

Høringssvar

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
UngeAlliancen



Til
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Att. sum@sum.dk med kopi til jpe@sum.dk og ilj@sum.dk

Høringssvar over udkast til lovforslag 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)

Bedre Psykiatri takker for muligheden for at bidrage til høringen og har følgende bemærkninger.

Ansvar for dobbeltdiagnosebehandling

Overordnet ser Bedre Psykiatri positivt på lovforslagets intention om at ændre fordelingen af behandlingsansvar mellem regioner og kommuner med henblik på at sikre en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Bedre Psykiatri håber, at lovforslaget på sigt kan føre til, at der kan etableres et samlet og integreret tilbud af høj kvalitet forankret i regionerne med henblik på at sikre en samtidig og koordineret behandling af både misbruget, den psykiske lidelse og eventuel somatisk sygdom foruden socialfaglige elementer, når regionerne får ansvar for at tilbyde social stofmisbrugsbehandling.

Bedre Psykiatri er desuden positiv over for, at det omhandlede kapitel skal indeholde en § 82 c, hvoraf det fremgår, 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. Dermed modtager gruppen, der tilbydes integreret behandling den samme rettighed som personer i kommunal misbrugsbehandling med hensyn til frist for iværksættelse af alkohol- og stofmisbrugsbehandling.

Bedre Psykiatri ønsker med dette høringssvar at gøre opmærksom på tre udestående problematikker, som er forudsætninger for, at det kommende integrerede tilbud kan blive en succes. Problematikkerne vedrører ikke lovforslaget direkte, men den kommende implementering.

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, og man hermed risikerer at udvande den kommunale faglighed og personaleressource for personer med dobbeltdiagnose i kommunalt regi. Bedre Psykiatri gør opmærksom på, at nye opgørelser fra Danmarks Statistik viser, at i 2022 begyndte knap 8.000 personer, der var mindst 18 år, i kommunal stofmisbrugsbehandling. 47 pct. af dem, som fik iværksat stofmisbrugsbehandling i 2022, var i kontakt med psykiatriske afdelinger på sygehuse i 2020-2022, mens det gjaldt for 4 pct. i befolkningen generelt¹.

Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik skal anvendes i forbindelse med den regionale visitation til det regionale dobbeltdiagnosetilbud. Bedre Psykiatri bemærker, at lovforslaget ikke opstiller krav og forudsætninger for selve indholdet i tilbuddet. Hermed udestår fortsat en afklaring af, hvilket tilbud regionerne skal etablere, og dermed hvilken behandling, borgerne kan forvente at blive tilbudt. For eksempel om det bliver samme tilbud i alle regioner, eller der bliver forskellige behandlingstilbud at vælge mellem med forskellige behandlingstilgange?

¹ Danmarks Statistik 2022, november. Analyse. Knap 8.000 voksne startede i stofmisbrugsbehandling i 2022.
<https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetAnalyse.aspx?cid=52738>



Slutteligt gælder den nye visitationsretningslinje kun for den gruppe borgere, der har alvorlige komplekse sociale problemer ud over misbrug og psykisk sygdom. Således står det beskrevet i Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinjer, at den overordnede målgruppe for det integrerede behandlingstilbud er mennesker med behandlelige psykiske lidelser af moderat til svær grad, som har et psykiatrisk behandlingsbehov og samtidig rusmiddelproblematik. Derudover er funktionsevnen samtidig påvirket i en sådan grad, og den enkeltes hverdag så kompleks og kaotisk, at den enkelte ikke vurderes at kunne følge eller profitere af behandling i et parallelt behandlingstilbud. Hermed udestår fortsat en afklaring af, hvordan den resterende gruppe med dobbeltdiagnose kan få et behandlingstilbud, hvor misbrug ikke står i vejen for behandling af psykisk sygdom og omvendt.

Omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Bedre Psykiatri ser positivt på omlægningen af de nuværende 114 særlige pladser til 88 pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri målrettet samme målgruppe samt målgruppen til det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud, grundet de generelle udfordringer med bl.a. lav belægningsgrad og ubenyttede pladser samt u hensigtsmæssige rammevilkår.

Bedre Psykiatri er 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. En omlægning bør dog indeholde et krav til regionerne om at garantere, at borgere med svær psykisk sygdom, misbrug og somatisk lidelse skal få et tilbud om en intensiv og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats med henblik på 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. Det vil alt andet lige have indflydelse på at nedbringe tvang, genindlæggelser, sociale komplekse problemer og nedbringe risiko for fx foranstaltningsdomme og hjemløshed. Det er således 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.

Bedre Psykiatri noterer, at selvom 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 blive monitoreret hyppigt (fx halvårligt) og evalueret løbende på hhv. regionalt og kommunalt plan. Det forudsættes ligeledes, at monitoreringens outcomes for målgrupperne tilsvarende har et særligt fokus på udfald, der fremmer og forbedrer den syges livsbetingelser, livskvalitet og helbred, eksempelvis ved brug af LUP-data og PRO-data.

Med venlig hilsen

Bedre Psykiatri

Lars Petersen

Fra: Maria Kangas Christensen <bkf@bkchefer.dk>
Sendt: 22. november 2023 07:06
Til: DEP Sundhedsministeriet
Cc: Lars Petersen; Ida Lyngbeck Jensen
Emne: SV: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Kære Indenrigs- og Sundhedsministerium

Børne- og Kulturchefforeningen takker for invitationen til at komme med høringssvar på dette udkast til lovforslag. Børne- og Kulturchefforeningen har ikke nogen kommentarer til dette udkast.

Vh Maria Kangas Christensen

Maria Kangas Christensen

Foreningssekretær
Chefkonsulent
Børne- og kulturchefforeningen
41 75 06 60
Bellisvej 2
8766 Nørre Snede



Fra: Lars Petersen <lpe@sum.dk>

Sendt: 17. november 2023 15:24

Til: Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; Kommunernes Landsforening <KL@KL.DK>; Post@dataetiskraad.dk; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; info@tniganes.fo; hmr@hmr.fo; folkaheilsustyridd@folkaheilsustyridd.fo; Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>; Advokatsamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; ac@ac.dk; info@alkohologsamfund.dk; post@alzheimer.dk; marie@angstforeningen.dk; bdo@bdo.dk; info@bedrepsykiatri.dk; bl@bl.dk; bkd@blaakors.dk; info@broen-danmark.dk; info@brugerforeningen.dk; info@brugernesakademi.dk; bupl@bupl.dk; Børnerådet <brd@brd.dk>; bf@boernesagen.dk; bv@bornsvilkår.dk; Maria Kangas Christensen <bkf@bkchefer.dk>; forperson@bupnet.dk; info@sorg.dk; jurfak@jur.ku.dk; kontakt@cfh.ku.dk; crf@au.dk; csu@horsens.dk; da@da.dk; drc@drc.ngo; post@folkehjaelp.dk; fysio@fysio.dk; dh@handicap.dk; info@danskepatienter.dk; Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; info@danske-aeldreraad.dk; dhf@danskhandicapforbund.dk; Emballageindustrien <hoering@di.dk>; dit@dit.dk; ltn@dadl.dk; dp@dp.dk; kontakt@dpfo.dk; formand@dasams.dk; administration@dsff.dk; kontakt@addiktivmedicin.dk; kontakt@dasem.dk; dsam@dsam.dk; info@patientsikkerhed.dk; info@psykosocialrehabilitering.dk; ds@socialraadgiverne.dk; dsr@dsr.dk; dasys@dasys.dk; Danske Advokater <mail@danskeadvokater.dk>; dh@handicap.dk; dommerforeningen@gmail.com; suf@suf.dk; sekretariat@depressionsforeningen.dk; dch@dch.dk; Det Etiske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; info@detsocialenetvaerk.dk; legal@dignity.dk; duf@duf.dk; mail@dukh.dk; etf@etf.dk; Det Etiske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; Fabu@fabu.dk; fh@fho.dk; bse@alkohologsamfund.dk; foa@foa.dk; info@fadd.dk; info@sundheddanmark.nu; fsd@socialchefforeningen.dk; fas@dadl.dk; c63w@kk.dk; sek@fbu.dk; Socialtilsyn@frederiksberg.dk; fsd@socialchefforeningen.dk; socialtilsynsynd@fmk.dk; kontakt@gadejuristen.dk; inge.ibsen@rsyd.dk; socialtilsynnord@hjoerring.dk; Kommunal.hovedstaden@hk.dk; socialtilsynost@holb.dk; info@humanrights.dk; kk@kirkenskorshaer.dk; ks@kofoedsskole.dk; rhp-shh-

kfd@regionh.dk; info@krifa.dk; klfformand@gmail.com, Sekretariat@lokk.dk; los@los.dk; lfs@lfs.dk;
lvsinfo@lpsa.dk; bodil.neujahr@bopam.dk; info@lfbf.dk; Pernille@lpsa.dk; kontakt@landsforeningen-spor.dk;
lf@laenken.dk; info@spiseforstyrrelse.dk; lap@lap.dk; lederne@lederne.dk; lev@lev.dk; kontakt@levudenvold.dk;
Livslinien@lislinien.dk; info@livsvaerk.org; los@los.dk; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; info@mmk.info;
es@maendeneshjem.dk; moedrehjaelpen@moedrehjaelpen.dk; kontakt@ocd-foreningen.dk;
info@offerraadgivning.dk; lvs@dadl.dk; njl@patientforeningen.dk; plf@forbundet.dk; mail@politiforbundet.dk;
plo@dadl.dk; pf@psykiatrifonden.dk; Ankestyrelsen <ast@ast.dk>; redbarnet@redbarnet.dk; pn@reden.dk;
formand@retspolitik.dk; info@rodekors.dk; info@digitalsikkerhed.dk; SIRI Rådet for Etniske Minoriteter
<rem@siri.dk>; Rådet for Socialt Udsatte <post@udsatte.dk>; sbh@sekr.dk; smp@menighedsplejer.dk;
sand@sandudvalg.dk; kontakt@selveje.dk; socialtilsynmidt@silkeborg.dk; landsforeningen@sind.dk;
mail@sjældnediagnoser.dk; sl@sl.dk; mail@socialtlederforum.dk; sus@sus.dk; kontakt@stenbroensjurister.dk;
SUMH@SUMH.DK; TABUKA@TABUKA.dk; tuba@tuba.dk; ulf@ulf.dk; trinery@trinery.dk; info@urk.dk;
ungdomsringen@ungdomsringen.dk; info@ventilen.dk; Vive <vive@vive.dk>; kontakt@weshelter.dk; yl@dadl.dk;
aeldresagen@aeldresagen.dk

Emne: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Der henvises til vedhæftede høringsbrev.

Med venlig hilsen

Lars Petersen

Chefkonsulent, Psykiatri og Misbrug

M 2242 8422
@ lpe@sum.dk



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

www.sum.dk

Til: Lars Petersen (lpe@sum.dk), Departementet (sum@sum.dk), Ida Lyngbeck Jensen (ILJ@SUM.DK)
Cc: Mette Falkenberg Krantz (mette.falkenberg.krantz@regionh.dk), Jimmi Badawey (jimmi.badawey@regionh.dk), Rune Stevnhøj (stevnhoej@gmail.com)
Fra: Nina Tejs Jørring (ninatejs@hotmail.com)
Titel: Sv: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling
Sendt: 05-12-2023 18:46
Bilag: Hørings svar 05.12.2023.docx;

Til chefkonsulent Lars Petersen

Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab har følgende generelle kommentarer til udkastet til lovforslag:

Problematisk brug af rusmidler i voksenårene starter ofte i den tidlige adolescens hvorfor erfaringer fra den børne- og ungdomspsykiatriske behandling er relevante at indtænke.

I ungdomsårene vil der ofte være mulighed for at forebygge udviklingen af længerevarende misbrug (flere år) og oftere med bedre outcome end det er muligt når et længerevarende misbrug først er udviklet.

Udkastet vedrører blandt andet ændringen af ordningen vedrørende de særlige sengepladser. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab vil benytte nærværende lejlighed til at betone 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 behov.

Vi ved at beskæftigelse og socialt netværk er de bedste prædiktorer for succes mht afholdenhed, og af denne grund har de unge ofte brug for en ambulante behandlingsform der muliggør fastholdelse af beskæftigelse og socialt netværk.

Endvidere ønsker selskabet at gøre opmærksom på at der angående visitation til ordningen er behov for præcisering. Termen "dobbelt-diagnose" vil muligvis profitere af beskrivelse af funktionsnedsættelse, eller alternativt kan der præciseres ved fx at anvende termen "rusmiddelforbrug med behandlingskrævende psykiatrisk lidelse".

På vegne af BUP-DK
Nina Tejs Jørring

Med venlig hilsen
Nina Tejs Jørring
Forperson for BUP-DK (Børne- og Ungdomspsykiatrisk selskab)
Overlæge i børne- og ungdomspsykiatri, Region H
Specialist og supervisor i psykoterapi



20th International Congress of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry.
29 JUNE - 1 JULY, 2023, COPENHAGEN
Next Generation Europe – a balancing act between clinical, research and political demands

taos associate: <https://www.taosinstitute.net/about-us/people/institute-associates/europe/denmark/nina-tejs-jorring-md>

webpage: <http://www.ninatejsjorring.dk/>

forfatter: <https://www.routledge.com/Narrative-Psychiatry-and-Family-Collaborations/JORRING-Alexander-Epston/p/book/9780367774844>

Fra: Lars Petersen <lpe@sum.dk>

Sendt: 17. november 2023 15:24

Til: Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; Kommunernes Landsforening <KL@KL.DK>; Post@dataetiskraad.dk <Post@dataetiskraad.dk>; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; info@tniganes.fo <info@tniganes.fo>; hmr@hmr.fo <hmr@hmr.fo>; folkaheilsustyridd@folkaheilsustyridd.fo <folkaheilsustyridd@folkaheilsustyridd.fo>; Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>; Advokatsamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; ac@ac.dk <ac@ac.dk>; info@alkohologsamfund.dk <info@alkohologsamfund.dk>; post@alzheimer.dk <post@alzheimer.dk>; marie@angstforeningen.dk <marie@angstforeningen.dk>; bdo@bdo.dk <bdo@bdo.dk>; info@bedrepsykiatri.dk <info@bedrepsykiatri.dk>; bl@bl.dk <bl@bl.dk>; bkd@blaakors.dk <bkd@blaakors.dk>; info@broen-danmark.dk <info@broen-danmark.dk>;

info@brugerforeningen.dk <info@brugerforeningen.dk>; info@brugernesakademi.dk <info@brugernesakademi.dk>;
bupl@bupl.dk <bupl@bupl.dk>; Børnerådet <brd@brd.dk>; bf@boernesagen.dk <bf@boernesagen.dk>; bv@bornsvilkår.dk
<bv@xn--bornsvilkr-95a.dk>; bkf@bkchefer.dk <bkf@bkchefer.dk>; forperson@bupnet.dk <forperson@bupnet.dk>;
info@sorg.dk <info@sorg.dk>; jurfak@jur.ku.dk <jurfak@jur.ku.dk>; kontakt@cfh.ku.dk <kontakt@cfh.ku.dk>; crf@au.dk
<crf@au.dk>; csu@horsens.dk <csu@horsens.dk>; da@da.dk <da@da.dk>; drc@drc.ngo <drc@drc.ngo>;
post@folkehjaelp.dk <post@folkehjaelp.dk>; fysio@fysio.dk <fysio@fysio.dk>; dh@handicap.dk <dh@handicap.dk>;
info@danskepatienter.dk <info@danskepatienter.dk>; Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; info@danske-
aeldreraad.dk <info@danske-aeldreraad.dk>; dhf@danskhandicapforbund.dk <dhf@danskhandicapforbund.dk>;
Emballageindustrien <hoering@di.dk>; dit@dit.dk <dit@dit.dk>; ltn@dadl.dk <ltn@dadl.dk>; dp@dp.dk <dp@dp.dk>;
kontakt@dpfo.dk <kontakt@dpfo.dk>; formand@dasams.dk <formand@dasams.dk>; administration@dsff.dk
<administration@dsff.dk>; kontakt@additivmedicin.dk <kontakt@additivmedicin.dk>; kontakt@dasem.dk
<kontakt@dasem.dk>; dsam@dsam.dk <dsam@dsam.dk>; info@patientsikkerhed.dk <info@patientsikkerhed.dk>;
info@psykosocialrehabilitering.dk <info@psykosocialrehabilitering.dk>; ds@socialraadgiverne.dk <ds@socialraadgiverne.dk>;
dsr@dsr.dk <dsr@dsr.dk>; dasys@dasys.dk <dasys@dasys.dk>; Danske Advokater <mail@danskeadvokater.dk>;
dh@handicap.dk <dh@handicap.dk>; dommerforeningen@gmail.com <dommerforeningen@gmail.com>; suf@suf.dk
<suf@suf.dk>; sekretariat@depressionsforeningen.dk <sekretariat@depressionsforeningen.dk>; dch@dch.dk <dch@dch.dk>;
Det Etske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; info@detsocialenetvaerk.dk <info@detsocialenetvaerk.dk>; legal@dignity.dk
<legal@dignity.dk>; duf@duf.dk <duf@duf.dk>; mail@dukh.dk <mail@dukh.dk>; etf@etf.dk <etf@etf.dk>; Det Etske Råd
kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; Fabu@fabu.dk <Fabu@fabu.dk>; fh@fho.dk <fh@fho.dk>; bse@alkohologsamfund.dk
<bse@alkohologsamfund.dk>; foa@foa.dk <foa@foa.dk>; info@fadd.dk <info@fadd.dk>; info@sundheddanmark.nu
<info@sundheddanmark.nu>; fsd@socialchefforeningen.dk <fsd@socialchefforeningen.dk>; fas@dadl.dk <fas@dadl.dk>;
c63w@kk.dk <c63w@kk.dk>; sek@fbu.dk <sek@fbu.dk>; Socialtilsyn@frederiksberg.dk <Socialtilsyn@frederiksberg.dk>;
fsd@socialchefforeningen.dk <fsd@socialchefforeningen.dk>; socialtilsynsyd@fmk.dk <socialtilsynsyd@fmk.dk>;
kontakt@gadejuristen.dk <kontakt@gadejuristen.dk>; inge.ibsen@rsyd.dk <inge.ibsen@rsyd.dk>;
socialtilsynnord@hjoerring.dk <socialtilsynnord@hjoerring.dk>; Kommunal.hovedstaden@hk.dk
<Kommunal.hovedstaden@hk.dk>; socialtilsynost@holb.dk <socialtilsynost@holb.dk>; info@humanrights.dk
<info@humanrights.dk>; kk@kirkenskorshaer.dk <kk@kirkenskorshaer.dk>; ks@kofoedsskole.dk <ks@kofoedsskole.dk>; rhp-
shh-kfd@regionh.dk <rhp-shh-kfd@regionh.dk>; info@krifa.dk <info@krifa.dk>; klfformand@gmail.com
<klfformand@gmail.com>; Sekretariat@lokk.dk <Sekretariat@lokk.dk>; los@los.dk <los@los.dk>; lfs@lfs.dk <lfs@lfs.dk>;
lvsinfo@lpsa.dk <lvsinfo@lpsa.dk>; bodil.neujahr@bopam.dk <bodil.neujahr@bopam.dk>; info@lfbf.dk <info@lfbf.dk>;
pernille@lpsa.dk <pernille@lpsa.dk>; kontakt@landsforeningen-spor.dk <kontakt@landsforeningen-spor.dk>; lf@laenken.dk
<lf@laenken.dk>; info@spiseforstyrelse.dk <info@spiseforstyrelse.dk>; lap@lap.dk <lap@lap.dk>; lederne@lederne.dk
<lederne@lederne.dk>; lev@lev.dk <lev@lev.dk>; kontakt@levudenvold.dk <kontakt@levudenvold.dk>;
Livslinien@lislinien.dk <Livslinien@lislinien.dk>; info@livsvaerk.org <info@livsvaerk.org>; los@los.dk <los@los.dk>;
Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; info@mmk.info <info@mmk.info>; es@maendeneshjem.dk <es@maendeneshjem.dk>;
moedrehjaelpen@moedrehjaelpen.dk <moedrehjaelpen@moedrehjaelpen.dk>; kontakt@ocd-foreningen.dk <kontakt@ocd-
foreningen.dk>; info@offerraadgivning.dk <info@offerraadgivning.dk>; lvs@dadl.dk <lvs@dadl.dk>;
njl@patientforeningen.dk <njl@patientforeningen.dk>; plf@forbundet.dk <plf@forbundet.dk>; mail@politiforbundet.dk
<mail@politiforbundet.dk>; plo@dadl.dk <plo@dadl.dk>; pf@psykiatrifonden.dk <pf@psykiatrifonden.dk>; Ankestyrelsen
<ast@ast.dk>; redbarnet@redbarnet.dk <redbarnet@redbarnet.dk>; pn@reden.dk <pn@reden.dk>; formand@retspolitik.dk
<formand@retspolitik.dk>; info@rodekors.dk <info@rodekors.dk>; info@digitalsikkerhed.dk <info@digitalsikkerhed.dk>; SIRI
Rådet for Etniske Minoriteter <rem@siri.dk>; Rådet for Socialt Udsatte <post@udsatte.dk>; sbh@sekr.dk <sbh@sekr.dk>;
smp@menighedsplejer.dk <smp@menighedsplejer.dk>; sand@sandudvalg.dk <sand@sandudvalg.dk>; kontakt@selveje.dk
<kontakt@selveje.dk>; socialtilsynmidt@silkeborg.dk <socialtilsynmidt@silkeborg.dk>; landsforeningen@sind.dk
<landsforeningen@sind.dk>; mail@sjaldnediagnoser.dk <mail@sjaldnediagnoser.dk>; sl@sl.dk <sl@sl.dk>;
mail@socialtlederforum.dk <mail@socialtlederforum.dk>; sus@sus.dk <sus@sus.dk>; kontakt@stenbroensjurister.dk
<kontakt@stenbroensjurister.dk>; SUMH@SUMH.DK <SUMH@SUMH.DK>; TABUKA@TABUKA.dk <TABUKA@TABUKA.dk>;
tuba@tuba.dk <tuba@tuba.dk>; ulf@ulf.dk <ulf@ulf.dk>; trinery@trinery.dk <trinery@trinery.dk>; info@urk.dk
<info@urk.dk>; ungdomsringen@ungdomsringen.dk <ungdomsringen@ungdomsringen.dk>; info@ventilen.dk
<info@ventilen.dk>; Vive <vive@vive.dk>; kontakt@weshelter.dk <kontakt@weshelter.dk>; yl@dadl.dk <yl@dadl.dk>;
aeldresagen@aeldresagen.dk <aeldresagen@aeldresagen.dk>

Emne: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Der henvises til vedhæftede høringsbrev.

Med venlig hilsen

Lars Petersen
Chefkonsulent, Psykiatri og Misbrug

M 2242 8422
@ lpe@sum.dk



INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

www.sum.dk

Til chefkonsulent Lars Petersen

05.12.2023

Høringssvar fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab har følgende generelle kommentarer til udkastet til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling:

Problematiske brug af rusmidler i voksenårene starter ofte i den tidlige adolescens hvorfor erfaringer fra den børne- og ungdomspsykiatriske behandling er relevante at indtænke.

I ungdomsårene vil der ofte være mulighed for at forebygge udviklingen af længerevarende misbrug (flere år) og oftere med bedre outcome end det er muligt når et længerevarende misbrug først er udviklet.

Udkastet vedrører blandt andet ændringen af ordningen vedrørende de særlige sengepladser. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab vil benytte nærværende lejlighed til at betone 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 behov.

Vi ved at beskæftigelse og socialt netværk er de bedste prædiktorer for succes mht afholdenhed, og af denne grund har de unge ofte brug for en ambulante behandlingsform der muliggør fastholdelse af beskæftigelse og socialt netværk.

Endvidere ønsker selskabet at gøre opmærksom på at der angående visitation til ordningen er behov for præcisering. Termen "dobbelt-diagnose" vil muligvis profitere af beskrivelse af funktionsnedsættelse, eller alternativt kan der præciseres ved fx at anvende termen "rusmiddelforbrug med behandlingskrævende psykiatrisk lidelse".

På vegne af BUP-DK
Nina Tejs Jørring

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

DANSKE
REGIONER



18-12-2023
EMN-2023-01197
1672397

Høring over udkast til lovforslag 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)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremsendte den 17. november 2023 udkast til lovforslag 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) i offentlig høring. Lovforslaget er en opfølgning på aftalerne om regionernes og kommunernes økonomi for 2024.

Med økonomiaftalerne blev der opnået enighed mellem regeringen, Danske Regioner og KL om rammerne for et samlet regionalt dobbeltdiagnosetilbud, som skal ibrugtages pr. 1. september 2024 med en trinvis indfasning, og som skal være fuldt ud indfaset i 2027. Der blev desuden opnået enighed 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. Omlægningen træder i kraft den 1. juli 2024.

Danske Regioners høringssvar omhandler:

- Økonomi
- Patientrettigheder
- Indfasning
- Monitorering og registrering

Dertil yderligere bemærkninger til lovforslaget.

Høringssvaret afgives med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse ved møde den 2. februar 2024.

Økonomi

Det fremgår af side 24 i lovforslaget, at lovforslaget ikke medfører yderligere økonomiske konsekvenser. Dette kan imidlertid ikke udelukkes på sigt, jf. det aftalte i økonomiaftalen for 2024. Her fremgår *"ordningen skal følges løbende med henblik på at opnå erfaringer med målgruppen, indholdet og effekten af behandlingen i regionerne og den sideløbende udvikling i kommunerne"*. Af det endelige forståelsespapir mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL af 23. maj 2023 fremgår det, at *"ordningen skal følges løbende med henblik på at opbygge viden om målgruppen, herunder omfang og antal personer, der har behov for tilbuddet. Der gøres status medio 2026"*. Danske Regioner forudsætter, at økonomien i tilbuddet følges tilsvarende.

Ifølge den gældende lovgivning yder kommunerne vederlagsfri medicin ved misbrugsbehandling. Af udkastet til lovforslag fremgår det, at denne forpligtelse for kommunerne ophører, hvis patienten overgår til behandling i sygehusregi i regionerne. Det fremgår derimod ikke entydigt, om regionerne får pligt til at tilbyde vederlagsfri medicin til de patienter, der efter lovændringen skal behandles i regionerne. I lovforslaget beskrives alene lægesamtale som vederlagsfri. Dette har en væsentlig betydning, da medicin, som ordineres i ambulant regi i regionen, ikke er vederlagsfri. Da der må forventes at være betydelige udgifter forbundet med at skulle tilbyde vederlagsfri medicin, er det væsentligt, at regionernes evt. forpligtelser fremgår tydeligt, samt at den nødvendige økonomiske kompensation følger med.

Patientrettigheder

Det fremgår af lovforslaget, at målgruppen er patienter, som er visiteret til et integreret behandlingsforløb for samtidig psykisk behandling og rusmiddelbehandling. Den integrerede behandling består, som lovforslaget er udformet, af flere patientrettigheder med to forskellige tidsfrister. Misbrugsbehandling iværksættes senest 14 dage efter regionens modtagelse af henvisning, mens ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg er patientrettigheder med 30 dages frist. De 14 dage er en videreførsel af patientens rettighed ift. misbrugsbehandling i kommunen.

Da der netop er tale om et integreret tilbud, bør der gælde "én" samlet tidsfrist til det integrerede behandlingsforløb. Forskellige rettigheder med forskellige

tidsfrister tilknyttet vurderes ikke at gavne patienterne, og fremstår ikke meningsfuldt, da det netop er hensigten, at psykiatrisk udredning og behandling og misbrugsbehandling skal kunne foregå samtidig og er indbyrdes afhængige.

Danske Regioner foreslår, 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 sygehuset har modtaget henvisningen.

Det foreslås desuden at overføre retten fra udvidet frit sygehusvalg, hvor patienten har ret til at vælge en privat leverandør i det tilfælde, hvor regionen ikke kan tilbyde at starte den integrerede behandling indenfor tidsfristen. Ligeledes foreslås overført private leverandørers ret til at få en aftale med Danske Regioner. Dette forudsætter, at den private leverandør, der ønsker aftale, kan tilbyde et samlet integreret forløb på linje med det regionale tilbud.

Indfasning

I det endelige forståelsespapir mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL af 23. maj 2023 fremgår det, at gruppen, der ligger indenfor målgruppen, er opdelt i undergrupper pba. deres nuværende behandlingskontakt. Det drejer sig om:

- 1) personer, som kun modtager psykiatrisk behandling, men er registreret med en misbrugsdiagnose,
- 2) personer, som er i aktuel behandling for både misbrug og en psykisk lidelse, samt
- 3) personer, der kun er i misbrugsbehandling, men er kendt med samtidig psykiatrisk problematik.

Målgruppen flyttes trinvis til det nye dobbeltdiagnosetilbud, med følgende indfasning:

- gruppe 1 visiteres til det regionale tilbud fra og med 1/9 2024
- gruppe 2 visiteres til det regionale tilbud fra og med 1/7 2025
- gruppe 3 visiteres til det regionale tilbud fra og med 1/7 2026.

Det bør fremgå tydeligt af forslaget, at der er tale om en trinvis indfasning af det regionale dobbeltdiagnosebehandlingstilbud, og at lovgivningen derfor ikke gælder alle i den samlede målgruppe fra 1/9- 2024.

Monitorering og registrering

Da aftalen om det nye integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud blev indgået i foråret, blev det aftalt, at regionerne skal indberette de samme oplysninger til Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB) og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), som kommunerne også indberetter, hvilket fremgår af side 13 i lovforslaget.

Det har vist sig, at indberetningsopgaven vil indebære en meget betydelig administrativ byrde, uden at det fremstår klart, hvorfor der er behov for den store mængde data, som indberettes. Som det ser ud nu, skal der i forbindelse med hver misbrugsbehandling indberettes svar på cirka 60 spørgsmål (herunder meget detaljerede spørgsmål såsom gennemsnitligt antal genstande af forskellig type inden for de sidste 30 dage samt følsomme spørgsmål bl.a. om patienternes hovedindtægtskilde (herunder om den kan være prostitution eller illegale aktiviteter)). Hertil kommer de data, som kan opsamles direkte via den indberetning, der allerede vil komme til at foregå via Landspatientregistret.

Flere regioner peger desuden på, at så store mængder spørgsmål kan gå ud over den tid, der er til den egentlige patientkontakt, og at detaljeringsgraden i nogle af dem kan gå ud over relationen mellem patient og behandler. Der kan også rejses tvivl om validiteten af data i flere tilfælde, fordi de indberettede data skal være selvrappede.

Danske Regioner mener derfor, at kravene til indberetning og monitorering bør justeres for at undgå u hensigtsmæssig administration. Danske Regioner har derfor meldt emnet ind til Samarbejdsprogrammet, jf. økonomiaftalen for 2024 med henblik på at nå frem til indberetning af en mængde data, der er mere meningsfuld, og som samtidig er overskuelig i behandlingssituationen. En simplificering vil både kunne gøre selve indberetningssituationen smidigere og potentielt også føre til højere validitet i data.

Yderligere bemærkninger

Hvis borgeren ikke er i målgruppen for det integrerede tilbud

I lovforslaget anføres det, at kommunerne ikke forpligtes til at levere alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, hvis en borger henvises til det integrerede forløb i regionen. Regionen har efter modtagelse af henvisning 14 dage til at visitere og iværksætte alkohol- eller stofmisbrugsbehandling. Regionen kan imidlertid også vurdere, at den pågældende borger ikke er i målgruppen for det integrerede tilbud, og at der således ikke er grundlag for at visitere borgeren til dette tilbud. I det tilfælde vil der således kunne gå op til yderligere 14 dage, inden

kommunen er forpligtet til at iværksætte behandling. Samlet betyder det, at borgeren kan komme til at vente op til 2 x 14 dage, før denne behandling iværksættes. Det vil være hensigtsmæssigt med en formulering om, at regionen hurtigst muligt bør orientere kommunen i de tilfælde, hvor borgeren ikke henvises til det integrerede tilbud i regionen. Dette kan sikre, at kommunen bliver gjort bekendt med, at borgeren ikke får dækket sit behandlingskrav i forhold til alkohol- og stofmisbrugsbehandling i det regionale integrerede tilbud.

Præcisering af socialfaglige elementer i integreret dobbeltdiagnosetilbud

Som det fremgår af den faglige visitationsretningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik vil behandlingen indeholde både sundhedsfaglige og socialfaglige elementer som en del af integreret dobbeltdiagnosebehandling. Det bemærkes i lovforslaget, at det socialfaglige aspekt – som supplement til den faglige visitationsretningslinje vil ”komme til udtryk i særskilte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling, som centrale myndigheder måtte fastsætte”.

Det skal bemærkes, at 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 samt forventningsafstemning mellem kommuner og regioner. Danske Regioner forventer at blive inddraget i dette arbejde.

Divergerende tekst ift. stofmisbrugsbehandling

Det skal bemærkes, at beskrivelsen af den sociale stofmisbrugsbehandling på henholdsvis side 15 og 17 i lovforslaget fremstår divergerende. I afsnittet på side 15 fremgår det, at den regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling også omfatter social stofmisbrugsbehandling. I afsnittet på side 17 fremgår det, at der primært er tale om en sundhedsfaglig behandling. Det bør 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.

Koordination mellem region, kommune og patient

Det fremgår flere steder i lovsaget, at dialog mellem region, kommune og Patient er centralt. Der kan blandt andet henvises til side 40 i lovforslaget. Det skal hertil bemærkes, at der vil være behov for en høj grad af koordinering. Det er derfor vurderingen, at det er hensigtsmæssigt, hvis ordlyden

ændres til, "skal" i stedet for 'bør' i formuleringer vedrørende behovet for tværsektorielt samarbejde mellem kommuner, praksissektor og regioner.

Afvikling af særlige pladser

Det kan med fordel udspecificeres, om de nye længevarende sengepladser tænkes som almen psykiatriske sengepladser med hjemmel i det nye kapitel 17 b med § 82 c i sundhedsloven, så pladserne vil være omfattet af de patientrettigheder, som gælder for sygehusydelse, herunder retten til frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg.

Det fremgår af lovforslaget, at det nuværende hjemmelsgrundlag for de særlige pladser i psykiatrilovens kapitel 12 a ophører den 30. juni 2024. Det nye regionale dobbeltdiagnosetilbud er gældende pr. den 1. september 2024. Det kan med fordel præciseres, hvilke patientrettigheder de indskrevne patienter på de nuværende særlige pladser har fra den 30. juni 2024. Hvis fx en patient nægter sig udskrevet/udsluset inden den 30. juni 2024, er det så region eller kommune, der har et behandlingsansvar, og hvilken hjemmel skal i så fald angives?

Hele afsnit 2.2 omtaler, hvordan patienter, der opfylder psykiatrilovens § 42 c, skal visiteres til det regionale dobbeltdiagnosetilbud, men da psykiatrilovens kapitel 12 a ophæves, hvilket hjemmelsgrundlag sikrer så dette, eller er det op til den enkelte region at sikre dette baseret alene på lovforslagets bemærkninger? Samtidig fremgår det af samme afsnit 2.2 i lovforslaget, at ikke alle patienter, der i dag opfylder psykiatrilovens § 42 c, vil blive visiteret, hvis de ikke har en rusmiddelproblematik. Afsnittet henviser selv til lovforslagets § 1, nr. 6, § 2, nr. 2, og § 3, nr. 1. Disse informerer kun om de paragraffer, som ophæves. Tolkning af afsnittet og udpegning af hjemmel kan med fordel tilføjes.

M.h.t. visitation til de længevarende pladser fremgår det af udkastet, at kriterierne skal være uændrede, dvs. som nævnt på side 17 (og i psykiatriloven §42c) skal patienten være "til fare for andre og uforudsigelig i sin adfærd". Dette er allerede på nuværende tidspunkt en bestemmelse, som giver visse problemer, idet mange patienter primært er til fare for sig selv, såvel som uforudsigelige, men ikke nødvendigvis til fare for andre. Det er rigtigt, at "Der vil være stort sammenfald mellem målgrupperne for de eksisterende særlige pladser på psykiatrisk afdeling og det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud", men hvis hensigten er i højere grad at åbne pladserne for dobbeltdiagnosepatienter, forekommer det uhensigtsmæssigt, at farlighed fortsat er et nødvendigt kriterium.

Udslusning fra de længerevarende sengepladser

Det fremgår af lovbemærkningerne, at de længerevarende tilbud vil blive monitoreret løbende. Monitoreringen vil bl.a. tage sigte på at kunne følge udslusningen til kommunerne. Det fremgår yderligere, at monitoreringen af udslusningen skal ses i lyset af, at opholdet ikke forudsættes at være permanent, men midlertidigt. Der står dog ikke andet om kommunernes ansvar i forhold til udslusningen. På side 44 i lovbemærkningerne vedr. dobbeltdiagnosebehandlingen fremgår det klart, at visitationen til dette tilbud ikke fritager kommunerne fra andre kommunale forpligtelser, herunder f.eks. forpligtelser i form af beskæftigelses- og boligmæssig samt social indsats. Det vil på den baggrund være relevant, at kommunernes ansvar i forbindelse med udslusning fra de længerevarende tilbud konkretiseres i lovbemærkningerne. Hvis de længerevarende tilbud skal opfylde beskrevne formål, så forudsætter det et tæt samarbejde med kommunerne. Psykiatrien oplever i forvejen ikke sjældent, at færdigbehandlede patienter ikke kan udskrives fordi der ikke er fundet botilbud, akut bolig eller lignende.

Venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

DK-1216 København K

Høringssvar til lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Danske Fysioterapeuter vil gerne takke for muligheden for at komme med bemærkninger til Indenrigs- og Sundhedsministeriets høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Først og fremmest vil Danske Fysioterapeuter gerne rose ministeriets fokus på mennesker med dobbeltdiagnoser, som ofte falder mellem to stole pga. tilbud i både det kommunale og regionale.

Hos alle borgere med psykiatriske problemer, er det Danske Fysioterapeuters håb, at de fysioterapeutiske kompetencer indenfor det psykiatriske felt bliver en integreret del af behandlingen.

Danske Fysioterapeuter håber derfor, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil følge det faglige oplægs anbefaling om at etablere et samlet og integreret tilbud af høj kvalitet forankret i regionerne med henblik på at sikre en samtidig og koordineret behandling af både den psykiske lidelse, misbruget og eventuelle somatiske sygdomme.

Fysioterapeuter har kompetencer inden for sammenhængen mellem krop og psyke, recovery og tværfagligt samarbejde.

Fysioterapi kan ligeledes nedbringe og forebygge brugen af tvang og medicin. Erfaringer fra Region Midtjylland viser, at fysioterapeuter gennem terapeutisk behandling signifikant har reduceret brugen af tvang hos maniske patienter.¹

Samtidig kan fysioterapeuter, med deres ikke-medicinske tilgang, reducere brugen af medicin hos psykiatriske patienter gennem sansemulering, fysisk aktivitet mm.

Derudover kan fysioterapeuter med deres kompetencer inden for tværfaglighed, forebyggelse, recovery og sammenhængen mellem det mentale og kropslige, ikke blot understøtte borgernes recovery, men også sikre, at der er fokus på det hele menneske og ikke kun den presserende psykiske lidelse.

Dato:

07-12-2023

Email:

cd@fysio.dk

¹ Region Midtjylland 2017: "Fysioterapi har halveret bæltefikseringer af maniske patienter på afdeling i Risskov". Link: <https://www.rm.dk/om-os/aktuel/nyheder/nyheder-2017/oktober-17/fysioterapi-har-halveret-baeltefikseringer-af-maniske-patienter-pa-afdeling-i-risskov/>

For at understøtte fysioterapeuters virke i psykiatrien, anbefaler Danske Fysioterapeuter ligeledes at etablere en specialuddannelse for fysio- og ergoterapeuter i psykiatrien. Specialuddannelsen vil medvirke til, at flere fysioterapeuter vil søge psykiatrien, ligesom den vil sikre et ensrettet kompetenceløft blandt terapeuter i psykiatrien. Specialuddannede fysioterapeuter og ergoterapeuter vil sikre et tværfagligt blik på behandling og recovery af mennesker med psykiske lidelser.

-0-

Vi har ikke yderligere bemærkninger til høringen.

Vi står selvfølgelig til rådighed, hvis I ønsker høringssvaret uddybet.

Med venlig hilsen

Jeanette Præstegaard

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Sendt elektronisk til: sum@sum.dk med kopi til
lpe@sum.dk og ilj@sum.dk.

Den 15. december 2023

Høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Dansk Erhverv og Sundhed Danmark har modtaget ovenstående lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. i høring og nedenfor følger vores bemærkninger til lovforslaget.

Dansk Erhverv arbejder generelt for et effektivt sundhedsvæsen, som borgerne har høj tillid og hvor de modtager behandling af højeste kvalitet uden at på kompromis med hverken patientsikkerhed eller kvalitet uanset om det sker i offentlig eller privat regi. Dansk Erhverv repræsenterer i denne sammenhæng en lang række private og ikke-offentlige virksomheder, som bl.a. leverer misbrugsbehandling.

Generelle bemærkninger

Overordnet set er vi positive over for lovforslaget, og vi er 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 dobbelt behandling.

Vi er særligt positive over, at der i lovforslaget lægges op til, at ikke-offentlige aktørers mangeårige kapacitet og kompetence inddrages. De ikke-offentlige leverandører udgør ca. 20 procent af det totale antal pladser i misbrugs- og alkoholbehandlingen og har oparbejdet specialiserede kompetencer inden for behandling af misbrug og psykiske lidelser i kombination.

Dog ser Dansk Erhverv og Sundhed Danmark også visse elementer i lovforslaget, som kan forbedres.

Det uddyber vi i nedenstående specifikke bemærkninger:

Specifikke bemærkninger:

2.1. Flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling

Med den nye ansvarsfordeling, hvor behandlingsansvaret flyttes fra kommunerne til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, kan en borger sideløbende med dobbeltdiagnosebehandlingen også modtage beskæftigelses- og bolig mæssig samt social indsats i kommunalt regi. Det kan betyde, at det helhedsorienteret blik på borgeren går tabt.

Dansk Erhverv og Sundhed Danmark anbefaler:

- Den regionale og kommunale indsats **skal** koordineres for at skabe en mere helhedsorienteret indsats for borgeren.
- Derudover vil vi anbefale, at der udarbejdes forløbsbeskrivelser for personer i målgruppen for det integrerede dobbeltdiagnosetilbud på tværs af det kommunale og regionale system.

2.1.1.3. Tilsyn med behandling af alkohol- og stofmisbrug samt med behandling af psykiske lidelser
I udkastet vil der udelukkende blive ført sundhedsfaglige tilsyn med integreret dobbeltdiagnosebehandling af Styrelsen for Patientsikkerhed. Integreret dobbeltdiagnosebehandling vil også kræve socialfaglige aspekter, da det involverer mennesker med misbrug.

Dansk Erhverv og Sundhed Danmark anbefaler:

- Vi mener, at den samme socialfaglige kvalitet bør være til stede i det nye regionale dobbeltdiagnosetilbud. Tilsynet bør understøtte, at der er den nødvendige sundheds- og socialfaglige kvalitet til stede i tilbuddet.

2.1.3.2. Patientrettigheder knyttet til integreret dobbeltdiagnosebehandling

Dansk Erhverv og Sundhed Danmark finder det positivt, at den integrerede behandlingsindsats lægges ind under de gældende regler for sygehusydelse herunder ret til frit valg, udvidet frit sygehusvalg og hurtig udredning. Flere private behandlingstilbud vil kunne bidrage med kapacitet til at sikre et integreret behandlingstilbud til gruppen af patienter med dobbeltdiagnoser og opfylder ligeledes Sundhedsstyrelsens retningslinjer for visitation.

Dansk Erhverv og Sundhed Danmark arbejder for, at patienter hurtigst muligt kan blive udredt og behandlet. Derfor ser vi positivt på det foreslåede kapitel 17b i lovudkastet, der lægger op til 14 dages garanti på misbrugsbehandling, hvilket sikrer et hurtigt behandlingstilbud til patientgruppen.

Dansk Erhverv og Sundhed Danmark anbefaler:

- For at stille patienter med dobbeltdiagnoser bedst muligt understreger Dansk Erhverv og Sundhed Danmark væsentligheden af, at kapitel 17b beskriver patienternes ret til at gøre brug af det udvidede frie sygehusvalg, ligesom at de private behandlingstilbuds muligheder for at stille deres kapacitet til rådighed beskrives.

Med venlig hilsen

Ann Cathrine Gottlieb

Kvalitets- og Forhandlingschef, Sundhed Danmark

Katrina Feilberg Schouenborg

Branchedirektør, Dansk Erhverv

Anders Olesen

Politisk konsulent, Dansk Erhverv

Lars Petersen

Fra: Anja Bihl-Nielsen <abn@aeldreraad.dk>
Sendt: 22. november 2023 08:29
Til: DEP Sundhedsministeriet
Cc: Lars Petersen; Ida Lyngbeck Jensen
Emne: VS: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Danske Ældreråd kvitterer for muligheden for at afgive høringsvar. Vi har ingen kommentarer til det fremsendte

Venlig hilsen

Anja Bihl-Nielsen
Sundhedspolitisk konsulent
Telefon: 38 77 01 64 | Mobil: 51 83 21 34 | Mail: abn@aeldreraad.dk



Danske Ældreråd | Jernbane Allé 54, 3. sal | 2720 Vanløse

Danske Ældreråd er landsorganisation for landets 98 folkevalgte ældreråd. Vi har viden, holdninger og anbefalinger til ældreområdet.

www.aeldreraad.dk



Fra: Lars Petersen <lpe@sum.dk>
Sendt: 17. november 2023 15:24
Til: Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; Kommunernes Landsforening <KL@KL.DK>; Post@dataetiskraad.dk; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; info@tniganes.no; hmr@hmr.no; folkaheilsustyridd@folkaheilsustyridd.no; Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>; Advokatsamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; ac@ac.dk; info@alkohologsamfundet.dk; post@alzheimer.dk; marie@angstforeningen.dk; bdo@bdo.dk; info@bedrepsykiatri.dk; bl@bl.dk; bkd@blaakors.dk; info@broen-danmark.dk; info@brugerforeningen.dk; info@brugernesakademi.dk; bupl@bupl.dk; Børnerådet <brd@brd.dk>; bf@boernesagen.dk; bv@bornsvilkår.dk; bkf@bkchefer.dk; forperson@bupnet.dk; info@sorg.dk; jurfak@jur.ku.dk; kontakt@cfh.ku.dk; crf@au.dk; csu@horsens.dk; da@da.dk; drc@drc.ngo; post@folkehjaelp.dk; fysio@fysio.dk; dh@handicap.dk; info@danskepatienter.dk; Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; Danske Ældreråd <info@aeldreraad.dk>; dhf@danskhandicapforbund.dk; Emballageindustrien <hoering@di.dk>; dit@dit.dk; ltn@dadl.dk; dp@dp.dk; kontakt@dpfo.dk; formand@dasams.dk; administration@dsff.dk; kontakt@addiktivmedicin.dk; kontakt@dasem.dk; dsam@dsam.dk; info@patientsikkerhed.dk; info@psykosocialrehabilitering.dk; ds@socialraadgiverne.dk; dsr@dsr.dk; dasys@dasys.dk; Danske Advokater <mail@danskeadvokater.dk>; dh@handicap.dk; dommerforeningen@gmail.com; suf@suf.dk; sekretariat@depressionsforeningen.dk; dch@dch.dk; Det Etiske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; info@detsocialenetvaerk.dk; legal@dignity.dk; duf@duf.dk; mail@dukh.dk; etf@etf.dk; Det Etiske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; Fabu@fabu.dk; fh@fho.dk; bse@alkohologsamfundet.dk; foa@foa.dk; info@fadd.dk; info@sundheddanmark.nu; fsd@socialchefforeningen.dk; fas@dadl.dk; c63w@kk.dk; sek@fbu.dk; Socialtilsyn@frederiksberg.dk; fsd@socialchefforeningen.dk; socialtilsynsyd@fmk.dk; kontakt@gadejuristen.dk; inge.ibsen@rsyd.dk; socialtilsynnord@hjoerring.dk; Kommunal.hovedstaden@hk.dk; socialtilsynost@holb.dk; info@humanrights.dk; kk@kirkenskorshaer.dk; ks@kofoedsskole.dk; rhp-shh-kfd@regionh.dk; info@krifa.dk; klfformand@gmail.com; sekretariat@lokk.dk; los@los.dk; lfs@lfs.dk; lvsinfo@lpsa.dk; bodil.neujahr@bopam.dk; info@lfbf.dk; pernille@lpsa.dk; kontakt@landsforeningen-spor.dk;

lf@laenken.dk; info@spiseforstyrrelse.dk; lap@lap.dk; lederne@lederne.dk; lev@lev.dk; kontakt@levudenvold.dk; Livslinien@lislinien.dk; info@livsvaerk.org; los@los.dk; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; info@mmk.info; es@maendeneshjem.dk; moedrehjaelpen@moedrehjaelpen.dk; kontakt@ocd-foreningen.dk; info@offerraadgivning.dk; lvs@dadl.dk; njl@patientforeningen.dk; plf@forbundet.dk; mail@politiforbundet.dk; plo@dadl.dk; pf@psykiatrifonden.dk; Ankestyrelsen <ast@ast.dk>; redbarnet@redbarnet.dk; pn@reden.dk; formand@retspolitik.dk; info@rodekors.dk; info@digitalsikkerhed.dk; SIRI Rådet for Etniske Minoriteter <rem@siri.dk>; Rådet for Socialt Udsatte <post@udsatte.dk>; sbh@sekr.dk; smp@menighedsplejer.dk; sand@sandudvalg.dk; kontakt@selveje.dk; socialtilsynmidt@silkeborg.dk; landsforeningen@sind.dk; mail@sjaldnediagnoser.dk; sl@sl.dk; mail@socialtlederforum.dk; sus@sus.dk; kontakt@stenbroensjurister.dk; SUMH@SUMH.DK; TABUKA@TABUKA.dk; tuba@tuba.dk; ulf@ulf.dk; trinerv@trinerv.dk; info@urk.dk; ungdomsringen@ungdomsringen.dk; info@ventilen.dk; Vive <vive@vive.dk>; kontakt@weshelter.dk; yl@dadl.dk; aeldresagen@aeldresagen.dk

Emne: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Der henvises til vedhæftede høringsbrev.

Med venlig hilsen

Lars Petersen

Chefkonsulent, Psykiatri og Misbrug

M 2242 8422

@ lpe@sum.dk



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Tlf. 7226 9000

www.sum.dk

8. december 2023

Høringssvar:

Kommentar til følgende områder af lovforslaget (svar i kursiv):

Høring over udkast til lovforslag 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)

Overordnet kan det bemærkes at der potentielt kan ske en forringelse af mulighederne for behandling i en meget divers gruppe af mennesker, selvom det for visse borgere vil være en forbedring. Herunder at en frit valgsordning for rusmiddel afhængige er i risiko for at komme under pres, og man risikerer at borgeren/patienten igen vil blive stillet mellem to visitationsstole. Der er en udpræget risiko for at de mest udsatte der 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 og det bør fremgå tydeligt at alle har ansvar indtil der er placeret en løsning for ikke at forringe borgerens adgang til rusbehandling.

Det bør også overvejes om ordet "misbrug" er lovtæknisk egnet (grundet uklarhed om hvad det dækker over)

Ligeledes er benævnelse af private aktører, der på nuværende tidspunkt er ret fremtrædende både på kvalitet og udbredelse på rusbehandlingsområdet, et centralt punkt at få uddybet med et par kommentarer om på hvilket område loven tillader at man tilkøber, som det fremgår er det både regioner og kommuner der kan tilkøbe, men de risikerer også at lande et sted hvor de yder hjælp til borgere/patienter som ingen bagefter vil finansiere. En del af psykiaterstanden er rykket til det private og det kan få betydning om denne del kan engageres i behandlingen.

Ligeledes er det uklart om man som region kan udlicitere dele af den integrerede behandling til private aktører herunder om man kan tilkøbe visitation og fx indlæggelse af eksterne leverandører.

§ 82 c. 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.«

Svar

Det bemærkes 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 iht visitationsretningslinjen for man er visiteret. Det er således 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 rusbehandling til rådighed efter 14 dage efter henvisning, muligvis på længere sigt hvorefter loven kan justeres.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Forperson: Merete Nordentoft, e-mail: forperson@dpsnet.dk
Sekretær: Lene Tilgreen Nielsen: ltn@dadi.dk

”Det foreslås endvidere at ændre sundhedslovens § 142, stk. 3, således, at det af bestemmelsen fremgår, at den kommunale forpligtelse til at tilbyde personer, som har et stofmisbrug, vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler ikke omfatter behandling af personer, som er indlagt på sygehus eller visiteret til integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik.

Det foreslås herudover at ændre servicelovens § 101, stk. 1, således, at det af bestemmelsen fremgår, at den kommunale forpligtelse til at tilbyde social behandling til personer med stofmisbrug ikke omfatter behandling af personer, som er indlagt på sygehus eller visiteret til integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik.”

Svar

Med denne regulering sker der en mulig pausering af patienternes muligheder for behandling, for der kan være 30 dages behandlingsgaranti på at blive visiteret, og der er 14 dages frist til at påbegynde en rusbehandling. Dvs. at der er en lomme hvor man kan fanges når man endnu ikke er visiteret. Det bør fremgå hvad tilbuddet evt. er i ventetid på visitation, og hvor længe en visitation fx gælder, når man har været igennem et behandlingsforløb og evt. ikke længere opfylder kriterier. Hvis man kommer sig tilstrækkelig over sin psykiske lidelse og kan komme i en ordinær rusbehandling, kan man så afvises under henvisning til en tidligere visitation, eller er det en ny sag efter hvert overstået forløb? Dette vil give en åbning for fortolkning i de forskellige sektorer og dette bør indskærpes og tydeliggøres.

”Det vil være Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddel-problematik, jf. pkt. 2.1.2. i lovforslagets almindelige bemærkninger, der vil være afgørende for, hvorvidt den enkelte skal visiteres til det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud eller f.eks. indgå i et parallelt behandlingsforløb, hvor kommunen er ansvarlig for misbrugsbehandlingen, der så eventuelt kan foregå på et privat behandlingssted, og hvor regionen er ansvarlig for behandlingen af den psykiske lidelse.”

Svar

Ligesom ovenfor bør det fremgå at regionen alene visiterer til det regionale tilbud, og at der i ventetiden på en visitation gælder at kommunen inkl. eksterne leverandører har ansvaret for at levere behandling indtil visitation, for ikke at skabe mulige perioder med manglende fremdrift i behandlingsforløbene. Dette bør skærpes i lovtæksten for at sikre ensartet fortolkning.

Vedr. de særlige pladser:

Det er en nærliggende løsning på udfordringen med at flere regioner ikke har specialiseret indlæggelsesmulighed på det integrerede behandlingsområde. Ideen er god og velunderbygget, og det ansatte personale vil have erfaring med gruppen, det er dog meget få ressourcer ift. det antagelige behov, hvor afd. M på nuværende tidspunkt med ca. 80 senge i region H har ventetid på indlæggelse på dette område. Men det er en god begyndelse og en kvalitetsdatabase vil kunne monitorere resultater.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Forperson: Merete Nordentoft, e-mail: forperson@dpsnet.dk
Sekretær: Lene Tilgreen Nielsen: ltn@dadl.dk

Vedr. økonomi

Det er glædeligt at se at staten er medfinansierende i det økonomiske rum der alligevel består når kommuner frigiver midler, og disse er færre end de forventede udgifter og at der er tænkt i en fuld finansiering.

Det bør dog bemærkes at der er udfordringer med kompetenceløft og medarbejder svind- i hele sundhedsvæsenet, samt konjunkturer der kan have meget stor betydning for budgetteringen.

Det kan hurtigt vise sig ikke at være fuld finansieret hvis alle medarbejdere er vikarer til 100% højere aflønning, en bemærkning ville være rart.

Med venlig hilsen

På vegne af Dansk Psykiatrisk Selskab

Signe Wegmann Düring

Forskningsoverlæge, ph.d.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Forperson: Merete Nordentoft, e-mail: forperson@dpsnet.dk
Sekretær: Lene Tilgreen Nielsen: ltn@dadi.dk

Dansk Psykolog Forenings hørings svar til høring over udkast til lovforslag 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)

Hovedbudskaber

- Det er Dansk Psykolog Forenings klare opfordring, at kvalitetsstandarder for den psykosociale behandlingsplan skrives eksplicit ind i loven.
- Vi undrer os over, at der *ikke* skal påbegyndes udredning af de psykiatriske tilstande inden for behandlingsgarantiens periode.
- Fokus på overgange bør være gennemgående, så det integrerede tilbud lever op til ambitionen om mere sammenhæng. Herunder skal det fremgå at en patient ikke kan udskrives af kommunal rusmiddelbehandling før det nye tilbud varetager behandlingen, så patienten ikke risikerer at stå uden behandling i ventetiden.

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive hørings svar til 'høring over udkast til lovforslag 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). Vi har modtaget bidrag fra Selskab for Addiktiv Psykologi under Dansk Psykolog Forening, som har kvalificeret de faglige pointer i hørings svaret.

Vi er i Dansk Psykolog Forening positive over for, at man med udkastet til lovforslaget ønsker at give mennesker med dobbeltdiagnose en mere sammenhængende og tilstrækkelig hjælp. Vi har dog også en række konkrete nedslag og bekymringer, som vi ønsker at fremhæve.

Udredning af psykiatriske tilstande inden for behandlingsgarantiens periode

Det er positivt, at behandlingsgarantien til dels også gælder den integrerede behandling. Vi undrer os dog over, at der *ikke* skal påbegyndes udredning af de psykiatriske tilstande inden for behandlingsgarantiens periode. Der kan være faglige grunde til, at man ikke kan fuldføre en psykiatrisk evaluering, men kan den ikke påbegyndes, så betyder det, at patienternes behandling kan være fragmenteret og uden klar retning på ubestemt tid. Derudover er der en række andre konsekvenser:

For det første er det forværring af garantien, når der indlægges et eller flere led fra borgerens henvendelse til garantiperioden begynder at løbe.

For det andet er der nogle udfordringer med fortolkningen af behandlingsgarantien i situationer, hvor det ikke er klart, om patienten er hjemmehørende i den kommunale behandling eller i det regionale, integrerede tilbud. Hvis det vurderes at en patient bør visiteres til integreret behandling, vil der kunne opstå en situation med betydelig ventetid for patienten, da kommunen først skal vurdere, hvorefter en læge på kommunens vegne skal foretage indstillingen til visitationen, så vil centralvisitationen behandle sagen, derefter afvise sagen, og endelig skal kommunen så vurdere, om der er tale om et behandlingstilbud i Servicelovens eller Sundhedslovens betydning. En sådan arbejdsgang kan potentielt

være en forværring af tilbuddet for en gruppe af borgere, hvor der er tvivl om den korrekte diagnostik, netop fordi der ikke har været foretaget psykiatrisk vurdering. Men den psykiatriske vurdering kan ikke foretages før patienten er visiteret og tilbudt det integrerede tilbud. Dette fremgår blandt andet af følgende:

"Hvis en region efter at have modtaget en henvisning i henhold til Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik vurderer, at der ikke i henhold til retningslinjen er grundlag for at visitere patienten til denne behandling, og regionen derfor ikke visiterer hertil, vil regionen ikke være forpligtet til at tilbyde alkohol- eller stofmisbrugsbehandling og derfor heller ikke være forpligtet til at iværksætte en sådan behandling senest 14 dage efter regionens modtagelse af henvisning. I disse tilfælde vil kommunen være forpligtet til at tilbyde behandling efter sundhedslovens § 141, stk. 1, og § 142, stk. 3, samt servicelovens § 101, stk. 1, og de i sundhedslovens § 141, stk. 2, og § 142, stk. 6, samt servicelovens § 101, stk. 4, fastsatte frister for iværksættelse heraf vil gælde." (s. 32)

Kvalitetsstandarder for den ikke-medicinske behandling

Overordnet er det uklart, om den integrerede behandling vil have meningsfulde kvalitetsstandarder for den ikke-medicinske behandling. Dette betyder, at der ikke er formuleret et krav om en psykosocial behandlingsplan, som skal tage udgangspunkt i en systematisk og evidensbaseret udredning. Dette vurderes meget centralt, da området ikke traditionelt har været regionens ansvarsområde, og man derfor kan være bekymret for, at nogle regioner ikke i tilstrækkelig grad er klædt på til denne opgave. Og at disse væsentlige indsatser i en tid med kapacitetsudfordringer, bliver nedprioriteret. Men indgår disse indsatser ikke i det integrerede tilbud, vil det fortsat være et fragmenteret og usammenhængende tilbud, hvor det blot er den medicinske behandling, som er samlet. Ligeledes er der ikke formuleret krav til, hvordan koordinationen med bredere psykosociale indsatser, som bolig- og beskæftigelsesindsatser. Disse benævnes blot, idet det omtales, at de vil være kommunens ansvar. Derfor er det Dansk Psykolog Forenings opfordring, at kvalitetsstandarder for den psykosociale behandlingsplan skrives eksplicit ind i lovforslaget.

Opfølgning på nyligt udskrevne patienter

At fjerne kommunernes ansvar ved indlæggelse på sygehus betyder, at man øger risikoen for, at der opstår et nyt snitfladeproblem ved udskrivning fra sygehus. Udskrives personer fra sygehus uden, at kommunen har hovedansvaret for behandlingen, bør der som mindstemål være et regionalt ansvar for at fortsætte behandlingen, uanset om patienten er visiteret til integreret behandling eller ej. Efter det foreliggende lovforslag vil den praktiserende læge være ansvarlig for behandling af rusmiddelproblematikker ved udskrivning fra sygehus, såfremt en patient med en kompleks rusmiddelproblematik og social problematik, som falder udenfor målgruppen for det integrerede tilbud, udskrives fra hospital til egen læge. Når der i kommentarerne står, at *"For så vidt angår personer, der er indlagt på sygehus, er det allerede i dag således, at det er regionen, som er ansvarlig for at tilbyde alkoholisbrugsbehandling, lægelig stofmisbrugsbehandling og social stofmisbrugsbehandling, såfremt sådan behandling er nødvendig under en persons sygehusindlæggelse [.]"* (s. 12), så er dette for så vidt korrekt, men hvor der i dag er et oplagt ansvar for opfølgning hos den kommunale alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, risikerer den nye model at skærpe denne problemstilling, som er en del af det, den var sat i verden for at løse.

Sammenhæng i indsatsen

I udkastet på s. 49 står:

§ 82 c. 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.

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. Vi har dog også en række forslag til forbedringer:

Det bør stå mere klart i lovforslaget, at en patient ikke kan udskrives af rus-middelbehandling 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. På s. 37 står:

"... vurderer, at der ikke i henhold til Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje er grundlag for at visitere patienten til denne behandling, og regionen derfor ikke visiterer hertil, vil kommunen være forpligtet til at tilbyde behandling efter § 141, stk. 1, og de til behandling efter denne bestemmelse knyttede kommunale forpligtelser, herunder med hensyn til frist for iværksættelse af behandlingen, vil som konsekvens heraf også gælde. Forpligtelserne vil gælde fra den dag, hvor kommunen modtager oplysning om, at regionen ikke har visiteret til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, og tidsfristen efter § 141, stk. 2, skal regnes fra den..."

For at undgå at borgere tabes i systemet er det derfor Dansk Psykolog Forenings anbefaling, at det i ovenstående skrives ind, 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. Det er vigtigt at understrege, at sammenhængende behandling ikke må ske på bekostning af henvisninger, ventetider eller bevægelser mellem sektorer.

I beskrivelse af det integrerede tilbud understreges flere steder, at der skal være tværsektorielt koordinerende samarbejde og fleksible indsatser, herunder ved udskrivning (se fx side 36). Vi anbefaler at det gøres klar, hvornår der er tale om et delt behandlingsansvar, også ift. overgange i behandling. Behovet for fokus på overgange forstærkes af muligheden for trinvis behandling, hvor borgere i princippet kan veksle mellem parallel og integreret behandling.

Kommunale forpligtelser

På s. 2 står: *"Den kommunale forpligtelse omfatter ikke behandling af personer, som er indlagt på sygehus eller visiteret til integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik"*

Vi tolker ovenstående som, at hvis en henvisning er gået igennem, så er kommunens ansvar ikke gældende i den periode, hvor patienten er indskrevet i en integreret behandling eller indlagt på et sygehus. Det bør her stå tydeligere, hvad der menes med personer som er indlagte. Herunder afklaring af, om det f.eks. også omhandler indlæggelse af somatiske årsager og dagsindlæggelser.

Derudover har vi en række mindre nedslag:

- I lovforslaget anvendes fortsat udtrykkene 'stofmisbrug' og 'alkoholmisbrug' selvom, at der ligeledes anvendes det mindre stigmatiserende 'rusmiddelrelateret problem'. I Dansk Psykolog Forening opfordrer vi til, at der er hensyn til kontinuiteten i teksten og for at undgå stigmatiserende sprogbrug, i stedet anvendes 'alkoholrelateret problem' og 'stofrelateret problem'. Dette ville desuden være i tråd med indholdet af diagnoseklassifikationerne i ICD-11, der ikke kommer til at anvende udtrykket 'misbrug'.
- Med hensyn til omlægningen af de særlige pladser, er de eneste klare ændringer, at antallet af pladser mindskes, og at finansieringen ændres. Der savnes en tilbundsgående analyse af, hvorvidt de særlige pladser opfylder deres funktion, uanset finansiering.

Med venlig hilsen

Dea Seidenfaden
Forperson
Dansk Psykolog Forening



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

D. 15. december 2023

Att ili@sum.dk og lpe@sum.dk

Vedr. Høring over udkast til lovforslag 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)

DASAMS takker for muligheden for at afgive høringssvar til "*Lovforslag 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)*"

Selskabet har følgende bemærkninger:

Generelt finder vi, at begrebet "dobeltdiagnose" kan opfattes som uklart, selvom det defineres i lovtæksten. Derfor foreslår vi, at der konsekvent skrives "samtidigt rusmiddelmisbrug og psykisk lidelse" eller lign.

Vi er enige i, at patienter med samtidigt misbrug og psykisk lidelse skal have samme retskrav på behandling som øvrige patienter. Vi bakker desuden op om forslaget om, at de særlige pladser omlægges til regionale pladser.

Selskabet har en opmærksomhed på, at psykiatrien er presset, og flere steder udfordret på muligheden for at rekruttere tilstrækkeligt personale. Det vil være nødvendigt at der i implementering af dette tiltag sikres tilstrækkelige ressourcer og opmærksomhed på eventuelle konsekvenser for andre patienter i psykiatrien, ligesom det vil være nødvendigt 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 formulering fra lovforslaget, som citerer aftalen mellem KL, Danske Regioner og SUM. Heraf fremgår, "at der enighed om, at Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik skal anvendes i forbindelse med den regionale visitation til det regionale dobbeltdiagnosetilbud. Endelig blev der opnået enighed om, at ordningen skal monitoreres løbende med henblik på at opnå erfaringer med målgruppen, indholdet og effekten af behandlingen i regionerne og den sideløbende udvikling i kommunerne". Selskabet har en forventning om, at der følges op på dette.

Vi står selvfølgelig til rådighed ved behov for uddybning.

Med venlig hilsen,

Ane Bonnerup Vind, Forperson, Speciallæge i Samfundsmedicin



DANSK SELSKAB FOR ADDIKTIV MEDICIN
Stiftet 1999 – tilsluttet Lægevidenskabelige Selskaber



c/o Socialmedicinsk Klinik
Bakken 3
2600 Glostrup
P +45 40314006
kontakt@addiktivmedicin.dk
www.addiktivmedicin.dk
CVR 32017134

15-12-2023

Ministeriet for Sundhed og forebyggelse
att. seniorkonsulent Lars Petersen
Slotsholmsgade 10-12
København K

Høringssvar udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne ifm. regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Dansk Selskab for Addiktiv Medicin (herefter DSFAM) takker for denne mulighed for at kommentere de påtænkte lovændringer samt bemærkninger hertil.

Venlig hilsen

Thomas Fuglsang, formand

I en tid hvor der gisnes om udfaldet af sundhedsstrukturkommissionens arbejde, om kommunernes rolle og det skrigende behov for forpligtende standarder i det nære sundhedsvæsen i kommunerne, er det forstemmende – her et lille halvt år før lovens ikrafttrædelse - at opleve fraværet af forpligtende faglige standarder og retning for behandlingsindholdet i den regionale psykiatris nye store kerneydelse *Integreret dobbeltdiagnosebehandling*.

Vel vidende, at der er tale om en ny arbejdsopgave, som skal finansieres ved en solid overførsel af budgetmidler fra kommunerne (som aldrig har været tillagt ansvaret for denne specialiserede opgave) er det tankevækkende at fornemme, at dansk hospitalspsykiatri står på relativ bar bund omkring 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.

Lovændringen i sig selv er ganske vist ultrakort og lapidarisk, men den formår dog at opfylde to formål 1) at placere ansvaret for udmøntning og 2) at hjemle afholdelsen af de stipulerede udgifter. Og sådan er det med megen lovgivning. Det er i bemærkningerne, man skal finde pejling og retning og en beskrivelse af substansen. Og det gøres der også ansats til her - spredt mellem de gentagne og ganske detaljerede forklaringer på, hvorledes rettigheder og pligter, skifter rollehavere i forbindelse med transformation af behandlingen for alkohol- og stofmisbrug fra kommune til region.

DSFAM finder det forstemmende, at der i bemærkningerne ikke er flere henvisninger til det rige bagkatalog af vejledninger og centralt formulerede retningslinjer, som har hobet sig op siden starten på dansk misbrugsbehandlings Guldalder i slut-90erne, startende med de daværende amters overtagelse af ansvaret for misbrugbehandlingen (1996), efterfuldt af den første version af Serviceloven (1998), som afskaffede institutionsbegrebet og satte borgeren i centrum, med inddragelse af den enkelte, med insisteren på helhedsorientering og indførelse af sociale handleplaner (SEL § 141), som skulle samle alle tråde i indsatserne for den enkelte – inklusive kriminalforsorg, somatik og psykiatri.

Eksemplerne på centrale statements og formulering af standarder er legio: Sundhedsstyrelsens vejledning om substitutionsbehandling (1. version 2008), Socialstyrelsens Nationale retningslinjer for social behandling af stofmisbrug (2016), behandlingsgaranti på 14 dage og frit valg for social misbrugsbehandling (2003), behandlingsgaranti for lægelig behandling af stofmisbrug og frit valg (2014). Ansættelse af socialsygeplejersker i somatikken (fra 2011) og efterhånden også i psykiatrien. Et øget fokus på ulighed i sundhed og forståelsen af stofmisbrug som et folkesundhedsproblem og et udtryk for ulighed i sundhed. Og eksemplificeret ved de mange misbrugsrelaterede følgesygdomme og den psykiatriske komorbiditet. Forebyggelse af blodbåren smitte med hepatitis og hiv via tilbud om rene sprøjter og kanyler. Gratis vaccination mod leverbetændelse. Gratis antikonception i mange misbrugscentre. Fremskudt, borgernær behandling mod hepatitis C i flere regioner, hvor nye sygdomstilfælde efterhånden nærmer sig nul. Etablering af et galleri af nye styrelser, som hver især har sikret patientrettigheder samt kvalitet i tilbuddene, således Socialtilsynet, Styrelsen for Patientsikkerhed og Styrelsen for patientklager. Nævnes skal også den udmærkede model for koordinerende indsatsplaner i psykiatrien fra 2014 (som desværre var underfinansieret).

Med andre ord et righoldigt kludetæppe, der har inspireret til tværfaglighed og tværsektoriel tankegang og som med sit vekslende afsæt i helhedsorientering og betydningen af en multidisciplinær indsats i arbejdet med mennesker, der bruger alkohol og stoffer, indeholder meget nyttigt arvegods, som binder an til socialpsykiatrisk tankegang.

Der er med andre ord rigeligt at genbruge og læne sig op ad, når psykiatriens dobbeltdiagnose-enheder i samarbejde med "centrale myndigheder, når de måtte tage initiativ hertil" (som det formuleres i bemærkningerne) forhåbentlig snart skal sætte ord på retning og indhold i de vejledninger, som DSFAM tænker må være et must for en nogenlunde ensartet kvalitet på tværs af regionerne.

Ad behandlingsgarantien, som forringes hvis visitation resulterer i afslag

I bemærkningerne til lovforslaget henvises talrige gange til den faglige visitationsretningslinje for mennesker med psykisk sygdom og brug af rusmidler (2023, Sundhedsstyrelsen og Bolig-og Socialstyrelsen). Visitationsretningslinjerne er imidlertid ganske blottet for behandlingsmæssig tankegang og i stedet peppet op med buzzword som "*no wrong door*" og "*stepped care*", som umiddelbart fænger, men hen ad vejen hensætter læseren med lettere desorientering.

DSFAM vil gerne betvivle det besnærende postulatet om "*no wrong door*" forstået som de mange indgangsdøre til det fremtidige dobbeltdiagnose-tilbud, alene fordi vi umiddelbart kun kan identificere én dør, nemlig visitation til behandling, der alene er reserveret psykiatrien selv.

Dette er døren - og den eneste vej til behandling, i det mindste for ny-henviste patienter. Regionen får til gengæld (svarende til behandlingsgarantien i kommunerne) en forpligtelse til at starte behandling for alkohol- eller stofmisbrug senest 14 dage efter, at henvisning er modtaget. Men kun ifald henvisningen har resulteret i visitation til integreret dobbeltdiagnosebehandling.

Dersom henvisningen ikke resulterer i visitation til behandling, men derimod afslag, 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. Med andre ord omkring en fordobling af ventetiden ved fravær af visitation, og en kendelig forringelse af borgerens rettighed.

Det skal i denne forbindelse anføres, at den umiddelbare forståelse af ordet "*visitation*" er forskellig i kommunen og i sundhedsvæsenet. På hospitalet forstår man "*visitation*", som indlæggelse eller beslutning om en umiddelbar allokering til fx en udredning eller undersøgelse. Modsat taler man i kommunen om "*visitation*" til fx en plejehjemsplads, forstået som en myndighedsafgørelse om, at man kan få tildelt en plads, når denne bliver ledig.

Ad tilsynsopgaver

DSFAM er bekymret for om de mange faglige standarder og anbefalinger om god behandling på stof- og alkoholområdet bliver glemt ved overgangen til den regionale psykiatri. Bekymringen vedrører specielt den sociale misbrugsbehandling, som gennem årene er blevet understøttet af Socialstyrelsen samt Socialtilsynet, hvis opgaver på området fremover skal løftes af Styrelsen for Patientsikkerhed, som vi ganske vist kender fra tilsynet med den lægelige behandling af stofmisbrug, men mærkeligt nok ikke fra tilsynet med behandlingen af alkoholmisbrug, der paradoksalt nok udføres af ... Socialtilsynet. Det ville være oplagt at benytte det forestående vagtskifte til at bringe orden i henholdsvis de sundhedsfaglige som de socialfaglige geledder.

Vedr. adgangen til anonymitet i alkoholbehandlingen

Det anføres, at adgangen til anonymitet i alkoholbehandlingen ikke kan opretholdes i forbindelse med integreret dobbeltdiagnosebehandling, fordi behandlingen som oftest forudsætter ordination med receptbelagte lægemidler. Det samme kunne man sige om den kommunale alkoholbehandling, som desuagtet formår at opretholde det lovhjemlede værn omkring patienternes identitet i forhold til den udgiftsbærende myndighed – kommunen.

I den kommunalt finansierede alkoholbehandling udstedes recepter, og der journaliseres efter reglerne om journalføringspligt, og lægen og behandlingsstedet er bekendt med den pågældende patients identitet. Og kommunen betaler, men uden at kende hverken navn eller CPR.

Det er selvfølgelig indlysende, at Regionen pr. definition har kendskab til alle patienter, der som led i integreret dobbeltdiagnosebehandling også modtager behandling for enten alkohol- eller stofmisbrug (eller begge dele). Men af dette følger ikke nødvendigvis, at kommunen skal orienteres om patientens misbrug. Det kan være, at patienten ikke nærer noget ønske om en tværsektoriel indsats, der involverer kommunens engagement, og at hun i stedet er blevet henvist af sin praktiserende læge.

Faktum er, at patienten i dette eksempel atter vil kunne påberåbe sig anonymitet, så snart hun er udskrevet og måske henvender sig på et kommunalt finansieret ambulatorium for behandling af alkoholmisbrug.

Der efterlyses således en rationel begrundelse for udsagnet om, at anonymitet (i forhold til kommunen) ikke kan opretholdes under indlæggelse.

Vedr. omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

DSFAM kan kun bifalde, at der omsider etableres en økonomisk model for driften som ikke indeholder incitamenter, der fremmer manglende henvisninger med deraf følgende underbelægning på trods af et åbenbart behov for behandling.



14. december 2023

Til
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmen 10-12
1216 København K

Fremsendt pr. mail til sum@sum.dk, lpe@sum.dk og ilj@sum.dk

Fra
Landsforeningen Spor
Vodroffsvej 5, st. tv.
1900 Frederiksberg C
Kontakt: Forperson Helle Cleo Borrowman, politik@landsforeningen-spor.dk, mobil: 93 40 54 52

Og

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering
Tuborgvej 222
2400 København NV
Kontakt: Formand Mogens Seider, mseider@fountain-house.dk, mobil: 40 31 02 10

Vedr.: Høring over udkast til lovforslag 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)

Landsforeningen Spor (Spor) er en interesseorganisation for voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen. Foreningen har til formål at skabe rammer for at medlemmerne kan danne netværk, synliggøre, indsamle og formidle viden om de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser de seksuelle overgreb får i voksenlivet, samt at arbejde samfundspolitisk for bedre vilkår for senfølgeramte.

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering (DSPR) er et fagligt selskab, der virker for at udvikle og udbrede recoveryorienteret rehabilitering i Danmark og for at fremme afstigmatisering og inklusion af mennesker med psykosociale problemer gennem forbedring af sociale forhold, tilbud om uddannelse og adgang til arbejdsmarked og civilsamfund.

Landsforeningen Spor og Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering har modtaget udkast til ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Ændringerne vedrører to forhold:

- Flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling
- omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Landsforeningen Spor og Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering tilslutter sig forslaget om at etablere regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling.

Vi vil gerne uddybe vores svar samt tilføje anbefalinger om traumebevidst tilgang og traumespecifik behandling.

Mange af Spors medlemmer er blevet svigtet i det nuværende system, når de er faldet imellem to stole, fordi de har haft behov for behandling for psykiske lidelser eller misbrug af euforiserende stoffer.

Voksne der har været udsat for seksuelle overgreb i opvæksten eller har andre barndomstraumer udvikler ofte komplekse problemstillinger, som de nuværende behandlingstilbud har svært ved at håndtere. Den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling har fokus på diagnoserne eller misbruget, uden at forholde sig til de underliggende traumeproblematikker. Derfor mener vi, at det er et skridt i den rigtige retning, at ansvaret for behandling fremadrettet kommer til at ligge ét sted, og man derved har mulighed for, at fremme en langt højere grad af helhedsorienteret hjælp.

I forbindelse med oprettelsen af de nye integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud anbefaler Spor og DSPR, at der allerede ved etableringen indføres Traume-Bevidst Tilgang (TBT). Vi ved at personer med dobbeltdiagnoser oftest har alvorlige traumeproblematikker med sig. (Se bilag 1). TBT er gavnligt for alle mennesker med dobbeltdiagnoser, uanset om de har underliggende traumer eller ej, og i givet fald, uanset om traumet er af seksuel karakter eller udspringer af andre traumatiske hændelser.

At arbejde traumebevidst betyder bl.a. at alle medarbejdere og ledelsen har en forståelse for traumereaktioner og hvordan de påvirker det enkelte menneske, grupper, organisationer og samfund. Medarbejderne tilføres viden, redskaber og har rammerne til at tale om og rumme borgerens svære følelser og til at møde borgerne med en forståelse af deres reaktioner og adfærd. TBT har vist sig at være særdeles effektiv i forhold til at forebygge tvangssituationer samt at føre til et godt arbejdsmiljø og høj grad af fastholdelse af medarbejdere.

Vi henviser til Social- og Boligstyrelsens "Anbefalinger til at arbejde traumebevidst i den sociale indsats med voksne"¹, 2023, og Det Nationale TBT-Centers publikation "Traume-Bevidst Tilgang i Danmark"², 2020, for nærmere information herom.

I Spor og DSPR anser vi brug af stemningsændrende stoffer som et udtryk for en selvmedicinering, der skal fjerne smerten fra lidelsen, som i bund og grund er traumet. Derfor er det traumet der skal forløses, for at man kan blive helet. Det gælder uanset om det er psykisk lidelse, herunder selvskadende adfærd, spiseforstyrrelse, o.lign. eller misbrugsproblematikker.

Senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen
Seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen kan give forskellige psykiske, sociale, relationelle og fysiske problematikker i voksenlivet.

Blandt de hyppigst forekommende senfølger efter seksuelle overgreb er posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), angst, depression og personlighedsforstyrrelser. Desuden forbindes senfølger med bl.a. lavt selvværd, tvangsforestillinger, problemer med krop og seksualitet, spiseforstyrrelser, stofmisbrug, selvskadende, suicidal eller seksualiseret adfærd, forhøjet BMI og hjerteproblemer.

Kilde: [Social- og Boligstyrelsen](#)

¹ "Anbefalinger til at arbejde traumebevidst i den sociale indsats med voksne", Social- og Boligstyrelsen, 2023: <https://sbst.dk/udgivelser/2023/anbefalinger-til-at-arbejde-traumebevidst-i-den-sociale-indsats-med-voksne>

² "Traume-Bevidst Tilgang i Danmark", Det Nationale TBT-Center, 2020: [https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Sct.-Hans/forskning/Nationalt-TBT-Center/Documents/Beskrivelse%20af%20TBT%20i%20Danmark%20-%20Ver.%201.0%20\(002\).pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Sct.-Hans/forskning/Nationalt-TBT-Center/Documents/Beskrivelse%20af%20TBT%20i%20Danmark%20-%20Ver.%201.0%20(002).pdf)

Derfor anbefaler vi tillige, at der i de nye integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud tilbydes traumespecifik behandling. Det vil, set ud fra vores perspektiv, have afgørende betydning for det enkelte menneske, og deres oplevelse af at få et helhedsorienteret tilbud.

I Spor og DSPR hører vi ofte at behandlingen, hvad enten det er for den psykiske lidelse eller misbruget, undlader at tage hånd om traumat. Og når der eksplicit efterspørges en traumebehandling bliver denne sjældent imødekommet, hvilket er problematisk.

I relation til ovenstående, skildrede TV2 dokumentarserien "Pigen på den lukkede" et system der kategoriserer i diagnostiske kasser og symptombehandler. I dokumentaren møder vi Anna Madsen, der helt tydeligt formulerer, at hun har brug for traumeterapi, fordi hun har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen og derfor har forskellige diagnoser. Ofte må hun ty til den velkendte selvmedicinering - brug af stemningsændrende stoffer - for at kunne holde livet ud.

Anna udtaler i dokumentaren:

"For hver fagperson, man knytter et eller andet forhold til, der er personen aldrig den rigtige at fortælle den her historie til. Der vil hele tiden være en eller anden god undskyldning for, at den her afdeling, den varetager dét, dét og dét, så derfor kan traumebolden komme videre til den næste".

Skal vi nå i mål og hjælpe mange flere mennesker til et værdigt liv i fremtiden, så skal de mange gode initiativer der er sættes i værk, give fagprofessionelle viden om traumer og traumereaktioner og tilføre dem redskaber til at italesætte dem. Vi skal forstå, at udbredte senfølger af seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen og andre barndomstraumer er psykiske lidelser og brug af rusmidler.

Hvis I har spørgsmål eller ovenstående ønskes uddybet, er I velkomne til at kontakte os.

Med venlig hilsen

Landsforeningen Spor og Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering

Traumebevidst tilgang vs. traumespecifik behandling

"Når vi taler om traumebevidst tilgang, skelner vi mellem det at arbejde traumebevidst og traumespecifikt. Det traumespecifikke er at behandle. Det er sådan noget, jeg gør i klinikken, og som man gør i hospitalspsykiatrien, hos psykologen og så videre. Der skal man have ét sæt af kompetencer. At arbejde traumebevidst har ikke noget at gøre med, at man er behandler, og det handler heller ikke om at behandle vedkommende, så deres reaktion går væk. Det handler om at møde vedkommende med en forståelse af deres reaktion og en forståelse af, hvordan reaktionen vil påvirke mødet og påvirke det, man har gang i."

Kilde: Cæcilie Böck Buhmann, Speciallæge i psykiatri i [Social- og Boligstyrelsens podcast](#) "Den traumebevidste tilgang"

Bilag 1 – Konsekvenser af og forekomsten af traumer

Det er i dag almindeligt kendt, at der er sammenhæng mellem barndomstraumer og senere fysisk og psykisk lidelse samt risikoadfærd hos den voksne. Det viser blandt andet Adverse Childhood Experiences (ACE) studiet.

Tabel 1. Ifølge Adverse Childhood Experiences (ACE) studiet ses at jo mere traumatisk din barndom har været, desto større risiko er der for at udvikle helbredsproblemer senere i livet (6).

Ud af 100 deltagere i studiet havde 33 ikke oplevet traumatiske oplevelser i barndommen*, 51 havde oplevet 1 til 3 traumatiske oplevelser og 16 havde oplevet mellem 4 og 8 traumatiske oplevelser.		
Ved ingen traumatiske oplevelser i barndommen var 1 ud af:	Ved tre traumatiske oplevelser i barndommen var 1 ud af:	Ved mere end syv traumatiske oplevelser i barndommen var 1 ud af:
16 ryger	9 ryger	6 ryger
69 alkoholiker	9 alkoholiker	6 alkoholiker
480 stofmisbruger	43 stofmisbruger	30 stofmisbruger
14 led af hjertesygdom	7 led af hjertesygdom	6 led af hjertesygdom
96 forsøgte selvmord	10 forsøgte selvmord	5 forsøgte selvmord

* Studiet registrerede 10 typer af traumatiske oplevelser i barndommen: Misbrug (fysisk, seksuelt, psykologisk), omsorgssvigt (følelsesmæssigt, fysisk), dysfunktionelle familieforhold (misbrug, skilsmisse, psykisk sygdom, mishandlet mor og kriminel adfærd)

Tabellen

Social- og Boligstyrelsen skriver i "Anbefalinger til at arbejde traumebevidst i den sociale indsats med voksne":

"Mange mennesker har traumer. Voksne i socialt udsatte positioner har oftere traumer end andre mennesker. Det gælder bl.a. mennesker, som har et problematisk forbrug af rusmidler, som lever i hjemløshed, og som har svære psykiske lidelser".

I Danmark er forekomsten af traumer undersøgt mindst tre gange:

1. Den ene undersøgelse viser, at 82 % af patienter med svær psykiatrisk sygdom har oplevet alvorlige traumer, og 25 % af patienter indlagt på psykiatrisk afdeling har symptomer på PTSD (7).
2. Den anden undersøgelse viste, at 89% af personer, der oplevede første psykotiske episode (F20-F29), rapporterede om mindst et traume, mens kun 37% i kontrolgruppen af "raske" personer rapporterede om mindst et traume (8).
3. På Psykiatrisk Center Sct. Hans undersøgte man forekomsten blandt 131 patienter med dobbeltdiagnose og blandt 445 ansatte. Undersøgelsen viste, at 84 % (64 %) af patienter med dobbeltdiagnoser havde oplevet mindst et traume. 1 % (0 %) havde oplevet otte livstidstraumer. Tallene i parentes gælder for forekomsten blandt ansatte (9).

Kilde: TraumeBevidst Tilgang i Danmark, Det Nationale TBT-Center, 2020:

[https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Sct.-Hans/forskning/Nationalt-TBT-Center/Documents/Beskrivelse%20af%20TBT%20i%20Danmark%20-%20Ver.%201.0%20\(002\).pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Sct.-Hans/forskning/Nationalt-TBT-Center/Documents/Beskrivelse%20af%20TBT%20i%20Danmark%20-%20Ver.%201.0%20(002).pdf)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Dansk
Sygeplejeråd



Den 14. december 2024

Høring af lovforslag 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)

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. Høringssvaret er udarbejdet i samarbejde med Fagligt Selskab for Additiv Sygepleje og Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker.

Generelle bemærkninger

DSR er enige i lovforslagets beslutning om at behandlingsansvaret for borgere med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling overgår til Regionerne. Der er stadig stort behov for at forbedre sammenhæng og kvalitet i behandlingen. Det kræver en omhyggelig, samtidig og koordineret indsats.

For at understøtte sammenhængen for den enkelte borger, anbefaler DSR at indtænke eksempelvis socialsygeplejersker i indsatsen.

Dog er vi bekymrede for om det anslåede antal på 9.500 personer med dobbeltdiagnoser, står mål med det reelle tal.

Den tidligere behandlingsgaranti for borgere der ønskede rusmiddelbehandling, var 14 dage. Behandlingsgarantien i regionerne er 1. måned. Det er en u hensigtsmæssig forringelse, for borgere der har brug for behandling hurtigst muligt.

Visitationen til integreret dobbeltdiagnosebehandling tager udgangspunkt i den faglige visitationsretningslinje. Det er nødvendigt at sikre at borgere ikke kommer til at opleve det som en forringelse.

Der er brug for at sikre og udarbejde en plan for kompetenceudvikling hos sundhedsprofessionelle ved overflytning af behandlingsansvaret.

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00


Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Samtidig er det vigtigt at erfaring og viden fra kommunerne inddrages i processen.

DSR støtter omlægning af de særlige pladser i psykiatrien til regionerne. Erfaringerne med ubenyttede pladser i kommunen, er naturligvis uhensigtsmæssig. Pladserne er stadig målrettet samme målgruppe og vi kan være bekymrede over det reducerede antal fra 114 til 88, set i lyset af det store behov for hjælp. Spørgsmålet er om årsagerne til de ubenyttede pladser, ville gentage sig i omlægningen.

Med venlig hilsen



Dorthe Boe Danbjørg
Forkvinde Dansk Sygeplejeråd

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

lpe@sum.dk og ilj@sum.dk.

Aarhus 14.12.2023

Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Høringsmaterialet har været i høring blandt de psykiatriske sygeplejersker.

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

Med venlig hilsen



Bente Høy

Næstformand for Dansk Sygepleje Selskab
Senior Researcher, PhD, MPH, RN

Lars Petersen

Fra: Nanna Mørch <nanm@FOA.DK>
Sendt: 29. november 2023 14:01
Til: DEP Sundhedsministeriet
Cc: Lars Petersen; Ida Lyngbeck Jensen
Emne: VS: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling
Vedhæftede filer: Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf; Lovforslag.pdf; Signature-20231129130432.txt

Kære Sundhedsministerium

FOA takker for høringen over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven, flytning af behandlingsansvar.

FOA støtter ændringen, særligt fordi pladserne ved overflytning til rent regionalt regi, stadig vil være øremærket til den samme målgruppe af dobbeltdiagnosticerede, der dermed stadig vil have mulighed for at være indlagt over en længere periode. Samtidig sikrer ændringer at der skabes rammer for en bedre koordination mellem disse sengepladser og den nye integrerede behandling for misbrug og psykiatrisk lidelse.

FOA vil følge monitoreringen af ændringen med håb om, at der opnås bedre resultater for de borgere der har behov, samt at der for personalet forhåbentlig sikres et bedre arbejdsmiljø, sikkerhed og trivsel.

Mvh.

Nanna Mørch
Chefkonsulent
FOA Politik, Strategi og Ledelse

From: Lars Petersen <lpe@sum.dk>
Sent: Friday, November 17, 2023 3:24:04 PM (UTC+01:00) Brussels, Copenhagen, Madrid, Paris
To: Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; Kommunernes Landsforening <KL@KL.DK>; Post@dataetiskraad.dk <Post@dataetiskraad.dk>; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; info@tniganes.fo <info@tniganes.fo>; hmr@hmr.fo <hmr@hmr.fo>; folkahaelsustyridd@folkahaelsustyridd.fo <folkahaelsustyridd@folkahaelsustyridd.fo>; Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>; Advokatsamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; ac@ac.dk <ac@ac.dk>; info@alkohologsamfund.dk <info@alkohologsamfund.dk>; post@alzheimer.dk <post@alzheimer.dk>; marie@angstforeningen.dk <marie@angstforeningen.dk>; bdo@bdo.dk <bdo@bdo.dk>; info@bedrepsykiatri.dk <info@bedrepsykiatri.dk>; bl@bl.dk <bl@bl.dk>; bkd@blaakors.dk <bkd@blaakors.dk>; info@broen-danmark.dk <info@broen-danmark.dk>; info@brugerforeningen.dk <info@brugerforeningen.dk>; info@brugernesakademi.dk <info@brugernesakademi.dk>; bupl@bupl.dk <bupl@bupl.dk>; Børnerådet <brd@brd.dk>; bf@boernesagen.dk <bf@boernesagen.dk>; bv@bornsvilkår.dk <bv@xn--bornsvilkår-95a.dk>; bkf@bkchefer.dk <bkf@bkchefer.dk>; forperson@bupnet.dk <forperson@bupnet.dk>; info@sorg.dk <info@sorg.dk>; jurfak@jur.ku.dk <jurfak@jur.ku.dk>; kontakt@cfh.ku.dk <kontakt@cfh.ku.dk>; crf@au.dk <crf@au.dk>; csu@horsens.dk <csu@horsens.dk>; da@da.dk <da@da.dk>; drc@drc.ngo <drc@drc.ngo>; post@folkehjaelp.dk <post@folkehjaelp.dk>; fysio@fysio.dk <fysio@fysio.dk>; dh@handicap.dk <dh@handicap.dk>; info@danskepatienter.dk <info@danskepatienter.dk>; Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; info@danske-aeldreraad.dk <info@danske-aeldreraad.dk>; dhf@danskhandicapforbund.dk <dhf@danskhandicapforbund.dk>; Emballageindustrien <hoering@di.dk>; dit@dit.dk <dit@dit.dk>; ltn@dadl.dk <ltn@dadl.dk>; dp@dp.dk <dp@dp.dk>; kontakt@dpfo.dk <kontakt@dpfo.dk>; formand@dasams.dk <formand@dasams.dk>; administration@dsff.dk <administration@dsff.dk>; kontakt@additivmedicin.dk <kontakt@additivmedicin.dk>; kontakt@dasem.dk <kontakt@dasem.dk>; dsam@dsam.dk <dsam@dsam.dk>; info@patientsikkerhed.dk

<info@patientsikkerhed.dk>; info@psykosocialrehabilitering.dk <info@psykosocialrehabilitering.dk>;
ds@socialraadgiverne.dk <ds@socialraadgiverne.dk>; dsr@dsr.dk <dsr@dsr.dk>; dasys@dasys.dk
<dasys@dasys.dk>; Danske Advokater <mail@danskeadvokater.dk>; dh@handicap.dk <dh@handicap.dk>;
dommerforeningen@gmail.com <dommerforeningen@gmail.com>; suf@suf.dk <suf@suf.dk>;
sekretariat@depressionsforeningen.dk <sekretariat@depressionsforeningen.dk>; dch@dch.dk <dch@dch.dk>; Det
Etske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; info@detsocialenetvaerk.dk <info@detsocialenetvaerk.dk>;
legal@dignity.dk <legal@dignity.dk>; duf@duf.dk <duf@duf.dk>; mail@dukh.dk <mail@dukh.dk>; etf@etf.dk
<etf@etf.dk>; Det Etske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; Fabu@fabu.dk <Fabu@fabu.dk>; fh@fho.dk
<fh@fho.dk>; bse@alkohologsamfund.dk <bse@alkohologsamfund.dk>; FOA <foa@foa.dk>; info@fadd.dk
<info@fadd.dk>; info@sundheddanmark.nu <info@sundheddanmark.nu>; fsd@socialchefforeningen.dk
<fsd@socialchefforeningen.dk>; fas@dadl.dk <fas@dadl.dk>; c63w@kk.dk <c63w@kk.dk>; sek@fbu.dk
<sek@fbu.dk>; Socialtilsyn@frederiksberg.dk <Socialtilsyn@frederiksberg.dk>; fsd@socialchefforeningen.dk
<fsd@socialchefforeningen.dk>; socialtilsynsyd@fmk.dk <socialtilsynsyd@fmk.dk>; kontakt@gadejuristen.dk
<kontakt@gadejuristen.dk>; inge.ibsen@rsyd.dk <inge.ibsen@rsyd.dk>; socialtilsynnord@hjoerring.dk
<socialtilsynnord@hjoerring.dk>; Kommunal.hovedstaden@hk.dk <Kommunal.hovedstaden@hk.dk>;
socialtilsynost@holb.dk <socialtilsynost@holb.dk>; info@humanrights.dk <info@humanrights.dk>;
kk@kirkenskorshaer.dk <kk@kirkenskorshaer.dk>; ks@kofoedsskole.dk <ks@kofoedsskole.dk>; [rhp-shh-kfd@regionh.dk](mailto:rhp-shh-
kfd@regionh.dk) <rhp-shh-kfd@regionh.dk>; info@krifa.dk <info@krifa.dk>; klfformand@gmail.com
<klfformand@gmail.com>; Sekretariat@lokk.dk <Sekretariat@lokk.dk>; los@los.dk <los@los.dk>; lfs@lfs.dk <lfs@lfs.dk>;
lvinfo@lpsa.dk <lvinfo@lpsa.dk>; bodil.neujahr@bopam.dk <bodil.neujahr@bopam.dk>; info@lfbf.dk
<info@lfbf.dk>; pernille@lpsa.dk <pernille@lpsa.dk>; kontakt@landsforeningen-spor.dk <kontakt@landsforeningen-spor.dk>;
lf@laenzen.dk <lf@laenzen.dk>; info@spiseforstyrrelse.dk <info@spiseforstyrrelse.dk>; lap@lap.dk
<lap@lap.dk>; lederne@lederne.dk <lederne@lederne.dk>; lev@lev.dk <lev@lev.dk>; kontakt@levudenvold.dk
<kontakt@levudenvold.dk>; Livslinien@lislinien.dk <Livslinien@lislinien.dk>; info@livsvaerk.org
<info@livsvaerk.org>; los@los.dk <los@los.dk>; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; info@mmk.info
<info@mmk.info>; es@maendeneshjem.dk <es@maendeneshjem.dk>; moedrehjaelpen@moedrehjaelpen.dk
<moedrehjaelpen@moedrehjaelpen.dk>; kontakt@ocd-foreningen.dk <kontakt@ocd-foreningen.dk>;
info@offerraadgivning.dk <info@offerraadgivning.dk>; lv@dadl.dk <lv@dadl.dk>; njl@patientforeningen.dk
<njl@patientforeningen.dk>; plf@forbundet.dk <plf@forbundet.dk>; mail@politiforbundet.dk
<mail@politiforbundet.dk>; plo@dadl.dk <plo@dadl.dk>; pf@psykiatrifonden.dk <pf@psykiatrifonden.dk>;
Ankestyrelsen <ast@ast.dk>; redbarnet@redbarnet.dk <redbarnet@redbarnet.dk>; pn@reden.dk <pn@reden.dk>;
formand@retspolitik.dk <formand@retspolitik.dk>; info@rodekors.dk <info@rodekors.dk>; info@digitalsikkerhed.dk
<info@digitalsikkerhed.dk>; SIRI Rådet for Etniske Minoriteter <rem@siri.dk>; Rådet for Socialt Udsatte
<post@udsatte.dk>; sbh@sekr.dk <sbh@sekr.dk>; smp@menighedsplejer.dk <smp@menighedsplejer.dk>;
sand@sandudvalg.dk <sand@sandudvalg.dk>; kontakt@selveje.dk <kontakt@selveje.dk>;
socialtilsynmidt@silkeborg.dk <socialtilsynmidt@silkeborg.dk>; landsforeningen@sind.dk
<landsforeningen@sind.dk>; mail@sjaelnediagnoser.dk <mail@sjaelnediagnoser.dk>; sl@sl.dk <sl@sl.dk>;
mail@socialtlederforum.dk <mail@socialtlederforum.dk>; sus@sus.dk <sus@sus.dk>; kontakt@stenbroensjurister.dk
<kontakt@stenbroensjurister.dk>; SUMH@SUMH.DK <SUMH@SUMH.DK>; TABUKA@TABUKA.dk
<TABUKA@TABUKA.dk>; tuba@tuba.dk <tuba@tuba.dk>; ulf@ulf.dk <ulf@ulf.dk>; trinery@trinery.dk
<trinery@trinery.dk>; info@urk.dk <info@urk.dk>; ungdomsringen@ungdomsringen.dk
<ungdomsringen@ungdomsringen.dk>; info@ventilen.dk <info@ventilen.dk>; Vive <vive@vive.dk>;
kontakt@weshelter.dk <kontakt@weshelter.dk>; yl@dadl.dk <yl@dadl.dk>; aeldresagen@aeldresagen.dk
<aeldresagen@aeldresagen.dk>

Subject: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Der henvises til vedhæftede høringsbrev.

Med venlig hilsen

Lars Petersen

Chefkonsulent, Psykiatri og Misbrug

M 2242 8422

@ lpe@sum.dk



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

www.sum.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

(13. december 2023)

Er sendt via mail til
sum@sum.dk med kopi til
lpe@sum.dk og li@sum.dk.

Fonden Novavi
Peter Bangs Vej 7A,
bygning 9, 2. etage
2000 Frederiksberg

Telefon +45 39 45 54 55
novavi@novavi.dk
novavi.dk

CVR.nr. 56753117

Høringssvar – Lovforslag 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)

Fonden Novavi har modtaget lovforslaget i høring med frist den 15. december 2023.

Fonden Novavi er Danmarks største private leverandør af ambulante rusmiddelbehandling med mere end 60 års erfaring. Vi er en erhvervsdrivende not for profit-fond og behandler ca. 20 % af de omkring 15.000 borgere, der årligt er i behandling for alkoholafhængighed i Danmark.

Overordnet ser Novavi 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. Vi har i mange år oplevet, at netop målgruppen for det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud er blevet tabt eller overset i vores ellers finmaskede velfærdssamfund.

Novavi finder, at den udarbejdede faglige visitationsretningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik 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 graderet stepped care-model.

Derudover finder vi 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.

I den sammenhæng mener Novavi, at der skal skelnes til den erfaring, viden og ekspertise private leverandører har fra praksis i forhold til den specialiserede indsats, som det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud skal indeholde. Dette gør sig særligt gældende i forhold til behandlingen af unge mellem 18-30 år.

Novavi opfordrer kommuner og regioner til at sikre et formaliseret, smidigt og inddragende samarbejde med private leverandører i forhold til at afklare de fortsatte uvisheder omkring praksis, der er i tilrettelæggelsen af det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud.

Herunder følger en række konkrete forslag og perspektiver i forhold til Novavis formodning om, hvordan loven vil virke i praksis, og hvor lovforslaget i det lys bør skærpes, præciseres eller justeres.

Behov for socialfagligt tilsyn med det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud

Det fremgår af de almindelige bemærkninger til lovforslaget, at det kun er Styrelsen for Patientsikkerhed, der skal føre tilsyn med det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud, da behandlingen betragtes som en sygehusydelse jf. sundhedslovens afsnit VI.

I lyset af den beskrevne socialfaglige indsats i tilbuddet mener Novavi, at det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud også bør være underlagt et socialfagligt tilsyn for at sikre en systematisk, ensartet, uvildig og fagligt kompetent vurdering af kvaliteten i tilbuddet.

Dertil kommer, at rusmiddelbehandling blandt kommunale og ikke-offentlige leverandører er underlagt Socialstyrelsens tilsyn, hvorfor vi anser det for rimeligt, at der ligeledes føres tilsyn med regionens tilbud. Hvis dette ikke er tilfældet, er det efter Novavis opfattelse konkurrenceforvridende i forhold til leverandører på området, da kvalitetssikringen af den socialfaglige indsats ikke bliver vurderet på sammenlignelige vilkår og derfor heller ikke formodes udviklet og leveret på det rette niveau i forhold til behandlingens tænkte formål i regionalt regi.

Udvidet datagrundlag i det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud

Både i de almindelige bemærkninger til lovforslaget og i den faglige visitationsretningslinje er vigtigheden af data, opfølgning og monitorering beskrevet. I den sammenhæng mener Novavi, at der også 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.

Klare krav til private leverandører

Novavi mener, 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.

Disse retningslinjer skal være afsæt for rusmiddelbehandlingen i kombination med de særskilte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling, som de centrale myndigheder måtte fastsætte, jf. lovforslagets almindelige bemærkninger.

Præcisering af mulige opgaver for private leverandører af rusmiddelbehandling

Novavi mener, at inddragelse af private leverandører af rusmiddelbehandling og private dobbeltdiagnosebehandlingssteder til opgaveløsningen relateret til rusmiddelbehandling og dobbeltdiagnosebehandling er meget vigtig dels for at sikre kvalitet, kapacitet og overholdelse af behandlingsgarantien, og dels fordi den faglige ekspertise, viden og erfaring på rusmiddelområdet i Danmark i høj grad er at finde hos Novavi og nogle private leverandører.

Novavi mener, der mangler tydelighed i forhold til, hvordan og hvor private leverandører kan bidrage til det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud. Det er for nuværende kun beskrevet kort og simpelt i de almindelige bemærkninger til lovforslaget, at regionen kan benytte fx private leverandører af rusmiddelbehandling og private dobbeltdiagnosebehandlingssteder som led i løsningen af opgaverne forbundet med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling. Det gælder fx også i forhold til den udgående behandling.

Novavi mener, at private leverandører af rusmiddelbehandling udover 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.

Retten til anonymitet og frit valg

Det fremgår af lovforslagets almindelige bemærkninger, at man ikke har ret til anonymitet og frit valg i det nye regionale integrerede dobbeltdiagnose-tilbud. Vi ved af erfaring, at retten til anonymitet og frit valg jf. sundhedslovens § 141, § 142 og servicelovens § 101 har stor betydning for mange borgere, når de skal finde mod til at starte i rusmiddelbehandling.

I Novavi behandler vi ca. 20 % af de omkring 15.000 borgere, der årligt er i behandling for alkoholafhængighed i Danmark. Omkring 10 % af disse henvises fra kommunerne. Langt den største del af de borgere, der modtager behandling i Novavi, er ikke kendte hos kommunerne. Borgerne giver udtryk for, at det har stor betydning for dem, at de kan vælge behandling i et andet regi end det offentlige, primært med henvisning til anonymiteten.

Vi anerkender det faglige perspektiv i behovet for ét behandlingstilbud forankret i én sektor på én lokation, men er samtidig af den opfattelse, at hvis der kan inkluderes udgående funktioner i den integrerede behandling, bør der også kunne etableres frit valg, hvis behandlingstilbuddet lever op til myndighedens fastsatte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling. I Novavi ved vi af erfaring, at tilgængelighed, geografisk nærhed og fleksibilitet har stor betydning for effekten af behandlingen, hvorfor det er oplagt at styrke det integrerede behandlingsforløb med udgående funktioner.

Novavi mener imidlertid, at det er en væsentlig forringelse af borgernes rettigheder, at man fratager dem muligheden for frit valg og anonymitet 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.

Som konsekvens af fratagelsen af anonymt og frit valg bør det præciseres, at kommunerne har behandlingsansvaret, hvis borgernes ønske om anonymitet og frit valg af behandlingssted har den konsekvens, at en andel af målgruppen fravælger det integrerede tilbud.

Novavi mener, 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 af stepped care-modellen.

Særligt om § 82c

Novavi mener, at den nye § 82c i et rettighedsperspektiv er afgørende, da man som borger i Danmark må kunne forvente samme rettigheder, hvad angår rusmiddelbehandling, uanset om man er i behandling i regionerne eller kommunerne.

Dertil bemærkes det, at der for nuværende ikke er selvstændig rusmiddelbehandling i regionerne, hvorfor det er meget sårbart for borgerne i perioden mellem henvisning og visitation til det integrerede forløb, selvom de har krav på rusmiddelbehandling inden 14 dage efter modtaget henvisning i regionen jf. lovforslagets § 82c.

Novavi mener ikke det i lovforslaget beskrevne niveau for den indledende rusmiddelbehandling og beskrivelsen af, hvornår forpligtelsen anses for opfyldt, er tilfredsstillende for borgerne. Novavi mener, at rusmiddelbehandlingen skal være på samme niveau som det, man kunne forvente i et parallelt forløb, så behandlingen fx ikke kun er medicinsk i den periode, hvor borgerne afventer visitation.

Målgruppen unge

Unge under 18 år

Det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud henvender sig i udgangspunktet kun til voksne over 18 år, hvilket efterlader en bekymring for de unge under 18 år, der risikerer at falde mellem to stole, da de hverken selv eller i kommunalt regi er afklaret eller udredt i forhold til psykisk lidelse og rusmiddelproblematik, og fordi kommunerne ikke kan stille det rette tilbud til rådighed og derfor afventer, at den unge fylder 18 år med henblik på henvisning til regionerne.

Det står beskrevet i den faglige visitationslinje, at det forventes, at der på sigt udvikles et tilbud netop til den målgruppe. I den sammenhæng mener Novavi, at der skal udvikles et tilbud, 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 med henblik på visitation til det integrerede tilbud. I den sammenhæng tilslutter Novavi sig Ungealliancens anbefalinger.

Unge mellem 18 år og 30 år

Novavi mener, der er behov for en forløbsbeskrivelse i forhold til unge under 30 år med en formodet psykisk lidelse eller en diagnosticeret psykisk lidelse og en rusmiddelproblematik.

Den faglige visitationsretningslinje cementerer princippet om "No wrong door", hvilket i Novavis optik anses som en afgørende tilgang, når det kommer til unge som målgruppe.

Novavis mere end 20 års erfaring fra Stofrådgivningen, et specialiseret dobbeltdiagnosetilbud til unge, viser, at det er komplekst at håndtere unge med en dobbeltdiagnose. Med en kombination af ubehandlet psykisk og/eller psykiatrisk lidelse og sideløbende afhængighed af rusmidler er der stor risiko for, at de unge mister dyrebare år af deres ungdomsliv og aldrig får greb om tilværelsen.

De er dermed i stor risiko for at falde ud af uddannelsessystemet og/eller arbejdsmarkedet, at få/forstærke sociale problemer og at udvikle et massivt og langvarigt behov for hjælp og behandling fra psykiatri, kommune, rusmiddelbehandling m.m.

Dertil kommer, at unge stiller andre krav til fleksibilitet i behandlingen, hvad angår tilgængelighed og relation, end hvad et typisk regionalt sundhedstilbud kan honorere, selv med indtænkt socialfaglig indsats, hvorfor risikoen for udeblivelser og frafald vil være stor.

De unge er en særlig gruppe, hvor den sundhedsfaglige behandling skal kombineres med den socialfaglige og pædagogiske indsats og med erfaring fra samarbejde med unge.

Vi anbefaler derfor en forløbsbeskrivelse med fokus på den målgruppe, hvor specialiseret behandling, fleksibilitet og integreret tværfaglighed er afsættet, og hvor 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.

Mindre bloktilskud til kommunerne kan betyde ringere kvalitet i rusmiddelbehandlingen

Novavi er bekymret for, at reduktionen af det kommunale bloktilskud som konsekvens af flytningen af ansvaret kan medføre kvalitetsforringelser i den kommunale rusmiddelbehandling. Følgende er et eksempel herpå fra

Bornholms Regionskommune i et notat om de økonomiske konsekvenser ved det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud:

"... der ved fuld indfasning af den nye ordning er risiko for, at den kommunale rusmiddelbehandling i Bornholms Regionskommune ikke får færre opgaver svarende til de to årsværk, som skal spares væk. Konsekvensen heraf er, at der enten skal spares på andre dele af den kommunale rusmiddelbehandling (fx at der ikke længere kan tilbydes døgnbehandling for bornholmske borgere), eller at der skal tilvejebringes anden ny finansiering til oprettholdelse af det nuværende serviceniveau.¹"

I Novavi finder vi det dybt problematisk for borgerne, der har ret til behandling, og for samfundet, der har ansvar for at hjælpe borgerne. Vi oplever allerede nu, uden at der eksplicit nævnes det nye regionale integrerede dobbeltdiagnosetilbud, at kommunerne venter med at sende borgere i behandling, indtil tilbuddet er åbent for henvisning.

Novavi mener, at som konsekvens af flytningen af behandlingsansvaret fra kommunerne til regionerne 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. Sundhedsstyrelsens servicetjek har tidligere afdækket, at der allerede nu er store forskelle i kvaliteten af den kommunale rusmiddelbehandling, og Novavi frygter, at lovforslagets økonomiske konsekvenser for kommunerne vil forværre det billede. 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, så de borgere, der fravælger det integrerede tilbud, sikres behandling af samme kvalitet i kommunalt regi.

På vegne af Fonden Novavi


Kirsten Derrig

Direktør

¹ Møde den 4. december 2023, social- og sundhedsudvalget, Bornholms Regionskommune: <https://dagsordner.brk.dk/vis?Referat-Social--og-Sundhedsudvalget-d.04-12-2023-kl.15.30&id=788056b0-fcd1-4c00-9fd3-ebe2070a2c6a>

Høringssvar til 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)

FLOR – Foreningen af Leder af Offentlige Rusmiddelbehandling takker for muligheden for at afgive høringssvar til høring af lovændringer i forbindelse med flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling.

FLOR er overordnet positiv overfor, at borgere med en svær psykisk lidelse, samtidig rusmiddelproblematik samt nedsat funktionsevne fremadrettet sikres mulighed for integreret behandling. FLOR har samtidigt en række bekymringer vedrørende det nye integrerede tilbud, sammenhængen til den parallelle behandling samt økonomiflyttet i forbindelse med etableringen af det integrerede tilbud.

FLOR er bekymret over, at lovforslagets indhold er uklart eller ikke fyldestgørende nok i forhold til at definere regionens ansvar og kommunernes forpligtigelse til at varetage behandling af borgere med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Det er samtidig holdning FLOR's overordnede holdning, at borgere, der visiteres til det nye integrerede tilbud, ikke bør stilles retsmæssigt og kvalitetsmæssigt dårligere i rusmiddelbehandlingen end borgere, der modtager rusmiddelbehandling i kommunerne.

Nedenfor fremgår først FLOR's mere konkrete bemærkninger til lovforslaget og dernæst nogle mere generelle bemærkninger.

Den kommunale forpligtigelse

Generelt for hele udkastet til lovforslaget gør det sig gældende, at den kommunale forpligtigelse ikke omfatter "behandling af personer, som er indlagt på sygehus eller visiteret til integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik." 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. FLOR er bekymrede for, at den del af målgruppen, som har det allersværest, og hvis dobbeltdiagnoseproblematik er af længevarende karakter, vil have svært ved at indgå i det integrerede dobbeltdiagnosetilbud, som netop etableres til at afhjælpe denne målgruppes udfordringer.

Det er ligeledes uklart, hvem der har ansvaret for borgere, som vurderes at være i målgruppe for integreret behandling (er visiteret), men der er ventetid på behandling.

Rusmiddelbehandling under sygehusindlæggelse

Det fremgår af lovforslaget, at regionerne, som tidligere, er ansvarlige for rusmiddelbehandling (såvel medicinsk og social rusmiddelbehandling) under sygehusindlæggelse. Det gælder for alle sygehusindlæggelser, såvel i psykiatrien som i somatikken. FLOR gør i den forbindelse opmærksom på, at der i forbindelse med etableringen af det integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud også bør ske en opkvalificering af den måde, der arbejdes med rusmidler på, på en almindelig enten somatisk eller psykiatrisk sygehusafdeling. Det er ikke erfaringen fra de kommunale rusmiddelcentre, at borgerne har mulighed for at indgå i rusmiddelbehandling under indlæggelse. Sygehusene kan abstinensdække visse former for rusmiddelbrug, mens andre typer af rusmiddelbrug ikke kan understøttes medicinsk. Ligeledes tilbydes der ikke motiverende, støttende eller terapeutiske samtaler.

FLOR ønsker dermed at gøre opmærksom på, at mens ansvarsdelingen er klar, hvad angår rusmiddelbehandling under indlæggelse, så efterleves loven ikke. Den manglende rusmiddelbehandling betyder, at disse borgere, har meget svært ved at opnå indlæggelse i længere tid og derved kommer til at forlade hospitalet i utide. FLOR har ønske om, at der udarbejdes en retningslinje for rusmiddelbehandling under indlæggelse, der er gældende for alle almindelige sygehusafdelinger. Dette med en forventning om, at kvaliteten af såvel den medicinske, men særligt den sociale del af rusmiddelbehandlingen, løftes.

Behandlingsgaranti

Borgere, som er i målgruppe for integreret behandling, bør ikke retsmæssigt stilles dårligere, fordi de er i målgruppen for integreret behandling.

FLOR er derfor bekymret over formuleringerne vedrørende behandlingsgaranti i forbindelse med det integrerede tilbud. Behandlingsgarantien om iværksættelse af behandling indenfor 14 dage er en hjørnesten på rusmiddelområdet og afgørende for, at borgerne tager skridtet ind i rusmiddelbehandling. Det er erfaringen, at borgerne tabes, når der er ventetid, hvorved ventetid bliver bestemmende for antallet af borgere, der indgår i behandling.

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at behandlingsgarantien på de 14 dage, som udgangspunkt vil være opfyldt ved iværksættelse af medicinsk behandling. Der er således ikke behandlingsgaranti på den socialfaglige del, hvorved der i den indledende fase ikke nødvendigvis er tale om hverken helhedsorienteret behandling eller samtidshandling. For nogle borgere vil medicinsk behandling ikke være relevant, hvorved borgerne ikke har mulighed for at modtage

relevant behandling indenfor 14 dage. Dette mener FLOR er en forringelse af borgernes retsstilling sammenholdt med i dag. Det bør fremgå af lovforslaget, at såfremt behandlingsgarantien er opfyldt ved medicinsk behandling, hvornår borgerne så kan forvente opstart af den socialfaglige del af behandlingen.

Det fremgår herudover af lovforslaget s. 16, at:

”Det foreslås, at det omhandlede kapitel skal indeholde en § 82 c, hvoraf det fremgår, 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.”

I formuleringen er det utydeligt, om behandlingsgarantien er gældende fra henvisningsdatoen eller fra visitationsdatoen. Skal behandlingsgarantien sidestilles med rusmiddelbehandlingen er det vigtigt, at garantien gælder fra henvisningsdatoen, så en visitationsproces ikke forsinkes borgerens mulighed for hurtigt at komme i behandling.

Der gøres ligeledes opmærksom på, at der med lovforslaget er risiko for forlængede ventetider på rusmiddelbehandling, idet processen for henvisning, visitation ind i det de integrerede tilbud og evt. yderligere ventetid på et tilbud i kommunerne, såfremt borgeren ikke visiteres til et integreret tilbud, samlet set overstiger 14 dage. Det er uklart, hvem der har ansvaret for borgerne i mellemtiden.

Socialfaglig behandling

FLOR finder det meget problematisk, at behandlingen i det integrerede tilbud primært vurderes at være af ”sundhedsfaglig karakter” (s. 17). Rusmiddelbehandling er både af social- og sundhedsfaglig karakter, med en overvægt på det socialfaglige, bl.a. fordi nogle borgere slet ikke modtager sundhedsfaglig behandling.

Det bør tydeliggøres i lovforslaget, at alle dele af hhv. Servicelovens §101 samt Sundhedslovens §141 indgår i integreret behandling, herunder at behandlingen også baserer sig på hhv. de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling samt den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed.

Den socialfaglige del af behandlingen lægger vægt på helhedsorienteret afdækning, systematisk mål og opfølgning og beskæftiger sig med alle aspekter af borgerens liv (helhedsorienteret behandling), herunder koordinering med andre sociale, psykiatriske eller sundhedsfaglige tilbud samt kobling til beskæftigelse og civilsamfund. Den socialfaglige del af behandlingen er helt afgørende for at opnå positive resultater i behandlingen og for borgerens mulighed for at fastholde disse resultater på længere sigt.

Overordnet bør det præciseres, at alle gældende nationale vejledninger, retningslinjer og anbefalinger på rusmiddelområdet skal medtages i regionernes integrerede dobbeltdiagnosetilbud. I forhold til det sundhedsfaglige område bør fx Sundhedsstyrelsens "National Strategi for Hepatitis C" og Sundhedsstyrelsens inspirationskatalog "Udlevering af sterilt injektionsudstyr til personer med et IV-stofbrug". Derudover bør alle dele af Sundhedsstyrelsens "Vejledning til læger der behandler opioid-afhængige patienter med substitutionsmedicin" indgå i fuld udstrækning, dvs. også omfatte overdosis-kurser til borgerne, fokus på prævention og på somatisk komorbiditet.

No wrong door

No wrong door er et gennemgående princip for de integrerede tilbud. FLOR har ønske om, at det fremgår mere præcist af lovforslaget, hvordan dette princip skal udmønte sig i praksis. Det er således utydeligt, hvordan regionerne vil sikre gode overgange til bl.a. kommunerne. Er regionerne ex. 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? Dette bør fremgå mere tydeligt, så borgerne ikke tabes i overgangen mellem parallel og integreret behandling.

Den faglige visitationsretningslinjes juridiske status

Der henvises adskillelige steder i lovteksten til den faglige visitationsretningslinje. Det er dog uklart, hvilken juridisk status den faglige visitationsretningslinje har, og hvorvidt den er bindende for regionernes praksis.

Det fremgår fx af visitationsretningslinje, 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.

Allerede ved henvisning til et behandlingsforløb bør der 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".

Det fremgår f.eks. også i beskrivelsen af de integrerede tilbud, at "Det er centralt, at geografisk nærhed, tilgængelighed og fleksibilitet i tilbuddene sikres".

Passager som det beskrevne er så centrale, at det bør fremgå af bemærkninger til lovforslaget, som er bindende for regionerne, alternativt betragtes disse blot som hensigtserklæringer eller anbefalinger.

Samarbejde med private dobbeltdiagnosebehandlingstilbud

Ifølge lovforslaget kan regionerne indgå aftaler med private dobbeltdiagnosebehandlingssteder som led i løsningen af opgaverne forbundet med regional dobbeltdiagnosebehandling (s. 14-15). Det er uklart, om regionerne også kan indgå aftale med kommunerne om køb af dobbeltdiagnosebehandling, eller om denne mulighed kun gør sig gældende for private aktører.

Desuden gør FLOR opmærksom på, at der bør udarbejdes en kvalitetsstandard for integreret dobbeltdiagnosebehandling, som også de private tilbud skal efterleve. Det anbefales herudover at indføre et takstloft på de private tilbud, så kvalitet og pris samlet set, hænger sammen.

Tilsyn og klageadgang

Det fremgår af lovforslaget, at Styrelsen for Patientsikkerhed er tilsynsmyndighed for de integrerede tilbud. Tilsynet bør dog ikke kun omfatte Styrelsen for Patientsikkerhed, men også tilsyn fra Socialtilsynet, så den regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling ikke stilles anderledes end kommunale og private rusmiddelbehandlingssteder. At regionerne fritages fra Socialtilsyn øger risikoen for kvalitetsforskelle. Alternativt bør det fremgå af lovforslaget, hvordan det sikres, at Styrelsen for Patientsikkerhed har de nødvendige forudsætninger for opgaven, så kvaliteten af rusmiddelbehandlingen i de regionale såvel som i private dobbeltdiagnosebehandlingstilbud, har samme kvalitet og skal leve op til samme krav som de almene kommunale og private rusmiddelbehandlingstilbud. Herunder bør det sikres, at der er de rette kompetencer til stede, og at der foretages tilsyn ud fra de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling samt de kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed.

FLOR mener, 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. Det gør fortsat være muligt at indgive klage til Ankestyrelsen vedrørende den socialfaglige del af behandlingen (Servicelovens §101). Som minimum bør det fremgå tydeligt af lovforslaget, at borgernes retssikkerhed i forhold til klageadgang forringes som følge af de nye integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud.

Målgruppe

FLOR ønsker at gøre opmærksom på, at det stadig er uklart, hvem der er i målgruppe de nye integrerede tilbud. Det er fx uklart, om borgere, som er i ambulant integreret dobbeltdiagnosebehandling kan indlægges i den regionale psykiatris integrerede tilbud på rusmiddelindikation, selv om de ikke vurderes indlæggelseskrævende på baggrund af den psykiske lidelse. Det kan fx være, borgere, som har behov for iværksættelse/stabilisering af substitutionsbehandling.

Det er en stærk bekymring, at de integrerede tilbud, som er tiltænkt de borgere, der har det allersværest, ikke indrettes på en måde, så målgruppen rent faktisk formår at benytte tilbuddet.

FLOR bemærker, at det af lovforslaget fremgår, at der er et stort sammenfald mellem målgruppen til de særlige pladser og målgruppen for de integrerede tilbud. Det er samtidig bemærkelsesværdigt, at indsatserne til disse to målgrupper beskrives meget forskelligt. Hvor det integrerede tilbud primært omtales som havende indsatser af "sundhedsfaglig karakter", lægges der i de særlige pladser vægt på socialfaglige indsatser, beskæftigelse og aktiviteter. Den miljøterapeutiske og helhedsorienteret indsats fylder med andre ord meget mere, ligesom der også er tale om et længerevarende døgntilbud.

Generelle bemærkninger

Nedenfor fremgår FLOR generelle bemærkninger vedrørende det nye integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud.

Opgave- og økonomiflyt

Som det fremgår af Økonomiaftalerne for 2024 vil etableringen af de integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud indebære en mindredgift i kommunerne på 17 mio. kr. i 2025, 124 mio. kr. i 2026 og 162 mio. kr. i 2027 og frem. Ifølge FLOR er der reelt tale om en budgetreduktion, hvor regionen ikke får ansvaret for overtage en målgruppe, men udelukkende ansvar for at etablere et tilbud til målgruppen. Pengene følger således ikke nødvendigvis 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.

Langt størstedelen af budgetmidlerne i de kommunale rusmiddelcentre går til personale, hvorfor det også må forventes, at budgetreduktionen overvejende skal findes her. Nedenfor fremgår 2 eksempler på konsekvenserne af økonomiflyttet, alt efter kommunestørrelse:

Eksempel 1:

For en mellemstor kommune (90.000 indbyggere) svarer økonomiflyttet til en budgetreduktion på kr. 2.399.000 kr. jf. DUT-nøglen ved fuld indfasning.

Skal reduktionen effektueres i det kommunale rusmiddelcenters budget, vil det betyde en personalereduktion på 5 fuldtidsstillinger, svarende til en personalereduktion på 27% indenfor behandlerstillinger. Estimeret betjener de 5 fuldtidsstillinger 125 – 150 unikke borgere.

Eksempel 2:

For en mindre kommune (42.000 indbyggere) svarer økonomiflyttet til 1.134.000 kr. jf. DUT-nøglen

ved fuld indfasning.

Ved effektuering i rusmiddelcentrets budget, vil det betyde en personalereduktion på 3 fuldtidsstillinger, svarende til en personalereduktion på 26 % indenfor behandlerstillinger. Estimeret betjener de 3 fuldtidsstillinger 75 – 90 unikke borgere.

FLOR vurderer ikke, at det er sandsynligt, at så mange borgere, der nævnes i eksemplerne, vil blive visiteret til det nye integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud. Som eksempel fremgår det af Sundhedsaftalen, at der i Region Midt estimeres at være 904 unikke borgere i målgruppen for det nye tilbud. Dette svarer til gennemsnitligt 52 borgere pr. kommune i Region Midt. Selv dette tal vurderes at være højt, hvis man sammenholder med de tilbagemeldinger kommunerne i Region Midt har givet. På baggrund af screeninger af indskrevne borgere, vurderer kommunerne i Region Midt, at der gennemsnitligt er 5-10 unikke borgere pr. 50.000 indbyggere i målgruppe for det nye integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud.

På denne baggrund opfordrer FLOR kraftigt til, at de nye integrerede dobbeltdiagnosetilbud monitoreres tæt med henblik på en senere justering af økonomiflyttet, såfremt det viser sig, at det integrerede tilbud ikke benyttes i det omfang der er forventet. FLOR stiller sig gerne til rådighed med henblik på at komme med input til relevante indikatorer for monitorering.

Fysisk placering af de nye tilbud, geografi og økonomi:

Det er stadig uklart, hvor Regionen fysisk vælger at etablere de nye integrerede tilbud. I flere dele af landet er der i forvejen lange geografiske afstande til regionspsykiatrien (ikke unormalt med 40-60 km). Hvis der herudover ikke forventes etablering af tilbud på andet end få hospitaler i regionerne, kan det medvirke til at borgeren fravælger tilbuddet, pga. tid og logistik. I mange kommuner er infrastrukturen svag og det vil være en udfordring at transportere sig med offentlig transport.

Dette 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.

Såfremt borgeren ønsker at modtage tilbuddet om integreret behandling, er FLOR bekymrede 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. Ved overtagelse af substitutionsbehandling, vil der for mange borgere, blive tale om fysisk fremmøde 3 gange ugentligt. Dette er ikke en opgave, der er afsat ressourcer eller midler til i de kommunale budgetter.

Venlig hilsen FLOR

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Værnedamsvej 7a, 1. sal
1819 Frederiksberg C

Sendt som e-mail: sum@sum.dk, lpe@sum.dk og
ilj@sum.dk

T 33310075

kontakt@gadejuristen.dk
www.gadejuristen.dk

CVR: 25048482

15. december 2023

Høringssvar fra Gadejuristen over udkast til lovforslag 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)

I Gadejuristen har vi dagligt kontakt med nogle af de allermest udsatte stofbrugere, hvor en stor del af dem har en psykisk lidelse. Som stofbruger med en psykisk lidelse har du, som det er nu, ikke adgang til kvalificeret og helhedsorienteret psykiatrisk behandling, alene af den grund, at du er bruger af rusmidler. Gadejuristen mener, at det er en uværdig og skamfuld behandling af vores udsatte medborgere, at de bliver nægtet adgang til psykiatrien, fordi de samtidig med at have en psykisk lidelse også har en stofproblematik.

Gadejuristen ser derfor yderst positivt på lovforslaget, som har til hensigt at give stofbrugere adgang til hospitalspsykiatrien og forhåbentlig kan medføre, at stofbrugere ikke længere skal være kastebolde mellem den kommunale rusmiddelbehandling og den regionale psykiatri.

Mange stofbrugere er som konsekvens af den nuværende opdeling i hjælpesystemet ikke blevet retmæssigt udredt for eventuelle underliggende psykiske lidelser, men har måtte tage til takke med den ofte utilstrækkelige kommunale rusmiddelbehandling. At der nu ikke længere kan stilles krav til en stoffri periode på 3 måneder som en adgangsbillet til psykiatrien for aktive stofbrugere hilser vi meget velkommen. Gadejuristen mener, at den nuværende praksis, der stiller krav om netop det er fuldstændig vanvittig og lige så urimelig. Det er ikke ukendt, at rusmidler ofte bruges som

selvmedicinering af netop psykiske lidelser, og det er ekstremt nedværdigende at stille den slags utopiske krav til mennesker, der allerede ligger ned og forsøger at bede om hjælp til at håndtere det, der er svært indeni.

'De særlige pladser' og 'dobbeldiagnosetilbud'

Gadejuristen mener ikke, at tilbuddet skal hedde eller kaldes hverken 'de særlige pladser' eller 'dobbeldiagnosetilbud'. Det er stigmatiserende overfor en målgruppe, som i forvejen føler sig 'særlig' og udenfor i samfundet. Vi foreslår derfor, at navnet udgår af materialet og erstattes af noget ikke-stigmatiserende. I mangel af bedre ord, har vi i dette skriv valgt at skrive 'dobbeldiagnosetilbud', så der er konsensus omkring, hvad der specifikt bliver omtalt.

Faglighed og fleksibilitet

Umiddelbart ser Gadejuristen ikke positivt på nedjusteringen af pladserne til integreret dobbeltdiagnosebehandling. Lovforslaget ligger op til, at de nu 144 pladser nu bliver nedjusteret til 88 pladser. Det er ikke et manglende behov for psykiatrisk behandling for folk med stofbrug, der er skyld i, at pladserne har stået tomme, men en uenighed om rammevilkårene. Faktisk estimeres målgruppen for dobbeltdiagnosebehandling til at være omkring 9.200 borgere.¹ Derfor mener Gadejuristen, at en nedjustering af antallet af pladser er en hån mod målgruppen. På den anden side – hvis de 88 pladser rent faktisk bliver besat og yder kvalificeret psykiatrisk behandling, er det et skridt i den rigtige retning – om end et lille et.

Gadejuristens erfaring er, at udsatte stofbrugere ikke kan hjælpes i et tilstrækkeligt omfang i den eksisterende, kommunale rusmiddelbehandling, da der mangler faglighed såvel som fleksibilitet i tilbuddene. Vores erfaring er ligeledes, at den kommunale rusmiddelbehandling er præget af mangel på faglig udvikling, og vores fornemmelse er, at tiden står stille – personalet gør som de plejer og plejer er langt fra godt nok. Overtid er der flere steder opbygget rigide arbejdsrutiner, som fastlægger en meget snæver ramme for behandlingstilbuddene, hvor kontrol og straf er bærende elementer i den faglige tilgang til stofbrugere. Man synes at glemme, at mennesker med stofbrug

¹ <https://sum.dk/nyheder/2023/maj/aftale-paa-plads-om-samlet-dobbeldiagnosetilbud-og-omlaegning-af-saerlige-pladser-i-psykiatrien>

er lige så forskellige som mennesker uden, når der ikke er plads til at imødekomme individuelle behov og ønsker for den enkelte. Faktum er, at når den fastsatte ramme ikke kan tilgodese den enkeltes behov, bliver behandlingen irrelevant. I yderste konsekvens risikerer borgeren at ryge helt ud af hjælpesystemet og få det værre. Gadejuristen har lignende tilbagemeldinger fra stofbrugere, der har været så 'heldige' at få en af pladserne i dobbeltdiagnosebehandlingen. Vi har kendskab til flere stofbrugere, der har afvist en plads, fordi tilbuddet forbindes med tvang, kontrol og straf – tre ting som de fleste forbinder med nedværdigende behandling.

Gadejuristen mener, at det er altafgørende, at der er særligt fokus på faglighed og fleksibilitet i det nye dobbeltdiagnosetilbud. Hvis dette ikke efterstræbes og opnås, kan det være ligemeget. Helt konkret betyder det, at der skal være plads til at imødekomme individuelle ønsker og behov, og at de rammer, der sættes ikke risikere at udelukke den enkelte fra behandling. Det kræver, at der er fleksibilitet i forhold til manglende eller ustabil fremmøde, uhensigtsmæssig adfærd, manglende overholdelse af aftaler eller et sideforbrug af rusmidler, og at dette ikke føre til hverken sanktioner eller afvisninger. Derimod skal disse konkrete eksempler give anledning til at italesætte eventuelle utilstrækkeligheder i behandlingen.

Fleksibiliteten skal også afspejles i en risikovillighed af det sundhedsfaglige personale, hvor der tages højde for, at stofbrugere har en højere tolerance i forhold til medicinindtag, så en eventuel anbefalet dosis ikke er tilstrækkelig. Dette afspejler sig også i det øvrige hospitalsvæsen, hvor mange stofbrugere i dag ikke modtager tilstrækkelig abstinensbehandling ved indlæggelser i somatikken, og hvor det derfor kan have den uheldige konsekvens, at nogen lader sig udskrive før de er færdigbehandlet. Dette stiller den enkelte i et uværdigt dilemma, hvor der skal vælges, hvad der er mest nødvendigt på det givne tidspunkt, hvilket kan have alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser. Det er derfor uhyre vigtigt, at regionen får en grundig overlevering fra den kommunale rusmiddelbehandling, når de kommunale forpligtelser bortfalder, så borgeren ikke risikere at falde mellem to stole.

Visitation, behandlingsgaranti og frit valg

Gadejuristen sætter spørgsmålstegn ved, at borgerne skal starte forfra med visitation til rusmiddelbehandling i kommunalt regi efter hhv. sundhedslovens § 142 og servicelovens § 101 (social behandling), hvis de afvises som patienter til dobbeltdiagnosebehandlingen, hvor visitationstiden er 30 dage. Dette giver op til 44 dages ventetid med de 14 dages ventetid på at få en efterfølgende lægesamtale. Vi bemærker, at det bør overvejes, om der skal være en aftale mellem kommune og region om, at patienten ved afvisning har ret til en lægesamtale tidligere end efter 14 dage. Dette gælder bl.a. borgere, der hverken modtager behandling i psykiatrien eller rusmiddelbehandling i kommunalt regi², samt borgere i psykiatrien, der undervejs får afdækket et behandlingskrævende stofbrug. 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 er bekymret for de lange ventetider i psykiatrien. Stofbrugere kan således visiteres til et dobbeltdiagnosetilbud, hvor de risikere at vente i årevis på at behandlingen iværksættes. I ventetiden er det alene den utilstrækkelige rusmiddelbehandling i kommunerne, der varetages. Gadejuristen mener derfor, at der bør fastsættes en behandlingsgaranti i forbindelse med dobbeltdiagnosetilbuddet. Dette skal især ses i lyset af, at når borgeren først er visiteret til tilbuddet, er vi bange for, at der i kommunerne bliver skabt en praksis, hvor mulighederne for andre behandlingstilbud lukker ned. Konsekvensen heraf kunne således være, at det ikke er muligt for borgeren at blive bevilget eksempelvis døgnbehandling med henvisning til, at der allerede er givet et behandlingstilbud. Selvom lovforslaget i sin helhed lægger op til en forbedret retstilling for stofbrugere med psykiske lidelser, forringes retstillingen i forhold til rusmiddelbehandlingen. Det er et problem, der skal tages højde for i lovforslaget.

Med hensyn til de parallelle behandlingsforløb, er det positivt, at borgere nu kan have både adgang til psykiatrisk behandling og frit valg af rusmiddelbehandling – en mulighed der ikke før har været der. Gadejuristen finder det også positivt, at der nu er mulighed for at højne fagligheden i

² Behandlingsansvaret i for borgere i kategorierne pkt. C + D blandt andet i Notat af Sundhedsministeriet – Svar på Spørgsmål 240, 16. september 2021
<https://www.ft.dk/samling/20211/almedel/suu/spm/240/svar/1846580/2513707.pdf>

kommunerne som følge af samarbejdet med den psykiatriske behandling i regionerne. Ulempen er dog, at borgere risikerer at blive kasterbold mellem to instanser, der ikke taler ordentligt sammen. Gadejuristen kan derfor kun opfordre til et øget fokus på kommunikation og samarbejde mellem kommune og region.

Gadejuristen bemærker, at det er positivt, at der er fokus på, at patienter efter udskrivning skal kunne tilbydes en integreret dobbeltdiagnosebehandling ved behov i op til minimum 1 år efter udskrivningen uden en ny visitation. I lovforslagets s. 36 formuleres det således "*... patienter bør i minimum et år efter udskrivningen tilbydes integreret dobbeltdiagnosebehandling ved behov*". Gadejuristen anbefaler, at "*bør*" skiftes ud med "*skal*". At dette anbefales indikerer også, at ventetiden kan være lang førend behandlingsforløb iværksættes.

Gadejuristen mener, at det er positivt, at det foreslås at ophæve kapitel 12a i psykiatriloven, så patienter i dobbeltdiagnosetilbud nu bliver omfattet af psykiatrilovens almindelige bestemmelser for så vidt, angår visitation, revurderinger mm.

Gadejuristen mener ligeledes, at det er positivt, at servicelovens § 108, stk. 4 ophører, så den visiterede borger ikke er tvunget til at opgive sin bolig i bytte for behandling.

Samtykke til behandling og tvang

Gadejuristen mener, at det er altafgørende at tilbuddet er frivilligt. Mange stofbrugere har dårlige erfaringer med psykiatrisk behandling, fordi de har været udsat for tvang. Der skal etableres tillid til behandlingstilbuddet, som forudsætter en ny tilgang til behandlingen med mere fleksibilitet, risikovillighed og frivillighed.

Det er i den forbindelse særlig vigtigt, at patienterne bliver gjort opmærksomme på, at der kan opstå tvang i forbindelse med behandlingen – selvom 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. Vi mener, at udgangspunktet for at

tilbuddet bliver vellykket og dermed attraktivt for målgruppen, at tvang ikke indgår som en mulighed i behandlingstilbuddet.

Gadejuristen finder det dog positivt, at der i lovforslaget lægges vægt på en mere individuel tilgang i behandlingen af psykiatriske patienter. Dette viser en meget velkommen og nødvendig udvikling i psykiatrien, hvor man tager hensyn til patientens unikke behov og fokuserer på at skabe positive og bæredygtige resultater i tilværelsen. Vi mener, at det burde være mere end muligt at skabe et behandlingstilbud, hvor tvang ikke er en del af det.

Konkretisering af andre metoder end tvang

I lovforslaget bliver der ikke nævnt nogle konkrete alternativer til tvang. Vi mener, at det er vigtigt, at der konkretiseres nogle alternative metoder. Alternativer til tvang kunne f.eks. være behandlingsformer, der fokuserer på at styrke patientens evne til selvbestemmelse og empowerment. Dette inkluderer metoder som peer-support, kognitiv adfærdsterapi, psykoterapi, dialektisk adfærdsterapi, mindfulness, NADA og terapeutiske samtaler, der har til formål at skabe større inddragelse og mindre tvang i behandlingsforløbene.

Med venlig hilsen

Rikke Alexandrine Troelsen

The Street Lawyers

GADEJURISTEN

HARDCOREHARMREDUCER

Værnedamsvej 7A, 1.

DK-1819 Frederiksberg C

Tlf.nr. +45 xx xx xx xx

Mail: xxx@gadejuristen.dk

www.gadejuristen.dk



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10
1216 København K

Socialtilsyn Nord
Postadresse:
Springvandspladsen 5
9800 Hjørring
Telefon 7233 6930
socialtilsynnord@hjoerring.dk
www.socialtilsynnord.hjoerring.dk

Sendt på mail til:

sum@sum.dk

lpe@sum.dk

ilj@sum.dk

Den 15-12-2023

Sagsnr.: 00.01.00-A50-4-14

Høringssvar – lovforslag 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)

Indenrigs og Sundhedsministeriet sendte den 17. november 2023 udkast til ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien mv. (Flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling) i høring hos blandt andre Socialtilsyn Nord, Hjørring Kommune.

Socialtilsyn Nord takker for denne mulighed til at afgive høringssvar til udkastet.

Socialtilsyn Nord's kommentarer til udkast til ny bekendtgørelse følger nedenfor.

Ad 1 – Tilsyn med misbrugsbehandling

I sundhedslovens §141 og lov om social service § 101 indsættes der et nyt stk. 2, som angiver at kommunen ikke er forpligtet til behandling af personer, som er indlagt på sygehus eller visiteret til integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik.

Det følger af lov om socialtilsyn § 4, at socialtilsynet fører tilsyn med tilbud jf. § sundhedslovens §141 og lov om social service § 101.

Det er uklart, hvem der fremadrettet føre tilsynet.

Socialtilsynet har aldrig haft det lægelige tilsyn, det har Styrelsens for patient sikkerhed. Så tilsynet med lægelig misbrugebehandling, er tydeligt at det fortsætter de med.

Socialtilsynet har heller aldrig haft tilsyn på sygehuset eller psykiatriske afdelinger, det har Styrelsens for patient sikkerhed. Så den del er også tydelig.

Men det fremgår på side 13 i lovforslaget, at " Behandlingen kan foregå under indlæggelse eller ambulant, herunder som udgående funktioner til f.eks. borgernes hjem samt bo-, opholds- og behandlingssteder"



Det fremgår derud over at regionen kan indgå aftaler/overenskomst med private institutioner om at de benyttes som led i opgaveløsningen. Det vil dermed ikke udelukkende være tale om regionale drevne tilbud, der kan levere ydelser efter bestemmelserne.

Det er uklart for socialtilsynet om der kan være tale om borgere der bor på tilbud efter servicelovens § 108, som får ydelser efter bestemmelsen om dobbeltdiagnose behandling. I det tilfælde vil socialtilsynet have tilsyn med tilbuddet efter § 108, men det bliver uklart hvem der har tilsynet med den sociale misbrugsbehandling, og om tilbuddet skal være godkendt af socialtilsynet til at leverer det, eller det kan være tilstrækkeligt at de har indgået overenskomst med regionen, og derfor er underlagt tilsynet fra styrelsen for patientsikkerhed.

Forslag

Socialtilsyn Nord foreslår, at det præciseres hvem der har tilsynet med den sociale misbrugsbehandling når den leveres i bo- opholds- og behandlingssteder.

-o0o-

Har I spørgsmål til ovenstående, er I velkomne til at kontakte jurist Lene Skougaard Magle på telefon 72 33 69 38 eller på mail lene.skougaard.magle@hjoerring.dk.

Med venlig hilsen

Line Hesselund
Tilsynschef

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sendt til sum@sum.dk med kopi til lpe@sum.dk og ili@sum.dk

WILDERS PLADS 8K
1403 KØBENHAVN K
TELEFON 3269 8888
DIREKTE 9132 5685
PEHJ@HUMANRIGHTS.DK
MENNESKERET.DK

DOK. NR. 23/02691-2

15. DECEMBER 2023

HØRINGSSVAR OVER UDKAST TIL LOVFORSLAG OM INTEGRERET DOBBELTDIAGNOSEBEHANDLING OG OMLÆGNING AF DE SÆRLIGE PSYKIATRISKE SENGEPLADSER

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ved e-mail af 17. november 2023 anmodet om Institut for Menneskerettigheders eventuelle bemærkninger til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven, serviceloven og psykiatriloven (Flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling).

Instituttet har følgende bemærkninger:

INTEGRERET DOBBELTDIAGNOSEBEHANDLING

Instituttet finder det positivt, at der bliver etableret en integreret dobbeltdiagnosebehandling for mennesker, der har en psykisk lidelse samtidig med en rusmiddelsproblematik.

I medfør af FN's handicapkonventions artikel 25 har Danmark anerkendt, at personer med handicap har ret til at nyde den højest opnåelige sundhedstilstand uden diskrimination på grund af handicap. Danmark skal således arbejde for at nedbryde de barrierer, som kan hindre mennesker med handicap i at opnå den sundhedsbehandling, de har behov for, jf. konventionens artikel 4, stk. 1, litra a og b.

Problemet med manglende relevante behandlingstilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser er velkendt. Det skønnes, at ca. 30.000 personer lever både med psykiske lidelser og et alkohol- eller stofmisbrug. Disse personer 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.¹

Fortsat mulig tvivl om sektoransvar

Et af lovforslagets formål er at skabe en klarere ansvarsfordeling mellem myndighederne i forhold til dobbeltdiagnosebehandling.

Dette søges opnået ved, at regionerne får ansvaret for den integrerede dobbeltdiagnosebehandling, som navnlig retter sig mod mennesker, der har en moderat til svær behandlingskrævende psykisk lidelse samt en rusmiddelproblematik, og som samtidig vurderes ikke at ville kunne følge eller profitere af et parallelt behandlingsforløb.²

Henvisningen til den integrerede dobbeltdiagnosebehandling kan komme fra almen praksis, rusmiddelbehandlingstilbud, kommunale forvaltninger, sygehusafdelinger og speciallægepraksis.³

Det fremgår af lovforslagets specielle bemærkninger til § 1, nr. 1 og 3-4, at det i sidste ende vil være regionen, der vurderer, om en person, der er henvist til integreret dobbeltdiagnosebehandling, er i målgruppen herfor, jf. ovenfor. Hvis regionen vurderer, at personen falder uden for målgruppen for dette tilbud, vil regionen ikke være forpligtet til at yde alkohol- og stofmisbrugsbehandling.

Der kan efter instituttets opfattelse være risiko for, at borgeren bliver kastebold mellem forskellige tilbud, hvis myndighederne er uenige om, hvorvidt borgeren er i målgruppen for integreret dobbeltdiagnosebehandling. Denne risiko forøges ved, at flere forskellige myndigheder både på kommunalt og regionalt niveau kan henvise borgeren til integreret dobbeltdiagnosebehandling.

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.

¹ Sundhedsstyrelsen, Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, januar 2022, side 133-134.

² Sundhedsstyrelsen, Faglig visitationsretningslinje: Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, september 2023, side 21-22.

³ Sundhedsstyrelsen, note 2 ovenfor, side 20.

Frist for at iværksætte behandling bør fastholdes

Som reglerne er i dag, skal alkohol- og stofmisbrugsbehandling iværksættes senest 14 dage efter, at borgeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling, jf. sundhedslovens § 141, stk. 2, og § 142, stk. 6, og servicelovens § 101, stk. 4.

I lovudkastet foreslås det i stedet, at behandlingen skal iværksættes senest 14 dage efter, at regionen har modtaget en henvisning fra den myndighed, borgeren har henvendt sig til med ønske om behandling, jf. udkastet til sundhedslovens § 82 c. Der er ikke nogen frist for, hvornår den myndighed, borgeren henvender sig til, skal have henvist borgeren til regionen.

Fristen er væsentlig for at sikre en reel adgang til behandling, da der i mange tilfælde vil være tale om personer med begrænset eller ingen sygdomserkendelse eller motivation for at søge behandling. Når de henvender sig for at søge behandling, bør der derfor reageres hurtigst muligt.

Derfor er det efter instituttets opfattelse problematisk, at de foreslåede regler ikke indeholder en frist for at iværksætte behandling, der regnes fra, hvornår borgeren har henvendt sig til en myndighed.

Instituttet anbefaler derfor:

- At ministeriet ændrer udkastet til sundhedslovens § 82 c, så der fortsat gælder en frist for at iværksætte behandling, der regnes fra borgerens henvendelse til en myndighed med ønske om behandling.

Opfølgning på udskrivning

Det fremgår af lovudkastets specielle bemærkninger til § 1, nr. 2-4, og § 2, nr. 1, at udskrivningen bør foregå i dialog mellem region, kommune og patient, og at patienten i minimum et år efter udskrivningen bør tilbydes integreret dobbeltdiagnosebehandling ved behov for at sikre en kontinuerlig, sammenhængende og hurtig indsats for den enkelte.

Instituttet kan tilslutte sig disse betragtninger til fulde og vurderer, at de er så væsentlige, at de bør fremhæves i selve lovteksten, idet de kan understøtte, at borgeren får sammenhængende og hurtig behandling.

Instituttet anbefaler derfor:

- At ministeriet tilføjer i udkastet til sundhedslovens § 82 c, at udskrivningen foregår i dialog mellem region, kommune og

patient, og at patienten i minimum et år efter udskrivningen tilbydes integreret dobbeltdiagnosebehandling ved behov for at sikre en kontinuerlig, sammenhængende og hurtig indsats for den enkelte.

Instituttet bemærker desuden, at psykiatriske afdelinger allerede i dag skal indgå udskrivningsaftaler med visse patienter, jf. psykiatrilovens §§ 13 a-13 c. Dette er imidlertid ikke reflekteret i bemærkningerne til lovudkastet.

Instituttet anbefaler derfor:

- At ministeriet i lovudkastets bemærkninger beskriver samspillet mellem de foreslåede regler om udskrivning fra integreret dobbeltdiagnosebehandling og de gældende regler om udskrivningsaftaler.

DE SÆRLIGE PSYKIATRISKE SENGEPLADSER

Instituttet finder det overordnet set positivt, at de såkaldte særlige psykiatriske sengepladser bliver omlagt til længerevarende pladser forankret i den regionale psykiatri.

Selvom der har været en række problemer med rammevilkårene for de særlige psykiatriske sengepladser, viste VIVEs evaluering fra 2021, at et flertal af kommunale og regionale ansatte har oplevet, at pladserne er et relevant tilbud for borgerne, og at de er lykkedes med at tilbyde en helhedsorienteret tilgang til borgeren.⁴

Evalueringen viste samtidig, 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.⁵

Denne konklusion bygger dog på, at de eksisterende rammer fastholdes. Ændres rammevilkårene med nærværende lovforslag, er det tænkeligt, at det vil være muligt at udnytte en større del af de 150 sengepladser.

Det er på denne baggrund uklart, hvad begrundelsen er for at reducere antallet af pladser fra 114 til 88.

⁴ Martin Sandberg Buch m.fl., Evaluering af de særlige pladser i psykiatrien, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, juni 2021, side 46-47.

⁵ Martin Sandberg Buch m.fl., note 4 ovenfor, side 26 og 66-68.

Instituttet for Menneskerettigheder anbefaler derfor:

- At ministeriet begrundet beslutningen om at reducere antallet af særlige psykiatriske sengepladser (nu længerevarende sengepladser) fra 114 til 88.

Der henvises til ministeriets sagsnummer 2023-4723.

Med venlig hilsen

Peter Kristian Hjaltason

SPECIALKONSULENT



Att. Indenrigs og sundhedsministeriet

KABS – Ledelse og administration
Bakken 3
2600 Glostrup

Input til høringssvar over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

www.kabs.dk
kabs@glostrup.dk
Tlf.: 4511 7500

13-12-2023

KABS ønsker at benytte muligheden for at give et høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien mv.

KABS anerkender at opgaven med at sikre lovhjemmel til at overdrage ansvaret for dobbeltdiagnosebehandling samt den økonomi der nødvendigvis skal sikre dette ikke er nem. Som det fremgår af selve lovforslagets titel, hjemles opgaven igennem flere lovkomplekser, hvilket ikke desto mindre stiller endnu større krav til forarbejdet med at tydeliggøre de mange lovbestemmelser, som påvirkes og derfor har betydning for hvordan rusmiddelbehandling i fremtiden vil udmøntes i praksis såvel tværsektorielt som indenfor region eller kommune.

I det lys ønsker KABS at bidrage med kommentarer og nysgerrige spørgsmål.

Generelle bemærkninger

KABS igennem sine 22 års levetid haft opbygningen af psykiatriske kompetencer som et af sine strategiske fokusområder. Siden etableringen af 27 misbrugspsykiatriske dagbehandlingspladser i 2004 har vi igen og igen udvidet antallet af ambulante pladser til behandling af mennesker med dobbeltdiagnoser fordi kommunerne har efterspurgt flere pladser at visitere til.

KABS KASA og KABS Stjernevang råder i dag over mere end 250 ambulante behandlingspladser til integreret behandling, som er bevilget af mere end 40 kommuner.

KABS strategiske succes på psykiatriområdet vidner med al tydelighed om behovet for regionale behandlingstilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser som kommunerne kan henvise til.

Helt grundlæggende hæfter vi os ved det faktum at regionerne eller de ansvarlige styrelser på ingen måde har fremsat en faglig ramme for indholdet af den regionale integrerede behandling. Den faglige visitationsretningslinje tager for eksempel udgangspunkt i hypoteser om en 'Stepped care'-model og princippet 'No-wrong-door', som slet ikke er afprøvet i dansk sammenhæng. Hypoteserne udfordrer hele det lovgivningsmæssige arbejde og dermed hvordan det skal implementeres i praksis.

I gennemgangen af det fremsatte lovforslag støder vi gang på gang på oplevelsen af, at lovgivningen snarere begrænser etableringen integreret behandling af høj faglig kvalitet og en smidig tværsektoriel arbejdsgang med udgangspunkt i 'Stepped Care'-modellen og princippet om 'No wrong door' end at fremme den.

Med udgangspunkt i vores kommunale erfaring med behandlingsbehov til mennesker med dobbeltdiagnoser samt erfaringer med deres behandlingsmuligheder, ser vi med fortsat 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.

I bemærkninger til lovforslaget [henvisning] lægges der op til en monitorering af implementeringen af regionale integrerede behandlingstilbud. Monitoreringen bør omfatte kriterier for den gode henvisning således, at der at visitationskravene løbende evalueres mhp på at minimere andelen af borgere der henvises til integreret behandling og efterfølgende afvises af den regionale centralvisitation.

Specifikke bemærkninger til lovforslaget

#1 Behov for at adressere risiko for forværring af den enkelte borgers tilstande i form af øgning af symptomer fra den/de psykiatriske lidelser, såfremt behandlingen indledningsvist alene omfatter alkohol- eller stofmisbrugsbehandling

I lovforslagets §82c fremgår det, 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"*.

Af lovforslaget fremgår det, at retten til at få iværksat behandling senest 14 dage efter regionens modtagelse af henvisning alene gælder for den del af den integrerede behandling, som består af alkohol- og stofmisbrugsbehandling, og ikke for den integrerede behandling som helhed. For den integrerede behandling som helhed vil der gælde de rettigheder, der i dag gælder i forbindelse med modtagelse af sygehusydelse efter sundhedslovens afsnit VI, herunder udredningsretten.

Udredningsretten gør at regionerne i god tid skal vurdere, om det er muligt at tilbyde borgeren en undersøgelse (udredning) inden for de 30 kalenderdage. I øvrigt gælder denne ikke, hvis en læge vurderer, at det på grund af borgerens helbredstilstand ikke vil være muligt at afklare, hvad borgeren fejler indenfor 30 dage eller hvis borgeren takker nej til en tilbudt tid til undersøgelse, men hospitalet skal tilbyde borgeren en ny tid hurtigst muligt. Det betyder, at en regulær udredning af borgerens psykiatriske diagnose kan have lange udsigter, i de tilfælde hvor borgeren takker nej eller undersøgelsen grundet borgeren helbredsmæssige tilstand ikke lader sig realisere. Dette synes særligt relevant for dobbeltdiagnosticerede borgere, der er præget af somatisk komorbiditet samt risiko for udeblivelse, dropout og manglende stabilitet.

Hvis Ministeriet alene forstår alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, som en behandlingsindsats der indledningsvist adresserer rusmiddelindtaget og ikke samtidig udredning og behandling af den psykiatriske diagnose, opstår der risiko for forværring af tilstanden i form af øgning af symptomer fra den/de psykiatriske lidelser. Dette synes særligt vigtigt, idet det af bemærkningerne fremgår, at den misbrugsbehandling, som skal iværksættes senest 14 dage efter henvisningens modtagelse, som udgangspunkt vil være opfyldt, hvis der i tilfælde af alkoholmisbrug f.eks. er ordineret acamprosat eller naltrexon og i tilfælde af stofmisbrug er ordineret eks. buprenorphin eller metadon. Denne sekventielle tænkning af behandlingen i hhv. lægelig alkohol- og stofmisbrugsbehandling og integreret behandling som helhed, synes at mangle samklang med Sundhedsstyrelsens Faglige visitationsretningslinje, hvori det fremgår;

"at mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik vil de to tilstande ofte gensidigt påvirke og forstærke hinanden. En rusmiddelproblematik kan udløse eller forværre en psykisk lidelse, men en rusmiddelproblematik kan også være en direkte følge af psykisk sygdom, fx når rusmiddelproblematikken starter som et forsøg på at lindre symptomer og forpinthed hos den enkelte" (2023:17).

Desuden præciseres der i lovbemærkningerne at; *"[...] den integrerede dobbeltdiagnosebehandling er kendetegnet ved, at behandlingen af den psykiske lidelse og misbruget foregår samtidigt i ét samlet behandlingstilbud"*.

Ministeriet bør derfor adressere risikoen for forværring af den enkelte borgers tilstand i form af øgning af symptomer fra den/de psykiatriske lidelser, såfremt behandlingen indledningsvist alene omfatter alkohol- eller stofmisbrugsbehandling.

#2 Lovens hensigt om at sikre patientrettigheder (behandlingsgaranti på 14 dage) jf. lovforslaget §82c øger risiko for det modsatte

KABS bifalder lovforslagets §82c hensigt om at tilvejebringe vigtige patientrettigheder om behandlingsgaranti på 14 dage. Formuleringen rummer imidlertid også en risiko for at regionernes centrale visitation tvinges til at tilbagevisitere borgere til kommunal misbrugsbehandling alene i de tilfælde hvor regionerne ikke kan iværksætte integreret behandling senest 14 dage efter regionernes modtagelse af henvisningen.

Patientrettigheden er vigtig, ikke mindst for patienter som kræver øjeblikkelig abstinensbehandling, men lovens formulering bør ledsages af en bestemmelse om, at den regionale centralvisitation ikke må tilbagevisitere en patient på grundlag af regionens manglende mulighed iværksætte behandling indenfor behandlingsgarantien.

#3 Kvalificeret dobbeltdiagnosebehandling beror på samtidig lægelig- og social stofmisbrugsbehandling samt psykosociale behandlingsydelser i alkoholbehandlingen

Af lovforslagets afsnit 2.1.3.3. fremgår det, at selvom den integrerede dobbeltdiagnosebehandling vil indeholde elementer af social stofmisbrugsbehandling eller psykosociale elementer i alkoholbehandlingen, vurderes behandlingen at være af primært sundhedsfaglig karakter.

I KABS beror kvalificeret dobbeltdiagnosebehandling på stor variation i behandlingsydelserne, hvilket begrundet i de særegne behandlingsbehov den enkelte borger måtte have. Det betyder, at behandling af sundhedsmæssige, psykiske og sociale problemer foregår samtidig. Dermed får hverken den social- eller sundhedsfaglige behandling forrang, men foregår integreret og koordineret.

I bogen *Sammen om dobbeltdiagnoser*, Johansen et. al., Samfundslitteratur 2023 kritiseres begrebet for at ikke at erkende det faktum at mange mennesker med dobbeltdiagnoser også vil have somatisk sygdom, sociale problemer med videre, som er med til at fastholde deres vanskeligheder (s.13).

Fremfor at lovgivningen begrænser dobbeltdiagnosebegrebet som primært af sundhedsfaglig karakter, bør lovforslagets bemærkninger i stedet reformuleres for at understøtte den integrerede behandlings tværfaglige udgangspunkt.

#4 Tilsynsforpligtigelsen for det nye regionale tilbud bør ikke alene omfatte den sundhedsfaglige virksomhed jf. Patientsikkerhedstilsynet, men også Socialtilsyn ift. kvaliteten af den sociale behandling og alkoholbehandlingen

Af bemærkningerne fremgår det, at det regionale tilbud vil være omfattet af det tilsyn, som Styrelsen for Patientsikkerhed udøver efter sundhedsloven. Tilsynet vedrører tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udøves af autoriserede sundhedspersoner, og synes ikke at omfatte Socialtilsynet, som fører driftsorienteret tilsyn med stofmisbrugsbehandlingstilbud efter servicelovens § 101 og alkoholbehandlingssteder efter sundhedslovens § 141.

Risikoen er, at hvis der alene føres tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed jf. Styrelsen for Patientsikkerhedstilsyn, vægtes kvaliteten af de socialfaglige elementer i behandlingen i mindre grad. Den sociale behandling bør i lige så høj grad underlægges et tilsyn, for at sikre den fornødne kvalitet i den regionale integrerede behandling. Her bør Socialtilsynets Kvalitetsmodel, såvel som De nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling anvendes som målestok for kvalitet af socialfaglige elementer.

Ved at afgrænse lovforslaget fra at omfatte et Socialtilsyn med den regionale integrerede behandling opstår der risiko for at loven bibeholder den grundlæggende barriere for en smidig, sammenhængende, helhedsorienteret tværsektoriel, og ikke mindst tværfaglig integreret behandlingsindsats.

Man risikerer således en diskrepans ved at den psykosociale behandlingskvalitet i det regionale integrerede tilbud slet ikke står mål med den behandlingskvalitet borgeren kan tilbydes i den kommunale misbrugsbehandling, som følge af at de kommunale behandlingstilbud både er underlagt tilsyn ved Styrelsen for patientsikkerhed samt socialtilsynet og således skal integrere de to tilsyns faglige krav i behandlingstilbuddene.

Ligeledes bemærker vi at lovforslagets afgrænsning fra at omfatte de regionale integrerede behandlingstilbud i tilbudsportalen forringer kommuner og borgeres muligheder for at forberede en eventuel henvisning til den regionale centralvisitation om enten parallel eller integreret behandling til en borger. Ved at omfatte de regionale behandlingstilbud i Tilbudsportalen vil en hver sagsbehandler let og overskueligt kunne sætte sig ind i de årligt opdaterede oplysninger om de regionale tilbud hvad angår målgrupper, metoder, behandlingsintensitet, behandlertimer pr uge pr borger, tilbuddets økonomi og

faglige personalesammensætning. Dette er ikke mindst væsentliggjort af, at regionernes mulighed for at indgå overenskomst med private leverandører forringer sagsbehandlingens muligheder for at tilvejebringe kvalificerede sociale handleplaner sammen med borgeren forud for en henvisning til den regionale centralvisitation.

#5 Behov for skærpeelse af tilsynsforpligtigelser ved brug af private misbrugsbehandlingssteder og private dobbeltdiagnosebehandlingssteder som led i løsningen af opgaverne forbundet med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling

Jf. Sundhedslovens § 75, stk. 2 fremgår det, at regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som del af regional integreret dobbeltdiagnosebehandling. Regionerne vil således have mulighed for at benytte private misbrugsbehandlingssteder og private dobbeltdiagnosebehandlingssteder som led i løsningen af opgaverne forbundet med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling. Dette dog under hensyntagen til samtidighed og forankring.

Selvom der af bemærkningerne fremgår, at Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn også vil omfatte de private institutioner, som regionerne måtte indgå overenskomst med eller på anden måde benytte som led i løsningen af opgaverne forbundet med dobbeltdiagnosebehandling, bør denne tilsynsform ikke stå alene. Dette navnlig på grund af den sjældne hyppighed af tilsynsbesøgene, hvorfor der bør fastsættes praksis for løbende tilsyn med eksterne private leverandører.

Det er bekymrende at lovforslaget slet 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. Desuden understøtter lovforslaget ikke et geografisk nærhedsprincip, såfremt regionerne kan indgå overenskomst med private aktører udenfor regionen også.

#6 Behov for præcisering og formalisering af samarbejdsforpligtigelser mellem kommuner og regionerne ifm. sektorovergange i lovudkastet

Jf. Bemærkninger til lovforslagets § 1 afsnit 4. fremgår det, at en region efter at have modtaget en henvisning i henhold til Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik kan vurdere, at der ikke i henhold til retningslinjen er grundlag for at visitere borgeren til denne behandling. Regionen vil da ikke være forpligtet til at tilbyde alkohol- eller stofmisbrugsbehandling. I disse tilfælde vil kommunen være forpligtet til at tilbyde behandling.

Jf. Sundhedsstyrelsens Faglige visitationsretningslinje er det centralt at sikre, at forløbet er fleksibelt indrettet, og at overgange mellem de forskellige behandlingsniveauer koordineres, så mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik ikke bliver sendt for ofte frem og tilbage mellem forskellige typer af tilbud i kommunalt og regionalt regi. Regioner og kommuner skal derfor i samarbejde etablere formaliserede og forpligtende samarbejdsstrukturer, herunder for eksempel tværsektorielle koordinationsudvalg, som er koblet til de nye sundhedsklynger.

Sektorovergangen fra regionens tilbud til kommunerne kan være en kritisk overgang for dobbeltdiagnosticerede borgere. Det gælder både ifm. den indledende visitation, afslutning af et behandlingsforløb, såvel som genoptag af behandlingen. For at fremme en god sektorovergang, bør der

i loven præciseres regler for samarbejdet, herunder formelle samarbejdsstrukturer ifm. møder og øvrige koordinerende aktiviteter. Desuden bør disse samarbejdsstrukturer tage afsæt i, hvornår det er regionen eller kommunen, der har behandlingsforpligtigheden. Sidst men ikke mindst bør der laves tydelige kriterier for den gode henvisning således, at kommunerne ikke henviser borgere til integreret behandling som den regionale centralvisitation efterfølgende afviser.

#7 Konsekvenser af manglende frit valg i forbindelse med regionalt integreret behandlingstilbud
Af lovudkastet fremgår, at personer visiteret til at den integrerede behandling er kende tegnet ved, at behandlingen af den psykiske lidelse og misbruget foregår samtidigt i ét samlet behandlingstilbud forankret i én sektor. Dette medfører jf. bemærkningerne til lovens hovedpunkter at fritvalgsbestemmelserne jf. SUL§§141-142 samt SEL§101 ikke er foreneligt med, at den visiterede person frit kan vælge at modtage misbrugsbehandlingen et andet sted.

Det er bekymrende at lovforslaget begrænser borgerens rettigheder for frit valg. Ikke mindst i lyset af at regionerne samtidig hjemles at kunne indgå overenskomst med private behandlingssteder til at levere den integrerede behandling. I lyset af at loven desuden begrænser muligheden for et socialfaglig Socialtilsyn svækkes borgerens retssikkerhed yderligere.

Det manglende frie valg af behandlingssteder som borgerne kender fra den kommunale misbrugsbehandling, svækker regionernes og deres private underleverandørers incitament til at udvikle og kvalificere behandlingstilbuddet med inddragelse af borgerens ønsker og behov for behandling.

Det synes ikke retfærdiggjort i lovforslagets bemærkninger hvorfor disse meget væsentlige rettigheder ikke skulle kunne gælde for den regionale integrerede behandling også. Ikke mindst i lyset af at den grundlæggende forventning er at regionerne, alle som en, skal implementere integrerede behandlingstilbud af en ensartet kvalitet.

#8 Social misbrugsbehandling i det integrerede behandlingstilbud samt under indlæggelse skal præciseres for at sikre borgerens retssikkerhed og klageadgang vedr. social stofmisbrugsbehandling

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslagets hovedpunkter at: *For så vidt angår personer, der er indlagt på sygehus, er det allerede i dag således, at det er regionen, som er ansvarlig for at tilbyde social stofmisbrugsbehandling, hvis sådan behandling er nødvendig under indlæggelsen.*

Det er ikke i lovforslaget givet hvorledes regionerne kan tilvejebringe en sådan vurdering af behovet for social stofmisbrugsbehandling og psykosocial behandling jf. SUL 141 om alkoholbehandling. Det bør præciseres direkte eller ved henvisning, hvilke retningslinjer vurderingen af behov for social rusmiddelbehandling skal træffes på. I dag er det vel en almen kendsgerning at behovet for socialsygeplejersker netop adressere regionernes manglende evne til at identificere psykosociale behandlingsmål der kan fastholde patienten under indlæggelse gennem compliance, brobygning og individuelle samtaler.

Dette er ikke mindst væsentligt for at sikre borgeren/patienten ret til klagegang over afgørelser vedr. social stofmisbrugsbehandling.

#9 Hurtig, fleksibel adgang til integreret behandling op til et år efter udskrivning

KABS bifalder lovforslagets hensigt om at skabe en hurtig og fleksibel adgang til den regionale integrerede behandling op til et år efter udskrivning. At genindskrivning kan ske uden ny visitation, er

med til hurtigt at genetablere behandlingen. Ikke desto mindre bør det præciseres at der påhviler regionerne en forpligtelse til at opdatere borgerens behandlingsbehov ifm med enten tilbagefald eller forværring af sygdommen med henblik på en faglig revurdering af borgerens behandlingsmuligheder inden genopstart af den integrerede behandlingsindsats.

#9 Regionerne omfattes af krav om Dataindberetning på socialområdet mv.

KABS bifalder at regionerne omfattes af de lovpligtige indberetningskrav til nationale faglige registre vedr. misbrugsbehandling jf. oplistningen i afsnit 2.1.3.1 s. 14. Det synes imidlertid langt fra sikkert, at denne indberetning kan ske som en dataoverførsel fra landspatientregistret. Der stilles i de faglige databaser krav om en lang række oplysninger som ikke vil fremgå af de parakliniske oplysninger, der indberettes til landspatientregistret. Det bør derfor præciseres hvilke oplysninger regionerne forventes at indberette om borgere visiteret til regional integreret behandling, så de faglige databaser ikke forringes i datakvalitet som følge af forsøget med at 'bøje' parakliniske oplysninger fra landspatientregistret ind i disse.

Ligeledes bør det regionale integrerede behandlingstilbud blive omfattet af lovpligtige indberetninger til Tilbudsportalen, hvor oplysninger om de private og kommunale rusmiddelbehandlingscentre fremgår, så der skabes transparens om de regionale tilbud til brug for kvalificering af henvisningerne til den regionale centralvisitation om enten parallel eller integreret behandling.

Med venlig hilsen

Rasmus Axelsson
Centerleder i KABS
Glostrup kommune

KABS Rusmiddelbehandling leverer lægelig og social behandling for stofmisbrug og alkoholisbrug. Hos KABS driver vi fem behandlingscentre, som er specialiseret i hash- og feststoffer, alkoholisbrug, opioidmisbrug, samt integreret dobbelt diagnosebehandling. I KABS udmærker vi os ved at tænke nyt, prioritere høj tværfaglighed og koble lægelige og sociale indsatser i en helhedsorienteret behandling med udgangspunkt i borgerens behandlingsbehov.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk, lpe@sum.dk, ilj@sum.dk

København, 15. december 2023

Hørings svar vedrørende:

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)

Kirkens Korshær takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Indledningsvis vil vi bifalde ambitionen om at skabe et nyt dobbeltdiagnosetilbud. Vi er overbevist om, at det kommer til at gøre en forskel for mange med dobbeltdiagnoser.

Dog er vi bekymrede for, at mange af de borgere, vi møder i vores arbejde, ikke vil profitere af et samlet regionalt tilbud.

I vores daglige arbejde møder vi nogle af de mest udsatte mennesker i samfundet. Mennesker, som kæmper med en lang række sociale problemer, herunder hjemløshed, psykisk sygdom og rusmiddelproblematikker.

Som situationen er i dag, oplever vi, at mange udsatte med en dobbeltdiagnose ikke får den hjælp, de har brug for og krav på – blandt andet fordi behandlingen af den ene udfordring kræver, at den anden udfordring er løst først.

I teorien vil et integreret dobbeltdiagnosetilbud være et skridt i den rigtige retning for at sikre disse mennesker den nødvendige hjælp. I praksis er vi i dog stærkt bekymrede for, om det nye tilbud vil kunne rumme de mest udsatte borgere – og hvad der sker med dem, det ikke kan rumme.

Derfor har Kirkens Korshær følgende tre bemærkninger til det videre arbejde.

Tilbuddet skal kunne rumme alle

De mest udsatte borgere kan ofte have svært ved at leve op til de krav og rammer, der er for udredning og behandling i psykiatrien og sundhedsvæsenet generelt. Derfor får de ofte ikke den hjælp, de har brug for.

Af den grund er det afgørende, at det nye dobbeltdiagnosetilbud bliver et lavtærskeltilbud, som møder borgerne, hvor de er, og bliver i stand til at rumme folk med komplekse sociale problemer. Dette kræver bl.a. en styrket socialfaglighed i sundhedssystemet.

Tilbud til dem, der ikke er en del af tilbuddet

Ikke alle udsatte borgere med dobbeltdiagnoser vil have mulighed for eller ønske om at benytte sig af det samlede regionale dobbeltdiagnosetilbud. Det er afgørende, at der sikres tilbud til disse mennesker.

Kirkens Korshær er 450 ansatte og 9000 frivillige, som blandt andet driver varmestuer, herberger og genbrugsbutikker med glæde. Vores arbejde er baseret på det kristne menneskesyn og støttes af stat og kommuner, men finansieres grundlæggende af private midler, doneret af mennesker, som tror på den store værdi af de små, gode øjeblikke.

De vil fortsat være kommunens ansvar, hvorfor det bør sikres, at kommunerne har midler og ressourcer til at hjælpe dem. Vi er bekymrede for, om dette vil være tilfældet, når der rykkes økonomi væk fra den kommunale rusmiddelbehandling.

Resultat af omlægningen risikerer således være dårligere tilbud de mennesker, der ikke rummes af det nye tilbud.

Behov for opsøgende indsats

Mange af de udsatte mennesker, vi i Kirkens Korshær er i kontakt med i hverdagen, har meget sparsom kontakt med det offentlige – og ofte er det en kontakt, som er fyldt med mistillid.

Hvis disse mennesker skal nyde godt af et nyt dobbeltdiagnosetilbud, er det vigtigt, at det opsøgende arbejde styrkes, så psykiatrien – også rent fysisk – møder folk, hvor de er. Dette gælder både i byerne og ude i landet.

Desuden bør det sikres, at frontlinjemedarbejderne har den rette viden om kompleksiteten i krydsfeltet mellem psykisk sygdom og sociale problemer som hjemløshed.

Kirkens Korshær står naturligvis til rådighed for yderligere uddybning.

Med venlig hilsen



Jeanette Bauer

Chef for Kirkens Korshær



**KIRKENS
KORSHÆR**

Nikolaj Plads
1067 København K
Tlf. 33121600
j.bauer@kirkenskorshaer.dk

www.kirkenskorshaer.dk

Kirkens Korshær er 450 ansatte og 9000 frivillige, som blandt andet driver varmestuer, herberger og genbrugsbutikker med glæde. Vores arbejde er baseret på det kristne menneskesyn og støttes af stat og kommuner, men finansieres grundlæggende af private midler, doneret af mennesker, som tror på den store værdi af de små, gode øjeblikke.

KL's bemærkninger til lovforslag om ny opgave- og ansvarsfordeling vedr. borgere med dobbeltdiagnoser

KL har modtaget udkast til lovforslag om en ny ansvar- og opgavefordeling i forhold til borgere med en dobbeltdiagnose samt nedlæggelse af de særlige pladser fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Ministeriet udbeder sig KL's bemærkninger senest den 15. december 2023.

KL har både generelle og faglige bemærkninger til det tilsendte lovforslag.

Generelle bemærkninger:

- KL noterer med tilfredshed:
 - at behandlingsgarantien på 14 dage videreføres. KL er opmærksom på, at garantien først er gældende fra det tidspunkt, hvor regionen har modtaget henvisningen.
 - at borgere indskrevet i den integrerede behandling kan benytte sig af det frie sygehusvalg.
 - at abstinensbehandlingen både for alkohol- og stofmisbrug skal iværksættes straks. KL har derudover en klar forventning om, at pligten til at yde abstinensbehandling kommunikeres ud til sygehusenes akutmodtagelser. På trods af at det for længe siden er blevet fastslået, at det er regional opgave, er der forsat betydelige problemer med at abstinente borgere afvises på akutmodtagelserne.
- 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.
- KL finder det vigtigt at få afgjort visitationsretningslinjens status, idet den beskriver målgruppen samt varigheden af den behandling borger indskrevet i integreret behandling modtager med deraf følgende konsekvens for den kommunale misbrugsbehandling. Det er derfor nødvendigt at få fastslået retningslinjens status gerne direkte i lovtekst samt bemærkningerne til loven.
- Samlet set er det KL's opfattelse, at lovforslaget betyder en forringelse af borgernes behandlingstilbud. Reelt betyder lovforslaget, at borgeren skal køre længere for at få udleveret den samme

Dato: 6. december 2023

Sags ID: SAG-2013-01134
Dok ID: 3397105

E-mail: RAF@kl.dk
Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 3

medicin, som de hidtil har modtaget i de kommunale rusmiddelcentre og uden en socialfaglig behandling.

- For så vidt angår de særlige pladser i psykiatrien foreslår KL, at kommunerne årligt drøfter pladsanvendelsen med regionen i regi af Kommunekontaktudvalget (KKU), samt at kapacitet og styring løbende drøftes administrativt i relevante regionale faglige fora, hvor region og kommuner deltager. Der skal være en sikring af, at der fortsat er et regionalt tilbud til målgruppen, der antalsmæssigt svarer til den politiske aftale. Det er således KL's opfattelse, at lovforslagets udformning reelt strider mod de intentioner der er i den politiske aftale og i den udarbejdede visitationsretningslinje

Dato: 6. december 2023

Sags ID: SAG-2013-01134
Dok. ID: 3397105

E-mail: RAF@kl.dk
Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 3

Konkrete faglige bemærkninger:

- KL undrer sig over, at §82d stk. 1 og 2 er udgået af lovteksten. Dette betyder, at borgerens ret til en lægesamtale inden iværksættelsen af en behandling ikke længere eksisterer. Det er yderst vanskeligt at forestille sig iværksættelse af behandlingen uden en forudgående lægesamtale og undersøgelse.
- Det er bekymrende, at der i bemærkningerne til lovforslaget (side 31) fremgår, at den medicinske behandlingsgaranti er opfyldt, såfremt borgeren har fået ordineret et medicinsk præparat. Ordination af medicin er ifølge KL's opfattelse på ingen måde tale om en iværksat behandling
- KL er også meget bekymret over, at behandlingsgarantien på 14 dage vedr. den sociale behandling ikke indgår i lovforslaget og derfor ikke gælder længere. Dette fremgår af lovbemærkningerne, hvor der på side 30 står, at for så vidt angår den terapeutiske behandling (den sociale behandling), vil der gælde de samme rettigheder, der gælder i forbindelse med modtagelse af sygehuseydelse. Dette betyder reelt, at borgere med en dobbeltdiagnose er underlagt den udredningsret på 30 dage, som generelt gælder i psykiatrien og uden øvre grænse for, hvornår den terapeutiske (sociale) behandling iværksættes. Dette er en klokkeklar forringelse af målgruppens rettigheder i forhold til i dag og derved også en forringelse af behandlingen. Når forpligtigelsen ikke klart fremgår af lovgivningen og i lovbemærkningerne, er der en betydelig risiko for, at behandlingen ikke iværksættes,
- Det vil derfor være nødvendigt at kunne monitorere på, hvor hurtigt regionerne tilbyder en socialfaglig behandling samt hvor mange behandlingssessioner, der tilbydes målgruppen.
- KL er bekymret for, at denne forringelse af rettighederne for borgere, der er visiteret til det integrerede forløb, vil betyde at flere vil takke nej til behandling i det integrerede tilbud, da der ikke længere er en garanti for iværksættelse af den sociale behandling.

- KL er endvidere bekymret for, at det integrerede behandlingstilbud vil blive centreret på relativt få lokationer, som vil give betydelig afstand for målgruppe, der har behov for tilgængelige og nære tilbud. Det er i forlængelse heraf også nødvendigt, at der i lovtæst eller lovbemærkninger præcisere, at det er regionerne, der skal hjælpe eller afholde udgifter i forbindelse med transport til den integrerede behandling for målgruppen.
- Samlet set vurderer KL, at der med baggrund i ovenstående forhold er en betydelig risiko for, at kommunerne forsat kommer til at tilbyde rusmiddelbehandling til borgere, der er i målgruppen for det integrerede tilbud, selvom kommunerne har afgivet økonomien til regionerne for disse borgere.
- I dag er der en del borgere, som modtager rusmiddelbehandling i privat regi. Det forhold, at der ikke er frit valg i forhold til rusmiddelbehandlingen for borgere indskrevet i et integreret forløb, vil sandsynligvis betyde, at der frigives ledig kapacitet hos de private leverandører. Som en konsekvens heraf vil de private leverandører forventeligt intensivere deres markedsføring for at udnytte deres ledige kapacitet. Da kommunerne ikke har nogen indflydelse på kapaciteten i de ikke-kommunale tilbud, og da der er selvmoderprincip på området, 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.

Dato: 6. december 2023

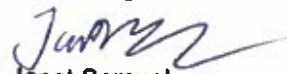
Sags ID: SAG-2013-01134
Dok. ID: 3397105

E-mail: RAF@kl.dk
Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 3

Med venlig hilsen



Janet Samuel
Kontorchef



Hørings svar til udkast til lovforslag 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)

15. december 2023

Sagsnummer i F2
2023-21330

Sagsnummer i eDoc
2023-0470965

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sendt udkast til lovforslag 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) i høring.

Socialforvaltningen i Københavns Kommune fremsender hermed bemærkninger til lovforslaget.

Socialforvaltningen er positiv over for, at ansvaret for behandlingen af borgere med dobbeltdiagnoser samles i regionalt regi, og opgaven derved flyttes fra kommunalt regi. Socialforvaltningen er dog bekymret over, at dele af udkastet til lovforslaget skaber en uklarhed vedrørende regionens ansvar og indholdet af regionens tilbud, samt kommunens forpligtelser, hvorved man går på kompromis med borgers retsstilling og behandlingsgaranti. Socialforvaltningen savner også en beskrivelse i lovforslaget af, hvem der nærmere er i målgruppen for visitation til det regionale dobbeltdiagnosebehandlingstilbud.

Socialforvaltningens bemærkninger er uddybet nedenfor.

Integreret dobbeltdiagnosebehandling

Generel efterlysning af, hvorvidt nationale retningslinjer fortsat er gældende ved integreret dobbeltdiagnosebehandling

Socialforvaltningen efterlyser en præcisering af, at alle gældende nationale vejledninger, retningslinjer og anbefalinger på rusmiddelområdet skal medtages i regionernes integrerede dobbeltdiagnosetilbud. Det gælder f.eks. SST's "National Strategi for Hepatitis C" og SST's inspirationskatalog "Udlevering af sterilt injektionsudstyr til personer med et IV-

Borgercenter Voksne
Jura og Sekretariat
Islands Brygge 37
2300 København S

EAN-nummer
5798009696069

stofbrug", samt alle dele af SST's "Vejledning til læger der behandler opioid-afhængige patienter med substitutionsmedicin", herunder også omfattende overdosis-kurser til borgerne, fokus på prævention og på somatisk komorbiditet.

Det foreslås endvidere, at de nationale retningslinjer for social misbrugsbehandling efter servicelovens § 101 fortsat skal være gældende, herunder også for regionens behandling. Det foreslås også, at de nationale kliniske retningslinjer for behandling efter sundhedslovens § 141 fortsat skal være gældende.

Uklarhed vedrørende kommunens forpligtelser før visitation

Det fremgår af bemærkningerne til ændring af servicelovens § 101 (s. 45), at kommunens forpligtelse til at tilbyde behandling efter § 101, stk. 1, og de dertil knyttede kommunale forpligtelser, herunder med hensyn til fristen for iværksættelse af behandlingen, gælder fra den dag, hvor kommunen modtager oplysning om, at regionen ikke visiterer til integreret dobbeltdiagnosebehandling. Tilsvarende fremgår i forhold til ændringer af sundhedslovens §§ 141 og 142.

Andre steder i lovforslaget er det beskrevet, at kommunen er forpligtet til at tilbyde misbrugsbehandling, indtil borgeren er visiteret til integreret dobbeltdiagnosebehandling, samt efter udskrivning fra integreret dobbeltdiagnosebehandling.

Socialforvaltningen efterspørger klarhed over, hvornår kommunens forpligtelser indtræder. Det anbefales herunder også, 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.

Længere ventetid er en potentiel konsekvens for borgeren

Med lovforslaget vil der 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.

Det foreslås, at det beskrives tydeligere i lovforslaget, om borgeren risikerer forlængede ventetider på misbrugsbehandling, og hvilke muligheder regionen har for at hjælpe borgeren i ventetiden.

Det anbefales desuden, at borgeren i de tilfælde, hvor en henvisning til integreret dobbeltdiagnosebehandling bliver afvist, samtidig af regionen visiteres til almen psykiatri med henblik på koordineret

misbrugsbehandling, så borgeren ikke skal igennem visitation på ny, og derved kan udsættes for længere ventetid på psykiatrisk behandling.

Indhold af behandlingen i integreret dobbeltdiagnosebehandling

Socialforvaltningen finder det problematisk, at behandlingen i regionen, jf. lovforslagets s. 17, primært vurderes at være af sundhedsfaglig karakter. Det står ikke klart, hvad den sociale del af behandlingen består af. Den manglende fokus på det socialfaglige aspekt i den integrerede dobbeltdiagnosebehandling finder Socialforvaltningen bekymrende.

Kommunen er i dag forpligtet til at foretage en helhedsorienteret af-dækning af borgerens misbrug og borgerens forhold. Kernen af misbrugsbehandling er den helhedsorienterede behandling, den socialfaglige behandling, hverdagslivsmestring mv. og denne opfyldes ikke alene af medicinsk behandling. Hvis regionen ikke får den samme forpligtelse, bør det fremgå af lovforslaget, da borgerens retsstilling forværres, fordi de er målgruppe for integreret misbrugsbehandling. I lovforslaget er det f.eks. ikke nævnt, om de nationale retningslinjer for stofmisbrugsområdet bliver gældende.

Det er oplevelsen i Socialforvaltningen, at den sundhedsfaglige del udgør cirka 1/3 del af stofmisbrugsbehandlingen og at den resterende del er socialfaglig.

Socialforvaltningen finder det desuden uklart, om de øvrige bestemmelser i servicelovens § 101 finder anvendelse, når borgeren får integreret dobbeltdiagnosebehandling i regionen.

Behandlingsgaranti og ventetid på behandling

Et af formålene ved at samle behandlingen af borgere med dobbeltdiagnose i regionen er at sikre sammenhængende og tilstrækkelig behandling, hvilket Socialforvaltningen støtter op om.

Det er meget vigtigt, at behandlingen er tilgængelig, så disse borgere også søger hjælpen og får hjælpen hurtigt. Borgeren er, ifølge lovforslaget, garanteret den del af den integrerede behandling, som består af misbrugsbehandling, senest 14 dage efter henvisningens modtagelse. Det skaber en risiko for, at borgere inden for de 14 dage alene vil modtage misbrugsbehandlingen i form af medicinsk behandling, men ikke den integrerede, helhedsorienterede behandling i øvrigt. Dette stiller borgeren dårligere end den nuværende ordning, hvor den sociale del af misbrugsbehandlingen også skal påbegyndes inden for 14 dage.

Det er generelt utydeligt, om behandlingsgarantien går på borgere, der er visiteret eller borgere, der er henvist. I bemærkningerne benyttes begge begreber.

Kommunens forpligtelse i forbindelse med dobbeltdiagnosebehandling

Socialforvaltningen kan være bekymret for, at der opstår ventetid til behandling i regionen, eller at der ikke i regionen er de fornødne tilbud. Der efterspørges en præcisering af, hvem der i sådanne tilfælde har ansvaret for borgeren.

Manglende klarhed vedr. regionens ansvar for målgruppe

Socialforvaltningen foreslår, at regionens ansvar forankres direkte i loveteksten med særskilte bestemmelser herom i sundhedsloven, så det tydeligt fremgår af loven, at borgere med dobbeltdiagnoser er regionens ansvar.

Genoptagelse af integreret dobbeltdiagnosebehandling

Det fremgår på side 36, at en patient efter udskrivning kan kontakte sit behandlingssted, for at få afklaring af, om patienten kan genoptage behandlingen. Det anbefales, at det fremgår tydeligt af lovforslaget, hvem der træffer afgørelse omkring dette.

Beskrivelse af regionens ansvar i dag

På side 8 fremgår det, at regionerne allerede nu er ansvarlige for misbrugsbehandling, når en borger er indlagt på sygehus. Det pointeres, at regionen ikke varetager den psykosociale misbrugsbehandling, men alene den medicinske behandling. Det fremgår desuden på side 12, at regionen allerede nu er ansvarlig for den sociale stofmisbrugsbehandling i forbindelse med indlæggelser. Dette er ikke erfaringen i Socialforvaltningen.

Private dobbeltdiagnosebehandlingstilbud

Ifølge lovforslaget vil kommunen som hidtil kunne benytte private dobbeltdiagnosebehandlingssteder. Det ønskes 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.

Det anbefales også afklaret, om det vil være muligt for regionen at indgå aftaler med kommunen om behandling på kommunens behandlingssteder i stedet for private aktører.

Anonym alkoholbehandling, når borger er indlagt eller i integreret behandling

Socialforvaltningen efterspørges 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.

Økonomi forbundet med integreret dobbeltdiagnosebehandlinger

Det er Socialforvaltningens vurdering, at beregningen af kommunernes mindreudgift forbundet med regionale dobbeltdiagnosebehandlingstilbud er behæftet med usikkerhed. Det er vigtigt, at det integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud i regionerne indrettes fleksibelt og tilgængeligt, da der ellers er en risiko for, at færre personer end antaget kommer til at benytte tilbuddet. Der vil fortsat være behov for specialiserede ydelser i kommunerne, og der skal fortsat tilbydes de samme typer af ydelser som i dag, herunder også fortsat behandling til borgere med dobbeltdiagnoser, som ikke visiteres til eller ønsker dobbeltdiagnosebehandling i regionerne. Dertil skal der bruges ekstra ressourcer på at koordinere med psykiatrien om borgere, der bevæger sig mellem det integrerede tilbud og kommunens tilbud. Fordi kommunerne skal finansiere regionernes nye tilbud via det reducerede bloktilskud, skal disse opgaver i kommunalt regi fremover løftes for færre ressourcer, end i dag.

Omlægning af de særlige pladser

Socialforvaltningen i Københavns Kommune er en af de kommuner, der har anvendt, hvad der befolkningsmæssigt svarer til kommunens andel ud af de tilgængelige særlige pladser i Region Hovedstaden. Socialforvaltningen 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.

Lars Petersen

Fra: Katrine Kanne Albæk <kka@lokk.dk>
Sendt: 27. november 2023 12:28
Til: DEP Sundhedsministeriet
Cc: Lars Petersen; Ida Lyngbeck Jensen
Emne: SV: Høring over udkast til 'lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Til rette vedkommende,

LOKK har 17.11.2023 modtaget høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar, LOKK takker for at blive inddraget i høringen. Efter at have gennemgået materialet kan vi meddele at vi ikke har bemærkninger til indholdet.

Med venlig hilsen

Kathrine Albæk
Jurist

Sekretariat: 32 95 90 19
www.lokk.dk





LOV OM ÆNDRING AF SUNDHEDSLOVEN, LOV OM SOCIAL SERVICE OG LOV OM ANVENDELSE AF TVANG I PSYKIATRIEN M.V.

15. december 2023

Sagsnr: 2023-8435

Aktnr: 5576537

(Flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser)

Positivt at dobbeltdiagnosebehandlingstilbuddet forankres i regionerne

Lægeforeningen bifalder den nye ansvarsfordeling, hvor et integreret behandlingsansvar forankres i behandlingspsykiatrien. Patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik er nogle af samfundets mest sårbare og fortjener behandling af høj kvalitet. 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. Det er dog afgørende, at de rette kompetencer er til stede i tilbuddet, herunder at der altid er psykiater tilknyttet behandlingen af borgere med dobbeltdiagnose.

Lægeforeningen har følgende generelle bemærkninger til tilbuddet for mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

Gruppen af særligt udsatte borgere med dobbeltdiagnose rummes ikke tilstrækkeligt i tilbuddet
Særligt udsatte borgere med svær grad af rusmiddelproblematik og svær psykisk lidelse rummes ikke tilstrækkeligt i det integrerede behandlingstilbud.

Lægeforeningen savner et fokus på opsporing af mennesker med dobbeltdiagnose, som i dag hverken modtager behandling i behandlingspsykiatrien eller kommunal misbrugsbehandling, og som derfor fortsat ikke kan forvente at modtage rette hjælp.

Vigtigt at følge implementeringen nøje

Med aftale om kommunernes og regionernes økonomi for 2024 blev det aftalt, at tilbuddet monitoreres løbende med henblik på at opnå erfaringer med målgruppe, indhold og behandlingseffekt.

Lægeforeningen er enig i behovet for at følge implementering og kvalitet i det nye integrerede behandlingstilbud tæt. På samme måde er det også vigtigt at monitorere den kommunale rusmiddelbehandling fvs. behandlingseffekt, faglige kompetencer og praksis for visitation til det integrerede behandlingstilbud. Dette med henblik på at vurdere, hvorvidt også denne del af behandlingen bør overgå til behandlingspsykiatrien.

Behov for en målrettet indsats til børn og unge under 18 år

Børn og unge med dobbeltdiagnose har ligesom den voksne målgruppe behov for målrettet og integreret behandling. Det integrerede behandlingstilbud, formuleret i den faglige visitationsretningslinje, rummer ikke børn og unge med

Formanden

Domus Medica

Kristianlagade 12

DK-2100 København Ø

Tlf: +45 3544 8500

Tlf: +45 3544 8201 (direkte)

E-post: dadl@dadl.dk

E-post: cnr@dadl.dk

www.laeger.dk



dobbeltdiagnose. Det fremgår af retningslinjen, at børn og unge kun i særlige situationer efter konkret faglig vurdering kan få mulighed for at modtage det integrerede tilbud til voksne. Derudover nævnes det, at der forventes at blive iværksat et arbejde med at beskrive en målrettet indsats til børn og unge under 18 år med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

Lægeforeningen finder det helt afgørende at sikre, at børn og unge modtager rette indsats, så de ikke mister dyrebare ungdomsår. Lægeforeningen opfordrer derfor ministeriet til hurtigst muligt at iværksætte arbejdet med at beskrive en målrettet indsats til børn og unge under 18 år med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

Med venlig hilsen

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen

København d. 21. November 2023

Mændenes Hjem's hørings svar til høring over udkast til lov vedr. Flytning af ansvar for dobbeltdiagnosticerede

Mændenes Hjem takker for muligheden for at afgive et hørings svar vedr. *flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling.*

For de mest udsatte står stofmisbrug og psykisk lidelse sjældent alene, men er ofte fulgt af hjemløshed og komplekse sociale problemer. Belastende livsvilkår af den kaliber betyder typisk, at den pågældende borger har vanskeligt ved at opsøge og modtage behandling og støtte til at forbedre sin livssituation.

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

Mændenes Hjem er samtidig bekymret for en geografisk reduceret adgang til behandlingen, eller at behandlingen bliver forbundet med omkostninger for borgeren, herunder til medicin. Geografisk begrænset adgang til behandling såvel som omkostninger til medicin vil reelt gøre behandlingen utilgængelig for de mest udsatte, ligesom vi er bekymrede for, at de mest udsatte ikke får adgang til at blive udredt for dobbeltbelastning, da det tidligere har været en hindring for psykiatrisk udregning, at man har haft et samtidigt aktivt stofbrug.

Mændenes Hjem foreslår på den baggrund, at der bliver en landsdækkende pligt til at tilbyde udgående udredning og behandling til de mest udsatte, ligesom der skabes entydighed i, at behandlingen – herunder den medicinske – bliver vederlagsfri. De udgående funktioner er velfungerende i dele af Danmark og bør permanentgøres og udbredes til hele landet.

Med henblik på hensigtsmæssig brug af ressourcerne kan udgående funktioner oplagt etableres i relation til tilbud under serviceloven, hvor de mest udsatte bor og opholder sig. Dette kan, hvor det er relevant, ske i samarbejde med civilsamfundsorganisationer.

Med venlig hilsen

Eva Secher Mathiasen
Direktør
es@maendenes hjem.dk

Lars Petersen

Fra: Jan Hempel <Jan.Hempel@politiforbundet.dk>
Sendt: 20. november 2023 11:47
Til: DEP Sundhedsministeriet
Cc: Lars Petersen; Ida Lyngbeck Jensen
Emne: VS: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling
Vedhæftede filer: Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf; Lovforslag.pdf; Signature-20231120104823.txt

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Politiforbundet har ingen bemærkninger til høringen.

Politiforbundets jr.nr. 2023-01290.

Med venlig hilsen

Jan Hempel
Forbundssekretær



Gammel Kongevej 60, 11. sal
DK-1850 Frederiksberg

Tlf +45 3345 5965

E-mail mail@politiforbundet.dk

Politiforbundet passer på dine data. Læs mere om vores behandling af dine oplysninger her <https://www.politiforbundet.dk/om-politiforbundet/politiforbundets-datubeskyttelsespolitik>

Denne e-mail fra Politiforbundet kan indeholde fortroligt materiale. E-mailen er kun beregnet for ovennævnte modtager(e). Hvis du har modtaget e-mailen ved en fejl, beder vi dig venligst kontakte afsenderen og i øvrigt slette e-mailen, inkl. eventuelle kopier og vedhæftede dokumenter. På forhånd tak

Henvendelser kan rettes skriftligt til Politiforbundet. Der kan sendes sikkert til mail@politiforbundet.dk. Det forudsætter dog, at du selv har adgang til at sende fra sikkermail.

Fra: Lars Petersen <lpe@sum.dk>

Sendt: 17. november 2023 15:24

Til: Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; Kommunernes Landsforening <KL@KL.DK>; Post@dataetiskraad.dk; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; info@tniganes.fo; hmr@hmr.fo; folkaheilsustyridd@folkaheilsustyridd.fo; Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>; Advokatsamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; ac@ac.dk; info@alkohologsamfundet.dk; post@alzheimer.dk; marie@angstforeningen.dk; bdo@bdo.dk; info@bedrepsykiatri.dk; bl@bl.dk; bkd@blaakors.dk; info@broen-danmark.dk; info@brugereforeningen.dk; info@brugernesakademi.dk; bupl@bupl.dk; Børnerådet <brd@brd.dk>; bf@boernesagen.dk; bv@bornsvilkår.dk; bkf@bkchefer.dk; forperson@bupnet.dk; info@sorg.dk; jurfak@jur.ku.dk; kontakt@cfh.ku.dk; crf@au.dk; csu@horsens.dk; da@da.dk; drc@drc.ngo; post@folkehjaelp.dk; fysio@fysio.dk; dh@handicap.dk; info@danskepatienter.dk; Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; info@danske-aeldreraad.dk; dhf@danskhandicapforbund.dk; Emballageindustrien <hoering@di.dk>; dit@dit.dk; ltn@dadl.dk; dp@dp.dk; kontakt@dpfo.dk; formand@dasams.dk; administration@dsff.dk; kontakt@addiktivmedicin.dk; kontakt@dasem.dk; dsam@dsam.dk; info@patientsikkerhed.dk; info@psykosocialrehabilitering.dk; ds@socialraadgiverne.dk; dsr@dsr.dk; dasys@dasys.dk; Danske Advokater <mail@danskeadvokater.dk>; dh@handicap.dk; dommerforeningen@gmail.com; suf@suf.dk; sekretariat@depressionsforeningen.dk; dch@dch.dk; Det Etske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; info@detsocialenetvaerk.dk; legal@dignity.dk; duf@duf.dk; mail@dukh.dk; etf@etf.dk; Det Etske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; Fabu@fabu.dk; fh@fho.dk; pse@alkohologsamfundet.dk; foa@foa.dk; info@fadd.dk; info@sundheddanmark.nu; fsd@socialchefforeningen.dk; fas@dadl.dk; c63w@kk.dk; sek@fbu.dk; Socialtilsyn@frederiksberg.dk; fsd@socialchefforeningen.dk; socialtilsynsyd@fmk.dk;

kontakt@gadejuristen.dk; inge.ibsen@rsyd.dk; socialtilsynnord@hjoerring.dk; Kommunal.hovedstaden@hk.dk; socialtilsynost@holb.dk; info@humanrights.dk; kk@kirkenskorshaer.dk; ks@kofoedsskole.dk; rhp-shh-kfd@regionh.dk; info@krifa.dk; klfformand@gmail.com; Sekretariat@lokk.dk; los@los.dk; lfs@lfs.dk; lysinfo@lpsa.dk; bodil.neujahr@bopam.dk; info@lfbf.dk; pernille@lpsa.dk; kontakt@landsforeningen-spor.dk; lf@laenzen.dk; info@spiseforstyrrelse.dk; lap@lap.dk; lederne@lederne.dk; lev@lev.dk; kontakt@levudenvold.dk; Livslinien@lislinien.dk; info@livsvaerk.org; los@los.dk; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; info@mmk.info; es@maendeneshjem.dk; moedrehjaelpen@moedrehjaelpen.dk; kontakt@ocd-foreningen.dk; info@offerraadgivning.dk; lvs@dadl.dk; njl@patientforeningen.dk; plf@forbundet.dk; Politiforbundet <mail@politiforbundet.dk>; plo@dadl.dk; pf@psykiatrifonden.dk; Ankestyrelsen <ast@ast.dk>; redbarnet@redbarnet.dk; pn@reden.dk; formand@retspolitik.dk; info@rodekors.dk; info@digitalsikkerhed.dk; SIRI Rådet for Etniske Minoriteter <rem@siri.dk>; Rådet for Socialt Udsatte <post@udsatte.dk>; sbh@sekr.dk; smp@menighedsplejer.dk; sand@sandudvalg.dk; kontakt@selveje.dk; socialtilsynmidt@silkeborg.dk; landsforeningen@sind.dk; mail@sjaeldnediagnoser.dk; sl@sl.dk; mail@socialtlederforum.dk; sus@sus.dk; kontakt@stenbroensjurister.dk; SUMH@SUMH.DK; TABUKA@TABUKA.dk; tuba@tuba.dk; ulf@ulf.dk; trinerv@trinerv.dk; info@urk.dk; ungdomsringen@ungdomsringen.dk; info@ventilen.dk; Vive <vive@vive.dk>; kontakt@weshelter.dk; vl@dadl.dk; aeldresagen@aeldresagen.dk

Emne: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Der henvises til vedhæftede høringsbrev.

Med venlig hilsen

Lars Petersen

Chefkonsulent, Psykiatri og Misbrug

M 2242 8422
@ lpe@sum.dk



INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

<https://url12.mailanyone.net/scanner?m=1r3zlb-0007XJ-3F&d=4%7Cmail%2F90%2F1700230800%2F1r3zlb-0007XJ-3F%7Cin12f%7C57e1b682%7C25933027%7C13345177%7C655777933D7152DDBD525F79391B6600&o=..wwkumdws&s=C0007XJ-3F&d=4%7Cmail%2F90%2F1700230800%2F1r3zlb-0007XJ-3F%7Cin12f%7C57e1b682%7C25933027%7C13345177%7C655777933D7152DDBD525F79391B6600&o=..wwkumdws&s=C>

Indenrigs og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
sum@sum.dk

15. december 2023

Høringssvar vedr. lovforslag 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)

Psykiatrifonden
Hejrevej 43
2400 København NV
3929 3909
pf@psykiatrifonden.dk

CVR 1917 4883
Bank: 3001 7950741613

Psykiatrifonden takker Indenrigs- og sundhedsministeriet for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til lovforslaget om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Generelle betragtninger

Først og fremmest vil vi gerne rose ministeriet for, at der nu endelig kommer et integreret tilbud til dobbeltdiagnosepatienterne. Vi forventer at denne særdeles sårbare patientgruppe vil få stor gavn af den større sammenhæng, som det integrerede dobbeltdiagnosetilbud gerne skulle bibringe.

Bemærkninger til målgruppen

Psykiatrifonden vurderer, at den i udkastet bestemte målgruppe er underdimensioneret. Dette bygger vi blandt andet på, at dansk forskning fra i år¹, at der pt. er ca. 24.000 mennesker med psykisk sygdom og samtidigt misbrug i 2017 (ca. 12.000 i ambulant og 12.000 indlagt eller på psykiatrisk skadestue)

Det er os derfor magtpålgende at påpege, at eftersom den økonomiske ramme for nuværende er estimeret til 9.200, 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.

Bemærk til sengepladser

Vi hæfter os desuden ved, at man nedlægger 114 eksisterende sengepladser (særlige pladser) men kun lader 88 genopstå. Dette harmonerer meget dårligt med det i forvejen akutte behov for sengepladser.

I er velkommen til at kontakte os for uddybning af høringssvar.

De venligste hilsner
Psykiatrifonden

¹ Solvej Mårtensson, Signe W. Düring, Katrine S. Johansen, Katrine Tranberg & Merete Nordentoft, " Time trends in co-occurring substance use and psychiatric illness (dual diagnosis) from 2000 to 2017 – a nationwide study of Danish register data" 2023



Indenrigs- og
Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10
1216 København K

**Høring over udkast til lovforslag om flytning af
behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional
integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de
særlige pladser på psykiatrisk afdeling.**

Høringen er ikke relevant for Psykolognævnet.

Venlig hilsen

Psykolognævnet

4. december 2023

J.nr. 23-99615

Psykolognævnet
Ankestyrelsen
7998 Statsservice

Tel +45 3341 1200

ast@ast.dk
sikkermail@ast.dk
www.ast.dk

EAN-nr:
57 98 000 35 48 21

Åbningstid:
man-fre kl. 9.00-15.00

Høringssvar fra Ringgården – Kompetencecenter for dobbeltfokuseret afhængighedsbehandling

Forudsætning

Som udgangspunkt vil vi fra Ringgårdens side gerne bifalde intentionen i de planlagte ændringer af sundheds- og servicelovgivningen vedrørende behandling af mennesker med dobbeltdiagnose – et område vi på Ringgården i en årrække har kæmpet for at styrke og har praktiseret dobbeltfokuseret behandling¹ indenfor.

Vi håber inderligt, at den nye organisering vil bibringe en forsømt målgruppe det nødvendige løft.

Det skal så også siges, at det har undret os, at Ringgården - i sin funktion som statsfinansieret kompetencecenter for dobbeltfokuseret afhængighedsbehandling – ikke er blevet inviteret til at bidrage i de forløb, hvor analyse og planlægning har fundet sted. Vi har således alene ad omveje og sidekanaler været i stand til at bidrage med vores viden og praktiske erfaring fra de sidste 20 års behandling af mennesker med dobbeltdiagnose.

Vi har noteret os, at den kommende organisering indebærer en øget finansiering til området, hvilket er tiltrængt; men vi er bekymrede for finansieringsmodellen. Vi er i Danmark i den situation, at især **borgere med alkoholafhængighed er en underbehandlet gruppe** sammenlignet med andre diagnosegrupper i psykiatrien. Kun godt 10% af borgere med alkoholafhængighed modtager behandling, medens det for eksempelvis borgere med skizofreni er omkring 50%. Det betyder, at der eksisterer en meget stor gruppe borgere (>120.000), som ikke er i nogen form for behandling for deres aktuelle alkoholafhængighed, men som optræder i forskellige andre sundhedsmæssige og kommunale sammenhænge.

Det er derfor bekymrende, at man har valgt en delvis flytning af finansiering fra kommunale rusmiddelcentre til den kommende regionale dobbeltdiagnosebehandling.

Når dertil lægges en frygt for, at den regionale dobbeltdiagnosebehandling hurtigt kan fyldes op af borgere, som allerede eksisterer i psykiatrisk regi med en alvorlig psykisk lidelse og et (aktuelt ubehandlet) rusmiddelproblem, ja, så kan situationen for kommunerne **risikere at blive til en betydelig forringelse for de borgere, der bliver ved at høre til den kommunale målgruppe** med begrænset mulighed for sufficient behandling af deres dobbeltdiagnoser.

Der kan desuden være en risiko for, at man med den nye organisering har en for ensidig prioritering af de svært psykiatrisk syge (psychiatria major) – som reelt set er en volumenmæssig betydeligt mindre gruppe end borgere med let til moderat psykiatrisk lidelse (ps. minor). Opmærksomheden skal her henledes på, at

¹ "Dobbeltfokuseret behandling" er Ringgårdens metode til integreret døgnbehandling af personer med samtidig afhængighed (af alkohol og/eller kokain) og psykiatrisk lidelse (non-psykotisk)

man i den norske kliniske retningslinje for ROP (Rus Og Psykiatri) netop har fremhævet, at det er vigtigt ikke at nedtone omfanget af og den samlede belastningsgrad hos "minor-gruppen" – personer 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.**

Kommentarer til lovændringer og bemærkninger

Trykfejl i "Bemærkninger..." p. 17 næstsidste linje i tredjesidste afsnit: § 142 skulle være § 141 ?

Generelt synes vi, det står noget uklart, hvordan de integrerede og de parallelle dobbeltdiagnoseforløb skal fungere i forhold til hinanden. Er regionen tidsmæssigt forpligtet i forhold til, hvornår der fra regional psykiatri leveres det nødvendige input til de dobbeltdiagnoseborgere, som forbliver primært i kommunalt regi? Eller er der risiko for, at man starter behandling af rusafhængighed uden at kunne give borgeren en klar besked om, hvornår, hvordan og af hvem den parallelle psykiatriske behandling kommer i stand?

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. Behandlingen af misbrug risikerer derfor at have ingen eller ringe effekt, da behovet for "selvmedicinering" vil bestå i og med at den psykiatriske behandling "sættes på hold".

Der vil blive en del "tovtrækkeri" – forudser vi – om, hvilke borgere man skal behandle i det kommunalt parallelle og hvilke i det regionalt integrerede regi. Hvordan tænkes det praktisk håndteret, og er det regionen, der er myndighed i denne henseende?

P 31: Det fremgår, at den regionale 14 dages behandlingsgaranti er opfyldt "...hvis der i tilfælde af alkoholmisbrug f.eks. er ordineret acamprosat eller naltrexon og i tilfælde af stofmisbrug f.eks. er ordineret buprenorphin og metadon senest 14 dage efter henvisningens modtagelse....." Vi kunne i denne sammenhæng frygte, at man som dobbeltdiagnosticeret borger havner på én af **psykiatriens ventelister**, hvor man på visse områder jo har kunnet stå meget længe. At man har formuleret sig så vagt, som tilfældet er, kan måske opfattes som en frygt for, **om man i nødvendigt omfang vil kunne bemande den nye organisering i regionerne?** Det fremgår på side 12, at man ikke kan få hjælp til sit misbrug hos kommunen, hvis man allerede er visiteret til regional dobbeltdiagnosebehandling. Da det er en kendt sag, at **virningen af de abstinensunderstøttende og substituerende medikamenter som stand alone behandling er yderst begrænset**, savner vi stillingtagen til, hvad man vil gøre for at undgå massive frustrationer hos såvel patient som pårørende.

Ringgårdens placering i den nye organisering

Vi har noteret os (bl.a. p. 15), at der er intentioner om fortsat at benytte private misbrugs- og dobbeltdiagnose-behandlingssteder som led i løsningen af såvel de regionale som de kommunale opgaver i den nye organisering. Det er vores håb, at dette giver mulighed for, at Ringgården – i sin kapacitet af *Kompetencecenter for dobbeltfokuseret afhængighedsbehandling* – kan yde sin del af døgnbehandlingen og den generelle kompetenceopbygning fremover.

Ringgården har i sin nuværende opbygning og bemanning både socialfagligt personale (socialrådgivere og pædagoger med specialiseret efteruddannelse i dobbeltfokuseret behandling), sygeplejefagligt personale, kliniske psykologer samt speciallæge i psykiatri.

Ringgården har gennem mere end et årti dels fungeret som kompetencecenter (for dobbeltfokuseret afhængighedsbehandling) målrettet kommunale rusmiddelcentre og dels som specialiseret behandlingssted for mennesker med dobbeltbelastning, netop ud fra et ønske om at dække gabet mellem rusmiddelbehandling og psykiatriområdet. Vi mener derfor, at Ringgården er **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.**

Der er i Ringgårdens døgncenter rammer til at behandle op imod 175 borgere om året i forløb af typisk 3 måneders varighed. Som led i den enkeltes forløb foretages psykiatrisk udredning, diagnostik og behandling sideløbende med den psykoterapeutiske behandling. Klientellet består fortrinsvis af personer med afhængighedssyndrom i forhold til alkohol og/eller kokain (subsidiært andre rusmidler i kombination med førnævnte). Af typisk forekommende psykiatriske diagnosekategorier kan nævnes personlighedsforstyrrelser, ADHD, affektive lidelser (i stabil tilstand), angstlidelser og PTSD m.v.

Som selv-vejende, non-profit institution er **Ringgården imidlertid 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.

for Ringgården

med venlig hilsen

Thomas Josiasen
centerleder

Steffen Røjskjær
souschef

Per Nielsen/Heidi Mouritsen
fagchef (afgående/kommende)

HØRINGSSVAR VEDR. UDKAST TIL LOVFORSLAG OM FLYTNING AF BEHANDLINGSANSVAR FRA KOMMUNERNE I FORBINDELSE MED REGIONAL INTEGRERET DOBBELTDIAGNOSEBEHANDLING OG OMLÆGNING AF DE SÆRLIGE PLADSER PÅ PSYKIATRISK AFDELING

Rådet takker for høringen. Rådet tilslutter sig lovforslaget med nedenstående bemærkninger og anbefalinger.

- **Vederlagsfri behandling:** Det skal tydeliggøres, at den nye regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling er vederlagsfri både ift. medicin og behandlingsydelser. Det foreslås, at den nuværende formulering om vederlagsfri behandling i kommunerne fra sundhedslovens §§ 141 og 142 videreføres i indledningen til den foreslåede § 82 c.
- **Behandlingsgaranti for både social og lægelig misbrugsbehandling:** Behandlingsgarantien på 14 dage skal gælde for både den lægelige alkohol- eller stofmisbrugsbehandling og for den sociale alkohol- eller stofmisbrugsbehandling. Den nuværende behandlingsgaranti i kommunerne på 14 dage skal videreføres for både den lægelige og sociale behandling, så borgerne ikke stilles dårligere. Det fremgår ikke tydeligt i forslaget, at dette er gældende. I forslagets specielle bemærkninger s. 30-31 (§1 nr. 1) står der, at "den misbrugsbehandling, som vil skulle iværksættes senest 14 dage efter henvisningens modtagelse, *må således også forventes at være foreløbig i den forstand*, at den først vil have fundet en endelig form, når den integrerede behandling efter udredningen iværksættes". Dette kan fortolkes som, at det kun er den lægelige alkohol- og stofmisbrugsbehandling, som skal iværksættes efter 14 dage.
- **Klar definition af ansvar for social behandling:** I en kommende bekendtgørelse skal omfanget af dobbeltdiagnosebehandlingen fremgå, så det bliver tydeligt, hvad hhv. regionen og kommunen er ansvarlig for. Der er risiko for, at borgeren bliver fanget i en armlægning mellem kommunen og regionen ift., hvad der defineres som "social stofmisbrugsbehandling" og dermed er regionens ansvar, og hvad der er "anden social indsats/støtte" og dermed kommunens ansvar, hvis der ikke er klare linjer for, hvem der er ansvarlig for hvad – og hvem der skal betale. Der er behov for at præcisere, hvad den socialfaglige del af behandlingen skal bestå af.

Det er vigtigt, at den sociale alkohol- eller stofmisbrugsbehandling ikke nedprioriteres i et kommende dobbeltdiagnosebehandlingstilbud. I lovforslagets bemærkninger står der, at behandlingen i det integrerede tilbud primært vurderes at være af "sundhedsfaglig





karakter" (s. 17). Det er vigtigt at tydeliggøre vigtigheden af den socialfaglige behandling, fx ved at indskrive, at behandlingen skal basere sig på de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling samt den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed.

- **Koordinationspligt:** Det fremgår flere steder i forslaget, at der ift. kommunale forpligtigelser som beskæftigelses-, bolig- og sociale indsatser *bør* koordineres med den regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandling (fx s. 35). Ligeledes står der på s. 40, at udskrivning *bør* "foregå i dialog mellem region, kommune og patient". Det foreslås, at forpligtigelsen til koordinering tydeliggøres ved at skrive, at kommuner og regioner *skal* koordinere indsatserne.
- **Hurtig afklaring af ansvar:** Det fremgår af lovforslaget på s. 32, at hvis regionen efter modtagelse af en henvisning fra kommunen ikke vurderer, at der er grundlag for en visitation til dobbeltdiagnosebehandling, vil ansvaret for alkohol- eller stofmisbrugsbehandling overgå til kommunen. Det er i denne sammenhæng meget vigtigt, at kommunen hurtigst muligt får besked på dette, så kommunen, med mindst mulig forsinkelse, kan iværksætte den nødvendige behandling i kommunalt regi. Det skal ligeledes afklares, om kommunen har ansvaret for en borger, der er visiteret til dobbeltdiagnosebehandling, hvis der er ventetid på behandling. 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.
- **"No wrong door"-princippet:** Det skal fremgå tydeligere, hvordan "no wrong door"-princippet sikres i kommunerne og regionernes samarbejde. Det er afgørende, at ingen henvender sig forgæves.
- **Tydeliggør målgruppen:** Målgruppen for den regionale dobbeltdiagnosebehandling er ikke klart defineret i lovgivningen. Der henvises i bemærkningerne til visitationsretningslinjerne. Her beskrives målgruppen overordnet, hvori der indgår en række uklare begreber som fx "ikke vurderes at kunne indgå i et parallelt forløb", "utilstrækkelig virkning af et parallelt behandlingsforløb" og "stærk mistanke om moderat til svær psykisk lidelse samt nedsat funktionsevne". Der kan derfor blive behov for at præcisere målgruppen. Den løbende monitorering af dobbeltdiagnosebehandlingen skal derfor have fokus på, om der opstår behov for at fastsætte mere bindende visitationskriterier.
- **Opmærksomhed på unge under 18 år med dobbeltdiagnoser:** Der skal fastholdes et særskilt fokus på unge under 18 år. Loven gælder efter dens ordlyd alle – uanset alder. Visitationsretningslinjerne gælder som udgangspunkt kun personer fra 18 år og opefter. Der 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. Den løbende monitorering af



dobbeltdiagnosebehandlingen bør derfor have et særligt fokus på personer i målgruppen under 18 år.

- **Der skal sikres klarhed omkring frivillighed/tvang:** Det er frivilligt for borgeren at indgå i et integreret behandlingsforløb. Borgere, der er i målgruppen, kan fravælge tilbuddet eller vælge at indgå i dele af tilbuddet. For borgere, der tilbydes og accepterer integreret behandling under indlæggelse på psykiatrisk afdeling, gælder psykiatrilovens almindelige bestemmelser, herunder mulighed for tvang. I disse tilfælde vil der være mulighed for, at patienten trækker sit samtykke til integreret behandling tilbage. Det foreslås derfor, at der ved indlæggelsessamtalen sker en afklaring af patientens ønsker til den integrerede behandlings forløb ift. evt. tvang. Der er derudover et generelt behov for at klargøre, hvad der skal ske med behandlingen, hvis et samtykke helt eller delvist trækkes tilbage.
- **Hurtig abstinensbehandling:** Det fremgår af forslagets specielle bemærkninger s. 32 (§1 nr. 1.), at regionen har pligt til straks at iværksætte abstinensbehandling i tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser. Det foreslås, at dette afsnit uddybes ift., 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.
- **Den faglige visitationsretningslinjes juridiske status:** Den faglige visitationsretningslinje fremhæves i bemærkningerne, hvor der også henvises til den flere gange. Det skal tydeliggøres, hvilken juridisk status visitationsretningslinjerne har ift., hvor bindende de er for behandlingen og borgernes rettigheder.
- **Der skal sikres ressourcer i kommunerne til de resterende borgere:** 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. Disse borgere vil stadig være kommunens ansvar. Det skal derfor 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.

OMLÆGNING AF DE SÆRLIGE PLADSER PÅ PSYKIATRISK AFDELING

- **Målgruppe og indhold skal fastholdes på de 88 nye pladser:** Omlægningen sker ved at ophæve de relevante paragraffer i sundhedsloven (sundhedslovens § 238a), i psykiatriloven (kapitel 12a) og i serviceloven (§ 108, stk. 4). I lovforslagets bemærkninger beskrives det, at de nuværende 114 særlige pladser på psykiatrisk afdeling omlægges til 88 pladser i et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri målrettet samme målgruppe.

I og med at bestemmelserne ophæves i lovgivningen, skal det sikres, at de 88 pladser målrettes samme målgruppe og med samme indhold. Det foreslås, at brugen og udnyttelsen af de 88 pladser følges tæt.



Med venlig hilsen

Formand for Rådet for Socialt Udsatte

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

lpe@sum.dk

ili@sum.dk



Sundholmsvej 34, st.
2300 København S

Tlf. 8993 7060
CVR. 2926 2403

sand@sandudvalg.dk
www.sandudvalg.dk

København 13. december 2023

SANDs høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

SAND – De hjemløses landsorganisation er meget enige i, at der mangler behandlingsmuligheder for dobbeltdiagnosticerede. Vi er enige i at omlægningen er en god idé. I betragtning af hvor stort behovet er for denne typer pladser – jævnfør det faglige skøn på ca. 9200 personer med dobbeltdiagnose I opererer med – bør antallet af pladser ikke sættes ned til 88, men fastholdes på 114.

Kaotiske borgere kræver stor fleksibilitet i visitationsmulighederne

SAND er bekymret fra at ansvarsforflyttelsen for målgruppen til den integrerede behandling vil forstærke den ansvarsfralæggelse SAND desværre oplever overfor borgere, der har et kraftigt forbrug af stoffer. Selvom en borger visiteres til et integreret dobbeltdiagnosebehandlingstilbud, er det ikke sikkert borgeren umiddelbart kan benytte sig af det. Der kan være ventetid, borgeren kan have stoftrang, en psykose eller andet, der for nærværende fylder så meget, at borgeren ikke kan benytte sig af tilbuddet. Hvis borgeren i den periode søger misbrugsbehandlingstilbud i kommunen, vil borgeren blive afvist med henvisning til, at der allerede ligger en visitation til et relevant tilbud. Der er en stor sandsynlighed for at vi vil tabe netop de borgere, der har allermest brug for et integreret dobbeltdiagnosebehandlingstilbud, ved helt at fritage kommunen for ansvar i disse situationer.

Der bør tilstræbes at der laves et fleksibelt system, der kan tilgodese den kaotiske målgruppe tilbuddet er skabt for. Manglende fremmøde eller overholdelse af aftaler, sideforbrug af rusmidler, må ikke føre til afvisning eller sanktionering af borgere eller tab af mulighed for at få rusmiddelbehandling. Lovforslaget lægger op til en forbedret retstilling for målgruppen, men reelt forringes retsstillingen i forhold til rusmiddelbehandling, når kommunen kan nægte at hjælpe en visiteret borger i perioden mellem visitation og den faktiske brug af integreret dobbeltdiagnose behandling.

Fare for at den sociale indsats nedprioriteres

Når det integrerede tilbud lægges i regionen og tager udgangspunkt i sundhedsloven, er der en fare for at indsatsen primært har fokus på de sundhedsfaglige problematikker. Det er også diskursen i lovforslaget. Det bør understreges, at der ligesom ved de særlige pladser, lægges vægt på socialfaglige indsatser, beskæftigelse og aktiviteter ud fra den helhedsorienterede tilgang, som sociallovgivningen lægger op til.

For hjemløse er det vigtigt at der tænkes på boligforhold efter udskrivning under behandlingen. Det er vigtigt at overgangen fra et integreret tilbud til det parallelle system koordineres og der er en tydelig ansvarsfordeling. Det er desværre SANDs erfaring at kommunerne har svært ved at samarbejde med f.eks. hospitaler og fængsler om at finde en boligløsning efter endt ophold, før borgeren er udskrevet. Det er som om kommunen ikke vil påtage sig et ansvar for at løse problemet med en manglende bolig før borgeren står på gaden. Der står i lovforslaget at kommunen stadig har forpligtelser med hensyn til beskæftigelses – og boligmæssige samt sociale indsatser. I skal overveje om der i højere grad skal bruge "skal"- formuleringer frem for "bør"- formuleringer for at understrege vigtigheden af disse forpligtelser samt forpligtelsen for koordineringen af indsatserne.

Retssikkerhed

Det er 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. Det bør dog være en ret dvs. en "skal"- formulering frem for en "bør" – formulering, hvis den skal kunne bruges i praksis.

Borgere der er målgruppe for et integreret tilbud, bør ikke stilles retsmæssigt dårligere, fordi de er i målgruppen for et integreret tilbud.

Den nuværende ret til at der iværksættes rusmiddelbehandling senest 14 dage efter første henvendelse i kommunalt regi, bør også fastsættes for den psykiatriske behandling i regionen. Vi vil forstå at der laves en social såvel 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 at man laver helhedsorienterede løsninger.

SAND mener ikke at borgernes klagemuligheder til Ankestyrelsen over den socialfaglige behandling skal sløjfes. Det er vigtigt at der det er muligt for borgerne at indgive klager til Ankestyrelsen. Dels for at styrke borgernes retsfølelse, dels for at fortsætte med velkendte klagegange – selvom de bruges alt for lidt, dels for at sikre at der udvikles en rimelig og reguleret praksis på området.

Oplysning om ændringerne sikrer bedre implementering

SAND ønsker at det i forlængelse af lovens vedtagelse, laves 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.

En god implementering kræver at der afsættes ressourcer til det. Det er i forvejen rigtig svært for borgerne at finde rundt i "systemet". Princippet om "no wrong door" som anvendes i visitationsregningslinjerne, fortjener i endnu højere grad at blive fremhævet i denne sammenhæng, så målgruppen for tilbuddene kan blive visiteret til et integreret behandlingstilbud og ikke afvises med henvisning til at denne myndighed ikke har ansvar for at visitere borgeren til denne type behandling.

Ask Svejstrup
Sekretariatsleder i SAND

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

*Slotsholmsgade 10-12
1216 København K*

15. dec. 2023

Høringssvar vedr. udkast 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)

Selveje Danmark har modtaget udkast til Lov om ændring af lov om ændring af sundhedsloven, lov om social service og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien mv. Selveje Danmark takker for muligheden for at afgive høringssvar.

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

Selveje Danmark ser flere positive elementer i lovudkastet. Selveje Danmark har dog også en række opmærksomheds- og kritikpunkter, som udfoldes i det følgende.

Helt overordnet vil Selveje Danmark gerne bemærke, at det bør præciseres, at private tilbud også omfatter selvejende tilbud.

Kvalitetskrav til leverandører

Ikke alle borgere med dobbeltdiagnoser vil have mulighed for eller ønske om at benytte sig af det nye, regionale dobbeltdiagnosetilbud. Det er afgørende, at de også sikres de rette tilbud.

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, så de borgere, der fravælger det regionale tilbud, sikres behandling af samme kvalitet i kommunalt regi.

Flytning af behandlingsansvaret må ikke resultere i dårligere tilbud til de personer, der ikke rummes af eller er i målgruppen for det nye, regionale tilbud.

Selveje Danmark anbefaler:

- 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.

Beskrivelse af de ikke-offentlige leverandørers rolle

Det er positivt, at regionerne med nærværende lovforslag kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private misbrugsbehandlingssteder og dobbeltdiagnosebehandlingssteder som led i løsningen af opgaverne forbundet med den nye dobbeltdiagnosebehandling.

Det er essentielt, at den mangeårige kapacitet og kompetence hos de ikke-offentlige inddrages. De ikke-offentlige leverandører har oparbejdet specialiserede kompetencer inden for behandling af misbrug og psykiske lidelser i kombination, ligesom de f.eks. vil kunne bidrage i forhold til udredning, kompetenceløft, pårørendebehandling, recovery mv.

Selveje Danmark anbefaler:

- At det beskrives, hvilke opgaver de ikke-offentlige aktører kan bidrage til udover den sundhedsfaglige behandling.

Behov for en sammenhængende og helhedsorienteret behandling

Udfordringerne med behandling af personer med dobbeltdiagnose løses ikke alene ved at flytte ansvaret over i regionerne. Det afgørende er, at målgruppen sikres en sammenhængende og helhedsorienteret behandling, som ikke bare tager højde for deres dobbeltbelastning, men også de sociale problemer, der ofte følger med.

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. Derfor er det afgørende, at det nye dobbeltdiagnosetilbud møder borgerne, hvor de er, og kan rumme deres ofte komplekse sociale problemer.

Selveje Danmark er bekymret for, at det helhedsorienterede blik går tabt, når det flere steder i lovbemærkningerne præciseres, at den kommunale og regionale indsats bør koordineres, fremfor at den skal koordineres omkring personerne i det nye tilbud.

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

Det præciseres, at alkohol- eller stofmisbrugsbehandling skal iværksættes senest 14 dage efter regionens modtagelse af henvisning, mens der for den integrerede behandling som helhed vil gælde de rettigheder, der allerede gælder i dag i forbindelse med modtagelse af sygehusedsler efter sundhedslovens afsnit VI.

Selveje Danmark anbefaler:

- At der udarbejdes forløbsbeskrivelser for personer i målgruppen for det regionale dobbeltdiagnosetilbud på tværs af det kommunale og regionale system.
- At de kommende retningslinjer for dobbeltdiagnosetilbuddets indhold har et særskilt fokus på målgruppens ofte komplekse sociale udfordringer, herunder nødvendigheden af at koordinere og sammentænke dobbeltdiagnosebehandlingen med samtidige indsatser, personen modtager eller benytter, herunder kommunale sociale indsatser, beskæftigelsesindsatser mv.

- 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.

Smidig overgang fra regionalt til kommunalt tilbud

Det fremgår af lovbemærkningerne, at udskrivningen, herunder en eventuel overgang til et parallelt behandlingsforløb, hvor kommunen og regionen er ansvarlig for henholdsvis misbrugsbehandlingen og behandlingen af den psykiske lidelse, skal foregå i dialog mellem region, kommune og patient.

Ligeledes fremgår det, at patienter i minimum et år efter udskrivningen *bør* tilbydes integreret dobbeltdiagnosebehandling ved behov, f.eks. i tilfælde af tilbagefald eller forværring af sygdom, uden ny visitation.

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.
- At det præciseres i lovbemærkningerne, at nævnte samarbejde også gør sig gældende for personer, hvor der er blevet igangsat en rusmiddelbehandling, men det i udredningen vurderes, at de alligevel ikke tilhører målgruppen eller er interesseret i at modtage behandling i regionalt regi.
- At det præciseres i lovbemærkningerne, at patienter i minimum et år efter udskrivning *skal* tilbydes integreret dobbeltdiagnosebehandling ved behov uden ny visitation.

Det frie valg skal også omfatte det regionale tilbud

Med lovudkastet vil personer, som visiteres til regional integreret dobbeltdiagnosebehandling, ikke være omfattet 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 præciseres i lovbemærkningerne, at en integreret behandling er kendetegnet ved, at behandlingen af den psykiske lidelse og misbruget foregår samtidigt i ét samlet behandlingstilbud forankret i én sektor, og at det ikke er foreneligt med, at den visiterede person frit kan vælge at modtage misbrugsbehandling et andet sted.

Selveje Danmark forholder sig kritisk hertil, eftersom det i den faglige retningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik fremgår, at den integrerede behandling kan foregå under indlæggelse eller ambulant, herunder som udgående funktioner. Der kan f.eks. etableres udgående funktioner til borgerens hjem eller bo- og opholdssteder, og behandlingen kan også ske i kommunens rusmiddelbehandling eller gadeplansteams.

Selveje Danmarks medlemmer ved fra erfaring, at tilgængelighed, geografisk nærhed og fleksibilitet har stor betydning for effekten af behandlingen, hvorfor det er oplagt at styrke det integrerede behandlingsforløb med udgående funktioner. Selveje Danmark er samtidig af den opfattelse, at hvis der kan inkluderes udgående funktioner i den integrerede behandling, bør der

også kunne etableres frit valg, hvis tilbuddet lever op til de centrale myndigheders fastsatte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling.

Det må betragtes som en betydelig svækkelse af borgernes rettigheder, når personer har ret til frit valg og anonymitet i kommunalt regi, men fratages disse rettigheder i det regionale dobbeltdiagnosetilbud.

Selveje Danmark anbefaler:

- 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. Rusmiddelbehandlingen skal leve op til de nationale kliniske anbefalinger for rusmiddelbehandling og de fastsatte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling, som de centrale myndigheder måtte fastsætte.

Kvalitetssikring af de socialfaglige elementer i det regionale tilbud

Det fremgår af lovbemærkningerne, at den regionale dobbeltdiagnosebehandling vil være at betragte som en sygehusydelse. Behandlingen vil dog 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.

Det socialfaglige aspekt kommer til udtryk i den faglige retningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Ligesom det vil komme til udtryk i de særskilte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling, som de centrale myndigheder måtte fastsætte.

Det undrer Selveje Danmark, at det kun er Styrelsen for patientsikkerhed, der skal føre tilsyn med den regionale dobbeltdiagnosebehandling, når behandlingen også indeholder social misbrugsbehandling. Socialtilsynet fører i dag tilsyn med de kommunale og ikke-offentlige leverandører af misbrugs- og alkoholbehandling for at sikre og understøtte den nødvendige socialfaglige kvalitet i tilbuddene.

Selveje Danmark mener, at der bør stilles de samme kvalitetskrav til rusmiddelbehandlingen i det regionale dobbeltdiagnosetilbud, som der stilles til de kommunale og ikke-offentlige leverandørers behandling, herunder at behandlingen underlægges et tilsvarende tilsyn, så der sikres en ensartet, uvildig og systematisk vurdering af kvaliteten på tværs af tilbud. Et differentieret tilsyn udelukkende med afsæt i, om behandlingen ydes i regionalt eller kommunalt regi, må betragtes som konkurrenceforvridende.

Selveje Danmark anbefaler:

- At der også føres tilsyn med de socialfaglige elementer i det regionale dobbeltdiagnosetilbud.

Særligt behandlingstilbud til unge under 30 år

I den faglige retningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik præciseres det, at 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.

Selveje Danmark anbefaler:

- At der udvikles et tilbud til børn og unge under 18 år, ligesom der bør være et særligt tilbud målrettet børn og unge under 30 år. I den sammenhæng vil Selveje Danmark gerne henvise til *Alliancen – unge med dobbeltdiagnoses* anbefalinger og arbejde.

Selveje Danmark står naturligvis til rådighed for uddybning af nærværende høringssvar.

Med venlig hilsen



Jon Krog

Branchedirektør

Lars Petersen

Fra: Sabina Bjørn Vinther (23618) <SabinaBjorn.Vinther@silkeborg.dk>
Sendt: 23. november 2023 10:22
Til: Ida Lyngbeck Jensen; Lars Petersen
Emne: SV: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling
Vedhæftede filer: Signature-20231123092902.txt

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet,

Socialtilsyn Midt takker for mulighed for at komme med bemærkninger til lovforslaget.

Socialtilsyn Midt har ingen bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen

Sabina Bjørn Vinther
Jurist
Socialtilsyn Midt

Mail: sabinabjorn.vinther@silkeborg.dk
Mobil: 21 24 12 42
Papirfabrikken 38, 8600 Silkeborg
www.socialtilsynmidt.dk



*Vi gør en forskel for de mest udsatte borgere i Danmark!
Vi arbejder for, at der er trygge, sociale tilbud
Vi sikrer faglighed og kvalitet på sociale tilbud*

Fra: Lars Petersen <lpe@sum.dk>

Sendt: 17. november 2023 15:24

Til: Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; Kommunernes Landsforening <KL@KL.DK>; Post@dataetiskraad.dk;
Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; info@tniganes.fo; hmr@hmr.fo; folkaheilsustyridd@folkaheilsustyridd.fo; Faglig Fælles Forbund 3F <3f@3f.dk>; Advokatsamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; ac@ac.dk;
info@alkohologsamfund.dk; post@alzheimer.dk; marie@angstforeningen.dk; bdo@bdo.dk; info@bedrepsykiatri.dk;
bl@bl.dk; bkd@blaakors.dk; info@broen-danmark.dk; info@brugerforeningen.dk; info@brugernesakademi.dk;
bupl@bupl.dk; Børnerådet <brd@brd.dk>; bf@boernesagen.dk; bv@bornsvilkår.dk; bkf@bkchefer.dk;
forperson@bupnet.dk; info@sorg.dk; jurfak@jur.ku.dk; kontakt@cfh.ku.dk; crf@au.dk; csu@horsens.dk; da@da.dk;
drc@drc.ngo; post@folkehjaelp.dk; fysio@fysio.dk; dh@handicap.dk; info@danskepatienter.dk; Danske Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; info@danske-aeldreraad.dk; dhf@danskhandicapforbund.dk; Emballageindustrien <hoering@di.dk>; dit@dit.dk; lt@dadl.dk; dp@dp.dk; kontakt@dpfo.dk; formand@dasams.dk;
adminstration@dssff.dk; kontakt@addiktivmedicin.dk; kontakt@dasem.dk; dsam@dsam.dk;
info@patientsikkerhed.dk; info@psykosocialrehabilitering.dk; ds@socialraadgiverne.dk; dsr@dsr.dk;
dasys@dasys.dk; Danske Advokater <mail@danskeadvokater.dk>; dh@handicap.dk;
dommerforeningen@gmail.com; suf@suf.dk; sekretariat@depressionsforeningen.dk; dch@dch.dk; Det Etiske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; info@detsocialenetvaerk.dk; legal@dignity.dk; duf@duf.dk; mail@dukh.dk;
etf@etf.dk; Det Etiske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; Fabu@fabu.dk; fh@fho.dk; bse@alkohologsamfund.dk;
foa@foa.dk; info@fadd.dk; info@sundheddanmark.nu; fsd@socialchefforeningen.dk; fas@dadl.dk; c63w@kk.dk;
sek@fbu.dk; Socialtilsyn@frederiksberg.dk; fsd@socialchefforeningen.dk; socialtilsynsyd@fmk.dk;
kontakt@gadejuristen.dk; inge.ibsen@rsyd.dk; socialtilsynnord@hjoerring.dk; Kommunal.hovedstaden@hk.dk;

socialtilsynost@holb.dk; info@humanrights.dk; kk@kirkenkorshaer.dk; ks@kofoedsskole.dk; rhp-shh-kfd@regionh.dk; info@krifa.dk; klfformand@gmail.com; Sekretariat@lokk.dk; los@los.dk; lfs@lfs.dk; lvinfo@lpsa.dk; bodil.neujahr@bopam.dk; info@lfbf.dk; pernille@lpsa.dk; kontakt@landsforeningen-spor.dk; lf@laenken.dk; info@spiseforstyrrelse.dk; lap@lap.dk; lederne@lederne.dk; lev@lev.dk; kontakt@levudenvold.dk; Livslinien@lislinien.dk; info@livsvaerk.org; los@los.dk; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; info@mmk.info; es@maendeneshjem.dk; moedrehjaelpen@moedrehjaelpen.dk; kontakt@ocd-foreningen.dk; info@offerraadgivning.dk; lv@dadl.dk; nil@patientforeningen.dk; plf@forbundet.dk; mail@politiforbundet.dk; plo@dadl.dk; pf@psykiatrifonden.dk; Ankestyrelsen <ast@ast.dk>; redbarnet@redbarnet.dk; pn@reden.dk; formand@retspolitik.dk; info@rodekors.dk; info@digitalsikkerhed.dk; SIRI Rådet for Etniske Minoriteter <rem@siri.dk>; Rådet for Socialt Udsatte <post@udsatte.dk>; sbh@sekr.dk; smp@menighedsplejer.dk; sand@sandudvalg.dk; kontakt@selveje.dk; Socialtilsyn Midt (F0243) <SocialtilsynMidt@silkeborg.dk>; landsforeningen@sind.dk; mail@sjaldnediagnoser.dk; sl@sl.dk; mail@socialtlederforum.dk; sus@sus.dk; kontakt@stenbroensjurister.dk; SUMH@SUMH.DK; TABUKA@TABUKA.dk; tuba@tuba.dk; ulf@ulf.dk; trinery@trinery.dk; info@urk.dk; ungdomsringen@ungdomsringen.dk; info@ventilen.dk; Vive <vive@vive.dk>; kontakt@weshelter.dk; yl@dadl.dk; aeldresagen@aeldresagen.dk

Emne: Høring over udkast til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling

Du får ikke ofte mails fra lpe@sum.dk. [Få mere at vide om, hvorfor dette er vigtigt](#)

Der henvises til vedhæftede høringsbrev.

Med venlig hilsen

Lars Petersen

Chefkonsulent, Psykiatri og Misbrug

M 2242 8422
@ lpe@sum.dk



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

www.sum.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sendes på mail til sum@sum.dk
med kopi til lpe@sum.dk og ilj@sum.dk.

Abel Cathrines Gade 21, st.th
1654 København V
(+45) 33 33 05 05
CVR: 42350176
kontakt@stenbroensjurister.dk

stenbroensjurister.dk

15. december 2023
Jnr. L-1563
FBS

Høringssvar vedr. lovudkast om integreret dobbeltdiagnosebehandling mv.

Stenbroens Jurister takker for opfordringen til at afgive høringssvar over udkastet til lovforslag om flytning af behandlingsansvar fra kommunerne i forbindelse med regional integreret dobbeltdiagnosebehandling og omlægning af de særlige pladser på psykiatrisk afdeling.

Sundhedsret fylder meget i Stenbroens Juristers retshjælpsarbejde for hjemløse, stofafhængige og andre særligt udsatte. Omkring hver fjerde henvendelse i år har handlet om sundhedsretlige problemstillinger. Heriblandt fylder spørgsmål om rusmiddelbehandling, abstinensbehandling og psykiatrisk behandling særligt meget. Vi anser det derfor som ubetinget positivt, at man nu tager politisk livtag med de vedvarende udfordringer for personer med samtidige rusmiddelproblematikker og psykiske lidelser.

For Stenbroens Jurister er det desværre en 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. Ofte i en cirkulær logik, hvor behandling af psykiske lidelser udskydes under henvisning til patientens rusmiddelbrug, mens behandlingen af rusmiddelrelaterede problemstillinger udskydes under henvisning til udfordringer knyttet til patientens ubehandlede psykiske lidelser. Imens går tiden, og patientens sundhedstilstand forværres. Med lovforslaget placeres der nu et ansvar for at sikre behandling i de tilfælde, hvor patienten har samtidige rusmiddelproblematikker og psykiske lidelser. Det anser Stenbroens Jurister som et væsentligt og vigtigt fremskridt mod at sikre de mest udsatte et bedre og mere værdigt liv.

Det er Stenbroens Juristers forventning, at man som følge af den foreslåede lovændring i de kommende år vil gøre sig nye erfaringer med integreret dobbeltdiagnosebehandling, og at dette vil afdække behov og potentialer, som kan give anledning til justeringer og nye tiltag, herunder justeringer og tiltag, som kræver lovgivning. Vores tilgang til afgivelse af høringssvar



om udkastet til lovforslag fokuserer derfor på de områder, hvor vi vurderer, at forslaget kan styrkes for at undgå praktiske og retlige udfordringer.

Stenbroens Juristers bemærkninger og anbefalinger kan opsummeres i følgende punkter.

1. Det bør tilføjes i den foreslåede § 82 c i sundhedsloven, at der er tale om vederlagsfri integreret dobbeltdiagnosebehandling, ligesom det i dag fremgår klart af sundhedslovens §§ 141 og 142, at rusmiddelbehandling fra kommunen er vederlagsfri.
2. Der bør fastholdes en 14 dages frist for retten til rusmiddelbehandling, efter patientens har henvendt sig til myndighederne med et behandlingsbehov.
3. Det bør præciseres, at kommunens forpligtelser efter sundhedslovens §§ 141 og 142 først ophører, når en patient er visiteret af regionen til integreret dobbeltdiagnosebehandling.
4. Patientens ret til abstinensbehandling bør præciseres, da der med lovforslaget kan gå op til halvanden måned, før patienten har ret til alkohol- eller stofmisbrugsbehandling.
5. Patienten bør 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.
6. Autorisationsloven bør inddrages i lovforslaget, da der kan være en hjemmelskonflikt mellem den foreslåede nye § 82 c i sundhedsloven og autorisationslovens § 41, stk. 1.

Punkterne uddybes på de følgende sider.



Ad 1. Vederlagsfri behandling

Det fremgår udtrykkeligt af henholdsvis sundhedslovens § 141, stk. 1, og § 142, stk. 3, at alkohol- og stofbehandling er vederlagsfri. Derimod fremgår det ikke af det foreslåede nye kapitel og den foreslåede nye § 82 c, at integreret dobbeltdiagnosebehandling er vederlagsfri.

Efter Stenbroens Juristers opfattelse følger vederlagsfriheden heller ikke entydigt af sundhedslovens § 81, idet der ikke nødvendigvis vil være tale om "sygehusbehandling", men behandling, som efter den faglige visitationsretningslinje kan foregå ambulant, herunder som udgående funktioner og telepsykiatriske funktioner mv.

Det er helt afgørende, at rusmiddelbehandling er vederlagsfri. Dem der har størst behov for behandlingen, kan som følge af afhængigheden være særdeles pressede, herunder på deres personlige økonomi. Det vil derfor udgøre en betydelig og i praksis uoverkommelig barriere for de mest udsatte, hvis behandlingstilbuddet ikke er vederlagsfrit, eller hvis der kan opstå tvivl om, hvorvidt behandlingstilbuddet er vederlagsfrit.

- Stenbroens Jurister anbefaler, at det tilføjes til den foreslåede § 82 c i sundhedsloven, at integreret dobbeltdiagnosebehandling er vederlagsfri.

Stenbroens Jurister finder det væsentligt, at tilføjjelsen sker i selve bestemmelsen, for at undgå den tvivl, der ellers kan opstå som følge alene af forskellen mellem formuleringen af de eksisterende bestemmelser og den nye, herunder hos fagpersoner, der skal vejlede patienten om rettigheder og muligheder. Finder man det ikke hensigtsmæssigt at tilføjjelsen sker i selve den foreslåede § 82 c, bør det fortsat ske i loven, eventuelt i kapiteloverskriften til det foreslåede nye kapitel 17 b. Tilføjjes vederlagsfriheden alene til lovens bemærkninger, vil det efter vores opfattelse ikke give tilstrækkelig klarhed.

Ad 2. Behandlingsgaranti på 14 dage

Der gælder i dag en behandlingsfrist på 14 dage for kommunens iværksættelse af alkohol- eller stofbehandling efter sundhedslovens §§ 141 og 142 samt servicelovens § 101, som løber fra det tidspunkt, hvor den behandlingssøgende patient henvender sig til kommunen. Disse frister sættes med udkastet til lovforslag ud af kraft i visse situationer med den konsekvens, at fristen for iværksættelse af den medicinske rusmiddelbehandling i praksis kan udskydes til halvanden måned efter henvendelsen med ønsket om behandling.

Som selve lovændringen er formuleret, vil kommunens behandlingsforpligtelser og frister, der gælder efter sundhedslovens §§ 141 og 142 samt servicelovens § 101, fremover gælde indtil patienten indlægges på et sygehus eller visiteres til integreret dobbeltdiagnosebehandling, idet



forpligtelserne først bortfalder efter indlæggelsen eller visitationen, jf. lovforslagets § 1, nr. 2-4 samt § 2, nr. 1.

Det fremgår imidlertid af lovudkastets bemærkninger, at tidsfristen for kommunens forpligtelser efter sundhedslovens §§ 141 og § 142 samt servicelovens § 101 vil gælde fra den dag, hvor kommunen modtager oplysning om, at regionen ikke har visiteret til integreret dobbeltdiagnosebehandling. Disse bemærkninger kan efter Stenbroens Juristers opfattelse læses sådan, at kommunen forpligtelser ophæves eller i hvert fald udskydes allerede ved henvisningen til regionen. Dette er efter vores opfattelse problematisk, da det kan indebære en betydelig udsættelse af behandlingsgarantien.

Flere kommuner har i dag indrettet deres praksis sådan, at der først tages stilling til en patients nærmere behandlingsbehov tæt på udgangen af fristen på 14 dage efter patientens henvendelse. Det kan derfor i praksis blive på dette tidspunkt, der i kommunen tages beslutning om at henvise patienten til integreret dobbeltdiagnosebehandling.

Regionens frist på 14 dage for iværksættelse af rusmiddelbehandlingsdelen af den integrerede dobbeltdiagnosebehandling efter den foreslåede § 82 c vil ifølge lovudkastets bemærkninger løbe fra det tidspunkt, hvor regionen modtager henvisningen. I de tilfælde, hvor regionen først behandler henvisningen og visiterer til integreret dobbeltdiagnosebehandling nær udløbet af denne tidsfrist, kan iværksættelsen af rusmiddelbehandlingen ske 28 dage efter patienten har henvendt sig til myndighederne med et ønske om at komme i rusmiddelbehandling.

I de tilfælde, hvor regionen først behandler henvisningen nær udløbet af tidsfristen og *ikke* visiterer patienten til integreret dobbeltdiagnosebehandling, vil dette også være tidspunktet, hvor regionen tidligst kan give kommunen besked om, at patienten ikke er visiteret til behandling hos regionen. Hvis tidsfristen for kommunens forpligtelser til at yde rusmiddelbehandling først løber fra det tidspunkt, hvor kommunen modtager oplysning herom, vil der således først fra dette tidspunkt være en klar frist for, hvornår kommunen senest skal iværksætte rusmiddelbehandling. Lovforslaget risikerer derfor at blive anvendt på en måde, hvor nogle patienter først kommer i kommunal rusmiddelbehandling 42 dage efter patienten henvendte sig til sin kommune med behov for rusmiddelbehandling.

Stenbroens Jurister mener derfor ikke, det er retvisende, når det anføres i bemærkningerne til lovudkastet, at personer, der visiteres til integreret dobbeltdiagnosebehandling, i det væsentlige vil få samme rettigheder som personer i kommunal rusmiddelbehandling med hensyn til frist for iværksættelse af behandlingen. Fristproblemstillingen har desuden en yderligere dimension i forhold til patienter, som henvises – men ikke visiteres – til integreret dobbeltdiagnosebehandling.



Det er 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. Stenbroens Jurister mener derfor, at patienternes nuværende ret til behandling inden for 14 dage bør fastholdes.

- Stenbroens Jurister anbefaler, at den foreslåede § 82 c ændres, så regionens iværksættelse af rusmiddelbehandlingen skal ske senest 14 dage efter patienten har henvendt sig til myndighederne med et ønske om behandling.

Stenbroens Jurister finder det i øvrigt bekymrende, at man politisk synes at bevæge sig stadig længere væk fra prioritering af en hurtig indsats til personer med behov for rusmiddelbehandling. De nugældende frister i sundhedslovens § 142 blev indført i loven i 2014 på baggrund af en bred aftale mellem den daværende socialdemokratiske og radikale regering, Venstre, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti, som ønskede at give behandlingssøgende stofbrugere ret til en lægesamtale indenfor tre dage efter henvendelse til kommunen. Fristen på tre dage kom også med i lovkataloget for 2014-2015, men blev ændret til 14 dage inden lovforslaget blev fremsat for Folketinget. Det er blandt andet denne 14 dages frist, der med udkastet til lovforslag udskydes til henholdsvis 28 eller 42 dage fra patientens henvendelse.

Ad 3. Kommunens forpligtelser ved henvisning til regionen

Ønsker man ikke at opretholde den nuværende behandlingsgaranti, der sikrer patienten ret til rusmiddelbehandling indenfor 14 dage, bør man fortsat bestræbe sig på at sikre, at der ikke går unødigt lang tid fra en patient henvender sig med behov for rusmiddelbehandling og indtil denne behandling iværksættes.

Stenbroens Jurister mener derfor, at det bør præciseres i bemærkningerne til lovforslaget, at kommunens forpligtelser til at tilbyde rusmiddelbehandling ikke ophører ved henvisning til regionen, men først fra det tidspunkt, hvor patienten faktisk visiteres til integreret dobbeltdiagnosebehandling. Det ville efter vores opfattelse være i bedre overensstemmelse med selve bestemmelsernes affattelse, og det vil forebygge fortolkningstvivel, der kan føre til, at patienter først modtager behandling halvanden måned efter henvendelse til kommunen.

- Stenbroens Jurister anbefaler, at det præciseres i bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 2-4 samt § 2, nr. 1, at de kommunale forpligtelser efter sundhedslovens §§ 141 og 142 samt servicelovens § 101 gælder indtil regionen har behandlet henvisningen og foretaget visitation til integreret dobbeltdiagnosebehandling.



Ad 4. Ret til abstinensbehandling

Stenbroens Jurister er glade for, at det fremgår af bemærkningerne i udkastet til lovforslaget, at abstinensbehandling efter gældende ret skal iværksættes straks i tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser, samt at denne forpligtelse gælder både alkohol- og stofrelaterede abstinenser. Stenbroens Jurister mener imidlertid, at det i denne sammenhæng er tilsvarende væsentligt at anføre i bemærkningerne, at det også kan være relevant at tilbyde abstinensbehandling ved abstinenser, som endnu ikke er akutte, men som kan forventes at blive akutte, hvis tilstanden ikke behandles.

Henset til både de eksisterende og i lovudkastet foreslåede frister kan det være af helt afgørende betydning for patienten, at der ved første henvendelse omgående tages stilling til behovet for abstinensbehandling, indtil egentlig rusmiddelbehandling kan iværksættes. Det er Stenbroens Juristers retsopfattelse, at både myndighederne som sådan og sundhedspersoner i særdeleshed har en forpligtelse til at vejlede en rusmiddelbehandlingssøgende patient om muligheden for at blive tilset af en læge og blive tilbudt abstinensbehandling samt om nødvendigt bistå patienten i at søge abstinensbehandlingen det rette sted.

- Stenbroens Jurister anbefaler, at lovforslagets bemærkninger om abstinensbehandling udbygges, så gældende ret og lovgivers forventninger til myndighederne fremgår klart for de tilfælde, hvor en patient med behov for medicinsk rusmiddelbehandling, herunder som led i integreret dobbeltdiagnosebehandling, henvender sig til myndighederne, men hvor et egentlig rusmiddelbehandlingsforløb ikke straks kan iværksættes, og der derfor er eller kan opstå behov for at iværksætte abstinensbehandling, indtil rusmiddelbehandlingen kan iværksættes.

Ad 5. Effektive retsmidler i grænsetilfælde

Med udkastet til lovforslag flyttes ansvaret for den socialfaglige stofmisbrugsbehandling fra kommunen til regionen for de personer, der visiteres til integreret dobbeltdiagnosebehandling. Det opfatter Stenbroens Jurister ikke som et problem. Det kan dog give anledning til udfordringer i tilfælde, hvor der opstår uenig mellem region og kommune om indholdet i og afgrænsningen af den sociale stofmisbrugsbehandling i forhold til lignende ydelser efter anden lovgivning.

Stenbroens Jurister har bemærket, at det anføres i udkastet til lovforslag, at visitationen ikke fritager kommunen fra andre forpligtelser, fx vedrørende beskæftigelses- og bolig mæssig samt social indsats. Der kan imidlertid allerede efter gældende regler opstå konflikter mellem en handlekommunes vurderinger og betalingskommunens afgrænsning mellem



stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 og hjælp efter anden lovgivning, herunder typisk støtte efter servicelovens § 85. En sådan uenighed vil kunne afgøres af Ankestyrelsen.

Det er Stenbroens Juristers opfattelse, at det må forventes, at lignende afgrænsningsproblemer vil opstå mellem den sociale behandling, der ydes efter den foreslåede § 82 c i sundhedsloven overfor hjælp og støtte, der ydes efter anden lovgivning. Et oplagt eksempel kunne være hjælp, som efter kommunens opfattelse ville være indbefattet i et kommunalt stofbehandlingstilbud efter serviceloven, men som regionen ikke anser for omfattet af den sociale behandling efter den foreslåede § 82 c i sundhedsloven, og hvor begge myndigheder derfor giver afslag på hjælpen. (Det forudsættes her, at der er tale om hjælp, som personen ellers ville få efter enten servicelovens § 85 eller § 101, hvis vedkommende ikke var visiteret til integreret dobbeltdiagnosebehandling). I en sådan situation vil kommunens afgørelse efter udkastet til lovforslag fortsat kunne påklages til Ankestyrelsen, mens regionens afgørelse vil skulle påklages til Styrelsen for Patientklager. Der kan derfor opstå situationer, hvor klagemyndighederne har forskellige retsopfattelser, og uenigheden ikke kan afklares ved noget administrativt klageorgan.

- Stenbroens Jurister anbefaler, at der placeres kompetence til at træffe afgørelse om hvilken myndighed, der skal træffe afgørelse ved anmodning om konkret hjælp eller støtte fra en patient i integreret dobbeltdiagnosebehandling, når hjælpen eller støtten kan ydes efter både den foreslåede § 82 c i sundhedsloven eller efter anden lovgivning.

Stenbroens Jurister henstiller til, at en sådan placering af kompetence sker under hensyntagen til myndighedernes sagsbehandlingstid.

Ad 6. Hjemmelskonflikt med autorisationsloven

Det er formålet med udkastet til lovforslaget at flytte ansvaret for rusmiddelbehandlingen fra kommunen til regionen for patienter, der visiteres af regionen til integreret dobbeltdiagnosebehandling, herunder ansvaret for dem lægelige substitutionsbehandling, som i dag ydes efter sundhedslovens § 142. Det er imidlertid Stenbroens Juristers opfattelse, at der kan opstå en hjemmelskonflikt mellem autorisationslovens § 41 og intentionerne med den foreslåede nye § 82 c i sundhedsloven.

Efter autorisationslovens § 41, stk. 1, kan ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 4, og af læger ansat i sygehusvæsenet under en persons sygehusindlæggelse. Sundhedslovens § 142 omfatter ikke læger ansat i et regionalt integreret dobbeltdiagnosetilbud.



Efter Stenbroens Juristers opfattelse vil det derfor kræve en ændring af autorisationslovens § 41, stk. 1, hvis der i forbindelse med den integrerede dobbeltdiagnosebehandling skal ordineres substitutionsmedicin i andre tilfælde end under en persons sygehusindlæggelse.

- Stenbroens Jurister anbefaler, at autorisationslovens § 41 konsekvensændres i lyset af den foreslåede § 82 c i sundhedsloven.

Autorisationslovens § 41 har stor praktisk betydning for stofafhængige udsattes adgang til såvel substitutionsbehandling som abstinensbehandling. Bestemmelsen er derfor særdeles væsentlig for Stenbroens Juristers retshjælpsarbejde i såvel konkrete sager for individuelle patienter som i vores oplysningsarbejde om patientrettigheder. Hvis høringen giver anledning til at udvide lovforslaget med en ændring af autorisationsloven, vil Stenbroens Jurister derfor gerne have mulighed for dialog med Indenrigs- og Sundhedsministeriet herom, før lovforslaget fremsættes for Folketinget.

Med venlig hilsen

Stenbroens Jurister

Filip Soos

HØRINGSSVAR

Vedr. Udkast til lovforslag 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)

Undertegnede skriver på vegne af UngeAlliancen, der arbejder for, at unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler får relevant og rettidig hjælp.

UngeAlliancen takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. ovennævnte lovforslag og for den prioritering af dobbeltdiagnoseområdet, der med lovforslaget har fundet sted.

UngeAlliancen arbejder overordnet for, at de unge skal have mulighed for at leve et godt liv, med familie og venner, uddannelse og job – til gavn for dem selv og alle os andre. UngeAlliancen består af unge og forældre med personlige erfaringer samt fagpersoner, forskere og NGO'ere på tværs af sektorer.

Dette høringssvar har særligt fokus på *unge voksne mellem 18-25 år samt børn og unge under 18 år*.

Overordnet om udkast til lovforslag

Overordnet er vi i UngeAlliancen bekymrede for, om *unge voksne* fortsat vil tabes imellem kommune og region. Selvom der etableres et integreret tilbud, vil der være en stor risiko for, at de to sektorer ikke vil være enige om, om den unge voksne skal have hjælp i et parallelt eller i et integreret tilbud.

Dernæst er vi bekymrede over, at det afgørende samarbejde på tværs af sektorer *ikke* defineres som en *skal*-opgave, men som en *bør*-opgave.

Vi er desuden bekymrede over, at der i denne tekst 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.

Sidst, men ikke mindst, er det 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.

UngeAlliancen anbefaler desuden, 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. Det overordnede mål må være, at *problemet* skal sætte holdet, og ikke omvendt: at det er holdet, der kommer til at definere problemet.

Endelig anbefaler UngeAlliancen, at samarbejdet imellem region og kommune lovbestemmes som en *skal*-opgave, der understøttes af et nationalt kompetencecenter. *Se senere for uddybning.*

Visitation og vurdering af målgruppe

I udkastet til lovteksten står der: *I sundhedsloven jf. lovbekendtgørelse nr. 1011 af 17. juni 2023, som ændret ved [§ x i] lov nr. ... af ..., foretages følgende ændringer:*

2. I §141, stk. 1, indsættes som 2. pkt.:

»Den kommunale forpligtelse omfatter ikke behandling af personer, som er indlagt på sygehus eller visiteret til integreret behandling af en psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik.«

Og i bemærkningerne til forslaget fremgår det, *at regionen kan vurdere, at den unge ikke er omfattet af det integrerede tilbuds målgruppe, og de kan derefter henvise tilbage til kommunen (eksempelvis på side 45). Kommunen har derefter pligt til at tilbyde rusmiddelbehandling.*

I UngeAlliancen er vi stærkt bekymrede over, at der fortsat lægges op til, at den ene sektor vurderer, om den unge voksne skal have et parallelt eller integreret tilbud og derefter visiterer til den anden sektor, med en risiko for, at den anden sektor ikke er enig i denne vurdering og derfor tilbagehenviser den unge voksne.

Vi er også bekymrede over, at regionen, hvis de vurderer, at den unge voksne ikke er en del af målgruppen for den integrerede behandling, ikke samtidigt er forpligtede til at sikre, at den unge voksne kan modtage en anden psykiatrisk behandling (parallelbehandling).

Vi ved fra mange eksempler fra unge og forældre (som bl.a. beskrevet i UngeAlliancens rapport: [Om Unges og Forældres møder med hjælpesystemet, 2022](#)), at de unge og deres forældre i det nuværende system oplever at blive kastet rundt fra den ene sektor til den anden, og at de også internt i psykiatrien bliver viderehenvist eller afvist, fordi de og deres problemer ikke passer ind i de kasser, der er beskrevet, fx i pakkeforløb.

Så: Hvem tager ansvaret, når kommunen vurderer, at borgeren hører under målgruppen for det integrerede tilbud, og regionen vurderer, at borgeren skal have et parallelt tilbud?

UngeAlliancen anbefaler, at det lovfæstes, at unge med psykisk lidelse og et rusmiddelproblem har ret til et behandlingstilbud, som både indbefatter hjælp til rusmiddelforbrug og psykisk lidelse, enten i et parallelt forløb eller et integreret forløb. Desuden skal der etableres et organ på tværs af kommune og region, der visiterer med udgangspunkt i 'at problemet skal sætte holdet', i stedet for nu, hvor 'holdet bestemmer problemet'.

Hvis man skal løse snitfladeproblemer, er det nødvendigt, at det bliver et fælles ansvar at vurdere, hvordan den unge voksne tilbydes den bedst mulige behandling.

Dette kan gennemføres ved at indføre et princip om 'No Wrong Door', som også er beskrevet i de faglige visitationsretningslinjer. Princippet er både en tilgang, som alle medarbejdere skal arbejde efter, og en organisering, hvorigennem det sikres, at der på tværs af sektorer tages ansvar for, at de unge voksne får et relevant tilbud.

Udskrivning

Det fremgår af lovbemærkningerne, at kommunen overtager forpligtelsen til at tilbyde rusmiddelbehandling, når de unge voksne udskrives fra dobbeltdiagnosebehandlingen (fx side 36).
Vurderingen af udskrivning foretages udelukkende af regionen.

Det beskrives, at der ved udskrivning af dobbeltdiagnosebehandlingen bør foregå en dialog imellem rusmiddelbehandlingen og dobbeltdiagnosetilbuddet.

UngeAlliancen anbefaler, at det tværfaglige samarbejde bliver en skal-opgave for region og kommune, og at det desuden fastslås, at parterne er forpligtigede til at få tilrettelagt et samlet tilbud til den unge voksne, hvor den unge voksne fortsat kan få relevant hjælp efter udskrivning fra dobbeltdiagnosetilbud, fx via to parallelle tilbud i hhv. psykiatri og rusmiddelbehandling.

Hvem har ansvaret i mellemrummet?

Det fremgår af den foreslåede lovttekst, at kommunens forpligtelse til at tilbyde behandling efter sundhedslovens § 141.1 samt § 142.3 samt servicelovens § 101.1 ophører, når borgeren er visiteret til det integrerede tilbud i regionen (og dette uddybes på side 12).

I UngeAlliancen vurderer vi, 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.

Vi risikerer derved, at dette fx kunne være et sandsynligt tids-scenarie:

1. En ung voksen henvender sig til et kommunalt rusmiddelcenter 1. november og får en tid indenfor 14 dage, sådan som loven foreskriver, dvs. senest d. 14. november. Det er vigtigt at forstå, at den unge formentlig forud for henvendelsen i længere periode har overvejet for og imod at henvende sig... det tager tid og kræver mod at bede om hjælp.
2. Rusmiddelcenteret vurderer ved visitationssamtalen, at det skal afklares om den unge voksne er i målgruppe til det integrerede tilbud i regionen. Rusmiddelcenteret igangsætter derfor en nærmere undersøgelse af dette, fx gennem yderligere samtaler med den unge og indhentning af sagsakter. Herefter skal der udarbejdes en henvisning til regionen. I denne fase igangsættes der næppe decideret behandling i rusmiddelcenteret, fordi det først skal afklares, om den unge voksne hører til her – eller vil være i målgruppe til det integreret dobbeltdiagnose-tilbud.
3. Rusmiddelcenteret visiterer den unge til regionen. Selv om Rusmiddelcenteret arbejder hurtigt, vil der formentlig gå minimum én uge fra visitationssamtale til henvisning kan sendes, dvs. at vi i bedste fald nu er omkring d. 21. november. Og selv hvis Rusmiddelcenteret har igangsat støtte og behandling i eget regi, er der en vis sandsynlighed for, at hjælpen afsluttes, når visitationen er sendt afsted, da man så ikke længere er forpligtet til behandling – og da det jo netop er vurderingen, at den unge vil få bedre hjælp i et integreret dobbeltdiagnosetilbud.
4. Regionen har – fra de modtager henvisningen – 14 dage til at tage stilling til, om den unge voksne tilhører målgruppen, og herefter igangsætte rusmiddelbehandlingen. Dvs. at regionen har frem til d. 5. december til at tage stilling til, om den unge skal indskrives eller ej.
5. Såfremt regionen beslutter, at den unge skal indskrives senest d. 5. december, er der altså nu gået minimum 5 uger af den unges liv.
6. Såfremt regionen vurderer, at den unge voksne *ikke* er en del af målgruppen, vil den unge voksne blive visiteret tilbage til rusmiddelcenteret. Kommunen har i den situation 14 dage til at igangsætte behandlingen.

Dvs. at kommunen har frem til d. 19. december til at igangsætte behandling, dvs. at der nu er gået 7 uger af den unges liv.

Konklusion:

Fra den unge henvendte sig i til det kommunale rusmiddelcenter kan der altså gå *minimum* 5-7 uger af den unge voksnes liv, før egentlig behandling igangsættes. Dvs. 5-7 uger, hvor den unges motivation og ambivalens ift. behandling formentlig vil svinge en del, og hvor den unge voksne vil have mødt mange forskellige fagpersoner – med alt hvad det medfører.

Og i det tænkte eksempel er der ikke taget højde for, at der i løbet af de 5-7 uger også kan forekomme helligdage, fx jul, som gør, at processen bliver yderligere forlænget...

I UngeAlliancen er det vores erfaring, at tid er en afgørende faktor for de unges motivation (som bl.a. dokumenteret i rapport fra VIVE: [Unge i Ambulatorie for Psykoterapeutisk udvikling, 2022](#)), og at vi risikerer, at de unge mister modet og troen på, at de kan få relevant hjælp i en afklarende fase, der bliver så lang.

UngeAlliancen anbefaler, at det i tråd med princippet No Wrong Door, sådan som det beskrives i *Faglig Visitationsretningslinje*, skal være en fælles forpligtelse til, at de unge voksne "ikke slippes, før der er sikret kontakt med det rette tilbud." (*Faglig visitationsretningslinje, SST, 2023, side 9*). 'Ikke slippes' betyder i denne sammenhæng, at den unge støttes, indtil behandling andet sted er igangsat.

Parallel og integreret behandling

I indledningen til udkastet (side 6.) beskrives det, at: "Mennesker, der har brug for behandling af både en psykisk lidelse og et alkohol- eller stofmisbrug, dvs. mennesker med dobbeltdiagnose, oplever alt for ofte, at hjælpen er usammenhængende og utilstrækkelig. Det skyldes ikke mindst, at behandling af psykiske lidelser som udgangspunkt er et regionalt ansvar, mens behandling af misbrug som udgangspunkt er et kommunalt ansvar. Det delte ansvar er en udfordring for behandlingen af de mennesker, som har behov for integreret behandling af deres psykiske lidelse og misbrug."

UngeAlliancen er enige i dette faktum. For den gruppe af unge voksne, der er en del af målgruppen i det nye tilbud, vil ansvaret for misbrugsbehandling og den psykiatriske behandling nu være placeret.

Men hvad med de unge voksne, der *ikke* er en del af målgruppen, og hvor det vurderes, at de skal have et parallelt forløb? Eller hvor det er uklart, hvor de unge voksne skal modtage hjælp?

Dette gælder fx fortsat for unge voksne med autisme og rusmiddelproblemer (som bl.a. dokumenteret Metodecentrets kortlægning af viden og praksis: [Unge med autisme og problematisk forbrug af rusmidler, 2023](#)). Hvordan sikres det, at de unge voksne ikke fortsat tabes, fordi der reelt ikke er en dør i psykiatrien, de kan gå ind af?

UngeAlliancen anbefaler, at der foretages en landsdækkende systematisk praksisafdækning af, hvor de unge voksne med dobbeltdiagnoser kan modtage behandling for deres psykiske lidelse. Hvem er sikret hjælp via det nye integrerede tilbud, og hvem vil fortsat stå uden relevant hjælp? Dette kan fx være en del af den forskning, der skal igangsættes i forbindelse med det nye integrerede tilbud.

UngeAlliancen anbefaler desuden, at samarbejdet imellem region og kommune lovbestemmes som en *skal*-opgave, da al erfaring viser, at det ikke sker, hvis det er en *bør*-opgave. Dette samarbejde er også yderst

vigtigt i det integrerede behandlingstilbud, fx det samarbejde, som det integrerede behandlingstilbud nødvendigvis må have med kontaktpersoner, opholdssted, ydelser, uddannelse osv. osv.

UngeAlliancen anbefaler, at der etableres et nationalt kompetencecenter til at understøtte samarbejdet omkring de unge voksne. Det gælder både samarbejdet på tværs omkring hver enkelt ung, og det gælder det overordnede samarbejde om at indføre et princip om No Wrong Door.

Et nationalt kompetenceudviklingscenter skal kunne:

- a. Bidrage til implementering af forandringerne – med respekt for at fagpersoner, fagområder, kommuner, regioner er forskellige. Al erfaring viser, at det er nødvendigt med håndholdt implementering, hvor forandringerne 'masseres' ind i praksis ud fra de faglige og lokale vilkår og forudsætninger: Så hvordan skal det se ud her hos jer?

Vi ser desuden, at kompetencecenteret kan medvirke til at få lovgivningen, praksis og forskning til at hænge sammen ved at:

- b. Sikre indsamling af viden og systematisering af erfaringer på tværs af fagområder
- c. Udbrede og formidle viden og erfaringer, bl.a. gennem uddannelse og kompetenceudvikling samt gennem 'oversættelser' af fx tunge forskningsrapporter til brugbar viden og anvendelige redskaber til praksis.

Dataopsamling, forskning og kvalitetsudvikling

På side 11 i udkastet angives det at: *"Der var endvidere enighed mellem aftaleparterne om, at ordningen skal monitoreres løbende med henblik på 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 dobbeltdiagnose-behandling eller tilvejebringe data via eksisterende eller kommende kliniske kvalitetsdatabaser med henblik på sikring af systematisk dataopsamling, forskning og kvalitetsudvikling inden for dobbeltdiagnosebehandlingen."*

I UngeAlliancen ved vi fra både fra praksis og forskning, at når behandlingstilbud tilrettelægges efter de voksnes behandlingsbehov (se bl.a. rapport fra VIVE: [Una i Ambulatorie for Psykoterapeutisk udvikling, 2022](#)), er det svært at tiltrække de unge voksne. Ligesom de unge voksne vil have en lavere gennemførelsesrate og dårligere effekt.

Såfremt man ønsker at etablere et tilbud, der tiltrækker og har god effekt for de unge voksne, og ikke kun for de ældre kronikere, skal der derfor etableres en behandling, der er målrettet unge voksne.

UngeAlliancen anbefaler, at den beskrevne monitorering har særligt fokus på de unge voksne mellem 18-25 år. Dette er også i overensstemmelse med *Faglig Visitationslinje*, hvor de unge voksne er beskrevet som en særlig målgruppe (*Faglig visitationsretningslinje, SST 2023, s. 19*), hvilket blandt andet betyder et særligt blik for inddragelse af pårørende og et tæt samarbejde med andre sektorer (uddannelse, myndighed, kontaktperson m.fl.).

Desuden er det helt essentielt, i forhold til den kvalitative forskning, at inddrage de unge voksnes egne erfaringer og deres pårørendes erfaringer, da de unge og deres forældre har uvurderlig viden, der kan medvirke til at forbedre behandlingen.

Fleksibel hjælp

I udkastet står der beskrevet om fleksibilitet i indsatsen (s.13): *"Behandlingen kan foregå under indlæggelse eller ambulant, herunder som udgående funktioner til f.eks. borgerens hjem samt bo-, opholds- og behandlingssteder."*

I UngeAlliancen er vi optaget af muligheden for, at hjælpen er fleksibel og tilrettelægges efter de unge voksnes behov. Den udgående funktion er relevant for mange unge voksne, der på grund af deres funktionsniveau og misbrug kan have svært ved at møde op. Og samtidig har mange unge voksne en meget lav grad af tillid til systemet og reagerer måske derfor negativt på tilbud, der signalerer 'system'.

Desuden ved vi fra unge, forældre og fagpersoner i UngeAlliancen, at der er områder i Danmark, hvor der kommer til at blive meget lange afstande til de integrerede tilbud, og hvor der desuden er meget dårlige trafikale muligheder (fx i Midt- og Vestjylland).

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.

Socialfaglige elementer

I udkastet står der beskrevet om fagligheder der skal være til stede i behandlingen (s. 15): *"Selv om regional integreret dobbeltdiagnosebehandling vil være at betragte som en sygehusydelse, jf. sundhedslovens afsnit VI, 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. Det socialfaglige aspekt kommer til udtryk i Sundhedsstyrelsens i samarbejde med Social- og Bolig-styrelsen udarbejdede faglige retningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, jf. pkt. 2.1.2. i lovforslagets almindelige bemærkninger. Det vil desuden komme til udtryk i de særskilte retningslinjer for integreret dobbeltdiagnosebehandling, som de centrale myndigheder måtte fastsætte."*

Det er UngeAlliancen vurdering, at den socialfaglige del af behandlingen er yderst relevant og særlig vigtig for de unge voksne. Den socialfaglige behandling skal bl.a. også indbefatte støtte til at få etableret et liv med bolig, fritid, venner og uddannelse og/eller arbejde, som er i overensstemmelse med de unge voksnes ressourcer og funktionsniveau. Og dette arbejde skal foregå i et tæt samarbejde med kommunale myndighedsmedarbejdere og fx kontaktpersoner, bosteder, uddannelser osv.

UngeAlliancen anbefaler, at der i de kommende retningslinjer særskilt beskrives, hvad behandlingen til de unge voksne skal indeholde. UngeAlliancen bidrager gerne til dette arbejde.

De unge under 18 år

De unge under 18 år er ikke en del af målgruppen for det integrerede tilbud i regionerne. I *Faglig Visitationsretningslinje* står der om dette: *"Der er på nuværende tidspunkt relativt få erfaringer med og kompetencer inden for behandling af børn og unge under 18 år med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Derfor er det 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. Det forventes derfor, 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." (Faglig visitationsretningslinje, SST, 2023, s. 6)

I UngeAlliancen er vi bekymrede over, at der ikke er taget stilling til, hvordan børn og unge under 18 år, der har en dobbeltdiagnose, eller hvor der er mistanke om en psykiatrisk diagnose samtidigt med at der er et rusmiddelbrug, skal kunne modtage hjælp.

Børn og unge og deres familier, der i dag lever i det helvede, det er både at have en psykisk lidelse og et misbrug, kan ikke længere vente på at få relevant hjælp.

UngeAlliancen anbefaler, at også børn og unge under 18 år sikres ret til at modtage hjælp til både deres psykiske lidelse og deres misbrug, herunder også ret til udredning på trods af misbrug, 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.

Med venlig hilsen

og på vegne af UngeAlliancen, 14. december 2023

Trine Ry
Projektleder i UngeAlliancen

Susanne Pihl Hansen
Projektleder i UngeAlliancen

