 til samanburðar)

Aldur/Ár	1980	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
65-69	7233	9528	9048	11149	13961	16020	17813	18285
70-74	5824	8565	8559	8179	10091	12621	14479	16104
75-79	4458	6544	7127	7197	6850	8469	10572	12130
80-84	3006	4231	4886	5370	5374	5124	6353	7906
85-89	1620	2357	2625	3030	3336	3323	3177	3960
90-94	471	950	1098	1226	1411	1557	1540	1475
95+	95	279	311	363	408	466	518	517
Alls	22707	32454	33654	36514	41431	47580	54452	60377

Heimild: Hagstofan.

Tafla 2

Útgjöld ríkisins til heilbrigðismála árin 1980 og 1998 (spá)

	Í krónum		Hlutfall af vergri þjóðarframleiðslu	
	1980	1998	1980	1998
Almenn sjúkrahús	561	19.781	3,47	3,52
Öldrun og endurhæfing	75	5.876	0,47	1,05
Heilsugæsla	130	5.800	0,8	1,03
Lyf og hjálpartæki	81	4.547	0,5	0,81
Önnur heilbrigðisútgjöld	36	1.363	0,23	0,24
Alls	884	37.369	5,46	6,65

	Innbyrðis hlutdeild		Staðvirt á mann í þús. kr. á verðlagi 1996	
	1980	1998	1980	1998
Almenn sjúkrahús	63,5	52,9	50,8	62
Öldrun og endurhæfing	8,5	15,7	6,8	18,4
Heilsugæsla	14,7	15,5	11,8	18,2
Lyf og hjálpartæki	9,2	12,2	7,4	14,2
Önnur heilbrigðisútgjöld	4,1	3,6	3,3	4,3
Alls	100	100	80,1	123,8

Heimild: Þjóðhagsstofnun.

Tafla 3

Fjöldi rúma skv. staðli „The Royal College of Psychiatrists“ á Íslandi miðað við mannfjöldaspá næstu 30 ár.

	Árið 2000	Árið 2010	Árið 2020	Árið 2030
Deild fyrir heilabilun	32	37	48	60
Deild fyrir aðra geðkvilla	19	22	29	36
Langlegudeild f. geðkvilla	81	91	119	151
Dagspítali f. heilabilun	81	91	119	151
Dagspítali f. aðra geðkvilla	24	27	36	45
Samtals	239	268	350	444

Tafla 4

Fjöldi geðsjúkdóma eftir aldri á Íslandi

Aldur	Væg heilabilun	Erfið heilabilun	Punglyndi	Ofdrykkja	Aðrir geðkvillar
61 ára	0,3	0,3	4,2	3,1	16,3
75 ára	7,5	3	7,4	1,7	11,7
81 árs	9,1	7,8	7,9	0,6	4,1
87 ára	15,6	15,1	8,7	0,4	3,4

Tafla 5

Áætlaður fjöldi Íslendinga 65 ára og eldri með heilabilun og þunglyndi næstu 30 árin

(Reiknað á grundvelli töflu 1 og töflu 5)

Ár	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Væg heilabilun	2279	2461	2636	2875	3213	3636	4135
Erfið heilabilun	1633	1773	1940	2130	2328	2589	2939
Þunglyndi	2434	2524	2738	3107	3568	4083	4528

5.3. Áfengi og önnur vímuefni - Aðgerðir og meðferð

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 er áfengi og tóbak vímu- eða fikniefni. Samkvæmt orðabók Menningar-sjóðs (1985) er hugtakið vímugjafi notað yfir efni sem veldur vímu (áfengi, hass o.fl.). Áfengni 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“.

Ofantalin efni eru ýmist kölluð vímu- eða fikniefni, vímu- eða fikni-gjafar. Tóbak hefur þá sérstöðu meðal geðvirkra efna að það veldur yfirleitt ekki félagslegum vandamálum og ekki vímu og sjaldan fíkn, en er afar sterklega vanabindandi. Réttara væri því að kalla tóbak fikniefni, en ekki vímuefni (Þorkell Jóhannesson, 1984).

5.3.1.2. Eitt stærsta heilbrigðisvandamálið

Að mati Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) er áfengisvanda-málið 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 heildar-neyslu áfengis og að mati starfsfólks í heilbrigðisstétum 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.

Tafla 1

Könnun WHO á forgangsröðum í geðheilbrigðismálum *

VIÐMIÐ	Magn	Alvar-leiki	Mikil-vægi	Viðráðan-leiki	Þjarg-ráð	Kostn-aður	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
Þroskahefning	3	2	2	2	2	2	1	14
Hugröskun (Neurotic disorders)	5	1	1	1	2	2	0	12
Fíkn og misnotkun ólögleg vímuefna	1	2	3	1	1	0	2	10

* Viðmiðunarskali: Allt annað en kostnaður: 0 = ekkert; 5 = hámark. Varðandi kostnað: 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 vandann 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	Lífsalgengi (%)	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 ólöglegra vímuefna	0,7	0,5	1,0	0,2	0,2	0,2

Heimildir: J. G. Stefánsson, E. Línal, 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. Línal, 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 hærrí hér á landi en í flestum öðrum löndum þegar sömu aðferðum er beitt við mælingar. Aðeins í Kóreu eru líkurnar hærrí. 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%).

Tafla 3

Tíðni (%) stórdrykkju, áfengismisnotkunar og áfengisfíknar mæld hjá sömu einstaklingum á mismunandi tímum 1974, 1979 og 1984. Alls 1465 þáttakendur 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%).

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 neysluvenjum 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 áfengislöggjöfinni hefur áfengisneyslan aukist og líkur á að verða áfengismisnotandi eða -fíkill hafa margfaldast (Tómas Helgason, 1998).

Tiltölulega lítil áfengisneysla Íslendinga endurspeglar ekki eins og búast mætti við, tíðni áfengisgreininga, fjölda leguplássa, fjölda þeirra sem í meðferð fara eða skaða vegna neyslunnar. Framboð á leguplássum fyrir áfengissjúklinga er hlutfallslega hvergi meira og hvergi fara eins margir í áfengismeðferð eins og á Íslandi (Hildigunnur Ólafsdóttir, 1988).

Unglingar: Kannanir sýna, að frá árinu 1989-1992 hefur áfengismagn hjá unglíngum sem á annað borð drekka, aukist í hvert sinn sem drukkið er, einkum eftir tilkomu bjórsins. Á sama tíma hefur fjöldi þeirra unglíngna sem einhvern tíma hafa neytt áfengis haldist svipaður (Ása Guðmundsdóttir, 1994).

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

Unglingar sem byrja ungir að drekka drekka meira í einu en unglíngar sem byrja eldri að neyta áfengis (Þórólfur Þórlindson og Inga Dóra Sigfúsdóttir, 1998).

Til áfengismeðferðar kemur yngra fólk en áður (Ársskýrsla SÁÁ, 1996).

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 yfið færri íslenskir nemendur neytt áfengis en nemendur í öðrum þjóðum að meðaltali (72% á móti 80%). Aftur á móti höfðu fleiri íslenskir nemendur orðið drukkinnir á þessum sama tíma samanborið við meðaltalstölur annarra Evrópuþjóða (60% á móti 48%). Um 50% íslenskra unglinga segist hafa orðið mjög drukkinn 15 ára eða yngri og er það hlutfall komið uppi 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 annas staðar gerðist (ESPAD, 1997).

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 ástæðan sé vegna mikillar áfengismeðferðar á Íslandi (Ludviksdóttir, D. og fél., 1997).

Eftirfarandi eru breskar hlutfallstölur, nema annars sé getið, 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% sjálfsviga
- Um 80% dauðsfalla í eldi
- Um 40% (15,6%, 1983; 5,2% 1993) umferðarslysa*
- Um 30% (38,9%, 1983; 11,8%, 1993) banaslysa í umferð**
- Um 20 -30% allra innlagna á sjúkrahús
- Um 1 af hverjum 3 ofbeldisverkum á börnum
- Um 1 af hverjum 3 skilnuðum
- Á Íslandi er dánartíðni áfengissjúkra karla 2,24 sinnum hærrí en almennt gerist (Alma A. Þórarinsson, 1979).

*Hlutfallsleg fækkun umferðarslysa, sem tengd er áfengi verður að skoða með hliðsjón af því að á þessum tíu árum hefur bílaföldi stórukaist og á sama tíma hefur tíðni ölvunaraksturs skv. skýslum lögreglu lítið breyst.

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

Þó tíðni skráðra áfengis- og fíkniefnaafbrotu sé mun minni hér á landi en annarsstaðar (Forsætisráðuneytið, 1996) má ætla að stór hluti afbrotu sé í tengslum við neyslu áfengis. Í rannsókn um ofbeldisáverka á sjúklingum á slysadeild Borgarspítalans kemur fram að um helmingur ofbeldisáverka verður um helgar og stór hluti á veitingahúsi (Björn Zoëga og fél., 1994).

Stór hluti kostnaðar vegna réttargæslu og fangelsa er vegna afbrota sem tengja má áfengisneyslu (Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, 1991).

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 slikt mat oft flókið og erfitt viðfangs (... 1997). (...1997. Addiction,92(11), 1491-1505).

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 hærrí 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 álitíð að kostnaður vegna áfengisneyslu hér á landi sé um 6,5 milljarðar króna og 7,3 milljarðar ef bandarískar tölur eru staðfærðar.

Beinn kostnaður ríkisins vegna áfengis- og vímuefnameðferðar 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 álitíð að til áfengismeðferðar sé varið um 3,7% af heildarkostnaði vegna áfengisnotkunar og fiknar og til forvarna 0,4% (Center for Addiction and Substance Abuse. Columbia University, 1994).

Tafla 4

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

Meðferðarstofnun	Kostnaður í milljónum kr.
SÁÁ	209,0
Landspítali	205,5
Viðines	69,5
Hlaðgerðarkot	39,0
Stuðlar	31,0
Krísuvík	14,0
Varpholt	9,5
Ýmíss áfangaheimili	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 milljarðar kr.

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

5.3.2. Aðgerðir gegn áfengis- og öðrum vímuefnavanda

5.3.2.1. Fyrsta, annars og þriðja stigs aðgerðir. Skigreining

Samkvæmt skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar má flokka aðgerðir til að auka lífsgæði almennings í nokkra undirflokk. Annars vegar eru aðgerðir til eflingar almennri geðheilsu þannig að þjóðfélagsþegnar njóti bestu sálfélagslegra aðstæðna sem kostur er. Hins vegar eru aðgerðir sem miða að vernd gegn sérstökum vandamálum eins og t.d. vandamálum áfengisneyslu. Að þeim vörnum er unnið á þremur stigum sem öll eru nefnd forvarnir á faglegu máli. 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. Um það er fjallað í kafla 4.

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 leifturinnagripi í heilsugæslu og ráðgjafar í skóla til meðferðar á áfengis- og vímuefnadeild. Í daglegu tali er þetta stig nefnt meðferð.

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. Um annars og þriðja stigs aðgerðir er fjallað í kafla 5.

5.3.2.2. Stefnuyfirlýsing 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 Parísar-ráðstefnan allar þáttökupjóðir til að móta ítarlega opinbera stefnu um áfengismál og fullgera áætlanir til aðgerða um þá stefnu, sem endurspeglar eftirfarandi siðferðisleg lögmál og markmið. Stefnu-mörkun og aðgerðir þurfa að taka mið af ólíkum menningarlegum, félagslegum, lagalegum og efnahagslegum aðstæðum hvers þáttökupjóðar. Þessi stefnuyfirlýsing felur ekki í sér lagaleg réttindi.

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 hætta 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 hverrar þátttökupjóðar.
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 viðtæka uppeldisfræðilega áætlun um aðgerðir frá unga aldri.
 2. Gera opinberar aðstæður, einkalíf og vinnuumhverfi þannig úr garði, að vernd sé fyrir slysum og ofbeldi og öðrum neikvæðum afleiðingum áfengisneyslu.
 3. Koma á og halda til streitu lögum, sem draga úr ölvunarakstri á árangursríkan hátt.
 4. Efla heilbrigði með því að stjórna aðgengi, til dæmis ungs fólks, að áfengi og hafa áhrif á verðlagningu áfengra drykkja, til dæmis með skattlagningu.
 5. 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.
 6. 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.
 7. 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.
 8. 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.
 9. Styðja félagasamtök og sjálfshjálparhópa sem ekki er stýrt af opinberum aðilum, sem hvetja til heilbrigðs lífennis, sérstaklega þau sem hafa að markmiði að fyrirbyggja eða minnka skaða tengdan áfengi.
 10. 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.

Af ofantöldum tíu leiðum eru sex atriði sem flokka má sem fyrsta stigs aðgerðir (nr. 1, 2, 3, 4, 5 og 7), tvö atriði sem flokka má sem annars stigs aðgerðir (nr. 6 og 8) og tvö atriði sem fella má undir þriðja stigs aðgerðir (nr. 6 og 9).

5.3.3. Lög, tillögur að lagabreytingum og skýrslur um stefnumótun

5.3.3.1. Núgildandi stofnlög* sem fjalla um áfengi, tóbak og ólögleg fikniefni

- 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 fikniefni, nr. 65/1974
- Lög um tóbaksvarnir, nr. 74/1984
- Tollalög, nr. 55/1987
- Lög um fangelsi og fangavist, nr. 48/1988
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga, nr. 40/1991
- Lög um aukatekjur rikissjóðs, 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

A. „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.

B. „Frumvarp til laga um áfengis- og vímuvarnarráð“, lagt fyrir 121. löggjafarþing 1996. Frumvarpið á að koma á stað 26.-29. greinar áfengislaga, nr. 82/969, með áorðnum breytingum. Frumvarpið verður væntanlega lagt aftur fyrir 122. þing 1997/1998.

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, en ekki því síðara eru einnig 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 fikniefnaneyslu 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.

- C. „Frumvarp til laga um breyting á lögum nr. 96/1995, um gjald af áfengi“. Lagt fyrir 122. löggjafarþing 1997-1998.
- D. „Frumvarp til áfengislaga“. Lagt fyrir 122. löggjafarþing 1997-1998.

5.3.3.3. Helstu opinberar skýrslur varðandi stefnumótun*

„Skýrsla Áfengismálanefndar ríkisstjórnarinnar“ (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti. Janúar 1987). Nefnd um undirbúning til-lagna 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 4.4. eru upptaldar framkvæmdaáætlanir einstakra ráðuneyta til aldamóta þar sem stefna ríkisstjórnarinnar er útfærð.

5.3.4. Forvarnir. Fyrsta stigs aðgerðir

5.3.4.1. Markhópar

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. 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 unglunga. 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.

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 faraldsfræðilegum 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 nýlegri íslenskri rannsókn kemur fram að félagslegir þættir hafa mikilvægt forsagnargildi um seinni tíma þróun (Þórólfur Þórlindsson.....). Félagslegir þættir hafa meira forspárgildi um seinni tíma þróun en t.d. þekking unglunganna um hættur sem af neyslu vímuefna stafa. Félagslegir þættir sem greinilega hafa áhrif á neysluvenjur eru m.a. menntun foreldra, samband foreldra innbyrðis, tími sem börn, unglingar og foreldrar eru saman, reykingar annarra fjölskyldumeðlima, viðhorf til skólagöngu og liðan í skóla og tengsl unglunganna við vini og jafnaldra.

5.3.4.2. Stefna ríkisstjórnarinnar

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 dómismálaráðherra 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 dómismálaráðherra skilaði tillögum sínum í júní s.l. Hún lagði m.a. til að ríkisstjórnin markaði sér stefnu í þessum málaflokki og að stofnað yrði sérstakt áfengis- og vímuvarnarráð. 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 tilbúna fyrir 1. mars 1997.
2. Stofnun áfengis- og vímuvarnaráðs. Sjá lið 3.2. A. Sjá fylgiskjal: Frumvarp til laga um áfengis- og vímuvarnaráð.
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	<u>65 m.kr.</u>	65 m.kr.	(65 m.kr.)
Alls	151 m.kr.		

4. Efling löggæslu og tollgæslu með auknum fjárveitingum. Til þessa átaks verður varið 60 m.kr. á árinu 1997.
5. 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.
6. Samstarf ríkisins, Reykjavíkurborgar og Evrópuborga gegn eiturryfjum um verkefnið „Ísland án eiturryfja 2002“. Með eiturryfjum er hér átt við ólögleg vímuefni.
7. 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 unglinga 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 tóbaksversluna 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"> - Uppræta fíkniefnaneyslu barna og unglinga - Draga stórlega úr áfengis- og tóbaksnotkun þeirra <p>Leiðir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efla forvarnir - Hefta aðgengi þeirra - Fækkun fíkniefnabrota - Efla andstöðu gegn notkun barna og ungmenna á efnunum - Efla meðferðarúrræði 	<ul style="list-style-type: none"> - Lækka hlutfallslega verð á léttum vínun og bjór - Auka þjónustu <ul style="list-style-type: none"> - Lengja opnunartíma - Fjölga verslunum - Þjóða út rekstur verslana - Einkasala verði afnumin

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).
- **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 áfengissjúklinga. 3.b. Vakín athygli sveitarfélaganna á skyldum þeirra annars vegar gagnvart áfengis-sjúkum og fjölskyldum þeirra og hins vegar varðandi fíkniefnavarnir (Framkvæmdaáætlun félagsmálaráðuneytisins í fíkniefna- og áfengisvörnum, 1997).
- **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).
- **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 vímuvarnarráðs. 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.

Tafla 6. Úthlutun úr Forvarnarsjóði árið 1997

Úthlutað af fjárlaganefnd:	
Áfangahelmið Dýngjan	1.000.000
Líknarfélagið Skjöldur	1.000.000
Íslenskir ungtemplarar	2.000.000
Fræðslumiðstöð í fíknivörnum	2.000.000
Krossgötur	4.000.000
Líknarfélagið Prepið	1.000.000
Áfangl. líknarfélag	1.000.000
Stórstúka Íslands	2.000.000
Áfengisvarnarráð	9.100.000
	23.100.000
Úthlutað af stjórn Forvarnarsjóðs:	
Áfangahelmið (alls 6.250.000)	
Líknarfélagið Skjöldur	800.000
Líknarfélagið Konan	1.050.000
Línarfélagið Rísið	1.300.000
Líknarfélagið Takmarkið	900.000
Vernd - fangahjálp	850.000
Áfangahelmið Fjólan	500.000
Áfangahelmið 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 ólvunar	1.000.000
FRÆ - Vímuvarnarskólinn úti á landi	1.000.000
FRÆ - Samhæfing forvarnarstarfs	800.000
Barnaheill og Vimulaus æska. Samstarf um þróun foreldrasíma	1.000.000
Vimulaus æska - ráðgjöf fyrir foreldra barna í vímuefnavanda	1.000.000
Vimulaus 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 hlidsjón 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 fjölskylduhátið í Vatnaskógi	400.000
Forvarnarverkefni Magnúsar Scheving í samstarfi við aðra	500.000
Félag unglækna - fræðsla fyrir framhaldsskólanema	200.000
Útdeild Félagsmálastofnunar Reykjavíkur - „Drengjaverkefni“	140.000
Ingvar Á. Þórisson o.fl. Heimildamynd	100.000
	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 Náms-

gagnastofnunar við flutning á rekstri grunnskóla til sveitarfélaga á miðju ári 1996. Ráðuneytið hefur stutt verkefni á vegum Jafningjafræðslunnar sem er langtíma verkefni, en ekki átaksverkefni á vegum Félags framhaldsskólanema. Jafningjafræðslan var styrkt með 3 m.kr. á þessu ári og ýmsir aðrir styrkir hafa numið 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).

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 málaflokki. 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 sveitafélaga hafa sinnt forvarnarstarfi með ýmsum hætti. Hefur það m.a. verið gert með útideildum, unglingaathvarfi, 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.
- **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 sér um Vímuvarnarskólann sem 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, íprótta- og æskulýðsfélög, lögreglu og íbúasamtök. Fjáröflun og kostnaður: Vímuvarnarnefnd 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. Starfsmaður???
- **Akureyri.**
- **Seltjarnarnesbær.** Verkefni: Starfsmaður í 25% starfi og framkvæmdanefnd sem sinnir forvarnarmálum í samvinnu við skóla, ípróttafélög, 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.

- **Áfengisvarnarráð.** Verkefni: Áfengisvarnarráði 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, áfengisvarnarnefndir og bindindissamtök að afstýra skaðlegum afleiðingum áfengisneyslu. Áfengisvarnarráð hefur umsjón með áfengisvarnarnefndum, 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. Áfengisvarnarráð hefur áður staðið straum af kostnaði við rannsóknir. Mjög litlu fé hefur verið varið til Áfengisvarnarráðs sem er eini lögskipaði aðilinn til að sinna vorvörnum. Því hefur ráðið ekki getað sinnt þeim verkefnum sínum 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.
- **Tóbaksvarnarnefnd.** Tóbaksvarnarnefnd er markað starfssvið samkvæmt ákvæðum í tóbaksvarnarlögum. Með fjölþættu hlutverki er nefndinni ætlað að vinna að markmiðum laganna með að því að draga úr tóbaksneyslu og þar með því heilsutjóni sem hún veldur, og vernda fólk fyrir áhrifum tóbaksreyks. 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 reykbann og áróður um reyklusar uppákomur 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: Námsefni fyrir grunnskólana 10 m.kr., námskeiðahald 1,7m.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.

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 bindismóta 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 ungttemplarar.** 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 vímuvörnum 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 foreldra-námskeiðum- 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 ípróttafélaga, 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 unglínga. 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 unglínga með blönduð vandamál, 16- 20 ára, með þremur plássum. Frá júní 1997. Kostnaður 1997: 1,2 m.kr. 4) Fjölskyldu-miðstöð 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 unglínga 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 Reykjavíkurdæld Rauða kross Íslands. Samstarfssamningur þessara aðila gildir frá apríl 1997 til áramóta 1997/1998. Áætlaður heildarkostnaður er um 9 milljónir. Opnuð hefur verið Fjölskyldumiðstöð 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.
- **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 tökum 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 tómsundaráðs, 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 reyklusa kynslóð**, verkefni fyrir 6. og 7. bekk grunnskóla og **Vertu frjáls reyklus**, 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 framantallinn kostnað vegna fyrsta stig forvarna á vegum opinberra stofnana og félagasamtaka. Fyrsta hjálp til barna og unglinga, foreldra og aðstandenda sbr. Fjölskyldumiðstöðin við Barónstig og Rauðakrosshúsið er talin til annars stigs forvarna.

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 (hluti til annars stigs forvarna)	10,0
Akureyri BÚRA TI LÍNUR HÉR Á MILLI :!!!	
Hafnarfjörður	
Garðabær	
Seltjarnarnes	
Önnur sveitarfélög. Ekki upplýsingar	
Kostnaður félagasamtaka (að frádregnum 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
Krabbarneinsfélagið. Vantar upplýsingar	
Alls	186,35

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.

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. 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.

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 unglinga. (Þórarinn Gíslason og fél., 1994). Neysla íslenskra unglinga á áfengi og öðrum vímuefnum eykst (Þórólfur Þórlindsson o.fl. 1998) og vaxandi fjöldi ungs fólks fer í áfengismeðferð (SÁÁ, 1997). Reykingar unglinga aukast þrátt fyrir þekkingu þeirra á reykingum og 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. Reykslan hefur sýnt að 27,5% af fólki sem nær 55 ára aldri hefur einhvern tíma greinst

með áfengismisnotkun eða fíkn (Jón G. Stefánsson og fél. 1991), en líkurnar til að verða áfengisröskun að bráð eru raunar meiri vegna þess að dánarlíkur áfengismisnotenda eru verulega hærri en annarra. Þversögnin í forvarnarstarfi er sú að forvarnir færa þjófúlaginu mikinn ávinning, en einstaklingnum lítinn (Rose, G. 1993).

Þetta þýðir ekki að forvarnir 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 fjarlægá von um betri heilsu. Ef athuguð eru heiti nokkurra forvarnarverkefna þá virðist „Jafningjafræðsla framhaldsskólanema“ vera í takt við þau markmið að gera fræðsluna aðlaðandi og einnig verkefni Tóbaksvarnarnefndar „Flottust reykláus“ og „Á toppnum reykláus“. Mörgum finnst heiti forvarnarverkefnis ríkisstjórnarinnar og Reykjavíkurborgar „Ísland án eiturlýfja 2002“ dæmi um óraunhæfar væntingar.

Í umræðu á Íslandi um áfengis- og vímuefnamál hafa bindindissjónarmið verið ofarlega á baugi samanber heiti forvarnarverkefnisins „Ísland án eiturlýfja 2002“. Í áfengis- og vímuefnaeðferð 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, þjófúlag og áfengi var: „Áfengi - minna er betra“. Hæpið er að gefa út viðmiðunarmörk um hættumörk áfengisneyslu sbr. bækling SÁÁ „Hófleg áfengisneysla og hættumörk, spurningar og svör“ (1997), þar sem neyslumörk eru mun hærri en að meðaltali er drukkið á Íslandi í dag. Viðmið sem eru í bæklingi SÁÁ um hóflega áfengisneyslu og hættumörk mundi leiða til 30-40% aukningar heildarneyslu áfengis á Íslandi (Tómas Helgason, 1998)

Ýmislegt í íslensku þjófúlagi (sbr. töflu 5) og einnig hjá öðrum Evrópuþjóðum er í ósamræmi við Evrópuýfirlýsingu 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 vinnveitingastaða aukist verulega á síðustu árum í Reykjavík.

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. 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 fyrst stigs forvarna, skólinn, trúfélög, íþróttafélög og margt fleira, en inngríp þarf að styðja með niðurstöðum rannsókna. Eðlilegt er að ríkið móti stefnu í forvörnum, geri framvæmdaáætlun byggða á nýjustu rannsóknum og deili verkefnum til framkvæmdaaðila.

5.3.5. Meðferð og endurhæfing. Annars og þriðja stigs aðgerðir

5.3.5.1. Unglingar með áfengis- og annan vímuefnavanda

Út frá áfengisneyslu ungmenna er yfirlétt hægt er að greina strax þá einstaklinga sem síðar þróa með sér vímuefnavandamál (....., 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, 1995}. Atriði sem benda til óheillaþróunar 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.

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). 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).

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 ungmönnum 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.

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 vímuefnameðferð 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 unglíngageðdeild (BUGL) og áfengis- meðferðarstofnana varðandi fíknivandamál sem upp koma hjá börnum og unglíngum.

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. 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 vímuefnameðferð og vistun í bráðatilvikum vegna meintra afbrota og

alvarlegra hegðunarerfiðleika. Börnum með aðrar geðraskanir skuli hins vegar vísað til úrræða á vegum heilbrigðisráðuneytis.

Fjölmargir þættir af geðrænum, félagslegum og þroskafræðilegum toga eru þekktir sem auka hættur unglinga 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).

Rannsóknir sýna að fíknir unglingar eru mjög ósamstæður hópur. Sýnt hefur verið fram á að undirliggjandi 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 unglingum með vímuefnaraskanir en hjá sam- burðarhópum og virðist vera rót neyslunnar. Viðeigandi meðferð á AMO getur því haft áhrif á meðferð og velferð unglingsins (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). Forstigi CD er aftur mótstöðuþrjóskuröskun (Oppositional Deviant Disorder, ODD) á barnsaldri. ODD og CD eru líklegri til að koma fram hjá barni eða unglingi 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 tíðni geðrænna fjölkvilla. Sérfræðiþekking á hinum geðræna vanda þessa hóps er nauðsynleg á meðferðarstigi ef meir en skammvinnur árangur á að nást.

Barna- og unglिंगageðdeild Landspítalans hefur í dag enga aðstöðu til að meðhöndla fíkniraskanir sem krefjast innlagna. Hlutverk deildarinnar er frekar að miðla sérfræðiþekkingu 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 heilbrigðisyfirvalda 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.

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

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. Mikilvægast er að grípa inní ferli hinar 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 unglingsgeðdeild er tekið á hinum fjölþætta vanda barna og unglings og fjölskyldna þeirra sem eru undanfari vimefnavandans og /eða tengjast honum.

Á stofnunum Barnaverndarstofu er til staðar mikil þekking og reynsla við meðferð á unglingsum í andfélagslegri hegðun af ýmsu tagi. Hins vegar skortir þar barnageðlæknisþjónustu og heilbrigðisyfirvöld bera enga ábyrgð á meðferð sem þar fer fram. Slíkt er óviðunandi og ekki hægt að mæla með frekari uppbyggingu meðferðarúrreða fyrir unglings í vimefnavanda meðan svo er. **Sameiginleg greiningarstöð BUGL og Barnaverndarstofu** undir stjórn heilbrigðisráðuneytisins gæti leyst þann faglega vanda.

5.3.5.2. **Inngrip 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, heimsóknunum 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. Antony, 1997).

Rannsóknir sýna að stutt inngrip (leifturinnngrip) heimilis- eða heilsugæslulæknis 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).

5.3.5.3. **Fangelsin**

Í áliti 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. Nefndin fékk til viðræðna forsvarsmenn geðdeilda á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og Ríkisspítölum auk yfirlæknis 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 nyttu 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.

5.3.5.4. **Kostnaður við meðferð og endurhæfingu**

Áfengis- og önnur vimefnameðferð og endurhæfing er veitt að langstærstum 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. töflur 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.

Tafla 8a) Kostnaður vegna stofnana með rekstrarleyfi til vímuefna meðferðar. Greiddur að hluta eða öllu leyti af ríkinu.

Deild / staður	Rúma- fjöldi	Kostnaður á árinu 1996	Fjöldi sjúklinga á ári	Kostnaður á sjúkling á ári 2)	Kostnaður á legudag /heimsókn	Útlagður kostnaður sjúklings 3)
Lsp., 33A, afeitrunardeild	15	72.145.083	199 4)	362.538	13.965	0
Lsp., 32E, göngudeild	0	28.366.383	772 5)	36.744	2.765	Göngud.gjald f. einstök viðtöl kr. 300- 3943
Lsp., Flókagata 29, dagdeild	0	30.932.905	369	83.829	2.465	0
Lsp., Flókagata 31, sjúkrahótel	12	25.664.053	192 6)	131.554	8.040	0
Lsp., Gunnarsholt, vistheimili	28	47.501.233	69	688.423	5.407	0
SÁÁ, göngudeild, Rvk 7)	0	30.496.000	3.364 8)	6.988	1.541	Göngud.gjald f. einstök viðtöl kr. 750+1500
SÁÁ, göngudeild, Akureyri 7)	0	6.958.000	364 8)	19.115	3.494	Göngud.gjald f. einstök viðtöl kr. 750+1500
SÁÁ, Vogur, legudeild 7)	60	147.662.000	1.65 1	89.437	7.171	0
SÁÁ, Staðarfell, legudeild 7)	30	33.934.000	379 9)	89.535	3.415	0
SÁÁ, Vik, legudeild 7)	30	36.137.000	411 9)	87.924	3.407	0
Samhjálp, Hlaðgerðarkot, meðf.heimili	25	40.088.000	302	132.742	4.304	0
Krisuvík, meðferðarheimili	24	40.800.000	33	1.236.36 4	5.663	25.000 / mán.
Viðnes, legudeild	28	71.023.210	126	563.676	Opp-lysingar ekki til	0
Fjölskyldumiðstöðin, göngudeild 10)	0	7.175.000				0
Varpholt, meðferðarheimili 11)	6	9.500.000	6			0
Stuðlar, meðferðarstöð 12)	8	31.000.000	21	1.476.19 0		0
Samtals		659.382.873				

1) Fyrir Fjölskyldumiðstöðina og Varpholt er kostnaður áætlaður fyrir árið 1997. Fyrir Samhjálp og Krisuvík er kostnaður fyrir árið 1995.

2) Rekstrareiningar eru ólíkar. Ekki er verið að bera saman sömu þjónustu. Sjúklingar dvelja mismörg 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 Staðarfalli eða Vik eiga legu að baki 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 Reykjavíkurdeikdar 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	Fjöldi sjúklinga á ári	Kostnaður á sjúkling á ári 2)	Kostnaður á legudag	Útlagður kostnaður sjúklings
SÁÁ, Miklabraut 1, áfangahéimili	24	8.523.105	100	85.231		33.500 /mán.
SÁÁ, Eskihlíð 3, áfangahéimili	16	4.635.085	37 ³⁾	125.272		33.500 / mán.
SÁÁ-Norðurlandi, áfangahéimili	16	5.795.000	55	105.363	1.434	33.000 / mán.
Rauðakrosshúsið, neyðarathvarf Rauðakrosshúsið, ráðgjöf (1996)	5 0	3.000.000 4)	43 ⁵⁾ 225 ⁶⁾			
Samhjálp: Áf.heimili og gistiskýli	Fæst ekki gefið upp.					
Rísið, áfangahéimili	24- 25	2.368.78 9	24 ⁷⁾	515.380		1000 / dag
Dyngjan, áfangahéimili	12 +börn	4.500.000	38 ⁷⁾	118.421	1.776	28.500 / mán.
Takmarkið, áfangahéimili	16	6.881.612	63 ⁷⁾	109.231		33.000 / mán.
Krossgötur, áfangahéimili	10	7.943.651	30-40 ⁷⁾	226.961	8.000	25.000 / mán.
Skjöldur, áfangahéimili	22	2.500.00 0	20-30 ⁷⁾	500.000		30.000 / mán.
Birgið, áfangahéimili	Heildarupplýsingar fengust ekki					
Samtals		76.147.24 2				

659.382.878+76.147.242 = 735.530.120

- 1) Kostnaður fyrir Samhjálp, Krisuvík, Rísið, Takmarkið, Krossgötur og Skjöldis er fyrir árið 1995. Fyrir Dyngjuna árið 1997.
- 2) Rekstrareiningar eru ólíkar. Ekki er verið að bera saman sömu þjónustu. Sjúklingar dvelja mismengt á deildum og stjórnast kostnaður m.a. af því.
- 3) Heimilið opnaði í lok febrúar 1996.
- 4) Áætlaður hluti af heildarkostnaði (26.000.000 m.kr.) fyrir neyðarathvarf, ráðgjöf og neyðarsíma vegna unglinga með áfengis- og vímuefnavanda.
- 5) Fyrir unglinga. Alls 86 einstakl. sem gistu en helmingur þeirra vegna áfengis- og vímuefna vandamála.

- 6) Fyrir unglunga og foreldra. Alls 450 einstaklingar, um helmingur þeirra vegna áfengis- og vímuefna vandamála.
7) Almenn skilyrði fyrir dvöl á áfangaheimili er yfirstandandi eða afstaðin áfengismeðferð.

Í töflu 8 a) og b) er fundinn beinn kostnaður vegna áfengis- og annarrar vímuefna meðferðar og reynist hann alls vera **kr. 735.530.120,-**. Hlutur ríkisins er um **587 m.kr.**

Einnig er gerð tilraun til að finna kostnað við hvern einstakan sjúkling sem kemur til meðferðar vegna áfengis- og vímuefnafiknar. 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 sjálfshjálprar. Allir sjúklingar sem eru á Vik 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.

Meiri hluti þeirra sem í meðferð koma hafa áður verið í áfengismeðferð. Um þriðjungur leggst inn oftast 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. í prentun). 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.

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.

5.3.5.5. Tillögur að stefnumótun varðandi áfengis- og aðra vímuefna-meðferð.

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 tillögur að opinberri stefnumörkun varðandi aðgerðir vegna áfengis- og annarrar vímuefna meðferðar.

5.3.5.5.1. Markmið, eftirlit og endurskoðun.

Starfshópurinn leggur til að heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið marki opinbera stefnumörkun 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 fagráð sem er þverfaglegt teymi, skipað fagfólki með reynslu, fræðilega þekkingu og tilbúið að starfa að hugmyndum ráðuneytisins. Fagráð ætti að sjá um að stefnu ríkisstjórnarinnar og árangursmati verði framfylgt.

5.3.5.5.2. Fjölbreytt meðferðarúrræði.

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. 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. Mikið „magn“ meðferðar gefur ekki ávallt bestan árangur. Stutt inngríp hjá heimilislækni eða nokkur hjónaviðtöl á göngudeild gefa oft betri árangur en nokkra 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 leiðturinngríp er árangursríkt í einu tilviki þurfa aðrir sjúklingar að koma aftur og aftur eða þurfa á langtíameðferð að halda.

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 fyrsta meðferðarúrræðið. Göngu- og dagdeildarform, sem eru ódýrustu meðferðarformin ættu að vera valkostur í auknu 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 samþykkt skerðing á 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.

5.3.5.5.3. Samvinna um sérhæfingu og verkaskiptingu.

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. Nauðungarvistanir vegna sjálfræðissviptingar voru á árinu 1997. Auk þess 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. Starfshópurinn álitur mikilvægt að bráðamóttaka fyrr vímuefnaneytendur sé staðsett á sjúkrahúsi þar sem starfandi eru geðlæknar og náin landfræðileg tengsl við sjúkrahús með svæfinga- og gjörgæsludeild.

Eðlilegt er að náið samstarf og verkaskipting sé við höfð á milli meðferðarstofnana eins og SÁÁ, Landspítala og Samhjálpur, einkum þar sem sami aðili greiðir meðferðina. Samskráning sjúklinga þessara stofnana hefur aldrei verið og allt upplýsingaflæði hér á milli er í lágmarki. Svo virðist sem vilji til samstarfs sé fyrir hendi, en yfirvöld hafa hvorki greitt því götu eða hvatt til samstarfs. Sameiginleg heildarskráning sjúklinga er nauðsynleg til að gera aðstöðu til rannsókna betri og yfirlit auðveldara. Skortur á samvinnu og verkaskiptingu stuðlar að ómarkvissri meðferð. Skilyrða ætti leyfi til sjúkrahúss-reksturs og greiðslur við slíka samvinnu.

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

- 1) Verkaskipting bæði hvað sjúklingahópa og meðferðarúræði varðar. Landsípítali er kennslustofnun og háskólasjúkrahús og ættu því sem flest meðferðarúræði að vera staðsett þar. Ekki er mælt með því að tvö samhliða kerfi séu í gangi sem sinni öllum stigum meðferðar og öllum sjúklingahópum.
- 2) Samskráning sjúklinga, annars vegar til að tryggja gæði þjónustunnar og hins vegar til að auðvelda rannsóknir og yfirlit.
- 3) Sameiginleg geininagarmiðstöð 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 fagleg sjónarmið verði höfð til viðmiðunar við innlagnir (sbr. vinnureglur ASAM, hér að neðan). Tryggja skal að ástand og þarfir sjúklingsins stýri meðferðinni sem hann hlýtur.

5.3.5.5.4. Vinnureglur ASAM.

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.

„The American Society of Addiction Medicine“ (ASAM) (hér vantar heimild....) 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 meðferðarninnar, en áherslur 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.

Ástand og aðstæður sjúklings:

1. Líkur á fráhvarfi
2. Líkamleg einkenni
3. Geðrænt ástand
4. Líkur á mótstöðu við meðferð
5. Líkur á falli
6. Stuðningur frá umhverfi

Tafla 9. Skörun meðferðarstigis og ástands sjúklings (skv. ASAM)

Viðmið	I	II	III	IV
1. Líkur á fráhvarfi	*	**	***	****
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 litið 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.

5.3.5.5.5. 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 litill þegar miðað er við edrúmennsku. Aðeins 16% þeirra sem fara í áfengismeðferð á Íslandi eru edrú rúmum tveimur árum síðar (Krisinn Tómasson og Per Vaglun, 1997).

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.

5.3.5.5.6. 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 há 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.

5.3.5.5.7. 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 meðferð ríkið borgar. Með verkaskiptingu milli meðferðarstöðva verður greitt fyrir ákveðna meðferð á hverjum stað. Með því verður meðferðin markvissari en nú er.

5.3.5.5.8. Ódýrasta meðferðin gerð aðgengilegri

Á geðdeild Landspítala þarf sjúklingur að greiða fyrir göngudeildar-meðferð, 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 inngrípin 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 ættu ávallt að vera sjúklingi að kostnaðarlausu.

5.3.5.5.9. 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 atferlissráðgjöf 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 árangur meðferðar.

5.3.5.5.10. Vímuefna meðferð unglunga.

Fjölmargir þættir af geðrænum, félagslegum og þroskafræðilegum toga eru þekktir sem auka hættur unglunga á að ánetjast vímuefnum. Ef meðferð á að skila meiri árangri en skammvinnu hléi á vímuefnamisnotkun hjá unglungi er nauðsynlegt að greina vanda unglingsins m.t.t. þeirra þekktu áhættuþátta sem líklegir eru til að viðhalda misnotkuninni. Meðferðinni þarf að beina samtímis að geðheilbrigðislegum, félagslegum og þroskafræðilegum þáttum. Mikilvægast er að grípa inni ferli hinnar neikvæðu þróunar til hegðunarröskunar og vímuefnaröskunar snemma. Einn liður að því marki er að efla barna- og unglungageðdeild. Á stofnunum Barnaverndarstofu skortir barnageðlæknisþjónustu og heilbrigðisyfirvöld bera enga ábyrgð á meðferð sem þar fer fram. Slíkt er óviðunandi og ekki hægt að mæla með frekari uppbyggingu meðferðarúrræða fyrir unglunga í vímuefnavanda meðan svo er. Sameiginleg greiningarstöð BUGL og Barnaverndarstofu undir stjórn heilbrigðisráðuneytisins gæti leyst þann faglega vanda.

5.3.6. Samvinna við aðrar þjóðir

- ECAD (European Cities Against Drugs) Reykjavíkurborg 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 reserch 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.

5.3.7. Íslenskar rannsóknir um áfengis- og aðra vímuefnasjúkdóma

Miklar upplýsingar eru handbærar og mikinn fróðleik er að finna um íslensk vímuefnamál. Mikill fjöldi greina hefur birtst um íslenskar rannsóknir á vímuefnasjúkdómum. Í fylgiriti með skýrslu starfshópsins er yfirlit yfir greinar sem birtst hafa í innlendum og erlendum ritrýndum tímaritum og bókum frá 1985.

5.3.8. Samantekt á nokkrum niðurstöðum starfshópsins og tillögum vegna áfengis- og annarra vímuefnaraskana.

Algengt er að hugtakið vímugjafi sé aðeins notað um ólögleg vímuefni, en samkvæmt nútíma þekkingu er áfengi og tóbak vímu- eða fikniefni. Samkvæmt orðabók Menningarsjóðs er hugtakið vímugjafi notað yfir efni sem veldur vímu. Áfengi og tóbak eru löglegir vímugjafar, en önnur vímuefni eru ólögleg. Með ólöglegum vímuefnum er m.a. átt við efni eins og ópíum, kannabis, kókain, örvandi efni og ofskynjunarefni. Í þessari skýrslu er stuðst við skilgreininguna „lögleg“ og „ólögleg 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 fikniefnamálum 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 æfnni 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 unglíngur ánetjast áfengi á lífsleiðinni en ólöglegum vímuefnum (27,5% á móti 0,7%).

Þó upphafsaldur áfengisneyslu íslenskra unglínga hafi færst neðar á síðasta áratug segjast álíka margir unglíngar hafa neytt áfengis á síðastliðnu ári og jafnaldrar þeirra í öðrum Evrópulöndum. Íslenskir unglíngar drekka aftur á móti verr þegar þeir drekka en jafnaldrar þeirra í samanburðarhópnum. Tíðni reykinga er örlítið minni hér á landi á meðal unglínga en í öðrum Evrópulöndum, en neysla kannabísefna og annarra ólöglegra vímuefna var sambærileg við það sem gerist annnas 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 áfengissölu. Stærstur hluti útgjalda vegna áfegnismeðferðar árið 1997 fer til SÁÁ (209 m.kr.) og Landspítala (205,5 m.kr.).

Forvarnir:

Forvarnir eru bæði almennar og sértækar. Inngrip vegna áhættusamra aðstæðna er ein tegund sértækra forvarna. Bæði í íslenskum og erlendum faraldsfræðilegum rannsóknum hefur verið hægt að finna aðstæður, sem börn og unglíngar búa við, sem spá fyrir um vandamál síðar á ævinni tengd neyslu tóbaks, áfengis og annarra vímuefna.

Félagslegir þættir hafa meira forspárgildi um seinni tíma þróun en t.d. þekking unglínganna um hættur sem af neyslu vímuefna stafa. Félagslegir þættir sem greinilega hafa áhrif á neysluvenjur eru m.a. menntun foreldra, samband foreldra innbyrðis, tími sem börn, unglíngar og foreldrar eru saman, reykingar annarra fjölskyldumeðlima, viðhorf til skólagöngu og liðan í skóla og tengsl unglínganna við vini og jafnaldra.

Birt var stefna ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis-, og tóbaksvörnum í desember 1996 og samþykkt var áætlun um aðgerðir. Ákveðið var að stofnað verði sérstakt áfengis- og vímuvarnarráð. Markmið stefnu ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum er að uppræta fíkniefnaneyslu barna og unglínga 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.

Sérstakt framlag ríkisins til forvarna vegna áfengis og ólöglegra vímuefna (120 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.

Eðli forvarnanna vegna má búast við að árangur áróðursherferða verði lítil. 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 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“

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. Eðlilegt verður að teljast að fjármagni sjóðsins sé fyrst og fremst beint að rannsóknum svo hægt sé að finna viðeigandi fyrsta stigs forvarnir. Barnafjölskyldan er í augum flestra hornsteinn fyrsta stigs forvarna, skólinn, trúfélög, íþróttafélög og margt fleira, en inngrip þarf að styðja með niðurstöðum rannsókna.

Meðferð og endurhæfing:

Börn og unglíngar sem eiga við áfengis og annan vímuefnavanda að etja eiga flest við fjölþætt geðræn og félagsleg 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 fjölþættri meðferð að halda. Eðli vandans hjá unglíngum í neyslu er yfirleitt allt annað en það sem fullorðnir vímuefnasjúklingar eiga við að glíma. Sérfræðilækning á hinum geðræna vanda þessa hóps er nauðsynleg við greiningu og meðferð ef meir en skammvinnur árangur á að nást.

Í lögum 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 hafa ekki komið að gagni. Átt er við sérhæfða meðferð eins og t.d. vímuefna meðferð. Börnum með aðrar geðraskanir skuli hins vegar vísað til úrræða á vegum heilbrigðisráðuneytis. 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. Slíkt er óviðunandi og ekki hægt að mæla með frekari uppbyggingu meðferðarúrræða fyrir unglínga í vímuefnavanda meðan svo er. Sameiginleg greiningarstöð BUGL og Barnaverndarstofu undir stjórn heilbrigðisráðuneytisins gæti leyst þann faglega vanda.

Auk þess er nauðsynlegt að barna- og unglíngageðdeild verði eflað og þar tekið er á hinum fjölbætta vanda barna og unglínga og fjölskyldna þeirra sem eru undanfari vímuefnavandans og/eða tengjast honum.

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 736 m.kr. Hlutur ríkisins er um 587 m.kr. Kostnaður á hvern sjúkling er mestur þegar um langtíma visturn er að ræða. Ódýrustu meðferðarúrræðin eru göngudeildar- og dagdeildarþjónusta, en innlagnir á bráðadeild eru dýrastar.

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. Ekki eru 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).

Tillögur að stefnumótun varðandi vímuefna meðferð:

1. Starfshópurinn leggur til Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið marki opinbera stefnumörkun um annars og þriðja stigs aðgerðir fyrir áfengis- og aðra vímuefnafikla. 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 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.

Í nýlegri samþykkt stjórnarnefndar Ríkisspítala var samþykkt skerðing á 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 fikniefna 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 frá ráðuneyti og greiðslna úr ríkissjóði sé samvinna um eftirfarandi atriði: 1) Verkaskiptingu bæði hvað sjúklingahópa og meðferðarúrræði varðar, 2) Samskráningu sjúklinga og 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 (ASAM) um hvernig stýra megi sjúklingum inn á ólík stig meðferðar eftir ástandi þeirra og aðstæðum.
5. 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.
6. Gera þarf kröfur um menntun starfsfólks sem vinnur við áfengismeðferð. Mikilvægt er að laun séu há 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. Æskilegt er að skýrara verði fyrir hvaða meðferð ríkið borgar. Með verkaskiptinu milli meðferðarstöðva verður greitt fyrir ákveðna meðferð á hverjum stað. Vímuefnameðferð verður þá markvissari en nú er.
8. Fyrir ríkið 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. 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.
10. Finna þarf meðferðarúrræði fyrir börn og unglínga að 18 ára aldri. Börn og unglíngar sem eru í neyslu eiga flest við fjölþætt geðræn og félagsleg vandamál að stríða. Unglingahópurinn er sérstakur og

þar á meðferð að halda þar sem tekið er á þeim sérstaka vanda sem einkennir unglinginn. Mælt er með að vímuefna meðferð unglinga verði á ábyrgð Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis, en að framkvæmd meðferðar verði samvinna Barna- og unglinga-geðdeildardeildar Landspítalans og Barnaverndarstofu.

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

Í fylgiriti með skýrslu starfshópsins er yfirlit yfir rannsóknir um vímuefnaraskanir eftir íslenska höfunda sem birtst hafa í innlendum og erlendum ritrýndum tímaritum og bókum frá 1985.

Heimildir:

- Þórarinn Gíslason, Aldís Yngvadóttir, Bryndís Benediktsdóttir. Læknablaðið, 1994; 80.
- Gordis, E.. Alcohol Research. Arch Gen Psychiatry, 53, Mar 1996
- Edwards, G. et.al. 1994. Policy and the Public Good. Oxford, University Press.
- Þórólfur Þórlindsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Gunnar Bernburg og Viðar Halldórsson, 1998. Vímuefnaneysla íslenskra ungmenna. Reykjavík. Rannsóknarstofnun uppeldis-og menntamála.
- Ársskýrsla SÁÁ, 1997. Reykjavík, SÁÁ.
- Tómas Helgason, 1978. Prevalence and incidence of mental disorders, estimated by a health questionnaire and psychiatric case register. Acta Psychiatr. Scand. 58:256-66.
- Mayfield, D.G., McLeod, G., Hall, P. 1974. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry. 131; 1121-1123.
- J.C. Antony. 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.
- M. Ashworth, C. Gerda. ABC of mental health. Addiction and dependence - II: Alcohol. BMJ. Volume 315, August, 1997.
- Tómasson K., Vaglum P. Í prentun. Prediction of re-admission for detoxification: The role of psychiatric comorbidity. Comprehensive psychiatry.
- Kristinn Tómasson. Geðgreiningar á vímuefnadeildum. Læknablaðið, 1992. 78(10):423-427.
- 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.
- 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.
- Stenius K. Statistik över missbrukarvård i Norden. Nordisk alkohol- og narkotikatidskrift, Vol 14, 1997
- Bobo, J.K. Nicotine dependence and alcoholism epidemiology and treatment. Journal of Psychoactive Drugs, 1989, 21.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tómas Helgason, 1998. Forvarnir - orð og athafnir: Íslensk áfengismálastefna á 20 öld. Geðvernd.
- Íslensk orðabók. 1985. Ritstj. Árni Böðvarsson. Bókaútgáfa Menningarsjóðs, Reykjavík.
- Tómas Helgason & Gylfa Ásmundsson. 1972. Félagslegar aðstæður og uppvöxtur ungra ofdrykkjumanna. Læknaneminn; 25,5-21.

- 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.
- Horner,B.R.og Scheibe,K.E. 1997. Prevalence and Implications of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Among Adolescent in Teratment for Abuse. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*. 36:1.
- Sigurjón Björnsson, 1974. Epidemiological investigation of mental disorder of children in Reykjavík, Iceland. *Scand J Psychol*, 2:81-89.
- Samnigni Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins (1989). Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997
- 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.
- Þorkell Jóhannesson. 1984. Lyfjafræði miðtaugkerfisins. Nokkrir höfuðdrættir. Helstu vímugjafar. Menntamálaráðuneytið - Háskóli Íslands.
- 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.
- J. G. Stefánsson, E. Lindal, 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. Lindal, 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
- Tómas Helgason. Prevalence and incidence of alcohol abuse in Iceland. Í Cooper B. (ritstj.). *Psychiatric epidemiology*. Croom Helm, London 1987.
- World drinking trends 1996. Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, Schiedam, Netherlands.
- Tómas Helgason, 1998. Forvarnir - orð og athafnir: Íslensk áfengismálastefna á 20. öld. Geðvernd.
- Þórolfur Þórlindson og Inga Dóra Sigfúsdóttir. Áhrif, 1998.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir og Kristjana Blöndal, 1995. Áfengidneysla reykjvískra unglunga og viðhorf þeirra til slíkrar neyslu. *Uppeldi og Menntun*, 4. 35-57.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir, Sigurlína Dasviðsdóttir og Eyrún María Rúnarsdóttir, 1997. Áhættuhegðun Rreykvískra unglunga: Tóbaksreykingar, áfengisneysla, hassneysla og önnur vímuefnneysla árin 1994-1996. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Krisinn 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.-
- Morgunblaðið, 1998. 13 ára sem drekka, fjórfalda líkur sínar á áfengissýki. 6. febrúar.
- Jóhannes Bergsveinsson, 1997. Sjúkdómar og skaðar á taugakerfi vegna vímuefnaneyslu. *Vímuvarnarvefurinn*, <http://www.ismennt.is/vefir/vimuvarnarvefurinn/sjukd/jb.htm>.
- Ludvíksdóttir D, Skuladóttir H, Jakobsson F, Thorisdóttir A, Cariglia N, Magnusson B, Tjodleifsson B. Epidemiology of liver cirrosis morbidity and mortality in Iceland. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 1977, Jan;9(1):61-66.
- Hildigunnur Ólafsdóttir, 1988. Lekmen, alkoholisme og handling. *Alkoholpolitik. Journal of Nordic Alcohol Research*, 5, 83-90.
- Ashworth, M. og Gerda, C, 1997. ABC of mental health. Addiction and dependence - II: Alcohol. *BMJ*. Volume 315, August.
- Gylfi Ásmundsson, 1996. Alkohol och trafik på Island mellan 1966 och 1993. *Nordisk Alkoholtidskrift* Vol. 13.
- Alma A. Þórarinsson, 1979. Mortality among Men Alcoholics in Iceland 1951-1974. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol 40, No 7, 1979.
- Skýrsla um útbreiðslu fíkniefna og þróun ofbeldis. Forsætisráðuneytið, 1996.
- Björn Zoëga, Helgi Sigvaldason og Brynjólfur Mogensen. Ofbeldisáverkar. *Faraldsfræðileg athugun í Reykjavík 1974-1991. Læknablaðið* 1994; 80.

- Kostnaður og tekjur þjóðfélagsins vegna áfengisneyslu árin 1985-89. Skýrsla Landssambandsins gegn áfengisbólinu. Hagfræðistofnun Íslands, 1991.
- Skýrsla Áfengismálanefndar ríkisstjórnarinnar. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti. Janúar, 1987.
- Skýrsla um fíkniefnamál. Forsætisráðuneyti. Apríl, 1987.
- Skýrsla dómsmálaráðherra til Alþingis um aðgerðir ríkisstjórnarinnar í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, 339. mál, þskj. 611, 1997.
- Framkvæmdaáætlun félagsmálaráðuneytisins í fíkniefna- og áfengisvörnum, september, 1997.
- Framkvæmdaáætlun Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins í fíkniefna-, áfengis- og tóbaksvörnum, mars, 1997.
- Rose, G. 1993. The Strategy of Preventive Medicine, Oxford University Press, Oxford.
- Hóflæg áfengisneysla og hættumörk, spurningar og svör. SÁÁ, (1997).
- Edwards G. og fél. 1994. Alcohol Policy and the Public Good. Oxford, Oxford University Press.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir, Sigurlína Davíðsdóttir og Eyrún M. Rúnarsdóttir, 1997. Ahættuhegðun reykvískra unglunga: Tóbaksreykingar, áfengisneysla, hassneysla og neysla annarra vímuefna 1994-1996. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- 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.
- 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.
- Grant, B. F. & Dawson D.A. 1998. Age of drinking onset predicts future alcohol abuse and dependence. Journal of Substance Abuse, January.
- Ása Guðmundsdóttir, 1994. Áhrif bjórsins á áfengisneyslu íslenskra unglunga. Áhrif, 1:10-12.
- Report of the WHO European Conference, 1995. Alcohol - less is better. WHO Regional Office for Europe.
- Ása Guðmundsdóttir, 1998, Geðvernd, í prentun.

6. Þjónusta við fólk með langvinna geðsjúkdóma

6.1. Langveikir/geðfatlaðir

Skilgreiningar

Í þessum kafla verður fjallað um þá geðsjúklinga sem ekki ná fullum bata, eru haldnir langvinnum geðsjúkdómi og í mörgum tilvikum fötlun. Varðandi langveika áfengissjúklinga og fíkniefnaneytendur vísast í kafla um áfengismál.

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin hefur skilgreint hugtökin fötlun:

„In the context of health experience, a handicap is a disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfilment of a role that is normal (depending on age, sex, and social and cultural factors) for that individual.“

Samkvæmt skilgreiningu í International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps er fötlun, sem meiðsl eða sjúkdómur hefur valdið, sú truflun sem verður á samskiptum einstaklingsins við umhverfi sitt. Fötlunin er flokkuð í 6 mismunandi þætti, sem eru tilveru einstaklingsins nauðsynlegir. Þeir eru:

1. Áttun
2. Eigin umsjá
3. Umferli / hreyfifærni
4. Störf
5. Félagsleg tengsl
6. Fjárhagur / fjárhagslegt sjálfstæði

Að öðru leyti er hópurinn illa skilgreindur en almennt er talið að fyrst og fremst sé um að ræða geðklofasjúklinga en einnig að nokkru leyti sjúklinga með alvarlegar lyndisraskanir og persónuleikaraskanir svo og langt gengna áfengis- og fíkniefnaneytendur.

Saga

Viðhorf til fötlunar af völdum geðsjúkdóms hafa breyst í aldanna rás. Á öldum áður var ekki litið á geðraskanir sem sjúkdóma en í byrjun 19. aldar breyttust þau viðhorf. Þá hófust lækningatilraunir og sérstök sjúkrahús eða hæli voru reist í þeim tilgangi. Fram á þessa öld voru geðsjúklingar sem ekki náðu bata greindir sem ólæknandi, útskrifuðust með þá sjúkdómsgreiningu eða vistuðust áfram á hæli. Einng komu fram lýsingar á þeirri fötlun sem stofnanavist gat valdið. Dregið var úr starfsemi stóru sjúkrahúsanna erlendis en við það varð þessi hópur sýnilegri og fötlun hans varð að félagslegu vandamáli. Þessar ólíku birtingarmyndir vandans hafa valdið erfiðleikum þegar reynt er að meta sérstakar þarfir þessa hóps fyrir þjónustu, bæði félagslega og heilbrigðisþjónustu.

Í Noregi og í Svíþjóð hefur farið fram endurskoðun á geðheilbrigðisþjónustu. Samkvæmt gögnum þaðan virðist hópur geðfatlaðra ekki vera sérstaklega skilgreindur í Noregi heldur eingöngu fjallað um geðsjúka. Í Svíþjóð er hins vegar stuðst við löggjöf um fötlun við þjónustu fyrir þennan hóp, t.d. eru þeir sérstaklega skilgreindir sem hafa lokið læknisfræðilegri meðferð en eru enn innlagðir vegna skorts á félagslegum úrræðum („medicinskt færdigbehandlade“) en við þá skilgreiningu færast fjárhagsleg ábyrgð á dvalarkostnaði yfir til sveitarfélaga.

Á Íslandi hófst umfjöllun um geðfatlaða í tengslum við umræður um skort á félagslegum úrræðum. Árið 1990 var haldin ráðstefna á vegum Geðhjálpar, Geðverndarfélags Íslands og Landlæknisembættisins um „Hvernig má bæta þjónustu við fólk með geðræna fötlun?“ þar sem samþykktar voru ályktanir til stjórnvalda um að bæta þjónustu og búsetuúrræði fyrir geðfatlaða.

Við endurskoðun á lögum um málefni fatlaðra 1992 var bætt inn ákvæði um geðfatlaða.

Sérstakir samráðshópar voru starfandi vegna vanda geðfatlaðra 1991 til '94, fyrst og fremst vegna skorts á búsetuúrræðum. Þannig virðist sérstakur vandi þessa hóps hér á landi hafa leitt til þess að hópurinn hefur í raun verið skilgreindur á nýjan leik, sem hópur fatlaðra en ekki sjúkra.

Tiðni

Tómas Helgason greinir frá því í könnun sinni *Epidemiology of Mental Disorders in Iceland* á geðheilsu 5.396 Íslendinga að lífslíkur (til 61 árs aldurs) fyrir geðrofssjúkdómi er 3,9% (bæði kyn). 0,54% karla og 0,81% kvenna fengu geðklofagreiningu og öll utan einn voru öryrkjar (disabled). Þriðjungur sjúklinga með tvíhverfa lyndisröskun („örugg“ greining) voru öryrkjar. Tveir af hverjum fimm sem fengu geðsjúkdómsgreiningu á könnunartímabilinu höfðu verið öryrkjar vegna geðsjúkdóms. Við 61 árs aldur voru 13,8% sjúklinga með starfrænan geðsjúkdóm öryrkjar. Við eftirkönnun 61-74 ára voru 15,5% öryrkjar/fatlaðir í lok tímabilsins. Fjórðungur þeirra sem höfðu geðsjúkdóm fyrir 61 árs aldur fengu ekki slíka greiningu við eftirkönnunina.

Nefnd sem skipuð var af félagsmálaráðherra gerði athugun á málefnum geðfatlaðra og birti tillögur um úrbætur í skýrslu félagsmálaráðuneytis í apríl 1991. Eingöngu var leitað eftir upplýsingum um geðsjúka sem bjuggu við óviðunandi aðstæður. Nefndin greindi þörf 124 geðfatlaðra á búsetu- og þjónustuúrræðum. 43 einstaklingar voru taldir í þörf fyrir sambýlisplass með mikilli þjónustu, þ.e. 4-5 manna sambýli með starfsmönnum allan sólarhringinn. Öðrum 43 myndi henta 4-5 manna sambýli með starfsmenn 16 klst. á sólarhring án næturvörslu. 38 einstaklingar þurftu á að halda búsetu í vernduðum íbúðum með heimaþjónustu eða öðrum stuðningi. Meirihluti einstaklinganna var búsettur á Reykjavíkursvæðinu eða 75 manns en 49 á öðrum svæðum. Flestir voru á aldrinum 30-40 ára. Nefndin lagði til að skipað yrði í samráðshóp sem hefði yfirumsjón með þessum málum, en ekki varð úr því.

Í Svíþjóð hefur verið lagt mat á fjölda fatlaðra. 0,4–0,8% þjóðarinnar eru talin falla undir skilgreiningu laga um einstaklinga með langvinnar og alvarlegar geðraskanir. Lægri talan er fjöldi geðklofasjúklinga í þjóðfélaginu en í hærri tölunni eru meðtaldir aðrir með langvinnar og alvarlegar geðtruflanir. Gert er ráð fyrir því að fjöldinn sé meiri í þéttbýli. 0,04% þjóðarinnar voru vistuð á geðdeild og féllu undir skilgreininguna að lækni meðferð væri lokið (medicínskt færdigbehandlade). Í sænskum lögum um þjónustu við fatlaða er skilgreiningin „einstaklingar með varanlega geðræna færnisskerðingu sem stafar augljóslega ekki af eðlilegri öldrun, er mikil og orsakar markverða erfiðleika í daglegu lífi og þar með umfangsmikla þörf fyrir stuðning eða þjónustu.“ Hins vegar hefur verið erfitt að meta stærð þessa hóps vegna óskýrra skilgreininga, en við ólíkar matsaðferðir fást

hluföllin 0,08–0,4% þjóðarinnar. Aðeins 0,016% eru geðfatlaðir sem fá þjónustu samkvæmt þessum lögum, þ.e. aðeins brot af þeim sem eru taldir í þörf fyrir þjónustuna.

Löggjöf

Við breytingu á lögum um málefni fatlaðra 1992 var sett inn ákvæði sem fjallaði sérstaklega um geðfatlaða. Í 39. grein laganna segir að tekjur framkvæmdasjóðs fatlaðra skuli vera m.a. „sérstakt framlag ríkissjóðs skv. ákvörðun Alþingis til uppbyggingar þjónustu í þágu geðfatlaðra næstu fimm ár frá gildistöku laga þessara.“ Alþingi veitti 20 milljónum króna á ári árin 1993 – '96 vegna þessarar greinar og aftur 1998.

Í lögum um félagslega þjónustu sveitarfélaga frá 1991 er fjallað um þjónustu sveitarfélaga við fatlaða í 43. grein þar sem segir: „Félagsmálanefnd skal vinna að því að fötluðum, hvort sem heldur er af líkamlegum eða andlegum ástæðum, séu tryggð sambærileg lífskjör og jafnrétti á við aðra þjóðfélagsþegna. Jafnframt skulu fötluðum sköpuð skilyrði til að lifa sem eðlilegustu lífi miðað við getu hvers og eins.“

44. grein: „Félagsmálanefnd skal skipuleggja félagslega heimaþjónustu fyrir fatlaða og leitast við að tryggja þeim hentugt íbúðarhúsnæði.“

Í lögnum er fjallað sérstaklega um aðstoð við áfengissjúka og vímuefnavarnir.

52. grein: „Félagsmálanefndir skulu hlutast til um að áfengissjúkir og þeir sem misnota áfengi eða aðra vímuefnaþjafa fái viðeigandi meðferð og aðstoð. Þá skal veita aðstandendum og fjölskyldum áfengissjúkra ráðgjöf og aðstoð eftir því sem við á.“

53. grein: „Félagsmálanefndir skulu stuðla að því að áfengissjúkir og misnotendur vímuefnaþjafa, sem fengið hafa meðferð og læknishjálp, fái nauðsynlegan stuðning og aðstoð til að lifa eðlilegu lífi að meðferð lokinni.“

Forvarnir

Fyrsta stigs forvarnir gegn geðfötlun beinast að því að koma í veg fyrir sjúkdóma sem geta orðið langvinnir og valdið fötlun, t.d. geðklofa. Annars stigs forvarnir beinast að því að bæta gang sjúkdóms sem þegar er orðinn til, m.a. draga úr hættu á versnun og bakslagi (relaps prevention). Þriðja stigs forvarnir miða að því að bæta líðan og færni langveikra með endurhæfingu og annari heilbrigis- og félagsþjónustu. Mestum kröftum er varið í þriðja stigs forvarnir varðandi geðfatlaða en minni áhersla lögð á annars stigs og nær engin á fyrsta stigs forvarnir. Ýmis úrræði hafa verið reynd og sýnt góðan árangur í könnunum. Hægt er að draga úr hættu á að þunglyndi endurtaki sig með langtíameðferð. Hægt er að draga úr langvinnri áfallsstreituröskun með rétttri meðferð eftir áfall. Geðklofasjúklingum farnast betur ef veitt er sérstök fjölskyldumeðferð til viðbótar við geðlyfjameðferð. Ýmis konar sálfélagsleg meðferð og langtíma lyfjameðferð hefur sýnt sig að hafa forvarnagildi. Sbr. rannsóknaráætlun um hugræna meðferð við þunglyndi barna á Íslandi.

Forgangsröðun

Í nýútkomnum tillögum um forgangsröðun í heilbrigðismálum gefnum út af heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti (eru enn til umsagnar) eru lagðir til fjórir forgangsröðunarflokkar. Meðferð vegna alvarlegra langvinnra sjúkdóma er sett í annan flokk af fjórum. Ekki er fjallað

sérstaklega um geðsjúka. Í tillögunum er sagt frá norskri forgangsröðun þar sem m.a. alvarlegir geðsjúkdómar eru í fyrsta flokki af fimm flokkum. Í Svíþjóð eru fimm forgangshópar á stjórnunarlegu stigi og er umönnun fólks með skert sjálfræði í fyrsta flokki. Önnur forgangsröðun er fyrir klíniska starfsemi en þar er umönnun fólks með skert sjálfræði í forgangsröðunarflokki 1B.

Álit Geðlæknafélags Íslands

Nefnd á vegum Geðlæknafélagsins skilaði tillögum 1997 um bætt meðferðarúrræði fyrir langveika geðsjúklinga, aðallega geðklofa-sjúklinga. Þar segir m.a. að þjónusta og meðferð eftir að sjúkrahúsdvöl lýkur sé oft illa skipulögð og ómarkviss og því nauðsynlegt að samræma hana betur. Nefndin lagði áherslu á mikilvægi þess að læknisfræðileg ábyrgð og stjórn slíkrar meðferðar væri í höndum sérfræðinga í geðlækningum innan heilbrigðiskerfisins í nánu sambandi við alla þá aðila sem þátt taka í stuðningi við sjúkling og aðstandendur. Sérstök áhersla var lögð á mikilvægi samvinnu við þá aðila sem sérhæfa sig í félagslegum stuðningi við geðfatlaða, s.s. Geðhjálpar og Öryrkjabandalagið. Æskilegt var talið að halda áfram á þeirri braut sem þegar hefur verið farið út í að fela slíka þjónustu aðilum eins og Geðhjálpar sem sérhæfa sig til þess. Nefndin lagði áherslu á að sá visir að samhæfðri þjónustu sem nú er kominn á fót í formi Stuðningsþjónustu Geðhjálpar verði styrktur og eflur í enn viðtækari þjónustumiðstöð sem reki félagsmiðstöð, veiti frekari liðveislu og liðveislu ásamt heimilishjálpar, „case management“, og vaktþjónustu. Þar geti jafnframt farið fram ýmis konar fræðslustarf. Stórauka þarf fræðslu um forstígeinkenni geðklofa meðal heimilislækna og almennings því nýjar rannsóknir hafa sýnt fram á mikilvægi þess fyrir horfur að greina og hefja meðferð strax og forstígeinkenni koma fram, að mati nefndar Geðlæknafélags Íslands.

Álit Geðhjálpar

Í stefnu Geðhjálpar í geðheilbrigðismálum segir um geðfatlaða:
„Stöðva þarf hringlandahátt með vistmenn á langlegudeildum:

- Ef legudeildir eru í raun heimili vistmanna, þarf að breyta stjórnskipulagi þeirra.
- Færa þarf heimili geðsjúkra undir félagsmálayfirvöld, etv. finna betri staðsetningu og heimilislegra umhverfi, án þess að skapa öryggisleysi hjá vistmönnum með skyndilegum tilkynningum um lokanir heimila þeirra.
- Lítil geðhjúkrunarheimili eða sambýli með mikilli stuðningsþjónustu, í heimabyggð, eru æskilegri fyrir þá sem þurfa á umönnun að halda til lengri tíma, í stað langlegusjúkrahúsdeilda.
- Heildarstefnu þarf um framtíðarlíf fullorðinna geðfatlaðra, þ.e. ákvæði í lögum um málefni fatlaðra, tryggja þarf rétt þeirra til öruggrar búsetu, sérstaklega mikilvægt við yfirtöku sveitarfélaga á málaflokknum“

„Leiðrétta þarf skerðingu á lífeyrisgreiðslum til geðfatlaðra:

- Bætur eru ekki lengur vísitölutengdar
- Fjármagnstekjuskattur er eingöngu lagður á lífeyrisþega
- Lífeyrissjóðsgreiðslur skerða lífeyri frá T.r.
- Uppbætur voru skertar í fjárlögum 1996.“

Jafnframt segir:

„Geðhjálp leggur áherslu á að þverfagleg þjónusta við geðsjúka utan sjúkrahúsa verði byggð upp, þannig að boðin verði greining, meðferð, ráðgjöf, eftirfylgd og stuðningur við sjúkling og aðstandendur, og félagsnetið treyst. Margir geðsjúkir fá enga eða ófullnægjandi meðferð og þjónustu. Hlutfall barna sem fá ekki viðeigandi meðferð við geðtruflun er hærra en fullorðinna.

Haft verði að leiðarljósi í allri þjónustu við geðsjúka og geðfatlaða að virðing verði borin fyrir einstaklingnum og hann haldi fullum mannréttindum og sama lífsgæðastaðli og aðrir þegnar, líkt og tryggt hefur verið fyrir aðra fatlaða.“

(drög)

Núverandi þjónusta við geðfatlaða

Eftirtaldir aðilar veita geðfötluum þjónustu:

Geðdeildir sjúkrahúsanna (Landspítala, SHR og FSA): Göngudeildir, bráðamóttökur, bráðalegudeildir, framhalds- og langlegudeildir og hjúkrunardeildir.

Svæðisskrifstofur um málefni fatlaðra.

Félagsmálastofnanir sveitarfélaga.

Félagasamtök:

Geðhjálp.

Geðverndarfélag Íslands.

Rauði Kross Íslands.

Samhjálp.

Hjálpræðisherinn.

Hússjóður Öryrkjabandalagsins.

Stuðningsþjónusta Geðhjálpar veitir 30 geðfötluum liðveislu, heimilishjálp og búsetuúrræði í íbúðum og sambýlum. Stuðningsþjónustan er rekin samkvæmt þjónustusamningi við félagsmálaráðuneyti, undir stjórn Geðhjálpar en sérstök samráðsnefnd hefur faglegt eftirlit með þjónustunni og ákveður inntöku nýrra skjólstaðinga. Tekist hefur að koma á formlegu samstarfi starfsmanna stofnana sem annast þennan sjúklingahóp. Svo virðist að verulega hefur dregið úr sjúkrahúsinnlögnum hjá þeim sem eru „í þjónustu“ en formlegt árangursmat hefur ekki farið fram. Eftirspurn hefur aukist og biðlisti myndast en þjónustusamningurinn er takmarkaður við 30 einstaklinga.

Að öðru leyti vísast í kafla um svæðisskrifstofur, félagsmálastofnanir og aðra þjónustu sem heyrir undir félagsmálaráðuneyti.

Umræða

Einstaklingar í þessum hóp hafa þörf fyrir bæði almennan stuðning og heilbrigðisþjónustu. Þeir þurfa því þjónustu frá tveimur aðskildum sviðum, heilbrigðis- og félagssviðum, sem heyra undir sitt hvort ráðuneytið, með sitt hvora löggjöfina til grundvallar. Aðskilnaðurinn milli þessara sviða veldur einstaklingnum í mörgum tilvikum verulegum erfiðleikum, þegar ekki tekst að samræma þjónustu þessara tveggja sviða. Skortur á búsetu- og þjónustuúrræðum getur valdið töf á útskrift af geðdeild og aukið líkur á endurinnlögn. Fram kemur að þjónustana er það sérhæfð að hún fellur illa undir almenna þjónustu svæðisskrifstofa og félagsmálastofnana.

Geðsjúkir fikniefnaneytendur er hópur sem þarf sérhæfða þjónustu og hafa þeir að ýmsu leyti orðið útundan í núverandi þjónustukerfum.

Í skýrslu Ingimars Einarssonar um forvarnir er fjallað um neyðarteymi og útideildir til að veita þjónustu í umhverfi sjúklingsins.

Stefnumótun

Auka þarf samræmingu þjónustu við geðfatlaða á öllum stjórn-sýslustigum og í faghópum. Þetta þýðir að samræma þarf löggjöf, koma á samstarfi milli ráðuneyta, milli geðdeilda, félagsmálastofnana og svæðisskrifstofa, bæði hvað varðar stjórnendur og fagfólk. Huga þarf sérstaklega að þessu við fyrirhugaða yfirfærslu málaflokks fatlaðra til sveitarfélaganna.

Tillögur

- 1. Við fyrirhugaða breytingu á lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga við yfirfærslu málaflokksins verði sérhæfð þjónusta við geðfatlaða tryggð í lögnum og skyldur sveitarfélaganna teiggreindar nákvæmlega. Þetta er mikilvægt með hliðsjón af reynslu af núverandi löggjöf, sem hefur ekki tryggt geðfötluðum þjónustu til jafns við aðra fatlaða.**
 - 2. Heilbrigðisráðuneyti skipi samráðshóp með fulltrúa m.a. frá félagsmálaráðuneyti og félagasamtökum, sem hafi yfirumsjón með 8 stýrihópum sem skipaðir verði á landinu, hver með ábyrgð á þjónustu við geðfatlaða á ákveðnu svæði. Í hverjum hóp verði heilsugæslulæknir eða geðlæknir, fulltrúi félagsmála-yfirvalda og einn skipaður af Öryrkjabandalagi Íslands. Hver hópur hafi ákveðinn tengilið á geðdeildum.**
 - 3. Stuðningsþjónusta Geðhjálpur verði eflað þannig að hún geti sinnt allri liðveislunni, heimaþjónustu og búsetuúrræðum (þjónustuviðbúðum og sambýlum) fyrir geðfatlaða á öllu höfuðborgarsvæðinu. Sem stendur getur Stuðningsþjónustan ekki sinnt fleirum en þeim 30 sem nú fá aðstoð samkvæmt þjónustusamningi. Sambærileg þjónusta á landsbyggðinni gæti einnig farið fram samkvæmt þjónustusamningi og verið í samvinnu við Stuðningsþjónustuna.**
- 6.2. Félagsleg aðstoð við geðfatlaða samkvæmt lögum um málefni fatlaðra**

Réttindi geðfatlaðra

Félagsleg aðstoð við geðfatlaða utan heilbrigðiskerfisins hefur verið í uppbyggingu frá því að endurskoðuð lög um málefni fatlaðra nr. 52/1992 tóku gildi.

Í greinargerð með frumvarpi til laganna á sínum tíma 1991 kemur eftirfarandi fram: „Í frumvarpinu er með ótvíræðum hætti kveðið á um hverjir eigi rétt til þjónustu. Þannig er kveðið á um að sá eigi rétt sem þarfnast sérstakrar þjónustu eða aðstoðar vegna fötlunar sinnar og er svæðisskrifstofum falið það verkefni að úrskurða í þeim efnum. Þá er tekin af öll tvímæli um rétt geðfatlaðra til þjónustu en réttarstaða þeirra samkvæmt fyrri lögum hefur verið á reiki. Þannig hafa geðfatlaðir ekki nema að takmörkuðu leyti getað notið þeirrar uppbyggingar í þjónustu við fatlaða sem átt hefur sér stað undanfarinn áratug. Af þeim sökum er gert ráð fyrir sérstöku átaki í málefnum geðfatlaðra og í því skyni er lagt til að Alþingi ákveði árlega sérstakt framlag til Framkvæmdasjóðs fatlaðra næstu fimm árin til uppbyggingar þjónustu fyrir geðfatlaða“.

Þessi upphæð hefur verið 20 milljónir á ári sl. 5 ár. Þessum upphæðum hefur verið ráðstafað á eftirfarandi hátt: Keypt húseign fyrir áfangastað geðfatlaðra Bárugötu 19, Reykjavík. Keypt húseign fyrir sambýli Hringbraut 8, Reykjavík. Styrkur til sambýlis Skaftholti Gnúpverjahreppi, Keypt húseign fyrir sambýli Prastarlundi Akureyri.

Búsetuúrræði

Eitt nýmælið sem kom inn í löginn frá 1992 er ákvæði um áfangastaði sem er fyrst og fremst ætlað geðfötluðum. Áfangastöðum er ætlað að auðvelda geðsjúkum að aðlagast samfélaginu að nýju að lokinni sjúkrahúsdvöl og draga þannig úr endurteknum innlögnum. Á áfangastöðum fer fram félagsleg hæfing og íbúar fá stuðning og ráðgjöf með það að markmiði að þeir geti flutt í varanlegri búsetu og lífað sjálfstæðu lífi.

Önnur búsetuúrræði skv. lögum um fatlaða eru félagslegar og verndaðar íbúðir og sambýli.

Félagslegar/verndaðar íbúðir geta verið á vegum sveitarfélaga, félagsamtaka eða sjálfseignarstofnana og eru leigðar geðfötluðum sem og öðrum fötluðum. Geðfatlaðir sem búa í íbúðum eiga rétt á heimaþjónustu skv. lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga og fer framkvæmd þjónustunnar eftir reglum hlutaðeigandi sveitarfélags. Einnig geta þeir átt kost á almennri liðveislu frá sveitarfélaginu.

Samkvæmt lögum um málefni fatlaðra 1992 eiga geðfatlaðir ennfremur rétt á frekari liðveislu sem felur í sér margháttaða persónulega aðstoð í daglegu lífi í því skyni að koma í veg fyrir dvöl á stofnun.

Svæðisskrifstofur hafa með höndum skipulagningu og ábyrgð á frekari liðveislu við fatlaða sem búa sjálfstætt í íbúðum en sá kostnaður greiðist af ríkinu/félagsmálaráðuneyti.

Á fjárlögum ársins 1997 eru um 112 milljónir ætlaðar til að standa straum af kostnaði vegna frekari liðveislu og stuðningsþjónustu. Gert er ráð fyrir að um 350 fatlaðir á öllu landinu njóti frekari liðveislu, en ekki liggja fyrir nákvæmar upplýsingar hversu margir geðfatlaðir eru í þeim hópi.

Sambýli eru heimili fatlaðra/geðfatlaðra 16 ára og eldri og er fjöldi íbúa á hverju sambýli að jafnaði 5-6 manns, en frá þessari reglu eru undantekningar á báða vegu. Fjöldi starfsmanna sem eru ráðnir að hverju sambýli fyrir sig fer eftir þjónustuþyngd íbúa. Launakostnaður starfsmanna greiðist úr ríkissjóði. Annar rekstrarkostnaður greiðist af íbúum sjálfum þannig að þeir leggja til að hámarki 75% samanlögðum örorkulífeyri og tekjutryggingu eða jafngildi þess í sérstakan heimilisjóð sem á að standa undir sameiginlegum útgjöldum íbúanna. (Fæði, rafmagn, fasteignagjöld, minniháttar viðhald, o.fl.). Stofnkostnaður sambýla á vegum ríkisins er allur greiddur af framlögum úr Framkvæmdasjóði fatlaðra. Meðalrekstrarkostnaður hvers sambýlis sem ríkið greiðir eru um 12-13 milljónir króna á ári.

6.3. Þjónusta svæðisskrifstofa við geðsjúka

FRÁ SVÆÐISSKRIFSTOFU REYKJAVÍKUR

Í bréfi frá Svæðisskrifstofu Reykjavíkur kemur fram að þjónusta við geðfatlaða er í höndum margra aðila. Meðal þeirra er:

Svæðisskrifstofa Reykjavíkur (búseta á sambýlum og frekari liðveisla við geðfatlaða í sjálfstæðri búsetu)
Geðhjálp (áfangastaðir og frekari liðveisla)
Öryrkjabandalagið (leiguhúsnæði)

Geðverndarfélagið (leiguhúsnæði)

Félagsmálastofnun Reykjavíkur (leiguhúsnæði, heimilishjálp, liðveisla)

Auk þess veita félagsráðgjafar geðdeilda Landspítala og Sjúkrahúss Reykjavíkur stuðning við fólk sem búsett er á vernduðum heimilum. Dagþjónusta geðfatlaðra utan sjúkrahúsa er á vegum svæðisskrifstofu, Geðhjálpar og Rauða Krossins.

Starfsendurhæfing er á vegum Starfsþjálfunar fatlaðra.

Á sama tíma og fjölbreytni í þjónustunni hefur vaxið, hefur ekki tekist að halda yfirsýn yfir þjónustuþörf og samræma inntöku í þjónustukerfið. Svæðisskrifstofum er ætlað að skrá og gera áætlun um þjónustu fyrir geðfatlaða. Þessu verkenfi hefur svæðisskrifstofu ekki tekist að sinna sem skyldi þar sem hver þjónustuaðili hefur sitt eigið umsóknar- og inntökuférlí.

Greinargerð um þjónustu Svæðisskrifstofu Reykjavíkur við geðfatlaða 1991-1996

Eftirfarandi upplýsingar eru teknar saman sem svar við fyrirspurn nefndar á vegum heilbrigðisráðuneytisins sem vinnur að stefnumótun í málefnum geðsjúkra. Í bréfi dags. 26. mars 1997 óskar nefndin „eftir upplýsingum um fjölda þeirra geðfatlaðra sem svæðisskrifstofan hefur afskipti af á ári hverju síðustu fimm árin, fjölda samskipta, tegund vandamála, tegund úrræða, kostnað og aðrar upplýsingar sem skrifstofunni þykja mikilvægar í þessu sambandi“. Samantektin er eðlilega háð þeirri nákvæmni sem skráningarkerfi Svæðisskrifstofu býður upp á. Til dæmis er erfitt að aðgreina kostnað vegna þjónustu við geðfatlaða almennt frá þjónustu við aðra hópa fötlunar.

Nýskráningar geðfatlaðra

Frá 1981 til ársloka 1996 hafa alls 247 geðfatlaðir einstaklingar verið teknir á skrá hjá Svæðisskrifstofu Reykjavíkur. Á töflu 1 er yfirlit yfir þróun nýskráninga. Þar má sjá að stöðug aukning hefur verið frá ári til árs yfir þetta tímabil. Karlar standa fyrir tveimur þriðju hlutum allra nýskráninga en konur einungis fyrir einum þriðja. Þá eru karlar yngri en konur þegar þeir leita til Svæðisskrifstofu (sjá töflu 2). Meðalaldur karla við skráningu er 28 ár, en meðalaldur kvenna 38 ár. Athygli skal vakin á því að skráning barna er alfarið vegna umönnunarbóta til einhverfra barna.

Ástæða skráningar geðfatlaðra hjá Svæðisskrifstofu Reykjavíkur er nær eingöngu vegna umsókna um búsetu eða umönnunarbóta. Skipting nýskráninga fyrir árin 1991-1996 er sem hér segir:

	Karlar	Konur	Samtals
1991	16	5	21
1992	10	7	17
1993	25	5	30
1994	31	13	44
1995	26	19	45
1996	19	7	26
Samtals	127	56	183

Auk áætlanagerðar hefur starfsemi Svæðisskrifstofu Reykjavíkur sem tengist geðfötlunum verið á eftirfarandi sviðum:

1. Söfnun upplýsinga um þjónustuþörf
 - Biðlisti
2. Búsetuþjónusta
 - Sambýli

- Frekari liðveisla
- 3. Dagþjónusta
 - Iðjuberg
- 4. Ráðgjöf og stuðningsviðtöl

Biðlisti

Geðfatlaðir hafa verið á biðlista um búsetu í Reykjavík frá 1985. Þróun biðlistans síðustu árin hefur verið með eftirfarandi hætti.

Ár	Fjöldi
1991	5
1992	14
1993	21
1994	45
1995	56
1996	51

Á biðlista Svæðisskrifstofu eftir búsetuúrræði voru 51 geðfatlaðir við árslok 1996. Skipting þeirra eftir forgangshópi var sem hér segir:

Fjöldi Forgangsroðun

- 6 Forgangur 1 (í bráðri þörf fyrir húsnæði)
- 10 Forgangur 2 (í þörf fyrir húsnæði innan næstu 24 mánaða)
- 31 Forgangur 3 (ósk um búsetuskipti en þörf ekki bráð eða aðstæður útiloka flutning sem stendur)
- 4 Upplýsingar til forgangsroðunar ekki fyrir hendi

Athygli skal vakin á því að búsetubiðlisti Svæðisskrifstofu fyrir geðfatlaða gefur aðeins takmarkaða mynd af búsetuþörf langtíma-geðsjúkra utan sjúkrahúsa. Í dag er umfangsmikil stoðþjónusta við geðfatlað fólk rekin í samvinnu geðsjúkrahúsanna og Reykjavíkurborgar, svokölluð vernduð heimili, þar sem geðfatlað fólk býr í sjálfstæðri búsetu til lengri eða skemmri tíma. Inntaka í þessa þjónustu fer með öllu fram innan geðsjúkrahúsanna og án skráningar viðkomandi á biðlista Svæðisskrifstofu. Þá skal einnig bent á að vistun geðfatlaðra á vistheimilum fer almennt fram utan skráningar hjá Svæðisskrifstofu.

Búseta

Svæðisskrifstofa Reykjavíkur hefur rekið sambýli fyrir geðfatlaða frá árinu 1991. Fyrst var reksturinn einvörðungu í Pverárseli 27, en frá 1995 hefur sambýli fyrir geðfatlaða verið rekið að Hringbraut 8. Fjöldi íbúa hefur verið sem hér segir:

Ár	Fjöldi
1991	5
1992	5
1993	5
1994	5
1995	13
1996	13

Frekari liðveisla

Svæðisskrifstofa hefur veitt geðfötlouðu fólki í sjálfstæðri búsetu frekari liðveislu. Fjöldi þeirra sem þessarar þjónustu hafa notið síðustu ár er sem hér segir:

Ár	Fjöldi
1991	1
1992	2
1993	11
1994	11
1995	12
1996	13

Dagþjónusta

Á vegum Svæðisskrifstofu hefur verið starfrækt dagþjónusta fyrir fatlaða í Iðjubergi frá 1995. Fjöldi geðfatlaðra í þjónustu Iðjubergs hefur verið með eftirfarandi hætti:

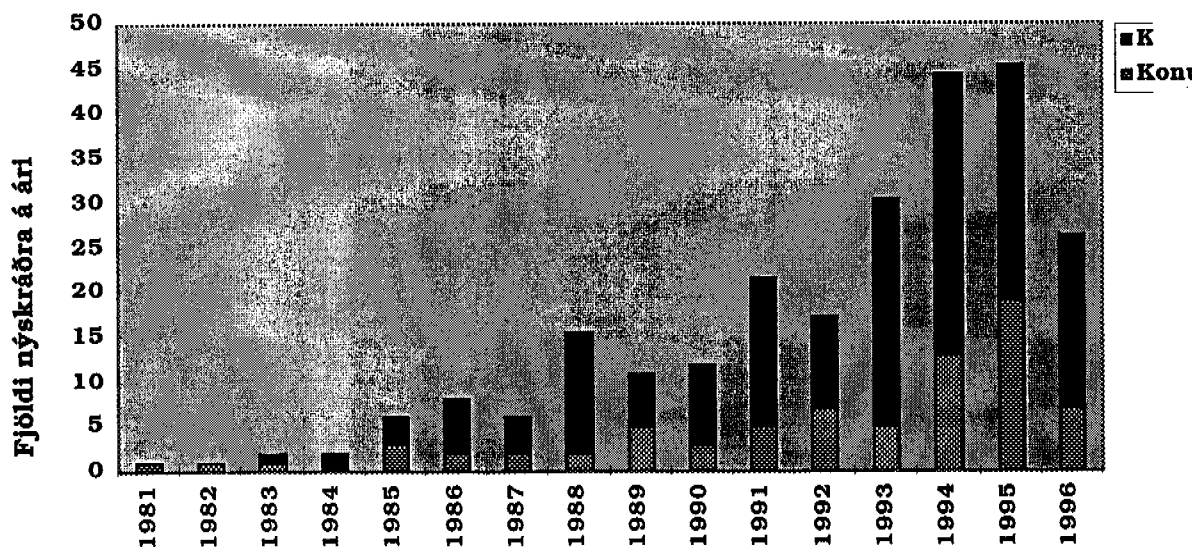
Ár	Fjöldi
1995	4
1996	6

Ráðgjöf

Hluti starfs sérfræðinga Svæðisskrifstofu hefur falist í ráðgjöf og stuðningsviðtölum, m.a. fyrir geðfatlaða og aðstandendur þeirra. Yfirlitstölur um umfang þessarar þjónustu á síðustu árum eru ekki aðgengilegar.

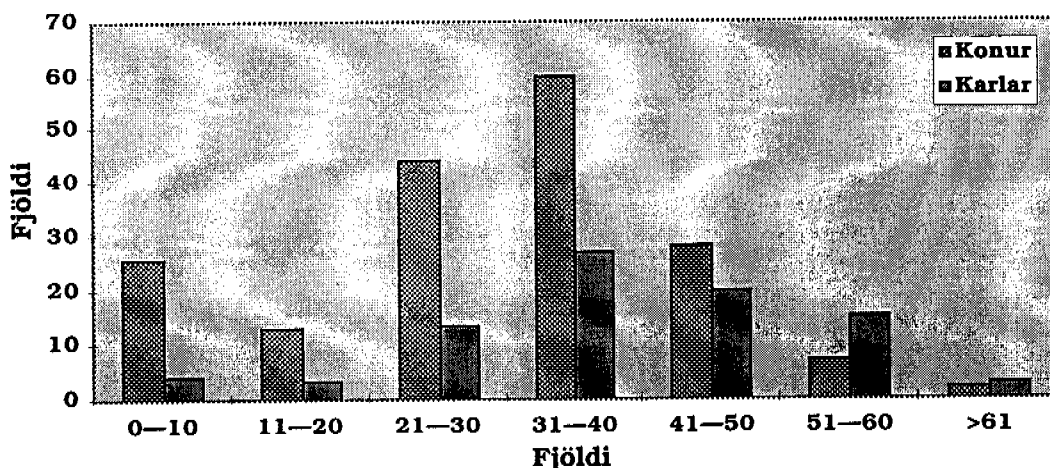
Tafla 1

Svæðisskrifstofa Reykjavíkur 1981-1996 Árleg nýskráning geðfatlaðra



Tafla 2

Svæðisskrifstofa Reykjavíkur 1981-1996
Aldur geðfatlaðra við nýskráningu



Í bréfi frá Svæðisskrifstofu málefna fatlaðra í Reykjavík til félagsmálaráðuneytisins skrifuðu í apríl 1997 og varðar málefni geðfatlaðra, kemur eftirfarandi fram:

„Á skrá Svæðisskrifstofunnar eru nú 73 geðfatlaðir einstaklingar sem óska aðstoðar vegna búsetu. Meðal þeirra eru 18 einstaklingar sem dveljast á sjúkrastofnunum og hafa verið vistaðir þar langdvölum. Hópurinn skiptist þannig eftir núverandi dvalarstöðum:

Sjúkrahús Reykjavíkur	6
Geðdeild Landspítalans	11
Sogn	1

Það er mat sérfræðinga að þetta fólk hafi ekki lengur þörf fyrir dvöl á sjúkrastofnunum heldur beri að ætla því annars konar þjónustu eins og t.d. á sambýlum. Þar megi veita því nauðsynlega aðstoð með fullnægjandi og mun ódýrari hætti. Svæðisskrifstofan getur fallist á þau rök og telur að félagsmálayfirvöld, hvort sem í hlut eiga sveitarfélög eða ríkisvaldið, hafi ótvíræðum skyldum að gegna gagnvart umræddum umsækjendum.

Miðað við þau verkefni, sem Svæðisskrifstofan nú sinnir og gildandi fjárlög, hefur hún ekki svigrúm til að bæta við sig nýjum viðfangsefnum nema til þess fáist heimild stjórnvalda með fyrirheitum um auknar fjárheimildir. Hún mun því ekki að óbreyttum aðstæðum gera ráð fyrir nýrri þjónustu á sínum vegum á þessu ári við umrædda 18 vistmenn þessara sjúkrastofnana og verður það tilkynnt viðkomandi aðilum.

Svæðisskrifstofan telur hins vegar brýnt að stjórnvöld ákveði með hvaða hætti skuli mæta þörfum geðfatlaðra, sem nú dveljast á sjúkrastofnunum, fyrir annars konar þjónustu, s.s. þjónustu á sambýlum. Það er óviðunandi, ef fólk er neytt til að dvelja á sjúkrastofnunum til langframa án þess að læknisfræðilegar eða heilsufarslegar ástæður séu fyrir hendi vegna þess að önnur úrræði, þótt ódýrari séu, eru ekki tiltæk. Lausn þess vanda krefst samvinnu heilbrigðisyfirvalda annars vegar og félagsmálayfirvalda hins vegar. Án hennar verður verkefni af þessu umfangi

ekki leyst. Báðum ætti reyndar að vera ljóst af reynslunni, að einhliða ákvörðun annars aðilans um að hætta þjónustu við tiltekinn hóp skjólstæðinga leiðir til aukinna útgjalda hjá hinum. Þau útgjöld geta oft numið stórum fjárhæðum, sem alls ekki hefur verið gert ráð fyrir í fjárhagsáætlun viðkomandi stofnunar. Dæmi um slíkar einhliða ákvarðanir er auðvelt að tina til frá síðustu árum án þess að sá fjárhagslegi ávinningur, sem var yfirlýst markmið aðgerðanna, nærðist. Oftar en hitt hefur kostnaður aukist og ýmiss konar óþægindi fylgt vegna þess að langtímaáætlun og heildarsýn skortir sem og alla samvinnu um framkvæmdir.

Með tilvísan til framanskráðs telur Svæðisskrifstofan nauðsynlegt að formleg samvinna verði tekin upp milli félagsmálaráðuneytisins og heilbrigðisráðuneytisins um lausn á búsetumálum geðfatlaðra einstaklinga, sem nú dveljast á sjúkrastofnunum án þess að þarfnast stöðugrar læknisfræðilegrar meðferðar. Markmið þeirra verði að gera áætlun um lausnir og jafnframt að skilgreina ábyrgð og skyldur hvors aðila fyrir sig.

Svæðisskrifstofan hvetur til þess, að félagsmálaráðuneytið taki frumkvæði að viðræðum og er tilbúin til að koma að umfjöllun málsins verði þess óskað.

Tillögur

- a. Komið verði á fót starfshópi sem hafi umsóknir og inntöku í þjónustuna með höndum. Í starfshópnum ættu að vera fulltrúar þeirra sem veita þjónustu. Þannig væri heildaryfirsýn varðandi þjónustuþörf fyrir hendi.
- b. Komið verði á samstarfshóp milli heilbrigðisráðuneytisins og félagsmálaráðuneytisins (eða Reykjavíkurborgar) sem hefði það hlutverk að gera áætlun um flutning geðfatlaðra (krónískra geðsjúkra) af geðdeildum yfir í félagslega búsetu og þjónustu.
- c. Komið verði á fót sérstakri þjónustumiðstöð vegna þjónustu við geðfatlaða utan sjúkrahúsa. Þar væri til staðar göngudeild með læknis- og hjúkrunarþjónustu, búsetudeild sem héldi utan um þjónustu við geðfatlaða á sambýlum og í sjálfstæðri búsetu, og ráðgjafardeild sem veitti geðfötluðum og aðstandendum þeirra ráðgjöf og viðtöl.
- d. Innan þjónustumiðstöðvar geðfatlaðra starfi teymi sem leiti uppi og vinni fyrirbyggjandi starf með þeim hópi geðfatlaðra sem er í neyslu áfengis eða annarra fíkniefna.

Frá Svæðisskrifstofu um málefni fatlaðra á Reykjanesi bárust eftirfarandi upplýsingar:

SAMANTEKT UM ÞJÓNUSTU SVÆÐISSKRIFSTOFU REYKJANESS VIÐ GEÐFATLAÐA 1992-1997

Eftirfarandi upplýsingar hafa verið teknar saman sem svar við fyrirspurn yðar þar sem óskað er eftir upplýsingum um fjölda þeirra geðfatlaðra sem svæðisskrifstofan hefur afskipti af á ári hverju sl. fimm ár, fjölda samskipta, tegund vandamála, tegund úrræða, kostnað og aðrar upplýsingar sem skrifstofunni þykja mikilvægar í þessu sambandi.

Alls eru 118 geðfatlaðir einstaklingar á skrá hjá Svæðisskrifstofu Reykjaness í nóvember 1997. Þar af eru 61 ekki með þroskahömlun. Samtals eru 12 geðfatlaðir einstaklingar einnig hreyfihamlaðir.

Nýskráningar

Nýskráningar geðfatlaðra síðan í ársbyrjun 1992 eru alls 55 og skiptast eftir kyni og því hvort um þroskahömlun er að ræða, á eftirfarandi hátt:

	Geðræn fötlun eingöngu			Geðræn fötlun og greindarskerðing			Geðfatlaðir alls		
	Karlar	Konur	Alls	Karlar	Konur	Alls	Karlar	Konur	Alls
1992	5	4	9	2	0	2	7	4	11
1993	7	1	8	3	0	3	10	1	11
1994	6	1	7	3	0	3	9	1	10
1995	4	1	5	3	0	3	7	1	8
1996	3	3	6	0	0	0	3	3	6
1997	6	3	9	0	0	0	6	3	9
Samtals	31	13	44	11	0	11	42	13	55

Meðalaldur geðfatlaðra við nýskráningu var 36 ár.

Fjöldi samskipta

Í gagnagrunni Svæðisskrifstofu eru skráð afskipti vegna þjónustu við geðfatlaða. Fjöldi geðfatlaðra einstaklinga með einhver afskipti og fjöldi afskipta frá 1992 eru eftirfarandi.

	Fjöldi einstaklinga	Fjöldi afskipta	Meðaltal afskipta á hvern einstakling
1992	3	3	1
1993	4	4	1
1994	17	17	1
1995	44	67	1,5
1996	91	195	2,1
1997	40	114	2,9
Samtals	199	400	

Biðlisti eftir búsetu

Af 135 einstaklingum á biðlista eftir búsetu hjá Svæðisskrifstofu eru 36 geðfatlaðir. Af 26 einstaklingum á neyðarlista eru 8 geðfatlaðir. Þróun biðlistans síðan 1992 er eftirfarandi:

	Fjöldi
1992	15
1993	22
1994	23
1995	28
1996	32
1997	36

Búseta

Á sambýlum Svæðisskrifstofu eru 7 íbúar skráðir með geðfötlun af alls 49 íbúum. Þessir einstaklingar hafa allir verið á skrá hjá Svæðisskrifstofu frá 1992 eða fyrr.

Frekari liðveisla

Svæðisskrifstofa hefur veitt og veitir fötluðum í sjálfstæðri búsetu frekari liðveislu. Alls hafa nú 20 fatlaðir einstaklingar gildandi samning um frekari liðveislu. Þar af eru 7 geðfatlaðir.

Hæfing

Nú eru 12 einstaklingar með geðfötlun á hæfingarstöðvum Svæðisskrifstofu Reykjaness. Þar af hafa 11 verið á skrá hjá Svæðisskrifstofu síðan 1991 og fyrr en einn síðan 1994.

Vernduð vinna

Í dag vinna 5 einstaklingar með geðfötlun á starfsþjálfunarstaðnum Örva. Þar af hafa tveir verið á skrá hjá Svæðisskrifstofu síðan 1995, en aðrir síðan 1991 og fyrr.

Í öðru bréfi frá Svæðisskrifstofu Reykjaness komu einnig „Hugmyndir varðandi stefnumótun í málefnum geðfatlaðra“

Í framhaldi af greinargerð sem send hefur verið starfshópnum varðandi þjónustu Svæðisskrifstofu Reykjaness við geðfatlaða vill Svæðisskrifstofa koma á framfæri hugmyndum um frekari eða æskilega þróun þessara mála til framtíðar eins og starfshópurinn hefur óskað eftir.

Svæðisskrifstofa Reykjaness telur mjög mikilvægt að mótuð verði framtíðarsýn og skilgreind markmið í þjónustu við geðfatlaða, þar sem mannréttindi, lífsgæði og þátttaka fatlaðra í samfélaginu verði höfð að leiðarljósi. Í því sambandi er nauðsynlegt að leggja til grundvallar alþjóðlegar og fjölþjóðlegar samþykktir svo sem grunnreglur S.Þ. og afrakstur samstarfs Evrópuþjóða í málefnum fatlaðra.

Svæðisskrifstofa vill leggja áherslu á að eftirfarandi þættir verði rækilega hafðir í huga við mótun framtíðarsýnar í málefnum geðfatlaðra.

1. Efling geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglinga

Nauðsynlegt er að í almennri heilbrigðisþjónustu við börn á leikskóla- og skólaaldri verði boðið upp á þjónustu vegna geðrænna vandamála

til jafns við þjónustu vegna annarra heilsufarsvandamála. Í slíkri þjónustu ættu ráðgefandi sérfræðingar að gegna mikilvægu hlutverki.

2. Efling fræðslu og forvarnarstarfs

Efla þarf fræðslu um geðheilbrigðismál sem beinist að almenningi svo og ákveðnum markhópum svo sem starfsfólki skóla og annarra sem vinna með börnum og unglingum og starfsfólki félagsþjónustu. Einnig er mikilvægt að efla fræðslu, ráðgjöf og stuðning við aðstandendur geðfatlaðra.

3. Efling félagslegrar þjónustu við geðfatlaða utan heilbrigðisþjónustu

Geðfatlaðir hafa einungis að mjög takmörkuðu leyti átt kost á þeim þjónustutilboðum sem tilgreind eru í lögum um málefni fatlaðra nr. 59/1992 og tilheyrandi reglugerðum. Stórefla þarf uppbyggingu slíkra þjónustutilboða og sérsníða þau að þörfum geðfatlaðra svo sem í búsetuþjónustu.

4. Samræming þjónustu við geðfatlaða

Núverandi þjónusta við geðfatlaða er í höndum margra aðila og nauðsynlegt að samræma hana til að hún komi að sem bestum notum. Hinir ýmsu þjónustuaðilar hafa nú sitt eigið umsóknar- og inntökufæri og oft skortir á miðlun upplýsinga milli þjónustuaðila. Tilað vinna að úrbótum í þessum málum þyrfti að skipa starfshóp með fulltrúum hinna ýmsu þjónustuaðila sem ynni að samræmingu umsókna og skapaði skilyrði til heildarsýnar yfir þjónustuþarfir geðfatlaðra. Svæðisskrifstofum er skv. lögum ætlað að skrá upplýsingar og gera áætlun um þjónustu fyrir geðfatlaða sem og aðra fatlaða en skortur á upplýsingum hefur hindrað slíka vinnu.

5. Gerð framkvæmdaáætlunar um þjónustu við geðfatlaða

Til að hraða nauðsynlegri uppbyggingu á þjónustu við geðfatlaða einkum félagslegri þjónustu er mikilvægt að gera framkvæmdaáætlun til nokkurra ára þar sem lögð yrði til grundvallar ýtarleg úttekt á málefnum geðfatlaðra og þjónustupörfum þeirra. Vinna þarf að því að tryggja fjármagn til framkvæmda skv. áætluninni. Vert er að skoða í þessu sambandi þær leiðir sem farnar hafa verið í ýmsum nágrannalöndum eins og Bretlandi.

Í bréfi frá Svæðisskrifstofu Vesturlands kemur eftirfarandi fram:

Svar við fyrirspurn um þjónustu við geðfatlaða á Vesturlandi

Fjöldi geðfatlaðra sem hafa undanfarið verið í þjónustu Svæðisskrifstofu Vesturlands eru alls 8 manns. Þar af eru 6 þeirra á Akranesi og 2 í Borgarnesi.

Öll hafa þau verið í verndaðri vinnu í Fjöliðjunni og 4 þeirra eru þar í dag.

Tvö búa á sambýlum og fjórir fá frekari liðveislu á vegum svæðisskrifstofunnar.

Einn er í verndaðri vinnu, fær auk þess frekari liðveislu 4 tíma á dag og nýtir skammtímavistun.

Stefna Svæðisskrifstofunnar er að veita einstaklingum með geðfötlun þá þjónustu sem þeir þurfa til þess að þeir geti búið sem allra lengst heima og tekið þátt í eðlilegu lífi. Í því skyni eru tvinnaðir saman þeir þjónustumöguleikar sem svæðisskrifstofan hefur til ráðstöfunar, eins og t.d. vernduð vinna og frekari liðveisla. Einnig er fagfólk svæðisskrifstofunnar til stuðnings og ráðgjafar.

Svæðisskrifstofan hefur aðeins og vissum tímabilum getað veitt regluleg stuðningsviðtöl við þessa einstaklinga, en þess í stað vísað í almenna þjónustu t.d. í tengslum við Sjúkrahúsið á Akranesi. Á undanförunum árum hefur geðlæknir einungis verið til viðtals á Akranesi í einn dag í viku og er langt í frá að hann sinni þörfum Vestlendinga. Það er veruleg þörf á aukinni þjónustu við þennan hóp á Vesturlandi.

Sá hópur geðfatlaðra sem leitað ehfur til Svæðisskrifstofunnar er fámennur eins og fram hefur komið. Við höfum ekki skýringu á því, en hugsanlegar tilgátur eru að fólk af Vesturlandi leiti til höfuðborgar-svæðisins eftir þjónustu, eða að meðferðaraðilar viðkomandi einstaklinga þ.e. læknar o.fl. vísi þessum hópi ekki til Svæðisskrifstofunnar eftir þjónustu. Sennilega er um hvorutveggja að ræða.

Stór hópur skjólstæðinga Svæðisskrifstofunnar hafa geðræn vandamál eða geðfötlun sem viðbótarfötlun (sekunder), með annarri fötlun, t.d. þroskaheftingu. Það hefur reynst erfitt að fá viðhlitandi þjónustu fyrir þennan hóp.

Með fullri virðingu fyrir heilsugæslulæknum á svæðinu er langt í frá að þeir geti þjónustað geðfatlaða eða fólk með geðræn vandamál á viðunandi hátt. Það er mjög bagalegt að heilsugæslustöðvarnar á svæðinu bjóði ekki upp á sálfræðiþjónustu og t.d. iðjuþjálfun. Þegar sveitarfélögin munu yfirtaka þjónustu við fatlaða þá mun þetta verða verulegt vandamál, þar sem svæðisskrifstofan hefur veitt ráðgjafarþjónustu sem að hluta til ætti að falla undir þjónustu heilbrigðiskerfisins.

FRÁ SVÆÐISSKRIFSTOFU VESTFJARÐA

Vestfjarðasvæðinu er skipt í fjögur þjónustusvæði þar sem landfræðilega er mjög erfitt að veita fötluðu fólki þjónustu frá einum stað á Vestfjörðum.

Upplýsingar eru stundurliðaðar eftir svæðum. Sjálfstæð búseta í íbúðum virðist henta geðfötlunum svo framarlega að þeir fái liðveislu, heimaþjónustu og annan stuðning eftir þörfum.

Á Vestfjarðasvæðið vantar tilfinnanlega sérfræðipækkingu á geðfötlun/geðsjúkdómum og þarf að sækja slíka sérfræðiþjónustu til Reykjavíkur. Nauðsynlegt væri að heilsugæslustöðvar á landsbyggðinni gætu veitt þessa þjónustu í heimabyggð, þó svo að hún væri ekki reglubundin. Fyrst og fremst þarf að gera geðfötlun fólki kleift að búa áfram í sinni heimabyggð og byggja upp þjónustuna þannig að ekki þurfi að koma til sérhæfðra stofnanaúrræða í Reykjavík. Reynsla Svæðisskrifstofunnar sýnir að hægt er að ná góðum árangri í heimabyggð ef stuðningsúrræði eru fyrir hendi.

Samkvæmt meðfylgjandi yfirliti voru 11 geðfatlaðir á öllu Vestfjarðasvæðinu með þjónustu á vegum Svæðisskrifstofunnar 1997.

Í bréfi frá **Svæðisskrifstofu Norðurlands vestra** segir:

Fyrirspurn frá starfshópi heilbrigðis-tryggingamálaráðherra um stefnumótun í málefnum fatlaðra.

Hver er fjöldi geðfatlaðra sem svæðisskrifstofa hefur haft afskipti að?

Hópurinn er breytilegur en er að jafnaði á bilinu 10-15

Fjöldi samskipta?

Samskipti eru breytileg eftir eðli þjónustu, frá sambýlisþjónustu og iðju/hæfingu í stuðning við vinnu, heimili, eða stuðningsviðtöl u.þ.b. 10 einstaklingar eru í því sem næst daglegri þjónustu svæðisskrifstofu. Hlutur geðfatlaðra er að aukast í skjólstæðingatali svæðisskrifstofu á síðari árum.

Tegund vandamála?

Frá alvarlegum geðrænum vandamálum til geðrænna erfiðleika sem eru tímabundnir. Schizophrenia, 5-7, Maníó-depressive 1-2, óskilgreint 2-3. Vandamálín eru af þeim toga sem fylgir geðfötlúðum, miklir erfiðleikar í fjölskyldu, erfiðleikar með samskipti við umhverfi, vanhæfni til að sjá um persónulega umhirðu etc.

Tegund úrræða?

Sambýli, þjónustuíbúðir, iðja/hæfing, ráðgjöf, stuðningsviðtöl og aðstoð við heimilishald (frekari liðveisla).

Kostnað?

Hlutdeild geðfatlaðra hefur ekki verið tekin út sérstaklega, en þó má gera ráð fyrir að beinn kostnaður sé í kringum 15-20 millj. kr. og fyrirhugað er að koma upp búsetuúrræðum fyrir geðfatlaða á Sauðárkróki á næsta ári. Kostnaður af því er áætlaður um 6 millj.kr.

Framtíðarsýn

Nú þegar er rekið eitt sambýli á Norðurlandi vestra fyrir geðfatlaða/þroskahefta og fyrirhugað er að koma upp fimm íbúðum á Sauðárkróki fyrir geðfatlaða. Þjónustan verður veitt af Sauðárkróksbæ og svæðisskrifstofu sameiginlega. Það er ljóst að sambýli eru ekki heppilegt búsetuform fyrir geðfatlaða og leitað verður eftir lausn á því búsetuformi sem er á Hvammstanga með því að í nánustu framtíð að byggja upp íbúðir fyrir þá einstaklinga.

Geðlæknaþjónusta

Mjög brýnt er að efla geðlæknisþjónustu á Norðurlandi vestra þar sem engin geðlæknir starfar um þessar mundir. Heilsugæslur á svæðinu eru ekki vel í stakk búnar til að sinna þessum skjólstæðingum og félagsþjónusta sveitarfélaganna er ekki svo öflug að hún geti tekið við öllum málum.

Menntun starfsfólks

Brýnt er samhliða aukinni þjónustu svæðisskrifstofa að huga að aukinni menntun starfsfólks. Mjög lítið framboð er að starfstengdu námi á landsbyggðinni sem nýtist starfsfólki sem sinnir geðfötlúðum og miðað við þá þróun sem átt hefur stað verður nauðsynlegt að mennta almennt starfsfólk á þessu sviði, ekki síst með tilliti til skorts á fagfólki.

FRÁ SVÆÐISSKRIFSTOFU AUSTURLANDS, EGISSSTÖÐUM

Austurlandssvæði tekur yfir Norður- og Suður-Múlasýslur, Austur-Skaftafellssýslu og kaupstaðina Seyðisfjörð, Neskaupstað og Eskifjörð.

Síðastliðin 5 ár hafa 15 geðfatlaðir einstaklingar fengið þjónustu á vegum svæðisskrifstofunnar, þar af þrír þroskaheftir með mikla geðræna erfiðleika. Þjónustan hefur verið af ýmsu tagi, s.s. ráðgjöf við aðstandendur, frekari liðveisla, atvinnuleit, vernduð vinna, búsetu-úrræði o.fl.

Hugmyndir um æskilega þróun þjónustu við geðfatlaða

1. Að byggð verði upp ráðgjafarþjónusta í heimabyggð (heilsugæslu-umdæmi). Sérfræðingar í málefnum geðfatlaðra sinni ráðgjöf (farandþjónustu) við geðfatlaða, aðstandendur þeirra og til starfsfólks þjónustukerfisins þannig að það verði betur í stakk búið að veita geðfötlum aðstoð.
2. Að gera geðfötlum kleift að búa sjálfstætt með því öryggisneti sem hverjum og einum er nauðsynlegt. Heimþjónusta, liðveisla, ráðgjöf.
3. Samvinna þarf að vera á milli þeirra aðila sem lögum samkvæmt eiga að veita þessum hópi þjónustu s.s. félagsmálakerfi sveitarfélaganna, heilsugæslustöðva og svæðisskrifstofa (á meðan þær starfa í óbreyttri mynd).

FRÁ SVÆÐISSKRIFSTOFU SUÐURLANDS, SELFOSSI

Á vegum svæðisskrifstofu eru starfandi þrjú sambýli á svæðinu þar sem íbúar eru geðfatlaðir, samtals 14 manns, en auk þess býr einn geðfatlaður einstaklingur á eigin vegum í íbúð, en fær nauðsynlega þjónustu frá svæðisskrifstofu. Nokkrir þessara einstaklinga eru einnig þroskaheftir. Tekist hefur að byggja upp gott samstarf við heilsugæslustöðvar á svæðinu sem veita heimilunum stuðning og ráðgjöf eftir því sem þörf er á.

Töluvert hefur verið leitað til svæðisskrifstofunnar vegna geðfatlaðra einstaklinga sem búa heima hjá fjölskyldum sínum. Einkum er leitað eftir aðstoð þegar einstaklingur er haldinn þunglyndi, sinnuleysi og öðrum sjúkdómseinkennum. Aðstandendur eru upplýstir um þá þjónustu sem í boði er og fá aðstoð við umsóknir til sveitarfélaga um félagslega liðveislu, heimilishjálp ásamt frekari liðveislu frá svæðisskrifstofu.

Þegar geðveikt fólk sem ekki á sér mikla von um bata voru skilgreindir fatlaðir og færðust sem slíkir undir lög um málefni fatlaðra, gleymdist að gera ráð fyrir kennslu og þjálfun fólks til að sinna þeirra málum á svæðisskrifstofum. Geðfötlun er trúlega sú fötlun sem leyndust fer í þjóðfélaginu og því eru upplýsingar þar um takmarkaðar en ættu helst að vera hjá heilsugæslustöðvum sem ættu að hafa á að skipa sérfræðingi í geðheilbrigðismálum. Ef slíkt væri fyrir hendi á hverju svæði þá gætu þeir aðilar séð um stýringu, leiðsögn og kennslu fyrir þjónustuaðila geðfatlaðra. Er þá átt við þjónustuaðila heilsugæslustöðva og svæðisskrifstofa. Kostnaðinum yrði deilt niður milli félagsmálakerfisins og heilbrigðiskerfisins.

6.4 Tengsl heilbrigðis- og félagsmálaráðuneytis í málefnum fatlaðra.

Þegar lög um aðstoð við þroskahefta gengu í gildi 1980 voru ákvæði í 3. gr. laganna þess efnis að málefni þroskaheftra heyrðu undir þrjú ráðuneyti.

Hjúkrunar- og sjúkradeildir heyrðu undir heilbrigðisráðuneytið, fræðsla undir menntamálaráðuneytið og önnur mál undir félagsmálaráðuneytið.

Stjórnarnefnd málefna fatlaðra var skipuð fimm fulltrúum frá samtökum fatlaðra.

Hlutverk stjórnarnefndar var að úrskurða um ágreiningsmál í sambandi við framkvæmd laganna og annast stjórn framkvæmdasjóðs öryrkja og þroskaheftra.

Með þessu fyrirkomulagi sköpuðust mikil tengsl milli hinna þriggja ráðuneyta sem voru mikilvæg þegar ný uppbygging hófst á landsvísu í málefnum fatlaðra upp úr 1980.

Landinu var skipt í átta þjónustusvæði, en á hverju svæði var skipuð svæðisstjórn með fimm fulltrúum. Í hverri svæðisstjórn áttu sæti fræðslustjóri, héraðslæknir, fulltrúar sveitarfélaga og aðstandenda.

Hlutverk svæðisstjórnar var að gera tillögur um þjónustu og samræma aðgerðir þeirra aðila sem sinna heilbrigðismálum, menntamálum og félagsmálum.

Lög um aðstoð við þroskahefta voru í gildi í fjögur ár eða til 1. janúar 1984 þegar lög um málefni fatlaðra tóku gildi.

Með gildistöku laga um málefni fatlaðra voru felld saman í eina heild, lög um endurhæfingu nr. 27/1970, lög um aðstoð við þroskahefta og 2. og 3. gr. laga nr 12/1952 um ráðstöfun erfðafjárskatts og erfðafjár ríkissjóðs til vinnuheimila.

Lög um málefni fatlaðra byggðu á svipaðri hugmyndafræði eins og lög um aðstoð við þroskahefta, þ.e.a.s. að tryggja fötluðum jafnrétti og sambærileg lífskjör við aðra þjóðfélagsþegna og skapa þeim skilyrði til að lifa eðlilegu lífi og hasla sér völl í þjóðfélaginu þar sem þeim vegnar best.

Lög um málefni fatlaðra voru stjórnsýslulega mjög hliðstæð eins og lög in um aðstoð við þroskahefta, enda voru þau höfð til hliðsjónar við gerð þeirra en urðu langtum viðfeðmari og tóku til allra hópa fatlaðra sem voru andlega eða líkamlega hamlaðir.

Samkvæmt 3. gr. laga um málefni fatlaðra heyrðu þau undir þrjú ráðuneyti, heilbrigðisþjónusta þ.m.t. læknisfræðileg endurhæfing undir heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, fræðslu- og uppeldismál undir menntamálaráðuneytið, félagshæfing og endurhæfing, atvinnumál og önnur mál undir félagsmálaráðuneytið.

Yfirstjórn málefna fatlaðra var falin sjö manna stjórnarnefnd með fulltrúum hverju hinna þriggja ráðuneyta, fulltrúa sambands íslenskra sveitarfélaga og fulltrúum hagsmunasamtaka fatlaðra.

Stjórnarnefndin skyldi gæta þess að ráðstafanir varðandi alla þjónustu opinberra aðila yrðu samræmdar. Einnig fór hún með stjórn Framkvæmdasjóðs fatlaðra.

Landinu var áfram skipt upp í sömu átta þjónustusvæði með sjö manna svæðisstjórn á hverju svæði. Í hverri svæðisstjórn áttu sæti sem fyrr, héraðslæknir, fræðslustjóri, fulltrúar sveitarfélaga og fulltrúar hagsmunasamtaka fatlaðra. Þannig var leitast við að tengja

saman og samræma aðgerðir á félagsmálasviði, heilbrigðissviði og í skóla- og menntamálum.

Lög um málefni fatlaðra voru í gildi þangað til 1. september 1992 að núverandi lög um málefni fatlaðra leystu þau af hólmi.

Óhætt er að fullyrða að mjög mikil uppbygging varð á þjónustu við fatlaða í kjölfar laga um málefni fatlaðra frá 1984 sem mörkuðu í raun og veru tímamót á þessum vettvangi. Leitar var við af fremsta megni að framfylgja þeirri stefnu að koma á fót fjölbreyttri þjónustu við fatlaða og aðstandendur þeirra í heimabyggð eins og frekast er kostur. Má í þessu sambandi nefna húsnæðismál, atvinnumál, ferli- og aðgengismál, ferðaþjónustu, ráðgjöf af ýmsu tagi og margvíslega þjónustu við fjölskyldur fatlaðra barna. (Stuðningsþjónustu, skammtimavistun, leikfangasafnsþjónustu, liðveislu, fjárhagsaðstoð o.fl.)

Árið 1990 var skipaður starfshópur á vegum þáverandi félagsmálaráðherra til að endurskoða lög um málefni fatlaðra og semja nýtt lagafrumvarp.

Helstu ágallar laga um málefni fatlaðra frá 1984 þóttu vera m.a. að ekki væri nægilega kveðið á um rétt fatlaðra til almennrar þjónustu í samfélaginu né heldur um ábyrgð og skyldur sveitarfélaganna í þessum efnum.

Talsverð umræða varð um hvort sérlæg um þjónustu við fatlaða ætti rétt á sér öllu lengur. Var gjarnan bent á þróunina í nágrennaríkjum á Norðurlöndum þessu til stuðnings, en þar njóta fatlaðir þjónustu samkvæmt almennum lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga. Má í þessu sambandi nefna að í Danmörku voru sérlæg um fatlaða numin úr gildi árið 1980.

Niðurstaða endurskoðunarnefndar varð þó sú að ekki væri tímabært að fella sérlæg úr gildi hér á landi, en hins vegar urðu talsvert veigamiklar breytingar á lögum ekki síst varðandi stjórnýslu málaflokksins frá því sem áður var.

Endurskoðunarnefndin taldi rétt að yfirstjórn málefna fatlaðra heyrði aðeins undir eitt ráðuneyti, þ.e. félagsmálaráðuneytið en ekki þrjú eins og verið hafði.

Þó að talið væri eðlilegt þegar lög um málefni fatlaðra voru samþykkt 1983, að fella málaflokkinn undir þrjú ráðuneyti þegar uppbygging og samræmingarstarf var skammt á veg komið, var slíkt ekki talið nauðsynlegt lengur.

Bent var á að menntamálaráðuneytið hefði markað skýra stefnu í menntamálum fatlaðra sem samkvæmt lögum um grunn- og framhaldsskóla tryggði fötluðum saman rétt og ófötluðum á öllum skólastigum.

Einnig var bent á lög um heilbrigðisþjónustu sem tryggði fötluðum sama rétt og ófötluðum að njóta þjónustunnar.

Í samræmi við þessa afstöðu varð niðurstaðan sú að ekki væri lengur þörf á að fela þremur ráðuneytum að fara með sameiginlega ábyrgð á framkvæmd laga um málefni fatlaðra, heldur væri eðlilegra að yfirstjórnin heyrði undir félagsmálaráðuneytið og málaflokkurinn væri eingöngu á ábyrgð þess.

Af þessu leiddi að nýgildandi lög um málefni fatlaðra kveða fyrst og fremst á um félagslega þjónustu.

Í samræmi við þessa breytingu á yfirstjórn breyttist skipan á stjórnarnefnd þannig að fulltrúum var fækkað úr sjö í fimm þegar fulltrúar mennta- og heilbrigðisráðuneytis áttu ekki lengur fulltrúa í henni. Önnur veigamikil breyting á stjórnarsýslu fólst í því að svæðisstjórnir voru lagðar niður, en meginhlutverk þeirra var fellt undir svæðisskrifstofur sem fengu aukna ábyrgð og meira sjálfstæði varðandi ákvarðanatöku í ýmsum málum.

Samkvæmt 12. gr. nýgildandi laga um málefni fatlaðra er hlutverk svæðisskrifstofa að annast rekstur stofnana sem falla undir lögin. Svæðisskrifstofur bera ábyrgð á framkvæmdum sem fé er veitt til úr Framkvæmdasjóði fatlaðra og ekki eru á vegum sveitarfélaga eða sjálfseignarstofnana. Þær skulu safna upplýsingum um þörf fyrir þjónustu, annast gerð svæðisáætlana og leita eftir upplýsingum frá sveitarfélögum, félagasamtökum fatlaðra og sjálfseignarstofnunum um fyrirhugaðar framkvæmdir og taka afstöðu til þeirra við gerð svæðisáætlana.

Svæðisskrifstofurnar eru undir stjórn framkvæmdastjóra sem eru ráðnir af félagsmálaráðuneytinu og starfa samkvæmt erindisbréfi frá félagsmálaráðherra. Er þetta breyting frá eldri lögum þegar framkvæmdastjórnar voru ráðnir af svæðisstjórnnum. Framkvæmdastjórnar sjá um ráðningu annarra starfsmanna á svæðisskrifstofur og starfsfólk sambýla og annarra heimila og þjónustustofnana á vegum ríkisins. Í lögnum er lögð rík áhersla á að fatlaðir eigi rétt á almennri þjónustu ríkis og sveitarfélaga og meðal verkefna svæðisskrifstofa er því að eiga samstarf við sveitarfélögin vegna félagsþjónustu og ferlimála og stuðla þannig að því að fatlaðir fái notið þessa réttar.

Eins og að framan er getið voru svæðisstjórnir lagðar niður með nýgildandi lögum, en í stað þeirra kom inn nýtt ákvæði um svæðisráð sbr. 6. gr. en hlutverk þeirra er verulega frábrugðið hlutverkum svæðisstjórna eins og þau voru skilgreind.

Svæðisráðin eru átta, þ.e.a.s. eitt á hverju svæði. Upphaflega voru þau skipuð sjö fulltrúum, en eftir að fræðslustjóraembættin voru lögð niður eru sex fulltrúar í svæðisráðum. Þar eiga sæti héraðslæknar ásamt fulltrúum sveitarfélaga og hagsmunasamtökum fatlaðra. Hlutverk svæðisráða er m.a. að sinna réttindagæslu og hafa eftirlit með að þjónusta og starfsemi stofnana sé í samræmi við markmið laganna.

Á þeim tíma sem liðinn er síðan lög um fatlaða gengu í gildi 1992 hafa þær breytingar orðið helstar varðandi framkvæmd laganna að þjónusta við fatlaða á Norðurlandi eystra hefur flust alfarið frá ríkinu til sveitarfélaganna (Félagsmálastofnun Akureyrar og Húsavíkur) og í samræmi við það hefur svæðisskrifstofan á því svæði verið lögð niður. Á hinum sjö svæðunum eru svæðisskrifstofur starfandi. Rétt er að geta þess að þjónusta við fatlaða í Vestmannaeyjum hefur einnig verið flutt til sveitarfélagsins og hið sama á við um Hornafjarðarbæ.

Samkvæmt samningum sem gerður var á síðastliðnu ári milli félagsmálaráðuneytisins og Sambands íslenskra sveitarfélaga hafa sveitarfélög tekið að sér að sjá um ferli- og aðgengismál og ennfremur ber þeim að sjá um ferðaþjónustu við fatlaða samkvæmt lögnum.

Af því sem að framan er ritað er ljóst að tengslin á milli ráðuneyta heilbrigðis- og félagsmála eru ekki lengur fyrir hendi á þann formlega hátt eins og þau voru með lögum frá 1980-1992.

Færð hafa verið rök fyrir þeim breytingum sem urðu við setningu núgildandi laga þegar ekki þótti ástæða til að þrjú ráðuneyti færu með málefni fatlaðra.

Reynsla undanfarinna ára hefur þó sýnt að varðandi vissa hópa fatlaðra sem falla undir lögin einkum geðfatlaða, er ljóst að þjónusta við þá verður að byggjast á nánú samstarfi á sviði félagsmála og heilbrigðismála.

Nauðsynlegt er að samráðsnefnd eða hópur verði til staðar á vegum ráðuneytanna með fulltrúum heilbrigðis-, félags- og menntamála til að skipuleggja þjónustu við geðfatlaða svæðisbundið í samvinnu við samstarfshópa/faghópa á svæðunum. (Svæðisskrifstofur þangað til málefni fatlaðra verða flutt til sveitarfélaga).

Ljóst er að mikið skortir á að nægileg fagleg þekking varðandi geðfatlaða sé til staðar hjá þeim aðilum sem eiga að veita félagslega þjónustu ekki síst á landsbyggðinni, en einnig á höfuðborgarsvæðinu. Gera þyrfti átak í fræðslumálum á viðtækum grundvelli með þátttöku allra aðila sem tengjst málefnum geðfatlaðra á einn eða annan hátt.

Stjórnvöld, fagfólk, ófaglærðir, aðstandendur og aðrir þurfa að hafa sameiginlegan þekkingargrunn til að byggja út frá og sameinast um markmið, skipulag, þjónustu og útfærsluatriði til að árangur náist.

Sem betur fer er vitaskuld viðá fyrir hendi mikil þekking og reynsla varðandi geðfatlaða, en það skortir á samhæfingu og skipulegan farveg til að koma henni á framfæri til þeirra sem þurfa á henni að halda.

6.5. Tryggingamál

Úr Lögum um almannatryggingar nr. 117/1993

12. gr.

Örorkulífeyrir

Rétt til örorkulífeyris eiga þeir menn sem lögheimili eiga á Íslandi, sbr.

1. gr. laga um lögheimili, nr. 21/1990, eru á aldrinum 16 - 67 ára og:

- a. hafa átt lögheimili á Íslandi a.m.k. þrjú síðustu árin áður en umsókn er lögð fram eða í sex mánuði ef starfsorka var óskert er þeir tóku hér lögheimili,
- b. eru öryrkjar til langframa á svo háu stigi að þeir eru ekki færir um að vinna sér inn 1/4 þess er andlega og líkamlega heilir menn eru vanir að vinna sér inn í því sama héraði við störf sem hæfa líkamskröftum þeirra og verkunnáttu og sanngjarnt er að ætlast til af þeim með hliðsjón af uppeldi og undanfarandi starfa.

Tryggingayfirlæknir metur örorku þeirra sem sækja um örorkubætur. Fullur árlegur örorkulífeyrir skal vera 174.492 kr. og greiðist hann eftir sömu reglum og ellilífeyrir, sbr. þó 4. mgr. Við ákvörðun lögheimilistíma, sbr. 1. mgr. 11. gr., skal reikna með tímann fram til 67 ára aldurs umsækjanda.

Örorkulífeyri skal skerða ef árstekjur örorkulífeyrisþega eða hjóna, hvors um sig, sem bæði eru örorkulífeyrisþegar, eru hærri en 896.126

kr. Ef tekjur eru umfram umrædd mörk skal skerða örorkulífeyri um 25% þeirra tekna sem umfram eru uns hann fellur niður. Til tekna í þessu sambandi teljast ekki bætur almannatrygginga, tekjur úr lífeyrissjóðum, bætur samkvæmt lögum um félagslega aðstoð eða húsaleigubætur samkvæmt lögum nr. 100/1994.[7]

13. gr.

Örorkustyrkur

Heimilt er Tryggingastofnuninni að veita örorkustyrk þeim sem skortir að minnsta kosti helming starfsorku sinnar og uppfyllir skilyrði 1. mgr. 12. gr. að öðru leyti en því er örorkustig varðar. Örorkustyrkþegi, sem náð hefur 62 ára aldri, skal njóta örorkustyrks sem jafnan svarar til fulls örorkulífeyris (grunnlífeyris án bóta tengdra honum). Örorkustyrk má enn fremur veita þeim sem stundar fullt starf en verður fyrir verulegum aukakostnaði sökum örorku sinnar. Tryggingaráð setur reglur um örorkustyrki og skulu þær staðfestar af ráðherra.

14. gr.

Barnalífeyrir

Barnalífeyrir er greiddur með börnum yngri en 18 ára, ef annað hvort foreldra er látið eða er örorkulífeyrisþegi, hafi annað hvort foreldra þess eða barnið sjálft átt hér lögheimili a.m.k. þrjú síðustu árin áður en umsókn er lögð fram. Séu báðir foreldrar látnir eða örorkulífeyrisþegar skal greiddur tvöfaldur barnalífeyrir. Hvorki skerðingarákvæði 2. mgr. 11. gr. né 4. mgr. 12. gr. takmarka rétt til barnalífeyris.

Sömu réttarstöðu hafa stjúpbörn og kjörbörn þegar eins stendur á. Þó skal ekki greiddur barnalífeyrir vegna fráfalls eða örorku stjúpforeldris ef barnið á framfærsluskýlt foreldri á lífi.[8].

Tryggingaráð getur ákveðið að greiða barnalífeyri með barni ellilífeyrisþega, svo og með barni manns sem sætir gæslu- eða refsivist, enda hafi vistin varað a.m.k. þrjá mánuði.

Lífeyristryggingadeild Tryggingastofnunar skal greiða barnalífeyri þegar skilríki liggja fyrir um að barn verði ekki feðrað.

Barnalífeyrir greiðist foreldrum barnanna, enda séu þau á framfæri þeirra, eða þeim öðrum er annast framfærslu þeirra að fullu.

Árlegur barnalífeyrir með hverju barni skal vera 140.832 kr. Ekki skal greiða barnalífeyri vegna þeirra barna er njóta örorkulífeyris.

...

17. gr.

Tekjutrygging

Ef aðrar tekjur ellilífeyrisþega en lífeyrir almannatrygginga, bætur samkvæmt lögum um félagslega aðstoð og húsaleigubætur samkvæmt lögum nr. 100/1994 fara ekki fram úr 232.064 kr. á ári skal greiða uppbót á lífeyri hans að upphæð 321.048 kr. á ári. Hafi bótaþegi hins vegar tekjur umfram 232.064 kr. á ári skal skerða uppbótina um 45% þeirra tekna sem umfram eru. Sama gildir um hjónalífeyri eftir því sem við á.

Ef aðrar tekjur örorkulífeyrisþega en lífeyrir almannatrygginga, bætur samkvæmt lögum um félagslega aðstoð og húsaleigubætur samkvæmt lögum nr. 100/1994 fara ekki fram úr 232.064 kr. á ári skal greiða uppbót á lífeyri hans að upphæð 330.036 kr. á ári. Hafi bótaþegi hins vegar aðrar tekjur umfram 232.064 kr. skal skerða uppbótina um 45% þeirra tekna sem umfram eru. Sama gildir um hjónalífeyri eftir því sem við á.[20]

Nú sinnir maður ekki lagaskyldu um greiðslu iðgjalda til lífeyrissjóðs samkvæmt lögum nr. 55/1980, um starfskjör launafólks og skyldu-tryggingu lífeyrisréttinda, með síðari breytingum. Er þá heimilt að áætla honum tekjur sem koma til frádráttar greiðslu tekjutryggingar. Setja skal reglugerð með nánari ákvæðum um framkvæmd þessa frádráttar.[21]

Um uppbót á lífeyri samkvæmt þessarri grein gilda ákvæði 11. gr. eftir því sem við á.[22]

18. gr.

Við ákvörðun um hækkanir bóta skv. 17. gr. skulu umsóknir rökstuddar t.d. með skattframtölum og skýrum upplýsingum um hagi bótaþega. Hliðsjón skal höfð af því hvort eignum bótaþega hefur verið ráðstafað með þeim hætti að það valdi synjun hækkunar.

Með reglugerð skal fjárhæðum 17. gr. breytt 1. september[23] árlega til samræmis við almennar hækkanir bóta og annarra tekna milli ára.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra er heimilt með reglugerð að ákveða að aðrar tekjufjárhæðir skv. 17. gr. gildi um lífeyri úr lífeyrissjóðum og tekjur skv. 3. tölul. C-liðar 7. gr. laga nr. 75/1981, um tekjuskatt og eignarskatt,[24] en aðrar tekjur.

C. Tekjur

19. gr.

Kostnaður vegna lífeyrstrygginga almannatrygginga greiðist úr ríkissjóði, m.a. af tekjum ríkissjóðs af tryggingagjaldi.

20. gr.

Tryggingastofnun ríkisins skal ár hvert haga áætlanagerð sinni vegna útgjalda lífeyrstrygginga fyrir næsta almanaksár í samræmi við reglur fjárlagagerðar og senda heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu til frekari meðferðar. Auk áætlaðra útgjalda má gera ráð fyrir tillagi til varasjóðs, allt að 2% af áætluðum útgjöldum, skv. II. og III. kafla laga þessara.

Árleg heildarútgjöld lífeyrstrygginga skulu vera í samræmi við ákvörðun Alþingis samkvæmt fjárlögum og fjáraukalögum hvers árs.

... ..

Úr Lögum um félagslega aðstoð nr. 118/1993

4. gr.

Umönnunargreiðslur

Tryggingastofnun er heimilt að inna af hendi umönnunargreiðslur til framfærenda fatlaðra og langveikra barna, sem dveljast í heimahúsi eða á sjúkrahúsi, allt að 61.093 kr. á mánuði og/eða taka aukinn þátt í greiðslu sjúkrakostnaðar ef andleg eða líkamleg hömlun barns hefur í för með sér tilfinnanleg útgjöld og sérstaka umönnun eða gæslu. Heimilt er að inna af hendi umönnunargreiðslur til framfærenda barna með alvarleg þroskafrávik, sem jafna má við fötlun, og barna með alvarleg hegðunarvandamál sem jafna má við geðræna sjúkdóma. Tryggingaráði er heimilt að hækka umönnunargreiðslur um allt að 25% mæli sérstakar ástæður með því.

Almenn leikskóla- og skólaþjónusta skerðir ekki umönnunargreiðslur. Önnur dagleg sértæk þjónusta og vistun utan heimilis, þar með talin umtalsverð skammtímavistun, skerðir umönnunargreiðslur. Tryggingalæknar meta þörf samkvæmt ákvæði þessu.

Um framkvæmd ákvæðis þessa fer eftir reglugerð sem heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra setur að fengnum tillögum tryggingaráðs.[4]

8. gr.

Endurhæfingarlífeyrir

Heimilt er þegar ekki verður séð hver örorka einstaklings verður til frambúðar eftir sjúkdóma eða slys að greiða endurhæfingarlífeyri í allt að tólf mánuði eftir að greiðslu sjúkra- eða slysadagpeninga samkvæmt lögum um almannatryggingar lýkur eða þar til unnt er að meta varanlega örorku, þó aldrei lengur en í 18 mánuði. Skilyrði er að viðkomandi gangist undir greiningu eða meðferð á sjúkrastofnun eða utan slíkrar stofnunar eftir reglum sem tryggingaráð setur og ráðherra staðfestir. Endurhæfingarlífeyrir skal nema sömu fjárhæð og grunnlífeyrir örorkulífeyris ásamt tekjutryggingu. Um aðrar tengdar bætur fer eftir sömu reglum sem um elli- og örorkulífeyri.[7] Sjúkrahúsvist í greiningar- og endurhæfingarskyni skerðir ekki bótagreiðslur.

9. gr.

Heimilisuppbót og sérstök heimilisuppbót

Heimilt er að greiða einhleypingi, sem nýtur óskertrar tekjutryggingar samkvæmt lögum um almannatryggingar og er einn um heimilisrekstur án þess að njóta fjárhagslegs hagræðis af sambýli eða samlögum við aðra um húsnæðisaðstöðu eða fæðiskostnað, að auki heimilisuppbót, 12.792 kr. á mánuði. Eigi viðkomandi rétt á skertri tekjutryggingu samkvæmt lögum um almannatryggingar skal lækka heimilisuppbótina eftir sömu reglum.

Ef einhleypingur hefur eingöngu tekjur úr lífeyrstryggingum almannatrygginga skal hann til viðbótar við heimilisuppbót eiga rétt á sérstakri heimilisuppbót, 6.257 kr. á mánuði. Nú hefur einhleypingur aðrar tekjur en úr lífeyrstryggingum almannatrygginga og skal sérstaka heimilisuppbótin þá skerðast krónu fyrir krónu uns hún fellur niður.[8]

10. gr.

Frekari uppbætur

Heimilt er að greiða frekari uppbætur til elli- og örorkulífeyrisþega ef sýnt þykir að lífeyrisþegi geti ekki framfleytt sér án þess.

... ..

Úr Lögum um réttindi sjúklinga

1997, nr. 74, 28. maí

I. kafli.

Inngangur

Markmið

1. gr.

Markmið laga þessara er að tryggja sjúklingum tiltekin réttindi í samræmi við almenn mannréttindi og mannhelgi og styrkja þannig réttarstöðu þeirra gagnvart heilbrigðisþjónustunni og styðja trúnaðarsambandið sem ríkja ber milli sjúklinga og heilbrigðisstarfsmanna.

Óheimilt er að mismuna sjúklingum á grundvelli kynferðis, trúarbragða, skoðana, þjóðernisuppruna, kynþáttar, litarháttar, efnahags, ætternis og stöðu að öðru leyti.

Skilgreiningar

2. gr.

Sjúklingur: Notandi heilbrigðisþjónustu.

Heilbrigðisstarfsmaður: Einstaklingur sem starfar í heilbrigðisþjónustu og hlotið hefur löggildingu heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra til slíkra starfa.

Meðferð: Rannsókn, aðgerð eða önnur þjónusta sem læknir eða annar heilbrigðisstarfsmaður veitir til að greina, lækna, endurhæfa, hjúkra eða annast sjúkling.

Visindarannsókn: Rannsókn sem gerð er til að auka við þekkingu sem m.a. gerir kleift að bæta heilsu og lækna sjúkdóma. Mat visindasiðanefndar eða siðanefndar skv. 29. gr. á rannsókninni verður að hafa leitt í ljós að visindaleg og siðfræðileg sjónarmið mæli ekki gegn framkvæmd hennar.

Gæði heilbrigðisþjónustu

3. gr.

Sjúklingur á rétt á fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er völ á að veita.

Sjúklingur á rétt á þjónustu sem miðast við ástand hans og horfur á hverjum tíma og bestu þekkingu sem völ er á. Heilbrigðisstarfsmaður skal leitast við að koma á traustu sambandi milli sín og sjúklings.

Sjúklingur á rétt á samfelldri þjónustu og að samstarf ríki milli allra heilbrigðisstarfsmanna og stofnana sem hana veita.

Aðgangur að upplýsingum um réttindi sjúklinga

4. gr.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið skal sjá til þess að til séu upplýsingar um réttindi sjúklinga, sjúklingafélög og almanna-tryggingar. Heilbrigðisstofnanir og sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn skulu hafa þessar upplýsingar aðgengilegar sjúklingum í húsakynnum sínum og á starfsstofum. Jafnframt skal leitast við að veita almenningi upplýsingar um orsakir og afleiðingar sjúkdóma hjá börnum og fullorðnum.

.....

Lífeyrir og tekjutrygging skerðast hafi lífeyrisþegi tekjur annars staðar frá, t.d. vegna vinnu eða greiðslur úr lífeyrissjóði, yfir ákveðið mark: Frítekjumark var í lok árs 1996 sem hér segir:

Tekjutrygging, einstaklingur kr. 221.013. Skerðingarhlutfall 45%.

Örorkulífeyrir og endurhæfingarlífeyrir kr. 856.493. Skerðingarhlutfall 25%.

Heimilisuppbót sama og fyrir örorkulífeyri en skerðingarhlutfall er 15%.

Varðandi sérstaka heimilisuppbót er frítekjumark kr. 0 og skerðingarhlutfall 100%.

Þeir sem fá vasapeninga mega hafa kr. 36.612 í tekjur en fari tekjur umfram það skerðast vasapeningar um 65%.

Öryrkjabandalag Íslands gagnrýndi að ekki var farið að ósk þeirra að bætur skyldu áfram fylgja lægstu launum eins og verið hefur. Í bréfi ÖBÍ segir: „Meðan lægstu kaupakstar voru óheyrilega lágir þá var viðmiðun við þá í lagi, þegar þar er nokkuð úr bætt þá skulu aðrar og lakari viðmiðanir hafðar um bótakjör.“

Önnur meginkrafa ÖBÍ var að grunnlífeyrir myndi hækka umfram aðra bótaflokkka, m.a. til að minnka bilið milli þeirra sem búa einir og þeirra sem eru í hjónabandi, en niðurstaðan var að bilið milli þeirra var breikkað.

Orðið var við kröfu ÖBÍ um að fjárhagsleg aðstoð sveitarfélags skerði ekki almannatryggingabætur.

Úr bréfi ÖBÍ: „Tvennt stendur upp úr eftir þessar ákvarðanir ríkisstjórnar: Annað það að mikil bil er nú á milli lægstu kauptaxta og tryggingabóta, óásættanlegt að okkar mati. Hitt er það að enn er aukið það bil sem er á milli hjóna og sambúðarfólks annars vegar og þeirra sem búa einir. Það bil er einnig óásættanlegt.“

NIÐURSTAÐA

Við er til ítarlegra og vandraðra upplýsinga sem fengust frá hinum ýmsu svæðisskrifstofum. Greinilegt er að þrátt fyrir endurskoðuð lög um málefni fatlaðra nr. 52/1992 vantar töluvert upp á að þeir sem eiga við langvinnan geðsjúkdóm að stríða fái nægilega félagslega aðstoð. Að hluta skýrist þetta af því að þjónustan er í höndum margra aðila og er erfitt að hafa yfirlit yfir framboð á þjónustu og einnig er á köflum erfitt að meta þjónustupörfina.

Ljóst er að margir búa við ófullnægjandi aðstæður og vandamál þeirra eru samtvinnuð og flókin. Þessir einstaklingar verða oft bráðveikir og þarfnast innlagnar á sjúkrahús um skamman tíma a.m.k.

Mikil samvinna þarf að vera á milli heilbrigðisstarfsfólks annars vegar og starfsmanna félagsmálayfirvalda hins vegar.

Hjálparkerfið er mjög flókið og einstaklingarnir og fjölskyldur þeirra þurfa að leita til margra aðila til að fá þá þjónustu sem þeir eiga rétt á.

Heilsugæslan, geðdeildir og sérfræðingar utan sjúkrahúsa veita heilbrigðisþjónustu. Svokölluð liðveisla er í höndum sveitarfélaga, frekari liðveisla er veitt af svæðisskrifstofum. Ótal aðilar hafa umsjón með stuðningshúsnæði og sambýlum.

Segja má að ef einstaklingurinn villist ekki í frumskógi aðstoðaraðila, þá þurfi hann ekki á hjálp að halda.

Á síðustu vikum hefur komið fram að búið er að fresta um óákveðinn tíma flutningi á málefnum fatlaðra frá ríki til sveitarfélaga þannig að ekki er líklegt að kerfið einfaldist á næstunni.

Starfshópurinn leggur því til að:

- 1. Heilbrigðis- og félagsmálaráðuneytið myndi sameiginlegan hóp sem hafi yfirumsjón með málefnum þessa hóps. Eðli málsins samkvæmt væri eðlilegt að hópurinn væri undir stjórn heilbrigðismálaráðuneytisins.**
- 2. Verkefni hópsins væru m.a. að einfalda þjónustuna, auka og gera hana aðgengilegri þeim sem á þurfa að halda.**

7. Lög er varða þjónustu við geðsjúka. Réttargeðlækningar

7.1 Ákvæði lögræðislaga og annarra laga

Nýlega samþykkti Alþingi lögræðislög nr. 71/1997, heildarendurskoðun lögræðislaga, nr. 68/1984. Nýju lögín tóku gildi 1. janúar 1998.

Nefnd er samdi frumvarpið og skipuð var af dómsmálaráðherra 15. mars 1993 samdi mjög ýtarlega og vandaða greinargerð.

Dóms- og kirkjumálaráðuneytið hefur gefið lögín út og greinargerð í sérstakri bók (1997), en lögín tóku gildi 1. janúar 1998.

Starfshópurinn hafði tækifæri á því að gera athugasemdir við frumvarpið sem voru af hálfu hópsins jákvæðar.

Hér á eftir fylgja skoðanir hópsins á hinu nýja frumvarpi.

Eðli málsins samkvæmt hefur starfshópur um málefni geðsjúkra aðallega fjallað um I., II. og III. kafla laganna.

Í greinargerðinni við lagafrumvarpið eru nokkrar töflur (töflur I-XIV), sem gefa miklar upplýsingar um hvernig fyrri lögræðislögum nr. 68/1984 var beitt.

Í þeim töflum kemur m.a. fram að á árabílinu 1984-1995 voru 230 einstaklingar sviptir með dómi sjálfræði, fjárræði eða lögræði, eða um 20-25 einstaklingar á hverju ári hin síðari ár. Geðsjúkdómar eru ekki ástæða sviptingarinnar nema í um það bil 30% tilvika, en stórir hópar þjást af ellisljóleika eða andlegum vanþroska. Um 50% þeirra sem sviptir eru lögræði með dómi eru 50 ára eða yngri og 30% eldri en 70 ára. Nær enginn munur er á milli kynja en í flestum tilvikum líða meira en tvær vikur frá því að beiðnin um sviptingu kom fram þar til úrskurður var upp kveðinn.

Í greinargerðinni komu einnig fram upplýsingar um nauðungarvistanir fyrir tímabilið 1. júlí 1984 til 31. desember 1995.

Á þessu tímabili er um 868 nauðungarvistanir að ræða. Tæplega 37% þeirra sem eru vistaðir gegn vilja sínum á geðdeild eru yngri en 30 ára og tæplega fjórðungur eldri en 50 ára gamlir, karlar eru nauðungarvistaðir. Alvarlegur geðsjúkdómur er aðalástæðan í innan við 80% tilvika en ofanautn áfengis og annarra fíkniefna eru einnig ástæða nauðungarvistunar.

Athugasemdir við kafla I.

Eins og fram kemur í mjög ítarlegum athugasemdum við frumvarpið hafa helstu umræður um þennan kafla laganna orðið um hvort hækka beri sjálfræðisaldurinn úr 16 árum í 18. Rök með og á móti eru mjög vel rakin í athugasemdum frumvarpsins og ástæðulaust að tíunda þau frekar. Formaður hópsins styður þá ákvörðun að halda sjálfræðisaldri við 16 ár, ef hann er hækkaður í 18 ár má líta svo á að stór hópur einstaklinga sé sviptur sjálfræði til þess að koma hlutfallslega litlum hópi til hjálpar eins og rakið er í athugasemdum. Til viðbótar við þau rök sem þegar hafa komið fram má nefna að nýmæli í frumvarpinu sjálfu og er þá sérstaklega átt við takmarkaða lögræðis-sviptingu, minnka nauðsyn á því að hækka sjálfræðisaldur úr 16 árum í 18.

Í umræðum innan hópsins kom fram að mikill meirihluti starfshópsins studdi þau rök að hækka beri sjálfræðisaldurinn úr 16 árum í 18.

Athugasemdir við II. kafla.

Engar athugasemdir eru gerðar við 4. gr. Þær lagfæringar sem gerðar hafa verið á þessari grein miðað við sambærilega grein í gildandi lögum eru til bóta. Við sviptingu á lögræði ber að leggja sérstaka áherslu á, eins og reyndar er gert í frumvarpinu og athugasemdum, að verndarsjónarmið gagnvart hinum svipta er mjög ríkjandi, en á sama tíma verður að tryggja réttarstöðu hans eins og frekast er kostur.

Fimmta og sjötta grein fjalla annars vegar um takmarkaða lögræðissviptingu og hins vegar um lögræðissviptingu til bráðabirgða. Í 5. gr. er talað um að svipta megji mann lögræði sínu tímabundið ef ótímabundin svipting þyki ekki nauðsynleg. Ljóst er að þetta ákvæði mun fjölga sviptingum því mikið hik hefur verið bæði á aðstandendum og öðrum að leggja til lögræðissviptingu sem í eðli sínu er ótímabundin skv. núgildandi lögum. Ákvæði 5. gr. hér fela því í sér eins og fram kemur í athugasemdum mildari úrræði en svipting til frambúðar. Ákvæði er um að tímabundin lögræðissvipting falli niður sjálfkrafa að sviptingartíma loknum nema áður hafi verið gerð krafa fyrir dómi um framlengingu hennar eða um ótímabundna sviptingu. Ljóst er að þetta ákvæði mun verða til þess að lögræðissviptingum mun fjölga, kannski verulega.

Í 2. mgr. 5. gr. er lagt til að heimilað verði að svipta mann fjárræði einungis varðandi tiltekna eignir hans og sýnist þetta ákvæði geta orðið til bóta í ákveðnum tilvikum.

Í 6. gr. er ákvæði um lögræðissviptingu til bráðabirgða. Ekki er ljóst hver munurinn er á lögræðissviptingu til bráðabirgða og því sem fjallað er um í 5. gr. takmarkaðri lögræðissviptingu.

7. gr.

Þessi grein er svipuð hliðstæðri gr. í eldri lögum, nema hvað heimildir félagsmálastofnunar eru rýmkaðar, en heimildir dómsmálaráðherra þrengdar. Reyndar hafa bæði félagsmálayfirvöld og dómsmálaráðuneytið verið mjög treg til að verða aðilar að sviptingamálum þegar um geðveika einstaklinga er að ræða. Spurning er hvort að breytingar á 5. gr. knýja á um að Félagsmálastofnun verði virkari aðili en áður var. Í umræðum innan hópsins kom fram að oft er mjög erfitt fyrir aðstandendur að standa að sviptingu. Lögð er áhersla á að félagsmálayfirvöld verði virk í málum þessum ef um er beðið.

Í greinum 8 til 17 eru ítarleg atriði um hvernig fjalla eigi um þessi mál fyrir dómi, málsmeðferð, rannsókn máls o.fl. og ganga þær flestar út á það að gera réttarstöðu þess sem beðið er sviptingar á skýrari og ljósari og málsmeðferð gagnsærri. Engar athugasemdir eru gerðar við þessar málsgreinar.

III. kafli fjallar um nauðungarvistun sjálfráðs manns í sjúkrahúsi vegna alvarlegs geðsjúkdóms eða ofneyslu ávana- og fíkniefna. Eins og fram kemur í athugasemdum er kaflinn að stofni til svipaður þriðja kafla gildandi lögræðislaga, en þær breytingar sem gerðar eru eru helst til þess að tryggja réttarstöðu þeirra sem sviptir eru frelsi með þessum hætti og réttarstaða þessara einstaklinga gerð skýr og ótvíræð. Í raun er verið að lögfasta reglur þær sem þegar eru í gildi og eins og fram kemur í athugasemdum þá er nauðungarvistun fyrst og fremst í þágu þess einstaklings sem á að vista og eiga reglurnar að tryggja að veita megji honum nauðsynlega læknishjálp.

Í 2. mgr. 19. gr. er ákvæði um að lækni geti ákveðið að sjálfráða maður skuli færður og vistaður nauðugur á sjúkrahúsi ef hann er haldinn alvarlegum geðsjúkdómi eða „verulegar líkur eru taldar á að svo sé eða ástand hans er þannig að jafna megji til alvarlegs geðsjúkdóms“. Þetta er rýmkun til bóta á gildandi lagaákvæðum.

Í 4. mgr. 19. gr. er nýmæli þar sem lögreglu er skylt að verða við beiðni læknis um aðstoð við að flytja mann nauðugan í sjúkrahús og er þetta atriði mjög til bóta, mat á nauðsyn læknisfylgdar heyrir að jafnaði undir þann lækni sem óskar eftir aðstoð lögreglu eins og fram kemur í athugasemdum.

Í 27. gr. er nýmæli um að nauðungarvistaður maður eigi rétt á að njóta ráðgjafar og stuðnings sérstaks ráðgjafa og í athugasemdum kemur fram að ráðgjafi þessi eigi að vera hlutlaus og að dómsmálaráðherra setji nánari reglur um ráðningu ráðgjafa þessara. Reynslan ein mun skera úr um hvaða áhrif þetta nýmæli kemur til með að hafa.

Í 28. gr. er ákvæði um þvingaða lyfjagjöf og aðra þvingaða meðferð og í 30. gr. er ákvæði um að hægt sé að bera slíka meðferð undir dómstóla.

Í ítarlegum athugasemdum eru 14 töflur sem sýna áhrif núgildandi lögræðislaga frá 1984. Þessar töflur eru mjög vel unnar og upplýsandi á allan hátt.

Í IV. kafla er nýmæli og fjallar sá kafla um ráðsmenn. Mikilvægt er að yfirlögráðandi sinni opinberu eftirliti sínu á þessum einstaklingum mjög vel því líklegt er að slíkir ráðsmenn ynnu með einstaklingum sem ættu við geðsjúkdóma að stríða um langt árabil. Og ef eftirlitið er ófullnægjandi getur slíkur ráðsmaður unnið hinum veika einstaklingi óbætanlegt tjón þó auðvitað sé það ekki tilgangur laganna. Vakin er athygli á þessu sérstaklega hér því margir þeir sem eiga við langvinna geðsjúkdóma að stríða eru stundum miklir eignamenn og mikilsvert er að hagsmunum þeirra sé gætt eins og best verður á kosið.

Ekki eru gerðar athugasemdir við V. - X. kafla laganna.

Með frumvarpinu er fylgiskjal frá fjárlagaskrifstofu fjármálaráðuneytis þar sem lagt er mat á það hve mikinn útgjaldaauka frumvarpið mun hafa í för með sér. Starfshópurinn telur að um verulegt vanmat sé að ræða í umsógn fjármálaráðuneytisins. Ákvæðið um tímabundna lögræðissviptingu mun augljóslega hafa verulegan kostnaðarauka í för með sér. Vottorðum mun fjölga og kostnaður hvað varðar ráðsmenn og lögráðamenn örugglega vanáætlaðar. Loks ber að geta að frumvarpið eins og það liggur fyrir leggur nýjar og miklar skyldur á herðar yfirlæknum og nokkuð ljóst að þeir þurfa að vera á sérstakri vakt til að sinna þeim skyldum.

Niðurstöður

Það sem mesta athygli vekur er að nauðungarvistanir eru hlutfallslega sjaldgæfar, gagnstætt því sem er t.d. á öðrum Norðurlöndum. Sem dæmi má nefna að 67% af öllum innlögnum á bráðageðdeildir í Noregi eru gegn vilja sjúklings. Ein skýring á þessu er að á öðrum Norðurlöndum en Íslandi gilda sérstök lög um geðveika. Eins og reyndar er mjög algengt í samfélagi þjóðanna.

Hér á Íslandi hefur það verið einn af hornsteinum jafnréttis og virðingar fyrir geðveikum að ekki gilda sérstök lög fyrir þennan hóp einstaklinga.

Alltaf hefur verið lögð rík áhersla á að geðveikir hér á landi falli undir almenn lög sem í gildi eru. Leggja ber þunga áherslu á að þessu verði ekki breytt hér á landi.

Þar sem geðsjúkir eru oft illa í stakk búnir til að gera sér grein fyrir réttindum sínum er einnig ástæða til að leggja áherslu á að heilbrigðisstarfsfólk gæti þess vel að geðsjúkt fólk njóti réttar til jafns við aðra, bæði samkvæmt lögræðislögum og öðrum lögum svo sem:

- lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 27/1990
- lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991
- lögum um fatlaða nr. 59/1992
- lögum um réttindi sjúklinga nr. 74/1997
- lögum um framhaldsskóla nr. 80/1996.

7.2 Réttargeðlækningar

Að beiðni starfshópsins sömdu yfirlæknir og yfirfélagsráðgjafi Réttargeðdeildarinnar að Sogni greinargerð um starfsemina þar. Greinargerðin í heild hefur verið send heilbrigðisráðherra, en hér á eftir eru hlutar greinargerðarinnar.

1. Inngangur

Réttargeðdeildin að Sogni hefur nú starfað í rúmlega fimm ár. Á þessum tíma hefur margt áunnist og komið hefur verið upp all myndarlegum vísi að réttargeðþjónustu á Íslandi. Segja má að helstu vandamál hafi nú komið fram og það er orðið nokkuð ljóst hvaða áherslur verður að leggja í starfseminni eiti hún að fá að þróast áfram. Starfsemi sem þessi er mjög viðkvæm og þarfnast skipulagðra ákvarðana og framsýni. Stefnumörkun í málaflokknum er því orðin mjög nauðsynleg. Nú er unnið að áætlun um geðheilbrigðisþjónustu í landinu og í því samhengi er brynt að fjallað verði af einurð og alvöru um framtíð réttargeðþjónustu á Íslandi.

2. Aðdragandi og lagaleg rök fyrir stofnun réttargeðdeildarinnar að Sogni

Réttargeðdeildin að Sogni hóf starfsemi sína 7. október 1992. Fram að þeim tíma höfðu ósakhæfir geðsjúklingar (réttargeðsjúkir) ýmist verið vistaðir á erlendum geðsjúkrahúsum eða í íslenskum fangelsum, þrátt fyrir að hafa verið taldir ósakhæfir sökum geðsjúkdóms og dæmdir til öryggisgæslu á viðeigandi hæli skv. 15. og 62 gr. almennra hegningarlaga frá árinu 1944, (hér eftir alm.hgl.)

15.gr. alm.hgl. hljóðar svo: „Þeim mönnum skal eigi refsað, sem sökum geðveiki, andlegs vanþroska eða hrörnunar, rænuskerðingar eða annars samsvarandi ástands voru alls ófærir á þeim tíma, er þeir unnu verkið, til að stjórna gerðum sínum.“

Þeir sem dómur telur ósakhæfa sökum einhverra af ofangreindum ástæðum, s.s. eins og geðveiki, eru sýknaðir ef glæp sínum og skal því ekki refsað.

Í 62.gr. alm.hgl. segir: „Nú er maður sýknaður samkvæmt ákvæðum 15.gr., eða niðurstaða dóms verður sú, samkvæmt ákvæðum 16.gr., að refsing sé árangurslaus, og má þá ákveða í dómi, ef nauðsynlegt þykir vegna réttaröryggis, að gerðar skuli ráðstafanir til að varna því, að háski verði að manningum. Ef ætla má, að vægari ráðstafanir, svo sem trygging, bann við dvöl á ákveðnum stöðum eða svipting lögræðis, komi ekki að notum, má ákveða, að honum sé komið fyrir á viðeigandi hæli. Skal þá hæstiréttur skipa honum tilsjónarmann, sem eftirlit hefur með því, að dvöl hans á hælínu verði ekki lengri en nauðsyn ber til. Þegar ástæða þykir til, getur dómsmálaráðherra leitað úrlausnar héraðsdóms, þar sem hælið er, hvort téðar ráðstafanir skuli teljast lengur nauðsynlegar, enda hafi umsagnar læknis verið leitað. Svo getur og tilsjónarmaður krafist þess, þegar ár er liðið frá dómsuppsögn eða síðasta dómsúrskurði, eða fyrr, ef dómsmálaráðherra samþykkir, að málið skuli að nýju lagt undir úrskurð dómsstóls þess, sem áður segir. Ákvörðun hans má áfrýja eftir reglum um kæru í opinberum málum.“

Þeir sem dæmdir eru ósakhæfir skv. 15.gr. og því í rauninni sýknaðir af glæp sínum, geta verið dæmdir til vistunar á viðeigandi hæli, nú

réttargeðdeildina að Sogni, þó að ekki hafi verið kveðið skýrar að orði í lögum um hvað „viðeigandi hæli“ feli í sér þrátt fyrir tilkomu réttargeðdeildarinnar að Sogni. Þessir sjúklingar eru dæmdir í ótímabundna vistun, frelsissviptingu, og því hefur löggjafinn talið nauðsynlegt að skipa viðkomandi tilsjónarmann eins og um getur í 62.gr. Ýmsir annmarkar hafa í gegnum tíðina verið á því að tilsjónarmenn gætu rækt hlutverk sitt sem skyldi. Ekki sist á þeim tíma sem sjúklingarnir voru fluttir til annarra landa til meðferðar og gæslu. Auk þess eru ákvæði um tilsjónarmenn mjög óljós, t.d. hverjir geti verið tilsjónarmenn og hvernig þeim sé ætlað að rækja hlutverk sitt, auk þess sem starfið er ólaunað.

Tæplega er hægt að fjalla um 15.gr. alm.hgl. án þess að 16.gr. séu einnig gerð skil.

16.gr. alm. hgl. hljóðar svo: „Nú var maður sá, er verkið vann, andlega miður sín, svo sem vegna vanþroska, hrörnunar, kynferðilegs misþroska eða annarrar truflunar, en þetta ástand hans er ekki á eins háu stigi og 15.gr. getur, og skal honum þá refsað fyrir brotið, ef ætla má eftir atvikum og eftir að læknisumsagnar hefur verið leitað, að refsing geti borið árangur. Verði til stofnun, ætluð slíkum mönnum, sem í þessari grein getur, má ákveða í refsidómi, að sakborningur skuli taka út refsivist sína í stofnunni.“

Mörkin á milli þessara greina alm.hgl. eru oft óljós. Í báðum greinum er fjallað um ástæður þær sem leitt geta til refsileysis en réttaráhrif þeirra eru mismunandi. Þannig leiðir 15.gr. til sýknu en 16.gr. gefur svigrúm til að dæma mann í öryggisgæslu án sýknu, en vegna sambærilegs ástands og um getur í 15.gr. og þegar talið er að refsing muni því ekki bera árangur.

• Réttargeðþjónusta

Réttargeðdeild er sérhæfð geðdeild sem sinnir annars vegar því hlutverki að meðhöndla geðsjúklinga sem hafa verið hættulegir sökum síns sjúkdóms, og hins vegar að hafa þá í öryggisgæslu til að varna því að háski stafi af þeim, gagnvart sjálfum sér og öðrum þjóðfélagsþegnum. Réttargeðdeild er flókin stofnun og starfsemi hennar fer fram í nokkrum deildum/skiptist upp í nokkur viðfangsefni.

Eitt af viðfangsefnum réttargeðdeildar eru rannsóknir á geðrænu sakhæfi, geðrannsóknir. Til að mögulegt sé að standa nægilega vel að geðrannsóknnum þarf að vera hægt að leggja viðkomandi einstakling inn til rannsóknar, á rannsóknardeild, þar sem þverfaglegt teymi sérfræðinga leggur mat á ástand og horfur viðkomandi.

Annað viðfangsefni er sjálf meðferðin og öryggisgæslan. Þar eru sjúklingar meðhöndlaðir út frá þörfum hvers og eins, endurhæfingu og hæfingu er sinnt auk öryggisgæslunnar. Þegar sjúklingur hefur náð ákveðnum bata, meðferðin skilað árangri, þarf að vera hægt að rýmka öryggisgæsluákvæðin til að hann hafi tækifæri til aðlögunar að samfélaginu að nýju. Það er hægt að gera á opnari deildum, sambýlum eða áfangastöðum.

Loks þarf að vera til staðar sérhæfð göngudeildarþjónusta sem sinnir eftirmeðferð og eftirliti útskrifaðra sjúklinga til að fyrirbyggja endurkomur.

Ennfremur eru göngudeildir nauðsynlegar til að sinna fjölskylduvinnu vegna innskrifaðra sjúklinga.

Þess ber að geta hér að réttargeðdeild getur verið í ýmiskonar tengslum/samstarfi við fangelsi varðandi geðþjónustu og verður vikið að því síðar í greinargerðinni. Auk þess þarf réttargeðdeild að sinna vísinda-

legum rannsóknum á viðfangsefni sínu og vera fræðslu- og kennslustofnun á háskólastigi fyrir þjóðina.

Íslendingar höfðu lengi vanrækt málefni ósakhæfra geðsjúklinga með dóma um öryggisgæslu þegar deildin að Sogni var stofnuð. Ólafur Ólafsson landlæknir hafði um langt árabil unnið að því að reyna að finna mannsæmandi lausn á þessum vanda. Í grein í Læknablaðinu þegar á árinu 1978 leggur hann til að ósakhæft geðsjúkt fólk fái framvegis þá umönnun sem því beri, því verði undanbragðalaust búinn staður á geðdeildum eða þá í vel búnu húsnæði í nánum tengslum við þær. Deilt var um hvort heilbrigðiskerfið eða dómskerfið ætti að sinna ósakhæfum geðsjúklingum, og ágreiningur var um hvort lita ætti á ósakhæfa geðsjúklinga sem afbrotamenn eða sjúklinga. Grundvallar-munur virðist hafa verið á viðhorfum og afstöðu manna til þessa málefnis.

Almennar geðdeildir í landinu höfðu um árabil hafnað að meðhöndla þessa sjúklinga og vísað þeim frá, ef og þegar fyrir lá að viðkomandi væri dæmdur í vistun á viðeigandi hæli/öryggisgæslu.

Undantekning varð frá þessu þegar Sigmundur Sigfússon yfirlæknir á geðdeild Fjórðungssjúkrahússins (FSA) á Akureyri tók til meðferðar þrjá réttargeðsjúklinga 1990-1992, og má telja það fyrsta vísinn að réttargeðlæknismeðferð á Íslandi.

• Frekar um löggjöf

Lagaákvæði sem taka á málefnum ósakhæfra geðsjúklinga og geðsjúkra fanga eru ónákvæm og ófullnægjandi. Almennu hegningarlögin frá 1944 eru dönsk að uppruna og fjalla um ósakhæfi og öryggisráðstafanir í tveimur greinum, 15. og 62. gr. Í 16.gr. alm.hgl. er fjallað um möguleika á vistun á viðeigandi stofnun án sýknu viðkomandi, vegna truflana á vægari stigum en 15.gr. kveður á um. Í lögnum er hvorki að finna skilgreiningar á öryggisgæslu né viðeigandi hæli, og ekki er gert ráð fyrir mismunandi stigum meðferðar og öryggisgæslu. Ákvæði um tilsjónarmenn eru mjög takmörkuð og ekkert er kveðið á um meðferðarmöguleika eða eftirlit þegar að öryggisgæsludómi hefur verið aflétt.

Árið 1974 voru sett lög um ríkisfangelsi þar sem gert var ráð fyrir fangelsi með sérstökum deildum fyrir ósakhæfa afbrotamenn. Slíkar deildir risu aldrei og áfram voru ósakhæfir geðsjúklingar fórnarlömb aðgerðaleysis. Sjúklingar dvöldu um lengri eða skemmri tíma í fangelsum á Íslandi. Þar hefur sem kunnugt er aldrei verið skipulögð geðþjónusta auk þess sem slík vistun hefur nær undantekningalaust afar slæm áhrif á geðrænt ástand þessa fólks. Nokkrir sjúklingar voru síðar sendir til vistunar á geðdeildir erlendis, fyrir tilstuðlan landlæknis, og var það af tvennu illu vænlegri kostur en fangelsin.

Íslendingar voru langt á eftir sínum nágrannaþjóðum til að hlúa að málefnum þessara sjúklinga. Líklegt má teljast að tvær ástæður hafi öðrum fremur ýtt á íslensk stjórnvöld að koma á fót réttargeðdeild fyrir sjúklinga sína. Önnur er sú að árið 1988 samþykkti Alþingi lög um fangelsi og fangavist. Skv. þeim má ekki vista ósakhæfa geðsjúklinga í fangelsum. Engu að síður var það gert áfram um nokkurra ára bil, en alvarleg umræða fór hins vegar í gang um að finna varanlega lausn fyrir málaflokkinn. Hin ástæðan er sú að árið 1991 gerðu Svíar breytingu á lögum sem torvelduðu vistun annarra sjúklinga en þeirra

sem dæmdir voru eftir sænskum lögum. En Íslendingar höfðu þá um árabíl sent ósakhæfa sjúklinga til Svíþjóðar og á þeim tíma voru fjórir íslenskir sjúklingar vistaðir á geðdeildum þar.

• Undirbúningur

Eins og alkunna er, og ekki verður tíundað hér, urðu frá upphafi mikil átök og ágreiningur um málefnið. Ekki verður þó hjá því komist að geta þess að Guðmundur Bjarnason fráfarandi heilbrigðisráðherra hafði vorið 1991 ráðið réttargeðlækni, Láru Höllu Maack, í yfirlæknisstarf til að starfa að undirbúningi stofnunarinnar. Hún fann sig knúna til að segja upp starfinu, áður en það hófst í rauninni, vegna viðhorfa og metnaðarleysis sem hún taldi stjórnvöld hafa varðandi málefnið. Í kjölfar uppsagnar Láru Höllu sendi stjórn Geðlæknafélags Íslands (GÍ), frá sér yfirlýsingu þess efnis að félagið legðist gegn því að meðlimir þess sæktu um stöðu yfirlæknis í réttargeðlækningum við þær aðstæður sem þá voru.

Sighvatur Björgvinsson þáverandi heilbrigðisráðherra sýndi málinu mikinn áhuga og keyrði það í gegn þrátt fyrir mikinn mótbyr. Í gang fór undirbúningur að stofnun réttargeðeildar á Íslandi.

Sumir töldu allt of litla fjármuni ætlaða til verkefnisins og deilt var um staðsetningu. Ákveðið var síðan að stofnunin yrði staðsett að Sogni í Ölfusi og var um 90 milljónum króna varið til kaupa og endurbóta á húsnæði þar. Höfðu margir á orði að Sogn yrði aldrei annað en geymslustaður og þar myndu aldrei geta orðið fagleg vinnubrögð miðað við það sem lagt var upp með af hálfu stjórnvalda.

Í framhaldi af þessu fóru stjórnvöld að tala um að koma á fót meðferðarheimili fyrir geðsjúka afbrotamenn í stað réttargeðeildar. Kom það til vegna áðurnefndrar gagnrýni og af því að ekki var annar sérfræðingur í réttargeðlækningum í landinu og því ekki talið stætt á að tala um réttargeðeild.

Var aftur auglýst eftir yfirlækni að Sogni sem jafnframt skyldi sinna geðlækningum að Litla-Hrauni. Enginn sótti um stöðuna, enda var afstaða GÍ mjög skýr í því máli.

Í júlí 1991 hafði heilbrigðisráðherra sett á fót nefnd til að sjá um framkvæmdir vegna breytinga á Sogni. Formaður hennar var Páll Sigurðsson þáverandi ráðuneytisstjóri í heilbrigðisráðuneytinu, og starfsmaður hennar Gestur Halldórsson sem ráðinn hafði verið staðarhaldari stofnunarinnar í júní sama ár. Sú nefnd varð síðan rekstrarnefnd Sogns, með nokkrum breytingum á samsetningu.

Þar sem ekki náðist samstarf við íslenska geðlækna leituðu íslensk stjórnvöld eftir ráðgjöf frá Boga Melsteð yfirlækni á geðdeildinni í Västervik í Svíþjóð. Kom hann til landsins á vegum íslenskra stjórnvalda til þess að veita faglega ráðgjöf um skipulag og uppbyggingu réttargeðeildar. Áfram var reynt að fá geðlækni í fasta stöðu og gripið til þess ráðs að ganga til samninga við Sjúkrahús Suðurlands á Selfossi (SHS) um samvinnu í rekstri og millifærslu fjárframlaga.

Rétt er að skjóta því inn hér að í júní 1996 gaf stjórn Geðlæknafélags Íslands út állt þess efnis að starfsemin að Sogni hefði farið vel af stað og þar færi fram vönduð klínísk vinna. Stjórn GÍ telur einnig að hlúa beri að þessum vísi réttargeðlækniþjónustu hér á landi og telur mikilvægt að stofnunin fái að þróast sem sjálfstæð stofnun.

Meðferð

Á Sogni fer fram sérhæfð meðferð og öryggisgæsla. Mannúð, mannréttindi og mannhelgi eru höfð að leiðarljósi í meðferðarstarfi, en ætíð er gætt fyllsta öryggis. Meðferð á réttargeðdeild er margþætt. Grundvallarþættir meðferðar eru lyfjameðferð og umhverfismeðferð í víðri merkingu þess orðs/hugtaks. Þegar tekist hefur að bæta liðan sjúklinga með lyfjum skapast möguleikar á frekari meðferð og endurhæfingu sem stefnir að því að sjúklingur geti útskrifast frá stofnuninni og lifað sem eðlilegustu lifi í samfélaginu. Mikilvægir þættir í meðferðinni eru kennsla og starfsþjálfun. Slíkri stofnun er mjög nauðsynlegt að hafa á að skipa hæfu og áhugasömu fólki í hverju starfi. Fagleg breidd og fjöldi í hverjum hópi þarf að vera fullnægjandi, og þverfagleg meðferðarvinna er skilyrði árangurs.

• Meðferðarteymi

Fagleg uppbygging og framkvæmd meðferðar er háð því að á stofnuninni fari fram þverfagleg teymisvinna. Við komu sjúklings gerir meðferðarteymi vandaða greiningu á sjúklingi og stöðu hans og horfum og skipuleggur síðan meðferðina. Starf gæslumanna á deildinni er mjög mikilvægt í þessu samhengi vegna þeirrar nálægðar við sjúklinginn sem þeir eru í. Nauðsynlegt er að líta á málefni hvers sjúklings í víðu samhengi og til þess að það sé mögulegt þurfa að starfa á stofnuninni geðlæknar, félagsráðgjafar, sálfræðingar, iðjuþjálfar og hjúkrunarfræðingar auk meðferðarfulltrúa/gæslumanna. Einnig þarf stofnunin að hafa aðgang að lögfræðilegri og siðfræðilegri ráðgjöf eftir þörfum. Því miður hefur ekki verið tekið tillit til allra þessara þátta í uppbyggingu deildarinnar að Sogni, enn sem komið er. Fagteymi Sogns hefur öðlast mikla reynslu og sérhæfingu undanfarin ár, en fámenni og takmörkun í faglegri breidd hafa tafið fyrir ýmsum málum. Þegar vinna þarf nýju málefni sess í kerfinu og um leið að sinna daglegri starfsemi sem í eðli sínu er all flókin, þá er alveg ljóst að sú mönnun sem nú er á Sogni er alls óviðunandi.

• Umhverfismeðferð

Umhverfismeðferð í víðri merkingu þess hugtaks er sem fyrr segir mikilvægur þáttur í meðferðinni að Sogni. Þjálfun og endurhæfing í samskiptum og umgengni við annað fólk er mikilvæg til að auka sjálfsöryggi og bæta liðan sjúklinga, auk þess sem hún er nauðsynleg til að gera þeim kleift að fara yfir í opnara og frjálsara umhverfi að öryggisgæslu lokinni. Þjálfun og endurhæfing í daglegri virkni eru mikill þáttur í meðferðinni. Hversdagslegir hlutir eins og persónuleg þríf, heimilishald, umsjón fjármála, innkaup og fleira verður fólki oft um megn þegar geðsjúkdómar steðja að og oft dregur úr færni til þessara þátta lífsins. Einnig er það vel þekkt að stofnanavistun til langs tíma dregur úr virkni fólks og frumkvæði. Hver sjúklingur hefur tvo „kontaktmenn“ sem eru gæslumenn sérhæfðir í málefnum síns sjúklings. Það fyrirkomulag gefur kost á vandaðari meðferð, betri nálgun á málefni hvers sjúklings og einfaldari samskiptum fyrir sjúklinginn í persónulegum málum. Kontaktmenn sækja reglulega handleiðslu til félagsráðgjafa deildarinnar. Það sem kemur í veg fyrir að hægt sé að nýta alla kosti þessa fyrirkomulags er skortur á fjármagni því ekki er alltaf hægt að kalla til kontaktmenn þegar æskilegt væri, s.s. til meðferðarfunda um viðkomandi sjúkling. Einnig vantar mikið upp á til að hægt sé að halda uppi nauðsynlegri fræðslu fyrir starfsfólk á deildinni. Er þó ekki verið að tala um verulegar upphæðir.

Þegar sjúklingur hefur náð ákveðnum bata fær hann að fara í heimsóknir til ættingja og í ýmsar ferðir ýmist á vegum stofnunarinnar eða með ættingjum eða tilsjónarmönnum.

Slikar ferðir eru nauðsynlegur þáttur endurhæfingar en þeim fylgir oft einhver kostnaður, t.d. vegna aksturs. Ávallt er reynt að gæta ítrasta hagræðis, en ýmis tækifæri koma upp sem sjúklingar gætu nýtt sér í endurhæfingu en ekki er hægt að verða við vegna kostnaðar.

• Fjölskylduvinna

Mikilvægur þáttur í meðferðinni er að styðja sjúklinga til að endurheimta og viðhalda tengslum við fjölskyldur sínar og vini eins og kostur er. En ein afleiðing langvarandi geðsjúkdóma er einmitt rofin eða sködduð tengsl við annað fólk. Sjúkdómurinn dregur úr hæfileikum sjúklings til að líta raunsæjum augum á eigið ástand og aðstandendur þurfa oft að horfa upp á sjúklinginn framkvæma hluti og búa við aðstæður sem eru alls óviðunandi, án þess að geta skorist í leikinn fyrr en ástandið er orðið mjög slæmt. Einnig hafa margir aðstandendur sjálfir mikla þörf fyrir stuðning og ráðgjöf eftir þá erfiðleika sem því fylgja að vera aðstandandi alvarlega geðsjúkrar manneskju.

Viðtöl og fundir með fjölskyldum og tilsjónarmönnum sjúklinga fara fram að Sogni. Það er ekki nægilega góður kostur. Allir núverandi aðstandendur og tilsjónarmenn eru búsettir á suðvesturhorni landsins. Ekki eiga allir hægt um vik með að komast austur yfir fjall, auk þess sem ýmsir ókostir geta fylgt því að funda með aðstandendum og tilsjónarmönnum á sjálfri deildinni. Nauðsynlegt er að deildinni verði fundin aðstaða á Reykjavíkursvæðinu þar sem hægt verði að sinna þessum þætti. Eðlilegast er að það væri göngudeild sem jafnframt sinnti eftirmeðferðar hlutverkinu.

• Skóli

Á Sogni er starfræktur skóli í samstarfi við Fjölbrautaskóla Suðurlands á Selfossi (FSu). Fjórir til fimm sjúklingar stunda þar nám nú. Sjúklingar eru á mismunandi aldri með mismunandi bakgrunn og því þarf að haga náminu með tilliti til hvers og eins. Kennari er Hörður Ásgeirsson, en hann hefur náð miklum árangri og er sérlega ánægjulegt að sjá hve mikilvægt námið er sjúklingum, auk þess sem það stuðlar greinilega að bættri sjálfsmynd og sjálfsöryggi þeirra. Menntamálaráðuneytið hefur veitt FSu. sérstaka fjárhæð til þessa verkefnis síðustu misserin en sækja þarf um í hvert skipti og á niðurskurðartímum vofir ávallt yfir sú hætta að pennastriki sé slegið yfir slík verkefni. Slíkt væri mikið áfall fyrir sjúklinga á Sogni og endurhæfingu þeirra.

• Starfsþjálfun

Starfsþjálfun hefur verið sinnt af misjafnri getu frá opnun stofnunarinnar. Í upphafi voru ráðnir tveir starfsmenn í hlutastarf til að sinna starfinu. Vorið 1994 höfðu þeir báðir látið af störfum. Var þá ráðinn starfsþjálfari í 100% starfshlutfall yfir vetrarmánuðina. Ömis verkefni voru í gangi, útbúin var sérstök smíðastofa í „einangrunarsellunni“ sem áður var, vefstóll var fenginn að láni og steypar voru stytur og ýmsir smáhlutir úr gipsi svo nokkuð sé nefnt. Einnig hafa verið fengin verkefni utan að, s.s. kortapökkun og skrufupökkun og hafa sjúklingar fengið smávægileg laun fyrir þá vinnu. Aðstaða er fremur lítil og hentar ekki fyrir grófari vinnu, auk þess sem við uppbyggingu slíkrar þjálfunar þarf nokkuð fjármagn.

Haustið 1995 létu Kiwanismenn hluta af ágóða fyrir sölu K-lykils renna til réttargeðdeildarinnar að Sogni og var það mikil viðurkenning fyrir starfsemina. Ágóðanum var varið til kaupa á stóru líkamsræktartæki sem staðsett var í rými starfsþjálfunar. Hafa flestir sjúklinga notið góðs af og er reynt að fella þjálfun í tækjunum, sem og gönguferðir og sund, inn í meðferðaráætlanir hvers sjúklings.

Á sumrin hafa sjúklingar haft næg verkefni utandyra við snyrtingu húsa, lóðar og við dýrahald s.s. fiskirækt, hænsni og hesta. Þessi þáttur meðferðarinnar er afar mikilvægur og koma kostir þess að staðsetja stofnunina í sveit vel fram hér.

• Staða starfsþjálfra lögð niður

Sumarið 1996 var sú einkennilega ákvörðun tekin, í nafni sparnaðar, að lögð var niður staða starfsþjálfra við stofnunina. Þetta var leið sem tilsjónarmaður taldi ákjósanlega til að draga úr halla á rekstri stofnunarinnar. Ber þetta vott um skilningsskort á innihaldi og eðli meðferðar og endurhæfingar fyrir geðsjúklinga og hefur haft í för með sér ýmiskonar óhagræði í starfseminni auk þess sem varla hefur náðst mikill sparnaður af aðgerðinni. Haustið 1997 var ráðinn myndmenntakennari í hlutastarf (ráðinn sem gæslumaður) til að sinna þessum þætti. Starfar hún tvo hálfu daga í viku með „listasmiðju“. Þar vinna sjúklingar m.a. með leir og leður og hafa þátttaka og árangur verið mjög góð. Þessi lausn er þó aðeins tímabundin og mikilvægt er að á réttargeðdeild starfi iðjuþjálfri eða a.m.k. starfsþjálfri (starfsmaður sem sinnir þessum þætti án þess að hafa formlega menntun og réttindi iðjuþjálfra) og verður vart horft framhjá þeirri þörf mikið lengur.

7. Umfang og árangur meðferðarstarfs

Réttargeðdeildin að Sogni er gerð fyrir sjö ósakhæfa geðsjúklinga.

Við opnun deildarinnar komu fjórir sjúklingar af geðsjúkrahúsi í Svíþjóð (þrír karlmenn og ein kona), tveir úr fangavist hér á landi og í mars 1993 bættist sjöundi sjúklingurinn við. Deildin var því full á innan við hálfu ári og hafði þá tekið við öllum ósakhæfum geðsjúklingum sem dæmdir voru til vistunar á viðeigandi stofnun á þeim tíma.

• Ósakhæfir sjúklingar á Sogni

Í maí 1994 var fyrsti ósakhæfi sjúklingurinn á Sogni losaður undan öryggisgæsludómi og útskrifaður heim til aðstandenda. Dómsstóll setti skilyrði um eftirlit og áframhaldandi meðferð á vegum deildarinnar að Sogni.

Í október 1994 kom nýr ósakhæfur sjúklingur inn. Hafði hann verið dæmdur af Héraðsdómi og fluttur í kjölfar þess dóms að Sogni. Málinu var síðan vísað til Hæstaréttar og í apríl 1995 var þessi sjúklingur útskrifaður og fluttur á geðdeild FSA þar sem Hæstiréttur hafði breytt úrskurði Héraðsdóms um ósakhæfi og dæmdi hann til refsingar. Tíminn sem hann hafði dvalið að Sogni kom til frádráttar á afplánun sem Hæstiréttur dæmdi hann í.

Í ágúst 1995 kom ósakhæfur sjúklingur til vistunar á deildina, hafði hann vistast á geðdeild FSA í kjölfar líkamsárásar.

Í september 1995 var annar ósakhæfur sjúklingur losaður undan öryggisgæsludómi og útskrifaður í leiguhúsnæði á vegum sveitarfélags, einnig með skilyrðum um eftirlit og meðferð frá Sogni. Hafði hann fengið nokkurn tíma til að aðlagast aðstæðum og endurhæfa sig í

ýmsum þáttum daglegs lífs utan stofnunar þar sem sveitarfélag hafði útvegað húsnæðið nokkru áður en til útskriftar kom.

Í desember 1995 var þriðji ósakhæfi sjúklingurinn á Sogni losaður undan öryggisgæsludómi en héraðsdómur dæmdi hann í „öryggis-meðferð“ sem var rýmkun á fyrri dómi. Var um að ræða nýja „útfærslu“ á meðferð, nýtt stig í meðferðarferlinu. Að vísu hafði meðferð viðkomandi sjúklings verið útfærð á þann sama hátt um nokkurt skeið, skv. ákvörðun þáverandi yfirlæknis. Viðkomandi sjúklingur hafði að mati fagaðila á Sogni náð þeim bata að nauðsynlegt var talið að hefja endurhæfingu utan stofnunar. Í dómsorði var sérstaklega tekið fram, að sú ákvörðun hefði verið tekin án heimildar laga. Fyrirkomulag var þannig að sjúklingur dvaldi þrjá sólarhringa í viku hverri í íbúð sinni í Reykjavík og fjóra sólarhringa að Sogni. Eftirlit var þétt, sjúklingur heimsóttur til Reykjavíkur og honum gert að láta reglulega vita af sér í síma. Mikil áhersla var lögð á að gætt væri nauðsynlegs öryggis. Framkvæmd þessa fyrirkomulags reyndist mjög kostnaðarsöm fyrir stofnunina en sýndi áþreifanlega nauðsyn þess að einhvers konar millistig sé í meðferð, áður en til endanlegrar útskriftar kemur. Kostnaður við það að fylgja sjúklingum utan stofnunar og þjálfar þá til þátttöku í samfélaginu er nokkur, ekki sist vegna staðsetningar deildarinnar að Sogni. Hann er þó aldrei neitt í líkingu við þann kostnað sem fylgir því að vista sjúklinga í öryggisgæslu.

Í september 1996 kom ósakhæfur sjúklingur til vistunar á deildina. Var hann í fyrstu vistaður í gæsluvarðhaldi á Sogni, en slíkt hafði ekki gerst áður. Dómur féll í hans máli nokkrum vikum síðar og var hann þá dæmdur til vistunar í öryggisgæslu og meðferð á Sogni.

Í maí 1997 var sjúklingur losaður úr öryggismeðferð og útskrifaður í leiguíbúð á vegum sveitarfélags, með skilyrðum um áframhaldandi meðferð og eftirlit frá Sogni.

Hvað greiningu ósakhæfu sjúklinganna varðar þá eru þeir allir utan tvo greindir sem schizofren, af þeim tveimur er annar schizo-affectivur og persónuleikatrúflaður en hinn þroskaskertur. Af schizofren sjúklingum hafa tveir hliðargreiningarnar persónuleikaröskun og fíknivandamál.

• **Sakhæfir sjúklingar á Sogni**

Í apríl 1995 var fyrst tekinn til meðferðar á Sogni fangi frá Litla-Hrauni. Var hann í dagvistun á tímabilinu apríl til september 1995. Síðan hafa alls fimm fangar verið vistaðir/innlagðir á Sogn til meðferðar skv. sérstökum samningi hvers fanga við Fangelsismálastofnun og heimild heilbrigðisráðherra frá apríl 1995. Að mörgu leyti hefur það tekist sæmilega, en nauðsynlegt er að koma þessum þætti í skipulagt form. Réttarstaða fanga er önnur en ósakhæfra sjúklinga, fangar eru sakhæfir og með tímabundna dóma. Auk þess hafa þeir all flestir haft aðrar sjúkdómsgreiningar en ósakhæfir vistmenn. Um er ræða alvarlegar persónuleikatrúflanir og vímuefnafíkn í flestum tilfellum og krefst meðhöndlun þeirra því annarra áherslna en meðhöndlun ósakhæfra geðsjúklinga.

• **Fjöldi sjúklinga sem fengið hafa meðferð á Sogni**

Alls hafa því 16 einstaklingar verið til meðferðar og vistunar á Sogni frá hausti 1992 til ársloka 1997, um lengri eða skemmri tíma.

Í dag eru sjö sjúklingar innlagðir og þrír í göngudeildarmeðferð. Af þeim sem nú eru innlagðir er einn á vegum Fangelsismálastofnunar, sakhæfur með tímabundinn dóm, en vistaður á Sogni vegna geðrænna vandamála sem ágerðust mjög í fangelsi.

Nauðsynlegt er að geta þess hér að þeir sjúklingar sem komið hafa til vistunar að Sogni strax eftir dóm (hafa ekki vistast í fangelsi eða erlendis) þurfa styttri vistunartíma og eiga betri batavon en þeir sem í langan tíma hafa verið vistaðir við óviðunandi skilyrði í fangelsum eða á stofnunum fjarri sínum ættingjum og heimahögum. Sömu sögu er að segja frá öðrum löndum, að því fyrir sem sjúklingur kemst í viðeigandi meðferð því styttri verður meðferðartíminn.

8. Aflétting/rýmkun öryggisgæsludóma - útskriftir

Samkvæmt 62.gr. alm. hgl. er heimilt að taka mál hvers sjúklings upp allt að einu sinni á ári, og oftast ef sérstakar aðstæður eru fyrir hendi. Reynslan hefur sýnt að mál hafa verið tekin upp mun sjaldnar. Eru fyrir því ýmsar ástæður en etv. þær helstar að ekki eru sérstakar reglur né heldur hafa skapast hefðir fyrir því hvernig staðið skuli að málum, auk þess sem alvarlegur skortur er á búsetuúrræðum fyrir sjúklinga eftir útskrift.

• Hlutverk tilsjónarmanna

Í alm.hgl. segir í 62.gr. að tilsjónarmaður skuli hafa eftirlit með því að dvöl sjúklings á stofnun sem Sogni skuli ekki verða lengri en nauðsyn beri til. Ef ekki er lengur nauðsyn að vista viðkomandi á stofnunni til að varna því að háski verði af honum, þá eru forsendur fyrir öryggisgæslu brostnar. Starfsfólk Sogns hefur reynt að gefa tilsjónarmönnum og aðstandendum sjúklinga sem bestar upplýsingar um stöðuna hverju sinni og hefur í langflestum tilfellum náðst ágætis samstarf um málefni sjúklingsins. Tilsjónarmenn, sem skipaðir eru af Hæstarétti, hafa mikilvægu hlutverki að gegna þó að því séu ekki gerð nákvæm skil í lagatexta. Það er mikilvægt að hlutverk tilsjónarmanna verði skilgreint nánar og þar með hvernig þeir geti borið sig að til að sinna því. Einnig er nauðsynlegt að athuga hvort æskilegt væri að velja tilsjónarmenn úr ákveðnum faghópum sem þekkingu hafa á gangi mála í heilbrigðis- og dómskerfinu, t.d. lögmenn. Hæstiréttur hefur nokkrum sinnum á undanförunum árum skipað aðstandendur sjúklinga sem tilsjónarmenn. Getur það sett aðstandendur í mikinn vanda og skapað erfiðleika í samskiptum við sjúklinginn en það er aftur mjög óhagstætt fyrir bata og endurhæfingu þeirra. Æskilegt væri að athuga þau mál nánar.

• Útskriftarferlið

Mikilvægt er að vandað sé til undirbúnings að útskrift og að reynt sé að skapa sjúklingi þær aðstæður sem líklegastar eru til að vera styðjandi og fyrirbyggjandi fyrir hann í framtíðinni. Á það jafnt við um búsetuúrræði sem persónulegan og félagslegan stuðning. Á þeim árum sem Sogn hefur starfað hefur skapast sú venja að þegar tilsjónarmaður telur ástæðu til að dvöl sjúklings á stofnuninni verði endurskoðuð, þá sendir hann yfirlækni stofnunarinnar fyrirspurn um ástand og horfur í málefnum viðkomandi sjúklings; sem felur í sér mat á sjúkdómsástandi, á breytingum, á meðferðarþörf í nánustu framtíð og mat á því hversu líklegt sé að sjúklingur verði hættulegur að nýju. Yfirlæknir sendir tilsjónarmanni sín svör og getur þá tilsjónarmaður óskað eftir því við dómsmálaráðuneytið að mál viðkomandi sjúklings verði tekið upp í héraðsdómi. Héraðsdómur Suðurlands (sem fjallar

um málefni sjúklinga á Sogni) eða viðkomandi verjandi sjúklings, sem í sumum tilfellum er einnig tilsjónarmaður hans, hafa síðan óskað eftir því við meðferðaraðila á Sogni að þeir skiluðu skriflegu mati á ástandi og horfum viðkomandi sjúklings.

Í þeim greinargerðum hefur verið gerð grein fyrir þeim undirbúningi sem fram hafi farið til að sjúklingur geti útskrifast, s.s. eins og útveggun húsnæðis, skipulagningu stuðningsþjónustu og eftirlits. Slíkur undirbúningur fer í rauninni fram á einn eða annan hátt frá upphafi meðferðar. Til þess að hægt sé að gera ítarlegt mat á stöðu sjúklings fyrir dómsstóla þá þarf öll meðferðarvinna að hafa verið vönduð og markviss. Skráning þarf að vera góð og þekking á viðbrögðum sjúklings í hinum ýmsu aðstæðum er mikilvæg. Einnig verður sjúklingur að eiga þess kost, sé það í samræmi við heilsu hans, að öryggisgæslan sé stíglækkuð til að skrefið verði ekki of stórt þegar til útskriftar kemur. Í slíkum skýrslum þarf að liggja fyrir hversu mikla þjónustu meðferðaraðilar telja sjúkling þurfa í nánustu framtíð, áætlun um hvernig unnt verði að sinna eftirmeðferð, hvaða úrræða verði hægt að grípa til ef sjúklingur muni veikjast að nýju auk þess sem fram þarf að koma hverjar líkur eru taldar á því að slíkt gerist.

Síðan fer fram réttarhald í dómssal. Fyrir réttinn mæta sjúklingur ásamt verjanda sínum, sækjandi fyrir hönd dómsmálaráðuneytisins, meðferðaraðilar sem skilað hafa skýrslu um málið mæta til að staðfesta skýrslu sína og jafnvel aðrir sem tengjast málinu. Í síðustu tveimur málum hafa viðkomandi dómarrar kosið að kalla á meðdómendur sér til aðstoðar í málunum. Hafa það verið geðlæknar og lögmennt. Dómsstóll skal skv. lögum meta hvort forsendur öryggisgæslu séu enn fyrir hendi, þ.e. meta hvort enn stafi háski af sjúklingi.

• Niðurstöður dóma

Frá því að starfsemin að Sogni hófst hafa dómarrar horft til þess hvaða aðstæður biði sjúklings eftir útskrift og hvaða líkur meðferðaraðilar telji á endurtekningu ástands, þegar þeir ákvarða um afléttingu öryggisgæsludóms.

Dómsstóll hefur í öllum síðari úrskurðum sínum sett ákveðin skilyrði um áframhaldandi meðferð og eftirlit. Með þessum ráðstöfunum hefur dómsstóll í rauninni ákveðið að eftirmeðferð skuli fara fram og að hún sé á ábyrgð ákveðinna aðila.

Slík vinnubrögð dómsstóla eru mjög til fyrirmyndar og nauðsynleg hvort sem horft er til öryggis almennings eða viðkomandi sjúklings. Þetta atriði er mjög mikilvægt að skoða vel og nauðsynlegt er að settar verði reglur um það hvernig þessi mál ganga fyrir sig, til þess að tryggt verði að sjúklingum sem dæmdir eru til vistunar á réttargeðdeild séu skapaðir framtíðarmöguleikar.

Heilbrigðiskerfið hefur hins vegar hvergi gert ráð fyrir fjárveitingu né aðstöðu til að framkvæma þessa þjónustu. Hvorki dómsmálaráðuneytið né heilbrigðisráðuneytið hafa svo vitað sé hugmyndir um hvar og hvernig verkefninu skuli sinnt.

9. Sambýli - Búseta

Töluvert skortir á að búsetumál geðsjúkra séu viðunandi. Það er öllum mikilvægt að eiga góðan og stöðugan samastað til að lifa á, ekki síst er það mikilvægt fyrir geðsjúka. Það skiptir sköpum fyrir möguleika þeirra

til mannsæmandi lífs. Fyrir sjúklinga sem vistaðir hafa verið á réttargeðdeild er það ein af forsendum þess að „frelsið“ sé eftirsóknarverður kostur. Skv. lögum, mannréttindasamþykktum og almennu siðferði verður að losa sjúklinga undan öryggisgæslu þegar þeim árangri hefur verið náð að ekki stafi hætta af sjúklingi vegna sjúkdóms hans. Að ekki sé talað um þann kostnað sem því fylgir að vista fólk á slíkum stofnunum sem Sogni. Dómsstólar hljóta hins vegar að lenda í vanda þegar ekki eru til aðstæður eða úrræði sem gera viðkomandi einstaklingum kleift að viðhalda heilsu sinni að lokinni meðferð á réttargeðdeild. Til þess að hægt sé að meðhöndla ósakhæfa geðsjúklinga á viðunandi hátt og til að mögulegt sé að veita þeim nauðsynlega áframhaldandi meðferð og mannsæmandi lífsskilyrði, þá verður að vera til búsetu- og meðferðarúrræði fyrir þá eftir útskrift. Þar sem á þetta skortir í almenna geðþjónustukerfinu þá verður að koma á fót sérstöku sambýli fyrir þessa sjúklinga. Ekki einasta yrði mannlega þættinum þá betur sinnt, heldur myndi sá þáttur sem snýr að kostnaði líta mun hagstæðar út.

• Sjúklingar sem útskrifast hafa frá Sogni

Tveir sjúklingar sem útskrifast hafa frá Sogni búa í leiguíbúð á vegum sveitarfélaga. Félagsmálastofnanir viðkomandi sveitarfélaga greiddu götu fyrir útskrift þessara sjúklinga með því að útvega íbúðir endurgjaldslaust í fleiri mánuði, greiða rafmagn og hita, símakostnað og veittu styrki til húsbúnaðarkaupa. Þannig varð mögulegt að endurhæfa viðkomandi sjúklinga til sjálfstæðrar búsetu. Farnar voru reglulegar ferðir í íbúðina áður en til útskriftar kom, dvalið yfir nótt og tekist á við þau verkefni sem fylgja, allt með stuðningi kontaktmanna og undir stjórn og eftirliti fagfólks á Sogni. Með þessu móti var unnt að draga úr því stóra bili sem er á milli öryggisgæsluvistunar á Sogni og þess að búa í þéttbýli án slíkrar gæslu og þjónustu sem á stofnunni er, og þar með auka líkurnar á að viðkomandi sjúklingar nái að fóta sig í nýju umhverfi.

• Skortur á búsetuúrræðum

Í dag er staða þeirra sjúklinga á Sogni, sem heilsu sinnar vegna virðast ekki þurfa að vera í öryggisgæslu lengur, sú að ekki eru fyrirbyggjandi búsetu úrræði sem þeir þurfa á að halda. Nú þegar hafa verið útskrifaðir þeir sjúklingar sem getu hafa til að búa í eigin íbúð, án stöðugs eftirlits eða stuðnings. Þeir sjúklingar sem nú gætu hugsanlega losnað undan öryggisgæsludómi hafa ekki í nein viðeigandi hús að venda. Þeir þurfa að komast á sambýli þar sem er starfsmaður a.m.k. hluta sólarhringsins auk þess sem þeir þurfa að eiga kost á iðjuþjálfun eða verndaðri vinnu. Slíku er ekki til að dreifa og er það mikið áhyggjuefni og mun ekki til þess fallið að auka skilning og traust almennings á málefninu ef þessir sjúklingar fá ekki að losna úr sínum dýru og sérhæfðu úrræðum vegna þess að önnur ódýrari og einfaldari séu ekki til.

10. Göngudeild- eftirmeðferð

Sem fyrr segir eru sjúklingar losaðir undan öryggisgæsludómum með ákveðnum skilyrðum um áframhaldandi meðferð og eftirlit. Slíkt er nauðsynlegt og hafa rannsóknir, m.a. frá Kanada, sýnt að sérhæfð og ótímabundin eftirmeðferð er í mörgum tilfellum algjör forsenda þess að viðkomandi einstaklingur valdi aðstæðum sínum og geti lifað mannsæmandi lífi, án þess að af honum stafi ógn fyrir umhverfið, eða jafnvel hann sjálfan, vegna sjúkdómsins.

• Eftirmeðferð frá Sogni

Undanfarin ár hefur starfsfólk á Sogni haft með höndum eftirmeðferð þriggja sjúklinga sem losaðir hafa verið undan öryggisgæsludómi. Sjúklingar hafa fengið göngudeildarþjónustu meðferðaraðila á Sogni, þ.e. geðlæknis, félagsráðgjafa og hjúkrunarfræðinga auk annarra starfsmanna. Framkvæmd lækni- og lyfjameðferðarinnar hefur verið í höndum geðlæknanna Grétars Sigurbergssonar og Magnúsar Skúla-sonar. Grétar hefur tekið á móti þeim sjúklingum sem útskrifuðust á þeim tíma er hann var yfirlæknir að Sogni, á einkastofu í Reykjavík en Magnús hefur fengið sjúklinga austur að Sogni til viðtals og eftirlits. Þar hafa sjúklingar og notið samskipta við starfsfólk í þverfaglegum skilningi og hjúkrunarfræðingar Sogns, Drífa Eysteinsdóttir, Ingunn Stefánsdóttir og Sæmundur Knútsson, annast forðasprautur. Hvoru-veggja, eftirlit í Reykjavík og ferðir austur að Sogni, fela í sér nokkurt óhagræði. Ferðakostnaður eftirmeðferðarsjúklinga Sogns sem eru búsettir á Reykjavíkursvæðinu fellur á þá sjálfa og Tryggingastofnun ríkisins hefur ekki fallist á að taka þátt í þeim greiðslum vegna þess að hún telur að þessa þjónustu megi eins veita í Reykjavík. Það mat T.R. er etv. ekki undarlegt í ljósi þess að HTR hefur hvergi getið þess eða formlega ákveðið að eftirmeðferð ósakhæfra geðsjúklinga skuli fara fram, né heldur hvar hún skuli fara fram. Ekki hefur heldur verið gert ráð fyrir kostnaði af eftirmeðferð í fjárlögum.

Framkvæmd og eftirlit með sálfélagslegum þáttum eftirmeðferðar hefur verið í umsjá Ragnheiðar Hergeirsdóttur yfirfélagsráðgjafa á Sogni. Er þar um að ræða samþættingu og skipulagningu ýmissa úrræða á vegum ríkis og sveitarfélaga, s.s. búsetu, liðveislu (skv. lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga) og frekari liðveislu (skv. lögum um málefni fatlaðra), auk eftirlits með framkvæmd þessarar þjónustu. Einnig ráðgjöf og stuðningur við sjúklinginn, fjölskyldu hans og starfsmenn sem sinna fyrrgreindri þjónustu. Þar sem að hvergi er gert ráð fyrir sérhæfðri þjónustu við þessa sjúklinga eftir útskrift, þá hefur eftirmeðferðin þurft að byggja á takmörkuðum almennum þjónustutilboðum opinberra stofnana. Þess ber að geta að samstarf við yfirmenn og starfsmenn viðkomandi stofnana hefur verið einstaklega gott og vilji til að leysa þessi mál farsællega.

• Kostnaður vegna eftirmeðferðar

Ljóst er að sjúklingar sem losaðir hafa verið úr öryggisgæslu og dæmdir til eftirmeðferðar þurfa meiri og stöðugri þjónustu en flestir aðrir. Fjárveitingar ríkis og sveitarfélaga til almennrar stoðþjónustu eru ekki alltaf stöðugar, auk þess sem þjónusta við viðkomandi sjúklinga tekur í sumum tilfellum upp nær alla fjárveitingu sem viðkomandi stofnun hefur til verkefnisins. Þannig getur liðveisla við einn sjúkling í eftirmeðferð, sem hefur félagslega liðveislu og frekari liðveislu frá félagsmálastofnun og Svæðisskrifstofu fatlaðra, kostað á bilinu 7-800.000 kr. á ári. Engin trygging er fyrir því að viðkomandi stofnanir telji sér skylt að fjármagna þessa þjónustu, þó svo að dómstólar hafi skyldað réttargeðdeildina að Sogni til að sjá viðkomandi sjúklingi fyrir nauðsynlegu eftirliti og meðferð. Vegna mikilvægis þess að samfella og nokkur sérhæfing sé í framkvæmd eftirmeðferðar, þá hefur sá kostur verið valinn, sé þess nokkur möguleiki, að starfsmenn frá Sogni, sem áður hafa verið s.k. kontaktmenn sjúklings, sinni liðveislu og frekari liðveislu. Starfsmenn þessir hafa verið búsettir fyrir austan fjall og því þurft að keyra til Reykjavíkur til að hitta skjólstæðinga sína. Kostnaður vegna þessa aksturs hefur verið greiddur af rekstri Sogns og nam á s.l. ári tæpum 800.000 kr. vegna þjónustu við

tvo af þremur eftirmeðferðarsjúklinga. Þess ber að geta að annar þeirra útskrifaðist ekki fyrr en um mitt síðasta ár. Hefur verið gætt ýtrasta hagræðis varðandi þessar ferðir en ekki er mögulegt að fara neðar miðað við núverandi fyrirkomulag.

Skortur á aðstöðu í Reykjavík til að sinna eftirmeðferð og göngu- deildarþjónustu vegna útskrifaðra sjúklinga og við aðstandendur og tilsjónarmenn innskrifaðara sjúklinga hefur reynst starfseminni ljár í þúfu. Í dag er svo komið að ekki er unnt að sinna eftirmeðferð við fleiri sjúklinga en þá þrjá sem þegar hafa útskrifast nema til komi aðstaða í Reykjavík. Göngudeildarþjónusta við aðstandendur og tilsjónarmenn innskrifaðra sjúklinga er of takmörkuð einnig vegna þessa aðstöðuleysis. Það er algjör nauðsyn að skapaðar verði aðstæður til þessarar starfsemi hið fyrsta.

11. Geðþjónusta við fanga

Um geðþjónustu og sálfélagslega þjónustu við fanga gildir ekkert formlegt samkomulag milli Sogns og Litla-Hrauns (Fangelsismála- stofnunar), þ.e.a.s. á milli heilbrigðis- og dómskerfis. Í reynd þá hafa geðlæknar Sogns sinnt stöku samráðskvaðningum að beiðni lækna Litla-Hrauns og þá annað hvort farið þangað og átt viðtal eða fengið fangann að Sogni. Heimildarákvæði er fyrir því að Sogn megi taka inn sakhæfa fanga sem verða geðveikir í fangavist svo fremi önnur úrræði finnist ekki í geðþjónustukerfi landsins en ástæða þyki til innlagnar. Um þetta eru fáein tilvik sem hafa gengið sæmilega, að ákveðnum skilyrðum uppfylltum. Á heildina litið er það mjög ófullkomið fyrirkomulag, að ekki liggi fyrir neinar skýrar reglur um beiðnir og tilvísanir, heldur sé þetta meira „eftir hendinni“ í hverju einstöku tilviki. Réttargeðdeildin að Sogni sér vísi að fullnægjandi geðþjónustu við fanga ekki öðruvísi en sem þverfaglega teymisvinnu þar sem ekki er miðað við læknisvitjanir einar heldur náið samstarf við hliðar- greinar þegar þess er þörf, s.s. sálfræðing til rannsókna, greiningar og meðferðar, félagsráðgjafa til sálfélagslegrar úttekta, úrlausna og meðferðar, iðjuþjálfar koma og til greina og hjúkrunarfræðingar vanir störfum á réttargeðdeild. Síðast en ekki sist þarf a.m.k. hálf stöðugildi geðlæknis eða meira til viðbótar og í heild mikla aukningu og styrkingu á fagteymi Sogns ef það á að eiga möguleika á að þróast sem viðtækari réttargeðdeild og takast á við að veita Litla-Hrauni nokkra viðhlitandi þjónustu innan formlegs skipulags og ramma.

12. Brýnustu þarfir

Til að hægt verði að halda áfram uppbyggingu og þróun réttargeðþjónustu í landinu þurfa eftirtaldir þættir að koma til:

1. Nauðsynlegt er að farið verði hið fyrsta í að endurskoða og bæta við löggjöf og reglur um málefni brotlegra ósakhæfra geðsjúklinga á Íslandi. Huga þarf m.a. að
 - a) reglum um geðrannsóknir (framkvæmd, aðstöðu o.fl.),
 - b) meðferð ósakhæfra geðsjúklinga,
 - c) meðferð geðsjúkra fanga, t.d. með meðferðardómum,
 - d) fleiri stigum meðferðar en nú eru, t.d. öryggismeðferð sem stig á milli öryggisgæslu og eftirmeðferðar,
 - e) verklagsreglur ef grípa þarf til innlagnar/annarra úrræða með sjúklinga í eftirmeðferð
 - f) réttarstöðu ósakhæfra geðsjúklinga meðan á meðferð stendur og í eftirmeðferð,

g) skipun tilsjónarmanna og aðstæðum þeirra og skilyrðum til að sinna hlutverki sínu, auk þess sem etv. þarf að skýra hlutverk þeirra betur og greiða þóknun fyrir starfið.

Koma þarf upp sérhæfðu sambýli á næstu mánuðum til þess að sjúklingar sem náð hafa nauðsynlegum bata geti útskrifast frá Sogni. Þeir þurfa sérhæft/verndað sambýli og samfellu í meðferð og stuðningi. Sumir gætu hugsanlega náð enn meiri árangri og í framtíðinni flust í minna verndaða búsetu. Það þarf að vera viðurkennt að umræddir sjúklingar munu um ókomna framtíð þurfa á stöðugri meðferð og stuðningi að halda eigi að forða þeim og öðrum frá endurtekinni ógæfu. Sambýli af þessu tagi gæti verið staðsett á Reykjavíkursvæðinu. Mikilvægast er að hægt verði að samhæfa og samnýta sérhæfða starfskrafta til að rekstur og árangur í meðferð verði sem bestur. Einnig má hugsa sér samstarf við aðra aðila sem nú þegar reka sambýli. Kostnaður við slíkt sambýli myndi verða sem svarar 5 stöðugildum auk faglegrar ráðgjafar og stuðnings sem veittur gæti verið af Sogni (þegar þar hefur verið séð fyrir nægri faglegrri mönnun) og stofnkostnaður þar fyrir utan. Slíkt sambýli gæti verið fyrir 4-6 sjúklinga og yrði framtíðarheimili fyrir suma en áfangastaður fyrir aðra.

Nú þegar þarf að skapa aðstöðu fyrir göngudeildarþjónustu í Reykjavík á vegum réttargeðdeildarinnar að Sogni. Í byrjun mætti hugsa sér eitt til tvö viðtalsherbergi auk aðstöðu til að halda stærri fundi. Aðgangur að síma er nauðsynlegur auk þess sem staðsetning þarf að vera þannig að hægt sé að leita aðstoðar annarra í sama húsi, t.d. ef ógnandi eða hættulegar aðstæður skapast vegna ástands sjúklings. Æskilegt væri að göngudeild og sambýli væru í sama húsi (sbr. lið 2 hér að ofan) og myndi það skapa möguleika á samnýtingu starfsfólks og aðstöðu og minnka heildarkostnaðinn af rekstrinum.

Fjölga þarf fagfólki á Sogni. Ráða þarf hið fyrsta aðstoðarlækni í hlutastarf til að yfirlækni sé mögulegt að sinna skipulags- og þróunarmálum fyrir starfsemina. Ráða þarf sálfræðing að Sogni til að taka þátt í teymisvinnu og sinna greiningu og meðferð sjúklinga og til að hlúa betur að fræðslu- og handleiðslu við starfsmenn á deildinni. Á deildina þarf að ráða iðjubjálfa en það er mjög mikilvægt fyrir endurhæfingu og undirbúning sjúklinga fyrir líf utan stofnunarinnar. Með aukinni starfsemi göngudeildar þyrfti síðan að bæta við starfshlutfall félagsráðgjafa og sálfræðings auk þess sem fleiri hjúkrunarfræðinga þarf til starfa á deildinni til að ná sólarhringsviðveru. Er þetta ekki síst nauðsynlegt vegna þess að ekki er völ á sérmenntun fyrir gæslumenn á deildinni, en einnig vegna þess að í framtíðinni er líklegt að meira verði um „þyngri“ sjúklinga t.d. sökum fíkniefnaneyslu. Til þess að mögulegt verði að tengja starfsemi deildarinnar að Sogni við geðheilbrigðisþjónustu í fangelsinu á Litla-Hrauni þá er fjölgun fagfólks ein helsta forsendan.

Til að starfsemin geti vaxið og dafnað þarf að gera ráð fyrir fjármagni til fræðslu og námsferða fyrir starfsfólk. Æskilegt er að komið verði á fót sérhæfðu námi fyrir gæslumenn (sem betra væri að nefna meðferðarfulltrúa), en starf þeirra er erfitt og krefjandi og þarf að hlúa vel að þeim. Reglubundin fræðsla er nauðsynleg fyrir starfsemi réttargeðdeildar, þar sem unnið er með flókin og viðkvæm málefni.

13. Lokaorð

Fram kemur í erlendum ritum (Retspsykiatri eftir Peter Kramp o.fl., 1996) að síðan 1980 sé aukning á sjúklingum sem þarfnist og séu dæmdir til réttargeðfræðilegrar meðferðar og vistunar. Þessa þróun megi greina auk Danmerkur, í Bretlandi, Bandaríkjunum og Svíþjóð.

Helmingur þessara sjúklinga líði af geðklofa. Þetta megi sennilega að hluta rekja til þeirrar þróunar að minnka og fækka deildum fyrir langveika sjúklinga sem búi þá við verri skilyrði en ella. Þeir vanræki oft göngudeildir og nauðsynlega meðferð sem hafi síðan í för með sér aukna áhættu á lögbrotum. Réttargeðdeildum hefur fjölgað af þessum sökum. Hvort þessa þróun megi heimfæra á hérlandar aðstæður er álitamál, en eigi að síður mjög umhugsunarvert.

Vistun á réttargeðdeild er nauðsynlegt úrræði í siðmenntuðu þjóðfélagi. Réttargeðdeild verður dýrari en ella ef ekki tekst að útskrifa sjúklinga eða ef legutími þeirra verður óhóflega langur.

Öruggasta sparnaðarleiðin við réttargeðdeildir er að vanda til faglegrar vinnu þannig að sjúklingar nái sem mestum bata á sem skemmstum tíma.

Endurhæfing þeirra sjúklinga sem sloppið hafa við að lenda í fangels-um eða á erlendum stofnunum tekur oftast skemmri tíma en endurhæfing þeirra sem hafa skaðast af dvöl annars staðar fyrir innlögn á Sogn.

Helstu vandamál við útskrift sjúklinganna er skortur á búsetu-úrræðum við hæfi. Getur það jafnvel bitnað á heilsu sjúklings ef ekki er unnt að útskrifa hann af réttargeðdeild þrátt fyrir að hann hafi náð þeim bata sem nægir til útskriftar. Auk þess verður það til þess að teppa myndast og ekki verður hægt að taka við nýjum ósakhæfum sjúklingum til meðferðar.

Nú er komin rúmlega 5 ára reynsla af rekstri og starfsemi réttargeðdeildar á Íslandi. Ekki verður lengur komist hjá því að veita meira fjármagni í starfsemina eigi hún yfirleitt að vera til. Í þessari samantekt er reynt að varpa ljósi á starfsemina og helstu vandamál sem hún stendur frammi fyrir í dag.

Heimildir og ítarefni

- Alþjóðlegir Mannréttindasáttmálar, útg. Málflutningsskrifstofa Ragnars Aðalsteinssonar hrl. o.fl., Reykjavík 1992
- Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Professions. An Amnesty International compilation of selected ethical texts. 1994.
- Fundargerðir rekstrarnefndar Sogns árin 1992-1996.
- Geðrænt sakhæfi. Ása Ögmundsdóttir, kandidatsritgerð í lögfræði við HÍ 1984
- Nordisk Journal of Psychiatry. Forensic Psychiatric Research in the Nordic Countries. Report based on Nordic meetings concernig forensic psychiatric reasearch collaboration. Ed.: Gunnar Holmberg and Gunnar Kullgren, supplement XX, vol.WW 1997.
- Nordisk Rettsmedisin, vol.3, nr.4, 1997, s.73-104
- Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Ed. by Robert Bluglass and Paul Bowden. Churchill Livingstone 1990.
- Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Ed. by Richard Rosner, Chapman & Hall, 1994.

- Ráðstafanir 62.gr. alm.hgl., -gagnvart ósakhæfum brotamönnum og þeim sem árangurslaust þykir að refsá sökum geðrænna annmarka. Margrét Vala Kristjándóttir, kandidatsritgerð í lögfræði við HÍ 1989
- Retspsykiatri. Peter Kramp, Villars Lunn, Knud Waaben. GadJura, København 1996
- Seminars in Practical Forensic Psychiatry. Ed. by Derek Chiswick & Rosmarie Cope, Gaskell/The Royal College of Psychiatrists, 1995
- Skýrsla til ríkisstjórnar Íslands um heimsókn Evrópunefndar um varnir gegn pyndingum og ómannlegri eða vanvirðandi meðferð eða refsingu (CPT) til Íslands 6. til 12. júlí 1993. Þýðing úr ensku.
- Stefnumörkunarfundur um réttargeðdeild, haldinn 23/10 og 9/11 1995 í Hótel Örki í Hveragerði. Ýmis framlögð gögn um málefnið.
- Starfsreglur meðferðarheimilisins að Sogni frá 1992
- Starfsreglur réttargeðdeildarinnar að Sogni frá 1995
- Um ósakhæft geðsjúkt fólk á Íslandi. Ólafur Ólafsson, Læknablaðið 1978
- Um vistun geðsjúkra afplánunarfanga og öryggisgæslufanga á Norðurlöndum. Ólafur Ólafsson, Fréttabréf lækna, 1990, 10 (8.):18
- Utan vett och vilja. Om synen på brottslige sinnessjukdom. Roger Qvarsell, Carlssons, Bokforlag AB.
- Utredningoch omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare i Norden. Med utgångspunkt från Nordiskt straffrättspsykiatriskt symposium 1994. RMV-rapport 1995:1
- Viðurlög við afbrotum. Jónatan Þórmundsson, bókaútgáfa Orators, Reykjavík 1992.
- Ýmsar óútgefnar skýrslur og greinargerðir um starfsemina á Sogni. Unnar af:
Grétari Sigurbergssyni réttargeðlækni
Magnúsi Skúlasyni geðlækni
Ragnheiði Hergeirsdóttur fÉlagsráðgjafa
- Ýmis bréf og erindi send réttargeðdeildinni að Sogni, m.a. frá Sighvati Björgvinssyni þáverandi heilbrigðisráðherra um staðfestingu á nokkrum liðum í reglum Sogns, dags. 19.apríl 1995.

Lög

- Almenn hegningarlög nr.19/1940
- Lög um fangelsi og fangavist nr.48/1988
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr.40/1991
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr.97/1990
- Lögræðislög nr.68/1984
- Lögræðislög nr.71/1997
- Lög um málefni fatlaðra nr.59/1992
- Stjórnarskrá lýðveldisins Íslands nr.33/1944

Rekstrarteljur og gjöld réttargeðdeildarinnar að Sogni árin 1992-1997

	Rekstrartekjur	Rekstrargjöld
1992	27.806.000	26.106.000
1993	75.128.619	71.039.410
1994	75.280.413	77.628.164
1995	72.165.640	78.216.170
1996	82.715.000	82.582.000
1997	72.400.000	73.600.000*
	405.495.672*	409.171.744*

* áætlaðar tekjur og gjöld árið 1997

Ósakhæfir afbrotamenn

Eins og öllum er kunnugt voru flestir ósakhæfir afbrotamenn vistaðir á sérstökum stofnunum erlendis, einkum í Svíþjóð.

Verulegur pólitískur þrýstingur hafði verið á geðdeildir hérlendis að taka þetta hlutverk að sér. Yfirmenn geðdeilda og flestir geðlæknar hafa verið einhuga um að þessi rekstur gæti með engu móti farið saman við rekstur almennra geðdeilda. Hér lágu ekki sist til grundvallar hagsmunir þeirra fjölmargra annarra einstaklinga sem á geðdeildum liggja.

Einnig hefur það ætíð verið sjónarmið yfirmanna geðdeilda hérlendis að geðdeildir gætu aldrei gegnt hlutverki gæslu einstaklinga sem eru að afplána dóm. Slik gæsla myndi trufla allt starf geðdeilda. Á seinni árum hefur í starfi þeirra deilda verið lögð áhersla á sem minnsta skerðingu á frelsi einstaklinganna.

Nútímahlutverk geðdeilda getur því aldrei orðið að taka að sér dómgæslu fanga og dvöl á geðdeild getur aldrei orðið hluti af afplánun.

Heilbrigðisþjónusta við fanga

Nefnd sem heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra skipaði í október 1995 til að fara yfir skipulag heilbrigðisþjónustu við fanga og gera tillögur um fyrirkomulag þar að lútandi.

Nefndin lauk störfum í október 1996. Í áliti nefndarinnar er gerð grein fyrir heilbrigðisþjónustu við fanga á öðrum Norðurlöndum.

Einnig er gerð itarleg grein fyrir fyrirkomulagi heilbrigðisþjónustu við fanga á Íslandi.

Í skýrslunni er sérstakur kafli um geðheilbrigðisþjónustu og þar segir:

„Geðdeildir sjúkrahúsa hér á landi hafa ekki tekið við afplánunarföngum í meðferð. Nefndin fékk til viðræðna forsvarsmenn geðdeilda á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og Ríkisspítólum auk yfirlæknis meðferðarheimilis fyrir ósakhæfa afbrotamenn á Sogni. Forsvarsmenn geðdeilda 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 frjálsgastar 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 kváðst 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 Vogli á meðan á refsivist stendur og þá oft í lok afplánunar“.

Í kafla um „Meginsjónarmið“ í áður nefndri skýrslu kemur eftirfarandi fram:

„Varðandi geðheilbrigðisþjónustu telur nefndin að gera þurfi grundvallarbreytingar. Nefndin telur óviðunandi að fangar skuli ekki njóta sögu geðheilbrigðisþjónustu og aðrir landsmenn. Nefndin getur ekki fallist á að önnur rök gildi um geðheilbrigðismeðferð á sjúkrahúsum en aðra sjúkdómsmeðferð og/eða áfengismeðferð, en eins og fram kemur í kafla 4.3. hafa afplánunarfangar notið slíkrar þjónustu eftir því sem þörf þykir. Nefndin telur að varanlega lausn þurfi að fá fyrir þá einstaklinga er vistast í fangelsum og þurfa á geðlæknisaðstoð að halda og þá gæsluvarðhaldsfanga er sæta þurfa geðrannsókn“.

Og í kaflanum „Niðurstöður og tillögur“ segir m.a.:

„Heilbrigðisyfirvöldum ber að tryggja föngum geðheilbrigðisþjónustu sambærilega við þá þjónustu sem almenningur nýtur á grundvelli laga nr. 97/1990 um heilbrigðisþjónustu. Fangar skulu hafa sama aðgang að geðdeildum sjúkrahúsa og almenningur, á meðan á afplánun stendur“.

Í framhaldi af þessu ályktar starfshópur um stefnumótun í málefnum geðsjúkra.

1. Mikilvægt að geðveikir falli eins og aðrir undir almenn lög, hér eftir sem hingað til.
2. Bæta þarf geðlæknisaðstoð við fanga.
3. Mikilvægt að sjúkradeild verði hluti af næstu fangelsisbyggingu.
4. Fangar sem eru sakhæfir eiga eins og aðrir fullan rétt á því að leggjast inn á geðdeild, beri nauðsyn til þess.
5. Fangar sem liggja á geðdeild eru meðhöndlaðir eins og aðrir sjúklingar og því augljóst að dvöl á geðdeild getur ekki orðið hluti af afplánun.
6. Einstaklingar sem veru ósakhæfir geta ekki vistast á almennum geðdeildum.
7. Eins og málum er háttað er eðlilegt að sú stofnun sem vistar ósakhæfa afbrotamenn sé ekki undir stjórn geðdeildanna í Reykjavík eða á Akureyri.

væri áframhaldandi stuðningur iðjubjálfa í boði eftir að einstaklingur útskrifast af stofnun.

Þróun og framtíðarsýn

Lög um heilbrigðisþjónustu, sem endurskoðuð voru 1990, kveða svo á um að allir landsmenn skulu eiga kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbrigði. Í 1. kafla laga um félagsþjónustu sveitarfélaga frá 1991 er meðal annars kveðið svo á um í 1. grein að markmið félagsþjónustu sé að veita aðstoð til þess að íbúar geti búið sem lengst í heimahúsum, stundað atvinnu og lífað sem eðlilegustu lífi. Stefnan í heilbrigðismálum almennt og þá einnig í geðheilbrigðismálum hefur verið sú að stytta innlangartíma á stofnanir. Þetta hefur í för með sér að fólk útskrifast heim til sín oft ófært um að sinna sínum daglegu athöfnum og því í þörf fyrir mikinn stuðning og áframhaldandi þjálfun. Geðsjúkir hafa fengið aukna heimilisaðstoð, liðveislu og frekari liðveislu. Ófaglært fólk hefur sinnt þessu fremur af áhuga en kunnáttu. Til að gera þjónustuna markvisari og bæta liðan starfsfólks og skjólstæðinga þyrfti handleiðsla iðjubjálfa að vera í boði, en þeir eru sérhæfðir í að þjálfra virkni og færni.

Mikils er að vænta af verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga með aukinni áherslu á hjálp til sjálfshjálpar og stuðning í eigin umhverfi. Þetta sjónarmið fellur vel að grundvallarhugmyndafræði iðjubjálfa. Með tilkomu náms í iðjubjálfun á Íslandi er séð fram á öra fjölgun í stéttinni á næstu áratugum og það má búast við miklum vexti og breytingum á starfsvettvangi iðjubjálfa í framtíðinni. Vegna sérþekkingar sinnar á að vinna með einstaklingum í eigin umhverfi og á leiðum til að efla sjálfsbjargargetu hans og virkni þurfa iðjubjálfar að vera þátttakendur í mótun framtíðarþjónustu sveitarfélaga og virkir í skipulagi hennar og stjórnun. Innan þessara þjónustu ná iðjubjálfar að starfa með geðfötlugu fóki innan þess eigin heimilis og einnig í tengslum við ýmis búsetuform eins og meðferðarheimili, áfangastaði og sambýli. Á sama hátt ná iðjubjálfar þá líka að tengjast dagvistunarstofnunum, félagsmiðstöðvum starfþjálfunarstöðum og veruðum vinnustöðum á vegum sveitarfélaga. Iðjubjálfar hafa mikilvægu hlutverki að gegna við að leiðbeina ófaglærðu starfsfólki sem vinnur með geðsjúkum, eins og starfsfólki við heimilisþjónustu og liðveislu.

Niðurstaða

Í dag eru ekki margir möguleikar fyrir geðfatlaða einstaklinga sem útskrifast af stofnun og eru ekki færir um að takast á við tilveruna á sama hátt og þeir sem frískir eru. Til að öðlast sjálfsvirðingu, viðhalda lífsfyllingu og koma í veg fyrir siendurteknar innlagnir þurfa að vera úrræði fyrir hendi sem ýta undir sjálfsbjargarhvöt fólks með geðræn vandamál og færni þess til að vera virkir þátttakendur í samfélaginu. Geðfatlaðir þurfa að hafa örugga búsetu við hæfi með fjölbreyttri heimþjónustu. Það þarf að samhæfa og auka fjölbreytni í aðstöðu til starfsþjálfunar og verndaðrar vinnu og það þarf að búa geðfötlugu meiri og fjölbreyttari þjónustu til tómsundaiðkana og félagslegs samneytis. Síðast en ekki síst þarf að leggja aukna áherslu á rétt hins geðfatlaða til að vera öðruvísi en aðrir, það er að samþykkja hann eins og hann er. Iðjubjálfar hafa mikið að leggja að mörkum í þessu samhengi og ef slík þjónusta á að vera að veruleika þarf að fjölga iðjubjálfum er starfa með geðfötlugu og búa þeim ný og fjölbreyttari starfsskilyrði.

Það er mjög brýnt að ráða iðjupjálfa hjá bæjar- og sveitarfélögum þar sem þeir geta meðal annars gegnt því hlutverki að:

- taka þátt í heildarskipulagningu þeirrar félagslegu þjónustu sem skal veita í bæjar- og sveitarfélögum.
- meta þjónustupörf einstaklinga og ákvarða hvernig þjónustu við þá skuli varið.
- veita starfsfólki heimilipjónustu, áfangastaða, sambýla og verndaða vinnustaða ráðgjöf og stuðning varðandi þjálfun og samskipti við geðfatlaða.
- sinna þörfum geðfatlaðra einstaklinga með persónulegum stuðningi í formi heimsóknna og símtala.
- annast þjálfun geðfatlaðra í heimahúsum og aðstoða þá við að búa lífi sínu umgjörð og þjálfa þá í hlutverkum og venjum.

Það þarf að fjölga þeim iðjupjálfum er starfa á stofnunum fyrir geðsjúka og bæta starfsskilyrði þeirra þannig að þeir nái á skilvirkan hátt að:

- meta virkni og færni við eigin umsjá, störf og tómstundaiðju og hvaða stuðningur og hindranir eru í umhverfi skjólstaðings.
- veita þjálfun og færslu bæði fyrir skjólstaðinga og aðstendendur
- gera áætlanir um hvers konar þjálfun og stuðning skuli veita eftir að stofnanadvöl lýkur
- fylgja skjólstaðingnum út fyrir veggj stofnunarinnar og tengja hann við þá þjónustu sem ákveðið hefur verið að honum skuli veitt.

Það þarf að ráða iðjupjálfa við dagvistunarstofnanir, starfþjálfunarstaði og félagsmiðstöðvar þar sem geðfatlaðir eiga aðgang í þeim tilgangi að:

- styðja einstaklinga við að halda uppi reglubundnu venjumynstri þrátt fyrir litla getu
- meta og þjálfa starfshæfni, hafa tengsl við vinnuveitendur og fylgja geðfötluðum eftir úti á vinnumarkaði.
- aðstoða einstaklinga við að velja, skipuleggja og iðka tómstundaiðju og félagslegt samneyti sem kemur til móts við þeirra eigin þarfir og langanir.

Iðjupjálfar fagna því að geðheilbrigðisþjónustan skuli nú öll skoðuð og þarfir notenda hennar metnar svo hægt sé að marka skýra framtíðarstefnu. Iðjupjálfun er mikilvægur hlekkur í þessari þjónustu. Flestir notendur geðheilbrigðisþjónustu hafa þörf yfir að auka færni og virkni við daglega iðju til að geta notið tilverunnar og eftir heilbrigði sitt.“

8.3. Sálfræðiþjónusta

Frá félagi íslenskra sérfræðinga í klínískri sálfræði

Staða og framtíð sálfræðinga með sérfræðiviðurkenningu í heilbrigðiskerfinu.

Álit FÍSÍKS á því hvernig þjónusta sálfræðinga með sérfræðiviðurkenningu verði best nýtt í geðheilbrigðiskerfinu.

Ákvæði um sérfræðiréttindi sálfræðinga er að finna í reglugerð nr. 158/1990 um sérfræðileyfi sálfræðinga. Reglugerðin byggir á 1. gr. laga nr. 68/1988 um breytingu á lögum nr. 40/1976 um sálfræðinga. Samkvæmt reglugerð skal sá sem fær sérfræðingsleyfi í klínískri sálfræði uppfylla eftirtaldar kröfur eftir að hann hefur lokið embættisprófi í sál-

fræði og fengið leyfi ráðuneytis til að starfa sem sálfræðingur hér á landi:

1. Starfsþjálfun á ýmsum stofnunum sem samtals er aldrei skemur en fjögur ár.
2. Handleiðslu, minnst 180 klst.
3. Fræðilegt nám, a.m.k. 300 stundir.
4. Samið og birt greinargerð um eigin rannsókn í viðurkenndu vísindarití.
5. Sótt námskeið um lög um sálfræðinga, hlutverk þeirra og siðareglur, og skipan fræðslumála, félagsmála, heilbrigðismála og dómsmála.

Sérfræðingsleyfi ná til fjögurra sérsviða, en samkvæmt upplýsingum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis var fjöldi sérfræðinga á hverju sviði í maí 1997 eftirfarandi:

Klinísk sálfræði	12	(8 hjá ríki, 2 hjá sveitarfél., 2 sjálfstæðir)
Fötlunarsálfræði	5	(4 hjá ríki, 1 hjá sveitarfélagi)
Félags- og skipulagssálfræði	2	(1 hjá sveitarfél., 1 á alm. vinnumarkaði)
Uppeldissálfræði	0	

Frá áramótum 1996/1997 færðust málefni sálfræðinga til heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis, en þau tilheyrðu áður menntamálaráðuneyti. Nú eru lög um sálfræðinga í endurskoðun og starfandi er stjórnskipuð nefnd sem vinnur að þeim lagabreytingum.

FÍSÍKS vill leggja áherslu á eftirfarandi atriði þegar horft er til framtíðar varðandi geðheilbrigðisþjónustu og sérfræðiréttindi sálfræðinga:

1. FÍSÍKS vill benda að á nú standa sálfræðingum engar námsstöður til boða við opinberar stofnanir til að framfylgja reglugerð um sérfræðinga. Mikilvægt er að settar séu á stofn námsstöður fyrir sálfræðinga við opinberar stofnanir, svo sem tíðkast hefur meðal annarra heilbrigðisstétta eins og t.d. hjá læknum, hjúkrunarfræðingum og sjúkrapjálfurum. Í námsstöður er ráðið tímabundið og gerir sálfræðingum kleift að fara á milli stofnana uns þeir hafa öðlast tilskylda starfsreynslu.
2. Mikilvægt er að opinberar stofnanir, ríki og sveitarfélög taki mið af sérfræðingsviðurkenningar þegar valið er til verkefna eða auglýstar stöður sem krefjast faglegar þekkingar og reynslu t.d. í ábyrgðar- og stjórnunarstörfum. Sérfræðiviðurkenning er trygging fyrir viðtækri þekkingu og reynslu sálfræðings. Sérfræðingur hefur þjálfun og reynslu í þeim verkefnum sem falla undir hans svið. Hann hefur þekkingu á starfsmannastjórnun og reynslu af þverfaglegri samvinnu og handleiðslu. Einnig er mikilvægt að umbuna sérfræðingi í sálfræði í launum á svipaðan hátt og gert er með aðra sérfræðinga í heilbrigðiskerfinu.
3. FÍSÍKS leggur áherslu á að gerður verði samningur við Tryggingastofnun ríkisins hið fyrsta, vegna starfa sérfræðinga í sálfræði utan stofnana við meðferð, greiningu og önnur störf. Það er mjög eðlilegt að skjólstæðingar sálfræðinga geti sótt til þeirra á sama grundvelli og til annarra sérfræðinga í heilbrigðiskerfinu. Á það skal bent að skjólstæðingahópur sálfræðinga á erfitt með að mynda þrýstihóp og því ekki líklegur til að fylgja þessu réttindamáli eftir.

Könnun á sálfræðiþjónustu/privat þjónustu

Ár	Fjöldi tíma	Fjöldi sálfræðinga	Meðaltal
1996	6106	22	278
1995	5894	20	295
1994	5990	20	300
1993	5824	20	291
1992	4911	18	273

8.4. Félagsráðgjöf í geðheilbrigðisþjónustu

Inngangur

Félagsráðgjöf á Íslandi er mjög ung starfsgrein. Fyrstu félagsráðgjafarnir komu til starfa á miðjum sjöunda áratug þessarar aldar og nú starfa hátt á þriðja hundrað félagsráðgjafar á öllu landinu. Starfsheitið er lögverndað og hægt er að læra félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Félagsráðgjafar starfa á flestum sviðum heilbrigðis- og félagsmála auk þess sem þeir starfa á ýmsum sérsviðum innan skyldra greina.

Flestallir félagsráðgjafar vinna að geðheilbrigðismálum annað hvort beint eða óbeint. Þar er átt annars vegar við fyrirbyggjandi vinnu og hins vegar beina vinnu með þeim sem eru skilgreindir þjónustuþegar geðheilbrigðiskerfisins. Þeir sem tilheyra síðarnefnda hópnunum eru líklega eitthvað í kringum 10% allra starfandi félagsráðgjafa í landinu. Í þessu stutta yfirliti mun eingöngu verða fjallað um þá félagsráðgjafaþjónustu sem beint er veitt þjónustuþegum geðheilbrigðiskerfisins.

Innihald

Verkefni félagsráðgjafa á geðsjúkrahúsum eru af ýmsum toga. Meðferð á sjúkrahúsi hvort sem um er að ræða göngudeildarmeðferð eða innlögn á sjúkrahús getur haft verulega röskun í för með sér fyrir viðkomandi einstakling. Þar má sem dæmi nefna fjarveru frá fjölskyldu eða erfiðleika í samskiptum innan hennar sem tengist sjúkdómi viðkomandi einstaklings. Einnig getur verið um að ræða rof á venjulegum samskiptum við allt félagslegt umhverfi hvort sem um er að ræða atvinnuumhverfi, skólaumhverfi eða vinahóp/jafningjaumgengni. Atvinnutafir, tekjuminnkun og í sumum tilfellum tekjutap og atvinnumissir eða rof á skólasókn getur fylgt í kjölfar þess að viðkomandi veikist og í sumum tilfellum leggst inn á sjúkrahús. Hvað varðar búsetu þá kemur oft upp sú staða hjá þeim sem eiga við geðheilbrigðisvanda að etja að fjölskyldan hefur gefist upp á því að veita viðkomandi þá aðstoð sem hann þarfnast og að hann eigi því ekki afturkvæmt til fjölskyldu sinnar að lokinni dvöl á sjúkrahúsi. Þá þarf að leita nýrra leiða varðandi framtíðarbúsetu við hæfi fyrir viðkomandi. Félagsleg aðstoð er mikilvægur liður í bata sjúklingsins. Meðferð innan sjúkrahúss og lausn félagslegra vandamála þurfa að haldast í hendur og vinnast samhliða. Félagsráðgjafar tengjast báðum þessum liðum ætíð útfrá hugmyndarfræðinni um að heildarsýn sé vænlegust til árangurs þegar um er að ræða að fá bót meina sinna vegna svo flókinna vandamála sem oft skapast hjá þeim sem eiga við geðheilbrigðisvanda að etja.

Þær aðferðir sem félagsráðgjafar nota til að veita sína þjónustu er að mestu leyti með viðtölum við viðkomandi skjóltæðing og aðstandendur hans. Viðtölin eru ýmist einstaklings-, hjóna- eða fjölskylduviðtöl. Mestur hluti vinnunnar fer fram í þessum viðtölum og er meginmark-

miðað með vinnunni að stefna að hjálp til sjálfshjálpar. Þannig er ætíð stefnt að því að einstaklingurinn geti síðar orðið það sjálfstæður að hann þurfi ekki á hjálpinni að halda lengur.

Annar veigamikill þáttur í þjónustu félagsráðgjafa innan geðheilbrigðiskerfisins er stuðningur við útskrifaða sjúklinga á áfangastöðum og sambýlum. Þar er fylgt eftir þeim árangri sem náðst hefur í meðferðinni. Í flestum tilfellum er þarna átt við langdvalasjúklinga sem margir fagaðilar bæði innan og utan stofnunar koma að og er því um að ræða mikla samvinnu við þá hvað varðar málefni þessara einstaklinga.

Félagsráðgjafar hafa einnig unnið mikið starf með aðstandendum þeirra sem eru greindir með geðræn vandamál. Sú vinna hefur bæði farið fram í fræðsluformi t.d. á námskeiðum sem haldin hafa verið fyrir aðstandendur en einnig í hópvinnu þar sem blandað er saman fræðslu og umræðum. Hér er einnig um að ræða mikið starf sem fer fram í foreldra-/fjölskylduviðtölum kringum einstaka mál en félagsráðgjafar er sú stétt innan geðheilbrigðiskerfisins sem einna helst hefur sérmenntun á sviði fjölskyldumeðferðar.

Eins og áður segir þá starfa félagsráðgjafar að miklu leyti með tengsl skjólstæðinga sinna við félagslegt umhverfi þeirra. Þetta þýðir að félagsráðgjafar eru í mikilli og víðtækri samvinnu við aðra faghópa bæði innan og utan þeirrar stofnunar sem þeir starfa. Auk þess sjá félagsráðgjafar til þess að skjólstæðingar þeirra njóti allra þeirra réttinda sem samfélagið býður upp á og það þýðir mikla samvinnu við stofnanir eins og félagsmálastofnanir, Tryggingastofnun og sjúkra-tryggingadeildir stéttarfélaganna.

Rannsóknir/kannanir á högum skjólstæðinga geðheilbrigðiskerfisins eru einnig snar þáttur í störfum félagsráðgjafa á þessu sviði.

Lokaorð

Eins og sjá má á þessari stuttu greinargerð um félagsráðgjöf á geðheilbrigðissviði þá sinna félagsráðgjafar mjög veigamiklu starfi. Þeirra þjónusta byggir á því að styrkja einstaklingana til þess að verða sem sjálfstæðastir í sínu lífi og þar með minnka þjónustubörf þeirra. Einnig miðar þessi þjónusta að því að einstaklingnum nýtist sú meðferð sem hann hefur fengið sem best. Þannig að félagslegir og/eða samskiptalegir þættir eigi ekki að verða til trafala þannig að sú þjónusta sem búið er að veita verði að engu.

Eins og segir í fyrstu grein í síðareglum Stéttarfélags íslenskra félagsráðgjafa þá er markmið félagsráðgjafa að vinna að lausn félagslegra og persónulegra vandamála, stuðla að félagslegu réttlæti sibreytilegs samfélags í þróun. Þar segir ennfremur að grundvöllur félagsráðgjafa sé virðing og trú á manngildi og sérstöðu hvers einstaklings og getu hans til að nýta hæfileika sína til fullnustu.

Þessi orð eru gerð að lokaorðum hér enda er þetta hugmyndafræði þeirra félagsráðgjafa sem vinna á geðheilbrigðissviði.

8.4.1 Félagsráðgjafarþjónusta á einkareknum stofum

Mjög lítil hefð er fyrir því á Íslandi að félagsráðgjafar reki einkareknar stofur sem veita fólki þjónustu vegna persónulegs vanda. Aðdragandi þess að veita félagsráðgjöfum sérfræðiréttindi hefur verið allnokkur og er nú kominn nokkuð á rekspól. Árið 1987 var það sett inn í kjarasamninga sem sérstök bókun um að ráðuneytið skuli hlutast til um að athuga möguleika á veitingu sérfræðileyfa innan félagsráðgjafa og skuli því lokið á samningstímanum.

Árið 1990 var síðan gerð breyting á lögum um félagsráðgjöf frá 1975 þannig að sett var inn grein um sérfræðileyfi. Þetta er 4.gr. laganna og er hún svohljóðandi: „Félagsráðgjafi má kalla sig sérfræðing í sérgrein innan félagsráðgjafar hafi hann fengið til þess leyfi heilbrigðisráðherra. Heilbrigðisráðherra setur með reglugerð, að fengnum tillögum Stéttarfélags Íslenskra Félagsráðgjafa og félagsvísindadeildar Háskóla Íslands, nánari ákvæði um skilyrði fyrir veitingu leyfis til að kalla sig sérfræðing í einhverri af sérgreinum félagsráðgjafar“.

Þessi mál standa þannig í dag að svokölluð sérfræðinefnd Stéttarfélags íslenskra félagsráðgjafa er um þessar mundir að ljúka störfum þannig að nú liggja fyrir drög að reglugerð sem á síðan eftir að leggja fyrir félagsmenn annars vegar og heilbrigðisráðuneytið hins vegar.

Á Íslandi starfa innan við 10 félagsráðgjafar á einkareknum stofum. Þeir starfa allir á stofum sem þeir reka sjálfir. Samanlagt gætu þessi störf verið eitthvað í kringum 350% en mjög erfitt er að meta það og auk þess sinna allflestir þessir félagsráðgjafar þessum störfum sem aukastörfum.

Flestir félagsráðgjafar á einkareknu stofunum veita meðferðarþjónustu fyrir fjölskyldur, hjón og einstaklinga en einnig er um að ræða vinnslu mála fyrir barnaverndarnefndir um allt land auk fræðslu ýmiskonar og rannsókna.

Hér er um að ræða þjónustu sem er fyrirbyggjandi í eðli sínu auk þess sem fólk fær aðstoð við að vinna úr meiri háttar áföllum í lífi sínu.

8.4.2. Fjölskylduráðgjöf

Samvist, fjölskylduráðgjöf Mosfellsbæjar og Reykjavíkur varð til að frumkvæði Félagsmálaráðuneytis. Ráðuneytið bauð sveitarfélögum á höfuðborgarsvæðinu að taka þátt í samstarfsverkefni um fjölskylduráðgjöf og lagði ráðuneyrið fram fé til stofnkostnaðar. Að öðru leyti skyldu sveitarfélögin sjálf kosta starfseminna. Gert var ráð fyrir faglegri úttekt á gagnsemi ráðgjafarstofunnar, árangursmat, unnið af óháðum aðila, og yrði sú úttekt lögð til grundvallar ákvörðunar um áframhaldandi rekstur ráðgjafarinnar.

Eingöngu tvö sveitarfélög lýstu sig reiðubúin til að taka þátt í þessu samstarfsverkefni, Mosfellsbær og Reykjavíkurborg. Samningur til tveggja ára milli þessara sveitarfélaga var undirritaður 29.3.1996, Samvist tók til starfa um sumarið og var orðin fullmönnuð 1.12.1996.

Í samningnum kemur fram að um opna fjölskylduráðgjöf að ræða, án tilvísana, fyrir fjölskyldur með börn á aldrinum 0-18 ára. Rétt til þjónustu eiga þeir sem eiga lögheimili í ofangreindum sveitarfélögum. Fjölskylduráðgjöfin er staðsett í Reykjavík en einu stöðugildi er ráðstafað til viðveru í Mosfellsbæ. Markmið þjónustunnar skal vera forvarnarstarf þar sem fram fer meðferð og fjölskylduráðgjöf í framhaldi af greiningu.

Þjónustan hefur verið kynnt í sveitarfélögunum tveim, í skólum, heilsugæslustöðvum og víðar, og hefur færst í vöxt að fjölskyldum hefur verið vísað til Samvistar. Þegar þetta er ritað er tilvísunum enn að fjölga.

Tilvísanir / ábendingar 10.8.97

Elgín frumkvæði, vegna bæklings o.fl.	86	26,2%
Skólar og fræðsluskrifstofur	81	24,7%
Félagsmálastofnanir	70	21,3%
Heilsugæsla	36	11,0%
Stígamót	3	0,9%
Kvennaathvarf	4	1,2%
Kvennaráðgjöfin	1	0,3%
Aðrir	47	14,3%
Samtals	328	100,0%

Málafjöldi, viðtöl og tengsl

	31.12.96	20.3.97	16.5.97	10.8.97
Tímabantanir	102	195	276	328
Fjöldi viðtala	206			789
Málum lokið	19			126
Leitað aðstoðar áður	52	63	98	125
Eru í tengslum við aðrar stofnanir	23	52	68	80

Skipting milli sveitarfélaga

	Mosfellsbær	Reykjavík	Samtals
Tímabantanir	30	298	328
Málum lokið	17	109	126

Úr ársreikningi 1997 (þús. kr.)

Rekstarkostnaður	19.948
Framlag Reykjavíkurborgar	17.969
Framlag Mosfellsbæjar	2.017
Þjónustugjöld	705

Tveggja ára samningstímabil er nær lokið og árangursmat hafið á vegum Barnaverndarstofu. Árangursmat fer þannig fram að við lok fyrsta viðtals er hverri fjölskyldu boðið að taka þátt í rannsókn á starfsemi Samvistar. Spurningalistar eru lagðir fyrir og niðurstöður kynntar fjölskyldunni. Að tilsettum tíma liðnum hefur óháður rannsóknaraðili samband við úrtak úr þeim fjölskyldum sem samþykkt hafa að taka þátt og kvarðinn lagður fyrir að nýju. Niðurstaðan úr rannsókninni verður höfð til hliðsjónar þegar sveitarfélögin taka ákvörðun um áframhald starfseminnar.

Birtar hafa verið niðurstöður árangursmats eftir fyrsta starfsárið. M.a. kom eftirfarandi í ljós:

Samanburður á ástandi fjölskyldna fyrir og eftir meðferð (fullorðnir)

	Meðaltal fyrir meðferð	Meðaltal eftir meðferð
Fjölskyldutogstreita	3,14	1,89 ***
Hlutverkatogstreita	3,44	1,81 ***
Undirbúningur undir hlutverk	2,85	1,62 ***
Sállikamlegar kvartanir	2,43	1,85 ***
Allur kvarðinn	2,67	1,97 ***

***p<0,001

9. Frjáls félagasamtök

9.1. Öryrkjabandalag Íslands, Hátúni 10, Reykjavík

Bandalagið var stofnað árið 1961 og eiga 24 félög aðild að því, þar á meðal Geðhjálp og Geðverndarfélagið. Árið 1966 var hússjóður ÖBÍ stofnaður til að byggja og kaupa íbúðarhúsnæði fyrir öryrkja. Hússjóðurinn á nú 540 íbúðir víðsvegar á landinu, flestar á höfuðborgarsvæðinu. Af þeim 800 íbúum í húsnæði ÖBÍ eru 142 geðfatlaðir. Á 200 manna biðlista eftir íbúðum er 84 geðfatlaðir.

Geðfatlaðir fá sömu þjónustu og aðrir íbúar á vegum ÖBÍ, þ.e. heimilishjálp og heimilishjúkrun og liðveislu frá Reykjavíkurborg og enn fremur frekari liðveislu frá svæðisskrifstofum. Geðfatlaðir þurfa mikið á liðveislu að halda en með öflugri hjálpi og stuðningsþjónustu geta geðfatlaðir búið utan stofnana langtímum saman.

9.2. Geðhjálp

Geðhjálp var stofnað 1979. Geðhjálpi er félag þeirra sem hafa þurft eða þurfa aðstoð vegna geðrænna vandamála, aðstandenda þeirra og annars áhugafólks um geðheilbrigðismál.

Samkvæmt lögum félagsins er tilgangur þess að bæta hag þeirra sem eiga við geðræn vandamál að stríða og aðstandenda þeirra, með því að efla umræðu um geðheilbrigðisþjónustu, stuðla að endurbótum, efla fræðslu um eðli geðrænna vandamála, minnka fordóma og breyta viðhorfum, efla forvarnavinnu og stuðla að því að þeim sem eiga við geðræn vandamál að stríða veitist eðlileg skilyrði til að njóta hæfileika sinna, menntunar og starfsorku og vinna gegn hverskonar mismunum gagnvart þeim.

Félaginu er stjórnað af sjö manna stjórn. Framkvæmdastjóri er í fullu starfi og sér um öll fjármál og rekstur félagsins og Stuðningsþjónustu Geðhjalpar. Samkvæmt starfslýsingu eru verkefni hans að aðstoða einstaklinga sem leita til félagsins, sinna réttindagæslu geðsjúkra almennt og sjá um daglegan rekstur. Framkvæmdastjóri situr í samstarfshópi um Stuðningsþjónustu Geðhjalpar og í stjórn Öryrkjabandalags Íslands.

Á undanförunum árum hefur verið unnið að því að koma rekstri félagsins í betra horf með bættu bókhaldi, með tölvufærðu launabókhaldskerfi og viðskiptamannaskrá og gerð kjarasamninga við starfsfólk Stuðningsþjónustu. Tryggingamál félagsins voru tekin til gagngerðrar endurskoðunar og gengið frá launþegatryggingu, eignatryggingu, ábyrgðartryggingu og fleirra. Þessar tryggingar komu sér vel þegar ein íbúð Stuðningsþjónustunnar brann í maí '96.

Skrifstofa félagsins og félagsmiðstöð fluttu 1. október frá Öldugötu 15 í Hafnarbúðir við Tryggvagötu 9. Húsnæðið þar er í eigu ríkissjóðs en er leigt af Sjúkrahúsi Reykjavíkur sem leigir Geðhjálpi 2. hæð hússins. Húsnæðismál félagsins eru enn í óvissu vegna þess að ríkið vill selja húsnæðið. Geðhjálpi hefur óskað eftir aðstoð við útvegun húsnæðis fyrir starfsemi félagsins og íbúðir fyrir geðfatlaða. Félagið hefur lýst áhuga á húsinu við Túngötu 7.

Félagsmiðstöðin

Félagsmiðstöðin er opin alla virka daga kl. 11 - 17. Á miðvikudögum er opið til kl. 18. Föst dagskrá er sund, keila, kaffihús og bíóferðir, tónlist og opið hús.

Heitur matur er í hádeginu milli kl. 12 - 13 alla virka daga. Mánaðakort kostar um kr. 5000 en stök máltíð kr. 300. Kaffi kostar kr. 50. Að jafnaði eru 15 manns í föstu fæði yfir mánuðinn og fer þeim fjölgandi.

Félagsmiðstöðin hefur auglýsta dagskrá sem er breytileg eftir því hver áhugi fólks er og hvað er ákveðið á húsfundum sem eru haldnir reglulega alla þriðjudaga kl. 13. Tilgangur með þeim er að veita gestum og notendum félagsmiðstöðvarinnar tækifæri til að stýra rekstri hennar, taka ákvarðanir um dagskrá.

Ráðskona hefur verið í fullu starfi í félagsmiðstöðinni. Samkvæmt samningi við Félagsmálastofnun Reykjavíkur er hálf stöðugildi liðveislu staðsett í félagsmiðstöðinni. Verkefnið er að skipuleggja og sinna félags- og tómstundastarfi með það markmið að rjúfa félagslega einangrun skjólstæðinga stuðningsþjónustu. Framkvæmdastjóri félagsins sér um alla daglega starfsemi félagsmiðstöðvarinnar.

Félagsmiðstöðin var opin alla hátíðisdagana sl. jól. Starfsmenn stuðningsþjónustu sáu um matargerð og opið hús. Á aðfangadag kom sjálfbóðalið Rauða-Krossins og var til aðstoðar. Jólapakkar voru undir jólatrénu handa öllum gestum félagsmiðstöðvarinnar.

Skrifstofan

Skrifstofa Geðhjálp er opin frá 9 - 17 alla virka daga. Álagið hefur vaxið stöðugt eftir því sem umsvifin aukast og félagið verður þekktara. Fjárhags- og launabókhald er fært af skrifstofunni bæði fyrir félagið og Stuðningsþjónustuna.

Mikið er um að fólk leiti eftir aðstoð félagsins í vanda sínum eða ástvinar og hefur fólk þá samband við skrifstofuna, ýmist símleiðis eða persónulega. Reynt er að leysa úr þörf allra, gjarnan með því að vísa á viðeigandi hjálp.

Vinnustofa

Vinnustofa hefur verið sérstök rekstrareining hjá félaginu. Tilrauna-verkefni hefur verið í gangi í samstarfi við Prentsmiðjuna Odda. Starfsmaður í liðveislu leiðir verkefnið. Vinnan er fólgin í að lima og brjóta saman möppur og er greitt fyrir fjölda stykkja, samdægurs eða daginn eftir. Starfsemin fer fram í félagsmiðstöðinni.

Samfélagsþjónusta

Fangelsismálastofnun gerði í febrúar '96 samning við Geðhjálp um samfélagsþjónustu. Félagið tók að sér að veita karlmanni launalaust starf við að fylgja gestum félagsmiðstöðvarinnar í bíó ásamt starfsmanni liðveislu.

Fastir fundir

Sjálfhjálparhópur fólks með fælni hittist á mánudögum kl. 17.30.

Námskeið aðstandenda er á fimmtudögum kl.20 (lokaður hópur).

Samstarfshópur um stuðningsþjónustu er fagteymi sem hittist mánaðarlega.

Stjórnarfundir eru að jafnaði mánaðarlega eða oftar.

Fræðsla og kynningarstörf

Námskeið fyrir aðstandendur voru haldin sl. vor og haust ásamt stuðningshópum.

Námskeið var haldið í Skálholti september 1997 ásamt RKÍ fyrir aðstandendur í sjálfbóðaliðastarfi fyrir Fjölskyldulinuna. Handleiðsla í

samstarfi við sjálfböðamiðstöð RKÍ er fyrir hópinn mánaðarlega í félagsmiðstöðinni.

Hefðbundnir fræðslufundir voru á vormisseri í félagsmiðstöðinni.

Fjöldi fólks hefur komið og fengið kynningu á starfsemi félagsins einkum voru það starfsmenn í geðheilbrigðisþjónustunni en einnig frá ÖBÍ, Miðstöð fólks í atvinnuleit, starfsmenn Akureyrarbæjar og bæjarfulltrúar. Svæðisráð málefna fatlaðra í Reykjavík hélt einn fund í júní í félagsmiðstöð Geðhjálp og fékk fræðslu um starfsemi félagsins. Samstarf var tekið upp við Fræðslumiðstöð Reykjavíkur um tilraunakennslu á efni sem Geðhjálp lét þýða fyrir börn á grunnskólaaldri.

Félagið gaf út í tilefni af 10. okt. bæklinginn „Geðheilsa barnsins þins“ í 40 þús. eintökum sem var dreift á öll heimili á Stó-Reykjavíkursvæðinu. Endurprentu er í undirbúningi. Bæklingur fyrir börn og unglunga var þýddur og biður útgáfu.

Fréttabréf Geðhjálp kemur út nokkrum sinnum á ári og 1-2 tölublöð af Tímarítinu Geðhjálp.

Bæði blöðin hafa undanfarið komið út í 7000 eintökum, vegna landssöfnunar Geðhjálp.

Bæklingurinn Geðhvörf var gefinn út af Lyfjaverslun Íslands og léði Geðhjálp nafn sitt við þá útgáfu og las yfir fyrir prentun.

Viðræður eru í gangi við Hringsjá, starfsþjálfun fatlaðra, um náms- og starfsþjálfun fyrir skjólstaðinga stuðningsþjónustunnar sérstaklega og er vonast til að fyrsta verkefnið farið í gang bráðlega.

Sjálfsþjálfarhóps fólks með geðhvörf fór af stað í byrjun desember 1997. Foreldrar barna með geðsjúkdóma sýndi áhuga á stofnun stuðningshóps og verður vonandi af því bráðlega.

Klúburinn Geysir var opinberlega stofnaður 10. okt. 1997. Hann er byggður á hugmyndum Fountain House og er megin markmiðið að vinna að atvinnumálum fólks með geðsjúkdóma. Klúburinn hittist reglulega í félagsmiðstöðinni á fimmtudögum kl. 14:00

Fjölskyldulínan 800 5090 var formlega sett á laggirnar 10. október. Þetta er samstarfsverkefni Geðhjálp og RKÍ. Aðstandendur geðsjúkra mynda hóp sjálfböðaliða til þess að veita öðrum aðstoð í gegnum símann 800 5090. Fjölskyldulínan hefur aðstöðu í Hafnarbúðum.

Sumarmót

Geðhjálp tekur þátt í árlegu sumarmóti norrænna geðhjálpfélaga. Félagið veitir styrki til geðsjúkra til fararinnar og eru styrkir auglýstir í fréttabréfinu. 1997 var sumarmótið haldið í Finnlandi. Lögð hafa verið drög að því að norræna sumarmótið 1999 verði haldið á Íslandi á tvítugsafmæli félagsins.

Samstarfsaðilar

Mikið og gott samstarf er við athvarfið Vin og Rauða-Krossinn, m.a. um uppbyggingu sjálfböðaliðastarfs fyrir aðstandendu, auk sameiginlegs útgáfustarfs og viðhorfskönnunar meðal aðstandenda og sjúklinga í samstarfi við Rauða-Krossinn og Vin. Samstarf hefur einnig verið um hátiðahöld á alþjóðlegum geðheilbrigðisdegi.

Leitað hefur verið eftir samstarfi við Geðverndarfélag Akureyrar.

Geðhjálp gerðist formlegur aðili að World federation for mental health 21. janúar 1997. Alþjóðleg ráðstefna var haldin í Finnlandi og sóttu hana frá Íslandi, framkvæmdastjóri, forstöðumaður stuðningsþjónustu og forstöðukona Vinjar. Félagið sendi WFMH skýrslu um aðgerðirnar á alþjóðlegum geðheilbrigðisdegi 10. október.

Alþjóðlegur geðheilbrigðisdagur

Þann 10. október 1996 var alþjóðlegur geðheilbrigðisdagur í fyrsta sinn haldinn hátíðlegur á Íslandi, skrifstofa félagsins hélt utanum skipulagningu dagsins ásamt forstöðukonu Vinjar og bar mestan kostnað af aðgerðunum. Dagurinn varð sögulegur þar sem geðsjúkir tóku í fyrsta sinn málin í sínar eigin hendur með aðstoð samtaka sinna og komu fram opinberlega í hátíðargöngu frá heilbrigðisráðuneytinu niður Laugaveg að ráðhúsinu þar sem málþing var haldið og var mjög fjölsótt. Verndari dagsins og ræðumaður var Guðrún Katrín Þorbergsdóttir, forsetafrú, sem lét þetta vera sitt fyrsta opinbera embættisverk og var það félaginu mikill heiður.

Alþjóðlegi geðheilbrigðisdagurinn 1997 var tileinkaður börnum og geðheilbrigði.

Guðrún Katrín Þorbergsdóttir, forsetafrú var verndari dagsins.

Farið var í göngu frá Hafnarbúðum að Háskólabíói þar sem var haldin skemmtidagskrá fyrir unglunga með rokkhljómsveitum. Ávörp voru flutt og sérstakt þakkarávarp til forsetafrúarinnar. Heilbrigðisráðherra lofaði að styðja félagið í að eignast þak yfir höfuðið og fékk hún mikið lof fyrir. Bæklingurinn „Geðheils barnsins þíns“ var gefinn út í tilefni dagsins og geisladiskurinn „Who is stealing my mind?“ sem velunnari gaf félaginu var kynntur.

Vin var með myndlistarsýningu í húsi RKÍ við Efstaleiti, BUGL og Geðhjálp höfðu opið hús og stefnumótunarnefndnefnd heilbrigðisráðherra kynnti bráðabirgðaniðurstöður sínar í geðheilbrigðismálum barna.

Landssöfnun

Landssöfnun fór af stað í júlí 1997 og stóð út nóvember til að afla félaginu fjármuna til þess að standa undir fræðslustarfi og húsa-kaupum. Fyrirtækið Markaðsmenn voru fengnir til þess að hringja í landsmenn og bjóða þeim að styrkja félagið og þiggja í staðinn fréttabréf félagsins og tímariðið Geðhjálp. Söfnuðust yfir 8 þúsund styrktarloforð sem verið er að innheimta.

Trúnaðarmaður fatlaðra

Rætt var við trúnaðarmann fatlaðra að hann hefði fasta viðtalstíma fyrir geðfatlaða og verða þeir auglýstir síðar.

Stuðningsþjónusta Geðhjálp

Geðhjálp hefur rekið stuðningsþjónustu samkvæmt samningi við félagsmálaráðuneyti og svæðisskrifstofu í Reykjavík allt frá árinu 1994.

Samningurinn var síðast endurnýjaður í árslok 1997 til eins árs. Helstu breytingar hafa orðið þær að hlutverk samstarfshóps hefur verið gert skýrara, fulltrúi geðdeildar SHR tekinn inni hópinn og kostnaður vegna stjórnunar samþykktur. Samningur nær til 30 skjólstaðinga.

Nýrri vakt var bætt við í september 1997 frá kl. 18:30 til 01:30 þar með er vakt allan sólarhringinn á virkum dögum. Nýr starfsmaður var ráðinn á vaktirnar. Hjá Stuðningsþjónustunni starfa 13 manns í 12 stöðugildum, þar af eru 4,5 stöðug. í félagslegri heimaþjónustu og liðveislu. Framkvæmdastjóri félagsins er einnig framkvæmdastjóri Stuðningsþjónustu.

Þrjú starfsmenn voru ráðnir til sumarafleysings.

Stuðningsþjónustan er með heimili fyrir 21 á Bárugötu 19, Vesturgötu 17 og 17a og Skarphéðinsgötu 16 en þjónustar auk þess fólk í Hátúni og í eigin íbúðum. Endurbætur voru gerðar á húsnæðinu Vesturgötu 17 og 17a. Brunakerfi er í öllum húsunum beintengt Securitas og hefur það reynst mjög vel.

Stuðningsþjónustan keypti bifreið í maí 1997. Hún hefur nýst vel, mikið hagræði og sparnaður er af henni og þarf starfsfólk ekki lengur að leggja til einkabifreiðar sínar.

Félagið hefur leitað til Hússjóðs ÖBÍ um betra húsnæði fyrir íbúana og er verið að skoða þá möguleika.

Samstarfshópur Stuðningsþjónustunnar hittist mánaðarlega. Í honum eiga sæti fulltrúar frá geðdeildum Landspítalnas og SHR, Svæðisskrifstofu, félagsmálastofnun og Geðhjálpi auk þess situr fundina fulltrúi Hússjóðs ÖBÍ. Samstarfshópnum er ætlað að móta stefnu Stuðningsþjónustunnar og meta búsetu og þjónustupörf.

Þjónustusamningur við Reykjavíkurborg um liðveislu og félagslega heimaþjónustu er á lokastigi.

Félagið hefur á stefnu sinni að efla starfsemi Stuðningsþjónustunnar og er leitað allra leiða til þess.

Reynsla af Stuðningsþjónustu

Svo virðist sem þeir sem eru „í þjónustu“ þurfi síður á geðdeildarinnlögnum að halda. Í fyrstu var nokkuð um að synja þyrfti einstaklingum um þjónustu, oftast vegna þess að þeir voru í mikilli neyslu fíkniefna. Minna hefur verið um það undanfarið og lítið um geðdeildar innlagnir. Eftirspurn eftir þjónustu Stuðningsþjónustunnar hefur stöðugt verið vaxandi og oftast þurft að vísa skjólstæðingum frá undanfarið. Bættur húsakostur og fjölbreytileiki í þeim efnum hefur auðveldað starfsemi þjónustunnar en ekki hefur verið hægt að veita fleiri skjólstæðingum þjónustu með núverandi starfsmannahaldi enda er ekki gert ráð fyrir því í núverandi þjónustusamningi.

9.3. Geðverndarfélag Íslands

Geðverndarfélag Íslands var stofnað þann 18. desember 1949.

Fyrsti formaður félagsins var dr. Helgi Tómasson. Gjaldkeri dr. Jakob Jónsson, aðrir í fulltrúaráði, Valborg Sigurðardóttir skólastjóri, Alfreð Gíslason læknir og Guðríður Jónsdóttir fundarritari.

Árið 1952 sækir félagið um aðild að World Federation of Mental Health.

Árið 1955 var samþykkt lagabreyting um að kjósa 5 manna stjórn og leggja niður fulltrúaráð, ekki getið um neina breytingu á stjórn.

Árin 1957, 1958 og 1959 féllu fundir niður vegna fráfalls formanns, dr. Helga Tómassonar.

Árið 1962 var tekinn upp þráðurinn að nýju og kosin ný stjórn. Formaður, Kristinn Björnsson, aðrir í stjórn, Benedikt Tómasson skólayfirlæknir, Sigurjón Björnsson sálfræðingur, Guðmundur Magnússon, Jóhanna Baldvinsdóttir og Tómas Helgason prófessor.

Árið 1964, stjórnin endurkjörin, að auki Grímur Magnússon.

Árið 1966 tekur Kjartan J. Jóhannsson við formennsku. Aðrir í stjórn Áslaug Sivertsen, Jón Bergs, Tómas Helgason, Benedikt Tómasson og Jóhanna Baldvinsdóttir.

Árin 1967, 1968, 1969 og 1970. Í stað Áslaugar Sívertsen og Jóns Bergs, voru kosnir í stjórn Ásgeir Bjarnason gjaldk. og Gylfi Ásmundsson sálfræðingur, að öðru leyti var stjórnin endurkjörin. Ásgeir Bjarnason var framkvæmdastjóri félagsins frá 1967 til dauðadags.

Um mitt ár 1969 afhendir Geðverndarfélag Íslands S.Í.B.S. að Reykjalundi 3 vistmannahús til rekstrar. Árið 1974 byggir Geðverndarfélag Íslands og fleiri pláss á Reykjalundi svo að félagið á þar nú 22 rými.

Árið 1980 tekur Oddur Bjarnason við formennsku. Aðrir í stjórn, Gylfi Ásmundsson sálfræðingur, Ásgeir Bjarnason, Tómas Helgason, Lárus Bjarnason, Halldór Hansen og Margrét Sveinsdóttir.

Árið 1990. Formaður Jón G. Stefánsson. Aðrir í stjórn Gylfi Ásmundsson, Halldór Hansen, Þórunn Pálsdóttir, Sigurrós Sigurðardóttir, Jón K. Ólafsson endurskoðandi og Tómas Helgason. Varastjórn: Anna B. Sigfúsdóttir, Styrmir Gunnarsson, Árni Gunnarsson, Jóhanna Stefánsdóttir, Nanna K. Sigurðardóttir og Elísabet Á. Möller, sem er framkvæmdastjóri félagsins og fulltrúi í stjórn Öryrkjabandalagsins.

Í apríl 1985 var svo formlega opnuð Endurhæfingarstöð Geðverndarfélagsins að Álfalandi 15, að miklu leyti fjármögnuð af Kiwanismönnum. Þar geta búið 7 einstaklingar, en að auki er lítil íbúð sem leigð hefur verið skjólstæðingum félagsins. Einnig á félagið og rekur tvær íbúðir, aðra að Asparfelli 12 og hina að Ásholti 16, er hýsa 7 íbúa, oft í framhaldi af endurhæfingarstarfi að Álfalandi 15.

Árið 1996, þann 10. október, á alþjóðadegi geðverndarmála, var svo barna- og unglíngageðdeild afhent íbúð til rekstrar fyrir foreldra geðveilla barna utan af landi, sem sækja þurfa lækningar þar. Einnig þar komu Kiwanismenn og konur til skjalanna um fjármögnun, en félagið sá um innbú o.fl.

Núverandi starfsemi

Geðverndarfélag Íslands á og rekur húsnæði sem notað er fyrir einstaklinga sem eiga við langvarandi geðsjúkdóm að stríða.

Þrjú vistmannahús að Reykjalundi auk hluta í viðbyggingu þar eru eign félagsins samtals með rúmum fyrir 22 sjúklinga og með þeirri aðstöðu hafa geðveikir átt aðgang að endurhæfingaraðstöðu á Reykjalundi eins og aðrir sem eiga við langvinn veikindi að stríða.

Með rúmlega 2ja milljóna árlegum styrk á fjárlögum rekur félagið Endurhæfingarstöð í Fossvogi fyrir 7 einstaklinga sem hafa legið á geðdeildum.

Auk þess á félagið þrjár íbúðir á Reykjavíkursvæði og eru tvær þeirra notaðar fyrir einstaklinga með langvinna geðsjúkdóma og ein notuð fyrir foreldra barna og unglínginga sem dvelja á barna- og unglíngageðdeild Landspítala.

Geðverndarfélag Íslands gefur út, að minnsta kosti einu sinni á ári, tímaritið „Geðvernd“, en ritstjóri þess er Eiríkur Örn Arnarson yfirsálfræðingur á geðdeild Landspítala. Einnig hefur félagið séð um útgáfu smárita um nokkrar tegundir geðraskana, svo sem fyrsta ritið, er fjallaði um sjálfsvíg unglínginga, og hefur eftirspurn eftir þeim verið svo mikil að nú nýlega er lokið þriðju endurprentun á „Aðeins eitt líf“ og

annarri prentun á „Kviðaköst“ og „Áráttta og þráhyggja“, en um þau fræðslurit sá fyrrverandi formaður félagsins, Jón G. Stefánsson.

Öll þessi smárit hafa verið send heilsugæslustöðvum um land allt, og einnig til framhaldsskóla.

Núverandi formaður félagsins er Tómas Zoëga, yfirlæknir á geðdeild Landspítalans. Aðrir í stjórn eru Þórunn Pálsdóttir, varaform., Jón K. Ólafsson gjaldkeri, Sigurrós Sigurðardóttir, Halldór Hansen. Ritari stjórnar er Elisabet Á. Möller, framkvæmdastjóri félagsins.

10. Aðstandendur

- Hvernig er þjónusta við aðstandendur háttað?
- Helstu tillögur um úrbætur.

Aðstandendur geðsjúkra

Það er orðið ljóst að fjölskyldumiðuð þjónusta getur skipt sköpum þegar verið er að meðhöndla einstakling með geðsjúkdóm til að ná hámarks árangri í meðferð hans. Í áfengismeðferð er þetta löngu orðið viðurkennd nálgun og þjónusta. Bæði hjá SÁÁ og vímuefnaskor Landspítala er fjölskylduvinna og fræðsla hluti af heildarstefnu og meðferð sem er í boði. Undanfarin ár, bæði á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og geðdeild Landspítala (Fjórðungssjúkrahús Akureyrar?) hefur aukist formleg fjölskyldufræðsla og vinna sem er af hinu góða. Einnig hefur þjónusta við aðstandendur aukist hjá Landssamtökum Geðhjálp bæði hvað varðar fræðslu og sjálfshjálpahópa. Samstarfsverkefni RKÍ og Geðhjálp er einnig gott dæmi um þá vakningu sem hefur átt sér stað í málefnum aðstandenda á sl. nokkrum árum á Íslandi. Nauðsynlegt er að marka heildarsýn í þessum efnum þar sem lágmarksþjónusta við aðstandendur er skilgreind og skýrt framsett svo hægt sé að meta hana m.t.t. árangurs, gæða og kostnaðar/sparnaðar sem af henni hlýst. Um það bil 10% af geðröskunum (ef miðað er við töluna að 22% eldri en fimm ára þjáist af geðröskunum á hverjum tíma) fá þjónustu frá geðdeildum stærstu sjúkrahúsanna á ári hverju; göngu-, dag- eða legudeildarþjónustu. Um stóran aðstandendahóp er því að ræða sem hefur reynslu af geðröskunum hjá fjölskyldumeðlimi eins og áður hefur verið sagt í þessari skýrslu (sjá kafla um forvarnir gegn geðsjúkdómum, Tómas Helgason, 1994).

Á síðustu áratugum hafa rannsóknir sýnt fram á betri árangur í meðferð þar sem fjölskyldan er höfð með í ráðum og fær þann stuðning sem hún þarfnast. Nokkur atriði sem hafa verið skoðuð þar að lútandi og rökstyðja mikilvægi þess að unnið sé markvisst með aðstandendur geðsjúkra eru m.a.:

- a) Algengasta breytan sem skoðuð hefur verið er „endurinnlagnir“ yfir ákveðinn tíma. Það sýnir sig að þeim fækkar þegar þættir eins og fjölskyldufræðsla, stuðningur og leiðbeiningar í álagsstjórnun eru hluti af þjónustu við meðferð hins veika. „Endurinnlagnir“ er frekar steril breyta þar sem oft er ekki metið hvernig gengur hjá fjölskyldunni og hvernig henni líður á þessu sama tímabili. (Decreased relapse rate).
- b) Einnig hefur það sýnt sig þegar fjölskyldumiðuð nálgun er markviss í upphafi veikinda þá kemur fjölskyldan til með að nota minna bráðaþjónustu geðdeilda sem og aðra geðdeildarþjónustu (Reduced service use).
- c) Aðrar jákvæðar aukaverkanir af aukinni þjónustu til aðstandenda er að meðferðarmótstaða fjölskyldunnar minnkar og meðferðarheldni hennar eykst að sama skapi. Náíð samstarf við fjölskyldur geðsjúkra hefur áhrif á allt meðferðarferlið þar sem fjölskyldan verður virkari í

meðferðarstarfinu og reiðubúnari að axla þá ábyrgð sem í því felst. Þegar til lengri tíma er litið eykur það samfellu í geðheilbrigðiskerfinu að vinna markvisst með fjölskyldum geðsjúkra. (Positive influence in shaping the course of the patient's illness/families cope better with the stressors of mental illness).

Íslenskar rannsóknir staðfesta það sem erlendar rannsóknir hafa gefið til kynna í tengslum við fjölskyldumiðaða nálgun og þjónustu (Lefley & Wascow, 1994; Sveinbjarnardóttir, 1997).

Þegar farið er frá einstaklingsmiðaðri þjónustu yfir í fjölskyldumiðaða þarf að hafa eftirfarandi í huga (Elizur, 1996):

1. Breyting sem tekur langan tíma a.m.k. 5 ár.
2. Þverfagleg samvinna nauðsynleg svo að heppnist (upp og þvert).
3. Um stóra hugmyndafræðilega breytingu er að ræða.
4. Endurskipuleggja þarf starfsemi.

Þjónusta til aðstandenda geðsjúkra þarf að vera veitt markvisst inni á sjúkrahúsum (vinnureglur um lágmarksþjónustu til aðstandenda — sérstaklega þá sem eru nýgreindir), í tengslum við heilsugæslustöðvarnar (fræðsla og stuðningur fyrir aðstandendur barna og unglinga með geðræn vandamál) og hjá sjálfshjálparsamtökum eins og Geðhjálp (fræðsla, sjálfshjálparhópar og hópar sem stýrðir eru af fagfólki). Til þess að svo megi vera þarf að skipuleggja það sem í boði er og veita sérstökum fjármunum í uppbyggingu slíkrar þjónustu. Mjög brýnt er að sjúkrahúsin byggi upp faglega þjónustu við aðstandendur og geti svo vísað á félag eins og Geðhjálp í tengslum við frekari þjónustu til aðstandenda.

Nefndin leggur til að fjölskylduvænn starfshópur verði stofnaður þar sem fulltrúar frá stærstu geðdeildunum og fulltrúi frá Geðhjálp leggi línurnar í að móta og þróa raunhæfa þjónustu fyrir aðstandendur geðsjúkra á Íslandi sem verði að fullu komin til framkvæmda árið 2002.

Elizur, Y. (1996). Involvement, collaboration, and empowerment: A model for consultation with human-service agencies and the development of family-oriented care. *Family Process*, 35(6), 191-210.

Lefley, H.P. & Wascow, M. (1994). *Helping families cope with mental illness*. Chur: Harwood Academic Publishers.

Sveinbjarnardóttir, E. & Dierckx de Casterlé, B. (1997). Mental illness in the family: An emotional experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 18(45), 45-56.

11. Kennsla og rannsóknir er varða geðveika

Veruleg kennsla fer fram á vegum Háskóla Íslands til hinna ýmsu hópa er starfa að geðheilbrigðismálum

Í þessari skýrslu verður ekki gerð nein úttekt á þeim málum, en starfshópurinn leggur höfuðáherslu á að kennsla og rannsóknarstarfsemi eru forsenda þess að hægt sé að veita geðveikum og aðstandendum þeirra viðunandi þjónustu.

Áhersla er lögð á að rannsóknarstarfsemi er hornsteinn háskóla-sjúkrahúss og nauðsynlegt að auka og styrkja rannsóknir með öllum mögulegum ráðum. Í raun ætti að stunda rannsóknir á öllum deildum sem meðhöndla geðveika.

Rannsóknnum má skipta annarsvegar í svokallaðar þjónusturannsóknir og hins vegar í fræðilegar rannsóknir.

Þjónusturannsóknir snúa að ákveðnum truflunum og meðferð þeirra, sjúkdómsgreiningum, mati á árangri meðferðar o.s.frv.

Fræðilegar rannsóknir eru ýmsar klínískar rannsóknir, faraldsfræðilegar rannsóknir og aðrar grunnrannsóknir.

Virk rannsóknarstarfsemi á sér stað bæði á geðdeild Landspítala og geðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur og má geta þess að frá árinu 1990 hefur starfsfólk þessara deilda skrifað á milli 400-500 ritverk um rannsóknir sínar. Listi um ritverk er til í fórum starfshópsins.

Nauðsynlegt er að auka að miklum mun það fé sem varið er til rannsókna á geðsjúkdómum.

Mikilvægt er að hvetja starfsfólk til rannsóknarstarfa og tryggja nauðsynlegt rannsóknarferli og stuðla að samvinnu við sem flesta vísindamenn bæði innlenda og erlenda.