

Høringsrapport

Databasen for Integreret
Dobbeltdiagnosebehandling (IDD)

Høringsperiode 4.12.2025-5.1.2026

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version 5
Versionsdato: 26012026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Indledning	6
Overordnede kommentarer	7
Sammenfatning	7
Indkomne høringssvar	7
6_Dansk Psykologforening	7
8_Danske Patienter	8
18_KL	8
21_Psykiatrifonden	8
23a_Region Hovedstaden	8
23e_Region Nordjylland	8
26_Sundhedsstyrelsen	8
Kommentarer til datagrundlag	9
Opgørelsesperiode	9
Sammenfatning	9
Indkomne høringssvar	9
23e_Region Nordjylland	9
Organisatorisk afgrænsning	9
Sammenfatning	9
Indkomne høringssvar	9
23b_Region Sjælland	9
23e_Region Nordjylland	9
26_Sundhedsstyrelsen	10
Datakilder anvendt i databasen	10
Sammenfatning	10
Indkomne høringssvar	11
18_KL	11
21_Psykiatrifonden	11
23e_Region Nordjylland	11
27_Social- og Boligstyrelsen	11
Kommentarer til populationsafgrænsning	12
Sammenfatning	12
Indkomne høringssvar	12
21_Psykiatrifonden	12

23e_Region Nordjylland	12
26_Sundhedsstyrelsen	13
Kommentarer til det samlede indikatorsæt	14
Sammenfatning	14
Indkomne høringssvar.....	14
6_Dansk Psykologforening	14
8_ Danske Patienter	14
21_Psykiatrifonden	15
23a_Region Hovedstaden	15
23e_Region Nordjylland	15
Kommentarer til de enkelte indikatorer	16
Indikator: Ventetid til behandling.....	16
Sammenfatning	16
Indkomne høringssvar.....	16
23e_Region Nordjylland	16
26_Sundhedsstyrelsen	16
Indikator: Registrering af rusmiddeldiagnose	17
Sammenfatning	17
Indkomne høringssvar.....	18
23c_Region Syddanmark	18
23e_Region Nordjylland	18
26_Sundhedsstyrelsen	18
Indikator: Præparatvalg ved start af substitutionsbehandling	19
Sammenfatning	19
Indkomne høringssvar.....	20
21_Psykiatrifonden	20
23b_Region Sjælland	20
23e_Region Nordjylland	20
26_Sundhedsstyrelsen	20
Forslag til videreudvikling af indikatorsættet	22
Sammenfatning	22
Indkomne høringssvar.....	23
6_Dansk Psykologforening	23
21_Psykiatrifonden	23
23a_Region Hovedstaden	24

Kommentarer til dækningsgrad.....	25
Sammenfatning	25
Kommentarer til Øvrige opgørelser over patienter og forløb i IDD.....	26
Sammenfatning	26
Indkomne høringsvar.....	26
18_KL	26
23b_Region Sjælland	26
23e_Region Nordjylland	26
27_Social- og Boligstyrelsen	26
Øvrige	27
Sammenfatning	27
Indkomne høringsvar.....	27
23a_Region Hovedstaden	27
23b_Region Sjælland	27
23e_Region Nordjylland	27
Bilag	28
Bilag 1: Høringsparter	28
Bilag 2: Indkomne høringsvar	30

Indledning

Databasen for Integreret Dobbeldiagnosebehandling, IDD, er under etablering og denne høringsrapport er databasens første.

Databasespecifikationen version 1.2 har været i høring hos 32 høringsparter – høringsparter fremgår af Bilag 1. Høringsperioden har været fra 4.12.2025 til og med 5.1.2026.

De indkomne høringssvar i fuld længde fremgår af Bilag 2. I alt 11 parter responderede på materialet, hvor 10 afgav konkrete høringssvar.

Høringssvarene er behandlet af styregruppen på møde den 22. januar 2026. På baggrund af styregruppens gennemgang og drøftelse er der udarbejdet en samlet oversigt over høringssvarene med tilhørende kommentering og angivelse af de justeringer som høringssvarene har givet anledning til.

Høringssvarene blev fordelt på emner, jf. høringsrapportens indholdsfortegnelse. Hvert afsnit indledes med en syntese af høringssvarene (almindelig tekst) og styregruppens refleksioner og konklusioner (kursiv). Afsnittene afsluttes med de relevante udsnit af høringssvarene.

Høringssvarene er emneinddelt:

- Overordnede kommentarer
- Kommentarer til datagrundlag
- Kommentarer til populationsafgrænsning
- Kommentarer til det samlede indikatorsæt
- Kommentarer til de enkelte indikatorer
- Forslag til videreudvikling af indikatorsættet
- Kommentarer til dækningsgrad
- Kommentarer til øvrige opgørelser over patienter og forløb i IDD
- Øvrige

Høringsmaterialet omfattede høringsbrev, liste over høringsparter samt Databasespecifikation v 1.2.

Overordnede kommentarer

Sammenfatning

Høringsparterne giver samstemmende udtryk for, at det er positivt, at der med etableringen af Databasen for Integreret Dobbelt diagnosebehandling (IDD) skabes et nationalt grundlag for systematisk monitorering og kvalitetsudvikling af denne ny og komplekse behandlingsindsats. Det forventes, at databasen på sigt kan bidrage til at løfte kvaliteten af behandlingstilbuddet for mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik. Flere fremhæver endvidere, at det er positivt, at man allerede nu planlægger, at indikatorsættet på sigt omfavner det fulde patientforløb.

Det er med glæde, at styregruppen modtager de mange forventningsfulde kommentarer til databasens mulighed for at bidrage til forbedring samt Sundhedsstyrelsens kvittering for den grundige arbejde. Vi vil i aktuelle revision og i det fortsatte arbejde i databasen inddrage alle konstruktive kommentarer – positive såvel som negative.

Som pointeret af KL er databasen udelukkende baseret på eksisterende datakilder, hvilket giver anledning til nysgerrighed omkring databasens formål og virke, dvs. om den bidrager med nye og andre relevante data end dem, som allerede er kendte og kan hentes via Sundhedsdatastyrelsen.

Formålet med databasen er "at monitorere og evaluere kvaliteten af behandlingstilbuddet, Integreret dobbelt diagnosebehandling, samt udvikle og ensarte kvaliteten af tilbuddet på nationalt niveau." Arbejdet omfatter bl.a. udarbejdelse af kvalitetsindikatorer. Opgørelser af kvalitetsindikatorer såvel som supplerende data har særligt fokus på variation på tværs af landet og behandlingsenheder som inspiration til læring og udvikling. IDD databasen har ud over kvalitetsindikatorer som mål at frembringe en deskriptive opgørelser, som skal bidrage til forståelsen af om etablering af IDD og den kliniske hverdag ender med at være i overensstemmelse med de af Sundhedsstyrelsen beskrevne rammer og beskrevne mål. Disse supplerende opgørelser er udvalgt i tæt dialog mellem styregruppens klinikere og SundK teamet. En vigtig del af kvalitetsarbejdet er dialogerne i den tværfagligt, tværsektorielt og tværregionalt sammensatte styregruppe. De databasebaserede opgørelser forventes af danne et solidt grundlag for vigtige dialoger og bidrage til synergi i arbejdet med bl.a. kliniske retningslinjer (DMPG).

Danske patienter anfægter brugen af begrebet "patientforløbsperspektiv".

Styregruppen anerkender, at begrebet "patientforløbsperspektiv" for nogen kan virke misvisende, når databasens aktuelle indikatorsæt ikke omfatter patientrapporterede data. Titlen på selve illustrationen er ændret til "Figur 1: Tidsforløb – indikatorer" er derfor ændret.

Indkomne høringssvar

6_Dansk Psykologforening

Det er positivt, at der med etableringen af Databasen for Integreret Dobbelt diagnosebehandling (IDD) skabes et nationalt grundlag for systematisk monitorering og kvalitetsudvikling af en ny og kompleks behandlingsindsats. De valgte indikatorer fremstår metodisk robuste og administrativt gennemførlige, hvilket er væsentligt i en opstartsfase for en landsdækkende indsats IDD Databasespecifikation v1.2. Samtidig er det væsentligt at være opmærksom på, at de indikatorer, der vælges, også er med til at definere, hvad kvalitet i praksis forstås som og styres efter.

8_ Danske Patienter

Vi anerkender intentionen om at etablere et nationalt datagrundlag, som kan bidrage til at løfte kvaliteten af behandlingstilbuddet for mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik. Vi har dog tre centrale bemærkninger, som efter vores vurdering er nødvendige for at sikre, at databasen reelt understøtter målsætningen om at monitorere og forbedre kvaliteten i IDD-indsatsen [behov for resultatindikatorer, registrering af psykiatriske diagnoser bør indgå og terminologien "patientforløbsperspektiv"].

Terminologien "patientforløbsperspektiv" er misvisende

I dokumentet anvendes betegnelsen "*patientforløbsperspektiv*", bl.a. i præsentationen af indikatoroversigten (side 9). Efter Danske Patienters vurdering er termen ikke dækkende for et egentligt patientperspektiv.

Selvom registreringerne følger forløbets struktur set fra systemets og behandlingens side, indfanger indikatorsættet ikke patienternes egne oplevelser, behov, mål eller udbytte af behandlingen. Begrebet *patientforløbsperspektiv* kan derfor være misvisende og give indtryk af, at patientperspektivet er integreret i indikatorerne – hvilket det ikke er.

Vi anbefaler at anvende en mere præcis term, medmindre der indarbejdes egentlige patientrapporterede data.

18_KL

KL har bemærket, at det er de samme datakilder kvalitetsdatabasen henter data fra som Sundhedsdatastyrelsen benytter. Dette medfører at der tilsyneladende ikke fremkommer nye og andre relevante data end dem som allerede er kendte og kan hentes via SDS inkl.. data fra SIB og NAB. KL er derfor nysgerrig på, hvad formålet med databasen er.

21_Psykiatrifonden

Psykiatrifonden anerkender behovet for bedre viden om kvaliteten af integreret dobbeltdiagnosebehandling. Målgruppen er blandt de mest belastede mennesker i psykiatrien, og der er i dag store udfordringer med ustabile forløb, udeblivelser og manglende sammenhæng i behandlingen. En national kvalitetsdatabase kan være et vigtigt skridt mod mere ensartet kvalitet, hvis den defineres rigtigt.

Psykiatrifonden anbefaler, at den nye kliniske kvalitetsdatabase indtænkes i sammenhæng med de allerede eksisterende kvalitetsdatabaser, og at det bliver nøje overvejet, hvordan man kan sikre monitorering af kvaliteten af behandling for hele gruppen af patienter med dobbeltdiagnoser.

23a_Region Hovedstaden

Helt overordnet er de anførte indikatorer og plan for øvrige indikatorer fagligt velbegrundet.

23e_Region Nordjylland

Høringsmaterialet rummer gode elementer, som vi på Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien i Region Nordjylland ser positivt på. Det gælder bl.a. definition af population og at der som illustreret i figur 1 planlægges med yderligere tilføjelse som omfavner det fulde patientforløb.

26_Sundhedsstyrelsen

Vi vil indledningsvist gerne kvittere for det grundige arbejde.

Kommentarer til datagrundlag

Opgørelsesperiode

Sammenfatning

Der rejses opmærksomhed på muligheden for efterregistrering, dvs. registrering efter en opgørelsesperiodes afslutning.

Når databasens opgørelsesperiode slutter 31.8. sker efterregistrering i september, dvs. efter afslutning af sommerferieperioder.

Indkomne høringssvar

23e_Region Nordjylland

Det kan have en betydning, at de årlige opgørelsesperioder er fra september til august (det følgende år. Det kommer det til at betyde, at fristen for efterregistrering ligger hen over sommerferien. Det vil være u hensigtsmæssigt for klinikkerne, at det ligger her. Hvis årsrapporten går fra september til august, så skal fristen for efterregistrering ligger fra august og fremefter.

Organisatorisk afgrænsning

Sammenfatning

Styregruppen takker for opmærksomheden omkring konkrete fejl i Databasespecifikationens Bilag 1: Oversigt over ansvarlige organisationer i Region Sjælland og Region Nordjylland. For god ordens skyld skal det understreges, at bilaget ikke må forveksles med en komplet liste over relevante SOR-koder. Styregruppen har truffet beslutning om ikke at lade oversigten indgå i databasespecifikationen.

Styregruppen anerkender forslaget fra Sundhedsstyrelsen om at tydeliggøre beskrivelsen af den organisatoriske afgrænsning: Databasen omfatter personer, som er i målgruppen for et integreret dobbeltdiagnosetilbud i den regionale psykiatri, men ikke patienter som behandles i psykiatrisk speciallægepraksis, eller i koordinerede behandlingsforløb medmindre de i forløbet overgår til et integreret behandlingstilbud i den regionale psykiatri. Dette er tilføjet i databasespecifikation.

Indkomne høringssvar

23b_Region Sjælland

Side 21 under Region Sjælland står Holbæk Sygehus – tænker det er Psykiatrien Vest – distriktpsikiatrien i Holbæk? (Det er jo kun gældende for Psykiatrien).

23e_Region Nordjylland

Side 21-22:

Det beskrives i SOR-oversigten, at de SOR-koder, som er registreret som forløbsansvarlig i LPR for Region Nordjylland er:

Psykiatrien Nordjylland, Aalborg

Psykiatrien Nordjylland Brønderslev

Der kan imidlertid ikke findes SOR-koder med denne overskrift i SOR-browseren: SOR Browser, og vi plejer ikke at inddele det sådan. Vi plejer at inddele det i LPR-forløbsansvaret på disse SOR-koder:

- PS Almenpsykiatrisk Afdeling, Nord: 278121000016009
- PS Almenpsykiatrisk Afdeling, Syd: 278291000016004

Patienter tilknyttet Retspsykiatrisk Afdeling i Region Nordjylland kan også være omfattet af tilbuddet og derfor skal denne afdeling også fremgå af ansvarlige organisationer.

26_Sundhedsstyrelsen

Integreret eller sammenhængende dobbeltdiagnosebehandling tilbydes også i et vist omfang udenfor de regionale psykiatriske afdelinger til personer med psykiske lidelser, som ikke er i psykiatriens målgruppe, fx via kommunale rusmiddelcentre eller private rusmiddelbehandlingstilbud, herunder fx Nationalt Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling (Ringgården).

Derfor anbefales det, at beskrivelsen af den organisatoriske afgrænsning tydeliggør, at databasen omfatter personer, som er i målgruppen for et integreret dobbeltdiagnosetilbud i den regionale psykiatri, fx med henvisning til Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje.

Samtidig kan det også tydeliggøres, at patienter som eventuelt behandles i psykiatrisk speciallægepraksis, ikke indgår, og at patienter i koordinerede behandlingsforløb heller ikke indgår i databasen, medmindre de i forløbet overgår til et integreret behandlingstilbud i den regionale psykiatri.

Datakilder anvendt i databasen

Sammenfatning

Flere høringsparter foreslår at inddrage andre datakilder, nu såvel som på længere sigt.

Styregruppen takker for de mange gode overvejelser. Nogle forslag omfatter en potentiel værdi i data fra registre, som i Databasespecifikationen allerede er nævnt som kommende datakilder, herunder Lægemiddelstatistikregistret, SIB og NAB.

KL foreslår at inddrage data, som specifikt er mere relevante fra et kommunalt aktivitets-, kvalitets- og kapacitetsstyringsperspektiv.

Styregruppen er meget enig men har i forbindelse med databasens opstart prioriteret aktiviteter i regionalt (sygehus)regi. Som det fremgår af databasespecifikationen forventer styregruppen at inddrage SIB og NAB som datakilder i forbindelse med udvikling af nye indikatorer, herunder blandingsbrug som nævnes af Region Nordjylland.

Det pointeres bl.a. af KL, at databasen aktuelt udelukkende benytter de samme datakilder som bl.a. Sundhedsstyrelsen anvender.

Sundhedsstyrelsen og SundK har forskellige mål og perspektiver. Styregruppen ser det derfor ikke som et problem, at databasen fra starten ikke inddrager flere datakilder. Styregruppen anerkender vigtigheden af en fortsat opmærksomhed på, at de forskellige opgørelser supplerer hinanden på en konstruktiv måde. Eksempelvis defineres beregningsregler under skyldig hensyntagen til dette.

Social- og Boligstyrelsen nævner specifikt en datapakke hos Danmarks Statistik, "Ventetider for Behandlingsgaranti af Stofmisbrugere (Aktive forløb)" som datakilde for at muliggøre opgørelser over patienter med en forventet dobbeltdiagnoseproblematik.

Opgørelser over patienter med en forventet dobbeltdiagnoseproblematik, som ikke henvises til eller behandles i regionalt regi under IDD, vil betyde en væsentlig udvidelse af databasens population og ligger udenfor databasens nuværende rammer.

Psykiatrifonden rejser et innovativt forslag om at man på sigt anvender AI-assisteret søgning i journalmateriale for på denne måde at muliggøre indførelse af nye relevante indikatorer.

Styregruppen er enig i at fremtidens AI-løsninger angiveligt vil åbne helt nye muligheder for automatiseret indhentning af data til bl.a. kvalitetsdatabasernes arbejde. SundK er opmærksom på AI-genererede muligheder og vil i tæt dialog med styregruppen og eksterne parter inddrage godkendte muligheder, når de opstår.

Indkomne høringsvar

18_KL

KL har bemærket, at det er de samme datakilder kvalitetsdatabasen henter data fra som Sundhedsdatastyrelsen benytter. Dette medfører at der tilsyneladende ikke fremkommer nye og andre relevante data end dem som allerede er kendte og kan hentes via SDS inkl. data fra SIB og NAB. KL er derfor nysgerrige på, hvad formålet med databasen er.

Det er KL's opfattelse, at der er behov for at der registreres andre typer af data for at understøtte og monitorere behandlingen. Data som er mere kommunerelevante og som kommunerne kan anvende til aktivitets-, kvalitets- og kapacitetsstyring i rusmiddelbehandlingen.

21_Psykiatrifonden

I det videre arbejde med indførelsen af eventuelle nye indikatorer bør der desuden noteres, at nogle data til måling af de foreslåede indikatorer vil kræve, at der anvendes et udvidet datasøgegrundlag. Her kan man med fordel overveje at anvende AI-assisteret søgning i journalmateriale, som en ny innovativ metode.

23e_Region Nordjylland

Vi undrer os over at man ikke ser ind i procedurer ift. SIB/NAB for at kunne måle på indsatsen ved blandingsforbrug.

Hvis det også er muligt, at patienter kan indløse recepter på substitutionsbehandling, så kan en datakilde med fordel være Lægemiddelstatistikregisteret (på samme måde som ved Den Nationale Skizofrenidata-base).

27_Social- og Boligstyrelsen

Det kan overvejes at afdække, hvor stor en andel med en forventet dobbeltdiagnoseproblematik, som henvises til, eller starter i et IDD-forløb – evt. i en særskilt indikator. Til dette formål kan registret "Ventetider for Behandlingsgaranti af Stofmisbrugere (Aktive forløb)" benyttes som supplement til Register over Stofmisbrugere i Behandling, fx i tilfælde, hvor en rusmiddelproblematik er registreret i kommunalt regi, uden det er synligt i registre på sundhedsområdet.

Kommentarer til populationsafgrænsning

Sammenfatning

Flere høringsparter understreger, at målgruppen for det regionale IDD tilbud er en inhomogen gruppe med forskellige psykiatriske diagnoser og kombinationer af rusmiddelbrug.

Psykiatrifonden påpeger, at flere af databasens patienter samtidig er omfattet af en anden kvalitetsdatabase, og at databasen i sig selv kun vil inkludere en mindre del af patienter med dobbeltdiagnoseproblematik.

Styregruppen er meget opmærksom på, at databasens population omfatter patienter som også er med i de diagnosespecifikke databaser og/eller andre databaser defineret ud fra et behandlingstilbud, fx retspsykiatrisk database og den kommende database for ECT og neurostimulation. Bl.a. gennem tæt dialog på tværs af databaserne arbejdes der kontinuerligt på, at databaserne og de tilhørende styregrupper og faglige miljøer supplerer hinanden i arbejdet og at indberetning, opgørelser og indsatser undgår unødvendigt overlap.

Styregruppen anerkender, at IDD databasens population kun udgør en brøkdel af danskere med en dobbeltdiagnoseproblematik, bl.a. patienter i parallelle tilbud og patienter, som kun er i behandling for den ene problematik. Aktuelt er disse grupper ikke favnet endsige i databasen søgelys.

Bl.a. Region Nordjylland er opmærksom på nogle tekniske forhold, som kan beskrives mere præcist. Præcision af en evt. aldersafgrænsning nævnes tillige af Sundhedsstyrelsen.

Styregruppen er enige i de fremlagte betragtninger, som nu er indarbejdet i databasespecifikationen, fx inklusionskriteriet dansk CPR-nummer. Da et nyt tilbud til børn og unge er på vej er det meget bevidst, at styregruppen ikke har ønsket en nedre aldersgrænse for databasen.

Indkomne hørings svar

21_Psykiatrifonden

Målgruppen for integreret dobbeltdiagnosebehandling er ikke én veldefineret population, men mennesker med vidt forskellige psykiske sygdomme og rusmiddelproblemer. Det kan gøre det vanskeligt at definere meningsfulde kvalitetsindikatorer, som både er retvisende og anvendelige i praksis.

Samtidig vurderer vi, at de fleste mennesker med psykisk sygdom vil være omfattet af en anden kvalitetsdatabase med fokus på deres psykiske sygdom.

Vi vurderer, at populationsbeskrivelsen for den nye kliniske kvalitetsdatabase kun vil inkludere en mindre del af patienter med dobbeltdiagnoser, da det må antages, at de fleste af disse patienter vil blive tilbudt parallel behandling.

Psykiatrifonden anbefaler, at den nye kliniske kvalitetsdatabase indtænkes i sammenhæng med de allerede eksisterende kvalitetsdatabaser, og at det bliver nøje overvejet, hvordan man kan sikre monitorering af kvaliteten af behandling for hele gruppen af patienter med dobbeltdiagnoser.

23e_Region Nordjylland

Patienten er en del af populationen, når forløbsmarkøren AJK01A (henvist til dobbeltdiagnosebehandling). Synes det skal præciseres, at denne markør kun er relevant i forhold til den første indikator, men at resten af indikatorerne vedrører forløbsmarkøren AKJ01B.

Side 7 jf. in- og eksklusionskriterier: I de andre kliniske kvalitetsdatabaser er det også et inklusionskriterie, at patienten har dansk CPR-nummer og skal være 18 år eller derover. Skal denne del ikke også med?

26_Sundhedsstyrelsen

Det kan med fordel præciseres, at databasen alene omfatter patientforløb indenfor rammerne af integreret dobbeltdiagnosebehandling i den regionale psykiatri. Derudover kan der med fordel henvises til Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje, da denne afgrænser populationen for integreret behandling.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at populationen ikke tydeligt er afgrænset på alder. Det kan derfor med fordel anføres som et opmærksomhedspunkt, at integreret dobbeltdiagnosebehandling aktuelt kun tilbydes patienter, som henvises til voksenpsykiatrien.

Det er uklart, om der er taget stilling til, hvorvidt børn og unge på sigt kan indgå i databasen, hvis der på et senere tidspunkt etableres et integreret dobbeltdiagnosetilbud i regi af børne- og ungdomspsykiatrien. Sundhedsstyrelsen gør i den forbindelse opmærksom på, at vi aktuelt er ved at udarbejde faglige rammer for et samlet behandlingstilbud til børn og unge med dobbeltdiagnoser. Der kan derfor på sigt opstå behov for at tage stilling til en eventuel inklusion af børn og unge i databasen. Implementeringen af et dobbeltdiagnosetilbud til børn og unge skal jf. aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien påbegyndes i løbet af 2026.

Kommentarer til det samlede indikatorsæt

Sammenfatning

Det fremhæves af flere, at indikatorsættet nuværende tre indikatorer udelukkende omfatter procesmål og bør suppleres af andre indikatormål, bl.a. resultatindikatorer og procesmål som vedrører andre dele og aspekter af behandlingskvalitet i IDD forløb. Danske Patienter bemærker, at registreringerne følger forløbets struktur set fra systemets og behandlingens side, men også, at indikatorsættet ikke indfanger patienternes egne oplevelser, behov, mål eller udbytte af behandlingen. Psykiatrifonden pointerer, at den nye kliniske kvalitetsdatabase kan styrkes ved en udvidelse af indikatorsættet.

Styregruppen takker for disse input og ser frem til at arbejde videre med en udvidelse af indikatorsættet. Det er målet at omfatte flere aspekter af behandlingskvalitet i de regionale IDD-forløb. For eksempel vil man gerne inkludere behandlingsresultater, der er vigtige set fra et patientperspektiv. Sidstnævnte er fortsat udfordret af mangel på patientrapporterede data.

Region Nordjylland beder styregruppen tage stilling til ambitiøse udviklingsmål for de fremlagte indikatorer.

Forslaget er helt på linje med styregruppens ambition om at bidrage til høj kvalitet i behandlingen. Styregruppen har dog fundet det vanskeligt at opstille realistiske udviklingsmål inden tilbuddet for alvor er kommet i gang og de første data foreligger. Styregruppen tager anbefalingen alvorligt og planlægger dialog om udviklingsmål i forbindelse med fremlæggelse af de første nationale data.

Danske Patienter berører databasens oplysninger om psykiatriske diagnoser ud over rusmiddeldiagnoser.

Styregruppen er meget enige i vigtigheden af patienternes psykiatriske grundmorbus. Data indhentes og der er planlagt en lang række supplerende opgørelser (beskrevet i databasespecifikationens afsnit "Supplerende opgørelser/Beskrivelse af patienter og forløb i IDD"), bl.a. fordeling på psykiatriske diagnoser og sammenhæng mellem rusmiddelproblematikker og diagnosegrupper.

Indkomne høringsvar

6_Dansk Psykologforening

De nuværende indikatorer har et tydeligt fokus på rettidig adgang til behandling, korrekt registrering samt overholdelse af faglige anbefalinger ved substitutionsbehandling. Dette giver et vigtigt billede af systemets tilgængelighed og formelle kvalitet, særligt i forhold til opstart og grundlæggende procesforløb.

Indikatorerne belyser imidlertid i mindre grad de forhold, der vedrører forløbenes indhold, kontinuitet og sammenhæng over tid – forhold som er centrale for kvaliteten af behandlingen for en patientgruppe med komplekse og ofte langvarige problemstillinger.

8_Danske Patienter

Selvom registreringerne følger forløbets struktur set fra systemets og behandlingens side, indfanger indikatorsættet ikke patienternes egne oplevelser, behov, mål eller udbytte af behandlingen. Begrebet

patientforløbsperspektiv kan derfor være misvisende og give indtryk af, at patientperspektivet er integreret i indikatorerne – hvilket det ikke er.

Behov for resultatindikatorer

Det nuværende indikatorsæt består udelukkende af procesindikatorer beskrevet i indikatoroversigten på side 9. Selvom disse indikatorer belyser dele af forløbets struktur, siger de ikke noget direkte om kvaliteten af behandlingen eller om de resultater, som har betydning for patienter og pårørende. Databasens formål er ifølge introduktionen på side 4 at *"monitorere og evaluere kvaliteten af behandlingstilbuddet"*.

For at dette kan realiseres, bør indikatorsættet suppleres med egentlige resultatindikatorer. Det kan eksempelvis være indikatorer for behandlingsfastholdelse, forbedringer i psykisk trivsel, reduktion i rusmiddelproblematik eller forebyggelse af genindlæggelser.

Uden sådanne målbare resultater bliver det vanskeligt at vurdere, om IDD-indsatsen over tid faktisk bidrager til bedre patientforløb og øget kvalitet.

Registrering af psykiatriske diagnoser bør indgå

Databasen registrerer i dag rusmiddeldiagnoser (DF10–DF19) som led i indikator 2, men ikke psykiatriske diagnoser generelt. Dette fremgår af indikatorspecifikationen på side 13-14 samt bilag 2, hvor det understreges, at ICD-10 DF-koder anvendes til rusmiddelproblematikker, men at øvrige psykiatriske diagnoser ikke systematisk indgår i indikatorberegningerne.

Vi anbefaler, at psykiatriske diagnoser inkluderes i registreringen, da det vil styrke forståelsen af, hvilke psykiske lidelser der oftest er forbundet med misbrugskomplikationer, og samtidig gøre det muligt at monitorere bedre, hvordan den integrerede indsats virker på tværs af diagnosegrupper. Det vil desuden understøtte forsknings- og kvalitetsudviklingsarbejde, herunder stratificerede analyser og en mere præcis målretning af indsatsen. Dette er centralt for både klinikere, ledelser og patienter. Dette er særligt vigtigt, fordi målgruppen er sammensat, og behandlingens effekt kan variere markant mellem forskellige psykiske lidelser.

21_Psykiatrifonden

Det vil desuden være nødvendigt at fokusere på indsatser, som er generelle på tværs af alle psykiske sygdomme og former for misbrug.

Psykiatrifonden vurderer, at den nye kliniske kvalitetsdatabase kan styrkes ved en udvidelse af indikatorsættet.

23a_Region Hovedstaden

Bortset fra indikator nr. 2 om præparatvalg, er det nogle administrativt betingende indikatorer, der i forvejen kontrolleres lokalt, og siger ikke så meget om den kliniske kvalitet i behandlingen.

23e_Region Nordjylland

Databasens formål er at monitorere og evaluere kvaliteten af behandlingstilbuddet. Det kan derfor undre, at der ikke allerede fra start er fastsat udviklingsmål. I forbindelse med ændring af standarder til udviklingsmål fremhæves netop vigtigheden af ambitiøse udviklingsmål [fokus-og-udviklings-maal_2024_10_03.pdf](#). Det ønskes, at styregruppen tager stilling til udviklingsmål for de 3 indikatorer.

Kommentarer til de enkelte indikatorer

Indikator: Ventetid til behandling

Andel af IDD-forløb som starter indenfor 2 uger fra henvisning/visitation.

Sammenfatning

Sundhedsstyrelsen kvitterer for valget af denne indikator og henholder desuden til Sundhedsloven.

Styregruppen takker for denne bemærkning og tilføjer Sundhedslovens § 82c under "Faglig begrundelse (reference)" i databasespecifikationen. Som anført af Sundhedsstyrelsen skal regionen i henhold til Sundhedslovens § 82c påbegynde behandling senest 14 dage efter modtagelse af henvisningen.

Region Nordjylland fremsætter forslag til ændret formulering af nævner og tæller.

Styregruppen har i arbejdet med databasespecifikation skelnet skarpt mellem ikke-tekniske prosa formuleringer, som er holdt så mundrette som muligt, og de mere tekniske beskrivelser. Styregruppen takker for forslagene men vælger at fastholde de nuværende formuleringer; dog vælger Styregruppen at slette den ene dot under Eksklusion, "Beregning udføres mindre end 14 dage efter henvisningsdato (AJK01A)". Sidstnævnte forvirrer og kan undværes.

Indkomne høringsvar

23e_Region Nordjylland

Beskrivelsen af nævner. Det kan evt. uddybes for at undgå forvirring. Skriv i stedet: Alle IDD-forløb, hvor forløbsmarkøren AJK01A er registreret i opgørelsesperioden, dog ekskluderes forløb, som afbrydes inden ventetiden har været 2 uger.

Beskrivelsen af tæller gælder det samme. Skriv i stedet: alle IDD-forløb, hvor patienten har registreret forløbsmarkøren AJK01A henvist til dobbeltdiagnosebehandling og hvor forløbsmarkøren AKJ01B start af dobbeltdiagnosebehandling er registreret inden for 2 uger.

Forslag til ændring i nævnerdefinition – Man kunne med fordel slette sætningen om ventetiden, da forløbsmarkører ang. afbrudt forløb også nævnes i eksklusionskriterierne.

Jf. eksklusion: Uklart hvad følgende sætning betyder "beregningen udføres mindre end 14 dage efter henvisningsdato (AJK01A)"?

26_Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen vil gerne kvittere for valg af "ventetid til behandling" som en kvalitetskritisk indikator, og har ingen kommentarer til den tekniske dataspecifikation.

Vi anbefaler dog, at der fastsættes et udviklingsmål, som er i overensstemmelse med gældende lovgivning. Jf. Sundhedslovens § 82c, skal regionen påbegynde behandling senest 14 dage efter modtagelse af henvisningen. Dette taler for, at målopfyldelsen for indikatoren fastsættes således, at alle patienter opstarter behandling senest 14 dage efter henvisning.

Indikator: Registrering af rusmiddeldiagnose

Andel af IDD-forløb hvor rusmiddeldiagnose registreres ved behandlingsstart

Sammenfatning

Region Nordjylland foreslår at denne indikator med titlen "Registrering af rusmiddeldiagnose" får den lidt mere tekniske undertitel "Andelen af IDD-forløb, hvor rusmiddeldiagnose er registreret inden for de første 30 dage efter behandlingsstart".

Styregruppen har i arbejdet med databasespecifikation skelnet skarpt mellem ikke-tekniske prosa formuleringer, som er holdt så mundrette som muligt, og de mere tekniske beskrivelser. Teknisk opgøres denne indikator på baggrund af rusmiddeldiagnoser registreret i tidsrummet 30 dage før behandlingsstart til 30 dage efter behandlingsstart. Da det fremlagte forslag således ikke er teknisk korrekt, fastholder styregruppen formuleringen "ved behandlingsstart".

Region Nordjylland stiller spørgsmål ved formuleringen under eksklusionskriterier "Beregning udføres 0-29 dage efter at IDD-behandlingen er startet"

Styregruppen har valgt at fjerne denne unødvendige pointe, da den teknisk fungerer som spejlbillede 2. dot under nævnerbeskrivelsen, "min. 30 dages opfølgningstid fra behandlingsstart (AJK01B)".

Region Syddanmark foreslår, at tælleren omfatter koden DZ864 'Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer'. Dette for at sikre, at korrekt rusmiddelregistrering af patienter uden aktuelt brug (men med et tidligere og måske for nyligt afsluttet rusmiddelbrug), tælles med.

Styregruppen er enig i, at en patient med afhængighedssyndrom kan være i IDD-forløb uden at have et pågående rusmiddelbrug. Målet med denne indikator er at tilskynde klinikken til ikke bare at udrede den aktuelle rusmiddelproblematik men også registrere de(n) rusmiddelproblematikker, der ligger til grund for behovet for behandling i IDD-regi. Z-koden er ikke en diagnosekode og beskriver ikke patientens aktuelle problematik. Styregruppen finder derfor ikke, at den nævnte kode for anamnese er relevant i definitionen af denne indikator.

Sundhedsstyrelsen påpeger, at indikatoren ikke måler kvaliteten i selve udredningen og diagnostikken og nævner databasespecifikationens omtale af AUDIT/DUDIT (Figur 1) som mulig fremtidig indikator. Region Nordjylland har tilsvarende kommentar (nævnt under emnet videreudvikling).

Som anført under opmærksomhedspunkter i databasespecifikationen, er Styregruppen klar over, at indikatoren har visse begrænsninger i forhold til at belyse den kliniske kvalitet af udredning for rusmidler. Styregruppen har et stort og fagligt velbegrundet ønske om en indikator, der vedrører brug af AUDIT og DUDIT i forbindelse med udredning. Ambitionen er imidlertid sat på pause, da data for AUDIT og DUDIT har vist sig umulige at tilgå eller frembringe adgang til indenfor en overskuelig fremtid.

Indkomne høringssvar

23c_Region Syddanmark

Beregning af 'Registrering af rusmiddeldiagnose'

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion (valgfrit)	Uoplyst (valgfrit)
Landspatientregisteret (LPR).	Alle forløb i nævner, hvor der i patientens journal er registreret en eller flere rusmiddeldiagnoser senest 30 dage efter behandlingsstart.	Alle IDD-forløb, der starter i opgørelsesperioden, og er af min. 30 dages varighed.		Ingen.

Man angiver kun DF10-DF19, inklusiv underkoder som tæller – men man godt kan have en patient i et integreret dobbeltdiagnoseforl b, hvor forløbet handler om stabilisering og arbejde med trang og tilbagefaldsforebyggelse, men selve misbruget er afsluttet på tidspunktet for indvisitering. I dette tilfælde kan det være svært f.eks. at give en skadeligt brug af kokain, f.eks., hvis misbruget ligget 3 måneder tilbage i tiden. Jeg tænker de skal inkludere i "tæller" også diagnosen DZ864 Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer.

23e_Region Nordjylland

Figuren afspejler, at patientens rusmiddelproblematik skal være registreret inden for 30 dage, det synes jeg, skal fremgå af indikatoren, således der står: *"Andelen af IDD-forløb, hvor rusmiddeldiagnose er registreret inden for de første 30 dage efter behandlingsstart"*.

Uoverensstemmelse mellem n vnerdefinitionerne på side 13 og 14. Af begge definitioner b r fremgå, hvis det specifikt er forløbsmarkøren for start af dobbeltdiagnosebehandling AKJ01B, der sikrer inklusion (af definitionen på side 13 står alle IDD-forløb).

Der ønskes en uddybning af, hvad der menes med "Beregning udføres 0-29 dage efter at IDD-behandlingen er startet" s. 14.

26_Sundhedsstyrelsen

Indikatoren er relevant, men har visse begrænsninger i forhold til at belyse den kliniske kvalitet, idet indikatoren måler på registrering af rusmiddeldiagnose, og ikke på kvaliteten i selve udredningen og diagnostikken.

Sundhedsstyrelsen noterer, at der i figur 1 også er foreslået udredning med AUDIT/DUDIT som kvalitetsindikator, og at ovenstående forhold ligeledes er adresseret i beskrivelsen af opmærksomhedspunkter. Vi anbefaler dog, at indikatoren på sigt suppleres med en indikator, som mere direkte måler kvaliteten af udredning og diagnostik.

Sundhedsstyrelsen har ingen kommentarer til den tekniske beskrivelse af indikatoren.

Indikator: Præparatvalg ved start af substitutionsbehandling

Andel af patienter i substitutionsbehandling som starter med buprenorfinpræparat.

Sammenfatning

Psykiatrifonden bemærker, at substitutionsbehandling for opiatier kun er relevant for en mindre del af populationen og finder ikke, at indikatoren er retvisende for den samlede population eller bør indgå som et generelt kvalitetskrav for den samlede population. Psykiatrifonden bemærker desuden, at behandlingsansvaret kun gradvist er overdraget fra kommunerne til regionerne i løbet af 2025.

Sundhedsstyrelsen finder derimod indikatoren overordnet fagligt velbegrundet og positivt, at indikatoren er knyttet til DMPG-retningslinjen. Selv om de relevante opmærksomhedspunkter er identificeret, bemærkes det dog, at det kan svække indikatorens faglige validitet, at patienter, som på baggrund af individuelle årsager ikke bør opstartes i substitutionsbehandling med buprenorfin, indgår i populationen på lige fod med øvrige patienter. Sundhedsstyrelsen foreslår derfor om den tekniske afgrænsning af indikatoren i højere grad kan tage højde for dette, fx med et tidsvindue for "førstevalg", fx inden for 14 dage fra opstart af substitutionsbehandling i IDD-forløbet. OBS:: påmindelse om at overvejelserne indgår ved fastsættelse af udviklingsmål.

Styregruppen er fagligt meget interesseret i en indikator vedrørende førstevalgspræparat ved substitutionsbehandling og særligt en tæt kobling med DMPG retningslinjen på området. Forventningen er, at indikatoren vil kunne bidrage til implementering af retningslinjen. Styregruppen er meget opmærksom på det faktum, at indikatoren ikke med det aktuelt tilgængelige datagrundlag vil kunne tage højde for patienters tidligere erfaring og præferencer - hverken i andet regi, i tidligere IDD-forløb i regionalt regi eller i samme IDD-forløb. Sundhedsstyrelsens forslag om at tælleren rummer patienter, der hurtigt skiftes til buprenorfinpræparat, har været diskuteret. Styregruppen er enige i, at et evt. vindue på 14 dage er alt for kort, måske 60 dage vil være mere hensigtsmæssigt. Styregruppen vælger dog i første omgang at fastholde, at det alene er det første præparat som patienten får, der tæller i denne indikator om præparatvalg. Styregruppen vil arbejde videre med udvikling af en indikator, der omfatter skift til buprenorfinpræparat. Det er ligeledes diskuteret, hvordan "pausering" og "fastholdelse" skal håndteres i kvalitetsmål. Der er endnu ikke fundet tilfredsstillende løsninger. I forbindelse med databasens opstart følges præparatvalg, -skift, pausering og ophør tæt ud fra deskriptive opgørelser med det mål at nuancere kvalitetsmåling- og udvikling af substitutionsbehandling i regionalt regi, se databasespecifikationens afsnit "Supplerende opgørelser".

Sundhedsstyrelsen bemærker, at indikatoren reelt måler andel af forløb og ikke andel af patienter, da det er muligt, at en patient indgår flere gange i indikatoren.

Styregruppen har på baggrund af de indkomne høringssvar skærpet databasespecifikationen, så det tydeligt fremgår, at det alene er den første substitutionsbehandlingsperiode i et IDD-forløb, som indgår. Indikatoren vil derfor måle på andele af IDD-forløb.

Region Nordjylland stiller spørgsmål vedrørende patienter, som modtager substitutionsbehandling ambulant og om disse relevant kan inkluderes, når datagrundlaget er Sygehusmedicinregistret (SMR) men ikke Lægemiddelstatistikregistret.

Overvejelserne er yderst relevante og har været diskuteret indgående under udviklingsarbejdet. Med den aktuelle definition inkluderes alene patienter som får substitutionsmedicin udleveret i sygehusregi og derfor optræder i SMR. Omfattet er således også patienter som får behandlingen ambulant. Aktuelt er de relevante data fra Lægemiddelstatistikregistret desværre ikke tilgængelige for databasen, men når de foreligger, vil de indgå. Styregruppen har skønnet at størstedelen af patienterne vil få

medicinen udleveret, og derfor ikke skal omkring et apotek. Styregruppen takker for kommentarerne og indsætter yderligere forklaring i databasespecifikationen under opmærksomhedspunkter.

Region Sjælland spørger, om ikke diagnosegruppen DF10 skal indskrives i første dot under nævnerdefinitionen.

Måske er der tale om en misforståelse af teksten, hvor der ikke står DF11 til DF19* men "DF11 og DF19, underkoder inkluderet". Nævnerpopulationen skal udelukkende omfatte patientforløb, hvor substitutionsbehandling for opiodbrug er relevant. Nævnerdefinitionen omfatter derfor rusmiddeldiagnoser, hvor substitutionsbehandling er relevant "DF11 og DF19, underkoder inkluderet" men hverken DF10, som vedrører alkohol, eller DF12 til DF18.*

Indkomne høringsvar

21_Psykiatrifonden

Substitutionsbehandling i ringe grad bør indgå som et generelt kvalitetskrav for den samlede population, da det må antages, at det kun er en mindre del af populationen, som har brug for substitutionsbehandling for opiater. Desuden bør det bemærkes, at behandlingsansvaret gradvist er overdraget fra kommunerne til regionerne fra 2025, og med relativt få centre på regionsniveau kan geografisk afstand få betydning for behandlingen af patienten. Vi ser det dermed ikke som en retvisende indikator for den samlede population.

23b_Region Sjælland

Side 17 under "Nævner" står der diagnosegrupperne DF11*-DF19*. Det undrer, at det ikke er fra DF10*-DF19*

23e_Region Nordjylland

Uoverensstemmelse mellem ordlyden i nævnerdefinitionen – i nævnerdefinitionen på side 17 står i tillæg til alle IDD-forløb, at der også skal være registreret en rusmiddelmiddeldiagnose. Dette kan med fordel fremgå af begge definitioner.

Datakilden er Sygehusmedicinregisteret (SMR). Hvad med de patienter, som modtager substitutionsbehandling ambulant? Skal disse ekskluderes? Vil alle patienter få udleveret deres substitutionsbehandling i ambulatoriet eller vil de indløse en recept op substitutionsbehandling? Hvis det også er muligt, at patienter kan indløse recepter på substitutionsbehandling, så kan en datakilde med fordel være Lægemiddelstatistikregisteret (på samme måde som ved Den Nationale Skizofrenidata-base).

26_Sundhedsstyrelsen

Indikatoren er overordnet fagligt velbegrundet, og det er positivt, at indikatoren er knyttet til DMPG-retningslinjen, samt at relevante opmærksomhedspunkter er identificeret.

Det kan dog svække indikatorens faglige validitet, at patienter, som på baggrund af individuelle årsager ikke bør opstartes i substitutionsbehandling med buprenorfin, indgår i populationen på lige fod med øvrige patienter. Dette kan fx være tilfældet for patienter, som er i stabil substitutionsbehandling med metadon, og hvor der ikke er indikation for skift til buprenorfin i forbindelse med opstart af IDD-forløb. Dette er adresseret som et opmærksomhedspunkt, men det kan overvejes, om den tekniske afgrænsning af indikatoren i højere grad kan tage højde for dette, fx via eksklusionskriterier. Under alle omstændigheder må der tages forbehold for dette ved fastsættelse af udviklingsmålet for indikatoren.

Definitionen af "indledningsvist" er ikke fuldt beskrevet i den tekniske beskrivelse. Det kunne overvejes, at definere et tidsvindue for "førstevalg", fx inden for 14 dage fra opstart af substitutionsbehandling i IDD-forløbet. Dette ville fx give mulighed for inklusion af patienter i pågående substitutionsbehandling, som ifm. opstart af integreret behandling tilbydes præparatskift til buprenorphin jf. DMPG-retningslinjen.

Det er beskrevet, at patienter kan indgå flere gange i indikatoren, og dette er ligeledes nævnt som et opmærksomhedspunkt. Dette indebærer, at indikatoren reelt måler andel af forløb og ikke andel af patienter. Det anbefales derfor, at indikatorens formulering i højere grad afspejler dette, fx "Andel af patientforløb, hvor substitutionsbehandling startes med buprenorphinpræparat".

Forslag til videreudvikling af indikatorsættet

Sammenfatning

Høringssvarene omfatter forskellige forslag til videreudvikling af det relativt beskedne indikatorsæt på aktuelt tre indikatorer. Forskellige perspektiver for dette arbejde nævnes: Behov for at indikatorsættet i højere grad afspejler de centrale faglige intentioner bag integreret dobbeltdiagnosebehandling, herunder indhold, kontinuitet og fastholdelse i forløb, integration og sammenhæng over tid, og helhedsforståelse i behandlingsforløbene:

Kontinuitet og sammenhæng

- Andel af IDD-forløb, der varer over en given minimumsperiode (fx 3 eller 6 måneder)
- Andel af meget korte forløb (fx < 30 eller < 60 dage).
- Andel af IDD-forløb med fast tilknyttet primærbehandler/kontaktperson.
- Andel af IDD-forløb med fælles behandlingsplan på tværs af psykiske sygdom/rusmiddelproblemer og socialpsykiatrisk indsats.
- Andel af IDD-forløb visiteret til opsøgende teams (afhængig af psykoselidelse), herunder fast primærbehandler/kontaktperson med misbrugsbehandlingskompetence.
- Andel af IDD-forløb, hvor der er skift af primærbehandler.
- Andel af IDD-forløb, som afsluttes før misbrugsophør.

Tidlig tværfaglig vurdering, herunder med inddragelse af psykologfaglig kompetence

Rusmiddelscreening

- Regelmæssig anvendelse af AUDIT/DUDIT i forbindelse med rusmiddelscreening

Funktionsevнемåling

- Andel af IDD-forløb, hvor der er foretaget løbende målinger af funktionsevne.

Social screening

- fx med procedurekoden ZZ0150BX (social udredning).
- Andel af IDD-forløb som vurderes for sociale støttebehov
- Tilgængelighed af socialrådgiverbistand

Netværk

- Andel af IDD-forløb med familieinddragelse.

Psykoterapi

- Andel af IDD-forløb hvor patienten er påbegyndt psykoterapi senest 90 dage efter 1. ambulante kontakt (findes allerede i Den Nationale Skizofrenidatabase (DNS)).

Styregruppen takker for alle forslag og perspektiver og tager dem med i det videre arbejde, herunder forlaget om at inkludere generelle ikke diagnosespecifikke indikatorer fra de allerede eksisterende kvalitetsdatabaser. Uden yderligere kommentering har styregruppen samlet de konkrete forslag til nye indikatorer.

Indkomne høringssvar

6_Dansk Psykologforening

[Det er] relevant at overveje, om indikatorsettet på sigt kan udvikles, så det i højere grad afspejler de centrale faglige intentioner bag integreret dobbeltdiagnosebehandling, herunder kontinuitet, integration og helhedsforståelse i behandlingsforløbene. De nuværende indikatorer har et tydeligt fokus på rettidig adgang til behandling, korrekt registrering samt overholdelse af faglige anbefalinger ved substitutionsbehandling. Dette giver et vigtigt billede af systemets tilgængelighed og formelle kvalitet, særligt i forhold til opstart og grundlæggende procesforløb. Indikatorerne belyser imidlertid i mindre grad de forhold, der vedrører forløbenes indhold, kontinuitet og sammenhæng over tid – forhold som er centrale for kvaliteten af behandlingen for en patientgruppe med komplekse og ofte langvarige problemstillinger.

1. Kontinuitet og fastholdelse i forløb

Integreret dobbeltdiagnosebehandling retter sig mod en patientgruppe, hvor ustabile forløb, behandlingsafbrydelser og gentagen genopstart er velkendte udfordringer. Evnen til at fastholde patienterne i et sammenhængende behandlingsforløb er derfor i sig selv et centralt kvalitetskriterium. Det foreslås at overveje et kvalitetsmål, der belyser fx:

- andel af IDD-forløb, der varer over en given minimumsperiode (fx 3 eller 6 måneder), eller
- andel af meget korte forløb (fx < 30 eller < 60 dage).

Et sådant mål vil kunne give vigtig viden om, hvorvidt indsatsen reelt formår at skabe stabilitet og kontinuitet – og dermed om behandlingen har mulighed for at få faglig effekt – hvilket de nuværende procesindikatorer ikke belyser.

2. Tidlig tværfaglig vurdering

Integreret dobbeltdiagnosebehandling bygger på en tværfaglig tilgang, hvor flere faglige perspektiver bidrager til forståelsen af patientens samlede problematik. Det kan derfor overvejes på sigt at supplere indikatorsettet med et mål, der belyser tidlig tværfaglig vurdering i IDD-forløb, herunder med inddragelse af psykologfaglig kompetence. En sådan indikator vil ikke måle behandlingseffekt, men synliggøre i hvilket omfang den tværfaglige tilgang, som IDD er baseret på, også afspejles i den tidlige kliniske praksis.

21_Psykiatrifonden

Funktionsevne er et afgørende inklusionskriterium og at måling af funktionsevne b r være en kerneindikator. Det kan måles med anerkendte redskaber, som allerede indgår i de faglige rammer, for eksempel Global Assessment of Functioning¹. En systematisk, gentagen måling vil give vigtig viden om behandlingens effekt – også når symptombilledet er komplekst.

Psykiatrifonden anbefaler, at indikatorerne i den nye kliniske kvalitetsdatabase fokuserer på de elementer, der netop er afgørende for databasens population. Konkret foreslår vi, at man overvejer følgende nye indikatorer:

1. Indikator: Andel af IDD-forløb med fast tilknyttet primærbehandler/kontaktperson.
2. Indikator: Andel af IDD-forløb, hvor der er foretaget løbende målinger af funktionsevne.
3. Indikator: Andel af IDD-forløb med fælles behandlingsplan på tværs af psykiske sygdom/rusmiddelproblemer og socialpsykiatrisk indsats.
4. Indikator: Andel af IDD-forløb med familieinddragelse.
5. Indikator: Andel af IDD-forløb som vurderes for sociale støttebehov

¹ Region Nordjylland: Psykiatrien: Klinik Psykiatri Nord. "GAF vurdering af patienters funktions- og symptomniveau": <https://pri.rm.dk/Sider/12600.aspx>

6. Indikator: Andel af IDD-forløb hvor patienten er påbegyndt psykoterapi senest 90 dage efter 1. ambulante kontakt (findes allerede i Den Nationale Skizofrenidatabase (DNS)).
7. Indikator: Andel af IDD-forløb visiteret til opsøgende teams (afhængig af psykoselidelse), herunder fast primærbehandler/kontaktperson med misbrugsbehandlingskompetence.
8. Indikator: Andel af IDD-forløb, hvor der er skift af primærbehandler.
9. Indikator: Andel af IDD-forløb, som afsluttes før misbrugsophør.

Psykiatrifonden foreslår i det hele taget, at man i det videre arbejde med indførelsen af nye indikatorer inkluderer generelle ikke diagnosespecifikke indikatorer fra de allerede eksisterende kvalitetsdatabaser, herunder Den National Skizofrenidatabase og Dansk Depressionsdatabase. Det vil ydermere skabe en harmonisering af data.

I det videre arbejde med indførelsen af nye indikatorer, forudsættes det, at patienterne vil være spredt over mange ambulante tilbud, men overvejende i opsøgende teams (OPUS, ACT, FACT) og vil blive visiteret til primærbehandler i teamet med særlige kompetencer i misbrugsbehandling udover den psykiske sygdom.

23a_Region Hovedstaden

Det bemærkes at indikatorerne vedrørende rusmiddelscreening med DUDIT/AUDIT ikke indgår i aktuelle høring. Screening med DUDIT/AUDIT anbefales af DMPG. Region Hovedstadens Psykiatri er af den opfattelse at det er vigtigt hurtigst muligt at få en indikator i drift vedr. dette. Hvis indikatorerne rent teknisk fungerede ligesom indikatoren for bivirkningsscreening i skizofrenidatabasen—hvor det elektroniske journalsystem Sundhedsplatformen markerer patienter hvor indikatoren ikke er udfyldt—ville det i høj grad understøtte implementeringen af DUDIT/AUDIT og tilhørende korrekt kodning af rusmiddeldiagnose.

Social screening og tilgængelighed af socialrådgiverbistand er en vigtig del af at vellykket integreret behandlingsforløb, og det er derfor et ønske, at der indgår en indikator for dette. Man kunne overveje at benytte en relevant procedurekode, fx ZZ0150BX (social udredning).

Kommentarer til dækningsgrad

Sammenfatning

Der er ikke kommentarer vedr. databasens dækningsgrad, som besvarer i hvilket omfang, databasen har oplysninger om alle relevante IDD forløb.

Kommentarer til Øvrige opgørelser over patienter og forløb i IDD

Sammenfatning

Styregruppen takker for alle forslag og perspektiver og tager dem med i det videre arbejde.

Indkomne høringssvar

18_KL

Det er glædeligt at der er opmærksomhed på om behandlingsgarantien overholdes, men det er også afgørende for KL at der også registreres på hvor mange borgere der henvises til det regionale dobbeltdiagnosetilbud fordelt på hvor mange der henvises fra kommunerne, og hvor mange der er henvist fra psykiatrien. Derudover er det yderst relevant at registrere hvor mange borgere der afvises og med hvilken begrundelse for at kunne monitorere borgernes forløb og flow mellem aktører og tilbud. Det er ikke irrelevant om psykiatrien tolker den udarbejdede visitationsretningslinje stramt eller mere lempeligt.

Det er KL's opfattelse, at en kvalitetsdatabase skal kunne sige noget om kvaliteten i behandlingen og ikke kun producere produktionsdata. Det er derfor nødvendigt også at registrere på, hvad er indholdet i den behandling borgeren modtager, herunder hvilken intensitet og frekvens har behandlingen. Dette med henblik på, at der over tid kan gennemføres en evaluering af, om det integreret dobbeltdiagnosetilbud har den ønskede effekt eller om der er behov for ændringer i tilbuddet.

23b_Region Sjælland

Forslag om indikator, der måler på andelen af patienter i IDD-forløb med rusmiddeldiagnose samt antal rusmiddeldiagnoser pr. patient herunder fordeling.

23e_Region Nordjylland

Registrering

Uklart om man kun tæller ambulante kontakter eller om også patienter opstartet under indlæggelse vil tælle med ift. diagnose på sengekontakten.

Ved blandingsbrug

Vi undrer os over at man ikke ser ind i procedurer ift. SIB/NAB for at kunne måle på indsatsen ved blandingsforbrug.

Side 19 (udredning): hvordan defineres et diagnostisk interview? Hvordan tænkes det at lave denne opgørelse?

27_Social- og Boligstyrelsen

Det kan overvejes at afdække, hvor stor en andel med en forventet dobbeltdiagnoseproblematik, som henvises til, eller starter i et IDD-forløb – evt. i en særskilt indikator. Til dette formål kan registret "Ventetider for Behandlingsgaranti af Stofmisbrugere (Aktive forløb)" benyttes som supplement til Register over Stofmisbrugere i Behandling, fx i tilfælde, hvor en rusmiddelproblematik er registreret i kommunalt regi, uden det er synligt i registre på sundhedsområdet.

Øvrige

Sammenfatning

Vi takker for opmærksomheden omkring typografiske mangler, herunder at databasen som udgangspunkt beskriver rusmiddelbrug og rusmiddeldiagnoser – ikke misbrug og misbrugsdiagnoser. Ambitionen er imidlertid udfordret af, at både SKS-markører og LPR-koder italesætter med "misbrug".

DF10 indikerer lidelser relateret til brug af alkohol, hvor specifikke underkoder specificerer tilstande som akut alkoholintoksikation (DF10.0) eller alkoholaafhængighedssyndrom (DF10.2). DF10 skal selvfølgelig med i Tabel 3: Oversigt over relevante SKS-koder.

Markøren AKJ01B – start af dobbeltdiagnosebehandling tilføjes listen over markører, som anvendes til beskrivelse af IDD-forløb.

Databasespecifikationen omfatter både en mere læsbar, ikke-teknisk prosaformulering af tæller og nævner for hver indikator samt en teknisk beskrivelse af beregningsregler. For at undgå dublering er kasserne over afsnittet "tekniske beregningsregler" fjernet.

Indkomne høringsvar

23a_Region Hovedstaden

På side 13 står der 'misbrugsdiagnose' – dette bør ændres til 'rusmiddeldiagnose'.

Der er anvendt 2 stavemåder for metadon (side 16 og side 20) – begge er korrekte, men det foreslås at man vælger at bruge en af dem.

23b_Region Sjælland

Side 23 under diagnoser - diagnosegrupperne DF11*-DF19*. Det undrer, at det ikke er fra DF10*-DF19* [Tabel 3: oversigt over SKS-koder].

23e_Region Nordjylland

Side 7: Markøren AKJ01B – start af dobbeltdiagnosebehandling mangler i oversigten over markører.
Side 9 tabel 1: indikatoroversigt: der er forskellige skrifttyper i tabellen. Derudover er det kommafejl.

Bilag

Bilag 1: Oversigt høringsparter inkl. svarstatus

	Høringspart	Hørings svar Ja, ingen kommentarer eller nej (-)
1	ADHD-databasen	-
2	Bedre Psykiatri	-
3	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab	-
4	Dansk Bipolardatabase	-
5	Dansk Depressionsdatabase	-
6	Dansk Psykolog Forening	JA
7	Danske Psykiateres & Børne - & Ungdomspsykiateres organisation	-
8	Danske Patienter	JA
9	Dansk Psykiatrisk Selskab	-
10	Danske Regioner	-
11	Dansk Selskab for Almen Medicin	JA, men ingen kommentarer
12	Dansk Selskab for Fysioterapi i Psykiatri og Mental Sundhed	-
13	Dansk Selskab for Addiktiv Medicin	-
14	Den Nationale Skizofrenidatabase	-
15	En Af Os	-
16	Foreningen af Praktiserende Speciallæger	-
17	KABS behandlingscenter for stof og alkoholmisbrug	-
18	Kommunernes Landsforening	JA
19	Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber	-

20	Psykiatriske Sygeplejersker	-
21	Psykiatrifonden	JA
22	Retspsykiatrisk Database	-
23	<i>Regionale kontaktpersoner</i>	
23a	Region Hovedstaden	JA
23b	Region Sjælland	JA
23c	Region Syddanmark	JA
23d	Region Midtjylland	-
23e	Region Nordjylland	JA
24	Fagligt Selskab for Psykiatrisocialrådgivere	-
25	Sundhedsdatastyrelsen	-
26	Sundhedsstyrelsen	JA
27	Social- og boligstyrelsen	JA
28	Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet	-

Bilag 2: Indkomne høringssvar i fuld længde

Dansk Psykolog Forenings høringssvar til Dansk Database for Integreret Døbeltdiagnosebehandling - Databasespecifikation for (IDD), version 1.2

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar i høring vedrørende indikatorer for Dansk Database for Integreret Døbeltdiagnosebehandling (IDD). Først følger en række overordnede bemærkninger og dernæst en række specifikke kommentarer.

Overordnede bemærkninger

Det er positivt, at der med etableringen af Databasen for Integreret Døbeltdiagnosebehandling (IDD) skabes et nationalt grundlag for systematisk monitorering og kvalitetsudvikling af en ny og kompleks behandlingsindsats. De valgte indikatorer fremstår metodisk robuste og administrativt gennemførlige, hvilket er væsentligt i en opstartsfasen for en landsdækkende indsats IDD Database-specifikation v1.2. Samtidig er det væsentligt at være opmærksom på, at de indikatorer, der vælges, også er med til at definere, hvad kvalitet i praksis forstås som og styres efter. I den sammenhæng vurderes det relevant at overveje, om indikatorsættet på sigt kan udvikles, så det i højere grad afspejler de centrale faglige intentioner bag integreret døbeltdiagnosebehandling, herunder kontinuitet, integration og helhedsforståelse i behandlingsforløbene.

Bemærkninger til de valgte kvalitetsmål

De nuværende indikatorer har et tydeligt fokus på rettidig adgang til behandling, korrekt registrering samt overholdelse af faglige anbefalinger ved substitutionsbehandling. Dette giver et vigtigt billede af systemets tilgængelighed og formelle kvalitet, særligt i forhold til opstart og grundlæggende procesforløb. Indikatorerne belyser imidlertid i mindre grad de forhold, der vedrører forløbenes indhold, kontinuitet og sammenhæng over tid – forhold som er centrale for kvaliteten af behandlingen for en patientgruppe med komplekse og ofte langvarige problemstillinger.

Forslag til supplerende indholdsmæssige kvalitetsmål

1. Kontinuitet og fastholdelse i forløb

Integreret døbeltdiagnosebehandling retter sig mod en patientgruppe, hvor ustabile forløb, behandlingsafbrydelser og gentagen genopstart er velkendte udfordringer. Evnen til at fastholde patienterne i et sammenhængende behandlingsforløb er derfor i sig selv et centralt kvalitetskriterium.

Det foreslås at overveje et kvalitetsmål, der belyser fx:

- andel af IDD-forløb, der varer over en given minimumsperiode (fx 3 eller 6 måneder), eller
- andel af meget korte forløb (fx < 30 eller < 60 dage).

Et sådant mål vil kunne give vigtig viden om, hvorvidt indsatsen reelt formår at skabe stabilitet og kontinuitet – og dermed om behandlingen har mulighed for at få faglig effekt – hvilket de nuværende procesindikatorer ikke belyser.

2. Tidlig tværfaglig vurdering

Integreret døbeltdiagnosebehandling bygger på en tværfaglig tilgang, hvor flere faglige perspektiver bidrager til forståelsen af patientens samlede problematik.

Det kan derfor overvejes på sigt at supplere indikatorsættet med et mål, der belyser tidlig tværfaglig vurdering i IDD-forløb, herunder med inddragelse af psykologfaglig kompetence. En sådan indikator vil ikke måle behandlingseffekt, men synliggøre i hvilket omfang den tværfaglige tilgang, som IDD er baseret på, også afspejles i den tidlige kliniske praksis.

Afsluttende bemærkning

De foreslåede supplerende kvalitetsmål er tænkt som en videreudvikling af det eksisterende indikatorsæt og ikke som en erstatning for de nuværende indikatorer. De vil kunne bidrage til en mere ba-

5. januar 2026



lanceret kvalitetsforståelse, hvor både adgang, formel kvalitet og behandlingsmæssigt indhold indgår, og hvor kvaliteten af den integrerede indsats belyses mere nuanceret over tid.

Med venlig hilsen

Dea Seidenfaden

Forperson



Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Hedeager 3
8200 Århus N

E-mail: metheu@sundk.dk

Høringssvar vedr. databasespecifikation for Databasen for Integreret Dobbeldiagnosebehandling (IDD), version 1.2

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. databasen for Integreret Dobbeldiagnosebehandling (IDD). Vi anerkender intentionen om at etablere et nationalt datagrundlag, som kan bidrage til at løfte kvaliteten af behandlingstilbuddet for mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik.

Vi har dog tre centrale bemærkninger, som efter vores vurdering er nødvendige for at sikre, at databasen reelt understøtter målsætningen om at monitorere og forbedre kvaliteten i IDD-indsatsen.

Behov for resultatindikatorer

Det nuværende indikatorsæt består udelukkende af procesindikatorer beskrevet i indikatoroversigten på side 9. Selvom disse indikatorer belyser dele af forløbets struktur, siger de ikke noget direkte om kvaliteten af behandlingen eller om de resultater, som har betydning for patienter og pårørende. Databasens formål er ifølge introduktionen på side 4 at *"monitorere og evaluere kvaliteten af behandlingstilbuddet"*.

For at dette kan realiseres, bør indikatorsættet suppleres med egentlige resultatindikatorer. Det kan eksempelvis være indikatorer for behandlingsfastholdelse, forbedringer i psykisk trivsel, reduktion i rusmiddelproblematik eller forebyggelse af genindlæggelser. Uden sådanne målbare resultater bliver det vanskeligt at vurdere, om IDD-indsatsen over tid faktisk bidrager til bedre patientforløb og øget kvalitet.

Registrering af psykiatriske diagnoser bør indgå

Databasen registrerer i dag rusmiddeldiagnoser (DF10–DF19) som led i indikator 2, men ikke psykiatriske diagnoser generelt. Dette fremgår af indikatorspecifikationen på side 13-14 samt bilag 2, hvor det understreges, at ICD-10 DF-koder anvendes til rusmiddelproblematikker, men at øvrige psykiatriske diagnoser ikke systematisk indgår i indikatorberegningerne.

Vi anbefaler, at psykiatriske diagnoser inkluderes i registreringen, da det vil styrke forståelsen af, hvilke psykiske lidelser der oftest er forbundet med misbrugskomplikationer, og samtidig gøre det muligt at monitorere bedre, hvordan den integrerede indsats virker på tværs af diagnosegrupper. Det vil desuden understøtte forsknings- og kvalitetsudviklingsarbejde, herunder stratificerede analyser og en mere

Dato:
16. december 2025

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
ads@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/2

præcis målretning af indsatsen. Dette er centralt for både klinikere, ledelser og patienter. Dette er særligt vigtigt, fordi målgruppen er sammensat, og behandlingens effekt kan variere markant mellem forskellige psykiske lidelser.

Side 2/2

Terminologien ”patientforløbsperspektiv” er misvisende

I dokumentet anvendes betegnelsen ”*patientforløbsperspektiv*”, bl.a. i præsentationen af indikatoroversigten (side 9). Efter Danske Patienters vurdering er termen ikke dækkende for et egentligt patientperspektiv. Selvom registreringerne følger forløbets struktur set fra systemets og behandlingens side, indfanger indicatorsættet ikke patienternes egne oplevelser, behov, mål eller udbytte af behandlingen. Begrebet *patientforløbsperspektiv* kan derfor være misvisende og give indtryk af, at patientperspektivet er integreret i indikatorerne – hvilket det ikke er. Vi anbefaler at anvende en mere præcis term, medmindre der indarbejdes egentlige patientrapporterede data.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Fra: Anette Sonne Nielsen <a.sonne@dsam.dk>
Sendt: 8. december 2025 10:21
Til: Mette Hedelund <METHEU@sundk.dk>
Emne: VS: H2025-97: Dansk Database for Integreret
Dobbeltdiagnosebehandling - Høring

Kære Mette

Tak for høringsmaterialet.
DSAM har ingen bemærkninger.

Dbh Anette



Anette Sonne Nielsen
Chefkonsulent

Det Almenmedicinske Hus
Dansk Selskab for Almen Medicin
Stockholmsgade 55, 2100 Kbh Ø
T: 7070 7431 M: 4412 8748
a.sonne@dsam.dk - www.dsam.dk

Følg os på  og [abonner på vores nyhedsbreve](#)

Vi passer godt på dine oplysninger. Du kan læse mere om vores
behandling af dine personoplysninger på dsam.dk/privatlivspolitik.

KL's bemærkninger til Indikatorer for Dansk database for integreret Dobbeldiagnosebehandling

KL har modtaget udkast til indikatorer for ovenstående database fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, psykiatrienheden der udbeder sig hørings-svar senest den 5. januar 2026.

KL har følgende bemærkninger til det fremsendte materiale og de data som indgår i databasen.

KL har bemærket, at det er de samme datakilder kvalitetsdatabasen henter data fra som Sundhedsdatastyrelsen benytter. Dette medfører at der tilsyneladende ikke fremkommer nye og andre relevante data end dem som allerede er kendte og kan hentes via SDS incl. data fra SIB og NAB. KL er derfor nysgerrig på, hvad formålet med databasen er.

Det er KL's opfattelse, at der er behov for at der registreres andre typer af data for at understøtte og monitorere behandlingen. Data som er mere kommunerelevante og som kommunerne kan anvende til aktivitets-, kvalitets- og kapacitetsstyring i rusmiddelbehandlingen.

Det er glædeligt at der er opmærksomhed på om behandlingsgarantien overholdes, men det er også afgørende for KL at der også registreres på hvor mange borgere der henvises til det regionale dobbeltdiagnosetilbud fordelt på hvor mange der henvises fra kommunerne, og hvor mange der er henvist fra psykiatrien. Derudover er det yderst relevant at registrere hvor mange borgere der afvises og med hvilken begrundelse for at kunne monitorere borgernes forløb og flow mellem aktører og tilbud. Det er ikke irrelevant om psykiatrien tolker den udarbejdede visitationsretningslinje stramt eller mere lempeligt.

Det er KL's opfattelse, at en kvalitetsdatabase skal kunne sige noget om kvaliteten i behandlingen og ikke kun producere produktionsdata. Det er derfor nødvendigt også at registrere på, hvad er indholdet i den behandling borgeren modtager, herunder hvilken intensitet og frekvens har behandlingen. Dette med henblik på, at der over tid kan gennemføres en evaluering af, om det integreret dobbeltdiagnosetilbud har den ønskede effekt eller om der er behov for ændringer i tilbuddet.

Med venlig hilsen



Janet Samuel
Kontorchef

Dato: 5. januar 2026

Sags ID: SAG-2013-01134

Dok. ID: 3654475

E-mail: RAF@kl.dk

Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 1 af 1

Til:

Styregruppen for Dansk Database for Integreret Dobbeldiagnosebehandling
og
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

5. januar 2026

Høringssvar fra Psykiatrifonden vedr. etablering af ny klinisk kvalitetsdatabase for dobbeldiagnosebehandling

Psykiatrifonden takker for muligheden for at afgive høringssvar til etableringen af ny klinisk kvalitetsdatabase for dobbeldiagnosebehandling.

Psykiatrifonden arbejder for et samfund, hvor mennesker med psykisk sygdom og deres pårørende får de bedste muligheder for et godt liv. Vi repræsenterer patient- og pårørendeperspektivet med fokus på rettidig hjælp, høj faglig kvalitet og lighed, uanset om det handler om behandling, støtte, skolegang eller arbejdsliv.

Nedenstående er en række bemærkninger til fremsendte høring.

Generelle bemærkninger

Psykiatrifonden anerkender behovet for bedre viden om kvaliteten af integreret dobbeldiagnosebehandling. Målgruppen er blandt de mest belastede mennesker i psykiatrien, og der er i dag store udfordringer med ustabile forløb, udeblivelser og manglende sammenhæng i behandlingen. En national kvalitetsdatabase kan være et vigtigt skridt mod mere ensartet kvalitet, hvis den defineres rigtigt.

Samtidig vurderer vi, at opgaven er meget kompleks. Målgruppen for integreret dobbeldiagnosebehandling er ikke én veldefineret population, men mennesker med vidt forskellige psykiske sygdomme og rusmiddelproblemer. Det kan gøre det vanskeligt at definere meningsfulde kvalitetsindikatorer, som både er retvisende og anvendelige i praksis¹.

Det vil desuden være nødvendigt at fokusere på indsatser, som er generelle på tværs af alle psykiske sygdomme og former for misbrug.

Samtidig vurderer vi, at de fleste mennesker med psykisk sygdom vil være omfattet af en anden kvalitetsdatabase med fokus på deres psykiske sygdom.

¹ Mårtensson S., S. W. Düring, K. S. Johansen, K. Tranberg & M. Nordentoft (2023) Time trends in co-occurring substance use and psychiatric illness (dual diagnosis) from 2000 to 2017 – a nationwide study of Danish register data, Nordic Journal of Psychiatry, 77:4, 411-419, DOI: 10.1080/08039488.2022.2134921

Psykiatrifonden
Hejrevej 43
2400 København NV

3929 3909
pf@psykiatrifonden.dk

CVR. 1917 4883
Bank. 3001 7950741613

Vedr. populationsbeskrivelse

Som nævnt under de generelle bemærkninger er populationen i høj grad heterogen i forhold til psykisk sygdom og misbrugsproblematik. Vi vurderer, at populationsbeskrivelsen for den nye kliniske kvalitetsdatabase kun vil inkludere en mindre del af patienter med dobbeltdiagnoser, da det må antages, at de fleste af disse patienter vil blive tilbudt parallel behandling.

- Psykiatrifonden anbefaler, at den nye kliniske kvalitetsdatabase indtænkes i sammenhæng med de allerede eksisterende kvalitetsdatabaser, og at det bliver nøje overvejet, hvordan man kan sikre monitorering af kvaliteten af behandling for hele gruppen af patienter med dobbeltdiagnoser.

Vedr. indikatoroversigt

Psykiatrifonden vurderer, at den nye kliniske kvalitetsdatabase kan styrkes ved en udvidelse af indikatorsættet. Vi vurderer her, at funktionsevne er et afgørende inklusionskriterium og at måling af funktionsevne bør være en kerneindikator. Det kan måles med anerkendte redskaber, som allerede indgår i de faglige rammer, for eksempel Global Assessment of Functioning². En systematisk, gentagen måling vil give vigtig viden om behandlingens effekt – også når symptombilledet er komplekst.

Desuden bør det fremhæves, at substitutionsbehandling i ringe grad bør indgå som et generelt kvalitetskrav for den samlede population, da det må antages, at det kun er en mindre del af populationen, som har brug for substitutionsbehandling for opiater. Desuden bør det bemærkes, at behandlingsansvaret gradvist er overdraget fra kommunerne til regionerne fra 2025, og med relativt få centre på regionsniveau kan geografisk afstand få betydning for behandlingen af patienten. Vi ser det dermed ikke som en retvisende indikator for den samlede population.

- Psykiatrifonden anbefaler, at indikatorerne i den nye kliniske kvalitetsdatabase fokuserer på de elementer, der netop er afgørende for databasens population. Konkret foreslår vi, at man overvejer følgende nye indikatorer:
 - Indikator: Andel af IDD-forløb med fast tilknyttet primærbehandler/kontaktperson.
 - Indikator: Andel af IDD-forløb, hvor der er foretaget løbende målinger af funktionsevne.
 - Indikator: Andel af IDD-forløb med fælles behandlingsplan på tværs af psykiske sygdom/rusmiddelproblemer og socialpsykiatrisk indsats.
 - Indikator: Andel af IDD-forløb med familieinddragelse.
 - Indikator: Andel af IDD-forløb som vurderes for sociale støttebehov

² Region Nordjylland: Psykiatrien: Klinik Psykiatri Nord. "GAF vurdering af patienters funktions- og symptomniveau": <https://pri.rn.dk/Sider/12600.aspx>

- Indikator: Andel af IDD-forløb hvor patienten er påbegyndt psykoterapi senest 90 dage efter 1. ambulante kontakt (findes allerede i Den Nationale Skizofrenidatabase (DNS)).
- Indikator: Andel af IDD-forløb visiteret til opsøgende teams (afhængig af psykoselidelse), herunder fast primærbehandler/kontaktperson med misbrugsbehandlingskompetence.
- Indikator: Andel af IDD-forløb, hvor der er skift af primærbehandler.
- Indikator: Andel af IDD-forløb, som afsluttes før misbrugsophør.

Psykiatrifonden foreslår i det hele taget, at man i det videre arbejde med indførelsen af nye indikatorer inkluderer generelle ikke diagnosespecifikke indikatorer fra de allerede eksisterende kvalitetsdatabaser, herunder Den National Skizofrenidatabase og Dansk Depressionsdatabase. Det vil ydermere skabe en harmonisering af data.

I det videre arbejde med indførelsen af nye indikatorer, forudsættes det, at patienterne vil være spredt over mange ambulante tilbud, men overvejende i opsøgende teams (OPUS, ACT, FACT) og vil blive visiteret til primærbehandler i teamet med særlige kompetencer i misbrugsbehandling udover den psykiske sygdom.

I det videre arbejde med indførelsen af eventuelle nye indikatorer bør der desuden noteres, at nogle data til måling af de foreslåede indikatorer vil kræve, at der anvendes et udvidet datasøgegrundlag. Her kan man med fordel overveje at anvende AI-assisteret søgning i journalmateriale, som en ny innovativ metode.

Afsluttende bemærkninger

Vi ser frem til at følge det videre arbejde med den nye kliniske kvalitetsdatabase og stiller os gerne til rådighed med viden og erfaring.

De venligste hilsner
Psykiatrifonden

NOTAT

Til: Center for Sundhed
 Enhed for Kvalitet, Forskning og Patientsikkerhed
 Kongens Vænge 2
 3400 Hillerød

Dato: 18. december 2025

Dansk Database for Integreret Dobbeltdiagnosebehandling

Dette notat beskriver Region Hovedstadens Psykiatri's samlede kommentarer på høringen af de første tre indikatorer for Dansk Database for Integreret Dobbeltdiagnosebehandling.

Generelle kommentarer

Helt overordnet er de anførte indikatorer og plan for øvrige indikatorer fagligt velbegrundet, og Region Hovedstadens Psykiatri takker for muligheden for at blive hørt.

Kommentarer til indikatorerne

- Bortset fra indikator nr. 2 om præparatvalg, er det nogle administrativt betingende indikatorer, der i forvejen kontrolleres lokalt, og siger ikke så meget om den kliniske kvalitet i behandlingen.
- På side 13 står der 'misbrugsdiagnose' – dette bør ændres til 'rusmiddeltdiagnose'.
- Der er anvendt 2 stavemåder for metadon (side 16 og side 20) – begge er korrekte, men det foreslås at man vælger at bruge en af dem.

Kommentarer/ønsker til fremtidige indikatorer

- Det bemærkes at indikatorerne vedrørende rusmiddelscreening med DUDIT/AUDIT ikke indgår i aktuelle høring. Screening med DUDIT/AUDIT anbefales af DMPG. Region Hovedstadens Psykiatri er af den opfattelse at det er vigtigt hurtigst muligt at få en indikator i drift vedr. dette. Hvis indikatorerne rent teknisk fungerede ligesom indikatoren for bivirkningsscreening i skizofrenidatabasen—hvor det elektroniske journalsystem Sundhedsplatformen markerer patienter hvor indikatoren

ikke er udfyldt—ville det i høj grad understøtte implementeringen af DUDIT/AUDIT og tilhørende korrekt kodning af rusmiddeldiagnose.

- Social screening og tilgængelighed af socialrådgiverbistand er en vigtig del af at vellykket integreret behandlingsforløb, og det er derfor et ønske, at der indgår en indikator for dette. Man kunne overveje at benytte en relevant procedurekode, fx ZZ0150BX (social udredning).

Fra: kvalitetsdatabaser <kvalitetsdatabaser@regionsjaelland.dk>

Sendt: 5. januar 2026 09:19

Til: Mette Hedelund <METHEU@sundk.dk>

Emne: VS: Dansk Database for Integreret Dobbelt diagnosebehandling - Høring

Kære Mette

Nedenstående er kommentarer til Dansk Database for Integreret Dobbelt diagnosebehandling fra Psykiatrien i Region Sjælland.

Venlig hilsen

Tonje Balking Jensen

Konsulent

Region Sjælland

Sundhedsstrategisk Planlægning

Enhed for Kvalitet og Forbedringer

Alleen 15

4180 Sorø

Personlig e-mail: tbalj@regionsjaelland.dk

Mobil tlf.: 21 44 90 42

www.regionsjaelland.dk



Fra: Kirsten Lægsgaard Johannsen <kiljo@regionsjaelland.dk>

Sendt: 2. januar 2026 13:30

Til: kvalitetsdatabaser <kvalitetsdatabaser@regionsjaelland.dk>; Therese Quist <ther@regionsjaelland.dk>

Cc: Karina Klode <kakd@regionsjaelland.dk>

Emne: SV: [FRIST: 2. januar 2026] VS: Dansk Database for Integreret Dobbelt diagnosebehandling - Høring

Kære Tonje,

Godt nytår 🎉🌟

Tusind tak for det fremsendte høringsmateriale vedr. Dansk Database for Integreret Dobbelt diagnosebehandling.

Hermed fremsendes høringssvar:

- Side 17 under "Nævner" står der diagnosegrupperne DF11*-DF19*. Det undrer, at det ikke er fra DF10*-DF19*
- Side 21 under Region Sjælland står Holbæk Sygehus – tænker det er Psykiatrien Vest – distriktpspsykiatrien i Holbæk? (Det er jo kun gældende for Psykiatrien)
- Side 23 under diagnoser - diagnosegrupperne DF11*-DF19*. Det undrer, at det ikke er fra DF10*-DF19*
- Vedr. indikatorer: Forslag om indikator, der måler på andelen af patienter i IDD-forløb med rusmiddeldiagnose samt antal rusmiddeldiagnoser pr. patient herunder fordeling

Venlig hilsen

Kirsten Lægsgaard Johannsen
Specialkonsulent

Midt- og Vestsjællands Hospital
Enhed for Kvalitet og Forbedring
Hospitalsledelsens Administrative Stab
Ingemannsvej 30, 1. tv.
4200 Slagelse

Tlf.: 20 27 69 47

E-mail: kiljo@regionsjaelland.dk
www.regionsjaelland.dk



Fra: SundK kontaktperson <SundK_kontaktperson@rsyd.dk>

Sendt: 6. januar 2026 07:17

Til: Mette Hedelund <METHEU@sundk.dk>

Cc: Ole Schjerning <Ole.Schjerning@rsyd.dk>; OUH SUS Kliniske Databaser <OUH_SUS_Kliniske_Databaser@rsyd.dk>; Tina Hoff Duedahl <Tina.Hoff.Duedahl@rsyd.dk>

Emne: VS: Dansk Database for Integreret Dobbeldiagnosebehandling - Høring. Deadline d. 5. januar kl. 10

Kære Mette

Jeg ved det er efter deadline, men jeg håber høringssvaret fra Odense kan komme med i betragtning.

Kommentarer:

Beregning af 'Registrering af rusmiddeldiagnose'

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion (valgfrit)	Uoplyst (valgfrit)
Landspatientregisteret (LPR).	Alle forløb i nævner, hvor der i patientens journal er registreret en eller flere rusmiddeldiagnoser senest 30 dage efter behandlingsstart.	Alle IDD-forløb, der starter i opfølgelsesperioden, og er af min. 30 dages varighed.		Ingen.

Man angiver kun DF10-DF19, inklusiv underkoder som tæller – men man godt kan have en patient i et integreret dobbeldiagnoseforløb, hvor forløbet handler om stabilisering og arbejde med tvang og tilbagefaldsforebyggelse, men selve misbruget er afsluttet på tidspunktet for indvisitering. I dette tilfælde kan det være svært f.eks. at give en skadeligt brug af kokain, f.eks., hvis misbruget ligget 3 mdr tilbage i tiden. Jeg tænker de skal inkludere i "tæller" også diagnosen DZ864 Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer

Venlig hilsen

Stine Kappel Nielsen

Ac-fuldmægtig

Kvalitet og Forskning

E-mail: Stine.Kappel.Nielsen@rsyd.dk

Direkte:

Mobil: 2335 6025



Region Syddanmark

Region Syddanmark

Damhaven 12, 7100 Vejle

Hovednummer: 7663 1000

<https://regionsyddanmark.dk>

NOTAT

Høringssvar fra Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien i Region Nordjylland: Dansk Database for Integreret dobbeltdiagnosebehandling

Vi takker for muligheden for at kommentere høringsmaterialet for ny database for integreret dobbeltdiagnosebehandling.

Bemærkninger og opmærksomhedspunkter

Høringsmaterialet rummer gode elementer, som vi på Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien i Region Nordjylland ser positivt på. Det gælder bl.a. definition af population og at der som illustreret i figur 1 planlægges med yderligere tilføjelse som omfavner det fulde patientforløb.

Manglende udviklingsmål

Databasens formål er at monitorere og evaluere kvaliteten af behandlingstilbuddet. Det kan derfor undre, at der ikke allerede fra start er fastsat udviklingsmål. I forbindelse med ændring af standarder til udviklingsmål fremhæves netop vigtigheden af ambitiøse udviklingsmål [fokus-og-udviklingsmaal 2024 10 03.pdf](#). Det ønskes, at styregruppen tager stilling til udviklingsmål for de 3 indikatorer.

Opgørelsesperiode

Det kan have en betydning, at de årlige opgørelsesperioder er fra september til august (det følgende år. Det kommer det til at betyde, at fristen for efterregistrering ligger hen over sommerferien. Det vil være u hensigtsmæssigt for klinikerne, at det ligger her. Hvis årsrapporten går fra september til august, så skal fristen for efterregistrering ligger fra august og fremefter.

Registrering

Uklart om man kun tæller ambulante kontakter eller om også patienter opstartet under indlæggelse vil tælle med ift. diagnose på sengekontakten

Ved blandingsbrug

Vi undrer os over at man ikke ser ind i procedurer ift. SIB/NAB for at kunne måle på indsatsen ved blandingsforbrug.

Tekstnære bemærkninger

Nedenstående er mindre, tekstnære bemærkninger

Side 7: Markøren AKJ01B – start af dobbeltdiagnosebehandling mangler i oversigten over markører.

Patienten er en del af populationen, når forløbsmarkøren AJK01A (henvist til dobbeltdiagnosebehandling). Synes det skal præciseres, at denne markør kun er relevant i forhold til den første indikator, men at resten af indikatorerne vedrører forløbsmarkøren AKJ01B.

Side 7 jf. in- og eksklusionskriterier: I de andre kliniske kvalitetsdatabaser er det også et inklusionskriterie, at patienten har dansk CPR-nummer og skal være 18 år eller derover. Skal denne del ikke også med?

Side 9 tabel 1: indikatoroversigt: der er forskellige skrifttyper i tabellen. Derudover er det kommafejl.

Beskrivelse
Andelen af IDD-forløb, som starter inden for 2 uger fra henvisning/visitation
Andelen af IDD-forløb, hvor patientens rusmiddelproblematik er registreret
Andelen af patienter i substitutionsbehandling, som starter med buprenorfinpræparat

Indikator "Ventetid til behandling" (side 10): beskrivelsen af nævner. Det kan evt. uddybes for at undgå forvirring. Skriv i stedet: Alle IDD-forløb, hvor forløbsmarkøren AJK01A er registreret i opgørelsesperioden, dog ekskluderes forløb, som afbrydes inden ventetiden har været 2 uger.

Beskrivelsen af tæller gælder det samme. Skriv i stedet: alle IDD-forløb, hvor patienten har registreret forløbsmarkøren AJK01A henvist til dobbeltdiagnosebehandling og hvor forløbsmarkøren AKJ01B start af dobbeltdiagnosebehandling er registreret inden for 2 uger.

Indikator "Ventetid til behandling" (side 11) - Andel af IDD-forløb som starter indenfor 2 uger fra henvisning/visitation

- Forslag til ændring i nævnerdefinition – Man kunne med fordel slette sætningen om ventetiden, da forløbsmarkører ang. afbrudt forløb også nævnes i eksklusionskriterierne.
- Jf. eksklusion: Uklart hvad følgende sætning betyder "*beregningen udføres mindre end 14 dage efter henvisningsdato (AJK01A)*"?

Indikator Registrering af rusmiddeldiagnose (side 13-14) - Andel af IDD-forløb hvor patientens rusmiddelproblematik er registreret

Figuren afspejler, at patientens rusmiddelproblematik skal være registreret inden for 30 dage, det synes jeg, skal fremgå af indikatoren, således der står: "*Andelen af IDD-forløb, hvor rusmiddeldiagnose er registreret inden for de første 30 dage efter behandlingsstart*".

- Uoverensstemmelse mellem nævnerdefinitionerne på side 13 og 14. Af begge definitioner bør fremgå, hvis det specifikt er forløbsmarkøren for start af dobbeltdiagnosebehandling AKJ01B, der sikrer inklusion (af definitionen på side 13 står alle IDD-forløb).
- Der ønskes en uddybning af, hvad der menes med "Beregning udføres 0-29 dage efter at IDD-behandlingen er startet" s. 14

Indikator Præparatvalg ved substitutionsbehandling (side 16-17) - Andel af patienter i substitutionsbehandling som starter med buprenorfinpræparat

Uoverensstemmelse mellem ordlyden i nævnerdefinitionen – i nævnerdefinitionen på side 17 står i tillæg til alle IDD-forløb, at der også skal være registreret en rusmiddelmiddeldiagnose. Dette kan med fordel fremgå af begge definitioner.

Datakilden er Sygehusmedicinregisteret (SMR). Hvad med de patienter, som modtager substitutionsbehandling ambulant? Skal disse ekskluderes? Vil alle patienter få udleveret deres substitutionsbehandling i ambulatoriet eller vil de indløse en recept op substitutionsbehandling? Hvis det også er muligt, at patienter kan indløse recepter på substitutionsbehandling, så kan en datakilde med fordel være Lægemiddelstatistikregisteret (på samme måde som ved Den Nationale Skizofrenidatabase).

Side 19 (udredning): hvordan defineres et diagnostisk interview? Hvordan tænkes det at lave denne opgørelse?

Side 21-22:

Det beskrives i SOR-oversigten, at de SOR-koder, som er registreret som forløbsansvarlig i LPR for Region Nordjylland er:

- Psykiatrien Nordjylland, Aalborg
- Psykiatrien Nordjylland Brønderslev

Der kan imidlertid ikke findes SOR-koder med denne overskrift i SOR-browseren: SOR Browser, og vi plejer ikke at inddele det sådan. Vi plejer at inddele det i LPR-forløbsansvaret på disse SOR-koder:

- PS Almenpsykiatrisk Afdeling, Nord: 278121000016009
- PS Almenpsykiatrisk Afdeling, Syd: 278291000016004

Patienter tilknyttet Retspsykiatrisk Afdeling i Region Nordjylland kan også være omfattet af tilbudet og derfor skal denne afdeling også fremgå af ansvarlige organisationer.



Sundhedsstyrelsens høringssvar til dataspecifikation for databasen for Integreret Dobbeldiagnosebehandling

Sundhedsstyrelsen takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende dataspecifikationen for databasen for Integreret Dobbeldiagnosebehandling (IDD), herunder populationsafgrænsning og indikatorspecifikation. Vi vil indledningsvist gerne kvittere for det grundige arbejde. Derudover har Sundhedsstyrelsen følgende specifikke kommentarer til de enkelte delafsnit.

Organisatorisk afgrænsning:

Integreret eller sammenhængende dobbeldiagnosebehandling tilbydes også i et vist omfang udenfor de regionale psykiatriske afdelinger til personer med psykiske lidelser, som ikke er i psykiatriens målgruppe, fx via kommunale rusmiddelcentre eller private rusmiddelbehandlingstilbud, herunder fx Nationalt Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling (Ringgården).

Derfor anbefales det, at beskrivelsen af den organisatoriske afgrænsning tydeliggør, at databasen omfatter personer, som er i målgruppen for et integreret dobbeldiagnosetilbud i den regionale psykiatri, fx med henvisning til Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje.

Samtidig kan det også tydeliggøres, at patienter som eventuelt behandles i psykiatrisk speciallægepraksis, ikke indgår, og at patienter i koordinerede behandlingsforløb heller ikke indgår i databasen, medmindre de i forløbet overgår til et integreret behandlingstilbud i den regionale psykiatri.

Populationsbeskrivelse:

Det kan med fordel præciseres, at databasen alene omfatter patientforløb indenfor rammerne af integreret dobbeldiagnosebehandling i den regionale psykiatri. Derudover kan der med fordel henvises til Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje, da denne afgrænser populationen for integreret behandling.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at populationen ikke tydeligt er afgrænset på alder. Det kan derfor med fordel anføres som et opmærksomhedspunkt, at integreret dobbeldiagnosebehandling aktuelt kun tilbydes patienter, som henvises til voksenpsykiatrien.

Det er uklart, om der er taget stilling til, hvorvidt børn og unge på sigt kan indgå i databasen, hvis der på et senere tidspunkt etableres et integreret dobbeldiagnosetilbud i regi af børne- og ungdomspsykiatrien.

Sundhedsstyrelsen gør i den forbindelse opmærksom på, at vi aktuelt er ved at udarbejde faglige rammer for et samlet behandlingstilbud til børn og unge med dobbeldiagnoser. Der kan derfor på sigt opstå behov for at tage stilling til en eventuel inklusion af børn og unge i databasen. Implementeringen af et dobbeldiagnosetilbud til børn og unge skal jf. *aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien* påbegyndes i løbet af 2026.

5. januar 2026

Sagsnr. 05-0800-206/
Sagsbehandler VICB

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk



Ventetid til behandling:

Sundhedsstyrelsen vil gerne kvittere for valg af "ventetid til behandling" som en kvalitetskritisk indikator, og har ingen kommentarer til den tekniske dataspecifikation.

Vi anbefaler dog, at der fastsættes et udviklingsmål, som er i overensstemmelse med gældende lovgivning. Jf. Sundhedslovens § 82c, skal regionen påbegynde behandling senest 14 dage efter modtagelse af henvisningen. Dette taler for, at målopfyldelsen for indikatoren fastsættes således, at alle patienter opstarter behandling senest 14 dage efter henvisning.

Registrering af rusmiddeldiagnose:

Indikatoren er relevant, men har visse begrænsninger i forhold til at belyse den kliniske kvalitet, idet indikatoren måler på registrering af rusmiddeldiagnose, og ikke på kvaliteten i selve udredningen og diagnostikken.

Sundhedsstyrelsen noterer, at der i figur 1 også er foreslået udredning med AUDIT/DUDIT som kvalitetsindikator, og at ovenstående forhold ligeledes er adresseret i beskrivelsen af opmærksomhedspunkter. Vi anbefaler dog, at indikatoren på sigt suppleres med en indikator, som mere direkte måler kvaliteten af udredning og diagnostik.

Sundhedsstyrelsen har ingen kommentarer til den tekniske beskrivelse af indikatoren.

Præparatvalg ved start af substitutionsbehandling:

Indikatoren er overordnet fagligt velbegrundet, og det er positivt, at indikatoren er knyttet til DMPG-retningslinjen, samt at relevante opmærksomhedspunkter er identificeret.

Det kan dog svække indikatorens faglige validitet, at patienter, som på baggrund af individuelle årsager ikke bør opstartes i substitutionsbehandling med buprenorfin, indgår i populationen på lige fod med øvrige patienter. Dette kan fx være tilfældet for patienter, som er i stabil substitutionsbehandling med metadon, og hvor der ikke er indikation for skift til buprenorfin i forbindelse med opstart af IDD-forløb. Dette er adresseret som et opmærksomhedspunkt, men det kan overvejes, om den tekniske afgrænsning af indikatoren i højere grad kan tage højde for dette, fx via eksklusionskriterier. Under alle omstændigheder må der tages forbehold for dette ved fastsættelse af udviklingsmålet for indikatoren.

Definitionen af "indledningsvist" er ikke fuldt beskrevet i den tekniske beskrivelse. Det kunne overvejes, at definere et tidsvindue for "førstevalg", fx inden for 14 dage fra opstart af substitutionsbehandling i IDD-forløbet. Dette ville fx give mulighed for inklusion af patienter i pågående substitutionsbehandling, som ifm. opstart af integreret behandling tilbydes præparatskift til buprenorfin jf. DMPG-retningslinjen.



Det er beskrevet, at patienter kan indgå flere gange i indikatoren, og dette er ligeledes nævnt som et opmærksomhedspunkt. Dette indebærer, at indikatoren reelt måler andel af forløb og ikke andel af patienter. Det anbefales derfor, at indikatorens formulering i højere grad afspejler dette, fx "Andel af patientforløb, hvor substitutionsbehandling startes med buprenorphinpræparat".

Med venlig hilsen

Vibe Ballegaard

Afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen, Enhed for Sygehuse og Forløb

Enhed:
Data og Analyse

Sagsbehandler:
Jesper Stentebjerg
Sigsgaard

Sagsnr.:
2025 - 13211

Dato:
17. december 2025

Høringssvar vedr. Dansk Database for Integreret Dobbeldiagnosebehandling

Titel på høringsdokument: IDD Databasespecifikation v1.2

Høringsmyndighed: Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Generelle bemærkninger

Det kan overvejes at afdække, hvor stor en andel med en forventet dobbeldiagnoseproblematik, som henvises til, eller starter i et IDD-forløb – evt. i en særskilt indikator. Til dette formål kan registret "Ventetider for Behandlingsgaranti af Stofmisbrugere (Aktive forløb)" benyttes som supplement til Register over Stofmisbrugere i Behandling, fx i tilfælde, hvor en rusmiddelproblematik er registreret i kommunalt regi, uden det er synligt i registre på sundhedsområdet.

