



Erla Björg Sigurðardóttir,
félagsráðgjafi MA, lektor við HÍ

Bataauður og stuðningsþarfir einstaklinga í langtímameðferð vegna vímuefnaröskunar

ÚTDRÁTTUR

Markmið rannsóknarinnar var að kanna bataauð einstaklinga í langtímaeftir meðferð vegna vímuefnaröskunar og var sérstaklega horft til stuðningsþarfa þeirra með hliðsjón af stöðugum bata og til langs tíma. Spurningalisti var lagður fyrir einstaklinga í meðferð hjá Samhjálp og Krýsuvíkursamtökunum á tímabilinu maí 2024 til júní 2025.

Bataauður er flokkaður í persónulegan, félagslegan og menningarlegan auð. Niðurstöður sýna að þátttakendur búa yfir þó nokkrum bataauði sem getur lagt mikilvægan grunn að áframhaldandi bataferli. Jafnframt koma fram skýrar vísbendingar um að þörf sé á frekari stuðningi á tilteknum sviðum. Persónulegur auður mældist veikastur, einkum hvað varðaði menntun, atvinnu, starfsgetu, fjárhagslega stöðu og húsnæðis-

öryggi. Félagslegur auður reyndist sterkari og bendir til þess að þátttakendur hafi aðgang að félagslegu tengslaneti og stuðningi. Menningarlegur auður mældist mestur þar sem þátttakendur upplifðu meðal annars að líf þeirra hefði skýran tilgang og merkingu, auk þess að markmið og áætlanir um vellíðan og bata endurspegluðu persónuleg lífsgildi þeirra, heilbrigðan lífstíll og samfélagslega þátttöku.

Niðurstöðurnar gefa til kynna að þátttakendur í rannsókninni hafi til einkað sér skipulag og daglegar venjur sem ætlað er að styðja heilbrigðar lífstílsbreytingar og aukin lífsgæði. Til að stuðla enn betur að langtímabata meðal þátttakenda er mikilvægt að þeir fái eftirfylgd og úrræði sem leggja áherslu á menntun, starfsendurhæfingu, húsnæðisöryggi og fjárhagslegt sjálfstæði að meðferð lokinni. Slík

úrræði geta aukið lífsgæði og styrkt forsendur langtíma bata af vímuefnaröskun.

Lykilorð: vímuefnaröskun, bati, bataauður, stuðningsþarfir

ABSTRACT

The aim of this study was to examine the recovery capital of individuals in long-term aftercare for substance use disorders, with particular attention to their support needs in relation to stable and sustained recovery. A questionnaire was administered to individuals receiving treatment at Samhjálp and the Krýsuvík Association between May 2024 and June 2025. Recovery capital encompasses personal, social, and cultural resources.

The findings show that participants possess certain elements of recovery capital that can provide an important foundation for continued recovery.

At the same time, the results indicate clear needs for additional support in specific areas. Personal capital was the weakest domain, particularly in relation to education, employment, work capacity, financial stability, and housing security. Social capital was stronger, suggesting that participants have access to some degree of social support and networks. Cultural capital scored highest, with participants expressing a strong sense of purpose and meaning, and goals for well being and recovery that aligned with their values, healthy living, and social involvement.

The results suggest that participants have adopted structure and daily routines promoted within the treatment programmes, which are intended to support healthy lifestyle changes and improved quality of life. To further strengthen long-term recovery, it is important that they receive follow-up and services that support education, vocational rehabilitation, housing stability, and financial independence after treatment. Such services can improve quality of life and reinforce the conditions necessary for stable, long-term recovery from substance use disorder.

Keywords: substance use disorder, recovery, recovery capital, support needs

INNGANGUR

Vímuefnaröskun telst til stærstu heilbrigðisáskorana á Vesturlöndum og hefur víðtæk áhrif á bæði einstaklinga, nánasta umhverfi þeirra og samfélagið í heild (UNODC, 2023). Rannsóknir sýna að bataferli af vímuefnaröskun einkennist oft af tímabilum framfara og bakslaga. Því er í auknum mæli litið á bata sem langtímaferli sem krefst stöðugs stuðnings og aðgengis

að fjölbreyttum úrræðum sem efla félagslega, sálræna og efnislega stöðu einstaklinga (Kelly o.fl., 2017; Best og Laudet, 2010).

Á tímabilinu 1977 til 2024 komu 64.220 (70,6%) karlar og 26.788 (29,4%) konur í afeitrun á Vog vegna vímuefnaröskunar. Vogur er rekinn af Samtökum áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ), sem voru stofnuð árið 1977 og reka samtökin einnig inniliggjandi eftirmeðferð. Árið 2024 leituðu 1.213 einstaklingar á Vog, 68% karlar og 32% konur, þar af voru 348 að koma í fyrstu innlögn (SÁÁ, 2024). SÁÁ er ásamt áfengis- og vímuefnadeildum geðsviðs Landspítala háskólasjúkrahúss (LSH) hluti af heilbrigðiskerfinu. Nokkuð færri leggjast inn í afeitrun hjá LSH, en árið 2019 fóru 473 einstaklingar í afeitrun þar. Aðrir meðferðaraðilar á sviði áfengis- og vímuefnamedferðar heyra undir félags- og húsnæðismálaráðuneytið. Þar má nefna langtímameðferð í Hlaðgerðarkoti, sem hefur verið rekið af Samhjálp frá árinu 1974, og Krýsuvíkurskólann, sem hefur verið starfræktur af Krýsuvíkursamtökunum frá árinu 1986. Einstaklingar sem hefja meðferð í Hlaðgerðarkoti og Krýsuvíkurskólanum hafa á undanförunum árum farið í afeitrun annaðhvort á Vog sem er með 60 legurými eða LSH sem er með 15 legurými. Alls eru því 75 legurými fyrir fullorðna í afeitrun og 112 í inniliggjandi eftirmeðferð. Þá eru göngudeildir reknar á vegum þessara aðila. Hjá SÁÁ fer einnig fram lyfjameðferð við ópíóíðafíkn sem veitt er á göngudeild (Alma D. Möller o.fl., 2020; SÁÁ, e.d.; Samhjálp, e.d.; Krýsuvík, e.d.).

Í mörgum tilvikum er þörf á langtímastuðningi og skipulegri eftirfylgni til að viðhalda bata (NIDA, 2018). Samkvæmt stöðumati á áfengis- og vímuefnamedferðarkerfinu á Íslandi

árið 2024 voru verulegar brotalamir á langtímaeftirfylgd og úrræðum gegn bakslagi. Skortur var á samfelldri og einstaklingsmiðaðri eftirfylgd, sem getur aukið hættuna á bakslagi (Heilbrigðisráðuneytið, 2025). Flest það fólk sem kemur í langtímameðferð á fleiri en eina meðferð að baki og auk þess glímur margt af því við fjölbættan félagslegan vanda, þar á meðal heimilisleysi, atvinnuleysi og skerta starfsgetu (Sara Karlsdóttir og Helena Gísladóttir, 2025).

Þrátt fyrir mikið umfang og langa sögu þjónustu við einstaklinga með vímuefnaröskun liggja enn takmarkaðar upplýsingar fyrir um langtímabata þeirra sem ljúka meðferð innan íslenska kerfisins. Vonast er til að niðurstöður þessarar rannsóknar séu bæði fræðilegt og hagnýtt framlag til þróunar þekkingar á þessu sviði hérlendis. Meginmarkmið rannsóknarinnar var að kanna þróun bataauðs (e. recovery capital) yfir tíma og greina þær stuðningsþarfir sem tengjast stöðugum og langvarandi bata meðal einstaklinga í langtímaeftirmeðferð hjá Samhjálp, sem rekur þriggja mánaða úrræði, og Krýsuvíkursamtökunum, sem reka sex mánaða úrræði. Með því að meta bataauð þátttakenda má varpa ljósi á þær stuðningsþarfir sem eru fyrir hendi og hvaða þjónusta er líkleg til að efla bataauð og bæta lífsgæði, bæði meðan á meðferð stendur og eftir að henni lýkur (Whitesock o.fl., 2018). Hér er gerð grein fyrir niðurstöðum fyrstu mælingar sem er grunnur áframhaldandi mats á þróun bataauðs meðal þátttakenda.

Meðferð í Krýsuvíkurskólanum og í Hlaðgerðarkoti er byggð á 12 spora hugmyndafræði, hún er einstaklingsmiðuð og unnið er með fjölbreytta þætti sem tengjast vímuefnaröskun. Á báðum stöðum fer meðferðin fram

samkvæmt skipulagðri dagskrá sem felur meðal annars í sér einstaklingsviðtöl, hópastarf, fræðslu, morgunfundi, AA-fundi, hreyfingu og útvist. Markmið slíkrar dagskrár er að styðja einstaklinga í bataferli með því að efla sjálfsþekkingu, styrkja félagslega færni og móta heilbrigðari daglegar venjur sem stuðla að varanlegum lífstílsbreytingum og auknum lífsgæðum. Í Krýsuvíkurskólanum er jafnframt lögð áhersla á menntun í samstarfi við Menntaskólann í Kópavogi (Krýsuvík, e.d.; Samhjálp, e.d.).

Leitast var við að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum:

1. Hver er bataauður einstaklinga í langtímameðferð í Hlaðgerðarkoti og í Krýsuvíkurskólanum?
2. Hverjar eru stuðningsþarfir einstaklinga í langtímameðferð í Hlaðgerðarkoti og í Krýsuvíkurskólanum?

FRÆÐILEG UMRÆÐA

Vímuefnaröskun er samkvæmt skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar og klínískum greiningarviðmiðum langvinn og síversnandi röskun þar sem bakslag er algengt, eins og með aðra króníska sjúkdóma (Alma D. Möller o.fl., 2020; WHO, e.d.). Vímuefnaröskun er meðhöndlunleg og er markmið meðferðar að rjúfa vítahring neyslu og styðja einstaklinginn til virkrar samfélagslegrar þátttöku (NIDA, 2018). Á síðustu áratugum hafa framfarir í tauga- og erfðarannsóknnum aukið skilning á líffræðilegum grunni fíknar og sýnt fram á mælanlegar breytingar á starfsemi og byggingu heilans. Sérstaklega hafa niðurstöður rannsókna bent til truflana í boðfnakerfum framheila og umbunarkerfis sem hafa áhrif á hvatastjórnun, ákvarðanatöku og

streituvinnslu. Slíkar breytingar stuðla að áráttuhegðun og viðhalda neyslu þrátt fyrir alvarlegar afleiðingar. Þróun vímuefnafíknar á sér stað í flóknu samspili erfða, umhverfis og félagslegra þátta (Volkow o.fl., 2016; Lembke, 2024).

Langtímaafleiðingar vímuefnaröskunar eru margþættar og taka til líkamlegrar, andlegrar og félagslegrar heilsu. Líkamlegir fylgikvillar geta meðal annars verið hjarta- og æðasjúkdómar, lifrarsjúkdómar og taugasjúkdómar. Félagslegar og efnahagslegar afleiðingar eru jafnframt verulegar þar sem vímuefnaneysla getur leitt til atvinnu- missis, fjárhagsvanda, heimilisleysis, afbrota og rofs fjölskyldutengsla. Sálrænar birtingarmyndir röskunarinnar geta meðal annars verið kvíði, þunglyndi, svefntruflanir, skert streituþol og tilfinningalegt ójafnvægi, og allt getur þetta dregið verulega úr lífsgæðum og getu einstaklings til að takast á við daglegt líf (Volkov o.fl., 2016; Doweiko, 2023).

Í flestum skilgreiningum á bata (e. recovery) af vímuefnaröskun er lögð áhersla á að bati sé sjálfviljug, persónuleg og heildræn lífstílsbreyting sem stuðli að bættri líðan og aukinni þátttöku í samfélaginu (Kelly og White, 2011; Betty Ford Institute, 2007). Grundvöllur bata er bindindi á ávanabindandi efni sem unnið er markvisst að strax í upphafi batans (Flores, 2001; Gorski, 1989; Laudet og White, 2008; NIDA, 2018; Kelly o.fl., 2018). Í alþjóðlegum stöðlum um batastjórnun sem þátt í meðferð er lögð áhersla á það að stuðla að stöðugum og langvarandi bata sem eykur lífsgæði einstaklingsins, og almennt er álitid að bati af vímuefnafíkn sé ferli sem haldi áfram alla ævi (WHO, 2020; El-Guebaly, 2012; Laudet, 2007). Markmiðið er því ekki eingöngu tímabundin breyting heldur

heildræn enduruppbygging á lífi einstaklingsins, með áherslu á vellíðan, sjálfræði og samfellu (WHO, 2020). Samkvæmt breytingarlíkani Prochaska og Norcross (1994) á breyting sér oftast stað með hvetjandi íhlutun annarra. Breytingarferlið felur í sér breytta hugsun og hegðun samfara því að temja sér nýjan lífstíl og venjur (Prochaska o.fl., 1994; DiClemente, 2007).

Vaxandi áhersla er lögð á að bati sé vegferð sem hafi í för með sér aukinn bataauð. Þannig er bataauður (e. recovery capital) orðið algengt hugtak í meðferð og rannsóknum (Arndt o.fl., 2017). Hugtakið bataauður vísar til innra og ytra auðmagns sem einstaklingar geta nýtt sér til að ná og viðhalda bata af vímuefnafíkn. Þarna koma við sögu persónulegir, félagslegir, efnahagslegir og menningarlegir þættir sem ýmist styðja eða hindra bataferlið (Cloud og Granfield, 2008). Bataauður felur í sér félagslegt stuðningsnet, öryggi í fjárhagslegu tilliti og húsnæðismálum, vellíðan, lífsgæði og almenna færni í lífinu. Aðstæður sem stuðla að batauði geta verið gagnlegar vísbendingar um árangur í bata af vímuefnafíkn (Timpson o.fl., 2016; Cloud og Granfield, 2008; White og Cloud, 2008; Neale o.fl., 2014). Lykilstyrkur þessarar nálgunar er að tekið er tillit til víðtækra félagslegra og umhverfislegra þátta sem snerta heilsufar og ójöfnuð og geta haft áhrif á upphaf bata og langtímabata (Granfield og Cloud, 2001). Einstaklingar með mikinn bataauð virðast hafa betri stjórn á aðstæðum sínum og ná frekar persónulegum og faglegum markmiðum sínum ásamt því að stuðlað er að jákvæðri samfélagslegri þátttöku og auknum lífsgæðum (Laudet og White, 2008).

Langtímabati af vímuefnafíkn felst í stöðugu bindindi, auknum lífsgæðum, félagslegum tengslum og þátttöku í samfélaginu. Rannsóknir hafa sýnt að um 50–60% einstaklinga sem glíma við vímuefnaröskun ná langtímabata með tímanum, oft eftir margra ára ferli með nokkrum endurkomum í meðferð. Lífsgæði, andleg heilsa og félagsleg virkni batna verulega með hverju ári í bata. Félaglegt stuðningsnet, félagsleg þátttaka, tilgangur í lífinu, sjálfshjálparhópar og atvinna eru mikilvægir þættir í því að viðhalda langtímabata (Dennis o.fl., 2007; White, 2012; UK Drug Policy Commission, 2008; Laudet, 2007; Best o.fl., 2020).

Niðurstöður þversniðsrannsóknar Kelly o.fl. (2018) meðal Bandaríkjamanna sýna að bati af vímuefnafíkn tengist jafnt og þétt vaxandi vellíðan og minnkandi streitu. Batinn var hægfara fyrstu fimm árin, en því lengur sem batinn varði jukust lífsgæði, hamingja, bataauður og jákvætt sjálfsmat samfara minnkandi sálrænni streitu. Lífsgæði, andleg heilsubót og félagsleg virkni jókst marktækt með auknum fjölda ára í bata. Stöðugleiki jókst eftir fimm ár í bata og 60–75% þeirra sem náðu þessum tíma náðu langtímabata. Einstaklingar með fíkn í óþjónaða- eða örvandi efni höfðu marktækt minni bataauð fyrstu árin en þeir sem notuðu áfengi eða kannabis. Fólk af blönduðum kynþætti og frumbyggjaættum bjó almennt við verri líðan en hvítir einstaklingar. Konur bjuggu við lakari líðan en karlar (Kelly o.fl., 2018). Rannsóknir undirstrika þannig mikilvægi einstaklingsmiðaðs stuðnings og þess að taka tillit til fjölbreytileika og reynslu fólks í bata (Kelly o.fl., 2018; Best o.fl., 2017; Craft, 2022). Áfangheimili eru mikilvæg búsetuúrræði sem bjóða upp á stuðning við bata

og öruggt umhverfi þar sem einstaklingar geta styrkst og valdeflst eftir meðferð (SAMHSA, 2023). Dvöl á áfangheimili eykur bataauð og lífsgæði því að veittur er markviss félagslegur stuðningur á sviði húsnæðis og tengsla við vinnumarkað, og boðið er upp á þátttöku í batatengdum stuðningshópum og aðstoð í fjölskyldumálum meðan á dvöl stendur (Härd o.fl., 2022). Stuðningur vegna framfærslu getur haft bein jákvæð áhrif á bataauð þar sem fjárhagslegt öryggi veitir fólki svigrúm til að sinna heilsu sinni, félagslegum tengslum, starfsþjálfun og atvinnuþátttöku, sem aftur eykur lífsgæði og minnkar líkur á bakslagi. Fjárhagsleg byrði getur þannig verið hindrun í bataferlinu (Sahker o.fl., 2019; Gibson, 2024).

Innan félagsþjónustu sveitarfélaga gegna félagsráðgjafar mikilvægu hlutverki í þjónustu við einstaklinga sem hafa lokið meðferð vegna vímuefnaröskunar. Helstu verkefni þeirra eru eftirfylgd, samhæfing þjónustu, félagsleg endurhæfing, stuðningur við fjölskyldu og talsmannshlutverk sem tryggir rétt einstaklings til viðeigandi úrræða (lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991; Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.).

ADFERÐ

Rannsóknarsniðið er meginlegt langtímasnið (e. longitudinal design) og byggist á fjórum mælingarlotum. Í fyrstu lotu fór fram grunnlínumæling á bataauði. Önnur mæling fer fram einu ári síðar, þar sem sama mælitæki er lagt fyrir sömu þátttakendum. Þriðja mælingin fer fram einu ári eftir aðra mælingu, með sama fyrirkomulagi. Í fjórðu og síðustu lotu verður mælingin endurtekin enn einu ári síðar með sama mælitæki og sama þátttakendahópi. Með þessu rannsóknarsniði

skapast forsendur til að fylgjast með þróun bataauðs yfir þriggja ára tímabil frá lokum meðferðar (Whitesock o.fl., 2018).

Þátttakendum

Alls tóku 129 einstaklingar þátt í rannsókninni í fyrstu lotu mælingar, 87 karlar (67,4%) og 42 konur (32,6%). Alls var 171 einstaklingi sem dvaldi með áætlun um langtímameðferð í Hlaðgerðarkoti og í Krýsuvíkurskólanum á tímabilinu maí 2024 til júní 2025 boðið að taka þátt í rannsókninni. Svarhlutfall var því 75%. Þátttakendum höfðu dvalið mislengi í úrræðunum. Rannsóknin er þýðisrannsókn þar sem allir einstaklingar innan skilgreinds rannsóknarþýðis fengu boð um þátttöku. Þar sem rannsóknin nær til alls þýðisins er ekki um að ræða alhæfingu frá úrtaki, heldur gilda niðurstöðurnar beint fyrir þýðið sjálft og ekki þarf að meta úrtaksskekkju (Neuman, 2020).

Mælitæki

Söfnun gagna var með spurningalistakönnun sem mælir bataauð (*The Recovery Capital Index, RCI*). Mælitækið metur vellíðan þegar neyslu áfengis og/eða annarra vímuefna er hætt. RCI er grundvallað á þremur meginsviðum sem saman stuðla að getu einstaklingsins til að ná sér af vímuefnafíkn, og 22 þáttum. Þættirnir 22 eru yfirgrípsmikil grunnlína með mati á skilvirkni íhlutunar sem gerir það kleift að fylgjast með framvindu notenda og einstaklingsbundnum stuðningi. Sviðin þrjú eru persónulegur, félagslegur og menningarlegur auður, og undir þau heyrja fyrrnefndir 22 þættir, sjá töflu 1 (Whitesock o.fl., 2018). Þættirnir 22 eru grundvallaðir á Social Progress Imperatives (SPI), sem er viðurkennt alþjóðlegt mælitæki til heildargreiningar á félagslegum og

Tafla 1: RCI, þrjú svið og undirþættir

Svið bataauðs	Undirþættir sviða	Þættir sem mynda undirþætti
Persónuauður	Heilsa og vellíðan, þekking og færni, mannlegar grundvallarþarfir	Almenn heilsa, andleg og tilfinningaleg vellíðan, næring, atvinna, menntun, fjárhagsleg staða, hús-næðisaðstæður, sam-göngur, fatnaður
Félagsauður	Fjölskylda og heimili, félagslegt tengslanet, heilbrigð virkni og umhverfi	Fjölskyldustuðningur, náinn vinskapur, félagslegur stuðningur, félagslegur hreyfanleiki, heilbrigður lífstíll, aðgengi að heilsugæslu, öryggi
Menningarauður	Félagsleg gildi, andleg viðhorf/ástundun, samfélagsleg tengsl	Trú, gildi, andleg viðhorf/ástundun, tilgangur, menningarlegt mikilvægi, viðhorf til samfélagsins

(Whitesock o.fl., 2018).

umhverfislegum þáttum sem stuðla að samfélagslegum framförum, óháð efnahagslegum mælikvörðum. SPI-þættirnir eru næring, grunnheilbrigðisþjónusta, húsaskjól, aðgengi að almennri menntun, heilsa og vellíðan, persónuleg réttindi og aðgangur að æðri menntun. SPI er viðmiðunarkerfi fyrir hugmyndafræðina á bak við bataauð og þá þætti sem skipta mestu máli í jákvæðu bataferli einstaklings með fíknivanda. Eins og SPI er RCI hannað til að mæla árangur en ekki inntak meðferðarúrræða eða annars stuðnings við bata af fíkn. Markmiðið með RCI er að skapa heildstæða mynd af bataferli einstaklings. Það inniheldur 68 spurningar auk bakgrunnsupplýsinga (Whitesock o.fl., 2018; Face It TOGETHER, 2020). Innri áreiðanleiki bataauðskvarðans var metinn með Cronbach’s alpha og var mjög góður ($\alpha = 0,93$). Persónuauður var metinn góður ($\alpha = 0,84$), félagsauður góður ($\alpha = 0,83$) og menningarauður góður ($\alpha = 0,84$).

RCI gefur skor á bilinu 1 til 100 á mismunandi stigum. Heildarskor endur-

speglar samanlagðan bataauð. Sértek skor eru fyrir sviðin þrjú, persónulegan, félagslegan og menningarlegan auð. Þau gefa nákvæma innsýn í tiltekna þætti, svo sem stöðugleika í húsnaði, fjölskyldustuðning eða tilgang með lífinu. Skor á bilinu 1–50 bendir til að verulega þurfi að auka bataauð. Skor á bilinu 51–70 sýnir nokkuð mikinn bataauð, með tækifærum til að styrkja ákveðna þætti frekar. Nái skor 71–100 sýnir það mjög mikinn bataauð, þar sem áhersla ætti að beinast að því að viðhalda árangri og veita áframhaldandi stuðning (Face It TOGETHER, 2020).

Framkvæmd og tölfraeðileg úrvinnsla

Undirbúningur og framkvæmd rannsóknarinnar fór fram á árunum 2023–2025. Einstaklingar sem voru í langtímaeftir meðferð í Hlaðgerðarkoti og í Krýsuvíkurskólanum í maí 2024 til júní 2025 fengu kynningu um tilgang og framkvæmd rannsóknarinnar áður en þau tóku þátt. Að kynningu lokinni var þeim send vefslóð á spurningalistann.

Með því að svara listanum veittu þátttakendur upplýst samþykki sitt fyrir þátttöku. Notað var rafrænt spurningalistaform hugbúnaðarins Typeform sem gætir nafnleyndar þátttakenda. Hver þátttakandi fékk númer og svör eru ekki persónugreinanleg og því ekki hægt að rekja þau til einstakra þátttakenda í rannsókninni. Þátttaka í spurningakönnuninni var valfrjál og þátttakendum heimilt að hætta þátttöku hvenær sem var í ferlinu og engin áhætta var fólgin í þátttöku fyrir þátttakendur.

Úrvinnsla tölfraeðiniðurstæðna fór fram bæði í Excel og SPSS. Bataauður þátttakenda var metinn með spurningum sem metnar voru á Likert-kvarða frá 0 til 4, þar sem lágt gildi endurspeglar lítinn bataauð og hærra auknar forsendur fyrir bata. Fyrst voru stigin lögð saman og meðaltal reiknað fyrir undirþætti, þ.e. persónulegan, félagslegan og menningarlegan auð og undirþætti undir þeim. Síðan voru skor undirþátta sameinuð og meðaltal þeirra reiknað til að fá heildarskor, sem endurspeglar bataauð í heild (Whitesock o.fl., 2018). Lýsandi tölfraeði sýnir meðaltöl skora hinna þriggja undirþátta bataauðs og undirþátta þeirra og heildarskor bataauðs ásamt staðalfrávik. Einnig er lýsandi tölfraeði um bakgrunnspætti svarenda. Leyfi var fengið hjá vísindasiðanefnd 23. janúar 2024, nr. VSN-23-124.

NIÐURSTÖÐUR

Kynjahlutfall þátttakenda var 67,4% karlar og 32,6% konur og 93% voru af íslenskum uppruna. Flestir voru í aldurshópnum 26–35 ára (36,4%), næstflestir 36–45 ára (28,7%), 17,1% voru 46–55 ára og fæstir voru 25 ára og yngri eða 56 ára og eldri. Meirihluti hafði einungis lokið grunnskólanámi

Tafla 2: Bataauður

Fjöldi (n) 129	Meðaltal	Lægst	Hæst	Staðalfrávik
Heildarskor bataauðs	63,74	32,83	89,18	11,49
Persónulegur auður	54,55	24,31	90,74	13,12
Félagslegur auður	65,22	25,51	100	15,50
Menningarlegur auður	71,45	38,54	100	11,12

Tafla 3: Staða gagnvart fíkn í áfengi og/eða önnur vímuefni og bataauður

	Fjöldi (n)	Hlutfall (%)	Meðaltal bataauðs
Engin fíkn	52	40,3%	67,03
Stundum fíkn	52	40,3%	62,36
Oft fíkn	25	19,4%	58,54
Samtals	129	100%	63,74

Tafla 4: Persónulegur auður

Fjöldi (n) 129	Skor	Staðalfrávik
Persónulegur auður: heilsa og vellíðan	64,07	12,84
Almenn heilsa	57,91	20,96
Andleg heilsa og tilfinningaleg vellíðan	54,35	20,59
Næring	79,94	17,38
Persónulegur auður: þekking og færni	42,81	18,34
Atvinna	48,26	23,32
Menntun	49,61	27,90
Fjárhagur	30,56	25,18
Persónulegur auður: mannlegar þarfir	56,78	20,38
Húsnæði og búseta	46,71	32,94
Samgöngur	54,84	27,35
Fatnaður	68,80	25,25

(51,2%), 17% framhaldsskóla og 14% iðnnámi. Flestir voru einhleypir (69%), 7,5% í sambúð og 3,9% giftir. Yfir 90% þátttakenda voru utan vinnumarkaðar og fengu greiðslur vegna þess: 44,2% nutu fjárhagsaðstoðar sveitarfélags, 40,3% fengu örorkulífeyri, 5,4% atvinnuleysisbætur og 1,6% ellilífeyri.

Rúm 44% voru með mánaðarlegar tekjur undir 300.000 kr. og 37,2% á bilinu 301.000–400.000 kr.

Bataauður

Eins og fram kemur í töflu 2 er meðalheildarskor á bataauði 63,74, og fellur í flokkinn 51–70 sem er góður bati,

en gefur jafnframt svigrúm til frekari styrkingar. Meðaltal persónulegs auðs er 54,55, sem er í neðri hluta góðs bata og gefur til kynna töluverða þörf á stuðningi. Félagslegur auður mælist 65,22 að meðaltali. Hæsta meðalskor fær menningarlegur auður, 71,45, sem telst sterkur þáttur í bataauði en krefst áframhaldandi viðhalds og stuðnings. Í mati á eigin stöðu gagnvart fíkn sögðust 40,3% ekki finna fyrir fíkn, 40,3% glíma stundum við fíkn, og 19,4% oft. Þeir sem fundu oft fyrir fíkn voru að meðaltali með lægstan bataauð, sjá töflu 3.

Tafla 4 sýnir skor undirþátta persónulegs auðs, sem eru heilsa og vellíðan, þekking og færni og mannlegar grundvallarþarfir, ásamt atriðum undir hverjum þætti. Í töflunni kemur fram að hæsta skor heilsu og vellíðanar er næring, eða 79,94. Aðrir þættir skora lægra. Lægsta skor er á þekkingu og færni og var undir 50 stigum, skor á fjárhag var einungis 30,56. Sömuleiðis er húsnæði og búseta, þáttur undir mannlegum þörfum, undir 50 stigum.

Í töflu 5 kemur fram skor undirþátta félagslegs auðs, sem eru fjölskylda og heimili, félagslegt tengslanet og heilbrigð virkni og umhverfi, ásamt einstökum atriðum innan hvers þáttar. Yfirleitt eru skorin yfir 60 stigum, hæsta skor er 75 á heilbrigðum lífstíl en lægst á félagslegu umhverfi m.t.t. breytinga, eða 55,94.

Tafla 6 sýnir skor undirþátta menningarlegs auðs, félagsleg gildi, andleg viðhorf og samfélagsleg tengsl, ásamt atriðum innan hvers þáttar. Í töflunni kemur fram að skorin eru flest rúmlega 67, lægst er samfélagskennd, eða 67,05, og hæst tilgangur, 78,97 stig.

UMRÆÐA

Markmið rannsóknarinnar var að varpa ljósi á bataauð og stuðningsþarfir ein-

Tafla 5: Félagslegur auður

Fjöldi (n) 129	Skor	Staðalfrávik
Félagslegur auður: fjölskylda og heimili	65,55	19,29
Fjölskylda og stuðningur	67,31	23,34
Mikilvæg manneskja sér við hlið	63,79	22,30
Félagslegur auður: félagslegt tengslanet	60,69	20,75
Félagslegur stuðningur	65,44	26,09
Félagslegt umhverfi m.t.t. breytinga	55,94	20,42
Félagslegur auður: heilbrigð virkni og umhverfi	69,41	15,11
Heilbrigður lífstíll	75,00	15,55
Aðgangur að heilbrigðisþjónustu	68,25	21,60
Öryggi	64,99	22,08

Tafla 6: Menningarlegur auður

Fjöldi (n) 129	Skor	Staðalfrávik
Menningarlegur auður: félagsleg gildi	73,03	11,73
Trú	76,29	14,49
Gildi	69,77	13,13
Menningarlegur auður: andleg viðhorf	74,11	13,37
Andleg viðhorf	69,25	14,25
Tilgangur	78,97	16,46
Menningarlegur auður: samfélagsleg tengsl	67,22	15,12
Menningarleg tenging	67,38	15,42
Samfélagskennd	67,05	18,95

staklinga í langtímameðferð í Hlaðgerðarkoti og Krýsuvíkurskólanum. Niðurstöður sýna að bataauður þátttakenda mældist að meðaltali 63,74, sem gefur til kynna góðan meðal-bataauð meðan á meðferð stóð.

Lægstur mældist persónulegur auður, með meðaltalið 54,55. Þættir sem voru með skor undir 50 tengjast þekkingu og færni sem varðar atvinnu, menntun og fjárhag. Þessar niðurstöður benda til þess að þátttakendur þurfi úrræði sem styðja þá

til sjálfstæðrar þátttöku í samfélaginu eftir meðferð. Þetta samræmist einnig bakgrunnspáttum þátttakenda, þar sem aðeins 7,8% þeirra voru í fullu starfi, 40,3% voru örorkulífeyrisþegar og 44,2% nutu fjárhagsaðstoðar frá sveitarfélagi, og þá höfðu 51,2% einungis lokið grunnskólaprófi. Niðurstöðurnar benda því til þess að þörf sé á auknum stuðningi á sviði menntunar, starfsendurhæfingar og fjárhags til að efla persónulegan auð þátttakenda. Vanvirkni og fjárhagslegir erfið-

leikar geta reynst hindrun í bataferlinu (Sahker o.fl., 2019; Canadian Drug Policy Coalition, 2024).

Lágt skor mældist einnig þegar spurt var um húsnæðis- og búsetuáðstæður, þar sem meðaltalið var 46,71, sem bendir til þess að húsnæðisöryggi sé ábótavant meðal þátttakenda. Margir sem koma í meðferð hjá þessum aðilum búa við heimilisleysi þegar þeir koma í meðferð (Sara Karlsdóttir og Helena Gísladóttir, 2025). Slíkri stuðningsþörf er mikilvægt að sinna við lok meðferðar. Fyrri rannsóknir hafa sýnt fram á að búsetuúrræði eins og áfangaheimili geti haft jákvæð áhrif á bataferli með því að veita öryggi og stuðning á fyrstu stigum sjálfstæðrar búsetu (SAMHSA, 2023). Slík úrræði geta jafnframt styrkt félagsleg tengsl, þátttöku í stuðningshópum og aukið líkur á þátttöku á vinnumarkaði. Dvöl á áfangaheimili getur þannig stuðlað að auknum bataauði og lífsgæðum (Härd o.fl., 2022).

Skor á sviði almennrar heilsu og vellíðanar, þar sem almenn heilsa, andleg heilsa og tilfinningaleg vellíðan mældist undir 60, gefur til kynna þörf á auknum stuðningi. Þarna skoraði næring hæst (79,94), sem gefur til kynna að þátttakendur hafi haft aðgang að hollu og næringarríku fæði.

Tengsl við fjölskyldu og heimili mældust 65,44 og fjölskyldu- og stuðningsnet skoraði hæst innan þessa sviðs (67,31). Það bendir til þess að margir þátttakendur hafi aðgang að ákveðnum félagslegum stuðningi, sem er þekktur verndandi þáttur í bataferli einstaklinga með vímuefnavanda. Sterk félagsleg tengsl geta dregið úr líkum á bakslagi og aukið lífsgæði (Kelly o.fl., 2018).

Menningarlegur auður mældist hæstur allra sviða (71,45). Sérstaklega mældist þátturinn tilgangur hátt

(78,97), sem bendir til þess að þátttakendur hafi meðan á meðferð stóð upplifað að líf þeirra hefði skýran tilgang og merkingu, auk þess að finna fyrir eigin gildi og tengingu við samfélagið. Hér vísar „gildi“ til þess að markmið og áætlanir um vellíðan og bata endurspeglir persónuleg lífs-gildi einstaklingsins. Slíkt samræmi milli gilda og bataferlis er talið vera mikilvægur drifkraftur í langtímabata (White, 2012; Laudet, 2007; Best o.fl., 2020).

Niðurstöður benda til þess að meðferðarumhverfið í báðum úrræðum hafi stutt jákvæða þætti daglegra athafna, meðal annars með skipulagðri dagskrá sem styður reglufestu, samfélagskennd og heilbrigðar lífsvenjur. Skor á heilbrigðum lífstíl var 75. Slíkur grunnur er mikilvægur í bataferli einstaklinga með vímuefnaröskun. Hins vegar sýna niðurstöðurnar jafnframt að til að styrkja bataauð til lengri tíma þarf að leggja sérstaka áherslu á að efla persónulegan auð, einkum með stuðningi við menntun, starfsendurhæfingu, atvinnuþátttöku, hús-næðisöryggi og fjárhagslegt sjálfstæði (Kelly o.fl., 2018).

Í ljósi þessara niðurstaðna má álykta að samstillt starf meðferðaraðila, félagsþjónustu, starfsendurhæfingar og búsetuúrræða sé lykilþáttur í áframhaldandi bata þátttakenda að lokinni meðferð. Félagráðgjafar gegna þar lykilhlutverki, bæði í tengingu þjónustu og í stuðningi við einstaklinga í átt að sjálfstæðum og stöðugum bata.

HEIMILDIR

- Arndt, S., Sahker, E. og Hedden, S. (2017). Does the Assessment of Recovery Capital scale reflect a single or multiple domains? *Substance Abuse and Rehabilitation, 8*, 39–43.
- Best, D., Irving, J. og Albertson, K. (2017). Recovery and desistance: What the emerging recovery movement in the alcohol and drug area can learn from models of desistance

- from offending. *Addiction Research & Theory, 25*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1185661>.
- Best, D., Vanderplasschen, W. og Nisic, M. (2020). Measuring capital in active addiction and recovery: The development of the strengths and barriers recovery scale. (SABRS). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 15*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00281-7>.
- Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 221–228.
- Cloud, W. og Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance Use and Misuse, 43*(12–13), 1971–1986. <https://doi.org/10.1080/10826080802289762>.
- Craft, W. H., Tegge, A. N., Keith, D. R., Shin, H., Williams, J., Athamneh, L. N., Stein, J. S., Chilcoat, H. D., Moigne, A. L., DeVeauugh-Geiss, A. og Bickel, W. K. (2022). Recovery from opioid use disorder: A 4-year post-clinical trial outcomes study. *Drug and Alcohol Dependence, 234*, 1–8.
- Dennis, M. L., Foss, M. A. og Scott, C. K. (2007). An eight-year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Evaluation Review, 31*(6), 585–612. <https://doi.org/10.1177/0193841X07307771>.
- DiClemente, C. C. (2007). The transtheoretical model of intentional behavior change. *Drugs and Alcohol Today, 7*(1), 29–33.
- Doweiko, H. E. og Evans, A. (2023). *Concept of chemical dependency* (11. útgáfa). Brooks.
- El-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine, 6*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e31823ae540>.
- Face It TOGETHER. (2020). *The Recovery Capital Index: A scientifically validated measure of wellness in addiction recovery*. <https://www.wefaceittogether.org/recovery-capital-index>.
- Félagráðgjafafélag Íslands. (e.d.). *Síðareglur félagráðgjafa*. <https://felagsradgjof.is/felagsradgjof/sidareglur>.
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 31*, 63–81.
- Gibson, M. (2024). Putting the capital in recovery capital: An exploration of universal basic income and the impacts for people who use drugs in Canada. *International Journal of Drug Policy, 133*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104574>.
- Gorski, T. (1989). *Passages through recovery. An action plan for preventing relapse*. Hazelden.
- Heilbrigðisráðuneytið. (2025). *Áfengis- og vímuefnameðferðarkerfið*. Stöðumat 2024. <https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/St%C3%B6%C3%B0umat%20%C3%A1%20%C3%A1fengis%20og%20v%C3%ADmuef->

- name%C3%B0fer%C3%B0arkerfinu%20%C3%A1%20%C3%8Dslandi.pdf
- Härd, S., Best, D., Sondhi, A., Lehman, J. og Riccardi, R. (2022). The growth of recovery capital in clients of recovery residences in Florida. A quantitative pilot study of changes in REC-CAP profile scores. *Substance Abuse Treatment Prevention, and Policy, 17*(1), 2–11. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00488-w>.
- Irvine, L., Granfield, R. og Cloud, W. (2001). Coming clean: Overcoming addiction without treatment. *Contemporary Sociology, 30*(1), 86–88.
- Kelly, J. F. og White W. L. (2011). *Addiction recovery management: Theory, research and practice*. Humana press. <https://doi.org/10.1007/978-1-60327-960-4>.
- Kelly, J. F., Green, M. C. og Bergman, B. (2018). Beyond abstinence: Changes in indices of quality of life with time in recovery in a nationally representative sample of U.S. adults. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 42*(4), 770–780. <https://doi.org/10.1111/acer.13604>.
- Krýsuvíkursamtökin. (e.d.). *Meðferðin*. <https://krysuvik.is/krysuvik/medferd>.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 243–256. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.014>.
- Laudet, A. B. og White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse, 43*(1), 27–54.
- Lembke, A. (2024). *Döpinríkið* (Hugrún Hrönn Kristjánsdóttir og Arnþór Jónsson þýddu). Vaka-Helgafell.
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.
- Neale, J., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Strang, J., Tompkins, C. N. E., Wheeler, C. og Wykes, T. (2014). How should we measure addiction recovery? Analysis of service provider perspectives using online Delphi groups. *Drugs: education, prevention and policy, 21*(4), 310–323.
- NIDA. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research based guide*. National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services.
- Neuman, W. L. (2020). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (8. útgáfa). Pearson.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. og DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. Avon Books.
- Sahker, E., Ali, S. R. og Arndt, S. (2019). Employment recovery capital in the treatment of substance use disorders: Six-month follow-up observations. *Drug and Alcohol Dependence, 205*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107624>.