

Opinber stjórnsýsla

Febrúar 2006

**Hvatar að mótun  
heildarstefnu  
um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana**

**Þorgerður Ragnarsdóttir**

Leiðbeinandi: Dr. Hildigunnur Ólafsdóttir, afbrotafræðingur, PhD  
Umsjónarmaður: Dr. Ómar H. Kristmundsson, MPA, PhD

Félagsvísindadeild  
Háskóli Íslands

## Útdráttur

Þessi ritgerð fjallar um eiginlega tilviksrannsókn um þingsályktunartillögu um mótun heildarstefnu um meðferðarstofnanir fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur sem var lögð fram á Alþingi vorið 2002. Markmið rannsóknarinnar var að greina hvata þess að tillagan var lögð fram, áhrifavalda og áherslur við stefnumótunarvinnu og væntingar flutningsmanna tillögunnar til ávinnings af mótun heildarstefnu.

Stuðst var m.a. við hugmyndir Hood (1991) um nýskipan í ríkisrekstri og Kingdon (1985) um áhrifavalda við mótun heildarstefnu (public policy). Einnig var stuðst við fræðileg skrif um þingsályktanir og áfengi í samfélaginu. Rætt var við fimm flutningsmenn þingsályktunartillögunnar og þrjá lækna sem annast stjórnun og eftirlit áfengis- og vímuefnamedferðar. Leitað var svara við spurningum um tilurð þingsályktunarinnar og hugmyndir viðmælenda um áhrifavalda, áherslur og ávinning af stefnumótunarvinnu.

Viðmælendur rannsóknarinnar töldu að heildarstefna sem byggir á þarfagreiningu og samráði við marga sem málið varðar og felur í sér 1) afmörkun málaflokksins í lagalegu- og stjórnsýslulegu samhengi, 2) fjárhagsramma, 3) skilgreiningar á markmiðum þjónustu og árangursviðmið og 4) skilyrði um eftirlit sé líkleg leið til að bæta þjónustu og gera hana hagkvæmari. Þingsályktun um málefni, eins og þessi sem hér um ræðir, getur dregið athygli að ákveðnum vandamálum sem þarfnast úrlausnar og mjakað frammar í forgangsröð framkvæmdavaldsins.

## Formáli

„Mótun heildarstefnu: Hvað hvetur, hvað letur?“ er 15 eininga lokaverkefni til meistaraþrófs í opinberri stjórnsýslu, unnið að mestu á haustmíssi 2005.

Ég vil þakka leiðbeinanda mínum, dr. Hildigunni Ólafsdóttur, afbrotafræðingi, fyrir þægilega áheyrn, leiðsögn, yfirlestur og fjölmargar góðar ábendingar við undirbúning, framkvæmd og úrvinnslu verkefnisins. Einnig þakka ég umsjónarmanni verkefnisins, dr. Ómari H. Kristmundssyni, lektor, fyrir veitta aðstoð.

Sérstakar þakkir fá þátttakendurnir átta í rannsókninni sem var nauðsynlegur þáttur í verkefninu. Þeir veittu mér viðtöl, ljáðu mér af tíma sínum og gáfu mér innsýn í störf sín og hugleiðingar um viðfangsefni rannsóknarinnar.

Þá vil ég þakka samstarfsfólkinu á vinnustað mínum, Sjónarhóli – ráðgjafarmiðstöð ses. sem hefur sýnt mér skilning og þolinmæði á endaspretti ritunar þessarar skýrslu.

Loks vil ég þakka fjölskyldu minni allri, og þó sérstaklega eiginmanni og börnum, fyrir stuðning og hvatningu á meðan á námi mínu í opinberri stjórnsýslu stóð.

## Efnisyfirlit

ÚTDRÁTTUR .....	2
FORMÁLI .....	3
EFNISYFIRLIT .....	4
1. INNGANGUR.....	5
1.1 Efnisval .....	7
1.2 Markmið verkefnis .....	8
1.3 Yfirlit yfir innihald.....	9
2. FRÆÐILEGUR GRUNNUR .....	10
2.1 Hugmyndir úr stjórnsýslufræðum .....	10
2.3 Áfengisstefna .....	21
3. FRAMKVÆMD RANNSÓKNAR.....	32
3.1 Rannsóknarspurningar.....	32
3.2 Rannsóknarsnið.....	32
3.3 Gögn .....	33
3.4 Takmarkanir rannsóknaraðferðarinnar .....	34
4. NIÐURSTÖÐUR.....	36
4.1 Af hverju er kallað eftir heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur?.....	37
4.2 Hverjir eru helstu áhrifavaldar við mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur? .....	43
4.3 Hvað er mikilvægast að leggja áherslu á við mótun heildarstefnu? .....	45
4.4 Hverjar eru væntingar þingmanna til ávinnings af mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur? .....	48
5. UMRÆÐA .....	50
6. ÁLYKTANIR .....	58
HEIMILDIR .....	62
<b>VIÐAUKI .....</b>	<b>67</b>

## 1. Inngangur

Skýrsla þessi fjallar um lokaverkefni til meistaraþráðu í opinberri stjórnsýslu við Háskóla Íslands. Um er að ræða eigindlega tilviksathugun sem framkvæmd var til að kanna hvað hvatti til þess að tillaga til þingsályktunar um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur var lögð fram á Alþingi haustið 2001 (Alþingi, 2001a). Með rannsókninni var einnig grafið fyrir um mögulega áhrifavalda og áherslur við mótun hugsanlegrar stefnu og hvaða vonir um ávinning menn binda við stefnumótun á þessu sviði.

Töluverður aðdragandi var að því að ofangreind þingsályktunartillaga var lögð fram. Vorið 2000 fór Einar K. Guðfinnson ásamt fleiri þingmönnum fram á beiðni um skýrslu frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um meðferðarstofnanir (Alþingi, 2000). Orðið var við þessari beiðni með skýrslu heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um meðferðarstofnanir haustið 2001 (Alþingi, 2001b). Skýrslan inniheldur lýsingu á þeim meðferðarstofnunum sem ráðuneytinu tókst að afla upplýsinga um. Þessar stofnanir reyndust vera æði mismunandi, „allt frá áratugagömlum geðdeildum ríkisspítala til nýopnaðra vistheimila á vegum áhugasamtaka“. Sumar stofnananna í skýrslunni töldust til heilbrigðisstofnana en aðrar ekki. Í skýrslunni kom einnig fram að reynt hefði verið að sporna við vaxandi vímuefnavanda með forvörnum, fjölgun meðferðarúrræða og stefnumótun í málefnum lagveikra barna og málefnum geðsjúkra. Þá kom fram að rekstrarkostnaður stofnananna hefði aukist um 44% á milli árána 1993 og 2000. Loks sagði í skýrslunni að ekki lægju fyrir miklar upplýsingar um árangur meðferðar og var lagt til að úr því yrði bætt.

Síðar sama haust var lögð fram þingsályktunartillaga um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana (Alþingi, 2001a). Flutningsmenn tillögunnar voru Einar K. Guðfinnsson, Ásta Möller, Hjálmar Árnason, Þuríður Backman og Guðrún Ögmundsdóttir. Greinargerðin með tillögunni var að miklu leyti byggð á upplýsingum úr ofangreindri skýrslu heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra. Í mars næsta vor beindi Ásta Möller fyrirspurn til

heilbrigðisráðherra um áfengis- og vímuefnameðferð og óskaði eftir skriflegu svari (Alþingi, 2002e). Fyrirspurnin var í nokkrum liðum og var spurt um fjölda meðferðarrýma, fjölda einstaklinga í meðferð, endurinnlagnir og samanburð við önnur lönd. Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Ástu (Alþingi, 2002c) fyllti að nokkru í eyðurnar í skýrslu heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um meðferðarstofnanir frá árinu áður (Alþingi, 2002c). Þar kom m.a. fram að samanburður um fjölda innlagna hér og í öðrum löndum væri erfiður og að ekki hefði reynst unnt að búa til gagnasöfn til að gera hann mögulegan. Þó benti samanburður við Noreg til þess að hér á landi færu um 1500 manns af hverjum 100.000 íbúum í meðferð árlega en í Noregi 600 af hverjum 100.000 íbúum. Einnig kom fram að innlagnir á meðferðarstofnanir væru ekki samræmdar frekar en aðrar innlagnir á sjúkrastofnanir. Í svari ráðherra við fyrirspurninni var beinn og óbeinn kostnaður samfélagsins af skaðsemi áfengisneyslu áætlaður á bilinu 5,7 – 7,7 milljarðar árlega.

Að fengnu nefndaráliti frá heilbrigðis- og trygginganefnd (Alþingi, 2002d) samþykkti Alþingi þingsályktunina sem varð kveikjan að rannsókninni sem þessi skýrsla fjallar um 3. maí 2002. Þingsályktunin í heild hljóðar svo:

Alþingi ályktar að fela ríkisstjórninni að setja á laggirnar nefnd er hafi það hlutverk að móta heildarstefnu um uppbyggingu á sviði áfengis- og vímuefnameðferðar og þátttöku ríkisins í stofnkostnaði og rekstri meðferðarstofnana. Jafnframt verði gert árangursmat á meðferðarstofnunum og meðferðaleiðum til að tryggja sjúklingum sem mestan árangur og sem besta nýtingu fjárveitinga til málaflokksins.

(Alþingi, 2002b).

Viðfangsefni þessarar rannsóknar hefur skírskotun til tveggja fræðisviða. Annars vegar til stjórnsýslufræða og hins vegar áfengisfræða í félagslegu og heilbrigðislegu samhengi. Með stjórnsýslufræði í huga lagði ég hugmyndir Hood (1991) um nýskipan í ríkisrekstri og hugmyndir Kingdon (1985) um áhrifavalda við mótun heildarstefnu til grundvallar rannsókninni. Úr áfengisfræðunum byggði ég aðallega á hugmyndum um áfengisstefnu.

Um aldraðir hafa menn reynt að koma skipulagi á samfélag sitt með einhverjum hætti. Í þeirri viðleitni hafa skotið upp kollinum ýmsar reglur um réttindi og skyldur einstaklinga og að hvaða marki samfélagið ber ábyrgð á þeim sem þurfa á aðstoð að halda. Í vestrænum lýðræðisríkjum gilda lög og reglur um fyrirkomulag valdastólpa samfélagsins sem hafa í meginatriðum reynst farsællega. Stjórnskipulag lýðveldisins Íslands er dæmi um fyrirkomulag með þrískiptingu valds í löggjafarvald, framkvæmdavald og dómsvald. Ekkert stjórnkerfi er samt fullkomið og menn leitast stöðugt við að laga það sem betur má fara í samfélaginu, sjálfum sér og almenningi til hagsbóta. Þar er Ísland engin undantekning.

Skaðsemi áfengis og ólöglegra vímuefna í samfélaginu er málefni sem löngum hefur valdið mönnum áhyggjum og þeir hafa viljað ráða bót á. Þá hefur komið til kasta stjórnvalda að finna áhrifaríkar og skynsamlegar leiðir til að stemma stigu við skaðsemi af neyslu slíkra efna. Ýmislegt hefur verið reynt í þessu sambandi annars vegar til að draga úr framboði áfengis- og vímuefna og hins vegar til að draga úr eftirspurn eftir þeim. Áfengi hefur sem vímuefni vissa sérstöðu þar sem það er víðast á Vesturlöndum lögleg framleiðsla, verslunar- og neysluvara og afskipti stjórnvalda af framboði og eftirspurn þess hafa ævinlega verið umdeildar.

### *1.1 Efnisval*

Þingsályktunartillögur eru ein þeirra aðferða sem alþingismenn geta beitt til að vekja athygli á málefnum sem þeir vilja fá umræðu um af einhverjum ástæðum. Mér fannst áhugavert að vita hvað hvetur þingmenn til að leggja fram tillögur um ákveðin málefni. Varla er kveikjan að þeim sjálfsprottin, nema í undantekningartilfellum. Hugmyndirnar koma því einhvern veginn til þingmannanna sem svo sjá ástæðu til að beita sér fyrir þeim. Einnig þótti mér spennandi að grafast fyrir um hvernig þingsályktunum reiðir af, hvort þær leiða til frekari vinnu í málefnum sem þær fjalla um eða hvort þær falla í gleyskunnar dá í samkeppni við önnur málefni um athygli.

Með heildarstefnu um meðferðarstofnanir fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur getur verið átt við ýmislegt. Við mótun stefnunnar þarf að taka tillit til sjónarmiða margra áhrifavalda sem hafa hagsmuna að gæta eða láta sig málefnið varða af öðrum orsökum. Í endanlegri útkomu getur verið lögð áhersla á fjárhagsleg sjónarmið, afmörkun málaflokksins í lagalegu og stjórnsýslulegu samhengi, skilgreiningar á og innihald meðferðar eða allt í senn. Það vakti einnig áhuga minn í þessari rannsókn að kanna hvað þingmennirnir áttu við með heildarstefnu í þingsályktuninni og hvaða væntingar þeir hafa til árangurs af mótun hennar.

Áhuga minn á þessu viðfangsefni má rekja til þess að á haustdögum 2003 var ég starfsmaður vinnuhóps heilbrigðisráðuneytisins sem var falið það verkefni að afla upplýsinga um framboð á meðferð og annarri þjónustu sem áfengis- og vímuefnaneytendum stendur til boða og sem nýtur styrkja eða er rekin af opinberu fé. Starf vinnuhópsins var hugsað sem undibúningur fyrir starf nefndar um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana samanber ofangreinda þingsályktun. Vinnuhópurinn skilaði skýrslu sem gefin var út í mars 2005 (Alþingi, 2005). Þátttaka mín í gerð hennar vakti hjá mér fjölmargar spurningar, m.a. þær sem raktar eru hér fyrir ofan.

## 1.2 *Markmið verkefnis*

Markmið verkefnisins var að greina með viðtölum við þátttakendur rannsóknarinnar:

1. Hvata þess að hópur þingmanna bar upp tillögu um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur (2001a).
2. Áhrifavalda við mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur.
3. Áhersluatriði við mótun heildarstefnu í málaflokknum.
4. Hvaða ávinnings er vænst af mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur.



### 1.3 Yfirlit yfir innihald

Rannsóknarskýrslan geymir, auk þessa inngangskafli:

- Yfirlit yfir fræðilegar hugmyndir sem rannsóknin byggir á og skilgreiningar nokkurra lykilhugtaka í kafla 2.
- Lýsingu á framkvæmd rannsóknarinnar, rannsóknarsniði, og aðferðum við öflun gagna og úrvinnslu þeirra í kafla 3.
- Helstu niðurstöður í kafla 4.
- Umræðu um niðurstöður í kafla 5.
- Ályktanir sem draga má af rannsókninni í kafla 6.

Að auki fylgir heimildaskrá og viðauki með spurningum sem stuðst var við meðan á gagnaöflun stóð.

## 2. Fræðilegur grunnur

Í þessum kafla er gerð grein fyrir þeim fræðilegu hugmyndum sem voru lagðar til grundvallar rannsókninni. Fyrri hluti hans fjallar um ýmsar hugmyndir úr stjórnsýslufræðum sem komu við sögu, m.a. hugmyndir um nýskipan í ríkisrekstri, íslenskt stjórnskipulag og aðferðir alþingismanna til að koma hugðarefnum sínum á framfæri innan stjórnkerfisins, skilgreiningu á heildarstefnu og hugmyndir Kingdons (1985) um áhrifavalda þess að málefni komast á dagskrá. Seinni hluti kaflans snýst um hugmyndir um áfengisstefnu en undir hana falla ýmsar aðgerðir sem stjórnvöld hafa beitt til að stemma stigu við skaðsemi áfengis og þjónustu sem áfengis- og vímuefnaneytendum stendur til boða.

### 2.1 *Hugmyndir úr stjórnsýslufræðum*

Undanfarna áratugi hafa minnkuð ríkisafskipti og einkavæðing verið fyrirferðarmikil í málflutningi íslenskra stjórnvalda. Slíkar hugmyndir má heimfæra undir þróun frá mórernísku og miðstýrðu ríki til póstmórernísku, valddreifðs ríkis (Bogason, 2000). Ríki í anda mórernisma einkennist af því að ýmsum aðferðum er beitt til að samræma aðgerðir í þágu almannaheilla og hamla gegn einstaklingsframtaki til að ná settum stjórnmálalegum markmiðum ríkisins. Í póstmórerníska ríkinu hafa einstaklingar meira valfrelsi, mögulegar lausnir á viðfangsefnum eru fjölbreyttar og treyst er á markaðsöfl við lausn samfélagsvandamála. Í póstmórernísku ríki geta markmið verið mismunandi fyrir ríki, hópa og einstaklinga. Skilin á milli póstmórernísku samfélags og mórernísku eru ekki skýr og í raun einkennist vestrænt nútímasamfélag af hvoru tveggja. Helstu breytingarnar felast í að ríkið leysir verkefni sín á fjölbreyttari hátt nú en áður t.d. með þjónustusamningum við félagasamtök og fyrirtæki á almennum markaði. Það krefst annars vinnulags af stjórnvöldum en fyrirkomulag þar sem flest verkefni eru leyst af hendi af ríkisvaldinu með beinum hætti. Þessar nýju aðferðir eru einu nafni kallaðar nýskipan í ríkisrekstri.

### 2.1.1 Nýskipan í ríkisrekstri

Erlendis ruddu hugmyndir um nýskipan í ríkisrekstri sér til rúms um miðjan áttunda áratug 20. aldar og með tímanum hafa þær haft áhrif á alþjóðavettvangi (Hood, 1991). Þessar hugmyndir snúast um að draga úr sívaxandi mannahaldi og útgjöldum opinbera geirans, að einkavæða opinber fyrirtæki, að auka sjálfvirkni í framboði og miðlun opinberrar þjónustu og að vinna samkvæmt samræmdum alþjóðlegum áætlunum.

Segja má að nýskipan í ríkisrekstri sé samheiti yfir hugmyndir sem voru ráðandi í endurskoðun skrifræðis í mörgum OECD löndum tvo síðustu áratugi 20. aldarinnar. Einnig má segja að með nýskipan í ríkisrekstri sé átt við pólitískan ásetning stjórnvalda fremur en útkomu. Gagnrýnisisraddir segja þó að þessar hugmyndir séu í rauninni hálfgerður úlfur í sauðargæru, gamaldags sparnaðaraðgerðir í nýjum búningi sem sé erfitt að meta hvaða afleiðingar hafi og geti jafnvel haft neikvæð áhrif á frammistöðu stjórnsýslunnar þegar á reynir (Ómar H. Kristmundsson, 2003; Hood, 1991).

Skv. Hood (1991) eru helstu einkenni breyttra áherslna í ríkisrekstri:

1. Sterk yfirstjórn í opinberum fyrirtækjum með virka, sýnilega og þekkta toppstjórnendur með skýra ábyrgðarskyldu og sjálfræði til að stjórna.
2. Skýrt skilgreind viðmið og mælistikur fyrir frammistöðu og skýr markmið og markviss framkvæmd eru forsendur árangurs.
3. Eftirlit með að framkvæmd uppfylli settar kröfur um frammistöðu.
4. Hefðbundnar starfseiningar í opinbera geiranum eru brotnar upp í framleiðsluþætti sem vinna eftir sjálfstæðri fjárhagsáætlun og hafa takmörkuð samskipti innbyrðis.
5. Samkeppni um tímabundna þjónustusamninga til að lækka kostnað og bæta frammistöðu.
6. Áhersla á viðurkenndar aðferðir einkareksturs í stjórnun sem m.a. fela í sér sveigjanleika í mannráðningum, umbunarkerfi og almannatengsl.

7. Meðvitund starfsmanna um hlutverk starfseminnar og starfsumhverfi er mikilvæg þar sem virk þátttaka þeirra skiptir máli fyrir velgengni heildarinnar. Leitast er við að draga úr beinum kostnaði, „gera meira með minna“, lagt upp úr starfsmannafræðslu og samræmdir kjarasamningar eiga ekki upp á pallborðið.

Hugmyndir um nýskipan í ríkisrekstri eru gjarnan kynntar sem algildar aðferðir við stjórnun, þeim megi beita til að leysa stjórnunarmál óháð aðstæðum og auk þess séu þær ópólítískar. Þær hafa þó hlotið sinn skerf af gagnrýni. Þeim hefur verið líkt við nýju fötin keisarans, sem umgjörð án innihalds, sem háir herrar skreyti sig með á tyllidögum, þó að þær feli í sér alla galla kerfisins. Því hefur verið haldið fram að umbótaágerðir skaði stjórnsýsluna þar sem ekki sé hægt að lækka kostnað án þess að skerða þjónustu. Bent hefur verið á að þó að endurbætur í stjórnsýslu hafi átt að vera til almannaheilla þá hafi þær orðið verkfæri til að tryggja starfsframa úrvalsstjórnenda án tillits til almannahagsmuna. Þá eru alhæfingarhugmyndir dregnar í efa því engar stjórnunaraðferðir séu algildar heldur þurfi að finna lausn sem hæfi hverjum stað og tíma. Þungamiðjan í þeirri gagnrýni er að engin starfseining verði aðgreind frá þeim menningarlegu gildum sem ríkja í því samfélagi sem hýsir hana. Hér er átt við að gildi eins og hagsýni og aðsjálni, einlægni og heiðarleiki, öryggi og þrautseigja segi til um hvaða þýðingu starfsemin hefur fyrir samfélagið og hvernig markmið eiga við. Í fyrirtæki þar sem einlægni og heiðarleiki eru í öndvegi skiptir ekki einungis máli að ljúka verkinu heldur einnig hvernig verkinu er lokið. Markmið geta verið flókin, jafnvel tvíhliða, t.d. með tilliti til framleiðslugæða og afkasta (Hood, 1991). Þó hægt sé að fullnægja einhverjum skilyrðum er ekki víst að hægt sé að fullnægja öðrum.

Með breytingum í anda nýskipunar í ríkisrekstri hafa verið þróuð ýmis stjórnæki til að tryggja gæði og hagkvæmni þjónustunnar sem veitt er af einkaaðilum fyrir almannafé (Salamon, 2002). Nefna má styrki, þjónustusamninga, skattaívilnanir, ríkisábyrgð á lánum eða endurgreiðslur eftir að þjónusta hefur verið veitt. Með þessum stjórnækjum breytist hlutverk ríkisins frá því að annast beinan rekstur í

að skýra markmið og viðmið þjónustunnar og hafa eftirlit með að hún fullnægi kröfum samfélagsins.

Nýskipan í ríkisrekstri hefur einnig haft áhrif hér á Íslandi þó að ýmislegt greini íslenst samfélag frá öðrum og fjölmennari samfélögum sem gjarnan eru höfð til samanburðar. Íslenskt samfélag er fámennnt og hefur hingað til verið menningarlega einsleitt. Frændsemi og fyrirgreiðsla hafa alla tíð einkennt íslensk stjórnsmál og stjórnsýslu eins og val embættismanna þykir stundum bera með sér (Gunnar Helgi Kristinsson, 1994). Á Íslandi hefur einnig dregið saman með stjórnsmálaflokkum hugmyndafræðilega í seinni tíð. Á dagskrá eru málefni sem ganga þvert á hefðbundin flokksmörk, t.d. umhverfismál, landsbyggðarstefna og kvótakerfið. Það skiptir því hagsmunahópa máli að komast að kjötkötlunum, þ.e. að hafa áhrif á ákvarðanatöku og hvernig fjármunum hins opinbera er skipt. Vegna fámennis og strjálbýlis er hlutfallslega dýrara að halda úti grundvallar stjórnsýslueiningum á Íslandi en í stærri samfélögum og mörg sveitarfélög hafa ekki burði til að halda uppi sambærilegri þjónustu og telst eðlilegt í öðrum löndum (Gunnar Helgi Kristinsson, 2001). Hér eins og annars staðar skiptir þó máli að stjórnsýslan sé hagkvæm, skilvirk og árangursrík og að almenningi sé ekki mismunað við afgreiðslu á vegum hennar.

Markmið aðgerða íslenskra stjórnvalda í anda nýskipanar í ríkisrekstri voru að draga úr vexti stjórnsýslunnar, endurmeta á gagnrýninn hátt opinberar aðgerðir og stofnanir til að koma í veg fyrir ónauðsynlega starfsemi og að tryggja skilvirkni og hagkvæmni framkvæmda. Til að ná þessum markmiðum lögðu stjórnvöld m.a. áherslu á að draga úr miðstýringu, árangursmat, rammafjárlög og útboð og einkavæðingu ríkisframkvæmda og fyrirtækja (Ómar H. Kristmundsson, 2003, bls. 144).

### 2.1.2 Þingsályktanir

Samkvæmt íslensku stjórnarskránni skiptist ríkisvaldið í þrennt; löggjafarvald, framkvæmdavald og dómvald (Gunnar G. Schram, 1997). Alþingi fer með

löggjafarvaldið með forseta lýðveldisins, forseti og önnur stjórnvöld með framkvæmdavaldið og dómendur með dómsvaldið. Þó að Alþingi sé fyrst og fremst löggjafarsamkoma þjóðkjörinna fulltrúa eru verkefni þess fjölbreyttari. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir áhrifum löggjafarvaldsins á framkvæmdavaldið. Stjórnvöld eru bundin af lögum og verða að haga stjórnsýslu sinni eftir því. Stjórnsýsla framkvæmdavaldsins og staða þess í stjórnkerfinu er því að miklu leyti mótuð af löggjafanum (Forsætisráðuneytið, 1999).

...Alþingi á líka mikil ítök í framkvæmdarvaldinu og á drúgan þátt í meðferð þess. Byggjast áhrif þess á framkvæmdavaldið einkum á þingræðisreglunni, fjárstjórnarvaldinu og á þingkjöri ýmissa stjórnarnefnda.

Samkvæmt þingræðisreglunni, sem áður er lýst, ræður Alþingi eða meirihluti þess því oftast nær hverjir skipa ríkisstjórn. Það verður því Alþingi sem á hverjum tíma markar stjórnarstefnu og stjórnarframkvæmdir í aðaldráttum...

(Gunnar G. Schram, 1997, bls. 185).

Alþingi getur lýst vilja sínum um málefni á ýmsa vegu og dagleg störf þess snúast um að komast að niðurstöðu um málefni skv. ákveðnum reglum. Lög um þingsköp Alþingis nr. 55/1991 fjalla um starfsreglur Alþingis og þar eru þingmál skilgreind. Þingmál geta snúist um fyrirspurnir, skýrslur ráðherra, þingsályktanir eða lagafrumvörp. Formleg störf Alþingis fara fram á þingfundum eða í nefndum á vegum þess (Gunnar G. Schram, 1997, bls. 274 - 276).

Þingsályktunartillögur eiga sér stoð í 38. grein stjórnarskrárinnar en þar segir að alþingismenn og ráðherrar hafi rétt til að flytja tillögur til laga og ályktana. Þingsályktanir eru samþykktir Alþingis og fela í sér yfirlýsingar Alþingis. Þær geta skipt máli sem réttarheimild en hafa ekki lagagildi.

Með þingsályktunartillögum getur Alþingi komið ýmsum málefnum á framfæri og lýst vilja sínum t.d. með því að skora á ráðherra og ríkisstjórn að vinna að ákveðnum framkvæmdum, kanna tiltekið mál eða undirbúa lagasetningu. Í vissum málefnum er ætlast til að Alþingi álykti t.d. ef víkja þarf forseta lýðveldisins frá um stundarsakir eða kæra embættisrekstur ráðherra.

Um meðferð þingsályktunartillagna gilda ákveðnar reglur. Í fyrsta lagi þarf þingmaður eða ráðherra að mæla fyrir tillögunni, í öðru lagi skal prenta hana og dreifa til þingmanna á þingfundi með a.m.k. tveggja náttu fyrirvara, henni skal að jafnaði fylgja greinargerð og skýring á efni hennar. Loks telst tillagan ekki samþykkt fyrr en eftir tvær umræður sem fara fram með a.m.k. einnar nætur hléi á milli. Á milli umræðna eru tillögur stundum sendar til nefndar. Við umræðurnar gilda einnig ákveðnar reglur t.d. um það hversu oft og lengi þingmenn mega taka til máls um efni hennar.

Við afgreiðslu þingmála eru tillögur ýmist samþykktar eða ekki. Fáir tillögur til þingsályktana ekki brautargengi geta afdrif þeirra orðið mismunandi. Þær geta í fyrsta lagi verið felldar og þannig orðið úr sögunni. Í öðru lagi geta þær dagað uppi óútræddar t.d. við tafir hjá nefndum en óafgreidd mál við þinglok falla niður. Í þriðja lagi getur Alþingi vísað þeim til ráðherra eða ríkisstjórnar án frekari ályktunar. Í fjórða lagi er hægt að vísa þeim frá með því að samþykkja um þær rökstudda dagskrá. Loks geta þingmenn afturkallað mál á hverju stigi umræðu en jafnframt er hægt að taka það jafnskjótt upp aftur á sama þingfundi.

Á heimasíðu Alþingis, [www.althingi.is](http://www.althingi.is), er hægt að finna lokayfirlit mála frá fyrri þingum. Samkvæmt yfirlitum mála frá 125., 126., og 127. löggjafarþingi hafa 368 þingsályktunartillögur verið fluttar á þessum þremur þingum og af þeim hefur innan við þriðjungur eða 103 verið samþykktar á sama tímabili.

Samþykktar þingsályktanir eru birtar í vefútgáfu Alþingistíðinda og á undanförunum árum hefur forsætisráðherra lagt fyrir Alþingi skýrslur um meðferð og framkvæmd 97 ályktana Alþingis frá 125., 126., og 127. löggjafarþingi (Alþingi, 2002a og 2004). Þessar skýrslur gefa gott yfirlit yfir stöðu þeirra mála sem ályktað er um. Með því að flokka ályktanirnar gróft má sjá að af 97 ályktunum höfðu 71 verið framkvæmdar, 12 verið framkvæmdar að einhverju leyti og 7 ekki verið framkvæmdar þegar skýrslurnar voru gerðar. Í sjö tilfellum var ekki hægt að ráða í stöðu ályktana af upplýsingum í skýrslunum þar sem vísað

var í aðrar skýrslur. Meira en helmingur ályktananna voru á sviði utanríkisráðuneytis og snerust um samþykki fyrir aðild Íslands að ýmsum erlendum samningum (Tafla 1).

<b>Tafla 1:</b>					
<b>Framkvæmdastaða þingsályktana*</b>					
	Full framkv.	Einhver framkv.	Ekki framkv.	Óljóst	Fjöldi alls
Forsætisráðuneyti	2	4	6		<b>12</b>
Dóms- og kirkjumálarn.	1	1			<b>2</b>
Félagsmálaráðuneyti	2				<b>2</b>
Fjármálaráðuneyti	2				<b>2</b>
Heilbrigðis- og tryggingamálarn.	2	3			<b>5</b>
Iðnaðar- og viðskiptarn.	5	1	1		<b>7</b>
Landbúnaðarráðuneyti	1				<b>1</b>
Menntamálaráðuneyti	2	1			<b>3</b>
Samgönguráðuneyti		2		7	<b>9</b>
Sjávarútvegsráðuneyti	1				<b>1</b>
Utanríkisráðuneyti	53				<b>53</b>
<b>Öll ráðuneyti</b>	<b>71</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>97</b>

\*Greining og flokkun höfundar á framkvæmdastöðu þingsályktana frá 125., 126. og 127. löggjafarþingi skv. skýrslum forsætisráðherra (Alþingi 2002a og 2004).

Séu þær ályktanir sem ekki höfðu verið framkvæmdar skv. skýrslum forsætisráðherra skoðaðar sérstaklega sést að tillögur að þremur þeirra voru fluttar af þingmönnum frá stjórnarflokkum og stjórnarandstöðuflokkum, tvær af þingmönnum stjórnarflokka, tvær af þingmönnum stjórnarandstöðuflokks og ein af ráðherra. Uppgefnar ástæður þess að þær höfðu ekki verið framkvæmdar voru óskýrt orðalag, vísun á milli ráðuneyta, erindið barst ekki til viðkomandi ráðuneytis og að tilnefningar vantaði í nefndir.

Af ofangreindu má leiða líkur að því að ef Alþingi ályktar um málefni verði það að minnsta kosti unnið eitthvað áfram. Hugsanlegt er að ályktanir sem þingmenn stjórnarflokka leggja til fái betra brautargengi á tímum hvernar ríkisstjórnar en þær



sem eiga rætur hjá stjórnarandstöðu. Einnig er hugsanlegt að ályktanir sem lagðar eru til af þingmönnum margra flokka fái betra leiði en þær sem bornar eru upp af einstaklingum eða þingmönnum eins stjórn málaflokks. Hvað sem því líður bendir ofangreint yfirlit til þess að vel undirbyggð þingsályktun sé vænleg leið fyrir þingmenn til að fá umræðu um hugðarefni sín og hnika þeim áfram í framkvæmd.

### 2.1.2 Heildarstefna

Stjórnvöld fást daglega við að velja úr fjölda mögulegra lausna á viðfangsefnum og vandamálum samfélagsins. Lýðræðislega kjörnum fulltrúum á löggjafarþingi hefur verið falið það verkefni að komast að niðurstöðu um bestu lausnir fyrir almenning og ríkisstjórninni er falið að framkvæma samkvæmt því (Henry, 1995, bls. 56). Fræðilega séð er gert ráð fyrir að kjörnir fulltrúar leiti víðtækra upplýsinga og leitist við að hámarka gæði útkomunnar fyrir fjöldann á sem hagkvæmastan hátt. Nóbelsverðlaunahafinn Herbert Simon (Sjá Rainey, 1991) heldur því fram að raunin sé hins vegar sú að stjórnvöld standi frammi fyrir of mörgum óvissuþáttum, of miklu flóði af upplýsingum, of mörgum mögulegum lausnum og of miklum vitsmunalegum takmörkunum til þess að geta fundið bestu lausnina með vönduðum og skynsamlegum vinnubrögðum. Þannig sættist þau á skástu niðurstöðu hverju sinni eftir að hafa aflað þeirra gagna sem þau geta á þeim tíma og með þeim ráðum sem þau hafa.

*Opinber stefna* (public policy) hefur verið skilgreind á ýmsan hátt. Flestar skilgreiningar eiga það sameiginlegt að gefa til kynna einhverja leiðarlýsingu á aðgerðum stjórnvalda í átt að skilgreindu markmiði. McCool (1995, bls. 8 -9) nefnir dæmi um einfaldar skilgreiningar eins og „val brýnustu kosta“ og „allt sem stjórnvöld velja að gera eða láta eiga sig að gera“. Babor og félagar (2003) skilgreina opinbera stefnu sem valdboð stjórnvalda í lögum, reglugerðum og fyrirskipunum. Peters skilgreinir hins vegar opinbera stefnu á eftirfarandi hátt (1996, bls. 3):

Opinber stefna er einfaldlega summa aðgerða stjórnvalda sem hafa áhrif á líf þegnanna, hvort sem þær eru framkvæmdar beint eða öðrum falið að framkvæma þær.

[Þýðing höf.].

Þó margt sé ritað um stefnumótun, stefnugreiningu og mat á árangri stjórnvalda fann ég ekki skilgreiningu *heildarstefnu* í einhverjum málaflokki. Eftir því sem ég kemst næst er með heildarstefnu átt við:

1. Fyrirkomulag og afmörkun málaflokks innan stjórnskipulagsins, í lögum, reglugerðum og fyrirskipunum.
2. Framkvæmdaáætlun með skilgreind markmið, viðmið fyrir afköst, gæði og fjárhagsramma sem segir til um hagkvæmni framkvæmdarinnar.
3. Skilgreint fyrirkomulag eftirlits með að markmiðum og kröfum heildarstefnunnar sé mætt.

Með lýðræðislegu stjórnskipulagi er gert ráð fyrir að almanna hagsmunir séu í heiðri hafðir með þrískiptingu valds og opinni umræða þjóðkjörinna fulltrúa í stjórn og stjórnarandstöðu. Þó er ekki annars að vænta en að hver þingmaður hugsi einnig um eigin hag þegar hann stendur frammi fyrir vali á milli mögulegra kosta (Weimer og Vining, 1998, bls. 167). Þingmenn ganga vart þvert á eigin hagsmuni, hagsmuni umbjóðenda sinna í kjördæmi eða stefnu þess flokks sem þeir tilheyra nema að vel athuguðu máli.

### 2.1.3 Áhrifavaldar við mótun heildarstefnu

Mótun heildarstefnu (public policy) í samfélagslegum málefnum er flókið ferli og í upphafi er erfitt að sjá fyrir hver endanleg niðurstaða verður. Kingdon (1995, bls.

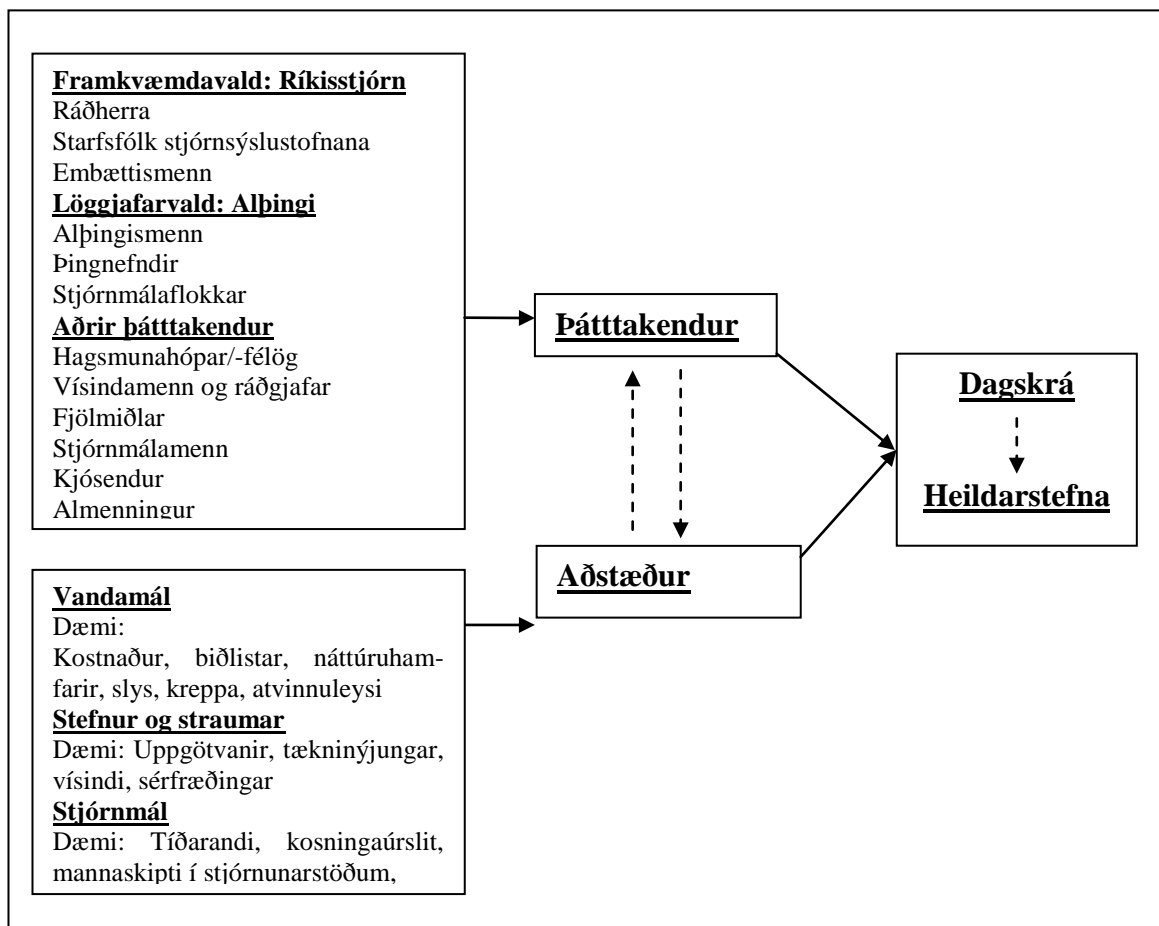
2) skilgreinir mótun heildarstefnu sem samstæðar atburðarrásir, sem fela í sér:

1. Að málefnið komist á dagskrá (agenda setting),
2. greiningu mögulegra lausna,
3. ábyrgt val á milli mögulegra lausna og
4. útfærslu og framkvæmd ákvörðunarinnar.

Þó að ein atburðarásin sé árangursrík er ekki víst að hinar séu það. Málefni geta verið á dagskrá án þess að umræðan leiði til ákvarðanatöku. Málefni geta verið samþykkt á lögjafarþingi en aldrei komist í framkvæmd. Kingdon einbeitir sér að

þeim atriðum sem leiða til þess að málefni komast á dagskrá og hvaða þættir hafa áhrif við greiningu mögulegra lausna.

*Dagskrá* skilgreinir Kingdon sem lista viðfangsefna sem stjórnvöld veita mikla athygli á ákveðnu tímabili. Spurningin er hvernig sum málefni komast á dagskrá stjórnvalda en önnur ekki. Kingdon greinir tvenns konar áhrifavalda þess að mál komast á dagskrá og hvaða hugmyndir að lausnum eru teknar til greina. Þessir þættir eru annars vegar *þátttakendur* og hins vegar *aðstæður* sem þrýsta á að ákveðum málefnum eru veitt athygli en öðrum ekki (Mynd 1).



**Mynd 1:** Áhrifavaldar og þátttakendur við mótun opinberrar heildarstefnu (public policy). [Greiningarlíkan Kingdon aðlagð af höf.]

Samkvæmt hugmyndum Kingdon gætu *virkir þátttakendur* sem koma málum á dagskrá á Íslandi verið ríkisstjórnin, opinberir embættismenn, starfsmenn í stjórnsýslu ríkis og sveitarfélaga og fjölmörg öfl utan stjórnsýslunnar t.d.

hagsmunahópar, fjölmiðlar, vísinda- og fræðimenn, stjórnmalaflokkar og almenningur. Verðug málefni og hugmyndir að lausnum geta átt upptök sín hjá öllum þessum hópum. Framsetning málefnisins getur verið formleg eða óformleg og það getur breyst í meðförum og á flakki milli hópa áður en það kemst á dagskrá.

Kingdon skiptir hins vegar *aðstæðunum* sem leiða til þess að mál komast á dagskrá í vandamál, stefnur og strauma, og stjórnmal. Hverjar um sig geta aðstæðurnar virkað hvetjandi eða letjandi í ákvarðanaferlinu (Kingdon, 1985, bls. 16 – 17):

1. Vandamál: Ýmiss konar vandamál blasa við stjórnvöldum á hverjum tíma. Það er háð aðstæðum hvort það sem gerist er skilgreint sem vandamál eða ekki. Stundum leiða slys eða hamfarir í ljós vandamál sem ekki hefur verið veitt athygli fram að því. Vaxandi kostnaðartölur, langir biðlistar, brigðult samgöngukerfi og umhverfisspjöll eru allt málefni sem gjarnan eru á dagskrá sem vandamál sem brýnt er að stjórnvöld finni lausn á.
2. Stefnur og straumar: Aukin þekking, nýjar uppgötvanir, ný tækni, sjónarhorn sérfræðinga á mismunandi sviðum og tillögur þeirra að framtíðarstefnu eru allt atriði sem geta komið málefnum á dagskrá.
3. Stjórnmalin: Tíðarandi, duttlungafullt almenningsálit, niðurstöður kosninga og mannskipti innan stjórnsýslunnar hafa áhrif á hvaða málefni eru á dagskrá á hverjum tíma.

Á vissum augnablikum fara saman vandamál, stjórnmal og stefnur og straumar. Þegar lausn finnst á vandamáli er hægt að virkja stjórnmalöfl til að beita sér fyrir útbótum. Kingdon (1985, bls. 20) talar um opinn stefnuglugga (policy window) þegar tækifæri býðst til að koma ákveðnum hugmyndum eða lausnum áfram. Þessir gluggar opnast vegna brýnna vandamála eða þegar stefnur og straumar bera með sér ferskan blæ.

Ferlinu við opinbera stefnumótun sem Kingdon lýsir má líkja við dragá þar sem margir litlir lækir renna saman og mynda vatnsfall. Leiðin til sjávar getur verið

stutt eða löng og á leiðinni getur áin hlykkjast, breytt úr sér, runnið í gljúfrum, fossum og flúðum eftir landslaginu, verið virkjuð eða stífluð, mengast eða verið hreinsuð. Þó litlir lækir renni saman og myndi vatnsfall sem eftir er tekið er mörgum áhrifaþáttum undirorpið hvernig framrás þess er háttað og þar með hvort það reynist lífríkinu gagnlegt eða ekki. Hugmyndir um hvernig best er að haga samfélagslegum úrræðum koma úr ýmsum áttum, ná stundum að sameinast, komast á dagskrá og fara í ákveðinn farveg sem verður fyrir hinum og þessum áhrifum áður en endanleg afdrif þeirra verða ljós.

## 2.3 Áfengisstefna

### 2.3.1. Áfengi – tekjulind eða heilbrigðisógn

Áfengi er sérstakt fyrirbæri í vestrænu samfélagi. Annars vegar er áfengi víða mikilvæg tekjulind sem iðnaðarvara og atvinnugrein. Hins vegar er áfengi vímuefni sem ógnar heilsu og öryggi manna og getur haft áhrif á vöxt og þroska upprennandi kynslóða. Í löndum þar sem áfengisframleiðsla er mikilvæg atvinnugrein og afurðin mikilvæg útflutningsvara hafa fjárhagsleg sjónarmið verið ríkjandi í stjórnmalalegu samhengi. Í öðrum löndum, eins og á Norðurlöndum, þar sem áfengi er fyrst og fremst innflutningsvara hafa heilbrigðis- og öryggissjónarmið haft meira vægi. Víðast hvar er fyrirkomulag áfengismála á könnu margra ráðuneyta, t.d. annars vegar ráðuneyta efnahags- og viðskiptamála og hins vegar heilbrigðis- og félagsmála. Þetta skapar vissa samkeppni um markaðsstöðu áfengis þar sem ráðandi sjónarmið fara illa saman. Snemma á 20. öld var áfengisstefna sem tók mið af skaðsemi áfengis skilgreind á Norðurlöndum. Áfengisstefna er opinber stefna sem snýst um samband áfengis, heilbrigðis og félagslegrar velferðar. Í löndum þar sem áfengi er mikilvæg framleiðsluvara hefur slík stefna þótt óþörf (Olsson, Ólafsdóttir og Room, 2002; Room, 1999). Babor og félagar (2003) skilgreina áfengisstefnu sem „...allar aðgerðir sem hafa áhrif á áfengismarkaðinn, áfengisneyslu, eða áfengistengd vandamál.“ Í töflu 2 er yfirlit yfir ýmsar stjórnvaldsaðgerðir sem einkenna áfengisstefnu.

<b>Tafla 2:</b> <b>Stjórnvaldsaðgerðir gegn skaðsemi áfengis</b>	
<b>Aðgerðir til að draga úr eftirspurn (Allocative policies):</b> Beint að ákveðnum hópum til að ná fram markmiðum til almannaheilla.	<b>Aðgerðir til að draga úr framboði (Regulatory policies):</b> Beint að atferli og vali einstaklinga eða fyrirtækja.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fræðsla um áfengi t.d. í skólum.</li> <li>2. Þjálfun starfsfólks öldurhúsa í samskiptum við ölvaða viðskiptavini.</li> <li>3. Framboð áfengismeðferðar og þjónustu fyrir áfengissjúklinga.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verðstýring.</li> <li>2. Skattar og álögur.</li> <li>3. Lágmarksaldur til áfengiskaupa.</li> <li>4. Takmarkaður afgreiðslutími útsölastaða.</li> <li>5. Auglýsingatakmarkanir.</li> <li>6. Vínveitingaleyfi.</li> <li>7. Reglur og viðmið um framleiðslu.</li> </ol>

Norðurlöndin, að Danmörku undanskilinni, hafa fram á síðustu ár skorið sig úr með áfengisstefnu sem einkennist af stífari aðhaldsaðgerðum en tíðkast annars staðar á Vesturlöndum. Með alþjóðavæðingu og opnari verslun og viðskiptum milli landa hafa Norðurlöndin í seinni tíð þurft að lina tökin og að taka tillit til alþjóðlegra samninga á milli landa. Með tilkomu Evrópusambandsins og inngöngu Finnlands og Svíþjóðar í það hefur löggjöf um áfengi verið breytt í frjálsræðisátt til samræmis við önnur Evrópulönd sem eiga aðild að sambandinu. Áhrifa Evrópusambandsins gætir einnig í EFTA löndunum Íslandi og Noregi þó að þau séu ekki eins bundin af reglugerðum þess og aðildarlöndin (Olsson og fél., 2002). Í seinni tíð hafa alþingismenn úr öllum flokkum lagt fram tillögur á Alþingi um að lækka áfengiskaupaaldur, leggja niður Áfengis- og tóbaksverslun ríkisins og lækka gjald á áfengi til samræmis við önnur Evrópulönd. Hugmyndir sem þessar sækja mjög á þó að enn séu þær aðeins á umræðustigi.

Til skamms tíma var litið á áfengistengd vandamál á Norðurlöndum sem sérstakan málaflokk og áfengisstefna þessara landa bar vott um að hann skipaði stóran sess í stjórnsýslulegu samhengi. Í seinni tíð hafa þessi vandamál verið skilgreind sem heilbrigðisvandamál að bandarískum hætti og aðgerðir til að draga úr skaðsemi áfengis verið rökstuddar með lýðheilsusjónarmiðum (Room, 1999). Samkvæmt Babor og félögum (2003, bls. 8) snúast lýðheilsufræði um aðferðir til að fyrirbyggja sjúkdóma og slys í samfélagi manna. Ólíkt klínískri læknisfræði sem

beinist að umönnun og lækningu einstaklinga, snýst lýðheilsa um hópa, þ.e. íbúa landa. Með lýðheilsurannsóknum er hægt að greina áhættuþætti og leggja til viðbrögð sem líkleg eru til bóta fyrir fjöldann. Samanburðarrannsóknir á milli landa með mismunandi áfengisstefnu benda til að aðgerðirnar sem koma fram í töflu 2 séu samverkandi og hafi takmörkuð áhrif hver fyrir sig.

Í nýlegri skýrslu frá Evrópusambandinu (2004) er áætlað að 50% af dauðsföllum af völdum slysa á Evrópusvæðinu séu af völdum áfengisneyslu. Bent er á að kostnaður heilbrigðisþjónustu, félagsþjónustu, og löggæslu af völdum áfengisneyslu sé hár og að fólk hverfi ótímabært af vinnumarkaði vegna vandamála sem rekja má til áfengisneyslu. Vaxandi neysla ungmenna og kvenna í Evrópu er auk þess áhyggjuefni. Á vegum Evrópusambandsins er unnið að samræmdum aðgerðum til að draga úr skaðsemi af völdum áfengisneyslu í samstarfi við Alþjóðaheilbrigðismálastofnunina. Sú vinna tekur mið af rannsóknarniðurstöðum um árangur mismunandi aðgerða til að sporna við vandanum. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur gefið út lista yfir skilyrði fyrir viðbrögðum heilbrigðisþjónustu við áfengisvandamálum sem hér er birtur í ramma 1 (Sjá Babor, og féll., 2003, bls. 218):

**Rammi 1.**  
**Skilyrði fyrir viðbrögðum heilbrigðisþjónustu**  
**við áfengisvandamálum\***

**1. Markhópurinn**

Opinber stefnumótun fyrir hvers kyns meðferð þarf að hefjast með skilgreiningu þeirra hópa sem á að bjóða meðferð. Þegar tegund meðferðar er skilgreind þarf að setja eftirfarandi lágmarkskröfur og skilyrði:

- Áfengisneysla sjúklingsins á því stigi að hún ógnar heilbrigði.
- Staðfest áfengisfíkn.
- Heilsubrestur eða félagsleg vandamál sem rekja má til áfengisneyslu eru til staðar.
- Ölvunarakstur, neysla sem veldur öðrum skaða.

**2. Meta þarf tíðni tilfella meðal íbúanna**

Í þróðum löndum liggja víðast hvar fyrir tölfræðilegar upplýsingar sem gefa áfengisvanda í samfélaginu til kynna.

**3. Meta þarf hve hátt hlutfall tilfella mun sækjast eftir og taka meðferð á hverjum tíma**

Margt fólk sem á við áfengisvanda að stríða kærir sig ekki um að fara í meðferð. Hvatning til að leita hjálpar ætti að vera liður í heildarstefnunni.

**4. Við meðferðaráætlun verður að taka mið af sjúkrasögu**

Sumum sem misnota áfengi tekst að ná stjórn á neyslunni en minni líkur eru á að langt leiddum neytendum takist það. Það getur skipt máli við val á meðferð.

**5. Spurningin um árangur meðferðar**

Þetta atriði snýst ekki aðeins um innihald meðferðar heldur einnig um lengd hennar og styrks (intensity) og hve varanlegur bati er. Áfengisvandi einkennist af mikilli fallhættu.

**6. Hagkvæmni**

Við mótun heildarstefnu þarf að taka mið af hagkvæmnisjónarmiðum. Víðast hvar hafa viðbrögð við áfengisvanda hingað til sprottið af tilfinningalegum eldmóði til að koma einstaklingum til hjálpar frekar en með hliðsjón af einkennum meðferðar sem stenst ofangreindar kröfur. Ef heildarstefnan á að skila árangri frá lýðheilsusjónarmiði þarf að leggja hlutlæg frammistöðuviðmið til grundvallar.

\*[Skilyrði Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar í Babor og fél., 2003, bls. 218, þýtt og aðlagð af höf.]



### 2.3.2. Áfengi í íslensku stjórnskipulagi

Hér á landi er fyrirkomulag áfengismála innan stjórnslunnar flókið. Yfirlýstur tilgangur áfengislaga nr.75/1998 er að vinna gegn misnotkun áfengis. Þar eru sett skilyrði um leyfisveitingar til innflutnings, sölu, veitinga og framleiðslu áfengis, áfengiskaupaaldur skilgreindur og ákvæði um auglýsingabann. Samkvæmt þeim skal sækja um leyfi til framleiðslu, innflutnings og heildsölu áfengis til ríkislögreglustjóra en um leyfi til smásölu og veitinga áfengis til sveitarfélaga. Í lögum um gjald á áfengi og tóbaki nr. 96/1995 eru ákvæði um opinberar álögur af áfengi sem varningi.

Lagaumhverfi meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur kemur hins vegar fram í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990, lögum um meðferð ölvaðra manna og drykkjusjúkra nr. 39/1964, lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991 og Barnaverndarlögum nr. 80/1992.

Skilyrði fyrir stofnun og rekstur sjúkrahúsa og annarra heilbrigðisstofnana koma fram í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990. Þar er kveðið um eftirlitshlutverk landlæknis, flokkun heilbrigðisstofnana eftir eðli starfsemi og skilyrði fyrir stjórnun stofnana, menntun starfsmanna og húsnæði. Skv. 26. gr. er óheimilt að stofna og reka sjúkrahús nema með leyfi ráðherra.

Í lögum um meðferð ölvaðra manna og drykkjusjúkra nr. 39/1964 segir í 1. gr.: „Meðferð drykkjusjúkra skal vera í höndum lækna, sjúkrahúsa, heilsuverndarstöðva eða annarra stofnana, sem til þess hafa hlotið sérstakt leyfi heilbrigðisstjórnarinnar og háðar eru eftirliti hennar.“ Skv. 18. gr. sömu laga er „Ráðherra heimilt að ákveða, að lög þessi taki einnig til þeirra, sem misnota önnur slævandi eða örvandi efni...“ Ennfremur er skv. 10. gr. heimilt að veita bæjarfélögum og samtökum, sem starfa að bindindis- eða líknarmálum og fengið hafa leyfi heilbrigðismálastjórnarinnar, styrki úr gæsluvistarsjóði til að reisa eða reka á sinn kostnað lækningastöð eða hæli til aðhlyningar og lækningar

drykkjusjúku fólki. Slíkar stofnanir skulu sæta sama eftirliti og aðrar heilbrigðisstofnanir.

Vert er að benda á að gæsluvistarsjóður var sameinaður forvarnasjóði við stofnun hans við endurskoðun áfengislaga 1998. Forvarnasjóður er skilgreindur í 6. gr. áfengislaga nr. 75/1998 og í 7. gr. laga um gjald á áfengi og tóbaki nr. 96/1995. Tilgangur forvarnasjóðs er að stuðla að forvörnum gegn áfengis- og fíkniefnaneyslu. Lýðheilsustöð annast úthlutun styrkja úr forvarnasjóði skv. lögum um Lýðheilsustöð nr. 18/2003. Við úthlutun úr sjóðnum árið 2005 var 10 milljónum kr. varið til áfangaheimila (Lýðheilsustöð, 2005).

Með 50. gr. laga um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991 er félagsmálanefndum sveitarfélaga falið að hlutast til um að áfengissjúkir og þeir sem misnota áfengi eða aðra vímugjafa fái viðeigandi meðferð og aðstoð. Skv. 51. gr. er félagsmálanefndum enn fremur falið að stuðla að því að áfengis- og vímuefnaneytendur sem hafa gengið í gegnum meðferð fái viðeigandi stuðning og aðstoð að meðferð lokinni.

Loks er Barnaverndarstofu falið, skv. 79. gr. barnaverndarlaga nr. 80/2002, að annast uppbyggingu og rekstur heimila og stofnana fyrir börn upp að 18 ára aldri sem þurfa á meðferð eða stuðningi að halda.

Tafla 3 á næstu síðu sýnir yfirlit yfir tekjur stofnana og félagasamtaka til rekstrar þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur árin 2001 og 2002 (Alþingi, 2005).

<b>Tafla 3.</b>					
<b>Tekjur stofnana og félagasamtaka til rekstrar þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur í þúsundum kr.*</b>					
Stofnun	Framlag ríkis	Framlag sveitarfélaga	Sjálfsaflafé og aðrar tekjur	Samtals	Hlutfall ríkisframlaga
<b>Árið 2001</b>					
SÁÁ	390.299	2.300	40.471	433.070	90,1%
LSH	307.945	0	0	307.945	100,0%
FSA	50.630			50.630	100,0%
Krýsuvíkursamtökin	19.600	0	10.980	30.580	64,1%
Samhjálp-Hlaðgerðarkot	57.864	0	0	57.864	100,0%
Byrgið	19.400	0	0	19.400	100,0%
Götusmiðjan	49.876	3.093	26.093	79.062	63,1%
Barnaverndarstofa-Stuðlar	116.824	0	369	117.193	99,7%
Krossgötur	13.400	1.600	10.732	25.732	52,1%
Dyngjan	2.500	1.500	2.975	6.975	35,8%
Takmarkið	1.000	1.000	7.009	9.009	11,1%
Risið	2.500	4.200	6.469	13.169	19,0%
<b>Samtals 2001</b>	<b>1.031.838</b>	<b>13.693</b>	<b>105.098</b>	<b>1.150.629</b>	<b>89,7%</b>
<b>Árið 2002</b>					
SÁÁ	427.401	5.480	53.499	486.380	87,9%
LSH	362.682	0	0	362.682	100,0%
FSA	27.740			27.740	100,0%
Krýsuvíkursamtökin	26.500	0	16.600	43.100	61,5%
Samhjálp-Hlaðgerðarkot	62.000	0	49	62.049	99,9%
Byrgið	13.094	4.400	27.749	45.243	28,9%
Götusmiðjan	62.408	2.602	24.845	89.855	69,5%
Barnaverndarstofa-Stuðlar	137.860	0	270	138.130	99,8%
Krossgötur	19.600	4.030	10.669	34.299	57,1%
Dyngjan	2.500	1.700	3.615	7.815	32,0%
Takmarkið	1.000	1.760	7.010	9.770	10,2%
Risið	2.500	4.200	6.530	13.230	18,9%
<b>Samtals 2002</b>	<b>1.145.285</b>	<b>24.172</b>	<b>150.836</b>	<b>1.320.293</b>	<b>86,7%</b>
Breyting milli árána 2002 og 2001	11,0%	76,5%	43,5%	14,7%	

\*Skýrsla heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi. Þskj. 1346, 131. lþ. 805 mál. Þskj. 1491, 130. lþ. 968. mál.

Tafla 3 sýnir að heildarkostnaður við framangreinda starfsemi hækkaði um 14% milli árunna 2001 og 2002 úr 1.150 millj. kr. í 1.320 millj. króna. Af heildarkostnaðinum námu framlög ríkisins rúmlega einum milljarði kr. Framlag ríkisins lækkaði þó hlutfallslega á milli ára úr tæpum 90% árið 2001 í 87% árið 2002. Framlag sveitarfélaganna nærri tvöfaldaðist á milli árunna en náði þrátt fyrir það ekki 2% af heildarkostnaði árið 2002. Sjálfsaflafé stofnananna og aðrar tekjur hækkuðu úr 105 millj. árið 2001 í 150 millj. kr. árið 2002 og námu þá 11,4% af heildarkostnaði. Kostnaður ríkisins af meðferð barna á vegum Barnaverndarstofu er ekki talinn með í töflunni. Þegar horft er á ráðstöfun fjármagnsins fyrir þessi ár þá voru LSH, Stuðlar, FSA og Hlaðgerðkot á föstum fjárlögum. Þjónustusamningar voru um meðferðarstofnanir SÁÁ og Götusmiðjuna. Meðferðarheimili Krýsuvíkursamtakanna, Byrgið, Krossgötur, Dyngjan, Takmarkið, Risið og 12 spora húsið nutu styrkja frá ríki.

### 2.3.3 Áfengis- og vímuefnameðferð

Landslagið í fíkniefnaheiminum hefur breyst mikið vegna aukinna samskipta milli landa, afnámi viðskiptalandamæra og nýrra fíkniefna sem koma á markað (Babor, 2003; Edwards og fél., 1995). Nú er ekki lengur við áfengi eitt að etja heldur einnig ýmis ólögleg vímuefni sem virðast berast undra hratt um undirheima samfélaga um allan heim. Það kallar á stöðuga þörf fyrir ný og fjölbreyttari úrræði til að bregðast við þessari vá sem útbreiðsla vímuefnaneyslu hefur í för með sér.

Við sjúkdómsgreiningu á áfengis- og vímuefnafíkn og afleiddum heilbrigðisvandamálum er stuðst við 10. útgáfu alþjóðlegrar tölfræðiflokkunar sjúkdóma og heilbrigðisvandamála (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 1992). Flokkunarnúmer kerfisins á vandamálum á þessu sviði eru F10 – F19. Geðlæknar og aðrir sem vinna við áfengis- og vímuefnameðferð hafa einnig bandaríska flokkunarkerfið DSM-IV til hliðsjónar en það inniheldur skilgreiningar á mismunandi stigum fíknar. Þessi stig eru fíkn, misnotkun, áhættuneysla og fjölkvilli (American Psychiatric Association, 2000).

Þjónustutilboð fyrir áfengis- og vímuefnafíkla eru fjölbreytileg og veitt af opinberum aðilum eða einkaaðilum. Þjónusta á þessu sviði er hægt að skipta í stig, þ.e. einstaklingsbundnar forvarnir, meðferð og stoðþjónusta. Í meðferð felst misjafnlega mikil íhlutun og hún er veitt ýmist innan stofnana eða á göngudeild. Erlendis er göngudeildarmeðferð algengust en hér á landi hefur hins vegar verið lögð ríkari áhersla á meðferð sem krefst innlagnar á sjúkrahús en víðast annars staðar (Alþingi, 2005; Berglund og féll., 2001). Meðferð getur haft margþætt áhrif. Hún getur leitt til lækningar, bætt líkamlegt, andlegt og félagslegt ástand. Stundum er einnig litið á hana sem forvörn því einstaklingur sem tekur meðferð verður sjálfum sér eða öðrum síður til skaða vegna neyslu. Sé litið á meðferð sem forvörn þarf þó að skoða hana í samhengi við aðrar forvarnaraðgerðir í samfélaginu sem byggjast á opinberum stuðningi og samvinnu fagstétta í samfélaginu (Alþingi, 2005; Berglund og féll. 2001).

Víða á Vesturlöndum vísar skaðsemi áfengis ekki einungis til áfengisfíknar heldur einnig skaðsamlegra áhrifa af misnotkun áfengis (problem drinking) án þess að um eiginlegan sjúkdóm sé að ræða. Í þessum löndum hafa ýmis ódýrari þjónustuúrræði með lágmarksíhlutun verið þróuð fyrir fólk sem misnotar áfengi. Dæmi um slíkt er t.d. að greina áhættuneyslu snemma og veita stutt viðtöl eða markíhlutun (brief intervention) á heilsugæslustöðvum. Auk þess eru sjálfshjálparsamtök eins og AA mjög útbreidd og ýmis líknar- og trúfélög bjóða einhvers konar hjálp eða stuðning. Íhlutun vegna misnotkunar áfengis getur verið á mörgum stigum eftir því hvort hún snýst um íhlutun fyrir áhættuneytendur sem ekki eru háðir áfengi, meðferð fyrir alkóhólista og fólk sem misnotar áfengi, aðstoð sjálfshjálparsamtaka eða fagaðila (Alþingi, 2004; Babor og féll. 2003; Edwards og féll. 1995; Berglund og féll. 2001).

Hér á landi hefur endurhæfing áfengis- og vímuefnaneytenda fyrst og fremst byggst á úrræðum læknisfræðilegrar þekkingar og 12 spora kerfi AA-samtakanna með ívafi af hugrænni atferlismeðferð. Erlendis eru önnur meðferðarform algeng t.d. þau sem byggjast á félagsfærniþjálfun og hugrænni atferlismeðferð. Víða erlendis fer meðferð áfengis- og vímuefnaneytenda að verulegu leyti fram á

göngudeild t.d. í Svíþjóð, Noregi og Ástralíu (Alþingi, 2005). Meðal sérfræðinga í áfengis- og vímuefna meðferð hefur farið fram töluverð umræða um hvers konar meðferð henti hvaða sjúklingahópi. Rætt er um hvort sama nálgun henti fyrir bæði kyn, mismunandi aldurshópa og sjúklingahópa og hvort meðferð á göngudeild gerir sama gagn og stofnanavistun (Kristinn Tómasson, 1998, bls. 30). Á síðustu árum hafa ný lyf við fíkn í morfínskyld lyf verið tekin í notkun og reynst gagnleg (Alþingi, 2005; Berglund, 2001; Babor, 2003).

Í seinni tíð hafa meðferðarrannsóknir í vaxandi mæli beinst að árangri meðferðar með tilliti til innihalds meðferðarinnar, styrk hennar (intensity) og hversu vel hún hentar mismunandi einstaklingum. Það er mjög flókið að meta árangur áfengis- og vímuefna meðferðar og við það verk verður að taka tillit til líkamlegra, andlegra og félagslegra þátta. Fræðasamfélagið hefur ekki komist að samkomulagi um hvaða mælistiku skuli nota til að meta árangur af meðferð en ljóst er að bindindi eftir meðferð er allt of einfaldur mælikvarði á árangur og segir t.d. ekkert um virkni á vinnumarkaði, þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, líkamlegt ástand eða félagslega stöðu (Alþingi, 2004; Babor og fél. 2003; Berglund og fl. 2001; Edwards og fél. 1995).

Tegund aðstoðar, t.d. hvort hún er veitt af sjálfshjálparhópi eða á opinberri meðferðarstofnun, með innlögn eða á göngudeild virðist ekki ráða úrslitum um langtíma batahorfur. Almennt séð virðist hvers kyns meðferð heldur draga úr neyslu áfengis, óháð tegund meðferðarinnar. Vegna þess að trauðla hefur gengið að sýna fram á árangur af einni meðferð umfram aðra hefur verið erfitt að rökstyðja ráðstöfun opinbers fjár til dýrrar innlagnarmeðferðar sem veitt er af fagmönnum (Alþingi, 2004; Babor og fél. 2003; Kristinn Tómasson, 1999 og 1998; Edwards og fél., 1995). Holder og félagar (1991) framkvæmdu kostnaðar-árangursmat á mismunandi meðferðarúræðum. Niðurstaða þeirra var að þó sum dýrari innlagnarúræði sýndu örlítið meiri árangur af meðferð dugði ávinningurinn ekki til að hægt væri að mæla með þeim frekar en ódýrari úrræðum.

Það liggur því fyrir að þróa þarf árangursmælikvarða og viðmið fyrir mismunandi þjónustustig áfengis- og vímuefnþjónustu. Erlendis er unnið að þróun ýmissa árangursmælikvarða t.d. á vegum American Society of Addicition Medicine (ASAM) (Alþingi, 2005).

### **3. Aðferðafræði**

Rannsóknin sem hér er gerð grein fyrir var að mestu framkvæmd haustið 2005. Um var að ræða tilviksathugun sem framkvæmd var með eigindlegum rannsóknaraðferðum.

Kveikjan að rannsókninni var þingsályktun um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana sem samþykkt var á Alþingi 3. maí 2002 (þingskj. 1484). Viðfangsefnið var greining helstu hvata þess að þingsályktunartillagan var lögð fram og hvaða sjónarmiða þátttakendur í rannsókninni vildu taka tillit til við mótun hugsanlegrar heildarstefnu. Einnig var grafið fyrir um á hvað þátttakendur vildu leggja áherslu í hugsanlegri heildarstefnu og hvaða ávinningi þeir bjuggust við að hún skilaði.

#### **3.1 Rannsóknarspurningar**

Í samræmi við markmið rannsóknarinnar var leitað svara við eftirfarandi spurningum:

1. Af hverju lögðu fimm þingmenn fram þingsályktunartillögu um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur?
2. Hverjir telja þátttakendur rannsóknarinnar að séu helstu áhrifavaldar við mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur?
3. Hvað telja þátttakendur rannsóknarinnar mikilvægast að leggja áherslu á við mótun heildarstefnu?
4. Hvaða ávinnings vænta þátttakendur rannsóknarinnar af mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur?

#### **3.2 Rannsóknarsnið**

Rannsóknin sem hér um ræðir er unnin með eigindlegum rannsóknaraðferðum (Bogdan og Biklen, 2003). Með því er átt við aðferð í félagsvísindum þar sem



Lýsandi gögnum er safnað við raunverulegar aðstæður, ályktanir dregnar með aðleiðslu og áhersla lögð á að skilja sjónarmið þeirra sem taka þátt í rannsókninni (bls. 261). Með viðtölum við valda einstaklinga er leitast við að öðlast skilning á hvernig þeir meta aðstæður sínar og umhverfi og hvað hefur áhrif á athafnir þeirra í sambandi við ákveðið viðfangsefni. Rannsakandinn greinir síðan megindrætti í viðtölunum og beitir aðleiðslu til að bera þessa megindrætti saman við fræðilegar hugmyndir og aðrar upplýsingar sem liggja fyrir um viðfangsefnið. Loks eru dregnar ályktanir af niðurstöðunum. Í eigindlegum rannsóknum er algildum skýringum hafnað. Sú þekking sem fæst með rannsókninni er afstæð og afmörkuð af þeim aðstæðum og þeim þátttakendum sem hún nær til.

Tilviksathugun (case study) er nákvæm athugun á einum stað eða starfseiningu eða skjalasafni eða atburði (Bogdan og Biklen, 2003, bls. 54). Við rannsókn á atburði, eins og þeim sem hér um ræðir er ákveðinn atburður athugaður frá sjónarhóli mismunandi þátttakenda í honum.

### 3.3 Gögn

Gagna í þessa rannsókn var aflað með viðtölum. Átta viðmælendur voru valdir með tilliti til efnis og markmiða rannsóknarinnar. Viðmælendurnir voru alþingismennirnir fimm, sem fluttu tillögu til þingsályktunar um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana vorið 2002. Þeir voru úr öllum flokkum sem sátu á Alþingi þegar tillagan var flutt. Þrír þeirra tilheyrðu stjórnarflokkum en tveir stjórnarandstöðu. Auk þeirra var rætt við tvo yfirlækna tveggja stærstu meðferðareininga fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi og fulltrúa landlæknisembættisins, einnig lækni, sem annast eftirlit með meðferð sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins. Hér eftir verður vísað til viðmælenda sem *þingmanna*, *alþingismanna* eða *flutningsmanna tillögunnar* annars vegar og *lækna* hins vegar.

Viðtölin voru tekin á tímabilinu 3. nóvember 2005 til 29. desember 2005. Allir viðmælendur voru fúsir til þátttöku. Hvert viðtal tók frá 30 mín. til 60 mín. Viðtölin voru tekin upp á segulband og síðan skráð niður orð fyrir orð. Við

skráningu viðtalanna var nöfnum viðmælenda breytt og að lokinni rannsókn var öllum viðtalsgögnum eytt.

Við upphaf hvers viðtals var viðmælendum gerð grein fyrir tilgangi og markmiðum rannsóknarinnar, skýrt frá því að gögnum yrði eytt að greiningu lokinni og að þeir yrðu ekki nafngreindir í rannsókninni nema að höfðu samráði við þá.

Stuðst var við lista af opnum spurningum þannig að allir viðmælendur fengu sambærilegar spurningar. Að öðru leyti var form viðtalanna nokkuð frjálst. Spurningarnar sem stuðst var við eru í viðauka 1.

#### *3.4 Takmarkanir rannsóknaraðferðarinnar*

Rannsóknin snerist um að grafast fyrir um tilurð ákveðinnar þingsályktunartillögu og gagnaöflun takmarkaðist við það viðfangsefni. Ekki er hægt að fullyrða að niðurstöður mínar gildi fyrir aðrar þingsályktunartillögur um önnur málefni eða um sama málefni á öðrum tíma. Niðurstöðurnar mínar takmarkast því við viðhorf þeirra viðmælenda sem tóku þátt í rannsókninni, og við ríkjandi þjóðfélagslegar aðstæður á þeim stað og tíma þegar hún var unnin. Samt sem áður gefa niðurstöðurnar innsýn í starfsumhverfi og hugsunarhátt viðmælenda minna og megindrættir þeirra geta nýst við stefnumótunarvinnu í málaflokki í framtíðinni.

Hægt er að líta á það sem styrk rannsóknarinnar að talað var við alla flutningsmenn tillögunnar og að þeir voru úr öllum stjórn málaflokkum sem áttu sæti á Alþingi þegar hún var borin upp. Það gefur nokkra innsýn í breidd þeirra málefnalegu raka sem lágu fyrir þegar tillagan var samþykkt. Einnig var leitað eftir sjónarmiðum yfirlækna þeirra tveggja meðferðareininga sem flestir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi sækja meðferð til, og fulltrúa landlæknis sem gegnir eftirlitshlutverki innan heilbrigðisþjónustunnar. Læknarnir þrír eru þó aðeins fulltrúar stærri hópa fag- og meðferðaraðila sem koma að áfengis- og vímuefnamedferð í landinu þegar rannsóknin var gerð.

Við frekari greiningu á viðfangsefninu væri áhugavert að kanna sjónarmið fleiri hópa sem hafa hagsmuna að gæta í þessum málaflokki eða hafa áhuga á honum af öðrum orsökum. Þar á meðal má nefna notendur þjónustunnar, aðstandendur þeirra og aðrar fagstéttir sem starfa við meðferð áfengis- og vímuefnaneytenda s.s. sálfræðinga, félagsráðgjafa, hjúkrunarfræðinga og áfengisráðgjafa, og loks trúfélög og líknarfélög sem reka meðferðarstaði. Það féll hins vegar utan við viðfangsefni þessarar rannsóknar.

#### 4. Niðurstöður

Það var samdóma álit allra viðmælenda minna að helstu kostir núverandi fyrirkomulags meðferðar fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi fælust í fjölbreyttu meðferðarúrvali og í flestum tilfellum góðu aðgengi að meðferð. Fleiri kostir voru þó nefndir s.s. almenn meðvitund um eðli áfengis- og vímuefnavandans, fordómaleysi gagnvart fólki sem þarf að leita sér meðferðar og sá hugsjónalögi sem drífur fólk sem vinnur við meðferð á vegum félagasamtaka áfram. Þá töldu viðmælendur það styrk að hafa einn öflugan og framsækinn rekstraraðila meðferðarstofnana, eins og SÁÁ á landinu. Reyndar kom SÁÁ við sögu í öllum viðtölunum á einn eða annan hátt, s.s. fyrir styrk og framsækni á sviði meðferðar, ásókn í fjárframlög eða umdeildar tölfræðiupplýsingar um fjölda innlagna og árangur af meðferð á meðferðarstofnunum SÁÁ. Landspítali-Háskólasjúkrahús var hins vegar ekki sérstaklega nefnt á sambærilegan hátt.

Helstu ókostir sem viðmælendur mínir nefndu til sögunnar voru öllu flóknari. Þeim fannst meðferðarumhverfið „kaótískt“, vanta heildarsýn og vera úr samhengi við stefnu stjórnvalda í markaðssetningu áfengis og forvarnarsjónarmiða. Þeim fannst verkaskipting og samvinna á milli félags- og heilbrigðiskerfis óljós, vanta að gerðar væru lágmarkskröfur um þjónustu og markmið og árangursviðmið óljós. Þá fannst þeim meðferðartilboðin íhaldssöm og stofnanamiðuð. Loks var nefnt að flest meðferðarúrræðin væru á höfuðborgarsvæðinu þannig að aðgengi að meðferð væri misjafnt eftir búsetu á landinu. Læknunum þótti ákvarðanir um fjárframlög til málaflokksins ekki teknar á faglegum forsendum og skilin á milli geðþjónustu og áfengis- og vímuefnamedferðar oft óskýr. Þeir töldu auk þess að hópur fólks með alvarlega fjölkvilla, sem væri t.d. bæði haldið geðsjúkdómi og vímuefnafíkn, fengi ekki þjónustu við hæfi og að eftirfylgd eftir meðferð gæti verið betri en hún er.

Hjá viðmælendum mínum kom ekki fram að tillagan hefði verið lögð fram af því að þeir eygðu stefnuglugga að hætti Kingdon eða lag til að koma koma meðferðarmálum áfram þegar það væri gert. Þeir höfðu hins vegar orð á því að áfengis- og vímuefnamedferð væri eilífðarmál sem sífellt þyrfti að vera að minna

á og endurskoða. Eftirfarandi eru svör þau sem ég fékk út úr viðtölunum við rannsóknarspurningunum í kafla 3.1.

#### **4.1 Af hverju er kallað eftir heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur?**

Í viðtölum við flutningsmenn þingsályktunartillögu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur var annars vegar spurt hvað hafði áhrif til þess að þeir tóku þátt í flutningi tillögunnar og hins vegar hvers vegna þeim fannst þörf á að móta heildarstefnu í málaflokknum, þ.e. hvað hvatti þá til að leggja tillöguna fram.

Svör við fyrri spurningunni voru nokkuð samhljóða þess efnis að fyrsti flutningsmaður tillögunnar hefði viljað fá með sér þverpólitískan hóp fólks sem hefði sýnt málefninu áhuga í störfum sínum á Alþingi. Flutningsmenn tillögunnar voru úr öllum flokkum. Meðflutningsmennirnir höfðu auk þess menntun og bakgrunn úr skólastarfi, félags- og heilbrigðisþjónustu og mismunandi persónulega reynslu af meðferðar- og stuðningsþjónustu á þessu eða svipuðu sviði. Þeir höfðu enn fremur unnið með félagasamtökum að uppbyggingu þjónustu eða átt aðstandendur eða vini sem höfðu gengið í gegnum áfengis- eða vímuefnameðferð. Læknarnir sem rætt var við voru spurðir hvor þeir teldu vera þörf á að móta heildarstefnu um meðferðarmál í Íslandi og svör þeirra báru vott um að þeim þætti svo vera. Þetta væri flókinn og erfiður málaflokkur sem margir kæmu að og erfitt væri að koma auga á hver stefna stjórnvalda væri í raun og veru.

Einn þeirra komst svona að orði:

„...og ég meina heilbrigðisráðuneytið setur einhver lög um meðhöndlun áfengissjúkra, einhvern tíma fyrir löngu síðan, fjármálaráðuneytið sér um áfengisútsölnar hérna og dómsmálaráðuneytið ákveður, hérna, vínveitingaleyfið<sup>1</sup> og aldur og svona sko og á meðan að heilbrigðisráðuneytið er að stefna að minnkun drykkju, að þá er fjármálaráðuneytið að hvetja ÁTVR að græða sem mestan pening og ÁTVR er að opna búðir og svo framvegis. Og við erum að opna miklu

---

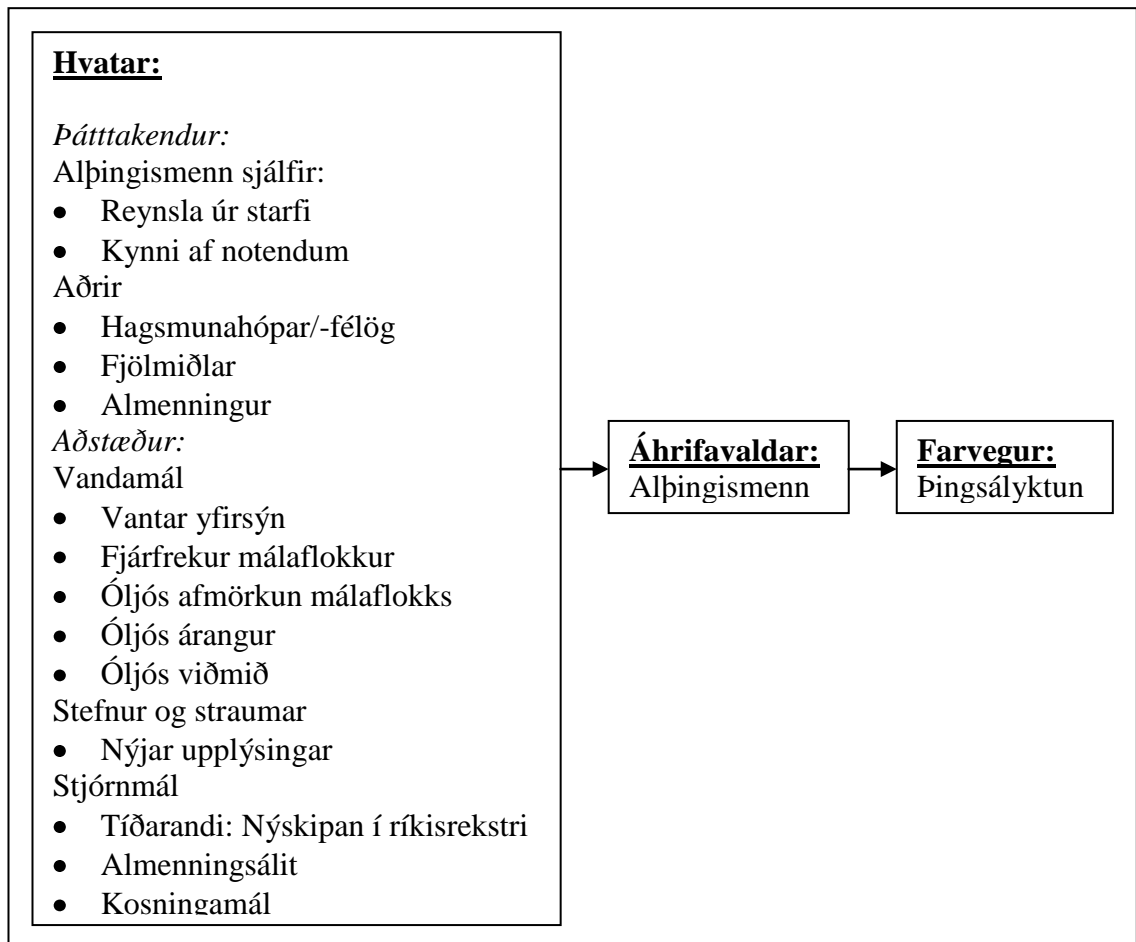
<sup>1</sup>Skv. áfengislögum nr. 75/1998 skal sækja um leyfi til framleiðslu, innflutnings og heildsölu áfengis til ríkislögreglustjóra en um leyfi til smásölu og veitinga áfengis til sveitarfélaga.

meira af leyfum og þannig að hægri höndin er að vinna á móti þeirri vinstri og það er engin stefna í gangi...”

Læknarnir töldu að fjármál helstu ástæðu fyrir ósk þingmannanna um mótun heildarstefnu. Þeir fannst hins vegar þörf á faglegri vinnubrögðum en nú tíðkast við úthlutun fjárframlaga til meðferðarstofnana. Í því fælist m.a. skilgreining markmiða og greining vandans. Loks var nefnt að málefnið nyti nokkurrar sérstöðu meðal stjórnámálanna sem nýttu sér það til framdráttar í kosningabaráttu.

...það eru ekki svona læti út af hjartasjúkdómum til dæmis. Menn eru ekki að bjóða sig fram vegna þess að þeir hafa sérstaka stefnu í þeim.

Yfirlit yfir svör þingmannanna við spurningu um hvata þess að þeir lögðu fram þingsályktunartillögu um mótun heildarstefnu í meðferðarmálum er í mynd 2.



**Mynd 2:** Hvatar þess að þingmenn koma málefni á dagskrá. [Niðurstaða höf. með hliðsjón af greiningarlíkani Kingdon sbr mynd 1 bls. 19].

Í eftirfarandi köflum er gerð nánari grein fyrir þeim þáttum sem komu sterkast fram í rannsóknarviðtölunum þ.e. yfirsýn yfir málaflokkinn, fjárhagsleg sjónarmið, skilgreiningar meðferðar og árangur meðferðar.

#### 4.1.1 Þörf fyrir yfirsýn yfir málaflokkinn

Allir þingmennirnir nefndu þörf fyrir einhvers konar yfirsýn yfir málaflokkinn, einhvers konar kortlagningu. Í því sambandi komu til tals fjárhagsleg sjónarmið, fyrirkomulag í stjórnskipulagi hvað varðar skiptingu milli félag- og heilbrigðisþjónustu, fagleg sjónarmið og hugmyndafræði, óljós markmið, skortur á eftirliti með þjónustu, framboð á meðferð og þörf fyrir meðferð, samanburður við önnur lönd og skilgreiningar á árangri. Einn þingmaðurinn komst svo að orði:

„...þarna vantaði ákveðna yfirsýn og það vantaði í raun og veru, við getum bara notað orðið stefnumótun, í þessum málaflokki, því hann virtist vera svolítið óstýrilátur, virtist svona vanta ákveðna stýringu á þessum þætti og kannski ekki alveg ljóst að hverju stefndi, hver væru markmiðin. Hvar liggja t.d. mörkin á hérna meðferð heilbrigðiskerfisins og hvenær er þetta félagslegt.“

#### 4.1.2 Fjárhagsleg sjónarmið

Fjárhagsleg sjónarmið voru flutningsmönnum tillögunnar ofarlega í huga. Í svörum þeirra kom fram að til þessa málaflokks væri varið umtalsverðum fjármunum, meira en milljarði króna á ári, sem erfitt væri að átta sig á hvort væri vel varið. Fyrir þeim vakti að tryggja sem besta nýtingu fjármuna eins og einn flutningsmanna tillögunnar sagði:

„... mér fannst einboðið í fyrsta lagi að það væri hægt að ná meiri sparnaði þarna og hitt sem kannski var þó ennþá meira málið, og mig skipti ennþá meira máli, var að það væri hægt að ná meiri árangri með sama pening og enda var það þannig að einn hluti af niðurstöðunum var sá að það þyrfti að meta, að árangursmeta þessi meðferðarúrræði.“

Þingmennirnir töluðu um að þeir fyndu fyrir umtalsverðum þrýstingi frá fólki og félagasamtökum, sem rækju þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur, og vildu fá fjárframlög til starfseminnar. Þeim virtist hver sem er geta farið af stað með þjónustu af þessu tagi og knúið svo á um fjárveitingar. Árangurinn af hvers

kyns meðferðarstarfsemi og þjónustu fyrir þennan hóp væri hins vegar óljós og því erfitt að vita hvernig væri best að verja opinberu fé til þessara hluta. Hins vegar lögðu þau áherslu á að í framlagi fólks sem ynni í þessum málaflokki af hugsjón og eldmóði fælust mikilvæg og ómetanleg verðmæti. Svar eins þingmannsins endurspeglar þetta:

„Mér finnst ... þetta vera kannski heilmikill kostur, að það er verið að virkja peninga annars staðar frá, það er verið að virkja vinnu annars staðar og þetta, eldmóð og hugsjónarstarf. Það finnst mér heilmikill kostur. En það er líka sko, þó að við viðurkennum það þá má hins vegar ekki opna síðan fyrir það að menn séu að gera þarna út á þetta. Og þetta er auðvitað dæmigert mál sem að maður þekkir af langri reynslu að er mjög svona vel fallið til þess að berja á stjórnmalamönnum. Það er mjög erfitt að standast kröfuna um það að koma til liðs við fólk sem verður undir í baráttunni við fíkniefni og áfengi.“

Þingmennirnir töldu sig líka geta greint ákveðið og árangursríkt mynstur í aðferðum fulltrúa félagasamtaka sem knýja á um fjárframlög til starfsemi sinnar:

„Og síðan, hafandi verið í fjárlaganefndinni, ... þá er það bara alveg fastur passi að rétt áður en þing kemur saman í september, þá koma einhverjar hryllingssögur frá N. Og það er í þeim tilgangi að þrýsta á aukið fjármagn. Þannig að og þetta er bara orðið þekkt hérna innan stjórnmalanna. Og það reyndar líka dregur úr trúverðugleika ... þeirra aðila um gildi upplýsinga vegna þess að þeir eru alltaf að hrópa. En á sama tíma getur maður ekki annað en viðurkennt að þetta hefur áhrif.“

Læknunum fannst hins vegar að ákvarðanir um fjárveitingar væru ekki teknar á faglegum grunni. Það væri t.d. erfitt að fá fjárhagsrammann endurskoðaðan þegar kæmu fram nýjungar eins og lyf sem gerðu kleift að meðhöndla fólk sem ekki var hægt að meðhöndla áður.

Svo að þetta er einn meginókosturinn, það er að segja það er þetta þak sem er á, er á heilbrigðisþjónustunni, útgjöldum. Menn treysta sér ekki til að fara í umræðu um kostnaðrmat á einstökum verkþáttum og firra sig því og það er ekki, það er ekki inni í heilbrigðisráðuneytinu nægilega fagleg umræða um þessi mál eða eitthvert forum, þar sem hægt er að koma málum, hinum bestu og þörfustu málum áleiðis og fá peninga til þess. Þetta er mjög mikill ókostur.



#### 4.1.3 Skilgreiningar á meðferð

Af svörum þingmannanna sem ég ræddi við mátti ráða að þeir vildu skilgreina hvað er átt við með meðferð og hvaða kröfur á að gera til rekstraraðila þjónustu á þessu sviði gegn fjárframlögum úr ríkissjóði til hennar. Svör þeirra báru einnig með sér að málaflokkurinn er umfangsmikill og margslunginn. Þeir nefndu sem dæmi að skilgreina þurfi lágmarkskröfur um fagmennsku og innihald meðferðar og mismunandi þjónustustig, hvað teljist árangur, hvernig verkaskiptingu félagsþjónustu og heilbrigðisþjónustu sé best háttað og loks samfellu í forvörnum og meðferð.

Eftirfarandi eru dæmi um svör þingmannanna sem lúta að skilgreiningu þjónustunnar. Fyrsta dæmið snýst um skilgreiningu lágmarkskrafna og árangursmælingar:

Þannig að [...] þó ekki væri gert annað heldur en að í þessari heildarstefnu kæmi fram að það þyrftu að vera til mismunandi meðferðarúrræði, [...] eða allavegana skilgreina, setja einhverjar lágmarkskröfur hvað varðar þjónustuna og hvað varðar fagmennsku og [...] skilyrða framlög til meðferðarstofnana. [...] Það sem vantar inn hjá okkur líka er að fylgjast með því, gera þessar kannanir sko, [...] hvað skilar N mörgum vímuefnalausum eftir eina meðferð, tvær meðferðir, þrjár meðferðir, aldur og tíma og svo framvegis?

Annað dæmið fjallar um skilgreiningu á þjónustuhópum:

... og kannski er maður bara að tala um að þetta sé þá ... kannski svolítið skilgreindara sko hvaða hópum er verið að sinna og um leið og við skilgreinum það, að þá sjáum við líka hverjum við erum ekki að sinna. Þannig að ég vil bara meina að það sé full þörf á því að vera í rauninni með þetta í sífelldri skoðun ...

Í þriðja dæminu er komið inn á markmið þjónustunnar og samspil milli þjónustukerfa:

Þannig að ég tel einmitt að á þessum vettvangi þar sem að mjög stór hluti er í einkarekstri þá þurfi það einmitt að skoða það enn nánar ... hvernig samspilið er á milli einkareksturs og ríkisrekstursins og hver markmiðin eigi að vera. En ég tel reyndar, að sams konar skilgreiningar eigi að fara fram gagnvart ríkisstofnunum. Þannig að í raun og veru tel ég að það eigi að vera sams konar kröfur um, um hérna árangur og um markmið til hérna ríkisstofnana og til einkarekinna stofnana ... og það sé tæki, stjórnþæki ríkisins til þess að

ná þeim markmiðum sem að það vill ná ... en þá verður ríkið náttúrulega að vera búið að skilgreina sín markmið ... hver er þjónustuhópurinn, hvað má það kosta og hvað fellur, hvað í rauninni fellur þá fyrir utan þennan ramma.

#### 4.1.4 Árangur meðferðar

Allir viðmælendur mínir nefndu árangur af meðferð, skilgreiningar á árangri og árangurs- eða útkomumælingar á einn eða annan hátt. Þeir voru sammála um að hægt væri að útfæra slíkar mælingar þó að ekki væri það létt verk.

En auðvitað er líka sko árangur, þó svo ... einstaklingarnir verði ekki vímuefnalausir af hvort heldur er áfengi eða annað efni, ef að þeir ná einhverjum tókum á lífi sínu, lengra er á milli neyslutímabíla, funkerar lengur í vinnu, hafa samband við fjölskylduna. Auðvitað er hægt að mæla árangur líka í því þótt það sé ekki sko, edrú eða laus við efnin. ... það eru sko engar slíkar mælingar í gangi ...

Læknarnir bentu einnig á það sem vandamál að ekki ríkti samkomulag um hvað teldist árangur á þessu sviði:

Það er að segja menn eru sammála um það hvernig þeir eigi að greina krabbamein í stig, eitt, tvö, þrjú, fjögur og fimm eftir frumubreytingum og svona, en menn eru ekkert sammála um sko hvernig þeir eigi að greina þyngd áfengis- og vímuefnavandamáls, vegna þess að það, þú þarft að mæla það út frá líklega þremur þáttum; félagslegum þætti, hérna líkamlegum og svo geðrænum þætti. Og menn eru ekkert sammála um hvernig þeir eigi að meta þyngd vandamálsins. Og þess vegna er öll árangursmæling mjög léleg ... og hvað þá samanburður milli landa og stofnana.

Læknarnir þótti ekki sanngjarnt að bera saman árangur af áfengis- og vímuefna meðferð og meðferð við öðrum langvinnnum sjúkdómum. Þeir bentu á að eðli árangursmælinga á þessum sviðum væri ólíkt. Af svörum viðmælenda minna mátti enda ráða að þeim fannst þörf fyrir nýjar aðferðir við árangursmælingar og betri skilgreiningar árangursviðmiða:

Og menn hafa bent á það að ef að þú til dæmis horfir á aðra sjúkdóma eins og við getum tekið bara blóðþrýsting, og þú meðhöndlar hann bara í 3 mánuði og svo hættirðu að meðhöndla hann og svo mælirðu hann aftur eftir 2 ár. Þá eru eru allar líkur á að hann sé aftur orðinn hár, eða skilurðu, eða sykursýki. Sykurinn bara fer á rugl aftur ef að þú hættir meðferðinni. Og það sem að þeir eru að mæla, þegar þeir mæla árangurinn af meðferðinni, þá mæla þeir það þegar þeir eru að gefa

meðferðina. Þegar þeir eru að gefa insúlínið og blóðsykurslyfin. En við erum alltaf að mæla árangur hálfu ári eða einu ári á eftir. Þannig að við eigum kannski að einbeita okkur að mæla hvernig gengur þegar fólkið er í meðferð og auka við meðferð, eftirmeðferðin, halda við fólki í eftirmeðferð.

#### **4.2 Hverjir eru helstu áhrifavaldar við mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur?**

Mynd 3 á næstu síðu gefur yfirlit yfir svör viðmælenda minna í rannsókninni við spurningu um hverjir væru helstu áhrifavaldar við mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur.

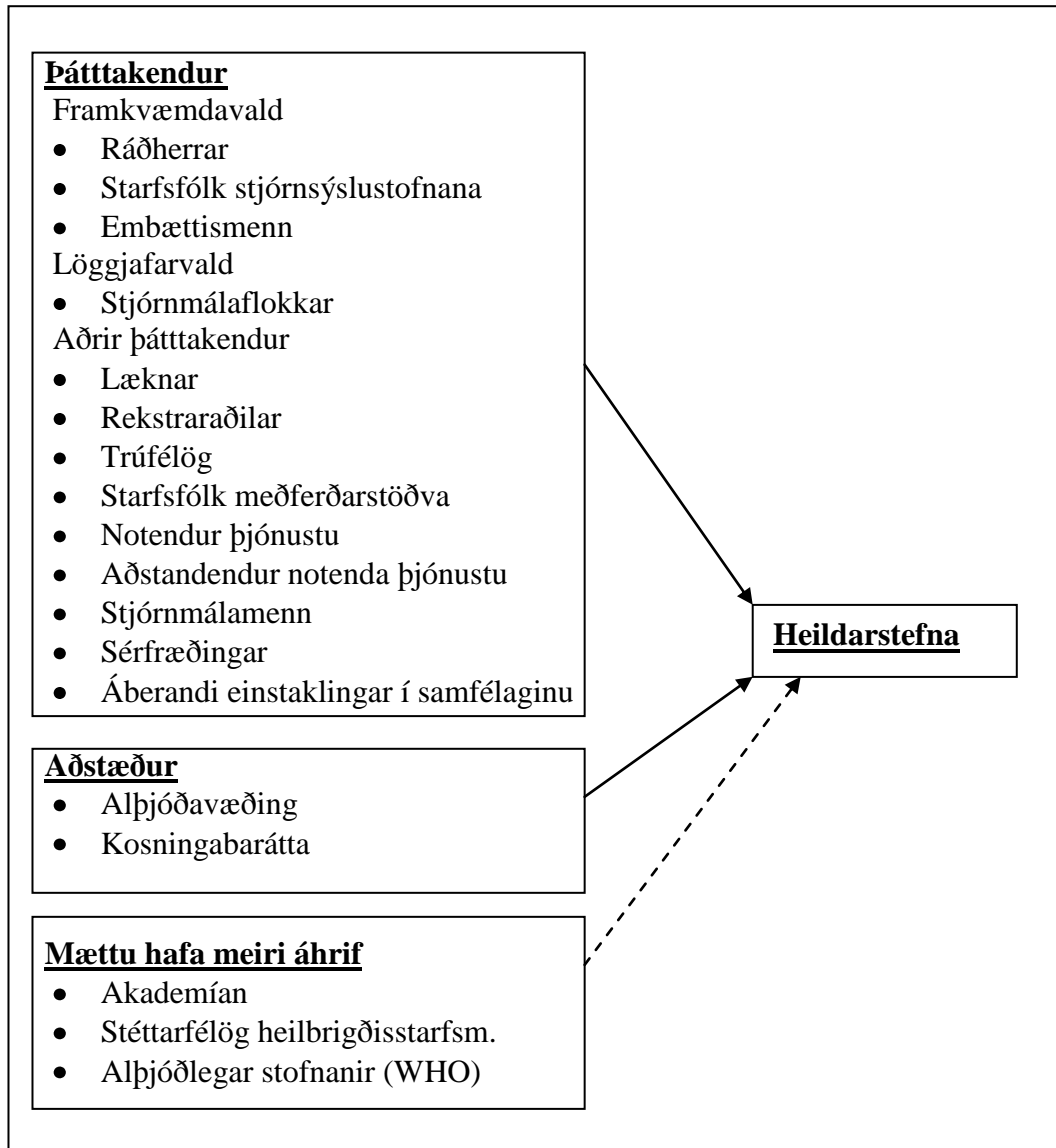
Flestir viðmælendur mínir töldu starfsfólk meðferðarstöðva og fagfólk, með SÁÁ í broddi fylkingar, vera helstu áhrifavalda við mótun heildarstefnu á sviði meðferðarmála. Þeir nefndu samt ýmsa fleiri áhrifavalda t.d. fólk sem hefur farið í meðferð og aðstandendur þess, fræðimenn, stjórnáamenn, opinberar stofnanir eins og heilbrigðismálaráðuneytið, Landlækniseimbættið og Lýðheilsustöð, og loks fjölmiðla og einstaklinga sem hafa auglýsingagildi eins og Bubba. Bæði þingmennirnir og lækarnir settu þó starfsfólk meðferðarstöðvanna, SÁÁ og lækna efst á blað. Lækarnir dr. Tómas Helgason og Þórarinn Tyrfingsson voru sérstaklega nefndir á nafn sem áhrifamiklir einstaklingar og fagmenn á þessu sviði.

Ég held að svo sé, sko ef það er hægt að tala um einhverja tvo póla í hérna sem áhrifavaldar í meðferðarmálum hér þá er það SÁÁ og svo eru það trúarhóparnir sem eru fleiri en einn.

Aðrir greindu áhrifa hópa sem þeir höfðu greinilega í huga sem þátttakendur í stefnumótunarvinnu þó að spurningin snerist ekki um það.

... það er náttúrliga augljóst að þeir sem eru að vinna í þessum geira, þeir munu hafa mjög mikil áhrif ... og líka af því að þeir eru hagsmunaaðilar, sko fjárhagslegir hagsmunaaðilar, þá munu þeir ganga mjög hart fram og þeir hafa bara sýnt það að þeir ná góðum árangri. Þeir hafa líka verulegan stuðning innan sko pólitískra afla. ... þeir hópar sem þarf náttúrliga að ræða við einnig, eru náttúrliga fagfólkið sem að, hérna, eru kannski aðeins utan við geirann og geta

kannski komið með ákveðna krítík. Það eru náttúrlega aðstandendur og þeir sem hafa farið í gegnum þetta, ég held einmitt að það þurfi að byggja á samtölum, bara analýsu, á, á herna samtölum við þá sem hafa farið í gegnum þetta kerfi. Og þeir náttúrlega eru ákveðnir sérfræðingar og þeir geta kannski metið, eða gefið upplýsingar sem eru, geta verið, mjög mikilvægar í slíkri stefnumótun ... Notendur og aðstandendur þeirra ... og herna já ... það eru nú ekki síst bara þessir hópar.



**Mynd 3:** Áhrifavaldar um mótun heildarstefnu. [Greining höf. með hliðsjón af greiningarlíkani Kingdon sbra mynd 1, bls. 19].

Læknarnir gáfu skýrt í skyn að þeim þættu læknar sem stétt ættu að vera áhrifamiklir við mótun heildarstefnu, sérstaklega geðlæknar og læknar með sérþekkingu á sviði áfengis- og vímuefna meðferðar. Einn þeirra saknaði þess að

akademían, þ.e. Háskóli Íslands, og stéttarfélag heilbrigðisstétta létu sig ekki málið varða meira en raun ber vitni.

Einn viðmælandi ræddi alþjóðavæðinguna sem áhrifavald. Í því sambandi rakti hann m.a. umræðu um að heilbrigðisþjónustan væri dýr og aðgerðir til að stemma stigu við vaxandi kostnaði opinberrar þjónustu, til útlanda. Þessara áhrifa gætti einnig í meðferð.

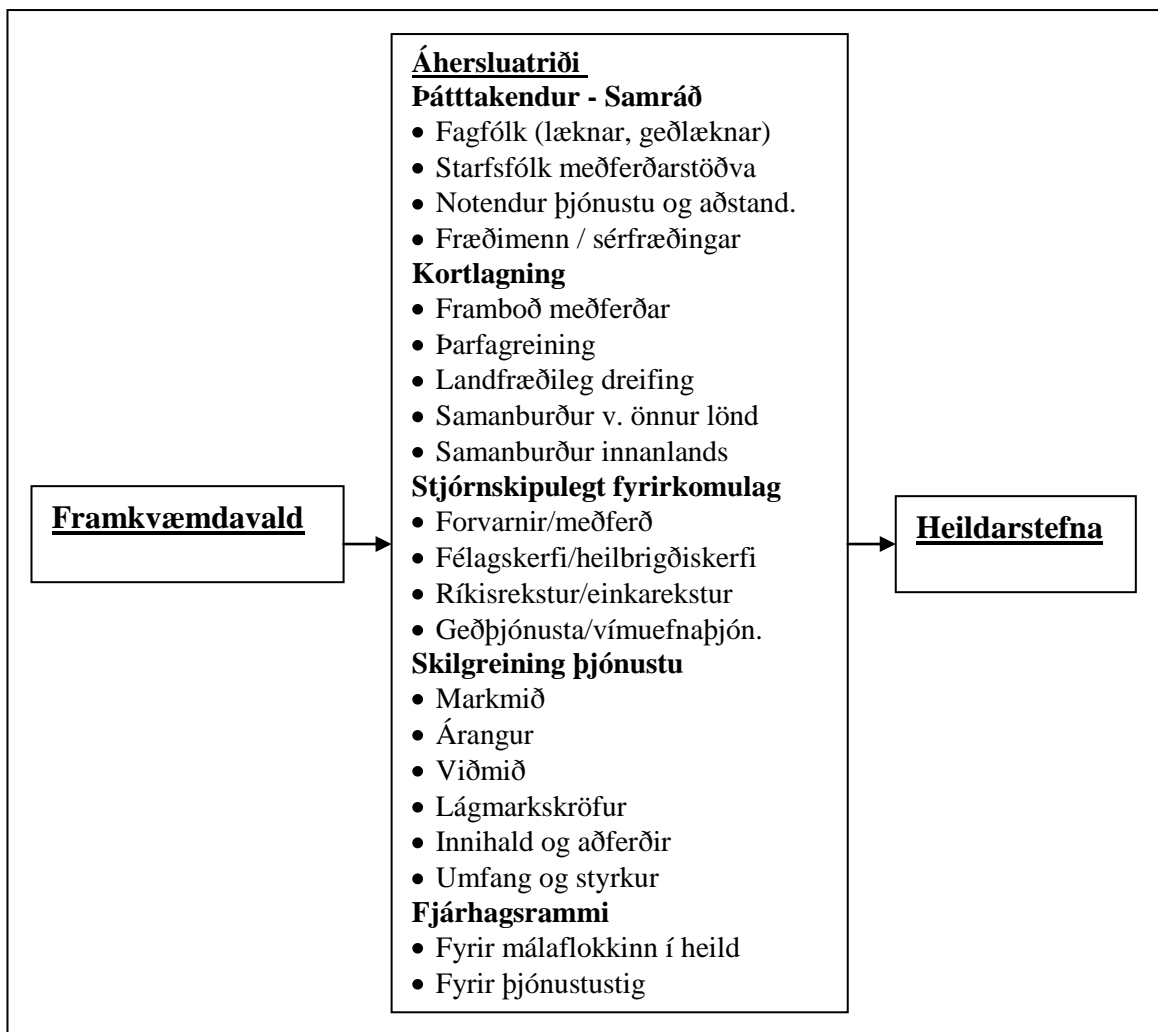
Þeir fóru í Bandaríkjunum allt í einu að tala um það að þetta væri svona bara hægt að meðhöndla þetta allt á göngudeild og síðan hefur það bara orðið einhver trúarsetning, sko, út í bláinn. Þetta er heilasjúkdómur og menn eru, þetta unga fólk það hefur ekkert að gera við að vera þarna úti. Bara þarf að fá, það þarf að meðhöndla það á inniliggjandi meðferðum. Og svo tala menn alltaf um áfengissjúklinga sko og það, þeir eru löngu komnir á göngudeild.

Enginn viðmælandi minntist á fjölmiðla sem mikilvægan áhrifavald þó að minnst væri á þátt þeirra í viðtölunum og jafnvel sérstaklega spurt um hann. Þeim fannst fjölmiðlar fyrst og fremst virka sem málpípur annarra afla.

### **4.3 Hvað er mikilvægast að leggja áherslu á við mótun heildarstefnu?**

Mynd 4 á næstu síðu geymir yfirlit yfir svör viðmælenda minna við spurningu um hvað þeim þótti mikilvægast að leggja áherslu á við mótun heildarstefnu.

Sameiginlegir þættir í svörum þingmannanna við spurningu um áhersluatriði voru samráð við marga sem hafa þekkingu eða reynslu af málaflokknum, samanburður við önnur lönd, kortlagning á framboði meðferðarúrræða, skilgreining þjónustunnar í samhengi við forvarnir, verkaskiptingu milli kerfa og skilgreiningar á markmiðum, árangri, viðmiðum og lágmarkskröfum sem gera þarf til meðferðarstaða.



**Mynd 4:** Áhersluatriði við móttun heildarstefnu. [Greining höf. með hliðsjón af greiningarlíkani Kingdon sbra mynd 1, bls. 19].

Allir viðmælendur mínir töluðu þó um að kortleggja þyrfti málaflokkinn og skipuleggja þjónustu innan hans í samhengi við forvarnir og aðra þjónustu. Þeim fannst einnig öllum mikilvægt að hafa samráð við fólk með fjölbreytilegan bakgrunn sem léti sig áfengis- og vímuefna meðferð varða á einhvern hátt:

Ég held að í svona þá myndi maður nú byrja á að kortleggja ... það sem er í boði ... og ég held að maður reyndi að fá upplýsingar um, svona það sem er að, eða þessa strauma sem eru bæði á alþjóðavettvangi, eins og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, er að leggja til, og þá er það ekki bara sko varðandi meðferðina, heldur kannski fyrst og fremst að horfa þá til þess, sem sé forvarnanna, hvað ber að fordæst eða leggja áherslu á til að draga úr líkum á því að fólk fari út í neyslu. Hvað þurfum við þá að bæta upp þannig að þetta séu ekki bara meðferðarstofnanirnar heldur svona heildin? Og síðan myndi ég kalla til fulltrúa, bara frá AA, og sem að þekkja þetta þá af eigin raun og fá þá ásamt fagaðilum til þess að, til þess að vinna úr þessu. Því að, eins og fagþekkingin er góð að þá held ég að sé mjög mikilvægt að leita til

og hlusta á það sem að þeir hafa að segja sem hafa gengið í gegnum þetta og vita af eigin reynslu hvar brotalamírnar eru og hvað má bæta.

Meirihlutinn ræddi einnig um að skilyrða þyrfti fjárveitingar til rekstra þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur og skilgreina þjónustu á mismunandi stigum.

Ég myndi sjálfur einmitt reyna að búa til svona farveg þar sem væri reynt að setja upp einhver nálaraugu svo að menn færu ekki í gegn nema að uppfylla einhver skilyrði. Ég myndi setja mér markmið um hvers konar meðferðarúrræði ég vildi hafa. Ég myndi vera með stöðugt árangursmat sem ég myndi reyna að fela einhverjum hópi að framkvæma og ... þannig að þeir sem væru að veita úrræðin og ruddu ríkið fyrir það yrðu að gera sér grein fyrir því að það væri ekki keypt hvaða verði sem væri. ... Ég á við það að menn gætu ekki bara komið og sagt ég ætla að opna hér meðferðarstofnun.<sup>2</sup> Ég myndi reyna að setja upp einhverjar skilgreiningar um hvað ég ætlaðist til að fari þarna fram...ehh.. hvort það á að verða unglíngastarfsemi eða eitthvað, hvað það er.

Áherslur læknanna þriggja voru á svipuðum nótum. Þeir skáru sig þó úr að því leyti að þeir lögðu áherslu á skýrari verkaskiptingu eða samvinnu milli félags- og heilbrigðisþjónustu. Einn þeirra var einnig upptekinn af því að fá að vita hvað átt væri við með heildarstefnu því að orðið heildarstefna gæti haft mjög víða skírskotun:

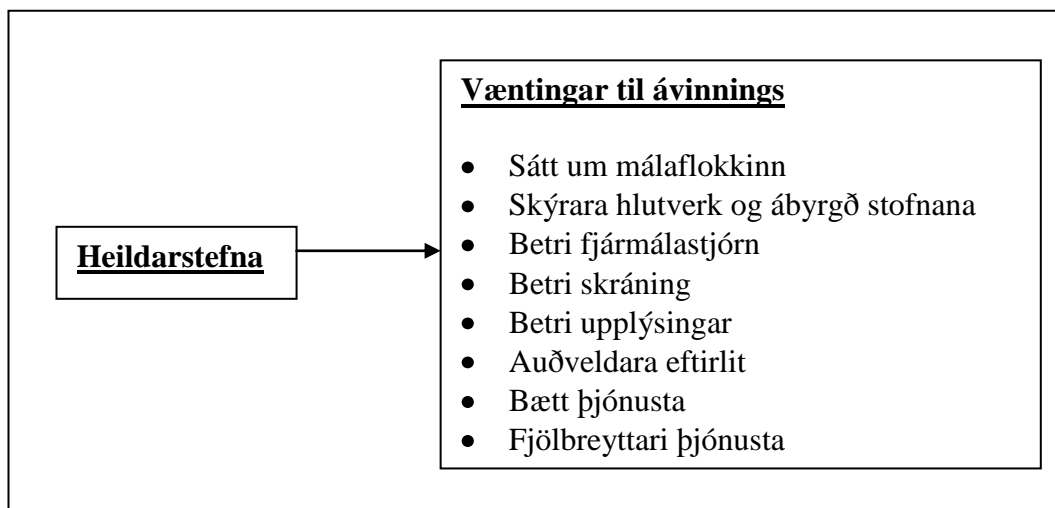
Ég held bara sko, að þetta með sko stefnu í meðferðarmálum [...] ég held að það sé svo mikilvægt bara að skilgreina hvað er átt við með því og hvað er verið að tala um þar sko. Ég meina, erum við að tala um til dæmis hvað eigum við að eyða miklum pening í þetta, erum við að tala um herna hvað á hver að fá mikla meðferð? Þú veist, ég held að það sé hægt að hafa stefnu á mismunandi level, vegna þess að það er hægt að hafa meðferðarlega stefnu, það er að segja, hvaða meðferð ætlum við að bjóða upp á, og það er hægt að hafa svo peningalega stefnu. Hvað ætlum við að nota mikinn pening og hvað ætlum við að gefa mikið, eða sem sagt, hvaða á hver og einn að hafa rétt á? Þannig að mér finnst svolítið teygjanlegt hugtak og hvað er svona stefna í meðferðarmálum, finnst mér.

---

<sup>2</sup> Skv. 26. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990 26. gr. er óheimilt að stofna og reka sjúkrahús nema með leyfi heilbrigðisráðherra.

#### 4.4 Hverjar eru væntingar þingmanna til ávinnings af mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur?

Mynd 5 sýnir yfirlit yfir svör viðmælenda minna í rannsókninni um væntingar þeirra til ávinnings af mótun heildarstefnu.



**Mynd 5:** Væntingar til ávinnings af mótun heildarstefnu. [Greining höf.].

Allir viðmælendur mínir töldu að það væri til bóta að móta heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana. Þeir gáfu þó mismunandi svör um í hverju mögulegur ávinningur fælist. Læknarnir töluðu um að mótun heildarstefnu gæti skapað betri vinnufrið og ró í málaflokknum.

...ef það er hægt að hafa sátt um það og ef það er hægt að gera það í svona sæmilegri sátt við þá aðila sem eru að vinna í þessu, að þá held ég að það væri mjög til góðs. Sérstaklega, ef við bara höldum áfram með þennan punkt að skilgreina betur hvað er meðferð ... og stig meðferðar, hversu þung meðferðin er og hvað er árangur og svo framvegis. Ef við höfum einhverjar svona „guidelines“ með þetta þá held ég að það væru allir, ég ímynda mér að það væru bara allir mjög ánægðir með það, ef að þeir fá að vera með í þessari umræðu og vera með í þessu. ... Og ég held að það væri bara til mjög góðs. En allt svona, náttúrlega allt svona sem að kemur ofan frá og kemur svona í reglugerðum, eða svona fyrirskipunum, það náttúrlega er alltaf svolítið töff. Og það er alltaf æskilegt að reyna að vinna þetta með fólkinu. Með þeim sem að eru í því. Og ef að það er hægt þá held ég að það væri mjög gott sko.



Svör þingmannanna áttu hins vegar fátt sameiginlegt. Einn ræddi um að ef markmiðin væru skýr væri auðveldara fyrir ráðamenn að velja og hafna þegar verið væri að biðla til þeirra um fjármag. Annar taldi að betri stefna myndi leiða til betri skráningar, sem gæfi af sér betri upplýsingar og það auðveldaði síðan eftirlit. Sumir viðmælenda minna töldu skráningu og upplýsingar forsenduna fyrir því að hægt væri að bæta úrræði fyrir þá hópa sem væru útundan í núverandi kerfi. Loks var nefnt að með mótaðri heildarstefnu yrði hlutverk og ábyrgð hverrar stofnunar skýrara.

## 5. Umræða

Starfsumhverfi Alþingismanna er afar flókið. Þeir þurfa að standast kröfur um frammistöðu og hollustu við stjórn málaflokkinn sem þeir vinna fyrir og kjósendurna sem veita þeim umboð. Þeir þurfa að sýna staðfestu, frumkvæði, trúverðugleika, manngæsku og sanngirni svo eitthvað sé nefnt. Þeir þurfa að hafa hugsjón, vera málefnalegir, einarðir og óskeikulir en jafnframt auðmjúkir, liprir og klókir þegar við á. Þeir eru undir stanslausri smásjá fjölmiðla og geta átt von á gagnrýni úr öllum áttum. Feilspor geta verið afdrifarík fyrir stjórn málaferil þeirra en í því samkeppnisumhverfi sem þeir starfa er erfitt að þekkja bróður í leik. Það er því áhugavert að skyggjast svolítið inn í heim alþingismanna og reyna að átta sig á hvernig þeir fá hugmyndir um málefni sem þeir vilja beita sér fyrir, hvað þeir sjá fyrir sér að gerist með þau og hvaða vonir þeir gera sér um ávinninginn af starfi sínu.

Þingsályktunartillögur eru ein þeirra leiða sem þingmenn hafa til að vekja athygli á málefnum sem eru þeim hugleikin og ein slík var meginviðfangsefni þeirrar rannsóknar sem hér er fjallað um. Spurt var hvað hvatti hóp alþingismanna til að leggja fram tillögu til þingsályktunar um mótun heildarstefnu um meðferðarstofnanir fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur vorið 2002 (Alþingi, 2002). Einnig var spurt um atriði sem þeir töldu hafa áhrif á mótun heildarstefnu um meðferðarstofnanir, á hvað þeir vildu leggja áherslu við mótun hennar og hvaða ávinnings þeir væntu af slíkri vinnu. Með flókið vinnuumhverfi alþingismanna í huga kemur ekki á óvart að við þessum spurningum var ekki einfalt svar. Í þessari skýrslu er þó leitast við að greina og setja fram á skipulegan hátt svör við ofangreindum spurningum sem fengust með viðtölum við þingmennina fimm, sem lögðu fram þessa tillögu til þingsályktunar, og þrjá lækna, sem gegna stjórnunar og eftirlitshlutverki í málaflöknum. Niðurstöðurnar gefa vissa innsýn í hvaða þættir hvöttu þingmennina til að leggja fram umrædda þingsályktunartillögu annars vegar og væntingar allra þátttakenda í rannsókninni til mótunar heildarstefnu hins vegar.

Hugmyndir Kingdons (1995) sem greint er frá í kafla 2 (mynd 1) gefa yfirlit yfir mögulega áhrifavalda við mótun heildarstefnu. Hann greinir annars vegar *þátttakendur* og hins vegar *aðstæður* sem leiða til þess að málefni eru tekin til umræðu eða komast á dagskrá. Í rannsókninni sem hér er fjallað um er kastljósinu beint að hvötum þess að alþingismenn, sem Kingdon greinir sem einna áhrifaríkustu þátttakendurnar, velja að fara fram með ákveðin málefni. Með því að bera saman mynd 1 og mynd 2 á bls. 38 er hægt er að sjá samsvörun með hvötunum sem greindust í viðtölum rannsóknarinnar og *þátttakendum* og *aðstæðum* sem Kingdon greindi. Í mynd 2 er athyglinni beint að þingmönnum sem áhrifavöldum og svörum þeirra við spurningu um hvata þess að þeir tóku málefnið upp. Helstu hvatana sem alþingismennirnir nefndu má bæði flokka sem *þátttakendur* og *aðstæður* að hætti Kingdon. Við nánari samanburð á myndunum tveimur kemur eftirfarandi m.a. í ljós.

Þingmennirnir greindu sjálfa sig sem áhrifavalda og þátttakendur. Þeir lýstu persónulegum áhuga sínum á málaflokknum og röktu hann til reynslu í starfi á svipuðu sviði og persónulegra kynna við fólk sem hefur farið í meðferð. Meðal þátttakenda greindu þingmennirnir einnig hagsmunahópa eins og Kingdon. Þeir lýstu þeim þrýstingi sem þeir fundu fyrir frá hagsmunahópum sem reka þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur. Sumar aðferðirnar við að beita þrýstingi fannst þeim óprúttar eins og þegar rekstraraðilar þjónustu beita fyrir sig illa stöddum einstaklingum í fjölmiðlum til að vekja samúð almennings. Þeir viðurkenndu að þó slíkar aðferðir væru gegnsæjar og vektu blendnar tilfinningar hjá þingmönnum þá væru þær árangursrík leið til að kría út styrki. Fjölmiðlar voru ekki ofarlega í huga viðmælenda minna sem áhrifavaldar. Þeir töldu fjölmiðla fremur vera málpípur annarra hópa. Samt kom fram að þeir væru viðkvæmir fyrir því sem birtist í fjölmiðlum. Einn þeirra komst svo að orði: „Ég læt það sko stundum pirra mig, þegar fjárlagagerðin stendur yfir, þá gera hugsjónamenn á þessu sviði eins og mörgum öðrum, þá gera þeir svolítið út á tilfinningar. Koma fram í fjölmiðlum og draga upp sko mikla hryllingsmynd af ástandinu: „Aldrei verið verra“, og höfða þannig til sko tilfinninga fólks.“ Sem hvata að því að þingsályktunartillagan var lögð fram greindu viðmælendur mínir

hins vegar ekki ýmsa aðra þátttakendur sem Kingdon nefnir, s.s. ráðherra, starfsfólk stjórnsýslustofnana og embættismenn, vísindamenn og ráðgjafa og kjósendur.

Í mynd 2 á bls. 38 sést einnig að *Iaðstæðurnar*, sem skv. svörum viðmælenda minna leiddu til þess að þingsályktunartillagan var gerð, falla aðallega undir það sem Kingdon greinir sem vandamál. Þeim fannst málaflokkurinn óstýrilátur og fjárfrekur. Þeir nefndu að erfitt væri að átta sig á umfangi hans enda væri hann illa skilgreindur innan stjórnskipulagsins. Þó allir viðmælendur mínir teldu framboð meðferðar og aðgengi að henni gott fannst sumum þeirra erfitt að átta sig á því hver raunveruleg þörf fyrir meðferð og þjónustu á þessu sviði væri. Þeim fannst mörk á milli þjónustukerfa ekki skýr t.d. hvaða tilfelli heyra undir svið félagsmála eða heilbrigðismála, sveitarfélaga eða ríkis, hvort um er að ræða forvarnir eða meðferð og hvaða þjónustu er hægt að fela einkaaðilum að framkvæma. Bent var á að lágmarkskröfur til rekstraráðila um fagmennsku, húsakost og annan aðbúnað lægju ekki fyrir. Þá kom fram að ekki ríkir samkomulag um hvað telst vera árangur af meðferð. Eins og fram kemur í kafla 2.3.3 (bls. 28) eru árangursmælingar á sviði áfengis- og vímuefnameðferðar flóknar vegna þess að þær þurfa að taka til andlegra, líkamlegra og félagslegra þátta með hliðsjón af hve sjúkdómurinn er langt genginn. Ýmsir mælikvarðar eru í þróun og víðsa stuðst við árangursmælingar þó að þær séu ófullkomnar og ekki samræmdar. Loks kom fram í viðtölunum að ekki er ljóst við hvað á að miða þjónustuna. Framboð á meðferð og þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur virðist vera meira hér en í samanburðarlöndum. Í samanburði við ýmsa aðra málaflokkanna innanlands virðist aðgengi að áfengis- og vímuefnameðferð gott. Samt hefur verið gagnrýnt að ákveðinnar fábreytni gæti í meðferðartilboðunum. Hér tíðkast innlagnir t.d. meira en víðast hvar annars staðar. Í viðtölunum kom einnig fram að sumum hópum mætti sinna betur en gert er t.d. fólki sem væri bæði illa haldið af geðsjúkdómum og vímuefnafíkn.

Til *aðstæðna* að hætti Kingdon teljast einnig stefnur og straumar sem gætir fyrir sakir nýrrar þekkingar. Áfengis- og vímuefnameðferð er þar engin undantekning.

Hin síðari ár hafa verið birtar nýjar rannsóknarniðurstöður úr rannsóknum þar sem mismunandi meðferðarform eru borin saman. Flestar þessar niðurstöður benda til þess að hverskyns meðferð hafi áhrif en erfiðlega hefur gengið að sýna fram á að ein aðferð taki öðrum fram. Nú færist í vöxt að önnur fíkniefni en áfengi valdi usla á Íslandi eins og annars staðar. Allar slíkar breytingar kalla á endurskoðun á fyrirkomulagi meðferðar í samfélaginu eins og svör viðmælenda minna í rannsókninni báru með sér. Ef ekki tekst að sýna fram á að ein meðferð taki annarri fram er eðlilegt er að þeir sem fara með fjárstjórnarvald leiti ódýrari lausna.

Kingdon greinir stjórn málaumhverfið með *aðstæðum* sem leiða til þess að mál komast á dagskrá. Þetta kemur einnig fram í mynd 2 á bls. 38. Þær ríkisstjórnir sem hafa verið við völd á Íslandi undanfarinn áratug hafa lagt áherslu á nýskipan í ríkisrekstri. Ákall um mótun heildarstefnu er dæmi um aðgerðir í anda þeirra hugmynda. Af svörum þingmannanna má ráða að þeir vildu bregðast við kröfum um fjárframlög með því að afmarka og skilgreina málaflokkinn betur, setja honum markmið og koma á eftirliti til að koma einhverjum stjórnarböndum á hann. Einn læknirinn sem rætt var við benti á að þessi málaflokkur væri gjarnan notaður sem uppsláttarmál í kosningum. Það væri eitt af sérkennum málaflokksins að stjórn málamenn byðu sig fram með ákveðna stefnu í áfengis- og vímuefnamálum.

Ákveðin samsvörun er einnig með greiningarlíkani Kingdons um áhrifavalda og þátttakendur við mótun opinberrar heildarstefnu í mynd 1 á bls. 19 og svörum viðmælenda minna við spurningu um hverjir þeir töldu helstu áhrifavalda við mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur í mynd 3 á bls. 44. Hjá *þátttakendum* á sviði framkvæmdavalds kom fram að það væri á valdi ráðherra að hrinda verkum í framkvæmd en einnig var starfsfólk stjórnsýslustofnana eins og hjá ráðuneytum, Landlæknisembættinu og Lýðheilsustöð nefnt. Á sviði löggjafarvalds voru stjórn málaflokkar nefndir til sögu. Af öðrum þátttakendum sem áhrifavöldum greindu viðmælendur mínir áhrifamikla hagsmunahópa nánar en Kingdon gerir. Þeir nefndu sérstaklega að læknar hefðu mikil áhrif og nafngreindu læknana dr.

Tómas Helgason og Þórarinn Tyrfingsson sem báðir hafa mikið látið að sér kveða í meðferðarmálum. Þá nefndu þeir rekstraraðila ýmiss konar þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur, starfsfólk meðferðarstöðva, notendur þjónustunnar og aðstandendur þeirra. Allir þessir hópar hafa fjárhagslegra eða félagslegra hagnuna að gæta þegar kemur að stefnumörkun í meðferðarmálum. Í öllum viðtölunum voru SÁÁ nefnd sem áhrifamikil samtök en innan þeirra starfar breiður hópur fagfólks og í hlut eiga einnig notendur þjónustunnar og aðstandendur þeirra. Stærsta sjúkrastofnun landsins, Landspítali-Háskólasjúkrahús og geðdeildin þar, virtist ekki vera ofarlega í huga viðmælenda minna í þessu sambandi. Loks nefndu viðmælendur mínir stjórnáráðgjafar sem af einhverjum ástæðum hafa áhuga á málaflokknum, sérfræðinga á mismunandi sviðum og áberandi einstaklinga í samfélaginu sem láta sig málið varða eins og tónlistarmanninn Bubba.

Í viðtölum við lækna kom fram að þeim fannst fleiri hópar mega láta meira að sér kveða á þessu sviði en þeir gera s.s. akademían í Háskóla Íslands og væntanlega öðrum háskólum, sem annast menntun fólks til starfa á sviði heilbrigðis- og félagsmála, og stéttarfélag heilbrigðisstarfsmanna eins og Læknafélag Íslands og Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga. Loks kom fram að hjá alþjóðlegum stofnunum eins Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni og OECD er aflað ýmissa gagna og þróaðar aðferðir sem líta mætti meira til en gert er. Þessi atriði eru fyrri hendi hjá Kingdon sbr. mynd 1 á bls 19 en er bætt inn á mynd 3 á bls. 44 sem hópum sem gætu haft meiri áhrif.

Athyglisvert er hve fjölbreyttar hugmyndir viðmælendur mínir höfðu um áhersluatriði við mótun heildarstefnu. Þingmennirnir fimm sem fluttu þingsályktunartillögu um mótun heildarstefnu svöruðu spurningum um áherslur við þá vinnu á mismunandi vegu. Eins og þingsályktunin er orðuð (sjá bls. 6) má þó ráða að kostnaðarsjónarmið, árangursmat og hagkvæmni hafi verið höfð sérstaklega í huga. Í greinargerð með þingsályktunartillögunni er auk þess fjallað um umfang og fjölbreytileika starfsemi á þessu sviði og stefnumótun og áherslur í öðrum tengdum málaflokkum (Alþingi, 2001a). Í viðtölunum lögðu sumir

Þingmennirnir frekar áherslu á fjármálahlíðina, en aðrir á að skilgreina hvað þjónustan ætti að fela í sér. Þeim fannst þó öllum mikilvægt að hafa samráð við marga þegar til stefnumótunar kæmi og að kortleggja málaflokkinn og skilgreina hann betur. Samanlögð svör viðmælenda minna sem sýnd eru í mynd 4 á bls. 46 gefa hins vegar gott yfirlit, eins konar gátlista, yfir atriði sem gott er að hafa í huga við stefnumótunarvinnu almennt. Þetta yfirlit samsvarar að miklu leyti lista Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar yfir skilyrði fyrir heilbrigðisþjónustu við áfengisvandamálum sem birtur er í ramma 1 á bls. 24 (Babor, 2003).

Eins og fram kemur í kafla 2.1.2 reyndist mér erfitt að finna fræðilega skilgreiningu á *heildarstefnu* í tilteknum afmörkuðum málaflokki. Þær skilgreiningar á *opinberri stefnu* sem ég fann eru mjög víðar og niðurstaðan var að ég samdi eigin skilgreiningu til að hafa til hliðsjónar við úrvinnslu rannsóknarinnar. Sé sú skilgreining endurskoðuð með hliðsjón af svörum viðmælenda minna um áhersluatriði lítur hún svona út:

Að höfðu samráði við hagsmunaaðila og fræðimenn á sviði áfengis- og vímuefnaeðferðar og greiningu á þörf fyrir þjónustu á þessu sviði í samfélaginu felur heildarstefna um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana í sér:

1. Fyrirkomulag og afmörkun málaflokks innan stjórnskipulagsins, í lögum, reglugerðum og fyrirskipunum.
2. Framkvæmdaáætlun með skilgreind markmið, viðmið fyrir afköst, gæði og fjárhagsramma sem segir til um hagkvæmni framkvæmdarinnar.
3. Skilgreint fyrirkomulag eftirlits með að markmiðum og kröfum heildarstefnunnar sé mætt.

Eins og sjá má af mynd 5 á bls. 48 væntu viðmælendur mínir mikils af mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur. Sumir ræddu um að með góðu samráði við þá sem láta sig málið varða væri hægt að skapa sátt um málaflokkinn. Svör þeirra báru vott um að þeim þótti ekki samræmi í stefnu stjórnvalda hvað varðar markaðssetningu á áfengi annars vegar og í forvörnum og meðferð hins vegar. Einnig kom fram að verkaskipting milli félagsþjónustu og heildbrigðiskerfis er óljós þegar kemur að þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur. Stundum er litið á áfengistengdan

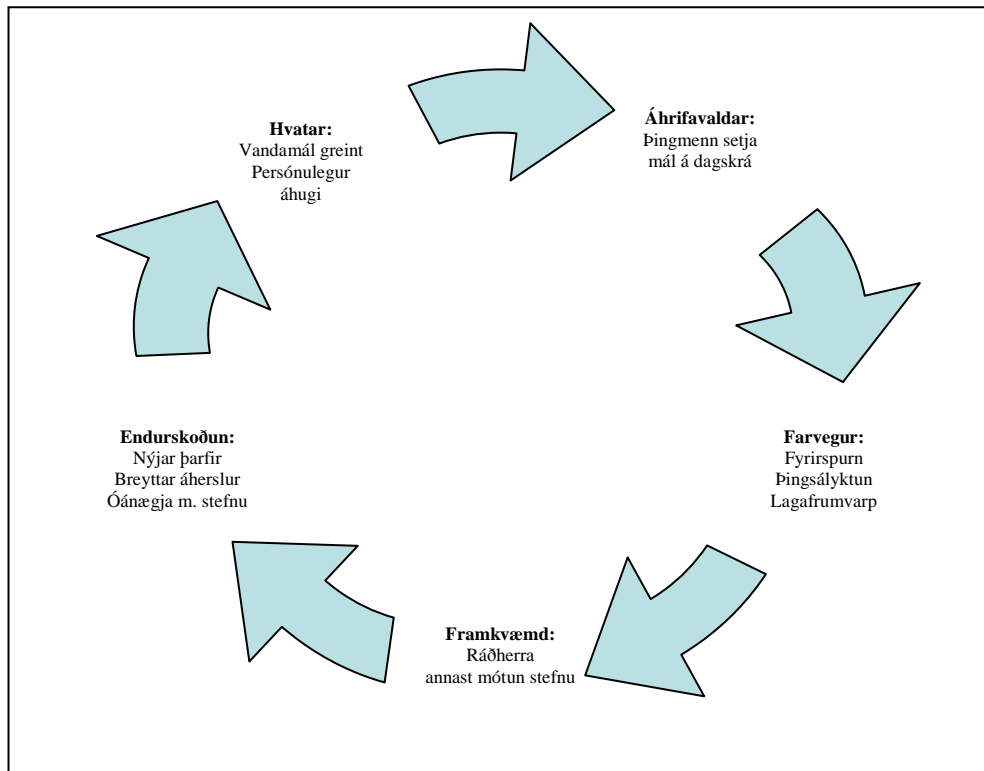
vanda sem sjúkdóm en stundum sem félagslegan vanda. Þessar vangaveltur eru í samræmi við margt sem kemur fram í kafla 2.3.1 um áfengi sem tekjulind eða heilbrigðisógn og hefur verið rætt og ritað í öðrum löndum. Viðmælendur mínir voru þó bjartsýnir á að með skilgreiningum á málaflokknum, skýrum markmiðum og sátt um árangursviðmið yrðu hlutverk og ábyrgð stofananna sem annast þjónustu á þessu sviði skýrari. Þá töldu þeir að með kortlagningu á málaflokknum og samræmdri skráningu meðferðarstofnana fengjust betri upplýsingar um hvað gengi vel og hvað mætti betur fara. Ef í ljós kæmi að einhverjir hópar væru útundan í kerfinu mætti bregðast við því. Samræmd skráning myndi einnig auðvelda eftirlit. Allt myndi þetta á endanum leiða til betri, sérhæfðari og fjölbreyttari þjónustu sem væri sniðin að þörfum fleiri hópa notenda en nú er.

Eins og greint er frá í kafla 2.1.1 eru hugmyndir um nýskipan í ríkisrekstri m.a. gagnrýndar fyrir að vera eins og úlfur í sauðargæru, gamlar sparnaðaraðgerðir í nýjum umbúðum. Af svörum þingmannanna sem ég ræddi við mátti ráða að spurningar um hagkvæmni, þ.e. hvort hægt er að vinna að betri meðferð fyrir sama fé, voru þeim hugleiknar. Þeim fannst einnig mikilvægt að hafa samráð við marga og komast að samkomulagi um skilgreiningar á mismunandi þáttum varðandi þjónustuna. Víst er að seint verður hægt að gera öllum til hæfis. Við vinnu af þessu tagi verða sum sjónarmið ofan á og önnur undir. Jafnvel þótt markmiðin og stefnan verði greinilegri verður seint friður um málefni sem hefur svo marga og fjölbætta snertifleti í samfélaginu. Þess má því vænta að burtséð frá hvernig heildarstefna væri mótuð liði ekki á löngu áður en aftur yrði óskað eftir nýrri og betri stefnu. Enda þarf heildarstefna í eilífðarmálum eins og þessu að vera í stöðugri endurskoðun.

Í raun er um stöðuga hringrás að ræða. Málefni er tekið á dagskrá, það er ályktað um það, unnið að lausn eins og mótun heildarstefnu, stefnunni er hrint í framkvæmd a.m.k. að einhverju leyti. Loks er staða málsins endurskoðuð og nýr hringferill hefst. Þar sem tímarnir breytast stöðugt og mennirnir með hljóta stöðugt að verða til nýjar þarfir sem kalla á endurskoðun stefnu sem aftur leiðir til



Þess að málefnið kemst á dagskrá. Skýringarmynd af þessari hringrás er sýnt á mynd 6.



**Mynd 6:** Líkan sem sýnir ímyndað hringferli samfélagslegra vandamála frá hvötum þess að þingmenn setja það á dagskrá og þar til heildarstefna um það er mótuð og endurskoðun leiðir til endurtekningar hringferlis. [Greining höf.]

## 7. Ályktanir

Þessi skýrsla fjallar um rannsókn sem snerist um að greina hvata þess að fimm alþingismenn lögðu fram þingsályktunartillögu um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana vorið 2002 (Alþingi, 2002), hverja þeir töldu vera helstu áhrifavalda við mótun heildarstefnu, á hvað þeir vildu leggja áherslu í stefnunni og hvaða væntingar þeir hefðu til slíkrar stefnu ef hún yrði til. Rætt var við alþingismennina fimm og þrjá lækna, sem stjórna meðferð á þessu sviði og annast eftirlit með heilbrigðisstofnunum.

Þó að niðurstöður rannsóknarinnar takmarkist við þá viðmælendur sem tóku þátt í henni og þær aðstæður sem hún er unnin við, má draga af henni lærdóm sem getur komið að notum við mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana á Íslandi.

Þingmennirnir lögðu fram þingsályktunartillögu um mótun heildarstefnu í meðferðarmálum vegna þess að þeim fyrirkomulag áfengis- og vímuefnameðferðarmála vera vandamál. Þeir vildu fá betri yfirsýn yfir málaflokkinn, finna leiðir til að meta árangur af meðferð og tryggja góða nýtingu fjármagns sem veitt væri til meðferðarmála. Þeir gáfu málefniinu gætur af persónulegum áhuga og af því að fulltúar hagsmunahópa leituðu til þeirra. Þeir höfðu hugmyndir um hvað þyrfti að gera til að bregðast við vandanum og lögðu því fram þingsályktunartillögu til að vinna þeim brautargengi. Ásetningur þingmannanna virðist því hafa verið einlægur um að komast að gagnlegri niðurstöðu sem myndi verða til bóta í þessum málaflokki.

Af kafla 2.1.2 um þingsályktanir má ráða að þingsályktanir eru vænleg leið til að fá umræðu um málefni og ýta þeim áleiðis í framkvæmd. Í skýrslu forsætisráðherra um meðferð og framkvæmd ályktana Alþingis (Alþingi, 2002a og 2004), segir um stöðu þingsályktunar um mótun heildarstefnu í meðferðarmálum, að innan ráðuneytisins hafi verið unnið að undirbúningi og gagnasöfnun vegna fyrir mótun heildarstefnu. Nefndin sem skv. þingsályktuninni

átti að fela mótun heildarstefnu, er hins vegar ekki tekin til starfa nú þegar þetta er ritað, nærri fjórum árum eftir að hún var samþykkt.

Þær áherslur sem viðmælendur mínir vildu leggja í stefnumótunavinnunni voru mismunandi. Sumir lögðu mesta áherslu á fjárhagsleg sjónarmið og hagkvæmni en aðrir voru uppteknir af innihaldi þjónustunnar og gæðum. Þessar áherslur fara ekki endilega saman við opinbera stefnumótun. Með hagkvæmnissjónarmið að leiðarljósi er erfitt að rökstyðja miklar fjárveitingar til dýrra meðferðarúrreða nema hægt sé að sýna fram á betri árangur af þeim en öðrum og ódýrari úrræðum.

Viðmælendur mínir töldu mikilvægt að hafa marga með í ráðum við mótun heildarstefnu. Þeir nefndu m.a. embættismenn, fagmenn, rekstraraðila, félagasamtök, notendur og aðstandendur þeirra. Þeir töldu samráð lykilinn að því að sátt næðist um hugsanlega heildarstefnu. Auk þess vildu þeir leita til annarra landa og alþjóðlegra stofnana til samanburðar og ráðagerðar.

Þátttakendum í rannsókninni þótti einnig mikilvægt að greina þarfir fyrir meðferð á mismunandi þjónustustigum áður en ráðist væri í stefnumótun. Þeir bentu á að áfengis- og vímuefnafíklar þyrftu mismikla aðstoð eftir því hve langt genginn sjúkdómur þeirra væri. Því væri bæði nauðsynlegt að átta sig á stærð mismunandi hópa notenda og hvernig aðstoð hvaða hópur þyrfti á að halda.

Þá kom fram í viðtölunum að heildarstefna þyrfti að innihalda skýringu á fyrirkomulagi og afmörkun málaflokks innan stjórnskipulagsins. Henni þyrfti að fylgja framkvæmdaáætlun þar sem markmið þjónustunnar og fjárhagsrammi væru skilgreind og gerð væri grein fyrir viðmiðum fyrir afköst og gæði, og fyrirkomulagi eftirlits lýst.

Loks töldu allir viðmælendurnir að ávinningur væri af mótun heildarstefnu. Þeir töldu stefnumótun geta leitt til betri sáttar í málaflokknum, að hlutverk og ábyrgð stofnana myndi skýrast og að upplýsingar yrðu betri. Allt myndi þetta á endanum

leiða til betri þjónustu, m.a. fyrir hópa sem væri ekki sinnt sem skyldi í núverandi kerfi.

Niðurstöður rannsóknarinnar vekja fjölmargar spurningar um það hvernig málefnum er veitt athygli í samfélaginu og um gildi stefnumótunarvinnu. Meðferð fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur er flókinn og margslunginn málaflokkur sem lætur illa að stjórn. Orðið „heildarstefna“ felur í sér fyrirheit um farsæla lausn í þeirri bendu meðferðartilboða, hugsjóna, útgjalda og fréttu af mannlegri þjáningu sem áfengis- og vímuefnameðferð snýst um. Það væri sannarlega þarft verk að vinda ofan af þeirri flækju.

Þessi rannsókn gefur aðeins hugmynd um skoðanir fulltrúa tveggja hópa sem láta sig meðferðarmál fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur varða, þ.e. alþingismanna og þriggja lækna. Við frekari rannsóknir væri áhugavert að rannsaka einnig viðhorf annarra hópa. Nefna má í því sambandi t.d. sálfræðinga, hjúkrunarfræðinga, félagsráðgjafa og annað starfsfólk meðferðarstöðva, notendur þjónustunnar og aðstandendur þeirra, og fræðimenn sem fást við rannsóknir og skrif um þessi mál.

Samkvæmt viðtölunum í þessari rannsókn er markmið heildarstefnumótunar að bæta meðferð fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur með skynsamlegri nýtingu fjármuna. Viðmælendur mínir vildu koma reiðu á óreiðuna og ná sátt um fyrirkomulag málaflokksins með viðtæku samráði. Af viðtölunum er hins vegar ekki ljóst að hvaða marki viðmælendur mínir voru tilbúnir að takast á við ágreiningsatriði til að miðla málum. Þingmennirnir töluðu um hagkvæmar lausnir en lækarnir um ófagleg vinnubrögð við úthlutun fjárframlaga. Spyrja má hvort hægt sé að ná sátt um þessar ólíku áherslur.

Það er fróðlegt að velta fyrir sér hvort mótun heildarstefnu sé raunverulega til bóta þegar til lengdar lætur. Í mótunarferli stefnunnar þarf að hrista saman fjölmörg misvísandi sjónarmið. Í því ferli er næsta ógjörningur að gera öllum til hæfis. Einhver sjónarmið verða ofan á en önnur gjalda afhroð. Alþingismönnum getur

verið annnt um málaflokkinn sem heildarstefna snýst um en þeim er væntanlega einnig annnt um starfsframa sinn og geta veigrað sér við að taka óvinsælar ákvarðanir ef það kostar þá atkvæði. Spyrja má hvað sé unnið með því að ramma inn einn málaflokk eins og meðferð fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur. Erfitt er að sjá að hægt sé að greina hann frá félags- og heilbrigðisþjónustu eða að skilgreina hann eingöngu á öðru hvoru sviðinu. Það myndi væntanlega færa málefnum áfengis- og vímuefnamála meiri athygli en felur jafnframt í sér hættu á að þau njóti forgangs umfram önnur brýn málefni af svipuðu tagi.

Viðmælendur rannsóknarinnar töldu að heildarstefna sem byggir á þarfagreiningu og samráði við marga sem málið varðar og felur í sér 1) afmörkun málaflokksins í lagalegu- og stjórnsýslulegu samhengi, 2) fjárhagsramma, 3) skilgreiningar á markmiðum þjónustu og árangursviðmið og 4) fyrirkomulag eftirlits sé líkleg leið til að bæta þjónustu og gera hana hagkvæmari. Þingsályktun, eins og þessi sem hér um ræðir, getur dregið athygli að ákveðnum vandamálum sem þarfnast úrlausnar og mjakað þeim framar í forgangsröðina.

## Heimildir

- Alþingi (2005). Skýrsla heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi. Þskj. 1346, 131. lþ. 805. mál. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*, slóð: <http://www.althingi.is/altext/131/s/1346.html>. [Sótt á vefinn 20.1.2006].
- Alþingi (2004). Skýrsla forsætisráðherra um meðferð og framkvæmd ályktana á 127. löggjafarþingi. Þskj. 1491,130. lþ. 968. mál. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*, slóð: <http://www.althingi.is/altext/130/s/1491.html>. [Sótt á vefinn 20.1.2006].
- Alþingi (2002a). Skýrsla forsætisráðherra um meðferð og framkvæmd ályktana á 125. og 126. löggjafarþingi. Þskj. 692, 128. lþ. 458. mál. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*, slóð: <http://www.althingi.is/altext/128/s/0692.html>. [Sótt á vefinn 20.1.2006].
- Alþingi (2002b). Þingsályktun um mótun heilurstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana. Þskj. 1484, 127. lþ., 233. mál. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*, slóð: <http://www.althingi.is/altext/127/s/1484.html>. [Sótt á vefinn 20.1.2006].
- Alþingi (2002c). Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Ástu Möller um áfengis- og vímuefnameðferð. Þskj. 1376, 127. lþ. 624. mál. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*, slóð: <http://www.althingi.is/altext/127/s/1376.html>. [Sótt á vefinn 20.1.2006].
- Alþingi (2002d). Nefndarálit um tillögu til þingsályktunar um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana. Frá heilbrigðis- og trygginganefnd. Þskj. 1349, 127. lþ. 233. mál. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*, slóð: <http://www.althingi.is/altext/127/s/1349.html>. [Sótt á vefinn 20.1.2006].
- Alþingi (2002e). Fyrirspurn til heilbrigðisráðherra um áfengis- og vímuefnameðferð. Þskj. 977, 127. lþ. 624. mál. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*, slóð: <http://www.althingi.is/altext/127/s/0977.html>. [Sótt á vefinn 20.1.2006].

- Alþingi (2001a). Tillaga til þingsályktunar um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana, þskj. 260, 127. lþ. 233. mál. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*, slóð: <http://www.althingi.is/altext/127/s/0260.html>. [Sótt á vefinn 20.1.2006].
- Alþingi (2001b). Skýrsla heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um meðferðarstofnanir, skv. beiðni, þskj. 1255, 126. lþ. 28. mál. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*, slóð: <http://www.althingi.is/altext/126/s/1255.html>. [Sótt á vefinn 20.1.2006].
- Alþingi (2000). Beiðni um skýrslu frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um meðferðarstofnanir, þskj. 28, 126. lþ. 28. mál. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*, slóð: <http://www.althingi.is/altext/126/s/0028.html>. [Sótt á vefinn 20.1.2006].
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (2000). *European alcohol action plan 2000 – 2005*. Kaupmannahöfn, Danmörk: Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, Evrópuskrifstofa. [www.who.org](http://www.who.org). [Sótt á vefinn 22.1.2006].
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (1993). *Assessing the standards of care in substance abuse treatment*. Skjal WHO/PSA/93.5. Genf, Sviss: Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin.
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems*, endurskoðuð útgáfa frá 1989. Genf. Sviss: Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. Slóð: [www.landlaeknir.is](http://www.landlaeknir.is).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV*, 4. útg. Washington, BNA: American Psychiatric Association.
- Áfengislög nr.75/1998. Slóð: [www.althingi.is](http://www.althingi.is). [Sótt á vefinn 22.1.2006].
- Babor, T. og félagar (2003). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford, Bretland: Oxford University Press.
- Barnaverndarlög nr. 80/1992. Slóð: [www.althingi.is](http://www.althingi.is). [Sótt á vefinn 22.1.2006].
- Berglund, M. og fl. (2001). *Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunnskapssammanställning*. Vol. I og II. Stokkhólmur, Svíþjóð: SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering. [www.sbu.se](http://www.sbu.se). [Sótt á vefinn 22.1.2006].

- Bogason, P. (2000). *Public policy and local governance. Institutions in postmodern society*. Cheltenham, Bretland: Edward Elgar Publishing Ltd.
- Bogdan, R. C. og Biklen, S. K. (2003). *Qualitative research for education. An introduction to theories and methods*. Fjórða útg. BNA: Allyn and Bacon.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., Skog, O.J. (1995). *Alcohol policy and the public good*. New York, BNA: Oxford University Press og WHO, Europe.
- Evrópusambandið (2004). *First draft working paper on a coordinated approach in Europe to tackle alcohol-related harm*. Brussel, Belgíu: European Commission, Health and Consumer Directorate General.
- Forsætisráðuneytið (1999). *Starfsskilyrði stjórnvalda*. Skýrsla nefndar um starfsskilyrði stjórnvalda, eftirlit með starfsemi þeirra og viðurlög við réttarbrotum í stjórnsýslu. Reykjavík, Ísland: Forsætisráðuneytið.
- Gunnar Helgi Kristinsson (2001). *Staðbundin stjórnsmál. Markmið og árangur sveitarfélaga*. Reykjavík, Ísland: Háskólaútgáfan 2001.
- Gunnar Helgi Kristinsson (1994). *Embættismenn og stjórnsmálamenn. Skipulag og vinnubrögð í íslenskri stjórnsýslu*. Reykjavík, Ísland: Heimskringla. Háskólaforlag Máls og menningar.
- Gunnar G. Schram (1997). *Stjórnskipunarréttur*. Reykjavík, Ísland: Háskólaútgáfan.
- Gunnar G. Schram og Ólafur Jóhannesson (1994). *Stjórnskipun Íslands*. Fyrri hluti, endurskoðuð útgáfa. Reykjavík, Ísland: Háskólaútgáfan.
- Henry, N. (1995). Public administration's century in a quandary. Í *Public administration and public affairs* (kafla 2, bls. 21-49). New Jersey, BNA: Prentice Hall Inc.
- Holder, H. Longabaugh, R., Miller, W.R. og Rubonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(6), 517 – 535.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons. *Public Administration*, 69, 3-19.



- Kingdon, J.W. (1985). *Agendas, alternatives and public policies*. 2. útg. New York, BNA: Longman.
- Kristinn Tómasson (1999). Árangur áfengismeðferðar á Íslandi 28 mánuðum eftir innlögn. *Læknablaðið*, 85, 600 – 706.
- Kristinn Tómasson (1998). *Psychiatric comorbidity among treatment seeking alcoholics. Importance for course and treatment*. Ósló, Noregur: Óslóarháskóli, Háskóli Íslands.
- Lýðheilsustöð (2005). Úthlutun úr Forvarnasjóði 2005. *Vefur Lýðheilsustöðvar*, slóð:  
[http://www.lydheilsustod.is/media/afengi/utgefid//uthlutun\\_ur\\_forvarnasjodi\\_2005.doc](http://www.lydheilsustod.is/media/afengi/utgefid//uthlutun_ur_forvarnasjodi_2005.doc). [Sótt á vefinn 21.1.2006].
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991. Slóð: [www.althingi.is](http://www.althingi.is). [Sótt á vefinn 22.1.2006].
- Lög um gjald á áfengi og tóbaki nr. 96/1995. [Slóð: [www.althingi.is](http://www.althingi.is). [Sótt á vefinn 22.1.2006].
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990. Slóð: [www.althingi.is](http://www.althingi.is). [Sótt á vefinn 22.1.2006].
- Lög um Lýðheilsustöð nr. 18/2003. Slóð: [www.althingi.is](http://www.althingi.is). [Sótt á vefinn 22.1.2006].
- Lög um meðferð ölvaðra manna og drykkjusjúkra nr. 39/1964. Slóð: [www.althingi.is](http://www.althingi.is). [Sótt á vefinn 22.1.2006].
- Lög nr. 55/1991 um þingsköp Alþingis. Slóð: [www.althingi.is](http://www.althingi.is). [Sótt á vefinn 22.1.2006].
- McCool, D. (1995). The Theoretical Foundation of Policy Studies. Í *Public policy theories, models, and concepts. An anthology* (kafli 1, bls. 1- 25). New Jersey, BNA: A Simon & Cluster Company.
- Olson, B., Ólafsdóttir, H. og Room, R. (2002). Nordic traditions of studying the impact of alcohol policies. Í Room R. (ritstj.) *The effect of nordic alcohol policies. What happens to drinking and harm when alcohol controls change?* NAD publication 42, Chapter 1 Introduction. Helsinki, Finland: NAD

- Ómar H. Kristmundsson (2003). *Reinventing government in Iceland. A case study of public management reform*. Reykjavík, Ísland: Háskóli Íslands.
- Peters, B.G. (1996). *American public policy. Promise and performance*. Fjórða útg. New Jersey, BNA: Chatham House Publishers, Inc.
- Rainey, H. (1991). What makes public organization distinctive: Reexamining common views. *Understanding and managing public organizations*. San Francisco, BNA: Jossey-Bass Publishers, 1991.
- Room, R. (1999). The idea of alcohol policy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 16, 7-20.
- Salamon, L. M. (2002). The new governance and the tools of public action: An introduction. Í Salamon, L. (ritstj.), *The tools of government. A guide to the new governance* (kafli 1, bls. 1 – 47). Oxford University Press. Bretland: Oxford University Press.
- Stjórnarskrá Lýðveldisins Íslands (1944), Nr. 33, 17. júní. Slóð: [www.althingi.is](http://www.althingi.is). [Sótt á vefinn 221.1.2006].
- Weimer, D.L. og Vining, A.R. (1998). *Policy analysis. Concepts and practice*. 3. útg. New Jersey, BNA: Prentice-Hall Inc.

## Viðauki

### Spurningar lagðar fyrir flutningsmenn þingsályktunartillögu:

1. Hvers vegna tókst þú þátt í flutningi þingsályktunartillögu um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur?
2. Hvaðan kom hugmyndin um að móta þurfi heildarstefnu í málaflokki til þín?
3. Hver hafði frumkvæðið að þingsályktunartillögunni?
4. Vildu fleiri alþingismenn veranmeð eða voru einhverjir sem vildu ekki vera með?
5. Hvers vegna álitur þú að þörf sé á að móta heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana á Íslandi?
6. Hverjir eru helstu gallar núverandi fyrirkomulags?
7. Hverjir eru helstu kostir núverandi fyrirkomulags?
8. Hvaða hópar (flokkar, hagsmunaaðilar) telur þú að hafi mest áhrif á mótun heildarstefnu í þessum málaflokki? Hvernig þá? (Fagaðilar, félagasamtök, skjólstæðingar, stofnanir, sveitarfélög ættu að hafa mest áhrif?)
9. Hvaða aðrir þættir telur þú að geti haft áhrif við mótun heildarstefnu í málaflokki?Hvernig þá?
10. Eru einverjar fyrirmyndir að heildarstefnu erlendis frá eða á öðru sviði innanlands sem þú heldur að sé gott að hafa í huga?
11. Hvað myndir þú leggja áherslu á við mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana?
12. Telur þú að það liggi fyrir nægar upplýsingar til að byggja heildarstefnu á?
13. Hverju telur þú að mótun heildarstefnu myndi breyta? Hefði heildarstefna t.d. í för með sér meiri eða minni kostnað, betri þjónustu, aðra forgangsöröðun, meiri áhrif fagfólks, minni sveigjanleika, skýrari verkaskiptingu, meiri eða minni áhrif ríkisins?

### Spurningar fyrir lækna.

1. Var þörf á þingsályktun um mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur?
2. Höfðu alþingismennirnir samband við þig eða aðra starfsmenn landlæknisembættisins áður en þingsályktunin var samþykkt?
3. Hvaðan telur þú að hugmyndin um að móta þurfi heildarstefnu í málaflokknum til þín sé komin?
4. Þarf að móta heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana á Íslandi? Hvers vegna?
5. Hverjir eru helstu gallar núverandi fyrirkomulags?
6. Hverjir eru helstu kostir núverandi fyrirkomulags?
7. Hvaða hópar (flokkar, hagsmunaaðilar) telur þú að hafi mest áhrif á mótun heildarstefnu í þessum málaflokki? Hvernig þá? (Fagaðilar, félagasamtök, skjólstæðingar, stofnanir, sveitarfélög ættu að hafa mest áhrif?)
8. Hverjir ættu að hafa mest áhrif? Hvers vegna?
9. Hvaða aðrir þættir telur þú að geti haft áhrif við mótun heildarstefnu í málaflokknum? Hvernig þá?
10. Eru einverjar fyrirmyndir að heildarstefnu erlendis frá eða á öðru sviði innanlands sem þú heldur að sé gott að hafa í huga?
11. Hvað myndir þú leggja áherslu á við mótun heildarstefnu um uppbyggingu og rekstur meðferðarstofnana?
12. Skiptir mótun heildarstefnu máli fyrir þróun háskólasjúkrahúsa eða annarra sjúkrahúsa á Íslandi? Hvernig er hægt að leysa skyldu háskólasjúkrahúsa vegna kennslu nemenda af hendi?
13. Telur þú að það liggi fyrir nægar upplýsingar til að byggja heildarstefnu á?
14. Hverju telur þú að mótun heildarstefnu myndi breyta? Hefði heildarstefna í för með sér meiri eða minni kostnað, betri þjónustu, aðra forgangsöröðun, meiri áhrif fagfólks, minni sveigjanleika, skýrari verkaskiptingu, meiri eða minni áhrif ríkisins?