



## INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

Enhed: Psykiatri og Misbrug  
Sagsbeh.: Lars Petersen  
Koordineret med:  
Sagsnr.: 2023 - 4723  
Dok. nr.: 77572  
Dato: 28-01-2024

### **Kommenteret høringsnotat om forslag til lov om ændring af lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (Flytning af ansvar fra kommuner til regioner for misbrugsbehandling i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling)**

#### **1. Hørte myndigheder og organisationer mv.**

Et udkast til forslag til lov om ændring af lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (Flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling) har været i offentlig høring i perioden 17. november – 15. december 2023 hos følgende myndigheder og organisationer mv.:

3F, Advokatrådet, Akademikerne, Alkohol og Samfund, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, BDO Kommunernes Revision, Bedre Psykiatri, BL – Danmarks Almene Boliger, Blå Kors, BROEN Danmark, BrugerForeningen for Aktive Stofbrugere, Brugernes Akademi, BUPL, Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børne- og Kulturchefforeningen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Center for Etik og Ret, Center for Hjerne-skade, Center for Rusmiddelforskning, Dansk Arbejdsgiverforening (DA), Danske Regioner, Dansk Flygtningehjælp, Dansk Folkehjælp, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer (DH), Danske Patienter, Dansk Erhverv, Danske Ældreråd, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri (DI), Dansk IT – Råd for IT- og persondatasikkerhed, Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PSI), Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygeplejeråd (DSR), Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Danske Advokater, Danske Handicaporganisationer, Den Danske Dommerforening, Den Sociale Udviklingsfond (SUF), Depressionsforeningen, Det Centrale Handicapråd (DCH), Det Etiske Råd, Det Sociale Netværk, DUF- Dansk Ungdoms Fællesråd, DUKH, Ergoterapeutforeningen (Etf), Etisk Råd, Fabu, Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH), Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje, FOA, Fonden Novavi, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge (FADD), Foreningen af danske sundhedsvirksomheder – Sundhed Danmark, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD), Foreningen af Speciallæger (FAS), Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling (FLOR), ForældreLANDSforeningen (FBU), Frederiksberg Kommune (Socialtilsyn Hovedstaden), FSD - Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Faaborg-Midtfyn Kommune (Socialtilsyn Syd), Gadejuristen, Hjørring Kommune (Socialtilsyn Nord), HK/kommunal, Holbæk Kommune (Socialtilsyn Øst), Institut for Menneskerettigheder, Kirkens Korshær, KL, Kofoeds Skole, Kompetencecenter for Dobbeldiagnose - Region Hovedstadens Psykiatri, Kristelig Fagbevægelse, Kristelig Lægeforening (KLF), Landsforeningen af Opholdssteder og Skole- og Behandlingstilbud, Landsforeningen af Socialpædagoger (LFS), Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen for voksne med senfølger af seksuelle overgreb (SPOR), Landsforeningen Lænken,

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), LAP - Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere, Ledernes Hovedorganisation, Lev – livet med udviklingshandicap, Lev Uden Vold, Livsværk, LOKK – Landsforeningen af Kvindekrisecentre, LOS – de private sociale tilbud, Lægeforeningen, Medborgernes Menneskerettighedskommission (MMK), Mændenes Hjem, Mødrehjælpen, OCD-foreningen, Offerrådgivningen i Danmark, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), Patientforeningen, Politiforbundet, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Psykiatrifonden, Psykolognævnet, Red Barnet, Reden Vesterbro, Retspolitisk Forening, Ringgården – Nationalt Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling, Røde Kors, Rådet for Digital Sikkerhed, Rådet for Socialt Udsatte, Sammenslutningen af Boformer for Hjemløse (SBH), Samvirkende Menighedsplejer, SAND - De Hjemløses Landsorganisation, Selveje Danmark, Silkeborg Kommune (Socialtilsyn Midt), SIND - Landsforeningen for psykisk sundhed, Sjældne Diagnoser, Socialpædagogernes Landsforbund (SL), Socialt Udviklingscenter (SUS), Stenbroens Jurister, SUMH – sammenslutningen af unge med handicap, TABUKA, TUBA, Udviklingshæmmedes Landsforbund (ULF), UngeAlliancen, Ungdommens Røde Kors, Ungdomsringen, Ventilen, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, WeShelter, Yngre Læger og Ældre Sagen.

Lovforslaget har desuden været offentliggjort på Høringsportalen ([www.hoeringsportalen.dk](http://www.hoeringsportalen.dk)).

## 2. Bemærkninger til lovforslaget

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har modtaget høringssvar fra følgende:

Bedre Psykiatri, Børne- og Kulturchefforeningen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Danske Regioner, Danske Fysioterapeuter, Dansk Erhverv og Sundhed Danmark, Danske Ældreråd, Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Dansk Psykolog Forening, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Additiv Medicin, Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering og Landsforeningen for voksne med senfølger af seksuelle overgreb (SPOR), Dansk Sygeplejeråd (DSR), Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), FOA, Fonden Novavi, Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling (FLOR), Gadejuristen, Hjørring Kommune (Socialtilsyn Nord), Institut for Menneskerettigheder, KABS, Kirkens Korshær, KL, Københavns Kommune, LOKK – Landsforeningen af Kvindekrisecentre, Lægeforeningen, Mændenes Hjem, Politiforbundet, Psykiatrifonden, Psykolognævnet, Ringgården – Nationalt Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling, Rådet for Socialt Udsatte, SAND - De Hjemløses Landsorganisation, Selveje Danmark, Silkeborg Kommune (Socialtilsyn Midt), Stenbroens Jurister og UngeAlliancen.

Nedenfor er gengivet de væsentligste punkter i de modtagne høringssvar.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommentarer til høringssvarene er anført i *kursiv*.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal for en fuldstændig gennemgang af samtlige synspunkter henvises til høringssvarene, som er sendt til Folketingets Sundhedsudvalg.

### 2.1. Bemærkninger vedrørende flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling

#### 2.1.1. Generelt

**Bedre Psykiatri** ser overordnet positivt på lovforslagets intention om at ændre fordelingen af behandlingsansvar mellem regioner og kommuner mhp. at sikre en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

**Danske Fysioterapeuter** roser Indenrigs- og Sundhedsministeriets fokus på mennesker med dobbeltdiagnoser, som ofte falder mellem to stole pga. tilbud i både det kommunale og regionale, og Danske Fysioterapeuter håber, at man vil følge det faglige oplægs anbefaling om at etablere et samlet og integreret tilbud af høj kvalitet forankret i regionerne mhp. at sikre en samtidig og koordineret behandling af både den psykiske lidelse, misbruget og evt. somatiske sygdomme.

**Dansk Erhverv og Sundhed Danmark** er overordnet set positive over for lovforslaget og glade for, at mennesker, der har brug for behandling af både en psykisk lidelse og et alkohol- eller stofmisbrug, fra 2024 har mulighed for at få en integreret dobbeltdiagnosebehandling.

**Dansk Psykiatrisk Selskab** bemærker overordnet, at selv om det for visse borgere vil være en forbedring, kan der potentielt ske en forringelse af mulighederne for behandling af en meget divers gruppe af mennesker. Ifølge Dansk Psykiatrisk Selskab er der en udpræget risiko for, at de mest udsatte, som vurderes klinisk vanskelige at håndtere, og som fx ikke kan visiteres af regionerne pga. manglende kendskab eller fremmøde, ender med at være ekskluderet fra den kommunale behandling, hvorfor det bør fremgå tydeligt, at alle har ansvar, indtil der er placeret en løsning for ikke at forringe borgerens adgang til rusmiddelbehandling.

**Dansk Psykolog Forening** er positive over for, at man med lovforslaget ønsker at give mennesker med dobbeltdiagnose en mere sammenhængende og tilstrækkelig hjælp.

**Dansk Samfundsmedicinsk Selskab** er enige i, at patienter med samtidigt misbrug og psykisk lidelse skal have samme retskrav på behandling som øvrige patienter.

**Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering** og **Landsforeningen Spor** tilslutter sig forslaget om at etablere regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, og bemærker, at det er et skridt i den rigtige retning, at ansvaret for behandling kommer til at ligge ét sted, og at man derved har mulighed for at fremme en langt højere grad af helhedsorienteret hjælp.

**Dansk Sygeplejeråd** er enige i, at behandlingsansvaret for borgere med behov for integreret dobbeltdiagnosebehandling overgår til regionerne, og bemærker i den forbindelse, at der er stort behov for at forbedre sammenhæng og kvalitet i behandlingen, hvilket kræver en omhyggelig, samtidig og koordineret indsats. Dansk Sygeplejeråd er dog bekymret for, om det anslåede antal på 9.500 personer med dobbeltdiagnoser står mål med det reelle tal.

**Dansk Sygepleje Selskab** kan fuldt og helt støtte det foreliggende forslag, som forhåbentlig kan danne grundlag for en styrket indsats til borgere med dobbeltdiagnose.

**Fonden Novavi** ser overordnet med begejstring på den politiske handlekraft, man med dette lovforslag udviser for at hjælpe en gruppe mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, hvis samlede livssituation er så kompleks, at et integreret behandlingsforløb vil være mest virkningsfuldt. Fonden Novavi bemærker i den forbindelse, at den i mange år har oplevet, at netop målgruppen for det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud er blevet tabt eller overset i det ellers finmaskede velfærdssamfund.

**FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling** er overordnet positiv over for, at borgere med en svær psykisk lidelse, samtidig rusmiddelproblematik og nedsat funktionsevne fremadrettet sikres mulighed for integreret behandling. FLOR er dog bekymret over, at lovforslagets indhold er uklart eller ikke fyldestgørende nok mht. at definere regionens ansvar og kommunernes forpligtigelse til at varetage behandling af borgere med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

**Gadejuristen** ser yderst positivt på lovforslaget, som har til hensigt at give stofbrugere adgang til hospitalpsykiatrien og forhåbentlig kan medføre, at stofbrugere ikke længere skal være kasterbolde mellem den kommunale rusmiddelbehandling og den regionale psykiatri, og bemærker i den forbindelse, at mange stofbrugere som konsekvens af den nuværende opdeling i hjælpesystemet ikke er blevet retmæssigt udredt for eventuelle underliggende psykiske lidelser, men har måtte tage til takke med den ofte utilstrækkelige kommunale rusmiddelbehandling.

**Institut for Menneskerettigheder** finder det positivt, at der bliver etableret en integreret dobbeltdiagnosebehandling for mennesker, der har en psykisk lidelse samtidig med en rusmiddelsproblematik, og peger på, at problemet med manglende relevante behandlingstilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser er velkendt, og at de har vanskeligt ved at få relevant behandling, da ansvaret for behandling af mennesker med psykiske lidelser ligger hos regionerne, mens ansvaret for stofmisbrugsbehandling ligger hos kommunerne.

**KABS** anfører, at der er behov for regionale behandlingstilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser, som kommunerne kan henvise til, men hæfter sig helt grundlæggende ved, at regionerne eller de ansvarlige styrelser på ingen måde har fremsat en faglig ramme for indholdet af den regionale integrerede behandling. KABS ser med bekymring på såvel udmøntning af lovhjemmel som de regionale implementeringsplaner, der ligger meget langt fra den kompleksitet, som udspiller sig i behandlingspraksissen af mennesker med dobbeltdiagnoser.

**Kirkens Korshær** bifalder ambitionen om at skabe et nyt dobbeltdiagnosetilbud og er overbevist om, at det kommer til at gøre en forskel for mange med dobbeltdiagnoser.

**KL** finder, at lovforslaget samlet set betyder en forringelse af borgernes behandlingstilbud, og vurderer, at der er en betydelig risiko for, at kommunerne fortsat kommer til at tilbyde rusmiddelbehandling til borgere, der er i målgruppen for det integrerede tilbud, selv om kommunerne har afgivet økonomien til regionerne for disse borgere.

**Københavns Kommune** er positiv over for, at ansvaret for behandlingen af borgere med dobbeltdiagnoser samles i regionalt regi, og at opgaven derved flyttes fra kommunalt regi.

**Lægeforeningen** bifalder den nye ansvarsfordeling, hvor integreret behandlingsansvar forankres i behandlingspsykiatrien, og bemærker i den forbindelse, at et samlet og integreret behandlingstilbud, som forankres i én sektor og foregår på samme fysiske enhed, forventes at sikre en mere sammenhængende og helhedsorienteret behandling. Lægeforeningen finder det dog afgørende, at de rette kompetencer er til stede i tilbuddet, herunder at der altid er en psykiater tilknyttet behandlingen.

**Mændenes Hjem** er meget positive over for, at regionerne overtager ansvaret for at varetage behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser, da der ses mange fordele ved at integrere indsatsen.

**Psykiatrifonden** roser, at der nu endelig kommer et integreret tilbud til dobbeltdiagnosepatienterne, og forventer, at denne særdeles sårbare patientgruppe vil få stor gavn af den større sammenhæng, som det integrerede dobbeltdiagnosetilbud gerne skulle bibringe.

**Ringgården – Kompetencecenter for dobbeltfokuseret afhængighedsbehandling** bifalder intentionen i de planlagte ændringer af sundheds- og servicelovgivningen vedrørende behandling af mennesker med dobbeltdiagnose, og håber inderligt, at den nye organisering vil bibringe en forsømt målgruppe det nødvendige løft. Ringgården undrer sig dog over, at Ringgården ikke er blevet inviteret til at bidrage i de forløb, hvor analyse og planlægning har fundet sted.

**Rådet for Social Udsatte** tilslutter sig lovforslaget.

**SAND – De hjemløses landsorganisation** er meget enig i, at der mangler behandlingsmuligheder for dobbeltdiagnosticerede.

**Selveje Danmark** støtter op om behovet for et integreret regionalt dobbeltdiagnosetilbud.

**Stenbroens Jurister** anser det som ubetinget positivt, at man nu tager politisk livtag med de vedvarende udfordringer for personer med samtidige rusmiddelproblematikker og psykiske lidelser, og bemærker i den forbindelse, at det desværre er meget velkendt problemstilling, at svært udsatte og sårbare mennesker modtager hverken rusmiddelbehandling eller psykiatrisk behandling, fordi både kommune og region afviser at kunne håndtere patientens behandlingsbehov. Stenbroens Jurister anser placeringen af et ansvar for at sikre behandling i de tilfælde, hvor patienten har samtidige rusmiddelproblematikker og psykiske lidelser, som et væsentligt og vigtigt fremskridt mod at sikre de mest udsatte et bedre og mere værdigt liv.

#### 2.1.2. 14-dages frist og lægesamtale

**Bedre Psykiatri** er positiv over for, at høringsudkastets forslag om, at for personer, som er visiteret til integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik, skal den del af den

integrerede behandling, som består af alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, iværksættes senest 14 dage efter regionens modtagelse af henvisning.

**Danske Regioner** anfører, at der bør gælde én samlet tidsfrist til det integrerede behandlingsforløb, og ikke som foreslået i høringsudkastet én frist for iværksættelse af den del af behandlingen, som består af alkohol- og stofmisbrugsbehandling, og en anden frist for den resterende del af den integrerede behandling. Ifølge Danske Regioner vil forskellige tidsfrister ikke gavne patienterne og vil i øvrigt ikke fremstå meningsfulde, da det netop er hensigten, at behandlingen af den psykiske lidelse og misbrugsbehandlingen er indbyrdes afhængige og skal kunne foregå samtidig. Danske Regioner foreslår derfor, at der sættes én samlet tidsfrist, der sikrer, at patienterne har påbegyndt den integrerede behandling efter den korteste frist, dvs. senest 14 dage efter, at regionen har modtaget henvisningen. Danske Regioner foreslår desuden at overføre retten fra udvidet frit sygehusvalg, hvor patienten har ret til at vælge en privat leverandør i tilfælde af, at regionen ikke kan tilbyde at påbegynde den integrerede dobbeltdiagnosebehandling inden for tidsfristen. Danske Regioner anfører endvidere, at hvis regionen efter modtagelse af henvisning vurderer, at borgeren ikke er i målgruppen for regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, kan der gå op til to gange 14 dage, før borgeren kommer i kommunal misbrugsbehandling. Derfor vil det ifølge Danske Regioner være hensigtsmæssigt, hvis det af lovforslaget fremgår, at regionen hurtigst muligt bør orientere kommunen i de tilfælde, hvor borgeren ikke henvises til det integrerede tilbud i regionen, således at kommunen bliver gjort bekendt med, at borgeren ikke får dækket sit behov for alkohol- og stofmisbrugsbehandling i det regionale integrerede tilbud.

**Dansk Erhverv og Sundhed Danmark** ser positivt på, at der med det foreslåede kapitel 17 b lægges op til en 14-dagesgaranti på misbrugsbehandling, hvilket sikrer et hurtigt behandlingstilbud til patientgruppen.

**Dansk Psykiatrisk Selskab** anfører, at der ikke for nuværende er selvstændig rusmiddelbehandling i regionerne, og at man som uvisiteret med en mulig psykisk lidelse ikke reelt har mulighed for at få behandling i henhold til visitationsretningslinjen, før man er visiteret. Dansk Psykiatrisk Selskab bemærker i den forbindelse, at det er en forringelse for en del borgere, der reelt ikke kan få den gældende behandling inden for 14 dage, og at behandlingen er afhængig af, at man kan visiteres til det regionale tilbud, da det ikke forventes at regionen har rusmiddelbehandling til rådighed efter 14 dage efter henvisning. Dansk Psykiatrisk Selskab anfører endvidere, at der kan blive tale om en mulig pausering af patienternes muligheder for behandling, da der kan være 30 dages behandlingsgaranti på at blive visiteret, og da der er 14 dages frist til at påbegynde en rusmiddelbehandling. Efter Dansk Psykiatrisk Selskabs opfattelse bør det dels fremgå, hvad tilbuddet er i ventetid på visitation, og hvor længe en visitation gælder, dels fremgå, at regionen alene visiterer til det regionale tilbud, og at kommunen i ventetiden på en visitation har ansvaret for at levere behandling indtil visitation.

**Dansk Psykolog Forening** er positive over for, at det med ovenstående beskrives, at henvisning til psykiatrien tæller som første kontakt, sådan som det er i rusmiddelbehandling og der derfor maksimalt må gå 14 dage inden behandling iværksættes, men finder, at det bør stå mere klart i lovforslaget, at en patient ikke kan udskrives af rusmiddelbehandling under ventetid ved henvisning til det integrerede tilbud, eller før det er sikret, at det ny tilbud i den integrerede behandling varetager dette, og at det er igangsat. Dansk Psykolog Forening anbefaler derfor, at det skrives ind i lovforslaget, at kommunen skal varetage rusmiddelbehandlingen, indtil behandlingen reelt går i gang, eller hvis henvisningen af en eller anden grund alligevel ikke går igennem, og behandlingen derfor ikke kan iværksættes.

**Dansk Psykolog Forening** undrer sig over, at der ifølge høringsudkastet ikke skal påbegyndes udredning af de psykiatriske tilstande inden for behandlingsgarantiens periode. Ifølge Dansk Psykolog Forening kan der være faglige grunde til, at man ikke kan fuldføre en psykiatrisk evaluering, men foreningen anfører, at hvis den ikke kan påbegyndes, så betyder det, at patienternes behandling kan være fragmenteret og uden klar retning på ubestemt tid. Ifølge Dansk Psykolog Forening er det i øvrigt en forværring af garantien, når der indlægges et eller flere led fra borgerens henvendelse, til garantiperioden begynder at løbe, og foreningen peger på, at der vil kunne opstå en situation med betydelig ventetid, fordi kommunen først skal foretage en vurdering af, hvorvidt der skal henvises, og regionen dernæst skal foretage en vurdering af, hvorvidt der er grundlag for visitation, og hvorefter kommunen i de tilfælde, hvor der ikke er grundlag for

visitation, skal kommunen vurdere, om borgeren skal have et behandlingstilbud efter servicelovens eller sundhedsloven.

**Dansk Selskab for Addiktiv Medicin** anfører om regionens forpligtelse til at påbegynde behandling senest 14 dage efter, at henvisning er modtaget, at hvis henvisningen ikke resulterer i visitation til behandling, men derimod afslag, så er patienten henvist til at søge misbrugsbehandling i kommunen, hvorved der indledes ekstra 14 dage, hvor kommunen inden udløb er forpligtet til at indlede behandling, hvilket betyder en fordobling af ventetiden.

**Dansk Sygeplejeråd** nævner, at behandlingsgarantien for borgere, der ønsker rusmiddelbehandling, er 14 dage, og at behandlingsgarantien i regionerne er en måned, og bemærker i den forbindelse, at det er en uhensigtsmæssig forringelse, da borgere har brug for behandling hurtigst muligt.

**Fonden Novavi** påpeger, at den med høringsudkastet foreslåede § 82 c i sundhedsloven i et rettighedsperspektiv er afgørende, da man som borger må kunne forvente samme rettigheder, hvad angår rusmiddelbehandling, uanset om man er i behandling i regionerne eller kommunerne, men bemærker samtidig, at det i høringsudkastet beskrevne niveau for den indledende rusmiddelbehandling og beskrivelsen af, hvornår forpligtelsen anses for opfyldt, ikke er tilfredsstillende for borgerne.

**FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling** giver udtryk for bekymring over høringsudkastets formuleringer om behandlingsgaranti og henviser i den forbindelse til bemærkningerne om, at behandlingsgarantien som udgangspunkt vil være opfyldt ved iværksættelse af medicinsk behandling, hvorved der i den indledende fase ikke nødvendigvis er tale om hverken helhedsorienteret behandling eller samtidsbehandling. FLOR mener, at dette er en forringelse af borgernes retsstilling sammenholdt med i dag. FLOR mener desuden, at det er utydeligt, om behandlingsgarantien er gældende fra henvisningsdatoen eller fra visitationsdatoen, og at der er risiko for forlængede ventetider på rusmiddelbehandling, idet processen for henvisning, visitation ind i det integrerede tilbud og evt. yderligere ventetid på et tilbud i kommunerne, såfremt borgeren ikke visiteres til et integreret tilbud, samlet set overstiger 14 dage. FLOR mener, at det er uklart, hvem der har ansvaret for borgerne i mellemtiden. Endelig anfører FLOR, at det er uklart, hvem der har ansvaret for borgere, som er visiteret til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling i tilfælde, hvor der er ventetid på behandling.

**Gadejuristen** sætter spørgsmålstegn ved, at borgerne skal begynde forfra med visitation til rusmiddelbehandling i kommunalt regi, hvis de afvises som patienter til dobbeltdiagnosebehandlingen, hvor visitationstiden er 30 dage, hvilket giver op til 44 dages ventetid. Gadejuristen mener i øvrigt, at den eksisterende ret til, at der iværksættes rusmiddelbehandling senest efter 14 dage efter første henvendelse i kommunalt regi, også bør fastsættes for den psykiatriske behandling i regionen. Gadejuristen giver i øvrigt udtryk for bekymring over de lange ventetider i psykiatrien, som kan betyde, at stofbrugere, som visiteres til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, risikerer at vente i årevis på behandlingens iværksættelse. Gadejuristen mener derfor, at der bør fastsættes en behandlingsgaranti i forbindelse med dobbeltdiagnosetilbuddet.

**Institut for Menneskerettigheder** anfører, at det er problematisk, at den i høringsudkastet foreslåede § 82 c, stk. 1, i sundhedsloven ikke indeholder en frist for at iværksætte behandling, der regnes fra, hvornår borgeren har henvendt sig til en myndighed, og instituttet anbefaler, at forslaget ændres, så der gælder en frist for at iværksætte behandling, der regnes fra borgerens henvendelse til en myndighed med ønske om behandling, således som fristen regnes i forbindelse med kommunal misbrugsbehandling efter sundhedslovens § 141 og § 142 samt servicelovens § 101.

**KABS** finder med henvisning til den i høringsudkastet foreslåede § 82 c i sundhedsloven om, at den del af den integrerede dobbeltdiagnosebehandling, som består af alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, skal iværksættes senest 14 dage efter regionens modtagelse af henvisning, at risikoen for forværring af den enkelte borgers tilstand, såfremt behandlingen indledningsvist alene omfatter alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, bør adresseres. KABS bifalder i øvrigt hensigten om at tilvejebringe en behandlingsgaranti på 14 dage, men finder, at der er en risiko for at regionernes centrale visitation tvinges til at tilbagevisitere borgere til kommunal misbrugsbehandling pga. manglende mulighed for at iværksætte integreret

behandling inden for fristen, og KABS bemærker i den forbindelse, at patientrettigheden er vigtig, ikke mindst for patienter, som kræver øjeblikkelig abstinensbehandling.

KL noterer med tilfredshed, at behandlingsgarantien på 14 dage videreføres, og er i den forbindelse opmærksom på, at garantien først er gældende fra det tidspunkt, hvor regionen har modtaget henvisningen. KL finder det dog er bekymrende, dels at det af høringsudkastets bemærkninger fremgår, at behandlingsgarantien er opfyldt, såfremt borgeren har fået ordineret et medicinsk præparat, dels at behandlingsgarantien på 14 dage vedrørende den sociale behandling ikke indgår i lovforslaget og derfor ikke vil gælde længere, hvilket KL betegner som en klokkeklar forringelse af målgruppens rettigheder i forhold til i dag og derved også en forringelse af behandlingen. KL undrer sig over, at borgerens ikke som i forbindelse med kommunal stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142 og servicelovens § 101 vil have ret til en lægesamtale inden iværksættelsen af behandlingen, og henviser i den forbindelse til, at det er yderst vanskeligt at forestille sig behandlingen uden en forudgående lægesamtale og undersøgelse.

**Københavns Kommune** anfører, at der vil være en risiko for, at borgeren kommer til at vente længere tid end 14 dage fra første henvendelse, da borgeren ved regionens afvisning på visitation til dobbeltdiagnosebehandling kan risikere at skulle vente op til yderligere 14 dage på et tilbud fra kommunen, og foreslår i den forbindelse, at det beskrives tydeligere i lovforslaget, om borgeren risikerer forlængede ventetider på misbrugsbehandling, og hvilke muligheder regionen har for at hjælpe borgeren i ventetiden. Kommunen anbefaler desuden, at borgeren i de tilfælde, hvor en henvisning til integreret dobbeltdiagnosebehandling bliver afvist, samtidig af regionen visiteres til almen psykiatri mhp. koordineret misbrugsbehandling, så borgeren ikke skal igennem visitation på ny og derved kan udsættes for længere ventetid på psykiatrisk behandling. Kommunen finder det i øvrigt problematisk, at behandlingsgarantien ifølge høringsudkastet alene omfatter den del af den integrerede behandling, som består af misbrugsbehandling, og ikke den integrerede, helhedsorienterede behandling i øvrigt. Kommunen finder det generelt utydeligt, om behandlingsgarantien går på borgere, der er visiteret, eller borgere, der er henvist. Kommunen giver udtryk for bekymring for, at der opstår ventetid til behandling i regionen, eller at der ikke i regionen er de fornødne tilbud, og efterspørger i den forbindelse en præcisering af, hvem der i sådanne tilfælde har ansvaret for borgeren.

**Ringgården – Kompetencecenter for dobbeltfokuseret afhængighedsbehandling** frygter med henvisning til den i høringsudkastet foreslåede § 82 c i sundhedsloven om iværksættelse af den del af behandlingen, som består af alkohol- eller stofmisbrugsbehandlingen senest 14 dage efter henvisningens modtagelse, at man som dobbeltdiagnosticeret borger havner på én af psykiatriens ventelister, hvor man på visse områder har kunnet stå meget længe. Ringgården peger i den forbindelse bl.a. på, at virkningen af de abstinensunderstøttende og substituerende medikamenter som *stand alone*-behandling er yderst begrænset. Ringgården anfører endvidere, at erfaringer fra bl.a. Ringgården viser, at det er problematisk kun at tilbyde mono-fokus (på misbrugsproblemet) og at udskyde dobbelt-fokus (hvor den psykiatriske lidelse også behandles), da de psykiatriske problemer ofte er en væsentlig del af årsagen til misbrug, hvorfor misbrugsbehandlingen risikerer at have ingen eller ringe effekt.

**Rådet for Social Udsatte** anfører, at behandlingsgarantien på 14 dage skal gælde for både den lægelige alkohol- eller stofmisbrugsbehandling og for den sociale alkohol- eller stofmisbrugsbehandling. Rådet anfører endvidere, at det er meget vigtigt, at kommunen i forbindelse med, at regionen hurtigst muligt giver kommunen besked, hvis regionen efter at have modtaget en henvisning ikke finder grundlag for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling. Rådet anfører endvidere, at det skal afklares, om kommunen har ansvaret for en borger, der er visiteret til dobbeltdiagnosebehandling, hvis der er ventetid på behandling, og bemærker i den forbindelse, at det er vigtigt, at behandlingsgarantien på 14 dage ikke væsentligt overskrides, og at borgeren får en hurtig afklaring og ikke oplever at blive sendt fra dør til dør.

**SAND – De hjemløses landsorganisation** foreslår, at der fastsættes en social såvel som en medicinsk behandlingsgaranti på 14 dage i både det parallelle og det integrerede tilbud. Det vil gøre det mere overskueligt for borgerne og øge sandsynligheden for helhedsorienterede løsninger.

**Selveje Danmark** anfører, at man kan være bekymret for de mulige konsekvenser, det kan få for behandlingsforløbet, herunder at fastholde personer i forløbet, når den psykiatriske behandling potentielt først påbegyndes 1,5 måned efter påbegyndelse af rusmiddelbehandlingen.

**Stenbroens Jurister** finder det helt afgørende, at rusmiddelbehandling iværksættes hurtigt, når patienten har et ønske om at få behandling, særligt i de tilfælde, hvor behandlingsbehovet indebærer ordination af medicin, og anbefaler, at 14-dages frist for iværksættelse af rusmiddelbehandling bør regnes fra patientens henvendelse til myndighederne med et behandlingsbehov. Stenbroens Jurister anbefaler desuden, at det præciseres, at kommunens forpligtelser efter sundhedslovens §§ 141 og 142 først ophører, når en patient er visiteret af regionen til integreret dobbeltdiagnosebehandling, og at patientens ret til abstinensbehandling præciseres, da der med lovforslaget kan gå op til halvanden måned, før patienten har ret til alkohol- eller stofmisbrugsbehandling.

**UngeAlliancen** er bekymret over, at der kan gå lang tid, fra den unge voksne henvender sig med ønske om at komme i behandling, til den regionale integreret dobbeltdiagnosebehandling påbegyndes, og vurderer, at det er et problem, at den ene sektors forpligtelse ophører, når den visiterer til den anden sektor, uden at der er vished for, at det centrale visitationsudvalg er enig i, at den unge voksne er en del af målgruppen for det nye tilbud.

*I forhold til høringsudkastet er lovforslaget ændret, således at der i stedet for en frist på 14 dage, som kun gælder for iværksættelse af den del af den integrerede dobbeltdiagnosebehandling, som består af alkohol- og stofmisbrugsbehandling, foreslås en samlet frist på 14 dage for den integrerede dobbeltdiagnosebehandling som helhed, dvs. den sundheds- og socialfaglige behandling af både misbruget og den psykiske lidelse. Med den foreslåede § 82 c, stk. 1, i sundhedsloven, foreslås det således nu, at regionsrådet i bopælsregionen senest 14 dage efter regionens modtagelse af henvisning påbegynder behandling af personer, som er visiteret til integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik.*

*I forhold til høringsudkastet er lovforslaget desuden ændret, således at der nu foreslås en ændring af sundhedslovens § 87, stk. 2, om det udvidede frie sygehusvalg. Den foreslåede ændring vil medføre, at en person, der i henhold til Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling er visiteret til behandling, vil kunne vælge at blive behandlet på et af de sygehuse eller en af de klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter sundhedslovens § 87, stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 14 dage kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter. Hermed vil retten til udvidet frit sygehusvalg afspejle det forhold, at behandlingen for personer, som er visiteret til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, skal påbegyndes senest 14 dage efter regionens modtagelse af henvisning, jf. den foreslåede § 82 c, stk. 1. Uden denne ændring ville disse personer først kunne vælge at blive behandlet på et af de sygehuse eller en af de klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter § 87, stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned kunne tilbyde behandling, jf. § 87, stk. 2, 1. pkt.*

*Med lovforslaget foreslås det at ændre sundhedslovens § 141, stk. 1, § 142, stk. 1 og 3, samt servicelovens § 101, stk. 1, således at de kommunale forpligtelser, som følger af disse bestemmelser, ikke omfatter personer, som er visiteret til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling. Den ordlyd, som bestemmelserne vil få efter de foreslåede ændringer, efterlader ingen tvivl om, at de kommunale forpligtelser, herunder til at tilbyde misbrugsbehandling, gælder, indtil en person måtte være visiteret til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, og altså ikke allerede ophører, når der er henvist til sådan behandling. For at undgå tvivl om forskellen på henvisning og visitation er det desuden tilføjet til lovforslagets bemærkninger, at der med henvisning menes, at en sundhedsperson eller myndighed med henvisningsret, jf. sundhedslovens § 79, stk. 1, og Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje, har henvist til regional visitation til det integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud, og at en henvisning således ikke er en visitation til tilbuddet, men at henvisningen kan føre til en visitation.*

*Når fristen for regionens påbegyndelse af regional integreret dobbeltdiagnosebehandling foreslås regnet fra regionens modtagelse af henvisning og ikke allerede fra personens første henvendelse til myndighederne, skyldes det, at en sådan frist i visse tilfælde ville kunne være umulig at overholde, fx hvis en*



kommune, hvortil personen i første omgang har henvendt sig, først kort før 14 dage senere henviser til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, hvorefter regionen så skal tage stilling til, hvorvidt der er grundlag for visitation til behandlingen. Alle led forudsættes naturligvis at forholde sig så hurtigt som muligt til en persons behandlingsbehov, således at kommunen ikke nødvendigvis skal bruge op til 14 dage på at forholde sig til behovet for derefter evt. at henvise til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, og således at regionen ikke nødvendigvis skal bruge op til 14 dage på at forholde sig til, hvorvidt der er grundlag for visitation til behandlingen. Hvis personen i ventetiden på, at først kommunen og dernæst regionen har forholdt sig til behandlingsbehovet, måtte få behandlingskrævende akutte abstinenser, så vil abstinensbehandling skulle iværksættes straks, og dette er fremhævet i lovforslagets bemærkninger, hvoraf det også fremgår, at det ikke alene gælder abstinenser, som er stofmisbrugsrelaterede, men også ved abstinenser, som er relaterede til alkoholmisbrug.

I forhold til høringsudkastet er lovforslaget ændret, således at det nu af bemærkningerne fremgår, at for at kommunen bliver gjort bekendt med, at en henvist person ikke vil få sit behov for alkohol- eller stofmisbrugsbehandling dækket i regi af det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud, bør regionen orientere kommunen i de tilfælde, hvor den henviste person ikke visiteres til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, og at orienteringen bør gives i umiddelbar forlængelse af, at der ikke er fundet grundlag for visitation. Nu fremgår det desuden også af bemærkningerne, at der i sådanne tilfælde bør være særlig opmærksomhed på forpligtelsen til straks at iværksætte abstinensbehandling ved behandlingskrævende akutte abstinenser, og på, at denne forpligtelse gælder for alle læger, som måtte konstatere sådanne abstinenser.

I og med, at lovforslaget i forhold til høringsudkastet som ovenfor nævnt er ændret, således at der i stedet for en frist på 14 dage, som kun gælder for iværksættelse af den del af den integrerede dobbeltdiagnosebehandling, som består af alkohol- og stofmisbrugsbehandling, foreslås en samlet frist på 14 dage for påbegyndelse af den integrerede dobbeltdiagnosebehandling som helhed, er høringsudkastets bemærkninger om, at alkohol- og stofmisbrugsbehandling som udgangspunkt er iværksat, hvis der fx er ordineret acomedon, naltrexon, buprenorphin eller metadon, fjernet. I stedet fremgår det nu af lovforslagets bemærkninger, at regional integreret dobbeltdiagnosebehandling kun vil være reelt påbegyndt, hvis behandlingen tager udgangspunkt i en konkret vurdering af patientens tilstand samt følger anerkendt klinisk praksis, faglige standarder og retningslinjer på området. Det fremgår endvidere, at behandling af akutte abstinenser vil i sig selv som udgangspunkt ikke være tilstrækkelig til, at den integrerede dobbeltdiagnosebehandling kan betragtes som værende påbegyndt, og at der for mere generelle overvejelser om, hvornår en behandling kan anses for påbegyndt, i øvrigt kan henvises til Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter.

Når der ikke med lovforslaget foreslås en bestemmelse om ret til en lægesamtale svarende til den bestemmelse, som er indeholdt i sundhedslovens § 142, og som finder anvendelse i forbindelse med kommunal stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142 og servicelovens § 101, skal det ses i lyset af baggrunden for, at der med virkning fra 1. januar 2015 blev indført en sådan ret i forbindelse med kommunal stofmisbrugsbehandling. Baggrunden var således et ønske om at ligestille personer, som kommer i social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101, med personer, som kommer i lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142. Allerede før indførelsen af retten til en lægesamtale mødte alle personer i lægelig stofmisbrugsbehandling en læge forud for behandlingens iværksættelse, fordi ordination af receptpligtig medicin som fx buprenorphin og metadon, der anvendes i behandlingen, er forbeholdt læger, og fordi den ordinerende læge ved behandlingens iværksættelse altid skal have taget stilling til den enkelte patients behandling. Personer i social stofmisbrugsbehandling ville derimod ikke nødvendigvis møde en læge i forbindelse med behandlingen, hvilket skyldes, at behandlingen kan forestås af flere faggrupper, hvoraf læger blot er en enkelt. Med indførelsen af retten til en lægesamtale fik personer i social stofmisbrugsbehandling mulighed for i lighed med personer i lægelig stofmisbrugsbehandling at få en lægesamtale med henblik på undersøgelse for misbruget og afhængigheden såvel som for de fysiske og psykiske problemstillinger, der knytter sig hertil. Da den regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling vil være en sygehusydelse, som vil blive givet under lægefagligt ansvar, og som bl.a. vil omfatte undersøgelse for misbruget og afhængigheden såvel som for de fysiske og psykiske problemstillinger, der knytter sig hertil, og da den integrerede dobbeltdiagnosebehandling, der skal være påbegyndt senest 14 dage efter

regionens modtagelse af henvisning, skal tage udgangspunkt i en konkret vurdering af patientens tilstand, er der ikke behov for en bestemmelse svarende til den i sundhedslovens § 142 om en ret til en lægesamtale. På den baggrund og i lyset af, at det bør være den ansvarlige læges opgave under iagttagelse af 14-dagesfristen at tilrettelægge undersøgelsen og i den forbindelse beslutte, hvornår den af hensyn til behandlingsformålet bør finde sted, vil det heller ikke være hensigtsmæssigt med en bestemmelse svarende til bestemmelsen i sundhedslovens § 142 om, at en sådan lægesamtale skal finde sted senest inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen.

Mht. behandlingsgaranti for personer, som ikke efter Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling vil skulle visiteres hertil, men i stedet fx. indgå i et parallelt behandlingsforløb, hvor kommunen er ansvarlig for misbrugsbehandlingen, og hvor regionen er ansvarlig for behandlingen af den psykiske lidelse, vil det være sådan, at der for misbrugsbehandlingen vil gælde en 14-dagesfrist efter sundhedslovens § 141 og §142 samt servicelovens § 101, mens der for behandlingen af den psykiske lidelse vil gælde de almindelige frister efter sundhedsloven.

### 2.1.3. Vederlagsfrihed

**Danske Regioner** anfører, at det ikke entydigt fremgår af høringsudkastet, om regionerne får pligt til at tilbyde vederlagsfri medicin til de patienter, der efter lovændringen skal behandles i regionerne. Danske Regioner anfører endvidere, at da der må forventes at være betydelige udgifter forbundet med at skulle tilbyde vederlagsfri medicin, er det væsentligt, at regionernes evt. forpligtelser fremgår tydeligt, og at den nødvendige økonomiske kompensation følger med.

**Mændenes Hjem** er bekymret for, at behandlingen bliver forbundet med omkostninger for borgeren, herunder til medicin. Mændenes Hjem foreslår på den baggrund, at der skabes entydighed i, at behandlingen – herunder den medicinske – bliver vederlagsfri.

**Rådet for Socialt Udsatte** nævner, at det skal tydeliggøres, at den nye regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling er vederlagsfri både mht. medicin og behandlingsydelser, og foreslår i den forbindelse, at den nuværende formulering om vederlagsfri behandling i kommunerne fra sundhedslovens §§ 141 og 142 videreføres i indledningen til den foreslåede § 82 c.

**Stenbroens Jurister** anfører, at det er helt afgørende, at rusmiddelbehandling er vederlagsfri i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, således som kommunal rusmiddelbehandling er vederlagsfri i henhold sundhedslovens § 141 og § 142, og Stenbroens Jurister anbefaler, at det fastsættes udtrykkeligt i den foreslåede § 82 c i sundhedsloven, at rusmiddelbehandlingen er vederlagsfri.

*I forhold til høringsudkastet er lovforslaget ændret, således at der foreslås en § 82 c, stk. 2, i sundhedsloven, hvoraf det fremgår, at regionsrådet i bopælsregionen vederlagsfrit udleverer lægemidler, der ordineres som led i behandling af rusmiddelproblematikken, til personer, som er visiteret til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, uanset hvor behandlingen finder sted. Den foreslåede ændring vil medføre, at personer, der i henhold til Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling er visiteret til behandling, vil få en rettighed, der svarer til den ret, som personer i alkoholmisbrugsbehandling og personer i lægelig stofmisbrugsbehandling har til vederlagsfri behandling efter henholdsvis sundhedslovens § 141, stk. 1, og sundhedslovens § 142, stk. 3. Det betyder, at fx buprenorphin og metadon, der ordineres som led i behandling af et stofmisbrug, og fx acamprosat eller naltrexon, der ordineres som led i behandling af et alkoholmisbrug, skal udleveres vederlagsfrit i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, uanset om behandlingen foregår under indlæggelse eller ambulant, herunder som udgående funktioner til fx patientens hjem samt bo- og opholdssteder.*

### 2.1.4. Lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling i forbindelse med integreret dobbeltdiagnosebehandling

**Stenbroens Jurister** anbefaler, at autorisationsloven inddrages i lovforslaget, da der kan være en konflikt mellem den foreslåede nye § 82 c i sundhedsloven og autorisationslovens § 41, stk. 1.

*I forhold til høringsudkastet er lovforslaget ændret, således at det foreslås at ændre § 41, stk. 1, 1. pkt., i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven), så det af*

bestemmelsen fremgår, at også læger ansat ved regionale institutioner, hvor integreret dobbeltdiagnosebehandling finder sted, eller ved private og kommunale institutioner, som en region benytter som led i sådan behandling, kan foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug. Den foreslåede ændring vil medføre, at læger ansat ved regionale institutioner, hvor integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik finder sted, eller ved private, herunder selvejende, og kommunale institutioner, som en region benytter som led i sådan behandling, vil kunne foretage lægelig stofmisbrugsbehandling, og at de vil kunne dette, uanset om den integrerede dobbeltdiagnosebehandling foregår under indlæggelse eller ambulante, herunder som udgående funktioner til f.eks. patientens hjem samt bo- og opholdssteder.

#### 2.1.5. Geografisk nærhed og befordring

**FLOR – Foreningen af Ledere af Offentlige Rusmiddelbehandling** anfører, at hvis der ikke forventes at blive tilbudt regional integreret dobbeltdiagnosebehandling på andet end få hospitaler i regionerne, så kan det medvirke til fravalg af tilbuddet pga. tid og logistik, hvilket kan medføre et øget pres på de kommunale rusmiddelcentre, da det må forventes, at en gruppe af de borgere, der reelt burde modtage deres behandling i det integrerede dobbeltdiagnosetilbud, vælger at fortsætte i den kommunale rusmiddelbehandling. FLOR er endvidere bekymret for, hvem der har ansvar for transport til og fra behandling, såfremt borger ikke har råd til eller ikke evner at fremmøde ved egen hjælp, og peger i den forbindelse på, at der ved overtagelse af substitutionsbehandling for mange borgere vil blive tale om fysisk fremmøde tre gange ugentligt.

**KL** er bekymret for, at det integrerede behandlingstilbud vil blive centreret på relativt få lokationer, som vil give betydelig afstand for en målgruppe, der har behov for tilgængelige og nære tilbud. KL finder det i forlængelse heraf nødvendigt, at det i lovtekst eller lovbemærkninger præciseres, at det er regionerne, der skal hjælpe eller afholde udgifter i forbindelse med transport til den integrerede behandling for målgruppen.

**Mændenes Hjem** er bekymret for en geografisk reduceret adgang til behandlingen, eller at behandlingen bliver forbundet med omkostninger for borgeren. Mændenes Hjem foreslår på den baggrund, at der bliver en landsdækkende pligt til at tilbyde udgående udredning og behandling til de mest udsatte.

**UngeAlliancen** anbefaler, at der etableres satellitter eller udgående muligheder, målrettet unge voksne, som gør det realistisk for de unge at komme frem og tilbage – og dermed i kontakt med behandlingssystemet.

*I forhold til høringsudkastet er lovforslaget ændret, således at det nu i bemærkningerne slås udtrykkeligt fast, at det af Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling fremgår, dels at det er centralt at sikre geografisk nærhed, tilgængelighed og fleksibilitet, fx gennem udgående funktioner, dels at det mht. substitutionsbehandling er afgørende at sikre geografisk nærhed, således at patienterne kan fortsætte substitutionsbehandling, mens de er i det integrerede tilbud, og at mulighederne herfor vil kunne aftales lokalt i lyset af regionale forhold, afstande mv.*

*I forhold til høringsudkastet er lovforslaget desuden ændret, således at det nu i bemærkningerne slås udtrykkeligt fast, at der mht. befordring og befordringsgodtgørelse i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling vil gælde de samme regler, som gælder for anden sygehusbehandling efter sundhedslovens afsnit VI, dvs. at sundhedslovens § 171 og de i medfør heraf fastsatte regler vil finde anvendelse. Det betyder bl.a., at personer, som er visiteret til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til og fra behandling på behandlingsstedet, hvis bestemte betingelser er opfyldt. Fx har personer, som modtager pension efter de sociale pensionslove, ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, og det samme gælder, hvis afstanden til eller fra behandlingsstedet overstiger 50 km. Det skal bemærkes, at i forbindelse med kommunal misbrugsbehandling har kun de relativt få personer, som indgår i den særlige ordning med lægeordineret heroin, mulighed for at modtage befordring og befordringsgodtgørelse.*

### 2.1.6. Regionernes benyttelse af private og kommunale behandlingssteder

**Danske Regioner** foreslår i forlængelse af sit forslag om at overføre retten fra udvidet frit sygehusvalg, jf. afsnit 2.1.2 ovenfor, at overføre private leverandørers ret til at få en aftale med Danske Regioner, under forudsætning af, at den private leverandør, der ønsker aftale, kan tilbyde et samlet integreret forløb på linje med det regionale tilbud.

**Dansk Erhverv** og **Sundhed Danmark** er særligt positive over for, at der i lovforslaget lægges op til, at ikke-offentlige aktørers mangeårige kapacitet og kompetence inddrages. Dansk Erhverv og Sundhed Danmark bemærker i den forbindelse, at de ikke-offentlige leverandører udgør ca. 20 procent af det totale antal pladser i misbrugsbehandlingen og har oparbejdet specialiserede kompetencer inden for behandling af misbrug og psykiske lidelser i kombination. Dansk Erhverv og Sundhed Danmark finder det positivt, at den integrerede behandlingsindsats lægges ind under de gældende regler for sygehusedelser, herunder ret til frit valg og udvidet frit sygehusvalg, og bemærker i den forbindelse, at flere private behandlingstilbud vil kunne bidrage med kapacitet til at sikre et integreret dobbeltdiagnosebehandlingstilbud. Dansk Erhverv og Sundhed Danmark anbefaler, at det foreslåede kapitel 17 b beskriver patienternes ret til at gøre brug af det udvidede frie sygehusvalg og de private behandlingstilbuds muligheder for at stille deres kapacitet til rådighed.

**Dansk Psykiatrisk Selskab** anfører, at det er centralt at få uddybet mulighederne for benyttelse af private aktører, og bemærker i den forbindelse, at private aktører på nuværende tidspunkt er ret fremtrædende både på kvalitet og udbredelse på rusmiddelbehandlingsområdet.

**Fonden Novavi** finder det positivt, at lovforslaget fremhæver muligheden for, at regionsrådet på linje med kommunerne kan indgå overenskomst med eller på anden måde kan benytte private leverandører som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver jf. sundhedslovens § 75, stk. 2, og bemærker i den forbindelse, at der skal ske til den erfaring, viden og ekspertise, private leverandører har fra praksis mht. den specialiserede indsats, som det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud skal indeholde, hvilket gør sig særligt gældende mht. behandlingen af unge mellem 18-30 år. Fonden Novavi mener i øvrigt, at det skal præciseres i lovforslaget, at alle behandlingstilbud, som regionen måtte indgå overenskomst med eller på anden måde etablere samarbejde med, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2, skal følge Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens nationale kliniske anbefalinger, hvad angår rusmiddelbehandling og den socialfaglige behandling, for at sikre ensartet kvalitet i behandlingen. Fonden Novavi mener endvidere, at der mangler tydelighed mht., hvordan og hvor private leverandører kan bidrage til det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud, og bemærker i den forbindelse, at private leverandører af rusmiddelbehandling ud over selve den sundhedsfaglige behandling kan bidrage til mange dele af borgernes behandlingsplan, herunder udredning, kompetenceløft, pårørendebehandling, recovery, både i det koordinerede, parallelle og integrerede tilbud som udgående funktion.

**FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling** gør opmærksom på, at det er uklart, om regionerne kan indgå aftale med kommunerne om køb af dobbeltdiagnosebehandling, eller om denne mulighed kun gør sig gældende for private aktører. FLOR gør desuden opmærksom på, at der bør udarbejdes en kvalitetsstandard for integreret dobbeltdiagnosebehandling, som også de private tilbud skal efterleve. FLOR anbefaler herudover at indføre et takstloft på de private tilbud, så kvalitet og pris samlet set hænger sammen.

**KABS** finder det er bekymrende, at lovforslaget ikke beskæftiger sig med eller i det mindste henviser til, hvorledes private behandlingssteder opnår godkendelse til at løse den regionale forpligtelse til at levere integreret dobbeltdiagnosebehandling på vegne af regionerne, og bemærker i øvrigt, at lovforslaget ikke understøtter et geografisk nærhedsprincip, såfremt regionerne kan indgå overenskomst med private aktører uden for regionen.

**KL** anfører med henvisning til, at der ikke vil være frit valg mht. rusmiddelbehandlingen for borgere indskrevet i integreret dobbeltdiagnosebehandling, at der sandsynligvis frigives ledig kapacitet hos de private leverandører med den konsekvens, at de private leverandører forventeligt vil intensivere deres markedsføring for at udnytte deres ledige kapacitet. KL peger i den forbindelse på, at da kommunerne ikke har nogen indflydelse på kapaciteten i de ikke-kommunale tilbud, og da der er selvmøderprincip på området, så

vil dette få betydning for både den kommunale økonomi og for den kommunale kapacitet og få den konsekvens, at de kommunale behandlingstilbud bliver uforholdsmæssigt dyre at drive.

**Københavns Kommune** ønsker med henvisning til, at det af høringsudkastets bemærkninger fremgår, at kommunen som hidtil vil kunne benytte private dobbeltdiagnosebehandlingssteder, præciseret, om regionen er økonomisk ansvarlig for borgere, som anvender disse tilbud, og om borgere kan bruge deres frie valg til at blive behandlet på et dobbeltdiagnosebehandlingssted, når de ikke visiteres til integreret dobbeltdiagnosetilbud i regionen, men behandles i kommunalt regi. Kommunen anbefaler det også afklaret, om det vil være muligt for regionen at indgå aftaler med kommunen om behandling på kommunens behandlingssteder i stedet for private aktører.

**Ringgården – Kompetencecenter for dobbeltfokuseret afhængighedsbehandling** har noteret sig, at der er intentioner om fortsat at benytte private misbrugs- og dobbeltdiagnosebehandlingssteder som led i løsningen af såvel de regionale som de kommunale opgaver i den nye organisering, og udtrykker håb om, at dette giver mulighed for, at Ringgården kan yde sin del af døgnbehandlingen og den generelle kompetenceopbygning fremover, og peger på sig selv som en oplagt medspiller i den forestående opgave med at lave praktisk kobling mellem kommunal og regional indsats, bl.a. som et behandlingssted, der kan tilgås fra både kommunal og regional side. Ringgården bemærker imidlertid, at Ringgården som selvejende, non-profit institution er finansielt sårbar i den kommende overgangsfase, hvor usikkerheden i både kommunalt og regionalt regi kan blokere klient-flowet fatalt, men også på længere sigt, hvor institutionens overlevelse på hidtidige kompetenceniveau står og falder med en afklaret finansiering af Ringgårdens forskellige funktioner.

**Selveje Danmark** finder det positivt, at regionerne kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private misbrugsbehandlingssteder og dobbeltdiagnosebehandlingssteder som led i løsningen af opgaverne forbundet med den nye dobbeltdiagnosebehandling, og anbefaler i den forbindelse, at det beskrives, hvilke opgaver de ikke-offentlige aktører kan bidrage til ud over den sundhedsfaglige behandling. Selveje Danmark bemærker i øvrigt, at det bør præciseres, at private tilbud også omfatter selvejende tilbud.

*Som nævnt i afsnit 2.1.2 ovenfor er lovforslaget i forhold til høringsudkastet ændret, således at der nu foreslås en ændring af sundhedslovens § 87, stk. 2, om det udvidede frie sygehusvalg, hvormed retten til udvidet frit sygehusvalg vil afspejle det forhold, at behandlingen for personer, som er visiteret til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, skal påbegyndes senest 14 dage efter regionens modtagelse af henvisning, jf. den foreslåede § 82 c, stk. 1.*

*Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, således som de bl.a. i lyset af høringsvarene er ændret i forhold til høringsudkastet, at sundhedslovens almindelige regler om sygehusydelse og de i medfør heraf nærmere fastsatte regler vil finde anvendelse i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, og at dette bl.a. betyder, at sundhedslovens § 75, stk. 2, om, at regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i sygehusvæsenets opgaver, og sundhedslovens § 78, stk. 3, om, at regionsrådet kan samarbejde med bl.a. offentlige myndigheder om løsningen af fælles opgaver efter bl.a. sundhedslovens afsnit VI om sygehusydelse og opgaver, der har tilknytning hertil, samt påtage sig dermed forbundne udgifter, vil finde anvendelse i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling. Regionerne vil således have mulighed for at benytte fx. private, herunder selvejende, og kommunale misbrugsbehandlingssteder samt private, herunder selvejende, og kommunale dobbeltdiagnosebehandlingssteder som led i løsningen af opgaverne forbundet med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling under hensyntagen til det, der kendetegner denne behandling, herunder mht. samtidighed og forankring.*

*Det fremgår endvidere af bemærkningerne, at det vil være en forudsætning for regionernes benyttelse af private, herunder selvejende, og kommunale behandlingssteder, at behandlingen kan finde sted i overensstemmelse med de særskilte retningslinjer for regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, som de centrale myndigheder måtte fastsætte. Indtil sådanne særskilte retningslinjer måtte være fastsat, vil det være en forudsætning, at behandlingen kan finde sted i overensstemmelse med de gældende relevante retningslinjer, herunder for misbrugsbehandling efter sundhedslovens § 141, stk. 1, og § 142, stk. 3, samt*

servicelovens § 101, stk. 1, med de tilpasninger, som integrationen med behandlingen af den psykiske lidelse tilsiger.

Det fremgår herudover af bemærkningerne, at kommunerne som hidtil vil have mulighed for at benytte fx private misbrugsbehandlingssteder, herunder private dobbeltdiagnosebehandlingssteder, som led i løsningsopgaverne forbundet med kommunal misbrugsbehandling efter sundhedslovens § 141 og § 142 samt servicelovens § 101.

#### 2.1.7. Indholdet af regional integreret dobbeltdiagnosebehandling

**Bedre Psykiatri** bemærker, at lovforslaget ikke opstiller krav til og forudsætninger for selve indholdet i tilbuddet, hvorfor der udestår en afklaring af, hvilket tilbud regionerne skal etablere, og dermed hvilken behandling borgerne kan forvente at blive tilbudt.

**Danske Regioner** anfører, at høringsudkastets beskrivelse af den sociale stofmisbrugsbehandling fremstår divergerende, idet det et sted fremgår, at den regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling også omfatter social stofmisbrugsbehandling, men et andet sted fremgår, at der primært er tale om en sundhedsfaglig behandling. Efter Danske Regioners opfattelse bør det sikres, at der ikke er tvivl om, at den regionale dobbeltdiagnosebehandling inkluderer social stofmisbrugsbehandling, som den er beskrevet i de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Danske Regioner anfører endvidere, at det af Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje fremgår, at behandlingen vil indeholde både sundhedsfaglige og socialfaglige elementer som en del af integreret dobbeltdiagnosebehandling, og at det af høringsudkastet fremgår, at det socialfaglige aspekt vil komme til udtryk i de særskilte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling, som centrale myndigheder måtte fastsætte. Danske Regioner bemærker i den forbindelse, at de socialfaglige elementer ikke er udfoldet i den faglige visitationsretningslinje, og at der derfor vil være et snarligt behov for særskilte retningslinjer for at sikre ens fortolkning i regionerne og forventningsafstemning mellem kommuner og regioner. Danske Regioner giver udtryk for en forventning om at blive inddraget i dette arbejde.

**Dansk Psykolog Forening** opfordrer til, at kvalitetsstandarder for den psykosociale behandlingsplan skrives eksplicit ind i loven, og bemærker i den forbindelse, at krav om en psykosocial behandlingsplan, som skal tage udgangspunkt i en systematisk og evidensbaseret udredning, vurderes at være meget centralt, da området ikke traditionelt har været regionens ansvarsområde, hvorfor man kan være bekymret for, at nogle regioner ikke i tilstrækkelig grad er klædt på til denne opgave. Ifølge Dansk Psykolog Forening vil det fortsat være et fragmenteret og usammenhængende tilbud, hvor det blot er den medicinske behandling, som er samlet, hvis de psykosociale indsatser ikke indgår i det integrerede tilbud.

**Dansk Selskab for Addiktiv Medicin** anfører, at det er forstemmende at opleve fraværet af forpligtende faglige standarder og retning for indholdet af den regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling, og tankevækkende at fornemme, at dansk hospitalspsykiatri står på relativ bar bund mht. behandling af dobbeltdiagnose, forstået som fravær af en klar socialpsykiatrisk målsætning, formulering af behandlingsindhold og metoder, planer for implementering, rekruttering og opbygning af kompetencer, planer for forskning mv. Selskabet finder det forstemmende, at der i bemærkningerne ikke er flere henvisninger til det rige bagkatalog af vejledninger og centralt formulerede retningslinjer, og bemærker i den forbindelse, at der er rigeligt at genbruge og læne sig op ad, når de centrale myndigheder måtte tage initiativ til at fastsætte særskilte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling, som ifølge selskabet må være et *must* for en nogenlunde ensartet kvalitet på tværs af regionerne.

**Dansk Sygeplejeråd** anfører, at der er brug for at sikre og udarbejde en plan for kompetenceudvikling hos sundhedsprofessionelle ved overflytning af behandlingsansvaret, og at det samtidig er vigtigt, at erfaring og viden fra kommunerne inddrages i processen.

**FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling** finder det meget problematisk, at det af bemærkningerne til høringsudkastet fremgår, at behandlingen i det integrerede tilbud primært vurderes at være af "sundhedsfaglig karakter", og FLOR bemærker, at det af lovforslaget fremgår, at der et stort sammenfald mellem målgruppen for det integrerede tilbud og målgruppen til de særlige pladser, hvor der i forbindelse med sidstnævnte lægges vægt på socialfaglige indsatser, beskæftigelse og aktiviteter. FLOR

mener i øvrigt, at det bør tydeliggøres i lovforslaget, at alle dele af hhv. servicelovens §101 og sundhedslovens §141 indgår i regional integreret behandling, herunder at behandlingen også baserer sig på de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling og den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed. FLOR mener overordnet, at det bør præciseres, at alle gældende nationale vejledninger, retningslinjer og anbefalinger på rusmiddelområdet skal medtages i regionernes integrerede dobbeltdiagnosetilbud.

**Gadejuristen** mener, at det er altafgørende, at der er særligt fokus på faglighed og fleksibilitet i det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud, hvilket helt konkret betyder, at der skal være plads til at imødekomme individuelle ønsker og behov, og at de rammer, der sættes, ikke risikerer at udelukke den enkelte fra behandling. Dette kræver ifølge Gadejuristen, at der er fleksibilitet mht. manglende eller ustabil fremmøde, uhensigtsmæssig adfærd, manglende overholdelse af aftaler eller et sideforbrug af rusmidler, og at dette ikke fører til hverken sanktioner eller afvisninger. Flexibiliteten skal ifølge Gadejuristen også afspejles i en risikovillighed af det sundhedsfaglige personale, hvor der tages højde for, at stofbrugere har en højere tolerance mht. medicinindtag, så en eventuel anbefalet dosis ikke er tilstrækkelig.

**KABS** anfører med henvisning til, at det af høringsudkastets bemærkninger fremgår, at den integrerede dobbeltdiagnosebehandling primært vil være af sundhedsfaglig karakter, at kvalificeret dobbeltdiagnosebehandling beror på stor variation i behandlingsydelse, hvilket betyder, at behandling af sundhedsmæssige, psykiske og sociale problemer foregår samtidig, hvorfor hverken den social- eller sundhedsfaglige behandling forrang, men foregår integreret og koordineret. Efter KABS' opfattelse bør bemærkningerne omformuleres for at understøtte den integrerede behandlings tværfaglige udgangspunkt. Desuden finder KABS, at det bør præciseres direkte eller ved henvisning, hvilke retningslinjer vurderingen af behov for social rusmiddelbehandling skal træffes på.

**KL** noterer med tilfredshed, at abstinensbehandlingen både for alkohol- og stofmisbrug skal iværksættes straks, og har en klar forventning om, at pligten til at yde abstinensbehandling kommunikeres ud til sygehusenes akutmodtagelser.

**Københavns Kommune** er bekymret over, at dele af udkastet til lovforslaget skaber en uklarhed vedrørende regionens ansvar og indholdet af regionens tilbud, og efterlyser en præcisering af, at alle gældende nationale vejledninger, retningslinjer og anbefalinger på rusmiddelområdet skal medtages i regionernes integrerede dobbeltdiagnosetilbud. Kommunen finder det i øvrigt problematisk, at behandlingen ifølge høringsudkastets bemærkninger primært vurderes at være af sundhedsfaglig karakter, og bemærker i den forbindelse bl.a., at det fx ikke fremgår af bemærkningerne, om de nationale retningslinjer for stofmisbrugsområdet bliver gældende. Kommunen finder det desuden uklart, om de øvrige bestemmelser i servicelovens § 101 finder anvendelse, når borgeren får integreret dobbeltdiagnosebehandling i regionen.

**Rådet for Socialt Udsatte** anfører, at det skal præciseres, hvad den socialfaglige del af behandlingen skal bestå af, og bemærker i den forbindelse, at det er vigtigt, at den sociale alkohol- eller stofmisbrugsbehandling ikke nedprioriteres i et kommende dobbeltdiagnosebehandlingstilbud, og at vigtigheden af den socialfaglige behandling fx kan tydeliggøres ved at indskrive, at behandlingen skal basere sig på de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling og den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed. Rådet anfører endvidere, at det i en kommende bekendtgørelse skal fremgå, hvad henholdsvis regionen og kommunen er ansvarlig for, da der er risiko for, at borgeren bliver fanget i en armlægning mellem kommunen og regionen mht., hvad der defineres som "social stofmisbrugsbehandling" og dermed er regionens ansvar, og hvad der er "anden social indsats/støtte" og dermed kommunens ansvar.

**Rådet for Socialt Udsatte** foreslår, at det i lovforslagets bemærkninger uddybes, hvordan regioner og kommuner skal forholde sig til borgere, der ikke har – men må forventes at få – akutte abstinenser, inden der kan iværksættes alkohol- eller stofmisbrugsbehandling.

**SAND – De hjemløses landsorganisation** anfører, at selv om en borger visiteres til et integreret dobbeltdiagnosebehandlingstilbud, så er det ikke sikkert, at borgeren umiddelbart kan benytte sig af det, og at der er en stor sandsynlighed for at tabe netop de borgere, der har allermost brug for et integreret

dobbeltdiagnosetilbud, ved helt at fritage kommunen for ansvar i disse situationer, hvorfor der bør tilstræbes et fleksibelt system, der kan tilgodese den kaotiske målgruppe, tilbuddet er skabt for, således at manglende fremmøde, manglende overholdelse af aftaler eller sideforbrug af rusmidler ikke fører til afvisning eller sanktionering af borgere eller tab af mulighed for at få rusmiddelbehandling. SAND anfører endvidere, at der er en fare for, at integreret dobbeltdiagnosebehandling primært har fokus på de sundhedsfaglige problematikker, og bemærker i den forbindelse, at det bør lægges vægt på socialfaglige indsatser, beskæftigelse og aktiviteter ud fra den helhedsorienterede tilgang, som sociallovgivningen lægger op til.

**Selveje Danmark** anfører, at borgerne, der er i målgruppen for regional dobbeltdiagnosebehandling, kan have svært ved at leve op til de krav og rammer, der er for udredning og behandling i psykiatrien, hvorfor det er afgørende, at det nye dobbeltdiagnosetilbud møder borgerne, hvor de er, og kan rumme deres ofte komplekse sociale problemer. Selveje Danmark anbefaler, at de kommende retningslinjer for dobbeltdiagnosetilbuddets indhold har et særskilt fokus på målgruppens ofte komplekse sociale udfordringer. Selveje Danmark anbefaler, at det opsøgende arbejde styrkes, og at det sikres, at frontlinjemedarbejdere har den rette viden om kompleksiteten i krydsfeltet mellem psykisk sygdom, misbrug og sociale problemstillinger, herunder hjemløshed.

**Stenbroens Jurister** anbefaler, at patienten sikres effektive retsmidler til at få afklaret ansvaret i de tilfælde, hvor der vil være uenighed mellem region og kommune om indholdet i og afgrænsning af den sociale stofmisbrugsbehandling i forhold til lignende ydelser efter anden lovgivning.

**UngeAlliancen** vurderer, at den socialfaglige del af behandlingen er yderst relevant og særlig vigtig for de unge voksne, og anbefaler, at det i kommende retningslinjer særskilt beskrives, hvad behandlingen til de unge voksne skal indeholde. UngeAlliancen bemærker i den forbindelse, at UngeAlliancen gerne bidrager til dette arbejde.

*I forhold til høringsudkastet er lovforslaget ændret, således at det ikke af bemærkningerne fremgår, at regional integreret dobbeltdiagnosebehandling vurderes at være af primært sundhedsfaglig karakter. Dette var misvisende og ikke i overensstemmelse med, at det andetsteds i bemærkningerne dels fremgår, at selv om regional integreret dobbeltdiagnosebehandling vil være at betragte som en sygehusydelse, så vil behandlingen ikke alene være sundhedsfaglig, men også indeholde socialfaglige elementer, da regionerne får ansvar for at tilbyde social stofmisbrugsbehandling som en del af den integrerede dobbeltdiagnosebehandling, dels fremgår, at det socialfaglige aspekt kommer til udtryk i Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, og desuden vil komme til udtryk i de særskilte retningslinjer for regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, som de centrale myndigheder måtte fastsætte.*

*Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at der i forbindelse med den integrerede dobbeltdiagnosebehandling mht. formål og indhold vil kunne tages udgangspunkt i de til enhver tid gældende relevante retningslinjer, herunder for misbrugsbehandling efter sundhedslovens § 141, stk. 1, og § 142, stk. 3, samt servicelovens § 101, stk. 1, idet behandlingen dog vil skulle tilpasses i lyset af de behov, der afdækkes under den udredning, som går forud for og evt. fortsættes efter påbegyndelsen af den integrerede dobbeltdiagnosebehandling. Af bemærkningerne fremgår det endvidere, at indtil de centrale myndigheder måtte have fastsat særskilte retningslinjer for regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, vil det altså være sådan, at der, for så vidt angår den del af den integrerede behandling, som består af alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, vil kunne tages udgangspunkt i de til enhver tid gældende retningslinjer for behandling efter sundhedslovens § 141, stk. 1, og § 142, stk. 3, samt servicelovens § 101, stk. 1, med de tilpasninger, som integrationen med behandlingen af den psykiske lidelse tilsiger. Det betyder, at der vil kunne tages udgangspunkt i bl.a. Social- og Boligstyrelsens nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, som i øvrigt også vil kunne være vejledende for region og kommune i forbindelse med afgrænsning af, hvad der kan henregnes til social stofmisbrugsbehandling, og hvad der kan henregnes til anden social indsats.*

*Mht. abstinensbehandling fremgår det af lovforslagets bemærkninger, at uanset at det efter den foreslåede § 82 c, stk. 1, i sundhedsloven vil være sådan, at den integrerede behandling vil skulle påbegyndes*



senest 14 dage efter regionens modtagelse af henvisning, så vil abstinensbehandling skulle iværksættes straks i tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser. Det fremgår endvidere, at abstinensbehandling ikke alene vil skulle iværksættes straks ved abstinenser, som er stofmisbrugsrelaterede, men også ved abstinenser, som er relaterede til alkoholmisbrug. Det kan i øvrigt oplyses, at Sundhedsstyrelsens vil opdatere de gældende retningslinjer for abstinensbehandling og efter opdateringen melde ud om behandlingsforpligtelsen til alle relevante, herunder de behandlingssteder, hvor regional integreret dobbeltdiagnosebehandling finder sted.

#### 2.1.8. Faglighed i kommunalt regi

**Bedre Psykiatri** anfører, at det skal sikres, at der etableres de faglige ressourcer i tilbuddet som er nødvendige, uden at der for kommunerne sker større personaletræk/overflytning af faglige ressourcer fra kommunal misbrugsbehandling hen mod det nye regionale tilbud, hvormed man risikerer at udvande den kommunale indsats for personer med dobbeltdiagnose.

**Fonden Novavi** anfører, at der bør udarbejdes kvalitetsstandarder, der sikrer, at kommunerne fortsat har kompetencerne, kvaliteten i behandlingen og kapaciteten til at håndtere målgruppen, hvis en borger ønsker at indgå i et tilbud længere nede ad *stepped care*-modellen. Fonden Novavi er i øvrigt bekymret for, at reduktionen af det kommunale bloktilskud som konsekvens af flytningen af ansvaret kan medføre kvalitetsforringelser i den kommunale rusmiddelbehandling, og henviser i den forbindelse til et notat fra Bornholms Regionskommune. Fonden Novavi mener, at der derfor bør der stilles krav til kvaliteten af den kommunale rusmiddelbehandling, hvor kommunerne skal forpligtes til kvalitetsstandarder og til at overholde de kliniske anbefalinger for rusmiddelbehandling. Fonden Novavi henviser i den forbindelse til, at Sundhedsstyrelsens servicetjek tidligere har afdækket, at der allerede nu er store forskelle i kvaliteten af den kommunale rusmiddelbehandling.

**Rådet for Socialt Udsatte** anfører, at der vil være borgere med dobbeltdiagnoser, der af forskellige årsager ikke formår at indgå i et samlet regionalt tilbud eller ikke ønsker behandling af deres psykiske udfordringer, og at disse borgere stadig vil være kommunens ansvar, hvorfor det skal sikres, at der stadig er midler og ressourcer i kommunen til at hjælpe mennesker med dobbeltdiagnoser, som ikke har gavn af - eller ønsker - et regionalt tilbud.

**Selveje Danmark** anfører, at det er afgørende, at de borgere med dobbeltdiagnoser, som ikke vil have mulighed for eller ønske om at benytte sig af det nye regionale dobbeltdiagnosetilbud, også sikres de rette tilbud, og bemærker i den forbindelse, at aftalen om den nye opgavefordeling mindsker grundlaget for at skabe tilstrækkelige faglige miljøer i kommunerne, hvorfor der skal være fokus på kravene til kompetencer og kvaliteten i de kommunale tilbud. Selveje Danmark anbefaler derfor, at kommunale og ikke-offentlige leverandører af alkohol- og misbrugsbehandling skal leve op til Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens nationale kliniske anbefalinger for rusmiddelbehandling for at sikre ensartet kvalitet i behandlingen.

*Aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2024 vil mht. flytning af ansvar fra kommuner til regioner for misbrugsbehandling i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling frigive et prioriteringsrum for kommunerne.*

*I forbindelse med økonomiaftalerne for 2024 blev det således aftalt, at det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud for kommunernes vedkommende vil indebære en mindreudgift på 17 mio. kr. i 2025, 124 mio. kr. i 2026 og 162 mio. kr. i 2027 og frem (2024-pl). Det blev endvidere aftalt, at omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling for kommunernes vedkommende vil indebære en mindreudgift på 82 mio. kr. i 2024 og 164 mio. kr. i 2025 og frem (2024-pl), da den kommunale serviceramme alene reduceres med 52 mio. kr. i 2024 og 103 mio. kr. i 2025 og frem, hvormed der frigøres 30 mio. kr. i 2024 og 61 mio. kr. i 2025 og frem i kommunerne. Som konsekvens af de kommunale mindreudgifter vil den kommunale ramme samlet blive reduceret med 52 mio. kr. i 2024, 120 mio. kr. i 2025, 227 mio. kr. i 2026 og 265 mio. kr. i 2027 og frem (2024-pl), hvorved aftalen altså som nævnt vil frigive et prioriteringsrum for kommunerne.*

*Med økonomaftalerne for 2024 var der enighed mellem aftaleparterne om, at ordningen med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling skal monitoreres løbende mhp. at opnå erfaringer med målgruppen, indholdet og effekten af behandlingen i regionerne, men også den sideløbende udvikling i kommunerne.*

*Mht. krav til kvaliteten af den kommunale behandling vil de eksisterende retningslinjer, herunder Social- og Boligstyrelsens nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling og Sundhedsstyrelsens retningslinjer for substitutionsbehandling, fortsat gælde.*

#### 2.1.9. Koordination

**Danske Regioner** anfører, at det flere steder i høringsudkastet fremgår, at dialog mellem region, kommune og patient er centralt, og at der vil være behov for en høj grad af koordination. Efter Danske Regioners opfattelse vil det derfor være hensigtsmæssigt, hvis det af bemærkningerne fremgår, at der ikke blot bør, men skal koordineres i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, praksis-sektor og regioner.

**Dansk Erhverv og Sundhed Danmark** anfører, at en borger i regional integreret dobbeltdiagnosebehandling sideløbende med behandlingen også kan modtage beskæftigelses- og bolig-mæssig samt social indsats i kommunalt regi, og at det kan betyde, at det helhedsorienterede blik på borgeren går tabt. Dansk Erhverv og Sundhed Danmark anbefaler derfor, at den regionale og kommunale indsats skal koordineres for at skabe en mere helhedsorienteret indsats for borgeren, og at der udarbejdes forløbsbeskrivelser for personer i målgruppen for det integrerede dobbeltdiagnosetilbud på tværs af det kommunale og regionale system.

**Dansk Psykolog Forening** anfører, at fokus på overgange bør være gennemgående, så det integrerede tilbud lever op til ambitionen om mere sammenhæng, og anbefaler at det gøres klar, hvornår der er tale om et delt behandlingsansvar også mht. overgange i behandling. Ifølge Dansk Psykolog Forening forstærkes behovet for fokus på overgange af muligheden for trinvis behandling, hvor borgere i princippet kan veksle mellem parallel og integreret behandling.

**FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling** anfører, at det er utydeligt, hvordan regionerne vil sikre gode overgange til bl.a. kommunerne, og spørger i den forbindelse om, hvorvidt regionerne fx er forpligtigede til at orientere kommunerne, hvis det vurderes, at der ikke er grundlag for visitation af en given borger, og hvordan skal dette foregå i praksis.

**Institut for Menneskerettigheder** tilslutter sig til fulde lovforslagets bemærkninger om, at udskrivning bør foregå i dialog mellem region, kommune og patient, og om at patienten i minimum et år efter udskrivningen bør tilbydes integreret dobbeltdiagnosebehandling ved behov, og vurderer, at de er så væsentlige, at de bør fremhæves i selve lovteksten. Instituttet bemærker desuden, at psykiatriske afdelinger allerede i dag skal indgå udskrivningsaftaler med visse patienter, jf. psykiatrilovens §§ 13 a-13 c, og anbefaler, at samspillet med disse regler beskrives i lovforslagets bemærkninger.

**KABS** anfører, at sektorovergangen fra regionens tilbud til kommunerne kan være en kritisk for dobbeltdiagnosticerede borgere i forbindelse med den indledende visitation, afslutning af et behandlingsforløb, såvel som genoptagelse af behandlingen, og bemærker i den forbindelse, at der i loven bør præciseres regler for samarbejdet, herunder formelle samarbejdsstrukturer i forbindelse med møder og øvrige koordinerende aktiviteter, og at der bør fastsættes tydelige kriterier for den gode henvisning, således at kommunerne ikke henviser borgere til integreret behandling, som den regionale centralvisitation efterfølgende afviser.

**Københavns Kommune** efterspørger klarhed over, hvornår kommunens forpligtelser indtræder, og anbefaler, at det fremgår tydeligt, hvordan regionen skal give besked til kommunen, når regionen afslår at visitere til integreret dobbeltdiagnosebehandling for at sikre rettidig orientering og dialog.

**Ringgården – Kompetencecenter for dobbeltfokuseret afhængighedsbehandling** anfører, at det står noget uklart, hvordan de integrerede og de parallelle dobbeltdiagnoseforløb skal fungere i forhold til hinanden,

og forudser, at der vil blive en del "tovtrækkeri" om, hvilke borgere man skal behandle i det kommunalt parallelle og hvilke i det regionalt integrerede regi. Ringgården spørger, hvordan dette tænkes praktisk håndteret, og hvorvidt det er regionen, der er myndighed i denne henseende.

**Rådet for Socialt Udsatte** anfører, at kommunale forpligtelser som beskæftigelses-, bolig- og sociale indsatser ikke blot bør, men skal koordineres med den regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling, og at udskrivning ikke blot bør, men skal foregå i dialog mellem region, kommune og patient.

**SAND – De hjemløses landsorganisation** anfører, at det for hjemløse vigtigt under behandlingen at tænke på boligforhold efter udskrivning, og at det er vigtigt, at overgangen fra et integreret tilbud til det parallelle system koordineres og med en tydelig ansvarsfordeling. SAND foreslår, at det overvejes, om der i højere grad skal bruges "skal"- formuleringer frem for "bør"- formuleringer for at understrege vigtigheden af de kommunale forpligtelser og forpligtelsen til at koordinere indsatserne.

**Selveje Danmark** er bekymret for, at det helhedsorienterede blik går tabt, når den kommunale og regionale indsats ikke skal, men blot bør koordineres, og anbefaler, at der udarbejdes forløbsbeskrivelser for personer i målgruppen for det regionale dobbeltdiagnosetilbud på tværs af det kommunale og regionale system.

**Selveje Danmark** anfører, at det bør præciseres, at samarbejdet mellem region, kommune og patient også gør sig gældende, hvor der er blevet igangsat en rusmiddelbehandling, men det i udredningen vurderes, at patienten alligevel ikke tilhører målgruppen eller er interesseret i at modtage behandling i regionalt regi.

*Det fremgår af Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, at et parallelt behandlingsforløb altid bør foregå koordineret, og at der udarbejdes fx en koordinerende indsatsplan eller afholdes systematiske, jævnlige netværksmøder med inddragelse af alle relevante aktører omkring den enkelte og dennes pårørende. Det fremgår desuden, at regional integreret dobbeltdiagnosebehandling kræver et tæt og løbende samarbejde på tværs, og at regioner og kommuner derfor i samarbejde skal etablere formaliserede og forpligtende samarbejdsstrukturer, herunder fx tværsektorielle koordinationsudvalg, som er koblet til de nye sundhedsklynger. Det fremgår endvidere, at et succesfuldt behandlingsforløb er betinget af en helhedsorienteret tilgang, der understøtter, at den enkelte samlet set får de indsatser, som vedkommende har behov for, ved at inddrage relevante aktører og sikre tæt koordination og forpligtende samarbejde på tværs af indsatser og sektorer. Det fremgår herudover, at der allerede ved henvisning til et behandlingsforløb bør være opmærksomhed på de andre indsatser, den enkelte modtager, og viden fra den kommunale helhedsorienterede afdækning inddrages i henvisning, så alle relevante faglige perspektiver belyser den enkeltes situation. Endelig fremgår det, at behandlingen i det integrerede tilbud sker i tæt samarbejde og koordinering med kommunale botilbud, kommunale sociale indsatser og beskæftigelsesindsatser, den øvrige regionale psykiatri, praksissektoren og hvor det er relevant fx kriminalforsorgen og somatiske afdelinger, og at dette sker ved fx udarbejdelse af en koordinerende indsatsplan og/eller tværsektorielle netværksmøder for at sikre samarbejde og koordination.*

*Den faglige visitationsretningslinje er udarbejdet under inddragelse af en arbejdsgruppe med deltagelse af bl.a. Danske Regioner og KL samt eksperter udpeget af de to organisationer. På den baggrund og i lyset af, at regioner og kommuner vil have en fælles interesse i at koordinere indsatsen over for borgere, som er i enten parallelle behandlingsforløb eller i regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, vurderes der ikke på nuværende tidspunkt at være grundlag for etablering af yderligere forpligtende samarbejdsstrukturer, hvis eventuelle etablering i øvrigt under alle omstændigheder bør afvente de konklusioner, som måtte blive draget på baggrund af Sundhedsstrukturkommissionens arbejde.*

*Hvis en patient i regional integreret dobbeltdiagnosebehandling skal udskrives fra psykiatrisk afdeling, vil psykiatrilovens kapitel 4 a om opfølgning efter udskrivning finde anvendelse. Det betyder bl.a., at reglerne i psykiatrilovens § 13 a om indgåelse af udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten vil finde anvendelse. Det betyder også, at reglerne i psykiatrilovens § 13 b om udarbejdelse i samarbejde mellem den psykiatriske afdeling, de relevante myndigheder,*

*privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. af en koordinationsplan om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten vil finde anvendelse.*

*I og med, at kompetencen til at visitere til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling med Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje er lagt hos regionen, vil der ikke opstå usikkerhed om, hvorvidt en patient skal modtage regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, eller hvorvidt patienten bør indgå i et parallelt behandlingsforløb, hvor regionen er ansvarlig for behandlingen af den psykiske lidelse, og hvor kommunen er ansvarlig for misbrugsbehandlingen.*

#### 2.1.10. Monitorering

**Danske Regioner** anfører, at kravene til indberetning og monitorering af oplysninger om misbrugsbehandling i regi af regional integreret dobbeltdiagnosebehandling bør justeres for at undgå u hensigtsmæssig administration, hvorfor Danske Regioner har meldt emnet ind til Samarbejdsprogrammet, jf. aftalen om regionernes økonomi for 2024, mhp. at nå frem til indberetning af en mængde data, som er mere meningsfuld, og som samtidig er overskuelig i behandlingssituationen. Ifølge Danske Regioner vil en simplificering både kunne gøre selve indberetningssituationen smidigere og potentielt også føre til højere validitet i data.

**Dansk Samfundsmedicinsk Selskab** anfører, at det er nødvendigt dels at sikre tilstrækkelige ressourcer og opmærksomhed på eventuelle konsekvenser for andre patienter i psykiatrien, dels at få udredt og afklaret udfordringer i visitation mellem kommune og region i takt med at der opnås erfaring med ordningen under implementeringen. Selskabet bakker derfor op om, at ordningen ifølge aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2024 skal monitoreres løbende mhp. at opnå erfaringer med målgruppen, indholdet og effekten af behandlingen i regionerne og den sideløbende udvikling i kommunerne, og selskabet har en forventning om, at der følges op herpå.

**Fonden Novavi** anfører, at der bør oprettes data på frafald, tilbagefald og effekt af recovery for at have et kvalificeret grundlag til sammenligning af den samlede effekt af det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud blandt målgruppen og i forhold til øvrige tilbud, samarbejdsstrukturer og den tværsektorielle indsats, der er tænkt ind i behandlingen.

**Institut for Menneskerettigheder** anfører med henvisning til, at flere forskellige myndigheder både på kommunalt og regionalt niveau kan henvise borgeren til integreret dobbeltdiagnosebehandling, og til, at det i sidste ende vil være regionen, der vurderer, om borgeren er i målgruppen herfor, at der kan være risiko for, at borgeren bliver kastebold mellem forskellige tilbud, hvis myndighederne er uenige om, hvorvidt borgeren er i målgruppen for integreret dobbeltdiagnosebehandling, og instituttet anbefaler derfor, at ministeriet indsamler viden om, hvilke personer der modtager integreret dobbeltdiagnosebehandling, og hvem og hvor mange der afvises med den begrundelse, at de falder uden for målgruppen.

**KABS** anfører, at monitoreringen bør omfatte kriterier for den gode henvisning, således at visitationskravene løbende evalueres mhp. at minimere andelen af borgere, der henvises til integreret behandling og efterfølgende afvises af den regionale centralvisitation. KABS bifalder i øvrigt, at regionerne omfattes af de lovpligtige indberetningskrav til nationale misbrugsbehandlingsregistre, og finder, at det regionale integrerede behandlingstilbud tillige bør omfattes af lovpligtige indberetninger til Tilbudsportalen. KABS er ikke sikker på, at indberetningen til misbrugsbehandlingsregistre kan ske som en dataoverførsel fra Landspatientregistret, og mener, at det bør præciseres, hvilke oplysninger regionerne forventes at indberette om borgere visiteret til regional integreret behandling, så de faglige databaser ikke forringes i datakvalitet.

**KL** finder det nødvendigt at kunne monitorere på, hvor hurtigt regionerne tilbyder en socialfaglig behandling, og hvor mange behandlingssessioner, der tilbydes målgruppen.

**Lægeforeningen** er enig i behovet for at følge implementering af og kvalitet i det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud tæt, og mener, at det på samme måde også er vigtigt at monitorere den kommunale rusmiddelbehandling mht. effekt, faglige kompetencer og visitationspraksis mhp. vurdering af, hvorvidt også denne del af behandlingen bør overgå til behandlingspsykiatrien.

**UngeAlliancen** anbefaler, at den beskrevne monitorering har særligt fokus på de unge voksne mellem 18-25 år, og henviser i den forbindelse til, at Sundhedsstyrelsens faglige visitationslinje beskriver de unge voksne som en særlig målgruppe, hvilket bl.a. betyder et særligt blik for inddragelse af pårørende og et tæt samarbejde med andre sektorer (uddannelse, myndighed, kontaktperson m.fl.).

*Med aftalerne om regionernes og kommunernes økonomi for 2024 blev der opnået enighed mellem aftalparterne om, at ordningen med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling skal monitoreres løbende mhp. at opnå erfaringer med målgruppen, indholdet og effekten af behandlingen i regionerne og den sideløbende udvikling i kommunerne. Danske Regioner vil således oprette en klinisk kvalitetsdatabase for dobbeltdiagnosebehandling eller tilvejebringe data via eksisterende eller kommende kliniske kvalitetsdatabaser mhp. sikring af systematisk dataopsamling, forskning og kvalitetsudvikling inden for dobbeltdiagnosebehandling.*

*Af bemærkningerne til lovforslaget, således som de er ændret i forhold til høringsudkastet, fremgår det, at der ud over ovennævnte løbende monitorering af den regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling desuden vil blive oprettet en indberetningsordning mhp., at regionerne indberetter obligatoriske oplysninger om alkohol- og stofmisbrugsbehandling til Landspatientregisteret. De obligatoriske oplysninger, som regionerne vil skulle indberette, vil i det væsentlige svare til de oplysninger, som kommunerne i dag indberetter om kommunal misbrugsbehandling efter sundhedslovens § 141 og § 142 samt servicelovens § 101, herunder de oplysninger, der fremgår af registrene stofmisbrugere i behandling (SIB) og ventetider vedrørende behandlingsgarantien for stofmisbrugere (VBGS), samt de oplysninger, der fremgår af det nationale alkoholbehandlingsregister (NAB). Oplysninger indberettet til Landspatientregisteret vil blive videregivet til Social-, Bolig og Ældreministeriet mhp. fortsat at kunne følge udviklingen i bl.a. antallet af personer i stofmisbrugsbehandling fordelt på hovedstof og behandlingstype, hvortil kommer muligheden for at følge den enkeltes samlede behandlingsforløb i både kommunalt og regionalt regi.*

*Af lovforslagets bemærkninger fremgår det endvidere, at ved at lade det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud være omfattet af krav om indberetning af oplysninger i det væsentlige svarende til de oplysninger, som kommunale misbrugsbehandlingstilbud skal indberette, vil de nationalt dækkende registre på området kunne opretholdes. I den forbindelse er Sundhedsdatastyrelsen ansvarlig for at behandle og tilpasse dataudtræk fra Landspatientregisteret vedrørende dataindberetningerne fra regionerne, så data svarer til det, der leveres af kommunerne til de nationale registre. Den kommunale indberetning til registrene forudsættes fortsat som hidtil.*

*Af lovforslagets bemærkninger fremgår det endelig, at mht. de oplysninger, som kommunerne i dag indberetter om kommunal misbrugsbehandling, og som regionerne i det væsentlige også vil skulle indberette, vurderes det løbende, herunder i en arbejdsgruppe med deltagelse af de relevante ministerier og styrelser samt KL, om indberetningskravene til de nationale registre skal tilpasses. Fremover vil også Danske Regioner blive inddraget i dette arbejde.*

#### 2.1.11. Indfasning

**Danske Regioner** anfører, at det bør fremgå tydeligt af lovforslaget, at der er tale om en trinvis indfasning af det regionale dobbeltdiagnosebehandlingstilbud, og at lovgivningen derfor ikke gælder alle i den samlede målgruppe fra den 1. september 2024.

*I forhold til høringsudkastet er lovforslaget ændret, således at den aftalte trinvis indfasning nu er beskrevet nærmere i bemærkningerne.*

#### 2.1.12. Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje

**Dansk Selskab for Addiktiv Medicin** anfører, at Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje er ganske blottet for behandlingsmæssig tankegang og i stedet peppes op med *buzzwords* som fx "no wrong door". Selskabet finder i øvrigt dette udtryk for misvisende, da selskabet umiddelbart kun kan identificere én dør, nemlig regional visitation, til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling.

**Dansk Sygeplejeråd** anfører, at det er nødvendigt at sikre, at borgere ikke kommer til at opleve det som en forringelse, at visitationen til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje.

**Fonden Novavi** anfører, at Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje er velfunderet og vil bidrage positivt til at sikre ensartet visitation og organisering, fælles målgruppeforståelse og deraf en bedre håndtering af målgrupperne i forhold til en tydelig gradueret *stepped care*-model.

**FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling** anfører, at det er uklart, hvilken juridisk status den faglige visitationsretningslinje har, og hvorvidt den er bindende for regionernes praksis. FLOR anfører endvidere, at "no wrong door" er et gennemgående princip for de integrerede tilbud, og giver i den forbindelse udtryk for et ønske om, at det fremgår mere præcist af lovforslaget, hvordan dette princip skal udmønte sig i praksis.

KL finder det nødvendigt at få fastslået visitationsretningslinjens status gerne direkte i lovteksten og i bemærkningerne til loven.

**Rådet for Socialt Udsatte** anfører, at visitationsretningslinjens juridiske status skal tydeliggøres i lovforslagets bemærkninger. Rådet anfører endvidere, at der mht. målgruppen for den regionale dobbeltdiagnosebehandling i høringsudkastets bemærkninger henvises til visitationsretningslinjerne, hvori målgruppen beskrives overordnet og med en række uklare begreber. Efter rådets opfattelse kan der derfor blive behov for at præcisere målgruppen, og rådet peger på, at den løbende monitorering af dobbeltdiagnosebehandlingen derfor skal have fokus på, om der opstår behov for at fastsætte mere bindende visitationskriterier. Rådet anfører endvidere, at det skal fremgå tydeligere, hvordan "no wrong door"-princippet sikres i kommunerne og regionernes samarbejde, da det er afgørende, at ingen henvender sig forgæves.

**SAND – De hjemløses landsorganisation** ønsker, at der i forlængelse af lovens vedtagelse tages initiativer, der sikrer at både borgere, aktører på området, visitatorer og behandlere får viden om den nye ansvarsfordeling, formålet med og målgruppen for de nye integrerede tilbud, og bemærker i den forbindelse, at princippet om "no wrong door" fortjener i endnu højere grad at blive fremhævet, så målgruppen for tilbuddene kan blive henvist og visiteret til et integreret behandlingstilbud.

*Med aftalerne om regionernes og kommunernes økonomi for 2024 blev der opnået enighed mellem regeringen, Danske Regioner og KL om, at det er Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, som skal anvendes i forbindelse med den regionale visitation til det regionale dobbeltdiagnosetilbud. Den faglige visitationsretningslinje er udarbejdet under inddragelse af en arbejdsgruppe med deltagelse af bl.a. Danske Regioner og KL samt eksperter udpeget af de to organisationer.*

*I forhold til høringsudkastet er lovforslaget ændret, således at det nu af bemærkningerne fremgår, at en faglig visitationsretningslinje er et redskab, som er målrettet til de fagpersoner, som skal visitere til et behandlingstilbud, og som gennem en afgrænsning af målgruppen og en beskrivelse af rammerne for behandlingstilbuddet skal understøtte en ensartet visitation til og organisering af tilbuddet. Det fremgår endvidere, at formålet med en faglig visitationsretningslinje er at sikre, at den enkelte visiteres til det rette behandlingstilbud på det rette tidspunkt i forløbet.*

*Mht. "no wrong door"-princippet fremgår det af Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje, at for mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik er det særligt vigtigt, at der er lettilgængelig adgang til behandling, og at muligheden for henvisning til regionen følger dette princip, hvilket betyder, at uanset hvor patienten henvender sig for at få hjælp til den pågældende problemstilling, så skal behovet for hjælp og behandling identificeres og imødekommes, hvilket kan være i almen praksis, den kommunale rusmiddelbehandling, hos en kommunal forvaltning eller akut i fx den regionale psykiatri eller på somatisk akutmodtagelse. Det fremgår endvidere, at dette gøres gennem henvisning og brobygning til relevant hjælp, og at det er centralt, at patienten ikke slippes, før der er sikret kontakt med det rette tilbud. Herudover fremgår det, at det således også er centralt, at det ikke er muligt for den regionale psykiatri at afvise at behandle mennesker med psykisk lidelse pga. en samtidig rusmiddelproblematik. Endelig fremgår*

*det, at hvis der er et psykiatrisk behandlings- eller udredningsbehov, skal regionen håndtere dette enten i et integreret eller parallelt forløb, hvortil kommer, at fx manglende eller ustabil fremmøde ikke kan begrunde en afvisning, og uhensigtsmæssig adfærd som udgangspunkt heller ikke kan ligge til grund for afvisning. Sidst fremgår det om princippet, at den enkelte ikke kan afvises fra rusmiddelbehandling pga. en psykisk lidelse, og at det heller ikke er grund til eksklusion fra behandling, at patienten ikke kan indgå i et gruppeforløb.*

*Mht. monitorering henvises til afsnit 2.1.10 ovenfor.*

#### 2.1.13. Børn og unge

**Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab** anfører, at problematisk brug af rusmidler i voksenårene ofte begynder i den tidlige adolescens, hvorfor erfaringer fra den børne- og ungdomspsykiatriske behandling er relevante at indtænke. Selskabet anfører endvidere, at der i ungdomsårene ofte vil være mulighed for at forebygge udviklingen af længerevarende misbrug og oftere med bedre *outcome*, end det er muligt, når et længerevarende misbrug først er udviklet. Selskabet betoner, at ambulante behandling i ungdomsårene bør veje tungt, idet de unge med misbrug ofte lever relativt normale liv og for langt størstedelen har et ambulante behandlingsbehov, som i tillæg muliggør fastholdelse af beskæftigelse og socialt netværk, der de bedste prædiktorer for succes mht. afholdenhed.

**Fonden Novavi** nævner, at det forhold, at det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud alene er for voksne over 18 år, efterlader en bekymring for de unge under 18 år, der risikerer at falde mellem to stole, hvorfor Fonden Novavi mener, at der skal udvikles et tilbud til denne målgruppe, og at der, indtil et sådant tilbud er beskrevet, besluttet og opstartet, bør udarbejdes en særlig forløbsbeskrivelse for målgruppen, hvor den koordinerende og sammenhængende indsats mellem kommune og region beskrives, og hvor særligt transitionsforløbet fra ung til voksen beskrives mhp. visitation til det integrerede tilbud. Fonden Novavi tilslutter sig i den sammenhæng UngeAlliancens anbefalinger. Fonden Novavi mener desuden, at der er behov for en forløbsbeskrivelse for unge under 30 år med en formodet psykisk lidelse eller en diagnosticeret psykisk lidelse og en rusmiddelproblematik, og anbefaler i den forbindelse, at afsættet for forløbsbeskrivelsen er specialiseret behandling, fleksibilitet og integreret tværfaglighed, og at såvel regionerne som kommunerne har mulighed for at anvende egne tilbud eller private leverandører af rusmiddelbehandling, der er specialister i behandling af unge med rusmiddelafhængighed og komplekse problemstillinger.

**Lægeforeningen** finder det helt afgørende at sikre, at børn og unge med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik modtager den rette indsats, og opfordrer i den forbindelse til, at arbejdet med at beskrive en målrettet indsats for børn og unge under 18 år iværksættes hurtigst muligt.

**Rådet for Socialt Udsatte** påpeger, at der skal fastholdes et særskilt fokus på unge under 18 år, og bemærker i den forbindelse, at det står beskrevet i visitationsretningslinjerne, at der iværksættes et arbejde med at beskrive en målrettet indsats til børn og unge under 18 år med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

**Selveje Danmark** anbefaler, at der udvikles et tilbud til børn og unge under 18 år og et særligt tilbud målrettet børn og unge under 30 år, og henviser i den forbindelse til UngeAlliancens anbefalinger og arbejde.

**UngeAlliancen** er bekymret dels over, om unge voksne fortsat vil tabes imellem kommune og region, da der vil være en stor risiko for, at de to sektorer ikke vil være enige om, hvorvidt den unge voksne skal have hjælp i et parallelt eller i et integreret tilbud, dels over, at det afgørende samarbejde på tværs af sektorer ikke defineres som en skal-opgave, men som en bør-opgave. UngeAlliancen er desuden bekymret over, at der alene tages ansvar for de unge voksne, der er målgruppen for det integrerede tilbud, mens det ikke er beskrevet, hvordan unge voksne, der skal modtage parallelle forløb, skal modtage disse. UngeAlliancen finder det endelig bekymrende, at der endnu ikke er nogen, der har forholdt sig til, hvordan børn og unge under 18 år med dobbeltdiagnoser skal modtage relevant hjælp. UngeAlliancen anbefaler, at de unge voksne mellem 18- 25 år samt børn og unge under 18 år sikres ret til at modtage hjælp til både deres psykiske lidelse (eller ret til psykiatrisk udredning på trods af misbrug) og deres misbrug samtidigt, og at denne ret kobles til et princip om "no wrong door", der gennemføres og organisatorisk

implementeres som en forpligtelse på tværs af kommune og region. UngeAlliancen anbefaler endvidere, at der etableres et nationalt kompetencecenter til at understøtte samarbejdet omkring de unge voksne.

*Det fremgår af Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, at visitationsretningslinjen omfatter personer fra 18 år og opefter. Denne afgrænsning er nærmere begrundet i visitationsretningslinjen, som er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen samt Social- og Boligstyrelsen under inddragelse af en arbejdsgruppe med deltagelse af Danske Regioner og KL samt eksperter udpeget af de to organisationer såvel som repræsentanter fra bl.a. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab.*

*Af Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling fremgår det således, at der på nuværende tidspunkt er relativt få erfaringer med og kompetencer inden for behandling af børn og unge under 18 år med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, og at det derfor er afgørende, at det også for målgruppen af børn og unge afdækkes, hvilke behov der er for et integreret behandlingsforløb, og hvilket indhold, der bør være til stede i indsatsen, for at sikre et behandlingsforløb af høj kvalitet, hvorfor det forventes, at der i forlængelse af færdiggørelsen af visitationsretningslinjen for voksne iværksættes et arbejde med at beskrive en målrettet indsats til børn og unge under 18 år med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.*

*Det fremgår endvidere af Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje, at indtil arbejdet med at beskrive en målrettet indsats til børn og unge er færdigt, tager visitationsretningslinjen udgangspunkt i, at en patient under 18 år, som nærmer sig aldersgrænsen, i særlige situationer, efter en konkret faglig vurdering og med inddragelse af både patienten og evt. dennes forældre, samt inddragelse af region og kommune, vil have mulighed for at modtage behandling i det integrerede tilbud for voksne. Henvielse af børn og unge under 18 år i disse særlige situationer skal ske efter den gældende lovgivning, dvs. at rusmiddelbehandling i henhold til serviceloven § 52 kræver en børnefaglig undersøgelse og derved inddragelse af den kommunale børne- og ungeafdeling. Ifølge Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri bør patienter op til det 18. år varetages i børne- og ungdomspsykiatrien, ligesom undersøgelse og behandling af børn bør varetages af personale med kompetence og erfaring i at arbejde med børn. Hvis muligheden for integreret behandling benyttes til patienter under 18 år, skal det derfor foregå i tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien, og relevante kommunale instanser inddrages altid i forløbet, mens familien så vidt muligt også bør inddrages. Samtidig er det væsentligt, at der er fokus på overgangen mellem børne- og ungdomspsykiatrien og psykiatrien samt overgangen mellem sektorerne.*

*Det fremgår herudover af Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje, at unge befinder sig i en afgørende livsfase, hvor de udvikler sig fysisk, psykisk, socialt og personlighedsmæssigt. Hvis man i denne periode har psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, ses der ofte også vanskeligheder i forhold til skole- og uddannelsessystemet, bolig, økonomi og tilknytning til arbejdsmarkedet samt indvirkning på de familiære og sociale relationer. Unge er således en særlig gruppe, hvor det er afgørende, at der sættes ind med den rette og rettidige hjælp og et helhedsorienteret perspektiv for at forebygge, at udfordringerne vokser sig større eller bliver af mere permanent karakter. Det anbefales i den internationale litteratur at tilbyde integreret behandling til mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, og der bør derfor være et særligt fokus på at sikre adgang til et integreret tilbud for målgruppen af unge. Der bør i tilbuddet være særlig opmærksomhed på inddragelse af forældre, særlige tilgange, fx mht. specifikke psykiske lidelser eller behandlingsmetoder, samt en særlig opmærksomhed på at sikre let adgang til tilbuddet og samarbejde på tværs af sektorer.*

*Endelig fremgår det af Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje, at man både i kommunalt og regionalt regi overgår fra barn til at have status som voksen ved det fyldte 18. år, og at det kan være en stor omvæltning i den unges liv, hvortil kommer, at jo flere sociale og/eller sundhedsfaglige indsatser den unge modtager, jo større vil omvæltningen være. I regionalt regi er overgangen fra børne- ungeambulatorierne til voksenambulatorierne ofte forankret i såkaldte "transitionsforløb". Ved et transitionsforløb forstås den proces, hvor den unge styrkes i autonomi, egenomsorg, udvikling af sundhedskompetencer og forberedelse til behandling i voksenregi, og ifølge Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for transition fra børne og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi" bør der være fokus på at sikre et godt transitionsforløb fra ung til voksen for unge under 25 år i både regioner og kommuner.*



#### 2.1.14. Borgere uden for målgruppen for regional integreret dobbeltdiagnosebehandling

**Bedre Psykiatri** anfører, at der udestår en afklaring af, hvordan de personer, som har en dobbeltdiagnose, men som falder uden for målgruppen for regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, kan få et behandlingstilbud, hvor misbrug ikke står i vejen for behandling af psykisk sygdom og omvendt.

**FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling** nævner, at det er uklart, hvem der er i målgruppe det nye integrerede tilbud, herunder at det fx er uklart, om borgere, som er i ambulat integreret dobbeltdiagnosebehandling, kan indlægges i den regionale psykiatris integrerede tilbud på rusmiddelindikation, selv om de ikke vurderes indlæggelseskrævende på baggrund af den psykiske lidelse. FLOR anfører endvidere, at det er uklart såvel i lovforslaget som i den faglige visitationsretningslinje, hvem der har ansvaret for borgere, som ikke profiterer af eller ikke kan rummes i de integrerede tilbud, og FLOR er bekymret for, at den del af målgruppen, som har det allersværest, og som har en dobbeltdiagnoseproblematik af længevarende karakter, vil have svært ved at indgå i det integrerede dobbeltdiagnosetilbud.

**Kirkens Korshær** er bekymret for, at mange af de borgere, Kirkens Korshær møder i sit arbejde, ikke vil profitere af et samlet regionalt tilbud. Kirkens Korshær mener derfor, at det er afgørende, at tilbuddet bliver et lavtærskeltilbud, som møder borgerne, hvor de er, og bliver i stand til at rumme folk med komplekse sociale problemer, hvilket bl.a. kræver en styrket socialfaglighed i sundhedssystemet. Kirkens Korshær mener endvidere, at det er afgørende at sikre tilbud til de udsatte borgere med dobbeltdiagnoser, som ikke vil have mulighed for eller ønske om at benytte sig af tilbuddet, hvilket kan blive udfordret af, at kommunerne ikke vil have midler og ressourcer til at hjælpe dem, når der rykkes økonomi væk fra den kommunale rusmiddelbehandling. Kirkens Korshær mener herudover, at hvis de udsatte borgere med meget sparsom kontakt med det offentlige skal nyde godt af tilbuddet, så er det vigtigt, at det opsøgende arbejde styrkes, så psykiatrien – også rent fysisk – møder folk, hvor de er.

**Lægeforeningen** gør opmærksom på, at særligt udsatte borgere med svær grad af rusmiddelproblematik og svær psykisk lidelse ikke rummes tilstrækkeligt i det regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud og savner i den forbindelse fokus på opsporing af mennesker med dobbeltdiagnose, som hverken modtager behandling i behandlingspsykiatrien eller kommunal misbrugsbehandling.

**Ringgården – Kompetencecenter for dobbeltfokuseret afhængighedsbehandling** anfører, at der kan være en risiko for, at man med den nye organisering har en for ensidig prioritering af de svært psykiatriske syge, som reelt set er en volumenmæssig betydeligt mindre gruppe end borgere med let til moderat psykiatrisk lidelse, og henleder i den forbindelse opmærksomheden på, at det er vigtigt ikke at nedtone omfanget af og den samlede belastningsgrad hos den sidstnævnte gruppen med moderat psykiatrisk belastningsgrad kombineret med alvorlig rusmiddelafhængighed, da denne gruppe fortsat vil være en kommunal opgave, som man fremover vil få endnu svære ved at løse, når ressourcerne beskæres.

*Med aftalerne om regionernes og kommunernes økonomi for 2024 blev der opnået enighed mellem regeringen, Danske Regioner og KL om, at Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling skal anvendes i forbindelse med den regionale visitation til det regionale dobbeltdiagnosetilbud. Den faglige visitationsretningslinje er udarbejdet under inddragelse af en arbejdsgruppe med deltagelse af Danske Regioner og KL samt eksperter udpeget af de to organisationer såvel som repræsentanter fra Danske Patienter, Rådet for Socialt Udsatte, Dansk Selskab for Additiv Medicin, Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Foreningen af Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling og Kompetencecenter for Dobeltdiagnose, Region Hovedstadens Psykiatri.*

*Under inddragelse af denne bredt sammensatte arbejdsgruppe med ekspertise på området er målgruppen for regional integreret dobbeltdiagnosebehandling blevet afgrænset i Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje, som vil være afgørende for, hvorvidt den enkelte skal visiteres til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling eller fx indgå i et parallelt behandlingsforløb.*

*Hvis en person med dobbeltdiagnose falder uden for målgruppen for regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og derfor ikke i henhold til den faglige visitationsretningslinje skal visiteres hertil, men fx indgå i et parallelt behandlingsforløb, vil ansvarsfordelingen også være klar i den forstand, at regionen så har*

ansvaret for behandlingen af den psykiatriske lidelse, og kommunen har ansvaret for misbrugsbehandlingen. Det fremgår af visitationsretningslinjen, at et parallelt behandlingsforløb altid bør foregå koordineret, og at der udarbejdes fx en koordinerende indsatsplan eller afholdes systematiske, jævnlige netværksmøder med inddragelse af alle relevante aktører omkring den enkelte og dennes pårørende.

Ud over at Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje skal anvendes i forbindelse med den regionale visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling blev der med økonomiaftalerne for 2024 opnået enighed om, at ordningen skal monitoreres løbende mhp. at opnå erfaringer med bl.a. målgruppen.

#### 2.1.15. Behandlingsansvar under og efter sygehusindlæggelse og regional dobbeltdiagnosebehandling

**Dansk Psykolog Forening** anfører, at det bør fremgå tydeligere, hvad der menes med sygehusindlæggelse, og om det alene omfatter indlæggelse i forbindelse med integreret dobbeltdiagnosebehandling eller også fx indlæggelse af somatiske årsager. Dansk Psykolog Forening anfører endvidere, at man ved at fjerne kommunernes ansvar ved indlæggelse på sygehus øger risikoen for, at der opstår et nyt snitfladeproblem ved udskrivning fra sygehus, og bemærker i den forbindelse, at hvis personer udskrives fra sygehus, uden at kommunen har hovedansvaret for behandlingen, så bør det som mindstemål være et regionalt ansvar for at fortsætte behandlingen, uanset om patienten er visiteret til integreret behandling eller ej.

**FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling** anfører, at der i forbindelse med etableringen af det integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud også bør ske en opkvalificering af den måde, hvorpå der arbejdes med rusmidler på en almindelig somatisk eller psykiatrisk sygehusafdeling, da det ikke er de kommunale rusmiddelcentres erfaring, at borgerne har mulighed for at indgå i rusmiddelbehandling under indlæggelse. Ifølge FLOR betyder dette, at disse borgere har meget svært ved at opnå indlæggelse i længere tid og derved kommer til at forlade hospitalet i utide, hvorfor FLOR har ønske om, at der udarbejdes en retningslinje for rusmiddelbehandling under indlæggelse gældende for alle almindelige sygehusafdelinger.

**Gadejuristen** bemærker, at det er positivt, at der er fokus på tilbud om regional integreret dobbeltdiagnosebehandling ved behov i op til minimum 1 år efter udskrivningen uden en ny visitation. Gadejuristen anbefaler dog, at patienterne ikke blot "bør", men "skal" tilbydes dette.

**KABS** bifalder lovforslagets hensigt om at skabe en hurtig og fleksibel adgang til den regionale integrerede behandling op til et år efter udskrivning, men mener, at det bør præciseres, at der påhviler regionerne en forpligtelse til at opdatere borgerens behandlingsbehov i forbindelse med enten tilbagefald eller forværring af sygdommen mhp. en faglig revurdering af borgerens behandlingsmuligheder inden genopstart af den integrerede behandlingsindsats.

**Københavns Kommune** anfører med henvisning til, at det af høringsudkastets bemærkninger fremgår, at regionerne allerede i dag er ansvarlige for misbrugsbehandling af sygehusindlagte borgere, at dette ikke er kommunens erfaring.

**SAND – De hjemløses landsorganisation** finder det positivt, at patienter efter udskrivning skal kunne tilbydes en integreret dobbeltdiagnosebehandling ved behov i op til minimum 1 år efter udskrivningen uden en ny visitation. SAND mener, at der herom bør anvendes en "skal"-formulering frem for en "bør"-formulering.

**Selveje Danmark** anbefaler, at samarbejdet mellem region og kommune formaliseres ved udskrivning eller overgang til andet behandlingsforløb, så der placeres et tydeligt ansvar, og personer ikke risikerer at blive tabt i sektorovergange, og at det præciseres, at patienter i minimum et år efter udskrivning ikke blot bør, men skal tilbydes integreret dobbeltdiagnosebehandling ved behov uden ny visitation.

*Som det fremgår af lovforslagets bemærkninger er regionerne ansvarlige for alkohol- og stofmisbrugsbehandling af personer, som er indlagt på sygehus, uanset om misbruget er årsag til indlæggelsen. Dette skyldes, at misbrugsbehandling under sygehusindlæggelse er at betragte som sygehusbehandling, og af sundhedslovens § 79, stk. 1, 1. pkt., fremgår det, at det er regionsrådet, som yder sygehusbehandling.*

Regionerne er således forpligtede til at tilbyde misbrugsbehandling til personer, som er indlagt på fx psykiatrisk afdeling mhp. behandling af en psykisk lidelse. Denne forpligtelse omfatter dog altså alene personer, som er indlagt på sygehus, hvilket betyder, at personer, som fx er i regional ambulant psykiatrisk behandling, ikke er omfattet af den regionale forpligtelse og således skal modtage eventuel misbrugsbehandling af kommunerne. Den kommunale forpligtelse til at tilbyde misbrugsbehandling gælder indtil sygehusindlæggelsen og gælder igen fra det tidspunkt, hvor patienten ikke længere er indlagt på sygehus.

Det betyder, at de foreslåede ændringer af sundhedslovens 141, stk. 1, og § 142, stk. 3, samt servicelovens § 101, stk. 1, for så vidt angår personer, der er indlagt på sygehus, alene vil tydeliggøre, hvad der allerede gælder i dag. For så vidt angår personer, som er visiteret til integreret dobbeltdiagnosebehandling, vil ændringerne betyde, at ansvaret for at tilbyde alkoholmisbrugsbehandling, lægelig stofmisbrugsbehandling og social stofmisbrugsbehandling til disse personer flyttes fra kommunerne til regionerne.

I forbindelse med misbrugsbehandling under sygehusindlæggelse vil der mht. formål og indhold kunne tages udgangspunkt i de til enhver tid gældende relevante retningslinjer, herunder for misbrugsbehandling efter sundhedslovens § 141, stk. 1, og § 142, stk. 3, samt servicelovens § 101, stk. 1. Indtil de centrale myndigheder måtte have fastsat særskilte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling gælder dette også forbindelse med integreret dobbeltdiagnosebehandling, idet behandlingen dog vil skulle tilpasses i lyset af de behov, der afdækkes under den udredning, som går forud for og evt. fortsættes efter påbegyndelsen af den integrerede dobbeltdiagnosebehandling.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, at patienter, der har været i behandling i det integrerede tilbud bør kunne få behandling ved behov, herunder fx ved tilbagefald eller forværring af sygdom, uden ny visitation i minimum ét år efter at behandlingsmålet er nået og evt. længere, hvis patientens samlede situation tilsiger det. Det fremgår endvidere, at patienten eller patientens kontaktperson i det aktuelle behandlingstilbud kan kontakte det integrerede tilbud mht. at indgå i behandling igen. Herudover fremgår det, at udskrivning eller tilbagehenvielse til kommunale tilbud, herunder overgang fra integreret til parallelt tilbud, foregår i dialog mellem region, kommune og borger, og at formålet er at sikre en kontinuerlig, sammenhængende og hurtig indsats for den enkelte, hvilket skyldes, at sværhedsgraden af både den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken kan have en cyklisk og ustabil karakter, hvor det er særligt vigtigt, at der skabes en stabilitet og kontinuitet i behandlingstilbuddet.

Den faglige visitationsretningslinje er udarbejdet under inddragelse af en arbejdsgruppe med deltagelse af bl.a. Danske Regioner og KL samt eksperter udpeget af de to organisationer. På den baggrund og i lyset af, at regioner og kommuner vil have en fælles interesse i at samarbejde i forbindelse med udskrivning og overgang mellem regionale og kommune tilbud, vurderes der ikke på nuværende tidspunkt at være grundlag for etablering af yderligere forpligtende samarbejdsstrukturer, hvis eventuelle etablering i øvrigt under alle omstændigheder bør afvente de konklusioner, som måtte blive draget på baggrund af Sundhedsstrukturkommissionens arbejde.

Hvis en patient skal udskrives fra psykiatrisk afdeling, fx efter at have modtaget integreret dobbeltdiagnosebehandling på afdelingen, vil psykiatrilovens kapitel 4 a om opfølgning efter udskrivning finde anvendelse. Det betyder bl.a., at reglerne i psykiatrilovens § 13 a om indgåelse af udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten vil finde anvendelse. Det betyder også, at reglerne i psykiatrilovens § 13 b om udarbejdelse i samarbejde mellem den psykiatriske afdeling, de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. af en koordinationsplan om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten vil finde anvendelse.

#### 2.1.16. Anonymitet og frit valg

**Dansk Selskab for Addiktiv Medicin** anfører om det forhold, at der ikke med lovforslaget foreslås fastsat regler om anonym regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, at det er indlysende, at regionen pr. definition har kendskab til alle patienter, der som led i integreret dobbeltdiagnosebehandling også modtager behandling for enten alkohol- eller stofmisbrug, men at det ikke nødvendigvis følger heraf, at

kommunen skal orienteres om patientens misbrug. Selskabet efterlyser en rationel begrundelse for, at anonymitet i forhold til kommunen ikke kan opretholdes under indlæggelse.

**Fonden Novavi** anfører, at det er en væsentlig forringelse af borgernes rettigheder, at man fratager dem muligheden for anonymitet og frit valg med primær henvisning til, at der er tale om en sygehusydelse efter sundhedslovens afsnit VI, når man som borger i kommunalt regi fortsat har de omtalte rettigheder.

**KL** noterer med tilfredshed, at borgere indskrevet i regional integreret dobbeltdiagnosebehandling kan benytte sig af det frie sygehusvalg. KL konstaterer, at det er en logisk konsekvens af tilbuddet om integreret behandling, at borgeren ikke kan vælge en privat leverandør i forhold til rusmiddelbehandlingen.

**Københavns Kommune** efterspørger afklaring af, hvordan det sikres, at kommunen ikke tilbyder og betaler for en borgers anonyme alkoholbehandling, når borgeren er indlagt på sygehus eller visiteret til integreret dobbeltdiagnosebehandling.

**KABS** anfører med henvisning til, at bestemmelserne om frit valg i sundhedslovens § 141 og 142 samt servicelovens § 101 ikke kommer til at gælde i forbindelse regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, at dette vil svække regionernes og deres private underleverandørers incitament til at udvikle og kvalificere behandlingstilbuddet med inddragelse af borgerens ønsker og behov for behandling. KABS finder det ikke retfærdiggjort, hvorfor det frie valg ikke skulle kunne gælde for den regionale integrerede dobbeltbehandling.

**Selveje Danmark** anfører, at det må betragtes som en betydelig svækkelse af borgernes rettigheder, når de har ret til frit valg og anonymitet i kommunalt regi, men ikke i det regionale dobbeltdiagnosetilbud, og anbefaler i den forbindelse, at personer som visiteres til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling skal omfattes af de i sundhedslovens § 141 og § 142 samt servicelovens § 101 øvrige fastsatte regler om anonymitet og frit valg i forbindelse med alkohol- og stofmisbrugsbehandling.

*Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at personer, som visiteres til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, ikke vil være omfattet af sundhedslovens § 141, stk. 7, om anonym behandling for alkoholmisbrug, og at der ikke foreslås fastsat tilsvarende regler gældende i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling. Det skyldes ikke alene, at der ikke i dag gælder en ret til anonymitet i forbindelse med modtagelse af sygehusydelser, jf. sundhedslovens afsnit VI, som regional integreret dobbeltdiagnosebehandling vil være at betragte som, men også at behandlingen ofte vil omfatte ordination af receptpligtig medicin, som udelukker muligheden for anonymitet. Af sidstnævnte årsag er anonymitet også i dag udelukket i forbindelse med lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142, fordi denne behandling er kendetegnet ved at omfatte ordination af receptpligtig medicin som fx buprenorphin og metadon, og i forbindelse med alkoholmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 141 i de tilfælde, hvor der som led i behandlingen ordineres receptpligtig medicin som fx acamprosat eller naltrexon.*

*Af lovforslagets bemærkninger, således som de er ændret i forhold til høringsudkastet, fremgår det at personer, som visiteres til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, imidlertid vil være beskyttet af reglerne i sundhedslovens kapitel 9 om tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. Det betyder bl.a., at sundhedspersoner som udgangspunkt ikke kan videregive oplysninger om helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger til andre formål end behandling, fx til de kommunale myndigheder, uden personens samtykke.*

*Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, således som de er ændret i forhold til høringsudkastet, at personer, som visiteres til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, ikke vil være omfattet af de i sundhedslovens § 141 og § 142 samt servicelovens § 101 fastsatte regler om frit valg i forbindelse med alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Hvis en person ønsker at benytte retten efter sundhedslovens § 141 og § 142 samt servicelovens § 101 til frit valg i forbindelse med alkohol- og stofmisbrugsbehandling, vil personen ikke kunne visiteres til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og vil i stedet skulle indgå i et parallelt behandlingsforløb, hvor kommunen er ansvarlig for misbrugsbehandlingen, og hvor regionen er ansvarlig for behandlingen af den psykiske lidelse. Misbrugsbehandlingen kan så foregå på det offentlige eller private behandlingssted, som personen vælger. Det forhold, at personer, som visiteres til regional*

*integreret dobbeltdiagnosebehandling, ikke vil være omfattet af de i sundhedslovens § 141 og § 142 samt servicelovens § 101 fastsatte regler om frit valg i forbindelse med alkohol- og stofmisbrugsbehandling, er ikke ensbetydende med, at de vil være afskåret fra frit valg, for så vidt angår den integrerede dobbeltdiagnosebehandling. Patienterne vil således være omfattet af sundhedsloven § 86 om frit sygehusvalg og § 87 om udvidet frit sygehusvalg med den foreslåede ændring om, at patienten vil kunne vælge at blive behandlet på et af de sygehuse eller en af de klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 14 dage kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.*

#### 2.1.17. Tilsyn og klageadgang

**Dansk Erhverv og Sundhed Danmark** anfører, at der ifølge høringsudkastet udelukkende vil blive ført sundhedsfaglige tilsyn med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling af Styrelsen for Patientsikkerhed. Med henvisning til, at regional integreret dobbeltdiagnosebehandling også vil omfatte socialfaglige aspekter anbefaler Dansk Erhverv og Sundhed Danmark, at den samme socialfaglige kvalitet bør være til stede i det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud, og at tilsynet bør understøtte, at der er den nødvendige sundheds- og socialfaglige kvalitet til stede i tilbuddet.

**Dansk Selskab for Addiktiv Medicin** giver udtryk for bekymring for om de mange faglige standarder og anbefalinger om god behandling på stof- og alkoholområdet bliver glemt ved overgangen til den regionale psykiatri, og at bekymringen specielt vedrører den sociale misbrugsbehandling, som er blevet understøttet af Socialstyrelsen og Socialtilsynet, hvis opgaver på området fremover skal løftes af Styrelsen for Patientsikkerhed.

**Fonden Novavi** nævner, at det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud bør være underlagt et socialfagligt tilsyn for at sikre en systematisk, ensartet, uvildig og fagligt kompetent vurdering af kvaliteten i tilbuddet, og bemærker i den forbindelse, at rusmiddelbehandling blandt kommunale og ikke-offentlige leverandører er underlagt Socialstyrelsens tilsyn, hvorfor det anses for rimeligt, at der ligeledes føres tilsyn med regionens tilbud.

**FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling** påpeger, at regional integreret dobbeltdiagnosebehandling ikke alene bør være omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn, men også af Socialtilsynets tilsyn, så den regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling ikke stilles anderledes end kommunale og private rusmiddelbehandlingssteder. Alternativt bør det efter FLOR's opfattelse bl.a. sikres, at der foretages tilsyn ud fra de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling og de kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed. FLOR mener desuden, at der med lovforslaget er tale om en forringelse af borgernes klagemuligheder over behandlingen, i og med at det ikke bliver muligt for borgerne at indgive klager til Ankestyrelsen.

**Socialtilsyn Nord** gør opmærksom på, at det er uklart, hvem der skal føre tilsyn med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, og foreslår, at det præciseres, hvem der har tilsynet med den sociale misbrugsbehandling, når den leveres i bo-, opholds- og behandlingssteder.

**KABS** anfører, at der er risiko for, at hvis der alene føres tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, så vægtes kvaliteten af de socialfaglige elementer i behandlingen i mindre grad, og bemærker, at den sociale behandling i lige så høj grad bør underlægges et tilsyn for at sikre den fornødne kvalitet i den regionale integrerede behandling. KABS nævner i den forbindelse, at Socialtilsynets Kvalitetsmodel såvel som de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling bør anvendes som målestok for kvalitet af socialfaglige elementer. KABS anfører endvidere, at Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med de private institutioner, som regionerne måtte indgå overenskomst med eller på anden måde benytte som led i løsningen af opgaverne forbundet med dobbeltdiagnosebehandling, ikke bør stå alene, hvorfor der bør fastsættes praksis for løbende tilsyn med eksterne private leverandører.

**SAND – De hjemløses landsorganisation** mener, at borgerne skal kunne klage til Ankestyrelsen over den socialfaglige behandling.

**Selveje Danmark** anfører, at den regionale dobbeltdiagnosebehandling ikke alene vil være sundhedsfaglig, men også indeholde socialfaglige elementer, da regionerne får ansvar for at tilbyde social stofmisbrugsbehandling som en del af den integrerede dobbeltdiagnosebehandling, og undrer sig i den forbindelse over, at det alene er Styrelsen for patientsikkerhed, der skal føre tilsyn med den regionale dobbeltdiagnosebehandling. Selveje Danmark anbefaler derfor, at der også føres tilsyn med de socialfaglige elementer i det regionale dobbeltdiagnosetilbud.

*Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at regional integreret dobbeltdiagnosebehandling vil være at betragte som en sygehusydelse, jf. sundhedslovens afsnit VI, men også at behandlingen vil indeholde socialfaglige elementer, da regionerne får ansvar for at tilbyde social stofmisbrugsbehandling, og at det socialfaglige aspekt kommer til udtryk i Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, og desuden vil komme til udtryk i de særskilte retningslinjer for regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, som de centrale myndigheder måtte fastsætte.*

*Det fremgår endvidere af lovforslagets bemærkninger, at det forhold, at den integrerede dobbeltdiagnosebehandling vil være at betragte som en sygehusydelse, jf. sundhedslovens afsnit VI, betyder, at behandlingen i sin helhed vil være omfattet af det tilsyn, som Styrelsen for Patientsikkerhed efter sundhedsloven og de i medfør heraf fastsatte regler fører med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet såvel som med behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udøver behandling. Det vil desuden betyde, at Styrelsen for Patientsikkerhed efter autorisationsloven og de i medfør heraf fastsatte regler vil skulle føre tilsyn med den faglige virksomhed, der udøves af autoriserede sundhedspersoner og sundhedspersoner, der handler på disses ansvar, såvel som tilsyn med andre personer end sundhedspersoner, der udøver sundhedsfaglig virksomhed i det regionale dobbeltdiagnosebehandlingstilbud. Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn vil også omfatte de private, herunder selvejende, og kommunale institutioner, som regionerne måtte indgå overenskomst med eller på anden måde benytte som led i løsningen af opgaverne forbundet med dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud, såvel som det relevante personale på disse institutioner.*

*Det fremgår herudover af lovforslagets bemærkninger, at Styrelsen for Patientsikkerhed allerede i dag fører tilsyn med psykiatriske afdelinger og andre dele af den regionale psykiatri, og det bemærkes i den forbindelse, at regional psykiatrisk behandling ud over medicinsk behandling af både psykiske og fysiske symptomer omfatter metoder, som også kendes fra både social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 og alkoholmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 141, herunder individuel terapi og terapi i gruppe. I forhold til høringsudkastet er det nu tilføjet til lovforslagets bemærkninger herom, at Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med den regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling bl.a. vil tage udgangspunkt i de til enhver tid gældende relevante retningslinjer, som, indtil de centrale myndigheder måtte have fastsat særskilte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling, bl.a. vil omfatte retningslinjer for misbrugsbehandling, herunder for social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101, stk. 1.*

*Af hensyn til Styrelsen for Patientsikkerheds tilrettelæggelse af sit tilsyn foreslås med lovforslaget en forpligtelse af regionsrådet til efter anmodning at oplyse Styrelsen for Patientsikkerhed om, på hvilke behandlingssteder i regionen der foretages integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik.*

*Som nævnt ovenfor vil de private, herunder selvejende, og kommunale institutioner, som regionerne måtte indgå overenskomst med eller på anden måde benytte som led i løsningen af opgaverne forbundet med dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud, være omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn, og disse private og kommunale institutioner vil altså være omfattet af det samme tilsyn som de regionale behandlingssteder, hvor der foretages integreret dobbeltdiagnosebehandling, og også de private og kommunale institutioner vil kun være omfattet af fx tilsyn fra Socialtilsynet, hvis de ud over integreret dobbeltdiagnosebehandling foretager anden behandling, som efter anden lovgivning er underlagt sådant tilsyn.*

*Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at der ligeledes mht. klage- og erstatningsadgang i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling vil gælde de samme regler, som gælder for anden sygehusbehandling efter sundhedslovens afsnit VI. Det vil sige, at lov om klage- og erstatningsadgang*

inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 9 af 4. januar 2023, og de i medfør heraf fastsatte regler vil finde anvendelse.

#### 2.1.18. Frivillighed og tvang

**Gadejuristen** mener, at det er altafgørende, at tilbuddet er frivilligt, da mange stofbrugere har dårlige erfaringer med psykiatrisk behandling, fordi de har været udsat for tvang, og at det i den forbindelse er særlig vigtigt, at patienterne bliver gjort opmærksomme på, at der kan opstå tvang i forbindelse med behandlingen, selv om de indledningsvist frivilligt vælger at lade sig indskrive i tilbuddet. Gadejuristen mener, at lovforslaget burde lægge op til flere rettigheder, der beskytter borgeren, især når der er mulighed for frihedsberøvelse og tvang.

**Rådet for Socialt Udsatte** anfører, at det er frivilligt at indgå i et integreret behandlingsforløb, og bemærker i den forbindelse, at psykiatrilovens almindelige bestemmelser, herunder om tvang, gælder for borgere, der tilbydes og accepterer integreret behandling under indlæggelse på psykiatrisk afdeling, og at der i disse tilfælde vil være mulighed for, at patienten trækker sit samtykke til integreret behandling tilbage. Rådet foreslår derfor, at der ved indlæggelsessamtalen sker en afklaring af patientens ønsker til den integrerede behandlings forløb mht. evt. tvang, og at det derudover klargøres, hvad der skal ske med behandlingen, hvis et samtykke helt eller delvist trækkes tilbage.

*Med henvisning til sundhedslovens regler herom fremgår det af Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, at den enkelte skal have fyldestgørende information om behandlingen og give samtykke til udredning og behandling, og at det således er en forudsætning at indhente samtykke før henvisning til behandling. Det fremgår endvidere, at den enkelte og dennes pårørende systematisk og ligeværdigt bør inddrages i beslutninger om henvisning, udredning og behandling, samt at den enkeltes præferencer og behov bør være omdrejningspunktet for indsatsen, og at der altid bør være en fyldestgørende og letforståelig information om behandlingen. Det fremgår herudover, at informationen til den enkelte desuden bør indeholde oplysninger om fordele og ulemper ved at indgå i et behandlingsforløb, baseret på en konkret vurdering af, hvilke omstændigheder der gør sig gældende for den enkelte patient, herunder patientens samlede helbredsmæssige tilstand og sociale livsoms-tændigheder.*

*Hvis der i forbindelse regional integreret dobbeltdiagnosebehandling bliver tale om indlæggelse på psykiatrisk afdeling, vil psykiatriloven finde anvendelse. Det fremgår af psykiatrilovens § 3, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling så vidt muligt skal finde sted med patientens samtykke, og at lægen skal vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om ud-sigterne til bedring af helbredstilstanden. Det fremgår endvidere, at overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patienten inddrages og høres om planens indhold, samt at patientens samtykke til dens gennemførelse til stadighed søges opnået, og at patienten i forbindelse med indlæggelsessamtalen skal høres om eventuelle tilkendegivelser af præferencer i forhold til behandlingen, herunder hvis anvendelse af tvang kommer på tale. Det fremgår herudover, at hvis det pga. patientens tilstand efter en lægefaglig vurdering ikke muligt at indhente en sådan forhåndstilkendegivelse af præferencer ved indlæggelsen, så skal det ske snarest muligt herefter. Endelig fremgår det, at patientens eventuelle forhåndstilkendegivelser vedrørende dennes behandling under indlæggelsen, herunder behandling uden samtykke, skal fremgå af patientjournalen og i videst muligt omfang inddrages i behandlingsplanen.*

#### 2.1.19. Terminologi

**Dansk Psykiatrisk Selskab** anfører, at det bør overvejes om ordet "misbrug" er lovtækstegnet, og begrundet dette med uklarhed om, hvad ordet dækker over.

**Dansk Psykolog Forening** anfører, at udtrykkene "stofmisbrug" og "alkoholmisbrug" anvendes i lovforslaget, selv om udtrykket "rusmiddelrelateret problem" også anvendes, og opfordrer i den forbindelse til, at der er hensyn til kontinuiteten i teksten og for at undgå stigmatiserende sprogbrug i stedet anvendes "alkoholrelateret problem" og "stofrelateret problem".

**Dansk Samfundsmedicinsk Selskab** finder, at begrebet "dobbeldiagnose" kan opfattes som uklart, selv om det defineres i lovtæksten, og foreslår, at der konsekvent skrives "samtidigt rusmiddelmisbrug og psykisk lidelse" eller lignende.

**Dansk Selskab for Addiktiv Medicin** anfører, at den umiddelbare forståelse af ordet "visitation" er forskellig i kommunen og i sundhedsvæsenet.

**Gadejuristen** mener ikke, at tilbuddet skal hedde eller kaldes hverken "de særlige pladser" eller "dobbeldiagnosetilbud", som er stigmatiserende over for en målgruppe, som i forvejen føler sig "særlig" og uden for i samfundet. Gadejuristen foreslår derfor, at navnet udgår af materialet og erstattes af noget ikke-stigmatiserende. Gadejuristen tilføjer dog, at Gadejuristen i mangel af bedre ord selv har valgt i sit hørings-svar at skrive "dobbeldiagnosetilbud".

*Begrebet "misbrug" anvendes ikke i den med lovforslaget foreslåede lovtækt. I stedet anvendes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje begrebet "rusmiddelproblematik". Når begrebet "misbrug" anvendes i lovforslagets bemærkninger, skyldes det, dels, at begrebet anvendes i anden relevant lovgivning, herunder i sundhedslovens § 141 og § 142 samt servicelovens § 101, dels at der er tale om et almindeligt anvendt begreb. I lovforslagets bemærkninger anvendes derimod ikke begreber som "alkoholmisbruger" eller "stofmisbruger", som vil kunne opfattes stigmatiserende.*

*Heller ikke begrebet "dobbeldiagnosebehandling" anvendes i den med lovforslagets foreslåede lovtækt, således som den er ændret i forhold til høringsudkastet. I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje anvendes således i lovtæksten begrebet "Integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik". Når begrebet "dobbeldiagnosebehandling" og lignende såsom "dobbeldiagnosetilbud" anvendes i lovforslagets bemærkninger, skyldes det dels hensynet til bemærkningerne læsevenlighed, dels at der er tale om almindeligt anvendte begreber.*

*For at undgå tvivl om forskellen på henvisning og visitation er der i forhold til høringsudkastet nu tilføjet forklaringer af, hvad der i lovforslaget menes med de to begreber. Det fremgår således, at der med henvisning menes, at en sundhedsperson eller myndighed med henvisningsret, jf. sundhedslovens § 79, stk. 1, og Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje, har henvist til regional visitation til det integrerede dobbeldiagnosebehandlingstilbud, og at en henvisning således ikke er en visitation til tilbuddet, men at henvisningen kan føre til en visitation. Det fremgår endvidere, at med visitation menes, at regionen i henhold til Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje har visiteret til integreret dobbeldiagnosebehandling.*

#### 2.1.20. Økonomi

**Danske Regioner** anfører, at det ikke kan udelukkes, at lovforslaget på sigt medfører yderligere økonomiske konsekvenser ud over det, regeringen, Danske Regioner og KL er blevet enige om med aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2024, og Danske Regioner henviser i den forbindelse til, at ordningen skal følges løbende mhp. at opbygge viden om målgruppen, herunder omfang og antal personer, der har behov for tilbuddet, og Danske Regioner forudsætter, at økonomien i tilbuddet følges tilsvarende.

**FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling** anfører med henvisning til, at det af økonomiaftalerne for 2024 fremgår, at etableringen af det regionale integrerede dobbeldiagnosetilbud vil indebære en mindreudgift i kommunerne på 17 mio. kr. i 2025, 124 mio. kr. i 2026 og 162 mio. kr. i 2027 og frem, at der reelt er tale om en budgetreduktion, hvor regionen ikke får ansvaret for overtage en målgruppe, men udelukkende ansvar for at etablere et tilbud til målgruppen, hvorfor pengene ikke nødvendigvis følger borgeren, og for langt de fleste kommuner vil dette få store økonomiske konsekvenser og med stor sandsynlighed påvirke kvaliteten af den fremtidige kommunale rusmiddelbehandling, som skal drives for færre midler. FLOR peger i den forbindelse på, at langt størstedelen af budgetmidlerne i de kommunale rusmiddelcentre går til personale, hvorfor det også må forventes, at budgetreduktionen overvejende skal findes her. FLOR opfordrer kraftigt til, at det nye integrerede dobbeldiagnosetilbud monitoreres tæt mhp. en senere justering af økonomiflyttet, såfremt det viser sig, at det regionale



integrerede tilbud ikke benyttes i forventet omfang, og FLOR stiller sig gerne til rådighed mhp. at komme med input til relevante indikatorer for monitorering.

**Københavns Kommune** vurderer, at beregningen af kommunernes mindredgift forbundet med regionale dobbeltdiagnosebehandlingstilbud er behæftet med usikkerhed, og bemærker i den forbindelse bl.a., at det er vigtigt, at det integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud indrettes fleksibelt og tilgængeligt, da der ellers er en risiko for, at færre personer end antaget kommer til at benytte tilbuddet.

**Psykiatrifonden** vurderer, at målgruppen er underdimensioneret, og finder det magtpålgende at påpege, at eftersom den økonomiske ramme for nuværende er estimeret til 9.200 patienter, bør der, såfremt dette viser sig at være et underestimat, følge en tilsvarende økonomisk nominering i kroner pr. patient følge med en eventuel ny viden.

**Ringgården – Kompetencecenter for dobbeltfokuseret afhængighedsbehandling** har noteret sig, at den kommende organisering indebærer en øget finansiering til området, hvilket er tiltrængt, men Ringgården er bekymret for finansieringsmodellen, som risikerer at medføre en betydelig forringelse for de borgere, der bliver ved at høre til den kommunale målgruppe med begrænset mulighed for sufficient behandling af deres dobbeltdiagnoser.

*I forbindelse med aftalerne med Danske Regioner og KL om henholdsvis regionernes og kommunernes økonomi for 2024 blev der indgået en samlet kompensationsaftale omfattende både flytningen af ansvar fra kommuner til regioner for misbrugsbehandling i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling.*

*Med økonomiaftalerne blev der således opnået enighed med Danske Regioner og KL om, dels at det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud for regionernes vedkommende vil indebære en merudgift på 64 mio. kr. i 2024, 178 mio. kr. i 2025, 285 mio. kr. i 2026 og 323 mio. kr. i 2027 og frem (2024-pl), dels at omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling for regionernes vedkommende vil indebære en merudgift på 54 mio. kr. i 2024 og 108 mio. kr. i 2025 og frem (2024-pl). Som konsekvens af de regionale merudgifter vil den regionale finansiering samlet blive forøget med 118 mio. kr. i 2024, 286 mio. kr. i 2025, 393 mio. kr. i 2026 og 431 mio. kr. i 2027 og frem (2024-pl), hvorved aftalen om det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud og omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling vil være fuldt finansieret for regionerne.*

*Med økonomiaftalerne blev der desuden opnået enighed med Danske Regioner og KL om, dels at det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud for kommunernes vedkommende vil indebære en mindredgift på 17 mio. kr. i 2025, 124 mio. kr. i 2026 og 162 mio. kr. i 2027 og frem (2024-pl), dels at omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling for kommunernes vedkommende vil indebære en mindredgift på 82 mio. kr. i 2024 og 164 mio. kr. i 2025 og frem (2024-pl), da den kommunale serviceramme alene reduceres med 52 mio. kr. i 2024 og 103 mio. kr. i 2025 og frem, hvorved der frigøres 30 mio. kr. i 2024 og 61 mio. kr. i 2025 og frem i kommunerne. Som konsekvens af de kommunale mindredgifter vil den kommunale ramme samlet blive reduceret med 52 mio. kr. i 2024, 120 mio. kr. i 2025, 227 mio. kr. i 2026 og 265 mio. kr. i 2027 og frem (2024-pl), hvorved aftalen om det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud og omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling vil frigive et prioriteringsrum for kommunerne.*

*Med økonomiaftalerne blev herudover aftalt med Danske Regioner og KL, at ordningen med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling skal monitoreres løbende mhp. at opnå erfaringer med målgruppen, indholdet og effekten af behandlingen i regionerne og den sideløbende udvikling i kommunerne.*

## **2.2. Bemærkninger vedrørende omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling**

### 2.2.1. Generelt

**Bedre Psykiatri** ser positivt på omlægningen af de nuværende 114 særlige pladser på psykiatrisk afdeling til 88 pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri målrettet samme målgruppe og henviser i den forbindelse til de generelle udfordringer med bl.a. lav belægningsgrad og ubenyttede pladser samt uhensigtsmæssige rammevilkår. Bedre Psykiatri er således enig i, at omlægningen vil give

mulighed for øget fleksibilitet og bedre udnyttelse af den samlede kapacitet i psykiatrien til mennesker med svær psykisk sygdom.

**Dansk Psykiatrisk Selskab** anfører, at der er tale om en nærlæggende løsning på udfordringen med, at flere regioner ikke har specialiseret indlæggelsesmulighed på det integrerede behandlingsområde, og bemærker i den forbindelse, at ideen er god og velunderbygget, og at det ansatte personale vil have erfaring med gruppen.

**Dansk Psykolog Forening** anfører, at de eneste klare ændringer er, at antallet af pladser mindskes, og at finansieringen ændres, og bemærker i den forbindelse, at der savnes en tilbunds gående analyse af, hvorvidt de særlige pladser på psykiatrisk afdeling opfylder deres funktion uanset finansiering.

**Dansk Samfundsmedicinsk Selskab** bakker op om forslaget om omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling.

**Dansk Selskab for Addiktiv Medicin** bifalder, at der etableres en økonomisk model, som ikke indeholder incitamenter, der fremmer manglende henvisninger med deraf følgende underbelægning på trods af et åbenbart behov for behandling.

**Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering** og **Landsforeningen Spor** tilslutter sig forslaget om omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling.

**Dansk Sygeplejeråd** støtter omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling og henviser til, at erfaringerne med ubenyttede pladser naturligvis er uhensigtsmæssig.

**FOA** støtter ændringen og henviser særligt til, at pladserne ved overflytning til rent regionalt regi stadig vil være øremærket til den samme målgruppe, der dermed stadig vil have mulighed for at være indlagt over en længere periode. FOA anfører desuden, at ændringen samtidig sikrer, at der skabes rammer for en bedre koordination mellem disse sengepladser og den nye integrerede dobbeltdiagnosebehandling. FOA anfører endelig, at FOA vil følge monitoreringen af ændringen med håb om, at der opnås bedre resultater for de borgere, der har behov, og at der for personalet forhåbentlig sikres bedre arbejdsmiljø, sikkerhed og trivsel.

**Gadejuristen** mener, at det er positivt, at det foreslås at ophæve kapitel 12 a i psykiatriloven, så patienterne nu bliver omfattet af psykiatrilovens almindelige bestemmelser, for så vidt angår visitation, revurderinger mv. Gadejuristen mener ligeledes, at det er positivt, at servicelovens § 108, stk. 4, ophæves, så den visiterede borger ikke er tvunget til at opsig sin bolig i bytte for behandling.

**Institut for Menneskerettigheder** finder det overordnet set positivt, at de særlige pladser på psykiatrisk afdeling bliver omlagt til længerevarende pladser forankret i den regionale psykiatri.

**Rådet for Social Udsatte** tilslutter sig lovforslaget.

**SAND – De hjemløses landsorganisation** er enig i, at omlægningen er en god idé.

**Selveje Danmark** finder det hensigtsmæssig at omlægge de nuværende 114 særlige pladser på psykiatrisk afdeling til 88 pladser i et længerevarende regionalt tilbud målrettet samme målgruppe.

#### 2.2.1. Fortsat tilbud til målgruppen for de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

**Bedre Psykiatri** anfører, at der bør være et krav til regionerne om, at borgere med svær psykisk sygdom, misbrug og somatisk lidelse skal få et tilbud om en intensiv og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats mhp. at stabilisere patientens helbred og forbedre patientens evne til at mestre hverdagen, herunder ved psykiatrisk behandling og frivillig misbrugsbehandling og ved socialfaglige indsatser, beskæftigelse og aktiviteter, hvorfor det er et væsentligt element, at der efter den aftalte omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling til pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri fortsat vil skulle findes et regionalt tilbud til målgruppen.

*I og med, at det med aftalen om regionernes økonomi for 2024 er aftalt med Danske Regioner at om-lægge de nuværende 114 særlige pladser på psykiatrisk afdeling til 88 pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri målrettet samme målgruppe, er det en klar forventning, at regionerne sørger for, at der fortsat vil være et tilbud til dem, som i dag er omfattet af målgruppen for de særlige pladser på psykiatrisk afdeling.*

### 2.2.2. Kapacitet og monitorering

**Bedre Psykiatri** noterer sig, at selv om det vil være op til den enkelte region at beslutte organiseringen af pladserne i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri, må det forudsættes, at pladserne/tilbuddet, kapaciteten og udnyttelsen samt de specifikt angivne målgrupper vil blive monitoreret hyppigt (fx halvårligt) og evalueret løbende på hhv. regionalt og kommunalt plan, og at monitoreringens *outcomes* for målgrupperne tilsvarende har et særligt fokus på udfald, der fremmer og forbedrer den syges livsbetingelser, livskvalitet og helbred, fx ved brug af LUP-data og PRO-data.

**Dansk Psykiatrisk Selskab** anfører, at der er meget få ressourcer i forhold til det antagelige behov, og henviser i den forbindelse til, at der på nuværende tidspunkt i Region Hovedstaden er ventetid på indlæggelse på en afdeling med ca. 80 senge. Dansk Psykiatrisk Selskab tilføjer dog, at det er en god begyndelse, og at en kvalitetsdatabase vil kunne monitorere resultater.

**Dansk Sygeplejeråd** giver udtryk for bekymring for reduktionen af pladser fra 114 til 88 og henviser til det store behov for hjælp.

**Gadejuristen** ser ikke umiddelbart positivt på nedjusteringen af antallet af pladser til integreret dobbeltdiagnosebehandling fra 144 til 88 og henviser i den forbindelse til, at målgruppen for dobbeltdiagnosebehandling estimeres til at være omkring 9.200 borgere, hvorfor Gadejuristen mener, at en nedjustering af antallet af pladser er en hån mod målgruppen.

**Institut for Menneskerettigheder** anfører, at VIVEs evaluering fra 2021 viste, at det har været vanskeligt at udnytte den oprindelige kapacitet på 150 pladser fuldt ud, og at det inden for de eksisterende rammer kun er muligt at udnytte cirka 75 pladser, og bemærker i den forbindelse, at denne konklusion bygger på, at de eksisterende rammer fastholdes. Institutet finder det på denne baggrund uklart, hvad der er begrundelsen for at reducere antallet af pladser fra 114 til 88, og anbefaler, at beslutningen om at reducere antallet begrundes.

**KL** foreslår, at kommunerne årligt drøfter pladsanvendelsen med regionen i regi af Kommunekontaktudvalget (KKU), og at kapacitet og styring løbende drøftes administrativt i relevante regionale faglige fora, hvor region og kommuner deltager. Efter KL's opfattelse skal der være en sikring af, at der fortsat er et regionalt tilbud til målgruppen, der antalsmæssigt svarer til den politiske aftale. KL giver i den forbindelse udtryk for den opfattelse, at lovforslagets udformning reelt strider mod de intentioner, der er i den politiske aftale og i den udarbejdede visitationsretningslinje.

**Psykiatrifonden** hæfter sig ved, at man nedlægger 114 særlige pladser på psykiatrisk afdeling, men kun lader 88 genopstå, og finder, at dette harmonerer meget dårligt med det i forvejen akutte behov for sengepladser.

**Rådet for Socialt Udsatte** anfører, at anfører, at omlægningen sker ved at ophæve de relevante bestemmelser i psykiatriloven, sundhedsloven og serviceloven, og bemærker i den forbindelse, at det skal sikres, at de 88 pladser målrettes samme målgruppe og med samme indhold. Rådet foreslår, at brugen og udnyttelsen af de 88 pladser følges tæt.

**SAND – De hjemløses landsorganisation** anfører med henvisning til det faglige skøn på ca. 9200 personer med dobbeltdiagnose, at behovet for pladser er stort, og at antallet ikke bør sættes ned til 88, men fastholdes på 114.

*Siden de særlige pladser på psykiatrisk afdeling som led i udmøntningen af aftalen om satspuljen for 2017-2020 blev oprettet i 2017, har der været en generel udfordring med lav belægningsgrad og ubenyttede pladser, og i en evaluering pegede VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd).*

*På den baggrund har der fra både regional og kommunal side været et ønske om en omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling, og med aftalerne om regionernes og kommunernes økonomi for 2024 blev der opnået enighed med Danske Regioner og KL om at omlægge de nuværende 114 særlige pladser på psykiatrisk afdeling til 88 pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri målrettet samme målgruppe. Antallet er udtryk for en fælles vurdering af kapacitetsbehovet.*

*I forlængelse af omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling til de længerevarende pladser forankret i den regionale psykiatri vil anvendelsen af pladserne blive monitoreret løbende. Monitoreringen vil bl.a. tage sigte på at kunne følge kapaciteten og udnyttelsen heraf såvel som udslusningen til kommunerne. Monitoreringen af udslusningen skal ses i lyset af, at opholdet ikke forudsættes at være permanent, men midlertidigt. De længerevarende pladser er således ikke tiltænkt patienter, som ikke længere opfylder kriterier svarende til dem, der i dag gælder for at blive visiteret til de særlige pladser på psykiatrisk afdeling. Den konkrete håndtering af monitoreringen og registreringsmuligheder i fx Landspatientregisteret drøftes af staten, Danske Regioner og KL.*

### 2.2.3. Hjemmelsgrundlag

**Danske Regioner** anfører, at det med fordel kan udspecificeres, om de nye pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri målrettet samme målgruppe tænkes som almen psykiatriske sengepladser med hjemmel i det foreslåede kapitel 17 b med § 82 c i sundhedsloven, således at pladserne vil være omfattet af de patientrettigheder, som gælder for sygehusedelser, herunder retten til frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg.

*I forhold til høringsudkastet er lovforslaget ændret, således at det nu udtrykkeligt fremgår af bemærkningerne, at de kommende pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri, som de særlige pladser på psykiatrisk afdeling omlægges til, vil være en sygehusedelse, jf. sundhedslovens afsnit VI, og at der for patienterne på de kommende pladser vil gælde de rettigheder, der gælder i forbindelse med modtagelse af sygehusedelser efter sundhedslovens afsnit VI, herunder retten til frit sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 86, og retten til udvidet frit sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 87, såvel som de i medfør heraf nærmere fastsatte regler, hvortil kommer reglerne i psykiatriloven, herunder om lovens kapitel 4 a om opfølgning efter udskrivning.*

### 2.2.4. Målgruppe

**Danske Regioner** anfører, at det af bemærkningerne i høringsudkastet fremgår, at patienter, der opfylder psykiatrilovens § 42 c, skal visiteres til det regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud, og Danske Regioner spørger i den forbindelse, hvilket hjemmelsgrundlag der sikrer dette, når § 42 c ophæves. Danske regioner anfører endvidere, at det af bemærkninger til høringsudkastet fremgår, at patienter, der i dag opfylder psykiatrilovens § 42 c, ikke vil blive visiteret til det regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud, hvis de ikke har en rusmiddelproblematik. Danske Regioner anfører endvidere, at det mht. visitation til de nye pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri fremgår af høringsudkastets bemærkninger, at kriterierne skal være uændrede, dvs. at patienten skal være "til fare for andre og uforudsigelig i sin adfærd". Danske Regioner påpeger i den forbindelse, dels at dette allerede på nuværende tidspunkt er en bestemmelse, som giver visse problemer, idet mange patienter primært er til fare for sig selv, men ikke nødvendigvis for andre, dels at det forekommer u hensigtsmæssigt, at farlighed fortsat er et nødvendigt kriterium, hvis hensigten er i højere grad at åbne pladserne for dobbeltdiagnosepatienter.

*Mht. målgruppe vil de kommende pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri skulle kunne rumme patienter, som opfylder kriterier svarende til dem, der i dag gælder for at blive visiteret til de særlige pladser på psykiatrisk afdeling, jf. psykiatrilovens § 42 c, og det gælder også dem i målgruppen, som ikke måtte have en rusmiddelproblematik, og som derfor ikke vil skulle visiteres til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling. Mht. formål vil de kommende pladser skulle kunne dels tilbyde en intensiv og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats mhp. at stabilisere patientens helbred og forbedre patientens evne til at mestre hverdagen, herunder ved psykiatrisk behandling og frivillig*

*misbrugsbehandling og ved socialfaglige indsatser, beskæftigelse og aktiviteter, dels bidrage til at nedbringe antallet af voldsepisoder og konflikter, at opnå bedre sikkerhed for andre patienter og medarbejdere samt at forebygge anvendelsen af tvang over for målgruppen. Efter den aftalte omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling til pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri vil der således fortsat skulle findes et regionalt tilbud til målgruppen.*

#### 2.2.6. Udslusning fra de nye pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri

**Danske Regioner** anfører, at det af høringsudkastets bemærkninger fremgår, at de nye pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri vil blive monitoreret løbende, såvel som at monitoreringen bl.a. vil tage sigte på at kunne følge udslusningen til kommunerne, og at monitoreringen af udslusningen skal ses i lyset af, at opholdet ikke forudsættes at være permanent, men midlertidigt. Danske Regioner påpeger i den forbindelse, at der ikke står andet om kommunernes ansvar mht. udslusningen, og at det vil være relevant, at kommunernes ansvar konkretiseres i bemærkningerne. Danske Regioner henviser til, at psykiatrien ikke sjældent oplever, at færdigbehandlede patienter ikke kan udskrives, fordi der ikke er fundet botilbud, akut bolig eller lignende.

*I forlængelse af omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling til de længerevarende pladser forankret i den regionale psykiatri vil anvendelsen af pladserne blive monitoreret løbende. Monitoreringen vil bl.a. tage sigte på at kunne følge udslusningen til kommunerne, og monitoreringen af udslusningen skal ses i lyset af, at opholdet ikke forudsættes at være permanent, men midlertidigt. De længerevarende pladser er således ikke tiltænkt patienter, som ikke længere opfylder kriterier svarende til dem, der i dag gælder for at blive visiteret til de særlige pladser på psykiatrisk afdeling. Den konkrete håndtering af monitoreringen og registreringsmuligheder i fx Landspatientregisteret drøftes af staten, Danske Regioner og KL.*

#### 2.2.7. Overgang

**Danske Regioner** anfører, at det af høringsudkastet fremgår, at hjemmelsgrundlaget i psykiatrilovens kapitel 12 a for de særlige pladser på psykiatrisk afdeling ophæves den 30. juni 2024, og at det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud er gældende pr. 1. september 2024, og bemærker i den forbindelse, at det med fordel kan præciseres, hvilke patientrettigheder de indskrevne patienter på de særlige pladser på psykiatrisk afdeling har fra den 30. juni 2024, fx om det er regionen eller kommunen, der har behandlingsansvar, hvis en patient nægter sig udskrevet/udsluset inden den 30. juni 2024, og med hvilken hjemmel.

*Efter ikrafttrædelse den 1. juli 2024 af den del af lovforslaget, som vedrører omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling til pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri, vil der for patienterne på pladserne i det længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri gælde de rettigheder, der gælder i forbindelse med modtagelse af sygehusydelse efter sundhedslovens afsnit VI, herunder retten til frit sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 86, og retten til udvidet frit sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 87, såvel som de i medfør heraf nærmere fastsatte regler, hvortil kommer reglerne i psykiatriloven, herunder om lovens kapitel 4 a om opfølgning efter udskrivning.*

*Så længe en patient er indlagt på en af de kommende pladser i det længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri, vil regionen have ansvaret for behandlingen, herunder også for behandlingen af et evt. alkohol- eller stofmisbrug. Efter udskrivningen vil det efter sundhedslovens §§ 141- 142 eller servicelovens § 101 være et kommunalt ansvar at tilbyde misbrugsbehandling.*

#### 2.2.8. Økonomi

**Dansk Psykiatrisk Selskab** anfører, at det er glædeligt, at staten er medfinansierende i det økonomiske rum, der består, når kommuner frigiver midler, og disse er færre end de forventede udgifter, og at der er tænkt i en fuld finansiering. Ifølge Dansk Psykiatrisk Selskab bør det dog bemærkes, at der er udfordringer med kompetenceløft og medarbejdervind i hele sundhedsvæsenet samt med konjunkturer, der kan have meget stor betydning for budgetteringen. Dansk Psykiatrisk Selskab nævner, at det hurtigt kan vise sig ikke at være fuld finansieret, hvis alle medarbejdere er vikarer til 100 pct. højere aflønning.

**Københavns Kommune** anfører, at kommunen er en af de kommuner, der har anvendt, hvad der befolkningsmæssigt svarer til kommunens andel af de tilgængelige særlige pladser i Region Hovedstaden, og

finder derfor anledning til at pointere, at der er risiko for, at kommunen vil mærke økonomiske konsekvenser ved en nedskæring af antallet af pladser, da det kan medføre, at kommunen vil være nødsaget til at tilkøbe flere socialpsykiatriske botilbudspladser.

*I forbindelse med aftalerne med Danske Regioner og KL om henholdsvis regionernes og kommunernes økonomi for 2024 blev der indgået en samlet kompensationsaftale omfattende både flytningen af ansvar fra kommuner til regioner for misbrugsbehandling i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling.*

*Med økonomiaftalerne blev der således opnået enighed med Danske Regioner og KL om, dels at det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud for regionernes vedkommende vil indebære en merudgift på 64 mio. kr. i 2024, 178 mio. kr. i 2025, 285 mio. kr. i 2026 og 323 mio. kr. i 2027 og frem (2024-pl), dels at omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling for regionernes vedkommende vil indebære en merudgift på 54 mio. kr. i 2024 og 108 mio. kr. i 2025 og frem (2024-pl). Som konsekvens af de regionale merudgifter vil den regionale finansiering samlet blive forøget med 118 mio. kr. i 2024, 286 mio. kr. i 2025, 393 mio. kr. i 2026 og 431 mio. kr. i 2027 og frem (2024-pl), hvorved aftalen om det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud og omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling vil være fuldt finansieret for regionerne.*

*Med økonomiaftalerne blev der desuden opnået enighed med Danske Regioner og KL om, dels at det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud for kommunernes vedkommende vil indebære en mindreudgift på 17 mio. kr. i 2025, 124 mio. kr. i 2026 og 162 mio. kr. i 2027 og frem (2024-pl), dels at omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling for kommunernes vedkommende vil indebære en mindreudgift på 82 mio. kr. i 2024 og 164 mio. kr. i 2025 og frem (2024-pl), da den kommunale serviceramme alene reduceres med 52 mio. kr. i 2024 og 103 mio. kr. i 2025 og frem, hvormed der frigøres 30 mio. kr. i 2024 og 61 mio. kr. i 2025 og frem i kommunerne. Som konsekvens af de kommunale mindreudgifter vil den kommunale ramme samlet blive reduceret med 52 mio. kr. i 2024, 120 mio. kr. i 2025, 227 mio. kr. i 2026 og 265 mio. kr. i 2027 og frem (2024-pl), hvorved aftalen om det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud og omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling vil frigive et prioriteringsrum for kommunerne.*

*I forlængelse af omlægningen af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling til de længerevarende pladser forankret i den regionale psykiatri vil anvendelsen af pladserne blive monitoreret løbende. Monitoreringen vil bl.a. tage sigte på at kunne følge kapaciteten og udnyttelsen heraf. Den konkrete håndtering af monitoreringen og registreringsmuligheder i fx Landspatientregisteret drøftes af staten, Danske Regioner og KL.*