



03-02-2015

Sagsnr.  
2015-0011991

Dokumentnr.  
2015-0011991-6

Sagsbehandler  
Mi Kortzau

## **Bilag 2: Covernotat for afklaringssporet for de mere stabile og velfungerende substitutionsbrugere**

Socialudvalg skal den 25. februar behandle en sag om resultaterne af fire ud af syv afklaringsspor i forbindelse med udvikling af misbrugsområdet. Med afsæt i dette bilag med resultaterne for afklaringssporet for de mest stabile og velfungerende substitutionsbrugere lægger forvaltningen op til en udvalgsdrøftelse af sporet. Der har været afholdt to arbejdsgruppemøder og foretaget et brugerinterview i sporet.

Covernotatet indgår i udvalgets drøftelse af, hvilken type tilbud der bedst kan realisere de øgede krav til substitutionsbehandling og om hvem der skal drive det (kommunalt eller privat) i den kommende omlægning af misbrugsområdet.

## **Afklaringsspor 3: De mere stabile og velfungerende substitutionsbrugere**

### *Hovedudfordringer*

Der er i København indskrevet ca. 1.600 brugere i substitutionsbehandling. Heraf er ca. 200 af de mere velfungerende brugere indskrevet i den private lægeklinik. Der er stigende krav til kvaliteten i substitutionsbehandlingen, herunder sikring af korrekt medicinering.

### *Forskellige synspunkter*

I udgangspunktet var arbejdsgruppen splittet i spørgsmålet om, hvorvidt den nuværende lægeklinik skulle ophøre sin praksis. Brugerforeningen og to af de tre læger fra klinikken var for at bevare den eksisterende lægeklinik. Udgangspunktet var, at brugerne profiterer af det nuværende nære læge-patientforhold og vil lide under at skulle skifte behandling. Den tredje læge - fra lægeklinikken - og forvaltningen (herunder de to overlæger) var stemt for at oprette et alternativt tilbud i kommunalt regi.

Socialforvaltningen afholdte den 23. januar 2015 et særskilt møde med de tre læger fra den private lægeklinik med det formål at få en samlet holdning fra tilbuddet. På mødet tilkendegav de tre læger samlet, at de fandt det positivt, at kommunen vil etablere et tilbud for denne gruppe substitutionsbrugere og lægerne anerkendte behovet for et nyt tilbud, og at lægeklinikkens tid er ved at rinde ud. Som udgangspunkt foreslog lægerne, af hensyn til brugerne, en lang

### **MR Voksne - personale**

Bernstorffsgade 17  
1577 København V

Telefax  
3317 3731

Mobil  
2053 5608

E-mail  
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

udfasning på 3-5 år. Forvaltningen har givet udtryk for, at perioden bør være kortere af hensyn til brugerne. Både for hurtigere at kunne indfri de sociale - og sundhedsfaglige mål i en differentieret kommunal behandling, men også for at forkorte brugenes bekymringsperiode. Lægerne respons herpå var, at hvis kravet var en kortere udfasningsperiode krævede det, at brugerne kunne flyttes direkte over i et lav-intensivt tilbud og ikke over i en behandlingsenhed som midlertidig løsning.

Brugerforeningen deltog kun på det første arbejdsgruppemøde, og har ikke tilkendegivet, at de har ændret holdning til lukning af klinikken.

En stabil substitutionsbruger har i et interview givet udtryk for, at det er godt at brugere med arbejde eller uddannelse kan hente deres medicin på apoteket men, at de skal tilses af en sygeplejerske eller læge en gang om måneden. For de ældre brugere er der behov for et særligt fokus på gruppens sundhedsproblemer. Brugeren sagde også, at unge misbrugere ikke skal i substitutionsbehandling men i stoffri behandling. Og at man skal tænke i forskellige tilbud til unge og gamle så de gamle brugere ikke præger de unge negativt.

Blandt de øvrige deltagere i arbejdsgruppen var der konsensus om at etablere et fleksibelt lav-intensivtbehandlingstilbud i kommunalt regi for de mere velfungerende substitutionsbrugere.

#### *Anbefaling*

På baggrund af de voksende krav til kvalitet i substitutionsbehandling og med resultaterne fra inddragelsesprocessen er det forvaltningens vurdering, at området skal organiseres anderledes. Forvaltningen foreslår, at oprette et nyt fleksibelt tilbud, som matcher de bedre substitutionsbrugeres behov og samtidig opfylder kravene til kvalitet. Tilbuddet skal have en teambaseret behandling med overvejende fokus på den sundhedsfaglige indsats, hvor de moderne krav til medicinsk misbrugsbehandling kan imødekommes.

#### *Effekt for borgerne*

De mest velfungerende substitutionsbrugere får et særskilt lav-intensivt behandlingstilbud, som i højere grad matcher gruppens behov mht. til fleksibilitet i behandlingsintensitet og åbningstider for dem i arbejde og uddannelse. Flere substitutionsbrugere med et lavt behandlingsbehov vil få gavn af tilbuddet i kortere eller længere perioder. Med et fleksibelt kommunalt lav-intensivt tilbud sikres borgeren bedre, at behandlingsindsatsen løbende tilpasses ændrede behov.



## **1. Referat fra afklaringsspor – De mest stabile og velfungerende substitutionsbrugere**

Mødedeltagere:

Helle Petersen (HP) social overlæge. Peter Ege (PE) læge Lægeklinikken Turesensgade.  
Jørgen Kjær (JK) formand Brugerforeningen. Lene Barner-Rasmussen (LBR) områdechef RCK/BEV.  
Steve Jul-Hansen (SJH) socialpædagog RCK/BEI.  
Else Damgård Graversen (EDG) sygeplejerske RCK/MEA. Katrine Nordbjærg Thomasen (KNT) leder CfMP/Familieambulatoriet Thoravej. Palle Notkin (PN) pædagog, CfMP/Familieambulatoriet Thoravej. Rasmus Balslev (RB) repræsentant fra faglig organisation/Fælles-TR Dansk Socialrådgiverforening, KK).  
Afbud fra Lægeklinikken Broen.  
Facilitator: Vibeke Janssen, Kontoret for organisationsudvikling.  
Faglig referent: Lene Caspersen, klinisk overlæge DU Udsatte og Psykiatri.

### **Rationale:**

Ambulatoriet skal håndtere voksende krav til funktioner og ydelser (øget brug af Buprenorphin, fokus på metadondoser og øget fokus på overvågning af metadonindtagelse).

### **Model:**

Der etableres et kommunalt lægeambulatorium til målgruppen i samme søjle som de tre substitutionsenheder.

Hvad angår holdninger til scenariet, delte deltagerne sig overordnet meget klart i to hovedgrupper, hvor lægeklinikkerne og Brugerforeningen, repræsenteret af hhv. PE og JK, udgjorde den ene gruppe og resten af deltagerne udgjorde den anden gruppe:

1. Lægeklinikkerne og Brugerforeningen lagde vægt på **et stationært tilbud med kendte rammer, en "1 læge - 1 patient-model" adskilt fra behandlingssystemet** og ønskede at fortsætte uændret med lægeambulatoriet i Turesensgade i privat regi med samarbejdsaftale: JK ønsker uændret form og rammer, samme læge, samme ordning, mener ikke, at patienterne kan tåle omstilling og PE vægter 1 læge - 1 patient-modellen og vigtigheden af, at patienten ikke føler sig om en del af systemet.
2. Den øvrige gruppe lagde vægt på **et fleksibelt tilbud med mulighed for at intensivere/reducere behandlingsindsatsen**

### **MR Voksne - personale**

Bernstorffsgade 17  
1577 København V

Telefax  
3317 3731

Mobil  
2053 5608

E-mail  
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

**efter behov, teambaseret (sygeplejerske i front, læge i baghånd):** Den øvrige gruppe vægter en helhedsorienteret indsats med mulighed for at skrue op og ned i behandlingsintensitet efter individuelt behov. En kronikerindsats, hvor behandlingsbehovet svinger over tid. I stabil fase primært en afhængighed i medicinsk behandling, i ustabil fase en misbrugsbehandling med behov for tværfaglig indsats. I stabil fase team med sygeplejerske i front, ”nurse practitioner” og læge i baghånden og med socialfaglig personale til rådighed efter behov, mulighed for fremskudt indsats/behandling mv. I ustabile faser muligheder for at opgradere behandlingsindsatsen. Nem tilgængelighed, respektfulde rammer skærmet fra de mere belastede i behandling. I gruppen var en generel bekymring for, at flere patienter på lægeambulatorierne er ”underbehandlede”. Gruppen lagde vægt på en prioritering af fælles fagligt grundlag og potentiale for udvikling.

På baggrund af scenariet blev der stillet 5 overordnede spørgsmål hvortil deltagerne noterede følgende:

### **1 Hvad er jeres holdning til dette scenarie?**

”Vi er positive over de mange nye forslag, men at lukke Turesensgade er IKKE hensigtsmæssigt eller brugervenligt set med de ca. 200 super tilfredse midaldrende og ældre brugere, der i mange år (i gns. 8-10 år) har gået der. Allerede nu har flere af Brugerforeningens medlemmer udtrykt at de sover elendigt og er angste for at en flytning til et andet større tilbud vil reducere deres tryghed og dermed også livskvalitet” JK

”Ikke nødvendigvis et kommunalt lægeambulatorium. Lige så vel et privat lægeambulatorium med en behandlingsaftale med kommunen og med kravspecifikationer. Fordelene ved den nuværende ordning: tæt læge-patient-forhold. Stor tilgængelighed. Tryghed. Stor fleksibilitet” PE

”Det giver god mulighed for at borgerne sikres den behandling, der er bedst ved at samle alt kommunalt – alle arbejder efter samme retningslinjer, så borgerne sikres det de skal have” LBR

”Mulighed for en mere fleksibel indsats, som kan defineres/omdefineres efter behandlingsbehov. Mulighed for større fælles faglighed og udvikling. Mulighed for større konsensus om kvalitet i behandlingen” HP

### **2. Hvilke problematikker og faldgruber ser I ved dette scenarie?**

”Man flytter en række brugere, som ikke ønsker at blive flyttet” PE

”Ved et lægeambulatorium skal vi være opmærksomme på at vores borgere bliver ældre og får brug for højere intensitet i behandlingen. Også sammenhæng for borgeren (job, bolig, uddannelse) skal tages med i overvejelserne. Borgerne kan sande til på et ambulatorium, hvis der ikke holdes øje med dem (faste aftaler, indkald osv.). Vi har set mange dårlige på de nuværende lægeklinikker” LBR

”Kommunen ”lukker sig om sig selv” og glemmer at indtage ekstern viden” RB

”Kan brugere med hjemmeboende børn være i et lægeambulatorium? Hvornår er man god nok til lægeambulatorium? – mange med socialfobi/angst – hvornår skal vi ”insistere” på psykosocial behandling? – kan det udtømmes? En lægeklinik med tilknytning til en substitutionsenhed, hvor der kan laves/tilbydes fremskudt behandling (f.eks. socialrådgiver, samtaler mm.). KNT

”Brugeren får tilbagefald og har brug for flere samtaler – hvor skal det gøres?”

”Patienterne i lægeklinikkerne er trygge ved det, de har og utrygge ved udsigt til forandring.

Patienterne i lægeklinikkerne ønsker ikke at være tættere på behandlingssystemet.

Fysiske rammer skal tilpasses indsatsen, herunder tilstrækkelige rammer til iværksættelse af buprenorphin: skærmning og omsorg” HP

”Samarbejde/kommunikation mellem ambulatorium og øvrige substitutionsenheder!? Hvem er behandlingsansvarlig og myndighed? Hvem og hvordan bestemmer hvilke borgere, som er gode nok til ambulatorium? Ulemper ved ét ambulatorium: Hvad med brugere, som er i stand til at bruge praktiserende læge (konflikt!?)” SJH

”Krav til substitutionsbehandling, lægeambulatorium: Stabil i substitutionsmedicin, skal der være maks. for dosis? Krav til den stabile bruger, længerevarende substitutionsbehandling, egen bolig, evt. i job, på arbejdsmarkedet, førtidspension osv.? Hvilken faggruppe skal varetage denne del, indgår brugeren i et team? Hvilket sundhedsfagligt tilbud skal det favne, både i forhold til de fysiske rammer og selve ambulansfunktion til tjek og kontrol? Hvem skal afklare, hvornår brugeren hører til i lægeambulatorium? Set i forhold til valgfrihed, så er scenariet med kun 1 lægeambulatorium ikke anvendelig. I forhold til tilbagefald, ændret funktionsniveau – er der så valgfrihed til spor i substitutionsbehandlingen som man går tilbage til, eller kan enheden klare tilbagefald? Er der myndighedsfunktion i lægeambulatoriet i forhold til at søge bevillinger, så som enkelttydelser så det er samlet et sted?” EDG

### **3. Hvilke styrker og potentialer ser I ved dette scenarie?**

”At brugerne ikke oplever sig stigmatiserede. At brugerne oplever sig respekteret og trygge ved sin læge.

Et kommunalt lægeambulatorium vil styrke samarbejdet med det kommunale behandlingscenter.

Brugeren kan have en/sin kontaktperson på en af enhederne – støtte til familiesamtaler – børnene ønsker svar på mors/fars behandling – hvordan skal det håndteres?

Brugeren har to indsatser” KNT

”Det tydeliggøres hvor ansvaret for behandlingen ligger” RB

”Hvis behandlingen bliver i enheden kan der tænkes fremskudt behandling ind. Det vil give sammenhæng for borgeren, da de kan flyttes inden for samme enhed.

Ved et kommunalt lægeambulatorium er styrken at vi kan forvente et bedre/større samarbejde med substitutionsenhederne så borgerens funktionsniveau hele tiden er i fokus” LBR.

”De mest velfungerende brugere matches i forhold til et lavintensivt tilbud – har ingen psykosociale problemstillinger. Blandes ikke med øvrige målgrupper” SJH

”Styrket fælles faglig forståelse og tilgang på tværs af sags- og misbrugsbehandlingen” RB

”Større mulighed for fremskudt behandling ved behov. Større mulighed for kontrol af medicinering – overvåget indtagelse ved behov – indkaldsperioder. Større mulighed for helhedsorienteret indsats – herunder sundhedsfaglig rådgivning/behandling f.eks. hepatitis/vaccinationer/råd. Større mulighed for sikker medicinering, f.eks. EKG ved behov. Behandling bør være team-baseret (læge – sygeplejerske – socialrådgiver – pædagog). Ved stabile i substitutionsbehandling kan sygeplejerske være i front ved konsultationer på lægelig delegation og medinddrage læge ved behov/faste behandlingsmøder.

Ved et kommunalt lægeambulatorium er der mulighed for at yde en fleksibel indsats, som kan tilpasses efter skiftende behov. Ved et kommunalt lægeambulatorium kan man i højere grad arbejde teambaseret med f.eks. en ”nurse practitioner” i front og en læge i ”baghånden”” HP

### **4. Er der noget, vi har glemt i forhold til scenariet?**

”Hensynet til brugerne. At gå i et lægeambulatorium (eller hos en praktiserende læge) repræsenterer et statusløft og en afstigmatisering. De kommer væk fra stofmiljøet, -handel mv. Meget høj brugertilfredshed i lægeambulatorierne” PE

”Nogle brugere har et essentielt behov for anonymitet ift. job eller social position og det er vanskeligt i et stort center, hvor man risikerer at møde naboens bekendte eller andre, der kommer” JK

”Kunne man sætte en ”aldersgrænse”, hvor det er ok, at der ikke sættes mere i værk?” KNT

”Har ikke beskrevet målgrupper godt nok. Hvem kan gå på et ambulatorium? Hvem kan gå hos praktiserende læge? Hvem kan gå på apotek?” SJH

### **5. Har I forslag til et andet scenarie?**

”Bibeholde det private lægeambulatorium som en del af substitutionssøjlen. Substitutionsenheden (lavt funktionsniveau) – Egen læge eller Lægeklinikken/Ambulatoriet i Turesensgade (højt funktionsniveau)” PE

”Måske det var en idé at bibeholde servicen, udfases ved naturlig afgang, i Turesensgade – den bliver umulig at matche i et storcenter – alene fordi brugerne der ikke vil kunne beholde overlægen der kender dem personligt gennem 20 år (63 %)” JK

”Der kan tænkes ind, at enhederne kan have ydelsen til de mest stabile selv, så der er differentieret behandling. Det vil give borgeren et forløb, der er kvalificeret da der er viden om misbrug samt deres behandling løbende kan ændres” LBR

### **BILAG Referat af dialog**

I den ledsagende dialog fremkom følgende:

PE er fortaler for ”en patient - en læge”, hvor patient og læge kender hinanden rigtig godt og hvor patienten altid kan få fat på lægen, som er tilgængelig på telefon og sms. PE fortæller, at der ikke foregår psykosocial behandling i lægeklinikkerne og hans erfaring er at brugerne på lægeklinikkerne er stabile både i deres dosis og i deres kedsommelige liv, men også at deres funktionsniveau er svingende og mener, at man skal levere en differentieret behandling. PE mener, at brugerne, for at kunne gå i lægeklinikkerne, skal være så velfungerende at de kan bruge deres praktiserende læge - til f.eks. blodprøvetagning og undersøgelser for misbrugsrelaterede lidelser – og at de skal være færdigudredt og færdigbehandlet, når de henvises fra RCK til lægeklinikkerne. På spørgsmålet om, hvorvidt brugerne så ikke blot kan modtage medicinsk misbrugsbehandling hos deres praktiserende læge, svarer PE at praktiserende læge ikke altid vil have de brugere, der går i lægeklinikkerne og at de praktiserende læger ikke altid har forstand på misbrugsbehandling. PE har tænkt på, at lægeklinikkerne på et tidspunkt skal afvikles og foretrækker at det sker ved en gradvis udfasning, så det ikke betyder en brat afslutning med lukning af lægeklinikkerne. PE mener, at man kan sikre

kommunikationen mellem lægeklinikkerne og kommunen ved et fælles journalsystem og se det som et sammenhængende system.

PE fortæller at brugerne oplever sig stigmatiseret ved at gå i behandlingssystemet og udsatte når de bliver tilbudt stoffer mm når de kommer i misbrugscentrene. PE oplever af og til brugere i lægeklinikkerne, som har et behandlingsbehov, der ikke kan dækkes af lægeklinikkerne, men hvor brugerne ikke vil tilbagehenvises til det kommunale behandlingssystem.

JK har talt med mange brugere på lægeklinikken Turesensgade om at der er planer om at stedet skal lukke, og fortæller at de græder ved udsigten dertil. Karakteristisk for brugerne er ifølge JK, at de er midaldrende, mange har ”institutionsfobi” og mange har svært ved at overskue mere end få mennesker ad gangen. De er velfungerende i deres egen lille verden og er bekymrede for at skulle indgå i en større sammenhæng, især hvis de skal omgås yngre mennesker i behandling, som ofte er mere larmende og hvor tilbud om at købe stoffer og varer er en del af miljøet. Desuden er spørgsmålet om metadondosis uddebatteret for længe siden og de har ofte været i en stabil dosis metadon, måske igennem 10 år. De ønsker bare at være i fred med deres medicin. JK fortæller at det for mange brugere opleves som et statusløft at blive henvist til at gå på en lægeklinik eller hos praktiserende læge og beskriver, at mange af brugerne finder det meget vigtigt at have den samme læge og oplever en tryghed ved at kende deres læge gennem mange år og at kunne komme i kontakt med lægen ved behov på sms eller telefon. JK ser ingen grund til at ændre på det og mener at det bør kunne lade sig gøre, i en så stor organisation, at beholde sin læge. JK fortæller at mange af de ældre brugere vil være kede af at skulle fortælle hele deres livshistorie igen, og at det generer en del af brugerne, at behandlerne ofte er yngre end dem selv, ligesom mange brugere har haft en oplevelse af at blive set ned på af behandlere. Endvidere har mange erfaringer fra det kommunale system, hvor de har følt sig omklamret af systemet og har følt sig presset til at skulle opnå stoffrihed mod deres ønske. JK vil ikke afvise, at behandlingssystemet kan have ændret sig i positiv retning. JK’s håb er at man kan udfase lægeklinikkerne og mener også, at det kan ske indenfor en overskuelig tid, da mange af brugerne er 60+. JK’s ønsker, såfremt et kommunalt lægeambulatorium bliver en realitet, er et diskret sted, hvor brugerne kan sikres en vis grad af anonymitet, hvor der kun kommer få brugere ad gangen, hvor der ikke er noget stort venteværelse og hvor brugeren kan have sikkerhed for at medicineringen er på plads.

JK hører tiltagende problemer med den stigende kontrol i behandlingen i det kommunale behandlingssystem, især mht. at brugerne skal indtage hele deres dosis, når de henter medicin, idet de plejer at indtage medicinen opdelt over døgnet og ved indtagelse af hele døgndosis føler sig overdoserede og f.eks. har problemer med at



køre bil. Ifølge JK kommer metadonen på gaden fra pensionister, men sælges af stofbrugere på gaden.

HP mener at der for borgere i lavintensitetstilbud er behov for en ”buffer tilbage i systemet”. Efterlyser en definition af målgrupper og foreslår, at definitionen på ”de mest stabile og velfungerende borgere” er at de er velfungerende i substitutionsbehandling og at der ikke foreligger misbrugsproblemer eller sociale behandlingsbehov, men alene foreligger afhængighed; denne gruppe kan i princippet gå hos praktiserende læge, forudsat at denne læge er indstillet på det. Til forskel fra denne gruppe, er der gruppen af borgere, der oveni deres afhængighed har en misbrugsproblematik og/eller komplicerende somatiske eller psykiatriske helbredsproblematikker.

Der er behov for et lavintensitetstilbud til brugere, der klarer sig godt og ikke er belastede i en grad der gør, at de har behov for social misbrugsbehandling, men som har brug for at være i kontakt med nogle, der har forstand på misbrugsproblematikker, og af denne grund er det ikke hensigtsmæssigt, at de går hos praktiserende læge.

HP spørger til, hvilken indsats, vi skal levere og efterlyser kravspecifikationer for en behandling, der kan matche de behov som brugerne har.

HP foreslår ”nurse practitioners” - et britisk/skotsk koncept - hvor en sygeplejerske er i front med en læge i baghånden, sammen med et tilbud med forskudte åbningstider om morgenen og sen eftermiddag/aften.

HP har en formodning om, at nogle af brugerne på lægeklinikkerne har et udækket behandlingsbehov og fortæller, at hun i forbindelse med en gennemgang af brugerne på lægeklinikkerne for et par år siden, fandt mange mangler i den lægelige misbrugsbehandling, bl.a. var andelen af hepatitisvaccinerede brugere lav.

HP udfordrer ”en patient – en læge”-modellen som en gammeldags model, der giver mulighed for ”blinde vinkler”, hvilket er uhensigtsmæssigt i behandlingen af patienter med afhængighed, ligesom den lukkede relation ikke fungerer i en moderne misbrugsbehandling, der kræver en teambaseret tilgang for at kunne yde en helhedsorienteret indsats. Lægeklinikkerne er fra før den tid, hvor man krævede en helhedsorienteret indsats og siden er der tilkommet mange krav til substitutionsbehandlingen som bør tænkes ind i en fremtidssikret drift. HP anerkender at al forandring er svær og fastholder at det er overordnet vigtigt at møde borgeren respektfuldt. HP mener ikke, at vi skal fortsætte med de små isolerede enheder, men foreslår i respekt for traditionen og relationen i læge-patientforholdet, at det kommunale misbrugsbehandlingssystem inviterer lægerne fra lægeklinikkerne ind i det kommunale system så læge-patient-relationen kan bevares, men i en helhedsorienteret indsats.

HP anfører at misbrug og afhængighed er en kronisk tilstand, der svinger over tid og at behandlingsindsatsen skal differentieres. Selv

for umiddelbare stabile brugere kan situationen ændres pludseligt, f.eks. når brugeren sættes i behandling med ny medicin andet steds fra, som kan interagere negativt med substitutionsmedicinen. Lægen har også i sådanne situationer ansvar for den medicinske behandling og det er forkert at opfatte misbrugsbehandlingen som blot en medicinudlevering, men man bør i stedet opfatte det som en analog til behandling af andre kroniske lidelser.

HP anfører at der er behov for øget samarbejde med praktiserende læge for de patienter, der er uddelegeret dertil.

Hvad kontrol i behandlingen angår, så anfører HP at der er behov for et kvalitetstjek af den udleverede medicin, og at der er en hårfin balance mellem tillid og kontrol og at brugerne ikke skal have mere eller mindre medicin end det, de har brug for, og at det er vigtigt at være åbne overfor den snak.

I og med at den forstående lovændring af § 142 om lægelig misbrugsbehandling giver mulighed for etablering af private ambulante behandlingstilbud, mener HP at sådanne klinikker i så fald skal være helt private og underlagt det almindelige tilsyn af private klinikker af Sundhedsstyrelsen.

KNT mener, at et center betyder at de stabile og velfungerende brugere kan blive i samme center ved evt. tilbagefald/behov for mere intensiv behandling i en kortere eller længere periode.

KNT foreslår at et lægeambulatorium knyttes til en af substitutionsenhederne, f.eks. samme bygning, men egen dør. På den måde vil brugerne kende huset fra før de overgik til lægeambulatoriet og har dannet en relation, som kan gøre det lettere for brugeren at vende tilbage til en mere intensiv behandling ved behov.

KNT kaster spørgsmålet op, om der kan sættes en aldersgrænse for hvornår man fra behandlingsside kan imødekomme en borgers ønske om at "lade mig være", men synes ikke at man som behandlingstilbud skal opgive og udfordrer i denne forbindelse udsagnet "når den sociale del er udtømt" - som ofte er baggrunden for henvisning til de nuværende lægeklinikker - idet hun er bange for at borgeren risikerer at blive "parkeret" når det helhedsorienterede blik mangler.

KNT ønsker at vi ser på misbrugsorganiseringen udefra og inddrager vores og andres erfaringer og ikke kun ser på individuelle interesser og behov.

KNT efterlyser at vi "taler samme sprog", og mener at det ikke skal være stigmatiserende at gå i misbrugsbehandling. Behandlingstilbuddet skal være individuelt. Brugere skal have et live udenfor behandlingen.

KNT efterlyser flere scenarier i oplægget til afklaringssporet for de mere stabile og velfungerende substitutionsbrugere.

SJH beretter fra sin mangeårige erfaring fra SKP-arbejde i RCK-regi om, at når brugerne blive ældre, så kan situationen skifte meget hurtigt og at der derfor er behov for nogle, der holder øje med dem. SJH taler

om ”de stille katastrofer”, hvor det ofte sander til, når borgeren bliver ældre. SJH’s vurdering er at der er behov for differentiering i behandlingen baseret på faglige skøn fra flere faggrupper. Hans oplevelse er, at man i misbrugsbehandlingen har været dårlige til at vurdere hvem, der hører til hvor, og er stor tilhænger af et team omkring brugeren, men hvor der i teamet er en ansvarlig for at sikre organiseringen og det overordnede blik. Hvad brugere på Broen angår, er det Steves oplevelse at mange lever isoleret på deres egne præmisser.

Han fornemmer at meget af den udleverede metadon ender på gaden, og mener at behandlingssystemet har et ansvar for den medicin, der ender på gaden, hvorfor det er vigtigt med kontrol med behandlingen.

EDG spørger retorisk, hvem bestemmer hvor borgeren skal gå i behandling, hvis vedkommende f.eks. er somatisk belastet, og hvilke faggrupper skal være repræsenteret i behandlingen, hvis niveauet skal løftes, og hvordan skal det sundhedsfaglige niveau løftes, samt hvordan kan det medtænkes hvis brugerne har behov for f.eks. blodprøver eller andre undersøgelser udenfor huset, som bl.a. følger en efterlevelse af de sundhedsfaglige instrukser i misbrugsbehandlingen.

EDG foreslår, at der tænkes et kommunalt lægeambulatorium ind i mere end én substitutionsenhed, for at opfylde visionen om borgerens mulighed for at kunne vælge mellem flere behandlingssteder.

EDG ville gerne have haft kendskab til de andre afklaringsspor outcome, da hun mener at det vil kunne kvalificere de andre spor, idet emnerne fra alle spor griber ind i hinanden i den samlede organisering af behandlingen.

LBR oplever at brugerne i substitutionsbehandlingen bliver ældre og ældre og at der dermed følger at behov for mere behandling og sætter spørgsmålstegn ved, om dette øgede behov for behandling kan løftes af lægeklinikkerne. Samtidig er der brugere, der f.eks. ønsker uddannelse eller beskæftigelse, og LBR stiller sig tvivlende overfor om behovet for støtte i den forbindelse kan dækkes, når der ikke er et teams opmærksomhed på brugeren.

## **2. Referat fra afklaringsspor – De mest stabile og velfungerende substitutionsbrugere**

Deltagere: Helle Petersen (HP) socialoverlæge. Benny Vittrup Jensen (BVJ) læge Lægeklinikken Turesensgade. Lene Barner-Rasmussen (LBR) områdechef RCK/BEV. Steve Jul-Hansen (SJH) socialpædagog RCK/BEI. Else Damgaard Graversen (EDG) sygeplejerske RCK/MEA. Katrine Nordbjærg Thomasen (KNT) leder CfMP/Familieambulatoriet Thoravej. Palle Notkin (PN) pædagog Familieambulatoriet Thoravej.

Afbud fra Peter Ege, læge Turesensgade (BVJ deltog som suppleant), Jørgen Kjær, Brugerforeningen og fra Rasmus Balslev, repræsentant for faglig organisation/Fælles-TR DS.

Facilitator: Vibeke Janssen, Kontoret for organisationsudvikling.

Faglig referent: Lene Caspersen, klinisk overlæge DU Udsatte og Psykiatri.

Godkendelse af referat fra første møde:

Den faglige referent har ikke modtaget kommentarer til referatet. Referatet er godkendt.

### **Scenarie til drøftelse:**

**Rationale:** ”Ambulatoriet skal håndtere voksende krav til funktioner og ydelser (øget brug af buprenorphin, fokus på metadondoser og øget fokus på overvågning af metadonindtagelse)”.

**Model:** ”Der etableres et kommunalt lægeambulatorium til målgruppen i samme søjle som de tre substitutionsenheder”.

*Kort resume af første møde, d. 15.12:*

*Deltagerne delte sig overordnet i to hovedgrupper:*

*Jørgen Kjær (JK) fra Brugerforeningen og læge Peter Ege (PE) fra Lægeklinikken Turesensgade var fortalere for en bevarelse af lægeklinikkerne i deres nuværende form idet de vægter 1-læge – 1-patient-modellen og de små og rolige rammer uden for det kommunale behandlingssystem højt. JK og PE var dog begge indstillet på en udfasning af de nuværende lægeklinikker, hvor der ikke indskrives nye borgere og de nuværende borgere afsluttes ved naturlig afgang.*

*Den øvrige gruppe (deltagere fra det kommunale behandlingssystem) ønskede samstemmende et fleksibelt lav-intensivt tilbud i kommunalt regi med mulighed for at tilpasse behandlingsindsatsen efter behov, en teambaseret behandling med overvejende fokus på den sundhedsfaglige indsats, hvor de moderne krav til medicinsk misbrugsbehandling kan imødekommes, og med mulighed for tilknytning af relevant behovsbestemt psykosocial støtte til borgerne fra socialfaglig side.*

Til mødet d. 8.1.15 var der afbud fra JK og PE og fra Lægeklinikken Broen deltog læge Benny Vittrup Jensen (BVJ). Gruppen fra det kommunale behandlingssystem var, på nær afbud fra RB, identisk med første møde.

På dette møde forekom ikke den opdeling, som på første møde, men alle – inkl. BVJ var enige om, at tiden var løbet fra de private lægeklinikker og at det rigtige vil være at lægge behandlingen ind i det kommunale system, gerne med etablering af et kommunalt lav-intensivt ambulatorium, som er skærmet fra den tungere brugergruppe, og med fleksible/udvidede åbningstider, som kan matche brugere med

arbejde eller studier, og som primært bemannes med sygeplejerske i front til de stabile behandlingsforløb og læge ”i baghånden”, svarende til praksis fra sundhedsvæsenet ved kontrol af kroniske behandlingsforløb som diabetes og KOL og som også kendes fra misbrugsbehandling i udlandet. Lav-intensitets behandlingstilbud skal selvfølgelig kunne efterleve de samme krav til den sundhedsfaglige behandling, som gælder alle andre borgere indskrevet i misbrugsbehandling i kommunen og i øvrigt skal der være nem mulighed for at koble socialt personale på ad hoc.

For at imødekomme behovet for tryghed ved at borgeren har ”sin læge” kan lægerne fra de private lægeklinikker i en overgangsordning flyttes med over i et kommunalt ambulatorium på konsulentvilkår. Der blev talt meget om at sikre en opmærksomhed på, at borgerens behandlingsbehov kan skifte og om at have et behandlingssystem, der kan skrue op og ned i intensitet og er i stand til at opfange signaler på behov for en øget behandlingsindsats.

Der var overvejende stemning for etablering af ét kommunalt ambulatorium, dog var der også fortalere for at dette ”lav-intensitets-tilbud” kunne ligge som en del af alle tre substitutionsenheder.

Der synes ikke at være konflikter internt i gruppen af deltagere fra det kommunale system, men når indholdet af første og andet møde sammenholdes, tyder noget på, at der internt i Lægeklinikken Turesensgade ikke er konsensus; som det fremgår af ovenstående er i hvert fald BVJ indstillet på en overdragelse af de private klinikker til kommunalt regi.

Såfremt de private lægeklinikker bevares vil dette være i konflikt med de voksende krav til kvalitet og sikkerhed i substitutionsbehandlingen og dertil knyttede funktioner og ydelser (øget brug af buprenorphin, fokus på metadondoser og øget fokus på overvågning af metadonindtagelse), hvor de private lægeklinikker ikke kan løfte kravet til overvågning af metadonindtagelse, idet al medicin, der ordineres at lægerne på Lægeklinikken Turesensgade udleveres på apotek uden mulighed for at overvåge indtagelsen.

Man kan forestille sig, at JK og PE vil have indvendinger imod udkommet af sidste møde. Dog var både JK og PE i første møde indstillet på en udfasning og med forslaget fra sidste møde om at lade lægerne fra lægeklinikkerne følge med over som konsulenter i en overgangsordning forventes der at kunne opnås fælles fodslag i en fortsat proces.

Mere konkret fra mødet fremkom bl.a. følgende spørgsmål og kommentarer:

Behandlingsenhederne i RCK modtager en del relativt velfungerende borgere i buprenorfinbehandling fra Modtageenhederne – det er en ny målgruppe – nogle er i arbejde og under uddannelse – behov for fleksible åbningstider og for støtte, da de også er sårbare.

Skal vi ikke ændre betegnelse fra ”lægeklinik” til ”ambulatorium” – der er ikke kun tale om et lægeligt behandlingsbehov for denne gruppe.

Brugergruppen er utryk ved udsigten til forandring – derfor: hvis vi skal lave forandring, hvordan skal vi så gøre den tryk?

Vi ønsker et godt og værdigt sted for alle grupper af borgere.

BVJ mener at en væsentlig del af brugerne på lægeklinikkerne reelt vil have gavn af at komme tilbage til Behandlingsenhederne og let vil kunne overflyttes dertil, mens der er en gruppe af relativt velfungerende brugere, som har behov for den tætte kontakt til sin faste læge og hvor dette behov vil kunne imødekommes ved at lægen fra lægeklinikken følger med over i det kommunale ambulatorium.

### **Brugerinterview om de mere stabile og velfungerende substitutionsbrugere**

Bruger: Kvinde på 40 år, som har 1 hjemmeboende barn på 5 år. Har fået ordineret metadon siden hun var 16 år og har de seneste 6 år været i stabil metadonbehandling, hvor hun får en lav dosis. Hun er tilknyttet Familieambulatoriet Thoravej.

#### **Metadon og buprenorphin**

- Det vil give god mening, at opstarte nye brugere i buprenorphin.
- Ville gerne selv være blevet tilbudt buprenorphin, da hun som 16-årig opsøgte behandling og fik metadon, fordi hun har hørt, at det er lettere at blive udtrappet af buprenorphin.
- Synes ikke det giver mening at sætte gamle brugere, der har fået metadon i over 10 år, på buprenorphin, og ønsker heller ikke selv at overgå fra metadon til buprenorphin.
- Er tilhænger af at metadon-indtag overvåges af sygeplejerske.
- Man kunne godt stille krav om at brugere skulle aflevere urinprøver, hvis de modtager metadonbehandling.

#### **Forskellige tilbud til forskellige brugergrupper**

- Man bør opdele gamle og nye brugere således, at de fysisk er indskrevet i forskellige tilbud for at undgå at de gamle brugere præger de nye brugere negativt.
- For såvel gamle som unge brugere bør der være hurtig mulighed for behandling, hvis brugeren vil stoppe.
- For såvel gamle som unge brugere skal der være løbende fokus mindst med opfølgende samtaler hver 3. eller 6. måned.

#### ***De unge***

- Unge under 18 år bør ikke komme i misbrugsbehandling.
- De unge som fx har et lille heroinmisbrug skal i stoffri døgnbehandling og ikke tilbydes metadon, men komme videre,

komme i arbejde. Det kan også spare kommunen penge, hvis folk kommer hurtigt ud.

- Systemet skal være lidt mere stramt, så man ikke sender signaler til de unge om, at man altid kan henvende sig til kommunen og få metadon.

### **De gamle**

- Det kunne være godt at samle de gamle brugere ét hyggeligt omsorgssted, hvor de kunne få deres medicin, og hvor man også kunne tage højde for deres helbredsproblemer pga. misbruget.
- Adspurgt om hvorvidt gamle brugere ville føle sig opgivet ved at blive samlet på et sådant omsorgssted, svarer brugeren at hun ikke tror, at de vil føle sig opgivet, men ville få ro på.

### **Beskæftigelse**

- Brugeren oplever selv at de kompetencer hun har er relateret til hendes misbrugserfaringer.
- Det kun være godt, hvis der var en ”gulerod” for gamle brugere, som hvis de blev stoffri, kunne få en uddannelse og hjælpe til i misbrugsmiljøet. Der er ikke så mange beskæftigelsesmuligheder for brugere, hvor de fleste har siddet i fængsel og ikke nødvendigvis har en ren straffeattest.

### **Behandlere**

- Kan godt lide at blive mødt med tillid, respekt, erfarne behandlere, behandlere der ikke er brændt ud, men har håb for én.

### **Lægeklinikker og apotekerordninger**

- Det er godt for folk som er i uddannelse eller arbejde eller som ikke har lyst til omgå aktive misbrugere, at de kan hente deres medicin på apoteket, men de bør if. brugeren en gang månedligt se en sygeplejerske eller læge.
- Man bør kun få udleveret metadon til en 14 dage, for det er medicin med misbrugspotentiale.

### **Brugere med børn**

- Alle misbrugere med bør skal under en eller anden form for opsyn fx som på Familieambulatoriet Thoravej, hvor hun er rigtig glad for at være i behandling.
- Brugeren giver udtryk for, at hun godt kunne have brugt den hjælp hun har fået siden hun fik sit barn allerede tidligere.