

Sundhedsministeriet

Enhed: FOPS
Sagsbeh.: SUMLPE
Koordineret med:
Sagsnr.: 2110366
Dok. nr.: 1912217
Dato: 16-09-2021

NOTAT

Model for et samlet tilbud for mennesker med brug for behandling af både en psykisk lidelse og et misbrug (dobbeltdiagnosebehandling) og for omlægning af de særlige pladser i psykiatrien

1. Sammenfatning

Det foreslås, at ansvaret for en del af misbrugsbehandlingen pr. 1. januar 2024 flyttes fra kommunerne til regionerne, således at der i regionalt regi kan etableres et samlet, dvs. integreret, dobbeltdiagnosebehandlingstilbud for mennesker, som har både en psykisk lidelse, der er så alvorlig, at den har givet anledning til et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien (patienter under indlæggelse og ambulante patienter), og et behandlingskrævende alkohol- eller stofmisbrug. Det foreslås endvidere, at de særlige pladser i psykiatrien fra den 1. juli 2022 omlægges til pladser i den almindelige regionale behandlingspsykiatri, men med fokus på den samme udsatte målgruppe, således at der til alle i målgruppen for de særlige pladser fortsat vil være et længerevarende regionalt tilbud enten i regi af den almindelige regionale behandlingspsykiatri eller – fra 1. januar 2024 – i regi af det samlede dobbeltdiagnosetilbud.

Med et samlet dobbeltdiagnosebehandlingstilbud menes et tilbud, hvor behandlingen af den psykiske lidelse og misbrugsbehandlingen er integreret, og hvor man kan koordinere med eller endog integrere behandlingen af evt. somatiske sygdomme. Tilbuddet vil ikke være uløseligt forbundet med patientens indlæggelse på psykiatrisk afdeling, men vil også være knyttet til andre dele af behandlingspsykiatrien, herunder regionernes lokalt forankrede indsatser, hvor ambulante behandling finder sted. Særligt de sidstnævnte dele af behandlingspsykiatrien, som kan omfatte bl.a. opsøgende behandling og behandling i patientens eget hjem, må forventes at blive et centralt element i det samlede tilbud.

Alle inden for ovennævnte afgrænsning – dvs. dem med både en psykisk lidelse, der er så alvorlig, at den har givet anledning til et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien, og et behandlingskrævende misbrug – skal som udgangspunkt være omfattet af det foreslåede samlede, dvs. integrerede, tilbud, men ordningen skal rumme mulighed for, at misbrugsbehandling i visse tilfælde kan foregå i kommunalt regi, selv om kriteriet om et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien er opfyldt.

Med sådanne kriterier vil der være borgere, som reelt har både misbrugsproblemer og en psykisk lidelse, men som falder uden for den nævnte afgrænsning. Det betyder i praksis, at de borgere, som enten er i et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien eller i kommunal misbrugsbehandling, og som herudover har et endnu ikke diagnosticeret misbrug eller psykisk lidelse, som udgangspunkt vil falde uden for afgrænsningen, selv om de formentlig også kunne have gavn af at modtage dobbeltdiagnosebehandling i tilbuddet. Der kan også være tale om borgere med en psykisk lidelse, som behandles i primærsektoren (praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller praktiserende psykolog), og et endnu ikke diagnosticeret misbrug. I forbindelse med udredninger som led i behandling i

behandlingspsykiatrien og primærsektoren eller i kommunal misbrugsbehandling vil mange dog kunne opspores, og derefter vil de afhængig af den psykiske lidelses og misbrugs karakter falde inden for afgrænsningen. Når de opspores – det gælder også, når de opspores i regi af den kommunale socialpsykiatri – vil der skulle ske henvisning til regionen mhp. visitation, og hvis man derefter i regionen finder, at der i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens fælles visitationsretningslinjer er grundlag herfor, vil der skulle iværksættes behandling i det regionale dobbeltdiagnosebehandlings-tilbud.

Det kan i forbindelse med det videre arbejde med 10-årsplanen for psykiatrien overvejes at se nærmere på:

1. hvordan afdækningen af dobbeltdiagnoser i forbindelse med udredninger som led i behandling i behandlingspsykiatrien og primærsektoren samt i kommunal misbrugsbehandling såvel som i den kommunale socialpsykiatri, kan gøres mere ensartet, fokuseret og systematisk,
2. hvordan man fx på herberger eller andre sociale tilbud kan opspore de mennesker med dobbeltdiagnose, som i dag hverken modtager behandling i behandlingspsykiatrien eller kommunal misbrugsbehandling, og
3. hvordan det generelle samarbejde mellem sektorerne på psykiatriområdet kan forbedres.

Desuden vil Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen skulle udarbejde ovennævnte fælles visitationsretningslinjer, revidere relevante vejledninger og evt. udarbejde nyt vejledningsmateriale mhp. at understøtte regionernes varetagelse af dobbeltdiagnosebehandlingen og de relevante aktørers samarbejde og koordination. Forinden vil Sundhedsstyrelsen herudover skulle udarbejde en vejledning om behandlingen og visitationen af de patienter, som falder inden for målgruppen for de særlige pladser i psykiatrien.

2. Oversigt over fordelingen af behandlingsansvaret efter ansvarsflytningen

- A. En person er i behandling i behandlingspsykiatrien og i misbrugsbehandling i kommunalt regi:**
Personen skal modtage dobbeltdiagnosebehandling i det samlede tilbud (se dog B).
- B. En person er i behandling i behandlingspsykiatrien og i misbrugsbehandling i kommunalt regi, og der er enighed mellem region, kommune og patient om, at det bedste for patienten er fortsat misbrugsbehandling i kommunalt regi:**
Personen skal fortsat modtage behandling i behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandling i kommunalt regi.
- C. En person, som hverken modtager behandling i behandlingspsykiatrien eller misbrugsbehandling i kommunalt regi, er i behandling for somatisk lidelse i primærsektoren eller på sygehus, og under behandlingen afdækkes både et behandlingskrævende misbrug og en psykisk lidelse:**
Personen skal af den praktiserende læge, den praktiserende speciallæge eller sygehuset henvises til regionen mhp. visitation.
 - a. Regionen finder på baggrund af visitationsretningslinjerne grundlag for dobbeltdiagnosebehandling i det samlede tilbud: Personen skal modtage denne behandling.
 - b. Regionen finder på baggrund af visitationsretningslinjerne ikke grundlag for dobbeltdiagnosebehandling i det samlede tilbud, men grundlag for misbrugsbehandling: Personen skal henvises til kommunen mhp. misbrugsbehandling (b vil kunne kombineres med d).
 - c. Regionen finder på baggrund af visitationsretningslinjerne ikke grundlag for dobbeltdiagnosebehandling i det samlede tilbud, men grundlag for behandling i behandlingspsykiatrien: Personen skal tilbydes denne behandling.
 - d. Regionen finder på baggrund af visitationsretningslinjerne ikke grundlag for dobbeltdiagnosebehandling i det samlede tilbud, men grundlag for behandling for psykisk lidelse/problemstilling i primærsektoren: Personen skal henvises til praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller praktiserende psykolog (d vil kunne kombineres med b).

- D. En person er i behandling i behandlingspsykiatrien, og under behandlingen afdækkes et behandlingskrævende misbrug:**
 Personen skal modtage dobbeltdiagnosebehandling i det samlede tilbud, med mindre der er enighed mellem region, kommune og patient om, at det bedste for patienten er misbrugsbehandling i kommunalt regi, jf. B.
- E. En person er i behandling for psykisk lidelse/problemstilling i primærsektoren (praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller praktiserende psykolog) og i misbrugsbehandling i kommunalt regi:**
 Personen skal fortsat modtage behandling for psykisk lidelse/problemstilling i primærsektoren og misbrugsbehandling i kommunalt regi (se dog I).
- F. En person modtager indsatser i den kommunale socialpsykiatri og er i misbrugsbehandling i kommunalt regi:**
 Personen skal fortsat modtage indsatser i den kommunale socialpsykiatri og modtage misbrugsbehandling i kommunalt regi (se dog I).
- G. En person er i behandling for psykisk lidelse/problemstilling i primærsektoren, og under behandlingen afdækkes et behandlingskrævende misbrug:**
 Personen skal fortsat modtage behandling for psykisk lidelse/problemstilling i primærsektoren og desuden tilbydes misbrugsbehandling i kommunalt regi (se dog I).
- H. En person modtager indsatser i den kommunale socialpsykiatri, og under forløbet afdækkes et behandlingskrævende misbrug:**
 Personen skal fortsat modtage indsatser i den kommunale socialpsykiatri og desuden tilbydes misbrugsbehandling i kommunalt regi (se dog I).
- I. En person er i kommunal misbrugsbehandling og enten i behandling for psykisk lidelse/problemstilling i primærsektoren eller modtager indsatser i den kommunale socialpsykiatri, og i et af tilbuddene vurderes det, at der er grundlag for dobbeltdiagnosebehandling i det samlede tilbud:**
 Personen skal fra kommunal side¹ eller af den praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller praktiserende psykolog henvises til regionen mhp. visitation.
 - Regionen finder på baggrund af visitationsretningslinjerne grundlag for dobbeltdiagnosebehandling i det samlede tilbud: Personen skal modtage denne behandling.
 - Regionen finder på baggrund af visitationsretningslinjerne ikke grundlag for dobbeltdiagnosebehandling i det samlede tilbud: Personen skal fortsat modtage kommunal misbrugsbehandling og behandling i primærsektoren/indsatser i den kommunale socialpsykiatri.
- J. En person er i kommunal misbrugsbehandling, og under behandlingen afdækkes en mulig psykisk lidelse:**
 Personen skal fra kommunal side¹ henvises til regionen mhp. visitation.
 - Regionen finder grundlag for behandling i behandlingspsykiatrien: Personen skal modtage dobbeltdiagnosebehandling i det samlede tilbud, med mindre der er enighed mellem region, kommune og patient om, at det bedste for patienten er fortsat misbrugsbehandling i kommunalt regi.
 - Regionen finder grundlag for behandling af psykisk lidelse/problemstilling i primærsektoren: Personen skal modtage behandling i primærsektoren og fortsat modtage misbrugsbehandling i kommunalt regi.
 - Regionen finder ikke grundlag for behandling af psykisk lidelse/problemstilling i hverken behandlingpsykiatrien eller primærsektoren: Personen skal fortsat modtage misbrugsbehandling i kommunalt regi.
- K. En person modtager indsatser i den kommunale socialpsykiatri, og dér vurderes det, at personen opfylder visitationskriterierne, herunder farlighedskriteriet, som i dag fremgår af psykiatrilovens regler om de særlige pladser i psykiatrien, og som pr. 1. juli 2022 vil fremgå af Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling og visitation af patienter, der i dag falder inden for målgruppen for de særlige pladser:**
 Personen skal fra kommunal side¹ henvises til regionen mhp. visitation.
 - Regionen finder på baggrund af Sundhedsstyrelsens vejledning grundlag for et længerevarende regionalt tilbud, som tager sigte på at stabilisere personens helbred og forbedre personens evne til at mestre hverdagen: Personen skal modtage et sådant tilbud enten inden for rammerne af den almindelige regionale behandlingpsykiatri eller – fra 1/1 2024 – inden for rammerne af det samlede dobbeltdiagnosetilbud.

¹ Udgangspunktet er, at det er læger, som henviser, men der kan indgås en regional/kommunal aftale om, at også kommunale myndigheder må henviser, idet man så forudsætter, at disse myndigheder kan udforme en henvisning, som indeholder de oplysninger, der er nødvendige for, at den visiterende læge i regionen kan vurdere undersøgelses- og behandlingsbehovet.

- b. Regionen finder på baggrund af Sundhedsstyrelsens vejledning ikke grundlag for et længerevarende regionalt tilbud, som tager sigte på at stabilisere helbredet og forbedre evnen til at mestre hverdagen: Personen skal fortsat modtage indsatser i den kommunale socialpsykiatri.

Som oversigten viser, vil der gælde et *no wrong door*-princip i den forstand, at det ikke vil være afgørende for, om en borger får tilbudt dobbeltdiagnosebehandling i det regionale dobbeltdiagnosetilbud, at borgeren har rettet henvendelse et bestemt sted, idet man både fra kommunal side¹ og i primærsektoren vil kunne henvise til regionen mhp. visitation.

3. Baggrund

Af aftalerne om regionernes og kommunernes økonomi for 2021 fremgår det bl.a., at Danske Regioner og KL, som ét af de første skridt i regeringens arbejde med en 10-årsplan for psykiatrien, inddrages i det arbejde, som skal undersøge modeller for en ændret ansvarsfordeling for den gruppe af borgere, som lider af psykisk sygdom og samtidigt misbrug (borgere med dobbeltdiagnose).

Dette skal ses på baggrund af aftalerne om regionernes og kommunernes økonomi for 2020, hvoraf det bl.a. fremgår:

- at mennesker, der har brug for behandling af både psykiske lidelser og misbrug, alt for ofte oplever, at hjælpen er usammenhængende og utilstrækkelig,
- at parterne derfor er enige om, at der er behov for at ændre den nuværende ansvarsfordeling mellem regioner og kommuner for denne gruppe mennesker mhp. at sikre en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats,
- at en ændret ansvarsfordeling skal ses i sammenhæng med udviklingen af det øvrige psykiatriske område,
- at regeringen som led i udarbejdelsen af en 10-årsplan for psykiatrien vil undersøge modeller for en ændret ansvarsfordeling som en af de første prioriteter, og
- at Danske Regioner og KL vil blive inddraget i dette arbejde.

En ændret ansvarsfordeling forudsætter en flytning af ansvar. Mhp. fastlæggelsen af ansvarsflytningens nærmere detaljer udarbejdede en arbejdsgruppe med deltagelse af Sundhedsministeriet (formand), Social- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen samt Socialstyrelsen et forslag til model for et samlet, dvs. integreret, tilbud for mennesker med brug for behandling af både en psykisk lidelse og et misbrug (dobbeltdiagnosebehandling). Forslaget tjente som afsæt for inddragelsen af Danske Regioner og KL forud for forhandlingerne om regionernes og kommunernes økonomi for 2022, hvor det blev aftalt, at Danske Regioner og KL fortsat inddrages i arbejdet med regionalt forankrede modeller for behandlingen af en nærmere afgrænset gruppe af borgere, som lider af psykisk sygdom og samtidigt misbrug (borgere med dobbeltdiagnose).

Efter indgåelsen af økonomiaftalerne for 2022 har arbejdsgruppen i lyset af dels den hidtidige inddragelse af Danske Regioner og KL, dels VIVEs evaluering af de særlige pladser i psykiatrien udarbejdet et samlet modelforslag, som er nærmere beskrevet i dette notat.

Når arbejdsgruppen foreslår en model for et nyt samlet tilbud fremfor blot at foreslå en styrket koordination mellem det eksisterende kommunale misbrugsbehandlingssystem og den eksisterende regionale behandlingspsykiatri, skyldes det – ud over det forhold, at regeringen, Danske Regioner og KL som ovenfor nævnt er enige om, at der er behov for at ændre den nuværende ansvarsfordeling mellem regioner og kommuner – at mange års bestræbelser på at styrke koordinationen ikke har kunnet sikre mennesker med en dobbeltdiagnose en tilstrækkelig sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Der synes på den baggrund at være behov for mere end blot endnu et forsøg på at styrke

koordinationen mellem to forskellige organisatoriske enheder, der er ansvarlige for hver sin del af den behandling, som mennesker med en dobbeltdiagnose har behov for. Risikoen for, at disse mennesker fortsat alt for ofte skal opleve, at hjælpen er usammenhængende og utilstrækkelig, må forventes at blive væsentlig mindre, hvis ansvaret for at levere en integreret dobbeltdiagnosebehandling samles hos én forvaltningsmæssig og politisk organisatorisk enhed.

VIVE har i juni 2021 fremlagt en evaluering af de særlige pladser i psykiatrien. Evalueringen konkluderer bl.a., at rammevilkårene, især finansieringsmodellen, medfører en dårlig udnyttelse af de særlige pladser og de anvendte ressourcer. Fx har kommunerne siden 2018 anvendt 164,7 mio. kr. på at finansiere tomme pladser.

Der er således behov for at ændre rammevilkårene for de særlige pladser i psykiatrien, og det vurderes hensigtsmæssigt, at målgruppen for pladserne fremover skal kunne modtage et tilsvarende behandlingstilbud i regionerne uden særlig kommunal medfinansiering og visitation. Det skyldes for det første, at evalueringen peger på, at de særlige pladser i psykiatrien fagligt set har fungeret bedst i de regioner, hvor de særlige pladser har lignet den regionale behandlingspsykiatri mere end den kommunale socialpsykiatri. For det andet antages det, at langt de fleste patienter på de særlige pladser har en dobbeltdiagnose, hvorfor de vil falde inden for målgruppen for det samlede dobbeltdiagnosetilbud i regionen. For det tredje forventes der en bedre ressourceudnyttelse, hvis ansvaret for behandlingstilbuddet alene ligger hos regionen.

4. Arbejdsgruppens forslag

4.1. Forankring af og indholdet i et samlet tilbud for behandling af psykiske lidelser og misbrug (dobbeltdiagnosebehandling)

Det er ikke realistisk, at kommunerne skulle kunne opbygge den kapacitet og tiltrække de kompetencer på psykiatriområdet, som er nødvendige for at varetage den komplekse behandling, som regionerne i dag er ansvarlige for i behandlingspsykiatrien. På den baggrund og i lyset af, at et samlet, dvs. integreret, dobbeltdiagnosebehandlingstilbud skal være for mennesker, som ud over et behandlingskrævende misbrug har en psykisk lidelse, der er så alvorlig, at den har givet anledning til et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien, må tilbuddet nødvendigvis forankres i regionerne, der som ansvarlige for det regionale sundhedsvæsen også har bedre forudsætninger for koordinere med eller endog integrere behandlingen af de somatiske sygdomme, som personer med dobbeltdiagnose ofte lider af, og som ubehandlet kan vanskeliggøre behandlingen af misbruget og den psykiske lidelse.

Mht. indholdet skal det samlede tilbud levere en samtidig, integreret og helhedsorienteret behandling af misbruget og den psykiske lidelse, idet der i forbindelse med behandlingen dels skal tages hensyn til den enkelte patients ønsker, behov og samlede funktionsevne samt evt. sociale udfordringer, dels skal koordineres med behandlingen af evt. somatiske sygdomme. Den samtidige, integrerede og helhedsorienterede behandling vil forudsætte et intensivt samarbejde om og koordinering af behandlingen af den enkelte patient og give mulighed for, at den daglige behandlingsindsats kan tilrettelægges i et tæt samarbejde med patienten og løbende tilpasses patientens helt aktuelle situation og behov, idet både misbrugsfaglige, psykiatrifaglige og andre sundhedsfaglige kompetencer er tilstede omkring patienten. Det nye tilbud kan således sikre:

- at der er de tilstrækkelige misbrugsfaglige, psykiatrifaglige og andre sundhedsfaglige kompetencer omkring patienterne, og at kompetencerne indgår i et samspil med hinanden og med løbende inddragelse af patienten,
- at patienternes udfordringer kan håndteres hurtigt, og når de opstår, fx ved tilbagefald og kriser, hvorfor der skal sikres et solidt og tværfagligt samarbejde,

som skaber rammerne for, at de fagprofessionelle løbende kan sparre med hinanden, herunder drøfte og tilpasse behandlingen af den enkelte patient,

- at der vil være bedre muligheder for løbende videndeling og erfaringsudveksling på tværs af fagligheder og dermed for en styrkelse af de fælles faglige kompetencer i tilbuddet,
- at der vil være bedre muligheder for, at den enkelte patient kan have en eller få faste kontaktpersoner med en fælles faglig tilgang til patientsamarbejdet, således at der sikres dels et godt og tværfagligt samarbejde om behandlingsforløbet, dels den nødvendige behandlingstilknytning, og
- at der vil være bedre muligheder for at have fokus på den enkelte patients samlede udfordringer og på, hvilken indflydelse kombinationen af misbruget og den psykiske lidelse samt evt. somatiske sygdomme har på udfordringerne, funktionsevnen og den generelle formåen.

Det forhold, at dobbeltdiagnosebehandlingen samles i et tværfagligt og specialiseret tilbud, hvor behandlingen af den psykiske lidelse og misbrugsbehandlingen er integreret, og hvor man kan koordinere med eller endog integrere behandlingen af evt. somatiske sygdomme, må således i sig selv forventes at øge behandlingskvaliteten.

Med samlingen af dobbeltdiagnosebehandlingen i et tværfagligt og specialiseret tilbud og med VIVEs evaluering af de særlige pladser i psykiatrien, jf. afsnit 2, taler meget også for, at de særlige pladser i psykiatrien omlægges med fortsat fokus på den målgruppe, som de særlige pladser er tiltænkt. Det foreslås, at de særlige pladser i psykiatrien fra den 1. juli 2022 omlægges til pladser i den almindelige regionale behandlingspsykiatri, således at de personer, der opfylder visitationskriterierne, herunder farlighedskriteriet, i psykiatriloven, skal modtage et længerevarende regionalt tilbud, som tager sigte på at stabilisere personens helbred og forbedre personens evne til at mestre hverdagen, enten inden for rammerne af den almindelige regionale behandlingspsykiatri eller – fra 1. januar 2024 – inden for rammerne af det samlede dobbeltdiagnosetilbud.

I forbindelse med omlægningen bortfalder de særlige regler om visitation, finansiering osv., som er knyttet til de særlige pladser i psykiatrien, og regionerne vil derefter selv kunne fastsætte kapacitet samt have ansvar for visitation. Visitationen til det længerevarende regionale tilbud af de personer, der i dag falder inden for målgruppen for de særlige pladser, skal ikke adskille sig fra anden visitation til den regionale psykiatri bortset fra, at Sundhedsstyrelsen vil skulle udarbejde en vejledning gældende fra 1. juli 2022 om behandling og visitation af patienter, der i dag falder inden for denne målgruppe. De fagligt begrundede visitationsretningslinjer i vejledningen vil være rettet til det regionale personale, som skal tage stilling til, hvorvidt der er grundlag for visitation. Med beskrivelse af visitationskriterierne, herunder farlighedskriteriet, vil retningslinjerne udgøre en ramme for den konkrete individuelle lægefaglige vurdering, som visitationen i sidste ende vil bero på.

Mht. tilrettelæggelsen af dobbeltdiagnoseindsatsen frem mod etableringen af det samlede tilbud pr. 1. januar 2024 henvises til afsnit 4.6.

Selv om regionerne allerede i dag er ansvarlige for misbrugsbehandling af patienter, mens de er indlagt på sygehus, herunder på psykiatrisk afdeling, og mens de har ophold på de særlige pladser i psykiatrien, vil misbrugsbehandling i praksis være en opgave, som regionerne har forholdsvis begrænset erfaring med, hvorfor der vil være behov for at sikre, at man i det regionale tilbud har kendskab til de relevante vejledninger og lignende, herunder Socialstyrelsens nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling samt Sundhedsstyrelsens vejledning om substitutionsbehandling og nationale kliniske retningslinjer om behandling af alkoholmisbrug, således at disse vejledninger mv. af hensyn

til behandlingskvaliteten finder anvendelse i forbindelse med den misbrugsbehandling, der skal finde sted som led i dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud. I øvrigt vil der formentlig være behov for en revision af vejledningerne mv., således at de kommer til at afspejle det forhold, at misbrugsbehandling ikke længere som udgangspunkt kun finder sted i kommunalt regi, men også i det regionale tilbud. Hertil kommer, at Sundhedsstyrelsen som ovenfor nævnt vil skulle udarbejde en vejledning gældende fra 1. juli 2022 om behandlingen og visitationen af de patienter, som falder inden for målgruppen for de særlige pladser i psykiatrien, således at patienterne efter omlægningen af de særlige pladser til pladser i den almindelige regionale behandlingspsykiatri sikres et helhedsorienteret og rehabiliterende tilbud, som tilgodeser disse patienters særlige behov.

Bl.a. fordi der vil være tale om en ny type tilbud kan det overvejes, at man i forbindelse med det videre arbejde med 10-årsplanen ser nærmere på, hvordan man i øvrigt kan imødekomme et evt. behov for gennem vejledningsmateriale eller lignende at understøtte regionernes varetagelse af dobbeltdiagnosebehandlingen, således at behandlingskvaliteten sikres.

4.2. Afgrænsning af målgruppe for det samlede tilbud og skøn over gruppens størrelse

Etableringen af det samlede, dvs. integrerede, tilbud forudsætter en flytning af ansvar for en del af alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen fra kommunerne til regionerne. Mennesker, som modtager behandling for en psykisk lidelse eller problemstilling i primærsektoren (praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller praktiserende psykolog), skal fortsat modtage evt. misbrugsbehandling i kommunalt regi. En sammenhængende og helhedsorienteret indsats er også vigtig for denne gruppe, men en sådan indsats vil kunne opnås gennem et godt samarbejde mellem kommunen, praksissektoren og civilsamfundet – et samarbejde, der efter behov kan understøttes af faglig rådgivning fra det regionale dobbeltdiagnosebehandlingstilbud. Der er allerede gode eksempler på samarbejder på tværs af sektorer, fx samarbejdet mellem Region Hovedstadens Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling (APU) og en række kommuners misbrugscentre om en koordineret indsats for dem, som har en ikke-psykotisk psykisk lidelse og et misbrug.

Der er på nuværende tidspunkt kun grundlag for at flytte ansvaret for misbrugsbehandlingen for dem med en psykisk lidelse, som er så alvorlig, at den har givet anledning til et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien (patienter under indlæggelse og ambulante patienter). Med "aktuelt" menes i denne sammenhæng, at der efter visitation fra regionen er indledt et behandlingsforløb, og at forløbet ikke er afsluttet. Der vil oftest være tale om behandling for psykiatriske diagnoser som fx skizofreni samt bipolare og paranoide lidelser. Men også andre psykiske lidelser vil i samspil med den samtidige rusmiddel-lidelse vise sig så kompleks, at det vil kunne kræve en mere intensiveret dobbeltrettet behandling. Det skal imidlertid ikke være afgørende, hvilken diagnose der er tale om, men derimod at diagnosen eller diagnoserne tilsammen har givet anledning til et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien.

En sådan ordning, hvorefter alle i et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien med et misbrug skal tilbydes misbrugsbehandling i det regionale tilbud, vil sikre entydighed mht. behandlingsansvaret. Fordi ordningen vil bero på et objektive kriterium (foreligger der et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien eller ej), vil den desuden være operationel til gavn for regionen og kommunen, men vigtigst af alle også for den enkelte patient.

Til trods for de åbenbare fordele forbundet med et objektive kriterium indebærer en undtagelsesfri anvendelse af kriteriet en risiko for visitation til det regionale tilbud i situationer, hvor patienten ville have mere gavn af at modtage misbrugsbehandling i

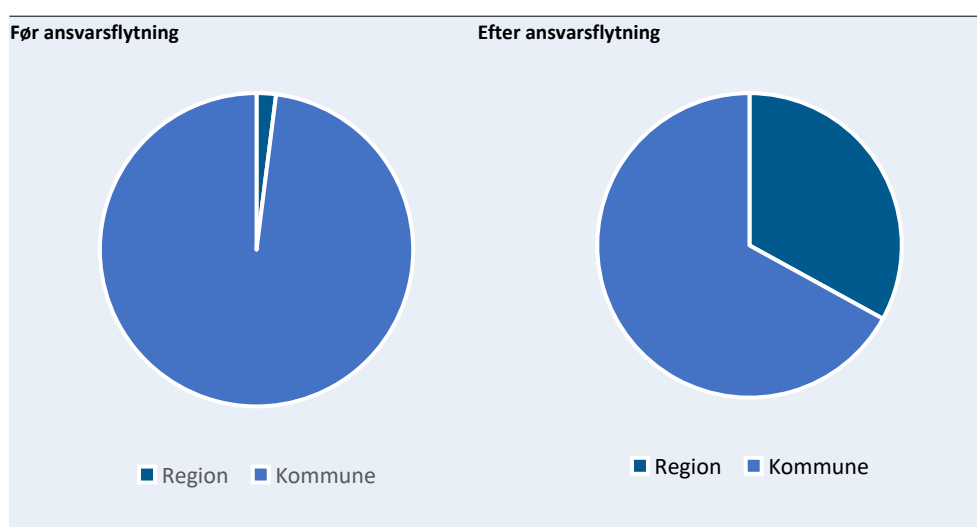
kommunalt regi. Fx kunne der være konkrete situationer, hvor en patient i et aktuelt ambulansforløb i behandlingspsykiatrien er i kommunal misbrugsbehandling, som er velfungerende og velkoordineret med den ambulante psykiatriske behandling, og hvor det derfor ikke ville være til gavn for patienten at blive visiteret til dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud. Ordningen skal derfor rumme mulighed for, at man ved enighed mellem region, kommune og patient om, at det er det bedste for patienten, kan lade misbrugsbehandlingen foregå i kommunalt regi, selv om kriteriet om et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien er opfyldt. Det objektive kriterium skal således ikke stå i vejen for, at de, der profiterer af misbrugsbehandling i kommunalt regi, fortsat kan modtage behandlingen i dette regi.

Ordningen indebærer også en risiko for, at nogle *ikke* visiteres til det regionale tilbud, selv om de formentlig også kunne have gavn af at modtage dobbeltdiagnosebehandling i dette tilbud. Mht. grupper, som falder uden for afgrænsningen, henvises til afsnit 4.4., herunder beskrivelsen i afsnit 4.4.1. af muligheden for via henvisning til og vurdering af regionen at blive visiteret til dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud.

Antallet af mennesker i målgruppen, som efter ovenstående afgrænsning skal modtage dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud (dvs. mennesker, som både er i et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien og i misbrugsbehandling), skønnes at være 9.500².

Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at ansvaret for misbrugsbehandlingen af alle i målgruppen skal flyttes fra kommunerne til regionerne. Regionerne har således allerede i dag ansvaret for misbrugsbehandlingen af patienter, mens de er indlagt på sygehus, herunder på psykiatrisk afdeling. Det betyder, at ansvaret alene skal flyttes, for så vidt angår de perioder, hvor patienterne er i ambulans psykiatrisk behandling.

Fordeling af ansvar for misbrugsbehandling:



Det forhold, at det samlede tilbud vil få ansvaret for dobbeltdiagnosebehandling af skønsmæssigt 9.500³ mennesker, betyder, at misbrugsbehandlingen i regionerne vil få en vis vo-

² Skønnet, som bygger på 2018-tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

³ Skønnet, som bygger på 2018-tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

lumen, som kan bidrage til sikring af kvaliteten, og da kommunerne efter ansvarsflytningen vil have ansvaret for misbrugsbehandling af skønsmæssigt 24.600⁴ mennesker, vil den kommunale behandling fortsat have en relativt stor volumen, som kan sikre fastholdelse af kvaliteten. Mht. kommunernes muligheder for at fastholde kvaliteten på trods af en mindre volumen skal det i øvrigt tages i betragtning, at den gruppe, som kommunerne efter ansvarsflytningen vil have ansvaret for misbrugsbehandlingen af, vil være mere homogen end den gruppe, som kommunerne i dag har behandlingsansvaret for.

4.3. Varighed

Mhp. at begrænse antallet af "svingdørpatienter" skal dobbeltdiagnosebehandlingen i det regionale tilbud for den enkelte som udgangspunkt fortsætte 12 måneder efter, at man i det regionale tilbud enten har vurderet, at den psykiske lidelse er færdigbehandlet i den forstand, at lidelsen er velbehandlet og forløbet tilstrækkeligt stabilt, således at den ikke længere kræver behandling i behandlingspsykiatrien, eller har vurderet, at misbruget er færdigbehandlet i den forstand, at det ikke længere er behandlingskrævende. Ved at fortsætte behandlingen i det regionale tilbud 12 måneder efter, at det oprindelige grundlag for visitationen til tilbuddet er bortfaldet, undgås det, at patienter, som oplever hyppige forværringer af den psykiske lidelse eller hyppige tilbagefald eller forværringer mht. deres misbrug, til stadighed skal skifte mellem at modtage dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud og misbrugsbehandling i kommunen.

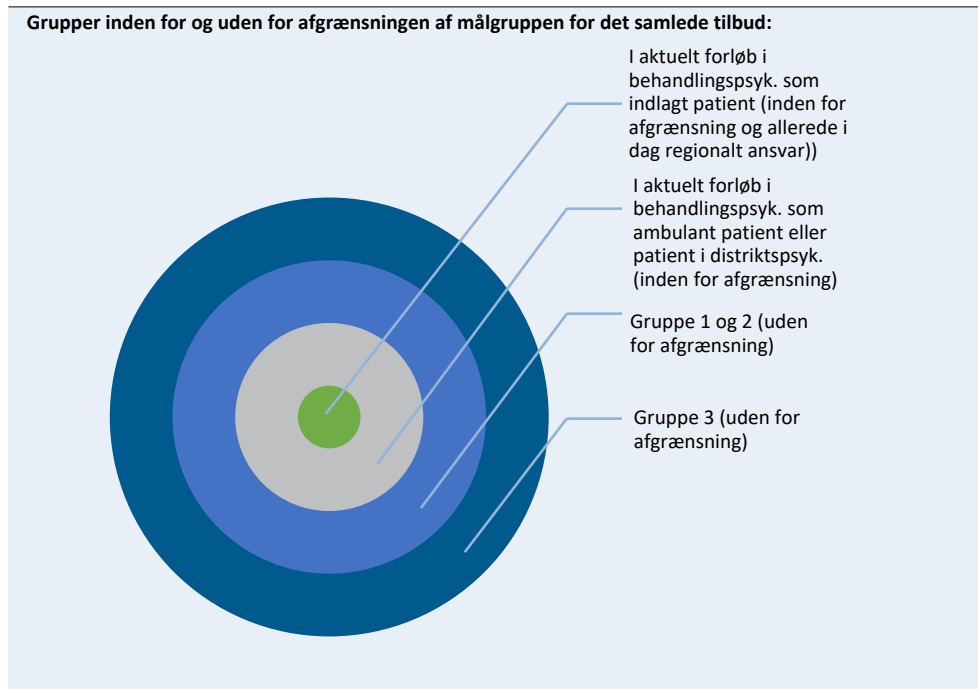
I de tilfælde, hvor der er gået 12 måneder, fra den psykiske lidelse blev vurderet at være færdigbehandlet, og et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien derfor under normale omstændigheder kan afsluttes, skal misbrugsbehandlingen i det regionale tilbud dog fortsætte, indtil behandlingens videreførelse i kommunalt regi påbegyndes. Det er i den forbindelse vigtigt, at misbrugsbehandlings videreførelse i kommunalt regi tilrettelægges i samarbejde mellem det regionale tilbud, den relevante kommune og patienten, således at misbrugsbehandlingen bliver sammenhængende, og således at man i forbindelse med behandlingens videreførelse kan være opmærksom på særlige forhold, som skyldes den psykiske lidelse, der gav anledning til dobbeltdiagnosebehandling i regionalt regi.

4.4. Grupper uden for afgrænsningen af målgruppen for det samlede tilbud

Følgende grupper, som formentlig også kunne have gavn af at modtage dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud, vil som udgangspunkt falde uden for afgrænsningen:

1. De, som er i et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien, og som har et (endnu) ikke diagnosticeret behandlingskrævende alkohol- eller stofmisbrug.
2. De, som er i kommunal misbrugsbehandling, og som har en (endnu) ikke diagnosticeret psykisk lidelse, der er så alvorlig, at den ville give anledning til et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien, hvis den blev konstateret.
3. De, som har et (endnu) ikke diagnosticeret behandlingskrævende alkohol- eller stofmisbrug og en (endnu) ikke diagnosticeret psykisk lidelse, der er så alvorlig, at den ville give anledning til et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien, hvis den blev diagnosticeret, men som hverken er i kommunal misbrugsbehandling eller i et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien.

⁴ Skønnet, som bygger på 2018-tal fra Sundhedsdatastyrelsen.



4.4.1. Gruppe 1 og 2

Mht. gruppe 1 vil et evt. behandlingskrævende alkohol- eller stofmisbrug kunne afdækkes under den udredning, der finder sted i forbindelse med behandling i behandlingspsykiatrien, under behandlingen af psykisk lidelse i primærsektoren eller i forbindelse med indsatser i den kommunale socialpsykiatri.

Mht. gruppe 2 vil en psykisk lidelse kunne afdækkes ved den lægelige udredning, som finder sted i forbindelse med indskrivning i lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142, stk. 3, ved en lægesamtale efter sundhedslovens § 142, stk. 1, eller ved en anden lægelig kontakt i forbindelse med misbrugsbehandling. Hvis man under de lægelige udredninger mv. i forbindelse med kommunal misbrugsbehandling finder grundlag herfor, bør man fra kommunal side¹ henvise til regionen mhp. visitation, og hvis man derefter i regionen finder grundlag for at iværksætte et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien, så vil også misbrugsbehandlingen skulle finde sted i regionalt regi; nemlig som led i dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud. Mhp. at understøtte regionernes visitationspraksis vil Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i fællesskab udarbejde et sæt faglige retningslinjer for visitationen til det regionale tilbud.

4.4.2. Gruppe 3

Vanskeligere forholder det sig mht. gruppe 3, som hverken er i et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien eller i kommunal misbrugsbehandling, men som evt. vil kunne have gavn af at modtage dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud.

Når det er vanskeligere at løse det problem, at gruppe 3 som udgangspunkt falder uden for afgrænsningen af målgruppen for det regionale tilbud, skyldes det, at dobbeltdiagnosen ikke som for gruppe 1 og 2 vil kunne afdækkes i forbindelse med udredninger mv. som led i enten behandling i behandlingspsykiatrien eller i kommunal misbrugsbehandling.

4.4.3. Samarbejde, afdækning og opsporing

I forbindelse med det videre arbejde med 10-årsplanen for psykiatrien vil man se på et forbedret samarbejde mellem sektorerne på psykiatriområdet generelt, og man kan i den forbindelse se nærmere på rammerne for og redskaberne til samarbejde og koordination, jf. afsnit 4.6. Mhp. at de, der i dag befinder sig i gruppe 1, 2 og 3, kan få gavn af det regionale tilbud, kan det overvejes, at man i forbindelse med 10-årsplanen ser nærmere på, dels hvordan afdækningen af dobbeltdiagnoser i forbindelse med udredninger mv. som led i behandling i behandlingspsykiatrien og primærsektoren såvel som i kommunal misbrugsbehandling, kan gøres mere ensartet, fokuseret og systematisk, dels hvordan man kan opspore de mennesker med dobbeltdiagnose, som i dag hverken modtager behandling i behandlingspsykiatrien eller kommunal misbrugsbehandling, via eksempelvis socialpsykiatrien, herberger og andre sociale tilbud eller det socialt udsatte børne- og ungeområde.

4.5. Sikring af det samlede tilbuds tilgængelighed for bl.a. brugere af væresteder og andre sociale tilbud i nærmiljøet

Geografisk afstand til det regionale dobbeltdiagnosebehandlingstilbud må ikke være en barriere eller begrænse tilgængeligheden for målgruppen, herunder for den del af målgruppen, som i dag har gavn af en hverdag i et nærmiljø med bl.a. væresteder og andre sociale tilbud. Den enkeltes fastholdelse af en evt. kontakt til sådanne tilbud vil også være nyttig, når der ikke længere er grundlag for dobbeltdiagnosebehandling.

Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at forankringen af et samlet, dvs. integreret, tilbud i regionalt regi ikke er ensbetydende med, at tilbuddet kun skal være knyttet til en eller flere af den enkelte regions psykiatriske afdelinger. Det vil være en forudsætning for regionernes overtagelse af ansvaret for dobbeltdiagnosebehandling, at tilbuddet ikke vil være uløseligt forbundet med patientens indlæggelse på psykiatrisk afdeling, men også vil være knyttet til andre dele af behandlingspsykiatrien, herunder regionernes lokalt forankrede indsatser, hvor ambulante behandling finder sted. Særligt de sidstnævnte dele af behandlingspsykiatrien, som kan omfatte bl.a. opsøgende behandling og behandling i patientens eget hjem, må forventes at blive et centralt element i det samlede tilbud. Det skyldes, at disse dele af behandlingspsykiatriens lokale forankring vil være velegnet til at understøtte dels samarbejdet og koordinationen med kommunen om anden hjælp som fx socialfaglig støtte, beskæftigelsesrettet indsats og rehabiliterende tilbud, som patienten ofte vil have behov for i tillæg til dobbeltdiagnosebehandling, jf. afsnit 4.6., dels patientens muligheder for at fastholde tilknytningen til nærmiljøet samt for at bevare sociale kompetencer og evnen til at få dagligdagen til at fungere.

Med et samlet tilbud menes således ikke, at der i hver region skal være ét geografisk samlet tilbud, men at der i regionen flere steder tilbydes en samlet, dvs. integreret, behandling af både den psykiske lidelse og misbruget, idet det enkelte sted forudsættes at have en volumen, som sikrer en tilstrækkelig tværfaglig og specialiseret indsats.

Patienter, som modtager dobbeltdiagnosebehandling i regionalt regi, vil således som udgangspunkt fortsat kunne bruge væresteder og andre sociale tilbud i nærmiljøet, med mindre patientens samlede situation er så alvorlig, at dobbeltdiagnosebehandling skal finde sted under sygehusindlæggelse, eller at dobbeltdiagnosebehandling finder sted på et døgnbehandlingssted, herunder et privat behandlingssted, som regionen har indgået aftale med, jf. afsnit 4.8.

4.6. Tilrettelæggelse af dobbeltdiagnoseindsatsen frem mod etableringen af det samlede tilbud samt samarbejde og koordination derefter

Det forekommer oplagt, at de nye sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklynger, som forventes etableret pr. 1. juli 2022, bl.a. får til opgave at tilrettelægge indsats-

sen på dobbeltdiagnoseområdet frem mod den 1. januar 2024, således at indsatsen bliver sammenhængende og koordineret på tværs af regioner og kommuner, og således at det sikres, at den tilbageværende kommunale misbrugsbehandling bliver bæredygtig. Det vil således være nærliggende, at sundhedssamarbejdsudvalgene, når de for regionen skal udarbejde en sundhedsaftale samt fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger, skal have fokus på bl.a. dobbeltdiagnoseindsatsen, herunder på, hvordan det regionalt forankrede dobbeltdiagnosetilbuds geografiske tilgængelighed sikres, jf. afsnit 4.5., og hvordan kommunerne sikres fornøden kompetencemæssig bistand fra regionerne til at varetage behandlingen af de personer med dobbeltdiagnose, som kommunerne fortsat vil have ansvaret for. Det vil desuden være nærliggende, at også den enkelte sundhedsklynge skal have fokus på bl.a. dobbeltdiagnoseindsatsen, når den skal løse udfordringer og styrke sammenhængen for personer med forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Fx vil man kunne igangsætte samarbejdsprojekter om og aftale lokale modeller for bedre forløb for personer med dobbeltdiagnose med fokus på kvalitet, nærhed og sammenhæng, herunder fx projekter og aftaler om koordination mellem det regionalt forankrede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud og de relevante kommunale tilbud, således at den helt centrale kobling til den sociale indsats sikres.

Da mennesker tilhørende målgruppen for det regionale tilbud ofte vil have behov for anden hjælp ud over dobbeltdiagnosebehandlingen, fx socialfaglig støtte, beskæftigelsesrettet indsats og rehabiliterende tilbud i kommunalt regi, jf. afsnit 4.5., forudsætter en sammenhængende og helhedsorienteret indsats – også efter etableringen af det regionalt forankrede samlede dobbeltdiagnosetilbud – samarbejde og koordination med patienten som helt central aktør, således at den helt centrale kobling til den sociale indsats sikres.

Samarbejde og koordination mellem region og kommune er ikke alene vigtig under en patients dobbeltdiagnosebehandling. En tæt dialog under inddragelse af patienten er også vigtig i forbindelse med overgangen fra misbrugsbehandling i kommunalt regi til dobbeltdiagnosebehandling i regionalt regi og i forbindelse med overgangen fra dobbeltdiagnosebehandling i regionalt regi til misbrugsbehandling i kommunalt regi.

Regionerne og kommunerne skal ikke alene samarbejde og koordinere med hinanden, men også med praksissektoren og civilsamfundet, herunder bl.a. væresteder og andre sociale tilbud, som målgruppen bruger. Det forekommer oplagt, at de nye sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklynger også skal spille en væsentlig rolle mht. at skabe gode rammer for en større sammenhæng og et bedre samarbejde mellem regioner, kommuner og praktiserende læger m.fl., jf. nedenfor om sundhedsaftalerne.

Som led i samarbejdet og koordinationen om dem, der ikke længere modtager dobbeltdiagnosebehandling, skal det regionale dobbeltdiagnosebehandlingstilbud efter behov understøtte kommunerne, praksissektoren og civilsamfundet med faglig rådgivning mhp. forebyggelse af forværring af tilstanden og tilbagefald, hvortil kommer, at regionerne gennem deres deltagelse i sundhedssamarbejdsudvalgene og sundhedsklyngerne skal bidrage til sikring af, at den kommunale misbrugsbehandling forbliver bæredygtig.

Det vil være nærliggende, at rammerne for samarbejdet og koordinationen fastlægges i regionernes og kommunernes sundhedsaftaler, og at koordinerende indsatsplaner anvendes som arbejdsredskab i de konkrete forløb. Det kan overvejes, at man i forbindelse med det videre arbejde med 10-årsplanen ser nærmere på, hvordan et evt. behov for yderligere rammer og redskaber kan imødekommes.

4.7. Patientrettigheder

Selv om det samlede, dvs. integrerede, dobbeltdiagnosebehandlingstilbud forudsættes ikke kun at være knyttet til en eller flere af den enkelte regions psykiatriske afdelinger, men også til andre dele af behandlingspsykiatrien, herunder regionernes lokalt forankrede indsatser, hvor ambulante behandling finder sted, jf. afsnit 4.5., vil dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud være at betragte som en sygehusydelse i sundhedslovens forstand. Det betyder bl.a., at patienter, som henvises til det regionale tilbud, vil være omfattet af sundhedslovens regler om frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg samt om hurtig udredning såvel som de i medfør af loven fastsatte regler herom.

På grund af de særlige behov – ud over behovet for tværfaglig og specialiseret dobbeltdiagnosebehandling – som patienterne vil have mht. fx socialfaglig støtte, beskæftigelsesrettet indsats og rehabiliterende tilbud, som under dobbeltdiagnosebehandlingen forudsætter samarbejde og koordination mellem det regionale tilbud og patientens kommune, vil der i forbindelse med forberedelsen af den foreslåede model skulle ses nærmere på, hvorvidt der vil være grundlag for i medfør af sundhedsloven at fastsætte regler om at undtage dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud fra reglerne om frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg, således som der i dag er fastsat regler om at undtage visse andre udrednings- og behandlingsformer fra disse regler.

Den ret, som patienter, der er henvist til et sygehus, har efter sundhedsloven til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt, vil også skulle gælde i forbindelse med henvisning til dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud, idet der dog for den del af dobbeltdiagnosebehandlingen, som udgøres af misbrugsbehandling, vil gælde en iværksættelsesfrist på 14 dage, jf. nedenfor. Som følge af en evt. beslutning om at undtage dobbeltdiagnosebehandlingen i det regionale tilbud fra reglerne om frit valg, jf. ovenfor, kan der blive behov for at tilpasse reglerne om hurtig udredning til netop dette tilbud. Det evt. behov for tilpasning vil der skulle ses nærmere på i forbindelse med forberedelsen af den foreslåede model.

Efter både sundhedsloven og serviceloven er der knyttet en række rettigheder til misbrugsbehandling. Således har personer, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling, ret til en lægesamtale senest inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen. Denne rettighed fremgår af sundhedsloven, men gælder i forbindelse med stofmisbrugsbehandling efter både serviceloven og sundhedsloven. En tilsvarende rettighed til en lægesamtale inden iværksættelse af behandlingen er ikke knyttet til behandling for alkoholmisbrug efter sundhedsloven. Endvidere har personer, som ønsker at komme i misbrugsbehandling, ret til, at behandlingen iværksættes senest 14 dage efter, at personen har henvendt sig til kommunen. Denne rettighed gælder i forbindelse med stofmisbrugsbehandling efter både serviceloven og sundhedsloven såvel som i forbindelse med behandling for alkoholmisbrug efter sundhedsloven.

Rettigheder, som svarer til de ovenfor beskrevne, vil også skulle gælde i forbindelse med den misbrugsbehandling, der skal finde sted som led i dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud. Retten til at få iværksat behandlingen inden for 14 dage vil omfatte den del af dobbeltdiagnosebehandlingen, som udgøres af misbrugsbehandling, mens retten til at blive udredt inden for 30 dage vil gælde for dobbeltdiagnosebehandlingen i øvrigt.

Personer, som er visiteret til misbrugsbehandling, har ret til frit at vælge at blive behandlet i et andet offentligt eller privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, hvortil de er visiteret. Denne rettighed gælder i forbindelse med stofmisbrugsbehandling efter både serviceloven og sundhedsloven såvel som i forbindelse med behandling for alkoholmisbrug efter sundhedsloven. Mht. ambulante behandling for alkoholmisbrug

gælder desuden en ret til frit valg af behandlingssted uden forudgående visitation fra af kommunen.

Som mht. reglerne om frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg, jf. ovenfor, vil der på grund af de særlige behov – ud over behovet for tværfaglig og specialiseret dobbeltdiagnosebehandling – som patienterne vil have mht. fx socialfaglig støtte, beskæftigelsesrettet indsats og rehabiliterende tilbud, som under dobbeltdiagnosebehandlingen forudsætter samarbejde og koordination mellem det regionale tilbud og patientens kommune, i forbindelse med forberedelsen af den foreslåede model skulle ses nærmere på, hvorvidt der vil være grundlag for at undtage misbrugsbehandling som led i dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud fra reglerne om frit valg. Det skal i den sammenhæng bl.a. analyseres, hvilke evt. konsekvenser det vil have, hvis retten til frit valg uden forudgående visitation i forbindelse med ambulant behandling for alkoholmisbrug ikke skal gælde, når der er tale om behandling som led i dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud.

Personer, der har et behandlingskrævende stofmisbrug, men som ikke har andre sociale problemer, har ret til anonym ambulant stofmisbrugsbehandling efter serviceloven, og en tilsvarende rettighed gælder i forbindelse med behandling for alkoholmisbrug efter sundhedsloven, hvorimod dette ikke er tilfældet i forbindelse med stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven. Når der ikke gælder en rettighed til anonym stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven, skyldes det, at denne behandlingsform omfatter ordination af receptpligtig medicin, hvilket udelukker anonymitet.

Bl.a. det forhold, at dobbeltdiagnosebehandling i det regionale tilbud formentlig ofte vil omfatte ordination af receptpligtig medicin, taler for, at der ikke skal gælde en ret til anonym dobbeltdiagnosebehandling i dette tilbud, hvilket vil være i overensstemmelse med, hvad der i øvrigt gælder for andre sygehusydelse. Hertil kommer, at målgruppen for anonym stofmisbrugsbehandling ikke har andre sociale problemer og derfor må antages at kunne profitere af behandling i kommunalt regi ved siden af psykiatrisk behandling. Dette vil der dog skulle ses nærmere på i forbindelse med forberedelsen af den foreslåede model.

4.8. Private behandlingstilbud

Der findes flere private behandlingssteder, herunder selvejende institutioner, som tilbyder dobbeltdiagnosebehandling, og som kommunerne visiterer til. Langt de fleste – om ikke alle – personer, som i dag modtager dobbeltdiagnosebehandling på disse behandlingssteder, må antages at have en psykisk lidelse, der *ikke* er så alvorlig, at den har givet anledning til et aktuelt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien, da det at være indlagt eller ambulant patient umiddelbart forekommer vanskeligt foreneligt med at modtage dobbeltdiagnosebehandling andetsteds. Langt de fleste – om ikke alle – personer, som modtager dobbeltdiagnosebehandling på de private behandlingssteder, må derfor antages at ville falde uden for målgruppen for det regionale dobbeltdiagnosetilbud.

Personer som dem, der i dag modtager dobbeltdiagnosebehandling på de private behandlingssteder, vil det altså også efter etableringen af det regionale tilbud være et kommunalt ansvar at tilbyde misbrugsbehandling, og kommunerne vil fortsat kunne visitere dem til de private behandlingssteder, som tilbyder dobbeltdiagnosebehandling. Eksistensgrundlaget for disse behandlingssteder skulle således ikke blive berørt af, at der etableres et samlet dobbeltdiagnosebehandlingstilbud i regionalt regi.

I det omfang et privat behandlingssted dels har de kompetencer, der er nødvendige for at tilbyde en tværfaglig og specialiseret dobbeltdiagnosebehandling af personer, som har en psykisk lidelse, der er så alvorlig, at den har givet anledning til et aktuelt be-

handlingsforløb i behandlingspsykiatrien, dels er stand til at indgå i samarbejde og koordinering med region og kommune om den enkelte patient, vil regionerne i overensstemmelse med sundhedslovens regler herom kunne indgå overenskomst med eller på anden måde benytte det private behandlingssted i løsningen af det samlede, dvs. integrerede, tilbuds opgaver, jf. beskrivelsen i afsnit 4.1. af tilbuddets indhold.

4.9. Tidsplan for etablering af det samlede tilbud og for evaluering af tilbuddet

Forberedelsen af den foreslåede model for et samlet, dvs. integreret, tilbud og den for etableringen af tilbuddet forudsatte flytning af ansvar for en del af alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen fra kommunerne til regionerne vil være forbundet med et omfattende planlægningsarbejde på statsligt, regionalt og kommunalt plan.

På statsligt plan vil der i første omgang bl.a. skulle forberedes, fremsættes og vedtages forslag til lov om ændring af psykiatriloven, hvormed det retlige grundlag for omlægning af de særlige pladser i psykiatrien til pladser i den almindelige regionale behandlingspsykiatri skal tilvejebringes, således at omlægningen kan gennemføres pr. 1. juli 2022. Hertil kommer, at Sundhedsstyrelsen vil skulle udarbejde en vejledning dels om behandlingen af de patienter, som falder inden for målgruppen for de særlige pladser i psykiatrien, dvs. patienter, der opfylder de visitationskriterier, herunder farlighedskriteriet, som i dag fremgår af psykiatriloven, dels om visitationen af disse patienter, således at de også efter omlægningen af de særlige pladser pr. 1. juli 2022 er sikret et længerevarende regionalt tilbud, som tager sigte på at stabilisere helbredet og forbedre evnen til at mestre hverdagen.

Dernæst vil der skulle forberedes, fremsættes og vedtages forslag til lov om ændring af sundhedsloven og serviceloven, hvormed det retlige grundlag for ansvarsflytningen skal tilvejebringes, således at etableringen af det regionalt forankrede samlede dobbeltdiagnosetilbud kan være etableret pr. 1. januar 2024. Hertil kommer, at de centrale myndigheder sammen skal udarbejde visitationsretningslinjer, revidere relevante vejledninger mv. og evt. udarbejde nyt vejledningsmateriale eller lignende mhp. at understøtte regionernes varetagelse af dobbeltdiagnosebehandlingen og de relevante aktørers samarbejde og koordinering. Som led i det omhandlede arbejde skal der bl.a. ses på sammenhængen mellem det samlede dobbeltdiagnosetilbud og heroinordinationsordningen.

På regionalt og kommunalt plan vil man i regi af sundhedssamarbejdsudvalgene og sundhedsklyngerne skulle tilrettelægge indsatsen på dobbeltdiagnoseområdet, således at den bliver sammenhængende og koordineret, og således at den tilbageværende kommunale misbrugsbehandling bliver bæredygtig. I den forbindelse vil regionerne bl.a. skulle tage stilling til, hvorvidt der vil være grundlag for at indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private behandlingssteder i løsningen af det samlede dobbeltdiagnosetilbuds opgaver, og kommunerne vil bl.a. skulle tage stilling til, hvorvidt der vil være behov for at ændre evt. aftaler med andre kommuner, regioner og private leverandører om tilvejebringelse af tilbud om misbrugsbehandling.

Det omfattende planlægningsarbejde og behovet for en relativt lang implementeringsperiode, som sikrer sundhedssamarbejdsudvalgene og sundhedsklyngerne god tid til at tilrettelægge indsatsen, er baggrunden for, at det samlede tilbud først kan forventes etableret og klar til at modtage patienter 1/1 2024,

Når det samlede tilbud har fungeret i to år, vil det være relevant at se nærmere på erfaringerne mhp. at vurdere behovet for at foretage evt. justeringer og efterreguleringer. I 2026 vil der derfor blive igangsat en evaluering, hvor der navnlig vil blive set på målgruppeafgrænsningen, herunder mhp. at adressere, om der er personer uden for afgrænsningen, som kunne have gavn af at modtage dobbeltdiagnosebehandling i det regio-

nale tilbud, dvs. gruppe 1, 2 og 3, jf. afsnit 4.4. I forbindelse med evalueringen vil der også blive set på, hvorvidt det er lykkedes at integrere det, der i dag tilbydes på de særlige pladser i psykiatrien, i det samlede tilbud, jf. afsnit 4.1., og hvorvidt fortsættelse af dobbeltdiagnosebehandlingen i det regionale tilbud 12 måneder efter færdigbehandling af den psykiske lidelse eller misbruget er passende mhp. at begrænse antallet af ”svingdørspatienter”, jf. afsnit 4.3.