



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Félagsráðgjafardeild

BA- ritgerð

**Búsetuúrræði fyrir heimilisláusar konur í neyslu byggð á
hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar**

Katrín Guðný Alfreðsdóttir

júní 2010

Umsjónarmaður: Sigurveig H. Sigurðardóttir

Leiðbeinandi: Ella Kristín Karlsdóttir

Nemandi: Katrín Guðný Alfreðsdóttir

Kennitala: 161257- 3709

Útdráttur

Heimilislausir á Íslandi hefur verið falinn hópur og þá sérstaklega heimilisláusar konur. Tilgangur þessarar ritgerðar er að taka saman þær kenningar og hugmyndafræði sem leiða stefnu íslenskra stjórnvalda í áfengis- og fíkniefnamálum og þau meðferðarúrræði sem standa til boða. Stefna íslenskra stjórnvalda í þessum málaflokki hefur haft áhrif á þau búsetuúrræði sem heimilisláusum er boðið uppá. Í ritgerðinni verður kynnt ný hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar sem annan valkost við þá hefðbundnu meðferð og hugmyndafræði sem ríkir á Íslandi. Skaðaminnkandi nálgun hefur verið notuð víða erlendis virkum áfengis- og vímuefnaneytendum með góðum árangri. Skaðaminnkun hefur það að markmiði að draga úr neikvæðum áhrifum sem áfengis- og vímuefnaneysla hefur á heilsu, félagslega og fjárhagslega stöðu fólks. Með því að veita heimilisláusum búsetuúrræði sem byggir á hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar er hægt að auka lífsgæði þessa fólks og gefa þeim tækifæri til að hafa áhrif á umhverfi sitt.

Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar fellur vel að hugmyndafræði félagsráðgjafar. Aðal inntak þeirrar meðferðar er að mæta einstaklingnum þar sem hann er staddur hverju sinni í lífi sínu og styðja hann til jákvæðra breytinga á lífi sínu.

Formáli

Þessi ritgerð er skrifuð sem lokaritgerð í BA námi í félagsráðgjöf í Háskóla Íslands og var skrifuð vorið 2010. Ég vil þakka leiðbeinanda mínum Ellu Kristínu Karlsdóttur félagsráðgjafa fyrir mikinn stuðning, góðar ábendingar og frábæra samvinnu við skrif ritgerðarinnar. Einnig Sigurveigu H. Sigurðardóttur lektor í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands fyrir umsjón með verkinu.

Frændsystkinum mínum Kristjönu Millu Snorradóttur og Gylfa Ólafssyni þakka ég fyrir ómetanlega hjálp við yfirlestur og leiðréttingar ritgerðarinnar og hvatningu í gegnum allt námið mitt.

Að lokum og allra mest vil ég þakka eiginmanni mínum og börnum, tengdadóttur og barnabarni fyrir óendanlega þolinmæði og stuðning síðustu þrjú árin og við vinnslu þessarar ritgerðar.

Hvatning mín að þessari ritgerð voru kynni mín að heimilislausum konum í Konukoti og þeim vanda sem þær standa frammi fyrir. Í Konukoti starfa ég sem sjálfboðaliði á vegum Rauða Kross Íslands. Allt eru þetta frábærar konur, ömmur, mömmur, dætur, systur, frænkur og vinkonur sem búa yfir miklum hæfileikum og mikilli gæsku. Þær eiga allt það besta skilið.

Hvenær sem maður rís til varnar hugsjón, berst fyrir bættum hlut annarra eða gegn ranglæti, fer af stað vonargára og þegar ótal slíkar renna saman studdar djörfung og dug, sópar sú flóðbylgja burtu öflugustu múrum undirokunar og andstöðu (Robert Kennedy 1925- 1968)

Efnisyfirlit

Útdráttur	1
Formáli	2
Inngangur	5
1. Fræðileg samantekt	8
1.1. Skilgreiningar og umfjöllun um meginhugtök	8
1.1.1. Alkóhólismi	8
1.1.2. Konur og alkóhólismi	11
1.1.3. Heimilisleysi	13
1.1.4. Skaðaminnkandi nálgun	16
1.1.5. Skaðaminnkun á Íslandi	18
1.1.6. Valdefling	19
1.2. Kenningar	20
1.2.1. Sálfræðilegar kenningar	20
1.2.2. Námskenningar	20
1.2.3. Spennulosunarkenning	21
1.2.4. Væntingakenning	22
1.2.5. Þarfapýramídi Maslows	22
2. Stefnumótun	23
2.1. Stefnumótun í áfengis- og fíkniefnamálum	23
2.2. Stefnumótun í málefnum heimilislausra	24
3. Meðferðarúrræði	25
3.1. Hefðbundin meðferðarúrræði	25
3.2. Meðferð skaðaminnkandi nálgunar	26

4. Búsetuúrræði	28
4.1. Búseta sem stendur áfengis- og vímuefnaneytendum til boða	28
4.2. Búsetuúrræði byggð á hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar.....	31
5. Félagsráðgjöf.....	34
5.1. Félagsráðgjöf	34
5.2. Frumkvöðlar í félagsráðgjöf	35
5.3. Gildi verksins fyrir félagsráðgjöf.....	37
6. Samantekt og lærdómur	38
Heimildaskrá	42

Inngangur

Í þessari ritgerð verður fjallað um heimilislausar konur sem glíma við áfengis- og fíkniefnavanda. Tilgangurinn er að taka saman þær kenningar og hugmyndafræði sem leiða stefnu íslenskra stjórnvalda í þessum málaflokki. Heimilislausir glíma við flókin og langvarandi félagslegan vanda. Hér á landi eru gerðar þær kröfur að konur séu hættar allri neyslu áfengis- og vímuefna áður en þær fá aðgang að búsetuúrræðum á vegum opinbera aðila og hjálparstofnana. Tvö heimili eru rekin fyrir karla sem eru í virkri neyslu og hafa ekki getað hætt henni eða vilja það ekki. Í ritgerðinni verður greint frá hvaða búsetuúrræði eru í boði hér á landi. Kynnt verður hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar sem annar valmöguleiki við þá hefðbundnu hugmyndafræði sem er ríkjandi í stefnumótun á Íslandi. Sú hugmyndafræði gengur út frá því að varanlegt húsnæði sé nauðsynlegt sem fyrsta skref til að hægt sé að nálgast og vinna með þau vandamál sem heimilislausir glíma við. Greint verður frá rannsóknum sem gerðar hafa verið erlendis meðal heimilislausra sem hafa fengið búsetuúrræði þar sem unnið er eftir hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar.

Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar hefur það að markmiði að draga úr þeim neikvæðu áhrifum sem áfengis- og vímuefnaneysla hefur á einstaklinga og samfélög. Andstætt við ríkjandi meðferðarúrræði byggir þessi nálgun á því að draga úr áhættu og skaða án þess að krefjast algjörs bindindis (International Harm Reduction Association, IHRA. e.d.). Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar fellur vel að hugmyndafræði félagsráðgjafa.

Félagsráðgjafar vinna að því að bæta persónulegar og félagslegar aðstæður fólks. Upphaf félagsráðgjafar má rekja til sjálfboðavinnu til aðstoðar þeim sem minna mega sín. Frá upphafi hafa félagsráðgjafar unnið að félagslegum umbótum og stuðlað að því að einstaklingar og fjölskyldur búi við viðunandi aðstæður (Nanna K. Sigurðardóttir, 1991).

Fáar rannsóknir og kannanir hafa verið gerðar á Íslandi á umfangi og úrræðum fyrir heimilislausra. Árið 2009 var fjöldi og aðstæður heimilislausra kannaðar í Reykjavík. Samkvæmt þeirri könnun er 121 einstaklingur heimilislaus í höfuðborginni, fjórðungur þeirra eru konur. Sambærilegar kannanir hafa ekki verið gerðar á landsvísu (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009). Heimilislausir búa við verra heilsufar

en aðrir og er áfengis- og fíkniefnavandi talin vera ein aðalorsök heimilisleysis (Félagsmálaráðuneytið, 2005).

Mikilvægt er að rannsaka og fjalla um málefni heimilislausra kvenna þar sem þær hafa verið falinn hópur í þjóðfélaginu. Í þessari ritgerð verður leitað svara við eftirfarandi rannsóknarspurningum.

Hefur ríkjandi meðferðarstefna á Íslandi áhrif á þau búsetuúrræði sem standa heimilislausum konum sem glíma við áfengis- og vímuefnavanda til boða?

Er hægt að bæta aðstæður heimilislausra kvenna sem glíma við áfengis- og vímuefnavanda þrátt fyrir að þær haldi áfram neyslu?

Fyrsti kafli ritgerðarinnar er fræðileg samantekt, í honum eru skilgreiningar, umfjöllun á hugtökum og hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar kynnt. Þá eru kynntar kenningar sem tengjast efninu og notaðar eru til að skýra hegðun og líðan þeirra sem eru í neyslu.

Í öðrum kafla verður fjallað um stefnumótun stjórnvalda í áfengis- og fíkniefnamálum og málefnum heimilislausra á Íslandi. Í þriðja kafla verður greint frá ólíkum meðferðarúrræðum sem viðhöfð eru til að hætta eða draga úr áfengis- og vímuefnaneyslu.

Í fjórða kafla verður greint frá þeim búsetuúrræðum sem standa heimilislausum til boða hér á landi. Kynntar verða rannsóknir sem gerðar voru erlendis á búsetuúrræðum sem aðhyllast skaðaminnkandi nálgun.

Í fimmta kafla verður fjallað um félagsráðgjöf og kynnt hvernig hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar fellur að hugmyndafræði félagsráðgjafar. Rakin verður saga þriggja frumkvöðla sem fyrir meira en hundrað árum fundu sig knúna til að setja á stofn heimili fyrir heimilislausa og sinna þörfum þeirra. Samantekt og umræður eru í sjötta kafla og farið yfir þær niðurstöður sem fengist hafa með skrifunum og vangaveltum þeim tengdum. Að síðustu verður tekið saman hvaða lærdóm má draga af þessu öllu.

Þessi ritgerð er heimildaritgerð við gagnaöflun voru nýttir gagnagrunnar á veraldarvefnum og ritrýndar greinar sem þar er að finna. Heimasíður alþjóðlegra og innlendra stofnana og samtaka voru nýttar til heimildanotkunar ásamt fræðibókum. Heimildir um íslenskar heimilislausar konur eru fáar. Nokkrar lokaritgerðir hafa verið

skrifaðar um heimilislaust fólk á Íslandi. Höfundur las þessar ritgerðir til að fá frekari innsýn um stöðu heimilislausra hér á landi. Jafnframt kynnti höfundur sér þá stefnumótun sem hefur verið sett fram um málefni heimilislausra á Íslandi. Einnig þá þjónustu sem stendur áfengis- og vímuefnaneytendum til boða hér á landi.

Í þessari ritgerð verður notað orðið alkóhólismi yfir áfengis-og / eða vímuefnavanda og ekki gerður greinarmunur á ofneyslu eða fíkn hvort sem það er í áfengi eða önnur vímuefni.

1. Fræðileg samantekt

Í þessum kafla verða meginhugtök ritgerðarinnar alkóhólismi, heimilisleysi og skaðaminnkun skilgreint.

Kenningar verða settar fram til þess að reyna að skýra einstaka þætti og flétta saman aðra þætti til að fá heildarmynd af þeim veruleika sem verið er að fjalla um. Þær eru aðeins hugmyndir en segja ekki til um hvað er rétt eða rangt (Jóna Margrét Ólafsdóttir, e.d.).

1.1. Skilgreiningar og umfjöllun um meginhugtök

Mikilvægt er að skilgreina þau hugtök sem fjallað er um í ritgerðinni þar sem margar ólíkar skilgreiningar geta verið til um sama hugtakið. Mismunur á skilgreiningum á hugtökum getur orsakast af því að þeir sem skilgreina hugtökin aðhyllast ólíka hugmyndafræði. Einnig eru hugtökin stundum bæði notuð af fræðasamfélaginu og almenningi þar sem almenningur leggur aðra merkingu í orðin en fræðin.

1.1.1. Alkóhólismi

Það er nokkuð til í kínverska máltækinu sem segir „maður tekur drykk, drykkurinn tekur drykk og þá tekur drykkurinn manninn.“(Kinney, 2008).

Frá fornu fari hefur áfengi fylgt manningum og vandi vegna neyslunnar einnig. Helsta hlutverk áfengis hefur verið í félagslegu og menningarlegu samhengi. Margir tengja áfengið við skemmtanir og slökun og neyta áfengis í hófi án þess að því fylgi nokkur vandi. Áfengi hefur lamandi áhrif á miðtaugakerfið þó það geti virst hafa örvandi áhrif í fyrstu. Þau áhrif má rekja til væntinga sem neytandinn gerir til neyslunnar og skynjun hans á sjálfum sér og umhverfi sínu. Áfengi getur haft skaðleg líkamleg áhrif ef þess er neytt í miklu magni. Fráhvarfseinkenni geta gert vart við sig þegar neyslunni er hætt sem birtast sem andleg og líkamleg vanlíðan. Þrátt fyrir að flestir viti um skaðleg áhrif áfengis er þess neytt í miklu magni. Gera verður greinarmun á hófdrykkju annars vegar og misnotkun eða drykkjusýki hins vegar. Engin ein skýring eða orsök hefur fundist á því hvers vegna sumir einstaklingar misnota áfengi og önnur vímuefni. Að sama skapi hefur ekki verið fundin nein ein aðferð til

Þess að aðstoða þessa einstaklinga. Fyrir á tímum voru aðallega tvö sjónarmið ríkjandi í umræðunni um alkóhólisma. Annars vegar var það að sá sem drykki illa væri siðferðilega verr staddur en þeir sem gátu ráðið við drykkjuna. Rökin fyrir því sjónarmiði voru þau að meirihluti þess fólks sem neytti áfengis ætti ekki við nein vandamál að stríða samfara drykkjunni. Hitt sjónarmiðið var að drykkjumaðurinn væri ekki með réttu ráði eða haldinn illum öndum þar sem enginn maður drykki svona illa sem væri með réttu ráði (Auður R. Gunnarsdóttir og Ævar Árnason, 1993 Kinney, 2008).

Margar skilgreiningar hafa verið settar fram um það hvað alkóhólismi er. Fjöldi fræðimanna hefur komist að þeirri niðurstöðu að alkóhólismi sé stigvaxandi sjúkdómur sem verður ekki læknaður nema með bindindi. Aðrir fræðimenn eru því ósammála og líta á alkóhólisma sem hegðunarmynstur. Andmælendur þess að greina alkóhólisma sem sjúkdóm rökstyðja það að þannig geti neytendur firrt sig ábyrgð af gerðum sínum og neyslu sinni. Þeir telja að orsakirnar liggja fremur í áhrifum frá umhverfinu og því að viðkomandi hafi glímt við sálfræðilega kvilla sem hafi leitt til ofneyslunnar (Sölvína Konráðsdóttir, 2001).

Vaxandi gagnrýni hefur komið fram á sjúkdómsviðhorfið á síðustu áratugum. Bent hefur verið á röklega veikleika sem skýrast af því að rökfærslan fer í hringi. Veikleikarnir felast í því að sömu hugtök séu notuð til að skilgreina og lýsa sjúkdómnum og notuð eru til að útskýra sjúkdóminn. Forsendur fyrir sjúkdómsviðhorfinu samræmast ekki seinni tíma rannsóknum. Samkvæmt sjúkdómsviðhorfinu getur áfengissjúklingur ekki haft taumhald á neyslu sinni og eru orsakir þess af líkamlegum toga. Þetta er talin mikil einföldun og gagnrýnendur benda á að getan til að drekka hóflega ákvarðist af hugsun og hegðun einstaklings og því umhverfi sem neyslan fer fram í. Þrátt fyrir að gagnrýni hafi komið fram á síðustu árum á sjúkdómsviðhorfið hefur það gegnt mikilvægu hlutverki. Það hefur breytt umræðunni um misnotkun áfengis og dregið úr þeim fordómum sem ríkt hafa gagnvart þeim sem eiga við áfengisvanda að stríða. Jafnframt hefur það verið hvatning til þess að hlúa að alkóhólistum og veita þeim umönnun og meðferð (Auður R. Gunnarsdóttir og Ævar Árnason, 1993).

Með aukinni þekkingu, vísindalegum rannsóknum og skilningi á því að „drykkurinn taki manninn“ varð æ flóknara að skilgreina hvað væri misnotkun og eða ofneysla. Þeir sem neyta áfengis og annarra vímuefna er fjölbreyttur hópur karla og kvenna. Neyslumynstrið er fjölbreytt bæði að magni og tíðni. Flestir ráða við neysluna en aðrir láta neysluna ráða sér. Til að skilgreina ofneyslu áfengis verður að taka tillit til allra þessara þátta en grundvallarspurningin er sú hvaða sameiginlegu einkenni eru meðal þessara einstaklinga (Kinney, 2008).

Skilgreiningar og kenningar um alkóhólisma eiga það allar sameiginlegt að telja það sem valdi alkóhólismanum sé stjórnleysi á vındrykkju og löngun í efnið. Athuganir hafa leitt í ljós að þeir sem glíma við þennan vanda eiga fátt annað sameiginlegt en að drekka meira en aðrir. Fjöldi fræðimanna hneigjast til þess að orsakir alkóhólisma sé að finna í flóknu samspili líffræðilegra, sálfræðilegra og félagslegra þátta. Alkóhólistinn sé ekki ánægður eða sáttur við sjálfan sig og getur ekki eða vill ekki taka á vanda sínum. Neysla áfengis eða annarra vímuefna hefur þau áhrif á einstaklinginn að hann telji sér allir vegir færir. Þessi líðan og upplifun veldur því að hann tekur ekki á vanda sínum eða leitar sér hjálpar. Hann heldur neyslunni áfram þrátt fyrir að hún hafi slæmar félagslegar, líkamlegar og andlegar afleiðingar í för með sér fyrir neytandann (Kinney, 2008 ; Sölvína Konráðsdóttir, 2001).

Hvort sem alkóhólismi er sjúkdómur eða hegðunarmynstur verður ekki deilt um skaðann sem hann veldur. Talið er að orsakir að minnsta kosti 60 sjúkdóma megi rekja til of mikillar áfengisneyslu. Dauðsföll af völdum ofdrykkju eru fleiri en af náttúruhamförum og öðrum slysum. Fjöldi dauðsfalla sem rekja má til áfengis notkunar eru tæplega 4% af öllum dauðsföllum í heiminum. Skaðinn vegna ölvunar- og vímuefna aksturs er þó allra mestur en 75% af bílslysum má rekja til slíks glæfraaksturs (Sölvína Konráðsdóttir, 2001; WHO, e.d.).

Aldrei verður hægt að meta mannlíf eða heilsu til fjár en ekki verður hjá því komist að horfa á þann kostnað sem hlýst af neyslu áfengis og vímuefna. Kostnaðurinn felst í löggæslu og þeirri þjónustu sem heilbrigðis- og félagsþjónusta þarf að veita í samfélaginu. Brýnt er að draga úr þeim skaða sem neysla þessara efna veldur og um leið að minnka kostnað vegna hennar. Það verður ekki gert með því að beina sjónum einungis að neyslunni og neytandanum, heldur verður einnig að horfa á þá samfélagslegu þætti sem hafa áhrif á neysluna og afleiðingar hennar. Vandinn er víðtækur og aukin neysla kvenna og ungmenna

er sérstakt áhyggjuefni vegna þess hversu viðkvæmir þessir hópar eru fyrir skaðsemi áfengis- og vímuefna. Alþjóða heilbrigðismálastofnunin og Evrópusambandið hafa komið á samstarfi sín á milli til að takast á við vandann. Samstarfið felst í því að þessar stofnanir samræma aðgerðir og áætlanir sínar til að draga úr þeim vanda sem samfélög standa frammi fyrir vegna áfengis- og vímuefnaneyslu (Félagsmálaráðuneytið, 2005; Helgi Gunnlaugsson, 2001).

1.1.2. Konur og alkóhólismi

Viðhorf gagnvart neyslu karla og kvenna á áfengi eru mismunandi og talið hefur verið að konur bregðist öðruvísi við neyslu áfengis en karlar. Ólík viðhorf til áfengis- og vímuefnaneyslu kvenna og karla endurspeglar þau viðhorf sem eru til kynjanna í þjóðfélaginu. Konurnar eru mæður og ætlast er til að þær sinni móður- og uppeldishlutverki sínu, jafnframt eiga þær að viðhalda félagslegri virðingu sinni og vera varkárar í hegðun. Þessi félagslega staða kvenna hefur stuðlað að því að þær hafa drukkið minna er karlar á fyrri tímum. Það er hægt að fara eins langt aftur og til daga Rómaveldis til að finna hugmyndir um að áfengi virki kynferðislega örvandi á konur sem leiði þær til spillingar og lauslætis. Þessi trú er enn að nokkru leyti við líði á Vesturlöndum sem ýtir undir neikvætt viðhorf og elur á skömm hjá þeim konum sem eiga við áfengisvanda að stríða. Neyslan er falin og ekki er brugðist við henni fyrr en hún er komin á alvarlegt stig. Sú trú að konur undir áhrifum áfengis séu kynferðislega æstar og skammarlegar hefur gert þær að auðveldu skotmarki fyrir andlegu, líkamlegu og kynferðislegu ofbeldi. Rannsókn var gerð í Bandaríkjunum árið 1982 á viðhorfum til nauðgana. Niðurstöður hennar leiddu í ljós að ríkjandi viðhorf eru þau að karlmaður sem nauðgar konu undir áhrifum áfengis beri minni ábyrgð á gjörðum sínum en sú kona sem verður fyrir nauðgun undir áhrifum áfengis. Þetta neikvæða viðhorf getur valdið því að konan sjálf, fjölskyldan, heilbrigðisstarfsmenn og samfélagið í heild er í afneitun gagnvart ofneyslu kvenna á áfengis- og vímuefnum (Ása Guðmundsdóttir og Hildigunnur Ólafsdóttir, 2001; Blume, 1998).

Áfengisvandi hefur verið talinn vera meiri hjá körlum en konum og flestar rannsóknir hafa beinst að körlum. Karlar drekka meira en konur þó þær hafi aukið drykkjuna á síðustu árum í kjölfarið af breyttum þjóðfélagsháttum. Þjóðfélagspáttaka

kvenna og aukin atvinnuþátttaka þeirra hefur leitt til aukinnar áfengisneyslu þeirra. Ekkert bendir þó til að konur muni drekka jafn mikið og karlar í nánustu framtíð þó þær hafi breytt neyslumynstri sínu. Umhverfisþættir eiga sinn þátt í því að konur drekka minna en karlar en rannsóknir hafa sýnt að áfengis- og vímuefnaneysla hefur mismunandi áhrif á karla og konur. Í niðurstöðum rannsókna kemur fram að áfengi og fíkniefni hafa mun fyrr skaðleg áhrif bæði líkamlega og andlega á konur en karla þó um svipaða neyslu sé að ræða. Ferli alkóhólistans er mun styttra hjá konum en körlum því þær sækja í meðferð á svipuðum aldri og karlar þó þær byrji neysluna eldri en þeir. Jafnframt benda niðurstöður til þess að konur eru mun líklegri til þess að hafa upplifað kynferðislega misnotkun og annað ofbeldi en karlar í neyslunni. Flest meðferðarúrræði hafa verið hönnuð fyrir karla og ekki gerðar neinar sérstakar ráðstafanir fyrir konur. Það getur skýrt hvers vegna færri konur hafi leitað í meðferð því úrræðin voru miðuð að þörfum karla. Niðurstöður úr þeim rannsóknum sem hafa beinst að áfengis- og vímuefnaneyslu kvenna hafa leitt til þess að farið er að huga að sérþörfum kvenna í meðferð (Ása Guðmundsdóttir og Hildigunnur Ólafsdóttir, 2001; Blume, 1998).

Konur í neyslu búa við margvísleg flókin félagsleg vandamál. Margar konur nefna að ástæður fyrir drykkjunni séu einmanaleiki, hjálparleysi og lítið sjálfstraust. Konurnar stríða við tilfinningalega erfiðleika auk þess að glíma við heilsufarsleg vandamál og fjárhagsvanda. Margar kvennanna hafa börn á framfæri og eru hræddar við að missa þau ef þær leita sér aðstoðar. Neikvætt viðhorf, skömm og ofbeldi gagnvart konum sem eiga við áfengis- og fíkniefnavanda að stríða elur á sektarkennd og dregur úr sjálfsmati og sjálfsöryggi þeirra. Í íslenskri könnun sem gerð var á umfangi heimilisofbeldis var sýnt fram á að konurnar notuðu áfengi og vímuefni sem deyfilyf til að flýja erfiðar aðstæður. Félagsleg staða flestra kvenna sem misnota áfengi- og vímuefni getur verið slæm. Þær hafa jafnvel misst atvinnu sínu vegna misnotkunarinnar og eru illa í stakk búnar til þess að stunda atvinnu og takast á við daglegt líf. Margar hverjar eru einstæðar mæður og þær sem eru í hjónabandi glíma einnig við hjónabandsvanda og jafnvel drykkju eiginmanna. Allir þessir þættir geta verið ástæða þess að konur leita sér ekki hjálpar og þróa með sér vanda sem getur leitt til heimilisleysis (Ása Guðmundsdóttir og Hildigunnur Ólafsdóttir, 2001; Blume, 1998).

1.1.3. Heimilisleysi

Lífsskilyrði og lífshættir þjóðanna eru að miklu leyti mótuð af velferðarstefnu þeirra og stefnumótun í ólíkum málaflokkum. Jákvæð sjálfsmynd byggir á því að einstaklingur hafi einhverju hlutverki að gegna í samfélaginu og að baki honum sé traust tengslanet fjölskyldu og vina. Mikilvægi þess að hafa næga atvinnu og gott húsnæði í boði ýtir undir ánægju og stöðugleika í þjóðfélaginu. Heimilisláusir búa ekki við þessar aðstæður þeir eru ekki virkir þátttakendur í hinu almenna samfélagi og hafa sjaldnast einhverju hlutverki að gegna. Vegna stöðu sinnar er sjálfsmynd þeirra brotin og þeir eiga í erfiðleikum með að taka á flóknum vanda sínum vegna heimilisleysis (Félagsmálaráðuneytið, 2005; Stefán Ólafsson, 1999).

Á Íslandi hafa heimilisláusir verið dulinn hópur. Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á heimilisláusum á Íslandi og því hafa ekki verið til nákvæmar tölur um fjölda heimilisláusra hér á landi. Sumarið 2009 kortlagði Reykjavíkurborg fjölda heimilisláusra í Reykjavík. Upplýsingar um heimilisláusa fengust frá þeim opinberum aðilum og hjálparsamtökum sem koma að málefnum þessa hóps. Kortlagningin náði yfir þriggja mánaða tímabil og leiddi í ljós að í Reykjavík er 121 einstaklingur heimilisláus. Meðalaldur hópsins var 41 ár en einstaklingarnir voru frá aldrinum 18 ára til 75 ára. Fjórðungur hópsins voru konur eða 29 konur alls sem er sambærilegur fjöldi við tölur frá Norðurlöndunum. Það eru eftirtektarverðar tölur því fyrri tölur um fjölda heimilisláusra kvenna í Reykjavík hafa verið mun lægri. Í janúar árin 2004 og 2005 voru einungis fimm konur taldar heimilisláusar í Reykjavík, Kópavogi og Hafnarfirði. Þegar búseta var skoðuð frekar kom í ljós að konurnar gista hlutfallslega oft en karlar við ótryggar aðstæður hjá vinum og ættingjum eða í neyðarathvörfum. Hluti alls hópsins bæði karlar og konur gistu að einhverju eða öllu leyti á götunni (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Félagsmálaráðuneytið, 2005).

Að vera heimilisláus er mjög erfitt fyrir alla þá sem lifa við þær aðstæður. Það er talið mun erfiðara fyrir konur en karla að vera heimilisláus því þær eru varnarminni gegn kynferðislegu og öðru ofbeldi. Heimilisláusar konur eru falinn hópur í Reykjavík og má rekja það til þess að margar konur gista hjá vinum og ættingjum. Einstaka kona grípur til þess

neyðarúrræðis að nota líkama sinn til að greiða fyrir húsaskjól (Félagsmálaráðuneytið, 2005; Wenzel, 2006).

Erfitt er að finna nákvæma skilgreiningu á heimilisleysi hér á Íslandi og fáar heimildir sem hægt er að vitna í. Skilgreining samráðshóps Félagsmálaráðuneytis er því notuð til að setja fram skilgreiningu á heimilisleysi við íslenskar aðstæður.

Umræður fóru fram á Alþingi árið 2004 um aðstæður heimilisláusra á Íslandi. Í kjölfarið ákvað þáverandi félagsmálaráðherra að koma saman samráðshópi til að kanna aðstæður þessara einstaklinga. Hópurinn var skipaður fulltrúum sveitarfélaganna á höfuðborgarsvæðinu auk fulltrúa frá dómsmála- félagsmála- og heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytunum. Samráðshópurinn skilaði skýrslu árið 2005 um þá einstaklinga sem ekki eiga þak yfir höfuðið. Hópurinn taldi mikilvægt að skilgreining á heimilisleysi næði yfir þá sem sannarlega búa við húsnaðisleysi og eiga hvorki þak yfir höfuðið né í nokkur hús að venda. Það var talið nauðsynlegt til að athyglin beindist að þeim sem búa við verstu aðstæðurnar. Starfshópurinn taldi að skilgreiningin þyrfti að byggjast á því að auðvelt væri að fá skilmerkilegar upplýsingar um þennan hóp til að koma á mótis við hann og veita sérhæfð úrræði. Skilgreiningin á heimilisleysi er því mjög þröng og afmarkar þá sem verst eru staddir. Það er sá hópur sem heldur til á götum Reykjavíkur og gistir einungis eina nótt á hverjum stað. Starfshópurinn kom sér saman um að tala um húsnaðisleysi í stað heimilisleysis og er skilgreiningin byggð á upplýsingum og reynslu starfsfólks Félagsþjónustunnar í Reykjavík (Félagsmálaráðuneytið, 2005).

„Húsnaðislaus er sá sem ekki hefur aðgang að hefðbundnu húsnaði, hann hefur ekki húsaskjól að staðaldri á sama stað og gistir þar sem kostur er hverja nótt, þar með talið í gistiskýli, á gistiheimili eða inni á öðru fólki. Þeir sem koma úr tímabundnu húsaskjóli, svo sem úr fangelsi eða úr vímuefnaðferð, eiga sögu um margháttaða húsnaðis- og félagslega erfiðleika og eiga ekki tryggt húsaskjól einum til tveimur mánuðum áður en þeir fara úr hinu tímabundna húsnaði, eru taldir hér með.“ (Félagsmálaráðuneytið, 2005).

Samræmi er í skilgreiningum Evrópudeildar félagsráðgjafa (e. IFSW), Sameinuðu þjóðanna og Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar. Skilgreiningarnar eru mun víðari en Félagsmálaráðuneytisins. Skilgreiningarnar fela í sér að einstaklingur lifi við algjört húsnaðisleysi þannig að hann hafi ekki þak yfir höfuðið. Einnig fellur undir skilgreininguna

yfirvofandi heimilisleysi þar sem viðkomandi á á hættu að missa heimili sitt eða vera borinn út af heimilinu einhverra hluta vegna. Einstaklingur er talinn vera í áhættuhóp fyrir heimilisleysi ef tekjur hans eru lágar og hann getur ekki borgað af húsnæði. Skilgreiningin nær yfir falið heimilisleysi sem er þegar fólk býr við ótryggar aðstæður og gistir hjá vinum og vandamönnum í stuttan tíma í senn. Sá hópur sem býr við falið heimilisleysi er að stórum hluta konur og ungt fólk. Einnig er hugtakið óviðunandi húsnæði skilgreint sem óhitaðar vistarverur eða vistarverur með mikinn raka, jafnvel yfirfullar af fólki þar sem hætta er á ofbeldi og kynferðislegri misnotkun (International Federation of Social Workers, IFSW, 2004; WHO, 2005).

Heimilisleysi getur varað í stuttan tíma hjá einstaklingum sem eiga við tímabundinn vanda að stríða. Aðrir glíma við mörg langvarandi flókin vandamál sem hindra aðgang þeirra að viðunandi húsnæði. Þessi langtímavandi getur leitt til varanlegs húsnæðisleysis. Orsakir heimilisleysis eru margar og mismunandi en samkvæmt IFSW eru helstu orsakir fátækt, mikil skuldabyrði, langtímaatvinnuleysi ótryggar fjölskylduaðstæður og slæm andleg heilsa. Í skýrslu samráðshóps Félagsmálaráðuneytisins kemur fram að helstu orsakir heimilisleysis hér á landi er ofneysla áfengis og fíkniefna, almennur heilsuþrestur og geðrænir erfiðleikar. Kortlagningin sem gerð var á vegum Reykjavíkurborgar sumarið 2009 styður það sem áður hefur komið fram um orsakir heimilisleysis. Bæði hér á landi og erlendis verður starfsfólk athvarfa og þeirra heimila sem hýsa heimilislausum æ meira vör við að þeir sem eru heimilislausir glíma við andlega sjúkdóma. Það bendir til að heilbrigðiskerfið sé ekki að sinna þessum einstaklingum og veita þá þjónustu sem nauðsynleg er til að takast á við vanda þeirra (Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir, 2009; Félagsmálaráðuneytið, 2005 ; IFSW, 2004).

Heimilislausir er hópur sem er utangarðs í samfélaginu og mætir oft miklum fordómum. Vegna aðstæðna sinna eiga heimilislausir iðulega erfitt með að að sækja sér þá heilbrigðis- og félagsþjónustu sem í boði er. Vandinn getur falist í lélegu aðgengi að heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir heimilislausum. Fordómar eru ríkjandi í garð heimilislausra, litið er á þá sem utangarðsmenn sem geti verið ofbeldisfullir og jafnvel eigi ekki skilið að njóta heilbrigðisþjónustunnar. Sjálfsmynd heimilislausra er léleg og það getur dregið úr þeim að fara inn á þjónustumiðstöðvar og leita sér aðstoðar. Jafnframt getur það verið hindrun fyrir þennan hóp að þurfa að þanta viðtal, standast tímaáætlanir og

skuldbindingar og uppfylla þær kröfur sem gerðar eru til þess að fá þjónustu (Félagsmálaráðuneytið, 2005; WHO, 2005).

Félagspjónustan í Reykjavík kannaði félagslegar aðstæður heimilislausra sumarið 2004. Í ljós kom að þeir sem voru heimilislausir eiga langa samskiptasögu við félagsmálafirvöld að baki. Tæplega 70% þeirra höfðu verið í sambandi við félagspjónustuna í sjö ár eða meira en þó með hléum. Heilsufar þeirra var lélegt og ákveðin merki um skaða af ofneyslu áfengis- og vímuefna. Fjárhagsaðstoð sveitarfélaga er aðeins veitt í takmarkaðan tíma til að bregðast við bráðum vanda einstaklinga. Ef þörf er á fjárhagsaðstoð til lengri tíma bendir það til lélegrar heilsu eða annars langvarandi vanda. Í þeim tilvikum er reynt að bregðast við á annan hátt og í sumum tilvikum er viðkomandi settur á örorkubætur. Flestir þeirra sem voru húsnæðislausir sumarið 2004 voru á örorkubótum og enginn aflaði sér tekna með atvinnu (Félagsmálaráðuneytið, 2005).

Samkvæmt lögum um félagspjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991 á að veita einstaklingum sem þess óska félagslega ráðgjöf og veita upplýsingar um félagsleg réttindi eins og fjármál, húsnæðismál og persónuleg vandamál. Heimilislausir stunda margir skaðlega lífnaðarhætti og það eru þeir sem jafnframt hindra hópinn í því að sækja sér þá þjónustu sem hann þarf og á rétt á. Það er vandkvæðum bundið að veita þeim sem ekki hafa hússaskjól eða fastan samastað viðunandi þjónustu. Einstaklingar sem eru húsnæðislausir standa fyrir utan samfélagið og eru utangarðs á þessu sviði eins og mörgum öðrum (Félagsmálaráðuneytið, 2005; WHO, 2005).

1.1.4. Skaðaminnkandi nálgun

Skaðaminnkun (e. harm reduction) er skilgreining á stefnu sem sett er meðal annars varðandi íhlutun og þjónustu sem virkum áfengis- og fíkniefnaneytendum er veitt. Áhersla er lögð á að hvetja einstaklinga til að halda lífi, viðhalda heilsu og bæta heilsufar sitt. Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar vísar til meðferðarúrræða sem beinir sjónum sínum að þeim skaða sem neysla áfengis- og vímuefna veldur frekar en neyslunni sjálfri. Hugmyndafræðin hefur það að markmiði að draga úr þeim neikvæðu áhrifum sem áfengis og vímuefnaneysla hefur á heilsu, félagslega og fjárhagslega stöðu þeirra. Vímuefni og notkun þeirra hafa fylgt mannum í gegnum aldirnar og svo mun líklega verða áfram. Í ljósi

Þess er óraunsaðtt að stefna að vímuefnalausum samfélagi. Aðferð skaðaminnkandi nálgunar er talin vera raunsað nálgun til að draga úr þeim skaða sem vímuefnaneysla veldur í stað þess að ætla að uppræta öll vímuefni og koma í veg fyrir neyslu. Áhersla er lögð á afleiðingar neyslunnar í stað þess að beina sjónum eingöngu að neytandanum og neyslunni. Hugmyndafræðin hefur verið nýtt með góðum árangri til að takast á við margan ólíkan vanda. Aðferðinni hefur verið beitt til að draga úr HIV smiti með sprautu- og nálaskiptaþjónustu og skaða af völdum tóbaksnotkunar. Undir skaðaminnkun má fella allar stefnur og verkefni sem stefna að því að draga úr vanda tengdum vímuefnanotkun án þess að krefjast bindindis (Erickson, Butters, Walko, e.d.; Helgi Gunnlaugsson, 2001; IHRA, e.d.).

Það er þekkt að margir sem eiga við áfengis- og vímuefnavanda að stríða vilja ekki eða geta ekki hætt neyslu sinni þrátt fyrir að hún valdi þeim heilsufarslegum skaða. Þeir sem aðhyllast hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar líta ekki á áfengis- og fíkniefnavanda sem sjúkdóm. Heldur er þessi vandi samspil líffræðilegra, andlegra og félagslegra þátta sem hefur þau áhrif á manneskjuna að hún misnotar áfengi- og vímuefni. Samkvæmt sjúkdómssmódelinu þróast áfengissjúkdómurinn á sama hátt hjá öllum sem þjáast af sjúkdómnum. Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar lítur svo á að vandinn sé ekki sá sami hjá öllum og því sé brýnt að bjóða einstaklingsmiðuð úrræði. Það er mikilvægt að kynna fyrir vímuefnaneytendum og fagfólki hugmyndir og möguleika á því að minnka áhættuna á frekari skaða á sjálfum sér og öðrum. Það er talið æskilegt að hafa valkost og bjóða uppá þjónustu sem veitir vímuefnaneytendum meira öryggi og betri heilsu. Samkvæmt hugmyndafræðinni er það ekki valkostur að manneskjur þjáist eða deyi af völdum einhvers sem hægt var að koma í veg fyrir (Erickson, Butters og Walko, e.d.; IHRA, e.d.).

Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar var fyrst kynnt í Hollandi árið 1970. Hún var sett fram sem annar eða andstæður valkostur við ríkjandi meðferðarúrræði sem krafðist algjör bindindis af hálfu einstaklinga til að koma í veg fyrir skaða af áfengis- og vímuefnaneyslu. Síðari ár hefur þessi hugmyndafræði breiðst út á milli landa og hefur verið nýtt í stefnumótun þjóða við uppbyggingu meðferðarúrræða. Þær þjóðir sem hafa verið virkastar í að innleiða þessa hugmyndafræði eru Þýskaland, England, Ástralía og Kanada. Bandaríkin hafa innleitt skaðaminnkandi nálgun í áætlun sína til að draga úr HIV smiti og öðrum áhættuþáttum sem geta fylgt vímuefnaneyslu (Tatarsky, 2007).

Í hugmyndafræði skaðaminnkunar er lögð áhersla á að sýna fjölskyldum neytendanna sem og þeim sjálfum umhyggju og tillitsemi. Að þeirra mati ber að koma fram við vímuefnaneytendur af virðingu, sýna þeim þolinmæði og samþykka alla einstaklinga eins og þeir eru og dæma þá ekki af hegðun sinni og gjörðum. Hugmyndafræðin leggur áherslu á að draga úr þeirri skömm sem hefur fylgt því að eiga við áfengis- og vímuefnavanda. Áfengis- og vímuefnaneytendur fyrirgera ekki mannréttindum sínum með neyslu sinni. Þeir eins og aðrir þegnar eiga rétt á heilsugæslu, félagsþjónustu og öðru því sem stendur til boða í hverju samfélagi. Þeir sem aðhyllast skaðaminnkun mæla á móti neikvæðum viðhorfum og framkomu í garð vímuefnaneytenda. Þeir telja að neikvæð framkoma sé viðhöfð og réttlætt í skjóli þess að verið sé að framfylgja lögum og reglum til að koma í veg fyrir vímuefnaneyslu. Fylgjendur skaðaminnkunar stuðla að því og leggja áherslu á að áfengis- og vímuefnaneytandi sé ekki siðlaus afbrotamaður heldur þegn sem velji sér þessa lífshætti Ávinningurinn af því að nota skaðaminnkandi nálgun er meðal annars sá að aðferðin getur hentað breiðum hópi fólks með ólíkan vanda. Aðferðin hefur það að markmiði að auka félagslega virkni einstaklinga og og draga úr skömm og skaða sem vímuefnaneysla veldur einstaklingnum og samfélaginu. Með skaðaminnkandi nálgun er talið að hægt sé að ná til jaðarhópa samfélagsins og þá sem eiga erfitt með að nýta sér félags- og heilbrigðisþjónustu (Ericson, Butters og Walko, e.d.; IHRA, e.d.).

1.1.5. Skaðaminnkun á Íslandi

Í október 2009 fór Rauði Krossinn á Íslandi af stað með verkefni *Heilsuhýsi* sem er heilsuvernd og skaðaminnkandi þjónusta fyrir jaðarhópa samfélagsins. Heilsuhýsið er færanlegt hjólhýsi þar sem hægt er að sækja sér aðstoð hjúkrunarfræðinga sem starfa í sjálfboðavinnu. Hjúkrunarfræðingarnir veita margvíslega þjónustu þar sem þeir meðal annars hlúa að sárum, sýkingum, bólgu og mæla blóðþrýsting. Þar fer einnig fram sprautu- og nálaskiptaþjónusta, sprautufíklum er boðið upp á að fá hreinar sprautur og nálar í skiptum fyrir notaðar sprautur og nálar. Hjúkrunarfræðingarnir veita einnig fræðslu um skaðaminnkun. Tilgangurinn með þessu verkefni er að bjóða jaðarhópum samfélagsins heilsuvernd í þeirra nærumhverfi og á þeirra forsendum. Markmiðið með þessari þjónustu er að draga sem mest úr heilsufarslegum skaða þeirra sem lifa áhættusömu lífi við slæmar aðstæður. Það er þekkt meðal þessa hóps að hann leitar sér oft ekki aðstoðar hjá

heilsugæslunni fyrr en í óefni er komið sem leiðir til mun dýrari úrræða fyrir heilbrigðiskerfið og enn frekari veikinda og óþæginda fyrir viðkomandi. Jafnframt er vonast til að nálaskiptaþjónustan dragi úr HIV smiti og lifrabólgu C smiti meðal sprautufíkla. Verkefnið hefur farið vel af stað og verið vel tekið af þeim sem þurfa að nýta sér þjónustuna (Rauði Krossinn, 2009; Þór Gíslason, 2009).

Frá árinu 1999 hefur SÁÁ boðið langt gengnum morfíns- og ópíumfíklum upp á viðhaldsmeðferð. Meðferð við ópíumfíkn er meðferð með sérhæfðum lyfjum ásamt félagslegri og geðrænni endurhæfingu. Til að komast í slíka meðferð þarf fíkillinn að gangast undir meðferðarsamkomulag. Þessari viðhaldsmeðferð er beitt þegar öll önnur meðferðarúrræði hafa brugðist. Þessi aðferð hefur mælst vel fyrir og þeir sem njóta hennar eru í fyrsta sinn að ná góðum árangri á löngum neyslufurli sínum. Markmiðið með henni er að draga úr þeim skaða sem hlýst af neyslunni og gefa einstaklingum tækifæri á endurhæfingu til félagslegrar virkni, fjölskyldulífs, náms og atvinnuþátttöku. Sá sem hlýtur slíka meðferð þarf að vera tilbúinn að takast á við vanda sinn á þann hátt að hann sjái möguleikana í því að geta breytt aðstæðum sínum með breyttri hegðun (SÁÁ, e.d.-a).

1.1.6. Valdefling

Valdefling er hugmyndafræði sem svipar til hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar. Valdefling felur í sér tilfærslu á valdi og er hvorki íhlutun né stjórnunaraðferð. Valdefling felur í sér að minnka vald sérfræðinga og færa völdin til þeirra sem verið er að vinna með eða eru valdlausir. Með valdeflingu er lögð áhersla á einstaklinginn að hann hafi vald yfir eigin lífi og umhverfi og geti breytt aðstæðum sínum sér í hag. Talið er að notandi þjónustu sé sérfræðingur í sínu lífi og þekki best hvað henti honum sjálfum til jákvæðra breytinga. Markmiðið með valdeflingu er að efla félagslega stöðu og almenn lífsgæði einstaklings. Ef viðkomandi verður meðvitaður um það að hann geti breytt aðstæðum sínum og hafi eitthvað um þær að segja eflist sjálftraust hans og vilji til breytinga (Warren, 2007).

1.2. Kenningar

Fordómar hafa ávallt verið til staðar gagnvart þeim sem glíma við áfengis- og vímuefnavanda og þeir taldir viljalausir og skorta siðferðilegan styrk. Mikil breyting hefur orðið á viðhorfum gagnvart alkóhólisma. Þær viðhorfs breytingar urðu þegar alkóhólismi var skilgreindur sem sjúkdómur en ekki sem siðferðisbrestur. Sálfræðilegar kenningar hafa verið settar fram sem skilgreina alkóhólisma ekki sem sjúkdóm heldur að alkóhólismi sé einkenni sem komi fram hjá einstaklingi vegna undirliggjandi þátta eða vegna persónugerðar hans. Margar sálfræðilegar rannsóknir hafa verið gerðar og mikilli þekkingu hefur verið safnað saman til að auka skilning á alkóhólisma. Sálfræðileg umfjöllun tekur mið af tengslum fólks við umhverfi sitt, lífeðlisfræðilegum þáttum og áhrifum menningar og félagslegra gilda á einstaklinginn (Sölvína Konráðsdóttir, 2001; Schuckit, 1986).

1.2.1. Sálfræðilegar kenningar

Sálfræðilegar kenningar um alkóhólisma byggjast á kenningu Freud um persónuleikann. Einstaklingur notar efni til að losna við slæmar tilfinningar og sársauka og finnur þess í stað til vellíðunar og ánægju. Ofneysla áfengis og vímuefna er birtingarmynd þess að viðkomandi eigi í erfiðleikum með að fást við tilfinningar sínar og takast á við veruleikann án vímuefna (Dodgen og Shea, 2000; Sölvína Konráðsdóttir, 2001).

1.2.2. Námskenningar

Námskenningar og skilyrðingar gera ráð fyrir því að neysla áfengis sé lærd hegðun með umbun og refsingu. Þær álíta að þróun alkóhólismans sé hringrás sem hefjist með því að áfengið og vímuefnin veiti vellíðan og spennulosun. Með áframhaldandi neyslu verður neyslan að vana og er þá áfengið notað til að forðast fráhvörf sem koma fram þegar neyslunni er hætt. Samkvæmt atferlisfræði Skinners lærir einstaklingurinn að bregðast við áreiti í umhverfinu, við rétta hegðun fáist ákveðin umbun. Samkvæmt námskenningunni er einnig hægt að snúa ferlinu við með því að aflæra hegðun á sama hátt og hægt er að læra hegðun (Dodgen og Shea, 2000; Jóna Margrét Ólafsdóttir, e.d.).

Aðrir atferlisfræðingar hafa betrubætt námskenninguna með því að segja að fleira þurfi að koma til að hafa áhrif á hátterni manna en aðeins umbun og refsing. Atferli mótast í samvirkni einstaklings og umhverfi hans. Hegðun lærist af þeirri menningu sem ríkir innan samfélagsins hvort sem það er samfélagið í heild sinni, fjölskyldan eða vinir. Reynsla einstaklingsins af neyslunni hefur áhrif á hvernig neysla vímuefna þróast hjá viðkomandi og viðhorf samfélagsins til neyslu hafa jafnframt mikil áhrif á þróun neyslunnar (Dodgen og Shea, 2000; Jóna Margrét Ólafsdóttir, e.d.).

Félagsnámskenningin var sett fram á sjötta og sjöunda áratugnum og er helsti frumkvöðull hennar Albert Bandura. Samkvæmt Bandura eru kennisetningarnar byggðar á víxlverkun félagsmótandi þátta umhverfisins og atferli manneskjunnar. Einstaklingurinn hefur áhrif á umhverfi sitt eða félagsmótandi þætti í því sem hefur svo aftur áhrif á einstaklinginn. Hegðun er afleiðing þessarar víxlverkunar. Ef einstaklingur elst upp við það að drykkja sé samþykkt hegðun í vissum tilefnum og við vissar aðstæður lærir hann að nota áfengi og vímuefni við sömu aðstæður. Á sama hátt notar hann áfengi eða vímuefni til þess að deyfa tilfinningar eða draga úr kvíða og streitu ef hann hefur hann upplifað slíka reynslu. Kenning Bandura er í mótsögn við aðrar kenningar sem settar hafa verið fram um þróun alkóhólisma. Hann leggur áherslu á að atferlið sé lært og því þurfi ekki að skilgreina þróun þess eða stigsmun frekar. Mismunandi áhrif neyslunnar á einstaklinga orsakast af því neyslumynstrið er breytilegt eftir stað og stund og ólíkir ákvörðunarþættir liggja að baki neyslunni (Dodgen og Shea, 2000; Sölvína Konráðsdóttir, 2001).

1.2.3. Spennulosunarkenning

Spennulosunarkenningin skýrir að einstaklingar noti áfengi og önnur vímuefni til þess að losa um spennu, kvíða og líkamlega vanlíðan. Einnig hjálpar það viðkomandi að losa sig við óþægilega reynslu og upplifun. Neysla vímuefnanna kallar fram vellíðan hjá viðkomandi sem leiðir þannig til aukinnar og áframhaldandi neyslu og vítahringur skapast af neyslunni (Jóna Margrét Ólafsdóttir, e.d.).

1.2.4. Væntingakenning

Væntingakenningin byggir á því að í fyrsta skipti sem einstaklingur neytir áfengis eða vímuefna fer hann í vímu sem hann sækist eftir að komast í aftur og endurtekur því neysluna til þess að ná fyrri áhrifum. Með endurtekinni neyslu verður viðkomandi háður vímuefnunum og sækir í þau til að minnka þá vanlíðan sem fylgir fráhvörfum þegar neyslunni er hætt (Jóna Margrét Ólafsdóttir, e.d.).

1.2.5. Þarfapýramídi Maslows

Abraham Maslow var einn af upphafsmönnum mannúðarsálfræðinnar. Hann setti fram kenningu um þarfapýramíða sem hann skipti í fimm þrep og taldi vera grunnþarfir mannsins. Þarfirnar eru meðfæddar og birtast við fæðingu í eftirfarandi röð á lífsleiðinni. Fyrsta þrepið er líkamlegt, þar er þörfin fyrir fæðu og umönnun. Annað þrepið felur í sér að búa við öryggi, þriðja þrepið að finna fyrir kærleik og einhverjum þyki vænt um mann. Þegar einstaklingurinn finnur fyrir væntumþykju og kærleik fer hann yfir á fjórða þrep og fyllist sjálfsvirðingu og sjálfsöryggi og getur að sama skapi borið virðingu fyrir öðrum. Fimmta þrepið er það hæsta þar getur einstaklingur nýtt alla sína hæfileika til fulls og tekist á við ný tækifæri og orðið að bestu hugsanlegri manneskju. Þarfapýramídi Maslows er gott verkfæri til þess að reyna að skilja hegðun mannsins. Það var ekki nýtt í fræðunum að einstaklingar væru drifnir áfram af mismunandi stigskiptum hvötum og það sem nægði einum dugði ekki þeim næsta. Það sem var nýtt í kenningu Maslow var að hegðun og hvatning einstaklinganna réðist af þeim þörfum sem ekki voru uppfylltar. Ef grunnþörfum mannsins um fæði, klæði og skjól var ekki fullnægt komst hann ekki áfram á næsta þrep samkvæmt Maslow. Hindranir mannsins voru í hans huga óttinn við að geta ekki það sem hann langaði mest til að stefna að. Ef hægt var að sigrast á óttanum og óörygginu voru mannum allir vegir færir (Weinbach, 2008).

2. Stefnumótun

Í þessum kafla verður fjallað um stefnumótun í áfengis- og vímuefnamálum á Íslandi og málefnum heimilislausra. Stefnumótun er áætlun um aðgerðir sem hið opinbera hefur lagt fram um hvernig haga skuli skipan ákveðinna mála í þjóðfélaginu og hvernig best sé að ná þeim markmiðum sem stefnt er að.

2.1. Stefnumótun í áfengis- og fíkniefnamálum

Stefnumótun í áfengis- og fíkniefnamálum er mótuð með lögum og reglum sem settar eru af stjórnvöldum ásamt viðurlögum við brotum á þeim. Formleg stefna ríkisvaldsins birtist jafnframt í þeim hlutverkum sem opinberum stofnunum er ætlað í samfélaginu. Mikilvægt er að opinber stjórnvöld marki skýra stefnu í þessum málaflokki. Stefnan verður að taka mið af ólíkum þörfum einstaklinga og hópa svo að hægt sé að mæta þeim með viðeigandi úrræðum. Stefna opinberra aðila á Íslandi í áfengis- og fíkniefnamálum er nokkuð skýr. Í 1. gr. áfengis laga nr. 75/1998 er kveðið skýrt á um að tilgangur laganna sé að vinna gegn misnotkun áfengis. Stefnt er að því að útrýma tóbaksreykingum, halda áfengisneyslu í lágmarki og koma í veg fyrir notkun ólöglegra fíkniefna (Árni Einarsson, 2001).

Í stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingarmálaráðherra frá árinu 2007 er lögð áhersla á áfengis- og vímuefnavarnir. Heilsufarsleg rök liggja fyrir þessari stefnumótun og gerð er krafa um aðgerðir til að draga úr neyslunni. Ekki eru allir á eitt sáttir um hvernig eigi að ná þeim markmiðum sem sett hafa verið með opinberri stefnu í áfengis- og fíkniefnamálum. Ólíkar aðferðir og nálganir felast í því hvernig horft er á vandann og hann skilgreindur. Ein nálgun beinir sjónum sínum að neytandanum og neyslu hans. Vandinn er talinn felast í neyslunni sjálfri og afleiðingum hennar fyrir einstaklinginn og samfélagið í heild sinni. Önnur nálgun leggur áherslu á það sem orsakaði neysluna í upphafi það er sálarlegur, líkamlegur eða samfélagslegur vandi. Stefnumótun þjóðfélaga helgast af þessum skilgreiningum (Árni Einarsson, 2001; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2007).

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin og Evrópusambandið hafa í samvinnu gefið út leiðbeiningar til ríkisstjórna þjóða til að samræma aðgerðir til að takast á við áfengis- og vímuefnavanda. Jafnframt hafa þjóðirnar verið hvattar til að móta stefnu í áfengis- og vímuefnamálum sem miðar að því að bregðast við þeim vanda sem fylgir neyslunni. Henni getur fylgt fjölpætt vandamál eins og fátækt, heimilisleysi, ofbeldi, afbrotahæðun og félagsleg einangrun. Kostnaður þjóðanna vegna heilbrigðis- félagsþjónustu og löggæslu sé mikill vegna skaðsemi vímuefna. Stofnunin leggur áherslu á mannvirðingu og mikilvægi þess að líta ekki á neytendur sem afbrotamenn heldur einstaklinga sem þarfnist fjölbreyttra meðferðarúrræða. Ef ekki er brugðist við vandanum með viðeigandi úrræðum viðhelst vandinn og heilsufarsleg vandamál, atvinnuleysi, heimilisleysi og afbrotahæðun verður viðvarandi í þjóðfélögum. Aðgerðirnar miða að því að draga úr þeim skaða sem áfengis- og vímuefna neysla veldur. Leiðbeiningarnar taka mið af heilbrigðissjónarmiðum byggðum á rannsóknarniðurstöðum um árangursríkar aðgerðir (Heilbrigðisráðuneytið, 2005; United Nations og WHO, 2008).

2.2. Stefnumótun í málefnum heimilislausra

Reykjavíkurborg hefur eitt sveitarfélag á Íslandi mótað sér stefnu í málefnum heimilislausra. Stefnan var samþykkt árið 2008 og gildir til ársins 2012. Markmiðið með stefnunni er að tryggja öllum viðunandi húsaskjól og koma í veg fyrir að einhverjir gisti á götunni. Jafnframt á stefnan að tryggja að þeir einstaklingar sem eru í áhættuhóp fái nauðsynlegan stuðning. Mikilvægt er talið að viðhalda tengslum við þá heimilislausu og efla félagslega ráðgjöf til þeirra. Ráðgjöfin er talin forsenda þess að ásættanleg lausn finnist á fjölpættum vanda heimilislausra. Einnig er talið nauðsynlegt að heimilislausir hafi heimilislækni og góðan aðgang að heilbrigðisþjónustunni. Stefnan á að stuðla að viðeigandi úrræðum til að auka lífsgæði þeirra sem eru heimilislausir. Í stefnunni er aðaláherslan lögð á aukið samstarf ólíkra kerfa innan samfélagsins eins og lögreglu, félagsmála- og heilbrigðis yfirvalda. Einnig er lögð áhersla á að fjölbreyttari úrræði séu í boði en nú eru, og unnið sé að heildarsýn í málaflokknum. Í stefnunni kemur fram að fjölga eigi búsetuúrræðum fyrir heimilislausu og taka tillit til ólíkra þarfa þeirra við uppbygginguna. Á meðal þess sem sett

er fram í stefnunni er að opna langtíma húsnæðisúrræði fyrir konur árið 2009 (Reykjavíkurborg, 2008-b).

3. Meðferðarúrræði

Í þessum kafla verður fjallað um þau meðferðarúrræði sem standa áfengis- og vímuefnaneytendum til boða á Íslandi í dag og einnig verður kynnt meðferð skaðaminnkandi nálgunar.

3.1. Hefðbundin meðferðarúrræði

Meðferðarkerfi fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi er mjög umfangsmikið. Margar stofnanir bjóða upp á þessa þjónustu innan heilbrigðiskerfisins ásamt sjálfstæðum félagasamtökum. Þessar stofnanir vinna allar að sama markmiði það er að neyslunni verði hætt í lok meðferðar. Skipulag stofnana, uppbygging þeirra, sýn og menntun starfsfólks er mismunandi og hefur það áhrif á starfsemi þeirra. Sú þjónusta sem stendur áfengis- og fíkniefnaneytendum til boða getur náð yfir ráðgjöf, fræðslu og stuðningi við daglegt líf auk virkrar meðferðar sem felur í sér greiningu, afeitrun, meðferð og eftirfylgni (Heilbrigðisráðuneytið, 2005; Hildigunnur Ólafsdóttir, 2001-b).

Á Íslandi hefur meðferð og endurhæfing áfengis- og vímuefnaneytenda byggst á þekkingu og úrræðum læknisfræðinnar og AA samtakanna (e. Alcoholics Anonymous). Þau meðferðarúrræði sem standa til boða taka öll mið af því að um sjúkdóm sé að ræða og bati fái aðeins með algjöru bindindi. Hér á landi er stuðst við sjúkdómsgreiningu ICD 10 (e. International Classification of Diseases) á áfengis- og vímuefnafíkn og þeim heilbrigðisvanda sem fylgir í kjölfarið af neyslunni. ICD er alþjóðleg flokkun á öllum sjúkdómum, áverkum og röskunum sem Alþjóða heilbrigðismálastofnunin setti fram árið 1997. Þessi flokkun er í stöðugri endurskoðun og nú er í gildi tíunda útgáfa flokkunarinnar. Með þessu flokkunarkerfi var umfjöllun um alkóhólisma samræmd í læknisfræðilegum og vísindalegum tilgangi. Farið var að fjalla um alkóhólisma sem sjálfstæðan sjúkdóm og í fyrsta sinn var farið að tala um alkóhólisma sem vímuefnasýki. AA samtökin eru samhjálparsamtök sem byggja á tólf erfðavenjum og tólf spora kerfi. Erfðavenjurnar eru

rammi starfseminnar og lýsa því hvernig AA samtökin eiga að starfa. Sporakerfið er nokkurs konar verkefnaskrá sem hver félagi kynnir sér og fer eftir til að ná árangri. Tólf spora kerfið er notað af mörgum aðilum sem veita áfengis- og vímuefnameðferð og hefur mikil áhrif á innra starf þeirra sem veita meðferð samkvæmt því. Grundvallarreglur AA samtakanna eru þær að einstaklingurinn viðurkenni vanmátt sinn yfir neyslunni. Töluverð umræða hefur farið fram meðal sérfræðinga um það hvers konar meðferð henti ólíkum hópum. Umræðan hefur falið í sér hvort sama nálgun henti báðum kynjum og ólíkum aldurshópum. Jafnframt hefur farið fram umræða um það hvort sami árangur náist af þjónustu og meðferð sem veitt er á göngudeildum og með innlögn á stofnanir. Varanlegur árangur af áfengis- og vímuefnameðferð er ekki mikill og hafa margir sem fara í meðferð farið áður. Á árunum 1997- 2006 eru um það bil 80 % þeirra sem skráðir eru í meðferð hjá SÁÁ að koma í þriðja sinn. Þó má ætla að árangur komi fram í bættri líðan eða betri félagslegri stöðu þótt neyslan haldi áfram (Heilbrigðisráðuneytið, 2005; Hildigunnur Ólafsdóttir, 2001-a; Kinney, 2008; Óttar Guðmundsson, 1998; SÁÁ, e.d.-b; WHO, e.d.).

Í kringum 1980 var árangur af áfengis- og vímuefnameðferð í Bandaríkjunum metinn. Þar byggjast um 90% af öllum meðferðarúrræðum á 12 spora kerfinu. Í ljós kom að varanlegur árangur þeirra sem fóru í meðferð og kláruðu hana var einungis á bilinu frá frá 5% til 39%. Af öllum þeim sem fóru í meðferð var 80% sem tókst ekki að klára hana. Í kjölfarið komu fram hugmyndir að þörf væri á öðrum aðferðum og nýjum nálgunum. Talið var að þessi meðferðarstefna þar sem takmarkið var algjört bindindi væri hindrun fyrir marga í að leita sér hjálpar (Canada Mortgage and Housing Corporation, CMHC, 2005).

Í skýrslu sem unnin var á árunum 2003 - 2004 af starfshóp á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis um þjónustu við áfengis og vímuefnaneytendur á Íslandi kom fram að þau úrræði sem í boði voru væru einhæf. Lagt var til að leita leiða til þess að bæta meðferðarúrræði til að mæta þörfum ólíkra hópa (Heilbrigðisráðuneytið, 2005).

3.2. Meðferð skaðaminnkandi nálgunar

Á neysluferlinum óska flestir sem glíma við alkóhólisma eftir að fá aðstoð til að bregðast við fíkn sinni. Með skaðaminnkandi meðferð er þess ekki krafist að viðkomandi hætti allri neyslu vímuefna. Meðferðin hefst þar sem fíkillinn er staddur og tekur mið af þeirri

meginreglu að fyrir liggi samþykki hans og vilji til sjálfsefningar og jákvæðra breytinga. Meðferðin byggist á sambandi þátttakandans og meðferðaraðilans á milli þeirra þarf að ríkja gagnkvæmt traust. Meðferðin leiðir einstaklinga í þá átt að bera ábyrgð á og bæta heilsu sína. Vandinn getur falist meðal annars í andlegri vanheilsu, atvinnuleysi, heimilisleysi, smitsjúkdómum og fangelsun. Þessi nálgun er andstæð þeirri ríkjandi skoðun að einungis sé hægt að vinna bug á vandanum með því að viðkomandi hætti allri neyslu og verði edrú. Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar útilokar ekki bindindi en lítur svo á að margar leiðir séu að því markmiði að bæta heilsu þátttakenda. Í meðferðinni felast margar aðferðir til að mæta neytandanum og takast á við vanda hans hvort sem vandinn er langt genginn eða er stutt á veg kominn. Með því að samþykkja aðrar aðferðir í upphafi er talið að hægt sé að ná til fleiri einstaklinga og draga úr umfangi vandans (Erickson, Butters og Walko, e.d.; Harm Reduction Therapy Center, 2001- 2010).

Þeir meðferðaraðilar sem nýta sér skaðaminnkun í meðferð meta árangur af meðferðinni í bættu heilsufari manneskjunnar en ekki hvort hún sé hætt neyslunni. Litið er á hverja jákvæða breytingu sem verður í lífi einstaklings sem árangur í meðferðinni. Meðferðin á að vera fólki til þæginda og aukinna lífsgæða en ekki þvingunaraðgerð. Alltaf verða þeir til sem ekki ná því eða vilja ekki vera án áfengis og eða vímuefna. Það getur þó verið eftirsóknaverður kostur fyrir aðra að verða edrú. Talið er, að betra sé að setja langtímamarkmið til þess að tryggja varanleika breytinganna. Það er talinn mun meiri möguleiki á því að einstaklingar taki nokkur jákvæð viðráðanleg skref, frekar en að taka stór stökk í átt að breytingum. Leiðarljós þeirra sem vinna að skaðaminnkun er að halda fólki á lífi, koma á jákvæðum breytingum og koma í veg fyrir óbætanlega skaða (IHRA, e.d.; Tatarsky, 2007).

4. Búsetuúrræði

Í þessum kafla verður fjallað um þau búsetuúrræði á Íslandi sem standa heimilislausum virkum áfengis- og fíkniefnaneytendum til boða. Gerð verður grein fyrir vinnu sem fór fram á vegum Félagsmálaráðuneytisins árin 2003-2004 um málefni heimilislausra á Íslandi og þær tillögur sem settar voru fram í þeirri skýrslu. Einnig verða kynntar rannsóknir og kannanir sem gerðar hafa verið erlendis á búsetuúrræðum með stuðningi og starfa eftir hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar.

4.1. Búseta sem stendur áfengis- og vímuefnaneytendum til boða

Þeir sem hafa misst stjórn á neyslu sinni og í kjölfarið misst fjölskyldu sína atvinnu og húsnæði þurfa langvarandi aðstoð og fjölbreytt úrræði til að fóta sig í samfélaginu á ný. Hafa verður í huga að þarfir áfengis- og vímuefnaneytenda eru mjög misjafnar því margir glíma við fjölpættan langvarandi vanda. Mikilvægt er að skapa ásættanlegar aðstæður með stuðningi og endurhæfingu fyrir þá einstaklinga sem vilja ná félagslegri færni og jafnframt vera þátttakendur í samfélaginu. Einnig verður að veita þeim umönnun og skapa viðunandi lífsskilyrði fyrir þá sem ekki geta hætt neyslunni þrátt fyrir margendurteknar meðferðir. Þessir einstaklingar eiga rétt á að fá grunnþörfum sínum fullnægt með fæði klæði og húsnæði eins og aðrir þegnar samfélagsins. Taka verður tillit til þess hver eru raunhæf markmið hópsins. Félagsþjónusta sveitarfélaganna ber lögum samkvæmt að sinna grunnþörfum íbúanna og stuðla að velferð þeirra. Félagsþjónustan á að bregðast við bráðum vanda sem einstaklingar standa frammi fyrir á meðan varanleg lausn finnst. Það er jafnframt skylda félagsþjónustunnar að finna lausn á vandanum í samráði við heilbrigðisþjónustuna og einstaklinginn sjálfan. Í félagsþjónustunni felst meðal annars fjárhagsaðstoð, aðstoð við húsnæðismál og félagslega ráðgjöf (Heilbrigðisráðuneytið, 2005; Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991).

Reykjavíkurborg ásamt hjálpar- og félagasamtökum reka heimili fyrir neytendur í Reykjavík sem eru að búnir að ganga í gegnum áfengis- og fíkniefnameðferð og eru að fóta sig aftur í lífinu. Heimilin eru áfangaheimili og stoðbýli. Áfangaheimili er tímabundið

húsnæði til að mæta húsnæðisþörf þeirra sem eru í endurhæfingu eftir áfengis- og vímuefna meðferð áður en þeir fara í sjálfstæða búsetu. Á áfangaheimilum búa þeir sem hefur tekist að hætta neyslunni. Íbúarnir búa í einstaklingsherbergjum sem þeir greiða lágmarksleigu fyrir, önnur aðstaða er sameiginleg. Heimilismenn sjá um heimilisstörfin sjálfir eftir bestu getu, þeim er boðið upp á fullt fæði á heimilinu en öll önnur þjónusta er í lágmarki. Stoðbýli er heimili með þjónustu allan sólarhringinn þar sem áhersla er lögð á umburðarlyndi og mannúð. Umönnun er veitt langvarandi vímuefnaneytendum sem ekki geta búið sjálfstætt. Stoðbýli er góður kostur fyrir þá sem þurfa mikinn stuðning, hafa verið lengi í vímuefnaneyslu og geta ekki lifað án vímuefna (Félagsmálaráðuneytið, 2005; Heilbrigðisráðuneytið, 2005; Reykjavíkurborg, 2008-b).

Tveir íbúðakjarnar eru reknir fyrir þá karla og konur sem hafa verið greindir með geðsjúkdóm og eiga jafnframt við áfengis- og vímuefnavanda að stríða. Í íbúðakjörnunum eru 13 íbúðir þar sem flestir íbúarnir eru karlmenn. Til þess að fá úthlutað íbúð þarf viðkomandi að gangast undir meðferðarsamning og vilja til að vera í bata. Raunhæf meðferðaráætlun er gerð fyrir hvern og einn íbúa sem tekur mið af getu hans og þörfum. Áætlunin er endurskoðuð reglulega og tekið tillit til þess hvað gekk vel og hverju þarf að breyta til að betur gangi. Ef íbúi fellur á bindindi missir hann ekki búsetusamning sinn við fyrsta brot en við síendurtekin brot missir hann búseturétt sinn. Þá er litið svo á að íbúinn vilji hvorki vera í samvinnu né í bata. Hagsmunir heildarinnar eru hafðir að leiðarljósi þar sem það getur verið truflandi fyrir aðra íbúa þegar einn þeirra er í neyslu (Jóna Rut Guðmundsdóttir munnleg heimild, 27. apríl 2010).

Tvö heimili eru rekin fyrir karla þar sem þeim er boðið að búa án þess að þeir hætti neyslu. Heimilismönnum býðst ráðgjöf og stuðningur til þess að fara í meðferð auk heildstæðrar félagslegrar þjónustu. Að auki eru fjögur smáhýsi við Eyjaslóð þar sem pör og einstaklingar geta búið án sérstakra skilyrða en umsjónarmaður lítur til með þeim. Til þess að fá úthlutað húsnæði í þessum íbúðum þarf að sækja um það hjá viðeigandi þjónustumiðstöð í Reykjavík og sérstök inntökunefnd fjallar um umsóknina (Félagsmálaráðuneytið, 2005; Reykjavíkurborg, 2008-a).

Ekkert heimili er fyrir heimilislausar konur í neyslu í Reykjavík þrátt fyrir að í stefnumótun Reykjavíkurborgar í málefnum utangarðsfólks eigi að vera búið að opna

heimili árið 2009. Konurnar geta nýtt sér búsetuúrræðin í smáhýsunum og þar býr ein kona í dag (Guðrún Þorgerður Ágústsdóttir og Hulda Gunnarsdóttir munnleg heimild, 9.apríl 2010).

Eitt gistiskýli fyrir 20 karla er rekið í Reykjavík á vegum Samhjalpar kristilegra samtaka og Reykjavíkurborgar. Gistiskýlið veitir húsaskjól til einnar nætur þar sem lágmarkspjónusta er í boði. Boðið er uppá hreinlætis- og þvottaaðstöðu og máltíð. Neyðarathvarf fyrir konur sem eiga hvergi höfði sínu að halla er rekið í Konukoti af Velferðarsviði Reykjavíkurborg og Reykjavíkurdeild Rauða Kross Íslands. Konukot var opnað árið 2004, þar er pláss fyrir 8 konur. Konurnar sem sækja Konukot eru flestar í neyslu eða eiga við geðræn vandamál að stríða. Í Konukoti er hreinlætisaðstaða og þvottaaðstaða og í boði er morgunverður og léttur kvöldverður. Einnig geta konurnar fengið fatnað að vild sem fataflokkunarstöð Rauða Krossins sér um. Húsið er opið frá kl. 17:00-12:00 alla daga ársins. Konukot er eina athvarfið eða húsaskjolið á landinu fyrir heimilislausar konur í neyslu. Á árinu 2009 voru gistinætur í Konukoti samtals 1231. Fjöldi kvenna sem þar gisti var 56 þar af 32 konur sem komu í fyrsta sinn í athvarfið. Konurnar voru á aldrinum 18 ára til 66 ára sem gistu frá einni nóttu til alls 227 náttu (Kristín Helga Guðmundsdóttir, 2009; Rauði Kross Íslands, e.d.; Samhjalp, 2002-2009).

Könnun var gerð á vegum heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytis á árunum 2003-2004 á þeirri þjónustu sem í boði er fyrir áfengis- og fíkniefnaneytendur. Niðurstöður úr þeirri könnun voru birtar í skýrslu árið 2005 og lagðar fram á Alþingi til kynningar. Niðurstöðurnar sýna að á höfuðborgarsvæðinu er nægt framboð og gott aðgengi að meðferðarúrræðum og eftirfylgni fyrir þá sem vilja hætta áfengis- og vímuefnaneyslu. Þjónustan felur í sér aðstoð við daglegt líf, innlagnir á sjúkrastofnanir og eftirmeðferð. Eftirmeðferð getur falist í stoðþjónustu með henni er átt við ýmsan félagslegan stuðning fyrir langveika og virka neytendur og áfangaheimili. Fá úrræði eru í boði fyrir virka neytendur og eru settar fram tillögur til að mæta þeirri þörf í skýrslunni. Lagt er til að opna stoðbýli og veita virkum áfengis- og fíkniefnaneytendum frekari þjónustu. Dvöl á stoðbýli getur reynst fyrsta skref einstaklings til þess að breyta lífnaðarháttum sínum og bæta aðstæður sínar (Heilbrigðisráðuneytið, 2005).

4.2. Búsetuúrræði byggð á hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar

Í Kanada, Bandaríkjunum og Bretlandi meðal annars hafa verið kynntar nýjar aðferðir til þess að veita heimilislausum varanlega búsetu. Þau viðhorf sem hafa verið ríkjandi eru að ekki sé hægt að taka manneskju beint af götunni og veita henni húsnæði heldur þurfi hún að ganga í gegnum röð af úrræðum. Í þjónustukeðju tekur hvert úrræðið við af öðru þar sem fyrsta þrepið er gistiskýli. Annað þrepið er húsnæði þar sem einstaklingurinn fær sálfræðiþjónustu eða áfengis- og vímuefnaáferð og undirbúning fyrir sjálfstæða búsetu. Lokatakmarkið er að allri neyslu sé hætt og skilyrði fyrir búsetunni er algjört bindindi. Ef þátttakandi fellur á bindindinu er honum refsað með því að fara til baka á fyrra stig í keðjunni og þarf að vinna sig upp aftur. Kannanir sem gerðar hafa verið í þessum löndum hafa sýnt að skaðaminnkandi nálgun hefur reynst vel til að mæta hópi heimilislausra og bjóða þeim húsnæði án þess að þurfa að fara í gegnum þjónustukeðju. Með skaðaminnkun er ekki refsað fyrir fall á bindindi. Frekar eru tækifæri nýtt til að gleðjast yfir jákvæðum breytingum sem verða á hegðun einstaklings og neysluvenjum (CMHC, 2005; Tsemberis og Eisenberg, 2000).

Á vegum húsnæðismálastofnunar í Kanada voru teknar saman upplýsingar um 13 búsetuúrræði í Kanada, Bandaríkjunum og Bretlandi sem öll beita hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar. Tilgangur könnunarinnar var að kanna áhrif þess að beita nýstárlegum búsetuúrræðum fyrir heimilislaust fólk sem jafnframt var í neyslu. Í öllum úrræðunum var unnið ötullega að því að fá einstaklingana til þess að gera jákvæðar breytingar á lífi sínu. Hvatningarviðtölum var beitt til að fá þátttakendur til að horfast í augu við vanda sinn. Horft var á styrkleika og getu hvers og eins í stað þess að horfa á veikleika þeirra. Jafnframt var þeim veittur stuðningur og allar nauðsynlegar upplýsingar til að draga úr neyslu sinni eða gera hana áhættuminni. Niðurstöður voru þær að góður árangur náðist með því að samþætta hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar og búsetu með stuðningi. Þetta var árangursríkt til að mæta þörfum heimilislausra sem glíma við áfengis- og fíkniefnavanda. Í niðurstöðum könnunarinnar kom skýrt fram að til þess að meðferð fyrir heimilislausum einstaklinga í neyslu skili árangri þarf hún að fela í sér yfirgripsmikla neytendastýrða þjónustu ásamt öruggu húsnæði með stuðningi. Þetta voru talin lykilatriði til að gera þessum hópi mögulegt að gera breytingar á lífi sínu. Skipti þá ekki máli hvort einstaklingarnir hættu neyslunni alveg eða minnkuðu hana og skaðann af henni.

Áhersla var lögð á einstaklinginn og þarfir hans sem leiddi til hámarksárangurs í viðleitninni til að ná fram jákvæðum breytingum. Íbúarnir höfðu flestir fengið búsetuúrræði áður en ekki tekist að ná tökum á lífi sínu því stuðninginn vantaði og enduðu því aftur heimilislausir. Breytingarnar á lífi þátttakenda eru sérstaklega áhugaverðar í ljósi þess hve litlar kröfur eru gerðar til þeirra til að breyta lífi sínu. Þátttaka í meðferð eða öðrum þjónustuúrræðum er yfirleitt valfrjáls þátttakendur velja sjálfir hvaða þjónustu þeir vilja fá. Starfsmennirnir hvetja íbúana hins vegar til að móta sér meðferðaráætlun og nýta sér þá þjónustu sem stendur til boða. Líkur voru leiddar að því að áhrifamáttur þess að íbúarnir hefðu val um hvernig og hvaða þjónustu þeir nýttu sér stuðlaði að jákvæðum breytingum (CMHC, 2005).

Mikilvægar upplýsingar fengust með rannsókninni þær voru helstar, hversu miklum árangri var hægt að ná með því að veita heimilislausum húsnæði beint af götunni. Þrátt fyrir að þeir heimilislausu glími bæði við áfengis- og vímuefnavanda og geðræn vandamál þá er auðveldlega hægt að taka þá beint inn af götunni ef þeim er veittur viðeigandi stuðningur. Ef binda á endi á heimilisleysi þá sýnir þessi rannsókn að það er vel hægt með því að bjóða uppá húsnæði fyrst og taka síðan á öðrum vanda sem fylgt getur neyslunni. Mikilvægt er að víkka það sjónarhorn sem hefur verið líði þegar stefnur í málefnum heimilislausra eru mótaðar. Litið er á varanlega búsetu sem heimili einstaklings en ekki sem hluta af meðferðarúrræði (CMHC, 2005).

Eigindleg rannsókn var gerð í Washington D.C. á árunum 1984-1987 á meðal 20 heimilislausra kvenna sem gistu í neyðarathvörfum og gistiskýlum. Í viðtölum sem voru tekin við konurnar kom fram að þær töldu mikilvægara að fá varanlega búsetu en sálfræði þjónustu eða aðra álíka meðferð. Fram kom hjá konunum það viðhorf að það væri ekki árangursríkt að veita heimilislausum þjónustu þar sem þeir ættu engan samastað. Þær töldu að besta meðferðin við vanda þeirra væri að eiga sitt eigið heimili. Á heimilinu gætu þær hvílt sig, látið sár sín gróa. Þá töldu þær það mikinn kost að geta valið sér þá sem dvöldu með þeim í stað þess að hafa ekkert um það að segja með hverjum þær gistu á hverri nóttu. Konurnar sáu fyrir sér heimili sitt, þar sem þær höfðu sitt eigið heimilisfang og sinn litla heim út af fyrir sig. Fæstar konurnar höfðu getu til að búa einar en með góðum stuðningi gætu þær flutt á stoðbýli af götunni. Því miður höfðu fáar konur möguleika á slíku húsnæði þar sem þær voru ekki ofarlega á úthlutunarlistanum aðstæðna sinna vegna. Konurnar lögðu allar áherslu á þörfina fyrir virðingu þrátt fyrir að þær væru heimilislausar,

þær sögðust berjast fyrir því að halda mannlegu eðli við ómannúðlegar aðstæður (Liebow, 1993).

Á árunum 1993 til 1997 var gerð samanburðarkönnun á hópum heimilislausra í Kanada sem fengu ólík úrræði. Tilraunahópurinn fékk varanlega búsetu með stuðningi strax og einstaklingarnir komu af götunni. Ekki var krafist bindindis af þeim eða önnur íþyngjandi skilyrði sett fyrir þátttöku. Þátttakandinn þurfti einungis að eiga mæta til fundar með starfsmanni verkefnisins tvisvar sinnum í mánuði og taka þátt í fjárhagsáætlun sinni. Samanburðarhópurinn fékk hefðbundna meðferð og fékk búsetuúrræði sitt eftir að hann hafði farið í gegnum þjónustukeðju eins sagt var frá að ofan. Að tæplega fimm árum liðnum voru 88% þeirra sem voru í tilraunarhópnum enn í sinni búsetu. Stór hluti af hópnum eða 65% hafði leitað sér aðstoðar vegna fíknar sinnar eða geðrænna vandamála og 27% af þátttakendum voru í hlutastarfi eða tímabundinni vinnu. Af samanburðarhópnum voru einungis 47% þátttakenda enn í þeirri búsetu sem þeim hafði verið úthlutað. Þátttakendur tóku fram að eftir að hafa fengið varanlega búsetu jafnvel í fyrsta sinn á ævinni var til mikils að vinna að halda í hana. Það kom fram í niðurstöðunum að þátttakendur geta tekið á vanda sínum og eru viljugri til þess þegar þeir þurfa ekki að lifa við þær erfiðu aðstæður sem heimilisleysi er (CMHC, 2005; Tsemberis og Eisenberg, 2000).

Enn önnur könnun var gerð í Kanada þar sem þátttakendur voru 17 heimilislausir karlar sem gistu í gistiskýlum og glímdu við áfengis- og vímuefnavanda. Þeim voru kynntar nýjar aðferðir til að draga úr neyslu þeirra og minnka samfélagslegan skaða af henni. Það var ekki skilyrði fyrir þátttöku að hætta allri neyslu áfengis- og vímuefna. Þeir þurftu hins vegar að samþykkja samstarfssamning sem gildi á meðan könnuninni stóð. Í samningnum fólst að þátttakandinn þurfti að vera undir virku eftirliti starfsmanns, gangast undir heilsueftirlit og fá aðstoð við dagleg störf. Jafnframt þurfti hann að takmarka drykkju sína við einn sterkan drykk á klukkustund þann tíma sem hann var vakandi. Þegar niðurstöður voru skoðaðar og teknar saman tölur eftir mánaðar reynslutíma kom í ljós veruleg breyting á hegðun þátttakenda sem hafði bæði áhrif á þá sjálfa og samfélagið. Heimsóknur á bráðamóttökur hafði fækkað og legudagar á sjúkrahúsum voru færri. Afskipti lögreglu voru minni af þátttakendum og þeir sjálfir sýndu þess merki að dregið hafði úr áfengis- og vímuefnaneyslu þeirra (Hwang, 2006).

5. Félagsráðgjöf

Í þessum kafla verður fjallað um félagsráðgjöf og frumkvöðla í greininni. Í kaflanum verður fjallað um gildi þess fyrir félagsráðgjafa að beita skaðaminnkandi nálgun og valdeflingu fyrir heimilislausar konur í neyslu.

5.1. Félagsráðgjöf

Grundvöllur félagsráðgjafar er mannvirðing og virðing fyrir sérstöðu hvers einstaklings og trúin á að hver og einn búi yfir hæfileikum sem hann getur nýtt sér til fulls. Markmið félagsráðgjafar er að vinna gegn félagslegu óréttlæti og vinna að lausnum á persónulegum og félagslegum vanda sem staðið er frammi fyrir hverju sinni. Félagsráðgjafi vinnur gegn mannréttindabrotum óháð því hvar þau eiga sér stað. Í siðareglum félagsráðgjafa kemur fram að félagsráðgjafi fer ekki í manngreinarálit og á að virða rétt hvernar manneskju til sjálfsákvörðunar. Félagsráðgjafi leitast við að byggja upp gagnkvæmt traust við skjólstæðing sinn. Félagsráðgjafinn gætir hagsmuna skjólstæðings síns sé hann ekki fær um það sjálfur og er jafnframt málsvari þess sem til hans leitar. Félagsráðgjafinn upplýsir hann um réttindi og skyldur og hvaða úrræði standa honum til boða (Félagsráðgjafafélag Íslands, e. d.).

Frá upphafi félagsráðgjafar hefur heildarsýn verið leiðarljós félagsráðgjafans. Hugmyndafræðin sem liggur að baki er mikilvægi þess að hver og einn einstaklingur sé sérstakur og horfa verður á einstaklinginn í samhengi við umhverfi hans. (Lára Björnsdóttir, 2006).

Markmið félagsráðgjafar er að endurvekja og viðhalda félagslegri virkni einstaklinga í samfélaginu. Styrkur félagsráðgjafar liggur í því að búa yfir aðferðum og þekkingu til að vinna með einstaklingum, fjölskyldum, hópum og samfélaginu í heild sinni. Félagsráðgjafinn dregur fram þær þjargir sem einstaklingurinn býr yfir eða eru í samfélaginu til að breyta aðstæðum skjólstæðingnum í hag. Jafnframt greinir hann þá þætti hjá einstaklingnum sjálfum eða í umhverfi hans sem hindrar hann í því að búa við bestu mögulegu lífsgæði. Þar sem hver einstaklingur er sérstakur þarf úrræði honum til handa að vera sértækt og sniðið að hans þörfum. Þrátt fyrir fjölbreytta og mikla þekkingu félagsráðgjafans er hann ekki

sérfræðingur í málefnum skjólstæðings síns, það er skjólstæðingurinn sjálfur. Hins vegar getur félagsráðgjafinn nýtt sér kenningar og aðferðarfræði sem verkfæri til að aðstoða einstaklinginn sem leitar til hans. Heildarsýn félagsráðgjafans er eitt helsta verkfæri hans til að styðja skjólstæðing sinn til sjálfshjálpar og sjá styrkleika hans frekar en veikleika. Félagsráðgjafi á að byggja starf sitt á fræðilegum kenningum, niðurstöðum rannsókna og starfsreynslu úr félagsráðgjöf. Félagsráðgjöfum ber að viðhalda þekkingu sinni og kunnáttu með því að fylgjast með nýjungum í starfinu (Farley, Smith og Boyle, 2009; Félagsráðgjafafélag Íslands ,e.d.).

5.2. Frumkvöðlar í félagsráðgjöf

Það hefur verið þekkt meðal frumkvöðla félagsráðgjafarinnar að vinna með heimilisláusum og þeim sem eiga við einhvern vanda að stríða. Íslenskir félagsráðgjafar líta á Ólafíu Jóhannsdóttur (1863- 1924) sem frumkvöðul í greininni. Ólafía var mikil baráttukona fyrir réttindum kvenna og áfengisbindindi. Hún var mikil hugsjónakona og vann líknarstörf í krafti trúar sinnar. Félagsráðgjöf var ekki til áður sem sjálfstæð starfsgrein en rætur hennar liggja í sjálfboðaliðastörfum sem lutu að mannúðar- og líknarstörfum víða um heim. Árið 1899 ritaði Ólafía grein „Góðgerðarsemi“ um aðferðir í hjálparstarfi þar sem hún lagði áherslu á mikilvægi þess að koma fram við bágstadda af virðingu og virða sjálfsákvörðunarrétt þeirra. Ólafía hafði annað sjónarhorn en margir aðrir á það hvernig best væri að hjálpa þeim sem væru hjálpar þurfi og vakti athygli vegna þess. Ólafía kom fram við skjólstæðinga sína á jafnréttisgrundvelli. Hún lagði áherslu á að taka þátt í lífi þeirra en ekki dæma þá eða þvinga til neinnar aðgerða. Hún taldi að það væri val hvers og eins hvernig hann hagaði lífi sínu en ábyrgðin væri þeirra sjálfra. Þessi viðhorf Ólafíu hljóma vel við nútíma félagsráðgjöf og gildi hennar og sýna að Ólafía var langt á undan sinni samtíð (Sigríður Dúna Kristmundsdóttir, 2006).

Ólafía bjó hluta af ævi sinni í Osló. Þar kynntist Ólafía stúlkum sem höfðu lent á glapstígum og voru hjálpar þurfi. Stúlkunum kynntist hún þegar hún var vitja þeirra sem höfðu sýkst af kynsjúkdómum. Hún heimsótti þær ekki einungis á sjúkrahús heldur gekk um göturnar til að reyna að hitta þær. Eftir að Ólafía kynntist stúlkunum og bágu aðstæðum þeirra átti hún sér þann draum að stofna heimili fyrir konur sem áttu hvergi höfði sínu að

halla. Með hjálp góðra manna og kvenna og Hvíta bandsins í Osló varð draumurinn að veruleika árið 1912. Heimilið fylltist brátt af konum og var sú yngsta fjórtán ára og sú elsta um fimmtugt. Fyrsta árið sem heimilið var opið komu þangað hundrað og fjörtíu konur. Heimilið átti ekki að verða framtíðarheimili fyrir konurnar. Það átti að vera athvarf á meðan þær leituðu sér að vinnu og húsnæði. Þær konur sem voru verst staddar dvöldu á heimilinu í nokkrar vikur og voru þær síðan studdar til að takast á við lífið á nýjan leik. Mörgum kvennanna tókst að koma lífi sínu á réttan kjöl og breyta aðstæðum sínum til hins betra en aðrar gáfust upp og hurfu til fyrra lífs. Konurnar sem komu á heimilið til Ólafíu voru ólíkar en allar glímdu þær við einhvern vanda sem hrakti þær á götuna. Konurnar áttu við áfengisvanda að stríða, voru ungar ófrískar stúlkur og flestar voru þær þjáðar af kynsjúkdómum. Margar konurnar höfðu mátt þola kynferðislegt ofbeldi og var þetta heimili því ekki frábrugðið því starfi sem fram fer hjá Stígamótum eða Kvennaathvarfinu sem félagsráðgjafar komu á stofn hér á landi mun síðar (Sigríður Dúna Kristmundsdóttir, 2006).

Sama ár og Ólafía ritaði grein sína um góðgerðastarfsemi gaf Mary Richmond (1861-1928) sem talin er ein af frumkvöðlum í félagsráðgjöf út bókina *Friendly Visiting Among the Poor*. Þessi bók er álitin eitt af upphafsritum í félagsráðgjöf. Í henni koma fram sömu hugmyndir um samspil einstaklings og samfélags og Ólafía fjallaði um grein sinni. Mary Richmond, eins og Ólafía, lagði áherslu á virðingu fyrir skjólstæðingi sínum og hjálp til sjálfshjálpar (Sigríður Dúna Kristmundsdóttir, 2006).

Annar mikilvægur frumkvöðull í félagsráðgjöf var bandaríska konan Jane Addams (1860- 1935) en hún fékk friðarverðlaun Nóbels árið 1931 fyrir störf sín. Jane Addams leit svo á að ástæður fyrir vanda þeirra sem stóðu höllum fæti stafaði af þjóðfélagsgerðinni og var hún óþreytandi í baráttu sinni fyrir betra þjóðfélagi. Jane Addams ferðaðist víða um Evrópu og kynntist þar heimilum sem fátækum og öðrum sem minna máttu sín var veitt húskjól eða önnur þjónusta. Efna- og menntafolk bjó í fátækrahverfum og sinnti fátækum, öldruðum og börnum í sjálfböðavinnu. Þessi heimili voru kölluð *settlements house* á ensku en má þýða sem áfangaheimili á íslensku. Þegar hún kom til baka til Bandaríkjanna setti hún á stofn svipuð heimili og hún hafði kynnst á ferðum sínum. Frægast er Hull House í Chicago þar sem hún bjó sjálf til dauðadags. Jane Addams lagði mikið upp úr því að efla einstaklinga og fjölskyldur til sjálfshjálpar. Í Hull House setti hún á stofn

leikskóla, hélt námskeið fyrir innflytjendur, kenndi hreinlæti og marga aðra nytsamlega hluti svo fjölskyldur gætu bætt lífsgæði sín (Farley, Smith og Boyle, 2009).

5.3. Gildi verksins fyrir félagsráðgjöf

Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar og valdeflingar falla vel að hugmyndafræði félagsráðgjafar. Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar hefur það að leiðarljósi að dæma ekki manneskjur af hegðun sinni og gjörðum frekar að sýna þeim þolinmæði, umburðarlyndi og samþykkja alla eins og þeir eru. Markmið félagsráðgjafar er ætíð að mæta skjólstæðingnum þar sem hann er staddur og bera virðingu fyrir sjálfsákvörðunarrétti hans og styðja hann til sjálfshjálpar. Frumkvöðlar í félagsráðgjöf unnu með heimilislásum konum sem glímdu við áfengis- og vímuefnavanda fyrir meira en hundrað árum. Vandinn er enn til staðar og er umfangsmikill. Það ætti að vera hvatning fyrir félagsráðgjafa að tileinka sér og innleiða nýjar hugmyndir og vera frumkvöðlar í því að þróa og auka gæði meðferðar. Til þess geta þeir nýtt sér þekkingu sína og heildarsýn. Félagsráðgjafar geta vakið athygli almennings og yfirvalda á bágum aðstæðum heimilisláusra kvenna og verið málsvarar þeirrar fyrir bættum aðstæðum.

6. Samantekt og lærdómur

Í þessum kafla verða teknar saman helstu niðurstöður úr gagnaöfluninni og rannsóknarspurningunum svarað. Að lokum verða settar fram tillögur að því hvernig nýta má þessa samantekt til að fjölga úrræðum fyrir heimilislausra.

Árið 2009 kortlagði Reykjavíkurborg fjölda og aðstæður heimilislausra í Reykjavík. Þar kom fram að 121 einstaklingur er heimilislaus og fjórðungur þeirra er konur. Heimilislausir búa við verra heilsufar en aðrir, flókin félagslegan vanda og áfengis- og vímuefnafíkn. Heimilislausir hafa verið falinn hópur á Íslandi og lítið hefur verið fjallað um málefni þessa hóps. Erfitt hefur verið að taka saman heildartölu heimilislausra kvenna þar sem þær gista oftast en karlar hjá vinum og vandamönnum við ótryggjar aðstæður.

Gott aðgengi er hér á landi að áfengis- og vímuefnaeðferð og eftirfylgni í kjölfar hennar fyrir þá sem vilja hætta neyslunni. Sem dæmi má nefna áfangaheimili og önnur stuðningsúrræði. Tvö stoðbýli og eitt gistiskýli stendur opið fyrir karla sem eru í virkri neyslu. Ekkert stoðbýli er til fyrir konur í neyslu en þær geta leitað í Konukot sem er neyðarathvarf fyrir heimilislausar konur. Eflaust hafa verið færð rök fyrir því á æðri stöðum að ekki væri þörf á búsetuúrræðum fyrir heimilislausar konur í neyslu þar sem þær væru svo fáar eins og kom fram í skýrslu Félagsmálaráðuneytisins frá árinu 2005. Nýjustu tölur frá Reykjavíkurborg sýna hins vegar svo ekki verður um villst að þörfin er mikil. Einnig er fjöldi kvenna sem gista í Konukoti töluverður eða um 56 konur árið 2009 og 32 þeirra eru að gista þar í fyrsta sinn. Í skýrslu Heilbrigðisráðuneytisins sem lögð var fram árið 2005 og í stefnumótun Reykjavíkurborgar í málefnum utangarðsfólks frá 2008- 2012 kemur fram að þörf er á fjölbreyttari úrræðum til að mæta þörfum heimilislausra og þeirra sem glíma við áfengis- og vímuefnavanda þrátt fyrir það hefur enn ekki verið opnað stoðbýli fyrir heimilislausar konur í neyslu.

Talið er að heimilisleysi orsakist af flóknum félagslegum erfiðleikum og er áfengis- og vímuefnafíkn stór hluti af þeim vanda. Varanlegur árangur af áfengis- og vímuefnaeðferð er ekki mikill og til SÁÁ koma tæp 70% allt að þrisvar sinnum í meðferð við fíkn sinni. Öll búsetuúrræði sem standa heimilislausum konum til boða eru háð þeim

skilyrðum að þær séu edrú. Þær konur sem ekki eru edrú uppfylla ekki þau skilyrði sem sett eru til að komast að í búsetuúrræði. Af þessu skapast vítahringur sem erfitt er að rjúfa. Konurnar eiga því litla möguleika á að vinna úr vanda sínum og bæta aðstæður sínar.

Sálfræðilegar kenningar hafa verið settar fram til að skilgreina alkóhólisma ekki sem sjúkdóm heldur að alkóhólismi sé birtingarmynd þess að manneskja eigi við erfiðleika að stríða. Sá sem á í erfiðleikum með að takast á við tilfinningar sínar og veruleikann án vímuefna notar því áfengi- og vímuefni til að vekja upp vellíðan og spennulosun og losna við slæmar tilfinningar. Neyslan verður hringrás, það sem í upphafi var vellíðan við neysluna verður að vana. Að lokum er áfengið og vímuefnin notuð til að forðast fráhvörf sem geta gert vart við sig þegar neyslunni er hætt. Einstaklingur endurtekur neyslu sína til að reyna að finna fyrir fyrri upplifun og að lokum verður hann háður neyslunni. Jafnframt er talið að áhrif frá umhverfi hafi mikil áhrif á neyslumynstur fólks og hegðun. Atferli mótast af samvirkni einstaklingsins og umhverfi hans. Ef áfengis- og vímuefnaneysla er samþykkt hegðun við vissar aðstæður í vissum tilefnum þá lærir einstaklingur að neyta áfengis og vímuefna við sömu aðstæður. Af þessu má leiða að þær konur sem lifa við þær kringumstæður að eiga ekki í nein hús að venda noti áfengi- og vímuefni til að deyfa tilfinningar sínar og vanlíðan. Ef konunum eru skapaðar viðunandi aðstæður þar sem þær geta haft áhrif á líf sitt geta þær jafnvel haft áhrif á neysluvenjur sínar.

Niðurstaða mín er sú að ríkjandi meðferðarstefna við áfengis- og vímuefnavanda á Íslandi og þau búsetuúrræði sem standa heimilislausum konum til boða í dag hindrar þær í því að taka á vanda sínum. Þær eru staddar í vítahring þar sem skilyrði fyrir búsetuúrræðum er algjört bindindi og því ná þær ekki á meðan þær lifa á götunni. Hægt er að bæta aðstæður heimilislausra kvenna sem glíma við áfengis- og vímuefnavanda með því að opna stoðbýli og veita þeim stuðning til að takast á við flókinn vanda sinn og fá aðstoð við dagleg störf. Mikilvægt er að þær fái leiðbeiningar og fræðslu svo þær geti sett sér raunhæf markmið, eflt félagslega virkni og bætt líðan síðan. Með öruggu húsnæði eiga þær auðveldara með að taka á vanda sínum og auka lífsgæði sín. Komið hefur fram að það sem heimilislausir telja mikilvægast fyrir þá sjálfa er að þeir fái húsnæði. Varanlegt húsnæði og stuðningur getur síðan leitt til þess að þessi hópur tekur á vanda sínum á einn eða annan hátt. Til að skilja hegðun og setja sig í spor heimilislausra kvenna er gott að nýta sér

kenninguna um þarfapýramída Maslows. Maslow bendir á að ekki sé hægt að flytjast á milli þrepa nema grunnþörfum um fæði klæði og húsaskjól sé fullnægt.

Fjölmargar rannsóknir og kannanir sýna varanlegan árangur af þeim búsetuáráttum þar sem fólki er boðið uppá skaðaminnkandi nálgun í meðferð og aðstoð án skilyrðis um bindindi. Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar hefur það að markmiði að draga úr neikvæðum áhrifum sem áfengis- og vímuefnaneysla hefur á heilsu, félagslega og fjárhagslega stöðu einstaklinga. Árangur meðferðar er metinn út frá þeim jákvæðu breytingum sem verða á aðstæðum einstaklinga þó þeir hætti ekki allri neyslu. Hugmyndafræðin hafnar ekki bindindi og telur það ekki nauðsynlegt fyrsta skref að bættum hag þó loka niðurstaðan geti orðið varanlegt bindindi. Langtímamarkmið um jákvæðar breytingar er talið hafa varanlegri áhrif en uppræting neyslunnar í upphafi.

Hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar og valdeflingar falla vel að hugmyndafræði félagsráðgjafar. Þar sem aðal inntak þeirrar hugmyndafræði er að mæta einstaklingnum þar sem hann er staddur hverju sinni og styðja hann til jákvæðra breytinga á lífi sínu. Það er hlutverk félagsráðgjafans að hjálpa konunum til sjálfshjálpar, efla sjálfsmýnd þeirra og mæta þeim þar sem þær eru staddar í lífinu. Markmiðið er vinna að lausn á vandamálum kvennanna og færa þeim meiri stjórn og vald yfir lífi sínu. Konurnar þurfa að komast að því að þær sjálfar geta haft stjórn á aðstæðum sínum og haft áhrif á umhverfi sitt. Með breyttum lifnaðarháttum geta þær aukið lífsgæði sín þó þær hætti ekki neyslunni alveg samkvæmt hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar.

Sá lærdómur sem má draga af þessari samantekt er að ekki er nauðsynlegt að krefja alla um bindindi og láta alla fljóta í sama farveg. Margar ólíkar aðferðir eru til þess að auka lífsgæði fólks og takast á við vanda þeirra og mikilvægt er að temja sér víðsýni og umburðarlyndi.

Það sem hefur vakið sérstaka athygli mína er það að ekki virðast gilda almenn jafnréttissjónarmið gagnvart heimilislausum konum á Íslandi. Engin heimili eru fyrir heimilislausar konur í neyslu þó sýnt hafi verið fram á að þörfin sé brýn. Hópurinn er afar viðkvæmur fyrir skaðlegum áhrifum áfengis- og vímuefnaneyslu og fyrir kynferðislegri

misnotkun og öðru ofbeldi. Ég vil leyfa mér að lýsa því yfir að ef um annan hóp kvenna væri að ræða í þjóðfélaginu væri búið að standa upp, finna lausn á vanda þeirra og berjast fyrir jöfnum rétti þeirra og karla til að fá viðunandi búsetuúrræði. Heimilislausir glata ekki mannréttindum sínum þó þeir eigi við flókinn vanda að stríða þvert á móti eiga þeir að fá aðstoð þeirra sem betur eru staddir og eiga möguleika á að hjálpa þeim.

Í ritgerðinni hef ég bent á þörfina fyrir húsnæði fyrir heimilislausa til að takast á við vanda sinn. Kynntar hafa verið erlendar rannsóknir sem sýna að skaðaminnkandi nálgun er til lengri tíma líkleg til að minnka neyslu og neikvæðar afleiðingar hennar. Það liggur fyrir að yfirgnæfandi meirihluti þeirra meðferðarúrræða sem í boði eru í dag krefjast algers bindindis. Þeim hópi fólks sem hentar ekki þau úrræði og standa utangarðs fá nýjan og annan valkost með þeirri hugmyndafræði sem lögð er til í þessari ritgerð.

Þar sem hugmyndafræði skaðaminnkandi nálgunar er ung og hefur ekki fest sig í sessi eins og önnur meðferðarúrræði má ætla að gagnrýniraddir muni heyrast og efasemdir koma fram um gagnsemi hennar. Jafnvel geta einhverjir talið að þessi hugmyndafræði ýti undir frekari neyslu og enn frekari skaða vegna hennar. Það er verkefni að vinna fyrir félagsráðgjafa að kynna nýja hugmyndafræði og vera leiðandi meðal fagfólks að innleiða fjölbreyttar vinnuaðferðir.

Heimildaskrá

Auður R. Gunnarsdóttir og Ævar Árnason. (1993). Hvers vegna er áfengi misnotað? Í Hörður Þorgilsson og Jakob Smári (ritsjórar), *Sálfræðibókin* (bls. 641- 647). Reykjavík: Mál og Menning.

Áfengislög nr. 75/1998.

Árni Einarsson. (2001). Forvarnir. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og Forvarnir- handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 180- 191). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í forvörnum.

Ása Guðmundsdóttir og Hildigunnur Ólafsdóttir. (2001). Konur og áfengi. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og Forvarnir-handbók fyrir heimili og skóla* (144-152). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í forvörnum.

Blume, S. B. (1998). Understanding Addictive Disorders in Women. Í Graham A., Shultz P. og Chevy Chase (ritstjórar), *American Society of Addiction Medicine* (bls. 1173-1190). USA: The Guilford Press.

Canada Mortgage and Housing Corporation. (2005). *Homelessness, Housing and Harm Reduction: Stable Housing for Homeless People with Substance Use Issues*. Sótt 5. janúar 2010 af <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/64031.pdf?fr=1267466451890>.

Dodgen, C. E. og Shea, M. W. (2000). *Substance use disorders*. USA: Academic Press.

Elín Sigríður Gunnsteinsdóttir og Erla Guðrún Sigurðardóttir. (2009). *Utangarðsfolk í Reykjavík: Kortlagning og rannsókn*. Sótt 15. janúar 2010 af http://www.reykjavik.is/Portaldata/1/Resources/velferdarsvid/rannsoknir_kannanir/utangardsfolk_i_reykjavik_skyrsla_0909.pdf.

Erickson, P., Butters, J. og Walko, K. (e.d.) *CMAH and Harm Reduction: A Background Paper on its Meaning and Application for Substance Use Issues*. Sótt 11. apríl 2010 af

http://www.camh.net/Public_policy/Public_policy_papers/harmreductionbackground.html.

Farley, O.W., Smith, L. L. og Boyle, S. W. (2009). *Introduction to Social Work*. (11.útgáfa). U.S.A: Pearson Allyn og Bacon.

Félagsmálaráðuneytið. (2005, október). *Skýrsla samráðshóps um heimilislausa. Aðstæður heimilislausa í Reykjavík og tillögur til úrbóta*. Sótt 15. janúar 2010 af http://www.felagsmalaraduneyti.is/media/acrobat-skjol/skyrsla_heimilislausir.pdf.

Félagssráðgjafafélag Íslands. (e.d.) *Síðareglur félagssráðgjafa*. Sótt 20. janúar 2010 af <http://www.felagsradgjof.is/index.php?option=content&task=view&id=8&Itemid=31>.

Harm Reduction Therapy Center. (2001- 2010). *What is Harm Reduction Therapy*. Sótt 20. janúar 2010 af <http://www.harmreductiontherapy.org/default.asp>.

Heilbrigðisráðuneytið. (2005, mars). *Skýrsla heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi*. Sótt 15. janúar 2010 af <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/S131...08-vimuefna-skyr.pdf>

Heilbrigðis- og Tryggingamálaráðuneytið. (2007). *Staða og endurskoðun meginmarkmiða til heilbrigðisáætlunar til ársins 2010*. Sótt 1. apríl 2010 af http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Stada_og_endurskodun_meginmarkmida_heilbrigdisaatlunar_til_arsins_2010.pdf

Helgi Gunnlaugsson. (2001). Vímuefni og samfélag. Í Árne Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir-Handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 78-84). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.

Hildigunnur Ólafsdóttir. (2001-a). AA-samtökin. Í Árne Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir-Handbók fyrir heimili og skóla* (bls.128-133). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.

Hildigunnur Ólafsdóttir. (2001-b). Meðferð á Íslandi- saga og stofnanir. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir- Handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 134-143). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.

Hwang, S. W. (2006). *Homelessness and harm reduction*. Sótt 11.apríl 2010 af <http://www.ecmaj.com/cgi/content/full/174/1/50>.

International Federation of Social Workers –European Region. (2004). *Policy statement on Homelessness*. Sótt 23. janúar 2010 af http://www.ifsw.org/cm_data/PP-Homeless.pdf.

International Harm Reduction Association. (e. d.) *What is harm reduction*. Sótt 23. janúar 2010 af <http://www.ihra.net/Whatisharmreduction>

Jóna Margrét Ólafsdóttir (e.d.). *Kenningar um alkóhólisma*. Sótt 12. Febrúar 2010 af <http://www.lifandiradgjof.is/index.php?option=content&task=view&id=6&Itemid=29>.

Kinney, J. (2008). *Loosening the grip. A Handbook of Alcohol Information*. (8. útgáfa). New York: McGraw –Hill.

Kristín Helga Guðmundsdóttir. (2009). Ársskýrsla Rauða Kross Íslands Reykjavíkurdeild 2009. *Konukot, næturathvarf fyrir heimilislausar konur*. Reykjavík: Reykjavíkurdeild Rauða Kross Íslands.

Lára Björnsdóttir. (2006). Heildrænt skipulag í heilbrigðis- og félagsþjónustu. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sigurður Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og Heildarsýn Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls 49- 61). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknarsetur í barna- og fjölskylduvernd.

Liebow, E. (1993). *Tell Them Who I Am: The Lives Of Homelss Women*. New York: The Free Press.

Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.

Nanna K. Sigurðardóttir. (1991). Félagsráðgjafastarfið. *Félagsráðgjöf á Íslandi, Afmælisrit*, 8- 18.

Óttar Guðmundsson. (1998). Íslensk áfengismeðferð, breyttar forsendur og aðferðir. *Geðvernd*, 27 (1), 52-54.

Rauði Kross Íslands. (2009). *Heilsuhýsið skaðaminnkandi þjónusta fyrir jaðarhópa*. Sótt 6.apríl 2010 af http://redcross.is/Apps/WebObjects/RedCross.woa/wa/dp?detail=1018067&name=lucene_search_news_item.

Rauði Kross Íslands. (e.d.) *Konukot*. Sótt 6.apríl 2010 af http://redcross.is/page/rki_konukot.

Reykavíkurborg. (2008-a). *Smáhýsi í Reykjavík, úrræði fyrir heimilislausa*. Sótt 10. apríl 2010 af http://www.rvk.is/desktopdefault.aspx/tabid-582/2083_read-12642/.

Reykjavíkurborg. (2008-b). *Stefna Reykjavíkurborgar í málefnum utangarðsfólks 2008-2012*. Sótt 15. janúar 2010 af http://reykjavik.is/Portaldata/1/Resources/velferdarsvid/reglur_aetlanir/STEFNUM_TUN___M_LEFNUM_UTANGAR_SF_LKS_-_LOKA_SKJAL_8_sept._2008.pdf.

Samhjálp. (2002-2009). *Gistiskýlið*. Sótt 6.apríl 2010 af <http://www.samhjalp.is/index.asp?p=Gistiskylid.asp>

SÁÁ. (e.d.-a). *Áfengis og vímuefna meðferð SÁÁ. Viðhaldsmeðferð fyrir ópíumfíkla*. Sótt 17.apríl 2010 af www.saa.is/Files/Skra_0022878.pdf

SÁÁ. (e.d.-b). *Ársskýrsla 2006-2007. Tölulegar upplýsingar um meðferðarstarfið og vímuefnaneyslu sjúklinga*. Sótt 5.apríl 2010 af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/samtokin/arsskyrsla-20062007/>.

Schuckit, M. (1986). Etiologic theories on alcoholism. *Alcoholism, Development, consequences and Interventions*. Saint Louis: Mosby College Company.

Sigríður Dúna Kristmundsdóttir. (2006). *Ólafía Ævisaga Ólafíu Jóhannsdóttur*. Reykjavík: JPV Útgáfa.

- Stefán Ólafsson. (1999). *Íslenska leiðin*. Reykjavík: Tryggingarstofnun ríkisins og Háskólaútgáfan.
- Sölvína Konráðsdóttir. (2001). Sálfræðilegar skýringar á alkóhólisma. Í Árne R. Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og Forvarnir- handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 91- 104). Fræðslumiðstöð í forvörnum.
- Tatarsky, A. (2007). *Harm Reduction Therapy. A new treatment for drug and alcohol problems*. USA: Rowman and Littlefield Publishers, Inc.
- Tsemberis, S. og Eisenberg, R. F. (2000) *Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities*. Sótt 26. febrúar 2010 af <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/51/4/487>.
- United Nations og WHO. (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion paper*. Sótt 1. apríl 2010 af [http://www.unodc.org/docs/treatment/UNODC- WHO- Principles- of- Drug- Dependence- Treatment- March08%5B1%5D. pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08%5B1%5D.pdf).
- Warren, J. (2007). *Service User and Carer Participation in Social Work*. Great Britain: Cromwell Press Ltd.
- Weinbach, R. W. (2008). *The Social Worker as Manager. A Practical Guide to Success* (5. útgáfa). USA: Pearson Education, Inc.
- Wenzel, S. L. (2006). *Help for Homeless women*. Sótt 1. apríl 2010 af <http://www.rand.org/commentary/2006/06/16/WP.html>
- WHO. (2005). *How can health care system effectively deal with major health care needs of homeless people*. Sótt 12. febrúar 2010 af <http://www.euro.who.int/document/E85482.pdf>.
- WHO. (e.d.). *Identification and assessment of alcohol-related problems*. Sótt 2.apríl 2010 af http://www.searo.who.int/LinkFiles/Facts_and_Figures_ch6.pdf.
- Þór Gíslason. (2009). *Ársskýrsla Rauða Kross Íslands Reykjavíkurdeild 2009 - Heilsuhýsi*. Reykjavík: Reykjavíkurdeild Rauða Kross Íslands.