

Ábending vegna yfirstandandi skoðunar á heilbrigðisþjónustu SÁÁ og kerfislægra álitaefna í meðferð við vímuefnavanda

Til Embættis landlæknis
Frá Rótinni, félagasamtökum

13. september 2026

Tilefni erindisins

Rótin vísar til yfirstandandi skoðunar Embættis landlæknis á heilbrigðisþjónustu SÁÁ í kjölfar umfangsmikilla breytinga á yfirstjórn samtakanna, brotthvarfs faglegra stjórnenda og vantrausts stórs hóps starfsfólks á stjórn samtakanna. Embætti landlæknis hefur lýst stöðunni sem alvarlegri og upplýst að fylgst sé með öryggi sjúklinga og gæðum þjónustunnar.

Rótin fagnar því að embættið hafi brugðist við. Að mati félagsins gefur staðan hins vegar tilefni til víðtækari skoðunar en þeirrar hvort unnt sé að manna lausar stöður og tryggja órofna þjónustu til skamms tíma.

Sambærileg átök um mörk félagsstjórnar og faglegrar stjórnunar komu upp innan SÁÁ árið 2020. Þegar djúpstæður ágreiningur um faglegt sjálfstæði, valdheimildir og stjórnskipan birtist aftur sex árum síðar er eðlilegt að spurt sé hvort um kerfislægan veikleika sé að ræða fremur en einstakt stjórnunar- eða starfsmannamál.

Rótin telur jafnframt að núverandi kreppa hjá SÁÁ varpi ljósi á stærri vanda í íslensku meðferðarkerfi við vímuefnavanda: ábyrgð hins opinbera á faglegum gæðum, stjórnskipan, mönnun, menntun þeirra sem veita meðferð, meðferðarstefnu, árangursmati og mannréttindum þeirra sem þjónustuna þurfa.

Ábyrgð hins opinbera

Í meðferðarstarfi við vímuefnavanda hefur lengi starfað fólk sem hefur persónulega reynslu af vímuefnavanda og bata og hefur af einlægum vilja viljað miðla reynslu sinni og hjálpa öðrum. Slík reynsla getur verið afar verðmæt, meðal annars í jafningjastuðningi og félagslegum stuðningi.

Persónuleg reynsla getur hins vegar ekki komið í stað þeirrar fagmenntunar, starfsréttinda, klínísku þjálfunar, handleiðslu og gæðaeftirlits sem eðli heilbrigðisþjónustu krefst.

Ábyrgðin á því að þessi mörk séu skýr hvílir ekki fyrst og fremst á einstökum starfsmönnum. Hið opinbera ber ábyrgð á því að ákveða hvaða kröfur gilda, hvaða menntun og hæfni þarf til tiltekinna starfa, hvernig þjónusta er fjármögnuð, hvernig samningar eru gerðir og hvernig gæði hennar eru metin og eftirlit framkvæmt.

Spurningin er því: Hvaða kerfi hefur ríkið búið til og hvernig tryggir það að fólki með vímuefnavanda sé veitt heilbrigðisþjónusta samkvæmt sömu faglegu kröfum og réttindum og öðrum sjúklingum?

Lögbundin ábyrgð á gæðum, mönnun og innra eftirliti

Ákvæði VI. kafla laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu gilda um heilbrigðisþjónustu óháð því hvort hún er veitt af ríkinu eða öðrum aðilum og með eða án greiðsluþátttöku ríkisins. Samkvæmt 24. gr. skal ráðherra, að fengnum tillögum landlæknis, setja reglur um faglegar

lágmarkskröfur til reksturs heilbrigðisþjónustu, meðal annars um mönnun. Samkvæmt 25. gr. hefur Landlæknir eftirlit með því að heilbrigðisþjónusta uppfylli faglegar kröfur og ákvæði heilbrigðislöggjafar á hverjum tíma.

Með lögum nr. 103/2023 var jafnframt bætt við 24. gr. a laganna. Þar er kveðið á um að heilbrigðisstofnunum og öðrum rekstraraðilum sem veita heilbrigðisþjónustu beri að skipuleggja starfsemi sína þannig að heilbrigðisstarfsmenn geti staðið við lögbundnar skyldur sínar og að rekstraraðilar skuli hafa virkt innra eftirlit með starfsemi sinni og þjónustu.

Þessi skylda hefur nú verið nánar útfærð með reglugerð nr. 879/2026 um innra eftirlit veitenda heilbrigðisþjónustu. Samkvæmt reglugerðinni skal innra eftirlit vera virkt og kerfisbundið og miða að því að tryggja að þjónustan samræmist lögum, stjórnvaldsfyrirmælum, gæðaviðmiðum, samningum og leiðbeiningum. Sérstaklega skal liggja fyrir mat á því hver mönnun, hæfni og þjálfun starfsfólks eigi að vera á hverjum tíma með hliðsjón af eðli og umfangi starfseminnar. Jafnframt skal ábyrgð á verkefnum heilbrigðisstarfsmanna vera skilgreind. Tekið skal fram að innleiðingarfrestur tiltekinna verkþátta er til 1. janúar 2027.

Róttín telur að þessi ákvæði séu sérstaklega mikilvæg við mat á þeirri stöðu sem nú er komin upp hjá SÁÁ. Þau eiga þó jafnframt við um aðra rekstraraðila að því marki sem þar er veitt heilbrigðisþjónusta. Spurningin er því ekki aðeins hvort nægilega margir starfsmenn séu til staðar heldur hvort fyrir liggja kerfisbundið og skjalfest mat á því hvaða mönnun, menntun, hæfni, þjálfun og faglega ábyrgð þjónustan krefst.

SÁÁ gegnir lykilstöðu í kerfinu

Kreppan hjá SÁÁ er sérstaklega alvarleg vegna þeirrar stöðu sem samtökin gegna í íslenska heilbrigðiskerfinu.

Róttín hefur í máli sínu fyrir úrskurðarnefnd um upplýsingamál bent á opinbera verkaskiptingu milli Landspítala og SÁÁ. Samkvæmt Vegvísi vegna þjónustu við fólk með fíknivanda er almennt gert ráð fyrir að SÁÁ sinni fráhrarfsmeðferð og áframhaldandi meðferð, en Landspítali sinnir afmarkaðri hópi þar sem alvarleg geðræn einkenni eða sambærilegur samhliða vandi kallar á þjónustu spítalans.

SÁÁ rekur eina almenna fráhrarfssjúkrahúsið fyrir fullorðna hér á landi. Þegar lengri inniliggjandi meðferð er skoðuð standa einkum úrræði SÁÁ, Krýsuvík og Hlaðgerðarkot til boða. SÁÁ fær jafnframt um 80% þess opinbera fjár sem veitt er þessum þremur rekstraraðilum, en Krýsuvík og Hlaðgerðarkot um 10% hvort. Raunverulegt val á meðferð á Íslandi er því mjög þröngt og allt í boði félagasamtaka.

Þegar almenningur hefur í reynd ekki aðgang að sambærilegri almennri fráhrarfsmeðferð innan opinberra heilbrigðisstofnana eykst ábyrgð ríkisins á því að sú þjónusta sem það kaupir af öðrum uppfylli sömu faglegu og lagalegu kröfur og önnur heilbrigðisþjónusta og virði sömu mannréttindi.

Þetta hefur sérstaka þýðingu fyrir eftirlitshlutverk ríkisins. Þegar ríkið hefur skipulagt þjónustuna þannig að stór hluti almennings er í reynd háður þjónustu örfárra rekstraraðila getur ríkið ekki litið á fagleg málefni þeirra sem einkamál félaganna sjálfra.

Réttur fólks með vímuefnavanda er sá sami og annarra sjúklinga

Róttín sendi umboðsmanni Alþingis árið 2023 ábendingu um frumkvæðisathugun á meðferðarkerfinu undir yfirskriftinni *Réttur fólks með vímuefnavanda til fullkomnustu heilbrigðisþjónustu*. Þar var meðal annars bent á rétt fólks til að njóta líkamlegrar og andlegrar

heilsu að hæsta marki sem unnt er og rétt sjúklinga til fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er völ á að veita.

Þessi réttur kemur skýrt fram í 3. gr. laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga. Þar segir jafnframt að þjónusta skuli miðast við ástand og horfur sjúklings og bestu þekkingu sem völ er á, auk þess sem sjúklingur eigi rétt á samfelldri þjónustu og samstarfi þeirra sem hana veita.

Í 5. gr. laganna er einnig kveðið á um rétt sjúklings til upplýsinga um fyrirhugaða meðferð, gagnsemi hennar og áhættu og um önnur úrræði sem koma til greina.

Þessar reglur gilda jafnt um fólk sem fær meðferð vegna vímuefnavanda og aðra sem fá heilbrigðisþjónustu.

Kreppan hjá SÁÁ og faglegt sjálfstæði

Sú togstreita sem hefur nú opinberast innan SÁÁ vekur mikilvægar spurningar um mörk félagsstjórnar og faglegrar stjórnunar heilbrigðisþjónustu.

Félagasamtök þurfa vitaskuld stjórn sem ber rekstrarlega og fjárhagslega ábyrgð. Hins vegar er hlutverk slíkrar félagsstjórnar ekki að taka sér ákvörðunarvald sem samkvæmt eðli sínu á að vera hjá faglegri yfirstjórn heilbrigðisþjónustunnar.

Álitaefnið snýst því ekki aðeins um hver hefur vald yfir mannráðningum heldur hver hefur raunverulegt vald til að ákveða meðferðarstefnu, meðferðaraðferðir, faglegar hæfniskröfur, skipulag klínískrar þjónustu og störf einstakra fagstétta.

Rótin telur að yfirstandandi skoðun Landlæknis þurfi að leiða til skýrrar niðurstöðu um hvort stjórnskipan SÁÁ tryggi að faglegar ákvarðanir séu í höndum þeirra sem hafa lögbundna faglega ábyrgð og hvort stjórnkerfið geri heilbrigðisstarfsfólki kleift að uppfylla skyldur sínar.

Nýlegt brotthvarf margra lykilstjórnenda gefur jafnframt tilefni til að skoða 26. gr. laga nr. 40/2007. Þar segir að tilkynna skuli Landlækni meiri háttar breytingar á mönnun, búnaði, starfsemi og þjónustu og að staðfesting Landlæknis skuli liggja fyrir við slíkar breytingar.

([Alþingi](#))

Vandinn er stærri en SÁÁ

Í óháðri úttekt Thomasar Kattau á íslenska meðferðarkerfinu, sem heilbrigðisráðuneytið lét gera árið 2024, sést að þessi álitaefni séu ekki ný af nálinni. Þar kemur meðal annars fram að á Íslandi skorti heildstæð, samræmd meðferðar- og gæðaeftirlitsviðmið fyrir þjónustu við fólk með vímuefnaraskanir. Meðal tillagna hans var að setja landsbundin fagleg meðferðarviðmið byggð á bestu alþjóðlegu starfsháttum og efla fagmenntun starfsfólks.

Kattau benti jafnframt á að stærsti þjónustuveitandinn hefði mjög ráðandi stöðu og að tengsl þeirrar stöðu við menntun áfengis- og vímuefnaráðgjafa skapaði hættu á fákeppni í kerfinu.

Rótin telur mikilvægt að líta á þessar niðurstöður sem kerfislæga viðvörðun. Eftirlit með einstökum rekstraraðila getur ekki komið í stað samræmdra landsbundinna viðmiða um það hvað góð meðferð við vímuefnavanda er, hvaða menntun starfsfólk þarf að hafa, hvaða meðferðaraðferðir eru ásættanlegar og hvernig árangur og mögulegur skaði er mældur.

Krýsuvík og Hlaðgerðarkot sem hluti af sama kerfi

Róttín telur því eðlilegt að yfirstandandi skoðun á SÁÁ leiði einnig til þess að Embætti landlæknis skoði með hvaða hætti eftirliti er háttað með öðrum stórum meðferðarúrræðum sem fjármögnuð eru með opinberu fé.

Skoðun félagsins á opinberum upplýsingum um mönnun Krýsuvíkur og Hlaðgerðarkots gefur tilefni til að ætla að verulegur hluti daglegrar meðferðar sé í höndum ráðgjafa og annars starfsfólks sem ekki hefur löggild starfsréttindi sem heilbrigðisstarfsfólk. Það kallar á skýrt mat Embættis landlæknis á því hvort menntun, hæfni og fagleg handleiðsla starfsfólks, sem og samsetning og raunveruleg starfsemi meðferðarteyma, séu fullnægjandi miðað við þau verkefni sem unnin eru.

Viðvera læknis, hjúkrunarfræðings, félagsráðgjafa eða annars fagfólks á starfsmannalista segir ekki alla söguna. Miklu máli skiptir hvert starfshlutfall viðkomandi er, hversu mikil raunveruleg viðvera er á staðnum, hvaða ákvarðanir viðkomandi tekur og hver ber faglega ábyrgð á þjónustunni allan sólarhringinn.

Úttekt á Krýsuvík árið 2020 sýnir vel mikilvægi þessara spurninga. Þá var geðlæknir í 20% starfi og kom einu sinni í viku en ráðgjafar, fæstir með starfsleyfi, sinntu meginhluta daglegs meðferðarstarfs. Úttektaraðilar töldu brýnt að háskólamenntaður fagaðili með starfsleyfi leiddi faglegt meðferðarstarf og bentu á verulegar takmarkanir í menntun, klínískri þjálfun og skráningu.

Staðan kann að hafa breyst frá 2020. Einmitt þess vegna telur Róttín mikilvægt að Landlæknir upplýsi hver staðan er nú og hvaða mat embættið leggur á hana.

Þverfaglegt teymi þarf að vera raunverulegt

Áfengis- og vímuefnaráðgjafar eru löggilt heilbrigðisstétt, en reglugerð nr. 1106/2012 gerir ráð fyrir mjög ákveðnu faglegu samhengi starfsins. Í 6. gr. segir: „Áfengis- og vímuefnaráðgjafi starfar í þverfaglegu teymi og ber ábyrgð á þeirri ráðgjöf og meðferð sem hann veitir.“

Ráðgjafanum ber jafnframt að virða faglegar takmarkanir sínar og leita aðstoðar eða vísa sjúklingi til annars heilbrigðisstarfsmanns þegar við á.

Kröfunni um þverfaglegt teymi verður að mati Róttarinnar ekki fullnægt með því einu að læknir eða annar heilbrigðisstarfsmaður sé skráður tengdur starfseminni. Þverfaglegt teymi hlýtur að fela í sér raunverulega faglega samvinnu, aðgengi, ábyrgð og hæfni sem svarar eðli þjónustunnar.

Embætti landlæknis þarf því að skýra hvaða lágmarkskröfur það gerir til slíks teymis.

Fagleg forysta og kröfur til stjórnenda meðferðar

Rekstrarleg stjórnun og fagleg stjórnun heilbrigðisþjónustu eru ekki hið sama. Forstöðumaður meðferðarúrræðis getur haft fullnægjandi menntun og reynslu til að bera ábyrgð á rekstri, fjármálum og mannauðsmálum án þess að hafa menntun eða starfsréttindi til að taka klínískar ákvarðanir eða móta faglegt innihald meðferðar.

Þegar forstöðumaður er ekki sjálfur heilbrigðisstarfsmaður með viðeigandi menntun og starfsréttindi þarf því að vera sérstaklega skýrt hver ber faglega ábyrgð á meðferðarstarfinu, hvaða valdheimildir sá aðili hefur og hvernig sjálfstæði faglegrar stjórnunar gagnvart rekstrar- og félagsstjórn er tryggt.

Róttín telur mikilvægt að Embætti landlæknis skýri hvaða kröfur það gerir til þess sem ber faglega ábyrgð á meðferðarstarfi, meðal annars um menntun, starfsréttindi, reynslu, viðveru og raunverulegt ákvörðunarvald um meðferðarstefnu og klínísku þjónustu.

Þetta er sérstaklega mikilvægt í ljósi þess stjórnskipunarvanda sem núverandi kreppa hjá SÁÁ hefur dregið fram í dagsljósið.

Meðferðarheiti eitt og sér tryggir ekki fagleg gæði

Þegar horft er til aðferða í meðferð vakna sambærilegar spurningar. Rekstraraðilar meðferðar lýsa þjónustu sinni með heitum viðurkenndra aðferða á borð við hugræna atferlismeðferð, HAM, og áhugahvetjandi samtöl, MI. Spurningin er hver hefur hæfni til að beita þeim sem klínískri meðferð.

Stutt námskeið í tiltekinni aðferð jafngildir ekki sjálfkrafa hæfni til að veita formlega meðferð. Ef úrræði segist veita HAM eða MI þarf að liggja fyrir hvaða grunnmenntun starfsfólkið hefur, hversu umfangsmikla þjálfun það hefur fengið í aðferðinni, hvaða klínísku handleiðsla er veitt og hvernig metið er að meðferðin sé í raun veitt samkvæmt viðurkenndum faglegum viðmiðum.

Úttekt Krýsuvíkur árið 2020 vakti einmitt spurningar um að gæðahandbók nefndi meðal annars HAM, MI og áfallavinnu án þess að starfsfólk hefði endilega þá klínísku þjálfun sem þyrfti til að beita aðferðunum. Róttín telur að Landlæknir þurfi að hafa skýr viðmið um þetta.

NLP á ekki heima í gagnreynðri heilbrigðisþjónustu

Úttekt Krýsuvíkur árið 2020 sýndi jafnframt að *Neuro-Linguistic Programming*, NLP, var nefnt meðal þeirra aðferða sem starfsemin byggði á og að ráðgjafar hefðu farið á NLP-námskeið. NLP byggir á gervivísindum. Grunnforsendur aðferðarinnar hafa ekki fengið fullnægjandi staðfestingu í vísindarannsóknum og kerfisbundnar rannsóknir hafa ekki fundið nægilegar sannanir fyrir gagnsemi hennar í heilbrigðisþjónustu.

Róttín telur því að Embætti landlæknis þurfi að kanna hvort NLP eða aðrar aðferðir sem byggjast á gervivísindum séu nú notaðar innan meðferðar við vímuefnavanda sem fjármagnaðar eru af opinberu fé og, ef það reynist raunin, að grípa þá til viðeigandi ráðstafana.

Meðferðarstefna, 12 spor og mannréttindi

Róttín hefur um áráðil vakið athygli á sterkri stöðu 12-spora aðferða í íslenska meðferðarkerfinu. Samkvæmt upplýsingum á vef Krýsuvíkur byggist meðferðin á 12-spora kerfinu og önnur meðferðarvinna sé viðbót „ofan á 12 spora vinnuna“.

Hlaðgerðarkot lýsir grunnstefnu sinni sem Minnesota-meðferð, 12-spora meðferð og kristilegum gildum. Samhliða því eru notaðar aðferðir TSF, HAM, MI, áfallamiðuð nálgun og aðrar aðferðir taldar upp sem hluti þjónustunnar.

Róttín dregur ekki í efa rétt einstaklinga til að nýta sér AA, tólf spora starf, kristlegt starf eða annars konar andlegan og trúarlegan stuðning. Fólk getur haft mikið gagn af slíku á eigin forsendum. Annað gildir í heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af opinberu fé, hún þarf að vera veraldleg og byggja á bestu fánlegu þekkingu. Trú einstaklings og andlegar þarfir ber alltaf að virða, en trúarleg eða andleg hugmyndafræði á ekki að vera grunnþáttur í heilbrigðismeðferð sem hið opinbera býður.

Þegar þrír helstu rekstraraðilar á þessu sviði, sem eru fjármagnaðir af ríkinu, eiga allir sterk söguleg eða núverandi tengsl við 12-sporahefð vaknar jafnframt spurning um hvort fólk hafi raunverulegt val um meðferð, ekki aðeins val á milli þriggja stofnana.

Rótin spurði þessarar spurningar, sem varðar mannréttindi, sérstaklega í erindi sínu til umboðsmanns Alþingis og þá er vert að benda aftur á stöðumat Thomasar Kattau á íslenska meðferðarkerfinu þar sem hann bendir á að hér sé ríkjandi „programme-centred model“ eða meðferðarkerfi þar sem fyrirfram skilgreind meðferðaráætlun er í forgrunni og notendur eiga að aðlagja sig að þjónustu sem þeim er boðin í stað þess að þjónustan sé hönnuð með þarfir notenda í huga, eða „patient-centred or -led model“, sem stuðlar að langtímaárangri meðferðar og hefur þar að auki samfélagslegan ávinning.

Twelve-Step Facilitation (TSF)

Twelve-Step Facilitation (TSF) er formgerð klínísk íhlutun sem var sérstaklega þróuð til að auka þátttöku fólks í AA og 12-spora starfi. TSF er ekki hlutlaus gagnvart 12-spora hugmyndafræði. Í Project MATCH-handbókinni er meðferðin skilgreind út frá því að sjúklingurinn samþykki vanmátt gagnvart áfengi og algert bindindi sem einu raunhæfu leiðina, auk þess sem „uppgjöf“ (*surrender*) og trú á að æðri máttur geti hjálpað einstaklingnum eru sett fram sem hluti af meginmarkmiðum meðferðarinnar.

TSF er tilgreind sem meðferðargrunnur í Hlaðgerðarkoti. Eins og áður segir byggist meðferð í Krýsuvík á 12-spora kerfinu, en ekki kemur fram hvort þar sé stuðst við TSF.

Nick Heather, einn áhrifamesti fræðimaður á sviði áfengis- og fíknirannsóknna, gagnrýndi þá ályktun að Cochrane-samantektin um AA og Twelve-Step Facilitation (TSF) sýndi fram á almenna yfirburði 12-spora meðferðar. Hann benti á að sá árangur sem helst greindi AA/TSF frá öðrum meðferðum sneri að samfelldu bindindi. Ekki kom fram sambærilegt forskot hvað varðar drykkjupunga eða afleiðingar áfengisneyslu. Heather taldi því varhugavert að túlka hærra hlutfall samfellds bindindis sem sönnun þess að meðferðin væri almennt árangursríkari, sérstaklega þegar það leiddi ekki jafnframt til minni drykkju eða minni skaða (Heather, 2021, bls. 1-2).

Heather gagnrýndi jafnframt hversu þröngt árangur væri skilgreindur. Engin þeirra 27 rannsókna sem Cochrane-samantektin byggði á mældi lífsgæði eða sálfélagslega líðan. Heather benti á að endanlegt markmið meðferðar ætti að vera bætt líf og líðan en breytingar á drykkju væru leið að því markmiði. Heather varaði sérstaklega við því að „færa klukkuna aftur“ til þess tíma þegar algert bindindi var talið eina réttmæta markmið meðferðar og benti á áratuga þróun í átt að fjölbreyttari meðferðarmarkmiðum, þar á meðal minni neyslu og minni skaða og mikilvægi þess að fólk taki þátt í vali á eigin meðferðarmarkmiðum (Heather, 2021, bls. 2-3).

Heather dró einnig í efa alhæfingargildi niðurstaðanna. Þau sem sættu þvingaðri eða skyldubundinni meðferð voru útilokuð frá rannsóknunum. Afgerandi niðurstöður fengust þar sem vel þjálfað fagfólk veitti einstaklingsmiðaða og handbókarstýrða TSF-meðferð. Þá voru 24 af 27 rannsóknum gerðar í Bandaríkjunum. Heather benti á að þótt AA hefði breiðst út víða um heim væru samtökin sögulega bandarískt fyrirbæri með rætur í bindindishreyfingu og evangelískri mótmælendatrú og því væri óvíst hversu vel niðurstöðurnar yfirfærðust á önnur samfélög og heilbrigðiskerfi (Heather, 2021, bls. 2-3).

Gagnrýni Heather hefur sérstakt vægi í íslensku samhengi sem býður upp á opinberlega fjármagnað meðferðar- og velferðarkerfi en vegna sögulegra tengsla, sem Hildigunnur

Ólafsdóttir skrifaði um í doktorsritgerð sinni um AA-samtökin á Íslandi, hefur 12-spora hefðin lengi haft ráðandi stöðu hér.

Gagnsæi, gæðakerfi og opinber ábyrgð

Róttín hefur einnig í máli sínu um þjónustusamning Sjúkratrygginga Íslands við SÁÁ bent á að erfitt sé að meta opinbera þjónustu þegar upplýsingar um umfang, þjónustueiningar, greiðslufyrirkomulag, framkvæmd samnings og aðra lykilþætti eru ekki aðgengilegar.

Gagnreynd heilbrigðisþjónusta þarf jafnframt að vera gagnsæ heilbrigðisþjónusta.

Ekki nægir að rekstraraðili segist veita gagnreynda, þverfaglega eða einstaklingsmiðaða þjónustu. Sjúklingar, stjórnvöld og eftirlitsaðilar þurfa að geta séð hvaða þjónusta er veitt, hver veitir hana, á hvaða þekkingargrunni hún byggist, hvaða hæfniskröfur gilda og hvaða gögn sýna árangur hennar.

Róttín hefur sett fram tillögu um miðlæga gagnagátt þar sem slíkar upplýsingar um opinberlega fjármögnuð félags- og heilbrigðisúrræði væru birtar með samræmdum hætti og þar sem meðal annars væru skráðar upplýsingar um meðferðarstefnu, menntun starfsfólks, aðgengi, brottfall og niðurstöður þjónustunnar.

Óskir Róttarinnar til Embættis landlæknis

Róttín óskar eftir að Embætti landlæknis taki eftirfarandi atriði til skoðunar:

1. Að meta hvort stjórnskipan SÁÁ, ábyrgðarskipting og valdsmörk félagsstjórnar og faglegar stjórnunar tryggja nægilegt faglegt sjálfstæði og geri heilbrigðisstarfsmönnum kleift að uppfylla lögbundnar skyldur sínar
2. Að meta hvort nýlegar breytingar á faglegri yfirstjórn SÁÁ teljist meiri háttar breytingar á mönnun eða starfsemi samkvæmt 26. gr. laga nr. 40/2007 og hvort nauðsynleg tilkynning og staðfesting Landlæknis liggi fyrir
3. Að kalla eftir skýrri og heildstæðri lýsingu á meðferðarstefnu SÁÁ, þeim meðferðaraðferðum sem notaðar eru, faglegri ábyrgð, hæfniskröfum, vísindalegum grunni, gæðavísunum og árangursmælingum
4. Að upplýsa hvaða þættir þjónustu Krýsuvíkur og Hlaðgerðarkots teljast heilbrigðisþjónusta, hvaða faglegu kröfur gilda þar og hvernig Landlæknir sinnir eftirliti með þeirri starfsemi
5. Að kanna raunverulega samsetningu meðferðarteyma þessara úrræða, þar á meðal menntun og starfsréttindi þeirra sem sinna einstaklingsráðgjöf, hópmeðferð, meðferðaráætlanagerð, mati á framvindu og áfallavinnu, ásamt starfshlutfalli og raunverulegri viðveru lækna, hjúkrunarfræðinga og annarra löggiltra heilbrigðisstarfsmanna
6. Að skýra hvaða lágmarkskröfur embættið gerir til þverfaglegra teyma þar sem áfengis- og vímuefnaráðgjafar starfa og hvernig tryggt er að slík teymi séu raunverulega til staðar í daglegri þjónustu en ekki aðeins formlega á skipuriti
7. Að skýra hvaða menntunar-, þjálfunar- og handleiðslukröfur gilda þegar rekstraraðili segist veita HAM, MI, áfallameðferð eða aðrar sérhæfðar sálfræðilegar eða klínískar íhlutanir

8. Að kanna sérstaklega hvort NLP eða aðrar aðferðir sem flokkast undir gervivísindi séu notaðar innan opinberlega fjármagnaðrar meðferðar við vímuefnavanda
9. Að meta hvort núverandi framboð opinberlega fjármagnaðrar þjónustu tryggi fólki með vímuefnavanda raunverulegan aðgang að gagnreyndri og veraldlegri heilbrigðisþjónustu og raunverulegt val á meðferð
10. Að meta TSF og aðra 12-spora meðferð í ljósi sjálfsákvörðunarréttar sjúklinga, upplýsts vals, trúfrelsis, þá sérstaklega frelsis frá trú, réttar til veraldlegrar heilbrigðisþjónustu og þeirrar kröfu að þjónusta byggji á bestu þekkingu sem völ er á.
11. Að skýra hvaða kröfur Embætti landlæknis gerir um gagnsæi, gæðavísu, skráningu, brottfall, meðferðarlok, árangur, öryggisatvik og reynslu sjúklinga og að birta niðurstöður yfirstandandi skoðunar með þeim hætti sem lög heimila.

Að lokum

Róttín telur mikilvægt að núverandi kreppa hjá SÁÁ verði ekki afgreidd sem tímabundið stjórnunar- eða starfsmannamál. Hún gefur tækifæri til að skoða grundvallaratriði í íslensku meðferðarkerfi við vímuefnavanda: hver ber ábyrgð, hver stjórnar faglegu innihaldi þjónustunnar, hver veitir meðferðina, hvaða hæfni er krafist, hvaða aðferðir eru notaðar og hvaða gögn sýna að þjónustan sé örugg og árangursrík. Fólk sem starfar innan kerfisins getur verið drifið áfram af reynslu, umhyggju og einlægum vilja til að hjálpa. Meðferðarkerfið þarf hins vegar að starfa samkvæmt viðurkenndum viðmiðum í heilbrigðisþjónustu.

Ríkið setur reglurnar, fjármagnar þjónustuna að verulegu leyti og ber ábyrgð á því að eftirlitið virki. Það getur falið félagasamtökum, einkaaðilum eða öðrum rekstraraðilum að veita þjónustu. Hins vegar getur ríkið ekki framselt ábyrgð sína á gæðum, öryggi og mannréttindum þeirra sem þurfa á þjónustunni að halda. Hvort sem heilbrigðisþjónusta er veitt á Landspítala, hjá SÁÁ, innan úrræða sem rekin eru af félagasamtökum eða annars staðar eiga sjúklingar að njóta sömu grundvallarréttinda og sömu faglegu verndar.

Fólk með vímuefnavanda á ekki að búa við afslátt af faglegum kröfum, frekar en aðrir notendur heilbrigðiskerfisins. Það á rétt á þjónustu sem byggir á bestu þekkingu sem völ er á, er veitt af fólki með viðeigandi hæfni, lýtur skýrri faglegri ábyrgð, er gagnsæ og virðir mannréttindi.

Virðingarfyllt

f.h. Rótarinnar

Kristín I. Pálsdóttir

framkvæmdastjóri og talskona

Heimildir

Lög og reglugerðir

Alþingi. 1997. Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997:

<https://www.althingi.is/lagas/nuna/1997074.html>

Alþingi. 2007. Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007:

<https://www.althingi.is/lagas/nuna/2007040.html>

Alþingi. 2012. Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012:

<https://www.althingi.is/lagas/nuna/2012034.html>

Alþingi. 2023. Lög nr. 103/2023 um breytingu á lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007, m.a. um innra eftirlit: <https://www.althingi.is/altxt/stjt/2023.103.html>

Heilbrigðisráðuneytið. 2012. Reglugerð nr. 1106/2012 um menntun, réttindi og skyldur áfengis- og vímuefnaráðgjafa og skilyrði til að hljóta starfsleyfi:

<https://island.is/reglugerdir/nr/1106-2012>

Heilbrigðisráðuneytið. 2026. Reglugerð nr. 879/2026 um innra eftirlit veitenda heilbrigðisþjónustu: <https://www.reglugerd.is/reglugerdir/allar/nr/879-2026>

Opinberar úttektir, skýrslur og leiðbeiningar

Embætti landlæknis. 2016. Eftirfylgd úttektar – Meðferðarheimilið Krýsuvík. Mat á gæðum og öryggi þjónustu:

https://assets.ctfassets.net/8k0h54kbe6bj/RCXUc25t4ikNjT2Zr9qCD/0760198b3e2070326ee423c117333073/Eftirfylgni_ttektar_Kr_suv_k.pdf

Embætti landlæknis. 2016. Meðferðarheimilið Krýsuvík – Mat á gæðum og öryggi þjónustu:

https://assets.ctfassets.net/8k0h54kbe6bj/5JubSPJakuS39kP7Dt3AA6/585aa8cbdc7f6e85ef67064e2d91e1c6/ttektarsk_rsla_Kr_suv_k.pdf.pdf

Kattau, Thomas. 2024. Review of treatment services for substance use disorders in Iceland:

<https://www.stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stok-frett/2024-11-01-Afengis-og-vimuefnamedferd-a-Islandi-stodumat/>

Ríkisendurskoðun. 2018. Sjúkratryggingar Íslands sem kaupandi heilbrigðisþjónustu:

<https://www.rikisend.is/reskjol/files/Skyrslur/2018-Sjukratryggingar-Islands-sem-kaupandi-heilbrigdisthjonustu.pdf>

Ríkisendurskoðun. 2022. Geðheilbrigðisþjónusta – stefna, skipulag, kostnaður og árangur:

<https://www.rikisend.is/reskjol/files/Skyrslur/2022-gedheilbrigdistmal.pdf>

Steinunn Hrafnadóttir og Jóna Margrét Ólafsdóttir. 2020. Úttekt 2020 – Meðferðarheimilið Krýsuvík.

Próunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu. 2021. Vegvísir vegna þjónustu við fólk með fíknivanda:

<https://throunarmidstod.is/library/Verkfaeri/Heilsug%c3%a6slan%20-%20vegv%c3%adsir.pdf>

Erindi og greinargerðir Róttarinnar

Róttín. 2023. Ábending til umboðsmanns Alþingis um frumkvæðisathugun – Réttur fólks með vímuefnavanda til fullkomnustu heilbrigðisþjónustu: <https://rotin.is/abending-til-umbodsmanns-althingis-um-frumkvaedisathugun/>

- Rótin. 2026. Áskorun um niðurfellingu komugjalda og bætt líkamlegt aðgengi að viðhaldsmeðferð við ópióíðafíkn. <https://rotin.is/askorun-um-nidurfellingu-komugjalda-og-baett-likamlegt-adgengi-ad-vidhaldsmedferd-vid-opioidafikn/>
- Rótin. 2026. „Svartir blettir á upplýsingarétti almennings.“ 27. apríl 2026: <https://rotin.is/svartir-blettir-a-upplysingaretti-almennings/>
- Rótin. 2026. „Þroskuldar í vegi skaðaminnkunar.“ <https://rotin.is/throskuldar-i-vegi-skadaminnkunar/>
- Rótin. 2026. Áhyggjur af stöðu meðferðarstarfs SÁÁ, eftirliti með þjónustusamningi og skipan stýrihóps um áfengis- og vímuefnamedferð. Erindi til heilbrigðisráðherra, 3. september 2026: <https://rotin.is/ahyggjur-af-stodu-medferdarstarfs-saa-efirliti-med-thjonustusamningi-og-skipan-styrihops-um-afengis-og-vimuefnamedferd/>
- Rótin. 2026. Gagnagátt fyrir félags- og heilbrigðisúrræði á Íslandi: <https://rotin.is/gagnagatt-fyrir-felags-og-heilbrigdisurraedi-a-islandi/>
- Rótin. 2026. Kæra vegna ákvörðunar Sjúkratrygginga Íslands um að afmá upplýsingar úr samningi við SÁÁ: <https://rotin.is/kaera-vegna-akvordunar-sjukratrygginga-islands-um-ad-afma-upplysingar-ur-samningi-vid-saa/>
- Rótin. 2026. Viðbótargreinargerð Rótarinnar við umsögn Sjúkratrygginga Íslands, málsnr. UNU26040014: <https://rotin.is/vidbotargreinargerd-vid-umsogn-sjukratrygginga-islands/>
- Rótin. 2026. Vogur er sjúkrahús – ríkið verður að tryggja skýra faglega yfirstjórn – Ályktun: <https://rotin.is/vogur-er-sjukrahus-rikid-verdur-ad-tryggja-skyra-faglega-yfirstjorn-alyktun/>

Upplýsingar frá rekstraraðilum

- Krýsuvíkursamtökin. 2026. Meðferð í Krýsuvík: <https://krysuvik.is/medferd/>
- Samhjálp. 2024. „Við eigum að varðveita sérstöðu okkar“ – viðtal við Signý Guðbjartsdóttur, forstöðumann Hlaðgerðarkots: https://samhjalp.is/wp-content/uploads/2026/05/Jolablad_2024.pdf
- Samhjálp. 2026. Hlaðgerðarkot – upplýsingar um meðferð: <https://samhjalp.is/hladgerdarkot-upplysingar/>

Aðrar heimildir

- British Psychological Society. 2025. Nick Heather: 1938-2025: <https://www.bps.org.uk/psychologist/nick-heather-1938-2025>
- Hildigunnur Ólafsdóttir. 2020. Alcoholics Anonymous in Iceland: From Marginality to Mainstream Culture: <https://books.google.is/books?id=IX-Um4BanhsC&lpg=PA1&pg=PA1#v=onepage&q&f=false>
- Nick Heather. 2021. Let's not turn back the clock: Comments on Kelly et al., "Alcoholics Anonymous and 12-Step Facilitation Treatments for Alcohol Use Disorder: A Distillation of a 2020 Cochrane Review for Clinicians and Policy Makers", Alcohol and Alcoholism, Volume 56, Issue 4, July 2021, Pages 377-379, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa137>

- Nowinski, Joseph, Stuart Baker og Kathleen Carroll. 1999. *Twelve-Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*: <https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/match01.pdf>
- Sturt, Jackie, Ali, Saima, Robertson, Wendy, Metcalfe, David, Grove, Amy, Bourne, Claire og Bridle, Chris. 2012. *Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on health outcomes*: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3481516/>