

Undersøgelse af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med et stofmisbrug



Oktober 2018

Undersøgelse af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med et stofmisbrug

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Sammenfatning	4
3. Den gældende behandlingsgaranti	5
3.1. Serviceloven.....	6
3.2. Sundhedsloven.....	7
3.3. Straffuldbydelsesloven.....	7
4. Udfordringer ved fortolkning af den gældende behandlingsgaranti	8
4.1. Afgrænsning mellem visitation og behandling	8
5. Behandlingsgaranti i Norden og EU.....	9
6. Behandlingsgarantien i praksis.....	9
6.1. Case 1: Forløb i kommunerne	9
6.2. Case 2: Forløb i fængslerne.....	11
7. Opfyldelse af den gældende behandlingsgaranti	11
7.1. Overskridelse af behandlingsgarantien	13
7.2. Årsager til overskridelse af behandlingsgarantien	14
7.3. Særligt om stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven	16
7.4. Stofmisbrugsbehandling efter straffuldbydelsesloven	16
7.5. Opsamling	16
8. Brugerrepræsentanters og andre interessenters vurdering	17
8.1. Erfaringer med den gældende behandlingsgaranti	17
8.2. Udfordringer ved at forkorte behandlingsgarantien	18
9. Forkortelse af behandlingsgarantien.....	18
10. Forslag til forbedringer af behandlingsindsatsen	19
10.1. Styrkelse af behandlingsgarantien	19
1. Sikring af straksbehandling af akutte abstinenser	19
2. Styrket og ensartet kommunal praksis for visitation til stofmisbrugsbehandling	20
10.2. Løft af behandlingskvaliteten.....	20
3. Udbredelse af de Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling	20
4. Etablering af et nationalt kompetencecenter for lægelig stofmisbrugsbehandling	20
5. Sikring af faglige kompetencer hos det sundhedsfaglige personale	21
6. Styrket information om frit valg i forbindelse med stofmisbrugsbehandling	21
7. Muligheder for øget brug af tele- og internetbaseret behandling.....	21
8. Bedre kvalitet i og brug af data for stofmisbrug	21
9. Praksisundersøgelse af kommunernes visitation til og indhold i stofmisbrugsbehandling	22

10.3. Udbredelse af virksom skadesreduktion	22
10. Udlevering af modgift til alle i kommunal behandling for heroinmisbrug	22
11. Udvikling af best practice for kommunal udlevering af sterilt injektionsudstyr	22
Bilag 1. Behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet i Norden og EU	23
Bilag 2. Opsamling på møde den 27. juni 2017 om behandlingsgarantien for personer med stofmisbrug	25
Bilag 3. Opsamling på møde den 21. august 2017 om behandlingsgarantien for personer med stofmisbrug	28
Bilag 4. Kommunefordelte tal for overholdelse af behandlingsgarantien.....	29

1. Indledning

Personer, der har et stofmisbrug, har ofte behov for en helhedsorienteret og koordineret indsats. For nogle vil en virksom indsats betyde, at de bliver stoffri, mens det for andre betyder et reduceret eller stabiliseret forbrug af stoffer.

Stoffrihed kan bane vejen for, at man kan begynde eller genoptage en uddannelse eller et arbejde. Det samme kan et reduceret eller stabiliseret forbrug af stoffer.

Stoffrihed eller reduktion til trods vil nogle fortsat være så belastede af misbruget og de dertil knyttede problemer, at uddannelse og arbejde ikke umiddelbart er realistisk. Men for alle gælder det, at en virksom indsats kan give større livskvalitet og mulighed for at være en del af fællesskabet.

Det er baggrunden for et af regeringens 10 mål om social mobilitet, som blev lanceret maj 2016; nemlig målet om, at flere af de borgere, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, skal være stoffrie eller have et reduceret eller et stabiliseret forbrug af stoffer.

Det er også baggrunden for regeringens ønske om at undersøge mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med stofmisbrug. Derfor har en arbejdsgruppe i regi af Sundheds- og Ældreministeriet med deltagelse af Børne- og Socialministeriet samt Justitsministeriet udarbejdet en undersøgelse herom.

En virksom stofmisbrugsbehandling er bl.a. kendetegnet ved, at den iværksættes hurtigst muligt efter, at borgeren har henvendt sig med sit ønske om at komme i behandling. Borgerens motivation for at gå i behandling er det bedste mulige udgangspunkt for at opnå et godt resultat, og det er derfor vigtigt med et tilbud så hurtigt som muligt.

I Danmark har vi en behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet, som sikrer en hurtig iværksættelse af behandling af et stofmisbrug. Garantien betyder, at kommunen skal tilbyde gratis stofmisbrugsbehandling senest 14 dage efter, at en borger har anmodet om at komme i behandling. En tilsvarende garanti gælder for indsatte i fængslerne.

Men en virksom behandling har også andre kendetegn end en hurtig iværksættelse, for også behandlingens tilgængelighed og kvalitet er væsentlig. Ligesom det er afgørende at iværksætte en behandling, der matcher borgerens behov. Derfor fokuserer undersøgelsen også på praksis forud for igangsættelse af behandling samt kvalitet og tilgængelighed i behandlingen.

En virksom indsats på stofmisbrugsområdet omfatter ikke alene stofmisbrugsbehandling. Indsatsen omfatter også skadesreducerende tilbud, som forebygger yderligere misbrugsrelaterede skader og i yderste tilfælde dødsfald. Derfor berører undersøgelsen også tilbud, som forebygger dødsfald og andre skader.

For at belyse mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien bedst muligt bygger undersøgelsen på forskellige datakilder.

For at undersøge opfyldelsen af behandlingsgarantien er der benyttet data, som kommunerne og fængslerne har indberettet til den nationale indberetningsplatform Stofmisbrugsdatabasen og til Kriminalforsorgen.

For at få et mere kvalitativt indblik i behandlingsgarantien er der afholdt møder med interessenter, der både repræsenterer brugere og behandlingssystemet, ligesom der fra tre kommuner og Kriminalforsorgen er indsamlet oplysninger til cases på praksis for forløbet fra en borger anmoder om behandling, og til behandlingen er iværksat.

Desuden er der for at få et internationalt perspektiv indhentet oplysninger om behandlingsgarantier i Norden og EU fra de ansvarlige statslige myndigheder i de nordiske lande og EU-agenturet European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Det angives i det enkelte afsnit, hvilke data der er benyttet. En mere udførlig beskrivelse af svarene fra myndighederne i de andre nordiske lande og fra EMCDDA findes i bilag 1. En mere udførlig opsamling på møderne med interessenterne findes i bilag 2 og 3.

2. Sammenfatning

Som det eneste land i Norden og tilsyneladende også i Europa har Danmark en særskilt behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet.

Behandlingsgarantien giver borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug ret til tilbud om social og lægelig stofmisbrugsbehandling (fx substitutionsbehandling med buprenorphin eller metadon) senest 14 dage efter, at borgeren har anmodet om behandling. Dette gælder som udgangspunkt også i fængslerne.

Undersøgelsen af opfyldelsen af den gældende behandlingsgaranti viser, at der er en relativt lav overskridelsesprocent, og at overskridelserne i knap halvdelen af tilfældene skyldes forhold hos borgeren. Dette skal dog af datamæssige grunde tages med kraftige forbehold.

Den kvalitative del af undersøgelsen viser, at der er tungtvejende argumenter for at forbedre indsatsen på andre måder end ved en generel forkortelse af den gældende behandlingsgaranti.

Interessenterne peger således på, at en forkortelse af behandlingsgarantien ikke nødvendigvis vil være af stor betydning i forhold til at forbedre indsatsen for personer med stofmisbrug. En forkortelse vil ifølge interessenterne kunne gå ud over kvaliteten af den sociale stofmisbrugsbehandling, og lægemangel vil kunne vanskeliggøre den praktiske gennemførelse af en forkortelse for den lægelige stofmisbrugsbehandlings vedkommende.

Endvidere påpeger interessenterne vigtigheden af at have en enslydende behandlingsgaranti for den sociale og lægelige stofmisbrugsbehandling for at sikre en ensartet og sammenhængende social- og sundhedsfaglig indsats. Hertil kommer, at de umiddelbart har vanskeligt ved at se sundhedsfaglige eller andre gevinster ved en forkortelse af den gældende behandlingsgaranti. Fra interessentside peges der på, at en forkortelse ville blive meget dyr, og at det er naturligt at spørge, om ikke evt. nye midler til stofmisbrugsområdet kunne anvendes bedre.

Brugerrepræsentanterne peger dog på, at lægerne kan blive bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes.

På den baggrund taler meget for, at man i stedet for en generel forkortelse af den gældende behandlingsgaranti tager initiativ til at styrke den gældende behandlingsgaranti ved at sikre straksbehandling af akutte abstinenser og sikre en styrket og ensartet kommunal praksis for visitation til stofmisbrugsbehandling.

Endvidere kan der bl.a. inspireret af brugerrepræsentanterne og de øvrige interessenter tages en række andre initiativer for at løfte behandlingskvaliteten og for at udbrede virksom skadesreduktion.

På den baggrund beskrives følgende 11 forslag til, hvordan behandlingsindsatsen på stofmisbrugsområdet kan styrkes:

Styrkelse af behandlingsgarantien

1. Sikring af straksbehandling af akutte abstinenser
2. Styrket og ensartet kommunal praksis for visitation til stofmisbrugsbehandling

Løft af behandlingskvaliteten

3. Udbredelse af de Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling
4. Etablering af et nationalt kompetencecenter for lægelig stofmisbrugsbehandling
5. Sikring af faglige kompetencer hos det sundhedsfaglige personale
6. Styrket information om frit valg i forbindelse med stofmisbrugsbehandling
7. Muligheder for øget brug af tele- og internetbaseret behandling
8. Bedre kvalitet i og brug af data for stofmisbrug
9. Praksisundersøgelse af kommunernes visitation til og indhold i stofmisbrugsbehandling

Udbredelse af virksom skadesreduktion

10. Udlevering af modgift til alle i kommunal behandling for heroinmisbrug
11. Udvikling af *best practice* for kommunal udlevering af sterilt injektionsudstyr

3. Den gældende behandlingsgaranti

Retten til at modtage gratis stofmisbrugsbehandling senest 14 dage efter, at man har anmodet om at komme i behandling, blev indført den 1. januar 2003. Behandlingsgarantien omfattede til at begynde med alene social stofmisbrugsbehandling efter serviceloven. Indførelsen skete som opfølgning på satspuljeaftalen for 2003. Med aftalen blev der til formålet afsat 79 mio. kr. årligt de første to år og derefter 68,7 mio. kr. årligt som permanent bevilling (2003-PL). Bevillingen blev senere korrigeret i aftale om kommunernes og amternes økonomi for 2004, hvormed der blev afsat 105,1 mio. kr. i 2003, 140,8 mio. kr. i 2004 og 98,7 mio. kr. årligt derefter (2003-PL).

Den 1. januar 2007 blev behandlingsgarantien udvidet til også at omfatte stofmisbrugsbehandling i fængslerne. Udvidelsen skete som opfølgning på satspuljeaftalen for 2006. Med aftalen blev der afsat 27,7 mio. kr. i 2006 og derefter som permanent bevilling 24,9 mio. kr. årligt til formålet (2006-PL).

Den 1. januar 2015 blev behandlingsgarantien udvidet til også at omfatte lægelig stofmisbrugsbehandling (substitutionsbehandling og anden medicinsk behandling) efter sundhedsloven. Samtidig blev der indført ret til en gratis lægesamtale inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandling og ret til frit valg i forbindelse med lægelig stofmisbrugsbehandling. Siden 1. januar 2003 havde der været frit valg i forbindelse med social stofmisbrugsbehandling. Indførelsen af de nye rettigheder skete som opfølgning på satspuljeaftalen for 2014. Til formålet blev der med aftalen afsat 6 mio. kr. årligt som permanent bevilling fra og med 2015 (2014-PL).

Behandlingsgarantien, som altså er indført i tre faser, er lovgivningsmæssigt forankret i serviceloven, sundhedsloven og straffuldbyrdsloven.

Opsummerende har borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug med behandlingsgarantiens indførelse i de tre love altså har ret til:

- Tilbud om social behandling af stofmisbrug senest 14 dage efter, at borgeren har anmodet om behandling. Dette gælder som udgangspunkt også i fængslerne.
- Tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling senest 14 dage efter, at borgeren har anmodet om behandling. Dette gælder som udgangspunkt også i fængslerne.

I det følgende beskrives de relevante bestemmelser i de tre love.

3.1. Serviceloven

Kommunen skal efter servicelovens § 101 tilbyde social behandling af personer med et behandlingskrævende stofmisbrug. Social behandling af et stofmisbrug er en socialpædagogisk eller psykologisk funderet indsats, som bl.a. kan bestå af individuelle samtaleforløb og gruppebehandling.

Det følger af bestemmelsens stk. 2, at tilbuddet skal iværksættes senest 14 dage efter, at borgeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling.

Garantien indebærer en ret for borgeren til at modtage og en pligt for kommunen til at iværksætte social behandling inden for fristen. Det betyder, at der skal foretages en afklaring af behandlingsindsatsen inden for fristen, som hviler på en beslutning om et individuelt forløb, hvor borgeren på baggrund af en faglig vurdering visiteres til et konkret behandlingstilbud. Det forudsættes, at borgerens egne ønsker til behandlingsforløbet tillægges stor betydning, ligesom der bør udarbejdes en behandlingsplan over behandlingsforløbet.

Hvis kommunen ikke kan iværksætte det besluttede behandlingsforløb på kommunens egne behandlingstilbud eller på de godkendte, private behandlingstilbud, som kommunen sædvanligvis benytter, er kommunen forpligtet til at sørge for, at borgeren kan blive indskrevet i et andet offentligt eller godkendt behandlingstilbud, der kan realisere det besluttede behandlingsforløb inden for den fastsatte frist på 14 dage.

Efter bestemmelsens stk. 4. har borgeren samtidig ret til at vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, kommunen har visiteret til. Det er kommunen, der foretager denne vurdering. Kommunen skal informere borgeren om behandlingsmuligheder, der kan udgøre alternativer til den behandling, som kommunen tilbyder.

Fristen for tilbud inden for 14 dage må fraviges i det tilfælde, at borgeren har gjort brug af frit valg, jf. bestemmelsens stk. 5. Dette skyldes, at det ikke altid vil være muligt for kommunen at iværksætte en behandling inden for fristen, hvis der fx er ventetid til det ønskede behandlingstilbud, som kommunen ikke har indflydelse på.

Borgerens opholdskommune er som hovedregel også handlekommune, dvs. den kommune, der har pligt til at træffe afgørelser om social behandling af et stofmisbrug, jf. § 9 i retssikkerhedsloven. I tilfælde af, at borgeren er visiteret til døgnbehandling i en anden kommune, bevarer den tidligere opholdskommune pligten som handlekommune for borgeren med hensyn til ydelser efter serviceloven.

Derudover bør det nævnes, at efter bekendtgørelse om dataindberetninger på socialområdet skal kommunerne ved tilbudsindskrivning i dag indberette oplysninger om borgere med et stofmisbrug, som afdækker borgerens forbrug af rusmidler, sociale forhold, psykisk og fysisk helbred mv. Det har til formål at sikre, at alle relevante forhold omkring borgeren er afdækket, således at borgeren visiteres til den mest hensigtsmæssige behandling og evt. anden hjælp og støtte.

3.2. Sundhedsloven

Efter sundhedslovens § 142, stk. 3, skal kommunen tilbyde personer med bopæl i kommunen gratis lægelig stofmisbrugsbehandling. Kommunen kan efter stk. 4 tilvejebringe behandlingstilbuddet på dens egne behandlingssteder eller på andre kommunale, regionale eller private behandlingssteder, som kommunen har indgået aftale med.

Efter § 142, stk. 6, skal behandlingen, som efter autorisationslovens § 41 forudsætter lægelig ordination, iværksættes senest 14 dage efter, at borgeren, som ønsker at komme i behandling, har henvendt sig til kommunen med sit ønske. Tidsfristen regnes fra den første personlige henvendelse med ønske om behandling. Der skal udarbejdes en behandlingsplan for forløbet, og borgerens ønsker bør i videst muligt omfang indgå i den faglige vurdering, som ligger til grund for lægens valg af behandling og dens udførelse.

Kommunen er forpligtet til at sørge for, at behandlingen kan iværksættes på et andet offentligt eller privat behandlingssted, hvis kommunen ikke inden for tidsfristen kan sørge for iværksættelse af behandlingen på dens egne behandlingssteder eller på andre kommunale, regionale eller private behandlingssteder, som kommunen har indgået aftale med.

Efter § 142, stk. 8, kan tidsfristen fraviges, hvis borgeren vælger at blive behandlet på et andet offentligt eller privat behandlingssted end det, som bopælskommunen har visiteret borgeren til. Muligheden for at fravige tidsfristen betyder ikke, at behandlingens iværksættelse kan udskydes længere end nødvendigt. Behandlingen skal iværksættes så hurtigt som muligt.

Hvis en borger, som har benyttet sin ret til at vælge at blive behandlet på et andet offentligt eller privat behandlingssted end det, som bopælskommunen har visiteret borgeren til, fortryder og på ny henvender sig til bopælskommunen med ønske om at komme i behandling, bliver borgeren igen omfattet af tidsfristen. Den vil så blive regnet fra tidspunktet for den nye henvendelse til kommunen.

3.3. Straffuldbyrdelesloven

Der er behandlingsgaranti for indsatte med stofmisbrug i fængsler og arrester, jf. straffuldbyrdeleslovens § 45 a, stk. 1. Behandlingsgarantien efter § 45 a vedrører alene indsattes adgang til sociale behandlingstilbud svarende til de tilbud, som kommunerne har tilbudt siden 1. januar 2007 efter servicelovens § 101, fx motivations- og forbehandling, samtaler af terapeutisk karakter samt vejledning og efterbehandling. Social stofmisbrugsbehandling foregår ofte parallelt med eller i forlængelse af abstinens- og substitutionsbehandling (metadonnedtrapning mv.) samt anden lægelig behandling, der relaterer sig til stofmisbrug.

Udvisningsdømte udlændinge har dog ikke ret til vederlagsfri social stofmisbrugsbehandling, medmindre særlige forhold taler herfor, jf. straffuldbyrdeleslovens § 45 a, stk. 2. I praksis betyder det, at udvisningsdømte udlændinge som udgangspunkt afskæres fra behandling svarende til de tilbud, som kommunerne tilbyder efter serviceloven. Bestemmelsen begrænser derimod ikke udvisningsdømte udlændinges adgang til som andre indsatte at modtage lægelig stofmisbrugsbehandling.

Behandlingsgarantien for indsatte i Kriminalforsorgens institutioner er i praksis på visse områder ikke udformet identisk med den behandlingsgaranti, som gælder i det øvrige samfund. En indsat kan fx ikke frit vælge et andet behandlingstilbud end det, Kriminalforsorgen kan anvise, og der kan være ordens- og sikkerhedsmæssige forhold, som gør, at behandlingsgarantien opfyldes på anden vis i Kriminalforsorgens institutioner end udenfor.

Misbrugsbehandling i Kriminalforsorgens institutioner forbeholdes indsatte med et stofmisbrug, som – fordi afgørende hensyn taler imod anbringelse uden for et fængsel – ikke kan visiteres til misbrugsbehandling på en institution uden for Kriminalforsorgen.

Der er i Kriminalforsorgens institutioner tilbud om stofmisbrugsbehandling på udvalgte lukkede og åbne fængsler, som modtager indsatte fra hele landet. Disse behandlingstilbud skal således ses som et supplement til den behandling, som tilbydes i det almindelige behandlingssystem uden for Kriminalforsorgen.

Stofmisbrugsbehandling skal så vidt muligt iværksættes senest 14 dage efter, at den indsatte har fremsat begæring herom over for Kriminalforsorgen. Hermed er det således forudsat, at fristen på 14 dage i særlige tilfælde kan overskrides. Det gælder fx i tilfælde, hvor der til brug for en vurdering af den indsatte egnethed og motivation skal indhentes oplysninger om tidligere behandlinger mv. Endvidere kan der i sagens natur ses bort fra fristen på 14 dage, hvis det er den indsatte egne forhold, herunder udeblivelse fra aftalte samtaler, der giver anledning til, at behandlingen ikke kan iværksættes.

4. Udfordringer ved fortolkning af den gældende behandlingsgaranti

På baggrund af data, indsamling af oplysninger til case om behandlingsgarantien i praksis samt møder med interessenter, der repræsenterer brugere og behandlingssystemet, er der identificeret og drøftet udfordringer ved fortolkning af den eksisterende behandlingsgaranti, som særligt knytter sig til forløbet fra borgerens henvendelse til iværksættelse af behandling. Dette uddybes i følgende afsnit, da det har betydning for, hvordan man kan tolke data for opfyldelse af behandlingsgarantien, som gennemgås i afsnit 7.

Der er også identificeret og drøftet andre udfordringer i forhold til den gældende behandlingsgaranti og mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien, som uddybes nærmere i afsnit 8 og 9 samt bilag 2 og 3 om møderne med interessenterne.

4.1. Afgrænsning mellem visitation og behandling

Som led i visitation til behandling skal kommunerne foretage en såkaldt screening, hvor borgerens forbrug af rusmidler samt sociale, fysiske og psykiske forhold mv. afdækkes ved brug af screeningsværktøjet ASI (Addiction Severity Index). Formålet med screeningen er at sikre, at borgeren bliver matchet med den bedst egnede behandling samt at afdække eventuelle behov for anden hjælp og støtte eller yderligere udredning af psykiske vanskeligheder.

På det førromtalte møde med interessenter, der repræsenterer behandlingssystemet, blev det fremført, at der eksisterer en vis uklarhed i afgrænsningen mellem visitation og behandling. Der er således tvivl om, hvorvidt screening fx kan betragtes som en del af behandlingen, eller hvorvidt behandlingsgarantien først betragtes som overholdt fra det øjeblik, borgeren er visiteret til et egentligt tilbud.

Kommunerne har i forlængelse heraf forskellig praksis for, hvornår man registrerer, at behandlingsgarantien er overholdt. Det fremgår fx af data fra 2016, hvor kommunerne angiver, at 50 pct. af de behandlingsforløb, hvor behandlingsgarantien er overholdt, iværksættes behandlingen samme dag, som borgeren henvender sig for at få behandling for et stofmisbrug. Det er imidlertid vurderingen, at dette sandsynligvis ikke er ensbetydende med, at behandlingen iværksættes samme dag i alle tilfælde. Tværtimod kan tallene indikere uklarhed om, hvorledes der skelnes mellem visitation og screening over for behandling.

Den skitserede udfordring betyder, dels at der er uklarhed i kommunernes visitationspraksis, dels at det er vanskeligt at afgøre ud fra tilgængelig data, i hvor høj grad den gældende behandlingsgaranti opfyldes. Opfyldelse af behandlingsgarantien, herunder datagrundlaget, gennemgås nærmere i afsnit 7.

Der kan på den baggrund være behov for at tydeliggøre og præcisere, hvad behandlingsgarantien indebærer, herunder kravene til det, der går forud for iværksættelse af behandling. Dette forhold uddybes nærmere i afsnit 10 om forslag til at forbedre behandlingsindsatsen.

5. Behandlingsgaranti i Norden og EU

For at sætte den gældende behandlingsgaranti i et internationalt perspektiv er de ansvarlige statslige myndigheder i Finland, Island, Norge og Sverige blevet spurgt, om man har en behandlingsgaranti, og hvad garantien i givet fald går ud på.

Desuden er EU-agenturet European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) blevet spurgt, om agenturet har kendskab til, at man har en behandlingsgaranti i andre EU-medlemsstater, og hvad garantien i givet fald går ud på.

Svarene viser, at Danmark er det eneste land i Norden med en særskilt behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet. I andre nordiske lande er stofmisbrugsbehandling omfattet af generelle behandlingsgarantier. Men de garantier giver ikke som i Danmark borgeren ret til stofmisbrugsbehandling senest 14 dage efter anmodningen om at komme i behandling.

EMCDDA har ikke kendskab til behandlingsgarantier i andre end nordiske EU-medlemsstater. EUs kvalitetsstandarder for stofmisbrugsbehandling fastslår da også kun, at behandling skal ydes inden for en rimelig tidsperiode, som ikke er nærmere defineret.

En mere udførlig beskrivelse af svarene fra myndighederne i de andre nordiske lande og fra EMCDDA findes i bilag 1.

6. Behandlingsgarantien i praksis

For at belyse, hvordan den gældende behandlingsgaranti fungerer i praksis, og hvad der sker, når en borger anmoder om behandling, og til behandling iværksættes, er der udarbejdet cases, som bygger på oplysninger fra tre kommuner og fra Kriminalforsorgen. Der er indsamlet oplysninger fra:

- En stor kommune
- En mindre kommune på Sjælland
- En mindre kommune i Jylland
- Kriminalforsorgen

6.1. Case 1: Forløb i kommunerne

I det følgende beskrives arbejdsgangene for de tre kommuner i én samlet case. Det angives under de enkelte dele af forløbet, hvis der er væsentlige forskelle fra den store til de mindre kommuner.

Det bemærkes, at kommunernes organisering af stofmisbrugsområdet er forskellig, hvorfor casen alene tjener som eksempel på, hvordan forløbet ser ud i de 14 dage, der i dag må gå fra anmodning til iværksat behandling.

Casen afdækker både forløbet inden for behandlingsgarantiens 14 dage for borgere, der ønsker social stofmisbrugsbehandling, og borgere, der ønsker lægelig stofmisbrugsbehandling. Casen tager udgangspunkt i praksis i et offentligt rusmiddelcenter.

Dag 1

- **Henvendelse:** Borgeren henvender sig – oftest via telefonisk kontakt eller ved uanmeldt personligt fremmøde. Samarbejdspartnere, eksempelvis fra Kriminalforsorgen, regionen, kommunens jobcenter eller børne- og familieafdeling mv. henvender sig ofte også på borgerens vegne efter samtykke fra borgeren.

- **Oplysning om tilbud i rusmiddelcentret:** Borgeren oplyses ved henvendelsen om, hvordan behandlingen i rusmiddelcentret er opbygget.
- **Booking af visitationssamtale:** Ved henvendelsen tilbydes borgeren den første ledige tid til visitationssamtale hos en af rusmiddelcentrets visitatorer.
- **Booking af/tilbud om lægesamtale:** Alle borgere, der indskrives, tilbydes en lægesamtale. Hvis borgeren giver udtryk for, at misbruget kræver lægelig stofmisbrugsbehandling, tildeles borgeren førstkommande ledige tid hos en af rusmiddelcentrets lægekonsulenter, da behandlingen ikke kan påbegyndes uden forudgående lægesamtale.

I den store kommune er der mulighed for en lægesamtale samme dag, som borgeren har henvendt sig, fx hvis borgeren har abstinenser.

Dag 2-7

- **Visitationssamtale generelt:** Der afholdes hurtigst muligt en visitationssamtale mellem borger og en af rusmiddelcentrets visitatorer, som oftest er inden for syv hverdage. Det tilstræbes at tilbyde visitationssamtale og lægesamtale i forlængelse af hinanden samme dag. Det er dog ikke altid muligt.

Ved visitationssamtalen kan bl.a. ske følgende:

- Borgerens ønske til behandlingen afdækkes.
- ASI (Addiction Severity Index) udfyldes¹.
- Oplysninger til SMDB (Stofmisbrugsdatabasen) udfyldes².

I den store kommune påbegyndes visitationssamtalen allerede på dag 1 ved henvendelsen. Dog udfyldes ASI fx først ved en senere samtale.

- **Særligt om visitationssamtale til borgere, der ønsker lægelig stofmisbrugsbehandling:** Det prioriteres højt, at denne målgruppe hurtigt kommer til visitationssamtale og lægesamtale, hvorfor der typisk tildeles en tid hertil inden for få hverdage. Indtil lægesamtalen har fundet sted, sikrer rusmiddelcentret, at borgeren er dækket ind med medicin, hvis borgeren fx overgår i behandling fra én kommune til en anden, fra fængsel til kommune eller fra forsorgshjem til kommune.
- **Lægesamtale:** Lægen udarbejder den lægelige behandlingsplan. Et ønske om lægesamtale kan køre parallelt med øvrig visitation. Borgeren kan således fx godt tildeles behandling på visitationsmøde (se nedenfor), inden lægesamtale har fundet sted og omvendt.

Dag 7-14

- **Afgørelse om behandlingstilbud på visitationsmøde:** Med udgangspunkt i oplysningerne fra visitationssamtalen afholdes et visitationsmøde mellem rusmiddelcentrets faglige koordinator, visitatorer og tilknyttede psykolog, hvor der træffes afgørelse om,

¹ ASI er et screeningsværktøj, som kommunerne skal benytte til at afdække borgerens forbrug af rusmidler, sociale forhold, psykisk og fysisk helbred mv. Screeningen foretages bl.a. med det formål at sikre, at borgeren visiteres til den behandling, der bedst modsvarer borgerens behov.

² Kommunerne skal indberette oplysninger om borgere i behandling for et stofmisbrug til SMDB, som indeholder alt nationalt data på stofmisbrugsområdet. Data anvendes bl.a. til den statslige monitoring af stofmisbrugsbehandlingsindsatsen.

hvilket tilbud borgeren skal modtage, og hvor længe behandlingen tilbydes. Det af-dækkes også på mødet, hvorvidt der ses behov for yderligere udredning ved psykolog, opstart af koordinerende indsatsplan, underretninger til kommunens børne- og unge-afdeling mv.

- **Opstart ved behandler:** Samme dag, borgeren er visiteret til et tilbud, tildeles en behandler. Behandleren tager så vidt muligt kontakt til borgeren med tilbud om en tid til første behandlingssamtale samme dag eller næste dag, således at borgeren kan have sin første samtale med sin behandler inden for behandlingsgarantien.

Borgere, der skal have lægelig stofmisbrugsbehandling, har oftest hurtigere kontakt med deres behandler, fordi borgeren påbegynder medicinering allerede den følgende dag efter lægesamtalen.

- **Behandlingsplan:** Ved første behandlingssamtale påbegyndes udarbejdelse af behandlingsplan med delmål og mål for behandlingen i samarbejde mellem behandler og borger.

Ovenstående case viser, at borgerne overordnet indgår i samme forløb, uanset om de henvender sig med et ønske om social stofmisbrugsbehandling eller lægelig stofmisbrugsbehandling. Borgere, der skal have lægelig stofmisbrugsbehandling, starter i praksis typisk hurtigst muligt i medicinsk behandling. Arbejdsgangene er ligeledes stort set de samme i de tre kommuner, fra en borger henvender sig om behandling, til borgeren starter i et tilbud.

Der er imidlertid forskel i den kommunale praksis i forhold til, hvornår behandlingen betragtes som iværksat, og dermed hvornår kommunerne opfatter behandlingsgarantien som overholdt. I den store kommune betragtes behandlingen som iværksat samme dag som henvendelsen, hvor borgeren indskrives i behandling. Først efterfølgende påbegyndes fx screening via ASI samt borgerens ret til lægesamtale. I de mindre kommuner betragtes behandlingen først som iværksat fra første møde med borgerens tildelte behandler, efter borgeren har været til visitationssamtale og lægesamtale. Dette knytter sig til udfordringen forbundet med fortolkning af den eksisterende behandlingsgaranti som beskrevet i afsnit 4, hvormed der ses et behov for at tydeliggøre og præcisere, hvad behandlingsgarantien indebærer.

6.2. Case 2: Forløb i fængslerne

I det følgende beskrives arbejdsgangene i fængslerne i én samlet case.

Når indsatte med et stofmisbrug varetægtsfængsles, får de tilbud om deltagelse i forbehandling, som har til hensigt at motivere/forberede den pågældende på efterfølgende at indgå i et behandlingsforløb, hvad enten der sker løsladelse eller overflytning til afsoning i et fængsel.

I et fængsel vil den indsatte typisk påbegynde sin afsoning i en modtagelsesafdeling, hvor der inden for otte dage sker en afklaringsproces, der udmunder i en afsoningsplan. Såfremt den indsatte udtrykker ønske om at påbegynde et behandlingsforløb, har kriminalforsorgen som beskrevet i afsnit 3.3 en frist på 14 dage til at iværksætte en behandling.

7. Opfyldelse af den gældende behandlingsgaranti

I det følgende beskrives opfyldelsen af den gældende behandlingsgaranti for stofmisbrugsbehandling i kommunerne og fængslerne med udgangspunkt i tilgængelig data på området.

Kommunernes overholdelse af behandlingsgarantien er opgjort samlet for stofmisbrugsbehandlingen efter serviceloven og sundhedsloven. Det skyldes, at data ikke giver mulighed for klart at opdele, hvem der har modtaget henholdsvis social stofmisbrugsbehandling efter serviceloven og lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven. Det er muligt at udsondre, hvem der har modtaget lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven, men det kan ikke udsondres, hvor stor en del af denne gruppe der samtidig har modtaget behandling efter serviceloven. Det vides dog fra praksis i kommunerne, at de fleste borgere, der har behov for lægelig behandling, også modtager social stofmisbrugsbehandling. Af Sundhedsstyrelsens vejledning om substitutionsbehandling fremgår det da også, at udgangspunktet er, at den lægelige behandling ikke bør stå alene, men bør være en integreret del af den samlede indsats for den enkelte borger med et stofmisbrug. Det bemærkes, at behandlingsgarantien for lægelig stofmisbrugsbehandling som nævnt i afsnit 3 først blev indført med virkning fra 1. januar 2015.

Opgørelsen omfatter ikke borgere, der modtager anonym, ambulans stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 a, da denne målgruppe ikke er omfattet af behandlingsgarantien. Overholdelse af behandlingsgarantien i fængslerne opgøres desuden separat.

Det bemærkes, at der er en række usikkerheder forbundet med opgørelsen af kommunernes overholdelse af behandlingsgarantien. Det betyder, at resultaterne skal fortolkes med kraftige forbehold. Disse forbehold er beskrevet i boks 1 nedenfor.

Boks 1

Opgørelse af kommunernes overholdelse af behandlingsgarantien

Opgørelsesmetode

Kommunernes overholdelse af behandlingsgarantien er opgjort på baggrund af behandlingsforløb, som er påbegyndt mere end 14 dage efter, at borgeren har anmodet om behandling, og hvor borgeren ikke har benyttet frit valg. Behandlingsgarantien må som beskrevet i afsnit 3 gerne overskrides i tilfælde af, at borgeren har gjort brug af sin ret til frit valg.

Datagrundlag

Opgørelserne baserer sig på oplysninger om personer i stofmisbrugsbehandling, der er indberettet til Stofmisbrugsdatabasen, herunder register for ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere (VBGS) og Sundhedsdatastyrelsens register for stofmisbrugere i behandling (SIB). Opgørelsen omfatter ikke personer i anonym, ambulans stofmisbrugsbehandling eller personer, som modtager behandling i fængslerne.

Opgørelserne er baseret på de 85 kommuner, der har godkendt deres indberetninger til Danmarks Statistik for 2016. Følgende 13 kommuner indgår ikke i opgørelsen: Frederikshavn, Hillerød, Holbæk, Hvidovre, Ishøj, København, Ringsted, Roskilde, Skive, Vallensbæk, Vejle, Vordingborg og Aarhus. Se Danmarks Statistiks Statistikbank (SMDBV004) for mere information.

Problemer i forhold til opgørelse af behandlingsstartdato

Opgørelsen af kommunernes overholdelse af behandlingsgarantien afhænger i høj grad af, hvordan den enkelte kommune har organiseret sit stofmisbrugsbehandlingstilbud. Usikkerhederne opstår i forhold til, hvordan indberetningssystemet er bygget op over for kommunernes organisering af stofmisbrugsbehandling.

Behandlingsstartdatoen for en borgers behandlingsforløb er i Stofmisbrugsdatabasen angivet som den dato, hvor borgeren er tilknyttet et behandlingstilbud. I praksis er myndighed (kommune) og tilbud (behandlingstilbud) mange steder slået sammen, og i mange tilfælde vil det derfor være tilbuddet, der håndterer henvendelse om og visiterer til behandling. Det betyder, at opgørelsen af kommunernes overholdelse af behandlingsgarantien afhænger af, hvornår i forløbet kommunerne registrerer, at borgeren er tilknyttet et behandlingstilbud, og om dette fx sker før eller efter visitationssamtalen, hvor ASI fx typisk udfyldes. Dette afspejles i data ved, at behandlingsstartdatoen (tilbudstilknytning) i langt størstedelen af behandlingsforløbene i mange kommuner er den samme dag, som borgeren har anmodet om behandling. Hermed ser det ud som om, at disse borgere har påbegyndt deres behandling efter 0 dage. Det forventes derfor, at opgørelserne af kommunernes overskridelse af behandlingsgarantien udgør et minimumsskøn for antallet af behandlingsforløb, hvor behandlingsgarantien er overskredet. Det bemærkes, at problemet med opgørelse af behandlingsstartdato især gør sig gældende for borgere, der skal have social stofmisbrugsbehandling eller både social og lægelig behandling. Behandlingsstart for borgere, der skal have lægelig stofmisbrugsbehandling, er, når medicineringen starter.

Personer, der anmoder om behandling, men ikke starter i behandling

Opgørelsen af kommunernes overholdelse af behandlingsgarantien er opgjort på baggrund af iværksatte behandlingsforløb. Det medfører, at opgørelsen ikke omfatter de forløb, hvor der er anmodet om stofmisbrugsbehandling, men borgeren ikke påbegynder et behandlingsforløb. En del af disse forløb, hvor borgeren ikke er registreret med en behandlingsstart, kan bl.a. skyldes registreringsmæssige og indberetningstekniske problemer. Det er derfor vanskeligt at opgøre et præcist antal for, hvor mange der anmoder om behandling uden at starte et behandlingsforløb.

Forskellige årsager til overskridelse af behandlingsgarantien

Der er forskellige årsager til, at kommunerne ikke overholder behandlingsgarantien. Det kan fx være forløb, hvor borgeren er blevet forhindret i fremmøde, eller kommunen ikke har været i stand til at iværksætte et behandlingstilbud på grund af mangel på ledige pladser. Årsagerne til, at kommunerne har overskredet behandlingsgarantien, er uddybet i afsnittet nedenfor.

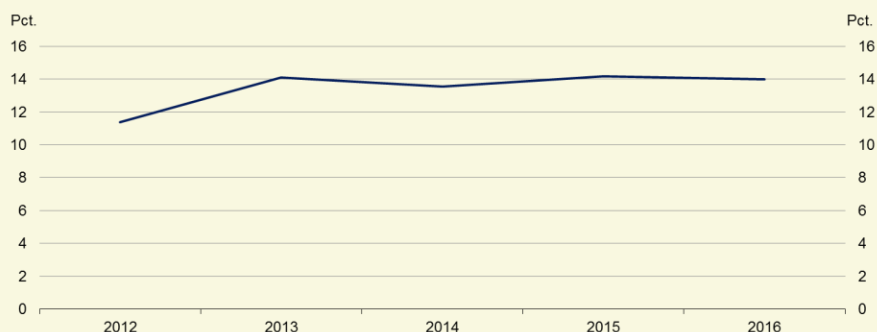
7.1. Overskridelse af behandlingsgarantien

I 2016 blev der iværksat ca. 6.800 stofmisbrugsbehandlingsforløb. Heraf blev behandlingsgarantien overskredet i ca. 14 pct. af de iværksatte behandlingsforløb. Det svarer til ca. 950 behandlingsforløb.

Fra 2012 til 2013 steg andelen af iværksatte behandlingsforløb, hvor behandlingsgarantien blev overskredet fra 11 pct. til 14 pct., mens andelen har været nogenlunde stabil på ca. 14 pct. i perioden 2013 til 2016, jf. figur 1.

Figur 1

Kommunernes overskridelse af behandlingsgarantien for stofmisbrugsbehandling, 2012-2016



Anm.: Overskridelser af behandlingsgarantien er opgjort på baggrund af behandlingsforløb, som er påbegyndt mere end 14 dage efter, at borgeren har anmodet om behandling, og hvor borgeren ikke har benyttet frit valg. Behandlingsforløb, hvor borgeren har gjort brug af sin ret til frit valg, er ikke omfattet af behandlingsgarantien. Der er opgjort på baggrund af alle iværksatte behandlingsforløb for de 85 kommuner, som har godkendt deres indberetninger af data for 2016. Antallet af behandlingsforløb er opregnet til landsplan på baggrund af antallet af personer på 18 år eller derover. Det bemærkes, at behandlingsgarantien for lægelig stofmisbrugsbehandling først blev indført med virkning fra 1. januar 2015. Se boks 1 for opgørelsen af kommunernes overholdelse af behandlingsgarantien.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af VBGs.

Overskridelserne af behandlingsgarantien dækker over stor kommunal variation.

Variationen kan fx dække over, at der er forskel på, hvor hurtigt kommunerne er i stand til at få borgerne i behandling. Ligesom der er stor forskel på organisationen af behandlingen og kommunernes fortolkning af, hvornår en behandling er påbegyndt som beskrevet i boks 1 ovenfor.

I bilag 4 er overskridelserne af behandlingsgarantien opgjort på kommuneniveau for de kommuner, som har godkendt deres indberetninger til Danmarks Statistik for 2016.

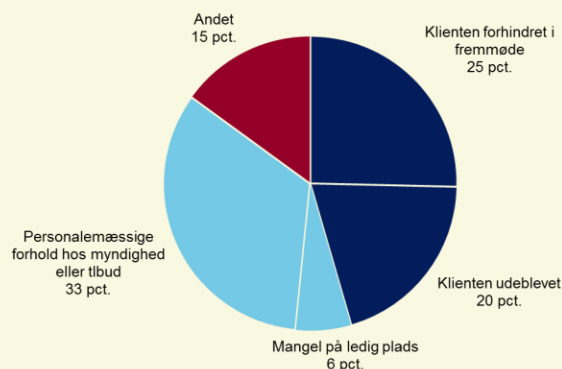
7.2. Årsager til overskridelse af behandlingsgarantien

Der kan være forskellige årsager til, at kommunerne ikke overholder behandlingsgarantien. Det kan fx være, at borgeren er blevet forhindret i fremmøde, eller kommunen ikke har været i stand til at iværksætte et behandlingstilbud på grund af mangel på ledige pladser.

I ca. 45 pct. af de behandlingsforløb, hvor behandlingsgarantien blev overskredet i 2016, skyldes det, at borgeren er forhindret i fremmøde eller er udeblevet, mens ca. 40 pct. skyldes mangel på ledig plads og personalemæssige forhold hos kommunen eller tilbud, jf. figur 2.

Figur 2

Kommunernes overskridelse af behandlingsgarantien for stofmisbrugsbehandling, opdelt efter årsag, 2016



Anm.: Opgjort på baggrund af alle iværksatte behandlingsforløb i 2016. På grund af diskretionshensyn, som Danmarks Statistik underlægger anvendelse af registerdata, omfatter opgørelsen ikke overskridelser af behandlingsgarantien, hvor årsagen er "Ukendt" eller "Samtykkeerklæring". Diskretionshensynet indebærer, at der ikke må vises observationer med 4 personer eller derunder. Der kan kun angives én årsag til overskridelse af behandlingsgarantien. Se i øvrigt anmærkningerne til figur 1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af VBGS.

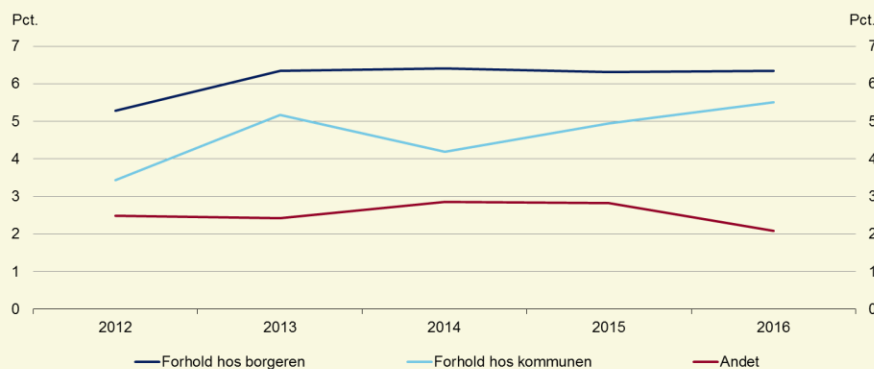
Ved ca. 15 pct. af overskridelserne har kommunen angivet forklaringen "Andet" som årsag. Det kan bl.a. dække over forhold i forbindelse med Kriminalforsorgen, at klienten er blevet indlagt på hospital, ferieperioder og afklaring af evt. behandling ved psykiatrien mv.

Når årsagerne til overskridelsen af behandlingsgarantien er "Klient forhindret i fremmøde" og "Klienten udeblevet", kan det betegnes som forhold hos borgeren. Årsagerne "Mangel på ledig plads" og "Personalemæssige forhold hos myndighed eller tilbud" kan omvendt betegnes som forhold hos myndighed eller tilbud.

Overskridelser på grund af forhold hos borgeren har siden 2013 ligget stabilt, mens der kan være tendens til en stigning i overskridelser på grund af forhold hos myndighed og tilbud, jf. figur 3.

Figur 3

Kommunernes overskridelse af behandlingsgarantien for stofmisbrugsbehandling, opdelt efter årsag, 2012-2016



Anm.: Opgjort på baggrund af alle iværksatte behandlingsforløb. Opgørelsen omfatter ikke overskridelser af behandlingsgarantien, hvor årsagen er "Ukendt" eller "Samtykkeerklæring". Se i øvrigt anmærkningerne til figur 1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af VBGS.

7.3. Særligt om stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven

Behandlingsgarantien for personer i stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven har i modsætning til behandlingsgarantien for personer i stofmisbrugsbehandling efter serviceloven kun været gældende i få år, jf. afsnit 3, hvortil kommer, at lægelig stofmisbrugsbehandling adskiller sig fra social stofmisbrugsbehandling ved, at behandlingsgarantien igangsættelse forudsætter lægelig ordination, jf. afsnit 3.2.

På den baggrund og i lyset af, at det af tilgængelig data er muligt at undersøge, hvem der har modtaget lægelig stofmisbrugsbehandling, jf. afsnit 7.1., ses nedenfor isoleret på overholdelsen af behandlingsgarantien efter sundhedsloven som supplement til beskrivelsen i afsnit 7.1. og 7.2., der er fælles for stofmisbrugsbehandling efter serviceloven og sundhedsloven, jf. boks 2.

Boks 2

Overholdelse af behandlingsgarantien ved lægelig stofmisbrugsbehandling

Ser man på behandlingsforløb, hvor borgeren har modtaget lægelig stofmisbrugsbehandling, blev behandlingsgarantien overholdt i 92 pct. af alle iværksatte behandlingsforløb i 2016, jf. figur a. Behandlingsgarantien blev altså overskredet i 8 pct. af tilfældene. Til sammenligning var overskridelsesprocenten samme år 14, når der ses samlet på stofmisbrugsbehandling efter serviceloven og sundhedsloven, jf. afsnit 7.1.

Blandt de 8 pct. af behandlingsforløbene efter sundhedsloven, hvor behandlingsgarantien blev overskredet, skyldtes overskridelserne i 47 pct. af tilfældene forhold hos borgeren (udeblivelse eller forhindring i fremmøde), jf. figur b. I 38 pct. af tilfældene skyldtes overskridelserne personalemæssige forhold hos myndighed eller tilbud, og i 5 pct. af tilfældene var årsagen mangel på plads. 10 pct. skyldtes andre forhold.

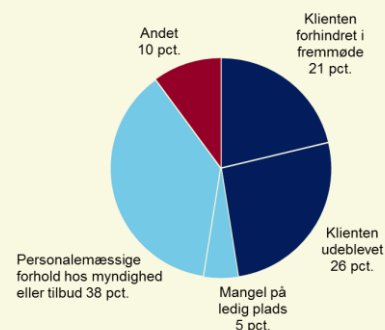
Figur a

Overholdelse af behandlingsgaranti ved lægelig stofmisbrugsbehandling, 2016



Figur b

Årsag til overskridelse af behandlingsgaranti ved lægelig stofmisbrugsbehandling, 2016



Anm.: Opgjort på baggrund af behandlingsforløb, hvor borgeren har i forbindelse med behandlingsforløbet har modtaget lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven. Der er opgjort på baggrund af alle iværksatte behandlingsforløb for de 85 kommuner, som har godkendt deres indberetninger af data for 2016. Det er ikke muligt at undersøge, hvor mange der sideløbende også har modtaget behandling efter serviceloven. Se i øvrigt anmærkningen til figur 1.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens beregninger på baggrund af SIB.

7.4. Stofmisbrugsbehandling efter straffuldbyrdelsesloven

I de tre første kvartaler af 2017 har Kriminalforsorgen haft en overholdelsesprocent på 91. Der er dog reelt brugt mindre end 14 dage. Der er store udsving, idet nogle få forløb er forkert eller mangelfuldt registreret, og gennemsnitsberegninger er dermed formentlig ikke retvisende. Den gennemsnitlige forbrugte tid er seks dage, mens medianen er 2.

7.5. Opsamling

I 2016 blev der iværksat ca. 7.300 stofmisbrugsbehandlingsforløb efter serviceloven og sundhedsloven. I 86 pct. af forløbene blev behandlingsgarantien overholdt. Behandlingsgarantien blev altså overskredet i 14 pct. af tilfældene. Ser man isoleret på lægelig stofmisbrugsbehandling, blev behandlingsgarantien overholdt i 92 pct. og altså overskredet i 8 pct. af tilfældene. I de tre første kvartaler af 2017 blev

behandlingsgarantien efter straffuldbyrdsloven overholdt i 91 pct. af tilfældene.

Overskridelserne af behandlingsgarantien efter serviceloven og sundhedsloven dækker over stor kommunal variation, og overskridelserne kan skyldes både forhold hos kommune eller tilbud og forhold hos borgeren. Blandt de 14 pct. af behandlingsforløbene, hvor behandlingsgarantien i 2016 blev overskredet, skyldes overskridelserne i 45 pct. af tilfældene forhold hos borgeren, mens de i 39 pct. skyldes forhold hos myndighed eller tilbud. 15 pct. skyldes andre forhold.

Den relativt lave overskridelsesprocent og det forhold, at overskridelserne i knap halvdelen af tilfældene skyldes forhold hos borgeren og ikke hos myndighed eller tilbud, skal imidlertid tages med kraftige forbehold. Det skyldes bl.a., at opgørelserne alene baserer sig på indberetninger fra 85 kommuner. Det skyldes også – og ikke mindst – uklarhed om, hvornår en behandling kan betragtes som påbegyndt. Uklarheden giver rum for fortolkning, hvilket medfører forskellig registreringspraksis, som i øvrigt kan være en årsag til den store kommunale variation. Overskridelsesprocenten bør derfor betragtes som et minimumsskøn. Forbeholdene er ikke helt de samme, når der ses isoleret på behandlingsgarantien efter sundhedsloven. Det skyldes, at der ikke er samme uklarhed om, hvornår en lægelig stofmisbrugsbehandling påbegyndes.

8. Brugerrepræsentanters og andre interessenters vurdering

Som led i undersøgelsen er der holdt dels et møde med Brugerforeningen, Brugernes Akademi og Gadejuristen, dels et møde med Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, Dansk Socialrådgiverforening, Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje, FLOR – Foreningen for Ledere af Offentlige Rusmiddelcentre, KL, Københavns Kommune, Socialpædagogernes Landsforbund og Vordingborg Kommune.

Formålet med møderne har bl.a. været at afdække, hvordan behandlingsgarantien opfattes af brugerrepræsentanter og andre interessenter, herunder fx hvad der efter deres opfattelse fungerer godt, hvad der efter deres opfattelse fungerer mindre godt, og hvilke evt. ændringer de måtte finde relevante. Andre aspekter af stofmisbrugsbehandlingen blev dog også drøftet på møderne.

I det følgende gives en kort opsummering af de væsentligste pointer fra møderne. En mere udførlig opsamling på møderne med brugerrepræsentanter og andre interessenter findes i bilag 2 og 3.

8.1. Erfaringer med den gældende behandlingsgaranti

Efter brugerrepræsentanternes opfattelse vil en evt. forkortelse af behandlingsgarantien ikke nødvendigvis være af stor betydning i forhold til at forbedre indsatsen for personer med stofmisbrug. Dog mener brugerrepræsentanterne, at en forkortelse af garantien for lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142 vil være af stor betydning, hvis ikke lægerne – også dem uden for behandlingssystemet, fx de praktiserende læger og skadesstuelægerne – bliver bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes.

Behandlingsgarantien er efter de øvrige interessenters opfattelse en god ramme for behandlingsindsatsen. Interessenterne understreger vigtigheden af, at behandlingsgarantien er den samme, uanset om der er tale om behandling efter servicelovens § 101 eller sundhedslovens § 142. I denne sammenhæng bør man ifølge interessenterne se på social stofmisbrugsbehandling og lægelig stofmisbrugsbehandling under ét. Hvis behandlingsgarantien skulle ændres, så burde ændringen efter deres opfattelse derfor gælde begge behandlingsformer.

8.2. Udfordringer ved at forkorte behandlingsgarantien

Af flere grunde mener interessenterne imidlertid, at det ville være problematisk at forkorte behandlingsgarantien og vanskeligt at gennemføre en forkortelse i praksis.

For så vidt angår den sociale stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101, skyldes vanskelighederne ifølge interessenterne først og fremmest, at den udredning, som går forud for behandlingens iværksættelse, er kompliceret at foretage. I den forbindelse er indhentelse af oplysninger fra eksterne parter og det til indhentelsen knyttede samtykkekrav en selvstændig udfordring, som kan forlænge udredningsarbejdet. Arbejdet kan også forlænges af, at borgeren kan have brug for tid til selv at få klarhed over sine behandlingsønsker. Ved en forkortelse af garantien ville der være stor risiko for, at udredningen bliver mangelfuld, og at man derfor iværksætter en behandling, som ikke i tilstrækkelig grad imødekommer borgerens ønsker og behov, og som derfor svækker den faglige kvalitet af behandlingen, idet der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og den iværksatte behandling. Derudover øges risikoen for, at borgeren ikke gennemfører behandlingen. En forkortelse af behandlingsgarantien ville med andre ord kunne gå ud over behandlingskvaliteten.

For så vidt angår den lægelige stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142, er lægemangel i dele af landet ifølge interessenterne den væsentligste årsag til vanskelighederne med at gennemføre en forkortelse af behandlingsgarantien i praksis. Uden for København er det således for mange kommuner vanskeligt at finde læger til kommunal ansættelse eller til at arbejde på konsulentbasis for kommunen.

I øvrigt har interessenterne umiddelbart vanskeligt ved at se sundhedsfaglige eller andre gevinster ved en forkortelse af behandlingsgarantien, hvis den altså trods problemer og vanskeligheder lod sig gennemføre i praksis. Hertil kommer, at en forkortelse efter deres opfattelse ville blive meget dyr. De finder det derfor naturligt at spørge, om ikke evt. nye midler til stofmisbrugsområdet kunne anvendes bedre, fx til at løfte behandlingskvaliteten og til at udbrede virksomme skadesreducerende foranstaltninger.

Både brugerrepræsentanterne og de øvrige interessenter har flere bud på, hvad der kan gøres for at forbedre indsatsen på anden måde end ved en forkortelse af behandlingsgarantien. Flere af disse bud omtales nærmere nedenfor i afsnit 10 om forslag til forbedringer af behandlingsindsatsen.

9. Forkortelse af behandlingsgarantien

En virksom stofmisbrugsbehandling er bl.a. kendetegnet ved, at den iværksættes hurtigst muligt efter, at borgeren har henvendt sig med sit ønske om at komme i behandling. Borgerens motivation for at gå i behandling er det bedste mulige udgangspunkt for at opnå et godt resultat, og det gælder derfor om at stå klar med et tilbud så hurtigt som muligt.

Umiddelbart kunne dette tale for en forkortelse af den gældende behandlingsgaranti, hvorefter gratis stofmisbrugsbehandling skal tilbydes senest 14 dage efter, at en borger har anmodet om at komme i behandling.

Det forhold, at Danmark er det eneste land i Norden med en særskilt behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet, og at heller ingen andre europæiske lande tilsyneladende har en sådan garanti, er ikke et argument for at undlade at forkorte garantien.

Undersøgelsen viser imidlertid, at der er tungtvejende argumenter for at forbedre indsatsen på andre måder end ved en generel forkortelse af den gældende behandlingsgaranti.

Selv om den relativt lave overskridelsesprocent og det forhold, at overskridelserne i knap halvdelen af tilfældene skyldes forhold hos borgeren, kunne antyde, at en generel

forkortelse af den gældende behandlingsgaranti ville kunne gennemføres uden problemer, så viser undersøgelsen, at dette ikke er tilfældet.

Således må det tages alvorligt, at interessenterne – som i øvrigt er af den opfattelse, at den gældende behandlingsgaranti er en god ramme for behandlingsindsatsen – peger på, at en forkortelse ville kunne gå ud over kvaliteten af den sociale stofmisbrugsbehandling, og at lægemangel ville kunne vanskeliggøre den praktiske gennemførelse af en forkortelse for den lægelige stofmisbrugsbehandlings vedkommende. Lægemangel var da også en væsentlig grund til, at det i sin tid blev besluttet, at fristen for, hvornår en lægesamtale skal finde sted, ikke skulle være kortere end senest inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen, dvs. senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen. Beslutningen blev taget på baggrund af tilkendegivelser fra Dansk Sygeplejeråd, Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje og Rådet for Socialt Udsatte.

Det må også tages alvorligt, at interessenterne umiddelbart har vanskeligt ved at se sundhedsfaglige eller andre gevinster ved en forkortelse af den gældende behandlingsgaranti, og at der fra interessentside peges på, at en forkortelse ville blive meget dyr, hvorfor de finder det naturligt at spørge, om ikke evt. nye midler til stofmisbrugsområdet kunne anvendes bedre. Hertil kommer, at en forkortelse efter brugerrepræsentanternes opfattelse ikke nødvendigvis vil være af stor betydning i forhold til at forbedre indsatsen for brugerne.

Tilsvarende alvorligt må det tages, at brugerrepræsentanterne peger på, at lægerne – også dem uden for behandlingssystemet, fx de praktiserende læger og skadestuelægerne – kan blive bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes.

På den baggrund taler meget for, at man i stedet for en generel forkortelse af den gældende behandlingsgaranti tager initiativ til at styrke den gældende behandlingsgaranti ved at sikre straksbehandling af akutte abstinenser og sikre en styrket og ensartet kommunal praksis for visitation til stofmisbrugsbehandling. Endvidere kan der bl.a. inspireret af brugerrepræsentanterne og de øvrige interessenter tages en række andre initiativer for at løfte behandlingskvaliteten og for at udbrede virksom skadesreduktion.

10. Forslag til forbedringer af behandlingsindsatsen

I det følgende er beskrevet 11 forslag til, hvordan behandlingsindsatsen på stofmisbrugsområdet kan styrkes. Forslagene tager udgangspunkt i de udfordringer, der er identificeret i undersøgelsen fx ved de afholdte interessentmøder. Forslagene fordeler sig under temaerne styrkelse af behandlingsgarantien, løft af behandlingskvaliteten og udbredelse af virksom skadesreduktion.

10.1. Styrkelse af behandlingsgarantien

1. Sikring af straksbehandling af akutte abstinenser

Med de forbehold, som knytter sig til data om opfyldelsen af behandlingsgarantien, viser undersøgelsen, at garantien overholdes i mere end 90 pct. af de behandlingsforløb, hvor der er tale om lægelig stofmisbrugsbehandling. Undersøgelsen viser også, at de borgere, som skal i lægelig stofmisbrugsbehandling, typisk påbegynder behandlingen hurtigst muligt efter henvendelsen til kommunen. Brugerrepræsentanterne har imidlertid peget på, at lægerne – også dem uden for behandlingssystemet, fx de praktiserende læger og skadestuelægerne – kan blive bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes.

Det foreslås på den baggrund, at de gældende regler om behandlingsgaranti på 14 dage suppleres med en lovbestemmelse, som skal sikre straksbehandling af akutte abstinenser. Bestemmelsen skal tydeliggøre, at borgere med behandlingskrævende akutte abstinenser straks bør tilbydes abstinensbehandling, indtil den egentlige lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes, og at dette gælder, uanset om personen henvender sig i

det kommunale behandlingssystem, i almen praksis eller på skadestuen. Der vil være tale om en tydeliggørelse af, hvad der følger af det almindelige krav til læger om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres virksomhed.

2. Styrket og ensartet kommunal praksis for visitation til stofmisbrugsbehandling

I undersøgelsen er der identificeret en uklarhed særligt i behandlingsforløb i kommunerne i afgrænsningen mellem visitation og behandling af stofmisbrug. Denne uklarhed er identificeret på baggrund af møder med interessenter og oplysninger fra tre kommuner om deres praksis i forløbet, fra en borger anmoder om behandling, og til behandlingen iværksættes. Uklarheden består i, at der særligt i forhold til den sociale behandling er tvivl om, hvad behandlingsgarantien indebærer, herunder hvad der skal foregå forud for, at behandlingsgarantien kan betragtes som overholdt, og hvornår behandlingen kan betragtes som iværksat.

Det foreslås på den baggrund, at Børne- og Socialministeriet med inddragelse af relevante parter skal se på mulighederne for at tydeliggøre og præcisere reglerne for social behandling af stofmisbrug, herunder hvad behandlingsgarantien indebærer, og at alle nødvendige forhold omkring borgeren er klarlagt forud for iværksættelse af behandling. Dette vil både bidrage til at tydeliggøre retstilstanden for borgeren og krav til den kommunale behandlingsindsats. En afledt effekt af initiativet vil også være at forbedre registreringspraksis af oplysninger om borgerne og behandlingsindsatsen på tværs af kommunerne, som kan bidrage til at sikre et bedre datagrundlag på området.

10.2. Løft af behandlingskvaliteten

3. Udbredelse af de Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling

De Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling blev offentliggjort i 2016 med henblik på at styrke og ensarte kvaliteten i kommunernes sociale stofmisbrugsbehandling. I forlængelse heraf er der etableret en task force i Socialstyrelsen, som gennem målrettede udviklingsforløb i 20-25 kommuner sikrer en væsentlig kvalitetsudvikling af kommunernes sociale stofmisbrugsbehandling ved at implementere retningslinjerne i den kommunale praksis. Det nuværende implementeringsprojekt forløber til og med 2019.

Det foreslås på baggrund af de gode erfaringer fra udviklingsforløbene, herunder den kommunale efterspørgsel, at videreføre task forcen i Socialstyrelsen, så der i flere kommuner sikres et kvalitetsløft af den sociale stofmisbrugsbehandling ved implementering af retningslinjerne. Det foreslås endvidere at se på muligheden for at udvide det nuværende implementeringskoncept med forløb, der er målrettet visitationsfasen forud for behandling. Det kan fx være i forhold til visitation og afdækning af alle nødvendige forhold hos og omkring borgeren, så det understøttes, at kommunerne får en mere ensartet visitationspraksis, der endvidere kan styrke den nuværende behandlingsgaranti.

4. Etablering af et nationalt kompetencecenter for lægelig stofmisbrugsbehandling

Brugerrepræsentanterne har peget på, at en del læger i det kommunale behandlingssystem ikke indgår i et fagligt fællesskab, og at der derfor kan være behov for at etablere en form for struktureret sparring for lægerne. Repræsentanterne for behandlingssystemet har peget på samme problemstilling og tilføjet, at den lægelige stofmisbrugsbehandling på grund af lægemangel mange steder varetages af læger, som ikke har megen erfaring på stofmisbrugsområdet, enten fordi lægerne er relativt unge, eller fordi de har beskæftiget sig med andre områder. Samlet udgør dette en udfordring i forhold til behandlingskvaliteten.

Det foreslås på den baggrund, at fx en behandlingsinstitution eller et universitetsinstitut skal kunne påtage sig opgaven at fungere som et nationalt kompetencecenter, hvor læger med ansvar for lægelig stofmisbrugsbehandling kan få konkret rådgivning af fagfæller med ekspertise i lægelig stofmisbrugsbehandling. Kompetencecenteret skal endvidere kunne yde konkret rådgivning om abstinensbehandling til læger bl.a. i almen praksis og på skadestuerne. Endelig skal kompetencecenteret indsamle viden om lægelig stofmisbrugsbe-

handling og abstinensbehandling samt formidle denne viden bredt til behandlingsinstitutioner, almen praksis og skadestuer. Kompetencecenteret kan evt. også påtage sig tilsvarende opgaver inden for behandling af personer, som både har et misbrug og en psykisk lidelse.

5. Sikring af faglige kompetencer hos det sundhedsfaglige personale

Den udfordring i forhold til behandlingskvaliteten, som bl.a. lægers manglende erfaring på stofmisbrugsområdet ifølge interessenterne udgør, giver anledning til at se nærmere på de faglige kompetencer hos lægerne og det andet sundhedsfaglige personale.

Det foreslås på den baggrund, at Sundhedsstyrelsen under inddragelse af de relevante parter skal undersøge, om kvalifikationerne hos det sundhedsfaglige personale kan øges, så de kan bidrage til en højere kvalitet af stofmisbrugsbehandlingen. Sundhedsstyrelsen skal i samarbejde med de ansvarlige myndigheder se på grundlaget for justering af de eksisterende grund-, efter- og videreuddannelser og på behovet for at udvikle nye målrettede kurser og andre efteruddannelsesaktiviteter.

6. Styrket information om frit valg i forbindelse med stofmisbrugsbehandling

Interessenterne har peget på, at der findes nogle barrierer for borgeres brug af frit valg i forbindelse med stofmisbrugsbehandling. Det kan fx være borgeres manglende kendskab til retten til frit valg.

Det foreslås på den baggrund, at Børne- og Socialministeriet samt Sundheds- og Ældreministeriet nærmere undersøger mulighederne for at styrke information om frit valg i forbindelse med stofmisbrugsbehandling, herunder bl.a. i forhold til retningslinjerne for den sociale og lægelige stofmisbrugsbehandling og i vejledningen om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområde.

7. Muligheder for øget brug af tele- og internetbaseret behandling

Interessenterne har peget på, at en øget brug af tele- og internetbaseret behandling kan bidrage til et kvalitetsløft og dermed være et af svarene på den udfordring i forhold til behandlingskvaliteten, som bl.a. lægers manglende erfaring på stofmisbrugsområdet ifølge interessenterne udgør.

Det foreslås på den baggrund, at Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen nærmere skal undersøge mulighederne for at bruge tele- og internetbaseret stofmisbrugsbehandling, herunder om de eksisterende retningslinjer om lægelig stofmisbrugsbehandling og retningslinjer om social stofmisbrugsbehandling kan udvikles med henblik på at understøtte brugen af tele- og internetbaseret behandling.

8. Bedre kvalitet i og brug af data for stofmisbrug

Det skal i større grad være muligt for kommunerne og behandlingstilbuddene at anvende de data, der registreres i Stofmisbrugsdatabasen. Ligesom kvaliteten af data skal forbedres ved at sikre en mere ensartet registreringspraksis på tværs af kommunerne.

På den baggrund er der igangsat et arbejde i regi af Børne- og Socialministeriet med inddragelse af relevante parter for at udvikle nye statslige indberetningskrav samt bedre metoder til at kvalitetssikre data, herunder give kommunerne mere brugbare tilbagemeldingstabeller på det data, som kommunen selv har indberettet. Dette vil gøre det nemmere for kommunerne at genkende og kvalitetssikre egne data samt skabe bedre dialog med kommunerne om registreringspraksis. Derved er det med til at modvirke nogle af de forbehold, der må tages om det eksisterende datagrundlag på stofmisbrugsområdet. Derudover bliver der også set på muligheden for evt. at udvikle et nyt rapportværktøj, der giver kommunerne øget fleksibilitet i forhold til selv at udtrække data til brug for behandlingsindsatsen. Rapportværktøjet ville skulle indeholde muligheden for at kunne trække aggregeret ledelsesrapporter til gavn for politisk styring af området samt individbaseret rapporter til gavn for behandlingen. Den øgede gennemsigtighed og dialog om data skal være med til at styrke datakvaliteten på stofmisbrugsområdet.

9. Praksisundersøgelse af kommunernes visitation til og indhold i stofmisbrugsbehandling
Undersøgelsen viser, at kommunerne kan have forskellige praksis for visitation til behandling, ligesom indholdet i behandlingen kan variere på tværs af kommunerne. Dertil kommer en udvikling over en årrække i form af en faldende visitation til døgnbehandling. Der er i regi af Ankestyrelsen iværksat en undersøgelse, som mere tilbunds gående skal afdekke kommunernes praksis i forhold til både visitation til og indhold i den sociale stofmisbrugsbehandling. Undersøgelsen skal være udarbejdet i efteråret 2018.

10.3. Udbredelse af virksom skadesreduktion

10. Udlevering af modgift til alle i kommunal behandling for heroinmisbrug

Brug af heroin og andre opioider er forbundet med en risiko for en overdosis, som kan medføre alvorlige skader og dødsfald. Internationalt ses en stigning i brugen af syntetiske opioider, som er forbundet med en særligt høj risiko. En overdosis kan imidlertid behandles med førstehjælp og modgiften naloxon, som kan forebygge alvorlige skader og redde liv. Jo hurtigere behandlingen iværksættes, desto mindre er risikoen for skader og dødsfald. Som led i et igangværende satspuljeprojekt er der udarbejdet en model for kurser i førstehjælp og brug af naloxon samt for udlevering af naloxon til dem, der gennemfører et kursus. De foreløbige erfaringer hos de seks kommuner og Antidote Danmark, som deltager i projektet og benytter modellen, er positive.

Det foreslås på den baggrund, at alle, som er eller kommer i kommunal behandling for misbrug af heroin og andre opioider, skal have et tilbud om et kursus i førstehjælp og i brug af naloxon samt udlevering af naloxon-kit.

11. Udvikling af best practice for kommunal udlevering af steril injektionsudstyr

Gratis og let adgang til sterilt injektionsudstyr er sammen med substitutionsbehandling den vigtigste forebyggende indsats mod infektionssygdomme som hiv og hepatitis C blandt personer med stofmisbrug. Gratis og let adgang til sterilt udstyr har medvirket til den lave udbredelse af hiv blandt personer med stofmisbrug i Danmark. Det mere smitsomme hepatitis C-virus menes fortsat at være udbredt blandt personer, der injicerer stoffer. Personer med stofmisbrug smittes ofte meget tidligt i deres stofbrug, også tidligere end tidspunktet for, at de evt. søger behandling. Effektive ordninger med udlevering af sterilt udstyr i og uden for behandlingsstederne er derfor essentielle i kommunernes bestræbelser på at forebygge hiv, hepatitis og andre smitsomme sygdomme samt injektionsskader som følge af genbrug af injektionsudstyr blandt personer med stofmisbrug.

Med henblik på en endnu mere effektiv forebyggelse af hiv, hepatitis og andre smitsomme sygdomme og dermed i sidste ende også en begrænsning af dødeligheden blandt personer med stofmisbrug foreslås det, at Sundhedsstyrelsen sammen med KL, udvalgte kommuner, fagfolk og brugerrepræsentanter skal udvikle en *best practice*, som tager udgangspunkt i de eksisterende og kvalitetsmæssigt meget varierende kommunale ordninger med udlevering af sterilt injektionsudstyr.

Bilag 1. Behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet i Norden og EU

Indledning

Som led undersøgelsen af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med stofmisbrug er der den 27. juni 2017 rettet henvendelse til Social- och Hälsovårdsministeriet i Finland, Embætti Landlæknis i Island, Helse- og Omsorgsdepartementet i Norge og Socialdepartementet i Sverige.

De omhandlede myndigheder er blevet spurgt om, hvorvidt der i det enkelte land gælder en behandlingsgaranti, og hvad garantien i givet fald går ud på.

Herudover er der den 27. juni 2017 rettet henvendelse til EU-agenturet European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), som er blevet spurgt om, hvorvidt agenturet har kendskab til, at der gælder en behandlingsgaranti i andre EU-medlemsstater, og hvad garantien i givet fald går ud på.

Oplysningerne nedenfor baserer sig på de svar, som er modtaget i perioden 8. september – 11. oktober 2017.

Norden

I Finland har man ingen særskilt behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet. Der gælder en generel behandlingsgaranti på tre måneder, efter at behandlingsbehovet er konstateret. Den generelle behandlingsgaranti omfatter på stofmisbrugsområdet både substitutionsbehandling og social stofmisbrugsbehandling.

I Island har man ingen særskilt behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet. Embætti Landlæknis har fastsat nogle generelle kriterier for ventetid på sundhedsydelse. Det følger heraf, at specialistbehandling skal iværksættes senest 90 dage efter diagnosticeringen. Stofmisbrugsbehandling er omfattet af de generelle kriterier.

I Norge har man ingen særskilt behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet. I spesialisthelsetjenesten, som ud over sygehuse mv. bl.a. omfatter institutioner, der tilbyder tværfaglig specialiseret behandling for rusmiddelmisbrug, har man som patient ret til at få sit behov for tværfaglig behandling af rusmiddelafhængighed, herunder substitutionsbehandling, vurderet, og senest 10 arbejdsdage efter spesialisthelsetjenestens modtagelse af henvisning skal der informeres om, hvorvidt patienten har ret til behandling. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sygdom har patienten ret til en hurtigere vurdering. En patient med ret til behandling har endvidere ret til en frist for behandlingens iværksættelse. For børn og unge under 23 år med fx rusmiddelafhængighed må fristen ikke overstige 65 arbejdsdage, efter at det er vurderet, at patienten har behov for behandling. For andre patienter beror fristfastsættelsen på en vurdering af, hvornår faglig forsvarlighed kræver iværksættelse af behandling.

I Sverige har man ingen særskilt behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet. Der gælder en generel behandlingsgaranti på 90 dage, efter at der er taget beslutning om, at borgeren skal have behandling. Stofmisbrugsbehandling er omfattet af den generelle behandlingsgaranti.

EU

EMCDDA har oplyst, at behandlingsgarantier alene synes at gælde i Norden, hvor der, som det fremgår ovenfor, alene i Danmark gælder en særskilt behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet. EMCDDA har således ikke kendskab til behandlingsgarantier uden for Norden.

Behandlingsgarantier er da heller ikke nævnt i Rådets konklusioner af 14. september 2015 om gennemførelse af EU's narkotikahandlingsplan 2013-2016 vedrørende minimumskvalitetsstandarder inden for begrænsning af

narkotikaefterspørgslen i Den Europæiske Union. Kvalitetsstandarderne, som skal støtte og fremme en kvalitativ tilgang, for så vidt angår tiltag til begrænsning af narkotikaefterspørgslen, fastslår herom alene, at alle personer med et behov efter anmodning skal have adgang til behandling, som skal ydes inden for en rimelig tidsperiode. Standarderne er i øvrigt ikke bindende for EU-medlemsstaterne.

Konklusion

Danmark er det eneste land i Norden med en særskilt behandlingsgaranti på stofmisbrugsområdet. De generelle behandlingsgarantier, som stofmisbrugsbehandling er omfattet af i de andre nordiske lande, giver ikke som i Danmark borgeren ret til stofmisbrugsbehandling senest 14 dage efter anmodningen herom.

EMCDDA har ikke kendskab til behandlingsgarantier i andre end nordiske EU-medlemsstater. EUs kvalitetsstandarder for stofmisbrugsbehandling fastslår da også kun, at behandling skal ydes inden for en rimelig tidsperiode.

Bilag 2. Opsamling på møde den 27. juni 2017 om behandlingsgarantien for personer med stofmisbrug

Baggrund

Som led i Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet samt Justitsministeriets fælles undersøgelse af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien efter sundhedslovens § 142, servicelovens § 101 og straffuldbyrdslovens § 45 a holdt ministerierne den 27. juni 2017 et møde med Brugerforeningen, Brugernes Akademi og Gadejuristen. I mødet deltog også Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen. Direktoratet for Kriminalforsorgen blev forhindret.

Deltagere

I mødet deltog:

- Jørgen Kjær, BrugerForeningen
- Karen Ervolder, BrugerForeningen
- Anja Plesner, Brugernes Akademi
- Nanna Gotfredsen, Gadejuristen
- Lars Petersen, Sundheds- og Ældreministeriet
- Christine Staugaard, Børne- og Socialministeriet
- Klara Christensen, Børne- og Socialministeriet
- Christian Stoustrup, Børne- og Socialministeriet
- Hanne Louise Jensen, Justitsministeriet
- Dorte Venø Jakobsen, Socialstyrelsen
- Jan Fouchard, Sundhedsstyrelsen

Nina Moss, Sundheds- og Ældreministeriet, og Niels Løppenthin, Direktoratet for Kriminalforsorgen, blev forhindret.

Formål

Formålet med mødet var bl.a. at få afdækket, hvordan behandlingsgarantien opfattes af brugerne, herunder fx hvad der efter brugernes opfattelse fungerer godt, hvad der efter brugernes opfattelse fungerer mindre godt, og hvilke evt. ændringer brugerne måtte finde relevante.

Fra ministeriernes side blev det dog ved mødets begyndelse tilkendegivet, at brugerrepræsentanternes synspunkter om andre aspekter af stofmisbrugsbehandlingen også var meget velkomne.

Temaer

På mødet drøftedes både behandlingsgarantiens længde og andre aspekter af stofmisbrugsbehandlingen.

Behandlingsgarantiens længde

Brugerrepræsentanterne gav udtryk for, at en evt. forkortelse af behandlingsgarantien ikke nødvendigvis vil være af stor betydning i forhold til at forbedre indsatsen for personer med stofmisbrug.

Dog vil en forkortelse af behandlingsgarantien for behandling efter sundhedslovens § 142 være af stor betydning, hvis ikke lægerne – også dem uden for behandlingssystemet, fx de praktiserende læger og skadesstuelægerne – bliver bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil substitutionsbehandlingen kan iværksættes.

Hvis ikke lægerne bliver bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, er der efter brugerrepræsentanternes opfattelse grundlag for at indføre en "straksgaranti" for behandling efter sundhedslovens § 142.

Fritvalg

Brugerrepræsentanterne gav udtryk for, at det frie valg er af stor betydning, men at der er nogle barrierer for, at det frie valgs potentiale udnyttes fuldt ud.

Generelt er det efter brugerrepræsentanternes opfattelse et problem, at brugerne ofte ikke kender retten til fritvalg. Dette vil evt. kunne afhjælpes med informationsmateriale, som udarbejdes under inddragelse af brugerrepræsentanter, således at materialet tilpasses målgruppen.

Generelt er det efter brugerrepræsentanternes opfattelse et problem, at kommunerne og de kommunale behandlingssteder ofte ikke informerer brugerne om retten til fritvalg, hvilket i visse tilfælde kan skyldes personalets manglende kendskab denne rettighed. Dette vil evt. kunne afhjælpes med informationsmateriale målrettet det relevante personale.

Særligt for så vidt angår behandling efter sundhedslovens § 142, kan det efter brugerrepræsentanternes opfattelse være en barriere, at mulighederne for at anvende telemedicinske løsninger er begrænsede.

Særligt for så vidt angår behandling efter sundhedslovens § 142, kan det efter brugerrepræsentanternes opfattelse endvidere være en barriere, at nogle kommuners behandlingssteder med henvisning til manglende kapacitet konsekvent afviser at modtage brugere fra andre kommuner.

Særligt for så vidt angår behandling efter servicelovens § 101, kan det efter brugerrepræsentanternes opfattelse være en barriere, at nogle kommuner ofte afviser en brugers valg med henvisning til, at det behandlingstilbud, som brugeren har valgt, ikke er af tilsvarende karakter som det, kommunen har visiteret brugeren til. Brugerforeningerne oplever, at dette bl.a. skyldes en uklarhed om, hvilke kriterier der skal opfyldes for, at behandlingstilbud vurderes som sammenlignelige.

Kvalitet

Brugerrepræsentanterne gav udtryk for, at en del læger i det kommunale behandlingssystem ikke indgår i et fagligt fællesskab med den mulighed for sparring med andre læger, som det giver, og derfor kan være usikre i forbindelse med behandlingen af den enkelte bruger. Usikkerheden kan efter brugerrepræsentanternes opfattelse give sig udslag i, at lægen anlægger et forsigtighedsprincip, hvor fx substitutionsmedicin, dosis, indtagelsesmåde, indtagelsessted og indtagelsestidspunkt vælges uden foretagelse af et individuelt skøn og uden hensyntagen til brugerens ønsker.

Brugerrepræsentanterne tilkendegav på den baggrund, at der kan være behov for at etablere en form for struktureret sparring for lægerne, fx i form af en *task force*, som lægerne kan kontakte med henblik på at få råd og vejledning. Det blev også nævnt, at en kvalificering af lægerne kunne ske gennem etablering af et lægefagligt speciale i misbrug eller evt. en eller anden form for certificering af læger, som arbejder med substitutionsbehandling.

Særligt mht. dosisstørrelser pegede brugerrepræsentanterne på, at lægerne i det kommunale behandlingssystem generelt kunne blive bedre til at benytte det informerede samtykke således at forstå, at der i forbindelse med ordination af doser, som er større end de sædvanligvis anbefalede, gives information til borgeren om risici, hvorefter borgeren kan samtykke. Det informerede samtykke skal så journalføres.

Mht. journalføring er der efter brugerrepræsentanternes opfattelse i det hele taget plads til forbedring, idet fx brugernes ønsker mht. fx substitutionsmedicin og dosis ofte ikke journalføres.

Brugerrepræsentanterne gav udtryk for, at tydeligere krav til behandlingsstederne mht. åbningstider og andre rammer kunne bidrage til en forbedring af behandlingskvaliteten.

Brugerrepræsentanterne gav desuden udtryk for, at lovgivningen og tilhørende vejledninger for den sociale stofmisbrugsbehandling ikke er lige så letforståelig som de, der forefindes på sundhedsområdet.

Bilag 3. Opsamling på møde den 21. august 2017 om behandlingsgarantien for personer med stofmisbrug

Baggrund

Som led i Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet samt Justitsministeriets fælles undersøgelse af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien efter sundhedslovens § 142, servicelovens § 101 og straffuldbyrdslovens § 45 a blev der den 21. august 2017 holdt et møde med Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, Dansk Socialrådgiverforening, Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje, FLOR – Foreningen for Ledere af Offentlige Rusmiddelcentre, KL, Københavns Kommune, Socialpædagogernes Landsforbund og Vordingborg Kommune. Tønder Kommune, som også var inviteret, havde ikke mulighed for at deltage. Fra statslig side deltog Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet, Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen og Direktoratet for Kriminalforsorgen.

Deltagere

I mødet deltog:

- Thomas Fuglsang, Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
- Niels Christian Barkholt, Dansk Socialrådgiverforening
- Jette Rohdin, Dansk Socialrådgiverforening
- Sidsel Fjord Sejr, Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje
- Vinnie Thomsen, FLOR – Foreningen for Ledere af Offentlige Rusmiddelcentre
- Rafai Atia, KL
- Alberte Bryld Burgaard, Københavns Kommune
- Martin Fjording, Socialpædagogernes Landsforbund
- Dorte Skov-Jespersen, Vordingborg Kommune
- Nina Moss, Sundheds- og Ældreministeriet
- Lars Petersen, Sundheds- og Ældreministeriet
- Klara Christensen, Børne- og Socialministeriet
- Christian Stoustrup, Børne- og Socialministeriet
- Jan Fouchard, Sundhedsstyrelsen
- Dorte Venø Jakobsen, Socialstyrelsen
- Niels Løppenthin, Direktoratet for Kriminalforsorgen

Signe Bruun, Justitsministeriet, var forhindret.

Formål

Formålet med mødet var bl.a. at få afdækket, hvordan behandlingsgarantien opfattes af interessenterne, herunder fx hvad der efter interessenternes opfattelse fungerer godt, hvad der efter interessenternes opfattelse fungerer mindre godt, og hvilke evt. ændringer interessenterne måtte finde relevante.

Fra ministeriernes side blev det dog ved mødets begyndelse tilkendegivet, at interessenternes synspunkter om andre aspekter af stofmisbrugsbehandlingen også var meget velkomne.

Temaer

På mødet drøftedes både behandlingsgarantiens længde og andre aspekter af stofmisbrugsbehandlingen.

Behandlingsgarantiens længde

Interessenterne gav overordnet set udtryk for, at det er deres indtryk, at den eksisterende behandlingsgaranti er en god ramme for behandlingsindsatsen, men at det af flere grunde vil være problematisk at forkorte behandlingsgarantien.

I de tilfælde, hvor behandlingsgarantien ikke opfyldes, er der efter interessenternes opfattelse som regel en god grund, fx at borgerens brug af retten til frit valg af behandlingssted umuliggør iværksættelse af behandlingen senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen. Andre grunde kan være borgerens udeblivelse fra visitationssamtalen, sygdom eller administrative udfordringer med indhentning af journaler på borgeren.

Interessenterne pegede på, at der er forskellig registreringspraksis i kommunerne. Dette skyldes tvivl om tidspunktet for iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen. Der efterspurgtes derfor en klar procedure for, hvornår behandlingsgarantien er overholdt. Interessenterne påpeger, at dette skyldes uklarhed om, hvorvidt visitations- og udredningssamtaler er en del af behandlingen, eller hvorvidt behandlingsgarantien først betragtes som overholdt, fra det øjeblik borgeren er visiteret til et egentligt tilbud.

Interessenterne understregede vigtigheden af, at behandlingsgarantien er den samme, uanset om der er tale om behandling efter servicelovens § 101 eller sundhedslovens § 142. I denne sammenhæng bør man således se på social stofmisbrugsbehandling og lægelig stofmisbrugsbehandling (substitutionsbehandling) under ét, og hvis behandlingsgarantien skulle ændres, så burde ændringen derfor gælde begge behandlingsformer. Interessenterne peger desuden på et behov for en ensretning og sammentænkning af det sundhedsfaglige og socialfaglige område.

Det blev dog anført, at mens substitutionsbehandling som hovedregel kan iværksettes samme dag som eller få dage efter henvendelsen til kommunen, så gør det samme sig ikke gældende for social stofmisbrugsbehandling. Det skyldes, at den udredning, der går forud for iværksættelse af social stofmisbrugsbehandling, har mange facetter, som bl.a. kan kræve indhentelse af oplysninger fra eksterne parter, og at udredningen bl.a. derfor er mere kompliceret at foretage end den lægelige undersøgelse, der går forud for iværksættelse af substitutionsbehandling. Medvirkende til, at substitutionsbehandling som hovedregel kan iværksettes hurtigere er også, at man i behandlingssystemet ofte har et forhåndskendskab til de personer, som henvender sig til kommunen for at komme i substitutionsbehandling, hvilket forenkler udredningsarbejdet.

Interessenterne tilkendegav, at en forkortelse af behandlingsgarantien ville være problematisk og vanskelig at gennemføre i praksis. I forlængelse heraf tilkendegav interessenterne, at det vil være en stor udfordring inden for en kortere frist at overholde borgernes ret til en lægesamtale, som – hvis borgeren ønsker at gøre brug af retten – skal afholdes forud for iværksættelse af både social og lægelig behandling af et stofmisbrug.

For så vidt angår den sociale stofmisbrugsbehandling, skyldes vanskelighederne ifølge interessenterne først og fremmest, at den udredning, som går forud for behandlingens iværksættelse, er kompliceret at foretage. I den forbindelse er indhentelse af oplysninger fra eksterne parter og det til indhentelsen knyttede samtykkekrav en selvstændig udfordring, som kan forlænge udredningsarbejdet. Arbejdet kan også forlænges af, at borgeren kan have brug for tid til selv at få klarhed over sine behandlingsønsker. Ved en forkortelse af garantien ville der være stor risiko for, at udredningen bliver mangelfuld, og at man derfor iværksetter en behandling, som ikke i tilstrækkelig grad imødekommer borgerens ønsker og behov, og som derfor svækker den faglige kvalitet af behandlingen, idet der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og den iværksatte behandling. Derudover øges risikoen for, at borgeren ikke gennemfører behandlingen. En forkortelse af behandlingsgarantien ville med andre ord kunne gå ud over behandlingskvaliteten.

For så vidt angår substitutionsbehandlingen, er lægemangel i dele af landet den væsentligste årsag til vanskelighederne med at ville kunne gennemføre en forkortelse af behandlingsgarantien i praksis. Uden for København er det således for mange kommuner vanskeligt at finde læger til kommunal ansættelse eller til at arbejde på konsulentbasis for kommunen.

Fra interessentside blev der peget på, at hvis en forkortelse af behandlingsgarantien trods ovennævnte problemer og vanskeligheder lod sig gennemføre i praksis, så ville der blive tale om en meget dyr øvelse, som naturligt ville give anledning til at spørge, om ikke evt. nye midler til stofmisbrugsområdet kunne anvendes bedre, fx til at løfte behandlingskvaliteten og til at udbrede virksomme skadesreducerende foranstaltninger.

Interessenterne tilkendegav endvidere, at man umiddelbart har vanskeligt ved at se sundhedsfaglige eller andre gevinster ved en forkortelse af behandlingsgarantien, hvis den trods problemer og vanskeligheder lod sig gennemføre i praksis.

Interessenterne gav dog udtryk for, at det vil være en gevinst, hvis borgere, som har behov for at komme i relevant abstinensbehandling, får behandlingen straks og ikke først efter nogle dage. Interessenterne gjorde dog opmærksom på, at i langt de fleste tilfælde får borgerne abstinensbehandling inden for kort tid, men at dette kan forbedres endnu mere. Behovet for, at relevant abstinensbehandling iværksættes straks, bør imidlertid ikke søges imødekommet ved en forkortelse af behandlingsgarantien. Behovet bør søges imødekommet ved, at praktiserende læger og skadestuelæger i højere grad end i dag er opmærksomme på og gør brug af den adgang, som de har til at foretage enkeltstående ordinationer af substitutionsmedicin som led i abstinensbehandling af kort varighed indtil substitutionsbehandlingen i kommunalt regi kan iværksættes.

Interessenterne var på den baggrund enige om, at man er nødt til adskille problemstillingen om abstinensbehandling fra spørgsmålet om en forkortelse af behandlingsgarantien. En forkortelse af behandlingsgarantien er ikke det rigtige svar på, hvordan borgere med behov for at komme i relevant abstinensbehandling får behandlingen straks.

Frit valg

Nogle af interessenterne pegede på, at manglende information om retten til frit valg kan være en udfordring for borgernes brug af retten. Den manglende information skyldes næppe uvilje, men at ikke alt personale har tilstrækkelig viden om retten til frit valg, og at brugerne derfor ikke altid bliver informeret. Andre interessenter fandt ikke, at der mangler information. Der blev også peget på, at manglende kapacitet kan være en udfordring. Informationsmateriale til personale blev nævnt som en del af løsningen på førstnævnte udfordring, mens der ikke umiddelbart sås en løsning på det forhold, at alle behandlingssteder pga. de fysiske rammer og de til rådighed værende personaleresourcer har en grænse for, hvor mange borgere der kan modtages til behandling.

Fra interessentside blev der peget på, at øget brug af telemedicinske løsninger kan fremme borgernes brug af retten til frit valg.

Kvalitet

Interessenterne gav udtryk for, at der kan være behov for at løfte behandlingskvaliteten og for at udbrede virksomme skadesreducerende foranstaltninger.

Interessenterne pegede på, at der med et større fokus på koordination og samarbejde på tværs af fag- og sektorgrænser kan vindes meget i forhold til at opnå en mere helhedsorienteret og sammenhængende behandling og dermed også i forhold til at opnå en større kvalitet i behandlingen.

Interessenterne pegede på, at den lægemangel, som, for så vidt angår substitutionsbehandlingen, er den væsentligste årsag til vanskelighederne med at ville kunne gennemføre en forkortelse af behandlingsgarantien i praksis, også er en udfordring i forhold til behandlingskvaliteten. Der blev i den forbindelse henvist til, at lægemanglen betyder, at substitutionsbehandlingen mange steder varetages af læger, som ikke

har megen erfaring på stofmisbrugsområdet, enten fordi lægerne er relativt unge, eller fordi de har beskæftiget sig med andre områder. Dertil kommer, at lægerne mange steder er den eneste læge og derfor ikke indgår i et fagfællesskab, hvor lægefaglige problemstillinger kan drøftes.

Interessenterne anførte, at en del af svaret på denne udfordring kunne være at etablere et lægefagligt speciale i misbrug, hvorved man kunne gøre det mere attraktivt for læger at beskæftige sig med misbrugsområdet. Det kunne også overvejes at aflaste lægerne gennem en styrkelse af de sygeplejefaglige kompetencer – en styrkelse, som kunne opnås med etableringen af en specialuddannelse i addiktiv sygepleje.

Interessenterne anførte, at disse mere langsigtede svar på udfordringen burde suppleres med en indsats, som også på kortere sigt kan bidrage til et kvalitetsløft. Det kunne fx være en øget brug af telemedicinske løsninger og etablering af en rådgivningsfunktion, hvor læger på behandlingsstederne og på skadestuer mv. kan blive vejledt af fagfæller med ekspertise i substitutionsbehandling, herunder abstinensbehandling.

Bilag 4. Kommunefordelte tal for overholdelse af behandlingsgarantien

Tabel 1
Kommunernes overholdelse af behandlingsgarantien for stofmisbrugsbehandling, 2016

Kommuner	Nystartede behandlingsforløb	Behandlingsgarantien overskredet (Antal)	Behandlingsgarantien overskredet (Andel)
Albertslund Kommune	54	1	1,9 pct.
Allerød Kommune	9	0	0 pct.
Assens Kommune	49	0	0 pct.
Ballerup Kommune	49	0	0 pct.
Billund Kommune	33	1	3 pct.
Bornholms Regions Kommune	24	0	0 pct.
Brøndby Kommune	81	2	2,5 pct.
Brønderslev Kommune	10	0	0 pct.
Dragør Kommune	12	0	0 pct.
Egedal Kommune	12	0	0 pct.
Esbjerg Kommune	259	42	16,2 pct.
Fanø Kommune	2	0	0 pct.
Favrskov Kommune	33	0	0 pct.
Faxe Kommune	52	3	5,8 pct.
Fredensborg Kommune	18	7	38,9 pct.
Fredericia Kommune	139	36	25,9 pct.
Frederiksberg Kommune	59	3	5,1 pct.
Frederikshavn Kommune	-	-	-
Frederikssund Kommune	21	4	19 pct.
Furesø Kommune	16	0	0 pct.
Faaborg-Midtfyn Kommune	46	2	4,3 pct.
Gentofte Kommune	34	0	0 pct.
Gladsaxe Kommune	86	2	2,3 pct.
Glostrup Kommune	33	0	0 pct.
Greve Kommune	43	1	2,3 pct.
Gribskov Kommune	11	1	9,1 pct.
Guldborgsund Kommune	140	2	1,4 pct.
Haderslev Kommune	88	9	10,2 pct.
Halsnæs Kommune	55	0	0 pct.
Hedensted Kommune	38	0	0 pct.
Helsingør Kommune	75	0	0 pct.
Herlev Kommune	41	0	0 pct.
Herning Kommune	104	23	22,1 pct.
Hillerød Kommune	-	-	-
Hjørring Kommune	29	15	51,7 pct.
Holbæk Kommune	-	-	-
Holstebro Kommune	70	36	51,4 pct.

Horsens Kommune	197	14	7,1 pct.
Hvidovre Kommune	-	-	-
Høje-Taastrup Kommune	34	2	5,9 pct.
Hørsholm Kommune	6	1	16,7 pct.
Ikast-Brande Kommune	39	21	53,8 pct.
Ishøj Kommune	-	-	-
Jammerbugt Kommune	20	4	20 pct.
Kalundborg Kommune	74	3	4,1 pct.
Kerteminde Kommune	23	4	17,4 pct.
Kolding Kommune	114	6	5,3 pct.
Københavns Kommune	-	-	-
Køge Kommune	68	22	32,4 pct.
Langeland Kommune	28	2	7,1 pct.
Lejre Kommune	11	3	27,3 pct.
Lemvig Kommune	21	9	42,9 pct.
Lolland Kommune	100	1	1 pct.
Lyngby-Taarbæk Kommune	16	0	0 pct.
Læsø Kommune	-	-	-
Mariagerfjord Kommune	31	3	9,7 pct.
Middelfart Kommune	41	7	17,1 pct.
Morsø Kommune	23	0	0 pct.
Norddjurs Kommune	59	2	3,4 pct.
Nordfyns Kommune	44	7	15,9 pct.
Nyborg Kommune	64	2	3,1 pct.
Næstved Kommune	89	0	0 pct.
Odder Kommune	28	1	3,6 pct.
Odense Kommune	371	63	17 pct.
Odsherred Kommune	25	2	8 pct.
Randers Kommune	131	16	12,2 pct.
Rebild Kommune	18	0	0 pct.
Ringkøbing-Skjern Kommune	89	9	10,1 pct.
Ringsted Kommune	-	-	-
Roskilde Kommune	-	-	-
Rudersdal Kommune	42	1	2,4 pct.
Rødovre Kommune	40	3	7,5 pct.
Samsø Kommune	4	0	0 pct.
Silkeborg Kommune	105	10	9,5 pct.
Skanderborg Kommune	22	0	0 pct.
Skive Kommune	-	-	-
Slagelse Kommune	72	1	1,4 pct.
Solrød Kommune	27	10	37 pct.
Sorø Kommune	10	0	0 pct.
Stevns Kommune	22	7	31,8 pct.
Struer Kommune	16	6	37,5 pct.

Svendborg Kommune	135	15	11,1 pct.
Syddjurs Kommune	60	5	8,3 pct.
Sønderborg Kommune	49	7	14,3 pct.
Thisted Kommune	67	4	6 pct.
Tønder Kommune	54	9	16,7 pct.
Tårnby Kommune	62	1	1,6 pct.
Vallensbæk Kommune	-	-	-
Varde Kommune	66	6	9,1 pct.
Vejen Kommune	33	6	18,2 pct.
Vejle Kommune	-	-	-
Vesthimmerland Kommune	-	-	-
Viborg Kommune	144	14	9,7 pct.
Vordingborg Kommune	-	-	-
Ærø Kommune	4	2	50 pct.
Aabenraa Kommune	60	18	30 pct.
Aalborg Kommune	239	169	70,7 pct.
Aarhus Kommune	-	-	-

Note: ”-” angiver, at kommunen ikke har godkendt indberetningen af data til Danmarks Statistik.

Anm.: Overskridelser af behandlingsgarantien er opgjort på baggrund af behandlingsforløb, som er påbegyndt mere end 14 dage efter, at borgeren har anmodet om behandling, og hvor borgeren ikke har benyttet frit valg. Behandlingsforløb, hvor borgeren har gjort brug af sin ret til frit valg, er ikke omfattet af behandlingsgarantien. Der er opgjort på baggrund af alle iværksatte behandlingsforløb for de 85 kommuner, som har godkendt deres indberetninger af data for 2016.

Kilde: Danmarks Statistik (særtræk).